



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**Ο ρόλος της άσκησης ως συμπληρωματικής θεραπευτικής
μεθόδου σε εξαρτημένα άτομα από ναρκωτικές ουσίες**

**The impact of physical exercise as a complementary treatment
approach on substance abuse treatment**

του

Φώτη Παναγιωτούνη

Διδακτορική διατριβή που υποβάλλεται για κρίση στην επταμελή επιτροπή για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του διδακτορικού τίτλου του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Παν/μίου Θεσσαλίας

Το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

2^{ος} Επιβλέπων: Γούδας Μάριος, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

3^{ος} Επιβλέπων: Κομούτος Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Τρίκαλα, 2022

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

Ο ρόλος της άσκησης ως συμπληρωματικής θεραπευτικής μεθόδου σε εξαρτημένα άτομα από ναρκωτικές ουσίες

του

Φώτη Παναγιωτούνη

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων

Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Μέλη

Γούδας Μάριος, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Κομούτος Νικόλαος, Αν. Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Παπαιωάννου Αθανάσιος, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Χατζηγεωργιάδης Αντώνιος, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Χασάνδρα Μαίρη, Επ. Καθηγήτρια, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ

Τσιμπουκλή Άννα, Επ. Καθ. Παιδαγωγικό Τμ. Δημοτικής Εκπαίδευσης, ΕΚΠΑ

Τρίκαλα, 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αυτή η διατριβή αντιπροσωπεύει το αποκορύφωμα μιας μακράς διαδρομής στο πεδίο των εξαρτήσεων, αλλά και την πραγματοποίηση ενός ονείρου για να αναδειχτεί η πραγματική αξία που μπορεί να προσφέρει ο αθλητισμός και η άσκηση στους ανθρώπους που καθημερινά παλεύουν για τη ζωή, για όλα τα παιδιά που βασανίζονται από τους δαίμονες τους, τις εξαρτήσεις.

Το διδακτορικό αυτό ξεκίνησε από μια συνάντηση σε ένα παγκάκι στο ΤΕΦΑΑ της Αθήνας, με έναν άνθρωπο που καθόρισε την μετέπειτα πορεία μου, τον καθηγητή κο Γιάννη Θεοδωράκη, στον οποίο θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες για την έμπνευση, τη συνεχή υποστήριξη, την υπομονή, το κίνητρο και τέλος για την ανιδιοτελή αφοσίωσή του. Η καθοδήγησή του, που πάντα τη διέκρινε ένας σεβασμός τόσο στο πρόσωπο μου, όσο και προς στους ανθρώπους στην απεξάρτηση, με βοήθησε σε καθ' όλη τη διάρκεια του διδακτορικού μου και δεν θα μπορούσα να φανταστώ ότι θα είχα καλύτερο μέντορα για να με υποστηρίξει.

Εκτός από τον επιβλέπων καθηγητή μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω έναν κύκλο από ανθρώπους που με στήριξαν σε διαφορετικές, αλλά πολύ σημαντικές, καμπές της διαδρομής μου. Έτσι, αρχικά, Θα ήθελα να δώσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια κα Χασάνδρα Μαίρη, για την αμέριστη και συνεχή υποστήριξή της, ωθώντας με να εμπιστευτώ τις δυνάμεις μου, για να ολοκληρώσω το στόχο μου.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους του ΘΠ ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ, και ιδιαίτερα τον κο Τσιρογιάννη Αποστόλη, υπεύθυνο της θεραπευτικής κοινότητας, τον κο Ρήγα Γιάννη, σύμβουλο εξαρτήσεων και τέλος, τον μεταπτυχιακό φοιτητή αθλητικής ψυχολογίας, κο Φατούρο Θεόδωρο, για την υποστήριξη, διευκόλυνση και την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνάς μου. Φυσικά, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τα παιδιά που παλεύουν με τις εξαρτήσεις, για τη συμμετοχή και συνεργασία τους στην έρευνα μου, αλλά και για τα χιλιόμετρα και τις εμπειρίες που μοιραστήκαμε στις προπονήσεις και στους αγώνες.

Ωστόσο, τίποτε δεν θα ήταν εφικτό χωρίς τη συνεχή, και χωρίς αναστολές, συμπαράσταση της γυναίκας μου, Ευαγγελίας, που με υπομονή και σύνεση, με στήριξε καθ' όλη τη διάρκεια του διδακτορικού μου, αλλά και συνεχίζει να με στηρίζει στη ζωή μου γενικότερα. Τέλος, το αφιερώνω στον πατέρα μου, που δεν είναι πια μαζί μου για να το δει...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της διατριβής είναι να παρουσιάσει μια διαφορετική προσέγγιση στις παρεμβάσεις άσκησης κατά τη θεραπεία Διαταραχών Χρήσης Ουσιών (ΔΧΟ), με στόχο να προωθήσει την αλλαγή συμπεριφοράς. Σε αυτό το πλαίσιο, ανέλυσε τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπλοκή και τη διατήρηση στη θεραπεία ΔΧΟ και διερεύνησε αν η συμμετοχή σε άσκηση μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα διαχείρισης τους. Κύριος στόχος ήταν η υποστήριξη των ατόμων με ΔΧΟ να αντιμετωπίσουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές, ενισχύοντας το κίνητρό τους για αλλαγή συμπεριφοράς, προωθώντας περαιτέρω την υιοθέτηση ενός υγιή τρόπου ζωής, αντικαθιστώντας τις μη επιθυμητές παλιές συμπεριφορές με νέες. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκαν τρεις μελέτες:

Ο στόχος της 1^{ης} μελέτης ήταν να εξετάσει τις επιδράσεις μιας βραχυπρόθεσμης παρέμβασης στη φύση, βασιζόμενη στην μεθοδολογία «Θεραπεία μέσω της Περιπέτειας» (Adventure Therapy). Κύριος στόχος της μελέτη ήταν η διερεύνηση των επιδράσεων ενός 5ήμερου προγράμματος «θεραπείας μέσω της περιπέτειας», στην αυτοεκτίμηση και στην αυτο-αποτελεσματικότητα ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ. Δευτερεύον στόχος της μελέτης ήταν, να αξιολογήσει την συνολική εμπειρία των συμμετεχόντων, στοχεύοντας στην προώθηση εφαρμογής του στη θεραπευτική διαδικασία των ΔΧΟ. Συλλέχθηκαν δεδομένα πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος από 14 συμμετέχοντες χρησιμοποιώντας τρία εργαλεία αυτο-αναφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας των συμμετεχόντων, υποστηρίζοντας ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην μεθοδολογία της «Θεραπείας μέσω της Περιπέτειας» μπορούν να λειτουργήσουν ως ένα εναλλακτικό ή συμπληρωματικό θεραπευτικό εργαλείο κατά την παραδοσιακή συμβουλευτική και θεραπεία ΔΧΟ.

Στόχος της 2^{ης} μελέτης ήταν περιγράψει την εφαρμογή και να διερευνήσει τον αντίκτυπο ενός προγράμματος προπόνησης αντοχής 5 εβδομάδων, βασιζόμενο στις θεωρίες του αυτοκαθορισμού και των στόχων, για την προετοιμασία 14 ατόμων με ΔΧΟ, να λάβουν μέρος σε έναν μη επαγγελματικό αγώνα 10 χλμ. Οι στόχοι της παρέμβασης ήταν: (α) να εκπαιδεύσει άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ να θέσουν στόχους και να προσπαθήσουν για την επίτευξη τους, λειτουργώντας σε ένα

αθλητικό πλαίσιο (β) να υποστηρίξει τα άτομα αυτά να μεταφέρουν αυτές τις δεξιότητες στη θεραπεία, χρησιμοποιώντας τις ίδιες τεχνικές και διαδικασίες και (γ) να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση τους ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της επίτευξης του στόχου και της βελτίωσης της αυτοπεποίθησης. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της μετα-παρακολούθησης διαμόρφωσαν την άποψη ότι το πρόγραμμα προπόνησης λειτούργησε θετικά όχι μόνο για την ενίσχυση των συμμετεχόντων στην ανάπτυξη δεξιοτήτων καθορισμού στόχων αλλά και για τη μεταφορά των στρατηγικών αυτών στη θεραπευτική τους πορεία. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν περαιτέρω την ιδέα ότι ο αθλητισμός μπορεί να είναι ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την εκπαίδευση στρατηγικών αλλαγής συμπεριφοράς και κινήτρων στη θεραπεία των ΔΧΟ.

Στόχος της 3^{ης} μελέτης ήταν να εξετάσει τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα μιας παρέμβασης άσκησης στην οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών, στη διάθεση, στην αυτοεκτίμηση, στην ποιότητα ζωής και στη συμμετοχή στη θεραπεία, κατά το πρώιμο στάδιο της θεραπείας ΔΧΟ. Πενήντα τέσσερις ενήλικες, πολύ-χρήστες ουσιών, που εντάχθηκαν πρόσφατα σε ένα πλαίσιο θεραπείας εσωτερικής παρακολούθησης, χωρίστηκαν, με βάση την εκούσια και εθελοντική συμμετοχή τους, σε μια ομάδα παρέμβασης, που συμμετείχε σε ένα πρόγραμμα άσκησης 4 εβδομάδων και σε μια ομάδα σύγκρισης που συμμετείχε στη συνηθισμένη θεραπεία ΔΧΟ. Αξιοποιήθηκαν εργαλεία αυτο-αναφοράς για τη συλλογή δεδομένων πριν και μετά την παρέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης έδειξε υψηλότερες βαθμολογίες στην αυτοεκτίμηση, την ποιότητα ζωής και τη δέσμευση για συμμετοχή σε θεραπεία και χαμηλότερες βαθμολογίες στην επιθυμία για χρήση ουσιών και στα επίπεδα της αρνητικής διάθεσης (άγχος, κατάθλιψη και στρες), σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης, μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρέμβασης άσκησης. Τα αποτελέσματα παρέχουν σημαντικά στοιχεία ότι ένα στοχευμένο και σωστά σχεδιασμένο πρόγραμμα άσκησης, το οποίο είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες των διαφόρων και καθοριστικών σταδίων θεραπείας, μπορεί να προσφέρει συγκεκριμένα οφέλη σε άτομα με ΔΧΟ.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχές χρήσης ουσιών, αθλητισμός, άσκηση, αλλαγή συμπεριφοράς, κινητοποίηση

ABSTRACT

The dissertation aims to present a different approach to exercise interventions during SUD recovery, with the scope of promoting behavior change in people with SUDs. In this context, it analyzed the factors influencing involvement and maintenance in SUD therapy and explored whether exercise interventions can enhance their effectiveness, by supporting people undergoing SUD therapy to deal with dysfunctional thoughts and behaviors, motivating them to change, and further promoting a healthy lifestyle by replacing addictive behaviors with new ones. In this context, three studies were conducted:

The first study aimed to examine the effects of a short-term intervention in nature, based on the "Adventure Therapy" methodology. The main objective of the study was to investigate the effects of a 5-day "Adventure Therapy" program on the self-esteem and self-efficacy of individuals undergoing SUD therapy. The secondary objective of the study was to evaluate the overall experience of the participants, aiming at promoting the application of Adventure Therapy in the SUDs therapeutic process. Data was collected before and after the implementation of the program by fourteen participants using three self-report tools. The results showed that there was a statistically significant improvement in participants' self-esteem and self-efficacy, arguing that interventions based on the "adventure therapy" methodology can serve as an alternative or complementary therapeutic tool to SUDs traditional counseling.

The 2nd study aimed to describe the implementation and impact of a 5-week endurance training program, based on theories of self-determination and goals, to prepare 14 people undergoing SUD therapy to take part in a 10 km non-professional race. The intervention was: (a) to train people attending SUD therapy to set goals and strive to achieve them by working in a sport context. (b) assisting those individuals in transferring these skills to SUD therapy using the same techniques and procedures, and (c) boosting their confidence in achieving their goals. The results showed a significant positive relationship between achieving the goal and improving self-confidence. In addition, the results of the follow-up revealed that the training program worked positively not only to strengthen the participants in the development of goal-setting skills but also to transfer these strategies to their therapy. The results further supported

the idea that sport can be a safe environment for training behavioral change strategies and motivations in SUD recovery.

The 3rd study aimed to examine the short-term effects of an exercise intervention on craving for substance use, mood states, self-esteem, quality of life, and treatment engagement at the early stage of SUD treatment. Fifty-four polydrug-dependent adults, newly entered into an inpatient treatment setting, were divided voluntarily into a structured 4-week exercise intervention group and a treatment as usual group. Self-report tools were used for data collection before and after the intervention. The results showed that the intervention group showed higher scores on self-esteem, quality of life, and treatment engagement and lower scores on craving for substance use and levels of negative mood (anxiety, depression, and stress) compared to the comparison group after the implementation of the exercise intervention program. The outcomes provide initial evidence that a targeted and properly designed exercise delivery, which is adapted to the needs of the various and decisive treatment stages, may offer specific benefits to individuals with SUDs.

Key words: Substance use disorders, sports, exercise, behavior change, motivation

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	004
ABSTRACT.....	006
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	008
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	011
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	012
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Ψυχοδραστικές ουσίες.....	013
<i>Θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.....</i>	015
Άσκηση.....	017
<i>Άσκηση και θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.....</i>	019
Σκοπός της διατριβής.....	020
Σημαντικότητα της έρευνας.....	022
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
Ναρκωτικά και ψυχοδραστικές ουσίες.....	024
<i>Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου χρήσης ουσιών.....</i>	025
<i>Εθισμός.....</i>	028
<i>Θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.....</i>	032
<i>Ο ρόλος του κίνητρου στη θεραπεία ΔΧΟ.....</i>	034
<i>Τα στάδια της αλλαγής.....</i>	035
<i>Τα θεραπευτικά στάδια.....</i>	037
<i>Θεραπευτικά πλαίσια.....</i>	040
<i>Συν-νοσηρότητα.....</i>	042
<i>Υποτροπή.....</i>	042
<i>Οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών.....</i>	043
<i>Πρόληψη.....</i>	044
Στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κίνητρου.....	046
Θεωρία της Αυτο-αποτελεσματικότητας.....	047
<i>Αυτο-αποτελεσματικότητα και συμπεριφορές υγείας.....</i>	048
Η θεωρία του καθορισμού στόχων.....	051
<i>Καθορισμός στόχων και συμπεριφορές υγείας.....</i>	055
Θεωρία του αυτο-καθορισμού.....	056
<i>Αυτο-καθορισμός και συμπεριφορές υγείας.....</i>	059

Η Συνέντευξη Κινητοποίησης.....	061
<i>Συνέντευξη κινητοποίησης και συμμετοχή σε άσκηση</i>	063
Τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς.....	064
Άσκηση και θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.....	064
<i>Συγχρονικές μελέτες (cross-sectional)</i>	064
<i>Έρευνες βασισμένες σε παρεμβάσεις</i>	067
<i>Έρευνες Ανασκόπησης/Μετα-ανάλυσης</i>	075
Άσκηση και πρόληψη.....	077
Εναλλακτικές αθλητικές δραστηριότητες.....	078
<i>θεραπεία μέσω της περιπέτειας</i>	079
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: ΕΡΕΥΝΑ	
1^η ΕΡΕΥΝΑ	
Προκαταρκτική μελέτη.....	085
<i>Περίληψη</i>	085
<i>Εισαγωγή</i>	086
<i>Μεθοδολογία</i>	089
<i>Αποτελέσματα</i>	092
<i>Συζήτηση</i>	093
<i>Συμπεράσματα</i>	096
Κύρια μελέτη.....	097
<i>Περίληψη</i>	098
<i>Εισαγωγή</i>	098
<i>Μεθοδολογία</i>	100
<i>Αποτελέσματα</i>	105
<i>Συζήτηση</i>	107
<i>Συμπεράσματα</i>	110
2^η ΕΡΕΥΝΑ	
<i>Περίληψη</i>	111
<i>Εισαγωγή</i>	112
<i>Μεθοδολογία</i>	114
<i>Αποτελέσματα</i>	123
<i>Συζήτηση</i>	130
<i>Συμπεράσματα</i>	133

3^η ΕΡΕΥΝΑ

<i>Περίληψη</i>	134
<i>Εισαγωγή</i>	135
<i>Μεθοδολογία</i>	140
<i>Αποτελέσματα</i>	154
<i>Συζήτηση</i>	168
<i>Συμπεράσματα</i>	174
<i>Εφαρμοσιμότητα των παρεμβάσεων στην πράξη</i>	175
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ	
Ο πολυδιάστατος ρόλος της άσκησης στη θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.....	178
Πάροχοι θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών.....	182
Σύμβουλοι θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών.....	184
Ο ρόλος του αθλητικού προπονητή.....	190
Ερευνητές του πεδίου των διαταραχών χρήσης ουσιών και της άσκησης.....	197
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	199
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	239

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Οι βασικές αρχές της θεραπείας ΔΧΟ.....	033
1η ΕΡΕΥΝΑ/ Προκαταρκτική μελέτη	
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	091
Πίνακας 3. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, δείκτης αξιοπιστίας και συσχετίσεις	092
Πίνακας 4. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης.....	092
1η ΕΡΕΥΝΑ/Κύρια μελέτη	
Πίνακας 5. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	101
Πίνακας 6. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις.....	106
Πίνακας 7. T-Tests και Effect sizes.....	106
Πίνακας 8. Μέσοι Όροι και Τυπικές Αποκλίσεις υπο-παραγόντων της κλίμακας ATES.....	107
2η ΕΡΕΥΝΑ	
Πίνακας 9. Αποτελέσματα επιδόσεων και προσκόλλησης στο πρόγραμμα RACE.....	124
Πίνακας 10. Τακτικές για την επίτευξη του στόχου.....	126
Πίνακας 11. Σύνδεση με τη θεραπευτική διαδικασία.....	127
Πίνακας 12. Αποτελέσματα μετα-παρακολούθησης.....	128
Πίνακας 13. Σύνδεση με τη θεραπευτική πορεία	129
3η ΕΡΕΥΝΑ	
Πίνακας 14. Πρωτόκολλο Συνέντευξης Κινητοποίησης	143
Πίνακας 15. Κατάλογος τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς.....	146
Πίνακας 16. Χρονικά σημεία και εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	148
Πίνακας 17. Χαρακτηριστικά δείγματος, σύγκριση μέσων όρων και έλεγχος χ ²	155
Πίνακας 18. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, και δείκτες αξιοπιστίας.....	157
Πίνακας 19. Προσκόλληση στο πρόγραμμα.....	158
Πίνακας 20. Καπνιστική συμπεριφορά.....	158
Πίνακας 21. Συσχετίσεις ομάδας παρέμβασης.....	163

 ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

2^η ΕΡΕΥΝΑ

Διάγραμμα 1. Εβδομαδιαίος στόχος χιλιομέτρων/πραγματική απόδοση.....	125
Διάγραμμα 2. Αυτο-πεποίθηση για την επίτευξη του Εβδομαδιαίου στόχου χιλιομέτρων.....	125
Διάγραμμα 3. Αυτο-πεποίθηση εφαρμογής των τακτικών.....	126

3^η ΕΡΕΥΝΑ

Διάγραμμα 4. Ερευνητικός χάρτης.....	139
Διάγραμμα 5. Ροή μελέτης.....	156
Διάγραμμα 6. Αυτο-αποτελεσματικότητα.....	159
Διάγραμμα 7. Οξεία επιθυμία.....	161
Διάγραμμα 8. Διάθεση.....	161
Διάγραμμα 9. Ποιότητα Ζωής.....	162
Διάγραμμα 10. Αυτοεκτίμηση	162
Διάγραμμα 11. Εμπλοκή στη Θεραπεία.....	163
Διάγραμμα 12. Οξεία επιθυμία (Μετα-παρακολούθηση).....	165
Διάγραμμα 13. Διάθεση (Μετα-παρακολούθηση).....	165
Διάγραμμα 14. Αυτοεκτίμηση (Μετα-παρακολούθηση).....	166
Διάγραμμα 15. Ποιότητα ζωής (Μετα-παρακολούθηση).....	167
Διάγραμμα 16. Εμπλοκή στη θεραπεία (Μετα-παρακολούθηση).....	167

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ψυχοδραστικές ουσίες

Ο αντίκτυπος της χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη δημόσια υγεία είναι τεράστιος, καθώς επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη νοσηρότητα όσο και στη θνησιμότητα των ατόμων που εμπλέκονται ενεργά. Σύμφωνα με την Παγκόσμια έκθεση για τα Ναρκωτικά (UNODC, 2021) πάνω από το 5% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του, παρουσιάζοντας μια αύξηση περίπου 20% σε σχέση με την προηγούμενη 10ετία. Στο παραπάνω ποσοστό, εκτιμάται ότι περίπου το 4% έκανε χρήση κάνναβης, με αντίστοιχα το 0,4% να έχει κάνει χρήση κοκαΐνης και το 1,2% να έχει κάνει χρήση οπιοειδών για μη ιατρικούς σκοπούς. Αντίστοιχα, όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Ένωση, το 2020, εκτιμάται ότι περίπου το 28,9% των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών έχει κάνει χρήση παράνομης ουσίας κατά τη διάρκεια της ζωής του (EMCDDA, 2021). Εξετάζοντας τον τομέα της υγείας, διαπιστώνουμε πολύ σημαντικές επιπτώσεις, καθώς το μέγεθος της βλάβης που προκαλείται από τη χρήση ουσιών εκτιμάται σε 28 εκατομμύρια χρόνια «υγιούς ζωής» που χάνονται παγκοσμίως ως αποτέλεσμα των πρόωρων θανάτων και πρόκλησης αναπηρίας, με τα οπιοειδή, και κυρίως την ηρωίνη, να είναι οι ουσίες που έχουν το μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του χρήστη (UNODC, 2021). Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται από το γεγονός ότι, οι 8 στους 10 θανάτους από υπερβολική δόση στην Ευρώπη, οφείλονται στην ηρωίνη, με τους χρήστες οπιοειδών να διατρέχουν πενταπλάσιο έως δεκαπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας από τον υπόλοιπο πληθυσμό (EMCDDA, 2021). Όσον αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα με την «Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών» (ΕΚΤΕΠΝ, 2020), και για το έτος 2019, η συνολική εκτίμηση του αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου, ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή, είναι περίπου 15 χιλιάδες.

Τα τελευταία χρόνια οι όροι *κατάχρηση ουσιών* και *εξάρτηση* από αυτές περιλαμβάνονται στο γενικότερο όρο «Διαταραχές Χρήσης Ουσιών» (WHO, 2010). Οι «Διαταραχές Χρήσης Ουσιών» (ΔΧΟ) αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη κοινωνία, με το φαινόμενο αυτό να ερμηνεύεται από διάφορες ψυχολογικές, βιολογικές, κοινωνιολογικές, οικονομικές και ψυχοκοινωνικές

θεωρίες, με τη κάθε μια ξεχωριστά να προσθέτει σημαντικά στοιχεία για τη διερεύνηση του (WHO, 2019; West & Brown, 2013).

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν ΔΧΟ, παρουσιάζουν παράλληλα ένα ή και περισσότερα ιατρικά ζητήματα με αποτέλεσμα τα ποσοστά θνησιμότητας των ατόμων αυτών να είναι πολύ υψηλότερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τη Παγκόσμια Έκθεση για τα Ναρκωτικά (UNODC, 2021) η χρήση ναρκωτικών θεωρείται ως η κύρια αιτία μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών όπως του AIDS και του ιού HIV (UNAIDS, 2017), της φυματίωσης (CDC, 2012) και της ηπατίτιδας Β και C, καθώς οι χρήστες ουσιών, ιδιαίτερα όσοι κάνουν ενέσιμη χρήση, κινδυνεύουν να προσβληθούν από λοιμώδη νοσήματα λόγω κοινής χρήσης συνέργων ή μη χρήσης προφυλακτικού (NIDA, 2018; EMCDDA, 2017). Το 2015, το 6% των διαγνώσεων HIV στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποδόθηκε στη χρήση ενέσιμης ουσίας, με την πρόβλεψη ότι 1 στις 23 γυναίκες και 1 στους 36 άντρες που κάνουν ενέσιμη χρήση ουσιών, θα διαγνωστεί με HIV κατά τη διάρκεια της ζωής τους (CDC, 2016). Παγκοσμίως, από τα περίπου 11 εκατομμύρια άνθρωποι που έκαναν ενέσιμη χρήση ουσιών, τα 1,4 εκατομμύρια ζουν με HIV και 5,6 εκατομμύρια με ηπατίτιδα C, με σχεδόν το 1,2 εκατομμύρια να ζουν και με τα δύο (UNODC, 2021).

Παράλληλα με τις παραπάνω ασθένειες, τα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας των χρηστών συνδέονται άμεσα με τη λήψη υπερβολικής δόσης και έμμεσα με άλλα αίτια όπως λοιμώξεις, ατυχήματα, βία και αυτοκτονίες (EMCDDA, 2017). Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι στις Η.Π.Α, οι θάνατοι από υπερβολική δόση, παρουσίασαν μια συνεχόμενη αυξητική τάση κατά την τελευταία δεκαπενταετία (Rud et al., 2016). Συμπληρωματικό στοιχείο, σχετικά με τις επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, αλλά ανάλογης σημασίας, είναι ότι οι χρήστες ουσιών χαρακτηρίζονται από μια κακή κατάσταση της υγείας τους, καθώς εμφανίζουν συχνά χρόνια αναπνευστικά, ηπατικά και καρδιακά νοσήματα, οξείες πεπτικές διαταραχές, καθώς και φυσικούς συχνούς τραυματισμούς (AIHW, 2014; Bahorik et al., 2017; EMCDDA, 2017). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, η χρήση κάνναβης σε σχέση με την ηρωίνη, παρότι προκαλεί ψυχώσεις και άλλες ψυχικές διαταραχές, συνδέεται περισσότερο με τη νοσηρότητα και όχι με τη θνησιμότητα, διότι δεν μπορεί να εγχυθεί και να προκαλέσει θανατηφόρα υπερβολική δόση (Degenhardt & Hall, 2012). Ωστόσο, αρκετές έρευνες συνδέουν τη χρήση κάνναβης με την πρόκληση τροχαίων και άλλων ατυχημάτων (Hartman &

Huestis, 2013). Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι, καθώς τα διάφορα προϊόντα κάνναβης έχουν αυξηθεί, ο αριθμός των εφήβων που θεωρούν τη κάνναβη ως μια επιβλαβή και επικίνδυνη ουσία μειώνεται ραγδαία, με την τάση αυτή να αυξάνει τον αρνητικό αντίκτυπο της στις νεότερες γενιές (UNODC, 2021).

Ας προστεθεί ότι, τα περισσότερα άτομα με ΔΧΟ, αντιμετωπίζουν παράλληλα και άλλες ψυχικές διαταραχές (NIDA, 2018), μεταξύ άλλων της διαταραχής άγχους και πανικού, της μείζονα κατάθλιψης, της σχιζοφρένειας, της υπερ-κινητικότητας, της έλλειψης προσοχής και της διπολικής διαταραχής, με περίπου 29 εκατομμύρια άτομα να αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους διαταραχές (NIDA, 2018; UNODC, 2021). Οι διαταραχές αυτές έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη θεραπεία, επηρεάζοντας αρνητικά την εμπλοκή σε αυτή, οδηγώντας στην πρόωρη υποτροπή και εγκατάλειψη (Schwabe, Dickinson, & Wolf, 2011). Αυτή η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχικών διαταραχών, με τη μία από αυτές να είναι η προβληματική χρήση ουσιών, έχει οριστεί ως συν-νοσηρότητα (EMCDDA, 2004) ή διπλή διάγνωση (WHO, 2010). Ωστόσο, ενώ οι αιτίες για τη διπλή διάγνωση είναι άγνωστες, μια πιθανή υπόθεση είναι ότι υπάρχει μια αμφίδρομη συσχέτιση (Santucci, 2012).

Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην αναφερθούμε ότι, ως προέκταση του φαινομένου της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, αποτελεί ο σημαντικός οικονομικός αντίκτυπος που προκαλείται. Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Δικαιοσύνης των ΗΠΑ, το κόστος της παράνομης χρήσης ουσιών ανέρχεται σε περισσότερα από 400 δισεκατομμύρια δολάρια και αποδίδεται στο άμεσο και έμμεσο κόστος που προκλήθηκε σε τρεις βασικούς τομείς: στο έγκλημα, στην υγεία και στην παραγωγικότητα, με το κόστος αυτό να είναι αντίστοιχου μεγέθους με άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως ο διαβήτης κ.α. (Department of Justice U.S, 2011; HHS, 2016).

Θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών

Η θεραπεία των ατόμων που αντιμετωπίζουν ΔΧΟ παρέχεται σε πολλά και διαφορετικά περιβάλλοντα, εφαρμόζοντας μια ποικιλία συμπεριφορικών και φαρμακευτικών προσεγγίσεων (NIDA, 2018). Είναι γενικά παραδεκτό, πως η θεραπεία των ΔΧΟ, είναι μια διαδικασία συμπεριφορικής αλλαγής, μέσω της οποίας, τα εξαρτημένα άτομα, υποστηρίζονται να αντιμετωπίσουν την εξάρτηση, να αποκαταστήσουν τη σωματική και ψυχολογική υγεία και ευεξία τους, στοχεύοντας

στην ανάκτηση της κοινωνικής λειτουργίας τους (NIDA, 2017). Έτσι, οι στόχοι της θεραπείας ΔΧΟ, αποσκοπούν στην ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή, στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων, στη βελτίωση της υγείας και της κοινωνικής λειτουργίας καθώς και στην εκπαίδευση των θεραπευομένων να παρακολουθούν και να διαχειρίζονται τις απειλές υποτροπής (NIDA, 2019). Στο πλαίσιο αυτό, έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών θεραπείας και υποστήριξης, που μπορεί να παρέχεται σε εσωτερικές ή εξωτερικές δομές παρακολούθησης και συνήθως περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική και συμπεριφορική θεραπεία ή συνδυασμό των παραπάνω καθώς και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες (NIDA, 2019; SAMHSA, 2015).

Συνεχίζοντας, πρέπει να τονίσουμε ότι καθώς ο εθισμός εδραιώνεται με την πάροδο του χρόνου, υπόκειται σε σημαντικές περιβαλλοντικές επιδράσεις, με αποτέλεσμα να ενδέχεται να οδηγήσει στην υποτροπή ακόμη μήνες ή και χρόνια μετά την θεραπεία και την αποχή (Koob & Le Moal, 2008). Υπό αυτό το πρίσμα, οι ΔΧΟ έχουν χαρακτηριστεί ως χρόνιες, καθώς παρουσιάζουν αρκετές έως πολλές περιστασιακές υποτροπές, με το γεγονός αυτό να αποδεικνύει, ότι μια βραχυπρόθεσμη και εφάπαξ θεραπεία συνήθως να μην επαρκεί. Κατά συνέπεια, η θεραπεία των ΔΧΟ και η αλλαγή της συμπεριφοράς εξάρτησης, θα πρέπει να είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία που να περιλαμβάνει πολλαπλές παρεμβάσεις καθώς και τακτική παρακολούθηση (NIDA, 2018). Ένας σημαντικός παράγοντας που αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχημένη αλλαγή της συμπεριφοράς εξάρτησης, είναι η διαμόρφωση και η ενίσχυση του κινήτρου που θα οδηγήσει το εξαρτημένο άτομο στην αλλαγή. Το κίνητρο θεωρείται ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας έκβασης της θεραπείας και η έλλειψη του, συνδέεται με την αποτυχία των ατόμων με ΔΧΟ να ενταχθούν και να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία (Bilici et al., 2014; Cahill et al., 2003). Συνεπώς, μία σειρά από θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κινήτρου, έχουν εφαρμοστεί στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, όπου η καθεμία ξεχωριστά έχει συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Carroll & Onken, 2005; SAMHSA, 1999). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και συμπεριφορικές θεραπείες μπορούν να προωθήσουν τις αλλαγές στη συμπεριφορά, καθώς είναι πλέον καθιερωμένες και χρησιμοποιούνται ως μέρος των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, υποστηρίζοντας τα άτομα με ΔΧΟ να αναπτύξουν στρατηγικές και

δεξιότητες που απαιτούνται για να αποτρέψουν την υποτροπή (EMCDDA, 2016; NIDA, 2018).

Άσκηση

Η τακτική σωματική άσκηση έχει συνδεθεί με πολλαπλά οφέλη για την υγεία, με μια πληθώρα μελετών να έχει δείξει ότι όσο περισσότερη άσκηση, τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος. Πράγματι, υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι ένα από τα πλεονεκτήματα της άσκησης είναι ότι μπορεί να επηρεάσει πολλές διαφορετικές παραμέτρους της υγείας, που σχετίζονται με τη σειρά τους με ένα μεγάλο εύρος ασθενειών. Υπό αυτό το πρίσμα, αποτελεί ένα σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, μεταξύ άλλων, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Metsios et al., 2008), των διαφόρων μορφών καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του παιδικού (Keogh & MacLeod, 2012; Baumann, Bloch, & Beulertz, 2013), του πάρκινσον (Flynn et al., 2019) και του διαβήτη (Wu et al., 2019). Το ίδιο σημαντικά φαίνονται τα οφέλη στη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας ατόμων της τρίτης ηλικίας (Kelly et al., 2014), στη διατήρηση της οστικής μάζας μετά την εμμηνόπαυση (Vuori, 2001), ενώ υποστηρίζεται ότι είναι ιδιαίτερα ευεργετική για τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και κατά την περίοδο μετά τον τοκετό (Nascimento, Surita, & Cecatti, 2012). Τα αποτελέσματα από πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και οι μέτριες ποσότητες σωματικής δραστηριότητας μπορούν να έχουν οφέλη για την υγεία σε νεαρά ή ενήλικα παχύσαρκα άτομα (Janssen & Leblanc, 2010).

Είναι γεγονός ότι, η ποιότητας ζωή του ατόμου επηρεάζεται από τη μείωση των λειτουργικών ικανοτήτων λόγω ανεπαρκούς σωματική δραστηριότητας, με την άσκηση να προτείνεται ως μια συμπεριφορά που μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και μυοσκελετικής υγείας (Antoniak & Greig, 2017; Vuori, 1995). Έτσι, τα άτομα που έχουν υιοθετήσει την άσκηση ως συμπεριφορά υγείας παρουσιάζουν καλύτερη γενική ποιότητα ζωής (Penedo & Dahn, 2005).

Σ' όλα τα παραπάνω, θα πρέπει να προστεθεί ότι, η τακτική σωματική άσκηση συνδέεται ισχυρά με τη βελτίωση της ψυχική υγείας, καθώς έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να αποτελέσει μια πολλά υποσχόμενη, οικονομικά προσιτή και εύκολα προσβάσιμη συμπληρωματική θεραπευτική επιλογή για άτομα που αντιμετωπίζουν διαταραχές

άγχους (Stonerock et al., 2015) και κατάθλιψης (Morres, 2019). Θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε ότι μια σημαντική προϋπόθεση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής ευεξίας στην οποία η άσκηση έχει θετικό αντίκτυπο, είναι η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα (Ekeland, Heian, & Hagen, 2005). Ένα ακόμη επιχείρημα που προάγει την αξία της άσκησης, είναι ότι σχετίζεται θετικά με την υιοθέτηση άλλων συμπεριφορών υγείας, όπως την καλή διατροφή και την αποφυγή του καπνίσματος (Wankel & Sefton, 1994).

Αν και τα στοιχεία υποστηρίζουν ξεκάθαρα τις ευεργετικές επιπτώσεις της σωματικής άσκησης στην υγεία, υπάρχουν ορισμένες πτυχές, που μπορεί να αντενδείκνυνται για ορισμένες ομάδες, κατά τις οποίες, ένας συγκεκριμένος κίνδυνος για την υγεία ενδέχεται να είναι αυξημένος κατά τη διάρκεια της άσκησης, με τους πιο συχνά αναφερόμενους κινδύνους να είναι ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος και οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί. Ωστόσο, οι μακροπρόθεσμες θετικές επιπτώσεις της άσκησης στη γενική σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, σε συνδυασμό με την επιλογή του κατάλληλου τύπου άσκησης αντισταθμίζουν τους κινδύνους αυτούς (Biddle & Mutrie, 2001).

Παρότι η άσκηση κερδίζει συνεχώς έδαφος ως μια από τις πιο υποσχόμενες μη φαρμακολογικές, μη επεμβατικές και οικονομικά αποδοτικές μεθόδους προαγωγής της υγείας, οι στατιστικές δείχνουν ότι σημαντικά ποσοστά του γενικού πληθυσμού δεν συμμετέχει στη συνιστάμενη ποσότητα τακτικής άσκησης. Σύμφωνα με τον WHO (2018), σε παγκόσμιο επίπεδο, το 23% των ενηλίκων και το 81% των εφήβων (ηλικίας 11–17 ετών) δεν πληρούν τις παγκόσμιες συστάσεις για τη σωματική δραστηριότητα για την υγεία. Αποτέλεσμα αυτής της συνεχιζόμενης αδράνειας, πιθανόν να οδηγήσει σε αρνητικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, το περιβάλλον, την οικονομική ανάπτυξη, την ευημερία της κοινότητας και την ποιότητα ζωής. Το γεγονός αυτό αυξάνει την ανάγκη να ενισχυθούν οι πρωτοβουλίες για την προώθηση της σωματικής δραστηριότητας σε όλες τις κατηγορίες πληθυσμού, στοχεύοντας περισσότερο σε εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη των ωφελειών της (Lachman et al., 2018). Ωστόσο, η υιοθέτηση της άσκησης ως μια δια βίου συμπεριφορά υγείας, αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις, με τις παρεμβάσεις να επιτυγχάνουν πολύ μικρή αύξηση στο ποσοστό συμμετοχής, παρότι οι περισσότεροι ενήλικες πιθανότατα να γνωρίζουν τα οφέλη της, υποδηλώνοντας ότι τα αίτια ενδέχεται να οφείλονται είτε στα

πολύ χαμηλά επίπεδα κινήτρων ή/και στις αποτυχίες αυτορρύθμισης και ελέγχου (Lachman, et al., 2018).

Άσκηση και θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών

Η συζήτηση για τη χρήση εναλλακτικών θετικών ενισχυτών στη θεραπεία ΔΧΟ έχει ξεκινήσει αρκετά χρόνια πριν, με σχετικές μελέτες να υποστηρίζουν το θετικό αντίκτυπο τους, στη διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση ουσιών, προτείνοντας τη συστηματική αύξηση ανάλογων παρεμβάσεων (Correia, Carey, & Borsari, 2002; Rogers et al., 2008; Van Etten et al., 1998). Στο πλαίσιο αυτό, η άσκηση έχει ενσωματωθεί στα προγράμματα θεραπείας ΔΧΟ, ως μια ευχάριστη δραστηριότητα, διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου. Ωστόσο, σε ότι αφορά τη διερεύνηση της συμβολή αλλά και της κλινικής χρήση της άσκησης ως συμπληρωματικό εργαλείο στην καθιερωμένη θεραπεία ΔΧΟ, δεν έχει πραγματοποιηθεί εκτενής έρευνα, καθώς στη διεθνή βιβλιογραφία δεν έχουν δημοσιευτεί αρκετές γενικευμένες και μεθοδολογικά ισχυρές μελέτες που να αποδεικνύουν αυτή τη συσχέτιση (More et al., 2017; Linke & Ussher, 2015).

Σε αντίθεση με την υιοθέτηση της άσκησης στη θεραπεία διαταραχών από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες σχετικά με συμβολή της στη διαχείριση των διαταραχών από νόμιμες ψυχοδραστικές ουσίες, όπως είναι της νικοτίνης και του αλκοόλ. Σε αυτήν την κατεύθυνση, προωθείται η συμβολή της άσκησης, ως μια αποφασιστικής σημασίας συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση για την επίτευξη τόσο της πρόληψης όσο και της μείωσης και παύσης του καπνίσματος και της κατάχρησης αλκοόλ (Theodorakis et al., 2014; Zourbanos et al., 2016).

Ένας σημαντικός παράγοντας για τη διαμόρφωση των επιχειρημάτων υπέρ της χρήση της άσκησης στη θεραπεία διαταραχών από χρήση παράνομων ουσιών ΔΧΟ που αξίζει να παρατηρηθεί, είναι ότι τα ίδια τα άτομα που ακολουθούν θεραπεία, αναφέρουν τη σωματική άσκηση ως μια καλή πρακτική προσωπικής φροντίδας, βελτίωσης της σωματικής κατάστασης και της αυτοεικόνας (Caviness et al., 2013; Drumm et al., 2005) αλλά και ως μια στρατηγική ενίσχυση του αυτοελέγχου και αποχής

από τη χρήση (Brown et al., 2010; Smith & Lynch, 2012; Weinstock, Barry, & Petry, 2008; Linke & Ussher, 2015).

Επιπρόσθετα, ένα ακόμη επιχείρημα είναι ότι, η συμβολή της άσκηση φαίνεται να είναι αποφασιστικής σημασίας σε ένα ευρύ φάσμα ωφελειών για τη ψυχική υγεία των ατόμων με ΔΧΟ, αντιμετωπίζοντας αποτελεσματικά τα συμπτώματα οξείας επιθυμίας για χρήση, άγχους και κατάθλιψης (Wang et al., 2014; Weinstock et al., 2017; Linke & Ussher, 2015) λειτουργώντας πολλές φορές και ως υποκατάστατο της ίδιας της ψυχοδραστικής ουσίας (Smith & Lynch, 2012). Επιβεβαίωση των παραπάνω επιχειρημάτων είναι το γεγονός ότι, τα άτομα που αναζητούν θεραπεία ΔΧΟ, δηλώνουν διαθέσιμα να συμμετέχουν σε πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας ως μέρος του θεραπευτικού τους σχήματος (Abrantes et al., 2011).

Ωστόσο, θα πρέπει να τονίσουμε ότι, τα αποτελέσματα από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα άσκησης κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, μπορούν να λειτουργήσουν στο «εδώ και τώρα», χωρίς απαραίτητα να μπορούν να αλλάξουν τη δια βίου συμπεριφορά των ατόμων με ΔΧΟ, δημιουργώντας μια αίσθηση ελέγχου, ενισχύοντας την επαφή και την αίσθηση του σώματος, επανακτώντας έτσι έναν λειτουργικό τρόπο ζωής (Greer et al., 2012; Roessler, 2010). Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να τονιστεί, ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν ΔΧΟ, είναι λιγότερο πιθανό να πληρούν τις κατευθυντήριες γραμμές για τη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα σωματική και φυσική δραστηριότητας καθώς η σωματική και η ψυχική υγεία τους να μην το επιτρέπει (Linke et al., 2015).

Αξίζει να παρατηρηθεί ότι, μολοντί έχουν δημοσιευτεί αρκετές θεωρητικές μελέτες που διερευνούν τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές και νευροβιολογικές επιδράσεις που υποστηρίζουν την εφαρμογή της άσκησης ως μια αποτελεσματική στρατηγική παρέμβασης στη θεραπευτική διαδικασία των διαταραχών από τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, δεν υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία που να στηρίζεται σε παρεμβάσεις, με τη πλειοψηφία των μελετών αυτών να μην οδηγούν σε τελικά συμπεράσματα, παρουσιάζοντας περιορισμούς και ελλείψεις (Linke & Ussher, 2015).

Σκοπός της διατριβής

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα τελευταία χρόνια, η εφαρμογή των στρατηγικών, στο πλαίσιο συμπεριφορών παρεμβάσεων που προάγουν την άσκηση ως βασικό στοιχείο, έχει δοκιμαστεί για τη αντιμετώπιση των διαταραχών από νόμιμες

εξαρτήσεις, όπως η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ (Manthou et al., 2016; Theodorakis et al., 2015) και η διακοπή του καπνίσματος (Williams et al., 2011), οδηγώντας σε θετικά και ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη έρευνα για το πώς αυτές οι στρατηγικές, που εφαρμόζονται σε ένα περιβάλλον αθλητισμού και άσκησης, μπορούν να συμβάλουν και να μεταφερθούν στη θεραπεία των ΔΧΟ. Οι παρεμβάσεις με βάση την άσκηση που έχουν ως τώρα εφαρμοστεί στην θεραπεία των ΔΧΟ, διερευνούν κυρίως τις παραμέτρους και τα οφέλη που έχει στη σωματική και ψυχική υγεία και όχι την αξιοποίηση του αθλητικού περιβάλλοντος ως ένα ψυχολογικού μοντέλου ενίσχυσης του κινήτρου και εκπαίδευσης σε στρατηγικές αύξησης της πιθανότητας αλλαγής συμπεριφοράς, αξιοποιώντας το ως μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση (Zschucke et al., 2012; Wang et al., 2014). Ας σημειωθεί ακόμη ότι, οι έως τώρα μελέτες, στην πλειοψηφία τους, ενώ λαμβάνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά των διαφορετικών πλαισίων θεραπείας (εσωτερικής και εξωτερικής παρακολούθηση) και των θεραπευτικών προσεγγίσεων με ή χωρίς τη χρήση υποκατάστατων (Colledge et al., 2018; Wang et al., 2014), δεν λαμβάνουν υπόψη τα διαφορετικά στάδια θεραπείας ΔΧΟ και την προσαρμοσμένη και στοχευμένη εφαρμογή της άσκησης στις διαφορετικές ανάγκες των θεραπευόμενων, όπως αυτές αποτυπώνονται σε αυτά (Roessler, 2010; Abrantes et al., 2011; Linke & Ussher, 2015). Επιπλέον, διερευνώντας περισσότερο την έως τώρα βιβλιογραφία διαπιστώνει κανείς, ότι η πλειοψηφία των παρεμβάσεων άσκησης σπάνια αναφέρουν ή περιγράφουν το θεωρητικό πλαίσιο της παρέμβασης και πως αυτή συνδέεται με τη θεωρία. Αυτή η έλλειψη σαφούς θεωρητικής βάσης, όπως και η λεπτομερής περιγραφή του τρόπου εφαρμογής της παρέμβασης, περιορίζει τη δυνατότητα κατανόησης της σχετικής αποτελεσματικότητας της και, ως εκ τούτου, εμποδίζει την αναπαραγωγή ή και τον σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων στο μέλλον.

Σκοπός της διατριβής είναι να παρουσιάσει μια διαφορετική προσέγγιση στις παρεμβάσεις άσκησης κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, με στόχο να προωθήσει την αλλαγή συμπεριφοράς. Σε αυτό το πλαίσιο, ανέλυσε τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπλοκή και τη διατήρηση στη θεραπεία ΔΧΟ και διερεύνησε αν η άσκηση μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματική διαχείριση τους, υποστηρίζοντας τα άτομα με ΔΧΟ να αντιμετωπίσουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις και συμπεριφορές, ενισχύοντας το κίνητρό τους για αλλαγή συμπεριφοράς, προωθώντας περαιτέρω την υιοθέτηση ενός

υγιή τρόπου ζωής, αντικαθιστώντας τις μη επιθυμητές παλιές συμπεριφορές με νέες. Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκαν τρεις μελέτες:

A) Σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα παρέμβασης στην φύση, βασισμένο στην μεθοδολογία «*Θεραπεία μέσω της Περιπέτειας*», αξιοποιώντας την εμπειρία από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα υπαίθριων αθλητικών δραστηριοτήτων για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ.

B) Σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε πρόγραμμα παρέμβασης για την προώθηση της άσκησης, αξιοποιώντας τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς βασισμένες στη θεωρία των στόχων και του αυτο-καθορισμού, στοχεύοντας στην εκπαίδευση των υπό θεραπεία άτομα με ΔΧΟ, να αξιοποιούν στρατηγικές ενίσχυσης κίνητρου κατά τη διαδικασία αλλαγής των συμπεριφορών εξάρτησης τους.

Γ) Σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε πρόγραμμα παρέμβασης για την προώθηση της άσκησης, βασισμένο στη θεωρία των στόχων και του αυτό-καθορισμού και προσαρμοσμένο στο πρώιμο στάδιο θεραπείας ΔΧΟ, με στόχο να διερευνηθεί ο βαθμός αποτελεσματικότητας της άσκησης ως ένα συμπληρωματικό μέσο αντιμετώπισης και διαχείρισης των συμπτωμάτων απόσυρσης και εγκατάλειψης, διερευνώντας την αντανάκλαση των ωφελειών της στη δημιουργία θετικών υποκειμενικών επιδράσεων. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν μεθοδολογικά σταθερές μελέτες που να επαληθεύουν τις ωφέλειες των παρεμβάσεων άσκησης όσον αφορά τη μείωση της οξείας επιθυμίας για χρήση ναρκωτικών ουσιών και κατ' επέκταση την αποχή από αυτές, εστιασμένες στον πρώιμο στάδιο θεραπείας.

Τέλος, βασιζόμενοι τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και στην εμπειρία των 3 μελετών, συνοψίζουμε σε ένα κεφάλαιο, προτάσεις για κατευθυντήριες γραμμές και συστάσεις για το σχεδιασμό παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ, παρέχοντας περεταίρω υποστήριξη της ενσωμάτωσης της κλινικής χρήσης της άσκησης στο πεδίο των εξαρτήσεων.

Σημαντικότητα της έρευνας

Σύμφωνα με το παγκόσμιο σχέδιο δράσης για τη φυσική δραστηριότητα 2018 – 2030 (WHO, 2018), ο WHO προωθεί την εφαρμογή και την ενίσχυση συστημάτων αξιολόγησης και συμβουλευτικής ασθενών, στοχεύοντας την αύξηση της φυσικής

δραστηριότητας και τη μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς, από κατάλληλα εκπαιδευμένους παρόχους υγείας και κοινωνικής φροντίδας, ως μέρος μιας καθολικής υγειονομικής περίθαλψης.

Η πρόταση της διδακτορικής διατριβής εντάσσεται στο παραπάνω πλαίσιο, συνεισφέροντας στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προώθηση της άσκησης στην αντιμετώπιση των διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Συνεπώς, βασικός στόχος ήταν να σχεδιαστούν, να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις προκειμένου να διερευνηθεί αν η άσκηση είναι αποτελεσματική για τη δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων για την αύξηση του ποσοστού των ατόμων που θα παραμείνουν στη θεραπεία, μειώνοντας τα ποσοστά εγκατάλειψης, συμβάλλοντας έτσι στη ολοκλήρωση της και την ομαλή επανένταξη στην κοινωνία.

Επιπρόσθετα, τη σημαντικότητα της έρευνας ενισχύει το γεγονός ότι, όπως έχει διαπιστωθεί, πως τα τελευταία χρόνια, αυξάνεται διαρκώς η αναζήτηση νέων και πιο αποτελεσματικών και επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων στο πεδίο των εξαρτήσεων, με στόχο τη μείωση της πρόωρης διακοπής της θεραπείας, βελτιώνοντας τα ποσοστά υποτροπής ή διολίσθηση στη χρήση ουσιών. Στο πλαίσιο αυτό, και σε συνδυασμό με την εφαρμογή των κλασσικών φαρμακολογικών, ψυχοθεραπευτικών και άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση των ΔΧΟ, η άσκηση κερδίζει συνεχώς τη προσοχή ως συμπληρωματική θεραπεία, με χαμηλό οικονομικό κόστος, που μπορεί να προσφέρει ευχαρίστηση, ικανοποίηση και θετικά συναισθήματα στα άτομα με ΔΧΟ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ναρκωτικά και ψυχοδραστικές ουσίες

Η διερεύνηση του φαινομένου της κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών και της εξάρτησης από αυτές προϋποθέτει πρώτα απ' όλα την εννοιολογική του προσέγγιση. Οι όροι ναρκωτικά και ψυχοδραστικές ουσίες, αποτελούν τις δύο πλευρές του ίδιου νομίσματος καθώς κάτω από αυτούς τους όρους συγκαταλέγονται τόσο οι νόμιμες ουσίες, όπως το αλκοόλ και η νικοτίνη, όσο και οι παράνομες, όπως η κάνναβη, ηρωίνη, η κοκαΐνη, τα συνθετικά ναρκωτικά, κ.α. Ο WHO (1993) στην προσπάθεια του να παράσχει ένα σύνολο ορισμών σχετικά με αυτές τις ουσίες αναφέρει ότι «φάρμακο» (drug) είναι μια οποιαδήποτε ουσία που μπορεί να αξιοποιηθεί στο πλαίσιο πρόληψης ή θεραπείας ασθενειών ή να ενισχύσει τη φυσική και πνευματική ικανότητα του ατόμου. Σε ίδιο το πλαίσιο, ως ψυχοδραστική ουσία (Psychoactive drugs) χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε ουσία, συμπεριλαμβανομένων των νόμιμων, συνταγογραφούμενων και παράνομων ουσιών, που, όταν καταναλώνονται, όχι απαραίτητα για ιατρική χρήση, προκαλεί αλλαγές στη διάθεση, στη συμπεριφορά, στη σωματική και στη νοητική λειτουργία του ατόμου, έχοντας επιβλαβείς συνέπειες τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Οι ψυχοδραστικές ουσίες δεν προκαλούν απαραίτητα εξάρτηση, ωστόσο χαρακτηρίζονται από την εγκατάσταση της έννοια της εξάρτησης, δηλαδή της τάσης για επαναλαμβανόμενη χρήση. Σύμφωνα με τον WHO (2014) ως εξάρτηση ορίζεται η κατάσταση που βιώνει ο χρήστης ουσιών, κατά την οποία έχει την ανάγκη των επαναλαμβανόμενων δόσεων της ουσίας για να μπορεί να υποστηρίξει βασικές λειτουργίες για την επιβίωση του.

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες είναι μια χρόνια κατάσταση και αναφέρεται σε μια συστοιχία συμπεριφορικών, γνωστικών και φυσιολογικών διεργασιών που αναπτύσσονται κατά τη χρήση ουσιών και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, την έντονη επιθυμία, τη δυσκολία ελέγχου και την εμμονή για χρήση, παραβλέποντας τις επιβλαβείς συνέπειες αυτής στη φυσική και πνευματική κατάσταση του ατόμου. Υπό αυτή την έννοια, γίνεται φανερό ότι η εξάρτηση μπορεί να διαχωριστεί τόσο στη ψυχολογική όσο και στη σωματική εξάρτηση (WHO, 1994).

Στη προσπάθεια καλύτερης προσέγγισης του προβλήματος, σήμερα δεν χρησιμοποιούνται πλέον οι όροι κατάχρηση και εξάρτηση, αλλά ένας άλλος

γενικότερος όρος «*διαταραχές χρήσης ουσιών*». Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM – 5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2018), οι διαταραχές χρήσης ουσιών (ΔΧΟ) ορίζονται ως η επιμονή της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, παρά την ουσιαστική βλάβη και τις αρνητικές συνέπειες και συνδέονται τόσο με τις παράνομες όσο και με τις νόμιμες ουσίες. Οι ΔΧΟ αναγνωρίζονται ευρέως ως χρόνιες παθήσεις, οι οποίες κατατάσσονται σε ήπιες, μέτριες ή σοβαρές ανάλογα με την ένδειξη του επιπέδου της σοβαρότητας, η οποία καθορίζεται από τον αριθμό (11) των διαγνωστικών κριτηρίων που πληρούνται για κάθε άτομο και συνοδεύονται από πολλαπλούς κύκλους θεραπείας, αποχής και υποτροπών (Hser et al., 2001; NIDA, 2014). Οι διαταραχές χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών υφίστανται όταν η επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών (ή και των δύο) προκαλεί κλινικά σημαντική βλάβη, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων υγείας, της αναπηρίας και της μη εκπλήρωσης σημαντικών ευθυνών στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι και χαρακτηρίζονται από αλλαγές στη διάθεση, τη σκέψη ή τη συμπεριφορά (APA, 2018).

Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου χρήσης ουσιών

Συστατικά στοιχεία του προβλήματος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και της εξάρτησης από αυτές, είναι τα αίτια και οι συνέπειές της, τα οποία συνδέονται με αρκετές πτυχές της σύγχρονης ζωής. Η χρήση ουσιών είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τόσο μεταξύ ατομικών και οικογενειακών παραγόντων όσο και κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων, αποτελώντας ένα μέσο ανακούφισης από τις δυσκολίες της καθημερινότητας. Μέσα από αυτό το πρίσμα, η εμφάνιση του είναι αποτέλεσμα της μεμονωμένης αλλά και παράλληλης δράσης πληθώρας συνιστωσών, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα τομέων της ζωής του ατόμου (Μάτσα, 2001). Σύμφωνα με τον WHO (2009), υπάρχουν διαφορετικοί λόγοι για κάθε άτομο να κάνει χρήση ουσιών, με τους πιο κοινούς να είναι η περιέργεια, η συνύπαρξη με φίλους, η αποφυγή αρνητικών συναισθημάτων αλλά και η απόκτηση γρήγορων θετικών μορφών απόλαυσης, καθώς οι ψυχοδραστικές ουσίες μπορούν να απελευθερώσουν 2 έως 10 φορές περισσότερη ποσότητα ντοπαμίνης συγκριτικά με μια φυσική δραστηριότητα (NIDA, 2014). Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε, ότι καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου παρουσιάζονται αρκετοί παράγοντες κινδύνου, αλλά και παράγοντες προστασίας που επηρεάζουν την πιθανότητα εμπλοκής

με τη χρήση ουσιών, με αρκετούς από αυτούς να παραμένουν σταθεροί κατά την πάροδο του χρόνου, ενώ άλλοι να μεταβάλλονται συνεχώς.

Ως παράγοντες κινδύνου εμπλοκής με τη χρήση ουσιών χαρακτηρίζονται οι παράγοντες εκείνοι, που αυξάνουν την πιθανότητα και την έκθεση στη χρήση, καθώς και στις επιβλαβείς συνέπειες αυτής, σε αντίθεση με τους προστατευτικούς παράγοντες που ενεργούν ενάντια στην επίδραση των παραγόντων κινδύνου και προλαμβάνουν τις αποκλίνουσες συμπεριφορές (HHS, 2016). Σε συνάρτηση με αυτό, καθίσταται σαφές, ότι οι παράγοντες κινδύνου αποτελούν ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης εμπλοκής με τη χρήση ουσιών σε σύγκριση με τους προστατευτικούς (Cleveland et al., 2008). Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι η παιδική ηλικία και η εφηβεία, είναι οι κρίσιμες περίοδοι όπου παρουσιάζεται μεγάλος κίνδυνος για πειραματισμό και εμπλοκή με τη χρήση ουσιών. Η χρήση ουσιών στην ηλικία αυτή έχει ως αποτέλεσμα, να προκαλούνται ιδιαίτερα επιβλαβείς επιδράσεις στον εγκέφαλο, ο οποίος εξακολουθεί να υφίσταται σημαντική ανάπτυξη κατά αυτές τις περιόδους, εμποδίζοντας έτσι τα νεαρά άτομα στην επιτυχή μετάβαση σε ρόλους και ευθύνες των ενηλίκων, καθώς και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, με πιθανές μακροπρόθεσμες συνέπειες για την μετέπειτα ζωή τους (HHS, 2016; Kosterman et al., 2000).

Οι παράγοντες κινδύνου εμπλοκής με τη χρήση συνδέονται τόσο με τα γενετικά και προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Enoch, 2012; NIDA, 2014) όσο και με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Miles et al., 2001; HHS, 2016). Ένας από τους πιο σημαντικούς και πρωταρχικούς παράγοντες που αυξάνει την πιθανότητα χρήσης, είναι η προβληματική και αντικοινωνική συμπεριφορά του ατόμου σε συνδυασμό με τη πρόωρη επαφή με νόμιμες και παράνομες ουσιών από την παιδική ηλικία (HHS, 2016). Ως απόρροιας της χρήσης και κατανάλωσης ουσιών σε νεαρή ηλικία είναι η αύξηση της πιθανότητας για μετέπειτα προβληματική χρήση ουσιών και κατά την ενήλικη ζωή (Zucker et al., 2008). Εξίσου επιβαρυντικοί παράγοντες που αποτελούν κινδύνους και μπορούν να επιταχύνουν την έναρξη της χρήσης είναι οι ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος και το μετατραυματικό στρες (Johnson, Striley, & Cottler, 2006; Enoch, 2011). Επίσης, ευνοϊκές προϋποθέσεις για την εκδήλωση του προβλήματος διαμορφώνουν τα προσωπικά χαρακτηριστικά της υψηλής αναζήτησης του κινδύνου, ιδιαίτερα του σωματικού, η αναζήτηση της ανταμοιβής, η παρορμητικότητα και η απερισκεψία, τα οποία

αποτελούν παράλληλα και σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την εμπλοκή με τη χρήση από παιδική ηλικία (Guo et al., 2001; Van denBree et al., 2001; Wood, Dawe, & Gullo, 2013).

Παράλληλα με τα ατομικά χαρακτηριστικά, μια σειρά από περιβαλλοντικούς παράγοντες ενδέχεται να οξύνουν τον κίνδυνο εμπλοκής με τη χρήση (NIDA, 2014), καθώς και να καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το κατά πόσον τα άτομα με προδιάθεση θα κάνουν χρήση ουσιών (Kendler et al., 2003). Η κατάλυση της κοινωνικής συνοχής, το χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, τα λανθασμένα προβαλλόμενα πρότυπα σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος αγοράς ουσιών και της υψηλής διαθεσιμότητας τους, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εμπλοκής με τη χρήση (Stone et al., 2012; HHS, 2016). Ο αρνητικός ρόλος της οικογένειας, η κακή διαχείριση των προβλημάτων και των συγκρούσεων μέσα σε αυτή, καθώς και συμπεριφορές και οι αντιλήψεις σχετικά με τη χρήση ουσιών από τους γονείς, συνδέονται με τη χρήση και τη κατάχρηση ουσιών (Stronski et al., 2000; Ewing et al., 2015). Επιπρόσθετα, κατά τη διαδικασία μετάβασης στη χρήση ουσιών, σημαντικό ρόλο παίζουν το σχολείο και το εκπαιδευτικό περιβάλλον γενικότερα. Η σχολική αποτυχία και η κακή διασύνδεση με τους στόχους της εκπαιδευτικής διαδικασίας, που ενδέχεται να οδηγήσουν στην σχολική εγκατάλειψη, αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρης έναρξης της χρήσης (Stronski et al., 2000; Van denBree, Whitmer, & Pickworth, 2004).

Σ' όλα αυτά πρέπει να προστεθεί ότι, θα ήταν αδύνατο να ερμηνεύσουμε το φαινόμενο χωρίς να εξετάσουμε το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η συναναστροφή με τους ομότιμους και ιδιαίτερα με άτομα που παρουσιάζουν παραβατικές συμπεριφορές. Η συσχέτιση του ατόμου με ομάδες ομότιμων με αποκλίνουσες συμπεριφορές και η πίεση που δέχεται από αυτές, αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης πειραματισμού και εμπλοκής με τη χρήση από τη παιδική ηλικία έως και ενηλικίωση του (Van Ryzin, Fosco, & Dishion, 2012)

Στον αντίποδα των παραπάνω, υπάρχουν μια σειρά από παράγοντες που μπορούν να αποτρέψουν τον πειραματισμό και την εμπλοκή με τη χρήση ουσιών με τον ρόλο της οικογένεια να είναι ιδιαίτερα καθοριστικός κατά τη διαδικασία αυτή (Kosterman et al., 2000; HHS, 2016). Η αποδοχή και ο σεβασμός των αξιών των γονέων (Piko & Κονάcs, 2010) τα σαφή οικογενειακά πρότυπα (Ewing et al., 2015) καθώς και οι καθορισμένοι οικογενειακοί κανόνες συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν την ορθή

λειτουργία της οικογένειας, μπορούν να προστατεύσουν τα άτομα να εμπλακούν με τη χρήση (Guo et al., 2001).

Επιπλέον, μια σειρά από κοινωνικές, συναισθηματικές, συμπεριφοριστικές, γνωστικές και ηθικές ικανότητες καθώς και διαπροσωπικές δεξιότητες μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά στο άτομο, προστατεύοντας το από αυτήν την εμπλοκή. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά της αυτο-αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας, καθώς και οι ευκαιρίες για θετική κοινωνική συμμετοχή, επικοινωνία και ανατροφοδότηση από το άμεσο περιβάλλον του ατόμου, μπορούν να λειτουργήσουν θετικά και υποστηρικτικά προς αυτή την κατεύθυνση (HHS, 2016).

Εθισμός

Η πιο σοβαρή ΔΧΟ είναι ο εθισμός, καθώς χαρακτηρίζεται από τη μη ελεγχόμενη και επανειλημμένη χρήση, δημιουργώντας μια δυσχερή σωματική και ψυχική κατάσταση. Ο εθισμός, χαρακτηρίζεται ως μια χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσος του εγκεφάλου, που έχει τη δυνατότητα τόσο υποτροπής όσο θεραπείας και αποκατάστασης (SAMSHA 2019). Ως εθισμό αποκαλούμε την ανάγκη του ατόμου να αισθάνεται επαναλαμβανόμενα το αίσθημα της ευφορίας, την οποία προκαλεί η ουσία, οδηγώντας σταδιακά στην εξάρτηση (NIDA, 2018). Η σοβαρότητα του εθισμού προσδιορίζεται από διάφορες επιδράσεις που έχει στη ζωή του ατόμου, καθώς οι ουσίες επηρεάζουν τη δομή και τη λειτουργία του, προκαλώντας μακροχρόνιες αλλαγές που μπορούν να οδηγήσουν σε επιβλαβείς συμπεριφορές (Robinson & Berridge, 2001; NIDA, 2018). Ο εθισμός διαμορφώνει γνωστικές και συμπεριφορικές δυσλειτουργίες, υπονομεύοντας τη σκέψη έτσι ώστε να μην είναι ρεαλιστική ή να είναι αποδιοργανωμένη, ενώ παράλληλα αποδομεί σταδιακά τις ατομικές αξίες έτσι ώστε να είναι συγκεχυμένες, ανύπαρκτες ή αντικοινωνικές (De Leon et al., 2015). Μια βαθύτερη διερεύνηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, ο εθισμός είναι μια προσαρμοσμένη συμπεριφορά συνήθειας, κινήτρων και ανταμοιβής, τόσο για την αποφυγή των συμπτωμάτων απόσυρσης όσο και για την ενίσχυση της ευχαρίστησης (Adinoff, 2004; Robinson & Berridge, 2001; Everitt et al., 2008). Το κλειδί της ερμηνείας του εθισμού είναι η εστίαση στη διερεύνηση αυτής της αμφίδρομης ηδονική υπόθεσης, καθώς οι εθιστικές ουσίες λαμβάνονται για να επιτευχθεί μια υψηλή ευχάριστη κατάσταση, που ορίζεται και ως η αρχική και πρωταρχική ώθηση για χρήση ουσιών, και/ή για την

αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων στέρησης ή για την αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων (Robinson & Berridge, 2003).

Εκτός από αυτά τα ενδογενή κίνητρα, η συμπεριφορά χρήσης ουσιών έχει συζητηθεί και ως προς τη χρησιμότητά της στην εκπλήρωση ετερογενών κινήτρων, όπως η κοινωνικοποίηση ή η ένταξη και η αποδοχή από κοινωνικές ομάδες (με κουλτούρα χρήσης ναρκωτικών). Συνεπώς, η έναρξη και η διατήρηση της χρήσης ουσιών εξηγούνται από τις προσδοκίες των ατόμων για τα οφέλη που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της χρήσης, με τη ηδονική απόλαυση ωστόσο να γίνεται όλο και λιγότερο σημαντική κατά τη μετάβαση στον εθισμό (Everitt & Robbins, 2005; Robinson & Berridge, 2003).

Υπάρχει ένα σύνολο θεωριών που επικεντρώνεται στον κύκλο ζωής του εθισμού, από την έναρξη της συμπεριφοράς εξάρτησης, μέσω της ανάπτυξης εθισμού, έως τις προσπάθειες ανάκτησης και επιτυχίας ή αποτυχίας αυτών των προσπαθειών (West, 2013). Ορισμένες από αυτές τις θεωρίες, επικεντρώνονται σε στάδια ή βήματα στη διαδικασία αλλαγής, ενώ άλλες επικεντρώνονται σε μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αλλαγή των κινήτρων και των πεποιθήσεων (Prochaska, DiClemente, & Carlo, 2005). Σύμφωνα με τους George και Koob (2017), ο κύκλος του εθισμού περιλαμβάνει τρεις βασικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την εξάρτηση από ουσίες: i) τη συμπεριφοράς συμπάθειας προς τις ουσίες, εκ των οποίων τα θετικά συναισθήματα, όπως η ευφορία, ενισχύουν θετικά και αυξάνουν την πιθανότητα χρήσης κατά το αρχικό στάδιο του εθισμού ii) την απόσυρση και την αρνητική επίδραση, η οποία σχετίζεται με την αρνητική ενίσχυση λόγω της επιθυμίας κατανάλωσης ουσιών προκειμένου να βελτιωθεί η συναισθηματική κατάσταση και να αντισταθμιστούν τα συμπτώματα στέρησης και, iii) την οξεία επιθυμία, η οποία επηρεάζει την ικανότητα ατόμου να κάνει τις κατάλληλες επιλογές σχετικά με το αν θα χρησιμοποιήσει ή όχι μια ουσία και να παρακάμψει τις συχνά έντονες παρορμήσεις, ειδικά όταν το άτομο αντιμετωπίζει ερεθίσματα που σχετίζονται με αυτήν την ουσία.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, στο στάδιο του εθισμού, καθώς ο χρήστης μετακινείται από την παρορμητικότητα στη ψυχαναγκαστικότητα, κάνει μια στροφή στη συμπεριφορά, από τη θετική ενίσχυση σε αρνητική ενίσχυση, έχοντας μεγάλη δυσκολία να σταματήσει εθελοντικά τη χρήση και επιδεικνύοντας έντονη επιθυμία και αποφασιστικότητα για να την αποκτήσει (Robinson & Berridge, 1993; WHO, 2014;

NIDA, 2018). Η μετακίνηση αυτή αποδίδεται σε έναν σύνθετο κύκλο εθισμού, αποτελούμενο από τρία διαδοχικά στάδια: την μέθη, την απόσυρση, και την ενασχόληση, όπου στα αρχικά στάδια συχνά κυριαρχεί η παρορμητικότητα, με την έντονη επιθυμία και τη ψυχαναγκαστικότητα να κυριαρχεί στο τελευταίο στάδιο (Koob & Volkow, 2010). Μέσα σε αυτή τη διαδικασία, η έντονη επιθυμία μπορεί να επιδεινωθεί περαιτέρω, επηρεασμένη από τη δυσλειτουργία που προκαλείται από τις ουσίες στα προμετωπιαία φλοιώδη συστήματα του εγκεφάλου, που συνήθως εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων, στην κρίση, στη συναισθηματική ρύθμιση και στον ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς. Αποτέλεσμα αυτών των δυσλειτουργιών, είναι σημαντικά γνωσιακά ελλείμματα που επηρεάζουν την ικανότητα αναστολής ή σωστής εκτίμησης των μελλοντικών αρνητικών συνεπειών, που σε συνδυασμό με την εμφάνιση μηχανισμών παρακίνησης, οδηγεί στη σταδιακή απώλεια ελέγχου αναζήτησης και χρήση ουσιών (Robinson & Berridge, 2003; Koob & Le Moal, 2008). Επιπρόσθετα, κατά τη διαδικασία αυτή, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα πρώτα αρνητικά επίπονα και εμφανή συμπτώματα της σωματικής εξάρτησης, όπως είναι οι κράμπες, η εφίδρωση, η ναυτία, οι σπασμοί κ.α., τα οποία σηματοδοτούν την έναρξη της κινητοποίησης για την εξάλειψη της αρνητικής εμπειρίας των στερητικών συμπτωμάτων (Köretz et al., 2013).

Όσον αφορά την ερμηνεία του εθισμού και της εξάρτησης, έχουν αναπτυχθεί πολλές συμπεριφορικές και γνωσιακές θεωρίες, όπου αρκετές από αυτές έχουν εξελιχθεί σε μοντέλα καθορισμού του προβλήματος. Ο εθισμός περιλαμβάνει έναν συνδυασμό μηχανισμών στους οποίους περιβαλλοντικοί παράγοντες, καταστάσεις και προσωπικά χαρακτηριστικά, αλληλοεπιδρούν για να δημιουργήσουν συνειδητά ή και μη συνειδητά κίνητρα, που βασίζονται στην αναζήτηση της ευχαρίστησης και της ικανοποίησης ή και της αποφυγής της έντονης δυσφορίας (West, 2013). Σ' όλα αυτά πρέπει να προστεθεί η άποψη ότι, ο εθισμός συνεπάγεται αποτυχία των στρατηγικών, των δεξιοτήτων και της ικανότητας του ατόμου για αυτοέλεγχο για την αντιμετώπιση των άμεσων παρορμήσεων και επιθυμιών που κρύβονται στην εθιστική συμπεριφορά, με αυτή την αποτυχία να έχει αφετηρία και να έχει προκληθεί εν μέρει από «εξάντληση του εγώ» (Ryan & Deci, 2000; Muraven & Baumeister, 2000). Έτσι, οι θετικές εμπειρίες, ή η αποφυγή των αρνητικών εμπειριών, που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, οδηγούν τη συμπεριφορά μέσω της δημιουργίας καταστάσεων παρακίνησης όπως η έντονη επιθυμία και η λαχτάρα για χρήση, η παρορμητικότητα, κ.α., εξασθενίζοντας παράλληλα τους μηχανισμούς που απαιτούνται για τον έλεγχο αυτών των

συναισθημάτων. Συνεπώς, κατά τη διαδικασία εμπλοκής με τη χρήση ουσιών, τα άτομα επιλέγουν να εμπλακούν σε αυτή, με την επιλογή να είναι είτε ορθολογική, είτε μεροληπτική, η οποία όμως ευνοεί κυρίως τα οφέλη της χρήση έναντι των συνεπειών της, με την ένταση της ευχαρίστησης και της ικανοποίησης που προκαλεί η ουσία, να παίζει σημαντικό ρόλο, επηρεάζοντας τον βαθμό και το εύρος της εμπλοκής (West, 2013). Έχει ιδιαίτερη σημασία ν' αναφέρουμε ότι, σε πολλές περιπτώσεις, ο εθισμός και η χρήση ουσιών ικανοποιούν σημαντικές προϋπάρχουσες ψυχολογικές ανάγκες (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, κ.α.), που καλύπτονται από εθιστικές συμπεριφορές, επηρεάζοντας με τη σειρά τους τόσο την εμπλοκή όσο και την πιθανή παραμονή στη θεραπεία (Jane-Llopis & Matytsina, 2006).

Μια ακόμη προσπάθεια προσέγγισης που ερμηνεύει τον εθισμό, είναι διερεύνηση της ευπάθειας που μπορεί να προκύψει από την έλλειψη ταυτότητας, δηλαδή της εικόνας που έχει δημιουργήσει το άτομο για τον εαυτό του (Kearney & O'Sullivan, 2003). Σε συνάρτηση μ' αυτό, πρέπει να τονιστεί ότι, η προσωπικότητα του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη συμπεριφορών εξάρτησης, καθώς τα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η αναζήτηση της διέγερσης, σε συνδυασμό με τον ελλιπή έλεγχο των παρορμήσεων, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, και την αδυναμία αντιμετώπισης του στρες και του άγχους, ενδέχεται να συμβάλλουν αρνητικά προς αυτή την κατεύθυνση (Grekin, Sher, & Wood, 2006; Flory et al., 2002).

Έχει ιδιαίτερη σημασία ν' αναφέρουμε εδώ ότι, καθώς ο εθισμός είναι πρωτίστως μια «ασθένεια του εγκεφάλου», κατά την οποία οι νευρικές οδοί της εκτελεστικής λειτουργίας διαταράσσονται, συγκεκριμένες διαδικασίες κινήτρων ενισχύονται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των συμπεριφορών και των επιπτώσεων που έχουν οι ουσίες στον εγκέφαλο (West, 2013). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινίσουμε, ότι τα διαφορετικά είδη ουσιών έχουν σαφώς διαφορετικές πρωτογενείς δράσεις στον εγκέφαλο, με δύο κύριες οδούς να έχουν επισημανθεί ως κοινές για τις περισσότερες ουσίες - το σύστημα ανταμοιβής της ντοπαμίνης και το ενδογενές οπιοειδές σύστημα (Koob & Volkow, 2010).

Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην τονίσουμε ότι, στην αναζήτηση των αιτιών, οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί και στη διερεύνηση των γενετικών χαρακτηριστικών που ενδέχεται να οδηγήσουν στον εθισμό και στην εξάρτηση (Mayfield, Harris, & Schuckit, 2008). Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι άνθρωποι μπορεί να κληρονομήσουν

αυξημένη πιθανότητα (ευπάθεια) ανάπτυξης συμπεριφορών εξάρτησης, θέτοντας το οικογενειακό ιστορικό ΔΧΟ, ως έναν από τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες κινδύνου (Kendler et al., 2010).

Θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών

Ένα σημαντικό κομμάτι της αντιμετώπισης του φαινομένου των ψυχικών διαταραχών και όλων των άλλων ασθενειών που συνδέονται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, είναι η παροχή θεραπείας. Η θεραπεία είναι η κύρια παρέμβαση για τα άτομα που αντιμετωπίζουν διαταραχές χρήσης ουσιών, και η διασφάλιση της πρόσβασης σε αυτή, αποτελεί βασικό στόχο διαμόρφωσης πολιτικών στο χώρο των εξαρτήσεων. Υπό αυτό το πρίσμα, η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, είναι μία σημαντική παράμετρος για τη βελτίωση και τη προσαρμογή της στα συνεχώς νέα μεταβαλλόμενα στοιχεία που συνδέονται με τον τύπο του φαρμάκου και τα χαρακτηριστικά των χρηστών (EMCDDA, 2017; NIDA, 2017). Παρόλα αυτά, και σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για τα Ναρκωτικά, ένα στα έξι άτομα με ΔΧΟ, έχει πρόσβαση στη θεραπεία, καθώς η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες παραμένει περιορισμένη (UNODC, 2021). Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στόχος της Στρατηγική για τα Ναρκωτικά για τα έτη 2021-25, στόχος είναι η διασφάλιση της εθελοντικής και χωρίς διακρίσεις πρόσβασης σε ένα ευρύ φάσμα αποτελεσματικών υπηρεσιών θεραπείας, που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής συμβουλευτικής, της ψυχοκοινωνικής, της συμπεριφορικής και της προσωποκεντρικής θεραπείας καθώς και της φαρμακευτικής αγωγής (Council of the EU, 2020).

Σύμφωνα με τον WHO (2009), η θεραπεία ΔΧΟ είναι μια δύσκολη και συνεχής διαδικασία, καθώς το άτομο τη διαχειρίζεται μέσω ενός συνδυασμού ιατρικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, για πολλούς μήνες ή και χρόνια. Οι στόχοι της θεραπείας ΔΧΟ είναι παρόμοιοι με τους θεραπευτικούς στόχους άλλων χρόνιων παθήσεων, στοχεύοντας αρχικά στην εξάλειψη ή μείωση των πρωταρχικών συμπτωμάτων (χρήση ουσίας), της βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας και λειτουργίας και τέλος στην αύξηση των κινήτρων και των δεξιοτήτων των ατόμων και των οικογενειών τους για τη διαχείριση των απειλών υποτροπής (HHS, 2016; NIDA, 2018). Οι θεραπείες συμπεριφοράς - συμπεριλαμβανομένης της ατομικής, οικογενειακής ή ομαδικής συμβουλευτικής - είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες

μορφές θεραπείας ΔΧΟ. Επιπρόσθετα, η παροχή φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί σημαντικό στοιχείο θεραπείας, όταν αυτή συνδυάζεται με συμβουλευτικές και άλλες θεραπείες συμπεριφοράς (NIDA, 2018). Είναι χρήσιμο να τονιστεί ότι η διάρκεια παραμονής του ατόμου στη θεραπεία αυξάνει την πιθανότητα να σταματήσει τη χρήση ουσιών, να μειώσει τις παραβατικές συμπεριφορές και να βελτιώσει την επαγγελματική, κοινωνική και ψυχολογική του λειτουργία (NIDA, 2018)

Παράλληλα με τα παραπάνω οφέλη, σημαντικός ρόλος της θεραπείας ΔΧΟ αποτελεί η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του ιού HIV / HCV και άλλων μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η συνεχής και αδιάκοπη συμμετοχή στη θεραπεία περιορίζει τις δραστηριότητες και τις πρακτικές που μπορούν να διασπείρουν ασθένειες, όπως η ανταλλαγή εξοπλισμού ενέσιμης χρήσης και η συμμετοχή σε μη προστατευμένη σεξουαλική δραστηριότητα, παρέχοντας παράλληλα ευκαιρίες για ιατρική παρακολούθηση (NIDA, 2018). Οι βασικές αρχές της θεραπείας ΔΧΟ αποτυπώνονται στον Πίνακα 1:

Πίνακας 1. Οι βασικές αρχές της θεραπείας ΔΧΟ (πηγή: NIDA, 2018)

Οι βασικές αρχές της θεραπείας ΔΧΟ

1. Ο εθισμός είναι μια πολύπλοκη αλλά θεραπεύσιμη ασθένεια που επηρεάζει τη λειτουργία και τη συμπεριφορά του εγκεφάλου
2. Καμία μεμονωμένη θεραπεία δεν είναι κατάλληλη για όλους
3. Η θεραπεία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμη
4. Η αποτελεσματική θεραπεία καλύπτει πολλαπλές ανάγκες του ατόμου, όχι μόνο την κατάχρηση ναρκωτικών.
5. Η παραμονή στη θεραπεία για επαρκή χρονική περίοδο είναι κρίσιμη
6. Οι θεραπείες συμπεριφοράς-συμπεριλαμβανομένης της ατομικής, οικογενειακής ή ομαδικής συμβουλευτικής-είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μορφές θεραπείας ΔΧΟ
7. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί σημαντικό στοιχείο θεραπείας, ειδικά όταν συνδυάζεται με συμβουλευτική και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες
8. Το σχέδιο θεραπείας ενός ατόμου πρέπει να αξιολογείται συνεχώς και να τροποποιείται όπου είναι απαραίτητο για να διασφαλιστεί ότι ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.
9. Πολλά άτομα εθισμένα στα ναρκωτικά έχουν επίσης άλλες ψυχικές διαταραχές
10. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αποτοξίνωση είναι μόνο το πρώτο στάδιο της θεραπείας του εθισμού και από μόνη της δεν αλλάζει καθόλου τη μακροχρόνια κατάχρηση ναρκωτικών

11. Η θεραπεία δεν χρειάζεται να είναι εθελοντική για να είναι αποτελεσματική
 12. Η χρήση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς, καθώς συμβαίνουν κενά κατά τη διάρκεια της θεραπείας
 13. Τα προγράμματα θεραπείας θα πρέπει να εξετάζουν τους θεραπευόμενους για HIV/AIDS, ηπατίτιδας B & C, φυματίωσης και άλλων μολυσματικών ασθενειών, καθώς και να παρέχουν στοχευμένη συμβουλευτική για τη μείωση του κινδύνου, συνδέοντας τους θεραπευόμενους με τη θεραπεία εάν είναι απαραίτητο
-

Ο ρόλος του κίνητρου στη θεραπεία ΔΧΟ

Είναι γενικά παραδεκτό, πως η θεραπεία των ΔΧΟ, είναι μια διαδικασία συμπεριφορικής αλλαγής, μέσω της οποίας, τα άτομα, υποστηρίζονται να αντιμετωπίσουν την εξάρτηση, να αποκαταστήσουν τη σωματική και ψυχολογική υγεία και ευεξία τους, στοχεύοντας στην ανάκτηση της κοινωνικής τους λειτουργίας (NIDA, 2017). Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι ΔΧΟ έχουν χαρακτηριστεί ως χρόνιες παθήσεις που περιλαμβάνουν συχνά περιστασιακές υποτροπές. Κατά συνέπεια, η θεραπεία θα πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία, που να περιλαμβάνει μια ποικιλία αλληλοσυμπληρούμενων παρεμβάσεων αλλαγής συμπεριφοράς. Ένας σημαντικός παράγοντας που αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχημένη αλλαγή της συμπεριφοράς εξάρτησης, που λειτουργεί ως «μεσολαβητής» των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, είναι η διαμόρφωση και η ενίσχυση του κίνητρου που θα οδηγήσει το εξαρτημένο άτομο στην αλλαγή (Simpson, 2001). Το κίνητρο οδηγεί τα άτομα να επιλύσουν την αμφιθυμία τους σχετικά με την πραγματοποίηση αλλαγών στον τρόπο ζωής τους, αυξάνοντας την πιθανότητα να δεσμευτούν προς την υλοποίηση ενός συγκεκριμένου σχεδίου αλλαγής συμπεριφοράς (Miller & Rollnick, 2013). Σύμφωνα με την SAMHSA (2019), το κίνητρο είναι το κλειδί για την αλλαγή συμπεριφοράς χρήσης ουσιών και στη θεραπεία ΔΧΟ αποτελεί το επίκεντρο του κλινικού ενδιαφέροντος. Τα κίνητρα και η ετοιμότητα για αλλαγή, συνδέονται σταθερά με την αυξημένη αναζήτηση βοήθειας, τη συμμόρφωση και την ολοκλήρωση της θεραπείας ΔΧΟ (Miller & Moyers, 2015). Ωστόσο, δεν εισέρχονται όλα τα άτομα στη θεραπεία με το ίδιο επίπεδο κίνητρου ή σοβαρότητας του προβλήματος (Katz et al., 2004). Κατά συνέπεια, η κατανόηση του ρόλου του κίνητρου στη θεραπεία ΔΧΟ είναι πολύ σημαντική για την καλύτερη κατανόηση των κινδύνων υποτροπής και της διατήρησης της θεραπείας. Εύκολα προκύπτει το συμπέρασμα ότι, το κίνητρο αποτελεί έναν ισχυρό προγνωστικός

παράγοντας έκβασης της θεραπείας καθώς η έλλειψη του, συνδέεται με την αποτυχία των εξαρτημένων ατόμων να ενταχθούν και να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία (Bilici et al., 2014; DiClemente et al., 2017; Miller & Moyers, 2015).

