

Κεφάλαιο 6

Προσέγγιση του άτομου που κάνει χρήση ουσιών

«Γιατί πίνετε»; Ρώτησε ο μικρός πρίγκιπας.

«Για να ξεχάσω» απάντησε ο μπεκρής.

«Τι να ξεχάσετε;» ζαναρώτησε ο μικρός πρίγκιπας που ήδη τον λυπόταν.

«Να ξεχάσω ότι ντρέπομαι».

«Τι ντρέπεστε;» επέμεινε ο μικρός πρίγκιπας που ήθελε να τον βοηθήσει.

«Ντρέπομαι γιατί πίνω». Ο μπεκρής σταμάτησε να μιλάει και κλείστηκε σε μια απόρθητη σιωπή.

Και ο μικρός πρίγκιπας έφυγε μπερδεμένος.

«Οι μεγάλοι είναι πράγματι πολύ πολύ παράξενοι» είπε στον εαυτό του.

Antoine de Saint-Exupery (1948) The little Prince. New York: Hartcourt Brace.

Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή κατευθύνοντάς τον προς την αλλαγή συμπεριφορών βλαπτικών για την υγεία και την υιοθέτηση καινούργιας στάσης ζωής. Η αλλαγή όμως συμπεριφορών απαιτεί εσωτερικά κίνητρα. Η παροχή πληροφοριών από μόνη της δεν διαμορφώνει τους όρους της κινητοποίησης του ασθενή. Κάτι τέτοιο απαιτεί τη σύζευξη της γνωστικής και της συγκινησιακής-συναισθηματικής πλευράς της προσωπικότητας του ασθενή, τη θέληση δηλαδή του ασθενή για αλλαγή και την πίστη ή την αυτοπεποίθηση ότι θα τα καταφέρει. Συχνά όμως η προσπάθεια να «πεισθεί» κάποιος και να συμμορφωθεί στη θεραπευτική αγωγή ή στην αλλαγή συμπεριφορών και τρόπου ζωής είναι μια δύσκολη και ματαιωτική διαδικασία. Κεντρική σε αυτή τη ματαιώση είναι η αμφιθυμία του ασθενή και η αντίστασή του στην αλλαγή. Θέλει να αλλάξει αλλά και δεν θέλει να χάσει τα βραχυπρόθεσμα οφέλη της βλαπτικής μακροπρόθεσμα συμπεριφοράς.

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει την κινητοποιητική συνέντευξη, μια μέθοδο ενίσχυσης του κινήτρου και μείωσης της αντίστασης στην αλλαγή. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής, το οποίο αποτελεί ένα εργαλείο κατανόησης και επιλογής της κατάλληλης παρέμβασης ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Τόσο οι κινητοποιητικές παρεμβάσεις όσο και τα στάδια της αλλαγής δεν αφορούν μόνο την αντιμετώπιση βλαπτικών συμπεριφορών χρήσης ουσιών αλλά και άλλων προβλημάτων υγείας που απαιτούν αλλαγή τρόπου ζωής, όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα καπνιστών κ.ά. (Efraimson et al., 2012; Wilson et al., 2008; Erikson et al., 2005; Rubak et al., 2005). Επίσης αφορούν τόσο την αρχή της προβληματικής συμπεριφοράς στην εφηβεία (Gold & Kokotailo, 2007), όσο και μια κρίση ή τραυματισμό, μιας και οι ασθενείς είναι πιο «ανοιχτοί» στην αλλαγή σε οδυνηρά «διδασκτικές» καταστάσεις (Macgowan & Engle, 2010). Τέλος, παρουσιάζονται οι βραχείες παρεμβάσεις οι οποίες σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) αποτελούν ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών (WHO, 2010).

6.1. Κινητοποιητική συνέντευξη

Η κινητοποιητική συνέντευξη αποτελεί μια μέθοδο κινητοποίησης του ασθενή προς την αλλαγή, την οποία εισήγαγαν οι Miller και Rollnick (1991). Ο στόχος της μεθόδου αυτής είναι η ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή μέσω της διερεύνησης και επίλυσης της φυσικής αμφιθυμίας του ασθενή καθώς και η ενδυνάμωση και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητάς του στη διαδικασία της αλλαγής. Πρόκειται για μια προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη δηλαδή στον ασθενή, με έμφαση στην οικειοθελή τροποποίηση της συμπεριφοράς και στην άποψη ότι η ευθύνη για τις αποφάσεις και τα αποτελέσματα στην προσπάθεια αλλαγής ανήκει στον ασθενή. Το συνεργατικό, φιλικό «πνεύμα» που διακρίνει τη συγκεκριμένη προσέγγιση είναι πιο σημαντικό από οποιαδήποτε στρατηγική ή τεχνική εφαρμόζεται (WHO, 2010). Ο

ασθενής διακριτικά υποστηρίζεται στη διερεύνηση των λόγων τροποποίησης ή διατήρησης της συμπεριφοράς χρήσης. Κάποιες βασικές στρατηγικές για την επιτυχία της μεθόδου περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2012):

- Εστίαση στις δυνατότητες του ασθενή παρά στα αδύνατα σημεία του.
- Σεβασμός στην αυτονομία και τις αποφάσεις του ασθενή.
- Εξατομίκευση και προσωποκεντρική προσέγγιση.
- Αποφυγή αποπροσωποποίησης του ασθενή χρησιμοποιώντας τις ταμπέλες «εξαρτημένος» ή «αλκοολικός».
- Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας.
- Χρησιμοποίηση ενσυναίσθησης, όχι κύρους ή εξουσίας.



Εικόνα 6.1 Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», Copyright.

