



University
of Cyprus

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

INTERNAL CUES AND DRUG DEPENDENCY: COGNITIVE
REAPPRAISAL AND COGNITIVE DEFUSION AS POTENTIAL
PROCESSES OF CHANGE

MARIA STAVRINAKI

A Dissertation Submitted to the University of Cyprus in Partial
Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy

May 2019

MARIA STAVRINAKI

© Maria S. Stavriniaki, 2019

VALIDATION PAGE

Doctoral Candidate: Maria Stavrinaki

Doctoral Thesis Title: Internal cues and Drug Dependency: Cognitive Reappraisal and Cognitive Defusion as potential processes of change

*The present Doctoral Dissertation was submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy at the **Department of Psychology** and was approved on the 02nd of May 2019 by the members of the **Examination Committee**.*

Examination Committee:

Research Supervisor: Maria Karekla, Assistant Professor

Committee Chair: Georgia Panayiotou, Professor

Committee Member: Panayiotis Stavrinides, Assistant Professor

Committee Member: Michael J. Zvolensky, Distinguished Professor

Committee Member: Ian Stewart, Lecturer

DECLARATION OF DOCTORAL CANDIDATE

The present doctoral dissertation was submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy of the University of Cyprus. It is a product of original work of my own, unless otherwise mentioned through references, notes, or any other statements.

Maria S. Stavrinaki

.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξάρτηση από ουσίες είναι ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και στο κοινωνικό σύνολο (NSDUH, 2012). Μέχρι τώρα, οι αποτελεσματικές θεραπείες για την εξάρτηση από ουσίες, π.χ., η Γνωστική Συμπεριφοριστική Μέθοδος Πρόληψης Υποτροπής, έχουν επιτύχει μόνο μέτρια ποσοστά αποχής (40% αμέσως μετά τη θεραπεία και 20% μέχρι ένα χρόνο μετά τη θεραπεία, Rawson et al., 2002). Η Γνωστική Συμπεριφοριστική Μέθοδος Πρόληψης Υποτροπής χρησιμοποιεί τις ίδιες τεχνικές (π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων χρήσης, γνωστική αναδόμηση και τροποποίηση συμπεριφοράς) για να προκαλέσει αλλαγή στα άτομα ανεξάρτητα από την ουσία επιλογής τους (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). Λαμβάνοντας, όμως, υπόψη τα αποτελέσματα εξετάσεων σε ποικίλα επίπεδα π.χ. νευροβιολογικά, συμπεριφοριστικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (Badiani et al., 2013 Bornoalova et al., 2005a, Gillespie et al., 2007, Lejuez et al., 2005, Lejuez et al., 2008 κ.τ.λ.) σε σχέση με διάφορες κατηγορίες ουσιών, η παρούσα διατριβή στοχεύει να εμπλουτίσει το μοντέλο της « Προδιάθεσης για συγκεκριμένη κατηγορία ουσιών » (Wardle, Marcus & deWit, 2015) συνδέοντάς το με παράγοντες ατομικής διαφοράς και ψυχολογικής ευπάθειας όπως το βαθμό σοβαρότητας του εθισμού, την ευαισθησία στο άγχος και την ανοχή στη δυσφορία. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 75 άτομα (19 χρήστες κατασταλτικών ουσιών, 15 χρήστες διεγερτικών ουσιών, 10 χρήστες αλκοόλ και 31 χρήστες κάνναβης). Χρησιμοποιήθηκαν ξεχωριστοί έλεγχοι T, ανεξαρτήτων δειγμάτων, για να διαφοροποιήσουν τις τέσσερις ομάδες συμμετεχόντων ως προς τη σοβαρότητα του εθισμού, την ευαισθησία στο άγχος και την ανοχή στη δυσφορία. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές αναφορικά με το βαθμό σοβαρότητας του εθισμού μεταξύ χρηστών με διαφορετική κύρια ουσία χρήσης. Συγκεκριμένα, οι χρήστες διεγερτικών ουσιών είχαν σημαντικά μεγαλύτερο δείκτη εγκληματικότητας σε σύγκριση με τους χρήστες αλκοόλ. Επίσης, οι χρήστες κατασταλτικών ουσιών είχαν μεγαλύτερη εξάρτηση από το αλκοόλ σε σύγκριση με τους χρήστες διεγερτικών ουσιών και τους χρήστες κάνναβης. Οι χρήστες κατασταλτικών ουσιών είχαν επίσης χειρότερη ψυχολογική ευεξία σε σύγκριση με τους χρήστες

κάνναβης. Επιπλέον, οι χρήστες αλκοόλ βίωναν χειρότερη ψυχολογική και φυσική κατάσταση σε σύγκριση τόσο με τους χρήστες κάνναβης όσο και με τους χρήστες κατασταλτικών ουσιών. Επίσης, σε σχέση με την ευαισθησία στο άγχος, οι χρήστες κατασταλτικών ουσιών είχαν σημαντικά ψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα άγχους προς σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους χρήστες κάνναβης. Επιπλέον, οι χρήστες αλκοόλ παρουσίασαν μεγαλύτερη σωματική και ψυχολογική ευαισθησία στο άγχος, σε σύγκριση με χρήστες κατασταλτικών ουσιών και κάνναβης. Επίσης, οι χρήστες αλκοόλ είχαν σημαντικά ψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους χρήστες διεγερτικών ουσιών στην υποκλίμακα άγχους προς σωματικά συμπτώματα. Τέλος, σε σχέση με την ανοχή στη δυσφορία, διαπιστώθηκε ότι οι χρήστες αλκοόλ ήταν σε σημαντικά χειρότερη θέση σε σύγκριση με τους χρήστες κάνναβης αναφορικά με την επικέντρωση και με την ανοχή στη δυσφορία.

Στο δεύτερο μέρος της έρευνας μας χρησιμοποιήσαμε το Γνωστικό Εργαλείο Αξιολόγησης Συσχετίσεων (IRAP, Barnes – Holmes et al., 2006) για να αξιολογήσουμε τις μη συνειδητές αντιλήψεις των χρηστών για την ουσία χρήσης τους (De Houwer, 2006, Wiers & Stacy, 2006). Συγκεκριμένα, συγκρίναμε τις διάφορες κατηγορίες χρηστών αναφορικά με τις αντιλήψεις τους, ως προς την κύρια ουσία χρήσης. 7 χρήστες κατασταλτικών ουσιών, 8 χρήστες διεγερτικών ουσιών, 14 χρήστες κάνναβης και 2 χρήστες αλκοόλ έτυχαν σύγκρισης χρησιμοποιώντας την Πολυμεταβλητή Ανάλυση Διακύμανσης με ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι σε σύγκριση με τους χρήστες διεγερτικών ουσιών, οι χρήστες κάνναβης βρήκαν λιγότερο αρνητική την αποχή από τις ναρκωτικές ουσίες. Επίσης, σε σχέση με τους χρήστες διεγερτικών ουσιών, το Γνωστικό Εργαλείο Αξιολόγησης Συσχετίσεων και τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (DCQ και BASAS) είχαν αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όσο πιο θετικές ήταν οι αντιλήψεις για τη χρήση σύμφωνα με το Γνωστικό Εργαλείο Αξιολόγησης Συσχετισμών τόσο πιο αρνητικές ήταν οι αυτοαναφορές επιθυμίας για χρήση.

Το τελευταίο μέρος της έρευνας μας στόχευε να εξετάσει κατά πόσο ένα από τα ενεργά συστατικά της θεραπείας της πρόληψης υποτροπής, συγκεκριμένα η Γνωστική Αναδόμηση, συμβάλλει στα μέτρια αποτελέσματα αποχής. Η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ACT, Hayes et al., 1999) είναι παρέμβαση

τρίτου κύματος Συμπεριφορισμού που προτείνει την αντικατάσταση της Γνωστικής Αναδόμησης με τη Γνωστική Αποκόλληση (CD, Hayes et al., 1999). Η στρατηγική αυτή υποστηρίζει ότι αλλάζει τη σχέση του ατόμου με τα εσωτερικά ερεθίσματα, μέσω της επαναλαμβανόμενης έκθεσης του σε αυτά με διάθεση αποδοχής αντί κριτικής. Έρευνες δείχνουν ότι η Γνωστική Αναδόμηση, με την οποία ένα άτομο ρεαλιστικά εξετάζει το περιεχόμενο των σκέψεων του, είναι ένα αχρείαστο, μη βοηθητικό και θεωρητικά ελαττωματικό συστατικό της όλης Γνωστικής Συμπεριφοριστικής Μεθόδου, που είναι απίθανο να βελτιώσει τα αποτελέσματα θεραπείας των χρηστών ουσιών (De Raedt & Koster, 2010). Η αποτελεσματικότητα, όμως, της Γνωστικής Αποκόλλησης έναντι της Γνωστικής Αναδόμησης απαιτεί περαιτέρω έρευνα (Forman et al., 2007).

Εφαρμόσαμε τη μικτού σχεδιασμού Ανάλυση Διακύμανσης για να συγκρίνουμε 4 διαφορετικά θεραπευτικά συστατικά (π.χ. Γνωστική Αναδόμηση, Γνωστική Αποκόλληση, Ψυχοεκπαίδευση και Ομάδα Αναμονής) πριν, κατά τη διάρκεια, αμέσως μετά και μετά από 3 και 6 μήνες από την ολοκλήρωση της θεραπείας όσο αφορά μετρήσεις υποτροπών και ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (π.χ. ποιότητα ζωής, επιθυμία για χρήση, κλπ.). Συμμετείχαν 53 άτομα από κυβερνητικά, ιδιωτικά και μη κυβερνητικών οργανώσεων προγράμματα αποκατάστασης στην Κυπριακή Δημοκρατία. Οι συμμετέχοντες έτυχαν τυχαίας κατανομής λαμβάνοντας ένα από τα τέσσερα θεραπευτικά συστατικά σε μορφή ακουστικής και υποβοηθούμενης από θεραπευτή αυτοβοήθειας. Συναφώς, όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξάρτητα από το θεραπευτικό συστατικό που έλαβαν, έδειξαν με την πάροδο του χρόνου βελτίωση προς τη σωστή κατεύθυνση αλλά μόνο η ψυχολογική υποκλίμακα της ευαισθησίας σε άγχος έδειξε σημαντική βελτίωση μετά από ψυχολογική παρέμβαση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έλαβαν το θεραπευτικό συστατικό της Γνωστικής Αναδόμησης έδειξαν μεγαλύτερες μειώσεις στην ευαισθησία στο άγχος (ψυχολογική υποκλίμακα) σε σύγκριση με άλλα θεραπευτικά συστατικά (ακολουθούμενοι από την ομάδα αναμονής, γνωστικής αποκόλλησης και τέλος την ομάδα ψυχοεκπαίδευσης). Επιπλέον, αναφορικά με τα επίπεδα δυσφορίας που σημειώθηκαν μετά την αναδόμηση ή την αποκόλληση αυτοαναφορικών σκέψεων, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι τα θεραπευτικά συστατικά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.

Συγκεκριμένα, η Γνωστική Αναδόμηση προκαλεί συνολικά μεγαλύτερη δυσφορία σε σύγκριση με τη Γνωστική Αποκόλληση, όταν εφαρμόζονται και οι τρεις συγκρινόμενες τεχνικές (π.χ. ημερολόγια καταγραφής σκέψεων, ανάλυση κόστους - οφέλους, η τεχνική «ρωτάω το φίλο μου ή τον καθαρό εαυτό μου για συμβουλές» έναντι της άσκησης «γάλα, γάλα, γάλα» τροποποιημένης για χρήστες, (άσκηση επανάληψης λέξεων) της άσκησης «φύλλα στο ποτάμι» και της μεταφοράς «των γυαλιών του ήλιου»).

Γενικά, τα ευρήματα της έρευνας μας υποδεικνύουν την ύπαρξη διαφορών στη σοβαρότητα του βαθμού της εξάρτησης και στη ψυχολογική ευπάθεια μεταξύ χρηστών ανάλογα με την κύρια ουσία χρήσης. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι χρήστες αλκοόλ, κατασταλτικών, διεγερτικών ουσιών και κάνναβης ίσως να χρειάζονται πιο κατάλληλες παρεμβάσεις ειδικά προσαρμοσμένες στη συγκεκριμένη ομάδα χρηστών. Επίσης, τα ευρήματα μας υποδηλώνουν ότι υπάρχει συνολική ισοδυναμία μεταξύ των θεραπευτικών συστατικών, ωστόσο η ευελιξία και μεταβλητότητα σε τεχνικές χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Τα παρόντα ευρήματα βοηθούν στη βαθύτερη κατανόηση των τεχνικών αντιμετώπισης στο πλαίσιο μιας αυτοβοήθειας διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων.

ABSTRACT

Drug Dependency (DD) is a serious worldwide condition associated with longstanding health and social consequences (NSDUH, 2012). To date, efficacious treatments for DD, such as CBT relapse prevention (RP), have achieved only mediocre abstinence rates (40% post treatment and 20% at follow-up; Rawson et al., 2002). CBT RP uses the same techniques (e.g., drug cue avoidance, cognitive reappraisal, behaviour modification) to bring about change in people irrespective of their drug of choice (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). However, given the evidence from various levels of examination e.g., neurobiological, behavioural, psychological and social levels (Badiani et al., 2013; Bornovalova et al., 2005a; Gillespie et al., 2007; Lejuez et al., 2005; Lejuez et al., 2008 etc.) for differences between classes of drugs, this thesis aims to add to the growing literature in support of the “drug of choice” model (Wardle, Marcus & deWit, 2015) by linking it to individual difference and psychological vulnerability factors such as Addiction Severity, Anxiety Sensitivity (AS) and Distress Tolerance (DT). A total of 75 participants were recruited from different drug rehabilitation centres in the Republic of Cyprus (depressant users (N=19), stimulant users (N=15), alcohol users (N=10) and cannabis users (N= 31)). In this regard, separate independent samples t-tests were used to differentiate between the four groups in terms of Addiction Severity, AS and DT. Results showed that there were significant differences in Addiction Severity between people who used different drugs as their primary drug of choice. More specifically, stimulant users were significantly more severe than alcohol users on the legal subscale of the European Addiction Severity Index (EuropASI). Furthermore, depressant users had higher severity alcohol use, compared to stimulant and cannabis users. Depressant users also had poorer psychological wellbeing compared to cannabis users. Additionally, alcohol users were psychologically and physiologically worse off than both cannabis users and depressant users on the psychological and medical subscale of the EuropASI. Further, results showed that with regards to Anxiety Sensitivity, depressant users had significantly higher scores

on the physical subscale of the ASI compared to cannabis users. Additionally, alcoholics presented with higher overall, physical and psychological AS compared to other depressant users as well as cannabis users. Moreover, alcoholics scored significantly higher than stimulant users in terms of the physical subscale and overall ASI scores. Finally, concerning DT we found that alcohol users were significantly worse off than cannabis users in terms of both distress absorption and tolerance.

In the second part of our study, the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP; Barnes-Holmes et al., 2006) was used to assess drug related attitudes which are thought to be outside of conscious awareness (De Houwer, 2006; Wiers & Stacy, 2006). More specifically, we compared participants' private verbal relations or beliefs regarding their drug use across four different types of drug users. For this part of the study, seven depressant users, eight stimulant users, 14 cannabis users and two alcohol users were compared using a one-way between subjects MANOVA. Results showed that compared to stimulant users, cannabis users found abstaining from drugs less negative. Furthermore, with regards to stimulant users, implicit (IRAP) and explicit self-report questionnaires (DCQ and BASAS) were negatively correlated i.e., the more implicitly reported drug positive beliefs the less explicitly reported craving.

Our final study aimed to examine whether a specific component part of the RP treatment, namely that of cognitive reappraisal (CR) contributes to its mediocre abstinence record. Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999) is a third-wave CBT intervention that offers an alternative strategy to CR, a strategy coined as cognitive defusion (CD; Hayes et al., 1999), which promises to change one's relationship with their internal cues, by repeatedly exposing oneself to them in an accepting rather than critical way. New research suggests that CR, where one realistically scrutinizes the content of their thoughts, is an unnecessary, unhelpful and a theoretically flawed component of the CBT package which is unlikely to enhance treatment outcomes for DD sufferers (De Raedt & Koster, 2010). The effectiveness of CD over that of CR however, warrants further investigation (Forman et al., 2007). Mixed design ANOVA comparing four groups (CR vs. CD vs. a psycho-educational control condition (CE) vs. a wait-list control (CC)) on actual relapse rates and self-report questionnaires (e.g.,

Quality of Life; SF-36 and Drug Craving; DCQ etc.) took place at pre, during, post treatment and three and six month follow-up. For this section of the study, 53 participants were recruited from governmental, private and NGO drug rehabilitation programs in the Republic of Cyprus. Participants were randomly assigned to receive a CR, a CD, a CE or a CD audio-assisted self-help intervention. In this regard, all conditions showed improvements over time towards the right direction; however, only the ASI psychological subscale had a significant main effect of condition. Specifically, participants receiving the CR condition showed greater reductions with regards to Anxiety Sensitivity (psychological subscale) when compared to other conditions (followed by the control group, cognitive defusion and finally the psychoeducation group). Moreover, regarding reported distress levels post challenging or accepting self-referential thoughts, our results showed a significant main effect of condition, with the CR condition causing overall more distress than the CD condition, when employing all three of the techniques being contrasted (e.g., thought records, cost benefit analysis and asking a friend or their “clean self” for advice vs. a drug modified version of the “milk milk milk exercise”, leaves on a stream and the sunglasses metaphor).

In general, our findings suggest that there are differences in severity and psychological vulnerability between drug user groups based on drug of choice. Alcohol, depressant, stimulant and cannabis users might thus require more appropriate tailor-made interventions considering their distinct problems. Further, our findings are suggestive of the overall equivalence of the CD and CR condition; however, flexibility and technique variability should be further investigated. Present findings aid in the deeper understanding of CD and CR techniques and their impact on DD treatment outcomes when used in a 4-week, self-help context.

ACKNOWLEDGEMENTS

My sincere gratitude to everyone who made my dream a reality:

- My Supervisor Dr. Maria Karekla
- My Ph.D., Defense Committee
- My patient, devoted parents, Spyros and Evniki Stavrinaki thank you for believing in me and helping me both practically and emotionally. My husband Jan-Hofmeyr Retief and son Jacobus Spyros Retief and the little one on the way. You are my biggest motivators and inspiration.
- All drug rehabilitation centers, schools, army bases and individual participants
- Angela Rizaki (voice of therapist, Orestis, Vasilis and Dr. Karekla participant voices)
- Michaella for CBT adherence check
- Maria Petridou, Mariana Zachariou & Artemis Theocharous for their help with assessments and treatment
- ACThealthy Lab
- Dr. Michalis Michaelides
- Special thanks to BA students Kiproulla Papandreou, Panagiotis Loizou, Gregoris Karis, Constantina Psillou, Andreas Andreou and Panagiota Michael.

MARIA STAVRINAKI

Gone but not forgotten

TABLE OF CONTENTS

Chapter I: General Introduction.....	1
<i>Drug dependency prevalence</i>	1
<i>Drug dependence consequences</i>	1
<i>DSM-IV vs DSM-5</i>	2
<i>Classification by primary drug of choice</i>	3
<i>Support for a drug of choice model</i>	4
<i>Cognitive Reappraisal for Relapse Prevention</i>	4
<i>Cognitive Defusion for Relapse Prevention</i>	5
<i>“Difficult to quit” users possess psychological vulnerability factors</i>	6
<i>Reducing cost and maximising appeal through self-help for drug dependency</i>	7
<i>Breakdown of thesis chapters and aims</i>	7
Chapter II: Addiction Severity, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance can successfully differentiate between stimulant and depressant drug users	9
Introduction	9
<i>Categorising substance users based on primary substance used..</i>	9
<i>Support for the drug of choice model</i>	10
<i>“Difficult to quit” users</i>	13
<i>Anxiety Sensitivity</i>	13
<i>Distress Tolerance</i>	15
<i>Current study</i>	16
Methods	17
<i>Participants</i>	17
<i>Measures</i>	17
<i>Procedure</i>	20
<i>Statistical analysis plan</i>	22
Results	23
<i>Demographic characteristics by drug of choice</i>	23
<i>Dependent variable differences between users based on drug of choice</i>	25
<i>Addiction Severity effects depending on drug of choice</i>	25

<i>Anxiety Sensitivity effects depending on drug of choice</i>	26
<i>Distress Tolerance effects depending on drug of choice</i>	26
<i>New drug of choice classification results including alcohol and cannabis users as separate of other depressant drugs</i>	27
<i>Depressants vs Stimulants using new classification</i>	28
<i>Alcohol vs Depressants</i>	29
<i>Alcohol vs Cannabis</i>	30
<i>Alcohol vs Stimulants</i>	31
<i>Depressants vs Cannabis</i>	32
<i>Cannabis vs Stimulants</i>	33
Discussion	35
<i>Study aims</i>	35
<i>Existing studies</i>	35
<i>Results using original drug of choice classification</i>	36
<i>Results using new drug of choice classification</i>	37
<i>Theoretical explanations</i>	39
<i>Study implications</i>	41
<i>Study benefits</i>	42
<i>Study limitations</i>	43
<i>Conclusions</i>	44
Chapter III: Using the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) to differentiate between drug users depending on their drug of choice	45
Introduction	45
<i>Rationality perspective for addiction treatment</i>	45
<i>Drug taking as an automatic process outside of conscious control</i>	45
<i>The need for implicit assessment</i>	46
<i>What are implicit tests</i>	46
<i>Drug Stroop</i>	47
<i>IAT</i>	47
<i>IRAP</i>	50
<i>RFT & REC model</i>	51

<i>Current study</i>	53
Methods	55
<i>Participants</i>	55
<i>Measures</i>	57
<i>Apparatus</i>	60
<i>Procedure</i>	62
<i>Statistical analysis plan</i>	66
Results	67
<i>Participants demographic characteristics by drug of choice ...</i>	68
<i>Dependent variable differences between users based on drug of</i>	
<i>choice.....</i>	69
<i>D-IRAP effects depending on drug of choice.....</i>	70
<i>Comparing three groups rather than four</i>	72
<i>Correlations</i>	73
Discussion	74
<i>Existing literature and hypotheses</i>	74
<i>Results</i>	75
<i>Theoretical explanations</i>	76
<i>Limitations</i>	78
<i>Future work</i>	79
<i>Conclusions</i>	80
Chapter IV: Evaluating and comparing three cognitive self-help interventions for relapse prevention in drug dependent individuals.....	81
Introduction	81
<i>Cognitive account for drug dependence.....</i>	81
<i>Cognitive Reappraisal</i>	81
<i>Cognitive Defusion</i>	84
<i>Cognitive Reappraisal vs. Cognitive Defusion</i>	85
<i>Current study</i>	86
Methods	89
<i>Participants</i>	90
<i>Measures</i>	91

<i>Procedure</i>	97
<i>Intervention</i>	99
<i>Statistical analysis plan</i>	106
Results	107
<i>Participants demographic and comorbidity characteristics by treatment group</i>	108
<i>Dependent variable differences between users based on treatment group</i>	111
<i>Actual relapse effects depending on treatment group</i>	111
<i>Drug craving</i>	112
<i>Quality of life</i>	112
<i>Bodily sensations associated with craving or withdrawal</i> ...	113
<i>Cognitive Defusion</i>	113
<i>Cognitive Reappraisal</i>	113
<i>Anxiety Sensitivity</i>	114
<i>Contemplation Ladder</i>	115
<i>Examining group differences on technique usefulness</i>	115
<i>Examining group differences on technique helpfulness</i>	116
<i>Examining group differences on technique difficulty</i>	116
<i>Distress levels related to self-referential thoughts</i>	116
<i>HW and manipulation check</i>	117
<i>Post hoc analysis</i>	129
<i>Drop-outs vs. participants receiving treatment</i>	130
Discussion	130
<i>Existing studies</i>	130
<i>Results</i>	131
<i>Explanations regarding lack of differences between groups</i> ..	132
<i>Drop-out rates</i>	137
<i>Limitations</i>	137
<i>Future work</i>	139
<i>Conclusions</i>	140
Chapter V: General Discussion.....	140
<i>Study aims</i>	140

<i>Study results</i>	141
<i>Benefits & implications</i>	145
<i>Limitations</i>	147
<i>Future work</i>	148
<i>Conclusions</i>	149
References.....	150
Appendices.....	193
Appendix A Semi-structured interview.....	193
Appendix B Consent and information sheets	221
Appendix C Self report questionnaires.....	232
Appendix D Self-help manuals	279

LIST OF FIGURES

Figure 2-1. EuropASI means by drug of choice	34
Figure 2-2. Anxiety Sensitivity means by drug of choice	34
Figure 2-3. Distress Tolerance means by drug of choice	35
Figure 3-1. Two trial types included in the IRAP depicting the sample (on top), the target (in the middle) and the response options (bottom). The circled response option (yes or no) indicates which response was deemed consistent	55
Figure 3-2. Recruitment procedure and actual attendance at experimental sessions	56
Figure 3-3 Participants' four IRAP trials using the two samples (opposite category labels) two "using drugs" and two "not using drugs" by twelve target stimuli (4 positive and 4 negative words)	60
Figure 3-4 Four picture target stimuli (1 positive emotion (e.g., happiness) or 1 negative emotions (e.g., anger) using two different male faces)	61
Figure 3-5 S2 Consistent D-IRAP means by drug of choice	71
Figure 3-6. D-IRAP means by drug of choice	72
Figure 4-1. Consort Flow Diagram	90
Figure 4-2. Drug craving means by self-help condition at five time points	120
Figure 4-2a Drug expectancy subscale means by self-help condition at five time points	121
Figure 4-2b Drug purposefulness means by self-help condition at five time points	121
Figure 4-2c Drug compulsiveness means by self-help condition at five time points	122
Figure 4-2d Drug emotionality means by self-help condition at five time points	122
Figure 4-3a. Mental quality of life means by self-help condition at four time points	123
Figure 4-3b. Physical quality of life means by self-help condition at four time points	123
Figure 4-4. Bodily sensation means by self-help condition on each session	124

Figure 4-5. Cognitive Defusion means by self-help condition at five time points	124
Figure 4-6. Cognitive Reappraisal means by self-help condition at five time points	125
Figure 4-7. Anxiety Sensitivity means by self-help condition at five time points	125
Figure 4-7a. Social subscale means by self-help condition at five time points	126
Figure 4-7b. Psychological subscale means by self-help condition at five time points	126
Figure 4-7c. Physical subscale means by self-help condition at five time points	127
Figure 4-8. Motivation to quit means by self-help condition across three time points	127
Figure 4-9. Usefulness means by self-help condition at different sessions	128
Figure 4-10. Helpfulness means by self-help condition at different sessions	128
Figure 4-11. Difficulty means by self-help condition at different sessions	129
Figure 4-12. Mean distress caused by self-referential thought by self-help condition at different sessions	129

LIST OF TABLES

Table 2-1. Participants' demographic characteristics and comorbidity (categorical variables) by drug of choice	24
Table 2-2. Drug relevant individual difference factors (continuous) by drug of choice	27
Table 2-3. Drug relevant individual difference factors (continuous) comparisons between depressant vs. stimulants when alcohol and cannabis were excluded from the analysis	28
Table 2-4. Drug relevant individual difference factors (continuous) comparisons between alcohol vs. depressant users	29
Table 2-5. Drug relevant individual difference factors (continuous) by alcohol and cannabis	30
Table 2-6. Drug relevant individual difference factors (continuous) by alcohol and stimulants	31
Table 2-7. Drug relevant individual difference factors (continuous) by depressants and cannabis	32
Table 2-8. Drug relevant individual difference factors (continuous) by stimulants and cannabis	33
Table 3-1. Stimulus arrangement for all trial types	59
Table 3-2. Participants' demographic characteristics (categorical variables) by drug of choice	68
Table 3-3. D-IRAP scores by drug of choice	71
Table 4-1. Session outline for each self-help treatment group over a period of four weeks	100
Table 4-2. Participants' demographic, comorbidity characteristics and other differentiating factors by self-help treatment group	108
Table 4-3. Drug relevant differentiating factor scores by drug treatment group	117

Chapter I – General Introduction

Drug Dependency (DD) is a serious public health issue affecting millions of people worldwide (NSDUH, 2012). According to the National Survey on drug use and health, in the U.S; DD has a lifetime prevalence rate of 24.8%, tends to develop in late adolescence and has an average duration of 30 years (NSDUH, 2012). Furthermore, the number of drug users is increasingly proportional with the growth of the world general population (UNODC, 2014). Additionally, the United Nations Office on Drug and Crime states that the global incidence of drug use (e.g., using illicit drugs at least once) is estimated between 3.5% and 7% of the world population aged between 15 and 64 years of age, while regular users with DD and drug abuse (DA) disorders remained stable between 16-39 million people (UNODC, 2014).

DD has been associated with dangerous and longstanding physical health consequences, enduring psychological problems, criminality, homelessness, unemployment and reduced educational opportunities (NSDUH, 2012). Not surprisingly, people with DD rate their quality of life as being very low (Piacentive, 2009). More specifically, as far as physical consequences are concerned, DD has been linked with chronic illnesses such as respiratory illnesses, cardiovascular and liver diseases, as well as various types of cancers (Aldington et al., 2007; Bagnardi et al., 2001; Gargiulo, 2007). DD sufferers also have a higher risk of contracting infectious diseases such as HIV and Hepatitis either as a result of unprotected sex or needle sharing practices (Altice et al., 2010). On a mental health level, DD has been linked with mood and anxiety disorders (Saban et al., 2014). Furthermore, DD individuals with one or more dependencies seem to have a higher likelihood of cognitive impairment such as verbal episodic memory loss and verbal learning impairments (Brown et al., 2000; Solowij & Battisti, 2008; Solowij & Pesa, 2010). Some studies also suggest that DD individuals have a higher risk of suicide and mortality as a result of poor physical and mental health (Cavanagh et al., 2003; Darke et al., 2000; Darke & Ross, 2002; Flensburg-Madsen et al., 2009; Manfredi et al., 2006; Roy, 2010; Schifano et al., 2006; Wilcox et al., 2004). Additionally, elevated

levels of mortality can also be a result of road traffic accidents and accidental overdose (Hall & Degenhardt, 2009; Mathers et al., 2013). Lastly, DD sufferers have a higher risk of social impairment such as reduced work opportunities, lower salaries, lower educational achievements and increased propensity towards petty crime and theft (Joshua, 2017). In this connection, drug use has been negatively related to school interest and performance in teenagers (Bryant et al., 2003). Drug users have also been linked to reduced interest towards employment and low job retention (Magura, 2003; Meara, 2006; Zanis et al., 2001; Kidorf, Neufeld, & Brooner, 2004). To sum up, because of its high prevalence, early development, variety of consequences and chronic nature, DD prevention and treatment is considered of utmost importance worldwide.

According to the DSM-IV-TR, DD occurs when three or more of the following are met over a period of five years; while Drug Abuse (DA) occurs when one or more of the following are met over a period of five years: 1) There is an *increased tolerance* for a drug (i.e., the need for increased amounts of a drug in order to achieve the same desired results or a lack of an effect when the same amount of a drug is ingested); 2) *Withdrawal symptoms* – physical and psychological discomfort are present if the substance is not used or alternatively the need to resort to other substances to avoid withdrawal symptoms; 3) *Drug use has been increased* in quantity or chronicity (despite willingness to stop); 4) *Inability to stop or reduce* a substance use (despite desire) and *intense involvement* with behaviours associated with use (i.e., time devoted to finding, using and limiting withdrawal) is present; 5) Drug use has led to a decrease in *important social or personal pursuits* and the person *continues using despite physical or emotional, poor health* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Currently the DSM-5 requires two or more of the aforementioned criteria to concurrently exist in someone's lifetime (APA, 2013). Overall, the DSM-5 criteria are almost identical to the DSM-IV-TR criteria for both DD and DA combined, although "recurrent legal problems" has been removed from the DSM-5 and replaced with the new criterion, that of "Craving" or a "Strong desire or urge to use a substance". The DSM-5, additionally separates DD

diagnosis, based on the type of drug used (e.g., Opioid Use Disorder, Sedative Use Disorder, etc.) while it also attempts to signify the extent of the problem using diagnostic specifiers (e.g., mild, moderate, severe, in early remission, etc., DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). In this regard: two or three criteria indicate a mild disorder; four or five criteria, a moderate disorder and six or more, a severe disorder. “Early remission” is further defined as staying clean for a period of at least three; but less than 12 months (with the absence of any of the 11 criteria used for a SUD diagnosis except from craving), and “sustained remission” is defined as staying clean for at least 12 months (with the absence of any of the 11 criteria used for a SUD diagnosis apart from craving, APA, 2013). For clarity, the term Drug Dependency (DD) will be used throughout this thesis as it incorporates all types of drug use into a single phrase.

A typical approach when categorizing substance users, is to identify the primary substance used for which treatment is sought (Brecht et al., 2008). Classification by primary substance, allows for easier comparison between users of different substances and more individualized treatment (APA, 2013; Badiani et al., 2013). Depressant drugs (e.g., benzodiazepines, barbiturates and opioids (Árok et al., 2017)) are thought to create a calming or sedating effect, by suppressing the body’s nervous system causing suppression of sympathetic activity and sedation such as drowsiness, poor coordination and concentration (Price, 2014). Stimulant drugs (e.g., cocaine, crack, amphetamines and methamphetamines such as crystal meth, (Price, 2014)) work by accelerating the central nervous system, causing emotional intensity and symptoms such as increased heart rate, hypertension, hyperthermia and tremulous (Parrot, 2015; Price, 2014). Interestingly, cannabis and alcohol, although originally deemed as depressant drugs, have more recently been separately and uniquely classified in DD literature (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Woicik et al., 2009). In this study, we aimed to differentiate between primary users of diverse substances (e.g., depressant, stimulant, cannabis and alcohol users) with regards to various individual and psychological vulnerability factors, in order to provide more specific recommendations regarding individualized treatment (APA, 2013; Badiani et al., 2013).

Recent research from controlled laboratory studies has found support for the “drug of choice” model (Wardle, Marcus & deWit, 2015), by suggesting that stimulant users differ from depressant users on a variety of levels, including neurobiological (e.g., different genes, neurons and receptors involved), behavioural (e.g., approach–avoidance conflict in one and classical approach behaviour in the other), psychological (e.g., different percentage risk of various mental health comorbidities for each) and social levels (e.g., support and closeness reducing depressant but not stimulant use) (Badiani et al., 2013; Bornovalova et al., 2005a; Gillespie et al., 2007; Lejuez et al., 2005; Lejuez et al., 2008 etc.). Unfortunately, cognitive-behavioural relapse prevention (RP), the leading evidence-based intervention for addictions (Marlatt & Donovan, 2005), uses the same techniques (e.g., drug cue avoidance, cognitive reappraisal and behaviour modification) to bring about change in people irrespective of their drug of choice (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). However, given the evidence from various levels of examination for differences between classes of drugs, personalizing treatment depending on factors known to differentially influence treatment outcomes, seems more crucial (Maltby et al., 2007).

RP is partly based on a cognitive account (CA) for DD, which suggests that a flawed assessment of various situations e.g., dysfunctional cognitions overestimating the positive effects of drug use (e.g., somatic, emotional and behavioural changes that result from use) and underestimating the negative effects, as well as underestimating one’s own ability to withstand or function without drugs (Beck & Alford, 2000), is what causes and maintains use (Beck et al., 1993). Techniques used by the CA, such as cognitive reappraisal (CR), aim to identify, test the reality and correct these dysfunctional cognitions (Beck et al., 1997). Studies have shown that prolonged practice of CR techniques seems to alleviate emotional distress in the context of high life stress (Troy et al., 2010). Furthermore, RP itself has been applied to a variety of problem areas with noted efficacy (Baardseth et al., 2013). Meta analytic reviews support that there is strong evidence for the efficacy of RP for cannabis dependence (large effect sizes of $d=0.7$) when compared to control conditions (e.g., treatment as usual, wait list and medication; Dutra et al., 2008). In a different meta-analytic review of RP, using 34 RCTs, an overall medium effect size of $d=0.45$ was

concluded with separate studies yielding effect sizes ranging from small ($d=0.25$) to large ($d=0.7$) depending on the substance use targeted (McHugh et al., 2011). Larger effect sizes were found for cannabis, followed by cocaine and opioids and lower effect sizes for poly-substance dependence (McHugh et al., 2011). In conclusion, despite small effect sizes in some instances, RP showed effectiveness in increasing abstinence rates and ameliorated quality of life for all DD (Magill & Ray, 2009). However, in certain instances CR, and by association RP, has the potential of increasing negative emotions by allowing an individual to over-think the negative stimulus and perceive it as worse than initially thought (De Raedt & Koster, 2010). Other research suggests that under controllable circumstances, aptitude in cognitive reappraisal exacerbates symptoms (Troy, Shallcross & Mauss, 2013). Additionally, some dismantling studies suggest that CR is not a necessary or integral part of any treatment (Oakley-Browne et al., 2000). Whatsmore, given limited evidence to support any additional value when targeting cognitions directly, there is no need for including CR in treatment packages, sparing any added expense (Barracca, 2012; Dobson & Khatri, 2000; Jacobson et al., 1996). As a result of CR criticisms, the effectiveness of CR in a RP context needs to be further investigated. Our study aims to compare CR techniques with alternative techniques in a RP context in order to decipher the extent of its effectiveness over and above alternative methods.

As an alternative to CR, newer third wave Cognitive Behavioural Therapies (CBT) such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) offer a cognitive strategy known as Cognitive Defusion (CD). In CD, people are asked to accept their thoughts, make space for them by acknowledging them as such, and choosing to not engage with the literal verbal content (Hayes et al., 1999; Segal, Teasdale, & Williams, 2002). The CD technique is hypothesized to work by changing the context in which the thought occurs rather than the content of the thought, as is the case with CR (Deacon et al., 2011; Luciano et al., 2011; Masuda et al., 2004; Pilecki & McKay, 2012). According to ACT theory; CD can be explained from a functional account of language and cognition provided by

relational frame theory (RFT; Dymond & Roche, 2013; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). The foundational position of RFT is that the generalized operant of arbitrarily applicable relational responding (AARR) i.e., a learned behaviour where stimuli in a controlling relation do not share physical characteristics; is the basis of human language (Hayes et al., 2001; Luciano et al., 2009). Relational responding refers to responding that is not solely controlled by a stimulus and its directly conditioned functions but rather by relations between stimuli (Assaz et al., 2017). This occurs when the social environment teaches the individual, through differential reinforcement, to respond relationally to several sets of stimuli (e.g., heroin, cannabis, cocaine) regarding numerous physical properties (e.g., color, size, weight) in direct and reverse order (A–B and B–A). Historical encounters allow the individual to abstract the common element across these interactions: (e.g., sameness). Once abstracted, this cue can exert contextual control over behavior (i.e., relational context) by indicating the type of relation that applies among stimuli (e.g., opposition, distinction, comparison, hierarchy, temporality, spatiality, and causality) and thereby control a particular pattern of responding in accordance with the specified relation. These different patterns of responding have been labeled relational frames (Assaz et al., 2017). Once AARR is well established this will lead to the emergence of new relations that were not directly taught e.g., mutual entailment (if $A \rightarrow B$, then $B \rightarrow A$) and combinatorial entailment (if $A \rightarrow B$ and $A \rightarrow C$, then $B \rightarrow C$). Suppose a person who is socially awkward and uses smoking as a means of anxiety relief is told: “Cannabis is better than smoking cigarettes for stress relief.” This sentence is an instance of AARR in which the stimuli smoking cigarettes and cannabis are being arbitrarily related. The expression “better than” acts as a relational context, controlling responding to smoking in terms of its comparative relationship to cannabis. The words “stress relief” also act as a functional context, indicating that the comparison is based on a dimension of relief rather than threat. Consequently, even if the person had never heard of cannabis before, he or she can say that it is “better than”, for example, shisha smoking (which he or she previously learnt is less effective than cigarettes with regards stress relief). More

interestingly, the mention or sight of cannabis may elicit craving and pleasure responses and will do so to a higher degree than the mention or sight of cigarettes.

According to RFT, over the course of time, everincreasing portions of the environment are responded to in terms of arbitrarily applicable (i.e., verbal) relations to other stimuli (Assaz et al., 2017). However, when a person nearly always responds to the verbal conditioned functions of a stimulus to the detriment of other, nonverbal stimulus control, ACT therapists use the term cognitive fusion (Hayes et al., 2012b). RFT suggests that cognitive fusion becomes problematic only when it leads to maladaptive and rigid behavioral patterns (Assaz et al., 2017). For example, faced with normal everyday activities such as going to work; refusal to go about one's daily affairs for fear of rejection is an example of a set of verbal relations between work and rejection that exerts a dominant influence of multiple sources of stimulus control therefore transforming the aversive functions of rejection to work, thus rendering other potential sources of stimulus control irrelevant.

Because unlearning is not possible it is necessary for the individual to obtain new and different learning experiences to diminish the strength of derived stimulus functions and counteract their extensive dominance over behavior that leads to rigidity (Bouton, 2002). From an RFT perspective, CR's main objective is that the client will engage in AARR, developing new stimulus relations that are more sensitive to current conditions and contextual intricacies than the previously established ones (Blackledge, Moran, & Ellis, 2009). However, it is likely that the individual may be insensitive to the current environment given the powerful automatic reinforcer of maintaining verbal coherence and therefore remain under the control of derived verbal relations rendering altered contingencies, insufficient to alter his or her responding (Bordieri, Kellum, Wilson, & Whiteman, 2015). Contrary to CR, the aim of CD is not to create new stimulus relations but to disrupt the transformations of functions that occur in instances of AARR by means of its functional context, therefore diminishing their impact on behaviour (Blackledge, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Hayes et al., 2012b). This may reduce the experience of

entanglement and fusion and enhance the experience of choice among different alternatives, increasing response flexibility (i.e., reducing rigidity); rendering CD a better choice than CR according to RFT.

With regards DD, the Dual Process Model (DPM) originally devised by Evans (1975) postulates that drug taking decisions can come about as a result of at least two semi-independent systems: a fast, associative “impulsive” system and a slower “reflective” system (Barrett, Tugade & Engle, 2004). In this light, implicit measures or indirect attitude measures e.g., those indirectly inferred from behaviour (e.g., reaction times), have increasingly been used to measure attitudes which are impulsive and outside of conscious awareness, like addictions (De Houwer, 2006; Wiers & Stacy, 2006). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP; Barnes-Holmes et al., 2006) is a modern, valid, reliable, computer-based, cognitive-implicit measure again based on RFT (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013) used in our study to more accurately assess drug-related attitudes, which are thought to be outside of conscious awareness.

In addition to concerns regarding the effectiveness of CR, criticisms of the RP approach include high rates of treatment drop-out and relapse, with more than half of the participants who begin RP treatment not responding to treatment (Dutra et al., 2008; Fiore, Bailey, & Cohen, 2000; Petry et al., 2002). The selection hypothesis, otherwise known as the “hardening hypothesis”, argues that people who are non-responsive to treatment (i.e., drop out, relapse or show no improvement in DD symptomatology) are likely to possess characteristics that make it difficult for them to quit (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003). “Difficult to quit” users or “multiple relapse” users have been shown to possess “individual difference factors” or “psychological vulnerability” factors such as poor tolerance for unpleasant bodily sensations and negative affect (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003; Litt, Cooney, & Morse, 2000; Williams et al., 2008). Anxiety Sensitivity (AS), otherwise known as the “fear of fear”; is a trait like individual difference factor, previously linked to drug addictions (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Lejuez et al., 2008; Zvolensky et al., 2010; Zywiak et al., 1996). Furthermore, Distress Tolerance (DT) or one’s perceived

ability to experience and endure negative emotional states (Simons & Gaher, 2005), is another individual difference variable which has previously been linked to an increased probability of drug addictions (Buckner, Keough & Schmidt, 2007; Carleton et al. 2012; Daughters et al., 2005; Richards et al., 2011). Assessing how AS and DT differentially impact divergent drug types (e.g., primarily depressant, stimulant, cannabis and alcohol users) will help provide users with more specialised care, adapted to their personal needs and competencies.

Finally, RP is often criticised for being overly costly, as well as not being appealing to patients who want more control over their own treatment (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000). In this regard, a self-help format was found to be acceptable to both therapists and patients (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000). Audio and therapist-assisted bibliotherapy (self-help material) specifically is associated with lower drop-out rates in people with longstanding DD problems and has been shown to be both well-received and effective in this population group (Williams, 2001). In this regard, CR and CD specific RP techniques evaluated in this study made use of an audio and therapist-assisted self-help format, something which has not previously been compared.

The primary purpose of this study was to investigate potential differences in stimulant and subcategories of depressant users using both explicit self-report and implicit measures. Furthermore, the differential role of various individual difference or psychological vulnerability factors e.g., AS and DT, as well as differences in Addiction Severity with regards to different drugs of choice, was examined. Additionally, the effectiveness of three different four-week audio and therapist assisted bibliotherapy (self-help) protocols based on CR, CD, psychoeducation and a wait list control for DD, was compared. Deciphering these differences can aid policy change regarding DD treatment and rehabilitation by providing drug users with more specialised care, adapted to their personal needs and competencies. More specifically, the remainder of this thesis is divided into the following chapters: Chapter Two compares the differential role of various individual difference factors in the etiology and maintenance of different

primary drugs of choice (namely: depressant, stimulant, cannabis and alcohol); Chapter Three compares participants' private verbal relations or beliefs regarding their drug use across four different types of drug users (namely: primarily depressant, stimulant, cannabis and alcohol users); Chapter Four investigates the effectiveness of three, four-week audio and therapist assisted bibliotherapy protocols based on CR, CD, psychoeducation and a wait list control; Chapter Five provides a general discussion regarding the work carried out as part of this dissertation.

Introduction

A typical approach when categorizing substance users, is to identify the primary substance used for which treatment is sought (Brecht et al., 2008). Classification by primary substance, allows for easier comparison between users of different substances and more individualized treatment (APA, 2013; Badiani et al., 2013). However, a potential weakness of such a classification approach is the possibility that substance users may use more than one category of substances within a specified observation period (Brecht et al., 2008). Furthermore, use of multiple substances may complicate some aspects of the assessment and understanding of dependence (Gossop, 2001). For example, focusing on a single primary substance may obscure the overall picture of substance use behavior if there is considerable polydrug use (Downey et al., 2000; Williamson et al., 2006).

Considerable polydrug use is frequently reported among substance users, in both treatment and community samples (e.g., Booth et al., 2006; Darke et al., 2007; Malcolm et al., 2006). For example, in several studies, one-third to over half of primarily cocaine or heroin users, reported misuse of more than one class of substances (Leri et al. 2005; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2007). Polydrug use is common across many drug classes, including stimulants and depressants (McCabe et al., 2015; McElarth, O'Malley & Johnston, 2013). This suggests that there may be underlying biological, psychological or other mechanisms (including individual difference characteristics) that promote a risk for drug use regardless of drug class or the specific effects of a substance (Vanyukov et al., 2012). One mechanism that may place certain people at risk for using multiple drugs is that they are inherently susceptible to the reinforcing effects of drugs, regardless of drug class (Wardle, Marcus & deWit, 2015). Cognitive-behavioural relapse prevention, the leading evidence-based

intervention for addictions (Marlatt & Donovan, 2005), uses the same techniques (e.g., drug cue avoidance, cognitive reappraisal, behaviour modification) to bring about change in people irrespective of their drug of choice (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). Again, this suggests that the maintenance of drug taking behaviour is dependent on both immediate determinants (e.g., high-risk situations, coping skills etc.) and covert antecedents (e.g., lifestyle factors and cravings) regardless of drug class (Marlatt & Gordon, 1985; Dimeff & Marlatt, 1998).

Although some studies provide initial support for the hypothesis that there are commonalities in responses across drug classes in humans, most of these studies either use retrospective reports (Zeiger et al., 2012), or examine only similar acting pairs of drugs, such as two stimulants (Bolin et al., 2013; Holdstock & de Wit, 2001; Perkins et al., 2001). As such, they are unable to accurately differentiate between different acting classes of drugs. However, newer research from controlled laboratory studies examining individuals' subjective responses to more than two classes of drugs are consistent with a "drug of choice", or "effect of choice" model (Wardle, Marcus & deWit, 2015). This model states that individuals prefer a drug or drug class and dislike others, possibly based on personality or other individual differences. Other research in support of the drug of choice argument, comes from various levels of work, including the neurobiological, behavioral, psychological and social levels (Badiani et al., 2013).

At the neurobiological level, meso-corticolimbic dopamine transmission seems to be an essential component of stimulant self-administration but not depressant self-administration (Badiani et al., 2013). By contrast, the mu opioid receptor is essential in mediating the effects of intravenous depressant self-administration but plays only a small role in stimulant self-administration (Mello & Negus, 1996; Le Merrer et al., 2009). Other noteworthy differences include separate mPFC and NAc neurons that are associated with depressant self-administration compared to stimulant self-administration (Chang, Janak & Woodward, 1998; Vassoler, Wright & Byrnes, 2016). Differences between stimulant and depressant users may also explain why no known medication effectively treats both depressant and stimulant addiction. For example, approved treatments for opiate addiction, such as methadone and buprenorphine,

have shown limited efficacy in decreasing stimulant use in polydrug users of both heroin and cocaine (Epstein et al., 2009). Finally, genes that are associated with depressant and stimulant addiction are different (Hart, de Wit & Palmer, 2012; Tsuang et al., 1998).

At the behavioral level, stimulant use leads to a mixed motivational state characterized by approach–avoidance conflict towards environmental stimuli, while unlimited stimulant access leads to complete loss of control over drug use (Badiani et al., 2013). By contrast, depressant use leads to a classical approach behavior like that observed in hungry animals approaching food, while unlimited depressant access, does not lead to loss of control over drug use (Ettenberg, 2004). Additionally, depressant drugs are often consumed at home, whereas stimulant drugs are most often consumed outside of the home e.g., clubs or parties (Caprioli, 2008; Nielsen, 2010). Given these differences, stimulants and depressants are thought to differ considerably at a behavioral level (Badiani et al., 2013).

At the psychological level, depressant users present with higher rates of comorbid depression, while stimulant users have higher rates of comorbid bipolar episodes (Brady, Myrick, and Sonne, 1998; Sonne and Brady, 1999) and higher prevalence of personality disorders (Craig and Olson, 1990; Flynn et al., 2008; Mirin et al., 1988; Raimo et al., 2000). Trait negative emotionality, such as poor reaction to stress, alienation and aggression, is higher amongst depressant users compared to stimulant users (Adams et al., 2012; Jackson & Sher, 2003; James & Taylor, 2007). Additionally, stimulant users, exhibit higher scores compared to depressants users on: 1) neuroticism-related traits (Saiz et al., 2001), such as impulsivity or “acting suddenly in an unplanned manner to satisfy a desire” (Ball & Schottenfeld, 1997; Bornovalova et al., 2005a; Donovan et al., 1998; Lejuez et al., 2005; Soldz, Kelley, & Penk, 1998); 2) delay discounting i.e., the depreciation of the value of a reward related to the time that it takes to be released (Bornovalova et al., 2005); 3) sensation seeking or “the need for varied, novel, and complex sensations and experiences and the willingness to take physical and social risks for the sake of such experience” (Kaestner et al., 1977; Kohn et al., 1979); and 4) psychoticism traits (Saiz et al., 2001),

characterized by a lack of altruism, trust, modesty, cooperativeness, persistency, reliability and a follower of rules and ethical principles (Kornor & Nordvik, 2007). Finally, several studies show previous trauma in the form of physical/sexual or emotional abuse are more common amongst stimulant users than other drug users (Boyd, 1993; Boyd et al., 1994; El-Bassel, Gilbert & Rajah, 2003; Freeman, Collier & Parillo, 2002) with higher sexual risk behaviour (SRB) being more common amongst stimulant users compared to depressant users (Bux et al., 1995; Camacho et al., 1997; Grella et al., 1995; Joe and Simpson, 1995; Lejuez et al., 2005). Again, at the psychological level there seems to be a lot differentiating between stimulant and depressant users (Badiani et al., 2013).

Finally, at the social level, social maladaptation as measured by behaviors such as shyness, is thought to have a protective impact on stimulant use; however, this is not the case for depressant use (Fothergill et al., 2009). Furthermore, drug using primary sex partners reinforced depressant use in homeless women, but not stimulant use (Amaro & Hardy-Fanta, 1995, Wenzel et al., 2009). Stimulant use has also been closely linked to women's street-based survival activities such as prostitution, whereas depressant use has not (Wechsberg, Dennis & Stevens, 1998). Finally, support and closeness may have protective effects on reducing the frequency of depressant use, but not stimulant use (Tucker, D'Amico et al., 2005).

The neurobiological, behavioral, psychological and social differences between depressants and stimulants have implications for addiction treatment. Behavioral differences between stimulants and depressants for example, have implications for Cognitive Behavioral Therapy where addicts learn to identify and respond to their specific drug-related cues. In this regard, involving family members is key to relapse prevention, especially in the case of depressant users who usually use while living at home with their parents (Ramesh & Kemaraiah, 1994).

Given the evidence from various levels of examination for differences between classes of drugs, personalizing treatment depending on factors known to differentially influence treatment outcomes seems

more crucial (Maltby et al., 2007). The selection hypothesis, otherwise known as the “hardening hypothesis”, argues that people who are non-responsive to treatment (i.e. show no improvement in drug dependency (DD) symptomatology – craving and withdrawal – drop out early and eventually relapse) are likely to possess individual characteristics that make it difficult for them to quit (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003). These “hardcore”, or “difficult to quit” users, are found for example to exhibit more severe addictions (Docherty et al., 2014). The severity of drug use depending on drug of choice has been examined in previous research with one study suggesting that stimulant users display shorter periods of regular drug use compared to depressant users and therefore have a less severe clinical presentation (Hser et al., 2008). However, another study suggests the opposite i.e., that stimulant users are more likely to have encountered legal, social, physical and psychological consequences compared to depressant users and as a result are deemed more severely addicted (Gillespie et al., 2007). Given the link between “difficult to quit” users and addiction severities, deciphering which class of drug influences severity would be a step in the right direction.

“Difficult to quit” users or “multiple relapse” users have been shown to possess individual difference factors or psychological vulnerability factors such as poor tolerance for unpleasant bodily sensations and negative affect (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003; Litt, Cooney, & Morse, 2000; Williams et al., 2008). Anxiety Sensitivity (AS), otherwise known as the “fear of fear”, is a trait-like individual difference factor previously linked to drug addictions (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Lejuez et al., 2008; Zvolensky et al., 2010; Zywiak et al., 1996). Interest in AS in the context of substance abuse derives from the view that abuse of depressant substances functions to reduce arousal, fear and negative affect (Stewart et al., 1999). In this regard, studies have shown that people with high AS are at increased risk for becoming dependent on depressants (Conrod et al., 2000) and that AS is predictive of frequency of drug and alcohol abuse (DeHaas, Calamari, & Bair, 2002). Furthermore, the measurement of AS has been successful in differentiating between Addiction Severity scores, showing that people with more severe drug use (indicated by Addiction Severity Index (ASI) scores) were more likely to exhibit high AS

scores (Forsyth et al., 2003). When examining the role of mediators in the relationship between addiction severity (ASI) and comorbid psychopathology (Axis I diagnosis; e.g. BDI), AS significantly mediated the results (Forsyth et al., 2003). Furthermore, AS was found to mediate the effect of residential treatment on users' relapse rates (Lejuez et al., 2006). In this study, AS significantly mediated relapse in depressant users but not in stimulant users. Again, with regards to depressant use, participants with high AS scores dropped out of treatment more readily than those with low AS, indicating that AS plays a crucial role in heroin users dropping out of treatment (Lejuez et al., 2008). Finally, in the case of alcohol addiction, high AS was predictive of drinking behavior (Stewart, Zvolensky & Eifert, 2002). AS has also been shown to have a positive correlation with the use of depressants like heroin (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Woicik et al., 2009).

Although preliminary, some studies also suggest that differences in AS are associated with drug choice (i.e., preference for alcohol over stimulants and other controlled substances) among males seeking treatment for substance abuse (Norton et al., 1997). Contrary to this, Forsyth, Parker and Finlay (2003) suggest that there is no significant relationship between AS and drug choice, based on a sample of substance abusing veterans. Given that the only two studies to date which have examined the relationship between AS and drug of choice have come to different conclusions, there is a growing need for more generalizable research to bring about clarity in this regard.

To sum up, in spite of the plethora of research on AS showing it is an important individual difference factor that mediates outcomes such as drug initiation, Addiction Severity, drop-out and relapse in a wide range of addictions (Feldner et al., 2008; Lejuez et al., 2008; Li & Zinbarg, 2007; Schmidt, Zvolensky, & Maner, 2006; Woicik et al., 2009), only two studies have directly examined AS's potential to differentiate between people in terms of their drug of choice, with different conclusions. Other studies (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Lejuez et al. 2006; Lejuez et al., 2008; Woicik et al., 2009) have indirectly suggested that AS can differentiate between depressant and stimulant users on several premises: namely that 1) depressant users, specifically heroin users, are positively related to AS; 2) stimulant users

are less likely to relapse or drop out of treatment and are 3) more likely to use their drug of choice as a means by which to relieve themselves of depression rather than anxiety, as is the case with depressant users. Our study aims to improve on some of the methodological drawbacks of the aforementioned studies such as biased sampling (e.g., previous studies focused on specific groups of drugs users such as veterans or compared two types of drugs namely cocaine and heroin as opposed to larger drug categories such as stimulants and depressants; Krawczyk et al., 2017). The drug of choice hypothesis, linking certain substances with levels of psychological distress e.g., AS, may help us better understand substance use and provide both tailor-made and effective treatments (Forsyth, Parker & Finlay, 2003).

Distress Tolerance (DT) or one's perceived ability to experience and endure negative emotional states (Simons & Gaher, 2005), is another individual difference variable which has previously been linked to an increased probability of drug addictions (Buckner, Keough & Schmidt, 2007; Carleton et al. 2012; Daughters et al., 2005; Richards et al., 2011). Low levels of DT have previously been linked to quantity of alcohol use and alcohol related problems (Lejuez et al., 2008; Stewart, Zvolensky & Eifert, 2001; Zvolensky's et al., 2009). Additionally, Zvolensky et al. (2009) suggest that higher DT scores are significantly and negatively related to both "conformity" and "coping motives", in other words, people who can tolerate emotional states are less likely to use cannabis to fit in or cope compared to those with low tolerance of their emotional states. Despite evidence on the impact of DT on drug addictions more generally, no studies have directly examined the role of DT when differentiating between people based on their drug of choice. However, most studies to date have shown that people with low levels of DT are generally more likely to use depressant drugs (Zvolensky et al., 2009). Given the lack of studies exploring the role of DT in relation to specific drug choice, our study aimed to provide some insight into this area. Additionally, given that some studies suggest that both DT and AS seem to measure very similar constructs (Schmidt et al., 2007), we have assumed the same directionality for both AS and DT constructs. For the aforementioned reasons, stimulant users are expected to score lower than depressant users on all the aforementioned measures with the exception of the Distress Tolerance questionnaire (which measures

distress intolerance rather than tolerance). Contributing to the growing field of research on individual difference factors is particularly important in modern day personalised medicine as a means by which to provide both tailor-made and effective treatments (Maltby et al., 2007).

Current Study

The present study aims to add to the existing literature with regards to how individual characteristics such as Addiction Severity, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance can successfully differentiate between stimulant and depressant drug users. It was expected given existing research, that:

- 1) Stimulant users will be less severely addicted compared to depressant users
- 2) Stimulant users will present with lower Anxiety Sensitivity, compared to depressant users
- 3) Stimulant users will present with higher Distress Tolerance compared to depressant users.

Given the existence of opposing results regarding Addiction Severity and drug of choice, our study aims to clarify this as well as improve on some of the methodological drawbacks of previous studies. For example, Addiction Severity has in previous research been classified using the DSM-IV criteria detailed in the Structural Clinical Interview for Disorder (SCID; First et al., 2002). However, studies have suggested that these criteria e.g., legal problems, hazardous use, tolerance, unsuccessful attempts to quit and physical-psychological problems associated with drug dependence, show relatively poor discrimination of Addiction Severity (Martin et al., 2006). Instead, the EuropASI (chosen for this study) is considered a more valid tool to assess Addiction Severity given that it is made up of separate poly-item composite scores shown to successfully distinguish between persons depending on their legal, medical, employment, familial, social and psychiatric status (Lopez-Goni, Fernandez-Montalvo & Arteaga, 2012). Furthermore, the EuropASI is a tool specifically designed to measure Addiction Severity as opposed to providing a diagnosis for DD and is one of the most accurate tools available when assessing the severity of DD (Kokkevi et al., 1995).

Methods

Participants

A total of 75 participants took part in the study (Males=65, Mean age=32.00 years, SD=10.32). Most participants were Greek Cypriots (56%), 12% were Greeks, 2.5% Bulgarians, 2.5% Romanians, 1.2% Greek-British, 1.2% Greek-Americans, 1.2% Cypriot-Swedes, 1.2% Cypriot-Russians and 1.2% Cypriot-Dutch. Most participants were high-school graduates (44.4%), others were middle-school graduates (19.8%), elementary school graduates (16%), university graduates (9.9%) and post graduates (1.2%). Most participants lived with their parents (32.1%), the rest lived alone (24.7%), with their spouse and children (16%), or other living situations (such as with friends or an enclosed environment e.g., prisons or therapeutic community; 17.3%). Most participants were employed full time (57.5%) while a relatively large portion of the sample were unemployed (23.5%), worked part-time (7.4%) or were students (7.4%). Most participants were single (60.5%), whereas the rest were married (13.6%), divorced (8.6%) or cohabiting (4.9%). Most of the participants did not have children (65.4%). Finally, 85% of our sample were current cigarette smokers while 12.5% were ex smokers and only 2.5% never smoked. Smoking status was not significantly different amongst people with different drugs of choice.

Recruitment of participants was based on a-priori power calculation (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) which showed that a sample of at least 58 participants was required to have sufficient power to detect differences in a one-way between subjects MANOVA with an alpha level of 5%, desired power of 80% and effect size of 0.25.

Measures

Semi-structured interview:

The *MINI* is a short structured diagnostic psychiatric interview that ascertains the diagnosis of mental disorders and the existence of suicidality, according to the DSM-IV or the ICD-10 (Sheehan et al., 1998). It focuses mainly on current diagnoses and can accurately screen for 17 axis I disorders. The *MINI*

has two to four screening questions per disorder. Additional symptom questions within each disorder section were asked only if the screen questions were positively endorsed (Sheehan et al., 1997). The MINI was designed to meet the need for a short but accurate structured psychiatric interview for clinical trials (Lecrubier et al., 1997). Studies on interrater and test–retest reliability of the MINI and its validity versus the ICD and the SCID showed good results (Hyphantis et al., 2011). The MINI has previously been used in studies within the Greek population (Arvaniti et al., 2005; Hyphantis et al., 2011). Cronbach’s alpha for our sample was good and ranged from $\alpha=.74$ to $\alpha=.86$.

The *European Addiction Severity Index* (EuropASI; Kokkevi et al., 1995) is a widely used instrument that assesses drug and alcohol severity across six domains of functioning (Chemical Abuse, Medical, Psychological, Legal, Family/Social and Employment/Support). Within each domain, the interviewer provides global ratings of severity (referred to as Interviewer Severity Ratings, or ISRs) based on the patient’s responses to objective items as well as the patient’s assessment of how bothered he/she is by problems in each domain. The ISRs, which range from 0 to 9, form the basis for the patient’s profile and treatment plan. The reliability and validity of the EuropASI is well-documented in a variety of populations, including Greek-speaking populations (Cronbach’s $\alpha=.72$; EuropASI; Kokkevi et al 1995). In this study, the EuropASI was used in the form of a clinical interview, in order to assess client severity scores for DD. Cronbach’s alpha for our sample was adequate and ranged from $\alpha=.63$ to $\alpha=.74$.

Self-report questionnaires assessing individual difference factors:

The *Anxiety Sensitivity Index* (ASI; Vujanovic et al., 2007) consists of 16 items assessing the construct of Anxiety Sensitivity on a five-point Likert-type scale (from 0=*Very Little* to 4=*Very Much*). The sum of the ASI responses yields a total score ranging from 0 to 48, with higher scores associated with greater AS. The ASI-16 demonstrates high internal consistency in Greek-speaking Cypriot (Karekla, Kapsou, & Panayiotou, 2010) and English-speaking samples (Peterson & Heilbronner, 1987) with Cronbach’s alpha values of $\alpha=.89$ and $\alpha=.88$, respectively. The ASI demonstrates high convergent and

discriminant validity with measures of anxiety and depressive symptomatology (Vujanovic et al., 2007). Furthermore, the ASI-16 has demonstrated adequate convergent validity with the Panic Disorder subscale of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ, Zimmerman & Mattia, 2001) in an epidemiologic sample on Greek-speaking Cypriots (Karekla et al., 2010). The overall Cronbach's alpha for our sample was excellent ($\alpha=.90$), for the Physical subscale Cronbach's α was $\alpha=.90$, Psychological Subscale $\alpha=.80$ and the Social Subscale $\alpha=.40$.

The *Distress Tolerance Scale* (DTS; Simons & Gaher, 2005) is a 15-item self-report measure in which respondents indicate, on a 5-point Likert-type scale (1=strongly agree to 5=strongly disagree), the extent to which they can experience and withstand distressing psychological states (Simons & Gaher, 2005). The DTS encompasses four types of emotional distress items including perceived ability to tolerate emotional distress (e.g., Tolerance Subscale: I can't handle feeling distressed or upset), subjective appraisal of distress (e.g., Appraisal Subscale: My feelings of distress or being upset are not acceptable), attention being absorbed by negative emotions (e.g., Absorption Subscale: When I feel distressed or upset, I cannot help but concentrate on how bad the distress actually feels), and regulation efforts to alleviate distress (e.g., Regulation Subscale: When I feel distressed or upset I must do something about it immediately; Simons & Gaher, 2005). High levels of Distress Tolerance are indicated by higher scores on the DTS (Simons & Gaher, 2005). In our sample the Absorption and Tolerance Subscales of the DTS were used because they focus on two distinct forms of Distress Tolerance e.g., one's perceived ability to withstand distress and the behavioural act of withstanding internal distressing states (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010). The Appraisal scale is usually used to assess uncertainty of a situation; a construct which is specifically relevant to people suffering from GAD and possibly OCD as opposed to substance use (Dugas et al.1998). Furthermore, the Regulation scale is reported to have the lowest reliability score compared to the other subscales (Simons & Gaher, 2005) and therefore deemed unnecessary for our specific purposes, given the longevity of our semi-structured interview and self-report questionnaires. For the lower order factors Cronbach's alpha was: Tolerance subscale, $\alpha=.75$; Absorption subscale, $\alpha=.76$.

Procedure

Participants were recruited from inpatient governmental drug treatment units (e.g., THEMEA), from drug related inpatient and outpatient Non-Governmental Organisations (NGOs; e.g., KENTHEA, “Agia Skepi” Therapeutic Community), a private outpatient drug rehabilitation clinic (e.g., Veresie Clinic), self-help groups (NA/AA), the Cyprus National Guard, government night schools for over 18 year olds, private and public universities and higher education institutes and a small opportunistic sample of drug using peers recruited through friends and acquaintances. To be included, participants had to have a current diagnosis of DD/DA (as assessed by the MINI), be 18 years of age or above, and have adequate written knowledge of the Greek language. Exclusion criteria were: being actively suicidal or homicidal, having active or untreated comorbid disorder such as Schizophrenia, Bipolar, Severe Depression (assessed using the MINI). No participant met any of the exclusion criteria.

Depressant and stimulant users were classified into either group using the drug and alcohol section of the EuropASI. Doctoral students in Clinical Psychology with specific training on conducting the EuropASI and experience in the field of drug addictions interviewed the participants and assessed their primary drug of choice from a choice of 12 categories, namely: alcohol dependence, serious and problematic binge drinking, heroin dependence, methadone dependence, other opiate/analgesics dependence, medicine/pills (e.g., barbiturate or benzodiazepine dependence), cocaine dependence, amphetamine dependence, cannabis dependence, hallucinogens dependence, inhalants and other dependence. For each category additional information was provided: years of use, age of first use, use in the last 30 days and method of delivery. Participants were also asked to identify their primary drug of choice (e.g., what is the main problem for which they presented to treatment) or state whether they would classify themselves as being polydrug users or having a dual diagnosis of addiction (e.g., alcohol and depressants). Depending on the answers given, the researcher classified participants as depressant users

if the substance of dependence was: barbiturates (e.g., phenobarbital, thiopental, butalbital), benzodiazepines (e.g., alprazolam, diazepam, clonazepam, lorazepam, midazolam), alcohol, gamma hydroxybutyrate (GHB), opioids (e.g., heroin, codeine, morphine, fentanyl, hydrocodone, oxycodone, buprenorphine, methadone) and/or non-synthetic cannabis. Interestingly, cannabis is a drug that has been categorized as a depressant by some people and a hallucinogen by others (Chawla & Ostafin, 2007). According to recent research, low doses of cannabis or indeed circumstantial cannabis use, are considered a depressant whereas high doses (everyday use) are considered a hallucinogen (Atakan, 2012). Given this classification, we found that none of our cannabis using participants smoked cannabis enough or used synthetic cannabis enough, to be classified as hallucinogenic users. The researcher classified participants as stimulant users if they consumed: cocaine, crack cocaine, amphetamines, or methamphetamines (Price, 2014). To be classified as a stimulant user, overall stimulant use, had to have occurred for more years compared to depressant use, as well as more recently (within the last year) compared to depressant or hallucinogenic use. This study was interested in comparing stimulant and depressant users and as such only targeted low dose or non-synthetic cannabis users which are considered depressants as opposed to high dose or synthetic cannabis users, considered hallucinogens. Since recruitment yielded no one with primary consumption of LSD, magic mushrooms, PCP, Peyote, Ecstasy, high dose of cannabis or synthetic cannabis use, none of the participants were classified as primarily hallucinogenic users. Overall, hallucinogenic use had to have occurred for more years compared to depressant or stimulant use, as well as more recently (within the last year), compared to depressant or stimulant use in order to be classified as a Primarily Hallucinogenic user.

None of our participants met criteria for polydrug use. Participants were termed polydrug users if they had historical drug use with a variety of different categories of drugs (e.g., stimulants, depressants and or hallucinogens) for long periods of time (for at least a year e.g., McCabe et al., 2006; Schensul et al., 2005). This interpretation of polydrug use did not necessarily include concurrent drug users or users that mixed a variety of drugs on a given occasion in the last 30 days (co-use). Furthermore, poly drug use

had to have occurred for more years compared to either depressant or stimulant use alone, as well as more recently (within the last year) compared to depressant or stimulant use alone in order to be classified as a polydrug user.

Overall, 60 participants were classified as primary depressant users whereas 15 were classified as primary stimulant users. Following classification participants were asked to complete a series of self-report questionnaires consisting of a demographics section, in addition to the DTS and ASI.

Statistical Analysis Plan

The independent variable was type of drug use category (stimulant vs. depressant: two levels between-subject factor). The dependent variables were the individual difference factors, namely: Addiction Severity, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance.

Missing data was tested using Little's Missing Completely at Random test (MCAR; Little, 1988). Given the MCAR test proved non-significant, and missing data was deemed missing completely at random; missing data was then replaced using the expectation-maximization (EM) algorithm (Dempster, Laird & Rubin, 1977). The EM algorithm is a method used to calculate maximum a posteriori (MAP) estimates of parameters in statistical models (Van Dyk, David, 2000). Outliers were also identified using the Outlier Labelling Rule (Hoaglin & Iglewicz, 1987) and replaced using the Winsorizing technique (Hastings et al., 1947). We then ran descriptive statistics and frequencies to find the means and standard deviations (SDs) as well as test for outliers, skewness and kurtosis. Shapiro-Wilk tests and Levene's tests were also used to test for normality and homogeneity of variance. The depressant and stimulant groups were then assessed in terms of their equivalence on both demographics and comorbidity variables. This was assessed by using χ^2 when the demographics or comorbidity variables were categorical and independent samples t-tests when the demographic variables were continuous.

In order to examine whether participants in either the stimulant or depressant groups differed in terms of the EuropASI, a series of separate independent samples t-tests were conducted. This was because the EuropASI produces separate composite scores for each of its subscales but does not produce an overall score (Melberg, 2004). For the ASI and DTS (DVs) again a series of separate independent samples t-tests were conducted (see Results section for explanation).

Results

The ASI had no missing data. Results of the MCAR test for the DTS and EuropASI were non-significant meaning that missing data was missing completely at random. Missing data for each of the DTS and EuropASI subscales were found and replaced with the EM algorithm.

A Shapiro-Wilk's test (Shapiro & Wilk, 1965; Razali & Wah, 2011) and a visual inspection of the histograms, normal Q-Q plots and box plots showed that the DVs (Addiction Severity, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance) were not normally distributed for one level of the IVs (depressant users). Furthermore, skewness related Z-values were just over 1.96 (e.g., between 2.02 and 2.7) for all depressant variables, indicating a positive skew. Log 10 transformations were performed on all dependent variables at the depressant level; however, while this improved skewness, it did not result in normality.

Due to the normality violation in our data separate independent t-tests were used instead of a between samples MANOVA (Lumley et al., 2002; Schmider et al., 2010). A series of separate Kruskal Wallis tests on each of the subscales involved (Addiction Severity, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance) confirmed our results; however independent samples t-tests were reported because important precision, power and accuracy can be lost when using non-parametric tests (Edgington, 1995; Tanizaki, 1997; Whitley & Ball, 2002; Zimmerman, 1998).

Participants' demographic characteristics by drug of choice

To test differences between participants across categorical variables, a chi-square test of independence was performed. Furthermore, an independent samples t-test was used to assess for potential

differences across age. The independent samples t-test was non-significant, $t(71) = -.56, p > .05$. There were no significant differences between groups on any of the demographic and comorbidity characteristics (see Table 2-1).

Table 2-1

Participants' demographic characteristics and comorbidity (categorical variables) by drug of choice.

Demographics & Comorbidity	Depressant Users N=60	Stimulant Users N=15	df	Test
Age	M (SD) 31 (10.48)	M (SD) 33 (8.25)	71	t-test -.56
Gender	N (%)	N (%)		χ^2 - test
Males	52 (87%)	13 (87%)	1	0.25
Females	8 (13)	2 (13%)		
Education completed				
Elementary	10 (17%)	3 (20%)	4	1.05
Middle school	11 (18%)	4 (27%)		
High school	31 (52%)	6 (40%)		
University	7 (12%)	2 (13%)		
Occupation				
Full time	37 (62%)	6 (40%)	3	3.22
Part time	5 (8%)	1 (7%)		
Student	3 (5%)	3 (20%)		
Unemployed	13 (22%)	5 (33%)		
Family Status				
Single	52 (87%)	7 (47%)	4	3.89
Coh/Engaged	4 (7%)	0 (0%)		
Married	7 (12%)	4 (27%)		
Divorced	6 (10%)	2 (13%)		
Living Situation				
Alone	16 (27%)	4 (27%)	4	8.04
Parents	26 (43%)	3 (20%)		
Sp. & kids	9 (15%)	3 (20%)		
Friends	1 (2%)	0 (0%)		
Other	7 (12%)	5 (33%)		

Mental health Comorbidity				
Bipolar	3 (5%)	3 (20%)	1	2.18
Schizophrenia	3 (5%)	1 (7%)	1	.00
OCD	5 (8%)	1 (7%)	1	.21
GAD	15 (25%)	4 (22%)	1	.22
PTSD	5 (8%)	0 (0%)	1	3.12
Somatisation	3 (5%)	2 (13%)	1	.45
Panic	14 (23%)	6 (40%)	1	.47
Agoraphobia	9 (15%)	4 (22%)	1	.34
SAD	8 (13%)	3 (20%)	1	.05
M. Depression	9 (15%)	6 (40%)	1	2.32
Dysthymia	18 (30%)	9 (60%)	1	1.87
Hypochondriasis	9 (15%)	4 (22%)	1	.34

All $p > .05$ ns

Note: OCD: Obsessive Compulsive Disorder; GAD: Generalised Anxiety Disorder; PTSD: Post Traumatic Stress Disorder; SAD: Social Anxiety Disorder. In the demographics section some of the participants failed to fill in their details; therefore the percentages do not always add up to 100%.

Dependent variable differences between users based on drug of choice

Table 2-2 shows the means and standard deviations of each of the drug of choice groups (Depressant: N=60; Stimulant: N=15) for the individual difference factors of: Addiction Severity, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance scale.

Addiction Severity effects depending on Drug of Choice

A series of separate independent samples t-tests (see Table 2-2) on each of the Addiction Severity composite scores were performed (see Koeter & Hartgers, 1997 for details on EuropASI composite score calculations). This was because the EuropASI assumes that each composite score stands on its own as a separate variable (Melberg, 2004). Furthermore, no overall score is produced using the EuropASI.

Drug of choice only had a significant effect on the legal composite score. The depressant user group (N=60) was associated with an Addiction Severity score regarding legal status (legal composite) of $M=.17$ ($SD=.19$). By comparison the stimulant user group (N=15) was associated with numerically larger legal composite score of $M=.31$ ($SD=.23$). To test the hypothesis that depressant and stimulant users were associated with statistically significant different mean legal composite scores, an independent samples t-

test was performed. The assumption of homogeneity of variances was tested and satisfied via the Levene's F-test. The independent samples t-test was associated with a statistically significant effect, $t(73) = -2.35$, $p < .05$. Thus, the stimulant user group was associated with a statistically significant larger mean legal composite score than depressant users. Hedge's g was estimated at .71 which is a medium to large effect based on Cohen's (1992) guidelines. The 95% confidence interval around the difference between group means was relatively precise (-.25 to -.02).

The rest of the subscales (e.g., Medical, Employment, Satisfaction, Alcohol, Drugs, and Psychological) were non-significant (see Table 2-2 for details). The Family and Social Subscales could not be calculated because there were no valid cases (e.g., following composition of the syntax after Koeter & Hartgers, 1997 instructions) due to our scores being too low.

Anxiety Sensitivity effects depending on Drug of Choice

A series of independent samples t-tests suggested that drug of choice does not have a significant effect on the overall or any of the Anxiety Sensitivity subscales.

Distress Tolerance effects depending on Drug of Choice

Finally, drug of choice only had a significant effect on the Absorption subscale of the Distress Tolerance Scale. The depressant user group ($N=60$) was associated with an absorption score $M=3.70$ ($SD=1.25$). By comparison the stimulant user group ($N=15$) was associated with a numerically lower absorption score $M=2.97$ ($SD=1.19$). To test the hypothesis that depressant and stimulant users were associated with statistically significant different mean absorption scores, an independent samples t-test was performed. The assumption of homogeneity of variances was tested and satisfied via the Levene's F-test. The independent samples t-test was associated with a statistically significant effect, $t(73) = 2.08$, $p < .05$. Thus, the depressant user group was associated with a statistically significant larger mean absorption score than stimulant users. Hedge's g was estimated at .59 which is a medium effect based on Cohen's (1992) guidelines. The 95% confidence interval around the difference between group means was relatively precise (.03 to 1.45). The other subscale (e.g., Tolerance) was non-significant (see Table 2-2 for details).

Table 2-2
Drug relevant individual difference factors (continuous) by drug of choice.

Dependent Variables	Depressant users (N=60) M(SD)	Stimulant users (N=15) M(SD)	df	t-test	Effect size Hedges g
EuropASI Legal	.17 (.19)	.31 (.23)	73	-2.35*	.71
EuropASI Psychological	2.17 (1.82)	2.15 (1.73)	73	.05	.01
EuropASI Medical	.29 (.28)	.38 (.30)	73	-1.01	.32
EuropASI Work	.07 (.14)	.00 (.00)	13	1.88	0
EuropASI Satisfaction	.36 (.31)	.36 (.32)	73	.06	0
EuropASI Alcohol	.31 (.26)	.12 (.09)	27	1.26	.76
EuropASI Drugs	.16 (.09)	.16 (.03)	17	.04	0
EuropASI Family	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Social	No valid cases	No valid cases			
Anxiety Sensitivity (ASI)	19.07 (13.28)	21.87 (12.41)	73	-.74	.21
ASI Psychological	4.48 (4.36)	5.67 (4.79)	73	-.92	.27
ASI Physical	8.85 (8.56)	10.87 (7.90)	73	-.83	.24
ASI Social	5.63 (2.14)	5.33 (1.80)	73	.50	.14
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	3.70 (1.25)	2.97 (1.19)	73	2.08*	.59
DTS Tolerance	3.57 (1.16)	3.16 (1.23)	73	1.23	.35

Note: * $p < .05$

EuropASI Legal: European Addiction Severity Index Legal Subscale; EuropASI Psychological: European Addiction Severity Index Psychological Subscale; EuropASI Medical: European Addiction Severity Index Medical Subscale; EuropASI Work: European Addiction Severity Index Work Subscale; EuropASI Satisfaction: European Addiction Severity Index Satisfaction Subscale; EuropASI Alcohol: European Addiction Severity Index Alcohol Subscale; EuropASI Drugs: European Addiction Severity Index Drugs Subscale; EuropASI Family: European Addiction Severity Index Family Subscale; EuropASI Social: European Addiction Severity Index Social Subscale, Anxiety Sensitivity (ASI): Anxiety Sensitivity Index (ASI) Total score; ASI Psychological: Anxiety Sensitivity Index Psychological subscale; ASI Physical: Anxiety Sensitivity Index Physical subscale; ASI Social: Anxiety Sensitivity Index Social subscale; Distress Tolerance Scale (DTS): Total score; DTS Absorption: Distress Tolerance Scale (DTS) Absorption Subscale; DTS Tolerance: Distress Tolerance Scale (DTS) Tolerance Subscale.

Research over the last decade also indicates that cannabis is indeed a hallucinogen (Barrett et al., 2018). Furthermore, studies usually differentiate cannabis and alcohol dependency from all other drug dependencies (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Woicik et al., 2009). As a result, we decided to run additional independent t-tests (separately, two groups at a time) in order to make sure that depressant users whose primary drug of choice were e.g., sedatives or opiates only, were significantly different to stimulant

users. Findings were now different (see Table 2-3), with drug of choice (e.g., depressants vs. stimulants) having a significant effect only on the alcohol composite score of the Addiction Severity Index. More specifically, the depressant user group (N=19) was associated with an Addiction Severity score regarding alcohol status (alcohol composite) $M=.80$ ($SD=.07$). By comparison the stimulant user group (N=15) was associated with numerically smaller composite score $M=.12$ ($SD=.09$; see Figure 2-1). To test the hypothesis that depressant and stimulant users were associated with statistically significant different mean alcohol composite scores, an independent samples t-test was performed. The assumption of homogeneity of variances was tested and satisfied via the Levene's F-test. The independent samples t-test was associated with a statistically significant effect, $t(3) = 9.06$, $p < .005$. Thus, the depressant user group was associated with a statistically significant larger mean alcohol composite score than stimulant users. Hedge's g was estimated at 8.11 which is a very large effect based on Cohen's (1992) guidelines. The 95% confidence interval around the difference between group means was relatively precise (.44 to .92). The rest of the subscales (e.g., Medical, Employment, Satisfaction, Legal, Drugs, and Psychological) were non-significant. Furthermore, none of the Anxiety Sensitivity or Distress Tolerance scales were significant (see Table 2-3 for details).

Table 2-3

Drug relevant individual difference factors (continuous) comparisons between depressant vs. stimulants when alcohol and cannabis were excluded from the analysis

Dependent Variables	Depressant users (N=19) M(SD)	Stimulant users (N=15) M(SD)	df	t-test	Effect size Hedges g
EuropASI Legal	.19 (.19)	.31 (.23)	32	-1.65	.58
EuropASI Psychological	3.13 (2.03)	2.15 (1.73)	32	1.49	.51
EuropASI Medical	.25 (.20)	.38 (.30)	32	-1.46	.52
EuropASI Work	.13 (.18)	0 (0)	6	1.23	0
EuropASI Satisfaction	.33 (.29)	.36 (.32)	32	-.22	.10
EuropASI Alcohol	.80 (.07)	.12 (.09)	3	9.06**	8.11
EuropASI Drugs	.21 (.10)	.16 (.03)	9	1.20	.59
EuropASI Family	No valid data				
EuropASI Social	No valid data				
Anxiety Sensitivity (ASI)	19.11 (12.54)	21.87 (12.41)	32	-.64	.22
ASI Psychological	4.74 (4.56)	5.67 (4.79)	32	-.58	.20

ASI Physical	9.16 (7.51)	10.87 (7.90)	32	-.64	.22
ASI Social	5.21 (2.20)	5.33 (1.80)	32	-.18	.06
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	3.55 (1.13)	2.97 (1.19)	32	1.47	.50
DTS Tolerance	3.33 (1.05)	3.16 (1.23)	32	.45	.15

Note: P>.05, **p<.005

There were also significant differences amongst depressant and alcohol users (see Table 2-4) on the medical composite score of the Addiction Severity Index. The alcohol user group was associated with a statistically significant larger mean medical composite score than depressant users. Hedge's g was estimated at 1.08 which is a large effect based on Cohen's (1992) guidelines. The rest of the subscales (e.g., Alcohol, Employment, Satisfaction, Legal, Drugs, and Psychological) were non-significant. With regards Anxiety Sensitivity, drug of choice (depressant, stimulant, cannabis and alcohol groups) had a significant effect on the overall score of the Anxiety Sensitivity index as well as the psychological and physical subscales. The alcohol user group was associated with a statistically significant larger mean on all Anxiety Sensitivity scores than depressant users (see Figure 2-2). Hedge's g was large based on Cohen's (1992) guidelines for all three. Alcohol and depressant users did not significantly differ on any of the Distress Tolerance scales.

Table 2-4

Drug relevant individual difference factors (continuous) comparisons between alcohol vs. depressant users.

Dependent Variables	Alcohol users N=10 M(SD)	Depressant users N=19 M(SD)	df	t-test	Effect size Hedges' g
EuropASI Legal	.10 (.19)	.19 (.19)	27	1.22	0.47
EuropASI Psychological	2.75 (1.90)	3.13 (2.03)	27	.49	0.19
EuropASI Medical	.53 (.35)	.25 (.20)	12	-2.31*	1.08
EuropASI Work	No valid cases	.13(.18)			
EuropASI Satisfaction	.54 (.35)	.33 (.29)	27	-1.64	0.68
EuropASI Alcohol	.55 (.20)	.80 (.07)	7	1.63	1.94
EuropASI Drugs	.08 (.09)	.21(.10)	8	1.71	1.34
EuropASI Family	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Social	No valid cases	No valid cases			

Anxiety Sensitivity (ASI)	35.70 (13.98)	19.11 (12.54)	27	-3.26**	1.27
ASI Psychological	9.00 (5.06)	4.74 (5.06)	27	-2.31*	0.90
ASI Physical	19.50 (9.56)	9.16 (7.51)	27	-3.21**	1.25
ASI Social	6.60 (1.78)	5.21 (2.20)	27	-1.72	0.67
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	3.00 (1.53)	3.55 (1.13)	27	1.11	0.43
DTS Tolerance	2.90 (1.32)	3.33 (1.05)	27	.97	0.37

P>.05, P<.05*, P<.005**

Additional significant differences were also found between cannabis and alcohol users (see Table 2-5). In this regard, drug of choice only had a significant effect on the psychological, medical and alcohol composite scores of the Addiction Severity Index. The alcohol user group was associated with a statistically significant larger mean Addiction Severity score than cannabis users on all three subscales. Hedge's g was considered a large effect based on Cohen's (1992) guidelines. Groups (depressant, stimulant, cannabis and alcohol) did not significantly differ on any of the rest of the subscales (e.g., Employment, Satisfaction, Legal and Drugs). With regards to Anxiety Sensitivity, drug of choice (depressant, stimulant, cannabis and alcohol) had a significant effect on the overall score of the Anxiety Sensitivity index, as well as the psychological and physical subscales. The alcohol user group was associated with a statistically significant larger mean on all Anxiety Sensitivity scores than cannabis users. Hedge's g was large based on Cohen's (1992) guidelines for all three. Furthermore, groups differed on both Distress Tolerance subscales. The cannabis user group was associated with a statistically significant larger mean on all Distress Tolerance scores than alcohol users. Hedge's g was large based on Cohen's (1992) guidelines for all three.

Table 2-5
Drug relevant individual difference factors (continuous) by alcohol and cannabis.

Dependent Variables	Alcohol users (N=10) M(SD)	Cannabis users (N=31) M(SD)	df	t-test	Effect size Hedges' g
EuropASI Legal	.10 (.19)	.19 (.19)	39	1.30	.47
EuropASI Psychological	2.75 (1.90)	1.40 (1.28)	39	-2.56*	.93

EuropASI Medical	.53 (.35)	.24 (.26)	39	-2.81*	1.02
EuropASI Work	No valid cases	.04 (.11)			
EuropASI Satisfaction	.54 (.35)	.33 (.29)	39	-1.87	.69
EuropASI Alcohol	.55 (.20)	.16 (.10)	7	-4.96 **	3.00
EuropASI Drugs	.08 (.09)	.14 (.08)	10	1.10	.73
EuropASI Family	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Social	No valid cases	No valid cases			
Anxiety Sensitivity (ASI)	35.70 (13.98)	13.68 (8.46)	39	-6.05**	2.20
ASI Psychological	9.00 (5.06)	2.87 (2.79)	10	-3.66**	1.78
ASI Physical	19.50 (9.56)	5.23 (5.60)	11	-4.48**	2.12
ASI Social	6.60 (1.78)	5.58 (2.17)	39	-1.34	.49
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	3.00 (1.53)	4.03 (1.15)	39	2.28*	.83
DTS Tolerance	2.90 (1.32)	3.94 (1.06)	39	2.54*	.92

P>.05, P<.05*, P<.005**

Furthermore, significant differences were also found between stimulant and alcohol users (see Table 2-6). In this regard, drug of choice only had a significant effect on the legal composite scores of the Addiction Severity Index. The stimulant user group was associated with a statistically significant larger mean Addiction Severity score than alcohol users on the legal subscale. Hedge's *g* was considered a large effect based on Cohen's (1992) guidelines. The groups did not differ on the rest of the subscales (e.g., Psychological, Medical, Employment, Satisfaction, and Drugs). With regards Anxiety Sensitivity, drug of choice had a significant effect on the overall score of the Anxiety Sensitivity index as well as the physical subscale. The alcohol user group was associated with a statistically significant larger mean on all Anxiety Sensitivity scores compared to stimulant users. Hedge's *g* was large based on Cohen's (1992) guidelines for both. Stimulant and alcohol users did not significantly differ on either of the Distress Tolerance subscales.

Table 2-6
Drug relevant individual difference factors (continuous) by alcohol and stimulants.

Dependent Variables	Alcohol users (N=10) M(SD)	Stimulant users (N=15) M(SD)	df	t-test	Effect size Hedges' <i>g</i>
EuropASI Legal	.10 (.19)	.31 (.23)	23	2.43*	.98
EuropASI Psychological	2.75 (1.90)	2.15 (1.73)	23	-.82	.33
EuropASI Medical	.53 (.35)	.38 (.30)	23	-1.19	.47

EuropASI Work	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Satisfaction	.54 (.35)	.36 (.32)	23	-1.32	.54
EuropASI Alcohol	.55 (.20)	.12 (.09)	8	-3.51*	3.00
EuropASI Drugs	.08 (.09)	.16 (.03)	4	1.98	1.31
EuropASI Family	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Social	No valid cases	No valid cases			
Anxiety Sensitivity (ASI)	35.70 (13.98)	21.87 (12.41)	23	-2.60*	1.06
ASI Psychological	9.00 (5.06)	5.67 (4.79)	23	-1.67	.68
ASI Physical	19.50 (9.56)	10.87 (7.90)	23	-2.46*	1.00
ASI Social	6.60 (1.78)	5.33 (1.80)	23	-1.73	.71
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	3.00 (1.53)	2.97 (1.19)	23	-.06	.02
DTS Tolerance	2.90 (1.32)	3.16 (1.23)	23	.50	.21

P>.05, P<.05*, P<.005**

Futhermore, significant differences were also found between depressants and cannabis users, (see Table 2-7). Drug of choice had a significant effect on both the psychological and alcohol composite scores of the Addiction Severity Index. The depressant user group was associated with a statistically significant larger mean Addiction Severity score than cannabis users on both subscales. Hedge's g was considered a very large effect based on Cohen's (1992) guidelines. The groups (depressants, stimulant, cannabis and alcohol users) did not differ on the rest of the subscales (e.g., Legal, Medical, Employment, Satisfaction, and Drugs). With regards to Anxiety Sensitivity, drug of choice only had a significant effect on the physical subscale. The depressant user group was associated with a statistically significant larger mean physical score than cannabis users. Hedge's g was medium based on Cohen's (1992) guidelines for both. Depressant and cannabis users did not significantly differ on either of the Distress Tolerance subscales.

Table 2-7
Drug relevant individual difference factors (continuous) by depressants and cannabis.

Dependent Variables	Depressant users (N=19) M(SD)	Cannabis users (N=31) M(SD)	df	t-test	Effect size Hedges' g
EuropASI Legal	.19 (.19)	.19 (.19)	48	.03	0
EuropASI Psychological	3.13 (2.03)	1.40 (1.28)	48	3.70**	1.08
EuropASI Medical	.25 (.20)	.24 (.26)	48	.10	.04
EuropASI Work	.13 (.18)	.04 (.11)	12	1.24	.64

EuropASI Satisfaction	.33 (.29)	.33 (.29)	48	.11	0
EuropASI Alcohol	.80 (.07)	.16 (.10)	17	8.45**	7.12
EuropASI Drugs	.21 (.10)	.14 (.08)	16	1.47	.80
EuropASI Family	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Social	No valid cases	No valid cases			
Anxiety Sensitivity (ASI)	19.11 (12.54)	13.68 (8.46)	48	1.83	.53
ASI Psychological	4.74 (5.06)	2.87 (2.79)	48	1.80	.49
ASI Physical	9.16 (7.51)	5.23 (5.60)	48	2.12*	.62
ASI Social	5.21 (2.20)	5.58 (2.17)	48	-.58	.17
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	3.55 (1.13)	4.03 (1.15)	48	-1.44	.42
DTS Tolerance	3.33 (1.05)	3.94 (1.06)	48	-1.96	.58

P>.05, P<.05*, P<.005**

Finally, significant differences were not found between cannabis and stimulant users on the Addiction Severity composite scores (see Table 2-8). There were significant effects between cannabis and stimulant users on the overall, psychological and physical subscales of Anxiety Sensitivity. The stimulant user group was associated with a statistically significant larger mean on all Anxiety Sensitivity scores than cannabis users, with large Hedge's g. With regards to Distress Tolerance, drug of choice (depressant, stimulant, cannabis and alcohol users) had a significant effect on both subscales. The cannabis user group was associated with a statistically significant larger mean on all scores than stimulant users (see Figure 2-3). Hedge's g was medium for Tolerance and large for Absorption based on Cohen's (1992) guidelines.

Table 2-8
Drug relevant individual difference factors (continuous) by stimulants and cannabis.

Dependent Variables	Stimulant users (N=15) M(SD)	Cannabis users (N=31) M(SD)	df	t-test	Effect size Hedge's g
EuropASI Legal	.31 (.23)	.19 (.19)	44	1.89	.59
EuropASI Psychological	2.15 (1.73)	1.40 (1.28)	44	1.65	.52
EuropASI Medical	.38 (.30)	.24 (.26)	44	1.56	.51
EuropASI Work	0 (0)	.04 (.11)	10	-.56	0
EuropASI Satisfaction	.36 (.32)	.33 (.29)	44	.34	.10
EuropASI Alcohol	.12 (.09)	.16 (.10)	18	-.59	.41
EuropASI Drugs	.16 (.03)	.14 (.08)	12	.58	.29
EuropASI Family	No valid cases	No valid cases			
EuropASI Social	No valid cases	No valid cases			

Anxiety Sensitivity (ASI)	21.87 (12.41)	13.68 (8.46)	20	2.31*	.83
ASI Psychological	5.67 (4.79)	2.87 (2.79)	19	2.10*	.79
ASI Physical	10.87 (7.90)	5.23 (5.60)	21	2.48*	.88
ASI Social	5.33 (1.80)	5.58 (2.17)	44	-.38	.12
Distress Tolerance Scale (DTS)					
DTS Absorption	2.97 (1.19)	4.03 (1.15)	44	-2.92**	.91
DTS Tolerance	3.16 (1.23)	3.94 (1.06)	44	-2.22*	.70

P>.05, P<.05*, P<.005**

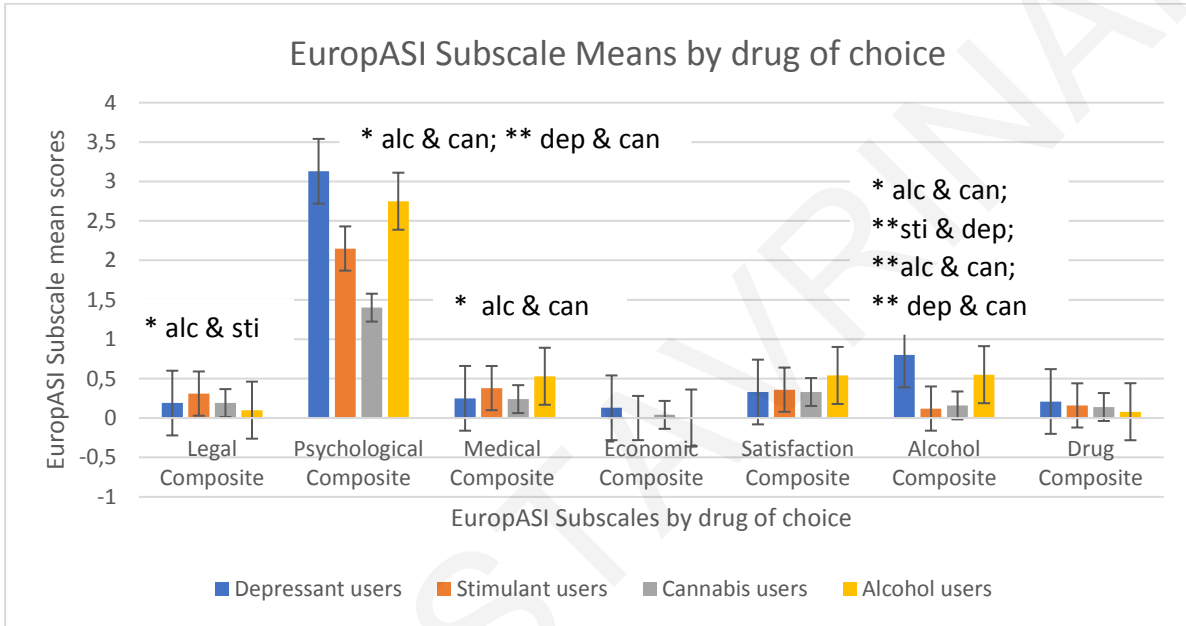


Figure 2-1
EuropASI means by drug of choice. P<.05 *; P<.005**

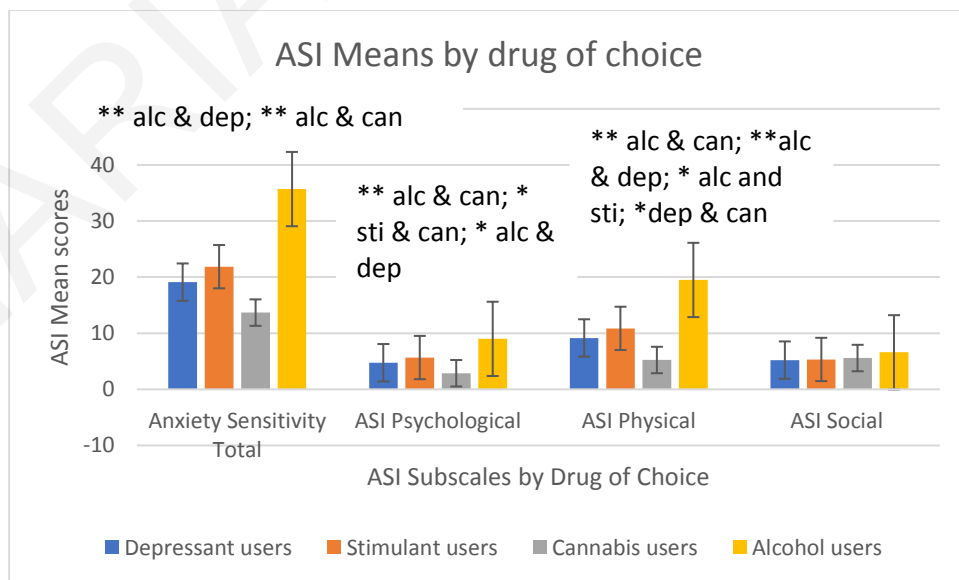


Figure 2-2
Anxiety Sensitivity means by drug of choice. $P < .05$ *; $P < .005$ **

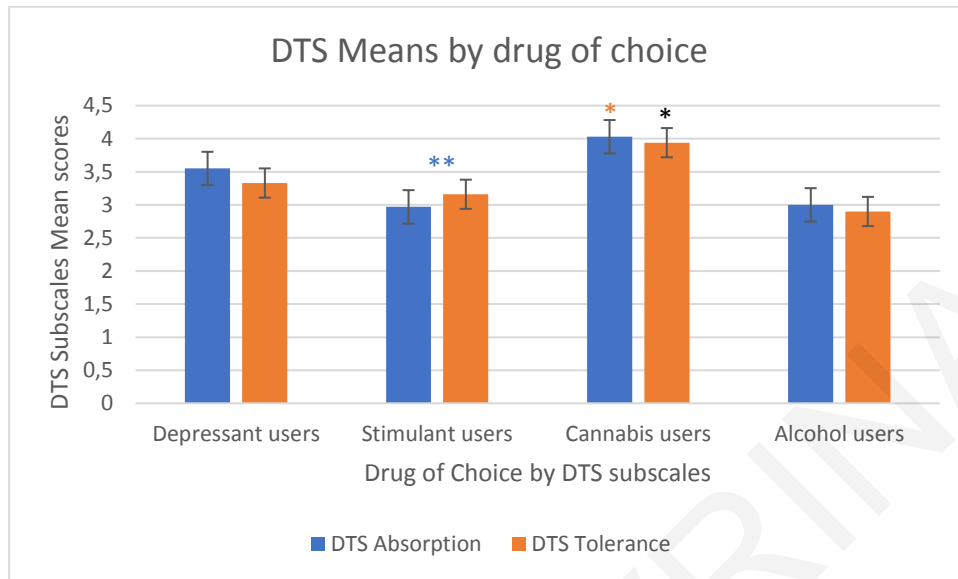


Figure 2-3
Distress Tolerance means by drug of choice. $P < .05$ * orange colour indicates Tolerance subscale; $P < .005$ ** blue colour indicates Absorption subscale; * indicates both scales

Discussion

The severity of drug use depending on drug of choice has previously shown conflicting findings, with some studies showing depressant users are more severe than stimulant users and others suggesting the opposite (Gillespie et al., 2007; Hser et al., 2008). This study aimed to ascertain whether depressant users are more severely addicted compared to stimulant users when assessed using reliable Addiction Severity measures (Langenbucher et al., 2004; Lopez-Goni, Fernandez-Montalvo & Arteaga, 2012; Martin et al., 2006). Additionally, we aimed to clarify whether differences were present when comparing different drug categories (i.e., cannabis and alcohol users) than those used in the aforementioned studies. Lastly, we aimed to clarify whether these differences existed when assessing additional Addiction Severity indicators such as economic, medical and drug/alcohol use.

Other than differences in severity “difficult to quit” users or “multiple relapse” users have been shown to possess “individual difference factors” or “psychological vulnerability” factors such as poor tolerance for unpleasant bodily sensations and negative affect (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003; Litt, Cooney, & Morse, 2000; Williams et al., 2008). In this regard, existing literature on Anxiety Sensitivity has predominantly examined the impact of AS on depressant users, showing that depressant users display high levels of Anxiety Sensitivity (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Lejuez et al., 2006; Stewart, Zvolensky & Eiffert 2002). Previous studies comparing stimulant and depressant users on AS, either suggested that they cannot be distinguished (Forsyth, Parker & Finlay, 2003) or found stimulant users (cocaine users only) both directly (Norton et al., 1997) and indirectly to present with lower Anxiety Sensitivity compared to depressant (heroin) users (Lejuez et al., 2008). Our aim was to both clarify and improve on AS studies regarding drug of choice, given the oppositional nature of previous findings.

Concerning Distress Tolerance, low levels of DT have previously been linked to alcohol and cannabis use (Carey & Correia, 1997; Lejuez et al., 2008; Stewart, Zvolensky & Eifert, 2001; Zvolensky’s et al., 2009). Since no studies examined the role of DT when differentiating between people depending on their drug of choice, our study aimed to provide some insight into this area.

In our sample, stimulant users were at first glance more severely addicted when compared to depressant users, with regards to legal status. However, given our uncertainty regarding classifying cannabis as a depressant drug (Atakan, 2012; Chawla & Ostafin, 2007) as well as studies differentiating cannabis and alcohol dependency into separate stand-alone categories (Comeau, Stewart & Loba, 2001; Woicik et al., 2009) we decided to segregate both alcohol and cannabis from our depressant user group. When cannabis and alcohol users were separated into their own categories, legal severity was no longer significant when comparing depressant and stimulant users. Furthermore, analysis showed that only alcohol users were significantly less severe than stimulant users in terms of their legal status. This finding was different to our initial hypothesis; that depressant users would be more severely addicted on all subscales of the EuropASI when compared to stimulant users. Furthermore, it is suggestive that drug of

choice does differentially impact certain aspects of Addiction Severity. Despite what we expected, our findings are supported by previous research showing that alcoholism, and its resultant homebound status, might prevent alcoholics from being involved in illegal activities (Bruce & McNamara, 1992; Negron-Blanco et al., 2016; Qui et al., 2010). The Addiction Severity distinction between stimulant and alcohol users (at least at a legal level) is also in line with research suggesting that stimulant drug users exhibit risky and violent behaviours as well as high incidences of drug trafficking (Barbosa de Carvalho & Seibel, 2009).

Regarding the medical, economic, psychological and drug use parameters measured by the EuropASI, there were no significant differences between depressant and stimulant users. These findings contradict previous findings suggesting that stimulant users have more serious physical and psychological consequences compared to depressant users (Gillespie et al., 2007). In support of our findings, previous studies suggest that both stimulants and depressants show a persistent pattern of drug use over many years, which would imply that both drug types might have serious and detrimental physical, economic and psychological consequences (Hser et al., 2008).

Moreover, our results suggest that when depressant users are classified more stringently i.e., in the absence of alcoholics and cannabis users, they present with higher severity alcohol use, compared to stimulant users. This is again in line with previous studies showing that heroin addicts oftentimes substitute alcohol for heroin (Lehman, Barrett & Simpson, 1990). The phenomenon of cross-addiction, especially amongst depressant users, has been noted in many therapeutic community graduates in the US and Europe (White, 2007). Our additional analyses, similarly, showed differences between cannabis and depressant users in terms of their psychological wellbeing and their drinking behaviour, with depressant users scoring higher in both areas. This is consistent with our previous findings suggesting that depressant users use alcohol as a substitute drug, a fact which may cause additional psychological dysfunction in the form of depression (Burns & Teesson, 2002; Lehman, Barrett & Simpson, 1990). Studies have

correspondingly shown cannabis users to be less severe compared to other types of drug users (Kosten et al., 1987; Wiese & Wilson-Poe, 2018).

Additionally, our results showed significant differences between alcohol and cannabis users in terms of their psychological and physiological (medical) status, with alcohol users being more severe in both these respects. Finally, with regards to Addiction Severity, alcohol and depressant users differed in terms of their physiological wellbeing with alcohol users presenting with worse symptoms. Past work also suggests that alcoholics suffer from pervasive physical health difficulties (Glenn et al., 1989; Qui et al., 2010).

Relating to Anxiety Sensitivity and contrary to our expectation, there was no statistically significant difference on any of the ASI scores based on stimulants vs. depressants, a finding which is in line with Forsyth et al. (2003). These results may indicate that both stimulant and depressant users can exhibit high Anxiety Sensitivity irrespective of drug of choice (Lejuez et al., 2008; Sarvet et al., 2018; Woicik et al., 2009).

Opiate users (e.g., including heroin users) have previously been shown to experience high levels of AS) while cannabis users have previously been shown to exhibit AS levels which was either unrelated or negatively related to cannabis use (Buckner, Zvolensky & Smits, 2011; Stewart et al., 1997). Similarly, cannabis users from our dataset significantly differed from depressant users in terms of the physical subscale of the ASI, with depressant users showing higher scores. Additionally, with regards to alcohol, our study showed that alcoholics presented with higher overall, physical and psychological AS compared to other depressant users as well as cannabis users. This is consistent with previous research suggesting that ASI scores are positively correlated with the use of alcohol primarily to cope emotionally (Stewart et al., 1997). Past work also suggests that people use alcohol in response to physical discomfort (Turner, Annis, & Sklar, 1997). Moreover, in terms of Anxiety Sensitivity, alcoholics scored significantly higher than stimulant users in terms of the physical subscale and overall ASI scores. Finally, our results are

supportive of previous studies showing that alcohol dampens emotional distress in alcoholics (Stewart & Pihl, 1994).

Concerning Distress Tolerance, drug of choice and specifically depressants vs. stimulant users, did not significantly differ. We did however find that alcohol users were significantly worse off than cannabis users in terms of both distress Absorption and Tolerance. In other words, alcoholics think of themselves as being less able than cannabis users to concentrate on the task at hand and tolerate negative emotions (Simons & Gaher, 2005). Alcohol use has previously been associated with dysfunctional coping of negative affect (Cooper et al., 1992). Given that anxiety and panic attacks are the most common adverse effects of cannabis intoxication (Patel et al., 2004) it seems plausible that cannabis dependent users (in our case: an opportunistic sample of mostly functional people) continue to use cannabis despite its adverse effects, tolerating their physical sensations in order to remain functional. Similarly, cannabis users have previously only been associated with low DT when they score highly on coping motives (Zvolensky et al., 2009).

Finally, in our study there was a statistically significant effect on the Absorption and Tolerance subscales of the DTS, with cannabis users showing higher mean scores compared to stimulant users. This shows that cannabis users are significantly more likely than stimulant users to deploy attention away from negative emotions when needed, as well as tolerate negative emotions. Previous studies have indeed shown that stimulant users have high levels of distress intolerance (Daughters et al., 2008).

Theoretically speaking, the differences found between alcohol, depressant, stimulant and cannabis users may be reflective of individual differences responsible for why people choose to use one substance over another and are thus suggestive of a “drug of choice model” (Wardle, Marcus & deWit, 2015). For example, stimulant users present with higher impulsivity, sensation seeking, delay discounting, psychoticism, personality disorders and bipolar episodes compared to alcohol users, all of which are correlated with risky and sometimes illegal behaviour (Bornovalova et al., 2005; Kornor & Nordvik, 2007;

Lejuez et al., 2005; Raimo et al., 2000; Saiz et al., 2001). Impulsivity has also previously been negatively related to AS, a finding which could explain why alcohol users are more likely than stimulant users to have high Anxiety Sensitivity (Xia et al., 2017).

AS has genetic and developmental origins, with emotional maltreatment (e.g., threatening, hostile and rejecting parental behaviors; Bernstein et al., 2006; Scher & Stein, 2003; Stein, Schork & Gelernter, 2008) being somewhat more prominent than genetics. These findings might also explain some of the differences found between stimulant and alcohol user's AS scores, given the high rates of emotional maltreatment seen in alcoholics (Potthast, Neuner & Catani, 2014). AS has also been associated with avoidance – based coping e.g., catastrophic thinking, bodily pain and emotional dysregulation (Feldner et al., 2006; Tull & Gratz, 2008; Zvolensky & Forsyth, 2002; Zvolensky et al., 2007; Zvolensky et al., 2005). In this regard, alcoholics are often linked to avoidance-based coping (Coriale et al., 2012).

Further, it follows theoretically, that particular lower-order AS factors may be especially related to alcohol and depressant use (Allan et al., 2015). For example, a person with higher AS-physical concerns oftentimes misinterprets anxiety-related physical sensations as dangerous and uses depressants to manage these sensations. Given that coping with physical symptoms (e.g., withdrawal) is a common reason for alcohol and depressant use (Myrseth et al., 2018), this explains why depressant and alcohol users in our sample exhibited high levels of physical AS. Furthermore, in our study cannabis users had significantly lower scores than stimulant users on the overall, physical and psychological subscales of the ASI. AS mental incapacitation concerns are assumed to impact the relationship between stimulant craving and subsequent stimulant use (Keough et al., 2010). Thus, someone with higher AS mental incapacitation concerns may misinterpret cognitive symptoms of stimulant craving (e.g., obsessive thoughts) as a sign of “going crazy” and may use stimulants to avoid these thoughts (Buckner et al., 2011).

Finally, academically, it is assumed that individuals with higher DT respond to stress with adaptive regulatory strategies such as flexible control of attention while in turn people with low DT are likely to

use more maladaptive strategies such as avoidance (Zvolensky et al., 2010). Further, DT focuses on intense emotional avoidance rather than mere perceptual distress (Daughters et al., 2005). In this regard, it is possible that alcohol users portray more maladaptive, less flexible, regulatory strategies such as emotional avoidance, compared to cannabis users, who are in general deemed less severe compared to other types of drug users (Wiese & Wilson-Poe, 2018). It has also been suggested, that people with low DT, are more likely to use drugs as a result of anxiety-based cues caused by the drug itself (Buckner, Keough & Schmidt, 2007). This suggests that highly physically anxious people, such as alcohol users, are more likely to also present with low Distress Tolerance as seen from both our Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity results.

Study implications:

Given the differences found between stimulant and alcohol users, at least in terms of their legal status, it is our opinion that future treatment programmes should accommodate for these differences. For example, incorporating legal aid for stimulant users as part of their treatment programme is a possible way forward. Additionally, providing longer lasting treatment has been shown to be more effective, when drug severity is at higher levels (Pettersen et al., 2018; Winters, Botzet & Fahnhorst, 2011). Finally, moral reasoning training, social skills training, impulse management and self-efficacy training has been shown to help treat stimulant users in prison settings (Lipsey, 2009). Specifically, cognitive behavioural therapy adapted for incarcerated stimulant users has shown promise with regards to minimising both drug-related and emotional symptomatology (Landerberger & Lipsey, 2005; Milkman & Wanberg, 2007).

Furthermore, given the differences found between alcohol users and other depressant users in terms of their medical and psychological wellbeing, a multidisciplinary approach towards alcohol abuse treatment, incorporating detox, medical, drug specific and more generalised psychological aid for alcohol users, is recommended. A multidisciplinary approach to alcohol dependency has also been encouraged in previous studies (Gitto et al., 2016). Additionally, given the high rates of alcohol use amongst depressant

users and its potential substitution quality, recovery for heroin addicts should be mindful of this link. Indeed, therapeutic communities have often highlighted risks associated with alcohol use and opiate relapse (White, 2007).

Regarding Anxiety Sensitivity, addressing global and lower order Anxiety Sensitivity when treating alcohol seems especially important, while addressing physiological aspects of AS seem relevant for depressant users such as heroin and sedative users. Indeed, AS training has been found to be a particularly helpful addition to CBT-based relapse prevention for alcohol and other depressant users (Smith & Randall, 2012; Watt & Stewart, 2008).

Concerning Distress Tolerance, our findings suggest that alcohol and stimulant users show greater preoccupation with negative emotions and thoughts compared to cannabis users. This may translate into both alcohol and stimulant users receiving more appropriate interventions which would include those focused on enhancing a patient's ability to persist through emotional discomfort. Acceptance-based behavioral treatments (e.g., Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Dialectical Behavior Therapy, DBT; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993) may be particularly useful in this regard, as they stem from the view that many maladaptive behaviors are the result of unhealthy attempts to avoid unwanted internal experiences, including emotions (Hayes et al., 1996; Lynch et al., 2007).

Study Benefits

The present study adds to the existing literature in the maintenance of DD by examining individual differences or psychological vulnerability factors related to drug of choice. In this connection, subcategories or lower order variables were also examined. Furthermore, improved methodology has meant using more appropriate tools, as well as a wider range of drug types compared to previous studies.

Findings hint towards the differential treatment and prevention of different drug types depending on their specific, lower order vulnerability factors.

