

Συμβουλευτικές προσεγγίσεις για την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών

Επιμέλεια Μετάφρασης

Επιβλέπων & Επιστημονική Επιμέλεια :
Δρίτσας Ιωάννης

Μεταφραστική Ομάδα:

Ιατρού Αθανασία
Κακαρούμπα Αθανασία
Μπούκη Κωνσταντίνα
Σουρής Εμμανουήλ
Τσουκαρέλη Ανθή
Χαρώνη Ολυμπία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα έκδοση περιέχει πληροφορίες σχετικά με διάφορες προσεγγίσεις συμβουλευτικής για την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, γραμμένες από εκπροσώπους πολλών γνωστών θεραπευτικών προγραμμάτων. Παρόλο που οι συμβουλευτικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνονται χρησιμοποιούνται σε ορισμένα από τα πιο δημοφιλή και αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα στη χώρα μας, δεν έχει αποσαφηνιστεί αν όλα αυτά τα συμβουλευτικά μοντέλα είναι εξίσου αποτελεσματικά. Οι διάφορες αυτές προσεγγίσεις παρουσιάζονται με πανομοιότυπη μορφή, ώστε ο αναγνώστης να μπορεί να συγκρίνει και να αντιπαραβάλει τα ποικίλα θεραπευτικά μοντέλα που περιγράφονται και να μάθει περισσότερα για τους ρόλους του συμβούλου και του υποκειμένου στο κάθε μοντέλο.

ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Όλο το υλικό αυτού του τόμου είναι δημόσιο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ή να αναπαραχθεί χωρίς άδεια από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ναρκωτικών (NIDA) ή από τους συγγραφείς. Η αναφορά της πηγής είναι ευπρόσδεκτη.

ΑΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ

Οι απόψεις που εκφράζονται σε αυτόν τον τόμο είναι αυτές των συγγραφέων και δεν αντανακλούν απαραίτητα τις απόψεις ή την επίσημη πολιτική του NIDA ή οποιουδήποτε άλλου τμήματος του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ.

Η κυβέρνηση των ΗΠΑ δεν υποστηρίζει ή ευνοεί κανένα συγκεκριμένο εμπορικό προϊόν ή εταιρεία. Οι εμπορικές, ιδιοκτησιακές ή εταιρικές ονομασίες που εμφανίζονται στην παρούσα δημοσίευση χρησιμοποιούνται μόνο επειδή θεωρούνται απαραίτητες στο πλαίσιο των μοντέλων που αναφέρονται στο παρόν έγγραφο.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

Όλο το υλικό που εμφανίζεται στην παρούσα έκθεση είναι δημόσιο και μπορεί να αναπαραχθεί χωρίς την άδεια του NIDA ή των συγγραφέων. Η αναφορά της πηγής είναι ευπρόσδεκτη.

Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης Ναρκωτικών των Η.Π.Α

Αριθμός δημοσίευσης Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας των Η.Π.Α (NIH) : No. 00-4151

Εκτύπωση: Ιούλιος 2000

Περιεχόμενα

- Εισαγωγή και επισκόπηση 1
John J. Boren, Lisa Simon Onken και Kathleen M. Carroll
- Συμβουλευτική για την αποκατάσταση διπλών διαταραχών (DDRC) 5
Dennis C. Daley
- Το μοντέλο θεραπείας CENAPS[®], Μοντέλο πρόληψης θεραπείας της υποτροπής (CMRPT[®]) 32
Terence T. Gorski
- Συμβουλευτική προσέγγιση “Ζώντας σε ισορροπία”...56
Jeffrey A. Hoffman, Ben Jones, Barry D. Caudill, Dale W. Mayo και Kathleen A. Mack
- Θεραπεία εφήβων με διπλή διάγνωση: Η ατομική θεραπευτική συμμαχία στο πλαίσιο ενός μοντέλου ημερήσιας θεραπείας 87
Elizabeth Driscoll Jorgensen και Richard Salwen
- Περιγραφή συμβουλευτικής προσέγγισης για τον εθισμό... 121
Delinda Mercer
- Περιγραφή της εστιασμένης στη λύση προσέγγισης και βραχείας θεραπείας στην προβληματική χρήση του ποτού.....136
Scott D. Miller
- Θεραπεία ενίσχυσης κινήτρων: Περιγραφή της συμβουλευτικής προσέγγισης 147
William R. Miller
- Καθοδήγηση δώδεκα βημάτων.....157
Joseph Nowinski
- Μοντέλο της Μινεσότα: Περιγραφή της συμβουλευτικής προσέγγισης..... 169
Patricia Owen

- Συμβουλευτική προσέγγιση181

Fred Sipe

- Μία ψυχοθεραπευτική και εκπαίδευσης δεξιοτήτων προσέγγιση για τη θεραπεία τη εξάρτησης από τα ναρκωτικά... 197

Arnold M. Washton

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΠΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (DDRC)

Dennis C. Daley

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ

1.1 Γενική Περιγραφή της Προσέγγισης

Η Συμβουλευτική για την Αποκατάσταση Διπλών Διαταραχών (Dual Disorders Recovery Counselling – DDRC) είναι μια συνδυαστική προσέγγιση για τη θεραπεία ασθενών με συνδυασμό διαταραχών χρήσης ναρκωτικών ουσιών και ψυχιατρικών διαταραχών. Το μοντέλο DDRC, που συνδυάζει ατομικές και ομαδικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις για τον εθισμό με ψυχιατρικές παρεμβάσεις, επιχειρεί να εξισορροπήσει την εστίαση της θεραπείας, έτσι ώστε τόσο η εξάρτηση όσο και τα ψυχιατρικά του ζητήματα του ασθενούς να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα.

Το μοντέλο DDRC βασίζεται στην υπόθεση ότι υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές φάσεις από τις οποίες ενδέχεται να περάσουν οι ασθενείς. Οι φάσεις αυτές, αποτελούν τις αρχικές κατευθυντήριες γραμμές που οριοθετούν τυπικά ζητήματα, που συνήθως αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Οι φάσεις αυτές περιλαμβάνουν:

Φάση 1 – Δέσμευση και Σταθεροποίηση

Σε αυτή την φάση, οι ασθενείς πείθονται, παρακινούνται, ή ακούσια εισάγονται στην θεραπεία. Κύριος σκοπός αυτής της φάσης είναι να βοηθήσει στην σταθεροποίηση των οξέων συμπτωμάτων της ψυχιατρικής ασθένειας και/ή της διαταραχής χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Άλλος ένας σημαντικός σκοπός είναι να παρακινηθούν οι ασθενείς να συνεχίσουν την θεραπεία, αφού σταθεροποιηθεί η οξεία κρίση ή αφού λήξει η ακούσια εισαγωγή τους στο πρόγραμμα. Η αντιμετώπιση της αναποφασιστικότητας σχετικά με την θεραπεία, η διαχείριση της άρνησης της μίας ή και των δύο διαταραχών και η απόκτηση κινήτρου για συνεχή φροντίδα είναι άλλοι σημαντικοί στόχοι της παρούσας φάσης.

Αυτή η φάση συνήθως διαρκεί αρκετές εβδομάδες, αλλά για κάποιους ασθενείς παίρνει περισσότερο καιρό να δεσμευτούν στην θεραπεία και να σταθεροποιηθούν από τις οξείες συνέπειες των διπλών διαταραχών.

Φάση 2 – Πρώιμη Ανάρρωση

Αυτή η φάση σχετίζεται με το να μάθουν οι ασθενείς να αντιμετωπίζουν τις έντονες επιθυμίες τους για χρήση ουσιών, να αποφεύγουν ή να αντιμετωπίζουν ανθρώπους, μέρη και πράγματα, τα οποία αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου υποτροπής στην

εξάρτηση, να μάθουν να διαχειρίζονται τα ψυχιατρικά συμπτώματα, να συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA), οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (NA), οι Ανώνυμοι Χρήστες Κοκαΐνης (CA), οι Rational Recovery (RR), οι Dual Recovery Anonymous ή να συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης ψυχικής υγείας. Επίσης, η φάση αυτή περιλαμβάνει την εμπλοκή της οικογένειας (αν δοθεί σχετική οδηγία), την αρχή δημιουργίας μιας δομημένης ζωής και την αναγνώριση των προβλημάτων, ώστε οι ασθενείς να τα επεξεργάζονται κατά τη θεραπεία.

Αυτή η φάση περιλαμβάνει περίπου τους 3 πρώτους μήνες που έπονται της σταθεροποίησης. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς χρειάζονται πολύ περισσότερο χρόνο σε αυτήν τη φάση, επειδή δεν συμμορφώνονται με την θεραπεία, συνεχίζουν την κατάχρηση ναρκωτικών, βιώνουν επιδείνωση της ψυχιατρικής τους συμπτωματολογίας ή αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή κρίσεις.

Φάση 3 – Μέση Ανάρρωση

Σε αυτή τη φάση οι ασθενείς εξακολουθούν να δουλεύουν πάνω σε θέματα από προηγούμενες φάσεις, όσο χρειάζεται. Επιπρόσθετα, μαθαίνουν να αναπτύσσουν και να βελτιώνουν τις δεξιότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, ώστε να αντιμετωπίσουν ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά ζητήματα.

Παραδείγματα ενδοπροσωπικών δεξιοτήτων περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων (θυμός, κατάθλιψη, κενό, άγχος) και δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων ή σκέψεων. Διαπροσωπικά ζητήματα, που ενδέχεται να αντιμετωπιστούν στην διάρκεια αυτής της φάσης, περιλαμβάνουν τη διόρθωση της κατάστασης, τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και του τρόπου διατήρησης σχέσεων με άλλους ανθρώπους και την περαιτέρω ανάπτυξη των κοινωνικών συστημάτων υποστήριξης και ανάρρωσης. Αυτή η φάση επικεντρώνεται, επίσης, στο να βοηθήσει τους ασθενείς να διαχειριστούν τα επίμονα συμπτώματα της ψυχιατρικής τους ασθένειας, να διαχειριστούν σφάλματα, υποτροπές ή πισωγυρίσματα που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών αλλά και τις κρίσεις που σχετίζονται με τη ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης, επικεντρώνεται στην αναγνώριση και διαχείριση των προειδοποιητικών ενδείξεων και των παραγόντων υψηλού κινδύνου που προκαλούν την υποτροπή στην εξάρτηση και που σχετίζονται και με τις δύο ασθένειες.

Η μέση φάση ανάρρωσης διαρκεί από 4 έως 12 μήνες, αν και ορισμένοι ασθενείς δεν προχωρούν πολύ πέρα από την πρώιμη ανάρρωση ακόμη και μετά από μεγάλο διάστημα συμμετοχής στη θεραπεία. Οι ασθενείς, που νοσηλεύονται για ένα αρχικό οξύ ψυχιατρικό επεισόδιο με φαρμακοθεραπεία σε συνδυασμό με την DDRC και οι οποίοι δεν έχουν κάποια επανεμφανιζόμενη ή επίμονη ψυχική ασθένεια, μπορεί να διακόψουν την φαρμακευτική αγωγή σε αυτή τη φάση. Οι ασθενείς συνήθως δεν διακόπτουν την φαρμακευτική αγωγή μέχρι να περάσουν αρκετοί μήνες ή και περισσότερο, έως ότου να παρουσιάσουν σημαντική βελτίωση στην ψυχιατρική συμπτωματολογία.

Φάση 4 – Υστερη Ανάρρωση

Αυτή η φάση, επίσης αποκαλούμενη ως «φάση συντήρησης» της ανάρρωσης, περιλαμβάνει συνεχή επεξεργασία ζητημάτων που αντιμετωπίστηκαν κατά τη μέση φάση της θεραπείας και άλλων κλινικών ζητημάτων που εγείρονται. Σημαντικά ενδοπροσωπικά ή διαπροσωπικά ζητήματα μπορεί να διερευνηθούν σε μεγαλύτερο βάθος κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης για ασθενείς που απέχουν από τη χρήση ουσιών και που είναι σχετικά απαλλαγμένοι από σημαντικά ψυχιατρικά συμπτώματα.

Η φάση αυτή συνεχίζει και μετά τον πρώτο χρόνο. Πολλοί ασθενείς με χρόνιες ή επίμονες μορφές ψυχιατρικών ασθενειών (π.χ. σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, επανεμφανιζόμενη μείζονα κατάθλιψη) ή σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, όπως η οριακή (μεταιχμιακή) διαταραχή προσωπικότητας, συχνά συνεχίζουν την ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία. Η θεραπεία σε αυτή την φάση μπορεί να εμπεριέχει φαρμακοθεραπεία συντήρησης, υποστηρικτική συμβουλευτική DDRC ή κάποια συγκεκριμένη μορφή ψυχοθεραπείας (π.χ. διαπροσωπική ψυχοθεραπεία). Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης συνεχίζεται σε αυτή την φάση ανάρρωσης επίσης.

1.2 Σκοποί και Στόχοι της Προσέγγισης

Οι στόχοι αυτού του μοντέλου συμβουλευτικής είναι:

1. Οι ασθενείς να καταφέρουν και να διατηρήσουν την αποχή από το αλκοόλ ή άλλα ναρκωτικά κατάχρησης. Σε περιπτώσεις ασθενών που αδυνατούν ή δεν διατίθενται να έχουν πλήρη αποχή ο στόχος είναι η μείωση της ποσότητας και της συχνότητας χρήσης και ταυτόχρονα των βιοψυχοκοινωνικών επιπλοκών, σχετιζόμενων με τις διαταραχές χρήσης ναρκωτικών ουσιών.
2. Η σταθεροποίηση των οξέων ψυχιατρικών συμπτωμάτων.
3. Η αντιμετώπιση ή μείωση των προβλημάτων και η βελτίωση της σωματικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, οικογενειακής, διαπροσωπικής, εργασιακής, ακαδημαϊκής, πνευματικής, οικονομικής και νομικής λειτουργικότητας.
4. Η διεργασία προς μια θετική αλλαγή στον τρόπο ζωής.
5. Η πρώιμη παρέμβαση στη διαδικασία υποτροπής σε οποιαδήποτε εξάρτηση ή ψυχιατρική διαταραχή.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/ Μηχανισμός Δράσης

Η συμβουλευτική προσέγγιση DDRC περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων:

1. Κινητοποίηση ασθενών προς την αποτοξίνωση ή την περίθαλψη σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο, αν τα συμπτώματα απαιτούν κάτι τέτοιο. Μερικές φορές ίσως καθίσταται αναγκαία η ακούσια καθοδήγηση του

- ασθενούς σε ψυχιατρική φροντίδα.
2. Επιμόρφωση των ασθενών αναφορικά με τις ψυχιατρικές ασθένειες, τις διαταραχές εξάρτησης, τη θεραπεία και τη διαδικασία ανάρρωσης.
 3. Υποστήριξη της προσπάθειας των ασθενών για ανάρρωση και παροχή αισθήματος ελπίδας προς μια θετική αλλαγή.
 4. Παραπομπή ασθενών σε άλλες αναγκαίες υπηρεσίες (κοινωνικοί λειτουργοί, ιατρικές, κοινωνικές, επαγγελματικές και οικονομικές ανάγκες).
 5. Βοήθεια ασθενών για αύξηση της αυτοεπίγνωσης, έτσι ώστε να παρέχονται εξατομικευμένες πληροφορίες σχετικά με τις διπλές διαταραχές.
 6. Βοήθεια ασθενών να αναγνωρίσουν τα προβλήματα και τους τομείς που χρήζουν αλλαγής.
 7. Βοήθεια ασθενών να αναπτύξουν και να βελτιώσουν την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και να αναπτύξουν δεξιότητες διαχείρισης της αποκατάστασης τους.
 8. Καθοδήγηση αναφορικά με την αξιολόγηση της φαρμακοθεραπείας και της συμμόρφωσης με αυτή. (Αυτό απαιτεί στενή συνεργασία με τον ψυχίατρο της ομάδας).

1.4 Παράγοντες αλλαγής

Το μοντέλο DDRC υποστηρίζει ότι η αλλαγή μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα της σχέσης ασθενούς-συμβούλου όπως και της σχέσης μεταξύ της ομάδας (δηλαδή σύμβουλος, ψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσοκόμα ή άλλοι επαγγελματίες, όπως ο κοινωνικός λειτουργός ή ο οικογενειακός θεραπευτής). Μια θετική θεραπευτική συμμαχία θεωρείται κρίσιμη στο να βοηθήσει τους ασθενείς να ενδιαφερθούν και να παραμείνουν εμπλεκόμενοι στην διαδικασία ανάρρωσης. Συστήματα κοινοτικής υποστήριξης, εξειδικευμένες ομάδες θεραπείας και προγράμματα αυτοβοήθειας, επίσης, θεωρούνται ως πιθανοί παράγοντες θετικής αλλαγής για ασθενείς με διπλή διάγνωση. Για τους ασθενείς με χρόνια ψυχική ασθένεια, ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί, επίσης, να λειτουργήσει ως σημαντικός παράγοντας στη διαδικασία αλλαγής.

Παρότι οι ασθενείς πρέπει να δουλέψουν πάνω σε πληθώρα ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών ζητημάτων ως μέρος της μακροπρόθεσμης ανάρρωσής τους, η φαρμακευτική αγωγή δύναται να διευκολύνει αυτή τη διαδικασία, μετριάζοντας τα οξέα συμπτώματα και βελτιώνοντας την διάθεση, τις νοητικές ικανότητες ή τον έλεγχο των παρορμήσεων. Συνεπώς, η φαρμακευτική αγωγή ενδέχεται να εξαλείψει ή να μειώσει τα συμπτώματα, όπως επίσης και να βοηθήσει τους ασθενείς να είναι περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους κατά τη διάρκεια των συμβουλευτικών συνεδριών. Ένας βαριά καταθλιπτικός ασθενής ίσως αδυνατεί να εστιάσει στην εκμάθηση γνωστικών ή συμπεριφορικών παρεμβάσεων, έως ότου εκείνος/η να βιώσει ένα σημαντικό βαθμό ύφεσης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Ένας ασθενής στην οξεία φάση της σχιζοφρένειας με την ένταση των συμπτωμάτων να κορυφώνεται δεν θα είναι σε θέση να

επικεντρωθεί στην αποχή από τις ουσίες, μέχρι τα ψυχωτικά του συμπτώματα να είναι ελεγχόμενα.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης ναρκωτικών/της εξάρτησης - Αιτιολογικοί Παράγοντες

Τόσο οι ψυχιατρικές διαταραχές όσο και οι διαταραχές εθισμού θεωρούνται βιοψυχοκοινωνικές διαταραχές. Οι διαταραχές ή οι ασθένειες αυτές προκαλούνται ή διατηρούνται από ποικίλους βιολογικούς, ψυχολογικούς και πολιτισμικούς/κοινωνικούς παράγοντες. Ο βαθμός επιρροής των συγκεκριμένων παραγόντων μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών.

Το μοντέλο DDRC υποστηρίζει ότι υπάρχουν αρκετές πιθανές σχέσεις μεταξύ ψυχιατρικής διαταραχής και της εξάρτησης (Daley et al., 1993; Meyer, 1986).

1. Η ψυχοπαθολογία του άξονα I και του άξονα II μπορεί να θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου για τις διαταραχές εθισμού (π.χ. οι πιθανότητες εμφάνισης διαταραχής εθισμού σε άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια κυμαίνονται στο 2.7, σύμφωνα με την έρευνα του Επιδημιολογικού Τομέα του Διεθνούς Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας [ECA]).

2. Μερικοί ψυχιατρικοί ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο ευάλωτοι από άλλους στις ανεπιθύμητες επιπτώσεις του αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών.

3. Ο εθισμός μπορεί να θεωρείται ως παράγοντας κινδύνου για τις ψυχιατρικές ασθένειες (π.χ. οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής σε άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών κυμαίνονται στο 4.5 σύμφωνα με την έρευνα του ECA).

4. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών μπορεί να πυροδοτήσει μία υποβόσκουσα ψυχιατρική κατάσταση (π.χ. η χρήση φαινκυκλιδίνης [PCP] ή κοκαΐνης μπορεί να πυροδοτήσει ένα πρώτο μανιακό επεισόδιο σε ένα ευάλωτο άτομο).

5. Η ψυχοπαθολογία μπορεί να τροποποιήσει την πορεία μιας διαταραχής εθισμού όσον αφορά :

- Την ταχύτητα της πορείας (οι νεότεροι ηλικιακά καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν προβλήματα εθισμού νωρίτερα). Οι αλκοολικοί ασθενείς τύπου I¹ (25%) με αντικοινωνική συμπεριφορά βιώνουν νωρίτερα την έναρξη του εθισμού συγκριτικά με τους αλκοολικούς ασθενείς τύπου II² (Cloninger, 1987).

¹ Ο τύπος I του αλκοολισμού αναπτύσσεται κατά την ενήλικη ζωή (μετά την ηλικία των 25) και περιλαμβάνει την ανεξέλεγκτη κατανάλωση αλκοόλ, την παραμέληση βασικών υποχρεώσεων, ενοχές και προοδευτική αύξηση της σοβαρότητας της κατάχρησης. Το άτομο συνήθως καταναλώνει αλκοόλ για να αποφύγει το άγχος.

² Ο τύπος II του αλκοολισμού αναπτύσσεται κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή (πριν την ηλικία των 25) και περιλαμβάνει την αδυναμία αποχής από το αλκοόλ, η οποία συνδέεται με συγκρούσεις και

- Την ανταπόκριση στη θεραπεία (ασθενείς με αντικοινωνική ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας συχνά εγκαταλείπουν νωρίς τη θεραπεία).
- Την εικόνα των συμπτωμάτων και τη μακροπρόθεσμη έκβαση (οι πιο βαριά ψυχιατρικά ασθενείς, όπως υπολογίζεται από το Δείκτη Σοβαρότητας Εθισμού [ASI], έχουν χειρότερα αποτελέσματα από ότι οι πιο ήπια ψυχιατρικά ασθενείς. Υπάρχει μία ισχυρή σύνδεση μεταξύ της υποτροπής και της ψυχιατρικής βλάβης στους εθισμένους σε οπιούχα και μερική σύνδεση μεταξύ της υποτροπής και της ψυχιατρικής βλάβης στους εθισμένους στο αλκοόλ [Catalano et al., 1988; McLellan et al., 1985]).

6. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν κατά την πορεία της χρόνιας μέθης (π.χ. η ψύχωση μπορεί να ακολουθήσει μετά από χρήση PCP ή μετά από χρόνια χρήση διεγερτικών. Οι αυτοκτονικές τάσεις και η κατάθλιψη μπορεί να ακολουθήσουν τη δυσφορική διάθεση μετά από χρήση κοκαΐνης).

7. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ως συνέπεια της χρόνιας χρήσης ουσιών ή μιας υποτροπής (π.χ. η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από την επίγνωση των απωλειών που συνδέονται με τον εθισμό. Η κατάθλιψη μπορεί να έπεται μιας υποτροπής σε ναρκωτικές ουσίες ή αλκοόλ).

8. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ως συμπεριφορά, και τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (είτε προηγούνται, είτε έπονται) θα συνδεθούν ουσιωδώς μεταξύ τους στην πορεία του χρόνου.

9. Η διαταραχή εθισμού και η ψυχιατρική διαταραχή μπορούν να αναπτυχθούν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και να μη συνδέονται μεταξύ τους (π.χ. ένας διπολικός ασθενής μπορεί να εθιστεί στις ναρκωτικές ουσίες μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη σταθεροποίηση του από ένα μανιακό επεισόδιο. Ένας αλκοολικός ασθενής μπορεί να εμφανίσει διαταραχή πανικού ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή πολύ καιρό αφού έχει υπάρξει νηφάλιος).

10. Τα συμπτώματα της μιας διαταραχής μπορούν να συμβάλλουν στην υποτροπή της άλλης διαταραχής (π.χ. το αυξημένο άγχος ή οι παραισθήσεις μπορούν να στρέψουν τον ασθενή στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών με σκοπό να βελτιώσει τα συμπτώματα. Η μέθη από αλκοόλ ή ουσίες μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα).

νομικά προβλήματα. Δεν παρατηρείται προοδευτική αύξηση της σοβαρότητας της κατάχρησης. Το άτομο συνήθως καταναλώνει αλκοόλ για να αισθανθεί ευφορία.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο DDRC παρουσιάζει ομοιότητες με διάφορες πλευρές πολλών θεραπευτικών προσεγγίσεων, που χρησιμοποιούνται στη συμβουλευτική για τον εθισμό, για τη ψυχική υγεία ή και για τα δύο. Οι προσεγγίσεις αυτές περιλαμβάνουν τα ατομικά και ομαδικά μοντέλα θεραπείας του εθισμού, το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο (PE), το μοντέλο πρόληψης της υποτροπής (RP), το γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο και το διαπροσωπικό μοντέλο θεραπείας.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο DDRC δεν παρουσιάζει ομοιότητες με τους διάφορους τύπους της ψυχοδυναμικής θεραπείας.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Το μοντέλο DDRC μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πολλές ομαδικές θεραπείες αλλά και στην ατομική θεραπεία. Μπορεί, επίσης, να προσαρμοστεί και στην οικογενειακή θεραπεία.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Το μοντέλο DDRC αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο για χρήση σε περιβάλλον θεραπείας της ψυχικής υγείας ή περιπτώσεων διπλής διαταραχής. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλο το φάσμα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, της ιδρυματικής περίθαλψης, της μερικής νοσηλείας και της θεραπείας εκτός νοσοκομειακού πλαισίου. Οι συγκεκριμένοι τομείς εστίασης θα εξαρτηθούν από τα υπάρχοντα προβλήματα και τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής και από το θεραπευτικό πλαίσιο. Ορισμένες πτυχές αυτού του μοντέλου θα μπορούσαν να προσαρμοστούν και να χρησιμοποιηθούν σε περιβάλλοντα θεραπείας εθισμού, υπό την προϋπόθεση ότι η κατάλληλη εκπαίδευση, εποπτεία και συμβουλευτική είναι διαθέσιμα στον σύμβουλο.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία των ασθενών με διπλή διάγνωση στην οξεία φάση των συμπτωμάτων συνήθως διαρκεί έως και 3 εβδομάδες. Μακροχρόνια προγράμματα εξειδικευμένης ιδρυματικής θεραπείας μπορεί να διαρκέσουν από μερικούς μήνες μέχρι έναν χρόνο ή και περισσότερο. Τα προγράμματα μερικής νοσηλείας συνήθως διαρκούν

από 6 έως 12 μήνες. Η θεραπεία εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος διαρκεί 6 μήνες ή περισσότερο. Επαναλαμβανόμενες καταστάσεις, όπως μερικές μορφές καταθλιπτικών ή διπολικών διαταραχών καθώς και επίμονες ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια, συνήθως απαιτούν συνεχή συμμετοχή στη θεραπεία συντήρησης με φαρμακευτική αγωγή και κάποια μορφή συμβουλευτικής υποστήριξης.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Το μοντέλο DDRC είναι συμβατό με τη φαρμακοθεραπεία και με την οικογενειακή θεραπεία. Πολλοί ασθενείς χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Επομένως, η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, η συνειδητοποίηση της λήψης φαρμάκων από τον ασθενή που βρίσκεται σε διαδικασία αποκατάστασης λόγω του εθισμού του στο αλκοόλ ή στις ναρκωτικές ουσίες και οι πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του αλκοόλ ή άλλων ουσιών στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντικά θέματα προς συζήτηση με τον ασθενή. Η συμμετοχή της οικογένειας στην αξιολόγηση και στη θεραπεία θεωρείται σημαντική και συμβατή με το μοντέλο DDRC. Η οικογένεια μπορεί :

1. Να συμβάλλει παρέχοντας σημαντικές πληροφορίες κατά τη διαδικασία αξιολόγησης.
2. Να παρέχει υποστήριξη στον υπό ανάρρωση ασθενή.
3. Να συζητά τις δικές της απορίες, ανησυχίες και αντιδράσεις με σκοπό να διαχειριστεί το ασθενή με διπλή διάγνωση.
4. Να συζητήσει τα δικά της προβλήματα και θέματα στις θεραπευτικές συνεδρίες ή σε ομάδες αυτοβοήθειας.
5. Να συμβάλλει στον εντοπισμό των πρώιμων ενδείξεων υποτροπής εθισμού ή υποτροπή ψυχιατρικών συμπτωμάτων και να τα επισημάνει στο μέλος της οικογένειας με διπλή διάγνωση, που βρίσκεται υπό ανάρρωση.

Ο συνδυασμός των οικογενειακών ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων, των οικογενειακών συμβουλευτικών συνεδριών και των προγραμμάτων υποστήριξης της οικογένειας μπορούν να εφαρμοστούν με σκοπό να βοηθήσουν τις οικογένειες. Μπορούν, επίσης, να δρομολογηθούν παραπομπές για αξιολόγηση σοβαρών προβλημάτων (ψυχιατρικών, κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών, συμπεριφοράς) μεταξύ συγκεκριμένων μελών της οικογένειας ανάλογα με τις ανάγκες (π.χ. το παιδί ενός ασθενούς που είναι αυτοκτονικό, σε έντονο βαθμό καταθλιπτικό ή εμπλέκεται σε συγκρούσεις στο σχολείο μπορεί να παραπέμπεται για ψυχιατρική αξιολόγηση).

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Τα προγράμματα αυτοβοήθειας είναι πολύ σημαντικά για το μοντέλο θεραπείας DDRC. Όλοι οι ασθενείς εκπαιδεύονται σχετικά με τα προγράμματα αυτοβοήθειας και παραπέμπονται σε αυτά. Τα συνιστώμενα προγράμματα αυτοβοήθειας μπορούν να είναι

οποιαδήποτε από τα ακόλουθα για κάθε ασθενή: Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA), Нарκομανείς Ανώνυμοι (NA), Ανώνυμοι Χρήστες Κοκαΐνης (CA), άλλες ομάδες υποστήριξης εξαρτημένων όπως η “Rational Recovery” (RR) και η “Women For Sobriety”, ομάδες υποστήριξης για την αποκατάσταση ασθενών με διπλή διάγνωση και ομάδες υποστήριξης ψυχικής υγείας. Ωστόσο, το συγκεκριμένο μοντέλο δεν υποστηρίζει ότι η αποκατάσταση του ασθενούς δεν θα είναι επιτυχής χωρίς την συμμετοχή του σε μια ομάδα 12 βημάτων ή ότι η αποτυχία παρακολούθησης ομάδων 12 βημάτων αποτελεί ένδειξη αντίστασης στη θεραπεία. Το μοντέλο DDRC υποστηρίζει, επίσης, ότι μερικοί ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιούν κάποια από τα εργαλεία ανάρρωσης που παρέχουν τα προγράμματα αυτοβοήθειας, ακόμη κι αν δεν παρακολουθούν τις συναντήσεις. Χρηματοδοτήσεις, ανάγνωση βιβλιογραφίας σχετική με την αποκατάσταση του εθισμού, σχετικά συνθήματα και σύλλογοι αποκατάστασης του εθισμού αποτελούν, επίσης, πολύ χρήσιμες πτυχές της ανάρρωσης των ασθενών με διπλή διάγνωση.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Εκπαιδευτικές απαιτήσεις

Η προαπαιτούμενη εκπαίδευση διαφέρει για τους εργαζόμενους εντός νοσοκομειακών μονάδων και εξαρτάται από τις απαιτήσεις του επαγγελματικού κλάδου. Η επίσημη εκπαίδευση του ενδονοκομειακού προσωπικού περιλαμβάνει εξειδικευμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα ιατρικής (M.D.), διδακτορικό δίπλωμα (P.h.D), μεταπτυχιακό δίπλωμα (MSc), προπτυχιακό δίπλωμα (BSc) και διπλώματα διетών σπουδών (associate degrees). Η εκπαίδευση σε κλάδους, όπως η νοσηλευτική, μπορεί να ποικίλει και περιλαμβάνει μεταπτυχιακό δίπλωμα νοσηλευτικής (M.S.N.), προπτυχιακό δίπλωμα νοσηλευτικής (B.S.N.), δίπλωμα διетών σπουδών νοσηλευτικής (R.N.) και δίπλωμα νοσηλευτικής πρακτικής (L.P.N.). Οι θεραπευτές εκτός νοσοκομειακών μονάδων τείνουν να έχουν τουλάχιστον ένα μεταπτυχιακό δίπλωμα ή δίπλωμα υψηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας και λειτουργούν πιο αυτόνομα από ότι οι θεραπευτές ενδονοσοκομειακών μονάδων.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, διαπιστευτήρια και εμπειρία

Ο σύμβουλος, για να παρέχει αποτελεσματικά συμβουλευτικές υπηρεσίες σε ασθενείς με διπλή διάγνωση, χρειάζεται να διαθέτει ευρεία γνώση της αξιολόγησης και της θεραπείας τέτοιων περιπτώσεων. Συγκεκριμένοι τομείς με τους οποίους ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος είναι τουλάχιστον οι ακόλουθοι :

1. Ψυχιατρικές ασθένειες (τύποι, αιτιοπαθογένεια, συμπτωματολογία και επιδράσεις των ασθενειών).
2. Διαταραχές χρήσης ουσιών (τάσεις στην κατάχρηση ουσιών, τύποι και επιδράσεις ποικίλων ουσιών, αιτιοπαθογένεια, συμπτωματολογία και επιδράσεις

- του εθισμού).
3. Η σχέση μεταξύ της ψυχιατρικής ασθένειας και της χρήσης ουσιών.
 4. Η διαδικασία αποκατάστασης των ασθενών με διπλή διάγνωση.
 5. Προγράμματα αυτοβοήθειας (για τον εθισμό, για τις διαταραχές ψυχικής υγείας ή για περιπτώσεις διπλής διάγνωσης).
 6. Οικογενειακά ζητήματα στη θεραπεία και στην αποκατάσταση
 7. Υποτροπή (παράγοντες που την πυροδοτούν, προειδοποιητικές ενδείξεις και στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής και για τις δύο διαταραχές).
 8. Εξειδικευμένες προσεγγίσεις ψυχοκοινωνικής θεραπείας για διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες ή για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή).
 9. Φαρμακοθεραπεία.
 10. Η συνεχής περίθαλψη (τόσο για τις διαταραχές εθισμού όσο και για τις ψυχιατρικές διαταραχές).
 11. Οι πόροι της τοπικής κοινότητας
 12. Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας
 13. Συμβουλευτική για στρατηγικές κινητοποίησης
 14. Τρόποι διαχείρισης των αμφιθυμικών ασθενών και εκείνων που δεν θέλουν τη βοήθεια.
 15. Στρατηγικές διαχείρισης ασθενών με χρόνιες μορφές ψυχικής ασθένειας, που δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία ή παρουσιάζουν αντίσταση στη θεραπεία.
 16. Τρόποι εφαρμογής βιβλιοθεραπευτικών εργασιών με σκοπό τη διευκόλυνση της ανάρρωσης του ασθενούς.

Ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύσσει θεραπευτική συμμαχία με ένα ευρύ φάσμα ασθενών, που εκδηλώνει πολλές διαφορετικές διαταραχές και να διαθέτει διαφορετικές ικανότητες για την εφαρμογή της επαγγελματικής θεραπείας. Αυτό προϋποθέτει επίγνωση των προσωπικών ζητημάτων του ίδιου του συμβούλου, επίγνωση των προκαταλήψεων, των ορίων και των «δυνατών του σημείων» καθώς και την προθυμία του συμβούλου να εξετάσει τις δικές του αντιδράσεις στους διαφορετικούς ασθενείς.

Ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να δικτυωθεί αποτελεσματικά με άλλους παρόχους υπηρεσιών, εφόσον πολλοί από τους ασθενείς με διπλή διάγνωση έχουν πολλαπλές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και προβλήματα. Επειδή συχνά προκύπτουν κρίσεις, ο σύμβουλος πρέπει να έχει γνώση των προσεγγίσεων παρέμβασης στην κρίση. Η ικανότητα εργασίας στα πλαίσια μιας ομάδας είναι επίσης απαραίτητη σε όλα τα θεραπευτικά πλαίσια.

Η εμπειρία με εξαρτημένους ασθενείς και ασθενείς ψυχικής υγείας είναι η ιδανική. Ωστόσο, αν ένας σύμβουλος έχει εκπαιδευτεί στον ένα τομέα και έχει πρόσβαση σε επιπλέον εκπαίδευση και εποπτεία στον άλλον τομέα, τότε είναι δυνατόν να επεκτείνει τις γνώσεις και τις ικανότητες του και να εργαστεί αποτελεσματικά με ασθενείς με διπλή διάγνωση.

4.3 Κατάσταση ανάρρωσης του συμβούλου

Αν ένας σύμβουλος διαθέτει την εκπαίδευση, τις γνώσεις και το εμπειρικό υπόβαθρο, ώστε να εργάζεται με ψυχιατρικούς και εξαρτημένους ασθενείς, μια προσωπική εμπειρία ανάκαμψης (από ουσίες) θα μπορούσε να είναι χρήσιμη. Παρόλο που η αυτο-αποκάλυψη είναι σε κάποιες περιπτώσεις κατάλληλη, σε γενικές γραμμές ο σύμβουλος που παρέχει τη θεραπεία, θα πρέπει να μοιράζεται λιγότερα από την προσωπική του/της εμπειρία αποκατάστασης από ότι συνήθως μοιράζεται σε περισσότερο παραδοσιακά μοντέλα συμβουλευτικής της εξάρτησης.

4.4 Ιδανικά προσωπικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Ελπίδα και αισιοδοξία για την αποκατάσταση του ασθενούς. Υψηλός βαθμός ενσυναίσθησης, υπομονής και ανεκτικότητας. Ευελιξία. Ικανότητα να απολαμβάνει την δουλειά με δύσκολες περιπτώσεις ασθενών. Μια ρεαλιστική οπτική της αλλαγής και των βημάτων προς την επιτυχία. Χαμηλή ανάγκη για έλεγχο του ασθενούς. Ικανότητα να εμπλέκει τον ασθενή αλλά και να τον αποδεσμεύει, αλλά και ικανότητα να αξιοποιεί μία πληθώρα θεραπευτικών παρεμβάσεων παρά να βασίζεται σε έναν μοναδικό τρόπο συμβουλευτικής. Αυτά είναι τα σημαντικά χαρακτηριστικά και οι ιδιότητες που χρειάζεται να διαθέτουν οι σύμβουλοι.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Η προσέγγιση DDRC προϋποθέτει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών εκ μέρους του συμβούλου. Οι συγκεκριμένες συμπεριφορές έγκεινται στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενούς και τις σχετιζόμενες ανάγκες και τα προβλήματα του/της. Οι συμπεριφορές του συμβούλου μπορούν να περιλαμβάνουν οτιδήποτε από τα παρακάτω :

1. Παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης.
2. Προκλητική άρνηση και αυτοκαταστροφικές στάσεις (η αντιπαράθεση τροποποιείται, ώστε να συνειδητοποιείται η δύναμη του «εγώ» του ασθενούς και η ικανότητά του να ανέχεται την αντιπαράθεση).
3. Παροχή ρεαλιστικής ανατροφοδότησης σχετικά με τα προβλήματα και την εξέλιξη της θεραπείας.
4. Ενθάρρυνση και παρακολούθηση της αποχής.
5. Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετέχει σε ομάδες αυτοβοήθειας.
6. Παροχή βοήθειας στον ασθενή, ώστε να εντοπίσει, να ιεραρχήσει και να δουλέψει πάνω στα προβλήματα και ζητήματα αποκατάστασης.
7. Παρακολούθηση των ζητημάτων αποκατάστασης του εθισμού.
8. Παρακολούθηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων-στόχων (αυτοκτονικότητα, συμπτώματα διάθεσης, συμπτώματα διαταραχής της σκέψης ή προβληματικές συμπεριφορές).
9. Παροχή βοήθειας στον ασθενή, (π.χ. αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για

- αλκοόλ ή άλλες ουσίες, άρνηση προτάσεων που αφορούν τη μέθη, αμφισβήτηση λανθασμένης σκέψης, αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων, βελτίωση διαπροσωπικών συμπεριφορών, διαχείριση προειδοποιητικών ενδείξεων υποτροπής).
10. Υπεράσπιση του ασθενούς και διευκόλυνση της εισαγωγής σε ενδοκομειακό περιβάλλον, όταν χρειάζεται.
 11. Διευκόλυνση της αξιοποίησης κοινοτικών πόρων ή υπηρεσιών.
 12. Ανάπτυξη θεραπευτικών εργασιών, που στοχεύουν στο να βοηθήσουν τον ασθενή να πετύχει έναν στόχο ή να κάνει μια συγκεκριμένη αλλαγή.
 13. Παρακολούθηση, όταν ένας ασθενής αποτυγχάνει να συνεχίσει τη θεραπεία.
 14. Παροχή υποστήριξης, ενθάρρυνσης και προσφοράς.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος του μοντέλου DDRC δεν ερμηνεύει συνήθως τις συμπεριφορές ή τα πρότυπα του ασθενούς. Η εστίαση είναι περισσότερο στην κατανόηση και διαχείριση των πρακτικών ζητημάτων που σχετίζονται με τη διπλή διάγνωση και την τρέχουσα λειτουργικότητα. Ο σύμβουλος αποφεύγει την εκτεταμένη διερεύνηση των τραυμάτων του παρελθόντος κατά την πρώιμη φάση της ανάρρωσης, επειδή αυτό μπορεί να επιφέρει αποφυγή της αντιμετώπισης της διαταραχής εξάρτησης ουσιών και μπορεί να αυξήσει το άγχος του ασθενούς. Ο σύμβουλος του μοντέλου DDRC ελαχιστοποιεί, επίσης, τον χρόνο που αφιερώνει σε ζητήματα συνεξάρτησης, καθώς αυτό μπορεί να εμποδίσει την εστίαση από το πρόβλημα της χρήσης ουσιών και να αυξήσει το άγχος.

Η σοβαρή αντιπαράθεση αποφεύγεται, γιατί μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αίσθηση εαυτού του ασθενούς και μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να εγκαταλείψει τη θεραπεία. Η αντιπαράθεση μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αλλά αυτό θα πρέπει να γίνεται με τρόπο στοργικό, μη επικριτικό, μη τιμωρητικό και προσανατολισμένο στην πραγματικότητα.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Οι στόχοι της εποπτείας είναι να βοηθήσουν τον σύμβουλο :

1. Να επεκτείνει τις γνώσεις του σχετικά με τη συμβουλευτική διπλών διαταραχών.
2. Να βελτιώσει τις εξειδικευμένες συμβουλευτικές του δεξιότητες.
3. Να διαχειριστεί προσωπικά ζητήματα ή αντιδράσεις που παρακωλύουν τη θεραπευτική συμμαχία ή την πρόοδο της (π.χ. θυμός προς τον ασθενή που υποτροπιάζει, αρνητικές αντιδράσεις προς τον ασθενή με διαταραχή προσωπικότητας).
4. Να αξιοποιήσει τα προσωπικά του «δυνατά σημεία» στη συμβουλευτική διαδικασία (π.χ. προσωπικές εμπειρίες, χιούμορ).
5. Να διατηρήσει μια λογική θεραπευτική εστίαση στον εθισμό και στη διαταραχή ψυχικής υγείας του ασθενούς.

6. Να καθορίσει στρατηγικές για να αντιμετωπίσει τα αδιέξοδα της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Στα πλαίσια της προσέγγισης DDRC μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές μορφές εποπτείας :

1. Από κοινού συζήτηση ατομικών περιστατικών συμβουλευτικής, οικογενειακών συνεδριών ή ομαδικών συνεδριών.
2. Επανεξέταση των κλινικών σημειώσεων και των θεραπευτικών σχεδίων.
3. Παρακολούθηση των συνεδριών συμβουλευτικής την στιγμή που πραγματοποιούνται.
4. Επανεξέταση και συζήτηση σχετικά με μαγνητοφωνήσεις ή βιντεοσκοπήσεις των συνεδριών συμβουλευτικής.
5. Συνεδρίες συνθεραπείας.
6. Ομαδική εποπτεία με άλλους συμβούλους, κατά την οποία τα άτομα, οι οικογένειες ή οι ομάδες επανεξετάζονται ή κατά την οποία μοιράζονται και διερευνώνται κλινικές ανησυχίες.

Μια από τις πιο χρήσιμες αλλά χρονοβόρες μορφές είναι η μορφή κατά την οποία ο σύμβουλος παρακολουθείται εν δράσει. Αυτό παρέχει τεράστιες ευκαιρίες για τον εντοπισμό προσωπικών ή επαγγελματικών τομέων που χρήζουν περαιτέρω προσοχής. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τους λιγότερο έμπειρους συμβούλους. Μόλις ο σύμβουλος ξεπεράσει το άγχος του να ελέγχεται, συνήθως βρίσκει αυτή τη διαδικασία χρήσιμη.

Οι σύμβουλοι θα πρέπει να λαμβάνουν συγκεκριμένη ανατροφοδότηση σχετικά με τη συμβουλευτική τους. Αυτό περιλαμβάνει θετική ενίσχυση για την καλή δουλειά καθώς και κριτική ανατροφοδότηση για τους τομείς αδυναμίας. Για παράδειγμα, ένας ομαδικός σύμβουλος μπορεί να επωφεληθεί από την ανατροφοδότηση που επισημαίνει ότι μιλάει υπερβολικά στις ομαδικές συνεδρίες ή ότι λέει στους ασθενείς πώς να αντιμετωπίσουν ένα ζήτημα ανάρρωσης πριν εκμαιεύσει τις ιδέες τους σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Η χρήση των “Κλιμάκων Συμμόρφωσης” σε ορισμένα πρωτόκολλα κλινικής έρευνας είναι ένας εξαιρετικός τρόπος να παρέχεται εξειδικευμένη ανατροφοδότηση σε μια συγκεκριμένη θεραπευτική συνεδρία. Ο σύμβουλος αξιολογείται ως προς την απόδοση συγκεκριμένων παρεμβάσεων καθώς και ως προς την ποιότητα των παρεμβάσεων αυτών. Το κύριο μειονέκτημα είναι ότι το βιντεοσκοπημένο υλικό συγκεκριμένων συνεδριών θεραπείας πρέπει να εξετάζονται λεπτομερώς, κάτι το οποίο αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Όπως αποδεικνύεται από τη λίστα συμπεριφορών των συμβούλων, που αναφέρθηκε προηγουμένως, στο μοντέλο DDRC αναλαμβάνονται πολλοί ρόλοι από τον σύμβουλο: εκπαιδευτής, συνεργάτης, σύμβουλος, υπερασπιστής και αυτός που δίνει λύσεις στα προβλήματα.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Γενικά ο ασθενής μιλάει περισσότερο κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεδριών DDRC. Στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες, ο θεραπευτής είναι συνήθως πολύ ενεργός στην παροχή εκπαίδευσης στην ομάδα. Ωστόσο, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να θέτουν ερωτήσεις, να μοιράζονται προσωπικές εμπειρίες που σχετίζονται με το θέμα της ομάδας και να εκφράζουν συναισθήματα.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Στο μοντέλο DDRC, ο σύμβουλος μπορεί να είναι πολύ κατευθυντικός και ενεργός με έναν ασθενή και λιγότερο κατευθυντικός και ενεργός με έναν άλλο. Η προσέγγιση πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να λαμβάνει υπόψη τα «δυνατά σημεία», τις ικανότητες και τις αδυναμίες κάθε ασθενούς. Ωστόσο, ο σύμβουλος είναι γενικά πιο κατευθυντικός από ότι στην παραδοσιακή συμβουλευτική ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα σε σχέση με τη συνεχιζόμενη χρήση ναρκωτικών, το πλαίσιο της υποτροπής και την επισήμανση μοτίβων αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

5.4 Θεραπευτική Συμμαχία

Μια καλή θεραπευτική συμμαχία διευκολύνει την ανάρρωση και βασίζεται στην ικανότητα του συμβούλου να συνδέεται με τον ασθενή, να σέβεται τις διαφορές, να δείχνει ενσυναίσθηση, να χρησιμοποιεί χιούμορ και να κατανοεί τον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς. Η ακρόαση, η παροχή πληροφοριών, η υποστηρικτική και ενθαρρυντική στάση καθώς και η ευθύτητα και η κατευθυντικότητα μπορούν να βοηθήσουν στην οικοδόμηση της θεραπευτικής συμμαχίας. Μια ανεπαρκής θεραπευτική συμμαχία εμφανίζεται στα χαμένα ραντεβού ενός ασθενούς ή στην αδυναμία συμμόρφωσης του με τη θεραπεία. Η συζήτηση κοινών προβλημάτων στην ανάρρωση και η αναγνώριση συγκεκριμένων προβλημάτων μεταξύ του συμβούλου και του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση μιας ανεπαρκούς συμμαχίας. Το να καλέσει ο σύμβουλος ασθενείς που εγκαταλείπουν τη θεραπεία πρόωρα και να ρωτήσει αν πιστεύουν ότι ένα νέο θεραπευτικό σχέδιο μπορεί να βοηθήσει, θα συνέβαλε, επίσης, στη διόρθωση μιας ανεπαρκούς θεραπευτικής συμμαχίας.

Η συζήτηση συγκεκριμένων περιπτώσεων στην εποπτεία μπορεί να βοηθήσει τον σύμβουλο να εντοπίσει τις αιτίες μιας κακής θεραπευτικής συμμαχίας και να αναπτύξει στρατηγικές για τη διόρθωση του προβλήματος. Ως έσχατη λύση, μια υπόθεση μπορεί να μεταφερθεί σε άλλο σύμβουλο, εάν η σχέση πελάτη-συμβούλου είναι τέτοια, που δεν μπορεί να σχηματιστεί θεραπευτική συμμαχία.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή την συμβουλευτική προσέγγιση

Η προσέγγιση DDRC μπορεί να προσαρμοστεί για σχεδόν κάθε τύπο εθισμού, διαταραχής ψυχικής υγείας ή περιπτώσεων διπλής διάγνωσης. Ωστόσο, είναι καταλληλότερη για διαταραχές διάθεσης, άγχους, σχιζοφρένειας, προσωπικότητας, προσαρμογής και άλλες διαταραχές εθισμού σε συνδυασμό με την εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ουσίες.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Οι πελάτες με νοητική υστέρηση, οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και πιο σοβαρές μορφές διαταραχών της σκέψης είναι λιγότερο κατάλληλοι για αυτήν την συμβουλευτική προσέγγιση.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει έναν συνδυασμό των εξής: ψυχιατρική αξιολόγηση, εξέταση ψυχικής κατάστασης, βαθμολογία στο Δείκτη Σοβαρότητας Εθισμού (ASI), σωματική εξέταση, εργαστηριακή αξιολόγηση και ανάλυση ούρων. Οι συνεντεύξεις του ασθενούς και των δευτερευόντων μελών και η ανασκόπηση των προηγούμενων αρχείων αποτελούν μέρος της διαδικασίας αξιολόγησης. Η διαδικασία αξιολόγησης για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι πιο εκτεταμένη και απαιτεί περισσότερη ενασχόληση από την αξιολόγηση για την περίθαλψη εκτός νοσοκομειακού πλαισίου.

Μια αξιολόγηση καλύπτει τους ακόλουθους τομείς: την ανασκόπηση των τρεχόντων προβλημάτων, τα συμπτώματα και τις αιτίες παραπομπής, το τρέχον και παρελθοντικό ψυχιατρικό ιστορικό, την τρέχουσα και παρελθοντική χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, το ιστορικό θεραπείας, την εξέταση ψυχικής κατάστασης, το ιατρικό ιστορικό, το οικογενειακό ιστορικό, το αναπτυξιακό ιστορικό (π.χ. ανάπτυξη, σχολείο, εργασία), τους τρέχοντες στρεσογόνους παράγοντες, το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης, την τρέχουσα και παρελθοντική αυτοκτονικότητα, την τρέχουσα και παρελθοντική επιθετικότητα ή

ανθρωποκτονία και άλλους τομείς με βάση την κρίση της ομάδας αξιολόγησης (π.χ. ιστορικό υποτροπής, μοτίβα νοσηλείας).

Το ιστορικό κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένα ναρκωτικά που χρησιμοποιούνται (στο παρελθόν και στο παρόν), μοτίβα χρήσης (συχνότητα, ποσότητα, μέθοδοι), πλαίσιο χρήσης και συνέπειες της χρήσης (ιατρικές, ψυχιατρικές, οικογενειακές, νομικές, επαγγελματικές, πνευματικές, οικονομικές). Θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει επανεξέταση των συμπτωμάτων κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών ή εθισμού (π.χ. απώλεια ελέγχου, εμμονή ή μανία, αλλαγές στην ανοχή, αδυναμία αποχής παρά τις επαναλαμβανόμενες προσπάθειες, στερητικά σύνδρομα, συνέχιση της χρήσης παρά τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αδυναμία που προκαλείται από τη μέθη). Μπορούν να χρησιμοποιηθούν κλινικές συνεντεύξεις καθώς και ειδικά εργαλεία αξιολόγησης, όπως το ASI, το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς Drug Use Screening Inventory, τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης της κατάχρησης ουσιών, το Milligan τεστ για τον έλεγχο του αλκοολισμού ή άλλα εργαλεία, ειδικά για τον εθισμό. Τακτικές ή τυχαίες αναλύσεις ούρων ή συσκευές μέτρησης του αλκοόλ μέσω της αναπνοής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση της χρήσης ναρκωτικών, ιδιαίτερα στις πρώτες φάσεις της ανάρρωσης.

Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ειδικά εργαλεία για ψυχιατρικές διαταραχές με σκοπό τη συλλογή αντικειμενικών και εξατομικευμένων δεδομένων. Αυτά μπορεί να χορηγούνται από έναν επαγγελματία (π.χ. ορισμένες συνεντεύξεις για διαταραχές προσωπικότητας) ή μπορεί να συμπληρώνονται από τον ασθενή σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (π.χ. η κλίμακα κατάθλιψης ή άγχους του Beck, η κλίμακα κατάθλιψης του Zung). Αυτά μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν για τη συλλογή βασικών δεδομένων και για τη μέτρηση της μεταβολής των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου.

Η ολοκλήρωση των ασκήσεων του βιβλίου εργασίας αποκατάστασης ή της λίστας ελέγχου προβλημάτων κατάχρησης ναρκωτικών (βλ. Παράρτημα για παραδείγματα) είναι ένας επιπλέον τρόπος αξιολόγησης της αντίληψης του ασθενούς για τους προβληματικούς τομείς που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών. Ο σύμβουλος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτά τα εργαλεία για να εντοπίσει συγκεκριμένους τομείς για εστίαση σε ατομικές συνεδρίες DDRC.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Σε μια ατομική συνεδρία DDRC εξετάζονται θέματα εθισμού και αποκατάστασης της ψυχικής υγείας. Ο χρόνος, που αφιερώνεται σε μια συγκεκριμένη συνεδρία σε θέματα

εθισμού ή ψυχικής υγείας, ποικίλλει και εξαρτάται από τα συγκεκριμένα θέματα και την κατάσταση ανάρρωσης του συγκεκριμένου ασθενούς. Για παράδειγμα, ακόμα κι αν ένας καταθλιπτικός αλκοολικός ασθενής ήταν νηφάλιος για 9 μήνες, ο σύμβουλος μπορεί να ρωτήσει εν συντομία για οποιοδήποτε ζήτημα αποκατάστασης του εθισμού (π.χ. έντονη επιθυμία χρήσης ή διλήμματα, πραγματικά επεισόδια χρήσης, συμμετοχή σε συναντήσεις ομάδων αυτοβοήθειας, συζητήσεις με καθοδηγητές). Η, αν η κατάθλιψη ενός εξαρτημένου ασθενούς είχε βελτιωθεί, ο σύμβουλος θα μπορούσε να ρωτήσει για τα τυπικά συμπτώματα που είχε αυτός ο ασθενής πριν έρθει στη θεραπεία (π.χ. διάθεση, αυτοκτονικότητα, ενέργεια). Τυχόν ζητήματα κρίσης θα λαμβάνονταν επίσης υπόψη.

Η πλειονότητα του χρόνου που αφιερώνεται κατά τη διάρκεια της ατομικής συμβουλευτικής συνεδρίας (εκτός εάν στη συνεδρία προκύψει κρίση) επικεντρώνεται στα ημερήσια θέματα του ασθενούς. Ο ασθενής συνήθως ερωτάται στην αρχή της συνεδρίας σε ποια ανησυχία ή πρόβλημα θέλει να επικεντρωθεί στη συνεδρία της ημέρας. Το πρόβλημα ή η ανησυχία θα πρέπει να είναι αυτό που ο ασθενής έχει προσδιορίσει ως σημαντικό μέρος του θεραπευτικού του/της σχεδίου. Σε σχέση με το πρόβλημα ή τα ζητήματα που εντοπίστηκαν, ο σύμβουλος βοηθά τον ασθενή να το διερευνήσει για να το κατανοήσει καλύτερα και να το αντιμετωπίσει. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι ιδιαίτερα σημαντικές, δεδομένου ότι η συνεδρία θα πρέπει να είναι στοχευμένη με σκοπό να βοηθήσει τον ασθενή να δουλέψει προς την κατεύθυνση της αλλαγής. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας DDRC μπορεί να υποβληθεί σε επεξεργασία οποιοδήποτε «ζωντανό» υλικό που σχετίζεται με τις διπλές διαταραχές ή την ανάρρωση του ασθενούς. Για παράδειγμα, εάν στη διάρκεια της συνεδρίας ο ασθενής παρουσιάσει στοιχεία δυσπροσαρμοστικής σκέψης (καταλήγοντας σε βιαστικά συμπεράσματα ή εστιάζοντας μόνο στα αρνητικά), η οποία συμβάλλει στα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, αυτό μπορεί να επισημανθεί και να συζητηθεί στο πλαίσιο των προβλημάτων του ασθενούς.

Η συνεδρία DDRC ολοκληρώνεται με μια ανασκόπηση του τί θα κάνει ο ασθενής μεταξύ αυτής και της επόμενης συνεδρίας σχετικά με την ανάρρωση του. Είναι χρήσιμο ο σύμβουλος να παρέχει ενθάρρυνση και θετική ανατροφοδότηση στο τέλος κάθε συνεδρίας για το έργο που πέτυχε ο ασθενής και για την προσπάθεια που κατέβαλε. Στο τέλος της συνεδρίας μπορούν να δοθούν εργασίες ανάγνωσης, γραφής ή συμπεριφοράς. Στόχος αυτών των θεραπευτικών εργασιών είναι ο ασθενής να δουλεύει ενεργά πάνω σε προβλήματα και θέματα μεταξύ των συμβουλευτικών συναντήσεων.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή θεματικές ενότητες συνεδριών

Πραγματοποιούνται επισκέψεις για φαρμακευτική αγωγή και ειδικές συνεδρίες με τον σύμβουλο και τον ψυχίατρο. Αυτές διασφαλίζουν την ολοκληρωμένη φροντίδα, βοηθούν στην αποφυγή του να διαχωρίζεται ο ασθενής τον σύμβουλο και τον ψυχίατρο και ενισχύουν τη συνεχή επικοινωνία της ομάδας. Οι επισκέψεις αυτές είναι συνήθως σύντομες και

επικεντρώνονται σε θέματα φαρμακευτικής αγωγής ή σε θέματα συμμόρφωσης με τη θεραπεία. Ο σύμβουλος ενημερώνει τον ψυχίατρο για τη θεραπεία πριν από την κοινή συνάντηση. Ο σύμβουλος προσθέτει στοιχεία κατά τη διάρκεια της συνεδρίασης, εφόσον χρειάζεται. Ο ψυχίατρος και ο σύμβουλος μπορούν να οργανώσουν στρατηγική μετά τη συνάντηση σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

8.3 Δομή συνεδρίας

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομαδικές συνεδρίες μπορούν εύκολα να προσαρμοστούν σε ενδονοσοκομειακά ή ιδρυματικά περιβάλλοντα, σε περιβάλλοντα μερικής νοσηλείας ή νοσηλείας εκτός νοσοκομειακού πλαισίου. Μπορεί να αναπτυχθεί ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα θεραπείας ψυχοεκπαιδευτικών ομάδων για χρήση σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πλαίσιο. Τα προγράμματα ομαδικής θεραπείας με το ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο μπορούν να διαφέρουν ως προς τον αριθμό των συνεδριών που προσφέρονται ανά εβδομάδα και τον συνολικό αριθμό των συνεδριών που προσφέρονται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον συγγραφέα οι ασθενείς στα διάφορα ενδονοσοκομειακά προγράμματα διπλών διαταραχών συμμετέχουν σε έως και πέντε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες κάθε εβδομάδα. Οι ασθενείς εκτός νοσοκομειακού πλαισίου μπορεί να παρακολουθούν εβδομαδιαίες ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για διάστημα έως και αρκετών μηνών.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες παρέχουν στους ασθενείς πληροφορίες για σημαντικά θέματα ανάρρωσης και τους βοηθούν να αρχίσουν να διερευνούν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης των διαφόρων απαιτήσεων της ανάρρωσης. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να προσπαθούν να εξισορροπούν την εστίαση τους ανάμεσα στα προβλήματα και στις στρατηγικές αντιμετώπισης, ώστε να αρχίσουν να εκτίθενται σε θετικές στρατηγικές που μπορούν να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τα θέματα και τα προβλήματά τους.

Οι συνεδρίες της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας είναι δομημένες γύρω από ένα συγκεκριμένο ζήτημα ή θέμα ανάρρωσης. Τα συγκεκριμένα θέματα, που εξετάζονται, εξαρτώνται από τον συνολικό αριθμό των συνεδριών που είναι διαθέσιμες για τον ασθενή. Κάθε ψυχοεκπαιδευτική ομάδα είναι δομημένη ως εξής (βλ. παράρτημα για δείγματα ομαδικών συνεδριών) :

1. Θέμα ή θεματική ενότητα ανάκαμψης.
2. Στόχοι ή σκοπός της συνεδρίας της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας.
3. Κύρια σημεία προς επανεξέταση και μέθοδοι κάλυψης της ύλης.
4. Φυλλάδια της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας που πρέπει να διαβαστούν δυνατά, να συμπληρωθούν και να συζητηθούν στην ομάδα, επιτρέποντας στα μέλη να συσχετιστούν προσωπικά με το θέμα της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας.

Ο επικεφαλής της ομάδας επανεξετάζει το υλικό διαδραστικά, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να κάνουν ερωτήσεις, να μοιράζονται προσωπικές εμπειρίες που σχετίζονται με

το υλικό που καλύπτεται και να παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη ο ένας στον άλλον. Οι ψυχοεκπαιδευτικές ομαδικές συνεδρίες εκτός νοσοκομειακού πλαισίου και στις μονάδες μερικής νοσηλείας διαρκούν συνήθως 1½ ώρα, ενώ οι ψυχοεκπαιδευτικές ομαδικές συνεδρίες στα νοσοκομεία διαρκούν συνήθως 1 ώρα.

Πριν από την επανεξέταση του θεματικού υλικού της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας στις ομάδες ασθενών εκτός νοσοκομειακού πλαισίου, ο επικεφαλής αφιερώνει πρώτα χρόνο για να συζητήσει εάν κάποιος ασθενείς είχαν ή όχι πιεστικά γεγονότα, σφάλματα ή υποτροπές, κοντινές κλήσεις, έντονη επιθυμία για χρήση ναρκωτικών ή οποιοδήποτε άλλο πιεστικό ζήτημα από την τελευταία συνεδρία. Αφιερώνεται κάποιος χρόνος συζητώντας τα θέματα αυτά πριν από την αναθεώρηση του προγράμματος της ομάδας.

Τα συγκεκριμένα θέματα ή τα θέματα ανάκαμψης, που διερευνώνται στις ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες, περιλαμβάνουν:

1. Την κατανόηση των ψυχιατρικών ασθενειών (αιτιοπαθογένεια, συμπτωματολογία και θεραπεία) και του εθισμού (αιτιοπαθογένεια, συμπτωματολογία και θεραπεία).
2. Την κατανόηση των σχέσεων μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και των ψυχιατρικών διαταραχών.
3. Την άρνηση των διπλών διαταραχών και τα κοινά εμπόδια στην ανάρρωση.
4. Τις ιατρικές και ψυχιατρικές επιπτώσεις των ναρκωτικών και του εθισμού.
5. Τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των διπλών διαταραχών.
6. Τη διαδικασία ανάρρωσης για τις διπλές διαταραχές.
7. Τη φαρμακευτική εκπαίδευση.
8. Την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών.
9. Την αντιμετώπιση του θυμού, του άγχους και της ανησυχίας.
10. Την αντιμετώπιση της πλήξης.
11. Την ανακάλυψη τρόπων αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου.
12. Την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
13. Την αντιμετώπιση της ενοχής και της ντροπής.
14. Τα οικογενειακά θέματα (π.χ. επιπτώσεις των διπλών διαταραχών, πόροι ανάρρωσης, οικογενειακή θεραπεία).
15. Την ανάπτυξη ενός συστήματος υποστήριξης της ανάρρωσης με σκοπό τη νηφαλιότητα.
16. Την αντιμετώπιση των πιέσεων για χρήση ή διακοπή της λήψης ψυχιατρικών φαρμάκων.
17. Την αλλαγή της αρνητικής ή δυσπροσαρμοστικής σκέψης.
18. Την πνευματικότητα στην ανάρρωση.
19. Την συμμετοχή στους Ανώνυμους Αλκοολικούς (AA), στους Ναρκομανείς Ανώνυμους (NA) και στους Ανώνυμους Χρήστες Κοκαΐνης (CA) καθώς και σε ομάδες υποστήριξης και αποκατάστασης της ψυχικής υγείας και των διπλών διαταραχών.

20. Την πρόληψη της ανάρρωσης (προειδοποιητικές ενδείξεις, παράγοντες υψηλού κινδύνου).
21. Την επακόλουθη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.
22. Την κατανόηση και χρήση της ψυχοθεραπείας και της συμβουλευτικής.

Το υλικό αυτό μπορεί, επίσης, να τροποποιηθεί και να προσαρμοστεί για χρήση σε εβδομαδιαίες ομάδες πολλών οικογενειών (MFGs) διάρκειας 90 λεπτών ή για χρήση σε μηνιαία, ημερήσια ή ημι-ήμερα ψυχοεκπαιδευτικά εργαστήρια, που παρακολουθούν ασθενείς και οικογένειες ή σημαντικοί άλλοι. Οποιοδήποτε από τα παραπάνω θέματα καθώς και άλλα μπορούν να διερευνηθούν σε μεμονωμένες συνεδρίες DDRC.

8.4 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κοινών κλινικών προβλημάτων

Η καθυστέρηση συζητείται απευθείας με τον ασθενή για να προσδιοριστούν οι λόγοι που την προκαλούν και συζητούνται στρατηγικές, ώστε ο ασθενής να μπορεί να συμμορφωθεί καλύτερα με το πρόγραμμα θεραπείας. Τα χρόνια μοτίβα αργοπορίας μπορεί να γενικευτούν ως ενδεικτικά ευρύτερων προτύπων δυσκολίας με την υπευθυνότητα ή ως μέρος ενός αυτοκαταστροφικού προτύπου συμπεριφοράς.

Οι παραλειπόμενες συνεδρίες συζητούνται με τον ασθενή για να προσδιοριστεί η αιτία και να ξεπεραστεί η όποια αντίσταση του ασθενούς. Ένας ασθενής που δεν εμφανίζεται ή που τηλεφωνεί για να ακυρώσει ένα ραντεβού, συνήθως καλείται τηλεφωνικά από τον κλινικό ιατρό ή του αποστέλλεται ένα φιλικό μήνυμα, προσφέροντας ένα άλλο ραντεβού ή ζητώντας από τον ασθενή να τηλεφωνήσει, ώστε να επαναπρογραμματιστεί το ραντεβού.

Οι παρεμβάσεις με ασθενείς που προσέρχονται στις συνεδρίες υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών αντιμετωπίζονται με διάφορους τρόπους ανάλογα με την κατάστασή τους.

Η αποτοξίνωση και η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία μπορούν να εφαρμοστούν σε σοβαρές περιπτώσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν πιθανή στέρηση και έντονα ψυχιατρικά συμπτώματα. Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να προσφερθεί παρέμβαση κρίσης ή να βοηθηθεί ο ασθενής να φτάσει στο σπίτι του και να επιστρέψει για κάποιο άλλο ραντεβού, όταν δεν θα βρίσκεται υπό την επήρεια ουσιών. Γενικά, οι καταστάσεις αυτές αντιμετωπίζονται με τον πιο κατάλληλο κλινικό τρόπο. Τα όρια μπορούν να τεθούν χωρίς να φαίνονται τιμωρητικά ή επικριτικά.

Μπορούν επίσης να δημιουργηθούν συμβόλαια, που σημειώνουν τα συγκεκριμένα προβλήματα του ασθενούς (αργοπορία, χαμένες συνεδρίες, μη ολοκλήρωση θεραπευτικών εργασιών, προσέλευση στις συνεδρίες υπό την επήρεια χημικών ουσιών).

8.5. Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Οι θεραπευτικές συνεδρίες έρχονται αντιμέτωπες με την αμφιθυμία των ασθενών όσον αφορά τη συνεχιζόμενη συμμετοχή τους στη θεραπεία. Ο σύμβουλος προσπαθεί να εξομαλύνει και να επικυρώσει την αμφιθυμία ή την άρνηση στο πλαίσιο του εθισμού ή της ψυχιατρικής νόσου. Η εκπαίδευση, η υποστήριξη, η χρήση θεραπευτικών εργασιών, οι συνεδρίες με την ομάδα για τη συζήτηση των συμπτωμάτων και των συμπεριφορών του ασθενούς και οι συνεδρίες με την εμπλοκή δευτερευόντων προσώπων, όπως η οικογένεια ή οι σημαντικοί άλλοι, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση της άρνησης και της αντίστασης. Γενικά, οποιαδήποτε αντίσταση αποτελεί "άλεγμα για τον θεραπευτικό μύλο" και διερευνάται στις θεραπευτικές συνεδρίες.

Η ανεπαρκής κινητοποίηση θεωρείται συνήθως ως εκδήλωση της ασθένειας, ιδίως σε πιο σοβαρά εξαρτημένους ή ψυχιατρικά διαταραγμένους ασθενείς. Τα ζητήματα προσωπικότητας συμβάλλουν, επίσης, σε μεγάλο βαθμό στην αντίσταση και τα φτωχά κίνητρα.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κρίσεων

Απαιτείται μια πολύ ευέλικτη προσέγγιση για τη διαχείριση των κρίσεων, δεδομένου ότι οι ασθενείς με διπλή διάγνωση συχνά εμφανίζουν έντονους παροξυσμούς λόγω της ασθένειας. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, μπορεί να ζητηθεί εκούσια ή ακούσια νοσηλεία για να διευκολυνθεί η σταθεροποίηση ενός ασθενούς. Πρόσθετες ατομικές συνεδρίες με οποιοδήποτε μέλος (ή μέλη) της θεραπευτικής ομάδας, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού λειτουργού για τους επίμονα ψυχικά ασθενείς, μπορεί επίσης να πραγματοποιηθούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, διεξάγονται υποστηρικτικές συνεδρίες μέσω τηλεφώνου. Σε όλους τους ασθενείς δίνεται ένας αριθμός τηλεφώνου έκτακτης ανάγκης, τον οποίο μπορούν να καλούν 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, και όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν οδηγίες για το πώς και το πότε να χρησιμοποιούν το δωμάτιο επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Ο σύμβουλος συνήθως προσεγγίζει τα σφάλματα ή τις υποτροπές ως ευκαιρίες για τον ασθενή να μάθει για τα αίτια ή τις προϋποθέσεις της υποτροπής. Όλες οι παλινδρομήσεις και οι υποτροπές στη χρήση ναρκωτικών διερευνώνται σε μια προσπάθεια εντοπισμού προειδοποιητικών ενδείξεων. Συζητούνται στρατηγικές που βοηθούν τον ασθενή να προετοιμαστεί καλύτερα για την ανάρρωση. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν πρόσθετες συνεδρίες ή τηλεφωνικές επαφές για να βοηθηθεί ο ασθενής να σταθεροποιηθεί από ορισμένες υποτροπές. Σε περιπτώσεις, όπου η υποτροπή είναι σοβαρή και δεν μπορεί να διακοπεί με τη βοήθεια και την υποστήριξη της συμβουλευτικής μαζί με προγράμματα

αυτοβοήθειας (π.χ. AA, NA, CA), μπορεί να κανονιστούν προγράμματα ενδονοσοκομειακής αποτοξίνωσης ή απεξάρτησης.

Οι υποτροπές από τη χρήση ναρκωτικών επεξεργάζονται ως προς τις επιπτώσεις τους στα ψυχιατρικά συμπτώματα και την αποκατάσταση από τις διπλές διαταραχές. Εάν ένας ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συζητούνται οι πιθανές αλληλεπιδράσεις με το αλκοόλ ή τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Οι ψυχιατρικές υποτροπές συζητούνται από την άποψη των προειδοποιητικών ενδείξεων και των αιτιών για να βοηθηθεί ο ασθενής να προσδιορίσει τι μπορεί να συνέβαλε στην υποτροπή. Μπορεί να παρέχονται πρόσθετες συνεδρίες με τον σύμβουλο ή άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για να βοηθηθεί ο ασθενής να σταθεροποιηθεί. Μπορεί, επίσης, να γίνουν προσαρμογές της φαρμακευτικής αγωγής ανάλογα με τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής. Όταν τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι απειλητικά για τη ζωή ή προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα, μπορεί να κανονιστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι οικογένειες συχνά επηρεάζονται αρνητικά από έναν ασθενή με διπλές διαταραχές και έχουν πολλές ερωτήσεις και ανησυχίες σχετικά με το μέλος που πάσχει. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στον ασθενή και μπορούν να αποτελέσουν είτε εξαιρετική πηγή υποστήριξης είτε πρόσθετο άγχος κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης του ασθενούς. Οι σύμβουλοι ενθαρρύνονται να συμπεριλαμβάνουν τις οικογένειες στις συνεδρίες αξιολόγησης και θεραπείας. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, MFG και ατομικές οικογενειακές συνεδρίες. Οι ασθενείς που χρειάζονται οικογενειακή θεραπεία μπορούν να παραπέμπονται σε κοινωνικό λειτουργό ή θεραπευτή που γνωρίζει την προσέγγιση της οικογενειακής θεραπείας, εάν ο σύμβουλος του DDRC δεν είναι εξοικειωμένος με αυτήν. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στα παιδιά των ασθενών, ώστε να μπορούν να δρομολογηθούν αξιολογήσεις, εάν ο σύμβουλος θεωρεί ότι είναι απαραίτητη η ψυχιατρική αξιολόγηση του παιδιού ενός ασθενούς.

Τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις διπλές διαταραχές και την αποκατάσταση και ενθαρρύνουν τις οικογένειες να παρακολουθούν ομάδες υποστήριξης για διαταραχές ψυχικής υγείας ή διαταραχές εξάρτησης ουσιών (π.χ. Nar-Anon ή Al-Anon). Οι MFG συνεδρίες, που περιλαμβάνουν τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του και που συνδυάζουν την ανοιχτή συζήτηση με κάποια εστίαση στην απόκτηση εκπαίδευσης, μπορούν να προσφέρονται σε εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση. Η αμοιβαία βοήθεια και υποστήριξη μπορεί να μοιραστεί μεταξύ των μελών διαφορετικών οικογενειών. Οι ατομικές οικογενειακές συνεδρίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εστίαση σε συγκεκριμένα θέματα και προβλήματα

μιας συγκεκριμένης οικογένειας.

Ο σύμβουλος εργάζεται επίσης με τον ασθενή πάνω σε στρατηγικές βελτίωσης της επικοινωνίας και των σχέσεων με τα μέλη της οικογένειας, ακόμη και όταν αυτά δεν συμμετέχουν άμεσα στις συνεδρίες θεραπείας ή στις συναντήσεις της ομάδας ανάρρωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Catalano, R.; et al. Relapse in the addictions: Rates, determinants, and promising prevention strategies. *1988 Surgeon General's Report on the Health Consequences of Smoking*. Washington, DC: Office on Smoking and Health, 1988.

Cloninger, R. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987. pp. 410-416.

Daley, D.; Moss, H.; and Campbell, F. *Dual Disorders: Counseling Clients with Chemical Dependency and Mental Illness*. 2d ed. Center City, MN: Hazelden, 1993.

McLellan, A.T.; Luborsky, L.; Cacciola, J.; Griffith, J.; Evans, F.; Barr, H.L.; and O'Brien, C.P. New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J NervMent Dis* 173(7):412-423, 1985.

Meyer, R., ed. *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: Guilford Press, 1986.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ. ΔΕΙΓΜΑ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΙΠΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΤΑΦΡΟΝΤΙΔΑΣ/ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Στόχοι

1. Να διδάξετε στους ασθενείς τη σημασία της ύπαρξης ενός σχεδίου μεταφροντίδας για τη διευκόλυνση της συνεχιζόμενης ανάρρωσης. Το σχέδιο αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει επαγγελματική θεραπεία και συμμετοχή σε προγράμματα υποστήριξης αυτοβοήθειας (π.χ. ΑΑ ή ΝΑ) και ομάδες ψυχικής υγείας.
2. Να διδάξετε στους ασθενείς ότι η μη συμμόρφωση με τη συνεχιζόμενη θεραπεία αυξάνει τις πιθανότητες
3. υποτροπής της χρήσης ουσιών ή της ψυχιατρικής υποτροπής.
4. Να βοηθήσετε τους ασθενείς να εντοπίσουν τα πιθανά οφέλη από τη συνεχή συμμετοχή στη θεραπεία και την ανάρρωση.
5. Να διδάξετε στους ασθενείς τη σημασία του να είναι προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών (δηλ. επιστροφή στη χρήση ουσιών ή επιστροφή ή επιδείνωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων).

Μέθοδοι

1. Χρησιμοποιήστε μια μορφή διάλεξης/συζήτησης. Γράψτε τα κύρια σημεία στον πίνακα για ενίσχυση.
2. Αναφέρετε ότι οι μελέτες και η κλινική εμπειρία δείχνουν ότι οι ασθενείς, που συνεχίζουν τη θεραπεία μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, έχουν καλύτερα αποτελέσματα από εκείνους που τη διακόπτουν. Η μη
3. συμμόρφωση συχνά συμβάλλει στην υποτροπή.
4. Τονίστε τη σημασία της λήψης φαρμακευτικής αγωγής ακόμη και μετά τον έλεγχο των συμπτωμάτων.
5. Ζητήστε από τους ασθενείς, που απέτυχαν να συμμορφωθούν με τη θεραπεία στο παρελθόν καθώς και από εκείνους που συμμορφώθηκαν, να αναφέρουν πώς αυτό επηρέασε τον εθισμό και την ψυχιατρική τους διαταραχή.
6. Ζητήστε από τους ασθενείς να απαριθμήσουν τα πιθανά οφέλη της συμμόρφωσης με τη θεραπεία.
7. Ρωτήστε τους ασθενείς τι θα μπορούσαν να κάνουν αν αισθάνονταν ότι το θεραπευτικό τους σχέδιο δεν αποδίδει (π.χ. αντί να εγκαταλείψουν τη θεραπεία).
8. Ζητήστε από τους ασθενείς να απαριθμήσουν τα μέτρα που θα μπορούσαν να λάβουν εάν υποτροπιάσουν στη χρήση ουσιών ή τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα επιστρέψουν ή επιδεινωθούν.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alterman, A., ed. *Substance Abuse and Psychopathology*. New York: Plenum Press, 1986.

Co-Morbidity of Addictive and Psychiatric Disorders. Miller, N., and Stimmel, B., eds. Special edition of the *J Addict Dis* 12(3), 1993.