6.1.1. Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης:

Οι βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι τέσσερις:

1. έκφραση ενσυναίσθησης
2. ανάπτυξη απόκλισης
3. συμπόρευση με την αντίσταση
4. υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Ενσυναίσθηση

Ο όρος ενσυναίσθηση αποτελεί αντιδάνειο από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα. Συχνά όμως δημιουργείται σύγχυση εξαιτίας της φωνολογικής συνάφειας του αγγλικού όρου “empathy” με την ελληνική

λέξη εμπάθεια (δηλ. κακία). Η ενσυναίσθηση αποτελεί θεμέλιο λίθο της κινητοποιητικής συνέντευξης και αφορά τη δημιουργία ενός κλίματος υποστήριξης και ασφάλειας σε μια προσωποκεντρική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από στάση αποδοχής και σεβασμού προς τον ασθενή και τις απόψεις του. Ως εκ τούτου ο επαγγελματίας υγείας σέβεται, ακούει και αποδέχεται τις απόψεις του ασθενή για την επιβλαβή χρήση ουσιών ακόμη κι αν δεν συμφωνεί με αυτές.

Ανάπτυξη απόκλισης

Σχετίζεται με τη διερεύνηση και ανάδυση της αντίφασης ανάμεσα στη βλαπτική συμπεριφορά και τις αξίες ή τους στόχους ζωής του ασθενή. Όταν ο ασθενής καταφέρει να αντιληφθεί την αντίφαση, διάσταση, ασυμβατότητα ή απόκλιση ανάμεσα στις αξίες και τους στόχους του και τη χρήση ουσιών, τότε αρχίζει να αναγνωρίζει τη βλαπτική επίδραση της συμπεριφοράς αυτής. Οι εκλογικεύσεις, η ντροπή και η ταπείνωση και το στίγμα πίσω από την άρνηση του προβλήματος δεν επιτρέπουν στον ασθενή να αντιμετωπίσει τη πραγματικότητα. Γι' αυτό η ανάδυση και επεξεργασία της απόκλισης απαιτεί ένα μη κριτικό περιβάλλον. Μόνο μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον θα καταφέρει να συνδέσει τη χρήση ουσιών με τη βλαπτική επίδρασή της σε αρκετούς τομείς της ζωής του.

Συμπόρευση με την αντίσταση

Όταν ο επαγγελματίας υγείας επιχειρηματολογεί για να πείσει τον ασθενή για τη βλαπτική επίδραση της χρήσης, συχνά ματαιώνεται μπροστά στην αντίστασή του και ενίοτε τον θυμό και την επιθετικότητά του. Στην ουσία, όταν αντιτίθεται στην αντίσταση, την ενισχύει. Η τεχνική της συμπόρευσης με την αντίσταση σχετίζεται με την αποφυγή επιχειρηματολογίας, μιας και κάτι τέτοιο είναι αντιπαραγωγικό. Ο επαγγελματίας δεν αντιπαρατίθεται στην αμφιθυμία ή την απροθυμία του ασθενή. Αντίθετα τη θεωρεί ως φυσιολογική και κατανοητή. Είναι πράγματι δύσκολο για τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα.

Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Ο επαγγελματίας υγείας υποστηρίζει και ενισχύει τον ασθενή σε σχέση με την ικανότητά του να αντιμετωπίσει τα εμπόδια στην προσπάθεια αλλαγής. Κεντρικό σημείο της αρχής αυτής είναι η πίστη στην ικανότητα του ατόμου που κάνει χρήση ουσιών να αλλάξει. Απαισιόδοξες, στερεότυπες απόψεις για τους χρήστες ουσιών καθιστούν αδύνατη την προσέγγιση.



Εικόνα 6.2 Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», *Copyright*.

6.1.2. Στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης

Οι Miller & Rollnick (1991) προτείνουν τις ακόλουθες στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης του ασθενή:

1. ανοιχτές ερωτήσεις
2. στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση
3. επιβεβαίωση
4. περίληψη
5. πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης

Ανοιχτές ερωτήσεις

Οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν τη δυνατότητα στον επαγγελματία να διερευνήσει το νόημα που έχει η χρήση για τον κάθε ασθενή μέσα από τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις της. Συμβάλλουν επίσης στη δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και αποδοχής. Ο ασθενής μιλά περισσότερο από τον επαγγελματία υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας ακούει προσεκτικά και υπομονετικά προσπαθώντας να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει ο ασθενής την προβληματική συμπεριφορά ακόμη κι όταν δεν συμφωνεί μαζί του. Παραδείγματα ανοιχτών ερωτήσεων είναι τα ακόλουθα:

- Πείτε μου για τη χρήση κοκαΐνης που κάνετε. Τι σας αρέσει στη χρήση; Και ποια είναι η άλλη πλευρά; Τι σας ανησυχεί στη χρήση;
- Πείτε μου για τη χρήση αλκοόλ που κάνετε στη διάρκεια των χρόνων. Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στη χρήση σας ή στον τρόπο που σας επηρεάζει ή που ανησυχεί άλλους ανθρώπους;

Στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση

Η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση έχει στόχο να μεταφέρει στον ασθενή το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας υγείας ακούει τον ασθενή προσεκτικά, ότι σέβεται και αποδέχεται τις απόψεις του ακόμη κι όταν δεν τις υιοθετεί, όχι μόνο μέσα από εκφράσεις του προσώπου και κινήσεις του σώματος αλλά και με τα σύντομα σχόλιά του κατά τη διάρκεια της συνομιλίας. Σύμφωνα με τον Thomas Gordon υπάρχουν 12 ειδών φραγμοί που δείχνουν πως κάποιος δεν ακούει. Όταν οι απαντήσεις του επαγγελματία υγείας εμπίπτουν σε κάποια από τις ακόλουθες κατηγορίες, ο ασθενής νιώθει ότι ο συνομιλητής του δεν τον ακούει (στο Miller & Gordon, 1991, σελ.73):

1. διατάζει, κατευθύνει ή απαιτεί
2. προειδοποιεί ή απειλεί
3. δίνει συμβουλές, κάνει συστάσεις ή δίνει λύσεις
4. πείθει με τη λογική, με επιχειρήματα ή κάνοντας κήρυγμα
5. ηθικολογεί ή λέει στον ασθενή τι πρέπει να κάνει
6. διαφωνεί, κρίνει, κατακρίνει ή επιρρίπτει ευθύνες
7. συμφωνεί, επιδοκιμάζει ή επαινεί
8. ταπεινώνει, γελοιοποιεί ή κολλάει ταμπέλες
9. ερμηνεύει ή αναλύει
10. καθησυχάζει, συμπάσχει ή παρηγορεί
11. ανακρίνει
12. αποσύρεται, αποσπάται η προσοχή του, κάνει χιούμορ ή αλλάζει θέμα.