Study Limitations

A study limitation is that our groups (stimulants vs. depressants, as well as smaller subclasses of depressants examined) were unequal, making interpretation of our results prone to type II error or false negatives (Peck, Roxy & Devore, 2011; Sheskin, 2004). Given the number of tests run, another limitation of this study is the potential increase in familywise error rate (Type I) which was not controlled for. In this regard, Bonferroni correction or indeed other corrections were not used, given evidence to suggest that they are based on flawed hypotheses, they are too strict, underpowered and result in an increase in Type II error (Nakagawa, 2004; Perneger, 1998). Furthermore, our cross-sectional design and relatively small sample size (N=75) suggests that our results might be reflective of longterm differential drug use consequences rather than risk factors which encourage differential drug use. Despite, indications from previous studies that AS and DT are indeed risk factors predisposing people towards DD more generally (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003; Litt, Cooney, & Morse, 2000; Williams et al., 2008), given the relatively preliminary nature of our research, we encourage replication using larger samples and longitudinal designs.

Additionally, some research suggests that AS and DT load on a similar construct e.g., emotionality and therefore, may not be fully “distinct” (Schmidt et al., 2007). Indeed, in our sample AS and DT shared a variance of 78%. However, given the 22% unique variance found in our sample, as well as theoretical and measurement differences e.g., AS emphasizes physiological sensations whereas DT emphasizes behavioural dimensions; in addition to empirical differences (Keough et al., 2010) we decided to go ahead with both questionnaires.

Finally, single interviews and self-report measures were the means of assessment which present with measurement limitations. From a theoretical perspective, tolerance towards private events is multi-faceted, consisting of two conceptually distinct forms of DT (i.e., affective and behavioural; Leyro, et al., 2011; Zvolensky et al., 2010). It is assumed that an individual's desire to respond in ways perceived to be socially appropriate and impact of confounding factors outside the individual's normative realm of daily events (e.g., argument with family member, generally bad day) may create significant errors in self-report responding (Podsakoff, et al., 2003). As a solution, the use of behavioural tasks in addition to self-report when assessing DT e.g., the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT-C; Lejuez, Kahler, & Brown, 2003), would allow for more objective measurements (Simons & Gaher, 2005). Furthermore, implicit assessment tools such as the IRAP could also go a long way towards minimising social desirability and transient mood states which are evident in self report measures of both DT and AS (Podsakoff et al., 2003).

Conclusions

In general, our findings provide evidence of some differences in severity and individual difference variables that distinguish between drug user groups based on drug of choice. Current DD treatment uses similar techniques irrespective of their drug of choice (Marlatt & Donovan, 2005) while empirically supported treatment for DD show only mediocre effectiveness (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000; Magill & Ray, 2009; Petry et al., 2002). Our results suggest that alcohol, depressant, stimulant and cannabis users might require more appropriate tailor-made interventions considering their distinct problems.

Psychological vulnerability factors e.g., AS and DT, as well as differences in Addiction Severity could help shape theory by providing distinct psychological aetiological and maintenance directions for stimulant and subcategories of depressant users. Furthermore, these differences can aid policy change regarding DD treatment and rehabilitation by providing drug users with more specialised care adapted to their personal needs and competencies.

Chapter III: Using the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) to differentiate between drug users depending on their drug of choice.

Introduction

Addiction treatment has been founded on the premise that users are rational decision makers who assess both positive and negative consequences of substance use and make decisions based on a cost-benefit analysis (Rooke, Hein & Thorsteinsson, 2008). Prominent theories and interventions grounded on this rationality perspective, include the theory of planned behavior (Ajzen, 1988) and cognitive behavioral relapse prevention (Marlatt and Donovan, 2008). Along this line, explicit, attitude based, self-report measures, have been used to assess addiction and general wellbeing related variables in a controlled, intended, and conscious fashion (Thush et al., 2007). However, explicit measures have several limitations including sensitivity to contextual and social effects (Barnes-Holmes, et al., 2008; Barnes-Holmes, et al., 2010), response biases (Latkin et al., 2017; Zembre, 2012) as well as limited access to complicated, mental processes (Nisbett & Wilson, 1977).

Within the addiction literature, drug-taking behavior is understood as being partly induced through automatic processes that act outside of conscious control (Tiffany, 1990; Wiers & Stacy, 2006). Other than the operant conditioning account (Franken, 2003; Robinson & Berridge, 1993), the Dual Process Model (DPM) originally devised by Evans (1975) has been adapted for addictive behaviors to further emphasize the contextual reasons behind addiction initiation, maintenance and relapse (Frieze et al., 2010). The DPM postulates that drug taking decisions can come about as a result of at least two semi-independent systems, which are made up of different neural systems (Berridge, 2001; Bechara, Noel, & Crone, 2006; Yin & Knowlton, 2006). The first system is a fast, associative “impulsive” system, and the second a slower “reflective” system (Barrett, Tugade & Engle, 2004). While the first is automatic and appraises stimuli based on their emotional and motivational significance; the latter is more controlled, is within conscious awareness and influenced through emotion regulation processes (Strack & Deutsch,

2004). While the latter reflective system can be accessed through explicit self-report measures, only implicit measures can access the former impulsive system, highlighting the importance for combined assessment using both implicit and explicit measures with regards addictions.

The need for implicit assessment has gained further prominence as a result of neurobiological, psychological, social and behavioral research which reveals that not only are people attracted to different drugs (Badiani et al., 2013; Wardle, Marcus & deWit, 2015), but that the brain differentially, changes as a result of using these drugs (Berridge, 2001) and that their long-term use further compromises the brain (Bechara et al., 2006). In this regard, long term drug-taking behavior can be explained by purely impulsive rather than reflective processes, whereby the sight of a beer bottle for example would automatically capture the attention of an alcoholic (through changes in the impulsive system) who would then need specialized skills and high motivation to inhibit drinking behavior (Fazio & Olson, 2003). To make things worse, drugs and alcohol also cause deterioration of controlled cognitive processes through the reflective system, making conscious drug taking behavior even less relevant over the course of time (Fillmore & Vogel-Sprott, 2006). Taken together, the changes in the balance between these systems (impulsive vs. controlled) make drug taking less conscious and outside of one's control, thus making implicit measures especially relevant when assessing long term or severe users (Wiers & Stacy, 2006).

Fazio and Olson (2003) defined implicit measures as indirect attitude measures, in that they are indirectly inferred from behavior (e.g., reaction times) as opposed to measuring attitudes themselves. These measures are implicit in the sense that they measure attitudes in an uncontrolled or unintentional manner and may therefore be uniquely equipped to capture processes that can happen outside of conscious awareness, like addictions (De Houwer, 2006; Wiers & Stacy, 2006). To date, many studies have used implicit measures to compare between drug users and non-user controls, using a variety of drug types and across different addiction severities (Carpenter et al., 2006; Cousijn, Goudiaan & Wiers, 2011; Cousijn et al., 2013, Field, Mogg & Bradley, 2004; Field et al., 2005).

There are two general classes of implicit cognition tests used: tests of attentional bias and tests of memory associations. The best-known test of attentional bias is the drug-Stroop task (Cousijn et al., 2013; Wiers & Stacy, 2006). The drug-Stroop task measures attentional bias through executive cognitive control by asking people to supersede the dominant tendency to read a word rather than name the color of the ink in which the word is printed, e.g., not read the word “yellow” printed in blue ink and instead say “blue” (Stroop, 1935). Specifically, one’s response time is compared when naming the color attributed to a either drug-related or neutral word. The Drug Stroop effect (i.e., slowed responding to drug, relative to neutral, stimuli) has been associated with various drug-taking populations (Field and Cox, 2008; Field et al., 2014; Smith and Ersche, 2014) such as alcoholics (Cox, Fadardi, & Pothos, 2006; Cristea, Kok & Cuijpers, 2016); opioid addicts (Waters, Marhe & Franken, 2012; Zhang et al., 2018); cannabis users (Zhang et al., 2018) and stimulant users (Christiansen, Schoenmakers & Field, 2015; Field & Cox, 2008; Leeman et al., 2014; Zhang et al., 2018).

Despite its popularity, the drug-Stroop has recently been criticized for lacking internal reliability; with systematic reviews showing that almost three quarters of studies using the drug-Stroop, exhibited less than an acceptable reliability of a $< .70$ (Ataya et al., 2012; Jones, Christiansen & Field, 2018). Furthermore, ambiguity regarding the attentional subprocesses that the Stroop measures results in confusion regarding what it is that the Stroop measures exactly and the associated relevance in measuring it (Field & Cox, 2008; Waters, Sayette & Wertz, 2003).

The second class of implicit tests relates to those measuring memory associations, the most popular of which is the Implicit Association Test (IAT; Greenwald et al., 1998). The IAT is a computer-based measure that involves rapidly categorizing two target concepts with an attribute (e.g., the concepts "using" and "not using" with the attribute "good"), such that faster responses are interpreted as more strongly associated in memory than slower responses (Greenwald et al., 1998). According to IAT theory, past experiences, memory, perception, attitudes, self-esteem, and stereotypes mediate either favorable or

unfavorable feelings, thoughts or actions towards social objects, that are outside of conscious awareness (Greenwald & Banaji, 1995). Because the IAT requires that users make a series of rapid judgments, regarding an attribute, researchers believe that IAT scores may also reflect attitudes which people are unwilling to reveal publicly (Greenwald et al., 1998). This quality of the IAT minimizes social-desirability bias making the IAT useful in assessing people's attitudes towards commonly stigmatized groups or their beliefs regarding taboo behaviors such as sexual practices or drug taking (Devine, 2001).

The IAT assumes that people belonging to stigmatized groups or those partaking in various taboo behaviors will have more favorable vs. unfavorable beliefs towards these groups or behaviors e.g., Black people will portray positive beliefs towards other Black people or homosexuals will show positive beliefs regarding homosexuality (Anselmi et al., 2013; Sabin et al., 2009). Somewhat surprising therefore, are IAT studies showing that both heavy and light drinkers have negative associations towards alcohol (Wiers et al., 2002). With regards to cannabis, IAT studies once again indicate that cannabis users have more negative associations for cannabis-related words in comparison to non-users (Field et al., 2004). In opposition, IAT studies showed that cocaine-dependent individuals display more positive associations compared to demographically matched non-user controls (Wiers et al., 2007). Given that the majority of IAT studies found stronger associations between drugs/alcohol and negative valence (De Houwer et al. 2004; Houben & Wiers 2008b; Wiers et al. 2002, 2005) it has been suggested that both incongruent and unanticipated results are the result of both theoretical and methodological flaws associated with the IAT (Houben & Wiers 2007b, Olson & Fazio 2004). Additionally, the validity and reliability of the IAT is questionable and subject to much ongoing debate (Blanton & Jaccard 2006, Blanton et al. 2009, Greenwald et al. 2005; Nosek & Sriram 2007; Rothermund & Wentura 2004; Rothermund et al. 2005). In this regard, instead of measuring the relative strength of associations, some researchers have stated that the IAT may instead be measuring constructs such as salience of attributes i.e., practice effects or repetitions over the course of the trials (Rothermund & Wentura, 2004). Furthermore, a meta-analysis

concluded that the IAT had poor predictive validity, no better than that of explicit measures (Oswald et al., 2013). The IAT also produces similar conclusions to those derived from explicit self-report measures and one item ecological momentary assessments measuring drug attitudes and craving, a point which once again suggests that it does not significantly differ from its explicit counterparts (Waters, Marhe & Franken, 2012). Meta-analyses on drug abuse further suggests that implicit and explicit measures usually correlate, with some exceptions suggesting that cannabis is the only drug of choice that does not show similar correlations (Carpenter et al., 2006; Hofmann et al., 2015). Moreover, the IAT demonstrates varying internal consistency and its test-retest reliability stands at 0.60, which is somewhat poor (Nosek, Greenwald & Banaji, 2005).

The IAT has been further criticized with regards to its lack of “implicitness” with studies suggesting that people can predict their IAT results with a very high degree of accuracy, therefore rendering it a “conscious” test as opposed to an implicit test (Hahn et al., 2013). Some researchers even go as far as to argue that much of the latency (slower time taken to respond which should imply poorer memory associations) and incorrect responses associated with the IAT, are in fact due to the cognitive complexity of the task, and not necessarily a reflection of implicit bias (De Houwer et al., 2001; Ortner et al., 2015). Faking the IAT, although relatively rare, has also been shown to be a possibility (Kim, 2003). Some studies have also shown that heightening awareness about the nature of the test e.g., telling participants the study’s aims as opposed to keeping it blind, can change IAT outcomes, again suggesting it lacks implicitness. In one such study, when the experimenter used the word stereotype to describe the aims of the study, biased associations on a racial bias IAT were significantly reduced (Wallaert et al., 2013). Finally, the IAT is influenced by individual differences such as cognitive fluency e.g., education level, learning disabilities, IQ, computer literacy and age (McFarland and Crouch, 2002).

Although newer versions of the IAT have addressed some of its flaws by e.g., counterbalancing the order between trials and incorporating newer scoring algorithms depending on cognitive fluency

(Greenwald, Nosek & Banaji, 2003); concerns still remain regarding the IATs validity and reliability (Greenwald et al. 2005; Nosek & Sriram 2007; Rothermund et al. 2005), its precision in detecting memory associations (De Houwer, 2002, 2003) and its theoretical background (Ortner et al., 2015). Regarding precision, while the IAT produces a single metric, measuring the relative strength of an association when comparing two concepts (using vs. not using); it cannot measure whether both are liked and disliked at the same time (De Houwer, 2002; Hussey, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2015). This point is especially pertinent in the area of substance dependence because users often have ambivalent feelings toward their drug of choice (Houben et al., 2006). Although recent IAT studies have addressed this problem by employing unipolar IATs that assess positive and negative attitudes separately (e.g., McCarthy & Thompson, 2006); this solution could be regarded as time consuming, and overly tiring to participants. Taken together, the aforementioned IAT flaws highlight the need for a newer improved version of the IAT, which addresses the possible pitfalls already identified in the literature.

The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP; Barnes-Holmes et al., 2006) is a modern, valid, reliable, computer based, cognitive implicit measure, like the IAT (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). In contrast with the IAT, the IRAP produces four metrics and can assess the relative strength of complex relations, bidirectionally (Hussey, Barnes-Holmes & Barnes-Holmes, 2015). More specifically, the IRAP is a more sophisticated tool than the IAT and can address complex issues e.g., attitudes especially those involving ambiguity on a relational rather than associational level (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). Furthermore, the IRAP is a tool that is based on sound theoretical grounds (i.e., Relational Frame Theory; [RFT]; Barnes-Holmes et al., 2006).

RFT is a modern, functional analytic, empirically supported, account of human language and cognition (Barnes- Holmes et al., 2004). From an RFT perspective; it is not memory associations that are of importance, i.e., how animals form links between stimuli in the form of the strength of associations in memory but rather the human ability to relate stimuli under contextual control. RFT argues that while

there is a potentially infinite amount of relational frames/types of relations and number of dimensions along which stimuli can be related, e.g., frames of opposition, frames of comparison, temporal or spatial frames etc.; “relationality” itself, is the essential building block of human language or higher cognition (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). A relational – versus associative – account therefore offers the potential for measuring implicit cognition with greater specificity and sensitivity to context, which is another benefit of the IRAP in comparison to the IAT.

The basic IRAP hypothesis is that participants will give faster responses on trials where the stimulus and required response are consistent with their private verbal relations or beliefs (e.g., Drugs good – True) compared to belief-inconsistent trials (e.g., Drugs good – False). More precisely, it is assumed that participants respond faster on trials that have been practiced more frequently in their behavioral repertoire (e.g., previously reinforced) or are apparent in their current environment (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). IRAP theory assumes that people belonging to stigmatized groups or those partaking in various taboo behaviors will have more favorable vs. unfavorable beliefs towards these groups or behaviors e.g., that current and severe drug users will portray more positive beliefs towards drug use as opposed to non-use (Anselmi et al., 2013; Sabin et al., 2009). This assumption has been met by recent IRAP studies (Callaghan, 2017; Carpenter et al., 2012). Finally, the IRAP has demonstrated good validity and reliability (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013).

Despite the IRAP’s benefits over its predecessors, most IRAP studies to date have focused on examining effects in undergraduate populations, with only few studies targeting clinical populations (e.g., people with psychological disorders such as depression; Hussey & Barnes-Holmes, 2012, and anxiety; Nicholson et al., 2014). Furthermore, with regards to addiction, IRAP studies have been extremely limited (Weinert et al., 2015). The first IRAP addiction study compared eight adolescent smokers and eight non-smokers and showed that smokers were related associated with a “positive smoking identity” (e.g., that smokers are cool, independent, tough etc.) compared to non-smokers (Vahey, Boles & Barnes-Holmes,

2010). Furthermore, in an IRAP based cocaine study, results showed that stronger implicit beliefs about the positive effects of cocaine use prior to treatment were associated with poorer treatment outcomes (Carpenter et al., 2012). Finally, in an alcohol-based study, alcoholics showed a positive bias towards both pictures and words related to alcohol, compared to those related to soft drinks (Callaghan, 2017). IRAP addiction study results, unlike the IAT, show that drug dependent individuals show an overall positive bias towards their drug of choice, over and above that of non-users or less serious users. The results to date have been both consistent and in line with theoretical assumptions, unlike results associated with the IRAP's predecessors. However, more studies are needed to draw firm conclusions as well as expand our knowledge, regarding different drugs of choice e.g., cannabis and alcohol users.

Current Study

Recent research from controlled laboratory studies has found support for the “drug of choice” model (Wardle, Marcus & deWit, 2015), by suggesting that stimulant users (e.g., cocaine, crystal meth, amphetamines etc.) differ from depressant users (e.g., heroin, benzodiazepines etc.) on a variety of levels including neurobiological, (e.g., different genes, neurons and receptors involved) behavioral, (e.g., approach–avoidance conflict in one and classical approach behavior in the other) psychological (e.g., different percentage risk of various mental health comorbidities for each) and social levels (e.g., support and closeness reducing depressant but not stimulant use; Badiani et al., 2013 Bornovalova et al., 2005a; Gillespie et al., 2007; Lejuez et al., 2005; Lejuez et al., 2008 etc.).

The importance of studying addiction specific implicit attitudes in depth has been highlighted in recent research, suggesting that implicit associations may also be reflective of participants' level of substance use and can be used as a marker of drug-using behavior (Wiers et al., 2002). Furthermore, implicit associations may predict the length of time that people remain in rehabilitation centers as well as their risk of relapse (Wolff et al., 2015; Evans et al., 2009; Satre et al., 2004; Flynn et al., 2003; Horwitz et al., 2017). Finally, differentiating between drug users, depending on the “drug of choice” model

(Wardle, Marcus & deWit, 2015) is important in modern day personalized medicine as a means by which to provide more tailor-made and effective treatments (Maltby et al., 2007).

While implicit studies on drug abuse involving tools other than the IRAP have flourished in recent years, implicitly differentiating between different types of drug users is still lacking (Carpenter et al., 2006). Only one study has previously used an implicit measure, namely the drug-Stroop, to differentiate between different types of drug users. This study showed that cocaine-dependent participants responded more slowly than cannabis-dependent participants to drug specific words (with slower performance indicating more drug related interference; i.e., attention being hijacked by the drug). This finding implies that cannabis users show less attentional bias towards cannabis related words compared to cocaine users and cocaine related words; suggesting perhaps that cannabis users are less severely and impulsively attuned to cannabis cues compared to cocaine users. With regards to heroin and cocaine, overall performance did not differ. Using the IRAP to differentiate between different drug users rather than the drug-Stroop, would help provide further information on this topic using a more precise, in depth, valid and reliable tool which is based on a sound theoretical background.

This study aimed to use the IRAP to assess the potential differences between the implicit associations amongst drug users depending on their drug of choice e.g., depressant, stimulant, cannabis and alcohol users. Our primary hypothesis was that that cannabis drug users would display lower D-IRAP scores on consistent rather than inconsistent cues (e.g., “Using drugs”- “calm”- “yes” or “Not using drugs” - “happy”- “no”; see Figure 3-1 below) compared to all other users. We did not expect depressant, stimulant and alcohol users to differ. Additionally, we hypothesized that the results of IRAP would positively correlate with the results of the “Drug craving questionnaire” (DCQ; Marin-Navarrete et al., 2011) and the “Beliefs About Substance Abuse Scale” (BASAS; Beck et al., 1993) for all drug users except for cannabis users.

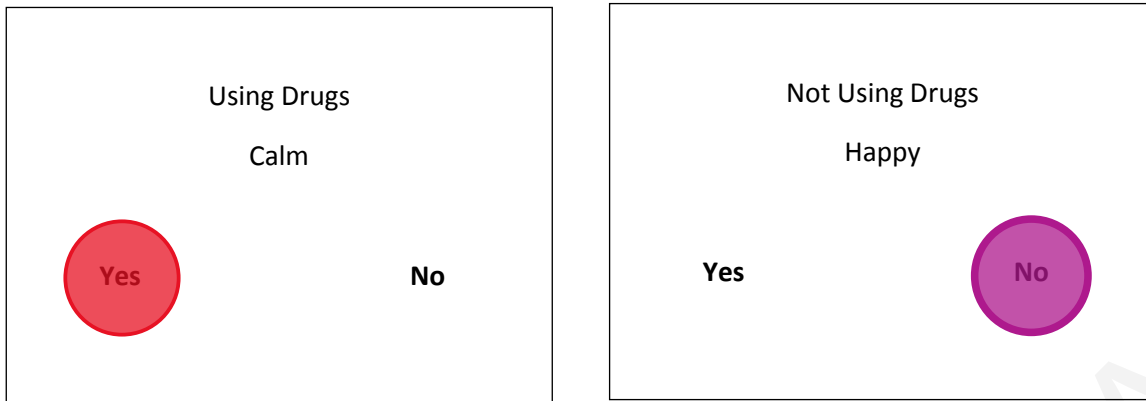


Figure 3-1. Two trial types included in the IRAP depicting the sample (on top), the target (in the middle) and the response option (bottom). The circled response option (yes or no) indicates the response that was deemed consistent.

Methods

Participants

A sample of 31 persons consisting of depressant users (7) stimulant users (8) cannabis users (14) and alcoholics (2) were asked to complete the IRAP. From the 31 participants who took part in the study (Males= 26, Mean age=32, SD=6.71). Most participants were Greek Cypriots (70%), lyceum graduates (55%), were employed full time (61%) and most participants were single (58%; see Table 3-2).

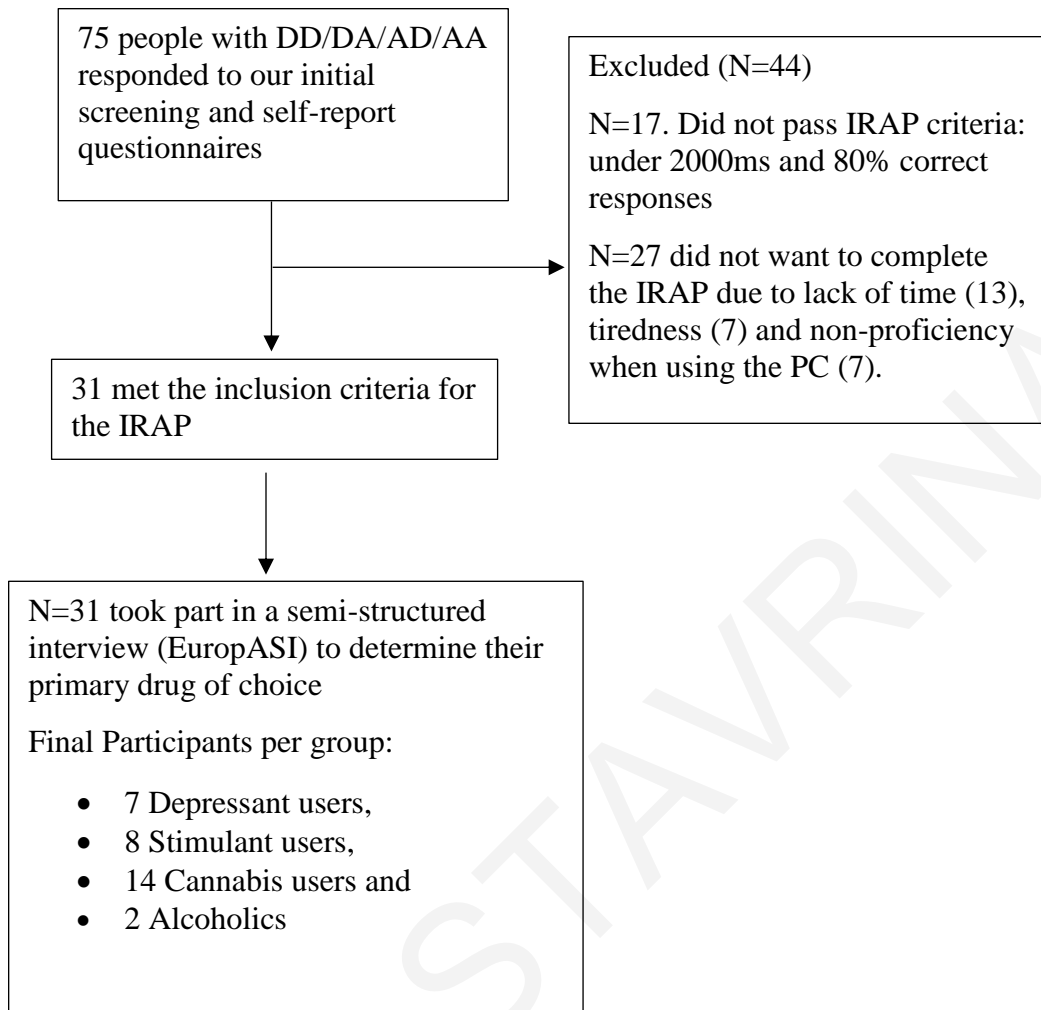


Figure 3-2. Recruitment procedure and actual attendance to experimental sessions

Instead of recruiting participants based on a-priori power calculation (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) we based it on a meta-analysis of clinically-focused IRAP effects (Vahey, Nicholson & Barnes-Holmes, 2015). The meta-analysis suggests that for a large effect size, $r = .45$, with a desirably narrow 95% credibility interval (e.g., .23, .67) a sample of 29 to 37 participants are required to detect sufficient power for a one way between subjects MANOVA using the IRAP.

Measures

Semi-Structured interview for the examination of inclusion criteria:

The *MINI* is a short structured diagnostic psychiatric interview that ascertains the diagnosis of mental disorders and the existence of suicidality, according to the DSM-IV or the ICD-10 (Sheehan et al.,

1998). It focuses mainly on current diagnoses and can accurately screen for 17 axis I disorders. The MINI has 2 to 4 screening questions per disorder. Additional symptom questions within each disorder section were asked only if the screen questions were positively endorsed (Sheehan et al., 1997). The MINI was designed to meet the need for a short but accurate structured psychiatric interview for clinical trials (Lecrubier et al., 1997). Studies on interrater and test–retest reliability of the MINI and its validity versus the ICD and the SCID showed good results (Hyphantis et al., 2011). The MINI has previously been used in studies within the Greek population (Arvaniti et al., 2005; Hyphantis et al., 2011). Cronbach’s alpha for our sample was good and ranged from $\alpha=.74$ to $\alpha=.86$.

The *European Addiction Severity Index* (EuropASI; Kokkevi et al., 1995) is a widely used instrument that assesses drug and alcohol severity across six domains of functioning (Chemical Abuse, Medical, Psychological, Legal, Family/Social, and Employment/Support). Within each domain, the interviewer provides global ratings of severity (referred to as Interviewer Severity Ratings, or ISRs) based on the patient’s responses to objective items as well as the patient’s assessment of how bothered he/she is by problems in each domain. The ISRs, which range from 0 to 9, form the basis for the patient’s profile and treatment plan. The EuropASI is reported to be a valid and reliable measure with good internal consistency (Cronbach's alpha: 0.69-0.92) and moderate to excellent interrater reliability (intraclass correlation coefficient: 0.62-0.99; Goñi et al., 2012). In this study the EuropASI was used in the form of a clinical interview, in order to assess client severity scores for DD. Cronbach’s alpha for our sample was adequate and ranged from $\alpha=.63$ to $.74$.

Self-report Questionnaires (Explicit Tools):

The *Greek Drug Craving Questionnaire* (Original: Singleton et al., 1994; Greek: Stavrinaki & Karekla, in preparation) is a 12-item trait craving questionnaire adapted from the alcohol craving questionnaire short-form (Singleton et al., 1994) for purposes of measuring trait drug craving within our sample. It is composed of 4 factors assessing compulsiveness, expectancy, purposefulness and

emotionality. Item responses range from 1=strongly disagree to 7=strongly agree. Higher scores indicate greater levels of trait drug craving. Cronbach's alpha for our sample was very good for the overall scale ($\alpha=.88$) and for the subscales: Expectancy ($\alpha=.79$), Purposefulness ($\alpha=.69$), Compulsiveness ($\alpha=.74$), Emotionality ($\alpha=.86$).

Beliefs about Substance Abuse Scale (BASAS; Wright 1993) is a 20-item self-report measure of common drug related cognitive distortions (e.g., "Life without using is boring," "I don't deserve to recover from drug use") that are rated on a 7-point scale from 1=totally disagree to 7=totally agree. Higher scores indicate a greater level of problematic cognitions. The internal consistency reliability (Cronbach's alpha) of the total of the 20 items was .86 (Crits-Christoph et al., 2003). This questionnaire was translated in Greek for purposes of this study, using back translation. Cronbach's alpha for this sample was excellent ($\alpha=.92$).

Implicit Relations Tool:

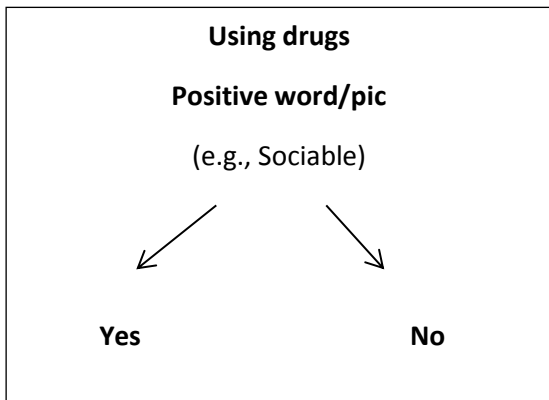
The *Implicit Relational Assessment Procedure* (IRAP; Barnes-Holmes et al., 2006) was used in order to examine participants' implicit beliefs regarding drug use. The IRAP protocol used in this study was the custom software originally programmed by Dermot Barnes-Holmes (http://psychology.nuim.ie/IRAP/IRAP_1.shtml). Our IRAP consisted of two practice blocks and a fixed set of six test blocks, consisting of 32 trials. For each trial, one of the two samples (or category labels) was presented at the top of the screen ("Using drugs" or "Not using drugs"). Furthermore, one target word consisting either of a positive or negative word was presented for each trial. A total of 12 target words (inserted as pictures) and 4 pictures were used in each of our IRAP experiments. These consisted of 6 positive (relaxed, good, social, full, calm, happy) and 6 negative words (worried, bad, alone, empty, angry, sad). The four pictures consisted of 2 angry and two happy faces. Eight of the trials included picture targets and 24 trials included target words. Lastly, two response options were available for each trial: "yes" and "no" which were presented either on the left or the right bottom of the screen respectively (see Table 3-1

and Figure 3-3). All stimuli remained on the screen for 4000ms and all target words and pictures were presented in a random order. The English version of IRAP demonstrated good validity and reliability (Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). Reliability for our Greek version of the IRAP, was acceptable ($r=.64$). This analysis was conducted using the «Split Half» method by comparing the results from our odd trials vs. results from our even trials, using the Spearman-Brown formula.

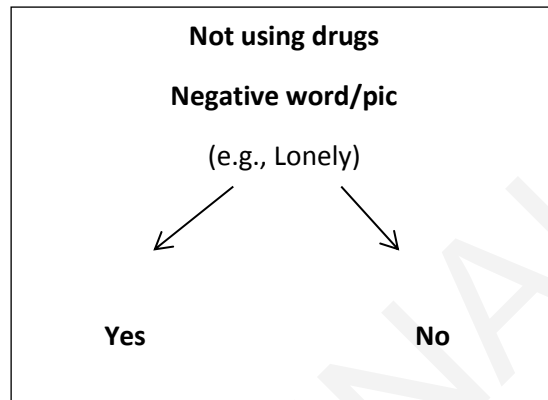
Table 3-1

Stimulus Arrangement for all trial types	
Sample 1: Using Drugs	Sample 2: Not using Drugs
Response Option 1: Yes	Response Option 2: No
Target Stimuli Consistent with Sample 1	Target Stimuli Consistent with Sample 2
Word Stimuli:	Word Stimuli:
1. relaxed	1. worried
2. good	2. bad
3. social	3. alone
4. full	4. empty
5. calm	5. angry
6. happy	6. sad
Picture Stimuli:	Picture Stimuli:
1. Happy (face 1)	1. Angry (face 1)
2. Happy (face 2)	2. Angry (face 2)

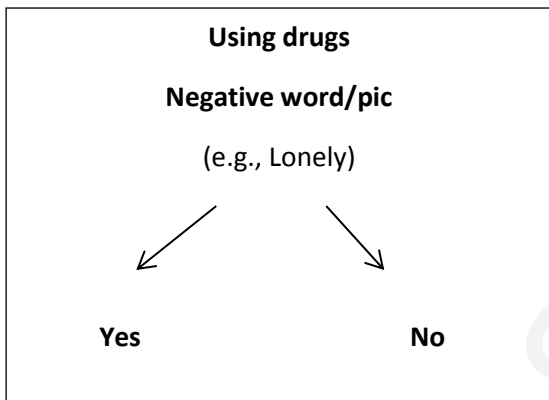
Using Drugs-Positive



No to Drugs-Negative



Using Drugs-Negative



No to Drugs-Positive

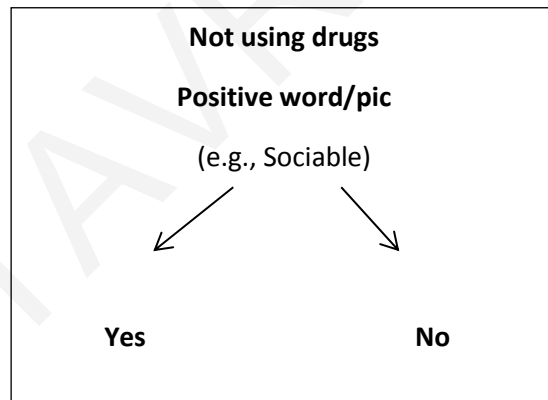


Figure 3-3

Participants’ four IRAP trials using the two samples (opposite category labels) two “using drugs” and two “not using drugs” by twelve target stimuli (4 positive and 4 negative words).

Apparatus

Prior to conducting the experiment, an online anonymous survey was distributed via email and social media to an opportunistic group of friends and acquaintances in order to select the target words that would be used for the IRAP. 15 drugs-users were identified and asked to make a list of 10 words that they considered to be highly related to their experience of using drugs (without any prior guidance). The six, most frequently used positive or negative words were then selected for the purposes of the study. Since the IRAP (version 2012) did not allow for the insertion of Greek characters, target words (in Greek

characters) had to be inserted in the form of pictures. All target words inserted as pictures were of equal height, equal font and color and words were of approximately equal length.

Furthermore, we chose pictures of 2 males who either looked happy or angry. The pictures used for this study have been validated for use in Caucasian populations (International Affective Picture System, IAPS; Lang et al., 2008; Mikels et al., 2005). All pictures were matched in terms of focus, resolution, colours and facial positioning within the frame (see Figure 3-4).



Figure 3-4

Four picture target stimuli (1 positive emotion (e.g., happiness) or 1 negative emotions (e.g., anger) using two different male faces).

We chose to use a mixture of both words and pictures given that many of the target words chosen by our group of drug users were lengthy compared to English words used in the literature (e.g., the word “sad” in English is «Λυπημένος» in Greek). For this reason, pictures were assumed to be more readily interpreted and understood at least when compared to Greek words. Further, we opted to use males because the global number of addicted males is higher than that of females (Carliner et al., 2017; Evans et al., 2017). Additionally, we chose 2 different pictures representing the same emotion but using a different person in order to minimize the chance of errors attributed to the picture itself rather than the emotion it portrayed (total of 4 pictures). For example, the specific face could have elicited different emotions in different people, or the facial emotion portrayed by one person could have been more obvious than the other person. Moreover, only two emotions were selected since happy faces and angry faces are

hypothesized to be the most recognizable emotional expressions according to research and were therefore used as target pictures (Becker et al., 2011).

For the IRAP assessment a standard personal computer (Windows vista operating system), with a 15-inch monitor, attached to a standard keyboard and a mouse was used for the IRAP. Screen resolution was set at 1024 X 768. Moreover, each participant was seated in front of the personal computer at approximately 40 cm from the computer screen. All participants either had normal vision or corrected vision (using corrective glasses or contact lenses).

The primary data produced by the IRAP program were raw latency scores from participants' trials, in milliseconds elapsed between the onset of the trial to the emission of a correct response by the participant. Following standard procedure to control for individual variation (Barnes-Holmes, Waldron, Barnes-Holmes & Stewart, 2009), the response latency data for each participant was transformed into standardized difference scores (D-scores), using an adaptation of the Greenwald, Nosek, and Banaji (2003) D-algorithm (see Cullen & Barnes-Holmes, 2008; Vahey, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Stewart, 2009). For clarity of interpretation, the scores for the two negative antecedent trial-types were inverted, so that positive D-scores represent a bias for positive emotional responses and negative scores represent a bias for negative emotional responses (Hussey et al., 2015)

Procedure

Participants were recruited from inpatient governmental drug treatment units (e.g., THEMEA), from drug related inpatient and outpatient Non-Governmental Organisations (NGOs; e.g., KENTHEA, "Agia Skepi" Therapeutic Community,), a private outpatient drug rehabilitation clinic (e.g., Veresie clinic,), self-help groups (NA/AA), the Cyprus National Guard, government night schools for over 18-year-olds, private and public universities and higher education institutes, and an opportunistic sample of drug using peers recruited through friends and acquaintances. To be included, participants had to have a current diagnosis of DD/DA or be in early remission from DD/DA (as assessed by the MINI), be 18 years

of age or above, have adequate written knowledge of the Greek language and have normal or corrected vision, (e.g., participants were either wearing their reading glasses or contact lenses during the study, or had normal vision). Additionally, a negative urine test and breath alcohol test (Breathalyzer) at the time of assessment was also required. Participants were excluded if they reported being actively suicidal or homicidal, or had an active or untreated comorbid disorder such as Schizophrenia, Bipolar, Severe Depression (assessed using the MINI). No participant was excluded based on the aforementioned criteria. All assessments took place at the aforementioned drug treatment units at a time and place most convenient to participants.

A self-report questionnaire consisting of a demographics section, the DCQ and BASAS was also administered in addition to the IRAP. Depressant, stimulant, cannabis and alcohol users were classified using the drug and alcohol section of the EuropASI. Doctoral students in Clinical Psychology with specific training in conducting the EuropASI and experience in the field of drug addictions, interviewed the participants. They also assessed their primary drug of choice from a choice of 12 categories namely: alcohol dependence, serious and problematic binge drinking, heroin dependence, methadone dependence, other opiate/analgesics dependence, medicine/pills (e.g., barbiturate or benzodiazepine dependence), cocaine dependence, amphetamine dependence, cannabis dependence, hallucinogens dependence, inhalants and other dependence. For each category additional information was provided: years of use, age of first use, use in the last 30 days, and method of delivery. Participants were also asked to identify their primary drug of choice (e.g., what is the main problem for which they presented for treatment) or state whether they would classify themselves as being polydrug users or had a dual diagnosis of addiction (e.g., alcohol and depressants). Depending on the answers given, the researcher classified participants as depressant, hallucinogenic, stimulant, cannabis, alcohol, or poly-drug users.

Participants were classified as depressant users if their primary substance of use included: barbiturates (e.g., phenobarbital, thiopental, butalbital), benzodiazepines (e.g., alprazolam, diazepam, clonazepam, lorazepam, midazolam), or opioids (e.g., heroin, codeine, morphine, fentanyl, hydrocodone,

oxycodone, buprenorphine, methadone). To be classified as a depressant user, overall depressant use, had to have occurred for more years compared to stimulant use/cannabis/alcohol/hallucinogenic use, as well as more recently (within the last year) compared to depressant use/cannabis/alcohol/hallucinogenic use.

Regarding hallucinogenic use, to be classified in this category, use had to have occurred for more years compared to depressant, cannabis, alcohol or stimulant use, as well as more recently (within the last year) compared to depressant, cannabis, alcohol or stimulant use in order to be classified as a Primarily Hallucinogenic user. Since recruitment yielded no one with primary consumption of LSD, magic mushrooms, PCP, Peyote, Ecstasy; none of the participants were classified as primarily hallucinogenic users.

Participants were classified as stimulant users, if they consumed: cocaine, crack cocaine, amphetamines, or methamphetamines (Price, 2014) and overall stimulant use, had to have occurred for more years compared to depressant use/cannabis/alcohol/hallucinogenic use, as well as more recently (within the last year) compared to depressant use/cannabis/alcohol/hallucinogenic use.

To be classified as a cannabis user, overall cannabis use, had to have occurred for more years compared to depressant use/stimulant/alcohol/hallucinogenic use, as well as more recently (within the last year) compared to depressant use/stimulant/alcohol/hallucinogenic use. To be classified as an alcohol user, overall alcohol use (as measured by drinking 2 or more drinks, 3 or more times a week, for a year or drinking 5+ drinks in 24 hours, over weekends or special occasions, for a year), had to have occurred for more years compared to depressant use/stimulant/cannabis/hallucinogenic use, as well as more recently (within the last year) compared to depressant use/stimulant/alcohol/hallucinogenic use.

Participants were classified as polydrug users if they had historical drug use with a variety of different categories of drugs (e.g., stimulants, depressants and or hallucinogens) for long periods of time (for at least a year e.g., McCabe et al., 2006; Schensul et al., 2005). This interpretation of poly drug use did not necessarily include concurrent drug users or users that mixed a variety of drugs on one given occasion in the last 30 days (co-use). Furthermore, poly drug use had to have occurred for more years

compared to either stimulant, depressant, cannabis, alcohol use alone, as well as more recently (within the last year) compared to stimulant, depressant, cannabis, alcohol use alone in order to be classified as a Poly-Drug user. None of our participants met criteria for poly-drug use.

Overall, 7 participants were classified as Primary Depressant users, 8 were classified as Primary Stimulant users, 14 as Primary Cannabis users and 2 as Primary Alcohol users. Following classification participants were asked to complete a series of self-report questionnaires consisting of demographics, in addition to the DCQ and BASAS. Finally, participants were asked to take part in the IRAP.

Prior to beginning the experiment, the participants were briefed on the experiment rules i.e., that on the first trial they would be expected to answer all questions by regarding drug use as beneficial to them and non-use as disadvantageous while for the second trial they would be expected to answer all questions by regarding drug use as disadvantageous to them and non-use as beneficial. Participants were informed that trials would continue in this fashion until the experimenter would ask them to stop. Additionally, participants were told that they would begin with a practice block aimed at improving their understanding of the rules. Moreover, participants were advised of the difficulty level associated with the IRAP (e.g., requires fast and accurate responses, specific to the rules already discussed) and that for this reason errors were to be expected. However, participants were encouraged to do their best and that progressing to the exam phase was possible. Participants had to reach an average of 80% correct responses and a median response time of less than 2000ms in the practice blocks in order to progress to the final exam phase. Feedback on performance was given at the end of each trial. Those who failed to complete the practice blocks or declined to participate in the study were thanked and their data was discarded.

Correct responses allowed participants to progress to the next trial, while incorrect responses resulted in a red “X” appearing in the middle of the screen, which could only be removed by pressing the “correct” key i.e., one that was inconsistent or consistent according to which trial the participant was completing. The words “Too slow” appeared on the screen if a participant did not respond within 2000ms.

After the completion of the four practice blocks, participants were informed that the next phase was the final test phase; therefore, they should try to respond quickly and correctly. Only the participants who successfully passed the practice criteria proceeded to the test blocks. Test block 1, 3 and 5 were similar to the first practice blocks (consistent) and test blocks 2, 4 and 6 were similar to the second practice block (inconsistent). Before starting each block, participants were informed that the criteria for correct answers had now been reversed. In other words, previous correct answers were now considered wrong and previous wrong answers were now considered correct. Feedback regarding median response time and correct responses was provided to participants on completion of each block.

For every IRAP trial, participants were required to choose between the two response options, which appeared at the bottom left and right of the screen. On each trial, participants had to press either the “D” key for “Yes” or the “K” key for “No” (Barnes- Holmes et al., 2006). Correct responses were dependent on whether participants were completing the consistent or inconsistent block of trials (“Using Drugs” or “Not using Drugs”). During the first block, correct answers were those hypothesized to be consistent with participants’ beliefs about drug use (for example “Using drugs”- “calm”- “yes” or “not using drugs” - “happy”- “no”). During the next phase, correct answers were reversed, and were therefore hypothesized to be inconsistent with participant’s beliefs about drug use (for example “Using drugs”- “calm”- “no” or “Not using drugs”- happy”- “yes”). On completion of the IRAP, participants were thanked for their participation and advised that they could be briefed on their results (whether they had a positive or negative bias towards their drug of choice) should they so wish, over the course of the next couple of months, post data analysis. Approximately 10 participants later requested to be briefed on their IRAP data.

Statistical Analysis Plan

The independent variable was whether participants belonged to the depressant, stimulant, cannabis or alcohol user group (4 levels between subject factors). The dependent variables were the consistent and inconsistent D-Scores derived from the IRAP.

Missing data was tested using Little's Missing Completely at Random test (MCAR; Little, 1988). Given the MCAR test proved non-significant, and missing data was deemed missing completely at random; missing data was then replaced using the expectation–maximization (EM) algorithm (Dempster, Laird & Rubin, 1977). The EM algorithm is a method used to calculate maximum a posteriori (MAP) estimates of parameters in statistical models (Van Dyk, David, 2000). Outliers were also identified using the Outlier Labelling Rule (Hoaglin & Iglewicz, 1987) and replaced using the Winsorizing technique (Hastings et al., 1947). We then ran descriptive statistics and frequencies, to find the means and standard deviations (SDs) as well as test for outliers, skewness and kurtosis. Shapiro-Wilk tests and Levene's tests were also used to test for normality and homogeneity of variance. The depressant, stimulant, cannabis and alcohol drug user groups were then assessed in terms of their equivalence on both demographics and comorbidity variables. This was assessed by using χ^2 when the demographics or comorbidity variables were categorical and independent samples t-tests when the demographic variables were continuous.

In order to examine whether participants in the depressant, cannabis, alcohol and stimulant user groups differed in terms of the D-IRAP scores, a one way between factors MANCOVA was conducted. Bivariate correlations were also conducted between explicit and implicit measures depending on specific drug of choice.

Results

No outliers were identified for the IRAP. None of our data was missing for the IRAP. The DCQ and BASAS had 17 missing items each. Results of the MCAR test for the DCQ and BASAS were non-significant.

A Shapiro-Wilk's test (Shapiro & Wilk, 1965; Razali & Wah, 2011) and a visual inspection of the histograms, normal Q-Q plots and box plots showed that our IVs (depressant, stimulant, cannabis and

alcohol users) were normally distributed for all levels of the DVs (D-IRAP scores). Furthermore, skewness and kurtosis related Z-values were between -1.96 and 1.96.

In order to examine whether participants in either the depressant user, stimulant user, cannabis user and alcohol user groups differed in terms of their D-IRAP scores a one way between factors MANCOVA was conducted.

Participant characteristics: those who passed vs. did not pass or refused to participate in the IRAP

In order to examine whether participants who passed the IRAP criteria vs. those who didn't pass or who refused to participate differed on any demographic or diagnostic characteristics either χ^2 or ANOVA tests was conducted depending on whether variables were categorical or continuous. Results showed that none of the variables e.g., age, education, distress tolerance, anxiety sensitivity, psychiatric comorbidity or drug of choice had a significant effect on IRAP participation.

Participants' demographic characteristics by drug of choice

To test differences between participants across categorical variables, a chi-square test of independence was performed. Furthermore, various independent samples t-tests were used to assess for potential differences across age; the depressant user group (N=7) was associated with a mean age of M=29.43 (SD=8.10). By comparison the stimulant user group (N=8) was associated with a mean age of M=33.00 (SD=4.31). Additionally, the cannabis user group (N=14) was associated with a mean age of M=26.31 (SD=6.66). Finally, the alcohol user group (N=2) was associated with a mean age of M=39.50 (SD=7.78). The independent samples t-tests were associated with significant effects, only for cannabis vs. stimulants $t(19) = -2.52, p < .05$ and alcohol vs. cannabis $t(13) = 2.57, p < .05$. Only living situation from the demographic and comorbidity characteristics was significant (see Table 3-2). As a result of these significant differences: age, living situation were used as covariates for the one way between subjects MANCOVA. Years and frequency of drug use were controlled for when classifying participants into groups using the EuropASI.

Table 3-2

Participants' demographic characteristics (categorical variables) by drug of choice

Demographics & Comorbidity	Depressant Users N=7	Stimulant Users N=8	Cannabis Users N=14	Alcohol Users N=2	df	χ^2 -Test
Gender	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Males	7 (100%)	6 (75%)	12 (86%)	1 (50%)	3	4.74
Females	0 (0%)	2 (25%)	2 (14%)	1 (50%)		
Education completed						
Elementary	2 (29%)	2 (25%)	1 (7%)	0 (0%)	12	14.35
Middle School	1 (14%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)		
High School	4 (57%)	4 (50%)	8 (57%)	1 (50%)		
University	0 (0%)	0 (0%)	4 (29%)	1 (50%)		
Occupation						
Full time	2 (29%)	5 (63%)	11(79%)	1 (50%)	9	14.90
Part time	2 (29%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)		
Student	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Unemployed	1 (14%)	3 (38%)	2 (14%)	0 (0%)		
Family Status						
Single	4 (57%)	3 (40%)	10 (71%)	1 (50%)	12	11.98
Coh/Engaged	1 (14%)	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)		
Married	0 (0%)	2 (25%)	2 (14%)	1 (50%)		
Divorced	2 (29%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)		
Living Situation						
Alone	0 (0%)	2 (25%)	4 (29%)	0 (0%)	12	22.61*
Parents	0 (0%)	1 (13%)	7 (50%)	1 (50%)		
Sp. & kids	4 (57%)	2 (25%)	1 (7%)	1 (50%)		
Friends	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		
Other	2 (29%)	3 (38%)	1 (7%)	0 (0%)		
Mental health Comorbidity						
Bipolar	2 (29%)	1 (13%)	2 (14%)	0 (0%)	3	1.50
Schizophrenia	1 (14%)	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	3	1.89
OCD	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)	1 (50%)	3	6.03
GAD	3 (43%)	2 (25%)	2 (14%)	1 (50%)	3	2.02
PTSD	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	3	2.20
Somatisation	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	3	3.23
Alcoholism	2 (29%)	5 (63%)	9 (64%)	2 (100%)	3	1.21
Panic	0 (0%)	2 (25%)	2 (14%)	1 (50%)	3	4.14
Agoraphobia	1 (14%)	2 (25%)	2 (14%)	0 (0%)	3	1.17
SAD	1 (14%)	2 (25%)	2 (14%)	1 (50%)	3	1.47
M. Depression	2 (29%)	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)	3	4.13
Dysthymia	1 (14%)	3 (38%)	2 (14%)	1 (50%)	3	2.54
Hypochondriasis	1 (14%)	1 (13%)	1 (7%)	0 (0%)	3	.74
Organic	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	3	5.83

$P > .05$ ns, $*p < .05$,

Note: OCD: Obsessive Compulsive Disorder; GAD: Generalised Anxiety Disorder; PTSD: Post Traumatic Stress Disorder; SAD: Social Anxiety Disorder. In the demographics section some of the participants failed to fill in their details therefore the percentages do not always add up to 100%.

Dependent variable differences between users based on drug of choice

Table 3-3 shows the means and standard deviations for participants depending on their drug type (N=7 for Depressant users, N=8 for Stimulant users, N=14 for Cannabis users, N=2 for Alcohol users) for the D-IRAP scores for Sample 1 (S1) Consistent (e.g., with drugs-positive), S1 Inconsistent (e.g., with drugs-negative), Sample 2 (S2) Consistent (e.g., without drugs-negative), S2 Inconsistent (e.g., without drugs-positive).

D-IRAP effects depending on Drug of Choice

A one-way between-groups multivariate analysis of covariance was performed to investigate drug of choice differences in D-IRAP scores. Four dependent variables were used: Sample 1 (S1) Consistent (e.g., with drugs-positive), S1 Inconsistent (e.g., with drugs-negative), Sample 2 (S2) Consistent (e.g., without drugs-negative), S2 Inconsistent (e.g., without drugs-positive). The independent variable was drug of choice. Covariates were age and living situation. Preliminary assumption testing was conducted to check for normality, linearity, univariate and multivariate outliers, homogeneity of variance covariance matrices, and multicollinearity, with no serious violations noted.

The depressant user group was associated with a mean score of $M = -.42$ ($SD = 1.57$). By comparison the stimulant user group was associated with a mean score of $M = .24$ ($SD = .16$). Additionally, the cannabis user group (N=14) was associated with a mean score of $M = .06$ ($SD = .25$). Finally, the alcohol user group (N=2) was associated with a mean score of $M = .18$ ($SD = .21$). There was a statistically significant difference between drug of choice on the combined dependent variables, $F(12,53) = 2.21$, $p < .05$; Wilk's $\Lambda = .34$, partial $\eta^2 = .30$, which implies that 30% of the variance in the canonically derived dependent variables was accounted for by drug type. The 2 covariates were not significant: 1) Age was F

(4,20) =.46, $p>.05$; Wilk's $\Lambda=.91$, partial $\eta^2=.09$; 2) Living situation was $F(4,20) =1.32$, $p>.05$; Wilk's $\Lambda=.79$, partial $\eta^2=.21$.

When the results for the dependent variables were considered separately, the only difference to reach statistical significance, using a Bonferroni adjusted alpha level of .017, was the S2 Consistent subscale (e.g., without drugs-positive) $F(1, 28) =4.40$; $p<.05$; partial $\eta^2=.37$, indicating a high effect size. An inspection of the mean scores indicated that the stimulant use group were associated with the highest mean score of $M=.37$ ($SD=.29$), followed by the depressant use group, associated with a mean score of $M=.27$ ($SD=.34$), the cannabis user group, associated with a mean score of $M=.03$ ($SD=.37$) and finally, the alcohol user group, associated with a mean score of $M= -.30$ ($SD=.09$). The rest of the subscales were non-significant (see Table 3-3 for details).

Table 3-3
D-IRAP scores by drug of choice.

	Depressant users (N=7) M(SD)	Stimulant users (N=8) M(SD)	Cannabis users (N=14) M(SD)	Alcohol users (N=2) M(SD)	df	F-test	Partial η^2
S1 Consistent	.17 (.38)	.36 (.33)	.33 (.43)	.80 (.14)	3	.82	.10
S1 Inconsistent	.32 (.26)	.13 (.33)	.16 (.30)	.49 (.59)	3	.81	.10
S2 Consistent	.27 (.34)	.37 (.29)	.03 (.37)	-.30 (.09)	3	4.40*	.37
S2 Inconsistent	-.04 (.29)	.04 (.40)	-.24 (.37)	-.38 (.13)	3	1.27	.14

$P>.05$, $P<.05^*$

Note: S1 Consistent: Sample 1 consistent (with drugs-positive), S1 Inconsistent: Sample 1 inconsistent (with drugs negative), S2 Consistent: Sample 2 consistent (without drugs, negative), S2 Inconsistent: Sample 2 inconsistent (without drugs, positive).

Note 1: A negative (-ive) score is indicative of people not agreeing with the original assumption suggested by the IRAP e.g., for S2 Consistent (without drugs, negative) alcohol users generally deem being without drugs is not negative. For S2 Inconsistent (without drugs, positive) both cannabis and alcohol users generally deem that being without drugs is not positive.

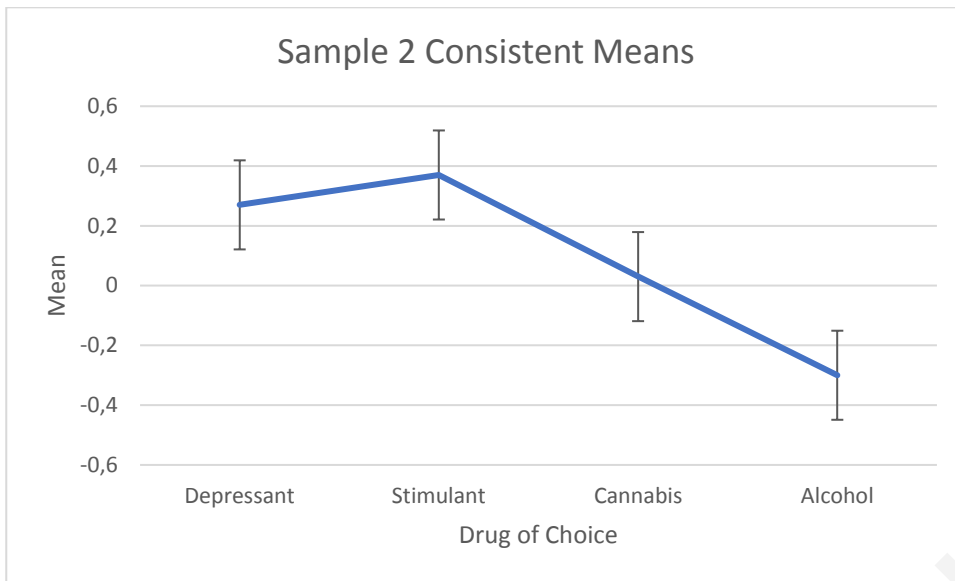


Figure 3-5
S2 Consistent D-IRAP means by drug of choice.

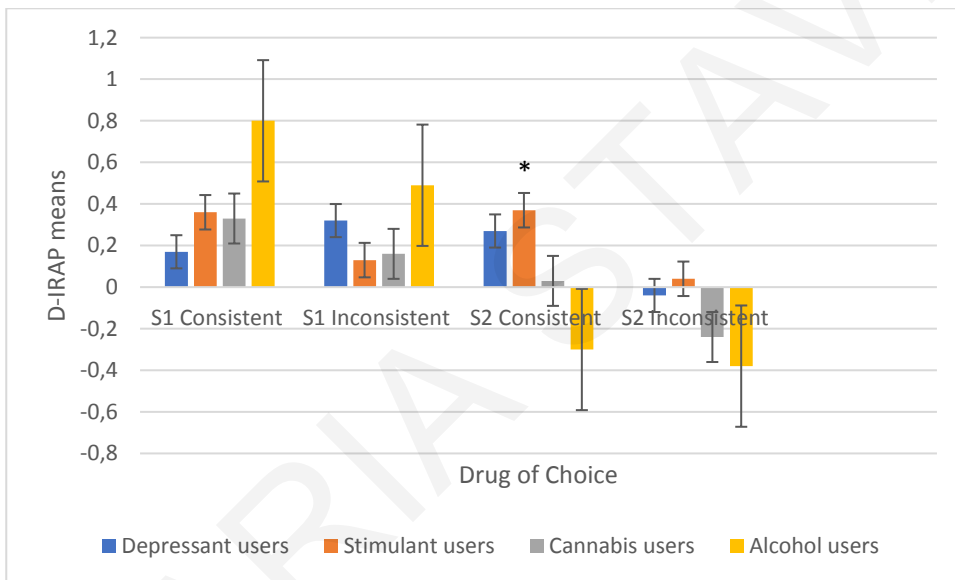


Figure 3-6
D-IRAP means by drug of choice. * = $p < .05$.

Comparing three groups rather than four

We assessed whether excluding the alcohol condition (with a small sample size of 2 people) influenced our results. The three remaining groups (depressant, stimulant and cannabis users) were used.

A one-way between-groups multivariate analysis of covariance was performed to investigate drug of choice differences in D-IRAP scores. Four dependent variables were used: Sample 1 (S1) Consistent (e.g., with drugs-positive), S1 Inconsistent (e.g., with drugs-negative), Sample 2 (S2) Consistent (e.g., without drugs-negative), S2 Inconsistent (e.g., without drugs-positive). The independent variable was drug of choice (were the three drug types: depressants, stimulants, and cannabis while excluding alcohol). Covariates again were age and living situation. Preliminary assumption testing was conducted to check for normality, linearity, univariate and multivariate outliers, homogeneity of variance covariance matrices, and multicollinearity, with no serious violations noted. Results were almost identical. There was a statistically significant difference between drug of choice on the combined dependent variables, $F(8,40) = 2.55, p < .05$; Wilk's $\Lambda = .44$, partial $\eta^2 = .34$, which implies that 34% of the variance in the canonically derived dependent variables was accounted for by drug type. The 2 covariates were not significant. When the results for the dependent variables were considered separately, the only difference to reach statistical significance, was the S2 Consistent subscale (e.g., without drugs-positive) $F(2, 23) = 4.68; p < .05$; partial $\eta^2 = .29$, indicating a high effect size. An inspection of the mean scores indicated that the stimulant use group were associated with the highest mean score of $M = .37$ ($SD = .29$), followed by the depressant use group, associated with a mean score of $M = .27$ ($SD = .34$) and finally, the cannabis user group, associated with a mean score of $M = .03$ ($SD = .37$) The rest of the subscales were non-significant.

Correlations

The relationship between implicit measures (as measured by the overall D-IRAP score) and explicit measures (as measured by the BASAS and DCQ) was investigated using Bivariate Pearson's correlation coefficient for each drug type (drug of choice).

For depressant users, on the relationship between Overall D-IRAP scores and BASAS, we found a non-significant correlation $r = .19, p > .05$. Furthermore, again with regards to depressant users, on the relationship between Overall D-IRAP scores and DCQ, we found a non-significant correlation $r = -.08, p > .05$. With regards, stimulant users, we found a non-significant correlation $r = -.12, p > .05$ on the

relationship between Overall D-IRAP scores and BASAS. Interestingly, with regards to stimulant users, on the relationship between Overall D-IRAP scores and DCQ, we found a significant correlation $r = -.79$, $p < .05$, indicating a high negative correlation e.g., the higher the D-IRAP (i.e., more drug positive beliefs) scores the less reported craving. With regards cannabis users, we found a non-significant correlation $r = -.12$, $p > .05$ on the relationship between Overall D-IRAP scores and BASAS as well as on the relationship between Overall D-IRAP scores and DCQ, $r = -$, $p > .05$. Alcohol specific correlations could not be calculated due to our small sample.

Discussion

The IRAP has many benefits compared to its predecessors including validity, reliability, specificity, immunity from “fakability”, as well as a theoretically sound background (Drake, Seymoor & Habib, 2016; Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). Two studies one on alcohol and one on cocaine, have to date examined implicit drug related attitudes using the IRAP. However, no IRAP studies have investigated depressant or cannabis users (Carpenter et al., 2012; Callaghan et al., 2017). Only one study previously used implicit measures (i.e., the drug Stroop), to differentiate between users depending on their drug of choice (Carpenter et al., 2006); however results should be replicated using more valid and theoretically sound tools such as the IRAP. Furthermore, previous studies suggest that there is a relatively high correspondence between explicit and implicit measures (e.g., Banse, Seise, & Zerbis, 2001; Hofmann et al., 2015; Teachman et al., 2001) a fact that contradicts theories suggesting that implicit tools capture impulsive rather than reflective processes, unlike explicit tools (Barrett, Tugade & Engle, 2004; Strack & Deutsch, 2004). In line with theory, studies examining the correspondence between explicit and implicit measures when using the IRAP in a variety of non-clinical populations (and not including people DD) however have suggested that these measures do not correspond (Barnes-Holmes et al., 2010).

We hypothesized that cannabis drug users would display lower positive biases towards drug cues compared to all other users. Furthermore, we did not expect other drug users to differ, with respect to their biases. These hypotheses were based on a previous study suggesting that cocaine users have higher attentional bias towards drug cues compared to cannabis users, but that heroin and cocaine users do not differ in this respect (Carpenter et al., 2006). The results showed that cocaine users have a positive bias towards drugs which is stronger than that of cannabis users. For example, compared to stimulant users, cannabis users were found to see abstaining from drugs as less negative. In other words, while stimulant users could find many reasons why abstaining from drugs was a bad thing, cannabis users found it easier to abstain. Additionally, in agreement with our hypothesis, no other drug displayed significant differences in their biases. Our results could be explained by the fact that dependence is less severe in cannabis compared to cocaine users (Budney et al., 1998; Stephens, Roffman & Simpson, 1993), with negative consequences associated with cannabis being overall less pronounced compared to those associated with cocaine (Roe et al., 2010).

According to the RFT model, IRAP effects indicative of positive drug bias would likely emerge from exposure to some of the verbal and nonverbal contingencies that operate for drug-taking individuals who experience positive drug consequences and spend time with other drug users who have similar positive drug consequences (e.g., portrayal of using as beneficial with regards to behaviours, emotions, thoughts as well as physical sensations).

Finally, we hypothesized that the results of IRAP would positively correlate with the results of the “Drug craving questionnaire” (DCQ; Marin-Navarrete et al., 2011) and the “Beliefs About Substance Abuse Scale” (BASAS; Beck et al., 1993) for all drug users except for cannabis users. Interestingly, our results showed that with regards to stimulant users, implicit and explicit scores were negatively correlated. None of our other measures were correlated. Specifically, our results showed that the more implicitly reported drug positive beliefs the less explicitly reported craving. This finding can be explained by the fact that stimulant users can go to extreme lengths as a result of their cravings, which can lead them to

behave in previously unthinkable ways such as lying and manipulation, among others (Chaves et al., 2011).

The divergence that was found between our explicit and IRAP measurements are consistent with previous literature (Barnes-Holmes et al., 2010). Researchers have previously suggested that the IRAP effect diverges from explicit measures because of the rapid-response requirement, which significantly reduces the ability of extended relational networks to “contaminate” the targeted relational responding (Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000). Theoretically, the REC model assumes that responses to explicit measures likely reflect relatively elaborate and coherent relational responding. In other words, when asked to express an attitude or belief on an issue, it is likely that a person will produce a relational response that coheres with one or more other relational responses in his or her behavioural repertoire (Barnes-Holmes, Hayes, & Dymond, 2001). Relevant relational networks, such as “It is wrong to take drugs” are likely to play a role when filling in explicit measures. Furthermore, explicit measures are typically not completed under high time pressure, and thus participants have enough time to engage in the extended relational responding that is needed to produce a response that coheres with one or more other relational responses. When exposed to a time-pressured IRAP, however, the impact of a participant’s elaborated relational responding would be absent or significantly reduced because there is insufficient time. Explicit measures require additional and sometimes complex relational activity that serves to generate a relationally coherent response. In explaining the divergence between implicit and explicit measures the REC model states that participant measurement will diverge if their implicit beliefs do not cohere with their more elaborate and extended relational responding (Gawronski, LeBel, & Peters, 2007).

Alternatively, one could argue that implicitly assessed cognitions are generally accessible to explicit self-report, but that these cognitions are not expressed in explicit judgments when people are motivated and able to control their overt responses (Fazio & Olson, 2003; Strack & Deutsch, 2004; Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000). In this case, correlations between implicit and explicit self-reports should vary systematically as a function of the motivation and the cognitive capacity to control the

influence of automatically activated cognitions. Roddy et al. (2010) previously reported that the IRAP offered a greater contribution than the IAT to the predictive validity of explicit measures, which ultimately means that IRAP and explicit tests should correlate. As a response to the differing theoretical standpoints, Greenwald et al. (2002) suggested that identifying moderator variables, will better aid in the understanding of the interplay between implicit and explicit indicators and ultimately of the constructs that underlie those measures.

Inconsistencies between our results and those of previous studies can be explained by study moderators. One such moderator is the nature of the employed explicit measure. Because the IAT and to our knowledge the IRAP too, is often considered to be a measure of automatic affective responses, correlations might be higher to affective rather than to cognitive self-report measures (Banse et al., 2001). This latter finding might explain why in our study implicit and explicit tools correlated when measuring craving (DCQ) but not when measuring drug-specific cognitive distortions (BASAS). Another moderator relates to the bipolarity of explicit measures. Given both the IATs and IRAPs bipolar nature (e.g., depressant-users vs. stimulant-users) and (e.g., good vs. bad), correlations are higher when explicit measures are bipolar (e.g., pro-drugs) implies disliking of a second concept (e.g., anti-drugs). However, given the ambiguous nature of addictions, a person can simultaneously hold both negative and positive beliefs towards drug use and therefore drugs as a topic under consideration can never be truly bipolar by nature (Houben et al., 2006; Jajodia & Earleywine, 2003).

With regards to the IRAP the lack of a correlation could also be explained by the fact that we used a reduced latency criterion set at 2000ms. We did this in order to maximise the effectiveness of the IRAP as an implicit tool. A related finding showed that reducing the practice latency criterion from 3000 to 2000ms. serves to increase bias effects on the IRAP (Barnes-Holmes et al., 2010), however it might also have the limitation that it reduces sample size, given that many people are unable to meet this stricter criterion. Time pressure and as such reduced cognitive capacity moderates the contaminating impact of elaborated relational responding, which improves implicitness (Conrey et al., 2005).

Taken together, our findings suggest that negative drug bias plays an important role in the maintenance of and possible relapse towards addictive behaviours. As such, mindfulness-based relapse prevention might be useful, especially in early remission and withdrawal, given that these periods may be both stressful and emotional for drug users (Baker et al., 2006; Hendershot et al., 2011; Witkiewitz et al., 2013). Furthermore, our findings indicate that relapse prevention for cannabis users could particularly focus on the positive aspects of staying clean as well as enhance skills needed to employ positive behaviours that promote abstinence such as seeking social support, positive emotional expression and changing their environment through increased exercise and healthy recreation (Budney et al., 1998; Hendershot et al., 2011; Witkiewitz, Lustyk & Bowen, 2013).

Limitations:

Of course, there are some methodological limitations of the current study. 23% of our participants failed to complete the IRAP. One potential reason for the completion failure may have been that the IRAP is a cognitively challenging task and high failure rates have been found in previous IRAP related research (Roddy, Stewart, & Barnes Holmes, 2010). Making the IRAP less cognitively challenging by increasing the latency criterion in order to improve completion failure would ultimately also impact the “implicitness” of this measure (Barnes-Holmes et al., 2010; Conrey et al., 2005). A possible solution for this is to increase the number of people tested in order to account for completion failure.

Furthermore, a potential problem with using the IRAP in Greek was that one-word sentences were generally deemed hard to comprehend by participants using the Greek language IRAP. Furthermore, Greek words are usually of longer length compared to English words and therefore reaction times to the Greek IRAP might take longer generally, compared to English versions. Future studies might try to accommodate for this difference by increasing the latency criterion. Additionally, according to the literature, substance use is associated with alexithymia (Pedersen et al., 2016). Alexithymia refers to a psychological trait encompassing difficulties identifying and describing emotions and differentiating feelings (Pedersen et al., 2016). Drugs can also impact on one’s ability to detect and respond to emotional

facial expressions (Dimberg et al., 2000). In this regard, previous research showed a smaller IAT effect for “P-IAT” (picture implicit association test) when compared to W-IAT (Word implicit association test; Foroni & Bahar 2010). These studies suggest that including picture stimuli may have slowed down our response times even further, thus increasing the number of people who did not meet our reaction criterion of 2000ms. Additionally, 2000ms is already an ambitious reaction criterion when it comes to clinical populations, despite this improving study reliability (Barnes-Holmes, Murphy et al., 2010)

A third limitation could be that inconsistencies between our data and previous research could be reflective of our more drug generic as opposed to substance specific measurement tools. Previous implicit research specifically when using the Stroop has shown that heroin or cocaine specific Stroops were more accurate than the more generic drug-Stroop (Baayen, Piepenbrock, & Gulikers, 1995). Furthermore, this lack of precision has also been seen when comparing specific vs. generic explicit tools (Ware et al., 2016), which again was a problem in our study.

Finally, some research suggests that the D-IRAP algorithm is not always an appropriate method for analysing IRAP data (McKenna et al., 2007). Future research is needed to determine when the D-IRAP algorithm produces valid and reliable results and when the latter is more appropriate than the more traditional 300-ms to 3,000-ms adjusted latency cut-offs used in other IRAP experiment protocols (Barnes-Holmes et al., 2006; McKenna et al., 2007).

Future work

Cognitive bias modification has previously been used in addiction as a means by which to minimise relapse (Fadardi & Cox, 2009; Schoenmakers et al., 2010). Specifically, the alcohol approach/avoidance task (alcohol-AAT; Wiers et al., 2009) where participants are instructed to respond with an approach movement (pulling a joystick) to pictures of one type e.g., soft drinks and to respond with an avoidance movement (pushing a joystick) to pictures of another type e.g., alcohol; has shown promising results in the field of alcohol rehabilitation (Wiers et al., 2011). In the same instance, biases identified by the IRAP have also been shown to be malleable using appropriate exemplar training (AET;

Cullen et al., 2009). Future research could modify implicit drug biases by using AET. AET would in this case involve viewing pictures of familial admired people, admired drug-using celebrities or ex-users saying no to drugs, or indeed saying yes to alternative positive activities. The REC model assumes that the exemplar training would impact largely on immediate relational responding but less so on extended and coherent relational networks; therefore implicit rather than explicit tools should be used to test such a hypothesis.

Second, research should examine the impact of potentially important moderating procedural and participant variables on the IRAP such as order, picture and language effects as well as population differences especially with regards to the latency criterion or the D-algorithm. Moderating variables responsible for inconsistent results when using the IAT have previously been examined; however IRAP specific moderators are still lacking (Barnes-Holmes et al., 2010). This ultimately leaves the IRAP vulnerable given some inconsistent results (regarding the correspondence between explicit and IRAP measures), which have been left unexplained.

Conclusions

Deciphering the potential difference between different drugs such as alcohol, cannabis, stimulants and depressants will go a long way into examining possible individual difference factors behind drug maintenance. Furthermore, it can pave the way for more personalized treatments, ensure longer lasting abstinence and reduce relapse.

Chapter IV: Evaluating and comparing three cognitive self-help interventions for relapse prevention in drug dependent individuals

Introduction

The cognitive account (CA) for drug dependencies (DD) is derived from the “common-sense” view that cognitions are responsible for both emotional and behavioural reactions (Beck & Alford, 2000; Lazarus, 1991, Lazarus, 1998; Schachter & Singer, 1962). According to the CA, problem drug use, results from a complex interaction between different types of cognitions (e.g., automatic thoughts, basic beliefs, values, opinions, expectations, and suppositions; Beck & Alford, 2000). Together, these cognitions result in a flawed assessment of a given situation, that is overestimating the positive effects of drug use (e.g., somatic, emotional and behavioural changes that result from use) and underestimating the negative effects; as well as underestimating one’s own ability to withstand or function without drugs (Beck & Alford, 2000). Dysfunctional cognitions are thought to both push people to use as well as create impetus for continued use (Beck & Alford, 2000; Beck et al., 1993). Techniques used by the CA such as cognitive reappraisal (CR), aim to identify, test the reality of and correct these dysfunctional cognitions (Beck & Alford, 2000; Beck et al., 1997).

CR is an emotion regulation strategy that involves changing the trajectory of a thought and resultant emotional response and behaviour by reinterpreting the meaning of the stimulus (Ray et al., 2010). The CR process involves two parts: a) *recognition* of one’s negative response, and b) *reinterpretation* of the situation to either reduce the severity of the negative response or replace the negative attitude with a more realistic one (Haga, Kraft & Corby, 2007). Studies have shown that prolonged practice of CR techniques seems to alleviate emotional distress in the context of high life stress (Troy et al., 2010). Cognitive Behavioural Therapy (CBT) as its name implies is made up of both a cognitive reappraisal and a behavioural component. In this regard, CBT dismantling studies provide further support for the effectiveness of CR in the treatment of various conditions (Forman et al., 2007;

Ruiz, 2012) and have, more specifically, demonstrated significant reductions in the frequency and severity of drug use (Hofmann, 2004; Monti et al., 1993; Rawson et al., 2002). Dismantling studies are often used to investigate the efficacy of separate component parts of a treatment package in order to detect “active ingredients” necessary for treatment success. Furthermore, in a mediation study examining symptom reduction in a variety of populations including addicted individuals, symptom reduction came as a result of a shift in hindsight bias, self-blame and overgeneralization all of which were worked through using CR as opposed to behavioural modification (Needleman, presentation 2009).

When examining the effectiveness of the whole CBT relapse prevention treatment package, specific for DD, more evidence can be found in favour of CR. Consequently, the American Psychological Association (APA, 2006) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice in Psychology, (EBPP) together with the National Institute for Care and Health Excellence (NICE guidelines, 2014 and updated 2018), state that cognitive-behavioural relapse prevention (CBT RP; Marlatt and Donovan, 2008) is the treatment of choice for people with DD issues (Baardseth et al., 2013; U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, Additional Resources, Substance Use Addiction and Treatment; 2018). Meta analytic reviews show strong evidence for the efficacy of Relapse Prevention (RP) and by association CR for cannabis dependence (large effect sizes) when compared to control conditions (e.g., treatment as usual, wait list and medication; Dutra et al., 2008). In a different meta-analytic review on cognitive-behavioural relapse prevention (CBT RP) for DD, using 34 Randomised Control Trials (RCTs), an overall medium effect size was concluded, with separate studies yielding effect sizes ranging from small to large depending on the substance use targeted (McHugh et al., 2011). Larger effect sizes were found for cannabis, followed by cocaine, opioids, and lower effect sizes for poly-substance dependence (McHugh et al., 2011). In conclusion, despite small effect sizes in some instances, CBT RP showed effectiveness in increasing abstinence rates and ameliorated quality of life for all DD (Magill & Ray, 2009).

Nevertheless, there is research to show that in certain instances CR has the possibility of increasing negative emotions by allowing an individual to over-think the negative stimulus and perceive it as worse than initially thought (De Raedt & Koster, 2010). Additional research suggests that under controllable circumstances, aptitude in cognitive reappraisal exacerbates symptoms (Troy, Shallcross & Mauss, 2013). These results suggest that no emotion regulation strategy is always adaptive (Aldao, Sheppes & Gross, 2015). Adaptive emotion regulation is instead likely to involve the ability to use a wide variety of strategies in different contexts, an ability known as regulatory flexibility, rather than relying on just one strategy in all contexts (Bonanno & Burton, 2013; Heij, 2010).

Additionally, some dismantling studies suggest that CR is not a necessary or integral part of treatment (Oakley-Browne et al., 2000). This view is based on the criticism that only a handful of studies suggest that CBT's efficacious results occur as a direct consequence of cognitive mechanisms of action. To give an example, in a drug related mediation study, BT supporters stated that changes in drug related beliefs came as a result of behaviour change and there was no proof that cognitive change was a direct result of CR (Crits-Christoph et al., 2003). Other researchers have gone as far as to argue that given limited evidence to support any additional value when targeting cognitions directly there is no need for including CR in the treatment package, therefore sparing any added expense (Barracca, 2012; Dobson & Khatri, 2000). Further evidence suggesting that CR might have its limitations, comes from research on the whole CBT RP package, which suggests that treatment drop out and relapse, when using this method, are extremely common (Carroll et al., 1994; Dutra et al., 2008). Considering both DD relapse rates and dropouts, it can be concluded that over half of the participants who began RP treatment do not respond to treatment (Petry et al., 2002). In a different study, despite participants' desire to stop using, as indicated through self-report questionnaires, 70–85% of people who attended RP treatment programs relapsed within a year (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000). Recent research has also shown that poor handling of internal/ interoceptive cues in treatment (e.g., thoughts, emotions, and somatic sensations) is a potential

reason why DD CBT RP treatment shows mediocre abstinence rates and high rates of relapse (Otto et al 2007). Studies have shown that avoiding, trying to change, control or suppress internal drug cues such as negative or positive thoughts/emotions, drug craving, and somatic withdrawal symptoms which might be part of the CR method, paradoxically lead to an increase in these internal cues (Bowen et al., 2007).

Given criticisms of CR (Barracca, 2012; De Raedt & Koster, 2010; Troy, Shallcross & Mauss, 2013), newer 3rd wave Cognitive Behavioural therapies (CBT) such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) offer an alternative to CR, a cognitive strategy known as Cognitive Defusion (CD). In CD, people are asked to accept their thoughts for what they are, make space for them by acknowledging them as such, and choosing to not engage with the literal verbal content (Hayes & Lillis, 2012; Segal, Teasdale, & Williams, 2002). The CD technique is hypothesized to work by changing the *context* in which the thought occurs rather than the *content* of the thought, as is the case with CR (Deacon et al., 2011; Luciano et al., 2011; Masuda et al., 2004; Pilecki & McKay, 2012).

To date, most of the research on CD effectiveness has not resulted from testing CD as a stand-alone technique but as a part of the ACT treatment package; therefore the role of defusion techniques per se is not yet well known (Luoma & Hayes, 2009). A few studies examining the impact of CD as a stand-alone technique when alleviating distressful self-referential thoughts (e.g., I am fat), have shown that CD reduced both discomfort and believability of thoughts, to a greater extent compared to a distraction and a thought control task (Masuda et al., 2004; Masuda et al., 2010). In the latter study, thought control tasks (coined as CR) were more successful in reducing emotional discomfort and believability of thoughts at six-month follow-up, whereas CD was found to provide more reductions in emotional discomfort and believability of thoughts, post treatment (Masuda et al., 2004).

More evidence for the effectiveness of CD comes from research on ACT as a complete package, albeit using short versions of the treatment package, where the defusion component was particularly emphasized (Luoma & Hayes, 2008). One such study compared ACT (with emphasis on cognitive

defusion) to treatment as usual (TAU) in the prevention of rehospitalization among psychotic individuals with active hallucinations or delusions (Bach & Hayes, 2002). This brief, 3-hour version of ACT, decreased rehospitalization by 50% over four months, through what was shown as a rapid decrease in the believability of symptoms, but no reduction in symptom frequency (Bach & Hayes, 2002). Additionally, reduction in symptom believability was demonstrated for many populations, including chronic pain (Geiser, 1992; Hayes, et al., 1999), workplace stress (Bond & Bunce, 2000), panic disorder, social anxiety, generalized anxiety disorder, bereavement, exhibitionism, anorexia and finally alcoholism (Luciano, 2011).

There have only been a few studies that have compared CD and CR as stand-alone techniques. One such study used a non-clinical sample of people with body shape concerns and examined the impact of CD and CR through a series of brief psychoeducational workshops and one-week homework assignments (Deacon et al., 2011). Although substantial improvements beyond the specific thoughts targeted for treatment were found in both conditions, defusion produced larger reductions in body image concerns, immediately following the rationale and training, while CR was associated with less immediate benefit. Improvements for both conditions remained evident at follow up (Deacon et al., 2011). Furthermore, CD seemed to outperform CR in terms of participant acceptance and increased home work (HW) completion (Deacon et al., 2011; Masuda et al., 2009, 2010). Moreover, research found that both CD and CR were associated with positive outcomes; but while defusion was associated with reduced experiential avoidance, reappraisal was associated with reduced craving in smokers (Beadman, 2014). Along similar lines, CD and CR were shown to produce equivalent improvements in self-criticism when using digital applications (Levin et al., 2018). These authors suggested that mobile apps providing cognitive defusion and cognitive reappraisal/restructuring strategies are equally effective, but work through distinct processes of change, given improvements in self-compassion and cognitive decentering

for CD and distress and dysfunctional attitudes for CR (Levin et al., 2018). The aforementioned studies all used non-clinical, or student populations as part of their samples.

Other research comparing CD and CR as stand-alone techniques especially in the area of DD do not exist; however evidence from whole treatment packages comparing ACT and CBT for increasing treatment attendance and reducing methamphetamine use, found attrition to be high (70%) and equivalent in both conditions (Smout et al., 2010). In the same study, ACT and CBT showed equivalent outcomes at post treatment for methamphetamine use, using biological assessment tools such as participant hair sample analyses, prior and following both interventions (Smout et al., 2010). In a quasi-experimental smoking study, ACT showed greater abstinence rates at the 12-month follow-up compared to the CBT intervention (Hernandez Lopez et al., 2009). Furthermore, three studies on poly-substance abuse showed comparable outcomes between ACT and CBT (Hayes et al., 2002, Wilson et al., 2012; Wilson et al., 2000). When examining the mechanism by which change is achieved, a study comparing CBT and ACT using hierarchical modelling of session by session data, showed that ACT and CBT have both common pathways (cognitive change) but also different pathways (affective change in CBT vs. affective acceptance in ACT; Forman et al., 2012; Ruiz, 2012). Overall, most studies examining the effect of whole treatment packages for both CBT and ACT show equivalent results. Furthermore, both interventions seem to be working under their perceived processes of change.

Current study

CD and CR were previously compared as stand-alone techniques in non-clinical, student populations experiencing distressing self-referential thoughts, with three studies showing CD favourable results (Deacon et al., 2011; Masuda et al., 2009; Masuda et al., 2010) and another two studies showing equivalent results for both (Beadman, 2014; Levin et al., 2018). With respect to DD populations, CD and CR were compared using the whole CBT and ACT packages, as opposed to stand-alone techniques. In order to directly examine the effect of treatment components, dismantling studies, or whole package

interventions, with an emphasis on the cognitive components were used. These studies have shown equivalent outcomes for both CD and CR when using DD populations (Hayes et al., 2002, Smout et al., 2010; Wilson et al., 2000; Wilson et al., 2012). However, no studies have directly compared CD and CR as stand-alone techniques in a DD population. This comparison is especially important in the DD population given mediocre abstinence rates accompanying RP, and its associated component parts e.g., CR (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Rawson et al., 2002). Furthermore, given the various drawbacks connected to employing CR techniques more generally (Barracca, 2012; De Raedt & Koster, 2010; Troy, Shallcross & Mauss, 2013), confusion remains as to the superiority of CD vs. CR, especially with regards to follow up conditions (Hayes et al., 2004; Masuda et al., 2009). Our study aims to clarify this finding as well as improve on some of the methodological drawbacks in the aforementioned studies by increasing skills practice (4-week interventions, with additional homework assignments), adding control groups and 3-month follow up data. Moreover, actual CR techniques employed in CBT relapse prevention protocols will be used (Masuda et al., 2004; Masuda et al., 2010). Additionally, studies assessing the effectiveness of CD have to date done so using indirect measures such as thought believability, and Distress Tolerance as opposed to its theorised process of change (Gaudiano, Herbert, Hayes, 2010). Furthermore, unavailability of specific self-report tools to assess CD have previously resulted in criticism regarding the ability to assess the effectiveness of this strategy (Forman et al., 2007). With the advent of new disease specific measurement tools such as the AAQ-SA for substance abuse (Luoma et al., 2011); more accurate conclusions as to the effectiveness of CD can be made. Our study therefore aims to use appropriate measurement tools such as: DD specific, CD vs. CR specific and validated self-report questionnaires.

Finally, CBT RP was criticised for being overly costly, as well as not being appealing to patients who want more control over their own treatment (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000). In this regard, a self-help format was found to be acceptable to both therapists and patients (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000). No previous study has examined the impact of CD vs. CR techniques using audio and therapist assisted

bibliotherapy (self-help material). This format was chosen as it is associated with lower dropout rates in people with longstanding DD problems and has been shown to be both well received and effective in this population group (Williams, 2001). Furthermore, the impact of using audio and therapist-assisted self-help as an add-on to DD TAU has not previously been compared. The hypotheses of this study are:

1) Participants receiving CD compared to CR are expected to exhibit lower actual rates of relapse (primary outcome measure), less drug cravings, higher motivation to quit and stay clean as well as higher quality of life at 6-month follow up (secondary outcome measures). This hypothesis is based on research suggesting that ACT for DD shows better outcomes at follow up when compared to already established treatments e.g., CBT (Hayes et al., 2004). The Psychoeducation (CE) and wait-list control (CC) control conditions are expected to exhibit more drug cravings, lower motivation to quit and stay clean, higher actual rates of relapse and techniques used less useful, helpful and more difficult and lower quality of life at 6-month follow up.

2) Participants receiving CD as opposed to CR will be less avoidant of interoceptive cues, such as withdrawal associated bodily sensations, emotion, thoughts. Furthermore, CD participants are expected to have self-referential thoughts that exhibit lower distress and believability compared to CR participants. The CE and CC will be more avoidant of interoceptive cues, such as withdrawal associated bodily sensations, emotions, thoughts compared to both the CR and CD conditions.

3) Participants receiving CD compared to CR are expected to find techniques used more useful, helpful and less difficult. This hypothesis is based on research suggesting that ACT techniques, specifically those related to acceptance, are perceived as less difficult to deploy than reappraisal, and have previously been associated with a smaller dampening of skin conductance level (indicating more successful regulation) when watching sad film clips in a laboratory study (Troy et al., 2018). Furthermore, CD techniques have been assumed to be favoured in comparison to CR techniques, as seen through higher rates of HW completion and higher rates of acceptability (Masuda et al., 2009, 2010; Deacon et al., 2011). The CE

condition is expected to find techniques used less useful, helpful and more difficult than both other conditions.

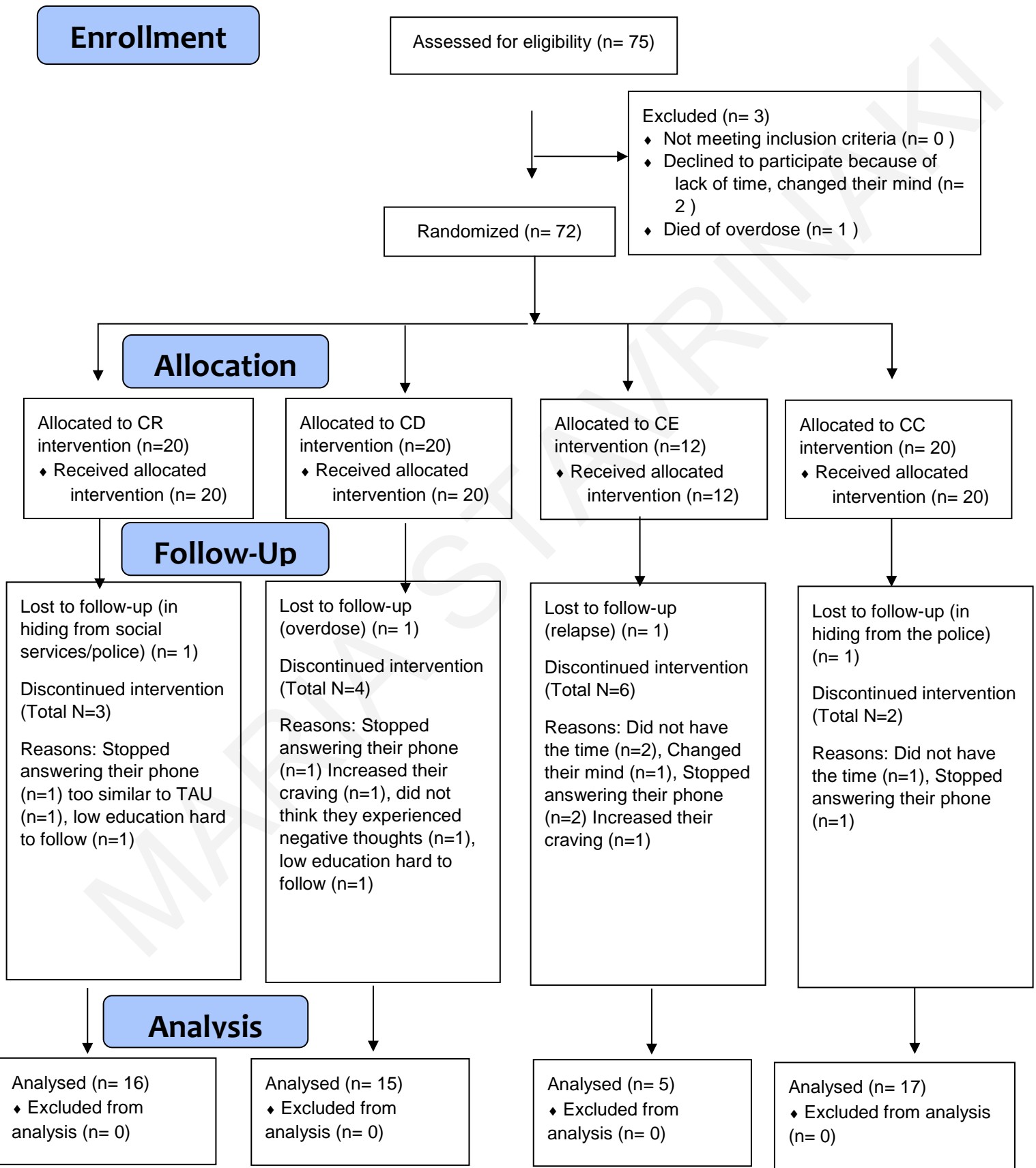
Methods

Participants

A total of 53 participants (see Figure 4-1) took part in the study (Males=37, Mean age=34, SD=7.66). Most participants were lyceum graduates (48%), however, a large proportion of the sample also consisted of university graduates (19%), gymnasium graduates (17%) and junior school graduates (14%) while postgraduates (2%) made up the least of the sample. Most participants lived with their parents (29%), as well as alone (29%), or with their spouse and children (24%). The rest of the sample were made up of other living situations (19%). Most participants were employed full time (62%) while a large portion of the sample were unemployed (19%), The rest of the sample either worked part time (10%) or were students (10%). Most participants were single (67%), while a large proportion were made up of married individuals (17%), divorced individuals (10%) and cohabiting individuals (5%).

Recruitment of participants was based on priori power calculation (Faul et al., 2007) which showed that a sample of at least 40 participants was required to detect sufficient power for a repeated measures ANOVA, within-between interaction, with an alpha level of 5%, desired power of 80% and effect size of 0.25. Number of groups were four and repetitions three. If repetitions were increased to 5, only 32 participants were required for the same test.

Figure 4-1. Consort Flow Diagram



Measures

Semi-structured interview screening measures:

The *MINI* is a short structured diagnostic psychiatric interview that ascertains the diagnosis of mental disorders and the existence of suicidality, according to the DSM-IV or the ICD-10 (Sheehan et al., 1998). It focuses mainly on current diagnoses and can accurately screen for 17 axis I disorders. The MINI has 2 to 4 screening questions per disorder. Additional symptom questions within each disorder section were asked only if the screen questions are positively endorsed (Sheehan et al., 1997). The MINI was designed to meet the need for a short but accurate structured psychiatric interview for clinical trials (Lecrubier et al., 1997). Studies on interrater and test–retest reliability of the MINI and its validity versus the ICD and the SCID showed good results (Hyphantis et al., 2011). The MINI has previously been used in studies within the Greek population (Arvaniti et al., 2005; Hyphantis et al., 2011). Cronbach’s alpha for our sample was good and ranged from $\alpha=.74$ to $\alpha=.86$. The MINI was used to assess inclusion and exclusion criteria and provide us with details regarding participant mental health comorbidity.

The *European Addiction Severity Index* (EuropASI; Kokkevi et al., 1995) is a widely used instrument that assesses drug and alcohol severity across six domains of functioning (Chemical Abuse, Medical, Psychological, Legal, Family/Social, and Employment/Support). Within each domain, the interviewer provides global ratings of severity (referred to as Interviewer Severity Ratings, or ISRs) based on the patient’s responses to objective items as well as the patient’s assessment of how bothered he/she is by problems in each domain. The ISRs, which range from 0 to 9, form the basis for the patient’s profile and treatment plan. The EuropASI is one of the most frequently used instruments in addiction research and practice. The reliability and validity of the EuropASI is well documented in a variety of populations, including Greek speaking populations (Cronbach’s alpha=.72; EuropASI; Kokkevi et al 1995). In this study the EuropASI was used in the form of a clinical interview, in order to assess client severity scores

for DD as well as determine drug of choice through drug history. Cronbach's alpha for our sample was adequate and ranged from $\alpha=.63$ to $\alpha=.74$.

The Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975) is a 10-minute 30-item assessment of cognitive impairment. It is comprised of 6 sections (Orientation: 10 Questions (Qs), Registration: 3 Qs, Attention and Calculation: 5 Qs, Recall: 3 Qs, Language: 8 Qs, Copying: 1Q) where each question amounts to one point. Scores range from 0 to 30, with 26 being a cut off score whereby cognitive impairment is implied (Agronin, 2004; Dash et al., 2005). The MMSE shows good internal consistency and validity scores (Chronbach's alpha 0.89; Espino et al., 2004). The MMSE (Fountoulakis, et al., 2000) and MMSE Revised (Constantinidou et al., 2010) have been translated and validated using Greek samples (Fountoulakis, et al, 2000). For a person to be excluded from this study an MMSE Revised score of 26 or less must be present. The MMSE Revised was used as a screening tool to test whether participants met exclusion and/or inclusion for cognitive impairment.

Urinalysis consisted of a "12-panel urine screen" from Pinnacle BioLabs assessing use of the following: Amphetamines (including Methamphetamine), Barbiturates, Benzodiazepines, Buprenorphine, Cannabinoids (THC), Cocaine, Methadone, Methaqualone, Opioids (Codeine, Morphine, Heroin, Oxycodone, Hydrocodone etc.), Phencyclidine (PCP), Propoxyphene, Synthetic Cannabinoids (K2, Spice), and Tricyclic antidepressants (TCAs). The urine sample automatically showed which of the drugs had been used, without the need to send them to a testing laboratory. Urine analysis is considered a safe and effective way of evaluating drug use (Pinnacle BioLabs, accessed 03.2018). Male research assistants accompanied male participants and female research assistants accompanied female participants, in order to ensure test results were genuine. Urinalysis was only used as a screening tool at the time of consent.

The *Breathalyzer test* is a device for calculating blood alcohol content (BAC) for a breath sample. In this study a law enforcement grade Breathalyzer the Alco-Sensor IV was used. A breath alcohol level

(BrAC of 0.08 g or over) was considered problematic. The breathalyzer test was only used as a screening tool at the time of consent.

The Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS-8; Annis & Martin, 1985) is an 8-item questionnaire pertaining to known drug triggers such as unpleasant emotions, physical discomfort, testing personal control, urges and temptations, conflict with others, social pressures and pleasant times with others in the last 12 months. Scores on the IDTS-8, range from 0 (Never) to 100% (Almost Always). This questionnaire is an adapted form of the original, 50-item IDTS self-report questionnaire, which has shown adequate reliability and validity scores (Turner, Annis & Sklar, 1997). This version of the questionnaire has not officially been validated or tested for reliability but has been shown to help clients identify their personal drug triggers in treatment (Centre for Addiction and Mental Health, CAMH; 2010). This questionnaire has been translated to Greek using back translation procedures. The IDTS was administered in the first treatment session to determine the three most frequent interoceptive cues for each participant. Participants using audio recorded therapist sessions were asked to think of one of their three most frequent interoceptive cues (based on IDTS scores) and use them during exposure. This procedure ensured more individualized treatment. Cronbach's alpha for this study was adequate ($\alpha=.72$).

Outcome Variables (DVs)

The Anxiety Sensitivity Index (ASI; Vujanovic et al., 2007) consists of 16 items, assessing the construct of Anxiety Sensitivity on a five-point Likert-type scale (from 0=*Very Little* to 4=*Very Much*). The sum of the ASI responses yields a total score ranging from 0 to 48, with higher scores associated with greater Anxiety Sensitivity. The ASI-16 demonstrates high internal consistency in Greek-speaking Cypriot (Karekla, Kapsou, & Panayiotou, 2010) and English-speaking samples (Peterson & Heilbronner, 1987) with Cronbach's alpha values of .89 and .88, respectively. The ASI demonstrates high convergent and discriminant validity with measures of anxiety and depressive symptomatology (Vujanovic et al., 2007). Furthermore, the ASI-16 has demonstrated adequate convergent validity with the Panic Disorder

sub-scale of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ, Zimmerman & Mattia, 2001) in an epidemiologic sample on Greek-speaking Cypriots (Karekla et al., 2010). The overall Cronbach's alpha for our sample was excellent ($\alpha=.90$). For the Physical subscale Cronbach's α was = .90, for the Psychological Subscale α = .80 and for the Social Subscale α = .40.

The *SF-36* (Ware, Kosinski & Keller, 1996) is a self-administered instrument assessing quality of life (QOL) using 36 equally weighted questions covering eight health status domains: physical functioning, role limitations due to physical health, pain, and general health, role limitations due to emotional problems, energy/fatigue, emotional well-being, and social functioning. The first four of these domains can be grouped into an overall physical health score; the latter four can be combined into an overall mental health score. Each of these two overall scores ranges from 0 to 100, with larger scores indicating better health status. Lower scores indicate poorer health status while higher scores indicate higher quality of life. The SF-36 has been validated in Greek with good internal validity and test retest reliability (Kontodimopoulos et al., 2007). Cronbach's alpha for our sample was excellent ($\alpha=.94$).

The *Substance Abuse Contemplation Ladder* (Beat Drugs Fund BDF, 2013; Biener & Abrams, 1991) is a single-choice visual analogue scale that depicts a ladder whose higher rungs represent greater levels of readiness to change. Contemplation ladders are rooted in the stages of change model (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), which postulates a five-stage developmental sequence of behaviour change: pre-contemplation, contemplation, preparation, action, and maintenance. Ladders provide a single continuous metric of motivation and/or readiness to change problematic behaviour (Biener & Abrams, 1991; Slavet et al., 2006). Contemplation ladders have demonstrated strong reliability and validity properties for adult substance users (LaBrie et al., 2005). A study by Hogue, Dauber and Morgenstern (2010) found that a combined contemplation ladder for alcohol and drug use had adequate psychometric properties for predictive validity, discriminant validity, convergent validity and concurrent validity. This analogue scale has been used in Greek with adolescent smokers and has shown validity scores (Savvides & Karekla, manuscript in preparation).

The questionnaires that follow have not previously been used in a Greek-speaking population and were therefore translated using back translation for the purposes of this study.

The *Diagnostic Sensations Questionnaire* (DSQ; Sanderson, Rapee, & Barlow, 1988, 1989) measures fear reactivity to somatic cues following an exposure task. This measure is frequently used with panic disorder patients (Forsyth, Eifert, & Canna, 2000; Karekla et al., 2004; Schmidt, Forsyth, Santiago, & Trakowski, 2002; Zvolensky, Lejuez, & Eifert, 1998) but has for this study been adapted to test for fear/avoidance of withdrawal type symptoms following in treatment exposure tasks. Ratings for the DSQ are made on a 9-point Likert-type scale (0 = not at all to 8 = very strongly felt), with higher scores indicating higher fear of withdrawal type symptoms. For our population the Cronbach's alpha was excellent ($\alpha=.92$).

The Substance Abuse Acceptance and Action Questionnaire The AAQ-SA (Luoma et al., 2011) is an 18-item measure comprised of two subscales measuring valued commitment and defused acceptance. Although the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) is currently the standard measure of psychological flexibility in substance misusing samples, it has not shown adequate psychometric properties. A paper by Luoma et al., (2011) demonstrated good internal consistency, factor structure (2 factors accounted for 43% of the variance) and construct validity for the AAQ-SA, which appeared to be empirically distinguishable from the AAQ-II. For the purpose of this study, only the 9-item defusion and acceptance subscale of the questionnaire was used. This is because it was used solely for the purposes of measuring defused acceptance from thoughts pre and post intervention. Higher scores on this scale indicate higher acceptance and defusion from troubling thoughts. Cronbach's alpha for this study was very good ($\alpha=.88$).

The *Beliefs about Substance Abuse Scale* (BASAS; Beck et al., 1993; Wright 1993) is a 20-item self-report measure that includes a list of cognitions believed to be relevant to drug use (e.g., "Life without using is boring," "I don't deserve to recover from drug use") that are rated on a 7-point scale from 1=totally

disagree to 7=totally agree. The internal consistency reliability (Cronbach's alpha) was found to be .86 (Crits-Christoph et al., 2003). Higher scores usually indicate a greater level of problematic cognitions. In this study all scores were reversed in order to represent cognitive reappraisal from problematic cognitions. Therefore, higher scores indicate greater cognitive reappraisal. Cronbach's alpha for our sample was excellent ($\alpha=.92$).

The Drug Craving Questionnaire (Stavrinaki & Karekla, manuscript in preparation) is a 12-item self-derived questionnaire for trait craving. It is compiled of 4 factors assessing compulsivity, expectancy, purposefulness and emotionality. Each item is scored on a Likert type scale from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The DCQ has been adapted by our researchers at ACT Healthy lab using the alcohol craving questionnaire short form (Singleton et al., 1994) as a reference base. This was done in order to assess craving in a variety of drug types rather than specifically addressing alcohol craving. Higher scores on this measure indicate higher drug craving. Cronbach's alpha for our population was very good ($\alpha=.88$). All DCQ subscales displayed good reliability with the Expectancy subscale displaying a Cronbach's alpha score of $\alpha=.79$, Purposefulness ($\alpha=.69$), Compulsivity ($\alpha=.74$) and finally Emotionality ($\alpha=.86$) in our sample.

The *Satisfaction with Techniques scale* (Stavrinaki & Karekla, unpublished manuscript) is a self-derived 3-item questionnaire examining the usefulness, helpfulness and difficulty in using the techniques presented in sessions 2 to 4 of the self-help manuals. In this regard, participants were asked to perform various exercises related either to cognitive reappraisal, cognitive defusion or psychoeducation and rate them on a Likert scale ranging from 1=Not at all to 7=Greatly so. Higher scores were indicative of greater satisfaction with the specific techniques. Cronbach's alpha for usefulness was $\alpha=.87$, while for helpfulness it was $\alpha=.90$. Finally, for difficulty it was: $\alpha=.76$.

The *Thought Assessment Scale* (Stavrinaki & Karekla, unpublished manuscript) is a self-derived 2-item questionnaire examining the distress caused by self-referential thoughts. In this regard, participants

were asked to perform various interoceptive exposure exercises (on session 2 to session 4 of the self-help manuals) and rate their belief and distress levels both pre and post either a cognitive reappraisal, cognitive defusion or psychoeducation exercise. Participants rated their belief and distress related to the thought on a Likert scale ranging from 0=Not at all to 10=Greatly so. Higher scores were indicative of greater distress and belief in the thoughts. Cronbach's alpha for distress was $\alpha = .90$ while for belief it was $\alpha = .48$. The latter scale was therefore excluded from the analysis altogether.

Procedure

Participants were recruited from inpatient governmental drug treatment units (e.g., THEMIA), from drug related inpatient and outpatient Non-Governmental Organisations (NGOs; e.g., KENTHEA, "Agia Skepi" Therapeutic Community,), a private outpatient drug rehabilitation clinic (e.g., Veresie clinic,), self-help groups (NA/AA), the Cyprus National Guard, government night schools for over 18 year olds, private and public universities and higher education institutes and an opportunistic sample of drug using peers recruited through friends and acquaintances. To be included, participants had to have a current or early remission diagnosis of DD/DA (as assessed by the MINI), be 18 years of age or above, and have adequate written knowledge of the Greek language. Exclusion criteria were: being actively suicidal or homicidal, having active or untreated comorbid disorder such as Schizophrenia, Bipolar, Severe Depression (assessed using the MINI). No participant met any of the exclusion criteria.

The study was a clinical, Randomised Control Trial (RCT) for people with DD/DA diagnosis. A letter describing the goals of the study was prepared and sent to the Director of each of the drug rehabilitation programmes inviting them to participate in the study. Programmes that agreed to participate were asked to communicate with their clients informing them about the study and requesting their consent to attend a screening day organized at the programme site. People who were not currently enrolled in a drug rehabilitation programme were again approached by means of a letter describing the goals of the study, which was sent to the highest-ranking officials at each institution. The study was approved by the

Cyprus National Bioethics Committee, the Ministry of Education ethics committee, the Ministry of Health ethics committee and the Ministry of Defence. The opportunistic sample of drug using peers was recruited directly on a face to face basis.

Assessment was conducted by doctorate level clinical psychologist trainees with some experience in drug related interviews. Assessment included an initial screening consisting of: a 10-minute assessment using the MMSE, and a 60-minute semi-structured interview using the MINI and EuropASI. Finally, a clean urine analysis and negative breathalyzer test when signing the consent were established, only as a measure by which to determine a participant's lucid agreement to participate in the study. If participants had a positive urine or breathalyser test at time of consent, they were asked to return 48hrs later to ensure lucid consent. No participants repeatedly showed up with positive urine or breathalyser tests for consent (maximum of 3 times) and thus none were excluded from the study. Furthermore, no participants met any of our exclusion criteria.

The participants who met inclusion criteria were invited to participate in the clinical trial. Participants were semi-randomly assigned to receive either the CR (N=20), CD (N=20), psycho-educational CE (N=12) or wait list control CC (N=20). This meant that due to thesis time constraints, after a period of 6 months, participants were randomly assigned only to the CR and CD conditions.

An audio assisted self-help intervention of four-sessions then took place. Each treatment session was 50 minutes in duration and included teaching and rehearsal of techniques relating to one of the interventions (CR, CD or CE). The wait list control participants either received no treatment or treatment as usual (TAU; comprised of either: case management, pharmacotherapy and/or psychological interventions including psychoeducation, family therapy, 12-steps and evidence-based treatments such as CBT or ACT) depending on where they were recruited from. HW and questionnaires were collected by research assistants on a weekly basis and 30-minute telephone discussion/problem solving sessions were arranged on a weekly basis for participants (with Clinical Psychology doctoral students). Reminder calls

also took place on a weekly basis to reinforce participants to submit and finish their HW assignments and questionnaires. At pre, process, post-treatment 3 months FU and 6 months FU, participants were asked to complete the questionnaire packets (e.g., including the DCQ, SF-36, DSQ, ASI, Contemplation Ladder, AAQ-SA and BASAS).

Intervention

The treatment protocols aimed at providing patients with acceptable, accessible, effective and cost-efficient self-help techniques, based on CR, CD, or CE for DD. Techniques were taught using audio directed self-help booklets as well as 20-30 min therapist check in sessions every week.

The CR treatment protocol was based on the cognitive account for DD and CBT RP DD treatment manuals (Beck et al., 1993; Marlatt & Donovan, 2008). The CD protocol was based on acceptance and mindfulness-based relapse prevention for DD (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011; Deacon et al., 2011; Hayes & Levin, 2012; Masuda et al., 2010) manuals. CE was based on psycho-educational and harm reduction manuals for DD (Icarus Project and Freedom Centre, 2012; NIDA brochures 2013). The accuracy of the treatment protocols was checked by 3 PhD. Clinical Psychology holders with affiliation to each approach. In addition to the cognitive component, interoceptive exposure also took place in all three manuals. Interoceptive drug cues were assessed using the inventory of drug taking situations (IDTS-8; Annis & Martin, 1985). Participants taking part in the intervention were instructed to make a note of their three most personally relevant interoceptive drug cues in order to use them in their exposure exercises. CR, CD and CE audio self-help manuals followed this structure (see Table 4-1 for details):

1. Identification of personally relevant, recent, interoceptive drug triggers using the IDTS-8
2. Practice techniques and exercises either based on CR, CD, or CE techniques for DD
3. Induction of personally relevant, recent, interoceptive drug triggers

4. Brief 2-item questionnaire completion regarding the distress and believability of self-referential thoughts following interoceptive exposure.
5. Application of *either* CR or CD exercises and techniques *or* CE psycho-educational exercises and harm reduction techniques
6. Brief 3-item questionnaire completion regarding technique effectiveness as well as brief 2-item questionnaire completion regarding the distress and believability of self-referential thoughts following technique application.
7. Homework assignment involving further practice of CR, CD or CE techniques in one's daily life.
8. Weekly 20-30-minute telephone check-in sessions in order to motivate participants to practice the skills taught and problem solve potential barriers to skill practice (therapists used behavioural techniques such as goal setting, reward identification, and problem-solving techniques to help motivate participants).

Table 4-1

Session outline for each self-help treatment group over a period of 4-weeks

<i>Sessions</i>	<i>CR</i>	<i>CD</i>	<i>CE</i>
S 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Learn how internal drug related cues lead to drug craving, withdrawal and relapse. 2. Identify and rate on a scale from 0-10 personally relevant internal drug cues 3. HW: complete IDTS-8 for last week 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Learn how internal drug related cues lead to drug craving, withdrawal and relapse. 2. Identify and rate on a scale from 0-10 personally relevant internal drug cues 3. HW: complete IDTS-8 for last week 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Learn how internal drug related cues lead to drug craving, withdrawal and relapse. 2. Identify and rate on a scale from 0-10 personally relevant internal drug cues 3. HW: complete IDTS-8 for last week
	<ol style="list-style-type: none"> 1. CR rationale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CD rationale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CE rationale

<p>S 2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Description of specific CR technique 3. Recall/Induce 1 of top 3 personally relevant internal cues. 4. Brief 2-item questionnaire 5. CR (writing logical alternative thoughts in response to positive drug facilitating beliefs) 6. HW: daily practice and questionnaire completion 7. Telephone assisted problem solving session 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Description of specific CD technique 3. Recall/Induce 1 of top 3 personally relevant internal cues. 4. Brief 2-item questionnaire 5. Defusion/Acceptance exercise (drug adapted “milk, milk milk” written exercise) 6. HW: daily practice and questionnaire completion 7. Telephone assisted problem solving session 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Description of specific CE technique 3. Recall/Induce 1 of top 3 personally relevant internal cues. 4. Brief 2-item questionnaire 5. Writing a paragraph comparing their average patterns of drug use with same age peers 6. HW: daily practice and questionnaire completion 7. Telephone assisted problem solving session
<p>S 3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. CR rationale/technique description 2. Somatic cue induction using hyperventilation 3. Brief 2-item questionnaire completion 4. Engage in CR (mental list of pros and cons of engaging with positive/facilitating beliefs about drugs) 5. HW and questionnaire completion 6. Telephone assisted problem-solving session 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CD rationale/technique description 2. Somatic cue induction using hyperventilation 3. Brief 2-item questionnaire completion 4. Engage in CD (leaves on a stream exercise) 5. HW and questionnaire completion 6. Telephone assisted problem-solving session 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CE rationale/ technique description 2. Somatic cue induction using hyperventilation 3. Brief 2-item questionnaire completion 4. Engage in CE (recall of drug taking instances that resulted in “no high” e.g., similar to tolerance or placebo) 5. HW and questionnaire completion 6. Telephone assisted problem-solving session

<p>S 4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choose between somatic cue induction or emotion/thought induction 2. Brief 2-item questionnaire completion 3. Engage in CR (Imagine what they would tell a clean friend; imagine them at a time when they were previously clean from drugs etc.) 4. HW practice techniques and brief questionnaire completion 5. Telephone assisted problem solving session 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choose between somatic cue induction or emotion/thought induction 2. Brief 2-item questionnaire completion 3. Engage in CD (Sunglasses metaphor) 4. HW practice techniques and brief questionnaire completion 5. Telephone assisted problem solving session 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choose between somatic cue induction or emotion/thought induction 2. Brief 2-item questionnaire completion 3. Engage in CE (Imagine ways to decrease risk of getting into a risky situation e.g., minimise risk of overdose, spread of infections etc.) 4. HW practice techniques and brief questionnaire completion 5. Telephone assisted problem solving session
-------------------	--	--	---

Note: Session 1 (S1) was identical in all three conditions.

All participants were given MP3 players with a recording of the 4 sessions. The CR, CD, CE groups were given different self-help audio recordings. In the first treatment session, the audio therapist (MP3 recording) taught clients about the relevance of internal drug related cues and how these lead to drug craving, withdrawal and relapse. The audio therapist voice was recorded using the voice over of a specialist phonologist with previous experience in mental health voiceovers for our lab (*ACThealthy*). Each participant was given a self-help booklet to follow along with the recordings, which also included a questionnaire by which to identify and rate on a scale from 0-10 personally relevant internal drug cues that occurred in the last week. The participant was given a diary and task completion HW assignment whereby they learnt to identify and rate their emotions, thoughts and physical sensations relevant to drug craving that occur in their day to day lives (Inventory of drug taking situations; IDTS-8, Annis & Martin, 1985). Session 1 was identical in all three conditions.

In Session 2, the audio therapist introduced the participants to either a CR or CD rationale and briefly described the specific techniques used for cognitive reappraisal or cognitive defusion and their effectiveness in reducing (CR) or accepting (CD) internal cues. For the CE condition, the CE rationale and technique effectiveness was briefly described. Statistics were given regarding the prevalence of DD in Cyprus among people of different age groups. The audio therapist then asked participants to recall/induce one of their three most frequent drug related internal cues by asking them to bring to their mind and vividly “replay” emotionally stimulating events which occurred in the past week or alternatively recall emotionally relevant events which at some point in their lives led to either drug use or relapse. The therapist then asked the participant to take part in (according to the group they were in: CR, CD, CE) either: 1) CR group: cognitive-restructuring/emotion altering techniques, 2) CD group: defusion/acceptance, or 3) CE group: psycho-education techniques. For example, in the CR based audio recording the participant practised writing logical alternative thoughts as a response to either facilitating or positive beliefs regarding drugs such as: “My family has supported rehabilitation efforts and therefore does care about my wellbeing”, “My craving won’t last forever, it usually comes and goes”; by using a thought record. In the CD based audio recording, participant learned to defuse from drug specific thoughts using a written, drug alternative to the “milk milk milk exercise” (e.g., writing and re-writing a personally relevant internal drug cue such as the word “dirty”, “high”, or “drunk”) for 30 seconds each (Masuda et al., 2004). For the CE condition participants were asked to write a paragraph comparing their average patterns of drug use with same age peers. HW assignments included the daily practise of techniques along with the daily rating of emotions on a scale from 0-10 pre and post using the techniques, in order to assess the immediate self-perceived effectiveness of these techniques. HW assignments and daily rating cards and audio summary information were given to each participant in the form of a participant booklet. A brief test was administered by clinical doctoral level students over the telephone, assessing whether: 1) they understood/learned the techniques taught; 2) they completed/practised the exercises; and 3) they

discussed techniques learned with others. They also problem solved any potential difficulties the participants might have had.