Ωστόσο, για πολλά χρόνια το κίνητρο προσεγγίστηκε ως ένα στατικό και όχι δυναμικό χαρακτηριστικό, το οποίο συνδέεται αποκλειστικά με το άτομο και αποτελούσε δικιά του ευθύνη (Miller & Rollnick, 1991). Αυτή η τάση τείνει να αλλάξει τα τελευταία χρόνια, καθώς οι σύμβουλοι θεραπείας ΔΧΟ, αξιοποιώντας τεχνικές και στρατηγικές κινητοποίησης, μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα σε θετικές αλλαγές (SAMHSA, 2019). Οι στρατηγικές κινητοποίησης συνδέονται με την μεγαλύτερη συμμετοχή στη θεραπεία, καθώς και με θετικά αποτελέσματα στην αλλαγή συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (DiClemente et al, 2017; Lundahl et al., 2013). Σήμερα, η θεραπεία ΔΧΟ εστιάζει στην ενδυνάμωση των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων των ατόμων, υποστηρίζοντας στην ενίσχυση των κινήτρων τους, για να αυξήσουν την πιθανότητα να δεσμευτούν σε ένα συγκεκριμένο σχέδιο αλλαγής συμπεριφοράς (Miller & Rollnick, 2013).

Τα στάδια της αλλαγής

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η συμμόρφωση και η συμμετοχή στη θεραπεία ΔΧΟ, λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας διαδικασίας αλλαγής όπου το κάθε άτομο κινείται με μοναδικό ρυθμό μέσα από μια σειρά σταδίων αλλαγής (DiClemente & Scott, 1997). Ένα από μοντέλα αλλαγής που λειτουργούν αποτελεσματικά στη θεραπεία των ΔΧΟ είναι το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ). Στο ΜΣΑ, η αλλαγή συμπεριφοράς εννοείται ως μια διαδικασία που εκτυλίσσεται με την πάροδο του χρόνου και περιλαμβάνει την πρόοδο μέσα από μια σειρά πέντε σταδίων: τον *προκαταρκτικό στοχασμό*, τον *στοχασμό*, την *προετοιμασία*, τη *δράση* και τη *διατήρηση*. Τα πέντε αυτά στάδια αντιπροσωπεύονται από μια χρονική περίοδο καθώς και από ένα σύνολο διεργασιών που απαιτούνται για τη μετάβαση στο επόμενο στάδιο. Αν και ο χρόνος που περνά ένα άτομο σε κάθε στάδιο μπορεί να ποικίλει, οι διαδικασίες που πρέπει να λάβουν χώρα και να επιτευχθούν θεωρούνται αμετάβλητες. Οι διαδικασίες αυτές, διαφέρουν σε κάθε στάδιο και είναι είτε εμφανείς, είτε κρυφές δράσεις μέσα από τις οποίες τα άτομα προσπαθούν να τροποποιήσουν τις προβληματικές συμπεριφορές, παράγοντας πρόοδο (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011). Τα στάδια του ΜΣΑ περιγράφονται ως εξής:

Κατά το πρώτο στάδιο, τον *προ-στοχασμό*, τα άτομα εμφανίζονται χωρίς κίνητρα καθώς δεν αντιλαμβάνονται την ανάγκη να βρουν μια λύση στο πρόβλημα, επειδή συνήθως δεν πιστεύουν ότι υπάρχει. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο, αγνοούν ή έχουν περιορισμένη επίγνωση του προβλήματος, ή δεν αντιλαμβάνονται τις συνέπειες της αρνητικής/εθιστικής συμπεριφοράς τους. Ωστόσο, το κοινωνικό περιβάλλον τους γίνεται αποδέκτης και αναγνωρίζει αυτές τις αρνητικές συμπεριφορές.

Ο *στοχασμός*, είναι το δεύτερο στάδιο, και χαρακτηρίζεται από την επίγνωση και την αναγνώριση της προβληματικής συμπεριφοράς, η οποία συνοδεύεται από σοβαρή σκέψη για αλλαγή. Κατά το στάδιο αυτό, το άτομο αντιμετωπίζει μια έντονη αμφιθυμία και αναποφασιστικότητα ως προς την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς, παραμένοντας σε αυτό το στάδιο για μεγάλο διάστημα, καθώς αυτή η εσωτερική σύγκρουση δεν καταλήγει σε καμία δέσμευση για τη λήψη των απαραίτητων αποφάσεων. Ωστόσο, τα άτομα σε αυτό το στάδιο είναι πιο ανοιχτά στο να αναγνωρίζουν τις συμπεριφορές τους και να προσπαθήσουν να τις διορθώσουν.

Στο τρίτο στάδιο της *προετοιμασίας*, τα άτομα σχεδιάζουν να αναλάβουν δράση άμεσα, επιχειρώντας παράλληλα να κάνουν κάποιες μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά τους. Ωστόσο, παρόλο που προσπαθούν να ελέγξουν τις προβληματικές τους συμπεριφορές, τα άτομα δεν έχουν ακόμη δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για αποτελεσματική δράση.

Το επόμενο τέταρτο στάδιο είναι η *δράση*, στο οποίο τα άτομα ελέγχουν ενεργά τη συμπεριφορά τους και τροποποιούν το περιβάλλον τους για να αντιμετωπίσουν τον εθισμό τους, διαθέτοντας σημαντική δέσμευση χρόνου και ενέργειας προς αυτή την κατεύθυνση. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 6 μήνες και χαρακτηρίζεται από την τροποποίηση της συμπεριφοράς και από τις προσπάθειες για αλλαγή.

Στη *διατήρηση*, το τελευταίο στάδιο, τα άτομα ενδυναμώνονται για να αποτρέψουν την υποτροπή και να εδραιώσουν τα κέρδη που πέτυχαν κατά το προηγούμενο στάδιο της δράσης. Αυτό το στάδιο εκτείνεται πέρα από τους 6 μήνες σε μια απροσδιόριστη για κάθε άτομο χρονική περίοδο.

Ας προστεθεί ότι, σημαντικές παράμετροι που ενδέχεται να επηρεάσουν την ορθή εφαρμογή του ΜΣΑ είναι, μεταξύ άλλων, η μη προσαρμογή των θεραπευτικών διαδικασιών στα επιμέρους στάδια και η αναντιστοιχία των σταδίων, ο καθορισμός μη

ρεαλιστικών στόχων μεταξύ των σταδίων, η ανακύκλωση των ατόμων στα στάδια και τέλος η αντιμετώπιση των ατόμων σαν να βρίσκονται σε δράση (Krebs et al., 2018).

Τα θεραπευτικά στάδια

Η θεραπεία ΔΧΟ είναι μια μακροχρόνια διαδικασία η οποία εξελίσσεται σε διαδοχικά και κατάλληλα προσαρμοσμένα, χωρίς χρονικούς περιορισμούς, θεραπευτικά στάδια, με τη διάρκεια παραμονής σε αυτά να είναι ένας από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (SAMHSA, 2005; NIDA, 2020; Smith et al., 2006). Καθώς οι θεραπευόμενοι περνούν τα διαφορετικά στάδια θεραπείας ΔΧΟ, η θεραπεία κινείται μαζί τους, αλλάζοντας θεραπευτικές στρατηγικές, προσαρμοσμένες στους θεραπευτικούς στόχους (SAMHSA, 2005). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, τα στάδια θεραπείας δεν αντιστοιχούν απόλυτα στις ανάγκες των θεραπευομένων, καθώς συμμετέχουν και εξέρχονται από αυτά σε μια μη γραμμική διαδικασία, με την πρόοδο να μην είναι χρονική, καθώς δεν μπορεί να καθοριστεί το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για να επιλυθούν τα ζητήματα που ανακύπτουν σε κάθε στάδιο (SAMHSA, 2005). Τα διάφορα μοντέλα που περιγράφουν τα θεραπευτικά στάδια ΔΧΟ (Simpson, 2004; SAMHSA, 2005) εστιάζουν την προσοχή τους στις διαδοχικές φάσεις της διαδικασίας απεξάρτησης, καθώς και πώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις συνδέονται μεταξύ τους, για να διατηρήσουν τη εμπλοκή και τη συνέχιση στη θεραπεία, διατηρώντας τα αποτελέσματα αυτής και μετά το τέλος της, στοχεύοντας όχι μόνο στην αποχή αλλά και στην πλήρη αποκατάσταση (Morse, 2018).

Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, οι θεραπευόμενοι, ενδέχεται να βρίσκονται στην προετοιμασία ή στο πρώιμο στάδιο αλλαγής, χαρακτηρίζονται από μια έντονη αμφιθυμία για αποχή από τη χρήση ουσιών. Στο στάδιο αυτό εξελίσσεται αρχικά το στερητικό σύνδρομο, το οποίο ακολουθείται από μια παρατεταμένη φάση απόσυρσης, η οποία συνοδεύεται από μια γενική αίσθηση χαμηλής ευεξίας, αρνητικής διάθεσης και έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών (WHO, 2009). Παράλληλα, αυτό το διάστημα χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη συμπεριφορών εξάρτησης και άλλων ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με τη χρόνια κατάχρηση ουσιών και αποτελούν σημαντικούς αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες εμπλοκής και διατήρησης στη θεραπεία (Brorson et al., 2013; NIDA, 2021). Μεταξύ άλλων, κατά το στάδιο αυτό οι θεραπευόμενοι, παρουσιάζουν γνωστικές δυσλειτουργίες που οφείλονται στη χρόνια

χρήση ουσιών, περιορίζοντας την ικανότητά τους για επίλυση σημαντικών προβλημάτων και λήψης αποφάσεων (SAMHSA, 2005). Η χρήση γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία προτείνεται ως μια μέθοδος που μπορεί να λειτουργήσει θετικά προς την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, συμβάλλοντας στην αποτελεσματική βελτίωση της θεραπείας για την επίτευξη καλύτερης παρακολούθησης, εμπλοκής και διατήρησης σε αυτήν (Epstein et al., 2003). Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα αποτελέσματα της θεραπείας κατά το στάδιο αυτό είναι η κινητοποίηση για ενεργή συμμετοχή, μέσα από ένα τακτικό πρόγραμμα συνεδριών, οι οποίες συνδέονται θετικά με δείκτες γνωσιακής αλλαγής, επίλυσης προβλημάτων και σχηματισμού σχέσεων (Simpson, 2004). Θα πρέπει να τονιστεί ότι, κατά το στάδιο αυτό, τα εθισμένα άτομα με αυξημένο κίνητρο, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να διατηρηθούν στη θεραπεία ιδιαίτερα κατά τους πρώτους καθοριστικούς μήνες (Miller & Rollnick, 2002). Ας σημειωθεί ακόμη ότι, η οικοδόμηση μια καλής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευμένου και θεραπευτή αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο, καθώς μπορεί να διευκολύνει τα θεραπευτικά αποτελέσματα και συνήθως θεωρείται ότι αποτελεί τον πυρήνα της αποτελεσματικής θεραπείας (Simpson, 2004).

Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας χαρακτηρίζεται από μια σειρά ψυχοκοινωνικών, συμπεριφορικών και γνωσιακών αλλαγών που βασίζονται σε επιτυχίες από το προηγούμενο στάδιο εμπλοκής (SAMHSA, 2005; Simpson, 2004). Στόχος του σταδίου είναι η δημιουργία νέων συνηθειών σκέψης και δράσης, που υποστηρίζονται να σταθεροποιηθούν και να διατηρηθούν με την πάροδο του χρόνου (Simpson, 2004). Κατά τη σταδιακή απομάκρυνση από τη χρήση ουσιών, η οποία καταλαμβάνει σημαντικό χώρο στη ζωή των εξαρτημένων ατόμων, και επειδή δεν έχουν αναπτύξει ακόμη μηχανισμούς αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων, είναι φυσικό επακόλουθο να επικρατεί μια έντονη συναισθηματική ευαλωτότητα. Επομένως, κατά το στάδιο αυτό οι θεραπευόμενοι, υποστηρίζονται να αναγνωρίσουν σταδιακά αυτά τα συναισθήματα ως παροδικά και παράλληλα να κατανοήσουν ότι πρέπει υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές για να τα διαχειριστούν αποτελεσματικότερα (SAMHSA, 2005). Υπό αυτό το πρίσμα, η ενίσχυση των ψυχικών, σωματικών και συναισθηματικών ικανοτήτων, συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, οδηγώντας στην καλύτερη διαχείριση της επιθυμίας για χρήση, του θυμού, της θλίψης και του άγχους, που ήταν έντονα κατά προηγούμενο αρχικό

στάδιο. Παράλληλα, κατά το στάδιο αυτό, μέσα από την κατανόηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ της χρήσης ουσιών και των δυσλειτουργιών, προωθείται περισσότερο η κινητοποίηση για αλλαγή του τρόπου σκέψης και της συμπεριφοράς (SAMHSA, 2005).

Μια σημαντική στρατηγική που αξιοποιείται κατά το στάδιο αυτό είναι η πρόληψη της υποτροπής, έχοντας ως στόχο την ενίσχυση και τη διασφάλιση της αποχής από τη χρήση ουσιών και την οικοδόμηση γνωστικής επαγρύπνησης και τρόπων αντιμετώπισης των τρεχόντων αλλά και μελλοντικών καταστάσεων υψηλού κινδύνου εμπλοκής (Marlatt & George, 1984). Από εκεί και πέρα, λειτουργούν μία σειρά από συγκλίνοντες επιβοηθητικούς παράγοντες, όπως η ενίσχυση της συστηματικότερης χρήσης των συστημάτων και των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης, όπως της οικογένεια και άλλων σημαντικών τρίτων, διευκολύνοντας έτσι τη δημιουργία κοινωνικών δεξιοτήτων που συνδέονται με τα συστήματα αυτά (Miller, 2003). Ευεργετική επίδραση κατά το στάδιο αυτό έχουν οι γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις, καθώς μπορούν να παρέχουν συγκεκριμένα εργαλεία διαμόρφωσης των συναισθημάτων και ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας (SAMHSA, 2005).

Το τρίτο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας, αξιοποιεί την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στα δύο προηγούμενα στάδια και επικεντρώνεται στην ανάγκη διατήρησης της αλλαγής και ενσωμάτωσης αυτής στον καθημερινό τρόπο ζωής του θεραπευόμενου, έτσι ώστε η αποχή από τη χρήση ουσιών, να γίνει μια νέα συμπεριφορά (Connors et al., 2013; SAMHSA, 2005; Simpson, 2004).

Τα άτομα με ΔΧΟ, κατά το αρχικό και το μεσαίο στάδιο θεραπείας είναι επικεντρωμένα στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων τους με στόχο τη διατήρηση της αποχής, χωρίς να αναπτύσσουν ικανότητες επίλυσης άλλων κατηγοριών προβλημάτων. Στο τελικό στάδιο, με την ενεργό συμμετοχή στη κοινωνική ζωή να αποτελεί βασικό στόχο, τα άτομα με ΔΧΟ μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις συναισθηματικές τους καταστάσεις και τις γνωσιακές διαδικασίες τους πιο αποτελεσματικά (SAMHSA, 2005). Έτσι, στις παρεμβάσεις που αξιοποιούνται σε αυτό το στάδιο, δίνεται έμφαση στην αυτοδιαχείριση του εθισμού, στις στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής, στην επίλυση προβλημάτων καθώς και στην ανάπτυξη κοινωνικών και άλλων δεξιοτήτων. Η διάρκεια παραμονής κατά το στάδιο αυτό είναι

αποφασιστικής σημασίας, καθώς μπορεί να συμβάλει θετικά στη σταθεροποίηση των αλλαγών και την ανάπτυξη υποστηρικτικών δικτύων (Simpson, 2004). Ωστόσο, Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην τονίσουμε ότι για να διασφαλιστεί η επιτυχημένη μετάβαση στην κοινότητα και τα κοινωνικά δίκτυα μετά από θεραπεία ΔΧΟ, απαιτείται μια ποικιλία υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής υποστήριξης.

Τα θεραπευτικά πλαίσια

Η θετική συσχέτιση μεταξύ της παραμονής στη θεραπεία και των θεραπευτικών αποτελεσμάτων έχουν επιβεβαιωθεί επανειλημμένα σε διαφορετικούς τύπους θεραπευτικών πλαισίων (Simpson, 2004). Έτσι, σήμερα τα άτομα με ΔΧΟ, έχουν τη δυνατότητα και την επιλογή να λάβουν θεραπεία σε πολλά και διαφορετικά περιβάλλοντα, ακολουθώντας διαφορετικές προσεγγίσεις (NIDA, 2019):

A. Τα θεραπευτικά πλαίσια εξωτερικής φροντίδας, περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία προσεγγίσεων που παρέχονται μέσω ενός τακτικού προγράμματος επισκέψεων. Τα περισσότερα πλαίσια εξωτερικής φροντίδας περιλαμβάνουν ατομική ή ομαδική συμβουλευτική, ή και τα δύο, προσφέροντας συνήθως μορφές συμπεριφορικής θεραπείας, όπως γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, συνέντευξη κινητοποίησης και διαχείριση έκτακτης ανάγκης, στοχεύοντας στη θετική ενίσχυση για αποχή από τη χρήση ουσιών. Η συνεχής και αδιάλειπτη συμμετοχή σε αυτού του είδους τα προγράμματα, είναι καθοριστικής σημασίας και έχει σημαντικά θετικά οφέλη στην ψυχοκοινωνική λειτουργία των ατόμων με ΔΧΟ (Moos et al., 2001)

B. Τα θεραπευτικά πλαίσια εσωτερικής φροντίδας χρησιμοποιούν και αυτά μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων και γενικά αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τα άτομα με ΔΧΟ να ζήσουν έναν τρόπο ζωής χωρίς ουσίες και παραβατικές συμπεριφορές. Μελέτες έχουν δείξει ότι, οι θεραπευόμενοι, που παρακολουθούν θεραπεία εσωτερικής παρακολούθησης, αντιμετωπίζουν συνήθως σοβαρά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα, που κυρίως σχετίζονται με συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, όπως οι διαταραχές διάθεσης και οξείας επιθυμία για χρήση (Ross et al., 2005; Preston & Epstein, 2011). Συνεπώς, τα πλαίσια αυτά να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά και προτείνονται στα άτομα που αντιμετωπίζουν συνυπάρχουσες διαταραχές (Moos, 2007).

Στα πλαίσια αυτά εντάσσεται και το θεραπευτικό μοντέλο της Θεραπευτικής Κοινότητας (Θ.Κ). Η ΘΚ είναι ένα εντατικό και ολοκληρωμένο μοντέλο θεραπείας, χωρίς τη λήψη υποκατάστατων, που επικεντρώνεται στο άτομο ως σύνολο (De Leon, 2000; Vanderplasschen et al., 2014). Βασική αρχή του μοντέλου είναι ότι το πρόβλημα είναι το άτομο, όχι η ουσία, και ο εθισμός είναι ένα σύμπτωμα, όχι η αιτία της διαταραχής (De Leon et al., 2015). Η θεραπεία, στο πλαίσιο της ΘΚ, θεωρείται ως μια σταδιακή και συνεχής διαδικασία γνωσιακής αλλαγής, μέσω στοχευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Έτσι η θεραπεία εκτείνεται πέρα από τη διακοπή της χρήσης ουσιών, εστιάζοντας στην αλλαγή του τρόπου ζωής και της προσωπικής ταυτότητας. Ο πρωταρχικός ψυχολογικός στόχος είναι η αλλαγή των αρνητικών προτύπων συμπεριφοράς, της σκέψης και των συναισθημάτων που προδιαθέτουν το άτομο για χρήση ουσιών. Ο κύριος κοινωνικός στόχος είναι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων, των στάσεων και των αξιών ενός υπεύθυνου τρόπου ζωής χωρίς ουσίες (De Leon et al., 2015). Υπό αυτό το πρίσμα, οι θεραπευόμενοι της ΘΚ, μεταξύ άλλων παρεμβάσεων, ενθαρρύνονται να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, να αναλάβουν την ευθύνη για τη συμπεριφορά τους και να θέσουν στόχους για την προσωπική τους ευημερία (NIDA, 2020).

Η ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας στη ΘΚ πραγματοποιείται σε τρία διαδοχικά στάδια (De Leon et al., 2015). Κατά το πρώτο στάδιο, ο θεραπευόμενος αναμένεται να αντικαταστήσει τη προηγούμενη σχέση του με τη χρήση ουσιών με νέες υγιείς συμπεριφορές και να ενημερωθεί για τη φύση και τα αίτια του εθισμού του. Στο δεύτερο στάδιο θεραπείας, συμμετέχει σε τεκμηριωμένες θεραπείες συμπεριφοράς με στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς εξάρτησης και την ενίσχυση του αυτοελέγχου και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Τέλος, στο τρίτο στάδιο θεραπείας, το άτομο προετοιμάζεται για την επιτυχή επανένταξη στη κοινωνία (NIDA, 2020). Αναφορικά με τη συγκρατησιμότητα της ΘΚ, η εγκατάλειψη της θεραπείας κατά τους πρώτους μήνες είναι ένα συχνό φαινόμενο (Vanderplasschen et al., 2013). Οι θεραπευόμενοι, κατά το αρχικό στάδιο θεραπείας, βρίσκονται σε μια ευαίσθητη περίοδο μετάβασης, καθώς αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας που μπορεί να έχουν προκύψει από παρατεταμένες περιόδους χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι θεραπευόμενοι που θα παραμένουν στη θεραπεία τις πρώτες 90 ημέρες, αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες να συνεχίσουν και να ολοκληρώσουν τη θεραπευτική διαδικασία (Simpson & Joe, 2004; NIDA, 2021).

Β. Βραχυπρόθεσμη θεραπεία, η οποία συνήθως επικεντρώνεται στην αποτοξίνωση, καθώς και στην παροχή αρχικής εντατικής συμβουλευτικής και προετοιμασίας για θεραπεία σε περιβάλλον εσωτερικής παρακολούθησης.

Συννοσηρότητα

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν ΔΧΟ και αντίστροφα (Kranzler & Rounsaville, 1998) και αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα. Τα άτομα με συννοσηρότητα αντιμετωπίζουν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές, όπως αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας, διπολικές, ψυχωτικές, και αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη καθώς και μια ή περισσότερες ΔΧΟ (Kelly & Daley, 2013; SAMHSA, 2020). Η επίδραση αυτών των συνυπαρχουσών διαταραχών είναι καταλυτική, καθώς σχηματοποιούν αρνητικές σωματικές, συναισθηματικές, λειτουργικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για τα άτομα που ζουν με αυτές (SAMHSA, 2020). Ο βαθμός σοβαρότητας ΔΧΟ επηρεάζεται αρνητικά από αυτές τις ψυχικές διαταραχές, επηρεάζοντας αρνητικά την πιθανότητα παραμονής στη θεραπεία (Moss, Chen, & Yi, 2012). Η συννοσηρότητα, απαιτεί υψηλής ένταση ολοκληρωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, συνδυάζοντας διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως ψυχοθεραπεία, γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και φαρμακοθεραπεία (Kranzler & Rounsaville, 1998; Kelly & Daley, 2013). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, η παραδοσιακή θεραπεία ΔΧΟ, μπορεί να υποστηρίξει και να τροποποιήσει τη ψυχολογική λειτουργία των ατόμων με συννοσηρότητα, με τη διάρκεια παραμονής στη θεραπεία να αποτελεί σημαντικό παράγοντα καλύτερης διαχείρισης και βελτίωσης των διαταραχών αυτών (Kelly & Daley, 2013).

Υποτροπή

Η υποτροπή χαρακτηρίζεται ως μια οπισθοδρόμηση που συμβαίνει κατά τη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς, έτσι ώστε η πρόοδος προς την έναρξη ή τη διατήρηση αυτής της αλλαγής συμπεριφοράς, όπως η αποχή από τη χρήση ουσιών, να διακόπτεται (Hendershot et al., 2011). Κατά τη διαδικασία αυτή, συνυπάρχουν κάποιοι καθοριστικοί παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν την υπότροπη. Η χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και η έλλειψη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης καταστάσεων υψηλού κινδύνου αποτελούν από τους πιο κρίσιμους παράγοντες υποτροπής (Marlatt & Witkiewitz, 2005; Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999). Οι

αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως ο θυμός, το άγχος, η κατάθλιψη, η απογοήτευση, η πλήξη και η οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών, ενδέχεται να λειτουργήσουν αρνητικά, καθώς σχετίζονται με υψηλά ποσοστά υποτροπής, αυξάνοντας την ευπάθεια σε απρόβλεπτες καταστάσεις υψηλού κινδύνου (McKay, 2011; Weiss, 2005; Larimer et al., 1999). Ένας ακόμη θεμελιώδης παράγοντας που σχετίζεται με τη διαδικασία της υποτροπής είναι το κίνητρο. Ο ρόλος του κινήτρου είναι καθοριστικός, είτε μέσα από την θετική ενίσχυση της αλλαγή συμπεριφοράς, είτε μέσα από την αρνητική εμπλοκή σε εξαρτητικές συμπεριφορές (Larimer et al., 1999).

Η πρόληψη της υποτροπής είναι μια γνωστική-συμπεριφορική στρατηγική για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου. στοχεύοντας στη μείωση της πιθανότητας και της σοβαρότητας της υποτροπής χρήσης ουσιών. Η πρόληψη της υποτροπής στηρίζεται σε δύο βασικούς άξονες: α) την αποφυγή της αρχικής υποτροπής και διατήρηση στόχων θεραπείας και β) την άμεση διαχείριση της υποτροπής έτσι ώστε να μπορούν να αποφευχθούν περαιτέρω δύσκολες καταστάσεις (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών

Ο εθισμός χαρακτηρίζεται από ένα σύνδρομο απόσυρσης, όταν δεν υπάρχει πρόσβαση στην ουσία, που συνοδεύεται από έναν αδιάλειπτο καταναγκασμό για αναζήτηση και λήψη ουσιών, απώλεια ελέγχου και αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης (Koob & Volkow, 2010). Αυτή η αρνητική κατάσταση περιλαμβάνει διαφορετικές πηγές κινήτρων, όπως την οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών, συναισθηματικό πόνο, αδιαθεσία, δυσφορία, αδυναμία αναγνώρισης/έκφρασης συναισθημάτων, άγχους, στρες και απώλεια κινήτρων για φυσικές ανταμοιβές (George & Koob, 2017).

Η οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών αποτελεί το βασικό στοιχείο υποτροπής και ορίζει τον εθισμό ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή (Koob & Volkow, 2010). Ο WHO (2018) τοποθετεί την οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών ως το πιο κοινό σύμπτωμα ΔΧΟ, που σχετίζεται τόσο με τις νόμιμες όσο και με τις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, η οποία συνδέεται άμεσα με την υποτροπή, καθιστώντας την μια τεράστια πρόκληση κατά τη θεραπεία των ατόμων με ΔΧΟ (Langleben et al., 2008). Η οξεία επιθυμία είναι ένα συναίσθημα που δημιουργείται μετά από έκθεση σε καταστάσεις που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και οδηγούν σε σωματική διέγερση

και γνωστική απόκριση. Η διέγερση αυτή, προσδιορίζεται ως λαχτάρα για χρήση, με την έκταση της να εξαρτάται από την ένταση της διέγερσης, δημιουργώντας τόσο αρνητικά συναισθηματικά όσο και θετικά, στο πλαίσιο αντικρουόμενων κινήτρων όπως αυτό της εμπλοκής ή της αποχή από την χρήση (Kavanagh & Connor, 2013; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Οι τρεις βασικές προϋποθέσεις εμφάνισης της οξείας επιθυμίας για χρήση είναι α) η εκ νέου έκθεση σε εθιστικές ουσίες, β) το άγχος και το στρες και γ) η επανεμφάνιση περιβαλλοντικών παραγόντων (άνθρωποι, τόποι, πράγματα, κ.α.) που έχουν συσχετιστεί προηγούμενα με τη συμπεριφορά εξάρτησης και λήψης ουσιών (Gardner, 2011). Τα εξαρτημένα άτομα κατά τη διάρκεια της επιθυμίας τους για χρήση, αντιμετωπίζουν περισσότερες από μια συναισθηματικές εμπειρίες όπως είναι ο θυμός, η ένταση, το άγχος, η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα και η ανησυχία (Addolorato et al., 2005). Οι διαταραχές διάθεσης ή άγχους αποτελούν βασική υπόθεση για την πρόκληση έντονων επεισοδίων οξείας επιθυμίας και ως συνέπεια αυξημένη ευπάθεια υποτροπής, επηρεάζοντας αρνητικά τα αποτελέσματα της θεραπείας (Buckner et al., 2012; Fatseas et al., 2018), με ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ατόμων με ΔΧΟ να αντιμετωπίζει τέτοιες διαταραχές (McGovern et al., 2006; Havassy, Alvidrez, & Owen, 2004). Πράγματι, το άγχος είναι ένα ισχυρό έναυσμα υποτροπής στις συμπεριφορές λήψης ναρκωτικών μέσω της ενεργοποίησης κυκλωμάτων εγκεφάλου, που εμπλέκονται στην επεξεργασία ανταμοιβής, στην προσοχή και τη μνημονική υπενθύμιση χρήσης ουσιών (Duncan et al., 2007). Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης, άγχους και χρήσης ουσιών είναι ιδιαίτερα εμφανής, σε δυσανάλογα υψηλότερα ποσοστά υποτροπής, σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές (Zilberman et al., 2007; Levy, 2008).

Από τα παραπάνω συνεπάγεται το συμπέρασμα ότι, η οξεία επιθυμία αποτελεί ένα σημαντικό κριτήριο διάγνωσης των ατόμων με ΔΧΟ, με συνέπεια να υποστηρίζεται η συστηματική ένταξη της ως κλινικό αποτέλεσμα στην έρευνα της θεραπείας ΔΧΟ (Sayette, 2016; Tiffany & Wray, 2012). Ωστόσο, παρότι οι έρευνες έως τώρα αναδεικνύουν την οξεία επιθυμία έως έναν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα υποτροπής, υπάρχουν ατομικές διαφορές στην αντίληψη της (Sayette, 2016; Kavanagh & Connor, 2013).

Πρόληψη

Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Ναρκωτικά 2021-25 (Council of the EU, 2020) στηρίζεται στην ευρεία εφαρμογή περιβαλλοντικών και καθολικών παρεμβάσεων και στρατηγικών πρόληψης, που ενισχύουν την ανθεκτικότητα και προάγουν δεξιότητες και ευκαιρίες ζωής που προωθούν υγιείς τρόπους ζωής, και μπορούν να οδηγήσουν στην επίτευξη της υγείας και της ευημερίας για όλα τα άτομα.

Όπως διαπιστώσαμε παραπάνω, οι παράγοντες κινδύνου ενδέχεται να επηρεάζουν την πιθανότητα ενός ατόμου να αναπτύξει συμπεριφορές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών. Υπό αυτό το πρίσμα, οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης εστιάζουν στη εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου ενισχύοντας παράλληλα τους προστατευτικούς παράγοντες. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM, 1994) κατατάσσει τις παρεμβάσεις πρόληψης σε τρεις κύριες κατηγορίες: α) Την *καθολική πρόληψη* (universal prevention) που αφορά παρεμβάσεις που στοχεύουν στο νεανικό πληθυσμό και σε άτομα που έρχονται σε επαφή αυτόν. Στόχος είναι η αποφυγή ή η αναβολή της έναρξης της κατάχρησης ουσιών, παρέχοντας σε όλα τα άτομα τις πληροφορίες και τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την πρόληψη του προβλήματος, β) στην *επικεντρωμένη πρόληψη* (selective prevention) που αφορά παρεμβάσεις που στοχεύουν σε εκείνους που βρίσκονται σε κίνδυνο και διατρέχουν υψηλότερο από τον μέσο όρο κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών και τέλος γ) στην *ενδεδειγμένη πρόληψη* (indicated prevention) που αφορά στοχευμένες παρεμβάσεις που απευθύνονται σε εκείνους που ήδη κάνουν χρήση ουσιών και παρουσιάζουν υψηλού κινδύνου συμπεριφορές, χωρίς ωστόσο να πληρούν τα κριτήρια για ΔΧΟ. Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α (2016) ο αποτελεσματικότερος τρόπος παροχής υποστήριξης και βοήθειας σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης ουσιών, είναι η έγκαιρη παρέμβαση στην αρχή της εκδήλωσης του προβλήματος.

Σύμφωνα με την τεχνική έκθεση του EMCDDA (2018), οι παραδοσιακές προσεγγίσεις πρόληψης της χρήσης στην Ευρώπη έως τώρα επικεντρώθηκαν κατά κύριο λόγο στην ενημέρωση των ατόμων σχετικά με τους κινδύνους και τις συνέπειες της χρήσης ουσιών. Σε αυτό το πλαίσιο, προτάθηκαν νέες προσεγγίσεις, όπως είναι οι στρατηγικές περιβαλλοντικής πρόληψης (environmental prevention strategies), που έρχονται να συμπληρώσουν τις εδραιωμένες προσεγγίσεις, έχοντας ως στόχο, να βοηθηθούν τα νεαρά άτομα, να αναπτύξουν τις απαραίτητες κοινωνικές και ψυχικές δεξιότητες για να περιορίσουν τις ανθυγιεινές και επικίνδυνες συμπεριφορές,

προωθώντας την υιοθέτηση πιο υγιών επιλογών, προκειμένου να αποφευχθούν προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με την ίδια έκθεση η περιβαλλοντική πρόληψη ταξινομείται σε τρεις διαφορετικούς τύπους: α) τον ρυθμιστικό, που περιλαμβάνει τις κανονιστικές παρεμβάσεις, όπως την αλλαγή της νομοθεσίας, β) τον φυσικό, που αφορά σε παρεμβάσεις που στοχεύουν στο φυσικό περιβάλλον για την προώθηση ορισμένων αλλαγών συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία, όπως η ενθάρρυνση της φυσικής δραστηριότητας και τέλος γ) τον οικονομικό, που αναφέρεται στην οικονομική πολιτική σχετικά με τους φόρους, τις πολιτικές τιμολόγησης και τις επιδοτήσεις. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η υιοθέτηση υγιών πεποιθήσεων και προτύπων συμπεριφοράς μπορούν να εξαλείψουν ή να καθυστερήσουν την πιθανότητα επαφής με την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (HHS, 2016).

Στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κίνητρου

Καθώς οι μηχανισμοί ανάπτυξης εθισμού ή εξάρτησης από ουσίες περιλαμβάνουν γνωστικές, συναισθηματικές και φυσιολογικές διαδικασίες, οι εκδηλώσεις εθισμού είναι κατά βάση συμπεριφορικές. Το γεγονός αυτό, έχει οδηγήσει σήμερα τη θεραπεία ΔΧΟ, να δίνει μεγάλη έμφαση στον εντοπισμό, την ενίσχυση και τη χρήση των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων των θεραπευομένων, ενισχύοντας το κίνητρο, την αυτο-αποτελεσματικότητα και την αυτονομία, προωθώντας την αλλαγή της συμπεριφοράς (SAMHSA, 2019). Ως εκ τούτου, οι θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς μπορούν να προσδιορίσουν πώς τα άτομα μπορούν να ενισχύσουν το κίνητρο για αλλαγή συμπεριφοράς, αλλά και πώς να σχηματιστούν και να συνδεθούν τα συστατικά για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη διατήρηση των νέων συμπεριφορών στο μέλλον, μειώνοντας τον κίνδυνο υποτροπών. Σε αυτό το πλαίσιο, μία σειρά από θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κινήτρου, έχουν εφαρμοστεί στην αντιμετώπιση των ΔΧΟ, όπου η καθεμία ξεχωριστά έχει συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων που σχετίζονται με θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα (Miller et al., 1995; Webb, Sniehotta, & Michie, 2010). Η εφαρμογή και η χρήση στρατηγικών αλλαγής συμπεριφοράς και κινητοποίησης, μπορεί να λειτουργήσει θετικά για την ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή, οδηγώντας στην εμπλοκή και διατήρηση στη θεραπεία, αλλά και στην ενθάρρυνση της επιστροφής στη θεραπεία σε περίπτωση υποτροπής (Miller & Rollnick 1991; Prochaska et al., 1994).

Σημαντικές στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς, που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, και μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ΔΧΟ, είναι οι θεωρίες της αυτο-αποτελεσματικότητας, του καθορισμού στόχων και του αυτο-καθορισμού, καθώς μπορούν να υποστηρίξουν τα άτομα με ΔΧΟ να αναπτύσσουν δεξιότητες για την προώθηση της αλλαγής των συμπεριφορών εξάρτησης, ενισχύοντας παράλληλα την αίσθηση της αυτονομίας και της ικανότητας, οδηγώντας τόσο σε βραχυπρόθεσμα όσο και σε μακροπρόθεσμα θεραπευτικά οφέλη (Kelly & White, 2011; Ryan & Deci, 2008). Μια ακόμα τεχνική ενίσχυσης κινήτρου, είναι η συνέντευξη κινητοποίησης (Rollnick & Miller, 1995), καθώς η αποτελεσματικότητα της έχει διερευνηθεί ευρέως ως στρατηγική κινητοποίησης σε μια ευρεία σειρά αντιμετώπισης εθιστικών συμπεριφορών (Hettinga et al., 2005).

Καθώς οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στις οποίες συμμετέχουν τα άτομα με ΔΧΟ για να αλλάξουν τη συμπεριφορά εξάρτησης, δεν περιγράφονται ικανοποιητικά ή καθόλου κατά τον θεραπευτικό σχεδιασμό, μια αξιόπιστη μέθοδο για τον προσδιορισμό, την ερμηνεία, την εφαρμογή και την αναπαραγωγή αυτών των παρεμβάσεων είναι οι Τεχνικές Αλλαγής Συμπεριφοράς (Behavior Change Techniques) (Abraham & Michie, 2008; Michie et al., 2013).

Θεωρία της Αυτο-αποτελεσματικότητας

Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης παρέχει το πλαίσιο από το οποίο αναπτύχθηκε η θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας, υποστηρίζοντας ότι η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων τόσο προσωπικών όσο και περιβαλλοντικών μεταβλητών. Σύμφωνα με τον Bandura (1994), η αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για την ικανότητά του να ελέγχει τη λειτουργία του και τα γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή του. Οι προσωπικές προσδοκίες, αποτελούν θεμελιώδη παράγοντα για την αποτελεσματικότητα, καθώς καθορίζουν πόση προσπάθεια θα καταβάλει το άτομο και πόσο διάστημα θα σταθεί απέναντι στα εμπόδια και τις αποθαρρυντικές εμπειρίες του. Η επιτυχία ενισχύει την αυτο-αποτελεσματικότητα, ενώ η αίσθηση της αποτυχίας την επηρεάζει αρνητικά, προκαλώντας τα άτομα να τείνουν να αποφεύγουν καταστάσεις στις οποίες πιστεύουν ότι μπορεί να μην έχουν επιτυχία (Maddux, 1995). Ο Bandura (1994) δηλώνει ότι τα άτομα πρέπει να έχουν μια ισχυρή αίσθηση αποτελεσματικότητας για να υποστηρίξουν

τις προσπάθειές τους προς την επίτευξη του στόχου. Η αυτο-αποτελεσματικότητα, ωστόσο, δεν είναι το ίδιο με την μη ρεαλιστική αισιοδοξία, αφού βασίζεται στην εμπειρία και δεν οδηγεί σε παράλογο ρίσκο (Buckworth, 2017). Η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζει την επιλογή δραστηριοτήτων και όσο ισχυρότερη είναι, για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, τόσο περισσότερη η προσπάθεια και η επιμονή. Τα άτομα με μειωμένη αυτο-αποτελεσματικότητα αντιμετωπίζουν αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητά τους να ολοκληρώσουν μια εργασία και έτσι να εγκαταλείψουν εύκολα όταν προκύψουν εμπόδια (Bandura, 1994; Maddux, 1995). Ο Bandura (1994) προτείνει ότι τα "επιτεύγματα επίδοσης" είναι η πιο σημαντική πηγή πληροφοριών για την αποτελεσματικότητα και οι αυξήσεις της αυτο-αποτελεσματικότητας, μπορούν να αναπτυχθούν μέσω αυτών των επαναλαμβανόμενων εμπειριών επιτυχίας. Υπάρχουν τέσσερις ευρείες διαδικασίες, μέσω των οποίων λειτουργούν οι πεποιθήσεις για την αποτελεσματικότητα: η συμπεριφορά επιλογής, η προσπάθεια και η επιμονή, τα πρότυπα σκέψης και οι συναισθηματικές αντιδράσεις (Maibach & Murphy, 1995).

Η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζει τη συμπεριφορά και η συμπεριφορά επηρεάζει την αυτο-αποτελεσματικότητα (Buckworth, 2017). Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι επίσης ένας από τους βασικούς άξονες του δια-θεωρητικού μοντέλου, καθώς αναμένεται να αυξηθεί καθώς κάποιος προχωρά στα στάδια της αλλαγής και μπορεί να εστιαστεί η ενίσχυση της σε μια παρέμβαση, για να βοηθήσει κάποιον να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο (Marcus et al., 1994).

Αυτο-αποτελεσματικότητα και συμπεριφορές υγείας

Η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την αλλαγή της συμπεριφοράς και έχει επηρεάσει σημαντικά την έρευνα στο τομέα της ψυχολογίας, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και στην προαγωγή της υγείας, συμβάλλοντας τόσο στη διαχείριση του άγχους όσο και στην αλλαγή συμπεριφορών (Bandura, 1997). Πράγματι, η αυτό-αποτελεσματικότητα έχει διερευνηθεί ως ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας αλλαγής συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία καθώς έχει άμεση επίδραση στην ίδια τη συμπεριφορά (Maibach & Murphy, 1995). Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η επίδραση της φαίνεται να είναι καταλυτική καθώς μπορεί να αποτελέσει έναν ισχυρό δείκτη πρόθεσης για

τη διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ, την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και τη βελτίωση της υγιεινής διατροφής (Sniehotta et al., 2005).

Όσον αφορά τη χρήση παράνομων ουσιών, είναι γενικά παραδεκτό ότι, η εμπλοκή με τη χρήση, εν μέρει, προκύπτει από την αποτυχία των στρατηγικών και των δεξιοτήτων του ατόμου που υποστηρίζουν την ικανότητα αντιστάθμισης των άμεσων παρορμήσεων ή επιθυμιών, που αποτελούν τη βάση της εθιστικής συμπεριφοράς (Simon & West, 2015; West, 2013). Υπό αυτή την έννοια, η αυτο-αποτελεσματικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην μείωση ή την αποφυγή συμπεριφορών εξάρτησης. Ως εκ τούτου, η αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας θα μπορούσε να είναι ένας τρόπος για να υποστηριχθεί η αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται τη θεραπεία ΔΧΟ. Οι Kadden και Litt (2011), στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφέρουν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα προτείνεται ως ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της έκβασης του αποτελέσματος της θεραπείας ΔΧΟ, καθώς υποδηλώνει την ικανότητα του ατόμου να ενισχύει την αποχή του από την χρήση ουσιών, ενισχύοντας παράλληλα τον έλεγχο των σκέψεων που επηρεάζονται από το άγχος και την κατάθλιψη (Bandura, 1994; Goldbeck, Myatt, & Aitchison, 1997), μειώνοντας έτσι την πιθανότητα υποτροπής (Alavi, 2011; Chavarria et al., 2012). Ωστόσο, παρά τα επανειλημμένα θετικά ευρήματα, η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας έχει ελάχιστες εφαρμογές στο σχεδιασμό της θεραπείας ΔΧΟ, χωρίς να υποστηρίζεται με εμπειρικές μελέτες (Kadden & Litt, 2011).

Η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την υιοθέτηση της άσκησης, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα και η ενίσχυση της αποτελεί βασικό στόχο των παρεμβάσεων προώθησης συμπεριφορών υγείας (Schwarzer et al., 2008). Οι Woodgate και Brawley (2008), στη συστηματική ανασκόπηση 41 μελετών καρδιαγγειακή αποκατάστασης, αναφέρουν ότι η ανάπτυξη και η διατήρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωση στην άσκηση και να δημιουργήσει ευνοϊκά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην αποκατάσταση των ασθενών που πάσχουν από ανάλογα νοσήματα. Η μετα-ανάλυση των Moritz και των συνεργατών του (2000), η οποία περιέλαβαν 45 μελέτες, ανέδειξε τη σημαντική σχέση μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αθλητικής απόδοσης. Μεταξύ άλλων, σημαντικό ήταν το εύρημα, που υποστηρίζει τη θετική

επίδραση της προηγούμενης σχετικής αθλητικής εμπειρίας των συμμετεχόντων στην ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας.

Όσον αφορά τη χρήση τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς, υπάρχουν αρκετά στοιχεία σχετικά με το ποιες είναι οι πιο κατάλληλες για την αλλαγή της αυτο-αποτελεσματικότητας και ως εκ τούτου και της συμμετοχής σε άσκηση. Οι Ashford, Edmunds και French (2010) διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση, η οποία συμπεριλάμβανε 27 παρεμβάσεις άσκησης, με συνολικά 5.501 συμμετέχοντες, με στόχο την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς και της επίτευξης της αυτο-αποτελεσματικότητας για συμμετοχή σε άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι παρεμβάσεις που περιλάμβαναν ανατροφοδότηση σχετικά με την απόδοση του παρελθόντος και η προηγούμενη εμπειρία, παρήγαγαν τα υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας. Η πειθώ, η αξιολόγηση και ο εντοπισμός εμποδίων συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας. Οι Williams και French (2011), πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση η οποία περιελάμβανε 27 μελέτες, με στόχο την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ συγκεκριμένων τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς που χρησιμοποιούνται σε παρεμβάσεις φυσικής δραστηριότητας και αλλαγών που επιτυγχάνονται τόσο στην αυτο-αποτελεσματικότητα όσο και συμπεριφοράς σωματικής δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η τεχνική του «προγραμματισμού της δράσης», της «παροχή οδηγιών» και της «ενίσχυση της προσπάθειας», σχετίζονταν με σημαντικά θετικά με την αύξηση των επιπέδων τόσο της αυτο-αποτελεσματικότητας όσο και της άσκησης, σε αντίθεση με την «πρόληψη της υποτροπής» και την «αξιολόγηση των εργασιών» που σχετιστήκαν με σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας και φυσικής δραστηριότητας. Προς την ίδια κατεύθυνση κινήθηκε και η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση του Olander και των συνεργατών του (2013), η οποία συμπεριελάμβανε 61 μελέτες με παχύσαρκα ενήλικα άτομα, εξετάζοντας τις τεχνικές αλλαγές συμπεριφοράς που έφεραν αλλαγές στην αυτο-αποτελεσματικότητα προς την ενασχόληση με την άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι τεχνικές που συνδέθηκαν σημαντικά με θετικές αλλαγές στην αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν ο «προγραμματισμός της δράσης», η «διαχείριση χρόνου», η «άμεση αυτο-παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της συμπεριφοράς» και η «κοινωνική υποστήριξης», με τα δύο τελευταία να συνδέονται επίσης με θετικές αλλαγές προς την άσκηση. Επιπρόσθετα, οι τεχνικές που είχαν

θετικές αλλαγές προς την άσκηση ήταν η «χρήσης οδηγιών», και «η άμεση ανταμοιβή που εξαρτάται από την προσπάθεια ή την πρόοδο προς τη συμπεριφορά». Η ανασκόπηση του Rajati και των συνεργατών του (2014), περιελάμβανε 10 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες παρέμβασης που εστίασαν σε στρατηγικές για την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας με στόχο τη συμμόρφωση σε άσκηση ατόμων με καρδιακή ανεπάρκεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ενσωμάτωση της θεωρίας της αυτο-αποτελεσματικότητας στο σχεδιασμό παρεμβάσεων άσκησης, είναι επωφελής για τα άτομα αυτά, με κυρίαρχες στρατηγικές για τη βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας τα επιτεύγματα της απόδοσης, η εμπειρία, η λεκτική πειθώ, και η συναισθηματική διέγερση.

Ένα σημαντικό πεδίο όπου η θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας έχει άμεσες εφαρμογές είναι οι υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες. Οι δράσεις αυτές διευκολύνουν το άτομο να αποκτήσει νέες δεξιότητες και να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του, να αισθάνεται ενθουσιασμό, να είναι ενεργοποιημένο και να συμμετέχει πραγματικά σε αυτό που κάνει και έχοντας μια αίσθηση επίτευξης (Mittelstaedt & Jones, 2009).

Η θεωρία του καθορισμού στόχων

Είναι γενικά παραδεκτό πως μια σημαντική στρατηγική ρύθμισης συμπεριφοράς και ενίσχυσης του κίνητρου, που αξιοποιείται σε διάφορα περιβάλλοντα, αποτελεί η θεωρία καθορισμού στόχων. Οι στόχοι, είναι αυτά που το άτομο προσπαθεί να πετύχει και αποτελούν μια συγκεκριμένη έκφραση του σκοπού της ζωής του και έχουν τόσο εσωτερική όσο και εξωτερική ισχύ, καθώς οι στόχοι είναι αποτελεσματικοί ακόμη και όταν ανατεθούν από άλλους, είτε καθοριστούν από κοινού ή αυτο-καθοριστούν (Locke & Latham, 2006).

Σύμφωνα με τον Locke η βασική αρχή της θεωρία καθορισμού στόχων είναι ότι το άτομο χρειάζεται συγκεκριμένους και προκλητικούς στόχους για να οδηγηθεί σε υψηλές επιδόσεις, και όχι μόνο να παροτρύνεται να κάνει το καλύτερο δυνατό που μπορεί. Η διαδικασία επιλογής των στόχων επηρεάζεται από δύο βασικούς παράγοντες: α) το πόσο σημαντικός είναι ο στόχος για το άτομο και β) από την αυτοπεποίθηση που έχει το ίδιο άτομο ότι μπορεί να επιτύχει τον συγκεκριμένο στόχο. Σημαντικές, επίσης, μεταβλητές που είναι συνυφασμένες και διαμεσολαβούν μεταξύ στόχων και απόδοσης

είναι η επιλογή και η αποδοχή των στόχων, η προσπάθεια, η επιμονή και η στρατηγική για την επίτευξη αυτών (Latham & Locke 2007; Locke & Latham, 2006;).

Ο καθορισμός των στόχων είναι ένας πολύπλοκος γνωσιακός μηχανισμός που διαμορφώνεται και επηρεάζεται από πολλούς παραμέτρους. Έτσι, προκειμένου η διαδικασία καθορισμού στόχων να είναι πιο αποτελεσματική, καθοριστικές παράμετροι του σχεδιασμού είναι ότι οι στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και παράλληλα προκλητικοί, ενισχύοντας το κίνητρο και τη δέσμευση προς αυτούς, οδηγώντας έτσι το άτομο σε μια αίσθηση επιτυχίας, παροτρύνοντας το παράλληλα στον καθορισμό νέων μελλοντικών στόχων (Locke & Latham, 2006; Weinberg, 2013). Επιπρόσθετα, άλλες σημαντικές παράμετροι για την επιτυχή διαμόρφωση των στόχων που θα οδηγήσουν σε αποτελεσματικότερη απόδοση, είναι ότι θα πρέπει να είναι συγκεκριμένοι και μετρήσιμοι, παρέχοντας στο άτομο τον έλεγχο της απόδοσής του (Locke & Latham, 2006).

Οι στόχοι επηρεάζουν την απόδοση μέσω τεσσάρων μηχανισμών: α) οι στόχοι κατευθύνουν τη προσοχή και τη προσπάθεια προς τις δράσεις που σχετίζονται και υποστηρίζουν τον τελικό στόχο, προστατεύοντας το άτομο να μην αναλώνεται σε μη σχετικές ενέργειες β) οι υψηλοί στόχοι οδηγούν σε μεγαλύτερη προσπάθεια σε σχέση με τους χαμηλούς στόχους, καθώς υπάρχει μια θετική, γραμμική σχέση μεταξύ της δυσκολίας στόχου και της απόδοσης γ) οι στόχοι συνδέονται και ενισχύουν την επιμονή του ατόμου και τέλος δ) οι στόχοι επηρεάζουν έμμεσα τη δράση, ωθώντας το άτομο στην ανακάλυψη και τη χρήση γνώσεων και στρατηγικών, παρακινώντας το να χρησιμοποιήσει τις υπάρχουσες ικανότητες του ή να ανασύρει αποθηκευμένες γνώσεις ή να αναζητήσει νέες γνώσεις (Locke & Latham, 2006).

Είναι φανερό ότι οι στόχοι αναφέρονται σε μελλοντικά εκτιμώμενα αποτελέσματα, καθώς ο καθορισμός τους είναι πρωτίστως μια διαδικασία δημιουργίας αποκλίσεων (Locke & Latham, 2006). Συνεπώς, τα άτομα που όριζαν μακροπρόθεσμους στόχους, σπανίως κατάφεραν να φτάσουν στην επίτευξή τους, σε αντίθεση με τα άτομα που όριζαν βραχυπρόθεσμους (Bandura, 1994). Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι είναι σημαντικοί επειδή βοηθούν τα άτομα να επικεντρωθούν σε μικρές βελτιώσεις, καθώς παρέχουν συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με την πρόοδο προς τον μακροπρόθεσμο στόχο (Weinberg, 2013). Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι είναι πολύ απομακρυσμένοι χρονικά για να έχουν μεγάλη επίδραση στη δράση, ωστόσο είναι πολύ σημαντικοί για

την επιτυχία, καθώς μπορούν να λειτουργήσουν ως τελικός απώτερος στόχος στα άτομα, διατηρώντας την εστίαση εκεί που τελικά επιθυμούν να φτάσουν (Weinberg, 2013). Υπό αυτό το πρίσμα, ο Weinberg (2013), αναφέρει ότι ένας καλός τρόπος για να οραματιστεί κάποιος την αλληλεπίδραση των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, είναι να σκεφτεί μια σκάλα με τον μακροπρόθεσμο στόχο στην κορυφή, το σημερινό επίπεδο απόδοσης στο κατώτατο σημείο και μια σειρά σταδιακά συνδεδεμένων βραχυπρόθεσμων στόχους που συνδέουν το πάνω και το κάτω μέρος της σκάλας.

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, η ανατροφοδότηση, αποτελεί βασικό στοιχείο και είναι απαραίτητη για τη παρακολούθηση της προόδου και της αξιολόγησης της απόδοσης σε σχέση με το στόχο, προσφέροντας ενημέρωση στο άτομο σχετικά με την πρόοδο ή μη, και εάν χρειάζεται να κάνει επανακαθορισμό στόχων ή στρατηγικής για την επίτευξή του. Το στοιχείο της ανατροφοδότησης, ιδιαίτερα όταν ενισχύεται από την αυτο-παρακολούθηση, είναι πολύ σημαντικό καθώς καθιστά τη διαδικασία καθορισμού στόχων πιο αποτελεσματική, ενισχύοντας έτσι τη δέσμευση του ατόμου οδηγώντας το σε καλύτερες επιδόσεις (Lunenburg, 2011).

Η ευεργετική επίδραση της θεωρίας καθορισμού στόχων, είναι ιδιαίτερα εμφανής κατά τη διαδικασία βελτίωσης της απόδοσης. Παράλληλα, η επίδραση των στόχων δεν έχει μόνο ευεργετικό αντίκτυπο στην απόδοση ενός ατόμου, αλλά είναι καταλυτική στη ερμηνεία της ζωής του, καθώς οι στόχοι αποτελούν βασικά συστατικά των εμπειριών του, επηρεάζοντας σημαντικά την ευημερία του (Emmons, 2003; Latham & Locke, 2007). Σημαντική, επίσης, είναι η συμβολή της επίτευξης των στόχων στην αυτοπεποίθηση του ατόμου, καθώς συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το επίπεδο ικανότητας του (Locke & Latham, 2006).

Η ικανοποίηση και η απόδοση συνδέονται στενά στο σημείο που το άτομο υπερβαίνει το στόχο του, καθώς ο πιο άμεσος, προσδιοριστικός παράγοντας της απόδοσης είναι ο στόχος και ότι η ικανοποίηση από την απόδοση ενός ατόμου είναι συνάρτηση της διαφοράς μεταξύ των πραγματικών επιδόσεων και των στοχευμένων επιδόσεων. Η ικανοποίηση του ατόμου εξαρτάται από την επίτευξη ενός δύσκολου στόχου καθώς δαπανάται περισσότερη ενέργεια σε σχέση με έναν εύκολο. Το ποσό της προσπάθειας που αφιερώνεται στην επίτευξη ενός στόχου, εξαρτάται από το επίπεδο το οποίο έχει οριστεί, με τους δύσκολους στόχους να απαιτούν υψηλότερο ποσό και να

οδηγούν σε υψηλότερες επιδόσεις σε σχέση με τους πιο εύκολους στόχους (Locke & Latham, 2006). Συνεπώς, οι υψηλοί και δύσκολοι στόχοι αποτελούν κίνητρο επειδή απαιτούν από το άτομο να επιτύχει περισσότερα, προκειμένου να είναι ικανοποιημένο. Η αποτελεσματικότερη απόδοση προκύπτει όταν οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι και προκλητικοί, ρεαλιστικοί και μετρήσιμοι, έτσι ώστε το άτομο να γνωρίζει τη πρόοδο που έχει σημειώσει προς την κατεύθυνση της επίτευξής τους, με την τοποθέτηση χρονικών προθεσμιών να βελτιώνουν αυτήν τη διαδικασία (Locke & Latham, 2006; Lunenburg, 2011; Weinberg, 2013). Παρ' όλα αυτά, ο καθορισμός δύσκολων και προκλητικών στόχων, μπορεί να μην είναι πάντα αποτελεσματικός σε περίπτωση που το άτομο εκτιμά τους στόχους αυτούς ως απειλητικούς, με την εκτίμηση αυτή μεταξύ πρόκλησης και απειλής να επηρεάζει την απόδοση του. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, οι στόχοι που είναι πολύ εύκολοι και δεν αποτελούν πρόκληση για το άτομο, δεν θα το οδηγήσουν στο να καταβάλει μέγιστη προσπάθεια (Locke & Latham, 2006; Weinberg, 2013).

Μια άλλη διάσταση σχετικά με τη θεωρία καθορισμού στόχων, σύμφωνα με τους Kingston και Hardy (1997), είναι ότι, οι στόχοι που συνδέονται με το αποτέλεσμα ή τις επιδόσεις, είναι πολύ σημαντικοί για να υποστηρίξουν την πρακτική άσκηση για την βελτίωση της απόδοσης, ενώ οι στόχοι που συνδέονται με τη διαδικασία εκμάθησης, είναι πολύ σημαντικοί για την αφομοίωση των επιμέρους στοιχείων της απόδοσης. Η διάσταση αυτή είναι σημαντική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην εκμάθηση των αρχαρίων, βοηθώντας τους να αυξήσουν τα επίπεδα δεξιοτήτων εστιάζοντας την προσοχή σε βασικά τμήματα της απόδοσης. Υπό αυτό το πρίσμα ο Lunenburg (2011) υποστηρίζει ότι, ο προσανατολισμός στόχου-μάθησης οδηγεί σε υψηλότερες επιδόσεις από τον προσανατολισμό στόχου-απόδοσης.

Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν ότι, η θεωρία καθορισμού στόχων μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη και αποτελεσματική για την κατανόηση και τη διαχείριση της ψυχολογίας μιας ομάδας. Μια ομάδα σχηματίζεται στο βαθμό που συμφωνεί με τους στόχους που πρέπει να επιτύχει, καθώς και με τους τρόπους και το χρονοδιάγραμμα για την επίτευξη αυτών. Ωστόσο, η ομάδα προσθέτει ένα επίπεδο πολυπλοκότητας, επειδή ενδέχεται να προκύψουν διενέξεις στόχων μεταξύ των μελών της, αλλά και του στόχου της με τους επιμέρους στόχους των μελών της, επηρεάζοντας

τις διεργασίες συνεργασίας και συνοχής, περιορίζοντας κατ' επέκταση τις επιδόσεις της ομάδας (Mierlo & Kleingeld, 2010).

Καθορισμός στόχων και συμπεριφορές υγείας

Ο καθορισμός στόχων είναι μια στρατηγική που μπορεί να υποστηρίξει τα άτομα να προσδιορίσουν συγκεκριμένες δυσλειτουργικές συμπεριφορές και στη συνέχεια να τις αλλάξουν (Greaves et al., 2011). Ωστόσο, η αλλαγή της συμπεριφοράς δεν είναι μια εύκολη διαδικασία και ο καθορισμός στόχου για αλλαγή χρειάζεται να συνοδεύεται από συγκεκριμένα σχέδια δράσης για να είναι επαρκής και να οδηγήσει στην προσδοκώμενη αλλαγή συμπεριφοράς (Bailey, 2017).

Ο αθλητισμός, είναι ένα χώρος όπου το άτομο μπορεί να εκπαιδευτεί στη διαδικασία καθορισμού στόχων. Η ενίσχυση της αυτοεικόνας και της αυτο-αποτελεσματικότητας που αποκτάται από τον καθορισμό στόχων στον αθλητισμό, μπορεί να μεταφερθεί σε άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου, προσδίδοντας του μια αίσθηση ελέγχου και θετικής κατευθυντικότητας (Locke & Latham, 2006).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης των Shilts, Horowitz και Townsend (2004), η οποία περιελάμβανε 28 μελέτες, ο καθορισμός στόχων μπορεί να συνεισφέρει στην προώθηση της αλλαγής της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα σε ενήλικα άτομα. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από την μεταγενέστερη συστηματική ανασκόπηση του Pearson (2012) η οποία περιελάμβανε 18 μελέτες, βασισμένες στη εφαρμογή του μοντέλου S.T.A.R.T. (Specificity, Timing, Acquisition, Rewards and feedback, and Tools) για τον καθορισμό των στόχων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ο καθορισμός στόχων μπορεί να είναι ευεργετικός για την επίδραση αλλαγών στη συμπεριφορά της υγείας σε υπέρβαρα και παχύσαρκα ενήλικα άτομα. Τα ίδια θετικά αποτελέσματα προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση 8 μελετών, που πραγματοποίησαν οι Bodenheimer και Handley (2009), αξιολογώντας τον αντίκτυπο των παρεμβάσεων καθορισμού στόχων στα κλινικά αποτελέσματα ενήλικων ή εφήβων με χρόνιες παθήσεις. Μια άλλη ομάδα πληθυσμού, όπου η θεωρία του καθορισμού στόχου έχει επιτυχή εφαρμογή, είναι τα ηλικιωμένα άτομα. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση 42 μελετών, ο Conn και οι συνεργάτες του (2003) αξιολόγησαν παρεμβάσεις που στόχευαν στην αλλαγή συμπεριφοράς ηλικιωμένων ατόμων ως προς την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, μεταξύ άλλων

στρατηγικών, ο καθορισμός στόχων, αναφέρθηκε ως μια στρατηγική ενίσχυσης του κινήτρου για συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση των Ussher, Taylor και Faulkner (2014), που είχε ως στόχο τη διερεύνηση του ρόλου της άσκηση στη διακοπή του καπνίσματος, η θεωρία του καθορισμού στόχων, αποτελούσε βασική στρατηγική ενίσχυσης της προσκόλλησης στην άσκηση στη πλειοψηφία των παρεμβάσεων, με θετικά αποτελέσματα.

Η θεωρία καθορισμού στόχων παρέχει σαφείς κατευθύνσεις για την προώθηση της αλλαγής σε εξαρτητικές συμπεριφορές, ενθαρρύνοντας τα άτομα να θέσουν συγκεκριμένους και κατάλληλα απαιτητικούς στόχους (Locke & Latham, 2002). Ο βασικός στόχος της θεραπείας ΔΧΟ είναι η διακοπής χρήση ουσιών και ο έλεγχος αυτής, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε ευεργετικά μελλοντικά αποτελέσματα. Σε αυτό το πλαίσιο, η θεωρία της καθορισμού στόχων παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς πάνω σε αυτή οικοδομούνται σταδιακά τα απαραίτητα συστατικά για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Συνεπώς, οι θεραπευτικοί στόχοι θα πρέπει να είναι ξεκάθαροι, υλοποιήσιμοι και να πραγματοποιούνται σε μικρά διαδοχικά βήματα, έτσι ώστε ο θεραπευόμενος αλλά και ο θεραπευτής θα μπορούν να γνωρίζουν έγκαιρα αν οι στόχοι επιτεύχθηκαν ή όχι. Σύμφωνα με τους Kadden και Skerker (1999), η σύσταση των στόχων κατά την διαδικασία απεξάρτησης θα πρέπει να υποστηρίζεται από τα παρακάτω βασικά στοιχεία: α) Ο καθορισμός των στόχων πρέπει βασίζεται στη συμπεριφορά του θεραπευομένου, έτσι ώστε να είναι υπεύθυνος για την επίτευξη τους, προσδίδοντας του μια αίσθηση επιτυχίας, β) οι στόχοι θα πρέπει να είναι μετρήσιμοι, έτσι ώστε η επίτευξη τους ή μέρος της επίτευξης, να είναι αναγνωρίσιμοι από τους ίδιους τους θεραπευομένους αλλά και τους άλλους σημαντικούς τρίτους, γ) οι στόχοι θα πρέπει να είναι προκλητικοί και να εμπεριέχουν ρίσκο, έτσι ώστε να προσφέρουν μια αίσθηση επιτυχίας και επίτευξης, χωρίς όμως να είναι δυσανάλογα δύσκολοι, καθώς ενδέχεται να υπονομεύσουν τη θεραπευτική διαδικασία και τέλος γ) να θεσπίζονται συγκεκριμένα χρονικά όρια για την ολοκλήρωση των στόχων, καθώς έτσι ασκείται πίεση στους θεραπευομένους, να εργαστούν για την εκπλήρωσή τους. Αυτό, παρέχει ένα πλαίσιο προβολής της επίτευξης μακροπρόθεσμων στόχων, με βάση μια σειρά βραχυπρόθεσμων επιτυχιών, που έχουν σχεδιαστεί για να βασίζονται ο ένας στον άλλο σε μια κλιμακούμενη διαδικασία.

Θεωρία του αυτό-καθορισμού

Μια ακόμα σημαντική θεωρία παρακίνησης που μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην ενίσχυση και διαμόρφωση του κίνητρου, η οποία σχετίζεται στενά με την θεωρία των στόχων, είναι η θεωρία του αυτο-καθορισμού. Η θεωρία του αυτο-καθορισμού (Self Determination Theory) τοποθετείται μοναδικά μεταξύ των θεωριών που εξετάζουν τις επιδράσεις των διαφορετικών τύπων κινήτρων (Deci & Ryan 2000). Σύμφωνα με τη θεωρία του αυτο-καθορισμού, οι άνθρωποι έχουν μια έμφυτη τάση προς ανάπτυξη, ολοκλήρωση και υγεία. Βασική συνιστώσα της θεωρίας του αυτο-καθορισμού είναι η έννοια των έμφυτων ψυχολογικών αναγκών, οι οποίες αξιοποιούνται για τη διαμόρφωση του περιεχομένου των στόχων καθώς και των ρυθμιστικών διαδικασιών που θα υποστηρίξουν την επίτευξή τους (Ryan & Deci, 2000).

Σύμφωνα με τη θεωρία, η διατήρηση των συμπεριφορών με την πάροδο του χρόνου απαιτεί από τα άτομα να εσωτερικεύουν τις αξίες και τις δεξιότητες για αλλαγή και να βιώνουν την αυτοδιάθεση. Συγκεκριμένα, η θεωρία υποστηρίζει ότι, η αλλαγή των συμπεριφορών για να εσωτερικοποιηθεί και να διατηρηθεί περισσότερο, επηρεάζεται από τον βαθμό στον οποίο τα άτομα ικανοποιήσουν τις βασικές ψυχολογικές ανάγκες της αυτονομίας, της ανάγκης να αισθάνονται ικανά και της ανάγκης να αναπτύσσουν σημαντικές σχέσεις με άλλους (Ryan & Deci, 2000). Όταν το κοινωνικό περιβάλλον διευκολύνει αυτές τις τρεις βασικές ανάγκες, το άτομο είναι πιο πιθανό να εμπλακεί σε εγγενώς παρακινημένες συμπεριφορές (Flannery, 2017).

Η ανάγκη για *αυτονομία* αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο τα άτομα αισθάνονται αυτόνομα και υπεύθυνα για τη δική τους συμπεριφορά (Ryan & Deci, 2002). Η αυτονομία έρχεται σε αντίθεση με τον έλεγχο, καθώς οι στρατηγικές που υποστηρίζουν την αυτονομία περιλαμβάνουν την παροχή επιλογών, την αναγνώριση των συναισθημάτων και την ικανότητα των ατόμων να προσδιορίσουν μόνοι τους την επιθυμητή συμπεριφορά τους, ενώ οι στρατηγικές ελέγχου περιλαμβάνουν τον καθορισμό στόχων από τους άλλους και την καθοδήγηση για αλλαγή (Flannery, 2017). Πράγματι πολλά άτομα, κατά την διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς κατευθύνονται είτε από ένα ελεγχόμενο κίνητρο ή μια εξωτερική ρύθμιση, στην οποία το άτομο ενεργεί μόνο για να πάρει μια εξωτερική ανταμοιβή, είτε από μια εσωτερική ρύθμιση όπου το άτομο ενεργεί για να αποφύγει αρνητικά συναισθήματα, με τις δύο αυτές μορφές ελεγχόμενης ρύθμισης, να μην οδηγούν σε μακροπρόθεσμη τήρηση της

συμπεριφοράς. Έτσι, για να θεσπιστούν και να διατηρηθούν με επιτυχία αυτές οι συμπεριφορές, εκτός των θεραπευτικών ρυθμίσεων ή των ελεγχόμενων περιβαλλόντων, τα άτομα πρέπει να εκτιμήσουν τις συμπεριφορές και να υποστηρίξουν προσωπικά τη σημασία τους (Ryan et al., 2008).

Μαζί με την αίσθηση της αυτονομίας, η εσωτερικοποίηση απαιτεί από ένα άτομο να βιώσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του ότι διαθέτει τις ικανότητες για να αλλάξει. Η ανάγκη για *ικανότητα* αφορά το βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται αποτελεσματικό κατά τις αλληλεπιδράσεις του με το κοινωνικό περιβάλλον και βιώνει ευκαιρίες για να αναδείξει τις δυνατότητές του (Ryan & Deci, 2002). Καθώς η ικανότητα περιλαμβάνει πληροφορίες και δεξιότητες που απαιτούνται για την αλλαγή της συμπεριφοράς, θα πρέπει να υποστηρίζεται και να συνδυάζεται με την αυτονομία έτσι ώστε να ενισχύεται το εγγενές κίνητρο (Fannery, 2017; Ryan et al., 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, η υποστήριξη της ικανότητας θα πρέπει να παρέχεται μέσα από την ανατροφοδότηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα (Ryan et al., 2008).

Η τρίτη βασική ανάγκη για εγγενή κίνητρα είναι η ανάγκη για *ουσιαστικές σχέσεις*, η οποία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο τα άτομα αισθάνονται ασφαλή ότι ανήκουν και συνδέονται με τους άλλους στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Ryan & Deci, 2002). Μια από τις ουσιαστικές σχέσεις που αναπτύσσεται κατά την αλλαγή συμπεριφορών υγείας είναι η θεραπευτική σχέση με τους επαγγελματίες υγείας (Fannery, 2017). Καθώς τα άτομα, που βρίσκονται σε ένα περιβάλλον φροντίδας υγείας, συχνά στερούνται τεχνικής γνώσεων και εμπειρογνωμοσύνης, αναζητούν πληροφορίες και καθοδήγηση από τους επαγγελματίες του χώρου. Σε αυτή τη διαδικασία, η αίσθηση του σεβασμού, της κατανόησης και της φροντίδας είναι απαραίτητη για τη διαμόρφωση των εμπειριών σύνδεσης και εμπιστοσύνης που προωθούν την αλλαγή (Ryan et al., 2008).

Η ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος αυτονομίας και ενίσχυσης της ικανότητας, είναι καίριας σημασίας για τις διαδικασίες εσωτερικοποίησης και ολοκλήρωσης ενός στόχου, μέσω των οποίων το άτομο μπορεί να αυτορυθμιστεί και να διατηρήσει συμπεριφορές που ενισχύουν την υγεία και την ευημερία του. Η θεωρία του αυτοκαθορισμού συνδέεται άμεσα με τη θεωρία των στόχων, καθώς η επιδίωξη και επίτευξη στόχων που βασίζονται σε αυτόνομα κίνητρα είναι πιο επιτυχημένη (Koestner & Hope, 2014). Το αυτόνομο κίνητρο είναι μια μορφή κινήτρου που αντικατοπτρίζει τους

λόγους για τους οποίους επιλέγεται η δράση, έτσι ώστε οι συμπεριφορές να βιώνονται ως προερχόμενες από τον εαυτό. Τα άτομα με αυτόνομα κίνητρα, συμμετέχουν σε δραστηριότητες από προσωπικό ενδιαφέρον, επιλογή και βούληση. Είναι σημαντικό ότι τα αυτόνομα κίνητρα σχετίζονται με την επιμονή της συμπεριφοράς σε πληθυσμούς, συμπεριφορές και περιβάλλοντα, ανεξάρτητα από εξωτερικές ενισχύσεις (Teixeira et al., 2012).

Η θεωρία του αυτο-καθορισμού, επίσης μπορεί να συνδεθεί με το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής, καθώς σύμφωνα με την μελέτη των Mullan και Markland (1997) σχετικά με συμπεριφορές άσκησης, τα άτομα που βρίσκονταν στα τελευταία στάδια της αλλαγής ρύθμιζαν τη συμπεριφορά τους περισσότερο και καλύτερα συγκριτικά με τα άτομα που βρίσκονταν στα αρχικά στάδια.

Αυτό-καθορισμός και συμπεριφορές υγείας

Η έρευνα που σχετίζει τη θεωρία του αυτο-καθορισμού με τις συμπεριφορές υγείας υποστηρίζει ότι, η μεγιστοποίηση της εμπειρίας του ατόμου για αυτονομία, ικανότητα και σχέση, σε περιβάλλοντα φροντίδας υγείας, είναι πιο πιθανό να οδηγήσει στην εσωτερικοποίηση της αλλαγής συμπεριφοράς, έτσι ώστε να διατηρηθεί καλύτερα με την πάροδο του χρόνου (Ryan et al., 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, η θεωρία του αυτο-καθορισμού έχει εφαρμοστεί σε διάφορους τομείς της υγείας και του αθλητισμού (Edmunds, Ntoumanis, & Duda 2007; Teixeira et al., 2012; Fortier et al., 2007). Η έρευνα στον τομέα της υγείας επικεντρώνεται κυρίως στην αντίληψη που έχουν οι ασθενείς σχετικά με τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην υποστήριξη των ψυχολογικών τους αναγκών της αυτονομία, των σχέσεων και της ικανότητας (Williams, 2002).

Η μετα-ανάλυση του Ng και των συνεργατών του (2012) αξιολόγησε 184 μελέτες, με στόχο να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των βασικών δομών της θεωρία του αυτο-καθορισμού και της υποστήριξης της αυτονομίας από τους επαγγελματίες υγείας και πως αυτή η σχέση επηρεάζει τους δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υποστήριξη της αυτονομίας, στο πλαίσιο της υγειονομική περίθαλψης, επηρεάζει θετικά τα επίπεδα αυτονομίας του ασθενούς, τις ικανότητες του καθώς και τις σχέσεις του με άλλους.

Στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν ο Teixeira και οι συνεργάτες του (2012), η οποία περιελάμβανε 66 μελέτες, που εξέτασαν, μεταξύ άλλων, την

αυτονομία, την ικανοποίηση αναγκών, τα κίνητρα για άσκηση και την παρακίνηση, καθώς και τον αντίκτυπο της θεωρίας του αυτο-καθορισμού στην αύξηση της άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ πιο αυτόνομων μορφών κινήτρου και της άσκησης, με το εγγενές κίνητρο να προβλέπει καλύτερα τη μακροπρόθεσμη τήρηση της άσκησης, καταδεικνύοντας τη σημασία των αυτόνομων ρυθμίσεων για την προώθηση της φυσικής δραστηριότητας.

Οι Hagger και Chatzisarantis (2008) αναφέρουν ότι, η προσέγγιση της θεωρίας του αυτο-καθορισμού παρέχει ένα ολοκληρωμένο επεξηγηματικό σύστημα που είναι αποτελεσματικό σε τρεις βασικούς τομείς κινήτρων και συμπεριφοράς άσκησης. Πρώτον, καταγράφει τα προγνωστικά της συμπεριφοράς της άσκησης, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων που προέρχονται από το περιβάλλον και το άτομο, επηρεάζοντας τα κίνητρα και τη ρύθμιση για άσκηση. Δεύτερον, ερμηνεύει τους μηχανισμούς με τους οποίους οι προηγούμενες εμπειρίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά άσκησης. Τέλος, παρέχει χρήσιμες οδηγίες για τους ακριβείς τομείς που μπορούν να στοχεύσουν οι σύμβουλοι στον τομέα της προώθησης της άσκησης, προκειμένου να αλλάξουν συμπεριφορά και να παρακινήσουν τα άτομα να εμπλακούν περισσότερο.

Η θεωρία του αυτο-καθορισμού παρέχει ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη παρεμβάσεων, ορίζοντας τους απαραίτητους μηχανισμούς που στηρίζουν τις αλλαγές στη μακροπρόθεσμη συμπεριφορά υγείας. Για την επίτευξη και τη διατήρηση της επιθυμητής συμπεριφοράς προτείνονται τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς οι οποίες δημιουργούν το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον, λειτουργώντας ως διαμεσολαβητές της αλλαγής (Abraham & Michie, 2008; Michie et al., 2016)

Ο Gillison και η συνεργάτες του (2019) στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν, εξέτασαν 74 παρεμβάσεις υγείας βασισμένες στη θεωρία του αυτο-καθορισμού, στοχεύοντας στην διερεύνηση των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς που αξιοποιήθηκαν ως διαμεσολαβητές για την προώθηση αλλαγής της συμπεριφοράς στην υγεία. Σύμφωνα με την ανάλυση των μελετών, οι τεχνικές που αξιοποιήθηκαν είχαν μικρή επίδραση στις σχέσεις με τους άλλους και στο αυτόνομο κίνητρο, μέτρια επίδραση στην ικανοποίηση των ικανοτήτων και μεγάλου μεγέθους επίδραση στην υποστήριξη για αυτονομία. Τα παραπάνω αποτελέσματα ήταν εμφανή, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες και σε ένα ευρύ φάσμα τομέων υγείας. Ωστόσο, οι μεμονωμένες τεχνικές είχαν περιορισμένο αντίκτυπο στα αποτελέσματα,

υποστηρίζοντας την πρόταση ότι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον αλλαγής συμπεριφοράς απαιτεί συνδυασμό πολλαπλών τεχνικών.

Όσον αφορά τον αντίκτυπο των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που βασίζονται στην θεωρία του αυτο-καθορισμού στην ψυχολογική και σωματική υγεία, σύμφωνα με την πρόσφατη μετα-ανάλυση του Ntoumanis και των συνεργατών του (2021), τα μεγέθη των αποτελεσμάτων έδειξε ότι ο αντίκτυπος ήταν μικρός έως μεσαίος στο τέλος της παρέμβασης και μικρός κατά την μετα-παρακολούθηση. Περαιτέρω, η ίδια μετα-ανάλυση, έδειξε ότι η υποστήριξη για αυτόνομα κίνητρα συνδέθηκε με θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά υγείας.

Η Συνέντευξη Κινητοποίησης

Παρεμβάσεις που υιοθετούν τη Συνέντευξη Κινητοποίησης (ΣΚ) έχουν διερευνηθεί σε ένα μεγάλο εύρος σωματικών και ψυχικών διαταραχών (Miller & Rose, 2009; Resnicow et al., 2002) καθώς και στην προώθηση θετικών συμπεριφορών υγείας (Resnicow et al., 2002; Rollnick et al., 2008).

Η ΣΚ αποτελεί μια στρατηγική ενίσχυσης του κινήτρου, που προέρχεται από τη θεωρία του αυτο-καθορισμού, καθώς βασίζεται στη θεμελιώδη υπόθεση ότι οι άνθρωποι έχουν μια έμφυτη τάση για προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση (Markland et al., 2005). Η ΣΚ ενδέχεται να επηρεάζει θετικά τις αντιλήψεις των ατόμων για τις παραπάνω ανάγκες, διαμορφώνοντας τις κατάλληλες συνθήκες για αλλαγή της συμπεριφοράς (Markland et al., 2005).