Επιβεβαίωση

Η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση προσφέρει από μόνη της επιβεβαίωση στον ασθενή. Παρόλα αυτά σχόλια εκτίμησης και κατανόησης είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στη διαμόρφωση ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης, π.χ.

- Θα πρέπει να ήταν πολύ δύσκολο για σας.
- Αυτή είναι μια πολύ καλή πρόταση.
- Έχετε πράγματι πολλά προβλήματα να αντιμετωπίσετε, ίσως περισσότερα από ό,τι άλλοι άνθρωποι. Καταλαβαίνω γιατί έχετε ανάγκη από κάποιο «ανέβασμα», θέλετε να ξεφύγετε έστω για λίγο από όλα αυτά.

Περίληψη

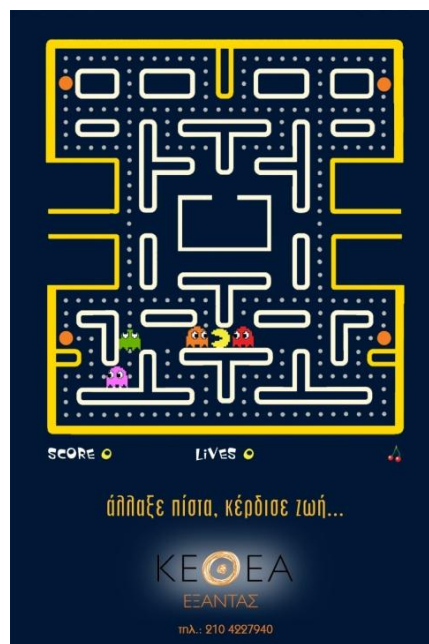
Η χρήση της περίληψης ενισχύει τα λεχθέντα, αποδεικνύει ότι ο επαγγελματίας υγείας ακούει προσεκτικά και προετοιμάζει τον ασθενή να προχωρήσει παρακάτω, π.χ.

- Μιλάτε σαν να σας τραβούν από δυο αντίθετες πλευρές. Από τη μια ανησυχείτε πολύ για το ότι η χρήση αλκοόλ που κάνετε πληγώνει την οικογένειά σας. Επίσης επηρεάζει την εργασία σας. Σας κάνει ιδιαίτερη εντύπωση που δύο διαφορετικοί φίλοι σας είπαν μέσα στην εβδομάδα ότι ανησυχούν για τη χρήση αλκοόλ που κάνετε. Από την άλλη πλευρά, σίγουρα δεν θεωρείτε τον εαυτό σας αλκοολικό, αφού πιστεύετε ότι μπορείτε να μη κάνετε χρήση αλκοόλ για μια εβδομάδα χωρίς να έχετε καμιά αρνητική επίδραση. Αυτό πρέπει να σας μπερδεύει.

Πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης

Όταν ο επαγγελματίας υγείας προκαλεί την έκφραση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης, εκμαιεύει τα κίνητρα αλλαγής από τον ίδιο τον ασθενή, π.χ.

- Είναι πράγματι σοβαρό!
- Νιώθω απελπισμένος.
- Πώς γίνεται να μου συνέβη αυτό. Δεν το πιστεύω!



Εικόνα 6.3 KEΘΕΑ, Copyright.

Αναγνώριση του προβλήματος

- Ποια πράγματα σας κάνουν να σκέφτεστε ότι αυτό είναι πρόβλημα;
- Τι δυσκολίες έχετε σε σχέση με τη χρήση ουσιών;
- Με ποιους τρόπους πιστεύετε ότι η χρήση έβλαψε εσάς ή άλλους ανθρώπους;
- Πώς σας επηρεάζει αυτό το πρόβλημα;
- Με ποιον τρόπο η χρήση σας έχει εμποδίσει να κάνετε αυτό που θέλετε;

Ανησυχία

- Τι κάνει εσάς ή άλλους ανθρώπους να ανησυχούν για τη χρήση αλκοόλ που κάνετε;
- Τι σας απασχολεί σε σχέση με τη χρήση; Τι φαντάζεστε ότι μπορεί να σας συμβεί;
- Πώς νιώθετε για το πρόβλημά σας με τη χρήση;
- Πόσο πολύ σας απασχολεί αυτό;
- Τι νομίζετε ότι θα συμβεί αν δεν κάνετε αλλαγές;

Πρόθεση για αλλαγή

- Το γεγονός ότι είστε εδώ δείχνει ότι τουλάχιστον ένα κομμάτι του εαυτού σας πιστεύει πως είναι καιρός να κάνετε κάτι.
- Ποιοι είναι οι λόγοι που σας κάνουν να θέλετε να αλλάξετε;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι μπορεί να χρειάζεται να αλλάξετε;
- Αν είχατε 100% επιτυχία και όλα γίνονταν ακριβώς όπως τα θέλατε, τι θα ήταν διαφορετικό;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι πρέπει να συνεχίσετε να πίνετε; Και η άλλη πλευρά;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι ήρθε η ώρα να αλλάξετε;
- Ποια θα ήταν τα πλεονεκτήματα μιας αλλαγής;

Αισιοδοξία

- Τι σας κάνει να σκέφτεστε ότι αν αποφασίζατε να αλλάξετε θα μπορούσατε να το κάνετε;
- Τι σας ενθαρρύνει ότι μπορείτε να αλλάξετε, αν θέλετε;
- Τι νομίζετε ότι θα σας βοηθούσε, αν αποφασίζατε να αλλάξετε;

Πίνακας 6.1 Δείγματα ερωτήσεων που προκαλούν Δηλώσεις Προσωπικής Κινητοποίησης (Miller & Rollnick, 1991, σελ. 82).