Daley, D., and Thase, M. *Dual Disorders Recovery Counseling: A Biopsychosocial Treatment Model for Addiction and Psychiatric Illness*. Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1995.

Evans, K., and Sullivan, J.M. *Dual Diagnosis: Counseling the Mentally Ill Substance Abuser*. New York: Guilford Press, 1991.

Goodwin, D., and Jamison, K. *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, 1990.

Minkoff, K., and Drake, R. *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Disorder*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc., 1991.

Montrose, K., and Daley, D. *Celebrating Small Victories*. Center City, MN: Hazelden, 1995.

National Institute on Drug Abuse. *Drug Abuse and Drug Abuse Research, Third Report to Congress*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1991. pp. 61-83.

O'Connell, D., ed. *Managing the Dually Diagnosed Patient*. New York: Haworth, 1990.

Pepper, B., and Ryglewicz, H. *The Young Adult Chronic Patient*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc., 1982.

Regier, D., et al. Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *JAMA* 264(19):2511-2518, 1990.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Alcoholics Anonymous (Big Book). New York: AA World Services, Inc., 1976.

Daley, D. *Relapse Prevention Workbook (Dual Diagnosis)*. Center City, MN: Hazelden, 1993.

Daley, D. *Dual Diagnosis Workbook: Recovery Strategies for Addiction and Mental Health Problems*. Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1994.

Daley, D., and Montrose, K. *Understanding Schizophrenia and Addiction*. Center City, MN: Hazelden, 1993.

Daley, D., and Roth, L. *When Symptoms Return: Relapse and Psychiatric Illness*. Holmes Beach, FL: Learning Publications, 1992.

Daley, D., and Sinberg, J. *A Family Guide to Coping with Dual Disorders*. Center City, MN: Hazelden, 1994.

The Dual Disorders Recovery Book. Center City, MN: Hazelden, 1993.

Gorski, T.T., and Miller, M. *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*.

Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1986.

Haskett, R., and Daley, D. *Understanding Bipolar Disorder and Addiction*. Center City, MN: Hazelden, 1994.

Living Sober. I. Skokie, IL: Gerald T. Rogers Productions. Eight interactive recovery educational videos, clinician manual, and consumer workbook, 1994.

Living Sober. II. Skokie, IL: Gerald T. Rogers Productions. Six interactive recovery educational videos, clinician manual, and consumer workbook, 1996.

Narcotics Anonymous (Basic Text). Sun Valley, CA: NA World Services Office, 1993.

Promise of Recovery. Skokie, IL: Gerald T. Rogers Productions. 1-800 227-9100. Eleven educational videos on mental health/dual diagnosis, clinician manual, and consumer workbook, 1995.

Salloum, I., and Daley, D. *Understanding Anxiety Disorders and Addiction*. Center City, MN: Hazelden, 1993.

Thase, M., and Daley, D. *Understanding Depression and Addiction*. Center City, MN: Hazelden, 1993.

Weiss, R., and Daley, D. *Understanding Personality Problems and Addiction*. Center City, MN: Hazelden, 1994.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Dennis C. Daley, M.S.W. Assistant Professor of Psychiatry and Program Director, Center for Psychiatric and Chemical Dependency Services, University of Pittsburgh Medical Center Western Psychiatric Institute and Clinic 3811 O'Hara Street Pittsburgh, PA 15213

Terence T. Gorski

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ

1.1 Γενική Περιγραφή της προσέγγισης

Το μοντέλο πρόληψης θεραπείας της υποτροπής (CENAPS® Model of Relapse Prevention Therapy CMRPT®), είναι μια ολοκληρωμένη μέθοδος για την πρόληψη της επιστροφής των εξαρτημένων πελατών στη χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών μετά την αρχική θεραπεία και για την έγκαιρη παρέμβαση σε περίπτωση χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

1.2 Στόχοι και σκοποί της προσέγγισης

Οι πέντε πρωταρχικοί στόχοι του μοντέλου CMRPT στη χρήση είναι:

1. Η αξιολόγηση των παγκόσμιων προτύπων του τρόπου ζωής που συμβάλλουν στην υποτροπή, συμπληρώνοντας μια ολοκληρωμένη αυτοαξιολόγηση της ζωής, του εθισμού και του ιστορικού υποτροπής.
2. Η κατασκευή ενός εξατομικευμένου καταλόγου προειδοποιητικών σημείων υποτροπής που οδηγούν τον υποτροπιάζοντα από τη σταθερή ανάρρωση πίσω στη χρήση χημικών ουσιών.
3. Η ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης των προειδοποιητικών σημείων για τη διαχείριση των κρίσιμων προειδοποιητικών ενδείξεων.
4. Η ανάπτυξη ενός δομημένου προγράμματος ανάκαμψης που να περιλαμβάνει κρίσιμα προειδοποιητικά σημάδια καθώς εμφανίζονται.
5. Η ανάπτυξη ενός σχεδίου έγκαιρης παρέμβασης για την υποτροπή που θα παρέχει στον πελάτη και στους σημαντικούς άλλους βήμα προς βήμα οδηγίες για τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών σε περίπτωση που αυτή επαναληφθεί.

1.3 Θεωρητικό υπόβαθρο / Μηχανισμός Δράσης

Το μοντέλο CMRPT είναι μια κλινική διαδικασία που ενσωματώνει το μοντέλο ασθένειας της χημικής εξάρτησης και τις μεθόδους συμβουλευτικής που βασίζονται στην αποχή, με τις πρόσφατες εξελίξεις στις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές θεραπείες. Η μέθοδος έχει σχεδιαστεί για να παρέχεται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, με

πρωταρχική εστίαση στα συστήματα παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Το μοντέλο CMRPT αποτελείται από πέντε πρωταρχικά στοιχεία:

1. Αξιολόγηση.
2. Εντοπισμός προειδοποιητικών ενδείξεων.
3. Διαχείριση προειδοποιητικών ενδείξεων.
4. Σχεδιασμός αποκατάστασης.
5. Εκπαίδευση έγκαιρης παρέμβασης στην υποτροπή.

Οι αρχές της γνωστικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής θεραπείας στοχεύουν στην επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων κάθε συνιστώσας του μοντέλο CMRPT.

Το μοντέλο CMRPT ενσωματώνει τυποποιημένες και δομημένες συνεδρίες ομαδικής και ατομικής θεραπείας και προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης που επικεντρώνονται κυρίως σε αυτούς τους πέντε πρωταρχικούς στόχους. Η θεραπεία έχει ολιστικό χαρακτήρα και εμπλέκει τους πελάτες σε ένα δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων αποκατάστασης. Η προθυμία συμμόρφωσης με τη δομή της ανάρρωσης και η ενεργός συμμετοχή στο πλαίσιο των δομημένων συνεδριών αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αποδοχή των πελατών για θεραπεία με αυτό το μοντέλο.

1.4 Παράγοντες αλλαγής

Ο πρωταρχικός παράγοντας της αλλαγής είναι η ολοκλήρωση ενός δομημένου κλινικού πρωτοκόλλου σε μια αλληλεπίδραση προσανατολισμένη στη διαδικασία μεταξύ του πελάτη, του κύριου θεραπευτή ή συμβούλου και των μελών των θεραπευτικών ομάδων.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης ναρκωτικών/της εξάρτησης - Αιτιολογικοί παράγοντες

Το μοντέλο CMRPT αναπτύσσεται από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 (Gorski 1989a). Ενσωματώνει τις θεμελιώδεις αρχές των Ανώνυμων Αλκοολικών (AA) με επαγγελματική συμβουλευτική και θεραπεία για την κάλυψη των αναγκών των πελατών που είναι επιρρεπείς στην υποτροπή.

Το μοντέλο CMRPT μπορεί να περιγραφεί ως το τρίτο κύμα της θεραπείας της εξάρτησης ουσιών. Το πρώτο κύμα ήταν η εισαγωγή των 12 βημάτων των AA. Το δεύτερο κύμα ήταν η ενσωμάτωση των AA με την επαγγελματική θεραπεία σε ένα μοντέλο γνωστό ως Μοντέλο της Μινεσότα, το τρίτο κύμα στη θεραπεία του χημικού εθισμού, ενσωματώνει τη γνώση του χημικού εθισμού σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και τις αρχές των 12 βημάτων με προηγμένες αρχές γνωστικής, συναισθηματικής, συμπεριφορικής και κοινωνικής θεραπείας, ώστε να παράγει ένα μοντέλο τόσο για την πρωτογενή ανάρρωση όσο και για την πρόληψη της υποτροπής.

Το μοντέλο CMRPT, βασίζεται σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αναφέρει ότι ο εθισμός είναι μια πρωτογενής ασθένεια ή διαταραχή που οδηγεί σε κατάχρηση και εθισμό ουσιών που μεταβάλλουν τη διάθεση. Η μακροχρόνια χρήση ναρκωτικών ουσιών που αλλάζουν τη διάθεση προκαλεί εγκεφαλική δυσλειτουργία που αποδιοργανώνει την προσωπικότητα και προκαλεί κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα.

Το μοντέλο CMRPT βασίζεται στην πεποίθηση ότι η πλήρης αποχή καθώς και η αλλαγή της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής είναι απαραίτητα για την πλήρη ανάρρωση. Τα άτομα που μεγαλώνουν σε δυσλειτουργικές οικογένειες συχνά αναπτύσσουν αυτοκαταστροφικά μοτίβα προσωπικότητας (οι ΑΑ τα αποκαλούν ελαττώματα χαρακτήρα) που παρεμποδίζουν την ικανότητά τους να ανακάμψουν. Ο εθισμός είναι μια χρόνια ασθένεια που έχει την τάση για υποτροπή. Η υποτροπή είναι η διαδικασία δυσλειτουργίας στην ανάρρωση, η οποία καταλήγει σε σωματική ή συναισθηματική κατάρρευση, αυτοκτονία ή αυτοθεραπεία με αλκοόλ ή άλλα ναρκωτικά. Το μοντέλο CMRPT ενσωματώνει τους ρόλους της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας, της κοινωνικής δυσλειτουργίας και των οικογενειακών προβλημάτων προέλευσης στα προβλήματα της ανάρρωσης και της υποτροπής.

Η δυσλειτουργία του εγκεφάλου εμφανίζεται κατά τη διάρκεια περιόδων μέθης, βραχυπρόθεσμης στέρησης και μακροπρόθεσμης στέρησης. Οι πελάτες με γενετικό ιστορικό εθισμού φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς σε αυτή την εγκεφαλική δυσλειτουργία. Καθώς ο εθισμός εξελίσσεται, τα συμπτώματα αυτής της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας προκαλούν δυσκολίες στη διαυγή σκέψη, στη διαχείριση των συναισθημάτων, στη μνήμη, στον ξεκούραστο ύπνο, στην αναγνώριση και διαχείριση του στρες και στον ψυχοκινητικό συντονισμό. Τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά κατά τους πρώτους 6 έως 18 μήνες νηφαλιότητας, αλλά υπάρχει μια δια βίου τάση τα συμπτώματα αυτά να επιστρέφουν σε περιόδους σωματικού ή ψυχοκοινωνικού στρες.

Η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας συμβαίνει, επειδή η εγκεφαλική δυσλειτουργία παρεμβαίνει στη φυσιολογική σκέψη, το συναίσθημα και τη δράση. Ένα μέρος της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας είναι προσωρινό και θα υποχωρήσει αυθόρμητα με την αποχή, καθώς ο εγκέφαλος ανακάμπτει από τη δυσλειτουργία. Άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας θα εισχωρήσουν βαθιά κατά τη διάρκεια του εθισμού και θα χρειαστούν θεραπεία για να υποχωρήσουν.

Η κοινωνική δυσλειτουργία, η οποία περιλαμβάνει οικογενειακά, εργασιακά, νομικά και οικονομικά προβλήματα, προκύπτει ως συνέπεια της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας και της επακόλουθης αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας.

Ο εθισμός μπορεί να επηρεαστεί, όχι να προκληθεί, από αυτοκαταστροφικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που προκύπτουν από την ανατροφή σε μια δυσλειτουργική οικογένεια. Η προσωπικότητα είναι ο συνήθης τρόπος σκέψης,

συναισθήματος, δράσης και σχέσης με τους άλλους που αναπτύσσεται στα παιδιά και διαιωνίζεται ασυνείδητα στην ενήλικη ζωή. Η προσωπικότητα αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των γενετικά κληρονομημένων χαρακτηριστικών και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η ανατροφή σε μια δυσλειτουργική οικογένεια μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκαταστροφικά χαρακτηριστικά ή διαταραχές της προσωπικότητας.

Αυτά τα χαρακτηριστικά και οι διαταραχές δεν προκαλούν τον εθισμό. Μπορούν να προκαλέσουν ταχύτερη εξέλιξη του εθισμού, να καταστήσουν δύσκολη την αναγνώριση και την αναζήτηση θεραπείας κατά τα αρχικά στάδια του εθισμού ή να καταστήσουν δύσκολη την ωφέλεια από τη θεραπεία. Τα αυτοκαταστροφικά χαρακτηριστικά και οι διαταραχές της προσωπικότητας αυξάνουν, επίσης, τον κίνδυνο υποτροπής. Κατά συνέπεια, τα οικογενειακά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα στη θεραπεία.

Το σύνδρομο υποτροπής αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας της νόσου του εθισμού. Η ασθένεια είναι ένα δίκωπο μαχαίρι με δύο κοφτερές άκρες - συμπτώματα βασισμένα στα ναρκωτικά που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια ενεργών επεισοδίων χρήσης ουσιών και συμπτώματα βασισμένα στη νηφαλιότητα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια περιόδων αποχής.

Τα συμπτώματα που βασίζονται στη νηφαλιότητα δημιουργούν μια τάση υποτροπής που είναι μέρος της ίδιας της νόσου. Η υποτροπή είναι η διαδικασία της δυσλειτουργίας στη νηφαλιότητα λόγω των συμπτωμάτων που βασίζονται στη νηφαλιότητα και οδηγούν σε νέα χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών, σωματική ή συναισθηματική κατάρρευση ή αυτοκτονία. Η διαδικασία υποτροπής χαρακτηρίζεται από προβλέψιμες και αναγνωρίσιμες προειδοποιήσεις και σημάδια που ξεκινούν πολύ πριν από τη χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ή την κατάρρευση. Η θεραπεία πρόληψης της υποτροπής διδάσκει τους πελάτες να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται αυτά τα προειδοποιητικά σημάδια και να διακόπτουν νωρίς την εξέλιξη της υποτροπής και να επιστρέφουν σε θετική πρόοδο στην ανάρρωση.

Το μοντέλο CMRPT αντιλαμβάνεται την αποκατάσταση ως μια αναπτυξιακή διαδικασία που διέρχεται από έξι στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι η Μετάβαση, όπου οι πελάτες αναγνωρίζουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά και πρέπει να επιδιώξουν την αποχή ως στόχο του τρόπου ζωής τους, ώστε να μπορέσουν να επιλύσουν αυτά τα προβλήματα. Το δεύτερο στάδιο είναι η Σταθεροποίηση, όπου οι πελάτες αναρρώνουν από την οξεία και μετα-οξεία στέρηση και σταθεροποιούν την ψυχοκοινωνική κρίση της ζωής τους. Το τρίτο στάδιο είναι η Πρώιμη Ανάρρωση, όπου οι πελάτες εντοπίζουν και μαθαίνουν πώς να αντικαθιστούν τις εθιστικές σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές με σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές που

επικεντρώνονται στη νηφαλιότητα. Το τέταρτο στάδιο είναι η Μέση Ανάρρωση, όπου οι πελάτες αποκαθιστούν τη ζημιά που προκάλεσε ο εθισμός στον τρόπο ζωής τους και αναπτύσσουν έναν ισορροπημένο και υγιεινό τρόπο ζωής. Το πέμπτο στάδιο είναι η Ύστερη Ανάρρωση, όπου οι πελάτες επιλύουν οικογενειακά ζητήματα καταγωγής που υποβαθμίζουν την ποιότητα της ανάρρωσης και δρουν ως μακροχρόνιοι παράγοντες υποτροπής. Το έκτο στάδιο είναι η Συντήρηση, όπου οι πελάτες συνεχίζουν ένα πρόγραμμα ανάπτυξης και εξέλιξης και διατηρούν ένα ενεργό πρόγραμμα ανάκαμψης για να διασφαλίσουν ότι δεν θα επιστρέψουν σε παλιά εθιστικά πρότυπα.

Το μοντέλο CMRPT βασίζεται σε ένα ισορροπημένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που αναγνωρίζει τρεις πρωταρχικούς ψυχολογικούς τομείς λειτουργίας και τρεις πρωταρχικούς κοινωνικούς τομείς λειτουργίας. Κάθε ένας από αυτούς τους τομείς θεωρείται εξίσου σημαντικός.

Οι πρωταρχικοί ψυχολογικοί τομείς είναι:

1. Σκέψη.
2. Συναίσθημα.
3. Δράση.

Οι πρωταρχικοί κοινωνικοί τομείς είναι:

1. Εργασία.
2. Φιλία.
3. Προσωπικές σχέσεις.

Ο κλινικός στόχος είναι να βοηθηθούν οι πελάτες να επιτύχουν ικανοποιητική λειτουργία σε καθέναν από αυτούς τους τομείς.

Οι πελάτες συνήθως προτιμούν έναν ψυχολογικό και έναν κοινωνικό τομέα. Αυτοί οι προτιμώμενοι τομείς υπεραναπτύσσονται, ενώ οι άλλοι παραμένουν λιγότερο ανεπτυγμένοι. Ο στόχος είναι να ενισχυθούν οι δεξιότητες στους υπερανεπτυγμένους τομείς, και να επικεντρωθεί ο πελάτης στην ανάπτυξη δεξιοτήτων στους λιγότερο ανεπτυγμένους τομείς. Στόχος είναι η επίτευξη υγιούς, ισορροπημένης λειτουργίας.

Η εικόνα θεωρείται ως πρωταρχική διαμεσολαβητική λειτουργία μεταξύ σκέψης, συναισθήματος και δράσης. Το μοντέλο CMRPT κάνει εκτεταμένη χρήση τόσο της καθοδηγούμενης απεικόνισης για νοητική πρόβα όσο και της αυθόρμητης εικόνας για τη γνωστική και συναισθηματική ολοκλήρωση εργασίας.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο CMRPT είναι ένα πρόγραμμα εφαρμοσμένης γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας. Είναι παρόμοιο με την ορθολογική συναισθηματική θεραπεία και το μοντέλο γνωστικής θεραπείας του Beck. Η κύρια διαφορά είναι ότι το μοντέλο CMRPT εφαρμόζει τις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας απευθείας στο πρόβλημα, διδάσκοντας στους εξαρτημένους πελάτες πώς να διατηρούν την αποχή από το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά.

Το μοντέλο CMRPT δίνει μεγάλη έμφαση στις συναισθηματικές αρχές της θεραπείας, εστιάζοντας στην αναγνώριση, την κατάλληλη επισήμανση, την επικοινωνία και την επίλυση των συναισθημάτων και των συγκινήσεων. Το μοντέλο CMRPT ενσωματώνει ένα μοντέλο γνωστικής και συναισθηματικής θεραπείας για την κατανόηση των συναισθημάτων διδάσκοντας στους πελάτες ότι τα συναισθήματα δημιουργούνται από την παράλογη σκέψη (γνωστική θεωρία) και αποθηκεύονται τραυματικά ή καταπιέζονται (συναισθηματική θεωρία). Η συναισθηματική εργασία ενσωμάτωσης περιλαμβάνει τόσο τη γνωστική επισήμανση και έκφραση των συναισθημάτων όσο και θεραπείες προσανατολισμένες στις εικόνες που αποσκοπούν στην αποσυμπίεση των αναμνήσεων. Το μοντέλο βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε καθοδηγούμενες και αυθόρμητες εικόνες και σε εργασίες συμπλήρωσης προτάσεων και επανάληψης που αποσκοπούν στη δημιουργία διορθωτικών συναισθηματικών εμπειριών.

Το μοντέλο αυτό είναι επίσης παρόμοιο και έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από το γνωστικο-συμπεριφορικό μοντέλο πρόληψης της υποτροπής που αναπτύχθηκε από τους Marlatt και Gordon (George 1989- Marlatt και Gordon 1985). Η βασική διαφορά είναι ότι το μοντέλο CMRPT ενσωματώνει θεραπεία που βασίζεται στην αποχή και έχει μεγαλύτερη συμβατότητα με τα προγράμματα 12 βημάτων από ό,τι το μοντέλο των Marlatt και Gordon.

Το μοντέλο CMRPT ενσωματώνεται καλά με μια ποικιλία γνωστικών, συναισθηματικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών θεραπειών. Το κύριο πλεονέκτημά της είναι ότι επιτρέπει σε κλινικούς ιατρούς με διαφορετικό κλινικό υπόβαθρο να εφαρμόζουν τις δεξιότητές τους απευθείας στην θεραπεία πρόληψης της υποτροπής (RP). Ως αποτέλεσμα, είναι ιδανικό για χρήση από μια διεπιστημονική θεραπευτική ομάδα.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο CMRPT μοιάζει περισσότερο με τους ακόλουθους τύπους θεραπείας:

1. Θεραπείες που θεωρούν τη χημική εξάρτηση ως σύμπτωμα ενός υποκείμενου διανοητικού ή ψυχολογικού προβλήματος.
2. Ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ ή εκπαίδευση αυτοελέγχου που προωθεί την

ελεγχόμενη ή υπεύθυνη

3. χρήση για χημικά εξαρτημένους πελάτες που έχουν εμφανίσει σωματικό και ψυχολογικό εθισμό στο αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά.
4. Μη κατευθυντικές ή πελατοκεντρικές προσεγγίσεις.
5. Οποιαδήποτε μορφή θεραπείας που απομονώνει ή επικεντρώνεται αποκλειστικά σε οποιονδήποτε μεμονωμένο τομέα της σωματικής, ψυχολογικής ή κοινωνικής λειτουργίας, αποκλείοντας τους άλλους τομείς λειτουργίας.

Το μοντέλο CMRPT είναι πολύ διαφορετικό από τα άκαμπτα μοντέλα γνωστικής θεραπείας, τα οποία πιστεύουν ότι η αμφισβήτηση των παράλογων σκέψεων θα επιφέρει αυτόματη συναισθηματική ολοκλήρωση ή τα άκαμπτα μοντέλα συναισθηματικής θεραπείας, τα οποία πιστεύουν ότι το έργο της συναισθηματικής κάθαρσης θα οδηγήσει αυτόματα σε αυθόρμητη γνωστική και συμπεριφορική αλλαγή.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Το μοντέλο CMRPT χρησιμοποιεί μια τυποποιημένη μορφή συνεδριών για την ομαδική θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, την ατομική θεραπεία και την θεραπεία πρόληψης της υποτροπής (RP).

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Το μοντέλο CMRPT ένα τυποποιημένο μοντέλο συνεδριών ομαδικής θεραπείας επίλυσης προβλημάτων, το οποίο αποτελείται από κανόνες της ομάδας, ευθύνες της ομάδας, μια τυποποιημένη μορφή ομάδας και μια μορφή ομαδικής συμβουλευτικής επίλυσης προβλημάτων.

3.1.1 Κανόνες ομάδας.

Οι ακόλουθοι κανόνες χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων σε ομάδες.

1. Τα μέλη της ομάδας μπορούν να λένε ό,τι θέλουν, όποτε θέλουν. Η σιωπή δεν αποτελεί αρετή στην ομάδα και μάλιστα μπορεί να είναι επιβλαβής για την ανάρρωση ενός μέλους της ομάδας.
2. Τα μέλη της ομάδας μπορούν να αρνηθούν να απαντήσουν σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις ή να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε δραστηριότητα εκτός από τις βασικές υποχρεώσεις της ομάδας. Τα μέλη της ομάδας δεν μπορούν να εξαναγκαστούν να συμμετάσχουν, αλλά έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με τη σιωπή οποιουδήποτε μέλους ή την επιλογή οποιουδήποτε μέλους να μην συμμετάσχει.

3. Ό,τι λέγεται και λαμβάνει χώρα στην ομάδα παραμένει μεταξύ των μελών της. Μόνο οι σύμβουλοι μπορούν να συμβουλευονται τους συναδέλφους συμβούλους για να προσφέρουν στα μέλη καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία.
4. Δεν επιτρέπονται βρισιές, υποτιμήσεις, καυγάδες ή απειλές βίας. Η απειλή βίας θεωρείται αντίστοιχη με την πράξη βίας.
5. Δεν επιτρέπονται ραντεβού, ρομαντικές σχέσεις ή σεξουαλική εμπλοκή μεταξύ των μελών της ομάδας, καθώς αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να σαμποτάρουν τη θεραπεία του ενός ή και των δύο. Εάν ξεκινήσει μια τέτοια εμπλοκή, θα πρέπει να τεθεί αμέσως υπόψη ενός συμβούλου.
6. Όποιος αποφασίσει να αποχωρήσει από την ομάδα πρέπει να ενημερώσει την ομάδα (αυτοπροσώπως) πριν από την αναχώρηση.
7. Τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να είναι στην ώρα τους για τις δίωρες συνεδρίες και δεν θα πρέπει να σχεδιάζουν να φύγουν πριν από τη λήξη της συνεδρίας. Δεν επιτρέπεται το κάπνισμα, το φαγητό ή το ποτό.

3.1.2 Αρμοδιότητες της ομάδας.

Τα μέλη της ομάδας συμφωνούν να εκπληρώνουν/πραγματοποιούν τις ακόλουθες βασικές ευθύνες της ομάδας:

1. Να προσφέρουν της αντίδρασή τους στην αρχή κάθε συνεδρίας.
2. Να δουλέψουν εθελοντικά πάνω σε ένα προσωπικό θέμα σε κάθε συνεδρία της ομάδας.
3. Να ολοκληρώσουν όλες τις εργασίες και να αναφέρουν στην ομάδα τι έμαθαν.
4. Να ακούν τα άλλα μέλη της ομάδας όταν παρουσιάζουν προβλήματα.
5. Να κάνουν ερωτήσεις που βοηθούν στην αποσαφήνιση του προβλήματος ή της προτεινόμενης λύσης.
6. Να προσφέρουν ανατροφοδότηση σχετικά με το πρόβλημα και το μέλος της ομάδας που παρουσιάζει το πρόβλημα.
7. Κατά περίπτωση, να μοιραστούν προσωπικές εμπειρίες με παρόμοια προβλήματα.
8. Να ολοκληρώσουν την άσκηση κλεισίματος αναφέροντας στην ομάδα τι έμαθαν στη συνεδρία και τι θα μπορούσε να γίνει διαφορετικά ως αποτέλεσμα των όσων έμαθαν.

3.1.3 Μορφή ομαδικής συμβουλευτικής επίλυσης προβλημάτων.

Οι συνεδρίες ομαδικής θεραπείας ακολουθούν ένα τυπικό πρωτόκολλο ομαδικής θεραπείας οκτώ βημάτων. Το πρώτο και το τελευταίο βήμα του πρωτοκόλλου (προετοιμασία και απολογισμός) παρακολουθεί μόνο η θεραπευτική ομάδα. Τα υπόλοιπα βήματα του πρωτοκόλλου λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της πραγματικής ομαδικής θεραπείας.

1. Προπαρασκευαστική συνεδρία. Η συνεδρία αρχίζει με την ανασκόπηση των θεραπευτικών σχεδίων των πελατών, των στόχων και της τρέχουσας προόδου στην εφαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επανεξετάζεται η πρόοδος κάθε πελάτη και γίνεται προσπάθεια πρόβλεψης των εργασιών και των προβλημάτων που θα παρουσιάσει ο πελάτης.

2. Διαδικασία ανοίγματος (5 λεπτά). Ο σύμβουλος καθορίζει το κλίμα της ομάδας, καθιερώνει την ηγεσία και βοηθά τους πελάτες να εγκλιματιστούν στη διαδικασία της ομάδας.

3. Αντιδράσεις για την προηγούμενη συνεδρίαση (15 λεπτά). Κάθε μέλος της ομάδας περιγράφει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του σχετικά με τη συνεδρία και προσδιορίζει τρία πρόσωπα που ξεχώρισαν από τη συγκεκριμένη συνεδρία και γιατί τα θυμήθηκε.

4. Αναφορά στις εργασίες (10 λεπτά). Οι ασκήσεις πάνω στις οποίες εργάζονται οι πελάτες για τον εντοπισμό και τη διαχείριση των προειδοποιητικών σημείων υποτροπής ή την αντιμετώπιση άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με τη θεραπεία πρόληψης της υποτροπής(RP) μοιράζονται ή ολοκληρώνονται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας- άλλες εργασίες ολοκληρώνονται μεταξύ των συνεδριών.

Αμέσως μετά τις αντιδράσεις κάθε μέλους, ο σύμβουλος ζητά από όλα τα μέλη της ομάδας που έχουν λάβει εργασίες να απαντήσουν εν συντομία στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Ποια ήταν η ανάθεση (εργασίας) και γιατί ανατέθηκε;
- Ολοκληρώθηκε η ανάθεση και, αν όχι, τι συνέβη όταν επιχειρήθηκε;
- Τι μάθατε από την ολοκλήρωση της ανάθεσης;
- Ποια συναισθήματα και συγκινήσεις βιώσατε κατά την ανάθεση της εργασίας;
- Υπήρχαν ζητήματα που απαιτούσαν πρόσθετη εργασία από την ομάδα;
- Υπάρχει κάτι άλλο που πρέπει να δουλέψει η ομάδα σήμερα;

5. Καθορισμός της ημερήσιας διάταξης (3 λεπτά). Αφού μοιραστούν όλες οι εργασίες, ο σύμβουλος της ομάδας εντοπίζει τα μέλη της ομάδας που θέλουν να εργαστούν και ανακοινώνει τα ονόματά τους και τη σειρά με την οποία θα παρουσιάσουν. Όσοι δεν

παρουσιάσουν την εργασία τους κατά τη διάρκεια αυτής της συνεδρίασης, είναι πρώτοι στην ημερήσια διάταξη της επόμενης. Είναι καλύτερο να προγραμματίσετε να μην παρουσιάζουν περισσότερα από τρία μέλη σε κάθε συνεδρία της ομάδας.

6. Ομαδική διαδικασία επίλυσης προβλημάτων (70 λεπτά). Οι πελάτες παρουσιάζουν θέματα στην ομάδα, τα διευκρινίζουν μέσω ομαδικών ερωτήσεων, λαμβάνουν ανατροφοδότηση από την ομάδα και (εάν χρειάζεται) από τον σύμβουλο αναπτύσσουν εργασίες για τη συνέχιση της προόδου.

7. Άσκηση κλεισίματος. Όταν απομένουν περίπου 15 λεπτά για την ομαδική συνεδρία, ο σύμβουλος ζητά από κάθε μέλος να μοιραστεί το πιο σημαντικό πράγμα που έμαθε στην ομάδα και τι θα μπορούσε να γίνει διαφορετικά ως αποτέλεσμα των όσων έμαθε.

8. Συνεδρία απολογισμού. Η συνεδρία αυτή επανεξετάζει τα προβλήματα και την πρόοδο του πελάτη, βελτιώνει τις ομαδικές δεξιότητες του συμβούλου και συμβάλλει στην πρόληψη της εξουθένωσης του συμβούλου. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο αν αυτό μπορεί να γίνει με άλλους συμβούλους που διευθύνουν παρόμοιες ομάδες. Ολοκληρώνεται μια σύντομη ανασκόπηση κάθε πελάτη, εντοπίζονται τα εκκρεμή μέλη και γεγονότα της ομάδας, συζητούνται η πρόοδος και τα προβλήματα και επανεξετάζονται τα προσωπικά συναισθήματα και οι αντιδράσεις του συμβούλου.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Το ιδανικό περιβάλλον για το μοντέλο CMRPT είναι ένα πρωτοβάθμιο πρόγραμμα εξωτερικών ιατρείων που αποτελείται από τουλάχιστον 12 ομαδικές συνεδρίες, 10 ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες και 6 συνεδρίες PE (ψυχοεκπαιδευτικό μοντέλο) που χορηγούνται σε μια περίοδο 6 εβδομάδων. Οι πελάτες με προβλήματα αλφαριθμητισμού, γνωστικές διαταραχές ή ψυχικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας συνήθως απαιτούν μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής για την ολοκλήρωση των θεραπευτικών στόχων. Οι πελάτες αποτοξινώνονται σε μονάδα νοσηλείας ή κατοικίας με μεταβλητή διάρκεια παραμονής. Κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης, ο πελάτης σταθεροποιείται, αξιολογείται και παρακινείται να συνεχίσει το μοντέλο CMRPT σε ένα πρωτοβάθμιο πρόγραμμα εξωτερικών ιατρείων. Μετά την ολοκλήρωση του πρωτοβάθμιου προγράμματος εξωτερικής περίθαλψης, ο πελάτης μεταφέρεται σε ένα συνεχές πρόγραμμα ομαδικής και ατομικής θεραπείας (τέσσερις ομαδικές συνεδρίες και δύο ατομικές συνεδρίες ανά μήνα) για την εφαρμογή των διαδικασιών αναγνώρισης και διαχείρισης των προειδοποιητικών σημάτων και επικαιροποίηση του σχεδίου πρόληψης της υποτροπής (RP) με βάση τις εμπειρίες της ανάκαμψης.

Μια σύντομη αποστολή ανάγνωσης (3 έως 10 ημέρες) για σταθεροποίηση σε ιδρύματα μπορεί να απαιτηθεί σε περίπτωση που οι πελάτες επιστρέψουν στη χρήση χημικών ουσιών

και αναπτύξουν σοβαρά προειδοποιητικά σημάδια που τους καθιστούν εκτός ελέγχου και σε κίνδυνο ή τους θέτουν σε υψηλό κίνδυνο να επιστρέψουν στη χρήση χημικών ουσιών.

Το μοντέλο CMRPT είναι καλά προσαρμοσμένο για χρήση με χημικά εξαρτημένους εγκληματίες στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης που έχουν αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας. Το Μοντέλο CMRPT είναι πιο αποτελεσματικό όταν ενσωματώνεται με τη γνωστική- συμπεριφορική μέθοδο για τον εντοπισμό και τη διαχείριση της εγκληματικής σκέψης. Σε τέτοια προγράμματα, το μοντέλο πρέπει να ξεκινήσει την θεραπεία σε ίδρυμα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 εβδομάδων της φυλάκισης, να συνεχίσει σε ένα ενδιάμεσο περιβάλλον για μια περίοδο 3 έως 6 μηνών και στη συνέχεια να συνεχίσει σε ένα πρωτογενές πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών για τουλάχιστον 2 χρόνια.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Το μοντέλο CMRPT μπορεί να χορηγηθεί σε διάφορα περιβάλλοντα με μεταβλητό αριθμό συνεδριών.

3.3.1 Μοντέλο οικιστικής αποκατάστασης.

Το μοντέλο CMRPT χρησιμοποιήθηκε αρχικά σε προγράμματα εσωτερικής αποκατάστασης διάρκειας 28 ημερών και χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια 20 συνεδριών ομαδικής θεραπείας διάρκειας 90 λεπτών, 12 συνεδριών ατομικής θεραπείας και 20 συνεδριών πρόληψης της υποτροπής (PE) διάρκειας 90 λεπτών. Το πρωτόκολλο συμπληρώθηκε με τη συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας. Οι πελάτες στη συνέχεια μεταφέρθηκαν σε ένα πρόγραμμα εξωτερικής νοσηλείας 90 ημερών που αποτελούνταν από δώδεκα 90λεπτες συνεδρίες ομαδικής θεραπείας (μία φορά την εβδομάδα) και έξι 60λεπτες ατομικές συνεδρίες θεραπείας (δύο φορές το μήνα). Αυτό συμπληρώθηκε από τη συμμετοχή σε 24 συναντήσεις 12 βημάτων και 6 ομάδες υποστήριξης πρόληψης της υποτροπής (RP).

3.3.2 Πρωτοβάθμιο πρόγραμμα εξωτερικών ιατρείων.

Το μοντέλο CMRPT χρησιμοποιήθηκε αργότερα σε ένα εντατικό πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών που περιελάμβανε 10 ατομικές συνεδρίες θεραπείας, 12 συνεδρίες ομαδικής θεραπείας, 6 ομάδες ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου (PE), και συμμετοχή σε 6 συναντήσεις 12 βημάτων και 6 ομάδες υποστήριξης RP. Οι πελάτες μεταφέρθηκαν στη συνέχεια σε μια ομάδα διαχείρισης εντοπισμού προειδοποιητικών σημάτων διάρκειας 90 ημερών που αποτελούνταν από 12 συνεδρίες ομαδικής θεραπείας και 6 ατομικές συνεδρίες θεραπείας και συνέχισαν την συμμετοχή σε συναντήσεις 12 βημάτων και ομάδες υποστήριξης RP.

3.3.3 Ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα (PE)

Το μοντέλο CMRPT έχει καθοριστεί ως πρόγραμμα PE που αποτελείται από 8 έως 24 εκπαιδευτικές συνεδρίες διάρκειας από 1½ έως 3 ώρες ανά συνεδρία. Οι κινητοποιημένοι πελάτες με επαρκείς δεξιότητες ανάγνωσης και γραφής μπόρεσαν να επωφεληθούν από τη συμμετοχή σε αυτά τα προγράμματα. Αυτά τα προγράμματα PE ενσωματώνονται συνήθως στα προγράμματα διαμονής ή στα πρωτοβάθμια προγράμματα εξωτερικής θεραπείας.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Το μοντέλο CMRPT είναι συμβατό με μια ποικιλία άλλων θεραπειών, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων 12 βημάτων, της οικογενειακής θεραπείας και μιας ποικιλίας γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών θεραπευτικών μοντέλων.

Το μοντέλο CMRPT συνεργάζεται καλά με προγράμματα δικαστικής εκτροπής και Προγράμματα βοήθειας εργαζομένων (Employee Assistance Programs). Έχει αναπτυχθεί ένα ειδικό πρωτόκολλο RP για τη χρήση σε συνδυασμό με παραπομπές από το EAP. Το πρωτόκολλο αυτό επικεντρώνεται στον εντοπισμό των προειδοποιητικών σημείων υποτροπής κατά την εργασία και στη διδασκαλία των συμβούλων του EAP και των προϊσταμένων, πώς να παρεμβαίνουν σε αυτά τα προειδοποιητικά σημεία ως μέρος της διαδικασίας εποπτείας και της διορθωτικής πειθαρχίας.

Έχει επίσης αναπτυχθεί ένα ειδικό πρωτόκολλο για την εργασία με χημικά εξαρτημένους ποινικούς παραβάτες. Το μοντέλο αυτό ενσωματώνει τη θεραπεία της εγκληματικής σκέψης και των αντικοινωνικών διαταραχών της προσωπικότητας με μεθόδους αποκατάστασης της χημικής εξάρτησης και του RP. Το πρωτόκολλο ενσωματώνει ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ένα αναπτυξιακό μοντέλο ανάρρωσης και ένα μοντέλο προειδοποιητικών σημείων υποτροπής, σχεδιασμένο για πελάτες με αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας και άλλες διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας Β. Το μοντέλο αυτό έχει σχεδιαστεί για να εφαρμόζεται σε μακροχρόνια θεραπεία, καθώς ο πελάτης μετακινείται από τη φυλάκιση σε κέντρο επανένταξης, σε εντατικά εξωτερικά ιατρεία και σε συνεχή εξωτερικά ιατρεία σε διάστημα 1 έως 5 ετών.

Ειδική εφαρμογή του μοντέλο CMRPT έχει αναπτυχθεί για πελάτες με μετατραυματικό στρες (PTSD) που προέρχονται από σωματική και σεξουαλική κακοποίηση παιδιών (Trotter 1992).

Δεδομένου ότι το πρωτόκολλο εντοπίζει και αναπτύσσει στρατηγικές διαχείρισης για μια ποικιλία προβλημάτων που προκαλούν υποτροπή, οι συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές και τα προβλήματα του τρόπου ζωής συχνά εντοπίζονται και αντιμετωπίζονται σε συνδυασμό με τη θεραπεία RP .

Αναπτύχθηκε ένα ειδικό πρωτόκολλο για οικογενειακή θεραπεία ώστε να διευκολυνθεί η συμμετοχή της οικογένειας στον εντοπισμό και τη διαχείριση των προειδοποιητικών σημάτων. Οι μέθοδοι οικογενειακής παρέμβασης τύπου Johnson προσαρμόστηκαν για χρήση σε ένα σχέδιο έγκαιρης παρέμβασης για την υποτροπή με επίκεντρο την οικογένεια.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Επειδή βασίζεται σε ένα μοντέλο ασθένειας και σε θεραπεία που βασίζεται στην αποχή, το Μοντέλο CMRPT έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να είναι συμβατό με τα προγράμματα 12 βημάτων. Μια ειδική ερμηνεία των 12 βημάτων αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τους πελάτες να συσχετίσουν τη συμμετοχή σε προγράμματα 12 βημάτων με τις αρχές της RP.

Αναπτύχθηκαν ειδικές ομάδες αυτοβοήθειας που ονομάζονται Ομάδες Υποστήριξης για την Πρόληψη της Υποτροπής (Gorski 1989) για να ενθαρρύνουν τους πελάτες να συνεχίσουν τη συνεχή αναγνώριση και διαχείριση των προειδοποιητικών σημάτων.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Το μοντέλο CMRPT έχει σχεδιαστεί για να εφαρμόζεται σε ένα από τα τρία επίπεδα: βασική ερευνητική θεραπεία πρόληψης (RPT), προσανατολισμένη στην ανάκαμψη και RPT προσανατολισμένη στην ψυχοθεραπεία. Συνιστώνται διαφορετικά διαπιστευτήρια για την άσκηση σε καθένα από αυτά τα τρία επίπεδα.

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Επαγγελματίες με ποικίλα διαπιστευτήρια - που κυμαίνονται από μη πτυχιούχους πιστοποιημένους συμβούλους εθισμού έως κλινικούς ψυχολόγους διδακτορικού επιπέδου - έχουν εκπαιδευτεί και επιτύχει -ασκούν το μοντέλο θεραπείας αποτροπής επιστροφής στη χρήση. Όσο μεγαλύτερη εκπαίδευση έχει ένας σύμβουλος στη θεραπεία της χημικής εξάρτησης και στη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, τόσο πιο αποτελεσματικός είναι στη χρήση του Μοντέλο θεραπείας αποτροπής επιστροφής στη χρήση.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Πολλοί σύμβουλοι και θεραπευτές είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τις τεχνικές του μοντέλου CMRPT αφού διαβάσουν το *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention* (Gorski and Miller, 1986) και το *Staying Sober Workbook* (Gorski 1988), το οποίο συνίσταται, όταν οι σύμβουλοι πιστοποιηθούν ως προς την επάρκεια τους με την ολοκλήρωση ενός εκπαιδευτικού σεμιναρίου διάρκειας 6,5 ημερών και μιας διαδικασίας πιστοποίησης της επάρκειας τους.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να πιστεύει στη θεραπεία που βασίζεται στην αποχή, να αποφεύγει τη σκληρή ψυχονοητική αντιπαράθεση, να έχει καλές επικοινωνιακές δεξιότητες και καλά αναπτυγμένα χαρακτηριστικά βοήθειας και να ανέχεται το μοντέλο του λειτουργικού και νηφάλιου τρόπου ζωής.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Ιδανικά, ο σύμβουλος RP θα πρέπει να είναι ένα ανεξαρτημένο από τη χημική εξάρτηση άτομο με μακρά ιστορία υποτροπής που καλύφθηκε με τις μεθόδους της RP, να έχει σήμερα πάνω από 5 χρόνια αδιάκοπης αποχής και να έχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή προηγμένη εκπαίδευση σε τεχνικές γνωστικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής θεραπείας.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Οι σύμβουλοι του RP εκπαιδεύονται να συνάπτουν συνεργατική σχέση με τους πελάτες. Απαιτούνται υποστηρικτικές και κατευθυντικές προσεγγίσεις που αποφεύγουν τη σκληρή, ψυχο-τοξική αντιπαράθεση. Η πρόσθετη κατάρτιση στις διαδικασίες του μοντέλου CMRPT είναι απαραίτητη.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Οι σύμβουλοι του RP αποθαρρύνονται από το να είναι σκληρά συγκρουσιακοί. Η αντιπαράθεση αποσκοπεί στο να είναι κατευθυντική και υποστηρικτική, με τον σύμβουλο να επισημαίνει τους τρόπους σκέψης και δράσης που καταστρέφουν τον εαυτό του, υποστηρίζοντας παράλληλα τη βασική ολοκλήρωση του πελάτη.

Το μοντέλο συμφωνεί με τον επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας για τους συμβούλους και τους θεραπευτές, καθώς απαγορεύει προσωπικές σχέσεις και συναισθηματική ή σεξουαλική εμπλοκή με τους πελάτες.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Η εποπτεία πρέπει να διατηρείται σε τακτική βάση και να περιλαμβάνει τόσο την ομαδική εποπτεία όσο και την ατομική. Η εποπτεία θα πρέπει να επικεντρώνεται στα προβλήματα και να εξετάζει θέματα προσαρμογής των τυποποιημένων πρωτοκόλλων στις ατομικές ανάγκες των πελατών. Τα προσωπικά ζητήματα του συμβούλου θα αποτελέσουν αντικείμενο της εποπτείας μόνο όταν τα προσωπικά χαρακτηριστικά αρχίζουν να παρεμποδίζουν την αποτελεσματική χρήση των τυποποιημένων πρωτοκόλλων. Εάν αυτό συμβεί, ο επόπτης αντιμετωπίζει γενικά το άμεσο πρόβλημα που παρεμποδίζει τη θεραπεία και αναπτύσσει σχέδιο με τον σύμβουλο για να τροποποιήσει την προσέγγισή του. Εάν τα

προβλήματα συνεχίζονται, ο σύμβουλος παραπέμπεται σε ΕΑΡ ή σε ιδιώτη θεραπευτή για την επίλυση των ιδιωτικών προβλημάτων που παρεμποδίζουν τις θεραπευτικές διαδικασίες.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο σύμβουλος παίζει το ρόλο του εκπαιδευτή, του συνεργάτη και του θεραπευτή. Ο σύμβουλος έχει καθορίσει μια σειρά ασκήσεων RP που θα χρησιμοποιήσει για να καθοδηγήσει τον πελάτη στο πλαίσιο της ομαδικής και ατομικής θεραπείας και των δομημένων προγραμμάτων ΡΕ. Ο στόχος είναι να εξηγηθεί κάθε διαδικασία ή άσκηση, να ανατεθούν οι κατάλληλες ασκήσεις εργασίας στο σπίτι και να επεξεργαστούν τα αποτελέσματα της εργασίας στο σπίτι σε ομαδικές και ατομικές θεραπευτικές συνεδρίες. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν οι πελάτες να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν τα προειδοποιητικά σημάδια, διευκολύνοντας την ενόραση, την κάθαρση και την αλλαγή συμπεριφοράς.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Ο πελάτης αναμένεται να διαδραματίσει ενεργό ρόλο στη διαδικασία της θεραπείας. Ο πελάτης λαμβάνει μια σειρά από εργασίες και αναμένεται να επεξεργάζεται ενεργά αυτές τις εργασίες σε ομαδικές και ατομικές συνεδρίες θεραπείας. Πολλές από τις εργασίες περιλαμβάνουν υποστήριξη από συναδέλφους και ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Ο σύμβουλος είναι πολύ κατευθυντικός στον καθορισμό της ημερήσιας διάταξης και στη διατήρηση της συμμόρφωσης με τις τυποποιημένες κλινικές διαδικασίες. Είναι καθήκον του συμβούλου να προσαρμόζει τις τυποποιημένες διαδικασίες στις ανάγκες των πελατών. Ο σύμβουλος αναμένει από τους πελάτες να μάθουν βασικές θεραπευτικές δεξιότητες και να τις χρησιμοποιούν στη διαδικασία της συμβουλευτικής. Παρόλο που ο σύμβουλος ενισχύει άμεσα τη χρήση κλινικών διαδικασιών ή εξελίξεων, φροντίζει να επιτρέπει στον πελάτη να παρέχει το περιεχόμενο της θεραπείας.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες καταλληλότεροι για αυτή την συμβουλευτική προσέγγιση

Οι πελάτες, οι οποίοι έχουν μέσο όρο ή ανώτερο του μέσου όρου σε δεξιότητες αντίληψης και δεξιότητες ανάγνωσης και γραφής τουλάχιστον ογδόου βαθμού, αλλά δεν έχουν μαθησιακές δυσκολίες, σοβαρές γνωστικές διαταραχές, διαταραχές ενεργού ελέγχου του εγκεφαλικού ερεθίσματος ή άλλη διάγνωση που παρεμποδίζει την ικανότητα συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα θεραπείας με δομές γνωστικής συμπεριφοράς.

6.2 Πελάτες λιγότερο κατάλληλοι γι' αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Οι πελάτες που δεν ανταποκρίνονται στο Μοντέλο θεραπείας αποτροπής επιστροφής στη χρήση, είναι κατώτεροι από το μέσο επίπεδο αντίληψης, έχουν σημαντικά προβλήματα αλφαριθμητισμού και έχουν οργανικές βλάβες, μαθησιακές δυσκολίες ή άλλες ψυχικές διαταραχές που παρεμποδίζουν την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις παρεμβάσεις γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας.

6.3 Προσαρμογή σε ειδικούς πληθυσμούς

Το Μοντέλο θεραπείας αποτροπής επιστροφής στη χρήση ,προσαρμόζεται στις ανάγκες διαφόρων πληθυσμών-πελατών. Οι τεχνικές του έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε χρήστες κοκαΐνης, εφήβους, πελάτες με επαναστατική τοξικομανία, σωματικά και σεξουαλικά κακοποιημένους άνδρες και γυναίκες, πληθυσμούς με σύστημα ποινικής δικαιοσύνης και πελάτες με διπλή διάγνωση. Το βασικό πρωτόκολλο, ωστόσο, πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες της ειδικής ομάδας πελατών.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Οι πελάτες υποβάλλονται σε μια εκτενή διαγνωστική συνέντευξη για να καθοριστεί η καταλληλότητά τους για το CMRPT. Μια εκτενής ανάλυση παρουσίας των προβλημάτων του πελάτη, της ζωής και του ιστορικού του εθισμού του, καθώς και της απεξάρτησης και του ιστορικού υποτροπής του συμπληρώνονται. Ένας τυποποιημένος κατάλογος ελέγχου υποτροπής προειδοποιητικών σημείων χρησιμοποιείται για την ανάδειξη του προειδοποιητικού σημείου έναρξης αναγνώρισης και διαχείρισης.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Το CMRPT χρησιμοποιεί την θεραπεία ομάδα επίλυσης προβλημάτων, ατομική θεραπεία και μορφές ψυχοεκπαιδευτικών συνεδριών (PE). Οι πελάτες καλούνται να αναλάβουν μια δέσμευση σε ένα δομημένο πρόγραμμα αποκατάστασης, να παρακολουθήσουν ομάδες αυτοβοήθειας και να ασχοληθούν με προσεγγίσεις ολιστικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής, της άσκησης και των κοινωνικών και πνευματικών δραστηριοτήτων.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Η θεραπεία κατευθύνεται κυρίως προς τον εντοπισμό και την διαχείριση των προειδοποιητικών ενδείξεων υποτροπής. Το μοντέλο αυτό αποτελείται από 37 δομημένες ασκήσεις που έχουν αναπτυχθεί επί 20 χρόνια κλινικής εμπειρίας. Αυτές παρουσιάζονται λεπτομερώς στο βιβλίο εργασίας "Staying Sober Workbook". Η πρωταρχική εστίαση όλων των συνεδριών είναι να καθοδηγήσει τους πελάτες σε ολοκλήρωση αυτών των ασκήσεων, οι οποίες οδηγούν σε ένα εξατομικευμένο κατάλογο προειδοποιητικών σημείων υποτροπής (τα μοναδικά προσωπικά προβλήματα που οδηγούν τον πελάτη πίσω στην χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών) και προειδοποιητικά σημάδια στρατηγικών διαχείρισης (συγκεκριμένες καταστασιακές και συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισης για την διαχείριση των προειδοποιητικών ενδείξεων χωρίς επιστροφή στην χρήση χημικών ουσιών).

Οι πελάτες συμμετέχουν σε ένα δομημένο πρόγραμμα αποκατάστασης που παρέχει ολιστική διατήρηση της υγείας για έναν υγιή και εγκρατή τρόπο ζωής. Τα διαλείμματα στο πρόγραμμα αποκατάστασης θεωρούνται ως κρίσιμα προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής και η άμεση παρέμβαση ξεκινάει όταν αυτά γίνονται εμφανή. Άλλα προβλήματα στην απεξάρτηση περιλαμβάνουν τα προβλήματα στην κατάσταση ζωής και τα συμπτώματα της διπλής διάγνωσης, τα οποία θεωρούνται ως προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής. Αναπτύσσονται στρατηγικές διαχείρισης που παρέχουν άμεση θεραπεία αυτών των καταστάσεων και διαταραχών ως μέρος του σχεδίου θεραπείας πρόληψης -υποτροπής (RP). Οι πελάτες με διπλές διαταραχές αντιμετωπίζονται σε ειδικά προγράμματα πρόληψης-υποτροπής (RP) μαζί με άλλους χημικά εξαρτημένους πελάτες επιρρεπείς σε υποτροπή με την ίδια διαταραχή, ή αυτοί παραπέμπονται για ταυτόχρονη θεραπεία σε στενή συσχέτιση με την θεραπεία πρόληψης-υποτροπής (RP).

8.3 Δομή συνεδρίας

Το πρόγραμμα CMRPT είναι ιδιαίτερα δομημένο, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συμμόρφωση με τις βασικές θεραπευτικές δομές και είναι προαπαιτούμενο για την συμμετοχή.

8.3.1 Μορφή ομαδικής θεραπείας.

Οι συμμετέχοντες στην ομαδική θεραπεία ακολουθούν μια τυπική ομαδική διαδικασία επίλυσης προβλημάτων που αποτελεί οδηγό επίλυσης προβλημάτων. Η διαδικασία των επτά βημάτων είναι η εξής:

1. Προσδιορισμός των προβλημάτων. Ζητήστε από τους πελάτες να κάνουν ερωτήσεις για να εντοπίσουν τι προκαλεί δυσκολία. *Ποιο είναι το πρόβλημα;*
2. Διευκρίνιση προβλημάτων. Οι πελάτες ενθαρρύνονται να είναι συγκεκριμένοι και πλήρεις. *Είναι αυτό το πραγματικό πρόβλημα, ή υπάρχει ένα πιο θεμελιώδες πρόβλημα;*
3. Προσδιορισμός εναλλακτικών λύσεων. Ζητήστε από τους πελάτες να απαριθμήσουν εναλλακτικές λύσεις σε χαρτί, ώστε να μπορούν εύκολα να τις βλέπουν. Στη συνέχεια, βάλτε την ομάδα να καταλήξει σε μια λίστα με τουλάχιστον πέντε πιθανές λύσεις. Αυτό δίνει στους πελάτες περισσότερες πιθανότητες να επιλέξουν την καλύτερη λύση και τους δίνει εναλλακτικές λύσεις εάν η πρώτη τους επιλογή δεν λειτουργεί. *Ποιες είναι μερικές από τις επιλογές για την αντιμετώπιση του προβλήματος;*
4. Συνέπειες του έργου. Βάλτε τους πελάτες να προβάλλουν συνέπειες κάθε εναλλακτικής λύσης. *Ποια είναι τα καλύτερα, τα χειρότερα και τα πιο πιθανά αποτελέσματα που θα μπορούσαν να επιτευχθούν με τη χρήση κάθε εναλλακτικής λύσης;*
5. Πάρτε μια απόφαση. Ζητήστε από την ομάδα να ρωτήσει ποια επιλογή προσφέρει το καλύτερο αποτέλεσμα και φαίνεται να έχει τις περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας. Βάλτε την ομάδα στη συνέχεια να λάβει μια απόφαση με βάση τις εναλλακτικές λύσεις.
6. Αναλάβετε δράση. Μόλις η ομάδα αποφασίσει για μια λύση του προβλήματος, πρέπει να σχεδιάσει τον τρόπο με τον οποίο θα την υλοποιήσει. Το σχέδιο θα πρέπει να απαντά στο ερώτημα: *Τι μπορεί να γίνει με το πρόβλημα;*
7. Παρακολούθηση. Ζητήστε από τους πελάτες να πραγματοποιήσουν τα σχέδιά τους και να αναφέρουν την πρόοδό τους.

8.3.2 Ατομική μορφή θεραπείας.

Ο στόχος της ατομικής θεραπείας είναι να βοηθήσει τον πελάτη να εντοπίσει και να αποσαφηνίσει τα προβλήματα και να τον προετοιμάσει να τα παρουσιάσει στην ομάδα. Μια τυπική ατζέντα χρησιμοποιείται.

- Αντιδράσεις στην προηγούμενη συνεδρία. Ο σύμβουλος συζητά τις αντιδράσεις του πελάτη στις προηγούμενες συνεδρίες ατομικής και ομαδικής θεραπείας.
- Έλεγχος νηφαλιότητας. Ο σύμβουλος ρωτά τον πελάτη αν έχει παραμείνει καθαρός και νηφάλιος, αν έχει βιώσει οποιαδήποτε επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών, και αν παρακολούθησε και συμμετείχε σε όλες τις προγραμματισμένες δραστηριότητες.
- Κλινική εργασία. Τα θέματα που ο πελάτης δουλεύει επί του παρόντος, εξετάζονται σε βάθος. Κατά τη διάρκεια αυτού του μέρους της συνεδρίας ο σύμβουλος παρουσιάζει και εντοπίζει τα προβλήματα, διευκρινίζει την εργασία που πρέπει να γίνει και παρακινεί τον πελάτη να παρουσιάσει τα θέματα στην ομάδα. Εάν η περαιτέρω διερεύνηση είναι απαιτούμενη, αυτή συνήθως γίνεται σε ατομικές συνεδρίες και όχι στις ομαδικές θεραπευτικές συνεδρίες.
- Προετοιμασία για την ομάδα. Κάθε πελάτης κάνει πρόβες πώς θα παρουσιάσει τα θέματα στην ομάδα. Ο πρωταρχικός στόχος είναι να προετοιμάσει και να υποστηρίξει κάθε πελάτη στην αποτελεσματική επεξεργασία θεμάτων στην ομάδα. Η ομάδα θεωρείται ως η πρωταρχική ή η κεντρική θεραπευτική μέθοδος με την ατομική θεραπεία να διαδραματίζει υποστηρικτικό ρόλο

8.3.3 Μορφή ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας (PE).

Μια τυπική ψυχοεκπαιδευτική ομάδα (PE) που βασίζεται αποδεδειγμένα σε αρχές μάθησης ενηλίκων.

Προ-εξέταση. Στους συμμετέχοντες δίνεται ένα προ-τεστ για να προσδιορίσουν το επίπεδο των γνώσεων τους κατά την αρχή των συνεδριών.

Οι βασικές πληροφορίες για το μάθημα:

1. Ομαδική άσκηση. Μια ομαδική άσκηση μάθησης ολοκληρώνεται εφόσον απαιτεί από όλα τα μέλη της τάξης να εμπλακούν ενεργά στη χρήση του υλικού που άκουσαν στην διάλεξη.
2. Μετα-τεστ. Οι συμμετέχοντες λαμβάνουν ένα μετα-τεστ για να δουν αν άλλαξαν κάποια από τις απαντήσεις τους ως αποτέλεσμα των συνεδριών.
3. Συζήτηση. Ο σύμβουλος οργανώνει μια ομαδική συζήτηση και μία συνεδρία ερωτήσεων-απαντήσεων για να επανεξεταστούν οι σωστές απαντήσεις του τεστ.

Τα θέματα των διαλέξεων που χρησιμοποιούνται αφορούν τέσσερις γενικούς τομείς:

1. Βιοψυχοκοινωνική διαδικασία της νόσου. Τα βιοψυχοκοινωνικά συμπτώματα του χημικού εθισμού και άλλων συμπεριφορικών ασθενειών επεξηγούνται. Το θέμα αυτό σχεδιάζεται για να βοηθήσει τους πελάτες να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν τον χημικό εθισμό και τις διπλές διαταραχές τους και να δεσμευτούν για την απεξάρτηση.
2. Αναπτυξιακή διαδικασία απεξάρτησης. Τα αναπτυξιακά στάδια της απεξάρτησης από τον χημικό εθισμό και άλλων συμπεριφορικών ασθενειών επεξηγούνται. Οι εκπαιδευτικές ασκήσεις επικεντρώνονται στο να βοηθήσουν τους πελάτες να προσδιορίσουν το συγκεκριμένο στάδιο της απεξάρτησής τους και να αναπτύξουν τα κατάλληλα σχέδια. Το θέμα σχεδιάζεται για να βοηθήσει τους πελάτες να αναγνωρίσουν το τρέχον στάδιο της απεξάρτησής τους, να αναπτύξουν ένα σχέδιο άμεσης απεξάρτησης και να προβλέψουν μελλοντικές μακροπρόθεσμες ανάγκες.
3. Η διαδικασία υποτροπής. Τα κοινά προειδοποιητικά σημάδια που προηγούνται της υποτροπής επεξηγούνται, όπως είναι οι μέθοδοι για τον εντοπισμό και την παρέμβαση στα προειδοποιητικά σημάδια χωρίς τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Η διαδικασία της υποτροπής, η πρώιμη παρέμβαση και η ταχεία σταθεροποίηση επίσης επεξηγείται. Το κεφάλαιο αυτό έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους πελάτες να αναγνωρίσουν τα προσωπικά προειδοποιητικά σημάδια της υποτροπής τους και να αναπτύξουν δεξιότητες πρόληψης-υποτροπής και έγκαιρα σχέδια παρέμβασης.
4. Πρόσβαση σε πόρους ανάκαμψης. Ανάκτηση πόρων, όπως η συνεχιζόμενη συμβουλευτική, τα προγράμματα 12 βημάτων, οι ομάδες ορθολογικής απεξάρτησης (Rational Recovery Groups), και άλλα προγράμματα υποστήριξης νηφαλιότητας επεξηγούνται. Ο στόχος είναι να μάθουν οι πελάτες πώς να οικοδομήσουν ένα πρόγραμμα δομημένης μακροπρόθεσμης απεξάρτησης που βασίζεται σε μη ακριβούς και εύκολα προσβάσιμους διαθέσιμους κοινοτικούς πόρους.

Η εταιρεία CENAPS δημοσιεύει έναν ολοκληρωμένο οδηγό για την εκπαίδευση στην αποκατάσταση με τον τίτλο «The Staying Sober Recovery Education Modules». Το εγχειρίδιο αυτό περιέχει λεπτομερείς εκπαιδευτικές συνεδρίες που ακολουθούν τις διαδικασίες που περιεγράφηκαν προηγουμένως για κάθε σημαντικό εκπαιδευτικό τομέα

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Το μοντέλο CMRPT βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε δομημένες διαδικασίες του προγράμματος. Η διαδικασία ξεκινά σε συνεργασία με τον πελάτη και εξασφαλίζεται η δέσμευση για την παρουσία, την συνέπεια και την προθυμία να συμμορφωθεί με τα καθήκοντα του και την ενεργό συμμετοχή στις διαδικασίες των συνεδριών. Πελάτες που αρνούνται να αναλάβουν μια τέτοια δέσμευση θεωρούνται κακοί υποψήφιοι για το πρόγραμμα και δεν γίνονται δεκτοί για θεραπεία.

Παρά το αρχικό αυτό συμβόλαιο συμμετοχής, τα συνήθη προβλήματα αναπτύσσονται στη θεραπεία. Όλα αυτά τα προβλήματα θεωρούνται ως προειδοποιητικοί δείκτες υποτροπής επειδή θέτουν την συνεχιζόμενη θεραπεία του πελάτη σε κίνδυνο και, ως εκ τούτου, αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής. Τα ακόλουθα ζητήματα αντιμετωπίζονται αμέσως ως κρίσιμα ζητήματα.

8.4.1 Καθυστέρηση.

Οι πελάτες αναμένεται να είναι στην ώρα τους για τις συνεδρίες. Ακολουθεί το πρότυπο διαδικασίας για την αντιμετώπιση της καθυστέρησης. Πριν από την είσοδο στην ομάδα, οι πελάτες συνάπτουν συμβόλαιο για να είναι στην ώρα τους για όλες τις συνεδρίες.

1. Εάν οι πελάτες φτάσουν αργοπορημένοι εντός του πρώτου 15λέπτου της ομάδας (πριν από το τέλος των αντιδράσεων), τους επιτρέπεται να παραμείνουν για τη συγκεκριμένη συνεδρία της ομάδας μόνο αν συμφωνήσουν να εργαστούν στα θέματα που προκάλεσαν την καθυστέρηση.
2. Εάν οι πελάτες καθυστερήσουν περισσότερο από 15 λεπτά για την πρώτη συνεδρία, ή αν καθυστερήσουν για την δεύτερη συνεδρία, δεν τους επιτρέπεται η συμμετοχή στην ομάδα και πρέπει να έχουν ατομική συνεδρία με τον θεραπευτή τους πριν τους επιτραπεί να επιστρέψουν στην ομάδα, όπου πρέπει να αποδείξουν ότι έχουν εντοπίσει και επιλύσει τα ζητήματα που σχετίζονται με την αργοπορία.
3. Εάν οι πελάτες καθυστερούν τρεις ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε περιόδου 12 εβδομάδων, αποβάλλονται από την ομάδα. Παρόμοιες διαδικασίες χωρίς σκοπιμότητες εφαρμόζονται σε ατομική θεραπεία. Μόνο εξαιρετικά αξιόπιστες δικαιολογίες γίνονται δεκτές για απουσία ή καθυστέρηση και μόνο αν δεν υπάρχει κάποιο συνηθισμένο φαινόμενο απουσίας ή αργοπορίας.

8.4.2 Χαμένες συνεδρίες.

Οι πελάτες αναμένεται να παρευρίσκονται σε όλες τις συνεδρίες θεραπείας. Η μόνη δικαιολογία για την απουσία είναι η ακραία τεκμηριωμένη ασθένεια (με σημείωμα γιατρού) και σοβαρή τεκμηριωμένη κρίση ζωής, όπως ο θάνατος στην οικογένεια. Όλες οι δικαιολογημένες απουσίες πρέπει να αναγγέλλονται και να εγκρίνονται, εκ των προτέρων από τον σύμβουλο. Οποιοδήποτε μοτίβο τριών ή περισσότερων απουσιών μέσα σε περίοδο 12 εβδομάδων είναι λόγος αποβολής, ανεξαρτήτως λόγων.

8.4.3 Χημική υποτροπή και μέθη.

Πελάτες. Οι πελάτες που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης δεν επιτρέπεται να παραμείνουν στην ομάδα. Εάν ο σύμβουλος της ομάδας υποπτεύεται ότι ένας πελάτης είναι μεθυσμένος, ζητείται από τον πελάτη να επιβεβαιώσει αυτό στην ομάδα. Εάν ο πελάτης αρνείται τη μέθη, αλλά η συμπεριφορά του δίνει βέβαιη ένδειξη να θεωρείται ότι έχει γίνει χρήση

αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, δίνεται στον πελάτη αμέσως ένα τεστ αναπνοής για αλκοόλ και μια εξέταση ούρων για ναρκωτικά.

Η εμφάνιση σε κατάσταση μέθης για τη συνεδρία θεωρείται ως χημική υποτροπή. Ο πελάτης αμέσως απομακρύνεται από την ομάδα επειδή δεν μπορεί να επωφεληθεί από τη θεραπεία όταν βρίσκεται υπό την επήρεια ναρκωτικών που αλλάζουν τη διάθεση. Καθιερώνεται ένα άμεσο διαγνωστικό ραντεβού, και ο πελάτης εισάγεται σε ένα πρόγραμμα σταθεροποίησης στο κατάλληλο επίπεδο περίθαλψης για την αντιμετώπιση της στέρησης.

Ακολουθούν διαδικασίες για την αντιμετώπιση των χημικών υποτροπών.

Ο σύμβουλος ασχολείται με την υποτροπή στο αλκοόλ και την χρήση άλλων ναρκωτικών ως ιατρικό ζήτημα που απαιτεί σταθεροποίηση και αντιμετωπίζει τον πελάτη επαγγελματικά. Ο θυμός με τον πελάτη θεωρείται ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση της αντιμεταβίβασης, την οποία ο σύμβουλος πρέπει να επιλύσει στην κλινική εποπτεία.

Εάν ένας πελάτης αρνείται να ακολουθήσει τις συστάσεις για σταθεροποίηση, αυτός ή αυτή διακόπτεται από την θεραπεία. Εάν ο πελάτης ακολουθήσει τις συστάσεις σταθεροποίησης, αξιολογείται στο τέλος της σταθεροποίησης και παραπέμπεται στην κατάλληλη συνεχιζόμενη θεραπεία. Αυτό συνήθως περιλαμβάνει επιστροφή στον ίδιο θεραπευτή και στην ομάδα εξωτερικών ασθενών για την επεξεργασία της υποτροπής και χρησιμοποιείται υλικό μάθησης για την ενημέρωση και την αναθεώρηση των στρατηγικών πρόληψης-υποτροπής (RP).

Εν ολίγοις, η υποτροπή αντιμετωπίζεται ως μέρος της νόσου και αντιμετωπίζεται χωρίς κριτική διάθεση και μη τιμωρητικά. Η υποτροπή αντιμετωπίζεται με τρόπο που να μπορεί να γίνει μια μαθησιακή εμπειρία για τον πελάτη.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Το CMRPT αντιμετωπίζει την αντίσταση ως μια συνέχεια από την απλή άρνηση του χημικού εθισμού έως τις καταστάσεις ψευδαίσθησης που βασίζονται στις γνωστικές διαταραχές ή την σοβαρή παθολογία της προσωπικότητας. Η υποκείμενη αιτία της άρνησης αξιολογείται και καθορίζονται ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της.

Δεδομένου ότι οι πελάτες που βρίσκονται σε σοβαρή και άκαμπτη άρνηση είναι ακατάλληλοι υποψήφιοι για θεραπεία πρόληψης-υποτροπής (RP), παραπέμπονται σε μεταβατικά προγράμματα συμβουλευτικής που έχουν σχεδιαστεί για να αντιμετωπίζουν άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα άρνησης και αντίστασης στη θεραπεία. Όταν οι πελάτες

καθίστανται έτοιμοι για θεραπεία, μπορούν να υποβάλουν εκ νέου αίτηση για εισαγωγή στο πρόγραμμα πρόληψης-υποτροπής (RP).

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κρίσεων

Οι καταστάσεις κρίσης θεωρούνται ως κρίσιμα προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής. Η εφαρμογή του τυπικού θεραπευτικού σχεδίου διακόπτεται και εφαρμόζονται ειδικές διαδικασίες διαχείρισης κρίσεων για την σταθεροποίηση της κρίσης. Μόλις η κρίση σταθεροποιηθεί, ο πελάτης επαναξιολογείται, το θεραπευτικό πλάνο αναθεωρείται και ο πελάτης επιστρέφει στην εργασία του, στις συνήθειες εργασίες του προγράμματος πρόληψης-υποτροπής (RP), όπως περιγράφεται στο θεραπευτικό πλάνο.

Εάν είναι δυνατόν, η κρίση σταθεροποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος CMRPT. Εάν η κρίση είναι τόσο σοβαρή που παρεμποδίζει την ικανότητα του πελάτη να συμμετέχει, ο πελάτης μεταφέρεται σε άλλο είδος ή επίπεδο φροντίδας για να επικεντρωθεί στη σταθεροποίηση της κρίσης.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το CMRPT διαθέτει ένα στοιχείο οικογενειακής θεραπείας που περιλαμβάνει την επικοινωνία και την εκπαιδευτική παρέμβαση γύρω από τα αναπτυσσόμενα προειδοποιητικά σημάδια, υποτροπής και την έγκαιρη παρέμβαση, τα οποία επιτρέπουν στον πελάτη και τα μέλη της οικογένειας να έχουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορική αντίδραση σε περίπτωση που επαναληφθεί η χρήση του αλκοόλ ή των άλλων ναρκωτικών.

Η οικογενειακή θεραπεία παρέχεται συνήθως σε ένα " παράλληλο μοντέλο". Ο πελάτης συμμετέχει σε ατομικές και ομαδικές θεραπείες για την απεξάρτηση από χημικό εθισμό, και τα μέλη της οικογένειας (ιδιαίτερα ο/Η σύζυγος ή ο/η σύντροφος) ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν σε ατομική και ομαδική θεραπεία για την θεραπεία του συν-εθισμού και άλλων προσωπικών θεμάτων. Οι συνεδρίες καθιερώνονται για να δουλέψουν με συγκεκριμένα ζευγάρια και εκπαίδευση οικογενειακής επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη ανοιχτής επικοινωνίας γύρω από τους στόχους απεξάρτησης, τα προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής και για τους δύο, τον χημικό εθισμό και τον συν-εθισμό, την αναγνώριση οικογενειακών προειδοποιητικών σημάτων και δεξιοτήτων διαχείρισης, και στον σχεδιασμό οικογενειακής παρέμβασης σε περίπτωση που συμβεί η χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ή η προσποιούμενη συμπεριφορά συν-εξάρτησης.

Ο στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι να απομακρύνει τον χημικά εξαρτημένο σύντροφο από τον προσδιοριζόμενο ρόλο του πελάτη και να δημιουργηθεί μια προσέγγιση

στην οικογενειακή απεξάρτηση, όπου κάθε μέλος της οικογένειας ξεκινά ένα προσωπικό πρόγραμμα αποκατάστασης του χημικού εθισμού ή της συνεξάρτησης. Στη συνέχεια, η οικογένεια πρέπει να θεσπίσει ένα οικογενειακό σχέδιο αποκατάστασης για τη βελτίωση της συνολικής λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος.

Η οικογενειακή θεραπεία θεωρείται σημαντική αλλά συμπληρωματική της θεραπείας πρόληψης-υποτροπής (RP). Πολλοί επιρρεπείς στην υποτροπή πελάτες δεν έχουν ένα αφοσιωμένο οικογενειακό σύστημα, και πολλά μέλη της οικογένειας αρνούνται να εμπλακούν στη θεραπεία εξαιτίας του μακρού ιστορικού των αποτυχιών του παρελθόντος. Πολλοί επιρρεπείς στην υποτροπή πελάτες μπορούν και επιτύχουν μακροχρόνια απεξάρτηση με το CMRPT ακόμη και αν η οικογένεια δεν συμμετέχει στην θεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

George, W.H. Marlatt and Gordon's Relapse Prevention Model: A cognitive-behavioral approach to understanding and preventing relapse. *J Chem Depend Treat* 2(2):153-169, 1989.

Gorski, T. *The Staying Sober Workbook: A Serious Solution for the Problem of Relapse*. Independence, MO: Herald House/ Independence Press, 1988.

Gorski, T. *How to Start Relapse Prevention Support Groups*. Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1989b.

Gorski, T., and Miller, M. *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*. Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1986.

Gorski, T.T. *The CENAPS® Model of Relapse Prevention Planning*. In: Daly, D.W. *Relapse: Conceptual, Research, and Clinical Perspectives*. Hayworth Press, 1989a. pp. 153-161 and *J Chem Depend Treat* (2)2, 1989a.

Marlatt, G.A., and Gordon, J.R., eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985. pp. 351-416.

Trotter, C. *Double Bind: Recovery and Relapse Prevention for the Chemically Dependent Sexual Abuse Survivor*. Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1992.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Terence T. Gorski President The CENAPS® Corporation 18650 Dixie Highway Homewood, IL 60430

Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ « ΖΩΝΤΑΣ ΣΕ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ» (LIB)

Jeffrey A. Hoffman, Ben Jones, Barry D. Caudill, Dale W. Mayo και Kathleen A. Mack

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ

Η συμβουλευτική προσέγγιση Living In Balance (LIB) έχει σχεδιαστεί ως ένας πρακτικός, διδακτικός οδηγός για τη διεξαγωγή ομαδικών θεραπευτικών συνεδριών για άτομα που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών ή είναι εθισμένα σε αυτές. Η προσέγγιση αυτή έχει αναλυθεί διεξοδικά στο εγχειρίδιο «Living In Balance: A Comprehensive Substance Abuse Treatment and Relapse Prevention Manual» (Hoffman et al. 1995). Το πρόγραμμα LIB είναι τόσο ένα ψυχοεκπαιδευτικό όσο κι ένα βιωματικό θεραπευτικό μοντέλο. Είναι σχεδιασμένο, έτσι ώστε οι πελάτες να μπορούν να εισέλθουν στο πρόγραμμα σε οποιοδήποτε σημείο του κύκλου των συνεδριών και να συνεχίσουν το πρόγραμμα μέχρι να ολοκληρωθούν όλες οι συνεδρίες. Το εγχειρίδιο LIB προορίζεται για χρήση από επαγγελματίες συμβούλους, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί στην παροχή θεραπείας για το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά και είναι κατάλληλο για χρήση σε εξωτερικά ιατρεία, ενδονοσοκομειακά ή ιδρυματικά θεραπευτικά πλαίσια.

Το εγχειρίδιο LIB αναπτύχθηκε αρχικά από μια ομάδα εμπειρογνομόνων συμβούλων, μελών του προσωπικού του Κέντρου Θεραπείας και Έρευνας για τα Ναρκωτικά για ένα ερευνητικό πρόγραμμα παρουσίασης της θεραπείας της κοκαΐνης, που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ναρκωτικών (NIDA). Παρόλο που αρχικά σχεδιάστηκε ειδικά για πληθυσμό που έκανε χρήση κοκαΐνης, είναι ολιστικό και γενικό σε περιεχόμενο και ως εκ τούτου είναι εφαρμόσιμο για τη θεραπεία ενός ευρέος φάσματος διαταραχών κατάχρησης ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης πολλαπλών ναρκωτικών.

1.1 Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Η προσέγγιση LIB είναι ειδικά προσανατολισμένη για ομαδικό περιβάλλον και χρησιμοποιεί τεχνικές που αντλούν από γνωστικές, συμπεριφορικές και βιωματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις με έμφαση στην πρόληψη της υποτροπής (RP). Το εγχειρίδιο LIB χρησιμοποιεί διδακτική εκπαίδευση και καθοδήγηση, αλληλεπίδραση ομαδικών διαδικασιών μέσω παιχνιδιών ρόλων και συζητήσεων, καθημερινές ασκήσεις χαλάρωσης και οραματισμού, ενημερωτικά φυλλάδια, βιντεοκασέτες και ομαδικές ασκήσεις ψυχαγωγικής θεραπείας. Τόσο οι σύμβουλοι όσο και οι πελάτες μπορεί να θεωρήσουν τη λεπτομερή οργάνωση και τον εκπαιδευτικό προσανατολισμό του εγχειριδίου LIB μια άγνωστη ή άβολη διαδικασία στην αρχή, αλλά με την πάροδο του χρόνου τόσο οι σύμβουλοι όσο και οι πελάτες είναι πιθανό να διαπιστώσουν ότι το εγχειρίδιο παρέχει μια

σταθερή θεραπευτική βάση, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ένα ευέλικτο κλινικό πλαίσιο.

Υπάρχουν 36 συνεδρίες LIB, καθεμία από τις οποίες καλύπτει ένα συγκεκριμένο θέμα. Τα κυριότερα θέματα, που σχετίζονται με τον εθισμό, περιλαμβάνουν την πρόληψη της υποτροπής, την εκπαίδευση για τα ναρκωτικά και την εκπαίδευση αυτοβοήθειας. Τα θέματα σωματικής υγείας, που εξετάζονται, περιλαμβάνουν τη διατροφή, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, το HIV/AIDS, την οδοντική υγιεινή και την αϋπνία. Τα ψυχοκοινωνικά θέματα περιλαμβάνουν στάσεις και πεποιθήσεις, αρνητικά συναισθήματα, θυμό και επικοινωνία, σεξουαλικότητα, πνευματικότητα και τα οφέλη των σχέσεων. Επιπλέον, υπάρχουν συνεδρίες σχετικά με την οικονομική διαχείριση, την εκπαίδευση και την επαγγελματική ανάπτυξη καθώς και την απώλεια και το πένθος.