In Session 3, the CR or CD rationale was repeated to participants based on their assigned condition. For the CE group participants were given information on the placebo and tolerance effects of drugs and alcohol (psycho-education). Participants were also given a brief description of techniques used for defusion, cognitive reappraisal or harm reduction and their effectiveness in accepting or reducing internal cues. Participants in all groups were then instructed to perform various simple exercises known to induce drug related withdrawal and craving. Bodily sensations similar to “feeling ill” or “panicky” often mimic craving and withdrawal (Otto et al., 2003). Participants were asked to move their head rapidly back and forth to induce dizziness and then asked to hyperventilate by breathing through a straw with their nose closed for a period of several minutes, an exercise known to induce feelings of light-headedness, numbness and body tingling (Otto et al., 2003; Otto, Hong, and Safren, 2002; Otto, Safren, and Pollack, 2004). Depending on group allocation, the audio therapist then asked participants to engage in: 1) cognitive-restructuring/emotion altering technique, or 2) a defusion/acceptance technique, or 3) harm reduction technique. For example, in the CR based audio recording the participant was asked to make a mental list of both the pros and cons of engaging with positive/facilitating beliefs about drugs (from Beck et al., 1993 drug specific CT protocol) following interoceptive drug cue induction. In the CD based audio recording the patient learned to defuse from thoughts (either positive or negative) using the “leaves on a stream exercise”. In the CE based audio recording, the participant was asked to recall all the times when they used a drug at a lower than usual dose but still felt high “placebo effect” and recall the times when they used a drug at a usual for them dose but felt nothing i.e., “increased tolerance” for the drug. HW assignments and telephone calls followed the same format as in Session 2.

In Session 4, participants were asked to (depending on what they found most helpful) induce either personally relevant emotions (from the list previously created using the IDTS-8), internal bodily cues, or

thoughts by means described in either Session 2 or 3. Following induction participants were again asked to practice either in-session reappraisal, cognitive defusion or psycho-educational and harm reduction exercises. For example, in the CR based audio recording, the participant learned to reappraise a situation by imagining the advice they would provide to a non-user friend when faced with a risky situation (made personally relevant using the list previously created). Furthermore, they were asked to imagine themselves at a time in their lives when they had performed or will in the future behave in a “clean/realistic” manner in this high-risk drug situation. In the CD based audio recording, the patient learned to defuse from personally relevant thoughts using the “sunglasses” metaphor. Participants were asked to imagine what it is like when they wear very dark sunglasses indoors. They were then asked to imagine that their black glasses were their thoughts, emotions, or bodily sensations that prevent them from seeing things clearly when they are moving around in their home. Then they were asked to literally take the sunglasses off and imagine how much easier it would be to move around their home. If they noticed their thoughts, emotions or bodily sensations reappearing they were asked to say the words “Here I go again wearing my tinted sun glasses”, participants were then asked to take off their sunglasses (using their mind’s eye) and put them in their pockets. Again, they were asked to notice the difference between wearing the sunglasses and merely placing them gently in their pocket while moving around in their home. In the CE based audio recording the participant was asked to imagine ways by which to decrease their risk of getting into a risky situation. Examples of how to decrease the probability of attending a high-risk event or engaging in high-risk behaviour were given. Participants were then asked to imagine/ make a mental list of how they would decrease their risk of overdose, decrease the likelihood that they would use impure drugs, and decrease the likelihood that they would ever use in front of their children (decrease the spreading of infections to other people) if they were to use again in the future.

The exercises in all sessions were equivalent both in terms of time (minutes used to imagine or write) and in terms of modality (written, audio, or in their minds eye). A recap of the rationale and

techniques was then presented for each audio recording (CR vs. CD vs. CE). The final HW assignment was to use the techniques learnt (choose the ones they liked more) by planning them into their daily routines. HW assignments and telephone assisted problem solving followed the same format as Session 2 and 3. Finally, the participants were thanked for their dedication and a plan for a post and three months follow up questionnaire completion appointment was made.

Statistical analysis plan

The independent variables were the within-subject factor of time (pre, process, post-test, 3 months follow up and 6 months follow up) and the between-subject factor of condition (Cognitive Restructuring, Cognitive Defusion, Psychoeducation and Wait list Control). The Dependent Variables were divided into primary and secondary outcome measures: Actual Relapse (primary outcome measure), Drug Craving (DCQ), Quality of life (SF-36), Withdrawal related bodily sensations (DSQ), cognitive defusion from drug dependent thoughts (AAQ_SA), cognitive reappraisal from drug dependent thoughts (BASAS), Anxiety Sensitivity (ASI) and motivation to quit (Contemplation Ladder). Satisfaction with specific techniques as well as the distress and believability associated with self-referential thoughts were also assessed. The latter measures were considered secondary outcome measures.

Missing data was tested using Little's Missing Completely at Random test (MCAR; Little, 1988). Given the MCAR test proved non-significant, and missing data was deemed missing completely at random; missing data was then replaced using the expectation-maximization (EM) algorithm (Dempster, Laird & Rubin, 1977). The EM algorithm is a method used to calculate maximum a posteriori (MAP) estimates of parameters in statistical models (Van Dyk, David, 2000). Outliers were also identified using the Outlier Labelling Rule (Hoaglin & Iglewicz, 1987) and replaced using the Winsorizing technique (Hastings et al., 1947). We then ran descriptive statistics and frequencies, to find the means and standard deviations (SDs) as well as test for outliers, skewness and kurtosis. Shapiro-Wilk tests and Levene's tests were also used to test for normality and homogeneity of variance. The CR, CD, CC, CE groups were then

assessed in terms of their equivalence at baseline on both demographics and outcome variables. This was assessed by using χ^2 when in case of categorical variables and one-way ANOVAs when variables were continuous.

In order to assess whether participants receiving CR, CD, CE or CC differed in terms of drug related outcome measures separate mixed design ANOVAs (Split-Plot) were used. Condition was a four-level between-subjects' factor and time was a five-level within-subjects' factor. When testing for actual relapse rates and how they differed across groups, a χ^2 test was used.

Results

Shapiro-Wilk's tests (Shapiro & Wilk, 1965; Razali & Wah, 2011) and a visual inspection of the histograms, normal Q-Q plots and box plots showed that the DVs (Actual Relapse, Drug Craving (DCQ), Quality of life (SF-36), Withdrawal related bodily sensations (DSQ), cognitive defusion from drug dependent thoughts (AAQ_SA), cognitive reappraisal from drug dependent thoughts (BASAS), Anxiety Sensitivity (ASI) and motivation to quit (Contemplation Ladder) were normally distributed for all levels of the IVs (cognitive defusion, cognitive reappraisal, psychoeducation and control). Furthermore, skewness related Z-values were between -1.96 and 1.96.

When testing for actual relapse rates (primary outcome measure) and how they differed across groups a 3×4 χ^2 test was used. Separate mixed design ANOVAs (Split-Plot) were used to assess whether participants receiving CR, CD, CE or CC differed in terms of drug related secondary outcome measures e.g., DCQ, AAQ-SA, BASAS, ASI (as per our primary and secondary hypotheses). In this case, condition was a four-level between subjects' factor and time was a five-level within subjects' factor. Furthermore, separate mixed design ANOVAs (Split-Plot) were used to assess whether participants receiving CR, CD, CE or CC differed in terms of additional drug related outcome measures e.g., SF-36. In this case, condition was a four-level between subjects' factor and time was a four-level within subjects' factor. Finally, separate mixed design ANOVAs (Split-Plot) were used to assess whether participants receiving CR, CD,

CE or CC differed in terms of session to session drug related outcome measures e.g., Contemplation Ladder, usefulness, helpfulness and difficulty of sessions, distress and believability of self-referential thoughts (as per our tertiary hypothesis). In this final case, condition was a four-level between subjects' factor and time was a three-level within subjects' factor.

Participants' demographic and comorbidity characteristics by treatment group

To test differences between participants across categorical demographic and comorbidity variables, a chi-square test of independence was performed. Furthermore, a one-way ANOVA was used to assess for potential differences across age and drug and alcohol related Addiction Severity indices as well as all the DVs at baseline. Some of the analyses were significant (see Table 4-2). As a result of these significant differences: bipolar and dysthymia disorder, drug of choice and treatment centre were used as covariates for the split plot ANOVA. In order to limit the number of covariates used, Principal Components Factor Analysis was used to reduce highly correlated factors. To this effect, bipolar and dysthymia were reduced to one variable coded as mental health component while treatment centre and drug of choice were reduced to a second component coded as drug centre component.

Table 4-2

Participants' demographic, comorbidity characteristics and other differentiating factors by self-help treatment group.

Demographics comorbidity & other differentiating factors	Cognitive Reappraisal N =16	Cognitive Defusion N=15	Psychoedu- cation N=5	Wait list Control N=17	df	Test
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		F-test
Age	34.25 (8.14)	30.13 (6.73)	34.80 (9.96)	34.38 (11.16)	3,48	.76
Addiction Severity						
Drugs	.10 (.04)	.21 (.06)	.07 (.06)	.18 (.08)	3,14	2.39
Alcohol	.32 (.30)	.09 (.06)	.26 (.19)	.20 (.15)		
SF-36 at baseline						
MHS	238.33 (76.83)	280.79 (73.41)	292.83 (82.55)	274.38 (82.30)	3,49	1.10
PHS	302.72 (65.11)	314.58 (71.06)	313.43 (95.76)	310.85 (62.07)	3,34	.09
DCQ at baseline	2.48 (.91)	2.39 (.92)	2.05 (.86)	2.16 (.75)	3,49	.57
ASI at baseline	26.81 (15.57)	16.47 (11.66)	15.80 (16.87)	19.12 (11.41)	3,49	1.91
AAQ-SA at baseline	41.94 (14.81)	42.73 (12.37)	39.58 (11.83)	50.27 (10.39)	3,49	1.77
BASAS at baseline	119.56 (18.86)	123.60 (20.68)	118.40 (19.81)	126.11 (13.35)	3,49	.48
Motivation at baseline	8.6 (1.86)	8.33 (2.72)	7.80 (2.39)	7.94 (2.93)	3,49	.26
Withdrawal at baseline	2.21 (1.80)	2.21 (1.08)	2.19 (.00)	2.15 (.17)	3,49	.01
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Gender						χ^2 - test
Males	14 (87.5%)	12 (80%)	3 (60%)	16 (94%)	3	7.57
Females	2 (12.5%)	3 (20%)	2 (40%)	1 (6%)		
Education completed						
Elementary	2 (12.5%)	1 (7%)	0 (0%)	6 (35%)	12	12.40
Middle school	3 (19%)	3 (20%)	1 (20%)	3 (18%)		
High school	7 (44 %)	10 (66 %)	2 (40 %)	6 (35%)		
University	4 (25%)	1 (7%)	2 (40%)	2 (12%)		
Occupation						
Full time	10 (63%)	10 (67%)	2 (40%)	9 (53%)	9	4.25
Part time	1 (6%)	1 (7%)	1 (20%)	1 (6%)		
Student	1 (6%)	2 (13%)	1 (20%)	1 (6%)		
Unemployed	4 (25%)	2 (13%)	1 (20%)	6 (35%)		
Family Status						
Single	13 (82%)	9 (61%)	4 (80%)	9 (53%)	12	9.15
Coh/Engaged	1 (6%)	2 (13%)	0 (0%)	1 (6%)		
Married	1 (6%)	2 (13%)	1 (20%)	5 (29%)		
Divorced	1 (6%)	2 (13%)	0 (0%)	2 (12%)		
Living Situation						
Alone	6 (38%)	4 (27%)	0 (0%)	4 (24%)	12	17.68
Parents	7 (44%)	3 (20%)	3 (60%)	2 (12%)		
Sp. & kids	1 (6%)	3 (20%)	1 (20%)	7 (41%)		
Friends	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)		
Other	2 (13%)	5 (33%)	1 (20%)	2 (12%)		

Mental health						
Comorbidity						
Bipolar	0 (0%)	3 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	3	7.93*
Schizophrenia	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	3	1.94
OCD	2 (13%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (6%)	3	3.63
GAD	4 (25%)	2 (13%)	2 (40%)	5 (29%)	3	1.42
PTSD	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (6%)	3	3.88
Somatisation	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (12%)	3	5.50
Panic	7 (44%)	1 (7%)	2 (40%)	3 (18%)	3	7.20
Agoraphobia	4 (25%)	2 (13%)	0 (0%)	4 (24%)	3	3.01
SAD	1 (6%)	3 (20%)	1 (20%)	1 (6%)	3	2.33
M. Depression	3 (19%)	3 (20%)	1 (20%)	2 (12%)	3	.52
Dysthymia	9 (56%)	4 (27%)	3 (60%)	2 (12%)	3	9.55*
Hypochondria	3 (19%)	2 (13%)	1 (20%)	3 (18%)	3	.22
Treatment Centre (TAU)						
Agia Skepi	4 (25%)	8 (53%)	0 (0%)	10 (59%)	18	37.17
Veresies	1 (6%)	2 (13%)	0 (0%)	0 (0%)		**
Ithaki	3 (19%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)		
Achilleas	1 (6%)	4 (27%)	0 (0%)	1 (6%)		
No Treatment	4 (25%)	0 (0%)	2 (40%)	3 (18%)		
Tolmi	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)		
Themeas	2 (13%)	0 (0%)	3 (60%)	2 (12%)		
Drug of Choice						
Depressant	1 (6%)	6 (40%)	0 (0%)	6 (35%)	9	21.34
Stimulant	5 (31%)	5 (33%)	0 (0%)	2 (12%)		*
Cannabis	7 (44%)	4 (27%)	2 (40%)	7 (41%)		
Alcohol	3 (19%)	0 (0%)	3 (60%)	2 (12%)		
Add on or no other treatment						
Add on	12 (75%)	15 (100%)	3 (60%)	14 (82%)	3	7.72
No treat	4 (25%)	0 (0%)	2 (40%)	3 (18%)		

All $p > .05$ ns; $p < .05$ *; $p < .005$ **

Note 1: OCD: Obsessive Compulsive Disorder; GAD: Generalised Anxiety Disorder; PTSD: Post Traumatic Stress Disorder; SAD: Social Anxiety Disorder.

Note 2: Drug severity was typical of people with drug dependence ranging from 0.11-0.16 for men and 0.12- 0.18 respectively for women (Rikoon et al., 2006). Mental health comorbidity was typical of percentages (e.g., 42 - 90%) reported in various outpatient, detox and therapeutic community samples across Europe (Casares López et al., 2011; De Wilde et al., 2007; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2016; Leray et al., 2011).

Note 3: Maximum scores for SF-36, MHS=1400 and PHS:2200; for DCQ=5; for ASI=64; for AAQ-SA=63; for BASAS=140; for Contemplation Ladder =10 and for DSQ=8.

Treatment group effects depending on primary and secondary outcome variables summary plan

Table 4-3 shows the means and standard deviations of each of the treatment groups (CR: N=16; CD: N=15; CE: N=5; CC: N=17) for actual relapse rates (primary outcome) as well as for our secondary outcomes: Drug Craving (DCQ), Quality of life (SF-36), Withdrawal related bodily sensations (DSQ), cognitive defusion from drug dependent thoughts (AAQ_SA), cognitive reappraisal from drug dependent thoughts (BASAS), Anxiety Sensitivity (ASI) and motivation to quit (Contemplation Ladder). These latter secondary outcomes were examined across time. Session usefulness, helpfulness and difficulty as well as distress and believability of self-referential thoughts were also assessed for each treatment group across time (see Table 4-3). For all the split-plot ANCOVA analyses the Box's M value was non-significant at ($p > .001$; Pallant, 2011) and so covariance matrices between the groups were assumed to be equal. Furthermore, the homogeneity of variance assumption was considered satisfactory for all analyses, using a series of Levene's F-tests which were non-significant ($p > .05$) for all time points except the process measures. Process data therefore should be considered with caution. Lastly, Mauchly's tests indicated that the assumption of sphericity had in some instances been violated. Although there are ways to compensate for this assumption violation, e.g., using corrected degrees of freedom with Greenhouse-Geisser test estimates of sphericity; it is safer to inspect the multivariate statistics provided in the output when this is the case (Pallant, 2011; Stevens, 1996). We interpreted effect size using the commonly used guidelines proposed by Cohen (1988, pp. 284–7); .01=small, .06=moderate, .14=large effect size.

Treatment group effects depending on primary outcome (e.g., actual relapse)

A chi-square test of independence was performed to examine the relation between actual relapse and treatment group. The percentage of participants that relapsed did not differ by treatment group, $\chi^2 (6, N = 53) = 4.19, p > .05$. The sample included 30 respondents who remained sober, 22 who relapsed and 1 who overdosed and died (see Table 4-3 for details).

Drug Craving

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of four different conditions (CR, CD, CE and CC) on participants' scores on drug craving, across five time periods (pre-intervention, process, post-intervention, three-month follow-up and six-month follow-up). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .91$, $F(12, 114) = .37$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .03$. There was a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .78$, $F(4, 43) = 2.90$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .21$, with all conditions showing a reduction in drug craving scores across the five time periods (see Figure 4-1). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = .97$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .06$ which implies that 6% of the variance in the canonically derived dependent variable was accounted for by all treatment groups (see Table 4-3). The 2 covariates were also non-significant. When the analysis was repeated for each subcategory of the DCQ, only Emotionality and Purposefulness showed a significant main effect of time, while Expectancy and Compulsiveness were not significant for either the interaction or any of the two main effects (see Table 4-3). For all subcategories all subcategories had a downward trend with the exception of CE for Purposefulness (Figures 4-2a-d).

Quality of Life (QoL)

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of four different conditions (CR, CD, CE and CC) on participants' scores on mental quality of life, across four time periods (pre-intervention, post-intervention, three-month follow-up and six-month follow-up). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .85$, $F(9, 105) = .79$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .05$. (see Figure 4-3a). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 45) = .99$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .06$ (see Table 4-3). The 2 covariates were also non-significant.

In the case of physical quality of life, there was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .88$, $F(9, 107) = .64$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .04$. There was no significant main effect for

time, Wilks' $\Lambda = .96$, $F(3, 44) = .55$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .04$, with all conditions showing an increase in quality of life scores across the four time periods (see Figure 4-3b). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = .46$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .03$ (see Table 4-3).

Bodily Sensations Associated with Craving and or Withdrawal (DSQ)

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of three different conditions (CR, CD and CE) on participants' scores on body sensations associated with craving or withdrawal, across three time periods (session 2, session 3 and session 4). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time on the DSQ, Wilks' $\Lambda = .99$, $F(6, 90) = .06$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .00$. There was no significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .88$, $F(2, 45) = 2.95$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .12$ (see Figure 4-4). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = .48$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .03$ (see Table 4-3). None of the covariates were significant.

Cognitive Defusion

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of four different conditions (CR, CD, CE and CC) on participants' scores on cognitive defusion, across five time periods (pre-intervention, process, post-intervention, three-month follow-up and six-month follow-up). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .68$, $F(12, 114) = 1.52$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .12$. There was a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .70$, $F(4, 43) = 4.71$, $p < .005$, partial $\eta^2 = .31$, with all conditions showing an increase in cognitive defusion scores across the five time periods (see Figure 4-5). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = .71$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .04$ (see Table 4-3). The 2 covariates were also non-significant.

Cognitive Reappraisal

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of four different conditions (CR, CD, CE and CC) on participants' scores on cognitive reappraisal, across five

time periods (pre-intervention, process, post-intervention, three-month follow-up and six-month follow-up). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .90$, $F(12, 114) = .38$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .03$. There was a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .53$, $F(4, 43) = 9.60$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .47$, with all conditions showing an increase in cognitive reappraisal scores across the five time periods (see Figure 4-6). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = .58$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .04$ (see Table 4-3). None of the 2 covariates, were significant.

Anxiety Sensitivity

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of four different conditions (CR, CD, CE and CC) on participants' scores on Anxiety Sensitivity, across five time periods (pre-intervention, process, post-intervention, three-month follow-up and six-month follow-up). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .77$, $F(12, 114) = .97$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .08$. There was a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .77$, $F(4, 43) = 3.20$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .23$, with all conditions showing a decrease in Anxiety Sensitivity scores across the five time periods (see Figure 4-7). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = 2.47$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .14$ (see Table 4-3). None of the covariates were significant.

When the analysis was repeated separately for each of the Anxiety Sensitivity subscales: 1) For the Social Subscale, there was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .84$, $F(12, 114) = .67$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .06$. There was a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .47$, $F(4, 43) = 12.02$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .53$, with all conditions showing a decrease in Anxiety Sensitivity scores across the five time periods (see Figure 4-6a). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = 1.15$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .07$ (see Table 4-3). 2) For the Psychological Subscale, there was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .80$, $F(12, 114) = .85$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .07$. There was a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .71$, $F(4, 43) = 4.44$, $p < .005$,

partial $\eta^2 = .29$, with all conditions showing a decrease in Anxiety Sensitivity scores across the five time periods (see Figure 4-7b). The main effect comparing the four conditions was also significant, $F(3, 46) = 2.99$, $p < 0.5$, partial $\eta^2 = .16$ (see Table 4-3). 3) For the Physical Subscale, there was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .78$, $F(12, 114) = .94$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .08$. There was no significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .85$, $F(4, 43) = 1.89$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .15$, with all conditions showing a decrease in Anxiety Sensitivity scores across the five time periods (see Figure 4-7c). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 46) = 1.88$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .11$ (see Table 4-3).

Contemplation Ladder

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of four different conditions (CR, CD, CE and CC) on participants' scores on motivation, across three time periods (pre-intervention, post-intervention and three-month follow-up). Covariates were mental health and drug centre. There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .65$, $F(6, 14) = .56$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .19$. There was no significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .98$, $F(2, 7) = .06$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .02$, with the CD and CC conditions showing an increase in motivation scores across the three time periods, while the CR showed a decrease and CE remained unchanged (see Figure 4-8). The main effect comparing the four conditions was not significant, $F(3, 8) = .59$, $p > 0.5$, partial $\eta^2 = .18$ (see Table 4-3). None of the covariates were significant.

Examining group differences on technique usefulness

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of two different conditions (CR and CD) on participants' scores on usefulness, across three time periods (session 2, session 3 and session 4). There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .85$, $F(2, 11) = 1.00$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .15$. There was no significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .69$, $F(2, 11) = 2.48$, $p > .05$, partial $\eta^2 = .31$, with the CR showing stable usefulness over time while CD

usefulness increased (see Figure 4-9). The main effect comparing the two conditions was not significant, $F(1, 12) = 2.55, p > 0.5, \text{partial } \eta^2 = .18$ (see Table 4-3).

Examining group differences on technique helpfulness

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of two different conditions (CR and CD) on participants' scores on helpfulness, across three time periods (session 1, session 2 and session 3). There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .84, F(2, 10) = .97, p > .05, \text{partial } \eta^2 = .16$. There was however a significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .34, F(2, 10) = 9.75, p < .005, \text{partial } \eta^2 = .66$, with both CR and CD showing an increase (see Figure 4-10). The main effect comparing the two conditions was not significant, $F(1, 11) = .47, p > 0.5, \text{partial } \eta^2 = .04$ (see Table 4-3).

Examining group differences on technique difficulty

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of two different conditions (CR and CD) on participants' scores on usefulness, across three time periods (session 2, session 3 and session 4). There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .65, F(2, 10) = 2.65, p > .05, \text{partial } \eta^2 = .35$. There was no significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .81, F(2, 10) = 1.18, p > .05, \text{partial } \eta^2 = .19$, with both CR and CD showing a decrease in difficulty (see Figure 4-11). The main effect comparing the two conditions was not significant, $F(1, 11) = 0.6, p > 0.5, \text{partial } \eta^2 = .01$ (see Table 4-3).

Distress levels of self-referential thoughts

A mixed between-within subjects' analysis of variance was conducted to assess the impact of two different conditions (CR and CD) on participants' scores on usefulness, across three time periods (session 2, session 3 and session 4). There was no significant interaction between condition and time, Wilks' $\Lambda = .84, F(2, 7) = .69, p > .05, \text{partial } \eta^2 = .16$. There was no significant main effect for time, Wilks' $\Lambda = .84, F(2, 7) = .65, p > .05, \text{partial } \eta^2 = .16$, with the CR going down over time while CD stayed relatively stable with a very slight decrease (see Figure 4-12). The main effect comparing the two conditions was

significant, $F(1, 8) = 9.08, p < 0.05$, partial $\eta^2 = .53$ (see Table 4-3). The two conditions particularly differed in terms of distress on techniques such as the pros and cons list of staying clean (cost benefit analysis) vs. the leaves on a stream exercise, with CR techniques producing more distress than their CD counterparts. The two conditions also differed in terms of distress when using other techniques (e.g., thought record and asking a friend or their “clean self” for advice vs. modified drug version of the milk exercise and the sunglasses metaphor) however these differences were less pronounced than the ones already noted on previous techniques.

HW completion and manipulation check

10/16 (62.5%) of people from the CR group consistently filled in the HW on all four sessions of the self-help manual while 9/15 (60%) of people consistently filled in HW for the CD group. Finally, 0/5 (0%) of people consistently filled in HW for the CE. HW completion was therefore significantly different in the CR and CD groups compared to the CE group.

Regarding the manipulation check, all participants were subject to a 20 to 30-minute phone call after each completed self-help session. The aim of each phone call was to go over people’s understanding of techniques, problem solve problems with HW completion and increase participant motivation. In this light, all participants took part in the phone calls and received feedback regarding their understanding of techniques and HW completion. Although 5/10 (50%) from the CR group and 4/9 (44%) from the CD group originally reported difficulty in understanding and completing HW tasks, research assistants reported that all participants had a chance to go over and clarify CR and CD specific concepts as well as specific HW assignments, on a weekly half-hour basis.

Table 4-3

Drug treatment group effects on primary and secondary outcome variables Drug relevant differentiating factor scores by drug treatment group.

	CR Group (N=16)	CD Group (N=15)	CE Group (N=5)	CC Group (N=17)	df	Test	E.S
Actual Relapse						χ^2 -test	V
Clean	8	9	2	11	6	4.19	.20
Relapse	8	5	3	6			
Overdose/Death	0	1	0	0			
Drug Craving (DCQ)Total Score	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)		F-test	η^2
Pre Treatment	2.47 (.94)	2.39 (.92)	2.05 (.86)	2.16 (.75)	12,114	Int: .37	.03
Process	2.36 (.85)	2.01 (.32)	2.04 (.88)	2.19 (.04)	4,43	MT:2.90*	.21
Post	2.29 (.88)	2.21 (1.05)	1.85 (.57)	2.01 (.63)	3,46	MC: .97	.06
Treatment	2.21 (.59)	2.08 (.32)	1.65 (.59)	2.09 (.30)			
3M FU	2.05 (.67)	1.81 (.39)	1.79 (.15)	1.90 (.10)			
6M FU							
DCQ Expectancy							
Pre Treatment	2.71 (1.20)	2.44 (.99)	2.20 (1.17)	2.35 (1.16)	9,107	.44	.03
Process	2.31 (.97)	2.02 (.60)	2.37 (1.42)	2.25 (.15)	3,44	1.27	.08
Post Treatment	2.42 (1.13)	2.29 (1.12)	1.82 (.77)	2.19 (.73)	3,46	1.10	.07
3M FU	2.42 (.76)	2.03 (.38)	1.68 (.62)	2.10 (.36)			
6M FU	2.42 (.76)	2.03 (.38)	1.68 (.62)	2.10 (.36)			
DCQ Purposeful							
Pre Treatment	2.69 (1.15)	2.95 (1.08)	2.60 (1.38)	2.71 (1.20)	12,144	1.06	.09
Process	2.84 (1.00)	2.57 (.42)	2.42 (1.29)	2.66 (.00)	4,43	5.41**	.34
Post Treatment	2.71 (1.16)	2.42 (1.04)	2.79 (1.28)	2.26 (.88)	3,46	.21	.01
3M FU	2.32 (.67)	2.42 (.46)	1.84 (.76)	2.50 (.57)			
6M FU	2.16 (.88)	2.06 (.89)	2.11 (.00)	2.12 (.06)			
DCQ Compulsive							
Pre Treatment	2.22 (1.07)	1.96 (1.10)	1.47 (.51)	1.75 (.69)	12,114	.59	.05
Process	1.97 (.92)	1.75 (.46)	1.67 (.78)	1.85 (.00)	4,43	.42	.04
Post Treatment	1.98 (1.03)	2.09 (1.16)	1.42 (.45)	1.74 (.66)	3,46	1.21	.07
3M FU	2.26 (.89)	1.98 (.22)	1.59 (.54)	1.87 (.28)			
6M FU	1.91 (.80)	1.69 (.47)	1.80 (.00)	1.80 (.06)			
DCQ Emotionality							
Pre Treatment	2.24 (1.41)	2.20 (1.23)	1.93 (.86)	1.82 (1.05)	12,114	.65	.06
Process	2.31 (1.19)	1.71 (.45)	1.70 (.96)	1.99 (.00)	4,43	2.79*	.21
Post Treatment	2.04 (1.07)	2.02 (1.20)	1.37 (.51)	1.85 (.71)	3,46	.92	.06
3M FU	1.85 (.59)	1.88 (.65)	1.50 (.46)	1.89 (.32)			
6M FU	1.73 (.93)	1.44 (.44)	1.58 (.00)	1.57 (.18)			
Quality of Life SF-36 - MentalSubscale							
Pre Treatment	243.25 (76.88)	280.79 (73.41)	308.02 (86.88)	274.38 (82.30)	9,105	.79	.05
Post Treatment	270.64 (60.78)	271.94 (15.56)	332.66 (49.42)	261.02 (59.68)	3,43	1.95	.12
3M FU	270.91 (48.68)	266.99 (40.17)	312.39 (46.55)	270.22 (11.65)	3,45	.99	.06
6M FU	292.83 (33.91)	304.35 (40.20)	296.78 (.00)	295.13 (13.40)			
SF-36- Physical Subscale							
Pre Treatment	303.18 (67.36)	314.58 (71.06)	313.43 (95.76)	310.85 (62.07)	9,107	.64	.04
Post Treatment	306.60 (76.48)	295.88 (86.00)	355.17 (39.34)	320.57 (52.31)	3,44	.55	.04
3M FU	313.62 (35.19)	325.36 (8.62)	343.49 (29.34)	319.90 (22.29)	3,46	.46	.03
6M FU	321.94 (43.94)	332.83 (40.00)	326.42 (.00)	324.71 (14.04)			

Bodily sensations related to withdrawal (DSQ)							
Session 2	2.34 (1.78)	2.22 (1.08)	2.19 (.00)	No data	6,90	.06	.00
Session 3	2.22 (1.51)	1.95 (1.29)	2.00 (.00)		2,45	2.95	.12
Session 4	1.99 (.99)	1.73 (1.14)	1.85 (.00)		3,46	.48	.03
Cognitive Defusion (AAQ_SA)							
Pre Treatment	42.53 (15.13)	42.73 (12.37)	39.58 (11.83)	50.27 (10.39)	12,114	1.52	.12
Process	43.22 (12.83)	48.24 (5.52)	48.60 (9.61)	44.85 (2.28)	4,43	4.71**	.31
Post Treatment	45.47 (14.62)	47.73 (14.35)	52.07 (7.34)	49.97 (11.73)	3,46	.71	.04
3M FU	47.06 (12.14)	51.44 (3.50)	51.34 (3.21)	52.02 (4.07)			
6M FU	50.18 (7.40)	51.48 (8.98)	51.99 (.80)	52.26 (2.01)			
Cognitive Reappraisal BASAS							
Pre Treatment	119.27 (19.48)	123.60 (20.68)	118.40 (19.81)	126.11 (13.35)	12,114	.38	.03
Process	116.91 (16.68)	125.03 (8.49)	123.54 (14.32)	121.17 (.35)	4,43	9.60***	.47
Post Treatment	124.27 (16.68)	127.07 (23.49)	125.95 (7.89)	128.18 (9.37)	3,46	.58	.04
3M FU	122.17 (12.66)	126.02 (3.95)	129.61 (7.07)	124.15 (6.48)			
6M FU	130.66 (11.77)	134.35 (4.54)	132.66 (.00)	132.93 (.84)			
Anxiety Sensitivity (ASI) Total Score							
Pre Treatment	24.93 (14.11)	16.47 (11.66)	15.80 (16.87)	19.12 (11.41)	12,114	.97	.08
Process	23.25 (9.57)	19.75 (5.81)	13.40 (10.86)	23.45 (6.33)	4,43	3.20*	.23
Post Treatment	22.63 (14.44)	14.53 (11.46)	10.19 (6.88)	18.02 (11.01)	3,46	2.47	.14
3M FU	20.77 (9.03)	17.45 (5.74)	12.59 (7.97)	16.85 (4.93)			
6M FU	16.04 (10.92)	13.26 (8.70)	14.58 (.00)	14.10 (2.37)			
ASI: Social Subscale							
Pre Treatment	6.40 (1.59)	4.93 (2.28)	5.60 (2.51)	5.59 (1.97)	12,114	.67	.06
Process	5.31 (1.43)	5.14 (.55)	4.60 (3.13)	5.34 (.43)	4,43	12.02***	.53
Post Treatment	5.93 (1.91)	5.07 (2.05)	4.69 (2.32)	5.10 (2.02)	3,46	1.15	
3M FU	4.30 (1.10)	3.65 (.51)	3.09 (1.73)	3.61 (.49)			.07
6M FU	4.17 (.99)	4.43 (1.82)	4.29 (.00)	4.26 (.37)			
ASI: Psychological Subscale							
Pre Treatment	5.93 (4.79)	4.00 (4.44)	3.20 (6.10)	4.88 (3.50)	12,114	.85	.07
Process	6.50 (3.28)	5.04 (1.95)	3.20 (4.15)	6.20 (1.49)	4,43	4.44**	.29
Post Treatment	5.63 (4.83)	3.40 (4.37)	1.75 (2.40)	4.89 (4.16)	3,46	2.99*	
3M FU	5.63 (2.86)	4.08 (1.66)	3.21 (2.14)	4.27 (1.18)			.16
6M FU	3.65 (3.19)	2.56 (2.04)	3.07 (.00)	3.00 (.90)			
ASI: Physical Subscale							
Pre Treatment	12.60 (9.15)	7.53 (7.16)	7.00 (9.46)	8.65 (8.39)	12,114	.94	.08
Process	11.43 (6.67)	9.57 (3.68)	5.60 (5.69)	11.91 (4.40)	4,43	1.89	.15
Post Treatment	11.06 (8.84)	6.07 (6.58)	3.75 (3.83)	8.04 (6.75)	3,46	1.88	.11
3M FU	10.83 (5.57)	9.72 (4.05)	6.29 (4.88)	8.96 (3.60)			
6M FU	8.58 (7.13)	6.27 (6.28)	7.23 (.00)	6.85 (1.77)			
Motivation to quit (Contemplation Ladder)							
Pre Treatment	8.43 (2.30)	6.33 (5.51)	9.50 (.71)	6.50 (3.54)	6,14	.56	.19
Post Treatment	8.29 (1.70)	7.33 (2.89)	9.50 (.71)	7.00 (2.83)	2,7	.06	.02
3M FU	6.71 (2.36)	9.67 (.58)	9.50 (.71)	7.50 (3.54)	3,8	.59	.18

Usefulness							
Session 2	6.67 (.52)	5.63 (1.06)	No data	No data	2,11	1.00	.15
Session 3	6.33 (.82)	5.75 (1.04)			2,11	2.48	.31
Session 4	6.67 (.52)	6.25 (1.04)			1,12	2.55	.18
Helpfulness							
Session 2	6.00 (1.00)	5.25 (1.49)	No data	No data	2,10	.97	.16
Session 3	6.00 (1.41)	5.63 (1.19)			2,10	9.75**	.66
Session 4	6.60 (.55)	6.50 (.76)			1,11	.47	.04
Difficulty							
Session 2	3.80 (2.05)	3.63 (1.92)	No data	No data	2,10	2.65	.35
Session 3	3.40 (2.51)	4.88 (1.46)			2,10	1.18	.19
Session 4	3.60 (1.52)	3.00 (2.07)			1,11	.06	.01
Distress caused by self-referential thoughts							
	9.00 (2.16)	6.33 (3.44)	No data	No data	2,7	.69	.16
Session 2	15.25 (12.31)	5.79 (2.58)			2,7	.65	.16
Session 3	7.88 (3.09)	6.00 (2.26)			1,8	9.08*	.53
Session 4							

P>.05, P<.05*, P<.005**

Note: CR: Cognitive Reappraisal, CD: Cognitive Defusion, CE: Psychoeducation, CC: wait-list control; CE participants did not usually fill in HW assignments and CC participants were not given a treatment manual. In=Interaction effect; MT = Main effect of time; MC=Main effect of condition. ES= effect size

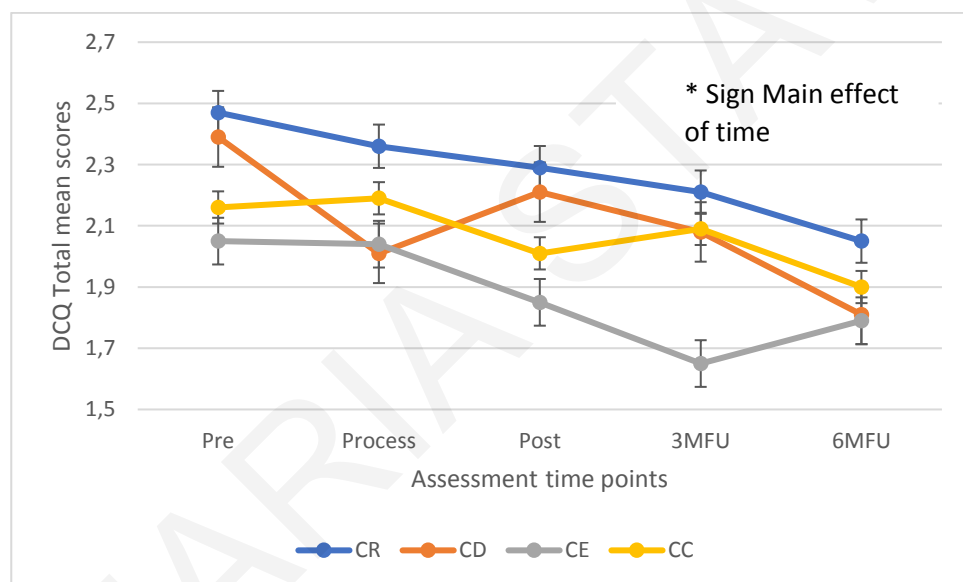


Figure 4-2
Drug craving means by self-help condition at five time points

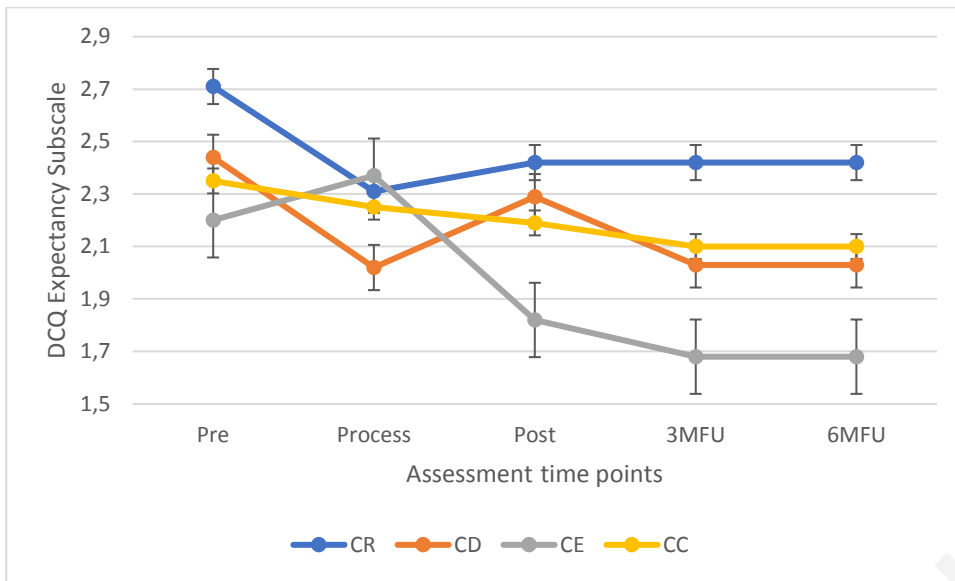


Figure 4-2a
Drug expectancy subscale means by self-help condition at five time points

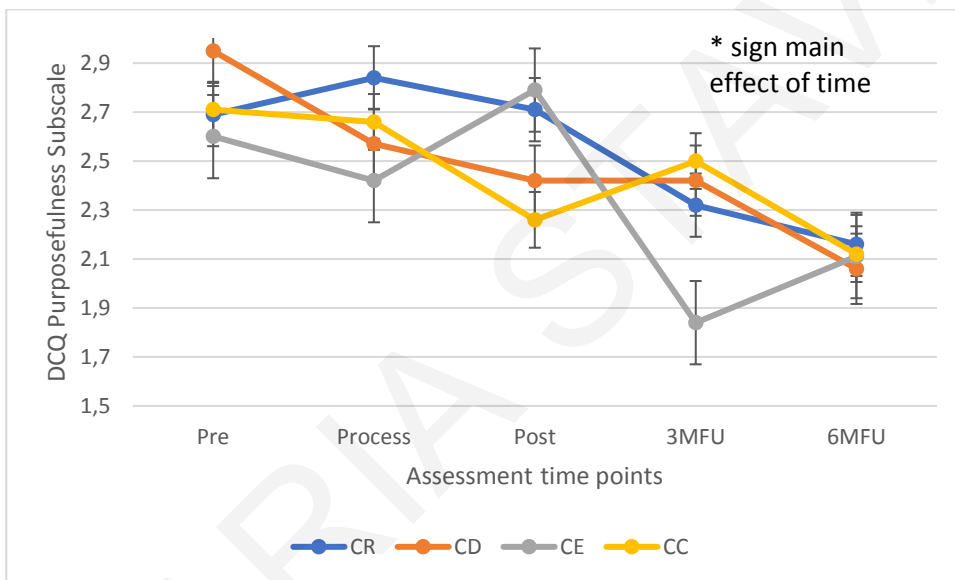


Figure 4-2b
Drug purposefulness means by self-help condition at five time points

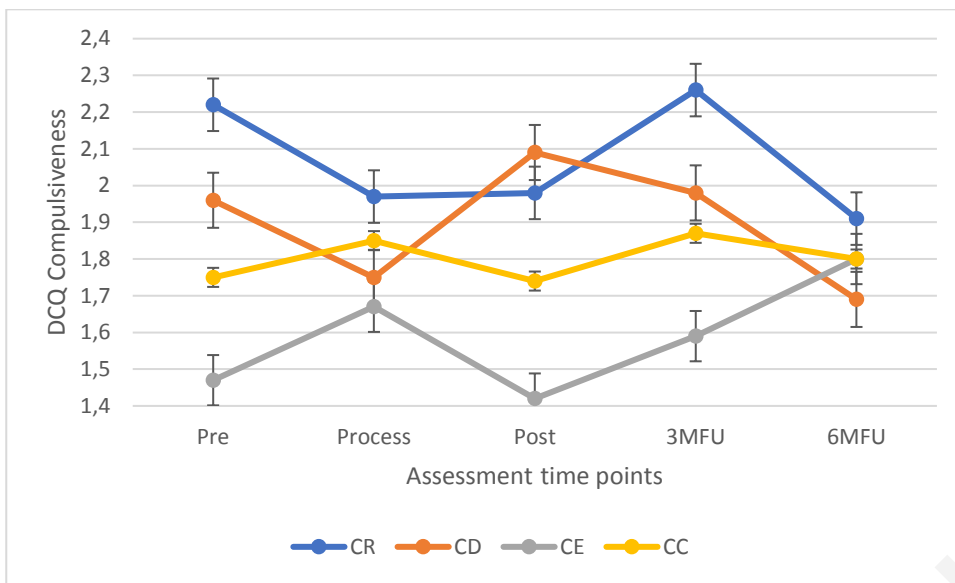


Figure 4-2c
Drug compulsiveness means by self-help condition at five time points

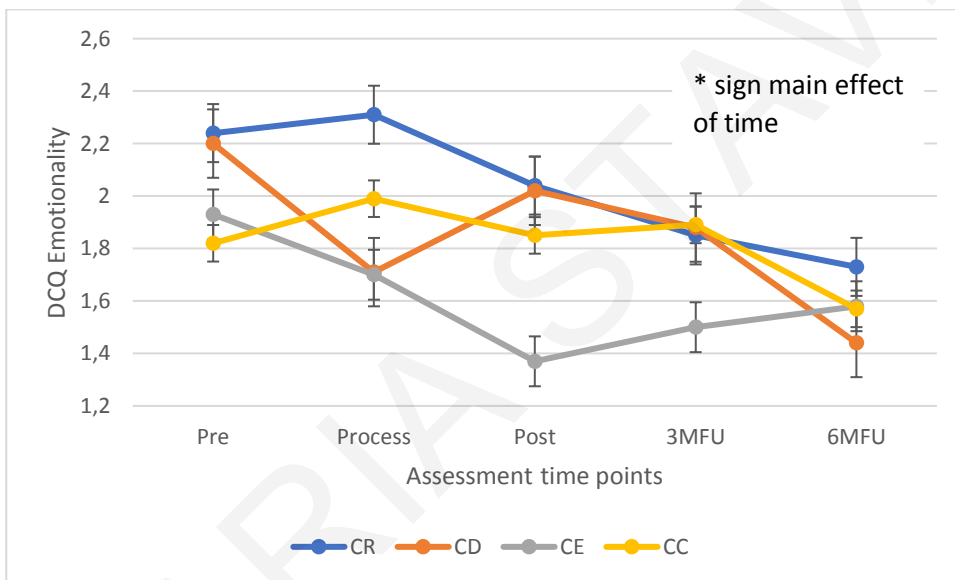


Figure 4-2d
Drug emotionality means by self-help condition at five time points

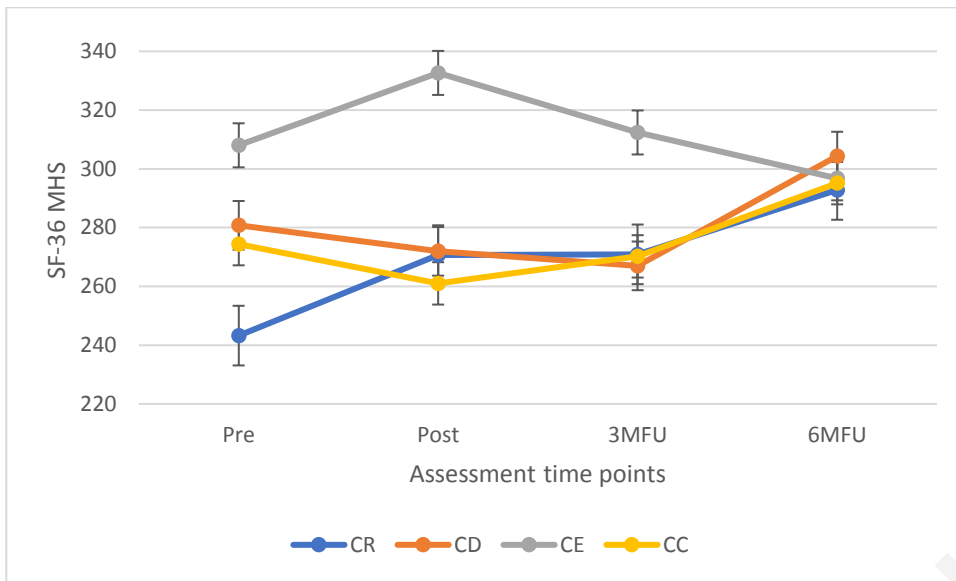


Figure 4-3a
Mental quality of life means by self-help condition at four time points

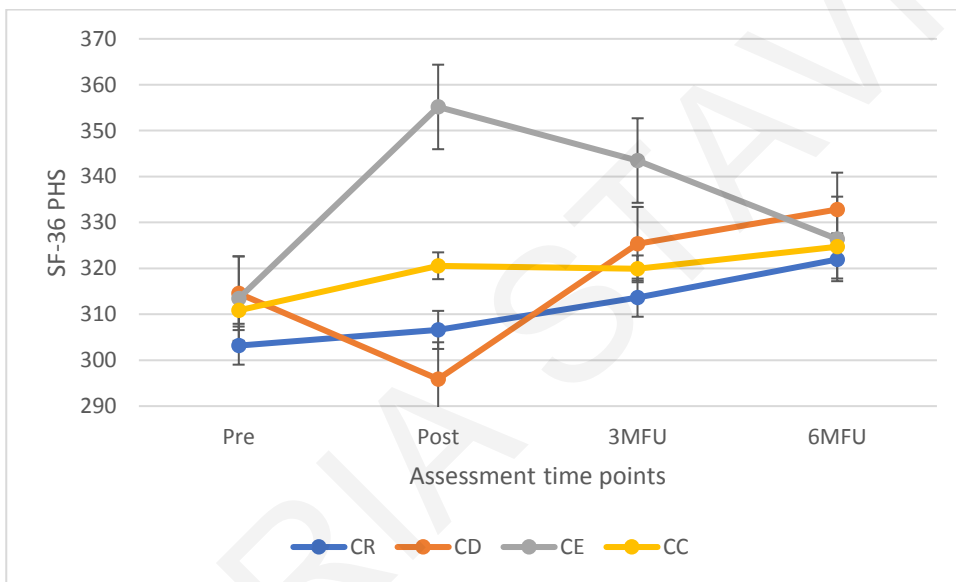


Figure 4-3b
Physical quality of life means by self-help condition at four time points

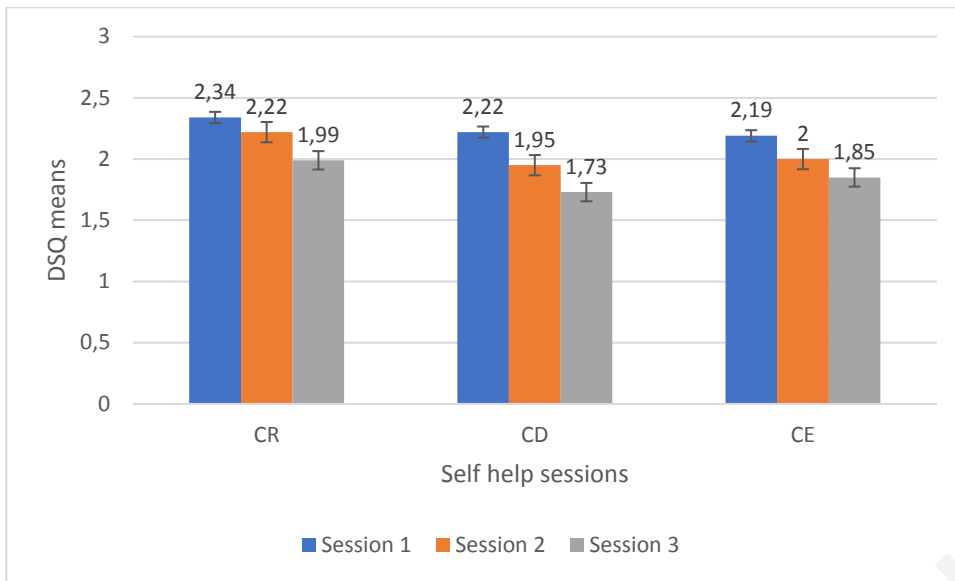


Figure 4-4
Bodily sensation means by self-help condition on each session

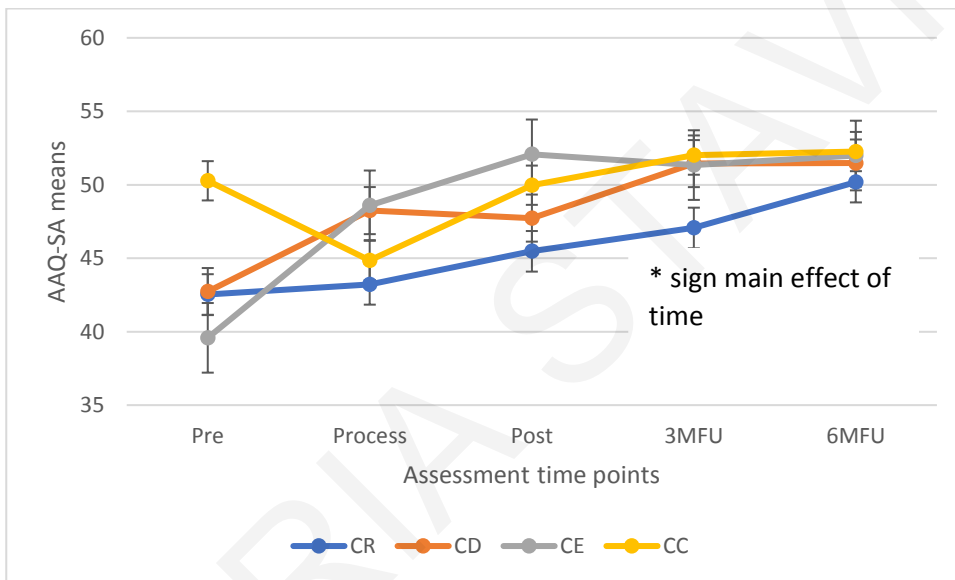


Figure 4-5
Cognitive Defusion means by self-help condition at five time points

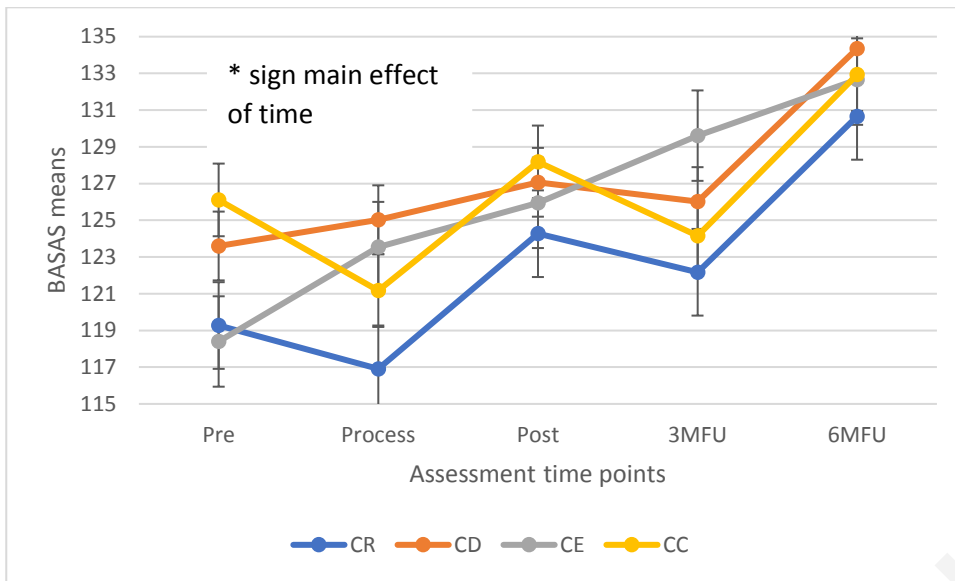


Figure 4-6
Cognitive Reappraisal means by self-help condition at five time points

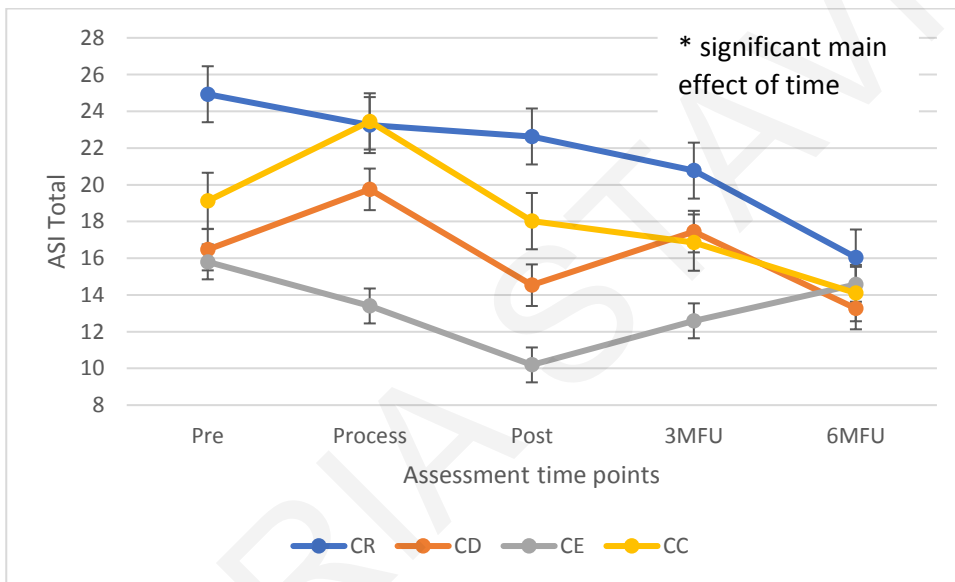


Figure 4-7
Anxiety Sensitivity means by self-help condition at five time points

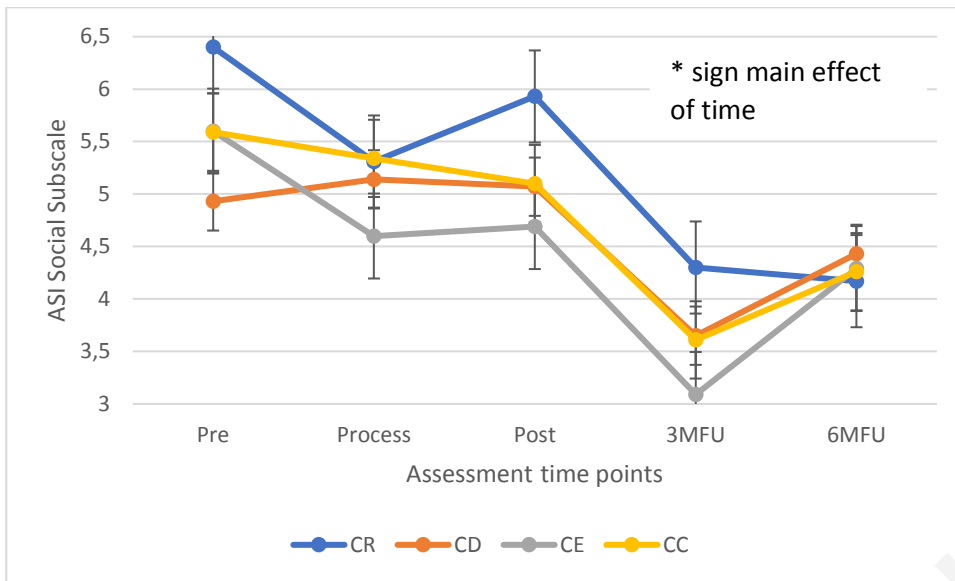


Figure 4-7 a
Social subscale means by self-help condition at five time points

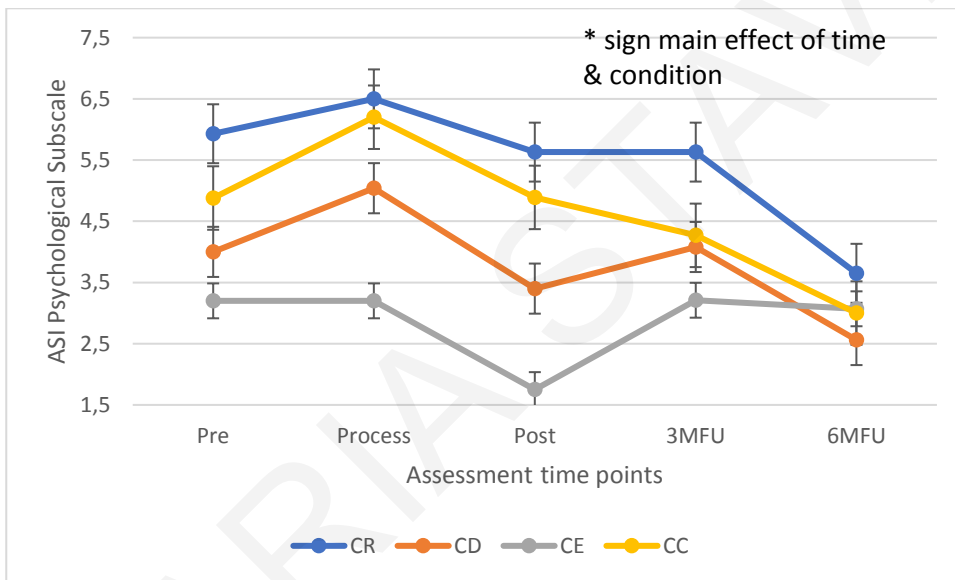


Figure 4-7 b
Psychological subscale means by self-help condition at five time points

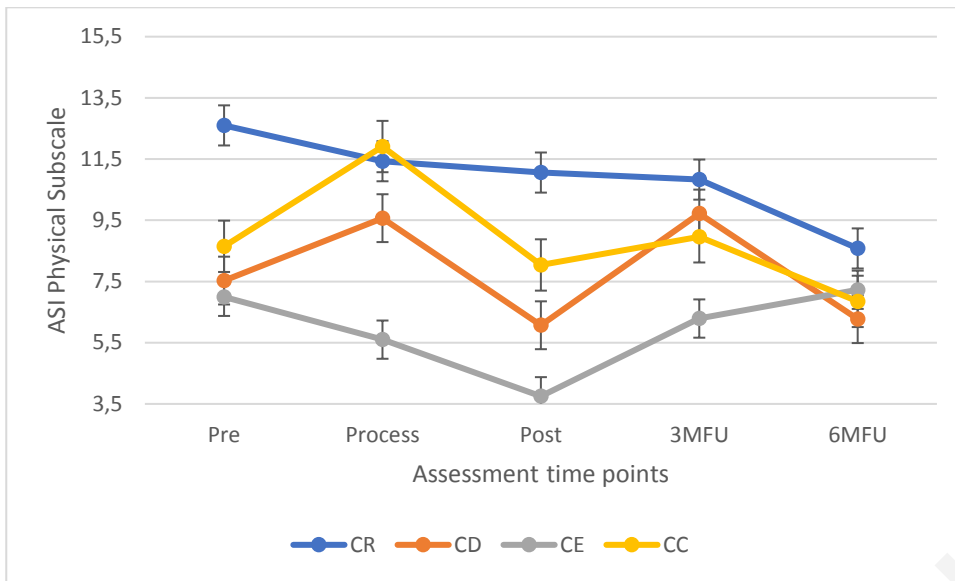


Figure 4-7 c
Physical subscale means by self-help condition at five time points

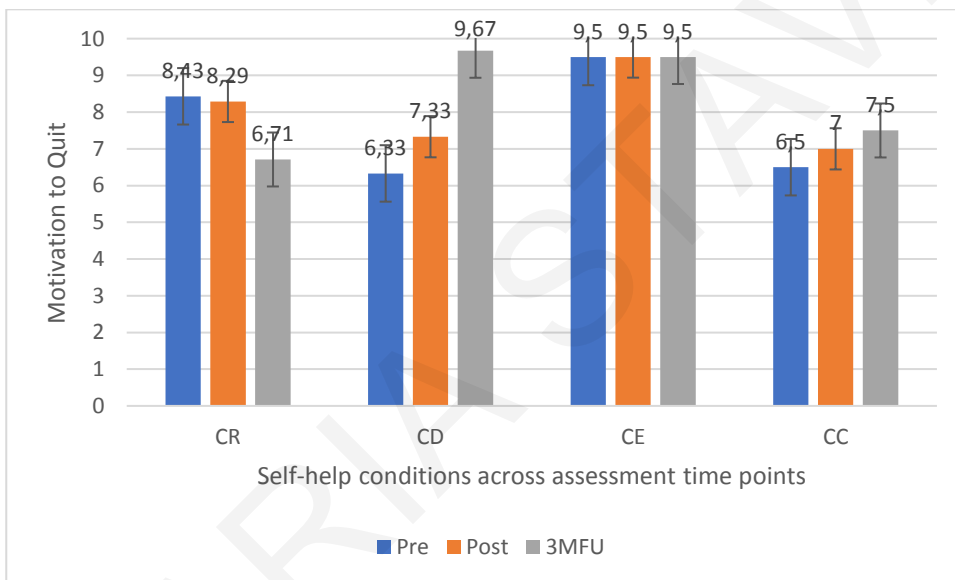


Figure 4-8
Motivation to quit or remain abstinent means by self-help condition across three time points

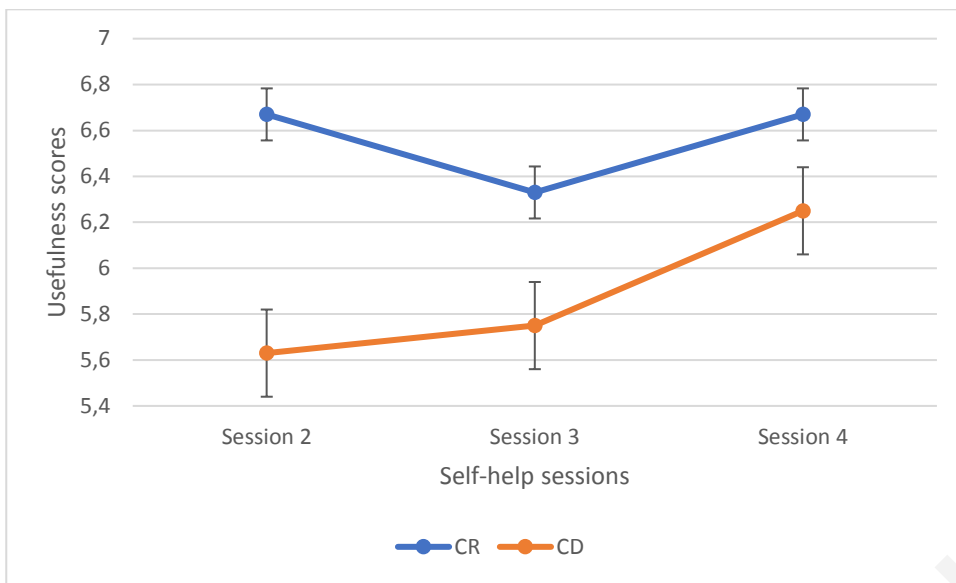


Figure 4-9
Usefulness means by self-help condition at different sessions

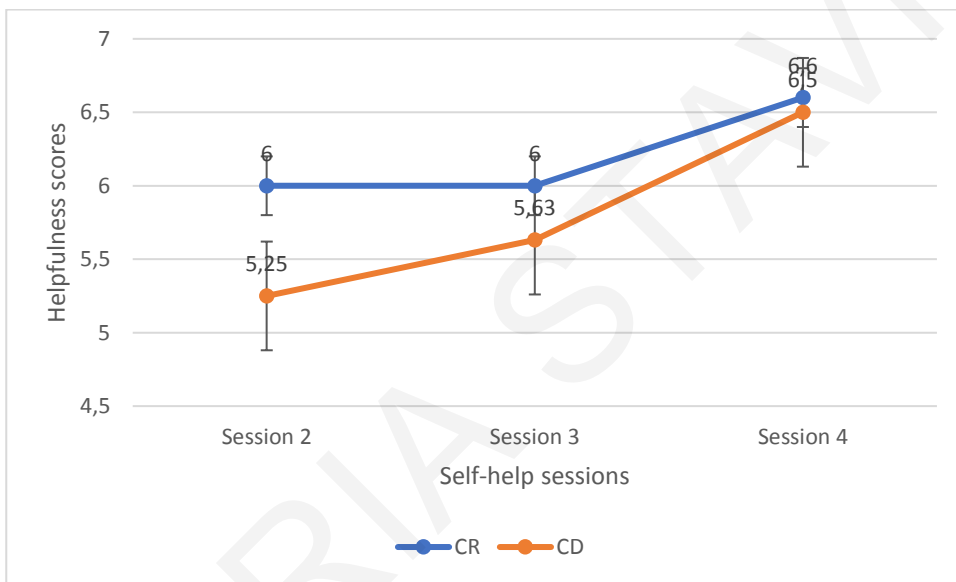


Figure 4-10
Helpfulness means by self-help condition at different sessions

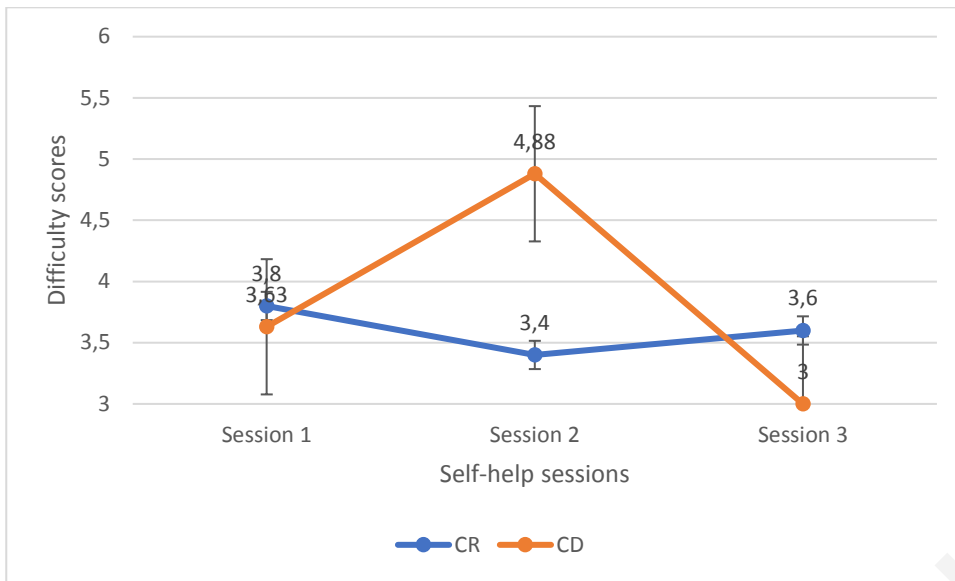


Figure 4-11
Difficulty means by self-help condition at different sessions

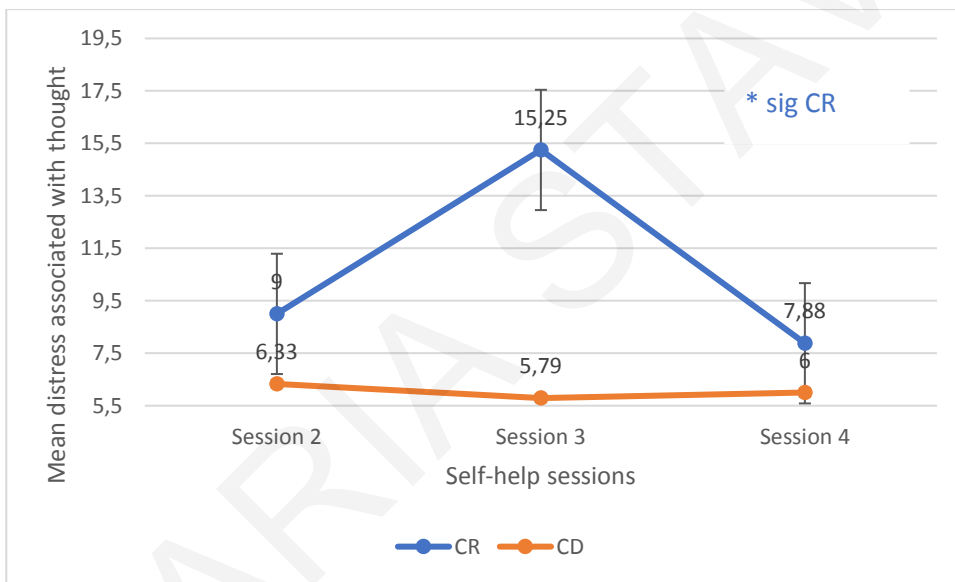


Figure 4-12
Mean distress caused by self-referential thought by self-help condition at different sessions.

Post hoc analysis

We assessed whether excluding the psychoeducation condition (with a small sample size of 5 people) influenced our results. Small sample was attributed to semi-random assessment due to thesis time constraints. The three remaining conditions (CR, CD, CC) were used to examine whether participants

differed on drug related outcome measures using separate mixed design ANOVAs (Split-Plot) for all DVs. Condition was a three-level between subjects' factor and time was a five-level within subjects' factor. No differences existed between groups on any demographic, comorbidity or baseline dependent variables. Participants did differ when time was examined as a main effect on some additional DVs over and above those already mentioned e.g., mental quality of life and the physical subscale of the ASI. With regards to the main effect of condition the ASI total score, in addition to the psychological subscale already mentioned in the previous four condition analyses, showed a greater decrease for CR over and above CD and CC. None of the interaction effects were significant.

Drop-outs vs. participants receiving treatment

In order to assess whether participants who dropped out prior to treatment or followed our self-help treatment with a sample size of 75 users (intervention group=53 and drop outs group= 22) differed in terms of drug related outcome measures separate mixed design ANOVAs (Split-Plot) were repeated for all DVs. Condition was a two-level between subjects' factor and time was a five-level within subjects' factor. No differences existed prior to treatment between people who dropped out and those who received treatment on any demographic, comorbidity or baseline dependent variables. Participants did not differ on any of the interaction effects however all the dependent variables when time was examined as a main effect were significant. None of the condition main effects were significant.

Discussion

Dismantling studies using the whole CBT and ACT packages, have previously shown equivalent outcomes for both CD and CR when using DD populations (Hayes et al., 2002, Smout et al., 2010; Wilson et al., 2000; Wilson et al., 2012). However, CD and CR stand-alone techniques have only been compared in non-clinical, student populations, experiencing distressing self-referential thoughts (Masuda et al., 2010; Deacon et al., 2011). Furthermore, no previous study has examined the impact of CD vs. CR techniques using audio and therapist assisted bibliotherapy (self-help material). This study utilized an

improved methodology compared to previous studies, by increasing skills practice (e.g., 4-week interventions, with additional homework assignments) and by adding control groups and 6-month follow up data. Moreover, it incorporated CR techniques employed by CBT relapse prevention protocols (Masuda et al., 2004; Masuda et al., 2010) and a variety of appropriate and specific self-report tools. This study was also reflective of real-life situations; to accomplish this, participants used personalised self-referential thoughts, somatic sensations and emotions when practising CR, CD and CE techniques. Additionally, our sample was reflective of the general DD population, at least at a Cypriot level (e.g., which included users with differing drugs of choice, people from inpatient, outpatient and no treatment backgrounds etc.). Furthermore, therapist interference was kept to a minimum by using audio-recorded self-help sessions and highly scripted protocols. Lastly, doctoral level therapists with allegiance to different modalities were matched and reflective of treatment group modality.

For our primary hypothesis, we expected that participants receiving a CD intervention, compared to CR would exhibit lower actual rates of relapse (primary outcome), exhibit less drug cravings, higher motivation to quit or remain clean, find techniques used more useful, helpful and less difficult and have higher quality of life at 6-month follow up. Although none of the interaction effects were significant, there was a significant main effect of time for drug craving both with regards to the total score as well as two of its subscales namely Purposefulness and Emotionality. Our results showed improvements over time on the aforementioned scales across all conditions. The main effect of condition was non-significant for all scales and associated subscales. Lack of distinction between conditions, might in part, be due to the nature of the negative self-referential thoughts used by individuals in each group (Masuda, 2010). More specifically, the effects of the strategies may be moderated by the severity of symptoms. Literature on pain tolerance suggests that both acceptance and distraction-based interventions were equally effective in a lower pain context, but that the superiority of an acceptance-based condition emerged in the context of greater pain intensity (Gutierrez et al., 2004). Given these findings, it is speculated that the lack of

distinction between the three active conditions in the present study, might have been due in part, to negative self-referential thoughts that were not disturbing enough. In support of this argument baseline measures across all DVs showed that our sample performed well leaving little room for improvement (see Table 4-2).

Furthermore, we expected that participants receiving CD as opposed to CR would be less avoidant of interoceptive cues, such as withdrawal associated bodily sensations, emotions, and thoughts; our results showed that conditions did not significantly differ in this respect while showing the opposite effect with regards to emotions. While none of the interaction effects were significant, the main effect of time was significant for the majority of DVs examined, namely those related to thoughts and emotions (AAQ-SA, BASAS, ASI Total, ASI Social and Psychological subscales). In this regard, all conditions showed improvements over time or were in the direction of demonstrating improvements, however a significant main effect of condition was only present for the ASI psychological subscale. Along these lines and opposite to our initial hypothesis, the CR condition showed greater reductions with regards to Anxiety Sensitivity (psychological subscale) when compared to other conditions (followed by the control group, cognitive defusion and finally the psychoeducation group). Coincidentally, a recent study examining the effects of reappraisal (reframing one's thoughts) and acceptance (accepting feelings without trying to control or judge them) on the subjective experience of negative emotions, positive emotions, and physiological responses during and following recovery from sad film clips shown in the laboratory; demonstrated that reappraisal (vs. acceptance) was associated with larger decreases in negative and larger increases in positive emotions, both during the film clips and recovery period (Troy et al., 2018).

Taken together, these results suggest that reappraisal and acceptance may exert differential short-term effects, with reappraisal being more effective for changing psychological, emotional and subjective experiences in the short term such as those measured by the psychological subscale of the ASI. Our findings are also consistent with some prior research demonstrating the superior effects of reappraisal over acceptance for decreasing negative emotions (Hofmann et al., 2009; Szasz et al., 2011). Although

many studies support the superior effects of reappraisal over defused-acceptance in decreasing negative emotions, some studies show the opposite finding (Brockman, Ciarrochi, Parker, & Kashdan, 2017). Furthermore, studies demonstrate that individuals do not usually choose to use reappraisal, as part of their emotion regulation repertoire both in the laboratory and in daily life (Brans et al., 2013; Suri et al., 2015) when faced with actual negative emotions, even though they are adept at doing so. Given the lack of consistency in study findings, as well as the fact that technique effectiveness does not always lead to technique use; flexibility in strategy use may be what needs to be trained rather than focusing on which strategy is most effective (Troy et al., 2018).

More generally the lack of interaction effects and main effects of condition, across all other DVs are in support of previous literature suggesting that CD components of the overall ACT package and CR components of the overall CBT package, have been shown to display equivalent effectiveness in terms of a variety of outcome variables associated with interoceptive cue avoidance, including experiential avoidance; when treating patients with DD (Hayes et al., 2002; Wilson et al., 2000; Wilson et al., 2012). A possible explanation for our findings is that so-called acceptance and mindfulness strategies, such as CD, are not that different from control-based coping strategies, such as CR (Hoffmann & Asmundson, 2008). Although their aims are said to be fundamentally unique e.g., with the former being more process and function focused, their effect seems very much the same (Masuda, 2010). Further, reappraisal and defused acceptance are thought to have many commonalities (Arch & Craske, 2008; Garland, Farb, Goldin, & Fredrickson, 2015). The mindful reappraisal model theorizes that acceptance and reappraisal work in synergy with one another, with the use of mindfulness (including acceptance and defusion) leading to more successful reappraisal (Garland et al., 2015). Preliminary evidence also suggests that mindfulness-based therapy is associated with greater ability to use reappraisal successfully (Troy, Shallcross, Davis, et al., 2013). Together, this evidence suggests that these two strategies, albeit rooted in different short-term goals, may improve psychological health via shared mechanisms. Addressing this hypothesis is an important avenue for future investigation. Alternatively, the lack of significant differences

in our results could also be attributed to the fact that cognitive strategies themselves can be beneficial or non-beneficial depending not on the strategy per se, but on the flexibility and context, within which they are used (Aldao, Sheppes & Gross, 2015; Bonanno & Burton, 2013; Heij, 2010). Given the fact that the context and flexibility when using cognitive strategies was not assessed in this study, inferences as to whether these reasons contributed to the non-significant differences in our results cannot safely be drawn.

Moreover, CD participants were expected to exhibit less distress over their self-referential thoughts compared to CR participants. Previous studies point to acceptance-based strategies being less effortful and distressing than reappraisal, that comes at a cognitive cost (Keng et al., 2013; Schloss & Haaga, 2011; Shallcross et al., 2013; Troy et al., 2018). Practically speaking, reappraisal involves active reinterpretation of the meaning and significance of emotional stimuli, which may require a high degree of cognitive effort and resources, relative to acceptance (Shallcross et al., 2013; Troy, Shallcross, Davis, et al., 2013). Furthermore, acceptance related strategies have previously allowed for individuals to segregate emotions from their physiological responses e.g., allow individuals to feel negative emotions without experiencing maladaptive physiological consequences such as distress (Feldman et al., 2016). Practically speaking, acceptance may therefore decrease physiological responding by facilitating a less judgmental relationship with one's emotions and bodily sensations (Feldman et al., 2016; Keng et al., 2016). Past research has in this connection, also demonstrated that acceptance-based strategies are associated with decreases in physiological reactivity and distress, when compared to CR (Hofmann et al., 2009; Troy et al., 2018). In this regard, our results indeed showed a significant main effect of condition, with the CR condition resulting in overall more distress than the CD condition, when employing all three of the techniques being contrasted (e.g., thought records, cost benefit analysis and asking a friend or their "clean self" for advice vs. a drug modified version of the milk milk milk exercise, leaves on a stream and the sunglasses metaphor). Along these lines, previous literature suggests that in certain instances, CR has the possibility of increasing negative emotions by allowing an individual to over-think the negative stimulus and perceive it as worse than initially thought (De Raedt & Koster, 2010). Additional research suggests

that under controllable circumstances, aptitude in cognitive reappraisal, exacerbates symptoms (Troy, Shallcross & Mauss, 2013). Further, previous research comparing a CD exercise to a distraction and a thought control task; found that CD reduced both discomfort and believability of thoughts, to a greater extent compared to control tasks (Masuda et al., 2004; Masuda et al., 2010). Previously, one study showed that thought control tasks (coined as CR) were more successful in reducing emotional discomfort and believability of thoughts, at six-month follow-up, whereas CD was found to provide more reductions in emotional discomfort and believability of thoughts, post treatment (Masuda et al., 2004). Differences in distress in our study, were especially large when comparing the cost benefit analysis task vs. the leaves on a stream exercise. This suggests that the leaves on a stream was more successful than the thought record in alleviating distress in this sample. Previous studies suggest that mindfulness-based exercises are equally effective to cognitive reappraisal exercises at minimising emotional distress but that CR exercises achieve this at a cognitive cost (Keng et al., 2013). With regards the believability of self-referential thoughts, analysis was not performed in our sample, due to poor reliability values associated with this scale.

Additionally, the active conditions (CR, CD and CE) in the present study consisted of multiple components i.e., 3 different techniques each. Practically speaking, it is unclear therefore, which components or combination of components is responsible for the lack of distinction between groups (e.g., thought record vs. milk milk milk vs describing and comparing patterns of drug use or some other combination of techniques). Previous studies suggest that the experiential part of an acceptance/defusion exercise, is crucial in the functional change of private events and as such the degree to which participants understood and practised this aspect of defusion could impact on the results (Masuda et al., 2009; McMullen et al., 2008; Takahashi et al., 2002). In our study, although participants had a brief 20-30 minute telephone call with doctoral level students by which to ask questions, check homework completion and problem solve potential difficulties in motivation; the degree by which participants 1) understood/learned

the techniques taught 2) completed/practised the exercises, 3) discussed techniques with others; was only briefly assessed using a yes or no chart, therefore not allowing for accurate comparisons between groups to be made. Furthermore, the degree to which other components such as the theoretical explanations given to participants, (i.e., the personal effectiveness of each doctoral student) in addition to experiential exercises, influenced the results either positively or negatively, is unclear.

Alternatively, lack of differences between groups could be attributed to the fact that, prolonged practice of cognitive techniques is what leads to significant positive treatment outcomes (Troy et al., 2010). The question as to whether 4 weeks of self-help practising of techniques, is enough for “prolonged practice” to be achieved remains unknown. Most CBT and ACT treatment manuals range from 4 to 36 weeks of training, indicating that our study was on the lower end of the spectrum as far as practice goes (NHS website, accessed 11/2018). Overall, our findings are mostly indicative of the fact that interventions did show an improvement in outcomes, however not to a degree that would account for significant differences amongst conditions (Barracca, 2012; Casey, Newcombe & Oei, 2005; Crits-Christoph et al., 2003; Hofmann, 2004; Magill & Ray, 2009; Smits et al., 2004).

With regards to treatment satisfaction, there was a significant main effect of time for the helpfulness of techniques, implying that when the effects of the two treatments were combined, overall helpfulness increased over time. In this regard, the CR condition displayed overall higher means on all satisfaction indices such as usefulness, helpfulness and ease of use regarding CR techniques, however condition differences did not reach statistical significance. This is opposite to previous findings suggesting that CD outperforms CR in terms of participant acceptance and increased home work (HW) completion (Deacon et al., 2011; Masuda et al., 2009, 2010). Other research, however, suggests that satisfaction with CBT more generally, is very high (Hiltunen, Kocys & Perrin-Wallqvist, 2013).

The overall drop-out rates observed in our sample amounted to 29%, a percentage which is on par with previous research suggesting that between 7 and 50% of people have shown to drop out of self-help

treatment (Cujipers, 1997) and up to 75% for drug dependent samples (Caroll et al., 1994; Dutra et al., 2008). In our study, differences in drop-out rates between the four conditions were non-significant. In this regard, a methamphetamine study, previously comparing ACT and CBT show equivalent drop-out rates equal to 70% for both conditions (Smout et al., 2010). The range of drop-out has previously been attributed to lower levels of education and higher levels of clinical severity and mental health comorbidity (Glasgow & Rosen, 1978; Papandreou, 2017). With regards to our sample, education level was relatively high, while drug severity was typical of people with drug dependence (ranging from 0.11-0.16 for men and 0.12- 0.18 respectively for women; Rikoon et al., 2006). Vis a viz mental health comorbidity, our sample ranged within the typical percentages (e.g., 42 - 90%) reported in various outpatient, detox and therapeutic community samples across Europe (Casares López et al., 2011; De Wilde et al., 2007; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2016; Leray et al., 2011).

Limitations

Most participants were already in treatment for their drug and alcohol dependencies when they enrolled into our self-help programme. As such, pre scores on the majority of DVs, with the exception of quality of life, showed little room for improvement (see Table 4-2). Another drawback of this study is the potential cross-contamination of conditions. Although baseline scores did not differ amongst participants attributed to either group and all participants were allocated at random to each condition, participants from Agia Skepi and Tolmi treatment centre for example received CR training as part of their TAU, while alternatively, participants from the Achilles treatment centre, received CD training as part of their TAU.

Furthermore, participants were given the option to use a variety of different formats (e.g., bibliotherapy, audio and therapist assisted self-help; the combination of which is known to benefit treatment outcomes; Gould & Clum, 1993). However, none of our participants opted to use the audio device, while others used bibliotherapy and therapist assistance to various degrees (some relied mostly on therapist contact and used bibliotherapy minimally, as indicated by poor HW completion, something

which was especially true for the CE condition). Lack of differences between conditions, therefore, might be attributed to variability in self-help formats.

Additionally, although a manipulation check administered by doctoral students/research assistants over the telephone, suggested that each condition served its purpose, additional methodological control i.e., pre-determining thoughts used as opposed to using any self-referential thought, might be warranted in order to control for additional variability and increase the probability of finding significant differences between conditions. Furthermore, although a closely scripted intervention was employed, variations in the characteristics of doctoral students/research assistants, such as their interaction style with participants could have influenced the results. Audio-taping the 20-30-minute therapist assisted sessions could be helpful for adherence checks in future research.

Finally, the present study's exclusive reliance on a multitude of self-report measures is also a limitation. From an ACT perspective, discomfort, believability and avoidance of private events are functional processes, and they should be studied within the context of ongoing stimulus-behaviour relations (Masuda, 2010). Self-report type methods do not measure these processes directly when they occur, therefore the development of behavioural methodology or implicit assessment, that captures the function of self-referential thoughts seems extremely important in future studies. Furthermore, the sheer amount and time taken to fill in the self-report questionnaires, in addition to the exercises and HW of the self-manuals could have overburdened the participants and contributed to habituation bias and study drop-out.

Future Work

Future research should investigate differences between CD, CR, CE and CC as they relate to drug use, severity and relapse using different and more varied assessments which are better able to capture private functional processes e.g., behavioral measures, implicit assessment tools, biological measurements

(urine and breathalyzer tests), psycho-physiological measures. Furthermore, contrasting data with information from family members and or the treatment centers where participants were recruited from, can minimize response and social desirability bias which is known to influence clinical samples such as DD (Latkin et al., 2017; Zemore, 2012).

Additionally, given that our results favored CR in some instances and CD in others it is important to examine whether the flexibility in which techniques are used impacts outcome variables. Furthermore, given significant differences in TAU as well as the potential superiority of different techniques for different outcome variables, counterbalancing conditions e.g., CR then CD, CD then CR could potentially shed light on some of these issues.

Conclusions

In general, our findings are in support of previous studies showing that CD and CR are equivalent in the treatment of people with DD (Hayes et al., 2002; Wilson et al., 2000; Wilson et al., 2012). Although treatment condition did not seem to influence the results, with the exception CD techniques minimising distress to a greater extent than CR techniques and CR techniques outperforming CD in terms of minimising the emotional aspect of Anxiety Sensitivity; there did seem to be a consistent indication, across most outcome variables, of the equivalence of the CD and CR condition. Present findings aid in the deeper understanding of CD and CR techniques and their impact on DD treatment outcomes when used in a 4-week, self-help context.

Chapter V – General Discussion

This thesis aimed to add to the growing literature in support of the “drug of choice” model (Wardle, Marcus & deWit, 2015) by linking it to individual difference and psychological vulnerability factors such as Addiction Severity, Anxiety Sensitivity (AS) and Distress Tolerance (DT). In this regard, Chapter Two attempted to investigate the differential role of Addiction Severity, AS and DT in the etiology and maintenance of different drugs of choice (namely, depressant, stimulant, cannabis and alcohol). Furthermore, this thesis aimed to assess whether people with different primary drugs of choice have a positive drug bias on implicit measures such as the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and whether these biases correspond to explicit self-report measurements such as the drug craving questionnaire (DCQ) and beliefs about substance abuse (BASAS). More specifically, Chapter Three compared participants’ private verbal relations or beliefs regarding their drug use across four different types of drug users (namely: primarily depressant, stimulant, cannabis and alcohol users). Additionally, this thesis aimed at providing supplementary information regarding already efficacious treatments for DD such as the CBT RP model (Marlatt & Donovan, 2005). This information entailed examining the effectiveness of a brief self-help intervention for RP, comparing the effectiveness of defusion and acceptance exercises and cognitive reappraisal for RP, as well as examining the potential contribution of individual difference (e.g., Addiction Severity and drug of choice) and psychological vulnerability components e.g., exercises aimed at minimising AS and DT such as interoceptive exposure and their ability to impact treatment effectiveness. In this connection, Chapter Four investigated the effectiveness of three, four-week audio and therapist assisted bibliotherapy (self-help) protocols based on CR, CD, psychoeducation and a wait list control for DD across different outcomes variables (e.g., avoidance of interoceptive cues, actual relapse, quality of life, drug craving, treatment satisfaction etc.).

Information accumulated by these studies could potentially impact on DD treatment; by providing drug users with more specialised care, adapted to their personal needs and competencies. Regarding

Chapter Two, results showed that there were significant differences in Addiction Severity between people who used different drugs as their primary drug of choice. More specifically, stimulant users were significantly more severe than alcohol users in terms of their legal status. To this effect, stimulant users have previously presented with higher impulsivity, sensation seeking, delay discounting, psychoticism, personality disorders and bipolar episodes compared to alcohol users; all of which are correlated with risky and sometimes illegal behaviour (Bornovalova et al., 2005; Kornor & Nordvik, 2007; Lejuez et al., 2005; Raimo et al., 2000; Saiz et al., 2001). Furthermore, depressant users had higher severity alcohol use, compared to stimulant and cannabis users. Depressant users also had poorer psychological wellbeing compared to cannabis users. Additionally, alcohol users were psychologically and physiologically more severe than both cannabis users and depressant users. Our results are supportive of previous studies suggesting that drug of choice does differentially impact certain aspects of Addiction Severity, albeit using different drug types and severity indices (Gillespie et al., 2007; Hser et al., 2008).

Further, our results showed that with regards Anxiety Sensitivity, depressant users had significantly higher scores on the physical subscale of the ASI compared to cannabis users. Additionally, alcoholics presented with higher overall, physical and psychological AS compared to other depressant users as well as cannabis users. Moreover, alcoholics scored significantly higher than stimulant users in terms of the physical subscale and overall ASI scores. These findings are in line with existing literature on Anxiety Sensitivity suggesting that depressant users (in our case this is specified to alcohol users) show higher Anxiety Sensitivity than stimulant users (Lejuez et al., 2008; Norton et al., 1997). Given that AS has been linked with emotional maltreatment in childhood (e.g., threatening, hostile and rejecting parental behaviors; Bernstein et al., 2006; Scher & Stein, 2003; Stein, Schork & Gelernter, 2008) higher AS scores seen in alcoholics could potentially be explained by a history of emotional maltreatment seen in many alcoholic families (Potthast, Neuner & Catani, 2014). AS has also been associated with avoidance – based coping e.g., catastrophic thinking, bodily pain and emotional dysregulation (Feldner et al., 2006; Tull &

Gratz, 2008; Zvolensky & Forsyth, 2002; Zvolensky et al., 2007; Zvolensky et al., 2005) which again is a common behavior observed in alcohol abusers (Coriale et al., 2012). With regards to AS-physical concerns, e.g., misinterpreting anxiety-related physical sensations as dangerous, is again a behavior linked to alcohol and depressant users (Myrseth et al., 2018).

Concerning Distress Tolerance (DT) we found that alcohol users were significantly worse off than cannabis users in terms of both distress Absorption and Tolerance. In other words, alcoholics think of themselves as being less able than cannabis users to concentrate on the task at hand and tolerate negative emotions (Simons & Gaher, 2005). Furthermore, there was a statistically significant effect on the Absorption and Tolerance subscales of the DTS, with cannabis users showing higher mean scores compared to stimulant users. This shows that cannabis users are significantly more likely, than stimulant users, to deploy attention away from negative emotions when needed, as well as tolerate negative emotions. Concerning Distress Tolerance, low levels of DT have previously been linked to alcohol (Carey & Correia, 1997; Lejuez et al., 2008; Stewart, Zvolensky & Eifert, 2001). People with low DT are likely to use more maladaptive strategies such as emotional avoidance (Daughters et al., 2005; Zvolensky et al., 2010). In this regard, it is possible that alcohol users portray more maladaptive, less flexible, regulatory strategies such as emotional avoidance, compared to cannabis users, who are in general deemed less severe compared to other types of drug users (Wiese & Wilson-Poe, 2018). It has also been suggested that people with low DT, are more likely to experience anxiety (Buckner, Keough & Schmidt, 2007). This suggests that highly physically anxious people, such as alcohol users, are more likely to also present with low Distress Tolerance as seen from both our Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity results.

With regards Chapter Three, results showed that compared to stimulant users, cannabis users found abstaining from drugs less negative. In other words, while stimulant users could find many reasons why abstaining from drugs was a negative thing, cannabis users had fewer reasons for not abstaining. Furthermore, with regards to stimulant users, implicit and explicit scores were negatively correlated.

Specifically, our results showed that the more implicitly reported drug positive beliefs the less explicitly reported craving. This finding can be explained by the fact that stimulant users can go to extreme lengths as a result of their cravings, which can lead them to behave in previously unthinkable ways such as lying and manipulation, among others (Chaves et al., 2011). No previous IRAP studies have compared between drug users with differing primary drugs of choice; however consistent with RFT, IRAP effects indicative of positive drug bias would likely emerge following exposure to verbal and nonverbal contingencies consistent with positive drug experiences and spending time with others who have similar positive drug experiences (e.g., portrayal of using drugs as beneficial with regards to behaviours, emotions, thoughts as well as physical sensations). The divergence found between explicit and IRAP measurements are consistent with previous literature (Barnes-Holmes et al., 2010) and according to the REC model are likely to occur when implicit beliefs do not cohere with more elaborate and extended relational responding (Gawronski, LeBel, & Peters, 2007). This means that in the case of stimulant users, elaborate relational responding which takes into account social norms e.g., “It is wrong to take drugs” differs from their actual implicit beliefs regarding the drug. Furthermore, given the IRAP’s time pressure requirements, elaborated relational responding is significantly reduced or obliterated, thus creating a divergence between implicit and explicit measurements in the case of stimulant users.

Concerning Chapter Four, we compared the effectiveness of three, four-week self-help interventions (CR, CD, CE and CC) across various outcome variables measuring in the first instance, interoceptive avoidance of withdrawal-associated bodily sensations, emotions, and thoughts. While none of the interaction effects were significant, the main effect of time was significant for the majority of DVs examined: namely, those related to thoughts and emotions (AAQ-SA, BASAS, ASI Total, ASI Social and Psychological subscales). In this regard, all conditions showed improvements over time towards the right direction, however only the ASI psychological subscale had a significant main effect of condition. In this latter analysis, participants receiving the CR condition showed greater reductions with regards to Anxiety Sensitivity (psychological subscale) when compared to other conditions (followed by the control group,

cognitive defusion and finally the psychoeducation group). Coincidentally, recent work has indeed shown the superiority of CR over acceptance-based strategies such as CD with regards negative and positive emotions alike (Troy et al., 2018).

Moreover, regarding reported distress levels post challenging or accepting self-referential thoughts, our results showed a significant main effect of condition, with the CR condition causing overall more distress than the CD condition, when employing all three of the techniques being contrasted (e.g., thought records, cost benefit analysis and asking a friend or their “clean self” for advice vs. a drug modified version of the milk milk milk exercise, leaves on a stream and the sunglasses metaphor). Along these lines, previous literature suggests that in certain instances, CR has the possibility of increasing negative emotions by allowing an individual to over-think the negative stimulus and perceive it as worse than initially thought (De Raedt & Koster, 2010). Additional research suggests that under controllable circumstances, aptitude in cognitive reappraisal exacerbates symptoms (Troy, Shallcross & Mauss, 2013). Further, previous research comparing the milk milk milk exercise with a distraction and a thought control task; found that CD reduced both discomfort and believability of thoughts to a greater extent than control tasks (Masuda et al., 2004; Masuda et al., 2010). Previously, one study showed that thought control tasks (coined as CR) were more successful in reducing emotional discomfort and believability of thoughts, at six-month follow-up, whereas CD was found to provide more reductions in emotional discomfort and believability of thoughts, post treatment (Masuda et al., 2004). Differences in distress in our study were especially large when comparing the cost benefit analysis vs. the leaves on a stream exercise. This suggests that the leaves on a stream exercise was more successful than the thought record in alleviating distress in this sample.

Benefits and Implications

This study adds to the existing literature in the maintenance of DD by examining individual differences or psychological vulnerability factors (e.g., AS and DT: including their subcategories and lower order

variables) related to drug of choice. Furthermore, improved methodology has meant using more appropriate tools as well as a wider range of drug types (e.g., incorporating alcohol, cannabis and wider depressant and stimulant category drugs) compared to previous studies. Our findings suggest that differential treatment and prevention of different drug types depending on their specific, lower order vulnerability factors could be beneficial. More specifically a multidisciplinary approach towards alcohol abuse treatment, incorporating: detox, medical, drug specific and more generalised psychological aid for alcohol users is recommended. Additionally, given the high rates of alcohol use amongst depressant users, and its potential substitution quality; recovery for heroin addicts should be mindful of this link. Finally, incorporating legal aid, moral reasoning training, social skills training, impulse management and self-efficacy training for stimulant users might improve their legal severity. Concerning AS, addressing global and physiological aspects of the AS, through the addition of AS training in already existing CBT RP programs seem especially relevant for alcohol and depressant users such as heroin and sedative users. Lastly, with regards DT, alcohol and stimulant users could benefit from more acceptance-based behavioral treatments (e.g., Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Dialectical Behavior Therapy, DBT; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993) aimed at accepting rather than avoiding unwanted internal experiences, including emotions (Hayes et al., 1996; Lynch et al., 2007).

Concerning Chapter 3, explicit, attitude-based self-report measures have been used to assess addiction and general wellbeing related variables in a controlled, intended, and conscious fashion (Thush et al., 2007). However, explicit measures have several limitations including sensitivity to contextual and social effects (Barnes-Holmes, et al., 2008; Barnes-Holmes, et al., 2010), response biases (Latkin et al., 2017; Zemore, 2012) as well as limited access to complicated, mental processes (Nisbett & Wilson, 1977). Within the addiction literature, drug-taking behavior is understood as being partly induced through automatic processes that act outside of conscious control (Tiffany, 1990; Wiers & Stacy, 2006). Implicit measures are therefore especially relevant when assessing drug users (Wiers & Stacy, 2006). A relatively

new implicit measure, the IRAP, has many benefits compared to its predecessors including validity, reliability, specificity, immunity from “fakability”, as well as a theoretically sound background (Drake, Seymoor & Habib, 2016; Golijani-Moghaddam, Hart & Dawson, 2013). Two studies, one on alcohol and one on cocaine, have to date examined implicit drug related attitudes using the IRAP; however no IRAP studies have investigated depressant or cannabis users (Carpenter et al., 2012; Callaghan et al., 2017). Our study suggests that the negative drug bias present in different types of early remission drug users, (e.g., depressant, stimulant and alcohol users) plays an important role in early remission maintenance, the absence of which could perhaps be predictive of relapse (Evans et al., 2009; Flynn et al., 2003; Horwitz et al., 2017; Satre et al., 2004; Wiers et al., 2002; Wolff et al., 2015). If this is the case, mindfulness-based relapse prevention might be of benefit to early remission drug users given that this period is both stressful and emotional for drug users (Baker et al., 2006; Hendershot et al., 2011; Witkiewitz et al., 2013). Furthermore, our findings indicate that relapse prevention, specifically aimed towards cannabis users could focus more on the positive aspects of staying clean as well as enhancing the skills needed to employ positive behaviours that promote abstinence such as seeking social support, positive emotional expression and changing their environment through increased exercise and healthy recreation (Budney et al., 1998; Hendershot et al., 2011; Witkiewitz, Lustyk & Bowen, 2013).

With regards Chapter Four, dismantling studies have previously shown equivalent outcomes for both CD and CR when using DD populations (Hayes et al., 2002, Smout et al., 2010; Wilson et al., 2000; Wilson et al., 2012). However, CD and CR stand-alone techniques have only been compared in non-clinical, student populations, experiencing distressing self-referential thoughts (Deacon et al., 2011; Masuda et al., 2010). Furthermore, no previous study has examined the impact of CD vs. CR techniques using audio and therapist assisted bibliotherapy (self-help material). This study improved on the methodology of previous studies, by increasing skills practice (e.g., 4-week interventions, with additional homework assignments) and by adding control groups and 6-month follow up data. Moreover, it

incorporated CR techniques employed by CBT relapse prevention protocols (Masuda et al., 2004; Masuda et al., 2010) and a variety of appropriate and specific self-report tools. This study was also reflective of real-life situations; to accomplish this, participants used personalised self-referential thoughts, somatic sensations and emotions when practising CR, CD and CE techniques. Additionally, our sample was reflective of the general DD population, at least at a Cypriot level (e.g., which included users with differing drugs of choice, people from inpatient, outpatient and no treatment backgrounds etc.). Furthermore, therapist interference was kept to a minimum by using audio-recorded self-help sessions and highly scripted protocols. Lastly, doctoral level therapists with allegiance to different modalities were matched and reflective of treatment group modality.

Overall, it seems that all three of our studies (chapters) have contributed to the literature by providing information on current and important topic areas never previously explored under the same conditions (types of drugs, using different subcategories, self-help-context) as well as improving on some of the methodological drawbacks associated with previous studies (e.g., more accurate and reliable measurement tools, incorporating many measurement points, control groups etc.).

Limitations

Our studies were not without limitations. Specifically, with regards chapter two and four, self-report measures present with measurement limitations. From a theoretical perspective, tolerance towards private events is multi-faceted, consisting of two conceptually distinct forms of DT (i.e., affective and behavioural; Leyro, et al., 2011; Zvolensky et al., 2010). As a solution, the use of behavioural tasks in addition to self-report, when assessing DT e.g., the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT-C; Lejuez, Kahler, & Brown, 2003) would allow for more objective measurements (Simons & Gaher, 2005). Furthermore, from an ACT perspective, discomfort, believability and avoidance of private events are functional processes, and they should be studied within the context of ongoing stimulus-behaviour relations (Masuda, 2010). Self-report type methods do not measure these processes directly when they

occur; therefore the development of behavioural methodology or implicit assessment, that captures the function of self-referential thoughts seems extremely important in future studies.

With regards Chapter four, most participants were already in treatment for their drug and alcohol dependencies when they enrolled into our self-help programme. As such, pre scores on the majority of DVs, with the exception of quality of life, showed little room for improvement. Additionally, the brief four-week nature of the program might not have been enough to detect significant differences between the groups (Troy et al., 2010). Furthermore, variability in treatment formats (e.g., bibliotherapy, audio and therapist assisted self-help) could have contributed to the lack of differences between conditions.

Finally, the sheer amount and time taken to take part in our studies e.g., self-report questionnaires, IRAP, in addition to the exercises and HW included in the self-manuals) could have overburdened the participants and contributed to habituation bias and study drop-out. Contrasting data with information from family members and or the treatment centers where participants were recruited from, could potentially minimize participant burden as well as the response and social desirability bias which is known to influence clinical samples such as DD (Latkin et al., 2017; Zemore, 2012).

Future Work

As a continuation to the IRAP section of our study, cognitive bias modification has previously been used in addiction as a means by which to minimise relapse (Fadardi & Cox, 2009; Schoenmakers et al., 2010). Specifically, biases identified by the IRAP have been shown to be malleable using appropriate exemplar training (AET; Cullen et al., 2009). Future research could modify implicit drug biases by using AET. AET would in this case involve cannabis users viewing pictures of familial admired people, admired drug-using celebrities or ex-users saying no to drugs, or indeed saying yes to alternative positive activities as a means by which to reduce their positive drug bias.

Further research involving Chapter 4 would be to examine the flexibility in which either CR or CD techniques are used and how this differentially impacts outcome variables. Given the alternating superiority of either technique for different outcome variables (Anxiety Sensitivity and distress, respectively) counterbalancing conditions e.g., CR then CD, CD then CR in different contexts and using different self-referential thoughts, could potentially shed light on some of these issues.

Conclusions

In general, our findings hint towards differences in severity and psychological vulnerability between drug user groups based on drug of choice. Current DD treatment use similar techniques irrespective of their drug of choice (Marlatt & Donovan, 2005) while empirically supported treatment for DD show only mediocre effectiveness (Fiore, Bailey, & Cohen, 2000; Magill & Ray, 2009; Petry et al., 2002). Our results suggest that alcohol, depressant, stimulant and cannabis users might require more appropriate tailor-made interventions considering their distinct problems. Further, our findings are suggestive of the overall equivalence of the CD and CR condition; however flexibility and technique variability should be further investigated. Present findings aid in the deeper understanding of CD and CR techniques and their impact on DD treatment outcomes when used in a 4-week, self-help context.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30(2):217-37.
- Adams, Z., W., Kaiser, A., J., Lynam, D., R., Charnigo, R., J., Milich, R. (2012). Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addiction Behaviour*.37(7):848–55.
- Aguilar de Arcos, F., Verdejo-García, A., Ceverino, A., Montañez-Pareja, M., López-Juárez, E., Sánchez-Barrera, M., López-Jiménez, A., Pérez-García, M. (2008). Dysregulation of emotional response in current and abstinent heroin users: negative heightening and positive blunting. *Psychopharmacology (Berl)*.198(2):159-66.
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-278.
- Alford, B., A., Norcross, J., C. (1991). Cognitive therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3):175-190
- Alpers, G., W, Sell, R. (2008). And yet they correlate: psychophysiological activation predicts self-report outcomes of exposure therapy in claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders*. 22(7):1101-9
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrucci, G., L., Archer, R.P., Pancoast, D., L., Gordon, R., A. (1989) The relationship of MMPI and Sensation Seeking Scales to adolescent drug use. *Journal Personality Assessment*. 53:253–266
- Annis, H.M. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M., Turner, N.E. & Sklar, S.M. (1997). Inventory of Drug-Taking Situations: User's Guide. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation, Centre for Addiction and Mental Health.

- Ashton, C., H. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. (2001). *British Journal of Psychiatry*.178:101–6.
- Atakan, Z. (2012). Cannabis, a complex plant: different compounds and different effects on individuals. *Therapeutic Advances Psychopharmacology*. 2(6): 241–254.
- Baardseth, T., P., Goldberg, S., B., Pace, B., T., Wislocki, A., P., Frost, N., D., Siddiqui, J., R., Lindemann, A., M., Kivlighan, D., M., Laska, K., M., Del Re, A., C., Minami, T., Wampold, B., E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux *Clinical Psychology Review*. 33(3):395-405
- Bach, P., & Hayes, S., C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Back, S. E., Brady, K. T., Jaanimägi, U., & Jackson, J. L. (2006). Cocaine dependence and PTSD: A pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive Behaviors*, 31(2), 351-354.
- Badiani, A., Belin, D., Epstein, D., Calu, D., Shaham, Y. (2011) Opiate versus psychostimulant addiction: the differences do matter. *Nat Rev Neuroscience*. 12:685–70
- Bagozzi, R., P., Yi, Y. (1991) Multitrait-Multimethod Matrices in Consumer Research. *Journal of Consumer Research*. 17 (4) 426–439
- Ball, S., A., Schottenfeld R., S. (1997) A Five-Factor Model of Personality and Addiction, Psychiatric, and AIDS Risk Severity in Pregnant and Postpartum Cocaine Misusers. *Substance Use and Misuse*. 31(1) 25-41.
- Barbosa de Carvalho, H., & Seibel, S., D (2009). Crack Cocaine Use and its Relationship with Violence and Hiv. *Clinics (Sao Paulo)*. 64(9): 857–866.
- Barlow, D., H., Gorman, J., M., Shear, M., K., Woods, S., W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*.17;283(19):2529-36.

- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R., & Stewart, I. (2006). Do You Really Know What You Believe? Developing the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a Direct Measure of Implicit Beliefs. *The Irish Psychologist*. 32 (7) 169- 177.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Smeets, P. M., Cullinan, V., & Leader, G. (2004). Relational Frame Theory and Stimulus Equivalence: Conceptual and Procedural Issues. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 4(2), 181-214.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., & Boles, S. (2010) "A Sketch of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and the Relational Elaboration and Coherence (REC) Model," *The Psychological Record*: 60 (3)10.
- Barnes-Holmes, D., Eilish, H., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2008) "The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a Response-Time and Event –Related- Potentials Methodology for Testing Natural Verbal Relations: A Preliminary Study," *The Psychological Record*: 58 (4)1.
- Barnes-Holmes, D., Waldron, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2009). Testing the validity of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and the Implicit Association Test (IAT): Measuring attitudes towards Dublin and country life in Ireland. *The Psychological Record*, 59, 389-406.
- Barraca, J. (2012). Mental control—From a third-wave behaviour therapy perspective. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 12, 109-121.
- Beadman, M., Das, R., K., Freeman, T., P., Scragg, P., West, R., Kamboj, S., K. (2015) A comparison of emotion regulation strategies in response to craving cognitions: effects on smoking behaviour, craving and affect in dependent smokers. *Behaviour Research and Therapy*.69:29–39.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C.A., & Kabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment*, 4, 211-219

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becker, D. V., Anderson, U. S., Mortensen, C. R., Neufeld, S. L., & Neel, R. (2011). The face in the crowd effect unconfounded: Happy faces, not angry faces, are more efficiently detected in single- and multiple-target visual search tasks. *Journal of Experimental Psychology: General*, 140(4), 637.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Kotov, R., Arrindell, W. A., Taylor, S., Sandin, B., ... & Eifert, G. H. (2006). Taxonicity of Anxiety Sensitivity: A multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 1-22.
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10(5), 360-36.
- Björgvinsson, T., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S., Rosmarin, D. H., Aderka, I. M., & Neuhaus, E. C. (2014). Effectiveness of cognitive behavior therapy for severe mood disorders in an acute psychiatric naturalistic setting: A benchmarking study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 209 – 220.
- Blackledge, J. T. (2003). An introduction to Relational Frame Theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 421-433.
- Blais, M. A., Otto, M. W., Zucker, B. G., McNally, R. J., Schmidt, N. B., Fava, M., et al. (2001). The Anxiety Sensitivity Index: Item analysis and suggestions for refinement. *Journal of Personality Assessment*, 77, 272–294.
- Bolin, B., L., Reynolds, A., R., Stoops, W., W., Rush, C., R. (2013). Relationship between oral D-amphetamine self-administration and ratings of subjective effects: do subjective-effects ratings correspond with a progressive-ratio measure of drug-taking behaviour? *Behaviour Pharmacology*. 24(5–6):533–42.

- Bonanno, G., A., Burton, C., L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*. 8(6):591-612.
- Bond, F., W., Bunce, D. (2000) Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*.5(1):156-63.
- Booth B, Leukefeld C, Falck R, Wang J, Carlson R. (2006). Correlates of rural methamphetamine and cocaine users: results from a multistate community study. *J Stud Alcohol*. 67:493–501.
- Bornas, X., Reira del Amo, A., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J. (2012). Heart rate variability profiles and exposure therapy treatment outcome in flight phobia. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 37(1):53-62.
- Bornoalova, M., Daughters, S., Hernandez, G., Richards, J., & Lejuez, C. (2005). Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13, 311–318.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T., M., Marlatt, G., A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*. 32. 2324–2328.
- Boyd, C. J. (1993). The antecedents of women's crack cocaine abuse: Family substance abuse depression and illicit drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 433- 169 438.
- Boyd, C., Guthrie, B., Pohl, J., Whitmarsh, J., & Henderson, D. (1994). African- American women who smoke crack: Sexual trauma and the mother-daughter relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 243-247.

- Brady KT, Myrick H, Sonne S. (1998). Comorbid addiction and affective disorders. In: Graham AW, Schultz TK, Wilford BB, editors. *Principles of Addiction Medicine*. 2nd ed. Arlington, VA: *American Society of Addiction Medicine*. 983–992.
- Bramnes, J., Gundersen, Ø., H., Guterstam, J., Rognli, E., B., Konstenius, M., Løberg, E- M., Medhus, S., Tanum, L., Franck, J. (2012). Amphetamine-induced psychosis –a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? *BMC Psychiatry*. 12:221
- Brandon, T. H., Herzog, T. A., Juliano, L. M., Irvin, J. E., Lazev, A. B., & Simmons, V. N. (2003). Pre-treatment task persistence predicts smoking cessation outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 448–456.
- Brecht, M-L, Huang D, Evans E, Hser Y-I. (2008) Polydrug use and implications for longitudinal research: The-year trajectories for heroin, cocaine, and methamphetamine users. *Drug & Alcohol Dependence*.96:193–201.
- Brewer, J., A, Sinha, R., Chen, J., A., Michalsen, R., N., Babuscio, T., A., Nich, C., Grier, A., Bergquist, K., L., Reis, D., L., Potenza, M., N., Carroll, K., M., Rounsaville, B., J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*.30(4):306-17.
- Brown, R. A., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Ramsey, S. E. (2001). Anxiety Sensitivity: Relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder. *Addictive behaviors*, 26(6), 887- 899.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Strong, D. (2002). Distress Tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 180–185.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J. (2005). Distress Tolerance and early smoking lapse. *Clinical psychology review*, 25(6), 713-733.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B., H., Jakicic, J., Strong, D., R., Oakley, J., R., Ramsey, S., E., Kahler, C., W., Stuart, G., Dubreuil, M., E., Gordon AA. (2009). Aerobic

exercise for alcohol recovery: rationale, program description, and preliminary findings. *Behaviour Modification*. 33(2):220-49.

Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E., & Delis, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 24(2), 163-171.

Brown, T., A, Di Nardo, P., A., Lehman, C., L., Campbell, L., A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*.110:49–58.

Buckner, J. D., Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive behaviours*, 32(9), 1957-1963.