6.2. Διαθεωρητικό μοντέλο – Στάδια αλλαγής

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1992) αποτελεί έναν τρόπο κατανόησης της αλλαγής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτό η αλλαγή της συμπεριφοράς συντελείται με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της αλληλουχίας πέντε σταδίων:

1. Στάδιο πριν από την περισυλλογή
2. Περισυλλογή
3. Προετοιμασία για δράση
4. Δράση
5. Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή

Διαφορετικοί παράγοντες καθορίζουν τη δυναμική της αλλαγής σε κάθε στάδιο και ως εκ τούτου θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και διαφορετικές παρεμβάσεις.

6.2.1. Στάδιο πριν την περισυλλογή

Τα άτομα στο στάδιο αυτό δεν έχουν επίγνωση της προβληματικής τους συμπεριφοράς και νιώθουν απρόθυμα και αμυντικά, όταν ωθούνται να προβούν σε αλλαγή. Στην ουσία δεν έχουν πεισθεί ότι οι αρνητικές πλευρές της προβληματικής τους συμπεριφοράς είναι περισσότερες από τις θετικές. Οι βραχείες παρεμβάσεις μετά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου ASSIST απευθύνονται κυρίως σε αυτά τα άτομα (WHO, 2010). Οι Miller & Rollnick (1991) για να περιγράψουν την ανομοιογένεια της ομάδας των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο αυτό χρησιμοποιούν τα τέσσερα “R”, τέσσερις δηλαδή λέξεις της αγγλικής γλώσσας με κοινό αρχικό γράμμα:

- Reluctance (απροθυμία)
 - Δεν έχουν συνειδητοποιήσει την έκταση του προβλήματος και μπορεί να εκπλαγούν, όταν η ανατροφοδότηση διαφέρει από την προσωπική τους εκτίμηση. Η κατάλληλη προσέγγιση περιλαμβάνει ενσυναίσθηση και ανατροφοδότηση με ιδιαίτερα προσεκτικό και ευγενικό τρόπο.
- Rebellion (επανάσταση)
 - Χαρακτηρίζει άτομα τα οποία κάνουν αυξημένη χρήση ουσιών και έχουν μεγάλη αντίσταση σε οποιαδήποτε συζήτηση του προβλήματος, η οποία μπορεί να εκφραστεί με θυμό, πρόκληση, ειρωνεία κ.λπ. Η κατάλληλη προσέγγιση απαιτεί αποφυγή αντιπαράθεσης και παρουσίαση πολλών επιλογών. Τα άτομα αυτά επενδύουν μεγάλη ενέργεια στην προβληματική χρήση ουσιών και στην αντίσταση στον έλεγχο, στην επιβολή ή την καθοδήγηση ίσως ως κατάλοιπο της εφηβείας ή βαθύτερου φόβου και ανασφάλειας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο στόχος είναι να διοχετεύσουν την προσπάθειά τους προς την κατεύθυνση της αλλαγής αντί της αντιπαράθεσης και της «επανάστασης» από φόβο απώλειας της ελευθερίας τους.
- Resignation (παραίτηση)
 - Έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής και είναι πεπεισμένοι ότι «είναι πια πολύ αργά» γι’ αυτούς. Οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές είναι η ενθάρρυνση και η διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν την αλλαγή. Χωρίς πάντως ελπίδα ότι μπορούν να αλλάξουν δεν θα κινητοποιηθούν ποτέ προς το στάδιο της περίσκεψης.
- Rationalization (εκλογίκευση)
 - Σε αντίθεση με την προηγούμενη ομάδα, αναφέρουν πολλούς λόγους για τους οποίους δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ή γιατί το πρόβλημα αφορά κάποιους άλλους, π.χ. «καπνίζω μόνο 15 τσιγάρα τη μέρα», «ο παππούς μου είναι 90 χρονών και δεν έχει κανένα πρόβλημα υγείας», «η γυναίκα μου είναι υπερβολική και γκρινιάρη». Η ενσυναίσθηση και η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση αποτελούν τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές σε αυτήν την περίπτωση.

6.2.2. Περισυλλογή

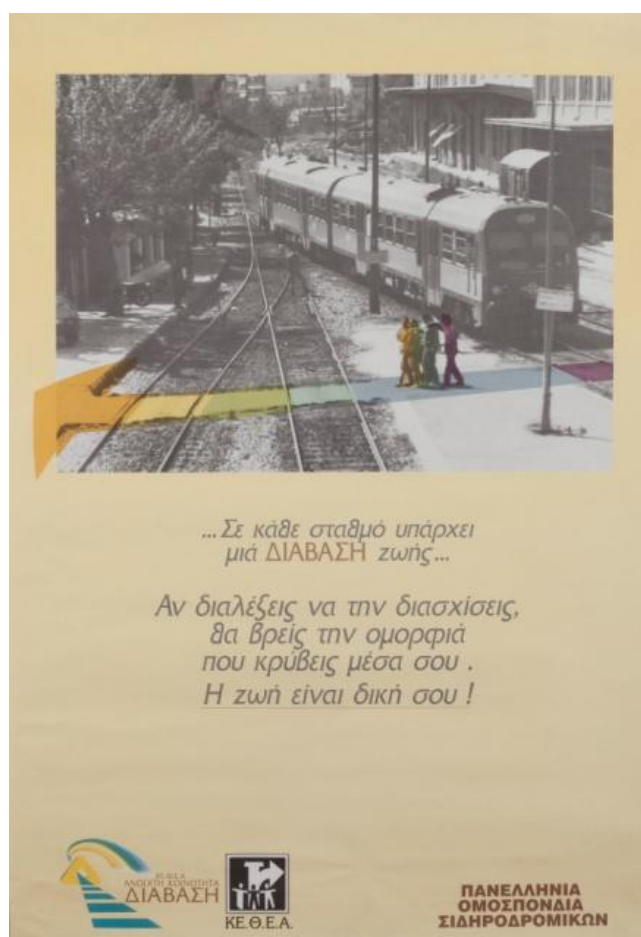
Το άτομο αναγνωρίζει ότι έχει πρόβλημα και αρχίζει να σκέφτεται την πιθανότητα αλλαγής. Είναι όμως πολύ σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν ότι η περισυλλογή δεν αποτελεί δέσμευση για αλλαγή. Έτσι, το άτομο συχνά εκφράζει ενδιαφέρον για τροποποίηση ή διακοπή της προβληματικής συμπεριφοράς αλλά όταν του προσφέρεται κάποια συγκεκριμένη δυνατότητα, π.χ. ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που ξεκινά άμεσα, τότε αναφέρει διάφορους λόγους για τους οποίους η συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν είναι κατάλληλη. Στην ουσία, δεν νιώθει έτοιμο για να δεσμευθεί άμεσα στη διαδικασία της αλλαγής. Αιτία είναι η αμφιθυμία του, η οποία μπορεί να καταστήσει το στάδιο αυτό μια ματαιωτικά χρόνια κατάσταση.