Κάθε συνεδρία περιλαμβάνει ένα συνδυασμό από ψυχοεκπαιδευτικά στοιχεία, βιωματικά στοιχεία (πρόβες συμπεριφοράς και παιχνίδια ρόλων) και στοιχεία ομαδικής διαδικασίας και πρόληψης υποτροπής. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος LIB, οι πελάτες μαθαίνουν να παρακολουθούν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους και να χρησιμοποιούν τεχνικές χαλάρωσης και οραματισμού στις διαδικασίες αυτό-αξιολόγησης και καθορισμού στόχων.

Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος οι πελάτες μαθαίνουν να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία, μαθαίνοντας πώς να διεξάγουν αυτό-αξιολογήσεις και να εφαρμόζουν ενεργά τις δεξιότητες αντιμετώπισης και τις δεξιότητες πρόληψης της υποτροπής. Μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες του προγράμματος LIB είναι να διδάξει στους πελάτες πώς να γίνουν οι ίδιοι οι προληπτικοί παράγοντες της υποτροπής τους. Αυτό περιλαμβάνει τη διδασκαλία τους σχετικά με τις ψυχολογικές και φυσιολογικές συνιστώσες του εθισμού και της ανάρρωσης, με τους διάφορους τύπους παρεμβάσεων και με τους "τομείς δεξιοτήτων ζωής" στους οποίους είναι απαραίτητη η συνεχής παρέμβαση. Το εγχειρίδιο LIB περιλάμβανε αρχικά συστάσεις για τη χρήση διαφόρων εμπορικών βιντεοκασετών, ωστόσο πρόσφατα δημιουργήθηκε μια σειρά εννέα σύντομων βιντεοκασετών που συνοδεύουν το εγχειρίδιο LIB.

1.2 Σκοποί και στόχοι της προσέγγισης

1.2.1 Στόχοι αντιμετώπισης της εξάρτησης για τους επαγγελματίες

Η προσέγγιση LIB έχει σχεδιαστεί για να παρέχει στους επαγγελματίες του τομέα της εξάρτησης έναν πρακτικό οδηγό για τη διεξαγωγή μιας σειράς 36 ομαδικών θεραπευτικών συνεδριών για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών. Η πρόθεση του προγράμματος LIB είναι να εξοικονομήσει χρόνο και έξοδα στους επαγγελματίες του τομέα των εξαρτήσεων παρέχοντας προκατασκευασμένες συνεδρίες, παρόμοιες με τα σχέδια μαθημάτων ενός δασκάλου.

Σε πολλά θεραπευτικά προγράμματα το εύρος και η ποιότητα των πληροφοριών και της εκπαίδευσης, που παρέχονται στους πελάτες, εξαρτώνται από τις δεξιότητες των συμβούλων που εργάζονται στο πρόγραμμα κάθε φορά. Έτσι, το εύρος της εμπειρογνωμοσύνης μπορεί να είναι περιορισμένο και η ακρίβεια των πληροφοριών μπορεί να διαφέρει από σύμβουλο σε σύμβουλο. Αντίθετα, οι δημιουργοί του εγχειριδίου LIB προσδιόρισαν τα πρωταρχικά ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά τη θεραπεία και στη συνέχεια δημιούργησαν θεραπευτικές συνεδρίες για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων. Έτσι, το εγχειρίδιο LIB παρέχει πληροφορίες για ένα εκτεταμένο φάσμα θεμάτων που είναι σημαντικά για τη θεραπεία και την ανάρρωση. Επίσης, οι επιμέρους συνεδρίες του εγχειριδίου LIB βασίζονται σε τρέχουσες έρευνες σχετικά με τις εθιστικές συμπεριφορές και την πρόληψη της υποτροπής.

1.2.2. Στόχοι για τους πελάτες

Οι πελάτες, που βρίσκονται σε θεραπεία, δίνουν σημαντική έμφαση στις ακόλουθες ανάγκες:

1. Πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία και την αποκατάσταση.
2. Δεξιότητες χειρισμού συναισθημάτων και συγκινήσεων.
3. Πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη της υποτροπής.
4. Πρακτικές δεξιότητες διαβίωσης.
5. Ανοιχτή αντιπαράθεση, όταν εμπλέκονται σε άρνηση ή άλλα είδη διαστρεβλωμένης σκέψης ή συμπεριφοράς.

Έτσι, ο στόχος της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης του εγχειριδίου LIB είναι να παρέχει εκπαίδευση, πληροφορίες και εμπειρίες, που θα δείξουν στους ανθρώπους πώς να ζουν μία υγιή και παραγωγική ζωή χωρίς να κάνουν χρήση αλκοόλ, κοκαΐνης ή άλλων ναρκωτικών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, το εγχειρίδιο LIB παρουσιάζει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την κατάχρηση ναρκωτικών, την πρόληψη της υποτροπής, τα προγράμματα αυτοβοήθειας, την ιατρική και σωματική υγεία, τη συναισθηματική και κοινωνική ευεξία, την σεξουαλική και πνευματική υγεία, τις δεξιότητες καθημερινής ζωής και την επαγγελματική και εκπαιδευτική ανάπτυξη.

Οι πληροφορίες δεν παρουσιάζονται ως μια μακρά, βαρετή διάλεξη. Αντίθετα, κάθε συνεδρία χωρίζεται σε διαχειρίσιμα τμήματα. Κάθε μία από τις 36 θεραπευτικές συνεδρίες, που περιγράφονται λεπτομερώς στο εγχειρίδιο, επιτρέπει περίπου 90 λεπτά παρεμβάσεων του συμβούλου, παρουσιάσεων ή εκπαίδευσης του πελάτη και περιλαμβάνει επαρκή χρόνο για ερωτήσεις.

Μετά από κάθε τμήμα ακολουθεί μια συνεδρία ερωτήσεων-απαντήσεων που επιτρέπει στους πελάτες να αλληλεπιδρούν εντατικά με τον σύμβουλο. Κατά τη διάρκεια των περισσότερων συνεδριών, υπάρχουν γραπτές εργασίες που εμπλέκουν τους πελάτες σε μια

διαδραστική επεξεργασία των πληροφοριών. Κατά περίπτωση, υπάρχουν ασκήσεις ρόλων που ενθαρρύνουν την έντονη αλληλεπίδραση και συζήτηση μεταξύ των πελατών.

Κάθε συνεδρία έχει έναν πρωταρχικό στόχο και διάφορους εξειδικευμένους στόχους για τον πελάτη. Οι πελάτες καθοδηγούνται μέσω μιας σειράς ασκήσεων, που τους επιτρέπουν να αναπτύξουν τους δικούς τους προσωπικούς στόχους και σκοπούς για κάθε έναν από τους κύριους τομείς της ζωής, που καλύπτονται στις διάφορες θεραπευτικές συνεδρίες.

Χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό γνωστικών δεξιοτήτων, δεξιοτήτων χαλάρωσης και οραματισμού, οι πελάτες καλούνται να προσδιορίσουν, να οραματιστούν και να κάνουν ενεργά βήματα προς τους προσωπικούς τους στόχους και σκοπούς. Ένα δείγμα αυτό-αξιολόγησης του πελάτη παρέχεται στο Παράρτημα στο τέλος του κεφαλαίου.

1.3 Θεωρητικό υπόβαθρο/Μηχανισμός δράσης

Το βασικό σκεπτικό του μοντέλου LIB είναι ότι τα άτομα που είναι εθισμένα στα ναρκωτικά αναπτύσσουν μια αίσθηση ανισορροπίας σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας της ζωής. Η συνεχής χρήση ναρκωτικών γενικά επηρεάζει τη σωματική υγεία, τη συναισθηματική ευεξία, τις κοινωνικές σχέσεις, την εργασιακή απόδοση και άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Η ανάρρωση περιλαμβάνει την ανάκτηση μιας λογικής ισορροπίας σε αυτούς τους κρίσιμους τομείς. Η ισορροπία στους μείζονες τομείς της ζωής επιτρέπει στους πελάτες να απελευθερωθούν από τον εθισμό τους στα ναρκωτικά και παρέχει προστασία από την υποτροπή στη χρήση ναρκωτικών. Η έννοια της "ζωής σε ισορροπία" είναι ουσιαστικά μια ευρεία, ολιστική προσέγγιση της πρόληψης της υποτροπής.

Η πρόληψη της υποτροπής είναι το πιο σημαντικό στοιχείο του προγράμματος LIB. Το πρώτο τμήμα του προγράμματος είναι αφιερωμένο κυρίως στην ανάπτυξη δεξιοτήτων πρόληψης της υποτροπής. Οι συνεδρίες πρόληψης υποτροπής προγραμματίζονται στρατηγικά καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Η κατανόηση και οι δεξιότητες, που αναπτύσσουν οι πελάτες σε αυτούς τους τομείς, προορίζονται να χρησιμοποιηθούν σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος LIB σε καθημερινή βάση. Η προσέγγιση του προγράμματος LIB για την πρόληψη της υποτροπής βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε ένα γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο πρόληψης της υποτροπής που αναπτύχθηκε από τους Marlatt και Gordon (1985). Σε αυτό το μοντέλο, ο πρώην χρήστης ναρκωτικών αντιμετωπίζει μια κατάσταση υψηλού κινδύνου για την οποία δεν έχει καμία αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης. Σύμφωνα με το μοντέλο, οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου μπορεί να προκύψουν για πολλούς λόγους, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής πίεσης για χρήση ναρκωτικών, των αρνητικών συναισθημάτων και, σπανιότερα, των συμπτωμάτων στέρησης και των θετικών συναισθημάτων. Η έλλειψη αντίδρασης με σκοπό την αντιμετώπιση σε συνδυασμό με τις θετικές προσδοκίες, που

προκάλεσαν οι αρχικές επιδράσεις της ουσίας στην κατάσταση, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο σφάλματος (Hall et al. 1991).

Όσον αφορά την υποτροπή, το μοντέλο προτείνει ότι "ένα άτομο που οδεύει προς ένα σφάλμα παίρνει πολλές μικρές αποφάσεις εκείνη τη στιγμή, οι οποίες, αν και φαίνονται μικρές και άσχετες τη στιγμή που λαμβάνονται, στην πραγματικότητα φέρνουν το άτομο πιο κοντά στο χείλος του σφάλματος. Μια αλυσίδα μικρών αποφάσεων μπορεί να οδηγήσει, με την πάροδο του χρόνου, στην υποτροπή" (Marlatt και Gordon 1985).

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση LIB σε αυτό το μοτίβο και σε αυτή την αλυσίδα σφαλμάτων έγκειται στο να επανασχεδιάσει το μοτίβο αυτό, δηλαδή να προσφέρει στους πελάτες πληροφορίες σχετικά με τις φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές καταστάσεις υψηλού κινδύνου και τις πιθανές επιπτώσεις των "μικρών αποφάσεων", να προσφέρει στους πελάτες εκπαίδευση σε αντιδράσεις αντιμετώπισης και στρατηγικές μείωσης του στρες και να καθοδηγήσει τους πελάτες σε εναλλακτικά μονοπάτια προς την ευχαρίστηση και άλλες ικανοποιήσεις στη ζωή.

Η πρόληψη της υποτροπής στα πλαίσια της LIB βοηθά τους πελάτες:

- Να εντοπίζουν τις καταστάσεις που προκαλούν την επιθυμία για χρήση.
- Να κατανοήσουν την αλυσίδα των γεγονότων, συμπεριλαμβανομένων των "μικρών αποφάσεων", που οδηγούν από το έναυσμα στη χρήση ναρκωτικών.
- Να διακόπτουν την αλυσίδα σε ένα πρώιμο σημείο.
- Να αντιμετωπίσουν τα εναύσματα με τη χρήση τεχνικών διακοπής σκέψεων, οραματισμού και χαλάρωσης.
- Να αναπτύξουν άμεσες εναλλακτικές λύσεις για τη χρήση ναρκωτικών.
- Να αναπτύξουν ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο για πλήρη αποκατάσταση.

Η πρόληψη της υποτροπής θεωρείται θεμελιώδες συστατικό της θεραπείας και κατά συνέπεια τονίζεται στο εγχειρίδιο LIB με τη χρήση επαναλαμβανόμενων συνεδριών πρόληψης της υποτροπής. Αυτές οι συνεδρίες έχουν ως στόχο να ενισχύσουν τις κρίσιμες έννοιες της πρόληψης της υποτροπής και να δώσουν στους πελάτες την ευκαιρία να συζητήσουν και να επεξεργαστούν δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή και οι οποίες θα μπορούσαν εύκολα να οδηγήσουν σε σφάλματα ή σε πλήρη υποτροπή. Η εντατική χρήση ασκήσεων οραματισμού έχει σκοπό να ενισχύσει τις δεξιότητες πρόληψης της υποτροπής και να βοηθήσει στη διαμόρφωση και ενίσχυση των προσωπικών στόχων.

1.4 Παράγοντες αλλαγής

Ο παράγοντας της αλλαγής στο μοντέλο LIB είναι πολυδιάστατος και περιλαμβάνει αλληλεπίδραση μεταξύ του συμβούλου της ομάδας, του πελάτη και των άλλων μελών της

ομάδας. Παρόλο που παρέχεται μια ιδιαίτερα δομημένη μορφή για τη διεξαγωγή των ομαδικών συνεδριών, ο σύμβουλος ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει τις προσωπικές του δεξιότητες και την εμπειρία του για να εμπλέξει τους πελάτες στη θεραπεία. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση στην ομάδα ενθαρρύνεται ιδιαίτερα και πολλές από τις δραστηριότητες, όπως τα παιχνίδια ρόλων, οι συζητήσεις και τα παιχνίδια, έχουν σχεδιαστεί για να διευκολύνουν την αλληλεπίδραση στην ομάδα και να δημιουργούν συναισθηματικές αντιδράσεις και κοινωνικό δέσιμο. Οι ενδοπροσωπικές τεχνικές, όπως ο οραματισμός, ο διαλογισμός, ακόμη και οι ασκήσεις για το σπίτι χρησιμοποιούνται επίσης εκτενώς, καθώς απαιτούν προσωπική ευθύνη και πειθαρχία εκ μέρους του πελάτη για μέγιστο όφελος.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης ναρκωτικών/της εξάρτησης- Αιτιολογικοί παράγοντες

Στην προσέγγιση LIB, ο εθισμός θεωρείται ως μια βιοψυχοκοινωνική διαδικασία, που όχι μόνο εμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου αλλά μπορεί επίσης να καταστρέψει τη συνοχή των οικογενειακών και κοινοτικών σχέσεων. Οι βιοψυχοκοινωνικές διεργασίες αναφέρονται στις κληρονομικές βιολογικές ευπάθειες, στις ψυχολογικές προδιαθέσεις και στις διάχυτες κοινωνικές επιρροές, που συγκλίνουν τόσο στη διαμόρφωση όσο και στη διαίωνιση των εθιστικών συμπεριφορών.

1.5.1 Βιολογικοί παράγοντες.

Αν και τα σχετικά στοιχεία είναι διφορούμενα όσον αφορά τη βιολογική συμβολή στις εθιστικές συμπεριφορές, έχει επικρατήσει η πεποίθηση ότι ορισμένοι άνθρωποι γεννιούνται με γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη εθισμού, όταν εκτίθενται σε ψυχοδραστικές ουσίες. Μετά από χρόνια χρήση ναρκωτικών, όλοι οι άνθρωποι βιώνουν μια σοβαρή βιολογική (νευροχημική) ανισορροπία. Η επιθυμία για ναρκωτικά, η τοξικομανία και η στέρηση είναι όλες εκδηλώσεις των ανισορροπιών της βιολογικής ομοιόστασης που προκαλούνται από τα ναρκωτικά.

1.5.2 Ψυχολογικοί παράγοντες.

Ορισμένοι άνθρωποι αρχίζουν τη χρήση ναρκωτικών για να μειώσουν ισχυρά συναισθηματικά και ψυχιατρικά συμπτώματα. Με τη σειρά του, ο εθισμός προκαλεί ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα. Η χρήση ναρκωτικών και η στέρηση μπορούν να προκαλέσουν πολυάριθμα ψυχιατρικά συμπτώματα. Ακόμη και η ανάρρωση μπορεί να προκαλέσει σοβαρή συναισθηματική αναταραχή. Είναι σημαντικό ότι ο εθισμός προκαλεί στρεβλώσεις στη σκέψη, όπως η άρνηση, η ελαχιστοποίηση και η προβολή.

1.5.3 Κοινωνικοί παράγοντες.

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα έκθεσης σε συγκεκριμένα ναρκωτικά. Για παράδειγμα, ορισμένα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται

συχνότερα σε ορισμένες κουλτούρες και ορισμένα ναρκωτικά βρίσκονται ευκολότερα σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές. Για πολλούς ανθρώπους, η χρήση ναρκωτικών γίνεται στο πλαίσιο ενός κοινωνικού δικτύου. Επιπλέον, ο εθισμός προκαλεί συχνά σοβαρές διαταραχές στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων. Διάφοροι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν επίσης να συμβάλουν στην πυροδότηση της επιθυμίας για ναρκωτικά και στην υποτροπή.

Ο εθισμός θεωρείται επίσης ως μια χρόνια, αναπηρική κατάσταση, στην οποία οι υποτροπές είναι συχνές. Το ατομικό ιστορικό και η εξέλιξη του εθισμού κάθε πελάτη πρέπει να αξιολογούνται σε κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα, έτσι ώστε να μπορεί να προσαρμοστεί ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό σχέδιο στις ανάγκες, στα δυνατά σημεία και στις αδυναμίες του πελάτη. Όσο πιο ολοκληρωμένη είναι η παρέμβαση, τόσο πιο επιτυχημένο είναι το αποτέλεσμα. Επειδή ο εθισμός επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής των πελατών, οι θεραπευτικές προσπάθειες πρέπει να αφορούν όλους τους σημαντικούς τομείς της ζωής.

Το πρόγραμμα LIB υιοθετεί μια μη επικριτική προσέγγιση σε θέματα εθισμού και τρόπου ζωής. Σε γενικές γραμμές, οι πελάτες αντιμετωπίζονται ως άτομα με μια ψυχαναγκαστική διαταραχή, που συχνά υπερκαλύπτει τις καλές προθέσεις και τη δύναμη της θέλησης. Οι πελάτες μπορούν να διδαχθούν τεχνικές πρόληψης της υποτροπής για να αποφύγουν την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του εθισμού: καταναγκασμός, απώλεια ελέγχου, συνέχιση της χρήσης παρά τις δυσμενείς συνέπειες και υποτροπή.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η θεραπεία του εθισμού με τη χρήση της προσέγγισης μιας ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας έχει προταθεί για να βοηθήσει τους πελάτες να μάθουν βασικές δεξιότητες ζωής, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά προβλήματα και ως μέσο ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης (La Salvia, 1993). Το μοντέλο LIB μοιάζει περισσότερο με άλλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα, που χρησιμοποιούν μια γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση με έμφαση στην πρόληψη της υποτροπής. Η LIB έρχεται σε αντίθεση με αυτά τα παρόμοια μοντέλα, καθώς και με το μοντέλο των 12 βημάτων που προέρχεται από τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (AA), το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα ανόμοιο με τη LIB, αλλά αντίθετα δίνει έμφαση σε διαφορετικά θέματα.

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις.

Η αρχική ανάπτυξη του μοντέλου LIB άντλησε ορισμένες από τις βασικές του έννοιες από το Μοντέλο Νευροσυμπεριφορικής Θεραπείας (The Matrix Center, 1989), ιδίως όσον αφορά τις στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής. Ορισμένα από τα υλικά και τα φυλλάδια

σχετικά με την πρόληψη της υποτροπής προσαρμόστηκαν από πληροφορίες του εγχειριδίου του Matrix Center. Η κύρια διαφορά μεταξύ του νευροσυμπεριφορικού μοντέλου Matrix και του μοντέλου LIB είναι η έμφαση που δίνει το LIB στη δομημένη ομαδική συμβουλευτική. Το νευροσυμπεριφορικό μοντέλο είναι μια πιο ευέλικτη προσέγγιση, που χρησιμοποιεί έναν συνδυασμό ατομικών, οικογενειακών και ομαδικών θεραπειών, με πολύ μικρότερη έμφαση στην ομαδική επεξεργασία και τις εμπειρίες.

Το μοντέλο LIB και το νευρο-συμπεριφορικό μοντέλο είναι, επίσης, παρόμοια με άλλες γνωστικές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, όπως αυτές που αναπτύχθηκαν για τη θεραπεία του αλκοόλ, όπως περιγράφεται στο βιβλίο *Treating Alcohol Dependence (Αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ): A Coping Skills Training Guide* (Monti et al., 1989). Η προσέγγιση αυτή δίνει, επίσης, έμφαση στην κατάκτηση δεξιοτήτων από τον πελάτη, που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αποχή από το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά. Οι πελάτες καθοδηγούνται να εντοπίζουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου, που μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή και να αναλύουν τα εξωτερικά γεγονότα, τις εσωτερικές γνωστικές λειτουργίες και τα συναισθήματα που μπορεί να επιταχύνουν την υποτροπή. Στη συνέχεια, οι πελάτες αναπτύσσουν σχέδια και εξασκούνται σε δεξιότητες για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων, σκέψεων και συναισθημάτων, χρησιμοποιώντας διάφορες ασκήσεις επίλυσης προβλημάτων, παιχνίδια ρόλων και ασκήσεις για το σπίτι.

Πολλές από αυτές τις βασικές έννοιες και τεχνικές της πρόληψης της υποτροπής βασίστηκαν στην αρχική εργασία των Marlatt και Gordon (1985) και των Gorski και Miller (1986). Η LIB χρησιμοποιεί αυτές τις έννοιες με απλό και άμεσο τρόπο και επεκτείνει αυτή την προσέγγιση για να ενσωματώσει μια ολοκληρωμένη ολιστική θεώρηση προς την αλλαγή του τρόπου ζωής.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο θεραπείας εθισμού 12 βημάτων χρησιμοποιείται συχνότερα στα προγράμματα θεραπείας εθισμού. Η προσέγγισή του βασίζεται στην έννοια του εθισμού ως πνευματικής και ιατρικής ασθένειας και το περιεχόμενό του είναι σύμφωνο με τα 12 βήματα των ΑΑ. Εκτός από την αποχή, ένας σημαντικός στόχος αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η προώθηση της δέσμευσης του κάθε πελάτη να συμμετέχει στις ομάδες αυτοβοήθειας των ΑΑ και των ΝΑ. Οι θεραπευτικές συνεδρίες ακολουθούν γενικά μια παρόμοια μορφή, που περιλαμβάνει διερεύνηση των συμπτωμάτων, επανεξέταση και ενίσχυση για τη συμμετοχή στους ΑΑ/ΝΑ και εισαγωγή και επεξήγηση του θέματος κάθε συνεδρίας στο πλαίσιο της φιλοσοφίας των ΑΑ/ΝΑ (αποδοχή και παράδοση στην ανώτερη δύναμη, ηθικές απογραφές και νηφάλια διαβίωση). Το υλικό που εισάγεται κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών συχνά συμπληρώνεται από εργασίες ανάγνωσης από τη βιβλιογραφία των ΑΑ και των ΝΑ.

Η προσέγγιση LIB δεν είναι εντελώς διαφορετική από την προσέγγιση των 12 βημάτων και στην πραγματικότητα ενσωματώνει πολλές από τις έννοιές της και ενθαρρύνει τη συμμετοχή στα προγράμματα αυτοβοήθειας. Η LIB, ωστόσο, δίνει πολύ μεγαλύτερη έμφαση στην εκμάθηση και εξάσκηση κρίσιμων δεξιοτήτων πρόληψης της υποτροπής και στην ενίσχυση σημαντικών τομέων της ζωής του πελάτη για την ενίσχυση της προστασίας από την υποτροπή. Όπως και τα προγράμματα 12 βημάτων, η LIB ενθαρρύνει την πνευματική εξερεύνηση (εύρεση μιας πηγής συμμετοχής, μεγαλύτερης από τον εαυτό). Αλλά η πρωταρχική εστίαση παραμένει στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων στην καθημερινή ζωή, που βοηθούν τον πελάτη να ανακτήσει την ισορροπία του και να αποτρέψει την υποτροπή στη χρήση ναρκωτικών.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η συμβουλευτική προσέγγιση LIB είναι σχεδιασμένη για ομαδική συμβουλευτική σε κάθε είδους πλαίσιο θεραπείας για τα ναρκωτικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρωταρχική μέθοδος για περίοδο 4 έως 6 μηνών σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (π.χ. ιατρικές και ψυχοκοινωνικές μεθόδους) και για ποικίλα χρονικά διαστήματα. Η LIB ενσωματώνει μια προσέγγιση αυτοβοήθειας και ενθαρρύνει τη συμμετοχή σε προγράμματα αυτοβοήθειας, που ο πελάτης καθορίζει ως τα πλέον κατάλληλα για τις ανάγκες και την προσωπική του φιλοσοφία.

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Το πρόγραμμα LIB έχει σχεδιαστεί για χρήση σε μορφή ομαδικής συμβουλευτικής. Το μέγεθος των ομάδων μπορεί να κυμαίνεται από 5 έως 20, αλλά έχει διαπιστωθεί ότι μια ομάδα που αριθμεί μεταξύ 12 και 15 ατόμων παρέχει μια καλή ισορροπία μεταξύ ατομικής προσοχής και ομαδικής επεξεργασίας. Το LIB μπορεί να συνδυαστεί με άλλες μεθόδους, όπως η ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία και μπορεί να τροποποιηθεί σύμφωνα με τις ανάγκες συγκεκριμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Το πρόγραμμα LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιβάλλοντα θεραπείας κατάχρησης ναρκωτικών ως βασική θεραπεία ή ως συμπληρωματική θεραπευτική στρατηγική, ανάλογα με το κλινικό περιβάλλον, το επίπεδο φροντίδας και τον τύπο του προγράμματος. Το πρόγραμμα LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης:

- Ενδονοσοκομειακά ή εξωτερικά ιατρεία.
- Εντατική εξωτερική νοσηλεία.
- Μερική νοσηλεία.

- Συνεχής φροντίδα και μεταθεραπεία.
- Απογευματινά προγράμματα ή προγράμματα Σαββατοκύριακου.

Το πρόγραμμα LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορους τύπους προγραμμάτων:

- Αυτόνομα.
- Με βάση το νοσοκομείο.
- Με βάση την κοινότητα.
- Σωφρονιστικά ιδρύματα.
- Συμβουλευτικά κέντρα.
- Θεραπεία μεθαδόνης.
- Θεραπευτικές κοινότητες.
- Οίκοι επανένταξης.
- Θεραπευτές σε ιδιωτική πρακτική.

Το πρόγραμμα LIB έχει σχεδιαστεί από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας για χρήση από εκπαιδευμένους επαγγελματίες εθισμού. Σε πολλά θεραπευτικά προγράμματα το εγχειρίδιο LIB θα χρησιμοποιείται κυρίως από συμβούλους και θεραπευτές εθισμού. Ορισμένα θεραπευτικά προγράμματα μπορεί να επιλέξουν να έχουν διάφορους επαγγελματίες υγείας ως επικεφαλείς ορισμένων από τις συνεδρίες ομαδικής θεραπείας στους τομείς της ειδικότητάς τους. Οι γιατροί μπορεί να ηγηθούν των συνεδριών για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι νοσηλευτές μπορεί να ηγηθούν των συνεδριών για τη σωματική ευεξία και οι διατροφολόγοι μπορεί να ηγηθούν της συνεδρίας για τη διατροφή.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Το εγχειρίδιο LIB χωρίζεται σε 36 συνεδρίες. Κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου 2 ώρες και διεξάγεται 3 ημέρες την εβδομάδα σε διάστημα 12 εβδομάδων (επιτρέποντας διακοπές και ειδικές εκδηλώσεις) ή λιγότερο συχνά σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Έχουν προσδιοριστεί συγκεκριμένες συνεδρίες για διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια, πληθυσμούς και επίπεδα φροντίδας. Το πρόγραμμα LIB έχει σχεδιαστεί, έτσι ώστε οι πελάτες να μπορούν να εισέλθουν στο πρόγραμμα σε οποιαδήποτε συνεδρία και να συνεχίσουν το πρόγραμμα μέχρι να ολοκληρωθούν όλες οι προβλεπόμενες συνεδρίες.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Το πρόγραμμα LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ο κύριος τρόπος θεραπείας σε ένα πρόγραμμα εντατικής εξωνοσοκομειακής θεραπείας ή σε συνδυασμό με άλλες κοινές

μεθόδους. Ο Hoffman και οι συνεργάτες του (1994) διαπίστωσαν ότι, όταν οι ομάδες LIB διεξάγονταν 5 ημέρες την εβδομάδα, η προσθήκη ατομικής και οικογενειακής ψυχοθεραπείας συνέβαλε ελάχιστα στην αύξηση είτε του αριθμού των ημερών είτε του αριθμού των συνεδριών που παρακολούθηθηκαν σε θεραπεία εξωτερικών ιατρείων για κατάχρηση κοκαΐνης. Ωστόσο, όταν οι ομάδες LIB προσφέρονταν μόνο δύο φορές την εβδομάδα, η προσθήκη ατομικής και οικογενειακής ψυχοθεραπείας αύξησε σημαντικά τον αριθμό των συνεδριών που παρακολούθηθηκαν. Η LIB έχει, επίσης, χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη, ιδίως κατά τις πρώτες φάσεις (Moolchan και Hoffman, 1994). Όταν χρησιμοποιείται σωστά στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος, η φαρμακευτική αγωγή (συμπεριλαμβανομένης της μεθαδόνης) θεωρείται από τους συγγραφείς της έννοιας LIB ως ένα χρήσιμο συμπλήρωμα, που βοηθά τους πελάτες να ανακτήσουν και να διατηρήσουν μια ζωή ισορροπίας και νηφαλιότητας. Η LIB χρησιμοποιείται, επίσης, επί του παρόντος σε προγράμματα θεραπείας σε ιδρύματα και σε εξειδικευμένα προγράμματα για γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Το πρόγραμμα LIB θεωρεί τα προγράμματα 12 βημάτων των ΑΑ, ΝΑ και των Ανώνυμων Χρηστών Κοκαΐνης (CA) ως σημαντικά στοιχεία στη διαδικασία θεραπείας και ανάρρωσης για τον εθισμό στην κοκαΐνη. Το εγχειρίδιο LIB εισάγει τους πελάτες σε αυτά και σε άλλα προγράμματα αυτοβοήθειας και ενθαρρύνει τους πελάτες να παρακολουθούν συναντήσεις αυτοβοήθειας κατά τη διάρκεια και μετά το επίσημο πρόγραμμα θεραπείας. Επιπλέον, το εγχειρίδιο αγκαλιάζει εναλλακτικές ομάδες αυτοβοήθειας για την αποκατάσταση και προωθεί την πνευματική ευαισθητοποίηση. Το εγχειρίδιο LIB ενσωματώνει επίσης αναφορές και παραδείγματα του προγράμματος 12 βημάτων σε όλο το κείμενο. Κάθε πελάτης πρέπει να βρει τις δικές του πηγές υποστήριξης και ολοκλήρωσης, που εκτείνονται πέρα από τα όρια ενός θεραπευτικού προγράμματος και της επαγγελματικής συμβουλευτικής.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Η αποτελεσματικότητα κάθε θεραπευτικού μοντέλου ή συμβουλευτικής προσέγγισης καθορίζεται από το προσωπικό που χρησιμοποιεί το μοντέλο ή παρέχει το πρόγραμμα. Το υπόβαθρο, η κατάρτιση, η εκπαίδευση και η εμπειρία των συμβούλων LIB είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική χρήση αυτής της προσέγγισης. Οι σύμβουλοι που έχουν μεγαλύτερη κλινική κατάρτιση και σχετική εμπειρία θα είναι πιο ικανοί να χρησιμοποιήσουν τα διάφορα στοιχεία του μοντέλου για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναρίθμητων θεμάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια μιας θεραπευτικής συνεδρίας.

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Το μοντέλο LIB έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιηθεί από οποιονδήποτε έχει εμπειρία ως σύμβουλος κατάχρησης ναρκωτικών ή έχει άλλη επαγγελματική εκπαίδευση σε θέματα εξαρτήσεων. Συνιστάται, επίσης, η πιστοποίηση ως σύμβουλος εξαρτήσεων, αλλά δεν απαιτείται. Αν και ένα άτομο που έχει απολυτήριο λυκείου θα έχει επαρκείς δεξιότητες κατανόησης κειμένου για να χρησιμοποιήσει αυτό το μοντέλο, συνιστάται το άτομο να έχει πτυχίο διетών σπουδών, προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό δίπλωμα. Αυτή η πρόσθετη εκπαίδευση και κατάρτιση θα ενισχύσει την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί πλήρως το υλικό που παρουσιάζεται και να αξιολογεί τις δικές του εμπειρίες για την ανάπτυξη ορισμένων εννοιών και ιδεών που παρουσιάζονται στις διάφορες συνεδρίες.

Παρόλο που το εγχειρίδιο LIB είναι γραμμένο σε απλή, κατανοητή γλώσσα, ορισμένες από τις έννοιες και τις ασκήσεις έχουν στην πραγματικότητα πολύ περίπλοκο υπόβαθρο.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Ιδανικά, το άτομο που χρησιμοποιεί την προσέγγιση LIB θα πρέπει να έχει εκτεταμένη εκπαίδευση στον τομέα των εξαρτήσεων. Αυτό το επίπεδο κατάρτισης ενθαρρύνεται, επειδή παρέχει ένα εννοιολογικό υπόβαθρο και τις δεξιότητες που απαιτούνται για οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδο. Συνιστάται η εθνική πιστοποίηση ως σύμβουλος εξαρτήσεων, ωστόσο η πιστοποίηση ως σύμβουλος εξαρτήσεων δεν αποτελεί προϋπόθεση για τη χρήση αυτού του μοντέλου συμβουλευτικής. Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου εξαρτάται από τις γνώσεις του συμβούλου στον τομέα των εξαρτήσεων, τις γνώσεις του σχετικά με τις διάφορες τεχνικές θεραπείας και την εμπειρία του στη χρήση των δεξιοτήτων και των τεχνικών που είναι κρίσιμες για την επεξεργασία της άρνησης και της αντίστασης, που χαρακτηρίζουν τον πληθυσμό που κάνει χρήση ναρκωτικών.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Η συμβουλευτική προσέγγιση LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί από συμβούλους που έχουν εμπειρία απεξάρτησης ή που δεν έχουν κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών. Η κατάσταση απεξάρτησης του συμβούλου είναι ένα σύνθετο ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται στην εκπαίδευση και την εποπτεία των συμβούλων. Έχει διαπιστωθεί ότι οι σύμβουλοι που είναι απεξαρτημένοι χρήστες μπορούν μερικές φορές να χρησιμοποιήσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες για να βοηθήσουν στην επεξήγηση ορισμένων σημείων και ότι έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στις αντιδράσεις και τις ανησυχίες ορισμένων πελατών. Ωστόσο, είναι επίσης σημαντικό ο απεξαρτημένος σύμβουλος να κατέχει τις δεξιότητες RP και να τις εφαρμόζει στη δική του ζωή, διότι ο σύμβουλος θα πρέπει να αποτελεί παράδειγμα ατόμου που διάγει μια σχετικά ισορροπημένη ζωή. Οι σύμβουλοι σε ανάρρωση θα πρέπει να χρησιμοποιούν τη δική τους κρίση, κατά προτίμηση σε συνεννόηση με έναν επόπτη, σχετικά με το πότε, πώς και αν θα αποκαλύψουν τις δικές

τους προσωπικές εμπειρίες ανάρρωσης. Αυτή η αυτοαποκάλυψη θα πρέπει να γίνεται μόνο με σαφή κατανόηση των πιθανών οφελών για τον πελάτη. Σε καμία περίπτωση ο σύμβουλος δεν πρέπει να χρησιμοποιεί τις συνεδρίες της ομάδας για να συζητήσει ή να επιλύσει τα δικά του προσωπικά προβλήματα.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Αν και τα ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου δεν έχουν προσδιοριστεί με σαφήνεια, ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά που είναι χρήσιμα σε κάθε σύμβουλο είναι η ευαισθησία, η μη επικριτική στάση και η γνήσια επιθυμία να βοηθήσει τους ανθρώπους να παλέψουν για να ξεπεράσουν κάποια από τα προβλήματα που οδήγησαν στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών. Ένας σύμβουλος που χρησιμοποιεί το μοντέλο LIB θα πρέπει να είναι σε θέση να ηγείται ομαδικών συζητήσεων και να παρέχει βασικές οδηγίες για τα θέματα που απαιτούν διδακτική παρουσίαση. Άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά που είναι χρήσιμα είναι η διαθεσιμότητα, η ειλικρίνεια, η ικανότητα να θέτει τα κατάλληλα όρια και η ικανότητα να επιδεικνύει στοργή ενώ αντιμετωπίζει συμπεριφορές που είναι εχθρικές προς τους σκοπούς και τους στόχους του μοντέλου.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος πρέπει να είναι ικανός να αντιμετωπίζει τον πελάτη που βρίσκεται σε άρνηση. Ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στην επιτυχή θεραπεία είναι η άρνηση του πελάτη για τον εθισμό του. Αυτή η άρνηση εκφράζεται με πολλούς τρόπους και πολλές μορφές, από την απόλυτη άρνηση του ότι έχει πρόβλημα με τα ναρκωτικά μέχρι την έκφραση αδιαφορίας για τα διάφορα θέματα και την απροθυμία να συζητήσει ορισμένα θέματα. Ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να περιγράψει τη συμπεριφορά (π.χ. αποφυγή ορισμένων θεμάτων, έκφραση άρνησης), να καταδείξει το μοτίβο της συμπεριφοράς όπως εμφανίζεται και να συσχετίσει τη συμπεριφορά με τον αμυντικό μηχανισμό της άρνησης όπως αυτός εκφράζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Επιπλέον, ο σύμβουλος πρέπει να είναι ικανός να επισημαίνει τόσο τα δυνατά όσο και τα αδύνατα σημεία του πελάτη. Σε τακτά χρονικά διαστήματα, κατά τη διάρκεια των ομαδικών συνεδριών, θα πρέπει να καταβάλλεται σαφής προσπάθεια να εντοπίζονται τα δυνατά σημεία που έχει επιδείξει ο πελάτης κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να επισημαίνονται οι τομείς στους οποίους είναι απαραίτητη η συνεχής ανάπτυξη. Η κύρια έμφαση, ωστόσο, θα πρέπει να δίνεται στην επισήμανση των δυνατών σημείων.

Είναι πολύ σημαντικό ο σύμβουλος που χρησιμοποιεί το μοντέλο LIB να είναι προετοιμασμένος. Θα πρέπει να μελετά και να επανεξετάζει το υλικό της συνεδρίας πριν από κάθε συνάντηση της ομάδας, ώστε το θέμα της συζήτησης να είναι πλήρως κατανοητό και να μπορεί να το παραδώσει με σαφή, φυσικό και άνετο τρόπο. Η έλλειψη προετοιμασίας θα οδηγήσει σε ανακριβή ή ασφυκτική παρουσίαση των πληροφοριών. Οι

πληροφορίες δεν προορίζονται να διαβαστούν αυτολεξεί, θα πρέπει να παρουσιαστούν με εξατομικευμένο και ουσιαστικό τρόπο. Ο σύμβουλος πρέπει να κατανοεί και να είναι αρκετά εξοικειωμένος με το υλικό, ώστε να μπορεί να επικεντρωθεί στην ομαδική επεξεργασία και στις ατομικές ανάγκες και ανησυχίες.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Η προσέγγιση LIB στην ομαδική εργασία χρησιμοποιεί σχεδόν όλες τις δεξιότητες και τις στρατηγικές παρέμβασης που θα χρησιμοποιούνταν κανονικά σε ένα ομαδικό πλαίσιο. Οι συνήθεις τεχνικές και παρεμβάσεις ομαδικής συμβουλευτικής είναι γενικά κατάλληλες στο πλαίσιο του μοντέλου LIB, αν και η προσέγγιση βασίζεται περισσότερο στις ψυχοεκπαιδευτικές στρατηγικές παρά στις ψυχοθεραπευτικές στρατηγικές. Το μοντέλο LIB έχει σχεδιαστεί για τον εντοπισμό των προβλημάτων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων και στρατηγικών για την αντιμετώπισή τους.

Για το λόγο αυτό, ο σύμβουλος μπορεί να αποφύγει να χρησιμοποιήσει τεχνικές που έχουν σχεδιαστεί για να ενθαρρύνουν τον πελάτη να αναβιώσει τραυματικές και ανεπίλυτες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και των ενηλίκων ή να προσπαθήσει να θεραπεύσει συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές απευθείας στο πλαίσιο της ομάδας. Παρ' όλα αυτά, το υλικό, οι ταινίες και οι ασκήσεις ρόλων είναι πιθανό να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις και είναι σκόπιμο να αναγνωριστούν και να συζητηθούν αυτά τα συναισθήματα. Σε περίπτωση που προκύψουν έντονα, άλυτα συναισθηματικά ζητήματα σε μια ομαδική συνεδρία, ο σύμβουλος μπορεί να προτείνει στον πελάτη να αντιμετωπίσει τα ζητήματα αυτά σε μια ατομική συνεδρία. Ο σύμβουλος θα πρέπει να χρησιμοποιεί την κρίση του για να αποφασίσει αν θα ζητήσει τη βοήθεια ενός εκπαιδευμένου ψυχολόγου ή ψυχοθεραπευτή.

Ο σύμβουλος θα πρέπει επίσης να αποθαρρύνει τις λεπτομερείς συζητήσεις για τη χρήση ναρκωτικών που μπορεί να δοξάζουν τη χρήση ή να διεγείρουν ή να πυροδοτήσουν μια αυτόματη επιθυμία για ναρκωτικά. Στις συζητήσεις για την πρόληψη υποτροπής, είναι αναπόφευκτο να συζητείται σε κάποιο βαθμό η χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, ο σύμβουλος θα πρέπει να φροντίζει να αναπλαισιώνει τη συζήτηση με όρους κατανόησης των καταλυτικών παραγόντων και των συσχετισμών με τη χρήση ναρκωτικών και θα πρέπει να περιορίζει τις λεπτομερείς συζητήσεις ή την αφήγηση ιστοριών που δεν σχετίζονται άμεσα με την εκμάθηση δεξιοτήτων πρόληψης της υποτροπής. Εάν ο σύμβουλος καταλήξει να πιστεύει ότι η συζήτηση μπορεί να έχει προκαλέσει επιθυμία σε έναν πελάτη, το θέμα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αμέσως και να προσδιοριστούν συγκεκριμένες λύσεις για τη διακοπή του προτύπου συμπεριφοράς που πιθανόν να οδηγήσει στη χρήση ναρκωτικών. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί μερικές φορές να είναι δύσκολο να τις χειριστεί ένας σύμβουλος και γι' αυτό θα πρέπει να συζητούνται επανειλημμένα στην εποπτεία, όπως θα συζητηθεί στην επόμενη ενότητα.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Ο πρωταρχικός στόχος της εποπτείας είναι να βοηθήσει τον σύμβουλο να χρησιμοποιήσει τις κλινικές του δεξιότητες για να παρουσιάσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο εγχειρίδιο LIB με τρόπο που να εμπλέκει την ομάδα και να διευκολύνει την ατομική ανάρρωση.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου, ο επόπτης θα πρέπει:

1. Να βοηθήσει τον σύμβουλο να αναπτύξει τις βασικές συμβουλευτικές του δεξιότητες, όπως η αναστοχαστική ακρόαση και η αναπλαισίωση.
2. Να αναπτύξει τις δεξιότητες του συμβούλου στη χρήση του μοντέλου, ιδίως στον τομέα της εκπαίδευσης για την πρόληψη της υποτροπής. (Ο επόπτης πρέπει να διασφαλίσει ότι ο σύμβουλος έχει κατανοήσει σε βάθος τις πληροφορίες RP που καλύπτονται στο εγχειρίδιο LIB).
3. Να βοηθήσει στην αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης της ομάδας και να συμβάλει στον καθορισμό του πότε πρέπει να χρησιμοποιηθούν διάφορες συνεδρίες για την κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών της ομάδας.
4. Να βοηθήσει στην αντιμετώπιση δύσκολων θεμάτων στην ομαδική διαδικασία, όπως οι πελάτες που κυριαρχούν στη συζήτηση ή εστιάζουν υπερβολικά στη χρήση ναρκωτικών ή σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τα ναρκωτικά.

Ο επόπτης πρέπει να γνωρίζει το επίπεδο κλινικής εμπειρογνομosύνης κάθε συμβούλου υπό εποπτεία. Ο επόπτης πρέπει να γνωρίζει το βαθμό στον οποίο ο σύμβουλος αισθάνεται άνετα να χρησιμοποιεί την αντιπαράθεση, να επιδεικνύει ενσυναίσθηση και να ενθαρρύνει τις υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις της ομάδας. Συνιστάται επίσης η χρήση της προσέγγισης για ατομικές θεραπείες, όπου το συμβουλευτικό προσωπικό της LIB μπορεί να αναπτύξει εναλλακτικές στρατηγικές για την επίλυση προβλημάτων, καθώς κάθε περίπτωση εξετάζεται σε βάθος.

Τέλος, ο επόπτης πρέπει να παρατηρεί τις ομαδικές συνεδρίες για να είναι σε θέση να παρέχει ανατροφοδότηση στους συμβούλους με βάση τη συμπεριφορά και τις δεξιότητες. Αυτές οι παρατηρήσεις είναι κρίσιμες για να βοηθήσουν τους συμβούλους να αναπτύξουν και να βελτιώσουν τις κλινικές τους δεξιότητες.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Η σχέση μεταξύ πελάτη και συμβούλου επιτρέπει στον πελάτη να χρησιμοποιήσει τον σύμβουλο ως «δοκιμαστή» και να εκτιμήσει και να αξιολογήσει τις ιδέες και τις παρατηρήσεις που κάνει ο σύμβουλος σε σχέση με την πρόοδο του πελάτη. Ως εκ τούτου,

η ανάπτυξη μιας ισχυρής σχέσης, μιας σχέσης φροντίδας και ενδιαφέροντος, είναι επιτακτική ανάγκη για την ικανότητα του συμβούλου να παρεμβαίνει αποτελεσματικά στη ζωή του πελάτη με τρόπο που είναι χρήσιμος για την ανάρρωση του.

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο σύμβουλος έχει σαφώς εκπαιδευτικό ρόλο λόγω της ψυχοεκπαιδευτικής προσέγγισης του μοντέλου. Ο σύμβουλος εκπαιδεύει τον πελάτη σε θέματα που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών, τόσο σχετικά με τις φαρμακολογικές ή βιολογικές επιπτώσεις στο σώμα όσο και με τον αντίκτυπο που έχουν τα ναρκωτικά σε άλλους τομείς της ζωής. Σε αυτόν τον ρόλο του εκπαιδευτή/δασκάλου, ο σύμβουλος αρχίζει να παρέχει στον πελάτη γνώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών, κάτι που θα επιτρέψει στον πελάτη να λάβει αποφάσεις σχετικά με τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών, έχοντας γνώση όλων των παραμέτρων.

Ο σύμβουλος παίζει επίσης το ρόλο του θεραπευτή παρέχοντας στους πελάτες του μια πολύτιμη πηγή κατανόησης και αλλαγής των συμπεριφορών τους με έναν υγιή, παραγωγικό τρόπο. Ο σύμβουλος βοηθά τους πελάτες να κατανοήσουν τα συναισθήματά τους για συγκεκριμένους τομείς της ζωής τους και τους βοηθά να επεξεργαστούν τις δυσκολίες τους. Αυτό το μοντέλο αποθαρρύνει τον σύμβουλο από το να παρέχει συμβουλές στον πελάτη. Το ίδιο το μοντέλο είναι ένα μοντέλο που προσανατολίζεται προς την ενδυνάμωση του πελάτη να αναλαμβάνει την ευθύνη και ανεξάρτητα να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη ζωή του/της.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Στο μοντέλο LIB χρειάζεται ο σύμβουλος να κάνει το μεγαλύτερο μέρος της ομιλίας. Στις περισσότερες συνεδρίες ο σύμβουλος χρησιμοποιεί αρχικά μια διδακτική προσέγγιση, μεταδίδοντας πληροφορίες σχετικά με έναν συγκεκριμένο θεματικό τομέα. Ο σύμβουλος πρέπει στη συνέχεια να διευκολύνει την ομαδική συζήτηση και αλληλεπίδραση. Σε μία συνεδρία 90 λεπτών, ο σύμβουλος θα αφιερώσει περίπου 30 λεπτά, είτε προσφέροντας κάποιες οδηγίες προφορικά, είτε εμπλέκοντας τον πελάτη σε κάποιο είδος βιωματικής διαδικασίας, στην οποία προσφέρονται οδηγίες και καθοδήγηση. Η υπόλοιπη ώρα της συνεδρίας είναι γενικά αφιερωμένη στο διαδραστικό στοιχείο του προγράμματος, όπου ο πελάτης ενθαρρύνεται να εκφράσει συναισθήματα, αντιδράσεις ή σκέψεις σχετικά με έναν συγκεκριμένο θεματικό τομέα.

5.3 Πόσο καθοδηγητικός είναι ο σύμβουλος;

Επειδή η προσέγγιση LIB απαιτεί από τον σύμβουλο να λάβει το προβάδισμα και να καθοδηγεί τους πελάτες μέσα από ένα δομημένο σύνολο ομαδικών εμπειριών, ο σύμβουλος είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός. Ο πρωταρχικός στόχος αυτών των ομαδικών

εμπειριών είναι να ενδυναμώσει τους πελάτες να λαμβάνουν συνειδητοποιημένες αποφάσεις σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών και να αρχίσουν να ζουν με έναν πιο ισορροπημένο και υγιεινό τρόπο ζωής.

5.4 Θεραπευτική συμμαχία

Η ποιότητα της σχέσης πελάτη-συμβούλου μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε τεχνικής που χρησιμοποιείται, δουλεύοντας ατομικά ή ομαδικά. Έτσι, ο αποτελεσματικός σύμβουλος αναπτύσσει μια συμμαχία με τον πελάτη που χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια και σαφή επικοινωνία, ρητή ενσυναίσθηση, σεβασμό για το άτομο και έναν ξεκάθαρο θεραπευτικό στόχο.

Το θεραπευτικό συμβόλαιο είναι ένας τρόπος ανάπτυξης μιας τέτοιας συμμαχίας. Το θεραπευτικό συμβόλαιο πρέπει να καθορίζει ρητούς στόχους για το άτομο και την ομάδα, να δηλώνει σαφώς τί θα κάνει ο σύμβουλος για να βοηθήσει την ομάδα ή το άτομο να επιτύχει αυτούς τους στόχους και να διατυπώνει τις προσδοκίες συμπεριφοράς ή τους κανόνες της ομάδας (π.χ. να μην διακόπτουν, να είναι στην ώρα τους, να μην εγκαταλείπουν την ομαδική συνεδρία, εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητο).

Σε περιπτώσεις όπου η συμμαχία είναι ανεπαρκής, ο σύμβουλος πρέπει να διερευνήσει με τον επόπτη παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να ενισχύσουν αυτή την σχέση. Για παράδειγμα, εάν το φύλο αποτελεί εμπόδιο στην εγκαθίδρυση μιας λειτουργικής θεραπευτικής σχέσης, ο σύμβουλος πρέπει να προσδιορίσει πόσο αποτελεσματικό είναι να το συζητήσει με τον πελάτη σε μια ατομική συνεδρία. Εάν ο σύμβουλος αποφασίσει να συζητήσει το θέμα με τον πελάτη, θα πρέπει να δηλώσει ευγενικά ότι ο πελάτης φαίνεται να εμφανίζει κάποια δυσφορία ή αρνητικά συναισθήματα απέναντι στον σύμβουλο, τα οποία μπορεί να παρεμποδίζουν την συμμετοχή του πελάτη στην ομαδική διαδικασία.

Ο σύμβουλος δεν πρέπει να είναι απειλητικός, κατηγορηματικός ή αμυντικός, αλλά θα πρέπει να αποδέχεται τα συναισθήματα του πελάτη και να προσπαθεί να αποσαφηνίσει τυχόν λανθασμένες αντιλήψεις. Ο σύμβουλος θα πρέπει να γνωρίζει ότι ο πελάτης μπορεί να αντιδρά σε προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες με τη θεραπεία. Σε κάθε περίπτωση ο σύμβουλος θα πρέπει να επικοινωνήσει την ανησυχία του για τον πελάτη και να εργαστεί για τη βελτίωση της συμμαχίας.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

Το πρόγραμμα LIB σχεδιάστηκε αρχικά για χαμηλά οικονομικά στρώματα, κυρίως για μειονότητες και για χρήστες κοκαΐνης που συμμετείχαν σε εντατικό πρόγραμμα θεραπείας εκτός νοσηλευτικής μονάδας. Παρ' όλα αυτά, είναι εφαρμόσιμο σε ένα ευρύ φάσμα

κατάχρησης ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της ηρωίνης και του αλκοόλ, και για πελάτες από ευρύ πολιτιστικό και οικονομικό υπόβαθρο. Το εγχειρίδιο LIB σχεδιάστηκε για να είναι καθολικά εφαρμόσιμο σε διάφορα πολιτισμικά και εθνικά υπόβαθρα. Η βιοψυχοκοινωνική και ολιστική προσέγγιση της θεραπείας υποστηρίζει ότι το να ζει κανείς μια ισορροπημένη ζωή είναι θεμελιώδης στόχος όλων των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το φυλετικό, το πολιτισμικό ή το εθνικό υπόβαθρο. Η εγκαθίδρυση της σωματικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και πνευματικής ευημερίας θεωρείται ότι είναι κεντρικός στόχος στη διαδικασία ανάρρωσης από τον εθισμό στα ναρκωτικά για όλα τα άτομα.

Ο ρόλος της κουλτούρας και της εθνικότητας είναι επίσης ένα κρίσιμο στοιχείο στη διαδικασία ανάρρωσης. Η πολιτισμική ευαισθησία του συμβούλου εξαρτήσεων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή αποτελεσματικής θεραπείας. Εάν ο σύμβουλος δεν έχει επίγνωση, δεν είναι ευαίσθητος σε πολιτισμικά και εθνικά ζητήματα και στις ανησυχίες των πελατών στη θεραπεία και δεν κατανοεί τους κοινωνικοοικονομικούς και φυλετικούς παράγοντες, η αποτελεσματικότητά του θα είναι περιορισμένη και ενδεχομένως αντιπαραγωγική. Ο σύμβουλος πρέπει να έχει γνώση και ενσυναίσθηση για τις εθνικές και πολιτισμικές εμπειρίες, αντιλήψεις και αξίες του/της πελάτη του.

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή την συμβουλευτική προσέγγιση

Οι πελάτες που ταιριάζουν καλύτερα στο πρόγραμμα LIB είναι εκείνοι που αισθάνονται άνετα να συμμετέχουν σε μία ομάδα. Το πρόγραμμα LIB γενικά δεν περιλαμβάνει έντονη ομαδική αντιπαράθεση ή σε βάθος ψυχοδυναμική επεξεργασία, ωστόσο, η ευαίσθητη φύση ορισμένων θεμάτων που καλύπτονται απαιτεί ένα ελάχιστο επίπεδο άνεσης με την αλληλεπίδραση στην ομάδα. Εάν ένας πελάτης δεν νιώθει άνετα σε αυτή την κατάσταση, μπορεί να είναι δυνατόν για εκείνον/η να συμμετέχει σε ατομική συμβουλευτική μέχρι μια μετέπειτα φάση της θεραπείας, όταν αυτός/ή θα είναι πιο έτοιμος/η να ενταχθεί σε μια ομάδα LIB.

Το πρόγραμμα LIB είναι γενικά κατάλληλο για πελάτες όλων των ηλικιών (από τα τέλη της εφηβείας έως τους ηλικιωμένους), αν και θα ήταν ιδανικό να περιοριστεί η συμμετοχή σε κάθε ομάδα σε συγκεκριμένες ηλικιακές βαθμίδες, έτσι ώστε οι συνομήλικοι να μπορούν να συζητήσουν τις ανησυχίες που αφορούν την εμπειρία τους. Το πρόγραμμα LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ομάδες μικτού φύλου και σε ομάδες μόνο για άνδρες και μόνο για γυναίκες. (Οι ομάδες ίδιου φύλου προτιμώνται και γενικά συνιστώνται, όταν αντιμετωπίζονται θέματα σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης). Η προσέγγιση LIB μπορεί να προσαρμοστεί σε κάθε εθνική ή πολιτισμική υποομάδα και να εφαρμοστεί σε χρήστες διαφορετικών τύπων ναρκωτικών και μπορεί να περιλαμβάνει συνεδρίες για τον εθισμό στο αλκοόλ και τη νικοτίνη. Η προσέγγιση LIB έχει χρησιμοποιηθεί σε μια ποικιλία διαφορετικών ομάδων (π.χ. Λατινοαμερικανοί αλκοολικοί, Αφροαμερικανές έγκυες γυναίκες και γυναίκες στη λοχεία περίοδο μετά τον τοκετό που κάνουν χρήση κρακ,

Καυκάσιους χρήστες μεθαμφεταμίνης, και μικτής εθνικότητας/πολιτισμού χρήστες ηρωίνης).

Το πρόγραμμα LIB μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε τύπο θεραπείας ναρκωτικών ή κοινωνικής υπηρεσίας και είναι ιδανικό για εφαρμογή σε ειδικούς πληθυσμούς (π.χ. εργασία πρόνοιας, ποινική δικαιοσύνη, δημόσια στέγαση, ψυχική υγεία), στους οποίους υπάρχουν προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών. Υπάρχουν συγκεκριμένες πρακτικές που προτείνει το μοντέλο LIB για την αντιμετώπιση ορισμένων από τα βασικά συμβουλευτικά θέματα σε αυτούς τους πληθυσμούς. Το μοντέλο LIB συνάδει με την προσέγγιση των 12 βημάτων, παρέχει πληροφορίες σχετικά με διάφορα προγράμματα αυτοβοήθειας και ενθαρρύνει τη συμμετοχή σε αυτά.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Η συμβουλευτική προσέγγιση LIB σε ομάδες μπορεί να μην είναι κατάλληλη για πελάτες που δεν αισθάνονται άνετα σε ένα ομαδικό περιβάλλον. Η αρχική δυσφορία είναι κοινή και φυσιολογική δεδομένης της έμμεσης πίεσης να αποκαλυφθούν και να εκτεθούν προσωπικά συναισθήματα σε μια ομάδα αγνώστων. Ωστόσο, η δυσφορία αυτή μειώνεται γρήγορα για τους περισσότερους πελάτες. Ορισμένοι πελάτες που έχουν υψηλό κοινωνικό άγχος, που είναι εξαιρετικά εσωστρεφείς ή που έχουν δυσκολίες με τις διαδικασίες της λογικής σκέψης μπορεί να μην ανταποκριθούν επαρκώς σε αυτή την ομαδική συμβουλευτική μορφή. Επιπλέον, ορισμένα από τα εκπαιδευτικά στοιχεία του προγράμματος μπορεί να είναι δύσκολα για τους πελάτες που έχουν πολύ χαμηλές αναγνωστικές ή γνωστικές ικανότητες. Αν και το μεγαλύτερο μέρος του υλικού συζητείται φωναχτά και προσφέρεται βοήθεια σε εκείνους που την χρειάζονται με τις γραπτές εργασίες, οι πελάτες πρέπει να έχουν την ικανότητα να κατανοούν τις έννοιες που παρουσιάζονται, προκειμένου να επωφεληθούν από το πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα LIB έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε μια ποικιλόμορφη ομάδα ατόμων που έκαναν κατάχρηση κοκαΐνης, η οποία περιελάμβανε δικαστικά παραπεμπόμενους πελάτες και πελάτες με διπλή διάγνωση. Ο μόνος αξιοσημείωτος περιορισμός, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, είναι ότι οι πελάτες πρέπει να είναι σε θέση να παρακολουθούν τις συναντήσεις και να κατανοούν τις έννοιες που εκφράζονται. Για παράδειγμα, οι πελάτες με ψυχωτικές διαταραχές μπορεί να μην είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για συμμετοχή στο πρόγραμμα LIB, εάν έχουν δυσκολία να λειτουργήσουν σε ένα ομαδικό περιβάλλον ή να κατανοήσουν τις πληροφορίες με αντικειμενικό τρόπο. Ωστόσο, αυτοί οι πελάτες μπορεί να είναι κατάλληλοι, εάν η σοβαρή ψυχιατρική συμπτωματολογία τους ελέγχεται επαρκώς μέσω συμπληρωματικών θεραπειών και μπορούν να λειτουργήσουν με άνεση σε ένα ομαδικό πλαίσιο.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Προς το παρόν δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί ένα πρωτόκολλο αξιολόγησης, το οποίο να μετράει τους συγκεκριμένους τομείς που καλύπτει το πρόγραμμα LIB. Η προσέγγιση LIB μελετήθηκε από τους συγγραφείς σε μια πενταετή συγκριτική θεραπεία στην Ουάσιγκτον, στην οποία στους πελάτες που έκαναν κατάχρηση κοκαΐνης προσφέρθηκε είτε το πλήρες πρόγραμμα των 5 ημερών ανά εβδομάδα είτε η διήμερη εκδοχή της LIB ομαδικής θεραπείας. Το πρόγραμμα εντατικής θεραπείας έχει μέχρι στιγμής κριθεί πιο αποδοτικό στο να επιφέρει υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής των πελατών στη θεραπεία ενώ και τα δύο προγράμματα φαίνεται να υπερτερούν σε σχέση με πολλά προηγούμενα ευρήματα από μελέτες για καπνιστές κρακ (Hoffman et al. 1994, Wallace 1991).

Εργαλεία, όπως ο Δείκτης Σοβαρότητας Εθισμού (ASI) (McLellan et al. 1992), ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο στην έρευνα για τον εθισμό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αξιολόγηση των ακόλουθων παραμέτρων: δημογραφικά στοιχεία του πελάτη, ιστορικό θεραπείας, τρόπος και διαρρύθμιση της ζωής του πελάτη, χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών, συμπεριφορές κινδύνου που μπορούν να προκαλέσουν HIV και AIDS, παράνομες δραστηριότητες και ποινικό ιστορικό, κατάσταση επαγγελματικής απασχόλησης και ψυχική και σωματική κατάσταση υγείας.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Το εγχειρίδιο LIB παρέχει λεπτομερή περιγραφή για 36 συνεδρίες θεραπείας με τη μορφή διδακτικού κειμένου, παρόμοιο με το σχέδιο μαθήματος ενός δασκάλου. Οι πληροφορίες είναι έτοιμες, έτσι ώστε οι σύμβουλοι να μπορούν αποκτήσουν μια εμπειριστατωμένη κατανόηση του θέματος και να το παρουσιάσουν χωρισμένο σε διαχειρίσιμα τμήματα.

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Εκτός από το γραπτό διδακτικό κείμενο, κάθε συνεδρία περιλαμβάνει:

1. Ενημερωτικά έντυπα για τους πελάτες. Ερωτηματολόγια, εργασίες, ασκήσεις και λίστες με πρόσθετες πηγές για θέματα, κατάλληλα για τους πελάτες.
2. Διαφάνειες παρουσίασης. "Οπτικά μέσα", τα οποία λειτουργούν ως λέξεις-κλειδιά και ως σημαντικές φράσεις και έννοιες που παρουσιάζονται σε κάθε συνεδρία.
3. Βιντεοκασέτες. Εννέα βιντεοκασέτες που εστιάζουν σε πολλά από τα θέματα της συνεδρίας.
4. Καθημερινή προοδευτική χαλάρωση και ασκήσεις οραματισμού. Ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, που διδάσκουν στους πελάτες δεξιότητες μείωσης του στρες. (Οι ασκήσεις αντιστοιχούν στο θέμα της συνεδρίας και έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τους πελάτες να προσδιορίσουν και να

ενισχύσουν τους προσανατολισμένους στην ανάρρωση στόχους που σχετίζονται με τα θέματα της συνεδρίας).

5. Ακουστική κασέτα χαλάρωσης και οραματισμού. Αντικαθιστά τις ασκήσεις χαλάρωσης υπό την καθοδήγηση του συμβούλου. (Χρησιμοποιείται επίσης επικουρικά ή ως μοντέλο για την καθοδήγηση των ασκήσεων).

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Το εγχειρίδιο LIB, με έμφαση στην ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση, σχεδιάστηκε για να εκπαιδεύσει τους πελάτες σχετικά με την αυτό-αξιολόγηση. Το εγχειρίδιο εστιάζει σε συγκεκριμένους "τομείς της ζωής", στους οποίους η παρατεταμένη χρήση ναρκωτικών είχε αρνητικό αντίκτυπο. Τα διάφορα θέματα που καλύπτονται στο πρόγραμμα LIB συνοψίζονται παρακάτω:

1. Οραματισμός, αυτό-αξιολόγηση, καθορισμός στόχων, προγραμματισμός και αυτοέλεγχος. Στους πελάτες προσφέρεται εκπαίδευση για τεχνικές χαλάρωσης, για καθορισμό στόχων, για προγραμματισμό και για αυτοέλεγχο. Εκπαιδεύονται και εξασκούνται στη χρήση των τεχνικών χαλάρωσης ως εργαλείο πρόληψης της υποτροπής, το οποίο θα τους βοηθήσει να παρεμβαίνουν σε αγχωτικές καταστάσεις και σε περιπτώσεις που βιώνουν έντονη επιθυμία για αλκοόλ, κοκαΐνη, ή άλλα ναρκωτικά. Μαθαίνουν πώς να θέτουν προσωπικούς στόχους για την ανάρρωση, πώς να διεξάγουν αυτό-αξιολογήσεις σε βασικούς τομείς της ζωής τους, πώς να αντιμετωπίζουν τη βελτίωση της ζωής και πώς να εξασκούν δεξιότητες ζωής. Η εκπαίδευση επαναλαμβάνεται καθ' όλη τη διάρκεια των συνεδριών.

2. Εκπαίδευση για τα ναρκωτικά. Οι πελάτες μαθαίνουν για τις ψυχολογικές και φυσιολογικές συνιστώσες του εθισμού και της ανάρρωσης και για τις συνιστώσες της νευροφυσιολογίας, που εμπλέκονται στον εθισμό και στην ανάρρωση. Μαθαίνουν, επίσης, λεπτομερώς για τις ψυχολογικές διεργασίες που εμπλέκονται στη λαχτάρα για χρήση και στην υποτροπή. Οι πελάτες συμμετέχουν σε συζητήσεις αναφορικά με την κλασική (εξαρτημένη) μάθηση που εμπεριέχει εσωτερικούς και εξωτερικούς πειρασμούς ή μαθημένες ενδείξεις που μπορεί να προκαλέσουν την έντονη επιθυμία για χρήση. Επίσης, συμμετέχουν σε παιχνίδια ρόλων που σχετίζονται με παρεμβάσεις και μαθαίνουν τεχνικές για να μειώσουν την ισχύ των μαθημένων ενδείξεων.

3. Πρόληψη της υποτροπής : Οι πελάτες λαμβάνουν μέρος σε εντατικές συνεδρίες πρόληψης της υποτροπής, στις οποίες εξασκούνται σε δεξιότητες πρόληψης της υποτροπής κατά τη διάρκεια συνεδριών με σκοπό την αλλαγή. Αυτό είναι το σημείο, στο οποίο οι πελάτες μιλούν για τους τρέχοντες ατομικούς παράγοντες κινδύνου και τις προσπάθειες παρέμβασης για την πρόληψη της υποτροπής και στο οποίο μπορούν να παίξουν ρόλους στους οποίους να είναι σε θέση να αντιδρούν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Οι πελάτες μαθαίνουν για την κλασική (εξαρτημένη) μάθηση και

για το πώς συγκεκριμένες ενδείξεις (π.χ. άνθρωποι, μέρη και πράγματα, συγκεκριμένες ώρες της ημέρας, συγκεκριμένες μυρωδιές και ήχοι), που συνδέονται με προηγούμενη χρήση ναρκωτικών, μπορούν να οδηγήσουν στην επιθυμία για το ναρκωτικό της επιλογής τους και στην υποτροπή, εκτός εάν σχεδιάζουν να παρέμβουν ενεργά. Μαθαίνουν, επίσης, πώς να εξαλείφουν ή να διαγράφουν τέτοιες μαθημένες συσχετίσεις και εξασκούνται σε συγκεκριμένες δεξιότητες για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου. Ο σχεδιασμός για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου, η δημιουργία κοινωνικής υποστήριξης με σκοπό την αποχή και η εκμάθηση τρόπων αντιμετώπισης του απρόβλεπτου στρες ή των πειρασμών διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο σε αυτές τις συνεδρίες.

4.Εκπαίδευση αυτοβοήθειας : Οι πελάτες ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν συγκεκριμένες δεξιότητες παρέμβασης, όπως η εφαρμογή τεχνικών διαχείρισης του στρες (που συζητήθηκαν προηγουμένως) και η δημιουργία κοινωνικής υποστήριξης (ομάδες αποκατάστασης, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς ή μία από τις πιο πρόσφατα καθιερωμένες κοσμικές ομάδες, όπως η Rational Recovery). Ο πρωταρχικός στόχος είναι να διασφαλιστεί ότι, ως συμπλήρωμα της θεραπείας, οι πελάτες έχουν ορθά πρότυπα αποχής για να τους βοηθούν να ανταπεξέρχονται σε περιόδους υψηλού κινδύνου και για να τους παρέχουν μια μορφή συνεχούς υποστήριξης μετά την ολοκλήρωση της τυπικής θεραπείας που τους παρέχεται από το πρόγραμμα LIB.

5.Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα : Στο πλαίσιο της συνεδρίας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι πελάτες λαμβάνουν πληροφορίες για διάφορες ασθένειες και για τους παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με κάθε μία από αυτές. Μια πρόσθετη συνεδρία, αφιερωμένη στον ιό HIV και στο AIDS, δίνει έμφαση στον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV για τον εξαρτημένο πληθυσμό και εξηγεί τις στρατηγικές μείωσης κινδύνου. Συζητούνται οι διάφορες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, που σχετίζονται με την εξάρτηση από την κοκαΐνη, το αλκοόλ, την ηρωίνη και άλλες ναρκωτικές ουσίες (ρισοκίνδυνο και μη ασφαλές σεξ, επικίνδυνες πρακτικές και κοινή χρήση βελόνων) και επεξηγείται η σημασία της άμβλυνσης όλων των συμπεριφορών κινδύνου, που πιθανόν να προκαλέσουν μόλυνση από τον ιό HIV. Οι εξετάσεις και η θεραπεία για τον ιό HIV και το AIDS επίσης ελέγχονται.

6.Σωματική ευεξία : Συζητείται ο αρνητικός αντίκτυπος των παράνομων ναρκωτικών και του αλκοόλ, των τσιγάρων και των συνταγογραφούμενων ουσιών. Δίνεται έμφαση στη διατροφή, στην σωματική άσκηση και στην συνολική διατήρηση της υγείας (π.χ. ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη, προσωπική υγιεινή και εμφάνιση). Οι ομαδικές συζητήσεις για τα θέματα αυτά, όπως σχετίζονται με τον εθισμό στα ναρκωτικά και σε έναν πιο θετικό τρόπο ζωής, ενσωματώνονται σε αρκετές συνεδρίες.

7.Συναισθηματική ευημερία : Δίνεται έμφαση σε συγκεκριμένους τομείς που σε αυτό το κομμάτι περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, το άγχος, το φόβο, το θυμό και την εχθρότητα, καθώς και την ενοχή και την ντροπή. Υπάρχουν, επίσης, ομαδικές συζητήσεις σχετικά με αυτά τα θέματα, καθώς σχετίζονται με συναισθηματικές δυσκολίες και με την κατάχρηση ναρκωτικών και με τρόπο με τον οποίο οι συναισθηματικές αντοχές και τα προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν άλλους τομείς της ζωής.

8.Κοινωνική ευημερία. Τα συγκεκριμένα θέματα, που καλύπτονται, περιλαμβάνουν τις αλληλεπιδράσεις με φίλους και τις σχέσεις με συντρόφους/συζύγους, με τις γονεϊκές ή τη γονεϊκή φιγούρα, με τα αδέλφια, με τα παιδιά και με επιπλέον σημαντικούς άλλους. Οι συζητήσεις σε αυτές τις συνεδρίες μπορούν να δείξουν πώς οι σχέσεις μπορούν να συνδεθούν με την κατάχρηση ναρκωτικών και πώς οι συμπεριφορές που συνδέονται με την κατάχρηση ναρκωτικών μπορούν να αλλάξουν. Συζητείται ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσουν οι σημαντικοί άλλοι στην ενεργοποίηση της χρήσης ναρκωτικών και η πίεση των συνομηλίκων, που μπορεί να δημιουργήσει συμπεριφορά κατάχρησης ναρκωτικών και υποτροπή. Η μοντελοποίηση, η εξάσκηση της συμπεριφοράς και το παιχνίδι ρόλων αποτελούν σημαντικά στοιχεία για τη διδασκαλία των πελατών. Η δημιουργία κοινωνικής υποστήριξης για την αποχή και την ανάρρωση είναι, επίσης, ένα σημαντικό μέρος αυτού του θεματικού τομέα.

9.Σεξουαλική συμπεριφορά : Το θέμα του σεξ και των ναρκωτικών περιλαμβάνεται σε αρκετές συνεδρίες. Συζητούνται η σεξουαλική δυσλειτουργία, η σεξουαλική κακοποίηση, ο σεξουαλικός εθισμός, η σεξουαλική συμπεριφορά ως συμπεριφορά κινδύνου για υποτροπή και η υγιής σεξουαλικότητα μαζί με τις επιδράσεις των ναρκωτικών ουσιών στην καταστολή της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

10.Ευκαιρίες για εκπαιδευτική και επαγγελματική ανάπτυξη : Οι συγκεκριμένοι θεματικοί τομείς περιλαμβάνουν αναγνωστικές και γλωσσικές δεξιότητες, μαθηματικές και τεχνικές δεξιότητες, πιθανές εναλλακτικές λύσεις για περαιτέρω εκπαίδευση, σύνδεση της εκπαίδευσης με τους επαγγελματικούς στόχους και μάθηση για ευχαρίστηση. Αυτή είναι μια ευκαιρία για τον πελάτη να επανεξετάσει το επαγγελματικό του/της ιστορικό, τα ενδιαφέροντα και τις κλίσεις του/της, καθώς και την εξάσκηση και την προετοιμασία δεξιοτήτων με σκοπό να αποκτήσει, να διατηρήσει και να βελτιώσει την επαγγελματική του απασχόληση.

11.Δεξιότητες καθημερινής διαβίωσης : Συγκεκριμένα θέματα περιλαμβάνουν τη μεταφορά, την στέγαση, τη νομική βοήθεια, την οικονομική βοήθεια και τον προϋπολογισμό.

12.Πνευματικότητα και ανάρρωση : Συζητείται η έννοια της πνευματικότητας, που ορίζεται παγκοσμίως με βάση το θρησκευτικό στοιχείο αλλά και με όρους της απλής

ύπαρξης κάποιας αίσθησης σκοπού, κατεύθυνσης ή νοήματος ζωής, και η πιθανή χρησιμότητά της για τους εξαρτημένους υπό ανάρρωση. Άλλα θέματα περιλαμβάνουν το ρόλο της πνευματικότητας στην δημιουργία θετικού νοήματος για τη ζωή, την τελετουργία και τον συμβολισμό, την πνευματική γαλήνη πέραν του εαυτού.

13.Θλίψη, απώλεια και ανάρρωση : Το καθένα από αυτά τα θέματα συζητείται με σκοπό την εκπαίδευση των πελατών για τις σχέσεις μεταξύ του εθισμού και της απώλειας. Συζητείται ο τρόπος αντιμετώπισης της απώλειας και επανεξετάζεται η διαδικασία του πένθους και των παραγόντων που μπορούν να το επηρεάσουν. Χαρακτηρίζονται τα στάδια του πένθους και παρουσιάζονται στρατηγικές αντιμετώπισης σημαντικών απωλειών, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης υπηρεσιών υποστήριξης.

14.Γονείς και ανατροφή : Οι συνεδρίες είναι σχεδιασμένες για να βοηθήσουν τους πελάτες να κατανοήσουν τις βασικές ανάγκες των παιδιών, που οι ίδιοι ή άλλοι φροντιστές πρέπει να αντιμετωπίσουν, καθώς και τις ανάγκες των γονέων και των άλλων φροντιστών κατά τη διάρκεια της ανατροφής των παιδιών. Εξετάζονται τα αναπτυξιακά στάδια των παιδιών και οι πελάτες διδάσκονται πώς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά στην ολοκλήρωση των αναπτυξιακών τους καθηκόντων. Επίσης, συζητούνται τα θέματα, που τα παιδιά αντιμετωπίζουν σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια. Παρουσιάζονται στους πελάτες συγκεκριμένες γονεϊκές δεξιότητες, όπως δεξιότητες επικοινωνίας, επίλυσης προβλημάτων και θετικής ενίσχυσης. Μέσω αυτών των συζητήσεων, οι πελάτες μπορούν να αποκτήσουν μεγαλύτερη κατανόηση της δικής του ανάπτυξης, είτε είναι είτε όχι γονείς.

8.3 Δομή συνεδρίας

Όπως παρουσιάζεται στο εγχειρίδιο LIB, οι συνεδρίες ομαδικής θεραπείας είναι σχετικά οργανωμένες. Περιλαμβάνουν προετοιμασμένα θέματα, πληροφορίες, ασκήσεις, βίντεο, φυλλάδια και τα λοιπά. Το υλικό δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται ακριβώς όπως παρέχεται. Μπορεί να χρησιμεύσει ως πηγή για λιγότερο δομημένες συνεδρίες. Ο σύμβουλος της ομάδας ενθαρρύνεται να μελετήσει το υλικό και να το χρησιμοποιήσει με εξατομικευμένο τρόπο. Οι λιγότερο έμπειροι σύμβουλοι μπορεί να προτιμήσουν να ακολουθήσουν με λιγότερη ευελιξία τη δομή του εγχειριδίου LIB.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Από την προσέγγιση LIB δεν εξαιρείται η συνήθης ποικιλία κλινικών προβλημάτων. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εισαγωγής, οι πελάτες θα πρέπει να ενημερώνονται για τις πολιτικές του προγράμματος και τις συνέπειες της παραβίασης αυτών των κανόνων. Αναπόφευκτα, οι πελάτες θα χάσουν συνεδρίες, θα φτάσουν αργοπορημένοι ή θα έρθουν στη θεραπεία υπό την επήρεια ουσιών. Όπως και σε κάθε άλλο πρόγραμμα, θα πρέπει να

υπάρχουν καθιερωμένες πολιτικές και διαδικασίες που να διέπουν αυτά τα θέματα. Όταν τα προβλήματα αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο του προγράμματος LIB, παρέχουν πολύτιμες ευκαιρίες για συμπεριφορικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της ομάδας αλλά και εξατομικευμένα στον πελάτη. Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα για τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν:

8.4.1 Αργοπορημένη προσέλευση

Η πολιτική του προγράμματος θα πρέπει να καθιερώσει την αργοπορία ως ένα θέμα που συζητείται στο πλαίσιο της ομάδας. Ένα μοτίβο αργοπορίας προσφέρει στον σύμβουλο την ευκαιρία να βοηθήσει την ομάδα να εξετάσει πώς η ίδια λανθασμένη διαδικασία προγραμματισμού που οδηγεί στην αργοπορία μπορεί να συμβάλει στην υποτροπή. Επίσης, η ομάδα μπορεί να ανακαλύψει τον αντίκτυπο της αργοπορίας ενός ατόμου στις κοινωνικές του/της σχέσεις. Η ομάδα μπορεί στην πραγματικότητα να αναπτύξει ένα σχέδιο για την επίλυση του προβλήματος της αργοπορίας, το οποίο μπορεί να επιτρέψει στους πελάτες να αναπτύξουν δεξιότητες που μπορούν να εφαρμοστούν σε άλλες καταστάσεις της ζωής.