Bux, D.A., Lamb, R.J., Iguchi, M.Y., (1995). Cocaine use and HIV risk behaviour in methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Depend.* 37, 29–35.

Callaghan, R (2017). IRAP Attitudes and Alcohol. Unpublished Doctorate Thesis. Maynooth University.

Camacho, L.M., Bartholomew, N.G., Joe, G.W., Simpson, D.D., (1997). Maintenance of HIV risk-reduction among injection opioid users: a 12month posttreatment follow-up. *Drug Alcohol Depend.* 47, 11–18.

Caprioli, D., Celentano, M., Paolone, G., Lucantonio, F., Bari, A., Nencini, P., & Badiani, A. (2008). Opposite environmental regulation of heroin and amphetamine self-administration in the rat. *Psychopharmacology*, 198, 395–404.

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468–479.

- Carliner, H., Mauro, P. M., Brown, Q. L., Shmulewitz, D., Rahim-Juwel, R., Sarvet, A. L., ... & Hasin, D. S. (2017). The widening gender gap in marijuana use prevalence in the US during a period of economic change, 2002–2014. *Drug and alcohol dependence*, 170, 51-58.
- Carpenter, K. M., Martinez, D., Vadhan, N. P., Barnes-Holmes, D., & Nunes, E. V. (2012). Measures of attentional bias and relational responding are associated with behavioral treatment outcome for cocaine dependence. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(2), 146-154.
- Carpenter, K., M., Schreiber, E., Church, S., McDowell, D. (2006). Drug Stroop performance: relationships with primary substance of use and treatment outcome in a drug-dependent outpatient sample. *Addictive Behaviors*.31:174–181.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M., & Gawin, F. H. (1994). Psychotherapy and pharmacology for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Carroll, K., M., Rounsaville, B., J., Nich, C., Gordon, L., T, Wirtz, P., W., Gawin, F., H. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*. 51:989–997.
- Casey, L. M., Newcombe, P. A., & Oei, T. P. S. (2005). Cognitive Mediation of Panic Severity: The Role of Catastrophic Misinterpretation of Bodily Sensations and Panic Self-Efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 187-200.
- Chaney, E., F., Roszell, D., K., Cummings, C. (1982). Relapse in opiate addicts: a behavioral analysis. *Addictive Behaviours*.7(3):291-7.
- Chang, J., Y., Janak, P., H., Woodward, D., J. (1998). Comparison of mesocorticolimbic neuronal responses during cocaine and heroin self-administration in freely moving rats. *Journal of Neuroscience*.18(8):3098-115.

- Cherubin, C., E., Sapira, J., D. (1993). The medical complications of drug addiction and the medical assessment of the intravenous drug user: 25 years later. *Annals of Internal Medicine*.119(10):1017-28.
- Childress, A.R., Mozley, P.D., Fitzgerald, J., Reivich, M., Jaggi, J., O'Brien, C.P., (1995). Regional brain blood flow during cue-induced cocaine craving. In: Harris, L.S. (Ed.), *Problems of Drug Dependence 1995*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, p. 194.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive behaviors*, 26(6), 803-825.
- Conklin, C., A., & Tiffany, S., T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*, 97, 155–167
- Conover, W.J. (1999) *Practical Nonparametric Statistical*. 3rd Edition, John Wiley & Sons Inc., New York, 428-433.
- Cooper. M., L (1994) Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Cousijn J., Goudriaan A. E., Ridderinkhof K. R., Veltman D. J., Van Den Brink W., Wiers R.W. (2012). Approach-bias predicts development of cannabis problem severity in heavy cannabis users: results from a prospective fMRI study. *PLoS ONE* 7:e42394.10.1371
- Cousijn J., Goudriaan A. E., Ridderinkhof K. R., Veltman D. J., Van Den Brink W., Wiers R.W. (2013). Neural responses associated with cue-reactivity in frequent cannabis users. *Addict. Biol.* 18, 570–580.
- Cousijn, J., Goudriaan, A., E., Wiers, R., W. (2011). Reaching out towards cannabis: approach-bias in heavy cannabis users predicts changes in cannabis use. *Addiction*.106(9):1667-74.
- Craig, R.J., Olson, R.E., (1990). MCMI comparisons of cocaine abusers and heroin addicts. *J. Clin. Psychol.* 46, 230–237.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M., B., Barber, J., P., Gallop, R., Beck, A., T., Mercer, D., Tu, X., Thase, M., E., Weiss, R., D., Frank, A. (2003). Mediators of outcome of psychosocial treatments for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.71(5):918-25.
- Cuijpers P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*.28(2):139-47.
- Cullen, C., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2009) "The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and the Malleability of Ageist Attitudes," *The Psychological Record*: 59(4) 6
- Dackis, C., A, Gold, M., S. (1985). New concepts in cocaine addiction: the dopamine depletion hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.9(3):469-77
- Dalley, J., W, Fryer, T., D., Brichard, L., Robinson, E., S., Theobald, D., E., Lääne, K., Peña, Y., Murphy, E., R., Shah, Y., Probst, K., Abakumova, I., Aigbirhio, F., I., Richards, H., K., Hong, Y., Baron, J., C., Everitt, B., J., Robbins, T., W. (2007). Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*.315(5816):1267-70.
- Darke, S., Ross, J., Teesson, M. (2007). The Australian Treatment Outcome Study ATOS: what have we learnt about treatment for heroin dependence? *Drug and Alcohol Review*.26:49–54
- Daughters, S., B, Lejuez, C., W, Bornovalova, M., A, Kahler, C., W., Strong, D., R., Brown, R., A. (2005) Distress Tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*.114:729–734.
- Davis, K., E, O'Neill, S., J. (2005) A focus group analysis of relapse prevention strategies for persons with substance use and mental disorders. *Psychiatric Services* 56:1288–1291.
- De Houwer, J. (2002). The Implicit Association Test as a tool for studying dysfunctional associations in psychopathology: Strengths and limitations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(2), 115-133

- De Houwer, J. (2003). On the role of stimulus-response and stimulus-stimulus compatibility in the Stroop effect. *Memory & Cognition*. 31(3) 353–359
- De Raedt, R., Koster, E., H. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive Affective Behaviour Neuroscience*. 10(1):50-70.
- de Wit, H., Doty, P. (1994). Preference for ethanol and diazepam in light and moderate social drinkers: a within-subjects study. *Psychopharmacology (Berl)*.115(4):529–38.
- Deacon, B., J., Fawzy, T., I., Lickel, J., J., Wolitzky-Taylor, K., B (2011). Cognitive Defusion Versus Cognitive Restructuring in the Treatment of Negative Self-Referential Thoughts: An Investigation of Process and Outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 25(3):218-232.
- Dilleen, R., Pelloux, Y., Mar, A., Molander, A., Robbins, T., W., Everitt, B., J., Dalley, J., W., Belin, D. (2012). High anxiety is a predisposing endophenotype for loss of control over cocaine, but not heroin, self-administration in rats. *Psychopharmacology*. 222(1):89-97.
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological science*, 11(1), 86-89.
- Dobson, K., S., Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*. 56(7) 907-923.
- Docherty, G., McNeill, A., Gartner, C., Szatkowski, L. (2014). Did hardening occur among smokers in England from 2000 to 2010? *Addiction*.109(1):147-54.
- Donovan, J.M., Soldz, S., Kelley, H.F., Penk, W.E., (1998). Four addictions: the MMPI and discriminant function analysis. *J. Addiction. Dis.* 17, 41–55.
- Downey, K., Helmus, T., Schuster, C. (2000). Treatment of heroin-dependent poly-drug abusers with contingency management and buprenorphine maintenance. *Experimental Clinical Psychopharmacology*.8:176–184.

- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). Practical clinical guidebooks. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dugas, M., J., Gagnon, F., Ladouceur, R., Freeston, M, H. (1998) Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research Therapy*. 36(2):215-26.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., L., Leyro, T., M., Powers, M., B., Otto, M., W. (2008) A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 165(2):179-87.
- Eilers, H. J., and Hayes, S. C. (2015). Exposure and response prevention therapy with cognitive defusion exercises to reduce repetitive and restrictive behaviors displayed by children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 19, 18-31.
- El-Bassel N, Gilbert L, Rajah V. (2003). The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and HIV. *Addictive Behaviours*. 28(8):1385-403.
- Enders, C., K (2010). Applied missing data analysis. The Guildford Press. New York. London.
- Epstein, D., H, Willner-Reid, J., Vahabzadeh, M., Mezghanni, M., Lin, J., L., Preston, K., L. (2009). Real-time electronic diary reports of cue exposure and mood in the hours before cocaine and heroin craving and use. *Archives of General Psychiatry*. 66(1):88-94.
- Ersche, K., D, Turton, A., J, Pradhan, S., Bullmore, E., T, Robbins, T., W. (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological Psychiatry*. 68(8):770-3.
- Espino, D., V., Lichtenstein, M., J., Palmer, R., F. & Hazuda, H., P. (2004) Evaluation of the mini-mental state examination's internal consistency in a community-based sample of Mexican-American and European-American elders: results from the San Antonio Longitudinal Study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 822–7.

- Ettenberg, A. (2004). Opponent process properties of self-administered cocaine. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 27(8):721-8.
- Evans, E. A., Grella, C. E., Washington, D. L., & Upchurch, D. M. (2017). Gender and race/ethnic differences in the persistence of alcohol, drug, and poly-substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 174, 128-136.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175- 191.
- Fazio, R. H., Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition. research: their meaning and use. *Annual Review Psychology*, 54:297-327
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., & Smith, R. C. (2008). A prospective test of Anxiety Sensitivity as a moderator of the relation between gender and posttraumatic symptom maintenance among high anxiety sensitive young adults. *Depression and Anxiety*, 25(3), 190-199.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Stickle, T. R., Bonn-Miller, M. O., & Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety Sensitivity- physical concerns as a moderator of the emotional consequences of emotion suppression during biological challenge: An experimental test using individual growth curve analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 249-272.
- Field, A. (2005) Reliability analysis. In: Field, A., Ed., *Discovering Statistics Using spss*. 2nd Edition, Sage, London, Chapter 15.
- Field, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2004). Cognitive bias and drug craving in recreational cannabis users. *Drug and alcohol dependence*, 74(1), 105-111.
- Field, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005a). Craving and cognitive biases for alcohol cues in social drinkers. *Alcohol & Alcoholism*, 40, 504-510.

- Field, M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005b). Alcohol increases cognitive biases for smoking cues in smokers. *Psychopharmacology*, 180, 63-72.
- Fiore, MC.; Bailey, WC.; Cohen, SJ.; Dorfman, SF.; Goldstein, MG.; Gritz, ER., et al. (2000). Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of substance abuse treatment*, 25(3), 177-186.
- Flynn, P., M., & Brown, B., S. (2008). Co-Occurring Disorders in Substance Abuse Treatment: Issues and Prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34(1): 36–47.
- Foa, E., B., Kozak, M., J (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy*. 29(4) 675-690. Folstein, M., F., Folstein, S., E, McHugh, P., R. (1975) "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*.12(3):189-98.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007) Randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K., (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43(4), 801-811.
- Foroni, F., & Bel- Bahar, T. (2010). Picture- IAT versus Word- IAT: level of stimulus representation influences on the IAT. *European Journal of Social Psychology*, 40(2), 321-337.
- Forsyth, J., P., Eifert, G., H., Canna, M., A. (2000). Evoking analogue subtypes of panic attacks in a nonclinical population using carbon dioxide-enriched air. *Behaviour Research and Therapy*. 38(6):559-72.

- Forsyth, J.P., Parker, J., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety Sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28, 851–870.
- Fountoulakis, K., N., Tsolaki, M., Chantzi, H., Kazis, A. (2000). Mini Mental State Examination (MMSE): a validation study in Greece. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 15:342-345.
- Fowles, D., C. (1980). The Three Arousal Model: Implications of Gray's Two- Factor Learning Theory for Heart Rate, Electrodermal Activity, and Psychopathy. *Psychophysiology*.17 (2) 87-104
- Freeman, R., C., Collier, K., Parillo, K., M. (2002). Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *The American Journal of Drug Alcohol Abuse*. 28(1):109-31.
- Gaudio, B., A., Herbert, J., D., Hayes, S., C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behaviour Therapy*.41(4):543-54.
- Geiser, D.S. (1992). A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center, Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada, Reno, NV.
- Gerra, G., Baldaro, B., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Raggi, M., A, Brambilla, F. (2003a). Neuroendocrine responses to experimentally-induced emotions among abstinent opioid-dependent subjects. *Drug and Alcohol Dependency*.71:25–35.
- Gerra, G., Bassignana, S., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Caccavari, R., Brambilla, F., Molina, E. (2003b). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis responses to stress in subjects with 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (‘ecstasy’) use history: correlation with dopamine receptor sensitivity. *Psychiatry Res*.120:115–124.

- Gillespie, N., A, Neale, M., C, Prescott, C., A., Aggen, S., H, Kendler, K., S. (2007). Factor and item-response analysis DSM-IV criteria for abuse of and dependence on cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants and opioids. *Addiction*.102:920–930.
- Giuliani, N., R., Calcott, R., D., Berkman, E., T. (2013). Piece of cake. Cognitive reappraisal of food craving. *Appetite*.64:56-61.
- Glasgow, R., E., & Rosen, G., M (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*. 85(1):1-23
- Glasner-Edwards, S., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M., Ang, A., Mooney, L., J, Rawson, R. (2009). Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors Depression among methamphetamine users: Association with outcomes from the Methamphetamine Treatment Project at 3-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*.197(4):225–231.
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L., J., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M, Ang, A., Rawson, R., A. (2010). Psychopathology in methamphetamine-dependent adults 3 years after treatment. *Drug and Alcohol Review*.29(1):12-20.
- Gleitman, H., Gross, J., & Reisberg, D. (2011). Psychology. 8th Edition. W. W. Norton & Company, Inc., 500 Fifth Avenue, New York, NY 10110.
- Gossop, M. (2001). A web of dependence. *Addiction*.96:677–678.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13(2), 169-186.
- Gould, R., A., Ott, M., W., & Pollack, M., H (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*. 15 (8) 819-844.
- Grayson, D. (2004). Some Myths and Legends in Quantitative Psychology. *Understanding Statistics*. 3, 101-34.

- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 197-216
- Grella C, Anglin MD, Wugalter S. (1995). Cocaine and crack use and HIV risk behavior among high-risk methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend.*37:15–21.
- Gross, J.J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gutierrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez. M., & Fink. B. (2004). Comparison between an Acceptance-based and a Cognitive-Control-Based Protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Haga, S., M., Kraft, P., Corby, E., K. (2007) Emotion Regulation: Antecedents and Well-Being Outcomes of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression in Cross-Cultural Samples. *Journal of Happiness Studies*. 10(3):271-291
- Hajek, P., Belcher, M., & Stapleton, J. (1987). Breath-holding endurance as a predictor of success in smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 12(3), 285-288.
- Harrington, N. (2005). The Frustration Discomfort Scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 374-387.
- Hayes, S. C. & Levin, M. E. (2012). Contextual cognitive behavior therapies for addictive behaviors. In S. C. Hayes & M. E. Levin (Eds), *Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions* (pp. 1 – 26). Oakland, CA: New Harbinger

- Hayes, S. C., Barnes- Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. C., Pankey, J., Gifford, E. V., Batten, S., and Quiñones, R. (2002) Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of experiential avoidance disorders. In T. Patterson (Ed)., *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume 2: Cognitive / Behavioral / Functional Approaches* (pp. 319-351). New York: Wiley.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Taormino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.
- Heiy, J., E. (2010). *Emotion Regulation Flexibility: An Exploration of the Effect of Flexibility in Emotion Regulation on Mood*. MA. Thesis. Graduate Program in Psychology. Ohio State University.
- Hernandez-Lopez, M., Luciano, M. C, Bricker, J., B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its

- effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 723-730.
- Hofmann, S., G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392-399.
- Hofmann, S., G., Asmundson, G., J., G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*. 28(1):1-16.
- Hofmann, W., Gawronski, B., Gschwendner, T., Le, H., & Schmitt, M. (2005). A Meta-Analysis on the Correlation Between the Implicit Association Test and Explicit Self-Report Measures. *The Society for Personality and Social Psychology*, 31 (10) 1369-1385.
- Hogue, A., Dauber, S., & Morgenstern, J. (2010). Validation of a contemplation ladder in an adult substance use disorder sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(1), 137-144.
- Holdstock, L., de Wit, H. (2001). Individual differences in responses to ethanol and d-amphetamine: a within-subject study. *Alcohol Clin Exp Res*. 25(4):540–8
- Horwitz, R. M. (2017). Using implicit association to access drug use trajectories of young people: Understanding the different drug use pathways for young people who use illicit substances and investigating the role of implicit identification as a useful indicator of risk of drug dependency.
- Howell, A., N., Leyro, T., M., Hogan, J., Buckner, J., D., Zvolensky, M., J. (2010) Anxiety sensitivity, Distress Tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviour*. 35:1144–1147.
- Hser, Y., I., Huang, D., Brecht, M-L., Libo, L., & Evans, E. (2008). Contrasting Trajectories of Heroin, Cocaine, and Methamphetamine Use. *Journal of Addictive Disorders*. 27(3): 13.
- Hughes, S., & Barnes-Holmes, D. (2013). A Functional Approach to the Study of Implicit Cognition: The IRAP and the REC model. In B. Roche & S. Dymond. (Eds.). *Advances in Relational Frame Theory & Contextual Behavioural Science: Research & Applications*. Advances in Relational

Frame Theory & Contextual Behavioural Science: Research & Applications. Chapter: A Functional Approach to the Study of Implicit Cognition: The IRAP and the REC model. Editors: B. Roche & S. Dymond

Hughes, S., Barnes-Holmes, D., & Vahey, N. (2012). Holding on to our functional roots when exploring new intellectual islands: A voyage through implicit cognition research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 17-38.

Hussey, I., & Barnes-Holmes, D. (2012). The implicit relational assessment procedure as a measure of implicit depression and the role of psychological flexibility. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 573-582.

Hussey, I., Barnes-Holmes, D., & Barnes-Holmes, Y. (2015). From Relational Frame Theory to implicit attitudes and back again: Clarifying the link between RFT and IRAP research. *Current Opinion in Psychology*, 2, 11-15.

Ide, S., Kobayashi, H., Ujike, H., Ozaki, N., Sekine, Y., Inada, T., Harano, M., Komiyama, T., Yamada, M., Iyo, M., Iwata, N., Tanaka, K., Shen, H., Iwahashi, K., Itokawa, M., Minami, M., Satoh, M., Ikeda, K., Sora, I. (2006) Linkage disequilibrium and association with methamphetamine dependence/psychosis of mu-opioid receptor gene polymorphisms. *Pharmacogenomics Journal*. 6:179–188.

Ingvarsson, E. T., & Morris, E. K. (2004). Post-Skinnerian, Post-Skinner, or Neo-Skinnerian? Hayes, Barnes-Holmes, and Roche's Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *The Psychological Record*, 54(4), 497-504.

Irvin, J.E., Hendricks P.S., Brandon T.H. (2003). The increasing recalcitrance of smokers in clinical trials II: Pharmacotherapy trials. *Nicotine & Tobacco Research* 5:27–35.

Jackson, D., C, Malmstadt, J., R., Larson, C., L, Davidson, R., J. (2000). Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology*. 37:515–522.

- Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003). Alcohol Use Disorders and Psychological Distress: A Prospective State-Trait Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 599-613.
- Jacobson, N., S., Dobson, K., S., Truax, P., A, Addis, M., E., Koerner, K., Gollan, J., K, Gortner, E., Prince, S., E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.64(2):295-304.
- James, L., M., Taylor, J. (2007) Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and Cluster B personality in college students. *Addictive Behaviour* 32(4):714–27.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., (1995). HIV risks, gender, and cocaine use among opioid users. *Drug Alcohol Dependence*. 37, 23–28
- Kaestner, E., Rosen, L., & Appel, P. (1977). Patterns of drug abuse: Relations with ethnicity, sensation seeking and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45,462-468.
- Kampman, K., M., Pettinati, H., M., Lynch, K., L., Spratt, K., Wierzbicki, M., R., & O'Brien. (2004). A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for the treatment of comorbid cocaine and alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence*.133(1): 94–99.
- Karekla, M., Forsyth, J.P., & Kelly, M.M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35(4), 725-746.
- Karekla, M., Kapsou, M., & Panayiotou, G. (2010). Paper presented at the 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Boston, MA, USA Experiential avoidance and anxiety: Preliminary data from an epidemiological study in Cyprus
- Karekla, M., Panayiotou, G., & Collins, (2017). Predictors of Urge to Smoke Under Stressful Conditions: An Experimental Investigation Utilizing the PASAT-C Task to Induce Negative Affect in Smokers. *Psychology of Addictive Behaviors* 31(7)
- Khantzian, E., J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142:1259–1264

- Khantzian, E., J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Revised Psychiatry*. 4(5):231- 44.
- Kline, T., J, Sulsky, L., M., Rever-Moriyama, S., D. (2000). Common method variance and specification errors: a practical approach to detection. *The Journal of Psychology*.134(4):401-21.
- Koeter, M. W. J., & Hartgers, C. (1997). European Addiction Severity Index EuropAsi. Cost a6. Preliminary procedure for the computation of the europasi composite scores. The Amsterdam Institute for Addiction Research. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3647EN.html>
- Kohn, P.M., Barnes, G.E., & Hoffman, F.M. (1979). Drug-use history and experience seeking among adult male correctional inmates, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47. 708-715
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research*, 1(4), 208-210.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23(6), 841–853.
- Kokkevi, A., Terzidou, M., Politikou, K., Stefanis, C. (2000). Substance use among high school students in Greece: Outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug and Alcohol Dependence*. 58(1-2):181-8.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., & Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and QOL Outcomes*, 55(5), 1-9.
- Kornør, H., Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*. 6(7):37.
- Kranzler HR, Burleson JA, Korner P, Del Boca FK, Bohn MJ, Brown J, Liebowitz N. (1995). Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. *The American Journal of Psychiatry*.152(3):391-7.

- Kranzler, H., Rounsaville, B., & Tennen, H. (1995). Validity of the SCID in substance abuse patients. *NIDA Research Monograph*, 153, 35-35.
- Krawczyk, N., Feder, K., A., Fingerhood, M., I., Saloner, B. (2017). Racial and ethnic differences in opioid agonist treatment for opioid use disorder in a U.S. national sample. *Drug and Alcohol Dependence*.178:512-518.
- Kreek, M., J., Nielsen, D., A., Butelman, E., R., LaForge, K., S (2005). Genetic Influences on Impulsivity, Risk Taking, Stress Responsivity and Vulnerability to Drug Abuse and Addiction. *Nature Neuroscience* 8(11):1450-7
- Labrie, J., W., Hummer, J., M., & Pedersen, E., R (2005). Reasons for Drinking in the College Student Context: The Differential Role and Risk of the Social Motivator. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 68(3): 393–398
- Lancaster, T., Stead, L.F. (2009) Self-help interventions for smoking cessation (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.
- Landerberger, N., A & Lipsey, M., W (2005) The positive effects of cognitive–behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*. 1(4) 451–476
- Lang, P. J., Melamed, B. G., & Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 76(2), 220-234
- Lang, P., J., Cuthbert, B., N., & Bradley, M., M. (1998). Measuring emotion in therapy: Imagery, activation and feeling. *Behaviour Therapy*. 29, 655-674.
- Latkin, C., Edwards, C., Davey-Rothwell, M., A., Tobin, K., E (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive behaviors*. 73:133-136
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York, NY, US: *Oxford University Press*.

- Lazarus, R. S. (1998). Fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Le Merrer, J., Becker, J., A., Befort, K., Kieffer, B., L. (2009) Reward processing by the opioid system in the brain. *Physiological Reviews*.89(4):1379-412.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., Bolton, J., M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. (8):731-6.
- Lejuez, C., Aklin, W., Bornovalova, M., & Moolchan, E. (2005). Differences in risk-taking propensity across inner-city adolescent ever- and never-smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 7,71–79.
- Lejuez, C.W., Kahler, C.W., & Brown, R.A. (2003). A modified computer version of the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) as a laboratory-based stressor: Implications for behavioral assessment. *The Behavior Therapist*, 26, 290-293
- Lejuez, C.W., Paulson, A., Daughters, S.B., Bornovalova, M.A., Zvolensky, M.J. (2006). The association between heroin use and Anxiety Sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 667-677.
- Lejuez, C.W., Zvolensky, M.J., Daughters, S.B., Bornovalova, M.A., Paulson, A., Tull, M., Ettinger, K., & Otto, M.W. (2008). Anxiety Sensitivity: A Unique Predictor of Dropout among Inner-city Heroin and Crack/Cocaine Users in Residential Substance Use Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 811-818.
- Leri F, Stewart J, Fischer B, Jurgen R, Marsh D, Brissette S, Bruneau J, El-Guebaly N, Noel L, Tyndall M, Wild TC. (2005) Patterns of opioid and cocaine co-use: A descriptive study in a Canadian sample of untreated opioid-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacology*. 13:303–310.
- Levin, M., E., Haeger, J., Woolee, A., Twohig, M., P. (2018). Comparing Cognitive Defusion and Cognitive Restructuring Delivered Through a Mobile App for Individuals High in Self-Criticism. *Cognitive Therapy and Research*

- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress Tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576.
- Li, W., & Zinbarg, R. E. (2007). Anxiety Sensitivity and panic attacks: a 1-year longitudinal study. *Behaviour Modification*, 31(2), 145-161.
- Liese, B. S., Beck, A. T. and Seaton, K. (1999). The cognitive therapy addictions group. In Brook, D. W. and Spitz, H. I. (eds), *Group Psychotherapy of Substance Abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lindgren, K. P., Foster, D. W., Westgate, E. C., & Neighbors, C. (2013). Implicit drinking identity: Drinker+ me associations predict college student drinking consistently. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2163-2166.
- Lindgren, K. P., Neighbors, C., Teachman, B. A., Wiers, R. W., Westgate, E., & Greenwald, A. G. (2013). I drink therefore I am: Validating alcohol-related implicit association tests. *Psychology of addictive behaviors*, 27(1), 1.
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M., M., Heard, H., L., Armstrong, H., E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*.50(12):971-4.
- Lipsey, M., W (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Victims and Offenders*.4 (2) 124-147
- Lissek S, Biggs AL, Rabin SJ, Cornwell BR, Alvarez RP, Pine DS, et al. (2008). Generalization of conditioned fear-potentiated startle in humans: Experimental validation and clinical relevance. *Behaviour Research and Therapy*.46(5):678–687
- Little, R.J.A. & Rubin, D.B. (2002). *Statistical analysis with missing data*. (Second Edition.) New York: Wiley

- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 75-79.
- Lopez-Goni, J., J., Fernandez-Montalvo, J., & Arteaga, A (2012). Addiction treatment dropout: exploring patients' characteristics. *The American Journal of Addictions*.21(1):78-85.
- Lovell, K., Marks, I., M., Noshirvani, H., Thrasher, S., Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29(01):107 – 112
- Luciano, C., Ruiz, F., J., Vizcaíno-Torres, R., M., Sánchez-Martín, V., Gutiérrez Martínez, O., López-López, J., C (2011). A relational frame analysis of Defusion interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 11:165-182
- Luoma, J. & Hayes, S. C. (2009). Cognitive defusion. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed., pp. 181-188). New York: Wiley.
- Luoma, J., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19, 3–13
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15-20.
- MacPherson, L., Stipelman, B. A., Duplinsky, M., Brown, R. A., & Lejuez, C.W. (2008). Distress Tolerance and pre-smoking treatment attrition: Examination of moderating relationships. *Addictive Behaviors*, 33(11), 1385-1393.
- Magill, M., Ray, L., A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 70(4):516-27

- Malcolm, B, Hesselbrock M, Segal B. (2006). Multiple substance dependence and course of alcoholism among Alaska Native Men and Women. *Substance Use Misuse*. 51:729–741.
- Maltby, J., Macaskill, A., Gillett, R. (2007). The cognitive nature of forgiveness: Using cognitive strategies of primary appraisal and coping to describe the process of forgiving. *Journal of clinical psychology* 63 (6), 555-566
- Marín-Navarrete, R., Mejía-Cruz, D., Templos-Nuñez, L., Rosendo-Robles, A., González-Zavala, M., Nanni-Alvarado, R., García, I., Leff, P., Salazar-Juarez, A., Antón-Palma, B (2011). Validation of a cocaine craving questionnaire (CCQ-G) in Mexican population Validation of a cocaine craving questionnaire (CCQ-G) in Mexican population. *Salud Mental* 34(6):491-496
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Marrs, R. (1995) A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843–870.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., Gilmour, S. (2006) The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence*. 83 (1) 90-93
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 2004; 42:477–485.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Twohig, M.P., Drossel, C., Lillis, J., Washio. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behaviour Modification*. 33, 250-262.
- Masuda, A., Feinstein, A.B., Wendell, J.W., & Sheehan, S.T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impact of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, 34, 520-538.

- McCabe S, Cranford J, Morales M, Young A. (2006). Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: prevalence, correlates, and consequences. *Journal of Stud Alcohol*.67:529–537.
- McCabe, S., E., West, B., T., Schepis, T., S., Teter, C., J. (2015) Simultaneous co-ingestion of prescription stimulants, alcohol and other drugs: a multi-cohort national study of US adolescents. *Human Psychopharmacology*.30(1):42–51.
- McCaul, K. D., & Malott, J. M. (1984). Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin*, 95(3), 516-533.
- McElrath, T., Y., M., O'Malley, P., M, Johnston, L., D. (2013). Middle and high school drug testing and student illicit drug use: a national study 1998-2011. *The Journal of Adolescent Health*.52(6):707-15.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A. and Otto, M. W. (2010), 'Cognitive behavioral therapy for substance use disorders', *Psychiatric Clinics of North America* 33(3), pp. 511–25
- McLain, D. L. (1993). The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and psychological measurement*, 53(1), 183-189
- McLaughlin, K., A., Hatzenbuehler, M., L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*.118(3):659-69.
- McLellan, A., T, Kushner, H., Metzger, D., et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal Substance Abuse Treatment*. 9:199-213.
- McLellan, A., T, Luborsky, L., Woody, G., E., O'Brien, C., P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.168(1):26-33.
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, M. C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research & Therapy*, 46(1), 122-9.

- McNally, R. G. (2002). Anxiety Sensitivity and panic disorder. *Biological psychiatry*, 52(10), 938-946.
- Mello, N., K., Negus, S., S. (1996). Preclinical evaluation of pharmacotherapies for treatment of cocaine and opioid abuse using drug self-administration procedures. *Neuropsychopharmacology*.14(6):375-424.
- Mikels, J. A., Fredrickson, B. L., Larkin, G. R., Lindberg, C. M., Maglio, S. J., & Reuter-Lorenz, P. A. (2005). Emotional category data on images from the International Affective Picture System. *Behavior research methods*, 37(4), 626-630.
- Milkman, H. B., & Wanberg, K. W. (2007). Cognitive-Behavioral Treatment: A review and discussion for corrections professionals. Washington, DC: National Institute of Corrections.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Mirin, S.M., Weiss, R.D., Michael, J., (1988). Psychopathology in substance abusers: diagnosis and treatment. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 14, 139–157
- Mitchell, J. A., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Contextual variations in implicit evaluation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132, 455–469.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective processing of smoking-related cues in smokers: manipulation of deprivation level and comparison of three measures of processing bias. *Journal of Psychopharmacology*, 16(4), 385-392.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Field, M., & De Houwer, J. (2003). Eye movements to smoking-related pictures in smokers: relationship between attentional biases and implicit and explicit measures of stimulus valence. *Addiction*, 98(6), 825-836.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Rubonis, A.V., Niaura, R.S., Sirota, A.D., Colby, S.M., & Abrams, D.B. (1993). Alcohol cue reactivity: Effects of detoxification and extended exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 235-249.

- Moos, R., Moos, B. (2004). *Life Stressors and Social Resources Inventory: Adult Form manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mullane, J., C., Stewart, S., H., Rhyno, E., Steeves, D., Watt, M., C., Eisner, A. Anxiety sensitivity and difficulties with smoking cessation. (2008). In: Columbus F, editor. *Advances in Psychology Research*, 54. Hauppauge, NY: Nova Science Publisher National Institute on Drug Abuse NIDA, (2007) <http://www.drugabuse.gov/publications/term/162/ResearchReports>
- Nestler, E., J. Is there a common molecular pathway for addiction? (2005) *Nature Neuroscience*. 8(11):1445–9.
- NICE (2014). CG123: Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. Retrieved from: www.nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54520/54520.pdf
- Nicholson, E., Hopkins-Doyle, A., Barnes-Holmes, D., & Roche, R. A. (2014). Psychopathology, anxiety or attentional control: Determining the variables which predict IRAP performance. *The Psychological Record*, 64(2), 179-188.
- Nielsen, D., A., et al. (2010). Genome-wide association study identifies genes that may contribute to risk for developing heroin addiction. *Psychiatric Genetics*.20:207–214
- Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, 101–115
- Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002). Math= male, me= female, therefore math≠ me. *Journal of personality and social psychology*, 83(1), 44.
- Oakley-Browne, M., Adams, P., Mobberley, P. (2000). Interventions for pathological gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD001521
- Ochsner, K., N., Ray, R., D., Cooper, J., C., Robertson, E., R., Chopra, S., Gabrieli, J., D., Gross, J., J. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage*. 23(2):483-99.

- Otto, M., W., & Whittal, M., L. (1995). Cognitive-Behavior Therapy and the Longitudinal Course of Panic Disorder. *Psychiatric Clinics*. 18 (4) 803-820.
- Otto, M., W., et al., (2003). Therapist Manual for Cognitive-Behavior Therapy for Interoceptive Cues (CBT-IC). Unpublished manuscript, WACC-812. Boston, MA: Massachusetts General Hospital.
- Otto, M., W., Hong, J., J., & Safren, S., A., (2002). Benzodiazepine discontinuation difficulties in panic disorder: Conceptual model and outcome for cognitive-behavior therapy. *Current Pharmaceutical Design*. 8(1):75-80.
- Otto, M., W., O'Cleirigh, C., M., Pollak, M., H. (2007). Attending to emotional cues for drug use: Bridging the gap between clinic and home behaviour. NIDA Science and *Practice Perspectives*. 48-55.
- Otto, M., W., Safren, S., A., & Pollack, M., H. (2004). Internal cue exposure and the treatment of substance use disorders: Lessons from the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 18 (1):69-87.
- Papandreou, K. (2017). Intolerance of emotional, somatic and cognitive drug cues as measured by experiential avoidance, Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance can predict drug of choice. Unpublished B.A. Thesis.
- Patkar, A., A, Gopalakrishnan, R., Lundy, A., Leone, F., T., Certa, K., M., Weinstein, S., P. (2002) Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(9):604-10.
- Patkar, A., A., Gottheil, E., Berrettini, W., Hill, K., W., Thornton, C., C., Weinstein, S. (2003). Relationship between Platelet Serotonin Uptake Sites and Measures of Impulsivity, Aggression, and Craving among African-American Cocaine Abusers. *American Journal on Addictions* 12(5):432-47.
- Pavlov, I., P. (1960) [1927]. *Conditional Reflexes*. New York: Dover Publications. (The 1960 edition is not an unaltered republication of the 1927 translation by Oxford University Press).

- Peck, R., & Devore, J. (2011) *Statistics: The exploration and analysis of data*. 7th edition. Cengage Learning.
- Pedersen, A. F., Sørensen, J. K., Bruun, N. H., Christensen, B., & Vedsted, P. (2016). Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? *Drug and alcohol dependence*, 160, 119-126.
- Perkins KA, Fonte C, Ashcom J, Broge M, Wilson A. (2001) Subjective responses to nicotine in smokers may be associated with responses to caffeine and to alcohol. *Exp Clin Psychopharmacology*. 9(1):91–100.
- Peterson, R. A., & Heilborner, R. L. (1987). The Anxiety Sensitivity Index: Construct validity and factor analytic structure. *Journal of anxiety disorders*, 1(2), 117-121.
- Petry NM, Martin B. (2002) Low-cost contingency management for treating cocaine- and opioid-abusing methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70:398-405.
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L (2018). Why Do Those With Long-Term Substance Use Disorders Stop Abusing Substances? A Qualitative Study. *Substance Abuse*.12: 1178221817752678
- Pilecki, B., & McKay, D. (2012). An experimental investigation of cognitive defusion. *Psychological Record*, 62, 19-40.
- Pitman, R., K., Orr, S., P., Altman, B., Longpre, R., E., Poiré, R., E., Macklin, M., L., Michaels, M., J., Steketee, G., S. (1996). Emotional processing and outcome of imaginal flooding therapy in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 37(6):409-18.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.

- Price, J. W. (2014). *Alcohol, Drugs and the U.S. Workplace: A Guide for Healthcare Providers, Safety Officers and Human Resource Managers*. New York: Novinka.
- Prochaska, J., O., DiClemente, C., C., Norcross, J., C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*.47(9):1102-14.
- Quello, S., B., Brady, K., T., Sonne, S., C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives*.3(1):13-21.
- Raimo, E.B., Smith, T.L., Danko, G.P., Bucholz, K.K., Schuckit, M.A., (2000). Clinical characteristics and family histories of alcoholics with stimulant dependence. *J. Stud. Alcohol* 61, 728–735
- Rawson, R., A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*. 59(9):817-24.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., Obert, J. L., Gulati, V., Shoptaw, S., & Ling, W. (2002). Status of methamphetamine users 2-5 years after outpatient treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 21, 107-119
- Ray, R., A., McRae, R., Ochsner, K., N., & Gross, J., J. (2010). Cognitive Reappraisal of Negative Affect: Converging Evidence From EMG and Self-Report. *Emotion*. (4): 587–592.
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *Journal of Statistical Modelling and Analytics*, 2, 21-33.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). San Diego, CA: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R., A, Gursky, D., M, McNally, R., J (1986). Anxiety Sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*.24(1):1-8.
- Richards, J. M., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A., Brown, R. A., & Lejuez, C. W. (2011). Substance use disorders. In M. J. Zvolensky, A. Bernstein, & A., Vujanovic, *Distress Tolerance: Theory, research, and clinical applications* (171-197). New York: Guilford Press.

- Rinck, M., & Becker, E. S. (2007). Approach and avoidance in fear of spiders. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 105–120.
- Robbins, S., J., Ehrman, R., N., Childress, A., R., Cornish, J., W., O'Brien, C. (2000). Mood state and recent cocaine use are not associated with levels of cocaine cue reactivity. *Drug and Alcohol Dependence*. 59(1):33-42
- Robinson, T., E., Berridge, K., C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research. Brain Research Reviews*.18(3):247-91.
- Ruiz, J. M., Steffen, P., & Prather, C. C. (2012). Socioeconomic status and health. In A. Baum, T. A. Revenson, and J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ.
- Sanderson, W., C., Rapee, R., M., Barlow, D., H. (1988). Panic induction via inhalation of 5.5% CO₂ enriched air: a single subject analysis of psychological and physiological effects. *Behaviour Research and Therapy*. 26:333–335.
- Sanderson, W., C., Rapee, R., M., Barlow, D., H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry*.46:157–162.
- Sarvet, A., L., Wall, M., M., Keyes, K., M., Olfson, M., Cerdá, M., Hasin, D., S. (2018) Self-medication of mood and anxiety disorders with marijuana: Higher in states with medical marijuana laws. *Drug and Alcohol Dependence*. 186, 10-15
- Satre, D. D., Mertens, J. R., Arian, P. A., & Weisner, C. (2004). Five- year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle- aged and younger adults in a managed care program. *Addiction*, 99(10), 1286-1297.
- Savvides, S. N. & Karekla, M. (in preparation). Computerized Acceptance and Commitment Therapy for Smoking cessation among high risk adolescents

- Schachter, S. Singer, J. (1962). "Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State". *Psychological Review*. 69: 379–399.
- Schensul J, Convey M, Burkholder G. (2005). Challenges in measuring concurrency, agency and intentionality in polydrug research. *Addictive Behaviour*.30:571–574.
- Scher, C. D., & Stein, M. B. (2003). Developmental antecedents of Anxiety Sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 253-269.
- Schifano, F., Zamparutti, G., Zambello, F., Oyefeso, A., Deluca, P., Balestrieri, M., ... & Ghodse, A. H. (2006). Review of deaths related to analgesic- and cough suppressant-opioids; England and Wales 1996-2000. *Pharmacopsychiatry*, 39(5), 185-191.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., & Keough, M. E. (2007). Anxiety Sensitivity as a prospective predictor of alcohol use disorders. *Behavior Modification*, 31(2), 202-219.
- Schmidt, N. B., Forsyth, J. P., Santiago, H. T., & Trakowski, J. H. (2002). Classification of panic attack subtypes in patients and normal controls in response to biological challenge: Implications for assessment and treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(6), 625-638.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., & Fitzpatrick, K. K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 263-280.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Cromer, K. R., & Buckner, J. D. (2007). Discomfort intolerance: Evaluation of a potential risk factor for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 247-255.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety Sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 691-699.
- Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G., et al (1990) Efficacy of self-administered programs: meta-analytic review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 42– 47.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press.

- Shapiro, S. S., and Wilk, M. B. (1965), An analysis of variance test for normality (complete samples), *Biometrika* 52, 591–611.
- Sheskin, D. J. (2004). Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures (4th ed.). Boca Raton, FL: Chapman & Hall/ CRC.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Singleton, E., G. (1997) Alcohol Craving Questionnaire (ACQ-NOW). *Alcohol and Alcoholism* 32: 344
- Skinner, B., F. (1986). The evolution of verbal behaviour. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*. 45 (1) 115-122.
- Slavet, J., Stein, L., A., R., Colby, S., M., Barnett, N., Monti, P., M., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R (2006). The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 83(1):42-8.
- Small, A. M. (1990). Foreword. In R. W. Proctor & T. G. Reeve (Eds.), Stimulus response compatibility: An integrated perspective (pp. v-vi). Amsterdam: North Holland.
- Smits, J. A. J., Powers, M. B., Cho, Y., & Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 646-652.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 31, 98-107
- Sonne, S., C, Brady, K., T. (1999). Substance abuse and bipolar comorbidity. *The Psychiatric Clinics of North America*. 22(3):609-27
- Stavrinaki, M., & Karekla, M., (2018). The Greek Drug Craving Questionnaire. Unpublished article.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of Anxiety Sensitivity: A Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246-251.

- Stein, M. B., Schork, N. J., & Gelernter, J. (2008). Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for Anxiety Sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 33(2), 312- 319.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Efiert, G. H. (2001). Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between Anxiety Sensitivity and increased drinking behavior. *Personality and Individual Differences*, 31(2), 157-171.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of Anxiety Sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior modification*, 26(2), 274-296.
- Stewart, S., H., Karp, J., Pihl, R., O., Peterson, R., A. (1999). Anxiety Sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse*.9:223-4
- Storey, J, Tibshirani, R. Parmigiani, G., Garrett, E., S., Irizarry, R., A., Zeger, S., L. (2002). SAM thresholding and false discovery rates for detecting differential gene expression in DNA microarrays, *The Analysis of Gene Expression Data: Methods and Software*. New York Springer
- Storey, J. (2002) A direct approach to false discovery rates, *Journal of the Royal Statistical Society B*. (64), 479-498.
- Storey, J. (2003) The positive false discovery rate: A Bayesian interpretation and the q-value, *Annals of Statistics*. (31), 2013-2025.
- Storey, J., Tibshirani, R. (2003). Statistical significance for genomewide studies, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. (100). 9440-9445.
- Strong, D. R., Lejuez, C., Daughters, S. B., Marinello, M., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2003). The Computerized Mirror Tracing Task (Version 1). Unpublished manual. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Rockville, MD: SAMHSA; 2007. [Accessed 12/7/18]. Treatment Episode Data Set (TEDS): 1995-2005. National Admissions to Substance

Abuse Treatment Services, DASIS Series: S-37, DHHS Publication No. (SMA) 07-4234.
Available at <http://wwwdasis.samhsa.gov/teds05/tedsad2k5web.pdf>.

- Takahashi, M., Muto, T., Tada, M. and Sugiyama, M. (2002) Acceptance Rationale and Increasing Pain Tolerance: Acceptance-Based and FEAR-Based Practice. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 28, 35-46.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Coles, M. (2007). Robust dimensions of Anxiety Sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176
- Trémeau F., Darreye, A., Leroy, B., Renckly, V., Ertlé, S., Weibel, H., Khidichian, F., Macher, J., P. (2003). Personality changes in opioid-dependent subjects in a methadone maintenance treatment program. *Encephale*.29(4:1):285-92
- Troy, A., S., Shallcross, A., J., Mauss, I., B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological Science*. 24(12):2505-2514.
- Troy, A., S., Wilhelm, F., H., Shallcross, A., J., Mauss, I., B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*.10(6):783-795.
- Tsuang, M., T., Lyons, M., J., Meyer, J., M., Doyle, T., Eisen, S., A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Toomey, R., Eaves, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of General Psychiatry*. 55(11):967-72
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210.

- U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS]. (2003). The DASIS Report: American Indian/Alaska Native Treatment Admissions in Rural and Urban Areas:2000. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies
- Vahey, N. A., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Stewart, I. (2009). A first test of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a measure of self-esteem: Irish prisoner groups and university students. *The Psychological Record*, 59, 371-388.
- Vahey, N., A., Nicholson, E., Barnes-Holmes D. (2015). A meta-analysis of criterion effects for the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) in the clinical domain. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*. 48:59-65.
- Vahey, N., Boles, S., & Barnes-Holmes, D. (2010). Measuring adolescents' smoking-related social identity preferences with the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) for the first time: A starting point that explains later IRAP evolutions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(3).
- Vanyukov, M., M., Tarter, R., E., Kirillova, G., P., Kirisci, L., Reynolds, M., D., Kreek, M., J., et al. (2012). Common liability to addiction and "gateway hypothesis": theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug Alcohol Dependence*. 123 Suppl 1:S3-17.
- Vassoler, F., M., Wright, S., J., Byrnes, E., M. (2016). Exposure to opiates in female adolescents alters mu opiate receptor expression and increases the rewarding effects of morphine in future offspring. *Neuropharmacology*.103:112-121
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E., C., Pérez-García, M. (2006) Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of International Neuropsychological Society*.12(3):405-15.

- Vujanovic, A. A., Arrindell, W. A., Bernstein, W. A., Norton, P. J., & Zvolensky, M. J. (2007). Sixteen-item Anxiety Sensitivity Index: confirmatory factor analytic evidence, internal consistency, and construct validity in a young adult sample from the Netherlands. *Assessment*, 14(2), 129–143.
- Wardle, M., C., Marcus, B., A., de Wit, H. (2015). A Preliminary Investigation of Individual Differences in Subjective Responses to D-Amphetamine, Alcohol, and Delta-9-Tetrahydrocannabinol Using a Within-Subjects Randomized Trial. *PLoS One*. 10(10): e0140501.
- Ware, J. Jr., Kosinski, M., Keller, S., D. (1996). “A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity.” *Medical Care* 34 (3): 220–33.
- Watt, M., C., & Stewart, S., H. (2009). What You Should Know About Anxiety Sensitivity. Submitted to *Strides*.
- Weinert, C., Maier, C., & Laumer, S. (2015, May). Do We Behave Based on Our Implicit Attitudes? Proposing a Research Model and an Experimental Study to Investigate Their Influence on Behavioral Intentions. In ECIS.
- Wiers, R. W., Houben, K., & de Kraker, J. (2007). Implicit cocaine associations in active cocaine users and controls. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1284-1289.
- Wiers, R. W., Van Woerden, N., Smulders, F. T., & De Jong, P. J. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognitions in heavy and light drinkers. *Journal of abnormal psychology*, 111(4), 648.
- Williams, B., Myerson, J., & Hale, S. (2008). Individual Differences, Intelligence, and Behavior Analysis. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*. 90(2): 219–231.
- Williams, C, J (2001b) Use of written cognitive-behavioural therapy self-help materials to treat depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 233–240.
- Williams, C. J. (2001a) *Overcoming Depression: A Five Areas Approach*. London: Arnold.
- Williamson, A, Darke, S, Ross, J, Teesson, M. (2006). The effect of persistence of cocaine use on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Drug Alcohol Dependency*. 81:293–300

- Wilson, K. G., Schnitzer, L. W., Flynn, M.K and Kurz, S.A (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Addiction. Context Press.
- Wilson, K., G., Hayes, S., C., Byrd, M., R (2000). Exploring Compatibilities Between Acceptance and Commitment Therapy and 12-Step Treatment for Substance Abuse. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 18(4):209-234
- Winters, K., C., Botzet, A., M, Fahnhorst, T. (2011). Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current Psychiatry Reports*.13(5):416-21.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement- specific substance use profiles. *Addictive behaviors*, 34(12), 1042-1055.
- Wolff, N., von Hippel, C., Brener, L., & von Hippel, W. (2015). Implicit identification with drug and alcohol use predicts retention in residential rehabilitation programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(1), 136.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. F. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: Theoretical rationale. In L. S. Onken, J. D., Blaine, J. J. & Boren (Eds.), Behavioral treatments for drug abuse and dependence. *NIDA Research Monograph* 137. Rockville, MD.
- Wu, L., T., Woody, G., E. Yang, C., Pan, J-J., & Blazer, D., G. (2011). Abuse and dependence on prescription opioids in adults: a mixture categorical and dimensional approach to diagnostic classification. *Psychological Medicine*. 41(3): 653–664.
- Wu, L., Winkler, M., H., Wieser, M., J., Andreatta, M., Li, Y., & Pauli, P (2015). Emotion regulation in heavy smokers: experiential, expressive and physiological consequences of cognitive reappraisal. *Frontiers in Psychology*.
- Wulfert, E., Greenway, D., E., Farkas, P., Hayes, S., C., Dougher, M. (1994). Correlation between self-reported rigidity and rule-governed insensitivity to operant contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 27(4) 659-671.

- Zeiger, J., S, Haberstick, B., C., Corley, R., P., Ehringer, M., A., Crowley, T., J., Hewitt, J., K, et al. (2012). Subjective effects for alcohol, tobacco, and marijuana association with cross-drug outcomes. *Drug Alcohol Dependence*.123 Suppl 1:S52–8
- Zemore, S., E (2012). The effect of social desirability on reported motivation, substance use severity, and treatment attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment* .42(4):400-12.
- Zimmerman, M., Mattia, J., I. (2001). The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*.42(3):175-89.
- Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking and risk taking. In C.E.Izard (Ed.). *Emotion in personality and psychopathology* (pp.163-197) New York: Plenum Press.
- Zvolensky, M. J., & Forsyth, J. P. (2002). Anxiety Sensitivity dimensions in the prediction of body vigilance and emotional avoidance. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 449-460.
- Zvolensky, M. J., Bernstein, A., Cardenas, S. J., Colotla, V. A., Marshall, E. C., & Feldner, M. T. (2007). Anxiety Sensitivity and early relapse to smoking: A test among Mexican daily, low-level smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(4), 483-491
- Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Lejuez, C. W. (2001). Emotional control during recurrent 20% carbon dioxide-enriched air induction: relation to individual difference variables. *Emotion*. 2, 148-165.
- Zvolensky, M. J., Forsyth, J. P., Bernstein, A., & Leen-Feldner, E. W. (2007). A concurrent test of the Anxiety Sensitivity taxon: Its relation to bodily vigilance and perceptions of control over anxiety-related events in a sample of young adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 72-90.
- Zvolensky, M. J., Kotov, R., Antipova, A. V., & Schmidt, N. B. (2005). Diathesis stress model for panic-related distress: a test in a Russian epidemiological sample. *Behaviour research and therapy*, 43(4), 521-532.
- Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Eifert, G. H. (1998). The role of offset control in anxious responding: An experimental test using repeated administrations of 20% carbon dioxide-enriched air. *Behavior Therapy*, 29(2), 193-209.

- Zvolensky, M. J., Marshall, E. C., Johnson, K., Hogan, J., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. O. (2009). Relations between Anxiety Sensitivity, Distress Tolerance, and fear reactivity to bodily sensations to coping and conformity marijuana use motives among young adult marijuana users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(1), 31.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress Tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410.
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Marshall, E. C., & Leyro, T. (2007). Marijuana use motives: A confirmatory test and evaluation among young adult marijuana users. *Addictive Behaviors*, 32(12), 3122-3130.
- Zywiak, W., Connors, G. J., Maisto, S., & Westerberg, V. S. (1996). Section IIA. Replication and extension of Marlatt's taxonomy: relapse research and the reasons for drinking questionnaire: a factor analysis of Marlatt's relapse taxonomy. *Addiction*, 91, s121-s130

Appendix A

Semi structured interview

MARIA STAVRINAKI

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Προετοιμασία III

Ημι-δομημένες Συνεντεύξεις Αξιολόγησης (PreT/Base line questionnaires) και προετοιμασία για θεραπεία (αξιολόγηση για καταλληλότητα και λεπτομερής ενημέρωση για το Trial)

Η ημι δομημένη συνέντευξη, στοχεύει σε δύο βασικές λειτουργίες: α) τη συλλογή ενός ατομικού ιστορικού του συμμετέχοντα, και β) τη προετοιμασία του συμμετέχοντα για την αυτοβοήθεια. Ο/Η θεραπευτής στην ατομική αξιολόγηση του συμμετέχοντα προσπαθεί:

- Να διαμορφώσει μια *καλή θεραπευτική σχέση* με το συμμετέχοντα
- Να αναγνωρίσει τα *χαρακτηριστικά* και τις *συνθήκες* που είτε βοηθούν είτε πιθανών να παρεμποδίζουν την εφαρμογή προγράμματος αυτό-βοήθειας.
- Να συλλέξει δεδομένα βάσης (baseline) για την θεραπευτικής διαδικασία και τη παρέμβαση χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, γνωστικά τεστ και βιοχημικές αναλύσεις (ούρα, αναπνοή).
- Η συνολική διάρκεια αυτής της αξιολόγησης προβλέπεται στα 80 λεπτά συνολικά.

Επιλογή ατόμων για τη παρέμβαση

- Ο/Η ερευνητής, θα χρειαστεί να ακολουθεί τα παρακάτω κριτήρια επιλεξιμότητας προκειμένου να επιβεβαιώσει τα κριτήρια επιλογής ή απόρριψης. Η επιλογή θα γίνει ακολουθώντας το πρωτόκολλο αξιολόγησης, που περιλαμβάνει τα παρακάτω κριτήρια μέσα από μια σειρά ερωτήσεων, τόσο προφορικών, κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης, όσο και γραπτών, μέσα από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Κριτήρια επιλεξιμότητας δείγματος

Κριτήρια επιλογής

Ο /Η ασθενής θα πρέπει να διαθέτει τα παρακάτω:

- 1) Σύγχρονη (εντός 5 έτη) διάγνωση εξάρτησης ουσιών σύμφωνα με το Mini SCID,
- 2) Άνω των 18 ετών
- 3) Γνωρίζει την Ελληνική γλώσσα (ομιλία, γραφή)
- 4) Γνωστική ακεραιότητα σύμφωνα με το Mini Mental State Exam.
- 5) Σε πρόγραμμα εγγεγραμμένο από το ΑΣΚ για απεξάρτηση ουσιών
- 6) Καθαρή ανάλυση ούρων και τεστ αλκοόλης στην αναπνοή (Breathalyser) εν ώρα συγκατάθεσης για το πρόγραμμα

Κριτήρια απόρριψης

Ο/Η ασθενής που παρουσιάζει κάτι από τα παρακάτω, αυτόματα αποκλείεται από την παρέμβαση:

- 1) Ενεργή αυτοκτονικό ιδεασμό ή ανθρωποκτονικό ιδεασμό,
- 2) Διάγνωση κατάχρησης ουσιών αντί εξάρτησης ουσιών (Mini SCID),
- 3) Κάτω των 18 ετών,
- 4) Δεν μιλάει Ελληνικά,
- 5) Ενεργή διάγνωση Σχιζοφρένειας, ή Διπολικής Διαταραχής, ή Μείζων Κατάθλιψης με αυτοκτονικό ιδεασμό για την οποία δεν λαμβάνετε εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή, (Mini SCID), γνωστική έκπτωση, σοβαρή μαθησιακή δυσκολία ή αναπτυξιακή διαταραχή.

Φόρμα Συνέντευξης Αξιολόγησης για την αυτό-βοήθεια και εξαρτήσεις

Βασικές Πληροφορίες	
Όνοματεπώνυμο	
Ημερομηνία	
Διεύθυνση	
Τηλέφωνο σπιτιού και κινητό	
Αριθμός συμμετέχοντα	
Αξιολογήθηκε από	
Δομή	
Ηλικία	
Τεστ ούρων και αναπνοής εν ώρα συγκατάθεσης	
Επανάληψη των τεστ - 1	
Επανάληψη των τεστ - 2	

Η διαδικασία συνέντευξης είναι ένας από τους βασικούς τρόπους για να αξιολογήσει κανείς τη καταλληλότητα ενός υποψηφίου για θεραπεία αυτοβοήθειας. Σε αυτή τη περίπτωση, ο/η συνεντευκτής πραγματοποιεί μια ατομική συνέντευξη. Στην αρχή αναφέρεται τα παρακάτω.

Α΄ ΜΕΡΟΣ- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**



(05 λεπτά)

- *Σύστησε τον εαυτό σου λέγοντας :«Καλημέρα XX, Είμαι ο/η , συνεργάτης στο ερευνητικό έργο του ΠΚ για την κατάχρηση ουσιών και θα ήθελα να τα πούμε για περίπου μία ώρα έτσι ώστε να γνωριστούμε και να μπορέσω να μάθω αρκετά πράγματα για εσένα προκειμένου να σε ενημερώσω για το πρόγραμμα παρέμβασης».*
- *«Ο σκοπός αυτής της συνέντευξης είναι να συγκεντρώσουμε πληροφορίες σχετικά με εσένα αλλά και τον τρόπο που η κατάχρηση ουσιών επηρεάζει τη ζωή σου. Θα σου παρέχουμε επίσης μια σειρά από πληροφορίες σχετικά με την παρέμβαση που αναμένεται να ξεκινήσει».*

- Κατά τη διάρκεια της συνάντησης μας, θα κρατώ μερικές σημειώσεις αν δεν σε ενοχλεί. Είσαι εντάξει με όλα αυτά; Θέλεις να ρωτήσεις κάτι;»
- Όλες οι πληροφορίες που θα συζητήσουμε είναι εμπιστευτικές, (μόνο η επόπτρια μου θα έχει δικαίωμα να τις δει) με την εξαίρεση ένδειξης τωρινού αυτοκτονικού ή ανθρωποκτονικού ιδεασμού η οποία θα πρέπει να καταγγελλεί σε υπεύθυνο άτομο στο πρόγραμμα απεξάρτησης σου. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και το υλικό που θα μαζεύω, θα είναι κλειδώνεται σε ερμάρια και το όνομα σου θα αφαιρεθεί από τα έντυπα ενώ θα χρησιμοποιείται μόνο ο κωδικός συμμετοχής που θα σου δώσουμε.

Β΄ ΜΕΡΟΣ- ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ



(20 λεπτά)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1) Πότε ξεκίνησες θεραπεία στη δομή αυτή;

2) Ποια είναι η διάγνωση που σου δόθηκε;

3) Πότε σου δόθηκε αυτή η διάγνωση (Χρονολογία και ηλικία διάγνωσης);

4) Τι είναι αυτό που κάνεις (βοηθητικό, μη βοηθητικό βραχυπρόθεσμα, μακροπρόθεσμα) για να διαχειριστείς την επιθυμία για χρήση (σκέψεις, συμπεριφορές, εξωτερικά γεγονότα)

5) Έχει λειτουργήσει κάτι από αυτά για εσένα;

6) Έχεις βρει πράγματα που δεν σε βοηθούν (π.χ. σκέψεις, συμπεριφορές, εξωτερικοί παράγοντες και συνθήκες κλπ)

7) Έχεις οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια (π.χ. διαβήτη, πίεση, υψηλή χοληστερόλη, έλκος κλπ).

ΝΑΙ ____ ΟΧΙ____,

εάν ΝΑΙ, εξηγήστε _____

8) Τι είναι αυτό που σε ώθησε να συμμετάσχεις στο πρόγραμμα αυτό (προσπάθησε να γίνεις συγκεκριμένος σε αυτό, δεξ σκέψεις, συμπεριφορές και αντιδράσεις διαχείριση συναισθημάτων)

9) Ποιο είναι το κυριότερο πρόβλημα για το οποίο θεωρείς εσύ ότι χρειάζεσαι βοήθεια;

10) Ποια είναι η κύρια αλλαγή που θα θέλεις να πετύχεις;

11) Είναι κάτι που πιστεύεις ότι θα σε δυσκολέψει στην υλοποίηση της αυτό-βοήθειας, τι είναι αυτό; (προσπαθήστε να δεις διάφορες ανησυχίες που πιθανόν να έχει ο συμμετέχοντας συζητώντας και ενημερώνοντας τους για το τι κάνει κανείς σε αυτό-βοήθεια)

**Β΄ ΜΕΡΟΣ-
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ- I
(DSM-IV, 2004)**



(15 λεπτά)

Τώρα, θα συζητήσουμε ορισμένα κοινά συμπτώματα κάποιων βασικών ψυχολογικών δυσκολιών που οι άνθρωποι μπορεί να αντιμετωπίσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους. Αυτές οι δυσκολίες έχουν να κάνουν με άγχος, θλίψη, φόβο, κακή διάθεση, ανησυχία και ενοχλητικές σκέψεις. Για να μην σε κουράσουμε πολύ οι ερωτήσεις απαντώνται απλώς με ένα ναι ή με ένα όχι. Προσπάθησε να απαντήσεις με την πρώτη σκέψη που σου έρχεται στο μυαλό.

Ο/Η ερευνητής, θα χρειαστεί να ελέγξει εάν ο/η συμμετέχοντας πληροί τα **κριτήρια επιλογής**:

A. Διάγνωση Εξάρτησης Ουσιών

Τα τελευταία **5 έτη**, τρία από τα ακόλουθα οδήγησαν σε προβλήματα ή δυσφορία σε εσένα **για τουλάχιστο 12 μήνες**:

1) Είχες ή έχεις αυξανόμενη ανοχή/ ανεκτικότητα στις ουσίες;

(α)Ανάγκη για αυξανόμενη χρήση για επίτευξη θεμιτού αποτελέσματος (μαστουρώματος/μέθης);

ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

(β) Έλλειψη θεμιτού αποτελέσματος (μαστουρώματος/ μέθης) χρησιμοποιώντας την ίδια ποσότητα χρήσης;

NAI ___ OXI ___

2) Είχες ή έχεις βιώσει σύνδρομο στέρησης;

(α) Είχες δυσφορία αν δεν χρησιμοποιούσες την ουσία κατάχρηση σου;

NAI ___ OXI ___

(β) Έκανες χρήση εναλλακτικής ουσίας για αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων;

NAI ___ OXI ___

3) Είχες ή έχεις αυξήσει σε ποσότητα ή χρονιότητα τη δόση σου παρά τη θέληση σου για διακοπή της ουσίας;

NAI ___ OXI ___

4) Είχες ή έχεις αποτύχει να διακόψεις ή μειώσεις τη χρήση ουσιών παρά τη θέληση σας;

NAI ___ OXI ___

5) Είχες ή έχεις έντονη δραστηριοποίηση με ενασχολήσεις που συνδέονται με τη χρήση;

(δηλαδή για να βρεις / προμηθευτείς μια ουσία, να χρησιμοποιήσεις μια ουσία, ή να αποφύγεις στερητικά συμπτώματα).

NAI ___ OXI ___

6) Είχες ή έχεις μειώσει ή διακόψει τις σημαντικές κοινωνικές δραστηριότητες σου, ή θεμιτές ενασχολήσεις σου λόγω χρήσης;

NAI ___ OXI ___

7) Είχες ή έχεις κάνει χρήση παρά τα προβλήματα που προκλήθηκαν στη ψυχική ή σωματική σου υγεία;

NAI ___ OXI ___

B. Διάγνωση Χρήσης Ουσιών

Τα τελευταία **5 έτη**, ένα από τα ακόλουθα οδήγησαν σε προβλήματα ή δυσφορία σε εσένα **για τουλάχιστο 12 μήνες**:

- 1) Είχες ή έχεις αποτύχει σε ρόλους και καθήκοντα όπως δουλειά, σχολείο, σπίτι;
NAI ___ OXI ___
- 2) Είχες ή έχεις κάνει επανειλημμένη χρήση εν ώρα κινδύνου; (δηλαδή εν ώρα οδήγησης, ή χρήση επικίνδυνων/περίπλοκων μηχανημάτων);
NAI ___ OXI ___
- 3) Είχες ή έχεις νομικά ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση; (δηλαδή συλλήψεις λόγω προβλημάτων συμπεριφοράς, χρήσης ή πώλησης ουσιών);
NAI ___ OXI ___
- 4) Είχες ή έχεις οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα; (δηλαδή είχες ή έχεις συχνά τσακωμούς);
NAI ___ OXI ___

Ο/Η ερευνητής, θα χρειαστεί να ελέγξει επίσης εάν ο/η συμμετέχοντας πληροί τα **κριτήρια απόρριψης**:

Γ. Διάγνωση Διπολικής Διαταραχής

Υπήρξαν ποτέ ή υπάρχουν τώρα, ένα από τα ακόλουθα οδήγησαν σε προβλήματα ή δυσφορία σε εσένα **για τουλάχιστο 12 μήνες**:

- 1) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν ένιωσες τόσο ενθουσιασμό, καλά, σαν να ήσουν φτιαγμένος/η /μαστουρωμένος/η ενώ δεν ήσουν;
NAI ___ OXI ___
Τώρα: NAI ___ OXI ___
- 2) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν ένιωσες τόσο ενθουσιασμό, καλά σε σημείο που άλλοι θεώρησαν ότι δεν ήσουν ο εαυτός σου ή ότι θα εμπλεκόσουν σε φασαρίες;
NAI ___ OXI ___
Τώρα: NAI ___ OXI ___
- 3) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν ένιωσες τόσο ενθουσιασμό, καλά σε σημείο που άλλοι θεώρησαν ότι έχεις μανία ; Αυτή η περίοδος κράτησε για περισσότερο από μια βδομάδα και

έπρεπε αυτή τη περίοδο να νοσηλευτής ; Κατά την ίδια περίοδο είχες προβλήματα ύπνου, ένιωθες υπεράνω, είχες σκέψεις οι οποίες έτρεχαν συνεχώς, ήσουν υπερβολικά ομιλητικός/η, αποσπώταν εύκολα η προσοχή σου, είχες υπερβολική ενέργεια, δυσκολία να συγκεντρωθείς, και εμπλεκόσουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές χωρίς αυτά να ήταν αποτέλεσμα χρήσης ουσιών ή ιατρικής πάθησης ;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Τώρα: ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Δ. Διάγνωση Σχιζοφρένειας

Υπήρξαν ποτέ ή υπάρχουν τώρα, δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα (το καθένα από τα οποία πρέπει να είναι **παρόν για ένα μήνα**) ή λιγότερο εάν χορηγείτε με επιτυχία φαρμακευτική αγωγή.

- 1) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν βίωνες παράξενες ή ασυνήθιστες εμπειρίες όπως ψευδαισθήσεις:

Να ακούς φωνές ή συζητήσεις όταν κανείς δεν είναι γύρω;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Τώρα: ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Να βλέπεις πράγματα που οι άλλοι δεν μπορούν να δουν;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Τώρα: ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

- 2) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν βίωνες παράξενες ή ασυνήθιστες εμπειρίες όπως παραισθήσεις:

Να έχεις ένα παράξενο συναίσθημα ότι κάτι συμβαίνει γύρω σου, ότι δηλαδή άνθρωποι κάνουν πράγματα προκειμένου να σε τεστάρουν ή να σε ανταγωνιστούν ή να νιώθεις ότι βρίσκεσαι συνεχώς υπό παρακολούθηση;

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Τώρα: ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

- 3) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν βίωνες ανοργάνωτο διάλογο (π.χ. συχνός εκτροχιασμός του λόγου ή ασυνάφεια)

ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

Τώρα: ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___

- 4) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν βίωνες υπερβολικά ανοργάνωτη συμπεριφορά ή κατατονική συμπεριφορά

ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

Τώρα: ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

- 5) Υπήρχε ποτέ περίοδος στη ζωή σου όταν βίωνες αρνητικά συμπτώματα π.χ. επίπεδο συναίσθημα, αλογία ή αβουλία

ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

Τώρα: ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

Ε. Αυτοκτονικό ή Ανθρωποκτονικό Ιδεασμό

- 1) Είχες ποτέ σκέψεις ή έχεις τώρα σκέψεις να βλάψεις ή να κάνεις κακό στον εαυτό σου ;

ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

Τώρα: ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

- 2) Είχες ποτέ ή έχεις τώρα οποιεσδήποτε σκέψεις να κάνεις κακό ή να σκοτώσεις κάποιον άλλο ;

ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

Τώρα: ΝΑΙ___ ΟΧΙ___

Εάν στις παραπάνω ερωτήσεις, ο συμμετέχοντας απαντήσει ΝΑΙ, για παρόντα επεισόδια ψυχωτικής συμπεριφοράς ή αυτοκτονικού/ανθρωποκτονικού ιδεασμού, τότε προτείνεται στο άτομο να μιλήσει άμεσα με υπεύθυνο άτομο στο πρόγραμμα απεξάρτησης του και πληροφορείστε τον/την για τα κριτήρια διακοπής εμπιστευτικότητας. Ακολουθήστε το πρωτόκολλο που βρίσκεται στο τέλος της ημι-δομημένης συνέντευξης.

Σημείωση για τους θεραπευτές: Στη περίπτωση που το άτομο ακολουθεί κάποια από τα κριτήρια απόρριψης, τότε, θα χρειαστεί, ως κλινικοί ερευνητές, να το αναφέρεται στο πρόγραμμα απεξάρτησης του για πιθανή παραπομπή.

Ακολουθήστε το πρωτόκολλο που βρίσκεται στο τέλος της ημι-δομημένης συνέντευξης προκειμένου να συστήσετε στον/ην συμμετέχοντα να λάβει την κατάλληλη ψυχολογική ή ψυχιατρική βοήθεια.

Ο/Η ερευνητής, είναι υποχρεωμένος/η να ακολουθήσει το πρωτόκολλο και να κρατήσει ένα υπογεγραμμένο αντίτυπο του συμβολαίου ενημέρωσης.

1) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Υπάρχουν στιγμές που νιώθεις ξαφνικό έντονο φόβο ή δυσφορία τα οποία να εμφανίζονται απρόσμενα, χωρίς συγκεκριμένο λόγο ή σε καταστάσεις όπου δεν αναμένεις ότι θα συμβεί;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

2) ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Αυτό τον καιρό, αισθάνεσαι πανικόβλητος/η σε οποιοσδήποτε καταστάσεις, ή τις αποφύγεις λόγω του πανικού; *Εδώ μιλούμε για ακραία συμπτώματα που να επηρεάζουν την καθημερινότητα σου ή την συμπεριφορά σου.*

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

3) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Αυτό τον καιρό, όταν βρίσκεσαι σε κοινωνικές καταστάσεις όπου μπορεί να παρατηρηθείς ή να κριθείς από άλλους, ή όταν γνωρίζεις καινούριους ανθρώπους νιώθεις φόβο, άγχος ή νευρικότητα; *Πάλι εδώ εννοούμε ακραία*

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

4) ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1. Κατά τους τελευταίους μήνες, ήσουν διαρκώς ανήσυχος/η ή αγχωμένος/η για διάφορα γεγονότα ή δραστηριότητες στην καθημερινή σου ζωή;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

2. Νιώθεις πως δυσκολεύεσαι να ελέγξεις αυτή την έντονη ανησυχία, ή την βρίσκεις στρεσογόνα και ενοχλητική για τη καθημερινή ζωή σου;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

5) ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1α. Αυτό τον καιρό, ενοχλείσαι από σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις οι οποίες επανέρχονται και σου φαίνονται ανάρμοστες ή παράλογες αλλά παρόλα αυτά δεν μπορείς να τις σταματήσεις από το να έρχονται στο μυαλό σου;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

1β. Αυτό τον καιρό, νιώθεις την ώθηση να επαναλάβεις κάποια συμπεριφορά ή να επαναλάβεις κάτι στο μυαλό σου ξανά και ξανά για να νιώσεις λιγότερο άβολα; *Και εδώ αναφερόμαστε σε συμπεριφορές που είναι υπερβολικές, στρεσογόνες και δύσκολο να ελεγχθούν.*

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

6) ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ/ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΞΕΩΣ ΣΤΡΕΣ

1α. Βίωσες ποτέ, ή υπήρξες μάρτυρας σε κάποιο τραυματικό ή απειλητικό για τη ζωή γεγονός όπως επίθεση, βιασμό, να δεις κάποιο να τραυματίζεται σοβαρά ή να σκοτώνετε, σε μάχη, ατυχήματα ή φυσικές ή ανθρώπινες καταστροφές; NAI _____ OXI _____

1β. Η ανάμνηση αυτών των γεγονότων ή εμπειριών διακόπτουν ή επηρεάζουν την ζωή σου τώρα (π.χ. έχεις εφιάλτες, προβλήματα ύπνου, επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις ή σκέψεις για το γεγονός, αναβιώσεις του γεγονότος, ή αποφυγή υπενθυμητικών γεγονότων);

NAI _____ OXI _____

7) ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Αυτό τον καιρό, ένιωσες καθόλου θλιμμένος/η, λυπημένος/η, κενός/η, ή χάσατε το ενδιαφέρον ή την ευχαρίστηση σου σε σχεδόν όλες από τις συνηθισμένες σου δραστηριότητες; *Και εδώ αναφερόμαστε σε συναισθήματα που είναι υπερβολικά, στρεσογόνα και επηρεάζουν την ζωή σου.*

NAI _____ OXI _____

8) ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τα τελευταία δυο χρόνια είχες συχνά μέρες κατά τις οποίες ένιωθες «πεσμένος/η», μελαγχολία ή θλίψη για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας; *Το κλειδί εδώ είναι οι λέξεις συχνά και το μεγαλύτερο μέρος της μέρας.*

NAI _____ OXI _____

9) ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών, φοβόσουν ή πίστευες συνεχώς ότι πιθανόν να έχεις κάποια σοβαρή σωματική πάθηση ή αρρώστια (καρκίνο, καρδιοπάθεια, AIDS, κτλ) παρά του ότι είχες πληροφορίες ότι δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο;

NAI _____ OXI _____

10) ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

1. Είχες πολλά ή διαφορετικά σωματικά προβλήματα στη ζωή σου;

NAI _____ OXI _____

Αν ΝΑΙ, τότε ρωτήστε:

2. Τα τελευταία χρόνια αυτά τα σωματικά προβλήματα σε ώθησαν να επισκεφτείς το γιατρό σε πολλές περιπτώσεις ή έχουν επηρεάσει σημαντικά τη ζωή σου (π.χ. εργασία, κοινωνικές δραστηριότητες);

NAI _____ OXI _____

11) ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Είσαι καπνιστής/ια (συμπεριέλαβε ναργιλέ, ηλεκτρονικό τσιγάρο- κύκλωσε αυτό/α που ισχύει)

ΝΑΙ _____, ΟΧΙ _____, ΠΡΩΗΝ _____

Εάν ΝΑΙ, α) πόσα τσιγάρα κάπνιζες/σες την ημέρα _____

β) για πόσα χρόνια κάπνιζες/σες _____

12) ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ/ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Αυτό τον καιρό, πόσο αλκοόλ καταναλώνεις συνήθως; (προσδιορίστε αριθμό, είδος και ποσότητα αλκοολούχου ποτού που καταναλώνεις και καθορίστε χρονική περίοδο, π.χ. «350 ml (ένα κουτάκι) μύρα τη βδομάδα»)

Αν το άτομο καταναλώνει αλκοόλ ρώτησε: Κατά τον τελευταίο χρόνο η κατανάλωση αλκοόλ σου δημιούργησε προβλήματα όπως:

α. Είχες απουσίες ή μειωμένη απόδοση στην εργασία (ή στο σχολείο/σπουδές);

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

β. Είχες νομικά προβλήματα (π.χ. οδήγηση κάτω από την επήρεια αλκοόλ, παραβατικότητα);

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

γ. Είχες διαφωνίες/συζητήσεις με οικογένεια ή φίλους σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

δ. Ήπιες σε περιπτώσεις κατά τις οποίες μπορεί να ήταν επικίνδυνο για εσένα (π.χ. καθώς οδηγούσες, ενάντια σε ιατρική συμβουλή);

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ε. Ήπιες προσπαθώντας να μειώσεις ή να αποφύγεις αρνητική διάθεση όπως άγχος ή κατάθλιψη;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

στ. Χρειαζόσουν να πιείς περισσότερο για να νιώσεις τα επακόλουθα της μέθης

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ζ. Δυσκολία στο να μειώσεις ή να σταματήσεις να πίνεις

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

13) ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ/ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗΣ

1. Βίωσες ποτέ απώλεια ή αλλαγή στη σωματική σου λειτουργία όπως παράλυση, επιληπτικού τύπου επεισόδια, ή σοβαρό πόνο;

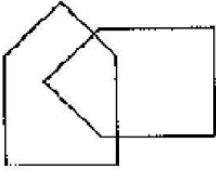
ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

14) Υπάρχει οτιδήποτε άλλο στο οποίο δεν αναφερθήκαμε ή που θέλεις να συζητήσουμε ή που δε συζητήσαμε επαρκώς;

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ Μ.Μ.Σ.Ε.(Mini Mental State Examination)

ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ						ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ
Ποια είναι η ημερομηνία; (Σημειώστε τις σωστές απαντήσεις)	Ημέρα (1)	Ημερ/νία(1)	Μήνας(1)	Έτος (1)	Εποχή (1)	5
Πού βρισκόμαστε; (Σημειώστε τις σωστές απαντήσεις)	Πόλη (1)	Νομός(1)	Χώρα(1)	Νοσοκομείο(1)	Όροφος(1)	5
ΕΓΧΑΡΑΞΗ						
Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. (Σημειώστε τις σωστές απαντήσεις)	Καρέκλα(1)	Φούστα(1)	Ποδήλατο(1)			3
ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ						5
Θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε ακόμη 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε.					93 86 79 72 65	
Εναλλακτικά συλλαβίστε τη λέξη «ΠΕΤΡΑ» αντίστροφα.					«ΑΡΤΕΠ»	
ΑΝΑΚΛΗΣΗ						
Ποια είναι τα τρία αντικείμενα που δώσαμε προηγουμένως; (Σημειώστε τις σωστές απαντήσεις)	Καρέκλα(1)	Φούστα(1)	Ποδήλατο(1)			3
ΓΛΩΣΣΑ						9
Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε «Πώς ονομάζετε αυτό το αντικείμενο;				Ρολόι(1) Μολύβι(1)		
Να επαναλάβετε μετά από εμένα τις λέξεις:				Παιδί, Κλειδί, Κλαδί (1)		
Να διαβάσετε και να κάνετε το παρακάτω:				«Κλείσε τα μάτια σου» (1)		
Γράψτε μία ολοκληρωμένη πρόταση:				Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα. (1)		
Να κάνετε μια τριπλή παραγγελία:				«Να πάρετε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα» (3)		
Να αντιγράψετε το παρακάτω σχήμα: (1)						
ΣΥΝΟΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ (30)						

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. Πόσες φορές στη ζωή σου έχεις μπει σε νοσοκομείο για προβλήματα σωματικής υγείας; (συμπεριλάβετε υπερβολική δόση και τρομώδεις παραλήρημα, αποκλείστε αποτοξίνωση)	<input type="text"/>	6. Αν ναι, πριν πόσους μήνες;	<input type="text"/>	12. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα σωματικής υγείας;	<input type="text"/>
2. Πριν πόσο καιρό νοσηλεύτηκες για τελευταία φορά για κάποιο σωματικό πρόβλημα;	χρόνια <input type="text"/> μήνες <input type="text"/>	7. Ποιο ήταν το αποτέλεσμα του τελευταίου τεστ; 0. Αρνητικό 1. Θετικό 2. Δεν ξέρω 3. Αρνείται να απαντήσει	<input type="text"/>	13. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για αυτά τα προβλήματα;	<input type="text"/>
3. Έχεις κάποια χρόνια προβλήματα σωματικής υγείας που συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή σου; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>	8. Παίρνεις σε συστηματική βάση κάποιο φάρμακο με συνταγή γιατρού για πρόβλημα σωματικής υγείας; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>	14. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ιατρική θεραπεία;	<input type="text"/>
4. Έχεις ποτέ μολυνθεί από ηπατίτιδα; 0 - Όχι 1 - Ναι 2 - Δεν ξέρω 3 - Αρνείται να απαντήσει	<input type="text"/>	9. Παίρνεις συνταγή για σωματική αναπηρία; (Όχι ψυχική) 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>	15. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>
5. Έχεις κάνει τεστ για AIDS; 0 - Όχι 1 - Ναι 2 - Δεν ξέρω 3 - Αρνείται να απαντήσει	<input type="text"/>	10. Έχεις υποβληθεί σε θεραπεία από γιατρό για σωματικά προβλήματα τους τελευταίους 6 μήνες; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>	16. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>
(Προσδιορίστε)		ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ	
				Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:	
				Σχόλια	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Χρόνια σχολικής Εκπαίδευσης	<input type="text"/>	9. Πόσες μέρες δούλεψες τις τελευταίες 30 μέρες (αποκλείστε εμπορία/πορνεία ή άλλη παράνομη δραστηριότητα)	<input type="text"/>	19. Έχεις χρέη; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>
2. Χρόνια ανώτερης εκπαίδευσης (Πανεπιστήμιο/Τεχνική Σχολή)	<input type="text"/>	10. Δουλειά; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	20. Πόσα άτομα εξαρτώνται οικονομικά από σένα για την κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους της στέγης τους, του φαγητού τους κλπ.	<input type="text"/>
3. Ανώτατο πτυχίο εκπαίδευσης	<input type="text"/>	11. Επίδομα ανεργίας; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	21. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 μέρες αντιμετώπισες προβλήματα με τη δουλειά ή προβλήματα ανεργίας;	<input type="text"/>
4. Έχεις ισχύουσα άδεια οδήγησης; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	12. Προσφυγικό επίδομα; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	22. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες αυτά τα προβλήματα εργασίας;	<input type="text"/>
5. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια δουλειά πλήρους ωραρίου; (Βλ. Εγχειρίδιο για ορισμό)	χρόνια <input type="text"/> μήνες <input type="text"/>	13. Σύνταξη, επιδόματα, ή κοινωνική ασφάλιση; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	23. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η συμβουλευτική βοήθεια για αυτά τα προβλήματα εργασίας;	<input type="text"/>
6. Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια περίοδος ανεργίας;	χρόνια <input type="text"/> μήνες <input type="text"/>	14. Από το σύντροφό σου, την οικογένεια ή τους φίλους σου (για προσωπικά έξοδα); 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για συμβουλευτική σε θέματα εργασίας;	<input type="text"/>
7. Συνήθης (ή πιο πρόσφατη) Απασχόληση	<input type="text"/>	15. Παράνομα; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>
8. Συνήθης επαγγελματική κατάσταση τα τελευταία 3 χρόνια: 1. Πλήρης απασχόληση 2. Μερική απασχόληση (τακτικό ωράριο) 3. Μερική απασχόληση (περιστασιακή, με την ημέρα) 4. Σπουδαστής / φοιτητής 5. Στρατιώτης 6. Σύνταξη / Αναπηρία 7. Ανεργος/η (συμπεριλάβετε τα οικιακά) 8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον	<input type="text"/>	16. Πορνεία; 0. Όχι 1. Ναι	<input type="text"/>	26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 - Όχι 1 - Ναι	<input type="text"/>
(Προσδιορίστε λεπτομερώς)		ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 22 & 23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ	
				Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:	
				Σχόλια	



ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

	Ηλικία (1ης χρήσης)	Σε όλη τη ζωή σου χρόνια	Τελευταίες 30 μέρες	Τρόπος χρήσης
01. Αλκοόλ				
02. Αλκοόλ – πάνω από το κρίσιμο όριο				
03. Ηρωίνη				
04. Μεθαδόνη / LAAM				
05. Άλλα οπιούχα παυσίπονα				
06. Φάρμακα χάπια (BZP, Barb, Sed, Hyprn)				
07. Κοκαΐνη				
08. Αμφεταμίνες				
09. Κάνναβη				
10. Παραισθησιγόνα				
11. Εισπνεόμενα				
12. Άλλα				
13. Περισσότερες από μια ουσίες/ημέρα (ουσίες 02-12)				

20. Πριν πόσους μήνες έληξε αυτή η περίοδος αποχής; (00 – η αποχή συνεχίζεται)

21. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι ξόδεψες τις τελευταίες 30 μέρες για:

Αλκοόλ (ποσό)

Ναρκωτικά (ποσό)

22. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έκανες θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά ως εξωτερικός ασθενής; (Συμπεριλάβετε τις ομάδες NA, AA)

23. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 24 & 25 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σημ.: Βλ. Εγχειρίδιο για αντιπροσωπευτικά παραδείγματα κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

- Τρόπος χρήσης: 1 = στόμα, 2 = μύτη, 3 = κάπνισμα, 4 = μη ενδοφλέβια ένεση, 5 = ενδοφλέβια ένεση.

14. Έχεις κάνει ποτέ ενέσιμη χρήση;
0. Όχι 1. Ναι

Ηλικία 1ης Ενέσιμης Χρήσης	Σε όλη τη ζωή σου	Ενέσιμη χρήση 6 μήνες	30 μέρες
Χρονών	χρόνια	μήνες	μέρες

14B. Ενέσιμη χρήση τους τελευταίους 6 μήνες:
1. Δεν κάνει κοινή χρήση
2. Κάνει μερικές φορές κοινή χρήση με άλλους
3. Κάνει συχνά κοινή χρήση με άλλους

15. Πόσες φορές σου έχει συμβεί: Να πάθεις τρομάδες παραλήρημα

Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών

16. Τύπος υπηρεσιών και φορές που υποβλήθηκες σε θεραπεία:

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
1. Αποτοξίνωση εξωτερικής Παραμονής		
2. Αποτοξίνωση εσωτερικής Παραμονής		
3. Υποκατάσταση εξωτερικής Παραμονής		
4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής Παραμονής		
5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής Διαμονής		
6. Πρόγραμμα ημερήσιας Παραμονής		
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο/ Κλινική		
8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/ Θάλαμος		
9. Άλλο		

17. Πόσους μήνες διήρκεσε η μεγαλύτερη περίοδος αποχής σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών;

18. Ποια ουσία είναι το κύριο πρόβλημα; (Χρησιμοποίησε την παραπάνω κωδικοποίηση ή το 00-Καμία, 15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά – Διπλός εθισμός, 16. Πολλαπλός εθισμός, όπου υπάρχει αμφιβολία ρωτήστε τον ασθενή)

19. Πόσο διήρκεσε η τελευταία περίοδος εθελοντικής αποχής από αυτή τη κύρια ουσία, όχι σαν αποτέλεσμα της θεραπείας; (00 – ποτέ σε αποχή)

24. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

25. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ 26. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για θεραπεία για:

Κατάχρηση αλκοόλ

Κατάχρηση ναρκωτικών

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

27. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής; 0 – Όχι 1 – Ναι

28. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση; 0 – Όχι 1 – Ναι

ΝΟΜΙΚΗ / ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Η εισαγωγή σου εδώ έγινε μετά από εντολή ή υπόδειξη δικαστηρίου ή της αστυνομίας;
0. Όχι 1. Ναι
2. Βρίσκεσαι υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση;
0. Όχι 1. Ναι

Πόσες φορές στη ζωή σου, σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

3. Κατοχή και εμπορία ναρκωτικών
4. Φθορά ξένης περιουσίας; (διάρρηξη, κλοπή, απάτη, πλαστογραφία, εκβιασμός, παράνομη αποδοχή)
5. Εγκλήματα βίας; (ληστεία, επίθεση, εμπρησμό βιασμό, ανθρωποκτονία/φόνος)
6. Άλλα εγκλήματα;
7. Πόσες από αυτές τις κατηγορίες κατέληξαν σε καταδίκες;

Πόσες φορές στη ζωή σου, σου έχει απαγγελθεί κατηγορία για τα παρακάτω:

8. Ανάρμοστη συμπεριφορά, αλητεία, μέθη;

9. Πορνεία;
10. Οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ;
11. Σοβαρές παραβιάσεις ΚΟΚ (επικίνδυνη οδήγηση, υπερβολική ταχύτητα, χωρίς άδεια οδήγησης κλπ.);
12. Πόσους μήνες έχεις φυλακιστεί στη ζωή σου;
μήνες
13. Πόση διάρκεια είχε η τελευταία φυλακιστή σου;
μήνες
14. Για ποια αδίκημα; (Χρησιμοποιήστε τους κωδικούς 03-06, 08-11. Αν υπάρχουν πολλαπλά αδικήματα κωδικοποιήστε τα πιο σοβαρά)
15. Περιμένεις τώρα απαγγελία κατηγορίας δίκη ή απόφαση δικαστηρίου;
0. Όχι 1. Ναι
16. Για ποια αδίκημα; (Αν υπάρχουν πολλαπλά κωδικοποιήστε τα πιο σοβαρά)
17. Πόσες μέρες τις τελευταίες 30 ήσουν υπό κράτηση ή στη φυλακή;
18. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έλαβες μέρος σε παράνομες δραστηριότητες για να βγάλεις λεφτά;

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 19 & 20 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

19. Πόσο σοβαρά πιστεύεις ότι είναι τα τωρινά νομικά σου προβλήματα; (Αποκλείστε τις αστικές υποθέσεις)
20. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η παροχή νομικών συμβουλών ή η παραπομπή για αυτά τα νομικά προβλήματα;

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

21. Πώς εκτιμάς την ανάγκη του ασθενούς για παροχή νομικών συμβουλών ή υπηρεσιών;

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

- Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:
22. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
0 - Όχι 1 - Ναι
23. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;
0 - Όχι 1 - Ναι

Σχόλια

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Είχε κανένας από τους συγγενείς σου αυτό που θα λέγαμε σημαντικό πρόβλημα με το αλκοόλ, τα ναρκωτικά ή ψυχιατρικό πρόβλημα – τέτοιο που να οδήγησε ή θα έπρεπε να είχε οδηγήσει σε θεραπεία;

	Από τη μητέρα			Από τον πατέρα			Αδέλφια		
	Αλκοόλ	Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό	Αλκοόλ	Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό	Αλκοόλ	Ναρκωτικά	Ψυχιατρικό
Γιαγιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παππούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μητέρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θείος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλα σημαντικά Πρόσωπα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Αδελφός #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Αδελφός #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Αδελφή #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Αδελφή #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							Θετός Αδελφός/ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οδηγίες: Βάλτε «0» στη σχετική κατηγορία όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «όχι» για όλα τα πρόσωπα σε αυτή την κατηγορία των συγγενών, «1» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «ναι» για οποιαδήποτε συγγενή σε αυτή την κατηγορία, «X» όπου η απάντηση είναι «δεν είμαι σίγουρος/η» ή «δεν ξέρω» και «N» όταν δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή. Βάλτε τον κωδικό για τον/την πιο προβληματικό/ή αδελφό/ή σε περιπτώσεις που υπάρχουν περισσότερα από δύο αδέλφια σε κάθε κατηγορία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

1. Οικογενειακή κατάσταση
1. Παντρεμένος/η 4. Σε διάσταση
 2. Ξαναπαντρεμένος/η 5. Διαζευγμένος/η
 3. Χήρος/α 6. Ανύπαντρος
2. Πόσο καιρό είσαι σε αυτή την οικογενειακή κατάσταση;
 χρόνια μήνες
 (Αν δεν έχει παντρευτεί ποτέ μετά την ηλικία των 18)
3. Είσαι ικανοποιημένος/η από αυτή την κατάσταση;
 0. Όχι 1. Αδιάφορο 2. Ναι
4. Συνήθεις συνθήκες διαβίωσης (τα τελευταία 3 χρόνια)
 1. Με ερωτικό σύντροφο και παιδιά
 2. Με ερωτικό σύντροφο μόνοι
 3. Μόνος/η με τα παιδιά
 4. Με τους γονείς
 5. Με την οικογένεια
 6. Με φίλους
 7. Μόνος/η
 8. Σε ελεγχόμενο περιβάλλον
 9. Όχι σταθερές συνθήκες
5. Πόσο καιρό ζεις κάτω από αυτές τις συνθήκες;
 χρόνια μήνες
 (Αν ζει με τους γονείς ή με την οικογένεια μετά την ηλικία των 18)
6. Είσαι ικανοποιημένος/η από αυτές τις συνθήκες διαβίωσης;
 0. Όχι 1. Αδιάφορο 2. Ναι
- Μένεις με κάποιον που:
 0. Όχι 1. Ναι
- 6Α. Έχει πρόβλημα τώρα με το αλκοόλ;
- 6Β. Παίρνει ψυχοδραστικά φάρμακα;
7. Με ποιους περνάς τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο σου;
 1. Οικογένεια, χωρίς προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
 2. Οικογένεια, με προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
 3. Φίλους, χωρίς προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
 4. Φίλους με προβλήματα με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά
 5. Μόνος/η
 8. Σε ικανοποιεί να περνάς έτσι τον ελεύθερο χρόνο σου;
 0. Όχι 1. Αδιάφορο 2. Ναι
 9. Πόσους στενούς φίλους έχεις;

- Οδηγίες: Βάλτε «0» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «όχι» για όλα τα πρόσωπα σε αυτή την κατηγορία των συγγενών, «1» όπου η απάντηση είναι ξεκάθαρα «ναι» για οποιοδήποτε συγγενή σε αυτή την κατηγορία, «Χ» όπου η απάντηση είναι «δεν είμαι σίγουρος/η» ή «δεν ξέρω» και «Ν» όπου δεν υπήρξε ποτέ κάποιο πρόσωπο στην κατηγορία αυτή.
- 9Α. Θα έλεγες ότι είχες στενές μακροχρόνιες προσωπικές σχέσεις με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα στη ζωή σου;
- Μητέρα
 Πατέρα
 Αδελφούς/Αδελφές
 Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο
 Παιδιά
 Φίλους
- Υπήρξαν σημαντικές περιόδους κατά τις οποίες να είχες σοβαρά προβλήματα στη σχέση σου με κάποιο από τα παρακάτω πρόσωπα;
0. Όχι 1. Ναι
- | | Τελευταίες 30 μέρες | Σε όλη σου τη ζωή |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Μητέρα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Πατέρα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Αδελφούς/Αδελφές | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ερωτικό σύντροφο/σύζυγο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Παιδιά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Άλλους στενούς συγγενείς | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Στενούς φίλους | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Γείτονες | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Συναδέλφους | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Σε κακομεταχειρίστηκε κανένα από τα παραπάνω πρόσωπα (10 – 18):
0. Όχι 1. Ναι
- | | Τελευταίες 30 μέρες | Σε όλη σου τη ζωή |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 18Α. Συναισθηματικά (με σκληρά λόγια); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18Β. Σωματικά (προκαλώντας σου σωματικές βλάβες); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18Γ. Σεξουαλικά (σεξουαλικές προτάσεις ή εξαναγκασμό σε σεξουαλικές πράξεις); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες σοβαρές συγκρούσεις;
 Α. Με την οικογένειά σου
 Β. Με άλλους (εκτός οικογένειας)
- ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 20-23 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
- Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:
20. Οικογενειακά προβλήματα
 21. Κοινωνικά προβλήματα
 Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία ή η συμβουλευτική για:
 22. Οικογενειακά προβλήματα
 23. Κοινωνικά προβλήματα
- ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ
24. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για οικογενειακή ή/και κοινωνική συμβουλευτική;
- ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ
- Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:
25. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
 0 – Όχι 1 – Ναι
 26. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;
 0 – Όχι 1 – Ναι

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Πόσες φορές έχεις υποβληθεί σε θεραπεία για ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

--	--

Σε νοσοκομείο

Ως εξωτερικός ασθενής ή σε ιδιώτη γιατρό

--	--

2. Παίρνεις σύνταξη για ψυχική αναπηρία;
0. Όχι 1. Ναι

--

Υπήρξε κάποια σημαντική περίοδος (που δεν ήταν άμεσα αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ (ναρκωτικών) που να είχες (Βλ. Εγχειρίδιο για τους ορισμούς)

0. Όχι 1. Ναι Τελευταίες 30 μέρες Σε όλη σου τη ζωή

3. Σοβαρή κατάθλιψη

--

--

4. Σοβαρό άγχος ή ένταση

--

--

5. Δυσκολίες στο να καταλαβαίνεις, να συγκεντρώνεσαι, να θυμάσαι

--

--

6. Ψευδαισθήσεις

--

--

7. Δυσκολία στο να Ελέγξεις τη βίαιη συμπεριφορά σου

--

--

8. Πάρε φάρμακα με Συνταγή γιατρού για ψυχολογικά/ συναισθηματικά προβλήματα

--

--

9. Σκεφτεί σοβαρά να Αυτοκτονήσεις

--

--

10. Αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις

--

--

- 10Α. Πόσες φορές έχεις αποπειραθεί να αυτοκτονήσεις;

--	--

11. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα;

--	--

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 12 & 13 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

12. Πόσο ενοχλήθηκες ή στεναχωρήθηκες από αυτά τα ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα μέσα στις τελευταίες 30 μέρες;

--

13. Πόσο σημαντική είναι τώρα για σένα η θεραπεία για αυτά τα ψυχολογικά προβλήματα;

--

ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ασθενής:

0. Όχι 1. Ναι

14. Ήταν φανερά καταθλιμμένος/ αποτραβηγμένος

--

15. Ήταν φανερά εχθρικός

--

16. Ήταν φανερά αγχωμένος/ Νευρικός

--

17. Είχε πρόβλημα επαφής με την πραγματικότητα, διαταραχές της σκέψης, παρανοϊκή σκέψη

--

18. Είχε δυσκολία στην κατανόηση, στη συγκέντρωση, στη μνήμη

--

19. Έκανε σκέψεις αυτοκτονίας

--

Σχόλια

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ

20. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για ψυχιατρική/ ψυχολογική θεραπεία;

--

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι Διαστρεβλωμένες από:

21. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
0 – Όχι 1 – Ναι

--

22. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;
0 – Όχι 1 – Ναι

--

Γ΄ ΜΕΡΟΣ- ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ PRE-TREATMENT

- Δώστε να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια PreTreatment



(40 λεπτά)

Δώσε το ερωτηματολόγιο για συμπλήρωση ή/και βοήθησε τους συμμετέχοντες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ανάφερε τα παρακάτω:

«Συμμετέχεις σε μια ερευνητική ψυχολογική παρέμβαση. Στην αρχή της συνάντησης και στο τέλος, θα σου δοθούν οι ίδιες ερωτήσεις με αυτές που θα συμπληρώσεις τώρα. Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι για να μετρήσουμε τη διαφορά από το πριν στο μετά αφού έχεις ολοκληρώσει την θεραπεία. Αισθανόμαστε και αναγνωρίζουμε ότι μπορεί να σου είναι λίγο κουραστικό να συμπληρώνεις όλα αυτά τα ερωτηματολόγια, αλλά είναι ο μόνος τρόπος για να δούμε πόσο δουλεύει η θεραπεία για εσένα και να την συγκρίνουμε με άλλα άτομα».

Κατά τη διάρκεια που ο συμμετέχοντας συμπληρώνει το PreTreatment ερωτηματολόγιο, συμπλήρωσε τα: φυλλάδιο- 1 «σύνοψη» και φυλλάδιο-2 «κλινική αξιολόγηση και διάγνωση»

Στο τέλος της συνάντησης

- Δώσε την επιστολή έναρξης
- Βεβαιώσου ότι έκανες όλα όσα απαιτούνταν συμπληρώνοντας την Λίστα αξιολόγησης (δείτε την στο Παράρτημα II)
- Τοποθέτησε την λίστα αξιολόγησης ως πρώτο φύλλο στο εγχειρίδιο συμμετεχόντων.

Συμμετοχή στην παρέμβαση **ΝΑΙ** _____ **ΟΧΙ** _____

Κριτήρια και λόγοι απόρριψης (συνοπτικά)

ΣΥΝΟΨΗ

ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΟΥ

Είναι το άτομο κατάλληλο να συμμετάσχει στο πρόγραμμα (μπορεί να γράψει ασκήσεις, να καταγράψει συμπεριφορές δικές του, να αναγνωρίζει σκέψεις, συμπεριφορές και συναισθήματα)

ΝΑΙ _____ **ΟΧΙ** _____

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Φυλλάδιο 2- Κλινικές Αξιολογήσεις και Διαγνώσεις

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ

ΑΠΟΥΣΑ	ΗΠΙΑ		ΜΕΤΡΙΑ		ΣΟΒΑΡΗ		ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ	
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Καμία	Λίγο ενοχλητική δεν επηρεάζει την λειτουργικότητα		Ενοχλητική επηρεάζει την λειτουργικότητα		Εμφανώς ενοχλητική επηρεάζει την λειτουργικότητα		Πολύ σοβαρά επηρεάζει την λειτουργικότητα	

ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ DSM-IV

	ΚΥΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ	ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ
ΑΕΟΝΑΣ I:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
ΑΕΟΝΑΣ II:	_____	_____	_____	_____
ΑΕΟΝΑΣ III:	_____			
ΑΕΟΝΑΣ IV: Οξεία:	_____	Διαρκής:	_____	
ΑΕΟΝΑΣ V: Τρέχουσα:	_____	Κατά το προηγούμενο έτος:	_____	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πρωτόκολλο παραπομπής συμμετέχοντα σε υπηρεσία Ψυχικής Υγείας.

A. Διαδικασίες τερματισμού εμπιστευτικότητας

Βασικές αρχές:

- Ο ερευνητής καλείτε να αναφέρει το παρακάτω κείμενο (δες italics) στο συμμετέχοντα
- Αναφέρει ρητά ότι για την καλύτερη αντιμετώπιση αυτής της δυσκολίας στη παρούσα φάση, δεν δύναται να συμμετάσχει στη θεραπεία αυτό-βοήθειας καθώς χρειάζεται πιο εξειδικευμένη ψυχολογική βοήθεια.
- Αναφέρει ρητώς ότι το πρόγραμμα έχει ευθύνη να συζητήσει μαζί του/της τις δυσκολίες που ο ερευνητής αναγνώρισε ενώ τονίζει ότι δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αναλάβει τον θεραπευτικό χειρισμό του περιστατικού.
- Ο ερευνητής οφείλει να συζητήσει τα παραπάνω με το άτομο και να αναφέρει ότι η καλύτερη θεραπεία στη παρούσα φάση δεν είναι η συμμετοχή στην ερευνητική ψυχολογική παρέμβαση αλλά μια πιο εξειδικευμένη για το πρόβλημα του/της θεραπεία η οποία χρειάζεται να τύχει αξιολόγησης από Ψυχολόγο ή Ψυχίατρο στο κέντρο απεξάρτησης του.

Αναφέρεται κάτι όπως:

Το πρόγραμμα αυτό φαίνεται να μην μπορεί να σας βοηθήσει με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζεται στη παρούσα φάση. Ίσως κάτι πιο συγκεκριμένο και ατομικό να μπορούσε να σας προσφέρει μεγαλύτερη βοήθεια.

B. Υπογραφή συναίνεσης ενημέρωσης.

Αφού ο ερευνητής του έργου ενημερώσει συνολικά το άτομο με βάση τις παραπάνω διαδικασίες, χρειάζεται να υπογράψει το παρακάτω «συμβόλαιο ενημέρωσης». Ο ερευνητής, θα παραδώσει ένα αντίτυπο του συμβολαίου ενημέρωσης υπογεγραμμένο και άλλο ένα θα το δώσει στον συμμετέχοντα και στη δομή απεξάρτησης του/της.

ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Το παρακάτω συμβόλαιο ενημέρωσης διασφαλίζει τα παρακάτω:

1. Ενημερώθηκα και κατανόησα τις πληροφορίες και είχα το χρόνο και την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις σχετικά με αυτά που μου ανέφερε ο συνεργάτης του έργου.
2. Κατανοώ ότι στη παρούσα φάση η συμμετοχή μου δεν δύναται να προχωρήσει λόγω των κριτηρίων που η ερευνητική ψυχολογική παρέμβαση έχει θέσει. Λόγω της φύσης της ερευνητικής παρέμβασης, υπάρχουν ορισμένα κριτήρια τα οποία δεν πληρούνται από μέρος μου και έτσι δεν είναι δυνατή η συμμετοχή μου στη παρούσα φάση.
3. Έλαβα και κατανόησα όλες τις πληροφορίες που χρειάζονταν για το λόγω της μη συμμετοχής μου στην ερευνητική ψυχολογική παρέμβαση
4. Μίλησα σε υπεύθυνο άτομο του προγράμματος ανεξάρτητης μου για το πιο πάνω θέμα

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος

Ημερομηνία

Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο του μέλους της ερευνητικής ομάδας που λαμβάνει τη συγκατάθεση

Ημερομηνία

Υπογραφή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
Λίστα αξιολόγησης

Κυκλώστε αναλόγως και τοποθετήστε το φυλλάδιο στην αρχή του εγχειριδίου του συμμετέχοντα.

- 1) Συζήτησες τις απαιτήσεις της μελέτης; ΝΑΙ
OXI
- 2) Ενημέρωσες τον συμμετέχοντα και το πρόγραμμα απεξάρτησης εάν δεν πληροί τα κριτήρια για την μελέτη, ΝΑΙ
OXI
- 3) Έδωσες την εισαγωγική επιστολή ενημέρωσης στο συμμετέχοντα, στη περίπτωση που είναι κατάλληλος για την μελέτη; ΝΑΙ
OXI
- 4) Συμπλήρωσες το φυλλάδιο της σύνοψης και της κλινική αξιολόγηση και διάγνωση ΝΑΙ
OXI
- 5) Ενημέρωσες τον συμμετέχοντα για τον αριθμό των συνεδριών (σύνολο 4) ανά βδομάδα ΝΑΙ
OXI
- 6) Ανάφερες ότι θα χρειάζεται πάντα να φέρνουν τα γυαλιά τους επειδή θα συμπληρώνουν ορισμένα πράγματα κατά τη διάρκεια των συνεδριών; ΝΑΙ
OXI

Appendix B
Information Sheet and Consent Form

MARIA STAVRINAKI

.....

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 (δέκα) σελίδες)

Καλείστε να αποφασίσετε εάν επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Εάν η απόφασή σας είναι να συμμετάσχετε, παρακαλούμε όπως διαβάσετε τις πιο κάτω (βλ. **«Πληροφορίες για Ασθενείς ή/και Εθελοντές»**) που εξηγούν όλα τα σχετικά με τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα, όπως οι κίνδυνοι που ενδεχομένως να προκύψουν και η ταλαιπωρία που ενδεχομένως θα υποστείτε. Επίσης, εξηγούν με κάθε λεπτομέρεια το τι θα ζητηθεί από εσάς καθώς και ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και σε άλλο υλικό που εθελοντικά θα δώσετε στο πλαίσιο του προγράμματος. Αναφέρουν, επίσης, τη χρονική περίοδο κατά την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και στο άλλο υλικό που θα δώσετε και εξηγούν τον επιδιωκόμενο στόχο του προγράμματος ως αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Τέλος, παρέχουν μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να προκύψει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα πρέπει να αναφέρετε κατά πόσον έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας τους τελευταίους δώδεκα μήνες. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε την συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Έχετε, επίσης, το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα στην Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου. Παρακαλούμε σημειώστε ότι όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης πρέπει να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες
Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Μαρία Σταυρινάκη, Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κύπρου κάτω από την εποπτεία της Δρ. Μαρία Καρεκλά

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 (δέκα) σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Εσωτερικές Αντιδράσεις και Εξάρτηση από Ουσίες

Δίδετε συγκατάθεση για σας ή για κάποιο άλλο άτομο;

Εάν η συγκατάθεσή σας είναι για κάποιο άλλο άτομο, παρακαλούμε δώστε το όνομά του και δώστε λεπτομέρειες για το πώς γνωρίζετε.

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Έχετε ο ίδιος συμπληρώσει τα έντυπα συγκατάθεσης ;	
Κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες, έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα ;	
Έχετε διαβάσει και αντιληφθεί τις σχετικές πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Σας δόθηκε η ευκαιρία να υποβάλετε ερωτήσεις ή/και να συζητήσετε το πρόγραμμα με άλλο άτομο;	
Εάν ναι, έχουν δοθεί ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Αντιλαμβάνεστε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα όποτε θέλετε;	
Αντιλαμβάνεστε ότι, εάν αποφασίσετε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιοδήποτε εξηγήσεις για την απόφασή σας ;	
(Η ερώτηση αυτή φορά μόνο τους ασθενείς). Αντιλαμβάνεστε ότι, εάν αποφασίσετε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που λαμβάνετε ή που μπορεί να λάβετε μελλοντικά;	
Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;	
Με ποιόν υπεύθυνο έχετε μιλήσει ;	

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα - σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες



*Γραπτές πληροφορίες και έγγραφο συγκατάθεσης για **Ασθενείς με Εξάρτηση Ουσιών– Συμμετογή σε Πρόγραμμα Ψυχολογικής Παρέμβασης** (Αυτό-βοήθειας)*

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Έχετε κληθεί να συμμετάσχετε σε μια ερευνητική και κλινική μελέτη με στόχο την αναγνώριση και διαχείριση εσωτερικών αντιδράσεων που επηρεάζουν την εξάρτηση από ουσίες. Η μελέτη διεξάγεται από το Πανεπιστήμιο Κύπρου με τη συνεργασία του Αντιναρκωτικού Συνδέσμου Κύπρου.

A- Μέρος: Πληροφορίες για την μελέτη

Συγκεκριμένα, έχετε κληθεί να συμμετάσχετε στη μελέτη που απευθύνεται σε άτομα με διάγνωση την εξάρτηση από ουσίες. Μέσω της μελέτης αυτής, στοχεύουμε να εξετάσουμε με ποιο τρόπο οι αντιλήψεις, τα σωματικά συμπτώματα και τα συναισθήματα του ατόμου επηρεάζουν την επιθυμία του για χρήση ουσιών και απόσυρση από τη χρήση ουσιών που , ακολούθως , θα μας επιτρέψει να κατανοήσουμε καλύτερα την εμπειρία αυτής της διάγνωσης και, κυρίως ,τους προσωπικούς παράγοντες ρίσκου οι οποίοι επηρεάζουν την υποτροπή και αποχή από ουσίες. Τα πιο πάνω θα ωφελήσουν την ένταξη εξαρτημένων ατόμων σε εξατομικευμένη, γοργού ρυθμού, οικονομική θεραπεία για απεξάρτηση από ουσίες.

Με τον όρο «ερευνητική και κλινική μελέτη» εννοούμε τη συμμετοχή σας σε μια ψυχολογική παρέμβαση που θα έχει ως στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων εξάρτησης σας. Η παρέμβαση αυτή, αν και έχει στηριχθεί σε προηγούμενες παρόμοιες προσπάθειες και βασίζεται σε ισχυρές θεωρητικές αρχές, δεν έχει δοκιμαστεί μέχρι τώρα στην Κύπρο. Ως εκ τούτου, τώρα δοκιμάζουμε την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αυτής σε σχέση με τις εξαρτήσεις.

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα - σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

Το πρόγραμμα παρέμβασης θα περιλαμβάνει συζητήσεις και έκθεση σε εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης (π.χ. σκέψεις/συναίσθηματα/ σωματικά συμπτώματα απόσυρσης ή επιθυμίας για χρήση), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν αρχικά συναισθηματικές ή σωματικές αντιδράσεις (δηλαδή επιπλέον συναισθήματα, σκέψεις και σωματικά συμπτώματα), όπως σας συμβαίνει συνήθως όταν εμφανίζονται τέτοια ερεθίσματα. Στα αρχικά στάδια θεραπείας, μπορεί αυτό να αυξήσει την επιθυμία για χρήση και το ρίσκο πρόωρης εγκατάλειψης ή υποτροπής. Τα αναμενόμενα αυτά συμπτώματα θα καταπολεμηθούν μέσα από αυτό το πρόγραμμα, με τη χρήση γνωστικών τεχνικών διαχείρισης εσωτερικών ερεθισμάτων οι οποίες είναι ερευνητικά υποστηριγμένες και αποτελεσματικές στη θεραπεία Εξάρτησης Ουσιών και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Κατά τη χορήγηση θεραπείας, μπορεί να νιώσετε κάποια αρνητικά συναισθήματα, παρόμοια με αυτά που έχετε στην καθημερινή σας ζωή. Παρόλο που μπορεί να μην είναι επιθυμητά εντούτοις δεν είναι επικίνδυνα και αποχωρούν μέσα σε μερικά μόνο λεπτά.

B- Μέρος: Οι διαδικασίες της μελέτης, έχουν ως εξής:

1. Οι ερευνητές συνεργάτες του προγράμματος θα σας επισκεφτούν στο πρόγραμμα απεξάρτησης σας και θα σας εξηγήσουν τις διαδικασίες της μελέτης, τα πιθανά οφέλη και τη διάρκεια της.
2. Εν συνεχεία, θα χρειαστεί να λάβετε μέρος σε μια ημι-δομημένη συνέντευξη με τη ψυχολόγο ερευνητή του προγράμματος, διάρκειας μιας ώρας, πριν την έναρξη της παρέμβασης, ούτως ώστε να διαπιστωθεί ότι πληρείτε τα κριτήρια εισδοχής στο πρόγραμμα. Αυτά περιλαμβάνουν: 18 χρόνων και άνω, διάγνωση εξάρτησης από ουσίες, γνώση της Ελληνικής γλώσσας (ομιλία και γραφή), ακεραιότητα στη γνωστική λειτουργία, συμμετοχή σε θεραπεία εξάρτησης ουσιών. Καθαρή ανάλυση ούρων και τεστ αναπνοής (Breathalyser) την ώρα συγκατάθεσης για το πρόγραμμα.

Όνομα:		Επίθετο:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα - σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

Η συμμετοχή δεν θα είναι εφικτή αν υπάρχει ενεργός αυτοκτονικός ή/και ανθρωποκτονικός ιδεασμός, ενεργή διάγνωση σχιζοφρένειας, ή διπολικής διαταραχής, ή μείζονος κατάθλιψης με αυτοκτονικό ιδεασμό για την οποία δεν λαμβάνεται εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή, γνωστική έκπτωση, σοβαρή μαθησιακή δυσκολία ή αναπτυξιακή διαταραχή.

3. Θα σας ζητήσουμε επίσης, να κάνετε αλκοτέστ και ανάλυση ούρων. Η ανάλυση ούρων θα γίνεται στη διακριτική παρουσία ερευνητή του προγράμματος, ίδιου φύλου με σας, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του δείγματος. Οι λόγοι που σας ζητούμε δείγμα ούρων και αλκοτέστ είναι: (α) Για να εξετάσουμε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος αυτοβοήθειας πριν και μετά την ολοκλήρωση του καθώς επίσης και στους έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση του, και (β) Για να διαπιστώσουμε ότι έχετε κατανοήσει πλήρως τη διαδικασία του προγράμματος και ότι έχετε επίγνωση σχετικά με τη συγκατάθεση συμμετοχής σας στο πρόγραμμα.
4. Οι δείκτες που θα εξεταστούν στην εξέταση ούρων και αλκοτέστ είναι οι εξής:
Αμφεταμίνη (συμπεριλαμβανομένης και της Μεθαμφεταμίνης), Βαρβιτουρικά, Βενζοδιαζεπίνη, Βουπρενορφίνη, Κανναβινοειδή προϊόντα, (THC), Κοκαΐνη, Μεθαδόνη, Μεθακουαλόνη, Οπιούχα (κωδεΐνη, μορφίνη, ηρωίνη, οξυκοδίνη, υδροκωδόνη κτλ.), Πενταχλωροφαινόλη(PCP), Προποξυφαίνη, Συνθετική Κάνναβη (K2, Spice), και Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (TCAs). Το ποσοστό αλκοόλης που θα θεωρείται προβληματικό θα είναι ένδειξη BrAC 0.08 γρ. και άνω.
5. Έχετε το δικαίωμα να επιλέξετε, εάν επιθυμείτε να ενημερωθείτε ή μη για τα ευρήματα της έρευνας.
- Θα ήθελα να ενημερωθώ για τα ευρήματα της έρευνας
- Δεν επιθυμώ να ενημερωθώ για τα ευρήματα της έρευνας

Όνομα:		Επίθετο:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα- σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

Σε περίπτωση που συμφωνείτε, τα αποτελέσματα των αναλύσεων σας, τα κλινικά δεδομένα και τα δεδομένα που θα προκύψουν από αυτή την μελέτη, θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντικά ερευνητικά προγράμματα, μετά από τη διαγραφή των προσωπικών αναγνωριστικών.