Η παροχή πληροφοριών και κινήτρων για αλλαγή είναι κατάλληλες στρατηγικές στο συγκεκριμένο στάδιο. Οι τεκμηριωμένες πληροφορίες (π.χ. Σύμφωνα με την Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία) είναι προτιμότερες από την αόριστη πληροφόρηση (π.χ. η χρήση έχει βλαπτική επίδραση στην καρδιά). Επιπλέον,

οι πληροφορίες οι οποίες αφορούν το άτομο προσωπικά ή η ανατροφοδότηση μετά από προσωπική αξιολόγηση (π.χ. ερωτηματολόγιο ανίχνευσης χρήσης αλκοόλ) είναι πιο πιθανό να δράσουν καταλυτικά από ό,τι οι γενικές πληροφορίες. Έτσι, ρωτώντας τον ασθενή για το βήχα του, ζητώντας του να εκπνεύσει τον καπνό σε ένα άσπρο χαρτομάντιλο, ώστε να δει τα κατάλοιπα ή συζητώντας για τον αριθμό των κρυολογημάτων και τα αναπνευστικά προβλήματα που αναφέρει κατά τον τελευταίο χρόνο, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να μετατρέψει μια γενική πληροφορία σε πληροφορία η οποία σχετίζεται άμεσα με το άτομο και μπορεί να ενισχύσει τα προσωπικά κίνητρα αλλαγής. Επίσης, όταν το άτομο αναφέρει αναρίθμητες αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλλά δεν αποφασίζει να περάσει στο στάδιο της δράσης, τότε απαιτείται η διερεύνηση της θετικής επίδρασης της προβληματικής συμπεριφοράς (π.χ. έντονη νευρικότητα, ευερεθιστότητα και διαπληκτισμοί μετά τη διακοπή της χρήσης) και συζήτηση εναλλακτικών προτάσεων (π.χ. ένα ζεστό μάνιλο κατά την επιστροφή από τη δουλειά). Τέλος, εκτός από τη συζήτηση θετικών και αρνητικών σημείων της χρήσης, είναι χρήσιμο να συζητηθούν θετικές και αρνητικές πτυχές της αποχής, οι οποίες φέρνουν νέα προοπτική στη διαδικασία επίλυσης της αμφιθυμίας του ασθενή.

6.2.3. Προετοιμασία για δράση

Κατά το στάδιο της προετοιμασίας για δράση, τα άτομα είναι έτοιμα να αλλάξουν στο άμεσο μέλλον. Βρίσκονται ένα βήμα πριν από την ανάληψη δράσης. Η αναγνώριση της απόκλισης ανάμεσα στις αξίες και τους στόχους τους και την προβληματική συμπεριφορά προκαλεί δυσφορία, η οποία είτε θα οδηγήσει άμεσα στην αλλαγή είτε σε επιστροφή σε μηχανισμούς άμυνας (π.χ. άρνηση, εκλογίκευση κ.λπ.) οι οποίοι μειώνουν τη δυσφορία αυτή. Η σημασία του σταδίου αυτού όμως είναι μεγάλη για την αντιμετώπιση των δυσκολιών και των εμποδίων που θα συναντήσει ο ασθενής, όταν περάσει στο στάδιο της δράσης. Η διερεύνηση αυτών των πτυχών μπορεί να ενισχύσει την απόφασή του αλλά και την αποτελεσματικότητα της προσπάθειάς του.



Εικόνα 6.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

6.2.4. Δράση

Στο στάδιο αυτό τα άτομα τροποποιούν τη συμπεριφορά τους, π.χ. χύνουν την τελευταία μύρα στο νεροχύτη ή παίρνουν για τελευταία φορά μια αυξημένη δόση «αποχαιρετισμού» και μπαίνουν στη διαδικασία εφαρμογής του σχεδίου του. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ή απογοήτευση μετά από μια αποτυχία αποτελούν σημαντικές δυσκολίες για το πέρασμα στο επόμενο στάδιο, αυτό της διατήρησης της αλλαγής. Απαιτείται προσεκτική προετοιμασία για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει ο ασθενής στη μετάβαση αυτή. Οι κατάλληλες όμως στρατηγικές αντιμετώπισης αυτού και του επόμενου σταδίου θα συζητηθούν λεπτομερώς στα δύο επόμενα κεφάλαια. Σύμφωνα με τους Miller & Rollinick (1991) οι παρεμβάσεις κινητοποίησης αφορούν περισσότερο τα τρία πρώτα στάδια του κύκλου της αλλαγής και τις βραχείες παρεμβάσεις σε επιβλαβείς συμπεριφορές. Τα δύο τελευταία στάδια αρκετές φορές απαιτούν ανάπτυξη δεξιοτήτων και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας παρεμβάσεις, ώστε να επιτευχθεί η διατήρηση της αλλαγής.