8.4.2 Χαμένες συνεδρίες

Οι χαμένες συνεδρίες θα πρέπει να είναι κάτι αναμενόμενο. Επομένως, κάθε πρόγραμμα θα πρέπει να αναπτύξει μια πολιτική που να συνάδει με τη φιλοσοφία της θεραπείας. Στο πλαίσιο της LIB προσέγγισης, ωστόσο, το επίκεντρο της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η συχνότητα και οι λόγοι που οδηγούν σε χαμένες συνεδρίες. Επειδή η απουσία ενός πελάτη έχει αντίκτυπο στη δυναμική της ομάδας, ο σύμβουλος θα πρέπει να χρησιμοποιήσει το θέμα για να βοηθήσει τα μέλη της ομάδας να αναγνωρίσουν τη συναισθηματική τους αντίδραση στην επαναλαμβανόμενη απουσία ενός μέλους. Επίσης, είναι πιθανό ότι ορισμένες απουσίες θα είναι μια αντίδραση σε συναισθήματα που ήρθαν στην επιφάνεια σε προηγούμενες συνεδρίες. Αυτό αποτελεί μια ιδανική ευκαιρία για τον σύμβουλο να εκπαιδεύσει την ομάδα σχετικά με την σχέση μεταξύ συναισθημάτων και συμπεριφοράς.

8.4.3 Παρακολούθηση συνεδριών στο πλαίσιο υπό την επήρεια ουσιών

Κατά τη γνώμη των συγγραφέων, ένας πελάτης που προσέρχεται σε μια συνεδρία υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, δεν πρέπει να του επιτρέπεται η συμμετοχή στις συνεδρίες. Εάν η κατάσταση ενός πελάτη είναι τέτοια που δημιουργεί ανησυχία για το αν θα του επιτραπεί η συμμετοχή του στη θεραπευτική ομάδα, τότε θα πρέπει να κρατείται σε ξεχωριστό δωμάτιο μέχρι να είναι σε θέση να εγκαταλείψει το πρόγραμμα με ασφάλεια. Το συντομότερο δυνατό μετά το περιστατικό θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μια ατομική συνεδρία για να εξεταστεί το τι συνέβη και για να βοηθηθεί ο πελάτης στην ανάπτυξη ενός πιο αποτελεσματικού σχεδίου αποχής. Εάν το περιστατικό έλαβε χώρα εν παρουσία της ομάδας, αυτό θα πρέπει να αποτελέσει το επίκεντρο μιας συνεδρίας

υποτροπής. Διαφορετικά, ο/η σύμβουλος θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την κλινική του/της κρίση σχετικά με την καταλληλότητα της συζήτησης του περιστατικού στην ομαδική συνεδρία.

Τα ζητήματα αυτά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τρόπο σύμφωνο με τη φιλοσοφία και τον προσανατολισμό του θεραπευτικού προγράμματος. Παρόλο που οι εκάστοτε πολιτικές και διαδικασίες είναι απαραίτητες και πρέπει να εφαρμόζονται με συνέπεια, η εφαρμογή τους θα πρέπει να μετριάζεται από τις κλινικές ανάγκες των πελατών. Κατά τη γνώμη των συγγραφέων η επιβολή γενικών κυρώσεων για όλους τους πελάτες, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές και τα ατομικά πρότυπα ανάπτυξης, είναι προβληματική και δεν επιτρέπει τη μεγιστοποίηση της εξατομίκευσης του θεραπευτικού προγράμματος. Επομένως, θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για την επιβολή κυρώσεων με τρόπο ανάλογο του επιπέδου ανάπτυξης του κάθε πελάτη.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Είναι μη ρεαλιστικό να περιμένουμε από κάθε πελάτη να εισαχθεί στη θεραπεία αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του εθισμού του/της και να έχει υψηλά κίνητρα για αλλαγή. Στο πραγματικότητα, η ίδια η ουσία της θεραπείας είναι να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την άρνηση, την αντίσταση και την έλλειψη κινήτρων. Ως εκ τούτου, ένα αποτελεσματικό μοντέλο θεραπείας πρέπει να ενσωματώνει μια ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης αυτών των θεμελιωδών εμποδίων της μακροχρόνιας ανάρρωσης. Ακολουθούν στρατηγικές που χρησιμοποιούνται στο μοντέλο LIB για την αντιμετώπιση αυτών των κλινικών ζητημάτων.

8.5.1 Άρνηση

Επειδή η LIB χρησιμοποιεί μια ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση στη θεραπεία, όλες οι συνεδρίες παρέχουν ένα μέσο αντιμετώπισης της άρνησης του πελάτη. Για παράδειγμα, οι συνεδρίες πρόληψης της υποτροπής βοηθούν τους πελάτες να αναγνωρίσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις καταστάσεις που πυροδοτούν τη χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών. Αυτή η διαδικασία βοηθά τους πελάτες να μάθουν πώς οι πειρασμοί σχετίζονται με την υποτροπή. Μια άλλη πτυχή της άρνησης μπορεί να είναι η τάση των πελατών να επιρρίπτουν την ευθύνη για την κατάχρηση ναρκωτικών σε άλλους. Στις συνεδρίες που αφορούν την κοινωνική ευημερία οι πελάτες καθοδηγούνται μέσω της εξέτασης των κεντρικών σχέσεων της ζωής τους. Αυτή η εξέταση βοηθά τους πελάτες να κατανοήσουν το πώς οι αντιδράσεις τους στα σχεσιακά τους προβλήματα αντανakλούν τις αποφάσεις που λαμβάνουν και ότι τα προβλήματά τους δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εκλογίκευση για την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Η προσέγγιση αυτή λειτουργεί σε πολλούς τομείς της ζωής του πελάτη, όπως οι κοινωνικές σχέσεις, η συναισθηματική

ευημερία, και άλλοι τομείς, στους οποίους η άρνηση μπορεί να αποτελεί παράγοντα που εμποδίζει τον πελάτη να εξελιχθεί στη θεραπεία.

8.5.2 Αντίσταση

Η αντίσταση είναι ένας άλλος τομέας που παρατηρείται συχνά στις θεραπευτικές συνεδρίες και χρίζει σημαντικού χρόνου και προσοχής. Οι πελάτες εκφράζουν την αντίστασή με πολυάριθμους τρόπους: με την καθυστερημένη άφιξη σε ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες, με συμπεριφορά που δεν επιτρέπει στον πελάτη την συγκέντρωση κατά τη διάρκεια των ομαδικών συνεδριών, με προκλητικές και εριστικές συμπεριφορές και ούτω καθεξής. Το πρόγραμμα LIB έχει ενσωματώσει ορισμένους μηχανισμούς αντιμετώπισης της αντίστασης: τη χρήση ασκήσεων χαλάρωσης και οραματισμού και την επικοινωνία και παρουσίαση πληροφοριών μέσω βιντεοκασετών, φυλλαδίων και παιχνιδιών ρόλων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο σύμβουλος θα πρέπει να χρησιμοποιήσει το θέμα της συγκεκριμένης συνεδρίας για να βοηθήσει τους πελάτες να αρχίσουν να εξετάζουν το πώς η συμπεριφορά τους μπορεί να αντανakλά την αντίσταση στη θεραπεία.

Υπό το πρίσμα παραγόντων, όπως η άρνηση και η αντίσταση, είναι επιτακτική ανάγκη οι σύμβουλοι να χρησιμοποιούν την ομάδα με σκοπό να προσφέρει βοήθεια στις παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις, που πραγματοποιούνται από τον σύμβουλο, έχουν σημαντική βαρύτητα, αλλά όταν η ομάδα μπορεί να βοηθήσει ένα μέλος να αναγνωρίσει την άρνηση ή την αντίσταση, παρατηρώντας τη συμπεριφορά του μέλους και μοιράζοντας τις δικές τους εμπειρίες με την άρνηση ή την αντίσταση, μια τέτοια συνεχής παρέμβαση μπορεί να έχει τεράστια επιρροή στο να ξεπεράσει ο πελάτης την αντίσταση στη θεραπεία.

8.5.3 Ελλιπής κινητοποίηση

Τα ανεπαρκή κίνητρα είναι ένας άλλος τομέας, που αναπόφευκτα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Συνήθως είναι καλύτερο για τον σύμβουλο να συζητήσει μια εμφανή έλλειψη κινήτρων με τον πελάτη εκτός των ομαδικών συνεδριών. Μπορεί να διαπιστωθεί ότι υπάρχουν άλλα κλινικά ζητήματα που αναστατώνουν τον πελάτη ή παρεμποδίζουν την ικανότητά του να συγκεντρωθεί ή να συμμετέχει στις συνεδρίες της ομάδας. Μόλις η έλλειψη κινήτρων γίνει αναγνωρίσιμη, ο πελάτης θα έρθει αντιμέτωπος με την επιλογή της συμμετοχής στη θεραπεία ή της διακοπής της συμμετοχής.

8.6 Στρατηγικές αντιμετώπισης κρίσεων

Είναι αναπόφευκτο ότι οι πελάτες θα έρθουν στο πρόγραμμα με διάφορες κρίσεις. Όταν αυτό συμβαίνει, ο σύμβουλος θα πρέπει να διαπιστώσει τη φύση της κρίσης και να αξιολογήσει την κατάλληλη παρέμβαση που πρέπει να γίνει εκείνη τη στιγμή. Μπορεί να είναι απαραίτητο ο πελάτης να μην συμμετέχει στην ομάδα, αλλά να συνεργαστεί με έναν

θεραπευτή για την επίλυση μιας προσωπικής κρίσης. Σε αυτή την περίπτωση θα ήταν κατάλληλο να απαλλαγθεί ο πελάτης από την συμμετοχή στην ομάδα μέχρι να επιλυθεί η κρίση. Μόλις η κρίση ξεπεραστεί και με την άδεια του πελάτη, μια συζήτηση της κρίσης στο πλαίσιο της LIB συνεδρίας μπορεί να αποτελέσει μια πολύτιμη μαθησιακή εμπειρία τόσο για τον πελάτη όσο και για την ομάδα. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με την παρουσίαση του θέματος κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της πρόληψης της υποτροπής ή κατά τη διάρκεια μιας άλλης συνεδρίας. Η επεξεργασία της κρίσης στη συνεδρία θα παρείχε την ευκαιρία στον πελάτη να εξετάσει πώς αναπτύχθηκε η κρίση, πώς την αντιμετώπισε και τι θα μπορούσε να γίνει στο μέλλον για να την αποφύγει. Επιπλέον, επιτρέπει στην ομάδα την ευκαιρία να ταυτιστεί με το δίλημμα στο οποίο βρέθηκε ο πελάτης και να χρησιμοποιήσει την εμπειρία αυτού του ατόμου για να βοηθήσει άλλους να εξετάσουν τα δικά τους συναισθήματα και σκέψεις σχετικά με το θέμα. Αυτή η ανταλλαγή μπορεί επίσης να βοηθήσει τα άλλα μέλη της ομάδας να εργαστούν με τον πελάτη, παρέχοντας την υποστήριξη και τη φροντίδα που χρειάζεται για να ξεπεράσει τη συγκεκριμένη κατάσταση. Ωστόσο, ορισμένες κρίσεις (π.χ. πρόσφατη σεξουαλική κακοποίηση) μπορεί να είναι καλύτερο να αντιμετωπιστούν σε ατομική βάση.

8.6 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Αν και τα σφάλματα και οι υποτροπές είναι κοινά συμπτώματα της κατάστασης του εθισμού, δεν είναι κατάλληλο ο σύμβουλος να υποδηλώνει ότι οι πελάτες είναι αναμενόμενο να υποτροπιάζουν. Ως εκ τούτου, η πρώτη αντίδραση του συμβούλου στα σφάλματα και τις υποτροπές θα πρέπει να είναι μια στάση φροντίδας και ενδιαφέροντος, η οποία θα πρέπει να επιδεικνύεται στον πελάτη μέσω σχολίων, παρατηρήσεων και άλλων μέσων που επικοινωνούν με σαφήνεια ότι "Εγώ ανησυχώ για την υγεία σας και την ικανότητά σας να παραμείνετε καθαρός". Κατά τη διάρκεια των συνεδριών πρόληψης της υποτροπής (RP) ο σύμβουλος θα πρέπει να εργάζεται με τον πελάτη για να τον βοηθήσει να κατανοήσει πώς συνέβη αυτή η υποτροπή ή το σφάλμα. Οι τομείς που θα πρέπει να συζητηθούν θα πρέπει να περιλαμβάνουν το τί συνέβη, το πότε ξεκίνησε, τον τρόπο που ο πελάτης το αντιμετώπισε, το τί θα έπρεπε να είχε γίνει διαφορετικά για την αντιμετώπιση του προβλήματος και το τί μπορεί να γίνει την επόμενη φορά που θα συμβεί. Μέσω αυτής της διαδικασίας ένα σφάλμα ή μια υποτροπή μπορεί να μετατραπεί σε ένα πολύ ισχυρό εργαλείο μάθησης για να δώσει στον πελάτη μια ευκαιρία να αποφύγει συμπεριφορές που μπορεί να τον οδηγήσουν σε χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών στο μέλλον.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι ζωτικής σημασίας τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και άλλοι που εμπλέκονται με τον πελάτη να εμπλέκονται και στη θεραπευτική διαδικασία, δεδομένου ότι έχουν επίσης επηρεαστεί από τη χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών του πελάτη. Η

συνάντηση, που συνιστάται για την εμπλοκή αυτών των ατόμων, είναι η οικογενειακή ομαδική συμβουλευτική. Η οικογενειακή ομαδική συμβουλευτική μπορεί να αξιοποιήσει έννοιες και εργαλεία από τις διάφορες συνεδρίες LIB. Με αυτόν τον τρόπο, οι οικογένειες μπορούν να διερευνήσουν τα μοτίβα επικοινωνίας τους και να κατανοήσουν το πώς τα οικογενειακά ζητήματα γίνονται αφορμές για υποτροπή καθώς και το πώς η συναισθηματική σταθερότητα και η ευημερία της οικογένειας επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται θέματα όπως ο θυμός και η απογοήτευση. Η συμμετοχή της οικογένειας περιλαμβάνεται ως ξεχωριστό μέρος του προγράμματος, αξιοποιώντας ορισμένες από τις έννοιες που έχουν συζητηθεί στις ομαδικές συνεδρίες του πελάτη.

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η LIB είναι ένα εντατικό, ολοκληρωμένο, καθοδηγούμενο πρόγραμμα θεραπείας για την κατάχρηση ναρκωτικών που μπορεί να εφαρμοστεί σε μια ποικιλία θεραπευτικών πλαισίων. Τα ψυχοεκπαιδευτικά και τα βιωματικά συστατικά του προσανατολίζονται στην ομαδική θεραπεία με τη δυνατότητα προσθήκης ατομικής και οικογενειακής ομαδικής θεραπείας. Το εγχειρίδιο LIB παρέχει έναν οδηγό για τους συμβούλους και τους συντονιστές και περιλαμβάνει υλικό για 36 συμβουλευτικές συνεδρίες, οι οποίες καλύπτουν μια σειρά θεμάτων για την αντιμετώπιση ζητημάτων στους βασικούς τομείς της ζωής, που επηρεάζονται από την κατάχρηση ναρκωτικών ενός ατόμου. Το εγχειρίδιο προορίζεται για χρήση από εκπαιδευμένους επαγγελματίες που ασχολούνται με την κατάχρηση ναρκωτικών και είναι ικανοί να παρουσιάσουν το υλικό και να διευκολύνουν την ομαδική διαδικασία. Η έμφαση της προσέγγισης δίνεται στο να μπορέσουν οι πελάτες να αναγνωρίσουν και να προλάβουν την υποτροπή στην κατάχρηση ναρκωτικών και να αποκαταστήσουν μια ισορροπία και μια αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης χωρίς τη χρήση ναρκωτικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Gorski, T.T., and Miller, M. *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*. Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1986.

Hall, S.M.; Wasserman, D.A.; and Havassy, B.E. Relapse prevention. In: Pickens, R.E.; Leukefeld, C.G.; and Schuster, C.R., eds. *Improving Drug Abuse Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 106. DHHS Pub. No. (ADM)91-1754. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, 1991.

Hoffman, J.A.; Caudill, B.D.; Landry, M.; et al. *Living in Balance: A Comprehensive Substance Abuse Treatment and Relapse Prevention Manual*. Washington, DC: Koba Associates, Inc., 1995.

Hoffman, J.A.; Caudill, B.D.; Luckey, J.W.; Flynn, P.M.; and Hubbard, R.L. Comparative cocaine abuse treatment strategies: Enhancing client retention and treatment exposure. *J Addict Dis* 13(4):115-128, 1994.

La Salvia, T.A. Enhancing addiction treatment through psychoeducational groups. *J Subst Abuse Treat* 10:439-444, 1993.

Marlatt, G.A., and Gordon, J.R. Relapse Prevention: *Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.

The Matrix Center. *The Neurobehavioral Treatment Model: An Outpatient Model for Cocaine Addiction Treatment*. Beverly Hills: The Matrix Center, 1989.

McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; and Argeriou, M. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 9(3):199-213, 1992.

Monti, P.M.; Abrams, D.B.; Kadden, R.M.; and Cooney, N.L. *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide*. New York: Guilford Press, 1989.

Moolchan, E.T., and Hoffman, J.A. Phases of treatment: A practical approach to methadone maintenance treatment. *Int J Addict* 29(2):135• 160, 1994.

Wallace, B.C. *Crack Cocaine: A Practical Treatment Approach for the Chemically Dependent*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1991.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Jeffrey A. Hoffman, Ph.D. Danya International, Inc. 8630 Fenton Street, Suite 121 Silver Spring, MD 20910

Ben Jones, M.S.W., M.Div. New Psalmist Baptist Church 4501½ Old Frederick Road Baltimore, MD 21229

Barry D. Caudill, Ph.D. WESTAT 1650 Research Boulevard Rockville, MD 20850

Dale W. Mayo, M.A. J & E Associates, Inc. 1100 Wayne Avenue, Suite 820 Silver Spring, MD 20910

Kathleen A. Mack Danya International, Inc. 8630 Fenton Street, Suite 121 Silver Spring, MD 20910

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Είτε εισάγετε τα ακόλουθα στον σημερινό ημερήσιο οπτικοποιημένο πίνακα είτε οδηγηθείτε σε μια σύντομη προοδευτική χαλάρωση και οραματισμό με τις ακόλουθες πληροφορίες:

Η κοινωνική ευημερία αποτελεί σημαντικό μέρος της ζωής μου. Ο εθισμός μπορεί να έβλαψε προσωρινά την κοινωνική μου ευημερία και να μου επέτρεψε να παραμελήσω σημαντικές κοινωνικές σχέσεις.

Ως εκ τούτου, η ανάρρωσή μου περιλαμβάνει το να μάθω να έχω υγιείς σχέσεις με τους άλλους, να μάθω να συνεργάζομαι και να συμβιβάζομαι με τους άλλους και να μαθαίνω να αποδέχομαι κοινωνικές ευθύνες.

Η ανάρρωσή μου περιλαμβάνει το να μάθω να βρίσκω μια υγιή ισορροπία στις σχέσεις, όπως μεταξύ θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας, μεταξύ καθοδήγησης και ακολούθησης και μεταξύ εγγύτητας και απομόνωσης.

Τα ναρκωτικά είχαν ισχυρό αντίκτυπο στην κοινωνική μου ζωή. Μπορεί να έχω εγκαταλείψει υγιείς σχέσεις και να έχω κάνει ανθυγιεινές σχέσεις που επικεντρώνονται γύρω από τα ναρκωτικά. Ο εθισμός με οδήγησε στο να έχω ανέντιμες σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους μου.

Η ανάρρωσή μου περιλαμβάνει το να μάθω να αναγνωρίζω τις δυνάμεις και τις αδυναμίες μου και να μάθω να βάζω στόχους για τον εαυτό μου. Ίσως χρειαστεί να μάθω πώς να ζητάω βοήθεια. Μπορεί να λάβω αυτή τη βοήθεια από έναν φίλο, ένα σύντροφο, ένα άτομο που εμπιστεύομαι, ή από μια ομάδα ανθρώπων. Μπορεί να λάβω αυτή τη βοήθεια από την «Ανώτερη Δύναμή» μου. Ίσως χρειαστεί να μάθω να έχω πίστη και να κάνω υπομονή.

Για τα επόμενα λεπτά, θα φτιάξω μια νοερή εικόνα του εαυτού μου όπως είμαι σήμερα. Καθώς κοιτάζω αυτή τη νοητική εικόνα του εαυτού μου, θα δώσω ιδιαίτερη προσοχή στην κοινωνική μου υγεία και ευημερία. Καθώς κοιτάζω αυτή τη νοητική εικόνα του εαυτού μου, και καθώς δίνω ιδιαίτερη προσοχή στην κοινωνική μου υγεία και ευημερία, θα σημειώσω τις δυνάμεις και τις αδυναμίες μου. [Παύση για λίγα λεπτά.]

Για τα επόμενα λεπτά, θα φτιάξω μια νοητική εικόνα του εαυτού μου όπως θα ήθελα να είμαι. Από την άποψη της κοινωνικής ευημερίας, εστιάζω στο πώς θα ήθελα να είμαι στο μέλλον. Μπορεί να σκεφτώ τους συγκεκριμένους στόχους που θα ήθελα να επιτύχω. Αυτό μπορεί να χρειαστεί δουλειά, χρόνο και υπομονή, αλλά μπορώ να επιτύχω αυτούς τους στόχους. [Παύση για λίγα λεπτά.]

Αφού τελειώσει αυτός ο οραματισμός, θα νιώσω άνετα να γράψω συγκεκριμένους στόχους που θα ήθελα να επιτύχω όσον αφορά τη συναισθηματική μου ευημερία. Θα αισθάνομαι επίσης άνετα να καταγράψω τα δυνατά μου σημεία και τις αδυναμίες μου σε αυτόν τον τομέα.

Διανείμετε και συζητήστε: Αξιολόγηση της κοινωνικής ευημερίας

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ

Οι ακόλουθοι άνθρωποι είναι σημαντικοί στη ζωή μου:

Όσον αφορά την κοινωνική μου ευημερία, οι προσωπικές μου δυνάμεις περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Όσον αφορά την κοινωνική μου ευημερία, οι προσωπικές μου αδυναμίες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Όσον αφορά τη συναισθηματική μου ευημερία, ο πιο σημαντικός στόχος μου είναι:

Όσον αφορά την επίτευξη αυτού του στόχου, πρέπει να κάνω τα ακόλουθα βήματα:

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Η ΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΑΧΙΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΝΟΣ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Elizabeth Driscoll Jorgensen και Richard Salwen

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1. Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Το κεφάλαιο αυτό περιγράφει ένα μοντέλο ημερήσιας θεραπείας για εφήβους χρήστες ναρκωτικών με συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή, με έμφαση στις πτυχές της σχέσης του ατομικού συμβούλου με τον έφηβο πελάτη που αφορούν ειδικά το πρόγραμμα αυτό. Περιγράφονται οι κλινικές τεχνικές που σχετίζονται με τους κοινούς θεραπευτικούς στόχους της παρακίνησης των εφήβων πελατών προς την αποχή από το αλκοόλ και τα

άλλα ναρκωτικά (AOD) και άλλες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, της πρόληψης της υποτροπής, της βοήθειας προς τους εφήβους πελάτες να μάθουν να αναγνωρίζουν και να ανέχονται τις έντονες συναισθηματικές καταστάσεις και της ανάπτυξης εναλλακτικών μηχανισμών αντιμετώπισης της κατάχρησης ναρκωτικών ως μέσο ρύθμισης αυτών των συναισθηματικών καταστάσεων. Η σημασία της εξελιγμένης ενσωμάτωσης των ψυχοδυναμικών κλινικών τεχνικών με τις παραδοσιακές τεχνικές του μοντέλου χημικής εξάρτησης ή του μοντέλου ανάκαμψης 12 βημάτων συζητείται ως κεντρικής σημασίας για μια αποτελεσματική ατομική συμμαχία εργασίας με έφηβους πελάτες με διπλή διάγνωση τόσο στο πλαίσιο ομαδικών όσο και ατομικών θεραπειών. Τέλος, μια ειδική ανάλυση της διαπροσωπικής δυναμικής της σχέσης πελάτη-συμβούλου και των ατομικών χαρακτηριστικών του συμβούλου παρουσιάζεται και συζητείται ως κεντρικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα αυτού του μοντέλου.

Αν και οι βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία και τη διατήρηση της εθιστικής συμπεριφοράς, οι διάφορες ψυχολογικές ευπάθειες που βρίσκονται πίσω από την κατάχρηση ναρκωτικών που αλλάζουν τη διάθεση στους έφηβους πελάτες είναι κεντρικής σημασίας για τους στόχους, τη δομή και τη λειτουργία του Κέντρου παροχής υπηρεσιών θεραπείας παιδιών και εφήβων (CCATS). Οι χρήσεις της κοινωνικής ενίσχυσης ως κύριας θεραπευτικής τεχνικής, η παραπομπή των εφήβων πελατών σε συναντήσεις 12 βημάτων όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA) και οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (NA), καθώς και η χρήση παραδοσιακών, εκπαιδευτικά προσανατολισμένων τεχνικών συμβουλευτικής και η διδασκαλία του "μοντέλου της ασθένειας" του αλκοολισμού και του εθισμού συζητούνται διεξοδικά σε αυτό το κεφάλαιο.

Η υπόθεση των συγγραφέων είναι ότι οι περισσότεροι από τους έφηβους πελάτες που αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο του μοντέλου CCATS έχουν υποκείμενα ελλείμματα που έχουν τις ρίζες τους στην κοινή εμπειρία του τραύματος, συμπεριλαμβανομένης της διάχυτης σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης, της απώλειας και της ανεπαρκούς γονικής μέριμνας, εκτός από τους επιβαρυντικούς παράγοντες των μαθησιακών δυσκολιών, του γονεϊκού αλκοολισμού και της κατάχρησης ναρκωτικών και των μακροχρόνιων συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών. Αυτές οι συνδυασμένες προδιαθεσικές ή προνοσηρές ψυχολογικές ευπάθειες μπορούν να χαρακτηριστούν ότι αποτελούνται από διάφορες ομάδες χαρακτηριστικών ελλειμμάτων, ελλείμματα στην αυτοδομή και πρότυπα δυσπροσαρμοστικής αντιμετώπισης που έχουν μακροχρόνια διάρκεια και στην πραγματικότητα μπορεί να έχουν διδαχθεί από την πρώτη παιδική ηλικία ως προσπάθειες του παιδιού να προσαρμοστεί σε ένα χαοτικό και μη ασφαλές συναισθηματικό περιβάλλον (Wood 1988). Υπό αυτό το πρίσμα, η κατάχρηση ναρκωτικών θεωρείται ως μια προσπάθεια αυτοθεραπείας (Khantzian et al., 1990).

1.1.1 Περιγραφή προγράμματος

Το CCATS είναι μια υπηρεσία του Νοσοκομείου Danbury, μιας εκπαιδευτικής μονάδας που βρίσκεται στο Danbury, CT. Έφηβοι 12 έως 18 ετών και οι οικογένειές τους αποτελούν τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό. Οι έφηβοι πελάτες που προσέρχονται για θεραπεία προέρχονται από ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, παραπομπές από σχολεία, δικαστήρια και υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, καθώς και παραπομπές από την οικογένεια. Το μοντέλο CCATS εξυπηρετεί τόσο τους εφήβους πελάτες με πρωτογενή ψυχιατρική διαταραχή όσο και εκείνους που έχουν διπλή διάγνωση (εκείνους με συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή και διαταραχή κατάχρησης ναρκωτικών ή/και εθισμού, όπως διαγιγνώσκονται με βάση τα κριτήρια του DSM-IV). Η περιγραφή του προγράμματος που ακολουθεί επικεντρώνεται στο κομμάτι της θεραπείας του προγράμματος με διπλή διάγνωση, αν και πολλά στοιχεία της δομής του προγράμματος είναι τα ίδια και για τους δύο κλινικούς πληθυσμούς. Οι έφηβοι πελάτες παρακολουθούν θεραπεία για 4 ώρες την ημέρα, 5 ημέρες την εβδομάδα αρχικά, και στη συνέχεια μεταβαίνουν σε ένα πρόγραμμα 3 ημερών την εβδομάδα καθώς προετοιμάζονται για την έξοδο και τη μετεγχειρητική φροντίδα. Η μέση διάρκεια παραμονής είναι 6 έως 8 εβδομάδες, με διακυμάνσεις στη διάρκεια παραμονής που καθορίζονται από τη σοβαρότητα του προφίλ των συμπτωμάτων, τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες και τη συνολική αξιολόγηση της λειτουργικότητας κατά την εισαγωγή και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας ή ενός ανάδοχου γονέα ή νόμιμου κηδεμόνα είναι υποχρεωτική, καθώς η συμμετοχή αυτή θεωρείται απαραίτητη για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας.

Οι έφηβοι πελάτες πρέπει να είναι πρόθυμοι να αποδεχθούν τις διαρθρωτικές απαιτήσεις του προγράμματος, οι οποίες περιλαμβάνουν καθημερινό έλεγχο ούρων για ναρκωτικά, τυχαίο έλεγχο για τα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα με τη χρήση αλκοολομέτρου, συμμετοχή σε τουλάχιστον τρεις συναντήσεις 12 βημάτων (AA, NA ή Ανώνυμοι Χρήστες Κοκαΐνης [CA]) στην κοινότητα εκτός του χρόνου του προγράμματος και συμφωνία για την αποκάλυψη οποιασδήποτε υποτροπής ή σοβαρής παραβίασης των κανόνων του προγράμματος ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στα συμμετέχοντα μέλη της οικογένειας ή τους νόμιμους κηδεμόνες τους. Οι έφηβοι πελάτες απαιτείται επίσης να είναι εγγεγραμμένοι σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, συνήθως ένα τροποποιημένο ημερήσιο στο δικό τους γυμνάσιο ή λύκειο, το οποίο θα μπορούσε να περιλαμβάνει φροντιστήριο ή προετοιμασία για την απόκτηση απολυτηρίου ισοτιμίας (GED).

Δεδομένου αυτού του εκτεταμένου επιπέδου συμπεριφορικών προσδοκιών και των περιορισμών γύρω από την ποσότητα της συνεχιζόμενης χρήσης ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι υποψήφιοι για αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να έχουν τουλάχιστον ένα μέτριο κίνητρο για την εγκαθίδρυση της αποχής. Τα κίνητρα για νηφαλιότητα αξιολογούνται αρχικά κατά την αρχική αξιολόγηση και στη συνέχεια σε

συνεχή βάση καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Το κίνητρο μπορεί να προέρχεται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές, αλλά θεωρείται ότι προέρχεται από τη δυσφορία του έφηβου πελάτη. Αυτή η δυσφορία μπορεί να έχει τη μορφή απογοήτευσης από τον εαυτό του, κατάθλιψης, ενοχής ή φόβου για τις συνέπειες (π.χ. νομικές, οικογενειακές, βιολογικές). Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης εισαγωγής/αξιολόγησης ζητούνται ενεργά στοιχεία για τη φύση και την έκταση αυτής της δυσφορίας. Το κλινικό προσωπικό καταβάλλει συνειδητή προσπάθεια να διατηρήσει ή να αυξήσει αυτή τη δυσφορία στη θεραπεία, δουλεύοντας τελικά με τον έφηβο πελάτη για να βοηθήσει να μετατοπιστεί η δυσφορία του από εξωτερική σε εσωτερική και από προσανατολισμένη στην τιμωρία σε προσανατολισμένη στην υγεία. Οι έφηβοι πελάτες με έντονο ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς πρέπει να είναι σε θέση να διαχειρίζονται αυτές τις συμπεριφορές με λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον, καθώς το Μοντέλο CCATS χρησιμοποιεί μόνο τεχνικές ενίσχυσης της συμπεριφοράς και παύσης σε μη περιοριστικό περιβάλλον για παραβάσεις των κανόνων.

1.2 Στόχοι και σκοποί της προσέγγισης

Η κατάχρηση ναρκωτικών και η χημική εξάρτηση θεωρούνται πρωτογενείς διαταραχές και αντιμετωπίζονται ως τέτοιες. Αυτή η κλινική έμφαση στην πρωτοκαθεδρία των διαταραχών της κατάχρησης ναρκωτικών βασίζεται στην παρατήρηση ότι οι έφηβοι που κάνουν ενεργά τακτική χρήση ναρκωτικών που αλλάζουν τη διάθεση δυσκολεύονται σημαντικά να αντιμετωπίσουν οποιονδήποτε άλλο θεραπευτικό στόχο και μάλιστα τις περισσότερες φορές παρουσιάζουν ανεσταλμένη έκφραση επιθετικών παρορμήσεων και συμπεριφορές που προκαλούν τη δυσλειτουργική στάση.

Έτσι, η ιεραρχία των θεραπευτικών στόχων, αν και εξατομικευμένη και ειδική για κάθε έφηβο, ξεκινά με την παρακίνηση του εφήβου προς την αποχή από το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά και τη μείωση και τελικά τη διακοπή κάθε χρήσης ουσιών που αλλάζουν τη διάθεση. Οι δευτερεύοντες θεραπευτικοί στόχοι εξατομικεύονται, αλλά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως ειδικοί για την κυρίαρχη ψυχιατρική ασθένεια που συνυπάρχει με τη χρήση ναρκωτικών. Για παράδειγμα, ένας έφηβος πελάτης που παρουσιάζει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή θα έχει ως θεραπευτικούς στόχους τη μείωση και τη διακοπή των οξέων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ένας έφηβος πελάτης που εμφανίζει διαταραχή συμπεριφοράς με κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών θα ενθαρρυνθεί να υιοθετήσει ως θεραπευτικούς στόχους τη διακοπή της διαταραχής συμπεριφοράς και την ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών αντιμετώπισης της συμπεριφοράς που οδηγεί σε δυσλειτουργική στάση. Επιπλέον, το πρόγραμμα επικεντρώνεται στην επιτυχή διαχείριση των εξεχουσών αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Παραδείγματα τυπικών συμπεριφορών που παρατηρούνται σε αυτόν τον πληθυσμό μπορεί να είναι η κλοπή, το ψέμα, η σχολική απουσία, οι αντιπολιτευτικές και προκλητικές συμπεριφορές, η ρισκοκίνδυνη εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων, η άσκοπη ανάληψη σωματικών

κινδύνων και η κοινωνική εμπλοκή με συνομηλίκους που εμπλέκονται σε χρήση ναρκωτικών και έχουν αντικοινωνική συμπεριφορά. Η φιλοσοφία της θεραπείας δίνει έμφαση σε μια αιτιολογημένη, δημοκρατική, εκπαιδευτική εστίαση στις επιπτώσεις των αυτοκαταστροφικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στους προσωπικούς στόχους του ίδιου του έφηβου πελάτη και στην εμπειρία της σύγκρουσης εντός των διαπροσωπικών σχέσεων και στην εμπειρία της ενδοψυχικής δυσφορίας και του άγχους.

Δεδομένης της ισχυρής επιρροής του συνολικού επιπέδου λειτουργίας της οικογένειας, οι στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν πάντα κάποια μετρήσιμη βελτίωση της συμπεριφοράς στη λειτουργία της οικογένειας, από τη μείωση ή την παύση των έντονων συγκρούσεων εντός της οικογένειας έως την παραπομπή των γονέων ή των αδελφών σε δική τους θεραπεία εκτός της δομής του προγράμματος για ψυχιατρική θεραπεία ή θεραπεία κατάχρησης ναρκωτικών, η οποία θεωρείται επιζήμια για την ασφάλεια και την ψυχολογική ευημερία του έφηβου πελάτη.

Τέλος, οι πρόσθετοι θεραπευτικοί στόχοι σε αυτή την προσέγγιση καθορίζονται από τους ίδιους τους έφηβους πελάτες. Παραδείγματα αυτοεπιλεγμένων θεραπευτικών στόχων περιλαμβάνουν την επιδίωξη εκπαιδευτικών και επαγγελματικών ενδιαφερόντων, τη διερεύνηση μεταβιβαστικών φαινομένων, την εξέταση ψυχολογικών συγκρούσεων, την επιδίωξη πνευματικότητας σε ένα πρόγραμμα 12 βημάτων ή αλλού και τη διερεύνηση νέων ή προηγούμενων ψυχαγωγικών αναζητήσεων ή ενδιαφερόντων.

Η αλλαγή του τρόπου ζωής έχει κεντρική σημασία για την επίτευξη των περισσότερων σημαντικών θεραπευτικών στόχων στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, κυρίως την αποδοχή και υιοθέτηση ενός εγκρατούς ή "αναρρωτικού" τρόπου ζωής μέσω της θετικής επιρροής της φιλοκοινωνικής κουλτούρας του θεραπευτικού περιβάλλοντος και της παραπομπής σε συναντήσεις όπως οι ΑΑ και οι ΑΝ.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/Μηχανισμός Δράσης

Στο πλαίσιο του Δυναμικού Ολοκληρωμένου Θεραπευτικού Μοντέλου, η θεωρητική λογική είναι ότι η κατάχρηση ναρκωτικών είναι ένα υπερκαθορισμένο φαινόμενο που διατηρείται ως συμπεριφορά (παρά τις σημαντικές αρνητικές συνέπειες) λόγω της προσαρμοστικής λειτουργίας της ως αυτοθεραπεία της υποκείμενης κατάθλιψης και των συντριπτικών συναισθηματικών καταστάσεων (Bukstein et al.1992; Fairbairn 1981-Khantzian, 1978). Λόγω αυτής της παραδοχής της πρωταρχικής αιτιολογίας της συμπεριφοράς της κατάχρησης ναρκωτικών, όλες οι άλλες πτυχές του μοντέλου ενημερώνονται από τα συγκεκριμένα βασικά ζητήματα του εφήβου πελάτη που σχετίζονται με την απώλεια, το τραύμα, την ψυχιατρική ασθένεια και τις σχετικές υποκείμενες ευπάθειες.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η αντίσταση στην εγκαθίδρυση και τη διατήρηση της αποχής θεωρείται φυσιολογική, προβλέψιμη και αποτελεί το κλειδί για την εγκαθίδρυση μακροπρόθεσμης αλλαγής της συμπεριφοράς. Ο μηχανισμός δράσης στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου περιλαμβάνει την παροχή ψυχοθεραπείας που στηρίζει το εγώ, καθώς και τη δυναμικά τεκμηριωμένη ερμηνεία της αντίστασης του εφήβου πελάτη και των υποκείμενων δυναμικών που εμποδίζουν την ικανότητα του εν λόγω πελάτη να δεχτεί στρατηγική ή περισσότερο συμπεριφορικά προσανατολισμένη συμβουλευτική βοήθεια.

Επιπλέον, ο μηχανισμός δράσης είναι η χρήση της θεραπευτικής συμμαχίας με το θεραπευτικό προσωπικό για να βοηθηθούν οι έφηβοι πελάτες να αναγνωρίσουν συνειδητά, να κατανοήσουν και να ενσωματώσουν πτυχές της αντίστασής τους στην αλλαγή και την ανάπτυξη μέσω της καθιέρωσης της αποχής. Τη διαδικασία αυτή διευκολύνουν διάφορες μέθοδοι συμπεριφορικής και γνωστικής δομής που περιγράφονται λεπτομερώς σε αυτό το κεφάλαιο.

1.4 Παράγοντες Αλλαγής

Ο έφηβος πελάτης θεωρείται ο πρωταρχικός παράγοντας της αλλαγής. Ωστόσο, η χρήση της ομαδικής σύνδεσης τόσο με το θεραπευτικό περιβάλλον όσο και με τις κοινότητες 12 βημάτων εκτός θεραπείας λειτουργεί ως ισχυρό κίνητρο για τους εφήβους πελάτες, όπως και οι ατομικές σχέσεις και συμμαχίες με τους συμβούλους εντός του προγράμματος. Αν και αυτοί οι παράγοντες παρέχουν επιρροή και είναι δομημένοι, η έμφαση δίνεται στην απόφαση του έφηβου πελάτη να απορροφήσει και να χρησιμοποιήσει τη δομή, τη θεραπεία, τις συμβουλές και τις ενισχυτικές πτυχές αυτών των ποικίλων τμημάτων της θεραπείας. Οποιαδήποτε έμφαση μπορεί να δώσει ο έφηβος πελάτης αποδίδοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες της αλλαγής ως έξω από τον εαυτό του εξετάζεται και ερμηνεύεται προσεκτικά.

Οι σύμβουλοι καλλιεργούν ένα περιβάλλον όπου ο έφηβος πελάτης αποκτά αυτοεκτίμηση μέσω της σταδιακής αναγνώρισης της αυτοαποτελεσματικότητας και του εσωτερικού τόπου ελέγχου στην επιλογή να χρησιμοποιεί τα κοινωνικά και θεραπευτικά συστήματα υποστήριξης που παρέχονται μέσω του θεραπευτικού κέντρου.

Η γλώσσα που χρησιμοποιείται από το θεραπευτικό προσωπικό, οι προσδοκίες συμπεριφοράς που έχει το προσωπικό για τους εφήβους πελάτες και τα μέσα μέσω των οποίων τίθενται τα όρια συμπεριφοράς και δίνονται συνέπειες για την παραβίαση των ορίων συμπεριφοράς καθιστούν σαφή την υποκείμενη παραδοχή της θεραπευτικής κουλτούρας.

Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, οι έφηβοι πελάτες θεωρούνται υπεύθυνοι για τη δική τους συμπεριφορά και τελικά υπεύθυνοι για τις αλλαγές στη συμπεριφορά που είναι απαραίτητες για την καθιέρωση και τη διατήρηση ενός εγκρατούς ή "αποθεραπευτικού"

τρόπου ζωής. Ενώ η αρχική αλλαγή συμπεριφοράς αναγνωρίζεται ως δύσκολη και επώδυνη κατά καιρούς από την ενσυναισθητική ανατροφοδότηση του προσωπικού και τη διερεύνηση της αμφιθυμίας, ο έφηβος πελάτης εξακολουθεί να θεωρείται ότι είναι αυτορρυθμιζόμενος και ικανός να αντέξει τη δυσκολία που συνεπάγεται η αλλαγή μέσω της χρήσης κατάλληλης κοινωνικής υποστήριξης και τεχνικών εκτροπής. Ο έφηβος πελάτης ενθαρρύνεται επίσης να αρχίσει να αναγνωρίζει την αποποίηση της ευθύνης του εκτός του εαυτού του ως κεντρική αιτία των τρεχουσών δυσκολιών.

1.5 Αντίληψη της κατάχρησης/εξάρτησης από ναρκωτικά, αιτιολογικοί παράγοντες

Κεντρικό ρόλο στην κατανόηση αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης διαδραματίζει η περιγραφή της εννοιολογικής προσέγγισης της κατάχρησης και της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και της σχέσης τους με τις συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.

Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, η χρήση ναρκωτικών από τους εφήβους θεωρείται ως κοινωνικός κανόνας, ενώ η κατάχρηση ναρκωτικών και ο εθισμός θεωρούνται συμπτώματα ψυχολογικών ευπαθειών και προσπάθεια αυτοθεραπείας συναισθηματικών καταστάσεων θλίψης, θυμού, άγχους, απογοήτευσης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου θεωρείται ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές και τα ψυχιατρικά συμπτώματα προηγούνται της εμφάνισης των διαταραχών κατάχρησης ναρκωτικών στους εφήβους (Christie et al. 1988- Deykin et al. 1987- Newcombe et al. 1986).

Το μοντέλο της κατάχρησης ναρκωτικών και του εθισμού ως βιοψυχοκοινωνικής νόσου (Engel 1980) είναι μια χρήσιμη εννοιολογική προσέγγιση που ενσωματώνει όλες τις γνωστές συνιστώσες της αιτιολογίας. Το μοντέλο αυτό παρουσιάζεται στους εφήβους πελάτες στο πλαίσιο θεραπευτικών ομάδων με εκπαιδευτικό προσανατολισμό και φαίνεται να γίνεται εύκολα κατανοητό και διαισθητικά αποδεκτό ως οργανωτικό εννοιολογικό πλαίσιο για την περαιτέρω διερεύνηση της ατομικής εμπλοκής ενός εφήβου με χημικές ουσίες, των προτύπων χρήσης και των οικογενειακών και κοινωνικών επιδράσεων στα πρότυπα χρήσης.

Συνοπτικά, η κατάχρηση ναρκωτικών και ο εθισμός σε χημικές ουσίες θεωρούνται ως εκδηλώσεις υποκείμενων ψυχοκοινωνικών ευπαθειών, οι οποίες μπορεί επίσης να επηρεάζονται έντονα από βιολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι, μόλις εδραιωθούν συμπεριφορικά, παρουσιάζουν ένα σχετικά ομοιογενές πρότυπο συμπτωμάτων και συμπεριφοράς. Το πρότυπο αυτό ποικίλλει σε σχέση με τις ατομικές διαφορές, το επίπεδο της χρήσης ναρκωτικών και τη διάρκεια της κατάχρησης ναρκωτικών, αλλά περιλαμβάνει επιδείνωση της συμπεριφοράς, αποδιοργάνωση του χαρακτήρα (συμπεριλαμβανομένης της ανεσταλμένης έκφρασης θυμού και επιθετικών παρορμήσεων και της αύξησης των δυσλειτουργικών συμπεριφορών), αυξημένη ψυχική

ενασχόληση με τη χρήση ναρκωτικών και συμπεριφορές που σχετίζονται με την απόκτηση και την ευκαιρία χρήσης ναρκωτικών και, τέλος, τη σωματική, διανοητική, πνευματική και συναισθηματική επιδείνωση του ατόμου. Αυτό το μοντέλο θεωρεί την κατάχρηση ναρκωτικών και τη χημική εξάρτηση σε ορισμένες περιπτώσεις ως προσπάθειες του ατόμου για αυτο-φαρμακευτική αντιμετώπιση των συντριπτικών συναισθημάτων ελλείπει εναλλακτικών μηχανισμών αντιμετώπισης.

2. ΑΝΤΙΘΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Όπως περιγράφηκε προηγουμένως, η πραγματική μορφή της θεραπείας ποικίλλει και περιλαμβάνει πολλαπλούς τρόπους φροντίδας. Κοινό χαρακτηριστικό των διαφόρων τρόπων είναι η χρήση από τον σύμβουλο της ψυχοδυναμικής ερμηνείας της αντίστασης και η ενσυναισθητική διερεύνηση της αμφιθυμίας απέναντι στην αποχή και τη θεραπεία.

Αυτή η προσέγγιση μοιάζει περισσότερο με τις τεχνικές της συνέντευξης με κίνητρα (Miller και Rollnick 1991) και την διαθεωρητική προσέγγιση των Prochaska και DiClemente (1984). Οι κλινικές τεχνικές που είναι κοινές σε αυτές τις προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάδειξης αμφιθυμίας, της αναπλαισίωσης, της παροχής συμβουλών και ενσυναισθητικής ανατροφοδότησης και της χρήσης μιας κατευθυντήριας αλλά μη συγκρουσιακής προσέγγισης, χρησιμοποιούνται ως ισχυρά θεραπευτικά εργαλεία κατά τη διάρκεια των φάσεων αξιολόγησης, έναρξης και ενεργούς θεραπείας. Όπως και στο Μοντέλο της Μινεσότα, οι ανέντιμες, χειριστικές, εκμεταλλευτικές ή ναρκωτικές συμπεριφορές των εφήβων πελατών αντιμετωπίζονται άμεσα. Ωστόσο, αυτή η οριοθέτηση χρησιμεύει για να επιτρέψει στον πελάτη την πρόσβαση στο συναίσθημα που απαιτείται για να επέλθει πραγματική αλλαγή μέσω της διακοπής του καθιερωμένου προτύπου προβολής του συναίσθηματος και της δράσης. Παρόμοια με τα παραδοσιακά ψυχοδυναμικά μοντέλα, ο σύμβουλος χρησιμοποιεί τεχνικές δυναμικής ερμηνείας της αντίστασης, της μεταβίβασης και των επεισοδίων δράσης, αν και στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής προσέγγισης, η οποία στην πραγματικότητα είναι αρκετά κατευθυντική και αυστηρή στη θέσπιση ορίων με τον έφηβο πελάτη.

Δανειζόμενο σε μεγάλο βαθμό από το θεωρητικό πλαίσιο και τις επακόλουθες κλινικές τεχνικές του μοντέλου της Κινητοποιητικής Συνέντευξης, η ψυχοδυναμική ερμηνεία της αντίστασης και της δράσης προστίθεται μόνο στο πλαίσιο μιας καλά εδραιωμένης ατομικής σχέσης μεταξύ πελάτη και συμβούλου. Αυτή η ατομική σχέση πελάτη και συμβούλου θεωρείται ως το κεντρικό, ενοποιητικό πλαίσιο μέσω του οποίου διαμορφώνονται και υλοποιούνται όλοι οι θεραπευτικοί στόχοι. Η συνολική διανοητική

και κλινική δομή του μοντέλου CCATS είναι στην πραγματικότητα μια εκλεκτική διατύπωση που ενσωματώνει τις συμβατές τεχνικές των μοντέλων της αλλαγής σταδίου/του διαθεωρητικού, ψυχοδυναμικού και των παραδοσιακών τεχνικών, του Μοντέλου της Μινεσότα ή του μοντέλου ανάκαμψης 12 βημάτων.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο διαφέρει περισσότερο από ένα συγκρουσιακό, παραδοσιακό μοντέλο χημικής εξάρτησης, όπου η αντίσταση ή η αμφιθυμία του πελάτη μπορεί να διατυπωθεί ως "έλλειψη προθυμίας να παραδοθεί" ή ως σύμπτωμα άρνησης ή εθελοτυφλίας. Η αμφιθυμία στο πλαίσιο του ολοκληρωμένου μοντέλου θεωρείται φυσιολογική και προβλέψιμη και ως σημαντικό μέρος της διαδικασίας της έναρξης της αποχής και της διατήρησης της νηφαλιότητας. Η χρήση ενσυναισθητικής, εστιασμένης στην πραγματικότητα ανατροφοδότησης εκ μέρους του συμβούλου θεωρείται ότι βοηθάει στην αυτοεξέταση του ίδιου του έφηβου πελάτη και τελικά στην αυτοπαρακίνηση προς την αλλαγή συμπεριφοράς. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση διαφοροποιείται επίσης από ένα παραδοσιακό ψυχοδυναμικό μοντέλο στο οποίο ο σύμβουλος αρνείται μια ενεργητική, κατευθυντική προσέγγιση και η εστίαση είναι αποκλειστικά στις υποκείμενες δυναμικές και ψυχολογικές ευπάθειες που βρίσκονται πίσω από τη χρήση ναρκωτικών, αποκλείοντας την άμεση αμφισβήτηση και διερεύνηση των επιπτώσεων της χρήσης ναρκωτικών.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Ο συνδυασμός μιας ποικιλίας θεραπευτικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένης της ατομικής, ομαδικής και οικογενειακής θεραπείας, των εκπαιδευτικά εστιασμένων ομάδων χημικής εξάρτησης, της χρήσης θεραπευτικής πρόκλησης (π.χ. αναρρίχηση σε βράχο, πορεία με ψηλά σχοινιά, πεζοπορία), της ψυχοθεραπείας με εκφραστικές τέχνες, των ομάδων καθορισμού στόχων, των ομάδων ανατροφοδότησης από ομότιμους, των ομάδων ανατροφοδότησης από το προσωπικό, της εκπαίδευσης χαλάρωσης και της ψυχοφαρμακολογίας (όταν χρειάζεται), δημιουργούν την ουσιαστική θεραπεία που παρέχεται με το πρόγραμμα. Υπάρχει επίσης μία εκτεταμένη χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς εντός του δομικού πλαισίου του προγράμματος, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ενός συστήματος κατάστασης ή προνομίων και της εκτεταμένης εφαρμογής διαφόρων τεχνικών ενίσχυσης, όπως ο εορτασμός των "επετείων" νηφαλιότητας των εφήβων πελατών για 30, 60 και 90 ημέρες καθαρότητας και η χρήση ενός συστήματος συμβολικών με την απονομή αυτοκόλλητων που απεικονίζουν "σλόγκαν" και ρητά προσανατολισμένα στην ανάρρωση και θετική λεκτική ανατροφοδότηση από τους συνομηλίκους και το προσωπικό όταν οι έφηβοι πελάτες

απέχουν σταθερά από τη χρήση αυτοκαταστροφικών ή καταστροφικών συμπεριφορών και χρησιμοποιούν με επιτυχία εναλλακτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Η ενθάρρυνση της ηγεσίας των συνομηλίκων και η καλλιέργεια και διδασκαλία ηγετικών δεξιοτήτων αποτελούν επίσης βασικές πτυχές της θεραπευτικής μορφής.

Οι τεχνικές περιλαμβάνουν την ανάθεση της ευθύνης στα ανώτερα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας για τον προσανατολισμό στη δομή της θεραπείας, τους κανόνες και τη χρήση των ομάδων υποστήριξης 12 βημάτων και τη διδασκαλία των κατάλληλων εναλλακτικών μηχανισμών αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών και άλλων συμπεριφορών που εκδηλώνονται μέσω της αποκάλυψης των προσωπικών εμπειριών των συνομηλίκων μεταξύ τους σε ομαδικά και ανεπίσημα πλαίσια. Οι σύμβουλοι χρησιμεύουν ως οδηγοί για τη διαδικασία αυτή, αλλά οι ίδιοι οι έφηβοι πελάτες αναθέτουν την ευθύνη για τα καθήκοντα αυτά.

Σύγκριση του μοντέλου CCATS με άλλα μοντέλα

	Παραδοσιακό ψυχοδυναμικό μοντέλο	Δυναμικό Μοντέλο Ολοκληρωμένης Θεραπείας	Μοντέλο ασθένειας του αλκοολισμού
Αιτιολογία	Ψυχολογικά ζητήματα βρίσκονται πίσω από κάθε εθισμό, η χρήση ναρκωτικών/αιθα νόλης θεωρείται σύμπτωμα	Βιοψυχοκοινωνικ ό μοντέλο, η κατάχρηση/εθισμ ός στα ναρκωτικά θεωρείται ως υπερκαθορισμένο φαινόμενο	Βιολογική βάση για τον εθισμό, οι ψυχολογικοί παράγοντες θεωρούνται αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών(AOD)

<p>Τεχνικές θεραπείας</p>	<p>Κυρίως ατομική εστίαση στη δυναμική της προσωπικότητας/ μακροχρόνια, προσανατολισμέν η στη διορατικότητα της θεραπείας</p>	<p>Εκπαίδευση/υποσ τήριξη από ομότιμους- παραπομπή σε προγράμματα 12 βημάτων- υποστηρικτική/δυ ναμική ψυχοθεραπεία του εγώ- έλεγχος ούρων για ναρκωτικά</p>	<p>Ιατρική θεραπεία- εκπαίδευση/υπο στήριξη από ομότιμους- παραπομπή σε προγράμματα 12 βημάτων με ενίσχυση για τη συμμετοχή αυτή- εξετάσεις ούρων για ναρκωτικά</p>
<p>Αντίσταση</p>	<p>Ερμηνεύεται στη μεταβίβαση</p>	<p>Διερεύνηση, αποσαφήνιση, ερμηνεία, αντιμετώπιση ερμηνεία της μεταβίβασης στον θεραπευτή/στο πρόγραμμα ΑΑ</p>	<p>Αντιμετωπίζεται ο πελάτης - θεωρείται ότι δεν είναι πρόθυμος να παραδοθεί ή ότι δεν είναι πρόθυμος να διατηρήσει τη νηφαλιότητα αν η θεραπεία αποτύχει</p>

Θεραπευτικοί στόχοι	Είσοδος στην ενδοψυχική και διαπροσωπική δυναμική με αποτέλεσμα την παύση/μείωση των συμπτωμάτων	Απόσυρση από τα AOD- κατανόηση της δυναμικής του εαυτού και των σχέσεων- ανακούφιση από τα συμπτώματα- δέσμευση/συμμετ οχή στα 12 βήματα	Αποχή από τα AOD- συμμετοχή και δέσμευση στα 12 βήματα
------------------------	---	--	--

Η χρήση των ομάδων υποστήριξης 12 βημάτων από τους εφήβους πελάτες παρακολουθείται μέσω της δημιουργίας καθημερινών στόχων ανάκαμψης που αφορούν τη συμπεριφορά τους, την παρακολούθηση των συναντήσεων, τη συναναστροφή με νέους "καθαρούς" συνομηλίκους και την απόκτηση ενός χορηγού AA/AN ή CA (ένα ανώτερο μέλος της ομάδας ανάκαμψης που λειτουργεί ως οδηγός και παρέχει ατομική υποστήριξη). Τέλος, η βιβλιοθεραπεία αποτελεί επίσης σημαντικό μέρος της δομικής μορφής του προγράμματος. Στους εφήβους πελάτες δίνονται βιβλία, φυλλάδια και ένα προσωπικό βιβλίο εργασίας για την ανάρρωση, το οποίο περιλαμβάνει φύλλα εργασίας και διδακτικό υλικό σχετικά με την πρόληψη της υποτροπής, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του εθισμού, την υπόθεση της αυτοφαρμακευτικής αγωγής, τις επιδράσεις των AOD στο σώμα και το μυαλό, την αποτελεσματική διαχείριση και έκφραση του θυμού και διάφορα θέματα που σχετίζονται με την ανάρρωση από τον εθισμό. Η ολοκλήρωση αρκετών από τις απαιτούμενες εργασίες ανάγνωσης και η συνεπής παρακολούθηση των συναντήσεων 12 βημάτων περιλαμβάνονται ως βασικά κριτήρια (εκτός από τους εξατομικευμένους θεραπευτικούς στόχους) για την απόκτηση αύξησης του επιπέδου του πελάτη στο σύστημα κατάστασης.

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

3.1.1 Ατομική θεραπεία

Οι ατομικές συνεδρίες διάρκειας 20 έως 30 λεπτών πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα. Η σημασία της ατομικής θεραπείας είναι δευτερεύουσα σε σχέση με την ομαδική θεραπεία. Στην πραγματικότητα, το επίκεντρο της ατομικής θεραπείας είναι συχνότερα η δημιουργία και η ενημέρωση του θεραπευτικού σχεδίου του έφηβου πελάτη, η συζήτηση των στόχων που έχει επιλέξει ο έφηβος πελάτης για την ομάδα και η συζήτηση της οικογενειακής θεραπείας και της αποκατάστασης για την εβδομάδα. Τα φαινόμενα μεταβίβασης ερμηνεύονται, αλλά η έμφαση δίνεται στην αποτελεσματική χρήση της ομάδας από τον έφηβο πελάτη θεραπειών και στη δημιουργία μιας ασφαλούς και υποστηρικτικής θεραπευτικής συμμαχίας την οποία ο έφηβος πελάτης μπορεί να θεωρήσει ως κεντρική, ενοποιητική άγκυρα στο πλαίσιο μιας εντατικής, απαιτητικής, εστιασμένης στην ομάδα θεραπευτικής δομής. Αν και η σχέση μεταξύ του έφηβου πελάτη και του συμβούλου του στο πλαίσιο της ατομικής συνεδρίας θεωρείται σημαντική, ο έφηβος πελάτης έχει παραπεμφθεί στο πρόγραμμα CCATS ειδικά λόγω της ανάγκης του για ένα υψηλότερο επίπεδο δομής και περιορισμού από αυτό που μπορεί να προσφέρει η ατομική θεραπεία. Καθώς οι έφηβοι πελάτες βρίσκονται ως επί το πλείστον σε διάφορα στάδια εκδήλωσης των συναισθημάτων και των συγκρούσεών τους, ο στόχος ολόκληρου του θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να περιγραφεί στην ουσία με μια φράση του συντονιστή του προγράμματος: "Μέχρι τη στιγμή που οι έφηβοι μπορούν να κάνουν καλή χρήση της ατομικής συνεδρίας είναι έτοιμοι να αποδεσμευτούν από το πρόγραμμά μας" (Walczak, προσωπική επικοινωνία, 1991).

3.1.2 Ομαδική θεραπεία

Οι έφηβοι πελάτες συμμετέχουν σε συνεδρίες ομαδικής ψυχοθεραπείας που διαρκούν 1¼ ώρα τρεις φορές την εβδομάδα. Το μέγεθος της ομάδας κυμαίνεται από τέσσερα έως οκτώ μέλη με δύο θεραπευτές να χρησιμεύουν ως συν-οδηγοί. Οι έφηβοι πελάτες αναμένεται να δημιουργούν έναν στόχο κάθε εβδομάδα που θα χρησιμεύει ως δομή και εστίαση της εργασίας τους στην ομάδα, αν και οι έφηβοι πελάτες ενθαρρύνονται ενεργά να φέρνουν οποιοδήποτε θέμα είναι σημαντικό, ιδιαίτερα εκείνα που επηρεάζουν την αποχή τους από το αλκοόλ ή άλλα ναρκωτικά ή τις παρορμήσεις τους να δράσουν με αυτοκαταστροφικούς τρόπους. Το μοντέλο της ομαδικής θεραπείας που χρησιμοποιείται στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου μοιάζει περισσότερο με την τροποποιημένη ομαδική δυναμική ψυχοθεραπεία (Khantzian et al. 1990), μια τεχνική που πρωτοεμφανίστηκε στο πρόγραμμα αποκατάστασης κοκαΐνης του Χάρβαρντ με ενήλικες χρήστες ναρκωτικών.

Συγκεκριμένα, η παραδοσιακή, εκφραστική, εγώ-υποστηρικτική ψυχοθεραπεία επεκτείνεται ώστε να περιλαμβάνει την άμεση διερεύνηση και ερμηνεία της δυσκολίας

των πελατών να διαχειριστούν τα συναισθήματα, την έντονη επιθυμία για ναρκωτικά, την αντίσταση στη χρήση κοινωνικών στηριγμάτων (π.χ. συμμετοχή στα 12 βήματα), και τη σύνδεση μεταξύ της εμπειρίας έντονων συναισθηματικών καταστάσεων και της ενεργοποίησης της επιθυμίας για AOD. Οι σύμβουλοι χρησιμεύουν για την ερμηνεία της ομαδικής διαδικασίας, τη διατήρηση των ορίων συμπεριφοράς και την παροχή ανατροφοδότησης και ερμηνειών. Σημαντική για τη θεραπεία της ομαδικής θεραπείας είναι η χρήση μιας ξεχωριστής ομάδας ανατροφοδότησης, στην οποία τα μέλη της ομάδας δίνουν το ένα στο άλλο πολύ συγκεκριμένη ανατροφοδότηση σχετικά με το επίπεδο συμμετοχής τους στο πλαίσιο της ομαδικής θεραπείας και την πρόδο τους προς την επίτευξη των καθηκόντων νηφαλιότητας. Αυτή η ανατροφοδότηση παρέχεται σε μια ιδιαίτερα δομημένη μορφή και η ανατροφοδότηση από τους συνομηλίκους μαζί με την ανασκόπηση της ατομικής πρόόδου του προσωπικού στη θεραπεία καθορίζουν την επίτευξη της πρόόδου των εφήβων πελατών στο σύστημα επιπέδων του προγράμματος.

3.1.3 Ομάδες χημικού εθισμού και καθημερινοί στόχοι αποκατάστασης

Υπάρχουν τέσσερις ειδικές ομάδες χημικού εθισμού ανά εβδομάδα, δύο από τις οποίες επικεντρώνονται ειδικά στην εκπαίδευση σχετικά με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του εθισμού, RP:

- (1) ιστορία, προσανατολισμός και αποτελεσματική χρήση των εξωτερικών ομάδων υποστήριξης 12 βημάτων
- (2) φυσιολογικές πτυχές των επιδράσεων των ναρκωτικών και του εθισμού
- (3) τον εντοπισμό των συναισθημάτων και τη χρήση γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών για τη διαχείριση των συναισθημάτων του θυμού ως εναλλακτική λύση για τη δράση και
- (4) θέματα που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα αιτήματα των εφήβων πελατών για πληροφορίες.

Κάθε έφηβος πελάτης λαμβάνει ένα βιβλίο εργασίας αποκατάστασης που δημιουργείται από το θεραπευτικό προσωπικό. Σε αυτό υπάρχουν φύλλα εργασίας που αφορούν τα προαναφερθέντα θέματα, βιβλιογραφία που περιγράφει σε βάθος διάφορες έννοιες, και κενές σελίδες για να χρησιμοποιούν οι έφηβοι πελάτες για να καταγράφουν τους ατομικούς στόχους ανάρρωσης και τη συμπεριφορική πρόοδο προς την επίτευξη αυτών των στόχων. Καθημερινή ανάκαμψη στόχων μπορεί να περιλαμβάνουν την παρακολούθηση μιας συνάντησης των AA ή των AN, την ολοκλήρωση μιας εργασίας ανάγνωσης

αποκατάστασης ή τον τερματισμό μιας ανθυγιεινής σχέσης με συνομηλίκους ή τη δημιουργία μιας νέας, υποστηρικτικής σχέσης. Κάθε στόχος επιλέγεται από τον έφηβο πελάτη και λαμβάνει προφορική ενίσχυση και ανατροφοδότηση από τους συνομηλίκους και το προσωπικό μαζί με οπτική ενίσχυση σε έναν πίνακα στόχων που είναι εμφανώς αναρτημένος στην κοινότητα. Οι έφηβοι πελάτες επεξεργάζονται επίσης την έντονη επιθυμία για AOD, την πρόληψη της υποτροπής και τα ψυχοεκπαιδευτικά σχέδια στο πλαίσιο αυτών των ομάδων.

3.1.4 Άλλες μέθοδοι θεραπείας

Αν και η περιγραφή των άλλων τρόπων θεραπείας που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των εφήβων πελατών με διπλή διάγνωση ξεφεύγει από το πλαίσιο αυτού του κεφαλαίου, πρέπει να τονιστεί η σημασία αυτών των άλλων τρόπων. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στο CCATS περιλαμβάνουν την οικογενειακή θεραπεία, τις εκφραστικές τέχνες και τις φαρμακοθεραπείες, καθώς και δραστηριότητες όπως το πρόγραμμα θεραπευτικής πρόκλησης. Η οικογενειακή θεραπεία τονίζει ως πρωταρχικούς στόχους την ανάπτυξη μιας σχέσης συνεργασίας με τους γονείς του έφηβου πελάτη, την αναγνώριση των οικογενειακών προτύπων άρνησης και εξουσιοδότησης και τον εντοπισμό των εξαρτήσεων άλλων μελών της οικογένειας.

Το πρόγραμμα εκφραστικών τεχνών παρέχει ένα μέσο πρόσβασης σε συναισθήματα που οι έφηβοι πελάτες μπορεί διαφορετικά να αρνούνται, να καταπιέζουν ή να μην έχουν λόγια για να τα περιγράψουν. Το πρόγραμμα θεραπευτικής πρόκλησης χρησιμοποιείται για την προώθηση της συνοχής της ομάδας και για να βοηθήσει τους εφήβους πελάτες να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους αντί να τους αποφεύγουν χρησιμοποιώντας ναρκωτικά ή άλλους δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Τέλος, δεδομένης της συγγένειας της CCATS με την υπόθεση της αυτοθεραπείας ως προαπαιτούμενο για την κατάχρηση ναρκωτικών, η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά ως συμπλήρωμα της θεραπείας για την αντιμετώπιση των υποκείμενων διαταραχών που συχνά είναι καταθλιπτικής φύσης.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Το μοντέλο CCATS σχεδιάστηκε ειδικά για ημερήσια θεραπεία ή μερική νοσηλεία. Το πρόγραμμα παρέχει ολοκληρωμένη διαχείριση περιπτώσεων για να συνδέσει τον εκπαιδευτικό προγραμματισμό που λαμβάνουν οι έφηβοι πελάτες κάθε πρωί μέσω του τοπικού σχολικού τους συστήματος, με την κλινική θεραπεία και την εργασία τους στο πρόγραμμα 12 βημάτων.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Η μέση διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα CCATS είναι 12 έως 16 εβδομάδες, ενώ η πραγματική διάρκεια ποικίλλει ανάλογα με τις κλινικές ανάγκες. Τα θεραπευτικά πλάνα επανεξετάζονται δύο φορές την εβδομάδα για να συζητηθεί και να τεκμηριωθεί η πρόοδος του έφηβου πελάτη προς την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και ο σχεδιασμός εξόδου σε σχέση με τα επιτεύγματα του έφηβου πελάτη ή η σαφής ένδειξη ότι ο έφηβος πελάτης χρειάζεται υψηλότερο επίπεδο θεραπείας ή αλλαγή στο θεραπευτικό πλάνο λόγω μη συμμόρφωσης ή αύξησης των συμπτωμάτων ή των δυσκολιών συμπεριφοράς.

3.4 Συμβατότητα με άλλες θεραπείες

Όπως σημειώθηκε στην περιγραφή του προγράμματος που περιγράφηκε λεπτομερώς προηγουμένως, άλλες θεραπευτικές μέθοδοι, όπως η φαρμακοθεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία και η θεραπεία εκφραστικών τεχνών, θεωρούνται όχι μόνο συμβατές αλλά και απαραίτητες για την επιτυχία της θεραπείας.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συμμετοχή σε AA/NA ή CA των πελατών που κάνουν χρήση ναρκωτικών. Οι έφηβοι πελάτες ενημερώνονται πριν από την έναρξη της θεραπείας ότι αναμένεται να παρακολουθούν τουλάχιστον τρεις συναντήσεις 12 βημάτων την εβδομάδα εκτός των ωρών του προγράμματος. Και πάλι, η συμμετοχή τους ενθαρρύνεται μέσω της ανατροφοδότησης από τους συνομηλίκους και των τεχνικών συμπεριφοράς που περιγράφηκαν προηγουμένως. Οι έφηβοι πελάτες που έχουν ένα γονέα που κάνει χρήση ναρκωτικών ενημερώνονται για τις ομάδες Alateen, και οι γονείς των εφήβων πελατών στο πρόγραμμα διπλής διάγνωσης παραπέμπονται οι ίδιοι στο AI-Anon για πρόσθετη υποστήριξη και εκπαίδευση σχετικά με την αυτοφροντίδα, τον καθορισμό ορίων και τη βοήθεια για τον τερματισμό των συμπεριφορών που τους επιτρέπουν. Ουσιαστικά, οι έφηβοι παρακολουθούν εύκολα τις συναντήσεις 12 βημάτων και χρησιμοποιούν τις ομάδες σε διάφορα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης και της κανονικής κοινωνικοποίησης με υποστήριξη του εγώ- για τον εντοπισμό θετικών μεντόρων, προτύπων και γονικών φιγούρων- για εκπαιδευτική βοήθεια, υποστήριξη και συμβουλές για να παραμείνουν νηφάλιοι- και για διασκέδαση και διέγερση. Οι έφηβοι πελάτες ενθαρρύνονται να αποκτήσουν έναν χορηγό/καθοδηγητή AA/NA ή CA, δηλαδή ένα άτομο με μακροχρόνια νηφαλιότητα, το οποίο λειτουργεί ως οδηγός και το οποίο γενικά θα είναι διαθέσιμο για υποστήριξη 24 ώρες την ημέρα κατά τη διάρκεια της ενεργού θεραπείας του έφηβου πελάτη και μετά το εξιτήριο, παρέχοντας έτσι συνέχεια και κατεύθυνση.

Για πολλούς έφηβους πελάτες, τα προγράμματα 12 βημάτων χρησιμεύουν ως υποκατάστατο της οικογένειας, όταν το αρχικό οικογενειακό τους σύστημα μπορεί να είναι χαοτικό, απαξιωτικό ή ανύπαρκτο. Οι συγγραφείς έχουν γίνει μάρτυρες πολλών εφήβων πελατών που απομακρύνθηκαν από τις οικογένειές τους και σε διάφορα στάδια αναδοχής ή υποκατάστατης φροντίδας μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν τα προγράμματα 12 βημάτων ως ένα αποτελεσματικό μέσο για να αποκτήσουν φροντίδα και δομή.

Στο πλαίσιο της έμφασης που δίνει το CCATS στη χρήση των συναντήσεων 12 βημάτων, κάθε έφηβος πελάτης ενθαρρύνεται να υιοθετήσει μια αντίληψη αυτών των ομάδων και την πνευματική εστίαση της φιλοσοφίας των 12 βημάτων που αντανακλά τις προσωπικές του αξίες, τον πνευματικό του προσανατολισμό και τις ατομικές του προτιμήσεις.

Ο έφηβος πελάτης ενθαρρύνεται διαρκώς να εξετάζει και να εκφράζει την αμφιθυμία του για τα προγράμματα 12 βημάτων χωρίς να φοβάται τις συνέπειες ή την αντανάκλαση των προνομίων ή της θέσης του στο πρόγραμμα. Έχει κλινικό ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι σε αυτό το περιβάλλον, ένα περιβάλλον που επιτρέπει και αναγνωρίζει τη σημασία των αμφιθυμικών συναισθημάτων και της έκφρασής τους, υπάρχει πολύ μικρή συμπεριφορική αντίσταση στη συμμετοχή στα 12 βήματα.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προσπαιτούμενη εκπαίδευση

Οι γενικές εκπαιδευτικές απαιτήσεις του προσωπικού περιλαμβάνουν ανώτερο πτυχίο στην κοινωνική εργασία, τη θεραπεία με εκφραστικές τέχνες, την ψυχολογία, τη νοσηλευτική ή τη συμβουλευτική και ειδική συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενδο-υπηρεσιακή κατάρτιση στη θεραπεία της χημικής εξάρτησης και της κατάχρησης ναρκωτικών. Απαιτείται κλινική εμπειρία τουλάχιστον 3 ετών με εφήβους, καθώς και συνεχή κλινική εποπτεία. Ο κλινικός συντονιστής της υπηρεσίας διπλής διάγνωσης εφήβων είναι πιστοποιημένος σύμβουλος κατάχρησης αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών με 8 χρόνια ψυχιατρικής κλινικής εμπειρίας.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Ιδιαίτερη έμφαση στη χρήση της δυναμικής εξέτασης των αντιμεταβιβαστικών εμπειριών και αντιδράσεων του ίδιου του θεραπευτή στη μεταβίβαση των πελατών αποτελεί σημαντική πτυχή της κλινικής εποπτείας, η οποία πραγματοποιείται τόσο ατομικά μεταξύ του συμβούλου και ενός ανώτερου κλινικού επόπτη όσο και στο πλαίσιο της σχέσης συν-ηγέτη στην ομαδική θεραπεία.

Οι σύμβουλοι αυτού του μοντέλου απαιτείται να έχουν ένα υψηλό επίπεδο κατανόησης και αποδοχής της εγκυρότητας και της σημασίας των ψυχοδυναμικών τεχνικών, καθώς και την προθυμία να είναι ενδοσκοπικοί και σε κάποιο βαθμό ικανοί να αναγνωρίσουν ανεπίλυτες προσωπικές συγκρούσεις, οι οποίες μπορεί να μπλοκάρουν τις κλινικές ευαισθησίες στο παρόν. Λόγω της εκλεκτικής φύσης των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, οι σύμβουλοι πρέπει να είναι εξειδικευμένοι και να έχουν διασταυρωμένη εκπαίδευση σε διάφορες μεθόδους και τεχνικές και πρέπει να διαθέτουν τα προσωπικά χαρακτηριστικά της ευελιξίας και της διανοητικής ρευστότητας για να λειτουργούν σε πολλαπλούς ρόλους.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Η ιδιότητα του συμβούλου να έχει αναρρώσει από τον αλκοολισμό ή τον εθισμό ή να γνωρίζει από πρώτο χέρι την ανάρρωση του AI-Anon δεν είναι απαραίτητη για να είναι αποτελεσματικός. Ωστόσο, η περιπλοκότητα της εμπειρίας που απονέμεται μέσω της συμμετοχής ενός ατόμου στο δικό του πρόγραμμα ανάρρωσης δεν μπορεί πιθανώς να είναι ίση με την αποκλειστικά διανοητική αναζήτηση της ίδιας γνώσης. Οι σύμβουλοι στο πλαίσιο αυτού του θεραπευτικού προγράμματος που βρίσκονται σε ανάρρωση από εθισμό ή συν-εξάρτηση δεν συμμετέχουν σε ελεύθερη αυτό-αποκάλυψη της κατάστασής τους και πιο συγκεκριμένα απέχουν από την αποκάλυψη σημαντικών πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό τους όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών ή άλλο σημαντικό προσωπικό ιστορικό. Οι αναπόφευκτες άμεσες ερωτήσεις από τους έφηβους πελάτες σχετικά τόσο με την κατάσταση ανάρρωσης του συμβούλου όσο και με συγκεκριμένες λεπτομέρειες του ιστορικού του συμβούλου σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών ή την προηγούμενη εμπειρία θεραπείας απαντώνται ερμηνευτικά, αν και ο κάθε σύμβουλος είναι ελεύθερος να αποκαλύψει την ιδιότητά του ως άτομο που αναρρώνει.

Φαίνεται ότι οι έφηβοι πελάτες αντιδρούν ευνοϊκά στην ανατροφοδότηση με προσανατολισμό στην ανάρρωση από μέλη του προσωπικού που δεν έχουν ανακάμψει-ωστόσο, το επίπεδο γνώσης, άνεσης και πεποίθησης που έχει ένας σύμβουλος σχετικά με το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού υλικού ή της καθοδηγητικής ή ερμηνευτικής ανατροφοδότησης μπορεί να είναι ο βασικός δείκτης της αποτελεσματικότητας της επίδρασης του συμβούλου. Εν ολίγοις, για να μπορέσει ένας σύμβουλος να μεταδώσει αποτελεσματικά τη φιλοσοφία μιας κοσμοθεωρίας που έχει ως κεντρικό σημείο την πίστη στη χρήση μιας δύναμης μεγαλύτερης από τον εαυτό μας, είτε κοινωνικά είτε μέσω πνευματικών μέσων, πρέπει να έχει μια παρόμοια προσωπική επένδυση στην αξία αυτής της κοσμοθεωρίας.