Συμφωνώ με τη φύλαξη του αποτελέσματος του δείγματος μου για μελλοντική χρήση

Δεν συμφωνώ με τη φύλαξη του αποτελέσματος του δείγματος μου για μελλοντική χρήση

Στην περίπτωσή που δεν συμφωνείτε με τη φύλαξη του αποτελέσματος των δειγμάτων σας για μελλοντικές έρευνες, αυτά θα καταστραφούν σε περίοδο πέντε χρόνων, όπως προνοεί ο σχετικός Νόμος. Σε περίπτωση που αποφασίσετε να αποχωρήσετε από τη μελέτη πριν την ολοκλήρωσή της, τα αποτελέσματα των δειγμάτων σας και τα προσωπικά δεδομένα σας δεν θα χρησιμοποιηθούν και θα καταστραφούν άμεσα.

6. Θα ακολουθήσει μια σειρά τεσσάρων ηχογραφημένων συνεδριών αυτό-βοήθειας οι οποίες θα περιλαμβάνουν και έντυπο υλικό. Οι τέσσερις αυτές συνεδρίες θα έχουν διάρκεια πενήντα λεπτά και θα διοργανώνονται σε ώρα και μέρα που να σας βολεύει . Προτείνουμε όπως συμμετάσχετε σε μια συνεδρία κάθε βδομάδα στο χώρο απεξάρτησης σας. Σε κάθε συνεδρία θα σας ζητήσουμε να λάβετε μέρος σε μια σειρά από «ψυχολογικές» ασκήσεις, και ακολούθως θα σας ανατίθεται κάποια άσκηση για το σπίτι.

Όνομα:		Επίθετο:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα - σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

Το περιεχόμενο της άσκησης αυτής καθώς και τους τυχόν προβληματισμούς σας για το πρόγραμμα γενικότερα, θα μπορείτε να τους συζητήσετε τηλεφωνικά με ένα κλινικά καταρτισμένο ερευνητή του προγράμματος που θα επικοινωνεί μαζί σας ,σε εβδομαδιαία βάση, για συζήτηση και επισκόπηση του προγράμματος. Η τηλεφωνική αυτή παρέμβαση θα έχει διάρκεια περίπου δέκα λεπτά. Επίσης, πριν την έναρξη και μετά το τέλος της παρέμβασης θα σας ζητήσουμε να συμπληρώσετε μερικά ερωτηματολόγια για να διαπιστώσουμε τις αλλαγές που έγιναν κατά το χρονικό διάστημα της παρέμβασης.

Γ- Μέρος: Γενικές πληροφορίες για την Μελέτη

Σημειώνεται ότι τα προσωπικά δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα είναι απολύτως εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο από τους ερευνητές για αυστηρά επιστημονικούς σκοπούς. Τα βιολογικά δείγματα από τις εξετάσεις ούρων, θα καταστρέφονται άμεσα, με τις συνήθεις διαδικασίες καταστροφής βιολογικού υλικού, ενώ τα αποτελέσματα των εξετάσεων θα σας κοινοποιούνται. Στη περίπτωση που θελήσετε να διακόψετε, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και για οποιοδήποτε λόγο, ο σχετικός φάκελος θα καταστρέφεται. Είναι σαφές ότι δεν αναμένεται να δοθεί καμία φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια του προγράμματος αλλά ούτε και μετά το πέρας αυτής, ενώ οι ερευνητές δεν θα έχουν καμία δικαιοδοσία για την τροποποίηση ή αλλαγή της υφιστάμενης φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνετε από τον θεράποντα ιατρό σας.

Η συμμετοχή σας στο πρόγραμμα είναι απολύτως εθελοντική και ταυτόχρονα πολύ σημαντική για τους σκοπούς της έρευνας. Μόλις συμπεριληφθείτε στη μελέτη, θα σας αποδοθεί ένας προσωπικός αναγνωριστικός κωδικός, ο οποίος δεν θα περιλαμβάνει κανένα δεδομένο που να σχετίζεται είτε με το όνομά σας είτε με άλλες πληροφορίες που μπορεί να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας.

Όνομα:		Επίθετο:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα- σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

Εάν επιθυμείτε να υποβάλετε οποιαδήποτε ερώτηση ή ένσταση ή παράπονο, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τον Αντιπρύτανη Ακαδημαϊκών Υποθέσεων του Πανεπιστημίου Κύπρου, Δρ. Α. Γαγάτση στο τηλέφωνο 22894000. Η μελέτη θα διαρκέσει έξι μήνες και τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Αν συμφωνείτε να συμμετάσχετε, παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε και υπογράψετε το έγγραφο συγκατάθεσης στην επόμενη σελίδα.

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας!

Όνομα:		Επίθετο:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα- σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

ΜΕΛΕΤΗ «Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες»

ΕΓΓΡΑΦΟ ΓΡΑΠΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ- ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ (ΑΥΤΟ-ΒΟΗΘΕΙΑ)

Αν συμφωνείτε με τα πιο κάτω, παρακαλούμε σημειώσετε ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι :

1. Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις σχετικές πληροφορίες και είχα το χρόνο και την ευκαιρία να υποβάλω ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη και την παρέμβαση.
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική σε όλες τις φάσεις της μελέτης και ότι μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή και για οποιοδήποτε λόγο χωρίς καμιά επίπτωση. Κατανοώ ότι εάν αποσύρω τη συγκατάθεσή μου, όλα τα προσωπικά δεδομένα μου θα καταστραφούν στην παρουσία μου.
3. Κατανοώ ότι μόλις συμπεριληφθώ στη μελέτη θα μου αποδοθεί ένας μοναδικός αναγνωριστικός αριθμός, ο οποίος δεν θα περιλαμβάνει καμιά προσωπική πληροφορία και δεν θα μπορεί να οδηγήσει στην ταυτοποίησή μου.
4. Κατανοώ ότι δεν θα δοθεί καμιά φαρμακευτική αγωγή και ούτε θα υπάρξει αλλαγή στην υφιστάμενη φαρμακευτική αγωγή από τους ερευνητές της μελέτης.

Όνομα:		Επίθετο:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 10 - δέκα - σελίδες)

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες

- 5 Κατανοώ ότι, για σκοπούς της κλινικής μελέτης, θα μου ζητηθεί να υποστώ διάγνωση εξάρτησης ουσιών (που θα έχει γίνει εντός του τελευταίου έτους). Επίσης, κατανοώ ότι μπορεί να μου ζητηθεί πρόσβαση σε προηγούμενο ιατρικό φάκελο μου με τη δική μου συγκατάθεση και του θεράποντος ιατρού μου ή και ψυχολόγου μου.
- 6 Κατανοώ ότι θα πρέπει να ενημερώνω τους υπεύθυνους ερευνητές του προγράμματος για τυχόν έναρξη ή αλλαγή σε φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνω.
- 7 Στην περίπτωση που εμφανισθούν παρενέργειες ή ενοχλήσεις, οι οποίες να οφείλονται αποκλειστικά και μόνο στην αγωγή που μου έχει χορηγηθεί κατ'επιλογήν από τον θεράποντα ιατρό μου: (α) θα το αναφέρω άμεσα στους ερευνητές του προγράμματος και (β) θα παραπέμπομαι στον θεράποντα ιατρό μου και μόνο.
- 8 Κατανοώ ότι θα πρέπει να μου πάρουν ούρα και να κάνω αλκοτέστ **τρεις φορές κατά την διάρκεια της μελέτης**. Οι εξετάσεις θα γίνονται στην αρχή του προγράμματος πριν τις συνεδρίες αυτό-βοήθειας, αμέσως μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών και σε έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών.
- 9 Κατανοώ ότι δεν θα μου δοθεί καμιά φαρμακευτική αγωγή και ούτε θα υπάρξει αλλαγή στην υφιστάμενη φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία μου και ότι το πρόγραμμα που θα προσφερθεί θα είναι επιπρόσθετο της όποιας θεραπείας ή παρέμβασης που ακολουθώ τώρα.
- 10 Δίνω τη συγκατάθεσή μου για να συμμετάσχω στη μελέτη και την παρέμβαση.

Επίθετο:	..... .....	Όνομα:	..... ..
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Appendix C

Pre and Process Questionnaires (the post, and follow up questionnaires are exactly the same as the pre questionnaire)

MARIA STAVRINAKI



Ερευνητικό Πρόγραμμα:

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες: Γνωστική Αναδόμηση και Γνωστική Αποκόλληση ως πιθανές διαδικασίες αλλαγής.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ημερομηνία: _____

Demographics Questionnaire

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις και μην αφήσετε καμία αναπάντητη. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε. Σας υπενθυμίζουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι απόλυτα εμπιστευτικό, και είναι πολύ σημαντικό για μας να απαντήσετε με ειλικρίνεια. Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

A. Προσωπικά Στοιχεία

Παρακαλώ για κάθε ερώτηση πολλαπλής επιλογής (π.χ. ερώτηση 2 για το Φύλο) βάλτε ένα ευδιάκριτο «X» στον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας (π.χ. Άρρεν ⊗). Για τις ερωτήσεις που απαιτείται η καταγραφή της απάντησής σας παρακαλώ όπως τη σημειώσετε πάνω στη γραμμή που προσφέρεται.

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο: ① Άρρεν ② Θήλυ

3. Υπηκοότητα: _____

4. Επαγγελματική κατάσταση:

① Εργάζομαι σε πλήρης απασχόληση

② Εργάζομαι σε μερική απασχόληση

③ Είμαι φοιτητής/τρια

④ Δεν εργάζομαι

⑤ Είμαι συνταξιούχος

5. Επίπεδο μόρφωσης:

① Δημοτικό (Πρωτοβάθμια)

② Γυμνάσιο (Δευτεροβάθμια)

③ Λύκειο/Τεχνική σχολή (Δευτεροβάθμια)

④ Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο (Πρώτο Πτυχίο/Δίπλωμα)

⑤ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

γ)Τι είδος θεραπείας λάβατε και πόσες φορές τη βδομάδα;

.....

δ) Ήταν βοηθητική η θεραπεία κατά την άποψη σας;

.....

MARIA STAVRINAKI

Μέρος Β: Ερωτήσεις κατανόησης της εμπειρίας του ατόμου

Στη συνέχεια, ακολουθούν διάφορες ερωτήσεις που σκοπό έχουν να κατανοήσουμε την άποψή σας όσον αφορά την υγεία σας, την ικανότητά σας να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες και την εμπειρία σας με την εξάρτηση. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε ερώτηση/πρόταση προσεκτικά και βάλτε ένα ευδιάκριτο "X" στον κύκλο με τον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας. Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα πιο αντιπροσωπευτική από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις που ακολουθούν.

1) Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

- ① Άριστη
- ② Πολύ καλή
- ③ Καλή
- ④ Μέτρια
- ⑤ Κακή

2) Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

- ① Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- ② Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- ③ Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν
- ④ Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
- ⑤ Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν

- 3) Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	<i>Ναί, με περιορίζει Πολύ</i>	<i>Ναί, με περιορίζει Λίγο</i>	<i>Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου</i>
α) Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ	①	②	③
β) Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	①	②	③
γ) Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	①	②	③
δ) Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια	①	②	③
ε) Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια	①	②	③
ζ) Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	①	②	③
η) Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	①	②	③
θ) Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	①	②	③
ι) Όταν περπατάτε εκατό μέτρα	①	②	③
κ) Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	①	②	③

- 4) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
α) Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	①	②	③	④	⑤
β) Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	①	②	③	④	⑤
γ) Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	①	②	③	④	⑤
δ) Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	①	②	③	④	⑤

- 5) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
α) Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	①	②	③	④	⑤
β) Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	①	②	③	④	⑤
γ) Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ό,τι συνήθως	①	②	③	④	⑤

6) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

- ① Καθόλου
- ② Ελάχιστα
- ③ Μέτρια
- ④ Σε μεγάλο βαθμό
- ⑤ Υπερβολικά

7) Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

- ① Καθόλου
- ② Πολύ ήπιο
- ③ Ήπιο
- ④ Μέτριο
- ⑤ Έντονο
- ⑥ Πολύ έντονο

8) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

- ① Καθόλου
- ② Λίγο
- ③ Μέτρια
- ④ Σε μεγάλο βαθμό
- ⑤ Υπερβολικά

- 9) Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	<i>Συνεχώς</i>	<i>Τις περισσότερες φορές</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Λίγες φορές</i>	<i>Καθόλου</i>
α) Αισθανόσασταν γεμάτος/η ζωντάνια;	①	②	③	④	⑤
β) Είχατε πολύ εκνευρισμό;	①	②	③	④	⑤
γ) Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	①	②	③	④	⑤
δ) Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	①	②	③	④	⑤
ε) Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	①	②	③	④	⑤
ζ) Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	①	②	③	④	⑤
η) Αισθανόσασταν εξάντληση;	①	②	③	④	⑤
θ) Ήσασταν ευτυχισμένος/η;	①	②	③	④	⑤
ι) Αισθανόσασταν κούραση	①	②	③	④	⑤

10) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

- ① Συνεχώς
- ② Τις περισσότερες φορές
- ③ Μερικές φορές
- ④ Λίγες φορές
- ⑤ Καθόλου

11) Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	<i>Εντελώς αλήθεια</i>	<i>Τις περισσότερες φορές αλήθεια</i>	<i>Δεν ξέρω</i>	<i>Τις περισσότερες φορές ψέμα</i>	<i>Εντελώς ψέμα</i>
α) Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	①	②	③	④	⑤
β) Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	①	②	③	④	⑤
γ) Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	①	②	③	④	⑤
δ) Η υγεία μου είναι εξαιρετική	①	②	③	④	⑤

DCQ

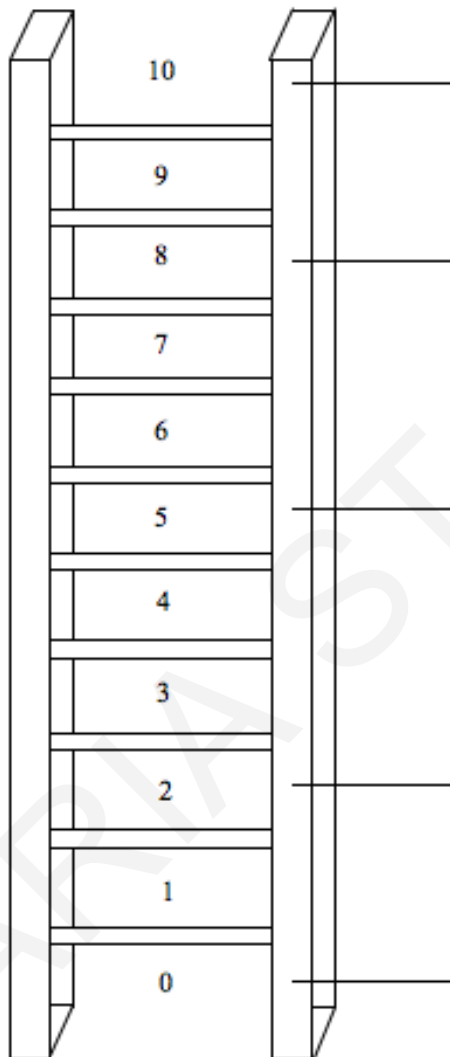
Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις. Τοποθετήσετε «X» στον αριθμό που καλύτερα αντιπροσωπεύει την άποψή σας.

Αυτή τη στιγμή	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν ξέρω	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
α) Αν είχα κάποια ουσία, μάλλον θα έκανα χρήση	①	②	③	④	⑤
β) Μου λείπει η χρήση	①	②	③	④	⑤
γ) Δεν σχεδιάζω να κάνω χρήση	①	②	③	④	⑤
δ) Δεν θα μπορούσα να σταματήσω τον εαυτό μου από το να κάνει χρήση εάν είχα εδώ ουσίες	①	②	③	④	⑤
ε) Θέλω να κάνω χρήση τόσο πολύ που σχεδόν το γεύομαι/μυρίζομαι	①	②	③	④	⑤
ζ) Θα ένιωθα λιγότερο εκνευρισμό αν έκανα χρήση τώρα	①	②	③	④	⑤
η) Θα ένιωθα λιγότερη ένταση αν έκανα χρήση τώρα	①	②	③	④	⑤
θ) Το να κάνω χρήση δεν με ικανοποιεί	①	②	③	④	⑤
ι) Θα ένιωθα λιγότερη ανησυχία αν έκανα χρήση τώρα	①	②	③	④	⑤
κ) Αν έκανα χρήση, θα ένιωθα λιγότερη νευρικότητα	①	②	③	④	⑤
λ) Εάν μου δινόταν η ευκαιρία να κάνω χρήση θα μου ήταν εύκολο να αντισταθώ	①	②	③	④	⑤
μ) Το να κάνω χρήση θα μου ανέβαζε τη διάθεση	①	②	③	④	⑤

Contemplation Ladder

Κάθε σκαλοπάτι αυτής της σκάλας αντιπροσωπεύει την ετοιμότητα των χρηστών να διακόψουν την χρήση τους. Κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει σήμερα

CL



10. Έχω αλλάξει τη συμπεριφορά χρήσης μου και δεν πιστεύω ότι θα επιστρέψω πίσω στη χρήση.

9. Έχω αλλάξει τη συμπεριφορά χρήσης μου, αλλά ακόμα ανησυχώ ότι θα γλιστρήσω πίσω στο σημείο που ήμουν. Γι' αυτό πρέπει να συνεχίσω να αλλάζω

8. Ακόμα κάνω χρήση, αλλά θα μειώσω τη δόση που χρησιμοποιώ.

7. Έκανα σχέδια να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης μου και είμαι έτοιμος/η να τα εφαρμόσω

6. Δεν έκανα σχέδια να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης αλλά είμαι έτοιμος/η να κάνω.

5. Συχνά σκέφτομαι να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης μου, αλλά δεν έχω σχεδιάσει κάποιες συγκεκριμένες αλλαγές ακόμη

4. Μερικές φορές σκέφτομαι να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης μου, αλλά δεν έχω σχεδιάσει κάποιες συγκεκριμένες αλλαγές

3. Σπάνια σκέφτομαι να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης μου, και δεν έχω σχέδια να την αλλάξω

2. Ποτέ δεν σκέφτομαι να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης μου, και δεν έχω σχέδια να την αλλάξω

1. Μου αρέσει να κάνω χρήση και έχω αποφασίσει να μην το αλλάξω ποτέ. Δεν έχω κανένα λόγο να αλλάξω τη συμπεριφορά χρήσης μου.

0. Ούτε που μου περνά από το μυαλό να διακόψω τη χρήση. Δεν μπορώ να ζήσω χωρίς χρήση.

	<i>Πολύ λίγο</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
ASI-16					
1. Είναι σημαντικό για μένα να μη φαίνομαι νευρική/ος	◎	①	②	③	④
2. Όταν δεν μπορώ να συγκεντρωθώ σε μια εργασία, ανησυχώ ότι θα τρελαθώ	◎	①	②	③	④
3. Τρομάζω όταν νιώθω να τρέμω	◎	①	②	③	④
4. Τρομάζω όταν νιώθω ότι θα λιποθυμήσω	◎	①	②	③	④
5. Είναι σημαντικό για μένα τα συναισθήματά μου να παραμένουν υπό τον έλεγχό μου	◎	①	②	③	④
6. Τρομάζω όταν η καρδιά μου χτυπά γρήγορα	◎	①	②	③	④
7. Ντροπιάζομαι όταν το στομάχι μου γουργουρίζει	◎	①	②	③	④
8. Τρομάζω όταν αισθάνομαι ναυτία	◎	①	②	③	④
9. Όταν προσέξω ότι η καρδιά μου χτυπά γρήγορα, ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακή προσβολή	◎	①	②	③	④
10. Τρομάζω όταν λαχανιάσω	◎	①	②	③	④
11. Όταν το στομάχι μου είναι ταραγμένο, ανησυχώ μήπως είμαι σοβαρά άρρωστος/η	◎	①	②	③	④
12. Τρομάζω όταν δεν είμαι ικανή/ος να παραμείνω συγκεντρωμένη/ος σε μια εργασία	◎	①	②	③	④
	<i>Πολύ λίγο</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
13. Οι άλλοι άνθρωποι το προσέχουν όταν νιώθω να τρέμω	◎	①	②	③	④
14. Ασυνήθιστες σωματικές αισθήσεις με τρομάζουν	◎	①	②	③	④

15. Όταν είμαι νευρική/ος, ανησυχώ ότι είμαι ψυχικά άρρωστος	⊙	①	②	③	④
16. Τρομάζω όταν είμαι νευρική/ος	⊙	①	②	③	④

MARIA STAVRINAKI

ΑΑQ-SA

	<i>Καθόλου Αλήθεια</i>	<i>Πολύ Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Μερικές Φορές Αλήθεια</i>	<i>Συχνά Αλήθεια</i>	<i>Σχεδόν Πάντα Αλήθεια</i>	<i>Πάντα Αλήθεια</i>
1) Οι ορμές και οι έντονες επιθυμίες που έχω για τη χρήση με εμποδίζουν από το να επιτύχω στη ζωή μου	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) Αν έχω επιθυμία για χρήση, αυτό ισούται με το να είμαι χρήστης	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) Όταν σκέφτομαι τη χρήση, δεν έχω επίγνωση του τι άλλο συμβαίνει γύρω μου	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4) Η ζωή μου είναι ιστορία χρήσης. Αναμνήσεις που έχω οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση, με αποτρέπουν από το να έχω μια έντιμη ζωή.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5) Οι ορμές και έντονες επιθυμίες που έχω για χρήση προκαλούν προβλήματα στη ζωή μου	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	<i>Καθόλου Αλήθεια</i>	<i>Πολύ Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Μερικές Φορές Αλήθεια</i>	<i>Συχνά Αλήθεια</i>	<i>Σχεδόν Πάντα Αλήθεια</i>	<i>Πάντα Αλήθεια</i>
6) Φοβάμαι όταν έχω θετικά συναισθήματα σχετιζόμενα με μια ουσία με την οποία έχω κάνει κατάχρηση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7) Όταν σκέφτομαι τη χρήση, το μυαλό μου μοιάζει σαν να λειτουργεί στον «αυτόματο πιλότο», και δεν έχω πλήρη συμμετοχή σε αυτό που κάνω τη δεδομένη στιγμή	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8) Ανησυχώ ότι δε θα μπορώ να ελέγξω τις ορμές και τις έντονες επιθυμίες μου για τη χρήση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9) Η αίσθηση λύπης ή άγχους με κάνει να θέλω να κάνω χρήση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

BASAS

Οι παρακάτω δηλώσεις αντιπροσωπεύουν συχνές πεποιθήσεις οι οποίες συνδέονται με τη χρήση. Παρακαλώ διαβάστε τες και αξιολογήστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την κάθε μια βάζοντας «X» στον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει.

	<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ Πάρα Πολύ</i>	<i>Διαφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Ουδέτερος/ η</i>	<i>Συμφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Συμφωνώ Πάρα Πολύ</i>	<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>
1) Η ζωή χωρίς τη χρήση είναι βαρετή.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) Η χρήση είναι ο μόνος τρόπος να αυξηθεί η δημιουργικότητα και η παραγωγικότητα μου.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) Δεν μπορώ να λειτουργήσω χωρίς τη χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4) Η χρήση είναι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσω τον πόνο στη ζωή μου.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5) Δεν είμαι έτοιμος/η να σταματήσω τη χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6) Οι πόθοι/ορμές μου με κάνουν να κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7) Η ζωή μου δεν θα γίνει καλύτερη, ακόμα και αν σταματήσω να κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Πάρα Πολύ	Διαφωνώ Ελαφρώς	Ουδέτε ρος/η	Συμφωνώ Ελαφρώς	Συμφωνώ Πάρα Πολύ	Συμφωνώ Απόλυτα
8) Ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσω τον θυμό μου είναι το να κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9) Η ζωή θα ήταν καταθλιπτική αν σταματούσα.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10) Δεν μου αξίζει να αναρρώσω από τη χρήση ουσιών.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11) Δεν είμαι αρκετά δυνατή/ος για να σταματήσω.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12) Δεν θα μπορούσα να είμαι κοινωνικός/η, χωρίς τη χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13) Η χρήση ουσιών δεν είναι πρόβλημα για μένα.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14) Οι πόθοι/ορμές δεν φεύγουν, εκτός και αν κάνω χρήση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15) Η χρήση που κάνω οφείλετε σε τρίτους (π.χ. σύζυγος, φίλος/φίλη, άλλο μέλος της οικογένειας)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16) Η βιολογία και το γενετικό υλικό μας (DNA) προκαλεί τη χρήση ουσιών	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ Πάρα Πολύ</i>	<i>Διαφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Ουδέτε- ρος/η</i>	<i>Συμφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Συμφωνώ Πάρα Πολύ</i>	<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>
17) Δεν μπορώ να χαλαρώσω χωρίς ουσίες	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18) Το γεγονός ότι έχω πρόβλημα με τις ουσίες, σημαίνει ότι είμαι κατά κύριο λόγο κακό άτομο.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19) Δεν μπορώ να ελέγξω το άγχος μου χωρίς τις ουσίες	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20) Δεν μπορώ να έχω διασκεδαστική ζωή, αν δεν κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

DTQ

	<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Συμφωνώ και Διαφωνώ Εξίσου</i>	<i>Συμφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>
1. Όταν αισθάνομαι στεναχώρια ή αναστάτωση αυτό είναι αφόρητο για μένα.	①	②	③	④	⑤
2. Όταν νιώθω στεναχώρια ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι το πόσο άσχημα αισθάνομαι.	①	②	③	④	⑤
3. Δεν μπορώ να διαχειριστώ συναισθήματα στεναχώριας ή αναστάτωσης.	①	②	③	④	⑤
4. Τα συναισθήματα στεναχώριας τα οποία νιώθω είναι τόσο έντονα που με κυριεύουν πλήρως.	①	②	③	④	⑤
5. Δεν υπάρχει τίποτα χειρότερο από το να αισθάνομαι στεναχώρια ή αναστάτωση.	①	②	③	④	⑤
6. Μπορώ να ανεχθώ να είμαι στεναχωρημένος/η ή αναστατωμένος/η όπως και οι περισσότεροι άνθρωποι.	①	②	③	④	⑤
7. Τα συναισθήματα στεναχώριας ή αναστάτωσης δεν μου είναι αποδεχτά.	①	②	③	④	⑤
8. Θα κάνω οτιδήποτε μπορώ για να αποφύγω να αισθάνομαι στεναχώρια ή αναστάτωση.	①	②	③	④	⑤
9. Άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι σε καλύτερη θέση να ανεχτούν τα συναισθήματα της στεναχώριας ή της αναστάτωσης.	①	②	③	④	⑤

ERP-R

Ο σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να εξακριβώσει πώς αντιδράτε σε διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Παρακάτω, θα διαβάσετε 16 πραγματικά σενάρια για τα οποία προτείνονται διάφορες αντιδράσεις. Στις πιο κάτω επιλογές, παρακαλώ σημειώστε «X» στο νούμερο που αντιστοιχεί την αντίδραση που αντανακλά με μεγαλύτερη ακρίβεια την αντίδραση σας σε τέτοιου είδους κατάσταση.

1. Εδώ και 30 λεπτά ψάχνετε χώρο για στάθμευση του οχήματος σας. Επιτέλους βλέπετε κάποιο ελεύθερο χώρο στάθμευσης, αλλά κάποιος άλλος οδηγός σας προσπερνά και παίρνει τη θέση σας πριν να προλάβετε να αντιδράσετε. Προφανώς, αυτό σας κάνει να νιώσετε θυμό αλλά....

ⓐ Δεν λέτε ούτε μια λέξη, ενώ βράζετε από μέσα σας.

①) Λέτε στον εαυτό σας ότι δεν είναι τόσο σοβαρό άλλωστε. Προσπαθείτε να κοιτάξετε την θετική πλευρά π.χ. ίσως θα βρείτε χώρο στάθμευσης πιο κοντά στο σημείο που θα πρέπει να πάτε.

②) Εκφράζετε την ενόχληση σας κορνάροντας επανειλημμένα στον οδηγό.

③) Σε τέτοιου είδους περίπτωση, δεν υπάρχει τίποτα καλύτερο από ένα πιείτε ένα ποτό, να καπνίσετε τσιγάρο μαριχουάνας η οποιαδήποτε άλλη χαλαρωτική ουσία για να σας βοηθήσει να ηρεμήσετε.

④) Προσπαθείτε να ξεχάσετε το συμβάν με το να ακούσετε το ραδιόφωνο, ή με το να σκέφτεστε θετικές σκέψεις για να καθαρίσετε το μυαλό σας.

⑤) Πάντα είχατε δυσκολίες στο να υποστηρίζετε τον εαυτό σας και δεν γνωρίζετε τι θα μπορούσατε να είχατε κάνει. Νιώθετε αποθαρρυσμένος/η.

⑥) Ανοίγετε το παράθυρο σας και ευγενικά κάνετε παρατήρηση στον οδηγό ότι η συμπεριφορά του ήταν απαράδεκτη. Αν δεν σου δώσουν το χώρο σου θα φύγεις χωρίς να το κάνεις μεγάλο θέμα. Δεν αξίζει τον κόπο!

ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντηση σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

2. Μόλις τελειώσατε μια σημαντική αλλά ιδιαίτερα βαρετή εργασία την οποία αναβάλλατε εδώ και καιρό (π.χ. καθάρισμα, μια καλή πράξη κ.λπ.). Νιώθετε ικανοποιημένος/η και ανακουφισμένος/η. Είσατε ευχαριστημένος/η με τον εαυτό σας αλλά....

Ⓒ) Δεν καταφέρνετε να χαλαρώσετε πλήρως. Αρκετά σύντομα, ανησυχίες για άλλες μη ολοκληρωμένες εργασίες γεμίζουν το μυαλό σας.

①) Λέτε ή δείχνετε στους φίλους ή τους συγγενείς σας, το τι πετύχατε σήμερα.

②) Αναστενάζετε με ανακούφιση και χαρίζετε στον εαυτό σας μια στιγμή χαλάρωσης.

③) Είσατε αρκετά ικανοποιημένος/η αλλά δεν μπορείτε παρά να παρατηρήσετε κάποιες αρνητικές λεπτομέρειες στη δουλειά σας (π.χ. την ώρα που αναλώσατε στην εργασία, μικρές ατέλειες, τελευταίες πινελιές κ.τ.λ.).

④) Απολαμβάνετε την παρούσα στιγμή. Εξετάζετε τη δουλειά σας και σκέφτεστε τι καλή δουλειά έχετε κάνει.

⑤) Νομίζετε ότι το να καταφέρετε να ολοκληρώσετε τη δουλειά ήταν κάποιο είδους θαύμα. Συνήθως δεν καταφέρνετε να τελειώσετε εργασίες τις οποίες βαριέστε. Σκέφτεστε ότι δεν θα είσατε σε θέση να κάνετε κάτι τέτοιο πάλι μέχρι να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα.

⑥) Σκέφτεστε τις ώρες που αναλώσατε για τη δουλειά. Χάρης στην υπομονή και επιμονή σας έχετε επιτύχει τον στόχο σας. Οι προσπάθειες ανταμείβονται πάντα!

⑦) Δεν δίνετε στον εαυτό σας το χρόνο να ξεκουραστεί και αναλαμβάνετε άλλη εργασία αμέσως.

Ⓒ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντηση σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

3. Ένας στενός σας φίλος/η έχει ζητήσει να του κάνετε μια μεγάλη χάρη. Σας θέλουν να παραδώσετε κάποια έγγραφα σε ένα μελλοντικό εργοδότη, ενώ βρίσκεται στο εξωτερικό. Ο φίλος/η σας, σας καλεί με οργή με την επιστροφή του επειδή ο εργοδότης δεν έλαβε ποτέ τα έγγραφα και ως αποτέλεσμα δεν προσλήφθηκε. Είχατε ξεχάσει εντελώς να το κάνετε παρά την υπόσχεση σας. Ο φίλος σας είναι τρομερά αναστατωμένος μαζί σας και εσείς νιώθετε μεγάλη ενοχή.

© Αισθάνεστε την ανάγκη να μιλήσετε με τους στενούς σας φίλους ή συγγενείς για το τι συνέβη και να τους εκφράσετε πόσο ένοχοι νιώθετε.

①) Βρίσκετε πολλές δικαιολογίες και κάνετε ότι μπορείτε για να βρείτε του φίλου σας άλλη δουλειά. Τις επόμενες εβδομάδες φτάνετε στα άκρα για να επανορθώσετε το ασυγχώρητο σφάλμα σας: τον/την προσκαλείτε σε εστιατόρια, του/της παίρνετε διάφορα δώρα, κ.λπ.

②) Καταλαβαίνετε και αποδέχεστε ότι ο φίλος σας είναι θυμωμένος μαζί σας. Ήταν ένα ανθρώπινο σφάλμα και ο φίλος σας θα μπορούσε επίσης να ξεχνούσε να το κάνει. Στο μέλλον θα είσαστε πιο προσεκτικός/ή.

③) Προκειμένου να μην αφήσετε την ενοχή σας να σας καταβάλει, ξεκινάτε μια ευχάριστη δραστηριότητα.

④) Δεν σταματάτε να το σκέφτεστε και κατηγορείτε ανελέητα τον εαυτό σας.

⑤) Ρωτάτε τον φίλο σας πως μπορείτε να επανορθώσετε και τον/τη βοηθάτε να βρει μια καινούργια δουλειά.

⑥) Λέτε στον εαυτό σας ότι δεν είστε πολύ καλός φίλος γιατί δεν ήσασταν καν στην θέση να κάνετε αυτή την απλή χάρη. Δεν ξέρετε τι θα μπορούσατε να κάνετε για να επανορθώσετε και αυτό σας κάνει να αισθάνεστε κατάθλιψη.

⑦) Για να μειώσετε την ενοχή σας, χαλαρώνετε με τη χρήση διάφορων ουσιών (π.χ. αλκοόλ, μαριχουάνα, φαρμακευτική αγωγή, κ.λπ.).

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

4. Την εβδομάδα πριν να μετακομίσετε με τον/την σύντροφό σας, ο/η σύντροφος σας αποφασίζει να σας χωρίσει και να τερματίσει τη σχέση σας. Αυτό σας κάνει πολύ λυπημένο/η.

© Ο χωρισμός σας προκαλεί πολλή πόνο και είστε συντετριμμένος/η. Βλέπετε τον εαυτό σας ως άτυχο στην αγάπη και νιώθετε αβοήθητοι για αυτό.

①) Παίρνετε χρόνο να φροντίσετε τον εαυτό σας και να κάνετε τα πράγματα που σας αρέσουν να κάνετε.

②) Προσπαθείτε να νιώσετε καλύτερα με τη χρήση διαφόρων ουσιών (π.χ. φαγητό, αλκοόλ, μαριχουάνα, φαρμακευτική αγωγή).

③) Εμπιστεύεστε ένα στενό φίλο: Πρέπει να μιλήσετε σε κάποιον για το πώς νιώθετε.

④) Προσπαθείτε να μαζέψετε τον εαυτό σου προκειμένου να σταθείτε στα πόδια σας (π.χ. συμμετοχή σε κάποιο αθλητικό σωματείο, διαδικτυακή υπηρεσία γνωριμιών, πάρτι, κ.λπ.). Ξοδεύετε χρόνο να ξεδιαλύνετε τις προτεραιότητες σας για να σιγουρευτείτε ότι ο/η επόμενος/η σύντροφος σας θα είναι «ο/η κατάλληλος/η».

⑤) Κοιτάζετε παλιές φωτογραφίες και ακούτε θλιβερά τραγούδια.

⑥) Προσπαθείτε να δείτε τη θετική πλευρά των πραγμάτων. Αυτός ο χωρισμός, όσο δύσκολος, είναι μια ευκαιρία να κάνετε μια καινούργια αρχή και να κάνετε τα πράγματα που δεν είχατε ώρα πριν και, τελικά να γνωρίσετε κάποιο/α που σας ταιριάζει καλύτερα.

⑦) Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως πιθανότητα ο/η σύντροφος σας να αλλάξει γνώμη, συνεχίζετε να προσπαθείτε να επιστρέψει πίσω σε σας με όποιο τρόπο μπορείτε.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

5. Έχετε πάρει μέρος στην τελευταία κλήρωση του κρατικού λαχείου γιατί υπήρχε ένα μεγάλο τζακ ποτ. Είστε στο σπίτι ενός φίλου και τον/την ρωτάτε αν μπορείτε να παρακολουθήσετε τα αποτελέσματα της κλήρωσης στην τηλεόραση, ακόμα και αν δεν είστε πολύ αισιόδοξος/η για τα αποτελέσματα. Ο ενθουσιασμός αρχίζει να αυξάνεται όταν παρατηρείτε με έκπληξη ότι 4 από τους 6 αριθμούς έχουν συνταχθεί! Έχετε κερδίσει περίπου €1500.

© Πηδάτε από χαρά: εκφράζετε τον ενθουσιασμό σας με το να λέτε επανειλημμένα πόσο τυχερός/η είστε.

①) Κατά τη διάρκεια των επόμενων εβδομάδων, σκέφτεστε τι θα κάνετε με τα λεφτά. Σκέφτεστε να περάσετε 10 μέρες σε ένα ηλιόλουστο νησί τις επόμενες σας διακοπές, να πάτε σε ένα ακριβό εστιατόριο, να περιποιηθείτε τον εαυτό σας σε σπα, κ.λπ.

②) Δεν μπορείτε να απολαύσετε πλήρως την κατάσταση γιατί σας έρχονται συνεχώς ανησυχίες στο μυαλό σας (π.χ. προβλήματα με ένα συγγενή, ατμόσφαιρα στον χώρο εργασίας).

③) Μοιράζετε τη χαρά σας με τους φίλους σας, τους δείχνετε το δελτίο νίκης και τηλεφωνείτε στην οικογένεια σας για να τους πείτε τα νέα.

④) Προσπαθείτε να μην δείξετε τα συναισθήματα σας: Τα κρατάτε για τον εαυτό σας γιατί σας φαίνεται κακό να παρασύρεστε μπροστά από ανθρώπους. Εκτός αυτού, δεν θέλετε οι φίλοι σας να σας ζηλέψουν.

⑤) Νιώθετε χαρούμενος/η και γιορτάζετε με σαμπάνια (για παράδειγμα). Δεν είναι κάθε μέρα που κερδίζετε τέτοια λεφτά χωρίς να κάνετε τίποτα!

⑥) Νομίζετε ότι αυτό που κερδίσατε είναι εντάξει. Ωστόσο, δεν μπορείτε να σταματήσετε να σκέφτεστε ότι ήσασταν τόσο κοντά να κερδίσετε το μεγάλο έπαθλο! Σκέφτεστε ότι αυτά τα λεφτά δεν θα λύσουν τα προσωπικά σας προβλήματα και θα υποχρεωθείτε να περιποιηθείτε τους φίλους σας σε μια ωραία έξοδο: αυτό θα σας σταματήσει από το να απολαύσετε εσείς νίκη σας.

⑦) Δεν το πιστεύετε. Η σημερινή τύχη δεν μπορεί να διαρκέσει για πάντα. Έχετε ήδη ξεκινήσει να προσδοκάτε πιθανά προβλήματα στο μέλλον.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

6. Έχετε πάει με τον/τη σύντροφο σας σε ένα πάρτι, στο οποίο δίσταζε να παρευρεθεί. Κατά τη διάρκεια της βραδιάς, παρατηρείτε από απόσταση ότι ο/η σύντροφος σας μιλά με κάποιον/α του αντίθετου φύλου. Και οι δύο φαίνονται ιδιαίτερα προσηλωμένοι στο τι λέει ο άλλος: π.χ. βλέπουν ο ένας τον άλλο επίμονα και γελούν μαζί αρκετές φορές. Δεδομένου ότι ο/η σύντροφος σας ήρθε στο πάρτι διστακτικά και τώρα φαίνεται ενθουσιώδης, αρχίζετε να αισθάνεστε πολλή ζήλια!

© Τους παρακολουθείτε από τη γωνία του ματιού σας. Η κατάσταση σας κάνει να αισθάνεστε πολύ άβολα αλλά δεν το δείχνετε.

①) Αντί να ενοχληθείτε/θυμώσετε, αποφασίζετε να σκεφτείτε άλλα πράγματα και να απολαύσετε το πάρτι (π.χ. αρχίζετε να μιλάτε με άλλους καλεσμένους, χορεύετε, κ.λπ.).

②) Εκφράζετε τη ζήλια σας στον/στη σύντροφό σας χωρίς να χάσετε τη ψυχραιμία σας. Του/Της λέτε ότι αισθάνεστε άβολα όταν διασκεδάζει τόσο πολύ με κάποιον/α άλλο/η.

③) Νιώθετε ένα κύμα οργής και με την επόμενη ευκαιρία, θα θυμώσετε με τον/την σύντροφο σας.

④) Προκειμένου να ξεχάσετε τι έχετε δει και να ηρεμήσετε πηγαίνετε κατευθείαν στο μπαρ και περνάτε το υπόλοιπο της βραδιάς πίνοντας.

⑤) Εξετάζετε τις διάφορες επιλογές για αντιμετώπιση του προβλήματος. Σχεδιάζετε μια στρατηγική που θα χρησιμοποιήσετε για να βεβαιωθείτε ότι αυτή η κατάσταση δεν θα συμβεί ξανά.

⑥) Νιώθετε λυπημένος/η και εγκαταλειμμένος/η. Νομίζετε ότι ο/η σύντροφος σου θα βρει στο τέλος κάποιον/α πιο ενδιαφέρον και επιθυμητό/η από εσάς. Τι μπορείτε να κάνετε έτσι και αλλιώς;

⑦) Παρά τη ζήλια σας, το θεωρείτε σημαντικό ο/η σύντροφος σας διασκεδάζει ειδικά από τη στιγμή που δεν έκανε κάτι λάθος. Με το να δώσεις στον/ην σύντροφο σου λίγο χώρο, θα είναι σε καλύτερη διάθεση όταν φτάσετε και οι δύο σπίτι!

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

7. Περνάτε ένα ρομαντικό Σαββατοκύριακο με τον/ην σύντροφό σας. Το σκηνικό είναι υπέροχο. Ο/η σύντροφος σας είναι σε καλή φόρμα και αισθάνεστε ιδιαίτερα ευτυχής!

© Παρά το πολύ ευχάριστο Σαββατοκύριακο, δεν μπορείτε παρά να δυσανασχετήσετε για μερικές αρνητικές λεπτομέρειες που εμποδίζουν τις διακοπές σας από το να είναι τέλειες.

- ①) Προσπαθείτε να απολαύσετε τη στιγμή και να θέσετε όλα τα άλλα εκτός του μυαλού σας.
- ②) Αυτό το Σαββατοκύριακο είναι τέλειο. Μήπως κάτι συμβαίνει; Φοβάστε ότι όλα θα συντριβούν όταν φτάσετε σπίτι.
- ③) Περνάτε υπέροχα και δεν φοβάστε να εκφράσετε τη χαρά σας με το να γελάτε, να αστειεύετε, και να αγκαλιάζετε τον/την σύντροφο σας κ.λπ.
- ④) Όταν είστε μόνοι σας μετά το Σαββατοκύριακο, αναπολείτε την ευτυχισμένη στιγμή σας, και τα πράγματα που κάνουν τη σχέση σας τόσο πολύτιμη.
- ⑤) Περνάτε καλά αλλά για διάφορους λόγους (π.χ. φόβο ότι θα ρεζιλευτείτε, το γεγονός ότι η έντονη καλοπέραση δεν είναι του συλ σας, ενοχές κ.λπ.) προσπαθείτε να μην παρασυρθείτε από τα συναισθήματα σας και ως εκ τούτου προσπαθείτε να συγκρατήσετε την ευτυχία σας.
- ⑥) Κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών μοιράζετε την ανάμνηση αυτής της υπέροχης στιγμής με την οικογένεια σας (ή το γράφετε στο ημερολόγιο σας).
- ⑦) Το Σαββατοκύριακο ήταν τέλειο. Ωστόσο, παλεύετε να ξεχάσετε εντελώς τις προσωπικές σας ανησυχίες (π.χ. δουλειά, οικογένεια, κ.λπ.).

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

8. Πρέπει να παρουσιάσετε μπροστά σε ένα μεγάλο ακροατήριο. Όταν παρουσιάσετε κάτι στο παρελθόν σε παρόμοια εκδήλωση, δεν πήγε πολύ καλά. Λάβατε έντονη κριτική για την παρουσίαση σας. Η ιδέα του να παρουσιάσετε μπροστά σας τρομάζει.

© Προσπαθείτε να αποσπάσετε την προσοχή σας με το να εμπλακείτε σε με δραστηριότητα που σας αρέσει. Έχετε προετοιμαστεί αρκετά για την παρουσίαση σας και θα δείτε πως παν τα πράγματα όταν έρθει η στιγμή.

①) Δεν μπορείτε να σταματήσετε να το σκέφτεστε, επικεντρώνεστε στο τι μπορεί να πάει λάθος, και αγχώνεστε μέχρι την παράδοση της παρουσίασης.

②) Εμπιστεύεστε τους ανθρώπους γύρω σας, λέγοντας τους, τους φόβους σας και αναζητώντας υποστήριξη και/ή συμβουλή.

③) Σχεδιάζετε ένα πλάνο δράσης, έτσι ώστε να επιτύχετε. Εντοπίζετε το πρόβλημα, σκέφτεστε διάφορες λύσεις που θα σας βοηθήσουν να αισθανθείτε πιο σίγουροι για τον εαυτό σας (πρόβα, χαλάρωση, πληροφορίες σχετικά με τρόπους βελτίωσης της παρουσίασης σας).

④) Λέτε στον εαυτό σας ότι ποτέ δεν θα είστε σε θέση να παραδώσετε μια καλή παρουσίαση και νιώθετε σαν χαμένος/η.

⑤) Στις μέρες που προηγούνται της παρουσίασης, χρησιμοποιείτε κάποιες χαλαρωτικές ουσίες (αλκοόλ, μαριχουάνα, φαρμακευτική αγωγή κ.λπ.) για να βοηθήσουν στην μείωση του άγχους σας.

⑥) Προσπαθείτε να δείτε την θετική πλευρά της κατάστασης: θα είναι μια καλή ευκαιρία για εσάς ακόμα και αν τα πράγματα πάν λάθος, δεν είναι το τέλος του κόσμου!

⑦) Από τη στιγμή που σας είπαν να κάνετε την παρουσίαση, έχετε κατακλυσθεί από στρες. Σας παραλύει και σας εμποδίζει από το να δουλέψετε πάνω στην παρουσίαση. Αν ήταν δυνατό, θα βρίσκατε ένα «τέλειο δικαιολογητικό» για να μην παρουσιάσετε.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

9. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας μέρας των διακοπών σας στο εξωτερικό, πήγατε περίπατο στην εξοχή με τους φίλους σας. Μετά από μερικές ώρες περπατήματος, συναντάτε ένα καταρράκτη εντελώς τυχαία. Το τοπίο είναι μαγευτικό και άγριο: νερό, άφθονη πρασινάδα, ηλιοβασίλεμα κ.λπ. Είστε εντελώς θαμπωμένοι από το μεγαλείο του τοπίου.

© Το τοπίο είναι εξαιρετικό: αν και είναι κρίμα που τα πόδια σας πονούν, έχει λίγο ψύχρα και υπάρχουν κουνούπια. Αυτά τα ασήμαντα μειονεκτήματα σας αποτρέπουν από το να απολαύσετε πλήρως τις συνθήκες.

①) Εκφράζετε την χαρά και τον θαυμασμό με το δικό σας τρόπο (π.χ. φωνάζετε δυνατά, συγκινείστε, πηδάτε στον καταρράκτη κ.λπ.).

②) Η σκηνή είναι μαγευτική, αλλά συγκρατείτε τα συναισθήματα σας. Προτιμάτε να δείξετε αυτοέλεγχο δημόσια.

③) Κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών, βρίσκετε απόλαυση με το να σκέφτεστε το μεγαλείο του τόπου ή/και με το να κοιτάζετε ξανά τις φωτογραφίες σας.

④) Μοιράζετε τα συναισθήματα σας με την παρέα σας. Κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών, συνιστάτε αυτό το μέρος σε όλους γύρω σας.

⑤) Η διασκέδαση μειώνεται από τη σκέψη ότι αυτή είναι η τελευταία μέρα των διακοπών σας και ότι θα περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα πριν να ξαναζήσεις μια τέτοια στιγμή.

⑥) Επιτρέπετε όλες τις αισθήσεις σας να διαποτιστούν από τον τόπο, έτσι ώστε να απολαύσετε πλήρως αυτή τη στιγμή.

⑦) Το τοπίο είναι πανέμορφο, αλλά στον δρόμο πίσω σκέφτεστε το βραδινό γεύμα που θα πρέπει να ετοιμάσετε ή/και την προοπτική του να επιστρέψετε πίσω στην δουλειά αύριο.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

10. Πρέπει να παρουσιάσετε μια εργασία σας στη δουλειά, για την οποία αφιερώσετε πολλή χρόνο. Το πρωινό της παρουσίασης, σας πληροφορούν ότι η παρουσίαση σας έχει αναβληθεί και ότι ένας συνάδελφος θα παρουσιάσει το δικό του/της έργο. Αυτή η είδηση σας προκαλεί θυμό.

ⓐ Πηγαίνετε κατευθείαν στο γραφείο του/της συνάδελφου σας και εκφράζετε τον θυμό σας και χωρίς να αφήσετε χρόνο να ανταποκριθεί αποχωρείτε πολύ ενοχλημένος/η.

①) Ασχολείστε με μια άσχετη δραστηριότητα έτσι ώστε να ηρεμήσετε. Με αυτόν τον τρόπο δεν θα κάνετε τίποτα παράλογο.

②) Το κάθε πρόβλημα χρειάζεται μια λύση. Σχεδιάζετε ένα πλάνο δράσης που θα αναδείξει την εργασία σας ή/και να αποτρέψει ένα τέτοιο πράγμα από το να ξανασυμβεί.

③) Δεν λέτε τίποτα: Αντιμετωπίζετε πρόβλημα στο να υποστηρίξετε τον εαυτό σας σε τέτοιου είδους καταστάσεις. Όλα αυτά σας κάνουν να νιώθετε εξουθενωμένο/η.

④) Σκέφτεστε : Γιατί άραγε ο/η συνάδελφος σας να είναι τόσο καιροσκόπος και μοχθηρός/η προς εσάς; Χωρίς να προβείτε σε οποιαδήποτε πράξη, φαντάζεστε τρόπους με τους οποίους θα μπορούσατε να πάρετε την εκδίκηση σας.

⑤) Βλέπετε την κατάσταση με ηρεμία και/ή να προσπαθείτε να μάθετε κάτι από αυτό. Την επόμενη φορά θα είναι η σειρά σας!

⑥) Όταν πάτε σπίτι καταναλώνετε διάφορες ουσίες (αλκοόλ, μαριχουάνα, φαρμακευτική αγωγή κ.λπ.) για να ανακουφίσετε το στρες που νιώθετε.

⑦) Ζητάτε από τον/την συνάδελφο σας να εξηγήσει τι έγινε. Του/της λέτε ευγενικά αλλά ξεκάθαρα ότι δεν είστε ευχαριστημένος/η για αυτό που έγινε και μετά του επιτρέπετε να σας πει την άποψη του/της.

ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντηση σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

11. Ως αποτέλεσμα αναδιάρθρωσης στην εταιρεία σας, μεταφέρεστε σε ένα καινούργιο τμήμα 10 χιλιόμετρα από όπου δουλεύατε παλιά. Αυτό σας αναστατώνει, γιατί είχατε δημιουργήσει μια πολύ στενή σχέση μαζί με τους συναδέλφους σας και θεωρείτε μερικούς από εκείνους καλούς φίλους.

© Η λύπη σας μετατρέπεται σε μνησικακία εναντίον της εταιρείας σας και ακόμη εναντίον των πρώην συναδέλφων σας επειδή ήταν πιο τυχεροί από εσάς. Η κακή σας διάθεση είναι αισθητή.

- ①) Χρειάζεστε χρόνο για να ξεχάσετε την παλιά σας δουλειά. Αλλά τη σκέφτεστε συχνά.
- ②) Αναγκάζετε τον εαυτό σας να κοιτάξει απευθείας την θετική πλευρά των πραγμάτων (π.χ. να γνωρίσετε νέους ανθρώπους, νέες προοπτικές επαγγελματικής σταδιοδρομίας κ.λπ.).
- ③) Προσπαθείτε να βρείτε παρηγοριά πίνοντας, καπνίζοντας, παίρνοντας φάρμακα ακόμα και ναρκωτικά.
- ④) Λέτε στους ανθρώπους γύρω σας πόσο λυπημένος/η είσατε, αναζητάτε παρηγοριά από τους φίλους σας.
- ⑤) Προσπαθείτε να βρείτε λύση στο πρόβλημα. Αν είναι αδύνατο να πάρετε την παλιά σας δουλειά πίσω, λαμβάνετε θετικά μέτρα (π.χ. συνομιλίες, προσκλήσεις σε δείπνο κ.λπ.) για να βελτιώσετε και να βελτιώσετε την κατάσταση της νέας σας δουλειάς.
- ⑥) Αμέσως στρέφεστε σε πράγματα που απολαμβάνετε, πράγματα που σας δίνουν σύντομες στιγμές ευχαρίστησης.
- ⑦) Από όλους τους ανθρώπους στην ομάδα έπρεπε να συμβεί σε εσάς (πάλι!). Αισθάνεστε έλλειψη κινήτρων και δεν βρίσκετε την ενέργεια να ανταποκριθείτε.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

12. Μετά από μήνες αδιάκοπης δουλειάς, έχετε επιτέλους αποκτήσει το δίπλωμα ή προαγωγή που είχατε ονειρευτεί. Δεν ήταν εύκολο και έχετε φτάσει μακριά- είστε πολύ περήφανος/η για τον εαυτό σας. Συγγενείς και φίλοι έχουν οργανώσει ένα πάρτι προς τιμή σας.

© Κατά τη διάρκεια του πάρτι δεν μπορείτε να εμποδίσετε άλλες σκέψεις από το να έρθουν στο μυαλό σας (π.χ. φόβος σχετικά με τη νέα σας κατάσταση, προσωπικές ανησυχίες κ.λπ.).

①) Κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών, συχνά αναπολείτε την επιτυχία σας, τις προσπάθειες και την προσωπική αξία που έχετε υποδείξει, την υπερηφάνεια μερικών συγγενών, τις προοπτικές σας για το μέλλον κ.λπ.

②) Ακόμα και αν όλοι σας συγχαίρουν, δεν νομίζετε ότι σας αξίζει. Ήταν πιθανόν θέμα τύχης και μπορεί να μην συμβεί ξανά.

③) Είστε περήφανος/η για τον εαυτό σας και επιτρέπετε στον εαυτό σας να το δείξει (π.χ. φωνάζεις δυνατά, συγκινείσαι με δάκρυα χαράς, κάνεις χειρονομίες νίκης κ.λπ.).

④) Παρά την ευχαρίστηση ότι έχετε επιτύχει, ένα μέρος σας δεν μπορεί να σταματήσει να σκέφτεται ότι θα μπορούσατε να είχατε κάνει και καλύτερα.

⑤) Είναι η ώρα της δόξας σας και το απολαμβάνετε πλήρως. Έχετε δουλέψει σκληρά, και σας αξίζει ο έπαινος.

⑥) Είστε περήφανος/η για τον εαυτό σας αλλά για διάφορους λόγους (π.χ. φόβος ρεζιλέματος, σεμνότητα, επιφύλαξη κ.λπ.) κρατάτε πίσω από το να εκφράσετε την υπερηφάνεια σας και να γιορτάσετε πλήρως την επιτυχία σας.

⑦) Κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών λέτε σε όλους γύρω σας τα καλά νέα και μοιράζεστε την επιτυχία σας με την οικογένεια σας και φίλους.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

13. Τυχαίνει και συναντήσατε ένα παλιό/ά συμμαθητή/τρια σας τον/ην οποίο/α δεν έχετε δει εδώ και πολύ καιρό. Σας προσκαλεί για επίσκεψη την επόμενη εβδομάδα. Ανακαλύπτετε ότι μένει σε ένα θαυμάσιο διαμέρισμα ενώ εσείς μόλις που έχετε αρκετά για ένα μικρό διαμέρισμα. Αισθάνεστε ζήλια.

ⓐ Σκέφτεστε ότι είστε πολύ άτυχος/η και αισθάνεστε κατάθλιψη για αυτό. Λέτε στον εαυτό σας ότι δεν έχει σημασία τι θα κάνετε, ποτέ δεν θα φτάσετε σε αυτό το επίπεδο διαβίωσης.

①) Για να ξεπεράσετε τη ζήλια σας, κάνετε κάτι που σας ευχαριστεί, και/ή σας κάνει να νιώθετε καλύτερα για τον εαυτό σας.

②) Μόλις φτάσετε σπίτι, συλλογίζεστε την κατάσταση. Νιώθετε ότι το χάσμα ανάμεσα στην ζωή του/της και τη δική σας είναι άδικο.

③) Θα κάνετε ότι μπορείτε να πάρετε ένα διαμέρισμα σαν και αυτό. Σχεδιάζετε ένα πλάνο δράσης και επιμένετε σε αυτό.

④) Μόλις φτάσετε σπίτι, αναζητάτε παρηγοριά από τον/ην σύντροφο σας ή ένα/μια φίλο/η. Τους λέτε τι έχετε βιώσει και πως νιώθετε για αυτό.

⑤) Δεν μπορείτε να μην εκδηλώσετε την ζήλια σας. Κατά τη διάρκεια της συνομιλίας, η ζήλια σας, σας ωθεί να πετάξετε μερικά αγκαθωτά σχόλια.

⑥) Για να ξεπεράσετε τη ζήλια σας και το στρες που προκάλεσε, επιτρέπετε στον εαυτό σας να καταναλώσει μερικές χαλαρωτικές ουσίες (π.χ. αλκοόλ, μαριχουάνα, φαρμακευτική αγωγή κ.λπ.).

⑦) Χαίρεστε που είδατε ξανά τον/ην παλιό/ά σας φίλο/η. Ακόμα και αν το διαμέρισμα σας δεν είναι τόσο πολυτελές, είστε χαρούμενος/η για αυτόν/η. Είστε επίσης σίγουρος/η ότι κάποια μέρα θα είστε και εσείς σε θέση να έχετε ένα υπέροχο διαμέρισμα. Εν τω μεταξύ, λέτε στον εαυτό σας ότι υπάρχουν άλλες πηγές ευτυχίας στη ζωή που είναι εξίσου σημαντικές.

ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

14. Λαμβάνετε μέρος σε μια ημερίδα παρουσίασης των αποτελεσμάτων της εταιρείας σας. Αρκετοί συνάδελφοι σας παρουσιάζουν. Μισείτε τη παρουσίαση μπροστά σε κοινό. Νιώθετε πως οι συνάδελφοι σας είναι καλύτεροι, πιο ενδιαφέρον, και πιο χαλαροί από ότι εσείς. Μετά την παρουσίαση σας, επιστρέφετε στην θέση σας, στο ακροατήριο. Ακριβώς μπροστά σας, δύο συνάδελφοι σας που δεν πρόσεξαν που κάθεστε, ψιθυρίζουν ο ένας στον άλλον: «ο Έρικ είναι καλός παρουσιαστής, όχι όπως τον/την προηγούμενο (π.χ. για εσάς).» το άλλο άτομο συμφωνεί, χαμογελώντας. Αισθάνεστε τον εαυτό σας να κοκκινίζει από ντροπή.

© Για να εξασφαλίσετε ότι αυτό δεν θα σας ξανά συμβεί, σχεδιάζετε κάποιο πλάνο δράσης για την επόμενη σας παρουσίαση. Σχεδιάζετε πώς να βελτιώσετε τη παρουσίαση σας (π.χ. το περιεχόμενο, στάση σώματος κ.λπ.).

①) Φεύγετε χωρίς να πείτε τίποτα. Νιώθετε χαμένος/η. Δυστυχώς, δεν υπάρχει τίποτα που μπορείτε να κάνετε για να αλλάξετε την κατάσταση, οι παρουσιάσεις δεν είναι για εσάς.

②) Κάθεστε πίσω τους, χωρίς να πείτε λέξη. Συλλογίζεστε αυτό που μόλις ακούσατε. Από τη μια πλευρά, σκέφτεστε ότι έχουν δίκαιο. Αλλά από την άλλη, είστε πολύ θυμωμένοι μαζί τους. Παίζετε τη σκηνή επανειλημμένα στο μυαλό σας, αναρωτώντας πως μπορείτε να τους βάλετε στη θέση τους, και πως μπορείτε να ανακτήσετε την τιμή σας, κ.λπ.

③) Εμπιστεύεστε ένα στενό φίλο και εξηγείτε πόση ντροπή νιώθετε και ότι έχετε γελοιοποιηθεί μπροστά από όλους σας τους συναδέλφους.

④) Προσπαθείτε να αποφύγετε τους συναδέλφους σας τις επόμενες μέρες.

⑤) Για να ξεφορτωθείτε το συναίσθημα ντροπής, χρησιμοποιείτε ουσίες που σας βοηθούν να χαλαρώσετε (π.χ. αλκοόλ, μαριχουάνα, φαρμακευτική αγωγή, κ.λπ.).

⑥) Μετά από αυτή την μάλλον δυσάρεστη στιγμή, αισθάνεστε ότι θέλετε να τη ξεχάσετε και έτσι κάνετε κάτι που απολαμβάνετε.

⑦) Είναι αλήθεια ότι η παρουσίαση σας δεν ήταν επιτυχία. Παρ' όλα αυτά, προσπαθείτε να δείτε την θετική πλευρά των πραγμάτων. Για σας ήταν κάτι νέο, μάθατε κάτι από αυτό και βεβαιώνετε ότι θα είστε καλύτερος/η την επόμενη φορά.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

15. Ένας/μία φίλος/η σας έχει κερδίσει ένα φανταστικό ταξίδι για δύο σε ένα νησί παραδείσου. Σας ρωτούν αν θέλετε να πάτε μαζί τους. Στην πραγματικότητα χρειάζεστε τις διακοπές, και είστε εξαιρετικά ευγνώμων.

©) Ακόμα και αν είστε ευχαριστημένοι με την προσφορά αυτή, οι τρέχουσες σας ανησυχίες (π.χ. προσωπικές ή σχετιζόμενες με τη δουλειά ανησυχίες, στρες κ.λπ.) σας εμποδίζουν από το να το εκμεταλλευτείτε το ταξίδι τη δεδομένη στιγμή.

①) Επιτρέπετε στον εαυτό σας να δείξει την ευγνωμοσύνη σας και την αγάπη σας (π.χ. με ευχαριστίες, αγκαλιές, πρόσκληση σε ένα εστιατόριο, κ.λπ.).

②) Ακόμα και πριν την αναχώρηση, φοβάστε την επιστροφή στην πραγματικότητα. Οι διακοπές θα περάσουν σύντομα, και μετά δεν θα πάτε κάπου εξίσου καλά για πολύ καιρό.

③) Απολαμβάνετε πλήρως τη προσφορά.

④) Είστε πολύ ευγνώμων προς τον/την φίλο/η σας. Ωστόσο, κατά την διάρκεια των επόμενων ημερών, σκέφτεστε ορισμένα αρνητικά χαρακτηριστικά του ταξιδιού που σας εμποδίζουν από το να είστε απόλυτα ευτυχισμένος/η (π.χ. αυτό δεν θα ήταν το μέρος που θα επιλέγατε εσείς, θα υποχρεωθείτε να αναδιοργανώσετε το πρόγραμμα σας, θα έχετε να ξεπληρώσετε τον/ην φίλο/η σας, κ.λπ.).

⑤) Σκέφτεστε πόσο τυχεροί είστε που έχετε τόσο καλό/η φίλο/η, και συνειδητοποιείτε ότι αυτή η προσφορά ενισχύει τη φιλία σας. Ξεκινάτε να προσδοκάτε τι θα κάνετε κατά τη διάρκεια αυτού του ωραίου ταξιδιού.

⑥) Λέτε στους φίλους σας και στην οικογένεια για το ταξίδι, και επαινείτε την γενναιοδωρία του/της φίλου/ης σας.

⑦) Θα θέλατε να εκφράσετε την ευγνωμοσύνη σας, αλλά για διάφορους λόγους (π.χ. ντροπή, φόβος, ντροπαλότητα κ.λπ.) δεν εκδηλώνεστε.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

16. Μετά από ιατρικές εξετάσεις ρουτίνας, ο γιατρός σας, σας λέει ότι χρειάζεται να υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση. Η υγεία σας δεν είναι σε άμεσο κίνδυνο, αλλά αν δεν κάνετε τίποτα, η κατάσταση σας θα χειροτερέψει στο κοντινό μέλλον. Ακόμα και αν ο/η γιατρός σας είναι βέβαιος/η για την χειρουργική επέμβαση, είναι αρκετά σοβαρό θέμα υγείας και είστε τρομαγμένος/η.

© Αισθάνεστε την ανάγκη να μιλήσετε για αυτή τη χειρουργική επέμβαση με φίλους, οικογένεια ή με ανθρώπους που έχουν ήδη υποβληθεί στο ίδιο είδος χειρουργικής επέμβασης.

①) Ακυρώνετε τη χειρουργική επέμβαση. Θα προτιμούσατε να μην χειρουργηθείτε προς το παρόν: τόσα χρόνια είσατε εντάξει, οπότε γιατί να υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση τώρα;

②) Η προοπτική μιας χειρουργικής επέμβασης σας λυπεί, και είστε φοβισμένοι για το τι μπορεί να συμβεί. Νιώθετε ότι η μοίρα σας σας έχει επιφέρει κακοτυχία, και δεν υπάρχει τίποτα που μπορείτε να κάνετε για αυτό.

③) Προσπαθείτε να βάλετε τα πράγματα σε μια λογική, λέγοντας στον εαυτό σας ότι οι άνθρωποι υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις κάθε μέρα και ότι ο κίνδυνος να πάει κάτι στραβά είναι πολύ μικρός. Επίσης υπενθυμίζετε στον εαυτό σας τα σημαντικά οφέλη της επέμβασης στην υγεία σας.

④) Δεν μπορείτε να σταματήσετε να σκέφτεστε την χειρουργική επέμβαση και φαντάζεστε όλα που θα μπορούσαν να παν στραβά.

⑤) Προσπαθείτε να σταματήσετε να το σκέφτεστε μέχρι τη μέρα της χειρουργικής επέμβασης. Μόλις επιστρέψει ο φόβος, αμέσως σκέφτεστε κάτι άλλο κάνοντας διάφορες δραστηριότητες για να ξεχαστείτε.

⑥) Χρησιμοποιείτε ουσίες (π.χ. αλκοόλ, φαρμακευτική αγωγή, ναρκωτικά κ.λπ.) για να σας βοηθήσουν να χαλαρώσετε, καθώς και να μειώσετε το στρες και τα επίπεδα φόβου σας

⑦) Κοιτάτε το πρόβλημα λογικά και προβληματίζεστε για τις διάφορες λύσεις. Το να κάνετε την επέμβαση είναι η καλύτερη λύση. Ορίζετε στόχους πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, έτσι ώστε όλα να πάνε καλά.

©	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	Σημείωσε την απάντησή σου εδώ
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------



Ερευνητικό Πρόγραμμα:

Εσωτερικές αντιδράσεις και εξάρτηση από ουσίες: Γνωστική Αναδόμηση και Γνωστική Αποκόλληση ως πιθανές διαδικασίες αλλαγής.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Ημερομηνία: _____

DCQ

Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις ακόλουθες δηλώσεις. Τοποθετήσετε «X» στον αριθμό που καλύτερα αντιπροσωπεύει την άποψη σας.

Αυτή τη στιγμή	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν ξέρω	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
α) Αν είχα κάποια ουσία, μάλλον θα έκανα χρήση	①	②	③	④	⑤
β) Μου λείπει η χρήση	①	②	③	④	⑤
γ) Δεν σχεδιάζω να κάνω χρήση	①	②	③	④	⑤
δ) Δεν θα μπορούσα να σταματήσω τον εαυτό μου από το να κάνει χρήση εάν είχα εδώ ουσίες	①	②	③	④	⑤
ε) Θέλω να κάνω χρήση τόσο πολύ που σχεδόν το γεύομαι/μυρίζομαι	①	②	③	④	⑤
ζ) Θα ένιωθα λιγότερο εκνευρισμό αν έκανα χρήση τώρα	①	②	③	④	⑤
η) Θα ένιωθα λιγότερη ένταση αν έκανα χρήση τώρα	①	②	③	④	⑤
θ) Το να κάνω χρήση δεν με ικανοποιεί	①	②	③	④	⑤
ι) Θα ένιωθα λιγότερη ανησυχία αν έκανα χρήση τώρα	①	②	③	④	⑤
κ) Αν έκανα χρήση, θα ένιωθα λιγότερη νευρικότητα	①	②	③	④	⑤
λ) Εάν μου δινόταν η ευκαιρία να κάνω χρήση θα μου ήταν εύκολο να αντισταθώ	①	②	③	④	⑤
μ) Το να κάνω χρήση θα μου ανέβαζε τη διάθεση	①	②	③	④	⑤

ASI-16	Πολύ λίγο	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Είναι σημαντικό για μένα να μη φαίνομαι νευρική/ος	◎	①	②	③	④
2. Όταν δεν μπορώ να συγκεντρωθώ σε μια εργασία, ανησυχώ ότι θα τρελαθώ	◎	①	②	③	④
3. Τρομάζω όταν νιώθω να τρέμω	◎	①	②	③	④
4. Τρομάζω όταν νιώθω ότι θα λιποθυμήσω	◎	①	②	③	④
5. Είναι σημαντικό για μένα τα συναισθήματά μου να παραμένουν υπό τον έλεγχό μου	◎	①	②	③	④
6. Τρομάζω όταν η καρδιά μου χτυπά γρήγορα	◎	①	②	③	④
7. Ντροπιάζομαι όταν το στομάχι μου γουργουρίζει	◎	①	②	③	④
8. Τρομάζω όταν αισθάνομαι ναυτία	◎	①	②	③	④
9. Όταν προσέξω ότι η καρδιά μου χτυπά γρήγορα, ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακή προσβολή	◎	①	②	③	④
10. Τρομάζω όταν λαχανιάσω	◎	①	②	③	④
11. Όταν το στομάχι μου είναι παραγμένο, ανησυχώ μήπως είμαι σοβαρά άρρωστος/η	◎	①	②	③	④
12. Τρομάζω όταν δεν είμαι ικανή/ος να παραμείνω συγκεντρωμένη/ος σε μια εργασία	◎	①	②	③	④

	<i>Πολύ λίγο</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
13. Οι άλλοι άνθρωποι το προσέχουν όταν νιώθω να τρέμω	⊙	①	②	③	④
14. Ασυνήθιστες σωματικές αισθήσεις με τρομάζουν	⊙	①	②	③	④
15. Όταν είμαι νευρική/ος, ανησυχώ ότι είμαι ψυχικά άρρωστος	⊙	①	②	③	④
16. Τρομάζω όταν είμαι νευρική/ος	⊙	①	②	③	④

ΑΑQ-SA

	<i>Καθόλου Αλήθεια</i>	<i>Πολύ Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Μερικές Φορές Αλήθεια</i>	<i>Συχνά Αλήθεια</i>	<i>Σχεδόν Πάντα Αλήθεια</i>	<i>Πάντα Αλήθεια</i>
1) Οι ορμές και οι έντονες επιθυμίες που έχω για τη χρήση με εμποδίζουν από το να επιτύχω στη ζωή μου	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) Αν έχω επιθυμία για χρήση, αυτό ισούται με το να είμαι χρήστης	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) Όταν σκέφτομαι τη χρήση, δεν έχω επίγνωση του τι άλλο συμβαίνει γύρω μου	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4) Η ζωή μου είναι ιστορία χρήσης. Αναμνήσεις που έχω οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση, με αποτρέπουν από το να έχω μια έντιμη ζωή.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5) Οι ορμές και έντονες επιθυμίες που έχω για χρήση προκαλούν προβλήματα στη ζωή μου	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	<i>Καθόλου Αλήθεια</i>	<i>Πολύ Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Σπάνια Αλήθεια</i>	<i>Μερικές Φορές Αλήθεια</i>	<i>Συχνά Αλήθεια</i>	<i>Σχεδόν Πάντα Αλήθεια</i>	<i>Πάντα Αλήθεια</i>
6) Φοβάμαι όταν έχω θετικά συναισθήματα σχετιζόμενα με μια ουσία με την οποία έχω κάνει κατάχρηση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7) Όταν σκέφτομαι τη χρήση, το μυαλό μου μοιάζει σαν να λειτουργεί στον «αυτόματο πιλότο», και δεν έχω πλήρη συμμετοχή σε αυτό που κάνω τη δεδομένη στιγμή	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8) Ανησυχώ ότι δε θα μπορώ να ελέγξω τις ορμές και τις έντονες επιθυμίες μου για τη χρήση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9) Η αίσθηση λύπης ή άγχους με κάνει να θέλω να κάνω χρήση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Οι παρακάτω δηλώσεις αντιπροσωπεύουν συχνές πεποιθήσεις οι οποίες συνδέονται με τη χρήση. Παρακαλώ διαβάστε τες και αξιολογήστε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την κάθε μια βάζοντας «X» στον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει.

BASAS	<i>Διαφωνώ Απόλυτα</i>	<i>Διαφωνώ Πάρα Πολύ</i>	<i>Διαφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Ουδέτερος/ η</i>	<i>Συμφωνώ Ελαφρώς</i>	<i>Συμφωνώ Πάρα Πολύ</i>	<i>Συμφωνώ Απόλυτα</i>
1) Η ζωή χωρίς τη χρήση είναι βαρετή.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2) Η χρήση είναι ο μόνος τρόπος να αυξηθεί η δημιουργικότητα και η παραγωγικότητα μου.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3) Δεν μπορώ να λειτουργήσω χωρίς τη χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4) Η χρήση είναι ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσω τον πόνο στη ζωή μου.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5) Δεν είμαι έτοιμος/η να σταματήσω τη χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6) Οι πόθοι/ορμές μου με κάνουν να κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7) Η ζωή μου δεν θα γίνει καλύτερη, ακόμα και αν σταματήσω να κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Πάρα Πολύ	Διαφωνώ Ελαφρώς	Ουδέτε ρος/η	Συμφωνώ Ελαφρώς	Συμφωνώ Πάρα Πολύ	Συμφωνώ Απόλυτα
8) Ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσω τον θυμό μου είναι το να κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9) Η ζωή θα ήταν καταθλιπτική αν σταματούσα.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10) Δεν μου αξίζει να αναρρώσω από τη χρήση ουσιών.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11) Δεν είμαι αρκετά δυνατή/ος για να σταματήσω.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12) Δεν θα μπορούσα να είμαι κοινωνικός/η, χωρίς τη χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13) Η χρήση ουσιών δεν είναι πρόβλημα για μένα.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14) Οι πόθοι/ορμές δεν φεύγουν, εκτός και αν κάνω χρήση	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15) Η χρήση που κάνω οφείλετε σε τρίτους (π.χ. σύζυγος, φίλος/φίλη, άλλο μέλος της οικογένειας)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16) Η βιολογία και το γενετικό υλικό μας (DNA) προκαλεί τη χρήση ουσιών	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Πάρα Πολύ	Διαφωνώ Ελαφρώς	Ουδέτερος/ η	Συμφωνώ Ελαφρώς	Συμφωνώ Πάρα Πολύ	Συμφωνώ Απόλυτα
17) Δεν μπορώ να χαλαρώσω χωρίς ουσίες	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18) Το γεγονός ότι έχω πρόβλημα με τις ουσίες, σημαίνει ότι είμαι κατά κύριο λόγο κακό άτομο.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19) Δεν μπορώ να ελέγξω το άγχος μου χωρίς τις ουσίες	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20) Δεν μπορώ να έχω διασκεδαστική ζωή, αν δεν κάνω χρήση.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

DTS	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Ελαφρώς	Συμφωνώ και Διαφωνώ Εξίσου	Συμφωνώ Ελαφρώς	Συμφωνώ Απόλυτα
1. Όταν αισθάνομαι στεναχώρια ή αναστάτωση αυτό είναι αφόρητο για μένα.	①	②	③	④	⑤
2. Όταν νιώθω στεναχώρια ή αναστάτωση το μόνο που μπορώ να σκεφτώ είναι το πόσο άσχημα αισθάνομαι.	①	②	③	④	⑤
3. Δεν μπορώ να διαχειριστώ συναισθήματα στεναχώριας ή αναστάτωσης.	①	②	③	④	⑤
4. Τα συναισθήματα στεναχώριας τα οποία νιώθω είναι τόσο έντονα που με κυριεύουν πλήρως.	①	②	③	④	⑤
5. Δεν υπάρχει τίποτα χειρότερο από το να αισθάνομαι στεναχώρια ή αναστάτωση.	①	②	③	④	⑤
6. Μπορώ να ανεχθώ να είμαι στεναχωρημένος/η ή αναστατωμένος/η όπως και οι περισσότεροι άνθρωποι.	①	②	③	④	⑤
7. Τα συναισθήματα στεναχώριας ή αναστάτωσης δεν μου είναι αποδεχτά.	①	②	③	④	⑤
8. Θα κάνω οτιδήποτε μπορώ για να αποφύγω να αισθάνομαι στεναχώρια ή αναστάτωση.	①	②	③	④	⑤
9. Άλλοι άνθρωποι φαίνεται να είναι σε καλύτερη θέση να ανεχτούν τα συναισθήματα της στεναχώριας ή της αναστάτωσης.	①	②	③	④	⑤

Appendix D

Cognitive reappraisal, cognitive defusion and psychoeducation manuals (HW booklets)

MARIA STAVRINAKI

***Πώς να
χρησιμοποιήσεις αυτό
το βιβλίο***

Επιπρόσθετο
κομμάτι της
θεραπείας
απεξάρτησης

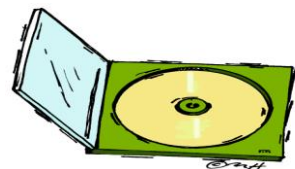


Επανάληψη
ασκήσεων
που
προτείνει το
βιβλίο αυτό



Επιτυχημένη
προσπάθεια
απεξάρτησης

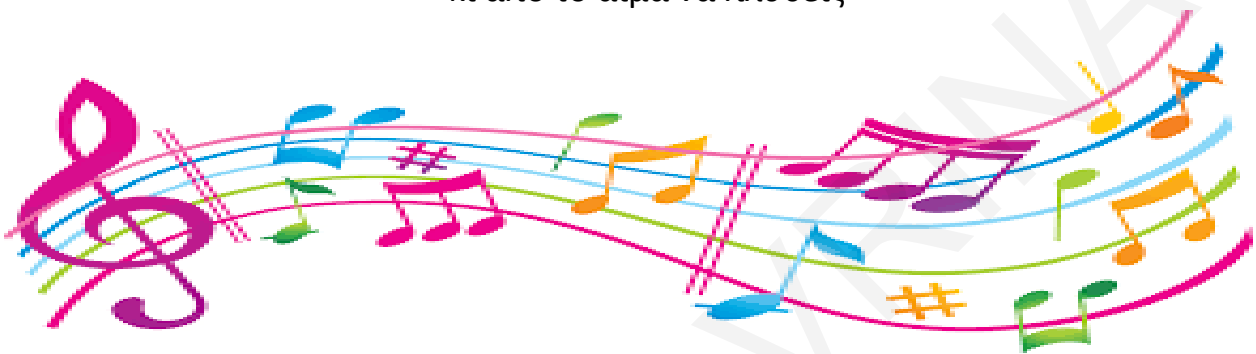
Πρώτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν την πρώτη
τηλεφωνική επικοινωνία)



**ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

Θα πιώ απόψε το φεγγάρι
και θα μεθύσω και θα πω
αφού πονάς για κάποιον άλλο
ρίξε μαχαίρι να κοπώ

Κι όταν με κόψει το μαχαίρι
μετανιωμένη θα μου πεις
πάρε του φεγγαριού το δάκρυ
κι από το αίμα να πλυθείς



Απ' το σπίτι δε θα βγω, πίνω _____
δεν έχω χρόνο για το μωρό, _____

οοοο

εεοο, _____

με φωνάζουνε τρελό γιατί πίνω _____
για όλα τα άλλα αδιαφορώ, _____

ΩΧ! Έχω επιθυμία για χρήση!

Πολλές φορές τα τραγούδια, μια λέξη, ένα συναίσθημα μπορεί να μας θυμίσει τη χρήση και να μας προκαλέσει επιθυμία. Τι μπορούμε να κάνουμε, όμως, για να αντιμετωπίσουμε την επιθυμία μας; Αυτό το πρόγραμμα, σε συνδυασμό με το θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο βρίσκεσαι, θα σου μάθει κατάλληλους τρόπους διαχείρισης της επιθυμίας για χρήση. Πάμε να δούμε ποιοι είναι αυτοί!



Ενισχυτικό πρόγραμμα θεραπείας



Γεια σου, ονομάζομαι Μαρία και είμαι Διδακτορική φοιτήτρια της Κλινικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Αυτό το θεραπευτικό πρόγραμμα γνωστικής αναδόμησης, εκτός από το ότι αποτελεί μέρος της διατριβής μου, προσφέρεται ως ενίσχυση της κανονικής θεραπείας απεξάρτησης στην οποία βρίσκεσαι. Αποτελείται από αυτό το εγχειρίδιο, τηλεφωνικές επικοινωνίες και επιπλέον ακουστικό υλικό.

Η πρώτη αυτή ηχογράφηση είναι εισαγωγική και έχει σκοπό να ανακαλύψεις τα δικά σου προσωπικά ερεθίσματα χρήσης.

Οι επόμενες συνεδρίες θα είναι πιο διαδραστικές και θα αποτελούνται από διάφορες ενδιαφέρουσες ασκήσεις. Θα ήθελες να τις δοκιμάσεις;

Γεια σου Μαρία, εγώ είμαι ο Βασίλης, είμαι 25 χρονών και είμαι χρόνιος καπνιστής κάνναβης ενώ κάνω περιστασιακά χρήση διεγερτικών ουσιών. Βρίσκομαι σε ανοικτό πρόγραμμα απεξάρτησης. Γιατί χρειάζεται να συμμετέχω σε επιπλέον θεραπεία αφού βρίσκομαι ήδη σε πρόγραμμα;





Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με διάγνωση εξάρτησης ή και κατάχρησης ουσιών έχουν συχνές υποτροπές οι οποίες πολλές φορές οφείλονται σε μη λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης.

Ευτυχώς, υπάρχουν προγράμματα σαν αυτό που μπορούν να βοηθήσουν στη διαφοροποίηση των στρατηγικών αυτών.

Στο πρόγραμμα αυτό θα κάνουμε ασκήσεις εξερεύνησης και αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης κάτι το οποίο θα ενισχύσει όσα κάνεις στη θεραπεία σου και ελπίζουμε ότι θα σε βοηθήσουν στη σωστή διαχείριση της επιθυμίας για χρήση και στη πρόληψη υποτροπής.

Εγώ είμαι η Σοφία, είμαι 20 χρονών και βρίσκομαι σε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης για γυναίκες, με θέματα κατάχρησης ουσιών. Πόσο θα διαρκέσει αυτό το ενισχυτικό πρόγραμμα;



Γεια σου Σοφία, το πρόγραμμα αυτό θα διαρκέσει μόνο τέσσερις βδομάδες. Θα σου ζητηθεί να συμμετάσχεις σε διάφορες διαδραστικές ασκήσεις (περίπου μισής ώρας) τις οποίες θέλουμε να δοκιμάσεις, θα ήταν καλό επίσης να τις επαναλαμβάνεις τακτικά στο δικό σου χρόνο. Τις ασκήσεις αυτές θα τις συζητάς τηλεφωνικά, με ερευνητές του προγράμματος (μια φορά τη βδομάδα ενόσω θα κάνεις το πρόγραμμα). Θα σου ζητήσουμε, επίσης, αφού τελειώσεις να συμπληρώσεις κάποια ερωτηματολόγια αφού τελειώσεις το πρόγραμμα.



Εγώ είμαι ο Έκτορας και είμαι 45 ετών. Και βρίσκομαι σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Δεν ξέρω αν μπορείς να με βοηθήσεις. Είμαι χρόνια στη χρήση, έχω χρέη, οικογενειακά και νομικά προβλήματα και σοβαρά θέματα υγείας. Η συμπλήρωση ασκήσεων πώς θα με βοηθήσει πρακτικά; Απλά θα με αγχώσει περισσότερο και θα μου τρώει το χρόνο μου.



Γεια σου Έκτορα. Συμφωνώ ότι άτομα με βεβαρυμένο ιστορικό χρήσης αντιμετωπίζουν πολλαπλά πρακτικά προβλήματα για τα οποία η χρήση είναι μόνο ένα κομμάτι. Το πρόγραμμα αυτό είναι συμπληρωματικό και σε συνεργασία με το πρόγραμμα απεξάρτησης σου, πιστεύουμε ότι θα είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για σένα, αφού αποτελείται από αποτελεσματικές τεχνικές οι οποίες μπορεί να σε βοηθήσουν και σε άλλους τομείς της ζωής σου, εκτός από τη χρήση. Όταν εξασκηθείς στις ασκήσεις αναμένουμε ότι θα δεις πρακτικά αλλαγές στη ζωή σου.



Εγώ είμαι η Αλίκη είμαι 30 ετών και βρίσκομαι σε ανοικτό πρόγραμμα απεξάρτησης. Τι σημαίνει γνωστική αποκόλληση; Είναι αποτελεσματική μέθοδος:



Γεια σου Αλίκη, η γνωστική αναδόμηση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Είναι μια στρατηγική βασισμένη στην παραδοσιακή Γνωστικό Συμπεριφοριστική Θεωρία (ΓΣΘ) με την οποία ο/η ασθενής εξετάζει ρεαλιστικά το περιεχόμενο της σκέψης του. Ερευνητές έδειξαν ότι η εφαρμογή τεχνικών γνωστικής αναδόμησης ανακουφίζει τη συναισθηματική δυσφορία. Περαιτέρω, η γνωστική αναδόμηση έχει αποδειχθεί επανειλημμένα ότι είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο, το οποίο επιφέρει αλλαγή σε άτομα με Εξάρτηση Ουσιών, επιθυμία για χρήση και ρίσκο υποτροπής.

Πώς θα με βοηθήσει με το πρόβλημα εξάρτησης που αντιμετωπίζω;



Σε αυτό το πρόγραμμα επικεντρωνόμαστε σε εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης δηλαδή σκέψεις, συναισθήματα και σωματικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν παροδικά παραπατήματα και υποτροπή. Οι μέθοδοι μας υποστηρίζονται ερευνητικά και κλινικά και έχουν φανεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε χρήστες ουσιών.



Θα ήθελα να το δοκιμάσω. Τι θα κάνω αν δεν καταλάβω τις ασκήσεις ή αν έχω κάποια απορία;

Συγχαρητήρια, το πρώτο βήμα αλλαγής είναι να ζητήσει κανείς βοήθεια! Ακολουθήσε προσεκτικά τις οδηγίες από το εγχειρίδιο σου. Οι επόμενες βδομάδες θα γίνουν ακόμη πιο διαδραστικές και ενδιαφέρουσες. Αν έχεις ερωτήσεις σημείωσε τις για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή, όταν σε πάρει τηλέφωνο.



Λίγα λόγια για την υποτροπή



Gorski, (1988) πρωτοπόρος στο χώρο της Πρόληψης Υποτροπής

Τα ερεθίσματα χρήσης είναι ένα οποιοδήποτε γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει τη χρήση και να επιφέρει την επιθυμία ή και την υποτροπή:

- ✓ π.χ. σκέψεις, σωματικές αισθήσεις ή συναισθήματα,
- ✓ γεγονότα, καταστάσεις, τοποθεσίες ή αντικείμενα τα οποία μπορούμε να τα αντιληφθούμε μέσω των πέντε αισθήσεων μας: όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή.

Τα ερεθίσματα χρήσης μαθαίνονται:

- ✓ Γιατί συμβαίνουν πολλαπλές φορές ταυτόχρονα με τη χρήση,
- ✓ π.χ. αν καταναλώνεις μπίρα συχνά όταν διασκεδάζεις, τότε κάθε φορά που διασκεδάζεις θα πυροδοτείται η επιθυμία για κατανάλωση μπίρας.



Bowen, (2007).



Οι κυριότεροι λόγοι υποτροπής σε χρήστες είναι:

- ✓ 32% για να διαχειριστούν **αρνητικά συναισθήματα**,
- ✓ 32% για να διαχειριστούν **αρνητικά σωματικά συμπτώματα** όπως πόνος ο οποίος σχετίζεται με ατύχημα,
- ✓ 16% για σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με **απόσυρση** από τη χρήση π.χ. γρίπη, αρρώστια
- ✓ 5% λόγω **θετικών συναισθημάτων**

✓ Αρνητικά Συναισθήματα και Αρνητικές Σκέψεις



Η χρήση ουσιών χρησιμοποιείται ως μηχανισμός διαχείρισης **δύσκολων**:

1) **συναισθημάτων** όπως:

- ✓ Το θυμό, το άγχος, η βαριεστιμάρα, η κατάθλιψη, το φόβο, οι ενοχές, η μοναξιά, η συναισθηματική ή σωματική εξάντληση ή/και η ντροπή.

2) και **σκέψεων** :

- ✓ «Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί», «είμαι κακό άτομο», και «η οικογένεια μου είχε δίκαιο, είμαι άχρηστη/ος»

✓ Θετικά Συναισθήματα και Θετικές Σκέψεις



Για πολλά άτομα, το να πηγαίνουν σε πάρτι, γιορτές ή άλλους εορτασμούς μπορεί να πυροδοτήσει την επιθυμία για χρήση.

- ✓ **Θετικά συναισθήματα**: η χρήση σχετίζεται με τη χαρά, τον ενθουσιασμό και τις θετικές αναμνήσεις που συνυπάρχουν με επεισόδια χρήσης.
- ✓ **και θετικές σκέψεις** σχετικές με τη χρήση: «Η κοκαΐνη με κάνει να νιώθω ευτυχισμένος/η», « είμαι πιο κοινωνικός/ η όταν πίνω» και «μόνο ένα ποτό δεν θα βλάψει».

✓ Σεξουαλική Σκέψη



Κάποιες ουσίες μπορεί να ενισχύσουν τη σεξουαλική διάθεση ή εμπειρία. Μερικοί άνθρωποι γίνονται πιο παρορμητικοί όταν κάνουν χρήση, έτσι το σεξ και η χρήση μπορεί να έχουν συνδεθεί στο μυαλό τους.

- ✓ **Οι χρήστες διεγερτικών ουσιών**, συνήθως συνδέουν τη χρήση με το σεξ.
- ✓ **Σεξουαλικές σκέψεις**, φαντασιώσεις και πορνογραφία μπορούν πολλές φορές να πυροδοτήσουν την επιθυμία για χρήση.

✓ Αρνητικές και Θετικές Σωματικές Αισθήσεις



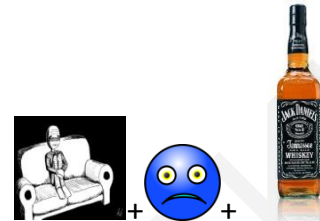
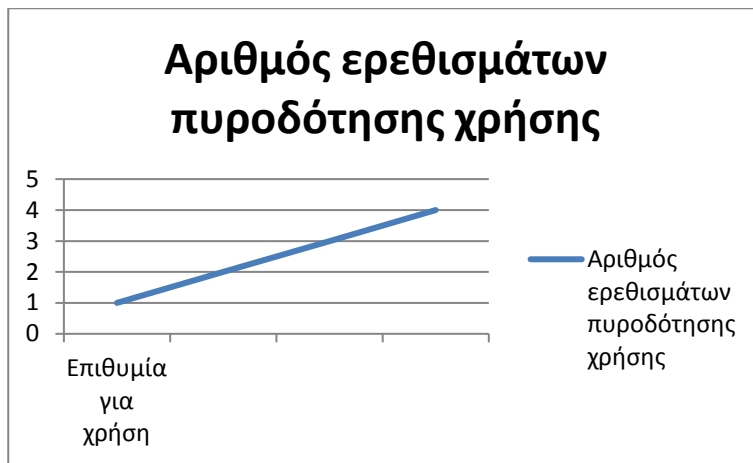
Αρνητικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με **απόσυρση** από ουσίες πολλές φορές πυροδοτούν τη χρήση:

- ✓ π.χ. η γρίπη, η αρρώστια, ο πόνος, η αίσθηση ζάλης, η σωματική κούραση και η εξάντληση.

Θετικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με το να είσαι **«φτιαγμένος»**, επίσης μπορεί να πυροδοτήσουν τη χρήση:

- ✓ π.χ. ο ενθουσιασμός ή το άγχος, η αίσθηση του να είσαι έξω από το σώμα σου, η θολή όραση, η χαλάρωση, η υπερβολική ενέργεια, τα καρδιοχτύπια, η υπνηλία, η πείνα, η δίψα, το γέλιο.

- ✓ Όσα περισσότερα ερεθίσματα χρήσης έχω μια δεδομένη στιγμή τόσο πιο μεγάλη είναι και η επιθυμία μου για χρήση
- ✓ Και τόσο πιο εύκολα θα μπορούσα να υποτροπιάσω!



Τι να κάνω όταν νιώσω επιθυμία για χρήση ;



Υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης των ερεθισμάτων πυροδότησης της χρήσης:

- ✓ αποφυγή,
- ✓ διαχείριση και αλλαγή,
- ✓ δραπέτευση.

Αποφυγή: Ειδικά στα αρχικά στάδια απεξάρτησης πρέπει να σκεφτείς ποια είναι τα δικά σου προσωπικά ερεθίσματα χρήσης και να οργανώσεις με τέτοιο τρόπο το πρόγραμμά σου, ώστε να αποφεύγεις άτομα και τοποθεσίες όπου έκανες χρήση.

Διαχείριση και Αλλαγή: Είναι η σταδιακή επανεισαγωγή μερικών αναπόφευκτων ερεθισμάτων πυροδότησης χρήσης και η εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης τους. Τα αρνητικά συναισθήματα για παράδειγμα είναι μέρος της ζωής και δεν μπορούν να αποφευχθούν για πάντα. Έτσι θα μάθουμε δεξιότητες διαχείρισης και αλλαγής αρνητικών συναισθημάτων.

Δραπέτευση: Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα συνεχίσεις να είσαι προσεκτικός/η στις συναναστροφές σου με άτομα και τοποθεσίες όπου έκανες χρήση. Τα εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης, όπως είναι τα συναισθήματα, διαφέρουν από τα εξωτερικά ερεθίσματα χρήσης (π.χ. άτομα και οι τοποθεσίες χρήσης). Αν βρεθείς εξ απροόπτου με άτομα που συνδέονται με χρήση, η καλύτερη λύση είναι **να φύγεις αμέσως**.

Παρακαλώ συμπλήρωσε την παρακάτω μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τη χρήση σε διάφορες καταστάσεις.

Η πρωταρχική σας ουσία κατάχρησης είναι: _____

Η δευτερεύουσα σας ουσία είναι: _____

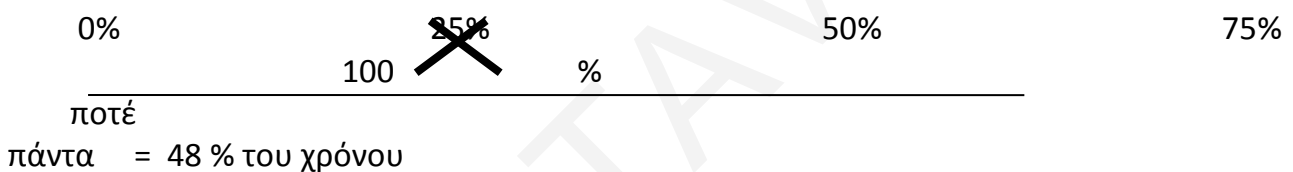
Σκέψου την κατανάλωση ποτού ή άλλης ουσίας που έκανες τους τελευταίους 12 μήνες. Μετά τοποθέτησε ένα «X» κατά μήκος της γραμμής έτσι ώστε να δείχνει πόσο κοντά στο 0% ή στην άλλη μεριά, στο 100%, νομίζεις ότι βρίσκεσαι σε κάθε ερώτηση.

Το 0% = δεν έπινα ποτέ βαριά ή δεν χρησιμοποιούσα ποτέ ουσίες σε αυτή την κατάσταση, ενώ το 100% = πάντα έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα ουσίες σε αυτή την κατάσταση.

Αν η απάντησή σου πέφτει κάπου στο ενδιάμεσο, βάλε «X» στον βαθμό που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα.

Παράδειγμα:

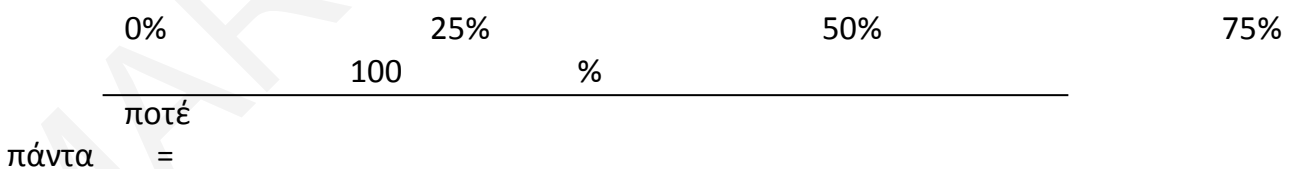
Τους τελευταίους 12 μήνες, έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα άλλες ουσίες



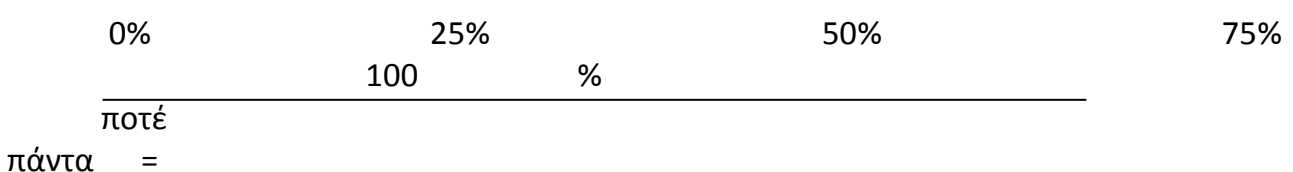
Ξεκίνα εδώ:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα άλλες ουσίες **όταν**:

1) Βίωνα **δυσάρεστα συναισθήματα** π.χ. λύπη, στεναχώρια, ζήλια, άγχος, ντροπή, θυμό



2) Βίωνα **σωματική δυσφορία** π.χ. πόνο ή σωματικά συμπτώματα τα οποία θυμίζουν απόσυρση (π.χ. τρέμουλο)



3) Βίωνα **ευχάριστα συναισθήματα** π.χ. χαρά, ενθουσιασμό

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

4) Εξέταζα τον προσωπικό μου **έλεγχο** σε σχέση με τις ουσίες π.χ. κατά πόσο μπορώ να αντισταθώ μετά από "off" ή περίοδο αποχής ή μετά από πρόγραμμα απεξάρτησης

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

5) **Είχα ορμές και πειρασμούς** π.χ. σεξουαλικές σκέψεις, έντονη επιθυμία για χρήση

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

6) **Είχα σύγκρουση με άλλους** π.χ. διαφωνία, λογομαχία, σωματική βία

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

7) Βίωνα **κοινωνική πίεση** π.χ. έπιναν άλλοι γύρω μου, με κορόιδευαν ότι δεν έκανα χρήση, μου πρόσφεραν και δεν ήξερα τι να πω.

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

8) Βίωνα **ευχάριστες στιγμές** με άλλους π.χ. σε πάρτι, γιορτή, γάμο, διασκέδαση

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

Βάση της συμπλήρωσης του πιο πάνω καταστάσεων θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

1ο (πιο συχνό) _____

2ο (σε συχνότητα) _____

3ο (σε συχνότητα) _____



MARIA STAVRINAKI

Παρακαλώ, συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τα ερεθίσματα χρήσης σου

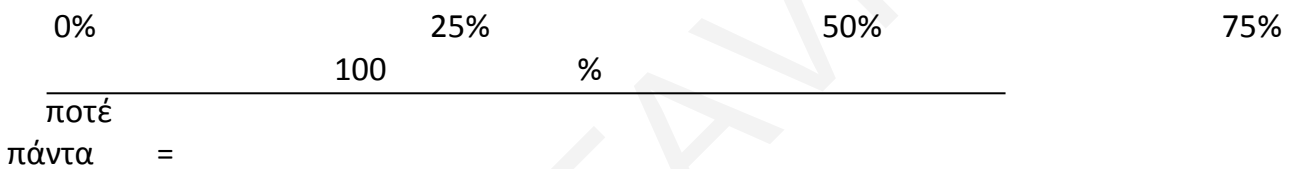
Παράδειγμα:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **τυλιχτό**

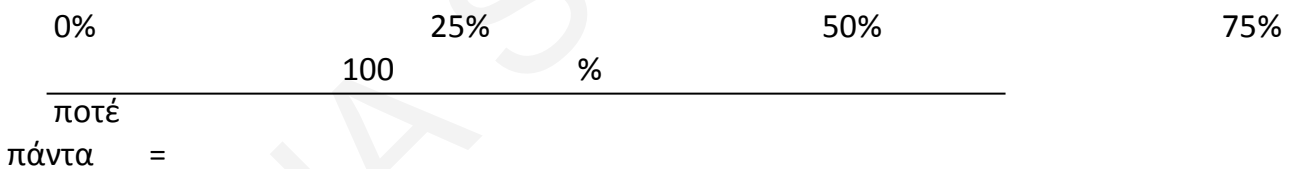


Ξεκίνα εδώ:

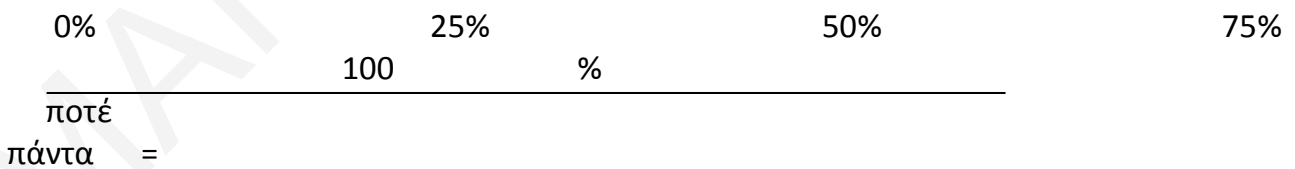
1) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **χόρτο (ή παράγοντα της λέξης αυτής)**



2) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σκόνη**



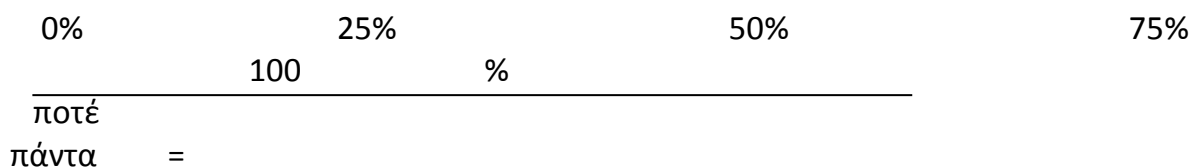
3) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **βελόνα**



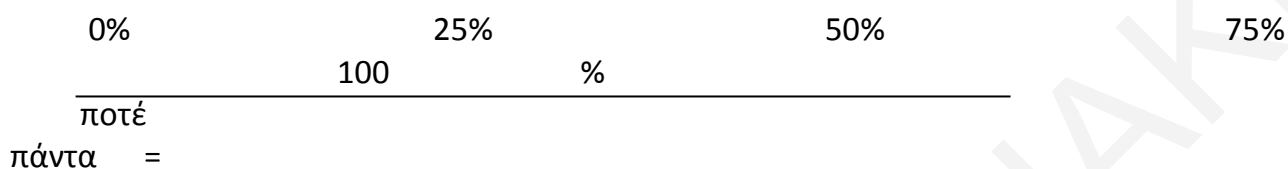
4) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σνιφάρω**



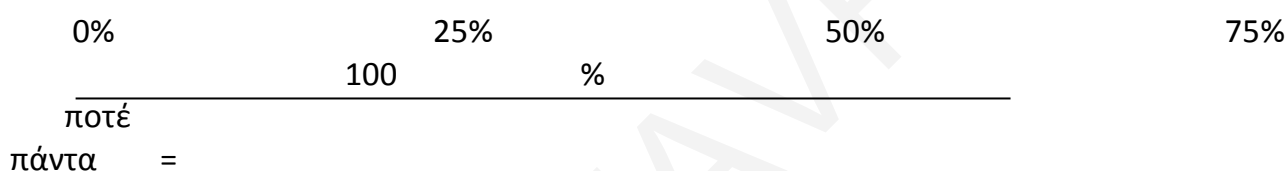
5) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **πίνω**



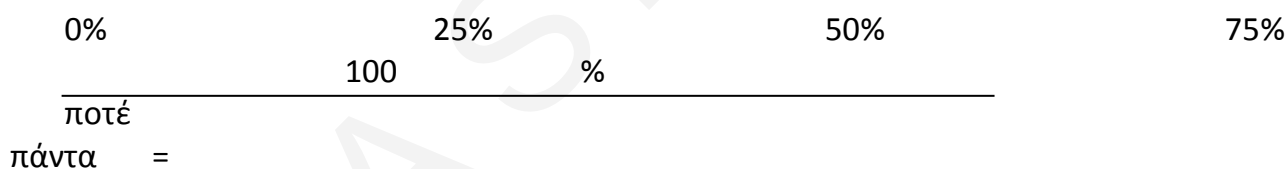
6) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **θάνατος**



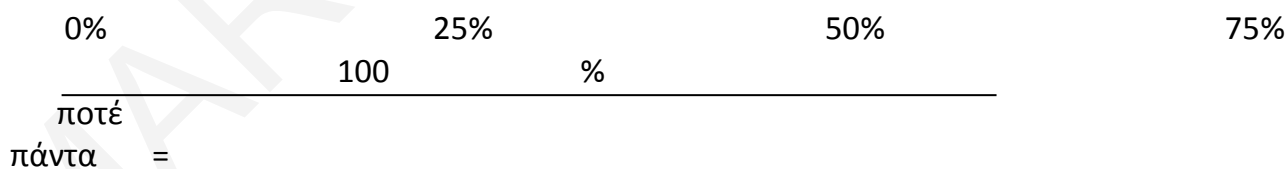
7) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **λεφτά**



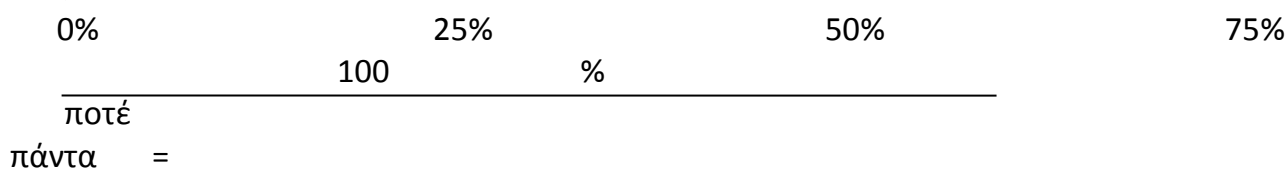
8) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **χαλάρωση**



9) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σεξ**



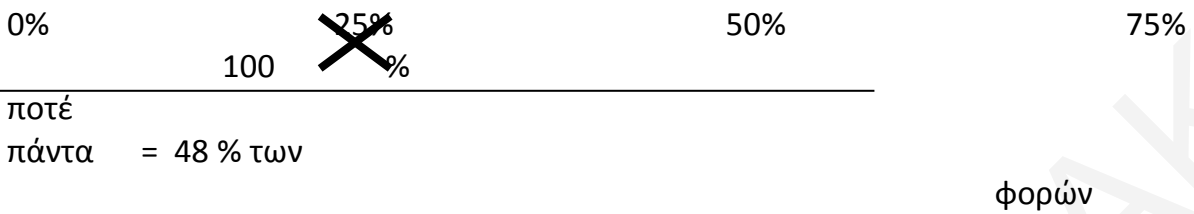
10) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **φάρμακο**



Παρακαλώ, συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τα ερεθίσματα χρήσης σου

Παράδειγμα:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **αγωνία**



Ξεκίνα εδώ:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **πόνο**



1) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ναυτία ή διαταραχή στο στομάχι**



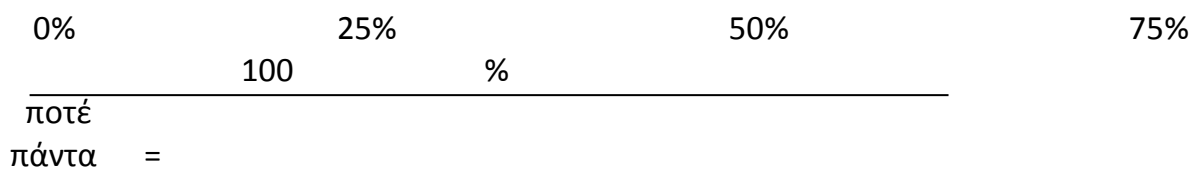
2) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **τρέμουλο**



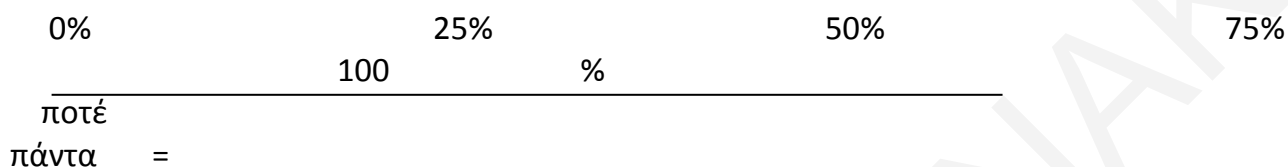
3) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ανατριχίλα**



4) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **μυϊκές κράμπες**



5) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **σωματική κούραση**



6) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **πείνα**



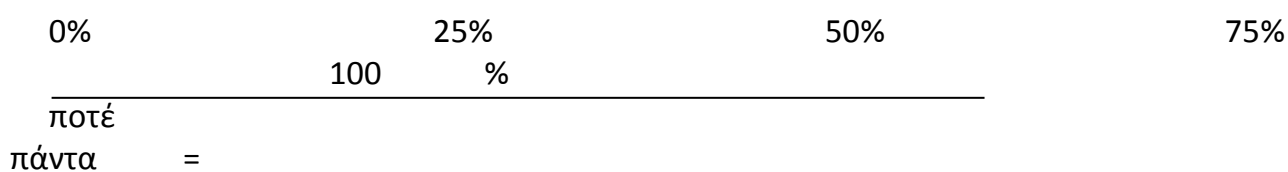
7) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **δίψα**



8) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **υπνηλία**



9) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ζέστη & ιδρώτα**



Βάση της συμπλήρωσης των πιο πάνω τις αισθήσεις (ή άλλες σωματικές καταστάσεις τις οποίες εντόπισα μόνος/η μου) θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

1ο (πιο συχνό) _____

2ο (σε συχνότητα) _____

3ο (σε συχνότητα) _____



MARIA STAVRINAKI

Ασκήσεις

Επανάληψης

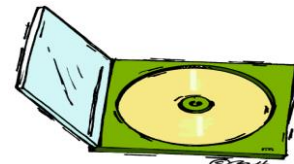
Αρνητικές Σκέψεις	Ορισμός	Παραδείγματα	Σε περίπτωση που βιώσες ποτέ τη σκέψη αυτή: Βαθμολόγησε την ένταση αυτής της σκέψης από το 0 - 100%.
Είμαι τρελός/ή	Πιστεύεις ότι δεν πρέπει να νιώθεις αυτά που νιώθεις	« Μάλλον είμαι τρελός/η για να ταράζομαι τόσο πολύ, είμαι υπερβολικά ευαίσθητος » « Δεν θα έπρεπε να έχω ποτέ επιθυμία για χρήση. »	
Στρεβλωμένος χρόνος	Η αντίληψη χρόνου για σένα είναι στρεβλωμένη, πιστεύεις δηλαδή ότι ένα αρνητικό συναίσθημα δεν θα περάσει ποτέ	« Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί ποτέ » « Αν ξεκινούσα να κλαίω, δεν θα μπορούσα να σταματήσω ποτέ. »	
Αυτοτιμωρία	Στο μυαλό σου, μαλώνεις τον εαυτό σου και τον μειώνεις	«Είμαι κακό άτομο.» «Η οικογένεια μου είχε δίκαιο : είμαι άχρηστη/ος. »	
Το παρελθόν είναι το παρόν	Επειδή ήσουν θύμα στο παρελθόν, τότε θα παραμείνεις θύμα και στο παρόν.	« Δεν εμπιστεύομαι κανένα. » «Νιώθω εγκλωβισμένος/η . »	
Η Απόδραση/ Αποφυγή	Η αποφυγή είναι αναγκαία γιατί τα συναισθήματα είναι πολύ επώδυνα (π.χ. το φαγητό, οι ουσίες, ο τζόγος).	« Είμαι ταραγμένη/ος, άρα πρέπει να καταναλώσω υπερβολική ποσότητα φαγητού ή ποτού για να νιώσω καλύτερα » ή «Δεν αντέχω την επιθυμία για χρήση, πρέπει να καπνίσω μια ψιλή. »	
Συναισθηματική λογική	Επειδή διστάσεις κάτι, νομίζεις ότι είναι αντιπροσωπευτικό της πραγματικότητας.	«Αισθάνομαι ότι ποτέ δεν θα τα καταφέρω να το κόψω και έτσι καλύτερα ας πίνω » « Νιώθω κατάθλιψη, άρα καλύτερα ας πεθάνω/ αυτοκτονήσω. »	
Αγνόηση ενδεικτικών στοιχείων	Αν δεν δώσεις σημασία στο πρόβλημα, τότε θα φύγει από μόνο του.	« Αν αγνοήσω το γεγονός ότι με πονά το δόντι μου, θα μου περάσει ο πονόδοντος ». «Δεν έχω πρόβλημα εξάρτησης από ουσίες. »	

Αρνητικές Σκέψεις	Ορισμός	Παραδείγματα	Σε περίπτωση που βιώσες ποτέ τη σκέψη αυτή: Βαθμολόγησε την ένταση αυτής της σκέψης από το 0 - 100%.
Το άρρωστο παιδί, τραβά όλη τη προσοχή	Αν γίνεις καλύτερα, τότε κανείς δεν θα σου δίνει σημασία.	«Αν πάω καλά στη θεραπεία μου, ο θεραπευτής/τρια μου, θα δώσει σημασία σε άτομα που τον/την χρειάζονται περισσότερο. » «Κανείς δεν θα θέλει να με ακούσει αν δεν υποφέρω. »	
Μαντικές ικανότητες	Πιστεύεις ότι ξέρεις τι σκέφτονται οι άλλοι χωρίς να τους ρωτήσεις	«Δεν με χαιρέτησε γιατί δεν με συμπαθεί » « Ο υποστηρικτής μου (ΑΑ), θα ενοχληθεί αν τον/τη πάρω τηλέφωνο τέτοια ώρα. »	
Για όλα φταίω εγώ	Για ότι πάει στραβά φταις εσύ	« Αν διαφωνήσω με κάποιον τότε σίγουρα κάτι κάνω λάθος ».	
Αν....Τότε....	Αναβάλλεις κάτι σημαντικό σήμερα και περιμένεις ένα καλύτερο αύριο	«Αν βρω ποτέ δουλειά, τότε θα σταματήσω να καπνίζω χόρτο». «Αν χάσω κυλά τότε θα πάω και στους ΑΑ »	
Οι πράξεις μετρούν χίλιες λέξεις	Δείχνεις τη στεναχώρια σου με τη συμπεριφορά σου, αν δεν το κάνεις αυτό κανείς δεν θα ξέρει ότι πονάς.	« Τα σημάδια στα χέρια μου, περιγράφουν τα συναισθήματα μου». «Θα ήθελα ο/η σύντροφος μου να βρει το άψυχο κορμί μου αφού έχω αυτοκτονήσει. »	
Το τραύμα μου είναι εγώ	Το τραύμα σου είναι η ταυτότητα σου, είναι ποιο σημαντικό από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό σου	« Η ζωή μου είναι ο πόνος. » «Είμαι αυτά που έχω ζήσει. »	
Είμαι ιδιαίτερη περίπτωση	Μόνο εσύ έχεις αυτό το πρόβλημα, κανείς δεν πρόκειται να σε κατανοήσει απόλυτα	« Γιατί εσύ δεν πέρασες ακριβώς τα ίδια πράγματα με εμένα, ποτέ δεν θα μπορείς να με βοηθήσεις» « Γιατί να μιλήσω; Δεν πρόκειται ποτέ να με καταλάβεις»	
Χωρίς μέλλον	Το μέλλον είναι σκούρο, δεν υπάρχει ελπίδα.	« Η ζωή μου πέρασε ήδη άσκοπα, δεν πρόκειται να αλλάξει κάτι » «Καλύτερα να τα παρατήσω».	
Θέμα ζωής θανάτου	Στο μυαλό σου, όλα είναι θέμα ζωής θανάτου.	« Ποτέ δεν θα ξεπεράσω το γεγονός ότι με εγκατέλειψε. » «Αν δεν καταφέρω να βρω δουλειά θα πεθάνω. »	
Μπέρδεμα του θέλω και χρειάζομαι	Θέλεις κάτι υπερβολικά, άρα νομίζεις ότι είναι αναγκαίο	«Χρειάζομαι ηρωίνη για να ηρεμήσω. » « Χρειάζομαι φροντίδα »	

Αρνητικές Σκέψεις	Ορισμός	Παραδείγματα	Σε περίπτωση που βιώσες ποτέ τη σκέψη αυτή: Βαθμολόγησε την ένταση αυτής της σκέψης από το 0 - 100%.
Πρέπει	Έχεις κανόνες για το πώς πρέπει να λειτουργεί ο κόσμος. Αν ένας κανόνας παραβιαστεί τότε θυμώνεις.	« Ο φίλος μου θα έπρεπε να με προσκαλέσει στην έξοδο με τους φίλους του. » « Πρέπει να βρω κάποιο ρομαντικό σύντροφο. »	
Εστιασμός στα αρνητικά	Επικεντρώνεσαι στα αρνητικά μιας κατάστασης και αγνοείς όλα τα θετικά.	« Δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστό » « Μου είπε ότι έκανα λάθος, άρα ποτέ δεν με υποστηρίζει »	
Όλα ή Τίποτα	Τα πράγματα είτε είναι εντελώς καλά ή εντελώς στραβά. Δεν υπάρχει μέση λύση.	« Η ζωή είναι καταθλιπτική. » « Δεν έχω καθόλου δύναμη. »	

Θετικές Σκέψεις	Ορισμός	Παραδείγματα	Σε περίπτωση που βιώσες ποτέ τη σκέψη αυτή: Βαθμολόγησε την ένταση αυτής της σκέψης από το 0 - 100%.
Συλλογισμός Στέρησης	Γιατί υπέφερες πολύ στη ζωή σου, χρειάζεται να κάνεις χρήση (ή άλλες μη λειτουργικές συμπεριφορές).	« Δυσκολεύτηκα στη ζωή μου και άρα δικαιούμαι να μαστουρώσω/ να φτιαχτώ. » « Αν περνούσες και εσύ το τι έχω περάσει εγώ, τότε και εσύ θα έκανες χρήση »	
Οι παλιοί καλοί καιροί	Θυμάσαι τι ωραία που ήταν να είσαι φτιαγμένος/η αλλά αγνοείς τα βλαβερά κομμάτια των ουσιών αυτών.	« Η κοκαΐνη με έκανε να νιώθω ευτυχισμένος/η. » « Η ηρωίνη ήταν αυτό που με βοήθησε στα χειρότερα μου- χωρίς αυτή δεν θα άντεχα »	
Έγκριση επικινδυνότητας	Δίνεις έγκριση του εαυτού σου να συμπεριφέρεται αυτό-καταστροφικά	« Ένα μόνο δεν θα βλάψει ». « Το κρασί αυτό είναι για μαγείρεμα. »	
Άμεση ανακούφιση, ενίσχυση	Γυρεύεις την άμεση ευχαρίστηση. Η ζωή πρέπει να είναι εύκολη.	« Είμαι πιο κοινωνικός/ η όταν πίνω. » « Πάντα πρέπει να νιώθω καλά. »	

Δεύτερο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν τη
δεύτερη τηλεφωνική
επικοινωνία)



**ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΔΕΥΤΕΡΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

- ✓ Στο πρόγραμμα αυτό θα εμπλακείς σε διάφορες διαδραστικές ασκήσεις εξερεύνησης και αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης
- ✓ Σε αυτό το πρόγραμμα επικεντρωνόμαστε σε κλινικά αποδεδειγμένες μεθόδους οι οποίες έχουν φανεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε θέματα μη προσαρμογής, σε θεραπεία απεξάρτησης, παροδικά παραπατήματα και υποτροπή.
- ✓ Παρακαλώ, όπως ακολουθήσεις προσεκτικά τις οδηγίες τόσο από την ηχογράφιση που ακούς τώρα όσο και από αυτό το βιβλίο σου.
- ✓ Αν έχεις ερωτήσεις, σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή όταν σε πάρει τηλέφωνο.