Εικόνα 6.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

6.2.5. Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή

Το στάδιο αυτό αποτελεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας της αλλαγής. Η διατήρηση της αλλαγής της συμπεριφοράς είναι δύσκολη υπόθεση. Ερεθίσματα που πυροδοτούν την προβληματική συμπεριφορά αρκετές φορές οδηγούν το άτομο στην υποτροπή. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο αναγνωρίζει ότι η υποτροπή είναι πιθανή ενώ το άτομο προχωρά μέσω των σταδίων αλλαγής. Η επανάληψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς θεωρείται ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο στάδιο της αλλαγής της συμπεριφοράς και περιγράφεται ως «ολίσθημα» στη διαδικασία της αλλαγής και όχι ως αποτυχία ολοκλήρωσης του κύκλου των σταδίων. Έτσι, οι ασθενείς συχνά περνούν από τα στάδια αυτά πολλές φορές μέχρι να φτάσουν στην επιτυχία. Με αυτόν τον τρόπο μαθαίνουν νέες συμπεριφορές και στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών που συναντούν στη διαδικασία της αλλαγής.

6.3. Βραχείες παρεμβάσεις

Η εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας συχνά καθιστά τα άτομα πιο ευάλωτα και πιο ανοιχτά στο να συνειδητοποιήσουν τη σύνδεση ανάμεσα στην κατάχρηση και στις αρνητικές συνέπειές της (διαβήτης, καρδιαγγειακές, γαστρεντερολογικές, νεφρολογικές επιπλοκές της κατάχρησης κ.ά.). Η συνειδητοποίηση των αρνητικών συνεπειών της κατάχρησης κατά την εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας αίρει την άρνηση του προβλήματος και γι' αυτό συνδέεται με την ετοιμότητα για αλλαγή. Ως αποτέλεσμα μπορεί να είναι περισσότερο κινητοποιημένα προς την τροποποίηση της προβληματικής συμπεριφοράς. Η αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί τόσο σε δομές γενικού νοσοκομείου (Emmen et al., 2004) και σε μονάδες τραύματος και επειγόντων περιστατικών (Crawford et al., 2004; Smith et al., 2003) όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Humeniuk et al., 2008). Επιπλέον, συστηματικές ανασκοπήσεις με μετα-ανάλυση αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους (Bertholet et al., 2005; Ballesteros et al., 2004; Whitlock et al., 2004). Σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση και παρέμβαση για τη χρήση αλκοόλ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όλοι οι επαγγελματίες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν αναλάβει την ευθύνη να αναγνωρίσουν και να παρέμβουν στους ασθενείς, των οποίων η κατανάλωση αλκοόλ είναι επικίνδυνη ή επιβλαβής για την υγεία τους (Anderson, 2005).

Παρόμοιες είναι οι συστάσεις του Π.Ο.Υ. για τις βραχείες παρεμβάσεις που αφορούν όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένου και του καπνού (WHO, 2010). Σύμφωνα με αυτές, η αναγνώριση και η βραχεία παρέμβαση προλαμβάνουν την επιδείνωση των προβλημάτων των ασθενών. Εξάλλου η μη έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων κατάχρησης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φαρμακευτική τους αγωγή ή άλλες μορφές της θεραπείας τους. Επιπλέον, τα άτομα που δεν είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ βρίσκουν ευκολότερο να μειώσουν ή να διακόψουν την κατανάλωση αλκοόλ, με την κατάλληλη βοήθεια και προσπάθεια, από ό,τι όσοι είναι εξαρτημένοι.

Σε γενικές γραμμές, οι βραχείες παρεμβάσεις ακολουθούν τις αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης και το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής. Κατά μέσο όρο, η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά. Το περιεχόμενό τους περιγράφεται συνοπτικά από το μοντέλο FRAMES το οποίο ονομάστηκε έτσι από τα αρχικά των κεντρικών λέξεων των έξι παρεμβάσεων τις οποίες περιλαμβάνει (WHO, 2010; SAMHSA, 1999):

- Feedback
 - Ανατροφοδότηση σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους και τη βλαπτική επίδραση της συμπεριφοράς χρήσης μετά την αξιολόγηση από τον επαγγελματία υγείας.
- Responsibility
 - Ο ασθενής έχει αποκλειστικά την ευθύνη της αλλαγής. Η απόφαση τροποποίησης, συνέχισης ή διακοπής της χρήσης αφορά τον ίδιο και δεν επιβάλλεται. Έχει λοιπόν την επιλογή να διατηρήσει ή να αλλάξει τη σχέση του με τις ουσίες.
- Advice
 - Συστάσεις σχετικά με τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης παρέχονται στον ασθενή με μη κριτικό τρόπο. Ο επαγγελματίας υγείας ζητά την έγκριση του ασθενή πριν την παροχή συμβουλών. Έτσι ο ασθενής γίνεται πιο δεκτικός στις συμβουλές του.
- Menu
 - Συζητούνται διάφορες επιλογές και εναλλακτικές θεραπευτικές προτάσεις.
- Empathy
 - Ο επαγγελματίας υγείας εκφράζει ενσυναίσθηση. Η προσέγγιση διέπεται από ζεστασιά, σεβασμό και κατανόηση.
- Self-efficacy
 - Ενδυνάμωση του ασθενή και υποστήριξη της αυτό-αποτελεσματικότητας.

Εντατικότερες βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μια συμβουλευτική συζήτηση 15 λεπτών περίπου στο πλαίσιο του συμβουλευτικού πλαισίου των 5Α (US Preventive Services Task Force 2004):

- Assess
 - Εκτίμηση της χρήσης ουσιών με σύντομα εργαλεία ανίχνευσης.
- Advise
 - Σύσταση μείωσης της χρήσης (εάν ενδείκνυται).
- Agree
 - Συμφωνία σε εξατομικευμένους στόχους για μείωση της χρήσης ή αποχή (εάν ενδείκνυται).
- Assist
 - Υποστήριξη στην απόκτηση κινήτρων, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοβοήθειας ή στην αλλαγή συμπεριφορών και στάσεων.
- Arrange
 - Οργάνωση παρακολούθησης, επαναξιολόγησης και παραπομπής (εάν ενδείκνυται).