Παρόμοια με τα μέσα με τα οποία η αυτοεκτίμηση μεταδίδεται διακριτικά και με συνέπεια σε ένα παιδί μέσα από τις πράξεις και τα λόγια ενός υγιούς, στοργικού γονέα, ο έφηβος πελάτης «θα πιάσει» (θα αντιληφθεί) την αξία της φιλοσοφίας των 12 βημάτων μέσα από την ατομική σχέση και τη διδασκαλία ενός συμβούλου που ζει σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά που ταιριάζουν περισσότερο σε αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνουν τις ιδιότητες της ζεστασιάς, της γνησιότητας, της ενσυναίσθησης, των σαφών προσωπικών ορίων, καθώς και του υψηλού βαθμού αυτογνωσίας και ψυχολογικής σκέψης. Επιπλέον, είναι πολύ χρήσιμα τα χαρακτηριστικά της ευελιξίας και του χιούμορ και η ικανότητα να τίθενται αυστηρά όρια συμπεριφοράς με τρόπο μη επικριτικό και μη τιμωρητικό. Η προσεκτικά συγκρατημένη χρήση του προσωπικού χαρίσματος και του χιούμορ βοηθά τον σύμβουλο στην παρακίνηση των εφήβων πελατών και στην εμπλοκή των ανθεκτικών πελατών σε μια λειτουργική θεραπευτική συμμαχία. Ωστόσο, ο σύμβουλος πρέπει πάντα να έχει επίγνωση του βαθμού στον οποίο η χρήση αυτών των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών μπορεί να εξυπηρετεί την ικανοποίηση των δικών του ναρκισσιστικών αναγκών. Και πάλι, είναι μια λειτουργία της προσεκτικά δομημένης εποπτείας που ενυπάρχει σε αυτό το κλινικό μοντέλο που θα βοηθούσε στην πιο αποτελεσματική και μη χειριστική χρήση του χαρίσματος και του χιούμορ με τους έφηβους πελάτες.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Ένας ικανός σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να διατηρεί την αίσθηση της προσωπικής ακεραιότητας και μια ισχυρή αίσθηση του εαυτού του, ώστε να είναι σε θέση να εκτρέψει, να ανεχθεί, να ελέγξει και να ερμηνεύσει με ακρίβεια την προβαλλόμενη ταύτιση και την προβολή της οργής και της αυτό-αποστροφής που είναι χαρακτηριστική των εφήβων πελατών με οριακά ή ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά.

Η ψυχολογικά προσανατολισμένη αυτογνωσία και τα σαφή προσωπικά όρια βοηθούν επίσης τον σύμβουλο να ελαχιστοποιήσει το να ενεργεί σε ανεπίλυτες δυναμικές συγκρούσεις και να ικανοποιεί τα δικά του ανεπαρκή ναρκισσιστικά αποθέματα μέσα στη θεραπευτική σχέση μέσω της εξιδανίκευσης και της κατάχρησης εξουσίας. Οι ίδιες προσωπικές δυνάμεις καλούνται και πάλι να χρησιμοποιηθούν όταν ο σύμβουλος πρέπει να αποφύγει να μην θέσει τα κατάλληλα όρια, και πάλι στην υπηρεσία της ρύθμισης των δικών του εσωτερικών ναρκισσιστικών αποθεμάτων.

Όταν ένας σύμβουλος θέτει ένα όριο σε έναν έφηβο πελάτη που συμπεριφέρεται άσχημα, ο πελάτης μπορεί να επιτεθεί λεκτικά στον σύμβουλο σε μια προσπάθεια να αποφύγει να βιώσει το συναίσθημα. Ένας σύμβουλος που παλεύει με τη διατήρηση της αυτοεκτίμησης θα κάνει αναπόφευκτα λάθη όταν θέτει όρια. Η χρήση προσεκτικής κλινικής εποπτείας μπορεί να βοηθήσει στη συνεχή αυτοεξέταση αυτών των πιθανών τρωτών σημείων.

Παρόλο που το προσωπικό χαρακτηριστικό της ευελιξίας είναι δύσκολο να οριστεί λειτουργικά, είναι σαφώς ένα απαραίτητο προσωπικό χαρακτηριστικό όταν εργάζεται κανείς στενά με έφηβους πελάτες που δρουν με μέσα λεκτικής κακοποίησης, σωματικής επιθετικότητας και αυτοτραυματισμού. Η ευελιξία είναι το κλειδί για την αποφυγή της πάντα έτοιμης ευκαιρίας να εμπλακεί ο έφηβος πελάτης σε διακριτικές ή φανερές μάχες εξουσίας, κανόνες του προγράμματος, προσωπική ευθύνη για τη συμπεριφορά ή μια ποικιλία κλινικά σχετικών θεμάτων.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Οι συμπεριφορές που απαγορεύονται στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης είναι εκείνες που σχετίζονται με την άμεση, ανυποχώρητη αντιμετώπιση της αντίστασης ή την παθητική αποδοχή από τον έφηβο πελάτη ή η προσαρμογή μιας μη κατευθυντικής στάσης απέναντι στην αντίσταση του εφήβου πελάτη, την συμπεριφορά του ή την υποψία κατάχρησης ναρκωτικών. Ο σύμβουλος που βρίσκεται στη δική του ανάρρωση αποτρέπεται επίσης από το να αναφέρεται σε λεπτομέρειες της προηγούμενης χρήσης ναρκωτικών και σε λεπτομέρειες της δικής του προσωπικής ανάρρωσης, καθώς θεωρείται ότι αποσπά την προσοχή του εφήβου πελάτη από τη δική του θεραπεία.

Οι σύμβουλοι θα πρέπει να παραπέμπουν τους έφηβους πελάτες σε συναντήσεις 12 βημάτων, όπου θα εκτεθούν στην κοινωνικοποίηση και την αυτό-αποκάλυψη άλλων ατόμων που αναρρώνουν. Ο σύμβουλος, χωρίς να απέχει αυστηρά από οποιαδήποτε αυτό-αποκάλυψη, πρέπει να παραμείνει ένα ουδέτερο αντικείμενο για τη μεταβίβαση του εφήβου πελάτη.

Άλλες απαγορευμένες συμπεριφορές περιλαμβάνουν τη χρήση δηλώσεων, παρεμβάσεων ή τεχνικών που περιλαμβάνουν ταπείνωση, σοκ ή πίεση του εφήβου πελάτη να συμπεριφερθεί με τρόπους που παραβιάζουν την ελεύθερη βούληση και την προσωπική του ακεραιότητα. Ο σύμβουλος δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιεί υποτιμητική γλώσσα, να κατηγορεί τον πελάτη για ελαττώματα χαρακτήρα, να απαιτεί από τον πελάτη να "παραδοθεί" ή να "δουλέψει τα βήματα" ή να χρησιμοποιεί οποιαδήποτε άλλη τέτοια συμπεριφορά ελέγχου. Η χρήση τεχνικών ντροπής συνιστά συναισθηματική κακοποίηση και όχι θεραπεία. Ο σύμβουλος απαγορεύεται επίσης να συνωμοτεί με την ενεργό υποτροπή ή την πιθανή χρήση ναρκωτικών από έναν έφηβο πελάτη, αποφεύγοντας να τον

καταστήσει υπεύθυνο για τη δική του ανάρρωση και συμπεριφορά ή αποκρύπτοντας τέτοιες πληροφορίες από τα άλλα μέλη της ομάδας.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Οι συν – καθοδηγητές (co - leaders) συναντώνται σε τακτική εβδομαδιαία βάση (με έναν ανώτερο κλινικό επόπτη) για να εξετάσουν τη διαδικασία της ομάδας και τις πτυχές των σχέσεων των συμβούλων, όπως αυτές σχετίζονται με τα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα και τις ατομικές προοπτικές και την ανατροφοδότηση σχετικά με τις πραγματικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους συν – καθοδηγητές κατά τη διάρκεια της ομάδας. Οι τεχνικές αυτές εφαρμόστηκαν και επιβλέπονταν από τον αρχικό δημιουργό του προγράμματος, τον Dr. Richard Salwen, ο οποίος υποστηρίζει ότι "Η ποιότητα της κλινικής εργασίας εξαρτάται από την ποιότητα της κλινικής εποπτείας".

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, ο σύμβουλος έχει πολλαπλούς ρόλους, λειτουργώντας ως δάσκαλος, οδηγός, σύμβουλος, θεραπευτής και προπονητής του έφηβου πελάτη σε ένα ταξίδι αυτογνωσίας. Ο σύμβουλος θεωρείται αρχικά ως χαρισματικός προπονητής ή καθοδηγητικός οδηγός, καθώς ο έφηβος πελάτης συνηθίζει τα όρια και τα όρια της θεραπείας, εγκαθιδρύει σχέσεις με το προσωπικό και τους συνομηλίκους του θεραπευτικού προγράμματος και βιώνει την αρχική επιτυχία στην καθιέρωση ελάχιστων θεραπευτικών στόχων στο πλαίσιο της ομάδας. Ακόμη και δεδομένου του ρόλου του συμβούλου ως οδηγού και αρχικού ηγέτη, στο πλαίσιο αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης ο έφηβος πελάτης υπενθυμίζεται συνεχώς ότι είναι ο κεντρικός παράγοντας αλλαγής στη ζωή του.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Ο έφηβος πελάτης γενικά μιλάει περισσότερο κατά τη διάρκεια των ομαδικών και ατομικών συνεδριών. Υπάρχουν εξαιρέσεις, ωστόσο, κατά τη διάρκεια διδακτικών παρουσιάσεων και στην πρώτη φάση έναρξης της θεραπείας. Εδώ ο σύμβουλος μπορεί να επιλέξει να είναι αρκετά καθοδηγητικός και να μεταδώσει γενικές πληροφορίες και διδασκαλία σχετικά με τους κανόνες, τη δομή και τις προσδοκίες του προγράμματος, τόσο στην υπηρεσία της επικοινωνίας αυτών των πληροφοριών όσο και στη δημιουργία μιας αρχικής σχέσης ή σχέσης με τον έφηβο πελάτη.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Ο σύμβουλος είναι αρκετά καθοδηγητικός και τα όρια της δομής του CCATS χρησιμεύουν ως όχημα για να μεταδώσει δομή και όρια στον έφηβο πελάτη. Στο πλαίσιο της ατομικής σχέσης, ο σύμβουλος προσπαθεί να είναι κατευθυντικός χωρίς να διαπράττει τα λάθη ελέγχου ή αποδέσμευσης που περιγράφηκαν προηγουμένως. Οι έφηβοι πελάτες που εξιδανικεύουν τον σύμβουλο και ζητούν γνώμες και άμεσες συμβουλές καλούνται να εξετάσουν τα δικά τους συναισθήματα και να εκφράσουν τις δικές τους σκέψεις ή να ζητήσουν ανατροφοδότηση από τον σύμβουλο ή την ομάδα, ώστε να διαχυθεί ο ρόλος του συμβούλου ως παντοδύναμου και να ενθαρρυνθούν και να προωθηθούν οι δυνάμεις των άλλων μελών της ομάδας και η ίδια η ομαδική διαδικασία.

5.4 Θεραπευτική συμμαχία

Η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ του συμβούλου και του έφηβου πελάτη είναι η πιο ουσιαστική πτυχή της θεραπείας και ο σύμβουλος φροντίζει να δημιουργήσει ένα ασφαλές και προβλέψιμο περιβάλλον αξιοποίησης (holding) για τις ανησυχίες, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του πελάτη. Ο σύμβουλος το κάνει αυτό δημιουργώντας σαφή και συνεπή όρια στο πλαίσιο της ατομικής σχέσης. Έτσι, ο σύμβουλος παραμένει μια σταθερή, αξιόπιστη παρουσία με τον έφηβο πελάτη, όποτε αυτό είναι δυνατόν. Ο σύμβουλος επεκτείνει αυτή την ευαισθησία στην ατομική σχέση με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της πρόβλεψης των πιθανών αντιδράσεων του πελάτη σε γεγονότα όπως οι διακοπές του συμβούλου, η ασθένεια ή άλλες απουσίες από το περιβάλλον της θεραπείας.

Ο σύμβουλος προσπαθεί επίσης να αναπτύξει μια ισχυρή αρχική συμμαχία με τον έφηβο πελάτη μέσω της επίδειξης ενεργού ενδιαφέροντος για την εμπειρία του πελάτη από τη θεραπεία και την ανάρρωση (π.χ. άμεσες ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα, επίπεδο συμμετοχής στην αυτό-φροντίδα, συμμετοχή στις συναντήσεις 12 βημάτων). Το χιούμορ και η ερμηνεία της αντίστασης χρησιμοποιούνται στη θέση της άμεσης αντιπαράθεσης και η συμμαχία οικοδομείται και διατηρείται με κάθε αλληλεπίδραση, κατά την οποία ο σύμβουλος επιδεικνύει συνεχή ερμηνευτική ευαισθησία. Η θεραπευτική συμμαχία οικοδομείται επίσης μέσω της κατάλληλης και συνεπούς οριοθέτησης, καθώς η βασική υπόθεση είναι ότι ο έφηβος πελάτης που δυσκολεύεται με την αυτορρύθμιση των παρορμήσεων αισθάνεται παρηγοριά από την εξωτερική οριοθέτηση και μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την πτυχή της θεραπευτικής συμμαχίας για να εσωτερικεύσει τα όρια και να βελτιώσει την αυτορρύθμιση των παρορμήσεων και των συναισθημάτων.

Μια θεραπευτική συμμαχία όπου ο έφηβος πελάτης έχει μια ισχυρή αρνητική μεταβίβαση ή μια μεταβίβαση που είναι αρχικά αδύναμη, διαχειρίζεται ερμηνευτικά και ο πελάτης

ενθαρρύνεται να συζητήσει ανοιχτά την αντίστασή του. Ο στόχος του συμβούλου είναι να ενισχύσει την θεραπευτική συμμαχία μέσω της ερμηνείας της μεταβίβασης του πελάτη και η ίδια η πράξη της αποδοχής της εμπειρίας του πελάτη χωρίς κρίση συχνά χρησιμεύει για την ενίσχυση της εργασιακής συμμαχίας.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Το μοντέλο CCATS έχει σχεδιαστεί ειδικά για έναν πληθυσμό εφήβων με διπλή διάγνωση-ωστόσο, οι πτυχές της σχέσης πελάτη-συμβούλου είναι εφαρμόσιμες για χρήση με οποιονδήποτε πληθυσμό. Το πρόγραμμα έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε πελάτες που έχουν κάνει κατάχρηση ενός ευρέως φάσματος ναρκωτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων κυρίως αλκοόλ, μαριχουάνα, παραισθησιογόνα, ηρωίνη, αμφεταμίνες και εισπνεόμενα.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Στα άτομα που δεν ταιριάζουν καλά σε αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνονται οι έφηβοι με ακραία προβλήματα συμπεριφοράς (π.χ. συχνές βίαιες εκρήξεις), εκείνοι που δεν επιθυμούν να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν αποχή από τη χρήση ναρκωτικών που αλλάζουν τη διάθεση και εκείνοι με διάχυτες διανοητικές ή σωματικές αναπηρίες. Καθώς η ενσωμάτωση των 12 βημάτων και των ψυχοδυναμικών θεραπευτικών τεχνικών απαιτεί ο έφηβος πελάτης να είναι σε θέση να χρησιμοποιεί αφηρημένη σκέψη, ο πελάτης πρέπει να έχει διανοητική λειτουργικότητα στο χαμηλό μέσο έως μέσο επίπεδο. Δεν φαίνεται ότι οι έφηβοι πελάτες πρέπει να έχουν φτάσει σε τυπικές λειτουργίες για να επωφεληθούν από τη θεραπεία, και στην πραγματικότητα πολλοί έφηβοι πελάτες παρατηρείται ότι εξελίσσονται από συγκεκριμένες λειτουργίες σε πιο τυπικές, αφηρημένες ικανότητες σκέψης, ενώ εκτίθενται στην ιδιαίτερα αφηρημένη και διεγερτική επικοινωνία που λαμβάνει χώρα στο περιβάλλον της θεραπείας. Οι έφηβοι πελάτες που έχουν διάχυτες μαθησιακές δυσκολίες ή που έχουν σημαντική οργανική διαταραχή θα είναι επίσης ελάχιστα κατάλληλοι για αυτή την προσέγγιση και θα απαιτούσαν ένα τροποποιημένο πρόγραμμα, καθώς και εκτεταμένη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών γνωστικής επανεκπαίδευσης και αποκατάστασης, εκτός από τη θεραπεία.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το πεδίο εφαρμογής του παρόντος κεφαλαίου δεν επιτρέπει μια διεξοδική περιγραφή των τεχνικών αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο αυτού του συμβουλευτικού

μοντέλου- ωστόσο, μια σύντομη περιγραφή της δομής και της κλινικής φιλοσοφίας της διαδικασίας αξιολόγησης χρησιμεύει για να καταδείξει περαιτέρω τη σχέση του έφηβου πελάτη και του συμβούλου. Η αξιολόγηση στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου θεωρείται ως το πρώτο στάδιο της θεραπείας και η συλλογή δεδομένων ως ισότιμη με την εγκαθίδρυση της θεραπευτικής συμμαχίας και τον εγκλιματισμό του έφηβου πελάτη στη θεραπευτική διαδικασία μέσω της βασικής διδασκαλίας των ορίων, των προσδοκιών και της γλώσσας που χρησιμοποιείται συνήθως στη θεραπεία. Καθώς πολλοί έφηβοι πελάτες θα βιώνουν για πρώτη φορά μια ψυχιατρική αξιολόγηση και αξιολόγηση της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών, λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα ώστε να προχωρούν αργά και με κατανόηση για το άγχος, το φόβο και τις επιπτώσεις του έφηβου πελάτη και των μελών της οικογένειάς του. Ο έφηβος πελάτης αξιολογείται για κατάχρηση ναρκωτικών με τη διενέργεια ελέγχου ούρων για ναρκωτικά, με τη χρήση ημι-δομημένων κλινικών συνεντεύξεων και με τη διενέργεια τυποποιημένων ψυχολογικών δοκιμασιών με τη χρήση του Personal Experiences Inventory και της κλίμακας κατάθλιψης Reynolds Adolescent Depression Scale. Ο σύμβουλος παραμένει ενήμερος ότι ένας έφηβος που κάνει χρήση ναρκωτικών και είναι χημικά εξαρτημένος θα ελαχιστοποιήσει συνειδητά και ασυνείδητα την έκταση της χρήσης ναρκωτικών και τις αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αξιολόγησης. Για το λόγο αυτό, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις παράπλευρες πηγές πληροφόρησης (π.χ. μέλη της οικογένειας, επιτηρητές, σχολικό προσωπικό), όταν αυτές είναι διαθέσιμες.

Το ιστορικό κατάχρησης ναρκωτικών του έφηβου πελάτη εξετάζεται στο πλαίσιο ενός ψυχοκοινωνικού ιστορικού με έμφαση στα εξής: τραύμα, οικογενειακή λειτουργία και δυναμική, οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ναρκωτικών και ψυχιατρικών ασθενειών, εμπλοκή με το νόμο, πνευματική ζωή και σημερινό επίπεδο κινήτρων για αποχή. Ο σύμβουλος θεωρείται ότι συνεργάζεται ιδανικά με τον έφηβο πελάτη και την οικογένειά του για τη δημιουργία μιας συμμαχίας εργασίας, τη λήψη πληροφοριών, την παροχή ανατροφοδότησης και τη διαμόρφωση ενός θεραπευτικού σχεδίου με βάση τα δεδομένα που λαμβάνονται.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

Η μορφή των θεραπευτικών συνεδριών ποικίλλει ανάλογα με τον τρόπο θεραπείας στο πλαίσιο του συνολικού θεραπευτικού μοντέλου.

8.1. Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Μια τυπική ομάδα χημικής εξάρτησης ξεκινά με τους συμμετέχοντες να συζητούν τους καθημερινούς στόχους τους, για τη νηφαλιότητα και να λαμβάνουν ανατροφοδότηση από

τους συνομηλίκους τους είτε για τα επιτεύγματά τους είτε για την αντίσταση στην ολοκλήρωση του στόχου που έχουν θέσει οι ίδιοι. Στη συνέχεια, η μορφή της ομάδας μεταβαίνει σε ένα δια-δραστικό /διδασκτικό στυλ, όπου ο σύμβουλος παρουσιάζει πληροφορίες για θέματα της πρόληψης- υποτροπής RP, η χρήση των ομάδων υποστήριξης 12 βημάτων και τα τρία πρώτα βήματα των 12 βημάτων. Ο σύμβουλος χρησιμοποιεί κυκλικές ερωτήσεις, αναγκάζοντας τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε ερωτήσεις ανοικτού τύπου σχετικά με τις πληροφορίες που σχετίζονται με τη δική τους εμπειρία και ανάρρωση, ή ο σύμβουλος μπορεί να ζητήσει από τα ανθεκτικά μέλη της ομάδας να περιγράψουν τα αμύσημα συναισθήματά τους. Η ομαδική διαδικασία αντιμετωπίζει γενικά την αντίσταση με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο και ο σύμβουλος υποχωρεί στη φυσική διαδικασία της ομάδας, εκτός από τον περιορισμό της ακατάλληλης συμπεριφοράς, των επιθετικών εκφράσεων οργής κ.λπ. Τα μέλη της ομάδας θέτουν της όρια συμπεριφοράς για τον εαυτό τους και είναι ιδιαίτερα ικανά να αναγνωρίζουν προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής στον άλλο. Η ομάδα ολοκληρώνεται με ένα σύντομο σχόλιο από τους υπεύθυνους της ομάδας σχετικά με το θέμα που συζητήθηκε και τη διαδικασία της ομάδας

Μια τυπική συνεδρία της ομάδας μπορεί να περιλαμβάνει μια συζήτηση γύρω από τη χρήση επιλεκτικών γνωστικών σχημάτων, είτε για τη "σύγκριση με" άλλους ανθρώπους στους ΑΑ, στις ομάδες θεραπείας ή γενικά, είτε για τα πιο συνηθισμένα γνωστικά σχήματα της χρήσης επικριτικών αυτο-δηλώσεων που διαχωρίζουν την εμπειρία του ατόμου από τους άλλους ("σύγκριση με"). Η δια-δραστική διάλεξη εστιάζει στις αυτό-διατυπώσεις που γίνονται όταν επιλέγει κανείς να απομακρυνθεί από τον εαυτό του και να νιώσει είτε ανώτερος είτε κατώτερος σε εμπειρίες ή μοναδικός όσον αφορά τα συναισθήματα, τους φόβους κ.ο.κ. (συγκρίνοντας εκτός) σε σχέση με τις αυτό-διατυπώσεις που γίνονται όταν προσπαθεί να νιώσει συνδεδεμένος και να συμπάσχει με τις εμπειρίες, τα συναισθήματα ή τις απόψεις κάποιου άλλου (συγκρίνοντας εντός). Ζητείται από τους έφηβους πελάτες να σκεφτούν τα πιο τυπικά μοτίβα της-ομιλίας τους, ιδίως όσον αφορά το επίπεδο ειλικρίνειας, ευπάθειας και της-αποκάλυψης των επιθυμιών για ναρκωτικά, των συναισθημάτων, της αμφιθυμίας και των φόβων τους στο θεραπευτικό περιβάλλον και τις συναντήσεις 12 βημάτων. Οι συνεδρίες είναι ημι-δομημένες και επικεντρώνονται στην εδώ και τώρα ομαδική διαδικασία που υπερσχύει της δομημένης μορφής διάλεξης. Η σημασία της εκπαίδευσης δεν υποβαθμίζεται σε αυτό το πλαίσιο- ωστόσο, ο ρόλος του συμβούλου ως δασκάλου είναι συμπληρωματικός του ρόλου του ως υποστηρικτικού και δια-δραστικού ψυχοθεραπευτή.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Οι θεραπευτικές συνεδρίες επικεντρώνονται συνήθως σε θεματικές περιοχές που σχετίζονται άμεσα με τη χρήση ναρκωτικών από τους έφηβους πελάτες και τη σχέση τους

με άλλα συμπτώματα και συνέπειες της συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτής της ευρείας επικεφαλίδας τα συχνά θέματα περιλαμβάνουν:

1. Αυτό-θεραπευτικές πτυχές της χρήσης ναρκωτικών και η σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη χρήση ναρκωτικών (Khantzian et al. 1990).

Στο πλαίσιο αυτής της θεματικής περιοχής, οι έφηβοι πελάτες συζητούν όχι μόνο για τη χρήση ναρκωτικών αλλά και για συναφείς αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές που μπορούν να θεωρηθούν ως αυτό-θεραπεία (π.χ. αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, σεξουαλική συμπεριφορά, κλοπή από καταστήματα, ενεργητική συμπεριφορά θυμού). Οι πελάτες αποκτούν εικόνα των αλληλένδετων πτυχών όλων αυτών των συμπεριφορών ως προσπάθειες αυτοδιαχείρισης και φαρμακευτικής αντιμετώπισης των συντριπτικών συναισθημάτων. Οι εναλλακτικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης εισάγονται από τον σύμβουλο μέσω ερωτήσεων προς τους πελάτες σχετικά με τις δικές τους δυνάμεις και ικανότητες που χρησιμοποιούν για να αποφύγουν αυτές τις συμπεριφορές.

2. Δημιουργία ενός "χημικού ιστορικού" ή μιας ειλικρινούς περιγραφής όλων των ναρκωτικών που αλλάζουν τη διάθεση και χρησιμοποιούνται, καθώς και των θετικών πτυχών της χρήσης και των αρνητικών συνεπειών που σχετίζονται με τη χρήση.

Αυτό το θέμα επιτρέπει την ενίσχυση της γνωστικής ασυμφωνίας που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών ως μηχανισμό αντιμετώπισης. Ειδικότερα, οι έφηβοι πελάτες ενθαρρύνονται να περιγράφουν και να αναγνωρίζουν τις θετικές και, ενίοτε, τις προσαρμοστικές πτυχές της προηγούμενης χρήσης ναρκωτικών ως μέσο προς την περαιτέρω κατανόηση των αυτό-θεραπευτικών πτυχών της χρήσης, καθώς και για την αποφυγή της "απόσπασης" των καλών πτυχών της χρήσης ναρκωτικών από τη θεραπευτική συμμαχία.

3. Συζήτηση για τον προσανατολισμό και την αντίσταση στην παρακολούθηση των 12 βημάτων.

Στους έφηβους πελάτες δίνονται δομημένες προσδοκίες συμπεριφοράς για την παρακολούθηση 12 βημάτων που είναι αδιαπραγμάτευτες ως μέρος της θεραπείας-ωστόσο, η αμφιθυμία και η αντίσταση των πελατών σε αυτές τις πτυχές της θεραπείας όχι μόνο αναμένονται αλλά και προκαλούνται σε ομαδικές και ατομικές συνεδρίες. Η βασική υπόθεση του συμβούλου είναι ότι οι φόβοι, ο θυμός ή η περιφρόνηση των εφήβων πελατών απέναντι σε αυτή την πτυχή της θεραπείας είναι σημαντικοί για τις υποκείμενες ευπάθειες του εαυτού και τους φόβους για τις άγνωστες πτυχές της ανάρρωσης. Η παρακολούθηση των συναντήσεων 12 βημάτων θεωρείται ως εκπαιδευτική εμπειρία και οι πελάτες δεν αναγκάζονται να προσαρμόσουν καμία από τις φιλοσοφικές ή κοινωνικές πτυχές αυτών

των συναντήσεων. Έτσι, η αντίσταση μπορεί να θεωρηθεί ως συναισθηματικά βασισμένη. (Βλέπε ενότητα 8.3 για μια σύντομη περιγραφή συνεδρίας που απεικονίζει αυτό το θέμα σε μια συνεδρία με έναν ανθεκτικό έφηβο).

4. Εντοπισμός και κατανόηση των παραγόντων υποτροπής και τρόπος διαχείρισης των παρορμήσεων για χρήση ναρκωτικών.

Στο πλαίσιο αυτής της θεματικής περιοχής, οι έφηβοι πελάτες αποκαλύπτουν και συζητούν τις εμπειρίες τους από την υποτροπή και μοιράζονται εναλλακτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

5. Συσχέτιση οικογενειακών θεμάτων με τη χρήση ναρκωτικών και τα ψυχιατρικά συμπτώματα.

Οι έφηβοι πελάτες δημιουργούν ένα γενεόγραμμα με ένα μέλος του προσωπικού ή συζητούν το οικογενειακό ιστορικό χρήσης ναρκωτικών, κατάθλιψης και άλλων σχετικών συμπεριφορών. Παρουσιάζονται οι έρευνες που υποστηρίζουν τους γενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις ψυχιατρικές ασθένειες και την κατάχρηση ναρκωτικών. Οι πελάτες ενθαρρύνονται να δουν τα μοτίβα των δυνατών και ευάλωτων σημείων μέσα στην οικογένειά τους και με αυτόν τον τρόπο να αναγνωρίσουν και να συζητήσουν τους δικούς τους αγώνες για να διαχωριστούν από τα οικογενειακά μοτίβα.

8.3 Δομή συνεδρίας

Στο πλαίσιο του Δυναμικού Ολοκληρωμένου Θεραπευτικού Μοντέλου, οι ομαδικές συνεδρίες και η εστίαση των θεραπευτικών στόχων είναι ιδιαίτερα δομημένες προκειμένου να προκαλέσουν την αντίσταση των πελατών και να τους βοηθήσουν να κινηθούν προς την αλλαγή συμπεριφοράς μέσω της επίλυσης των υποκείμενων θεμάτων που δημιουργούν την αντίσταση. Κάθε μέρα στη θεραπεία, οι έφηβοι πελάτες καλούνται να δημιουργήσουν έναν συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο σε σχέση με την εγκαθίδρυση της αποχής, την παρακολούθηση των ΑΑ/ΝΑ, τα οικογενειακά ζητήματα κ.ο.κ. Αυτοί οι στόχοι επανεξετάζονται στο πλαίσιο μιας κοινοτικής συζήτησης, στην οποία συμμετέχουν όλο το προσωπικό και οι πελάτες- ο πελάτης συνεχίζει στη συνέχεια να εργάζεται πάνω σε αυτούς τους στόχους κατά τη διάρκεια των υπόλοιπων τριών θεραπευτικών ομάδων της ημέρας.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ συμβούλου και πελάτη στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου είναι σχετικά αδόμητη, καθώς ο σύμβουλος παρακολουθεί τη διαδικασία και το περιεχόμενο των όσων ο πελάτης φέρνει στην ομαδική ή ατομική συνεδρία σε σχέση με τους θεραπευτικούς στόχους. Ο σύμβουλος δημιουργεί δομή μέσα στη συνεδρία διατηρώντας έναν ερμηνευτικό ρόλο που βοηθά τον πελάτη να οδηγηθεί πιο κοντά στα υποκείμενα

ζητήματα των ψυχολογικών ευπαθειών και στα δυναμικά ζητήματα της αφοσίωσης στους γονείς και τους σημαντικούς άλλους και στις συγκρούσεις σχετικά με την κίνηση του πελάτη προς την υγεία.

Ακολουθεί ένα σύντομο κείμενο μιας συνεδρίας με ένα 13χρονο κορίτσι με διπλή διάγνωση που δείχνει ξεκάθαρα πώς ο σύμβουλος διατηρεί αυτή την ερμηνευτική δομή και θέση, ενώ ακολουθεί την καθοδήγηση του πελάτη όσον αφορά το περιεχόμενο και τη διαδικασία της συνεδρίας. Ο ημερήσιος στόχος αυτής της έφηβης πελάτισσας ήταν να συζητήσει για την παρακολούθηση των συναντήσεων των ΑΑ και να μιλήσει για τα συναισθήματά της σχετικά με αυτή την παρακολούθηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο σύμβουλος γνώριζε το οικογενειακό ιστορικό της έφηβης πελάτισσας που είχε μια αλκοολική μητέρα και ένα αδελφό που ήταν εθισμένος στα ναρκωτικά. Και τα δύο αυτά μέλη της οικογένειας εξακολουθούσαν να κάνουν ενεργή χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυτής της νεαρής γυναίκας. Επίσης, αυτή η νεαρή γυναίκα είχε βιώσει το θάνατο ενός μικρότερου αδελφού 5 χρόνια πριν από τη θεραπεία της.

Πελάτης: Δεν πηγαίνω σε καμία συνάντηση των ΑΑ. Αυτό είναι ηλίθιο, και δεν υπάρχει περίπτωση να πάω, οπότε μην μπαίνετε καν στον κόπο με την ψυχολογία.

Σύμβουλος: Κάτι σας θυμώνει πραγματικά σχετικά με τον κανόνα για το να πηγαίνετε στις συναντήσεις. Αναρωτιέμαι τι σας ενοχλεί πραγματικά σε αυτό;

Πελάτης: Τι σε προβληματίζει; Σας είπα, είναι μπουρδες και δεν πρόκειται να πάω. Μισώ αυτό το μέρος.

Σύμβουλος: Βλέποντας πόσο αναστατωμένη είσαι αναρωτιέμαι πώς μπορεί να είναι να σου ζητείται να πας στους ΑΑ για να φροντίσεις τον εαυτό σου όταν η μαμά σου και ο αδελφός σου εξακολουθούν να κάνουν χρήση. Κανείς δεν τους βοηθάει. Είναι πραγματικά άδικο να πρέπει να μάθεις να γίνεσαι καλά και να φροντίζεις τον εαυτό σου.

Πελάτης (μαλακώνει): Ναι. Γιατί δεν πρέπει να φύγουν; Είμαι μόνο 13 ετών!

Σύμβουλος: Θα ήταν το όνειρό μου για εσάς να γίνει υγιής όλη η οικογένειά σας μαζί. (Παύση. Ο πελάτης γνέφει.) Αλλά φαίνεται ότι ίσως χρειαστεί να έχεις το θάρρος να είσαι η πρώτη. Έχεις δίκιο, δεν είναι δίκαιο.

Πελάτης (με δάκρυα στα μάτια): Είναι τόσο δύσκολο. Κανείς δεν το καταλαβαίνει.

Σύμβουλος: Έχεις δίκιο. Πρέπει να είναι πολύ δύσκολο να εμπιστεύεσαι αυτά που λέει το προσωπικό εδώ πάνω τους αυτή τη στιγμή.

Πελάτης (γνέφει, ακόμα δακρυσμένος): Μακάρι να ερχόντουσαν στις συναντήσεις μαζί μου.

Σύμβουλος: Αυτό θα ήταν υπέροχο. (Παύση.) Θα σκεφτείτε να πάτε στις συναντήσεις εδώ με κάποιους από τους συνομηλίκους σας και να συνεχίσετε να μιλάτε για όλα αυτά που μόλις μου είπατε;

Πελάτης: Ναι, μάλλον προς το παρόν.

Σε αυτό το σύντομο αντίγραφο, τα ασυνείδητα ζητήματα αντίστασης του έφηβου πελάτη βοηθούνται να έρθουν στη συνειδητή επίγνωση από την ευαίσθητη ενσωμάτωση των υποκείμενων δυναμικών θεμάτων από τον σύμβουλο στην ανατροφοδότηση προς τον έφηβο. Η πελάτισσα, θέτοντας ως στόχο την παρακολούθηση των ΑΑ, μπόρεσε να παρουσιάσει την ασυνείδητη αντίστασή της και να κινηθεί προς τον αποχωρισμό από τα ανθυγιεινά μέλη της οικογένειας και τη μεγαλύτερη αυτό-φροντίδα μέσω της διερεύνησης αυτής της αντίστασης. Η πελάτισσα αυτή κατάφερε τελικά να διατηρήσει τη νηφαλιότητά της, να παρακολουθήσει τους ΑΑ και να βιώσει σημαντική βελτίωση στην αυτό-φροντίδα της τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Σε αυτό το μοντέλο, η αντίσταση θεωρείται πάντα σημαντική. Ο σύμβουλος όχι μόνο δομεί την ανατροφοδότηση προς το θέμα της παρακολούθησης των 12 βημάτων και την έντονη αντίσταση του πελάτη σε αυτό, αλλά επίσης διευρύνει το θέμα για να ενσωματώσει την απειλητική και συντριπτική επίδραση που σχετίζεται με την αντίσταση του πελάτη στην αυτό-φροντίδα.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Τα ζητήματα της άρνησης, της αντίστασης, της αργοπορίας και των χαμένων ραντεβού δεν θεωρούνται τόσο ως κλινικά προβλήματα όσο ως διάφορες εκδηλώσεις της αμφιθυμίας του έφηβου πελάτη προς την αποχή, την ανάρρωση και τη συναισθηματική θεραπεία.

Στο πλαίσιο αυτού του στυλ συμβουλευτικής, τα ζητήματα αυτά θεωρούνται όχι μόνο φυσιολογικά και προβλέψιμα αλλά και αναπόφευκτα και πολύτιμα. Από πλευράς συμπεριφοράς, στους έφηβους πελάτες τίθενται όρια και τιμωρούνται για αργοπορίες ή απουσίες μέσω της πτώσης της κατάστασης "επιπέδου" τους και της συζήτησης της συμπεριφοράς τους στην κοινότητα. Οι έφηβοι πελάτες ενθαρρύνονται να εξετάσουν την αμφιλεγόμενη συμπεριφορά τους και να διατυπώσουν τη δική τους υπόθεση σχετικά με τη φύση, την αιτία και τη λύση της.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Τα πιο λεπτά ζητήματα της άρνησης και της αντίστασης αντιμετωπίζονται στο κλινικό πλαίσιο της προόδου του κάθε έφηβου πελάτη στη θεραπεία. Και πάλι, ενθαρρύνεται να διερευνήσει τα αμφίσημα συναισθήματα αντί να αρνείται, να καταπιέζει ή να παραμορφώσει την προσωπική του έκφραση προκειμένου να συμμορφωθεί με τις προσδοκίες του.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κρίσεων

Το μοντέλο CCATS έχει ενσωματωμένες πολιτικές και διαδικασίες για την αντιμετώπιση κρίσεων. Στις υπηρεσίες περιλαμβάνεται η πρόσβαση σε μια 24ωρη υπηρεσία παρέμβασης σε κρίσεις μέσω του νοσοκομείου για τους έφηβους πελάτες και τις οικογένειές τους. Οι έφηβοι πελάτες μπορούν επίσης να νοσηλευτούν για σύντομο χρονικό διάστημα στην ενδο-νοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα όταν παρουσιάζουν οξεία καταθλιπτικά συμπτώματα και ενεργητικό ή παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό. Η εμπειρία της κρίσης ενσωματώνεται πάντα στη σχέση του εφήβου με τον ατομικό του σύμβουλο και στο περιβάλλον του CCATS.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Η ανταπόκριση του συμβούλου στα σφάλματα ή τις υποτροπές ενός έφηβου πελάτη θεωρείται κρίσιμη πτυχή τόσο της συνολικής φιλοσοφίας της θεραπείας όσο και, πιο κεντρικά, της ατομικής σχέσης μεταξύ του συμβούλου και του πελάτη του. Ο σύμβουλος ανταποκρίνεται με ενσυναίσθηση, βοηθώντας τον έφηβο πελάτη να διερευνήσει τα πρόδρομα στοιχεία της υποτροπής και δίνοντάς του την ευκαιρία να διερευνήσει τα συναισθήματα αμφιθυμίας προς την αποχή και το πλήρες φάσμα των συναισθημάτων προς την εμπειρία της υποτροπής. Ο έφηβος πελάτης συχνά βλέπει την εμπειρία της υποτροπής ως καίριας σημασίας για την ικανότητά του να δεσμευτεί στην αποχή αφού διερευνήσει τις πραγματικές επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών στη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τις σχέσεις του. Ο σύμβουλος διαμορφώνει το σφάλμα ως μια ευκαιρία να μάθει και να δεσμευτεί για αποχή, χωρίς να υποβαθμίζει τον αντίκτυπο ή τη σοβαρότητα της πιθανότητας υποτροπής στο μέλλον.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας ή των κηδεμόνων, όπως περιγράφηκε προηγουμένως, θεωρείται απαραίτητη για την επιτυχία του έφηβου πελάτη. Μια μοναδική δομή του μοντέλου CCATS είναι η ένταξη του χορηγού - καθοδηγητή (sponsor) των ΑΑ του εφήβου στη θεραπεία.

Οι έφηβοι πελάτες υποχρεούνται να αποκτήσουν χορηγό- καθοδηγητή ΑΑ ή ΝΑ εντός των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας και με τη σειρά τους να προσκαλέσουν τον χορηγό τους να συμμετάσχει σε μια κοινή συνάντηση με τους γονείς τους στο σπίτι και με τον κύριο σύμβουλό τους κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας του προγράμματος. Η συμμετοχή αυτή διασφαλίζει ότι οι έφηβοι πελάτες αποκτούν ανάδοχο και επίσης επικοινωνεί τη σημασία που αποδίδει το κλινικό προσωπικό στη χρήση εξωτερικών υποστηρικτικών σχέσεων στα προγράμματα 12 βημάτων για τη συνεχή νηφαλιότητα και

τη συναισθηματική ευημερία των πελατών. Ένα έμμεσο μήνυμα μεταδίδεται επίσης στον έφηβο πελάτη στο πλαίσιο της ατομικής σχέσης πελάτη-συμβούλου μέσω αυτής της εμπλοκής: το γεγονός ότι ο σύμβουλος μπορεί να ανεχθεί τη φροντίδα και τη στοργική σχέση του εφήβου με άλλους υποστηρικτικούς ενήλικες. Ο θεραπευτικός χαρακτήρας αυτής της στάσης είναι επιτακτικός για τους εφήβους που είχαν γονείς ή φροντιστές με οριακή ή ναρκισσιστική παθολογία.

10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προκειμένου η θεραπεία να έχει μακροχρόνιο αντίκτυπο στους εφήβους που πάσχουν από συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές κατάχρησης ναρκωτικών, πρέπει να αντιμετωπιστούν οι μακροχρόνιες και υπερπροσδιορισμένες ψυχολογικές ευπάθειες του έφηβου πελάτη. Ο χημικός εθισμός και η κατάχρηση ναρκωτικών πρέπει να αντιμετωπίζονται μέσω μιας δομημένης ψυχοεκπαιδευτικής μορφής θεραπείας που ενσωματώνει τις τεχνικές της ψυχοδυναμικής ερμηνείας της αντίστασης, την αποδοχή της αμφιθυμίας και της υποτροπής ως αναπτυξιακών πτυχών της διαδικασίας ανάρρωσης και την παραπομπή των πελατών σε ομάδες υποστήριξης 12 βημάτων. Στο πλαίσιο μιας υποστηρικτικής και ενσυναισθητικής ατομικής σχέσης με τον έφηβο πελάτη, η αποκάλυψη και η εκ νέου βίωση του καταπιεσμένου συναισθήματος που φαίνεται να προϋπάρχει και να συνυπάρχει με τη χημική εξάρτηση επιτυγχάνεται μέσω της θέσπισης σταθερών, συνεπών και αξιόπιστων ορίων και περιορισμών που περιλαμβάνουν την αναπλαισίωση και την ερμηνεία της αντίστασης του έφηβου πελάτη να βιώσει το συναίσθημα.

Για τους εφήβους που επομένως χρησιμοποιούν σχεδόν αποκλειστικά δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης εξωτερικευμένης φύσης (π.χ. κατάχρηση ναρκωτικών, διαταραχή συμπεριφοράς), ο θεραπευτικός στόχος της ανάπτυξης των εναλλακτικών μηχανισμών αντιμετώπισης του εντοπισμού, της βίωσης, της ανοχής και της λεκτικής έκφρασης των συναισθηματικών σταδίων του θυμού, της απογοήτευσης, της θλίψης και της απογοήτευσης γίνεται το επίκεντρο της θεραπείας. Αυτή η εστίαση στη συναισθηματική "ανάκτηση" επιτυγχάνεται μόνο στο πλαίσιο μιας έμπιστης και αξιόλογης ατομικής σχέσης, όπου ο πελάτης αναστέλλει (έστω και στιγμιαία στην αρχή) την πλήρη εξάρτησή του από προσωπικές αμυντικές στάσεις. Μέσω αυτής της σχέσης εμπιστοσύνης και της αναστολής των αμυντικών στάσεων, ο έφηβος πελάτης μπορεί να αρχίσει να μαθαίνει και να προβάλλει την κοσμοθεωρία που περιγράφεται στα 12 βήματα των ΑΑ, όπου ο πελάτης, αφού παραδεχτεί τη ματαιότητα της αυταπάτης του παντοδύναμου ελέγχου της πραγματικότητας, έρχεται να πιστέψει ότι δεν είναι μόνος του και ότι μπορεί να στηριχθεί σε άλλους για φροντίδα και ανατροφή ώστε να αντέξει τη σημαντική ψυχιατρική αρνητική πίεση (psychiatric distress) χωρίς να ενεργεί σε μια προσπάθεια να εκτονώσει αυτό το συναίσθημα. Ο σύμβουλος πρέπει να λαμβάνει συνεχή κλινική

εποπτεία με ψυχοδυναμικό προσανατολισμό για να διατηρήσει το επίπεδο ενδοσκόπησης και ευαισθησίας που απαιτούν οι ρευστές προσδοκίες ρόλων αυτού του μοντέλου και οι έντονες συναισθηματικές απαιτήσεις της σταθερής και συνεπούς οριοθέτησης με τους πελάτες που υποτιμούν, χρησιμοποιούν σωματική και λεκτική συμπεριφορά και αντιστέκονται στην έκφραση άλλων συναισθημάτων εκτός από το θυμό.

Αν και αυτή η ατομική σχέση θεωρείται το πλαίσιο, μέσω του οποίου αποδίδονται πολλές πτυχές της αλλαγής συμπεριφοράς, η δομή και το περιεχόμενο των ομαδικών εμπειριών έχουν σχεδιαστεί για να επιτρέπουν στους πελάτες να διερευνούν την αμφιθυμία και τα κίνητρα και να αποκτούν εικόνα για τον αντίκτυπο της χρήσης ναρκωτικών στη ζωή τους. Η γνωστική, συμπεριφορική εστίαση στην εγκαθίδρυση της αποχής θέτει τις βάσεις για την περαιτέρω διερεύνηση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τους υποτιθέμενους αιτιολογικούς παράγοντες του εθισμού στα ναρκωτικά. Αν και αυτοί οι υποκείμενοι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται δευτερεύοντες σε σχέση με την εγκαθίδρυση της αρχικής αποχής, η μακροπρόθεσμη διατήρηση της αποχής θεωρείται ότι σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα του έφηβου πελάτη να αναλάβει την ευθύνη για την αυτοφροντίδα, να αναπτύξει εναλλακτικούς, πιο ώριμους μηχανισμούς άμυνας και να ξεκινήσει τη διαδικασία συναισθηματικής έκφρασης και την εγκαθίδρυση ουσιαστικών στενών σχέσεων με άλλους. Μια φράση που χρησιμοποιείται για να διδάξει αυτή την αλήθεια στον έφηβο πελάτη επαναλαμβάνεται συχνά στο θεραπευτικό περιβάλλον: "Για να παραμείνεις καθαρός, πρέπει να μάθεις να αντικαθιστάς το ναρκωτικό της επιλογής σου με ανθρώπινες σχέσεις".

Στο πλαίσιο μιας θερμής και υποστηρικτικής σχέσης μεταξύ συμβούλου και πελάτη, ερμηνεύονται και δημιουργούνται όλοι οι στόχοι και οι σκοποί της θεραπείας. Ο σύμβουλος γίνεται ο "αρκετά καλός" γονέας που λειτουργεί ως δάσκαλος, ιστορικός, γονέας, προπονητής και καθοδηγητής του έφηβου πελάτη καθώς βιώνει τα συναισθήματα που είναι από καιρό θαμμένα κάτω από την προηγουμένως λειτουργική άμυνα της χημικής κατάχρησης.

Για να μπορέσει ο έφηβος πελάτης να απαλλαγεί από την εξάρτησή του από τις ισχυρές, αυτοθεραπευτικές πτυχές της χημικής κατάχρησης, ο σύμβουλος πρέπει να μεταδώσει τόσο άμεσα όσο και έμμεσα το μήνυμα ότι οι ανθρώπινες σχέσεις μπορούν να είναι ελπιδοφόρες, στοργικές και υποστηρικτικές.

Μέσα από τη διερεύνηση των αναπόφευκτων απογοητεύσεων μέσα στην ατομική θεραπευτική σχέση, ο έφηβος πελάτης μπορεί να μάθει ότι τα έντονα συναισθήματα που μπορεί να βιώνει σε αυτές τις στιγμές, μεταφέροντας τραυματισμούς που υπέστη στο πλαίσιο των πρωταρχικών σχέσεων με σημαντικούς άλλους, μπορούν να διαχειριστούν μέσα από μια κοσμοθεωρία απόλυτης πίστης στην αξία της ικανότητας κάθε ατόμου να

δίνει και να λαμβάνει φροντίδα και αγάπη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bukstein, O.; Glancy, L.J.; and Kaminer, Y. Patterns of affective co-morbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(6):1041-1049, 1992.

Christie, K.A.; Burke, J.E.; Reiger, D.A.; Rae, D.S.; Boyd, J.H.; and Locke, B.Z. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *J Psychiatry* 145:971-975, 1988.

Deykin, E.Y.; Levy, J.C.; and Wells, V. Adolescent depression, alcohol, and drug abuse. *J Public Health* 79:178-182, 1987. Engel, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137(5):535-544, 1980.

Fairbairn, W.R.D. *Psychoanalytic Studies of the Personality*. 7th ed. London: Routledge and Kegan Paul, 1981.

Khantzian, E.J. The ego, the self and opiate addiction: Theoretical and treatment conditions. *Int Rev Psychoanal* 5:189-198, 1978.

Khantzian, E.J.; Halliday, K.S.; and McAuliffe, W.E. *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*. New York: Guilford Press, 1990.

Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 1991. Newcombe, M.D.; Maddihian, E.; and Bentler, P.M. Risk factors for drug use among adolescents, concurrent and longitudinal analyses. *Am J Public Health* 76:525-531, 1986.

Prochaska, J., and DiClemente, C. *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin, 1984.

Wood, B.L. *Children of Alcoholism: The Struggle for Self and Intimacy in Adult Life*. New York: New York University Press, 1988.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Special acknowledgment to Fran Walczak B.S.R.N., CCATS Coordinator, for collaboration and supervision in the creation of the dual-diagnosis treatment model

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Elizabeth Driscoll Jorgensen, C.A.C. Coordinator of Adolescent Substance Abuse Services
Richard Salwen, Ph.D. Director Department of Behavioral Health, Center for Child and
Adolescent Treatment Services The Danbury Hospital 196 Osborne Street Danbury, CT 06877

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΘΙΣΜΟ

Delinda Mercer

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1 Γενική περιγραφή προσέγγισης

Η συμβουλευτική εξάρτησης ασχολείται με τα συμπτώματα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και τους συναφείς τομείς της μειωμένης λειτουργικότητας, καθώς και με το περιεχόμενο και τη δομή του τρέχοντος προγράμματος αποκατάστασης του πελάτη. Αυτό το μοντέλο συμβουλευτικής εθισμού είναι μια χρονικά περιορισμένη προσέγγιση που επικεντρώνεται στην αλλαγή συμπεριφοράς, στην ιδεολογία και τα εργαλεία 12 βημάτων για την ανάρρωση και στη συμμετοχή στην αυτοβοήθεια.

1.2 Σκοποί και στόχοι της προσέγγισης

Ο πρωταρχικός στόχος της συμβουλευτικής για τον εθισμό είναι να βοηθήσει τον πελάτη να επιτύχει και να διατηρήσει την αποχή από τις εθιστικές χημικές ουσίες και συμπεριφορές. Ο δευτερεύων στόχος είναι να βοηθηθεί ο πελάτης να ανακάμψει από τη ζημιά που έχει προκαλέσει ο εθισμός στη ζωή του.

1.3 Θεωρητικό υπόβαθρο /Μηχανισμός Δράσης

Η συμβουλευτική εθισμού λειτουργεί βοηθώντας πρώτα τον πελάτη να αναγνωρίσει την ύπαρξη ενός προβλήματος και τη σχετική παράλογη σκέψη. Στη συνέχεια, ο πελάτης ενθαρρύνεται να επιτύχει και να διατηρήσει την αποχή και στη συνέχεια να αναπτύξει τις απαραίτητες ψυχοκοινωνικές δεξιότητες και την πνευματική ανάπτυξη για να συνεχίσει την ανάρρωση εφ' όρου ζωής.

1.4 Παράγοντας της αλλαγής

Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου συμβουλευτικής για τον εθισμό, ο παράγοντας της αλλαγής είναι ο πελάτης. Ο πελάτης πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για την εκπόνηση ενός προγράμματος ανάρρωσης. Ωστόσο, παρόλο που η ανάρρωση είναι τελικά έργο του πελάτη, ενθαρρύνεται να λάβει μεγάλη υποστήριξη από άλλους, όπως ο σύμβουλος του πελάτη, το θεραπευτικό προσωπικό, τον ανάδοχο, τους συνομηλίκους του που είναι ελεύθεροι από ναρκωτικά ή αναρρώνουν και τα μέλη της οικογένειας.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης/εξάρτησης - Αιτιολογικοί παράγοντες

Η κατάχρηση ναρκωτικών θεωρείται ότι είναι ένας πολυδιάστατος, δυσπροσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής που συχνά γίνεται συνήθεια και οδηγεί σε προοδευτική επιδείνωση των συνθηκών ζωής. Η εξοικείωση με την κατάχρηση ναρκωτικών είναι ο εθισμός, που θεωρείται αυτοτελής ασθένεια, η οποία βλάπτει τον εξαρτημένο σωματικά, ψυχικά και πνευματικά. Η αιτιολόγηση δεν αποτελεί εξέχουσα εστίαση της θεραπείας.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Επειδή αυτό το μοντέλο συμβουλευτικής για τον εθισμό είναι χρονικά περιορισμένο και επικεντρώνεται στην αλλαγή της συμπεριφοράς και στην ιδεολογία και τη συμμετοχή στα 12 βήματα, οι πιο παρόμοιες προσεγγίσεις είναι η βραχυπρόθεσμη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για τη θεραπεία του εθισμού ή η βραχυπρόθεσμη συμβουλευτική με βάση την προσέγγιση των 12 βημάτων για την ανάκαμψη/ανάρρωση.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Οι πιο ανόμοιες προσεγγίσεις είναι η παραδοσιακή προσέγγιση, όπως παρέχεται σε μια θεραπευτική κοινότητα, όχι λόγω του περιεχομένου, αλλά λόγω της μορφής που πιθανώς θα είναι πιο τιμωρητική και συγκρουσιακή και θα σέβεται λιγότερο τον πελάτη, και η ανοιχτή, μη κατευθυντική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Αυτό το μοντέλο συμβουλευτικής έχει αναπτυχθεί για χρήση σε ατομικά και ομαδικά πλαίσια.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Αυτό το μοντέλο αναπτύχθηκε για χρήση στο πλαίσιο ενός προγράμματος θεραπείας εθισμού σε εξωτερικούς ασθενείς. Θα μπορούσε, ωστόσο, να προσαρμοστεί εύκολα για χρήση σε πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής περίθαλψης με την ακόλουθη

τροποποίηση: Να προβλέπει να καλύπτει 6 μήνες, και συνήθως η ενδονοσοκομειακή θεραπεία να διαρκεί 4 έως 10 ημέρες για την αποτοξίνωση και έως 28 ημέρες για την αποκατάσταση. Το μοντέλο θα μπορούσε να τροποποιηθεί ώστε να προσφέρει συνεδρίες συχνότερα σε μικρότερο χρονικό διάστημα.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Αυτό το μοντέλο είναι προοδευτικό και χρονικά περιορισμένο: η ενεργός φάση της θεραπείας διαρκεί 6 μήνες και υπάρχουν συνεδρίες παρακολούθησης έως και 1 έτος. Για την ατομική θεραπεία, υπάρχουν δύο συνεδρίες την εβδομάδα για 3 μήνες και στη συνέχεια μία συνεδρία την εβδομάδα για 3 μήνες. Η φάση παρακολούθησης περιλαμβάνει μία συνεδρία κάθε δεύτερη εβδομάδα για 3 μήνες, ακολουθούμενη από μία συνεδρία το μήνα για 3 μήνες.

Το ομαδικό μέρος της θεραπείας είναι δύο φορές την εβδομάδα για 2 μήνες και στη συνέχεια μία φορά την εβδομάδα για 4 μήνες. Μια ομάδα προχωρημένης ανάκαμψης για τους πελάτες μετά τους 6 μήνες θα ήταν αναμφίβολα χρήσιμη, αλλά δεν αναπτύχθηκε στο πλαίσιο αυτών των εγχειριδίων θεραπείας.

Οι μεμονωμένες συνεδρίες θα πρέπει να διαρκούν από 45 έως 50 λεπτά, οι ομάδες να διαρκούν 1½ ώρα, συμπεριλαμβανομένων περίπου 15 λεπτών για τη συλλογή δεδομένων ούρων και αλκοτέστ.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπειών

Αυτά τα εγχειρίδια για τη συμβουλευτική εθισμού, όπως αναπτύχθηκαν για ατομική και ομαδική συμβουλευτική, σχεδιάστηκαν για να αποτελέσουν συστατικά στοιχεία ενός πιο ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος. Σε συνδυασμό με την αποτοξίνωση, τις αρχικές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές αξιολογήσεις και τη συνεχή συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας, η ατομική και ομαδική συμβουλευτική για τον εθισμό μπορεί να αποτελέσει ένα πλήρες θεραπευτικό πακέτο. Ωστόσο, οι θεραπείες αυτές μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, άλλες ιατρικές θεραπείες (π.χ. βελονισμό), οικογενειακή θεραπεία ή θεραπεία ζευγαριών ή επαγγελματική ψυχοθεραπεία.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα αυτοβοήθειας θεωρείται εξαιρετικά πολύτιμο βοήθημα για την ανάρρωση/ανάκαμψη. Βοηθά τα άτομα που αναρρώνουν να αναπτύξουν ένα κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης εκτός του θεραπευτικού τους προγράμματος, διδάσκει τις δεξιότητες που απαιτούνται για την ανάρρωση και βοηθά τους πελάτες να αναλάβουν την

ευθύνη για τη δική τους ανάρρωση.

Εκτός από την ενθάρρυνση των πελατών να παρακολουθούν ομάδες αυτοβοήθειας τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα και να εντοπίζουν έναν χορηγό/καθοδηγητή, το πρόγραμμα συμβουλευτικής εθισμού εκπαιδεύει τους πελάτες σχετικά με το πρόγραμμα 12 βημάτων και ενσωματώνει πολλές από τις έννοιες του στο περιεχόμενο της συμβουλευτικής. Η υπέρβαση της άρνησης, η απομάκρυνση από αρνητικούς ανθρώπους, μέρη και πράγματα, ο προσωπικός απολογισμός, η επεξεργασία των ελαττωμάτων του χαρακτήρα και η πνευματικότητα στην ανάρρωση είναι μερικές από τις έννοιες που εξετάζονται στο περιεχόμενο των συμβουλευτικών συνεδριών.

Όσον αφορά τα προγράμματα 12 βημάτων έναντι άλλων προγραμμάτων, υποστηρίζεται η συμμετοχή σε οποιοδήποτε νόμιμο πρόγραμμα αυτοβοήθειας προς το οποίο κλίνει ο πελάτης, όπως το Rational Recovery και το Women for Sobriety. Ωστόσο, επειδή η προσέγγιση των 12 βημάτων για την ανάρρωση είναι γνωστή, ευρύτερα διαθέσιμη και έχει αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος των προγραμμάτων ανάρρωσης/ανάκαμψης πολλών εξαρτημένων, αυτή είναι η προσέγγιση στη συμβουλευτική για τον εθισμό που χρησιμοποιείται.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Για τους σκοπούς του ερευνητικού πρωτοκόλλου, για το οποίο σχεδιάστηκε αυτή η θεραπεία, η εκπαιδευτική απαίτηση για τον σύμβουλο εθισμού σε ομάδες ή ατομικά, δεν ήταν υψηλότερη από ένα μεταπτυχιακό δίπλωμα. Το εύρος της εκπαίδευσης είναι από το πτυχίο συνεργάτη έως το μεταπτυχιακό σε έναν τομέα των ανθρώπινων υπηρεσιών.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Οι σύμβουλοι πρέπει να έχουν τουλάχιστον 3ετή εμπειρία στη συμβουλευτική εθισμού και να γνωρίζουν και να χρησιμοποιούν το μοντέλο των 12 βημάτων. Οι σύμβουλοι ομάδων πρέπει επίσης να έχουν εμπειρία στην καθοδήγηση ομάδων. Τα επαγγελματικά πιστοποιητικά για τους συμβούλους εθισμού (στην Πενσυλβάνια, Associate Addiction Counselor [A.A.C.] και Certified Addiction Counselor [C.A.C.]) ενθαρρύνονται αλλά δεν απαιτούνται. Οι σύμβουλοι συχνά αποκτούν διαπιστευτήρια αφού έχουν εργαστεί με ιδρύματα για κάποιο χρονικό διάστημα.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Πολλοί σύμβουλοι σε αυτόν τον τομέα είναι είτε οι ίδιοι σε ανάρρωση είτε είχαν

κάποιο μέλος της οικογένειάς τους που ήταν εξαρτημένο. Η βαθιά γνώση του εθισμού και των εργαλείων για την ανάρρωση και η ικανότητα ενσυναίσθησης με τον πελάτη είναι απαραίτητα για έναν σύμβουλο εθισμού. Ένας τρόπος για να αναπτύξει ο σύμβουλος αυτές τις γνώσεις και την ικανότητα είναι να βρίσκεται σε ανάρρωση. Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να είναι σχετικά υγιής και να μπορεί να επιδείξει τουλάχιστον 5 χρόνια ανάρρωσης. Η καλύτερη κατάσταση είναι ένα μείγμα συμβούλων που αναρρώνουν και μη εξαρτημένων, διότι αυτό προάγει τη μέγιστη δυνατή μάθηση ο ένας από τον άλλο.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Οι σύμβουλοι εθισμού θα πρέπει να επιδεικνύουν καλή επαγγελματική κρίση, να είναι σε θέση να εγκαθιδρύσουν σχέση με τους περισσότερους πελάτες, να είναι καλοί ακροατές, να αποδέχονται τον πελάτη για αυτό που είναι (και να μην έχουν αρνητική στάση απέναντι στην εργασία με τους εξαρτημένους) και να χρησιμοποιούν την αντιπαράθεση με χρήσιμο τρόπο έναντι του ακατάλληλου ή υπερβολικά τιμωρητικού. Ένας καλός σύμβουλος εθισμού πρέπει επίσης να είναι προσωπικά οργανωμένος, ώστε να είναι άμεσος σε όλες τις συνεδρίες και ικανός να διατηρεί επαρκή τεκμηρίωση.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές συμβούλου

Ο σύμβουλος θα εκτελεί τα ακόλουθα καθήκοντα συμπεριφοράς.

1. Βοηθά τον πελάτη να παραδεχτεί ότι πάσχει από την ασθένεια του εθισμού.
2. Διδάσκει τον πελάτη για τον εθισμό και για τα εργαλεία της ανάρρωσης/ανάκαμψης.
3. Ενθαρρύνει και παρακινεί τον πελάτη.
4. Παρακολουθεί την αποχή κάνοντας συχνές εξετάσεις ούρων για ναρκωτικά και αλκοτέστ και ενθαρρύνοντας την αυτοαναφορά τυχόν υποτροπής.
5. Αναλύει κάθε υποτροπή και αποθαρρύνει έντονα την περαιτέρω χρήση.
6. Παρουσιάζει ή επανεξετάζει τη φιλοσοφία των 12 βημάτων και ενθαρρύνει την τακτική παρακολούθηση ενός προγράμματος αυτοβοήθειας.
7. Παρέχει υποστήριξη και ενθαρρύνει την ανάπτυξη ενός δικτύου υποστήριξης.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος δεν πρέπει να είναι αυστηρά επικριτικός απέναντι στις εθιστικές συμπεριφορές του πελάτη. Αν ο πελάτης δεν έπασχε από εθισμό δεν θα χρειαζόταν

συμβουλευτική για τα ναρκωτικά, οπότε είναι ανώφελο να κατηγορείται ο πελάτης για την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων.

Επίσης, επειδή οι πελάτες συχνά αισθάνονται μεγάλη ντροπή και ενοχή που σχετίζονται με τις εθιστικές τους συμπεριφορές, για να βοηθηθούν στην επίλυση αυτών των συναισθημάτων είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται να μιλούν με ειλικρίνεια για τη χρήση ναρκωτικών και άλλες εθιστικές συμπεριφορές και να αποδέχονται την ιστορία του κάθε πελάτη. Είναι επίσης σημαντικό ο σύμβουλος να σέβεται τους πελάτες. Ο σύμβουλος δεν πρέπει να αργεί στα ραντεβού και δεν πρέπει ποτέ να μεταχειρίζεται ή να μιλάει με τους πελάτες με ασεβή τρόπο.

Ο σύμβουλος θα πρέπει να αποφεύγει την υπερβολική αυτοαποκάλυψη. Ενώ η περιστασιακή κατάλληλη αυτοαποκάλυψη μπορεί να βοηθήσει τον πελάτη να ανοιχτεί ή να τον παρακινήσει παρέχοντας ένα πρότυπο, η υπερβολική αυτοαποκάλυψη απομακρύνει την προσοχή από την ανάρρωση του πελάτη. Ένας καλός κανόνας σχετικά με την αυτοαποκάλυψη, αν ο σύμβουλος έχει την τάση, είναι ο σύμβουλος να έχει πρώτα έναν σαφή σκοπό ή στόχο για την παρέμβαση και στη συνέχεια να σκεφτεί γιατί επιλέγει την αυτοαποκάλυψη αυτή τη στιγμή.

Τέλος, ο σύμβουλος θα πρέπει να γνωρίζει πότε τα δικά του θέματα διεγείρονται από τα προβλήματα του πελάτη και, ως εκ τούτου, να αποφεύγει να απαντά στον πελάτη από τη δική του δυναμική. Για παράδειγμα, αν ένας σύμβουλος σε ανάρρωση θεωρεί εξαιρετικά σημαντικό να σπάσει τους δεσμούς με τους εξαρτημένους συνομηλίκους, αλλά ένας συγκεκριμένος πελάτης με εξαρτημένο σύζυγο ή σύντροφο δεν μπορεί να απελευθερωθεί από τη σχέση, είναι απαραίτητο ο σύμβουλος να ανταποκριθεί ευέλικτα και δημιουργικά στην αντίληψη του πελάτη για την κατάσταση και να μην εμμένει άκαμπτα στην αντίληψη ότι η διακοπή των δεσμών με όλους τους εξαρτημένους είναι ο μόνος τρόπος για την ανάρρωση.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Η συνεχής εποπτεία αποτελεί απαραίτητο μέρος της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των συμβούλων. Η έλλειψη επαρκούς εποπτείας μπορεί να συμβάλει στο άγχος των συμβούλων και στην επαγγελματική εξουθένωση, τα οποία παρατηρούνται συχνά.

Ο απώτερος στόχος της εποπτείας είναι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των πελατών. Η εστίαση για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι διττή. Πρώτον, είναι κεντρικής σημασίας ο επόπτης να παρέχει υποστήριξη και ενθάρρυνση στον σύμβουλο μαζί με την ευκαιρία να διευρύνει τις δεξιότητές του. Δεύτερον, είναι σημαντικό ο επόπτης να έχει την ευκαιρία να επανεξετάζει την κλινική κατάσταση των πελατών

και να προσφέρει προτάσεις ή διορθώσεις.

Η μορφή της εποπτείας είναι κάθε άτομο να έχει έναν επόπτη και να συναντάται με τον επόπτη για 1 ώρα μία φορά την εβδομάδα για να επανεξετάσει τις συνεδρίες συμβουλευτικής. Οι ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής μαγνητοσκοπούνται και ο επόπτης είναι υπεύθυνος για την ακρόαση ενός ποσοστού και την αξιολόγησή τους, ως προς την τήρηση του εγχειριδίου συμβουλευτικής. Αυτή η ανατροφοδότηση δίνεται στην συνέχεια στον σύμβουλο

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ - ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο ρόλος του συμβούλου είναι να παρέχει υποστήριξη και εκπαίδευση και να θέτει τον πελάτη προ των ευθυνών του μέσω της μη επικριτικής αντιπαράθεσης. Ιδανικά, το άτομο που αναρρώνει βλέπει τον σύμβουλο ως σύμμαχο στον αγώνα για την επίτευξη της νηφαλιότητας

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Ο πελάτης πρέπει να μιλάει περισσότερο από τον σύμβουλο. Ο σύμβουλος θα πρέπει να δομεί τη συνεδρία και να παρέχει πληροφορίες και κατευθύνσεις, αλλά και να ακούει πολύ.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Ο σύμβουλος πρέπει να βρει μια ισορροπία μεταξύ του να είναι κατευθυντικός και να επιτρέπει στον πελάτη να αυτοκατευθύνεται. Ο σύμβουλος πρέπει να είναι κατευθυντικός με πολλούς τρόπους. Ο σύμβουλος επιβάλλει μια δομή συνεδρίας που περιλαμβάνει την παροχή ανατροφοδότησης σχετικά με τις πιο πρόσφατες εξετάσεις ούρων για ναρκωτικά και την πρόοδο του πελάτη στην ανάρρωση, καθώς και την επεξεργασία τυχόν επεισοδίων χρήσης ή παρ' ολίγον χρήσης. Ο σύμβουλος προσδιορίζει το σχετικό θέμα προς συζήτηση, με βάση αυτό που φαίνεται να χρειάζεται ο πελάτης, και εισάγει το θέμα αυτό.

Επίσης, ο σύμβουλος μπορεί να πιέσει άμεσα τον πελάτη να αλλάξει ορισμένες συμπεριφορές, για παράδειγμα να αρχίσει να παρακολουθεί τρεις συναντήσεις την εβδομάδα. Ωστόσο, ο πελάτης ενθαρρύνεται επίσης να είναι αυτοκατευθυνόμενος σε αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου θέματος, όπως η αντιμετώπιση της κοινωνικής πίεσης για χρήση, ο πελάτης θα εκτονώσει ή θα διερευνήσει την κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσει και ο σύμβουλος θα ανταποκριθεί στην κατεύθυνση του πελάτη. Επίσης, όταν ο πελάτης δεν είναι σε θέση να

αλλάξει μια εθιστική συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα να βρεθεί σε μια επικίνδυνη κατάσταση, η κατάλληλη αντίδραση του συμβούλου είναι να αποδεχτεί το σημείο στο οποίο βρίσκεται ο πελάτης και να βοηθήσει στη διερεύνηση του τι μπορεί να κάνει ο πελάτης για να χειριστεί την κατάσταση διαφορετικά την επόμενη φορά.

Τελικά, η ανάρρωση θεωρείται ευθύνη του πελάτη και ο σύμβουλος θέλει να ενθαρρύνει τις αυτοκατευθυνόμενες κινήσεις προς την ανάρρωση. Ωστόσο, ο σύμβουλος θα αποθαρρύνει τις κινήσεις προς τον εθισμό με διάφορους τρόπους, πολλοί από τους οποίους είναι κατευθυντικοί.

5.4 Θεραπευτική Συμμαχία

Είναι σημαντικό για τον σύμβουλο να δίνει στον πελάτη την αίσθηση της συνεργασίας και της σύμπραξης στη συμβουλευτική σχέση. Αυτό επιτυγχάνεται με τρεις τρόπους. Πρώτον, ο σύμβουλος θα πρέπει να διαθέτει εμπειριστατωμένη γνώση του εθισμού και του τρόπου ζωής των εξαρτημένων. Δεύτερον, ανεξάρτητα από το πόσο ειδικός είναι ο σύμβουλος στον τομέα, πρέπει να αναγνωρίζει ότι ο πελάτης είναι ο ειδικός στη συζήτηση για τη ζωή του. Ο σύμβουλος πρέπει να ακούει καλά, να συμπάσχει και να αποφεύγει να κρίνει. Τρίτον, ο σύμβουλος πρέπει να μεταφέρει στον πελάτη ότι έχει έναν σύμμαχο στον αγώνα του να σπάσει τον κύκλο του εθισμού. Η σχέση τους είναι μια σχέση συνεργασίας.

Γενικά, οι παρεμβάσεις που είναι πιο χρήσιμες για την προώθηση μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας (TA) είναι αυτές που περιλαμβάνουν την ενεργό ακρόαση του συμβούλου και που δίνουν έμφαση στη συνεργασία. Για παράδειγμα, αφού ο πελάτης αναφέρει μια υποτροπή, ο σύμβουλος μπορεί να πει με ενσυναίσθηση: "Ας εξετάσουμε τι συνέβη και ας αναπτύξουμε μαζί ένα σχέδιο που θα σε βοηθήσει να αποφύγεις τη χρήση την επόμενη φορά". Γλώσσα όπως αυτή τονίζει την κοινή προσπάθεια στη σχέση.

Αν η θεραπευτική συμμαχία (TA) αρχικά φαίνεται αδύναμη, ο σύμβουλος μπορεί να θεωρήσει χρήσιμο να ρωτήσει τον πελάτη τι δεν λειτουργεί στη σχέση. Συχνά ο πελάτης γνωρίζει τι θα μπορούσε να βελτιώσει τη θεραπευτική σχέση, αλλά δεν αισθάνεται αρκετά άνετα για να το αναφέρει, εκτός αν το κάνει ο σύμβουλος. Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να είναι πρόθυμος να δεχτεί ανατροφοδότηση από τον πελάτη και να κάνει αλλαγές αν χρειαστεί. Ανταποκρινόμενος σε ένα αίτημα αλλαγής, ο σύμβουλος δεν πρέπει να αισθάνεται πιεσμένος να αλλάξει ή να συμβιβαστεί με τη φιλοσοφία του για τον εθισμό, αλλά μόνο με τον τρόπο που σχετίζεται με τον πελάτη.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες καταλληλότεροι για αυτή την συμβουλευτική προσέγγιση

Αυτή η θεραπεία έχει αναπτυχθεί για ενήλικες άνδρες και γυναίκες εθισμένους στην κοκαΐνη. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί σε άτομα εθισμένα στο αλκοόλ και σε άτομα εθισμένα στην κοκαΐνη και σε άλλα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, της μαριχουάνας και των οπιούχων, τα οποία την βρήκαν κατάλληλη.

6.2 Πελάτες λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Τα άτομα με διπλή διάγνωση και σημαντική ψυχοπαθολογία απαιτούν πιθανώς περισσότερη προσοχή στην ψυχοπαθολογία από ό,τι παρέχει αυτή η προσέγγιση. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι εξαρτημένοι με μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία αποκομίζουν μεγαλύτερο όφελος από την ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική εθισμού παρά από τη συμβουλευτική εθισμού μόνη της. Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα αντικοινωνικά άτομα δεν τα πάνε ιδιαίτερα καλά με κανέναν είδους ψυχοκοινωνική θεραπεία.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Οι μόνες διαδικασίες αξιολόγησης που αποτελούν αναγκαστικά μέρος της συμβουλευτικής θεραπείας εθισμού είναι οι συχνές, τακτικές αναλύσεις ούρων και αλκοτέστ και οι αυτοαναφορές για τυχόν χρήση ναρκωτικών. Το άλλο μέσο αξιολόγησης που χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με τη θεραπεία είναι ο Δείκτης Σοβαρότητας Εθισμού (Addiction Severity Index - ASI), ένα πρόγραμμα συνέντευξης που μετρά επτά τομείς που σχετίζονται με τον εθισμό: χρήση ναρκωτικών, χρήση αλκοόλ, ιατρικά προβλήματα, ψυχιατρικά προβλήματα, νομικά προβλήματα, οικογενειακά/κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα απασχόλησης/υποστήριξης. Επειδή αυτή η συνέντευξη εξετάζει τα προβλήματα και τη χρήση ναρκωτικών κατά τον προηγούμενο μήνα, θα πρέπει να δίνεται κατά την έναρξη, όταν ο πελάτης εισέρχεται στη θεραπεία, και στη συνέχεια είτε κάθε μήνα είτε μετά από 3 ή 6 μήνες για να μετρηθεί η αλλαγή. Απαιτεί περίπου 45 λεπτά για την αρχική χορήγηση και περίπου 30 λεπτά για την επόμενη χορήγηση.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Σε κάθε ατομική συνεδρία ο σύμβουλος θα πρέπει:

- Να μάθει πώς είναι ο πελάτης από την τελευταία συνεδρία και να ρωτήσει συγκεκριμένα αν ο πελάτης έχει κάνει χρήση ναρκωτικών. Εάν ο πελάτης έχει κάνει χρήση ναρκωτικών, να αναλύσει την υποτροπή και να αναπτύξει στρατηγικές για την αποφυγή μελλοντικών υποτροπών.
- Να ρωτήσει αν υπάρχουν επείγοντα προβλήματα και, αν υπάρχουν, να τα αντιμετωπίσει.
- Να παρέχει ανατροφοδότηση σχετικά με το αν οι πρόσφατες εξετάσεις ούρων έχουν ανιχνεύσει χρήση ναρκωτικών.
- Να συζητήσει το θέμα απεξάρτησης που είναι πιο σχετικό με το στάδιο απεξάρτησης του πελάτη και τις τρέχουσες θεραπευτικές ανάγκες του.

Οι ομαδικές συνεδρίες έχουν την ακόλουθη μορφή:

- Τα μέλη υποβάλλουν ένα δείγμα ούρων και υποβάλλονται σε δοκιμασία αλκοτέστ.
- Τα μέλη συστήνονται, παραδέχονται τον εθισμό τους και δηλώνουν την ημερομηνία της τελευταίας χρήσης οποιουδήποτε τύπου ναρκωτικών ή αλκοόλ.
- Τα μέλη ενθαρρύνονται να μιλήσουν εν συντομία για το πώς τα πάνε και για τυχόν πόθους ή πειρασμούς που βίωσαν από την προηγούμενη συνάντηση της ομάδας.
- Εάν κάποιο μέλος έχει κάνει χρήση από την τελευταία συνάντηση, η ομάδα θα το βοηθήσει να επεξεργαστεί το γεγονός και να αναπτύξει ένα σχέδιο για την αποφυγή περαιτέρω υποτροπής.
- Εάν υπάρχει κάποιο θέμα, ο επικεφαλής της ομάδας θα το παρουσιάσει και θα ενθαρρύνει τα μέλη να συζητήσουν πώς σχετίζεται με την ανάρρωσή τους. (Στην πιο προχωρημένη ομάδα επίλυσης προβλημάτων, τα μέλη ενθαρρύνονται να περιγράψουν ένα τρέχον πρόβλημα ή μια ανησυχία και να λάβουν ανατροφοδότηση ο ένας από τον άλλο).
- Στα τελευταία 10 λεπτά, τα μέλη καλούνται να αναφέρουν τα σχέδιά τους για τις επόμενες ημέρες, σε μια προσπάθεια να τους βοηθήσουν να

δομήσουν το χρόνο τους. Τα μέλη ενθαρρύνονται επίσης να αναφέρουν τις συναντήσεις αυτοβοήθειας που παρακολουθούν και ίσως να προσκαλέσουν και άλλους να τις παρακολουθήσουν μαζί τους.

- Στη συνέχεια, τα μέλη ενώνουν τα χέρια και απαγγέλλουν δυνατά την Προσευχή της Γαλήνης.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή θεματικές ενότητες συνεδριών

Η θεραπεία γίνεται σε στάδια. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την άρνηση και τα κίνητρα.

Το επόμενο στάδιο, η πρόωπη αποχή, περιλαμβάνει θέματα:

1. Εθισμός και συναφή συμπτώματα.
2. Άνθρωποι, τόποι και πράγματα.
3. Δομή του προσωπικού χρόνου.
4. Λαχτάρα.
5. Καταστάσεις υψηλού κινδύνου.
6. Κοινωνικές πιέσεις για χρήση.
7. Ψυχαναγκαστική σεξουαλική συμπεριφορά.
8. Μεταγενέστερα συμπτώματα στέρησης.
9. Χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών (εκτός από την κύρια εξάρτηση).
10. Συμμετοχή στην αυτοβοήθεια.

Το επόμενο στάδιο, η διατήρηση της αποχής, περιλαμβάνει:

1. Τη διαδικασία υποτροπής και τα εργαλεία για την πρόληψή της.
2. Τις σχέσεις κατά την αποκατάσταση
3. Ανάπτυξη ενός τρόπου ζωής χωρίς ναρκωτικά.
4. Πνευματικότητα.
5. Ντροπή και ενοχή.

