ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

"ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ"

Τίτλος Μεταπτυχιακής Εργασίας: «Το Ψυχόδραμα στις γνωστικές δεξιότητες των εφήβων: παρέμβαση πρόληψης»

Σπουδάστρια: Ελευθερία Βαβούρη

Επιβλέπων καθηγητής: Ευάγγελος Καραδήμας

Ρέθυμνο, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ....4
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ 5
1.1. Η ευαλωτότητα της εφηβικής ηλικίας στην εξάρτηση 8
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ & ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ....13
2.1. Παράγοντες κινδύνου....13
2.1.1. Ατομικοί παράγοντες κινδύνου....14
2.1.2. Διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου 16
2.2. Παράγοντες προστασίας....18
2.2.1. Ατομικοί παράγοντες προστασίας....20
2.2.2. Διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες προστασίας 23
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ & ΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ 25
3.1. Δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης και στρατηγικές διαχείρισης 26
3.1.1. Η συναισθηματική ρύθμιση στην εξάρτηση και τη πρόληψη....28
3.2. Δεξιότητα λήψης αποφάσεων 30
3.3. Δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων 33
3.4. Δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας 35
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ 37
4.1. Πρόληψη στις εξαρτήσεις: έννοιες, τύποι παρέμβασης και εφαρμογή....37
4.2. Τεχνικές & μέθοδοι πρόληψης στην ενίσχυση γνωστικών δεξιοτήτων....40
ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ ΩΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ....42
5.1. Το Ψυχόδραμα 42
5.2. Η εφαρμογή της ψυχοδραματικής προσέγγισης στους έφηβους 43
5.3. Ψυχοδραματικές τεχνικές....44
5.4. Η ενίσχυση γνωστικών δεξιοτήτων μέσω της ψυχοδραματικής μεθόδου 46
Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ....49
ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ....51
6.1. Το Δείγμα....51
Πίνακας 1 52
Κατανομή συμμετεχόντων με βάση τα περιγραφικά χαρακτηριστικά στην πειραματική και ελέγχου ομάδα 52
6.2. Εργαλεία....53
6.2.1. Δημογραφικά και περιγραφικά στοιχεία....53
6.2.2. Λήψη αποφάσεων 53
6.2.3. Επίλυση προβλημάτων....54
6.2.4. Συναισθηματική ρύθμιση 54
6.2.5. Αυτο-αποτελεσματικότητα....55
6.3. Διαδικασία....57
Πίνακας 2 61
Γνωστικές δεξιότητες και ψυχοδραματικές τεχνικές 61
6.3. Στατιστική ανάλυση 62
6.4. Αποτελέσματα....62

Διάγραμμα 1. Κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων ανάμεσα στις ομάδες ελέγχου και παρέμβασης. 63

Διάγραμμα 2. Κατανομή της χρήσης ουσιών στους «σημαντικούς άλλους» στις δύο μελετώμενες ομάδες μαθητών. 64

Πίνακας 3 65

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα λήψης απόφασης «Ορθολογικός τύπος» 65

Πίνακας 4 66

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα λήψης απόφασης «Διαισθητικός τύπος» 66

Πίνακας 5 66

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα λήψης απόφασης «Εξαρτημένος τύπος» 66

Πίνακας 6 67

Επίδραση στην κλίμακα «Επίλυση προβλημάτων» της ψυχοδραματικής παρέμβασης .. 67

Πίνακας 7 68

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης «Γνωστική επανεκτίμηση» 68

Πίνακας 8 68

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης «εκφραστική καταστολή» 68

Πίνακας 9 69

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητα .. 69

ΣΥΖΗΤΗΣΗ 70

7.1. Σκοπός και περιορισμοί της μελέτης 70
7.2. Δεξιότητα λήψης αποφάσεων 72
7.3. Πιθανοί περιορισμοί μελέτης 75
7.4. Δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και συναισθηματικής ρύθμισης 77
7.5. Δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας 81
7.6. Βασικά συμπεράσματα μελέτης και μελλοντικές έρευνες 83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 85

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διερευνητική μελέτη εξετάζει την επίδραση μιας βραχύχρονης παρέμβασης ψυχοδράματος σε γνωστικές δεξιότητες των εφήβων για την πρόληψη της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών. Ειδικά, μελετάται η επίδραση της παρέμβασης στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματικής ρύθμισης και αυτο-αποτελεσματικότητας. Το δείγμα αποτελείται από 20 έφηβους μαθητές ηλικίας 15 ετών, εκ των οποίων 10 έφηβοι συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης και 10 έφηβοι στην ομάδα ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε 10 τρίωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις στις οποίες εφαρμόστηκε η μέθοδος του ψυχοδράματος. Για την αξιολόγηση του τύπου λήψης αποφάσεων και του επιπέδου επίλυσης προβλημάτων χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα «Τρόποι Λήψης Αποφάσεων» του Harren και η υποκλίμακα «Διαπροσωπική Γνωστική Επίλυση Προβλημάτων» του Wehmeyer, αντίστοιχα. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα «Ρύθμιση του Συναισθήματος» του Gross και η κλίμακα «Γενικευμένης Αυτο-αποτελεσματικότητας» των Schwarzer και Jerusalem. Η επίδραση της παρέμβασης αξιολογήθηκε μεταξύ υποκειμένων πριν και μετά την εφαρμογή της. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με Independent Samples t-test, Mann – Whitney και Repeated Measured ANOVA. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης έδειξαν ότι το ψυχόδραμα επιδρά θετικά στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων και συγκεκριμένα στο Διαισθητικό λήπτη αποφάσεων. Πέραν τούτου, το ψυχόδραμα δεν επέδρασε στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματικης ρύθμισης και αυτο-αποτελεσματικότητας. Αν και παρατηρήθηκαν σχετικές βελτιώσεις στους δείκτες επίλυσης προβλημάτων και εκφραστικής καταστολής, δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Συμπεραίνεται ότι το ψυχόδραμα ενισχύει τη δεξιότητα λήψης αποφάσεων, αντίθετα δεν μεταβάλει τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματικής ρύθμισης και αυτο-αποτελεσματικότητας. Τα συμπεράσματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης εξετάζονται λεπτομερώς, παρατίθενται οι περιορισμοί της και καταθέτονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Λέξεις κλειδιά: πρόληψη, ψυχόδραμα, εφηβεία, λήψη αποφάσεων, επίλυση προβλημάτων, συναισθηματική ρύθμιση, αυτο-αποτελεσματικότητα

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Το ζήτημα της εξάρτησης παραμένει έως σήμερα υπό συνεχή συζήτηση στον επιστημονικό χώρο (Frings, Albery & Monk, 2017). Διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι προσεγγίζουν το φαινόμενο στη προσπάθειά τους να διατυπώσουν μια σαφή και αντιπροσωπευτική θεωρία (Ζαφειρίδης, 2009), η οποία συχνά υπόκειται σε αμφισβητήσεις και αντιπαραθέσεις (Γεωργάκας, 2007). Έτσι, επικρατεί ένας πλουραλισμός θεωριών από τις οποίες άλλες επικεντρώνονται σε γενετικούς, βιολογικούς παράγοντες και άλλες σε ψυχολογικούς, κοινωνικοπολιτικούς (Γεωργάκας, 2007), αναδεικνύοντας την πολυπλοκότητα του ζητήματος (Ζαφειρίδης, 2009). Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθενται βασικές θεωρίες για την εξάρτηση και δίνεται έμφαση σε στοιχεία που η μελέτη πραγματεύεται εκτενέστερα παρακάτω.

Μοντέλο ασθενείας: Η εξάρτηση γίνεται αντιληπτή ως «*χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος του εγκεφάλου*» (Leshner, 1997, σελ.45), με ισχυρά γενετικά, νευροαναπτυξιακά και κοινωνικοπολιτιστικά στοιχεία (Volkow & Morales, 2015). Οι υποστηρικτές του μοντέλου επικεντρώνονται στις νευροπροσαρμοστικές αλλαγές που προκαλούνται στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου εξαιτίας της οξείας και παρατεταμένης χρήσης ουσιών (Koob & Volkow, 2010), καθώς και στις προσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες οι οποίες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της εξάρτησης (O'Brien & McLellan, 1996). Υποστηρίζουν δε ότι αυτές οι αλλαγές παραμένουν ακόμα και μετά τη διακοπή της χρήσης θέτοντας το άτομο σε μεγάλο κίνδυνο είτε ανάπτυξης και διατήρησης του εθισμού (Koob & Volkow, 2010), είτε υποτροπής (O'Brien & McLellan, 1996).

Ωστόσο, οι πρόσφατες εξελίξεις στις νευροεπιστήμες δίνουν έμφαση πλέον σε συγκεκριμένους μηχανισμούς οι οποίοι φαίνεται να έχουν διαταραχθεί σε εξαρτημένα άτομα (Volkow, Koob & McLellan, 2016). Αρκετοί λοιπόν ερευνητές θεωρούν ότι η εξάρτηση είναι ασθένεια των μηχανισμών λήψης αποφάσεων, μάθησης και κινήτρων (Berke & Hyman, 2000). Υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές που έχουν προκληθεί σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου συμβάλλουν στην ευπάθεια της εξάρτησης (Ouzir & Errami, 2016) καθώς το άτομο επιλέγει να ακολουθήσει μια πορεία μεταξύ διαφορετικών πιθανών εναλλακτικών λύσεων που διαθέτει (Bickel, Mellis, Snider, Athamneh, Stein & Pope, 2017).

Άλλοι ερευνητές, όπως η Volkow και οι συνεργάτες της (2016) εστιάζουν στο μηχανισμό του αυτοελέχου ορίζοντας την εξάρτηση ως:

«*τον όρο που χρησιμοποιείται για να υποδείξει το πιο σοβαρό, χρόνιο στάδιο της διαταραχής της χρήσης ουσιών, στο οποίο υπάρχει σημαντική απώλεια αυτοελέγχου, όπως αποδεικνύεται από την καταναγκαστική λήψη ουσιών παρά την επιθυμία του ατόμου να σταματήσει*» (σελ. 364).

Θεωρία αυτοϊασης: Ο Khantzian (1987), εισάγει τη θεωρία της αυτοϊασης (self-medication model) η οποία υποστηρίζει ότι «*η επιλογή της ουσίας προκύπτει ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της φαρμακολογικής δράσης και των κυρίαρχων αρνητικών συναισθημάτων*» (σελ. 1259). Ο ίδιος καταλήγει ισχυριζόμενος ότι «*το κίνητρο της αυτοϊασης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους λόγους για υπερβολική χρήση και εξάρτηση*» (Khantzian, 1987, σελ. 1263).

Εντούτοις, αρκετά χρόνια αργότερα ο Khantzian (2012) εμπλουτίζει τη θεωρία του στο άρθρο «*Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective*» εστιάζοντας στην αυτορρύθμιση. Πλέον υποστηρίζει ότι η εξάρτηση είναι μια διαταραχή της αυτορρύθμισης και ότι τα εξαρτημένα άτομα υποφέρουν επειδή δεν μπορούν ή δεν ρυθμίζουν ορισμένες λειτουργίες που θεωρεί απαραίτητες για την επιβίωση (Khantzian, 2012). Ως εκ τούτου, τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με αρκετές δυσκολίες τις οποίες έρχεται να καλύψει η λήψη ουσιών (Khantzian, 2012)

Θεωρία επιλογής: Μια άλλη εξέχουσα θεωρία προέρχεται από τον Heyman (2009), ο οποίος αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως ζήτημα επιλογής. Από αυτή την σκοπιά, η εξάρτηση αντανακλά μια προσωρινά μυωπική οπτική των διαθέσιμων εναλλακτικών σε μια κατάσταση επιλογής (Kurti & Dallery, 2012). Εν ολίγοις, αφορά σε μια φυσιολογική εκούσια επιλογή –παρότι αυτοκαταστροφική- όπου οι άμεσες ανταμοιβές υπερτερούν (Kurti & Dallery, 2012). Τέτοιου είδους πρακτικές αυξάνουν και διαιωνίζουν τη συχνότητα της δραστηριότητας (Heyman, 1996), ενώ παράλληλα καθιστούν την αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων ανταμοιβών όλο και πιο δύσκολη (Lewis, 2011).

Ψυχοδραματική προσέγγιση: Το ψυχόδραμα με ιδρυτή τον J. Moreno, αντιλαμβάνεται την εξάρτηση ως μια διαδικασία που μπορεί να ελεγχθεί, να αλλάξει, να βιωθεί διαφορετικά και να αποτελέσει πηγή δύναμης (Avrahami, 2003). Δίνει έμφαση στον αυθορμητισμό ως δύναμη ζωής και ως πρωταρχικό παράγοντα της δημιουργικότητας, της αντιμετώπισης και της προσαρμογής (Garcia & Buchanan, 2000. Nicholas,2009). Με άλλα λόγια ο αυθορμητισμός συμβάλλει στην επιβίωση, ενώ η εμφάνιση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς αποτελεί απόρροια της έλλειψής του (Garcia & Buchanan, 2000. Nicholas,2009). Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να

εκδηλωθεί ως παράλυση σε μια νέα κατάσταση, ως παρορμητικότητα (δράση χωρίς σκέψη) ή ως αντιδραστικότητα (ανταπόδοση χωρίς εδώ και τώρα δράση) που μπορεί να ήταν κατάλληλη ανταπόκριση στο παρελθόν, αλλά την παρούσα στιγμή υστερεί (Garcia & Buchanan, 2000). Ουσιαστικά το άτομο εγκλωβίζεται σε παλιούς ρόλους ή τρόπους της ύπαρξής του (Nicholas,2017) οι οποίοι σχετίζονται με συμπεριφορές που είχαν διαμορφωθεί πολύ νωρίς στη ζωή του και στις οποίες καταφεύγει, ούτως ώστε να αντιμετωπίσει πολύ δύσκολες καταστάσεις και να «επιβιώσει» (Clayton,2012).

Θεωρία του Olivenstein: Για τον Olivenstein η εξάρτηση μπορεί απλοποιημένα να αποδοθεί σε ένα τρίγωνο στο οποίο κυριαρχούν το άτομο, το προϊόν και το περιβάλλον (Graf, 2012). Ο ίδιος επικαλείται μια πιο σφαιρική οπτική της εξάρτησης, δηλώνοντας ότι πρόκειται για μια κατάσταση (Olivenstein,1982). Όπως σαφέστερα διατυπώνεται στο βιβλίο της Μάτσα (2001, σελ.19) η εξάρτηση «*αποτελεί το προϊόν της συνάντησης μιας ουσίας με μια συγκεκριμένη ελλειμματική προσωπικότητα σε μια δεδομένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή*». Από αυτή την οπτική, η εξάρτηση διέπεται από μια ενιαία αλληλεπίδραση του ατόμου και της ουσίας σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο (Caillon, Grall-Bronnec, Bouju, Lagadec & Vénisse, 2012).

Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο: Το εν λόγω μοντέλο συνυπολογίζει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες για να εξηγήσει την εξάρτηση (Griffiths, 1999). Σε γενικές γραμμές, η βιολογική ωρίμανση επηρεάζει άμεσα τέσσερις τομείς της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας: τη γνώση, την αντίληψη για τον εαυτό, το κοινωνικό περιβάλλον καθώς και τις προσωπικές αξίες (Irwin, Igra, Eyre & Millstein, 1997). Οι επιρροές σε αυτούς τους σημαντικούς τομείς, οδηγούν το άτομο στην εμπλοκή του με τις ουσίες προκειμένου να αντιμετωπίσει τα ανεπιθύμητα συναισθήματα ή να προκαλέσει την επιθυμητή συναισθηματική κατάσταση (Kodjo & Klein, 2002). Όμως, επειδή έχουν επηρεαστεί σημαντικά οι κοινωνικές του δεξιότητες αδυνατεί να απορρίψει τη χρήση ουσιών (Kodjo & Klein,2002).

Από τη ανασκόπηση των σημαντικότερων προσεγγίσεων, φαίνεται ότι το πλαίσιο της εξάρτησης δεν μπορεί να αποδοθεί ολιστικά σε μια μόνο θεωρία (Griffiths, 2005). Ενδεχομένως για την πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου θα μπορούσε να ειδωθεί ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδραση και της συνεργασίας μεταξύ πολλών παραγόντων: βιολογικών/γενετικών, ψυχολογικών και κοινωνικών/περιβαλλοντικών (Griffiths,1999).

1.1. Η ευαλωτότητα της εφηβικής ηλικίας στην εξάρτηση

Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση τονίζεται ότι η εξάρτηση είναι μια διαδικασία που επέρχεται σταδιακά (Volkow και συν., 2016), με αφετηρία το πειραματικό στάδιο, το οποίο πρωτοεμφανίζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία (Krank, Stewart, O'Connor, Woicik, Wall & Conrod, 2011. NIDA, 2003.Volkow και συν., 2016). Κατά το πλείστον, η δοκιμή με τα ναρκωτικά αρχίζει στην ηλικία των 12 ή 13 ετών (NIDA, 2003) και περιλαμβάνει τη χρήση αλκοόλ, καπνού και άλλων ναρκωτικών (Krank και συν., 2011. NIDA, 2003). Όσο αυξάνεται η ηλικία παρατηρείται ταχεία κλιμάκωση της χρήσης είτε νόμιμων είτε παράνομων ναρκωτικών (Κοκκέβη, Φωτίου, Καναβού & Σταύρου, 2015. Krank και συν., 2011. NIDA, 2003), ενώ παράλληλα αυτή η ψυχαγωγική χρήση μπορεί να μεταβληθεί σε προβληματική μεταγενέστερα (Kodjo & Klein, 2002. NIDA, 2003).