Το μοντέλο των 5Α συστήνεται επίσης στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ένωσης Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης, οι οποίες απευθύνονται σε γενικούς νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές εξάρτησης και αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τις μονάδες τραυμάτων καθώς και την προσέγγιση εφήβων και εγκύων (ANSA, 1997a,b,c, 1998, 2002).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (WHO, 2010) οι ασθενείς συνεργάζονται πιο εύκολα κατά τις βραχείες παρεμβάσεις, όταν ο επαγγελματίας υγείας:

- δείχνει ότι ακούει τον ασθενή
- είναι φιλικός και δεν ασκεί κριτική
- δείχνει ευαισθησία και κατανόηση στον ασθενή
- δίνει πληροφορίες για την ανίχνευση και την όλη διαδικασία
- εξηγεί προσεκτικά τις αιτίες ανίχνευσης και παρέμβασης
- διασφαλίζει το απόρρητο της διαδικασίας

6.3.1. Προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του

Πρακτικές συμβουλές σχετικά με την προσέγγιση του ασθενή ανάλογα με την αντίδρασή του περιλαμβάνουν:

- Συνομιλία με τον ασθενή σε ένα ήσυχο -κατά το δυνατόν- περιβάλλον χωρίς διακοπές από την παρεμβολή άλλων προσώπων.
- Εκδήλωση ενδιαφέροντος και ερωτήσεις προς τον ασθενή για τη διάθεσή του, τη δουλειά του και την οικογένειά του. Ενθάρρυνση του ασθενή να μιλήσει γι' αυτά χωρίς διακοπές.
- Προσπάθεια κατανόησης του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη χρήση.
- Διαβεβαίωση του ασθενή για το γνήσιο ενδιαφέρον του επαγγελματία υγείας.
- Αναγνώριση και συζήτηση του προβλήματος χωρίς κριτική για τον χαρακτήρα ή την προσωπικότητα του ατόμου που μιλά.
- Προτίμηση της έκφρασης «η χρήση φαίνεται να δημιουργεί πρόβλημα στις σχέσεις σας» έναντι εκφράσεων όπως «είστε αλκοολικός» ή «εξαρτημένος».
- Προσεκτική επιλογή εκφράσεων, μιας και η συζήτηση με τον επαγγελματία υγείας μπορεί να αποτελεί την πρώτη φορά που το άτομο αντιλαμβάνεται τη χρήση ως πρόβλημα.

Επιπλέον, τα εγχειρίδια αυτο-βοήθειας έχουν αναγνωρισθεί ως μία σημαντική προσθήκη στις βραχείες παρεμβάσεις (WHO, 2010· Anderson et al., 2005).



Εικόνα 6.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Πρακτικές συμβουλές σχετικά με την παραπομπή περιλαμβάνουν:

- Αν το άτομο δεν θέλει να ζητήσει βοήθεια, ο επαγγελματίας υγείας εξηγεί ότι δεν χρειάζεται κάποιος να είναι αλκοολικός ή τοξικομανής για να ζητήσει βοήθεια.
- Αν δεν θέλει να σταματήσει τη χρήση, δίνεται έμφαση στο ότι δεν είναι απαραίτητο να διακόψει τη χρήση. Είναι πιθανό να τον βοηθήσουν να ελαττώσει τη χρήση.
- Αν ο ασθενής ντρέπεται ή σκέφτεται τι θα πουν οι άλλοι γι' αυτόν, καθισχύζεται ότι δεν είναι ο μόνος που έχει προβλήματα με τη χρήση ουσιών/αλκοόλ. Διαβεβαίωση ότι δεν είναι ντροπή να ζητήσει βοήθεια.
- Χρειάζεται τόλμη για να παραδεχθεί κάποιος ότι έχει ανάγκη από βοήθεια και να μπει στη διαδικασία να την αναζητήσει. Η απόφαση αναζήτησης βοήθειας είναι θέμα του ασθενή. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει τις πληροφορίες για να τις χρησιμοποιήσει εκείνος, όταν είναι έτοιμος. Υπάρχει περίπτωση να το κάνει μόνο, όταν ο ίδιος προσωπικά εκτιμήσει ότι η κατάσταση έχει φθάσει στο απροχώρητο.
- Υποστήριξη του ατόμου και όχι της χρήσης. Αναλυτική εξήγηση των συνεπειών της χρήσης. Η παροχή χρημάτων από τον επαγγελματία υγείας πρέπει να αποφεύγεται, γιατί υποστηρίζει τη χρήση.
- Αν το άτομο δεν θέλει να αλλάξει κάτι σε σχέση με την κατάχρηση ουσιών, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να φροντίσει άλλες ανάγκες του (π.χ. στέγη, τροφή, αντιμετώπιση παθολογικών προβλημάτων).

6.4. Η θεραπεία υποκατάστασης ως ευκαιρία κινητοποίησης για αλλαγή

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση μιας ουσίας που είτε υποκαθιστά την ουσία εξάρτησης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) είτε την ανταγωνίζεται (ναλτρεξόνη). Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη παρότι ανήκουν στην κατηγορία των οπιοειδών διαθέτουν φαρμακολογικές ιδιότητες οι οποίες διαφέρουν σημαντικά από αυτές της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια έναρξης της δράσης τους σε σύγκριση με την ηρωίνη, η οποία προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μια κατάσταση ευφορίας, ένα «ανέβασμα», καθώς και αποδρομή «πτώση», σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά το «ανέβασμα» που προκαλεί. Με τη βοήθεια λοιπόν των υποκαταστάτων αποφεύγεται το γρήγορο σκαμπανέβασμα που δημιουργεί η λήψη ηρωίνης, το οποίο συμβάλει στην ανάγκη για συχνή επανάληψη της χρήσης της. Η φαρμακευτική υποκατάσταση παρέχεται είτε υπό μορφή προοδευτικής αποτοξίνωσης ή

απεξάρτησης είτε, συνηθέστερα, υπό μορφή συντήρησης, δηλαδή μακροπρόθεσμης χορήγησης στον χρήστη επαρκούς ποσότητας της ουσίας προκειμένου να ελαττωθεί η επικίνδυνη και επιβλαβής συμπεριφορά. Η αποτελεσματικότητά της ενισχύεται, όταν η χορήγηση συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Βέβαια τα προγράμματα υποκατάστασης υφίστανται κριτική, μεταξύ άλλων, για τα εξής (Πουλόπουλος, 2011):