Η ΣΚ είναι μια αμοιβαία, αλλά ταυτόχρονα κατευθυνόμενη σχέση μεταξύ συμβούλου και πελάτη, στην οποία ο τελευταίος ενθαρρύνεται να ενισχύσει το κίνητρό του, που πιθανόν να υπονομεύεται από την πιθανή αμφιθυμία που έχει σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς του (Rollnick & Miller, 1995). Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ενεργητική ακοή του συμβούλου, προσπαθώντας να κατανοήσει την προοπτική του πελάτη, ενώ ταυτόχρονα τον υποστηρίζει να συνδέσει τις αξίες του με τις δικές του απαντήσεις και αποφάσεις σχετικά με την αλλαγή. Στο πλαίσιο αυτό, ο σύμβουλος δημιουργεί ένα μη συμβατικό, αλλά υποστηρικτικό κλίμα, στο οποίο ο πελάτης αισθάνεται άνετα να προσδιορίσει τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πτυχές της τρέχουσας συμπεριφοράς του (Resnicow et al., 2002). Η ΣΚ διέπεται από μια σειρά κλινικών αρχών: (1) την αξιοποίηση της εν-συναίσθησης, (2) την ανάπτυξη

ανισορροπίας μεταξύ των στόχων του πελάτη και της τρέχουσας προβληματικής συμπεριφοράς του, (3) την αποφυγή επιχειρηματολογίας, υποθέτοντας ότι ο πελάτης είναι υπεύθυνος για την απόφαση αλλαγής του, (4) τη διευκόλυνση της αντίστασης, και τέλος (5) την υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αισιοδοξίας για αλλαγή. Οι παραπάνω κλινικές αρχές της ΣΚ αντικατοπτρίζονται σε βασικές δεξιότητες συμβουλευτικής του συμβούλου, όπως είναι η χρήση ανοικτών-κλειστών ερωτήσεων, επιβεβαιώσεων, αντανakλαστικής ακρόασης και σύνοψης (Miller & Rollnick, 2002).

Η στρατηγική της ΣΚ βασίζεται στη σταδιακή οικοδόμηση της εμπιστοσύνης και της σχέσης μεταξύ του πελάτη και του συμβούλου και εστιάζει σε συμπεριφορές που χρειάζεται αλλάξουν ή να διατηρηθούν (Miller & Rollnick, 2013). Οι διαπροσωπικές δεξιότητες του συμβούλου συνδέονται με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Moyers & Miller, 2013). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ΣΚ βασίζεται στη χρήση μη προσανατολισμένων δεξιοτήτων παροχής συμβουλών, όπως είναι η αντανakλαστική ακρόαση, καθώς ο σύμβουλος εστιάζει τη συζήτηση κυρίως στην αναθεώρηση της αμφιθυμίας από τον πελάτη, στοχεύοντας στην άμβλυνσή της. Οι Emmons και Rollnick (2001) αναφέρουν ότι, η εφαρμογή της ΜΙ περιλαμβάνει τρεις βασικές πτυχές από τον σύμβουλο: (1) δεξιότητες παροχής συμβουλών με επίκεντρο τον πελάτη, (2) τη συνεχή χρήση της τεχνική της ανακλαστικής ακρόασης για τη διερεύνηση του εσωτερικού κινήτρου του πελάτη και τέλος (3) στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση της αντίστασης του πελάτη. Υπό αυτό το πρίσμα, οι σύμβουλοι ΣΚ περιορίζουν την παροχή πληροφοριών ή συμβουλών, έως ότου οι πελάτες παρουσιάσουν για πρώτη φορά τη δική τους εκδοχή και κατανόηση της κατάστασης, διαμορφώνοντας τις δικές τους προτάσεις για την αντιμετώπιση των εμποδίων για αλλαγή (Resnicow et al., 2002).

Σ' όλα τα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί ότι, η ΣΚ προωθεί την αλλαγή μέσω ενός συνδυασμού δύο κυριών συνιστωσών: της θεραπευτικής σχέσης και των τεχνικών συμβουλευτικής (Miller & Rose, 2009). Πιο αναλυτικά, η συνιστώσα της θεραπευτικής σχέσης περιλαμβάνει την εν-συναίσθηση του συμβούλου και την επιβειβαιωτική προσέγγιση, που υποστηρίζει την αυτονομία του πελάτη, αποσκοπώντας στη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Η τεχνική συνιστώσα περιλαμβάνει τη χρήση στρατηγικών συμβουλευτικής που στοχεύουν στην αύξηση της ενεργής συμμετοχής των πελατών προς την αλλαγή, καθώς στη ΣΚ κεντρικό ρόλο έχουν οι ίδιοι

οι πελάτες, οι οποίοι ενθαρρύνονται να μιλούν περισσότερο από τους συμβούλους (Miller & Rose, 2009; Resnicow et al., 2002). Υπό αυτό το πρίσμα, ο ρόλος του συμβούλου περιορίζεται στην παρότρυνση και ενίσχυση των πελατών, να αποσαφηνίσουν και να εκφράσουν προφορικά τους λόγους για αλλά και εναντίον της αλλαγής (Resnicow et al., 2002). Έτσι, κατά την διεργασία της ΣΚ, ο πελάτης εργάζεται μέσω της αμφιθυμίας του για αλλαγή συμπεριφοράς και φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τα άτομα με αρχική χαμηλή ετοιμότητα για αλλαγή (Rollnick & Miller 1995). Το στυλ του συμβούλου μπορεί να είναι μία από τις πιο σημαντικές μεταβλητές για την πρόβλεψη της ανταπόκρισης του πελάτη σε μια παρέμβαση συνέντευξης κινητοποίησης (Miller et al., 1993).

Το πεδίο στο οποίο η ΣΚ έχει εφαρμοστεί ευρέως είναι σε θεραπευτικά πλαίσια αντιμετώπισης διαταραχών χρήσης ουσιών, όπου έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για την ενίσχυση του κίνητρου για εμπλοκή και παραμονή στη θεραπεία (Miller & Rollnick, 2002; Hettema et al., 2005). Εξετάζοντας τους παράγοντες θεραπείας ΔΧΟ, ένας σημαντικός παράγοντας που αποτελεί προϋπόθεση για την αλλαγή της συμπεριφοράς εξάρτησης, είναι η διαμόρφωση και η ενίσχυση του κίνητρου που θα οδηγήσει το εξαρτημένο άτομο στην αλλαγή. Το κίνητρο θεωρείται ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας έκβασης της θεραπείας και η έλλειψη του, συνδέεται συχνά με την αποτυχία των ατόμων με ΔΧΟ να ενταχθούν και να συνεχίσουν τη θεραπευτική τους πορεία (Bilici et al., 2014; Cahill et al., 2003).

Συνέντευξη κινητοποίησης και συμμετοχή σε άσκηση

Παρεμβάσεις που στηρίζονται στην τεχνική της συνέντευξης κινητοποίησης για τη ενίσχυση του κινήτρου για συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής άσκησης μπορούν να προταθούν ως μια εναλλακτική λύση σε μια πληθώρα συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (Hettema et al., 2005). Η συνέντευξη κινητοποίησης, τα τελευταία χρόνια αξιοποιείται ως μια στρατηγική κινητοποίησης για συμμετοχή σε άσκηση, βρίσκοντας εφαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων άσκησης και φυσικής δραστηριότητας σε κλινικούς πληθυσμούς (Teixeira et al., 2012). Στην μετα-ανάλυση που υλοποίησε ο Halloran και οι συνεργάτες του (2014), υποστήριξαν ότι η ΣΚ μπορεί να συμβάλλει θετικά στην αλλαγή συμπεριφοράς και την προώθηση της φυσικής δραστηριότητας σε άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας. Η έρευνα του Weinstock και των συνεργατών του (2016), έδειξε θετικά αποτελέσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητας

παρέμβασης που βασίστηκε στην ΣΚ με στόχο την προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας σε φοιτητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την χρήση αλκοόλ. Επίσης, θετικά ευρήματα αναφέρουν και η Nasstasia και οι συνεργάτες (2017), υποστηρίζοντας ότι η ΣΚ μπορεί να κινητοποιήσει νεαρά άτομα με κατάθλιψη να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς

Στόχος της ανάπτυξης των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς είναι να διατυπώσει ένα κοινό λεξιλόγιο, βάσει του οποίου τα συστατικά στοιχεία των παρεμβάσεων αλλαγής συμπεριφοράς να μπορούν να οριστούν και να περιγράφουν έτσι ώστε να μπορούν να επαναληφθούν πιστά, διευκρινίζοντας πότε και πώς το περιεχόμενο έχει σημασία για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (Abraham & Michie, 2008). Η ταξινόμηση των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς θέτει τα θεμέλια για την αξιόπιστη και συστηματική περιγραφή των παρεμβάσεων αλλαγής συμπεριφοράς (Michie et al., 2013). Το δεδομένο αυτό, αυξάνει σημαντικά τη δυνατότητα αναγνώρισης των δραστικών συστατικών της παρέμβασης και των συνθηκών υπό τις οποίες είναι αποτελεσματικά, ενισχύοντας την αναπαραγωγή της εφαρμογής τους, προωθώντας έτσι περαιτέρω την επιστήμη της αλλαγής συμπεριφοράς. Άλλα πλεονεκτήματα της ταξινόμησης είναι ότι, σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών αντί να περιορίζεται σε έναν μόνο τομέα, παρέχοντας παράλληλα παραδείγματα και λεπτομέρειες για το πώς μπορούν να εφαρμοστεί.

Άσκηση και θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών

Μέρος της παρακάτω ανασκόπησης της βιβλιογραφίας δημοσιεύτηκε στην αγγλική γλώσσα:

Hassandra, M. Panagiotounis, F. & Theodorakis, Y. (2020). Empowering substance use disorders treatment through physical exercise. an overview of studies, *Exartiseis*, 35.

Συγχρονικές μελέτες (cross-sectional)

Οι συγχρονικές μελέτες που παρουσιάζονται παρακάτω συγκέντρωσαν πληροφορίες από συμμετέχοντες που έκαναν χρήση εθιστικών ουσιών τόσο παράνομων (οπιοειδή, κάνναβη, κοκαΐνη, κ.α) όσο και νόμιμων (νικοτίνη και αλκοόλ). Οι μελέτες αξιολόγησαν, μεταξύ άλλων, τη αποτελεσματικότητα της σωματικής άσκησης μεταξύ άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και τα κίνητρα και τα εμπόδια για συμμετοχή στην άσκηση.

Ο Abrantes και οι συνεργάτες του (2011), στην έρευνα τους συμπεριέλαβαν 97 άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ στα οποία ζητήθηκε να συμμετάσχουν τακτικά σε ένα πρόγραμμα άσκησης μέτριας έντασης, για τουλάχιστον 20 λεπτά χωρίς διακοπή. Στόχος της έρευνας ήταν να εξετάσει τα κίνητρα αλλά και τα εμπόδια των ατόμων με ΔΧΟ να συμμετάσχουν σε άσκηση, ως συμπλήρωμα στη θεραπεία τους, τις διαφορές και τις προτιμήσεις σχετικά με τον τύπο, την ένταση και το χρόνο των παρεμβάσεων άσκησης, καθώς και τις διαφορές με βάση την ουσία χρήσης, μεταξύ γυναικών και ανδρών. Αξίζει να σημειωθεί ιδιαίτερα ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων, εξέφρασε ενδιαφέρον να συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα άσκησης που έχει σχεδιαστεί ειδικά για αυτούς, καθώς και να ξεκινήσει εντός των πρώτων 3 μηνών της θεραπείας. Παράλληλα, παρατηρήθηκαν διαφορές στις προτιμήσεις άσκησης σχετικά με τον τύπο της σωματικής δραστηριότητας, τα συστατικά της παρέμβασης στην άσκηση και τα αντιληπτά οφέλη και εμπόδια στην άσκηση διέφεραν μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συνεπώς, τα ευρήματα της μελέτης μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις άσκησης θα πρέπει να προσαρμόζονται στις μοναδικές προτιμήσεις των ατόμων.

Σε μια άλλη έρευνα, ο Caviness και οι συνεργάτες του (2013), προσπάθησαν να αξιολογήσουν το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας καθώς και τα αντιλαμβανόμενα οφέλη και εμπόδια συμμετοχής στην άσκηση σε μια ομάδα 305 χρηστών μεθαδόνης. Στο πλαίσιο της έρευνας, οι συμμετέχοντες έπρεπε να ακολουθήσουν τις κατευθυντήριες γραμμές για φυσική δραστηριότητα, αξιοποιώντας οποιαδήποτε μορφή άσκησης. Παρόλο οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν πολλά οφέλη της άσκησης, μόνο το 38% των συμμετεχόντων συμμορφώθηκε με τις εβδομαδιαίες συστάσεις για σωματική δραστηριότητα και σχεδόν το 25% ανέφερε καμία σωματική δραστηριότητα. Ωστόσο, εκείνοι που πληρούσαν τις προτεινόμενες οδηγίες, είχαν σημαντικά

περισσότερες πιθανότητες να υποστηρίξουν την πρόληψη υποτροπών ως όφελος της άσκησης. Αντίστοιχη έρευνα πραγματοποιήθηκε από την Linke και τους συνεργάτες της (2015), καθώς μελέτησαν το ενδιαφέρον 19 βετεράνων που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα άσκησης, βασισμένο στις κατευθυντήριες γραμμές για φυσική δραστηριότητα, ως συμπληρωματική παρέμβαση στη τρέχουσα θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βετεράνοι με ΔΧΟ, ενδιαφέρονται να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης, προτείνοντας προτάσεις για τη τροποποίηση και προσαρμογή των προγραμμάτων άσκησης, τα οποία και αξιοποιήθηκαν στη συνέχεια για τον σχεδιασμό ενός προγράμματος θεραπείας με βάση την άσκηση, προσαρμοσμένο ειδικά στις ανάγκες τους.

Η έρευνα της Nani και των συνεργατών της (2017), κατέδειξε τη σημαντική επίδραση της σωματικής άσκησης στον βαθμό ευτυχίας 73 ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνότητα άσκησης επηρέαζε θετικά την ευτυχία των συμμετεχόντων, σε αντιδιαστολή με την ένταση που δεν παρουσίασε αντίστοιχα αποτελέσματα. Σημαντική είναι η έρευνα του Wang και των συνεργατών του (2019), στην οποία προσδιόρισαν τον κρίσιμο ρόλο της εσωτερικής αναστολής για χρήση ουσιών και πως αυτή διαμεσολαβεί μεταξύ της συμμετοχής σε σωματική άσκηση και την επιθυμία για χρήση ουσιών, εξαρτημένων γυναικών από ναρκωτικές ουσίες. Στην έρευνα συμμετείχαν 465 γυναίκες πολύ-χρήστες ουσιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εσωτερική αναστολή επηρεάζει το αποτέλεσμα διαμεσολάβησης μεταξύ της έντασης της σωματικής δραστηριότητας και της επιθυμίας, με την μέτρια έντασης δραστηριότητα να οδηγεί σε ισχυρότερη εσωτερική αναστολή και τη χαμηλότερη επιθυμία για χρήση ουσιών.

Ο Ahmadabadi (2018) στην μελέτη του διερεύνησε τη σχέση μεταξύ αθλητικής δραστηριότητας και κατάχρησης ναρκωτικών, καπνίσματος και αλκοόλ μεταξύ 1173 φοιτητών ανδρών και γυναικών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η κατάχρηση ναρκωτικών, ήταν σημαντικά υψηλότερα στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες. Πιθανή ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι ότι οι άνδρες είναι σχετικά πιο τακτικοί σε αθλητικές δραστηριότητες από ότι οι γυναίκες. Επίσης, οι άνδρες είναι μέλη οργανωμένων αθλητικών ομάδων ενώ οι γυναίκες συμμετέχουν σε άσκηση εκτός του πλαισίου αθλητικών ομάδων.

Ανακεφαλαιώνοντας, τα αποτελέσματα, των συγχρονικών μελετών, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με ΔΧΟ δεν είναι αρκετά σωματικά δραστήρια, όσο ο τυπικός πληθυσμός, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν σημαντικά ζητήματα που συνδέονται με την κακή φυσική κατάσταση που είναι απόρροια της μακροχρόνιας εμπλοκής τους με τη χρήση ουσιών. Ωστόσο, ιδιαίτερα σημαντικό είναι, ότι εκφράζουν ενδιαφέρον για συμμετοχή σε προγράμματα σωματικής άσκησης και αθλητισμού, ιδίως εάν τα προγράμματα αυτά είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους. Επιπλέον, ο εντοπισμός των εμποδίων και των διευκολυντών, αποτελεί επίσης, θέμα ενδιαφέροντος στις μελέτες που εξετάστηκαν, με το κίνητρο για συμμετοχή σε άσκηση, να παίζει καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της. Ένα πρόσθετο εύρημα είναι ότι, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις προτιμήσεις τους λόγω μεμονωμένων παραγόντων (π.χ. φύλο ή στάδιο θεραπείας) όσον αφορά τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την άσκηση, όπως ο τύπος, η συχνότητα και η ένταση.

Έρευνες βασισμένες σε παρεμβάσεις

Σχετικά με τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων, δύο μελέτες (Brown et al., 2010; Muller & Clausen, 2015) σύγκριναν δεδομένα πριν και μετά την παρέμβαση, ενώ δέκα συμπεριελάμβαναν πειραματική και ομάδα ελέγχου (Correia, Benson, & Carey, 2005; Centre, 2014; Dolezal, 2013; Gimnez, 2015; Zhuang et al., 2013; McDaniel, 2016; Rawson et al., 2015; Wang et al., 2017; Zhu et al., 2016, 2018). Όσον αφορά την επιλογή του δείγματος, οχτώ από αυτές ήταν τυχαιοποιημένη (Correia, Benson, & Carey, 2005; Cutter, 2014; Dolezal, 2013; Zhuang et al., 2013; Rawson et al., 2015; Wang et al., 2017; Zhu et al., 2016, 2018) και τρεις μη τυχαιοποιημένη. Το δείγμα ανά μελέτη κυμαινόταν μεταξύ 14 και 200 συμμετεχόντων (Buchowski, 2011; Brown et al., 2010; Beynon et al., 2013; Cutter, 2014; Dolezal, 2013; Gimnez, 2015; Muller & Clausen, 2015; Rawson et al., 2015; Roessler 2010; Wang et al., 2017) με τις μισές από τις μελέτες να έχουν λιγότερους από 50. Το δείγμα σε τέσσερις μελέτες σχετιζόταν με νόμιμες και παράνομες ουσίες (Brown et al., 2010; Gimnez, 2015; McDaniel, 2016; Muller & Clausen, 2015) και οκτώ μόνο με παράνομες (Buchowski, 2011; Beynon et al., 2013; Cutter, 2014; Dolezal, 2013; Rawson et al., 2015; Roessler 2010; Wang et al., 2017; Zhu et al., 2016, 2018). Δύο έρευνες μελέτησαν την εφαρμογή προγραμμάτων στη φύση (Bettmann, Russell, & Parry, 2013; Bennett, Cardone, & Jarczyk, 1998) και 5 μελέτησαν εναλλακτικές μορφές άσκησης όπως η γιόγκα και το Tai-Chi (Devi et al., 2014; Zhuang, A & Zhao, 2013; Zhu et al., 2016, 2018; McDaniel, 2016).

Όσον αφορά την ένταση της άσκησης κυμαινόταν από ελαφριά έως έντονη, με τις περισσότερες μελέτες να χρησιμοποιούν ασκήσεις μέτριας έντασης. Όλες οι παρεμβάσεις άσκησης εποπτεύονταν, κυρίως από έναν επαγγελματία άσκησης, και όλες παραδίδονταν σε ομάδες, εκτός από δύο που παραδίδονταν ατομικά (Cutter, 2014; Dolezal, 2013) και μία μικτή (Muller & Clausen, 2015). Όλες οι προπονήσεις άσκησης παραδίδονταν δια ζώσης, εκτός από μία που χρησιμοποιούσε την τεχνολογία (Cutter, 2014). Δέκα μελέτες χρησιμοποίησαν μετρήσεις για σωματική άσκηση (π.χ. τεστ φυσικής κατάστασης, κ.α) (Beynon et al., 2013; Brown et al., 2010; Cutter, 2014; Dolezal, 2013; Gimnez, 2015; Muller & Clausen, 2015; Rawson et al., 2015; Roessler, 2010; Zhu et al., 2016, 2018), ενώ μία αξιολόγησε την αυτο-αποτελεσματικότητα (McDaniel, 2016), μία την έντονη επιθυμία για χρήση και την ηλεκτρο-εγκεφαλογραφική δραστηριότητα (Wang et al., 2017) και μία την εικόνα του σώματος (Roessler, 2010).

Δέκα μελέτες (Buchowski, 2011; Beynon et al., 2013; Brown et al., 2010; Cutter, 2014; Gimnez, 2015; Zhuang et al., 2013; Rawson et al., 2015; Roessler, 2010; Zhu et al., 2016, 2018) ανέφεραν μείωση στη χρήση ουσιών (υποτροπές ή έντονη επιθυμία) και ταυτόχρονα αύξηση των μεταβλητών που σχετίζονται με την άσκηση (φυσική κατάσταση ή συμμετοχή). Δύο μελέτες (Beynon et al., 2013; Dolezal, 2013) ανέφεραν μόνο βελτίωση της φυσικής κατάστασης, δυο μελέτες (Buchowski, 2011; Wang et al., 2017) ανέφεραν μείωση στη χρήση ουσιών μόνο, ενώ μία μελέτη (McDaniel, 2016) δεν ανέφερε καθόλου διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (ασκούμενοι και μη ασκούμενοι). Τέλος, μία μελέτη (Muller & Clausen, 2015) ανέφερε βελτιώσεις στη σωματική και ψυχολογική υγεία.

Οι Dolezal και οι συνεργάτες του (2013) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος προπόνησης αντοχής και ενδυνάμωσης, διάρκειας 8 εβδομάδων σε άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για εξάρτηση από μεθαμφεταμίνη. Συνολικά 39 άτομα κατανεμήθηκαν τυχαία για 8 εβδομάδες: στην πειραματική ομάδα (n = 15) που εκτελούσε άσκηση 3 ημέρες/εβδομάδα και στην ομάδα ελέγχου (n = 14) που παρακολουθούσε μόνο ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης υγείας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα εξαρτημένα άτομα από μεθαμφεταμίνη παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις στην αερόβια ικανότητα τους και στη μυϊκή τους δύναμη και αντοχή, αναδεικνύοντας την εξαιρετική ανταπόκριση τους σε παρεμβάσεις άσκησης.

Ο Giménez-Meseguer και οι συνεργάτες του (2015) στην μελέτη τους υποστήριξαν τη σημασία της άσκησης, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΔΧΟ μετά τη συμμετοχής τους σε ένα ομαδικό πρόγραμμα άσκησης. Οι 37 συμμετέχοντες της μελέτης δεν επιλέχθηκαν τυχαία και διαχωρίστηκαν στην πειραματική ομάδα (n=18) που συμμετείχε σε ένα ομαδικό πρόγραμμα άσκησης 12 εβδομάδων, 3 ημέρες/εβδομάδα για 60-90 λεπτά ανά συνεδρία, εκτελώντας αερόβια άσκηση και μυϊκή αντοχή, μέτριας έως έντονη έντασης και στην ομάδα ελέγχου (n=19) που συμμετείχε στη συνηθισμένη θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτιώσεις στη γενικότερη φυσική κατάσταση καθώς και σε διαφορετικές πτυχές της ποιότητας ζωής, όπως τη σωματική λειτουργία, τη ψυχική υγεία, τη ζωτικότητα, τη κοινωνική λειτουργία και τη γενική αντίληψη της υγείας. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικά σωματικά οφέλη, όπως μειωμένοι τραυματισμοί και μυϊκός πόνος, μείωση του βάρους καθώς και σημαντικά ψυχολογικά οφέλη, όπως μείωση των επιπέδων της οξεία επιθυμίας για χρήση, διαχείριση των καθημερινών προβλημάτων, βελτίωση της διάθεση και μείωσης του άγχος και του στρες. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν και στην μελέτη των Muller και Clausen (2015) εφαρμόζοντας ένα ομαδικό πρόγραμμα άσκησης, 10 εβδομάδων/3 φορές ανά εβδομάδα/διάρκειας 30 λεπτών, σε 35 άτομα με ΔΧΟ που παρακολουθούσαν θεραπεία σε ένα πρόγραμμα εσωτερικής παρακολούθησης. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι τόσο ο τομέας της σωματικής υγείας όσο και ο τομέας της ψυχικής υγείας της ποιότητας ζωής βελτιώθηκαν σημαντικά. Επιπλέον, σημαντικό εύρημα ήταν ότι, καθώς το πρόγραμμα άσκησης ήταν χαμηλής έντασης, κατέστη εφικτό και για τα πιο επιβαρυνόμενα άτομα να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, φέρνοντας θετικά αποτελέσματα, βελτιώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η συνθήκη αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική λαμβάνοντας υπόψη την κακή σωματική υγεία και φυσική κατάσταση των ατόμων με ΔΧΟ.

Ο Weinstock και οι συνεργάτες του (2008) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ολοκλήρωσης ενός προγράμματος άσκησης και του θεραπευτικού αποτελέσματος σε πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης, σε ένα δείγμα 187 χρηστών ουσιών που λάμβανε χρηματικό ποσό για ενίσχυση της συμμετοχής. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες με βάση το εάν ένα άτομο ολοκλήρωσε ή όχι μια δραστηριότητα σχετική με την άσκηση. Άτομα που ολοκλήρωσαν μια δραστηριότητα άσκησης (n = 45) κατάφεραν να έχουν μεγαλύτερες περιόδους αποχής από την χρήση ουσιών σε σχέση

με τα άτομα που δεν το ολοκλήρωσαν ($n = 142$). Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η άσκηση μπορεί να είναι επωφελής για άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.

Ο Brown και οι συνεργάτες του (2010) στην μελέτη τους διερεύνησαν την αξία της αερόβιας άσκησης ως συμπληρωματική θεραπεία στην αντιμετώπιση των ΔΧΟ. Το δείγμα περιελάμβανε 16 άτομα με ΔΧΟ, που συμμετείχαν σε μια παρέμβαση, 12 εβδομάδων, μέτριας έντασης αερόβιας άσκησης. Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σημαντική αύξηση σε ποσοστό ημερών αποχής από την χρήση ουσιών στο τέλος της παρέμβασης και όσοι παρακολούθησαν τουλάχιστον το 75% των συνεδριών άσκησης είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα χρήσης ουσιών από εκείνους που δεν το έκαναν. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σημαντική αύξηση της καρδιακής και αναπνευστικής τους ικανότητας έως το τέλος της παρέμβασης.

Η έρευνα του Rawson και των συνεργατών του (2015), είχε ως πρωταρχικό στόχο να αξιολογήσει την επίδραση μιας παρέμβασης μέτριας έντασης άσκησης, 8 εβδομάδων, στη θεραπεία χρηστών μεθαμφεταμίνης κατά την μετα-παρακολούθηση τους μετά την ολοκλήρωση ενός προγράμματος εσωτερικής παρακολούθησης. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 135 άτομα τα οποία κατανεμήθηκαν τυχαία σε 2 ομάδες, την ομάδα που έκανε άσκηση και στην ομάδα που παρακολουθούσε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Ωστόσο, τα άτομα με χαμηλότερη σοβαρότητα χρήσης μεθαμφεταμίνης είχαν μεγαλύτερη αποχή από την χρήση σε σχέση με τους χρήστες χαμηλότερης σοβαρότητας στην ομάδα εκπαίδευσης, υποστηρίζοντας την αξία της άσκησης ως συστατικού θεραπείας για άτομα που έκαναν περιορισμένη χρήση ουσιών.

Στη έρευνα του Wang και των συνεργατών του (2017), συμμετείχαν, μετά από τυχαιοποιημένη επιλογή, 50 χρήστες μεθαμφεταμίνης που παρακολουθούσαν θεραπεία σε ένα πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης, σε ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης. Τα αποτελέσματα της μελέτη παρείχαν περαιτέρω υποστήριξη ότι η προπόνηση αερόβιας άσκησης μπορεί να είναι αποτελεσματική για τη διαχείριση της επιθυμίας για χρήση μεθαμφεταμίνης, ενισχύοντας παράλληλα τον ανασταλτικό έλεγχο και την αποχή από τη χρήση ουσιών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα του Cutter και των συνεργάτες του (2014), όπου κατένειμαν τυχαία τους συμμετέχοντες για τη διερεύνηση του αντίκτυπου της συμμετοχής σε άσκηση, αξιοποιώντας τις δυνατότητες που προσφέρει η τεχνολογία (πλατφόρμα παιχνιδιών Wii Fit Plus και Wii), στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, τη χρήση ουσιών και την ψυχολογική ευεξία. Οι συμμετέχοντες που αξιοποίησαν το ενεργό παιχνίδι (Wii Fit Plus) ανέφεραν μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα από τους συμμετέχοντες στο καθιστικό παιχνίδι (Wii), μειώνοντας παράλληλα τη χρήση ουσιών και τα επίπεδα του άγχους.

Μια σημαντική κατηγορία δραστηριοτήτων άσκησης που αξιοποιείται τακτικά από τα οργανωμένα προγράμματα θεραπείας ΔΧΟ είναι οι δραστηριότητες περιπέτεια στη φύση. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη εμπειρική προσοχή στην αξιολόγηση της εφαρμογής προγραμμάτων περιπέτεια στην φύση στο συγκεκριμένο πληθυσμό, με τις έρευνες να συνδέονται κυρίως με την εφαρμογή της μεθοδολογίας της θεραπείας μέσω της περιπέτειας (Adventure Therapy), ως συμπληρωματικό εργαλείο στη θεραπεία ΔΧΟ. Οι Bennett, Cardone και Jarczyk (1998) εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιπέτειας, τριών ημερών βασιζόμενο στη θεραπεία μέσω της περιπέτειας, σε ενήλικα άτομα με ΔΧΟ. Συνολικά συμμετείχαν 31 άτομα, 13 στην πειραματική ομάδα και 18 που συμμετείχαν σε ένα συνηθισμένο πρόγραμμα ΔΧΟ. Και οι δύο ομάδες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια πριν και μετά την παρέμβαση. Τα άτομα της πειραματικής ομάδας παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις στη διαχείριση των αρνητικών σκέψεων και στην έντονη επιθυμία για χρήση. Επίσης, στην μετα-παρακολούθηση τους μετά από 10 μήνες τα ποσοστά υποτροπής της ομάδας ελέγχου (58%) ήταν αρκετά υψηλότερα από την πειραματική ομάδα (31%). Οι Bettmann, Russell και Parry (2013) επιχείρησαν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόοδο και τα αποτελέσματα σε πρόγραμμα θεραπείας μέσω της περιπέτειας. Το δείγμα αποτελείτο από 189 εφήβων με ΔΧΟ, που συμμετείχαν σε προγράμματα δραστηριοτήτων βασισμένα στη θεραπεία μέσω της περιπέτειας. Ένα σημαντικό εύρημα που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι ότι η θέληση για αλλαγή δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα της εμπειρίας τους στη φύση καθώς έρχεται σε αντίθεση με αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η προθυμία και το κίνητρο για αλλαγή είναι βασικά στοιχεία της αλλαγής συμπεριφοράς. Η έρευνα προτείνει ότι ο μεγαλύτερος προγνωστικός παράγοντας βελτίωσης των αποτελεσμάτων της θεραπείας είναι η

εκπαίδευση των νεαρών ατόμων σε στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στην αποχή.

Από την ανασκόπηση της διεθνής βιβλιογραφίας, ιδιαίτερη σημασίας έχουν οι μελέτες που έχουν διερευνήσει εναλλακτικές μορφές άσκησης, όπως η γιόγκα και το Tai-Chi, ως συμπληρωματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να υποστηρίξουν τα άτομα με ΔΧΟ να βελτιώσουν τη διάθεσή τους και την ποιότητα ζωής τους, διαχειρίζοντας έτσι με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα την αποχή τους από τη χρήση ουσιών. Παρουσιάζουμε ενδεικτικά μέρος από τη διεθνή βιβλιογραφία καθώς οι συγκεκριμένες μορφές άσκησης δεν αποτελούν αντικείμενο της διατριβής. Η μελέτη των Zhuang, An και Zhao (2013), ήταν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με τη συμμετοχή εβδομήντα πέντε γυναικών ηλικίας 20 έως 37 ετών που υποβάλλονταν σε αποτοξίνωση για εξάρτηση από την ηρωίνη και οι οποίες κατανεμήθηκαν τυχαία σε πειραματική και ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα γιόγκα 6 μηνών, παράλληλα με την αποτοξίνωση, ενώ η ομάδα ελέγχου λάμβανε μόνο υπηρεσίες αποτοξίνωσης. Η πειραματική ομάδα έδειξε σημαντική βελτίωση της κατάστασης της διάθεσης και της ποιότητας ζωής, με την πάροδο του χρόνου, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, ενισχύοντας την ιδέα ότι η γιόγκα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματική θεραπεία στη παραδοσιακή θεραπεία. Ο Devi και οι συνεργάτες του (2014), τυχαιοποίησαν 66 άτομα με ΔΧΟ, σε μια ομάδα γιόγκα που συμμετείχε σε καθημερινές συνεδρίες γιόγκα για 4 εβδομάδες και μια ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση γιόγκα βελτίωσε σημαντικά τα συμπτώματα κατάθλιψης στην ομάδα παρέμβασης, καθώς επίσης είχε θετικό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, ο McDaniel (2016) αξιολόγησε την επίδραση της συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα γιόγκα σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, χωρίς τα αποτελέσματα να δείχνουν καμία σημαντική διαφορά ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, είτε για τις ομάδες θεραπείας γιόγκα είτε για μη γιόγκα. Η μελέτη του Zhu και των συνεργατών του (2016) διερεύνησε εάν το Tai-Chi μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου και να μειώσει τα επίπεδα άγχους και στρες των γυναικών που εξαρτώνται από διεγερτικά τύπου αμφοεταμίνης, με τα αποτελέσματα να δείχνουν θετικές επιδράσεις. Στην συνέχεια, ο ίδιος ερευνητής, το 2018 με τους συνεργάτες του, αξιολόγησε την επίδραση ενός προγράμματος 12 εβδομάδων Tai Chi, στην ποιότητα ζωής ατόμων με εξάρτηση διεγερτικών, με τα ίδια θετικά αποτελέσματα. Οι δυο μελέτες υποστηρίζουν ότι το Tai Chi μπορεί να αποτελέσει μια

φθηνή και εναλλακτική μορφή άσκησης, που μπορεί να συνεισφέρει στη κλιμάκωση της αποχής από ουσίες.

Μια μελέτη που περιλαμβάνει ένα πολύ ιδιαίτερο δείγμα πληθυσμού πραγματοποιήθηκε από τον Beynon και τους συνεργάτες του (2013), οι οποίοι εξέτασαν την σκοπιμότητα μιας παρέμβασης άσκησης, 8 εβδομάδων, σε 17 ηλικιωμένους χρήστες ναρκωτικών (ηλικίας 40 ετών και άνω). Παρά το χαμηλό ποσοστό ολοκλήρωσης που επηρεάστηκε από άλλους παράγοντες (θέματα υγείας, φροντίδας τρίτων, κ.α.), τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά, καθώς οι συμμετέχοντες παρατήρησαν αλλαγές στη σωματική τους υγεία, στη φυσική τους κατάσταση καθώς και ότι έδειξαν ενδιαφέρον να συμμετέχουν σε ένα ευρύτερο φάσμα σωματικών δραστηριοτήτων.

Στην πιλοτική μελέτη που πραγματοποίησε η Roessler (2010), αξιολόγησε την άσκηση ως μέσο για την αλλαγή της συμπεριφοράς και της εικόνα του σώματος των ατόμων με ΔΧΟ. Το δείγμα αποτελείται από 38 συμμετέχοντες (23 άνδρες και 15 γυναίκες), που συμμετείχαν σε μια παρέμβαση άσκησης τρεις φορές την εβδομάδα, για τουλάχιστον δύο έως το πολύ έξι μήνες. Το ποσοστό ολοκλήρωσης της παρέμβασης άσκησης ήταν χαμηλό (52%), ωστόσο θεωρείται επιτυχημένο στις παρεμβάσεις σε άτομα με ΔΧΟ, που συνήθως χαρακτηρίζεται από χαμηλή συμμόρφωση και δέσμευση. Τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, έδειξαν αυξημένη πρόσληψη οξυγόνου κατά μέσο όρο 10%, βελτιωμένη ποιότητα ζωής, βελτιωμένη ζωτικότητα και απέκτησαν καλύτερη εικόνα για το σώμα τους. Επιπλέον, ανέφεραν ότι η άσκηση είχε σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά εξάρτησής τους, καθώς μείωσαν κατά πολύ την χρήση ουσιών κατά την περίοδο της άσκησης.

Ο Buchowski και οι συνεργάτες του (2011), διερεύνησαν τις επιδράσεις της μέτριας αερόβιας άσκησης στην έντονη επιθυμία για χρήση, ενηλίκων χρηστών κάνναβης που δεν συμμετέχουν σε θεραπεία. Στην μελέτη συμμετείχαν 14 άτομα που παρακολούθησαν 10 εποπτευόμενες συνεδρίες γυμναστικής, 30 λεπτών μέτριας έντασης για 2 εβδομάδες. Η χρήση ουσιών αξιολογήθηκε 1 εβδομάδα πριν, κατά τη διάρκεια και 2 εβδομάδες μετά το τέλος της παρέμβασης, χρησιμοποιώντας εργαλεία αυτο-αναφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα της έντονης επιθυμίας για χρήση, καθώς και η χρήση κάνναβης, μειώθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της παρέμβασης άσκησης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ωστόσο, ότι τα ευρήματα

έδειξαν, ότι μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος άσκησης, η χρήση κάνναβης επανήλθε στα αρχικά επίπεδα πριν από τη συμμετοχή σε άσκηση.

Ενδιαφέρον έχει η μελέτη των Correia, Benson και Carey (2005), όπου διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και συμπεριφορών χωρίς τη χρήση ουσιών (άσκηση και δημιουργικές δραστηριότητες) σε ένα μη κλινικό δείγμα 133 νέων ενηλίκων. Στην παρέμβαση που διήρκεσε 4 εβδομάδες, οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν τυχαία σε μία από τις τρεις πειραματικές συνθήκες με αντίστοιχες οδηγίες συμπεριφοράς: μείωση χρήσης ουσιών, αύξηση δραστηριότητας (άσκηση και δημιουργικές δραστηριότητες) και ομάδα ελέγχου χωρίς καμία δραστηριότητα. Οι συμμετέχοντες των ομάδων μείωσης χρήσης ουσιών και αύξηση δραστηριοτήτων ανέφεραν σημαντική μείωση στη συμπεριφορά χρήσης ουσιών. Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες που απέδειξαν ότι η μείωση της χρήσης ουσιών μπορεί να επιτευχθεί με την αύξηση της συμμετοχής σε συμπεριφορές χωρίς ουσίες.

Συνοψίζοντας, οι παρεμβάσεις προγραμμάτων άσκησης είχαν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά θετικά αποτελέσματα για τους συμμετέχοντες. Η μείωση μεταξύ άλλων, των επιπέδων οξείας επιθυμίας για χρήση και συμπτωμάτων άγχους, έντασης και κατάθλιψης, είναι ένα κοινό θετικό αποτέλεσμα για τα άτομα με ΔΧΟ, καθώς βιώνουν μια έντονα μειωμένη διάθεση, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα στάδια θεραπείας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, δημιουργούνται πρόσθετα θετικά αποτελέσματα όπως η αισιοδοξία και η ικανοποίηση για και από τη ζωή, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η γενική αντίληψη της υγείας, καθώς και η απόσπαση της προσοχής από τις αρνητικές σκέψεις. Παράλληλα, σημαντικά ήταν τα οφέλη στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της εικόνας του σώματος. Η πρακτική της γιόγκα και του Tai Chi και η χρήση των συστατικών τους (π.χ., χαλάρωση, διαλογισμός) μπορεί να είναι χρήσιμα και συμπληρωματικά στη θεραπεία ΔΧΟ.

Έρευνες Ανασκόπησης/Μετα-ανάλυσης

Όσον αφορά τον συνδυασμό των αποτελεσμάτων των επιμέρους μελετών στο πεδίο, έχουν πραγματοποιηθεί τρεις συστηματικές ανασκοπήσεις που συνοψίζουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις επιδράσεις της σωματικής άσκησης στη θεραπεία των ΔΧΟ (Wang, 2014), με τον αντίκτυπο της αναερόβιας άσκησης (College, 2018), καθώς και τις προτιμήσεις άσκησης και τις στάσεις απέναντι στην άσκηση των

ατόμων με ΔΧΟ σε προγράμματα θεραπείας (Simonton et al., 2018), μία μετα-ανάλυση (Wang, 2014), τρεις (Linke & Ussher, 2015; More, 2017; Zschucke et al., 2012) βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και δυο περιγραφικές ανασκοπήσεις (narrative review) που αναφέρονται στην αξιοποίηση της γιόγκα.

Για να εξεταστεί εάν η μακροχρόνια σωματική άσκηση θα μπορούσε να είναι μια πιθανή αποτελεσματική θεραπεία για ΔΧΟ, ο Wang και οι συνεργάτες (2014) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση. Για τον σκοπό αυτό επιλέχθηκαν 22 τυχαιοποιημένες μελέτες που ανέλυσαν τις επιδράσεις της σωματικής άσκηση στην εξάρτηση από αλκοόλ (3 μελέτες), νικοτίνη (11 μελέτες) και παράνομων ουσιών (5 μελέτες), καθώς και πολύ-χρήστες αλκοόλ, νικοτίνης και παράνομων ουσιών (4 μελέτες). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σωματική άσκηση μπορεί να αυξήσει αποτελεσματικά το ποσοστό αποχής, να βοηθήσει τα άτομα με ΔΧΟ να διαχειριστούν τα συμπτώματα στέρησης και να μειώσει το άγχος και την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης, η σωματική άσκηση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική όσον αφορά την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στους χρήστες αλκοόλ και παράνομων ουσιών από τους χρήστες νικοτίνης αλλά και να βελτιώσει σημαντικά το ποσοστό αποχής στους χρήστες παράνομων ουσιών σε σχέση με τους χρήστες νόμιμων ουσιών. Από τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης, οι επιδράσεις της σωματικής άσκησης είναι πιο σημαντική στην εξάρτηση από παράνομες ουσίες σε σχέση με τις νόμιμες.

Στη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησε ο Colledge και οι συνεργάτες του (2018), αξιολόγησε την εφαρμογή της αναερόβιας άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ. Στην ανασκόπηση περιλαμβάνονται 26 μελέτες (12 κάπνισμα, 1 αλκοόλ και 13 παράνομες ή άλλες συνταγογραφούμενες ουσίες) οι οποίες, αφορούσαν αναερόβια ή έντονη άσκηση κατά την θεραπεία ΔΧΟ, ανεξαρτήτως είδος αθλήματος, άσκησης ή δομημένης σωματικής δραστηριότητας, εξαιρουμένης, του pilates, των διατάσεων, του περπατήματος, της ιατρικής αποκατάστασης, της γιόγκα ή του Τάι Τσι. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα στοιχεία σχετικά με την επίδραση της αναερόβιας άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ είναι αδύναμα, καθώς οι μεμονωμένες μελέτες ενώ δείχνουν θετικά αποτελέσματα, η ποιότητα των στοιχείων απαγορεύει σαφείς ενδείξεις αποτελεσματικότητας καθώς οι επιδράσεις της αερόβιας έντασης δεν προσδιορίζονται επαρκώς και επομένως δεν μπορούν να αξιολογηθούν ή να

εφαρμοστούν συστηματικά. Ωστόσο, παρατηρήθηκε μια τάση προς θετικές επιδράσεις στην αποχή από την εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Στην ανασκόπηση τους ο Simonton και οι συνεργάτες του (2018), εντόπισε πέντε μελέτες σχετικά με τις προτιμήσεις άσκησης για άτομα με ΔΧΟ. Τα ευρήματα της ανασκόπησης, αν και περιορισμένα, υποδηλώνουν ότι τα άτομα με ΔΧΟ ενδιαφέρονται να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης, θεωρώντας ότι θα αποκτήσουν μια αίσθηση ολοκλήρωσης, θα βελτιώσουν τη σωματική τους υγεία, οδηγώντας τους να αποκτήσουν την αυτοπεποίθηση που χρειάζονται για να απέχουν από τη χρήση. Όσον αφορά τα εμπόδια, η έλλειψη κινήτρων, οικονομικοί περιορισμοί, η αναπηρία ή ο τραυματισμός και η έλλειψη ενέργειας αποτελούν σημαντικούς αρνητικούς παράγοντες. Επιπλέον, οι κοινωνικές σχέσεις, φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ενίσχυσης και ενθάρρυνσης για συμμετοχή σε άσκηση. Σχετικά με τον τύπο και την ένταση της άσκησης προτείνεται η κλιμάκωση μέτριας προς έντονης έντασης, η ενσωμάτωση προπόνησης δύναμης/αντίστασης, το περπάτημα, το τρέξιμο, το ποδήλατο, η γιόγκα και άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Η εφαρμογή της άσκησης πρέπει να γίνεται δια ζώσης και υπό την επίβλεψη εκπαιδευτή ή συνδυασμός επίβλεψης / χωρίς επίβλεψη.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Zschucke, Heinz και Ströhle, (2012), επιχείρησε να συγκεντρώσει τα εμπειρικά στοιχεία των θεραπευτικών επιδράσεων της φυσικής δραστηριότητας και της άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ. Στην ανασκόπηση αξιοποιήθηκαν 34 μελέτες που αναφερόντουσαν στην εξάρτηση από την νικοτίνη (9 τυχαιοποιημένες μελέτες), την εξάρτηση από το αλκοόλ (17 τυχαιοποιημένες μελέτες) και από παράνομες ουσίες (8 μελέτες ανεξαρτήτου στρατηγικών ελέγχου). Παρότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η άσκηση μπορεί να συνεισφέρει αποτελεσματικά στη θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος, δεν έχουν δημοσιευτεί γενικευμένες και μεθοδολογικά ισχυρές μελέτες για την συνεισφορά της στη θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ και παράνομων ουσιών, επιτρέποντας μόνο προκαταρκτικά συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της άσκησης σε αυτές τις διαταραχές. Οι συγγραφείς λαμβάνοντας υπόψη τη δεδομένη παρουσία προγραμμάτων άσκησης ως αναπόσπαστο μέρος στην θεραπεία ΔΧΟ, προτείνουν μελλοντικά να πραγματοποιηθούν μεθοδολογικά σταθερές μελέτες για την αξιολόγηση των ωφελειών

των παρεμβάσεων άσκησης στην οξεία επιθυμία, την αποχή, την υποτροπή καθώς και σε άλλους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα άτομα με ΔΧΟ.

Οι Linke και Ussher (2015) επιχείρησαν να συνοψίσουν τις μελέτες που εξετάζουν τα αποτελέσματα της άσκησης στην θεραπεία ΔΧΟ, να αναζητήσουν τους θεωρητικούς μηχανισμούς και τους πρακτικούς λόγους διερεύνησης αυτού του θέματος, να προσδιορίσουν σχετικά ερευνητικά ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα και τέλος να περιγράψουν πιθανές επιπτώσεις κατά την εφαρμογή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρότι υπάρχει περιορισμένη έρευνα, η άσκηση μπορεί να είναι μια αποτελεσματική συμπληρωματική για τη θεραπεία ΔΧΟ.

Σημαντικές συστάσεις έρχονται από τον More και τους συνεργάτες του (2017), μετά από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καθώς επιχείρησαν να εντοπίσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ΔΧΟ σε νεαρά άτομα, καθώς και να παρουσιάσουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ενσωμάτωσης της συμμετοχής στην άσκηση κατά τη θεραπεία ΔΧΟ. Καθώς δεν υπάρχει συνεπής και καθολικά αποδεκτή θεραπευτική προσέγγιση για τους νέους με ΔΧΟ, ο πρωταρχικός στόχος είναι η αποχή, που επιτυγχάνεται μέσω της θεραπείας των φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνιολογικών προβλημάτων που παρουσιάζει το νεαρό άτομο στοχεύοντας στην ελαχιστοποίηση της βλάβης, της διευκόλυνσης της πρόσβασης στην εκπαίδευση, της μείωσης της χρήσης ουσιών, της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων και της βελτίωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη συστήνει περισσότερη διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των νέων με ΔΧΟ απέναντι στην άσκηση καθώς και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την συμμετοχή σε αυτή.

Τα τελευταία χρόνια ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών υποστηρίζουν ολοένα και περισσότερο τη γιόγκα ως μια πολλά υποσχόμενη συμπληρωματική θεραπεία για ΔΧΟ καθώς και για την πρόληψη συμπεριφορών εξάρτησης. Η περιγραφική ανασκόπηση των Khanna και Greenson (2013) εστιάζει στη φιλοσοφική προέλευση, τις τρέχουσες επιστημονικές αποδείξεις καθώς και στην κλινική εφαρμογή της γιόγκα ως συμπληρωματική θεραπεία για τις ΔΧΟ. Λαμβάνοντας υπόψη τον μικρό αριθμό των μελετών σχετικά με τον ειδικό ρόλο της γιόγκα στη θεραπεία ΔΧΟ, οι ερευνητές πρότειναν ένα εννοιολογικό μοντέλο για την ενημέρωση μελλοντικών μελετών σχετικά με τα αποτελέσματα και τους πιθανούς μηχανισμούς. Επίσης, επισήμαναν ότι

απαιτείται πρόσθετη έρευνα για τη καλύτερη κατανόηση των διαφορετικών τύπων γιόγκα και σε ποιους τύπους εθισμού και υπό ποιες συνθήκες αυτά λειτουργούν καλύτερα. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η περιγραφική ανασκόπηση του Kurpili και των συνεργατών του (2018) συμπληρώνοντας τον ευεργετικό ρόλο στην μείωση της οξείας επιθυμίας για χρήση ουσιών, ειδικότερα της νικοτίνης. Τέλος, η περιγραφική ανασκόπηση των Sarkar και Varshney (2017) εστίασε στις τους πιθανούς μηχανισμοί για το πώς η γιόγκα μπορεί να είναι χρήσιμη στη θεραπεία ΔΧΟ.

Άσκηση και πρόληψη

Ένα πεδίο εφαρμογής, όπου η άσκηση και η αθλητική συμμετοχή λαμβάνει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη προσοχή, είναι η πρόληψη της χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Ως μια υγιή συμπεριφορά με ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στη ψυχική όσο και τη σωματική υποστήριξη των εφήβων και των νεαρών ατόμων, η άσκηση υιοθετείται ολοένα και περισσότερο ως συστατικό πολλών προγραμμάτων πρόληψης ΔΧΟ (Korhonen et al., 2009; Lynch et al., 2017; NIDA, 2018).

Η μελέτη των Wichstrøm και Wichstrøm (2009), επιχείρησε να μελετήσει εάν η συμμετοχή σε οργανωμένα αθλήματα κατά την εφηβεία προβλέπει το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και τη χρήση κάνναβης. Επιπλέον, μελέτησε εάν η αυξημένη χρήση ουσιών, ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του αθλήματος (ομαδικού έναντι ατομικού), τις βασικές δεξιότητες που απαιτούνται (αντοχή, δύναμη ή τεχνική) και το επίπεδο του ανταγωνισμού. Στην έρευνα συμμετείχαν 3251 άτομα, ηλικίας 13-19 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αθλητική συμμετοχή στην εφηβεία, και η συμμετοχή σε ομαδικά αθλήματα ειδικότερα, μπορεί να αυξήσει τη χρήση αλκοόλ στους εφήβους ενώ αντίθετα μπορεί να μειώσει την αύξηση της χρήσης καπνού και κάνναβης. Ο Kwan και οι συνεργάτες του (2014), στη συστηματική ανασκόπηση 17 διαχρονικών μελετών, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της αθλητικής συμμετοχής και της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών μεταξύ εφήβων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμετοχή στον αθλητισμό σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ, με ένα μεγάλο ποσοστό (82%) των μελετών να δείχνει σημαντική θετική σχέση. Ωστόσο, η αθλητική συμμετοχή, φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με τη χρήση παράνομων ουσιών (80% των μελετών), ενώ το 50% των μελετών διαπίστωσε αρνητική σχέση μεταξύ της συμμετοχής στον αθλητισμό και της χρήσης μαριχουάνας. Η ανασκόπηση των Bardo και Compton (2015), διερεύνησε

την βιβλιογραφία για να καθορίσει αν η σωματική δραστηριότητα μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στην εμπλοκή χρήσης ουσιών. Τα στοιχεία έδειξαν ότι η φυσική δραστηριότητα, ανεξαρτήτου τύπου, μπορεί να χρησιμεύσει τόσο ως προληπτική όσο και ως θεραπευτική παρέμβαση, που μειώνει τη χρήση παράνομων και νόμιμων ουσιών, με πιθανή εξαίρεση την κατανάλωση αλκοόλ.

Εναλλακτικές αθλητικές δραστηριότητες

Υποστηρίζεται συχνά ότι η φύση αποτελεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον, καθώς μέσα από τις φυσικές προκλήσεις που προσφέρει, μπορεί να δημιουργήσει οφέλη στη κοινωνική, ψυχολογική, σωματική, γνωσιακή και πνευματική διάσταση του ατόμου (Dickson, Gray, & Mann, 2008; Ewert & Voight, 2012). Πράγματι, το άτομο μπορεί να επωφεληθεί από τις εμπειρίες του στο φυσικό περιβάλλον, όχι μόνο για να αποκαταστήσει τους εξαντλημένους ψυχικούς και σωματικούς του πόρους, αλλά και για να εκπαιδευτεί και να αναπτύξει νέες δεξιότητες (Garst et al., 2001). Επιπλέον, οι εμπειρίες που αποκτά το άτομο στη φύση, μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στη ψυχική υγεία του, καθώς ενισχύουν το αίσθημα της αυτο-πεποίθησης και της αυτοεκτίμησης, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του άγχους και του στρες, προσφέροντας μια αίσθηση ηρεμίας, απωθώντας τις αρνητικές σκέψεις που ενδέχεται να οδηγήσουν σε αγχωτικές καταστάσεις (Ewert & Voight, 2012).

Στο πλαίσιο αυτό, είναι κοινά αποδεκτό, ότι μοναδικές ευκαιρίες, για την επίτευξη των παραπάνω θετικών αποτελεσμάτων, μπορούν να προσφερθούν μέσα από τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση (Dickson et al., 2008). Ο λόγος, μεταξύ άλλων, που η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιπέτειας μπορεί να είναι ευεργετική στην προώθηση θετικών στάσεων και συμπεριφορών, έγκειται στην ικανότητα αυτών των τύπων εμπειριών να ενισχύουν τις ψυχολογικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές λειτουργίες του ατόμου, υποστηρίζοντας το να οικοδομήσει στοιχεία της προσωπικότητας του, όπως είναι η ψυχική ανθεκτικότητα και η αυτο-αποτελεσματικότητα (Ewert & Voight, 2012; Bowen et al., 2016).

Για όλους τους παραπάνω λόγους, τα τελευταία χρόνια, η αξιοποίηση των υπαίθριων αθλητικών δραστηριοτήτων περιπέτειας, ως εναλλακτικές πηγές διέγερσης

εφαρμόζεται με επιτυχία σε διαφορετικά πλαίσια στο χώρο της ψυχικής υγείας (Buckley & Brough, 2017; Eigenschenk, 2019). Η ευεργετική αυτή επίδραση είναι εμφανής και στην προσπάθεια πρόληψης και θεραπείας ΔΧΟ (Bennett et al., 1998; Russell et al., 1999; Russell, 2008; Bettmann et al., 2013), καθώς οι εμπειρίες που αποκτώνται μέσα από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα υπαίθριων αθλητικών δραστηριοτήτων περιπέτειας μπορούν να λειτουργήσουν ευεργετικά στο να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις της απεξάρτησης (Nichols, 1999). Η ευεργετική επίδραση των εμπειριών στη φύση είναι εμφανής στα άτομα με ΔΧΟ, μέσα από την ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση της αποχής τους από την χρήση ουσιών, καθώς και τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων που συνδέονται με αυτή, ενισχύοντας ταυτόχρονα την αυτο-πεποίθηση και την αυτο-αποτελεσματικότητα τους, δίνοντας παράλληλα την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας που μπορεί να μεταφέρουν και να αξιοποιήσουν στην καθημερινή τους ζωή (Russell et al., 1999; Bettmann et al., 2013).

Θεραπεία μέσω της περιπέτειας

Τα τελευταία χρόνια, μια από τις εναλλακτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με δυνητικά σημαντικό ρόλο στην προσωπική ανάπτυξη και τη ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων με ΔΧΟ είναι η *Θεραπεία μέσω της Περιπέτειας* (ΘμΠ), που αξιοποιεί εμπειρίες που προκαλούνται από τις υπαίθριες αθλητικές δράσεις στη φύση (Bowen et al., 2016; Russell et al., 1999).

Η ΘμΠ έχει ευρεία χρήση ως μια εναλλακτική θεραπευτική παρέμβαση σε ένα μεγάλο εύρος ψυχικών διαταραχών, είτε ως κύριο, συμπληρωματικό ή παράλληλο θεραπευτικό εργαλείο (Gass et al., 2012). Η ΘμΠ αποτελεί μια ενεργή και βιωματική προσέγγιση που αξιοποιεί ως κύριο εργαλείο τις υπαίθριες δραστηριότητες περιπέτειας για την επίτευξη των επιθυμητών θεραπευτικών στόχων (Alvarez & Stauffer, 2001; Gass & Gillis, 1998). Σε αυτό το πλαίσιο, ο Gass και οι συνεργάτες του (2012), ορίζουν τη ΘμΠ ως μια παρέμβαση για την αξιοποίηση των εμπειριών περιπέτειας, οι οποίες διεξάγονται σε φυσικά περιβάλλοντα και εμπλέκουν κιναισθητικά τους συμμετέχοντες σε γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά επίπεδα. Τα αποτελέσματα της ΘμΠ φαίνεται να επηρεάζουν θετικά τους συμμετέχοντες, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (Bowen & Neill, 2013), καθώς σχετίζονται μεταξύ άλλων, με την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου, τη προώθηση της συνεργατικότητας, την επίτευξη

στόχων, την ενίσχυση του κινήτρου, καθώς και την βελτίωση της αυτο-εικόνας, μέσα από την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας (Paxton & McAvoy, 2000; Russell et al., 1999). Ο Gass (1993) αναφέρει πέντε αρχές που διέπουν την ΘμΠ ως θεραπευτική διαδικασία:

1. Οι συμμετέχοντες εμπλέκονται ενεργά και δεν είναι απλά παθητικοί αποδέκτες στη θεραπευτική διαδικασία.
2. Οι δραστηριότητες ωθούν τους συμμετέχοντες να δημιουργήσουν προσωπικά κίνητρα για ενεργή εμπλοκή και ανάληψη ευθύνης.
3. Οι συνέπειες, αρνητικές ή θετικές, που συνδέονται με τη συμμετοχή στις δραστηριότητες επηρεάζουν άμεσα τους συμμετέχοντες.
4. Η αντανάκλαση των συναισθημάτων είναι ένα καίριο στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας.
5. Οι εμπειρίες που αποκομίζουν οι συμμετέχοντες πρέπει να δύνανται να μεταφερθούν σε μελλοντικές καταστάσεις.

Η ΘμΠ αξιοποιεί παραδοσιακές ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές θεωρίες που περιλαμβάνουν τόσο ατομική, όσο και ομαδική συμβουλευτική. Ωστόσο, διαφέρει από την παραδοσιακή συμβουλευτική, χρησιμοποιώντας τον παράγοντα του πραγματικού και αντιληπτού κινδύνου, καθώς και την επεξεργασία και τη μεταφορά της μάθησης για ψυχολογικά, εκπαιδευτικά, κοινωνιολογικά, φυσικά και πνευματικά οφέλη (Fletcher & Hinkle, 2002). Υπό αυτό το πρίσμα, ο Gass και οι συνεργάτες του (2012), αναφέρουν ότι τα βασικά στοιχεία της ΘμΠ που τη διαφοροποιούν ή τη συνδέουν με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι:

- ❖ Η θετική επίδραση της φύσης στη θεραπευτική διαδικασία.
- ❖ Η θετική χρήση του στρες.
- ❖ Η ενεργή και άμεση συμμετοχή και ευθύνη του συμμετέχοντα στη θεραπευτική διαδικασία.
- ❖ Η συμμετοχή σε εμπειρίες που δημιουργούν νόημα για τον ίδιο τον συμμετέχοντα, ιδιαίτερα όσον αφορά τις φυσικές συνέπειες.
- ❖ Η εστίαση στις θετικές αλλαγές στην τρέχουσα και μελλοντική λειτουργική συμπεριφορά.

❖ Η χρήση άγνωστων εμπειριών στη φύση.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι, η εφαρμογή παρεμβάσεων ΘμΠ χωρίς εκπαίδευση ή κατάρτιση, ενδέχεται να οδηγήσει όχι μόνο σε αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα, αλλά και πιθανές επιβλαβείς φυσικές επιπτώσεις στους συμμετέχοντες. Κατά συνέπεια, ο σύμβουλος στη ΘμΠ θα πρέπει να είναι επαγγελματικά εκπαιδευμένος, τόσο σε τεχνικές συμβουλευτικής όσο και στον προγραμματισμό και υλοποίηση δραστηριοτήτων περιπέτειας στη φύση (Tucker & Norton, 2013). Υπό αυτό το πρίσμα, ο σύμβουλος στη ΘμΠ θα πρέπει να διαθέτει τόσο παραδοσιακές συμβουλευτικές δεξιότητες (soft skills), όσο και πρόσθετες δεξιότητες, όπως ο προγραμματισμός, η επιλογή και η διαχείριση υπαίθριων αθλητικών δραστηριοτήτων (hard skills), έτσι ώστε να μπορεί να διασφαλιστεί η σωματική και η συναισθηματική ασφάλεια όλων των συμμετεχόντων (Fletcher & Hinkle, 2002; Priest & Gass, 1997; Tucker, 2009). Επιπρόσθετα, θα πρέπει να είναι ικανός να διαχειρίζεται την επεξεργασία των πληροφοριών, καθώς και να μπορεί να μεταφέρει την εμπειρία που αποκτάται μέσω της περιπέτειας, στην πραγματική ζωή των συμμετεχόντων (Fletcher & Hinkle, 2002). Συνοψίζοντας τα παραπάνω, οι Alvarez και Stauffer (2001) αναφέρουν τρεις σημαντικούς τομείς που πρέπει να έχει αναπτύξει δεξιότητες ο σύμβουλος στη ΘμΠ: α) να παρέχει συμβουλευτική, β) να διαθέτει κατάρτιση στην ΘμΠ, ώστε να είναι σε θέση να επιλέξει και να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες δραστηριότητες, εργαλεία, και τεχνικές και τέλος γ) να διαθέτει δεξιότητες για να ενσωματώσει τις εμπειρίες της ΘμΠ στην βασική θεραπεία.

Συνεχίζοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο ρόλος του συμβούλου στη ΘμΠ είναι να παρακολουθήσει και να επεξεργαστεί τις εμπειρίες, τις αντιδράσεις και τη δυναμική μεταξύ των συμμετεχόντων, με στόχο την διευκόλυνση της διαδικασίας αλλαγής τους. Συγκεκριμένα, πρωταρχικός στόχος των συμβούλων είναι, μέσα από τις περιπέτειες, να υποστηρίξουν τα άτομα στην ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων, που μπορούν να μεταφέρουν στη ζωή τους (Luckner & Nadler, 1992). Η επίτευξη του παραπάνω στόχου επιτυγχάνεται μέσα από τη διαδικασία της επεξεργασίας των πληροφοριών, αξιοποιώντας την τεχνική της αντανάκλασης (Reflection). Μέσω της επεξεργασίας, ενισχύεται ο αντίκτυπος της εμπειρίας, που αποκτάται από την περιπέτεια, στη θεραπευτική διαδικασία και μπορεί να λάβει χώρα πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την δραστηριότητα. Συγκεκριμένα, η διαδικασία της επεξεργασίας

μπορεί να αξιοποιηθεί για: α) να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να επικεντρωθούν ή να αυξήσουν την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα πριν από ένα γεγονός ή μια εμπειρία, β) να διευκολύνουν την ευαισθητοποίηση ή να προωθήσουν την αλλαγή όταν η εμπειρία λαμβάνει χώρα, γ) να περιγράψει και ή να συζητηθεί η εμπειρία μετά την ολοκλήρωσή της (δ) να ενισχύσει τις αντιλήψεις σχετικά με την επιθυμητή αλλαγή και στη συνέχεια να προωθήσει την ενσωμάτωση της στις ζωές των συμμετεχόντων, μετά την ολοκλήρωση της εμπειρίας (Gass, 1993).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω ο σχεδιασμός ενός προγράμματος ΘμΠ αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει από την μια πλευρά την πλήρη αξιολόγηση και διάγνωση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, όπως για παράδειγμα τη συναισθηματική ωριμότητα, τα επίπεδα φυσικών δεξιοτήτων, τις γνωστικές ικανότητες και τις ψυχικές ή σωματικές ιδιαιτερότητες και από την άλλη την κατάλληλη επιλογή των δραστηριοτήτων που θα επιλεγθούν για να οδηγήσουν στη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών αλλαγής (Fletcher & Hinkle, 2002). Υπό αυτό το πρίσμα, οι δραστηριότητες περιπέτειας αποτελούν συστατικό στοιχείο του σχεδιασμού στην ΘμΠ, καθώς μπορούν να αξιοποιηθούν ως εναλλακτικές πηγές διέγερσης, όπου μέσα από αυτές οι σύμβουλοι μπορούν να καθοδηγούν τους συμμετέχοντες προς την επίτευξη των επιθυμητών θεραπευτικών στόχων τους. Ο σχεδιασμός του προγράμματος δραστηριοτήτων και η σύνδεσή τους με τους στόχους θεραπείας απαιτεί από το σύμβουλο, αφενός την ικανότητα αξιολόγησης των συμμετεχόντων και αφετέρου τη κατανόηση των εμπειριών που προκαλούν οι επιλεγμένες δραστηριότητες (Gass, 1997; Fletcher & Hinkle, 2002; Tucker & Norton, 2013). Σε αυτό το πλαίσιο, ο βαθμός πρόκλησης των δραστηριοτήτων θα πρέπει να είναι αρκετά υψηλός, έτσι ώστε να προκαλεί μαθησιακή εμπειρία στους συμμετέχοντες. Ωστόσο, κατά το σχεδιασμό μια παρέμβασης ΘμΠ, κατά την επιλογή και την αλληλουχία των δραστηριοτήτων, ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στο να διασφαλίζει τόσο τη συναισθηματική, όσο και τη σωματική ασφάλεια των συμμετεχόντων (Tucker, 2009). Μια παρέμβαση ΘμΠ μπορεί να περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: πεζοπορία, ράφτινγκ, κανό, σκι, ιστιοπλοΐα, αναρρίχηση, ποδηλασία κ.α., ενώ ταυτόχρονα να αξιοποιεί και μια σειρά από δραστηριότητες επίτευξης στόχων, ευαισθητοποίησης, εμπιστοσύνης, επίλυσης και επεξεργασίας ατομικών προβλημάτων (Luckner & Nadler, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1^η ΕΡΕΥΝΑ

Μέρος της παρακάτω έρευνας δημοσιεύτηκε στην αγγλική γλώσσα:

Panagiotounis, F., Theodorakis, Y., Hassandra, M. & Morres, I. (2020). Psychological effects of an adventure therapy program in the treatment of substance use disorders. A Greek pilot study. *Journal of Substance Use*, 26:2, 118-124. doi.org/10.1080/14659891.2020.1807630.

και στην ελληνική:

Panagiotounis, F. & Theodorakis, Y. (2019). An alternative approach in drug addiction counseling: adventure therapy, a pilot study. *Exartiseis*, 33.

Η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει μια προκαταρκτική και μια κύρια μελέτη, όπου η μια προηγείται και υποστηρίζει τον σχεδιασμό της άλλης.

Προκαταρκτική μελέτη

Ο ρόλος των προσωπικών χαρακτηριστικών της Αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων και της Ανάγκης για Επίτευξη στο σχεδιασμό προγραμμάτων δραστηριοτήτων περιπέτειας στο πλαίσιο θεραπείας ΔΧΟ.

Περίληψη

Η συμμετοχή σε προγράμματα δραστηριοτήτων περιπέτειας στη φύση φαίνεται ότι μπορεί να προσφέρει πολλαπλά οφέλη στα άτομα που αντιμετωπίζουν διαταραχές χρήσης ουσιών, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Ωστόσο, *«ποιοι είναι οι παράγοντες που κινητοποιούν αυτά τα άτομα να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους δραστηριότητες;»*. Η καλύτερη κατανόηση των προσωπικών χαρακτηριστικών που συνδέονται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες περιπέτειας, θα διευκολύνει το σχεδιασμό αυτών των προγραμμάτων να παρέχουν τις κατάλληλες συνθήκες που θα ικανοποιούν τις ανάγκες αυτών των ατόμων. Υπό αυτό το πρίσμα, η μελέτη αυτή επιχειρεί να συμβάλει στην κατανόηση των προσωπικών χαρακτηριστικών των ατόμων που αντιμετωπίσουν διαταραχές χρήσης ουσιών και πως αυτά ενδέχεται να επηρεάσουν τον σχεδιασμό προγραμμάτων περιπέτειας στην φύση. Στο πλαίσιο αυτό, πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση των ενδογενών προσωπικών κινήτρων της Αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων (ΑΔΣ) και της Ανάγκης για Επίτευξη (ΑΕ) σε εξωτερικό περιβάλλον. Συλλέχθηκαν δεδομένα από 160 υπό απεξάρτηση άτομα από ψυχοτρόπες ουσίες, αξιοποιώντας εργαλεία αυτό-αναφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με ΔΧΟ χαρακτηρίζονται από σχετικά υψηλή ανάγκη αναζήτησης νέων εμπειριών, μέσα από δραστηριότητες με μεγάλο βαθμό πρόκληση και ρίσκου, ενώ παράλληλα ανέφεραν υψηλό το αίσθημα της ανάγκης για επίτευξη στο φυσικό περιβάλλον. Τα χαρακτηριστικά αυτά φαίνεται να αποτελούν σημαντικά δομικά στοιχεία της προσωπικότητας των ατόμων που εμπλέκονται με την χρήση ουσιών και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό προγραμμάτων περιπέτειας στη φύση που οργανώνονται στο πλαίσιο θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών.

Εισαγωγή

Είναι κοινά αποδεκτό ότι, βασικά συστατικά στοιχεία των υπαίθριων δραστηριοτήτων περιπέτειας, και μοναδικές συνιστώσες της φύσης, είναι οι έννοιες του κινδύνου, της πρόκλησης, της αβεβαιότητας καθώς και η άμεση συνέπεια των πράξεων (Barton, 2006; Ewert & Voight, 2012; Gass, Gillis, & Russell, 2012; Lee, Tseng, & Jan, 2015). Συγκεκριμένα, η έννοια του κινδύνου αναφέρεται στην πιθανότητα μια συγκεκριμένη δράση να προκαλέσει είτε σωματική είτε ψυχολογική βλάβη στο άτομο (Barton, 2006). Υπό αυτό το πρίσμα, ως άμεση συνέπεια της περιπέτεια στη φύση είναι η πρόκληση αντιληπτών φυσικών και ψυχολογικών κινδύνων στο άτομο (Fletcher & Hinkle, 2002), που συνδέονται με την αναζήτηση της πρόκλησης αυτού του κινδύνου και των συγκινήσεων μέσα από τη συμμετοχή σε αυτή (Cater, 2006). Ως επακόλουθο αυτής της πρόκλησης και της ανάληψης αυτών των κινδύνων, είναι η ενεργοποίηση συναισθηματικών, συμπεριφορικών ή γνωστικών διεργασιών, που ωθούν τα άτομα να καταφέρουν επιτεύγματα που δεν πίστευαν ότι μπορούν να επιτύχουν, ενώ παράλληλα κατανοούν, ότι μπορούν να μεταφέρουν την εμπειρία αυτή, στην καθημερινότητά τους (Ringer, 1994).

Στο πλαίσιο αυτό, αντιλαμβανόμαστε ότι τα στοιχεία του κινδύνου και της πρόκλησης αποτελούν συστατικά στοιχεία ενός επιτυχημένου σχεδιασμού προγραμμάτων δραστηριοτήτων περιπέτειας, καθώς μπορούν να επηρεάσουν το άτομο τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Πράγματι, τα οφέλη που ενδέχεται να προκύψουν από τη συμμετοχή σε υπαίθριες δραστηριότητες περιπέτειας, διευκολύνεται μέσω της παροχής των κατάλληλων φυσικών και τεχνικών πόρων, καθώς και μέσω του κατάλληλου σχεδιασμού δραστηριοτήτων που σκοπίμως λειτουργούν προς επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που συνδέονται με τα κίνητρα του ατόμου (Dickson et al., 2008; Ewert et al., 2013). Ωστόσο, ο σχεδιασμός αυτών των προγραμμάτων είναι μια περιπλοκή διαδικασία, καθώς πρέπει να λαμβάνει υπόψη πολλούς παραμέτρους. Αυτή η διαδικασία απαιτεί πρωταρχικά την αξιολόγηση των αναγκών, των κινήτρων και των προσωπικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, καθώς και τον προσεκτικό σχεδιασμό και σύνδεση των δραστηριοτήτων με συγκεκριμένους στόχους (Tucker & Norton, 2013).

Η Αναζήτηση Διέγερσης-Συναισθημάτων

Η πιο ευρέως γνωστή έρευνα σχετικά με το χαρακτηριστικό προσωπικότητας της Αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων (ΑΔΣ), που συνδέεται με επικίνδυνες συμπεριφορές, είναι το έργο του Marvin Zuckerman. Σύμφωνα με τον Zuckerman, η ΑΔΣ ορίζεται από την αναζήτηση ποικίλων, νέων, σύνθετων και έντονων συναισθημάτων και εμπειριών και χαρακτηρίζεται από τη προθυμία να αναληφθούν φυσικοί, κοινωνικοί, νομικοί και οικονομικοί κίνδυνοι για την εξυπηρέτηση αυτών των εμπειριών, με την ένταση της εμπειρίας να αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα καθώς συνδέεται με το προσωπικό χαρακτηριστικό της παρορμητικότητας (Zuckerman, 1994).

Τα άτομα που αναζητούν τη διέγερση των συναισθημάτων τους, δεν περιορίζονται από το περιβάλλον ή από την έλλειψη ευκαιρίας, καθώς είναι πρόθυμα να εμπλακούν εθελοντικά σε μια συναισθηματικά διεγερτική εμπειρία, έχοντας ισχυρή την ικανότητα να εστιάζουν την προσοχή τους σε αυτήν, τείνοντας να αισθάνονται κυρίαρχοι μέσα από την αυτή την εμπλοκή τους (Zuckerman, 1994). Η εμπλοκή τους αυτή, περιλαμβάνει την πρόθεσή τους στην ανάληψη κινδύνων και συνδέεται με διάφορα είδη συμπεριφορών όπως, μεταξύ άλλων, η οδηγική συμπεριφορά, η εμπλοκή με τυχερά παιχνίδια, οι οικονομικές δραστηριότητες, η χρήση αλκοόλ και παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών, η σεξουαλική συμπεριφορά και φυσικά ο αθλητισμός (Zuckerman, 1994). Υπό αυτό το πρίσμα, η ΑΔΣ διερευνάται μέσα από τη συμμετοχή σε δραστηριότητες περιπέτειας στην φύση, οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν ακραίες συγκινήσεις και νέες εμπειρίες (Ruch & Zuckerman, 2001).

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, η θεωρία της Αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων έχει συνδεθεί ισχυρά με εξαρτητικές συμπεριφορές που προέρχονται από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Υπό αυτό το πρίσμα, έχει διαπιστωθεί πως, η ΑΔΣ είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας, που ενδέχεται να οδηγήσουν το άτομο στη εμπλοκή με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς, επίσης, σχετίζεται άμεσα με την πρόβλεψη του φάσματος των διαφορετικών ουσιών (Dubey & Arora, 2008). Γίνεται επομένως εύκολα αντιληπτό ότι, η μέτρηση της ΑΔΣ είναι ένας σημαντικός παράγοντας κατά τη θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών, με την αξιολόγηση της να προτείνεται ως ένα σημαντικό στοιχείο για το σχεδιασμό της διαχείρισης και της

παροχής εξατομικευμένης θεραπείας και θα πρέπει να διεξάγεται συστηματικά και να λαμβάνεται υπόψη από τους θεραπευτές (Peritogiannis, 2015).

Η ανάγκη για επίτευξη

Ο όρος «Ανάγκη για Επίτευξη» (ΑΕ) χαρακτηρίζεται από έντονες, παρατεταμένες και επαναλαμβανόμενες προσπάθειες για την επίτευξη ενός δύσκολου στόχου (Murray, 1938). Με αφετηρία τη θέση αυτή, σημαντική συνεισφορά σχετικά με τον ορισμό της ΑΕ πραγματοποιήθηκε από τον Mc Clelland (1985), αναφέροντας ότι ΑΕ έγκειται στη συναισθηματική ικανοποίηση που συνδέεται με την επίτευξη δύσκολων στόχων, ορίζοντας το κίνητρο επίτευξης ως ένα πρότυπο σκέψεων και συναισθημάτων, που συνδέονται με τον σχεδιασμό και την προσπάθεια για αριστεία.

Η Finogenow (2017) αναφέρει ότι, ο καθορισμό υψηλών προτύπων επιτυχίας από το άτομο, είναι απόρροια της ανάγκη για επίτευξης. Πράγματι, η υψηλή ανάγκη για επίτευξη συνδέεται με την επιλογή δύσκολων στόχων. Ωστόσο, δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με τα άτομα με χαμηλή ανάγκη επίτευξης, καθώς συνήθως επιλέγουν εύκολους στόχους, θέλοντας να αποφύγουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή πολύ δύσκολους στόχους, έτσι ώστε η αποτυχία να είναι αναμενόμενη (Elliot & Church, 1997). Από την άλλη πλευρά, η ΑΕ συμβάλλει στην πιθανότητα επιτυχίας, ιδιαίτερα αν η επιτυχία είναι εφικτή, καθώς τα άτομα με ισχυρά κίνητρα επίτευξης αναζητούν καταστάσεις στις οποίες θα επιτύχουν, ενισχύοντας την αυτοεικόνα τους από την επιτυχή εφαρμογή του ταλέντου τους (McClelland, 1985). Υπό αυτήν την έννοια, η προσέγγιση υψηλών στόχων προϋποθέτει τόσο την ύπαρξη υψηλών κινήτρων επίτευξης όσο και την υψηλή διαθεσιμότητα προσόντων και πόρων (Elliot & Church, 1997).

Η ΑΕ παρουσιάζεται σε διαφορετικές εκφάνσεις της καθημερινής ζωής του ανθρώπου και εντοπίζεται σε μια ευρεία ποικιλία δραστηριοτήτων (Elliot & Church, 1997). Είναι φανερό ότι, οι δραστηριότητες περιπέτειας μπορούν να προσφέρουν ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου τα άτομα μπορούν να καλύψουν την ανάγκη τους για επίτευξη φιλόδοξων και δύσκολων στόχων, καθώς το φυσικό περιβάλλον είναι δυναμικό και απρόβλεπτο και απαιτεί από τα άτομα να είναι σε θέση να ανταποκριθούν γρήγορα και αποτελεσματικά σε μια συνεχώς μεταβαλλόμενη κατάσταση (Próchniak, 2016).

Η διερεύνηση των κινήτρων, των αναγκών και των προσωπικών χαρακτηριστικών που ενδέχεται ενισχύουν τη συμμετοχή των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία

ΔΧΟ σε προγράμματα περιπέτειας στη φύση, ενδέχεται να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα εφαρμογής αυτών των προγραμμάτων. Στο πλαίσιο αυτό, η διερεύνηση του ρόλου που διαδραματίζουν τα ενδογενή προσωπικά κίνητρα της Αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων (ΑΔΣ) και της Ανάγκης για Επίτευξη (ΑΕ), στην επιλογή αυτών των ατόμων να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιπέτειας, αναμένεται να συνεισφέρουν στον κατάλληλο και στοχευμένο σχεδιασμό αντίστοιχων προγραμμάτων στο πλαίσιο θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών. Μ' αυτή την προοπτική, τα προγράμματα υπαίθριων αθλητικών δραστηριοτήτων θα πρέπει να αναπτύξουν κατάλληλες ευκαιρίες για συμμετοχή σε δραστηριότητες περιπέτειας, και να προκαλέσουν τα άτομα αυτά να επιτύχουν ποικίλα ευεργετικά αποτελέσματα, πέρα από την απλή παροχή μιας εμπειρίας στη φύση.

Μεθοδολογία

Πλαίσιο εφαρμογής έρευνας

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρακολουθούσαν, κατά τη συλλογή των δεδομένων, θεραπευτικά προγράμματα του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Το ΚΕΘΕΑ είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στην Ελλάδα (www.kethea.gr).

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για την εξυπηρέτηση των σκοπών της έρευνας και τη συλλογή των δεδομένων αξιοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία αξιολόγησης:

A. Κλίμακα Αναζήτηση Διέγερσης-Συναισθημάτων (Παράρτημα 1). Η κλίμακα Αναζήτηση Διέγερσης-Συναισθημάτων (Zuckerman, 1994), είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη τυποποιημένη μέτρηση αυτο-αναφοράς που σχετίζεται με το κίνητρο γνωριμίας με μια ευρεία ποικιλία δραστηριοτήτων και νέων εμπειριών, που χαρακτηρίζονται με υψηλό βαθμό πρόκλησης, έντασης και ανάληψης κινδύνου. Η κλίμακα αποτελείται από 40 ερωτήσεις, με διχοτομημένες απαντήσεις, που βαθμολογούνται ως άθροισμα και χωρίζεται σε τέσσερις υπο-κλίμακες που περιέχουν 10 ερωτήσεις: α) Αναζήτηση Διέγερσης & Περιπέτειας/Thrill & Adventure Seeking (Α.Δ.Π) που αναφέρεται στην επιθυμία των ατόμων να εμπλακούν σε επικίνδυνες σωματικές δραστηριότητες ή αθλήματα που προσφέρουν ασυνήθιστες αισθήσεις (π.χ., «Κάποιες φορές μου αρέσει να κάνω πράγματα που είναι λίγο τρομακτικά», «Νομίζω ότι θα απολάμβανα την αίσθηση να κατεβαίνω πολύ γρήγορα με σκι μια απότομη

πλαγιά»). β) Αναζήτηση νέων Εμπειριών/Experience Seeking (A.v.E) που αναφέρεται στην απόλαυση νέων συγκινήσεων από δραστηριότητες όπως η μουσική, η τέχνη, τα ταξίδια και τα ψυχοτρόπα ναρκωτικά (π.χ., «Μου αρέσει να εξερευνώ μια ξένη πόλη ή περιοχή μόνος μου, ακόμα κι αν μπορεί να χαθώ», «Θα μου άρεσε να δοκιμάσω κάποιες από τις καινούριες ουσίες που προκαλούν ψευδαισθήσεις»). (γ) Μη Αναστολή/Disinhibition (M.A) που αναφέρεται στην αναζήτηση αίσθησης μέσω άλλων ανθρώπων, συμμετοχή σε πάρτι, κατανάλωσης αλκοόλ και σεξ (π.χ., «Μου αρέσουν τα χωρίς αναστολές, «άγρια» πάρτι», «Απολαμβάνω την παρέα ανθρώπων που είναι πραγματικά απελευθερωμένοι, χωρίς αναστολές στο σεξ»), δ) «Αποφυγή της Ανίας/Boredom Susceptibility (A.A) που αναφέρεται στην αποστροφή σε επαναλαμβανόμενες εμπειρίες και σε μη διεγερτικά περιβάλλοντα ή άτομα (π.χ., «Βαριέμαι να βλέπω τα ίδια και τα ίδια πρόσωπα», «Προτιμώ φίλους που είναι συναρπαστικά μη προβλέψιμοι». Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τον Μπελογιάννη και τους συνεργάτες του (2007). Για τις ανάγκες της έρευνας και για να προσδιοριστεί ο βαθμός αξιολόγησης της Αναζήτηση Διέγερσης-Συναισθημάτων που επιδιώκεται σε δραστηριότητες περιπέτειας, αξιοποιήθηκαν τα δεδομένα από τις υποκλίμακες A.Δ.Π και A.v.E.