Ξεκινάμε τώρα!

Γνωστική Αναδόμηση


- ❖ Όλοι οι άνθρωποι μαθαίνουν μέσω της εμπειρίας τους.
- ❖ Αρχικά η χρήση σου ανέβαζε τη διάθεση και ξεχνούσες τα αρνητικά συναισθήματα σου, έστω για λίγο.
- ❖ Μακροπρόθεσμα η υγεία σου, οι σχέσεις με φίλους και οικογένεια, τα οικονομικά σου κ.α. καταστρέφονται.
- ❖ Γιατί είναι τόσο δύσκολο να σπάσει αυτή η συνήθεια παρά το γεγονός ότι υπάρχουν τόσα μειονεκτήματα;
- ❖ Ένας πολύ σημαντικός λόγος είναι ότι πιστεύουμε διάφορες αρνητικές σκέψεις μας που μας λένε ότι είμαστε αδύνατοι και ότι και να κάνουμε δεν θα τα καταφέρουμε να μείνουμε μακριά από ουσίες.
- ❖ Επίσης, δελεαζόμαστε από τις καλές στιγμές και εμπειρίες με τη χρήση και ξεχνούμε ή υποτιμούμε τις επιπτώσεις της.
- ❖ Πιστεύουμε ότι οι σκέψεις μας είναι: 1) βλαβερές, 2) κυριολεκτικές και 3) μη ανατρέψιμες

(δηλαδή ότι ίσχυε στο παρελθόν, ισχύει στο παρόν, και θα ισχύει και στο μέλλον).

- ❖ Σύμφωνα με έρευνες όλοι οι άνθρωποι κάνουν διάφορα **σφάλματα** στη σκέψη τους.
- ❖ Αυτά τα γνωστικά σφάλματα υπάρχουν λιγότερο ή περισσότερο σε όλους μας.
- ❖ Έλα να δούμε πιο ξεκάθαρα όλο αυτό σε μια άσκηση

Τρόποι Σκέψης που δεν βοηθούν

Τρόπος σκέψης Όλα ή Τίποτα



Μερικές φορές συναντάται και ως τρόπος σκέψης "άσπρο ή μαύρο"

"Η θα γίνει σωστά ή καθόλου" all


Υπερ-γενίκευση

"ότι μου συμβαίνει είναι πάντα άσχημο"

"δεν συμβαίνει μου ποτέ κάτι καλό"

Βλέπουν ως κανόνα ένα μεμονωμένο γεγονός ή προβαίνουν σε συμπεράσματα χωρίς εξέταση της κατάστασης


Νοητικό Φίλτρο



Δίνουν προσοχή μόνο σε συγκεκριμένα ερεθίσματα

Τονίζουν τις αποτυχίες και δεν βλέπουν/προσπερνούν τις επιτυχίες


Αποδυναμώνουν την αξία των θετικών ενδείξεων



Προεξοφλούν τα καλά πράγματα που έχουν συμβεί ή πιστεύουν πως έχουν γίνει για κάποιο λόγο

"Αυτό δεν μετράει/πιάνει"

Μεταπηδούν σε γρήγορα συμπεράσματα

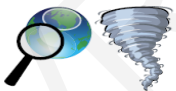


Υπάρχουν δύο τρόποι για να φτάσουμε στο συμπέρασμα

- Διαβάζουν τη σκέψη (φαντάζονται ότι γνωρίζουν τι σκέφτονται οι άλλοι)
- Λέω τη μοίρα (προβλέπουν το μέλλον)


$2 + 2 = 5$

Μεγαλοποιούν μία κατάσταση (καταστροφολογούν) και αποδυναμώνουν την αξία μίας άλλης



Μεγαλοποιούν ένα γεγονός ως αρνητική ένδειξη (καταστροφολογούν) ή συρρικνώνουν την αξία ενός άλλου ώστε να φαίνεται ασήμαντο

Συναισθητική αιτιολόγηση



Πιστεύουν πως επειδή αισθάνομαστε με ένα συγκεκριμένο τρόπο, αυτό που σκεφτόμαστε είναι σωστό


"Νιώθω αμήχανα άρα είμαι χαζός"

Είναι σωστό Πρέπει

Χρησιμοποιούν επικριτικές εκφράσεις όπως "είναι καλό", "πρέπει" ή "θα ήταν σωστό" σαν να έχουν ήδη αποτύχει

Αν επιβάλλουμε το "πρέπει" σε άλλους ανθρώπους τότε το αποτέλεσμα είναι συνήθως απογοητευτικό.

Στιγματισμός



Βάζουμε "ταμπέλες" στον εαυτό μας και στους άλλους

Είμαι αποτυχημένος/ αποτυχημένη
Είμαι εντελώς άχρηστος/ άχρηστη
Είμαι βλάκες

Προσωποποίηση "Το λάθος είναι όλο δικό μου"

Καταγορούν τον εαυτό τους ή παίρνουν την ευθύνη για κάτι το οποίο δεν είναι δικό τους λάθος. Αντίθετα, κατηγορούν τους άλλους για κάτι που ευθύνονται αυτοί

- ❖ Τα προαναφερόμενα σφάλματα στις σκέψεις προέρχονται από τις λεγόμενες **πυρηνικές πεποιθήσεις** οι οποίες διαμορφώνονται από τις **εμπειρίες** που είχαμε, μέχρι στιγμής, στη ζωή μας

Πυρηνικές Πεποιθήσεις

Οι πυρηνικές μας πεποιθήσεις είναι σαν τον μαγνήτη. Πάντα είναι εκεί και περιμένουν τα στοιχεία/αποδείξεις για να επιβεβαιώσουν την ύπαρξη τους. Όσο περισσότερα τέτοια στοιχεία μαζεύουν τόσο πιο δυνατές γίνονται.

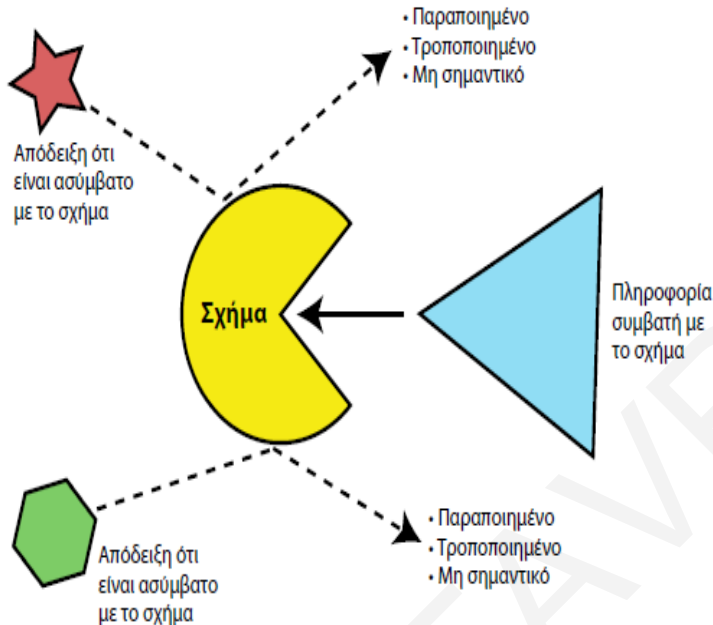
Από την άλλη δυστυχώς, απαξιώνουν οτιδήποτε «δεν ταιριάζει» με τη βασική πεποίθηση. Αυτό τις κάνει εξαιρετικά δύσκολες «να δουν» ή να πιστέψουν οτιδήποτε έρχεται σε αντιπαράθεση ή τις θέτει υπό αμφισβήτηση.

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις δεν είναι γεγονότα. Με επιμονή και υπομονή μπορούν να αλλάξουν.

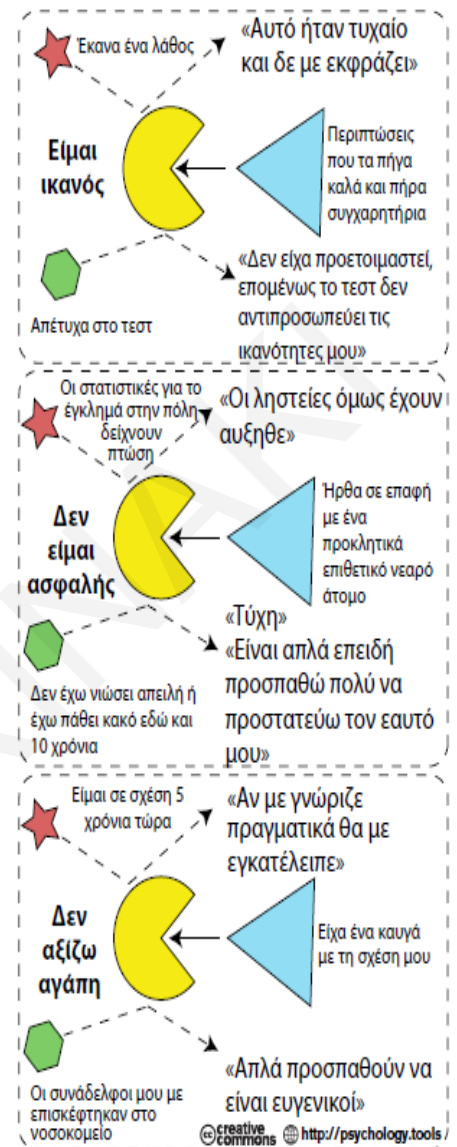


Δυναμική Σχήματος

Οι πυρηνικές μας πεποιθήσεις (σχήματα) είναι σταθερές και αντιστέκονται στις αλλαγές. Παραμένουν σταθερές με το να επηρεάζουν το πώς βλέπουμε τον κόσμο- συνήθως μέσα από τη δυναμική τους ή την προκατάληψη. Πληροφορίες που δεν «ταιριάζουν» με το σχήμα, είτε παραβλέπονται, είτε τροποποιούνται, είτε απορρίπτονται. Πληροφορίες που «ταιριάζουν» υιοθετούνται από το σχήμα που ισχυροποιείται.



PSYCHOLOGYTOOLS

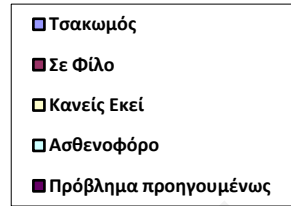
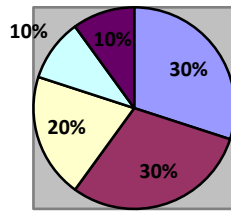


- 1) **Τι να κάνουμε** όμως όταν έχουμε περισσότερα γνωστικά σφάλματα από άλλους;
- 2) Πώς λοιπόν μπορούμε να ξεκινήσουμε να σκεφτόμαστε με τρόπο πιο βοηθητικό για μας;
 - Σκοπός **δεν** είναι κατ' ανάγκη να αντικαταστήσουμε τη σκέψη μας με μια αντίθετη θετική σκέψη αλλά να μάθουμε να σκεφτόμαστε πιο λογικά και σφαιρικά με τρόπο που να μπορούμε να ζούμε αποτελεσματικά στη ζωή μας.
 - Ας δοκιμάσουμε αυτή την απλή άσκηση η οποία θα ξεκαθαρίσει με παραδείγματα πώς δουλεύουν οι σκέψεις μας και πώς αυτές επηρεάζουν τη χρήση.

- ❖ Θα σου ζητήσω να κοιτάξεις τη πιο κάτω μέθοδο αλλαγής διαστρεβλωμένων σκέψεων.
- ❖ Η μέθοδος εναλλακτικών σκέψεων είναι μια τεχνική η οποία έχει φανεί να βοηθά σε περιπτώσεις όπου σκεφτόμαστε μη ρεαλιστικά (επεισόδια επιθυμίας για χρήση είτε λόγω αρνητικών για τον εαυτό σκέψεων ή θετικών για τη χρήση σκέψεων).
- ❖ Σε αυτό το σημείο είναι καλό να κάνεις επανάληψη των εσωτερικών ερεθισμάτων χρήσης που αναγνώρισες στην πρώτη συνεδρία.

Η Τεχνική της πίττας

1. Αναγνώρισε μια διαστρεβλωμένη σου σκέψη
Εγώ φταίω για τον θάνατο του πατέρα μου γιατί τον στεναχώρησα κάνοντας χρήση και έτσι έπαθε καρδιακή προσβολή
2. Αξιολόγησε την ισχύ αυτής της πεποίθησης (0-100%)
Πιστεύω τη σκέψη μου αυτή 99%
3. Κάνε μια λίστα με όλες τις πιθανές αιτίες που μπορεί να προκάλεσαν αυτή τη κατάσταση
 - a) Τσακωθήκαμε την προηγούμενη ημέρα και του είπα ότι κάνω χρήση εξαιτίας της συμπεριφοράς του
 - b) Ήμουν σε σπίτι φίλου μου εκείνη τη στιγμή και έτσι δεν υπήρχε κανείς σπίτι να καλέσει το ασθενοφόρο
 - c) Κανείς από τα αδέρφια μου και τη μητέρα μου δεν ήταν σπίτι εκείνη τη στιγμή
 - d) Το ασθενοφόρο άργησε να έρθει λόγω του ότι μένουμε μακριά από το νοσοκομείο
 - e) Δεν ξέραμε ότι είχε πρόβλημα καρδιάς προηγουμένως
4. Μοίρασε την πίττα σε ποσοστά πιθανότητας για κάθε αιτία που εντόπισες (0-100%)
 $\alpha=30\%$, $\beta=30\%$, $\gamma=20\%$, $\delta=10\%$, $\epsilon=10\%$
5. Επαναξιολόγησε την πεποίθηση (0-100%)
Πιστεύω τη σκέψη μου αυτή 60% ($\alpha+\beta$)



- ❖ Εισηγούμαστε όπως συμπληρώσεις την άσκηση (στην επόμενη σελίδα) χρησιμοποιώντας σκέψεις και λέξεις οι οποίες σχετίζονται με την επιθυμία σου για χρήση. Η εξάσκηση των ασκήσεων αυτών ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής.
- ❖ Ο σκοπός είναι να επαναλάβεις την άσκηση αυτή συχνά και με πολλές διαφορετικές ενοχλητικές (θετικές/ αρνητικές) για σένα σκέψεις μέχρι να μειώσεις την επιθυμία σου, με τη βοήθεια των ρεαλιστικών σκέψεων
- ❖ Πολλές φορές λέμε στον εαυτό μας αρνητικά πράγματα, για παράδειγμα: « Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί, ποτέ» και «δεν είμαι αρκετά ικανή/ος να μείνω καθαρός/η» ή «είμαι κακό άτομο, η οικογένεια μου είχε δίκαιο που με κατηγορούσε» ή «δεν αξίζω αγάπη, ακόμα και οι γονείς μου με μισούν».
- ❖ Τα παραδείγματα αυτά μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις συμπεριφορές μας και μπορεί να ενισχύσουν την επιθυμία μας για χρήση.
- ❖ Μας πείθουν να ενδώσουμε και μας κάνουν να νομίζουμε ότι δεν μπορούμε να αλλάξουμε τη συμπεριφορά χρήσης μας.
- ❖ Μαθαίνοντας να σκεφτόμαστε πιο ρεαλιστικά και σφαιρικά βοηθά στη μείωση επεισοδίων χρήσης ακόμα και αν μια αρνητική σκέψη ή συναίσθημα περνά από το μυαλό μας.
 - Για παράδειγμα : «Είναι αλήθεια ότι συμπεριφέρθηκα άσχημα σε πολλά άτομα για τα οποία νοιάζομαι πραγματικά. Αυτή μου η συμπεριφορά τους πλήγωσε και τους απομάκρυνε από κοντά μου. Αντί όμως να επιμένω σε κάτι που έγινε στο παρελθόν -- αφού δεν μπορώ να το αλλάξω --- θα μπορούσα να απολογηθώ τώρα στο παρόν και να αλλάξω τη σημερινή μου συμπεριφορά ώστε να ξανακερδίσω την εμπιστοσύνη τους».

Παρακαλώ διάβασε το παρακάτω παράδειγμα και μετά συμπλήρωσε την άσκηση που βρίσκεται στην επόμενη σελίδα. Μπορείς να χρησιμοποιήσεις αυτή την άσκηση για πολλές διαφορετικές σκέψεις που προκύπτουν και τις βρίσκεις ενοχλητικές ή σου προκαλούν επιθυμία για χρήση.

Η Τεχνική της Εξέτασης Σκέψεων

1. Πήγαινε κατευθείαν στην τρίτη στήλη «Αυτόματη Αρνητική Σκέψη» και αναγνώρισε μια διαστρεβλωμένη σου σκέψη
«Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί» ή «μόνο ένα ποτό δεν θα βλάψει».
2. Εντόπισε που βρισκόσουν όταν είχες τη σκέψη αυτή (πρώτη στήλη)
Ήμουν με κάτι παρέες σε ένα μπαράκι, οι οποίοι με κορόιδευαν για το ότι βρίσκομαι στο πρόγραμμα απεξάρτησης
3. Τι ένιωσες όταν ήσουν εκεί;
(δεύτερη στήλη- βαθμολόγησε το κάθε συναίσθημα από το 0-100%)
Ένωσα ντροπή που με κορόιδευαν (80%)
Ένωσα λύπη και σκέφτηκα ότι εγώ είμαι διαφορετικός και λιγότερο ικανός από τους άλλους όσο αφορά την ικανότητα μου να πιω περιστασιακά για να κάνω κέφι. (100%)
4. Δεδομένα που στηρίζουν τη σκέψη (τέταρτη στήλη)
Η επιθυμία μου ήταν πολύ έντονη, ένιωθα τη γεύση του ποτού στο στόμα μου, μύριζα τις μπίρες δίπλα μου και δεν μπορούσα να σκεφτώ τίποτα άλλο
Άλλοι καταφέρνουν να πιουν μόνο ένα ποτό χωρίς αυτό να είναι προβληματικό
5. Δεδομένα που αντικρούουν τη σκέψη (πέμπτη στήλη)
Άλλες φορές όταν έπινα ένα ποτό μετά κατέληγα να πίνω πολλά περισσότερα
Η επιθυμία μου έρχεται και φεύγει μερικές φορές δεν το σκέφτομαι καθόλου και λειτουργώ φυσιολογικά στην καθημερινότητα μου
Συνήθως όταν πτώ ένα ποτό η επιθυμία μου αυξάνεται αντί να μειώνεται
Οι άλλοι δεν έχουν θέμα εξάρτησης ουσιών όπως εμένα
Οι άλλοι δεν είναι σε πρόγραμμα απεξάρτησης
Το ποτό και η χρήση μου κατάστρεψε τη ζωή- όλοι οι συγγενείς μου και οι φίλοι μου απογοητεύτηκαν
Όταν πτώ γίνομαι άλλος άνθρωπος και κάνω πράγματα που δεν με αντιπροσωπεύουν και για τα οποία ντρέπομαι
Νιώθω υπερηφάνεια που βρίσκομαι σε πρόγραμμα απεξάρτησης και είμαι καθαρός εδώ και 6 μήνες.
6. Εναλλακτική Σκέψη (έκτη στήλη)
Δεν αξίζει να πτώ και να υποτροπιάσω, έχω καταφέρει πολλά μέχρι τώρα.
Παρόλο που η επιθυμία μου είναι τόσο έντονη αυτή τη στιγμή αυτή θα κατευνάσει φτάνει να φύγω έγκυρα από αυτό επικίνδυνο για μένα περιβάλλον.
7. Εναλλακτικό Συναίσθημα (τελευταία στήλη)
Ντροπή (5%)
Λύπη (20%)

ΓΣΘ Ημερολόγιο Καταγραφής Σκέψεων

Πού βρισκόσουν;	Συναίσθημα;	Αυτόματη Αρνητική Σκέψη	Δεδομένα που στηρίζουν τη σκέψη	Δεδομένα που αντικρούουν τη σκέψη	Εναλλακτική σκέψη	Συναίσθημα;
Πού βρισκόσουν; Τι έκανες; Με ποιον/ιά ήσουν;	Π.χ. Θυμωμένος/η, Λυπημένος/η, Φοβισμένος/η Βαθμολόγησε 0 – 100%	Τι σκέψεις περνούσαν από το μυαλό σου; Τι αναμνήσεις ή εικόνες περνούσαν από το μυαλό σου;	Ποια στοιχεία στηρίζουν την εγκυρότητα (κατά πόσο είναι αλήθεια) αυτής της σκέψης ή εικόνας;	Ποια στοιχεία υποδηλώνουν ότι αυτή η σκέψη ή εικόνα δεν είναι εντελώς αληθινή όλη την ώρα; Αν ο/η καλύτερός/ή μου φίλος/η είχε αυτή τη σκέψη, τι θα του/της έλεγα; Υπάρχουν καθόλου μικρές εμπειρίες που να έρχονται σε αντίθεση με αυτή τη σκέψη; Μπορεί να βιάζομαι να βγάλω συμπεράσματα;	Γράψε μία καινούρια σκέψη που να λαμβάνει υπόψη τα δεδομένα υπέρ και κατά της αρχικής σκέψης.	Πώς νιώθεις για αυτή την κατάσταση τώρα; Βαθμολόγησε 0 – 100%



Πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης:

- ✓ Αφού μάθαμε περισσότερα για τη γνωστική αναδόμηση, ας δοκιμάσουμε μια σημαντική άσκηση.
- ✓ Αυτό που θα σου ζητήσω να κάνεις είναι να προκαλέσεις στον εαυτό σου μερικά εσωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση.
- ✓ Με την επανάληψη και την πρόκληση για μερικά λεπτά, αναμένουμε ότι θα μειώσεις τον κίνδυνο υποτροπής.
- ✓ Ξέρουμε ότι η λανθασμένη αντιμετώπιση των εσωτερικών ερεθισμάτων (υπεργενίκευση, μεγαλοποίηση κτλ), οδηγεί σε αύξηση εσωτερικών ερεθισμάτων και στην υποτροπή.
- Μετά από την πρόκληση μπορείς να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις αναδόμησης εσωτερικών ερεθισμάτων όπως αυτή που έμαθες πριν.



Προφυλάξεις:

Αν έχετε οποιοσδήποτε από τις πιο κάτω παθήσεις συμβουλευόσου το γιατρό σου προτού προβείς σε εσωτερική έκθεση:

- Επιληψία
- Καρδιολογικά προβλήματα
- Σοβαρά αυχενικά προβλήματα ή προβλήματα στον σπόνδυλο.
- Σοβαρά προβλήματα στους πνεύμονες

Οδηγίες:



- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες.
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις. Αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην αφήσεις αυτά τα συναισθήματα να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάζ την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα.
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που, συνήθως, νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.
- Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα ;
 - Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
 - Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες






Είσαι έτοιμος/η;

Κοίταξε την παρακάτω λίστα και **διάλεξε ένα** συναίσθημα είτε αρνητικό είτε θετικό το οποίο προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης. Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης του συναίσθηματος αυτού, προσπαθώντας να φανταστείς ότι βρίσκεσαι πραγματικά στη συγκεκριμένη αυτή κατάσταση.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση και εξάρτηση

Συναίσθημα	Τρόπος Πρόκλησης
Ενθουσιασμός / Γιορτή, Πανηγύρι	<p>Βάδισε επί τόπου ενόσω γελάς δυνατά για ένα λεπτό.</p> 
Ενόχληση/ θυμός	<p>Φαντάσου ότι η/ο σύντροφος σου θυμώνει μαζί σου όταν βλέπει άδειες μπουκάλες μπίρας/εργαλεία της χρήσης στο σπίτι. Φαντάσου ότι κάποιος απείλησε να βλάψει ένα κοντινό σου πρόσωπο , εάν δεν τον πλήρωνες.</p> 

<p>Ενοχή</p>	<p>Φαντάσου ότι έβλαψες ένα άτομο το οποίο αγαπάς άθελα σου π.χ. κατάλαβες ότι ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σου είναι λανθασμένος</p> 
<p>Ζήλια</p>	<p>Φαντάσου ότι άλλα άτομα γύρω σου έχουν περισσότερα προτερήματα από εσένα (π.χ. καλύτερο αυτοκίνητο, λεφτά στη τράπεζα κτλ. ή ότι το άτομο που αγαπάς δίνει σημασία σε κάποιον άλλο/η).</p> 
<p>Βαρεισιμάρια</p>	<p>Για ένα λεπτό να έχεις κενό βλέμμα ή να κοιτάζεις επίμονα τον τοίχο ή διάβασε ένα πολύ βαρετό κείμενο για 10 λεπτά.</p> 
<p>Ντροπή</p>	<p>Κάνε ασκήσεις μαθηματικών μπροστά από άλλους</p>

	
<p>Λύπη ή στεναχώρια/ πένθος</p>	<p>Φαντάσου ότι κάποιο κοντινό σου άτομο έχει πεθάνει. Διάβασε μια λυπηρή για σένα ιστορία ή άκουσε ένα λυπηρό τραγούδι.</p> 
<p>Χαρά ή Ευτυχία</p>	<p>Φαντάσου ότι βρίσκεσαι σε μια ευτυχισμένη και μακροχρόνια σχέση με κάποιο άτομο που αγαπάς</p> 

Παρακαλώ συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή.

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές: μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Τοποθέτησε βαθμολογία, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Αίσθηση πιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφριά ασφάλεια	Ελαφριά ασφάλεια	Ασφάλεια	Μέτρια ασφάλεια	Αρκετή ασφάλεια	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απόλυτη ασφάλεια
Ⓒ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις σου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
Ⓒ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| 1) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 2) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 3) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 4) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 5) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 6) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 7) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 8) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 9) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 10) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 11) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 12) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τον εαυτό σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στη 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ, στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

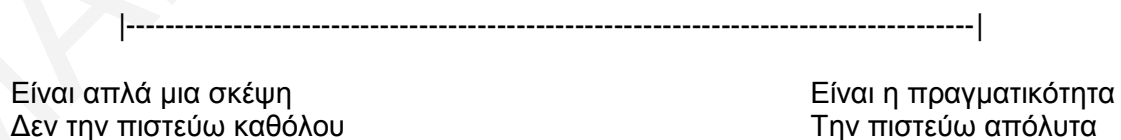
Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Άρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. *είμαι απαίσιο άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω*

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή



2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;



Ασκήσεις

Επανάληψης

Παρακαλώ συμπλήρωσε το ημερολόγιο σκέψεων. **Διάλεξε μια μέρα όπου νιώθεις έντονη επιθυμία ή αντιμετωπίζεις αρνητικά ή θετικά συναισθήματα ή σωματικά συμπτώματα που σου θυμίζουν τη χρήση.**

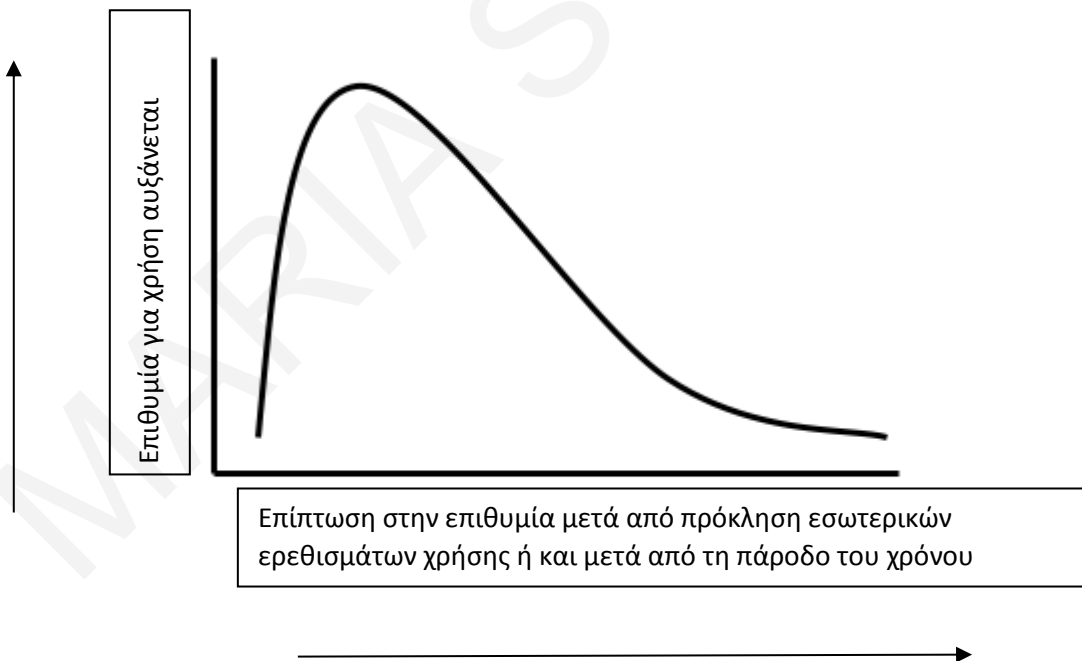
Ώρα	Σκέψη σχετική με την επιθυμία για χρήση (Π.χ. θέλω να κάνω χρήση τώρα)	Ένταση Σκέψης 0 – 100% (π.χ. 70%)
12:00 π.μ. - 2:00 π.μ.		
2:00 π.μ. - 4:00 π.μ.		
4:00 π.μ. - 6:00 π.μ.		
6:00 π.μ. - 8:00 π.μ.		
8:00 π.μ. - 10:00 π.μ.		
10:00 π.μ. - 12:00 μ.μ.		
12:00 μ.μ. - 2:00 μ.μ.		
2:00 μ.μ. - 4:00 μ.μ.		
4:00 μ.μ. - 6:00 μ.μ.		
6:00 μ.μ. - 8:00 μ.μ.		
8:00 μ.μ. - 10:00 μ.μ.		
10:00 μ.μ. - 12:00 π.μ.		
2:00 π.μ. - 4:00 π.μ.		
4:00 π.μ. - 6:00 π.μ.		
6:00 π.μ. - 8:00 π.μ.		

8:00 π.μ.- 10:00 π.μ.		
10:00 π.μ.- 2:00 μ.μ.		
12:00 μ.μ.- 2:00 μ.μ.		
2:00 μ.μ.- 4:00 μ.μ.		
4:00 μ.μ.- 6:00 μ.μ.		
6:00 μ.μ.-8:00 μ.μ.		
8:00 μ.μ.- 10:00 μ.μ.		

Ερωτήσεις:

- ❖ Ποιες ώρες ή καταστάσεις/άτομα πυροδοτούν την επιθυμία σου για χρήση;
- ❖ Υπάρχουν διαφορές στην ένταση της σκέψης σου κατά τη διάρκεια της ημέρας;

Εάν συνεχίσεις να συμπληρώνεις την άσκηση αυτή και τις υπόλοιπες ημέρες τις εβδομάδας θα διαπιστώσεις ότι η επιθυμία για χρήση έχει σκαμπανεβάσματα και επηρεάζεται από διάφορες καταστάσεις, άτομα και σκέψεις. Όσες περισσότερες μέρες μένεις καθαρός/η τόσο πιο πολύ θα κατευνάσει η επιθυμία σου για χρήση.



Παρακαλώ διάβασε το παρακάτω παράδειγμα και μετά συμπλήρωσε την άσκηση που βρίσκεται στην επόμενη σελίδα. Μπορείς να χρησιμοποιήσεις αυτή την άσκηση για πολλές διαφορετικές σκέψεις που προκύπτουν και τις βρίσκεις ενοχλητικές ή σου προκαλούν επιθυμία για χρήση.

Η Τεχνική της Εξέτασης Σκέψεων

1. Πήγαινε κατευθείαν στην τρίτη στήλη «Αυτόματη Αρνητική Σκέψη» και αναγνώρισε μια διαστρεβλωμένη σου σκέψη
«Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί» ή «μόνο ένα ποτό δεν θα βλάψει».
2. Εντόπισε που βρισκόσουν όταν είχες τη σκέψη αυτή (πρώτη στήλη)
Ήμουν με κάτι παρέες σε ένα μπαράκι, οι οποίοι με κορόιδευαν για το ότι βρίσκομαι στο πρόγραμμα απεξάρτησης
3. Τι ένιωσες όταν ήσουν εκεί;
(δεύτερη στήλη- βαθμολόγησε το κάθε συναίσθημα από το 0-100%)
Ένωσα ντροπή που με κορόιδευαν (80%)
Ένωσα λύπη και σκέφτηκα ότι εγώ είμαι διαφορετικός και λιγότερο ικανός από τους άλλους όσο αφορά την ικανότητα μου να πω περιστασιακά για να κάνω κέφι. (100%)
4. Δεδομένα που στηρίζουν τη σκέψη (τέταρτη στήλη)
Η επιθυμία μου ήταν πολύ έντονη, ένιωθα τη γεύση του ποτού στο στόμα μου, μύριζα τις μπίρες δίπλα μου και δεν μπορούσα να σκεφτώ τίποτα άλλο
Άλλοι καταφέρνουν να πουν μόνο ένα ποτό χωρίς αυτό να είναι προβληματικό
5. Δεδομένα που αντικρούουν τη σκέψη (πέμπτη στήλη)
Άλλες φορές όταν έπινα ένα ποτό μετά κατέληγα να πίνω πολλά περισσότερα
Η επιθυμία μου έρχεται και φεύγει μερικές φορές δεν το σκέφτομαι καθόλου και λειτουργώ φυσιολογικά στην καθημερινότητα μου
Συνήθως όταν πτώ ένα ποτό η επιθυμία μου αυξάνεται αντί να μειώνεται
Οι άλλοι δεν έχουν θέμα εξάρτησης ουσιών όπως εμένα
Οι άλλοι δεν είναι σε πρόγραμμα απεξάρτησης
Το ποτό και η χρήση μου κατάστρεψε τη ζωή- όλοι οι συγγενείς μου και οι φίλοι μου απογοητεύτηκαν
Όταν πτώ γίνομαι άλλος άνθρωπος και κάνω πράγματα που δεν με αντιπροσωπεύουν και για τα οποία ντρέπομαι
Νιώθω υπερηφάνεια που βρίσκομαι σε πρόγραμμα απεξάρτησης και είμαι καθαρός εδώ και 6 μήνες.
6. Εναλλακτική Σκέψη (έκτη στήλη)
Δεν αξίζει να πτώ και να υποτροπιάσω, έχω καταφέρει πολλά μέχρι τώρα.
Παρόλο που η επιθυμία μου είναι τόσο έντονη αυτή τη στιγμή αυτή θα κατευνάσει φτάνει να φύγω έγκυρα από αυτό επικίνδυνο για μένα περιβάλλον.
7. Εναλλακτικό Συναίσθημα (τελευταία στήλη)
Ντροπή (5%)
Λύπη (20%)

ΓΣΘ Ημερολόγιο Καταγραφής Σκέψεων

Πού βρισκόσουν;	Συναίσθημα;	Αυτόματη Αρνητική Σκέψη	Δεδομένα που στηρίζουν τη σκέψη	Δεδομένα που αντικρούουν τη σκέψη	Εναλλακτική σκέψη	Συναίσθημα;
Πού βρισκόσουν; Τι έκανες; Με ποια διάθεση;	Π.χ. Θυμωμένος/η, Λυπημένος/η, Φοβισμένος/η Βαθμολόγησε 0 – 100%	Τι σκέψεις περνούσαν από το μυαλό σου; Τι αναμνήσεις ή εικόνες περνούσαν από το μυαλό σου;	Ποια στοιχεία στηρίζουν την εγκυρότητα (κατά πόσο είναι αλήθεια) αυτής της σκέψης ή εικόνας;	Ποια στοιχεία υποδηλώνουν ότι αυτή η σκέψη ή εικόνα δεν είναι εντελώς αληθινή όλη την ώρα; Αν ο/η καλύτερός/ή μου φίλος/η είχε αυτή τη σκέψη, τι θα του/της έλεγα; Υπάρχουν καθόλου μικρές εμπειρίες που να έρχονται σε αντίθεση με αυτή τη σκέψη; Μπορεί να βιάζομαι να βγάλω συμπεράσματα;	Γράψε μία καινούρια σκέψη που να λαμβάνει υπόψη τα δεδομένα υπέρ και κατά της αρχικής σκέψης.	Πώς νιώθεις για αυτή την κατάσταση τώρα; Βαθμολόγησε 0 – 100%

Αξιολόγηση Ασκήσεων Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Άρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιο άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|
Καθόλου Άβολα Εξαιρετικά Άβολα

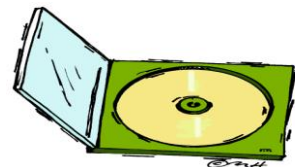
2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|
Είναι απλά μια σκέψη Είναι η πραγματικότητα
Δεν την πιστεύω καθόλου Την πιστεύω απόλυτα

Τρίτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν τη τρίτη
τηλεφωνική επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΤΡΙΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ



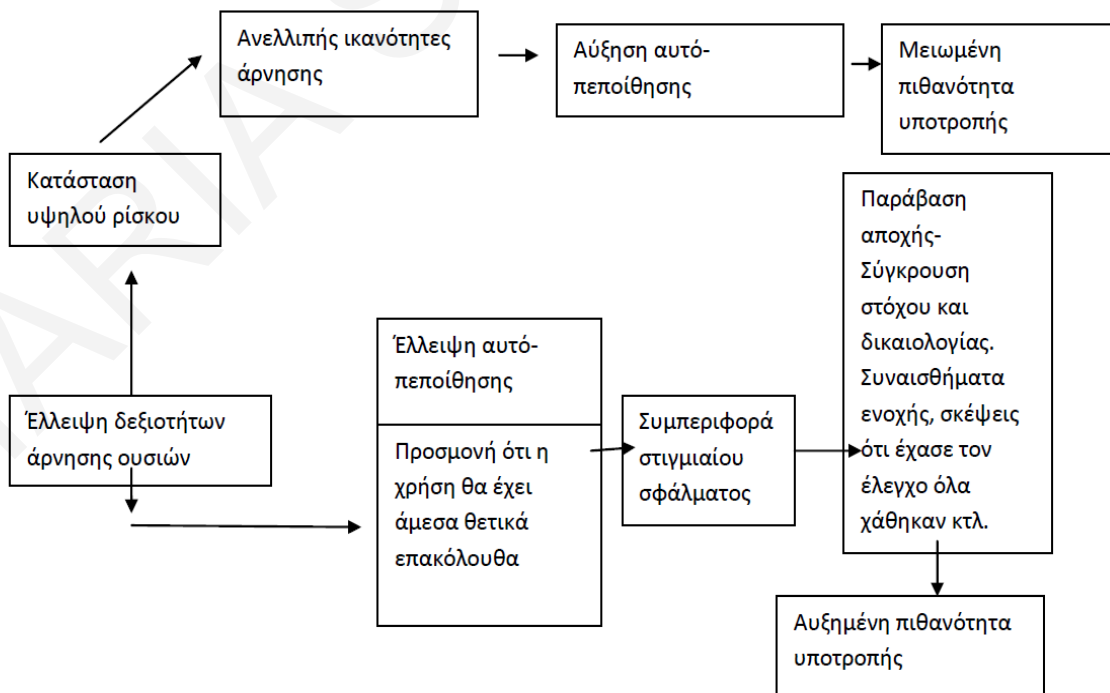


- ✓ Αυτή τη βδομάδα θα μιλήσουμε για την πρόληψη υποτροπής και πώς αυτή συνδέεται με τα γνωστικά μας σφάλματα
- ✓ Στη συνέχεια θα εφαρμόσουμε διαδραστικές ασκήσεις γνωστικής αναδόμησης
- ✓ Παρακαλώ όπως ακολουθήσεις προσεκτικά τις οδηγίες τόσο από την ηχογράφιση που ακούς τώρα όσο και στο βιβλίο σου.
- ✓ Αν έχεις ερωτήσεις, σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή, όταν σε πάρει τηλέφωνο.

Η Πρόληψη Υποτροπής επιτυγχάνεται όταν ο/η χρήστης γνωρίζει τρόπους διαχείρισης καταστάσεων υψηλού ρίσκου:

- ✓ Κάνει γνωστική αναδόμηση σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών συμπτωμάτων όταν έρθει, εξ απροόπτου, σε επαφή με άτομα ή καταστάσεις που συνδέονται με τη χρήση
- ✓ Κάνει γνωστική αναδόμηση αντί να αναμασά γεγονότα και λάθη του παρελθόντος ή να νιώθει έντονη ενοχή για κάποιο προσωρινό παραπάτημα
- ✓ Έχει εξασκηθεί σε τρόπους άρνησης ουσιών.
- ✓ Έχει ενασχοληθεί με δραστηριότητες οι οποίες του/της τονώνουν την αυτοπεποίθηση

Το Γνωστικό-Συμπεριφοριστικό Μοντέλο (ΓΣΜ) Αποτροπής Υποτροπής, (Marlatt και συνεργάτες, 1995)



- Τι θα μπορούσες να κάνεις έμπρακτα σε περιπτώσεις που αναλογίζεσαι/συλλογίσεσαι επανειλημμένα κάποια λάθη του παρελθόντος ή κάποια στιγμιαία παραπατήματα;
 - Η παρακάτω άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης σε περίπτωση που βιώνεις έντονες σκέψεις, συναισθήματα ή/και σωματικά συμπτώματα που προκαλούν επιθυμία για χρήση.
 - Η παρακάτω άσκηση διαχωρίζει τα υπέρ και τα κατά του να σκέφτεσαι με τον τρόπο με το οποίο σκεφτόσουν μέχρι στιγμής.
 - Το γεγονός ότι βρίσκεσαι σε κέντρο απεξάρτησης από ουσίες δείχνει ότι ο τωρινός τρόπος σκέψης σου, δεν είναι λειτουργικός.
- ❖ Αφού διαβάσεις προσεκτικά την άσκηση εισηγούμαστε όπως την συμπληρώσεις, χρησιμοποιώντας σκέψεις και λέξεις οι οποίες σχετίζονται με την επιθυμία σου για χρήση.
 - ❖ Η εξάσκηση των ασκήσεων αυτών ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Ποια είναι τα υπέρ (πλεονεκτήματα) και τα κατά (μειονεκτήματα) του να συνεχίζεις να σκέφτεσαι με τον τρόπο που σκεφτόσουν εδώ και τόσο καιρό;

Υπέρ και Κατά της αλλαγής του τωρινού τρόπου σκέψης

<p><u>Υπέρ Αλλαγής</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Θα με βοηθούσε να μείνω καθαρός/η ○ Θα πήγαινα καλύτερα στη θεραπεία μου ○ Θα νιώσω καλύτερα 	<p><u>Κατά Αλλαγής</u></p> <p>Θα πρέπει να μάθω καινούριες τεχνικές και να αφοσιωθώ στη θεραπεία μου Μπορεί να μην τα καταφέρω έχει χρόνια που σκέφτομαι έτσι</p>
<p><u>Κατά της Μη Αλλαγής</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Θα μου έλεγαν όλοι ότι δεν άλλαξα (οικογένεια, θεραπευτές) 	<p><u>Υπέρ της Μη Αλλαγής</u></p> <p>Θα μείνω όπως είμαι –έτσι έμαθα να ζω</p>



- ❖ Τι άλλο θα μπορούσες να κάνεις για να αλλάξεις τον τρόπο σκέψης σου όταν έχεις επιθυμία για χρήση; (π.χ. τεχνική της πίπτας, τεχνική εξέτασης σκέψεων).
- ❖ Αφού διαβάσεις προσεκτικά την προηγούμενη άσκηση, εισηγούμαστε όπως τη συμπληρώσεις, χρησιμοποιώντας σκέψεις και λέξεις οι οποίες σχετίζονται με την επιθυμία σου για χρήση.
- ❖ Η εξάσκηση των ασκήσεων αυτών ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Υπέρ και Κατά της αλλαγής του τωρινού τρόπου σκέψης

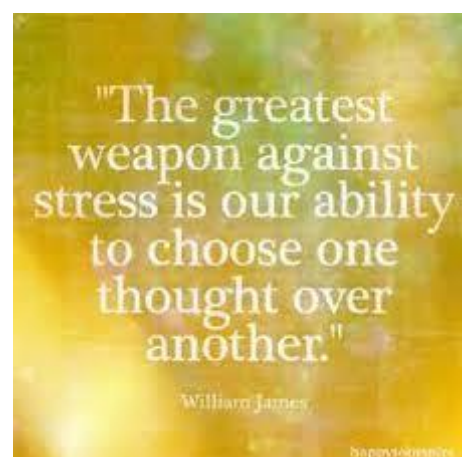
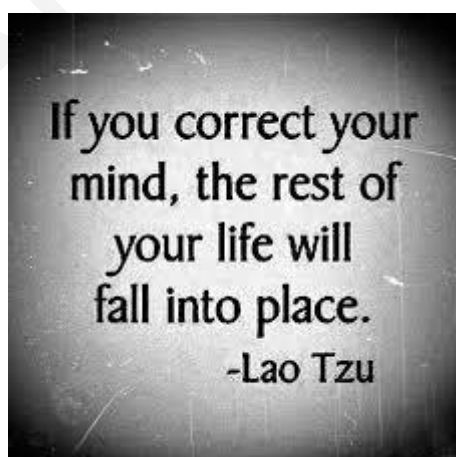
<u>Υπέρ Αλλαγής</u>	<u>Κατά Αλλαγής</u>
<u>Κατά Μη Αλλαγής</u>	<u>Υπέρ Μη Αλλαγής</u>

Παρακαλώ διάβασε το παρακάτω παράδειγμα και μετά συμπλήρωσε την άσκηση που βρίσκεται στην επόμενη σελίδα. Μπορείς να χρησιμοποιήσεις αυτή την άσκηση για πολλές διαφορετικές σκέψεις ή καταστάσεις που προκύπτουν και τις βρίσκεις επικίνδυνες ή σου προκαλούν ανησυχία.

Η Τεχνική της Επίλυσης Προβλημάτων

1. Ποιο είναι το πρόβλημα ή ανησυχία που έχεις;
Οι φίλοι μου με κάλεσαν να βγω έξω σε ένα μπαράκι όπου έκανα χρήση στο παρελθόν
2. Σκέψου πιθανές λύσεις (πρώτη στήλη)
Να πω όχι (πρώτη γραμμή)
Να πάω και να φύγω νωρίς (δεύτερη γραμμή)

- Να ζητήσω να πάμε αλλού και να εξηγήσω γιατί (τρίτη γραμμή)
Να πάω και να «τεστάρω» τον εαυτό μου (τέταρτη γραμμή)
3. Πλεονεκτήματα αυτής της λύσης (δεύτερη στήλη)
Δε θα διακινδυνέψω καθόλου (πρώτη γραμμή)
Θα έχω σχέδιο από προηγούμενως- θα δω τους φίλους μου, θα βγω και δε θα πρέπει να εξηγήσω γιατί δεν πάω - θα βρω απλά μια δικαιολογία για να φύγω νωρίς (δεύτερη γραμμή)
Θα βγω με τους φίλους μου, θα είμαι ειλικρινείς προς τον εαυτό μου και τους άλλους και δε θα διακινδυνέψω καθόλου (τρίτη γραμμή)
Θα βγω, θα περάσω καλά και θα νιώσω φυσιολογικός όπως τους υπόλοιπους (τέταρτη γραμμή)
4. Μειονεκτήματα αυτής της λύσης (τρίτη στήλη)
Θα θυμώσουν οι φίλοι μου και δεν θα τους δω ούτε θα βγω έξω (πρώτη γραμμή)
Θα πρέπει να πω ψέματα γιατί φεύγω νωρίς, μπορεί να διακινδυνέψω έστω και αν μείνω για λίγο, θα είναι πιο δύσκολο να φύγω όταν είμαι ήδη έξω (δεύτερη γραμμή)
Θα νιώσω άβολα αρχικά (τρίτη γραμμή)
Θα διακινδυνέψω σοβαρά- και παλιά έτσι υποτροπίασα! (τέταρτη γραμμή)
5. Επέλεξε την καλύτερη λύση ή λιγότερο κακή λύση (τέταρτη στήλη)
Να ζητήσω να πάμε αλλού και να εξηγήσω γιατί- έχει περισσότερα πλεονεκτήματα και περισσότερα μειονεκτήματα
6. Ποια βήματα πρέπει να κάνεις ώστε να εφαρμόσεις αυτή τη λύση (πέμπτη στήλη)
Να πάρω τηλέφωνο τον φίλο μου τον Γιώργο
Να του εξηγήσω πώς νιώθω ανησυχία και ότι έτσι υποτροπίασα στο παρελθόν. Να του πω ότι πάω καλά στη θεραπεία μου και αν μπορεί να το σεβαστεί και να με υποστηρίξει στη προσπάθειά μου.

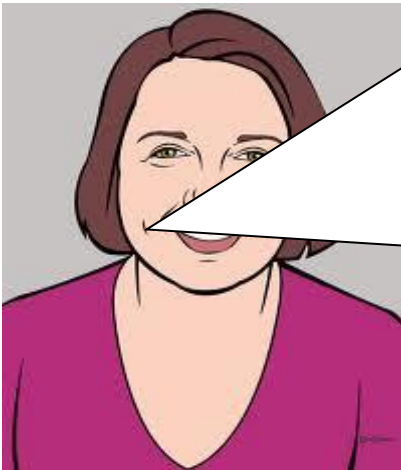


Επίλυση Προβλημάτων

Ποιο είναι το πρόβλημα ή η ανησυχία;

Σκέψου πιθανές λύσεις	Πλεονεκτήματα αυτής της λύσης	Μειονεκτήματα αυτής της λύσης	Επέλεξε την καλύτερη λύση (ή την λιγότερο κακή)	Ποια βήματα πρέπει να κάνεις ώστε να εφαρμόσεις αυτή τη λύση;

--	--	--	--



Πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης:

Αφού μάθαμε περισσότερα για τη γνωστική αναδόμηση, ας δοκιμάσουμε πάλι μια σημαντική άσκηση.

- Θα εισηγούμουν, για αυτή τη συνεδρία, να κάνεις πρόκληση μιας σωματικής αίσθησης που σχετίζεται με τη χρήση (επιθυμία για χρήση ή απόσυρση), για παράδειγμα την αίσθηση ζάλης και αποπροσανατολισμού ή την αίσθηση μουδιάσματος και καρδιοχτυπήματος τα οποία σύμφωνα με κάποιες έρευνες μοιάζουν με συμπτώματα επιθυμίας ή/και απόσυρσης.
- Μετά από την πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης μπορεί να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις γνωστικής αναδόμησης ερεθισμάτων όπως αυτή που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις, αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην το αφήσεις τα συναισθήματα σου να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάς την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η σου.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που συνήθως νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.

Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα;

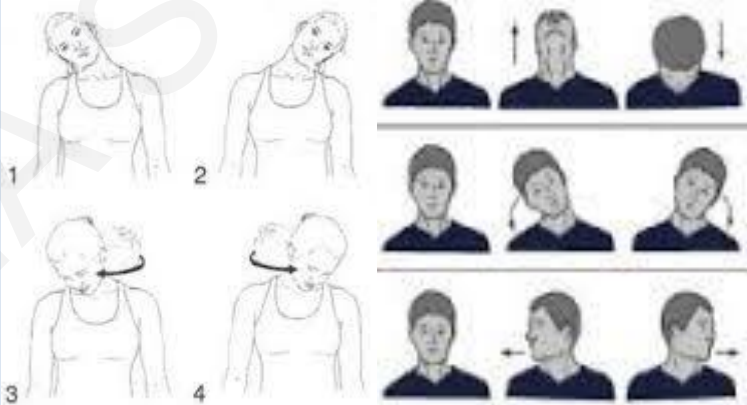
- Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
- Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες, εντός και εκτός σπιτιού



Είσαι έτοιμος/η;

- Κοίταξε την παρακάτω λίστα και **διάλεξε μια** σωματική αίσθηση, είτε αρνητική είτε θετική, η οποία προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης.
- Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης της αίσθησης αυτής, προσπαθώντας να εφαρμόσεις ακριβώς αυτό που σου λένε οι οδηγίες.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση

Αίσθηση	Τρόπος Πρόκλησης
Ζάλη / Αποπροσανατολισμός	<p>1)Γύρισε το κεφάλι σου γρήγορα και επανειλημμένα σε όλες τις κατευθύνσεις και μετά κοίταξε ευθεία (1λεπτό). 2)ή στριφογύρισε σαν στέκεσαι όρθιος/α για ένα λεπτό και μετά κάτσε στο πάτωμα 3)ή βάλε το κεφάλι σου ανάμεσα στα πόδια σου για ένα λεπτό και μετά σήκω γρήγορα όρθιος/α</p> 
Άγχος, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, έξαψη	<p>1)Γρήγορες αναπνοές χρησιμοποιώντας καλαμάκι, ενώ κρατώ την μύτη κλειστή για δύο λεπτά 2) ή πάρε πολύ γρήγορες και βαθιές αναπνοές για ένα λεπτό</p>



Τρέμουλο, βάρος μυών

Σφίξε όλο σου το σώμα (1 λεπτό να σφίγγεις τη σιαγόνα σου, τους ώμους σου, τους κοιλιακούς σου, τα χέρια και τα πόδια σου)

Ομάδα μυών	Περιγραφή
Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά
Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω
Δικέφαλος	Σφίξε το δικέφαλο σου
Όμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου
Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά
Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου
Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά
Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)
Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά, τη μια δίπλα στην άλλη

Άγχος, ανησυχία, κούραση

Βάδισε επί τόπου για δύο λεπτά και σήκωσε τα γόνατα σου ψηλά. (ή ανεβοκατέβα μια σκάλα πολύ γρήγορα για 2 λεπτά)



Παρακαλώ συμπλήρωσε την πιο πάνω άσκηση και κάνε πρόκληση των ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση αυτή τη βδομάδα όσες περισσότερες φορές μπορείς, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή.**

Παρακαλώ συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή.**

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές: μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Τοποθέτησε βαθμολογία, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια ή αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Πνίξιμο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητές	Πολύ Ελαφρώς αισθητές	Ελαφρώς Αισθητές	Αισθητές	Μέτρια Αισθητές	Αρκετά Αισθητές	Έντονα Αισθητές	Πολύ έντονα αισθητές	Απολύτως αισθητές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

- 1) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

- 2) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφριά ασφάλεια	Ελαφριά ασφάλεια	Ασφάλεια	Μέτρια ασφάλεια	Αρκετή ασφάλεια	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απόλυτη ασφάλεια
ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

- 3) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

- 4) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| 1) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 2) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 3) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 4) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 5) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 6) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

7) Θα λιποθυμήσω /πέσω	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
8) Αυτό είναι συναρπαστικό	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
9) Χρειάζομαι βοήθεια	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
10) Νιώθω ασφάλεια	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
11) Κάτι πάει λάθος	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
12) Είμαι εντάξει	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα

MARIA STAVRINAKI

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια σωματική αίσθηση που σχετίζεται με την επιθυμία σου για χρήση (θυμήσου μια σωματική αίσθηση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η αίσθηση μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σωματικών Αισθήσεων

Όνομα: _____

Αίσθηση 1: _____

(Π.χ. Ζαλίζομαι, Μουδιάζω, Πανικός, Φάρμακο, Άρρωστος/η). Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. η καρδιά μου χτυπά γρήγορα – καρδιοχτύπια, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|
Καθόλου Άβολα Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η αίσθηση είναι φυσιολογική;

|-----|
Είναι απλά μια αίσθηση
Είναι φυσιολογική Είναι αίσθηση η
οποία σχετίζεται
μόνο με χρήση
Δεν είναι φυσιολογική

Ασκήσεις

Επανάληψης

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα (υπέρ) και μειονεκτήματα (κατά) του να συνεχίζεις να σκέφτεσαι με τον τρόπο που σκεφτόσουν εδώ και τόσο καιρό;

Υπέρ και Κατά αλλαγής τρόπου σκέψης

<u>Υπέρ Αλλαγής</u>	<u>Κατά Αλλαγής</u>
<u>Κατά Μη Αλλαγής</u>	<u>Υπέρ Μη Αλλαγής</u>

Επίλυση Προβλημάτων

Ποιο είναι το πρόβλημα ή η ανησυχία;

Σκέψου πιθανές λύσεις	Πλεονεκτήματα αυτής της λύσης	Μειονεκτήματα αυτής της λύσης	Επέλεξε την καλύτερη λύση (ή την λιγότερο κακή)	Ποια βήματα πρέπει να κάνεις ώστε να εφαρμόσεις αυτή τη λύση;

Αξιολόγηση Ασκήσεων Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σωματικών Αισθήσεων

Όνομα: _____

Αίσθηση 1: _____

(Π.χ. Ζαλίζομαι, Μουδιάζω, Πανικός, Φάρμακο, Άρρωστος/η). Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. η καρδιά μου χτυπά γρήγορα – καρδιοχτύπια, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η αίσθηση είναι φυσιολογική;

|-----|

Είναι απλά μια αίσθηση
Είναι φυσιολογική

Είναι αίσθηση η
οποία σχετίζεται
μόνο με χρήση

Δεν είναι φυσιολογική

Αξιολόγηση Χρησιμότητας Άσκησης

Παρακαλώ συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις.

1. Πόσο χρήσιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου χρήσιμη						Εξαιρετικά χρήσιμη

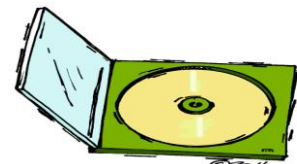
2. Πόσο ωφέλιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου ωφέλιμη						Εξαιρετικά ωφέλιμη

3. Πόσο δύσκολη ήταν αυτή η άσκηση στην εφαρμογή της, όσο αφορά τη συγκεκριμένη σκέψη;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου δύσκολη						Εξαιρετικά δύσκολη

Τέταρτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν την τέταρτη
τηλεφωνική επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΤΕΤΑΡΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ



- ✓ Στη σημερινή συνεδρία θα μιλήσουμε για ακόμη μια στρατηγική γνωστικής αναδόμησης.
- ✓ Παρακαλώ όπως ακολουθήσεις προσεκτικά τις οδηγίες τόσο από την ηχογράφιση που ακούς τώρα όσο και στο βιβλίο σου.
- ✓ Αν έχεις ερωτήσεις σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή όταν σε πάρει τηλέφωνο.

Ξεκινάμε τώρα!

- ❖ Διάβασε τις παρακάτω ασκήσεις (στην επόμενη σελίδα)
- ❖ Μην τις συμπληρώσεις ακόμη, απλά κοίταξε τες και σκέψου, για λίγα λεπτά, τι θα απαντούσες σε αυτά τα σενάρια.
- ❖ Θυμήσου/Ανακάλεσε στο μυαλό σου τώρα όλες τις φορές που ανέμενες κάποιο αρνητικό/θετικό αποτέλεσμα αλλά αυτό δεν συνέβηκε ποτέ. Για παράδειγμα, έκανες μια αρνητική σκέψη/θετική σκέψη που αποδείχθηκε λανθασμένη και δεν έγινε αυτό που σου έλεγε η σκέψη σου π.χ. «η επιθυμία μου για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/μειωθεί», «μόνο ένα ποτό δε θα με βλάψει».
- ❖ Για παράδειγμα, ανακάλεσε όλες τις φορές που σκέφτηκες:
 - Αρνητικές Σκέψεις σε σχέση με τη χρήση: «Δεν είμαι αρκετά ικανή/ος να μείνω καθαρός/η, έστω και για λίγους μήνες» ή «είμαι κακό άτομο, ότι κάνω είναι απαίσιο» ή «αυτή η επιθυμία μου για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί, ποτέ.»
 - Θετικές Σκέψεις σε σχέση με τη χρήση: «Ένα ποτό για να χαλαρώσω με τους φίλους μου δεν είναι τίποτα», ή «Αν πάω στη μπυραρία με γνωστούς της χρήσης, μια φορά, δεν θα με επηρεάσει καθόλου, θα πάω απλά για να μιλήσουμε».

- Η παρακάτω άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης σε περίπτωση που βιώνεις έντονες σκέψεις, συναισθήματα ή/και σωματικά συμπτώματα που προκαλούν επιθυμία για χρήση.
- ❖ Αφού διαβάσεις προσεκτικά την άσκηση, εισηγούμαστε όπως την συμπληρώσεις, χρησιμοποιώντας σκέψεις και λέξεις οι οποίες σχετίζονται με την επιθυμία σου για χρήση.
- ❖ Η εξάσκηση των ασκήσεων αυτών ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής

Η Τεχνική του Ημερολογίου Καταγραφής Σκέψεων

1. Σκέψεις ως αποτέλεσμα κάποιας κατάστασης
Η μητέρα μου με ειρωνεύεται γιατί έκανα λάθος –αγόρασα το λανθασμένο προϊόν από την υπεραγορά και αυτό δεν μπορώ να το χρησιμοποιήσω για τον σκοπό που το ήθελα. Ήταν και ακριβό. «Η οικογένεια μου έχει δίκαιο, είμαι άχρηστος/η»
2. Συναίσθημα (0-100%)
Λύπη (70%)
Ντροπή (80%)
Θυμός (90%)
3. Εκτίμηση/ Σημασία – Έννοια
Ένωση ντροπή που με ειρωνεύτηκε
Ένωση λύπη και σκέφτηκα ότι εγώ είμαι διαφορετικός και λιγότερο ικανός από τους άλλους όσο αφορά την ικανότητα μου να ζήσω μια φυσιολογική ζωή
Ένωση θυμό γιατί η μητέρα μου με υποτιμά συνέχεια και δεν εκτίμησε ότι πήγα να την βοηθήσω- άλλη φορά δε θα τη βοηθώ!
4. Ρεαλιστική Σκέψη
Η επιθυμία μου ήταν πολύ έντονη, αλλά δεν αξίζει τον κόπο να υποτροπιάσω για το χατίρι τον γονιών μου. Είμαι ενήλικας και είμαι υπεύθυνος για τη ζωή μου από τώρα και στο εξής. Αυτοί δεν πρόκειται να αλλάξουν, μια ζωή περιμένω να μου φερθούν καλύτερα! Θα τους αποδείξω ότι δεν είμαι άχρηστος!

Ημερολόγιο Καταγραφής Σ Σκέψεων

Σκέψεις Αποτέλεσμα κάποιας	Συναίσθημα Αξιολόγηση 0-100%	Εκτίμηση / Σημασία-Έννοια Τι Τι πίστευες εκείνη τη στιγμή;	Ε Ρεαλιστική σκέψη Τι γνωρίζεις τώρα για εκείνη τη στιγμή ή την κατάσταση;

- ❖ Τώρα θέλω να φανταστείς τον εαυτό σου στο μέλλον.
 - ❖ Φαντάσου ότι είσαι καθαρός/η εδώ και 10 χρόνια και έχεις επιτύχει πολλούς από τους στόχους της ζωής σου: (εδώ θέλω να σκεφτείς στόχους που είναι σημαντικοί για εσένα τον/την ίδιο/α) για παράδειγμα, βρήκες δουλειά ή/και έχεις μακροχρόνια σχέση.
 - ❖ Θέλω να σκεφτείς ότι νιώθεις καλά και ότι έχεις επιτυχημένες εμπειρίες μακριά από τη χρήση
 - ❖ Αν μπορούσες να ταξιδεύσεις από το μέλλον στο παρόν, τι θα έλεγες στον εαυτό σου σήμερα;
 - ❖ Τι θα συμβούλευες τον εαυτό σου εάν είχες μια από τις παρακάτω σκέψεις;
 - «Είμαι κακό άτομο» ή «δεν με αγαπά κανείς» ή « ένα ποτό για να χαλαρώσω με τους φίλους μου δεν είναι τίποτα».
- Η παρακάτω άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης σε περίπτωση που βιώνεις έντονες σκέψεις, συναισθήματα ή/και σωματικά συμπτώματα που προκαλούν επιθυμία για χρήση.
- ❖ Αφού διαβάσεις προσεκτικά την άσκηση εισηγούμαστε όπως την συμπληρώσεις, χρησιμοποιώντας σκέψεις και λέξεις οι οποίες σχετίζονται με την επιθυμία σου για χρήση.

Η Τεχνική της Καταγραφής Θετικών Πεποιθήσεων

1. Παλιά (αυτοκριτική πεποίθηση)
«Η οικογένεια μου έχει δίκαιο, είμαι άχρηστος/η!»
2. Νέα θετική πεποίθηση
«Μπορώ να είμαι ανεξάρτητος και να τα καταφέρω να ζήσω μια αξιοπρεπή ζωή»
3. Αποδεικτικό υλικό που υποστηρίζει τη νέα πεποίθηση
Έκανα και λάθη στη ζωή μου άλλα κατάφερα να κάνω και πολλά πράγματα σωστά
Βρήκα δουλειά
Πήγα κολλέγιο
Οι φίλοι μου δεν με θεωρούν άχρηστο
Κατάφερα εξίσου με τους φίλους μου
Οι θεραπευτές μου πιστεύουν στις ικανότητες μου να μείνω καθαρός
Έχω σχέδια για το μέλλον – να προχωρήσω τις σπουδές μου και να κάνω πρακτική στο χώρο εργασίας μου
Έχω και άλλες δεξιότητες- με ενδιαφέρει να προσφέρω συναισθηματικά και πρακτικά στους φίλους μου και σε αυτούς που δεν έχουν όσα έχω εγώ.

Καταγραφή Θετικών Πεποιθήσεων

Παλιά (αυτοκριτική πεποίθηση) _____

Νέα (θετική) πεποίθηση _____

Αποδεικτικό υλικό που υποστηρίζει τη νέα πεποίθηση (ή τουλάχιστον δεν είναι όμοια με την παλιά)

Πχ. μια εμπειρία που έχεις, κάτι που σου είπε κάποιος, ή οτιδήποτε άλλο που υποστηρίζει τη νέα πεποίθηση

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Κάποιες τελικές συμβουλές

Πώς να παραμείνεις καθαρός/η

- Αποδέξου ότι έχεις εξάρτηση.
- Κάνε εξάσκηση δεξιοτήτων γνωστικής αναδόμησης.
- Κάνε πρόκληση ερεθισμάτων προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης όπως έμαθες
- Εξασκήσου στο να είσαι ειλικρινείς.
- Μάθε να αποφεύγεις καταστάσεις υψηλού ρίσκου.
- Μάθε να ζητάς βοήθεια.
- Μάθε να τηλεφωνείς σε καθαρούς φίλους όταν νιώσεις επιθυμία για χρήση
- Πήγαινε τακτικά σε ομάδες αυτοβοήθειας AA, NA.
- Μοιράσου τι πέρασες με έμπιστα άτομα ή άτομα τα οποία πέρασαν το ίδιο μαζί σου- δεν είσαι μόνος/η
- Απέφυγε φίλους της χρήσης
- Αφιέρωσε χρόνο στην αυτό-φροντίδα και στην ανάρρωση σου
- Γιόρτασε τα επιτεύγματα σου ακόμη και αν τα θεωρείς μικρά. Η ανάρρωση δεν σημαίνει τελειότητα.
- Εξασκήσου στο να λες όχι
- Μάθε τι σημαίνει υγιεινή διατροφή και ύπνος.
- Μάθε να χαλαρώνεις και να διαχειρίζεσαι το στρες.
- Μάθε πώς είναι να διασκεδάζεις όταν είσαι νηφάλιος/η
- Γνώρισε άτομα που αναρρώσαν από την εξάρτηση και φέρε τους κοντά σου
- Επαναξιολόγησε συχνά τη ζωή σου και επιβεβαιώσου ότι είσαι στο σωστό δρόμο
- Μάθε πώς να ασκείς περισπασμό από την επιθυμία
- Η σωματική άσκηση βοηθά στην ανάρρωση.
- Να έχεις στρατηγική πώς να διαχειριστείς κοινωνικές καταστάσεις οι οποίες εμπεριέχουν ποτά.
- Κάνε μια λίστα για το τι πράγματα είσαι ευγνώμων στη ζωή σου, σχετικά με άλλους ή σχετικά με την ανάρρωση σου.
- Να δείχνεις αποδοχή και συμπόνια σε άλλους
- Ξεκίνα να δίνεις πίσω σε άλλους μιας και νιώσεις ότι πας καλά στο δρόμο της ανάρρωσης.
- Βλέπε τον εαυτό σου ως μη χρήστη/ πρώην χρήστη.

Τα στάδια της υποτροπής

Η υποτροπή δεν είναι συμβάν είναι διαδικασία. Η υποτροπή ξεκινά πολλές μέρες ή και μήνες πριν τη συμπεριφοριστική υποτροπή.

- Συναισθηματική υποτροπή
- Λεκτική υποτροπή (σκέψεις, πεποιθήσεις)
- Συμπεριφοριστική υποτροπή

Συναισθηματική υποτροπή

Συναισθήματα όπως:

- Άγχος
- Έλλειψη ανεκτικότητας
- Θυμός
- Αμυντικότητα
- Κακοκεφιά
- Έλλειψη ύπνου ή καλής διατροφής
- Έλλειψη υποστήριξης από άλλους
- Μοναξιά

Όσο πιο γρήγορα αντιληφθείς και λάβεις τα απαραίτητα μέτρα (να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου: 1) χαλάρωσε, 2) φρόντισε τον εαυτό σου, 3) ζήτη βοήθεια) για να αποφύγεις την υποτροπή τόσο πιο εύκολο είναι για σένα να είναι η προσπάθεια σου αυτή επιτυχημένη. Τα μετέπειτα στάδια οδηγούν γρήγορα στην εξάντληση των δυνάμεων σου, στην δραπέτευση και στην αυξανόμενη επιθυμία για χρήση. Κάτι που κάνει την υποτροπή πιο δυνατή.

Λεκτική υποτροπή

Ένα κομμάτι του μυαλού σου, σου λέει τα υπέρ της χρήσης και πόσο την χρειάζεσαι/ επιθύμησες και ένα άλλο κομμάτι τα κατά. Σε μετέπειτα στάδια σκέφτεσαι μόνο το πόσο θέλεις να κάνεις χρήση (η επιθυμία σου είναι πολύ έντονη). Είναι δύσκολο να λάβεις λογικές αποφάσεις

Σκέψεις υποτροπής:

- Σκέψεις και αναμνήσεις σχετικές με άτομα, τοποθεσίες και αντικείμενα με τα οποία έκανες χρήση.
- Ωραιοποίηση της χρήσης και πώς ήταν στο παρελθόν
- Ψέματα
- Φίλοι της χρήσης ξαναέρχονται στη ζωή σου
- Ονειροπολώ για χρήση
- Σκέπτεσαι πώς θα είναι η υποτροπή σου

- Κάνεις σχέδια για χρήση τα οποία σχετίζονται με το πότε είναι πιο βολικό για φίλους

Τεχνικές για το λεκτικό στάδιο υποτροπής

Όταν σκέφτεσαι τη χρήση μπορεί αρχικά να φαντασιώνεσαι ότι μπορείς να ελέγξεις τον εαυτό σου. Απλά θα πιείς ένα ποτό. Τι γίνεται όμως ως συνήθως αν φανταστείς το μέλλον σου. Το ένα ποτό οδηγεί σε περισσότερα ποτά. Αυτό οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχές. Η επόμενη μέρα μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή.

Μια συνηθισμένη σκέψη είναι ότι μπορείς να κάνεις χρήση μια φορά και να μην υποτροπιάσεις. Αυτό συμβαίνει συνήθως όταν λείπει ο/η σύζυγος από σπίτι ή όταν απουσιάζεις εσύ σε κάποιο ταξίδι και νιώθεις ότι κανείς δεν θα το ξέρει. Το μυαλό σου θα δοκιμάσει να σε πείσει ότι δεν είναι τόσο μεγάλο πρόβλημα και ότι ο λόγος που ήσουν καθαρός/η μέχρι στιγμής ήταν για τον/τη σύζυγο ή για τη δουλειά. Σκέψου ποια είναι τα αρνητικά επακόλουθα της χρήσης στη δική σου ζωή, στο σώμα σου, στο μυαλό σου. Εάν μπορούσες να μείνεις σε μόνο ένα ή μόνο μια φορά δε θα είχες θέμα εξάρτησης. Θυμήσου/Ανακάλεσε στο μυαλό σου τώρα όλες τις φορές που ανέμενες κάποιο αρνητικό/θετικό αποτέλεσμα αλλά αυτό δεν συνέβηκε ποτέ. Για παράδειγμα, έκανες μια αρνητική σκέψη/θετική σκέψη σχετιζόμενη με τη χρήση που αποδείχθηκε λανθασμένη και δεν έγινε αυτό που σου έλεγε η σκέψη σου π.χ. «η επιθυμία μου για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/μειωθεί», «μόνο ένα ποτό δε θα με βλάψει».

Πες σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεσαι τις σκέψεις σου. Τηλεφώνησε σε κάποιο καθαρό φίλο ή κάποιο άτομο που ανάρρωσε από τη χρήση κι ζήτη βοήθεια. Είναι πολύ βοηθητικό να μοιραστείς τα συναισθήματα σου και να κάνεις ένα πλάνο αποχής. Σταματάς να νιώθεις μόνος/η και τα προβλήματα σου δε φαίνονται τόσο μεγάλα ποια.

Πες σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεσαι τις σκέψεις σου. Τηλεφώνησε σε κάποιο καθαρό φίλο ή κάποιο άτομο που ανάρρωσε από τη χρήση κι ζήτη βοήθεια. Είναι πολύ βοηθητικό να μοιραστείς τα συναισθήματα σου και να κάνεις ένα πλάνο αποχής. Σταματάς να νιώθεις μόνος/η και τα προβλήματα σου δε φαίνονται τόσο μεγάλα ποια.

Περισπασμός. Όταν σκέφτεσαι τη χρήση, κάνε κάτι για να απασχολήσεις τον εαυτό σου. Τηλεφώνησε σε φίλο, πήγαινε σε ομάδα υποστήριξης, πήγαινε περίπατο. Μην παραμείνεις αδρανείς- δίνεις χώρο στην επιθυμία σου να μεγαλώσει.

Περίμενε 30 λεπτά. Η επιθυμία συνήθως κρατά 15-30 λεπτά. Όταν νιώσεις επιθυμία για χρήση αυτό μοιάζει να κρατά μια ζωή. Αλλά αν απασχοληθείς με κάτι θα σου περάσει πιο γρήγορα από ότι νομίζεις.

Κάνε πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης όπως τη τεχνική που έμαθες στο πρόγραμμα αυτό

Αναρρώνεις σιγά σιγά μέρα με την ημέρα. Μη σκέπτεσαι το για πάντα! Είναι σκέψη η οποία θα σε παραλύσει! Θα σε συνεπάρει ακόμη και εάν είσαι καθαρός/η εδώ και χρόνια!

Μέρα με τη ημέρα σημαίνει ότι βάζεις στόχους πραγματοποιήσιμους. Όταν νιώσεις δυνατός/η δεν χρειάζεσαι τη χρήση και λες είναι εύκολο να μείνω καθαρός/η για μια εβδομάδα-ένα μήνα κτλ. όταν υποφέρεις βάζεις πιο μικρούς στόχους, σήμερα θα μείνω καθαρός/η 30 λεπτά, 24 ώρες. Η ανάρρωση είναι κάτι το οποίο πραγματοποιείται βήμα βήμα μην σαμποτάρεις τον εαυτό σου σκεφτόμενος/η πολύ μακριά στο μέλλον.

Χαλάρωσε. Όταν εφαρμόσεις στρατηγικές χαλάρωσης ή γυμναστικής η σωματική σου ένταση φεύγει και είσαι ανοικτός/η στο να δοκιμάσεις καινούρια πράγματα- να αλλάξεις βήμα βήμα.

Συμπεριφοριστική υποτροπή

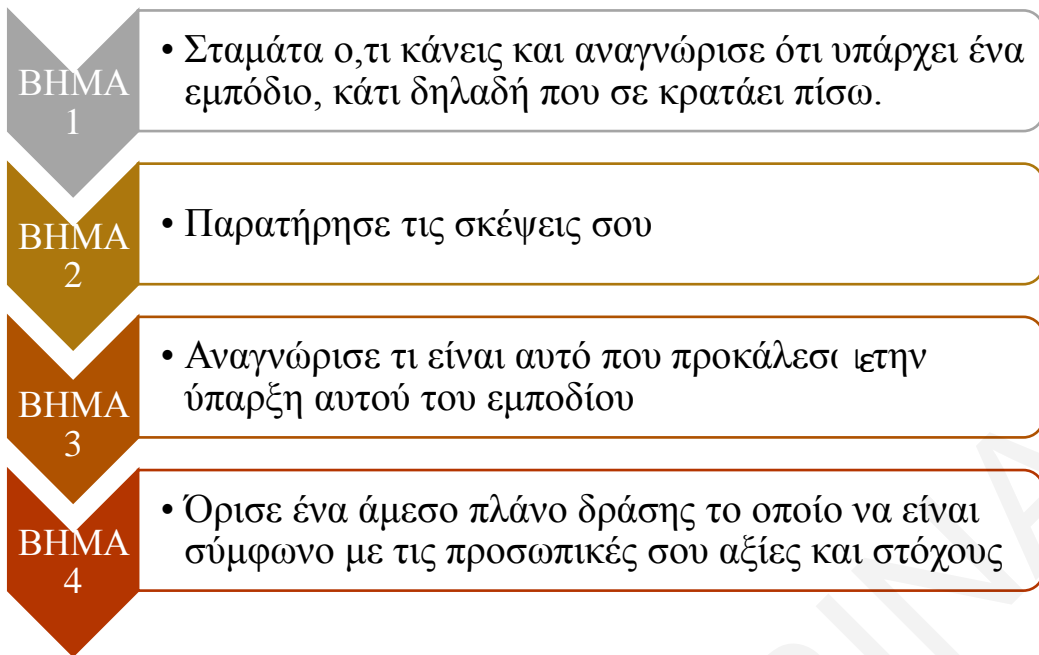
Οδηγάς σε κατάσταση πώλησης αλκοόλης ή στον προμηθευτή σου.

Είναι δύσκολο να σταματήσεις σε αυτό το σημείο είναι καλύτερο να αλλάξεις στα πρώτα δύο στάδια. Χρειάζεσαι υπέρτατη προσπάθεια για να μείνεις καθαρός/η.

Κατάγραψε στον παρακάτω πίνακα ποιες είναι εκείνες οι καταστάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν εμπόδια για εσένα. Ποιες είναι οι καταστάσεις που έχεις αντιμετωπίσει στο παρελθόν ή αναγνωρίζεις ότι ενδέχεται να προκύψουν;

Καταστάσεις Υψηλού Ρίσκου
1.
2.
3.
4.
5.

Προκειμένου να αντιμετωπίσεις τα παραπάνω εμπόδια και να συνεχίζεις να ζεις την ζωή καθαρός/η, είναι σημαντικό να προσπαθήσεις να ακολουθείς τα παρακάτω 4 βήματα.



Τι είναι αυτό που σε οδήγησε σ' αυτό το πισωγύρισμα;

- ✓ Που ήσουν όταν ξεκίνησε;
- ✓ Τι συνέβαινε στην ζωή σου εκείνη την περίοδο;
- ✓ Ποιος ήταν μαζί σου;
- ✓ Ποιες ήταν οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι αισθήσεις που είχες;

Τι θα μπορούσες να κάνεις....

- ❖ Ζήτησε βοήθεια από άλλα σημαντικά πρόσωπα που σε υποστηρίζουν σ' αυτή σου την προσπάθεια.
- ❖ Άκου τι λέει το μυαλό σου και αναγνώρισε τις σκέψεις, τα αισθήματα και τα σωματικά σου συμπτώματα που σε φοβίζουν, σε κρίνουν, σε αξιολογούν ή σου λένε ότι δεν μπορείς να τα καταφέρεις. Εφάρμοσε τεχνικές γνωστικής αναδόμησης αφού αναγνωρίσεις την ύπαρξη σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων.
- ❖ Ανέμενε ότι σε αυτήν την προσπάθεια αποθεραπείας μπορεί να υπάρχουν «υποτροπές» και παρεκκλίσεις!
- ❖ Ανέμενε τα πισωγυρίσματα. Όσο καλά και αν πάνε τα πράγματα, πάντα θα υπάρχουν στιγμές που τα πράγματα δε θα πηγαίνουν τόσο καλά όσο θα θέλαμε. Τα πισωγυρίσματα είναι μέρος της διαδικασίας που ονομάζεται ζωή!
- ❖ Πλέον, έχεις αποκτήσει μια σειρά από πολύτιμες δεξιότητες για να διαχειρίζεσαι και να ζεις καθημερινά με την επιθυμία σου για χρήση ! ! ! !

Καλή συνέχεια λοιπόν!



Ας δοκιμάσουμε πάλι μια από τις συνηθισμένες μας ασκήσεις !

- Η άσκηση αυτή θα σε βοηθήσει να αντιμετωπίσεις πολλά εσωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση.
- Αυτό που θα σου ζητήσω να κάνεις είναι να κάνεις πρόκληση μερικών εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση
- Μετά από την πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης μπορεί να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις διαχείρισης εσωτερικών ερεθισμάτων όπως αυτή που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις, αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην το αφήσεις τα συναισθήματα σου να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάς την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα

- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η σου.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που συνήθως νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.

Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα;

- Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
- Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού










Είσαι έτοιμος/η ;


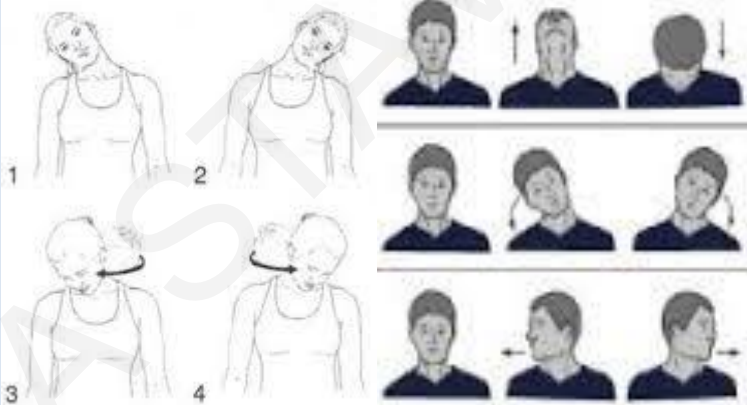

- Κοίταξε την παρακάτω λίστα και σύμφωνα με το τι βρήκες πιο βοηθητικό τις προηγούμενες βδομάδες/ μέρες, όταν έκανες εξάσκηση πρόκλησης συναισθημάτων
- Διάλεξε ένα συναίσθημα ή σωματική αίσθηση, είτε αρνητική είτε θετική, η οποία προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης
- Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης του συναισθήματος/σωματικής αίσθησης αυτού προσπαθώντας να φανταστείς ότι βρίσκεσαι στη συγκεκριμένη αυτή κατάσταση.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση

Συναίσθημα	Τρόπος Πρόκλησης
Λύπη ή στεναχώρια/ πένθος	Φαντάσου ότι κάποιο κοντινό σου άτομο έχει πεθάνει. Διάβασε μια λυπηρή για σένα ιστορία ή άκουσε ένα λυπηρό τραγούδι.

	
<p>Ενοχή</p>	<p>Φαντάσου ότι έβλαψες ένα άτομο το οποίο αγαπάς άθελα σου π.χ. κατάλαβες ότι ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σου είναι λανθασμένος</p> 
<p>Ενόχληση/ θυμός</p>	<p>Φαντάσου ότι η/ο σύντροφος σου θυμώνει μαζί σου όταν βλέπει άδειες μπουκάλες μπίρας/εργαλεία της χρήσης στο σπίτι. Φαντάσου ότι κάποιος απείλησε να βλάψει ένα κοντινό σου πρόσωπο εάν δεν τον πλήρωνες.</p> 
<p>Ζήλια</p>	<p>Φαντάσου ότι άλλα άτομα γύρω σου έχουν περισσότερα προτερήματα από εσένα (π.χ. καλύτερο αυτοκίνητο, λεφτά στη τράπεζα κτλ. ή ότι το άτομο που αγαπάς δίνει σημασία σε κάποιον άλλο/η).</p>

	
<p>Βαριεστιμάρια</p>	<p>Για ένα λεπτό να έχεις κενό βλέμμα ή να κοιτάζεις επίμονα τον τοίχο ή διάβασε ένα πολύ βαρετό κείμενο για 10 λεπτά.</p> 
<p>Ντροπή</p>	<p>Κάνε ασκήσεις μαθηματικών μπροστά από άλλους μιλώντας δυνατά ή πες δυνατά τη σωστή ορθογραφία μερικών λέξεων.</p> 
<p>Χαρά ή Ευτυχία</p>	<p>Φαντάσου ότι βρίσκεσαι σε μια ευτυχισμένη και μακροχρόνια σχέση με κάποιο άτομο που αγαπάς</p> 

<p>Ενθουσιασμός / Γιορτή, Πανηγύρι</p>	<p>Βάδισε επί τόπου ενόσω γελάς δυνατά για ένα λεπτό.</p> 
<p>Αίσθηση</p>	<p>Τρόπος Πρόκλησης</p>
<p>Ζάλη / Αποπροσανατολισμός</p>	<p>1)Γύρισε το κεφάλι σου γρήγορα και επανειλημμένα σε όλες τις κατευθύνσεις και μετά κοίταξε ευθεία (1λεπτό). 2)ή στριφογύρισε σαν στέκεσαι όρθιος/α για ένα λεπτό και μετά κάτσε στο πάτωμα 3)ή βάλε το κεφάλι σου ανάμεσα στα πόδια σου για ένα λεπτό και μετά σήκω γρήγορα όρθιος/α</p> 
<p>Άγχος, μούδιασμα, μυρμηγκιασμα, έξαψη</p>	<p>1)Γρήγορες αναπνοές χρησιμοποιώντας καλαμάκι ενώ κρατώ την μύτη κλειστή για δύο λεπτά 2) ή πάρε πολύ γρήγορες και βαθιές αναπνοές για ένα λεπτό</p> 

<p>Τρέμουλο, βάρος μυών</p>	<p>Σφίξε όλο σου το σώμα (1 λεπτό να σφίγγεις τη σιαγόνα σου, τους ώμους σου, τους κοιλιακούς σου, τα χέρια σου και τα πόδια σου)</p> <table border="1" data-bbox="485 322 1356 1048"> <thead> <tr> <th data-bbox="485 322 715 367">Ομάδα μυών</th> <th data-bbox="715 322 1356 367">Περιγραφή</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="485 367 715 450">Δάκτυλα και χέρια</td> <td data-bbox="715 367 1356 450">Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 450 715 533">Καρπός</td> <td data-bbox="715 450 1356 533">Λύγισε τον καρπό σου προς τα πάνω και μετά προς τα κάτω</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 533 715 577">Δικέφαλος</td> <td data-bbox="715 533 1356 577">Σφίξε το δικέφαλο σου</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 577 715 660">Όμος</td> <td data-bbox="715 577 1356 660">Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 660 715 743">Κεφάλι</td> <td data-bbox="715 660 1356 743">Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 743 715 826">Λαιμός</td> <td data-bbox="715 743 1356 826">Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 826 715 871">Κρόταφος</td> <td data-bbox="715 826 1356 871">Σφίξε τα μάτια σου κλειστά</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 871 715 954">Στόμα και σιαγόνα</td> <td data-bbox="715 871 1356 954">Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 954 715 1048">Πλάτη</td> <td data-bbox="715 954 1356 1048">Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά, τη μια δίπλα στην άλλη</td> </tr> </tbody> </table>	Ομάδα μυών	Περιγραφή	Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά	Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς τα πάνω και μετά προς τα κάτω	Δικέφαλος	Σφίξε το δικέφαλο σου	Όμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου	Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά	Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου	Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά	Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)	Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά, τη μια δίπλα στην άλλη
Ομάδα μυών	Περιγραφή																				
Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά																				
Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς τα πάνω και μετά προς τα κάτω																				
Δικέφαλος	Σφίξε το δικέφαλο σου																				
Όμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου																				
Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά																				
Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου																				
Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά																				
Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)																				
Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά, τη μια δίπλα στην άλλη																				
<p>Άγχος, ανησυχία, κούραση</p>	<p>Βάδισε επί τόπου για δύο λεπτά και σήκωσε τα γόνατα σου ψηλά. (ή ανεβοκατέβα μια σκάλα πολύ γρήγορα για 2 λεπτά)</p> <div data-bbox="485 1182 1315 1467"> </div>																				

Παρακαλώ συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή.

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές: μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Τοποθέτησε βαθμολογία, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητές	Πολύ Ελαφρώς αισθητές	Ελαφρώς Αισθητές	Αισθητές	Μέτρια Αισθητές	Αρκετά Αισθητές	Έντονα Αισθητές	Πολύ έντονα αισθητές	Απολύτως αισθητές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητός	Πολύ Ελαφρώς αισθητός	Ελαφρώς Αισθητός	Αισθητός	Μέτρια Αισθητός	Αρκετά Αισθητός	Έντονα Αισθητός	Πολύ έντονα αισθητός	Απολύτως αισθητός
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητή	Πολύ Ελαφρώς αισθητή	Ελαφρώς Αισθητή	Αισθητή	Μέτρια Αισθητή	Αρκετά Αισθητή	Έντονα Αισθητή	Πολύ έντονα αισθητή	Απολύτως αισθητή
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

- 1) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες, με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

- 2) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφριά ασφάλεια	Ελαφριά ασφάλεια	Ασφάλεια	Μέτρια ασφάλεια	Αρκετή ασφάλεια	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απόλυτη ασφάλεια
ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

- 3) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
ⓐ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

- 4) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|
| 1) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 2) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 3) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 4) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 5) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 6) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

7) Θα λιποθυμήσω /πέσω	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
8) Αυτό είναι συναρπαστικό	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
9) Χρειάζομαι βοήθεια	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
10) Νιώθω ασφάλεια	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
11) Κάτι πάει λάθος	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα
12) Είμαι εντάξει	ναι, το σκέφτηκα	όχι, δεν το σκέφτηκα

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τον εαυτό σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στη 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ, στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

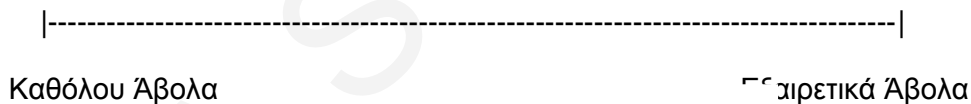
Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

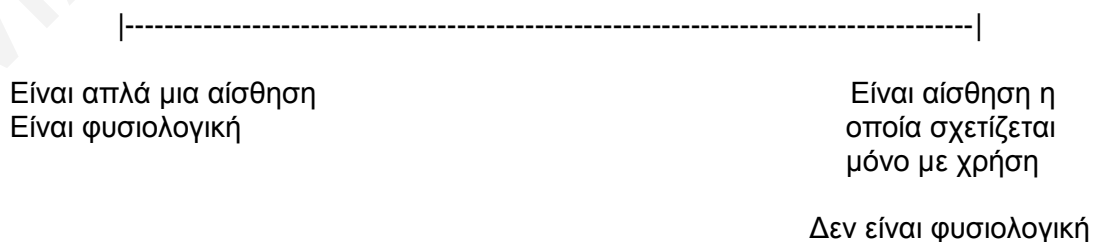
Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Άρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιος άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η σκέψη αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή



2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι φυσιολογική;



Ασκήσεις

Επανάληψης

Ημερολόγιο Καταγραφής Σκέψης

Σκέψεις Αποτέλεσμα κάποιας	Συναίσθημα Αξιολόγηση 0-100%	Εκτίμηση / Σημασία-Έννοια Τι σημαίνει για σένα αυτή η εικόνα; Τι πιστεύεις εκείνη τη στιγμή;	Επ. Ρεαλιστική Σκέψη Τι γνωρίζεις τώρα για εκείνη τη στιγμή ή την κατάσταση;

Καταγραφή Θετικών Πεποιθήσεων

Παλιά (αυτοκριτική πεποίθηση) _____

Νέα (θετική) πεποίθηση _____

Αποδεικτικό υλικό που υποστηρίζει τη νέα πεποίθηση (ή τουλάχιστον δεν είναι όμοια με την παλιά)

Πχ. μια εμπειρία που έχεις, κάτι που σου είπε κάποιος, ή οτιδήποτε άλλο που υποστηρίζει τη νέα πεποίθηση

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Αξιολόγηση Ασκήσεων Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Αρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιος άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|
Καθόλου Άβολα Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|
Είναι απλά μια σκέψη Είναι η πραγματικότητα
Δεν την πιστεύω καθόλου Την πιστεύω απόλυτα

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ



Πανεπιστήμιο Κύπρου
Τμήμα Ψυχολογίας

Απονέμεται στον/στην

Για συμμετοχή σε ___ από ___ συνεδρίες
Της θεραπείας Γνωστικής Αναδόμησης για ουσίες στην Κύπρο

από

Στις _____ (Ημερομηνία)

***Πώς να
χρησιμοποιήσεις αυτό
το βιβλίο***

Επιπρόσθετο
κομμάτι της
θεραπείας
απεξάρτησης



Επανάληψη
ασκήσεων
που
προτείνει το
βιβλίο αυτό

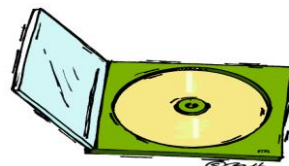


Επιτυχημένη
προσπάθεια
απεξάρτησης

Πρώτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν την πρώτη
τηλεφωνική επικοινωνία)

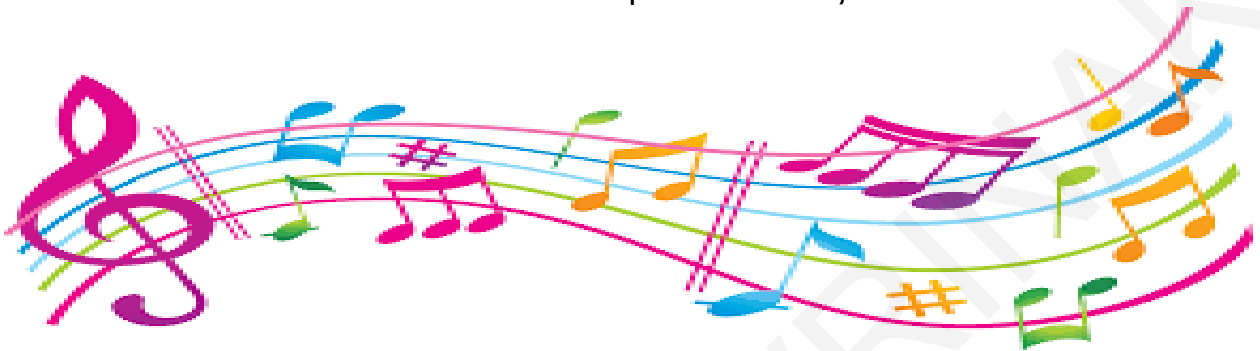


**ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**



Θα πιώ απόψε το φεγγάρι
και θα μεθύσω και θα πω
αφού πονάς για κάποιον άλλο
ρίξε μαχαίρι να κοπώ

Κι όταν με κόψει το μαχαίρι
μετανιωμένη θα μου πεις
πάρε του φεγγαριού το δάκρυ
κι από το αίμα να πλυθείς



Απ' το σπίτι δε θα βγω, πίνω _____
δεν έχω χρόνο για το μωρό, _____

οοοο

εεοο, _____

με φωνάζουνε τρελό γιατί πίνω _____
για όλα τα άλλα αδιαφορώ, _____

ΩΧ! Έχω επιθυμία για χρήση!

Πολλές φορές τα τραγούδια, μια λέξη, ένα συναίσθημα μπορεί να μας θυμίσει τη χρήση και να μας προκαλέσει επιθυμία. Τι μπορούμε να κάνουμε, όμως, για να αντιμετωπίσουμε την επιθυμία μας ; Αυτό το πρόγραμμα σε συνδυασμό με το θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο βρίσκεσαι θα σου μάθει κατάλληλους τρόπους διαχείρισης της επιθυμίας για χρήση. Πάμε να δούμε ποιοι είναι αυτοί!



Ενισχυτικό πρόγραμμα θεραπείας



Γεια σου, ονομάζομαι Μαρία και είμαι Διδακτορική φοιτήτρια της Κλινικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Αυτό το θεραπευτικό πρόγραμμα γνωστικής αποκόλλησης, εκτός από το ότι αποτελεί μέρος της διατριβής μου, προσφέρεται ως ενίσχυση της κανονικής θεραπείας απεξάρτησης στην οποία βρίσκεσαι. Αποτελείται από αυτό το εγχειρίδιο, τηλεφωνικές επικοινωνίες και επιπλέον ακουστικό υλικό.

Η πρώτη αυτή ηχογράφηση είναι εισαγωγική και έχει σκοπό να ανακαλύψεις τα δικά σου προσωπικά ερεθίσματα χρήσης.

Οι επόμενες συνεδρίες θα είναι πιο διαδραστικές και θα αποτελούνται από διάφορες ενδιαφέρουσες ασκήσεις. Θα ήθελες να τις δοκιμάσεις;

Γεια σου Μαρία, εγώ είμαι ο Βασίλης, είμαι 25 χρονών και είμαι χρόνιος καπνιστής κάνναβης ενώ κάνω περιστασιακά χρήση διεγερτικών ουσιών. Βρίσκομαι σε ανοικτό πρόγραμμα απεξάρτησης. Γιατί χρειάζεται να συμμετέχω σε επιπλέον θεραπεία αφού βρίσκομαι ήδη σε πρόγραμμα;





Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με διάγνωση εξάρτησης ή και κατάχρησης ουσιών έχουν συχνές υποτροπές οι οποίες πολλές φορές οφείλονται σε μη λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης.

Ευτυχώς, υπάρχουν προγράμματα σαν αυτό που μπορούν να βοηθήσουν στη διαφοροποίηση των στρατηγικών αυτών.

Στο πρόγραμμα αυτό θα κάνουμε ασκήσεις εξερεύνησης και αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης κάτι το οποίο θα ενισχύσει όσα κάνεις στη θεραπεία σου και ελπίζουμε ότι θα σε βοηθήσουν στη σωστή διαχείριση της επιθυμίας για χρήση και στη πρόληψη υποτροπής.

Εγώ είμαι η Σοφία, είμαι 20 χρονών και βρίσκομαι σε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης για γυναίκες, με θέματα κατάχρησης ουσιών. Πόσο θα διαρκέσει αυτό το ενισχυτικό πρόγραμμα;



Γεια σου Σοφία, το πρόγραμμα αυτό θα διαρκέσει μόνο τέσσερις βδομάδες. Θα σου ζητηθεί να συμμετάσχεις σε διάφορες διαδραστικές ασκήσεις (περίπου μισής ώρας) τις οποίες θέλουμε να δοκιμάσεις, θα ήταν καλό επίσης να τις επαναλαμβάνεις τακτικά στο δικό σου χρόνο. Τις ασκήσεις αυτές θα τις συζητάς τηλεφωνικώς, με ερευνητές του προγράμματος (μια φορά τη βδομάδα ενόσω θα κάνεις το πρόγραμμα). Θα σου ζητήσουμε, επίσης, αφού τελειώσεις να συμπληρώσεις κάποια ερωτηματολόγια αφού τελειώσεις το πρόγραμμα.



Εγώ είμαι ο Έκτορας και είμαι 45 ετών. Και βρίσκομαι σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Δεν ξέρω αν μπορείς να με βοηθήσεις. Είμαι χρόνια στη χρήση, έχω χρέη, οικογενειακά και νομικά προβλήματα και σοβαρά θέματα υγείας. Η συμπλήρωση ασκήσεων πώς θα με βοηθήσει πρακτικά; Απλά θα με αγχώσει περισσότερο και θα μου τρώει το χρόνο μου.



Γεια σου Έκτορα. Συμφωνώ ότι άτομα με βεβαρυμένο ιστορικό χρήσης αντιμετωπίζουν πολλαπλά πρακτικά προβλήματα για τα οποία η χρήση είναι μόνο ένα κομμάτι. Το πρόγραμμα αυτό είναι συμπληρωματικό και σε συνεργασία με το πρόγραμμα απεξάρτησης σου, πιστεύουμε ότι θα είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για σένα, αφού αποτελείται από αποτελεσματικές τεχνικές οι οποίες μπορεί να σε βοηθήσουν και σε άλλους τομείς της ζωής σου, εκτός από τη χρήση. Όταν εξασκηθείς στις ασκήσεις αναμένουμε ότι θα δεις πρακτικά αλλαγές στη ζωή σου.



Εγώ είμαι η Αλίκη είμαι 30 ετών και βρίσκομαι σε ανοικτό πρόγραμμα απεξάρτησης. Τι σημαίνει γνωστική αποκόλληση; Είναι αποτελεσματική μέθοδος;



Γεια σου Αλίκη, η γνωστική αποκόλληση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Η μέθοδος αυτή αλλάζει τη σχέση των χρηστών με ερεθίσματα τα οποία ενισχύουν τη χρήση και τους διδάσκει διάφορες τεχνικές. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποφυγή των εσωτερικών ερεθισμάτων, όπως για παράδειγμα η αποφυγή αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, παραδόξως, οδηγεί σε αύξηση της επιθυμίας για χρήση και έτσι αυξάνει το ρίσκο υποτροπής. Ενώ τεχνικές γνωστικής αποκόλλησης έχουν βρεθεί να είναι βοηθητικές στη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση επιθυμίας και έτσι προλαμβάνει την υποτροπή.

Πώς θα με βοηθήσει με το πρόβλημα εξάρτησης που αντιμετωπίζω;



Σε αυτό το πρόγραμμα επικεντρωνόμαστε σε εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης δηλαδή σκέψεις, συναισθήματα και σωματικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν παροδικά παραπατήματα και υποτροπή. Οι μέθοδοι μας υποστηρίζονται ερευνητικά και κλινικά και έχουν φανεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε χρήστες ουσιών.



Θα ήθελα να το δοκιμάσω. Τι θα κάνω αν δεν καταλάβω τις ασκήσεις ή αν έχω κάποια απορία;

Συγχαρητήρια, το πρώτο βήμα αλλαγής είναι να ζητήσει κανείς βοήθεια! Ακολουθήσε προσεκτικά τις οδηγίες από το εγχειρίδιο σου. Οι επόμενες βδομάδες θα γίνουν ακόμη πιο διαδραστικές και ενδιαφέρουσες. Αν έχεις ερωτήσεις σημείωσε τις για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή, όταν σε πάρει τηλέφωνο.



Λίγα λόγια για την υποτροπή



Τα ερεθίσματα χρήσης είναι οποιοδήποτε γεγονός μπορεί να πυροδοτήσει τη χρήση και να επιφέρει την επιθυμία ή και την υποτροπή:

- ✓ π.χ. σκέψεις, σωματικές αισθήσεις ή συναισθήματα,
- ✓ γεγονότα, καταστάσεις, τοποθεσίες ή αντικείμενα τα οποία μπορούμε να τα αντιληφθούμε μέσω των πέντε αισθήσεων μας, της όρασης, της ακοής, της όσφρησης, της γεύσης και της αφής.

Gorski, (1988) πρωτοπόρος στο χώρο της Πρόληψης Υποτροπής

Bowen, (2007).

Τα ερεθίσματα χρήσης μαθαίνονται

- ✓ Γιατί συμβαίνουν πολλαπλές φορές ταυτόχρονα με τη χρήση και
- ✓ π.χ. Όταν διασκεδάσεις αν καταναλώνεις μπίρα συχνά τότε κάθε φορά που διασκεδάσεις θα πυροδοτείται η επιθυμία για κατανάλωση μπίρας.





Οι κυριότεροι λόγοι υποτροπής σε χρήστες είναι:

- ✓ 32% για να διαχειριστούν **αρνητικά συναισθήματα** όπως άγχος και θλίψη,
- ✓ 32% για να διαχειριστούν **αρνητικά σωματικά συμπτώματα**, όπως ο πόνος,
- ✓ 16% για σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με **απόσυρση** από τη χρήση π.χ. γρίπη, αρρώστια
- ✓ 5% λόγω **θετικών**

✓ Αρνητικά Συναισθήματα και Αρνητικές Σκέψεις



Η χρήση ουσιών χρησιμοποιείται ως μηχανισμός διαχείρισης **δύσκολων**:

1) **συναισθημάτων** όπως:

- ✓ Το θυμό, το άγχος, η βαριεστιμάρα, η κατάθλιψη, το φόβο, οι ενοχές, η μοναξιά, η συναισθηματική ή σωματική εξάντληση, ντροπή.

2) και **σκέψεων** :

- ✓ « Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί», «είμαι κακό άτομο», «η οικογένεια μου είχε δίκαιο, είμαι άχρηστη/ος ».

✓ Θετικά Συναισθήματα και Θετικές Σκέψεις



Για πολλά άτομα, το να πηγαίνουν σε πάρτι, σε γιορτές ή άλλους εορτασμούς μπορεί να πυροδοτήσει την επιθυμία για χρήση.

- ✓ **Θετικά συναισθήματα:** η χρήση σχετίζεται με τη χαρά, τον ενθουσιασμό και τις θετικές αναμνήσεις που συνυπάρχουν με επεισόδια χρήσης.
- ✓ **και θετικές σκέψεις** σχετικές με τη χρήση: «Η κοκαΐνη με κάνει να νιώθω ευτυχισμένος/η», « είμαι πιο κοινωνικός/ η όταν πίνω» και «μόνο ένα ποτό δεν θα βλάψει».

✓ Σεξουαλική Σκέψη



Κάποιες ουσίες μπορεί να ενισχύσουν τη σεξουαλική διάθεση ή εμπειρία. Μερικοί άνθρωποι γίνονται πιο παρορμητικοί όταν κάνουν χρήση, έτσι το σεξ και η χρήση μπορεί να έχουν συνδεθεί στο μυαλό τους.

- ✓ **Χρήστες διεγερτικών ουσιών,** συνήθως , συνδέουν τη χρήση με το σεξ.
- ✓ **Σεξουαλικές σκέψεις,** φαντασιώσεις και πορνογραφία μπορούν πολλές φορές να πυροδοτήσουν την επιθυμία για χρήση.

✓ Αρνητικές και Θετικές Σωματικές Αισθήσεις



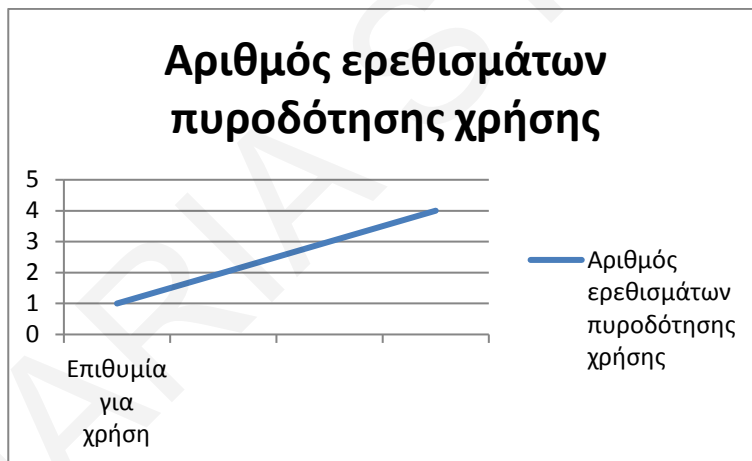
Αρνητικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με **απόσυρση** από ουσίες πολλές φορές πυροδοτούν τη χρήση:

- ✓ π.χ. η γρίπη, η αρρώστια, ο πόνος, η αίσθηση ζάλης, η σωματική κούραση και η εξάντληση.

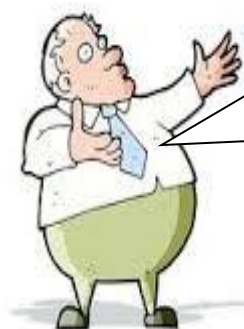
Θετικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με το να είσαι **«φτιαγμένος»**, επίσης, μπορεί να πυροδοτήσουν τη χρήση:

- ✓ π.χ. ενθουσιασμός ή άγχος, αίσθηση του να είσαι έξω από το σώμα σου, θολή όραση, χαλάρωση, υπερβολική ενέργεια, καρδιοχτύπι, υπνηλία, πείνα, δίψα, γέλιο.

- ✓ Όσα περισσότερα ερεθίσματα χρήσης έχω μια δεδομένη στιγμή τόσο πιο μεγάλη είναι και η επιθυμία μου για χρήση
- ✓ Και τόσο πιο εύκολα θα μπορούσα να υποτροπιάσω!



Τι να κάνω όταν νιώσω επιθυμία για χρήση ;



Υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης των ερεθισμάτων πυροδότησης της χρήσης:

- ✓ αποφυγή και δραπέτευση,
- ✓ αποδοχή,
- ✓ πράξη,

Αποφυγή και δραπέτευση: Ειδικά στα αρχικά στάδια απεξάρτησης πρέπει να σκεφτείς ποια είναι τα δικά σου προσωπικά ερεθίσματα χρήσης και να οργανώσεις με τέτοιο τρόπο το πρόγραμμά σου, ώστε να αποφεύγεις άτομα και τοποθεσίες όπου έκανες χρήση.

Αποδοχή: Η σταδιακή επανεισαγωγή μερικών αναπόφευκτων ερεθισμάτων πυροδότησης χρήσης και η εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης τους. Τα αρνητικά συναισθήματα, για παράδειγμα, είναι μέρος της ζωής και δεν μπορούν να αποφευχθούν για πάντα. Έτσι θα μάθουμε δεξιότητες διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων.

Πράξη: Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα συνεχίσεις να είσαι προσεκτικός/η στις συναναστροφές σου με άτομα και τοποθεσίες όπου έκανες χρήση. Τα εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης, όπως είναι τα συναισθήματα, διαφέρουν από τα εξωτερικά ερεθίσματα χρήσης (π.χ. άτομα και οι τοποθεσίες χρήσης). Αν βρεθείς εξ απροόπτου με άτομα που συνδέονται με χρήση, η καλύτερη λύση είναι **να φύγεις αμέσως.**

Παρακαλώ συμπλήρωσε την παρακάτω μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή η οποία σχετίζεται με τη χρήση σε διάφορες καταστάσεις.

Η πρωταρχική σας ουσία κατάχρησης είναι: _____

Η δευτερεύουσα σας ουσία είναι: _____

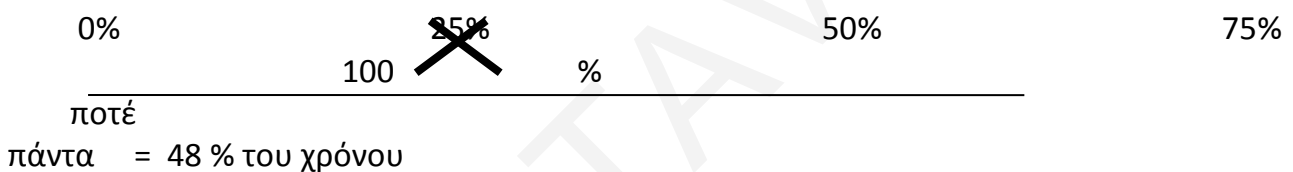
Σκέψου την κατανάλωση ποτού ή άλλης ουσίας που έκανες τους τελευταίους 12 μήνες. Μετά τοποθέτησε ένα «X» κατά μήκος της γραμμής έτσι ώστε να δείχνει πόσο κοντά στο 0% ή στην άλλη μεριά, στο 100%, νομίζεις ότι βρίσκεσαι σε κάθε ερώτηση.

Το 0% = δεν έπινα ποτέ βαριά ή δεν χρησιμοποιούσα ποτέ ουσίες σε αυτή την κατάσταση, ενώ το 100% = πάντα έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα ουσίες σε αυτή την κατάσταση.

Αν η απάντησή σου πέφτει κάπου στο ενδιάμεσο, βάλε «X» στον βαθμό που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα.