Από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι το ζήτημα της εξάρτησης στην εφηβεία σχετίζεται και με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζονται εκείνη τη περίοδο (Zimmering, Toolan, Safrin, & Wortis, 1952).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εφηβεία είναι η μεταβατική περίοδος που γεφυρώνει την παιδική ηλικία με την ενηλικίωση (Vranda & Rao, 2011). Αποτελεί μια κρίσιμη περίοδο, καθώς πραγματοποιούνται πολύπλοκες αλλαγές που πρόκειται να οδηγήσουν στην ωρίμανση της ενήλικης ταυτότητας (Crews, He, & Hodge, 2007). Ως εκ τούτου οι εμπειρίες σε αυτή την ηλικία θεωρείται ότι έχουν ισχυρό αντίκτυπο (Merline, Jager & Schulenberg, 2008) στη λειτουργία και τη προσαρμογή του ατόμου μετέπειτα στην ενήλικη ζωή του (Cicchetti & Rogosch, 2002). Ουσιαστικά πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο κατά την οποία ο έφηβος αντιμετωπίζει νέες ακαδημαϊκές, συναισθηματικές και κοινωνικές καταστάσεις (Palmer & McGeary, 2016) και όπως συμβαίνει σε κάθε μετάβαση, ο κίνδυνος για την χρήση ναρκωτικών είναι ιδιαίτερα αυξημένος (Palmer και McGear, 2016). Οι νέες καταστάσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος αντιστοιχούν σε σημαντικές μεταβολές (Crews και συν., 2007) που συντελούνται σε βιολογικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο (Vranda & Rao, 2011).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη βιολογική ανάπτυξη της εφηβικής περιόδου η οποία χαρακτηρίζεται από ταχείες ορμονικές, φυσιολογικές και σωματικές αλλαγές και αναπόφευκτα επηρεάζει τις υπόλοιπες μεταβολές που διεξάγονται στη διαδικασία ωρίμανσης (Irwin και συν., 1997). Ειδικότερα, εξαιτίας της ενισχυμένης νευροπλαστικότητας, τα υποανάπτυκτα νευρωνικά δίκτυα αδυνατούν να ρυθμίσουν

σωστά το συναίσθημα του έφηβου (Crews και συν., 2007. Volkow και συν., 2016) και ως εκ τούτου τείνει να είναι περισσότερο ευμετάβλητος συναισθηματικά (Arnett, 1999. Vranda & Rao,2011). Μια ποικιλία αναπτυσσόμενων νευρωνικών συστημάτων προκαλεί συμπεριφορικές και γνωστικές αλλοιώσεις (Crews και συν., 2007) με αποτέλεσμα αφενός να είναι σε θέση να επεξεργάζεται περισσότερο σύνθετες και αφηρημένες πληροφορίες και αφετέρου να δυσκολεύεται στην αυτόνομη εφαρμογή τους, εφόσον απουσιάζει η εμπειρία (Irwin και συν., 1997).

Ταυτόχρονα, οι αναπτυξιακές αλλοιώσεις στο φλοιώδες και υποφλοιώδες μετωπιαίο σύστημα, προωθούν τη συμπεριφορά αναζήτησης νέων εμπειριών όπου σε αντιδιαστολή με το υπάρχον ανώριμο ανασταλτικό σύστημα ελέγχου μπορούν να ενισχύσουν την εκτέλεση παρορμητικών ενεργειών (Chambers, Taylor & Potenza, 2003). Έτσι, συχνά οι έφηβοι αναζητούν νέες εμπειρίες, ενεργούν χωρίς να προνοούν, αμελούν κινδύνους και δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις αρνητικές συνέπειες των πράξεών τους (Crews και συν., 2007. Merline και συν., 2008. Stautz & Cooper, 2013). Με αυτό τον τρόπο, αντικατοπτρίζεται αφενός ένα εξελικτικό πρότυπο συμπεριφοράς προς την αυτονομία και αφετέρου η υπερβολική εμπλοκή στη παρορμητική και συχνά ριψοκίνδυνη λήψη αποφάσεων μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο σε αρνητικά και δυνητικά απειλητικά αποτελέσματα (Chambers και συν., 2003. Stautz & Cooper, 2013).

Όπως επισημαίνουν οι Merline και συν. (2008) οι επικίνδυνες συμπεριφορές γίνονται προσωρινά πιο κανονιστικές σε αυτή τη περίοδο ανάπτυξης από ότι σε άλλες χρονικές στιγμές. Παράλληλα, η συναπτική αναδιαμόρφωση που συντελείται στις περιοχές των ραβδωτού, μεταιχμιακού και μετωπιαίου αυξάνει την ευαισθησία του συστήματος ανταμοιβής (Crews και συν., 2007) καθιστώντας τον εγκέφαλο ιδιαίτερα ευάλωτο στις ιδιότητες των ναρκωτικών και συμβάλλοντας στην ευπάθεια του έφηβου για πειραματισμό και εξάρτηση (Palmer & McGeary, 2016. Volkow και συν., 2016).

Εκείνη την περίοδο παρατηρείται μια διαφορετική ισορροπία μεταξύ της ανταμοιβής και της αποστροφής στις επιδράσεις των ναρκωτικών καθώς ο έφηβος ωθείται έντονα προς την ανταμοιβή και είναι λιγότερο ευαίσθητος στα στερητικά συμπτώματα (Schramm-Sapyta, Walker, Caster, Levin & Kuhn, 2009), με αποτέλεσμα οι άμεσες φαρμακολογικές-κινητικές επιδράσεις των ουσιών να επιταχύνονται και να ενισχύουν την εξέλιξη ή τη μονιμότητα των νευρωνικών αλλαγών (Chambers και συν., 2003).

Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο μια σημαντική διεργασία που λαμβάνει χώρα την ίδια περίοδο αφορά στη απομάκρυνση του έφηβου από τους γονείς (Vranda & Rao,2011) στην προσπάθειά του να αποχωριστεί την παιδική ηλικία (Αλεξανδρίδης, Amadel, Αμπατζόγλου, Bonacini, Assoun, Ζαφειρόπουλος και συν., 2004), να αυτονομηθεί και να διαμορφώσει τη δική του ενήλικη πλέον ταυτότητα (Ρούσσης, 2007).

Από αυτή τη σκοπιά, η εφηβεία έχει χαρακτηρισθεί ως περίοδος «*θύελλας και άγχους*» (Hall, 1904, σελ. 73). Ωστόσο, η θύελλα και το άγχος δεν είναι ούτε καθολικά ούτε και αναπόφευκτα (Cicchetti & Rogosch, 2002). Κεντρικό χαρακτηριστικό αυτής της αναταραχής αποτελεί η σύγκρουση με τους γονείς (Arnett, 1999). Ο έφηβος έχει την τάση να είναι επαναστατικός και να αντιστέκεται στην αυθεντία των ενηλίκων γεγονός που οδηγεί σε πολλές και οξείες συγκρούσεις μεταξύ τους (Vranda & Rao,2011). Συνήθως, αυτές οι διαμάχες χαρακτηρίζονται από μονιμότητα και γενίκευση, οδηγώντας τον έφηβο σε μια συναισθηματική ευθραυστότητα (Ρούσσης, 2007) με έντονες εναλλαγές στη διάθεση (Arnett, 1999. Vranda & Rao,2011). Σε τέτοιες περιπτώσεις ο έφηβος βιώνει εσωτερικές πιέσεις και κοινωνικές προσδοκίες που τον οδηγούν σε στιγμές αβεβαιότητας, αμφιβολίας και απογοήτευσης ενώ συγχρόνως εν δυνάμει θέτουν τον εαυτό του σε συμπεριφορές κινδύνου (Vranda & Rao,2011).

Την απομάκρυνση του έφηβου από την οικογενειακή εστία προσφέρεται να αντικαταστήσει η ομάδα ομότιμων (Αλεξανδρίδης και συν., 2004), μια εξίσου σημαντική διεργασία που συντελείται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ο ίδιος επιδιώκει να ταυτιστεί με τους ομότιμους στην προσπάθειά του να καλύψει τις ανάγκες του αποχωρισμού (Irwin και συν., 1997. Kodjo & Klein, 2002). Εκείνοι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη συγκρότηση της προσωπικότητας και την κοινωνικοποίησή του ενισχύοντας τις κοινωνικές του δεξιότητες καθώς και την ανάγκη του για στήριξη και αποδοχή (Κοκκέβη, Σταύρου, Κανναβού & Φωτίου, 2016). Η επίδραση των ομότιμων στη εφηβεία είναι πιο καθοριστική από ποτέ, καθώς λειτουργεί σαν πρότυπο για τη σύναψη των μετέπειτα σχέσεων της ενήλικης ζωής (Conger, 1981).

Ωστόσο, αυτή η συναναστροφή μπορεί να έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιδράσεις εμπλέκοντας τον έφηβο σε ριψοκίνδυνες δραστηριότητες, όπως τη χρήση ουσιών (Irwin και συν., 1997. Kodjo & Klein, 2002). Με άλλα λόγια, ενδέχεται είτε να λειτουργήσει ενθαρρυντικά και υποστηρικτικά στην αναζήτηση ταυτότητας

(Σωματείο Εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, 2016) είτε από την ανάγκη του για αποδοχή στο κόσμο των ομότιμων να ενδώσει και να προσφύγει σε αντιφατικές πρακτικές (Conger, 1981). Ο συνδυασμός της πίεσης των ομότιμων σε παράτολμες ενέργειες, με την περιορισμένη σκέψη, την έλλειψη εμπειρίας, το αίσθημα του αήττητου και την απουσία δεξιοτήτων αποφυγής κινδύνων που χαρακτηρίζουν την ηλικία αφενός συμβάλλουν στη δυσκολία του να αναγνωρίσει τις συνέπειες των πράξεών του και αφετέρου τον καθιστούν επιρρεπή στη διαδικασία της εξάρτησης (Kodjo & Klein, 2002).

Μολονότι οι βιολογικές και ψυχολογικές διεργασίες εκείνης της περιόδου είναι ζωτικής σημασίας για τον αναπτυσσόμενο έφηβο, αυτές συντελούνται στο πλαίσιο ενός ταχέως μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος (Irwin και συν., 1997). Την περίοδο της εφηβείας, οι κοινωνικοί ορίζοντες του ατόμου εκτείνονται πέρα από τους σημαντικούς τομείς της παιδικής ηλικίας (Zimmering και συν.,1952). Είναι μια περίοδος όπου ο έφηβος διαμορφώνει την προσωπική του πραγματικότητα για το περιβάλλον που διαβιεί (Μάτσα, 2001).

Πλέον οι κοινωνικές διακρίσεις, η φτώχεια, η έλλειψη ευκαιριών, ο ατομικισμός, οι αντιφάσεις ηθικής και κοινωνικής πρακτικής, γίνονται προσωπικά εμπόδια που κωλυσιεργούν το πέρασμα στην ενηλικίωση (Μάτσα, 2001. Zimmering και συν.,1952). Στο πλαίσιο μιας τέτοιας κοινωνικής πραγματικότητας παρατείνεται η διεργασία του αποχωρισμού από την οικογένεια (Μάτσα, 2001), ενισχύεται η αίσθηση κατωτερότητας και ανεπάρκειας και εντέλει ματαιώνεται η ανάγκη για ανεξαρτησία (Μάτσα, 2001. Zimmering και συν.,1952). Αυτό το κοινωνικό περιβάλλον γεννά συναισθήματα θυμού τα οποία, σύμφωνα με τον Ρούσση (2007) «*όταν δεν βρίσκουν τρόπους έκφρασης κοινωνικά αποδεκτούς ή μη μετατρέπονται από τον έφηβο σε πράξεις βίας κατά του εαυτού του*» (σελ.16).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω οι Huurre, Lintonen, Kaprio, Pelkonen, Marttunen & Aro, (2010) παρατηρούν ότι «*η εφηβική ανάπτυξη είναι μια ολιστική και αλληλένδετη διαδικασία που συντελείται στο πλαίσιο διαφορετικών πτυχών της εφηβικής ζωής*» (σελ.126). Επιπροσθέτως, είναι από μόνη της μια αναπτυξιακά κρίσιμη περίοδο που ελλοχεύει τον κίνδυνο για τη μετάβαση στη χρήση και κατάχρηση ουσιών (Krank και συν., 2011).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι περισσότεροι έφηβοι ενδέχεται να πειραματιστούν με τις ουσίες περιστασιακά, ωστόσο, μόνο ορισμένοι από αυτούς προχωρούν στα επόμενα στάδια, οδηγούμενοι προς την εξάρτηση (Κοκκέβη και συν., 2015. Νόβα-

Καλτούνη, Μακρή-Μπότσαρη, Τσιμπουκλή, 2002). Σε αυτή τη περίπτωση πέρα από τις αναπτυξιακές δυσκολίες, ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με πολλούς και διαφορετικούς, για τον καθένα, παράγοντες κινδύνου (Νόβα-Καλτούνη και συν., 2002) οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ευαλωτότητά του προς την εξάρτηση (Αλεξανδρίδης και συν., 2004). Τελικά εκείνο που θα καθορίσει τη ενασχόληση με τη χρήση ουσιών είναι η δυναμική ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου και στους προστατευτικούς παράγοντες (NIDA, 2003).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ & ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

2.1. Παράγοντες κινδύνου

Πληθώρα μελετών έχει υποδείξει την ύπαρξη ισχυρών παραγόντων κινδύνου οι οποίοι δείχνουν ότι συμβάλλουν στην κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών, την περίοδο της εφηβείας (Beman, 1995). Σύμφωνα με τους Mrazek και Haggerty (όπως αναφέρεται στο Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni 2002, σελ. 576) οι παράγοντες κινδύνου αποτελούν «*εκείνα τα χαρακτηριστικά, τις μεταβλητές ή τους κινδύνους που, αν υπάρχουν σε ένα άτομο, καθιστούν πιθανότερο ότι το συγκεκριμένο άτομο, παρά κάποιος που επιλέγεται τυχαία από τον γενικό πληθυσμό θα αναπτύξει μια διαταραχή*». Είναι εκείνες οι μεταβλητές που «*καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο και αυξάνουν τις πιθανότητες να έχουν επιπτώσεις οι επιλογές του υπό κάποιες συνθήκες*» (ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ, 2011, 42).

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι σε ένα άτομο ή σε μια ομάδα η ύπαρξη ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου δεν οδηγεί στην εξάρτηση απαραιτήτως (EMCDDA 2010). Όπως επίσης και ότι ένας παράγοντας κινδύνου ο οποίος επηρεάζει σημαντικά ένα άτομο, δεν είναι αναγκαίο ότι θα επιδρά το ίδιο και σε κάποιο άλλο (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011). Συνεπώς, μολονότι οι παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν αρκετές πτυχές της ζωής ατόμου, αυτή η επιρροή είναι διαφορετική στον καθένα και συνήθως εξαρτάται από την προσωπικότητα, το αναπτυξιακό στάδιο και το περιβάλλον του (NIDA 2003). Άρα, φαίνεται ότι δεν αποτελούν αιτιώδεις παράγοντες απαραίτητα, αλλά πρόκειται για μεταβλητές που λειτουργούν άλλοτε διαμεσολαβητικά και άλλοτε ρυθμίζοντας το κίνδυνο για χρήση ή εξάρτηση (Weinberg, 2001).

Ωστόσο, εύλογο είναι ότι σε όσους περισσότερους παράγοντες κινδύνου εκτίθεται ένας έφηβος τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες εμφάνισης σχετικών προβλημάτων (Patton, 1995). Οι Bry, McKeon και Pandina (1982) προσθέτουν ότι η έκθεση σε τέσσερεις από τους παράγοντες κινδύνου, αυξάνει 4,5 φορές την πιθανότητα αντιμετώπισης βαριάς χρήσης ναρκωτικών. Κατ’ επέκταση, η γνώση για αυτούς τους παράγοντες, οι οποίοι εκτείνονται από το ατομικό επίπεδο έως το κοινωνικό (Hawkins και συν.,1992), συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος (Beman, 1995).

2.1.1. Ατομικοί παράγοντες κινδύνου

Κατεξοχήν, οι βιολογικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση του έφηβου που βρίσκεται σε κίνδυνο για χρήση ουσιών (Kodjo & Klein, 2002).

Έτσι, σύμφωνα με τον Beman (1995), το φύλο και η ηλικία έναρξης αποτελούν σταθερούς δείκτες κινδύνου. Συγκεκριμένα, τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες από ότι τα κορίτσια να εμπλακούν στη χρήση ουσιών (Kodjo & Klein, 2002) και να υιοθετήσουν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά επικίνδυνες συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτήν (ΕΠΙΨΥ,2016). Επίσης, τα αγόρια παρά τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να μεταβούν σε βαριά χρήση (Chassin, Flora & King, 2004), να κάνουν συχνή βαριά χρήση στη νεαρή ηλικία (Poikolainen, Tuulio-Henriksson, Aalto-Setälä, Marttunen & Lönnqvist, 2001) και να αναπτύξουν εξάρτηση (Chassin, Pitts & Prost, 2002).