B. Κλίμακα Ανάγκη για Επίτευξη στην υπαίθρια αναψυχή (Παράρτημα 2). Η κλίμακα «Ανάγκη για Επίτευξη στην υπαίθρια αναψυχή/ΑγΕ (Próchniak, 2016) αποτελεί ένα νέο εργαλείο αυτο-αναφοράς για τη αναγνώριση συμπεριφορών που σχετίζονται με το φυσικό περιβάλλον. Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις (π.χ., «Μου αρέσει παίρνω προκλήσεις στο φυσικό περιβάλλον που δεν είχα ποτέ έως τώρα την ευκαιρία να πάρω», «Στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες επιδιώκω νέους και προκλητικούς στόχους») που αξιολογούνται με μια 4βαθμια κλίμακα Likert, με 1: σίγουρα αναληθές, 2: μάλλον αναληθές, 3: μάλλον αλήθεια, 4: σίγουρα αλήθεια.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη διεξήχθη αφού έλαβε την έγκριση του τομέα έρευνας του ΚΕΘΕΑ. Όλοι οι συμμετέχοντες, πριν από τη συμμετοχή τους, ενημερώθηκαν σχετικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό, την εμπιστευτικότητα της ανωνυμίας της συλλογής και την ανάλυση των δεδομένων και τους ζητήθηκε να υπογράψουν έντυπη γραπτή συγκατάθεση. Επίσης, ενημερώθηκαν ότι θα μπορούσαν να σταματήσουν τη συμμετοχή τους οποτεδήποτε επιθυμούσαν.

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες της έρευνας αποτελούνταν από 160 άτομα, (16 γυναίκες και 144 άνδρες) που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ. Περίπου το 35% των συμμετεχόντων ήταν <30 ετών και το 65% ήταν >30 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό είχε προηγούμενη εμπειρία στην χρήση ουσιών πάνω από 10 χρόνια. Όσον αφορά την κύρια ουσία χρήσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν κυρίως πολύ-χρήστες ουσιών (Πίνακας 2.).

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Φύλο	Ανδρας		Γυναίκα	
	144		16	
	n	%	n	%
<i>Ηλικία</i>				
<20	8	6.6	0	0
21-30	41	27.8	8	50
31-40	71	49.2	7	43.8
41-50	21	14.6	1	6.2
>50	4	2.8	0	0
<i>Χρόνια στη χρήση ουσιών</i>				
<5	14	9.7	1	6.3
5-10	32	22.2	10	62.5
11-15	38	26.4	3	18.8
16-20	35	24.3	1	6.3
21<	25	17.4	1	6.3
<i>Κύρια ουσία χρήσης</i>				
Αλκοόλ	68	52.8	9	56.3
Ηρωίνη	109	75.7	11	68.8
Κοκαΐνη	113	78.5	11	68.8
Χασίσι	121	84	13	81.3
Αμφεταμίνες	72	50	5	31.3

Ανάλυση δεδομένων

Υπολογίστηκαν τα περιγραφικά δεδομένα και το άλφα του Cronbach υπολογίστηκαν για κάθε μέτρηση. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson χρησιμοποιήθηκε επίσης για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Ανάλυση παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η δυνατότητα πρόβλεψης

των μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε σύγκριση μέσων τιμών (t-test) για να διερευνηθεί εάν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Αποτελέσματα

Συνολικά, οι συμμετέχοντες είχαν μέτρια υψηλή βαθμολογία στις συμπεριφορές αναζήτησης διέγερσης μέσα από την εμπλοκή σε επικίνδυνες σωματικές δραστηριότητες, Α.Δ.Π ($M.O = 6.56, T.A = 1.96$) και από την αναζήτηση νέων εμπειριών, Α.ν.Ε. ($M.O = 6.28, T.A = 6.28$). Τα αποτελέσματα της κλίμακας ΑγΕ ($M.O = 2.73, T.A = .717$) διαμορφώνουν την εκτίμηση του κινήτρου για συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα περιπέτειας στη φύση, οδηγώντας στο γενικό συμπέρασμα ότι, τα άτομα με ΔΧΟ αναζητούν νέες προκλητικές εμπειρίες στην φύση ενώ παράλληλα δείχνουν ότι έχουν ανάγκη για επίτευξη στόχων (Πίνακας 3).

Η ανάλυση συσχέτισης (Pearson r) ενισχύει το παραπάνω συμπέρασμα, παρουσιάζοντας θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας ΑγΕ και των υπο-παραγόντων Α.Δ.Π, ($r = .228, p < .001$), και Α.ν.Ε. ($r = .475, p < .001$). Διαμορφώνεται κάτω από αυτά τα δεδομένα ότι, η αναζήτηση και η δημιουργία νέων προκλητικών εμπειριών συνδέεται θετικά με το κίνητρο επίτευξης στις δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, δείκτης αξιοπιστίας και συσχετίσεις

Μεταβλητές	α	M.O	T.A	1	2
Αναζήτηση Διέγερσης & Περιπέτειας	.72	6.56	1.96		
Αναζήτηση νέων Εμπειριών	.55	6.28	2.19	.228**	
Ανάγκη για Επίτευξη	.87	2.73	.717		.475**

** $p < .001$

Ένα ακόμη θετικό αποτέλεσμα που ισχυροποιεί την σχέση μεταξύ των παραπάνω παραγόντων, είναι ότι, σύμφωνα με την ανάλυση παλινδρόμησης οι υπο-παραγόντες Α.Δ.Π και Α.ν.Ε. συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της μεταβλητής ΑγΕ, $F(2, 157) = 22.884, p < .001$ (Πίνακας 4). Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η ανάγκη για επίτευξη στη φύση σχετίζεται σημαντικά από την αναζήτηση νέων, αλλά και προκλητικών εμπειριών.

Πίνακας 4. Ανάλυση παλινδρόμησης

	R	$R Square$	Sig
Model	.475	.226	.000

Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών

Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκε σύγκριση μέσων τιμών (t-test) για να διερευνηθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στους υπο-παράγοντες Α.Δ.Π με $t(158) = -.661, p >.05$ και Α.ν.Ε. με $t(158) = -.791, p >.05$. Στην συνέχεια χρησιμοποιήθηκε t-test για να διερευνηθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στην κλίμακα ΑγΕ. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στην συμπεριφορά τους σε σχέση με την ανάγκη για επίτευξη στο φυσικό περιβάλλον με $t(158) = -.601, p >.05$.

Συζήτηση

Η αποτελεσματικότητα της χρήσης εναλλακτικών πηγών διέγερσης όπως αυτές των δραστηριοτήτων περιπέτειας στη φύση, προτείνονται ως αρκετά υποσχόμενες παρεμβάσεις στην προσπάθεια πρόληψης και θεραπείας της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (Bennett et al., 1998; Bowen et al., 2016). Ωστόσο, ο σχεδιασμός και η επιλογή των κατάλληλων δραστηριοτήτων σε ένα πρόγραμμα περιπέτειας στη φύση, που εφαρμόζεται στο πλαίσιο θεραπεία ΔΧΟ, αποτελεί συστατικό στοιχείο για την επιτυχή εφαρμογή τους. Ο βαθμός της έντασης του κινδύνου και της πρόκλησης των δραστηριοτήτων στη φύση, συνδέεται άρρηκτα με την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας αυτού του είδους των παραβάσεων στον πληθυσμό στόχο.

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να εξάγει συμπεράσματα αναφορικά με την συμπεριφορά και τα κίνητρα ατόμων που αντιμετωπίζουν ΔΧΟ, σχετικά με συμμετοχή τους σε προγράμματα περιπέτειας στη φύση. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι συμπεριφορές των ατόμων που είχαν εμπλοκή με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ενδέχεται να είναι διαφορετικές από τους άλλες κατηγορίες πληθυσμού, που συμμετέχουν σε δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση. Φαίνεται ότι, η προσωπικότητα των ατόμων αυτών να προσελκύεται περισσότερο από νέες προκλητικές εμπειρίες και την ανάληψη κινδύνου, καθώς ευθυγραμμίζεται με τα κίνητρα τους για επίτευξη, οδηγώντας σε περισσότερη απόλαυση και ικανοποίηση που προέρχεται από τις δραστηριότητες στη φύσης.

Η επιλογή των δραστηριοτήτων περιπέτεια θα πρέπει να περιέχει τα στοιχεία εκείνα που θα ενισχύσουν τα κίνητρα συμμετοχής σε αυτές, με στόχο την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και τη δημιουργία των συνθηκών που θα οδηγήσουν στην

αλλαγή (Fletcher & Hinkle, 2002). Υπό αυτό το πρίσμα, κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού ενός ανάλογου προγράμματος προτείνεται η συγκέντρωση όλων των απαραίτητων πληροφοριών σχετικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν τα χαρακτηριστικά της ομάδας στόχου. Συνεπώς, είναι κατανοητό ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά της αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων και της ανάγκης για επίτευξης στο φυσικό περιβάλλον, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά τη διαδικασία σχεδιασμού προγραμμάτων δραστηριοτήτων περιπέτειας στη φύση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν την αντίληψη ότι οι χρήστες ουσιών φαίνεται να είναι έντονοι αναζητητές νέων προκλήσεων και εμπειριών, χωρίς να περιορίζονται από την ανάληψη κινδύνου (Scourfield, Stevens, & Merikangas, 1996). Πράγματι, οι μετρήσεις των υπο-παραγόντων Α.Δ.Π και Α.ν.Ε επιβεβαιώνουν την τάση αυτή ερμηνεύοντας τις συμπεριφορές τους σε δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση. Το ίδιο συμβαίνει και με την κλίμακα ΑγΕ καθώς φαίνεται να αποτελεί μια σημαντική πηγή κινήτρου και ενίσχυσης της συμμετοχής σε τέτοιου είδους δραστηριότητες, επιβεβαιώνοντας την αναζήτηση της εμπειρίας περιπέτειας από τα άτομα αυτά. Επιπρόσθετα, σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που αφορούν την σημαντική θετική συσχέτιση που παρουσιάζεται μεταξύ των δυο υπο-παραγόντων Α.Δ.Π και Α.ν.Ε και της κλίμακας ΑγΕ, επιβεβαιώνοντας την αλληλεπίδραση που έχουν μεταξύ τους (Próchniak, 2016). Έτσι, διαπιστώνει κανείς ότι, η τάση αυτών των ατόμων να αναζητούν νέες εμπειρίες και προκλήσεις, μέσα από δραστηριότητες, αυξημένου κινδύνου στη φύση, συνδέεται θετικά την ανάγκη τους για επίτευξη. Αυτό υποδηλώνει ότι, τα άτομα αυτά έχουν έντονη την αναζήτηση της περιπέτειας και των νέων εμπειριών, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν υψηλό κίνητρο επίτευξης, σε δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση.

Αξίζει να σημειωθεί ιδιαίτερα ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματά της έρευνας, προκύπτει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν ΔΧΟ δε διαφέρουν ως προς το κίνητρο τους για επίτευξη στην φύση. Επίσης, η διαφορά φύλου στην αξιολόγηση των δυο υπο-παραγόντων Α.Δ.Π και Α.ν.Ε δεν είναι στατιστικά σημαντική, αποτέλεσμα που έρχεται σε συμφωνία με σχετικές έρευνες (Cross, Cyrenne, & Brown, 2013). Ωστόσο, λόγω μικρού ποσοστού αντιπροσώπευσης των γυναικών στην έρευνα, η γενίκευση του αποτελέσματος πρέπει να γίνεται με προσοχή.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν την άποψή μας ότι οι παράγοντες αναζήτηση Διέγερσης-Συναισθημάτων και Ανάγκη για Επίτευξη στην υπαίθρια αναψυχή αντανακλούν τα εσωτερικά κίνητρα που σχετίζονται με τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιπέτεια στη φύση, ατόμων που είχαν εμπλοκή με τη χρήση ουσιών. Επιπλέον, οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται μεταξύ τους και μπορούν να συνδυαστούν και να έχουν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των δραστηριοτήτων που είναι κατάλληλες για το προτεινόμενο επίπεδο πρόκλησης και κινδύνου, με στόχο να ανταποκριθούν στις πραγματικές ανάγκες των ατόμων αυτών, αυξάνοντας το κίνητρο συμμετοχής τους, βελτιώνοντας έτσι το βαθμό αποτελεσματικότητας της εφαρμογής προγραμμάτων περιπέτεια στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται τα προγράμματα στη φύση, που απευθύνονται σε αυτό τον πληθυσμό, να περιέχουν δράσεις που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό πρόκλησης, ενισχύοντας την αίσθηση της επίτευξης, με δομημένο και παράλληλα εφικτό τρόπο.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι δραστηριότητες περιπέτεια ενδέχεται να περιλαμβάνουν στοιχεία κινδύνου και πρόκλησης που μπορούν να οδηγήσουν σε αβέβαια και ίσως, ανεπιθύμητα αποτελέσματα, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος περιπέτεια στη φύση. Σε αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι, ο αντιληπτός κίνδυνος ενδέχεται να είναι πολύ μεγαλύτερος από τον πραγματικό. Ωστόσο, η ορθή διαχείριση του κινδύνου μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου (Gass et al., 2012). Υπό αυτήν την έννοια, η διερεύνηση των στάσεων και των συμπεριφορών απέναντι κίνδυνο, πρέπει να λαμβάνει σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό αυτών των παρεμβάσεων στο συγκεκριμένο πληθυσμό, διασφαλίζοντας τόσο τη συναισθηματική, όσο και στην σωματική ασφάλεια των συμμετεχόντων (Tucker, 2009). Γι' αυτούς τους λόγους, η ανάπτυξη και η χρήση κατάλληλων οδηγιών για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του κινδύνου, θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για την εφαρμογή προγραμμάτων στην φύση σε αυτόν τον πληθυσμό.

Πρέπει να αναφερθεί, ωστόσο, ότι η παρούσα μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς και τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν διαφορετική συχνότητα συμμετοχής και εμπειρίας σε δραστηριότητες περιπέτεια, καθώς και σε διαφορετικά επίπεδα πρόκλησης. Επίσης,

το ηλικιακό εύρος είναι αρκετά μεγάλο και το ποσοστό σε κάθε ηλικιακό επίπεδο δεν επιτρέπει σε αναγωγή των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, τα αποτελέσματα σχετικά με τη διαφοροποίηση σε επίπεδο φύλου, δεν μπορούν να μας οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα, λόγω μικρής αντιπροσώπευσης γυναικών στο δείγμα. Τέλος η συλλογή των δεδομένων στηρίχθηκε σε εργαλεία αυτο-αναφοράς.

Συμπεράσματα

Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα που ανέδειξε η παρούσα έρευνα, προτείνεται ότι για την πιο ολοκληρωμένη διερεύνηση του κινήτρου της συμμετοχής ατόμων που είχαν εμπλοκή με τη χρήση ουσιών σε δραστηριότητες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση, χρειάζεται να εξεταστούν και άλλες μεταβλητές που σχετίζονται και με άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης. Επίσης, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω τις διαφοροποιήσεις που πιθανόν να προκύψουν μεταξύ διαφορετικού φύλου και ηλικίας, με στόχο την ανάπτυξη εξατομικευμένων παρεμβάσεων.

Κύρια μελέτη

Οι ψυχολογικές επιδράσεις ενός προγράμματος θεραπείας μέσω της περιπέτειας στη θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών.

Περίληψη

Ο στόχος της πιλοτικής μελέτης ήταν να εξετάσει τις επιδράσεις μιας βραχυπρόθεσμης παρέμβασης στη φύση, βασιζόμενη στην μεθοδολογία «θεραπείας μέσω της περιπέτειας», στην αυτοεκτίμηση και την αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ. Η θεραπεία μέσω της περιπέτεια είναι μια βιωματική προσέγγιση, που χρησιμοποιείται από συμβούλους ψυχικής υγείας, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό εργαλείο για την προώθηση της αλλαγής στους συμμετέχοντες. Υπό αυτό το πρίσμα, κύριος στόχος της μελέτη ήταν η διερεύνηση των επιδράσεων ενός προγράμματος θεραπείας μέσω της περιπέτειας, 5 ημερών, στην αυτοεκτίμηση και στην αυτο-αποτελεσματικότητα ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ. Δευτερεύων στόχος της μελέτης ήταν, να αξιολογήσει τη συνολική εμπειρία των συμμετεχόντων, στοχεύοντας στην προώθηση εφαρμογής του στη θεραπευτική διαδικασία ΔΧΟ. Συλλέχθηκαν δεδομένα πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος από 14 συμμετέχοντες χρησιμοποιώντας τρία εργαλεία αυτο-αναφοράς. Το t-test και τα effect size έδειξαν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική αύξηση στην αυτοεκτίμηση ($p < .032$, $d = .73$) και στην αυτο-αποτελεσματικότητα ($p < .026$, $d = .93$) των συμμετεχόντων, υποστηρίζοντας ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην μεθοδολογία της «θεραπείας μέσω της περιπέτειας» μπορούν να λειτουργήσουν ως εναλλακτικό ή ως συμπληρωματικό θεραπευτικό εργαλείο στην παραδοσιακή συμβουλευτική και θεραπεία ΔΧΟ.

Εισαγωγή

Αναμφίβολα, ο εθισμός είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο που προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων, και αντιπροσωπεύει ένα μέσο ανακούφισης των καθημερινών προβλημάτων. Οι παράγοντες κινδύνου για τη χρήση ουσιών περιλαμβάνουν τόσο τα γενετικά και προσωπικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου όσο και τις επιπτώσεις που έχει το κοινωνικό περιβάλλον σε αυτό (NIDA, 2014). Αντικοινωνική συμπεριφορά, ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το μετα-τραυματικό στρες, οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και η αναζήτηση της ανταμοιβής, η παρορμητικότητα και η απερισκεψία, έχουν προσδιοριστεί, μεταξύ άλλων, ως σημαντικοί παράγοντες που μπορούν, σε κάποιο βαθμό, να προβλέψουν τη εμπλοκή με τη χρήση ουσιών. Από την άλλη πλευρά, είναι γνωστό ότι οι κοινωνικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και ηθικές ικανότητες, καθώς επίσης οι διαπροσωπικές δεξιότητες, μπορούν να προστατεύσουν το άτομο από τη χρήση ουσιών, ενώ παράλληλα μπορούν να ενισχύσουν τη θεραπεία και την πρόληψη της υποτροπής (Marlatt & Donovan, 2005). Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και οι συμπεριφορικές θεραπείες μπορούν να προωθήσουν αλλαγές στη συμπεριφορά των ατόμων με ΔΧΟ, να εντοπίσουν τους εμπλεκόμενους παράγοντες και να τα υποστηρίξουν περαιτέρω, στην ανάπτυξη στρατηγικών και δεξιοτήτων που απαιτούνται για να αποτρέψουν την κλιμάκωση της υποτροπής (NIDA, 2018; Larimer et al., 1999). Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη εκπαίδευση αποτελεσματικών στρατηγικών και δεξιοτήτων αντιμετώπισης των δυσκολιών, ενώ παράλληλα στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης, καθώς και την ενθάρρυνση της επίτευξης μέσω επιτυχημένων εμπειριών (Marlatt & Donovan, 2005). Η ενίσχυση των ψυχολογικών πόρων της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης, καθώς και οι ευκαιρίες για θετική κοινωνική συμμετοχή, επικοινωνία και ανατροφοδότηση με το άμεσο περιβάλλον, μπορεί να λειτουργήσει θετικά και υποστηρικτικά στη θεραπεία ΔΧΟ (Smyth & Wiechelt, 2005).

Ο Litt και οι συνεργάτες του (2008) υποστηρίζουν ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή σε εκπαίδευση δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών κατά τη διάρκεια της θεραπείας ΔΧΟ, συνδέθηκε με την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης, που με τη σειρά τους συνδέονται στενά με το αποτέλεσμα της

θεραπείας. Γι' αυτούς τους λόγους, έχει προταθεί τα άτομα με ΔΧΟ, να εκπαιδεύονται σε δεξιότητες διαχείρισης και αντιμετώπισης δύσκολων και απειλητικών καταστάσεων και να μεταφέρουν την επιτυχημένη εμπειρία που προκύπτει ως αποτέλεσμα της εφαρμογής αυτών των δεξιοτήτων, στην καθημερινότητα τους, καθώς αυτή η εμπειρία είναι πιθανό να ενισχύσει τις πεποιθήσεις αποτελεσματικότητάς τους (West, 2013).

Η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι αλληλένδετες έννοιες, καθώς οι αλλαγές στη μία, οδηγούν σε αλλαγές και επηρεάζουν και την άλλη (Greenwald, Bellezza, & Banaji, 1988). Πρέπει να τονιστεί ότι, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτο-αποτελεσματικότητα, σχετίζονται με την κατάθλιψη και επηρεάζουν αρνητικά το κίνητρο για αντιμετώπιση απειλητικών ή δύσκολων καταστάσεων (Bandura, 1994). Μ' αυτή τη συλλογιστική, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη επίδραση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης, ως καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πρόληψη και τη θεραπεία ΔΧΟ (Kadden & Litt, 2011; Chavarría et al., 2012). Το γεγονός αυτό είναι μείζονος σημασίας, δεδομένου ότι ο εθισμός προέρχεται και διατηρείται, τουλάχιστον εν μέρει, από τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους (ΕΚΠΙΝΤ, 2013). Τα άτομα με μειωμένη αυτο-αποτελεσματικότητα, αντιμετωπίζουν αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητά τους να ολοκληρώσουν ένα έργο και έτσι οδηγούνται σε πρόωρη εγκατάλειψη όταν προκύψουν εμπόδια (Bandura, 1994; Maddux, 1995). Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα που είναι εθισμένα στα ναρκωτικά, καθώς ο εθισμός προκύπτει, μεταξύ άλλων, από την αποτυχία των στρατηγικών, των δεξιοτήτων και της ικανότητας του ατόμου να αντισταθμίσει τις άμεσες παρορμήσεις ή επιθυμίες που βασίζονται στην συμπεριφορά εξάρτησης (EMCDDA, 2013). Αυτό συνεπάγεται πως, η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα φαίνεται να αποτελούν αναγκαίες και επαρκής συνθήκες κατά τη διαδικασία ανάπτυξης συμπεριφορών εξάρτησης (Alavi, 2011). Ως εκ τούτου, προτείνεται τα άτομα με ΔΧΟ να εκπαιδεύονται, με στόχο την προσωπική τους ανάπτυξη και τη δημιουργία ικανοτήτων διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων (EMCDDA, 2013).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ΘμΠ είναι μια αναδυόμενη θεραπευτική παρέμβαση, που μπορεί να παρέχει έναν εναλλακτικό τρόπο συμβουλευτικής κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, ωθώντας τους θεραπευομένους να αρχίσουν να πειραματίζονται με εναλλακτικές συμπεριφορές και να δοκιμάζουν νέα πράγματα, υποστηρίζοντας τα παράλληλα να

συνειδητοποιούν την επίδραση που έχουν αυτές οι συμπεριφορές στον εαυτό τους. Έτσι, η ΘμΠ μπορεί να βοηθήσει τους θεραπευομένους να κατανοήσουν τις αλλαγές που χρειάζονται και θέλουν να κάνουν στη ζωή τους, δίνοντας τους παράλληλα μια αίσθηση ολοκλήρωσης, αυξάνοντας την αυτο-εκτίμηση και την αυτο-αποτελεσματικότητά τους (Russell et al., 1999). Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά μπορούν να επωφεληθούν από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ, καθώς μπορούν να αναπτύξουν στρατηγικές για την αντιμετώπιση της αποχής από τις ουσίες, να εκπαιδευτούν να διαχειρίζονται τα αρνητικά συναισθήματα τους, να βελτιώσουν τις δεξιότητες επικοινωνίας και να υιοθετήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής, (Bettmann, Russell, & Parry, 2013). Τα προγράμματα ΘμΠ μπορούν να δημιουργήσουν ένα ελκυστικό περιβάλλον για παραμονή στη θεραπεία, αλλά και να προταθούν ως εναλλακτική λύση για άτομα που δεν επιθυμούν να ακολουθήσουν παραδοσιακή θεραπεία (Russell, 2008).

Ωστόσο, οι γνώσεις μας για τον αντίκτυπο της εμπειρίας από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ, στις ψυχολογικές διαστάσεις της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης ατόμων με ΔΧΟ, βασίζονται σε περιορισμένα δεδομένα. Έτσι, ο στόχος της μελέτης μας ήταν να διερευνήσει τη επίδραση ενός προγράμματος ΘμΠ σε άτομα συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ. Συγκεκριμένα η παρούσα μελέτη εξέτασε τις ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

- Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ ενισχύει την αυτο-αποτελεσματικότητα των ατόμων με ΔΧΟ.
- Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ ενισχύει την αυτοεκτίμηση των ατόμων με ΔΧΟ

Παράλληλος στόχος της μελέτης ήταν, να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του προγράμματος ΘμΠ, στοχεύοντας στην προώθηση εφαρμογής του στη θεραπευτική διαδικασία στο πεδίο των ΔΧΟ.

Μεθοδολογία

Πλαίσιο εφαρμογής

Η μελέτη περιελάμβανε την εφαρμογή ενός προγράμματος, 5 ημερών, υπαίθριων δραστηριοτήτων περιπέτειας, με βάση τη μεθοδολογία ΘμΠ, προσαρμοσμένο κατάλληλα σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ (συμμετέχοντες). Η

παρέμβαση αυτή ήταν μια από τις κύριες δράσεις του σχεδίου: *Reintegration Through sport / Erasmus+ Sport*, που είχε ως στόχο να αναδειξει τα οφέλη των υπαίθριων αθλητικών δραστηριοτήτων στην πρόληψη και θεραπεία των εξαρτήσεων. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή αυτής της παρέμβασης είχαν ως σκοπό να υποστηρίξουν την αποτελεσματικότητα της μεθοδολογίας ΘμΠ στη θεραπεία ΔΧΟ. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της μελέτης ήταν η θετική επίδραση στην αυτοεκτίμηση και την αυτο-αποτελεσματικότητα, προκειμένου να αυξηθεί η πρόληψη της υποτροπής κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 14 άτομα που παρακολουθούσαν θεραπεία στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), τα οποία συμμετείχαν εθελοντικά στη παρέμβαση. Η ομάδα των συμμετεχόντων αποτελούνταν από 11 άνδρες (Μ.Ο=32.6, Τ.Α=5.3) και 3 γυναίκες (Μ.Ο=27.6, Τ.Α=3.2).

Πίνακας 5. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Φύλο	Άνδρας		Γυναίκα	
	11		3	
	Μ.Ο	Τ.Α	Μ.Ο	Τ.Α
Ηλικία	32.6	5.3	27.6	3.2
Συμμετοχή σε θεραπεία ΔΧΟ (μήνες)	13	14.3	14	17.3
Προηγούμενη εμπειρία χρήσης ουσιών (έτη)	13.5	3.7	13.3	1.5

Διαδικασία προσέλκυσης και επιλογής

Οι συμμετέχοντες για να λάβουν μέρος στη πιλοτική εφαρμογή, έπρεπε να έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον τρεις (3) μήνες στην κύρια φάση της θεραπείας, να έχουν καλή φυσική κατάσταση και να επιθυμούν οικειοθελώς να συμμετάσχουν.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη διεξήχθη αφού έλαβε την έγκριση του τομέα έρευνας του ΚΕΘΕΑ. Όλοι οι συμμετέχοντες, πριν από τη συμμετοχή τους, ενημερώθηκαν σχετικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό, την εμπιστευτικότητα της ανωνυμίας της συλλογής και την ανάλυση των δεδομένων και τους ζητήθηκε να υπογράψουν έντυπη γραπτή συγκατάθεση. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επίσης ότι μπορούσαν να σταματήσουν τη συμμετοχή τους όποτε επιθυμούσαν. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια πριν και αμέσως μετά το 5ήμερο πρόγραμμα.

Σχεδιασμός έρευνας

Τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης λήφθηκαν υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την επιλογή των κατάλληλων δραστηριοτήτων, με στόχο να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Έτσι, το 5ήμερο πρόγραμμα περιπέτειας πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή του Ζαγορίου, Ιωάννινα, και περιελάμβανε υπαίθριες δραστηριότητες περιπέτειας όπως κάμπινγκ, ράφτινγκ, ραπέλ, κατάβαση φαραγγιού, μαγείρεμα, προσανατολισμός, ποδηλασία βουνού, τοξοβολία και πεζοπορία στο ποτάμι, καθώς και δραστηριότητες εμπιστοσύνης, συνεργασίας και αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, με την αξιοποίηση της ομάδας. Η επιλογή, ο προγραμματισμός και η αλληλουχία των δραστηριοτήτων περιέχονταν σε ένα προσαρμοσμένο πρωτόκολλο δραστηριοτήτων που συνδέθηκε άμεσα με τα επιθυμητά αποτελέσματα και τους θεραπευτικούς στόχους ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας, καθώς και της ανάπτυξης δεξιοτήτων αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων (Tucker, 2009; Gass & Gillis 2010; Tucker & Norton, 2013).

Το πρόγραμμα ΘμΠ εφαρμόστηκε από δύο συμβούλους - εμπειρογνώμονες της μεθοδολογίας ΘμΠ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι εκπαιδευτές δεν είχαν καμία προ-υπάρχουσα επαφή ή γνωριμία με τους συμμετέχοντες, καθώς προερχόντουσαν από την Ισπανία. Τα κύρια καθήκοντά τους ήταν να διαχειριστούν το πρόγραμμα και τις δραστηριότητες, να εξασφαλίσουν έναν συναισθηματικά και σωματικά ασφαλή χώρο, καθώς και να διευκολύνουν την επεξεργασία και τη μεταφορά των εμπειριών. Ο σχεδιασμός του προγράμματος από τους συμβούλους ήταν προσανατολισμένο στις ανάγκες των συμμετεχόντων και είχε ως στόχο να παρέχει ευκαιρίες για να προκληθούν θετικές εμπειρίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Για τη σύνδεση των αναγκών των συμμετεχόντων με τον σχεδιασμό του προγράμματος αξιοποιήθηκαν τόσο πληροφορίες για τους ίδιους τους (φάση θεραπείας, προφίλ, κτλ.) όσο και τα αποτελέσματα που προέκυψαν την προκαταρκτική μελέτη. Καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος υπήρχε διερμηνεία, όπου διευκόλυνε την επικοινωνία μεταξύ των εκπαιδευτών και των συμμετεχόντων.

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος ΘμΠ, οι συμμετέχοντες, μέσω της αντανάκλασης και της συζήτησης με τους συμβούλους και τους ομότιμους τους, παροτρυνθήκαν να συσχετίσουν τις εμπειρίες τους με τη θεραπευτική διαδικασία και τους στόχους τους. Σύμφωνα με τον Gass (1993), οι δραστηριότητες επεξεργασίας

αξιοποιούνται για την προώθηση της αλλαγής, ενσωματώνοντας την εμπειρία στη ζωή των συμμετεχόντων. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, βασικό συστατικό των προγραμμάτων περιπέτειας είναι σωστή αντιστοίχιση των δραστηριοτήτων με τις ανάγκες των πελατών. Ο σχεδιασμός του συγκεκριμένου προγράμματος, η επιλογή, ο προγραμματισμός και η ακολουθία των δραστηριοτήτων βασίστηκε στα αποτελέσματα του σχεδίου «Reintegration Through Sport» (Rose et al., 2019). Η δημιουργία ενός προγράμματος Θμπ, απαιτεί την ικανότητα αξιολόγησης των αναγκών του πελάτη, τον σχεδιασμό και την επιλογή των κατάλληλων δραστηριοτήτων, που σχετίζονται με τους στόχους της θεραπείας διευκολύνοντας τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για αλλαγή (Gass & Gillis, 2010; Tucker, 2009). Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, οι σύμβουλοι, βοήθησαν τους συμμετέχοντες να συσχετίσουν την εμπειρία με τη διαδικασία και τους στόχους της θεραπείας μέσω της διαδικασίας της αντανάκλασης (Reflection).

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

A. Γενική Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας (Παράρτημα 3). Η Γενική Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας (Glynnou, Jerusalem, & Schwarzer 1994; Schwarzer & Jerusalem, 1995) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Η κλίμακα αξιολογεί την αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα σε καθημερινά προβλήματα και στην προσαρμογή σε κάθε είδους αγχωτικά γεγονότα (π.χ. «πάντα καταφέρνω να λύνω δύσκολα προβλήματα εάν βέβαια προσπαθήσω αρκετά», «Αν κάποιος μου αντιτίθεται, μπορώ πάντα να βρω τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ»). Η κλίμακα είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς που περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε μια κλίμακα 4 που κυμαίνονται 1: καθόλου αληθές, 2: καθόλου αληθές, 3: τουλάχιστον αληθές και 4: καθόλου αληθές.

B. Κλίμακα Αυτοεκτίμησης (Παράρτημα 4). Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Doganis et al., 1991; Rosenberg, 1965), η οποία αποτελείται από 10 θέματα που αναφέρονται στον αυτοσεβασμό και στην αυτο-αποδοχή (π.χ., «Αισθάνομαι ότι αξίζω, τουλάχιστον όσο και οι άλλοι άνθρωποι», «Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα το ίδιο καλά όπως πολλοί άλλοι άνθρωποι»). Η κλίμακα είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς και οι απαντήσεις αποτυπώνονται σε μια 4-βαθμια κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 4 (συμφωνώ απόλυτα).

G. Adventure Therapy Experience Scale/ ATES 5.0 (Παράρτημα 5). Το ATES 5.0 (Russell & Gillis, 2018) είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς που περιλαμβάνει 20, κλειστού τύπου, ερωτήσεις που κατανέμονται σε 5 υπό-παράγοντες Α) Διαπροσωπικός παράγοντας (Inter-personal) - 4 ερωτήσεις και Β) Ενδο-προσωπικός παράγοντας (Intra-personal) - 4 ερωτήσεις, που αξιολογούν τις εμπειρίες που αναπτύσσουν οι συμμετέχοντες μέσα από μια ποικιλία καθημερινών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, που συνδέονται με συμπεριφορές που διευκολύνουν τη συνεργασία και την κατάργηση των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων, επιτρέποντας τα μέλη της ομάδας να γνωρίσουν καλύτερα ο ένας τον άλλον και να σχηματίσουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ., «Ένωσα υποστήριξη και ενθάρρυνση από τους ομότιμους μου», «Δεν ένιωσα μέλος της ομάδας», «Ένωσα ελάχιστα ή και καθόλου το αίσθημα της ολοκλήρωσης», κ.α.). Γ) Αντανάκλαση (Reflection) - 4 ερωτήσεις, που αξιολογεί τη διαδικασία επεξεργασίας των πληροφοριών που καθοδηγούσε τους συμμετέχοντες να εξετάσουν τη συμπεριφορά τους, να σκεφτούν διαφορετικά και να δημιουργήσουν νέα συναισθήματα και συμπεριφορές (π.χ., «Αυτή η εμπειρία με οδήγησε στο να εξετάσω την συμπεριφορά μου», «Αυτή η εμπειρία μου δημιούργησε καινούργια συναισθήματα», κ.α.). Δ) Σχέση με την φύση (Nature) - 4 ερωτήσεις, που αξιολογεί την επίδραση που έχει στο άτομο η παραμονή του στο φυσικό περιβάλλον (π.χ., «Είχε ιδιαίτερη σημασία για μένα το να βρίσκομαι στη φύση», «Ένωσα χαλαρός/ή και αναζωογονημένος/η με την παραμονή μου στη φύση», κ.α.) και τέλος Ε) Πρόκληση (Challenge) - 4 ερωτήσεις που αξιολογεί τη φυσική πρόκληση των δραστηριοτήτων, που ενδέχεται να ωθήσει πέρα από τα όρια τους συμμετέχοντες (π.χ., «Ένωσα σωματική πρόκληση», «Ένωσα σωματικά υγής», κ.α.).

Επίσης, περιέχει μια ερώτηση που αξιολογεί τη σύνδεση με τους θεραπευτικούς στόχους: «*Αναφέρετε πόσο χρήσιμο ήταν το πρόγραμμα για να πετύχεις τους (θεραπευτικούς) στόχους σου;*» και μια ερώτηση που αξιολογεί την εστίαση σε αυτούς: «*Πόσο εστιασμένος/η ήσουνα στους (θεραπευτικούς) στόχους σου κατά τη διάρκεια της εμπειρίας σου στο πρόγραμμα;*»

Οι ερωτήσεις αξιολογούνται σε μια κλίμακα Likert 10 βαθμών (1 - Διαφωνώ απόλυτα / 10 - Συμφωνώ Απόλυτα).

Η προσαρμογή του ερευνητικού εργαλείου από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα βασίστηκε στην μεθοδολογία «μετάφραση προς τα πίσω» (Back Translation). Επιπρόσθετα, προσαρμόστηκε στις ανάγκες τους πληθυσμού στόχου.

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα εργαλεία αξιολόγησης την 5η ημέρα της εφαρμογής του πιλοτικού προγράμματος.

Αποτελέσματα

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για όλες τις μεταβλητές παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Συγκρίνοντας τη βαθμολογία στην πριν και μετά μέτρηση, παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος και για τις δύο μεταβλητές αυξήθηκε. Αυτό υποδηλώνει βελτίωση της ψυχολογικής δομής της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Διεξήχθησαν δύο δείγματα t-test για τον προσδιορισμό της στατιστικής σημασίας των μεταβολών μεταξύ των αποτελεσμάτων στην πριν και μετά μέτρηση (Πίνακας 7). Το t-test δύο δειγμάτων για τη διαφορά μέσων, χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή διαφορών στη μεταβλητή αυτο-αποτελεσματικότητας μεταξύ των βαθμολογιών στην πριν και μετά μέτρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην αυτο-αποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων $t(13) = 2.52, p < .026, d = .93$, καθώς ο μέσος όρος στη μέτρηση πριν ($M.O = 2.73$) αυξήθηκε στη μέτρηση μετά ($M.O = 3$). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική, με μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Το t-test δύο δειγμάτων για τη διαφορά μέσων χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή διαφορών στη μεταβλητή αυτοεκτίμησης μεταξύ των βαθμολογιών στην πριν και μετά μέτρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων $t(13) = 2.4, p < .032, d = .73$, καθώς ο μέσος όρος στη μέτρηση πριν ($M.O = 3.15$) αυξήθηκε στη μέτρηση μετά ($M.O = 3.36$). Αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική, με μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Σύμφωνα με τα μεγάλα μεγέθη επιδράσεων που καταδείχθηκαν, οι ψυχολογικές διαστάσεις της αυτοεκτίμησης και της αυτο-αποτελεσματικότητας των συμμετεχόντων βελτιώθηκαν σημαντικά μετά την παρέμβαση ΘμΠ.

Πίνακας 6. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις

Μεταβλητές	Μετρήσεις					
	Πριν			Μετά		
	M.O	T.A	α	M.O	T.A	α
Αυτοεκτίμηση	3.15	.287	.765	3.36	.289	.70
Αυτο-αποτελεσματικότητα	2.73	.291	.632	3.00	.369	.74
ATES				8.21	.43	.76

Πίνακας 7. T-Tests και Effect sizes

Μεταβλητές	d	t	Df	p
Αυτοεκτίμηση	.73	-2,405	13	.032
Αυτό-αποτελεσματικότητα	.93	-2.520	13	.026

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος ΘμΠ είχε θετικό αντίκτυπο στους συμμετέχοντες και αποδείχθηκε επιτυχημένο (Πίνακας 8). Αναλυτικότερα, η αξιολόγηση του υπό-παράγοντα «Φύση» ($M.O = 9.6$, $T.A = .93$), αναδεικνύει τον αντίκτυπο που είχε η παραμονή στη φύση και στο φυσικό περιβάλλον, καθώς φαίνεται να επηρέασε θετικά τη ζωή των συμμετεχόντων. Η αξιολόγηση του υπό-παράγοντα «Αντανάκλαση» έλαβε υψηλό μέσο όρο ($M.O = 8.9$, $T.A = 1.26$), γεγονός που υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας μεταφοράς και σύνδεσης των εμπειριών του προγράμματος με τους θεραπευτικούς στόχους. Η αξιολόγηση του «δια-προσωπικού» παράγοντα ($M.O = 9.2$, $T.A = .92$) δείχνει το θετικό αντίκτυπο των δραστηριοτήτων και των εμπειριών που αποκτήθηκαν στο «δέσιμο» της ομάδας. Επίσης, η αξιολόγηση του «ενδο-προσωπικού» παράγοντα ($M.O = 7.3$, $T.A = 1.12$) δείχνει ότι η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ μπορεί να ενισχύσει την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου. Το ίδιο θετικά λειτούργησε η συμμετοχή σε δραστηριότητες που απαιτούσαν μεγαλύτερη προσπάθεια σε σχέση με την καθημερινότητα καθώς η αξιολόγηση του υπό-παράγοντα «πρόκληση» ($M.O = 7.3$, $T.A = 1.57$) δείχνει ότι το πρόγραμμα ήταν αρκετά προκλητικό για τους συμμετέχοντες, αυξάνοντας έτσι το ενδιαφέρον τους να συμμετέχουν σε αυτό. Ξεχωριστός όμως λόγος πρέπει να γίνει στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα τους βοήθησε στην

επίτευξη των θεραπευτικών τους στόχων ($M.O = 9$, $M.O = 1.36$) καθώς τους υποστήριζε να παραμείνουν εστιασμένοι σε αυτούς ($M.O = 7.6$, $T.A = 1.6$).

Πίνακας 8. Μέσοι Όροι & Τυπικές Αποκλίσεις της κλίμακας ATES

Υπό-παράγοντας	M.O	T.A
Ενδο-προσωπικός	9.2	.92
Δια-προσωπικός	7.3	1.12
Αντανάκλαση	8.9	1.26
Φύση	9.6	.93
Πρόκληση	7.3	1.57
Σύνδεση με θεραπευτικούς στόχους	9	1.36
Εστίαση στους θεραπευτικούς στόχους	7.6	1.6

Συζήτηση

Η χρήση ουσιών επηρεάζει σημαντικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, επηρεάζοντας το να επιλέξει πώς θα ανταποκριθεί σε ένα σύνολο ερεθισμάτων. Η συμβουλευτική στο πεδίο των ΔΧΟ στοχεύει στην ενθάρρυνση και την ανάπτυξη της αυτο-αντίληψης του ατόμου, με στόχο την ανάπτυξη μιας νέας ταυτότητας που υποστηρίζει τη διατήρηση της αποχής (Simon & West, 2015). Έτσι, η παροχή εναλλακτικών πηγών ενδυνάμωσης μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση των κινήτρων ή της ικανότητας των ατόμων με ΔΧΟ να αντιστέκονται στους πειρασμούς. Η συγκεκριμένη μελέτη παρέχει πρόσθετη υποστήριξη ότι η ΘμΠ μπορεί να προταθεί ως μια εναλλακτική προσέγγιση στην παροχή συμβουλευτικής στο πεδίο της θεραπείας ΔΧΟ. Η συμμετοχή σε προγράμματα δραστηριοτήτων περιπέτειας στη φύση φαίνεται ότι μπορεί να προσφέρει πολλαπλά οφέλη στα άτομα που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Όπως αναμενόταν, τα δεδομένα, από την πιλοτική εφαρμογή, έδειξαν ότι οι εμπειρίες που αποκτούν τα άτομα με ΔΧΟ από ένα πρόγραμμα ΘμΠ μπορούν να τα βοηθήσουν να οικοδομήσουν την αυτο-εικόνα τους, ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση και την αυτο-αποτελεσματικότητα τους, βοηθώντας τα να εντοπίσουν τα δυνατά τους σημεία, καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις, αναλαμβάνοντας άμεσα την ευθύνη και τις συνέπειες των πράξεων τους, λειτουργώντας σε ένα φυσικό περιβάλλον με πραγματικές συνθήκες (Russell et al., 1999).

Η ΘμΠ μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση στη θεραπεία ΔΧΟ, δημιουργώντας θετικές αλλαγές. Η μελέτη ενίσχυσε την αντίληψη ότι η ΘμΠ μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην άποψη των συμμετεχόντων για τον εαυτό τους, ενισχύοντας την αυτο-αποτελεσματικότητα και την αυτοεκτίμηση τους, βοηθώντας τους να αναγνωρίσουν τα δυνατά τους σημεία (Russell et al., 1999; Paxton & McAvoy, 2000).

Η σειρά και η πρόκληση των δραστηριοτήτων σε ένα υπαίθριο πρόγραμμα περιπέτειας, καθώς και η επίβλεψη του συμβούλου, μπορούν να υποστηρίξουν και να καθοδηγήσουν τους συμμετέχοντες στην επιτυχή ολοκλήρωσή τους, ενώ ταυτόχρονα μέσω μιας διαδικασίας προβληματισμού και μεταφοράς μπορούν να συνδέσουν την εμπειρία με τους θεραπευτικούς τους στόχους, με στόχο την ενίσχυση της δέσμευσης τους για παραμονή στη θεραπεία. Ο Bandura (1994) υποστηρίζει ότι τα άτομα με υψηλό αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας θέτουν προκλητικούς στόχους, μέσω εμπειριών κυριαρχίας και διατηρούν μια ισχυρή δέσμευση για την επιτυχία τους. Σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ, οι πελάτες εμπλέκονται σε προκλητικές δραστηριότητες που ενίσχυσαν την αποτελεσματικότητά τους δίνοντάς τους μια αίσθηση ολοκλήρωσης (Priest & Gass, 1997). Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν βιωματικές δραστηριότητες είναι αποτελεσματικές στην αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας σε άτομα με εθιστικές συμπεριφορές (Hyde, Deale & Marteau, 2008).

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ, ενισχύει την ομαδική συνεργασία και τον ομαδικό δεσμό, δημιουργεί νέα συναισθήματα και ενισχύει τους συμμετέχοντες να επανεξετάσουν την συμπεριφορά τους, καθώς τους υποστηρίζει να μοιραστούν τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους, τόσο με τους ομότιμους τους όσο και με τους συμβούλους, μέσω της διαδικασίας της επεξεργασίας των πληροφοριών.

Ένα άλλο σημαντικό σημείο που πρέπει να τονιστεί, είναι ότι ο σχεδιασμός του πιλοτικού προγράμματος και η εποπτεία των συμβούλων, παρείχαν την κατάλληλη υποστήριξη στα άτομα με ΔΧΟ στην επιτυχή ολοκλήρωσή του, ενώ συγχρόνως μέσω μιας διαδικασίας προβληματισμού και μεταφοράς, καθοδηγήθηκαν να συνδέσουν τις εμπειρίες τους με το θεραπευτικό σχεδιασμό τους και κατά επέκταση με την ζωή τους. Σύμφωνα με τον Bandura (1997) η επιτυχία προκλητικών στόχων μέσω δραστηριοτήτων με υψηλό βαθμό δυσκολίας, ενισχύουν το αίσθημα ολοκλήρωσης και

ενδυναμώνουν την ανάγκη για επίτευξη. Πράγματι, σε ένα πρόγραμμα ΘμΠ, τα άτομα συμμετέχουν σε δραστηριότητες που στοχεύουν την ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητάς τους, οδηγώντας τους σε μια αίσθηση ολοκλήρωσης (Hyde et al., 2008; Priest & Gass, 1997). Ως εκ τούτου, η επιλογή των κατάλληλων δραστηριοτήτων περιπέτειας θα πρέπει να αποτελεί απαραίτητο συστατικό στοιχείο στο σχεδιασμό ενός προγράμματος ΘμΠ και προτείνεται το επίπεδο πρόκλησης και κινδύνου αυτών των δραστηριοτήτων να ανταποκρίνεται τόσο στις ανάγκες, όσο και στις δυνατότητες των ατόμων με ΔΧΟ. Επιπρόσθετα, μέσω αυτής της πρόκλησης ενδέχεται να αυξηθεί το κίνητρό τους να συμμετάσχουν, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων ΘμΠ στη θεραπευτική διαδικασία ΔΧΟ. Σε αυτό το πλαίσιο, ο σχεδιασμός ενός προγράμματος ΘμΠ προϋποθέτει από τον σύμβουλο, την ικανότητα αξιολόγησης των αναγκών των ατόμων με ΔΧΟ και τη σύνδεση τους με την επιλογή των κατάλληλων δραστηριοτήτων στοχεύοντας στη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για αλλαγή (Gass & Gillis, 2010; Tucker, 2009).

Επιπρόσθετα, όπως προκύπτει από την παρούσα μελέτη, σημαντικό ρόλο μπορεί να διαδραματίσει η φύση και ο σημαντικός θετικός αντίκτυπος που έχει στη ψυχική διάθεση των ατόμων με ΔΧΟ. Πράγματι, το άτομο μπορεί να επωφεληθεί από τις εμπειρίες του στο φυσικό περιβάλλον όχι μόνο για να αποκαταστήσει τους εξαντλημένους ψυχικούς και σωματικούς πόρων του, αλλά παράλληλα να αναπτύξει νέες δεξιότητες (Garst et al., 2001). Στο πλαίσιο αυτό, είναι κοινά αποδεκτό, και προτείνεται, ότι μοναδικές ευκαιρίες, για την επίτευξη των παραπάνω θετικών αποτελεσμάτων, μπορούν να προσφερθούν μέσα από τη συμμετοχή σε υπαίθριες δραστηριότητες περιπέτειας στην φύση (Dickson et al., 2008; Mitchell, 2013).

Συμπερασματικά, στοιχεία από αυτή τη μελέτη υποδηλώνουν ότι η ενασχόληση με ένα πρόγραμμα ΘμΠ, μπορεί να ενισχύσει τις ψυχολογικές πτυχές της αυτοεκτίμησης και της αυτό-αποτελεσματικότητας σε άτομα με ΔΧΟ, υποστηρίζοντάς τους να ξεπεράσουν τον φόβο της αποτυχίας να φέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να αποκτηθεί μια βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ΘμΠ μπορεί να συμβάλει στη θεραπεία ΔΧΟ, παρέχοντας μια εναλλακτική συμβουλευτική προσέγγιση.

Περιορισμοί

Οι μεθοδολογικοί περιορισμοί αφορούσαν τη διάρκεια του προγράμματος και τον αριθμό των συμμετεχόντων. Λόγω των απαιτήσεων και των δυσκολιών της παρέμβασης, των κακών καιρικών συνθηκών και των έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων των συμμετεχόντων, η παρέμβαση δεν θα μπορούσε να διαρκέσει περισσότερο, ούτε θα μπορούσαν να εμπλακούν περισσότερα άτομα. Ένας άλλος περιορισμός της έρευνας ήταν η έλλειψη ομάδας ελέγχου καθώς οι συμμετέχοντες προέρχονταν από διαφορετικές φάσεις ή προγράμματα θεραπείας και από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας.

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, παρά τους περιορισμούς της πιλοτικής εφαρμογής, τα αποτελέσματα είναι αρκετά ενθαρρυντικά, καθώς δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις ΘμΠ μπορούν να λειτουργήσουν παράλληλα ως συμπληρωματικό θεραπευτικό εργαλείο στην παραδοσιακή θεραπεία των εξαρτήσεων. Επιπρόσθετα, έχοντας ιδιαίτερη σημασία, είναι το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες, φαίνεται, να επωφελήθηκαν από το πρόγραμμα, καθώς κατάφεραν να συνδέσουν τους θεραπευτικούς τους στόχους με τις εμπειρίες που απέκτησαν από την συμμετοχή τους σε αυτό. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω συλλογή δεδομένων για να καθοριστεί με ακρίβεια πώς η θεραπεία μέσω της περιπέτειας επηρεάζει τη ψυχολογική δομή των υπό απεξάρτηση ατόμων. Τα αποτελέσματά μας είναι ελπιδοφόρα αλλά θα πρέπει να επικυρωθούν από ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος και την αξιοποίηση περισσότερων εργαλείων μέτρησης, για να διερευνηθεί περαιτέρω η εφαρμογή του θεωρητικού μοντέλου και να αποκτηθεί βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ΘμΠ μπορεί να συμβάλει στη θεραπεία των εξαρτήσεων, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, παρέχοντας μια εναλλακτική προσέγγιση παροχής συμβουλευτικής για τις εξαρτήσεις.

2^η ΕΡΕΥΝΑ

Εφαρμογή ενός προγράμματος προώθησης άσκησης σε ενήλικες σε θεραπεία για διαταραχές χρήσης ουσιών

Μέρος της παρακάτω έρευνας δημοσιεύτηκε στην αγγλική γλώσσα:

Panagiotounis, F., Hassandra, M., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2021). Application of a theory-based exercise promotion program (RACE) for adults in therapy for substance use disorders: a longitudinal interventional study. *Exartiseis*, 36.

Περίληψη

Ένας από τους κύριους στόχους της θεραπείας των διαταραχών χρήσης ουσιών είναι η επίτευξη και η διατήρηση της αποχής, μέσω της προώθησης της υιοθέτησης νέων υγιών συμπεριφορών, χρησιμοποιώντας μια ευρεία ποικιλία παρεμβάσεων και στρατηγικών. Η συμμετοχή σε άσκηση είναι ένα παράδειγμα συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία που εφαρμόζεται σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια, με ποικίλα αποτελέσματα. Η παρούσα μελέτη περιγράφει την εφαρμογή και τον αντίκτυπο ενός προγράμματος άσκησης 5 εβδομάδων (RACE), βασιζόμενο στις θεωρίες του αυτο-καθορισμού και των στόχων, για την προετοιμασία 14 ατόμων με ΔΧΟ, να λάβουν μέρος σε έναν ερασιτεχνικό αγώνα 10 χλμ. Οι στόχοι της παρέμβασης ήταν: (α) να εκπαιδεύσει άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ να θέσουν στόχους και να προσπαθήσουν για την επίτευξη τους λειτουργώντας σε ένα πλαίσιο άσκησης (β) να υποστηρίξει τα άτομα αυτά να μεταφέρουν αυτές τις δεξιότητες στη θεραπεία, χρησιμοποιώντας τις ίδιες τεχνικές και διαδικασίες και (γ) να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση τους ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της επίτευξης του στόχου και της βελτίωσης της αυτοπεποίθησης ($d = 3,33$). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της μετα-παρακολούθησης διαμόρφωσαν την άποψη ότι το πρόγραμμα RACE λειτούργησε θετικά όχι μόνο για την ενίσχυση των συμμετεχόντων στην ανάπτυξη δεξιοτήτων καθορισμού στόχων ($M.O = 8.55$, $T.A = .69$) αλλά και για τη μεταφορά των στρατηγικών αυτών στη θεραπευτική τους πορεία ($M.O = 8.69$, $T.A = .85$). Τα αποτελέσματα υποστήριξαν περαιτέρω την ιδέα ότι η συμμετοχή σε άσκηση μπορεί να είναι ένα ασφαλές περιβάλλον για την εκπαίδευση στρατηγικών αλλαγής συμπεριφοράς και κινήτρων στη θεραπεία των ΔΧΟ.

Εισαγωγή

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι ΔΧΟ είναι χρόνιες και χαρακτηρίζονται από περιστασιακές υποτροπές, μια βραχυπρόθεσμη και εφάπαξ θεραπεία συνήθως μπορεί να μην επαρκεί. Κατά συνέπεια, η θεραπεία των ΔΧΟ και η αλλαγή συμπεριφοράς, θα πρέπει να είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία που να περιλαμβάνει πολλαπλές παρεμβάσεις καθώς και τακτική παρακολούθηση (NIDA, 2018). Ένας σημαντικός παράγοντας που αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχημένη αλλαγή της συμπεριφοράς εξάρτησης, είναι η διαμόρφωση και η ενίσχυση του κίνητρου που θα οδηγήσει το εξαρτημένο άτομο στην αλλαγή (Bilici et al., 2014; Cahill et al., 2003). Σε αυτό το πλαίσιο, μία σειρά από θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κινήτρου έχουν εφαρμοστεί στην αντιμετώπιση των ΔΧΟ, όπου η καθεμία ξεχωριστά έχει συμβάλει σημαντικά στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Carroll & Onken, 2005; SAMHSA, 1999). Πιο συγκεκριμένα, δυο από τις στρατηγικές που μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ΔΧΟ, είναι οι θεωρίες του καθορισμού στόχων και του αυτο-καθορισμού (Kelly & White, 2011; Ryan & Deci, 2008).

Ένας παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά το άτομο ως προς την διαμόρφωση και την επίτευξη των στόχων, είναι η αυτοπεποίθηση του, δηλαδή η θετική προσδοκία που έχει για τον εαυτό του ότι μπορεί να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει. Ωστόσο, ο καθορισμός και η επιλογή υψηλών στόχων από το άτομο, είναι απόρροια της ανάγκης για επίτευξης και χαρακτηρίζεται από την υψηλή διαθεσιμότητα σε ικανότητες και πόρους (Finogonow, 2017; Elliot & Church, 1997). Αυτή η επιτυχή ολοκλήρωση των στόχων, ενδέχεται να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση, ιδιαίτερα αν αυτή η απόδοση είναι αποτέλεσμα ατομικής ικανότητας, παρά τυχαίων ή εξωτερικών άλλων γεγονότων. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση, αναπτύσσουν αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητά τους να ολοκληρώσουν έναν στόχο, με αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν εύκολα όταν προκύψουν πιθανά εμπόδια (Bandura, 1994; Maddux, 1995). Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τα άτομα με ΔΧΟ, καθώς, όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο εθισμός είναι αποτέλεσμα της αποτυχίας των στρατηγικών και των δεξιοτήτων του ατόμου να αντιμετωπίσει τις άμεσες παρορμήσεις του, οι οποίες και αποτελούν τη βάση της εθιστικής συμπεριφοράς (EMCDDA, 2013). Στο πλαίσιο αυτό, κατανοούμε ότι η αυτοπεποίθηση, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο

στη συμπεριφορά εθισμού ενώ παράλληλα το ίδιο αποφασιστική κρίνεται και η σημασία της κατά την θεραπεία ΔΧΟ, έχοντας θετικό αντίκτυπο (Leary et al., 1995).

Όπως έχει ήδη αναλυθεί παραπάνω, οι γνωσιακοί μηχανισμοί του καθορισμού στόχων και του αυτο-καθορισμού, διαθέτουν συμπληρωματικές στρατηγικές μέσω των οποίων τα άτομα ενισχύουν τα εσωτερικά τους κίνητρα για την έναρξη νέων υγιών συμπεριφορών ή/και αλλαγής ανθυγιεινών συμπεριφορών που σχετίζονται με την ευημερία τους, καθώς και με τη διατήρηση αυτών των συμπεριφορών στην πάροδο του χρόνου (Ryan & Deci, 2000). Υπό αυτό το πρίσμα, οι μηχανισμοί αυτοί φαίνεται να αποτελούν αποτελεσματικές στρατηγικές και έχουν εξεταστεί σε πολλές πτυχές της ανθρώπινης ευημερίας (Epton, Currie, & Armitage, 2017; Ng et al., 2012) και προωθούνται ως απαραίτητα συστατικά κάθε σύγχρονης προσέγγισης για την ενίσχυση της ψυχολογικής ευεξίας σε διάφορα θεραπευτικά πλαίσια (Scobbie, Dixon, & Wyke, 2011; Siegert & Taylor, 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι, η δημιουργία ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος, όπου η ενίσχυση του κινήτρου προωθείται μέσω του καθορισμού και της χρήσης στόχων, μπορεί να αποτελέσει μια πολύτιμη και αποτελεσματική στρατηγική, και προτείνεται η αξιοποίησή της κατά τη θεραπεία ΔΧΟ (SAMHSA, 1999; Webb et al., 2010).

Ένα περιβάλλον όπου εφαρμόζεται η θεωρία των στόχων και του αυτο-καθορισμού, είναι ο αθλητισμός και η συμμετοχή σε σωματική άσκηση, όπου ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει υποστηρίξει την αποτελεσματικότητα αυτών των στρατηγικών στην ανάπτυξη ενός ψυχολογικού μοντέλου ενίσχυσης του κινήτρου (Theodorakis, 1998; Weinberg, 2013; Fortier et al., 2007). Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονίσουμε, ότι η εφαρμογή των παραπάνω στρατηγικών σε ένα τέτοιο περιβάλλον, αποτελούν παράλληλα ένα σημαντικό πλαίσιο εκμάθησης δεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να μαθευτούν και μεταφερθούν σε άλλους τομείς της ζωής (Danish, Petitpas, & Hale, 1993; Gould & Carson, 2008).

Τα τελευταία χρόνια, η εφαρμογή αυτών των στρατηγικών, στο πλαίσιο συμπεριφορικών παρεμβάσεων που προάγουν την άσκηση ως βασικό στοιχείο, έχει δοκιμαστεί για τη αντιμετώπιση των νόμιμων εξαρτήσεων, όπως η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ (Manthou et al., 2016; Theodorakis et al., 2015) και η διακοπή του καπνίσματος (Angeli et al., 2018; Williams et al., 2011; Hatzigeorgiadis et al., 2016), οδηγώντας σε θετικά και ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ωστόσο, υπάρχει

περιορισμένη έρευνα για το πώς αυτές οι στρατηγικές, που εφαρμόζονται σε ένα περιβάλλον αθλητισμού και άσκησης, μπορούν να συμβάλουν και να μεταφερθούν στη θεραπεία των ΔΧΟ που συνδέονται με τις παράνομες ουσίες. Οι παρεμβάσεις με βάση την άσκηση, που έχουν ως τώρα εφαρμοστεί στην θεραπεία των ΔΧΟ, διερευνούν κυρίως τις παραμέτρους άσκησης και τα οφέλη που έχουν στη σωματική υγεία και όχι την αξιοποίηση του περιβάλλοντος άσκησης ως ένα ψυχολογικού μοντέλου ενίσχυσης του κινήτρου και εκπαίδευσης σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς (Zschucke et al., 2012; Wang et al., 2014). Ως εκ τούτου, η συγκεκριμένη μελέτη προσπαθεί να καλύψει αυτό το υπάρχον κενό στη βιβλιογραφία, εφαρμόζοντας τη θεωρία του καθορισμού στόχων και την θεωρία του αυτο-καθορισμού, στην υποστήριξη των ατόμων με ΔΧΟ για παραμονή στη θεραπεία. Στην παρούσα μελέτη, σχεδιάσαμε μια παρέμβαση (RACE) για τη προώθηση της άσκησης, βασισμένη στη θεωρία των στόχων και του αυτο-καθορισμού, και την εφαρμόσαμε σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ. Οι σκοποί του παρεμβατικού προγράμματος άσκησης ήταν α. να εκπαιδεύσουμε τα υπό-θεραπεία άτομα με ΔΧΟ να βάζουν στόχους και να εργάζονται για να τους πετύχουν σε ένα περιβάλλον άσκησης, β. να μεταφέρουν αυτές τις δεξιότητες στη θεραπεία ΔΧΟ, χρησιμοποιώντας τις ίδιες τεχνικές και διαδικασίες, και γ. να ενισχύσουμε την αυτοπεποίθησή τους, έτσι ώστε να πετυχαίνουν τους στόχους τους και σε άλλους τομείς της ζωής τους.

Μεθοδολογία

Πλαίσιο εφαρμογής

Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε ένα πρόγραμμα θεραπείας ΔΧΟ, εσωτερικής παρακολούθησης (Θεραπευτική Κοινότητα) του ΚΕΘΕΑ Ελλάδας (www.kethea.gr).

Σχεδιασμός μελέτης

Ο σχεδιασμός αυτής της μελέτης ήταν μια διαχρονική μελέτη παρέμβασης με τη χρήση μικτών μεθόδων έρευνας. Συλλέχθηκαν τόσο ποσοτικά και όσο και ποιοτικά δεδομένα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την παρέμβαση για την εξυπηρέτηση των σκοπών της μελέτης.

Πρόγραμμα άσκησης RACE

Μελετώντας την σχετική βιβλιογραφία, αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα άσκησης με τίτλο: **RACE (Relatedness, Autonomy Competence, Education)**, όπου και εφαρμόστηκε κατά την υλοποίηση της παρέμβασης. Το πρόγραμμα άσκησης RACE

σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε σε άτομα με ΔΧΟ και ως στόχο είχε, να τα προετοιμάσει να λάβουν μέρος σε έναν ερασιτεχνικό αγώνα δρόμου 10 χιλιομέτρων στο τέλος της προετοιμασίας τους. Το πρόγραμμα άσκησης RACE ήταν ένα πρόγραμμα προπόνησης αντοχής, διάρκειας 5 εβδομάδων, με 3 προπονητικές μονάδες, των 75 λεπτών έκαστην, την εβδομάδα, με διακύμανση έντασης και απόστασης, σύμφωνα με τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων. Το πρόγραμμα άσκησης RACE εφαρμόστηκε από αθλητικό εκπαιδευτή που διαθέτει εμπειρία στο χώρο των εξαρτήσεων, καθώς έχει υλοποιήσει πληθώρα αθλητικών παρεμβάσεων στον πληθυσμό στόχο.

Ο βασικός σχεδιασμός του προγράμματος RACE στηρίχθηκε στην θεωρία των στόχων και του αυτο-καθορισμού, καθώς και στην εκπαίδευση μεταφοράς δεξιοτήτων. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στο πρόγραμμα άσκησης RACE, για να υποστηρίξουν τους συμμετέχοντες να επιτύχουν αλλαγή της συμπεριφοράς αντλήθηκαν από την ταξινόμηση των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς (v1) (Michie, et al., 2013). Συγκεκριμένα:

Σχέσεις με άλλους (Relatedness): Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ικανοποίηση της ανάγκης για να αναπτυχθούν σημαντικές σχέσεις με άλλους, ήταν: α) υποστηρικτική συζήτηση και ανατροφοδότηση μέσα στις ομοειδείς εκπαιδευτικές ομάδες, που δημιουργήθηκαν με βάση τις ικανότητές τους (social support/unspecified), β) εποπτευόμενο πρόγραμμα προπόνησης από τον ειδικό εκπαιδευτή καθώς και ενεργή συμμετοχή του ίδιου του εκπαιδευτή στις προπονητικές μονάδες (social support/practical), και γ) οι συμμετέχοντες στην αρχή και στο τέλος κάθε προπονητικής μονάδας, «μοιραζόντουσαν» τη συναισθηματική τους κατάσταση με τα άλλα μέλη της ομάδας και τον εκπαιδευτή. Αυτή η διαδικασία ανατροφοδότησης και αμοιβαίας βοήθειας, ενθάρρυνε τους συμμετέχοντες να συζητούν τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους (κοινωνική υποστήριξη/συναισθηματική), καθώς και να ενθαρρύνουν και να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον κατά τη διάρκεια των προπονητικών μονάδων (social support/emotional). Μια σημαντική παράμετρος είναι ότι ο εκπαιδευτής συμμετείχε εξίσου σε αυτή τη διαδικασία λειτουργώντας ως παράδειγμα για τους συμμετέχοντες και επηρεάζοντας τη συμπεριφορά τους (credit source, role model).

Αυτονομία (Autonomy): Η κύρια τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για την ικανοποίηση της ανάγκης για αυτονομία ήταν η παροχή ελεύθερης επιλογής (provision of choice), σχετικά με: α) τον εβδομαδιαίο στόχο του (χλμ./εβδομάδα) κάθε

συμμετέχοντα για την απόσταση που θα εκτελούσε σε κάθε προπονητική μονάδα, β) σε πόσες προπονητικές μονάδες θα συμμετείχε την εβδομάδα, γ) με πόση ένταση θα εκτελούσε την κάθε άσκηση, και δ) με ποια άτομα θα επέλεγε να για εκτελέσει τις μαζί τις προπονητικές μονάδες.

Ικανότητα (Competence): Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ικανοποίηση της ανάγκης για ικανότητα, ήταν: α) η σταδιακή επιβάρυνση (graded task), δηλαδή ο κάθε συμμετέχων ανέβαζε σταδιακά τον προπονητικό στόχο του (πόσα χλμ./εβδομάδα) για κάθε επόμενη εβδομάδα (Focus on past success), β) Κατέγραφε την απόδοση του κάθε εβδομάδα για το πόσα χιλιόμετρα έτρεξε και ποια βήματα ακολουθούσε για να υλοποιήσει τους στόχους του (self-monitoring), και γ) με βάση την ανατροφοδότηση (feedback) που λάμβανε από προηγούμενο στόχο και την επίδοση της κάθε εβδομάδας, έθετε νέους στόχους για την επόμενη εβδομάδα (review behavior goals).

Εκπαίδευση (Education): Ένας από τους βασικούς στόχους του προγράμματος, ήταν η εκπαίδευση των ατόμων με ΔΧΟ στη διαδικασία στοχοθέτησης, καθώς και στην μεταφορά της δεξιότητας αυτής στη θεραπευτική διαδικασία ΔΧΟ. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν η εκπαίδευση των συμμετεχόντων στη τεχνική καθορισμού μικρών, εφικτών αλλά παράλληλα προκλητικών βραχυπρόθεσμων εβδομαδιαίων χιλιομετρικών στόχων, με αξιολόγηση της επίτευξης αυτών μέσω της αυτο-παρακολούθησης και της ανατροφοδότησης που λάμβανε από τον εκπαιδευτή και τους ομότιμους. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονταν να συνδέσουν και ενσωματώσουν τη δεξιότητα καθορισμού στόχου, στη θεραπεία ΔΧΟ τόσο βραχυπρόθεσμα (κατά τη διάρκεια των προπονητικών συνεδριών) όσο και μεσοπρόθεσμα (5 εβδομάδες συμμετοχής στο πρόγραμμα), καθώς και μακροπρόθεσμα, μετά τη λήξη του προγράμματος και ένα μήνα αργότερα (Lee & Martinek, 2013).

Διαδικασία επιλογής

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα άσκησης RACE ήταν θεραπευόμενοι μια Θεραπευτικής Κοινότητας του ΚΕΘΕΑ, οι οποίοι συμμετείχαν εθελοντικά σε θεραπεία για την αντιμετώπιση των ΔΧΟ. Πριν από τη τελική επιλογή των συμμετεχόντων, όλοι οι εξυπηρετούμενοι (N=18) της θεραπευτικής κοινότητας ενημερώθηκαν από τον ίδιο τον εκπαιδευτή για τη δυνατότητα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα καθώς και για τη διαδικασία επιλογής τους. Μετά από την ενημέρωση σχετικά με τα κριτήρια επιλογής

που παρατίθενται παρακάτω, αποκλείστηκαν 3 άτομα γιατί δεν πληρούσαν τα κριτήρια ικανότητας συμμετοχής σε άσκηση (PAR-Q) και 1 άτομο δεν εκδήλωσε ενδιαφέρον να συμμετάσχει. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια καθορισμού «σοβαρής διαταραχής χρήσης ουσιών» (TCU DRUG SCREEN 5). Ο τελικός συνολικός αριθμός των ατόμων που συμμετείχε στο πρόγραμμα RACE ήταν n=14. Η έρευνα υλοποιήθηκε Νοέμβριο-Δεκέμβριο 2019.

Για την επιλογή των συμμετεχόντων χρησιμοποιήσαμε 3 κριτήρια: α. οι συμμετέχοντες να παρακολουθούν θεραπεία για την αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης ουσιών, β. να πληρούν τα κριτήρια «σοβαρής διαταραχής χρήσης ουσιών» σύμφωνα με το TCU DRUG SCREEN 5, και γ. να πληρούν τα κριτήρια ικανότητας για άσκηση σύμφωνα με τον έλεγχο του PAR-Q.

Όλοι όσοι εκδήλωσαν ενδιαφέρον για συμμετοχή ελέγχθηκαν για τα παραπάνω κριτήρια με τις παρακάτω αξιολογήσεις:

A. Βαθμός Σοβαρότητας ΔΧΟ (Παράρτημα 6). Για την αξιολόγηση του βαθμού σοβαρότητας των ΔΧΟ χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αξιολόγησης TCU DRUG SCREEN 5 (Institute of Behavioral Research, 2017) το οποίο εκτιμά το δείκτη σοβαρότητας της εξάρτησης και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τον καθορισμό της τοποθέτησης και του επιπέδου φροντίδας κατά τη θεραπεία. Το TCU DRUG SCREEN 5 είναι ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς 11 ερωτήσεων όπου οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν μια διχοτομημένη κλίμακα ναι ή όχι. Η βαθμολογία του εργαλείου προκύπτει από άθροισμα των θετικών απαντήσεων και αποτυπώνεται ως: α. Ήπια διαταραχή (2-3 βαθμοί), β. Μέτρια διαταραχή (4-5 βαθμοί), γ. Σοβαρή διαταραχή (6+ βαθμοί).

B. Ετοιμότητα συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα (Παράρτημα 7). Το *Ερωτηματολόγιο ετοιμότητας για φυσική δραστηριότητα* PAR-Q (Thomas, Reading, & Shephard, 1992) είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς που αξιολογεί την ασφάλεια ή τον πιθανό κίνδυνο άσκησης για ένα άτομο με βάση το ιστορικό υγείας του κατά τους τελευταίους 12 μήνες, αποτυπώνοντας τα τρέχοντα ιατρικά συμπτώματα, όπως προβλημάτων καρδιάς, κυκλοφορικού, ισορροπίας, λήψης φαρμάκων και προβλημάτων στις αρθρώσεις και στους μύες. Το PAR-Q αποτελείται από 7 ερωτήσεις, όπου οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν μια διχοτομημένη κλίμακα ναι ή όχι. Εάν υπάρχουν μία ή περισσότερες θετικές απαντήσεις τότε θα πρέπει να γίνει

παραπομπή σε γιατρό για συμβουλή συμμετοχής σε σωματική άσκηση. Επίσης, λήφθηκε υπόψη το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων όπως αυτό καταγράφεται κατά την εισαγωγή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Κατά την διαδικασία αυτή ο κάθε συμμετέχοντας προσκόμισε πρόσφατη ακτινογραφία θώρακος, καρδιογράφημα, εξετάσεις για μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV, ηπατίτιδα καιφυματίωση) καθώς και δερματολογικές εξετάσεις, αλλεργίες και χειρουργεία.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη διεξήχθη αφού έλαβε την έγκριση του τομέα έρευνας του ΚΕΘΕΑ. Όλοι οι συμμετέχοντες, πριν από τη συμμετοχή τους, ενημερώθηκαν σχετικά με τον ερευνητικό σχεδιασμό, την εμπιστευτικότητα της ανωνυμίας της συλλογής και την ανάλυση των δεδομένων και τους ζητήθηκε να υπογράψουν έντυπη γραπτή συγκατάθεση. Επίσης, ενημερώθηκαν ότι θα μπορούσαν να σταματήσουν τη συμμετοχή τους οποτεδήποτε επιθυμούσαν.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε 7 χρονικά σημεία (ΧΣ). Το πρώτο χρονικό σημείο (ΧΣ₁) αναφέρεται στην πρώτη κατηγορία δεδομένων που περιελάμβανε τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, την αξιολόγηση συμμετοχής σε άσκηση και την δοκιμασία αερόβιας αντοχής 3 χιλιομέτρων. Η συλλογή της δεύτερης κατηγορίας δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε 5 διαδοχικά χρονικά σημεία. Τα πρώτο χρονικό σημείο (ΧΣ₂) αφορούσε την αρχή της πρώτης εβδομάδας, και πριν την έναρξη των προπονητικών μονάδων, όπου όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν το «Εβδομαδιαία φόρμα παρακολούθησης στόχου». Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε στα επόμενα 4 χρονικά σημεία (ΧΣ₃, ΧΣ₄, ΧΣ₅, ΧΣ₆).

Τέλος, η τρίτη κατηγορία δεδομένων, ήταν η αξιολόγηση μετα-παρακολούθησης που πραγματοποιήθηκε ένα μήνα μετά τη συμμετοχή στον αγώνα και τη λήξη του αθλητικού προγράμματος (ΧΣ₇). Σε αυτό το πλαίσιο οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την «Αξιολόγηση μετα-παρακολούθησης».

Εργαλεία αξιολόγησης (Παράρτημα 8)

Α. Εβδομαδιαία φόρμα παρακολούθησης στόχου. Για τις ανάγκες της μελέτης προσαρμόστηκε μια φόρμα αυτό-αναφοράς για την αποτύπωση των εβδομαδιαίων στόχων από τους συμμετέχοντες, καθώς του βαθμού αυτο-πεποίθησή τους για την επίτευξή τους (Θεοδωράκης, Χατζηγεωργιάδης, Ζουρμπάνος, 2016). Οι

συμμετέχοντες συμπλήρωναν την φόρμα στην αρχή κάθε εβδομάδας απαντώντας σε προκαθορισμένες ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, κατέγραφαν:

Β. Εβδομαδιαίος στόχος χιλιομέτρων. Οι συμμετέχοντες καθόριζαν το συνολικό αριθμό χιλιομέτρων που ήθελαν να πετύχουν μέχρι το τέλος της κάθε εβδομάδας (Στόχος). Επέλεξαν μία από τις 10 προκαθορισμένες επιλογές από 7χλμ την εβδομάδα έως 16χλμ την εβδομάδα. Παράλληλα, ο εκπαιδευτής διατηρούσε αρχείο με τα πραγματικά συνολικά χιλιόμετρα ανά εβδομάδα που οι συμμετέχοντες πραγματοποιούσαν (Πραγματική απόδοση).

Γ. Αυτοπεποίθηση για την επίτευξη του Εβδομαδιαίου στόχου χιλιομέτρων. Οι συμμετέχοντες εκτιμούσαν κατά πόσο ήταν σίγουροι ότι θα πετύχουν τον χιλιομετρικό τους στόχο. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert από το 1 (καθόλου βέβαιο) έως το 10 (απόλυτα βέβαιο).

Δ. Τακτικές για την επίτευξη του στόχου. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν, σε ελεύθερο κείμενο σε μια ανοιχτή ερώτηση, σχετικά με ποιες τακτικές θα ακολουθήσουν για να επιτύχουν τον προηγούμενο δηλωμένο εβδομαδιαίο στόχο χιλιομέτρων. Έλαβαν οδηγίες να απαριθμήσουν έως και 3 τακτικές.

Ε. Αυτοπεποίθηση για την εφαρμογή των τακτικών. Οι συμμετέχοντες εκτιμούσαν κατά πόσο ήταν σίγουροι ότι θα υλοποιήσουν τις τακτικές που προηγουμένως περιέγραψαν. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert από το 1 (καθόλου βέβαιο) έως το 10 (απόλυτα βέβαιο).

ΣΤ. Εβδομαδιαίοι στόχοι θεραπείας ΔΧΟ. Οι συμμετέχοντες απάντησαν με ελεύθερο κείμενο σε μια ανοιχτή ερώτηση που τους ρωτούσε ποιοι είναι οι θεραπευτικοί στόχοι αυτή την εβδομάδα.

Τέλος, μετά την πρώτη εβδομάδα, τους ζητήθηκε να δώσουν σχόλια ως απάντηση στην ερώτηση: «*πώς η διαδικασία της προπόνησης άσκησης ως προετοιμασία για την επίτευξη της συμμετοχής στον αγώνα 10 χιλιομέτρων, σας βοήθησε να πετύχετε τους στόχους θεραπείας ΔΧΟ;*». Οι συμμετέχοντες απαντούσαν αυτήν την ερώτηση αφού είχαν ολοκληρώσει τις προπονητικές μονάδες της προηγούμενης εβδομάδας. Η ερώτηση αυτή αξιολογούσε αναδρομικά την εμπειρία που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια των προπονητικών μονάδων μιας συγκεκριμένης εβδομάδας, σε σχέση με τους θεραπευτικούς στόχους των συμμετεχόντων.

Αξιολόγηση μετα-παρακολούθησης (Παράρτημα 9)

Για την αξιολόγηση της σύνδεσης της διαδικασίας καθορισμού στόχων με τη θεραπευτική διαδικασία, μετά το πρόγραμμα άσκησης, σχεδιάστηκε ένα αυτοσχέδιο εργαλείο αυτό-αναφοράς. Η αξιολόγηση περιελάμβανε:

A) Τέσσερα στοιχεία που αξιολογούσαν τον παράγοντα: *«Συχνότητα χρήσης καθορισμού στόχων»* κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα RACE. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν: (i) πόσο συχνά χρησιμοποιούσαν τον καθορισμό στόχων κατά τη διάρκεια του προγράμματος RACE για τους προπονητικούς τους στόχους (διάρκεια και ένταση), (ii) πόσο συχνά έκαναν τη σύνδεση μεταξύ των στόχων άσκησης και των στόχων θεραπείας, κατά τη διάρκεια του RACE πρόγραμμα, (iii) πόσο συχνά είχαν θέσει στόχους για αλλαγή συμπεριφοράς (π.χ. βελτίωση των διατροφικών τους συνηθειών ή μείωση του αριθμού των τσιγάρων) κατά τη διάρκεια του προγράμματος RACE και (iv) πόσο συχνά χρησιμοποιούσαν τους στόχους για να βοηθηθούν να κάνουν ότι καλύτερο μπορούν. Οι απαντήσεις αξιολογήθηκαν σε μία κλίμακα Likert από το 1: Ποτέ, έως το 10: Πάντα. Όλα τα παραπάνω στοιχεία ομαδοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του παράγοντα: *«Συχνότητα χρήσης καθορισμού στόχων»*.

B) Τέσσερα στοιχεία που αξιολογούσαν τον παράγοντα: *«Αντιληπτή χρησιμότητα»*. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν: (i) πόσο το πρόγραμμα RACE τους βοήθησε να επιτύχουν τους στόχους τους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης, (ii) πόσο το πρόγραμμα RACE βοήθησε στον καθορισμό των στόχων θεραπείας ΔΧΟ, (iii) πόσο το πρόγραμμα RACE βοήθησε να συνδεθούν οι στόχοι άσκησης με τους στόχους θεραπείας, (iv) πόσο το πρόγραμμα RACE βοήθησε να τεθούν στόχοι για την επίτευξη άλλων προσωπικά σημαντικών στόχων (μετά το πρόγραμμα RACE) (v) πόσο το πρόγραμμα RACE βοήθησε να εκπαιδεύσουν τον εαυτό τους, για την ολοκλήρωση της θεραπείας ΔΧΟ. Οι απαντήσεις αξιολογήθηκαν σε μία κλίμακα Likert από το 1: Καθόλου, έως το 10: Πολύ. Όλα τα παραπάνω στοιχεία ομαδοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του παράγοντα: *«Αντιληπτή Χρησιμότητα»*.

Γ) Μια ανοιχτή ερώτηση, που έπρεπε να απαντηθεί σε ελεύθερο κείμενο, που ζητούσε από τους συμμετέχοντες, να περιγράψουν με ποιους τρόπους η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα άσκησης RACE, ήταν χρήσιμη για τη μέχρι τώρα πορεία τους στη θεραπεία ΔΧΟ.

Διαδικασία

Η επιλογή ενός ερασιτεχνικού αγώνα 10 χλμ. βασίστηκε στο γεγονός ότι, αυτού του είδους οι αγώνες δεν προάγουν τον ανταγωνισμό. Έτσι, το άτομο τρέχει τον δικό του αγώνα, χωρίς απαραίτητα να νιώθει άγχος και να πιέζεται για να πετύχει μια συγκεκριμένη απόδοση (χρόνο ή ρυθμό). Το γεγονός αυτό οδηγεί το άτομο, κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του, να θέτει τους δικούς του στόχους απόδοσης, επικεντρώνοντας στη δική του πρόοδο, χωρίς να συγκρίνει τον εαυτό του με άλλους.