6. Προσωπική απογραφή.
7. Ατέλειες του χαρακτήρα.
8. Εντοπισμός και ικανοποίηση των αναγκών.
9. Διαχείριση θυμού.
10. Χαλάρωση και ελεύθερος χρόνος.
11. Απασχόληση και οικονομικά.
12. Μεταφορά εθιστικών συμπεριφορών.

8.3 Δομή συνεδρίας

Τόσο οι ομαδικές όσο και οι ατομικές συνεδρίες έχουν σαφή δομή. Ωστόσο, στο πλαίσιο αυτής της δομής, το περιεχόμενο της συζήτησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον πελάτη. Καταβάλλεται προσπάθεια να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι ατομικές ανάγκες του πελάτη σε κάθε σημείο της θεραπείας, ενώ παράλληλα αναγνωρίζεται η ομοιότητα πολλών θεμάτων στον εθισμό και την ανάρρωση.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Οι πελάτες παροτρύνονται επανειλημμένα να προσέρχονται σε όλες τις συνεδρίες εγκαίρως, να τηλεφωνούν αν πρόκειται να αργήσουν και να τηλεφωνούν τουλάχιστον 24 ώρες πριν, αν πρέπει να ακυρώσουν μια συνεδρία. Εάν δεν εκπληρώσουν αυτές τις υποχρεώσεις, ο σύμβουλος θα τους αντιμετωπίσει σχετικά στη συνεδρία.

Εάν ένας πελάτης φτάσει καθυστερημένα σε μια συνεδρία, η συνέπεια είναι μια συντομότερη συνεδρία, επειδή ο σύμβουλος θα τελειώσει τη συνεδρία στην ώρα της. Επαναλαμβανόμενες χαμένες συνεδρίες χωρίς τις κατάλληλες ακυρώσεις και επαναπρογραμματισμό θα οδηγήσουν τελικά σε απόλυση από το πρόγραμμα, αλλά επειδή αυτό συμβαίνει μόνο μετά από 2 μήνες, οι πελάτες έχουν πολλές ευκαιρίες πριν από τον τερματισμό της θεραπείας λόγω μη προσέλευσης.

Οι πελάτες παρακαλούνται να προσέρχονται καθαροί για όλες τις επισκέψεις. Εάν ένας πελάτης φτάσει εμφανώς μεθυσμένος, ο σύμβουλος θα του υπενθυμίσει την ευθύνη του να έρθει καθαρός και θα επαναπρογραμματίσει τη συνεδρία. Εάν ένας πελάτης φτάσει σε μια ομαδική ή ατομική συνεδρία ελαφρώς υπό την επήρεια αλκοόλ, αλλά όχι υπό την επήρεια μέθης (π.χ. βγάζει χαμηλό θετικό αποτέλεσμα σε αλκοτέστ), είναι στη διακριτική ευχέρεια του συμβούλου αν θα συνεχίσει ή θα αναβάλει τη συνεδρία.

8.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Η άρνηση και τα κίνητρα είναι κεντρικά θέματα στην αρχή της θεραπείας του εθισμού. Για το λόγο αυτό, εξετάζονται στις πρώτες συνεδρίες της συμβουλευτικής και στη συνέχεια εξετάζονται επανειλημμένα, ανάλογα με τις ανάγκες, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Η κύρια στρατηγική είναι η απομάκρυνση της άρνησης του πελάτη με την επισήμανση των εθιστικών συμπεριφορών και των συνεπειών του εθισμού και την ήπια αντιμετώπιση του πελάτη σχετικά με την άρνηση.

Η αντίσταση είναι μια έννοια που αντιμετωπίζεται άμεσα σε αυτό το μοντέλο συμβουλευτικής εθισμού. Μεγάλο μέρος της αντίστασης εμπίπτει στην έννοια της άρνησης και αντιμετωπίζεται με αυτόν τον τρόπο. Επίσης, η πρόταση των 12 βημάτων να παραδώσει κανείς τη θέλησή του σε μια ανώτερη δύναμη είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης της αντίστασης που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε αυτό το μοντέλο συμβουλευτικής. Όσον αφορά τα κίνητρα, οι πελάτες συχνά εκφράζουν αμφιθυμία σε κάποιο σημείο της θεραπείας, και χρησιμοποιούνται διάφορες στρατηγικές για την άμεση αντιμετώπισή τους. Οι πελάτες μπορεί να ενθαρρύνονται να επανεξετάσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της απεξάρτησης ή μπορεί να πιέζονται να διερευνήσουν πλήρως τις συνέπειες του εθισμού τους. Μπορεί επίσης να ζητηθεί από τους πελάτες να προσδιορίσουν συγκεκριμένα τα οφέλη της νηφαλιότητας στη ζωή τους. Βασικά, τα θέματα αυτά επανεξετάζονται συνεχώς καθ' όλη τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου της θεραπείας

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κρίσεων

Εάν ο πελάτης παρουσιάζει ένα επείγον πρόβλημα που σχετίζεται με τον εθισμό, όπως η διάλυση του γάμου ή τα οικονομικά προβλήματα ως αποτέλεσμα του εθισμού, ο σύμβουλος θα πρέπει να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει αυτά τα προβλήματα, δίνοντας έμφαση στο πώς σχετίζονται με την εθιστική συμπεριφορά. Ο σύμβουλος θα πρέπει στη συνέχεια να βοηθήσει τον πελάτη να αναπτύξει στρατηγικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων με τρόπο που να συνάδει με την ανάρρωση, συμπεριλαμβανομένου του προσδιορισμού του τρόπου με τον οποίο μπορεί να λάβει την κατάλληλη βοήθεια από τις κοινωνικές υπηρεσίες.

Εάν ο πελάτης παρουσιάσει πραγματική κρίση (ξοδεύει όλα τα χρήματά του σε μια κραιπάλη κοκαΐνης και έχει τάσεις αυτοκτονίας), ο σύμβουλος θα πρέπει να οργανώσει μια ομαδική προσπάθεια μεταξύ του κατάλληλου θεραπευτικού προσωπικού για την παροχή οποιωνδήποτε ιατρικών ή ψυχιατρικών υπηρεσιών που χρειάζεται ο πελάτης προκειμένου να παραμείνει ασφαλής.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Σε περίπτωση υποτροπής, ο σύμβουλος και ο πελάτης θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν τη συνεδρία αμέσως μετά την υποτροπή για να εντοπίσουν και να επεξεργαστούν τα γεγονότα, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που προκάλεσαν την υποτροπή.

Η υποτροπή στη χρήση ναρκωτικών είναι ένα συχνό φαινόμενο που μπορεί να είναι καταστροφικό για τον πελάτη. Ο σύμβουλος πρέπει να επικοινωνήσει στον πελάτη ότι η υποτροπή στη χρήση ναρκωτικών δεν σημαίνει ότι ολόκληρο το θεραπευτικό πρόγραμμα έχει αποτύχει. Ο σύμβουλος θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον πελάτη σχετικά με την υποτροπή και για το πόσο σημαντικό είναι να λάβει διορθωτικά μέτρα αντί να κυριεύεται από συναισθήματα κατάθλιψης ή αποτυχίας. Τα περισσότερα επεισόδια χρήσης ναρκωτικών μπορούν να αντιμετωπιστούν χωρίς να διακοπεί σοβαρά το θεραπευτικό πρόγραμμα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν με θετικό και εκπαιδευτικό τρόπο για την ενίσχυση της διαδικασίας ανάρρωσης. Κατά την αντιμετώπιση μιας υποτροπής, ο σύμβουλος θα πρέπει να χρησιμοποιεί τη γενική αρχή ότι η υποτροπή προκαλείται από την αποτυχία να ακολουθήσει κανείς το πρόγραμμα ανάρρωσης. Έτσι, ο σύμβουλος θα πρέπει να εντοπίσει πού ο πελάτης παρέκκλινε από το πρόγραμμα ανάρρωσής του και να βοηθήσει το άτομο να κάνει ό,τι είναι λογικό για να αποτρέψει την επανάληψη μιας τέτοιας παρέκκλισης.

Η υποτροπή μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας που καθορίζουν την κατάλληλη θεραπευτική απάντηση. Ο σύμβουλος πρέπει να κατανοήσει τις κατάλληλες παρεμβάσεις που πρέπει να χρησιμοποιηθούν σε κάθε περίπτωση.

Ο λιγότερο σοβαρός τύπος υποτροπής είναι το ολίσθημα/παράπτωμα. Το ολίσθημα είναι ένα συνηθισμένο περιστατικό που περιλαμβάνει ένα πολύ σύντομο επεισόδιο χρήσης ναρκωτικών που δεν συνδέεται με κανένα σημείο ή σύμπτωμα του συνδρόμου εθισμού, όπως ορίζεται στα κριτήρια του DSM-III-R. Ένα τέτοιο επεισόδιο μπορεί να χρησιμεύσει για την ενίσχυση της ανάρρωσης του πελάτη, εάν χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό των τομέων αδυναμίας και την επισήμανση λύσεων και εναλλακτικών συμπεριφορών που μπορούν να βοηθήσουν στην αποτροπή μελλοντικής χρήσης ναρκωτικών.

Ο επόμενος πιο σοβαρός τύπος υποτροπής είναι όταν ο πελάτης επαναλαμβάνει τη χρήση ναρκωτικών για αρκετές ημέρες και η χρήση συνδέεται με κάποια από τα σημεία και συμπτώματα του εθισμού. Σε μια τέτοια περίπτωση, ο σύμβουλος μπορεί να θελήσει να εντείνει προσωρινά τη θεραπεία. Αυτή η εντατικοποιημένη επαφή θα επαναφέρει συνήθως την αποχή. Ο πελάτης θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να σκεφτεί τι έγινε και να μάθει από την εμπειρία πώς να αποφύγει την υποτροπή στο μέλλον. Ο πελάτης θα πρέπει επίσης να ενθαρρυνθεί να επανέλθει στο πρόγραμμα ανάρρωσής του.

Η πιο σοβαρή μορφή υποτροπής είναι μια παρατεταμένη περίοδος χρήσης ναρκωτικών, κατά την οποία ο πελάτης υποτροπιάζει πλήρως στον εθισμό. Συχνά ένας πελάτης που υποτροπιάζει σε αυτό τον βαθμό εγκαταλείπει επίσης τη θεραπεία, τουλάχιστον προσωρινά. Σε αυτή την περίπτωση, εάν ο πελάτης επιστρέψει στη θεραπεία, θα πρέπει πιθανότατα να υποβληθεί εκ νέου σε αποτοξίνωση, είτε σε ενδονοσοκομειακό είτε σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον. Η απόφαση για την αποτοξίνωση ενός πελάτη ως εσωτερικού ή εξωτερικού ασθενή, θα πρέπει να λαμβάνεται από κοινού από το θεραπευτικό προσωπικό. Η απόφαση θα πρέπει να βασίζεται στη σοβαρότητα της υποτροπής, στη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης και στην παρουσία ασταθών ιατρικών ή ψυχιατρικών καταστάσεων.

9.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτό το μοντέλο συμβουλευτικής για τον εθισμό εστιάζει στο ρόλο των μελών της οικογένειας στη θεραπεία, όχι επειδή δεν είναι σημαντικός στη θεραπεία, αλλά επειδή αυτό το μοντέλο δεν αποσκοπεί στην παροχή ολοκληρωμένης θεραπείας. Αυτό το μοντέλο προσφέρει στο άτομο και στην ομάδα τα στοιχεία της συμβουλευτικής εθισμού ενός θεραπευτικού προγράμματος που μπορεί να περιλαμβάνει πολυάριθμα άλλα στοιχεία.

Σε γενικές γραμμές, η ένταξη των συντρόφων, των μελών της οικογένειας, ακόμη και των στενών φίλων στη θεραπεία εθισμού με την πραγματοποίηση οικογενειακών συνεδριών μπορεί να διευκολύνει την ανάρρωση. Η ενθάρρυνση της συμμετοχής της οικογένειας μπορεί να βοηθήσει τον εξαρτημένο να δημιουργήσει ένα καλύτερο, πιο ενημερωμένο δίκτυο υποστήριξης- μπορεί να μειώσει τις διευκολυντικές ή συν-εξαρτητικές συμπεριφορές της οικογένειας που τείνουν να παρεμποδίζουν την ανάρρωση του εξαρτημένου- και θα επιτρέψει στον σύμβουλο να παρέμβει σε τυχόν ανατρεπτικές οικογενειακές καταστάσεις που διαφορετικά θα μπορούσαν να ενισχύσουν μια υποτροπή.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Delinda Mercer, Ph.D. Center for Psychotherapy Research University of Pennsylvania
3600 Market Street, Room 766 Philadelphia, PA 19104

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΣΤΙΑΣΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΛΥΣΗ ΣΥΝΤΟΜΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Scott D. Miller

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1 Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Το μοντέλο εστιασμένο στη λύση είναι μια προσέγγιση σύντομης θεραπείας που αναπτύχθηκε τα τελευταία 20 χρόνια στο Κέντρο Σύντομης Οικογενειακής Θεραπείας στο Μιλγουόκι, (WI). Το μοντέλο συνεχίζει να εξελίσσεται και να εφαρμόζεται σε μια ποικιλία προβλημάτων που παρουσιάζονται και σε διάφορα θεραπευτικά πλαίσια.

Η έρευνα συνεχίζεται τώρα στην Problems to Solutions, Inc., μια κλινική που παρέχει δωρεάν υπηρεσίες στον παραδοσιακά υπο-εξυπηρετούμενο πληθυσμό, με εξειδίκευση στη θεραπεία αστέγων ανδρών και χρηστών ναρκωτικών. Πρωτίστως, το μοντέλο έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους πελάτες να αξιοποιήσουν τους δικούς τους μοναδικούς πόρους και να τους ενδυναμώσει για την επίλυση των προβλημάτων που τους οδήγησαν στη θεραπεία.

1.2 Στόχοι και σκοποί της προσέγγισης

Οι στόχοι αποτελούν το επίκεντρο της προσέγγισης της εστιασμένης στη λύση σύντομης θεραπείας. Το μοντέλο χρησιμοποιεί μια εξειδικευμένη διαδικασία συνέντευξης για τη διαπραγμάτευση των θεραπευτικών στόχων, οι ιδιότητες των οποίων διευκολύνουν την αποδοτική και αποτελεσματική θεραπεία. Οι στόχοι πρέπει να είναι:

- Να είναι σημαντική για τον πελάτη και όχι για τον θεραπευτή ή το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Μικρή παρά μεγάλη.
- Να περιγράφεται με συγκεκριμένους, εξειδικευμένους και συμπεριφορικούς όρους.
- Να περιγράφεται με όρους κατάστασης και πλαισίου και όχι με σφαιρικούς και ψυχολογικούς όρους.
- Να διατυπώνεται με όρους αλληλεπίδρασης και διαπροσωπικούς και όχι ατομικούς και ενδοψυχικούς όρους.

- Να περιγράφεται ως η αρχή κάποιου πράγματος παρά ως το τέλος κάποιου πράγματος.
- Να περιγράφεται ως η παρουσία κάποιου πράγματος και όχι η απουσία κάποιου πράγματος.
- Ρεαλιστικά και άμεσα εφικτά πλαίσια της ζωής του πελάτη.

Μετά τη διαπραγμάτευση ενός στόχου, το μοντέλο καθορίζει πώς να χρησιμοποιηθούν οι μοναδικοί πόροι και τα δυνατά σημεία του πελάτη για την επίτευξη του στόχου. Δύο τέτοιοι πόροι και δυνάμεις είναι γνωστοί ως εξαιρέσεις και περιπτώσεις. Οι εξαιρέσεις είναι χρονικές περίοδοι κατά τις οποίες ο πελάτης δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα ή το παράπονο για το οποίο αναζητά θεραπεία. Οι περιπτώσεις, ωστόσο, είναι χρονικές περίοδοι κατά τις οποίες ο πελάτης βιώνει τα προβλήματά του είτε στο σύνολό τους είτε εν μέρει. Οι μέθοδοι συνέντευξης χρησιμοποιούνται για να αντληθούν πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση περιόδων εξαιρέσεων και περιπτώσεων, ώστε να μπορούν να επαναληφθούν στο μέλλον.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/Μηχανισμός Δράσης

Η προσέγγιση προτείνει ότι η λύση ή οι λύσεις στα προβλήματα που φέρνει ο πελάτης στη θεραπεία μπορεί να έχουν ελάχιστη ή και καμία σχέση με τα προβλήματα αυτά. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στη θεραπεία της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπου οποιαδήποτε από μια ποικιλία εμπειριών ζωής ή ενεργειών εκ μέρους του πελάτη, που έχουν ελάχιστη σχέση με τη χρήση αλκοόλ, μπορεί να οδηγήσει σε επίλυση του προβλήματος. Ενώ ο αριθμός των πιθανών λύσεων είναι απεριόριστος, ένα παράδειγμα είναι ένας προβληματικός πότης που σταματά τη χρήση όταν αυτός ή αυτή:

- Βρίσκει εργασία.
- Τελειώνει ή αρχίζει μια σχέση.
- Κάνει νέους φίλους.
- Μετακομίζει.

Συνεπώς, η θεραπεία δεν χρειάζεται να θέτει το αλκοόλ στο επίκεντρο της προσοχής για την επίλυση του προβλήματος κατανάλωσης αλκοόλ. Αντίθετα, η εστίαση επιστρέφει στο να βοηθήσει τον πελάτη να επιτύχει τους προσωπικούς στόχους που θέτει.

1.4 Παράγοντες αλλαγής

Στο μοντέλο με επίκεντρο τη λύση, δεν υπάρχει ένας παράγοντας αλλαγής που να ευθύνεται πρωτίστως για το θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Πράγματι, στην προσέγγιση εστιασμένη στη λύση, το ερώτημα σχετικά με τον παράγοντα της αλλαγής μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ερώτημα που μάλλον συσκοτίζει παρά διευκρινίζει τη φύση των περισσότερων επιτυχημένων θεραπευτικών επαφών. Ο σύμβουλος που εστιάζει στη λύση υποθέτει ότι η αλλαγή είναι συνεχής και αναπόφευκτη και θα πρότεινε ότι ο επιτυχημένος σύμβουλος πρέπει απλώς να αξιοποιήσει και να χρησιμοποιήσει την υπάρχουσα αλλαγή αντί να δημιουργήσει ή να προκαλέσει αλλαγή.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης/εξάρτησης - Αιτιολογικοί Παράγοντες

Τα προβλήματα με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά θεωρούνται πολυδιάστατα και προκύπτουν πιθανότατα από ένα συνδυασμό παραγόντων τόσο περιβαλλοντικών όσο και βιολογικών. Δεν υπάρχει ένας αλκοολισμός αλλά πολλοί διαφορετικοί αλκοολισμοί. Η απόλυτη ποικιλομορφία των αιτιολογικών παραγόντων και των προβλημάτων που προκύπτουν από το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά υποδηλώνει ότι:

- Καμία μεθοδολογία θεραπείας δεν μπορεί να βοηθήσει όλους τους ανθρώπους.
- Χρειάζεται μια διαφορετική δέσμη θεραπευτικών στρατηγικών.
- Θεραπευτικές στρατηγικές πρέπει να αναπτυχθούν και να ταιριάζουν με τις ανάγκες των ατομικών πελατών.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Ορισμένα από τα στοιχεία της συνέντευξης για τη θεραπεία ενίσχυσης κινήτρων των Hester και Miller (1989) είναι παρόμοια με αυτό το μοντέλο (βλ. επίσης το κεφάλαιο του William R. Miller σε αυτόν τον τόμο), όπως και ορισμένες διαδικασίες συνέντευξης των γνωστικών και γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπευτικών προγραμμάτων.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Παρόλο που οι διάφορες διαδικασίες του μοντέλου με επίκεντρο τη λύση μπορούν να ενσωματωθούν στις περισσότερες υπάρχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις, το μοντέλο είναι πιθανό να διαφέρει περισσότερο όσον αφορά τις παραδοχές από τις πιο παραδοσιακές

θεραπευτικές προσεγγίσεις (π.χ. προσεγγίσεις 12 βημάτων, προσεγγίσεις προσανατολισμένες στην ανάρρωση).

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Το μοντέλο επικεντρωμένο στη λύση αναπτύχθηκε ως προσέγγιση οικογενειακής θεραπείας, αλλά τώρα χρησιμοποιείται σε διάφορες μορφές, όπως ατομική, σε ζευγάρια, οικογενειακή και ομαδική. Σε καθεμία από αυτές τις μορφές, η προσέγγιση παραμένει σε μεγάλο βαθμό η ίδια. Η μόνη σημαντική διαφορά είναι ότι έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένες τεχνικές συνέντευξης για την ενθάρρυνση και την ενσωμάτωση της συμμετοχής πολλαπλών συμμετεχόντων όταν το μοντέλο εφαρμόζεται σε μορφές ζεύγους, οικογένειας και ομάδας.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Η προσέγγιση που επικεντρώνεται στη λύση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε ένα ιδιωτικό, μη κερδοσκοπικό, ιατρείο θεραπείας εξωτερικών ασθενών. Έκτοτε έχει εξελιχθεί σε χρήση σε εσωτερικούς χώρους νοσηλείας και διαμονής. Δεν φαίνεται να υπάρχει ιδανικό περιβάλλον για το μοντέλο. Ωστόσο, δεν είναι σαφές γιατί το μοντέλο θα εφαρμοζόταν σε αυτά τα τελευταία περιβάλλοντα, καθώς το κόστος είναι πολύ υψηλότερο και τα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τα εξωτερικά ιατρεία, είναι σε μεγάλο βαθμό παρόμοια.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Καθώς πρόκειται για ένα "σύντομο" θεραπευτικό μοντέλο, ο μέσος αριθμός επαφών μεταξύ συμβούλου και πελάτη είναι 4.7, κυμαίνεται μεταξύ και 1 -12 συνεδριών. Συνήθως, αυτές οι θεραπευτικές επαφές πραγματοποιούνται σε διάστημα 3 έως 4 μηνών. Ωστόσο, η θεραπεία είναι ανοικτού τέλους, με τους πελάτες να γνωρίζουν ότι μπορούν να επιστρέψουν στο μέλλον για οποιονδήποτε λόγο.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι τεχνικές εστιασμένες στη λύση μπορούν να ενσωματωθούν με τα περισσότερα άλλα θεραπευτικά μοντέλα. Η ιδέα είναι να βοηθήσουμε κάθε πελάτη να μεγιστοποιήσει την επιτυχία του, αξιοποιώντας τους μοναδικούς του πόρους και τα δυνατά του σημεία στο πλαίσιο οποιουδήποτε θεραπευτικού μοντέλου που εφαρμόζεται. Ένα παράδειγμα προσαρμογής του μοντέλου ώστε να

ταιριάζει σε παραδοσιακά θεραπευτικά πλαίσια μπορεί να βρεθεί στο έργο των Campbell και Brashera (1994).

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Το μοντέλο με επίκεντρο τη λύση δεν ενθαρρύνει ούτε αποθαρρύνει τους πελάτες από την παρακολούθηση υφιστάμενων προγραμμάτων αυτοβοήθειας.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Καθώς το μοντέλο έχει διδαχθεί σε επαγγελματικό κυρίως κοινό, η πλειονότητα των ατόμων που εκπαιδεύονται σε αυτή τη μέθοδο έχουν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο ή επαγγελματική πιστοποίηση (π.χ. ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών, πιστοποιημένοι συντονιστές προγραμμάτων υποστήριξης εργαζομένων). Ωστόσο, το μοντέλο δεν απαιτεί ειδικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο στις κοινωνικές επιστήμες. Πράγματι, σε ένα πρόγραμμα με άστεγους πελάτες, πρώην άστεγοι άνδρες που αντιμετώπιζαν προβλήματα με το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά διδάχθηκαν το μοντέλο και εργάζονται ως σύμβουλοι συνομηλίκων. Ορισμένοι από αυτούς τους άνδρες συμμετέχουν τώρα στο διοικητικό συμβούλιο της εταιρείας Problems to Solutions, Inc.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Τα άτομα μπορούν να λάβουν κατάρτιση συμμετέχοντας σε διάφορα προγράμματα της Problems to Solutions, Inc. ή να λάβουν κατάρτιση από άλλα εξειδικευμένα κέντρα. Αυτά τα εβδομαδιαία ή μηνιαία προγράμματα χωρίζονται σε αρχικό, ενδιάμεσο και προχωρημένο επίπεδο. Στο τέλος της κατάρτισης προσφέρεται ένα πιστοποιητικό που υποδεικνύει την ολοκλήρωση του προγράμματος. Ωστόσο, δεδομένου ότι προς το παρόν δεν υπάρχει διαδικασία πιστοποίησης, τα πιστοποιητικά από τα υπάρχοντα προγράμματα κατάρτισης δεν εγγυώνται την επάρκεια στο μοντέλο αλλά μόνο την ολοκλήρωση του προγράμματος κατάρτισης. Η εποπτεία προσφέρεται και ενθαρρύνεται.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Η κατάσταση της προηγούμενης χρήσης/προβλημάτων του συμβούλου με αλκοόλ ή με άλλα ναρκωτικά θεωρείται ως μη ουσιαστική για την άσκηση του μοντέλου σύντομης θεραπείας με επίλυση.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Σίγουρα, τα χαρακτηριστικά ενός επιτυχημένου συμβούλου θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι προσθέτουν στην αποτελεσματικότητα της εστιασμένης στη λύση σύντομης θεραπείας. Ωστόσο, τα προσωπικά χαρακτηριστικά του συμβούλου δεν θεωρούνται κεντρικά για τη διαδικασία της θεραπείας. Αν ένα χαρακτηριστικό ξεχωρίζει, αυτό θα ήταν μάλλον η ευελιξία.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Το μεγαλύτερο μέρος της επικεντρωμένης στη λύση διαδικασίας αποτελείται από προσεκτικά σχεδιασμένες ερωτήσεις που αποσκοπούν στην ανάδειξη των δυνατών σημείων και των πόρων του πελάτη και στη βοήθεια του πελάτη να αποφασίσει πώς να χρησιμοποιήσει καλύτερα αυτά τα δυνατά σημεία και τους πόρους για να επιτύχει τους επιθυμητούς θεραπευτικούς στόχους.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Είναι δύσκολο να πούμε ποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές εκ μέρους του συμβούλου απαγορεύονται γενικά, αν υπάρχουν. Αντίθετα, υπάρχουν ορισμένες συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια από τους συμβούλους που επικεντρώνονται στη λύση. Αυτές είναι, για παράδειγμα η παροχή συμβουλών, η εκπαίδευση σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών, η αντιπαράθεση, η κατήχηση σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο ή η άποψη για τα προβλήματα του αλκοόλ/άλλων ναρκωτικών, η επισήμανση με ψυχιατρικές ή άλλες διαγνώσεις (π.χ. συν-εξαρτώμενος), εστιάζοντας στην αποχή κ.ο.κ.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Δεν υπάρχει επίσημο δίκτυο συμβούλων που εστιάζουν στη λύση για να αποκτήσουν εποπτεία στη μέθοδο. Επί του παρόντος, η πλειοψηφία της εποπτείας γίνεται σε ατομική βάση μέσω τηλεφώνου με έναν αναγνωρισμένο “*leader*” στον τομέα. Ωστόσο, τα άτομα που εκπαιδεύονται στο μοντέλο ενθαρρύνονται να αναζητούν εποπτεία, δεδομένου ότι η προσέγγιση φαίνεται πιο εύκολη στην πρακτική εφαρμογή από ό,τι είναι στην πραγματικότητα. Οι στόχοι για την εποπτεία καθορίζονται με τον ίδιο τρόπο που καθορίζονται οι στόχοι για τη θεραπεία δηλαδή, καθορίζονται από τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του επαγγελματία που δέχεται την εποπτεία.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Στην προσέγγιση που εστιάζει στη λύση, ο σύμβουλος θεωρείται ως συνεργάτης/σύμβουλος που προσλαμβάνεται από τον πελάτη για την επίτευξη των στόχων του. Αυτό διαφέρει από την πιο παραδοσιακή προσέγγιση με δύο πρωταρχικούς τρόπους. Πρώτον, στην παραδοσιακή θεραπεία ο σύμβουλος θεωρείται ο ειδικός. Δεύτερον, οι σκοποί και οι στόχοι της παραδοσιακής θεραπείας καθορίζονται συχνά από τον σύμβουλο ή το θεραπευτικό μοντέλο στο οποίο αυτός ή αυτή εφαρμόζει.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ο πελάτης μιλάει περισσότερο. Επιπλέον, λόγω του συνεργατικού χαρακτήρα της σχέσης, τα όσα λέει ο πελάτης θεωρούνται ουσιώδη για την επίλυση των παραπόνων του.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Στην πλειονότητα των επαφών πελάτη-συμβούλου, το μοντέλο επηρεάζει έμμεσα τον πελάτη μέσω της χρήσης εξειδικευμένων ερωτήσεων. Ωστόσο, ο σύμβουλος θα ήταν πιο πιθανό να είναι κατευθυντικός στο μοντέλο εστιασμένο στη λύση, εάν προηγούμενες κατευθυντικές θεραπείες είχαν βοηθήσει τον πελάτη ή το πλαίσιο αναφοράς του πελάτη σχετικά με τη σχέση βοήθειας.

5.4 Θεραπευτική Συμμαχία

Το μοντέλο με επίκεντρο τη λύση αναπτύχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε έναν πληθυσμό που είχε υποχρεωθεί σε θεραπεία. Για να προωθηθούν οι θετικές εργασιακές σχέσεις με αυτή την πελατεία, αναπτύχθηκε ένα σύστημα ταξινόμησης για την αντιστοίχιση των τεχνικών συνέντευξης με το επίπεδο παρακίνησης ή προθυμίας εργασίας του κάθε πελάτη.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

Η προσέγγιση αναπτύχθηκε για πελάτες με χαμηλό εισόδημα και σοβαρά προβλήματα αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Πολλοί ήταν Αφροαμερικανοί. Η πλειονότητα των πελατών που εξυπηρετούνται από την Problems to Solutions, Inc. είναι άνεργοι και μπορεί να είναι άστεγοι κατά τη στιγμή της έναρξης της θεραπείας. Ωστόσο, καθώς το μοντέλο εξελίχθηκε, εφαρμόστηκε σε μια ποικιλία από περιβάλλοντα και θεραπευτικούς

πληθυσμούς. Η προσέγγιση έχει επίσης χρησιμοποιηθεί με πελάτες που κάνουν χρήση διαφόρων ναρκωτικών ουσιών. Επειδή το μοντέλο τονίζει ότι το πρόβλημα και η λύση δεν σχετίζονται απαραίτητα μεταξύ τους, ο τύπος του ναρκωτικού δεν θεωρείται κρίσιμος παράγοντας για τον καθορισμό της διαφοροποιημένης θεραπείας.

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Η διαθέσιμη έρευνα δείχνει ότι η προσέγγιση μπορεί να είναι χρήσιμη σε ένα ευρύ φάσμα πελατών που κάνουν χρήση ναρκωτικών.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Στο μοντέλο προβλέπονται διατάξεις για την αντιμετώπιση δύσκολων περιπτώσεων, δηλαδή των περιπτώσεων για τις οποίες το μοντέλο δεν φαίνεται να λειτουργεί.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο πελάτης συμπληρώνει τα τυποποιημένα έντυπα για τις απαιτήσεις ασφάλισης και πιστοποίησης του κράτους. Τα έντυπα αυτά περιέχουν κατάλογο παραπόνων, ιστορικό του πελάτη σε θεραπεία, ιστορικό του πελάτη με προβλήματα αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών κ.ο.κ. Στην εστιασμένη στη λύση θεραπεία, δεν ολοκληρώνεται καμία επίσημη αξιολόγηση, εκτός από τις εξειδικευμένες ερωτήσεις συνέντευξης που αποτελούν το χαρακτηριστικό γνώρισμα του μοντέλου.

Μετά τη συμπλήρωση των κρατικών πιστοποιητικών και των ασφαλιστικών εντύπων, αρχίζει η διαδικασία θεραπείας. Αυτό συμβαίνει επειδή όλες οι ερωτήσεις θεωρούνται παρεμβάσεις. Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατόν να γίνει αξιολόγηση χωρίς να επηρεαστεί ο πελάτης. Η έκβαση αξιολογείται μέσω ερωτήσεων κλίμακας κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και μετά τη θεραπεία σε συνεντεύξεις παρακολούθησης που διεξάγονται στους 6, 12, και 18 μήνες.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Οι πρώτες συνεδρίες θεωρούνται οι πιο σημαντικές συνεντεύξεις στη θεραπευτική διαδικασία. Γενικά ξεκινούν με ερωτήσεις που αποσκοπούν στη διαπραγμάτευση των στόχων της θεραπείας και στον προσανατολισμό του πελάτη προς τις δυνάμεις και τους πόρους που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη αυτών των στόχων. Ακολουθεί ένα

ομαδικό διάλειμμα, κατά το οποίο ο σύμβουλος συναντάται με συναδέλφους επαγγελματίες που έχουν παρακολουθήσει τη συνεδρία πίσω από έναν μονόδρομο καθρέφτη. Τα μέλη της ομάδας αποτελούνται συνήθως από εκπαιδευόμενους και προσωπικό του θεραπευτικού κέντρου. Μαζί, η ομάδα και ο σύμβουλος κατασκευάζουν ένα συνοπτικό μήνυμα και μια εργασία για το σπίτι που ταιριάζουν με τους στόχους και το επίπεδο κινήτρων του πελάτη. Υπάρχουν τρεις γενικοί τύποι εργασιών για το σπίτι.

1. Εκείνα που βοηθούν τον πελάτη να αλλάξει δράσεις.
2. Εκείνα που βοηθούν τον πελάτη να αλλάξει προσωπικές απόψεις ή σκέψεις.
3. Εκείνα που ενθαρρύνουν τον πελάτη να επιστρέψει για επόμενες συνεδρίες.

Η δεύτερη και οι επόμενες συνεντεύξεις χρησιμοποιούν ερωτήσεις συνέντευξης για να αναδείξουν, να ενισχύσουν και να ενισχύσουν τις αλλαγές που κάνει ο πελάτης ή για να επαναδιαπραγματευτούν τους στόχους, εάν δεν υπάρχει πρόοδος. Αυτές οι συνεδρίες χρησιμοποιούν επίσης τα στοιχεία του ομαδικού διαλείμματος και του μηνύματος της πρώτης συνεδρίας. Οι περιπτώσεις μπορεί να εξετάζονται ή να μην εξετάζονται με μια ομάδα κατά τη διάρκεια των επόμενων συνεδριών ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των άλλων μελών της ομάδας και την κατάσταση της υπόθεσης.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Τα τυπικά θέματα της θεραπείας εστιασμένης στη λύση περιλαμβάνουν:

1. Το αποτέλεσμα που επιθυμεί ο πελάτης από τη θεραπευτική διαδικασία.
2. Δυνατά σημεία και πόροι του πελάτη που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
3. Συζήτηση για προηγούμενες επιτυχίες του πελάτη.
4. Συζήτηση για τις περιόδους εξαίρεσης και τις περιόδους περίπτωσης.
5. Συζήτηση των αλλαγών στη ζωή του πελάτη από συνεδρία σε συνεδρία.
6. Διερεύνηση του τι κάνει ο πελάτης για να επιτύχει αυτές τις αλλαγές.

Τα θέματα των συνεδριών πιστεύεται ότι προκύπτουν από την αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη και του συμβούλου.

8.3 Δομή συνεδρίας

Το περιεχόμενο της συνεδρίας δομείται σε μεγάλο βαθμό από τον πελάτη. Ωστόσο, όπως σημειώνεται στην ενότητα, 8.2 ,υπάρχει μια χαλαρή δομή που ενυπάρχει στο μοντέλο και στη σειρά τεχνικών συνέντευξης που καθοδηγούν την ατομική συνέντευξη.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Όλες οι συμπεριφορές των πελατών ερμηνεύονται ως προσπάθειες να βοηθήσουν τον σύμβουλο να μάθει τον καλύτερο τρόπο για να βοηθήσει κάθε πελάτη ξεχωριστά. Ως εκ τούτου, ο σύμβουλος πρέπει να αποφασίσει πώς θα ενσωματώσει και θα αξιοποιήσει καλύτερα την όποια συμπεριφορά επιδεικνύει ο πελάτης. Αυτή η στάση προάγει μια συνεργασία μεταξύ του συμβούλου και του πελάτη που δεν είναι πιθανό να συμβεί όταν οι συμπεριφορές του πελάτη θεωρούνται ως προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν για να διασφαλιστεί η ακεραιότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Επικρατεί μια στάση κοινής λογικής. Για παράδειγμα, αν ένας πελάτης καθυστερεί χρόνια σε μια συνεδρία, αυτό θα ερμηνευόταν ως μήνυμα προς τον σύμβουλο ότι προγραμματίζονται πάρα πολλά ραντεβού. Αφού αυτό γνωστοποιηθεί στον πελάτη, θα μπορούσε να γίνει μια πρόταση να τηλεφωνήσει ο πελάτης την ημέρα που θα ήθελε να κλείσει ραντεβού. Εάν υπάρχει διαθέσιμο ραντεβού, τότε ο πελάτης θα εξεταστεί. Εάν, ωστόσο, δεν υπάρχει διαθέσιμο ραντεβού, ο πελάτης θα πρέπει να καλέσει άλλη ημέρα. Η ίδια στάση επικρατεί και για άλλα κοινά κλινικά προβλήματα.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Στο μοντέλο που εστιάζει στη λύση, όλοι αυτοί οι όροι θεωρούνται ως απόδειξη της δυσκολίας (αποτυχίας) του συμβούλου να συνεργαστεί με το πλαίσιο αναφοράς ή το επίπεδο κινήτρων του πελάτη. Για παράδειγμα, η λέξη "φτωχό" σε σχέση με το επίπεδο κινήτρων του πελάτη είναι μια ένδειξη ότι ο σύμβουλος έχει κάνει μια κρίση ότι ο πελάτης δεν βρίσκεται στο επίπεδο που θα ήθελε ο σύμβουλος.

Επομένως, σε αυτό το μοντέλο, δεν υπάρχουν πελάτες με φτωχά κίνητρα, αλλά μόνο σύμβουλοι που ταιριάζουν «φτωχά» με το πλαίσιο αναφοράς ή το επίπεδο κινήτρων του πελάτη τους.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κρίσεων

Στο μοντέλο με επίκεντρο τη λύση χρησιμοποιείται μια ποικιλία εξειδικευμένων τεχνικών συνέντευξης που βοηθούν τον πελάτη να αναπροσανατολιστεί γρήγορα στις δυνάμεις και τους πόρους του όταν βιώνει μια κρίση. Ένα παράδειγμα αυτών των τεχνικών συνέντευξης είναι γνωστό ως ακολουθία αντιμετώπισης. Όταν ένας πελάτης καλεί σε κρίση, χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που εστιάζουν την προσοχή στο πώς είναι ο πελάτης ή πώς να αντιμετωπίσει την κατάσταση και όχι στο τι προκαλεί την κρίση ή πόσο άσχημα αισθάνεται ο πελάτης.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Καθώς η αλλαγή είναι αναπόφευκτη και συνεχής, τεχνικά δεν μπορούν να υπάρξουν υποτροπές σε ένα προηγούμενο επίπεδο, αλλά μόνο σε διαφορετικές, νέες εμπειρίες.

Επομένως, στο μοντέλο που εστιάζει στη λύση, τέτοια περιστατικά θεωρούνται νέες εμπειρίες και προκλήσεις, ακόμη και σημάδια επιτυχίας. Εξάλλου, ένας πελάτης δεν μπορεί να έχει ένα ολίσθημα ή μια υποτροπή χωρίς πρώτα να έχει επιτύχει. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η επιλογή του εστιασμένου στη λύση συμβούλου είναι να εστιάσει στο τι ακριβώς έκανε ο πελάτης όταν αισθανόταν πιο επιτυχημένος και να ενθαρρύνει τον πελάτη να αρχίσει να κάνει και πάλι περισσότερα από αυτά. Αυτό είναι ένα τέλειο παράδειγμα της προοπτικής του μοντέλου που βασίζεται στους πόρους και τις ικανότητες.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μοντέλο εστιασμένο στη λύση, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ξεκίνησε ως προσέγγιση οικογενειακής θεραπείας. Με την πάροδο του χρόνου, ανακαλύφθηκε ότι το μοντέλο μπορεί να επηρεάσει τα οικογενειακά συστήματα -και τα άτομα εντός του συστήματος- όταν μόνο λίγα μέλη του συστήματος έρχονται στη θεραπεία. Μερικές φορές αυτό σημαίνει ότι ο εντοπισμένος πελάτης μπορεί να μην έρθει καν στις συνεδρίες θεραπείας, αλλά και πάλι θα βοηθηθεί από τη διαδικασία. Ως εκ τούτου, όταν κάθε πιθανός πελάτης καλεί για ραντεβού, του αναφέρεται να φέρει οποιονδήποτε μπορεί να είναι χρήσιμος για την επίλυση του προβλήματος. Εάν κάποιο μέλος -ακόμη και ο εντοπισμένος πελάτης- δεν είναι πρόθυμος να έρθει στη θεραπεία, τα πρόθυμα μέλη καθοδηγούνται να έρθουν.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Campbell, T.C., και Brashera, B. The pause that refreshes. *J Strat Syst Ther* (13)2:65-73, 1994.

Hester, R., και Miller, W.R., επιμ. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Νέα Υόρκη: Plenum Press, 1989.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Scott D. Miller, Ph.D., Ινστιτούτο για τη Μελέτη της Θεραπευτικής Αλλαγής, P.O. Box Chicago 578264, IL 60657

ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΙΝΗΤΡΩΝ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

William R. Miller

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1 Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Η Θεραπεία Ενίσχυσης των Κινήτρων (MET) επιδιώκει να προκαλέσει στους πελάτες τα δικά τους κίνητρα για αλλαγή και να εδραιώσουν μια προσωπική απόφαση και ένα σχέδιο για αλλαγή. Η προσέγγιση είναι σε μεγάλο βαθμό πελατοκεντρική, αν και προγραμματισμένη και κατευθυνόμενη.

1.2 Στόχοι και σκοποί της προσέγγισης

Όπως εφαρμόζεται στην κατάχρηση ναρκωτικών, η MET επιδιώκει να αλλάξει την επιβλαβή χρήση των ναρκωτικών. Επειδή κάθε πελάτης θέτει τους δικούς του στόχους, δεν επιβάλλεται κανένας απόλυτος στόχος μέσω της MET, αν και οι σύμβουλοι μπορεί να συμβουλεύουν με συγκεκριμένους στόχους, όπως η πλήρης αποχή. Μπορεί επίσης να διερευνηθεί ένα ευρύτερο φάσμα στόχων ζωής.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/Μηχανισμός Δράσης

Η MET βασίζεται στις αρχές της γνωστικής και κοινωνικής ψυχολογίας. Ο σύμβουλος επιδιώκει να αναπτύξει μια ασυμφωνία στις αντιλήψεις του πελάτη μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς και σημαντικών προσωπικών στόχων. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοαντίληψης του Bem, δίνεται έμφαση στην εκμείευση από τους πελάτες δηλώσεων αυτοπαρακίνησης για την επιθυμία και τη δέσμευση για αλλαγή. Η υπόθεση εργασίας είναι ότι τα εσωτερικά κίνητρα είναι ένας απαραίτητος και συχνά επαρκής παράγοντας για την υποκίνηση της αλλαγής.

1.4 Παράγοντας της αλλαγής

Ο πελάτης είναι ο φορέας της αλλαγής, με τη βοήθεια του συμβούλου.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης/εξάρτησης - Αιτιολογικοί Παράγοντες

Τα προβλήματα με τα ναρκωτικά θεωρούνται ως συμπεριφορές υπό μερικό τουλάχιστον εκούσιο έλεγχο του πελάτη, οι οποίες υπόκεινται στις συνήθεις αρχές της αλλαγής συμπεριφοράς. Τα ναρκωτικά κατάχρησης θεωρείται ότι προσφέρουν εγγενείς ιδιότητες παρακίνησης στον χρήστη ναρκωτικών, οι οποίες εξ ορισμού έχουν υπερκεράσει τα ανταγωνιστικά κίνητρα. Το καθήκον στη MET είναι να αναδείξει και να ενισχύσει τα ανταγωνιστικά κίνητρα.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Η MET έχει πολλές ομοιότητες με τη ροτζεριανή πελατοκεντρική συμβουλευτική, αλλά είναι κατευθυντική και όχι μη κατευθυντική. Υπάρχουν επίσης ορισμένες ομοιότητες με τη γνωστική θεραπεία και τη θεραπεία της πραγματικότητας.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Η MET διαφέρει εντυπωσιακά από τις συμβουλευτικές προσεγγίσεις που έχουν σχεδιαστεί για να αντιταχθούν στην άρνηση και να σπάσουν τις άμυνες μέσω της άμεσης αντιπαράθεσης. Επιπλέον, η MET διαφέρει από τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις στο ότι δεν παρέχονται άμεσες συμβουλές ή εκπαίδευση δεξιοτήτων.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Η MET συνήθως διεξάγεται ως ατομική συμβουλευτική, αν και τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να είναι παρόντα και να συμμετέχουν. Η ομαδική MET είναι πιθανή αλλά δεν έχει δοκιμαστεί.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Η MET έχει δοκιμαστεί και έχει κριθεί αποτελεσματική τόσο σε εξωτερικούς όσο και σε εσωτερικούς ασθενείς. Δεν υπάρχει απαραίτητο ή ιδανικό περιβάλλον.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Η MET είναι συνήθως σύντομη και περιορίζεται σε δύο έως τέσσερις συνεδρίες διάρκειας μίας ώρας η καθεμία.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείες

Η MET μπορεί να αποτελέσει κατάλληλο προοίμιο για άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που αποσκοπούν στην ενίσχυση της θεραπευτικής ανταπόκρισης. Έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη συμμόρφωση του πελάτη στη μετέπειτα θεραπεία του αλκοολισμού και, ως εκ τούτου, βελτιώνει το αποτέλεσμα.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Η MET δεν περιλαμβάνει επίσημα καμία ομάδα αυτοβοήθειας, αν και η συμμετοχή σε τέτοιες ομάδες μπορεί να αποτελεί μέρος του επιλεγμένου σχεδίου αλλαγής του πελάτη. Η MET είναι απολύτως συμβατή με την προσέγγιση των 12 βημάτων.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Η MET έχει χορηγηθεί αποτελεσματικά από φοιτητές πανεπιστημίων επιπέδου προπτυχίου που εργάζονται ως εποπτευόμενοι μη επαγγελματίες σύμβουλοι. Το μορφωτικό επίπεδο μπορεί να μην είναι κρίσιμος παράγοντας για την αποτελεσματικότητα της χρήσης της MET.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Η ειδική εκπαίδευση στην MET είναι σημαντική. Ένας επιδέξιος επαγγελματίας της MET κάνει τη διαδικασία να φαίνεται εύκολη και φυσική, αλλά στην πραγματικότητα οι επιμέρους δεξιότητες απαιτούν ουσιαστική εξάσκηση και διαμόρφωση.

Συνιστάται αρχική εντατική εκπαίδευση διάρκειας 2 έως 3 ημερών με επακόλουθη εποπτευόμενη εμπειρία σε MET. Η κατάρτιση αρχικά επικεντρώνεται στο σκεπτικό της MET και στην καθιέρωση ορθών δεξιοτήτων αναστοχαστικής ακρόασης, χωρίς τις οποίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά άλλες πτυχές της MET. Μόλις αναπτυχθούν αυτές οι δεξιότητες, η κατάρτιση προχωρά σε άλλες στρατηγικές για την ενίσχυση των κινήτρων και την ενδυνάμωση της δέσμευσης για αλλαγή. Οι σύμβουλοι

που είναι νέοι σε αυτή την προσέγγιση είναι απίθανο να το εφαρμόσουν με επιτυχία, με βάση ένα μόνο εργαστήριο, χωρίς συνεχή εποπτεία.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Η κατάσταση απεξάρτησης του συμβούλου είναι σε μεγάλο βαθμό άσχετη με την MET. Ορισμένες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι οι σύμβουλοι που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο απεξάρτησης τείνουν να ταυτίζονται υπερβολικά με τους πελάτες και δυσκολεύονται να διαχωρίσουν τα δικά τους θέματα και τις συμβουλές τους από τη συμβουλευτική διαδικασία. Αυτό θα αποτελούσε ιδιαίτερο εμπόδιο στην MET.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Η MET απαιτεί ένα υψηλό επίπεδο θεραπευτικής ενσυναίσθησης, όπως την όρισε ο Carl Rogers (σε αντίθεση με την ενσυναίσθηση με την έννοια του να έχει κανείς παρόμοιες εμπειρίες). Είναι επίσης επιθυμητή η υψηλή διαπροσωπική ζεστασιά και η σύμπτωση. Οι σύμβουλοι που δεν μπορούν να αναστείλουν τις δικές τους ανάγκες, αντιλήψεις και συμβουλές είναι ακατάλληλοι για τη MET.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Οι συνήθεις συμπεριφορές του συμβούλου στη MET περιλαμβάνουν ερωτήσεις ανοικτού τύπου, στοχαστική ακρόαση, επαναδιατύπωση και υποστήριξη. Μια βασική στρατηγική είναι η ανάπτυξη της ασυμφωνίας με την εκμαίευση της λεκτικής έκφρασης των προβλημάτων, των ανησυχιών, των λόγων για αλλαγή και της αισιοδοξίας του ίδιου του πελάτη σχετικά με την αλλαγή. Οι σύμβουλοι καθοδηγούνται να "κυλιούνται" με την αντίσταση αντί να την αντιμετωπίζουν άμεσα. Έμφαση δίνεται επίσης στην υποστήριξη της αυτοαποτελεσματικότητας του πελάτη, της αντίληψης ότι η αλλαγή είναι δυνατή και μπορεί να επιτευχθεί από τον πελάτη. Τα ευρήματα της αξιολόγησης χρησιμοποιούνται συχνά ως προσωπική ανατροφοδότηση για την εμπέδωση κινήτρων στον πελάτη.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Το πιο σημαντικό είναι ο σύμβουλος να αποφεύγει αυτό που ονομάζεται παγίδα αντιπαράθεσης/απόρριψης, κατά την οποία ο σύμβουλος βρίσκεται στη θέση να υπερασπιστεί την παρουσία ενός προβλήματος και την ανάγκη για αλλαγή, ενώ ο πελάτης υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ή ανάγκη για αλλαγή. Η επιχειρηματολογία γενικά απαγορεύεται. Ο σύμβουλος αποφεύγει επίσης να αναλάβει ρόλο "ειδικού", ο οποίος υπονοεί ότι ο σύμβουλος θα μεταδώσει τη λύση στον πελάτη.

Συναφώς, οι σύμβουλοι ενθαρρύνονται να αποφεύγουν τις "κλειστές" (σύντομες απαντήσεις) ερωτήσεις και συγκεκριμένα να αποφεύγουν να κάνουν τρεις ερωτήσεις στη σειρά. Η διαγνωστική επισήμανση ως προβληματικός πότης ή αλκοολικός, για παράδειγμα, αποφεύγεται ρητά.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Η άμεση παρατήρηση των συνεδριών είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική εποπτεία με MET. Οι σύμβουλοι είναι λιγότερο ικανοί να παρατηρήσουν ή να μεταφέρουν τις ίδιες τις συμπεριφορές που χρειάζονται περισσότερο να αλλάξουν. Πριν ή κατά τη διάρκεια της εποπτείας, οι επόπτες θα πρέπει να εξετάζουν βιντεοκασέτες ή ηχογραφημένες συνεδρίες. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τον επόπτη και τους εποπτευόμενους να χρησιμοποιούν ένα δομημένο φύλλο παρατήρησης κατά την παρακολούθηση των συνεδριών, κωδικοποιώντας το περιεχόμενο των αντιδράσεων του συμβούλου και του πελάτη ως μέσο για να προσέχουν τη διαδικασία αντί να αναλώνονται στο περιεχόμενο. Σε τακτά χρονικά διαστήματα προσφέρονται ειδικά σεμινάρια για εκπαιδευτές της συνέντευξης με κίνητρα.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο πρωταρχικός ρόλος του συμβούλου είναι να εκμαιεύσει και να εδραιώσει τα εσωτερικά κίνητρα του πελάτη για αλλαγή. Αυτός ο ρόλος διευκολυντή μπορεί να περιλαμβάνει δευτερεύουσες πτυχές ως εκπαιδευτή και συνεργάτη. Ο ρόλος του εμπειρογνώμονα/συμβούλου υποβαθμίζεται. Όταν παρέχεται ανατροφοδότηση προσωπικής αξιολόγησης ως μέρος της MET, ο σύμβουλος αναλαμβάνει προσωρινά το ρόλο του εκπαιδευτή.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Ο πελάτης θα πρέπει να αναλαμβάνει περισσότερο από το μισό της συζήτησης, εκτός από την περίοδο της ανατροφοδότησης της προσωπικής αξιολόγησης, όπου ο σύμβουλος έχει ουσιαστικό επεξηγηματικό ρόλο.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Οι συνεδρίες MET είναι πελατοκεντρικές αλλά και κατευθυντικές. Υπάρχει ένας συγκεκριμένος στόχος που ο σύμβουλος επιδιώκει μέσω συστηματικών στρατηγικών. Όταν η MET διεξάγεται με επιτυχία, ωστόσο, ο πελάτης δεν αισθάνεται ότι κατευθύνεται,

εξαναγκάζεται ή συμβουλευεται. Η καθοδήγηση επιτυγχάνεται συνήθως μέσω ανοιχτών ερωτήσεων και επιλεκτικών αντανακλάσεων του υλικού του πελάτη παρά μέσω πιο εμφανώς συγκρουσιακών στρατηγικών και παροχής συμβουλών. Για να χρησιμοποιήσουμε μια μεταφορά, ο πελάτης και ο σύμβουλος δουλεύουν μαζί ένα παζλ. Αντί να βάζει τα κομμάτια στη θέση τους ενώ ο πελάτης παρακολουθεί, ο σύμβουλος βοηθά στην κατασκευή του πλαισίου και στη συνέχεια τοποθετεί κομμάτια στο τραπέζι για να τα τοποθετήσει ο πελάτης.

5.4 Θεραπευτική Συμμαχία

Η ταχεία εγκαθίδρυση μιας λειτουργικής θεραπευτικής συμμαχίας είναι μια σημαντική πτυχή της MET. Οι βασικές προϋποθέσεις της πελατοκεντρικής θεραπείας παρέχουν ένα ισχυρό θεμέλιο, με ιδιαίτερη έμφαση στις στρατηγικές των ανοικτών ερωτήσεων και της αναστοχαστικής ακρόασης. Τέτοιες υποστηρικτικές στρατηγικές και στρατηγικές δημιουργίας κινήτρων χρησιμοποιούνται μέχρι να μειωθεί η αντίσταση και ο πελάτης να δείχνει ότι είναι έτοιμος να συζητήσει την αλλαγή.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Οι μέχρι σήμερα έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι η MET είναι αποτελεσματική σε ένα ευρύ φάσμα σοβαρότητας των προβλημάτων αλκοολισμού. Δεν έχουν εντοπιστεί μοναδικοί δείκτες διαφοροποιημένης ανταπόκρισης. Οι πελάτες με εντολή του δικαστηρίου φαίνεται να ανταποκρίνονται εξίσου αποτελεσματικά με εκείνους που παραπέμπονται μόνοι τους. Μια μελέτη έδειξε ότι η MET είναι διαφοροποιημένα αποτελεσματική (σε σχέση με τη συμπεριφορική προσέγγιση) με πελάτες που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της αλλαγής (δηλ. οι πιο ακινητοποιημένοι). Η MET έχει αξιολογηθεί καλά με προβληματικούς χρήστες, αλλά τα αποτελέσματά της είναι λιγότερο μελετημένα με άλλα προβλήματα ναρκωτικών. Δύο μελέτες έχουν αναφέρει θετικά αποτελέσματα με χρήστες μαριχουάνας και ηρωίνης. Το βασικό θεραπευτικό στυλ θα παρέμενε το ίδιο ανεξάρτητα από το ναρκωτικό-στόχο, αλλά το συγκεκριμένο περιεχόμενο (π.χ. ανατροφοδότηση αξιολόγησης) μπορεί να διαφέρει.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Η MET μπορεί να μην είναι επαρκώς κατευθυντήρια για τους πελάτες που επιθυμούν σαφείς οδηγίες και συμβουλές. Η έρευνα μέχρι σήμερα δεν έχει εντοπίσει χαρακτηριστικά του πελάτη που να προβλέπουν χειρότερη ανταπόκριση στη MET από ό,τι σε εναλλακτικές

προσεγγίσεις. Η σύντομη συμβουλευτική γενικά μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική ως αυτόνομη θεραπεία με πιο σοβαρά διαταραγμένους πελάτες.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η MET περιλαμβάνει συνήθως μια δομημένη αξιολόγηση της χρήσης, των συνεπειών του εθισμού, των βιοϊατρικών συνεπειών, του οικογενειακού ιστορικού και άλλων παραγόντων κινδύνου. Για την αξιολόγηση αυτών των διαστάσεων θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν διάφορα ειδικά μέσα. Τα μέσα που είναι ευαίσθητα στα πρώιμα στάδια της εξασθένησης είναι ιδιαίτερα επιθυμητά. Μια κοινή ακολουθία είναι η διεξαγωγή μιας σύντομης συνέντευξης κινήτρων για την προετοιμασία του πελάτη για την αξιολόγηση. Ακολουθεί δομημένη αξιολόγηση που περιλαμβάνει τις παραπάνω διαστάσεις. Μια τρίτη συνεδρία παρέχει στον πελάτη προσωπική ανατροφοδότηση σχετικά με τα ευρήματα της αξιολόγησης σε σχέση με τα πρότυπα.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Το περιεχόμενο μιας συνεδρίας MET εξαρτάται από το στάδιο παρακίνησης του πελάτη. Ο Prochaska και οι συνεργάτες του (1992) έχουν περιγράψει τέσσερα στάδια ετοιμότητας:

1. Προσυλλογισμός, κατά τον οποίο το άτομο δεν σκέφτεται την αλλαγή.
2. Στοχασμός, κατά τον οποίο το άτομο είναι αμφίθυμο, ζυγίζοντας τα υπέρ και τα κατά της αλλαγής.
3. Αποφασιστικότητα ή προετοιμασία, όπου η ζυγαριά γέρνει υπέρ της αλλαγής και το άτομο αρχίζει να εξετάζει τις επιλογές.
4. Δράση, η οποία περιλαμβάνει τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων για την επίτευξη της αλλαγής.

Με τους προ-συμβουλευόμενους, ο σύμβουλος διερευνά τις αντιλαμβανόμενες θετικές και αρνητικές πτυχές της χρήσης. Χρησιμοποιούνται ερωτήσεις ανοικτού τύπου για να εκμαιεύσουν την έκφραση του πελάτη και χρησιμοποιείται αναστοχαστική παράφραση για να ενισχυθούν τα βασικά σημεία των κινήτρων. Κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας που

ακολουθεί τη δομημένη αξιολόγηση, το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου αφιερώνεται στην εξήγηση της ανατροφοδότησης στον πελάτη. Αργότερα, στο πλαίσιο της ΜΕΤ, η προσοχή αφιερώνεται στην ανάπτυξη και παγίωση ενός σχεδίου αλλαγής.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Το θέμα της συνεδρίας καθορίζεται συνήθως από τον σύμβουλο, αλλά το συγκεκριμένο περιεχόμενο εντός του θέματος παρέχεται από τον πελάτη. Παραδείγματα κοινών θεμάτων περιλαμβάνουν:

- Καλά και λιγότερο καλά πράγματα σχετικά με τη χρήση.
- Μια τυπική ημέρα χρήσης.
- Λόγοι για να σταματήσετε ή να αλλάξετε.
- Ιδέες για το πώς μπορεί να γίνει η αλλαγή.

Οι συνεδρίες συνήθως ξεκινούν με ερωτήσεις ανοικτού τύπου και τελειώνουν με μια σύνοψη προβληματισμού.

8.3 Δομή συνεδρίας

Οι συνεδρίες είναι μάλλον δομημένες, αν και η παρουσίασή τους είναι ευέλικτη και πελατοκεντρική.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Η αντίσταση όλων των τύπων αντιμετωπίζεται με μια στοχαστική στρατηγική "κυλίσματος με", παρά με άμεση αντιπαράθεση ή αντίθεση. Για παράδειγμα, η ελαχιστοποίηση ή ο εξορθολογισμός του πελάτη μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορες μορφές αναστοχαστικής ακρόασης, όπως ο αμφίπλευρος αναστοχασμός, όπου συλλαμβάνονται και οι δύο πλευρές της αμφιθυμίας. Ο σύμβουλος μπορεί επίσης να συμφωνήσει με την άποψη του πελάτη, αλλά στη συνέχεια να την αναδιατυπώσει. Οι συνήθεις κανόνες του προγράμματος (π.χ. σχετικά με την προσέλευση στις συνεδρίες υπό την επήρεια αλκοόλ) μπορεί, φυσικά, να εξακολουθούν να εφαρμόζονται.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Το κεντρικό χαρακτηριστικό της MET είναι ότι ο σύμβουλος μπορεί να ανεβάζει και να κατεβάζει δραματικά τα επίπεδα αντίστασης ανάλογα με το προσωπικό του στυλ συμβουλευτικής. Σε όλη τη διάρκεια της MET χρησιμοποιείται μια προσέγγιση με σεβασμό και αναστοχασμό με ελάχιστες συμβουλές ή κατευθύνσεις. Ο στόχος εξακολουθεί να είναι η αντιπαράθεση με την έννοια ότι φέρνει τον πελάτη αντιμετώπιση με μια δύσκολη πραγματικότητα και με αυτόν τον τρόπο δρομολογεί την αλλαγή. Οι συνήθεις στρατηγικές για τη μείωση των συμπεριφορών αντίστασης περιλαμβάνουν παραλλαγές της αναστοχαστικής ακρόασης (π.χ. ενισχυμένη αναστοχαστική ακρόαση, κατά την οποία ο σύμβουλος πηγαίνει την αντίσταση του πελάτη ένα βήμα παραπέρα), την αναπλαισίωση ή την απόδοση ενός νέου νοήματος σε αυτά που είπε ο πελάτης και την επιλεκτική συμφωνία. Πολλές από αυτές παίρνουν τη μορφή του συμβούλου να δίνει φωνή στην αντίσταση του πελάτη, επιδιώκοντας να εκμαιεύσει τις λεκτικές διατυπώσεις του ίδιου του πελάτη για την ανάγκη αλλαγής.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κρίσεων

Οι κρίσεις συχνά προσφέρουν ιδιαίτερα καλές ευκαιρίες για παρακίνηση. Η ταχεία διαθεσιμότητα του συμβούλου MET είναι επιθυμητή. Πέρα από τη λήψη άμεσων μέτρων που είναι απαραίτητα για την ασφάλεια, οι στρατηγικές συμβουλευτικής παραμένουν σε μεγάλο βαθμό οι ίδιες.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Τα περιστατικά ανανεωμένης χρήσης διερευνώνται μέσω ανοικτών ερωτήσεων και διερευνώνται μέσω της αναστοχαστικής ακρόασης. Οι επικριτικές απαντήσεις αποφεύγονται προσεκτικά. Διερευνώνται οι αντιλήψεις του ίδιου του πελάτη σχετικά με το ολίσθημα ή την υποτροπή και δίνεται νέα προσοχή στο σχέδιο αλλαγής και στο τι μπορεί να ήταν ελαττωματικό στο προηγούμενο σχέδιο.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι σημαντικοί άλλοι (SOs) μπορεί να συμμετέχουν στις συνεδρίες MET και μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμες πηγές παρακινητικού υλικού και σχεδίων αλλαγής. Ο σύμβουλος πρέπει να διασφαλίσει ότι ο SO δεν συμπεριφέρεται με τρόπο που προκαλεί αντίσταση και αναστέλλει τα κίνητρα για αλλαγή. Ο πρωταρχικός ρόλος του SO είναι να προσφέρει τις δικές του παρατηρήσεις και αντιλήψεις, με την εστίαση να παραμένει στην ανάδειξη των

εσωτερικών κινήτρων του πελάτη. Ο σύμβουλος μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει στρατηγικές MET για να ενισχύσει τα κίνητρα του ίδιου του SO για αλλαγή και να εκμαιεύσει σχέδια για αλλαγή συμπεριφοράς.

Η εμπλοκή του SO μπορεί επίσης να καταστήσει τους λόγους για την αλλαγή, πιο σημαντικούς για τον πελάτη. Ο σιωπηρός στόχος παραμένει η υποκίνηση της αλλαγής στον πελάτη.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. και Norcross, J.C. Σε αναζήτηση του πώς αλλάζουν οι άνθρωποι: Εφαρμογές στις εθιστικές συμπεριφορές. *AmPsychol* 47:1102-1114, 1992.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

William R. Miller, Ph.D.

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής

Κέντρο Αλκοολισμού, Κατάχρησης ουσιών και Εξαρτήσεων (CASAA) Πανεπιστήμιο του

Νέου Μεξικού Albuquerque, NM 87131

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΔΩΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΩΝ

Joseph Nowinski

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1 Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Το πρόγραμμα των δώδεκα βημάτων (TSF) αποτελείται από μια σύντομη, δομημένη και καθοδηγούμενη από εγχειρίδια προσέγγιση για τη διευκόλυνση της πρώιμης ανάρρωσης από την κατάχρηση αλκοόλ και την κατάχρηση/εξάρτηση από άλλα ναρκωτικά. Προορίζεται να εφαρμοστεί σε ατομική βάση σε 12 έως 15 συνεδρίες και βασίζεται στις συμπεριφορικές, πνευματικές και γνωστικές αρχές που αποτελούν τον πυρήνα των κοινοτήτων 12 βημάτων, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) και οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (ΝΑ). Είναι κατάλληλο για όσους κάνουν προβληματική χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών και για όσους είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ ή άλλες ναρκωτικές ουσίες.

1.2 Σκοποί και Στόχοι της Προσέγγισης

Το TSF επιδιώκει να διευκολύνει δύο γενικούς στόχους σε άτομα με προβλήματα αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών: την αποδοχή (της ανάγκης για αποχή από τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών) και την προθυμία να συμμετάσχουν ενεργά σε κοινότητες 12 βημάτων ως μέσο διατήρησης της νηφαλιότητας. Αυτοί οι στόχοι αναλύονται σε μια σειρά από γνωστικούς, συναισθηματικούς, σχεσιακούς, συμπεριφορικούς, κοινωνικούς και πνευματικούς στόχους.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/ Μηχανισμός Δράσης

Το θεωρητικό σκεπτικό βασίζεται στα 12 βήματα και τις 12 «παραδόσεις» των ΑΑ και περιλαμβάνει την ανάγκη να αποδεχτούμε ότι η δύναμη της θέλησης από μόνη της δεν είναι επαρκής για την επίτευξη διαρκούς νηφαλιότητας, ότι ο εγωκεντρισμός πρέπει να αντικατασταθεί από το να αφεθεί το άτομο στη συνείδηση της ομάδας και ότι η μακροχρόνια ανάρρωση αποτελεί μια διαδικασία πνευματικής ανανέωσης. Ο πρωταρχικός μηχανισμός δράσης είναι η ενεργός συμμετοχή και η προθυμία να αποδεχτεί κανείς μια ανώτερη δύναμη ως το επίκεντρο της αλλαγής στη ζωή του.

1.4 Παράγοντας της αλλαγής

Ο συντονιστής στο θεραπευτικό μοντέλο TSF είναι περισσότερο ένας πραγματικός διαμεσολαβητής της αλλαγής παρά ένας παράγοντας της αλλαγής. Ο αληθινός παράγοντας της αλλαγής (δηλαδή της διατήρησης της νηφαλιότητας) βρίσκεται στην ενεργό συμμετοχή σε κοινότητες 12 βημάτων, όπως οι ΑΑ και οι ΝΑ, μαζί με τις αρχές που ορίζονται στα 12 βήματα και τις 12 «παραδόσεις» που καθοδηγούν αυτές τις κοινότητες.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης/της εξάρτησης - Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ο αλκοολισμός και ο εθισμός σε άλλα ναρκωτικά θεωρούνται ασθένειες που επηρεάζουν τα άτομα τόσο ψυχικά όσο και σωματικά με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην είναι σε θέση να ελέγξουν τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Εξεταζόμενη από αυτή την οπτική γωνία, η έννοια της ελεγχόμενης χρήσης αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ισοδυναμεί με άρνηση του πρωταρχικού προβλήματος, δηλαδή της απώλειας του ελέγχου. Οι συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες έχουν μικρότερη σημασία για την ανάρρωση από ό,τι η αποδοχή τόσο της απώλειας ελέγχου όσο και της ανάγκης για αποχή και η προθυμία να ακολουθηθεί το μονοπάτι που ορίζεται στα 12 βήματα.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Το TSF έχει τις ρίζες του στο Μοντέλο της Μινεσότα, που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Daniel J. Anderson και όπως εφαρμόζεται στα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα που προσανατολίζονται στους ΑΑ (π.χ. στο Ίδρυμα Hazelden, στο Ίδρυμα Betty Ford, στο Κέντρο Sierra Tucson και άλλα). Αυτά τα μοντέλα υποθέτουν ότι ο εθισμός μπορεί να αναχαιτιστεί αλλά όχι να θεραπευτεί, προσυπογράφουν τη φιλοσοφία των ΑΑ/ΝΑ, όπως περιγράφεται στη βιβλιογραφία των ΑΑ/ΝΑ, η οποία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε έναν συνδυασμό πνευματικότητας και πραγματισμού, και προωθούν την υποστήριξη από ομότιμους ως το πρωταρχικό μέσο για την επίτευξη διαρκούς νηφαλιότητας.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Οποιαδήποτε προσέγγιση που υποστηρίζει την ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών (σε σύγκριση με την αποχή) είναι θεμελιωδώς ανόμοια με την TSF όσον αφορά τους βασικούς θεραπευτικούς στόχους. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, που βασίζονται στην ιδέα ότι η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση άλλων ναρκωτικών πηγάζουν κυρίως από ανεπαρκείς δεξιότητες διαχείρισης του στρες και που στοχεύουν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, διαφέρουν από την TSF ως προς την παραδοχή ότι η υποστήριξη από τους ομότιμους είναι θεμελιώδους σημασίας για την ανάρρωση. Η TSF υποθέτει, επίσης, ότι ο αλκοολισμός και ο εθισμός σε άλλα ναρκωτικά είναι πρωταρχικές διαγνώσεις και όχι συμπτώματα άλλης διάγνωσης (π.χ. κατάθλιψη, αντικοινωνική προσωπικότητα).

3. ΜΟΡΦΗ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Το TSF σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της βραχυπρόθεσμης ατομικής συμβουλευτικής, αλλά έχει προσαρμοστεί για χρήση σε ομαδική μορφή. Ένα μέρος του TSF (το πρόγραμμα conjoint) προορίζεται ειδικά για να εφαρμοστεί σε συνεδρίες με τους σημαντικούς άλλους.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Μέχρι σήμερα, το TSF έχει εφαρμοστεί αποκλειστικά στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής θεραπείας, αν και έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε άτομα που δεν έχουν αναζητήσει ποτέ στο παρελθόν θεραπεία (πραγματικοί εξωνοσοκομειακοί ασθενείς) όσο και σε άτομα που είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε ενδονοσοκομειακή θεραπεία (πελάτες μετανοσηλευτικής φροντίδας). Το μοντέλο είναι αρκετά ευέλικτο, αποτελούμενο τόσο από βασικά όσο και από προαιρετικά προγράμματα, ώστε να εξυπηρετεί και τις δύο αυτές ομάδες πελατών. Ωστόσο, δεδομένου ότι το TSF βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη συμμετοχή των πελατών σε συναντήσεις σε ομάδες 12 βημάτων, θα ήταν λιγότερο ιδανικό να εφαρμοστεί σε ένα περιβάλλον ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Το TSF μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί σε ένα γενικό πλαίσιο εξωτερικών ιατρείων ψυχικής υγείας.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Το TSF εφαρμόζεται καθοδηγούμενο από εγχειρίδιο και είναι χρονικά περιορισμένο. Προβλέπεται να εφαρμοστεί σε 12 έως 15 συνεδρίες, που κατανέμονται σε περίπου 12 εβδομάδες. Για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά που δεν αφορά το αλκοόλ συνιστάται η παρακολούθηση των κλινικών δύο φορές την εβδομάδα για τις τρεις πρώτες εβδομάδες. Η αρχική συνεδρία αξιολόγησης διαρκεί 1½ ώρα και οι τακτικές συνεδρίες προορίζονται να διαρκούν 1 ώρα.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Το TSF μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με υποστηρικτική φαρμακοθεραπεία τόσο για τον αλκοολισμό όσο και για τον εθισμό σε άλλα ναρκωτικά. Αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πολλαπλών προβλημάτων προσαρμογής στους περισσότερους αλκοολικούς και χρήστες άλλων ναρκωτικών (π.χ. συζυγικές συγκρούσεις, οικογενειακή δυσλειτουργία), η TSF υποστηρίζει την επιδίωξη του στόχου της πρώιμης ανάρρωσης ως πρωταρχικό στόχο, καθυστερώντας τις επιμέρους θεραπείες, εάν είναι απαραίτητο, μέχρι ο πελάτης να έχει επιτύχει περίπου 6 μήνες νηφαλιότητας. Οι πρωταρχικές εξαιρέσεις σε αυτή τη σύσταση θα ήταν η εξουθενωτική κατάθλιψη ή άλλη μείζονα συναισθηματική διαταραχή ή μια ψυχωτική διαταραχή, οι οποίες θα είχαν προτεραιότητα έναντι της TSF. Η TSF δεν είναι συμβατή με θεραπείες που βασίζονται στις έννοιες της ελεγχόμενης χρήσης.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας αποτελεί κεντρικό στοιχείο του TSF και θεωρείται ο πρωταρχικός παράγοντας αλλαγής. Οι συγκεκριμένοι στόχοι στο πλαίσιο του TSF περιλαμβάνουν τη συμμετοχή σε 90 συναντήσεις των AA ή NA σε 90 ημέρες, την απόκτηση και χρήση των τηλεφωνικών αριθμών των μελών, την απόκτηση καθοδηγητή και την ανάληψη ευθυνών στο πλαίσιο μιας συνάντησης.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Παρόλο που καθοδηγείται από εγχειρίδιο, το TSF απαιτεί σημαντικές κλινικές δεξιότητες για να εφαρμοστεί σωστά. Τα ζητήματα κατά την εφαρμογή περιλαμβάνουν την ικανότητα να παραμένει κανείς συγκεντρωμένος, να διατηρεί τη δομή σε κάθε συνεδρία και να εμπλέκεται σε εποικοδομητική αντιπαράθεση. Κατά συνέπεια, συνιστάται οι υποψήφιοι συντονιστές να έχουν τουλάχιστον μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (ή ισοδύναμο εκπαιδευτικό τίτλο) σε έναν τομέα της συμβουλευτικής και τουλάχιστον 1.000 ώρες εποπτευόμενης συμβουλευτικής εμπειρίας ως προαπαιτούμενα για την επάρκεια στο TSF.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Ένα μεταπτυχιακό δίπλωμα στη συμβουλευτική γάμου και οικογένειας, ένα μεταπτυχιακό δίπλωμα στην κοινωνική εργασία ή ένα διδακτορικό δίπλωμα στην κλινική ψυχολογία θα αποτελούσε τις κατάλληλες επαγγελματικές προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή TSF. Η πιστοποίηση ως σύμβουλος κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων ουσιών είναι επιθυμητή, αλλά δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις βασικές κλινικές πιστοποιήσεις. Επιπλέον, συνιστάται στους συντονιστές να έρχονται σε επαφή με τουλάχιστον δύο πλήρεις περιπτώσεις (τουλάχιστον οκτώ συνεδρίες η καθεμία) υπό εποπτεία, πριν επιχειρήσουν να διεξάγουν TSF χωρίς εποπτεία.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Οι συντονιστές του TSF δεν χρειάζεται να είναι προσωπικά σε ανάρρωση. Ωστόσο, κάθε υπεύθυνος συντονιστής TSF θα πρέπει να έχει διαβάσει όλη τη βιβλιογραφία των AA/NA, που θα ζητηθεί από τους πελάτες να διαβάσουν και θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος τουλάχιστον με τις συναντήσεις των AA και του προγράμματος AI-Anon, από προσωπική εμπειρία (τουλάχιστον έξι συναντήσεις η καθεμία). Επιπλέον, δεν συνιστάται να προσπαθήσει να εφαρμόσει αυτό το μοντέλο ένας συντονιστής του οποίου οι απόψεις δεν είναι σύμφωνες με τους πρωταρχικούς στόχους του TSF (π.χ. αποχή, ενεργός συμμετοχή σε κοινότητες 12 βημάτων), για ευνόητους λόγους.

4.4 Ιδανικά προσωπικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Οι καλύτεροι συντονιστές του TSF έχουν καλή γνώση των βασικών, μη ειδικών, ανθρωποκεντρικών, θεραπευτικών δεξιοτήτων κατά τον Ροτζερ, συμπεριλαμβανομένης της άνευ όρων θετικής εκτίμησης και των καλών δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης σε συνδυασμό με καλή γνώση της φιλοσοφίας των 12 βημάτων και των πρακτικών λεπτομερειών της δραστηριοποίησης στις κοινότητες των 12 βημάτων. Ο ιδανικός συντονιστής του TSF είναι σε θέση να διατηρεί την εστίαση της συνεδρίας χωρίς υπερβολική παρέκκλιση, διατηρώντας παράλληλα την επαφή. Ο συντονιστής TSF εγκαθιδρύει μια σχέση συνεργασίας με τον πελάτη και χρησιμοποιεί την αντιπαράθεση με εποικοδομητικό, μη τιμωρητικό τρόπο.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος του TSF θα βοηθήσει :

1. Να αξιολογήσει ο πελάτης τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών και να υποστηρίξει την αποχή.
2. Να εξηγήσει ο πελάτης τις βασικές έννοιες των 12 βημάτων (π.χ. «παράδοση», ανώτερη δύναμη)
3. Να υποστηρίξει ενεργά και να διευκολύνει ενεργά την αρχική συμμετοχή στους AA/NA
4. Να διευκολύνει τη συνεχή συμμετοχή του πελάτη (π.χ. να βρει καθοδηγητή).
5. Να προτείνει και να συζητήσει συγκεκριμένα αναγνώσματα από τη βιβλιογραφία των AA/NA.
6. Να διεξάγει δύο συνεδρίες, εάν ο πελάτης έχει σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του.
7. Να μάθει ο πελάτης να χρησιμοποιεί τους AA/NA ως πηγές δύναμης σε περιόδους κρίσης και να υποστηρίζει και να χαίρεται τη νηφαλιότητα του.
8. Να αναπτύξει ο πελάτης (εφόσον το επιτρέπει ο χρόνος) μια αρχική κατανόηση πιο προχωρημένων εννοιών, όπως οι ηθικοί κατάλογοι.
9. Να διεξάγει μια συνεδρία τερματισμού, που βοηθά τον πελάτη να αξιολογήσει κριτικά την πρόοδό του στο πρόγραμμα.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος του TSF δεν θα έπρεπε:

1. Να διεξάγει συνεδρίες με πελάτη υπό την επήρεια.
2. Να συμμετέχει στις συναντήσεις των AA ή NA με τον πελάτη.
3. Να ενεργεί ως καθοδηγητής.
4. Να απειλεί με αντίποινα για μη συμμόρφωση.
5. Να υποστηρίζει την ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ ή τη χρήση άλλων ναρκωτικών.
6. Να επιτρέψει να παρασυρθεί στη θεραπεία υπερβολικά σε παράπλευρα ζητήματα, όπως συζυγικές ή εργασιακές συγκρούσεις.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Επειδή το TSF απαιτεί σχετικά υψηλό επίπεδο κλινικών δεξιοτήτων και την ικανότητα διατήρησης της εστίασης, συνιστάται, εκτός από τη βασική κλινική εκπαίδευση που αναφέρθηκε προηγουμένως, ο συντονιστής να συμμετέχει σε συνεχή συλλογική εποπτεία που περιλαμβάνει την παρατήρηση των ηχογραφημένων ή βιντεοσκοπημένων συνεδριών. Σε γενικές γραμμές, οι στόχοι της εποπτείας αυτής θα πρέπει να είναι οι εξής:

1. Παροχή υποστήριξης στον διαμεσολαβητή.
2. Αποσαφήνιση των στόχων και του περιεχομένου της θεραπείας (π.χ., βασικά θέματα έναντι θεμάτων επιλογής).
3. Βοήθεια στον σύμβουλο για την ελαχιστοποίηση της παρέκκλισης.