Εξίσου σημαντικός παράγοντας κινδύνου αποτελεί και η ηλικία έναρξης της χρήσης (Beman, 1995). Συγκεκριμένα, η πρώιμη ενασχόληση με τα ναρκωτικά προβλέπει μεταγενέστερη κατάχρηση (Hawkins και συν.,1992), ιδίως όταν αυτή συμβαίνει πριν την ηλικία των 15 ετών (Robins & Przybeck, 1985). Επιπλέον, η πρώιμη έναρξη αυξάνει τις πιθανότητες χρήσης και άλλων ουσιών (Kandel, 1982), μεγιστοποιεί το ενδεχόμενο εμπλοκής σε παρεκκλίνουσες συμπεριφορές, όπως πώληση ναρκωτικών ή εγκληματικότητα και μειώνει την επίδοση σε συμβατικούς κοινωνικούς ρόλους κατά την ενηλικίωση (Kandel, Simcha-Fagan & Davies, 1986).

Εκτός όμως από το φύλο και την ηλικία έναρξης, η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ορισμένους τύπους ιδιοσυγκρασίας καθώς και μεμονωμένα χαρακτηριστικά που φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για χρήση και κατάχρηση (Hawkins και συν.,1992.Weinberg, 2001), μπορούν να προβλέψουν τη μεταγενέστερη ενασχόληση με τις ουσίες (Merline και συν., 2008) και τα οποία συνήθως αποτελούν παράγοντες κινδύνου όταν αλληλεπιδρούν με αρκετές περιβαλλοντικές μεταβλητές (Weinberg, 2001).

Έτσι, η συμπεριφορική απόσυρση (behavioral disinhibition), στην οποία περιλαμβάνονται οι παρορμητικές και αρκετές φορές επιθετικές αντιδράσεις, προβλέπει τόσο τη πρόσφατη (Krank και συν.,2011) όσο και τη μεταγενέστερη χρήση ουσιών (Krank και συν.,2011). Αντίστοιχα, η αναζήτηση καινοτομίας ή αναζήτηση ευχαρίστησης, ως ένα άλλο ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό, σχετίζεται εξίσου

θετικά με την πρόσφατη και μελλοντική χρήση (Krank και συν.,2011) όπως επίσης και με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Stautz & Cooper, 2013).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Cloninger, Sigvardsson και Bohman (1988) η υψηλή αναζήτηση καινοτομίας και η χαμηλή αποφυγή βλάβης (low harm avoidance) μπορούν να προβλέψουν την πρώιμη έναρξη κατάχρησης αλκοόλ. Παρομοίως, η αποκαλούμενη «δύσκολη ιδιοσυγκρασία», στην οποία συγκαταλέγονται η αρρυθμία (ύπνου και διατροφής), η απόσυρση από άτομα και νέα ερεθίσματα, η χαμηλή προσαρμοστικότητα ή ακαμψία σε αλλαγές του περιβάλλοντος, οι αντιδράσεις υψηλής έντασης και η ευερέθιστη διάθεση, δείχνει να σχετίζεται με τη χρήση ουσιών και την παραβατικότητα στην εφηβική ηλικία (Windle, 1991).

Περαιτέρω κάποια ατομικά χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν σημαντικούς δείκτες επικινδυνότητας περιλαμβάνουν την απελπισία (hopeless) (Krank και συν.,2011), τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Ko, Yen, Yen, Lin & Yang, 2007), την ένταση/στρες (EMCDDA 2010. ΕΠΙΨΥ και συν.,2011. NIDA 2003) και τη ντροπαλότητα (Chak & Leung, 2004).

Στην ίδια κατηγορία συγκαταλέγεται και η ύπαρξη νοητικών προβλημάτων (EMCDDA 2010) καθώς και ψυχιατρικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, (EMCDDA 2010. ΕΠΙΨΥ και συν.,2011. NIDA 2003), αυτοκτονικός ιδεασμός (Kim, Ryu, Chon, Yeun, Choi, Seo & Nam, 2006) και αποδιοργανωτικές διαταραχές (Brook, Cohen & Brook, 1998).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να προστεθεί η ύπαρξη ευνοϊκών στάσεων ή προσδοκιών απέναντι στη χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών καθώς είναι συνυφασμένη με τον αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής σε ανάλογες καταστάσεις (Guo, Hawkins, Hill & Abbott, 2001).

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι θετικές προσδοκίες, η ευνοϊκή στάση και η πρόθεση για τα ναρκωτικά προβλέπουν τη συχνότητα και την ένταση της χρήσης (Tomlinson & Brown, 2012), οξύνουν τις πιθανότητες για μεγαλύτερη και προβληματική χρήση (Guo και συν., 2001. Lin, Ko & Wu, 2008. Stautz & Cooper, 2013. Tomlinson & Brown, 2012) και μπορούν να οδηγήσουν στον εθισμό (Lin και συν., 2008) ακόμα και μεταγενέστερα, στην ηλικία των 21 ετών (Guo και συν., 2001).

2.1.2. Διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου

Στη παρούσα μελέτη γίνεται μια συνοπτική αναφορά για ευνόητους λόγους στους σημαντικότερους διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη κινδύνου χρήσης ουσιών κατά την περίοδο της εφηβείας.

Συγκεκριμένα, σε διαπροσωπικό επίπεδο οι φίλοι, τα αδέρφια και οι γονείς αποτελούν ισχυρούς διαμεσολαβητικούς δείκτες κινδύνου για τη χρήση ουσιών (Kodjo & Klein, 2002).

Βάση εμπεριστατωμένων ερευνών, κυρίως οι μεγαλύτεροι ηλικιακά έφηβοι (Cleveland, Feinberg, Bontempo & Greenberg, 2008) επηρεάζονται σημαντικά από τους ομότιμους ως προς τη πρώιμη έναρξη της χρήσης (Chassin και συν.,2002), τη χρήση (Sydow, Lieb, Pfister, Höfler & Wittchen, 2002), τη κατάχρηση ουσιών (Chassin και συν., 2004. Chassin και συν., 2002. NIDA 2003) και φυσικά τη διαμόρφωση παραβατικών συμπεριφορών (EMCDDA 2010. ΕΠΙΨΥ και συν.,2011. NIDA 2003). Επισημαίνεται δε ότι η ένταξη σε μια παρέα με αποκλίνουσα συμπεριφορά διευκολύνει την πρόσβαση στα ναρκωτικά (Kliewer & Murrelle, 2007. Patton, 1995) και μεταφέρει τη συμπεριφορά της χρήσης (Patton, 1995), αυξάνοντας τις πιθανότητες ένταξης σε παρέα με περισσότερους ομότιμους χρήστες καθώς και έκθεσης σε άλλα ναρκωτικά (NIDA 2003).

Ομοίως συμβαίνει και με τα μεγαλύτερα αδέρφια, όταν χρησιμοποιούν ναρκωτικά ή επιδοκιμάζουν τέτοιες συμπεριφορές (Needle, McCubbin, Wilson, Reineck, Lazar & Mederer, 1986). Εκτός ότι μεταδίδουν θετικά μηνύματα και στάσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών (Botvin & Griffin, 2007), αυξάνουν τις πιθανότητες για πρώιμη έναρξη της χρήσης (Needle και συν., 1986) και ενισχύουν την ένταξη σε παρέες ομότιμων χρηστών (Windle, 2000).

Βέβαια οι μικρότεροι ηλικιακά έφηβοι δέχονται ισχυρή επιρροή από τους γονείς τους (Kandel,1982. Windle, 2000). Το ιστορικό χρήσης της οικογένειας (Chassin και συν., 2004), η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Alati, Mamun, Williams, O'Callaghan, Najman & Bor, 2006), η χρήση (Kandel, 1982) και η εξάρτηση των γονέων (EMCDDA 2010. NIDA 2003) αποτελούν ορισμένους από τους βασικότερους δείκτες επικινδυνότητας (EMCDDA 2010. NIDA 2003). Φαίνεται ότι οι γονείς μπορούν να μεταφέρουν στους έφηβους τα μοτίβα της χρήσης (Kandel, 1982) και να προκαλέσουν την έναρξη αλλά όχι απαραίτητα την κλιμάκωσή της (Kandel, 1982. Windle, 2000).

Από την άλλη πλευρά, σε κοινωνικό επίπεδο, οι πλειοψηφία των παραγόντων που θεωρούνται επικίνδυνοι επιδρούν εντονότερα σε μικρότερους ηλικιακά έφηβους και είναι υπεύθυνοι κυρίως για την έναρξη της χρήσης παρά για τη συνέχειά της (Cleveland και συν., 2008). Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το νομικό πλαίσιο και τις κρατικές μεταρρυθμίσεις, τη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών, την φτώχεια, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, καθώς και την αποδιοργάνωση της γειτονιάς (EMCDDA 2010).

Εξίσου σημαντικός κοινωνικός παράγοντας επικινδυνότητας για έναν έφηβο μπορεί να καταστεί το σχολικό περιβάλλον (Bond, Butler, Thomas, Carlin, Glover, Bowes και συν., 2007). Οι επιμέρους κίνδυνοι, όπως ο ανεπαρκής δεσμός του έφηβου με το σχολικό πλαίσιο (Bond και συν., 2007), η διακοπή από το σχολείο (Kliewer & Murrelle, 2007), η ανάρμοστη συμπεριφορά (επιθετικότητα και παρορμητικότητα) μέσα στη σχολική τάξη (NIDA 2003) και η ελλιπής ακαδημαϊκή επίδοση (Mason & Windle, 2001) μπορούν να συνδεθούν τόσο με την έναρξη της χρήσης (Ellickson & Hays, 1992), τη χρήση (Mason & Windle, 2001) και τη μετέπειτα κατάχρηση (Bond και συν., 2007).

2.2. Παράγοντες προστασίας

Διαμετρικά αντίθετα από τους παράγοντες κινδύνου βρίσκονται οι αποκαλούμενοι "παράγοντες προστασίας" (NIDA 2003). Πρόκειται για μεταβλητές που «*μετριάζουν ή απομακρύνουν τις πιθανότητες εμφάνισης και εκδήλωσης συμπεριφορών, επιλογών και προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών*» (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011, σελ. 43). Είναι εκείνες οι μεταβλητές που προωθούν θετικές συμπεριφορές, υποστηρικτικά πλαίσια (Jessor, Turbin, Costa, Dong, Zhang & Wang, 2003) και διαμορφώνουν συνθήκες που βελτιώνουν την αντίσταση των ατόμων σε παράγοντες κινδύνου και στην ανάπτυξη διαταραχών (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman και συν., 1993). Ως εκ τούτου αντιπροσωπεύουν τις επιρροές, τους προσανατολισμούς και τις συμπεριφορές που ενισχύουν τη θετική ανάπτυξη στη ζωή των εφήβων και συμβάλλουν στην πρόληψη αρνητικών συμπεριφορών και αποτελεσμάτων, όπως η χρήση ουσιών (Sale, Sambrano, Springer & Turner, 2003).

Αν και εννοιολογικά αντίθετοι από τους παράγοντες κινδύνου, εμφανίζουν ορισμένες ομοιότητες μεταξύ τους (EMCDDA 2010. ΕΠΙΨΥ και συν.,2011). Ειδικότερα, μερικοί παράγοντες, τόσο κινδύνου όσο και προστασίας, θεωρούνται σημαντικοί μόνο υπό την παρουσία άλλων παραγόντων (EMCDDA 2010). Εκτός αυτού, αξίζει να σημειωθεί ότι κάποιοι παράγοντες κινδύνου μπορούν να μετατραπούν σε παράγοντες προστασίας ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με άλλους παράγοντες (EMCDDA 2010). Παρά ταύτα και οι δύο κατηγορίες παραγόντων μπορούν να προβλέψουν το αποτέλεσμα μελλοντικά (Fraser, Galinsky & Richman, 1999), όπως επίσης αμφότεροι ενεργούν άλλοτε διαμεσολαβητικά και άλλοτε ρυθμίζοντας την επίδραση της έκθεσης (Hawkins και συν., 1992) και συνεπώς τις επιπτώσεις (Costa, Jessor & Turbin, 1999).

Οι Brook, Brook, Gordon, Whiteman και Cohen (όπως αναφέρεται στο Hawkins, 1992, σελ.86) παρέχουν περισσότερες πληροφορίες για την λειτουργία των προστατευτικών παραγόντων και εστιάζουν αναλυτικά στους προαναφερθέντες μηχανισμούς, λέγοντας ότι: «*Ο πρώτος είναι ο μηχανισμός "κινδύνου/προστασίας", μέσω του οποίου η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου ρυθμίζεται από την παρουσία προστατευτικών παραγόντων*». Δηλαδή, ο κίνδυνος που υπάρχει σε μια παρέα ομότιμων χρηστών μετριάζεται από τον ισχυρό δεσμό του έφηβου με τους γονείς του (Hawkins και συν., 1992), ρυθμίζοντας έτσι την πλήρη επίδραση της επικινδυνότητας (Fraser και συν., 1999). «*Ο δεύτερος είναι ο "προστατευτικός/προστατευτικός" μηχανισμός, μέσω του οποίου ένας προστατευτικός παράγοντας ενισχύει έναν άλλο*

προστατευτικό παράγοντα, ισχυροποιώντας την επίδρασή του» (όπως αναφέρεται στο Hawkins, 1992, σελ.86). Παραδείγματος χάριν, ο ισχυρός δεσμός του έφηβου με τον πατέρα μπορεί να ενισχύσει την αρμονία στην οικογένεια, τα θετικά χαρακτηριστικά της μητέρας και την συμβατική εφηβεία (Hawkins και συν., 1992), μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την ισχύ μερικών παραγόντων κινδύνου (NIDA 2003).

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι οι παράγοντες προστασίας αφενός ασκούν τα οφέλη τους μόνο υπό την παρουσία ενός κινδύνου (Rutter, 1987) και αφετέρου διαδραματίζουν έναν αντισταθμιστικό ρόλο στην επίδραση και τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών (Ostaszewskai & Zimmerman, 2006). Ωστόσο, αυτή η επίδραση δείχνει να μεταβάλλεται με την ηλικία και αντίστοιχα ο βαθμός της επίδρασής να εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως: η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η κουλτούρα, οι συνήθειες και το περιβάλλον (NIDA 2003). Στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι σε κάθε περίπτωση το πλαίσιο κρίνεται άκρως σημαντικό, καθώς πολλοί από τους παράγοντες είναι πολιτισμικά ευαίσθητοι και ως εκ τούτου ενδέχεται να παρουσιάζουν διαφορετική συνάφεια σε διαφορετικές κουλτούρες (EMCDDA 2010).

Ανεξάρτητα όμως από τις επιμέρους διακυμάνσεις των παραγόντων προστασίας, οι ίδιοι θεωρούνται ζωτικής σημασίας καθώς παρέχουν σημαντικές ενδείξεις τόσο για την κατανόηση των αναπτυξιακών διαδικασιών (Ostaszewskai & Zimmerman, 2006), όσο και για το σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης (Fraser και συν., 1999. Ostaszewskai & Zimmerman, 2006). Ως εκ τούτου ένας από τους εξέχοντες στόχους της πρόληψης είναι η αλλαγή της ισορροπίας μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και προστασίας, έτσι ώστε οι παράγοντες προστασίας να αντισταθμίσουν τους παράγοντες κινδύνου (NIDA 2003) και συνεπώς να διαταράξουν τις διαδικασίες που συμβάλλουν στην ανθρώπινη δυσλειτουργία (Coie και συν., 1993).

Για την επίτευξη του σκοπού, οι προστατευτικοί παράγοντες αντλούνται είτε από προσωπικά στοιχεία, είτε από εξωτερικούς πόρους, οι οποίοι συνηθέστερα εκτίνονται σε τομείς όπως η οικογένεια, οι ομότιμοι, το σχολείο και η ευρύτερη κοινότητα (Fergus & Zimmerman, 2005. Ostaszewskai & Zimmerman, 2006) και οι οποίοι μπορούν να αποτελέσουν το επίκεντρο της αλλαγής, κατά τους Fergus και Zimmerman (2005).

2.2.1. Ατομικοί παράγοντες προστασίας

Σε ατομικό επίπεδο, οι προσωπικοί προωθητικοί παράγοντες αποτελούν ζωτικά στοιχεία στη διαδικασία της ανθεκτικότητας (Fergus & Zimmerman, 2005), καθώς ενσωματώνονται στη ζωή των εφήβων επιτρέποντάς τους να ξεπεράσουν τυχόν αντιξοότητες (Perkins & Borden, 2003).

Όπως έχει αναδείξει η βιβλιογραφία, ένας από τους ατομικούς προστατευτικούς παράγοντες αναφέρεται στην θρησκευτικότητα, δηλαδή στην προσωπική πίστη στο Θεό (Kliewer & Murrelle, 2007). Η θρησκευτικότητα έχει συσχετιστεί με τη θετική προσαρμογή στην εφηβεία (Kliewer & Murrelle, 2007), καθώς και με τη σύναψη υποστηρικτικών σχέσεων με την οικογένεια (Mason & Windle, 2001). Πέραν τούτου, αποτρέπει την εμπλοκή με τα ναρκωτικά (Kliewer & Murrelle, 2007), μειώνει την επίδραση στρεσογόνων γεγονότων στα αρχικά στάδια της χρήσης (Wills, Yaeger & Sandy, 2003), αλλάζει τη συμπεριφορά κατανάλωσης (Mason & Windle, 2001) ελαττώνοντας το ρυθμό ανάπτυξής της (Kliewer & Murrelle, 2007. Wills και συν., 2003) και περιορίζει τα προβλήματα της χρήσης (Kliewer & Murrelle, 2007).