Πριν από την εφαρμογή του αθλητικού προγράμματος RACE, ο εκπαιδευτής ενημέρωσε αναλυτικά όλους τους συμμετέχοντες για το σκοπό της παρέμβασης. Στη συνέχεια, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα εργαλεία αξιολόγησης TCU DRUG SCREEN 5 και PAR-Q και κατόπιν τους ζητήθηκε να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης. Είναι γενικά παραδεκτό ότι, ο συγκεκριμένος πληθυσμός χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά απόσυρσης και μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία (ASAM, 2015). Για το λόγο αυτό, ο εκπαιδευτής, θέλοντας να επιτύχει όσο το δυνατόν περισσότερη δέσμευση και συμμόρφωση από τους συμμετέχοντες, αξιοποίησε την τεχνική αλλαγής συμπεριφοράς: «Προφορικό Συμβόλαιο Συμπεριφοράς» (Behavioral Contract). Το Συμβόλαιο Συμπεριφοράς μεταξύ των συμμετεχόντων και του εκπαιδευτή καθόριζε τις προσδοκίες, το σχεδιασμό, τις υποχρεώσεις και τις συνέπειες της μη συμμόρφωσης με το πρόγραμμα. Η χρήση του Συμβολαίου Συμπεριφοράς χρησιμοποιείται ευρέως και έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συμμετοχή των θεραπευομένων στη θεραπεία ΔΧΟ (Martin & Pear, 1999). Παρόλα αυτά, κατά τη διάρκεια του αθλητικού προγράμματος RACE, το Συμβόλαιο Συμπεριφοράς έπρεπε να επανακαθοριστεί για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αποκλινουσών συμπεριφορών.

Για το λόγο ότι, οι συμμετέχοντες δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία τρεξίματος, 2 ημέρες πριν από την πρώτη προπόνηση, συμμετείχαν σε μια δοκιμασία αερόβιας αντοχής, ολοκληρώνοντας μια απόσταση 3 χιλιομέτρων σε ρυθμό χαμηλής έως μέτριας έντασης (ΧΣ1). Στόχος ήταν οι συμμετέχοντες να αποκτήσουν μια, όσον το δυνατόν, ρεαλιστική αξιολόγηση των στοιχείων (ρυθμός, απαιτήσεις αντοχής, κ.α.) της συγκεκριμένης χιλιομετρικής απόστασης. Αυτή η εμπειρία λειτούργησε ως πιλότος, σε συνεργασία με τον εκπαιδευτή, για να εξατομικεύσουν τις μελλοντικές τους προπονητικές μονάδες, καθορίζοντας τις παραμέτρους της άσκησης. Στην αρχή κάθε

εβδομάδας του προγράμματος RACE, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν την «Εβδομαδιαία φόρμα παρακολούθησης στόχου» και την υπέβαλαν στον εκπαιδευτή. Για την πρώτη εβδομάδα, οι συμμετέχοντες έθεσαν τον στόχο της εβδομαδιαίας απόστασης τους με βάση τη αρχική δοκιμασία των 3 χιλιομέτρων. Για κάθε εβδομάδα μετά και αφού αξιολογούσαν την απόδοσή τους την προηγούμενη εβδομάδα, έχοντας λάβει την κατάλληλη ανατροφοδότηση από τον εκπαιδευτή, καθόρισαν τον στόχο τους για την επόμενη εβδομάδα.

Σε κάθε προπονητική μονάδα διεξάγονταν δύο ομαδικές συναντήσεις, μία στην αρχή και μία στο τέλος. Κατά την αρχική συνάντηση, ο εκπαιδευτής ενημέρωνε τους συμμετέχοντες για τις ασκήσεις και τις παραμέτρους (ένταση, απόσταση, κ.λπ.) που περιελάμβανε η κάθε προπονητική μονάδα. Επιπλέον, πρότεινε και προέτρεπε τους συμμετέχοντες να αξιοποιήσουν στρατηγικές θετικής σκέψης κατά τη διάρκεια της άσκησης, με στόχο να ενδυναμώσουν το κίνητρο τους για να ολοκληρώσουν τους προπονητικούς τους στόχους. Επιπλέον, στη συνάντηση αυτή, οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να «μοιραστούν» με την ομάδα και τον εκπαιδευτή, την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται, πιθανόν επηρεασμένοι από τη θεραπευτική τους διαδικασία (θυμός, απογοήτευση, χαρά κ.λπ.) καθώς και τους προπονητικούς στόχους που είχαν θέσει. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες εκτελούσαν την άσκηση, προσαρμόζοντας τις παραμέτρους ανάλογα με τους προσωπικούς τους στόχους. Η παραπάνω διαδικασία, κατά τη διάρκεια του προγράμματος RACE, είχε ως αποτέλεσμα την κατανομή των συμμετεχόντων σε μικρότερες σταθερές ομοειδείς ομάδες. Ο εκπαιδευτής συμμετείχε ενεργά σε όλες τις προπονητικές μονάδες, καθώς εκτελούσε όλες τις ασκήσεις και μοιραζόταν τα συναισθήματα και τις δυσκολίες που αντιμετώπισε. Στο τέλος κάθε προπόνησης, κάθε συμμετέχων, συζητούσε με τα άλλα μέλη της ομάδας και τον εκπαιδευτή, τα συναισθήματα που ένιωσε και τις δυσκολίες που αντιμετώπισε κατά τη διάρκεια της προπόνησης, καθώς και ποιες στρατηγικές χρησιμοποίησε για να τα ξεπεράσει.

Πριν από τον αγώνα, όλοι οι συμμετέχοντες έβαλαν στόχο σχετικά με το ρυθμό που επιθυμούσαν να τρέξουν τον αγώνα και επέλεξαν τα άτομα που θα ήθελαν να τον υλοποιήσουν. Η επιλογή τους αυτή, επηρεάστηκε από την προηγούμενη εμπειρία που είχαν κατά την προετοιμασία με τους άλλους συμμετέχοντες, καθώς και από την αντιλαμβανόμενη ικανότητα τους να τρέξουν τον αγώνα. Κατά την διάρκεια του

αγώνα, βασικά στοιχεία που κυριάρχησαν ήταν η πειθαρχία προς τον ρυθμό, η συγκέντρωση στον αγώνα και η υποστήριξη από τα άλλα μέλη της ομάδας.

Η αξιολόγηση μετα-παρακολούθησης πραγματοποιήθηκε στη Θεραπευτική Κοινότητα. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, αρχικά, όλοι οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν τη συνολική εμπειρία και τα συναισθήματα τους από την παρέμβαση (προετοιμασία και αγώνα). Σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι σε αυτή τη διαδικασία παραβρέθηκαν και οι θεραπευτές των συμμετεχόντων. Στόχος της παρουσίας των θεραπευτών στη συνάντηση ήταν, αφενός η ενημέρωση τους σχετικά με το αντίκτυπο της εμπειρίας των συμμετεχόντων στη θεραπευτική τους πορεία και αφετέρου η προώθηση της αποτελεσματικότητας του αθλητισμού, ως έναν διαφορετικό υποστηρικτικό πλαίσιο θεραπείας και εκπαίδευσης. Στην συνέχεια, χωρίς την παρουσία του εκπαιδευτή και των θεραπευτών, όλοι οι συμμετέχοντες ανώνυμα συμπλήρωσαν την αξιολόγηση.

Αποτελέσματα

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα RACE ήταν 14 (n=14), 12 άνδρες και 2 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 33.3 χρόνια (min 23 - max 41). Στην Ευρώπη, οι γυναίκες αποτελούν περίπου το ένα τέταρτο όλων των ατόμων με σοβαρές διαταραχές χρήσης ουσιών, ενώ περίπου το 20% αυτών συμμετέχουν σε εξειδικευμένη θεραπεία (EMCDDA, 2017). Ο μέσος όρος προηγούμενη εμπειρίας με τη χρήση ουσιών ήταν τα 15.5 χρόνια. Η κύρια ουσία χρήση ήταν η ηρωίνη (64.3 %) μετά η κάνναβης (21.4%). Ο μέσος χρόνος παραμονής τους στη θεραπεία ήταν, κατά το ΧΣι, 73 ημέρες. Όσον αφορά την δείκτη σοβαρότητας διαταραχών από την χρήση ουσιών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είναι ιδιαίτερα σοβαρός ($M.O=8.7$).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 42.9% συμμετείχε σε πρόγραμμα απεξάρτησης για πρώτη φορά, ενώ το 28.6% είχε συμμετέχει μια φορά στο παρελθόν γεγονός που υποδηλώνει ότι, η πλειοψηφία του δείγματος δεν έχει εκτεθεί σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς στο παρελθόν. Επίσης, το 78% των συμμετεχόντων, θεωρεί ότι αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα διαταραχών από τη χρήση ουσιών, ενώ το σύνολο των συμμετεχόντων αναφέρει ότι είναι πολύ σημαντικό να συμμετέχει σε θεραπεία αντιμετώπισης ΔΧΟ.

Αποτελέσματα εβδομαδιαίας παρακολούθησης

Όλοι οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα RACE. Αναλυτικά τα αποτελέσματα συμμετοχής και επιδόσεων στο πρόγραμμα ανά εβδομάδα παρουσιάζεται στο πίνακα 10, όπου κατά τη διάρκεια των 5 εβδομάδων, οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν κατά μέσο όρο 2,5 προπονητικές μονάδες/εβδομάδα και πραγματοποίησαν κατά μέσο όρο 191.2 λεπτά άσκησης/εβδομάδα, διανύοντας κατά μέσο όρο 15.29 χλμ./εβδομάδα. Ο μέσος χρόνος επίδοσή τους στον αγώνα των 10 χλμ. ήταν $M.O = 67.8$ λεπτά ($T.A = 9.6$).

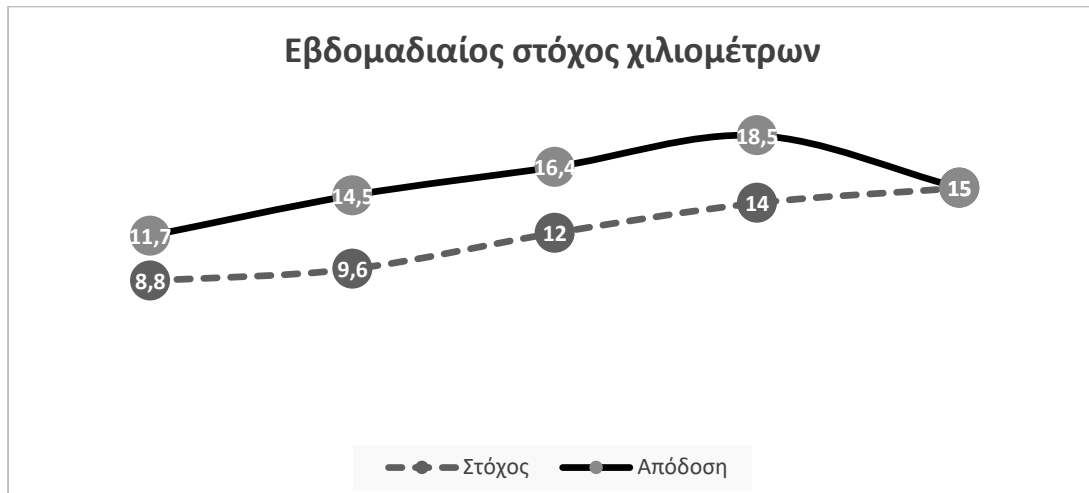
Πίνακας 9. Αποτελέσματα επιδόσεων και προσκόλλησης στο πρόγραμμα RACE

Συχνότητα συμμετοχής (προπονήσεις/εβδομάδα)	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>
<i>Εβδομάδα 1</i>	2.42	.515
<i>Εβδομάδα 2</i>	2.79	.426
<i>Εβδομάδα 3</i>	2.71	.469
<i>Εβδομάδα 4</i>	2.79	.426
<i>Εβδομάδα 5*</i>	1.93	.267
Στόχος (χλμ/εβδομάδα)		
<i>Εβδομάδα 1</i>	8.75	1.76
<i>Εβδομάδα 2</i>	9.57	1.98
<i>Εβδομάδα 3</i>	12.00	2.63
<i>Εβδομάδα 4</i>	13.92	2.39
<i>Εβδομάδα 5*</i>	14.75	1.96
Απόδοση (χλμ/εβδομάδα)		
<i>Εβδομάδα 1</i>	11.67	2.70
<i>Εβδομάδα 2</i>	14.50	2.59
<i>Εβδομάδα 3</i>	16.36	2.95
<i>Εβδομάδα 4</i>	18.50	3.00
<i>Εβδομάδα 5*</i>	15.43	2.13
Χρόνος προπόνησης (λεπτά/εβδομάδα)		
<i>Εβδομάδα 1</i>	187.50	39.16
<i>Εβδομάδα 2</i>	208.93	31.93
<i>Εβδομάδα 3</i>	203.57	35.16
<i>Εβδομάδα 4</i>	208.93	31.93
<i>Εβδομάδα 5*</i>	144.64	20.04
Χρόνος αγώνα	67.86	9.65

*Την 5η εβδομάδα πραγματοποιήθηκαν 2 αντί για 3 προπονητικές μονάδες καθώς η 3^η μονάδα ήταν η συμμετοχή στον αγώνα.

Στο Διάγραμμα 1, παρατηρούμε ότι καθώς κάθε εβδομάδα οι συμμετέχοντες αύξαναν τον στόχο σχετικά με τη χιλιομετρική απόσταση που ήθελαν να κάνουν (Στόχος), αντιστοιχούσε στην πραγματική χιλιομετρική απόσταση που τελικά υλοποιούσαν (Απόδοση), ενώ παράλληλα αισθάνονταν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση

(Διάγραμμα 2) ως προς την επίτευξη του χιλιομετρικού στόχου τους ανά εβδομάδα ($X\Sigma_2 = 9.2$, $X\Sigma_3 = 9.1$, $X\Sigma_4 = 9.4$, $X\Sigma_5 = 9.5$, $X\Sigma_6 = 9.4$). Η μετατόπιση της μέσης τιμής της αυτοπεποίθησης για την επίτευξη των στόχων μεταξύ των $X\Sigma_2$ και $X\Sigma_6$ είναι μικρή με Effect Size, $d=.18$.



Διάγραμμα 1. Εβδομαδιαίος στόχος χιλιομέτρων/πραγματική απόδοση



Διάγραμμα 2. Αυτοπεποίθηση για την επίτευξη του Εβδομαδιαίου στόχου χιλιομέτρων

Όλοι οι συμμετέχοντες, κατά τη διάρκεια του προγράμματος άσκησης, κατέγραψαν τις τακτικές (Πίνακας 10) που θα έκαναν για να ενισχύσουν την προσπάθεια τους για να επιτύχουν τον εβδομαδιαίο χιλιομετρικό στόχο.

Πίνακας 10. Τακτικές για την επίτευξη του στόχου

	Παράδειγμα τακτικών
Τακτικές για την επίτευξη του στόχου	«Να είμαι αφοσιωμένος στις προπονήσεις...»
	«...να είμαι πειθαρχημένος...»
	«...να διατηρώ τον ρυθμό, τρέξιμο – αναπνοή...»
	«...να συγκεντρωθώ στην ανάσα μου...»
	«...να είμαι δεσμευμένος στο στόχο μου...»
	«...να χάσω κιλά...»
	«...να μειώσω το τσιγάρο...»
	«...να είμαι συνεπής...»
	«...να ακολουθώ την ομάδα...»
	«...να μείνω συγκεντρωμένη στο στόχο μου...»
	«...να κοιτάζω τα πόδια μου και να παρατηρώ τα βήματα μου...»
	«...να έχω αυτοπεποίθηση...»

Στο Διάγραμμα 3 παρατηρούμε ότι η αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων σχετικά με την συμπεριφορά τους, αυξάνεται σταδιακά κατά την διάρκεια του προγράμματος ($X\S_2 = 7.3$, $X\S_3 = 7.7$, $X\S_4 = 8.5$, $X\S_5 = 8.9$, $X\S_6 = 9.5$). Η μετατόπιση της μέσης τιμής της αυτοπεποίθησης για την επίτευξη της τακτικής μεταξύ του $X\S_2$ και του $X\S_6$ είναι αρκετά μεγάλη με Effect Size, $d=3.33$.



Διάγραμμα 3. Αυτοπεποίθηση εφαρμογής των στρατηγικών

Όσον αφορά την αξιολόγηση της σύνδεσης της συμμετοχής στο αθλητικό πρόγραμμα RACE με τη θεραπευτική διαδικασία, οι συμμετέχοντες φαίνεται να την αξιολογούν θετικά. Μέρος από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την

ερώτηση: «πώς η διαδικασία της προπόνησης άσκησης ως προετοιμασίας για την επίτευξη της συμμετοχής στον αγώνα 10 χιλιομέτρων σας βοήθησε να πετύχετε τους στόχους θεραπείας ΔΧΟ;» παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11. Σύνδεση με τη θεραπευτική διαδικασία

Διαστάσεις	Σχετικά αποσπάσματα
Σύνδεση με τη θεραπεία	<p>«...είναι απόλυτα συνδεδεμένοι αυτοί οι δύο στόχοι ...να τρέξω τα 10 χλμ. και η θεραπευτική μου προσπάθεια...»,</p> <p>«...η προσπάθεια μου να πετύχω τον ένα στόχο δυναμώνει και τον άλλον...»</p> <p>«...η προετοιμασία για τον αγώνα θα κρατήσει το σώμα και το μυαλό μου καθαρό έτσι ώστε να μείνω καθαρός/η...»</p> <p>«...είναι από τα πράγματα που με έχουν κρατήσει στην κοινότητα...»</p>
Αυτοαντίληψη	<p>«...νιώθω καλύτερα με τον εαυτό μου...»</p> <p>«...αισθάνομαι υγιής...»</p> <p>«...με κρατάει ενεργοποιημένο...»</p> <p>«...νιώθω περισσότερη αυτοπεποίθηση και συγκεντρόνομαι...»</p> <p>«...Νιώθω όμορφα όταν τρέχω ...κάνω κάτι για τον εαυτό μου...»</p> <p>«...μου δίνει δύναμη...»</p>
Ενίσχυση κινήτρου	<p>«...θέλω να τερματίσω και στα δυο...», «...αν καταφέρω να τρέξω τα 10 χλμ. θα πάρω μεγάλη δύναμη και αυτοπεποίθηση...»</p> <p>«...είναι συνέχεια της ταυτότητας που φτιάχνω...», «...με βοηθάει στη σκέψη...με βοηθάει να σκέφτομαι τον στόχο μου...»</p> <p>«...με κάνει να πεισμώνω ακόμα πιο πολύ ότι θα τα καταφέρω...»</p> <p>«...βήμα – βήμα εκπληρώνω τον στόχο των 10χλμ...».</p>

Αποτελέσματα μετα-παρακολούθησης

Τέλος, έναν μήνα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (μεσοπρόθεσμα), οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την «Αξιολόγηση μετα-παρακολούθησης» (Πίνακας 12). Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι μόνο ένας συμμετέχοντας διέκοψε τη θεραπευτική διαδικασία.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα μετα-παρακολούθησης

Συχνότητα χρήσης καθορισμού στόχων	N	M.O	T.A
<i>Επίτευξη των στόχων προπόνησης (διάρκεια και ένταση)</i>	13	8.46	1.12
<i>Σύνδεση μεταξύ της άσκησης και των στόχων θεραπείας</i>	13	9.00	1.08
<i>Αυτο-βελτίωση γενικά</i>	13	8.46	.77
<i>Να κάνεις το καλύτερο που μπορείς</i>	13	8.31	.94
Συχνότητα χρήσης καθορισμού στόχων	13	8.55	.69

Αντιληπτή χρησιμότητα του καθορισμού στόχων	N	M.O	T.A
<i>Επίτευξη στόχων Άσκησης</i>	13	9.00	1.08
<i>Καθορισμός θεραπευτικών στόχων</i>	13	8.54	1.19
<i>Σύνδεση προπονητικών και θεραπευτικών στόχων</i>	13	8.77	1.16
<i>Επίτευξη προσωπικών στόχων</i>	13	8.69	1.18
<i>Εκπαίδευση για την ολοκλήρωση της θεραπείας</i>	13	8.46	1.26
Αντιληπτή χρησιμότητα	13	8.69	.85

Μεσοπρόθεσμα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι η παρέμβαση, λειτούργησε θετικά και ενίσχυσε τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν δεξιότητες καθορισμού στόχων ($M.O = 8.55$, $T.A = .69$). Αναφερόμενοι οι συμμετέχοντες σχετικά με την μεταφορά της διαδικασίας καθορισμού στόχων, δήλωσαν ότι αξιοποίησαν την εμπειρία τους από την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα άσκησης στη θεραπευτική τους πορεία ($M.O = 8.69$, $T.A = .85$) και στον καθορισμό των θεραπευτικών τους στόχων.

Σημαντική είναι η αξιολόγηση των συμμετεχόντων, σχετικά με το αν η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα RACE τους βοήθησε στη θεραπευτική τους πορεία. Μέρος από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την ερώτηση: «Πιστεύεις ότι η συμμετοχή σου στο πρόγραμμα σε βοήθησε στη θεραπευτική σου πορεία;» παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13. Σύνδεση με τη θεραπευτική πορεία

Διαστάσεις	Σχετικά αποσπάσματα
Αυτο-αποτελεσματικότητα	<p>«...με βοήθησε στη διάθεση και την αυτοπεποίθησή μου... μπόρεσα να καταλάβω πως λειτουργώ...»</p> <p>«...με βοήθησε να μην τα παρατάω και να νιώθω πιο δυνατός...»</p> <p>«...με βοήθησε να αναγνωρίζω τις αδυναμίες μου και να τις διορθώνω...»</p> <p>«...με έκανε να έχω μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση...γιατί βάζω στόχους και τους πετυχαίνω...»</p> <p>«...με έμαθε να λειτουργώ με συνέπεια, σταθερά και μεθοδικά για να ανεβάσω την απόδοσή μου...όπως και στην θεραπεία μου...»</p> <p>«...με έκανε να χαίρομαι με τη βελτίωσή μου...»</p>
Καθορισμός/επίτευξη στόχων	<p>«...με βοήθησε να βάζω στόχους και να δεσμεύομαι να τους πετύχω...»</p> <p>«...έμαθα να βάζω μικρούς στόχους και να είμαι συγκεντρωμένος σε αυτούς...»</p> <p>«...κατάλαβα ότι αν βάλεις δύσκολους στόχους και τους καταφέρνεις, νιώθεις όμορφα...»</p> <p>«...με τη συγκέντρωση μπορώ να καταφέρω πράγματα που στην αρχή φαίνονται δύσκολα...»</p> <p>«...απαίτηση, υπέρβαση και εκπλήρωση στόχου...»</p> <p>«...κατάλαβα ότι μου αρέσει να τρέχω...έναν εναλλακτικό τρόπο ζωής...»</p>
Ενίσχυση το κινήτρου	<p>«...με έκανε να ανήκω σε μια ομάδα με κοινό στόχο...»</p> <p>«...με βοήθησε να μην παραιτούμαι...»</p> <p>«...κάθε φορά που έτρεχα έβαζα στόχο να ολοκληρώσω την προπόνηση και το σύνδεσα με τη θεραπεία μου και μου έδινε δύναμη να συνεχίσω...»</p> <p>«...με έκανε να νιώθω καλά...»</p>

Συζήτηση

Στην μελέτη αυτή εφαρμόστηκε ένα παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης βασισμένο στην θεωρία των στόχων και στη θεωρία του αυτό-καθορισμού, για να εκπαιδευτούν άτομα που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ, στον καθορισμό και στην επίτευξη στόχων, καθώς και την μεταφορά της δεξιότητας αυτής στη θεραπευτική διαδικασία.

Με μια πρώτη ματιά, τα αποτελέσματα της έρευνας ενισχύουν την άποψη ότι η συμμετοχή σε κατάλληλα δομημένα προγράμματα άσκησης, μπορούν να αποτελέσουν ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου τα υπό απεξάρτηση άτομα μπορούν να εκπαιδευτούν σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς και στη συνέχεια να τις μεταφέρουν στη θεραπεία ΔΧΟ. Την παραπάνω άποψη ενισχύει το γεγονός ότι, όλοι οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα RACE με αρκετά υψηλό ποσοστό συμμετοχής μέχρι το τέλος, αναδεικνύοντας περεταίρω την αξία της εφαρμογής στοχευμένων προγραμμάτων άσκησης στην ενίσχυση της διατήρησης στη θεραπεία.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος που φαίνεται να επηρεάζει θετικά την παραπάνω διαδικασία, είναι η συμμετοχή του ίδιου του ατόμου στον καθορισμό των στόχων. Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι, όσο οι ίδιοι συμμετέχοντες καθόριζαν τον εβδομαδιαίο χιλιομετρικό στόχο τους, τόσο ενίσχυαν τη δέσμευση τους προς την επιτυχή επίτευξη του. Σε αυτό θα πρέπει να προστεθεί ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ότι ο καθορισμός των εβδομαδιαίων στόχων επηρεαζόταν από τις πραγματικές επιδόσεις των συμμετεχόντων, λειτουργώντας ενισχυτικά προ το άτομο για να αυξήσει το βαθμό δυσκολίας και να καθορίσει νέους προκλητικούς στόχους. Η ικανοποίηση από την απόδοση ενός ατόμου είναι συνάρτηση της διαφοράς μεταξύ των πραγματικών και των στοχευμένων επιδόσεων (Locke & Latham, 2002).

Συνεχίζοντας πρέπει να τονίσουμε ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος RACE, η επιτυχή ολοκλήρωση των εβδομαδιαίων ατομικών στόχων από τους συμμετέχοντες, αποτελούσε κι αυτή μια εξίσου σημαντική παράμετρο, καθώς ενίσχυε σταδιακά την αυτοπεποίθηση τους και την ικανότητα τους, προσδίδοντας μια αίσθηση επίτευξης, ενισχύοντας παράλληλα το κίνητρό τους να θέσουν υψηλότερους και πιο προκλητικούς στόχους (Locke & Latham, 2002). Η επίδραση ενός περιβάλλοντος όπου ενισχύεται η αίσθηση της ικανότητας είναι καταλυτική, καθώς δρα ευεργετικά προς την επίτευξη των επιθυμητών στόχων (Ryan & Deci, 2017). Άμεση συνέπεια των παραπάνω είναι ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος RACE, οι συμμετέχοντες, όσο ένιωθαν

μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, καθώς ολοκλήρωναν τους εβδομαδιαίους στόχους τους, τόσο έθεταν πιο απαιτητικούς στόχους και απέδιδαν καλύτερα. Παράλληλα, φαίνεται ότι καθώς αυξανόταν η αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων ότι μπορούν να τα καταφέρουν στο πρόγραμμα άσκησης, ταυτοχρόνως έδινε μια αίσθηση αυτοπεποίθησης ότι θα τα καταφέρουν και στους θεραπευτικούς τους στόχους και κατά προέκταση και στην ζωή τους.

Μια άλλη παράμετρος που συνέβαλε θετικά στην ολοκλήρωση του προγράμματος, ήταν ο ρόλος της ομάδας και του εκπαιδευτή. Οι ομάδες δημιουργήθηκαν κάτω από την αυτενέργεια των ίδιων των συμμετεχόντων, να διαχωριστούν σε υπό-ομάδες με βάση τις ικανότητες τους να ολοκληρώσουν καθημερινά τις προπονητικές μονάδες και τέλος τον αγώνα. Η επιλογή τους αυτή δημιούργησε ένα υποστηρικτικό κλίμα ισοτιμίας και κοινών στόχων, ενισχύοντας το κίνητρο των συμμετεχόντων, ωθώντας τους να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα με επιτυχία, καθώς όπως έχει διαπιστωθεί, η αποτελεσματικότητα της επίτευξης των στόχων ενισχύεται μέσα από την ομαδική προσπάθεια (Locke & Latham, 2006). Επιπρόσθετα, ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο που συνέβαλε στην επιτυχία του προγράμματος ήταν ότι, ο εκπαιδευτής αποτελούσε μέρος της ομάδας και συμμετείχε ισότιμα στην προπονητική διαδικασία. Αυτή η αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες κατά την διάρκεια υλοποίησης των προπονητικών μονάδων, φαίνεται να είχε καταλυτική σημασία στην ανάπτυξη ενός κλίματος εμπιστοσύνης, καθώς επέτρεψε τόσο στον εκπαιδευτή όσο και στους συμμετέχοντες να αναπτύξουν προσωπικές σχέσεις. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι, τα άτομα είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν και να υιοθετήσουν συμπεριφορές που προωθούνται από άλλα άτομα τα οποία εμπιστεύονται (Ryan et al., 2008).

Η εφαρμογή των παραπάνω ψυχολογικών τεχνικών σε παρεμβάσεις με βάση την άσκηση, στο πλαίσιο θεραπείας αντιμετώπισης ΔΧΟ, είναι πιθανό να βελτιώσει την ένταξη και τη διατήρηση σε αυτές μειώνοντας τα ποσοστά υποτροπής. Θεωρείται σκόπιμο και προτείνεται, ο συνδυασμός αυτών των παραμέτρων να αξιοποιείται και να λαμβάνεται υπόψη κατά των σχεδιασμό αντίστοιχων παρεμβάσεων.

Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην αναφέρουμε ότι κατά την διάρκεια του προγράμματος RACE, οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων, ρεαλιστικών και εφικτών στόχων, μέσα από την εβδομαδιαία ατομική στοχοθέτηση και τη καταγραφή και αυτό-παρακολούθηση των στόχων. Μεταξύ των

άλλων, κατά τη διαδικασία αυτή, ευεργετικό ρόλο φαίνεται να διαδραμάτισε η ανατροφοδότηση που παρείχε ο εκπαιδευτής στους συμμετέχοντες, συνδέοντας την πραγματική απόδοση με τους στόχους. Σύμφωνα με τους Locke και Latham (2002), για να είναι αποτελεσματικοί οι στόχοι, τα άτομα χρειάζονται ανατροφοδότηση σχετικά με την πρόοδο τους σε σχέση με τους στόχους τους. Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι, η συγκεκριμένη παρέμβαση φαίνεται να ήταν εξίσου αποτελεσματική σε ότι αφορά την εκπαίδευση και μεταφορά απαραίτητων δεξιοτήτων στη θεραπευτική διαδικασία, ενισχύοντας τους συμμετέχοντες να συνεχίσουν την θεραπευτική τους πορεία. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι για να πραγματοποιηθεί η μεταφορά αυτή, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν διεργασίες (π.χ. σύνδεση με την καθημερινή ζωή, αίσθημα εμπιστοσύνης, κ.α.) που θα υποστηρίξουν και θα παροτρύνουν το άτομο να εφαρμόζει αυτές τις δεξιότητες πέρα από τον αθλητισμό.

Τα ευρήματα της μελέτης μας οδηγούν στο γενικό συμπέρασμα ότι, οι στοχευμένες παρεμβάσεις ενίσχυσης κινήτρου, που υλοποιούνται σε ένα περιβάλλον άσκησης, μπορούν να εφαρμοστούν κατά τη θεραπεία των διαταραχών χρήσης ουσιών με θετικά αποτελέσματα. Έχει ιδιαίτερη σημασία ν' αναφέρουμε ότι η επιτυχής εφαρμογή του προγράμματος RACE βασίστηκε στην αξιοποίηση τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς (Gillison et al., 2019; Michie et al., 2011). Η χρησιμοποίηση της τεχνικής του καθορισμού στόχων που υποστηριζόταν από τη συνεχή ανατροφοδότηση από τον εκπαιδευτή σε συνδυασμό με την καταγραφή της απόδοσης από τους ίδιους από τους συμμετέχοντες, είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης για τον καθορισμό νέων προκλητικών στόχων. Ο καθορισμός των νέων στόχων υποστηριζόταν από την επιτυχή ολοκλήρωση του προηγούμενων εβδομαδιαίων στόχων ενισχύοντας την αίσθηση της επίτευξης στους συμμετέχοντες. Σε όλη την διάρκεια του προγράμματος, καθοριστικής σημασίας ήταν, η αξιοποίηση της υποστήριξης τόσο από τους ομότιμους, σε επίπεδο ομάδας, όσο και από τον ίδιο τον εκπαιδευτή, καθώς μέσα από αυτή την διαδικασία προωθήθηκε η αλλαγή της συμπεριφοράς. Επίσης, σημαντικό στοιχείο είναι, η ενεργός συμμετοχή του ίδιου του εκπαιδευτή, καθώς λειτουργούσε ως πρότυπο συμπεριφοράς. Τέλος, ευεργετική επίδραση είχε, και προτείνεται η αξιοποίηση του για τον συγκεκριμένο πληθυσμό, η εφαρμογή του συμβολαίου συμπεριφοράς πριν την έναρξη αλλά και κατά την διάρκεια του προγράμματος, καθώς φάνηκε ότι μέσω αυτής της διαδικασίας αντιμετωπίστηκαν θετικά, οι αρνητικές συμπεριφορές και η δέσμευση και η προσήλωση στο πρόγραμμα. Ωστόσο, πρέπει να

επιστήσουμε την προσοχή ότι οι εκπαιδευτές οι οποίοι σχεδιάζουν και εφαρμόζουν αντίστοιχα προγράμματα αθλητισμού στον συγκεκριμένο πληθυσμό θα πρέπει να έχουν γνώσεις και εμπειρία σε αυτές τις τεχνικές, δημιουργώντας έτσι τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας αυτών.

Ωστόσο, η συγκεκριμένη παρέμβαση δεν αποτελεί μια ελεγχόμενη μελέτη. Η σύγκριση της πειραματικής ομάδας με ομάδα ελέγχου σε αυτή την μελέτη δεν ήταν ανάμεσα στους στόχους μας αυτή την στιγμή. Εστίασαμε στην διερεύνηση για το αν εάν ένα τέτοιο πρόγραμμα που εστιάζει στην ανάπτυξη και μεταφορά δεξιοτήτων, μέσα σε ένα αθλητικό περιβάλλον, θα έδινε ενθαρρυντικά αποτελέσματα για περαιτέρω αξιολόγηση και διερεύνηση στο μέλλον. Έτσι, αν και ενθαρρυντικά, τα παραπάνω ευρήματα, διέπονται από πολλούς και σημαντικούς περιορισμούς. Ένα ακόμη λόγος για τον μεθοδολογικό περιορισμό της έλλειψης ομάδας ελέγχου ήταν ότι το πλαίσιο θεραπείας που εφαρμόζεται στο θεραπευτικό πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας, δεν μπορούσε να υποστηρίξει την ύπαρξη μια τέτοιας ομάδας. Επίσης, σημαντικό περιορισμό αποτελεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του προγράμματος άσκησης παρακολουθούσαν παράλληλα την παραδοσιακή θεραπεία αντιμετώπισης ΔΧΟ, κατά την οποία αναπτύσσονται παραβάσεις ενίσχυσης κινήτρου και αλλαγής συμπεριφοράς. Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι, η συγκεκριμένη μελέτη εξετάζει τις αλλαγές στην συμπεριφορά βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα χωρίς να εξετάζει την μακροχρόνια προοπτική (Lee & Martinek, 2013), γεγονός που μας εμποδίζει να αξιολογήσουμε αν τα αποτελέσματα της παρέμβασης παρέμειναν καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, διαμορφώνεται κάτω απ' αυτά τα δεδομένα, ότι η άσκηση μπορεί και δύναται να αποτελέσει ένα ευνοϊκό περιβάλλον που μπορούν να εφαρμόζονται στοχευμένες παρεμβάσεις με στόχο την εκπαίδευση των υπό θεραπεία ατόμων, σε δεξιότητες και στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς, καθώς και ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης για αλλαγές και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής τους. Στο πλαίσιο αυτό, το πρόγραμμα RACE μπορεί να αποτελέσει ένα προτεινόμενο πλαίσιο εφαρμογής παρεμβάσεων άσκησης, που στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς και ενίσχυση του κινήτρου των υπό θεραπεία ατόμων για παραμονή στη θεραπεία ΔΧΟ.

3^η ΕΡΕΥΝΑ

Επίδραση ενός προγράμματος άσκηση κατά το πρώιμο στάδιο της θεραπείας ΔΧΟ ενηλίκων

Περίληψη

Τα τελευταία χρόνια η σωματική άσκηση χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στη θεραπεία των διαταραχών χρήσης ουσιών (ΔΧΟ). Η παρούσα μελέτη εξέτασε τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα μιας παρέμβασης άσκησης στην οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών, στη διάθεση, στην αυτοεκτίμηση, στην ποιότητα ζωής και στη συμμετοχή στη θεραπεία, κατά το πρώιμο στάδιο της θεραπείας ΔΧΟ. Πενήντα τέσσερις ενήλικες, πολύ-χρήστες ουσιών, που εντάχθηκαν πρόσφατα σε ένα πλαίσιο θεραπείας εσωτερικής παρακολούθησης, χωρίστηκαν, με βάση την εκούσια και εθελοντική συμμετοχή τους, σε μια ομάδα παρέμβασης, που συμμετείχε σε ένα πρόγραμμα άσκησης 4 εβδομάδων και σε μια ομάδα σύγκρισης που συμμετείχε στη συνηθισμένη θεραπεία ΔΧΟ. Αξιοποιήθηκαν εργαλεία αυτο-αναφοράς για τη συλλογή δεδομένων πριν και μετά την παρέμβαση. Εφαρμόστηκαν αναλύσεις διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA) για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών μεταξύ χρόνου, ομάδας και αλληλεπίδρασης μεταξύ χρόνου και ομάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης έδειξε υψηλότερες βαθμολογίες στην αυτοεκτίμηση, την ποιότητα ζωής και τη δέσμευση για συμμετοχή σε θεραπεία και χαμηλότερες βαθμολογίες στην επιθυμία για χρήση ουσιών και των επίπεδων της αρνητικής διάθεσης (άγχος, κατάθλιψη και στρες), σχετικά με την ομάδα σύγκρισης μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρέμβασης άσκησης ($p < .05$). Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παρέχουν σημαντικά στοιχεία ότι ένα στοχευμένο και σωστά σχεδιασμένο πρόγραμμα άσκησης, το οποίο είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες των διαφόρων και καθοριστικών σταδίων θεραπείας, μπορεί να προσφέρει συγκεκριμένα οφέλη σε άτομα με ΔΧΟ.

Εισαγωγή

Η θεραπεία ΔΧΟ είναι μια μακροχρόνια διαδικασία η οποία εξελίσσεται σε διαδοχικά σε κατάλληλα προσαρμοσμένα, χωρίς χρονικούς περιορισμούς, θεραπευτικά στάδια (SAMHSA, 2005). Η διάρκεια παραμονής σε αυτά είναι ένας από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (NIDA, 2020, Smith et al., 2006), με σημαντικές βελτιώσεις να αρχίζουν να εμφανίζονται μετά από τους πρώτους 3 μήνες (Hubbard et al., 2003; Simpson & Brown, 1999). Στο πρώιμο στάδιο θεραπείας, καθώς οι θεραπευόμενοι βρίσκονται στο στάδιο της προετοιμασίας ή στο στάδιο της πρώιμης δράσης για αλλαγή, χαρακτηρίζονται από έντονη αμφιθυμία για αποχή από τη χρήση ουσιών, αντίσταση στη θεραπεία, ενώ παράλληλα η εύθραυστη ψυχική και συναισθηματική κατάσταση τους επηρεάζει το κίνητρό τους για αλλαγή (SAMHSA, 2005). Κατά το διάστημα αυτό, εξελίσσεται αρχικά το στερητικό σύνδρομο, το οποίο ακολουθείται από μια παρατεταμένη φάση απόσυρσης, η οποία συνοδεύεται από μια γενική αίσθηση χαμηλής ευεξίας, αρνητικής διάθεσης και έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών (WHO, 2009). Παράλληλα, σε αυτό το διάστημα ενδέχεται να συνυπάρχουν έντονα, τόσο εξαρτητικές συμπεριφορές όσο και άλλες ψυχικές διαταραχές, που σχετίζονται με τη χρόνια κατάχρηση ουσιών και αποτελούν σημαντικούς αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες εμπλοκής και διατήρησης στη θεραπεία (Brorson, et al., 2013; NIDA. 2021; Tate et al., 2011).

Οι στρατηγικές θεραπείας που εφαρμόζονται κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας, επικεντρώνονται κυρίως στην άμεση αντιμετώπιση αυτών των αρνητικών παραγόντων, με στόχο την επίτευξη της αποχής, την πρόληψη της υποτροπής και τη διαχείριση της οξείας επιθυμίας για χρήση ουσιών (SAMHSA, 2005). Η οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών αποτελεί ένα σημαντικό κριτήριο διάγνωσης των ατόμων με ΔΧΟ, καθώς και έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες, που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπευτική πορεία, καθώς συνδέεται άμεσα με την υποτροπή και τη διακοπή από τη θεραπευτική διαδικασία (Tiffany & Wray, 2012; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Η οξεία επιθυμία ορίζεται ως η εξαιρετικά έντονη λαχτάρα ή ανάγκη για χρήση ουσιών, με τα επίπεδα της να επηρεάζονται αρνητικά από την σοβαρότητα ΔΧΟ (Kakko et al., 2019; Yen et al., 2016). Κατά τη διάρκεια της έντονης επιθυμίας, εμφανίζονται περισσότερες από μια συναισθηματικές καταστάσεις, όπως είναι ο θυμός, η ένταση, το άγχος, το στρες, η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα και η ανησυχία (Preston & Epstein,

2011). Καθώς ο ρόλος της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών είναι πράγματι καθοριστικός για τη δημιουργία των συνθηκών που πιθανόν θα οδηγήσουν σε υποτροπή, η διαχείρισή της, αποτελεί κεντρικό συστατικό της θεραπείας, με τα τελευταία χρόνια να αντιμετωπίζεται με φαρμακολογικές και συμπεριφορές θεραπείες ή άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Noble & Marie, 2019; WHO, 2009).

Παράλληλα, κατά το πρώιμο στάδιο θεραπεία, το υπό θεραπεία άτομο, αντιμετωπίζει προκλήσεις που συνδέονται με την εύθραυστη ψυχική και συναισθηματική του κατάσταση. Μια από αυτές τις προκλήσεις να είναι η διαχείριση της αρνητικής διάθεσης. Οι διαταραχές της διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, αποτελούν τις πιο συχνές ψυχικές συννοσηρότητες μεταξύ ατόμων με ΔΧΟ (Johnson, 2011; Weisner et al., 2003). Η αλληλεπίδραση μεταξύ αρνητικής διάθεσης και της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών, ενδέχεται να προκαλέσουν δυσμενείς συνέπειες στην έκβαση της θεραπείας, όπως την πρόωρη διακοπή και εγκατάλειψη της, οδηγώντας στην υποτροπή (Sinha et al., 2000; NIDA, 2021). Η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών, μπορεί να μειώσει την επιθυμία για χρήση ουσιών και να βελτιώσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Najt et al., 2011; Quello et al., 2005). Ωστόσο, οι διαταραχές διάθεσης επηρεάζονται αρνητικά από την χαμηλή αυτοπεποίθηση, που συνήθως χαρακτηρίζουν τα άτομα με ΔΧΟ, έχοντας αρνητικό αντίκτυπο στην ανθεκτικότητα τους προς την εμπλοκή και την χρήση ουσιών (Alavi, 2011; Yang et al., 2020). Κατά την διαδικασία αυτή, η ανάπτυξη και η διατήρηση συμπεριφορών εξάρτησης, λειτουργούν ως ένα αρνητικό αντισταθμιστικό παράγοντα βελτίωσης των συναισθημάτων χαμηλής αυτοπεποίθησης (Alavi, 2011; McMurrin, 2002).

Καθώς οι διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν χαρακτηριστεί ως μια χρόνια κατάσταση, έχουν ως φυσικό επακόλουθο τον άμεσο αντίκτυπο στη συνολική ευημερία και ποιότητα ζωής των ατόμων. Η χαμηλή ποιότητα της ζωής συχνά χαρακτηρίζει τα άτομα που εισέρχονται σε θεραπεία ΔΧΟ, καθώς αντιμετωπίζουν μια σειρά προβλημάτων που τους εμποδίζουν να ζήσουν μια καλή και ποιοτική ζωή, οδηγώντας τους έτσι σε πρόωρη εγκατάλειψη και υποτροπή, εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως (Assari & Jafari, 2010; Laudet, 2011; Zhang et al., 2003). Υπό αυτή την έννοια, η θεραπεία ΔΧΟ θα πρέπει να στοχεύει στην ανάκαμψη, μέσω της παροχής υποστήριξης για τη σωματική και κοινωνική ευεξία και ευημερία, βελτιώνοντας την

ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από ΔΧΟ (Assari & Jafari, 2010; Laudet, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι, αρκετές από τις παραπάνω ψυχολογικές καταστάσεις, συνυπάρχουν, αλλά και εντείνονται κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας, το ποσοστό εγκατάλειψης είναι αρκετά υψηλό (Darke et al., 2007; Simpson et al., 1997). Η εγκατάλειψη κατά το στάδιο αυτό είναι ένα πολύ καλά τεκμηριωμένο φαινόμενο, καθώς οι έρευνες έχουν δείξει ότι συμμετοχή για τουλάχιστον 3 μήνες, συσχετίστηκε θετικά με καλύτερα μελλοντικά θεραπευτικά αποτελέσματα (NIDA, 2020; Smith et al., 2006).

Μια από τις βασικές θεραπευτικές στρατηγικές, κατά τη διάρκεια του πρώιμου σταδίου θεραπείας, είναι η αξιοποίηση των θετικών στοιχείων του ατόμου και η ενδυνάμωση του κίνητρου για αλλαγή, έτσι ώστε να υποστηριχθεί στη ομαλή διαχείριση των αρνητικών ψυχολογικών καταστάσεων της οξείας επιθυμίας και της αρνητικής διάθεσης, αποφεύγοντας την στροφή προς συμπεριφορές, που θα οδηγήσουν στην απεμπλοκή από τη θεραπεία (Andersson et al., 2013; Brorson et al., 2013; Deane et al., 2012). Έτσι, η έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών των αρνητικών ψυχολογικών καταστάσεων και η ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση της διαδικασίας ενίσχυσης εμπλοκής στη θεραπεία, καθώς ενδέχεται να βελτιώσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα, οδηγώντας στη μείωση του ποσοστού εγκατάλειψης.

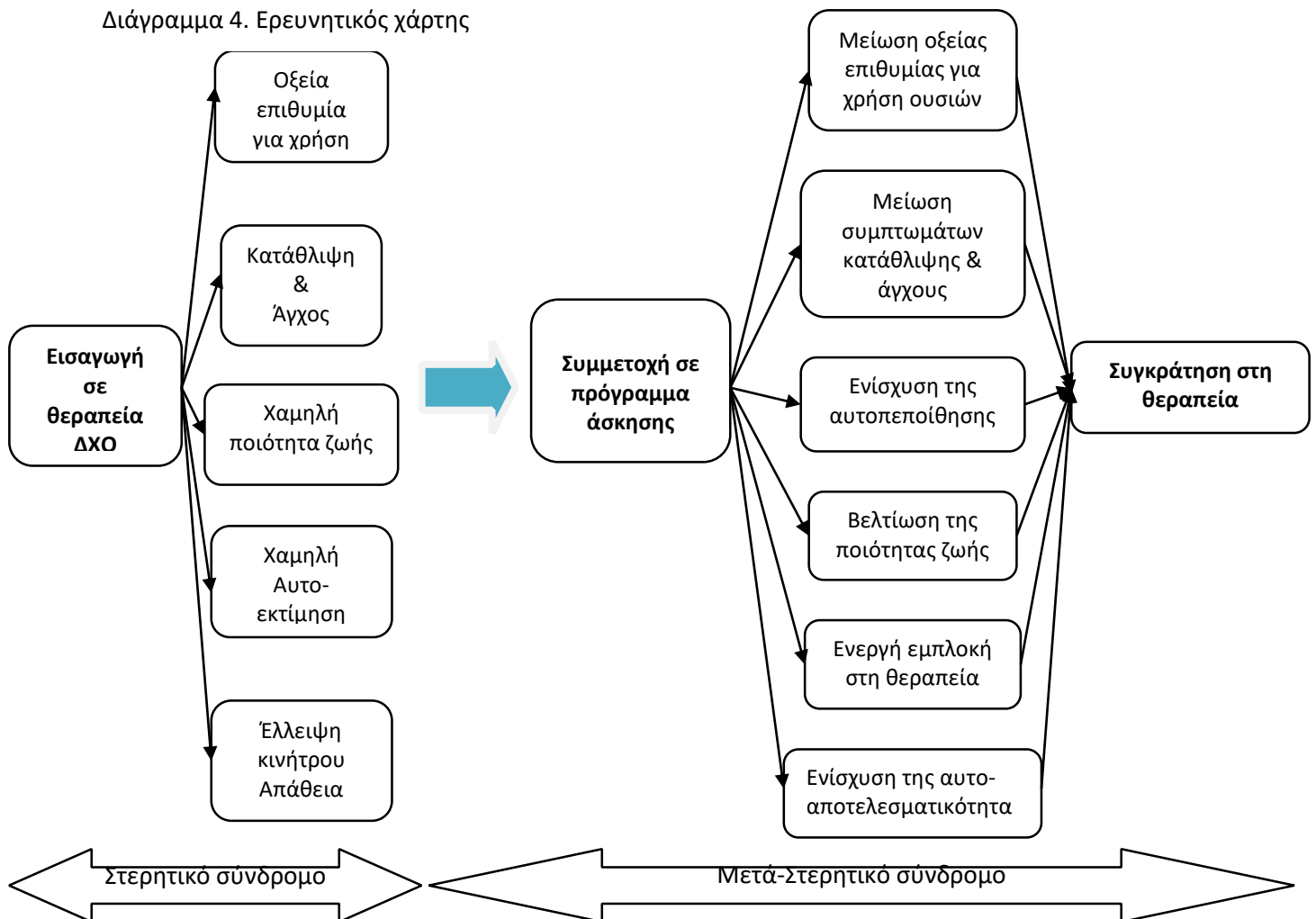
Υπάρχει ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός μελετών που υποστηρίζουν ότι η άσκηση, πέρα από φυσικά και σωματικά οφέλη, έχει θετική επίδραση στην ψυχική ευημερία των ατόμων (Mikkelsen et al., 2017; Sharma et al., 2006). Έτσι, τα τελευταία χρόνια διερευνάται ως σε ένας σημαντικός ενισχυτικός παράγοντας για ένα ευρύ φάσμα μακροπρόθεσμων ωφελειών, που σχετίζεται με τη ψυχική και τη σωματική υγεία των ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ σε εσωτερικές ή εξωτερικές δομές παρακολούθησης με η χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Abrantes et al., 2011; Linke & Ussher, 2015; Smith & Lynch, 2012; Wang et al., 2014; Weinstock, et al, 2017). Επίσης, ο ρόλος της σωματικής άσκησης διερευνάται ως μία συμπληρωματική θεραπεία στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του άγχους (Dunn et al., 2001; Morres & Theodorakis, 2019; Ströhle, 2009) καθώς και στην αντιμετώπιση της οξείας επιθυμίας σε ένα μεγάλο εύρος νόμιμων και παράνομων εξαρτήσεων

(Buchowski et al., 2011; Zschucke et al., 2012; Ussher et al., 2008). Επιπρόσθετα, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευεξίας αποτελεί ένα από τα θετικά και σημαντικά οφέλη της ενεργής συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης (Martin et al., 2009; Psychou et al., 2019).

Πρέπει να τονίσουμε ότι οι περισσότερες μελέτες έως σήμερα, έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα της άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ, διερευνώντας κυρίως τον τύπο της άσκησης, καθώς και τις διάφορες παραμέτρους της όπως την ένταση, τη διάρκεια, και τη συχνότητα, λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά των διαφορετικών θεραπευτικών πλαισίων (εσωτερική ή εξωτερικής παρακολούθησης) και των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων αντιμετώπισης των ΔΧΟ (Colledge et al., 2018; Panagiotounis et al., 2020; Wang et al., 2014). Ωστόσο, οι παραπάνω έρευνες, στην πλειοψηφία τους, δεν λαμβάνουν υπόψη τα διαφορετικά στάδια θεραπείας ΔΧΟ και την προσαρμοσμένη και στοχευμένη εφαρμογή της άσκησης στις διαφορετικές ανάγκες των πελατών, όπως αυτές αποτυπώνονται σε αυτά (Linke & Ussher, 2015). Έτσι, αξιοποιώντας τα έως τώρα θετικά ευρήματα προηγούμενων ερευνών, η συγκεκριμένη μελέτη επιχειρεί να συνεισφέρει στη βιβλιογραφία, προσεγγίζοντας την άσκηση ως μια προσαρμοσμένη παρέμβαση στο αρχικό στάδιο θεραπείας των 3 μηνών, αξιολογώντας την προσαρμογή αυτή, σε σύνδεση με το θεραπευτικό σχεδιασμό του σταδίου αυτού. Συγκεκριμένα, θα επιχειρήσει να εξετάσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος σωματικής άσκησης, κατά το πρώιμο θεραπευτικό στάδιο, με σκοπό να ενισχύσει την εμπλοκή στη θεραπεία καθώς το ποσοστό εγκατάλειψης σε αυτό το στάδιο είναι αρκετά υψηλό (Brorson et al., 2013; Stark, 1992). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι κατά το διάστημα αυτό, η εμφάνιση αρνητικών συμπτωμάτων όπως της οξεία επιθυμίας για χρήση καθώς και της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, σε συνδυασμό με τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και την περιορισμένη ποιότητα ζωής που χαρακτηρίζει τα άτομα με ΔΧΟ, αποτελεί παράγοντα κινδύνου που ενδέχεται να οδηγήσει στην υποτροπή και στην πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας. Η συνθήκη αυτή σηματοδοτεί την ανάγκη για προσαρμογή και ενίσχυση της θεραπείας, αξιοποιώντας εναλλακτικές και συμπληρωματικές στρατηγικές, όπως η συμμετοχή σε σωματική άσκηση, που θα ενισχύουν τα άτομα αυτά να αντιμετωπίσουν κάποια από τα συμπτώματα που θα τους οδηγήσουν στην πρόωρη εγκατάλειψη.

Ως εκ τούτου, ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τα αποτελέσματα ενός εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης στο πρώιμο στάδιο θεραπείας ΔΧΟ, ως συμπλήρωμα στη παραδοσιακή θεραπεία, για τη διαχείριση της οξείας επιθυμίας για χρήση (ως πρωτογενές αποτέλεσμα). Η υπόθεση είναι ότι η οξεία επιθυμία των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης θα ήταν σημαντικά μικρότερη από την ομάδα σύγκρισης, η οποία ακολούθησε μόνο τη παραδοσιακή θεραπεία ΔΧΟ. Επιπρόσθετα, θα ελέγχει εάν η παρέμβαση άσκησης θα επηρεάσει τη διατήρηση στη θεραπεία, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, την αυτοπεποίθηση και την ποιότητα ζωής (δευτερεύοντα αποτελέσματα). Εκτιμάται ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης θα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε πρωτογενή και δευτερεύοντα μέτρα μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης. Στο διάγραμμα 4 αποτυπώνεται ο ερευνητικός χάρτης της μελέτης και η επίδραση που αναμένεται από την εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος άσκησης.

Διάγραμμα 4. Ερευνητικός χάρτης



Μεθοδολογία

Σχεδιασμός Έρευνας

Η μελέτη ήταν μια μη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που συνέκρινε δύο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης, που συμμετείχε σε παρέμβαση άσκησης και σε συνηθισμένη θεραπεία ΔΧΟ και την ομάδα σύγκρισης, που ακολούθησε μόνο συνηθισμένη θεραπεία ΔΧΟ. Λόγω του θεραπευτικού πλάνου, το οποίο διέπεται από συγκεκριμένους θεραπευτικούς και ηθικούς κανόνες που καθορίζουν τη θεραπευτική πορεία των συμμετεχόντων, ήταν αδύνατο να διεξαχθεί τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. Έτσι, ο διαχωρισμός σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα σύγκρισης στηρίχθηκε στην εκούσια και εθελοντική συμμετοχή, σύμφωνα με την προσωπική εκτίμηση του κάθε συμμετέχοντα αν επιθυμεί να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα σωματικής άσκησης εκείνη τη χρονική θεραπευτική περίοδο. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν μόνο άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας. Κανένας από τους συμμετέχοντες με μέτρια προβλήματα υγείας, μετά από ιατρική άδεια, δεν αποκλείστηκε από τη μελέτη, καθώς οι ασκήσεις μπορούσαν να τροποποιηθούν και να προσαρμοστούν (Riebe et al., 2015). Παράλληλα, λήφθηκε υπόψη, ο μη αποκλεισμός και οι ίσες ευκαιρίες για όλους, ενισχύοντας τη μεγιστοποίηση του ποσοστού των συμμετεχόντων που ήθελαν να λάβουν μέρος στην παρέμβαση, διατηρώντας ωστόσο τον στόχο της αναλογία 60%-40% μεταξύ των δύο ομάδων καθ' όλη τη διάρκεια επιλογής των συμμετεχόντων.

Πλαίσιο και συμμετέχοντες

Η μελέτη διεξήχθη σε μια χωρίς τη χρήση υποκατάστατων θεραπευτική κοινότητα διαμονής ενηλίκων του ΚΕΘΕΑ στην Ελλάδα (www.kethea.gr). Στη μελέτη συμμετείχαν πενήντα εννέα ενήλικοι πολυ-χρήστες ουσιών από τη Θεραπευτική Κοινότητα διαμονής ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ, οι οποίοι παρακολουθούν εθελοντικά θεραπεία αντιμετώπισης ΔΧΟ. Η επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα διάστημα 10 μηνών και ακολουθούσε τη διαδικασία εισαγωγής τους στη θεραπευτική κοινότητα, η οποία προέβλεπε τη σταδιακή εισαγωγή στη θεραπεία 5-7 ατόμων ανά μήνα.

Η συνήθης θεραπεία που παρακολουθούσαν ήταν χωρίς τη χρήση υποκατάστατων και περιλάμβανε ομαδική συμβουλευτική, με έμφαση στην κοινωνική μάθηση και την αμοιβαία αυτοβοήθεια. Παράλληλα, συμμετείχαν σε εργασιοθεραπεία, καθώς

υποστήριζαν δραστηριότητες συντήρησης της καθημερινής ζωής. Η συμμετοχή σε αθλητικές, εκπαιδευτικές και άλλες δημιουργικές δραστηριότητες, αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του προγράμματος θεραπείας. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες βίωσαν το στερητικό σύνδρομο στη θεραπευτική κοινότητα, υποστηριζόμενοι από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Η στελέχωση της θεραπευτικής κοινότητας αποτελούνταν από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και εκπαιδευτές διαφόρων ειδικοτήτων.

Κριτήρια επιλογής

Τα κριτήρια επιλογής που εφαρμόστηκαν ήταν: α. οι συμμετέχοντες να παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, β. να συμμετέχουν στη θεραπεία λιγότερο από 90 ημέρες κατά την ημερομηνία συμμετοχής τους στο πρόγραμμα άσκησης, γ. να πληρούν τα κριτήρια «σοβαρής διαταραχής χρήσης ουσιών» και να έχουν κάνει κατάχρηση ουσιών τους τελευταίους 12 μήνες σύμφωνα με το TCU DRUG SCREEN 5, δ. να πληρούν τα κριτήρια ικανότητας για άσκηση σύμφωνα με τον έλεγχο του PAR-Q και να έχουν προβεί σε ιατρικές εξετάσεις από πιστοποιημένο ιατρικό προσωπικό. Οι συμμετέχοντες που δεν πληρούσαν όλα τα κριτήρια αποκλείστηκαν από την μελέτη.

Ηθική και δεοντολογία

Η μελέτη διεξήχθη αφού έλαβε έγκριση από την Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του Τομέα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την μελέτη, την ανωνυμία και το απόρρητο της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων και κλήθηκαν να υπογράψουν σε έντυπο συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επίσης ότι μπορούσαν να σταματήσουν τη συμμετοχή τους όποτε επιθυμούσαν. Πριν από την διαδικασία επιλογής, όλοι οι θεραπευόμενοι της ΘΚ ενημερώθηκαν σχετικά με τα οφέλη της άσκησης, καθώς και για τη διαδικασία και το σκοπό της μελέτης. Στη συνέχεια δήλωσαν την εθελοντική συμμετοχή τους και υπέγραψαν γραπτή συναίνεση.

Διαδικασία

Κατά την εισαγωγή τους στην μελέτη και οι δύο ομάδες ολοκλήρωσαν τον διαγνωστικό έλεγχο σύμφωνα με το πρωτόκολλο συμμετοχής. Μετά τον διαγνωστικό έλεγχο, η ομάδα παρέμβασης ακολούθησε ένα εποπτευόμενο παρεμβατικό πρόγραμμα για 12 συνεδρίες. Το παρεμβατικό πρόγραμμα περιλάμβανε αρχικά τη συμμετοχή σε 3 συνεδρίες Συνέντευξης Κινητοποίησης για μια εβδομάδα. Στη συνέχεια η ομάδα

παρέμβασης συμμετείχε στο εποπτευόμενο πρόγραμμα άσκησης 3 φορές την εβδομάδα για 3 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η ομάδα παρέμβασης συμμετείχε παράλληλα σε παραδοσιακή θεραπεία ΔΧΟ, σύμφωνα με το θεραπευτικό πλάνο της Θεραπευτικής κοινότητας διαμονής (συνήθη θεραπεία). Η ομάδα σύγκρισης για το διάστημα τριών εβδομάδων παρακολουθούσε μόνο την παραδοσιακή θεραπεία ΔΧΟ (συνήθη θεραπεία) συμμετέχοντας σε ομαδικές συνεδρίες συμβουλευτικής. Τα δεδομένα και για τις δύο ομάδες συλλέχθηκαν πριν και μετά τη συμμετοχή κατά τη διάρκεια των τριών εβδομάδων (Πίνακας 16).

Ομάδα παρέμβασης

Λαμβάνοντας υπόψη τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Miller & Rollnick, 2013; Lundahl et al., 2013), και στοχεύοντας να επεκτείνουμε την εφαρμογή της Συνέντευξης Κινητοποίησης (ΣΚ), σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε, από εκπαιδευμένο εκπαιδευτή, ένα πρωτόκολλο ΣΚ, για την ενίσχυση του κινήτρου των συμμετεχόντων για συμμετοχή στο παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης (παράρτημα 10). Έχοντας υπόψη ότι, όταν παρέχεται μεμονωμένα, η ΣΚ ολοκληρώνεται συνήθως σε μία έως τρεις συνεδρίες και ακολουθώντας τον κανόνα ότι περισσότερες συνεδρίες τείνουν να παράγουν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Lundahl et al., 2010), το πρωτόκολλο ΣΚ εφαρμόστηκε στην Ex+TaUG για τρεις συνεδρίες την εβδομάδα πριν από την έναρξη του προγράμματος άσκησης. Οι συνεδρίες ΣΚ είχαν διάρκεια 90-120 λεπτά και πραγματοποιήθηκαν σε ομάδες των 5 έως 6 συμμετεχόντων, με βάση τη ροή των αιτημάτων για συμμετοχή στο πρόγραμμα άσκησης. Στη μελέτη μας, όλοι οι συμμετέχοντες της Ex+TaUG παρακολούθησαν και ολοκλήρωσαν τις συνεδρίες ΣΚ. Παράλληλα με τη χρήση της ΣΚ για την προώθηση της δέσμευσης για άσκηση, η ΣΚ χρησιμοποιήθηκε επίσης ως μία στρατηγική διατήρησης σε αυτή (Abshire et al., 2017). Οι πρόσθετες στρατηγικές διατήρησης περιλάμβαναν μια θετική στάση φροντίδας προς τους συμμετέχοντες, μέσω της ομαδικής εργασίας και των συζητήσεων πριν και μετά από κάθε προπόνηση, καθώς και παρακολούθηση της συμμετοχής και της απόδοσης κατά τη διάρκεια των προπονητικών μονάδων (Carroll et al., 2011).

Πίνακας 14. Πρωτόκολλο Συνέντευξης Κινητοποίησης

	1 ^η Συνεδρία	2 ^η Συνεδρία	3 ^η Συνεδρία
Εμπλοκή	Καλωσόρισμα Ανασκόπηση μιας τυπικής ημέρας Γιατί η άσκηση είναι σημαντική Ενημερωμένες συνιστάμενες οδηγίες σωματικής δραστηριότητας		
Εστίαση		Καλωσόρισμα και επισκόπηση της προηγούμενης συνάντησης Επιπλέον λόγοι για τους οποίους η άσκηση είναι σημαντική για τη θεραπεία ΔΧΟ	
Πρόκληση		Κλίμακα σημαντικότητας συμμετοχής σε άσκηση Κλίμακα αυτο-πεποίθησης συμμετοχής σε άσκηση Εξερεύνηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της σωματικής άσκησης	Καλωσόρισμα και επισκόπηση της προηγούμενης συνάντησης Εξερεύνηση αξιών ή χαρακτηριστικών Κοιτάζοντας μπροστά και πίσω
Σχεδιασμός			Στόχοι και σχέδιο δράσης Προθέσεις υλοποίησης Σύνοψη

Σύμφωνα με τον WHO (2020) οι ενήλικες για να αποκομίσουν σημαντικά οφέλη για την υγεία τους, πρέπει να ασκούνται τουλάχιστον 150 λεπτά εβδομαδιαίως με μέτρια ένταση ή 75 λεπτά εβδομαδιαίως με αερόβια σωματική δραστηριότητα έντασης ή ισοδύναμο συνδυασμό της μέτριας και έντονης έντασης αερόβιας δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, η αερόβια σωματική δραστηριότητα πρέπει κατά προτίμηση να κατανέμεται σε όλη την διάρκεια της εβδομάδα, καθώς η δραστηριότητα που εκτελείται τουλάχιστον 3 ημέρες την εβδομάδα παράγει περισσότερα οφέλη για την υγεία. Επίσης, μια ισχυρή σύσταση είναι ότι, οι ενήλικες θα πρέπει να κάνουν δραστηριότητες μυϊκής ενδυνάμωσης μέτριας ή μεγαλύτερης έντασης, περιλαμβάνοντας όλες τις κύριες μυϊκές ομάδες, 2 ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα. Ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η έντονης έντασης άσκηση, βιώνεται ως λιγότερο ευχάριστη από άτομα που είναι σωματικά αδρανείς για μεγάλο χρονικό διάστημα, με το γεγονός αυτό να οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο διακοπής και εγκατάλειψης του προγράμματος άσκησης (Perri et al., 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες, αλλά και τα έως τώρα δεδομένα για τις παραμέτρους της άσκησης αναφορικά με τον πληθυσμό στόχο (Abrantes et al., 2011; Theodorakis et al., 2021; Weinstock et al., 2012; Wang 2019), σχεδιάστηκε ένα εποπτευόμενο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας 3 εβδομάδων, με εβδομαδιαία δόση >150 λεπτά. Η συχνότητα για την επίτευξη της εβδομαδιαίας δόσης προγραμματίστηκε σε τρεις συνεδρίες άσκησης 3 φορές την εβδομάδα, χρονικής διάρκειας 75 λεπτών εκάστη, με την ενεργή παρουσία εκπαιδευτών. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα άτομα με ΔΧΟ μπορεί να είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε ένα αρχικά λιγότερο απαιτητικό πρόγραμμα άσκησης και οι απαιτήσεις θα πρέπει να αυξηθούν σταδιακά (Linke et al., 2011), η ένταση της άσκησης αυξήθηκε σταδιακά κατά τη διάρκεια του προγράμματος μέχρι να επιτευχθεί μέτρια έως έντονη ένταση. Η επιθυμητή ένταση άσκησης ορίστηκε στο 55-60% της καρδιακής συχνότητας, κατά την πρώτη εβδομάδα, με σταδιακή και ελεγχόμενη αύξηση στο 60-70% στο επόμενο χρονικό διάστημα των δύο εβδομάδων.

Το περιεχόμενο των συνεδριών άσκησης κατά τις πρώτες 3 συνεδρίες, περιελάμβανε προσαρμογή με περπάτημα με εναλλαγή χαλαρού τζόκινγκ και ασκήσεις ενδυνάμωση με χρήση του βάρους του σώματος. Στις επόμενες 6 συνεδρίες, προσαρμόστηκε σταδιακά στις προσωπικές δυνατότητες και επιθυμίες των συμμετεχόντων, δίνοντας

εναλλακτικές επιλογές. εξατομικεύοντας όπου χρειάζονταν το είδος της άσκησης. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα επέτρεπε οι συμμετέχοντες να επιλέγουν τους δικούς τους τύπους δραστηριοτήτων, όπως αθλοπαιδιές (π.χ., μπάσκετ, ποδόσφαιρο, βόλεϊ), ελεύθερο τρέξιμο και ενδυνάμωση με το βάρος τους σώματος και τη χρήση μικρο-οργάνων ενδυνάμωσης (λάστιχα, ιατρικές μπάλες, κα.), καθώς και όσον αφορά την ένταση και τη διάρκεια, με στόχο την ενίσχυση της εμπλοκής τους με το πρόγραμμα (Williams, 2008). Το πρόγραμμα άσκησης υλοποιήθηκε σε εξωτερικές αθλητικές εγκαταστάσεις.

Η εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος άσκησης πραγματοποιήθηκε από δυο πιστοποιημένους αθλητικούς εκπαιδευτές με εμπειρία στο χώρο των εξαρτήσεων. Οι εκπαιδευτές συμμετείχαν ενεργά σε κάθε προπονητική μονάδα, εκτελώντας τις ασκήσεις μαζί με τους συμμετέχοντες, λειτουργώντας ως κοινωνική υποστήριξη (Glowacki et al., 2017), διευκολύνοντας τους συμμετέχοντες στην προσαρμογή του προγράμματος άσκησης στις προσωπικές τους ανάγκες και ικανότητες, λαμβάνοντας υπόψη τη σωματική τους κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα παρείχαν συνεχή ανατροφοδότηση σχετικά με την πρόοδό τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν υπήρχε προηγούμενη προσωπική επαφή μεταξύ των εκπαιδευτών και των συμμετεχόντων.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η εγκατάλειψη και η απόσυρση από τη θεραπευτική διαδικασία στο πλαίσιο μιας ΘΚ διαμονής είναι ένα καλά τεκμηριωμένο φαινόμενο. Σε αυτό το πλαίσιο, η προσκόλληση και η διατήρηση σε παρεμβατικά προγράμματα άσκησης, ατόμων που βρίσκονται σε διαδικασία θεραπείας ΔΧΟ, είναι πιο προκλητική σε σχέση με προγράμματα άσκησης σε τυπικό πληθυσμό (Thompson, et al., 2020; Weinstock et al., 2012; Muller & Clausen, 2015). Ως εκ τούτου, θέλοντας να επιτευχθεί όσον το δυνατόν μεγαλύτερη προσκόλληση στο πρόγραμμα άσκησης, εφαρμόστηκαν τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κινήτρου (Michie et al., 2009) στηριζόμενες στις θεωρίες του καθορισμού στόχων και του αυτο-καθορισμού (Πίνακας 15). Υπάρχουν ενδείξεις ότι, οι τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς, όπως η αυτο-παρακολούθηση, ο καθορισμός στόχων και η ανατροφοδότηση σε σχέση με τους στόχους, μπορεί να επηρεάσουν την αλλαγή συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας (Gillison et al., 2019; Michie et al., 2011).

Συνεπώς, για να ενισχύσουν την προσκόλληση στο παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης, οι εκπαιδευτές προσπάθησαν να αυξήσουν άμεσα τα κίνητρα, την εμπλοκή και την αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων, μέσω της αναγνώρισης της προόδου και των επιτευγμάτων, αξιοποιώντας στρατηγικές ενίσχυσης κινήτρου και αλλαγής συμπεριφοράς που βασίζονται στις θεωρίες του καθορισμού στόχων και του αυτό-καθορισμού (Locke & Latham, 1990; Ryan & Deci, 2000, 2002, 2008, 2017). Κατά την διαδικασία αυτή, οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να επιλέγουν αυτόνομα το είδος, την ένταση και τη διάρκεια των συνεδριών άσκησης που ήθελαν να υλοποιήσουν (Weinstock et al., 2017). Με την πρόοδο των προπονητικών μονάδων οι συμμετέχοντες σταθεροποίησαν τις προτιμήσεις τους, με βάση και τις προσωπικές τους ικανότητες, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν και οι αντίστοιχες υπό-ομάδες. Παράλληλα, πριν από την πρώτη συνεδρία άσκησης της κάθε εβδομάδας και έχοντας ολοκληρώσει τον στόχο του για την προηγούμενη εβδομάδα, ο κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωνε τη φόρμα Καθορισμού Στόχων, όπου καθόριζε το στόχο του αναφορικά για τον συνολικό εβδομαδιαίο χρόνο άσκησης για την προσεχή εβδομάδα, καθώς και το πόσο σίγουρος είναι ότι μπορεί να τον ολοκληρώσει. Για τον έλεγχο εφαρμογής της παρέμβασης και της προσκόλλησης των συμμετεχόντων προς το πρόγραμμα άσκησης, οι εκπαιδευτές διατηρούσαν παράλληλα ημερολόγιο, όπου κατέγραφαν τον ακριβή αριθμό συνεδριών ανά εβδομάδα που συμμετείχε ο κάθε συμμετέχοντας, καθώς και τον πραγματικό χρόνο άσκησης που αφιέρωνε σε κάθε συνεδρία.

Πίνακας 15. Κατάλογος τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς

Τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς	Εφαρμογή στο πρόγραμμα άσκησης
Παροχή ελεύθερης επιλογής	<i>Παροχή ελεύθερης επιλογής σχετικά με: α) τον εβδομαδιαίο συνολικό χρόνο άσκησης, β) τον εβδομαδιαίων αριθμό προπονητικών συνεδριών και γ) το είδος της άσκησης</i>
Καθορισμός στόχων (συμπεριφορά) και αναθεώρηση στόχων συμπεριφοράς	<i>Εκπαίδευση στο καθορισμό στόχων, καθορίζοντας τον εβδομαδιαίο συνολικό χρόνο άσκησης και αναπροσαρμογή κάθε εβδομάδα.</i>
Αυτο-παρακολούθηση των αποτελεσμάτων συμπεριφοράς	<i>Αυτο-παρακολούθηση μέσω της συμπλήρωσης της εβδομαδιαία φόρμας καθορισμού στόχου</i>
Σταδιακή αύξηση στόχου	<i>Σταδιακή αύξηση του συνολικού εβδομαδιαίου χρόνου για άσκηση</i>
Εστίαση σε προηγούμενη επιτυχία	<i>Επιτυχή ολοκλήρωση στόχου προηγούμενης εβδομάδας.</i>

Οδηγίες για τον τρόπο εκτέλεσης της συμπεριφοράς	<i>Συνεχή υποστήριξη από τους εκπαιδευτές και παροχή οδηγιών σχετικά με την σωστή εκτέλεση σε κάθε προπονητική μονάδα..</i>
Κοινωνική υποστήριξη (συναισθηματική)	<i>Συναισθηματική υποστήριξη πριν και μετά την ολοκλήρωση της προπονητικής συνεδρία μεταξύ των συμμετεχόντων καθώς και από τους εκπαιδευτές.</i>
Ανατροφοδότηση για τη συμπεριφορά	<i>Ανατροφοδότηση από τους εκπαιδευτές σχετικά με την πρόοδο και την βελτίωση της φυσικής κατάστασης.</i>
Κοινωνική υποστήριξη (μη καθορισμένη)	<i>Συνέντευξη Κινητοποίησης</i>
Κοινωνική υποστήριξη (μη καθορισμένη)	<i>Αμοιβαία βοήθεια μεταξύ των συμμετεχόντων (ομότιμων) για την ολοκλήρωση της κάθε προπονητικής μονάδας.</i>
Αξιόπιστο πρότυπο	<i>Η ενεργή συμμετοχή των εκπαιδευτών σε κάθε προπόνηση λειτούργησε ως πρότυπο για τους συμμετέχοντες.</i>
Συμβόλαιο συμπεριφοράς	<i>Καθορισμός των προσδοκιών, του προγραμματισμού, των υποχρεώσεων και των συνεπειών της μη τήρησης του προγράμματος άσκησης.</i>
Κόστος συμπεριφοράς	<i>Απόσυρση συμμετοχής από το πρόγραμμα άσκησης εάν πραγματοποιηθεί ανεπιθύμητη συμπεριφορά</i>

Ομάδα σύγκρισης

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα σύγκρισης δεν συμμετείχαν στις συνεδρίες της Συνέντευξης Κινητοποίησης, παρά μόνο στην ενημέρωση και αξιολόγηση. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος άσκησης (3 εβδομάδες), η ομάδα σύγκρισης συμμετείχε στη παραδοσιακή θεραπευτική διαδικασία με βάση το πλάνο που είχε οριστεί από τους θεραπευτές τους. Κατά το διάστημα αυτό, δεν συμμετείχε σε οποιαδήποτε μορφή οργανωμένης άσκησης.

Εργαλεία και συλλογή δεδομένων

Στον Πίνακα 16, συνοψίζονται τα εργαλεία συλλογής δεδομένων που αξιοποιήθηκαν στην μελέτη καθώς και τα χρονικά σημεία χορήγησής τους. Όλες οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης. Η πρώτη αξιολόγηση της ομάδας παρέμβασης έγινε πριν την έναρξη της πρώτης συνεδρίας άσκησης και η τελευταία αξιολόγηση έγινε αμέσως μετά την ολοκλήρωση της τελευταίας συνεδρίας άσκησης. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του κάθε εργαλείου όπου υπήρχε διαθέσιμη και

όπου δεν υπήρχε, πραγματοποιήθηκε μετάφραση στα ελληνικά αξιοποιώντας την αντίστροφη μετάφραση (back translation).

Πίνακας 16. Χρονικά σημεία και εργαλεία συλλογής δεδομένων

Εργαλεία αξιολόγησης	Θέματα	Χρονικά σημεία συλλογής δεδομένων					Μετα- παρακολού θηση
		Εβδομάδα 1	Πριν	Εβδομάδα 2	Εβδομάδα 3	Μετά	
Διαγνωστική αξιολόγηση							
Ηλικία & φύλο		X*					
Σοβαρότητα ΔΧΟ	11	X*					
Προηγούμενη εμπειρία στη χρήση ουσιών (έτη)	1	X*					
Τρέχουσα συμμετοχή στη θεραπεία ΔΧΟ (ημέρες)	1	X*					
Πεποιθήσεις του ατόμου για τη σοβαρότητα ΔΧΟ	1	X*					
Σημαντικότητα συμμετοχή σε θεραπεία ΔΧΟ	1	X*					
Αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας	1	X*					
Κύρια ουσία χρήσης	15	X*					
Ετοιμότητα συμμετοχής σε άσκηση	7	X*					
Κύρια αξιολόγηση							
Οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών/CCQ-Brief	10		X*			X*	X
Δευτερεύουσες αξιολογήσεις							
Διάθεση/DASS-21	21		X*			X*	X
Αυτοπεποίθηση / Self-Esteem scale	10		X*			X*	X
Ποιότητα ζωής/SF-12	12		X*			X*	X
Process Assessment							
Αξιολόγηση συνέντευξης κινητοποίησης	11	X					
Αξιολόγηση Αυτο-αποτελεσματικότητας	9		X	X	X		
Στάσεις απέναντι στο πρόγραμμα	6		X			X	X
Εβδομαδιαίος καθορισμός Στόχων Άσκησης	1		X	X	X		
Αξιολόγηση διαδικασίας στόχων	6					X	X
Στόχος για αριθμό τσιγάρων/ημέρα	2		X	X	X		

Σημείωση: * ομάδα παρέμβασης και ομάδα σύγκρισης

Αρχική αξιολόγηση

A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα δημογραφικά στοιχεία που αντλήθηκαν από τους συμμετέχοντες ήταν:

1. Το φύλο και η ηλικία.
2. Η προηγούμενη εμπειρία στη χρήση ουσιών. Η μεταβλητή μετρούσε πόσα χρόνια στο σύνολο είχε το άτομο προηγούμενη εμπλοκή με τη χρήση ουσιών.
3. Η τρέχουσα συμμετοχή σε θεραπεία ΔΧΟ. Η μεταβλητή μετρούσε τον αριθμό ημερών της τρέχουσας συμμετοχής του ατόμου σε θεραπεία ΔΧΟ, κατά την ημερομηνία εισαγωγής στο πρόγραμμα άσκησης.
4. Οι πεποιθήσεις του ατόμου για τη σοβαρότητα ΔΧΟ. Η μεταβλητή αξιολογούσε την προσωπική αντίληψη που είχαν οι συμμετέχοντες σχετικά με την δική τους σοβαρότητα ΔΧΟ.
5. Οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τη σημαντικότητα συμμετοχής σε θεραπεία ΔΧΟ. Η μεταβλητή αξιολογούσε τη προσωπική αντίληψη που είχαν οι συμμετέχοντες, σχετικά με το πόσο σημαντικό ήταν για αυτούς να συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ.
6. Αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας στο παρελθόν. Η μεταβλητή μετρούσε τις παρελθοντικές αποτυχημένες προσπάθειες ολοκλήρωσης της θεραπείας από τους συμμετέχοντες.
7. Κύρια ουσία χρήσης. Η μεταβλητή αποτύπωνε τις κύριες ουσίες χρήσης από τους συμμετέχοντες, κατά τους τελευταίους 12 μήνες, έχοντας να επιλέξουν μεταξύ 15 ουσιών.

B. Βαθμός Σοβαρότητας ΔΧΟ (Παράρτημα 6). Το TCU DRUG SCREEN 5 (Institute of Behavioral Research, 2017) αξιοποιήθηκε για την αξιολόγηση του βαθμού σοβαρότητας ΔΧΟ. Το TCU DRUG SCREEN 5 εκτιμά το δείκτη σοβαρότητας της εξάρτησης και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τον καθορισμό της τοποθέτησης και του επιπέδου φροντίδας κατά τη θεραπεία. Το TCU DRUG SCREEN 5, είναι ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς, 11 ερωτήσεων, όπου οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν μια διχοτομημένη κλίμακα ναι ή όχι. Η βαθμολογία προκύπτει από άθροισμα των θετικών απαντήσεων και αποτυπώνεται ως: α. Ήπια διαταραχή (2-3 βαθμοί), β. Μέτρια διαταραχή (4-5 βαθμοί), γ. Σοβαρή διαταραχή (6+ βαθμοί).

Γ. Ετοιμότητα συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα (Παράρτημα 7). Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αυτο-αναφοράς Physical Activity Readiness Questionnaire - PAR-Q (Thomas, Reading, & Shephard, 1992), για την αξιολόγηση της ικανότητας συμμετοχή σε άσκηση. Το PAR-Q είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς που αξιολογεί την ασφάλεια ή τον πιθανό κίνδυνο άσκησης, για ένα άτομο, με βάση το ιστορικό υγείας του κατά τους τελευταίους 12 μήνες, αποτυπώνοντας τα τρέχοντα ιατρικά συμπτώματα, όπως προβλημάτων καρδιάς, κυκλοφορικού, ισορροπίας, λήψης φαρμάκων και δυσλειτουργία των αρθρώσεων και των μυών. Το PAR-Q αποτελείται από 7 ερωτήσεις, όπου οι ερωτώμενοι χρησιμοποιούν μια διχοτομημένη κλίμακα ναι ή όχι. Επίσης, λήφθηκε υπόψη το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων όπως αυτό καταγράφεται κατά την εισαγωγή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Κατά την διαδικασία αυτή, ο κάθε συμμετέχοντας προσκόμισε πρόσφατη ακτινογραφία θώρακος, καρδιογράφημα, εξετάσεις για μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV, ηπατίτιδα και φυματίωση) καθώς και δερματολογικές εξετάσεις, αλλεργίες και χειρουργεία.