- Τα φάρμακα υποκατάστασης υποκαθιστούν μια μορφή τοξικομανίας με μια άλλη εφόσον τόσο η μεθαδόνη όσο και η βουπρενορφίνη μπορούν να δημιουργήσουν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.
- Συχνά τα άτομα τα οποία λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης κάνουν ταυτόχρονα και χρήση άλλων παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών με αποτέλεσμα την αδυναμία ελέγχου των ουσιών που καταναλώνουν.
- Αρκετές φορές η φαρμακευτική υποκατάσταση δεν συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική υποστήριξη ή προσπάθεια κινητοποίησης για αλλαγή.
- Η δημιουργία προγραμμάτων υποκατάστασης συχνά επιλέγεται κατά το σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής για τη μείωση των κοινωνικών δαπανών σε βάρος των κέντρων θεραπείας απεξάρτησης.

Σε κάθε περίπτωση η διασύνδεση των κέντρων θεραπείας υποκατάστασης με τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα θα μπορούσε εν δυνάμει να δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις κινητοποίησης των εξαρτημένων ατόμων, τα οποία δεν είναι ακόμη έτοιμα να δεσμευθούν στη διαδικασία της αλλαγής με την ένταξή τους σε «στεγνό» πρόγραμμα απεξάρτησης.



Εικόνα 6.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

ΣΥΝΟΨΗ

- Η κινητοποιητική συνέντευξη στοχεύει στην ενδυνάμωση του κινήτρου για αλλαγή και στη μείωση της αντίστασης για αλλαγή. Οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν την έκφραση ενσυναίσθησης, την ανάπτυξη απόκλισης, τη συμπόρευση με την αντίσταση, και την υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας.
- Στην αρχική φάση της προσέγγισης του ασθενή ο επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιεί πέντε στρατηγικές: ανοιχτές ερωτήσεις, στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση, επιβεβαίωση, περιήληψη, πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης.
- Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής αποτελεί έναν τρόπο κατανόησης της αλλαγής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτό η αλλαγή της συμπεριφοράς συντελείται με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της αλληλουχίας πέντε σταδίων: Στάδιο πριν από την περισυλλογή, περισυλλογή, προετοιμασία για δράση, δράση και διατήρηση της αλλαγής-υποτροπή.
- Οι βραχείες παρεμβάσεις εφαρμόζονται σε τμήματα γενικού νοσοκομείου, μονάδες τραύματος και επειγόντων περιστατικών όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αφορούν ενήλικες, εφήβους και έγκυες γυναίκες ή μητέρες που θηλάζουν.
- Σε γενικές γραμμές, οι βραχείες παρεμβάσεις ακολουθούν τις αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης και το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής. Κατά μέσο όρο, η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά.
- Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση μιας ουσίας που είτε υποκαθιστά την ουσία εξάρτησης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) είτε την ανταγωνίζεται (ναλτρεξόνη). Η διασύνδεση των κέντρων θεραπείας υποκατάστασης με τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα θα μπορούσε εν δυνάμει να δημιουργήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις κινητοποίησης των εξαρτημένων ατόμων, τα οποία δεν είναι ακόμη έτοιμα να δεσμευθούν στη διαδικασία της αλλαγής με την ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης.
- Η δημιουργία προγραμμάτων υποκατάστασης συχνά επιλέγεται κατά τον σχεδιασμό της εθνικής πολιτικής για τη μείωση των κοινωνικών δαπανών σε βάρος των κέντρων θεραπείας απεξάρτησης.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005) *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- ANSA (1997a) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working in Primary Health Care Teams*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997b) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working with children and young people*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997c) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses: Working with Alcohol and Drug Users*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.

- ANSA (1998) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses: Working within Accident and Emergency*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.
- Bertholet, N., Daeppen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.
- Burns, H.K., Puskar, K.R., Flaherty, M.T., Mitchell, A.M., Hagle, B. et al. (2012) Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4): 169-177.
- Crawford, M.J., Patton, R., Touquet, R. et al (2004) Screening and referall for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomized controlled trial. *Lancet*, 364, 1334-1339.
- Efraimson, E.O., Fossum, B., Ehrenbergo, A., Larsson, K., Klang, B. (2012) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 767–782. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
- Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenberg, G. & Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.
- Erickson, S.J., Gerstle, M., Feldstein, S.W. (2005) Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159:1173–1180.
- Gold, M.A. & Kokotailo, P.K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Adolescent Health Update*, 20(1), 1–10.
- Humeniuk RE, Dennington V and Ali RL (2008) *The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva, World Health Organ
- Macgowan, M. J. & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 527–45.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J.A., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008) *Motivational interviewing in health care*. New York: Guilford.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55:305–312.
- SAMHSA (2012) *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA (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.

- Smith, A.J., Hodgson, R.J., Bridgeman, K. & Shepherd, J.P. (2003) A randomised controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98, 43-52.
- U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*, 140, 554-556.
- Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.
- WHO (2010) *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.
- Wilson, J.S., Fitzsimons, D., Bradbury, I. & Stuart Elborn, J. (2008) Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 45, 508–517.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011) *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://motivationalinterview.org/>

Η επίσημη σελίδα της Κινητοποιητικής Συνέντευξης με πλούσιο υλικό.

- <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA13-4212/SMA13-4212.pdf>

Το βιβλίο «Enhancing Motivation For Change in Substance Abuse Treatment» στην ιστοσελίδα του οργανισμού SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Administration) των Ηνωμένων Πολιτειών με άφθονα παραδείγματα κινητοποίησης ασθενών.

URL Εκπαιδευτικού Υλικού Κεφαλαίου 6

Οι διαφάνειες του Κεφαλαίου 6 βρίσκονται στην ακόλουθη σελίδα στον Ελληνικό Συσσωρευτή Ακαδημαϊκών Ηλεκτρονικών Βιβλίων του ΣΕΑΒ: <http://repfiles.kallipos.gr/file/23559>