Πέραν τούτου έχει αποδειχθεί ότι ο ατομικός δεσμός και η πίστη τόσο στις κυρίαρχες κοινωνικές αξίες (Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur, & Hawkins, 2004), όσο και στην ηθική τάξη (Guo και συν., 2001) προστατεύουν τον έφηβο από τη χρήση ουσιών (Beyers και συν., 2004) και προβλέπουν μειωμένο κίνδυνο για κατάχρηση αλκοόλ και εξάρτηση στην ηλικία των 21 ετών, αντίστοιχα (Guo και συν., 2001).

Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, η θετική λειτουργία του έφηβου, δηλαδή η επίλυση των αναπτυξιακών διεργασιών εκείνης της περιόδου και κατ' επέκταση η επιτυχής προσαρμογή στους κυριότερους ρόλους της, μειώνει την πιθανότητα κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ στην νεαρή ηλικία (Oesterle, Hill, Hawkins & Abbott, 2008). Επιπλέον, στους παράγοντες που ασκούν θετική επίδραση σε μεγάλο αριθμό ατόμων και κυρίως σε άτομα που δυνητικά βρίσκονται σε κίνδυνο συγκαταλέγονται, σύμφωνα με τους Glantz και Sloboda (2002), τα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η νοημοσύνη, η ″καλή″ διάθεση και η ″εύκολη″ ιδιοσυγκρασία.

Μεταξύ άλλων, μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας έχει αφιερωθεί και στην σπουδαιότητα της ″ικανότητας″ (competence) ως ατομικό προστατευτικό παράγοντα απέναντι σε επιβλαβείς καταστάσεις που υπάρχουν, κατά την περίοδο της εφηβείας (Fergus & Zimmerman, 2005). Σύμφωνα με τον Caplan, η ικανότητα αναφέρεται σε

«*μαθημένες συμπεριφορές που εκδηλώνονται ως ιδιότητες αντιμετώπισης, ενεργητικού αγώνα και μάθησης με τα προβλήματα της ζωής, μέσω της χρήσης γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων*» (όπως αναφέρεται στο Griffin, Scheier, Botvin & Diaz, 2001, σελ. 194). Ουσιαστικά η ικανότητα αναφέρεται στην αναπτυξιακά αναμενόμενη και αποτελεσματική προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Masten & Coatsworth, 1998). Πιστεύεται ότι οι ικανοί νέοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να υπερβούν τις αρνητικές επιπτώσεις που προκαλούνται από κινδύνους (Fergus & Zimmerman, 2005). Συγκεκριμένα, οι νέοι με επαρκείς ικανότητες δεξιοτήτων (competence skills) προάγουν την ανθεκτικότητα (Griffin, Botvin, Scheier, Epstein & Doyle, 2002) και παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευημερία, η οποία με τη σειρά της προβλέπει λιγότερη χρήση ναρκωτικών μετέπειτα (Griffin και συν., 2002. Griffin και συν., 2001).

Ειδικότερα, η κοινωνική ικανότητα (Perkins & Borden, 2003) και δεξιότητα (Fraser, 1997. Glantz & Sloboda, 2002), κυρίως σε έφηβους που βρίσκονται σε κίνδυνο, δηλαδή η ικανότητα επιτυχούς λειτουργίας υπό δυσμενείς συνθήκες (Scal, Ireland & Borowsky, 2003), αποτελεί έναν τέτοιο παράγοντα καθώς φαίνεται να προστατεύει το άτομο από την εμπλοκή του στη χρήση ουσιών (Benard, 1991). Επίσης, η εσωτερική πηγή ελέγχου (internal locus of control) (Perkins & Borden, 2003) δείχνει να περιορίζει τις επιδράσεις των αρνητικών συμβάντων στη χρήση αλκοόλ (Scheier, Botvin & Miller, 2000). Η ίδια σχετίζεται για τα θέματα υγείας με τους παράγοντες της αυτοαποτελεσματικότητας και του αυτοελέγχου, οι οποίοι συμπεριλαμβάνονται στους προστατευτικούς δείκτες (Scheier και συν., 2000).

Αναλυτικότερα, η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης του αποτελέσματος και μεσολαβητικό δείκτη των επιδράσεων της θεραπείας (Kadden & Litt, 2011). Ως παράγοντας προστασίας (Fraser, 1997) μειώνει το ενδεχόμενο εμπλοκής στη χρήση (Benard, 1991) και σχετίζεται με τη διατήρηση της αποχής από τα ναρκωτικά, όπως η κοκαΐνη (Coon, Pena & Illich, 1998). Εξίσου και ο αυτοέλεγχος αμβλύνει τη πιθανότητα εμπλοκής (Benard, 1991), αναστέλλει τη προβληματική συμπεριφορά (NIDA 2003), συσχετίζεται με τη μείωση της συχνότητας των επεισοδίων μέθης (Botvin, Malgady, Griffin, Scheier, & Epstein, 1998) και παράλληλα συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ και με υψηλότερες δεξιότητες αντίστασης, οι οποίες ακολούθως συμβάλλουν στην μείωση των κινήτρων υπέρ της χρήσης (Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 1999). Τα υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων άρνησης μπορούν να προβλέψουν επίσης χαμηλότερο κίνδυνο

για κατάχρηση οινοπνευματωδών και εξάρτηση στην ηλικία των 21 ετών (Guo και συν., 2001).

Στην κατηγορία των προστατευτικών παραγόντων περιλαμβάνονται και οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων (Benard, 1991. Fraser, 1997) οι οποίες αναφέρονται στην ικανότητα ευέλικτης αντανακλαστικής σκέψης και πρακτικής εναλλακτικών λύσεων τόσο σε γνωστικά, όσο και σε κοινωνικά προβλήματα (Benard, 1991). Ο Botvin και οι συνεργάτες του (1998) προσθέτουν ότι η επάρκεια στην ικανότητα λήψης αποφάσεων και η αυτοενίσχυση (self reinforcement) μπορούν να μειώσουν την επίδραση των διαπροσωπικών παραγόντων κινδύνου, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση μαριχουάνας από ομότιμους έφηβους. Επιπλέον, ο προσανατολισμός στην επίτευξη και την αποτελεσματικότητα αφενός κατατάσσεται στους προστατευτικούς παράγοντες και αφετέρου σχετίζεται με όμοιους (προωθητικούς) δείκτες, όπως ο αυτοέλεγχος (Wills, Vaccaro & McNamara, 1994).

Ένας από τους σημαντικότερους δείκτες προστασίας είναι και η αυτορρύθμιση η οποία, σύμφωνα με σχετικές μελέτες, φαίνεται ότι μπορεί να μετριάσει τους παράγοντες κινδύνου και να παρεμποδίσει την επίδραση άλλων επιβλαβών παραγόντων (Quinn & Fromme 2010). Συγκεκριμένα, θωρακίζει τον έφηβο από περιβαλλοντικές αντιξοότητες (Gardner, Dishion & Connell, 2008), ενώ τα υψηλά επίπεδά της τον προστατεύουν τόσο από τη βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ, όσο και από συνηθισμένα συνωδά προβλήματα, όπως η χωρίς προφυλάξεις σεξουαλική συμπεριφορά (Quinn & Fromme 2010).

Αν και η αυτοεκτίμηση μπορεί να διασφαλίζει τον έφηβο από δυσάρεστες και επιβλαβείς καταστάσεις σε κάποιες περιπτώσεις (Byrne & Mazanov, 2001), σε άλλες υποστηρίζεται ότι η ίδια αυτούσια δεν προστατεύει τον έφηβο από την εμπλοκή του με τα ναρκωτικά, αντιθέτως συχνά παρουσιάζει θετική σχέση με τη χρήση ουσιών (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011). Άλλοι προστατευτικοί παράγοντες θεωρούνται ο έλεγχος της παρορμητικότητας (EMCDDA 2010. NIDA 2003), οι δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων, η διεκδικητικότητα, οι δεξιότητες επικοινωνίας (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011), η αυτονομία (Benard, 1991) και η γνώση για τις ουσίες και για τις συνέπειές τους (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011).

2.2.2. Διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες προστασίας

Εφόσον αρκετοί ερευνητές στον τομέα της πρόληψης δίνουν έμφαση στους διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες προστασίας (Fergus & Zimmerman, 2005), κρίνεται σκόπιμη μια συνοπτική και στοχευμένη αναφορά σε αυτούς.

Έτσι, σε διαπροσωπικό επίπεδο, η οικογένεια συνεχίζει να αποτελεί το κυρίαρχο κοινωνικό σύστημα (Kim, Min, Min, Lee & Yoo, 2018) και να διαδραματίζει σπουδαίο προστατευτικό ρόλο την περίοδο της εφηβείας (Sale και συν., 2003). Συγκριμένα, οι γονείς που έχουν αναπτύξει θετικό δεσμό με τα παιδιά τους (Benard, 1991. Glantz & Sloboda, 2002. Resnick, Bearman, Blum, Bauman, Harris & Jones, 1997. Scal και συν., 2003), είναι υποστηρικτικοί (Simantov, Schoen & Klein, 2000), ασκούν επαρκή επίβλεψη (Wills, Vaccaro & McNamara, 1992), γίνονται βοηθητικοί στα σχολικά ζητήματα (Fleming και συν., 2002) και θέτουν σαφείς οικογενειακούς κανόνες και κατάλληλες ανταμοιβές (Guo και συν., 2001) φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικούς δείκτες προστασίας (EMCDDA 2010).

Τέτοια γονεϊκά χαρακτηριστικά άλλοτε ενισχύουν την ανάπτυξη ορισμένων προστατευτικών παραγόντων (Gunnoe, Hetherington & Reiss, 1999) και άλλοτε ρυθμίζουν την επίδραση παραγόντων κινδύνου (Fleming, Kim, Harachi & Catalano, 2002. Scal και συν., 2003).

Ένα ακόμη σημαντικό δείκτη διαπροσωπικής προστασίας αποτελούν και τα αδέρφια (Perkins & Borden, 2003). Τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών δείχνουν ότι όταν η στάση των μεγαλύτερων αδερφών είναι αποδοκιμαστική απέναντι στη χρήση οποιασδήποτε ουσίας, τότε μειώνονται σημαντικά οι πιθανότητες χρήσης από τα μικρότερα (Needle, McCubbin, Wilson, Reineck, Lazar & Mederer, 1986). Το ίδιο συμβαίνει και όταν οι σχέσεις μεταξύ των αδερφών χαρακτηρίζονται από στοργικότητα (Fraser, 1997) και υποστηρικτικότητα (Perkins & Borden, 2003).

Επιπλέον, η ύπαρξη ενός κοντινού φίλου (Werner, 2000) και ιδίως όταν εκείνος επιλέγεται υπεύθυνα (Werner, 1996), καθώς επίσης και το πλαίσιο της παρέας η οποία επιτρέπει την ελεύθερη διατύπωση των απόψεων και των αναγκών (Patton, 1995) συμπεριλαμβάνονται βεβαίως στους προστατευτικούς παράγοντες (Kim και συν., 2018). Εύλογο είναι ότι μέσα σε ένα περιβάλλον όπου οι ομότιμοι δεν κάνουν χρήση ουσιών (NIDA 2003) ή αποδοκιμάζουν τις ουσίες (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011), αυξάνονται οι πιθανότητες για τον έφηβο να μην εμπλακεί σε αποκλίνοντες συμπεριφορές (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011. NIDA 2003).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι κοινωνικοί παράγοντες παρουσιάζουν σημαντικές συσχετίσεις με τη προφύλαξη των εφήβων από τη χρήση ουσιών (Cleveland και συν., 2008). Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να επηρεαστεί είτε αρνητικά είτε θετικά από τη ″πίστη″ του ατόμου προς την κοινότητα όπου διαβιεί (Spoth & Greenberg, 2005). Κάθε όψη, ωστόσο, δείχνει να επηρεάζεται ανάλογα και εν μέρει από τους ισχύοντες νόμους και την επιβολή τους (Spoth & Greenberg, 2005) αλλά και την διαθεσιμότητα των κοινοτικών πόρων (Benard, 1991) και ευκαιριών (Beyers και συν., 2004).

Ακόμα σε κοινωνικό επίπεδο, το σχολικό περιβάλλον και συγκεκριμένα ο θετικός δεσμός του έφηβου με το σχολείο (Bond και συν., 2007. Resnick και συν., 1997), τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα (Wills και συν., 1992) και η συμμετοχή στα σχολικά αθλήματα (Page, Hammermeister, Scanlan & Gilbert, 1998) επηρεάζουν αφενός την ακαδημαϊκή και επαγγελματική πορεία του έφηβου και αφετέρου την τωρινή και μεταγενέστερη υγεία και ευημερία του (Bond και συν., 2007).

Κατά κύριο λόγο το εκπαιδευτικό περιβάλλον αποτελεί θεμελιώδες πλαίσιο εφαρμογής προληπτικών παρεμβάσεων γιατί δίνει την ευκαιρία επαφής και συμμετοχής μεγάλου αριθμού εφήβων και διευκολύνει αυτού του είδους πρακτικές εξαιτίας των νοημάτων που πρεσβεύει (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011). Ως εκ τούτου η πλειοψηφία των προγραμμάτων πρόληψης απευθύνεται τις περισσότερες φορές άμεσα στον πληθυσμό των εφήβων με σκοπό την δημιουργία ή ενίσχυση της ισορροπίας των παραγόντων κινδύνου και προστασίας (NIDA 2003), όπως ειπώθηκε προηγουμένως.

Σε αυτό το πλαίσιο και με γνώμονα την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων, οι μελετητές προτείνουν την ενδελεχή ενασχόληση με τις προσωπικές ικανότητες και δεξιότητες (Botvin & Griffin, 2007. Griffin και συν., 2002. Griffin και συν., 2001. Quinn & Fromme 2010. Scheier και συν., 1999) οι οποίες παρέχουν εφόδια στον έφηβο και τον προωθούν στην αναζήτηση της υγείας (Botvin & Griffin, 2007), ορισμένες από τις οποίες πρόκειται να περιγραφούν εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ & ΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η επιστημονική κοινότητα στην προσπάθειά της να εξηγήσει γιατί ορισμένοι έφηβοι εμπλέκονται με τη χρήση ουσιών, έχει αναπτύξει πληθώρα θεωριών και έχει διεξάγει σχετικές μελέτες αντίστοιχα. Οι συγγραφείς και στις δύο περιπτώσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι φτωχές προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες ορισμένων εφήβων διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην εξάρτηση (Griffin και συν., 2002). Αυτό συμβαίνει γιατί παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα σε παράγοντες που προωθούν τη χρήση ουσιών, όταν έρχονται αντιμέτωποι με την επίτευξη των αναπτυξιακών τους καθηκόντων (Botvin & Griffin, 2007).

Αντιθέτως, οι έφηβοι με ισχυρές δεξιότητες μπορούν να επιτύχουν τους αναπτυξιακούς στόχους με προσαρμοστικό τρόπο, καθιστώντας την πιθανότητα εμπλοκής σε προβληματικές συμπεριφορές λιγότερο ελκυστική και χρήσιμη (Griffin και συν. 2001). Συνεπώς, οι ισχυρές δεξιότητες διαδραματίζουν βασικό ρόλο και στη θετική ανάπτυξη των εφήβων καθώς τους προστατεύουν από την εμπλοκή σε προβληματικές συμπεριφορές, μειώνουν τα κίνητρα της χρήσης και τους καθιστούν λιγότερο επιρρεπείς σε εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες που προάγουν την εξάρτηση (Griffin και συν., 2002).

Με γνώμονα τόσο τη θεωρία όσο και τα ευρήματα των μελετών, πλέον οι σύγχρονες παρεμβάσεις πρόληψης επικεντρώνονται στην εκπαίδευση των εφήβων σε δεξιότητες ζωής, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανάπτυξη και ενίσχυση προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Το Σωματείο Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας (2016), τονίζει ότι όταν οι έφηβοι διδάσκονται δεξιότητες ζωής το αποτέλεσμα της πορείας τους είναι σχεδόν πάντα θετικό.

Το παρόν κεφάλαιο πρόκειται να εστιάσει σε ορισμένες δεξιότητες, οι οποίες επιδρούν τόσο στη χρήση ουσιών, όταν δεν είναι ανεπτυγμένες επαρκώς, όσο και στην αποφυγή τους, όταν βρίσκονται σε κατάλληλα επίπεδα ανάπτυξης. Αυτές οι δεξιότητες, όπως η συναισθηματική αυτορρύθμιση, η επίλυση προβλημάτων, η λήψη αποφάσεων και η αυτο-αποτελεσματικότητα λαμβάνουν εξέχουσα θέση στις πρακτικές πρόληψης, καθώς λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στη χρήση ουσιών (Quinn & Fromme 2010. Scheier και συν., 1999).

3.1. Δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης και στρατηγικές διαχείρισης

Σύμφωνα με τους Murray και Rosanbalm (2017), γενικά η αυτορρύθμιση μπορεί να οριστεί ως «*η ενέργεια διαχείρισης των σκέψεων και των συναισθημάτων για να επιτραπούν στοχευμένες πράξεις*» (σελ.1), όπως ο έλεγχος παρορμητικών συμπεριφορών, η εποικοδομητική επίλυση προβλημάτων κ.α. (Murray, Rosanbalm & Christopoulos, 2016). Η Moilanen (2007) συμπληρώνει ότι η αυτορρύθμιση αποτελείται από τις ικανότητες των ατόμων να ενεργοποιούν, να παρακολουθούν, να αναστέλλουν, να επιμένουν ή/και να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά, τη προσοχή, τα συναισθήματα και τις γνωστικές στρατηγικές τους, σε απάντηση των εσωτερικών και περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και σε επιδίωξη προσωπικών τους στόχων.