Κύρια μέτρηση

Α. Οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών (Παράρτημα 11). Η Οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών αξιολογήθηκε αξιοποιώντας την σύντομη μορφή του Cocaine Craving Questionnaire-CCQ-Brief (Tiffany et al., 1993; Sussner et al., 2006). Το CCQ-Brief είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς και αποτελείται από 10 θέματα που σχετίζονται με τα συναισθήματα και τις σκέψεις του ερωτώμενου σχετικά με τη χρήση κοκαΐνης, τη στιγμή που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, δίνοντας την αντανάκλαση της γενικής επιθυμίας του για χρήση κοκαΐνης. Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στη γενική επιθυμία για χρήση, ανεξαρτήτου ουσίας (Sussner et al., 2006), π.χ., «*Θέλω τόσο πολύ να κάνω χρήση, που αισθάνομαι τη γεύση της ουσίας*», «*Έχω έντονη επιθυμία για χρήση κάποιας ουσίας αυτή τη στιγμή*» κ.α. Οι απαντήσεις στα θέματα μετρήθηκαν σε 5-βάθμια κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα).

Δευτερεύουσες μετρήσεις

Α. Διάθεση (Παράρτημα 12). Για την αξιολόγηση της διάθεσης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αυτο-αξιολόγησης: Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21) (Lyraeos et al., 2011; Lovibond & Lovibond, 1995). Το DASS-21, αποτελείται από 21 θέματα, που αναφέρονται στην αξιολόγηση τριών

συναισθηματικών καταστάσεων: της κατάθλιψης του άγχους και του στρες (π.χ., «Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου», «Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος»). Οι απαντήσεις αποτυπώνονται σε μια 4-βαθμια κλίμακα Likert από 0 (Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα) έως 3 (Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές).

Β. Αυτοεκτίμηση (Παράρτημα 4). Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Doganis et al., 1991; Rosenberg, 1965), η οποία αποτελείται από 10 θέματα που αναφέρονται στον αυτοσεβασμό και στην αυτο-αποδοχή (π.χ., «Αισθάνομαι ότι αξίζω, τουλάχιστο όσο και οι άλλοι άνθρωποι», «Δεν αισθάνομαι περήφανος/η για τον εαυτό μου»). Οι απαντήσεις αποτυπώνονται σε μια 4-βαθμια κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 4 (συμφωνώ απόλυτα).

Γ. Ποιότητας ζωής (Παράρτημα 13). Για την αξιολόγηση της υγείας και της ευημερίας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αυτό-αναφοράς SF-12 (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005; Hays, Sherbourne, & Mazel, 1995; Ware, Kosinski, & Keller, 1996) που αξιολογεί τον αντίκτυπο της υγείας στην ποιότητα ζωή ενός ατόμου. Το εργαλείο αντικατοπτρίζει τις αντιλήψεις που έχει το άτομο σε 8 διαφορετικές διαστάσεις: Γενική υγεία, Σωματική λειτουργικότητα, Σωματικός ρόλος, Σωματικός πόνος, Ζωτικότητα, Κοινωνική λειτουργικότητα, Συναισθηματικός ρόλος και Ψυχική υγεία.

Δ. Εμπλοκή στη θεραπεία (Παράρτημα 14). Καθώς δεν υπάρχουν ευρέως διαδεδομένα εργαλεία, η αξιολόγηση της εμπλοκής στην θεραπεία ΔΧΟ, αντικατοπτριζόταν από τη συνολική βαθμολογία 10 θεμάτων που ενισχύουν την θετική εμπλοκή (π.χ., «Περνάω ώρα να σκέφτομαι πώς με επηρεάζει η χρήση ουσιών.», «Περνάω ώρα να σκέφτομαι πώς η χρήση ουσιών από εμένα επηρεάζει τους άλλους γύρω μου») από το Treatment Participation Questionnaire (TPQ) (Stein et al., 2006; Martin et al., 2015). Το TPQ αποτελεί ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς που αξιολογεί την πιθανότητα νεαρά άτομα να συνεχίσουν την θεραπευτική τους πορεία, αντικατοπτρίζοντας τις στάσεις και τις συμπεριφορές που ενισχύουν τη θετική ή την αρνητική εμπλοκή τους με τη θεραπεία. Οι απαντήσεις αποτυπώνονται σε 6-βάθμια κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 6 (συμφωνώ απόλυτα). Στην έρευνα μας αξιολογήσαμε και προσαρμόσαμε όπου και αν χρειαζόνταν τις ερωτήσεις για ενήλικο πληθυσμό με ΔΧΟ.

Αξιολόγηση Διαδικασίας

A. Αξιολόγηση Συνέντευξης Κινητοποίησης (Παράρτημα 15). Για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη χρήση της συνέντευξης κινητοποίησης από τον σύμβουλο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αυτό-αναφοράς Client Evaluation of Motivational Interviewing Scale (CEMI) (Madson et al., 2015). Στην κλίμακα CEMI οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν ανώνυμα χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert 5 βαθμών (1 = καθόλου έως 5 = πάντα) για να αξιολογήσουν τον σύμβουλο σε δυο υπο-παράγοντες: Τη θεραπευτική σχέση (π.χ., «Λειτουργήσε ως συνεργάτης σου στην αλλαγή της συμπεριφοράς σου;», «Λειτουργήσε ως εξουσία στις επιλογές;») και τη τεχνική συμβουλευτικής (Σε βοήθησε να μιλήσεις για την αλλαγή της συμπεριφοράς σου;», «Σε βοήθησε να εξετάσεις τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής της συμπεριφοράς σου;»). Η βαθμολογία του εργαλείου προκύπτει από άθροισμα των θετικών απαντήσεων.

B. Αυτο-αποτελεσματικότητα (Παράρτημα 16). Η αυτο-αποτελεσματικότητα για την αντιμετώπιση εμποδίων για συμμετοχή σε άσκηση, αξιολογήθηκε μέσω ενός εργαλείου αυτό-αναφοράς, που περιλάμβανε 9 θέματα, και αξιολογούσε πόσο σίγουρο είναι ένα άτομο, που παρακολουθεί θεραπεία αντιμετώπισης ΔΧΟ, ότι θα επιδιώξει να ασκηθεί όταν: α) παρουσιάζονται εμπόδια (π.χ. «να ασκηθώ όταν αισθάνομαι πιεσμένος» και «να ασκηθώ όταν αισθάνομαι κουρασμένος»), β) όταν αισθάνεται άγχος και έντονη επιθυμία για χρήση ουσιών (π.χ. «να ασκηθώ όταν δεν ελέγχω την επιθυμία μου για χρήση» και «να ασκηθώ όταν αισθάνομαι άγχος») και γ) κατά πόσο το άτομο αυτό είναι συνεπής τόσο προς το πρόγραμμα άσκησης όσο και προς το πρόγραμμα θεραπείας του (π.χ. «να είμαι απόλυτα αφοσιωμένος στην αποχή μου από τα ναρκωτικά» και «να είμαι συνεπής στην παρακολούθηση του προγράμματός»). Οι μεταβλητές μετρήθηκαν σε 5-βάθμια κλίμακα Likert 1 (καθόλου σίγουρος) έως 5 (απόλυτα σίγουρος).

Γ. Η στάση των συμμετεχόντων απέναντι στο πρόγραμμα (Παράρτημα 17). Για την αξιολόγηση των στάσεων των συμμετεχόντων προς το πρόγραμμα άσκησης, χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο εργαλείο αυτό-αναφοράς, που περιλάμβανε 6 θέματα που μετρούσαν τον βαθμό ευχαρίστησης και ικανοποίησης από τη συμμετοχή σε αυτό καθώς και τον βαθμό χρησιμότητας του (π.χ. «το πρόγραμμα άσκησης που θα παρακολουθήσω/παρακολούθησα πιστεύω ότι ήταν για μένα: πολύ ευχάριστο ή πολύ

δυσάρεστο, ενδιαφέρον ή αδιάφορο», κ.α.). Οι απαντήσεις αποτυπώνονται σε 7-βάθμια κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 7 (συμφωνώ απόλυτα).

Δ. Εβδομαδιαίος καθορισμός Στόχων Άσκησης (Παράρτημα 18). Για την ενίσχυση της κινητοποίησης και της προσκόλλησης στο πρόγραμμα άσκησης, πριν από την πρώτη συνεδρία άσκησης της κάθε εβδομάδας, ο κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωνε μια φόρμα όπου καθόριζε το συνολικό χρόνο που θα ήθελε να αφιερώσει για άσκηση για την προσεχή εβδομάδα (εβδομαδιαίο στόχο) καθώς και το κατά πόσο είναι σίγουρος γι' αυτό αξιοποιώντας μια 10-βάθμια κλίμακα Likert από 1 (καθόλου σίγουρος) έως 10 (απόλυτα σίγουρος).

Ε. Αξιολόγηση διαδικασίας στόχων (Παράρτημα 19). Για την αξιολόγηση της διαδικασίας καθορισμού στόχων σχεδιάστηκε ένα αυτοσχέδιο εργαλείο αυτό-αναφοράς. Η μέτρηση πραγματοποιήθηκε μόνο στην ομάδα παρέμβασης, σε δυο χρονικά σημεία: στο τέλος της 3ης εβδομάδας (post-test) και ένα μήνα μετά (Follow-up). Το εργαλείο περιελάμβανε τρεις υπο-παράγοντες:

1) Δύο θέματα που αξιολογούσαν τον υπο-παράγοντα: «Στοχοθέτηση και άσκηση». Τα θέματα διατυπώνονταν ως εξής: «πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης»: 1 (ποτέ) έως 10 (πάντα) και «σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης»: 1 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ).

2) Δύο θέματα που αξιολογούσαν τον υπο-παράγοντα «Στοχοθέτηση και επιθυμία για χρήση ουσιών». Τα θέματα διατυπώνονταν ως εξής: «πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για να μειώσεις την επιθυμία για χρήση ουσιών;»: 1 (ποτέ) έως 10 (πάντα) και «σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για να μειώσεις την επιθυμία για χρήση;»: 1 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ).

3) Δύο θέματα που αξιολογούσαν τον υπο-παράγοντα «Στοχοθέτηση και έλεγχος του καπνίσματος». Τα θέματα διατυπώνονταν ως εξής: «πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσεις καθημερινά;»: 1 (ποτέ) έως 10 (πάντα) και «σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσεις καθημερινά;»: 1 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ).

ΣΤ. Στόχος για αριθμό τσιγάρων/ημέρα (Παράρτημα 18). Παράλληλα με τα παραπάνω εργαλεία αξιολόγησης που σχετίζονται με την θεραπεία ΔΧΟ αξιολογήθηκε η χρήση άλλων ουσιών (τσιγάρου και νικοτίνης) κατά την διάρκεια της θεραπείας ΔΧΟ. Για τον σκοπό αυτό, πριν από την πρώτη συνεδρία άσκησης της κάθε εβδομάδας, ο κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωνε μια καρτέλα όπου καθόριζε τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίζει την ημέρα για την τρέχουσα εβδομάδα καθώς και τον βαθμό κατά πόσο είναι σίγουρος γι' αυτό αξιοποιώντας μια 10-βάθμια κλίμακα Likert από 1 (καθόλου σίγουρος) έως 10 (απόλυτα σίγουρος).

Αποτελέσματα

Περιγραφικά

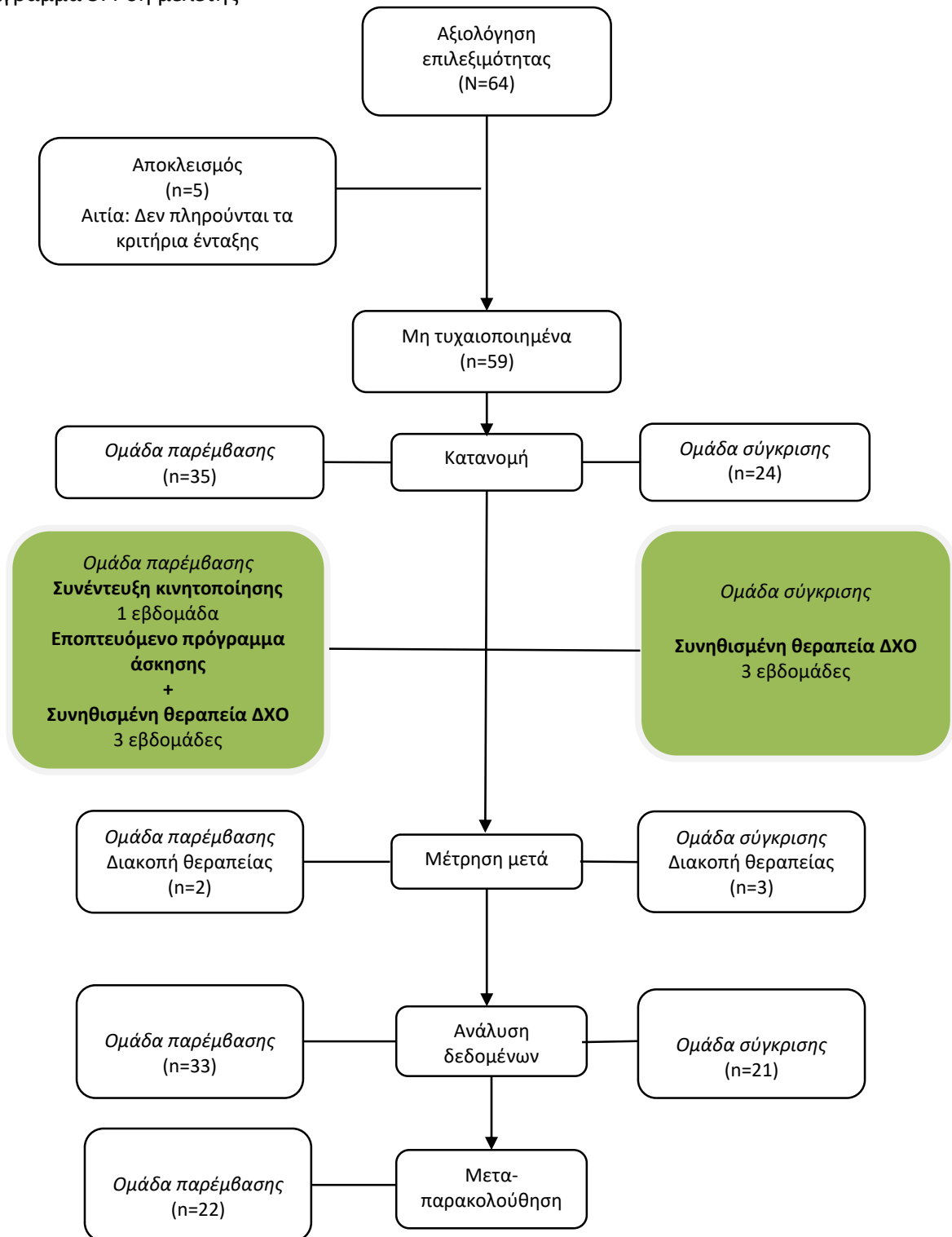
Στην παρέμβαση κλήθηκαν να συμμετέχουν συνολικά 64 άτομα, πολυ-χρήστες ουσιών, με κύρια ουσία χρήση τα οπιοειδή (Διάγραμμα 5). Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εγκατάλειψης της θεραπείας από άτομα που έκαναν χρήση οπιοειδών (Brorson et al., 2013). Μετά την αξιολόγηση των κριτηρίων συμμετοχής, στην ομάδα παρέμβασης συμμετείχαν 35 άτομα, από τα οποία, 33 άτομα ολοκλήρωσαν την παρέμβαση, καθώς 2 διέκοψαν από τη θεραπευτική διαδικασία μετά την πρώτη και δεύτερη εβδομάδα αντίστοιχα. Στην ομάδα σύγκρισης αξιολογήθηκαν να συμμετέχουν 24 άτομα, από τα οποία 21 άτομα ολοκλήρωσαν τις μετρήσεις, καθώς 3 εγκατέλειψαν τη θεραπευτική διαδικασία κατά την πρώτη εβδομάδα. Στην μετα-παρακολούθηση (1 μήνα μετά) ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα άσκησης, από την ομάδα παρέμβασης, 22 άτομα. Από την ανάλυση των δεδομένων αποκλείστηκαν τα άτομα που δεν ολοκλήρωσαν όλες τις μετρήσεις.

Τα περιγραφικά δεδομένα (μέσος όρος, τυπική απόκλιση και ποσοστά) και οι συντελεστές άλφα υπολογίστηκαν για κάθε μέτρο (πριν & μετά) και για τις δύο ομάδες. Υπολογίστηκε το χ^2 και το ανεξάρτητο t-test, για να εξεταστεί εάν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η ανάλυση συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε για να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Στον Πίνακα 17, αποτυπώνονται η σύνοψη των βασικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των δυο ομάδων.

Πίνακας 17. Χαρακτηριστικά δείγματος, σύγκριση μέσων όρων και έλεγχος χ^2

Φύλο	Ομάδα παρέμβασης		Ομάδα σύγκρισης		<i>t</i> (54)	<i>p</i>
	M.O	T.A	M.O	T.A		
Ανδρας	29		15			
Γυναίκα	4		6			
Ηλικία	34.12	6.66	34.48	5.25	-.206	.203
Σοβαρότητα ΔΧΟ	8.97	1.55	9.14	1.95	-.361	.286
Προηγούμενη εμπειρία στη χρήση ουσιών (έτη)	16.27	5.59	17.38	5.95	-.692	.950
Τρέχουσα συμμετοχή στη θεραπεία SUD (ημέρες)	25.45	28.45	18.71	13.12	1.026	.005
Πεποιθήσεις του ατόμου για τη σοβαρότητα ΔΧΟ	4.76	.561	4.71	.463	.295	.901
Πεποιθήσεις του ατόμου για τη σημαντικότητα συμμετοχής σε θεραπεία ΔΧΟ					χ^2	<i>p</i>
Πολύ, n(%)	5(15.2)		0		3.5	.061
Πάρα πολύ, n(%)	28(84.8)		21(100)			
Αποτυχημένες προσπάθειες θεραπείας στο παρελθόν						
Καμία, n(%)	12(36.4)		10(47.6)		1.97	.74
1 φορά, n(%)	5(15.2)		4(19)			
2 φορές, n(%)	4(12.1)		3(14.3)			
3 φορές, n(%)	2(6.1)		1(4.8)			
4 ή περισσότερες φορές, n(%)	10(30.3)		3(14.3)			
Κύρια ουσία χρήσης						
Ηρωίνη, n(%)	24(72.7)		13(61.9)		1.99	.73
Κοκαΐνη, n(%)	5(15.2)		5(23.8)			
Μαριχουάνα, n(%)	3(9.1)		2(9.5)			
Αμφεταμίνη, n(%)	1(3)		1(4.8)			
Διακοπή της θεραπείας (κατά τη διάρκεια της παρέμβασης) n (%)	2(5.7)		3(12.5)			
Διακοπή της θεραπείας (μετα-παρακολούθηση) n (%)	11(33)					

Διάγραμμα 5. Ροή μελέτης



Στο Πίνακα 18, παρουσιάζονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι δείκτες αξιοπιστίας των αξιολογήσεων, για την Ex+TaUG και την TaUG, για τα 2 χρονικά σημεία, καθώς και οι μετρήσεις μετα-παρακολούθησης για την Ex+TaUG.

Πίνακας 18. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, και δείκτες αξιοπιστίας

Αξιολογήσεις	Ομάδα παρέμβασης									Ομάδα σύγκρισης					
	Πριν			Μετά			Μετα-παρακολούθηση			Πριν			Μετά		
	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>a</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>a</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>a</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>a</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>a</i>
Οξεία επιθυμία	2.37	.85	.86	1.53	.45	.81	1.28	.3	.78	2.43	.87	.85	2.34	.85	.90
Διάθεση	23.76	12.77	.90	16.24	11.94	.88	9.9	7.7	.88	35.33	17.08	.95	30.14	14.54	.93
Αυτοεκτίμηση	28.94	3.9	.83	30.55	3.36	.74	31.9	3.5	.81	29.10	4.24	.77	29.05	3.96	.77
Ποιότητα ζωής	3.08	.57	.77	3.50	0.45	.71	3.64	.24	.64	3.09	.6	.79	3.20	0.57	.80
Εμπλοκή στη θεραπεία	4.55	.94	.80	4.87	.9	.85	5.18	.7	.80	4.68	.78	.69	4.55	.68	.53
Συνέντευξη Κινητοποίησης	34.19	3.74	.78												
Στάσεις/άσκηση	6.06	.68	.80	6.52	.64	.80	6.62	.48	.90						
Καθορισμός στόχων/άσκηση				7.42	1.68	.64	7.8	1.63	.78						
Καθορισμός στόχων/οξεία επιθυμία				8.24	1.8	.79	8.2	1.7	.70						
Καθορισμός στόχων/κάπνισμα				5.39	2.96	.87	5.05	2.6	.85						

Συνέντευξη Κινητοποίησης

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μέσος όρος των αθροισμάτων των απαντήσεων στο σύνολο της κλίμακας CEMI ήταν αρκετά υψηλός ($M.O = 34.19$, $T.A = 3.74$), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αποτυπώνουν θετική εμπειρία από τη συγκεκριμένη παρέμβαση.

Αξιολόγηση εφαρμογής της παρέμβασης άσκησης

Η συχνότητα της άσκησης κυμάνθηκε κατά μέσο όρο 2.61 φορές ($T.A. = .49$) και συνολική διάρκεια άσκησης 195 λεπτά ($T.A = 37.2$) την 1^η εβδομάδα άσκησης, 2.39 φορές ($T.A = .65$) και 180 λεπτά ($T.A = 49,4$) την 2^η εβδομάδα και 2,69 φορές ($T.A = .49$) και 193 λεπτά ($T.A = 37.6$) την 3^η εβδομάδα. Ο βαθμός της αυτοπεποίθησης

σχετικά με την επίτευξη του εβδομαδιαίου στόχου, κατά μέσο όρο ήταν: την 1^η εβδομάδα $M.O = 8$ ($T.A = 1.64$), την 2^η εβδομάδα $M.O = 8.74$ ($T.A = 1,25$) και την 3^η εβδομάδα $M.O = 9.06$ ($T.A = 1.03$).

Αναλυτικά η συχνότητα συμμετοχής της ομάδας παρέμβασης στις προπονητικές μονάδες ανά εβδομάδα, ο εβδομαδιαίος στόχος σε χρόνο άσκησης, ο βαθμός αυτοπεποίθησης επίτευξης του στόχου, καθώς και η πραγματική διάρκεια άσκησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19. Προσκόλληση στο πρόγραμμα

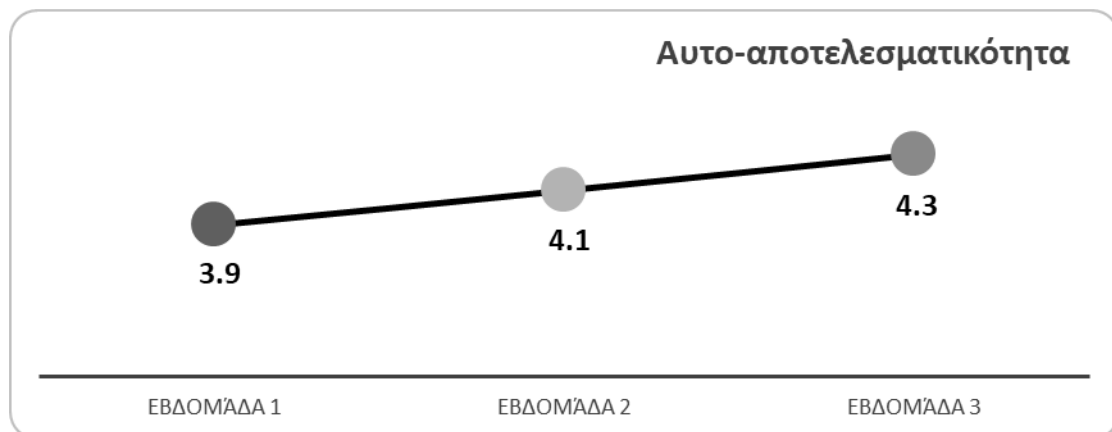
	Συχνότητα άσκησης (φορές την εβδομάδα)		Εβδομαδιαίος στόχος (λεπτά την εβδομάδα)		Βαθμός εμπιστοσύνης		Εβδομαδιαία απόδοση (λεπτά την εβδομάδα)	
	<i>M.O.</i>	<i>T.A</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A</i>
<i>Εβδομάδα 1</i>	2.61	.496	157	80.2	8	1.64	195	37.2
<i>Εβδομάδα 2</i>	2.39	.659	190	79.9	8.74	1.25	180	49.4
<i>Εβδομάδα 3</i>	2.61	.496	214	70.8	9.06	1.03	193	37.6

Σχετικά με την καπνιστική συμπεριφορά, οι συμμετέχοντες φαίνεται ότι, αφενός έδειξαν συνέπεια απέναντι στους εβδομαδιαίους στόχους, καθώς σταθεροποίησαν τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα, αφετέρου έδειχναν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ότι θα διατηρήσουν αυτό τον στόχο (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Καπνιστική συμπεριφορά

	Στόχος για τον αριθμό τσιγάρων/ημέρα		Εμπιστοσύνη επίτευξης	
	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>
<i>Εβδομάδα 1</i>	14.22	4.03	7,38	1,68
<i>Εβδομάδα 2</i>	14.35	4.95	8,55	1,56
<i>Εβδομάδα 3</i>	13.48	4.75	9,15	1,12

Όσον αφορά την αυτο-αποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων, για να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά εμπόδια που πιθανόν να επηρέαζαν τη συμμετοχή και ολοκλήρωση του προγράμματος άσκησης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6, ενισχύονταν με την πρόοδο των προπονητικών μονάδων.



Διάγραμμα 6. Αυτο-αποτελεσματικότητα για άσκηση

Σύγκριση ομάδων

Η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA 2 (Ομάδες) x 2 (Μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο 2^ο παράγοντα με εξαρτημένη μεταβλητή την οξεία επιθυμία αποκάλυψε σημαντική αλληλεπίδραση Ομάδα X Μέτρηση ($F_{1,52} = 9.181, p < .001, \eta_p^2 = .213$). Αναλύοντας αυτή την αλληλεπίδραση από την άποψη του χρόνου (πριν και μετά), η εξέταση των ζευγαρωτών συγκρίσεων, χρησιμοποιώντας το Bonferroni post-hoc τεστ, αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στην οξεία επιθυμία μόνο στην ομάδα παρέμβασης μεταξύ των πριν και μετά μετρήσεων ($F_{1,52} = 29.631, p < .001, \eta_p^2 = .214$). Πιο συγκεκριμένα, ομάδα παρέμβασης παρουσίασε χαμηλότερες βαθμολογίες στην οξεία επιθυμία στη μέτρηση μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με την μέτρηση πριν την παρέμβαση. Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη οξεία επιθυμία μεταξύ των μετρήσεων πριν και μετά για την ομάδα σύγκρισης ($F_{1,52} = .218, p = .643, \eta_p^2 = .004$). Επιπλέον, αναλύοντας αυτήν την αλληλεπίδραση ως προς τις δυο ομάδες, η εξέταση των ζευγαρωτών συγκρίσεων, χρησιμοποιώντας τη δοκιμή Bonferroni post hoc, αποκάλυψε σημαντικές διαφορές μόνο στη μέτρηση μετά μεταξύ της παρεμβατικής και της ομάδας σύγκρισης ($F_{1,52} = 20.719, p < .001, \eta_p^2 = .285$). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε χαμηλότερες βαθμολογίες στην επιθυμία για χρήση σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης στη μέτρηση μετά τη παρέμβαση (Διάγραμμα 7).

Όσον αφορά τη διάθεση των συμμετεχόντων, η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA 2 (Ομάδες) x 2 (Μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο 2^ο παράγοντα με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάθεση δεν αποκάλυψε σημαντική αλληλεπίδραση Ομάδα X Μέτρηση ($F_{1,52} = .390, p$

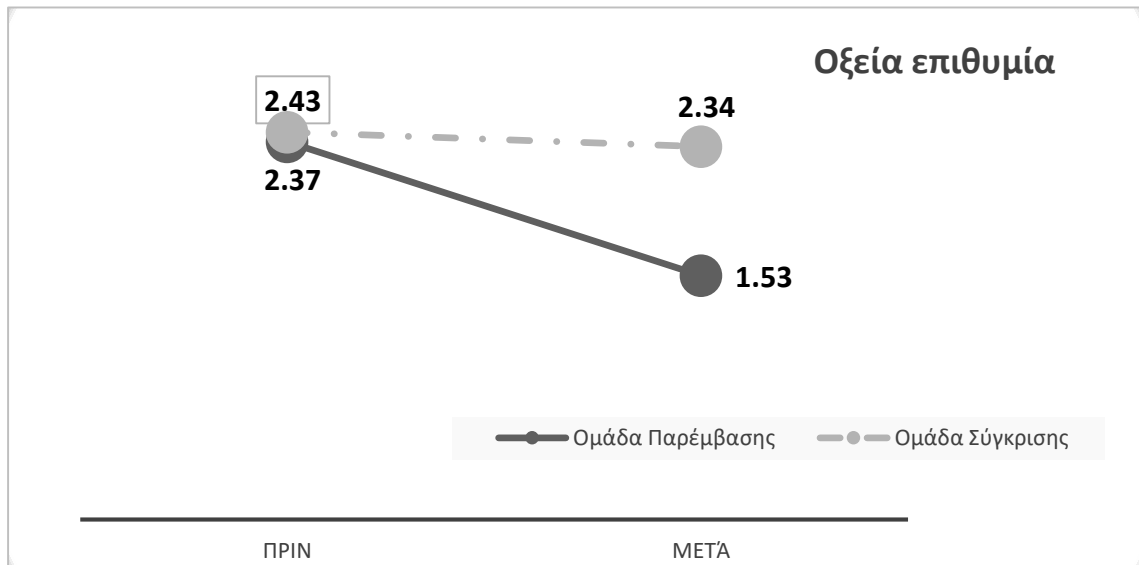
= .535, $\eta_p^2 = .007$). Αντίθετα, η μονόδρομη ανάλυση συν-διακύμανσης ANCOVA έδειξε σημαντική κύρια επίδραση της ομάδας ($F_{1,52} = 6.473$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .113$) στην μετά τη παρέμβαση μέτρηση, μετά τη ρύθμιση της αρχικής μέτρησης ως συν-διακύμανση. Επίσης εδώ, η ομάδα παρέμβασης ανέφερε χαμηλότερες βαθμολογίες στην αρνητική διάθεση σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (Διάγραμμα 8).

Επιπλέον, η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA 2 (Ομάδες) x 2 (Μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο 2^ο παράγοντα με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτίμηση αποκάλυψε σημαντική αλληλεπίδραση Ομάδα X Μέτρηση ($F_{1,50} = 5.155$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .093$). Αναλύοντας αυτή την αλληλεπίδραση από την άποψη του χρόνου (πριν και μετά), η ανάλυση των κύριων επιδράσεων, χρησιμοποιώντας το post-hoc τεστ Bonferroni, αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στην αυτό-εκτίμηση μόνο στην ομάδα παρέμβασης μεταξύ των μετρήσεων πριν και μετά ($F_{1,50}=9.852$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .165$). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα παρέμβασης ανέφερε υψηλότερες βαθμολογίες στην αυτό-εκτίμηση στην μετά την παρέμβαση μέτρηση σε σύγκριση με την μέτρηση πριν την παρέμβαση. Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές στην αυτό-εκτίμηση μεταξύ των μετρήσεων πριν και μετά για την ομάδα σύγκρισης ($F_{1,50} = .219$, $p = .642$, $\eta_p^2 = .004$) (Διάγραμμα 9).

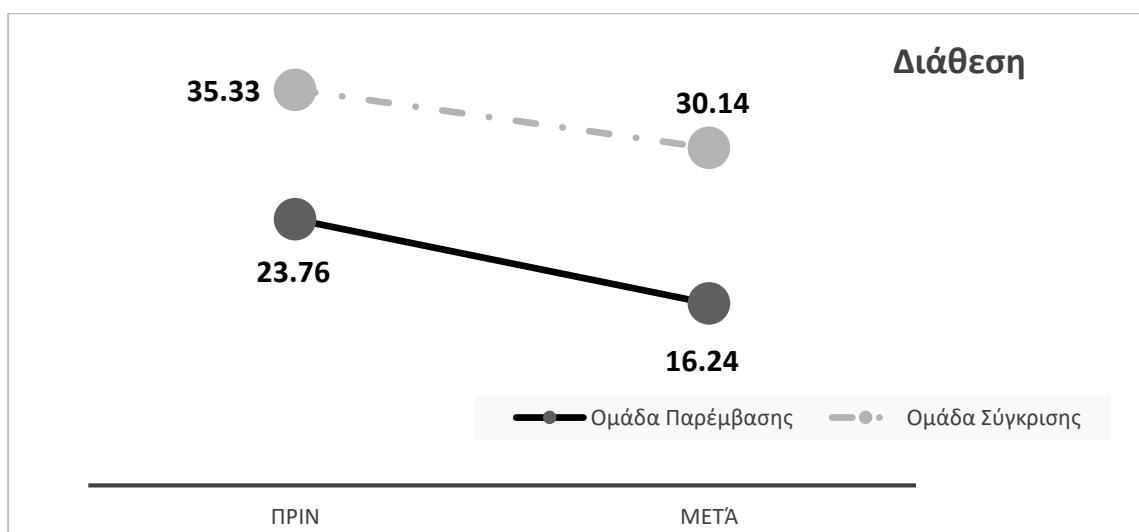
Η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA 2 (Ομάδες) x 2 (Μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο 2^ο παράγοντα με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής δεν αποκάλυψε σημαντική αλληλεπίδραση Ομάδα X Μέτρηση ($F_{1,52} = 3.785$, $p = .06$, $\eta_p^2 = .068$). Αντίθετα, η μονόδρομη ανάλυση συν-διακύμανσης ANCOVA έδειξε σημαντική κύρια επίδραση της ομάδας ($F_{1,51} = 5.765$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .102$) μετά τη παρέμβαση μέτρηση, μετά τη ρύθμιση της αρχικής μέτρησης ως συν-διακύμανση. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την ομάδα σύγκρισης (Διάγραμμα 10).

Τέλος, η ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων ANOVA 2 (Ομάδες) x 2 (Μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο 2^ο παράγοντα με εξαρτημένη μεταβλητή την εμπλοκή των συμμετεχόντων στη θεραπεία αποκάλυψε σημαντική αλληλεπίδραση Ομάδα X Μέτρηση στη ($F_{1,51} = 3.929$, $p = .05$, $\eta_p^2 = .072$). Αναλύοντας αυτή την αλληλεπίδραση από την άποψη του χρόνου (πριν και μετά), η εξέταση των ζευγαρωτών συγκρίσεων, χρησιμοποιώντας το Bonferroni post-hoc τεστ,

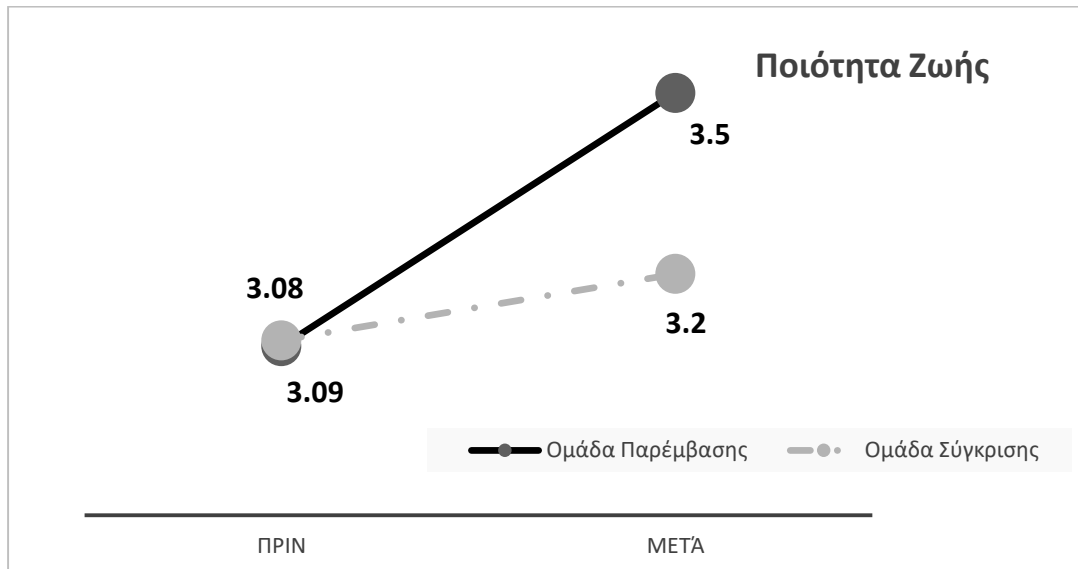
αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στην εμπλοκή στη θεραπεία μόνο στην ομάδα παρέμβασης μεταξύ των πριν και μετά μετρήσεων ($F_{1,51} = 5.674, p < .05, \eta_p^2 = .100$). Η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε υψηλότερες βαθμολογίες στη εμπλοκή για θεραπεία σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης στη μέτρηση μετά τη παρέμβαση. Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την εμπλοκή στη θεραπεία μεταξύ των μετρήσεων πριν και μετά για την ομάδα σύγκρισης ($F_{1,51} = .433, p = .514, \eta_p^2 = .008$) (Διάγραμμα 11).



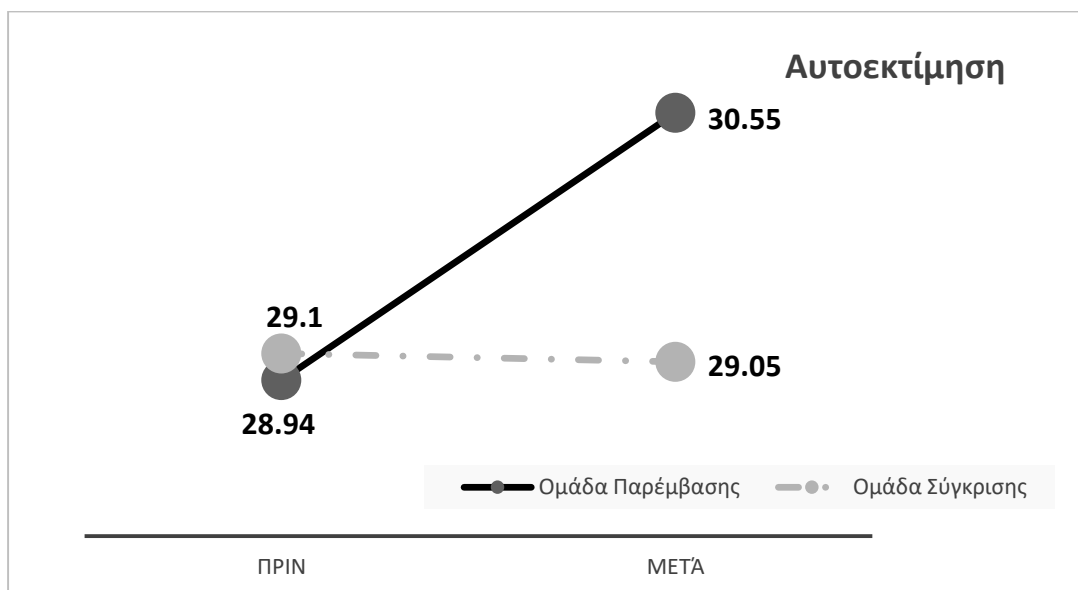
Διάγραμμα 7. Οξεία επιθυμία



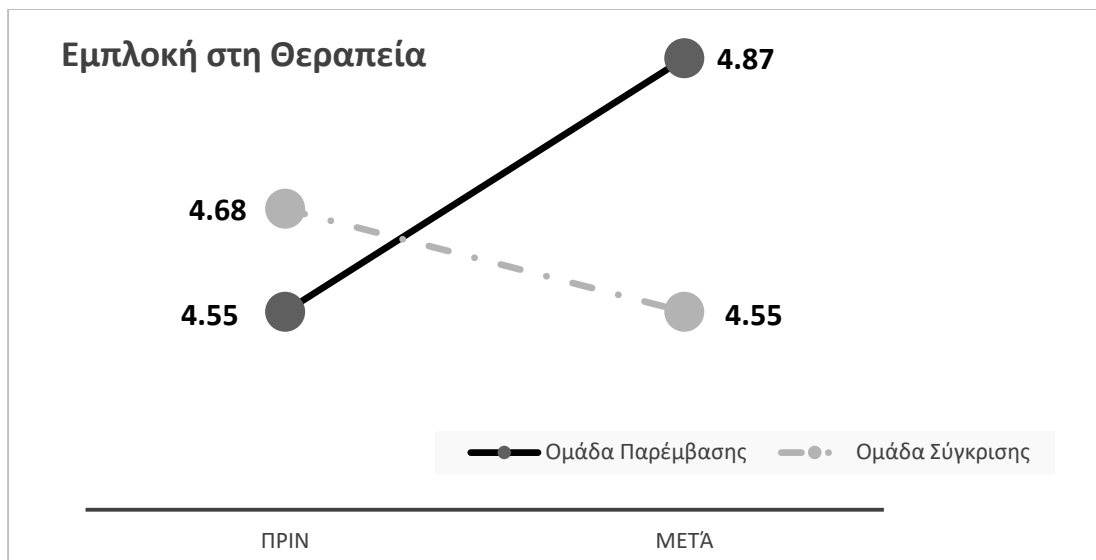
Διάγραμμα 8. Διάθεση



Διάγραμμα 9. Ποιότητα Ζωής



Διάγραμμα 10. Αυτοεκτίμηση



Διάγραμμα 11. Εμπλοκή στη Θεραπεία

Συσχετίσεις

Για την ομάδα παρέμβασης τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχέτισης Pearson, έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της ποιότητας ζωής, $r(31) = 0,454$ $p < 0,01$ στις μετρήσεις μετά την παρέμβαση (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Συσχετίσεις ομάδας παρέμβασης

Measures	1	2	3	4	5
1. Οξεία Επιθυμία		.009	-.365*	-.492*	.164
2. Διάθεση	.125		-.290	-.249	.126
3. Αυτοεκτίμηση	.033	-.280		.470*	.220
4. Ποιότητα Ζωής	.022	-.149	.454**		.155
5. Εμπλοκή στη Θεραπεία	-.003	-.123	.194	-.056	

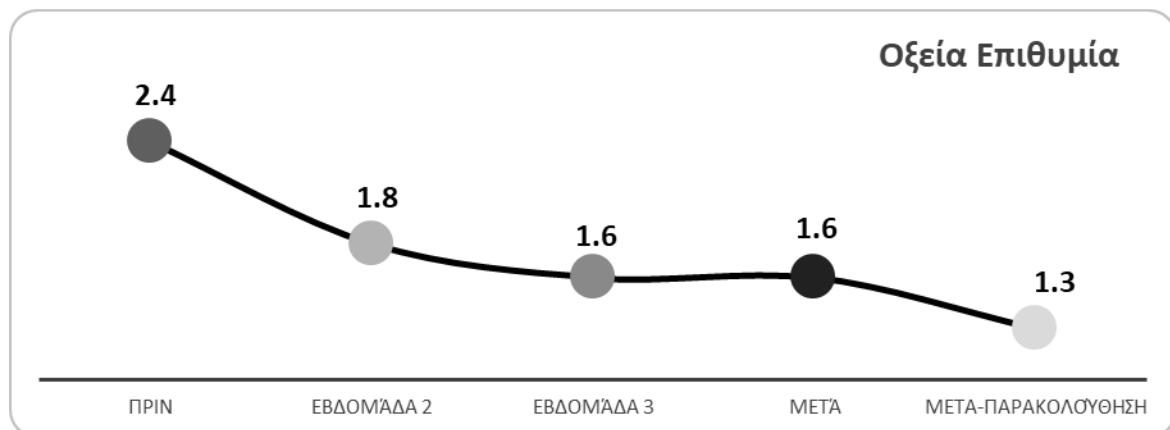
* $p < .05$. ** $p < .01$.

Γκρι Ζώνη: Μετρήσεις μετά την παρέμβαση

Μετα-παρακολούθηση ομάδας παρέμβασης

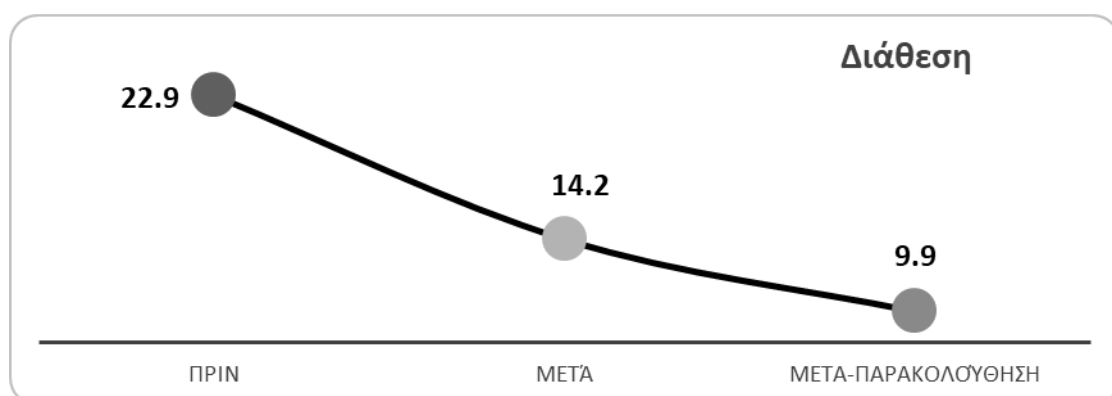
Η μετα-παρακολούθηση αφορούσε τη συνέχιση του προγράμματος άσκησης για 4 ακόμα εβδομάδες. Ο αριθμός των συμμετεχόντων στο τέλος της τέταρτης εβδομάδας μειώθηκε κατά 33% (n= 22). Η μείωση των συμμετεχόντων οφείλεται σε διακοπή της θεραπευτικής διαδικασίας. Ωστόσο, για το χρονικό διάστημα των 10 μηνών, ο αριθμός των παραπάνω αποχωρήσεων είναι μικρός για το θεραπευτικό πλαίσιο της Θεραπευτικής κοινότητας, όπου εφαρμόστηκε το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης. Παρακάτω αναλύονται τα κύρια και τα δευτερεύοντα αποτελέσματα από τις μέτρησεις της μετα-παρακολούθησης από την ομάδα παρέμβασης. Όσον αφορά την κύρια μέτρηση (οξεία επιθυμία) εξετάστηκαν οι μεταβολές στην ομάδα παρέμβασης κατά τη διάρκεια του προγράμματος άσκησης (μετρήσεις κάθε εβδομάδα) και ένα μήνα μετά (Πίνακας 16). Οι μεταβολές, για τα δευτερεύοντα αποτελέσματα εξετάστηκαν κατά την έναρξη του προγράμματος άσκησης (πριν), μετά από 3 εβδομάδες (μετά) και ένα μήνα μετά (Πίνακας 16).

Οξεία επιθυμία για χρήση ουσιών. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA) για να εξεταστούν μεταβολές στην ομάδα παρέμβασης ως προς την αξιολόγηση της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών. Τα αποτελέσματα με βάση το Mauchly's τεστ υποδηλώνουν ότι υπήρχε παραβίαση της ομοιογένειας της συν-διακύμανσης (sphericity) $\chi^2(5)=27.393$, $p<.05$. Από τα αποτελέσματα προέκυψε σημαντική στατιστική διαφορά στον παράγοντα χρόνο (μετρήσεις), $F_{2.391,47.819}=16.430$, $p<.001$ (Greenhouse-Geisser). Από την εξέταση των planned contrasts προέκυψε ότι, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών από την αρχική μέτρηση και της 2^{ης} μέτρησης ($p=.003$), της 2^{ης} μέτρηση και της 3^{ης} μέτρησης ($p=.016$), καθώς και από την τελική μέτρηση έως την μετα-παρακολούθηση ($p=.002$). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από την 3^η μέτρηση έως την τελική μέτρηση ($p = 1$) (Διάγραμμα 12)



Διάγραμμα 12. Οξεία επιθυμία (Μετα-παρακολούθηση)

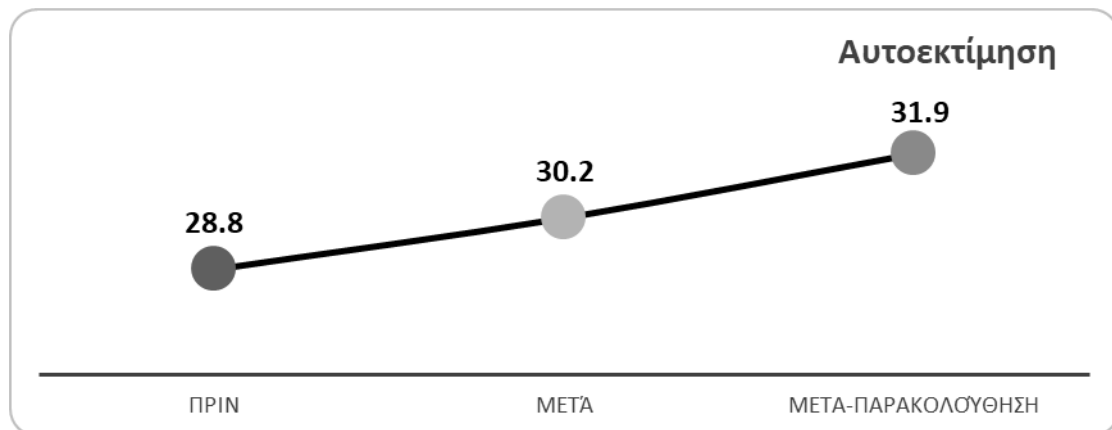
Διάθεση. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA) για να εξεταστούν μεταβολές στην ομάδα παρέμβασης ως προς την αξιολόγηση της *διάθεσης*. Τα αποτελέσματα με βάση το Mauchly's test υποδηλώνουν ότι υπήρχε παραβίαση της ομοιογένειας της συν-διακύμανσης (sphericity) $\chi^2(3)=13.751$, $p<.05$ (Greenhouse-Geisser). Από τα αποτελέσματα προέκυψε σημαντική στατιστική διαφορά στον παράγοντα χρόνο (μετρήσεις), $F_{1.336,28.053}=19.120$, $p<.001$. Από την εξέταση των planned contrasts προέκυψε ότι, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της διάθεσης μεταξύ της αρχικής και της τελικής μέτρησης ($p = .001$) καθώς και της τελικής και της μετά-παρακολούθησης ($p = .003$). Η αλληλεπίδραση αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 13.



Διάγραμμα 13. Διάθεση (Μετα-παρακολούθηση)

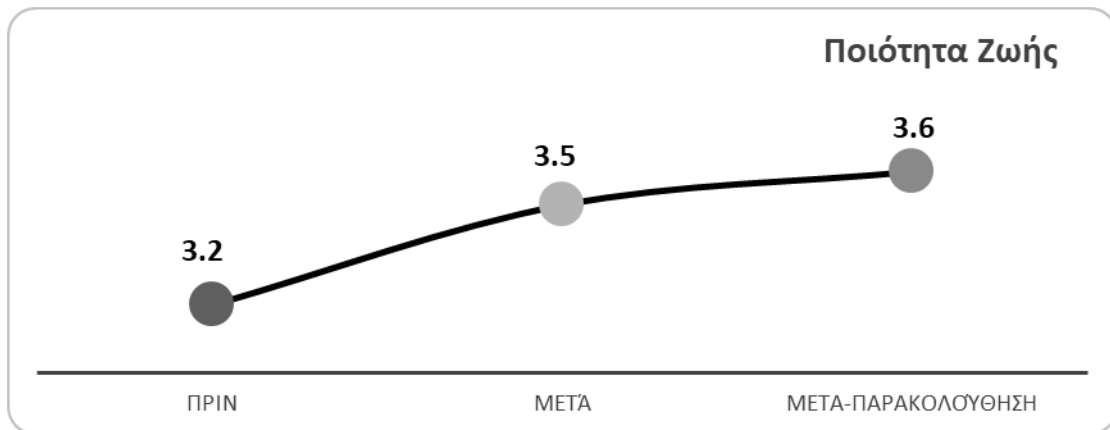
Αυτοεκτίμηση. Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ANOVA) για να εξεταστούν οι μεταβολές στην ομάδα παρέμβασης ως προς την αξιολόγηση της *Αυτοεκτίμησης*. Τα αποτελέσματα με βάση το Mauchly's test υποδηλώνουν ότι δεν υπήρχε παραβίαση της ομοιογένειας της συν-διακύμανσης

(sphericity) $\chi^2(2)=.855$ $p>.05$. Από τα αποτελέσματα προέκυψε σημαντική στατιστική διαφορά στον παράγοντα χρόνο (μετρήσεις), $F_{2,42}=13.164$, $p<.001$. Από την εξέταση των planned contrasts προέκυψε ότι, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της διάθεσης μεταξύ της αρχικής και της τελικής μέτρησης ($p = .030$) καθώς και της τελικής και της μετά-παρακολούθησης ($p = .006$). Η αλληλεπίδραση αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 14.



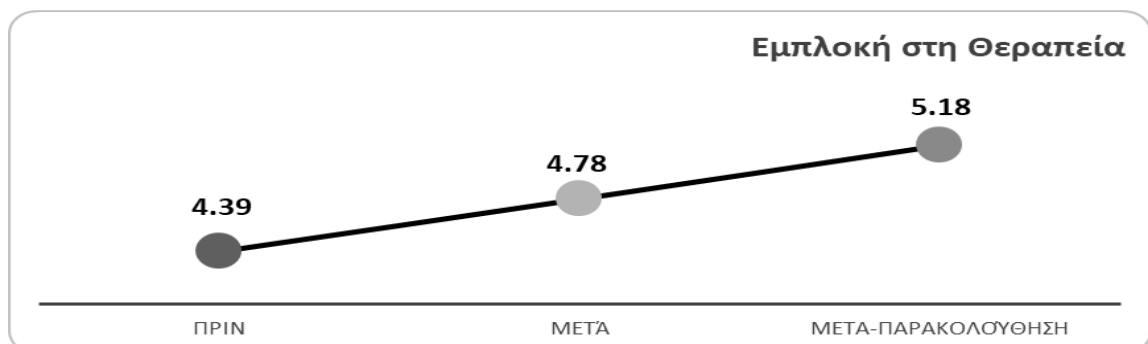
Διάγραμμα 14. Αυτοεκτίμηση (Μετα-παρακολούθηση)

Ποιότητα ζωής. Εκτελέστηκαν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) για να εξεταστούν αλλαγές στην ομάδα παρέμβασης ως προς την *Ποιότητα ζωής*. Τα αποτελέσματα με βάση το Mauchly's test υποδηλώνουν ότι υπήρχε παραβίαση της ομοιογένειας της συν-διακύμανσης (sphericity) $\chi^2(2) = 8.180$, $p < .05$ (Greenhouse-Geisser). Από τα αποτελέσματα προέκυψε σημαντική στατιστική διαφορά στον παράγοντα χρόνο (μετρήσεις), $F_{1,497,31.445} = 11.049$, $p = .001$. Από την εξέταση των planned contrasts προέκυψε ότι, υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της διάθεσης μεταξύ της αρχικής και της τελικής μέτρησης ($p = .010$) αλλά δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της τελικής και της μετά-παρακολούθησης ($p = .071$). Η αλληλεπίδραση αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 15.



Διάγραμμα 15. Ποιότητα ζωής (Μετα-παρακολούθηση)

Εμπλοκή στη θεραπεία. Εκτελέστηκαν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) για να εξεταστούν αλλαγές στην ομάδα παρέμβασης ως προς την εμπλοκή στη θεραπεία. Τα αποτελέσματα με βάση το Mauchly's test υποδηλώνουν ότι υπήρχε παραβίαση της ομοιογένειας της συν-διακύμανσης (sphericity) $\chi^2(2) = 9.731, p < .05$. Από τα αποτελέσματα προέκυψε σημαντική στατιστική διαφορά στον παράγοντα χρόνο (μετρήσεις), $F_{1,444,30.32} = 8.307, p = .001$ (Greenhouse-Geisser). Από την εξέταση των planned contrasts προέκυψε ότι, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση της *Εμπλοκή στη θεραπεία* μεταξύ της αρχικής και της τελικής μέτρησης ($p = .057$) αλλά παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της τελικής και της μετα-παρακολούθησης ($p = .006$). Η αλληλεπίδραση αποτυπώνεται στο



Διάγραμμα 16. Εμπλοκή στη θεραπεία (Μετα-παρακολούθηση)

Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται συνεχώς οι μελέτες που υποστηρίζουν ότι η άσκηση μπορεί να αποτελέσει έναν εναλλακτικό τρόπο για τη διαχείριση της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών καθώς και άλλων αρνητικών συμπτωμάτων που

εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ΔΧΟ (Giménez-Meseguer et al., 2015; Zschucke et al., 2012; Wang et al., 2014). Ωστόσο, η έως τώρα ερευνητική προσπάθεια, έχει επικεντρωθεί στο ρόλο που διαδραματίζουν τα χαρακτηριστικά της άσκησης π.χ., η ένταση, η διάρκεια, η συχνότητα, το είδος, κτλ., με ελάχιστες μελέτες να διερευνούν την στοχευμένη εφαρμογή της, λαμβάνοντας υπόψη τη σύνδεση με το θεραπευτικό πλάνο που ακολουθείτε σε κάθε στάδιο θεραπείας ΔΧΟ. Καθώς οι θεραπευόμενοι προχωράνε σε διαφορετικά στάδια θεραπείας, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πρέπει να κινούνται μαζί τους, αλλάζοντας στρατηγικές και προσεγγίσεις σύμφωνα με τις ανάγκες των θεραπευομένων (SAMHSA, 2005; Williams & Streat, 2004). Επομένως, η συγκεκριμένη έρευνα, θέλοντας αντιμετωπίσει αυτό το υπάρχον κενό στη βιβλιογραφία, επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της σκοπιμότητας και της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος άσκησης, για την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για χρήση, καθώς και άλλων αρνητικών ψυχολογικών καταστάσεων, ατόμων που συμμετέχουν στο πρώιμο στάδιο θεραπείας ΔΧΟ σε ένα πρόγραμμα εσωτερικής παρακολούθησης (Θεραπευτική Κοινότητα).

Τα αρχικά αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν, μια πρώτη εμπειρική υποστήριξη της αποτελεσματικότητας της τεχνικής της συνέντευξη κινητοποίησης για την ενίσχυση του κίνητρου για συμμετοχή σε άσκηση, ατόμων που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ, αξιολογώντας την εμπειρία τους μετά από τη συμμετοχής τους σε αυτή. Συγκεκριμένα, η ΣΚ χαρακτηρίστηκε από τους συμμετέχοντες ως ένα ασφαλές, συνεργατικό και μη απειλητικό πλαίσιο, τροφοδοτούμενο από την υποστήριξη του συμβούλου, όπου μπορούσαν να μιλήσουν και να αναγνωρίσουν την ανάγκη για αλλαγή της συμπεριφορά τους, υιοθετώντας έναν υγιή τρόπο ζωής όπως είναι η συμμετοχή σε άσκηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν ότι ο σύμβουλος τους επέτρεψε να εμπιστευτούν, να εκφραστούν και να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους, σεβόμενος την ανάγκη για αυτονομία και επιλογή, ενισχύοντας τους να αισθανθούν ικανοί, αισιόδοξοι και σίγουροι, ότι μπορούν να τα καταφέρουν. Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφέραμε ότι η παροχή συμβουλευτικής στο πλαίσιο της Συνέντευξης Κινητοποίησης πρέπει να διατρέχεται από ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά τα όρια της θεραπευτικής σχέσης και των τεχνικών συμβουλευτικής, έτσι ώστε να προωθείται η αυτονομία χωρίς να επηρεάζεται και να κατευθύνεται η προσωπική επιλογή (Miller & Rose, 2009).

Ως κύριο αποτέλεσμα της παρέμβασης, ήταν η σημαντική διαφοροποίηση στην μείωση των επίπεδων της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών μεταξύ της ομάδας παρέμβαση και της ομάδας σύγκρισης. Η έντονη επιθυμία για χρήση ουσιών ερμηνεύεται ως μια συμπεριφορά που συνδέεται με την επίμονη αναζήτηση ουσιών και μπορεί να βιώνεται από το εξαρτημένο άτομο για εβδομάδες ή και μήνες μετά τη διακοπή της χρήσης ουσιών (APA, 2013; WHO, 2009). Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της επιθυμίας για χρήση ουσιών, αναδεικνύοντας την θετική επίδραση της, καθώς πιθανόν να λειτούργησε ενισχυτικά με τη δημιουργία θετικών και ευχάριστων συναισθημάτων. Έτσι, οι συμμετέχοντες μέσω της άσκησης κατάφεραν να ανταποκριθούν γρηγορότερα και αποτελεσματικότερα, κατά το σημαντικό αρχικό χρονικό διάστημα του πρώιμου σταδίου θεραπείας ΔΧΟ, στη δύσκολη πρόκληση της οξείας επιθυμίας για χρήση ουσιών, μειώνοντας τον κίνδυνο της πρόωρης εγκατάλειψης της θεραπείας. Ωστόσο, δεν είναι πλήρως κατανοητό πώς η άσκηση μπορεί να επηρεάσει την έντονη επιθυμία για χρήση ουσιών. Όπως έχει δείξει σχετική έρευνα, υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της επαναλαμβανόμενης αρνητικής σκέψης και της κατανάλωσης ουσιών (Devynck et al., 2019). Αυτή η διαδικασία μπορεί να επηρεαστεί από τους μηχανισμούς αλλαγής, μέσω της συμμετοχής στην άσκηση, η οποία σχετίζεται με την απόσπαση της προσοχής των αρνητικών σκέψεων και την ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας (Mikkelsen et al., 2017). Επιπρόσθετα, πιθανόν η λειτουργία του εγκεφάλου που σχετίζεται με την ανταμοιβή, η οποία και αποτελεί σημαντική πτυχή της κατανόησης του εθισμού στα ναρκωτικά, να αντικαθιστά της πηγές στο σύστημα ανταμοιβής με τα αποτελέσματα της άσκησης (Dishman & O'Connor, 2009; NIDA, 2021). Λαμβάνοντας υπόψη τα θετικά αποτελέσματα της μελέτης μας, ενισχύεται περαιτέρω η άποψη ότι η άσκηση μπορεί να προταθεί ως μια ευχάριστη και εναλλακτική δραστηριότητα, που μπορεί να εμπλακεί ο θεραπευόμενος για να αποσπάσει την προσοχή του από τα δυνητικά ερεθίσματα έντονης επιθυμίας (Wang et al., 2014; Buchowski et al., 2011; Brown et al., 2010).

Παράλληλα, με την ομαλή διαχείριση της οξείας επιθυμίας, κατά το αρχικό στάδιο θεραπείας, η αντιμετώπιση συν-υπαρχουσών ψυχικών διαταραχών αποτελεί προτεραιότητα κατά τον θεραπευτικό σχεδιασμό. Η αρνητική διάθεση αποτελεί αρνητικό παράγοντα για την ενεργή εμπλοκή και συνέχιση της θεραπείας ΔΧΟ και η βελτίωση της μπορεί να έχει καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια ελαχιστοποίησης των

υποτροπών (Andersson et al., 2018; Andrade, et al., 2012). Το πρόγραμμα άσκησης οδήγησε σε σημαντική βελτίωση της διάθεσης της ομάδας παρέμβασης, σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Έτσι, τα ευρήματα της μελέτης μας σχετικά με την αποτελεσματικότητα της άσκησης στην βελτίωση της διάθεσης των ατόμων με ΔΧΟ είναι σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Wang et al., 2014), υποστηρίζοντας περαιτέρω ότι η συμμετοχή σε πρόγραμμα άσκησης μπορεί να οδηγήσει στην μείωση της έντασης των συμπτωμάτων της κατάθλιψη, του στρες και του άγχους (Morres et al., 2019). Ωστόσο, καθώς οι ακριβώς μηχανισμοί που ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια της άσκησης δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς, υποθέτουμε ότι η άσκηση ενεργοποιεί ένα σύνθετο σύστημα νευροβιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων που ρυθμίζουν τις αντιδράσεις ενός ατόμου στην κατάθλιψη και το άγχος (Craft & Perna, 2004, Mikkelsen et al., 2017). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια των συνεδριών άσκησης, οι εκπαιδευτές θέλοντας να ενισχύσουν τα θετικά αποτελέσματα της άσκησης, προσπάθησαν να δημιουργήσουν ένα ευχάριστο κλίμα υποστήριξης της αυτονομίας, δίνοντας στους συμμετέχοντες την επιλογή να ελέγχουν τη συμμετοχή τους ανάλογα με τη διάθεσή τους, με στόχο να αποφύγουν την αντίληψη της άσκησης ως στρεσογόνου παράγοντα που θα επιβαρύνει με αρνητικά συναισθήματα.

Τα άτομα με ΔΧΟ, λόγω της μακροχρόνιας χρήσης ουσιών μπορεί να οδηγηθούν σε γενική επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας τους, παρουσιάζοντας δυσκολία να εκτελέσουν τις καθημερινές τους λειτουργίες (Schulte & Hser, 2014). Η κλινική πρακτική πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι, η βελτίωση στους τομείς της ποιότητας ζωής και της ευεξίας, ενδέχεται να επηρεάσει σημαντικά το επίπεδο εμπλοκής στη θεραπεία ΔΧΟ (Laudet, 2011). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας, το πρόγραμμα άσκησης φαίνεται να επηρέασε θετικά τους συμμετέχοντες ώστε να βελτιώσουν συνολικά τη ποιότητα ζωής τους, βοηθώντας τους να εκτελέσουν τις καθημερινές τους λειτουργίες πιο εύκολα και με περισσότερη ζωτικότητα. Σε αυτή τη σημαντική βελτίωση στη ποιότητα ζωής, ενδέχεται να διαδραμάτισε ενισχυτικό ρόλο η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των συμμετεχόντων κατά την διάρκεια του προγράμματος άσκησης (Muller & Clausen, 2015; Giménez-Meseguer et al., 2015). Η επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος άσκησης, η βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της ευεξία, σε συνδυασμό με την επιτυχή επίτευξη ατομικών στόχων, πιθανά, ενίσχυσε σταδιακά την αυτοπεποίθηση των

συμμετεχόντων, προσδίδοντας μια αίσθηση επιτυχίας και προσωπικής ολοκλήρωσης (Locke & Latham, 2002).

Αξίζει να παρατηρηθεί ότι οι συμμετέχοντες που συνέχισαν το πρόγραμμα άσκησης, για ένα μήνα μετά παρουσίασαν περαιτέρω βελτίωση σε όλα τα παραπάνω αποτελέσματα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι εκτός από τα άμεσα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, η συνεχής εμπλοκή με την άσκηση μπορεί να επηρεάσει και να σταθεροποιήσει την συναισθηματική κατάσταση των ατόμων με ΔΧΟ για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Το ποσοστό ολοκλήρωσης του προγράμματος άσκησης τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες, ήταν πολύ υψηλό (94%). Ωστόσο, στη συνέχεια το ποσοστό μειώθηκε στο 67%, παραμένοντας όμως αρκετά υψηλό σε σύγκριση με τα ποσοστά εγκατάλειψης στα προγράμματα άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ (Thompson et al., 2020). Επιπρόσθετα, το επίπεδο της ενεργής εμπλοκής των πελατών εκφράστηκε από το υψηλό ποσοστό δέσμευσης και προσκόλλησης, καθώς και ικανοποίησης προς το πρόγραμμα άσκησης, μέχρι το τέλος της παρέμβασης, αναδεικνύοντας περαιτέρω την αξία της εφαρμογής στοχευμένων αθλητικών προγραμμάτων στην ενίσχυση της εμπλοκής και διατήρησης στην θεραπεία. Η παρέμβαση άσκησης είχε θετικό αντίκτυπο και βελτίωσε το ποσοστό παραμονής στη θεραπεία, μεταξύ των συμμετεχόντων των δυο ομάδων, καθώς φαίνεται να λειτούργησε θετικά προ την ενίσχυση της απόφασης τους να παραμείνουν στη θεραπευτική διαδικασία τουλάχιστον, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.

Καθώς οι μηχανισμοί ανάπτυξης εθισμού ή εξάρτησης περιλαμβάνουν συμπεριφορικές διαδικασίες, η χρήση θεωριών αλλαγής συμπεριφοράς μπορεί να έχει άμεσες θετικές επιπτώσεις στα θεραπευτικά αποτελέσματα (West, 2013; Webb et al., 2010). Η ενίσχυση της εμπλοκής στη θεραπεία προϋποθέτει ότι οι προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αποτελούν τα απαραίτητα συστατικά για αλλαγής των συμπεριφορών εξάρτησης (Di Clemente & Scott, 1997). Η κατάλληλα σχεδιασμένη και προσαρμοσμένη εφαρμογή της παρέμβασης άσκησης κατά το αρχικό στάδιο θεραπείας, στηριζόμενη στη θεωρία του καθορισμού στόχων και του αυτό-καθορισμού, σε συνδυασμό με την εφαρμογή τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς, παρείχε θετική ενίσχυση και υποστήριξη, καλλιεργώντας υγιείς συμπεριφορές, ενδυναμώνοντας το κίνητρο για αλλαγή, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της εμπλοκής στο πρόγραμμα άσκησης και κατά προέκταση στη θεραπεία. Καθώς η

εφαρμογή της άσκησης υποστηριζόταν από τη συνεχή ανατροφοδότηση από τον εκπαιδευτή, σε συνδυασμό με την καταγραφή της απόδοσης από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης για τον καθορισμό νέων προκλητικών, αλλά εφικτών στόχων. Ο καθορισμός των νέων στόχων, υποστηριζόταν από την επιτυχή ολοκλήρωση των προηγούμενων εβδομαδιαίων στόχων, ενισχύοντας την αίσθηση της επίτευξης. Σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης άσκησης, καθοριστικής σημασίας ήταν, η αξιοποίηση της υποστήριξης τόσο από τους ομότιμους, σε επίπεδο ομάδας, όσο και από τον ίδιο τον εκπαιδευτή, καθώς μέσα από αυτή την διαδικασία προωθήθηκε η αλλαγή της συμπεριφοράς. Επίσης, σημαντικό στοιχείο ήταν, η ενεργός συμμετοχή των εκπαιδευτών, καθώς λειτουργούσαν ως πρότυπο συμπεριφοράς.

Το δυνατότερο στοιχείο αυτής της μελέτης είναι ότι συμπεριέλαβε μόνο ενήλικες που χρησιμοποιούν πολλαπλές ουσίες, κυρίως χρήστες οπιοειδών, σε πρώιμο στάδιο θεραπείας ΔΧΟ σε ένα πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης. Επιπλέον, η παρέμβαση είχε σχεδιαστεί και εφαρμόστηκε με βάση τις θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς, για να καθοδηγήσει τις προσπάθειές μας να ενισχύσουμε το κίνητρο για συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα άσκησης και να δημιουργήσουμε θετικές εμπειρίες που ελπίζουμε ότι θα είχαν θετική επίδραση στη θεραπεία ΔΧΟ.

Ωστόσο, η μελέτη μας έχει επίσης ορισμένους περιορισμούς, και ως εκ τούτου, τα δεδομένα πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά και να αποφεύγονται οι παρερμηνείες. Πιο συγκεκριμένα, οι κύριοι περιορισμοί αυτής της μελέτης περιλαμβάνουν το μικρό μέγεθος δείγματος, τη σύντομη διάρκεια της παρέμβασης και το γεγονός ότι τα δεδομένα προέρχονται από εργαλεία αυτο-αναφοράς. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι, παρά το σχετικά μικρό δείγμα, η μελέτη προσφέρει πολύτιμες γνώσεις σχετικά με το περιβάλλον θεραπείας εσωτερικής παρακολούθησης, όπως είναι η θεραπευτική κοινότητα διαμονής. Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός αυτής της μελέτης είναι ο μη τυχαίοποιημένος σχεδιασμός, λόγω ηθικών κριτηρίων και λόγω των θεραπευτικών συνθηκών που καθορίζουν τη συνέχεια της θεραπείας, επηρεάζοντας έτσι την ευρωστία των αποτελεσμάτων μας, καθώς τα δεδομένα αντικατοπτρίζουν συμμετέχοντες που αποφάσισαν οικειοθελώς να λάβουν μέρος στη μελέτη. Ένας επιπλέον περιορισμός είναι ότι η ομάδα σύγκρισης είχε λιγότερες ημέρες θεραπείας κατά την έναρξη, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει το επίπεδο των αρνητικών συμπτωμάτων της οξείας

επιθυμίας και της διάθεσης. Επιπλέον, αντλήθηκαν περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό άσκησης των συμμετεχόντων στις δύο ομάδες. Ένας άλλος ανεξέλεγκτος παράγοντας ήταν ότι, ο πρόσθετος χρόνος επαφής στην ομάδα παρέμβασης μπορεί να πιθανώς να επηρέασε τις σημαντικές διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ των δύο ομάδων. Τέλος, η παρέμβαση εφαρμόστηκε μόνο σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, σε ένα πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης και, ως εκ τούτου, προτείνουμε να επανεξεταστεί σε άλλα περιβάλλοντα θεραπείας, προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα τα οφέλη που προσφέρονται σε αυτόν τον πληθυσμό. Επιπλέον, προεκτείνοντας τις σκέψεις μας, θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό αν είχαν συλλεχθεί, στο τέλος, ποιοτικά δεδομένα σχετικά με τη στάση απέναντι στην εφαρμογή του προγράμματος άσκησης, για να εμπλουτίσουμε περαιτέρω την κατανόησή μας σχετικά με τις εμπειρίες τους κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Έτσι, σε μελλοντική εφαρμογή συνιστάται η χρήση συνεντεύξεων.

Σε αυτό το πλαίσιο, αναγνωρίζουμε την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση και διερεύνηση, ενθαρρύνοντας μελλοντικές έρευνες να εξετάσουν περαιτέρω τον εστιασμένο σχεδιασμό και εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης, έτσι ώστε να καταστούν κατάλληλα για κάθε στάδιο θεραπείας ΔΧΟ.

Το πρόγραμμα άσκησης που εφαρμόστηκε στην παρούσα μελέτη ήταν ένα εποπτευόμενο πρόγραμμα άσκησης από εκπαιδευτές που εργάζονται στο πεδίο των εξαρτήσεων σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης. Η μελέτη ενισχύει την ιδέα ότι η άσκηση μπορεί να αποφέρει οφέλη και να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για την πρόληψη της υποτροπής και της εγκατάλειψης της θεραπείας. Στηριζόμενοι στα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, συστήνουμε τη κατάλληλη προσαρμογή των παρεμβάσεων άσκησης, έτσι ώστε να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα και να ευθυγραμμίζονται με τους θεραπευτικούς στόχους του κάθε σταδίου θεραπείας ΔΧΟ (Gourlan et al., 2016; Williams & Streat, 2004). Έτσι, η εφαρμογή της άσκησης από τους εκπαιδευτές κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας, σε ένα πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης, προτείνεται να είναι προσανατολισμένη στην αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για χρήση και της αρνητικής διάθεσης, καθώς και στη μείωση των παραγόντων που εμποδίζουν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν θετικά την εμπλοκή με την άσκηση,

είναι η αυτονομία και ο σεβασμός στις επιλογές του ατόμου σχετικά με το είδος και τις παραμέτρους της άσκησης (ένταση, διάρκεια και συχνότητα), η ενδυνάμωση της ικανότητας και της αυτοεκτίμησης, καθώς και η ενεργή αλληλεπίδραση με τους ομότιμους αλλά και τους εκπαιδευτές. Επιπρόσθετα, καθώς η συμπεριφορά των ανθρώπων επηρεάζει την υγεία, η υιοθέτηση τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς (Michie et al., 2014) κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης, ενδέχεται να επηρεάσουν θετικά την απόφαση των ατόμων με ΔΧΟ να παραμείνουν στη θεραπεία, ιδιαίτερα αν συνδυάζονται με την αυτο-παρακολούθηση, τον καθορισμό στόχων και την ανατροφοδότηση σχετικά με τη συμπεριφορά (Michie et al., 2009).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά καθώς τα άτομα που συμμετέχουν στο πρώιμο στάδιο θεραπείας ΔΧΟ, σε ένα πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης, υποστηρίχθηκαν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες που τους εμπόδιζαν την συγκεκριμένη περίοδο να εμπλακούν ενεργά στη θεραπεία, με αποτέλεσμα ενδεχομένως να παρουσίαζαν μειωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα, ενισχύοντας τα υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης κατά το διάστημα αυτό. Η μελέτη μας παρέχει τις αρχικές ενδείξεις ότι η στοχευμένη και η κατάλληλα σχεδιασμένη εφαρμογή της άσκησης, προσαρμοσμένη στα διαφορετικά και καθοριστικά θεραπευτικά στάδια, μπορεί να προσφέρει συγκεκριμένα και ευεργετικά οφέλη στα άτομα που συμμετέχουν σε θεραπεία ΔΧΟ, ανάλογα με τις ανάγκες τους. Το βασικό εύρημα που προκύπτει από αυτή τη μελέτη είναι ότι οι παρεμβάσεις άσκησης, που βασίζονται σε μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς, φαίνεται να έχουν θετικό αντίκτυπο στη διαχείριση των αρνητικών συμπτωμάτων κατά τα πρώιμα στάδια της θεραπείας. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν την έως τώρα ιδέα ότι η ενασχόληση με εναλλακτικές δραστηριότητες όπως είναι η άσκηση και ο αθλητισμός μπορεί να αποτελέσουν ένα ασφαλές και ελκυστικό περιβάλλον, όπου τα άτομα που υποφέρουν από ΔΧΟ υποστηρίζονται να ανακτήσουν την σωματική και ψυχική τους υγεία και ευημερία.

Εφαρμοσιμότητα των παρεμβάσεων στην πράξη

Παρόλο που έχουν αυξηθεί, κατά την τελευταία δεκαετία, οι παρεμβάσεις άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ, υπάρχει ελάχιστη δημοσιευμένη έρευνα που επικεντρώνεται στη μεταφορά και εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων στην καθημερινή πρακτική. Παρακάτω επιχειρείται η σύνοψη των βασικών συστατικών που απαιτούνται για τη διευκόλυνση της εφαρμοσιμότητας των παρεμβάσεων άσκησης της παρούσας διατριβής, στην καθημερινή πρακτική στο πεδίο της θεραπείας ΔΧΟ.

Στις παρεμβάσεις που διεξήχθησαν στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής συμμετείχαν και επωφελήθηκαν συνολικά 61 άτομα, που παρακολουθούσαν θεραπεία ΔΧΟ σε θεραπευτικό πλαίσιο εσωτερικής παρακολούθησης (Θεραπευτική κοινότητα). Οι συμμετέχοντες στις παρεμβάσεις ήταν πολυ-χρήστες ουσιών, με κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη. Η επιλογή των συμμετεχόντων βασίστηκε στην εθελοντική συμμετοχή, γεγονός που θέτει υπό διερεύνηση το βαθμό κατά τον οποίο το δείγμα συμμετεχόντων αντικατοπτρίζει το σύνολο του δυνητικά επιλέξιμου πληθυσμού στόχου. Έτσι, τα αποτελέσματα θα πρέπει να διαχειριστούν με προσοχή ως προς τη βασική πτυχή της γενίκευσης. Οι παρεμβάσεις εφαρμόστηκαν σε πλαίσιο θεραπείας (ΘΚ), που αξιοποιούν θεραπευτικές πρακτικές και στρατηγικές ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και αλλαγής συμπεριφοράς του ατόμου, στοχεύοντας στην αποτελεσματική θεραπεία του και στη βιώσιμη επανένταξη του. Το γεγονός αυτό διευκολύνει την εφαρμογή παρεμβάσεων άσκησης που στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς και ενίσχυσης κινήτρου, καθώς συνδέονται άμεσα με τους θεραπευτικούς στόχους. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων μπορούν να μετριαστούν αν υλοποιηθούν σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια, προτείνοντας την περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων, προσαρμόζοντας ανάλογα τις παρεμβάσεις άσκησης.

Στην υλοποίηση των παρεμβάσεων συμμετείχε κυρίως μια θεραπευτική δομή, με εξαίρεση την πρώτη παρέμβαση που συμμετείχαν 4 δομές. Η εφαρμογή των παρεμβάσεων, υλοποιήθηκαν όπως αρχικά είχαν σχεδιαστεί σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, συνθήκη που διευκόλυνε την υλοποίηση του σχεδιασμού από την οπτική της εξοικονόμησης χρόνου και κόστους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, μετά την ολοκλήρωση της δεύτερης παρέμβασης άσκησης, μια ακόμα θεραπευτική δομή υιοθέτησε και αναπαρήγαγε προσαρμοσμένη την μεθοδολογία εφαρμογής της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Οι παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν ήταν εποπτευόμενες από αθλητικούς εκπαιδευτές που εργάζονται στο πεδίο της θεραπείας ΔΧΟ, με συστατικό στοιχείο την ενεργή συμμετοχή τους. Ωστόσο, πρέπει να αναφέρουμε ότι οι αθλητικοί εκπαιδευτές οι οποίοι σχεδιάζουν και εφαρμόζουν παρεμβάσεις άσκησης στον συγκεκριμένο πληθυσμό, θα πρέπει να είναι κατάλληλα καταρτισμένοι, έτσι ώστε να δημιουργήσουν τις επαρκείς προϋποθέσεις για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητά τους.

Τα πιο σημαντικά οφέλη που είχαν οι παρεμβάσεις άσκησης στους συμμετέχοντες, ήταν η στατιστικά σημαντική βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων. Επιπρόσθετα, η ευεργετική επίδραση της άσκησης ήταν εμφανή στους συμμετέχοντες, καθώς ανέφεραν ότι μείωσαν τα επίπεδα της έντονης επιθυμίας για χρήση ουσιών και κατέγραψαν σημαντική βελτίωση της διάθεσης, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής τους βελτιώθηκε στατιστικά σημαντικά από την έναρξη έως και μετά την παρέμβαση καθώς και ένα μήνα μετά. Παράλληλα με τα παραπάνω, οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν σε τεχνικές καθορισμού στόχων. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω, οι παρεμβάσεις άσκησης είχαν θετικό αντίκτυπο και βελτίωσαν το ποσοστό παραμονής στη θεραπεία, τουλάχιστον για το χρονικό διάστημα της συμμετοχής σε κάθε παρέμβαση άσκησης, λειτουργώντας ως μια «εδώ και τώρα» παρέμβαση, ενισχύοντας θετικά την απόφαση για παραμονή στη θεραπευτική διαδικασία. Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι κατά τις παρεμβάσεις αξιολογήθηκαν τα βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα και όχι τα μακροπρόθεσμα, μετριάζοντας τη διερεύνηση της μελλοντικής προοπτικής τους.