Οι επόπτες θα πρέπει να έχουν τουλάχιστον 2 χρόνια προηγούμενης εμπειρίας στην εποπτεία γενικών θεραπειών, να έχουν γνώση του TSF και της φιλοσοφίας των AA γενικά, να έχουν διεξάγει προσωπικά TSF και άλλες θεραπείες καθοδηγούμενες από εγχειρίδια και να είναι

πλήρως εξοικειωμένοι με όλες τις πτυχές του μοντέλου.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο ρόλος του συντονιστή στο TSF ορίζεται ευρέως ως εξής: εκπαίδευση και συνηγορία, καθοδήγηση και συμβουλές, ενσυναίσθηση και παρακίνηση. Καθένας από αυτούς τους γενικούς στόχους αναλύεται περαιτέρω σε μια σειρά από συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές ή στόχους. Για παράδειγμα, η καθοδήγηση και η υποστήριξη περιλαμβάνουν την παρακολούθηση της συμμετοχής του πελάτη στους ΑΑ/ΝΑ, την ενθάρρυνση των πελατών να προσφέρουν εθελοντικά βασικές υπηρεσίες, τον προσδιορισμό των κατάλληλων κοινωνικών εκδηλώσεων στις οποίες μπορεί να συμμετέχει ο πελάτης, τον εντοπισμό κατάλληλων συναντήσεων και την αποσαφήνιση του ρόλου του καθοδηγητή.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Οι πελάτες και οι συντονιστές μιλούν εξίσου για τις αποτελεσματικές συνεδρίες TSF. Δεδομένου ότι το TSF είναι μια ενεργητική παρέμβαση, οι συντονιστές, που είναι παθητικοί, μπορεί να μην καταφέρουν να διατηρήσουν την εστίαση ή να επιτύχουν βασικούς στόχους. Ταυτόχρονα, η επιτυχία στο TSF εξαρτάται από την παρακολούθηση της δραστηριότητας και των αντιδράσεων των πελατών, γεγονός που απαιτεί την ενεργό συμμετοχή των πελατών στις συνεδρίες.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Το TSF είναι παρόμοιο με πολλές γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες στο ότι είναι εστιασμένο και απαιτεί από τον συντονιστή να είναι αρκετά κατευθυντικός, διατηρώντας παράλληλα μια καλή σχέση. Ο διαμεσολαβητής της TSF είναι κατευθυντικός με τους ακόλουθους τρόπους:

1. Η θεραπεία επικεντρώνεται στην πρώιμη ανάρρωση. Ο συντονιστής δεν αφήνει την εστίαση να μετατοπιστεί σε άλλα θέματα (π.χ. προβλήματα σχέσεων ή εργασίας), ακόμη και αν αυτά είναι σημαντικά. Επίσης, επικυρώνει άλλες ανησυχίες και βοηθά τον πελάτη να αναπτύξει ένα γενικό θεραπευτικό σχέδιο για την αντιμετώπισή τους, αλλά διατηρεί την εστίαση του TSF.
2. Οι αντιδράσεις του πελάτη στις εργασίες και στις συναντήσεις θεωρούνται πολύ σημαντικές. Στο TSF ο συντονιστής πρέπει να ζητήσει συγκεκριμένη ανατροφοδότηση από τον πελάτη.
3. Κάθε συνεδρία TSF έχει ένα συγκεκριμένο θέμα (βασικό, επιλεγόμενο ή κοινό) που περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη ατζέντα που πρέπει να καλυφθεί. Παρόλο που ένα συγκεκριμένο θέμα μπορεί να απαιτεί περισσότερες από μία συνεδρίες για να καλυφθεί, και παρόλο που ο συντονιστής πρέπει να είναι ευέλικτος στην ατζέντα του, πρέπει, επίσης, να αναλάβει την ευθύνη για τον έλεγχο του περιεχομένου και της ροής των συνεδριών.
4. Κάθε συνεδρία TSF ακολουθεί μια καθορισμένη μορφή, την οποία ο συντονιστής είναι

υπεύθυνος να ακολουθήσει. Και πάλι, υπάρχει κάποια ευελιξία, αλλά ο συντονιστής δεν ακολουθεί απλώς την ατζέντα του πελάτη.

5. Κάθε συνεδρία TSF τελειώνει με τον συντονιστή να κάνει συγκεκριμένες προτάσεις στον πελάτη (εργασίες αποκατάστασης). Επιπλέον, ο συντονιστής αναμένεται να κάνει συγκεκριμένες υποδείξεις (π.χ. ποιες συναντήσεις να παρακολουθήσει, πώς να ζητήσει έναν καθοδηγητή) καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

5.4 Θεραπευτική Συμμαχία

Στο TSF, ο συντονιστής θεωρείται ειδικός στις τεχνικές διαπροσωπικής συμβουλευτικής και γνώστης των αρχών και πρακτικών των κοινοτήτων 12 βημάτων. Ωστόσο, στο TSF ο συντονιστής δεν θεωρείται ο πρωταρχικός παράγοντας της αλλαγής, η κοινότητα 12 βημάτων (AA ή NA) είναι αυτή που θεωρείται ο παράγοντας της αλλαγής. Κατά συνέπεια, ο συντονιστής της TSF πρέπει να αντιλαμβάνεται τη θεραπεία ως προϊόν μιας σχέσης συνεργασίας και πρέπει να αναλάβει την ευθύνη να κάνει ό,τι καλύτερο μπορεί για την εγκαθίδρυση αυτής της σχέσης συνεργασίας. Ωστόσο, δεν είναι στόχος του συντονιστή να παρακάμψει την άρνηση του πελάτη, να παρέχει όλη την υποστήριξη που χρειάζεται για να παραμείνει νηφάλιος, να πηγαίνει τον πελάτη στις συναντήσεις και άλλα. Ακόμη και σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του συντονιστή είναι περιορισμένες στο μοντέλο TSF. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε η λέξη "συντονιστής" αντί για θεραπευτής ή σύμβουλος, καθώς φαίνεται να περιγράφει καλύτερα το ρόλο από αυτές τις ετικέτες.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή την συμβουλευτική προσέγγιση

Το TSF έχει χρησιμοποιηθεί σε ελεγχόμενες μελέτες αποτελεσμάτων με χρήστες αλκοόλ και αλκοολικούς και με άτομα που έχουν ταυτόχρονη κατάχρηση και εξάρτηση από αλκοόλ και κοκαΐνη. Έχει χρησιμοποιηθεί με πελάτες με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό, εκπαιδευτικό και πολιτισμικό υπόβαθρο και με διαφορετικό εύρος δυσπροσαρμογής.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Τα άτομα που έχουν σοβαρά συμπτώματα εθισμού στην κοκαΐνη ή τα οπιούχα, που είναι άνεργα και που δεν έχουν καμία πηγή συζυγικής ή άλλης οικογενειακής υποστήριξης φαίνεται να έχουν την χειρότερη πρόγνωση. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι εναλλακτικές θεραπείες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε αυτή την ομάδα ατόμων. Κατά τη θεραπεία του εθισμού στην κοκαΐνη, συνιστάται να προγραμματίζονται συνεδρίες δύο φορές την εβδομάδα για τις πρώτες 3 εβδομάδες.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η συνεδρία αξιολόγησης στο TSF διαρκεί 1½ ώρα. Οι στόχοι είναι:

1. Η δημιουργία σχέσης μεταξύ πελάτη και συντονιστή.
2. Διεξαγωγή συνεργατικής αξιολόγησης της κατάχρησης αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών

(ιστορικό).

3. Συζήτηση των προηγούμενων προσπαθειών του πελάτη να σταματήσει ή να ελέγξει τη χρήση.
4. Συζήτηση των αρνητικών συνεπειών που σχετίζονται με τη χρήση.
5. Αποκάλυψη της διάγνωσης στον πελάτη και προσπάθεια να είναι μια κοινή απόφαση.
6. Περιγραφή του προγράμματος TSF.
7. Προσπάθεια για μείωση της δέσμευσης του πελάτη να δοκιμάσει το TSF και τους ΑΑ/ΝΑ και να είναι ανοιχτόμυαλος.

Η αξιολόγηση στο πλαίσιο του μοντέλου TSF έχει τόσο πληροφοριακό όσο και παρακινητικό στόχο.

Συνιστάται να γίνονται περιοδικά αλκοτέστ είτε τυχαία είτε όταν ο συντονιστής υποψιάζεται ότι ο πελάτης μπορεί να έχει πει ή κάνει χρήση αλκοόλ. Σύμφωνα με τη φιλοσοφία των 12 βημάτων, κανένας πελάτης δεν αποκλείεται από τη θεραπεία ως συνέπεια του αλκοόλ ή της χρήσης, αν και με ορισμένους πελάτες μπορεί να καταστεί σκόπιμο να συζητηθεί η ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Οι συνεδρίες με τους πελάτες που διαπιστώνεται ότι είναι (ή παραδέχονται ότι είναι) υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών διακόπτονται και γίνονται διευθετήσεις για την ασφαλή επιστροφή του πελάτη στο σπίτι.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Οι τακτικές συνεδριάσεις του TSF ακολουθούν τη μορφή που περιγράφεται κατωτέρω. Οι συνεδρίες αξιολόγησης και τερματισμού και η πρώτη κοινή συνεδρία ακολουθούν ελαφρώς διαφορετική μορφή.

8.1.1. Αναθεώρηση.

Ο συντονιστής αφιερώνει περίπου 10 λεπτά σε μια συγκεκριμένη συζήτηση της λεγόμενης εβδομάδας ανάρρωσης του πελάτη, συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε κατανάλωσης αλκοόλ ή χρήσης που συνέβη, οποιασδήποτε παρόρμησης για κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση που βίωσε ο πελάτης, αντιδράσεις σε εργασίες ανάρρωσης και άλλες συγκεκριμένες προτάσεις που έγιναν στο τέλος της προηγούμενης συνεδρίας, αντιδράσεις σε συναντήσεις που παρακολούθησε, και συνολική πρόοδος στο να δραστηριοποιηθεί στους ΑΑ ή στους Ανώνυμους Αλκοολικούς, ΝΑ.

8.1.2 Νέο υλικό.

Το θέμα για κάθε συνεδρία αποφασίζεται προσωρινά εκ των προτέρων και μπορεί να περιλαμβάνει ένα βασικό θέμα, όπως η αποδοχή ή η παράδοση, ή ένα θέμα επιλογής, όπως τα μονόγραμμα ή οι ηθικοί κατάλογοι. Η παρουσίαση του νέου υλικού συχνά ακολουθεί προτάσεις για ανάγνωση και περιλαμβάνει τόσο διδακτικό υλικό όσο και διερευνητική συζήτηση για να διασφαλιστεί ότι ο πελάτης κατανοεί πραγματικά τις έννοιες.

8.1.3 Σύνοψη και εργασίες αποκατάστασης.

Ο συντονιστής ζητά από τον πελάτη να συνοψίσει τι αποκόμισε από κάθε συνεδρία και τελειώνει με διάφορες συγκεκριμένες προτάσεις (καθήκοντα ανάρρωσης) που συνήθως περιλαμβάνουν το διάβασμα (ή την ακρόαση μαγνητοφωνημένων βιβλίων), την παρακολούθηση συναντήσεων, τη συμμετοχή στις συναντήσεις και την τήρηση ημερολογίου.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή θεματικές ενότητες συνεδριών

Τα βασικά θέματα περιλαμβάνουν την αξιολόγηση καθώς και την αποδοχή, την παράδοση και τη δραστηριοποίηση. Η αποδοχή έχει να κάνει με τη συζήτηση και την απεικόνιση του Βήματος 1 των ΑΑ και ΝΑ, το οποίο αφορά την αποδοχή (σε αντίθεση με την άρνηση) της απώλειας του ελέγχου του ατόμου πάνω στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Συζητούνται λεπτομερώς παραδείγματα απώλειας του ελέγχου γενικά, και ειδικότερα στην εμπειρία του πελάτη, και οι φυσιολογικές ανθρώπινες αντιδράσεις σε αυτό. Η άποψη των ΑΑ/ΝΑ για την αδυναμία εξουσίας συζητείται μαζί με την έννοια της άρνησης και τις μορφές που συνήθως παίρνει. Ζητείται από τον πελάτη να ταυτιστεί με την άρνηση και να περιγράψει τις δικές του αντιδράσεις στην έννοια της αδυναμίας και τις προσωπικές του εμπειρίες με την αποδοχή του περιορισμού.

Τα θέματα επιλογής περιλαμβάνουν θέματα όπως τα γονιδιογράμματα, τα οποία χρησιμοποιούνται στο TSF για να καταδείξουν πώς ο αλκοολισμός και ο εθισμός είναι συχνά οικογενειακές ασθένειες που συνεχίζουν να διεκδικούν θύματα από γενιά σε γενιά. Ο πελάτης καθοδηγείται στην κατασκευή ενός λεπτομερούς γονιδιώματος προσανατολισμένου στο αλκοόλ και σε άλλα ναρκωτικά, ενώ ακολουθεί συζήτηση σχετικά με την έννοια του εθισμού ως ασθένειας. Οι στόχοι είναι η ενίσχυση της αποδοχής και η μείωση της ντροπής.

8.3 Δομή συνεδρίας

Όπως περιγράφηκε προηγουμένως, η TSF είναι μια θεραπεία καθοδηγούμενη από εξειδικευμένα εγχειρίδια και εκ τούτου είναι σχετικά δομημένη. Ο συντονιστής καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την εστίαση των συνεδριών και παρέχει συγκεκριμένες συμβουλές από ένα συνεπές εννοιολογικό πλαίσιο (δηλαδή την προσέγγιση των 12 βημάτων). Ο συντονιστής πρέπει, επίσης, να ζητά ανατροφοδότηση από τον πελάτη, να αναθέτει ασκήσεις αποκατάστασης, προσαρμοσμένες στον εκάστοτε πελάτη και να διατηρεί την εστίαση της θεραπείας, ώστε να μην απομακρύνεται ο πελάτης από αυτήν.

8.4 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κοινών κλινικών προβλημάτων

Κάθε θέμα στο πλαίσιο του εγχειριδίου θεραπείας TSF περιλαμβάνει μια ενότητα για την αντιμετώπιση προβλημάτων, η οποία βοηθάει τον συντονιστή να προβλέψει και να διαμορφώσει σχέδιο αντιμετώπισης για κάποια κοινά προβλήματα, όπως η αργοπορία, η προσέλευση στις συνεδρίες υπό την επήρεια ουσιών και η αντίσταση του πελάτη σε νέο υλικό. Τις περισσότερες φορές, αυτές οι στρατηγικές συνάδουν με τη φιλοσοφία των ΑΑ/ΝΑ και ενθαρρύνουν τον πελάτη να χρησιμοποιήσει την ομάδα των 12 βημάτων ως

πόρο ανάκαμψης. Για παράδειγμα, ο πελάτης, που φτάνει υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών, ερωτάται με ποιον τρόπο αυτός ή αυτή θα καταφέρει να μην κάνει ξανά χρήση αλκοόλ ή ουσιών για το υπόλοιπο της σημερινής ημέρας. Οι πελάτες ποτέ δεν τιμωρούνται, δεν απορρίπτονται ή επιπλήττονται στο πλαίσιο του μοντέλου TSF για το ποτό ή τη χρήση, εφόσον είναι αποδεκτό ότι η απώλεια ελέγχου είναι η ουσία της ασθένειας τους. Ωστόσο, οι συνεδρίες διακόπτονται, εάν ο πελάτης είναι υπό την επήρεια. Αυτός ή αυτή ενθαρρύνεται έντονα να καλέσει μια τηλεφωνική γραμμή των ΑΑ ή ΝΑ ή ένα φίλο που αναρρώνει και να πάει σε μια συνάντηση αμέσως. Χρόνια αργοπορία ή ακυρώσεις αντιμετωπίζονται ως άρνηση.

Κατά κανόνα, ο συντονιστής αναθέτει την τελική ευθύνη για την ανάρρωση στον πελάτη. Ο συντονιστής είναι ένας οδηγός και μια πηγή υποστήριξης, αλλά το κλειδί για την ανάρρωση θεωρείται πάντα η ενεργός συμμετοχή σε μία ή περισσότερες κοινότητες 12 βημάτων. Μια κοινή στρατηγική του μοντέλου TSF για την αντιμετώπιση της αντίστασης είναι να ζητηθεί από τον πελάτη να είναι ανοιχτός σε νέες ιδέες ή απλά να κάνει μια ειλικρινή προσπάθεια. Ο συντονιστής διατηρεί μια θέση άνευ όρων θετικής εκτίμησης και αποδοχής της ασθένειας του πελάτη, ανεξάρτητα από την όποια αντίσταση προκύπτει.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Όλες οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της αντίστασης στα πλαίσια του μοντέλου TSF ξεκινούν με την παραδοχή ότι ο πελάτης έχει μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από απώλεια ελέγχου της χρήσης αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, γεγονός που τον/την οδηγεί στο να θέλει να αντισταθεί στο να αποδεχθεί αυτή την απώλεια ελέγχου. Αν και ο πιο σημαντικός θεραπευτικός στόχος του μοντέλου TSF και της οπτικής των 12 βημάτων είναι η αποχή από οποιαδήποτε χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, αναμένεται ότι ο πελάτης θα αντιμετωπίσει δυσκολία στο να αποδεχτεί αυτόν τον περιορισμό, καθώς ο καθένας δυσκολεύεται να αποδέχεται τους περιορισμούς γενικά. Υπό αυτό το πρίσμα η αντίσταση θεωρείται ως φυσικό μέρος της φάσης της πρώιμης ανάρρωσης. Πράγματι, ο συντονιστής του TSF θα πρέπει να είναι καχύποπτος αν συναντήσει ελάχιστη αντίσταση από κάποιον πελάτη, φαινόμενο γνωστό ως συμμόρφωση. Ο συντονιστής του μοντέλου TSF προσπαθεί να αντιμετωπίσει την αντίσταση μέσω ανοιχτής συζήτησης και μέσω μιας διαδικασίας διαμόρφωσης της συμπεριφοράς και των στάσεων του πελάτη. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση αυτή περιλαμβάνουν τη συνεχή ενίσχυση της προόδου του πελάτη, την αποδοχή της αντίστασης, την αναδιαμόρφωση των εννοιών των 12 βημάτων (οι οποίες δεν είναι απόλυτα καθορισμένες), και τον συμβιβασμό. Ο πελάτης καλείται συχνά να είναι ανοιχτόμυαλος, να ακούει και να προσπαθεί να ταυτιστεί με έναν ή περισσότερους από τους ανθρώπους που ακούει στις συναντήσεις. Στη συνέχεια, αυτό συζητείται στο μέρος της ανασκόπησης κάθε συνεδρίας. Στον πελάτη λέγεται σταθερά ότι μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει μια πτυχή της φιλοσοφίας των 12 βημάτων και ότι η ομάδα μπορεί να εξακολουθεί να είναι μια ζωτική πηγή υποστήριξης για την πρώιμη ανάρρωση.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κρίσεων

Στο TSF, ο συντονιστής λαμβάνει συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση κρίσεων που κυμαίνονται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό έως την κακοποίηση συζύγου και το διαζύγιο. Κατά κανόνα, μόνο τα επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και η οξεία μέθη ή η υπερδοσολογία αποτελούν λόγους για διακοπή των συνεδριών TSF. Διαφορετικά, οι κρίσεις αξιολογούνται και ταξινομούνται. Σε πολλές περιπτώσεις ο συντονιστής θα κατευθύνει τον πελάτη στους πόρους των ομάδων 12 βημάτων (συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων AI-Anon και Alateen για τους συντρόφους και τα παιδιά των πελατών) ως μέσο αντιμετώπισης των οξέων στρεσογόνων παραγόντων. Οι πελάτες ενθαρρύνονται να ανακαλύψουν πόσο κοινά είναι τα προβλήματα τους μεταξύ των ανθρώπων που κάνουν προβληματική χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών και πως αυτά τα θέματα είναι κοινά θέματα συζήτησης στις συναντήσεις. Πράγματι, από την άποψη αυτή ο συντονιστής μπορεί να είναι μία λιγότερο χρήσιμη πηγή συγκριτικά με την υποστήριξη των ομότιμων ατόμων που αναρρώνουν, πολλοί από τους οποίους έχουν αντιμετωπίσει ή αντιμετωπίζουν ενεργά παρόμοια προβλήματα. Εάν μια επείγουσα συνεδρία κρίνεται απαραίτητη, το εγχειρίδιο TSF περιλαμβάνει συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές για τον συντονιστή.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Τα σφάλματα και οι υποτροπές θεωρούνται φυσιολογικά και αναμενόμενα μέρη της πρώιμης ανάρρωσης, όπως και οι συχνές παρορμήσεις για κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Το μοντέλο των 12 βημάτων θεωρεί τον εθισμό ως ασθένεια που χαρακτηρίζεται από μία παρόρμηση που υπερνικά τη δύναμη της ατομικής θέλησης. Έως ότου ο πελάτης να συνδεθεί σταθερά με μία ομάδα 12 βημάτων, αναμένεται ότι θα αντιμετωπίσει δυσκολία στο να διατηρήσει τη νηφαλιότητα του, ακόμη και αν αισθάνεται απόλυτα σίγουρος για τον στόχο του. Ο πρωταρχικός σκοπός της ανασκόπησης των συνεδριών TSF είναι να αξιολογήσει την εβδομαδιαία ανάρρωση του πελάτη, τις παρορμήσεις, τα σφάλματα και τον τρόπο με τον οποίο ο πελάτης τα αντιμετώπισε. Αυτό το υλικό δημιουργεί ένα σημαντικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η συντονιστής διαμορφώνει σταδιακά μεγαλύτερη εμπλοκή του πελάτη στους AA/NA. Συνήθως, διακρίνεται ένα συγκεκριμένο μοτίβο στα σφάλματα. Για παράδειγμα, είναι σύνηθες για έναν πελάτη να μένει καθαρός και νηφάλιος για 1 ή 2 ημέρες μετά από μια συνάντηση και στη συνέχεια να υποτροπιάσει. Ο εντοπισμός αυτού του μοτίβου (συντά με τη βοήθεια ενός ημερολογίου) μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση της σημασίας της ενεργούς συμμετοχής στους AA/NA. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα μοτίβο συχνών σφαλμάτων, παρά την παρουσία του πελάτη στις συναντήσεις, οδηγεί τον συντονιστή να του συστήσει θεραπεία ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μοντέλο TSF περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα με δύο συνεδρίες, το οποίο πρέπει να χρησιμοποιείται, όποτε είναι δυνατόν, όταν ο πελάτης διατηρεί σχέση με έναν σημαντικό άλλο. Όπως και οι άλλες πτυχές του μοντέλου TSF, οι προαναφερθείσες συνεδρίες είναι εστιασμένες και αποσκοπούν στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Δεν προορίζονται για σύντομη συμβουλευτική γάμου ή σχέσης, αν και ένας στόχος τους είναι να βοηθήσουν το

ζευγάρι να εκτιμήσει τις επιπτώσεις της κατάχρησης ουσιών στη σχέση. Η συζυγική θεραπεία μπορεί να συζητηθεί εν συντομία, ενώ εξετάζονται και οι ανησυχίες, η δυσαρέσκεια και τα παράπονα των σημαντικών προσώπων. Ωστόσο, ο συντονιστής προτείνει να αναβληθεί προσωρινά η εντατική συμβουλευτική για τη σχέση (όπως και άλλες θεραπείες, όπως η οικογενειακή ή σεξουαλική θεραπεία), τουλάχιστον έως ότου ο πελάτης να έχει ολοκληρώσει τις συνεδρίες TSF και κατά προτίμηση να είναι 6 μήνες νηφάλιος.

Οι δύο συνεδρίες ασχολούνται με τα θέματα της ενεργοποίησης και της αποδέσμευσης. Και οι δύο αυτές έννοιες έχουν τις ρίζες τους στο πρόγραμμα AI-Anon, ένα πρόγραμμα 12 βημάτων, παρόμοιο με τους AA και NA, αλλά για αυτούς που επηρεάζονται έμμεσα από την κατάχρηση ουσιών και όχι για τους ίδιους τους εθισμένους. Πρωταρχικός στόχος των συνεδριών αυτών είναι να ενθαρρύνουν και να διευκολύνουν εν συντομία τη χρήση του AI-Anon από τον σύντροφο ως πηγή για την αντιμετώπιση της σχέσης με ένα εξαρτημένο άτομο καθώς και επίσης για την επούλωση των προσωπικών τους πληγών, που συνήθως προέρχονται από αυτού του είδους τη σχέση. Ένας άλλος στόχος είναι να αξιολογηθεί, αρχικά, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών από τον σύντροφο και να γίνει κατάλληλη παραπομπή, εάν είναι απαραίτητο. Τέλος, περιγράφονται οι σκοποί και οι στόχοι του ίδιου του προγράμματος TSF και των προγραμμάτων 12 βημάτων.

Το TSF περιλαμβάνει κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση επείγουσών κλήσεων από έναν σύντροφο. Η προσέγγιση δίνει έμφαση στην υποστήριξη και προσπαθεί να διευκολύνει τη χρήση του προγράμματος AI-Anon από τον σύντροφο.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Joseph Nowinski, Ph.D. P.O. Box 15 Tolland, CT 06084

ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΜΙΝΕΣΟΤΑ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Patricia Owen

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ

1.1 Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Η προσέγγιση του μοντέλου της Μινεσότα συνήθως χαρακτηρίζεται από μια ενδεδειγμένη και συνεχή αξιολόγηση όλων των πτυχών του πελάτη και εστιάζει στην πολυτροπική θεραπευτική προσέγγιση. Μπορεί να περιλαμβάνει ομαδική και ατομική θεραπεία, οικογενειακή εκπαίδευση και υποστήριξη, καθώς και άλλες μεθόδους. Μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών (π.χ. σύμβουλοι, ψυχολόγοι, νοσηλεύτες) σχεδιάζει και βοηθά στη θεραπευτική διαδικασία για κάθε πελάτη. Κάθε μέλος της ομάδας συναντάει ατομικά τον πελάτη για να διεξάγει μια συνέντευξη και να επανεξετάσει τα αποτελέσματα των τεστ και των ερωτηματολογίων που συμπληρώνει. Αφού ο πελάτης εξεταστεί από κάθε μέλος της ομάδας, η ομάδα συνεδριάζει χωρίς τον πελάτη για να συζητηθούν τα ευρήματα και να διαμορφωθεί ένα σχέδιο θεραπείας, που περιλαμβάνει εξατομικευμένους στόχους και σκοπούς. Η παραδοχή είναι ότι η αποχή είναι προϋπόθεση. Η θεραπεία παρέχει εργαλεία και πλαίσιο για να μάθει ο πελάτης νέους τρόπους ζωής χωρίς αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά. Αυτό το είδος θεραπείας μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε ενδονοσοκομειακή νοσηλεία όσο και σε περίθαλψη εκτός νοσοκομειακού πλαισίου. Η φιλοσοφία του Μοντέλου της Μινεσότα βασίζεται στη φιλοσοφία των ΑΑ.

1.2 Σκοποί και στόχοι της προσέγγισης

Ο πρωταρχικός στόχος είναι η εφ' όρου ζωής αποχή από το αλκοόλ και άλλες ναρκωτικές ουσίες, που αλλάζουν τη διάθεση, καθώς και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται με την εφαρμογή των αρχών της φιλοσοφίας των 12 βημάτων, οι οποίες περιλαμβάνουν συχνές συναντήσεις με άλλα άτομα που είναι σε διαδικασία αποκατάστασης, και αλλαγές στις καθημερινές συμπεριφορές. Ο απώτερος στόχος είναι η αλλαγή προσωπικότητας ή η αλλαγή στον πυρήνα της σκέψης, των συναισθημάτων και της δράσης στον κόσμο. Στο πλαίσιο του μοντέλου, αυτή η αλλαγή αναφέρεται ως πνευματική εμπειρία.

1.3 Θεωρητικό υπόβαθρο/ Μηχανισμός δράσης

Αυτή η προσέγγιση λειτουργεί με την αλλαγή των πεποιθήσεων για τη σχέση του ατόμου με τους άλλους και με τον εαυτό του. Αυτή η αλλαγή συμβαίνει με την παρακολούθηση συναντήσεων, με την αυτοκριτική και με την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων διαχείρισης προβλημάτων. Μέσω αυτής της διαδικασίας, η κατανόηση του πελάτη σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους μετασχηματίζεται.

1.4 Παράγοντας αλλαγής

Ο κύριος παράγοντας της αλλαγής είναι η ένταξη στην ομάδα και η εξάσκηση συμπεριφορών που συνάδουν με την ομάδα των ΑΑ. Οι θεραπευτικές αναθέσεις, που ο σύμβουλος δίνει σε κάθε πελάτη, βοηθούν τον πελάτη να συνδεθεί με την ομάδα και παρέχουν ευκαιρίες για εξάσκηση σε αλλαγές συμπεριφοράς.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης/εξάρτησης – Αιτιολογικοί παράγοντες

Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά θεωρείται πρωτοπαθής, χρόνια και προοδευτική ασθένεια. Είναι πρωτοπαθής, επειδή είναι μια οντότητα από μόνη της και δεν προκαλείται από άλλους παράγοντες, όπως μία ενδοψυχική σύγκρουση. Είναι χρόνια, επειδή ο πελάτης δεν μπορεί να επιστρέψει στην "φυσιολογική" κατανάλωση αλκοόλ από τη στιγμή που εγκαθιδρύεται ο εθισμός. Είναι προοδευτική, επειδή τα συμπτώματα και οι συνέπειες συνεχίζουν να εμφανίζονται με αυξανόμενη σοβαρότητα, όσο συνεχίζεται η χρήση.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Οι πιο παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η εκπαίδευση ή η αποκατάσταση από μια διαταραχή της σωματικής υγείας (π.χ. αποκατάσταση από καρδιακή προσβολή) και η εκμάθηση του να ζει κανείς με οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια.

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη και η ψυχανάλυση είναι ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις.

3. ΜΟΡΦΗ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Περίπου το 80 έως το 90 τοις εκατό των θεραπειών πραγματοποιείται σε ομάδες. Το υπόλοιπο αφορά ατομικές συνεδρίες. Η ομαδική θεραπεία μπορεί να προσφέρει θεραπεία που επικεντρώνεται στη θέαση μιας ευρύτερης πραγματικότητας και περιλαμβάνει την υπέρβαση της άρνησης, τη μεγαλύτερη αποδοχή της προσωπικής ευθύνης και της ελπίδας για αλλαγή, την εκμάθηση της νόσου και των σχετικών παραγόντων, τον προσανατολισμό στη φιλοσοφία των 12 βημάτων και στις ομάδες αυτοβοήθειας (π.χ. ΑΑ, ΝΑ ή Ανώνυμοι Χρήστες Κοκαΐνης), την εξέταση συγκεκριμένων θεμάτων στα πλαίσια της ομάδας, την εστίαση σε εξειδικευμένα θέματα για τους πελάτες που έχουν ειδικά χαρακτηριστικά (π.χ. γυναίκες, ηλικιωμένοι, άτομα με διπλές διαταραχές, άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά από μέλος της οικογένειας) και η συμμετοχή σε ομάδες αναψυχής, ομάδες διαλογισμού, ομάδες εργασίας, ομάδες για άτομα που λένε τις ιστορίες τους και δέχονται

ανατροφοδότηση και ομάδες των οποίων τα μέλη επανεξετάζουν τις ασκήσεις συμπεριφοράς τους. Οι ατομικές συνεδρίες χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της προόδου και την αντιμετώπιση ζητημάτων που μπορεί να είναι πολύ ευαίσθητα ή μοναδικά για να αντιμετωπιστούν συνήθως σε ομαδικό πλαίσιο.

Συνήθως, ο σύμβουλος προγραμματίζει ατομικές συναντήσεις μία έως τρεις φορές την εβδομάδα, περισσότερο συχνά στην αρχή της θεραπείας και λιγότερο συχνά προς το τέλος της θεραπείας. Ο σύμβουλος βοηθά τον πελάτη να ενσωματώσει όλες τις ομαδικές εμπειρίες και την ατομική εξάσκηση του, διδάσκοντας στον πελάτη πώς οι γνώσεις αυτές εφαρμόζονται στη φιλοσοφία των 12 βημάτων. Οι ατομικές συνεδρίες χρησιμοποιούνται για να εξεταστούν οι θεραπευτικές εργασίες που έχουν ανατεθεί στον πελάτη και για να δοθούν νέες. Για παράδειγμα, αφού η θεραπευτική ομάδα έχει καθορίσει τους στόχους και τις μεθόδους θεραπείας της, ο πελάτης και ο σύμβουλος συναντώνται. Μαζί, ξεκινούν με τις θεραπευτικές αναθέσεις που θα ανταποκρίνονται στους πρώτους στόχους. Κατά τη διάρκεια της επόμενης ατομικής συνεδρίας, ο σύμβουλος και ο πελάτης μπορούν να επανεξετάσουν αυτές τις αναθέσεις για να διαπιστώσουν αν ήταν χρήσιμες και αν ο στόχος επετεύχθη. Εάν ναι, τότε προχωρούν στην επόμενη σειρά εργασιών για να δουλέψουν πάνω στον επόμενο στόχο. Ωστόσο, εάν ο πελάτης είχε δυσκολία με τις εργασίες, ή αν οι εργασίες δεν ήταν χρήσιμες για εκείνον, το θεραπευτικό σχέδιο μπορεί να αναθεωρηθεί και να δοθούν νέες εργασίες.

Οι μη προγραμματισμένες ατομικές συνεδρίες διεξάγονται για την επίλυση δυσκολιών που μπορεί να έχει ο πελάτης στο θεραπευτικό περιβάλλον ή με εξωτερικά ζητήματα (π.χ. οικογένεια, νομικό σύστημα). Για τον πελάτη του οποίου το επίπεδο λειτουργικότητας είναι χαμηλό λόγω γνωστικής ή συναισθηματικής δυσλειτουργίας, ο σύμβουλος μπορεί να κάνει συχνότερες συναντήσεις με το άτομο για σύντομο χρονικό διάστημα (π.χ. συνεδρίες των 15 λεπτών) για να βοηθήσει τον πελάτη να εξακολουθεί να προσπαθεί για απλούς καθημερινούς στόχους και να επανεκτιμήσει την κατάσταση.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο θεραπείας

Το ιδανικό θεραπευτικό περιβάλλον είναι το ιδρυματικό πλαίσιο, καθώς αυτό το περιβάλλον μεταδίδει ευκολότερα αξιοπρέπεια και σεβασμό για το άτομο και παρέχει λόγους και φυσικό χώρο για απομόνωση και περισυλλογή. Το μοντέλο αυτό μπορεί, ωστόσο, να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε περιβάλλον.

3.3 Διάρκεια θεραπείας

Στα πλαίσια ιδρυματικής περίθαλψης η τυπική διάρκεια της παραμονής είναι 22 έως 28 ημέρες. Σε περιβάλλον εκτός νοσοκομειακής δομής η τυπική διάρκεια της θεραπείας είναι 5 έως 6 εβδομάδες εντατικής θεραπείας (3 έως 4 νύχτες την εβδομάδα, 3 έως 4 ώρες ανά συνεδρία), ακολουθούμενη από 10 ή περισσότερες εβδομαδιαίες συνεδρίες μετεκπαίδευσης.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Η προσέγγιση αυτή είναι συμβατή με τη φαρμακευτική αγωγή, την ατομική ψυχοθεραπεία και την οικογενειακή θεραπεία.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας (ΑΑ, ΝΑ, Ανώνυμοι Χρήστες Κοκαΐνης) θεωρείται μείζονος σημασίας για τη μακροχρόνια αποχή. Σε ορισμένες περιπτώσεις η συμμετοχή σε συναφείς ομάδες αυτοβοήθειας (π.χ. Women for Sobriety) μπορεί να είναι αποδεκτή. Κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης της θεραπείας, ο στόχος είναι να εμπλακούν οι πελάτες σε προγράμματα 12 βημάτων, ώστε να αρχίσουν να έρχονται σε επαφή με το πώς λειτουργούν αυτά και να αισθάνονται άνετα στα πλαίσια αυτών. Μετά την αρχική φάση της θεραπείας, η συχνότητα των συναντήσεων εξαρτάται από το άτομο. Εάν ένας πελάτης ανταποκρίνεται σχετικά καλά και έχει ένα ισχυρό σύστημα υποστήριξης, η παρακολούθηση μία έως δύο φορές την εβδομάδα μπορεί να συνιστάται. Για εκείνους που η παραμονή στην αποκατάσταση καθίσταται πιο δύσκολη, μπορεί να συνιστώνται καθημερινές συναντήσεις. Οι πελάτες παροτρύνονται να συμμετέχουν σε ομάδες που είναι πιο εξειδικευμένες για το ναρκωτικό της επιλογής τους.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Απαιτείται προπτυχιακός τίτλος σπουδών, αλλά κάποια θεραπευτικά προγράμματα δέχονται έναν σύμβουλο που έχει απολυτήριο λυκείου, πιστοποίηση και εμπειρία. Ιδανικά, ένας σύμβουλος θα έχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ψυχολογία, στην κοινωνική εργασία ή σε έναν στενά συνδεδεμένο τομέα.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Οι σύμβουλοι εξάρτησης ναρκωτικών ουσιών παίρνουν μέρος σε κρατικές εξετάσεις και λαμβάνουν πιστοποίηση. Ορισμένα κράτη απαιτούν πλέον την έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος. Το κέντρο θεραπείας της εξάρτησης “Hazelden” προσφέρει ένα βιωματικό/διδακτικό πρόγραμμα 55 εβδομάδων που προσφέρει πιστοποίηση για συμβουλευτική εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες. Οι εκπαιδευόμενοι εργάζονται σε μονάδες θεραπείας, εξασκώντας τις δεξιότητες που έχουν διδαχθεί. Το ίδρυμα Hazelden συνεργάζεται με το Πανεπιστήμιο της Μινεσότα. Προσφέρει, επίσης, εκπαίδευση για πιστοποίηση του συμβούλου εξάρτησης ουσιών στο Τέξας και στη Φλόριδα.

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Ο ιδανικός σύμβουλος βρίσκεται σε ένα ενεργό πρόγραμμα ανάρρωσης από εθισμό στις ουσίες. Η κατανόηση και η εφαρμογή των 12 βημάτων (π.χ. συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας όπως οι ΑΑ/ΝΑ, ΑΙ-Ανον, Ανώνυμοι Χρήστες Κοκαΐνης) στην προσωπική ζωή είναι απαραίτητη. Όλοι οι σύμβουλοι πρέπει να επιδεικνύουν καλά επίπεδα υγείας αναφορικά με την αποχή από τις ουσίες. Οι σύμβουλοι, που δεν έχουν αναρρώσει, μπορούν επίσης να τα καταφέρουν αρκετά καλά.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Ο σύμβουλος θα πρέπει:

- Να είναι ανεκτικός και μη επικριτικός απέναντι στην ποικιλομορφία των πελατών.
- Να είναι συνεργάσιμος, όταν εργάζεται με τους πελάτες, και να μπορεί να εκμαιεύσει και να χρησιμοποιεί τη συμβολή άλλων επαγγελματιών.
- Να είναι ευέλικτος στην αποδοχή επαγγελματικών ευθυνών (π.χ. στην ατομική διαχείριση περιπτώσεων, στην καθοδήγηση ομαδικών θεραπευτικών συνεδριών, σε στοχευμένες και ενδιαφέρουσες εκπαιδευτικές διαλέξεις).
- Να διαθέτει καλές δεξιότητες προφορικής και γραπτής επικοινωνίας.
- Να διαθέτει προσωπική ακεραιότητα.
- Να συμπεριφέρεται με συμπόνια στους πελάτες.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση:

- Να αξιολογεί τον εθισμό του πελάτη.
- Να συγκεντρώνει και να συνθέτει πληροφορίες σχετικά με τον πελάτη από άλλους επαγγελματίες, σημαντικά πρόσωπα και μέλη της οικογένειας.
- Να διαμορφώνει ένα σχέδιο θεραπείας που περιλαμβάνει στόχους και αντικείμενα εξάσκησης, τα οποία είναι εύκολο για τον πελάτη να τα παρακολουθήσει.
- Να αναθέτει στόχους και αντικείμενα εργασίας και να αξιολογεί κατά διαστήματα την πρόοδο των πελατών με παρατήρηση και συζήτηση.
- Να επισημαίνει τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία του πελάτη στην ανάρρωση.
- Να περιγράφει την παρατηρούμενη πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων.
- Να διατηρεί τη δέσμευση και τη συμπεριφορά του πελάτη προς αλλαγή.
- Να εμπιστεύεται την ικανότητα του πελάτη να αλλάζει και να επικοινωνεί πληροφορίες.
- Να συνοψίζει, να παραφράζει ή να αντανakλά τις δηλώσεις του πελάτη και να ζητά περαιτέρω πληροφορίες.
- Να γνωρίζει σε ποιο στάδιο ανάρρωσης βρίσκεται ο πελάτης και να εφαρμόζει τις μεθόδους θεραπείας ή συμβουλευτικής ανάλογα.
- Να προχωράει σε προσωπική αποκάλυψη στο πλαίσιο των κατάλληλων ορίων (π.χ. κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου).

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος δεν πρέπει:

- Να παραβιάζει το απόρρητο.
- Να παρέχει οποιαδήποτε φάρμακα, ακόμη και τα μη συνταγογραφούμενα.
- Να έχει οποιαδήποτε σωματική επαφή με τον πελάτη εκτός από περιστασιακές αγκαλιές ή χτυπήματα στον ώμο. (Αυτή η περιορισμένη σωματική επαφή θα πρέπει να γίνεται μόνο με την άδεια ή το αίτημα του πελάτη και να διεξάγεται σε δημόσιο χώρο).

- Να αντιπαρατίθεται με τον πελάτη χωρίς λόγο (δηλαδή να μην προβαίνει σε στάση εκφοβισμού, ντροπής ή ταπείνωσης).
- Να δημιουργήσει μια προσωπική σχέση εκτός του θεραπευτικού πλαισίου.
- Να αποκαλύπτει προσωπικές λεπτομέρειες για το δικό του ιστορικό ή να συζητά προσωπικά προβλήματα.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Το μοντέλο συμβουλευτικής έχει καθιερωθεί, έτσι ώστε η συνεχής εποπτεία να λαμβάνεται φυσικά από τον επόπτη και τους συναδέλφους κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της διεπιστημονικής ομάδας. Η πρόοδος των πελατών συζητείται και επανεξετάζεται σε εβδομαδιαία βάση και ο κάθε σύμβουλος λαμβάνει συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με το έργο του. Ιδανικά, ο σύμβουλος λαμβάνει ατομική εποπτεία τουλάχιστον μηνιαίως, στην οποία μπορούν να συζητηθούν οι τύποι των πελατών και τυχόν προβλήματα του συμβούλου.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο ρόλος του συμβούλου θα μπορούσε να περιγραφεί καλύτερα ως αυτός του εκπαιδευτή και του προπονητή. Η σχέση φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα όταν ο πελάτης αντιλαμβάνεται τον σύμβουλο ως σύμμαχο στο έργο του προς την ανάρρωση. Με άλλα λόγια, ο σύμβουλος είναι ένας σημαντικός πόρος για την ανάρρωση του πελάτη, όχι όμως αυτός που είναι υπεύθυνος για την ανάρρωση.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Εξαρτάται από τον στόχο της συνεδρίας.

Γενικά, ο πελάτης μιλάει περισσότερο από τον σύμβουλο. Ωστόσο, εάν ο σύμβουλος δίνει στόχους και θέματα, ο σύμβουλος είναι αυτός που θα κάνει το μεγαλύτερο μέρος των ομιλιών.

5.3 Πόσο καθοδηγητικός είναι ο σύμβουλος;

Ένας καλός σύμβουλος θα είναι λίγο πολύ κατευθυντικός, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του πελάτη και το στάδιο της θεραπείας. Αυτή η μορφή θεραπείας είναι περισσότερο κατευθυντική από πολλούς τύπους θεραπείας (π.χ. πελατοκεντρική θεραπεία), αλλά δεν είναι πλέον τόσο αδιακρίτως συγκρουσιακή όπως ήταν κάποτε. Ο σύμβουλος θα είναι συνήθως άμεσος δηλώνοντας "αυτό είναι που βλέπω σε σένα", αλλά συνήθως όχι πριν να έχει εκμιαεύσει τις απόψεις του πελάτη και να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης. Ο σύμβουλος συνήθως επιλέγει το θέμα της συνεδρίας και διατηρεί την εστίαση στο

συγκεκριμένο θέμα. Υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι το Μοντέλο Μινεσότα είναι ή πρέπει να είναι σκληρό. Αυτό είναι ατυχές, καθώς η μέθοδος της άμεσης ή σκληρής αντιπαράθεσης μπορεί στην πραγματικότητα να είναι επιζήμια για ορισμένους πελάτες, ιδίως για εκείνους που των οποίων η αυτοεκτίμηση είναι ήδη θιγμένη. Αυτό ισχύει συχνά για ηλικιωμένους, για γυναίκες, για άτομα που έχουν κατάθλιψη, και άτομα που απλά συνειδητοποιούν ότι είναι αλκοολικοί/εξαρτημένοι και βιώνουν τις οδυνηρές συνέπειες. Η ταπείνωση των πελατών και η χρήση τιμωρητικών μεθόδων θεραπείας δεν έχουν θέση στο μοντέλο της Μινεσότα.

5.4 Θεραπευτική συμμαχία

Σε αυτό το μοντέλο, ο σύμβουλος θεωρείται ως συνάδελφος ή συνεργάτης στη διαδικασία ανάρρωσης, ο αυτός που έχει τεχνογνωσία. Ο σύμβουλος ευθυγραμμίζεται με τον πελάτη: ακούει, διατηρεί την εμπιστευτικότητα, επιδεικνύοντας γνώση, παρατηρώντας τον πελάτη χωρίς να τον κρίνει ή να τον ντροπιάζει και προσφέροντας ενθάρρυνση και υποστήριξη. Μία θεραπευτική συμμαχία μπορεί να είναι ανεπαρκής εάν ο πελάτης αντιλαμβάνεται τον σύμβουλο ως φιγούρα εξουσίας και επαναστατεί. Ο σύμβουλος συνήθως προσπαθεί να αποφύγει έναν αγώνα εξουσίας μεταξύ του θεραπευόμενου και θέτει σκόπιμα την ευθύνη για συμπεριφορά στον πελάτη. Στο Hazelden δεν υπάρχουν κλειδωμένες μονάδες. Στην πραγματικότητα, πρωτότυπα έργα τέχνης κοσμούν τους τοίχους, τα έπιπλα είναι μη ιδρυματικά και οι πελάτες είναι ελεύθεροι να περπατήσουν στα μονοπάτια του δάσους.

Οι πελάτες που έχουν περάσει από πιο περιοριστικά περιβάλλοντα ή είναι "έτοιμοι για μάχη" μερικές φορές αποπλίζονται από την ελευθερία. Το περιβάλλον λέει: "Υποθέτουμε ότι είστε υπεύθυνα, ικανά ανθρώπινα όντα- αν θέλετε να φύγετε, μπορείτε". Αν ο πελάτης εστιάζει το θυμό ή την ευθύνη στον σύμβουλο για τον ή την αλκοολισμό/εξάρτηση ή την ανάγκη για θεραπεία, ο σύμβουλος μπορεί να επιλέξει να κρατήσει χαμηλό προφίλ ή να παίξει έναν παρασκηνιακό ρόλο στην ανάρρωση του πελάτη. Σε αυτή την περίπτωση, οι αναθέσεις θεραπείας θα έχουν ως στόχο τον πελάτη να συγκεντρώσει πληροφορίες από την οικογένεια, τους φίλους ή από άτομα που επιλέγει να εμπιστευτεί, παρά από τον σύμβουλο (αν εκεί είναι που η αδυναμία τοποθετείται). Συνήθως αυτή η προσέγγιση εκτονώνει το ζήτημα.

Μια κακή Θεραπευτική Σχέση (ΤΑ) μπορεί επίσης να συμβεί εάν ο πελάτης γίνεται υπερβολικά εξαρτημένος από τον σύμβουλο, τοποθετώντας την επιτυχία του στα χέρια του συμβούλου. Σε αυτή την περίπτωση, ο πελάτης μπορεί να ισχυριστεί ότι δεν είναι σε θέση να παραμείνει νηφάλιος χωρίς τη συνεχή προσοχή του συμβούλου και μπορεί να έχει επαναλαμβανόμενες κρίσεις. Εάν ο σύμβουλος προσπαθεί να θέσει όρια, ο πελάτης μπορεί να "τριγωνοποιήσει" το προσωπικό απευθυνόμενος σε άλλα μέλη του προσωπικού.

Ο σύμβουλος είναι πιθανό να εργαστεί προς την κατεύθυνση της βελτίωσης αυτής της ΘΣ με τους παρακάτω τρόπους:

© Μιλώντας απευθείας στον πελάτη για τον ή την ανάγκη του και τους τρόπους συνεργασίας για να βοηθηθεί ο πελάτης να αισθάνεται πιο ασφαλής στην διαδικασία της αποκατάστασης.

© Ενθάρρυνση του πελάτη να συμπεριλάβει περισσότερους ομότιμους στη διαδικασία ανάρρωσής του (π.χ., χρησιμοποιώντας τις εργασίες για το σπίτι για να βοηθήσετε τον πελάτη να κάνει αυτές τις συνδέσεις).

© Παραπομπή του πελάτη για ψυχολογική συμβουλευτική για να δει αν αυτός ή αυτή γίνεται υπερβολικά καταβεβλημένος/η από συναισθηματικά ζητήματα που είναι ή που προκύπτουν καθώς οι χημικές ουσίες εγκαταλείπουν το σύστημά του.

© Συνέχιση της προσφοράς υποστήριξης και ενίσχυσης, ακόμη και για μικρές επιτυχίες, ώστε ο πελάτης να αρχίσει να γίνεται "ιδιοκτήτης" της διαδικασίας ανάρρωσής του.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Κατάλληλότεροι πελάτες για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Τα ακόλουθα άτομα είναι κατάλληλα για αυτήν την προσέγγιση:

© Έφηβοι ή ενήλικες που έχουν παροδική διανοητική εξασθένηση.

© Άτομα με μέση ή καλύτερη νοητική ικανότητα και τουλάχιστον αναγνωστική ικανότητα έκτης τάξης.

© Αλκοολικοί ή χρήστες πολλαπλών ναρκωτικών ουσιών.

© Άτομα με διπλή διάγνωση, εάν η ψυχιατρική διαταραχή είναι σταθερή ή όχι κυρίαρχη στην κλινική εικόνα.

© Άτομα που έχουν ή αναπτύσσουν τουλάχιστον μέτρια κίνητρα και προθυμία για να αλλάξουν. (Αν και πολλοί έρχονται στη θεραπεία με κάποια αντίσταση, οι περισσότεροι θα μπορέσουν να συμμετάσχουν στη θεραπευτική διαδικασία μέσα σε 5 έως 10 ημέρες. Εάν δεν μπορούν, μπορεί να αποσυρθούν).

6.2 Πελάτες ανεπαρκώς κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Αυτοί που δεν είναι κατάλληλοι για αυτήν την προσέγγιση περιλαμβάνουν το αντίθετο των παραπάνω, καθώς και άτομα που αναζητούν συντήρηση με μεθαδόνη, τα άτομα με φτωχή ικανότητα ανάγνωσης ή εξασθένηση της μνήμης, και τα άτομα που δεν έχουν κίνητρο για αλλαγή.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αρχική αξιολόγηση διαρκεί γενικά 5 έως 7 ημέρες. Περιλαμβάνει φυσική εξέταση-ερωτηματολόγια σχετικά με το ιστορικό χρήσης χημικών ουσιών, ψυχολογικό ιστορικό, περιγραφή των τρεχόντων συμπτωμάτων και οικογενειακό/κοινωνικό ιστορικό-δραστηριότητες αναψυχής/ελεύθερου χρόνου, πνευματικά θέματα και ιστορικό καριέρας καθώς και νομικό/οικονομικό ιστορικό.

Ο πελάτης λαμβάνει επίσης το ερωτηματολόγιο MMPI, Shipley, Hartford, και Beck. Κάθε γραπτό ερωτηματολόγιο ή το τεστ εξετάζεται σε ατομική συνέντευξη με το αρμόδιο άτομο του προσωπικού.

Η αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνεται με την επανεξέταση των εργασιών (γραπτών), με τη διενέργεια συνεντεύξεων, και παρατηρώντας τον πελάτη. Εργασία για το σπίτι αποτελούν κρίσιμο μέρος της θεραπείας. Ανάλογα με τις ανάγκες του πελάτη, οι εργασίες μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως η ανάγνωση ενός φυλλαδίου ή κάποιο κεφάλαιο ενός βιβλίου και η συζήτησή του με έναν ομότιμο, η διεξαγωγή μιας συζήτησης σε μικρή ομάδα για ένα θέμα, η τήρηση ημερολογίου, το να ζητάτε βοήθεια από έναν ομότιμό σας με οποιονδήποτε τρόπο, περνώντας ευχάριστο χρόνο με ομότιμους, τη συγγραφή ενός λεπτομερούς ιστορικού της προσωπικής χρήσης ναρκωτικών και τις συνέπειές τους, απάντηση σε ερωτήσεις που βοηθούν στην εξατομίκευση των 12 βημάτων και ούτω καθεξής. Με την παρατήρηση του πελάτη και την επανεξέταση των εργασιών του, ο σύμβουλος μπορεί να λάβει πληροφορίες σχετικά με την ικανότητα του πελάτη να προχωρήσει στην ανάρρωση. Περαιτέρω τεστ ψυχολογικής/διανοητικής λειτουργίας μπορεί να γίνουν αν χρειαστεί. Κύριοι τομείς που αξιολογούνται εξαρτώνται από το άτομο. Συνήθως, η πρόοδος αξιολογείται με την αξιολόγηση της προόδου προς των καθορισμένων ατομικών θεραπευτικών στόχων. Μετά από θεραπεία, οι πελάτες συνήθως βαίνουν σε αξιολόγηση μέσω ερωτηματολογίων σε 1 μήνα, 6 μήνες και 12 μήνες. Οι κυριότεροι τομείς που αξιολογούνται είναι οι εξής: χρήση, η συμμετοχή στην αυτοβοήθεια και η ποιότητα ζωής.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Η δομή της συνεδρίας εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από το ύφος του κάθε συμβούλου. Σε γενικές γραμμές, ο σύμβουλος:

- © Αποκτά κάθε νέα πληροφορία σχετικά με την πρόοδο από τον πελάτη (π.χ., ανασκόπηση των εργασιών στο σπίτι αναθέσεις, συζήτηση των αλλαγών της συμπεριφοράς ή σκέψης).
- © Δίνει νέες εργασίες ή συστάσεις ή ενισχύει τη συνέχιση των τρεχουσών προσπαθειών.

8.2. Διάφορα τυπικά θέματα συνεδρίας ή Θέματα

Στις πρώτες αρκετές συνεδρίες, το θέμα είναι η αξιολόγηση. Ο σύμβουλος καθορίζει το θέμα και τη βασική δομή και στη συνέχεια επανεξετάζει, μαζί με τον πελάτη, τις γραπτές πληροφορίες που ο πελάτης έχει παράσχει σχετικά με μια πτυχή της ζωής του. Ο σκοπός αυτών των συνεδριών είναι να αποσαφηνίσει και να επεκτείνει των πληροφοριών που δόθηκαν για να παρέχει μια πιο ενδεδειγμένη αξιολόγηση.

Στη συνεδρία καθορισμού στόχων, ο σύμβουλος λέει στον πελάτη τον στόχο που του έχει προταθεί, με βάση τις πληροφορίες που έχει λάβει και που παρείχε στη φάση της αξιολόγησης. Ο σύμβουλος αρχίζει να αναθέτει κατ' οίκον εργασίες. Η ποσότητα των εργασιών εξαρτάται από το επίπεδο λειτουργικότητας του πελάτη.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών ανασκόπησης της προόδου, ο σύμβουλος συνεχίζει να συναντά τον πελάτη περιοδικά για να επανεξετάσει την πρόοδο και να δώσει νέες εργασίες. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών με πρωτοβουλία του πελάτη, ο πελάτης συνήθως ζητά μία ή περισσότερες συνεδρίες με τον σύμβουλο για να ζητήσει βοήθεια για την αντιμετώπιση θεμάτων που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αυτές είναι συνήθως οι συνεδρίες επίλυσης προβλημάτων.

Ο σύμβουλος και ο πελάτης συζητούν σχέδια για την απαλλαγή κατά τη διάρκεια των συνεδριών σχεδιασμού της μεταφροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης διαβίωσης, της επιστροφής στην εργασία, των παραπομπών σε ΑΑ και άλλους κοινοτικούς πόρους, και τους στόχους που θα συνεχίσει να έχει ο πελάτης.

8.3 Δομή συνεδρίας

Συνήθως, οι συνεδρίες είναι αρκετά δομημένες επειδή υπάρχει ένα θέμα που πρέπει να καλυφθεί. Με πρωτοβουλία του πελάτη οι συνεδρίες τείνουν να είναι λιγότερο δομημένες.

8.4 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κοινών κλινικών προβλημάτων

Η προβληματική συμπεριφορά επισημαίνεται στον πελάτη. Κατά περίπτωση, το πρόβλημα τίθεται στο πλαίσιο της φιλοσοφίας των 12 βημάτων για πιθανή επίλυση. Για παράδειγμα, ένας πελάτης μπορεί να ερωτηθεί: "Εγώ ξέρω ότι δουλεύεις πάνω στο θυμό σου και ότι χρειάζεσαι να τον ελέγχεις. Αυτή η κατάσταση σχετίζεται με αυτό;" Ή, πιο ρητά, μπορεί να τεθεί στον πελάτη μια ερώτηση όπως: "Μπορεί το Βήμα 3 να σας βοηθήσει με αυτό το πρόβλημα;" Ανάλογα με τη φύση και τη σοβαρότητα του προβλήματος, η ευθύνη για την αλλαγή δίνεται στον πελάτη (π.χ., "Τι πρέπει να κάνεις για να είσαι εδώ στην ώρα σου;"). Εάν ο πελάτης δεν είναι σε θέση ή είναι απρόθυμος να περιγράψει τις μεθόδους για την αλλαγή, ο σύμβουλος μπορεί να πει: "Πώς θα λειτουργούσε αν έκανες_____?" Εάν ο πελάτης εξακολουθεί να μην μπορεί να δεσμευτεί να κάνει τις αλλαγές, ο σύμβουλος μπορεί να του συστήσει να μιλήσει σε ομότιμους του για το πρόβλημα και να εκμιαεύσει συστάσεις για επικείμενη αλλαγή. Εάν ο πελάτης δεν είναι πρόθυμος να κάνει τα παραπάνω, ή εάν η προβληματική συμπεριφορά συνεχίζεται, ο πελάτης εξετάζεται από τον επόπτη του συμβούλου ή τον διευθυντή της κλινικής. Μπορούν να διερευνηθούν άλλες πηγές του προβλήματος (π.χ., μια διπλή διαταραχή ή οικογενειακά ή εργασιακά προβλήματα που αποσπούν την προσοχή του πελάτη από τη θεραπεία). Εάν το πρόβλημα δεν μπορεί να επιλυθεί, ο πελάτης μπορεί να αποσυρθεί με συστάσεις ή να μεταφερθεί σε διαφορετικό σύμβουλο ή θεραπευτικό περιβάλλον.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, αντίσταση ή έλλειψης κινήτρων

Συνήθως, ο σύμβουλος θα προσδιορίσει τα ζητήματα θεραπείας με εξατομικευμένους στόχους, αντί να τα βλέπει απλώς ως εμπόδια στην πρόοδο. Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση συνήθως περιλαμβάνουν περαιτέρω εκπαίδευση (π.χ., διάβασμα, προβληματισμός και γραφή/συζήτηση με συνομηλίκους). Αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως παραδείγματα στις αρχές της θεραπείας που μαθαίνει ο πελάτης (π.χ., Βήμα 1).

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κρίσεων

Ο σύμβουλος ανταποκρίνεται όπως κάθε θεραπευτής θα το έκανε, με συνάντηση με τον πελάτη για να καθορίσει τη φύση και την έκταση της κρίσης και να προχωρήσει αναλόγως. Ο πελάτης μπορεί να παραπεμφθεί σε άλλο είδος θεραπείας αντί ή επιπλέον της τρέχουσας θεραπείας. Επιπλέον, ο πελάτης θα ενθαρρύνεται να απευθυνθεί σε ομότιμους για υποστήριξη για να χρησιμεύσει ως πρακτική εξάσκηση και ενίσχυση της μάθησης νέων τρόπων αντιμετώπισης χωρίς χημικές ουσίες. Αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως παράδειγμα των αρχών της θεραπείας που μαθαίνει ο πελάτης (π.χ., Βήμα 3).

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε ολισθήματα και υποτροπές

Κατ' αρχάς, ο πελάτης θα πρέπει να οδηγηθεί σε αποτοξίνωση εάν εξακολουθεί να είναι υπό την επιρροή του. Στη συνέχεια, εάν ο πελάτης είναι σε θέση να είναι ειλικρινής στην αναφορά ενός ολισθήματος, και αν αυτός ή αυτή εκφράζει συνεχή κίνητρα για αποχή, αυτά αντιμετωπίζονται ως εμπειρίες μάθησης. Ο σύμβουλος μπορεί να τις χρησιμοποιήσει για να καταδείξει τη δύναμη του εθισμού (Βήμα 1) και θα συνεργαστεί με τον πελάτη για να εντοπίσει τα εναύσματα για υποτροπή και πώς να τα αντιμετωπίσει. Σε σοβαρές περιπτώσεις, ο πελάτης μπορεί να χρειαστεί να πάει αποτοξίνωση και να επιστρέψει στη θεραπεία για να επικεντρωθεί σε ένα αναθεωρημένο σχέδιο θεραπείας. Εάν ο πελάτης συνεχίζει να υποτροπιάζει και δεν εκφράζει κανένα κίνητρο για αλλαγή, ο σύμβουλος θα αξιολογήσει (ή θα παραπέμψει για την αξιολόγηση της) μία μη διαγνωσμένη συννοσηρότητα (π.χ., κατάθλιψη, νευροαναπτυξιακή διαταραχή). Σε αυτή την περίπτωση, ο πελάτης πιθανώς θα αποσυρόταν ή θα παραπεμπόταν αλλού.

9. ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αρχή της θεραπείας, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να συμπληρώσουν ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών από τον πελάτη και τις επακόλουθες συνέπειες. Ο σύμβουλος πιθανότατα θα έχει μία ή περισσότερες συζητήσεις με την οικογένεια ή μέλη της οικογένειας κατά τη φάση της αξιολόγησης για να

συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες. Η οικογένεια καλείται να προσέλθει σε ένα ξεχωριστό οικογενειακό πρόγραμμα όπου θα μάθει περισσότερα για τον εθισμό και ποιες αλλαγές μπορούν να αρχίσουν να κάνουν στη ζωή τους. Προς το τέλος της θεραπείας, μπορεί να υπάρξει μια οικογενειακή διάσκεψη όπου ο σύμβουλος, ο πελάτης και η οικογένεια του πελάτη συναντιούνται για να συζητήσουν τα εκκρεμή ζητήματα και να επανεξετάσουν τους στόχους για τη λήξη της θεραπείας. Για πολλές οικογένειες αυτό είναι μόνο η αρχή, καθώς θα παραπέμπονται σε συζυγική/οικογενειακή συμβουλευτική μετά τη θεραπεία. Η οικογένεια και οι φίλοι παραπέμπονται πάντα στο πρόγραμμα AI-Anon. Σε μια ώρα κρίσης, ο σύμβουλος θα καλέσει μερικές φορές μέλη της οικογένειας για να εκμαιεύσει τις προτάσεις τους και τη συμμετοχή τους.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Patricia Owen, Ph.D. Director Butler Center for Research and Learning, Hazelden Foundation P.O. Box 11 Center City, MN 55012

ΜΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Fred Sipe

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1. Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Αυτή η προσέγγιση της συμβουλευτικής βασίζεται στην πεποίθηση ότι μια κατάσταση ευαισθησίας σε χημικές εθισμούς υπάρχει πριν από την πρώτη χρήση, μερικές φορές αναφέρεται ως "γενετική προδιάθεση". Επίσης βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο χημικός εθισμός είναι μια ασθένεια που ενισχύεται επανειλημμένα από την αυτοκριτική, επομένως, πρόκειται για μια ασθένεια αυτοκριτικής. Αυτό το μοντέλο θεωρεί τους εθισμένους και τους αλκοολικούς ως άτομα χρόνια εθισμένα σε χημικές ουσίες παρά στις προσπάθειές τους να αλλάξουν. Βρίσκονται σε έναν φαύλο κύκλο της χρήσης, της αυτοκριτικής και της αποφυγής που επαναλαμβάνεται ξανά και ξανά. Το μοντέλο επικεντρώνεται σε τρία στοιχεία του κύκλου:

1. Χρήση χημικών ουσιών.
2. Αυτοκριτική.
3. Συμπεριφορές αποφυγής.

Η προσέγγιση της συμβουλευτικής βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στα προγράμματα 12 βημάτων των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ).

Τα τρία στοιχεία του κύκλου του εθισμού επηρεάζονται από μια διαδικασία που δημιουργείται από τη χρήση:

1. Ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος.
2. Μιας ενδεδειγμένης αξιολόγησης.
3. Ομαδικής διαδικασίας.
4. Εκπαίδευσης.
5. Αυτοαξιολόγησης/αξιολόγησης από ομότιμους.

Και τα πέντε στοιχεία ενσωματώνονται σε μία θεραπευτική διαδικασία, η οποία αρχίζει με την πρώτη επαφή. Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που υποστηρίζει τη θεραπευτική διαδικασία είναι απαραίτητη σε αυτήν την προσέγγιση. Στους πελάτες πρέπει να παρέχεται η ευκαιρία να εξερευνήσουν τις αυτοκριτικές τους χωρίς να φοβούνται την κρίση των άλλων. Πρέπει να αισθάνονται ότι ακούγονται με ενσυναίσθηση και σεβασμό. Σε προηγούμενα μοντέλα αυτής της προσέγγισης, ο σύμβουλος ήταν ο μόνος που διέθετε τα χαρακτηριστικά του συμβούλου. Παρόλο που αυτό το στοιχείο εξακολουθεί να είναι κρίσιμο, ισχύει τώρα για το σύνολο της διεπιστημονικής ομάδας, ένα επιτελείο επαγγελματιών που είναι από τη

φύση του θεραπευτικό. Ο σύμβουλος διεξάγει μια αρχική αξιολόγηση, προσδιορίζει το πρόβλημα που παρουσιάζει και, αν ενδείκνυται, προγραμματίζει τον πελάτη για θεραπεία. Πραγματοποιείται μια ενδεδειγμένη ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, και εντοπίζονται τα εμπόδια στη θεραπεία ή τα προβλήματα σημειώνονται. Ο σύμβουλος ξεκινά τη σύνδεση με τον πελάτη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της αξιολόγησης. Όλες οι συμβουλευτικές δεξιότητες μπαίνουν στο παιχνίδι. Ο σύμβουλος προετοιμάζει στη συνέχεια ένα θεραπευτικό σχέδιο (δηλ., το μοντέλο αλλαγής) για να βοηθήσει τον πελάτη να αντιμετωπίσει αυτά τα εντοπισμένα προβλήματα ή τα μπλοκαρίσματα που θα εμποδίζουν την ανταπόκριση στη θεραπευτική διαδικασία. Ο πελάτης ακολουθεί ένα απλό μοντέλο αλλαγής που ευθυγραμμίζεται στενά με τα 12 βήματα των ΑΑ.

Μοντέλο

Προσδιορισμός του προβλήματος

Ανάπτυξη εμπιστοσύνης (ανανεωμένη ελπίδα)

Ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων (ventilate)

Αποκτήστε νέες γνώσεις

Αλλαγή συμπεριφοράς

ΑΑ Βήματα

Βήμα 1

Βήμα 2 και 3

Βήμα 4 και 5

Βήματα 6 και 8

Βήμα 7 και

Βήματα 9 έως 12

Οι πελάτες καθοδηγούνται μέσα από τα 5 πρώτα βήματα του μοντέλου των 12 βημάτων και λαμβάνουν εκπαιδευτικό υλικό για τα υπόλοιπα 7. Τα πέντε πρώτα βήματα βοηθούν τους πελάτες να επικεντρωθούν στους στόχους αυτής της προσέγγισης.

Βήμα 1. Η αποδοχή είναι σαφώς απαραίτητη για τον εντοπισμό του προβλήματος.

Βήμα 2. Η αντίληψη είναι η επιστροφή σε μια αίσθηση ελπίδας.

Βήμα 3. Στροφή σε μια νέα συμπεριφορά.

Βήματα 4 και 5. Διευκόλυνση της έκφρασης ή της κάθαρσης και δίνουν στους πελάτες μία νέα εικόνα και, ως αποτέλεσμα, νέες συμπεριφορές.

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας, οι πελάτες παραπέμπονται σε ομάδες συνεχιζόμενης φροντίδας που συναντώνται μία φορά την εβδομάδα. Πρόσθετες συναντήσεις μπορούν να προγραμματιστούν εάν ενδείκνυται.

Η ψυχοθεραπεία ή η συζυγική συμβουλευτική μπορεί επίσης να είναι ένα μέρος της διαδικασίας της συνεχιζόμενης φροντίδας, εάν είναι απαραίτητο.

Δώδεκα μήνες συνεχιζόμενης φροντίδας και τουλάχιστον τρεις συναντήσεις των ΑΑ την εβδομάδα αποτελούν μέρος του προγράμματος της θεραπείας.

1.2 Σκοποί και στόχοι προσέγγισης

Στόχος. Προσδιορισμός του πρωταρχικού προβλήματος ως χρόνιου εθισμού σε χημικές ουσίες που αλλάζουν το μυαλό ή τη διάθεση.

Αποκτήστε μια ανανεωμένη αίσθηση ελπίδας- πιστέψτε ότι η ευεξία είναι εφικτή. Να βιώσετε αλλαγές στον τρόπο ζωής που προάγουν μια ανανεωμένη αίσθηση αυτοεκτίμησης, ασκώντας υγιή συναισθηματική διαχείριση και αυξάνοντας την προσωπική ευθύνη.

Στόχος: Προσδιορισμός του προβλήματος.

Κανείς δεν μπορεί να αλλάξει αυτό που δεν μπορεί να φανεί. Το πρόγραμμα οδηγεί τους πελάτες μέσα από μια σειρά εργασιών που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν στον εντοπισμό του προβλήματος.

- Ιστορία της ζωής.
- Δέκα συνέπειες.
- Πρώτο βήμα ΑΑ

Όλες αυτές οι εργασίες μοιράζονται με το προσωπικό και τους συνομηλίκους.

Στρατηγικές/τεχνικές.

Ο σύμβουλος ζητά από τον πελάτη να κοιτάξει μια εικόνα καθρέφτη που έχει δημιουργήσει μέσω της χρήσης ναρκωτικών (δηλ. αυτογνωσία). Όλες οι εργασίες επανεξετάζονται με ή από τον σύμβουλο και τους συνομηλίκους. Ο σύμβουλος μπορεί να επιλέξει να τις επανεξετάσει ο πελάτης πρώτα σε μια ατομική συνεδρία. Αυτή η συνεδρία μπορεί να προσφέρει συναισθηματική μόνωση από μια πιο δημόσια ανταλλαγή με μια ομάδα συνομηλίκων, αλλά δεν προορίζεται να αντικαταστήσει τη λήψη ανατροφοδότησης από τους συνομηλίκους.

Στόχος: Ανάπτυξη εμπιστοσύνης.

Μια κοινή φιλοσοφία που μοιράζονται όλα τα μέλη του προσωπικού, είναι η βάση για να βοηθηθεί ο πελάτης να αναπτύξει εμπιστοσύνη. Οι σαφώς γραμμένες πολιτικές και διαδικασίες που είναι κατανοητές από όλα τα μέλη του προσωπικού διευκολύνουν την εμπιστοσύνη και δημιουργούν ένα περιβάλλον συνέπειας.

Η έναρξη της εμπιστοσύνης φέρνει μια ανανεωμένη αίσθηση ελπίδας.

Στρατηγικές/τεχνικές.

Ο σύμβουλος μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις συμβουλευτικές δεξιότητες για να διευκολύνει αυτόν τον στόχο. Η αρχική αξιολόγηση, ή σε ορισμένα προγράμματα η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, είναι το σημείο όπου αρχίζει αυτή η ανάπτυξη εμπιστοσύνης με τον σύμβουλο. Η προσοχή, η ενσυναίσθηση, η γνησιότητα και η ειλικρίνεια είναι μερικά από τα εργαλεία του συμβούλου. Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση είναι μια εξαιρετική ευκαιρία για τον σύμβουλο να δημιουργήσει μια θεραπευτική σχέση με τον πελάτη. Ο σύμβουλος θα πρέπει να κάνει κοινή προσπάθεια να διερευνήσει τους διάφορους τομείς της ζωής του πελάτη. Πρέπει να είναι κάτι περισσότερο από μια διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Στόχος. Να βιώσει κάθαρση.

Πρέπει να δοθεί στον πελάτη η ευκαιρία να αρχίσει να εξετάζει και να αναδεικνύει τα μυστικά που αποτελούν τη βάση για τις αυτοκριτικές του. Είναι ο πρωταρχικός σκοπός του τέταρτου και πέμπτου βήματος των ΑΑ. Η αυτοαποκάλυψη είναι καθαρτική και μπορεί να οδηγήσει στην αυτογνωσία.

Στρατηγικές/Τεχνικές.

Ο σύμβουλος πρέπει να καθοδηγήσει τον πελάτη σε βαθύτερα επίπεδα αυτοαποκάλυψης μέσω της χρήσης των στόχων του θεραπευτικού σχεδίου και των δεξιοτήτων βοήθειας και πρέπει να παραμείνει επικεντρωμένος σε εκείνους τους τομείς που σχετίζονται με τον εθισμό ή τα εντοπισμένα μπλοκαρίσματα που εμποδίζουν τον πελάτη να ανταποκριθεί στο πρόγραμμα. Να θυμάστε ότι η κάθαρση δεν σημαίνει απαραίτητα κλάμα. Για παράδειγμα, ζητήστε από τον πελάτη να μοιραστεί με την ομάδα πέντε λέξεις που περιγράφουν το πώς αισθάνεται ο γονέας του σχετικά με την ύπαρξη ενός παιδιού σε θεραπεία. Στη συνέχεια, ζητήστε από την ομάδα να βοηθήσει τον πελάτη να διερευνήσει αυτό το θέμα.

Στόχος. Απόκτηση νέων γνώσεων.

Είναι σημαντικό καθώς πρόκειται για την αυτογνωσία του πελάτη ώστε να αρχίσει να βλέπει τις συνέπειες των συμπεριφορών του, τα ελαττώματα του χαρακτήρα του και τους ανθρώπους που έχουν υποστεί βλάβη. Αυτή η ενόραση, που διευκολύνεται από τα Βήματα 4 και 5 (κάθαρση), οδηγεί τον πελάτη στα Βήματα 6 και 8 (ενόραση).

Στρατηγικές/Τεχνικές.

Οι στόχοι του θεραπευτικού σχεδίου, οι ομαδικές εργασίες και η διευκολυνόμενη διερεύνηση των θεμάτων που εντοπίζει ο πελάτης μπορούν να οδηγήσουν σε νέα ενόραση. Ζητήστε από τον πελάτη να μοιραστεί με την ομάδα ένα από τα στοιχεία από τη λίστα των 10 συνεπειών του και ζητήστε ανατροφοδότηση. Ζητήστε από τον πελάτη να διαβάσει την ιστορία από το Μεγάλο Βιβλίο των ΑΑ που τον αφορά περισσότερο και να τη μοιραστεί με την ομάδα. Ζητήστε από κάθε πελάτη να μοιραστεί ένα μυστικό που δεν είχε μοιραστεί προηγουμένως και πείτε στην ομάδα τι έμαθε.

Στόχος. Αλλαγή συμπεριφοράς.

Το πρόγραμμα πρέπει να περιέχει δραστηριότητες σχεδιασμένες να διευκολύνουν την εκμάθηση νέων συμπεριφορών. Η τοποθέτηση σε μια μικρή ομάδα βοηθά τους πελάτες να μάθουν να χρησιμοποιούν τις ομάδες ως υποστήριξη. Το σύστημα «buddy» που χρησιμοποιείται σε ορισμένα προγράμματα βοηθά τους πελάτες να αρχίσουν να μαθαίνουν τη συμπεριφορά της χρήσης ενός συστήματος υποστήριξης εκτός του εαυτού τους.

Στρατηγικές/τεχνικές.

Ο σύμβουλος θα πρέπει να παρακολουθεί τη συμπεριφορά του πελάτη καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, δίνοντας συχνά ανατροφοδότηση. Αυτή είναι η αρχή της εκμάθησης της χρήσης ενός χορηγού, η οποία θεωρείται κρίσιμη από τα περισσότερα μέλη των ΑΑ. Οι εργασίες του θεραπευτικού σχεδίου μπορεί να απαιτούν από τον πελάτη να δοκιμάσει να χρησιμοποιήσει μια νέα συμπεριφορά για να αντιμετωπίσει ορισμένα προβλήματα.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/Μηχανισμός Δράσης

Διευκολύνοντας τον πελάτη να βιώσει μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο πιστεύει, αισθάνεται και συμπεριφέρεται, η προσέγγιση αυτή εφαρμόζεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Αυτό που πιστεύει ο πελάτης αποτελεί τη βάση για την αυτοκριτική του. Η αυτοεκτίμηση δεν αφαιρείται από τους άλλους. Αφαιρείται από την αυτοκριτική που βασίζεται στο σύστημα πεποιθήσεων του πελάτη.
2. Βασικό στοιχείο αυτής της προσέγγισης είναι η παραδοχή ότι τα αρνητικά συναισθήματα που δεν αντιμετωπίζονται δεν εξαφανίζονται. Αυτά η αποφυγή συναισθημάτων γίνεται η βάση για την απώλεια της αυτοεκτίμησης.
3. Η επιτυχής νέα συμπεριφορά αποτελεί τη βάση για μια ανανεωμένη θετική αίσθηση του εαυτού.

Μοντέλο αλλαγής

1. Προσδιορίστε το πρόβλημα ως χρήση χημικών ουσιών.
2. Αποκτήστε μια αίσθηση εμπιστοσύνης.
3. Αποφορτίστε τα συναισθήματά σας.
4. Αποκτήστε νέα εικόνα για τη ζωή και τις συμπεριφορές.
5. Αλλάξτε συμπεριφορές.