Γίνεται αντιληπτό ότι πρόκειται για μια σύνθετη δεξιότητα η οποία εννοιολογικά περιλαμβάνει τρεις βασικούς επικαλυπτόμενους τομείς: τον γνωστικό, τον συναισθηματικό και τον συμπεριφορικό, εκ των οποίων οι δύο πρώτοι αποτελούν και τη δομή για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς ή δράσης (Murray, Rosanbalm, Christopoulos & Hamoudi, 2015).

Στη παρούσα μελέτη το ενδιαφέρον στρέφεται στη συναισθηματική αυτορρύθμιση, η οποία ειδικότερα περιλαμβάνει «*την ενεργή διαχείριση ισχυρών και δυσάρεστων συναισθημάτων και έχει ως αποτέλεσμα την προσαρμοστική λειτουργία σε συναισθηματικές καταστάσεις*» (Murray και συν., 2015, σελ.6). Ως εκ τούτου, εμπερικλείει συνειδητοποίηση και κατανόηση των συναισθημάτων, χαρακτηριστικά ενσυναίσθησης τόσο για τον εαυτό όσο και για τους άλλους, καθώς και στρατηγικές διαχείρισης της εσωτερικής δυσφορίας (Murray και συν., 2015).

Δύο από τις πιο σημαντικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται προκειμένου να ελέγξει το άτομο τα συναισθήματά του είναι: η γνωστική επανεκτίμηση (cognitive reappraisal) και η εκφραστική καταστολή (expressive suppression) (Gross & John, 2003). Η πρώτη αφορά σε «*μια μορφή γνωστικής αλλαγής που περιλαμβάνει την ερμηνεία μιας δυνητικά συναισθηματικής κατάστασης με τέτοιο τρόπο που αλλάζει το συναισθηματικό αντίκτυπο*» (Lazarus & Alfert, 1964, σελ. 195). Δηλαδή, το ίδιο ερέθισμα μπορεί να είναι είτε στρεσογόνο είτε όχι ανάλογα με τη γνωστική εκτίμηση που κάνει το άτομο (Lazarus & Alfert, 1964). Πρόκειται για μια στρατηγική εστιασμένη στο παρελθόν η οποία εμφανίζεται νωρίς και μεσολαβεί προτού η συναισθηματική απόκριση δημιουργηθεί ολοκληρωτικά, συνεπώς φαίνεται ότι μπορεί να μεταβάλει αποτελεσματικά και εξολοκλήρου την μεταγενέστερη συναισθηματική διαδρομή (Gross & John, 2003). Ως αποτέλεσμα, η γνωστική επανεκτίμηση μειώνει

επιτυχώς τα βιωματικά και συμπεριφορικά στοιχεία των αρνητικών συναισθημάτων και προφανώς σχετίζεται θετικά με την ευημερία, με υψηλότερα επίπεδα έκφρασης θετικών συναισθημάτων και με καλύτερη διαπροσωπική λειτουργία (Gross & John, 2003).

Από την άλλη πλευρά, η εκφραστική καταστολή είναι μια στρατηγική «*διαμόρφωσης της απόκρισης που περιλαμβάνει την αναστολή της εκφραστικής συμπεριφοράς*» (Gross & John, 1998, σελ 175). Πρόκειται για μια στρατηγική εστιασμένη στην ανταπόκριση η οποία προκύπτει σχετικά μετέπειτα στη διαδικασία δημιουργίας συναισθημάτων και τροποποιεί την συμπεριφορική οπτική της συναισθηματικής απόκρισης (Gross & John, 2003). Φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, όμως ενδέχεται να παρουσιάσει και ανεπιθύμητες συμπεριφορές, όπως εγκράτεια στην έκφραση θετικών συναισθημάτων ή συσσώρευση αρνητικών εμπειριών τα οποία δεν επιλύονται (Gross & John, 2003). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκαλείται ασυμφωνία μεταξύ εσωτερικής εμπειρίας και εξωτερικής έκφρασης, οδηγώντας το άτομο σε αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό καθώς και σε αποξένωση (Gross & John, 2003). Σχετικές μελέτες προσθέτουν ότι η εκφραστική καταστολή συνδέεται αρνητικά με την ευημερία και ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτή τη στρατηγική παρουσιάζουν συχνά δυσλειτουργική διαπροσωπική λειτουργία, βιώνουν και εκφράζουν λιγότερο τα θετικά συναισθήματα και κυρίως βιώνουν περισσότερο τα αρνητικά (Gross & John, 2003).

3.1.1. Η συναισθηματική ρύθμιση στην εξάρτηση και τη πρόληψη

Διαφορές εντοπίζονται στη χρήση στρατηγικών ρύθμισης συναισθημάτων τόσο από άτομο σε άτομο (Gross & John, 2003) όσο και από το αναπτυξιακό στάδιο (Murray & Rosanbalm, 2017). Συγκεκριμένα, την περίοδο της πρώιμης και μέσης εφηβικής ηλικίας συντελούνται σημαντικές αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου (Murray & Rosanbalm, 2017). Οι περιοχές και τα συστήματα που σχετίζονται με τον έλεγχο της αναστολής, την αξιολόγηση κινδύνου και ανταμοιβής καθώς και τη συναισθηματική ρύθμιση βρίσκονται υπό ανάπτυξη και διαμόρφωση (Murray & Rosanbalm, 2017. Steinberg, 2005).

Σε γενικές γραμμές, το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η αυτορρύθμιση εξελίσσεται αναπτυξιακά και ότι οι δεξιότητές της εξακολουθούν να διαμορφώνονται καθ’ όλη τη νεαρή ηλικία (Murray & Rosanbalm, 2017). Σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται αντιληπτό αφενός ότι η εκπαίδευση στη ρύθμιση συναισθηματικών εμπειριών καθίσταται εξέχον αναπτυξιακό καθήκον, εκείνης της περιόδου (Steinberg, 2005) και αφετέρου ότι η αυτορρύθμιση βρίσκεται εκτός ισορροπίας με αποτέλεσμα να αυξάνει συνεχώς την ευαλωτότητα του έφηβου σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Bradshaw, Goldweber, Fishbein & Greenberg, 2012). Έτσι, ο έφηβος με δυσλειτουργική συναισθηματική αυτορρύθμιση έχει ακατάλληλη συναισθηματική ανταπόκριση στη τρέχουσα κατάσταση, δηλαδή εκφράζει τα συναισθήματά του είτε υπερβολικά είτε ελλειμματικά (Gross, 1999).

Βρίσκεται επομένως σε μια ευπάθεια (Wills, Pokhrel, Morehouse & Fenster, 2011) η οποία αυξάνει τη πιθανότητα για συμμετοχή τόσο σε παρέες αποκλινόντων ομότιμων όσο και για εμπλοκή στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και οινοπνευματωδών (Gardner, Dishion & Connell, 2008). Σχετικές μελέτες συμπεραίνουν ότι η συναισθηματική αυτορρύθμιση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της χρήσης ουσιών (Garland, Boettiger & Howard, 2011), ενώ ταυτόχρονα μπορεί να διαμορφώνει και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα χρησιμοποιούν ουσίες και συμπεριφέρονται όταν βρίσκονται υπό την επήρεια (Wills και συν., 2011).

Ωστόσο, ο έφηβος με αποτελεσματική συναισθηματική αυτορρύθμιση προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες περιβαλλοντικές συνθήκες με επιτυχία (Gross, 1999), γεγονός που έχει άμεση (βιολογική) και έμμεση (συμπεριφορική) επίδραση στην υγεία του (Smyth & Arigo, 2009). Ειδικότερα, η αξιοποίηση στρατηγικών συναισθηματικής αυτορρύθμισης σε καταστάσεις που ενδεχομένως προκαλούν δυσφορία οδηγούν στην ενίσχυση άλλων προστατευτικών παραγόντων (όπως υγιείς

κοινωνικές σχέσεις, ακαδημαϊκή ικανότητα κ.α.) (Wills, Walker, Mendoza & Ainette, 2006), έχουν άμεση επίδραση στην ευημερία (Wills, Simons, Sussman & Knight, 2016) και συνεπώς μετριάζουν τον κίνδυνο για εμπλοκή στη χρήση ουσιών και προβληματικών συμπεριφορών (Wills και συν., 2016. Wills και συν., 2011).

Εν κατακλείδι, οι Wills και συνεργάτες (2016), υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική αυτορρύθμιση λειτουργεί εν μέρει επηρεάζοντας την έκθεση σε ενδιάμεσους κίνδυνους της χρήσης και εν μέρει την ενίσχυση άλλων προστατευτικών μεταβλητών. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει διάφορες οδούς για αποτελεσματικές προληπτικές παρεμβάσεις στον εφηβικό πληθυσμό (Murray & Rosanbalm, 2017. Wills και συν.,2016).

3.2. Δεξιότητα λήψης αποφάσεων

Σύμφωνα με τον Byrnes, η λήψη απόφασης μπορεί να οριστεί ως «*η διαδικασία επιλογής μιας πορείας δράσης μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών επιλογών, εν μέσω επιδίωξης ενός επιθυμητού στόχου*» (όπως αναφέρεται στο Miller & Byrnes 2001, σελ. 237).

Αν και υπάρχουν αρκετές θεωρίες για τη δεξιότητα λήψης απόφασης, η παρούσα μελέτη αξιοποιεί το μοντέλο του Harren (1979), το οποίο βασίζεται στο έργο των Tiedeman & O' Hara (Βλαχάκη, 2012). Το εν λόγω μοντέλο, προσπαθεί να εντοπίσει τις ιδιαίτερες διεργασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα προσωπικά χαρακτηριστικά του λήπτη (Βλαχάκη, 2012).

Βάση του μοντέλου, η διαδικασία λήψης απόφασης συντελείται σε τέσσερα διαδοχικά στάδια: το στάδιο επίγνωσης, σχεδιασμού, δέσμευσης και υλοποίησης (Σιδηροπούλου- Δημακάκου, Αργυροπούλου & Δρόσος, 2008). Πιστεύεται ότι η διαδικασία μπορεί να επηρεαστεί από δύο βασικά προσωπικά χαρακτηριστικά του λήπτη: την «έννοια του εαυτού» και τον τρόπο λήψης αποφάσεων που έχει διαμορφώσει (Βλαχάκη, 2012). Αναφορικά με την «έννοια του εαυτού», η οποία εμπερικλείει τη σημασία της ταυτότητας και της αυτοεκτίμησης, πιστεύεται ότι «*τα άτομα που έχουν διαμορφώσει την έννοια του εαυτού έχουν καλύτερη επίγνωση των χαρακτηριστικών τους και τα διακρίνει υψηλός βαθμός διαφοροποίησης και αυτοεκτίμησης*» (Βλαχάκη, 2012, σελ. 26).

Ο Harren επικεντρώνεται ιδιαιτέρως στον τρόπο που λαμβάνονται αποφάσεις και εντοπίζει τρία συνηθέστερα πρότυπα συμπεριφοράς σε αυτή τη διαδικασία: το λογικό, το διαισθητικό και το εξαρτημένο (Σιδηροπούλου- Δημακάκου και συν., 2008). Μέσα από κάθε τρόπο λήψης απόφασης διαφαίνεται αφενός ο βαθμός που το άτομο αναλαμβάνει προσωπική ευθύνη για την απόφαση και αφετέρου ο βαθμός που χρησιμοποιεί λογικών έναντι συναισθηματικών πρακτικών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Σιδηροπούλου- Δημακάκου και συν., 2008).

Πιο αναλυτικά, ο λογικός τρόπος λήψης αποφάσεων χαρακτηρίζεται από την ικανότητα αναγνώρισης των συνεπειών προηγούμενων αποφάσεων και συνεκτίμησης αυτών σε μεταγενέστερες (Harren, 1979). Το άτομο αντιλαμβάνεται την ανάγκη της απόφασης και προετοιμάζεται συλλέγοντας τις απαραίτητες πληροφορίες τόσο για τον εαυτό του όσο και για την προσδοκώμενη κατάσταση (Harren, 1979). Εν τέλει, οι αποφάσεις διεξάγονται σκόπιμα και λογικά και είναι αποτελεσματικές, εφόσον έχουν

αποκτηθεί οι ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση και έχει διεξαχθεί μια ρεαλιστική αυτό-αξιολόγηση (Harren, 1979). Όπως αναφέρουν οι Phillips, Pazienza και Ferrin (1984), ο λογικός τύπος λήψης απόφασης συνδέεται με μεγαλύτερη βεβαιότητα, ικανοποίηση, δραστηριότητα και επιμονή στη υλοποίηση του σχεδίου και ταυτόχρονα αντιπροσωπεύει τον ιδανικό τύπο λήψης αποφάσεων (Harren, 1979).

Παρόλο που ο διαισθητικός τύπος αναλαμβάνει εξίσου την ευθύνη της απόφασης, περιλαμβάνει χαμηλή ικανότητα πρόβλεψης, αναζήτησης πληροφοριών ή λογικής συνεκτίμησης των παραγόντων (Harren, 1979). Κυρίως, υπολογίζει για τη λήψη της απόφασης, στοιχεία όπως η φαντασία, τα παρόντα συναισθήματα και η συναισθηματική αυτεπίγνωση (Harren, 1979). Η δέσμευση για την δράση επιτυγχάνεται σχετικά γρήγορα και επειδή πηγάζει περισσότερο διαισθητικά πολλές φορές το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει ακριβώς τον τρόπο που έλαβε την απόφαση (Harren, 1979). Ο Harren (1979) υποστηρίζει ότι αυτός ο τύπος είναι λιγότερο πιθανό να οδηγηθεί σε αποτελεσματικές αποφάσεις εξαιτίας των συνεχόμενων ψυχολογικών διακυμάνσεων και του παρορμητικού χαρακτήρα. Βέβαια, φαίνεται αποτελεσματική πρακτική σε έκτακτες περιπτώσεις καθώς δείχνει να σχετίζεται με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Phillips και συν., 1984) και σε διαπροσωπικές σχέσεις (Σιδηροπούλου- Δημακάκου και συν., 2008).

Αντίθετα με τους δύο προηγούμενους τύπους, ο εξαρτημένος τρόπος λήψης απόφασης χαρακτηρίζεται από άρνηση της ευθύνης και μετάθεσή της σε άλλους (Harren, 1979). Σε αυτή την περίπτωση το άτομο επηρεάζεται έντονα από τις προσδοκίες και τις επιθυμίες των άλλων, χαρακτηρίζεται παθητικό, έχει ιδιαίτερη ανάγκη την κοινωνική έγκριση και θεωρεί ότι το περιβάλλον του παρέχει περιοριστικές επιλογές (Harren, 1979). Ενώ αυτός ο τύπος μπορεί να μειώσει το άμεσο άγχος που πηγάζει από τη διαδικασία της απόφασης, ενδέχεται να οδηγήσει σε μείωση της προσωπικής ικανοποίησης (Harren, 1979) και σίγουρα αποτελεί έναν περιοριστικό παράγοντα για την εμπιστοσύνη του ατόμου στις ικανότητές του να επιλύει προβλήματα (Phillips και συν., 1984).

Ανεξάρτητα όμως από τους τρείς τύπους που διακρίνει ο Harren, η δεξιότητα λήψης απόφασης γενικά θεωρείται κρίσιμος παράγοντας για την εμπλοκή σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, κατά την περίοδο της εφηβείας (Wolff, 2012). Σύμφωνα με το νευρολογικό μοντέλο, το κοινωνικό-συναισθηματικό σύστημα το οποίο αποτελεί ισχυρό παράγοντα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αναπτύσσεται στην πρώιμη εφηβεία, γύρω στην ηλικία των 14 ετών, όταν επίσης οι ευκαιρίες για

ριψοκίνδυνες συμπεριφορές αυξάνονται (Wolff, 2012). Παράλληλα, το γνωστικό σύστημα συνεχίζει να αναπτύσσεται σταδιακά έως και την ηλικία των 20 ετών, με αποτέλεσμα αυτή η αναντιστοιχία στο αναπτυξιακό χρονοδιάγραμμα των δύο συστημάτων να οδηγεί αφενός σε αυξημένη ανάληψη κινδύνων εκείνη την περίοδο (Wolff, 2012) και αφετέρου σε ευκαιρίες ανάπτυξης της κρίσης από τις συνέπειες των αποφάσεων (Miller & Byrnes, 2001).

Έτσι, όταν η δεξιότητα λήψης αποφάσεων είναι ελλιπής, τότε είναι πιο πιθανό ο έφηβος να εμπλακεί (Sussman, Dent & Stacy, 2002) σε κατανάλωση αλκοόλ, χρήση παράνομων ουσιών, μη προστατευμένη σεξουαλική επαφή και ριψοκίνδυνη οδήγηση (Arnett, 2000), ιδίως όταν βρίσκεται υπό το καθεστώς της πίεσης συνομηλίκων (Gardner & Steinberg, 2005). Πέραν τούτου, οι Verdejo-García, Chong, Stout, Yücel και London (2017) επισημαίνουν ότι οι χρήστες ουσιών παίρνουν μια απόφαση με άμεσα θετικά αποτελέσματα και επαναλαμβάνουν τη χρήση, παρά τις αρνητικές συνέπειες. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει μια έλλειψη ισορροπίας ή έλλειψη στους γνωστικούς μηχανισμούς που βασίζονται στη λήψη αποφάσεων (Verdejo-García και συν., 2017). Σχετικές μελέτες αναφέρουν ότι οι χρήστες ουσιών παρουσιάζουν χειρότερες επιδόσεις στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και τονίζουν ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτά τα ελλείμματα να παρεμποδίζουν και τις προσπάθειες να διατηρηθεί η αποχή από τη χρήση (Verdejo-García και συν., 2017).