Το κλειδί της ερμηνείας της αποτελεσματικότητας των παραπάνω παρεμβάσεων άσκησης ήταν η λεπτομερή περιγραφή τους και πως αυτές συνδέονται με τη θεωρία. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει τη δυνατότητα κατανόησης της σχετικής αποτελεσματικότητας τους, διευκολύνοντας την αναπαραγωγή ή και το σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων από επαγγελματίες του πεδίου, τόσο στο θεραπευτικό πλαίσιο που εφαρμόστηκαν ή και σε άλλα διαφορετικά πλαίσια. Έτσι, οι παρεμβάσεις εφαρμόστηκαν όπως είχαν αρχικά σχεδιαστεί, αξιοποιώντας την άσκηση ως ένα ευνοϊκό περιβάλλον ενίσχυσης του κινήτρου και εκπαίδευσης σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτό, αξιοποιήθηκαν οι θεωρίες του καθορισμού στόχων και του αυτο-καθορισμού. Η καλύτερη εφαρμογή των παραπάνω στρατηγικών

ενισχύθηκε από την αξιοποίηση τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς, καθώς παρείχαν θετική ενίσχυση και υποστήριξη, ενδυναμώνοντας το κίνητρο για αλλαγή, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση της εμπλοκή στο πρόγραμμα άσκησης και κατά προέκταση στη θεραπεία. Η χρήση των εβδομαδιαίων στόχων σε συνδυασμό με την αυτο-παρακολούθηση και την ανατροφοδότηση, διευκόλυνε την εκπαίδευση και την μεταφορά των απαραίτητων δεξιοτήτων καθορισμού στόχων στη θεραπευτική διαδικασία, ενισχύοντας τους συμμετέχοντες να πετύχουν τους θεραπευτικούς τους στόχους. Τη διαδικασία καθορισμού στόχων επηρέασε θετικά η αυτονομία και ο σεβασμός στις επιλογές του ατόμου σχετικά με το είδος και τις παραμέτρους της άσκησης, η ενδυνάμωση της ικανότητας και της αυτοεκτίμησης καθώς και η ενεργή αλληλεπίδραση με τους άλλους. Τέλος, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αποδεικνύεται και από την υψηλή συμμετοχή και ολοκλήρωση των παρεμβάσεων καθώς και από τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV:

Συστάσεις για πρακτική εφαρμογή

Ο πολυδιάστατος ρόλος των προγραμμάτων άσκησης στην θεραπεία ΔΧΟ

Τα τελευταία χρόνια η τακτική σωματική άσκηση έχει συνδεθεί με πολλαπλά οφέλη για τη θεραπεία διαταραχών από τη χρήση ουσιών, με μια σειρά μελετών να έχει αποτυπώσει τον πολυδιάστατο ρόλο της. Πράγματι, υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η άσκηση, μέσω ψυχολογικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών μηχανισμών, επηρεάζει θετικά πολλές διαφορετικές διαστάσεις της σωματικής και της ψυχικής υγείας των ατόμων με ΔΧΟ, οδηγώντας στη βελτίωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής τους. Υπό αυτό το πρίσμα, το γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC, 2017), προτείνει τη αξιοποίησή της, ως ένα σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της πρόληψης και της θεραπείας, καθώς μπορεί να αποτελέσει μια πολλά υποσχόμενη, οικονομικά προσιτή και εύκολα προσβάσιμη συμπληρωματική θεραπευτική επιλογή.

Ειδικότερα, οι έως τώρα μελέτες υποστηρίζουν ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, παρουσιάζοντας σημαντικά σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά οφέλη. Καθώς τα άτομα με ΔΧΟ γνωρίζουν θετικές, χαλαρές καταστάσεις μόνο σε συνδυασμό με την κατανάλωση ουσιών, η άσκηση μπορεί να προκαλέσει ευχάριστες καταστάσεις, με αλλαγές στη νευροδιαβίβαση, συνεισφέροντας παράλληλα στην ομαλοποίηση των αλλαγών στη γλουταμετρική και ντοπαμινεργική σηματοδότηση, που έχουν παρατηρηθεί στο μονοπάτι ανταμοιβής, μετά από παρατεταμένη αποχή από την κατανάλωση ουσιών, μειώνοντας έτσι την ευπάθεια υποτροπής (Zschucke et al., 2012; Lynch, et al., 2013). Επιπλέον, η άσκηση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΧΟ, να «αισθανθούν» το σώμα τους με διαφορετικό τρόπο και να προσπαθήσουν να ανακτήσουν την εικόνα του σώματος τους όπως ήταν πριν από την χρήση (Diamantis et al., 2017; Roessler, 2010). Παράλληλα, μέσω της άσκησης μπορούν να καταφέρουν να ελέγξουν το βάρος τους, να βελτιώσουν τη φυσική τους κατάσταση και να ανακτήσουν τη ζωτικότητα τους, πετυχαίνοντας μια βελτιωμένη ποιότητα ζωής και μια πιο θετική προοπτική για το μέλλον (Giménez-Meseguer et al., 2015; Roessler 2010; Muller & Clausen, 2015).

Παράλληλα, καθώς η χρήση ουσιών μπορεί να ερμηνευτεί ως μια μη προσαρμοστική στρατηγική αντιμετώπισης αγχωτικών, δυσάρεστων και δύσκολων καταστάσεων, η άσκηση έχει προταθεί για να παρέχει εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης αυτών των δυσάρεστων συναισθημάτων (Zschucke et al., 2012; Lynch, et al., 2013). Καθώς η έντονη επιθυμία για χρήση ουσιών αποτελεί έναν βασικό παράγοντα υποτροπής και διακοπής της θεραπείας, η αναζήτηση στρατηγικών και εργαλείων για την αντιμετώπιση της, αποτελεί κύριο μέλημα, ιδιαίτερα κατά το πρώτο κρίσιμο θεραπευτικό στάδιο. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε αυτό το πεδίο, υποστηρίζουν ότι η άσκηση μπορεί να μετριάσει αποτελεσματικά τα επίπεδα της οξείας επιθυμίας για χρήση ουσιών, ενισχύοντας την αποχή από αυτές (Buchowski et al. 2011; Brown et al. 2010; Giménez-Meseguer et al., 2015; Zschucke et al., 2012; Roessler, 2010; Wang et al., 2014).

Εξετάζοντας τον ψυχικό τομέα, διαπιστώνουμε ότι η αρνητική διάθεση, το άγχος, το στρες και η κατάθλιψη αποτελούν αρνητικούς προγνωστικούς παράγοντες για το αποτέλεσμα της θεραπείας, καθώς σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών στον πληθυσμό, φαίνεται ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης συνεισφέρουν στην αποτελεσματική διαχείριση και μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιξης σε άτομα με ΔΧΟ (Caviness, et al., 2013; Giménez-Meseguer et al., 2015; Zschucke et al., 2012; Wang et al., 2014).

Ένα κοινωνικό δίκτυο, που δεν σχετίζεται με την χρήση ουσιών, συχνά αποτελεί βασικό παράγοντα πρόληψης της υποτροπής (McMahon, 2001). Κατά τη θεραπεία, οι θεραπευόμενοι απομονώνονται κοινωνικά, καθώς συνυπάρχουν με έναν περιορισμένο αριθμό ανθρώπων κατά την καθημερινή τους ζωή (Roessler, 2010). Η συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα άσκησης, μπορεί να βοηθήσει τους θεραπευόμενους στη βελτίωση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, στην ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, στη διαχείριση των συγκρούσεων και της ανοχής στην απογοήτευση, οδηγώντας σε σημαντική βελτίωση του κοινωνικού τομέα της ποιότητας ζωής (Zschucke et al., 2012; Giménez-Meseguer et al., 2015).

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω και λαμβάνοντας υπόψη τα θετικά αποτελέσματα της 3ης μελέτης, η άσκηση μπορεί αποτελέσει ένα ευχάριστο περιβάλλον, όπου ο θεραπευόμενος θα μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του από τα

δυνητικά ερεθίσματα της έντονης επιθυμίας για χρήση, διαχειρίζοντας αποτελεσματικότερα τις αρνητικές σχέσεις που την περιβάλλουν.

Σε ένα επιπλέον στοιχείο που η άσκηση φαίνεται να ωφελεί τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, είναι η βελτίωση της αυτοεικόνας τους. Καθώς τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και αυτοεκτίμηση, η άσκηση ενδέχεται να οδηγήσει στην ενίσχυση την αποτελεσματικότητά τους, μέσα από την αίσθηση της επίτευξης, η οποία θα μπορούσε να γενικευθεί στη βελτίωση της ικανότητας του ατόμου για τη διατήρηση της αποχής (Caviness et al., 2013; Giménez-Meseguer et al., 2015; Panagiotounis et al., 2020; Weinstock et al., 2017).

Τέλος, ο αθλητισμός μπορεί να αποτελέσει ένα ασφαλές περιβάλλον μάθησης, που μπορεί να εφαρμόζονται στοχευμένες παρεμβάσεις με στόχο την εκπαίδευση των ατόμων με ΔΧΟ σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς και ανάπτυξης δεξιοτήτων που μπορούν να μεταφέρουν σε άλλους τομείς της ζωής τους όπως είναι η εργασία και η εκπαίδευση (τυπική και μη-τυπική).

Ωστόσο, η επίτευξη βέλτιστης ενσωμάτωσης των ωφελειών της άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ, προϋποθέτει τη διασφάλιση βασικών παραμέτρων όπως είναι, μεταξύ άλλων, η συνεισφορά και η εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων μερών για την κατάλληλη εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης, η ενσωμάτωση της έρευνας σε κλινικές υπηρεσίες για να αξιολογηθεί και να διασφαλιστεί ότι τα προγράμματα άσκησης α) βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα και β) ικανοποιούν επαρκώς τον σκοπό για τον οποίον εφαρμόστηκαν.

Το κεφάλαιο αυτό απευθύνεται στους παρόχους θεραπείας ΔΧΟ, στους συμβούλους απεξάρτησης, συμπεριλαμβανομένου τους αθλητικούς εκπαιδευτές, που εργάζονται στο πεδίο, καθώς και στους μελλοντικούς ερευνητές που θέλουν να διερευνήσουν το πεδίο. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να προτείνει κατευθυντήριες γραμμές όσο και συστάσεις για να βελτιωθούν οι υπηρεσίες θεραπείας ΔΧΟ, είτε αυτό σημαίνει τη δημιουργία και την υποστήριξη νέων ολοκληρωμένων προγραμμάτων άσκησης, όπου δεν υπάρχουν επί του παρόντος, είτε να βελτιώνουν τα ήδη υπάρχοντα. Αυτό περιλαμβάνει την αντιμετώπιση με συγκεκριμένους όρους των προκλήσεων του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των προγραμμάτων άσκησης, διευκολύνοντας έτσι την ενσωμάτωσή τους στη θεραπεία ΔΧΟ.

Οι παρακάτω συστάσεις είναι απόρροια τόσο της ανασκόπησης της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας, καθώς και των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο, όσο και της προσωπικής εμπειρίας του συγγραφέα, όπως αυτή διαμορφώθηκε, κατά το πέρασμα του χρόνου, από την ενεργή ενασχόληση του στο πεδίο της θεραπείας ΔΧΟ. Επιπρόσθετα, σημαντική συνεισφορά αποτελεί ο σχεδιασμός και η υλοποίηση συν-χρηματοδοτούμενων σχεδίων από το ευρωπαϊκό πρόγραμμα Erasmus+ Sport, τα οποία έδωσαν την ευκαιρία για περαιτέρω διερεύνηση των ωφελειών της άσκησης στον πληθυσμό στόχο. Ωστόσο, συστήνεται, η εφαρμογή των παρακάτω συστάσεων να γίνεται με κάθε επιφύλαξη λόγω των περιορισμένων δημοσιευμένων ερευνητικών δεδομένων στο πεδίο.

Βασικά μηνύματα

A. Τα προγράμματα άσκησης είναι μια πολλά υποσχόμενη, οικονομικά προσιτή και εύκολα προσβάσιμη συμπληρωματική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση των ΔΧΟ καθώς η άσκηση:

- ❖ μπορεί να βελτιώσει τη σωματική και ψυχική υγεία, έχοντας θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και στην ευημερία των ατόμων με ΔΧΟ.
- ❖ έχει θετικό αντίκτυπο στην κοινωνική λειτουργία των ατόμων με ΔΧΟ.
- ❖ μπορεί να αποτελέσει ένα περιβάλλον κοινωνικής και συναισθηματικής βιωματικής μάθησης και εκπαίδευσης για τα άτομα με ΔΧΟ.
- ❖ θα πρέπει να αντιμετωπίζεται τόσο ως μια άμεση παρέμβαση στο «εδώ και τώρα» κατά τη θεραπεία ΔΧΟ όσο και ως μια δια βίου συμπεριφορά για τα άτομα με ΔΧΟ.
- ❖ μπορεί να επιδράσει θετικά στη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου για τα άτομα με ΔΧΟ, παραγκωνίζοντας τις μη παραγωγικές χρήσεις του.
- ❖ διευκολύνει την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου, διαπλάθοντας τις δεξιότητες ζωής των ατόμων με ΔΧΟ.
- ❖ μπορεί να ενισχύσει και να διευκολύνει την απασχολησιμότητα των ατόμων με ΔΧΟ.

B. Η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και αθλητισμού πρέπει να αποτελούν σημαντικό και αναπόσπαστο μέρος της πρόληψης ΔΧΟ.

Πάροχοι θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών

Πολλοί πάροχοι θεραπείας ΔΧΟ, καθώς αναγνωρίζουν την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων προώθησης της υγείας σε άτομα με ΔΧΟ, τα αντιμετωπίζουν ως μια πρόκληση που πρέπει να υποστηρίξουν δεσμεύοντας ή επενδύοντας υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Ως άμεσο, αλλά και έμμεσο αποτέλεσμα αυτής της αντιμετώπισης, είναι ότι οι παρεμβάσεις άσκησης, ως συμπεριφορά υγείας, να στερούνται σαφούς πλαισίου ενσωμάτωσης και καθορισμού προτεραιοτήτων κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Προώθηση της υγείας

Ο WHO ορίζει την υγεία ως την κατάσταση της πλήρους σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας. Υπό αυτό το πρίσμα, η προαγωγή της υγείας είναι μια διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να βελτιώσουν την υγεία τους, ενθαρρύνοντας την αλλαγή του τρόπου ζωής τους, και προχωρά πέρα από την εστίαση στην ατομική συμπεριφορά, προς ένα ευρύτερο φάσμα κοινωνικών και περιβαλλοντικών παρεμβάσεων. Η προαγωγή της υγείας συμβάλλει στη μείωση της υπερβολικής θνησιμότητας, στην αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας και στην ενίσχυση των βιώσιμων συστημάτων υγείας (WHO, 2017).

Σύσταση 1: Προώθηση συμπεριφορών υγείας. Συνιστάται, οι πάροχοι θεραπείας ΔΧΟ να διευκολύνουν και να ενισχύουν την προώθηση συμπεριφορών υγείας, όπως η άσκηση, η διατροφή, η διακοπή του καπνίσματος, ο έλεγχος του βάρους, κ.α., δημιουργώντας τις απαραίτητες συνθήκες για βέλτιστη υγεία και ευεξία στους εξυπηρετούμενους τους.

Σύσταση 2: Διασφάλιση πόρων. Συνιστάται, οι πάροχοι θεραπείας ΔΧΟ να διασφαλίσουν τη διάθεση τόσο ανθρώπινων όσο και υλικών πόρων, για να υποστηρίξουν παρεμβάσεις προώθησης της υγείας, όπως είναι η σωματική άσκηση, διασφαλίζοντας την ελάχιστη εφαρμογή και ενσωμάτωση των κατευθυντήριων γραμμών για την άσκηση (WHO, 2020).

Σύσταση 3: Παροχή πρόσβασης. Συνιστάται, οι πάροχοι θεραπείας ΔΧΟ να διευκολύνουν τους εξυπηρετούμενους τους στην πρόσβαση σε ποιοτικές εγκαταστάσεις και υπηρεσίες που προσφέρουν προγράμματα άσκησης.

Σύσταση 4: Προώθηση της εκπαίδευσης για την προώθηση της υγείας. Συνιστάται, οι πάροχοι θεραπείας ΔΧΟ να παρέχουν ευκαιρίες κατάρτισης και εκπαίδευσης, καθώς και καθοδήγησης στα στελέχη τους, για το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση δράσεων που προωθούν συμπεριφορές υγείας στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να προσδιορίσουν και να παρέχουν τις βασικές ικανότητες και γνώσεις που χρειάζονται για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ.

Προώθηση της άσκησης στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικες.

Γνωρίζοντας ότι δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτή θεραπευτική προσέγγιση για τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες που έχουν εμπλοκή με τη χρήση ουσιών, η άσκηση και ο αθλητισμός μπορούν να λειτουργήσουν ενισχυτικά στην ομαλή διαχείριση των φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνιολογικών προβλημάτων που καθορίζουν την εμπλοκή με τη χρήση.

Σύσταση 1: Συνιστάται, η ανάπτυξη παρεμβάσεων άσκησης και αθλητισμού, που να στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση της βλάβης, στη αποχή από τη χρήση ουσιών, στην ενίσχυση της μάθησης, στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και στη συνολική βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων που έχουν εμπλοκή με τη χρήση ουσιών.

Συνεργασία για την προαγωγή της υγείας

Η συνεργασία με στόχο την προαγωγή της υγείας αποτελεί μια πρακτική όπου, όλα τα ενδιαφερόμενα μέλη μπορούν να επωφεληθούν από τη ανταλλαγή εμπειριών και γνώσεων με σκοπό την επίτευξη καλύτερων και πιο υγιών συμπεριφορών.

Σύσταση 1: Προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας. Συνιστάται, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση των παρεμβάσεων άσκησης στην θεραπεία ΔΧΟ, να υποστηρίζεται από μια διεπιστημονική ομάδα, που να προέρχεται από το χώρο της άσκησης, της ψυχολογίας, των εξαρτήσεων και της έρευνας, αξιοποιώντας τα δυνατά σημεία των διαφορετικών προοπτικών του κάθε πεδίου.

Ανάπτυξη δια-τομεακής συνεργασίας

Η δια-τομεακή συνεργασία είναι μια συλλογική προσπάθεια κατά την οποία ειδικοί και εμπειρογνώμονες από διαφορετικούς τομείς, συγκεντρώνουν τους πόρους τους, για να παρέχουν κοινές λύσεις για την καλύτερη προαγωγή της υγείας.

Σύσταση 1: Συνιστάται, η εφαρμογή προγραμμάτων άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ να υλοποιείται μέσω συνεργατικών προσεγγίσεων με ιδρύματα και οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στο χώρο της άσκησης και του αθλητισμού.

Σύμβουλοι θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών

Οι σύμβουλοι θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών που εργάζονται σε διαφορετικά θεραπευτικά πλαίσια και περιβάλλοντα, έχουν τη δυνατότητα να παίξουν κομβικό ρόλο στην προώθηση της άσκησης, καθώς αλληλοεπιδρούν καθημερινά με αυτόν τον πληθυσμό. Η συμβουλευτική κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, αξιοποιείται για να βοηθήσει τα άτομα με ΔΧΟ, να αναπτύξουν πιο υγιείς, πιο προσαρμοστικές, στάσεις και συμπεριφορές για να υποστηρίξουν μια μακροπρόθεσμης αποχή από τη χρήση ουσιών. Η σωματική άσκηση αποτελεί ένα εναλλακτικό περιβάλλον που μπορούν τα άτομα με ΔΧΟ, να υιοθετήσουν νέες, υγιείς συμπεριφορές, που δεν συμβαδίζουν με την χρήση ουσιών. Σε αυτό το πλαίσιο, οι σύμβουλοι μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αξιοποιώντας διαφορετικές και πιο ελκυστικές προσεγγίσεις, όπως είναι η προώθηση της συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης και αθλητισμού κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Ωστόσο, οι σύμβουλοι θεραπείας ενδέχεται να μην είναι σε θέση να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν ή και να δυσκολεύονται να υιοθετήσουν πλήρως άλλες εναλλακτικές προσεγγίσεις, όπως είναι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και αθλητισμού, για να βελτιώσουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι παρακάτω κατευθυντήριες γραμμές και συστάσεις εμπεριέχουν συγκεκριμένα βασικά, αλλά και πρακτικά στοιχεία, που ενισχύουν την αξία και την αξιοποίηση της άσκησης και του αθλητισμού κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, ενισχύοντας την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών από τους συμβούλους ανεξάρτησης και κατ' επέκταση τους παρόχους θεραπείας.

Προώθηση της άσκησης

Παροχή πρόσβασης

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να παρέχουν τις ευκαιρίες και να διασφαλίζουν την πρόσβαση σε παρεμβάσεις άσκησης για τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ.

Ετοιμότητα συμμετοχής

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να αξιολογούν, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα στάδια θεραπείας, την ετοιμότητα του θεραπευόμενου για συμμετοχή σε άσκηση, στοχεύοντας όχι μόνο στην επιτυχή ένταξη, αλλά και στη διατήρηση σε αυτή.

Κινητοποίηση για εμπλοκή με την άσκηση

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να εμπλέκουν τον θεραπευόμενο τόσο στον καθορισμό των δραστηριοτήτων αθλητισμού και άσκησης όσο και στη διαμόρφωση των δεικτών προόδου που έχουν νόημα για αυτόν.

Σύσταση 2: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να αξιοποιούν τεχνικές κινητοποίησης για να ωθήσουν τους θεραπευόμενους να συμμετέχουν σε παρεμβάσεις άσκησης. Επίσης, σε αυτό το πλαίσιο, συνιστάται, η αξιοποίηση στρατηγικών ενίσχυσης των κινήτρων και της αλλαγής συμπεριφοράς, για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της άσκησης στη θεραπεία ΔΧΟ.

Διεπιστημονικότητα

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να επιδιώκουν και να αξιοποιούν τη διεπιστημονική συνεργασία για την προώθηση και την κατάλληλα σχεδιασμένη εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Σύνδεση με τους στόχους των θεραπευτικών σταδίων ΔΧΟ

Οι σύμβουλοι θεραπείας πρέπει να υποστηρίζουν την προώθηση της σωματικής άσκησης ως μέρος της θεραπείας, ενισχύοντας τη σύνδεση μεταξύ των θεραπευτικών στόχων και των στόχων της άσκησης. Έτσι, ο σύμβουλος καθίσταται υπεύθυνος για τη διασφάλιση ότι ο θεραπευόμενος, θα θέσει ρεαλιστικούς στόχους για άσκηση, που δεν θα προκαλέσουν αρνητικό αντίκτυπο στη συνέχιση της θεραπείας. Για να διασφαλιστεί αυτό, είναι απαραίτητο, ο σύμβουλος να μπορεί να διαχειρίζεται τις προσδοκίες του θεραπευόμενου σχετικά με την άσκηση, καθώς και τις επακόλουθες συνέπειές της (Weinstock et al., 2017).

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να υποστηρίζουν την προώθηση της άσκησης σε όλο το φάσμα της θεραπείας, ενισχύοντας τη σύνδεση μεταξύ των θεραπευτικών στόχων και των στόχων της άσκησης.

Σύσταση 2: Συνιστάται, ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων άσκησης να προσαρμόζονται στις ανάγκες αλλά και στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το κάθε στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας ΔΧΟ.

Πρώιμο στάδιο θεραπείας ΔΧΟ

Οι Williams και Streat (2004) υποστηρίζουν ότι η άσκηση θα πρέπει να συμπληρώνει και να σχετίζεται άμεσα με τους θεραπευτικούς στόχους. Καθώς τα υψηλότερα ποσοστά υποτροπής εμφανίζονται μέσα στους πρώτους τρεις μήνες της θεραπείας, η εμπλοκή με την άσκηση μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα που ενισχύουν τον κίνδυνο υποτροπής (Abrantes & Blevins, 2019). Πράγματι, κατά το αρχικό στάδιο θεραπείας, όταν το στερητικό σύνδρομο εξελίσσεται, η έντονη επιθυμία για χρήση καθώς και η κακή διάθεση επικρατούν, οδηγώντας τις περισσότερες φορές στην υποτροπή και στη διακοπή της θεραπείας. Ένα σημαντικό μέρος της αρνητικής διάθεσης οφείλεται, μεταξύ άλλων, στη σωματική βλάβη και στη κακή φυσική κατάσταση, με την αποκατάστασή τους να αποτελεί προτεραιότητα σε αυτή τη περίοδο θεραπείας (Diamantis et al., 2017). Σε αυτό το πλαίσιο, προτείνεται η άσκηση ως στρατηγική αυτοελέγχου για τη διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης, καθώς και ως ένας τρόπος αντιμετώπισης ψυχολογικών και σωματικών βλαβών που προκαλούνται από τις ΔΧΟ (Abrantes & Blevins, 2019; Linke & Ussher, 2015). Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι, αν η υποτροπή συμβεί πολύ νωρίς, μια παρέμβαση άσκησης μπορεί να μην έχει την ευκαιρία να επηρεάσει τη διαδικασία αποφυγής της (Abrantes & Blevins, 2019).

Σύσταση 1: Συνιστάται, τα προγράμματα άσκησης να συμπεριλαμβάνονται στις καλές πρακτικές του διαθέσιμου ρεπερτορίου υποστήριξης του σχεδιασμού κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη στοχευμένη έρευνα για να προσδιοριστούν τα σχετικά οφέλη από την άσκηση στα διαφορετικά στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας ΔΧΟ (Linke & Ussher, 2015).

Εμπλοκή με τη θεραπεία

Σύσταση 1: Συνιστάται, κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας, τα προγράμματα άσκησης να παρέχονται κυρίως ως μια παρέμβαση «εδώ και τώρα», στοχεύοντας στην ενίσχυση της εμπλοκής στη θεραπεία, λειτουργώντας ενισχυτικά προς την αντιμετώπιση και την ομαλή διαχείριση των παραγόντων εκείνων (οξεία επιθυμία,

άγχος, κατάθλιψη, αρνητικές σκέψεις, κ.α.) που ενδέχεται να οδηγήσουν στην πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπευτικής διαδικασίας.

Βελτίωση της ποιότητας ζωής

Η μακροχρόνια χρήση ουσιών έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στη συνολική ευημερία και ποιότητα ζωής των ατόμων. Η κακή ποιότητα ζωής που χαρακτηρίζει τα άτομα με ΔΧΟ, δρα ανασταλικά προς την ενεργή εμπλοκή στη θεραπεία, προκαλώντας σταδιακά την πρόωρη εγκατάλειψη της (Assari & Jafari, 2010; Donovan et al., 2005; Muller, et al., 2016; Laudet, 2011).

Σύσταση 1: Συνιστάται, στους συμβούλους θεραπείας, κατά το πρώιμο στάδιο θεραπείας, να αξιοποιούν την άσκηση για την ενίσχυση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και ευημερίας, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων που υποφέρουν από ΔΧΟ.

Δεύτερο στάδιο θεραπείας

Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας εστιάζει στην επίτευξη ψυχοκοινωνικών, συμπεριφορικών και γνωσιακών αλλαγών, στοχεύοντας παράλληλα στην εκπαίδευση και την υποστήριξη των ατόμων με ΔΧΟ να σταθεροποιήσουν και να διατηρήσουν τις αλλαγές αυτές στην πάροδο του χρόνου. Υπό αυτό το πρίσμα, η ενίσχυση των ψυχικών, σωματικών και συναισθηματικών ικανοτήτων, συμβάλει στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, οδηγώντας στη καλύτερη διαχείριση των αρνητικών καταστάσεων που ήταν έντονες κατά προηγούμενο αρχικό στάδιο. Παράλληλα με τα παραπάνω, κατά το στάδιο αυτό, επιχειρείται η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων με στόχο τον επαναπροσδιορισμό των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης.

Αναντίρρητα, για τα άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία ΔΧΟ, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και αθλητισμού είναι πολύτιμη για την ευχάριστη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου. Ωστόσο, η συμμετοχή τους αυτή μπορεί, παράλληλα, να ενισχύσει την αυτο-αποτελεσματικότητα, την αυτοεκτίμηση και την ποιότητα ζωής τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά, καθώς επίσης και να προσφέρει μια αίσθηση του «ανήκειν», προωθώντας έναν διαφορετικό τρόπο να επανοικοδομηθούν οι σχέσεις με τους άλλους.

Γνωρίζοντας ότι, για να χαρακτηριστεί μια δεξιότητα ως δεξιότητα ζωής, πρέπει να μπορεί να μεταφερθεί σε άλλα περιβάλλοντα και καταστάσεις από αυτά που διδάχθηκε και επιπλέον, η εκπαιδευτική διαδικασία θα πρέπει να προβλέπει αυτή τη μεταφορά (Goudas, 2010; Gould & Carson, 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, ο αθλητισμός και η άσκηση αποτελούν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την εκμάθηση και εξάσκηση δεξιοτήτων που απαιτούνται στην καθημερινή ζωή.

Σύσταση 1. Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να συνδέουν την εμπειρία που δημιουργείται από τη συμμετοχή σε άσκηση με την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων της πραγματικής ζωής.

Σύσταση 2. Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να στοχεύουν στην αξιοποίηση των αθλητικών εμπειριών για τη βελτίωση των κοινωνικών και άλλων δεξιοτήτων ζωής των εξυπηρετούμενων τους, προετοιμάζοντας τους για την ομαλή επανένταξη τους στον κοινωνικό ιστό.

Τρίτο στάδιο θεραπείας

Το τρίτο στάδιο θεραπείας, στοχεύει στην επιτυχή επανένταξη στην κοινωνία. Η άσκηση και ο αθλητισμός αποτελούν, τόσο ένα αποτελεσματικό μέσο για την προσωπική ανάπτυξη, όσο και ένα εναλλακτικό, αλλά και ασφαλές, περιβάλλον μάθησης για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων όπως είναι οι δεξιότητες ελέγχου και διαχείρισης χρόνου, οι δεξιότητες επικοινωνία, οι κοινωνικές δεξιότητες, η συνεργασία, η ηγεσία, η επίλυση προβλημάτων, ο καθορισμό στόχων, κ.α. που θα μπορούσαν να ενισχύσουν το άτομο τόσο στην επιτυχή επανένταξη στην κοινωνία όσο και στην ομαλή διαχείριση της περιπλοκότητας της πραγματικότητας της ζωής. Μέσω των κατάλληλα προσαρμοσμένων προγραμμάτων άσκησης και αθλητισμού, που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων, σε συνδυασμό με την εστιασμένη συμβουλευτική (τεχνικές βιωματικής μάθησης), οι σύμβουλοι μπορούν να εκπαιδεύσουν τους εξυπηρετούμενους τους να μεταφέρουν τις δεξιότητες αυτές στη καθημερινότητα τους.

Ενίσχυση της απασχολησιμότητας

Η συμμετοχή στον αθλητισμό αντιπροσωπεύει μια μοναδική ευκαιρία για τα άτομα με ΔΧΟ, να αναπτύξουν εγκάρσιες δεξιότητες, που ενδέχεται να επηρεάσουν θετικά την προσωπική τους ανάπτυξη, ενισχύοντας τη δυνατότητα για μια βιώσιμη απασχολησιμότητα, όσο και την ανάπτυξη των συνθηκών που θα διευκολύνουν την

ομαλή επανένταξη στην κοινωνία. Τέτοιες δεξιότητες είναι: οι επικοινωνιακές δεξιότητες, οι δεξιότητες συνεργασίας, η ηγεσία, ο έλεγχος, η διαχείριση και επίλυση προβλημάτων, οι κοινωνικές δεξιότητες, οι δεξιότητες επίτευξης στόχων, κ.α. (Opstoel et al., 2019).

Σύσταση 1: Συνιστάται, η προώθηση των θεραπευομένων σε προγράμματα άσκησης και αθλητισμού καθώς αποτελούν εύκολα προσβάσιμα πλαίσια για την εκμάθηση δεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να μεταφερθούν στο χώρο εργασίας.

Επανένταξη στο κοινωνικό ιστό

Σύσταση 1. Συνιστάται στους συμβούλους θεραπείας να προωθούν στους εξυπηρετούμενους τους για την ενασχόληση με τον αθλητισμό, σε αθλητικούς συλλόγους και εξωτερικά πλαίσια, καθώς αποτελούν έναν ασφαλή τρόπο εισχώρησης στην κοινωνία και ανάπτυξης της κοινωνικής δικτύωσης.

Υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών

Οι μακροχρόνιες επιδράσεις της άσκησης συνδέονται με τη δια βίου υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών από το άτομο. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις υγείας που εστιάζουν στην αλλαγή συμπεριφοράς των ατόμων με ΔΧΟ, πιθανότατα να μην είναι τόσο επιτυχημένες όσο με άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Σύμφωνα με την Roessler (2010), η πλειοψηφία των θεραπευομένων που έχουν ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα άσκησης, είχαν επιστρέψει στη χρήση ουσιών μετά το τέλος του προγράμματος, προτείνοντας την υποστήριξή τους και μετά το τέλος του, έτσι ώστε να δίνεται η δυνατότητα συνέχισης. Πράγματι, ο βαθμός στον οποίο μπορεί να διατηρηθεί η συμμετοχή στην άσκηση κατά τη μετάβαση και επανένταξη στην κοινωνία είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστο (More, 2017). Ωστόσο, σε συνάρτηση μ' αυτό, στην μελέτη τους ο Wang και οι συνεργάτες του (2014), υποστήριξαν ότι η σωματική άσκηση αφήνει μια μακροχρόνια επίδραση κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, που πιθανότατα να οφείλεται στις επιδράσεις της σωματικής άσκησης που ενδέχεται να οδηγήσουν σε αλλαγές της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου. Αναμφισβήτητα, αν και ακόμα η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα άσκησης δεν μπορεί να προωθήσει την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, μπορεί όμως να προσφέρει μια αίσθηση ελέγχου, για την περίοδο που ο θεραπευόμενος συμμετέχει στο πρόγραμμα άσκησης και κατ' επέκταση στη θεραπεία (Roessler, 2010).

Η θεραπεία των ΔΧΟ είναι μια συνεχής διαδικασία συμπεριφορικής αλλαγής, που περιλαμβάνει μια ποικιλία αλληλοσυμπληρούμενων παρεμβάσεων αλλαγής συμπεριφοράς. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της διαδικασίας αυτής.

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας, κατά το τελευταίο στάδιο της θεραπείας, να στοχεύουν στην μακροπρόθεσμη συμμετοχή σε άσκηση, ενισχύοντας την δια βίου υιοθέτησή της.

Σύσταση 2: Συνιστάται, οι σύμβουλοι θεραπείας να ενισχύουν τη δέσμευση, καθώς αποτελεί μια κρίσιμη προϋπόθεση τόσο της συμμετοχής σε άσκηση όσο και στη θεραπεία ΔΧΟ και αποτελεί απαραίτητο συστατικό στοιχείο για την επίτευξη αλλαγής και στη συνέχεια υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών. Η δέσμευση αυτή, ενδέχεται να επηρεάσει τις μακροχρόνιες επιδράσεις από τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα άσκησης, ενισχύοντας την προώθηση της δια βίου υιοθέτησης υγιών συμπεριφορών από το άτομο.

Ο ρόλος του αθλητικού προπονητή

Φυσικά η σημασία των κατάλληλα εκπαιδευμένων αθλητικών προπονητών, ως το πιο «ουσιώδες μέρος» εφαρμογής των προγραμμάτων άσκησης στην θεραπεία ΔΧΟ, είναι αδιαμφισβήτητη. Ως εκ τούτου, η παρουσία τους θεωρείται απαραίτητη για την σωστή εφαρμογή των προγραμμάτων άσκησης. Παρακάτω παρουσιάζονται συστάσεις, σχετικά με για τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συγκροτούν την καταλληλότητα εφαρμογής των προγραμμάτων άσκησης για τον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Ένταση της άσκησης

Τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, ιδιαίτερα στο αρχικό στάδιο, αντιμετωπίζουν σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με την προηγούμενη εμπλοκή τους με την χρήση ουσιών. Παράλληλα, λόγω της παράβλεψης των διατροφικών αναγκών κατά την περίοδο αυτή, παρουσιάζουν συχνά ένα αδύναμο μυο-σκελετικό σύστημα (Linke & Ussher, 2015). Επίσης, τα άτομα αυτά ακολουθούν μία κυρίως καθιστική ζωή, καθώς, πιθανόν, να μην εκτελούν καμία σωματική δραστηριότητα (Weinstock et al., 2017). Οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν δείξει ότι τα προγράμματα υψηλής έντασης έχουν χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης, σε σύγκριση με τα προγράμματα χαμηλής και μέτριας έντασης, τα οποία και προτιμώνται

από τον συγκεκριμένο πληθυσμό (Abrantes et al., 2011). Επίσης πρέπει να αναφέρουμε ότι, η μέτριας έντασης άσκηση φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην αναστολή της επιθυμίας για χρήση και στη βελτίωση της αποχής από τις ουσίες (Friedman & Miyake, 2003; Wang, 2019).

Σύσταση 1. Για τα άτομα που είναι στο πρώιμο στάδιο της θεραπείας, συνιστάται η αρχική τους εμπλοκή με την άσκηση να είναι εκπαιδευτική, δίνοντας έμφαση στα οφέλη των συχνών περιόδων ήπιας σωματικής δραστηριότητας, μικρής διάρκειας, προτείνοντας το περπάτημα ως προκαταρκτική μορφή άσκησης.

Σύσταση 2. Κατά τα επόμενα στάδια της θεραπείας, συστήνεται να ενισχύεται η εθελοντική συμμετοχή σε άσκηση μέτριας έντασης, λειτουργώντας προστατευτικά, προς τα άτομα αυτά, μειώνοντας τον κίνδυνο τραυματισμού ή άλλων ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Σύσταση 3. Η αύξηση της έντασης της άσκησης, θα πρέπει να είναι σταδιακή, λειτουργώντας ως μια πρόκληση, ακόμη και σε εκείνους στους οποίους, ήταν αρχικά απεχθής προς αυτή, αποτρέποντας την πρόωρη διακοπή και εγκατάλειψή της.

Τύπος άσκησης

Όσον αφορά τον τύπο της άσκησης που προτείνεται κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, οι μέχρι τώρα έρευνες υποστηρίζουν ότι τόσο η αερόβια άσκηση (Buchowski et al., 2011; Beynon et al., 2013; Brown et al., 2010), οι ασκήσεις ενδυνάμωσης (Abrantes et al., 2011) καθώς και οι ασκήσεις μυαλού-σώματος (Wang et al., 2014) αποτελούν κατάλληλες επιλογές. Επίσης, το απλό περπάτημα αποτελούσε μια από τις κυρίες επιλογές των ατόμων σε θεραπεία ΔΧΟ (Abrantes et al., 2011). Επιπρόσθετα, σημαντική μορφή άσκησης, που αξιοποιείται στη θεραπεία είναι οι υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες περιπέτειας, με σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα (Panagiotounis et al., 2020). Όσον αφορά τα ομαδικά παιχνίδια και τις αθλοπαιδιές, σύμφωνα με τον Διαμαντή και τους συνεργάτες του (2017), η αίσθηση του παιχνιδιού ήταν αυτή που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ως μια σημαντική πτυχή ικανοποίησης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν έχουν έως τώρα διεξαχθεί άλλες σχετικές έρευνες σχετικά με την αξιοποίηση ομαδικών παιχνιδιών.

Ας σημειωθεί ακόμη ότι, είναι σημαντικό να ζητηθεί από το θεραπευόμενο, να προσδιορίσει τις δραστηριότητες στις οποίες έχει συμμετάσχει στο παρελθόν και που

οδήγησαν σε συναισθήματα απόλαυσης, έτσι ώστε στη συνέχεια να ενταχθούν προοδευτικά στον τρόπο ζωής του με τρόπους συμβατούς με τον ατομικό θεραπευτικό σχεδιασμό του. Ωστόσο, αυτές οι δραστηριότητες θα πρέπει να αξιολογηθούν με προσοχή από τους επιβλέποντες των προγραμμάτων άσκησης και από τους θεραπευτές, καθώς ενδέχεται να συνδέονται ισχυρά με τον τρόπο ζωής κατά την χρήση ουσιών (Williams & Streat, 2004).

Σύσταση 1. Ο τύπος άσκησης που συνιστάται, είναι η αερόβια άσκηση, οι ασκήσεις ενδυνάμωσης, οι ασκήσεις μυαλού-σώματος καθώς και οι αθλητικές δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση.

Σύσταση 2: Για τα άτομα με χαμηλή φυσική κατάσταση, καθώς και με περιορισμένη κινητική λειτουργικότητα, το απλό περπάτημα συνιστάται ως μια κύρια και ασφαλή επιλογή. Επιπρόσθετα, η χρήση ομαδικού αθλητισμού συνιστάται να αξιοποιείται ως συστατικό στοιχείο των προγραμμάτων άθλησης κατά την θεραπεία ΔΧΟ.

Σύσταση 3. Συνιστάται, η αξιοποίηση της μεθοδολογίας «Θεραπεία μέσω της Περιπέτειας», καθώς μπορεί να συμβάλει στη θεραπεία των ΔΧΟ, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, παρέχοντας μια εναλλακτική προσέγγιση παροχής συμβουλευτικής για τις εξαρτήσεις, αξιοποιώντας τις εμπειρίες που προέρχονται από δραστηριότητες περιπέτειας στη φύση.

Σύσταση 4: Συνιστάται, η χρήση της μεθοδολογίας «Θεραπεία μέσω της Περιπέτειας» σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, καθώς και σε άτομα που αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες ΔΧΟ.

Σύσταση 5. Συνιστάται, τα προγράμματα άσκησης στην φύση, που απευθύνονται σε αυτό τον πληθυσμό, να περιέχουν δράσεις που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό πρόκλησης, ενισχύοντας την αίσθηση της επίτευξης, με δομημένο και παράλληλα εφικτό τρόπο.

Σύσταση 6. Συνιστάται, η διερεύνηση και αξιολόγηση των προηγούμενων αθλητικών εμπειριών καθώς ενδέχεται να συνδέονται ισχυρά με τον τρόπο ζωής κατά την χρήση ουσιών.

Ουσία χρήσης

Μια σημαντική διαφοροποίηση σε σχέση με τον τύπο της ουσίας χρήσης, αποτυπώνεται στην έρευνα του Wang και των συνεργατών του (2014), όπου φαίνεται ότι η άσκηση επηρέασε περισσότερο το ποσοστό αποχής από παράνομες ουσίες σε σχέση με το αλκοόλ και τη νικοτίνη. Πιθανή αιτία για αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να σχετίζεται με τους διαφορετικούς εθιστικούς μηχανισμούς που συνδέεται ο κάθε τύπος εξάρτησης. Όσον αφορά τη διαφοροποίηση με βάση την κύρια παράνομη ουσία χρήσης, προγράμματα άσκησης έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικές υπο-ομάδες θεραπευόμενων. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της έρευνας του Buchowski και των συνεργατών του (2011), δείχνουν θετικά αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση ενός προγράμματος άσκησης, σε άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης. Το ίδιο θετικά είναι τα ευρήματα της μελέτης του Rawson και των συνεργατών του (2015) σε άτομα που έκαναν χρήση μεθαμφεταμίνης.

Σύσταση 1: Συνιστάται, η προώθηση της συμμετοχής σε άσκηση ανεξάρτητα την κύρια ουσία χρήσης από τους θεραπευόμενους.

Σύσταση 2: Συνιστάται, ιδιαίτερα κατά την αρχική επαφή με την άσκηση, η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων που συνδέονται με την ουσία χρήσης, για την διασφάλιση της υγείας των συμμετεχόντων.

Φύλο

Σε σχέση με το φύλο και τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, τα στοιχεία έως σήμερα είναι περιορισμένα. Συγκεκριμένα, η έρευνα του Abrantes και των συνεργατών του (2011), αναφέρουν ότι οι γυναίκες εκδήλωσαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα άσκησης, που ήταν ωστόσο, ενταγμένο στο ίδιο θεραπευτικό περιβάλλον, δηλώνοντας, κατά προτίμηση, ότι θα ήταν εποπτευόμενο. Αντίθετα οι άντρες, έδειξαν προτίμηση σε μη δομημένα προγράμματα άσκησης που περιλαμβάνουν ποικιλία και εναλλαγή τύπων άσκησης. Όσον αφορά τα ψυχοκοινωνικά οφέλη της άσκησης, οι γυναίκες δήλωσαν ότι η άσκηση τους βοήθησε να διαχειριστούν το άγχος, να παραμείνουν μακριά από τη χρήση ουσιών, να διαχειριστούν την έντονη επιθυμία για χρήση, καθώς και να βελτιώσουν την κοινωνική επαφή με άλλους (Wang, 2019). Ένα σημαντικό εύρημα που προέρχεται από την έρευνα του Abrantes και των συνεργατών του (2011) είναι ότι, σε

σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες εξέφρασαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για άσκηση με άλλους, σε αντίθεση με τη συμμετοχή σε ατομική άσκηση.

Σύσταση 1: Συνιστάται, οι γυναίκες κατά την πρώτη επαφή τους με την άσκηση να συμμετέχουν σε εποπτευόμενα και οργανωμένα ομαδικά προγράμματα άσκησης, ενταγμένα στο ίδιο θεραπευτικό περιβάλλον.

Σύσταση 2: Όσον αφορά τους άντρες, συνιστάται η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης που περιλαμβάνουν ποικιλία και εναλλαγή τύπων άσκησης.

Επίβλεψη

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παρεμβάσεων άσκησης κατά τη θεραπεία ΔΧΟ έγιναν κάτω από την επίβλεψη και την εποπτεία εξειδικευμένου αθλητικού εκπαιδευτή. Αυτό ερμηνεύεται πιθανόν από το γεγονός ότι, τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ, ενδέχεται να είναι αρχάριοι ασκούμενοι, αδυνατώντας να εφαρμόσουν σωστά τις παραμέτρους της άσκησης (Buchowski et al., 2011; Weinstock et al., 2017). Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την παράμετρο, η εποπτευόμενη άσκηση μπορεί να είναι χρήσιμη, για να διασφαλιστεί η υιοθέτηση τακτικής και ασφαλούς άσκησης (Linke & Ussher, 2015; Weinstock et al., 2017). Συνεχίζοντας πρέπει να τονίσουμε ότι, η ενσωμάτωση της εποπτευόμενης άσκησης σε προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, επιτρέπει την εφαρμογή της σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, αυξάνοντας την ικανότητα των ερευνητών να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της (Linke & Ussher, 2015).

Σύσταση 1: Συνιστάται, η εποπτευόμενη άσκηση, καθώς μπορεί να διασφαλιστεί η σωστή εφαρμογή και κατ' επέκταση η ασφάλεια, συνθήκες που ενδέχεται να οδηγήσουν στη σταδιακή υιοθέτηση της άσκησης.

Ασφάλεια

Τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ έχουν επιβαρυσμένη υγεία και χαμηλή φυσική κατάσταση, που είναι αποτέλεσμα της χρόνιας χρήσης τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ουσιών. Η διαβούλευση με γιατρό είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της παρακολούθησης τυχόν τρεχόντων ή προηγούμενων προβλημάτων υγείας (Weinstock, Wadson, & VanHeest, 2012; Weinstock et al., 2017). Είναι εύκολο να συμπεράνει κανείς ότι, τα άτομα αυτά, λόγω της κακής φυσικής τους κατάστασης, συχνά αποκλείονται από μελέτες που σχετίζονται

με την εφαρμογή άσκησης ή εγκαταλείπουν πρόωρα από αυτές (Weinstock et al., 2012).

Σύσταση 1: Συνιστάται, η διενέργεια ενδεδειγμένου προ-συμμετοχικού ελέγχου και διαβούλευσης με γιατρό.

Προσκόλληση στη άσκηση

Παρά τις γνωστές επιδράσεις της άσκησης στα συστήματα ανταμοιβής στον εγκέφαλο, η προσκόλληση των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία ΔΧΟ σε προγράμματα άσκησης, αποτελεί μια δύσκολη και προκλητική διαδικασία, με τα ποσοστά εγκατάλειψης να είναι >50% (Weinstock, Wadeson, & VanHeest, 2012; Muller & Clausen, 2015). Συχνές αιτίες εγκατάλειψης και εμπόδια στη διατήρηση στα προγράμματα άσκησης, είναι η κακή κοινωνική υποστήριξη για άσκηση, η χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα, ο χρόνος, το χαμηλό κίνητρο για άσκηση καθώς και η έντονη άσκηση που σε συνδυασμό την κακή αρχική φυσική κατάσταση λειτουργούν αποτρεπτικά στη συνέχιση των αυτών των προγραμμάτων (Muller & Clausen, 2015; Weinstock et al., 2012). Επιπλέον, ορισμένα προγράμματα άσκησης δεν προβλέπουν επαρκή χρονική εμπλοκή με την άσκηση έτσι ώστε το άτομο να επωφεληθεί από τα οφέλη της (Weinstock et al., 2012). Επιπρόσθετα, τα άτομα με ΔΧΟ αναφέρουν συχνά οικονομικούς περιορισμούς που αποκλείουν την αγορά εξοπλισμού άσκησης ή συμμετοχής σε παρόχους προγραμμάτων άσκησης (Muller & Clausen, 2015).

Αντίθετα, αρκετοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχημένη έναρξη και διατήρηση ενός προγράμματος άσκησης και συμβάλλουν επιβοηθητικά προς αυτή την κατεύθυνση μεταξύ άλλων είναι η κοινωνική υποστήριξη, η ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, οι επιλογές της κατάλληλης φυσικής δραστηριότητας, ο καθορισμός στόχων, τα συμβόλαια συμπεριφοράς, η θετική ενίσχυση και η ανατροφοδότηση (Muller & Clausen, 2015; Weinstock et al., 2012). Επιπλέον, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα εξωτερικά κίνητρα μπορεί να είναι σημαντικά για την έναρξη της άσκησης ενώ τα εσωτερικά κίνητρα είναι απαραίτητα για τη μακροπρόθεσμη υιοθέτηση. Η αυτόνομη επιλογή της δραστηριότητας μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με ΔΧΟ να αισθάνονται περισσότερο ότι διατηρούν τον έλεγχο παραμένοντας πιστοί στην επιλογή τους (Weinstock et al., 2017). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, όσον αφορά την ένταση της άσκησης η μέτριας έντασης έχει μεγαλύτερα ποσοστά προσκόλλησης

σε σύγκριση με την άσκηση έντονης έντασης (Abrantes et al., 2011 Abrantes & Blevins, 2019).

Σύσταση 1: Συνιστάται, η παροχή κατάλληλα σχεδιασμένων και προσαρμοσμένων προγραμμάτων άσκησης που να λαμβάνουν υπόψη τους παραπάνω παράγοντες και να προβλέπουν τρόπους αντιμετώπισης τους.

Κινητοποίηση

Η μακροχρόνια εμπλοκή με τη χρήση ουσιών ενδέχεται να έχει διαταράξει τις οδούς ανταμοιβής, με αποτέλεσμα οι εμπειρίες της απόλαυσης και του θετικού συναισθήματος να είναι συχνά δύσκολο να προκληθούν στα πρώτα στάδια της αποχής (Huhn et al., 2016). Η κακή υγεία ή οι σωματικές αναπηρίες, αναφέρονται συχνά ως εμπόδια στην άσκηση κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη όταν συνιστάται άσκηση ή αυξημένη φυσική δραστηριότητα σε αυτόν τον πληθυσμό (Caviness, et al., 2013). Επιπλέον, τα υψηλά ποσοστά συνυπαρχουσών συναισθηματικών διαταραχών, που χαρακτηρίζουν τον συγκεκριμένο πληθυσμό, επηρεάζουν αρνητικά τη δημιουργία κίνητρου για την υιοθέτηση σωματικής δραστηριότητας (Abrantes & Blevins, 2019). Έτσι, όσον αφορά τα αντιληπτά εμπόδια, η έλλειψη κινήτρων προσδιορίστηκε ως ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για τη συμμετοχή στην άσκηση για τα άτομα με ΔΧΟ (Abrantes et al 2011; Muller & Clausen, 2015). Ωστόσο, λίγες μελέτες εφαρμογής προγραμμάτων άσκησης περιλάμβαναν συμβουλευτική αλλαγής συμπεριφοράς και ενίσχυσης κινήτρου. Τεχνικές όπως η αυτο-παρακολούθηση, ο καθορισμός στόχων, και η αυτόνομη επιλογή είναι κάποιες από τις στρατηγικές που έχουν αξιοποιηθεί (Linke & Ussher, 2015). Επίσης, τα βηματόμετρα και άλλες φορητές συσκευές που παρακολουθούν τη σωματική δραστηριότητα, καθώς και οικονομικά κίνητρα έχουν δοκιμαστεί σε παρεμβάσεις άσκησης σε πληθυσμούς με ΔΧΟ (Linke & Ussher, 2015; Weinstock et al., 2008).

Η αξιοποίηση της θεωρίας του καθορισμού στόχων και του αυτο-καθορισμού αποτελεί μια βασική στρατηγική που μπορεί να ενισχύσει το κίνητρο των ατόμων με ΔΧΟ για αλλαγή συμπεριφοράς. Η επιλογή των δραστηριοτήτων αθλητισμού και άσκησης, ο καθορισμός νέων προκλητικών στόχων, που στηρίζεται στην επιτυχή ολοκλήρωση προηγούμενων στόχων, η συνεχή ανατροφοδότηση και η αυτο-παρακολούθηση της απόδοσης, αποτελούν δομικά στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν στην ενίσχυση της θετικής αλλαγής της συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, η

αξιοποίηση της υποστήριξης τόσο από τους ομότιμους, σε επίπεδο ομάδας, όσο και από τον ίδιο τον εκπαιδευτή, δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της προώθησης των επιθυμητών συμπεριφορών.

Διαμορφώνεται κάτω απ' αυτά τα δεδομένα, ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και αθλητισμού μπορούν να αποτελέσουν ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου τα άτομα με ΔΧΟ μπορούν να εκπαιδευτούν σε στρατηγικές ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης για αλλαγή συμπεριφοράς και στη συνέχεια να τις μεταφέρουν στη θεραπεία και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής τους.

Σύσταση 1: Στο πλαίσιο αυτό, συνιστάται, η χρήση στρατηγικών και τεχνικών ενίσχυσης κινήτρων και αλλαγής συμπεριφοράς.

Πλαίσιο θεραπείας

Όσον αφορά το πλαίσιο θεραπείας, φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις άσκησης έχουν καλύτερη εφαρμογή και παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσκόλληση σε προγράμματα θεραπείας ΔΧΟ εσωτερικής παρακολούθησης, σε σχέση με τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης (Abrantes & Blevins, 2019; Sarkar & Varshney, 2017). Πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία αυτή, φαίνεται να είναι η άμεση πρόσβαση σε ουσίες, η άμεση παρακολούθηση και εποπτεία καθώς και η εύκολη πρόσβαση σε εγκαταστάσεις διευκολύνουν τη συμμετοχή αυτή (Abrantes & Blevins, 2019; Williams & Streat, 2004; More, 2017). Οι παρεμβάσεις άσκησης έχουν καλύτερη εφαρμογή και παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσκόλληση σε προγράμματα θεραπείας ΔΧΟ εσωτερικής παρακολούθησης, σε σχέση με τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης.

Σύσταση 1: Για την ενίσχυση της συμμετοχής συνιστάται, η παροχή καθοδήγησης και άμεση παρακολούθηση καθώς και διευκόλυνση της εύκολη πρόσβασης σε εγκαταστάσεις άσκησης.

Ερευνητές του πεδίου των εξαρτήσεων και της άσκησης

Σύσταση 1: Δεδομένου ότι κατά τη θεραπεία ΔΧΟ, εφαρμόζονται παρεμβάσεις που βασίζονται τόσο σε συμπεριφορικές θεραπείες όσο και σε φαρμακοθεραπείες, ή σε συνδυασμό των δυο, συνιστάται πρόσθετη έρευνα για να καθοριστεί πώς η άσκηση αλληλοεπιδρά με αυτές τις θεραπείες.

Σύσταση 2: Καθώς οι μηχανισμοί (συμπεριφοριστικοί, γνωσιακοί και βιοχημικοί μηχανισμοί) που αποτελούν τη βάση των ανταποδοτικών συστημάτων που χαρακτηρίζουν τόσο τον εθισμό όσο και την άσκηση, συνιστάται ο μελλοντικός σχεδιασμός των μελετών να περιλαμβάνει δεδομένα που αναφέρονται σε όλους τους παραπάνω μηχανισμούς.

Σύσταση 3: Συνιστάται έρευνα, για να εξεταστεί περαιτέρω ο εστιασμένος σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση των προγραμμάτων άσκησης, κατάλληλα προσαρμοσμένων για κάθε στάδιο θεραπείας ΔΧΟ.

Σύσταση 4: Συνιστάται, διεξαγωγή έρευνας που θα επικεντρωθεί εκτός από τις βραχυπρόθεσμες επιδράσεις της άσκησης και στην εξέταση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων της και τη δια βίου διατήρηση αυτών από τον πληθυσμό στόχο.

Σύσταση 5: Συνιστάται, περαιτέρω διερεύνηση των αναγκών διαφορετικών υποομάδων με βάση το φύλο, την ουσία χρήσης, τη συννοσηρότητα και το πλαίσιο θεραπείας.

Σύσταση 6: Συνιστάται, η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης της άσκησης σε άλλες εκφάνσεις της ζωής του ατόμου με ΔΧΟ όπως είναι η απασχολησιμότητα, η εκπαίδευση και η ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων.

Σύσταση 7: Συνιστάται, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΔΧΟ και εξάρτησης από την άσκηση και πως αυτή μπορεί να εξελιχθεί κατά τη θεραπεία.

Σύσταση 8: Συνιστάται, η διερεύνηση των μηχανισμών κινητοποίησης ατόμων με ΔΧΟ, καθώς και των εμποδίων και των διευκολυντών, που θα οδηγήσουν στην αρχική αλλά και στη δια βίου προσκόλληση σε άσκηση.

Σύσταση 9: Συνιστάται, περισσότερη διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων με ΔΧΟ, απέναντι στην άσκηση, καθώς και των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη συμμετοχή σε αυτή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham, C. & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(3), 379–387. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>
- Abrantes, A., M., Battle, C., L., Strong, D., R., Ing, E., Dubreuil, M., E., Gordon A., & Brown, R., A. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Ment Health Phys Act*. 4(2): 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2011.08.002>
- Abshire, M., Dinglas, V. D., Cajita, M. I., Eakin, M. N., Needham, D. M., & Himmelfarb, C. D. (2017). Participant retention practices in longitudinal clinical research studies with high retention rates. *BMC medical research methodology*, 17(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0310-z>
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., Gasbarrini, G., & Alcoholism Treatment Study Group (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addictive behaviors*, 30(6), 1209–1224. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.12.011>
- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 305–320. <http://doi.org/10.1080/10673220490910844>
- Ahmadabadi, S. (2018). Sports Activity and Smoking, Alcohol and Drug Abuse among Students. *Ann Appl Sport Sci.*; 6 (1) :47-56
- Alavi, H. R. (2011). The Role of Self-esteem in Tendency towards Drugs, Theft and Prostitution. *Addiction & health*, 3(3-4), 119–124.
- Alvarez, A. G., & Stauffer, G. A. (2001). Musings on adventure therapy. *The Journal of Experiential Education*, 24(2), 85–91.
- American Psychiatric Association. (2018). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- American Society of Addiction Medicine (2015). ASAM National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction involving Opioid Use. *Chevy Chase, MD: ASAM*.
- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E., (2005). Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*, 14:1959-1965.

- Andersson, H. W., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E., & Nordfjærn, T. (2018). Predictors of Dropout From Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study. *Substance abuse: research and treatment*, 12, 1178221818760551. <https://doi.org/10.1177/1178221818760551>
- Andrade, J., May, J., & Kavanagh, D. (2012) Sensory imagery in craving: From cognitive psychology to new treatments for addiction. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2) 127-145. [doi: 10.5127/jep.024611](https://doi.org/10.5127/jep.024611)
- Angeli, M., Hatzigeorgiadis, A., Comoutos, N., Krommidas, C., Morres, D., I., & Theodorakis, Y. (2018). The effects of self-regulation strategies following moderate intensity exercise on ad libitum smoking. *Addictive Behaviors*, Volume 87, Pages 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.029>
- Antoniak, A. E., & Greig, C. A. (2017). The effect of combined resistance exercise training and vitamin D3 supplementation on musculoskeletal health and function in older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(7), e014619. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014619>
- Ashford, S., Edmunds, J., & French, D. P. (2010). What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British journal of health psychology*, 15(Pt 2), 265–288. <https://doi.org/10.1348/135910709X461752>
- Assari S., Jafari M. (2010) *Quality of Life and Drug Abuse*. In: Preedy V.R., Watson R.R. (eds) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_214
- Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] (2014). *National Drug Strategy Household Survey Detailed Report: 2013*. Drug statistics Series No. 28. Cat. No. PHE 183. Canberra, ACT: AIHW.
- Bahorik, A. L., Satre, D. D., Kline-Simon, A. H., Weisner, C. M., & Campbell, C. I. (2017). Alcohol, Cannabis, and Opioid Use Disorders, and Disease Burden in an Integrated Healthcare System. *Journal of Addiction Medicine*, 11(1), 3–9. <http://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000260>
- Bailey, R., R. (2017). Goal Setting and Action Planning for Health Behavior Change. *American journal of lifestyle medicine*, 13(6), 615–618. <https://doi.org/10.1177/1559827617729634>

- Bandura A, (1997). *Self – Efficacy in Changing Societies*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A., (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, Vol. 4, pp. 71-81. New York: Academic Press.
- Bardo, M. T., & Compton, W. M. (2015). Does physical activity protect against drug abuse vulnerability? *Drug and alcohol dependence*, 153, 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.037>
- Barton, B. (2006). *Safety, Risk and Adventure in Outdoor Activities*. SAGE Publications Ltd [DOI:10.4135/9781446213445](https://doi.org/10.4135/9781446213445)
- Baumann, F. T., Bloch, W., & Beulertz, J. (2013). Clinical exercise interventions in pediatric oncology: a systematic review. *Pediatric research*, 74(4), 366–374. <https://doi.org/10.1038/pr.2013.123>
- Bennett, J. A., Young, H. M., Nail, L. M., Winters-Stone, K., & Hanson, G. (2008). A telephone-only motivational intervention to increase physical activity in rural adults: a randomized controlled trial. *Nursing research*, 57(1), 24–32. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280661.34502.c1>
- Bennett, L. W., Cardone, S., & Jarczyk, J. (1998). Effects of a therapeutic camping program on addiction recovery. The Algonquin Haymarket Relapse Prevention Program. *Journal of substance abuse treatment*, 15(5), 469–474. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(97\)00222-5](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(97)00222-5)
- Bettmann, J. E., Russell, K. C., & Parry, K. J. (2013). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change processes in wilderness therapy participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1039–1050. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9665-2>
- Beynon, C. M., Luxton, A., Whitaker, R., et al. (2013). Exercise referral for drug users aged 40 and over: results of a pilot study in the UK. *BMJ Open*;3: [e002619](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002619). [doi:10.1136/bmjopen-2013-002619](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002619)
- Biddle, S. J. H., & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. Routledge
- Bilici, R., Yazici, E., Tufan, A. E., Mutlu, E., Izci, F. & Uğurlu, G. K. (2014). Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, [1599–1604](https://doi.org/10.2147/NDT.S66828). DOI: [10.2147/NDT.S66828](https://doi.org/10.2147/NDT.S66828)

- Bodenheimer, T., & Handley, M. A. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: an exploration and status report. *Patient education and counseling*, 76(2), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.001>
- Bowen, D. & Neill, J., (2013). A Meta-Analysis of Adventure Therapy Outcomes and Moderators. *The Open Psychology Journal*. 6. [10.2174/1874350120130802001](https://doi.org/10.2174/1874350120130802001).
- Bowen, J., D., Neill, T., J. & Crisp, J.R. S, (2016). Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants. *Evaluation and Program Planning*, Volume 58, Pages 49-59, ISSN 0149-7189, <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.05.005>.
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010–1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- 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. G., Dubreuil, M. E., & Gordon, A. A. (2010). A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence. *Mental health and physical activity*, 3(1), 27–34. <http://doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.03.001>
- Buchowski, M. S., Meade, N. N., Charboneau, E., Park, S., Dietrich, M.S., et al. (2011) Aerobic Exercise Training Reduces Cannabis Craving and Use in Non Treatment Seeking Cannabis-Dependent Adults. *PLoS ONE* 6(3): e17465. [doi:10.1371/journal.pone.0017465](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017465)
- Buckner, J. D., Crosby, R. D., Silgado, J., Wonderlich, S. A., & Schmidt, N. B. (2012). Immediate antecedents of marijuana use: an analysis from ecological momentary assessment. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(1), 647–655. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.010>
- Buckworth, J. (2017). Promoting Self-Efficacy for Healthy Behaviors. *ACSM's Health & Fitness Journal*: Volume 21 - Issue 5 - p 40-42 [doi: 10.1249/FIT.0000000000000318](https://doi.org/10.1249/FIT.0000000000000318)
- Cahill, A. M., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K. & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, Volume 28, Issue 1, Pages 67-79, ISSN 0306-4603. [DOI: 10.1016/S0306-4603\(01\)00217-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00217-9)

- Carroll, J. K., Yancey, A. K., Spring, B., Figueroa-Moseley, C., Mohr, D. C., Mustian, K. M., Sprod, L. K., Purnell, J. Q., & Fiscella, K. (2011). What are successful recruitment and retention strategies for underserved populations? Examining physical activity interventions in primary care and community settings. *Translational behavioral medicine*, 1(2), 234–251. <https://doi.org/10.1007/s13142-011-0034-2>
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American journal of psychiatry*, 162(8), 1452–1460, [doi: 10.1176/appi.ajp.162.8.1452](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452)
- Cater, C.I. (2006). Playing with risk? Participant perceptions of risk and management implications in adventure tourism. *Tourism Management*, Volume 27, Issue 2, Pages 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2004.10.005>
- Caviness, C. M., Bird, J. L., Anderson, B. J., Abrantes, A. M., & Stein, M. D. (2013). Minimum recommended physical activity, and perceived barriers and benefits of exercise in methadone maintained persons. *Journal of substance abuse treatment*, 44(4), 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.10.002>
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data>.
- Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US);. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35.) Chapter 1-Conceptualizing Motivation And Change. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64972/>
- Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US);. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 41.) 5 Stages of Treatment. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64208/>
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2016). *HIV and Injection Drug Use*.
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC (2012). *Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and*

- Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. Recommendations and Reports, / 61(RR05);1-40*
- Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., & Ferrari, J. R., (2012). The Effects of Self-Regulation and Self-Efficacy on Substance Use Abstinence. *Alcoholism treatment quarterly*, 30(4), 422–432. [doi:10.1080/07347324.2012.718960](https://doi.org/10.1080/07347324.2012.718960)
- Cleveland, J. M, Feinberg, E. M, Bontempo, E. D & Greenberg, T. M., (2008). The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use Across Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, Volume 43, Issue 2, Pages 157-164, ISSN 1054-139X, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.015>
- Colledge, F, Gerber, M, Pühse, U. and Ludyga, S (2018) Anaerobic Exercise Training in the Therapy of Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Front. Psychiatry* 9:644. [doi: 10.3389/fpsyt.2018.00644](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00644)
- Conn, V. S., Minor, M. A., Burks, K. J., Rantz, M. J., & Pomeroy, S. H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(8), 1159–1168. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51365.x>
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions* (2nd ed.). The Guilford Press
- Correia, C. J., Benson, T. A., & Carey, K. B. (2005). Decreased substance use following increases in alternative behaviors: a preliminary investigation. *Addictive behaviors*, 30(1), 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.006>
- Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. (2002). Measuring substance-free and substance-related reinforcement in the natural environment. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 16(1), 28–34.
- Council of the EU (2020). EU Drugs Strategy 2021-25
- Craft, L. L. & Perna, F., M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 104–111. <https://doi.org/10.4088/pcc.v06n0301>
- Cutter, C. J., Schottenfeld, R. S., Moore, B. A., Ball, S. A., Beitel, M., Savant, J. D., Stults-Kolehmainen, M. A., Doucette, C., & Barry, D. T. (2014). A pilot trial of

- a videogame-based exercise program for methadone maintained patients. *Journal of substance abuse treatment*, 47(4), 299–305. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.05.007>
- Danish, S. J., Petitpas, A., & Hale, B. (1993). Life development intervention for athletes: Life skills through sport. *The Counseling Psychologist*, 21, 352–385. <https://doi.org/10.1177/0011000093213002>
- Darke, S, Ross, J, & Teesson, M (2007). The Australian treatment outcome study (ATOS): what have we learnt about treatment for heroin dependence? *Drug Alcohol Rev*, 26(1):49–54.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York, NY: Springer Publishing Company
- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Melnick, G. (2000). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *Journal of substance abuse treatment*, 19(4), 375–382. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(00\)00124-0](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00124-0)
- De Leon, G., Perfias, F., Aloysious, J. & Bunt, G. (2015). Therapeutic Communities for Addictions: Essential elements, Cultural and Current Issues. *In book: Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. DOI: [10.1007/978-88-470-5322-9_52](https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_52)
- Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C. I., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(2), 216–225. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.216>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M., (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11:227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182–185.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet (London, England)*, 379(9810), 55–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61138-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61138-0)
- Department of Justice, United States (2011). *National Drug Intelligence Center. The Economic Impact of Illicit Drug Use on American Society*. Washington, DC

- Devynck, F., Rousseau, A., & Romo, L. (2019). Does repetitive negative thinking influence alcohol use? A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology, 10*, 1482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01482>
- Diamantis, P., Theodorakis, Y., & Goudas M., (2017). The impact of exercise on drug addiction treatment. *Exartisis, 29*, 13-32
- Dickson J. T, Gray T., & Mann K., (2008). *Australian Outdoor Adventure Activity Benefits Catalogue*. Centre for Tourism Research, University of Canberra.
- DiClemente, C. C., & Scott, C. W. (1997). Stages of change: interactions with treatment compliance and involvement. *NIDA research monograph, 165*, 131–156.
- DiClemente, C. C., Corno, C. M., Graydon, M. M., Wiprovnick, A. E., & Knoblach, D. J. (2017). Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 31*(8), 862–887. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
- Dishman, R. K., & O'Connor, P. J. (2009). Lessons in exercise neurobiology: The case of endorphins. *Mental Health and Physical Activity, 2*(1), 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.01.002>
- Doganis, G., Theodorakis, Y., & Bagiatis, K. (1991). Self -esteem and Locus of Control in adult female fitness program participants. *International Journal of Sport Psychology, 10*, 115-132.
- Dolezal, B. A., Chudzynski, J., Storer, T. W., Abrazado, M., Penate, J., Mooney, L., Dickerson, D., Rawson, R. A., & Cooper, C. B. (2013). Eight weeks of exercise training improves fitness measures in methamphetamine-dependent individuals in residential treatment. *Journal of addiction medicine, 7*(2), 122–128. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e318282475e>
- Drumm D. R., McBride D., Metsch L., Neufeld M.& Sawatsky A., (2005). “I’m a Health Nut!” Street Drug Users' Accounts of Self-Care Strategies. *Journal of Drug Issues*. Volume: 35 issue: 3, page(s): 607-629
- Dubey, C. & Arora, (2008). Sensation Seeking Level and Drug of Choice. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, Vol. 34, No.1*, 73-82.
- Duncan, E., Boshoven, W., Harenski, K., Fiallos, A., Tracy, H., Jovanovic, T., Hu, X., Drexler, K., & Kilts, C. (2007). An fMRI study of the interaction of stress and cocaine cues on cocaine craving in cocaine-dependent men. *The American*

- journal on addictions*, 16(3), 174–182.
<https://doi.org/10.1080/10550490701375285>
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., & O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6 Suppl), S587–610. <https://doi.org/10.1097/00005768-200106001-00027>
- Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 722–740. [doi:10.1016/j.psychsport.2006.07.006](https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.07.006)
- Ekeland, E., Heian, F., & Hagen, K. B. (2005). Can exercise improve self-esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials. *British journal of sports medicine*, 39(11), 792–798. <https://doi.org/10.1136/bjism.2004.017707>
- Elliot, A. J., & Church, M. A. (1997). A hierarchical model of approach and avoidance achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 218–232. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.218>
- Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *American journal of preventive medicine*, 20(1), 68–74. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(00\)00254-3](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(00)00254-3)
- Enoch, M. (2011). The Role of Early Life Stress as a Predictor for Alcohol and Drug Dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17–31. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>
- Enoch, M. A. (2012). The Influence of Gene–Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 150–158. <http://doi.org/10.1007/s11920-011-0252-9>
- Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A., & Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(1), 73–82. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.17.1.73>
- Epton, T., Currie, S., & Armitage, C. J. (2017). Unique effects of setting goals on behavior change: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting*

- and *Clinical Psychology*, 85(12), 1182–1198.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000260>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction /EMCDDA (2004). Co-morbidity', in Annual Report 2004: The state of the drugs problem in the European Union and Norway, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, pp. 94–102 (available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34901EN.html>).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction /EMCDDA (2016). *The role of psychosocial interventions in drug treatment* (Perspectives on drugs)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction /EMCDDA 2013. *INSIGHTS, Models of addiction*
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction /EMCDDA. (2017). *European Drug Report 2017: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature neuroscience*, 8(11), 1481–1489. <https://doi.org/10.1038/nn1579>
- Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3125–3135. <http://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089>
- Ewert, A. & Vernon, F. (2013). Outdoor and adventure recreation. In Human Kinetics (Ed.), *Introduction to recreation and leisure* (2nd ed.) (pp. 321-340). Champaign, IL: Human Kinetics
- Ewert, A., & Voight, A. (2012). The Role of Adventure Education in Enhancing Health-related Variables. *International Journal of Health, Wellness & Society* . 2012, Vol. 2 Issue 1, p75-87. [DOI: 10.18848/2156-8960/CGP/v02i01/41013](https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v02i01/41013)
- Ewing, B. A., Osilla, K. C., Pedersen, E. R., Hunter, S. B., Miles, J. N., & D'Amico, E. J. (2015). Longitudinal family effects on substance use among an at-risk adolescent sample. *Addictive behaviors*, 41, 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.017> .

- Fatseas, M., Serre, F., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2018). Effects of anxiety and mood disorders on craving and substance use among patients with substance use disorder: An ecological momentary assessment study. *Drug and alcohol dependence*, 187, 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.008>
- Finogenow, M. (2017). *Need for Achievement*. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T. (eds) Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Springer, Cham
- Flannery, M. (2017). Self-Determination Theory: Intrinsic Motivation and Behavioral Change. *Oncology nursing forum*, 44(2), 155–156. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.155-156>
- Fletcher, T. B., & Hinkle, J. S. (2002). Adventure based counseling: An innovation in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 80(3), 277–285. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00192.x>
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 10(4), 425–434. <https://doi.org/10.1037//1064-1297.10.4.425>
- Flynn, A., Allen, N. E., Dennis, S., Canning, C. G., & Preston, E. (2019). Home-based prescribed exercise improves balance-related activities in people with Parkinson's disease and has benefits similar to centre-based exercise: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 65(4), 189–199. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.08.003>
- Fortier, S., M., Sweet, N. S., O'Sullivan, L. T., & Williams, C.G., (2007). A self-determination process model of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial, *Psychology of Sport and Exercise*, Volume 8, Issue 5, Pages 741-757,ISSN 1469-0292, <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.10.006>.
- Gardner, E., L. (2011). Addiction and brain reward and antireward pathways. *Advances in psychosomatic medicine*, 30, 22–60. <https://doi.org/10.1159/000324065>
- Garst, B., Scheider, I., & Baker, D. (2001). Outdoor Adventure Program Participation Impacts on Adolescent Self-Perception. *The Journal of Experiential Education*, 24, 41-49. [DOI: 10.1177/105382590102400109](https://doi.org/10.1177/105382590102400109)

- Gass, M. A. & Gillis, H. L. (1998). *A room with a view: Adventure therapy programs in traditional office settings*. Paper presented at the Association for Experiential Education 26th Annual International Conference, Lake Tahoe, Nevada
- Gass, M. A. & Gillis, H. L. (2010). ENHANCES: Adventure therapy supervision. *Journal of Experiential Education*, 33 (1), 72-89.
- Gass, M. A. (1993). *The evolution of processing adventure therapy experiences*. In Gass, M. A. (Ed.). *Adventure therapy: Therapeutic applications of adventure programming*, (pp. 219— 229). Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.
- Gass, M. A., Gillis, H. L., & Russell, K. C. (2012). *Adventure therapy: Theory, research, and practice*. New York: Routledge
- George, O., & Koob, G. F. (2017). Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(3), 217–229. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.3/gkoob>
- Gillison, F. B., Rouse, P., Standage, M., Sebire, S. J., & Ryan, R. M. (2019). A meta-analysis of techniques to promote motivation for health behaviour change from a self-determination theory perspective. *Health psychology review*, 13(1), 110–130. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1534071>
- Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J., & de los Remedios Fernández-Valenciano, M. (2015). Benefits of Exercise for the Quality of Life of Drug-Dependent Patients. *Journal of psychoactive drugs*, 47(5), 409–416. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1102991>
- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H., & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 108-119. doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.001
- Glynou, E., Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1994) Greek version of the general self-efficacy scale. Available at: <http://www.ralfschwarzer.de>
- Goldbeck, R., Myatt, P., & Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction (Abingdon, England)*, 92(3), 313–324.
- Goudas, M. (2010). Prologue: A review of life skills teaching in sport and physical education. *Hellenic Journal of Psychology*, 7(3), 241–258.

- Gould, D., & Carson, S. (2008). Life skills development through sport: Current status and future directions. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1, 58–78. <https://doi.org/10.1080/17509840701834573>
- Gourlan, M., Bernard, P., Bortolon, C., Romain, A. J., Lareyre, O., Carayol, M., Ninot, G., & Boiché, J. (2016). Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. A meta-analysis of randomised controlled trials. *Health psychology review*, 10(1), 50–66. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.981777>
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H., Schwarz, P., & IMAGE Study Group (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC public health*, 11, 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-119>
- Greenwald, A. G., Bellezza, F. S., & Banaji, M. R. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 34–45.
- Greer, T. L., Ring, K. M., Warden, D., Grannemann, B. D., Church, T. S., Somoza, E., Blair, S. N., Szapocznik, J., Stoutenberg, M., Rethorst, C., Walker, R., Morris, D. W., Kosinski, A. S., Kyle, T., Marcus, B., Crowell, B., Oden, N., Nunes, E., & Trivedi, M. H. (2012). Rationale for Using Exercise in the Treatment of Stimulant Use Disorders. *The journal of global drug policy and practice*, 6(1), <http://ctndisseminationlibrary.org/display/825.htm>.
- Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(4), 415–424. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.415>
- Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of studies on alcohol*, 62(6), 754–762. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.754>
- Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2008). Self-determination theory and the psychology of exercise. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1(1), 79–103. <https://doi.org/10.1080/17509840701827437>

- Hartman, R. L., & Huestis, M. A. (2013). Cannabis effects on driving skills. *Clinical chemistry*, 59(3), 478–492. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2012.194381>
- Hatzigeorgiadis, A., Pappa, V., Tsiami, A., Tzatzaki, T., Georgakouli, K., Zourbanos, N., Goudas, M., Chatzisarantis, N. & Theodorakis, Y. (2016). Selfregulation strategies may enhance the acute effect of exercise on smoking delay, *Addictive Behaviors*, 57, 35-37. [doi: 10.1016/j.addbeh.2016.01.012](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.01.012).
- Havassy, B. E., Alvidrez, J., & Owen, K. K. (2004). Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *The American journal of psychiatry*, 161(1), 139–145. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.139>
- Hays, R. D., Sherbourne, D. C., and Mazel, R. (1995). *User's Manual for the Medical Outcomes Study (MOS). Core Measures of Health-Related Quality of Life*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6, 17. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual review of clinical psychology*, 1, 91–111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of general psychiatry*, 58(5), 503–508. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.503>
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment*, 25(3), 125–134. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00130-2](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00130-2)
- Hyde, J., Hankins, M., Deale, A., & Marteau, T. M. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: a systematic literature review. *Journal of health psychology*, 13(5), 607–623. <https://doi.org/10.1177/1359105308090933>
- Institute of Behavioral Research. (2017). Texas Christian University Drug Screen 5. Fort Worth: Texas Christian University. Institute of Behavioral Research. Available at www.ibr.tcu.edu

- Institute of Medicine (IOM) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Research*. Washington D.C.: National Academy Press
- Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25(6), 515–536. <https://doi.org/10.1080/09595230600944461>
- Janssen, I., & Leblanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7, 40. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Johnson, A., (2011). *Addiction medicine, science and practice*. New York: Springer 5(3):301–303
- Johnson, S. D., Striley, C., & Cottler, L. B. (2006). The association of substance use disorders with trauma exposure and PTSD among African American drug users. *Addictive behaviors*, 31(11), 2063–2073. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.02.007>
- Kadden, R. M., & Litt, M. D., (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), 1120–1126. [doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.032](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032)
- Kadden, R.M., & Skerker, P.M. (1999). *Treatment decision making and goal setting*. In B.S. McCrady & E.E. Epstein (Eds.) *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. New York: Oxford University Press, 216-231.
- Kakko, J, Alho H, Baldacchino, A, Molina, R, Nava, FA and Shaya, G (2019). Craving in Opioid Use Disorder: From Neurobiology to Clinical Practice. *Front. Psychiatry* 10:592. [doi: 10.3389/fpsy.2019.00592](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00592)
- Katz, E. C., Brown, B. S., Schwartz, R. P., Weintraub, E., Barksdale, W., & Robinson, R. (2004). Role induction: a method for enhancing early retention in outpatient drug-free treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 227–234. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.227>
- Kavanagh, D. J., & Connor, J. P. (2013). Craving: a research update: editorial to a special issue. *Addictive behaviors*, 38(2), 1499–1500. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.08.001>

- Kearney, M. H., & O'Sullivan, J. (2003). Identity shifts as turning points in health behavior change. *Western journal of nursing research*, 25(2), 134–152. <https://doi.org/10.1177/0193945902250032>
- Kelly, J. F., & White, W. L. (Eds.). (2011). *Current clinical psychiatry. Addiction recovery management: Theory, research and practice*. Humana Press.
- Kelly, M. E., Loughrey, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Walsh, C., & Brennan, S. (2014). The impact of exercise on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 16, 12–31. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.05.002>
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social work in public health*, 28(3-4), 388–406. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774673>
- Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *The American journal of psychiatry*, 160(4), 687–695. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.687>
- Kendler, K. S., Myers, J., Dick, D., & Prescott, C. A. (2010). The relationship between genetic influences on alcohol dependence and on patterns of alcohol consumption. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 34(6), 1058–1065. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01181.x>
- Keogh, J. W., & MacLeod, R. D. (2012). Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 43(1), 96–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.006>
- Khanna, S., & Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary therapies in medicine*, 21(3), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.01.008>
- Kingston, K. M., & Hardy, L. (1997). Effects of different types of goals on processes that support performance. *The Sport Psychologist*, 11(3), 277–293.
- Koestner, R., & Hope, N. (2014). A self-determination theory approach to goals. In M. Gagné (Ed.), *The Oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory* (pp. 400–413). Oxford University Press.