Παράδειγμα:

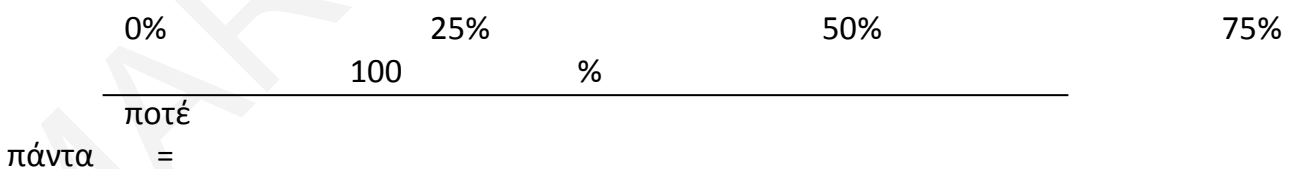
Τους τελευταίους 12 μήνες, έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα άλλες ουσίες



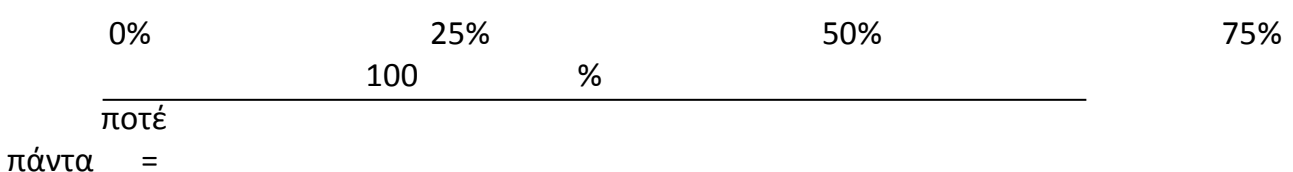
Ξεκίνα εδώ:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα άλλες ουσίες όταν:

1) Βίωνα **δυσάρεστα συναισθήματα** π.χ. λύπη, στεναχώρια, ζήλια, άγχος, ντροπή, θυμό



7) Βίωνα **σωματική δυσφορία** π.χ. πόνο ή σωματικά συμπτώματα τα οποία θυμίζουν απόσυρση (π.χ. τρέμουλο)



8) Βίωνα **ευχάριστα συναισθήματα** π.χ. χαρά, ενθουσιασμό

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

9) Εξέταζα τον προσωπικό μου **έλεγχο** σε σχέση με τις ουσίες π.χ. κατά πόσο μπορώ να αντισταθώ μετά από "off" ή περίοδο αποχής ή μετά από πρόγραμμα απεξάρτησης

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

10) **Είχα ορμές και πειρασμούς** π.χ. σεξουαλικές σκέψεις, έντονη επιθυμία για χρήση

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

11) **Είχα σύγκρουση με άλλους** π.χ. διαφωνία, λογομαχία, σωματική βία

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

7) Βίωνα **κοινωνική πίεση** π.χ. έπιναν άλλοι γύρω μου, με κορόιδευαν ότι δεν έκανα χρήση, μου πρόσφεραν και δεν ήξερα τι να πω.

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

9) Βίωνα **ευχάριστες στιγμές** με άλλους π.χ. σε πάρτι, γιορτή, γάμο, διασκέδαση

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

Βάση της συμπλήρωσης του πιο πάνω καταστάσεων θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

1ο (πιο συχνό) _____

2ο (σε συχνότητα) _____

3ο (σε συχνότητα) _____



MARIA STAVRINAKI

Παρακαλώ, συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τα ερεθίσματα χρήσης σου

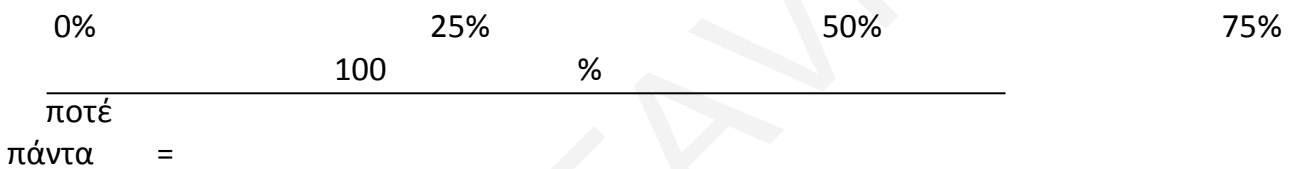
Παράδειγμα:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **τυλιχτό**

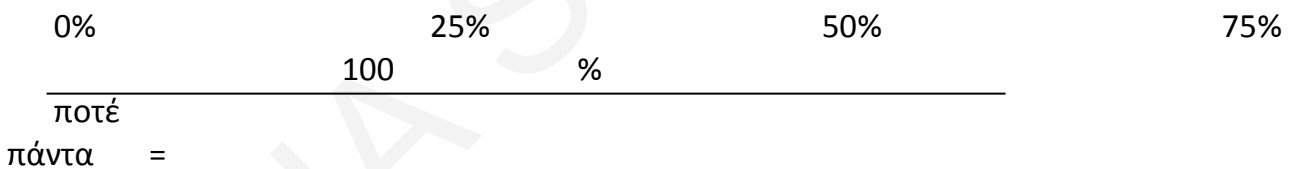


Ξεκίνα εδώ:

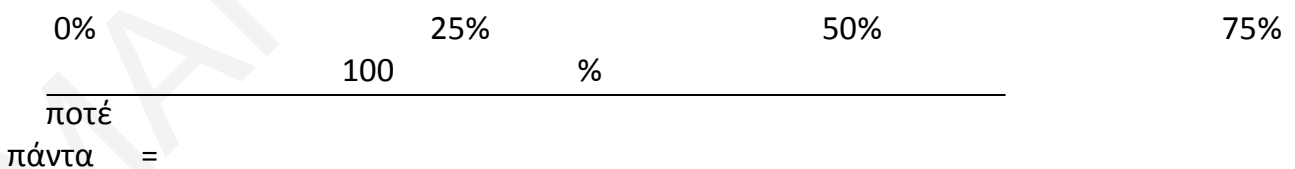
12) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **χόρτο (ή παράγοντα της λέξης αυτής)**



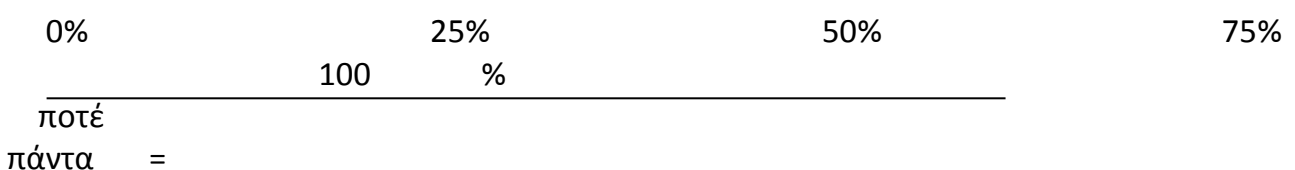
13) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σκόνη**



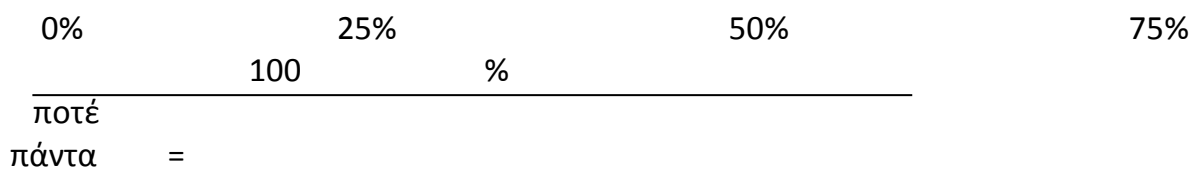
14) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **βελόνα**



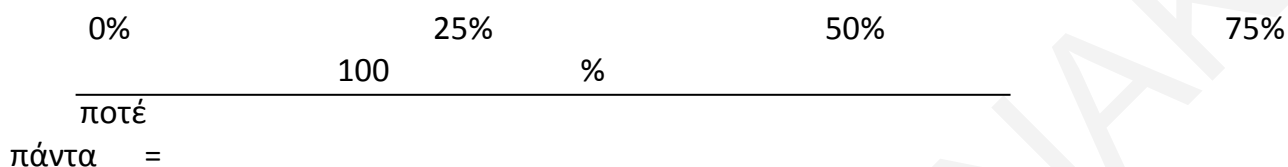
15) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σνιφάρω**



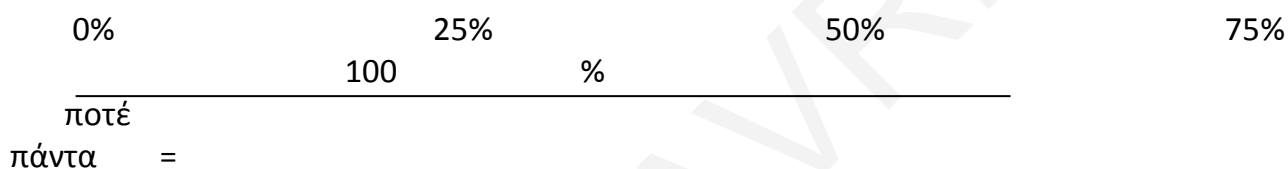
16) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **πίνω**



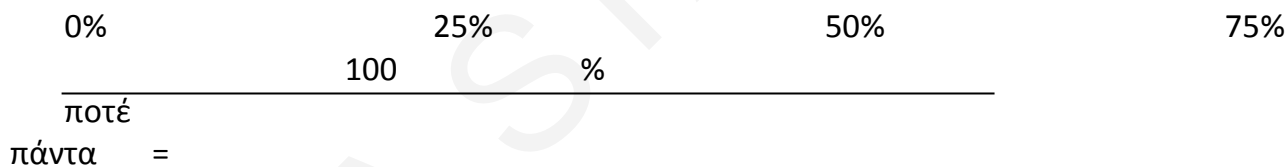
17) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **θάνατος**



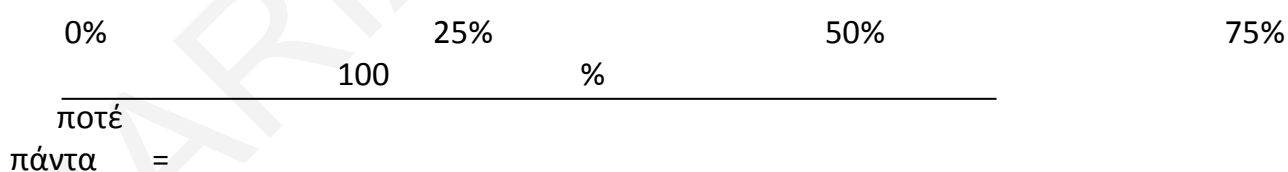
18) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **λεφτά**



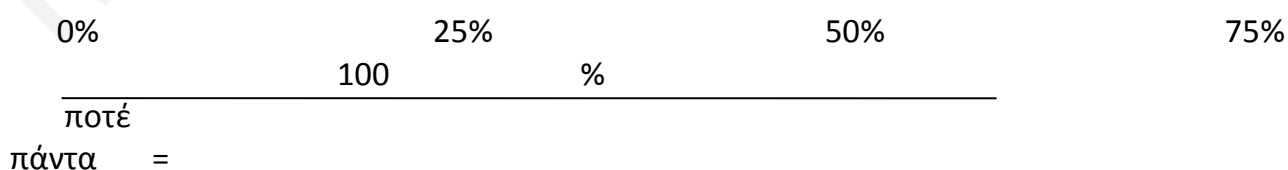
19) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **χαλάρωση**



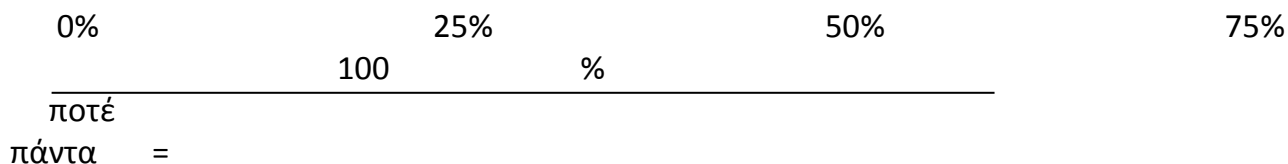
20) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σεξ**



21) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **φάρμακο**



22) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **διασκέδαση**



Βάση της συμπλήρωσης των πιο πάνω σκέψεων θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

- 1ο (πιο συχνό) _____
 2ο (σε συχνότητα) _____
 3ο (σε συχνότητα) _____



Παρακαλώ, συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τα ερεθίσματα χρήσης σου

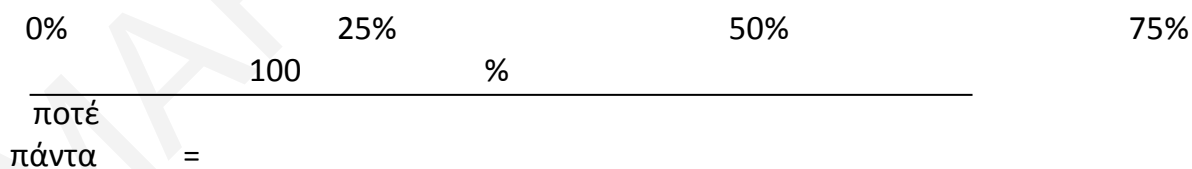
Παράδειγμα:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **αγωνία**

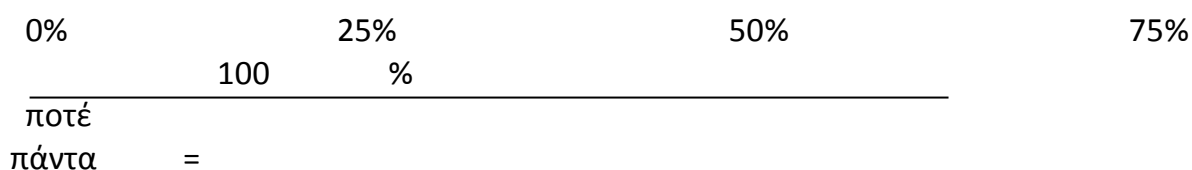


Ξεκίνα εδώ:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **πόνο**



10) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ναυτία ή διαταραχή στο στομάχι**



11) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **τρέμουλο**



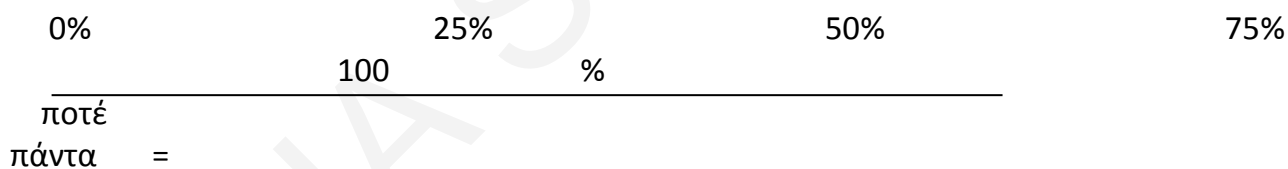
12) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ανατριχίλα**



13) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **μυϊκές κράμπες**



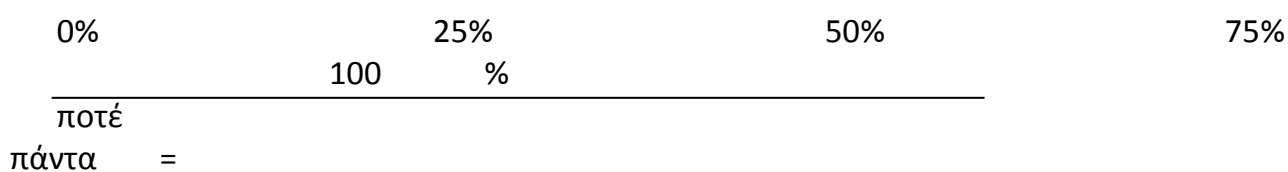
14) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **σωματική κόυραση**



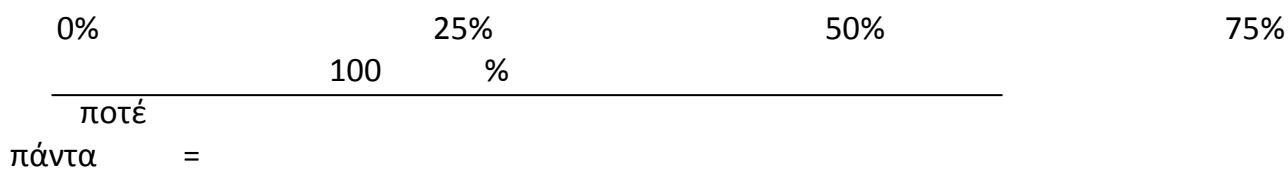
15) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **πεινά**



16) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **δίψα**



17) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **υπνηλία**



18) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ζέστη & ιδρώτα**



Βάση της συμπλήρωσης των πιο πάνω τις αισθήσεις (ή άλλες σωματικές καταστάσεις τις οποίες εντόπισα μόνος/η μου) θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

1ο (πιο συχνό) _____

2ο (σε συχνότητα) _____

3ο (σε συχνότητα) _____



Ασκήσεις

Επανάληψης

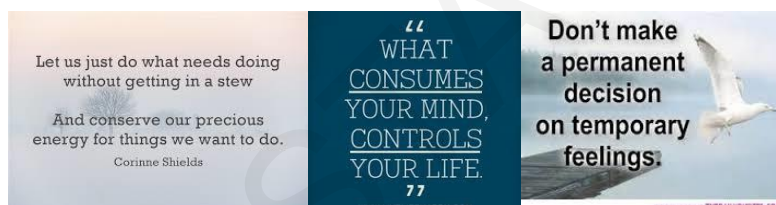
Καθημερινή κλίμακα καταγραφής συναισθημάτων

Στο τέλος της ημέρας κατέγραψε την βαθμολογία που δίνεις από το 0 (καθόλου) μέχρι το 10 (υπερβολική) στον πιο κάτω πίνακα:

Δυσφορία: πόση δυσφορία σου προκάλεσε η επιθυμία για χρήση;

Πάλη/Αποφυγή: πόση ενέργεια καταναλώνεις για να αποφεύγεις/παλεύεις με συναισθήματα και σκέψεις που σχετίζονται με επιθυμία για χρήση;

Λειτουργικότητα: Κατά πόσο θα μπορούσες να λειτουργήσεις αποτελεσματικά στη ζωή σου συμπεριφερόσουν με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρθηκες;



Ημέρα	Δυσφορία 0-10	Πάλη/Αποφυγή 0-10	Λειτουργικότητα 0-10
Δευτέρα			
Τρίτη			
Τετάρτη			
Πέμπτη			
Παρασκευή			
Σάββατο			

Κυριακή			

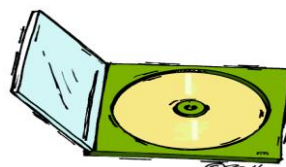
Κλίμακα δυσφορίας και αποφυγής

Στο τέλος της ημέρας κατέγραψε την βαθμολογία που δίνεις στη παρακάτω κλίμακα

Ερεθίσματα Χρήσης Εξωτερικά και Εσωτερικά	Δυσφορία (0-8) 0 = Καθόλου 8 = Υπερβολική	Αποφυγή (0-8) 0 = Καθόλου 8 = Υπερβολική	Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης ερεθισμάτων (π.χ. περισπασμός, ενασχόληση με κάτι άλλο)
Τοποθεσίες που συνδέονται με χρήση			
Εργαλεία χρήσης			
Γνωστούς και φίλους συνδεόμενοι με τη χρήση			
Περιβάλλον χρήσης (φωτισμός, μυρωδιές και ήχος)			
Προβληματικές οικογενειακές σχέσεις			
Ενθουσιασμός			
Γέλιο			

Διασκέδαση			
Χαλάρωση			
Λύπη, στεναχώρια			
Θυμό			
Ζήλια			
Ενοχή			
Ντροπή			
Άγχος			
Τρέμουλο			
Ναυτία			

Δεύτερο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν τη
δεύτερη τηλεφωνική
επικοινωνία)



**ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΔΕΥΤΕΡΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

- ✓ Στο πρόγραμμα αυτό θα εμπλακείς σε διάφορες διαδραστικές ασκήσεις εξερεύνησης και αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης
- ✓ Σε αυτό το πρόγραμμα επικεντρωνόμαστε σε κλινικά αποδεδειγμένες μεθόδους οι οποίες έχουν φανεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε θέματα μη προσαρμογής, σε θεραπεία απεξάρτησης, παροδικά παραπατήματα και υποτροπή.
- ✓ Παρακαλώ, όπως ακολουθήσεις προσεκτικά τις οδηγίες τόσο από την ηχογράφιση που ακούς τώρα όσο και από αυτό το βιβλίο σου.
- ✓ Αν έχεις ερωτήσεις, σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή όταν σε πάρει τηλέφωνο.



Ξεκινάμε τώρα!

Γνωστική Αποκόλληση

- ❖ Για όλους τους ανθρώπους η γλώσσα, (δηλαδή οι σκέψεις και οι λέξεις, που χρησιμοποιούμε) είναι από την μια ευλογία, ενώ από την άλλη και κατάρα.
- ❖ Με, με τη θετική πτυχή της γλώσσας, μπορούμε να επηρεάσουμε το περιβάλλον μας επικοινωνώντας με τον έξω κόσμο. Μπορούμε να δημιουργήσουμε γενικά μια καλύτερη ζωή. Σχεδόν όλα τα πράγματα γύρο μας που πέτυχε η ανθρωπότητα οφείλονται σε αυτή μας την ικανότητα.
- ❖ Από την αρνητική πλευρά όμως, είμαστε το μόνο είδος (ζώο) το οποίο ανησυχεί και προβληματίζεται για πράγματα τα οποία δεν είναι στο άμεσο μας περιβάλλον, πράγματα που συνέβηκαν είτε στο παρελθόν είτε που φοβόμαστε ότι θα συμβούν στο μέλλον. Όπως το να έχουμε τα πράγματα που θα θέλαμε (καλή δουλειά, φίλους, οικογένεια κτλ.) και πάλι να μην είμαστε ευχαριστημένοι και να θέλουμε περισσότερα.

- ❖ Έλα να δούμε πιο ξεκάθαρα όλο αυτό σε μια άσκηση
- ❖ Αυτή η άσκηση μπορεί να φαίνεται αστεία αλλά σε παρακαλώ να τη δοκιμάσεις.
- ❖ Θα σου ζητήσω να πεις μια λέξη. ...

❖ Θέλω να πεις τη λέξη, "ΓΑΛΑ".

❖ Τι σου έρχεται στο μυαλό όταν την λες;

❖ Τι άλλο;





- ❖ Μπορεί να σκέφτηκες την όψη του γάλατος, την αφή, τη μυρωδιά του και μετά τα διάφορα πράγματα και καταστάσεις που συνδέονται με τη λέξη «γάλα» και τις διάφορες εμπειρίες που είχες με τη λέξη αυτή;
- ❖ Εγώ σκέφτηκα αγελάδα, γάλα σοκολάτας, το μπουκάλι με το γάλα και τη μαμά μου τρέχει ξωπίσω μου για να πιώ το γάλα μου!



- ❖ Το μόνο το οποίο πραγματικά έγινε, όμως, εδώ τώρα είναι, ότι ακούστηκε ένα παράξενος θόρυβος μέσα στο κεφάλι μας ή διαβάσαμε κάποιους παράξενους χαρακτήρες στο χαρτί — γ-α-λ-α --- και μετά εμφανίστηκαν πολλές αναμνήσεις, εικόνες κτλ.
- ❖ Πρόσεξε ότι δεν υπάρχει γάλα σε αυτό το δωμάτιο, τίποτε που να συνδέεται με γάλα δεν υπάρχει. Αλλά το γάλα εμφανίστηκε ψυχολογικά (δηλαδή, ως εικόνα του μυαλού σου).
- ❖ Εγώ και εσύ μπορεί να το βλέπαμε, το γευόμαστε και το νιώθαμε. Παρόλα αυτά, μόνο η λέξη κάποιιοι χαρακτήρες στο χαρτί ήταν παρούσα.



Ας δοκιμάσουμε ακόμα μια άσκηση:

- ❖ Η άσκηση αυτή είναι λίγο ανόητη και μπορεί να ντραπείς όταν την κάνεις αλλά θα την κάνω και εγώ ταυτόχρονα, οπότε θα είμαστε ανόητοι μαζί.
- ❖ Αυτό που θα σου ζητήσω να κάνεις είναι να πεις τη λέξη "γάλα," δυνατά, ξανά και ξανά, όσο πιο γρήγορα μπορείς και μετά να προσέξεις τι γίνεται.
- ❖ Είσαι έτοιμος/η;
- ❖ Πες ΓΑΛΑ ξανά και ξανά όσο πιο γρήγορα μπορείς για 30 δευτερόλεπτα.....

ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ,
ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ,
ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ,
ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ,
ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ, ΓΑΛΑ
.....

- ❖ Τι συνέβηκε;
- ❖ Κατάληξε η λέξη αυτή να είναι ένα περιεργος και αστείος ήχος ο οποίος έχασε τη σημασία του;
- ❖ Τι απέγιναν όλα τα ψυχολογικά επακόλουθα (εικόνες μυαλού) τα οποία συνδέονταν με τη λέξη αυτή;
- ❖ Μπορεί η εικόνα που είχες ότι κάτι κρεμώδες και κρύο υπήρχε στο χώρο αυτό, μόλις εξαφανίστηκε. Όταν είπες τη λέξη γάλα για πρώτη φορά το γάλα έμοιαζε ότι βρισκόταν εδώ μαζί σου. Αλλά το μόνο που συνέβηκε ήταν απλά ότι είπες μια λέξη.
- ❖ Τη πρώτη φορά που το είπες, η λέξη ήταν ψυχολογικά σημαντική και η εικόνα της λέξης φαινόταν σχεδόν πραγματική μπροστά σου. Αλλά όταν το επανέλαβες ξανά και ξανά ξεκίνησε να χάνει το νόημα της η λέξη και τα γράμματα έγιναν μόνο ήχοι και σύμβολα.

Ήχοκύματα



Άδειο δοχείο

OTHERWISE, THEY ARE MEANINGLESS

MotivationalTwist.com

ΚΑΤΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΛΕΞΕΙΣ

Οι λέξεις δεν είναι τίποτα περισσότερο από άδεια δοχεία. Η εμπειρία του καθενός γεμίζει τις λέξεις και τις κάνει σημαντικές



- ❖ Το τι εισηγούμαστε είναι ότι η άσκηση αυτή μπορεί να εφαρμοστεί σε πολλές προσωπικές σκέψεις και λέξεις οι οποίες σχετίζονται με τον εαυτό μας.
- ❖ Όταν λέμε αρνητικά πράγματα στον εαυτό μας όπως «είσαι άχρηστος» συνήθως αυτό μοιάζει αληθινό και στο μυαλό μας έρχονται εικόνες από διάφορες αποτυχίες μας. Αν τώρα, χρησιμοποιήσουμε μια άσκηση σαν αυτή εδώ, δηλαδή να επαναλάβουμε πολλές φορές τη λέξη «άχρηστος» θα βλέπουμε ότι όλα τα υπόλοιπα που συνδέονται με τις λέξεις θα εξαφανιστούν....
- ❖ Θα βλέπαμε ότι η λέξη «άχρηστος» είναι απλά μια λέξη, έτσι;
- ❖ Οι σκέψεις δεν είναι κάτι στερεό, απτό ή χειροπιαστό. Είναι κάτι που έρχεται και φεύγει σαν το αεράκι που φυσά.
- ❖ Η αρνητική πτυχή των λέξεων συμβαίνει όταν πιστεύουμε ότι οι σκέψεις είναι αληθινές ή πράττουμε βάση του τι μας λέει το μυαλό μας.
- ❖ Πολλές φορές όταν έχουμε αρνητικές σκέψεις, τείνουμε να τις θεωρούμε κακές, βλαβερές και πραγματικές και έτσι προσπαθούμε να τις αποφεύγουμε/ καταπιέζουμε ή προσπαθούμε με κάποιο τρόπο να τις εξουδετερώσουμε ή να τις μειώσουμε. Θεωρούμε ότι θα έπρεπε να τις διώξουμε για να μπορούμε να κάνουμε τα πράγματα που θέλουμε.
- ❖ Όμως οι σκέψεις σου είναι απλά σκέψεις, όσο τις πιστεύεις και προσπαθείς να τις διώξεις τόσο περισσότερο έρχονται και σε βρίσκουν!
- ❖ Είναι φυσιολογικό μέρος του να είσαι ζωντανός/η!



ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ,
 ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ
 ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ
 ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ
 ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΧΡΗΣΤΟΣ
 ΑΧΡΗΣΤΟΣ

ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ,ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ,ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ, ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ,
 ΧΡΗΣΗ.....

- ❖ Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τη χρήση σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στη 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που περνά συχνά από το μυαλό σου) και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση.
Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα ή επιθυμία για χρήση.
- ❖ Τώρα, θέλω να πεις τη λέξη που σκέφτηκες, "XXXXXXX".
Τι σου έρχεται στο μυαλό όταν την λες;



Τι άλλο;

Τι εμφανίζεται όταν λες τη λέξη "XXXXXXX"

Τι άλλο;

Τι εικόνες έρχονται;

Μπορεί αυτό που σου πέρασε από το μυαλό να είναι οι διάφορες εμπειρίες που είχες με τη λέξη αυτή;

- ❖ Το μόνο που έγινε πραγματικά όμως είναι ότι ακούστηκε ένας παράξενος θόρυβος — XXXXXXXX --- και μετά εμφανίζονται πολλές άλλες αναμνήσεις και εικόνες.
- ❖ Τώρα πες τη λέξη "XXXXXXX" ξανά και ξανά για 30 δευτερόλεπτα
ΠΙΟ ΓΡΗΓΟΡΑ !!!
ΠΙΟ ΔΥΝΑΤΑ !!!!
Συνέχισε Ακόμα..... !!!
- ❖ Τι συνέβηκε;
Κατάληξε η λέξη αυτή να είναι ένα περίεργος και αστείος ήχος ο οποίος έχασε τη σημασία του;



Προφυλάξεις:

Αν έχεις οποιοσδήποτε από τις πιο κάτω παθήσεις, συμβουλεύσου το γιατρό σου προτού προβείς σε εσωτερική έκθεση:

- Επιληψία
- Καρδιολογικά προβλήματα
- Σοβαρά αυχενικά προβλήματα ή προβλήματα στον σπόνδυλο.
- Σοβαρά προβλήματα στους πνεύμονες






Οδηγίες:


- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες.
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις. Αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην αφήσεις αυτά τα συναισθήματα να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάς την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα.
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που, συνήθως, νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.
- Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα ;
 - Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
 - Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
 - Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού



Είσαι έτοιμος/η ;

Κοίταξε την παρακάτω λίστα και **διάλεξε ένα** συναίσθημα είτε αρνητικό είτε θετικό το οποίο **προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης**. Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης του συναισθήματος αυτού προσπαθώντας να φανταστείς ότι βρίσκεσαι πραγματικά στη συγκεκριμένη αυτή κατάσταση.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση και την εξάρτηση

Συναίσθημα	Τρόπος Πρόκλησης
<p>Ενθουσιασμός / Γιορτή, Πανηγύρι</p>	<p>Βάδισε επί τόπου ενόσω γελάς δυνατά για ένα λεπτό.</p> 
<p>Ενόχληση/ θυμός</p>	<p>Φαντάσου ότι η/ο σύντροφος σου θυμώνει μαζί σου όταν βλέπει άδειες μπουκάλες μπίρας/εργαλεία της χρήσης στο σπίτι. Φαντάσου ότι κάποιος απείλησε να βλάψει ένα κοντινό σου πρόσωπο , εάν δεν τον πλήρωνες.</p> 
<p>Ενοχή</p>	<p>Φαντάσου ότι έβλαψες ένα άτομο το οποίο αγαπάς άθελα σου π.χ. κατάλαβες ότι ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σου είναι λανθασμένος</p> 
<p>Ζήλια</p>	<p>Φαντάσου ότι άλλα άτομα γύρω σου έχουν περισσότερα προτερήματα από εσένα (π.χ. καλύτερο αυτοκίνητο, λεφτά στη</p>

	<p>τράπεζα κτλ. ή ότι το άτομο που αγαπάς δίνει σημασία σε κάποιον άλλο/η).</p> 
<p>Βαριεστιμάρια</p>	<p>Για ένα λεπτό να έχεις κενό βλέμμα ή να κοιτάζεις επίμονα τον τοίχο ή διάβασε ένα πολύ βαρετό κείμενο για 10 λεπτά.</p> 
<p>Ντροπή</p>	<p>Κάνε ασκήσεις μαθηματικών μπροστά από άλλους</p> 
<p>Λύπη ή στεναχώρια/ πένθος</p>	<p>Φαντάσου ότι κάποιο κοντινό σου άτομο έχει πεθάνει. Διάβασε μια λυπηρή για σένα ιστορία ή άκουσε ένα λυπηρό τραγούδι.</p>

	
<p>Χαρά ή Ευτυχία</p>	<p>Φαντάσου ότι βρίσκεσαι σε μια ευτυχισμένη και μακροχρόνια σχέση με κάποιο άτομο που αγαπάς</p> 

Παρακαλώ συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή.

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει ότι εμφανίζονται μετά την πρόκληση σε ερεθίσματα χρήσης (δες πίνακα και σκάλα που προηγήθηκαν). Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές: μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μόνο, ένα ή δύο. Βαθμολόγησε, από το 0 μέχρι 8, τη κάθε ερώτηση, βάζοντας «X» πάνω από τον αριθμό που καλύτερα αντιστοιχεί αυτό που πιστεύεις.

Παρακαλώ σημείωσε X στον αριθμό που ισχύει:

17) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

18) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

19) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

20) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

21) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

22) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

23) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

24) Αίσθημα πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

25) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

26) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

27) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν να είναι όλα ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

28) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

29) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

30) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

31) Φόβος να ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

32) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

5) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες με τα σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση τα οποία νιώθεις συνήθως;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Παρακαλώ βαθμολόγησε, πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφρώς ασφαλές	Ελαφρώς ασφαλές	Ασφαλές	Μέτρια ασφαλές	Αρκετά ασφαλές	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απολύτως ασφαλές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Παρακαλώ βαθμολόγησε, πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις σου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|-------------------------------|------------------|----------------------|
| 13) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 14) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 15) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 16) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 17) Τι ευχάριστο συναίσθημα ! | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 18) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 19) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 20) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 21) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 22) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 23) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 24) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τον εαυτό σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στην 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

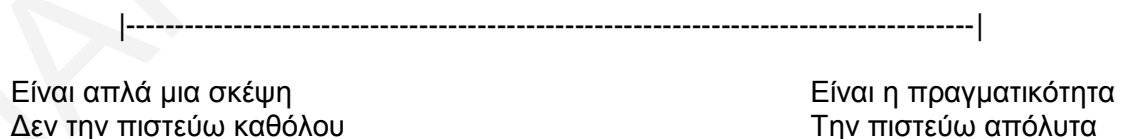
Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Άρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιο άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή



2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;



Ασκήσεις

Επανάληψης

Παρακαλώ συμπλήρωσε το ημερολόγιο σκέψεων. Διάλεξε μια μέρα όπου νιώθεις έντονη επιθυμία ή αντιμετωπίζεις αρνητικά ή θετικά συναισθήματα ή σωματικά συμπτώματα που σου θυμίζουν τη χρήση.

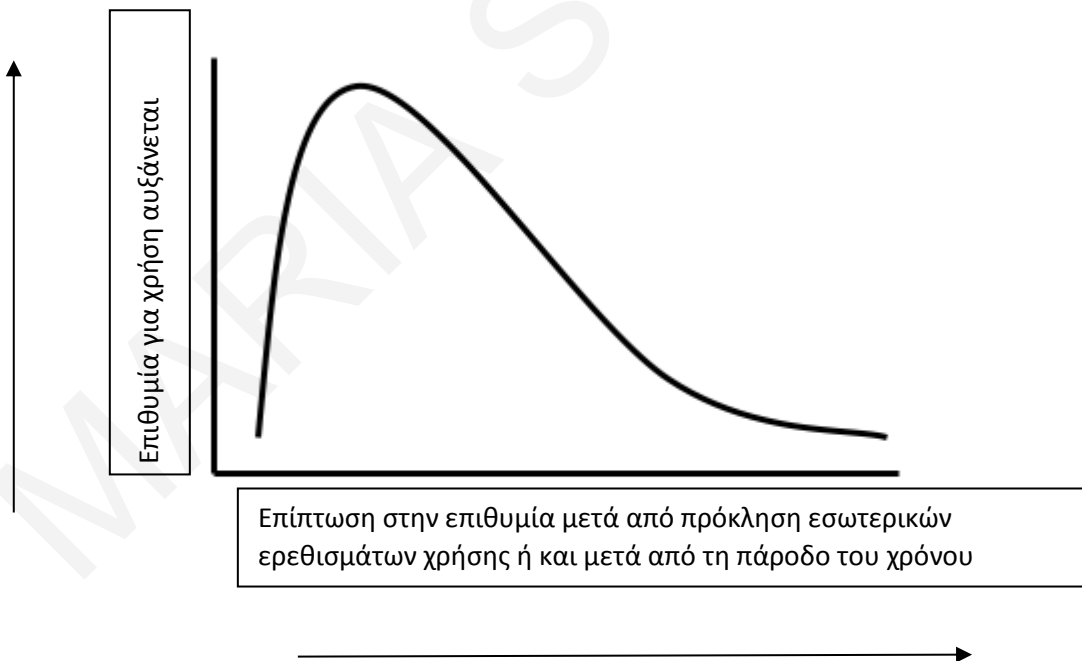
Ώρα	Σκέψη σχετική με την επιθυμία για χρήση (Π.χ. θέλω να κάνω χρήση τώρα)	Ένταση Σκέψης 0 – 100% (π.χ. 70%)
12:00 π.μ. - 2:00 π.μ.		
2:00 π.μ. - 4:00 π.μ.		
4:00 π.μ. - 6:00 π.μ.		
6:00 π.μ. - 8:00 π.μ.		
8:00 π.μ. - 10:00 π.μ.		
10:00 π.μ. - 12:00 μ.μ.		
12:00 μ.μ. - 2:00 μ.μ.		
2:00 μ.μ. - 4:00 μ.μ.		
4:00 μ.μ. - 6:00 μ.μ.		
6:00 μ.μ. - 8:00 μ.μ.		
8:00 μ.μ. - 10:00 μ.μ.		
10:00 μ.μ. - 12:00 π.μ.		
2:00 π.μ. - 4:00 π.μ.		
4:00 π.μ. - 6:00 π.μ.		
6:00 π.μ. - 8:00 π.μ.		

8:00 π.μ.- 10:00 π.μ.		
10:00 π.μ.- 2:00 μ.μ.		
12:00 μ.μ.- 2:00 μ.μ.		
2:00 μ.μ.- 4:00 μ.μ.		
4:00 μ.μ.- 6:00 μ.μ.		
6:00 μ.μ.-8:00 μ.μ.		
8:00 μ.μ.- 10:00 μ.μ.		

Ερωτήσεις:

- ❖ Ποιες ώρες ή καταστάσεις/άτομα πυροδοτούν την επιθυμία σου για χρήση;
- ❖ Υπάρχουν διαφορές στην ένταση της σκέψης σου κατά τη διάρκεια της ημέρας;

Εάν συνεχίσεις να συμπληρώνεις την άσκηση αυτή και τις υπόλοιπες ημέρες τις εβδομάδας θα διαπιστώσεις ότι η επιθυμία για χρήση έχει σκαμπανεβάσματα και επηρεάζεται από διάφορες καταστάσεις, άτομα και σκέψεις. Όσες περισσότερες μέρες μένεις καθαρός/η τόσο πιο πολύ θα κατευνάσει η επιθυμία σου για χρήση.



- ❖ Θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τη χρήση σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση.
Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα ή επιθυμία για χρήση.

- ❖ Τώρα, θέλω να πεις τη λέξη που σκέφτηκες, "XXXXXXX".
Τι σου έρχεται στο μυαλό όταν την λες;

Τι άλλο;



Τι εμφανίζεται όταν λες τη λέξη "XXXXXXX"

Τι άλλο;

Τι εικόνες έρχονται;

Μπορεί αυτό που σου πέρασε από το μυαλό να είναι οι διάφορες εμπειρίες που είχες με τη λέξη αυτή;

- ❖ Το μόνο που έγινε πραγματικά όμως είναι ότι ακούστηκε ένας παράξενος θόρυβος — XXXXXXX --- και μετά εμφανίζονται πολλές άλλες αναμνήσεις και εικόνες.

- ❖ Τώρα πες τη λέξη "XXXXXXX" ξανά και ξανά για 30 δευτερόλεπτα
ΠΙΟ ΓΡΗΓΟΡΑ !!!

ΠΙΟ ΔΥΝΑΤΑ !!!!

Συνέχισε Ακόμα..... !!!

- ❖ Τι συνέβηκε;
Κατάληξε η λέξη αυτή να είναι ένα περίεργος και αστείος ήχος ο οποίος έχασε τη σημασία του;

Αξιολόγηση Ασκήσεων

Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Άρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιο άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|

Είναι απλά μια σκέψη
Δεν την πιστεύω καθόλου

Είναι η πραγματικότητα
Την πιστεύω απόλυτα

Αξιολόγηση Χρησιμότητας Άσκησης

Παρακαλώ συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις.

1. Πόσο χρήσιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου χρήσιμη						Εξαιρετικά χρήσιμη

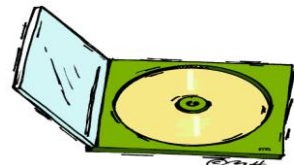
2. Πόσο ωφέλιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου ωφέλιμη						Εξαιρετικά ωφέλιμη

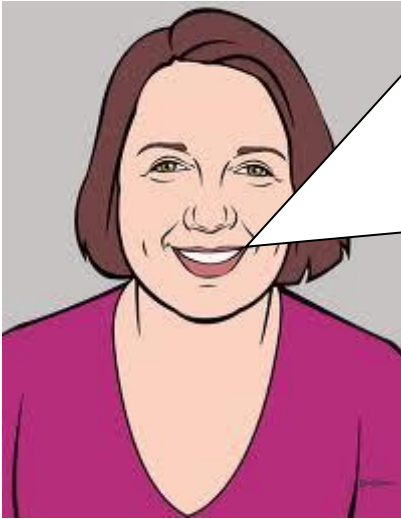
3. Πόσο δύσκολη ήταν αυτή η άσκηση στην εφαρμογή της όσο αφορά την συγκεκριμένη σκέψη;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου δύσκολη						Εξαιρετικά δύσκολη

Τρίτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν την τρίτη
τηλεφωνική επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΤΡΙΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ



- ✓ Αυτή τη βδομάδα θα μιλήσουμε για την πρόληψη υποτροπής και πώς αυτή συνδέεται με την γνωστική αποκόλληση
- ✓ Στη συνέχεια θα εφαρμόσουμε διαδραστικές ασκήσεις με σκοπό την αποδοχή και αποστασιοποίηση λέξεων, σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών συμπτωμάτων που σου προκαλούν ή πυροδοτούν επιθυμία για χρήση.
- ✓ Παρακαλώ όπως ακολουθήσεις προσεκτικά τις οδηγίες τόσο από την ηχογράφιση που ακούς τώρα όσο και από αυτό το βιβλίο .
- ✓ Αν έχεις ερωτήσεις σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή, όταν θα σε πάρει τηλέφωνο.

Η Πρόληψη Υποτροπής επιτυγχάνεται όταν ο/η χρήστης γνωρίζει τρόπους διαχείρισης καταστάσεων υψηλού ρίσκου:

- ✓ Κάνει γνωστική αποκόλληση σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών συμπτωμάτων όταν έρθει , εξ απροόπτου, σε επαφή με άτομα ή καταστάσεις που συνδέονται με τη χρήση
- ✓ Κάνει γνωστική αποκόλληση αντί να αναμασά γεγονότα και λάθη του παρελθόντος ή να νιώθει έντονη ενοχή για κάποιο προσωρινό παραπάτημα
- ✓ Έχει εξασκηθεί σε τρόπους άρνησης ουσιών.
- ✓ Έχει ενασχοληθεί με δραστηριότητες οι οποίες τονώνουν την αυτοπεποίθηση

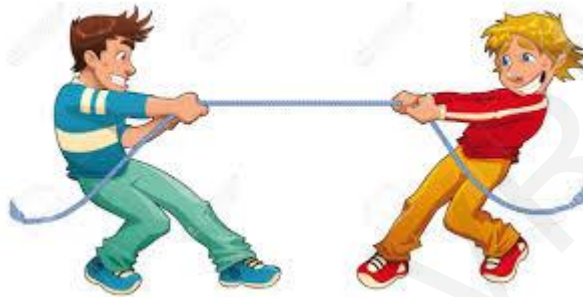
- ❖ Σκέψου όλες τις προηγούμενες σου προσπάθειές για να ελέγξεις την επιθυμία σου για χρήση, όπως επίσης και τα αρνητικά σου συναισθήματα,
- ❖ Το γεγονός ότι βρίσκεσαι σε κέντρο απεξάρτησης ουσιών μας λέει ότι μέχρι τώρα οι στρατηγικές σου δεν φάνηκαν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη διαχείριση της χρήσης.
- ❖ Τι μπορείς να κάνεις όμως;
 - 1) Μια λύση είναι να συνεχίσεις τη μάχη με την επιθυμία σου με τον ίδιο τρόπο που έκανες μέχρι σήμερα. Ποιο το αποτέλεσμα; Κάποιες φορές κερδίζεις και κάποιες φορές χάνεις!
 - 2) Άλλη λύση είναι να σταματήσεις την πάλη με την επιθυμία και τα συναισθήματα. Τι νομίζεις ότι θα συμβεί αν σταματήσεις την πάλη; Τι θα συμβεί αν σταματήσεις να παλεύεις με την επιθυμία;



ΓΕΙΑ ΣΑΣ!

ΕΙΜΑΙ ΤΟ ΤΕΡΑΣ ΤΟΥ ΠΟΘΟΥ ΚΑΙ
ΤΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ

- ❖ Αυτός ο αγώνας σου ενάντια στην επιθυμία για χρήση και τα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με αυτή μπορεί να παρομοιαστεί με μια εξαντλητική μάχη που έχεις εδώ και χρόνια με μια ομάδα τεράτων. Μπορεί κάποια στιγμή να έχεις παίξει αυτό το παιχνίδι με το σχοινί

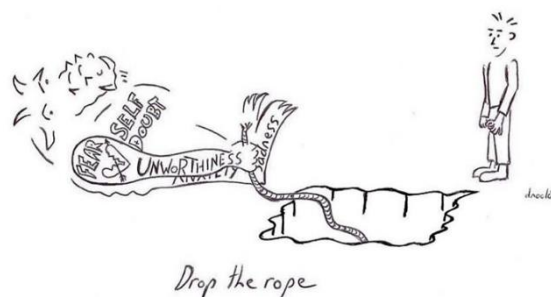
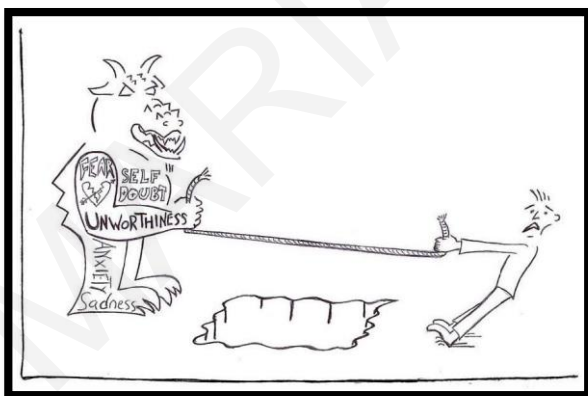


- ❖ Φαντάσου όμως ότι εσύ τραβάς από τη μια μεριά του σχοινοῦ και τα τέρατα από την άλλη.
- ❖ Μέχρι στιγμής, ανεξάρτητα από το πόσο σκληρά έχεις προσπαθήσει τα τέρατα φαίνεται κάθε φορά να επιστρέφουν δριμύτερα και να τραβούν ακόμα πιο δυνατά. Μερικές φορές μπορείς να φαίνεται ότι κερδίζεις κάποιες μάχες, αλλά σύντομα τα τέρατα κερδίζουν και σε παρασέρνουν. Ίσως να φαίνεται ότι δεν έχει μείνει κάτι άλλο που θα μπορούσες να κάνεις ενόσω είσαι σε αυτήν τη μάχη.
- ❖ Τα δύο σου χέρια κρατούν σφικτά το σχοινί και τα πόδια σου σε πηγαίνουν μια μπροστά και μια πίσω.
- ❖ Όσο συνεχίζεται αυτή η μάχη εσύ φαίνεται να εξασθενείς - νιώθεις σφίξιμο στο στήθος, λαχανιάζεις, σφίγγεις τα δόντια σου, το πρόσωπό σου είναι κόκκινο και ιδρωμένο.
- ❖ Είσαι κολλημένος/η σε μια ατέλειωτη και εξαντλητική μάχη για τη ζωή σου!
- ❖ Οι επιλογές σου στη συγκεκριμένη περίπτωση ίσως να φαίνονται περιορισμένες.
- ❖ Αμέσως έχεις και άλλες επιλογές! Τι άλλο θα μπορούσες να κάνεις στη συγκεκριμένη περίπτωση; Σκέψου λίγο τι εναλλακτικές επιλογές θα μπορούσες να έχεις.
- ❖ Ίσως οι επιλογές να είναι λίγες και αυτό είναι φυσιολογικό. Το μυαλό σου ίσως να σε παροτρύνει να τραβήξεις περισσότερο, να δοκιμάσεις πιο σκληρά ή να βάλεις τα πόδια σου πιο βαθιά στο έδαφος.
- ❖ Ίσως το μυαλό σου να σου υποδεικνύει ότι υπάρχει μια καλύτερη φαρμακευτική αγωγή ή μια καινούργια μέθοδος αντιμετώπισης της επιθυμίας για χρήση η οποία θα σου έδινε τη δύναμη να κερδίσεις.

- ❖ Υπάρχει όμως και μια άλλη επιλογή. Δε χρειάζεται να κερδίσεις τη μάχη.
- ❖ Ίσως αυτή να ακούγεται σαν μια ακόμα αλλόκοτη ιδέα αλλά παράλληλα είναι και μια ενδεχομένως ζωτικής σημασίας ιδέα.
- ❖ Θα σου επιτρέψει να εξετάσεις το εξής: τι θα συνέβαινε εάν αποφάσιζες να σταματήσεις τη μάχη; Σκέψου το.....
- ❖ Υπόθεσε ότι μόλις αποφάσισες να παραιτηθείς και ρίχνεις κάτω το σχοινί. Καθώς σκέφτεσαι όλο και περισσότερο τη συγκεκριμένη εναλλακτική παρατήρησε τι συμβαίνει στα χέρια και τα πόδια σου.
- ❖ Είναι ελεύθερα, σωστά; Και έχεις ανακτήσει κάποιες επιλογές που προηγουμένως φάνταζαν αδύνατες ενόσω ήσουν στο μέσο της μάχης.
- ❖ Τώρα μπορείς να χρησιμοποιήσεις τα χέρια, τα πόδια αλλά και το μυαλό σου ώστε να κάνεις κάτι άλλο αντί να παλέψεις.



- ❖ Τώρα, ας ρίξουμε μια πιο προσεκτική ματιά στο τι συμβαίνει όταν ρίχνεις κάτω το σχοινί.
- ❖ Τα τέρατα δεν έχουν φύγει επειδή απλά σταμάτησες τη μάχη.
- ❖ Είναι ακόμη εκεί, σου ρίχνουν το σχοινί ελπίζοντας ότι θα το πιάσεις για να συνεχίσεις για ακόμα ένα γύρο. Και φυσικά θα μπορούσες να το κάνεις αυτό. Ή μπορεί να αποφασίσεις να κρατήσεις ελεύθερα τα χέρια και τα πόδια σου ώστε να μπορείς να τα χρησιμοποιήσεις στο να κάνεις κάτι που είναι σημαντικό για εσένα. . . .



- ✓ Όταν έρθεις αντιμέτωπος/η με τέρατα παρατήρησε τι λέει το μυαλό σου αλλά μην μπεις σε διαδικασία αντιπαράθεσης μαζί του.
- ✓ Παρατήρησε της σκέψεις σου, και άφησε τις να περάσουν σαν το αεράκι που φυσά
- ✓ Εναλλακτικά, χρησιμοποίησε την άσκηση επανάληψη λέξεων που κάναμε την περασμένη βδομάδα.

Ας κάνουμε ακόμη μια άσκηση για να δούμε πόσο έλεγχο μπορούμε να ασκούμε στις σκέψεις και τα συναισθήματά μας.

Η μεταφορά του κέικ σοκολάτας

«Θέλω να χρησιμοποιήσεις όλους τους τρόπους που ξέρεις, για να μην σκεφτείς αυτό που θα σου πω.....

Έτοιμος/η;

Μην σκεφτείς...

.....ένα κέικ σοκολάτας.

Μην το σκεφτείς καθόλου!

Μην σκεφτείς πώς μυρίζει μόλις βγαίνει από το φούρνο! Μην σκεφτείς, πως είναι να κόβεις ένα κομμάτι ζεστό κέικ και να το φέρνεις στο στόμα, Μην το σκεφτείς! Μην σκεφτείς την γεύση της σοκολάτας που λιώνει στο στόμα όταν δαγκώνεις το κέικ.

Μην το σκεφτείς καθόλου!

ΜΗΝ ΣΚΕΦΤΕΙΣ ΤΙΠΟΤΑ ΑΠ' ΟΛΑ ΑΥΤΑ!»

Πως τα πήγες;



Ας δούμε ακόμη ένα παράδειγμα:

Σβήσε μια μνήμη

Φέρε στο μυαλό σου μια ανάμνηση από τα παιδικά ή τα εφηβικά σου χρόνια. Σκέψου για λίγο, τι γίνονταν τότε, με ποιους ήσουν, τι έκανες;



Ωραία..... τώρα διάγραψε αυτήν τη μνήμη.
Απλά ξεφορτώσου την.

Τι έγινε;

Ίσως, στην προσπάθεια να αποφύγουμε, να καταστείλουμε ή να αντικαταστήσουμε ορισμένες εσωτερικές αισθήσεις, η ειρωνεία είναι ότι όλες αυτές οι εσωτερικές αισθήσεις γίνονται εντονότερες! Έχεις βρεθεί ποτέ να μην μπορείς να κοιμηθείς και να πιέζεις τον εαυτό σου να κοιμηθεί; Που καταλήγεις ...; (όπως με το κέικ σοκολάτας που στην προσπάθεια να μην το σκεφτούμε, όχι μόνο το σκεφτήκαμε, αλλά μπορεί και να είχαμε μια εικόνα για το κέικ, μπορεί και να έτρεξαν λίγο τα σάλια μας.

Είναι απόλυτα φυσιολογικό να πιστεύεις ότι έχεις έλεγχο στις σκέψεις, τα συναισθήματα και αυτά που νιώθεις, στις αισθήσεις. Η λογική και το μυαλό μας, μας λένε ότι μπορούμε να έχουμε έλεγχο, με το να παλεύουμε, αλλά η εμπειρία από τα παραπάνω αλλά και με την πάλη σου με την χρήση, τι λέει;

Ίσως παρατηρούμε ότι τελικά, μπορεί να είναι δύσκολο να παλέψουμε στιδήποτε συμβαίνει μέσα μας..... και ο στόχος μας να πρέπει να είναι η αποδοχή και η αποκόλληση



Πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης:

Αφού μάθαμε περισσότερα για την αποδοχή σκέψεων. Ας δοκιμάσουμε πάλι μια σημαντική άσκηση.

- Θα εισηγούμουν για αυτή τη συνεδρία να κάνεις πρόκληση μιας σωματικής αίσθησης που σχετίζεται με τη χρήση (επιθυμία για χρήση ή απόσυρση) για παράδειγμα την αίσθηση ζάλης και αποπροσανατολισμού ή την αίσθηση μουδιάσματος και καρδιοχτυπήματος τα οποία σύμφωνα με έρευνες μοιάζουν με συμπτώματα επιθυμίας ή/και απόσυρσης.
- Μετά από την πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης, μπορείς να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις γνωστικής αποκόλλησης ερεθισμάτων όπως αυτή που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις, αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην το αφήσεις τα συναισθήματα σου να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάς την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η σου.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που συνήθως νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.

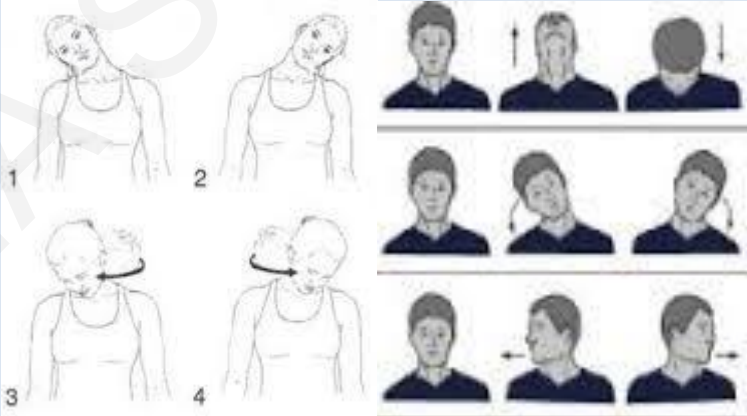
Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα;

- Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
- Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού



- Είσαι έτοιμος/η ;
- Κοίταξε την παρακάτω λίστα και **διάλεξε μια** σωματική αίσθηση είτε αρνητική είτε θετική η οποία προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης.
- Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης της αίσθησης αυτής, προσπαθώντας να εφαρμόσεις ακριβώς αυτό που σου λένε οι οδηγίες.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση

Αίσθηση	Τρόπος Πρόκλησης
Ζάλη / Αποπροσανατολισμός	<p>1)Γύρισε το κεφάλι σου γρήγορα και επανειλημμένα σε όλες τις κατευθύνσεις και μετά κοίταξε ευθεία (1λεπτό). 2)ή στριφογύρισε σαν στέκεσαι όρθιος/α για ένα λεπτό και μετά κάτσε στο πάτωμα 3)ή βάλε το κεφάλι σου ανάμεσα στα πόδια σου για ένα λεπτό και μετά σήκω γρήγορα όρθιος/α</p> 
Άγχος, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, έξαψη	<p>1)Γρήγορες αναπνοές χρησιμοποιώντας καλαμάκι ενώ κρατώ την μύτη κλειστή για δύο λεπτά 2) ή πάρε πολύ γρήγορες και βαθιές αναπνοές για ένα λεπτό</p>



Τρέμουλο, βάρος μυών

Σφίξε όλο σου το σώμα (1 λεπτό να σφίγγεις τη σιαγόνα σου, τους ώμους σου, τους κοιλιακούς σου, χέρια και τα πόδια σου)

Ομάδα μυών	Περιγραφή
Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά
Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω
Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου
Όμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου
Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά
Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου
Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά
Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)
Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη

Άγχος, ανησυχία, κούραση

Βάδισε επί τόπου για δύο λεπτά και σήκωσε τα γόνατα σου ψηλά. (ή ανεβοκατέβα μια σκάλα πολύ γρήγορα για 2 λεπτά)



Παρακαλώ συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή.

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκηση που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές: μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Βαθμολόγησε, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

17) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

18) Δυνατός καρδιακός κύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

19) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

20) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

21) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

22) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

23) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

24) Αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

25) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

26) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

27) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

28) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

29) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

30) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό

⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
---	---	---	---	---	---	---	---	---

31) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

32) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

5) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες, με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Παρακαλώ, βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφρώς ασφαλές	Ελαφρώς ασφαλές	Ασφαλές	Μέτρια ασφαλές	Αρκετά ασφαλές	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απολύτως ασφαλές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Παρακαλώ, βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις σου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------|
| 13) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 14) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 15) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 16) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 17) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 18) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 19) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 20) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 21) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 22) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 23) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 24) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια σωματική αίσθηση που σχετίζεται με την επιθυμία σου για χρήση (θυμήσου μια σωματική αίσθηση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η αίσθηση μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σωματικών Αισθήσεων

Όνομα: _____

Αίσθηση 1: _____

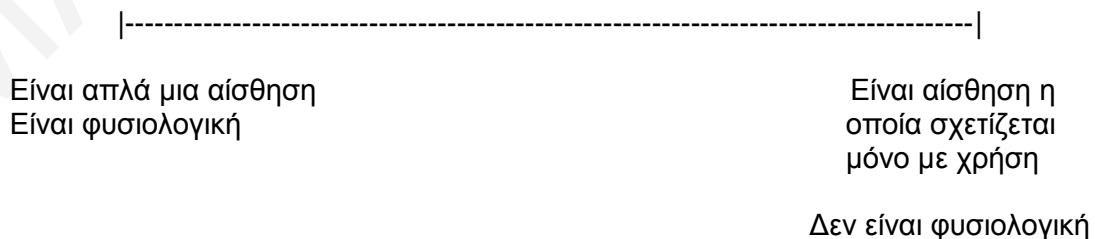
(Π.χ. Ζαλίζομαι, Μουδιάζω, Πανικός, Φάρμακο, Άρρωστος/η.)

Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. η καρδιά μου χτυπά γρήγορα – καρδιοχτύπια, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή



2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η αίσθηση είναι φυσιολογική;



Ασκήσεις

Επανάληψης

Πάλη ή αποδοχή

Συμπλήρωσε το έντυπο αυτό μια φορά την ημέρα για να κατανοήσεις καλύτερα πότε παλεύεις με τις σκέψεις και τα συναισθήματα σου και πότε τους κάνεις χώρο μέσω της γνωστικής αποκόλλησης και τα αποδέχεσαι.

Ημερομηνία Ώρα, Ημέρα.	Σκέψεις, Συναισθήματα, Σωματικά Συμπτώματα, Καταστάσεις.	Πάλη: Πόσο πάλεψες με τα συναισθήματα αυτά; (0 = καμία πάλη, 10 = έντονη πάλη) Πώς αντέδρασες ακριβώς τι έκανες;	Γνωστική Αποκόλληση και Αποδοχή: Έκανες χώρο για τα συναισθήματα αυτά; Τα άφησες να υπάρχουν εκεί παρόλο που ήταν δυσάρεστα; Τι έκανες ακριβώς για να το καταφέρεις;	Αποτέλεσμα: Ποια ήταν η επίπτωση της αντίδρασης σου άμεσα; Μακροπρόθεσμα; Σε βοήθησε όσο αφορά τη ποιότητα της ζωής σου;

Αξιολόγηση Ασκήσεων

Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σωματικών Αισθήσεων

Όνομα: _____

Αίσθηση 1: _____

(Π.χ. Ζαλίζομαι, Μουδιάζω, Πανικός, Φάρμακο, Άρρωστος/η,)

Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. η καρδιά μου χτυπά γρήγορα – καρδιοχτύπια, Θέλω να κάνω χρήση — χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η αίσθηση είναι φυσιολογική;

|-----|

Είναι απλά μια αίσθηση
Είναι φυσιολογική

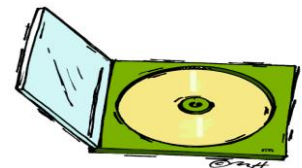
Είναι αίσθηση η
οποία σχετίζεται
μόνο με χρήση

Δεν είναι φυσιολογική

Τέταρτο μέρος ασκήσεων αυτοβοήθειας (Συμπλήρωση πριν την τέταρτη τηλεφωνική επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΤΕΤΑΡΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ





- ✓ Στη σημερινή συνεδρία θα μιλήσουμε ακόμη μια στρατηγική γνωστικής αποκόλλησης
- ✓ Παρακαλώ, όπως ακολουθήσεις προσεκτικά τις οδηγίες τόσο από την ηχογράφιση που ακούς τώρα όσο και από το βιβλίο σου.
- ✓ Αν έχεις ερωτήσεις, σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή, όταν σε πάρει τηλέφωνο.

Ξεκινάμε τώρα!

- Πολλές φορές δημιουργούμε μια εικόνα του εαυτού μας και γινόμαστε ένα με αυτή νομίζοντας ότι είναι η απόλυτη πραγματικότητα.
- Αυτό ισχύει όταν ταυτιστούμε με μια ταμπέλα ή χαρακτηρισμό (π.χ. άρρωστος/η, χρήστης) σαν στερεότυπο.



- Θέλω να φανταστείς ότι έχεις ένα ζευγάρι πολύ σκούρων γυαλιών ηλίου τα οποία χρησιμοποιείς όταν ο ήλιος είναι ιδιαίτερα ισχυρός.
- Τα γυαλιά αυτά είναι τόσο σκούρα που αν ξεχάσεις να τα βγάλεις σε εσωτερικό χώρο τότε σχεδόν δεν βλέπεις μπροστά σου.
- Θέλω να παριστάνεις ότι είναι μια από εκείνες τις φορές όταν ξέχασες να βγάλεις τα γυαλιά σου και ξεκινάς και εξερευνάς το δωμάτιο όπου βρίσκεσαι.
- Φαντάσου ότι μόλις μπήκες στο δωμάτιο αυτό και ότι έξω ήταν μια ιδιαίτερα ηλιόλουστη μέρα.
- Τα γυαλιά είναι τόσο σκούρα και το φως έξω ήταν τόσο φωτεινό, που τώρα δεν βλέπεις ξεκάθαρα τι υπάρχει μπροστά σου και δυσκολεύεσαι να βρεις το δρόμο σου ανάμεσα στα έπιπλα που υπάρχουν στο χώρο όπου βρίσκεσαι.
- Μετά από λίγο χρόνο η όραση σου προσαρμόζεται.

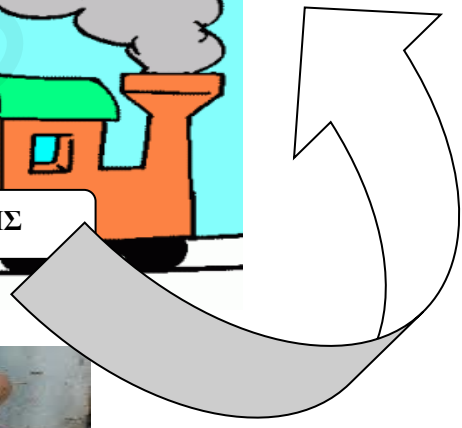
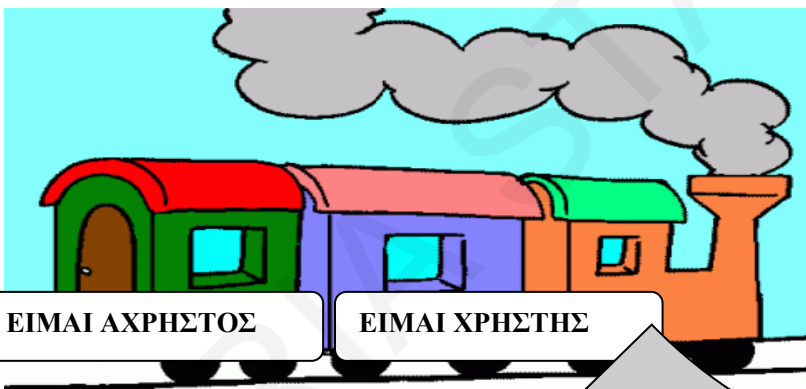


- Σε αυτή τη φάση βγάλε τα γυαλιά σου.
- Τώρα φαντάσου ότι είσαι στο χώρο όπου συνήθως έκανες χρήση και ότι τα γυαλιά ήλιου αντιπροσωπεύουν τη χρήση.
- Φόρεσε τα γυαλιά και ξεκίνα πάλι να βρίσκεις το δρόμο σου ανάμεσα στα έπιπλα.
- Σκέψου πώς τα γυαλιά αυτά σε περιορίζουν και σε σταματούν από το να βρίσκεις το δρόμο σου ή παραμορφώνουν το πώς βλέπεις τον κόσμο.
- Τώρα πες στον εαυτό σου «Πάλι φόρεσα τα γυαλιά του χρήστη».
- Για λίγα δευτερόλεπτα φαντάσου πάλι τον εαυτό σου να περπατά στα σκοτεινά φορώντας τα σκούρα αυτά γυαλιά και νιώθοντας περιορισμένος/η και εγκλωβισμένος/η σε παλιές συνήθειες.

- Τώρα πες στο εαυτό σου «Δεν είναι ανάγκη να φορώ αυτά τα γυαλιά, μπορώ να τα βγάλω»
- Τώρα φαντάσου ότι τα βγάζεις, τα διπλώνεις και τα φυλάς στη τσέπη σου.
- Μαζί με τα γυαλιά φαντάσου ότι φυλάς και τη σκέψη «είμαι χρήστης» .



- Τέλος θέλω να φανταστείς ότι προχωράς με τη ζωή σου κρατώντας τη σκέψη της χρήσης στη τσέπη σου.
- Μπορείς να συνυπάρχεις με τις ενοχλητικές αυτές σκέψεις και να προχωράς στη ζωή χωρίς να πρέπει να σπάσεις τα γυαλιά ή να τα πετάξεις μακριά.
- Είσαι ασφαλής με το να έχεις τα γυαλιά και τις σκέψεις σου φυλαγμένα στη τσέπη σου.



Να θυμάσαι:

- Οι σκέψεις είναι σαν βαγόνια τρένου που περνούν.
- Φαντάσου ότι παρακολουθείς ένα βαγόνι.
- Είναι το δικό σου βαγόνι σκέψεων.
- Πολλές φορές μπορεί να αφήσουμε τον εαυτό μας να παρασύρεται από σκέψεις.
- Είναι σαν να μπαίνεις στο βαγόνι, αντί απλά να το βλέπεις να φεύγει μπροστά σου.
- Άφησε κάθε σκέψη και εικόνα να έρχεται και να φεύγει σαν να είναι βαγόνια του τρένου που περνούν, φαντάσου ακόμα ότι η κάθε σκέψη έρχεται και φεύγει σαν αυτοκίνητα που περνάνε μπροστά από το σπίτι σου.
- Είναι φυσιολογικό να έρχονται οι σκέψεις και τα συναισθήματα.
- Όταν μια νέα εικόνα ή σκέψη εμφανιστεί, απλά αναγνώρισε την παρουσία της, σαν να χαιρετάς έναν περαστικό που περνά.
- Μη φύγεις με την σκέψη.
- Αντί να εστιάζεις στις σκέψεις, επικέντρωσε τη προσοχή σου στην αναπνοή σου ακολουθώντας τον αέρα καθώς ρέει μέσα και έξω από τους πνεύμονες σου.
- Κάθε φορά που αντιλαμβάνεσαι ότι το μυαλό έχει φύγει με μια σκέψη, επικεντρώσου στην αναπνοή σου.
- Θα υπάρχουν στιγμές που μια σκέψη θα παγιδεύσει την προσοχή σου, θα σε αγκιστρώσει με σκοπό να σε αποσπάσει.
- Τη στιγμή, λοιπόν, που έχεις γαντζωθεί από τη σκέψη, πάρε λίγο χρόνο να αναγνωρίσεις τι ήταν αυτό που σου απέσπασε τη προσοχή και εν συνεχεία ήσυχα «απαγκιστρώσου» στρέφοντας την προσοχή σου στην αναπνοή.



- ❖ Στόχος της προηγούμενης άσκησης (γνωστικής αποκόλλησης, αποδοχής και ενσυνειδητότητας) είναι να μάθουμε να αναγνωρίζουμε πότε ο εαυτός μας παρασύρεται από τις σκέψεις μπαίνοντας στο βαγόνι και να μάθουμε να επιστρέφουμε στην παρούσα στιγμή, χρησιμοποιώντας τις αισθήσεις μας για να επιστρέψουμε.
- ❖ Επιπλέον στόχος είναι να δίνουμε μεγαλύτερη προσοχή στο παρόν, κοιτάζοντας με περιέργεια τι συμβαίνει γύρο μας και μέσα μας έτσι ώστε να αναγνωρίζουμε τις σκέψεις, και τις επιθυμίες μας αλλά ταυτόχρονα να μπορούμε να συνεχίσουμε τη ζωή μας χωρίς να υποκύψουμε στις επιθυμίες μας αυτές.

Κάποιες τελικές συμβουλές

Πώς να παραμείνεις καθαρός/η

- Αποδέξου ότι έχεις εξάρτηση.
- Κάνε εξάσκηση σε ασκήσεις γνωστικής αποκόλλησης, αποδοχής και ενσυνειδητότητας
- Κάνε πρόκληση ερεθισμάτων προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης όπως έμαθες
- Εξασκήσου στο να είσαι ειλικρινείς.
- Μάθε να αποφεύγεις καταστάσεις υψηλού ρίσκου.
- Μάθε να ζητάς βοήθεια.
- Μάθε να τηλεφωνείς σε καθαρούς φίλους όταν νιώσεις επιθυμία για χρήση
- Πήγαινε τακτικά σε ομάδες αυτοβοήθειας (π.χ. Αλκοολικοί Ανώνυμοι, AA, NA).
- Μοιράσου τι πέρασες με έμπιστα άτομα ή άτομα τα οποία πέρασαν το ίδιο μαζί σου- δεν είσαι μόνος/η
- Απέφυγε φίλους της χρήσης
- Αφιέρωσε χρόνο στην αυτό-φροντίδα και στην ανάρρωση σου
- Γιόρτασε τα επιτεύγματα σου ακόμη και αν τα θεωρείς μικρά. Η ανάρρωση δεν σημαίνει τελειότητα.
- Εξασκήσου στο να λες όχι
- Μάθε τι σημαίνει υγιεινή διατροφή και ύπνος.
- Μάθε να χαλαρώνεις
- Μάθε πώς είναι να διασκεδάζεις όταν είσαι νηφάλιος/η
- Γνώρισε άτομα που αναρρώσαν από την εξάρτηση και φέρε τους κοντά σου
- Επαναξιολόγησε συχνά τη ζωή σου και επιβεβαιώσου ότι είσαι στο σωστό δρόμο
- Η σωματική άσκηση βοηθά στην ανάρρωση.
- Να έχεις στρατηγική πώς να διαχειριστείς κοινωνικές καταστάσεις οι οποίες εμπεριέχουν ποτά.
- Κάνε μια λίστα για το τι πράγματα είσαι ευγνώμων στη ζωή σου, σχετικά με άλλους ή σχετικά με την ανάρρωση σου.
- Να δείχνεις αποδοχή και συμπόνια σε άλλους
- Ξεκίνα να δίνεις πίσω σε άλλους μιας και νιώσεις ότι πας καλά στο δρόμο της ανάρρωσης.
- Βλέπε τον εαυτό σου ως μη χρήστη/ πρώην χρήστη.

Τα στάδια της υποτροπής

Η υποτροπή δεν είναι συμβάν είναι διαδικασία. Η υποτροπή ξεκινά πολλές μέρες ή και μήνες πριν τη συμπεριφοριστική υποτροπή.

- Συναισθηματική υποτροπή
- Λεκτική υποτροπή (σκέψεις, πεποιθήσεις)
- Συμπεριφοριστική υποτροπή

Συναισθηματική υποτροπή

Συναισθήματα όπως:

- Άγχος
- Έλλειψη ανεκτικότητας
- Θυμός
- Αμυντικότητα
- Κακοκεφιά
- Έλλειψη ύπνου ή καλής διατροφής
- Έλλειψη υποστήριξης από άλλους
- Μοναξιά

Όσο πιο γρήγορα αντιληφθείς και λάβεις τα απαραίτητα μέτρα (να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου: 1) χαλάρωσε, 2) φρόντισε τον εαυτό σου, 3) ζήτη βοήθεια) για να αποφύγεις την υποτροπή τόσο πιο εύκολο είναι για σένα να είναι η προσπάθειά σου αυτή επιτυχημένη. Τα μετέπειτα στάδια οδηγούν γρήγορα στην εξάντληση των δυνάμεων σου, στην δραπέτευση και στην αυξανόμενη επιθυμία για χρήση. Κάτι που κάνει την υποτροπή πιο δυνατή.

Λεκτική υποτροπή

Ένα κομμάτι του μυαλού σου, σου λέει τα υπέρ της χρήσης και πόσο την χρειάζεσαι/ επιθύμησες και ένα άλλο κομμάτι τα κατά. Σε μετέπειτα στάδια σκέφτεσαι μόνο το πόσο θέλεις να κάνεις χρήση (η επιθυμία σου είναι πολύ έντονη). Είναι δύσκολο να λάβεις λογικές αποφάσεις

Σκέψεις υποτροπής:

- Σκέψεις και αναμνήσεις σχετικές με άτομα, τοποθεσίες και αντικείμενα με τα οποία έκανες χρήση.
- Ωραιοποίηση της χρήσης και πώς ήταν στο παρελθόν
- Ψέματα
- Φίλοι της χρήσης ξαναέρχονται στη ζωή σου
- Ονειροπολώ για χρήση
- Σκέπτεσαι πώς θα είναι η υποτροπή σου
- Κάνεις σχέδια για χρήση τα οποία σχετίζονται με το πότε είναι πιο βολικό για φίλους

Τεχνικές για το λεκτικό στάδιο υποτροπής

Όταν σκέφτεσαι τη χρήση μπορεί αρχικά να φαντασιώνεσαι ότι μπορείς να ελέγξεις τον εαυτό σου. Απλά θα πιείς ένα ποτό. Τι γίνεται όμως ως συνήθως αν φανταστείς το μέλλον σου. Το ένα ποτό οδηγεί σε περισσότερα ποτά. Αυτό οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχές. Η επόμενη μέρα μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή.

Μια συνηθισμένη σκέψη είναι ότι μπορείς να κάνεις χρήση μια φορά και να μην υποτροπιάσεις. Αυτό συμβαίνει συνήθως όταν λείπει ο/η σύζυγος από σπίτι ή όταν απουσιάζεις εσύ σε κάποιο ταξίδι και νιώθεις ότι κανείς δεν θα το ξέρει. Το μυαλό σου θα δοκιμάσει να σε πείσει ότι δεν είναι τόσο μεγάλο πρόβλημα και ότι ο λόγος που ήσουν καθαρός/η μέχρι στιγμής ήταν για τον/τη σύζυγο ή για τη δουλειά.

Σκέψου ότι οι σκέψεις είναι σαν βαγόνια τρένου που περνούν. Φαντάσου ότι παρακολουθείς ένα βαγόνι. Είναι το δικό σου βαγόνι σκέψεων. Πολλές φορές μπορεί να αφήσουμε τον εαυτό μας να παρασύρεται από σκέψεις. Είναι σαν να μπαίνεις στο βαγόνι, αντί απλά να το βλέπεις να φεύγει μπροστά σου. Άφησε κάθε σκέψη και εικόνα να έρχεται και να φεύγει σαν βαγόνια που έρχονται και φευγουν. Είναι φυσιολογικό να έρχονται οι σκέψεις και τα συναισθήματα. Όταν μια νέα εικόνα ή σκέψη εμφανιστεί, απλά αναγνώρισε την παρουσία της, σαν να χαιρετάς έναν περαστικό που περνά.

Πες σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεσαι τις σκέψεις σου. Τηλεφώνησε σε κάποιο καθαρό φίλο ή κάποιο άτομο που ανάρρωσε από τη χρήση κι ζήτη βοήθεια. Είναι πολύ βοηθητικό να μοιραστείς τα συναισθήματα σου και να κάνεις ένα πλάνο αποχής. Σταματάς να νιώθεις μόνος/η και τα προβλήματα σου δε φαίνονται τόσο μεγάλα ποια.

Πες σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεσαι τις σκέψεις σου. Τηλεφώνησε σε κάποιο καθαρό φίλο ή κάποιο άτομο που ανάρρωσε από τη χρήση κι ζήτη βοήθεια. Είναι πολύ βοηθητικό να μοιραστείς τα συναισθήματα σου και να κάνεις ένα πλάνο αποχής. Σταματάς να νιώθεις μόνος/η και τα προβλήματα σου δε φαίνονται τόσο μεγάλα ποια.

Περισπασμός. Όταν σκέφτεσαι τη χρήση, κάνε κάτι για να απασχολήσεις τον εαυτό σου. Τηλεφώνησε σε φίλο, πήγαινε σε ομάδα υποστήριξης, πήγαινε περίπατο. Μην παραμείνεις αδρανείς- δίνεις χώρο στην επιθυμία σου να μεγαλώσει.

Περίμενε 30 λεπτά. Η επιθυμία συνήθως κρατά 15-30 λεπτά. Όταν νιώσεις επιθυμία για χρήση αυτό μοιάζει να κρατά μια ζωή. Αλλά αν απασχοληθείς με κάτι θα σου περάσει πιο γρήγορα από ότι νομίζεις.

Κάνε πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης όπως τη τεχνική που έμαθες στο πρόγραμμα αυτό

Αναρρώνεις σιγά σιγά μέρα με την ημέρα. Μη σκέπτεσαι το για πάντα! Είναι σκέψη η οποία θα σε παραλύσει! Θα σε συνεπάρει ακόμη και εάν είσαι καθαρός/η εδώ και χρόνια!

Μέρα με τη ημέρα σημαίνει ότι βάζεις στόχους πραγματοποιήσιμους. Όταν νιώσεις δυνατός/η δεν χρειάζεσαι τη χρήση και λες είναι εύκολο να μείνω καθαρός/η για μια βδομάδα-ένα μήνα κτλ. όταν υποφέρεις βάζεις πιο μικρούς στόχους, σήμερα θα μείνω καθαρός/η 30 λεπτά, 24 ώρες. Η ανάρρωση είναι κάτι το οποίο πραγματοποιείται βήμα βήμα μην σαμποτάρεις τον εαυτό σου σκεφτόμενος/η πολύ μακριά στο μέλλον.

Χαλάρωσε. Όταν εφαρμόσεις στρατηγικές χαλάρωσης ή γυμναστικής η σωματική σου ένταση φεύγει και είσαι ανοικτός/η στο να δοκιμάσεις καινούρια πράγματα- να αλλάξεις βήμα βήμα.

Συμπεριφοριστική υποτροπή

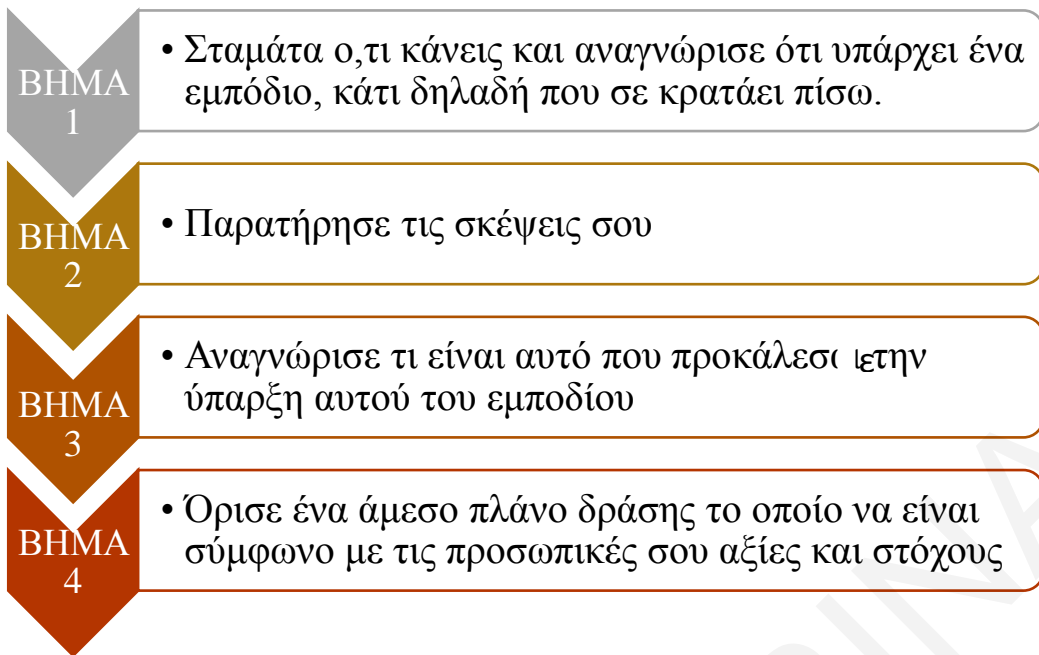
Οδηγάς σε κατάσταση πώλησης αλκοόλης ή στον προμηθευτή σου.

Είναι δύσκολο να σταματήσεις σε αυτό το σημείο είναι καλύτερο να αλλάξεις στα πρώτα δύο στάδια. Χρειάζεσαι υπέρτατη προσπάθεια για να μείνεις καθαρός/η.

Κατάγραψε στον παρακάτω πίνακα ποιες είναι εκείνες οι καταστάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν εμπόδια για εσένα. Ποιες είναι οι καταστάσεις που έχεις αντιμετωπίσει στο παρελθόν ή αναγνωρίζεις ότι ενδέχεται να προκύψουν;

Καταστάσεις Υψηλού Ρίσκου
1.
2.
3.
4.
5.

Προκειμένου να αντιμετωπίσεις τα παραπάνω εμπόδια και να συνεχίζεις να ζεις την ζωή καθαρός/η, είναι σημαντικό να προσπαθήσεις να ακολουθείς τα παρακάτω 4 βήματα.



Τι είναι αυτό που σε οδήγησε σ' αυτό το πισωγύρισμα;

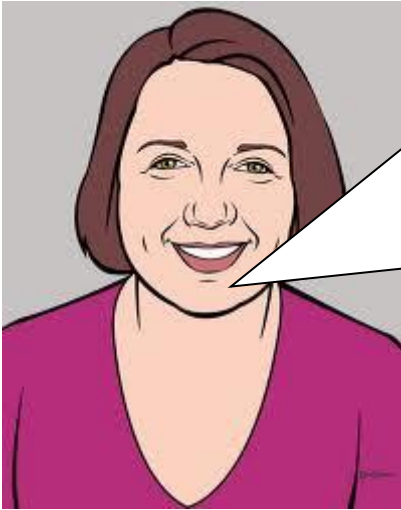
- ✓ Που ήσουν όταν ξεκίνησε;
- ✓ Τι συνέβαινε στην ζωή σου εκείνη την περίοδο;
- ✓ Ποιος ήταν μαζί σου;
- ✓ Ποιες ήταν οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι αισθήσεις που είχες;

Τι θα μπορούσες να κάνεις....

- ❖ Ζήτησε βοήθεια από άλλα σημαντικά πρόσωπα που σε υποστηρίζουν σ' αυτή σου την προσπάθεια.
- ❖ Άκου τι λέει το μυαλό σου και αναγνώρισε τις σκέψεις, τα αισθήματα και τα σωματικά σου συμπτώματα που σε φοβίζουν, σε κρίνουν, σε αξιολογούν ή σου λένε ότι δεν μπορείς να τα καταφέρεις και εφάρμοσε ασκήσεις γνωστικής αποκόλλησης
- ❖ Αποδέξου ότι σε αυτήν την προσπάθεια αποθεραπείας μπορεί να υπάρχουν «υποτροπές» και παρεκκλίσεις!
- ❖ Ανέμενε τα πισωγυρίσματα. Όσο καλά και αν πάνε τα πράγματα, πάντα θα υπάρχουν στιγμές που τα πράγματα δε θα πηγαίνουν τόσο καλά όσο θα θέλαμε. Τα πισωγυρίσματα είναι μέρος της διαδικασίας που ονομάζεται ζωή!
- ❖ Πλέον, έχεις αποκτήσει μια σειρά από πολύτιμες δεξιότητες για να διαχειρίζεσαι και να ζεις καθημερινά με την επιθυμία σου για χρήση ! ! ! !



Καλή συνέχεια λοιπόν!



Ας δοκιμάσουμε πάλι μια από τις συνηθισμένες μας ασκήσεις!

- Η άσκηση αυτή θα σε βοηθήσει να αντιμετωπίσεις πολλά εσωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση.
- Αυτό που θα σου ζητήσω να κάνεις είναι να κάνεις πρόκληση μερικών εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση
- Μετά από την πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης μπορεί να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις διαχείρισης εσωτερικών ερεθισμάτων όπως αυτή που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις, αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην το αφήσεις τα συναισθήματα σου να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάς την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα.
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η σου.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που, συνήθως, νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το

Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα;





- Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
- Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού






Είσαι έτοιμος/η ;

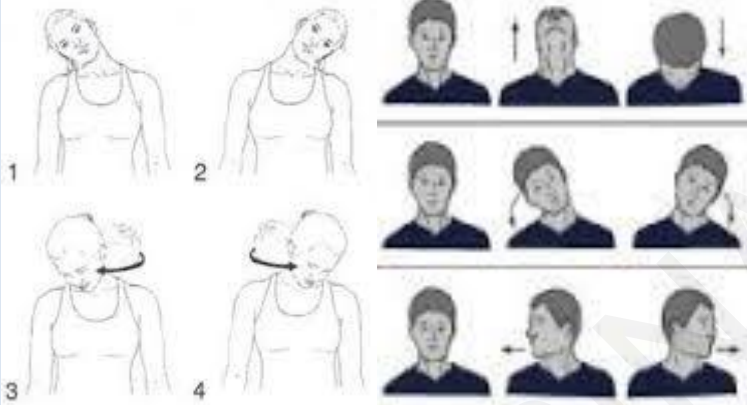

- Κοίταξε την παρακάτω λίστα και σύμφωνα με το τι βρήκες πιο βοηθητικό τις προηγούμενες βδομάδες/ μέρες όταν έκανες εξάσκηση πρόκλησης συναισθημάτων
- **Διάλεξε ένα συναίσθημα** ή σωματική αίσθηση, είτε αρνητική είτε θετική, η οποία προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης
- Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης αυτού του συναισθήματος/σωματικής αίσθησης προσπαθώντας να φανταστείς ότι βρίσκεσαι στη συγκεκριμένη αυτή κατάσταση.


Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση

Συναίσθημα	Τρόπος Πρόκλησης
<p>Λύπη ή στεναχώρια/ πένθος</p>	<p>Φαντάσου ότι κάποιο κοντινό σου άτομο έχει πεθάνει. Διάβασε μια λυπηρή για σένα ιστορία ή άκουσε ένα λυπηρό τραγούδι.</p>  
<p>Ενοχή</p>	<p>Φαντάσου ότι έβλαψες ένα άτομο το οποίο αγαπάς άθελα σου π.χ. κατάλαβες ότι ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σου είναι λανθασμένος</p>  
<p>Ενόχληση/ θυμός</p>	<p>Φαντάσου ότι η/ο σύντροφος σου θυμώνει μαζί σου όταν βλέπει άδειες μπουκάλες μπίρας/εργαλεία της χρήσης στο σπίτι.</p>

	<p>Φαντάσου ότι κάποιος απείλησε να βλάψει ένα κοντινό σου πρόσωπο, εάν δεν τον πλήρωνες.</p> 
<p>Ζήλια</p>	<p>Φαντάσου ότι άλλα άτομα γύρω σου έχουν περισσότερα προτερήματα από εσένα (π.χ. καλύτερο αυτοκίνητο, λεφτά στη τράπεζα κτλ. ή ότι το άτομο που αγαπάς δίνει σημασία σε κάποιον άλλο/η).</p> 
<p>Βαρεισιμάρια</p>	<p>Για ένα λεπτό να έχεις κενό βλέμμα ή να κοιτάζεις επίμονα τον τοίχο ή διάβασε ένα πολύ βαρετό κείμενο για 10 λεπτά.</p> 
<p>Ντροπή</p>	<p>Κάνε ασκήσεις μαθηματικών μπροστά από άλλους μιλώντας δυνατά ή πες δυνατά τη σωστή ορθογραφία μερικών λέξεων.</p>

	
<p>Χαρά ή Ευτυχία</p>	<p>Φαντάσου ότι βρίσκεσαι σε μια ευτυχισμένη και μακροχρόνια σχέση με κάποιο άτομο που αγαπάς</p> 
<p>Ενθουσιασμός / Γιορτή, Πανηγύρι</p>	<p>Βάδισε επί τόπου ενόσω γελάς δυνατά για ένα λεπτό.</p> 
<p>Αίσθηση</p>	<p>Τρόπος Πρόκλησης</p>

<p>Ζάλη / Αποπροσανατολισμός</p>	<p>1)Γύρισε το κεφάλι σου γρήγορα και επανειλημμένα σε όλες τις κατευθύνσεις και μετά κοίταξε ευθεία (1λεπτό). 2)ή στριφογύρισε σαν στέκεσαι όρθιος/α για ένα λεπτό και μετά κάτσε στο πάτωμα 3)ή βάλε το κεφάλι σου ανάμεσα στα πόδια σου για ένα λεπτό και μετά σήκω γρήγορα όρθιος/α</p> 														
<p>Άγχος, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, έξαψη</p>	<p>1)Γρήγορες αναπνοές χρησιμοποιώντας καλαμάκι ενώ κρατώ τη μύτη κλειστή για δύο λεπτά 2) ή πάρε πολύ γρήγορες και βαθιές αναπνοές για ένα λεπτό</p> 														
<p>Τρέμουλο, βάρος μυών</p>	<p>Σφίξε όλο σου το σώμα (1 λεπτό να σφίγγεις τη σιαγόνα σου, τους ώμους σου, τους κοιλιακούς σου, χέρια, και τα πόδια σου)</p> <table border="1" data-bbox="485 1523 1356 2033"> <thead> <tr> <th>Ομάδα μυών</th> <th>Περιγραφή</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Δάκτυλα και χέρια</td> <td>Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά</td> </tr> <tr> <td>Καρπός</td> <td>Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω</td> </tr> <tr> <td>Δικέφαλος</td> <td>Σφίξε τον δικέφαλο σου</td> </tr> <tr> <td>Ώμος</td> <td>Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου</td> </tr> <tr> <td>Κεφάλι</td> <td>Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά</td> </tr> <tr> <td>Λαιμός</td> <td>Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου</td> </tr> </tbody> </table>	Ομάδα μυών	Περιγραφή	Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά	Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω	Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου	Ώμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου	Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά	Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου
Ομάδα μυών	Περιγραφή														
Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά														
Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω														
Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου														
Ώμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου														
Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά														
Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου														

	Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά
	Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)
	Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη
Άγχος, ανησυχία, κούραση	<p>Βάδισε επί τόπου για δύο λεπτά και σήκωσε τα γόνατα σου ψηλά. (ή ανεβοκατέβα μια σκάλα πολύ γρήγορα για 2 λεπτά)</p> 	

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές: μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Βαθμολόγησε, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ, σημείωσε X στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ, σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

5) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες, με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Παρακαλώ, βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφρώς ασφαλές	Ελαφρώς ασφαλές	Ασφαλές	Μέτρια ασφαλές	Αρκετά ασφαλές	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απολύτως ασφαλές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Παρακαλώ, βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------|
| 13) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 14) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 15) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 16) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 17) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 18) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 19) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 20) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 21) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 22) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 23) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 24) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τον εαυτό σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στη 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____
(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Αρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιος άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|

Είναι απλά μια σκέψη
Δεν την πιστεύω καθόλου

Είναι η πραγματικότητα
Την πιστεύω απόλυτα

Ασκήσεις

Επανάληψης

Κόλλησα στις σκέψεις μου- Πάλι με σκέψεις, συναισθήματα και σωματικά συμπτώματα
Όταν οι σκέψεις μου καθορίζουν το πώς ενεργώ ή πράττω στη ζωή μου (τον τρόπο που ζω). Συμπλήρωσε το έντυπο αυτό μια φορά την ημέρα για να κατανοήσεις καλύτερα τις σκέψεις σου και πώς να ξεκολλήσεις!

Ημέρα Ώρα Καταστάσεις	Σκέψεις με τις οποίες «κόλλησες», είχες πάλι μαζί τους!	Πώς άλλαξε η συμπεριφορά σου ως αποτέλεσμα των σκέψεων σου; Ποια ήταν η επίπτωση των πράξεων σου;	Κατάφερες να ξεκολλήσεις; (π.χ. γνωστική αποκόλληση, αποδοχή, ενσυνειδητότητα) Πώς;

--	--	--	--

Συμπλήρωσε το έντυπο αυτό μια φορά την ημέρα για να εξασκηθείς σε σημαντικές δεξιότητες τις οποίες μάθαμε στο πρόγραμμα αυτό

Καταγραφή εξάσκησης σημαντικών δεξιοτήτων

Κατάσταση	Συναισθήματα	Σκέψεις	Αποδοχή	Εστίαση στην αναπνοή	Γνωστική Αποκόλληση
Π.χ. στο πάρτι του φίλου μου του Γιώργου όλοι έπιναν αλκοόλ και εγώ έπινα νερό	Θυμός Λύπη Άγχος	«Είμαι διαφορετικός/η, μου είπαν ότι δεν πρέπει να ξανά πιώ ποτέ αλκοόλ, θέλω πάρα πολύ να πιώ, ένα ποτό δε θα βλάψει»	Είναι απλά περαστικές σκέψεις. Οι σκέψεις είναι φυσιολογικές	Αντί να επικεντρωθώ στις σκέψεις μου επικεντρώθηκα στην αναπνοή μου	Έβαλα απόσταση μεταξύ μου εμένα και της σκέψης μέσω επανάληψης, βλέποντας τις να μπαίνουν σε βαγόνια και να φεύγουν

Αξιολόγηση Ασκήσεων Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Αρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες μια πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιος άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|

Είναι απλά μια σκέψη
Δεν την πιστεύω καθόλου

Είναι η πραγματικότητα
Την πιστεύω απόλυτα

Αξιολόγηση Χρησιμότητας Άσκησης

Παρακαλώ ,συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις.

1. Πόσο χρήσιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου χρήσιμη						Εξαιρετικά χρήσιμη

2. Πόσο ωφέλιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου ωφέλιμη						Εξαιρετικά ωφέλιμη

3. Πόσο δύσκολη ήταν αυτή η άσκηση στην εφαρμογή της όσο αφορά την συγκεκριμένη σκέψη ;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου δύσκολη						Εξαιρετικά δύσκολη

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ



Πανεπιστήμιο Κύπρου
Τμήμα Ψυχολογίας

Απονέμεται στον/στην

Για συμμετοχή σε ___ από ___ συνεδρίες
Της Θεραπείας Γνωστικής Αποκόλλησης για Ουσίες στην Κύπρο

από

_____ (Ημερομηνία)

***Πώς να
χρησιμοποιήσεις αυτό
το βιβλίο***

Επιπρόσθετο
κομμάτι της
θεραπείας
απεξάρτησης



Επανάληψη
ασκήσεων
που
προτείνει το
βιβλίο αυτό

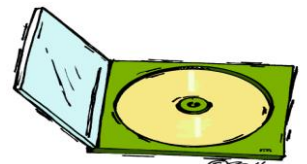


Επιτυχημένη
προσπάθεια
απεξάρτησης

Πρώτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν την πρώτη
τηλεφωνική επικοινωνία)

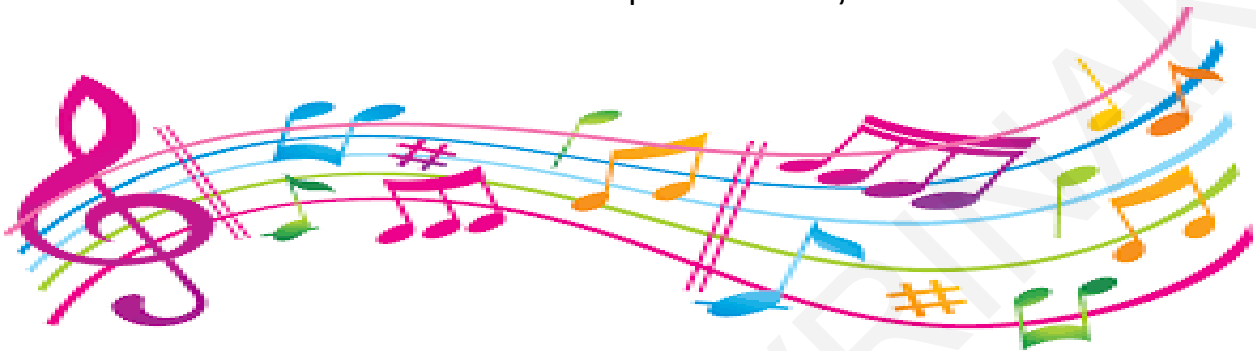


**ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**



Θα πιώ απόψε το φεγγάρι
και θα μεθύσω και θα πω
αφού πονάς για κάποιον άλλο
ρίξε μαχαίρι να κοπώ

Κι όταν με κόψει το μαχαίρι
μετανιωμένη θα μου πεις
πάρε του φεγγαριού το δάκρυ
κι από το αίμα να πλυθείς



Απ' το σπίτι δε θα βγω, πίνω _____
δεν έχω χρόνο για το μωρό, _____

οοοο

εεοο, _____

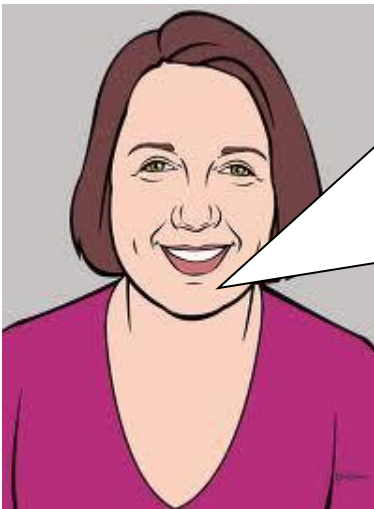
με φωνάζουνε τρελό γιατί πίνω _____
για όλα τα άλλα αδιαφορώ, _____

ΩΧ! Έχω επιθυμία για χρήση!

Πολλές φορές τα τραγούδια, μια λέξη, ένα συναίσθημα μπορεί να μας θυμίσει τη χρήση και να μας προκαλέσει επιθυμία. Τι μπορούμε να κάνουμε όμως για να αντιμετωπίσουμε την επιθυμία μας ; Αυτό το πρόγραμμα σε συνδυασμό με το θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο βρίσκεσαι θα σου μάθει κατάλληλους τρόπους διαχείρισης της επιθυμίας για χρήση. Πάμε να δούμε ποιοι είναι αυτοί!



Ενισχυτικό πρόγραμμα θεραπείας



Γεια σου, ονομάζομαι Μαρία και είμαι Διδακτορική φοιτήτρια της Κλινικής Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Το ψυχοεκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα, εκτός από το ότι αποτελεί μέρος της διατριβής μου, προσφέρεται ως ενίσχυση της κανονικής θεραπείας απεξάρτησης στην οποία βρίσκεσαι. Αποτελείται από αυτό το εγχειρίδιο, τηλεφωνικές επικοινωνίες και επιπλέον ακουστικό υλικό.

Η πρώτη αυτή ηχογράφηση είναι εισαγωγική και έχει σκοπό να ανακαλύψεις τα δικά σου προσωπικά ερεθίσματα χρήσης.

Οι επόμενες συνεδρίες θα είναι πιο διαδραστικές και θα αποτελούνται από διάφορες ενδιαφέρουσες ασκήσεις. Θα ήθελες να τις δοκιμάσεις;

Γεια σου Μαρία, εγώ είμαι ο Βασίλης, είμαι 25 χρονών και είμαι χρόνιος καπνιστής κάνναβης ενώ κάνω περιστασιακά χρήση διεγερτικών ουσιών. Βρίσκομαι σε ανοικτό πρόγραμμα απεξάρτησης. Γιατί χρειάζεται να συμμετέχω σε επιπλέον θεραπεία αφού βρίσκομαι ήδη σε πρόγραμμα;





Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με διάγνωση εξάρτησης ή και κατάχρησης ουσιών έχουν συχνές υποτροπές οι οποίες πολλές φορές οφείλονται σε μη λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης.

Ευτυχώς, υπάρχουν προγράμματα σαν αυτό που μπορούν να βοηθήσουν στη διαφοροποίηση των στρατηγικών αυτών.

Στο πρόγραμμα αυτό θα κάνουμε ασκήσεις εξερεύνησης και αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης κάτι το οποίο θα ενισχύσει όσα κάνεις στη θεραπεία σου και ελπίζουμε ότι θα σε βοηθήσουν στη σωστή διαχείριση της

Εγώ είμαι η Σοφία, είμαι 20 χρονών και βρίσκομαι σε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης για γυναίκες, με θέματα κατάχρησης ουσιών. Πόσο θα διαρκέσει αυτό το ενισχυτικό πρόγραμμα;



Γεια σου Σοφία, το πρόγραμμα αυτό θα διαρκέσει μόνο τέσσερις εβδομάδες. Θα σου ζητηθεί να συμμετάσχεις σε διάφορες διαδραστικές ασκήσεις (περίπου μισής ώρας) τις οποίες θέλουμε να δοκιμάσεις, θα ήταν καλό επίσης να τις επαναλαμβάνεις τακτικά στο δικό σου χρόνο. Τις ασκήσεις αυτές θα τις συζητάς τηλεφωνικώς, με ερευνητές του προγράμματος (μια φορά τη βδομάδα ενόσω θα κάνεις το πρόγραμμα). Θα σου ζητήσουμε, επίσης, αφού τελειώσεις να συμπληρώσεις κάποια ερωτηματολόγια αφού τελειώσεις το πρόγραμμα.



Εγώ είμαι ο Έκτορας και είμαι 45 ετών. Και βρίσκομαι σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Δεν ξέρω αν μπορείς να με βοηθήσεις. Είμαι χρόνια στη χρήση, έχω χρέη, οικογενειακά και νομικά προβλήματα και σοβαρά θέματα υγείας. Η συμπλήρωση ασκήσεων πώς θα με βοηθήσει πρακτικά; Απλά θα με αγχώσει περισσότερο και θα μου τρώει το χρόνο μου.



Γεια σου Έκτορα. Συμφωνώ ότι άτομα με βεβαρυσμένο ιστορικό χρήσης αντιμετωπίζουν πολλαπλά πρακτικά προβλήματα για τα οποία η χρήση είναι μόνο ένα κομμάτι. Το πρόγραμμα αυτό είναι συμπληρωματικό και σε συνεργασία με το πρόγραμμα απεξάρτησης σου, πιστεύουμε ότι θα είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για σένα, αφού αποτελείται από αποτελεσματικές τεχνικές οι οποίες μπορεί να σε βοηθήσουν και σε άλλους τομείς της ζωής σου, εκτός από τη χρήση. Όταν εξασκηθείς στις ασκήσεις αναμένουμε ότι θα δεις πρακτικά αλλαγές στη ζωή σου.



Εγώ είμαι η Αλίκη είμαι 30 ετών και βρίσκομαι σε ανοικτό πρόγραμμα απεξάρτησης. Τι σημαίνει ψυχοεκπαίδευση; Είναι αποτελεσματική μέθοδος;



Γεια σου Αλίκη, η ψυχοεκπαίδευση είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδος ενίσχυσης θεραπείας. Όπως ξέρετε, άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες στη ζωή τους, παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινότητά τους. Η ψυχοεκπαίδευση σε συνδυασμό με θεραπεία σε κέντρα απεξάρτησης έχει φανεί να ενισχύει τις γνώσεις των χρηστών και φαίνεται να βοηθάει στην αύξηση κινητοποίησης για θεραπεία.

Πώς θα με βοηθήσει με το πρόβλημα εξάρτησης που αντιμετωπίζω;



Σε αυτό το πρόγραμμα επικεντρωνόμαστε σε εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης δηλαδή σκέψεις, συναισθήματα και σωματικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν παροδικά παραπατήματα και υποτροπή. Οι μέθοδοι μας υποστηρίζονται ερευνητικά και κλινικά και έχουν φανεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές σε



Θα ήθελα να το δοκιμάσω. Τι θα κάνω αν δεν καταλάβω τις ασκήσεις ή αν έχω κάποια απορία;

Συγχαρητήρια, το πρώτο βήμα αλλαγής είναι να ζητήσει κανείς βοήθεια! Ακολούθησε προσεκτικά τις οδηγίες από το εγχειρίδιο σου. Οι επόμενες βδομάδες θα γίνουν ακόμη πιο διαδραστικές και ενδιαφέρουσες. Αν έχεις ερωτήσεις, σημείωσε τες για να ρωτήσεις τον/την ερευνητή όταν σε πάρει τηλέφωνο.



Λίγα λόγια για την υποτροπή



Τα ερεθίσματα χρήσης είναι οποιοδήποτε γεγονός που μπορεί να πυροδοτήσει τη χρήση και να επιφέρει την επιθυμία ή και την υποτροπή:

- ✓ π.χ. σκέψεις, σωματικές αισθήσεις ή συναισθήματα,
- ✓ γεγονότα, καταστάσεις, τοποθεσίες ή αντικείμενα τα οποία μπορούμε να τα αντιληφθούμε μέσω των πέντε αισθήσεων μας: όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή.

Gorski, (1988) πρωτοπόρος στο χώρο της Πρόληψης Υποτροπής

Bowen, (2007).

Τα ερεθίσματα χρήσης μαθαίνονται:

- ✓ Γιατί συμβαίνουν ταυτόχρονα με τη χρήση, πολλαπλές φορές
- ✓ π.χ. αν καταναλώνεις μύρα συχνά όταν διασκεδάζεις, τότε κάθε φορά που διασκεδάζεις θα πυροδοτείτε η επιθυμία για κατανάλωση μύρας.





Οι κυριότεροι λόγοι υποτροπής σε χρήστες είναι:

- ✓ 32% για να διαχειριστούν **αρνητικά συναισθήματα**,
- ✓ 32% για να διαχειριστούν **αρνητικά σωματικά συμπτώματα** όπως ο πόνος που σχετίζεται με ατύχημα,
- ✓ 16% για σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με **απόσυρση** από τη χρήση π.χ. γρίπη, αρρώστια
- ✓ 5% λόγω **θετικών συναισθημάτων** όπως ο

✓ Αρνητικά Συναισθήματα και Αρνητικές Σκέψεις



Η χρήση ουσιών χρησιμοποιείται ως μηχανισμός διαχείρισης **δύσκολων**:

- 1) **συναισθημάτων**, όπως:
 - ✓ Το θυμό, το άγχος, η βαριεστιάρα, η κατάθλιψη, το φόβο, οι ενοχές, η μοναξιά, η συναισθηματική ή σωματική εξάντληση ή/και η ντροπή.
- 2) και **σκέψεων** :
 - ✓ «Αυτή η επιθυμία για χρήση δεν πρόκειται να φύγει/ μειωθεί», «είμαι κακό άτομο», και «η οικογένεια μου είχε δίκαιο, είμαι άχρηστη/ος».

✓ Θετικά Συναισθήματα και Θετικές Σκέψεις



Για πολλά άτομα, το να πηγαίνουν σε πάρτι, γιορτές ή άλλους εορτασμούς μπορεί να πυροδοτήσει την επιθυμία για χρήση.

- ✓ **Θετικά συναισθήματα:** η χρήση σχετίζεται με τη χαρά, τον ενθουσιασμό και τις θετικές αναμνήσεις που συνυπάρχουν με επεισόδια χρήσης.
- ✓ **και θετικές σκέψεις** σχετικές με τη χρήση: «Η κοκαΐνη με κάνει να νιώθω ευτυχισμένος/η», « είμαι πιο κοινωνικός/ η όταν πίνω» και «μόνο ένα ποτό δεν θα βλάψει».

✓ Σεξουαλική Σκέψη



Κάποιες ουσίες μπορεί να ενισχύσουν τη σεξουαλική διάθεση ή εμπειρία. Μερικοί άνθρωποι γίνονται πιο παρορμητικοί όταν κάνουν χρήση, έτσι το σεξ και η χρήση μπορεί να έχουν συνδεθεί στο μυαλό τους.

- ✓ **Χρήστες διεγερτικών ουσιών** συνήθως συνδέουν τη χρήση με το σεξ.
- ✓ **Σεξουαλικές σκέψεις,** φαντασιώσεις και πορνογραφία μπορούν πολλές φορές να πυροδοτήσουν την επιθυμία για χρήση.

✓ Αρνητικές και Θετικές Σωματικές Αισθήσεις



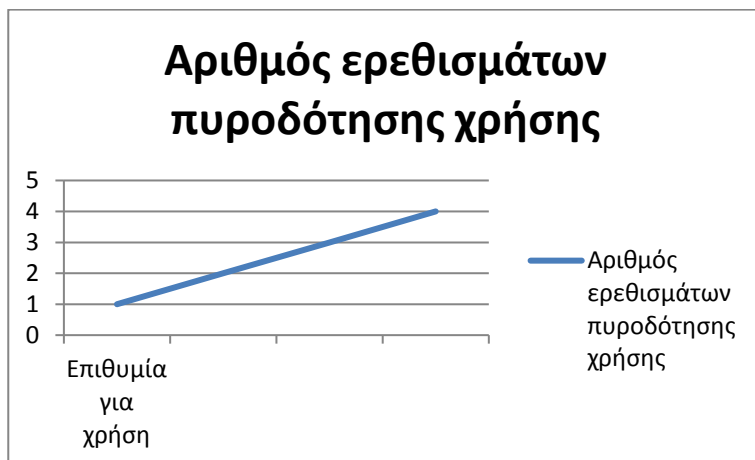
Αρνητικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με **απόσυρση** από ουσίες πολλές φορές πυροδοτούν τη χρήση:

- ✓ π.χ. η γρίπη, η αρρώστια, ο πόνος, η αίσθηση ζάλης, η σωματική κούραση και η εξάντληση.

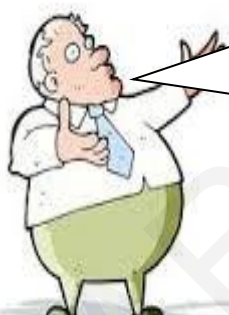
Θετικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μοιάζουν με το να είσαι **φτιαγμένος** επίσης μπορεί να πυροδοτήσουν τη χρήση:

- ✓ π.χ. ο ενθουσιασμός ή το άγχος, η αίσθηση του να είσαι έξω από το σώμα σου, η θολή όραση, η χαλάρωση, η υπερβολική ενέργεια, τα καρδιοχτύπια, η υπνηλία, η πείνα, η δίψα, το γέλιο.

- ✓ Όσα περισσότερα ερεθίσματα χρήσης έχω μια δεδομένη στιγμή τόσο πιο μεγάλη είναι και η επιθυμία μου για χρήση
- ✓ Και τόσο πιο εύκολα θα μπορούσα να υποτροπιάσω!



Τι να κάνω όταν νιώσω επιθυμία για χρήση ;



Υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης των ερεθισμάτων πυροδότησης της χρήσης:

- ✓ αποφυγή,
- ✓ διαχείριση,
- ✓ δραπέτευση.

Αποφυγή: Ειδικά στα αρχικά στάδια απεξάρτησης πρέπει να σκεφτείς ποια είναι τα δικά σου προσωπικά ερεθίσματα χρήσης και να οργανώσεις με τέτοιο τρόπο το πρόγραμμά σου, ώστε να αποφεύγεις άτομα και τοποθεσίες όπου έκανες χρήση.

Διαχείριση: Είναι η σταδιακή επανεισαγωγή μερικών αναπόφευκτων ερεθισμάτων πυροδότησης χρήσης και η εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης τους. Τα αρνητικά συναισθήματα για παράδειγμα είναι μέρος της ζωής και δεν μπορούν να αποφευχθούν για πάντα. Έτσι θα μάθουμε δεξιότητες διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων.

Δραπέτευση: Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα συνεχίσεις να είσαι προσεκτικός/η στις συναναστροφές σου με άτομα και τοποθεσίες όπου έκανες χρήση. Τα εσωτερικά ερεθίσματα χρήσης, όπως είναι τα συναισθήματα, διαφέρουν από τα εξωτερικά ερεθίσματα χρήσης (π.χ. άτομα και οι τοποθεσίες χρήσης). Αν βρεθείς εξ απρόοπτου με άτομα που συνδέονται με χρήση, η καλύτερη λύση είναι **να φύγεις αμέσως**.

Παρακαλώ συμπλήρωσε την παρακάτω μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τη χρήση σε διάφορες καταστάσεις.

Η πρωταρχική σας ουσία κατάχρησης είναι: _____

Η δευτερεύουσα σας ουσία είναι: _____

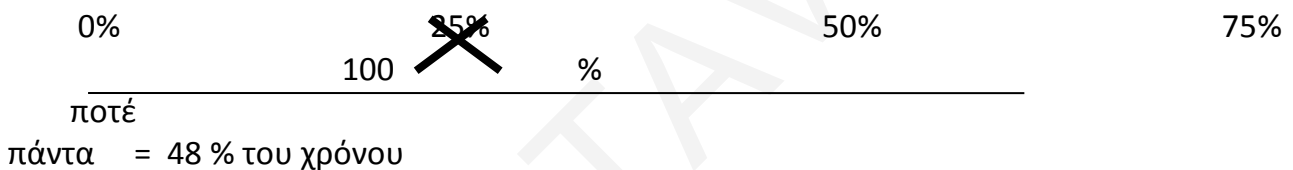
Σκέψου την κατανάλωση ποτού ή άλλης ουσίας που έκανες τους τελευταίους 12 μήνες. Μετά τοποθέτησε ένα «X» κατά μήκος της γραμμής έτσι ώστε να δείχνει πόσο κοντά στο 0% ή στην άλλη μεριά, στο 100%, νομίζεις ότι βρίσκεσαι σε κάθε ερώτηση.