Αν και η λήψη ριψοκίνδυνων αποφάσεων μειώνεται με την άνοδο της ηλικίας (Gardner & Steinberg, 2005), οι περισσότερες πρακτικές πρόληψης περιλαμβάνουν στα προγράμματά τους την εκπαίδευση των εφήβων σε αυτή τη δεξιότητα (Botvin & Griffin, 2007). Οι υπεύθυνοι των προγραμμάτων πρόληψης προσπαθούν να ενισχύσουν την ορθολογική λήψη αποφάσεων των εφήβων απέναντι στη χρήση ουσιών (Sussman και συν., 2002), μαθαίνοντάς τους να λαμβάνουν εποικοδομητικές αποφάσεις συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες και συμμετέχοντας ενεργά σε αυτή τη γνωστική διαδικασία (Sussman, Earleywine, Wills, Cody, Biglan, Dent και συν., 2004). Τέτοιου είδους πρακτικές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές καθώς μπορούν να μειώσουν την επίδραση των διαπροσωπικών παραγόντων κινδύνου, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση μαριχουάνας από ομότιμους έφηβους (Botvin και συν., 1998).

3.3. Δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων

Σύμφωνα με τους D' Zurilla, Nezu και Maydeu-Olivares (2004, σελ. 12) «*πρόβλημα ή προβληματική κατάσταση ορίζεται οποιαδήποτε κατάσταση ή στόχος ζωής που απαιτεί μια απάντηση για να μπορέσει το άτομο να προσαρμοστεί στο περιβάλλον*» Βέβαια, η αποτελεσματική απάντηση δεν διατίθεται άμεσα, εξαιτίας της ύπαρξης ενός ή περισσότερων εμποδίων, όπως συμπληρώνει η ίδια (Παπά, 2008).

Πάνω σε αυτή τη βάση, η επίλυση προβλημάτων ορίζεται ως «*η αυτοκατευθυνόμενη γνωστική-συμπεριφοριστική διαδικασία που χρησιμοποιεί ένα άτομο για να προσδιορίσει ή να ανακαλύψει αποτελεσματικές ή προσαρμοστικές λύσεις σε προβλήματα που αντιμετωπίζει καθημερινά*» (D' Zurilla και συν., 2004, σελ. 12). Ως εκ τούτου η επίλυση προβλημάτων είναι μια γενική και ευέλικτη στρατηγική αντιμετώπισης χρήσιμη και αποτελεσματική σε ένα ευρύ φάσμα αγχωτικών καταστάσεων (Jaffee & D'Zurilla, 2009).

Ως διαδικασία εμπερικλείει ένα σύνολο δεξιοτήτων που μεσολαβούν για την επίλυση προβλημάτων, οι οποίες απαντούν στο ερώτημα: πώς σκέφτεται κάποιος όταν έρχεται αντιμέτωπος με μια προβληματική κατάσταση (Spivack & Shure, 1976). Μεταξύ αυτών των δεξιοτήτων που εντοπίζουν οι συγγραφείς δίνεται έμφαση στην ικανότητα σκέψης των μέσων και σκοπών, καθώς είναι σημαντική στην εφηβεία και έχει αποδειχθεί ελλιπής σε άτομα που παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών προβλημάτων, όπως: παραβατικότητα, εξάρτηση ουσιών κ.α. (Spivack & Shure, 1976).

Συγκεκριμένα, πρόκειται για την σαφή δρομολόγηση των βημάτων που κρίνονται απαραίτητα για την εκτέλεση της λύσης ενός προβλήματος (Παπά, 2008). Με άλλα λόγια, η έννοια των μέσων και των σκοπών μπορεί να θεωρηθεί ως ο καθορισμός ενός «οδικού χάρτη» στον οποίο σχεδιάζεται λεπτομερώς ο τρόπος με τον οποίο μπορεί κάποιος να προχωρήσει στην επίλυση ενός προβλήματος (Spivack & Shure, 1976). Κατά συνέπεια, η διαδικασία απαιτεί από το άτομο την ικανότητα να σκέφτεται τη σειρά των σταδίων που πρέπει να ακολουθήσει, να αναλογίζεται σύνθετα και πιθανά επερχόμενα γεγονότα, να έχει επίγνωση ότι για την υλοποίηση του σχεδίου ενδέχεται να αντιμετωπίσει εμπόδια και ότι πολλές φορές χρειάζεται χρόνος σε κάθε βήμα, μέχρι να επέλθει η λύση (Παπά, 2008).

Ωστόσο, ελλείμματα στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων έχουν σχετιστεί με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Frauenknecht & Black, 1995). Τα αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν ότι οι έφηβοι που καταναλώνουν αλκοόλ εμφανίζουν

σημαντικές διαταραχές στην ικανότητά τους να λύνουν καθημερινά προβλήματα, γεγονός που έχει αντίκτυπο στην κοινωνική και ακαδημαϊκή τους λειτουργικότητα (McGee, Fryer, Bjorkquist, Mattson & Riley, 2008). Πιο αναλυτικά, οι Platt και Husband (1993), προσθέτουν ότι υπάρχουν τουλάχιστον δύο τρόποι με τους οποίους η ελλιπής δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων σχετίζεται με τη συμπεριφορά της χρήσης. Αρχικά, αυτές οι ελλείψεις οδηγούν σε αποτυχίες και μη ικανοποιητικά αποτελέσματα ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις και τα καθήκοντα, κατευθύνοντας το άτομο σε αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις που επιταχύνουν τη χρήση ουσιών (Platt & Husband, 1993). Δευτερευόντως, τα άτομα με φτωχές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων συνήθως δεν μπορούν να διαπραγματευτούν καταστάσεις που ενέχουν υψηλό κίνδυνο χρήσης ουσιών ή αδυνατούν να τις αναγνωρίσουν άμεσα (Platt & Husband, 1993). Έτσι, οι έφηβοι χρήστες ουσιών είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν στην επίλυση καθημερινών τους προβλημάτων με αποφυγή, απροσεξία και παρορμητικότητα (McGee και συν., 2008).

Ως εκ τούτου αρκετοί μελετητές έχουν επισημάνει την δυνητική σημασία της επίλυσης προβλημάτων στους έφηβους (Jaffee & D'Zurilla, 2003). Οι επαρκείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων κρίνονται απαραίτητες για την επιτυχή λειτουργία στη καθημερινότητα (Platt & Husband, 1993). Τονίζουν ότι η αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων μεσολαβεί σημαντικά στη σχέση μεταξύ απελπισίας και χρήσης αλκοόλ ή μαριχουάνας (Jaffee & D'Zurilla, 2009). Πιστεύεται ότι οι έφηβοι με μεγαλύτερη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων ανταποκρίνονται καταλληλότερα και πιο προσαρμοστικά στις προβληματικές συνθήκες, καθώς και στις περιπτώσεις που είναι αναγκαία η επιλογή μεταξύ διαφόρων λύσεων (Jaffee & D'Zurilla, 2003). Εντέλει, οι αποτελεσματικοί λύτες προβλημάτων παρουσιάζουν θετική αυτοεικόνα, βελτιωμένη αυτοπεποίθηση, αυξημένη αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντός τους, πιστεύουν στις ικανότητές τους και μπορούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα, παρά να τα αποφύγουν (Williford, 1991). Για τους παραπάνω λόγους, οι περισσότερες παρεμβάσεις πρόληψης εντάσσουν στα προγράμματά τους τη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων προσπαθώντας να εκπαιδεύσουν τους έφηβους στη διαχείριση και στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών επίλυσης καθημερινών δυσκολιών (Durlak & Wells, 1997).

3.4. Δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας

Σύμφωνα με τον Bandura (1977), η αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται ως «*η πεποίθηση ότι μπορεί κάποιος να εκτελέσει επιτυχώς τις συμπεριφορές που απαιτούνται για την επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος*» (σελ., 193). Επισημαίνεται ότι αναφέρεται στην υποκειμενική –και όχι αντικειμενική- κρίση του ατόμου για τις ικανότητές του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας συνθήκης (Αργυροπούλου, 2004, όπως αναφέρεται στο Κάντας & Χατζή, 1991), γεγονός που δεν συνεπάγεται απαραίτητα με την πεποίθηση του επιτυχούς αποτελέσματος (Kadden & Litt, 2011).

Αν και συνήθως αυτή η δεξιότητα γίνεται κατανοητή σε ένα συγκεκριμένο έργο ή τομέα, ορισμένοι ερευνητές επεκτείνουν την έννοιά της θέτοντας μια γενικευμένη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας, η οποία προσδιορίζει την ευρεία και σταθερή αίσθηση προσωπικής ικανότητας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ποικίλων προκλητικών καταστάσεων (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005). Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια καθολική κατασκευή που χαρακτηρίζει την έμφυτη βασική πεποίθηση σε κάθε άτομο (Luszczynska και συν., 2005).

Γίνεται αντιληπτό ότι οι πεποιθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας (perceived self-efficacy) καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αισθάνονται, κινητοποιούνται και συμπεριφέρονται (Bandura, 1994), εμπερικλείοντας έτσι έννοιες όπως η ικανότητα, η προοπτική και η δράση (Luszczynska και συν., 2005). Αυτές οι πεποιθήσεις πυροδοτούνται από τέσσερεις ψυχολογικές διαδικασίες: τη γνωστική, τη συναισθηματική, τη κινητοποιητική και τη διαδικασία επιλογής και αναπτύσσονται από τέσσερεις βασικές πηγές: τις προηγούμενες επιδόσεις, την έμμεση μάθηση, τη λεκτική πειθώ και μέσω φυσιολογίας και συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου (Bandura, 1994). Ωστόσο, για την διαμόρφωσή της, σημασία δεν έχει τόσο η πηγή προέλευσης, όσο η γνωστική διαδικασία, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το άτομο επεξεργάζεται και νοηματοδοτεί τις προσωπικές του επιδόσεις και την εξωτερική ανατροφοδότηση (Αργυροπούλου, 2004).

Την περίοδο της εφηβείας, όπου ο πειραματισμός με επικίνδυνες συμπεριφορές είναι συνηθισμένος, ο Bandura αντιλαμβάνεται ότι με αυτό τον τρόπο ο έφηβος επιδιώκει να διευρύνει και να ενισχύσει την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητάς του (Bandura, 1994). Θεωρεί ότι σε αντίθετη περίπτωση, αισθάνεται απροετοίμαστος απέναντι στις δύσκολες καταστάσεις (Bandura, 1994). Εν τω μεταξύ, τονίζει ότι το εάν οι έφηβοι εγκαταλείπουν τις επικίνδυνες ενέργειες κάποια στιγμή ή παραμένουν χρόνια σε αυτές, αυτό καθορίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των προσωπικών

ικανοτήτων, της αυτοδιαχείρισης της αποτελεσματικότητας και τις κυρίαρχες επιρροές της ζωής τους (Bandura, 1994). Δηλαδή, εάν ο έφηβος ζει σε ένα προβληματικό περιβάλλον, είναι πολύ πιθανό αυτό να μειώσει την επάρκεια της αυτο-αποτελεσματικότητάς του και να τον αποκλείσει από πολλά ωφέλιμα μονοπάτια της ζωής (Bandura, 1994). Συχνά, τα άτομα που εισέρχονται στην εφηβεία με μια αίσθηση ανεπάρκειας μεταφράζουν την ευαλωτότητά τους σε αγωνία και αδυναμία ανταπόκρισης σε νέες απαιτήσεις και συνεπώς δυσκολεύονται να μεταβούν στην ενήλικη ζωή, καθώς η προσωπική τους αποτελεσματικότητα δεν μπόρεσε να αναπτυχθεί επαρκώς από προηγούμενες εμπειρίες (Bandura, 1994).

Πάνω σε αυτή τη βάση, πληθώρα μελετών έχει αναδείξει την συμβολή της αυτο-αποτελεσματικότητας στο πεδίο των εξαρτήσεων (Lin, Ko & Wu, 2011). Η ίδια αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης του αποτελέσματος και παίζει μεσολαβητικό ρόλο στην επίδραση της θεραπείας (Kadden & Litt, 2011). Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ουσιών, φαίνεται ότι μπορεί να προβλέψει τόσο την έναρξη όσο και τη διατήρηση της (Hyde, Hankins, Deale & Marteau, 2008. Kadden & Litt, 2011). Ταυτόχρονα, έρευνες έχουν υποδείξει ότι τα άτομα με χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προχωρήσουν σε πλήρη υποτροπή παρά σε ολίσθημα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας απεξάρτησης (Kadden & Litt, 2011). Σε γενικές γραμμές, η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση συμπεριφορών αντιμετώπισης, το επίπεδο επίδοσης και την επιμονή στα δύσκολα προβλήματα, ενώ παράλληλα επηρεάζει τη σχέση μεταξύ παλαιότερης και μεταγενέστερης απόδοσης (Kadden & Litt, 2011).

Από την άλλη πλευρά, σαν προστατευτικός παράγοντας (Fraser, 1997) έχει αποδειχτεί ότι μειώνει την πιθανότητα εμπλοκής σε προβληματικές συμπεριφορές (Benard, 1991) και σχετίζεται με τη διατήρηση αποχής από τη χρήση ουσιών (Coon, Pena & Illich, 1998). Τα άτομα που έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες και ισχυρή αυτο-αποτελεσματικότητα είναι πιο πιθανό αφενός να προσπαθήσουν έντονα για να αντισταθούν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου και αφετέρου να επαναφέρουν τον αυτοέλεγχο σε περίπτωση υποτροπής (Kadden & Litt, 2011). Αρκετά προγράμματα πρόληψης στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, χρησιμοποιώντας ένα εύρος μεθόδων (Hyde και συν., 2008), οι οποίες πρόκειται να παρουσιαστούν εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

4.1. Πρόληψη στις εξαρτήσεις: έννοιες, τύποι παρέμβασης και εφαρμογή

Σύμφωνα με τους Kickbusch και Nutbeam (1998, σελ. 1), η προαγωγή υγείας περιγράφεται ως «*η διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους*». Ωστόσο, ο όρος πρόληψη χρησιμοποιείται μερικές φορές συμπληρωματικά και παράλληλα με τη προαγωγή υγείας, παρόλο που συχνά υπάρχει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ περιεχομένου και στρατηγικών (Kickbusch &Nutbeam, 1998).

Σε γενικές γραμμές, η έννοια της πρόληψης «*αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων πριν από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς*» (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011, σελ. 25). Πάνω σε αυτή τη βάση, η πρόληψη στις εξαρτήσεις περιλαμβάνει τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και την ενδυνάμωση των παραγόντων προστασίας, με σκοπό την αποχή ή καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης ουσιών, την εκδήλωση της εξάρτησης και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Botvin & Griffin, 2007).

Πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία που παρεμβαίνει πολυεπίπεδα από τον άνθρωπο έως τη κοινότητα συνολικά (Σωματείο Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, 2016). Συνεπώς, ο ρόλος της πρόληψης είναι αδιαμφισβήτητα σημαντικός (Χουρδάκη, 1995), καθώς «*συνιστά τη πρώτη γραμμή άμυνας*» (ΕΠΙΨΥ και συν.,2011, σελ. 9) και τη «*σημαντικότερη παράμετρο*» για την αντιμετώπιση του πολυπαραγοντικού ζητήματος της εξάρτησης (ΟΚΑΝΑ, 2013, σελ.4).

Ωστόσο, επειδή τα όρια μεταξύ της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης συγχέονται εύκολα αλλά και επειδή τα στάδια της πρόληψης αλληλοεπικαλύπτονται συχνά, η επιστημονική κοινότητα αναδιαμόρφωσε τους τύπους των προληπτικών παρεμβάσεων, λαμβάνοντας υπόψη την ομάδα-στόχο, το βαθμό επικινδυνότητας και τις ανάγκες των ατόμων που απευθύνεται η παρέμβαση (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Έτσι, σύμφωνα με την πλέον νεώτερη ταξινόμηση, οι προληπτικές παρεμβάσεις διακρίνονται σε «*καθολικές*», «*επικεντρωμένες*» και «*ενδεδειγμένες*» διαμορφώνοντας πιο ικανοποιητικά της έννοια της συνέχειας και της ενότητας τους (Σωματείο Εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, 2016).

Συγκεκριμένα, ο πρώτος τύπος παρέμβασης πρόληψης («*καθολική*»), απευθύνεται άμεσα ή έμμεσα σε ομάδες νέων -καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα του

πληθυσμού- με απώτερο σκοπό την αποτροπή ή καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης ουσιών και των σχετιζόμενων με αυτή συμπεριφορών (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Σε αντίθεση με άλλες περιπτώσεις, η υλοποίησή της δεν απαιτεί την αξιολόγηση συμπεριφοράς και επικινδυνότητας της ομάδας-στόχου (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Οι καθολικές παρεμβάσεις παρέχουν μια ολιστική προσέγγιση, συμβάλλουν στην αντιμετώπιση διαφορετικών εκφάνσεων του φαινομένου, ενδυναμώνουν το πρόσωπο εντός της ομάδας και διαθέτουν θετικά στοιχεία σε σύγκριση με τους άλλους δύο τύπους πρόληψης (Σωματείο Εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, 2016).