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Köpetz, C. E., Lejuez, C. W., Wiers, R. W., & Kruglanski, A. W. (2013). Motivation and Self-Regulation in Addiction: A Call for Convergence. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 8(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/1745691612457575>
- Korhonen, T., Kujala, U. M., Rose, R. J., & Kaprio, J. (2009). Physical activity in adolescence as a predictor of alcohol and illicit drug use in early adulthood: a longitudinal population-based twin study. *Twin research and human genetics: the official journal of the International Society for Twin Studies*, 12(3), 261–268. <https://doi.org/10.1375/twin.12.3.261>
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *American journal of public health*, 90(3), 360–366. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.3.360>
- Kranzler, H.R., & Rounsaville, B.J. (Eds.), (1998). *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. Marcel Dekker, Inc, New York.
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Kuppili, P. P., Parmar, A., Gupta, A., & Balhara, Y. (2018). Role of Yoga in Management of Substance-use Disorders: A Narrative Review. *Journal of neurosciences in rural practice*, 9(1), 117–122. https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_243_17
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., & Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: a systematic review of longitudinal studies. *Addictive behaviors*, 39(3), 497–506. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.006>
- Lachman, M. E., Lipsitz, L., Lubben, J., Castaneda-Sceppa, C., & Jette, A. M. (2018). When Adults Don't Exercise: Behavioral Strategies to Increase Physical Activity

- in Sedentary Middle-Aged and Older Adults. *Innovation in aging*, 2(1), igy007. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy007>
- Langleben, D. D., Ruparel, K., Elman, I., Busch-Winokur, S., Pratiwadi, R., Loughead, J., O'Brien, C. P., & Childress, A. R. (2008). Acute effect of methadone maintenance dose on brain fMRI response to heroin-related cues. *The American journal of psychiatry*, 165(3), 390–394. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07010070>
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 151–160.
- Latham, P. G., & Locke, A. E. (2007). New Developments in and Directions for Goal-Setting Research. *European Psychologist* 12(4):290-300. DOI: [10.1027/1016-9040.12.4.290](https://doi.org/10.1027/1016-9040.12.4.290)
- Laudet A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), 44–55.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 518–530. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
- Lee, O. & Martinek, T., (2013). Understanding the Transfer of Values-Based Youth Sport Program Goals from a Bioecological Perspective. *Quest*, 65:3, 300-312. <https://doi.org/10.1080/00336297.2013.791871>
- Lee, T.H., Tseng, C.H., & Jan, F.H. (2015). Risk-Taking Attitude and Behavior of Adventure Recreationists: A Review. *Tour. Hosp.*, 4, 1–3.
- Levy, M. S. (2008). Listening to our clients: the prevention of relapse. *Journal of psychoactive drugs*, 40(2), 167–172. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400627>
- Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 41(1), 7–15. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.976708>
- Linke, S. E., Noble, M., Hurst, S., Strong, D. R., Redwine, L., Norman, S. B., & Lindamer, L. A. (2015). An Exercise-Based Program for Veterans with Substance

- Use Disorders: Formative Research. *Journal of psychoactive drugs*, 47(3), 248–257. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1047915>
- Locke, E. & Latham, G. (2006). New Directions in Goal-Setting Theory. *Current Directions in Psychological Science*. Volume: 15 issue: 5, page(s): 265-268. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00449.x>
- Locke, E. A., & Latham, G. (1990). *Theory of Goal Setting and Task Performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1994). Goal setting theory. In H. F. O'Neil, Jr. & M. Drillings (Eds.), *Motivation: Theory and research* (p. 13–29). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2013). *New developments on goal setting and task performance*. New York. Routledge.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2015). Breaking the Rules: A Historical Overview of Goal-Setting Theory. In A.J. Elliot (Ed.), *Advances in Motivation Science* (pp. 99–126). <https://doi.org/10.1016/bs.adms.2015.05.001>
- Locke, E., & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Locke, E., A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: a 35-year old odyssey. *American Psychologist*, 57, 705e717.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. (2nd Ed.)Sydney: Psychology Foundation
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling*, 93(2), 157–168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>

- Lunenburg, C., F., (2011) Goal-Setting Theory of Motivation. *International journal of management, business, and administration, volume 15*
- Lyrakos, G.N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *Eur. Psychiatry*, 26, 1731; [doi:10.1016/S0924-9338\(11\)73435-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73435-6)
- Maddux, J. E. (Ed.). (1995). *The Plenum series in social/clinical psychology. Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Madson, M. B., Mohn, R. S., Schumacher, J. A., & Landry, A. S. (2015). Measuring client experiences of motivational interviewing during a lifestyle intervention. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 48(2), 140–151. <https://doi.org/10.1177/0748175614544687>
- Maibach, E., & Murphy, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: Conceptualization and measurement. *Health Education Research*, 10(1), 37–50. <https://doi.org/10.1093/her/10.1.37>
- Manthou, E., Georgakouli, K., Fatouros, I., Gianoulakis, C., Theodorakis, Y., & Jamourtas, A. (2016). Role of exercise in the treatment of alcohol use disorders (Review). *Biomedical Reports*, 4, 535-545. [DOI: 10.3892/br.2016.626](https://doi.org/10.3892/br.2016.626)
- Marcus, B. H., Eaton, C. A., Rossi, J. S., & Harlow, L. L. (1994). Self-efficacy, decision-making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(6), 489–508. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1994.tb00595.x>
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811–831. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.811>
- Marlatt, G. A. & George, W. H. (1984). Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British journal of addiction*, 79(3), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb00274.x>
- Marlatt, G. A., Witkiewitz, K. (2005). *Relapse prevention in Alcohol and drug problems Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviours*. In: Marlatt GA, Donovan DM, editors. 2nd Edition. Guilford Press;

- Martin, C. K., Church, T. S., Thompson, A. M., Earnest, C. P., & Blair, S. N. (2009). Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 169(3), 269–278. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.545>
- Martin, G., & Pear, J. (1999). *Behavior modification: What is it and how to do it*. Upper Saddle River, NJ: Prentice- Hall Inc.
- Martin, R. A., Stein, L. A., Clair, M., Cancilliere, M. K., Hurlbut, W., & Rohsenow, D. J. (2015). Adolescent Substance Treatment Engagement Questionnaire for Incarcerated Teens. *Journal of substance abuse treatment*, 57, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.04.011>
- Mayfield, R. D., Harris, R. A., & Schuckit, M. A. (2008). Genetic factors influencing alcohol dependence. *British journal of pharmacology*, 154(2), 275–287. <https://doi.org/10.1038/bjp.2008.88>
- McDaniel J. A. (2016). Assessing the Impact of Yoga as a Moderator on Substance Abuse Treatment Effectiveness. Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection. <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2993/>
- McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S. R., Siembab, L., & Drake, R. E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: Prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *Journal of substance abuse treatment*, 31(3), 267–275. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.05.003>
- McKay, J. R. (2011). Negative mood, craving, and alcohol relapse: can treatment interrupt the process?. *Current psychiatry reports*, 13(6), 431–433. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0225-z>
- McMurrin, M. (2002). *Motivating offenders to change: a guide to enhancing engagement in therapy*. Oxford: John Wiley & Sons;
- Metsios, G. S., Stavropoulos-Kalinoglou, A., Veldhuijzen van Zanten, J. J., Treharne, G. J., Panoulas, V. F., Douglas, K. M., Koutedakis, Y., & Kitas, G. D. (2008). Rheumatoid arthritis, cardiovascular disease and physical exercise: a systematic review. *Rheumatology* (Oxford, England), 47(3), 239–248. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kem260>
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A meta-

- regression. *Health Psychology*, 28(6), 690–701.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0016136>
- Michie, S., Carey, R. N., Johnston, M., Rothman, A. J., De Bruin, M., Kelly, M. P., & Connell, L. E. (2016). From theory-inspired to theory-based interventions: A protocol for developing and testing a methodology for linking behaviour change techniques to theoretical mechanisms of action. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(6), 1–12
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-94866>
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48–56.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>
- Miles, D. R., Van den Bree, M. B., Gupman, A. E., Newlin, D. B., Glantz, M. D., & Pickens, R. W. (2001). A twin study on sensation seeking, risk taking behavior and marijuana use. *Drug and alcohol dependence*, 62(1), 57–68.
[https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(00\)00165-4](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(00)00165-4)
- Miller W. R. (2003). A collaborative approach to working with families. *Addiction (Abingdon, England)*, 98(1), 5–6. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00305.x>
- Miller, W., & Rollnick, S., (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(3), 401–413.
<https://doi.org/10.1111/add.12693>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. The Guilford Press
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(2), 129–140.
<https://doi.org/10.1017/S1352465809005128>

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Mittelstaedt, R. D. & Jones J. J. (2009). Outdoor Recreation Self-Efficacy: Scale Development, Reliability and Validity. *Journal of Outdoor Recreation, Education, and Leadership*, Vol. 1, No. 1, pp. 97-120. DOI: [10.7768/1948-5123.1006](https://doi.org/10.7768/1948-5123.1006)
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 88(2-3), 109–121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.010>
- Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J., & Moos, B. (2001). Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 273–287. <https://doi.org/10.1002/jclp.1011>
- More, A., Jackson, B., Dimmock, J. A., Thornton, A. L., Colthart, A., & Furzer, B. J. (2017). Exercise in the treatment of youth substance use disorders: Review and recommendations. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01839>
- Moritz, S. E., Feltz, D. L., Fahrbach, K. R., & Mack, D. E. (2000). The relation of self-efficacy measures to sport performance: a meta-analytic review. *Research quarterly for exercise and sport*, 71(3), 280–294. <https://doi.org/10.1080/02701367.2000.10608908>
- Morres, I. D., & Theodorakis, Y. (2019). Depression. In D. Hackfort, R. J. Schinke, & B. Strauss (Eds.), *Dictionary of Sport Psychology: Sport, Exercise, and Performing Arts* (pp. 74-75): Academic Press. Elsevier
- Morres, I. D., Hatzigeorgiadis, A., Stathi, A., Comoutos, N., Arpin-Cribbie, C., Krommidas, C., & Theodorakis, Y. (2019). Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 36(1), 39–53. <https://doi.org/10.1002/da.22842>
- Morse, E. D. (2018). Addiction is a Chronic Medical Illness. *North Carolina medical journal*, 79(3), 163–165. <https://doi.org/10.18043/ncm.79.3.163>

- Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H. Y. (2012). Measures of substance consumption among substance users, DSM-IV abusers, and those with DSM-IV dependence disorders in a nationally representative sample. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(5), 820–828. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.820>
- Mullan, E., & Markland, D. (1997). Variations in self-determination across the stages of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion*, 21(4), 349–362. <https://doi.org/10.1023/A:1024436423492>
- Muller, A. E., & Clausen, T. (2015). Group exercise to improve quality of life among substance use disorder patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 146–152. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494814561819>
- Muñoz, M. A., Martínez, J. A., Fernández-Santaella, M. C., Vila, J., & Cepeda-Benito, A. (2010). Two scales to evaluate cocaine craving. *Substance use & misuse*, 45(9), 1303–1318. <https://doi.org/10.3109/10826081003682263>
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle?. *Psychological bulletin*, 126(2), 247–259. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.247>
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry research*, 186(2-3), 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.042>
- Nani, S., Matsouka, O., Tsitskari, E., et al. (2017). The role of physical activity in life happiness of Greek drug abusers participating in a treatment program. *Sport Sci Health* 13, 25–32. <https://doi.org/10.1007/s11332-016-0345-2>
- Nascimento, S. L., Surita, F. G., & Cecatti, J. G. (2012). Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 24(6), 387–394. <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328359f131>
- Nasstasia, Y., Baker, A. L., Halpin, S. A., Hides, L., Lewin, T. J., Kelly, B. J., & Callister, R. (2017). Evaluating the efficacy of an integrated motivational interviewing and multi-modal exercise intervention for youth with major depression: Healthy Body, Healthy Mind randomised controlled trial protocol. *Contemporary clinical trials communications*, 9, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.11.007>

- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 7(4), 325–340.
<https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- NIDA (2021). Drugs and the Brain. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science/addiction/drugs-brain>
- NIDA, (2017). *Recovery*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/related-topics/recovery>
- NIDA, (2018). *Common Physical and Mental Health Comorbidities with Substance Use Disorders*
- NIDA, (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>
- NIDA, (2019), Treatment Approaches for Drug Addiction DrugFacts. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>
- NIDA, (2020). *Principles of Effective Treatment*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
- NIDA, (2020). *What are the Fundamental Components of Therapeutic Communities?* Retrieved from www.drugabuse.gov.
- NIDA, (2020). *What Are Therapeutic Communities?.* Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>
- NIDA, (2021). *Part 1: The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>

- Noble, F., & Marie, N. (2019). Management of Opioid Addiction With Opioid Substitution Treatments: Beyond Methadone and Buprenorphine. *Frontiers in psychiatry*, 9, 742. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00742>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Ntoumanis, N., Ng, J., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C., & Williams, G. C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health psychology review*, 15(2), 214–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>
- Olander, E. K, Fletcher, H., Williams, S., Lou, A., Turner, A., & French, D. P. (2013). What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, Article 29. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-29>
- Opstoel, K., Chapelle, L., Prins, F.J., De Meester, A., Haerens, L., van Tartwijk, J., & De Martelaer, K. (2019). Personal and social development in physical education and sports: A review study. *European Physical Education Review*, 26, 797 - 813.
- Panagiotounis, F., Theodorakis, Y., Hassandra, M. & Morres I., (2020). Psychological effects of an adventure therapy program in the treatment of substance use disorders. A Greek pilot study, *Journal of Substance Use*, 26:2, 118-124, [DOI: 10.1080/14659891.2020.1807630](https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1807630)
- Paxton, T. & McAvoy, L. H., (2000). Social psychological benefits of a wilderness adventure program. In: McCool, Stephen F.; Cole, David N.; Borrie, William T.; O'Loughlin, Jennifer, comps. 2000. *Wilderness science in a time of change conference—Volume 3: Wilderness as a place for scientific inquiry*; 1999 May 23–27; Missoula, MT. Proceedings RMRS-P-15-VOL-3. Ogden, UT: U.S. Department of Agriculture, Forest Service, Rocky Mountain Research Station. p. 202-206
- Pearson, E. S. (2012). Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: a systematic literature review examining intervention

- components. *Patient education and counseling*, 87(1), 32–42.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.018>
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189–193. <https://doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>
- Peritogiannis, V. (2015). Sensation/novelty seeking in psychotic disorders: A review of the literature. *World Journal of Psychiatry*, 5(1), 79–87.
<http://doi.org/10.5498/wjp.v5.i1.79>
- Perri, M. G., Anton, S. D., Durning, P. E., Ketterson, T. U., Sydemann, S. J., Berlant, N. E., Kanasky, W. F., Jr, Newton, R. L., Jr, Limacher, M. C., & Martin, A. D. (2002). Adherence to exercise prescriptions: effects of prescribing moderate versus higher levels of intensity and frequency. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 21(5), 452–458.
- Piko, F. B. & Kovács, E., (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use, *Addictive Behaviors*, Volume 35, Issue 1, Pages 53-56, ISSN 0306-4603, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.08.004>.
- Preston, K. L., & Epstein, D. H. (2011). Stress in the daily lives of cocaine and heroin users: relationship to mood, craving, relapse triggers, and cocaine use. *Psychopharmacology*, 218(1), 29–37. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2183-x>
- Priest, S., & Gass, M. (1997). *Effective leadership in adventure programming*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C., C. (2005). The transtheoretical approach. In Norcross, John C.; Goldfried, Marvin R. (eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford series in clinical psychology (2nd ed.). Oxford; New York: Oxford University Press. pp. 147–171.
- Próchniak, P., (2016). Need for Achievement in Outdoor Recreation: Scale Construction and Validation. *Journal of Psychology and Behavioral Science* Vol. 4, No. 2, pp. 142-151. [DOI: 10.15640/jpbs.v4n2a13](https://doi.org/10.15640/jpbs.v4n2a13)
- Psychou, D., Kokaridas, D., Koulouris, N., Theodorakis, Y., & Krommidas, C. (2019). The effect of exercise on improving quality of life and self-esteem of inmates in

- Greek prisons. *Journal of Human Sport and Exercise*, 14(2), 374-384.
[doi:https://doi.org/10.14198/jhse.2019.142.1](https://doi.org/10.14198/jhse.2019.142.1)
- 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.
<https://doi.org/10.1151/spp053113>
- Rajati, F., Sadeghi, M., Feizi, A., Sharifirad, G., Hasandokht, T., & Mostafavi, F. (2014). Self-efficacy strategies to improve exercise in patients with heart failure: A systematic review. *ARYA atherosclerosis*, 10(6), 319–333.
- Rawson, R. A., Chudzynski, J., Mooney, L., Gonzales, R., Ang, A., Dickerson, D., Penate, J., Salem, B. A., Dolezal, B., & Cooper, C. B. (2015). Impact of an exercise intervention on methamphetamine use outcomes post-residential treatment care. *Drug and alcohol dependence*, 156, 21–28.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.029>
- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21(5), 444–451. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.5.444>
- Riebe, D., Franklin, B. A., Thompson, P. D., Garber, C. E., Whitfield, G. P., Magal, M., & Pescatello, L. S. (2015). Updating ACSM's Recommendations for Exercise Preparticipation Health Screening. *Medicine and science in sports and exercise*, 47(11), 2473–2479. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000664>
- Ringer, M. (1994). *Adventure as Therapy: A Map of the Field*. Workshop Report. (ERIC Document Reproduction Service)
- Robinson, T. E. & Berridge, K., C., (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96: 103-114. [doi:10.1046/j.1360-0443.2001.9611038.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9611038.x)
- 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), 247–291. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(93\)90013-p](https://doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-p)
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual review of psychology*, 54, 25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
- Roessler, K. K. (2010). Exercise treatment for drug abuse - A Danish pilot study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6), 664–669.
<https://doi.org/10.1177/1403494810371249>

- Rogers, R. E., Higgins, S. T., Silverman, K., Thomas, C. S., Badger, G. J., Bigelow, G., & Stitzer, M. (2008). Abstinence-contingent reinforcement and engagement in non-drug-related activities among illicit drug abusers. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 22(4), 544–550. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.4.544>
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 23. 325 - 334.
- Rollnick, S., Miller R., W., Butler C., C., & Aloia S., M., (2008). Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5(3):203–203.
- Rose, A., Panagiotounis, F., Theodorakis, Y., Mydland, T., Kouthouris, C., & Rcg, N. (2019). Adventure Drugs Rehabilitation (ADR). Adventure therapy program for patients in rehabilitation for substance abuse. A Handbook for Addiction Counsellors.
- Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press;
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., & Cooke, R. (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug and alcohol review*, 24(5), 411–418. <https://doi.org/10.1080/09595230500286039>
- Ruch, Willibald; Zuckerman, M (2001). *Sensation seeking in adolescents*. In: Raithel, J. Risikoverhaltenstypen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention. Opladen: Leske + Budrich, 97-110.
- Russell, K. C. & Gillis, H. L. (2018). The adventure therapy experience scale (ATES): The psychometric properties of a scale to measure the unique factors moderating an adventure therapy experience. *Journal of Experiential Education*, 40(2), 135-152. [DOI: 10.1177/1053825917690541](https://doi.org/10.1177/1053825917690541)
- Russell, K. C. (2008). Adolescent substance-use treatment: Service delivery, research on effectiveness, and emerging treatment alternatives. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 2(2-4), 68–96. <https://doi.org/10.1080/15560350802081264>
- Russell, K. C., Hendee, J. C., and Phillips-Miller, D., (1999). *How Wilderness Therapy Works: An Examination of the Wilderness Therapy Process to Treat Adolescents*

- with Behavioral Problems and Addictions*. In: Cole, D. N.; McCool, S. F. 2000. Proceedings: Wilderness Science in a Time of Change. Proc. RMRS-P-000. Ogden, UT: U.S. Department of Agriculture, Forest Service, Rocky Mountain Research Station
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. [DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (p. 3–33). University of Rochester Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, Vol. 49, No. 3, 186–193. [DOI: 10.1037/a0012753](https://doi.org/10.1037/a0012753)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York, NY: Guilford Publishing.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E., L., & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 1-5.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Behavioral health treatments and services*.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2005). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 41*. Rockville (MD).
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2020). *Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42*. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 12-*

4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2019). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Santucci K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Curr Opin Pediatr.*;24(2):233-237. [doi:10.1097/MOP.0b013e3283504fbf](https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283504fbf).
- Sarkar, S., & Varshney, M. (2017). Yoga and substance use disorders: A narrative review. *Asian journal of psychiatry*, 25, 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.021>
- Sayette, M. A. (2016). The Role of Craving in Substance Use Disorders: Theoretical and Methodological Issues. *Annual review of clinical psychology*, 12, 407–433. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093351>
- Schulte, M. T., & Hser, Y. I. (2014). Substance Use and Associated Health Conditions throughout the Lifespan. *Public health reviews*, 35(2), <https://doi.org/10.1007/BF03391702>
- Schwabe, L., Dickinson, A., & Wolf, O. T. (2011). Stress, habits, and drug addiction: A psychoneuroendocrinological perspective. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 53–63.
- Schwarzer Ralf & Jerusalem Matthias, (2013). General Self-Efficacy Scale (GSE). *Measurement Instrument Database for the Social Science*. Retrieved from www.midss.ie
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995) *Generalized self-efficacy scale*. In: Weinman J, Wright S, Johnston M (eds) *Measures in health psychology: a user's portfolio*. Causal and control beliefs. NFER-Nelson, Windsor, UK, pp 35–37
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(1S), S54–S63. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1\(Suppl.\).S54](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1(Suppl.).S54)
- Scobbie, L., Dixon, D., & Wyke, S. (2011). Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice

- framework. *Clinical rehabilitation*, 25(5), 468–482.
<https://doi.org/10.1177/0269215510389198>
- Scourfield, J., Stevens, D. E., & Merikangas, K. R. (1996). Substance abuse, comorbidity, and sensation seeking: gender differences. *Comprehensive psychiatry*, 37(6), 384–392. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(96\)90021-8](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(96)90021-8)
- Sharma, A., Madaan, V., & Petty, F. D. (2006). Exercise for mental health. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8(2), 106. <https://doi.org/10.4088/pcc.v08n0208a>
- Shilts, M. K., Horowitz, M., & Townsend, M. S. (2004). Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *American journal of health promotion: AJHP*, 19(2), 81–93. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-19.2.81>
- Siebert, R. J., & Taylor, W. J. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 26(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09638280410001644932>
- Simon, R., & West, R. (2015). Models of addiction and types of interventions: An integrative look. *The International Journal Of Alcohol And Drug Research*, 4(1), 13-20. DOI: [10.7895/ijadr.v4i1.198](https://doi.org/10.7895/ijadr.v4i1.198)
- Simonton, A. J., Young, C. C., & Brown, R. A. (2018). Physical Activity Preferences and Attitudes of Individuals With Substance Use Disorders: A Review of the Literature. *Issues in mental health nursing*, 39(8), 657–666. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429510>
- Simpson, D. D. & Brown, B. S. (Eds), (1999). Special issue: treatment process and outcome studies from DATOS, *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 81–174.
- Simpson, D. D. (2001). Modeling treatment process and outcomes. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(2), 207–211. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9622073.x>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 47(3), 227–235. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(97\)00099-9](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(97)00099-9)
- Simpson, D.,D. & Joe, G.,W., (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *J Subst Abuse Treat*, 27(2):89–97.

- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L.R. et al., (2000). Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology* 152, 140–148
<https://doi.org/10.1007/s002130000499>
- Smith, L. A., Gates, S., & Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD005338.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005338.pub2>
- Smith, M. A., & Lynch, W. J. (2012). Exercise as a potential treatment for drug abuse: evidence from preclinical studies. *Frontiers in psychiatry*, 2, 82.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2011.00082>
- Smyth, J., N. & Wiechelt A. S., (2005). Drug Use, Self-Efficacy, and Coping Skills Among People with Concurrent Substance Abuse and Personality Disorders: Implications for Relapse Prevention, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 5:4, 63-79, DOI: 10.1300/J160v05n04_05
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health*, 20(2), 143–160.
<https://doi.org/10.1080/08870440512331317670>
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 93–116.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90092-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M)
- Stein LAR, Colby SM, Barnett NP, Monti PM, Golembeske C & Lebeau-Craven R. (2004). An alcohol and drug abuse treatment participation questionnaire for incarcerated adolescents. Poster presented at the 27th Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism; Vancouver, Ontario, Canada.,
- Stein, L. A., Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R., & Miranda, R. (2006). Enhancing Substance Abuse Treatment Engagement in Incarcerated Adolescents. *Psychological services*, 3(1), 25–34.
<https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.1.0>
- Stonerock, G. L., Hoffman, B. M., Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 49(4), 542–556.
<https://doi.org/10.1007/s12160-014-9685-9>

- Ströhle A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of neural transmission (Vienna, Austria: 1996)*, 116(6), 777–784. <https://doi.org/10.1007/s00702-008-0092-x>
- Stronski, S. M., Ireland, M., Michaud, P., Narring, F., & Resnick, M. D. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance use: a Swiss National Study. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 26(6), 420–427. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(99\)00057-9](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(99)00057-9)
- Sussner, B. D., Smelson, D. A., Rodrigues, S., Kline, A., Losonczy, M., & Ziedonis, D. (2006). The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. *Drug and alcohol dependence*, 83(3), 233–237. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.022>
- Teixeira P.J., Silva M.N., Mata J., Palmeira A.L., Markland D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9(1):22
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9, 78. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
- Theodorakis, Y. (1994). Planned behavior, attitude strength, role identity and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist*, 8, 149-165.
- Theodorakis, Y., Goudas, M., Zourbanos, N., Hatzigeorgiadis, A., & Jamurtas, A. (2015). Exercise as a Means for Smoking and Alcohol Cessation: New Trends in Research. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 12 (3), 226 – 233.
- Theodorakis, Y., Laparidis, K., Kioumourtzoglou, E., & Goudas, M. (1998). Combined Effects of Goal Setting and Performance Feedback on Performance and Physiological Response on a Maximum Effort Task. *Perceptual and Motor Skills*, 86(3), 1035–1041.
- Theodorakis, Y., Morres, I., Hassandra, M, Goudas, M. Tsolaki, M. & Mouzakidis, C. (Eds.) (2021). *Recommendations on EU Guidelines for the use of Physical Activity on Mental Health*. Interactive Living for Mental Health Project. ISBN 978-960-89923-5-1

- Thomas, S., Reading, J., & Shephard, R. J. (1992). Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Can J Sport Sci* 17(4):338-45.
- Thompson, T. P., Horrell, J., Taylor, A. H., Wanner, A., Husk, K., Wei, Y., Creanor, S., Kandiyali, R., Neale, J., Sinclair, J., Nasser, M., & Wallace, G. (2020). Physical activity and the prevention, reduction, and treatment of alcohol and other drug use across the lifespan (The PHASE review): A systematic review. *Mental health and physical activity*, 19, 100360. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100360>
- Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x>
- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and alcohol dependence*, 34(1), 19–28. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(93\)90042-o](https://doi.org/10.1016/0376-8716(93)90042-o)
- Tucker, A. R. (2009). Adventure-based group therapy to promote social skills in adolescents. *Social Work with Groups*, 32(4), 315–329. [doi:10.1080/01609510902874594](https://doi.org/10.1080/01609510902874594).
- Tucker, A. R., & Norton, C. L. (2013). The use of adventure therapy techniques by clinical social workers: Implications for practice and training. *Clinical Social Work Journal*, 41(4), 333–343. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0411-4>
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General (2016). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Washington, DC: HHS.
- United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2017)
- UNODC, United Nation Office on Drug and Crime, (2017). *Line Up Live Up Trainer Manual. Life skills training through sport to prevent crime, violence and drug use*. Vienna, 2017
- UNODC, United Nation Office on Drug and Crime, (2021). *World Drug Report. Executive summary conclusions and policy implications*. United Nations publication
- Ussher, M. H., Taylor, A. H., & Faulkner, G. E. (2014). Exercise interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD002295. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002295.pub5>

- Van Etten, M. L., Higgins, S. T., Budney, A. J., & Badger, G. J. (1998). Comparison of the frequency and enjoyability of pleasant events in cocaine abusers vs. non-abusers using a standardized behavioral inventory. *Addiction*, *93*(11), 1669–1680. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931116695.x>
- Van Mierlo, H., & Kleingeld, A. (2010). Goals, strategies, and group performance: Some limits of goal setting in groups. *Small Group Research*, *41*(5), 524–555. <https://doi.org/10.1177/1046496410373628>
- Van Ryzin, J. M., Fosco, M. G. & Dishion, J. T., (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis, *Addictive Behaviors*, *Volume 37, Issue 12*, Pages 1314-1324, ISSN 0306-4603, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.020>.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 427817. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- Vanderplasschen, W., Vandeveld, S., & Broekaert, E., (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). ISBN: 978-92-9168-683-4
- Vuori I. M. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Medicine and science in sports and exercise*, *33* (6 Suppl), S551–610. <https://doi.org/10.1097/00005768-200106001-00026>
- Vuori, I. (1995). Exercise and physical health: musculoskeletal health and functional capabilities. *Research quarterly for exercise and sport*, *66*(4), 276–285. <https://doi.org/10.1080/02701367.1995.10607912>
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PloS one*, *9*(10), e110728. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110728>
- Wang, D., Zhu, T., Zhou, C., & Chang, Y.-K. (2017). Aerobic exercise training ameliorates craving and inhibitory control in methamphetamine dependencies: A randomized controlled trial and event-related potential study. *Psychology of Sport and Exercise*, *30*, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.02.001>

- Wang, K., Luo, J., Zhang, T., Ouyang, Y., Zhou, C., & Lu, Y. (2019). Effect of Physical Activity on Drug Craving of Women With Substance Use Disorder in Compulsory Isolation: Mediating Effect of Internal Inhibition. *Frontiers in psychology, 10*, 1928. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01928>
- Wankel, L. M., & Sefton, J. M. (1994). Physical activity and other lifestyle behaviors. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement* (pp. 530–550). Human Kinetics Publishers.
- Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration (2011). The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). *Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23*
- 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)*, 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Webb, T. L., Sniehotta, F. F., & Michie, S. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction (Abingdon, England), 105(11)*, 1879–1892. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03028.x>
- Weinberg, S., R., (2013). Goal setting in sport and exercise: research and practical applications. *Revista da Educação Física / UEM, 24(2)*, 171-179. <https://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v24.2.17524>
- Weinstock, J., Barry, D., & Petry, N. M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addictive behaviors, 33(8)*, 1072–1075. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.03.011>
- Weinstock, J., Farney, M. R., Elrod, N. M., Henderson, C. E., & Weiss, E. P. (2017). Exercise as an Adjunctive Treatment for Substance Use Disorders: Rationale and Intervention Description. *Journal of substance abuse treatment, 72*, 40–47. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.09.002>
- Weinstock, J., Petry, N. M., Pescatello, L. S., & Henderson, C. E. (2016). Sedentary college student drinkers can start exercising and reduce drinking after intervention. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of*

- Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(8), 791–801.
<https://doi.org/10.1037/adb0000207>
- Weisner, C., Ray, G. T., Mertens, J. R., Satre, D. D., & Moore, C. (2003). Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and alcohol dependence*, 71(3), 281–294. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(03\)00167-4](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(03)00167-4)
- Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Current opinion in pharmacology*, 5(1), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2004.11.001>
- West, R. (2013). *Models of addiction*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction (2nd ed.)*. Wiley-Blackwell.
- WHO, (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*
- WHO, (2009). *Clinical Guidelines for Withdrawal Management and Treatment of Drug Dependence in Closed Settings*. Geneva. ISBN-13: 978-92-9061-430-2
- WHO, (2010). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization* (http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)
- WHO, (2014). *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. World Health Organization.
- WHO, (2017). *Health promotion in the Sustainable Development Goals (Resolution)*
- WHO, (2017). *Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. Geneva; (WHO/NMH/PND/18.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO, (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO, (2018). *ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision*
- WHO, (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*
- WHO, (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wichstrøm, T., & Wichstrøm, L. (2009). Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? *Addiction (Abingdon, England)*, 104(1), 138–149. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02422.x>

- Williams, D., J., & Streat, B. W. (2004) Physical Activity as a Helpful Adjunct to Substance Abuse Treatment, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4:3, 83-100, [DOI: 10.1300/J160v04n03_06](https://doi.org/10.1300/J160v04n03_06)
- Williams, D., M., (2008): Exercise, affect, and adherence: an integrated model and a case for self-paced exercise. *J Sport Exerc Psychol*, 30:471-496 <http://dx.doi.org/10.1126/scisignal.2001449>.
- Williams, G. C. (2002). *Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers*. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 233–254). Rochester, NY: The University of Rochester Press
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *The American psychologist*, 59(4), 224–235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Wood, P. A., Dawe, S., Gullo, J. M., (2013). The role of personality, family influences, and prosocial risk-taking behavior on substance use in early adolescence. *Journal of Adolescence*, Volume 36, Issue 5, Pages 871-881, ISSN 0140-1971, <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.003>.
- Woodgate, J., & Brawley, L. R. (2008). Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *Journal of health psychology*, 13(3), 366–387. <https://doi.org/10.1177/1359105307088141>
- Wu, N., Bredin, S., Guan, Y., Dickinson, K., Kim, D. D., Chua, Z., Kaufman, K., & Warburton, D. (2019). Cardiovascular Health Benefits of Exercise Training in Persons Living with Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 8(2), 253. <https://doi.org/10.3390/jcm8020253>
- Yang, C., Zhou, Y., & Xia, M. (2020). How Resilience Promotes Mental Health of Patients With DSM-5 Substance Use Disorder? The Mediation Roles of Positive Affect, Self-Esteem, and Perceived Social Support. *Frontiers in psychiatry*, 11, 588968. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.588968>
- Yen, C. F., Lin, H. C., Wang, P. W., Ko, C. H., Lee, K. H., Hsu, C. Y., Chung, K. S., Wu, H. C., & Cheng, C. P. (2016). Heroin craving and its correlations with clinical outcome indicators in people with heroin dependence receiving

- methadone maintenance treatment. *Comprehensive psychiatry*, 65, 50–56.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.10.001>
- Zhang, Z., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction (Abingdon, England)*, 98(5), 673–684. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x>
- Zhu, D., Dai, G., Xu, D., Xu, X., Geng, J., Zhu, W., Jiang, X., & Theeboom, M. (2018). Long-Term Effects of Tai Chi Intervention on Sleep and Mental Health of Female Individuals With Dependence on Amphetamine-Type Stimulants. *Frontiers in psychology*, 9, 1476.
- Zhu, D., Xu, D., Dai, G., Wang, F., Xu, X., & Zhou, D. (2016). Beneficial effects of Tai Chi for amphetamine-type stimulant dependence: a pilot study. *Am J Drug Alcohol Abuse*;42(4):469-78.
- Zhuang, S. M., An, S. H., & Zhao, Y. (2013). Yoga effects on mood and quality of life in Chinese women undergoing heroin detoxification: a randomized controlled trial. *Nursing research*, 62(4), 260–268.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318292379b>
- Zilberman, M. L., Tavares, H., Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2007). The impact of gender, depression, and personality on craving. *Journal of addictive diseases*, 26(1), 79–84. https://doi.org/10.1300/J069v26n01_10
- Zourbanos, N., Hatzigeorgiadis, A., Tsiami, A., Tzatzaki, T., Georgakouli, K., Manthou, E., Theodorakis, Y. (2016). An initial investigation of smokers' urges to smoke and their exercise intensity preference: A mixed-methods approach. *Cogent Medicine*, 3, 1149043.
- Zschucke, E., Heinz, A., & Ströhle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *The Scientific World Journal*, 901741.
<https://doi.org/10.1100/2012/901741>
- Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E., & Moss, H. B. (2008). Early Developmental Processes and the Continuity of Risk for Underage Drinking and Problem Drinking. *Pediatrics*, 121(Suppl 4), S252–S272.
<http://doi.org/10.1542/peds.2007-2243B>
- Zuckerman, M. (1990). The psychophysiology of sensation seeking. *Journal of Personality*, 58, 313–341.

- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press
- ΕΚΤΕΠΙΝ, 2017. *Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών*
- Μάτσα, Κ., (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανία*. Εκδόσεις Άγρα
- Μπελογιάννης, Χ., (2008). *Τροποποίηση της κλίμακας «Αναζήτησης Διέγερσης-Συναισθημάτων» του Zuckerman (1994) στα Ελληνικά*. Πρακτικά 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Αθλητικής Διοίκησης. Αθήνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1.

Κλίμακα Αναζήτηση Διέγερσης-Συναισθημάτων (Zuckerman, 1994)

Κάθε δήλωση από τις παρακάτω περιέχει δύο επιλογές Α και Β. Παρακαλώ σημειώστε ποια από τις δύο επιλογές περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που νοιώθετε. Σε κάποιες δηλώσεις μπορεί να βρείτε ότι και οι δύο δηλώσεις περιγράφουν αυτά που σας αρέσουν ή τον τρόπο που νοιώθετε. Παρακαλώ διαλέξτε αυτή που περιγράφει καλύτερα τις προτιμήσεις σας ή τον τρόπο που νοιώθετε. Σε άλλες δηλώσεις μπορεί να διαπιστώσετε ότι καμία δεν περιγράφει αυτό που σας αρέσει ή νοιώθετε. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιλέξτε αυτή που σας αρέσει περισσότερο.

Παρακαλώ μην αφήσετε κάποια δήλωση αναπάντητη. Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις δηλώσεις μόνο με μια επιλογή Α ή Β.

Ενδιαφερόμαστε μόνο για τις προτιμήσεις σας ή το πώς νοιώθετε, όχι για το πώς νοιώθουν οι άλλοι, ή για το πώς έπρεπε να νοιώθετε. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις σε οποιοδήποτε τεστ.

Να είστε ειλικρινείς και να δώσετε την ειλικρινή εκτίμηση του εαυτού σας.

1.	Μου αρέσουν τα χωρίς αναστολές, «άγρια» πάρτυ	A
	Προτιμώ τα ήσυχα πάρτυ με καλή κουβέντα	B
2.	Μου αρέσει να βλέπω κάποιες ταινίες για δεύτερη ή ακόμα και τρίτη φορά.	A
	Δεν αντέχω να δω μια ταινία που την έχω ξαναδεί.	B
3.	Συχνά εύχομαι να μπορούσα να είμαι ορειβάτης.	A
	Δεν μπορώ να καταλάβω τους ανθρώπους που ρισκάρουν τη ζωή τους κάνοντας ορειβασία.	B
4.	Σιχαίνομαι όλες τις ανθρώπινες μυρωδιές.	A
	Μου αρέσουν κάποιες από τις μυρωδιές του ανθρώπινου σώματος.	B
5.	Βαριέμαι να βλέπω τα ίδια και τα ίδια πρόσωπα.	A
	Μου αρέσει η άνετη συναναστροφή των καθημερινών φίλων.	B
6.	Μου αρέσει να εξερευνώ μια ξένη πόλη ή περιοχή μόνος μου, ακόμα κι αν μπορεί να χαθώ	A
	Προτιμώ να έχω έναν οδηγό όταν είμαι σε ένα μέρος που δεν γνωρίζω τόσο καλά.	B
7.	Δεν μου αρέσουν οι άνθρωποι που κάνουν ή λένε πράγματα μόνο και μόνο για να προκαλέσουν ή να εκνευρίσουν τους άλλους.	A
	Είναι βαρετός ένας άνθρωπος όταν μπορείς να προβλέψεις σχεδόν οτιδήποτε θα πει ή θα κάνει.	B
8.	Συνήθως δεν μου αρέσει μια ταινία ή ένα παιχνίδι όπου μπορώ εκ των προτέρων να προβλέψω τι θα συμβεί.	A
	Δεν με πειράζει να παρακολουθώ μια ταινία ή ένα παιχνίδι όπου μπορώ να προβλέψω τι θα συμβεί εκ των προτέρων.	B
9.	Έχω δοκιμάσει ή θα ήθελα να δοκιμάσω χασίς.	A
	Δεν θα κάπνιζα ποτέ χασίς.	B
10.	Δεν θα ήθελα να δοκιμάσω καμιά ουσία που μπορεί να μου προκαλούσε περίεργα ή επικίνδυνα συμπτώματα.	A
	Θα μου άρεσε να δοκιμάσω κάποιες από τις καινούριες ουσίες που προκαλούν ψευδαισθήσεις.	B

11.	Ένας λογικός άνθρωπος αποφεύγει τις επικίνδυνες δραστηριότητες.	A
	Κάποιες φορές μου αρέσει να κάνω πράγματα που είναι λίγο τρομακτικά.	B
12.	Δεν μου αρέσουν οι άνθρωποι που είναι απελευθερωμένοι, χωρίς αναστολές στο σεξ	A
	Απολαμβάνω την παρέα ανθρώπων που είναι πραγματικά απελευθερωμένοι, χωρίς αναστολές στο σεξ	B
13.	Οι διεγερτικές ουσίες δεν με κάνουν να νιώθω άνετα.	A
	Μου αρέσει συχνά να «φτιάχνομαι» (πίνοντας αλκοόλ ή καπνίζοντας χασίς).	B
14.	Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούρια φαγητά που δεν έχω γευτεί ποτέ.	A
	Παραγγέλνω πιάτα που μου είναι γνωστά, για να μη μου προκαλέσουν απογοήτευση και δυσαρέσκεια.	B
15.	Μου αρέσει να βλέπω στο σπίτι ταινίες ή φωτογραφίες από ταξίδια.	A
	Βαριέμαι τρομακτικά να βλέπω στο σπίτι κάποιου ταινίες ή φωτογραφίες από ταξίδια.	B
16.	Θα μου άρεσε να ασχοληθώ με το θαλάσσιο σκι.	A
	Δεν θα μου άρεσε να ασχοληθώ με το θαλάσσιο σκι.	B
17.	Θα μου άρεσε να δοκιμάσω να κάνω σερφ.	A
	Δεν θα μου άρεσε να δοκιμάσω να κάνω σερφ.	B
18.	Θα μου άρεσε να κάνω ένα ταξίδι χωρίς προσχεδιασμένο πρόγραμμα και διαδρομές.	A
	Όταν κάνω ένα ταξίδι, μου αρέσει να προγραμματίζω τη διαδρομή και το πρόγραμμα ιδιαίτερα προσεκτικά.	B
19.	Προτιμώ τους προσγειωμένους ανθρώπους ως φίλους.	A
	Θα μου άρεσε να έχω κάποιους «φευγάτους» φίλους, όπως οι καλλιτέχνες ή τα «φρικιά».	B
20.	Δεν θα μου άρεσε να μάθω να πιλοτάρω αεροπλάνο.	A
	Θα μου άρεσε να μάθω να πιλοτάρω αεροπλάνο.	B
21.	Προτιμώ τα ρηχά από τα βαθιά νερά.	A
	Θα μου άρεσε να κάνω καταδύσεις.	B
22.	Θα μου άρεσε να γνωρίσω κάποιους ανθρώπους που είναι ομοφυλόφιλοι (άνδρες και γυναίκες).	A
	Μένω μακριά από οποιονδήποτε υποψιάζομαι ότι είναι ομοφυλόφιλος-η.	B
23.	Θα μου άρεσε να δοκιμάσω πτώση με αλεξίπτωτο.	A
	Ποτέ δεν θα ήθελα να δοκιμάσω πτώση από αεροπλάνο, με ή χωρίς αλεξίπτωτο.	B
24.	Προτιμώ φίλους που είναι συναρπαστικά μη προβλέψιμοι.	A
	Προτιμώ φίλους που είναι αξιόπιστοι και προβλέψιμοι.	B
25.	Δεν με ενδιαφέρει μια εμπειρία, μόνο για την εμπειρία.	A
	Μου αρέσει να ζω καινούριες και συναρπαστικές εμπειρίες και συγκινήσεις, ακόμα κι αν είναι λίγο τρομακτικές, μη συμβατικές ή παράνομες.	B
26.	Το βασικό χαρακτηριστικό των καλών τεχνών συνίσταται στην καθαρότητα, τη συμμετρία της μορφής και στην αρμονία των χρωμάτων.	A
	Συχνά βρίσκω ομορφιά στην αντίθεση των χρωμάτων και στις ακανόνιστες μορφές της μοντέρνας ζωγραφικής.	B
27.	Μου αρέσει να περνάω το χρόνο μου στη γνωστά στέκια κοντά στο σπίτι.	A
	Δεν κουράζομαι ποτέ αν πρέπει να μείνω μακριά από το σπίτι για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα.	B
28.	Μου αρέσει να βουτάω από το ψηλό βατήρα καταδύσεων (10 μ)	A
	Δεν μου αρέσει η αίσθηση του να στέκομαι στον ψηλό βατήρα καταδύσεων (ή έστω και να πλησιάζω)	B
29.	Μου αρέσει να γνωρίζω άτομα του αντίθετου φύλου που έχουν προκλητική εμφάνιση.	A
	Μου αρέσει να γνωρίζω άτομα του αντίθετου φύλου που έχουν τις ίδιες αξίες με εμένα.	B
30.	Το πολύ ποτό συνήθως καταστρέφει μια γιορτή, επειδή κάποιιοι φωνάζουν και γίνονται βίαιοι.	A
	Τα πολύ ποτό είναι το κλειδί για μια καλή γιορτή.	B
31.	Η χειρότερη κοινωνική αμαρτία είναι να είσαι αγενής.	A
	Η χειρότερη κοινωνική αμαρτία είναι να είσαι βαρετός.	B
32.	Ένας άνθρωπος θα έπρεπε να έχει σημαντική σεξουαλική εμπειρία πριν το γάμο.	A
	Είναι καλύτερα δύο άνθρωποι που παντρεύονται να ξεκινούν μαζί τη σεξουαλική τους ζωή.	B
33.	Ακόμα κι αν είχα τα χρήματα, δεν θα με ενδιέφερε να συναναστραφώ ιδιότροπους πλούσιους ανθρώπους όπως αυτοί της «υψηλής κοινωνίας».	A

	Θα μπορούσα να με φανταστώ να αναζητώ ικανοποιήσεις στον κόσμο των πλουσίων.	B
34.	Μου αρέσουν οι οξυδερκείς και πνευματώδεις άνθρωποι, έστω κι αν προσβάλλουν τους άλλους κάποιες φορές.	A
	Δεν μου αρέσουν οι άνθρωποι που διασκεδάζουν εις βάρος των συναισθημάτων των άλλων.	B
35.	Υπάρχουν γενικά πολλές σκιμένες σεξ στις ταινίες.	A
	Μου αρέσουν πολλές από τις σκιμένες σεξ στις ταινίες.	B
36.	Νιώθω καλύτερα αφού έχω πει δύο ποτά.	A
	Κάτι δεν πάει καλά με τους ανθρώπους που χρειάζονται αλκοόλ για να νιώσουν καλά.	B
37.	Οι άνθρωποι θα έπρεπε να ντύνονται με στοιχειώδη καλαισθησία και γούστο.	A
	Οι άνθρωποι θα έπρεπε να ντύνονται με τον προσωπικό τους τρόπο, έστω κι αν το αποτέλεσμα είναι μερικές φορές παράξενο.	B
38.	Να διανύεις στη θάλασσα μεγάλες αποστάσεις με ένα μικρό ιστιοπλοϊκό είναι παρακινδυνευμένο.	A
	Θα μου άρεσε να κάνω ένα μεγάλο ταξίδι με ένα μικρό αλλά αξιόπλοο ιστιοπλοϊκό σκάφος	B
39.	Δεν έχω καθόλου υπομονή με τους ανιαρούς ή βαρετούς ανθρώπους.	A
	Βρίσκω κάτι ενδιαφέρον σχεδόν σε όλους τους ανθρώπους που μιλάω.	B
40.	Να κατεβαίνεις με σκι μια απότομη πλαγιά είναι ένας καλός τρόπος να καταλήξεις με πατερίτσες.	A
	Νομίζω ότι θα απολάμβανα την αίσθηση να κατεβαίνω πολύ γρήγορα με σκι μια απότομη πλαγιά.	B

Παράρτημα 2.

Κλίμακα Ανάγκη για Επίτευξη στην υπαίθρια αναψυχή (Próchniak, 2016)

Η ανάγκη για επίτευξη είναι προϊόν της αλληλεπίδρασης μεταξύ της γνώσης, των συναισθημάτων, των συμπεριφορών και του περιβάλλοντος. Αυτή η ανάγκη αφορά τη συμμετοχή σε νέες προκλητικές καταστάσεις όπου συνυπάρχει ο κίνδυνος.

Παρακαλώ σημειώστε μία από τις παρακάτω δηλώσεις για να δείξετε πόσο είναι αναληθές ή αληθινό για εσένα:

- 1: σίγουρα αναληθές
- 2: μάλλον αναληθές
- 3: μάλλον αλήθεια
- 4: σίγουρα αλήθεια

1	Μου αρέσει παίρνω προκλήσεις στο φυσικό περιβάλλον που δεν είχα ποτέ έως τώρα την ευκαιρία να πάρω	1	2	3	4
2	Μου αρέσουν οι υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες που απαιτούν πολλή σωματική προσπάθεια	1	2	3	4
3	Θέλω να καταφέρω όλο και περισσότερα νέα επιτεύγματα στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες	1	2	3	4
4	Στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες προτιμώ δύσκολα μέρη στην άγρια φύση από αυτά που είναι πιο εύκολα προσβάσιμα.	1	2	3	4
5	Θα ήθελα να είμαι ο πρώτος που κατέκτησε μια κορυφή	1	2	3	4
6	Αντιμετωπίζω την αναμέτρηση με ένα στοιχείο της φύσης ως μάχη	1	2	3	4
7	Οι δύσκολες τοποθεσίες στην άγρια φύση είναι το πάθος μου	1	2	3	4
8	Στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες μου αρέσει να αποδεικνύω ότι είμαι ισχυρός και σκληρός	1	2	3	4
9	Στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες επιδιώκω νέους και προκλητικούς στόχους	1	2	3	4
10	Στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες προτιμώ τα δύσκολα μονοπάτια από τα πιο εύκολα	1	2	3	4

Παράρτημα 3.

Γενική Κλίμακα Αυτο-αποτελεσματικότητας (Glynnou, Jerusalem, & Schwarzer 1994; Schwarzer & Jerusalem, 1995)

		Καθόλου αλήθεια	Ελάχιστη αλήθεια	Αρκετά αλήθεια	Απόλυτως αλήθεια
1	Πάντα καταφέρνω να λύνω δύσκολα προβλήματα εάν βέβαια προσπαθήσω αρκετά	1	2	3	4
2	Αν κάποιος μου αντιτίθεται, μπορώ πάντα να βρω τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ.	1	2	3	4
3	Μου είναι εύκολο να παραμείνω σταθερός/ή στους στόχους μου και να πραγματοποιήσω τα σχέδια μου	1	2	3	4
4	Πιστεύω για τον εαυτό μου ότι μπορώ να αντιμετωπίσω με αποτελεσματικότητα απροσδόκητα γεγονότα	1	2	3	4
5	Ευτυχώς, λόγω της επινοητικότητά μου, ξέρω πάντα πώς να χειριστώ απρόοπτες καταστάσεις.	1	2	3	4
6	Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα εάν αφιερώσω την αναγκαία προσπάθεια	1	2	3	4
7	Όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες παραμένω ήρεμος/η επειδή μπορώ να βασίζομαι στις ικανότητες μου.	1	2	3	4
8	Όταν βρεθώ αντιμέτωπος/η με ένα πρόβλημα συνήθως βρίσκω αρκετές λύσεις	1	2	3	4
9	Εάν είμαι αναγκασμένος/η να αντιμετωπίσω μια κατάσταση συνήθως μπορώ να σκεφτώ τρόπους να το κάνω	1	2	3	4
10	Δεν παίζει ρόλο τι θα μου συμβεί, συνήθως μπορώ να το αντιμετωπίσω.	1	2	3	4

Παράρτημα 4.

Κλίμακα Αυτοεκτίμησης (Doganis et al., 1991; Rosenberg, 1965)

Ακολουθεί μια λίστα δηλώσεων που αφορούν τα γενικά σας συναισθήματα για τον εαυτό σας. Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση.

1	Αισθάνομαι ότι αξίζω, τουλάχιστο όσο και οι άλλοι άνθρωποι			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
2	Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές αρετές			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
3	Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα το ίδιο καλά όπως πολλοί άλλοι άνθρωποι			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
4	Δεν αισθάνομαι περήφανος/η για τον εαυτό μου			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
5	Παραδέχομαι τον εαυτό μου			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
6	Μερικές φορές νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός/η			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
7	Είμαι χρήσιμο άτομο για τους γύρω μου			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
8	Νομίζω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστό			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
9	Όταν κάνω μια δουλειά την κάνω καλά			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
10	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν είναι πολύ χρήσιμη			
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

Παράρτημα 5.

Adventure Therapy Experience Scale/ ATEs 5.0 (Russell & Gillis, 2018)

Α. Αναφέρετε πόσο χρήσιμο ήταν το πρόγραμμα για να πετύχεις τους (θεραπευτικούς) στόχους σου;

Καθόλου χρήσιμο					Κάπως χρήσιμο					Απόλυτα χρήσιμο
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΣΕ ΚΑΘΕ ΔΗΛΩΣΗ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ-----ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ									
1	Πέτυχα τους θεραπευτικούς μου στόχους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Ένωσα σωματική πρόκληση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Ένωσα υποστήριξη και ενθάρρυνση από τους ομότιμούς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Ένωσα ελάχιστα ή και καθόλου το αίσθημα της ολοκλήρωσης.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Είχε ιδιαίτερη σημασία για μένα το να βρίσκομαι στη φύση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Ήταν χαμένος χρόνος η παραμονή μου στη φύση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Δεν ένιωσα μέλος της ομάδας.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Ένωσα χαλαρός/ή και αναζωογονημένος/η με την παραμονή μου στη φύση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Τώρα σκέφτομαι διαφορετικά σχετικά με τη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Ένωσα συναισθηματικά εξαντλημένος.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Τις πράξεις μου και τις σκέψεις μου δεν τις αποφάσιζα εγώ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Ενεργούσα βάση των συναισθημάτων μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Ένωσα σωματικά υγιής	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Απόλαυσα την απλή ομορφιά της φύσης και αυτό έχει αντίκτυπο στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Οι εκπαιδευτές με βοήθησαν να συνδέσω την εμπειρία αυτή με τους θεραπευτικούς μου στόχους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Απόλαυσα την φυσική άσκηση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Κατάφερα να δεθώ με τους ομότιμούς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Δεν ενθαρρύνθηκα για να ξεπεράσω τα όριά μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	Αυτή η εμπειρία με οδήγησε στο να εξετάσω την συμπεριφορά μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Αυτή η εμπειρία μου δημιούργησε καινούργια συναισθήματα.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Β. Πόσο εστιασμένος/η ήσουνα στους (θεραπευτικούς) στόχους σου κατά τη διάρκεια της εμπειρίας σου στο πρόγραμμα;

Καθόλου εστιασμένος					Κάπως εστιασμένος					Απόλυτα εστιασμένος
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Παράρτημα 6.*TCU DRUG SCREEN 5 (Institute of Behavioral Research, 2017)*

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών			
1	Χρησιμοποίησες μεγαλύτερες ποσότητες φαρμάκων ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό, τι σχεδιάζεις ή σκόπευες;	NAI	OXI
2	Προσπάθησες να ελέγξεις ή να μειώσεις τη χρήση ουσιών, αλλά δεν μπόρεσες να το κάνεις;	NAI	OXI
3	Έχεις ξοδέψει πολύ χρόνο για να πάρεις ναρκωτικά, να τα χρησιμοποιήσεις ή να αναρρώσεις από τη χρήση τους;	NAI	OXI
4	Είχες έντονη επιθυμία ή παρόρμηση να κάνεις χρήση ουσιών;	NAI	OXI
5	Έχεις αισθανθεί τόσο «φτιαγμένος» ή άρρωστος από τη χρήση ουσιών που σε εμπόδιζε να εργαστείς, να πας στο σχολείο ή να φροντίσεις τα παιδιά;	NAI	OXI
6	Συνέχισες τη χρήση ουσιών ακόμα και όταν σε οδήγησαν σε κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα;	NAI	OXI
7	Αφιέρωσες λιγότερο χρόνο στη δουλειά, στο σχολείο ή με φίλους λόγω της χρήσης ουσιών;	NAI	OXI
8	Χρησιμοποίησες ναρκωτικές ουσίες που έβαλαν εσάς ή άλλους σε φυσικό κίνδυνο;	NAI	OXI
9	Συνέχισες να χρησιμοποιείς ναρκωτικά ακόμη και όταν σου προκάλεσαν σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα;	NAI	OXI
10	Χρειάστηκε να αυξήσεις την ποσότητα της ουσίας που έπαιρνες έτσι ώστε να έχεις τα ίδια αποτελέσματα όπως και πριν;	NAI	OXI
11	Μήπως η χρήση του ίδιου ποσού ουσίας οδήγησε σε λιγότερα από ένα αποτέλεσμα από ότι πριν;	NAI	OXI
12	Έχεις αρρωστήσει ή έχεις παρουσιάσει στερητικά συμπτώματα όταν σταμάτησες τη λήψη ναρκωτικών οσίων;	NAI	OXI
13	Έχεις συνεχίσει να παίρνεις μια ναρκωτική ουσία για να ανακουφιστείς ή για να μην αρρωστήσεις ή να παρουσιάσεις στερητικά συμπτώματα;	NAI	OXI

Παράρτημα 7.*Ερωτηματολόγιο ετοιμότητας για φυσική δραστηριότητα (Thomas, Reading, & Shephard, 1992)*

1	Σας έχει ποτέ πει ο γιατρός σας ότι έχετε κάποια καρδιακή πάθηση ή υψηλή αρτηριακή πίεση;	NAI	OXI
2	Νιώθετε πόνο στο στήθος σας σε ηρεμία, κατά τις καθημερινές σας δραστηριότητες ή όταν κάνετε φυσική δραστηριότητα;	NAI	OXI
3	Έχετε χάσει την ισορροπία σας λόγω ζάλης ή έχετε χάσει τη συνείδηση της συνείδησης κατά τους τελευταίους 12 μήνες;	NAI	OXI
4	Έχετε ποτέ διαγνωστεί με άλλη χρόνια πάθηση (εκτός από καρδιακές παθήσεις ή υψηλή αρτηριακή πίεση);	NAI	OXI
5	Λαμβάνετε συνταγογραφούμενα φάρμακα για χρόνια πάθηση;	NAI	OXI
6	Έχετε σήμερα (ή είχατε μέσα στους τελευταίους 12 μήνες) πρόβλημα οστών, αρθρώσεων, μυών ή συνδέσμων που θα μπορούσαν να επιδεινωθούν με την συμμετοχή σας σε σωματική δραστηριότητα;	NAI	OXI
7	Σας έχει πει ο γιατρός σας ότι πρέπει να κάνετε σωματική άσκηση μόνο με ιατρική παρακολούθηση;	NAI	OXI

Παράρτημα 8.

Εβδομαδιαία φόρμα παρακολούθησης στόχου (Θεοδωράκης, Χατζηγεωργιάδης, Ζουρμπάνος, 2016).

Πριν ξεκινήσεις το πρόγραμμα άσκησης για την εβδομάδα αυτή σκέψου για λίγο την αναπνοή σου και κάνε την παρακάτω άσκηση αναπνοής:

Ανάπνεε ήρεμα και φυσιολογικά. Καθώς εισπνέεις σκέψου «μέσα». Καθώς εκπνέεις σκέψου «έξω». Σκέψου «... μέσα... και ...έξω..., μέσα... και... έξω..». Μέτρα δέκα φορές χωρίς να χάσεις το μέτρημα. Αυτοσυγκεντρώσου στην αναπνοή και το μέτρημα και διώξε όλες τις σκέψεις από το μυαλό σου.

Στόχος για αυτήν την εβδομάδα είναι να προσπαθήσω να τρέξω:

7 χλμ., 8 χλμ., 9 χλμ., 10 χλμ., 11 χλμ., 12 χλμ., 13 χλμ., 14 χλμ., 15 χλμ., 16 χλμ.

Πόσο σίγουρος είσαι για αυτό;

Απόλυτα σίγουρος 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 Καθόλου σίγουρος

Τα βήματα για να πετύχω τον στόχο μου είναι:

- 1.
- 2.
- 3.

Πόσο σίγουρος είσαι για αυτό;

Απόλυτα σίγουρος 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 Καθόλου σίγουρος

A. Ποιοι είναι οι θεραπευτικοί στόχοι αυτή την εβδομάδα:

B. Περιέγραψε πως πιστεύεις ότι η προσπάθεια να προετοιμαστείς να τρέξει τον αγώνα 10 χλμ. σε βοηθάει να πετύχεις τους θεραπευτικούς σου στόχους:

Παράρτημα 9.

Αξιολόγηση μετα-παρακολούθησης

Αναφορικά με το πρόγραμμα προετοιμασίας συμμετοχής σε αγώνα 10 χλμ

1. πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης

Ποτέ Πάντα
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης

Καθόλου Πάρα πολύ
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για την θεραπεία σου

Καθόλου Πάντα
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος σύνδεσες το στόχο να τρέξεις τον αγώνα με τους θεραπευτικούς σου στόχους.

Ποτέ Πάντα
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να συνδέσεις τον στόχο να τρέξεις τον αγώνα με τους θεραπευτικούς σου στόχους.

Καθόλου Πάρα πολύ
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για να βελτιώσεις τον εαυτό σου

Ποτέ Πάντα
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για να πετύχεις κάτι που εσύ θεωρείς σημαντικό

Καθόλου Πάρα πολύ
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για να πετύχεις το καλύτερο δυνατό

Ποτέ Πάντα
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να εκπαιδευτείς για το πώς να εργαστείς για να ολοκληρώσεις τη θεραπεία σου

Καθόλου Πάρα πολύ
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Πιστεύεις ότι η συμμετοχή σου στο πρόγραμμα σε βοήθησε στην θεραπευτική σου πορεία.

Αν ναι, πως;

Παράρτημα 10.

Πρωτόκολλο Συνέντευξη Κινητοποίησης

1^η Εβδομάδα (3 συναντήσεις)

Περιγραφή

1^η Συνάντηση (1.30')

Καλωσόρισμα και ενημέρωση

Σας ευχαριστώ που ήρθατε σήμερα και θα αποφασίσετε να συμμετέχετε στη σημερινή συνάντηση.

Κάνω μια μικρή αναφορά για το αντικείμενο της συνάντησης.

Ένας από τους βασικούς στόχους της παρέμβαση είναι να σας βοηθήσει να βελτιώσετε τη συνολική σας σωματική και ψυχική υγεία αλλά και να σας παροτρύνει να ενσωματώσετε περισσότερη σωματική δραστηριότητα στη ζωή σας. Η συζήτησή μας θα είναι συνεργατική και θα επικεντρωθεί στις προσωπικές σας ανάγκες και προκλήσεις. Είναι εντάξει για εσάς;

Περιγραφή μιας τυπικής ημέρας

- Αν δεν έχετε κάποια ερώτηση, θα θέλατε να καταγράψετε σε ένα χαρτί μια συνηθισμένη μέρα για εσάς – π.χ. εχθές - από την αρχή μέχρι το τέλος (5')
- Θέλετε να μου τη περιγράψετε; Ας ξεκινήσουμε από την αρχή ...
- ✓ πότε σηκώθηκε;
- ✓ τι συνέβη;
- ✓ πώς αισθανθήκατε;

(Σχολιάζουμε αντανακλώνοντας (reflection) τις δηλώσεις π.χ. Φαίνεται ότι είχατε μια πολύ κουραστική (έντονη) μέρα... Από ότι λέτε αισθανθήκατε άσχημα /όμορφα...)

- Πιστεύετε ότι θα ταίριαζε ή θα χωρούσε κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας ή όχι στο καθημερινό σας πρόγραμμα;

Αν ναι πως;

Αν όχι γιατί;

(Κρατάω σημειώσεις σχετικά με τα εμπόδια και συμμετοχής)

- Εάν είναι εντάξει μαζί σας, θα ήθελα να μάθω αν γνωρίζετε για τη σημασία της σωματικής δραστηριότητας για τη συνολική σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου που κάνει προσπάθεια να απεξαρτηθεί. Πείτε μου εάν γνωρίζετε κάτι

σχετικά με τη ελάχιστη συνιστάμενη εβδομαδιαία ποσότητα φυσικής δραστηριότητας;

(Δίνω πληροφορίες σχετικά με τη συνιστάμενη εβδομαδιαία ποσότητα φυσικής δραστηριότητας)

- Θα ήθελα επίσης να σας αναφέρω μερικούς (επιπλέον) λόγους για τους οποίους η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντική για την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά.
- Θα θέλατε να μοιραστείτε μαζί μας τις σκέψεις σας σχετικά με αυτές τις πληροφορίες; Τι σκέφτεστε για όλα αυτά;

Κλείσιμο συνάντησης

Σας ευχαριστώ πολύ όλους για όλο το χρόνο και την προσπάθειά σας σήμερα. Η επόμενη συνάντησή μας θα γίνει την Παρασκευή, εδώ στη ΘΚ. Αυτή η επόμενη συνάντηση θα είναι διάρκειας 1 ώρας και 30 λεπτών. Θα ήθελα να συμμετέχετε όλοι σε αυτήν τη συνάντηση. Σας ευχαριστώ και πάλι για το χρόνο σας σήμερα και ανυπομονώ να σας δω σύντομα!

2^η Συνάντηση (1.30')

Την τελευταία φορά που βρεθήκαμε είχαμε μια συζήτηση για το γιατί είναι σημαντικό για τα άτομα που συμμετέχουν σε θεραπεία απεξάρτησης να ασχοληθούν με τη σωματική άσκηση. Στη τελευταία μας συνάντησή μας, συζητήσαμε πως είναι μια τυπική ημέρα σας καθώς και για τη σημασία της σωματικής δραστηριότητας για τη συνολική σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου.

Εάν είναι εντάξει μαζί σας, θα ήθελα να μιλήσουμε για το πόσο σημαντικό **είναι για εσάς**, συγκεκριμένα, να ασχοληθείτε με την άσκηση.

- Σε με κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 δεν είναι καθόλου σημαντικό και 10 είναι εξαιρετικά σημαντικό, που θα τοποθετούσατε τον εαυτό σας στο πόσο σημαντικό είναι για σας να γυμνάζεστε; (δίνω τη κλίμακα)

Καθόλου σημαντικό					Πολύ σημαντικό				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Λέτε ότι αισθάνεστε (τουλάχιστον λίγο σημαντικό (1-3) / περισσότερο σημαντικό (4-7) / πολύ σημαντικό (8-10). Γιατί βρίσκεστε στο (αριθμό που έχει δηλώσει) και όχι (ένα νούμερο) πιο κάτω;
- Τι θα χρειαζόταν για να φτάσετε το επόμενο επίπεδο σημαντικότητα για εσάς; (προσθέτω βαθμούς σε αυτό που έχει δηλώσει για να περάσει στο επόμενο επίπεδο)
- Πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι η τακτική σωματική άσκηση είναι τουλάχιστον λίγο σημαντική για αυτούς, ωστόσο δεν είναι σίγουροι για την ετοιμότητα και την ικανότητα τους να συμμετέχουν σε αυτή. Εάν συμφωνείται, θα ήθελα να ακούσω για το πόσο είστε έτοιμοι ή έχετε εμπιστοσύνη στην ικανότητά σας να κάνετε άσκηση;
- Σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 δεν είμαι καθόλου σίγουρος και το 10 είμαι πολύ σίγουρος, πόσο σίγουρος θα λέγατε ότι είστε, αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε σε τακτική σωματική δραστηριότητα; (δίνω την κλίμακα)

Καθόλου σίγουρος					Πολύ σίγουρος				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Λέτε ότι αισθάνεστε....τουλάχιστον λίγο σίγουροι (1-3) / περισσότερο σίγουροι (4-7) / πολύ σίγουροι (8-10). Γιατί βρίσκεστε στο (αριθμό που έχει δηλώσει) και όχι (ένα νούμερο) πιο κάτω;
- Τι θα χρειαζόταν για να φτάσετε το επόμενο επίπεδο σημαντικότητα για εσάς (προσθέτω βαθμούς σε αυτό που έχει δηλώσει για να περάσει στο επόμενο επίπεδο)
- Ας μιλήσουμε λίγο για τα καλά και κακά της άσκησης. Πρώτα θα ήθελα να ακούσω, για την όχι τόσο καλή πλευρά της άσκησης. Ποια είναι τα μειονεκτήματα; Τι δεν σας αρέσει;
- Τώρα, ποια είναι τα καλά (τα πλεονεκτήματα) της σωματικής άσκησης; Όταν είχατε ασχοληθεί τακτικά στο παρελθόν, τι σας άρεσε; (Αν δεν είχατε ασχοληθεί στο παρελθόν, τι φαντάζεστε ότι θα σας άρεσε;)

Σας ευχαριστώ πολύ όλους για όλο το χρόνο και την προσπάθειά σας σήμερα. Η επόμενη συνάντησή μας θα γίνει το Σάββατο, εδώ στο Θ.Κ. Αυτή η επόμενη συνάντηση θα είναι διάρκειας 1 ώρας και 30 λεπτών. Θα ήθελα να συμμετέχετε όλοι σε αυτήν τη συνάντηση. Σας ευχαριστώ και πάλι για το χρόνο σας σήμερα και ανυπομονώ να σας δω σύντομα!

3^η Συνάντηση

Σας ευχαριστώ που ήρθατε σήμερα. Είναι ωραίο που σας έχουμε κοντά μας ξανά. Εάν είναι εντάξει μαζί σας, θα ήθελα να ξεκινήσω τη συνάντησή μας σήμερα θυμίζοντας αυτά που συζητήσαμε τη τελευταία φορά που βρεθήκαμε. Τι λέτε, συμφωνείται;

Στη τελευταία μας συνάντηση συζητήσαμε πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κάνετε άσκηση καθώς και για το πόσο έτοιμοι είστε για αυτό. Επίσης, συζητήσαμε για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της άσκησης στην καθημερινότητά σας.

- Θα θέλατε να μιλήσουμε λίγο για τα πράγματα που έχουν αξία για εσάς, στη ζωή. Θα ήθελα να κοιτάξετε αυτή την Κάρτα Αξιών, η οποία είναι δική σας και θα ήθελα να τη κρατήσετε. Θα ήθελα να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να σκεφτείτε τα πράγματα στη ζωή σας που είναι πιο σημαντικά για εσάς (δίνω τη καρτέλα)

Εντιμότητα	Ασφάλεια	Παραγωγικός
Ισότητα	Άνεση (χωρίς πόνο)	Χρήσιμος
Ασφάλεια	Οικονομική Ανεξαρτησία	Γνώση
Αυτοπειθαρχία	Καλή/ος μητέρα/ πατέρα	Ελκυστικός
Υλικά αγαθά	Ο καλός σύζυγος / συνεργάτης	Καλό μέλος της κοινότητας
Ανεξαρτησία	Υπεύθυνος	Δύναμη
Εμπιστοσύνη	Ισχυρός	Γόητρο
Ελεύθερος χρόνος	Αθλητικός	Αξιοπρέπεια
Ειλικρίνεια	Ενεργητικός	Αλτρουϊσμός
Φιλία	Δημοφιλής	Ταξίδια
Μόρφωση	Δίκαιος	Αυτοπεποίθηση
Άλλο:		

- Ο κατάλογος μπροστά σας δείχνει μερικά χαρακτηριστικά / αξίες που είναι σημαντικά για μερικούς ανθρώπους. Σας παρακαλώ να προσθέσετε σε αυτή τη λίστα αν υπάρχουν και άλλα που είναι σημαντικά για εσάς. Επιλέξτε τα 2 ή 3 από αυτά που είναι πιο σημαντικά για εσάς.
- Πείτε μου, γιατί αυτά τα χαρακτηριστικά / αξίες που έχετε επιλέξει είναι σημαντικά για εσάς; Η τακτική άσκηση σχετίζεται με αυτές τις αξίες; Αν ναι, πως;

- Σκεφτείτε τα πράγματα στη ζωή σας που είναι σημαντικά για σας. Η άσκηση, αν δεν υπήρξε καθόλου, θα επηρέαζε τα πράγματα που είναι σημαντικά για εσάς;
 - Θα ήθελα να μάθω, αν υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ της άσκησης και των συγκεκριμένων αξιών;
 - Τώρα, ας υποθέσουμε ότι συνεχίζετε όπως είστε τώρα, χωρίς να αλλάξετε κάτι, χωρίς να κάνετε άσκηση. Τι φαντάζεστε ότι θα συμβεί στην ζωή σας;
 - Εάν είχατε καταφέρει πράγματα μέσω της άσκησης, θα ήταν διαφορετικά τα πράγματα για εσάς; Ποιος πιστεύετε ότι θα ήταν ο αντίκτυπος στην ζωή σας;
 - Από τη μια πλευρά, αναφέρατε διάφορους λόγους (αναφέρω τους λόγους που έχω καταγράψει) για τους οποίους η συμμετοχή σε τακτική σωματική άσκηση θα ήταν μια δύσκολη πρόκληση που ίσως να μην είναι η καλύτερη επιλογή τώρα.
 - Από την άλλη πλευρά όμως, αναφέρατε αρκετούς λόγους(αναφέρω τους λόγους που έχω καταγράψει) για τους οποίους θα ήταν σημαντικό να προσπαθήσετε.
 - Τι πιστεύετε ότι πρέπει να γίνει το επόμενο βήμα σας; Θα σας ενδιέφερε να συνεργαστείτε σε ένα πρόγραμμα άσκησης ή ίσως να θέσετε ορισμένους στόχους που σχετίζονται με την αύξηση του επιπέδου άσκησης; Εξαρτάται αποκλειστικά από εσάς.
 - Θυμηθείτε ότι είστε ο καλύτερος κριτής για το τι θα είναι το καλύτερο για εσάς. Αν είναι εντάξει, θα ήθελα να καταγράψετε ένα στόχο που θα μπορούσατε να ορίσετε για την επόμενη εβδομάδα σχετικά με το επίπεδο άσκησης που θα θέλατε να επιτύχετε; Θυμηθείτε ότι ο στόχος πρέπει να είναι σαφής, ρεαλιστικός, όχι πάρα πολύ μεγάλος ή πολύ μικρός. Σκεφτείτε κάτι που σας ταιριάζει καλύτερα με το τρόπο ζωής σας. Θέλετε να βάλουμε ένα στόχο;
- (Δίνω το έντυπο για την στοχοθέτηση)

Παράρτημα 11.

Αξιολόγηση οξείας επιθυμίας για χρήση ουσιών (Tiffany et al., 1993; Sussner et al., 2006).

Παρακαλώ υπέδειξε σε τι βαθμό συμφωνείς ή διαφωνείς με τις παρακάτω δηλώσεις βασισμένος/η στην ακόλουθη κλίμακα απαντήσεων.

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	Θέλω τόσο πολύ να κάνω χρήση, που αισθάνομαι τη γεύση της ουσίας	1	2	3	4	5
2	Αισθάνομαι μια έλξη για χρήση ουσιών	1	2	3	4	5
3	Θα κάνω χρήση ουσιών το συντομότερο δυνατό	1	2	3	4	5
4	Νομίζω ότι θα μπορούσα να αντισταθώ τώρα να κάνω χρήση ουσιών	1	2	3	4	5
5	Έχω έντονη επιθυμία για χρήση κάποιας ουσίας αυτή τη στιγμή.	1	2	3	4	5
6	Το μόνο που θέλω τώρα είναι να κάνω χρήση ουσιών.	1	2	3	4	5
7	Δεν έχω καμία επιθυμία για χρήση ουσιών αυτή τη στιγμή	1	2	3	4	5
8	Η χρήση ουσιών τώρα θα έκανε τα πράγματα να φαίνονται απλά τέλεια	1	2	3	4	5
9	Θα κάνω χρήση ουσιών αμέσως μόλις έχω την ευκαιρία	1	2	3	4	5
10	Τίποτα δεν θα ήταν καλύτερο από τη χρήση ουσιών αυτή τη στιγμή	1	2	3	4	5

Παράρτημα 12.

Διάθεση (Lyraeos et al., 2011; Lovibond & Lovibond, 1995)

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0,1,2,3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωσή σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση. Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0: Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1: Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2: Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3: Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Παράρτημα 13.

Ποιότητας ζωής (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005; Hays, Sherbourne, & Mazel, 1995; Ware, Kosinski, & Keller, 1996)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναφέρεται στην προσωπική σας άποψη σχετικά με την υγεία σας και την φυσική σας κατάσταση. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Απαντήστε στις ερωτήσεις, σημειώνοντας με X τον κύκλο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/ βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε δώστε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

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

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
α. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας κ.α	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε τι βαθμό είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με τις καθημερινές δραστηριότητες σας ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	καθόλου
α. Καταφέρατε <u>λιγότερα πράγματα</u> από ότι θα θέλατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Περιορίσατε <u>το είδος</u> των δραστηριοτήτων σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με τις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (π.χ. μελαγχολία, άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
α. Καταφέρατε <u>λιγότερα πράγματα</u> από ότι θα θέλατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Κάνατε δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> από ότι συνήθως	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τι συνηθισμένες εργασίες σας;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Σε μεγάλο βαθμό Υπερβολικά

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με εσάς 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...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	καθόλου
α. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας επαφές η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα ;

Συνεχώς Τις περισσότερες φορές Μερικές φορές Λίγες φορές Καθόλου

Παράρτημα 14.

Εμπλοκή στη Θεραπεία (Stein et al., 2006; Martin et al., 2015)

Παρακαλώ υπέδειξε σε τι βαθμό συμφωνείς ή διαφωνείς με τις παρακάτω δηλώσεις βασισμένος/η στην ακόλουθη κλίμακα απαντήσεων.

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	Περνάω ώρα να σκέφτομαι πώς με επηρεάζει η χρήση ουσιών.	1	2	3	4	5	6
2	Περνάω ώρα να σκέφτομαι πώς η χρήση ουσιών από εμένα επηρεάζει τους άλλους γύρω μου	1	2	3	4	5	6
3	Ανησυχώ για τη χρήση ουσιών από εμένα	1	2	3	4	5	6
4	Προσπαθώ να μάθω τρόπους μείωσης της χρήσης ουσιών	1	2	3	4	5	6
5	Σκέφτομαι πώς η ζωή μου θα ήταν διαφορετική χωρίς τις ουσίες.	1	2	3	4	5	6
6	Σκέφτομαι τα καλά και τα κακά πράγματα σχετικά με τη χρήση ουσιών.	1	2	3	4	5	6
7	Θα ήθελα να βοηθήσω άλλους να μειώσουν τη χρήση ουσιών	1	2	3	4	5	6
8	Θέλω να μειώσω την εμπλοκή μου με τη χρήση ουσιών	1	2	3	4	5	6
9	Προσπαθώ να αλλάξω τον τρόπο ζωής μου προκειμένου να μειώσω τη χρήση ουσιών.	1	2	3	4	5	6
10	Βλέπω μια σύνδεση μεταξύ της χρήσης ουσιών και του εγκλήματος.	1	2	3	4	5	6

Παράρτημα 15.*Αξιολόγηση Συνέντευξης Κινητοποίησης (Madson et al., 2015)*

	Στις συναντήσεις ο σύμβουλος:	Καθόλου	Λίγο	Κάποιες φορές	Πολύ	Πάντα
1	Σε βοήθησε να μιλήσεις για την αλλαγή της συμπεριφοράς σου;	1	2	3	4	5
2	Σε έκανε να μιλήσεις για κάτι που δεν ήθελες να συζητήσεις;	1	2	3	4	5
3	Σε βοηθήστε να συζητήσεις για την ανάγκη αλλαγής της συμπεριφοράς σου;	1	2	3	4	5
4	Σε βοήθησε να εξετάσεις τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής της συμπεριφοράς σου;	1	2	3	4	5
5	Προσπάθησε μαζί σου να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου;	1	2	3	4	5
6	Σε βοήθησε να αισθανθείς αισιόδοξος ότι θα αλλάξεις τη συμπεριφορά σου;	1	2	3	4	5
7	Σε βοήθησε να αναγνωρίσεις την ανάγκη να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου;	1	2	3	4	5
8	Λειτουργήσε ως συνεργάτης σου στην αλλαγή της συμπεριφοράς σου;	1	2	3	4	5
9	Σου είπε τι να κάνεις;	1	2	3	4	5
10	Σε βοήθησε να αισθανθείς σίγουρος για την ικανότητά σου να αλλάξεις τη συμπεριφορά σου;	1	2	3	4	5
11	Λειτουργήσε ως εξουσία στις επιλογές σου;	1	2	3	4	5

Παράρτημα 16.

Αξιολόγηση Αυτο-αποτελεσματικότητας

	Πόσο σίγουρος είσαι ότι μπορείς να κάνεις αυτά που περιγράφονται παρακάτω	Καθόλου σίγουρος	Όχι και πολύ σίγουρος	Μέτρια σίγουρος	Πολύ σίγουρος	Απόλυτα σίγουρος
1	Να είμαι απόλυτα αφοσιωμένος στην αποχή μου από τα ναρκωτικά	1	2	3	4	5
2	Να κάνω ό, τι χρειάζεται για την θεραπεία του εθισμού μου	1	2	3	4	5
3	Να ασκηθώ όταν αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4	5
4	Να ασκηθώ όταν αισθάνομαι πιεσμένος	1	2	3	4	5
5	Να ασκηθώ όταν αισθάνομαι κουρασμένος	1	2	3	4	5
6	Να ασκηθώ όταν έχω έντονη επιθυμία για χρήση	1	2	3	4	5
7	Να ασκηθώ όταν δεν ελέγχω την επιθυμία μου για χρήση	1	2	3	4	5
8	Να είμαι συνεπής στην παρακολούθηση του προγράμματος	1	2	3	4	5
9	Να ολοκληρώσω το πρόγραμμα της εβδομάδας	1	2	3	4	5

Παράρτημα 17.

Η στάση των συμμετεχόντων απέναντι στο πρόγραμμα (Θεοδωράκης, Χατζηγεωργιάδης, Ζουρμπάνος, 2016)

Το πρόγραμμα άσκησης που θα παρακολουθήσω πιστεύω θα είναι/ήταν για μένα						
Πολύ ευχάριστο	Πολύ δυσάρεστο					
7	6	5	4	3	2	1
Πολύ αδιάφορο	Πολύ ενδιαφέρον					
7	6	5	4	3	2	1
Πολύ χρήσιμο	Πολύ άχρηστο					
7	6	5	4	3	2	1
Πολύ βαρετό	Πολύ διασκεδαστικό					
7	6	5	4	3	2	1
Πολύ καλό	Πολύ κακό					
7	6	5	4	3	2	1
Πολύ απωθητικό	Πολύ ελκυστικό					
7	6	5	4	3	2	1

Παράρτημα 18. Εβδομαδιαίος καθορισμός Στόχων Άσκησης (Θεοδωράκης, Χατζηγεωργιάδης, Ζουρμπάνος, 2016)

Αυτή την εβδομάδα ο συνολικός χρόνος που θα αφιερώσω για άσκηση, θα είναι:	Πόσο σίγουρος/η είσαι για αυτό;
	καθόλου σίγουρος/η 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Απόλυτα σίγουρος/η
<i>Καθόλου</i>	
<i>30 λεπτά</i>	
<i>1 ώρα</i>	
<i>1 ½ ώρα</i>	
<i>2 ώρες</i>	
<i>2 ½ ώρες</i>	
<i>3 ώρες</i>	
<i>3 ½ ώρες</i>	
<i>4 ώρες</i>	
<i>4 ½ ώρες</i>	
<i>5 ώρες</i>	
Αυτή την εβδομάδα ο αριθμός των τσιγάρων που θα καπνίζω κάθε μέρα θα είναι λιγότερα από:	
<i>Κανένα</i>	
<i>5</i>	
<i>10</i>	
<i>15</i>	
<i>20</i>	
<i>25</i>	
<i>30</i>	

Παράρτημα 19.

Αξιολόγηση διαδικασίας στόχων (Θεοδωράκης, Χατζηγεωργιάδης, Ζουρμπάνος, 2016)

<u>Αναφορικά με την Άσκηση</u>										
πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης										
Ποτέ										Πάντα
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για τη διάρκεια και την ένταση της άσκησης										
Καθόλου										Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Αναφορικά με τον έλεγχο της χρήσης ουσιών</u>										
πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για να μειώσεις την επιθυμία για χρήση										
Ποτέ										Πάντα
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για να μειώσεις την επιθυμία για χρήση										
Καθόλου										Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<u>Αναφορικά με το κάπνισμα</u>										
πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του προγράμματος έβαζες στόχους για τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσεις καθημερινά										
Ποτέ										Πάντα
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
σε τι βαθμό σε βοήθησε το πρόγραμμα να βάζεις στόχους για τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσεις καθημερινά										
Καθόλου										Πάρα πολύ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	