Το 0% = δεν έπινα ποτέ βαριά ή δεν χρησιμοποιούσα ποτέ ουσίες σε αυτή την κατάσταση, ενώ το 100% = πάντα έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα ουσίες σε αυτή την κατάσταση.

Αν η απάντησή σου πέφτει κάπου στο ενδιάμεσο, βάλε «X» στον βαθμό που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα.

Παράδειγμα:

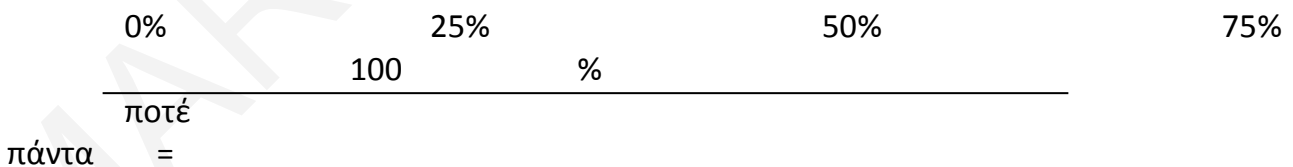
Τους τελευταίους 12 μήνες, έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα άλλες ουσίες



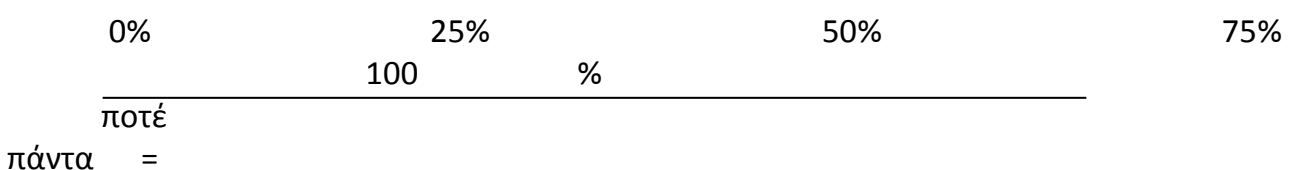
Ξεκίνα εδώ:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έπινα βαριά ή χρησιμοποιούσα άλλες ουσίες **όταν**:

1) Βίωνα **δυσάρεστα συναισθήματα** π.χ. λύπη, στεναχώρια, ζήλια, άγχος, ντροπή, θυμό



12) Βίωνα **σωματική δυσφορία** π.χ. πόνο ή σωματικά συμπτώματα τα οποία θυμίζουν απόσυρση (π.χ. τρέμουλο)



13) Βίωνα **ευχάριστα συναισθήματα** π.χ. χαρά, ενθουσιασμό

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

14) Εξέταζα τον προσωπικό μου **έλεγχο** σε σχέση με τις ουσίες π.χ. κατά πόσο μπορώ να αντισταθώ μετά από "off" ή περίοδο αποχής ή μετά από πρόγραμμα απεξάρτησης

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

15) **Είχα ορμές και πειρασμούς** π.χ. σεξουαλικές σκέψεις, έντονη επιθυμία για χρήση

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

16) **Είχα σύγκρουση με άλλους** π.χ. διαφωνία, λογομαχία, σωματική βία

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

7) Βίωνα **κοινωνική πίεση** π.χ. έπιναν άλλοι γύρω μου, με κορόιδευαν ότι δεν έκανα χρήση, μου πρόσφεραν και δεν ήξερα τι να πω.

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

10) Βίωνα **ευχάριστες στιγμές** με άλλους π.χ. σε πάρτι, γιορτή, γάμο, διασκέδαση

0%	25%	50%	75%
	100	%	

ποτέ
πάντα =

Βάση της συμπλήρωσης του πιο πάνω καταστάσεων θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

1ο (πιο συχνό) _____

2ο (σε συχνότητα) _____

3ο (σε συχνότητα) _____

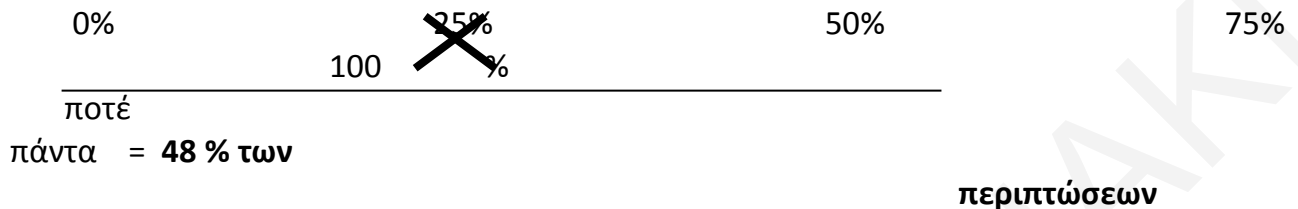


MARIA STAVRINAKI

Παρακαλώ, συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τα ερεθίσματα χρήσης σου

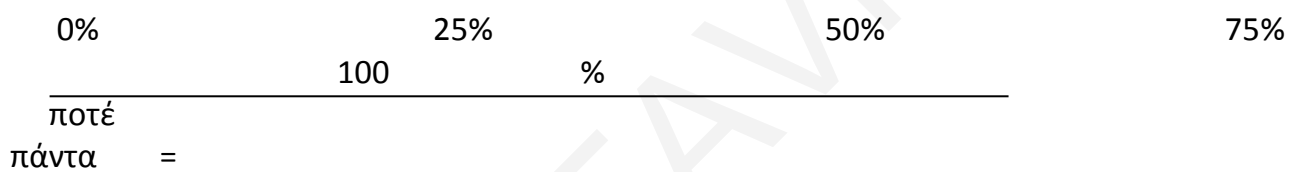
Παράδειγμα:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **τυλιχτό**

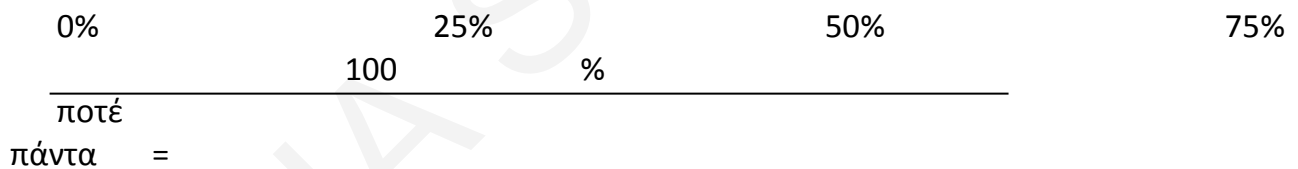


Ξεκίνα εδώ:

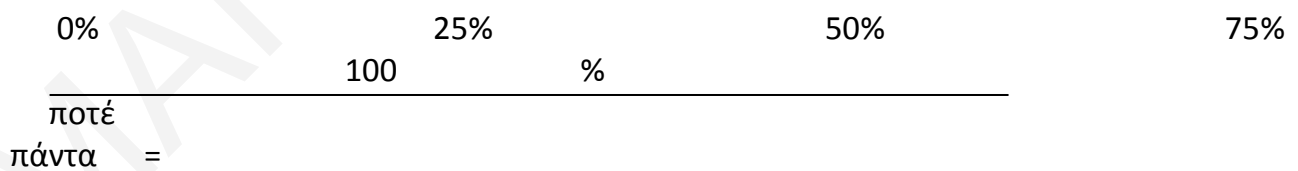
23) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **χόρτο (ή παράγοντα της λέξης αυτής)**



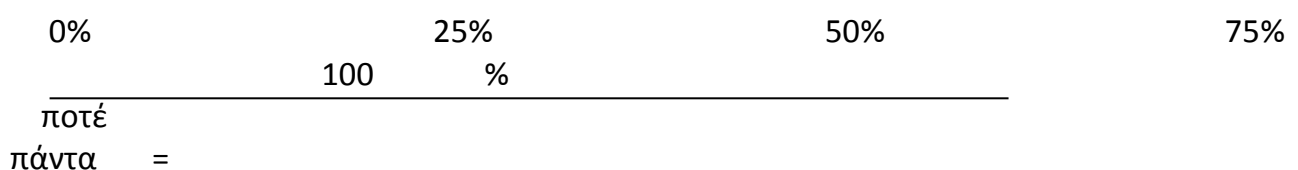
24) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σκόνη**



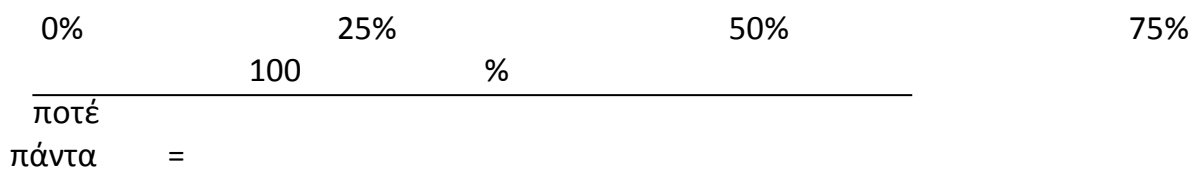
25) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **βελόνα**



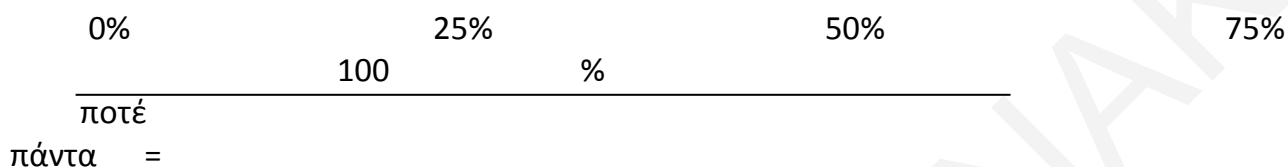
26) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σνιφάρω**



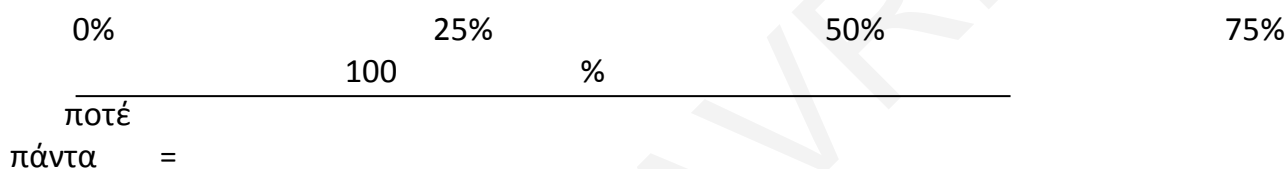
27) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **πίνω**



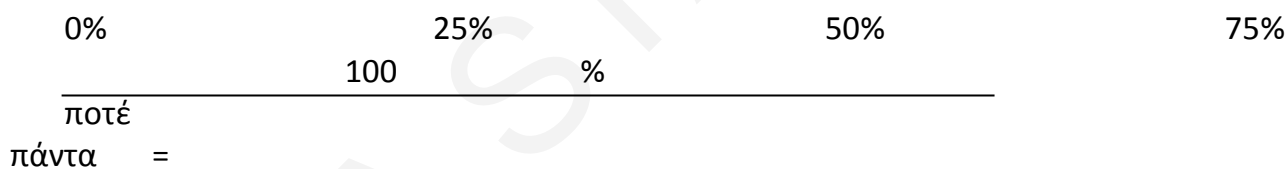
28) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **θάνατος**



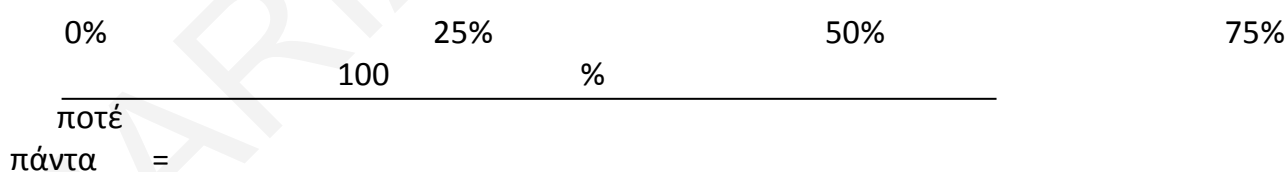
29) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **λεφτά**



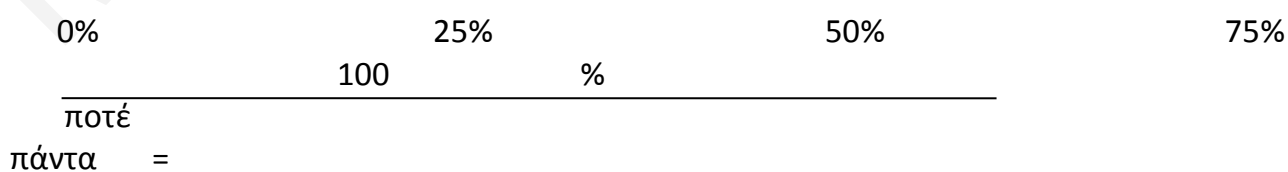
30) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **χαλάρωση**



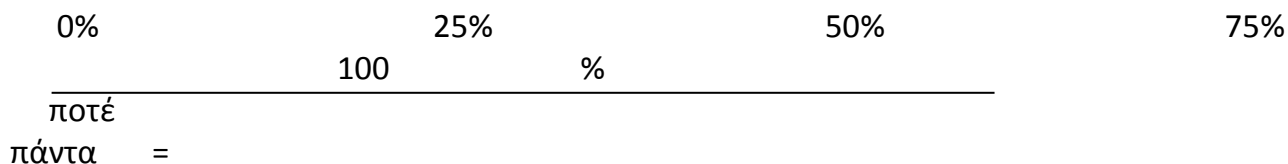
31) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **σεξ**



32) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **φάρμακο**



33) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν σκεφτόμουν τη λέξη **διασκέδαση**



Βάση της συμπλήρωσης των πιο πάνω σκέψεων θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

- 1ο (πιο συχνό) _____
- 2ο (σε συχνότητα) _____
- 3ο (σε συχνότητα) _____



Παρακαλώ, συμπλήρωσε και αυτή τη μικρή άσκηση αυτή τη βδομάδα, **πριν το τηλεφώνημα από τον/την ερευνητή** η οποία σχετίζεται με τα ερεθίσματα χρήσης σου

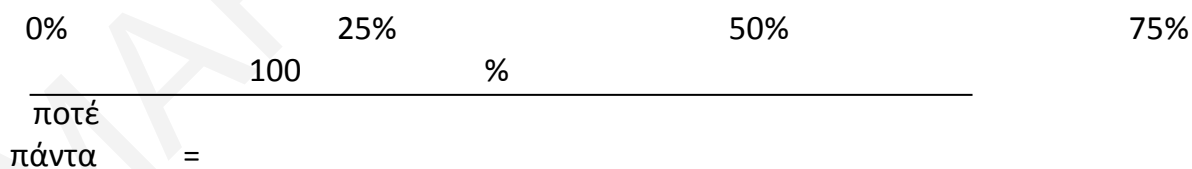
Παράδειγμα:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **αγωνία**

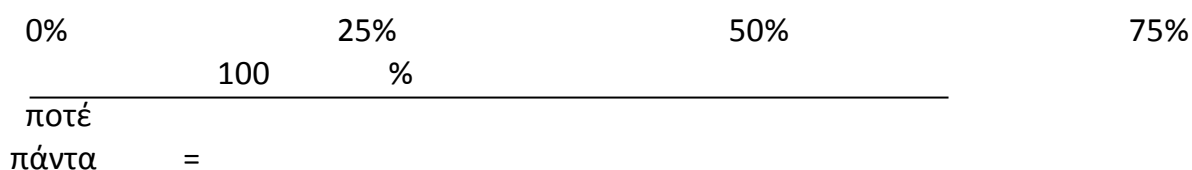


Ξεκίνα εδώ:

Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **πόνο**



19) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ναυτία ή διαταραχή στο στομάχι**



20) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **τρέμουλο**



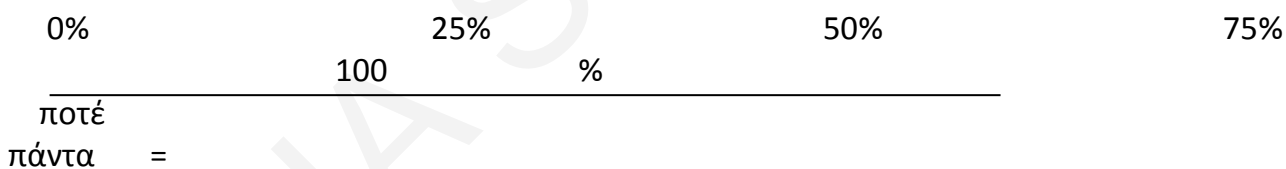
21) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ανατριχίλα**



22) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **μυϊκές κράμπες**



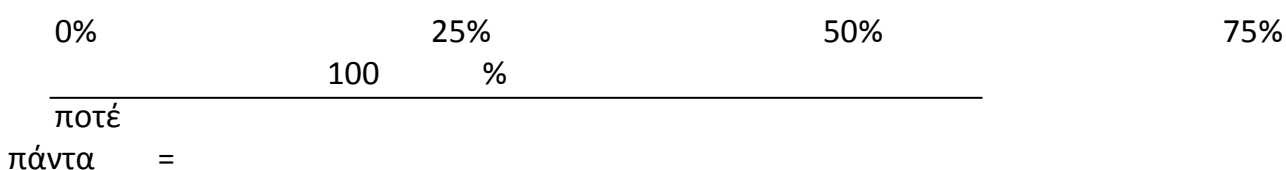
23) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **σωματική κούραση**



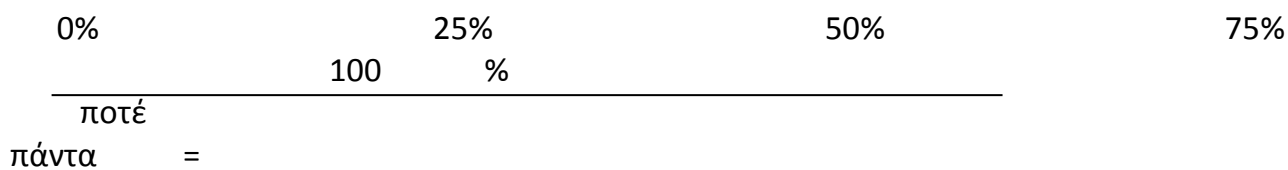
24) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **πεινά**



25) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **δίψα**



26) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **υπνηλία**



27) Τους τελευταίους 12 μήνες, έκανα χρήση όταν αισθανόμουν **ζέστη & ιδρώτα**



Βάση της συμπλήρωσης των πιο πάνω τις αισθήσεις (ή άλλες σωματικές καταστάσεις τις οποίες εντόπισα μόνος/η μου) θα κατάτασσα τα «ερεθίσματα χρήσης» μου ως εξής:

1ο (πιο συχνό) _____

2ο (σε συχνότητα) _____

3ο (σε συχνότητα) _____

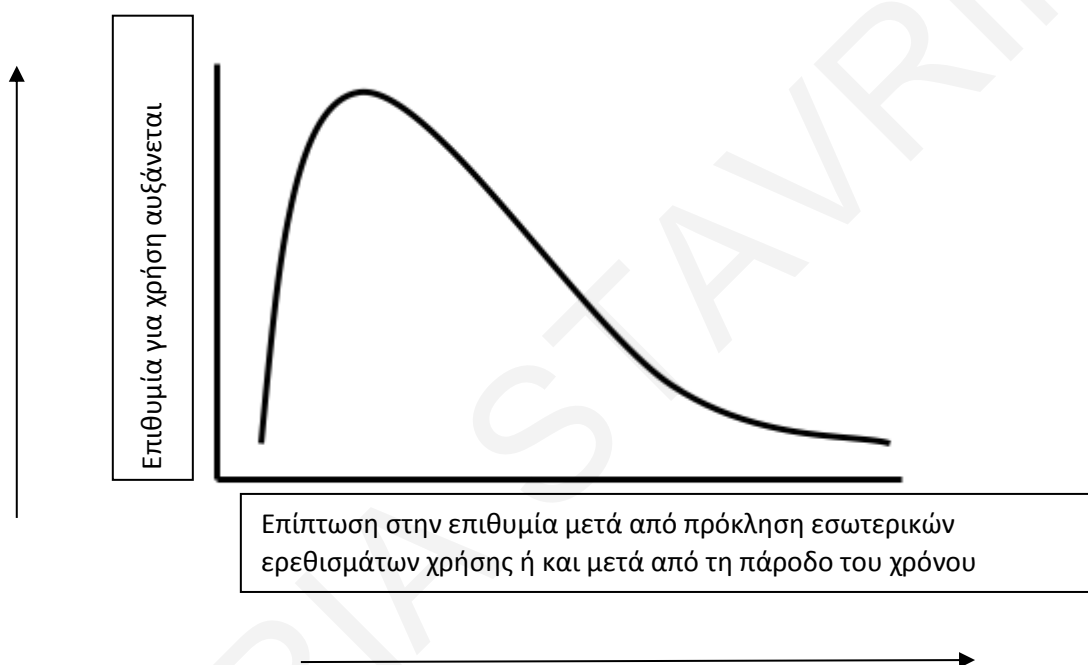


Ασκήσεις

Επανάληψης

Παρακαλώ διάβασε τις ακόλουθες πληροφορίες και σημείωσε πιθανές αντιδράσεις ή ερωτήσεις για να συζητήσεις με τον/την ερευνητή όταν σε πάρει τηλέφωνο.

Η επιθυμία για χρήση έχει скаμπανεβάσματα και επηρεάζεται από διάφορες καταστάσεις, άτομα και σκέψεις. Όσες περισσότερες μέρες μένεις καθαρός/η τόσο πιο πολύ θα κατευνάσει η επιθυμία σου για χρήση.



Βασικές αρχές μιας αποτελεσματικής θεραπείας για εξάρτηση ουσιών
Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Κατάχρησης Ουσιών στις Η.Π.Α (2016)

- ❖ Η εξάρτηση είναι μια περίπλοκη αλλά ιάσιμη πάθηση η οποία επηρεάζει τον εγκέφαλο και τη συμπεριφορά
- ❖ Καμία παρέμβαση από μόνη της δεν προσφέρει την απόλυτη θεραπεία ενώ συνδυασμός θεραπειών έχουν φανεί να έχουν ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα
- ❖ Η παρεμβάσεις πρέπει να είναι εξατομικευμένες στις ανάγκες των ασθενών
- ❖ Το να παραμείνεις στη θεραπεία μέχρι να ολοκληρωθεί είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επιτυχημένη αποθεραπεία.

- ❖ Η συμβουλευτική και η θεραπεία βασισμένη σε συμπεριφορισμό (πρόκληση προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης και ενασχόληση με δραστηριότητες όπως γυμναστική, ξεκούραση, εργασία, μάθηση κ.α.) είναι βασικές παρεμβάσεις που πρέπει να λάβεις
- ❖ Οι ανάγκες των ασθενών αλλάζουν με τη πρόοδο στη θεραπεία και έτσι πρέπει να διαμορφώνονται ανάλογα με το στάδιο ανάρρωσης στο οποίο βρίσκεσαι.
- ❖ Η παρέμβαση πρέπει να επικεντρώνεται όχι μόνη στις εξαρτήσεις αλλά και σε άλλα πιθανά προβλήματα σωματικής, ψυχικής υγείας ως επίσης και οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα.
- ❖ Η απεξάρτηση με φάρμακα (π.χ. Μεθαδόνη) είναι παρά το πρώτο βασικό στάδιο αποθεραπείας.
- ❖ Προγράμματα αποθεραπείας θα πρέπει να εξετάζουν τους ασθενείς τους, όσο αφορά μολυσματικές ασθένειες π.χ. Ηπατίτιδα Β, Γ, Φυματίωση, HIV/AIDS και να τους διδάσκει τρόπους μείωσης ρίσκου όσο αφορά τις ασθένειες αυτές.

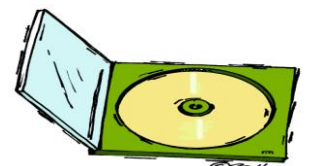
Τι πρέπει να θυμάσαι:

- Η εξάρτηση από ουσίες είναι ιάσιμη αλλά δεν είναι απλή. Για να τα καταφέρεις πρέπει να:
 - Σταματήσεις τις ουσίες
 - Παραμείνεις καθαρός/η
 - Να είσαι παραγωγικός/η όσο αφορά την οικογένεια, την εργασία και την κοινωνία
- Η επιτυχημένη αποθεραπεία εμπεριέχει τα ακόλουθα στάδια:
 - Απεξάρτηση με φάρμακα (π.χ. Μεθαδόνη για οπιούχα ή φάρμακα για απεξάρτηση από αλκοόλ)
 - Συμπεριφοριστική συμβουλευτική (π.χ. πρόκληση σε προσωπικά ερεθίσματα χρήσης και ενασχόληση με ευχάριστες και παραγωγικές δραστηριότητες)
 - Φαρμακευτική αγωγή (π.χ. για επιπλέον ψυχιατρικές παθήσεις)
 - Αξιολόγηση και θεραπεία για ψυχιατρικές παθήσεις όπως κατάθλιψη και άγχος
 - Επαναξιολόγηση μετά από 6 και 12 μήνες και δεξιότητες διαχείρισης υποτροπών
- Συμπεριφοριστικές θεραπείες βοηθούν να:
 - Μαθευτούν τρόποι διαχείρισης σκέψεων/πεποιθήσεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση ουσιών
 - Αυξηθούν οι υγιείς δεξιότητες επίλυσης καθημερινών προβλημάτων
 - Αυξηθεί το κίνητρο να ακολουθηθεί θεραπεία για άλλες παθήσεις (π.χ. ιατρικές, ψυχιατρικές κτλ).
 - Να αναζητηθεί επιπλέον νομική και κοινωνική βοήθεια

Δεύτερο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν τη
δεύτερη τηλεφωνική
επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΔΕΥΤΕΡΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ



- ✓ Στο πρόγραμμα αυτό θα παρουσιαστούν Κυπριακά στοιχεία του Αντιναρκωτικού Συμβουλίου Κύπρου (ΑΣΚ) που σχετίζονται με τη χρήση και τις επιπτώσεις της,
- ✓ Η σωστή και αντικειμενική ενημέρωση χρηστών φαίνεται να βοηθά στην ανάπτυξη μιας πλήρους εικόνας όσο αφορά την επικράτηση της χρήσης στο γενικό πληθυσμό και στην ανάπτυξη αντικειμενικών αντιλήψεων για τις επιπτώσεις της χρήσης,
- ✓ Το πρόγραμμα αυτό προσφέρει, επίσης ασκήσεις εξερεύνησης και αντιμετώπισης προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης που βοηθά στη πρόληψη υποτροπής



Ξεκινάμε τώρα!



Η κατάσταση στην Κύπρο σήμερα:

- Η κάνναβης είναι η κυριότερη ουσία κατάχρησης στην Κύπρο.
- Δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης είναι η ηρωίνη,
- Τα οπιούχα φάρμακα/ υποκατάστατα όπως η οξυκοδίνη έχουν φτάσει σε ανησυχητικά επίπεδα,
- Οι διεγερτικές ουσίες κατάχρησης όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα.
- Η κατάχρηση νόμιμων ουσιών όπως η αλκοόλη, τα ηρεμιστικά, ψυχιατρικά φάρμακα και ο καπνός είναι σε πολύ ανησυχητικά επίπεδα.

Λειτουργός, ΑΣΚ

Αιτήματα θεραπείας:

- ✓ Τα αιτήματα θεραπείας κάνναβης δείχνουν μεγάλη αύξηση, κάτι που οφείλεται κυρίως στην επιτυχημένη εφαρμογή του πρωτοκόλλου συνεργασίας με την ΥΚΑΝ για την παραπομπή νέων παραβατών στη θεραπεία.
- ✓ Τα αιτήματα θεραπείας ηρωίνης δείχνουν μείωση, γεγονός που συμπίπτει με Κυπριακά ποσοστά ολοκλήρωσης θεραπείας ως επίσης και τη πανευρωπαϊκή μείωση χρηστών ηρωίνης.

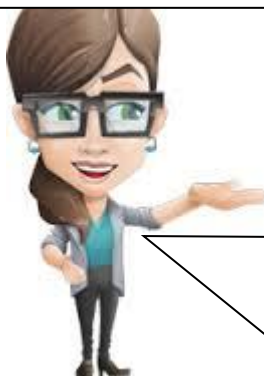


Κατά μέσο όρο το προφίλ του χρήστη στην Κύπρο είναι:

- Ελληνοκύπριος άντρας,
- 27 ετών,
- δε τέλειωσε το σχολείο,
- χρήστης κάνναβης με εννιάχρονη πορεία χρήσης.

Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες:

- 🚫 Η κάνναβης παρά την έντονη δημόσια γνώμη, ότι δεν είναι σωματικά εθιστική έχει ταυτιστεί με σωματικό και ψυχολογικό εθισμό.
- 🚫 Χημικές εξετάσεις που έγιναν σε κατασχεμένη κάνναβη στην Κύπρο, έδειξαν ότι η ισχύς THC (το κύριο ενεργό συστατικό της κάνναβης), η οποία προκαλεί σωματικό εθισμό, βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα.
- 🚫 Επιπλέον η ισχύς THC στην Κύπρο φαίνεται να αυξάνεται συνεχώς κάτι το οποίο κάνει την κάνναβη εθιστική και επικίνδυνη.
- 🚫 Η ιατρική χρήση κάνναβης παρά το γεγονός ότι σε μερικές χώρες/ πολιτείες χρησιμοποιείται για τη διαχείριση πόνου και οργανικών προβλημάτων, δεν φαίνεται να έχει διαχρονικά θετικά επακόλουθα στην υγεία, χωρίς καθόλου αρνητικές



Κάνναβης:

- 🚫 Ο αριθμός κατασχέσεων και τα αδικήματα που σχετίζονται με τη κάνναβη βρίσκονται σε συνεχή άνοδο από το 2004.
- 🚫 Η χρήση κάνναβης στην Κύπρο βρίσκεται στο 11% του γενικού πληθυσμού, ενώ σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είναι στο 18%.
- 🚫 **Ανησυχία προκαλεί η αυξητική τάση των χρηστών κάνναβης παρά τα συγκριτικά χαμηλότερα επίπεδα μέχρι στιγμής στην Κύπρο.**

Οι επιπτώσεις από τη χρήση της κάνναβης:

- 1) πνευμονικές ασθένειες και μολύνσεις στους πνεύμονες,
- 2) αυξάνει κατά 5 φορές τους χτύπους της καρδιάς, ειδικά σε άτομα με καρδιακές ευαισθησίες,
- 3) σοβαρά ψυχιατρικά επακόλουθα όπως: παράνοια και ψευδαισθήσεις, κατάθλιψη, άγχος, αυτοκτονικός ιδεασμός, έλλειψη κινήτρων, διαταραχές προσωπικότητας, προβλήματα εκμάθησης και μνήμης,
- 4) ατυχήματα λόγω προβλημάτων στην



Οφέλη από τη διακοπή χρήσης:

- ☘ Καθαρή σκέψη
- ☘ Αυξημένα κίνητρα
- ☘ Περισσότερη ενέργεια
- ☘ Καλύτερη γενική υγεία
- ☘ Μείωση των επικίνδυνων συμπεριφορών και ατυχημάτων
- ☘ Οι πιθανότητες εργασίας ή εξεύρεσης καλύτερου μισθού αυξάνονται
- ☘ Υγιείς σχέσεις (κοινωνική και οικογενειακή ζωή)
- ☘ Περισσότερα χρήματα (δοσολογία χρήσης, ποινές στα δικαστήρια, νομικές υποθέσεις)



Ηρωίνη:

- Είναι η δεύτερη ουσία κατάχρησης στην Κύπρο
- Όλοι οι δείκτες που σχετίζονται με την ηρωίνη, όπως ο αριθμός κατασχέσεων, τα αδικήματα και η προβληματική χρήση ηρωίνης φαίνεται να μειώνονται κάθε χρόνο
- Η χρήση ηρωίνης στην Κύπρο βρίσκεται στο 1% του γενικού πληθυσμού, ενώ σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είναι στο 3%.

Υποκατάστατα της ηρωίνης:

- Υπάρχει ανησυχία στην Κύπρο για την κατάχρηση της ουσίας οξυκοδίνη.
- Το 2013, 4.5% των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία έκαναν κατάχρηση υποκατάστατων οπιούχων επιπλέον από τη χρήση ηρωίνης.
- Τα αυξητικά ποσοστά υποκατάστατων οπιούχων, ιδιαίτερα

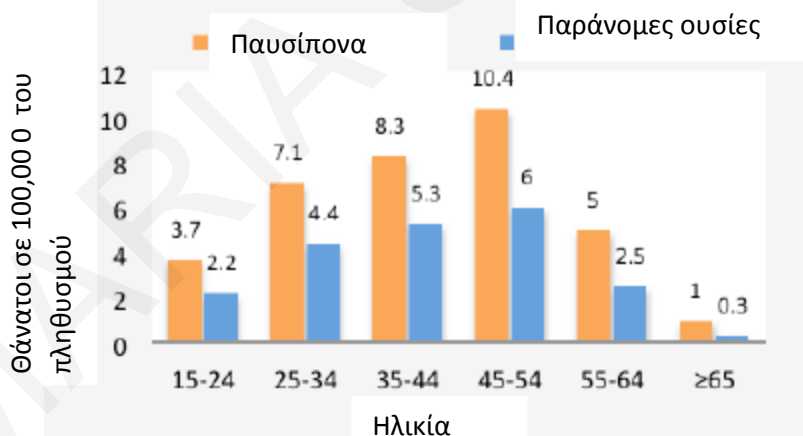




Θάνατοι προκαλούμενοι από οπιούχες ουσίες:

- Τα υποκατάστατα της ηρωίνης και κυρίως η οξυκοδίνη είναι η κύρια αιτία θανάτων συνδεδεμένοι με ουσίες στην Κύπρο.
- Συγκεκριμένα, σημειώθηκαν 130 θάνατοι οφειλόμενοι στη χρήση μεταξύ 2004 και 2011.
- Η χρήση υποκατάστατων ηρωίνης μπορεί να προκαλέσει άμεσο θάνατο ως επίσης και έμμεσο, ως αποτέλεσμα ατυχημάτων παραδείγματος χάριν μέσω σκόπιμης ή άσκοπης υπερβολικής δόσης, άγνωστα ιατρικά προβλήματα
- Οι θάνατοι οι οποίοι συνδέονται με νόμιμες οπιούχες ουσίες, οι οποίες χορηγούνται με συνταγή ιατρού σε άτομα με χρόνια πόνο ή άλλες σωματικές παθήσεις, φαίνεται να προκαλούν την πλειοψηφία των θανάτων από οπιούχα στην Αμερική.

Θάνατοι μετά από συνεχιζόμενη χρήση οπιούχων στην Αμερική



Source: CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report, 60(43): 1489, 2011.



Επιπτώσεις από τη χρήση οπιούχων:

- Η κατάχρηση οπιούχων σχετίζεται με πολλαπλά αρνητικά επακόλουθα στην υγεία:
 - 1) Αυξημένες πιθανότητες βλάβης (π.χ. ατυχήματα, μολυσματικές ασθένειες, υπερβολική δόση ή/και αιφνίδιο θάνατο).
 - 2) Χρόνιοι χρήστες μπορούν να υποστούν πτώση των φλεβικών αγγειωμάτων, μόλυνση του ενδοκαρδίου και της βαλβίδας της καρδιάς, αποστήματα, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκοιλιότητα, πόνο στο στομάχι και στα έντερα, νεφρική ή/και ηπατική ανεπάρκεια.
 - 3) Επίσης δημιουργούνται προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα, άσθμα και πνευμονία.
 - 4) Τα οπιούχα μπορεί να εντάξουν τοξικές ουσίες στον οργανισμό οι οποίες να μπλοκάρουν τις αρτηρίες και να προκαλέσουν ανεπανόρθωτη βλάβη σε ζωτικά όργανα, όπως τους πνεύμονες, το συκώτι, τα νεφρά και τον εγκέφαλο.
 - 5) Σε εγκύους γυναίκες μπορεί να επιφέρει την αιφνίδια αποβολή εμβρύου, την εξάρτηση του εμβρύου σε οπιούχα, την έλλειψη πρόσληψης τροφής και αναπτυξιακές δυσκολίες.

Διεγερτικές Ουσίες:



Χαμηλά επίπεδα διεγερτικών ουσιών στην Κύπρο:

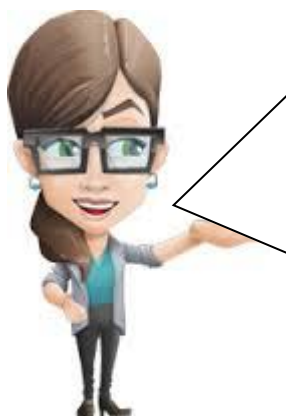
- Η Κοκαΐνη φαίνεται να είναι η τρίτη ουσία κατάχρησης στους Κύπριους νέους, σύμφωνα με στατιστικές οι οποίες καταγράφηκαν μεταξύ 2009 και 2012.
- Η χρήση κοκαΐνης και ecstasy αντίστοιχα, σε άτομα ηλικίας 15-64 βρίσκεται στο 0.3%, ενώ σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες βρίσκεται στο 2%.
- Η χρήση αμφεταμινών και μεθαμφεταμίνης στην Κύπρο βρίσκεται επίσης στο 0.3 %, ενώ σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είναι στο 1%.
- **Ανησυχία προκαλεί η αυξητική τάση των διεγερτικών ουσιών παρά τα χαμηλά επίπεδα μέχρι στιγμής.**

Επιπτώσεις από τη χρήση διεγερτικών ουσιών:

- Μετά από επανειλημμένη χρήση, η κοκαΐνη και άλλες διεγερτικές ουσίες μπορεί να:
 - 1) Επιφέρουν μακροχρόνιες αλλαγές στο σύστημα επιβράβευσης του εγκεφάλου. Οι χρήστες διεγερτικών, περιγράφουν ότι νιώθουν έλλειψη ικανότητας για ευχαρίστηση λόγω της εξάντλησης της ντοπαμίνης και σεροτονίνης που υπάρχουν φυσιολογικά στον εγκέφαλο.
 - 2) Οι διεγερτικές ουσίες επηρεάζουν το σώμα με πολλαπλούς τρόπους, όπως τη συστολή αγγείων, τη διαστολή των κόρων του ματιού, την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και της αρτηριακής πίεσης.
 - 3) Μπορούν επίσης να προκαλέσουν έντονους πονοκέφαλους, γαστρεντερικά προβλήματα, πόνο και ναυτία.
 - 4) Οι χρήστες διεγερτικών έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακής προσβολής ή εγκεφαλικών επεισοδίων, και ρίσκο πρόσληψης μολυσματικών ασθενειών
 - 5) Η χρήση διεγερτικών μπορεί να επιδεινώσει ή και να προκαλέσει ψυχιατρικές διαταραχές όπως άγχος, θυμό, ψύχωση και παράνοια.
 - 6) Σύμφωνα με τη μέθοδο κατάχρησης, η χρήση κοκαΐνης συγκεκριμένα μπορεί να επιφέρει επιπλέον προβλήματα υγείας όπως γάγγραινα των εντέρων, απώλεια της όσφρησης, προβλήματα στη κατάποση, μακροχρόνιες αιμορραγίες από τη μύτη και συνάχι.
 - 7) Η χρήση κοκαΐνης σε συνδυασμό με αλκοόλη ή άλλες ουσίες μπορεί να επιφέρει και τον θάνατο.








 **ΝΟΜΙΜΕΣ
ΟΥΣΙΕΣ:**
ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΠΝΟΣ,
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ



Αλκοόλ:

- Στην Κύπρο, 3% του πληθυσμού φαίνεται να είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ.
- Οι έφηβοι φαίνεται να καταναλώνουν όλο και περισσότερο αλκοόλ,
- Η προσβασιμότητα σε ποτά είναι πολύ πιο εύκολη συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης.
- Συνήθως αιτούνται για θεραπεία, μόνο άτομα άνω των 40 ετών με σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού.
- Μεταξύ των ετών 2004 και 2010, τουλάχιστο 519 άτομα πέθαναν για λόγους που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης.
- Στην Ευρώπη οι θάνατοι που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλης είναι 1 στους 7 άντρες και 1 στις 13

Η υγιής ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλης σύμφωνα με το Διεθνές Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ είναι:

- 1) Ένα ποτό (12 γραμμαρίων καθαρής αλκοόλης) για γυναίκες (μέχρι 3 φορές την εβδομάδα)  
- 2) Δύο ποτά για τους άντρες (μέχρι 3 φορές την εβδομάδα)   

Τι συμβαίνει αν διακόψεις την υπερβολική ποσότητα αλκοόλης:

- ✓ Στον πρώτο μόλις μήνα το λίπος στο συκώτι σου μειώνεται κατά 20%, έτσι και το ρίσκο καρκίνου, ηπατίτιδας και κύρωσης του ήπατος
- ✓ Η γλυκόζη στο αίμα σου μειώνεται 16% έτσι και το ρίσκο διαβήτη τύπου II
- ✓ Η χοληστερίνη σου μειώνεται 5% έτσι και το ρίσκο καρδιαγγειακού επεισοδίου
- ✓ Η συγκέντρωση σου αυξάνεται 18% έτσι μειώνεται και το ρίσκο άνοιας
- ✓ Ο ύπνος βελτιώνεται κατά 10%
- ✓ Μείωση βάρους και αύξηση απορρόφησης βιταμινών και ιχνοστοιχείων

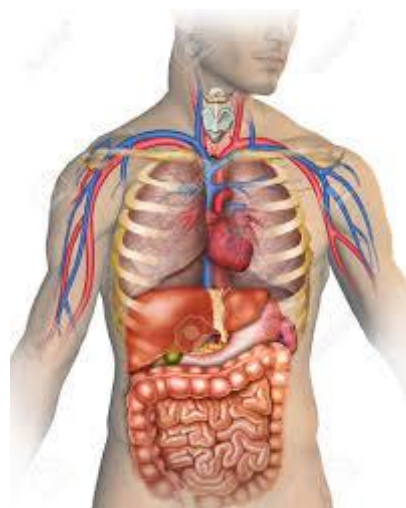


Επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλης:

- περισσότερο από το κανονικό επίπεδο το οποίο παρουσιάστηκε πιο πάνω:
- 1) Η αλκοόλη επηρεάζει τόσο την οδό επικοινωνίας του εγκεφάλου όσο και την όψη και τη λειτουργία του. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση, τη συμπεριφορά και το συντονισμό του σώματος.
 - 2) Η συχνή ή μεγάλη ποσότητα αλκοόλης μπορεί να προκαλέσει μυοπάθεια της καρδιάς, αρρυθμίες, υψηλή πίεση ή/και εγκεφαλικό επεισόδιο.
 - 3) Υψηλά επίπεδα αλκοόλης μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα, κίρρωση του ήπατος, λιπαρότητα και ίνωση στο συκώτι, παγκρεατίτιδα, προβλήματα στην πέψη, τοξικότητα στο αίμα λόγω προβλημάτων στο πάγκρεας, καρκίνο του λαιμού, στόματος, οισοφάγου, στήθους και στο συκώτι.
 - 4) Μεγάλες ποσότητες αλκοόλης μπορεί να μειώσουν την επίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος και να οδηγήσουν σε πνευμονία ή φυματίωση.
 - 5) Όσο αφορά τη συναισθηματική και ψυχική υγεία, η συστηματική χρήση αλκοόλης

- 1) Καρκίνο στον οισοφάγο, στόμα και τραχεία.
- 2) Αναιμία αίματος
- 3) Καρδιαγγειακά νοσήματα
- 4) Κίρρωση του ήπατος και ηπατίτιδα
- 5) Χρόνια γαστρίτιδα
- 6) Παγκρεατίτιδα
- 7) Διαβήτη
- 8) Έκπτωση στη γνωστική λειτουργία
- 9) Προβλήματα συγκέντρωσης, μνήμης και όρασης
- 10) Ψύχωση, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα ύπνου, θυμός, αντικοινωνική συμπεριφορά, επιθυμία, εκνευρισμός, πανικός.

Προβληματικές επιπτώσεις χρήσης αλκοόλης στο σώμα



- **Κόκκινο**- Προβληματικές επιπτώσεις μετά από μακροχρόνια χρήση ή χρήση πάνω από το κανονικό επίπεδο (1 ποτό για γυναίκες και 2 ποτά για άντρες, περισσότερο από 3 φορές τη βδομάδα).

Θετικές επιπτώσεις σωστής χρήσης αλκοόλης στο σώμα:

- 1) Μειώνει το ρίσκο διαβήτη και την απορρόφηση ινσουλίνης.
- 2) Μειώνει την ατροφία του εγκεφάλου και το ρίσκο γεροντικής άνοιας.
- 3) Μειώνει το ρίσκο θρόμβωσης του αίματος και βελτιώνει τη ροή του αίματος στην καρδιά.
- 4) Βοηθά στην πυκνότητα των οστών.
- 5) Μειώνει την κακή χοληστερίνη.



- **Πράσινο** και **Πορτοκαλί** - Καλές επιπτώσεις μετά από λιγοστή και μέτρια χρήση σε σωστά επίπεδα και ποσότητες.

- 1) Μειώνει το ρίσκο ρευματοπάθειας.
- 2) Μειώνει το ρίσκο ανάπτυξης πέτρας στη χολή
- 3) Μειώνει το ρίσκο ανάπτυξης πέτρας στα νεφρά



Χρήση Ηρεμιστικών ή Ψυχιατρικών φαρμάκων:

Στην Κύπρο το 4% του γενικού πληθυσμού φαίνεται ότι κάνει χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων

Κατά μέσο όρο το προφίλ των ατόμων που κάνουν χρήση ηρεμιστικών είναι συνήθως:

- γυναίκες,

Κίνδυνοι για τη σωματική και ψυχική υγεία από τη χρήση ψυχιατρικών φαρμάκων:

- Πολλά φάρμακα προκαλούν παχυσαρκία, διαβήτη, αιφνίδια καρδιακή προσβολή, νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχές κυκλοφορίας αίματος ακόμα και γενική κατάρρευση του οργανισμού. Επίσης, προκαλούν πολυάριθμες τοξικές παρενέργειες, αστάθειες της εμμήνου ρύσεως, προβλήματα εγκυμοσύνης ακόμα και νευρολογικά προβλήματα όπως βλάβες στη μνήμη και σε γνωστικές λειτουργίες, τικ, δυσκινησία ακόμη και εγκεφαλική βλάβη.
- Οι επιπτώσεις αυτές είναι ακόμη μεγαλύτερες μετά από μακροπρόθεσμη χρήση φαρμάκων ή/ και όταν υπάρχει συνδυασμός φαρμάκων ή/και αλκοόλης.
- Πολλά φάρμακα χειροτερεύουν τα ψυχιατρικά και ψυχωτικά συμπτώματα ασθενών και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής, μειώνοντας τα κίνητρα για προσωπική αλλαγή.
- Τα αντιψυχωτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα που μοιάζουν με τη νόσο Parkinson και «κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο» το οποίο μπορεί να προκαλέσει μέχρι και το θάνατο. Τα φάρμακα όπως το Λίθιο και την Κλοζαπίνη (Leronex) απαιτούν συχνές αιματολογικές εξετάσεις για



Κάπνισμα: τσιγάρο, καπνός, ναργιλές στην Κύπρο

- Ενθαρρυντικά αποτελέσματα έχουν σημειωθεί για τους καπνιστές στην Κύπρο.
- Έρευνες δείχνουν ότι ειδικά στους νέους ηλικίας 15-34 ετών έχει σημειωθεί σημαντική μείωση του καπνίσματος.
- Στους χρήστες άλλων παράνομων ουσιών τα επίπεδα καπνίσματος παραμένουν πολύ υψηλά.

Βασικές επιπτώσεις καπνίσματος:

- Το κάπνισμα έχει συνδεθεί με τον καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης στον άνδρα και πολλούς άλλους. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα είναι 40 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές που καπνίζουν περίπου 20 τσιγάρα ημερησίως,
- Επίσης είναι διπλάσιες με τετραπλάσιες οι πιθανότητες για καρδιαγγειακά νοσήματα ή/και εγκεφαλικό,
- Αυξημένος κίνδυνος για τους καπνιστές, υπάρχει επίσης για ασθένειες των ούλων, μυϊκές βλάβες, πόνους, υπνηλία, βαριά ασθένεια του κυκλοφορικού, οφθαλμικά προβλήματα, οστεοπόρωση, πολύποδες παχέος εντέρου, Crohn's, κατάθλιψη, διαβήτη, πνευμονία, απώλεια ακοής, ψωρίαση, γρίπη, στομαχικό έλκος, φυματίωση και απώλεια δοντιών.
- Ένας στους δύο καπνιστές θα πεθάνει πρόωρα εξ αιτίας του καπνίσματος και οι μισοί από αυτούς θα είναι σε μέση ηλικία.
- Εκτιμάται ότι η γονιμότητα των γυναικών που καπνίζουν μπορεί να μειωθεί κατά 28% σε σύγκριση με μη καπνίστριες. Το κάπνισμα σε συνδυασμό με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει στο 10πλάσιο τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων,
- Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο σεξουαλικής και αναπαραγωγικής ανικανότητας των ανδρών κατά 50%.
- Το κάπνισμα προσβάλλει σοβαρά όχι μόνο τα εσωτερικά όργανα αλλά και την εμφάνιση (παρουσιαστικό) του καπνιστή αλλοιώνοντας το δέρμα.
- Επίσης το κάπνισμα έχει αρκετά μεγάλο οικονομικό κόστος. Αν ένας καπνιστής καπνίζει 1 πακέτο την ημέρα και αν το πακέτο στοιχίζει 3 ευρώ, τότε: 3 ευρώ x 30 ημέρες = 90 ευρώ το μήνα, 90 ευρώ x 12 μήνες = 1080 ευρώ το χρόνο, 1080 ευρώ x 10 χρόνια = 10.800 ευρώ τη δεκαετία. Αν είχες τώρα 10000 ευρώ τι θα μπορούσες να έκανες;
- Αυξανόμενο κόστος ιατρικής περίθαλψης, ασφάλειας υγείας και μειωμένη πιθανότητα για πληρωμένη άδεια.

Γιατί να κόψω το κάπνισμα;

Αν σταματήσεις το κάπνισμα για:

- **20 λεπτά.** Η αρτηριακή πίεση επανέρχεται στα κανονικά επίπεδα. Η θερμοκρασία των χεριών και ποδιών επανέρχεται στο φυσιολογικό (αυξάνει).

Αν έχεις συμπτώματα απόσυρσης, πιες ένα ποτήρι νερό, μάσησε ή πιπίλισε μια μέντα και κράτησε τα χέρια σου απασχολημένα με κάτι μέχρι να φύγει η ανάγκη. Πάρε μερικές βαθιές αναπνοές για να σε βοηθήσουν να ηρεμήσεις.

- **8 ώρες.** Το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα μειώνεται, το επίπεδο του οξυγόνου αυξάνεται και φτάνει στα φυσιολογικά επίπεδα, άρα το σώμα οξυγονώνεται καλύτερα

Είναι σύνηθες να αισθάνεσαι ανήσυχος/η αυτή τη στιγμή, έτσι βρες κάτι για να κρατάς το μυαλό και τα χέρια σου απασχολημένα. Καλές επιλογές είναι να κανείς παζλ, να παίζεις με νομίσματα, με κομπολόι, με βόλους, ή με λαστιχάκια.

- **12 ώρες.** Σχεδόν όλη η νικοτίνη έχει αποβληθεί από τον οργανισμό. Τα συμπτώματα απόσυρσης ξεκινούν να μειώνονται.
- **24 ώρες.** Η πιθανότητα καρδιακών επεισοδίων αρχίζει ήδη να μειώνεται.

Εάν νιώθεις νευρικότητα ή ξεσπάς απότομα στην οικογένεια και τους φίλους σου, ή οι συνήθειες ύπνου σου έχουν ταραχθεί, χρειάζεται να κρατήσεις πιο αυστηρή ρουτίνα στο πρόγραμμα σου. Εάν ασκείσαι καθημερινά ή πηγαίνεις τουλάχιστον για περπάτημα θα βρεις ότι κοιμάσαι καλύτερα είσαι πιο ήρεμος και τα πας καλύτερα με την οικογένεια και τους φίλους σου.

- **48 ώρες.** Βελτιώνονται η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης.

Εάν βιώνεις έντονα την ανάγκη για τσιγάρο, βρες ένα πρόσωπο που θα σε υποστηρίξει και χρησιμοποίησε τις στρατηγικές αντιμετώπισης σου. Συνέχισε να πίνεις άφθονο νερό για να ξεπλένεις τις τοξίνες. Ξανακοίταξε τον κατάλογο με τους λόγους που σε ώθησαν να σταματήσεις το κάπνισμα και κοίταζε τους συχνά. Αντάμειψε τον εαυτό σου για την ικανότητα σου να σταματήσεις το κάπνισμα.

Θύμιζε στον εαυτό σου τι θα κερδίσεις με τη διακοπή

- **5 ημέρες.** Έχουν αποβληθεί από το σώμα τα περισσότερα υποπροϊόντα της νικοτίνης.
- **1 έτος.** Μειώνεται κατά το ήμισυ ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου.
- **5 έτη.** Έχει ήδη μειωθεί σημαντικά ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του στόματος και του



Πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης:

- ✓ Αφού μάθαμε περισσότερα για την πραγματική εικόνα χρήσης ουσιών στην Κύπρο. Ας δοκιμάσουμε μια σημαντική άσκηση.
- ✓ Αυτό που θα σου ζητήσω να κάνεις είναι να προκαλέσεις στον εαυτό σου μερικά εσωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση.
- ✓ Με την επανάληψη και την πρόκληση για μερικά λεπτά, αναμένουμε ότι θα μειώσεις τον κίνδυνο υποτροπής.
- Μετά από την πρόκληση μπορείς να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις ψυχοεκπαίδευσης όπως αυτές που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες.
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις. Αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην αφήσεις αυτά τα συναισθήματα να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάζ την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα.
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που, συνήθως, νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.
- Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα ;
 - Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
 - Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
 - Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού



Προφυλάξεις:

Αν έχετε οποιοσδήποτε από τις πιο κάτω παθήσεις συμβουλευσου τον γιατρό σου προτού προβείς σε εσωτερική έκθεση:



- Επιληψία
- Καρδιολογικά προβλήματα
- Σοβαρά αυχενικά προβλήματα ή προβλήματα στον σπόνδυλο.
- Σοβαρά προβλήματα στους πνεύμονες






Είσαι έτοιμος/η ;

Κοίταξε την παρακάτω λίστα και **διάλεξε ένα** συναίσθημα, είτε αρνητικό είτε θετικό, το οποίο σου προκαλούσε στο παρελθόν **επεισόδια χρήσης**. Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης του συναισθήματος αυτού προσπαθώντας να φανταστείς ότι βρίσκεσαι πραγματικά στη συγκεκριμένη αυτή κατάσταση.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την χρήση και εξάρτηση

Συναίσθημα	Τρόπος Πρόκλησης
Ενθουσιασμός / Γιορτή, Πανηγύρι	<p>Βάδισε επί τόπου ενόσω γελάς δυνατά για ένα λεπτό.</p> 
Ενόχληση/ θυμός	<p>Φαντάσου ότι η/ο σύντροφος σου θυμώνει μαζί σου όταν βλέπει άδειες μπουκάλες μπίρας/εργαλεία της χρήσης στο σπίτι. Φαντάσου ότι κάποιος απείλησε να βλάψει ένα κοντινό σου πρόσωπο , εάν δεν τον πλήρωνες.</p> 

<p>Ενοχή</p>	<p>Φαντάσου ότι έβλαψες ένα άτομο το οποίο αγαπάς άθελα σου π.χ. κατάλαβες ότι ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σου είναι λανθασμένος</p> 
<p>Ζήλια</p>	<p>Φαντάσου ότι άλλα άτομα γύρω σου έχουν περισσότερα προτερήματα από εσένα (π.χ. καλύτερο αυτοκίνητο, λεφτά στη τράπεζα κτλ. ή ότι το άτομο που αγαπάς δίνει σημασία σε κάποιον άλλο/η).</p> 
<p>Βαρεισιμάρια</p>	<p>Για ένα λεπτό να έχεις κενό βλέμμα ή να κοιτάζεις επίμονα τον τοίχο ή διάβασε ένα πολύ βαρετό κείμενο για 10 λεπτά.</p> 
<p>Ντροπή</p>	<p>Κάνε ασκήσεις μαθηματικών μπροστά από άλλους</p>

	
<p>Λύπη ή στεναχώρια/ πένθος</p>	<p>Φαντάσου ότι κάποιο κοντινό σου άτομο έχει πεθάνει. Διάβασε μια λυπηρή για σένα ιστορία ή άκουσε ένα λυπηρό τραγούδι.</p> 
<p>Χαρά ή Ευτυχία</p>	<p>Φαντάσου ότι βρίσκεσαι σε μια ευτυχισμένη και μακροχρόνια σχέση με κάποιο άτομο που αγαπάς</p> 

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με τα συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές; μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Παρακαλώ βαθμολόγησε, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

9) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση ;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφρώς ασφαλές	Ελαφρώς ασφαλές	Ασφαλές	Μέτρια ασφαλές	Αρκετά ασφαλές	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απολύτως ασφαλές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------|
| 25) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 26) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 27) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 28) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 29) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 30) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 31) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 32) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 33) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 34) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 35) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 36) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τον εαυτό σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στη 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

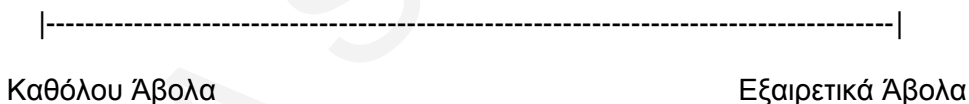
Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

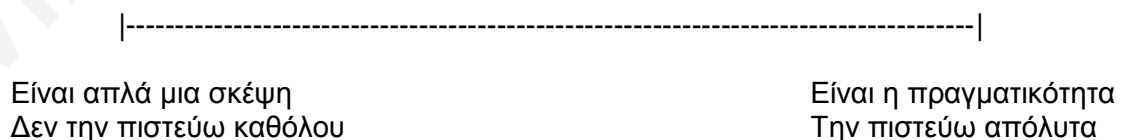
Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Αρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. *είμαι απαίσιος άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω*

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή ; Σημείωσε (✓) στην γραμμή



2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη ;



Ασκήσεις

Επανάληψης

Τώρα, θέλω σύμφωνα με τις πληροφορίες που άκουσες και διάβασες για την κατάσταση σχετικά με ναρκωτικές ουσίες (νόμιμες και παράνομες) στην Κύπρο, να γράψεις μια παράγραφο συγκρίνοντας πώς η δική σου χρήση διαφέρει ή μοιάζει με τα στατιστικά στοιχεία που διάβασες:

Ποια είναι η κύρια και δευτερεύουσα ουσία εξάρτησης σου;

Σε ποια ηλικία ξεκίνησες τη κάθε ουσία και για ποια ουσία ζήτησες, είτε εθελοντικά είτε μετά από παρότρυνση, βοήθεια;

Ποια νομίζεις ότι είναι τα κύρια μειονεκτήματα του να κάνεις χρήση ουσιών (στην υγεία σωματική και ψυχική, στην οικογένεια σου, στη κοινωνική σου ζωή, στην εξεύρεση εργασίας και στη επίτευξη ανεξάρτητης ζωής;)

Αξιολόγηση Ασκήσεων Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Άρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιο άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή ; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη ;

|-----|

Είναι απλά μια σκέψη
Δεν την πιστεύω καθόλου

Είναι η πραγματικότητα
Την πιστεύω απόλυτα

Αξιολόγηση Χρησιμότητας Άσκησης

Παρακαλώ συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις.

1. Πόσο χρήσιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1 2 3 4 5 6 7
Καθόλου Εξαιρετικά
χρήσιμη χρήσιμη

2. Πόσο ωφέλιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1 2 3 4 5 6 7
Καθόλου Εξαιρετικά
ωφέλιμη ωφέλιμη

3. Πόσο δύσκολη ήταν αυτή η άσκηση στην εφαρμογή της όσο αφορά την συγκεκριμένη σκέψη;

1 2 3 4 5 6 7
Καθόλου Εξαιρετικά
δύσκολη δύσκολη

Τρίτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν την τρίτη
τηλεφωνική επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΤΡΙΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ



Τι είναι Θεραπεία Μείωσης Βλάβης ;



Θεραπεία Μείωσης Βλάβης:

- Ιστορικά η θεραπεία για τη κατάχρηση ουσιών επικεντρωνόταν στη μείωση ή την εξάλειψη χρήσης και αμελούσε τη μείωση επικινδυνότητας που συνδέεται με τη χρήση.
- Πρόσφατα, η θεραπεία μείωσης βλάβης έχει τύχει ευρείας αποδοχής ως προς την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών.
- Χρησιμοποιείται, κυρίως, ως μέθοδος κινητοποίησης ατόμων στα αρχικά στάδια απεξάρτησης από ουσίες, όταν το άτομο αμφιταλαντεύεται με το αν θα σταματήσει ή όχι τη χρήση.



Ο στόχος της μείωσης βλάβης:

- Η σμίκρυνση της επικινδυνότητας και των αρνητικών επακόλουθων της χρήσης
- Είναι μια πρακτική μέθοδος η οποία χρησιμοποιεί διαφορετικές στρατηγικές ώστε να:
 - ✓ μειώσει το ρίσκο υπερβολικής δόσης,
 - ✓ επαφής με μολυσματικές ασθένειες

Hilton, 2000
ερευνητής

Τι να κάνω ;



- Το πρώτο βήμα μείωσης βλάβης είναι η ψυχοεκπαίδευση.

Σήμερα θα μιλήσουμε για την ανεκτικότητα στις ουσίες κατάχρησης.

- Η ανεκτικότητα στις ουσίες είναι όρος ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αυξημένη ποσότητα ουσιών η οποία χρειάζεται κανείς να χορηγήσει έτσι ώστε να νιώσει το αποτέλεσμα κάποιας ουσίας
- Η παραδοσιακή αντίληψη της ανεκτικότητας είναι βιολογική δηλαδή απόκειται στην ποσότητα, είδος της ουσίας και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του χρήστη.
- Η βιολογική ανεκτικότητα σημαίνει η μεταβολική και σωματική ανεκτικότητα την οποία αποκτά ο οργανισμός με την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μιας ουσίας.
- Η συμπεριφοριστική ανεκτικότητα έχει σχέση με περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι είναι στον έλεγχο των χρηστών.
- Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική ανοχή, το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται κανείς μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει την ανεκτικότητα σε μια ουσία κατάχρησης.



- Μπορεί να έχεις ακούσει ότι χρήστες έχουν πεθάνει ως αποτέλεσμα υπερβολικής δόσης.
- Μερικοί χρήστες πέθαναν γιατί έσμιξαν πολλά ήδη ουσιών ή άλλαξαν τον προμηθευτή τους.
- Μερικοί όμως θάνατοι παραμένουν μυστήριο, ως προς την αιτιολογία τους. Γιατί λοιπόν κάποιος χρήστης να πεθάνει ως αποτέλεσμα της ίδιας δοσολογίας στην οποία είχε δημιουργήσει ανοχή προηγουμένως ;
- Τι έγινε λοιπόν; έχασε αυτός ο χρήστης την ανοχή/ανεκτικότητα του στη συγκεκριμένη ουσία από την μια μέρα στην άλλη ;
- Ένας ερευνητής, ο Siegel και οι συνεργάτες του (1982) βρήκαν ότι το ρίσκο θανάτου από υπερβολική δόση εξαρτάται από το περιβάλλον στο οποίο συνήθως κάνεις χρήση.
- Αν κάνεις χρήση σε καινούριο περιβάλλον η συμπεριφοριστική ανεκτικότητα δεν θα λειτουργήσει προστατευτικά και έτσι οι δοσολογίες στις οποίες συνήθως δείχνεις ανοχή και μπορεί να υποστείς υπερβολική δόση.

Κίνδυνος θανάτου:

- Όταν δεν έχεις ανοχή ανεκτικότητα γιατί πρώτη φορά κάνεις χρήση σε συγκεκριμένη δοσολογία
- Όταν κάνεις χρήση ίδιας ουσίας και δοσολογίας σε καινούρια τοποθεσία

Συνηθισμένος χώρος κατάχρησης ουσίας

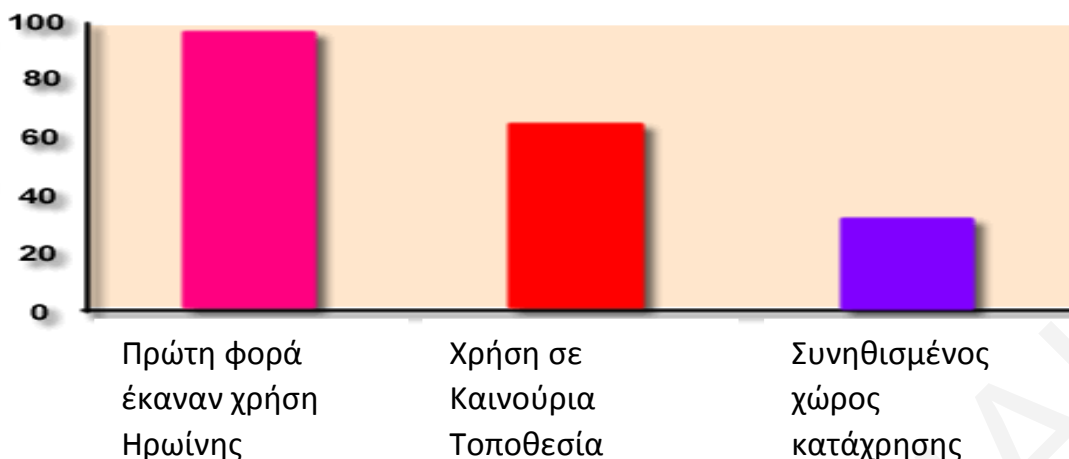


Καινούρια Τοποθεσία



Χρήση Ηρωίνης σε διάφορες τοποθεσίες

Θάνατοι μετά από χρήση
Ηρωίνης



Πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης:

Αφού μάθαμε περισσότερα για τη γνωστική αναδόμηση, ας δοκιμάσουμε πάλι μια σημαντική άσκηση.

- Θα εισηγούμουν, για αυτή τη συνεδρία, να κάνεις πρόκληση μιας σωματικής αίσθησης που σχετίζεται με τη χρήση (επιθυμία για χρήση ή απόσυρση), για παράδειγμα την αίσθηση ζάλης και αποπροσανατολισμού ή την αίσθηση μουδιάσματος και καρδιοχτυπήματος τα οποία σύμφωνα με κάποιες έρευνες μοιάζουν με συμπτώματα επιθυμίας ή/και απόσυρσης.
- Μετά από την πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης μπορεί να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις ψυχοεκπαίδευσης όπως αυτή που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις, αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην το αφήσεις τα συναισθήματά σου να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!
- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάζ την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα

- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η σου.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που συνήθως νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.

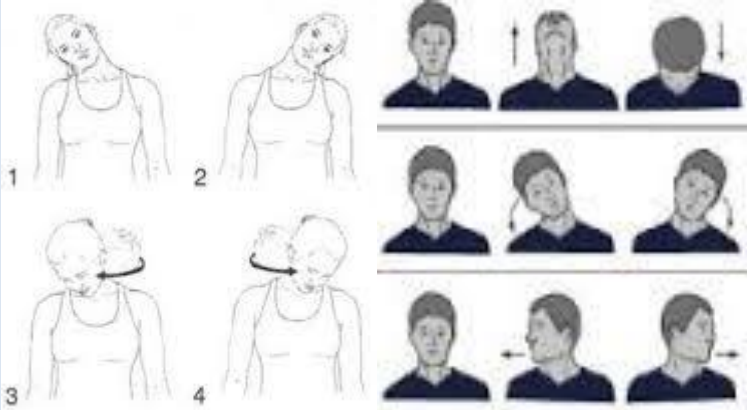
Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα;



- Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
- Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού



- Είσαι έτοιμος/η ;
- Κοίταξε την παρακάτω λίστα και διάλεξε μια σωματική αίσθηση, είτε αρνητική είτε θετική, η οποία σου προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης.
- Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης της αίσθησης αυτής, προσπαθώντας να εφαρμόσεις ακριβώς αυτό που σου λένε οι οδηγίες.

Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση

Αίσθηση	Τρόπος Πρόκλησης
Ζάλη / Αποπροσανατολισμός	<p>1)Γύρισε το κεφάλι σου γρήγορα και επανειλημμένα σε όλες τις κατευθύνσεις και μετά κοίταξε ευθεία (1λεπτό).</p> <p>2)ή στριφογύρισε σαν στέκεσαι όρθιος/α για ένα λεπτό και μετά κάτσε στο πάτωμα</p> <p>3)ή βάλε το κεφάλι σου ανάμεσα στα πόδια σου για ένα λεπτό και μετά σήκω γρήγορα όρθιος/α</p> 

<p>Άγχος, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, έξαψη</p>	<p>1) Γρήγορες αναπνοές χρησιμοποιώντας καλαμάκι ενώ κρατώ την μύτη κλειστή για δύο λεπτά 2) ή πάρε πολύ γρήγορες και βαθιές αναπνοές για ένα λεπτό</p> 																				
<p>Τρέμουλο, βάρος μυών</p>	<p>Σφίξε όλο σου το σώμα (1 λεπτό να σφίγγεις τη σιαγόνα σου, τους ώμους σου, τους κοιλιακούς σου, τα χέρια και τα πόδια σου)</p> <table border="1" data-bbox="523 853 1394 1581"> <thead> <tr> <th>Ομάδα μυών</th> <th>Περιγραφή</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Δάκτυλα και χέρια</td> <td>Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά</td> </tr> <tr> <td>Καρπός</td> <td>Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω</td> </tr> <tr> <td>Δικέφαλος</td> <td>Σφίξε τον δικέφαλο σου</td> </tr> <tr> <td>Όμος</td> <td>Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου</td> </tr> <tr> <td>Κεφάλι</td> <td>Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά</td> </tr> <tr> <td>Λαιμός</td> <td>Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου</td> </tr> <tr> <td>Κρόταφος</td> <td>Σφίξε τα μάτια σου κλειστά</td> </tr> <tr> <td>Στόμα και σιαγόνα</td> <td>Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)</td> </tr> <tr> <td>Πλάτη</td> <td>Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη</td> </tr> </tbody> </table>	Ομάδα μυών	Περιγραφή	Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά	Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω	Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου	Όμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου	Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά	Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου	Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά	Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)	Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη
Ομάδα μυών	Περιγραφή																				
Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά																				
Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω																				
Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου																				
Όμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου																				
Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά																				
Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου																				
Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά																				
Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)																				
Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη																				
<p>Άγχος, ανησυχία, κούραση</p>	<p>Βάδισε επί τόπου για δύο λεπτά και σήκωσε τα γόνατα σου ψηλά. (ή ανεβοκατέβα μια σκάλα πολύ γρήγορα για 2 λεπτά)</p> 																				

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές; μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Παρακαλώ βαθμολόγησε, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

9) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση ;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφρώς ασφαλές	Ελαφρώς ασφαλές	Ασφαλές	Μέτρια ασφαλές	Αρκετά ασφαλές	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απολύτως ασφαλές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------|
| 25) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 26) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 27) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 28) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 29) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 30) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 31) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 32) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 33) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 34) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 35) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 36) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια σωματική αίσθηση που σχετίζεται με την επιθυμία σου για χρήση (θυμήσου μια σωματική αίσθηση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η αίσθηση μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησε την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σωματικών Αισθήσεων

Όνομα: _____

Αίσθηση 1: _____

(Π.χ. Ζαλίζομαι, Μουδιάζω, Πανικός, Φάρμακο, Άρρωστος/η). Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. η καρδιά μου χτυπά γρήγορα – καρδιοχτύπια, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή ; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η αίσθηση είναι φυσιολογική;

|-----|

Είναι απλά μια αίσθηση
Είναι φυσιολογική

Είναι αίσθηση η
οποία σχετίζεται
μόνο με χρήση

Δεν είναι φυσιολογική

Ήταν κάτι διαφορετικό στο περιβάλλον σου, άλλαξε η τοποθεσία, τα άτομα γύρω σου ή κάτι άλλο;

MARIA STAVRINAKI

Αξιολόγηση Ασκήσεων

Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σωματικών Αισθήσεων

Όνομα: _____

Αίσθηση 1: _____

(Π.χ. Ζαλίζομαι, Μουδιάζω, Πανικός, Φάρμακο, Άρρωστος/η.). Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. η καρδιά μου χτυπά γρήγορα – καρδιοχτύπια, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή ; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η αίσθηση είναι φυσιολογική ;

|-----|

Είναι απλά μια αίσθηση
Είναι φυσιολογική

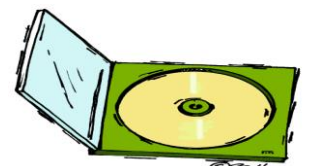
Είναι αίσθηση η
οποία σχετίζεται
μόνο με χρήση

Δεν είναι φυσιολογική

Τέταρτο μέρος ασκήσεων
αυτοβοήθειας
(Συμπλήρωση πριν τη τέταρτη
τηλεφωνική επικοινωνία)



ΦΟΡΕΣΕ ΤΩΡΑ ΤΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΣΟΥ
ΤΕΤΑΡΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ



Θεραπεία Μείωσης Βλάβης

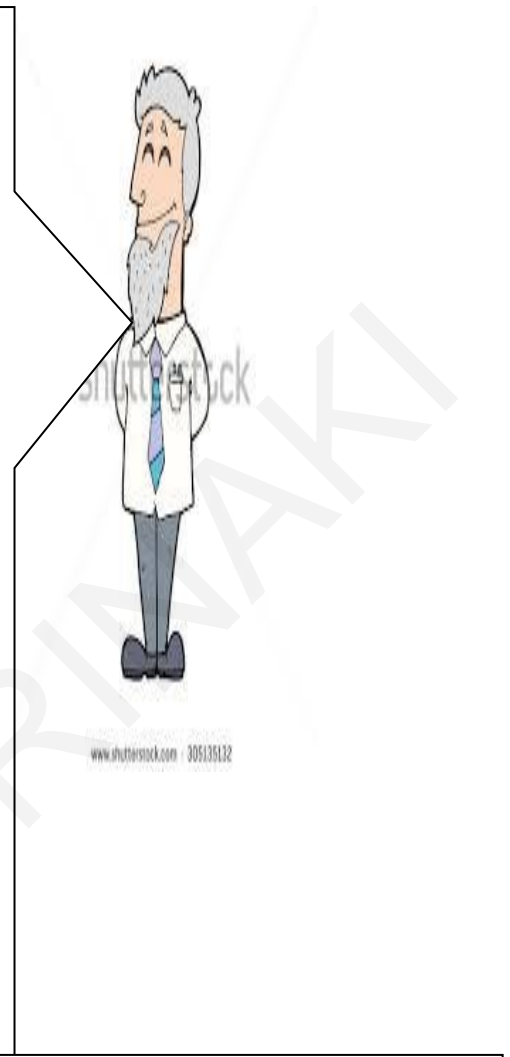


Η θεραπεία μείωσης βλάβης έχει φανεί να μειώνει :

- 1) το ρίσκο πρόσληψης μολυσματικών ασθενειών,
- 2) το ρίσκο επικίνδυνων συμπεριφορών που συνδέονται με τη χρήση,
- 3) και ρίσκο υπερβολικής δόσης.

Μολυσματικές Ασθένειες

- Στην Κύπρο υπάρχει έξαρση του ιού της Ανθρώπινης Ανοσοεπάρκειας (HIV) με αριθμό καταγεγραμμένων οροθετικών 972 ατόμων το 2015.
- Ο ιός εξαπλώνεται με την απροφύλακτη σεξουαλική επαφή ή με τη χρήση κοινής σύριγγας ή στην εγκυμοσύνη, γέννα ή θηλασμό,
- Άτομα με πρόβλημα κατάχρησης ουσιών πολλές φορές μεταδίδουν ή κολλούν τον ιό ανταλλάζοντας σεξ με τη δόση τους.
- Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να επιδεινώσει την εξάπλωση του ιού και να χειροτερέψει τα συμπτώματα.
- Πάνω από μισοί ενδοφλέβιοι χρήστες που εξετάστηκαν για μολυσματικές ασθένειες στην Κύπρο το 2013, είχαν ηπατίτιδα διάφορων ειδών.
- Η **Ηπατίτιδα Γ** είναι φλεγμονή του ήπατος και μπορεί να προκληθεί από χημικές ουσίες, φάρμακα, πίνοντας πολύ αλκοόλ ή από ιούς.
- Η **Ηπατίτιδα Β** μεταδίδεται με την απροφύλακτη σεξουαλική επαφή ή με τη χρήση κοινής σύριγγας ή στην εγκυμοσύνη, γέννα ή θηλασμό,
- Χρήστες ουσιών ή πάσχοντες του ιού HIV/AIDS είναι ευάλωτοι στο να πάθουν **Φυματίωση**- λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος η οποία μεταδίδεται μέσω του αέρα από άτομο σε άτομο.



Πηγή: Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών

Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία

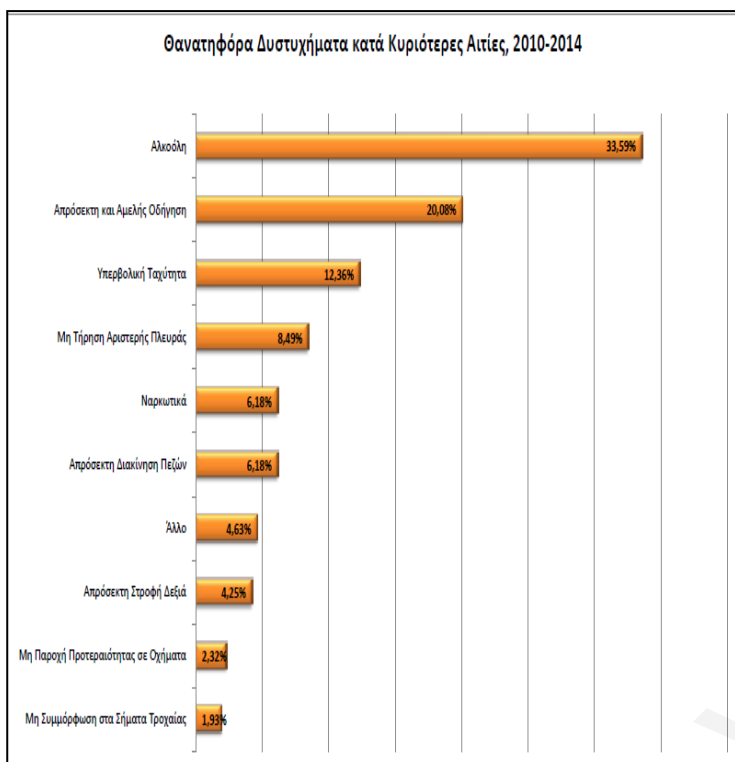
- Πολλά άτομα ζουν με τον ιό HIV και Ηπατίτιδας για πολλά χρόνια πριν να εμφανίσουν συμπτώματα και για αυτό το λόγο είναι εξαιρετικά σημαντική η εξέταση ανίχνευσης του ιού σε όλους τους χρήστες οι οποίοι έχουν απροφύλακτη σεξουαλική επαφή ή/και είναι ενδοφλέβιοι χρήστες.
- Το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι έτοιμο σε 20 λεπτά μόνο
- Η διάγνωση γίνεται με εγκυρότητα 6 βδομάδες μετά την σεξουαλική επαφή ή την ενδοφλέβια κοινή χρήση.
- Οι φαρμακευτικές θεραπείες που προσφέρονται στους πάσχοντες μπορεί να καθυστερήσουν την εξέλιξη της ασθένειας (π.χ. από HIV σε AIDS, Ηπατίτιδας σε Ηπατική ανεπάρκεια ή καρκίνο) και έτσι να αυξήσει την επιβίωση, να προτρέψει το θάνατο και να αυξήσει την ποιότητα ζωής.
- Η έγκαιρη διάγνωση και προφύλαξη αποτρέπει τη μετάδοση σε άλλους!

Οδήγηση και χρήση ουσιών



Η οδήγηση υπό την επιρροή ουσιών είναι επικίνδυνη τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στους γύρω του και είναι επίσης παράνομη!

- Οι ουσίες εξασθενούν τις κινητικές δεξιότητες, το συντονισμό, την ισορροπία, την αντίληψη, τη προσοχή, τη κριτική σκέψη και το χρόνο αντίδρασης. Όλα αυτά είναι πολύ σημαντικά κομμάτια της ασφαλούς οδήγησης.
- Στην Κύπρο 42 άτομα έχασαν τη ζωή τους σε θανατηφόρα ατυχήματα το 2015 ενώ 20 άτομα τραυματίστηκαν ή έμειναν ανάπηρα.
- Οι αριθμοί αυτοί αυξάνονται κάθε χρόνο.
- Άντρες ηλικίας 18-25 ετών, είναι πιο πιθανό να οδηγούν υπό την επιρροή ουσιών.
- 18% των ατόμων οι οποίοι κάνουν χρήση βρίσκουν ακαριαίο θάνατο ως αποτέλεσμα αυτοκινητιστικού ατυχήματος.



- Η αλκοόλη ήταν ο κύριος λόγος θανατηφόρων δυστυχημάτων στην Κύπρο
- Οι ουσίες ήταν στις πρώτες πέντε αιτίες θανατηφόρων δυστυχημάτων στην Κύπρο

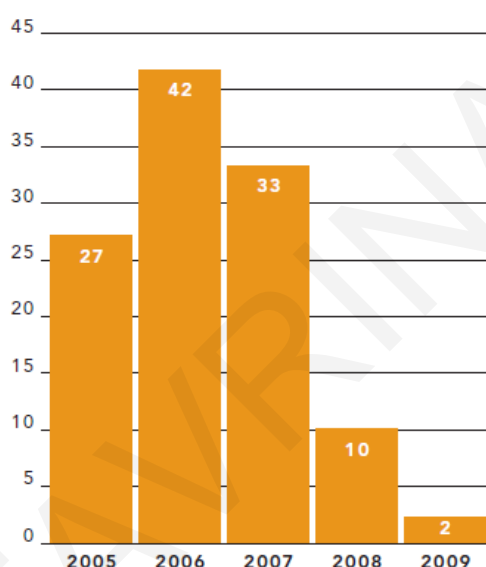
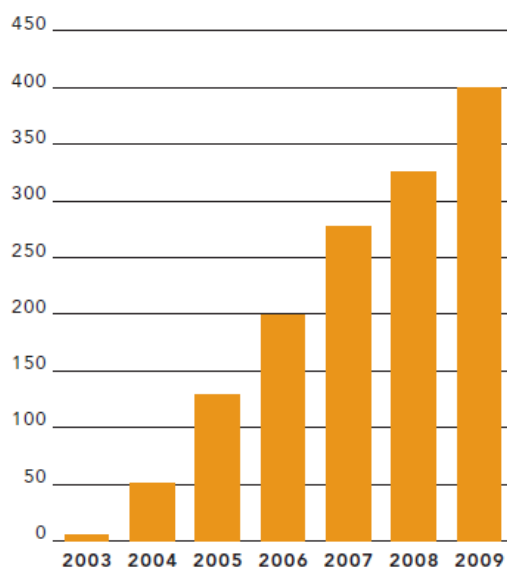
Υπερβολική Δόση



- Υπάρχουν φάρμακα τα οποία μπορούν αποτελεσματικά να αποτρέψουν το θάνατο **μετά από υπερβολική δόση** ηρωίνης ή άλλων οπιούχων ουσιών.
- Τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν εθισμό, είναι **φθηνά και δεν έχουν παρενέργειες.**
- Μπορεί να χορηγηθούν ενδοφλεβικά, στη μύτη ή κάτω από το δέρμα και **να αντισταθμίσουν τα συμπτώματα της υπερβολικής δόσης σε 8 λεπτά.**
- Τα φάρμακα αυτά **σώζουν ζωές!**

Ζωές σώθηκαν εξαιτίας του
φαρμάκου Naloxone στο Σαν
Φρανσίσκο Αμερικής τα έτη
2003-2009

Μείωση θανάτων σε
χρήστες οπιούχων λόγω
της χορήγησης φαρμάκου
Naloxone στη Ρωσία



Στρατηγικές μείωσης βλάβης



Εάν γνωρίζεις άλλους που συνεχίζουν τη χρήση, αυτά τα βήματα βοηθούν.
Εφάρμοσε αρχικά τις πιο κάτω 8 βήματα για να σε βοηθήσουν να επιτύχεις
τη μείωση και τη διακοπή:

- 1) Αν έπινες/ έκανες χρήση σε καθημερινή βάση εδώ και πολλή καιρό
μπορείς να ξεκινήσεις με το να καθορίσεις **μια μόνο μέρα
νηφαλιότητας**.

Σημείωση: σε περίπτωση πολύ βαριάς χρήσης αλκοόλης θα πρέπει
να μειώσεις λίγο την ποσότητα του ποτού και όχι να διακόψεις
εντελώς την καθημερινή χρήση λόγω των επικίνδυνων επιπτώσεων
της απόσυρσης από το αλκοόλ. Σε μεταγενέστερα στάδια, μια μέρα
νηφαλιότητας είναι καλύτερη από καμία και σημαίνει πρόοδος!
Επίσης, προτίμησε τη χρήση μύρας ή κρασιού στη θέση καθαρού



- 2) Βάλε ένα ρεαλιστικό στόχο για σένα. Εάν μέχρι τώρα έπινες κάθε 10 μέρες πρόσθεσε ακόμα μια ή δύο μέρες νηφαλιότητας. **Η κάθε επιπλέον μέρα αποχής είναι επιτυχία.**
- 3) **Προγραμμάτισε τις μέρες μειωμένης χρήσης, αποχής/νηφαλιότητας και χρήσης σου.** Γράψε συγκεκριμένα τις ώρες, μέρες, ημερομηνίες, τοποθεσίες και καταστάσεις όπου θα κάνεις ή δεν θα κάνεις χρήση ή όπου θα κάνεις μειωμένη χρήση. π.χ. με ποια άτομα θα είσαι και σε ποια κατάσταση θα κάνεις μειωμένη χρήση, αποχή ή κανονική για σένα χρήση. **Σιγά σιγά αύξησε τις ημέρες και τις ώρες αποχής και μειωμένης χρήσης συγκριτικά με την κανονική σου χρήση.**
- 4) Μείωση της δόσης- μείωσε και τις ημέρες και τη δόση για καλύτερα αποτελέσματα
- 5) Φάε πριν να πιείς ή να κάνεις χρήση και κατανάλωσε αρκετό νερό
- 6) Μείωσε το ρυθμό – πίνε νερό ενδιάμεσα στα ποτά ή πιες ένα πιο ελαφρύ ποτό, ενδιάμεσα
- 7) Κοιμήσου αρκετές ώρες
- 8) Αναγνώρισε και αξιολόγησε πιθανούς κινδύνους- ξεκίνησε να δουλεύεις τους προσωπικούς σου στόχους και συμπεριφορές, σύμφωνα με την επικινδυνότητα τους. Για παράδειγμα, ενώ είναι σημαντικό να τρως υγιεινά και να παίρνεις βιταμίνες, είναι πιο σημαντικό να αποφύγεις την αυτοκτονία, την οδήγηση υπό την επιρροή ουσιών κ.α.

Μείωση βλάβης από ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή:

- Μάθε ότι μπορείς για τις παρενέργειες των φαρμάκων που παίρνεις.
- Αν χρειαστεί, άλλαξε τη διατροφή σου ή πάρε συμπληρώματα για να μειώσεις τις παρενέργειες των φαρμάκων
- Ζήτη από τον/την ιατρό σου να μειώσει τη δοσολογία
- Ξεκίνα με πολύ χαμηλή δοσολογία αν θα κάνεις χρήση φαρμάκων για πρώτη φορά.
- Μείωσε τον αριθμό διαφορετικών φαρμάκων στα απαραίτητα και μάθε για πιθανές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων
- Ξεκίνα να φροντίζεις τον εαυτό σου – κάνε γυμναστική, κοιμήσου μέχρι 8 ώρες το βράδυ, πρόσθεσε φρούτα και λαχανικά στη διατροφή σου και μείωσε τα γρήγορα γεύματα π.χ. φαστφουντάδικα, αναψυκτικά, γλυκά κ.α.
- Πήγαινε τακτικά για αναλύσεις αίματος, ήπατος, νεφρών σύμφωνα με τη δοσολογία και τη τοξικότητα των φαρμάκων
- Μην καταναλώνεις φάρμακα με αλκοόλ ή ουσίες
- Συμβουλέψου τον/την ιατρό σου προτού αλλάξεις ή μειώσεις τη δοσολογία των φαρμάκων σου

Κάποιες τελικές συμβουλές

Πώς να παραμείνεις καθαρός/η

- Αποδέξου ότι έχεις εξάρτηση.
- Κάνε πρόκληση ερεθισμάτων προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης όπως έμαθες
- Εξασκήσου στο να είσαι ειλικρινείς.
- Μάθε να αποφεύγεις καταστάσεις υψηλού ρίσκου.
- Μάθε να ζητάς βοήθεια.
- Μάθε να τηλεφωνείς σε καθαρούς φίλους όταν νιώσεις επιθυμία για χρήση
- Πήγαινε τακτικά σε ομάδες αυτοβοήθειας AA, NA.
- Μοιράσου τι πέρασες με έμπιστα άτομα ή άτομα τα οποία πέρασαν το ίδιο μαζί σου- δεν είσαι μόνος/η
- Απέφυγε φίλους της χρήσης
- Αφιέρωσε χρόνο στην αυτό-φροντίδα και στην ανάρρωση σου
- Γιόρτασε τα επιτεύγματα σου ακόμη και αν τα θεωρείς μικρά. Η ανάρρωση δεν σημαίνει τελειότητα.
- Εξασκήσου στο να λες όχι
- Μάθε τι σημαίνει υγιεινή διατροφή και ύπνος.
- Μάθε να χαλαρώνεις και να διαχειρίζεσαι το στρες.
- Μάθε πώς είναι να διασκεδάζεις όταν είσαι νηφάλιος/η
- Γνώρισε άτομα που αναρρώσαν από την εξάρτηση και φέρε τους κοντά σου
- Επαναξιολόγησε συχνά τη ζωή σου και επιβεβαιώσου ότι είσαι στο σωστό δρόμο
- Μάθε πώς να ασκείς περισπασμό από την επιθυμία
- Η σωματική άσκηση βοηθά στην ανάρρωση.
- Να έχεις στρατηγική πώς να διαχειριστείς κοινωνικές καταστάσεις οι οποίες εμπεριέχουν ποτά.
- Κάνε μια λίστα για το τι πράγματα είσαι ευγνώμων στη ζωή σου, σχετικά με άλλους ή σχετικά με την ανάρρωση σου.
- Να δείχνεις αποδοχή και συμπόνια σε άλλους
- Ξεκίνα να δίνεις πίσω σε άλλους μιας και νιώσεις ότι πας καλά στο δρόμο της ανάρρωσης.
- Βλέπε τον εαυτό σου ως μη χρήστη/ πρώην χρήστη.

Τα στάδια της υποτροπής

Η υποτροπή δεν είναι συμβάν είναι διαδικασία. Η υποτροπή ξεκινά πολλές μέρες ή και μήνες πριν τη συμπεριφοριστική υποτροπή.

- Συναισθηματική υποτροπή
- Λεκτική υποτροπή (σκέψεις, πεποιθήσεις)
- Συμπεριφοριστική υποτροπή

Συναισθηματική υποτροπή

Συναισθήματα όπως:

- Άγχος
- Έλλειψη ανεκτικότητας
- Θυμός
- Αμυντικότητα
- Κακοκεφιά
- Έλλειψη ύπνου ή καλής διατροφής
- Έλλειψη υποστήριξης από άλλους
- Μοναξιά

Όσο πιο γρήγορα αντιληφθείς και λάβεις τα απαραίτητα μέτρα (να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου: 1) χαλάρωσε, 2) φρόντισε τον εαυτό σου, 3) ζήτη βοήθεια) για να αποφύγεις την υποτροπή τόσο πιο εύκολο είναι για σένα να είναι η προσπάθειά σου αυτή επιτυχημένη. Τα μετέπειτα στάδια οδηγούν γρήγορα στην εξάντληση των δυνάμεων σου, στην δραπέτευση και στην αυξανόμενη επιθυμία για χρήση. Κάτι που κάνει την υποτροπή πιο δυνατή.

Λεκτική υποτροπή

Ένα κομμάτι του μυαλού σου, σου λέει τα υπέρ της χρήσης και πόσο την χρειάζεσαι/ επιθύμησες και ένα άλλο κομμάτι τα κατά. Σε μετέπειτα στάδια σκέφτεσαι μόνο το πόσο θέλεις να κάνεις χρήση (η επιθυμία σου είναι πολύ έντονη). Είναι δύσκολο να λάβεις λογικές αποφάσεις

Σκέψεις υποτροπής:

- Σκέψεις και αναμνήσεις σχετικές με άτομα, τοποθεσίες και αντικείμενα με τα οποία έκανες χρήση.
- Ωραιοποίηση της χρήσης και πώς ήταν στο παρελθόν
- Ψέματα
- Φίλοι της χρήσης ξαναέρχονται στη ζωή σου
- Ονειροπολώ για χρήση
- Σκέπτεσαι πώς θα είναι η υποτροπή σου
- Κάνεις σχέδια για χρήση τα οποία σχετίζονται με το πότε είναι πιο βολικό για φίλους

Τεχνικές για το λεκτικό στάδιο υποτροπής

Όταν σκέφτεσαι τη χρήση μπορεί αρχικά να φαντασιώνεσαι ότι μπορείς να ελέγξεις τον εαυτό σου. Απλά θα πιείς ένα ποτό. Τι γίνεται όμως ως συνήθως αν φανταστείς το μέλλον σου. Το ένα ποτό οδηγεί σε περισσότερα ποτά. Αυτό οδηγεί σε αρνητικά συναισθήματα όπως ενοχές. Η επόμενη μέρα μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπή.

Μια συνηθισμένη σκέψη είναι ότι μπορείς να κάνεις χρήση μια φορά και να μην υποτροπιάσεις. Αυτό συμβαίνει συνήθως όταν λείπει ο/η σύζυγος από σπίτι ή όταν απουσιάζεις εσύ σε κάποιο ταξίδι και νιώθεις ότι κανείς δεν θα το ξέρει. Το μυαλό σου θα δοκιμάσει να σε πείσει ότι δεν είναι τόσο μεγάλο πρόβλημα και ότι ο λόγος που ήσουν καθαρός/η μέχρι στιγμής ήταν για τον/τη σύζυγο ή για τη δουλειά.

Πες σε κάποιο άτομο που εμπιστεύεσαι τις σκέψεις σου. Τηλεφώνησε σε κάποιο καθαρό φίλο ή κάποιο άτομο που ανάρρωσε από τη χρήση κι ζήτη βοήθεια. Είναι πολύ βοηθητικό να μοιραστείς τα συναισθήματα σου και να κάνεις ένα πλάνο αποχής. Σταματάς να νιώθεις μόνος/η και τα προβλήματα σου δε φαίνονται τόσο μεγάλα ποια.

Περισπασμός. Όταν σκέφτεσαι τη χρήση, κάνε κάτι για να απασχολήσεις τον εαυτό σου. Τηλεφώνησε σε φίλο, πήγαινε σε ομάδα υποστήριξης, πήγαινε περίπατο. Μην παραμείνεις αδρανείς- δίνεις χώρο στην επιθυμία σου να μεγαλώσει.

Περίμενε 30 λεπτά. Η επιθυμία συνήθως κρατά 15-30 λεπτά. Όταν νιώσεις επιθυμία για χρήση αυτό μοιάζει να κρατά μια ζωή. Αλλά αν απασχοληθείς με κάτι θα σου περάσει πιο γρήγορα από ότι νομίζεις.

Κάνε πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης όπως τη τεχνική που έμαθες στο πρόγραμμα αυτό

Αναρρώνεις σιγά σιγά μέρα με την ημέρα. Μη σκέπτεσαι το για πάντα! Είναι σκέψη η οποία θα σε παραλύσει! Θα σε συνεπάρει ακόμη και εάν είσαι καθαρός/η εδώ και χρόνια!

Μέρα με τη ημέρα σημαίνει ότι βάζεις στόχους πραγματοποιήσιμους. Όταν νιώσεις δυνατός/η δεν χρειάζεσαι τη χρήση και λες είναι εύκολο να μείνω καθαρός/η για μια βδομάδα-ένα μήνα κτλ. όταν υποφέρεις βάζεις πιο μικρούς στόχους, σήμερα θα μείνω καθαρός/η 30 λεπτά, 24 ώρες. Η ανάρρωση είναι κάτι το οποίο πραγματοποιείται βήμα βήμα μην σαμποτάρεις τον εαυτό σου σκεφτόμενος/η πολύ μακριά στο μέλλον.

Χαλάρωσε. Όταν εφαρμόσεις στρατηγικές χαλάρωσης ή γυμναστικής η σωματική σου ένταση φεύγει και είσαι ανοικτός/η στο να δοκιμάσεις καινούρια πράγματα- να αλλάξεις βήμα βήμα.

Συμπεριφοριστική υποτροπή

Οδηγάς σε κατάσταση πώλησης αλκοόλης ή στον προμηθευτή σου.

Είναι δύσκολο να σταματήσεις σε αυτό το σημείο είναι καλύτερο να αλλάξεις στα πρώτα δύο στάδια. Χρειάζεσαι υπέρτατη προσπάθεια για να μείνεις καθαρός/η.

Κατάγραψε στον παρακάτω πίνακα ποιες είναι εκείνες οι καταστάσεις που θα μπορούσαν να αποτελέσουν εμπόδια για εσένα. Ποιες είναι οι καταστάσεις που έχεις αντιμετωπίσει στο παρελθόν ή αναγνωρίζεις ότι ενδέχεται να προκύψουν;

Καταστάσεις Υψηλού Ρίσκου
1.
2.
3.
4.
5.

Τι είναι αυτό που σε οδήγησε σ' αυτό το πισωγύρισμα;

- ✓ Που ήσουν όταν ξεκίνησε;
- ✓ Τι συνέβαινε στην ζωή σου εκείνη την περίοδο;
- ✓ Ποιος ήταν μαζί σου;

Τι θα μπορούσες να κάνεις....

- ❖ Ζήτησε βοήθεια από άλλα σημαντικά πρόσωπα που σε υποστηρίζουν σ' αυτή σου την προσπάθεια.
- ❖ Ανέμενε ότι σε αυτήν την προσπάθεια αποθεραπείας μπορεί να υπάρχουν «υποτροπές» και παρεκκλίσεις!
- ❖ Ανέμενε τα πισωγυρίσματα. Όσο καλά και αν πάνε τα πράγματα, πάντα θα υπάρχουν στιγμές που τα πράγματα δε θα πηγαίνουν τόσο καλά όσο θα θέλαμε. Τα πισωγυρίσματα είναι μέρος της διαδικασίας που ονομάζεται ζωή!
- ❖ Πλέον, έχεις αποκτήσει μια σειρά από πολύτιμες δεξιότητες για να διαχειρίζεσαι και να ζεις καθημερινά με την επιθυμία σου για χρήση ! ! !

Καλή συνέχεια λοιπόν!



Ας δοκιμάσουμε πάλι μια από τις συνηθισμένες μας ασκήσεις !

- Η άσκηση αυτή θα σε βοηθήσει να αντιμετωπίσεις πολλά εσωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση.
- Αυτό που θα σου ζητήσω να κάνεις είναι να κάνεις πρόκληση μερικών εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση
- Μετά από την πρόκληση ερεθισμάτων χρήσης μπορεί να ξαναχρησιμοποιήσεις ασκήσεις ψυχοεκπαίδευσης όπως αυτή που έμαθες πριν.

Οδηγίες:

- Η κάθε άσκηση πρέπει να συμπληρωθεί στο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Είναι φυσιολογικό να νιώσεις μέτριου βαθμού δυσφορία όταν ξεκινήσεις τις ασκήσεις, αυτό δεν είναι επικίνδυνο.
- Μην το αφήσεις τα συναισθήματα σου να σε αποτρέψουν, συνέχισε, θα σε βοηθήσει στην αποθεραπεία σου!

- Είναι φυσιολογικό να θέλεις να αποφύγεις αρνητικά συναισθήματα αλλά μην το κάνεις!
- Δοκίμασε όλες τις ασκήσεις αρχικά για να δεις ποια προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και κάνε αυτή!
- Προσπάθησε να μην αποσπάζ την προσοχή σου από τον εσωτερικό σου κόσμο ή συναισθήματα
- Στην αρχή, (πρώτες 1-2 φορές) μπορείς να κάνεις τις ασκήσεις με κάποιο άτομο παρόν, δηλαδή στο χώρο αποθεραπείας σου, μετά όμως καλύτερα θα ήταν να τις επαναλάβεις και όταν είσαι μόνος/η σου.
- Αρχικά, κάνε την πρόκληση σε χρόνο όπου υπάρχουν στο χώρο θεραπευτές και σε ώρα που συνήθως νιώθεις πιο καλά ψυχολογικά. Στη συνέχεια δυσκόλεψε το.

Τι να κάνω για να αυξήσω την αποτελεσματικότητα;

- Κάνε τις ασκήσεις πολλές φορές
- Αύξησε τον καθορισμένο χρόνο που αναγράφεται στις οδηγίες
- Επανάλαβε τις ασκήσεις σε διάφορες τοποθεσίες εντός και εκτός σπιτιού









Είσαι έτοιμος/η ;



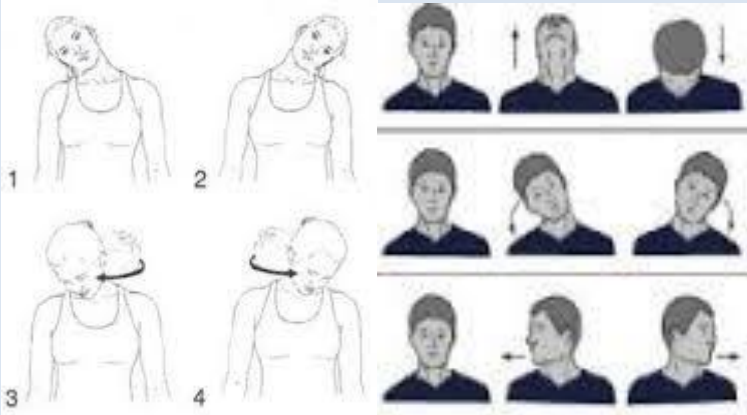
- Κοίταξε την παρακάτω λίστα και σύμφωνα με το τι βρήκες πιο βοηθητικό τις προηγούμενες βδομάδες/ μέρες όταν έκανες εξάσκηση πρόκλησης συναισθημάτων
- Διάλεξε ένα συναίσθημα ή σωματική αίσθηση, είτε αρνητική είτε θετική, η οποία σου προκαλούσε στο παρελθόν επεισόδια χρήσης
- Μετά εφάρμοσε τις οδηγίες πρόκλησης αυτού/ης του συναισθήματος/σωματικής αίσθησης προσπαθώντας να φανταστείς ότι βρίσκεσαι στη συγκεκριμένη αυτή κατάσταση.



Πίνακας 1 : Πρόκληση εσωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση

Συναίσθημα	Τρόπος Πρόκλησης
Λύπη ή στεναχώρια/ πένθος	Φαντάσου ότι κάποιο κοντινό σου άτομο έχει πεθάνει. Διάβασε μια λυπηρή για σένα ιστορία ή άκουσε ένα λυπηρό τραγούδι.

	
<p>Ενοχή</p>	<p>Φαντάσου ότι έβλαψες ένα άτομο το οποίο αγαπάς άθελα σου π.χ. κατάλαβες ότι ο τρόπος ανατροφής των παιδιών σου είναι λανθασμένος</p> 
<p>Ενόχληση/ θυμός</p>	<p>Φαντάσου ότι η/ο σύντροφος σου θυμώνει μαζί σου όταν βλέπει άδειες μπουκάλες μπίρας/εργαλεία της χρήσης στο σπίτι. Φαντάσου ότι κάποιος απείλησε να βλάψει ένα κοντινό σου πρόσωπο εάν δεν τον πλήρωνες.</p> 
<p>Ζήλια</p>	<p>Φαντάσου ότι άλλα άτομα γύρω σου έχουν περισσότερα προτερήματα από εσένα (π.χ. καλύτερο αυτοκίνητο, λεφτά στη τράπεζα κτλ. ή ότι το άτομο που αγαπάς δίνει σημασία σε κάποιον άλλο/η).</p>

	
<p>Βαριεστιμάρια</p>	<p>Για ένα λεπτό να έχεις κενό βλέμμα ή να κοιτάζεις επίμονα τον τοίχο ή διάβασε κάτι πολύ βαρετό κείμενο για 10 λεπτά.</p> 
<p>Ντροπή</p>	<p>Κάνε ασκήσεις μαθηματικών μπροστά από άλλους μιλώντας δυνατά ή πες δυνατά πώς τη σωστή ορθογραφία μερικών λέξεων.</p> 
<p>Χαρά ή Ευτυχία</p>	<p>Φαντάσου ότι βρίσκεσαι σε μια ευτυχισμένη και μακροχρόνια σχέση με κάποιο άτομο που αγαπάς</p>

	
<p>Ενθουσιασμός / Γιορτή, Πανηγύρι</p>	<p>Βάδισε επί τόπου ενόσω γελάς δυνατά για ένα λεπτό.</p> 
<p>Αίσθηση</p>	<p>Τρόπος Πρόκλησης</p>
<p>Ζάλη / Αποπροσανατολισμ ός</p>	<p>1)Γύρισε το κεφάλι σου γρήγορα και επανειλημμένα σε όλες τις κατευθύνσεις και μετά κοίταξε ευθεία (1λεπτό). 2)ή στριφογύρισε σαν στέκεσαι όρθιος/α για ένα λεπτό και μετά κάτσε στο πάτωμα 3)ή βάλε το κεφάλι σου ανάμεσα στα πόδια σου για ένα λεπτό και μετά σήκω γρήγορα όρθιος/α</p> 

<p>Άγχος, μούδιασμα, μυρμηγκιασμα, έξαψη</p>	<p>1) Γρήγορες αναπνοές χρησιμοποιώντας καλαμάκι ενώ κρατώ την μύτη κλειστή για δύο λεπτά 2) ή πάρε πολύ γρήγορες και βαθιές αναπνοές για ένα λεπτό</p> 																				
<p>Τρέμουλο, βάρος μυών</p>	<p>Σφίξε όλο σου το σώμα (1 λεπτό να σφίγγεις τη σιαγόνα σου, τους ώμους σου, τους κοιλιακούς σου, χέρια, και τα πόδια σου)</p> <table border="1" data-bbox="485 853 1356 1581"> <thead> <tr> <th>Ομάδα μυών</th> <th>Περιγραφή</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Δάκτυλα και χέρια</td> <td>Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά</td> </tr> <tr> <td>Καρπός</td> <td>Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω</td> </tr> <tr> <td>Δικέφαλος</td> <td>Σφίξε τον δικέφαλο σου</td> </tr> <tr> <td>Ώμος</td> <td>Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου</td> </tr> <tr> <td>Κεφάλι</td> <td>Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά</td> </tr> <tr> <td>Λαιμός</td> <td>Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου</td> </tr> <tr> <td>Κρόταφος</td> <td>Σφίξε τα μάτια σου κλειστά</td> </tr> <tr> <td>Στόμα και σιαγόνα</td> <td>Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)</td> </tr> <tr> <td>Πλάτη</td> <td>Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη</td> </tr> </tbody> </table>	Ομάδα μυών	Περιγραφή	Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά	Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω	Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου	Ώμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου	Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά	Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου	Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά	Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)	Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη
Ομάδα μυών	Περιγραφή																				
Δάκτυλα και χέρια	Σφίξε τα χέρια σου σε γροθιά																				
Καρπός	Λύγισε τον καρπό σου προς πάνω και μετά προς τα κάτω																				
Δικέφαλος	Σφίξε τον δικέφαλο σου																				
Ώμος	Σήκωσε την ωμοπλάτη σου προς τα αυτιά σου																				
Κεφάλι	Περιστροφή της κεφαλής προς τα δεξιά και μετά προς τα αριστερά																				
Λαιμός	Τοποθέτησε το πιγούνι σου πάνω στο στήθος σου																				
Κρόταφος	Σφίξε τα μάτια σου κλειστά																				
Στόμα και σιαγόνα	Άνοιξε εντελώς το στόμα (διάπλατα)																				
Πλάτη	Φέρε τις ωμοπλάτες σου κοντά την μια δίπλα στην άλλη																				
<p>Άγχος, ανησυχία, κούραση</p>	<p>Βάδισε επί τόπου για δύο λεπτά και σήκωσε τα γόνατα σου ψηλά. (ή ανεβοκατέβα μια σκάλα πολύ γρήγορα για 2 λεπτά)</p> 																				

DSQ

Πιο κάτω είναι μια λίστα με συμπτώματα, τα οποία διάφοροι άνθρωποι έχουν παρατηρήσει κατά τη διάρκεια της άσκησης που μόλις έκανες. Αυτές οι εμπειρίες είναι πολύ ατομικές; μερικοί άνθρωποι παρατηρούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα, ενώ άλλοι παρατηρούν μετά βίας ένα ή δύο. Παρακαλώ βαθμολόγησε, από το 0 μέχρι 8, σε κάθε ερώτηση.

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

1) Σφίξιμο στο στήθος ή πόνος στο στήθος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

2) Δυνατός καρδιακός κτύπος ή ταχυπαλμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

3) Ζάλη, ελαφρά ζάλη ή αστάθεια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

4) Τρέμουλο ή κούνημα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

5) Δύσπνοια

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

6) Λιποθυμία

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

7) Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στο πρόσωπο ή στα άκρα

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

8) Αίσθηση πνιγμού

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

9) Εφίδρωση

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Εξάψεις ή ρίγος

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Αίσθημα ότι δεν βρίσκεσαι εδώ πραγματικά ή σαν όλα να είναι ένα όνειρο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Ναυτία ή πόνος στο στομάχι

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

13) Φόβος άμεσου θανάτου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

14) Φόβος ότι θα τρελαθείς

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

15) Φόβος ότι θα χάσεις τον έλεγχο

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

16) Αίσθηση πανικού ή φόβου

Καθόλου αισθητό	Πολύ Ελαφρώς αισθητό	Ελαφρώς Αισθητό	Αισθητό	Μέτρια Αισθητό	Αρκετά Αισθητό	Έντονα Αισθητό	Πολύ έντονα αισθητό	Απολύτως αισθητό
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

Παρακαλώ σημείωσε Χ στον αριθμό που ισχύει:

9) Πόσο παρόμοια ήταν τα συμπτώματα που μόλις βίωσες με τυπικό σύμπτωμα επιθυμίας για χρήση ή απόσυρσης από τη χρήση;

Καθόλου παρόμοια	Πολύ ελαφρώς παρόμοια	Ελαφρώς παρόμοια	Παρόμοια	Μέτρια παρόμοια	Αρκετά Παρόμοια	Έντονα παρόμοια	Πολύ έντονα παρόμοια	Απολύτως παρόμοια
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

10) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόση ασφάλεια αισθάνθηκες καθ' όλη τη διαδικασία

Καθόλου ασφάλεια	Πολύ ελαφρώς ασφαλές	Ελαφρώς ασφαλές	Ασφαλές	Μέτρια ασφαλές	Αρκετά ασφαλές	Πολλή ασφάλεια	Πάρα πολλή ασφάλεια	Απολύτως ασφαλές
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

11) Παρακαλώ βαθμολόγησε πόσο έλεγχο αισθάνθηκες ότι είχες πάνω στις αισθήσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας

Καθόλου έλεγχο	Πολύ λίγο έλεγχο	Λίγο έλεγχο	Έλεγχο	Μέτριο έλεγχο	Αρκετό έλεγχο	Πολλή έλεγχο	Πάρα πολλή έλεγχο	Απόλυτο έλεγχο
⊙	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

12) Όταν παρατήρησες για πρώτη φορά τα συμπτώματα, τα οποία καταχώρησες πιο πάνω, είχες καθόλου οποιαδήποτε από τις παρακάτω σκέψεις

Παρακαλώ κύκλωσε ναι ή όχι:

- | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------|
| 25) Είμαι χαλαρός/η | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 26) Θα πεθάνω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 27) Αυτό είναι επικίνδυνο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 28) Δεν φοβάμαι | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 29) Τι ευχάριστο συναίσθημα | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 30) Θα χάσω τον έλεγχο | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 31) Θα λιποθυμήσω /πέσω | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 32) Αυτό είναι συναρπαστικό | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 33) Χρειάζομαι βοήθεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 34) Νιώθω ασφάλεια | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 35) Κάτι πάει λάθος | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |
| 36) Είμαι εντάξει | ναι, το σκέφτηκα | όχι, δεν το σκέφτηκα |

Τώρα θέλω να σκεφτείς μια λέξη που σχετίζεται με τον εαυτό σου (θυμήσου τις τρεις πιο κύριες σκέψεις που εντόπισες στη 1η Συνεδρία ή μια λέξη ή πρόταση που σου ήρθε στο μυαλό κατά τη διάρκεια της πρόκλησης εσωτερικών ερεθισμάτων) και η οποία περνά συχνά από το μυαλό σου και σε κάνει να νιώθεις ανησυχία/δυσφορία ή επιθυμία για χρήση. Η σκέψη μπορεί να είναι οτιδήποτε: Απλά πρέπει να συνδέεται κάπως μαζί σου και να σε κάνει να νιώθεις άβολα/επιθυμία για χρήση. Γράψε την εδώ στο χαρτί και μετά αξιολόγησέ την χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα.

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Αρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. *είμαι απαίσιο άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος, Θέλω να κάνω χρήση —χρήση/ θέλω*

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|
Καθόλου Άβολα Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|
Είναι απλά μια σκέψη Είναι η πραγματικότητα
Δεν την πιστεύω καθόλου Την πιστεύω απόλυτα

Αξιολόγηση Ασκήσεων Επανάληψης

Έντυπο Αξιολόγησης Σκέψεων

Όνομα: _____

Σκέψη/Λέξη 1: _____

(Π.χ. Χρήστης, Κακός/η, Πρεζάκιας, Φάρμακο, Αρρωστος/η, Ηλίθιος/α, Κλέφτης/τρα, Ψεύτης/τρα).
Αν σκέφτηκες πρόταση χρησιμοποίησε την πιο άβολη λέξη από όλες που χαρακτηρίζει αυτό που θέλεις να πεις π.χ. είμαι απαίσιος άτομο και συνέχεια πληγώνω τους άλλους –απαίσιος

1). Πόσο άβολα σε κάνει να νιώθεις η κατάσταση αυτή; Σημείωσε (✓) στην γραμμή

|-----|

Καθόλου Άβολα

Εξαιρετικά Άβολα

2). Πόσο πιστεύεις ότι αυτή η σκέψη είναι απλά μια σκέψη/λέξη;

|-----|

Είναι απλά μια σκέψη
Δεν την πιστεύω καθόλου

Είναι η πραγματικότητα
Την πιστεύω απόλυτα

Αξιολόγηση Χρησιμότητας Άσκησης

Παρακαλώ συμπλήρωσε τις παρακάτω ερωτήσεις.

1. Πόσο χρήσιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου χρήσιμη						Εξαιρετικά χρήσιμη

2. Πόσο ωφέλιμη βρήκες την άσκηση αυτή όσο αφορά την αντιμετώπιση των προσωπικών ερεθισμάτων χρήσης σου;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου ωφέλιμη						Εξαιρετικά ωφέλιμη

3. Πόσο δύσκολη ήταν αυτή η άσκηση στην εφαρμογή της όσο αφορά την συγκεκριμένη σκέψη;

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου δύσκολη						Εξαιρετικά δύσκολη

ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ



Πανεπιστήμιο Κύπρου
Τμήμα Ψυχολογίας

Απονέμεται στον/στην

Για συμμετοχή σε ___ από ___ συνεδρίες
της Θεραπείας Ψυχοεκπαίδευσης για Ουσίες στην Κύπρο

από

_____ (Ημερομηνία)