Η «*επικεντρωμένη*» παρέμβαση πρόληψης στοχεύει σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες θεωρείται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να αναπτύξουν προβλήματα συναφή με τη χρήση ουσιών (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011).

Τέλος, η «*ενδεδειγμένη*» παρέμβαση πρόληψης απευθύνεται σε άτομα που ήδη εμπλέκονται με τη χρήση ουσιών σε πρώιμα στάδια και παρουσιάζουν συμπεριφορές και αιτήματα σχετιζόμενα με αυτήν (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011).

Ανεξάρτητα όμως από τον τύπο παρέμβασης, οι πρακτικές πρόληψης απευθύνονται σε παιδιά, έφηβους και νέους, καθώς και σε εκείνους που λόγω ιδιότητας έρχονται σε άμεση επαφή με τις ανωτέρω ηλικιακές κατηγορίες (π.χ. γονείς, εκπαιδευτικοί κ.α.) (Σωματείο Εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, 2016). Ως εκ τούτου, το πεδίο εφαρμογής τους είναι ευρύ και περιλαμβάνει τη σχολική κοινότητα, την οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011).

Από αυτά τα συστήματα, εξέχουσα θέση στις παρεμβάσεις πρόληψης κατέχει το σχολικό περιβάλλον γιατί παρέχει πρόσβαση σε κάποιες ηλικιακές ομάδες (π.χ. έφηβοι), μεγιστοποιεί τον αριθμό των συμμετεχόντων και διευκολύνει τέτοιου είδους πρακτικές εξαιτίας του παιδαγωγικού του ρόλου (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Έτσι, η πλειοψηφία των σχολικών προγραμμάτων αφορά σε καθολικές παρεμβάσεις που σχεδιάζονται για όλο το μαθητικό πληθυσμό, με απώτερο σκοπό την αποφυγή έναρξης της χρήσης ουσιών (Botvin & Griffin, 2007).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι σύγχρονες στρατηγικές πρόληψης επιδιώκουν την εκπαίδευση σε δεξιότητες ζωής, στρέφοντας την προσοχή στους παράγοντες κινδύνου και προστασίας, οι οποίοι προωθούν την έναρξη και τα πρώιμα στάδια της χρήσης ουσιών (Botvin & Griffin, 2007). Το Σωματείο Εργαζομένων (2016, σελ. 45), συμπληρώνει ότι στόχος «*της συγκρότησης και λειτουργίας ομάδων, εντός και εκτός*

σχολείου, είναι η στήριξή τους στη δημιουργία μιας προσωπικής ιστορίας που ... θα αντλεί από ένα δημιουργικό χάος για να οικοδομήσει το καινούργιο στο στέρεο έδαφος της εμπιστοσύνης στον εαυτό και της προστατευτικής δύναμης της συλλογικότητας».

4.2. Τεχνικές & μέθοδοι πρόληψης στην ενίσχυση γνωστικών δεξιοτήτων

Διάφορες τεχνικές αξιοποιούνται προκειμένου να επιτευχθεί η εκπαίδευση των εφήβων σε δεξιότητες ζωής (προσωπικές και κοινωνικές) (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Ο τρόπος με τον οποίο αυτές θα παραδοθούν στις ομάδες στόχους καθώς και η μεταξύ τους σύνθεση, καθορίζουν την αποτελεσματικότητα κάθε παρέμβασης πρόληψης (EMCDDA 2010).

Στην 3η έκδοση του εγχειριδίου *"Planning health promotion programs"* οι Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb και Fernandez (2011), παραθέτουν μια λίστα από τέτοιες τεχνικές, οι οποίες έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στη βελτίωση δεξιοτήτων, όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα. Ορισμένες από αυτές αφορούν στις ενεργητικές εμπειρίες, την αυτο-παρατήρηση συμπεριφοράς, τον ορισμό εργασιών με βαθμίδες δυσκολίας κ.α. (Bartholomew και συν., 2011).

Παρόλο που υπάρχουν γενικές τεχνικές για την ενίσχυση των γνωστικών δεξιοτήτων, πολλές φορές προτείνονται ειδικά προσαρμοσμένες πρακτικές ανάλογα με τη δεξιότητα (Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane και συν., 2003). Παραδείγματος χάριν, για την ενίσχυση της δεξιότητας της λήψης αποφάσεων, αρκετά προγράμματα πρόληψης συγκαταλέγουν τεχνικές όπως: την διασαφήνιση αξιών, την ανάλυση των συνεπειών που προκύπτουν από επιλογές και τον εντοπισμό εναλλακτικών συμπεριφορών που συνάδουν με τις αξίες και τις πεποιθήσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών (Bell & Battjes, 1985).

Επικεντρωμένοι στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων συχνά χρησιμοποιούνται πρακτικές που περιλαμβάνουν την παροχή έγκυρων πληροφοριών οι οποίες μπορούν να εξατομικευτούν άμεσα (Bell & Battjes, 1985). Επίσης, την εκπαίδευση στη διαχείριση ποικίλων προβληματικών καταστάσεων, μέσω μιας συστηματικής σταδιακής στρατηγικής επίλυσης προβλημάτων και τη διδασκαλία τεχνικών καταιγισμού ιδεών (brainstorming) που διευκολύνουν την ανάπτυξη πιθανών λύσεων (Bell & Battjes, 1985).

Αντίστοιχα, οι τεχνικές για την ενδυνάμωση της συναισθηματικής αυτορρύθμισης στηρίζονται κατά κύριο λόγο στη διευκόλυνση της αναγνώρισης συναισθημάτων, μέσω της απόκτησης ενός πλούσιου λεξιλογίου, της έκφρασης, της αποδοχής και της διαχείρισης αυτών (Τριλίβα, Αναγνωστοπούλου & Χατζηνικολάου, 2008). Αρκετά προγράμματα πρόληψης συνιστούν τεχνικές όπως: γιόγκα, διαλογισμό και ενσυνειδητότητα (mindfulness) (Murray & Rosanbalm, 2017).

Όμως το βασικότερο χαρακτηριστικό σχεδόν όλων των αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης αποτελεί η **βιωματική μέθοδος** (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011). Αναφέρεται στην ενθάρρυνση της ενεργητικής μάθησης μέσα από την εμπειρία που βασίζεται στον καθοδηγούμενο στόχο και την εμπειρική δράση (Bartholomew και συν., 2011).

Σε αυτή τη μέθοδο χρησιμοποιείται ένα συνδυασμός μορφών μάθησης, όπως: η συγκεκριμένη εμπειρία, η παρατήρηση και ο προβληματισμός, η αφαίρεση και γενίκευση εννοιών, η δοκιμή νέων ιδεών και αξιολόγηση επιπτώσεων (United Nations Office on drugs and crime, 2004). Η Τριλίβα και συνεργάτες (2008), προσθέτουν ότι οι βιωματικές στρατηγικές είναι ο πλέον καταλληλότερος τρόπος ανάπτυξης δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη, καθώς προσφέρουν άμεση εμπειρία και επεξεργασία. Οι ίδιες συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η βιωματική μέθοδος αναπτύσσει πρακτικά και δημιουργικά το άτομο και θέτει «*τη βάση για τη μελλοντική επιτυχία στο στίβο της ζωής*» (Τριλίβα και συν.,2008, σελ. 38).

Στην ίδια γραμμή, τα **σενάρια ρόλων** (role play scenarios) είναι από τις πιο χρήσιμες τεχνικές βιωματικής μάθησης και ιδανικά για την ομαδική εργασία (United Nations Office on drugs and crime, 2004). Μέσω παιχνιδιών ρόλων, οι συμμετέχοντες μπορούν να βιώσουν και να διερευνήσουν τα συναισθήματα που έχουν σε σχέση με μια κοινωνική κατάσταση, καθώς και τα πιθανά αποτελέσματά της (United Nations Office on drugs and crime, 2004). Παρέχουν άμεση αξιολόγηση της συμπεριφοράς (Botvin, 1986), καθώς και διεύρυνση, εξάσκηση και ενίσχυση νέων δεξιοτήτων, όπως της λήψης αποφάσεων (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011) και της συναισθηματικής αυτορρύθμισης (Murray, Rosanbalm & Christopoulos, 2016).

Παρόλο που το ψυχόδραμα είτε ως τεχνική είτε ως μέθοδος θεραπείας έχει αναδειχτεί αποτελεσματικό στην ενίσχυση των γνωστικών ικανοτήτων (Mathis, Fairchild & Cannon,1980), ταυτόχρονα έχει δοκιμαστεί ελάχιστα ως και καθόλου στην πρόληψη των εξαρτήσεων, αν και οι αναφορές που υπάρχουν έως σήμερα δείχνουν σημαντική επίδραση της προσέγγισης σε αυτό το πεδίο (Little, Sussman, Sun & Rohrbach, 2013). Το κεφάλαιο που ακολουθεί σκοπεύει αφενός στην γνωριμία με τη ψυχοδραματική μέθοδο και αφετέρου στη περαιτέρω διερεύνησή του ως πιθανή προσέγγιση για την ενίσχυση των γνωστικών δεξιοτήτων που μελετώνται στη παρούσα έρευνα.

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟ ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ ΩΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

5.1. Το Ψυχόδραμα

Το ψυχόδραμα αναπτύχθηκε από τον Jacob L. Moreno (1946) και μολονότι εφαρμόζεται συχνά και σε ατομικό επίπεδο, έχει καθιερωθεί ως ένα είδος ομαδικής ψυχοθεραπείας (Wilson, 2009). Η ψυχοδραματική μέθοδος είναι εξολοκλήρου βιωματική, γιατί επικεντρώνεται στο εδώ και τώρα και υπαρξιακή, γιατί εξετάζει την ολότητα της ανθρώπινης ύπαρξης (Wilson, 2009). Τόσο η φιλοσοφία όσο και η μεθοδολογία της εστιάζουν στην υγεία και στην εξομάλυνση των εμπειριών του ατόμου (Wilson, 2009), μέσα από την πράξη, με φυσική κίνηση και δραματικό αυτοσχεδιασμό (Nicholas, 2017). «*Κατά αυτό τον τρόπο το ψυχόδραμα χρησιμοποιείται και για την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη των ατόμων, την εκπαίδευση ως μια μέθοδος προετοιμασίας ή πρόβας για την καθημερινή ζωή*» (Τσέργας, 2003, σελ. 7).

Βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης αποτελούν ο αυθορμητισμός και η δημιουργικότητα (Somov, 2008). Ο Moreno (1953, σελ. 42) ορίζει τον αυθορμητισμό ως την «*ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται σε κάθε νέα κατάσταση με επάρκεια και να αναπτύσσει νέες απαντήσεις σε παλιές καταστάσεις*». Ο αυθορμητισμός σε συνδυασμό με τη δημιουργικότητα συμβάλλουν στην επιβίωση του ατόμου και συνεπώς οποιαδήποτε δυσλειτουργική συμπεριφορά εμφανίζεται, θεωρείται ότι προκύπτει από την έλλειψή τους (Somov, 2008). Επομένως, απώτερος σκοπός της μεθόδου είναι να αξιοποιηθεί κατάλληλα ο αυθορμητισμός, ούτως ώστε το άτομο να αναπτύξει τις υγιείς πλευρές της προσωπικότητάς του, τους ρόλους που το προάγουν και γενικά να δώσει έμφαση στα πράγματα εκείνα που το ενθαρρύνουν για ζωή (Clayton, 2012).

Το ψυχόδραμα χρησιμοποιεί πέντε θεμελιώδη στοιχεία: τη σκηνή, το συντονιστή, τον πρωταγωνιστή (μέλος που είναι στο επίκεντρο της συγκεκριμένης ψυχοδραματικής πράξης), τα βοηθητικά εγώ (τα υποστηρικτικά μέλη της ομάδας που επιλέγονται από τον πρωταγωνιστή και αναπαριστούν διάφορους ρόλους του) και το κοινό (η ομάδα) (Somov, 2008). Αντίστοιχα, η συνάντηση αποτελείται από τρεις φάσεις (το ζέσταμα, τη δράση και το μοίρασμα), κάθε μια από τις οποίες επιδιώκει την ισορροπία στη δομή και τον αυθορμητισμό με στόχο να προσφερθούν ασφαλείς εμπειρίες (Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999).

5.2. Η εφαρμογή της ψυχοδραματικής προσέγγισης στους έφηβους

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί θεραπευτές έχουν αναγνωρίσει τις δυνατότητες που προσφέρει η ψυχοδραματική μέθοδος στον εφηβικό πληθυσμό τόσο στη θεραπεία και τη διάγνωση, όσο και στην εκπαίδευση (Lebovici, 1960).

Ως βιωματική ομαδική μέθοδος, λειτουργεί περισσότερο σαν μια φυσική επιλογή των εφήβων οι οποίοι θέλουν να ανήκουν σε ομάδα, να επικοινωνούν διαδραστικά και να αισθάνονται λιγότερο απομονωμένοι (Singal, 2003). Το ψυχόδραμα ως «πρόβα για τη ζωή» παρέχει ένα ασφαλές πλαίσιο διερεύνησης και ανάπτυξης νέων δεξιοτήτων (Schaefer, 2003), το οποίο στην προκειμένη περίπτωση υποβοηθιέται με την επιρροή που ασκεί η υπόλοιπη ομάδα ομότιμων, σε αυτή την ηλικία (Singal, 2003).

Επιπλέον, συνδυάζοντας την εξερεύνηση ιδιωτικών και ομαδικών διαστάσεων του εαυτού, βοηθάει τον έφηβο στη διαμόρφωση της ατομικής και κοινωνικής ταυτότητάς του αντίστοιχα (Singal, 2003). Σε αυτή τη βάση, ακόμα και η φιλοσοφία του ψυχοδράματος ενισχύει την ανάπτυξη της ενήλικης ταυτότητας προωθώντας την αίσθηση της αυτονομίας και ελευθερίας (Hollander, 2002).

Το ψυχόδραμα είναι ισχυρό, ζωντανό, δεν στηρίζεται σε αυθεντίες και διαλέξεις, κρατάει σε εγρήγορση τους έφηβους εμπλέκοντάς τους συνεχώς στη διαδικασία και διδάσκοντάς τους σημαντικά μαθήματα μέσω των δραμάτων που δημιουργούν οι ίδιοι και μέσα από την αλληλεπίδραση με την ομάδα (Hollander, 2002). Ως εκ τούτου τέτοια μαθήματα δεν μπορούν να εκληφθούν απειλητικά προς τους ίδιους και την αυτονομία τους, συμπληρώνει η Hollander (2002).

Εν κατακλείδι, το δραματικό πλαίσιο σε ομαδική μορφή αποτελεί ιδανικό θεραπευτικό μέσο για της έφηβους, εξαιτίας του μοναδικού αναπτυξιακού σταδίου που βρίσκονται ήδη (Singal, 2003).

5.3. Ψυχοδραματικές τεχνικές

Η ψυχοδραματική προσέγγιση κατέχει ένα εξαιρετικά πλούσιο ρεπερτόριο τεχνικών που βασίζονται περισσότερο στη δράση (Wilson, 2009). Αυτές οι τεχνικές προσφέρουν τη δυνατότητα χειρισμού διαφόρων θεμάτων που αναδύονται της συναντήσεις και συμβάλλουν στην πραγματοποίηση των θεραπευτικών στόχων της ομάδας (Λέτσιος, 2001). Παρακάτω παρουσιάζονται επιλεκτικά ορισμένες από της πιο βασικές ψυχοδραματικές τεχνικές.

- **Ασκήσεις ζεστάματος (warm-up exercises):** Συνήθως εφαρμόζονται στην ομώνυμη φάση της συνάντησης προκειμένου οι συμμετέχοντες να μετακινηθούν από τη παθητικότητα στην ενεργητικότητα (Baile & Blatner, 2014). Αυτού του τύπου οι τεχνικές επιδιώκουν να αυξήσουν τον αυθορμητισμό των συμμετεχόντων και να ενθαρρύνουν τις μεταξύ τους σχέσεις (Baile & Blatner, 2014).
- **Ο «σωσίας» (the double):** Πρόκειται για το alter-ego του πρωταγωνιστή, το οποίο αντιπροσωπεύει την εσωτερική φωνή του σε καταστάσεις που δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις ή να τις αντιμετωπίσει (Λέτσιος, 2001). Αυτή η τεχνική ενισχύει τη βαθύτερη εξερεύνηση των αρχικών εντάσεων (Λέτσιος, 2001), καθώς και την αποσαφήνιση των συναισθημάτων του πρωταγωνιστή (Blatner, 1996).
- **Ο καθρέφτης (the mirror):** Το βοηθητικό εγώ που έχει επιλέξει ο πρωταγωνιστής απεικονίζει πιστά τη σκηνή, ενώ ο πρωταγωνιστής την παρακολουθεί απέξω, σαν από καθρέφτη (Wilson, 2009). Ο καθρέφτης χρησιμοποιείται για την αναγνώριση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών και συνάμα την απόκτηση νέων προοπτικών (Λέτσιος, 2001). Στο ίδιο σκεπτικό κινείται η τεχνική «*πίσω από την πλάτη*» (behind the back) αλλά και το μοίρασμα (audience feedback) (Λέτσιος, 2001).
- **Αντιστροφή ρόλων (role-reversal):** Επιτρέπει την ανάδυση των συγκρουσιακών καταστάσεων που βιώνει ο πρωταγωνιστής, προσφέρει τη δυνατότητα παρατήρησης των αντιδράσεών του, αποκτά καλύτερη επίγνωση και αναπτύσσει νέους ρόλους αντιμετώπισης της κατάστασης (Λέτσιος, 2001).
- **Προβολή στο μέλλον (future projection):** Οικοδομώντας το μέλλον όπως ακριβώς ο πρωταγωνιστής φαντάζεται τον εαυτό του, ενισχύεται η ικανότητα σχεδιασμού, η αναγνώριση αξιών και η επίτευξη των στόχων του (Mathis, Fairchild & Cannon, 1980).