1.4 Παράγοντας αλλαγής

Ο πρωταρχικός παράγοντας της αλλαγής είναι ο συνδυασμός της πνευματικότητας, του ατόμου και της θεραπευτικής διαδικασίας (ο θεραπευτής, η ομάδα, τα 12 βήματα και το θεραπευτικό πρόγραμμα).

1.4.1 Πνευματικότητα.

Γενικά, η πνευματικότητα ορίζεται ως μια υγιής σχέση με τα πράγματα και τους ανθρώπους που έχουν αξία. Βοηθώντας τον πελάτη να βελτιώσει τις σχέσεις του, η πνευματικότητα γίνεται πρωταρχικός παράγοντας αλλαγής.

1.4.2 Το άτομο.

Ο εθισμός στα ναρκωτικά, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως ασθένεια, απαιτεί τρία στοιχεία για να ανταποκρίνεται στον ορισμό:

1. Ένας παράγοντας ή ένα φάρμακο.
2. Έναν ξενιστή ή ένα άτομο.
3. Ένα περιβάλλον.

Εάν αφαιρεθεί οποιοδήποτε από τα τρία συστατικά, διακόπτεται η χρόνια εξέλιξη της νόσου. Με την εστίαση στο άτομο, αυτό καθίσταται πρωταρχικός παράγοντας αλλαγής.

1.4.3 Διαδικασία θεραπείας.

Η θεραπευτική διαδικασία αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα αλλαγής σε αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση- η θεραπευτική κοινότητα, η οποία ενθαρρύνει την ειλικρίνεια, το άνοιγμα και το δέσιμο, γίνεται πρωταρχικός παράγοντας αλλαγής.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης ναρκωτικών/της εξάρτησης – Αιτιολογικοί παράγοντες

Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια ασθένεια. Πιθανότατα ο πελάτης έχει γενετική προδιάθεση. Σίγουρα ο πελάτης είναι βιοχημικά τροποποιημένος. Ο πελάτης επηρεάζεται επίσης ψυχολογικά από τη συναισθηματική κακοδιαχείριση και τη διαστρέβλωση των αμυντικών συστημάτων. Αναστέλλοντας ή υποκαθιστώντας τις κοινωνικές δεξιότητες αντιμετώπισης του πελάτη, ο εθισμός στα ναρκωτικά έχει καταστροφικές επιπτώσεις σε όλους τους κοινωνικούς τομείς. Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια βιοψυχοκοινωνική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από σωματική φθορά, επικρατούσα αίσθηση απελπισίας και σοβαρή συναισθηματική απομόνωση. Ο πελάτης βιώνει επίσης μια σοβαρή παραβίαση του συστήματος αξιών του.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Οι σύμβουλοι που είχαν την τύχη να εκπαιδευτούν σε ένα πρόγραμμα που βασίζεται σε μια διεπιστημονική φιλοσοφία θα έχουν το πλεονέκτημα τόσο της συμβουλευτικής ψυχολογίας όσο και του μοντέλου των 12 βημάτων. Το Hazelden θα ήταν πιθανώς το πιο κοντινό. Όλοι οι σύμβουλοι που εκπαιδεύτηκαν τόσο στο Navy Alcohol Treatment Specialist School όσο και στο Johnson Institute κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 θα μοιράζονταν αυτή την προσέγγιση στη συμβουλευτική.

2.3 Ανόμιες προσεγγίσεις συμβουλευτικής

1. Προσεγγίσεις που δεν βασίζονται στην πλήρη αποχή.
2. Προσεγγίσεις που δεν ασχολούνται με τα συναισθήματα.
3. Προσεγγίσεις που δεν χρησιμοποιούν τα 12 βήματα των ΑΑ.

3.ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί κυρίως τη διαδικασία της μικρής ομάδας. Οι ατομικές συνεδρίες χρησιμοποιούνται όταν αυτό δικαιολογείται.

3.1.1 Ατομικές συνεδρίες.

Η ατομική συνεδρία χρησιμοποιείται στη φάση της αξιολόγησης στην αρχή της θεραπείας και για ατομικές συνεδρίες σχεδιασμού κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μπορεί να προσφερθεί κάποια ατομική συμβουλευτική για να δοθεί στον πελάτη μια συναισθηματική μόνωση. Οι πρώτες προσπάθειες του πελάτη να είναι πιο ανοιχτός θα είναι τρομακτικές. Μοιραζόμενος την εμπειρία του με έναν σύμβουλο εκ των προτέρων, ο πελάτης μπορεί να είναι σε θέση να αποκαλύψει μέσα στην ομάδα του πιο εύκολα.

- **Στόχοι.** Αυτοί περιλαμβάνουν ατομικό σχεδιασμό, αποσαφήνιση, επαναξιολόγηση ή βοήθεια στη διερεύνηση των ιδιαίτερα τραυματικών θεμάτων ενός πελάτη.
- **Διαδικασία.** Η ατομική συνεδρία μπορεί να προγραμματιστεί κατόπιν αιτήματος του συμβούλου ή του πελάτη. Δηλώνεται ο στόχος και αρχίζει η διαδικασία. Η διαδικασία υπαγορεύεται από τον στόχο, αλλά όλες έχουν αρχή, μέση και τέλος.

3.1.2. Ομαδικές συνεδρίες.

Όλες οι δραστηριότητες είναι σχεδιασμένες ώστε ο πελάτης να μάθει να χρησιμοποιεί μικρές ομάδες ως σύστημα υποστήριξης. Κάθε ομάδα παραμένει όσο το δυνατόν πιο αυτόνομη για να ενθαρρύνει τον πελάτη να είναι πιο ανοιχτός και να μοιράζεται σε βαθύτερο επίπεδο. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται επίσης ο τριγωνισμός και ο αποπροσανατολισμός. Είναι πιο εύκολο να κρυφτεί κανείς σε μια μεγάλη ομάδα.

- **Στόχοι.** Να βοηθήσετε τον πελάτη να μάθει να χρησιμοποιεί τις μικρές ομάδες για υποστήριξη, για ανατροφοδότηση και για δεξιότητες επικοινωνίας, ως προσανατολισμένες στο έργο ή στη διαδικασία.

3.1.3 Άλλες ομαδικές συνεδρίες.

Άλλες ειδικές ομάδες μπορούν να αξιοποιηθούν για θέματα όπως το πένθος ή η σεξουαλική κακοποίηση και άλλα είδη σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης. Αυτές ονομάζονται μερικές φορές ομάδες ειδικού θεραπευτικού πληθυσμού ή εστιασμένες ομάδες.

- **Στόχος.** Να βοηθηθεί ο πελάτης να χρησιμοποιήσει ομότιμους που έχουν παρόμοια εμπειρία για υποστήριξη.
- **Διεργασία.** Η ύπαρξη πελατών που μοιράζονται μια σημαντική εμπειρία διευκολύνει το δέσιμο και συνεπώς την αυτοαποκάλυψη ή την κάθαρση.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Το ιδανικό περιβάλλον θα ήταν να ταιριάζει η θεραπεία με το άτομο. Αυτή η προσέγγιση λειτουργεί καλύτερα σε προγράμματα ενδονοσοκομειακής και εξωτερικής νοσηλείας-ωστόσο, η προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση σε οποιοδήποτε περιβάλλον.

Ορισμένες από τις δραστηριότητες θα μεταβάλλονταν, αλλά η διαδικασία θα ήταν η ίδια.

1. Προσδιορίστε το πρόβλημα.
2. Αναπτύξτε μια αίσθηση εμπιστοσύνης και ελπίδας.
3. Αποφορτιστείτε.
4. Αποκτήστε νέες γνώσεις.
5. Αλλάξτε συμπεριφορά.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Η ιδανική μορφή για αυτή την προσέγγιση είναι μια μικρή ομάδα. Η διάρκεια θα ήταν 1½ ώρα (± 15 λεπτά). Η ομάδα θα πρέπει να αριθμεί μεταξύ 8 και 10 ατόμων (ο αριθμός μπορεί να επηρεάσει τη διάρκεια). Το επίπεδο λειτουργικότητας του κάθε πελάτη θα είχε επίσης αντίκτυπο στη διάρκεια.

Η χρήση των ομάδων ανοικτού τύπου στη συμβουλευτική για το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά χρησιμοποιείται σχεδόν καθολικά και είναι ίσως η καλύτερη μορφή. Οι πελάτες θα πρέπει να παρακολουθούν την αρχική ομάδα για τουλάχιστον 6 εβδομάδες. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει 2 έως 3 εβδομάδες ενδονοσοκομειακής θεραπείας και 3 έως 4 εβδομάδες θεραπείας στα εξωτερικά ιατρεία. Ο αριθμός των συνεδριών θα ποικίλλει γενικά ανάλογα με τις ρυθμίσεις. Βασικό, ωστόσο, είναι να περιλαμβάνονται 12 μήνες συνεχιζόμενης φροντίδας.

Έχουν υπάρξει κάποιες μελέτες που δείχνουν ότι χρειάζονται 21 ημέρες (3 εβδομάδες) για να απαλλαγούμε από τις παλιές συμπεριφορές και 21 ημέρες για να αναπτύξουμε νέες. Αυτή η παραδοχή θα έδειχνε έντονα την ανάγκη για ένα πρόγραμμα με διάρκεια 6 εβδομάδων.

Οι ομάδες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης θα πρέπει να έχουν μία κύρια ομάδα συμβουλευτικής κάθε μέρα. Οι ομάδες εξωτερικών ασθενών θα πρέπει να συνεδριάζουν μία φορά την ημέρα, τέσσερις φορές την εβδομάδα.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Η προσέγγιση αυτή θα ήταν συμβατή με οικογενειακά προγράμματα, προγράμματα εκτροπής, προγράμματα επιτήρησης και σωφρονιστικά προγράμματα, προγράμματα για εφήβους και προγράμματα οδήγησης υπό την επίβλεψη ουσιών, σε ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών πλαισίων. Αυτή η συμβουλευτική προσέγγιση δεν θα ήταν συμβατή της εθιστικής διαδικασίας και με προγράμματα που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικά φάρμακα ή προγράμματα που δεν εστιάζουν στην αποχή ως πρωταρχικό στόχο.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Η προσέγγιση αυτή αποτελεί μια ισορροπημένη ενσωμάτωση των προγραμμάτων 12 βημάτων και μιας σταθερής συμβουλευτικής προσέγγισης.

Οι ΝΑ, οι ΑΑ και άλλες ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν βασικά στοιχεία αυτής της προσέγγισης. Δεδομένου ότι οι ΝΑ και οι ΑΑ έχουν ως πρωταρχικό στόχο την αποχή, και τα δύο αποτελούν μέρος της συμβουλευτικής προσέγγισης. Η χρήση της συμμετοχής στις συναντήσεις ως μέρος του θεραπευτικού σχεδίου θέτει τις βάσεις για τη χρήση των συναντήσεων ως συνεχής υποστήριξη μετά τη θεραπεία.

4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Εκπαιδευτικές απαιτήσεις

Οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις για τη συμβουλευτική προσέγγιση θα πρέπει ιδανικά να περιλαμβάνουν:

- Πτυχίο ή μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών είτε στις επιστήμες συμπεριφοράς είτε στους τομείς της συμβουλευτικής ψυχολογίας.
- Πιστοποίηση από κρατικό ή εθνικό οργανισμό πιστοποίησης.
- Ειδική κατάρτιση στην εργασία με ειδικούς θεραπευτικούς πληθυσμούς.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, διαπιστευτήρια και εμπειρία

Οι σύμβουλοι θα πρέπει να διαθέτουν πιστοποιητικό στην εκπαίδευση στη χημική εξάρτηση και να είναι πιστοποιημένοι ως σύμβουλοι εξάρτησης από κρατικό ή εθνικό οργανισμό. Οι σύμβουλοι θα πρέπει επίσης να έχουν τουλάχιστον 3 χρόνια εμπειρίας. Όλοι οι σύμβουλοι που χρησιμοποιούν αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση χρειάζονται:

- Κατανόηση της διαδικασίας του εθισμού και του τρόπου αντιμετώπισής του
- Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σπουδών για την εθιστική διαδικασία και τον τρόπο διδασκαλίας της.
- Μια βιώσιμη, ρεαλιστική ευκαιρία να επιδείξουν τη γνώση, την κατανόηση και την εξειδίκευση για να εξασκήσουν τις συμβουλευτικές δεξιότητες σε ένα περιβάλλον τάξης με πελάτες σε μια εποπτευόμενη πρακτική άσκηση.
- Μια μέθοδος ανάλυσης και μια ευκαιρία για την εφαρμογή της.
- Μια μέθοδος ανάλυσης δεδομένων πελατών και η ευκαιρία να την εφαρμόσουν.
- Την ευκαιρία να επιδείξει την ικανότητα σύνθεσης της γνώσης, της κατανόησης, της εφαρμογής και της ανάλυσης σε μια βιώσιμη προσέγγιση της συμβουλευτικής.

4.3 Κατάσταση ανάρρωσης του συμβούλου

Ο σύμβουλος δεν είναι απαραίτητο να είναι σε ανάρρωση, αλλά οι σύμβουλοι που δεν είναι σε ανάρρωση πρέπει να έχουν αποδεδειγμένη κατανόηση της νόσου. Οι σύμβουλοι που βρίσκονται σε ανάρρωση μπορεί να είναι ταχύτεροι αλλά όχι απαραίτητα καλύτεροι.

4.4 Ιδανικά προσωπικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Για να αξιοποιήσει ένα άτομο αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση, χρειάζεται κάποιες έμφυτες ικανότητες βοήθειας. Πρέπει να έχει την ικανότητα να αγγίζει συναισθηματικά τους ανθρώπους. Για να αξιοποιήσει αυτή την προσέγγιση με επιτυχία, ο σύμβουλος θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ενσυναισθητική κατανόηση.
- Σεβασμό και αποδοχή για τους άλλους.
- Ειλικρίνεια.
- Καλό συγχρονισμό.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Ο σύμβουλος πρέπει να είναι σε θέση να διευκολύνει τους πελάτες να διερευνήσουν την ασθένειά τους. Αυτός ή αυτή πρέπει να είναι:

- Διακριτικός, αλλά και συγκροσιακός.
- Αξιολογητικός.
- Συναισθηματικά παρόν, αλλά αντικειμενικός.

4.5.1. Σχολιασμός/αντιμετώπιση.

Η αντιπαράθεση είναι η πιο συγκεχυμένη και καταχρηστική από τις συμβουλευτικές δεξιότητες. Όσον αφορά τις καταχρηστικές δεξιότητες, είναι ίσως η δεύτερη μετά την πραγματοποίηση θεραπείας χωρίς τις απαραίτητες δεξιότητες για να την κάνουμε σωστά. Η αντιπαράθεση πρέπει να γίνεται με σεβασμό προς τον πελάτη. Είναι ένα εργαλείο, όχι ένα τελικό αντικείμενο. Οι συμπεριφορές αποφυγής πρέπει να αντιμετωπιστούν – “ο ελέφαντας στο σαλόνι πρέπει να τεθεί υπόψη κάποιου”*. Αν η ενσυναίσθηση του συμβούλου είναι ακριβής, θα ξέρει πώς να μετρήσει την αντιπαράθεση. Η θεραπεία αντιπαράθεσης μπορεί να είναι μακρά και δαπανηρή και γενικά δεν λειτουργεί με τους εθισμένους και τους αλκοολικούς.

*αγγλικός ιδιωτισμός που εκφράζει την ύπαρξη ενός προβλήματος που όλοι κάνουν ότι δεν το βλέπουν αλλά δεν μπορούν να το αγνοήσουν γιατί είναι μεγάλο και έρχονται αντιμέτωποι συνέχεια με αυτό.

4.6 Απαγορευτικές συμπεριφορές του συμβούλου

4.6.1 Κριτική συμπεριφορά.

Εάν ο σύμβουλος δεν πιστεύει ότι ο εθισμός είναι ασθένεια ή έχει προσωπικές πεποιθήσεις που αντιβαίνουν στη φιλοσοφία του προγράμματος, ο σύμβουλος πρέπει να εργαστεί αλλού.

4.6.2 Συναναστροφή με τον εθισμό.

Εάν ο σύμβουλος έχει συμπεριφορές που επιτρέπουν τη συντόμευση της διαδικασίας ή επιτρέπουν το σύστημα αποφυγής του πελάτη, ο σύμβουλος πρέπει είτε να βρει άλλο τομέα βοήθειας είτε να ζητήσει βοήθεια.

4.6.3 Ανεντιμότητα.

Εάν ο σύμβουλος δεν μπορεί να είναι ειλικρινής με τους συναδέλφους του και με τους πελάτες, ο σύμβουλος θα πρέπει είτε να βρει έναν άλλο τομέα βοήθειας είτε να ζητήσει βοήθεια.

4.6.4 Φόβος.

Εάν ο σύμβουλος φοβάται τους εξαρτημένους πελάτες, δεν μπορεί να τους βοηθήσει.

4.6.5 Ανατροφοδότηση.

Εάν ο σύμβουλος δεν μπορεί να εργαστεί ως μέλος μιας ομάδας και να δεχτεί και να λάβει υπόψη του την ανατροφοδότηση, θα εμποδίσει τους πελάτες να λάβουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία.

4.7 Συνιστώμενη εποπτεία

Η εποπτεία λειτουργεί καλύτερα όταν παρέχεται από ένα εκπαιδευμένο μέλος του προσωπικού που δεν ανήκει στην ομάδα διαχείρισης. Πάρα πολλά προγράμματα χρησιμοποιούν τον κλινικό επόπτη ως επόπτη του προγράμματος. Ο συνδυασμός της άμεσης εποπτείας και της επισκόπησης των περιπτώσεων παρέχει στο συμβουλευτικό προσωπικό την πιο αξιόπιστη εποπτεία και ανατροφοδότηση.

4.7.1 Άμεση εποπτεία.

Η συχνή και εκ περιτροπής άμεση συμμετοχή σε ομάδες και συνεδρίες συμβουλευτικής δίνει στον επόπτη την ευκαιρία να αξιολογήσει τις δεξιότητες του συμβούλου και την εφαρμογή τους.

4.7.2 Ανασκόπηση περιπτώσεων.

Οι σύμβουλοι θα πρέπει να ακολουθούν ένα πρόγραμμα παρουσίασης περιπτώσεων. Μπορούν να παρουσιάζουν μία προς μία στον επόπτη ή σε ομάδα συναδέλφων τους.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο ρόλος του συμβούλου είναι να διευκολύνει, δηλαδή να είναι δάσκαλος, προπονητής, ομότιμος και ακόμη και σύμβουλος.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Επειδή το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου δαπανάται στην ομαδική διαδικασία και αξιοποιούνται οι ομότιμοι του πελάτη, το μεγαλύτερο μέρος της ομιλίας γίνεται από τον πελάτη. Αυτό θα εξαρτηθεί κάπως από το στυλ και την προσωπικότητα του συμβούλου.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Η ποσότητα της κατεύθυνσης από τον σύμβουλο εξαρτάται κυρίως από το πού βρίσκεται ο πελάτης στη θεραπευτική διαδικασία και ποιος είναι ο πελάτης συναισθηματικά.

5.4 Θεραπευτική συμμαχία

Ο πελάτης πρέπει να εμπιστεύεται τον σύμβουλο. Τα χαρακτηριστικά του συμβούλου και η εφαρμογή τους είναι το κλειδί για την ύπαρξη μιας καλής σχέσης με τον πελάτη. Εάν ο σύμβουλος ελέγχει συχνά τον πελάτη και τον εμπλέκει στον σχεδιασμό της θεραπείας, η ποιότητα της σχέσης θα διατηρηθεί. Όταν η σχέση είναι κακή, ο σύμβουλος θα πρέπει να ζητήσει από τον πελάτη να βοηθήσει να επανέλθει η σχέση σε καλό δρόμο.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες, καταλληλότεροι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Ο γενικός πληθυσμός και οι υποομάδες του είναι κατάλληλοι για αυτή την προσέγγιση. Όλες οι μορφές χημικής εξάρτησης είναι κατάλληλες για αυτή την προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ και του καπνού.

6.2 Πελάτες, λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Τα άτομα που έχουν σημαντική οργανική εγκεφαλική βλάβη ή ένα σημαντικό ψυχιατρικό ή ψυχολογικό φραγμό στη διορατικότητα που βασίζεται στην κατανόηση των συμπεριφορών και των συνακόλουθων συναισθημάτων τους δεν είναι κατάλληλα.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί ένα ολοκληρωμένο εργαλείο ψυχοκοινωνικής αξιολόγησης που εξετάζει:

1. Αρχική αξιολόγηση/εκτίμηση του προβλήματος. Το παρουσιαζόμενο πρόβλημα αποτελεί συχνά τη βάση για την αρχική αξιολόγηση. Αυτή η πρώτη επαφή επανεξετάζει την τρέχουσα κατάσταση του πελάτη και αποτελεί τη βάση για μια αρχική διάγνωση.
2. Φυσικό/ιατρικό ιστορικό. Πραγματοποιείται φυσική εξέταση της ιατρικής κατάστασης του πελάτη και ένας γιατρός λαμβάνει ιατρικό ιστορικό.
3. Νοσηλευτική αξιολόγηση. Εξετάζεται η νοητική κατάσταση και το συναισθηματικό και ψυχολογικό ιστορικό του πελάτη, συμπεριλαμβανομένων τυχόν αξιολογημένων φραγμών στη θεραπεία.
4. Πνευματική αξιολόγηση. Εξετάζεται η σχέση του πελάτη με την πνευματική του σύνδεση και οι θρησκευτικές του εμπειρίες, καθώς και κάθε πιθανό εμπόδιο στη θεραπεία.
5. Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση. Αξιολογείται η ψυχική κατάσταση, το συναισθηματικό και ψυχολογικό ιστορικό του πελάτη, συμπεριλαμβανομένων τυχόν εκτιμώμενων φραγμών στη θεραπεία.
6. Κοινωνικό/χημικό υπόβαθρο. Αυτό περιλαμβάνει το χημικό ιστορικό, τις δραστηριότητες, το οικονομικό, επαγγελματικό, στρατιωτικό, νομικό ιστορικό, το σεξουαλικό ιστορικό, το συζυγικό ιστορικό, τις απώλειες, τη συναισθηματική συμπεριφορά και την οικογένεια καταγωγής.
7. Κλινική διατύπωση. Η κλινική διατύπωση είναι η συγκέντρωση μιας περιγραφής των εντοπισμένων συμπεριφορών και προβλημάτων και η διατύπωσή τους σε μια συμπεριφορική και προβληματική περιγραφή του πελάτη.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Η μορφή θα είναι μια ομαδική συνεδρία. Όλα τα εντεταλμένα μέλη της ομάδας θα κάθονται σε έναν κύκλο. Η συνεδρία θα ξεκινά με την ανάγνωση των κανόνων της ομάδας και ενδεχομένως με την ανάγνωση ενός βιβλίου καθημερινού διαλογισμού.

Μια συνεδρία μπορεί να έχει ένα σκοπό ή να είναι ανοιχτή στις ανάγκες της ομάδας. Ορισμένοι πελάτες μπορεί να έχουν προγραμματισμένες εργασίες. Ο σύμβουλος μπορεί να ζητήσει από ένα μέλος της ομάδας να αναφερθεί σε ένα θέμα που έχει συζητηθεί προηγουμένως. Ορισμένες συνεδρίες της ομάδας θα έχουν εκπαιδευτικό στοιχείο, ενώ άλλες μπορεί να είναι περισσότερο προσανατολισμένες σε καθήκοντα.

Όλες οι συνεδρίες θα κλείνουν με συγκεκριμένο τρόπο. Μια δραστηριότητα κλεισίματος, που συνήθως συμφωνείται από την ομάδα, θα προσθέσει ένα συγκεκριμένο συναισθηματικό και συμβολικό κλείσιμο της διαδικασίας.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Ως συντονιστής, ο σύμβουλος μπορεί να προτείνει ένα θέμα ή να κατευθύνει την ομάδα προς ορισμένες εργασίες. Η συνεδρία μπορεί να είναι προκαθορισμένη, αναθέτοντας μια συγκεκριμένη ημέρα σε μια ομάδα πρώτου βήματος.

8.2.1 *Πρώτο βήμα.*

Ο πελάτης καλείται να γράψει ένα πρώτο βήμα που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών που κάνει ακολουθώντας τις οδηγίες των ΑΑ, συνήθως με ένα έντυπο που ζητά απαντήσεις σε συγκεκριμένες ερωτήσεις. Ο πελάτης καλείται να το διαβάσει αυτό στην ομάδα και να λάβει ανατροφοδότηση. Μπορεί να διαβαστούν περισσότερα από ένα πρώτο βήμα σε μια συνεδρία.

8.2.2 *Ιστορία ζωής με ανατροφοδότηση.*

Ο πελάτης γράφει μια ιστορία ζωής χρησιμοποιώντας ένα φύλλο οδηγό που τον οδηγεί σε σημαντικά γεγονότα της ζωής του. Σε ορισμένα προγράμματα η ανάγνωση μπορεί να γίνει σε μια ομάδα χωρίς αρχηγό. Στη συνέχεια ζητείται από τους συνομηλίκους να συμπληρώσουν ένα φύλλο ανατροφοδότησης. Την επόμενη ημέρα, στην κανονική ομάδα, υπό την επίβλεψη του συμβούλου, οι ομότιμοι του πελάτη προσφέρουν υποστηρικτική ανατροφοδότηση.

8.2.3 *Ομάδα μυστικών.*

(Αυτή είναι μια πολύ σύντομη περιγραφή της διαδικασίας.) Η ομάδα μυστικών συνήθως ζητά από τον πελάτη να μοιραστεί ένα μυστικό που δεν έχει μοιραστεί προηγουμένως. Μια μορφή είναι να ζητά από τα μέλη της ομάδας να γράψουν ένα μυστικό σε ένα χαρτί και να το βάλουν σε ένα μπολ. Η γυάλα στη συνέχεια γυρίζει γύρω από την ομάδα, κάθε μέλος βγάζει ένα μυστικό και το διαβάζει δυνατά στην ομάδα και στη συνέχεια κάνει ένα σχόλιο. Στη συνέχεια δίνεται η ευκαιρία σε όλα τα μέλη της ομάδας που θέλουν να σχολιάσουν, να μοιραστούν πώς αισθάνονται για το συγκεκριμένο μυστικό. Αυτό δίνει στον συγγραφέα του μυστικού την ευκαιρία να λάβει ανατροφοδότηση και να διατηρήσει το μυστικό.

8.2.4 *Τυπική ομάδα.*

Η συνεδρία αρχίζει με ένα μέλος της ομάδας να διαβάζει τους κανόνες. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας γύρος με κυκλική σειρά, κάνοντας το γύρο της ομάδας με τη σειρά. Μπορούν να εντοπιστούν ζητήματα και σε ορισμένες περιπτώσεις να δουλευτούν. Πριν κλείσει, ο σύμβουλος βλέπει που βρίσκεται κάθε μέλος στην ομάδα. Συνήθως χρησιμοποιείται κάποιο τελετουργικό, όπως μια ομαδική αγκαλιά, μια ψαλμωδία ή μια προσευχή.

8.3 Δομή συνεδρίας

Οι συνεδρίες γενικά δεν είναι ιδιαίτερα δομημένες, γεγονός που δεν αποκλείει τη χρήση δομής εάν ενδείκνυται.

Ο σύμβουλος μπορεί να επιλέξει να χρησιμοποιήσει μια βιωματική άσκηση για να αντιμετωπίσει ένα θέμα κοινού ενδιαφέροντος ή για να κινητοποιήσει την ομάδα. Η ιδανική ομάδα θα ήταν αυτο-ενεργοποιούμενη και πιθανώς προσανατολισμένη σε εργασίες.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Τα περισσότερα υλικοτεχνικά και κλινικά προβλήματα αντιμετωπίζονται ως ομαδικά ζητήματα. Ωστόσο, ορισμένα προβλήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν μεμονωμένα ή με την κλινική ομάδα, εφόσον υπάρχει. Ότι συμβαίνει στην ομάδα ή μεταφέρεται στην ομάδα γίνεται αντικείμενο εργασίας.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

8.5.1 Ανατροφοδότηση από ομότιμους.

Ο σύμβουλος μπορεί να χρησιμοποιήσει την ομάδα για να αντιμετωπίσει, να υποστηρίξει ή να δώσει ανατροφοδότηση για συγκεκριμένα θέματα. Ένα θέμα μπορεί να προκύψει στην ομάδα αφού ο πελάτης το επεξεργαστεί, ο σύμβουλος μπορεί να ρωτήσει πώς αισθάνεται η ομάδα γι' αυτό, τη διαδικασία, πώς το χειρίστηκε ο συνομήλικός του κ.ο.κ.

8.5.2 Στελέχωση.

Ο σύμβουλος μπορεί να ζητήσει από τον πελάτη να λάβει ανατροφοδότηση από την κλινική ομάδα που ασχολείται με την περίπτωση του. Η στελέχωση μπορεί επίσης να αποτελεί μέρος του συστήματος αξιολόγησης του πελάτη. Στόχος είναι η επίλυση του ζητήματος με θεραπευτικό τρόπο. Ορισμένα προγράμματα απαιτούν από το προσωπικό να διεξάγει στελέχωση ως μέρος της ανάθεσης κακής προόδου. Η στελέχωση είναι συνήθως ανατροφοδότηση από την κλινική ομάδα.

8.5.3 Συνομιλίες με τα μέλη της οικογένειας.

Οι συνεδρίες αυτές χρησιμοποιούνται συνήθως για να διασφαλιστεί ότι όλα τα μέλη της οικογένειας είναι ενήμερα για το συνεχιζόμενο σχέδιο φροντίδας. Διευκρινίζουν επίσης τυχόν ζητήματα που μπορεί να αποτελέσουν προβλήματα μετά την θεραπεία.

8.5.4 Ομαδικές εργασίες ή βιωματικές ασκήσεις.

Οι ομαδικές εργασίες προέρχονται συνήθως από έναν συγκεκριμένο στόχο που αναφέρεται στο σχέδιο θεραπείας. Οι βιωματικές ασκήσεις αφορούν συνήθως ένα θέμα που ισχύει για όλη την ομάδα.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση των κρίσεων

Η πρωταρχική στρατηγική για την αντιμετώπιση των κρίσεων είναι η καλή εκπαίδευση και η καλή κλινική σχέση με τον πελάτη, καθοδηγούμενη από υγιείς πολιτικές. Ο σύμβουλος και ο χώρος στον οποίο εργάζεται θα πρέπει να έχουν σαφείς πολιτικές σχετικά με τη διαχείριση μιας κρίσης. Χρειάζεται καλή εκπαίδευση στον τομέα αυτό, σε συνδυασμό με τη γνώση των διαθέσιμων πόρων.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Ο σύμβουλος θα πρέπει να χρησιμοποιεί μια μη επικριτική στάση με συγκρουσιακό τρόπο για να εστιάσει τον πελάτη στην ασθένεια. Με την έλευση του μοντέλου πρόληψης της υποτροπής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια ειδική διαδρομή. Τα επαναλαμβανόμενα σφάλματα θα μπορούσαν επίσης να αποτελέσουν λόγο τερματισμού της συμβουλευτικής ή της θεραπευτικής διαδικασίας. Στις περισσότερες ενδονοσοκομειακές εγκαταστάσεις, όταν ένας πελάτης κάνει χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, του ζητείται να φύγει λόγω χαμηλών κινήτρων. Σε άλλες εγκαταστάσεις, μπορεί να ζητηθεί από τον πελάτη να υπογράψει ένα συμβόλαιο μη χρήσης και η υποτροπή χρησιμοποιείται ως κλινικό ζήτημα.

Ένα σφάλμα ή μια υποτροπή μπορεί να είναι ένας άλλος καταλύτης που θα βοηθήσει τον πελάτη να εντοπίσει το πρόβλημα.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή η συμβουλευτική προσέγγιση προϋποθέτει ένα ταυτόχρονο πρόγραμμα οικογενειακής εκπαίδευσης και θεραπείας. Το ποσοστό επιτυχίας αυξάνεται σημαντικά όταν συμμετέχουν τα μέλη της οικογένειας. Ένα ερωτηματολόγιο θα πρέπει να αποστέλλεται σε εκείνους τους σημαντικούς άλλους (SOs) που θεωρείται ότι έχουν τη στενότερη σχέση με τον πελάτη.

Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο βοηθούν τον σύμβουλο να αντιμετωπίσει το σύστημα άρνησης και βοηθούν επίσης να σταματήσει το τρίγωνο που συχνά χρησιμοποιούν οι πελάτες για να συνεχίσουν το σύστημα αποφυγής τους.

Οι θεραπευτές που είναι οι ίδιοι σε ανάρρωση από συν-εξάρτηση θα παρέχουν μια υποστηρικτική, μη ενθαρρυντική ομάδα υποστήριξης για τον πελάτη μετά τη θεραπεία. Η οικογένεια που βρίσκεται σε ανάρρωση μαζί έχει περισσότερες πιθανότητες.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Fred Sipe, B.A., A.T.S., 9297 Simper Viva Road, Suite 15-307 San Diego, CA 92173

ΜΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Arnold M. Washton

1. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ

1.1 Γενική περιγραφή της προσέγγισης

Η προσέγγιση αυτή ενσωματώνει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και τεχνικές κατάρτισης δεξιοτήτων αντιμετώπισης με τη συμβουλευτική εθισμού που βασίζεται στην αποχή. Οι πρωταρχικοί στόχοι της θεραπείας είναι η ενίσχυση και η διατήρηση των κινήτρων του ασθενούς για αλλαγή, η εγκαθίδρυση και η διατήρηση της αποχής από όλα τα ψυχοδραστικά φάρμακα και η προώθηση της ανάπτυξης (μη χημικών) δεξιοτήτων αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, ώστε να αναχαιτιστούν και τελικά να εξαιρεθούν οι παρορμήσεις για "αυτοθεραπεία" με ψυχοδραστικά φάρμακα. Η προσέγγιση συνδυάζει γνωσιακές-συμπεριφορικές, παρακινητικές και προσανατολισμένες στην ενόραση τεχνικές ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του κάθε πελάτη. Ο θεραπευτικός τρόπος λειτουργεί με ενσυναίσθηση, με επίκεντρο τον πελάτη και ευελιξία. Δίνεται μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη μιας καλής εργασιακής συμμαχίας με τον πελάτη για την πρόληψη της πρόωρης εγκατάλειψης και ως μέσο για την προώθηση της θεραπευτικής αλλαγής. Ο σύμβουλος προσπαθεί να εργαστεί μέσα από την αντίσταση του πελάτη στην αλλαγή και όχι ενάντια σε αυτήν. Η επιθετική αντιμετώπιση της άρνησης, το σήμα κατατεθέν της παραδοσιακής συμβουλευτικής εθισμού, θεωρείται αντιπαραγωγική και αντίθετη προς αυτή την προσέγγιση. Η ομαδική και ατομική συμβουλευτική παρέχεται στο πλαίσιο ενός δομημένου αλλά ευέλικτου προγράμματος θεραπείας σε εξωτερικά ιατρεία πολλαπλών σταδίων που περιλαμβάνει επίσης ψυχοεκπαίδευση (PE) τόσο για τον κύριο πελάτη όσο και για την οικογένειά του, εποπτευόμενες εξετάσεις ούρων για την ενθάρρυνση και την επαλήθευση της αποχής και όπου ενδείκνυται, φαρμακοθεραπεία για συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές. Η συμμετοχή του ασθενούς στην αυτοβοήθεια ενθαρρύνεται αλλά δεν επιβάλλεται και δεν απαιτείται η αποδοχή της ταυτότητας του εξαρτημένου ή του αλκοολικού.

1.2 Στόχοι και σκοποί της προσέγγισης

- Ενίσχυση των κινήτρων του πελάτη για αλλαγή.
- Να διδάξει στον πελάτη πώς να σπάσει τον κύκλο του εθισμού και να καθιερώσει την πλήρη αποχή από όλα τα ναρκωτικά που αλλάζουν τη διάθεση.
- Να διδάξει στον πελάτη προσαρμοστικές δεξιότητες αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων που απαιτούνται για τη διατήρηση της αποχής μακροπρόθεσμα.
- Υποστήριξη και καθοδήγηση του πελάτη σε προβληματικές καταστάσεις και δυστοκίες που διαφορετικά θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε υποτροπή.

1.3 Θεωρητικό Υπόβαθρο/Μηχανισμός Δράσης

Η προσέγγιση αυτή θεωρεί τον εθισμό στα ψυχοδραστικά φάρμακα ως μια πολυδιάστατη εθιστική συμπεριφορά και ένα δυσπροσαρμοστικό (αυτοθεραπευτικό) τρόπο αντιμετώπισης με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες. Κατά συνέπεια, η θεραπεία πρέπει να παρέχει τη δομή, την υποστήριξη και την ανατροφοδότηση που απαιτείται για να σπάσει ο συμπεριφορικός κύκλος της καταναγκαστικής χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων και να παρέχει ευκαιρίες για την εκμάθηση προσαρμοστικών (μη χημικών) δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων για την πρόληψη της υποτροπής.

1.4 Παράγοντας της αλλαγής

Η προσέγγιση αυτή προωθεί ενεργά την ανάπτυξη μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ πελάτη και συμβούλου μαζί με θετικό δεσμό μεταξύ των πελατών μέσα σε μια ομάδα. Για να εξασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας, κάθε πελάτης λαμβάνει τόσο ομαδική όσο και ατομική θεραπεία από τον ίδιο σύμβουλο.

1.5 Η έννοια της κατάχρησης/εξάρτησης - Αιτιολογικοί παράγοντες

Ο εθισμός στα ναρκωτικά θεωρείται ως μια πολυδιάστατη εθιστική συμπεριφορά και ένα δυσπροσαρμοστικό (αυτοθεραπευτικό) στυλ αντιμετώπισης με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες. Αν και η αρχική έκθεση στα ψυχοδραστικά ναρκωτικά μπορεί να έχει προκύψει σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (συμπεριλαμβανομένης της πίεσης των συνομηλίκων), η κινητήρια δύναμη πίσω από τη συνεχή και επαναλαμβανόμενη χρήση αυτών των ναρκωτικών (πριν από την έναρξη του φαρμακολογικού και φυσιολογικού εθισμού) είναι μια προσπάθεια ποιοτικά και ποσοτικά να μεταβάλει κανείς την εμπειρία και τις εσωτερικές καταστάσεις συναισθημάτων του. Τα ψυχοδραστικά ναρκωτικά χρησιμοποιούνται από ορισμένα (προδιατεθειμένα) άτομα για να ενισχύσουν, να διαμορφώσουν, να εξαφανίσουν ή να μετασχηματίσουν ορισμένα συναισθήματα με τρόπους που δεν μπόρεσαν να επιτύχουν με άλλα (μη χημικά) μέσα.

2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 Παρόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Η προσέγγιση αυτή περιέχει πολλά πρωτότυπα στοιχεία (Washton 1989) και ενσωματώνει χαρακτηριστικά άλλων προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένων των τεχνικών συμβουλευτικής με κίνητρα που περιγράφονται από τους Miller και Rollnick (1991), των στρατηγικών πρόληψης της υποτροπής (RP) που περιγράφονται από τους Marlatt και Gordon (1985) και των ψυχοδυναμικών τεχνικών που περιγράφονται από τους Brehm και Khantzian (1992).

2.2 Ανόμοιες συμβουλευτικές προσεγγίσεις

Τα χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης είναι η κλινική ευελιξία και η προσεκτική προσοχή στις ατομικές διαφορές. Ως τέτοια, έρχεται σε έντονη αντίθεση με τις επιθετικές συγκρουσιακές προσεγγίσεις που συναντώνται συνήθως στα παραδοσιακά θεραπευτικά προγράμματα.

Η συμμετοχή στους Ανώνυμους Αλκοολικούς (ΑΑ) ή σε άλλα προγράμματα αυτοβοήθειας ενθαρρύνεται ενεργά και θεωρείται χρήσιμη και άκρως επιθυμητή, αλλά δεν είναι υποχρεωτική.

3. ΜΟΡΦΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα συνδυασμό ομαδικής θεραπείας δύο έως τέσσερις φορές την εβδομάδα που συμπληρώνεται από ατομική συμβουλευτική μία φορά την εβδομάδα. Από κάθε πελάτη λαμβάνεται δείγμα ούρων υπό επίβλεψη τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, ενώ σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος διενεργούνται τυχαία αλκοτέστ. Παρόλο που η ομαδική θεραπεία είναι ο βασικός τρόπος θεραπείας για τους περισσότερους πελάτες, όσοι αρνούνται να συμμετάσχουν σε ομαδική θεραπεία έχουν τη δυνατότητα ατομικής συμβουλευτικής δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα. Πολλοί από αυτούς τους πελάτες συμφωνούν στη συνέχεια να συμμετάσχουν σε ομαδική θεραπεία, αφού πρώτα δημιουργήσουν μια θετική σχέση με τον ατομικό τους σύμβουλο και ξεπεράσουν τις αρχικές τους ανησυχίες σχετικά με τη συμμετοχή τους σε μια ομάδα. Ορισμένοι πελάτες δεν είναι σε θέση να ανεχθούν την ομάδα ως αποτέλεσμα ψυχιατρικών ή/και διαπροσωπικών διαταραχών. Η θεραπεία για αυτούς τους πελάτες μπορεί να αποτελείται από ατομική θεραπεία δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένης της εξέτασης ούρων και αλκοτέστ.

3.1 Εφαρμογή της θεραπείας

Η ομαδική και ατομική συμβουλευτική παρέχεται στο πλαίσιο ενός δομημένου αλλά ευέλικτου προγράμματος θεραπείας σε εξωτερικά ιατρεία πολλαπλών σταδίων, το οποίο περιλαμβάνει επίσης (PE) τόσο για τον κύριο πελάτη όσο και για την οικογένειά του-εποπτευόμενο έλεγχο ούρων για την ενθάρρυνση και την επαλήθευση της αποχής- και όπου ενδείκνυται, φαρμακοθεραπεία για συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.

3.2 Ιδανικό πλαίσιο εφαρμογής της θεραπείας

Αυτή η προσέγγιση αναπτύχθηκε στο πλαίσιο ενός θεραπευτικού πλαισίου εξωτερικών ασθενών και ως εκ τούτου αναγνωρίζει ότι ο πελάτης βρίσκεται συνεχώς αντιμέτωπος με τις πιέσεις και τους στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινής ζωής και με εύκολη πρόσβαση σε μια μεγάλη ποικιλία ψυχοδραστικών ουσιών. Αναγνωρίζει επίσης ότι στο πλαίσιο των εξωτερικών ιατρείων ο πελάτης είναι πάντα ελεύθερος να εγκαταλείψει τη θεραπεία- κατά συνέπεια, δίνεται μεγάλη έμφαση στις στρατηγικές θεραπευτικής δέσμευσης και διατήρησης, ιδίως στην αρχή της θεραπείας, όταν τα ποσοστά εγκατάλειψης των εξωτερικών ιατρείων είναι υψηλότερα.

3.3 Διάρκεια της θεραπείας

Ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτού του προγράμματος είναι η μορφή μεταβλητού μήκους. Η διάρκεια της συμμετοχής ενός πελάτη στο πρόγραμμα από την εισαγωγή έως την ολοκλήρωση κυμαίνεται από 12 εβδομάδες έως 24 εβδομάδες, όπως καθορίζεται από αντικειμενικές μετρήσεις της κλινικής προόδου (π.χ. παροχή καθαρών ούρων, παρακολούθηση των προγραμματισμένων συνεδριών, ανάπτυξη ενός δικτύου υποστήριξης νηφάλιων που περιλαμβάνει τη συμμετοχή στην αυτοβοήθεια και άσκηση προσαρμοστικών [μη ναρκωτικών] δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων). Ένα προκαθορισμένο σύνολο ενδεχόμενων συμπεριφορών προσαρμόζει τη διάρκεια της θεραπείας ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες. Ο μέσος αριθμός συνεδριών από την εισαγωγή έως την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι περίπου 40.

3.4 Συμβατότητα με άλλες μορφές θεραπείας

Λειτουργώντας με βάση τη βασική φιλοσοφία της χρήσης, φαίνεται να λειτουργεί καλύτερα, η προσέγγιση αυτή και είναι φυσικά συμβατή με μια ποικιλία άλλων θεραπειών. Το πρόγραμμα δεν έχει καμία αντιφαρμακευτική προκατάληψη, εφόσον τα φάρμακα που προσφέρονται είναι κλινικά κατάλληλα και δεν προκαλούν ευφορία.

Όπου ενδείκνυται, η ναλτρεξόνη και η δισουλφιράμη χρησιμοποιούνται για την προώθηση της RP. Οι πελάτες με διαγνωσμένες ψυχιατρικές διαταραχές αντιμετωπίζονται με ψυχοτρόπα φάρμακα (π.χ. αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά), όπως απαιτείται κλινικά. Το πρόγραμμα δεν χορηγεί μεθαδόνη ή άλλα εξαρτησιογόνα φάρμακα.

3.5 Ο ρόλος των προγραμμάτων αυτοβοήθειας

Το πρόγραμμα ενθαρρύνει ενεργά αλλά δεν επιβάλλει τη συμμετοχή του πελάτη στους Ανώνυμους Αλκοολικούς (AA), στους Ανώνυμους Χρήστες Κοκαΐνης (CA), στους Ναρκομανείς Ανώνυμους (NA) ή σε άλλες ομάδες αυτοβοήθειας. Σε όλους τους πελάτες παρέχεται ένας βασικός προσανατολισμός για την αυτοβοήθεια και για το τι έχει να προσφέρει που δεν προσφέρει η επαγγελματική θεραπεία. Τους δίνεται επίσης ένας κατάλογος συναντήσεων στην κοινότητά τους και τους παρέχεται ένας φίλος (συνάδελφος, μέλος της ομάδας), εάν αισθάνονται διστακτικοί ή άβολα να παρακολουθήσουν μόνοι τους τις συναντήσεις αυτοβοήθειας. Οι πελάτες δεν απειλούνται με διακοπή της θεραπείας για τη μη παρακολούθηση των συναντήσεων αυτοβοήθειας, ούτε η απροθυμία ή η άρνησή τους να παρακολουθήσουν τις συναντήσεις αυτοβοήθειας θεωρείται ως επίμονη αντίσταση ή άρνηση. Η συντριπτική πλειονότητα των πελατών του προγράμματος παρακολουθεί πράγματι τις συναντήσεις αυτοβοήθειας.

4. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

4.1 Προαπαιτούμενη εκπαίδευση

Το μεταπτυχιακό δίπλωμα στην κοινωνική εργασία, τη συμβουλευτική ή την ψυχολογία είναι η ελάχιστη εκπαιδευτική απαίτηση για όλο το κλινικό προσωπικό.

4.2 Απαιτούμενη κατάρτιση, δεξιότητες και εμπειρία

Όλοι οι σύμβουλοι πρέπει να διαθέτουν κρατική πιστοποίηση στην κλινική κοινωνική εργασία (C.S.W.), στην κλινική ψυχολογία (Ph.D.) ή στη συμβουλευτική εθισμού (C.A.C.), καθώς και τουλάχιστον 3 χρόνια κλινικής εμπειρίας πλήρους απασχόλησης σε πρόγραμμα θεραπείας εθισμού (κατά προτίμηση σε πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών).

4.3 Κατάσταση αποθεραπείας του συμβούλου

Η κατάσταση του συμβούλου δεν συσχετίζεται. Οι σύμβουλοι επιλέγονται αποκλειστικά βάσει της αποδεδειγμένης κλινικής τους ικανότητας και όχι βάσει της κατάστασης ανάρρωσής τους.

4.4 Ιδανικά χαρακτηριστικά του συμβούλου

Ιδανικά, ο σύμβουλος πρέπει να είναι ζεστός, με ενσυναίσθηση, δεσμευτικός, ανεκτικός, μη επικριτικός και ευέλικτος στην αλληλεπίδραση με τους πελάτες. Ο σύμβουλος θα πρέπει να έχει ένα καλά ανεπτυγμένο παρατηρητικό εγώ και να είναι σε θέση να δέχεται και να χρησιμοποιεί εποικοδομητική ανατροφοδότηση, ιδιαίτερα όσον αφορά τους τύπους της αντιμεταβίβασης και των προβλημάτων ελέγχου που είναι πιθανό να προκύψουν με εξαιρετικά ανθεκτικούς πελάτες.

Ο σύμβουλος πρέπει να έχει άριστες δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας και να είναι ικανός να καθορίζει και να εφαρμόζει τα κατάλληλα όρια συμπεριφοράς με τους πελάτες με σταθερά θεραπευτικό (μη τιμωρητικό) τρόπο.

4.5 Προβλεπόμενες συμπεριφορές του συμβούλου

Ο ρόλος του συμβούλου είναι να παρακινεί, να εμπλέκει, να καθοδηγεί, να εκπαιδεύει και να διατηρεί τους πελάτες κατά τη διάρκεια όλων των φάσεων του προγράμματος. Χρησιμοποιώντας μια σειρά από τεχνικές παρακίνησης, πελατοκεντρικές και επίλυσης προβλημάτων, οι σύμβουλοι αναμένεται να:

- Δίνουν έμφαση στα δυνατά σημεία του πελάτη και όχι στις αδυναμίες του.
- Εντάσσονται παρά να επιτίθενται (να αντιμετωπίζουν) την αντίσταση.
- Αποφεύγουν τις επιθετικές αντιπαραθέσεις και τους αγώνες εξουσίας.

- Διαπραγματεύονται αντί να διατυπώνουν τους στόχους της θεραπείας.
- Δίνουν έμφαση στην προσωπική ευθύνη του πελάτη για την αλλαγή.

4.6 Συμπεριφορές του συμβούλου που απαγορεύονται

Ο σύμβουλος προτρέπεται να μην είναι δογματικός και ελεγκτικός, ιδίως όταν αντιμετωπίζει απρόθυμους και με αντίσταση πελάτες. Είναι εύκολο για τον σύμβουλο να χαθεί από την οπτική του το γεγονός ότι ο πρώτος και κυριότερος στόχος της θεραπείας είναι να εμπλέξει τον πελάτη σε μια φιλική, συνεργατική, θετική αλληλεπίδραση που αυξάνει την προθυμία του πελάτη να εξετάσει και να αλλάξει τη συμπεριφορά του κατά τη χρήση ναρκωτικών.

Οι σύμβουλοι εκπαιδεύονται πώς να αποφεύγουν τα πιο συνηθισμένα θεραπευτικά λάθη και τις αρνητικές αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις με τους πελάτες που κάνουν χρήση ναρκωτικών.

Αυτά περιλαμβάνουν:

- Προβλέποντας πλήρους αποτυχίας και δυστυχίας εάν ο πελάτης δεν ακολουθήσει τις συμβουλές του συμβούλου.
- Λέγοντας στον πελάτη τι είναι αυτό που πραγματικά χρειάζεται, είναι περισσότερες οι αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά για να αποκτήσει το κίνητρο για αλλαγή.
- Αγνοώντας τις αποκλίσεις μεταξύ των στόχων του προγράμματος και των στόχων του πελάτη.
- Αισθανόμενοι απογοητευμένοι και θυμωμένοι με τους πελάτες που δεν συμμορφώνονται πλήρως με το πρόγραμμα.
- Έχοντας θέληση επιβολής αρνητικών συνεπειών στους πελάτες με μη συμμόρφωση (π.χ. στέρηση περαιτέρω βοήθειας με το να τους "πετάξουν έξω από τη θεραπεία") αντί να διαπραγματευτούν μια αλλαγή σε ένα θεραπευτικό σχέδιο με βάση την αποσαφήνιση της αμφιθυμίας του πελάτη για την αλλαγή.

4.7 Συνιστώμενη επίβλεψη

Το έργο του συμβούλου είναι απαιτητικό και η κλινική εποπτεία απαιτείται όχι μόνο για να εξασκήσει τις κλινικές δεξιότητες και να εξασφαλίσει τη συνέπεια στη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά και για να παρέχει στον σύμβουλο συναισθηματική υποστήριξη και ενθάρρυνση. Όλοι οι σύμβουλοι λαμβάνουν 1 ώρα ομαδικής εποπτείας και 1 ώρα ατομικής εποπτείας κάθε εβδομάδα. Οι επόπτες χρησιμοποιούν στατιστικές αναφορές (εκτυπώσεις από υπολογιστή) για να παρακολουθούν τον όγκο των πελατών κάθε συμβούλου και την απόδοση της εργασίας του. Οι εκθέσεις αυτές περιλαμβάνουν δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά διατήρησης/ολοκλήρωσης των πελατών, την παρουσία στις συνεδρίες, τα αποτελέσματα των εξετάσεων ούρων και τις αξιολογήσεις επίτευξης στόχων. Οι μετρήσεις της εργασιακής απόδοσης όλων των συμβούλων περιλαμβάνουν δεδομένα σχετικά με την ποσότητα των κλινικών υπηρεσιών που παρέχονται στους πελάτες (δηλ. τον αριθμό των συνεδριών), τις αντιδράσεις σε θετικά αποτελέσματα εξετάσεων ούρων και τις χαμένες

συνεδρίες, την έγκαιρη παρακολούθηση των πελατών που εγκαταλείπουν ή δεν προσέρχονται στις συνεδρίες και τη συμμόρφωση των συμβούλων με τις απαιτήσεις του διαγράμματος. Οι επόπτες δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στα ποσοστά εγκατάλειψης των πελατών, δεδομένου ότι η διατήρηση είναι βασικός παράγοντας για τον καθορισμό της επιτυχίας της θεραπείας. Οι επόπτες παρακολουθούν περιστασιακά τις ομαδικές συνεδρίες των συμβούλων για να παρατηρήσουν άμεσα τις θεραπευτικές τους δεξιότητες σε δράση. Η βιντεοσκοπήση και η ηχογράφηση των συνεδριών (με τη γραπτή συγκατάθεση του πελάτη) χρησιμοποιείται επίσης στην εποπτεία. Εκτός από τις εποπτικές συναντήσεις, υπάρχει μια καθημερινή διάσκεψη περίπτωσης στην οποία συμμετέχουν όλοι οι σύμβουλοι για την ανάθεση νέων περιπτώσεων και τη συζήτηση ειδικών προβλημάτων. Μια φορά κάθε μήνα, πραγματοποιείται μια επιμορφωτική συνεδρία για ένα συγκεκριμένο κλινικό θέμα.

5. ΣΧΕΣΗ ΠΕΛΑΤΗ-ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

5.1 Ποιος είναι ο ρόλος του συμβούλου;

Ο σύμβουλος έχει πολυδιάστατο ρόλο ως συνεργάτης, δάσκαλος, σύμβουλος και βοηθός διευκόλυνσης της αλλαγής.

5.2 Ποιος μιλάει περισσότερο;

Γενικά, ο πελάτης μιλάει περισσότερο. Ωστόσο, ο σύμβουλος δεν διστάζει να προσφέρει εκπαίδευση, συμβουλές και καθοδήγηση όπου χρειάζεται.

5.3 Πόσο κατευθυντικός είναι ο σύμβουλος;

Ο σύμβουλος αναλαμβάνει ενεργό ρόλο, προσφέροντας συγκεκριμένες συμβουλές και κατευθύνσεις, ιδίως κατά τις πρώτες φάσεις της θεραπείας, όπου απαιτούνται άμεσες αλλαγές στη συμπεριφορά για την εγκαθίδρυση και τη διατήρηση της αποχής.

5.4 Θεραπευτική Συμμαχία

Μια από τις σημαντικότερες πτυχές της προσέγγισης της θεραπευτικής συμμαχίας (ΤΑ) είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης συνεργασίας μεταξύ πελάτη και συμβούλου. Η οικοδόμηση μιας θετικής ΤΑ απαιτεί από τον σύμβουλο να ξεκινήσει από εκεί που βρίσκεται ο πελάτης (δηλαδή να αποδεχθεί και να εργαστεί μέσα στο πλαίσιο αναφοράς του πελάτη). Αυτό έρχεται σε έντονη αντίθεση με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις, οι οποίες απαιτούν από τον πελάτη να υποταχθεί στο πλαίσιο αναφοράς του συμβούλου (προγράμματος) ως σημείο εκκίνησης της θεραπείας. Για παράδειγμα, αν ο πελάτης αρχικά ελαχιστοποιεί τη σοβαρότητα του προβλήματος χρήσης ναρκωτικών ή απορρίπτει την ιδέα ότι πρόκειται για πρόβλημα, ο σύμβουλος αποφεύγει να κατηγορήσει τον πελάτη ότι βρίσκεται σε άρνηση (μια τακτική που πιθανόν να αυξήσει παρά να μειώσει την αμυντική διάθεση του πελάτη) και αντ' αυτού ζητά από τον πελάτη να συνεργαστεί σε ένα χρονικά περιορισμένο πείραμα (που συνήθως περιλαμβάνει μια δοκιμαστική περίοδο αποχής) για να εκτιμήσει τη φύση και την έκταση της εμπλοκής του με τα ψυχοδραστικά ναρκωτικά. Οι εξαναγκασμένοι ή οι

υποχρεωμένοι πελάτες αποτελούν τη μεγαλύτερη πρόκληση για την έναρξη μιας ΤΑ. Συνήθως, αυτοί οι πελάτες εμφανίζονται για θεραπεία θυμωμένοι, καχύποπτοι, δύσπιστοι και έτοιμοι να δώσουν μάχη. Η οικοδόμηση μιας σχέσης κάτω από αυτές τις δύσκολες συνθήκες απαιτεί μεγάλη κλινική λεπτότητα εκ μέρους του συμβούλου, ο οποίος καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια:

1. Συναισθανθείτε τη δυσχερή θέση του πελάτη και το γεγονός ότι σε κανέναν δεν αρέσει να του λένε τι να κάνει.
2. Αποδεχτείτε χωρίς αμφισβήτηση το πρωταρχικό κίνητρο του πελάτη για να προσέλθει στη θεραπεία - να βγάλει τον εξαναγκαστικό παράγοντα (π.χ. δικαστήριο, εργοδότη) "από την πλάτη μου [του πελάτη]".
3. Συγχαρείτε τον πελάτη που αντιμετώπισε την πραγματικότητα της κατάστασης με το να εμφανιστεί στη συνεδρία.
4. Αποσυνδέστε όσο το δυνατόν περισσότερο από τον παράγοντα εξαναγκασμού και προσφέρετε βοήθεια στον πελάτη να λύσει το πρόβλημα ή τα προβλήματα που οδήγησαν στην παρούσα κατάσταση.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ-ΣΤΟΧΟΙ

6.1 Πελάτες καταλληλότεροι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Αυτή η θεραπεία είναι καταλληλότερη για πελάτες που πληρούν τα κριτήρια DSM-IV για εθισμό σε ψυχοδραστικά φάρμακα και είναι σε θέση να προσέρχονται για προγραμματισμένες συνεδρίες σε μια κλινική εξωτερικών ιατρείων. Το πρόγραμμα δέχεται πελάτες που κάνουν ενεργή χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών και εκείνους που έχουν ήδη επιτύχει αποχή ως εσωτερικούς ή εξωτερικούς ασθενείς. Το πρόγραμμα αντιμετωπίζει όλους τους τύπους χημικών εξαρτήσεων και διασταυρούμενων εξαρτήσεων ανεξάρτητα από το ναρκωτικό επιλογής του πελάτη (π.χ. αλκοόλ, κοκαΐνη, ηρωίνη) και έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία τόσο σε πληθυσμούς ενηλίκων όσο και εφήβων (με ξεχωριστή αντιμετώπιση). Οι χρόνια άνεργοι, δυσλειτουργικοί πελάτες αντιμετωπίζονται σε ξεχωριστές ομάδες από τους πελάτες με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Το πρόγραμμα είναι συνεκπαιδευτικό, αλλά διατίθεται ειδική ομάδα γυναικών για όσες προτιμούν να θεραπεύονται σε περιβάλλον μόνο για γυναίκες. Μια ειδική ομάδα διπλής εστίασης (ξεχωριστή από το κύριο πρόγραμμα) εξυπηρετεί τις ειδικές ανάγκες των πελατών με ταυτόχρονη ψυχιατρική ασθένεια.

6.2 Πελάτες λιγότερο κατάλληλοι για αυτή τη συμβουλευτική προσέγγιση

Οι λιγότερο κατάλληλοι υποψήφιοι για αυτή την προσέγγιση αφορούν πελάτες των οποίων η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα είναι τόσο μειωμένη ώστε να μην είναι σε θέση να προσέλθουν στις συνεδρίες θεραπείας και εκείνους που έχουν ενεργή αυτοκτονική διάθεση, ψυχασικές διαταραχές ή είναι αλλιώς ψυχιατρικά ασταθείς και χρειάζονται πιο δομημένη, εντατική φροντίδα, όπως ένα πρόγραμμα ενδονοσοκομειακής ή μερικής νοσηλείας.

7. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η διαδικασία προθεραπευτικής αξιολόγησης αρχίζει ζητώντας από τον πελάτη να συμπληρώσει ένα εκτενές ερωτηματολόγιο αξιολόγησης που χορηγείται από τον ίδιο (το Washton Institute Intake Evaluation Form) (Washton 1995) αμέσως πριν από μια 1ωρη, προσωπική κλινική συνέντευξη με τον σύμβουλο εισαγωγής. Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης καλύπτει τους ακόλουθους τομείς:

1. Χρήση ναρκωτικών.
2. Κίνητρα και ετοιμότητα για αλλαγή.
3. Ψυχιατρικό ιστορικό και κατάσταση.
4. Οικογενειακό ιστορικό.
5. Επαγγελματικό ιστορικό.
6. Ποινικό ιστορικό.
7. Ιστορικό θεραπείας.

Κατά τη διάρκεια της επακόλουθης κλινικής συνέντευξης, ο σύμβουλος προσπαθεί να διευκρινίσει και να επεκτείνει τις πληροφορίες που έχει ήδη παράσχει ο πελάτης στο έντυπο αξιολόγησης. Ίσως το πιο σημαντικό, ο σύμβουλος κάνει μια ενεργή προσπάθεια να παρακινήσει και να εμπλέξει τον πελάτη σε μια θεραπευτική αλληλεπίδραση. Όπου ενδείκνυται, η διαδικασία προθεραπευτικής αξιολόγησης μπορεί να απαιτεί μια ή περισσότερες πρόσθετες συνεδρίες και μπορεί επίσης να περιλαμβάνει επίσημη ψυχιατρική αξιολόγηση. Μια εξαιρετικά σημαντική πτυχή της προθεραπευτικής αξιολόγησης είναι η αξιολόγηση των κινήτρων και της ετοιμότητας του πελάτη για αλλαγή. Αυτό περιλαμβάνει τον εντοπισμό με τον πελάτη τόσο των εσωτερικών και των εξωτερικών παραγόντων που τον οδηγούν σήμερα να διερευνήσει τουλάχιστον την πιθανότητα αλλαγής. Περιλαμβάνει επίσης τη βοήθεια στον πελάτη να εντοπίσει την αμφιθυμία του σχετικά με τη διακοπή της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, διερευνώντας αντικειμενικά τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης και καθορίζοντας τους θεραπευτικούς στόχους του πελάτη και σε ποιο βαθμό αυτοί συνάδουν με τους στόχους του προγράμματος. Όσον αφορά τους στόχους της θεραπείας, ορισμένοι πελάτες θέλουν να μειώσουν παρά να σταματήσουν εντελώς τη χρήση του ναρκωτικού της επιλογής τους, ενώ άλλοι θέλουν να εγκαταλείψουν μόνο το ένα ναρκωτικό που τους προκαλεί τα πιο εμφανή προβλήματα (π.χ. κοκαΐνη), αλλά όχι τα ναρκωτικά που θεωρούν σχετικά ακίνδυνα και μη προβληματικά (π.χ. αλκοόλ και μαριχουάνα). Οι πελάτες που θέλουν να ενταχθούν σε μια ομάδα πρώιμης αποχής πρέπει να συμφωνήσουν να σταματήσουν τη χρήση όλων των ψυχοδραστικών ουσιών (πλήρης αποχή) για τουλάχιστον μια δοκιμαστική περίοδο. Στους πελάτες που δεν συμφωνούν να ανταποκριθούν σε αυτή την απαίτηση προσφέρεται η επιλογή της χρονικά περιορισμένης ατομικής συμβουλευτικής (έως 6 εβδομάδες) για να τους βοηθήσει να κινηθούν προς την αποδοχή της δοκιμαστικής αποχής ως βραχυπρόθεσμου θεραπευτικού στόχου.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η κλινική πρόοδος προσμετράται καθ' όλη τη διάρκεια της συμμετοχής κάθε πελάτη στο πρόγραμμα. Ένα ηλεκτρονικό σύστημα διαχείρισης γραφείου αποθηκεύει, αναλύει και αναφέρει κλινικά δεδομένα για όλους τους πελάτες κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα.

Τα δεδομένα αυτά περιλαμβάνουν:

1. Αποτελέσματα εξετάσεων ούρων.
2. Συμμετοχή στις προγραμματισμένες συνεδρίες.
3. Αξιολογήσεις του συμβούλου σχετικά με την πρόοδο του πελάτη προς την επίτευξη συγκεκριμένων θεραπευτικών στόχων.
4. Αυτοαξιολογήσεις του πελάτη σχετικά με την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων της θεραπείας.

Τα δεδομένα επανεξετάζονται κάθε μήνα (ή εβδομαδιαία, αν χρειάζεται) για τη συνεχή προσαρμογή της θεραπείας στις ατομικές ανάγκες των πελατών, την παροχή εποπτικής ανατροφοδότησης στους συμβούλους και τη βελτίωση της συνολικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Μελέτες παρακολούθησης της θεραπείας έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμούς δείγματος σε διαστήματα 1 έως 2 ετών μετά τη θεραπεία. Τα μέτρα παρακολούθησης περιλαμβάνουν εκτιμήσεις των εξής:

1. Χρήση ναρκωτικών.
2. Ψυχοκοινωνική λειτουργία.
3. Συμμετοχή στην αυτοβοήθεια.
4. Χρήση άλλων θεραπευτικών πόρων.

8. ΜΟΡΦΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

8.1 Μορφή μιας τυπικής συνεδρίας

Μια τυπική ομαδική συνεδρία στην πρόωμη φάση αποχής του προγράμματος ξεκινά με κάθε πελάτη να δηλώνει το χρονικό διάστημα που είναι καθαρός και νηφάλιος (δηλαδή, πριν από πόσο καιρό ο πελάτης έκανε τελευταία φορά χρήση ψυχοδραστικών ουσιών) και ποιο θέμα επιθυμεί να συζητήσει σε αυτή τη συνεδρία. Κάθε πελάτης αναμένεται να προσδιορίσει τουλάχιστον ένα θέμα προς συζήτηση σε κάθε συνεδρία. Ο θεραπευτής (επικεφαλής της ομάδας) μπορεί να συγκεντρώσει τα θέματα δύο ή περισσότερων μελών της ομάδας σε ένα θέμα για τη συγκεκριμένη συνεδρία ή, εναλλακτικά, μπορεί να ξεκινήσει τη συνεδρία με ένα συγκεκριμένο θέμα ως μέρος μιας περιστρεφόμενης ακολουθίας PE. Σε γενικές γραμμές, δύο συνεδρίες της ομάδας την εβδομάδα είναι αφιερωμένες σε καθημερινές ανησυχίες και αγώνες που θέτουν οι ίδιοι οι πελάτες (με την κατάλληλη καθοδήγηση και πλαισίωση της συζήτησης που παρέχει ο επικεφαλής της ομάδας)- μια συνεδρία είναι αφιερωμένη σε ένα συγκεκριμένο θέμα PE ή εκπαίδευσης δεξιοτήτων όπου ο σύμβουλος παρουσιάζει μια σύντομη διάλεξη και καθοδηγεί μια εστιασμένη συζήτηση.

8.2 Διάφορα τυπικά θέματα ή ζητήματα της συνεδρίας

Ακολουθεί μερικός κατάλογος των θεμάτων και των θεματικών της ακολουθίας PE (Washton 1989, 1991): συμβουλές για τη διακοπή- να βρείτε τα κίνητρά σας για να το κόψετε- πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημά σας- να το εξετάσετε προσεκτικά- να εντοπίσετε

τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου- να αντιμετωπίσετε τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου- την αντιμετώπιση των επιθυμιών και των παρορμήσεων- γιατί η πλήρης αποχή- είναι πραγματικά απαραίτητο να εγκαταλείψετε τα πάντα; -προειδοποιητικά σημάδια υποτροπής- βαθμολόγηση της δυνατότητας υποτροπής σας- μια ρεαλιστική εκτίμηση- συμβουλές για τον χειρισμό των ολισθήσεων- διαχείριση του θυμού και της απογοήτευσης- εύρεση ισορροπίας στη ζωή σας- πώς να διασκεδάσετε χωρίς να ναρκώνεστε- καθορισμός των προσωπικών σας στόχων- διαχείριση των προβλημάτων στις σχέσεις σας- οικοδόμηση της αυτοεκτίμησής σας- διατροφή και προσωπική υγεία- AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα- πώς να τα αποφύγετε- επισκόπηση της θεραπείας και της ανάρρωσης- πώς μπορεί η οικογένειά σας να βοηθήσει χωρίς να πληγώσει- μια ματιά στη συν-εξάρτηση.

8.3 Δομή συνεδρίας

Σκοπός κάθε συνεδρίας είναι να ενισχυθεί το κίνητρο του πελάτη για αλλαγή και να βελτιωθεί η ικανότητά του να αντιμετωπίζει προσαρμοστικά τα προβλήματα της καθημερινής ζωής χωρίς να επιστρέφει στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Για την επιτυχή εκπλήρωση αυτού του στόχου, οι συνεδρίες δεν είναι ούτε ιδιαίτερα δομημένες ούτε εντελώς αδόμητες. Οι συνεδρίες PE χρησιμεύουν περισσότερο για την τόνωση της συζήτησης παρά για την παρουσίαση της ύλης με διδακτικό τρόπο. Ο επικεφαλής της ομάδας αναλαμβάνει ενεργό ρόλο βοηθώντας κάθε μέλος της ομάδας να συσχετίσει το θέμα της διάλεξης με τη δική του προσωπική κατάσταση. Ο στόχος είναι η προώθηση της συναισθηματικής και συμπεριφορικής αλλαγής και όχι απλώς η παροχή πραγματικών πληροφοριών.

8.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης κοινών κλινικών προβλημάτων

Η αργοπορία και οι απουσίες αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως συμπεριφορικές εκδηλώσεις της αμφιθυμίας του πελάτη για την αλλαγή. Η σημασία της έγκαιρης προσέλευσης των πελατών στις συνεδρίες και της αξιόπιστης παρακολούθησης τονίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, ξεκινώντας από την αρχική συνέντευξη εισαγωγής. Οι πελάτες καθοδηγούνται να μην προσέρχονται στην κλινική εντός 12 ωρών από οποιαδήποτε χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Εάν ένας πελάτης φτάσει εμφανίζοντας σαφή σημάδια συμπεριφοράς χρήσης τοξικών ουσιών (π.χ. ασαφή ομιλία, ασυντόνιστες κινήσεις, αναπνοή που μυρίζει αλκοόλ), του ζητείται να εγκαταλείψει το χώρο και να επιστρέψει την επόμενη ημέρα. Εάν ο πελάτης είναι σε σοβαρή κατάσταση μέθης, ο σύμβουλος θα προσπαθήσει να επικοινωνήσει με ένα μέλος της οικογένειας για να συνοδεύσει τον πελάτη στο σπίτι του.

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο θεραπείας μεταβλητής διάρκειας του προγράμματος, κάθε αδικαιολόγητη απουσία επιμηκύνει κατά 2 έως 4 εβδομάδες το χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωση του προγράμματος. Με την ευκαιρία της τρίτης αδικαιολόγητης απουσίας ή της πέμπτης αδικαιολόγητης αργοπορίας, ο πελάτης μεταφέρεται από την ομάδα πρώιμης αποχής σε μια ομάδα σταθεροποίησης που εστιάζει πιο εντατικά στην υπέρβαση των πρώιμων εμποδίων στην αλλαγή.

8.5 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της άρνησης, της αντίστασης ή της έλλειψης κινήτρων

Η ενίσχυση των κινήτρων του πελάτη για αλλαγή αποτελεί ουσιαστικό μέρος του ρόλου του συμβούλου σε αυτή την προσέγγιση. Το να χαρακτηρίζεται ένας πελάτης ως αρνητικός, ανθεκτικός στην αλλαγή ή με χαμηλά κίνητρα θεωρείται σαφώς μη βοηθητικό. Τα προβλήματα στη συμμόρφωση με το θεραπευτικό πρόγραμμα διαμορφώνονται από την άποψη της αμφιθυμίας, της απροθυμίας και των φόβων του πελάτη σχετικά με την αλλαγή. Ο σύμβουλος εργάζεται συνεργατικά με τον πελάτη για να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια. Μπροστά στη μη συμμόρφωση, ο σύμβουλος επιδιώκει ενεργά να ενταχθεί στην αντίσταση του πελάτη και να βρει δημιουργικούς τρόπους για να την παρακάμψει. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι, ειδικά στο πλαίσιο των εξωτερικών ασθενών, η επιθετική αντιπαράθεση είναι πιθανό να επισπεύσει την εγκατάλειψη της θεραπείας και μπορεί να ακυρώσει τις προσπάθειες για την εμπλοκή και τη διατήρηση των πελατών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι παρόλο που αυτή η προσέγγιση αποφεύγει τη χρήση συγκρουσιακών τακτικών, δεν προωθεί μια στάση «laissez-faire», η οποία επιτρέπει τα πάντα απέναντι στη μη συμμόρφωση του πελάτη. Ο καθορισμός ορίων και η εποικοδομητική ανατροφοδότηση είναι βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης που χρησιμοποιούνται στο πνεύμα της ενίσχυσης των κινήτρων του πελάτη για αλλαγή και όχι της επιμονής του να παραδεχτεί ότι είναι εθισμένος σε σοβαρή άρνηση.

8.6 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση κρίσεων

Σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών ή καταστάσεων κρίσης κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας της κλινικής, οι σύμβουλοι και οι επόπτες μπορούν να κληθούν μέσω 24ωρης τηλεφωνικής υπηρεσίας τηλεφωνητή. Οι κρίσεις αντιμετωπίζονται με υποστηρικτικές παρεμβάσεις για τη σταθεροποίηση της κατάστασης κρίσης και την πρόληψη της υποτροπής και της εγκατάλειψης. Στον πελάτη παρέχονται συχνές ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες μέχρι να σταθεροποιηθεί η άμεση κατάσταση κρίσης.

8.7 Η αντίδραση του συμβούλου σε σφάλματα και υποτροπές

Τα σφάλματα αντιμετωπίζονται ως λάθη που μπορούν να αποφευχθούν και ως εκδηλώσεις αμφιθυμίας. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι περιστάσεις και η αλυσίδα των συμπεριφορών που οδήγησαν στο απόπημα εξετάζονται προσεκτικά. Ο πρώτος στόχος αυτής της ενημέρωσης είναι να βοηθηθεί ο πελάτης να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί το ρόλο της προσωπικής επιλογής και ευθύνης στον καθορισμό της συμπεριφοράς που κάνει χρήση ναρκωτικών. Για να μειωθεί η πιθανότητα περαιτέρω χρήσης, διαμορφώνεται ένα σχέδιο αποχής που περιλαμβάνει συγκεκριμένες στρατηγικές λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων και αποφυγής συμπεριφοράς. Το πρωτόκολλο θεραπείας μεταβλητής διάρκειας προβλέπει ότι κάθε σφάλμα αυξάνει τη διάρκεια παραμονής του πελάτη στο πρόγραμμα κατά 2 έως 4 εβδομάδες. Με την ευκαιρία του τρίτου σφάλματος (ή νωρίτερα αν ο σύμβουλος το κρίνει απαραίτητο), ο πελάτης μεταφέρεται σε ομάδα σταθεροποίησης. Η ομάδα αυτή επικεντρώνεται εντατικά στην ανάπτυξη σχεδίων δράσης συμπεριφοράς μέρα προς μέρα (ώρα προς ώρα) για την επίτευξη της αποχής.

Μετά την επίτευξη 2 συνεχόμενων εβδομάδων πλήρους αποχής και τέλειας παρουσίας στην

ομάδα σταθεροποίησης, ο πελάτης μπορεί να επιστρέψει στην ομάδα πρώιμης αποχής του. Σε περίπτωση δεύτερου σφάλματος ενώ βρίσκεται στην ομάδα σταθεροποίησης, ο πελάτης αποβάλλεται από την ομαδική θεραπεία για τουλάχιστον 2 εβδομάδες και μπορεί να παραπεμφθεί για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Κατά τη διάρκεια της αναστολής, ο πελάτης μπορεί επίσης να έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί την κλινική για έλεγχο ούρων δύο φορές την εβδομάδα και ατομική συμβουλευτική μια φορά την εβδομάδα για μέγιστο διάστημα 4 εβδομάδων. Εάν ο πελάτης επιτύχει 2 συνεχόμενες εβδομάδες αποχής κατά τη διάρκεια της περιόδου αναστολής, μπορεί να επιστρέψει στην ομάδα πρώιμης αποχής.

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΛΛΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καταβάλλονται ενεργές προσπάθειες για τη συμμετοχή των σημαντικών άλλων στη θεραπεία. Όλοι οι νεοεισερχόμενοι πελάτες ενθαρρύνονται να παρακολουθήσουν ένα οικογενειακό πρόγραμμα μαζί με τους SOs τους (π.χ. σύντροφος, μέλη της οικογένειας, καλύτερος φίλος). Το πρόγραμμα αποτελείται από μια κοινή πολλαπλή οικογενειακή ομάδα που συνεδριάζει μία φορά την εβδομάδα για 12 συνεχόμενες εβδομάδες. Η ομάδα παρέχει υποστήριξη, εκπαίδευση και συμβουλευτική με στόχο την ενίσχυση της ικανότητας των μελών της οικογένειας να αντιμετωπίζουν προσαρμοστικά τον εθισμό του αγαπημένου τους προσώπου και να τους διδάσκουν πώς να σπάσουν τον φαύλο κύκλο των διευκολυντικών και προκλητικών συμπεριφορών που διαιωνίζουν το πρόβλημα. Οι συμμετέχοντες μαθαίνουν και εξασκούνται σε συγκεκριμένες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και επικοινωνίας χρησιμοποιώντας καθοδηγούμενες ασκήσεις ρόλων. Χρησιμοποιούνται επίσης η θεραπεία ζευγαριών και η οικογενειακή θεραπεία για την αντιμετώπιση προβλημάτων που απαιτούν πιο εξατομικευμένη προσοχή.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Brehm, N.M., και Khantzian, E.J. Μια ψυχοδυναμική προοπτική. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B. και Langrod, J., επιμ. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 2d ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992. σσ. 106-117.
- Marlatt, G.A., και Gordon, J.R.: *Στρατηγικές συντήρησης στη θεραπεία των εθιστικών συμπεριφορών*. Νέα Υόρκη: New York: Guilford Press, 1985.
- Miller, W.R., και Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Προετοιμάζοντας τους ανθρώπους να αλλάξουν εθιστική συμπεριφορά*. New York: Guilford Press, 1991.
- Washton, A.M. *Εθισμός στην κοκαΐνη: Α*. New York: New York: Norton, 1989.
- Washton, A.M. *Βιβλία εργασίας για την αποκατάσταση της κοκαΐνης*. Center City, MN: Hazelden Educational Materials, 1991.
- Washton, A.M., ed. *Ψυχοθεραπεία και κατάχρηση ουσιών: A Practitioner's Handbook*. New York: Guilford Press, 1995.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Arnold M. Washton, Ph.D., C.S.A.C. Ιδρυτικός Διευθυντής
The Washton Institute 18 East 41st Street Νέα Υόρκη, Νέα Υόρκη 10017