- **Εκπαίδευση δεξιοτήτων (skill training):** Συνήθως με τη χρήση συγκεκριμένων συνθηκών-σεναρίων, ανάλογες δεξιότητες είτε αποκτιούνται βιωματικά είτε εξασκούνται προκειμένου εκφραστούν ισορροπημένες σε πραγματικές καταστάσεις (Schaefer, 2003).
- **Αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας (outcome psychodrama):** Το άτομο καλείται το άτομο καλείται να προβάλει τον εαυτό του φαντασιακά στο μέλλον και στη συνέχεια να αυτοσχεδιάσει την διαδρομή από το τώρα έως εκείνο το μελλοντικό σημείο (Peavy, 1979).

5.4. Η ενίσχυση γνωστικών δεξιοτήτων μέσω της ψυχοδραματικής μεθόδου

Οι Baile και Blatner (2014) ισχυρίζονται ότι ο καλύτερος τρόπος για να αποκτήσει ένα άτομο δεξιότητες είναι να τις κατακτήσει βιωματικά. Πάνω σε αυτή τη διαπίστωση, μελέτες που έχουν διεξαχθεί με γνώμονα τη ψυχοδραματική μέθοδο παρουσιάζουν σημαντικά αποτελέσματα σε διάφορες μεταβλητές, μεταξύ άλλων και στις γνωστικές δεξιότητες (Jakovina & Jakovina, 2017).

Έτσι, πληθώρα ερευνών έχει αναφερθεί στην επίδραση του ψυχοδράματος ως προς την αναγνώριση, διαχείριση και τον έλεγχο έντονων συναισθημάτων (Samantaray, Singh & Mohapatra, 2016), την έκφραση λεκτικών και μη λεκτικών συναισθημάτων (Dehnavi, Bajelan, Pardeh, Khodaviren & Dehnavi, 2016) και την απόκτηση δεξιοτήτων αυτορρύθμισης (Tian, 2005).

Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα της μελέτης των Bravo-Álvarez, Escolano-Pérez και Acero-Ferrero (2015) που εφαρμόστηκε σε έφηβους μαθητές με νοητική υστέρηση έδειξε βελτίωση στην αυτορρύθμιση των συμμετεχόντων από την πρώτη κιόλας συνάντηση. Τα ευρήματα της μελέτης υποστήριξαν ότι οι ψυχοδραματικές παρεμβάσεις είναι χρήσιμες να υλοποιούνται στη σχολική τάξη, καθώς διευκολύνουν βασικές πτυχές του συμπεριφορικού ελέγχου, όπως η συναισθηματική ρύθμιση, η ενδοσκόπηση και η κατάλληλη έκφραση συναισθημάτων (Bravo-Álvarez και συν. 2015).

Αντίστοιχα θετικά αποτελέσματα στη συναισθηματική ρύθμιση παρουσίασε και η μελέτη των Geram και Dehghan (2016), οι οποίοι πραγματοποίησαν ένα κύκλο δέκα δίωρων συναντήσεων ψυχοδράματος σε έφηβους ηλικίας 14 έως 18 ετών που ζουν στο δρόμο για περιορισμένο ή απεριόριστο χρόνο. Χρησιμοποιώντας το ″Emotion Regulation Difficulties Questionnaire″ εντόπισαν σημαντικές μεταβολές στις υποκλίμακες της μη αποδοχής, της πρόθεσης, της δυναμικής, της επίγνωσης και των στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης, εκτός όμως από την υποκλίμακα της διαφάνειας (transparency) (Geram & Dehghan, 2016).

Σχετικές έρευνες έχουν αναδείξει ορισμένες τεχνικές όπως η αντιστροφή ρόλου, η τεχνική του καθρέφτη και του μονολόγου που υποβοηθούν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης στη συναισθηματική ρύθμιση (Geram & Dehghan, 2016). Άλλοι συγγραφείς επισημαίνουν τη σπουδαιότητα του role-play και της ομάδας στους μηχανισμούς αυτορρύθμισης «*μέσω της χρήσης ενός ατόμου ως θεραπευτικού παράγοντα του άλλου, μιας ομάδας ως θεραπευτικού παράγοντα του άλλου*» (Moreno, 1953, σελ. 57).

Ως εκ τούτου, οι Geram και Dehghan (2016) συμπληρώνουν ότι η ψυχοδραματική προσέγγιση δίνει την ευκαιρία στους έφηβους αφενός να εξωτερικεύσουν συναισθήματα που ενδεχομένως δεν μπορούν να εκφραστούν στον πραγματικό κόσμο και αφετέρου να επιτύχουν πρακτικά αποτελέσματα.

Άλλες μελέτες οι οποίες έχουν επικεντρωθεί στην ικανότητα της αυτο-αποτελεσματικότητας μέσω ψυχοδραματικών μεθόδων, έχουν ανακαλύψει σημαντικά ευρήματα τόσο σε ενήλικο (Testoni, Cecchini, Zulian, Guglielmin, Ronconi, Kirk και συν., 2017) όσο και σε εφηβικό πληθυσμό (Dorothea, 2016).

Η έρευνα των Carbonell και Parteleno-Barehmi (1999) που διεξήχθη σε παιδιά ηλικίας 11 έως 13 ετών με τραύμα και χρόνιο στρες, σημείωσε σημαντική επίδραση στην ικανότητα αυτο-αποτελεσματικότητας, εφαρμόζοντας αυτή τη προσέγγιση. Οι μελετητές επισήμαναν ότι το στοιχείο της δράσης που χαρακτηρίζει το ψυχόδραμα, έδωσε τη δυνατότητα στα παιδιά να δημιουργήσουν πραγματικές εμπειρίες και να αποκτήσουν μια αίσθηση βιωμένης αυτο-αποτελεσματικότητας και προσωπικής ολοκλήρωσης (Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999).

Οι Testoni, Guglielmin, Pogliani και Tempra (2012) προσθέτουν ότι οι βιωματικές τεχνικές της μεθόδου αυξάνουν τόσο την αντιλαμβανόμενη αυτο-αποτελεσματικότητα όσο και τα επίπεδα αυθορμητισμού -κύριος ψυχοδραματικός σκοπός- αποδεικνύοντας ότι αυτά τα δύο στοιχεία μπορούν να θεωρηθούν αλληλένδετα και ολοκληρωμένα. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη αποδείχτηκε ότι οι τεχνικές που αυξάνουν την αυτο-αποτελεσματικότητα περιλαμβάνουν κοινωνιόδραμα, role-play, κοινωνιομετρικές ασκήσεις και την τεχνική του καθρέφτη (Testoni και συν., 2012).

Αναφορικά με την επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων ο Mathis και οι συνεργάτες του (1980) ισχυρίζονται ότι η μέθοδος μπορεί να προσφέρει στους έφηβους ένα ασφαλές και μη απειλητικό πλαίσιο εξάσκησής της. Οι ίδιοι προσθέτουν ότι το ψυχόδραμα βοηθάει ιδιαίτερα τους παρορμητικούς έφηβους να πειραματιστούν και να εξερευνήσουν στρατηγικές λήψης αποφάσεων σε κάποιο πρόβλημα (Mathis και συν.,1980).

Παρόλο που υπάρχουν αρκετές ψυχοδραματικές τεχνικές για την ενίσχυση της εν λόγω δεξιότητας, όπως η αυτοπαρουσίαση (Treadwell, Kumar & Wright, 2002), η πλειοψηφία των ερευνών επικεντρώνεται στο αποκαλούμενο *"αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας"* (outcome psychodrama) το οποίο δείχνει να επηρεάζει θετικά την ποιότητα προσωπικής λήψης αποφάσεων (Jungermann, 1980). Ο Peavy

(1979), επισημαίνει ότι η τεχνική έχει σχεδιαστεί για να εκπληρώσει τουλάχιστον τρεις λειτουργίες: την ενθάρρυνση στην αναζήτηση σημαντικών πληροφοριών, την προώθηση μιας πιο εμπεριστατωμένης εκτίμησης των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων και την προετοιμασία αντιμετώπισης αρνητικών ανατροφοδοτήσεων, οι οποίες ενδέχεται να προβληθούν κατά την λήψη μιας απόφασης.

Αντίστοιχα, αρκετοί μελετητές προτείνουν την εφαρμογή της ψυχοδραματικής προσέγγισης και στην εξάσκηση της δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων θεωρώντας ότι η μέθοδος προσφέρει αφενός ένα ασφαλές πλαίσιο πρακτικής και αφετέρου την ικανότητα επίγνωσης στους συνηθισμένους τρόπους λύσης (Mathis και συν.,1980). Παράλληλα, το ψυχόδραμα δίνει έμφαση στην εκμάθηση νέων συμπεριφορών και στη μείωση των δυσπροσαρμοστικών, μέσω της πρακτικής εξάσκησης σε προσομοιωμένες προβληματικές καταστάσεις (Singal, 2003).

Η μελέτη του Karatas (2011) σε έφηβους μαθητές ηλικίας 14 έως 16 ετών, οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα επίλυσης προβλημάτων απέδειξε ότι η εφαρμογή μιας βραχυπρόθεσμης ψυχοδραματικής παρέμβασης (δέκα δίωρες συναντήσεις) μπορεί να προκαλέσει σχετικές αυξήσεις συγκριτικά με τη placebo ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Μολονότι η μέθοδος έδειξε θετικές μεταβολές, οι μεταγενέστερες μετρήσεις της έρευνας αποδεικνύουν ότι αυτή η επίδραση δεν διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα (Karatas, 2011).

Πέραν τούτου, κάποιοι συγγραφείς εστιάζουν σε συγκεκριμένες ψυχοδραματικές τεχνικές που προωθούν την ενίσχυση της δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων, όπως το τεστ κατάστασης (situation test), τη φαντασιακή επίλυση προβλήματος (problem solving fantasy) (Mathis και συν.,1980) ή τις δραστηριότητες περιπέτειας (adventure-based activities) (Ragsdale, Cox, Finn & Eisler, 1996). Αυτές οι τεχνικές αφορούν σε διαδικασίες ομαδικής επίλυσης προβλημάτων κατά τις οποίες τα μέλη χρησιμοποιούν τις δεξιότητές τους για να εκπληρώσουν συγκεκριμένα έργα (Ragsdale και συν., 1996). Μεταξύ των τεχνικών ενίσχυσης της δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων, ο Savickas (1999) προτείνει και την αντιστροφή ρόλων προκειμένου να αξιολογηθεί ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου σε μια προβληματική συνθήκη.

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ

Η εφηβεία αποτελεί μεταβατική περίοδο όπου ο κίνδυνος της χρήσης ναρκωτικών ουσιών είναι ιδιαίτερα αυξημένος (Palmer & McGear, 2016). Τα δεδομένα δείχνουν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία (περίπου 15 ετών), τόσο κλιμακώνεται και η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Κοκκέβη και συν., 2015. Krank και συν., 2011. Robertson και συν., 2003). Αξίζει επομένως να διεξαχθεί παρέμβαση πρόληψης πριν την έναρξη της κατάχρησης.

Τα προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε τέτοιες ομάδες (περίπου 15 ετών) στοχεύουν στη μη εκδήλωση της εξάρτησης ή άλλων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, αντί στην αποχή ή καθυστέρηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών (Botvin & Griffin, 2007).

Πλέον, οι παρεμβάσεις των σύγχρονων προγραμμάτων πρόληψης προσπαθούν να εκπαιδεύσουν τους έφηβους στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Botvin & Griffin, 2007). Ορισμένες από αυτές τις δεξιότητες είναι η λήψη αποφάσεων, η επίλυση προβλημάτων, η συναισθηματική ρύθμιση και η αυτο-αποτελεσματικότητα, οι οποίες εξετάζονται και στη παρούσα μελέτη (Durlak & Wells, 1997. Hyde και συν., 2008. Murray & Rosanbalm, 2017. Sussman και συν., 2002).

Για να επιτύχουν την εκπαίδευση των εφήβων σε αυτές τις δεξιότητες, οι παρεμβάσεις πρόληψης διαθέτουν πλούσια μεθοδολογία, στην οποία προεξέχοντα ρόλο διαδραματίζει η βιωματική μάθηση (ΕΠΙΨΥ και συν., 2011).

Το ψυχόδραμα ως αμιγώς βιωματική ομαδική προσέγγιση έχει παρουσιάσει θετική επίδραση στις υπό εξέταση δεξιότητες (Bravo-Álvarez και συν., 2015. Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999. Geram & Dehghan, 2016. Karatas, 2011. Testoni και συν., 2012) και έχει χαρακτηριστεί ιδανική μέθοδος για τους έφηβους (Singal, 2003). Ωστόσο, από όσο γνωρίζουμε, το ψυχόδραμα δεν έχει δοκιμαστεί στη πρόληψη μέχρι σήμερα.

Επομένως, σκοπός της παρούσας διερευνητικής μελέτης είναι η εξέταση της επίδρασης μιας βραχύχρονης παρέμβασης ψυχοδράματος στην λήψη αποφάσεων, επίλυση προβλημάτων, συναισθηματική ρύθμιση και αυτο-αποτελεσματικότητα των εφήβων ηλικίας 15 ετών.

Βασική υπόθεση της παρούσας διερευνητικής μελέτης είναι ότι οι μετρήσεις στη λήψη αποφάσεων, επίλυση προβλημάτων, συναισθηματική ρύθμιση και αυτο-αποτελεσματικότητα θα διαφέρουν, τόσο εντός της ομάδας παρέμβασης, όσο και

μεταξύ παρέμβασης και ομάδας ελέγχου, μετά τη βραχύχρονη παρέμβαση ψυχοδράματος. Ειδικά, αναμένεται ότι οι βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες θα αυξηθούν μετά την παρέμβαση.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από τη παρούσα διερευνητική μελέτη είναι:

- Υπάρχει αλλαγή (βελτίωση ή επιδείνωση) στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων στην ομάδα παρέμβασης μετά τη βραχύχρονη παρέμβαση ψυχοδράματος.
- Αντίστοιχη αλλαγή παρατηρείται στη δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης και αυτο-αποτελεσματικότητας στην ομάδα παρέμβασης μετά τη βραχύχρονη παρέμβαση ψυχοδράματος.

Από όσο γνωρίζουμε δεν έχει προηγηθεί παρόμοια μελέτη μέχρι σήμερα. Η πλειοψηφία των μελετών έχει εφαρμόσει το ψυχόδραμα στη θεραπεία για την ενίσχυση δύο δεξιοτήτων, σε πρόγραμμα διάρκειας 10 δίωρων ή τρίωρων συναντήσεων. Είναι η πρώτη φορά που το ψυχόδραμα εφαρμόζεται στην πρόληψη και που μελετά εκτεταμένα πολλές γνωστικές δεξιότητες, σε πρόγραμμα ίδιας διάρκειας με τις υπόλοιπες μελέτες (10 τρίωρες συναντήσεις).

Συνεπώς, τα προκαταρτικά ευρήματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης είναι σημαντικά, γιατί μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων/παρεμβάσεων, που περιλαμβάνουν τις υπό εξέταση γνωστικές δεξιότητες και επίσης μπορούν να δημιουργήσουν προτάσεις για την περαιτέρω βελτίωσή τους.

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1. Το Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν έφηβοι ηλικίας 15 ετών που φοιτούν στη Γ΄ Γυμνασίου. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 20, εκ των οποίων 8 αγόρια και 12 κορίτσια. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν ισόποσα στην παρέμβασης (10 συμμετέχοντες) και ελέγχου (10 συμμετέχοντες) ομάδα αντίστοιχα, σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής.

Τα κριτήρια εισαγωγής τόσο για την ομάδα παρέμβασης όσο και για την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν η ηλικία (15 ετών) και η τάξη φοίτησης (Γ΄ Γυμνασίου), η εθελοντική συμμετοχή και η δέσμευση στο χρονοδιάγραμμα της μελέτης. Μεταξύ των κριτηρίων εισαγωγής για την ομάδα παρέμβασης αποτέλεσε και η διαθεσιμότητα χρόνου που απαιτούνταν για την παρακολούθηση των προσυμφωνημένων συναντήσεων.

Τα κριτήρια αποκλεισμού και για τις δύο ομάδες αποτέλεσαν η μη εθελοντική συμμετοχή, διαθεσιμότητα χρόνου και δέσμευση στο χρονοδιάγραμμα της μελέτης.

Ο τρόπος επιλογής του δείγματος έγινε με τη τεχνική δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) εξαιτίας του εθελοντικού χαρακτήρα της ομάδας και του χρονικού περιορισμού της μελέτης (Παπαγεωργίου, 2015). Γι αυτό το λόγο, τα δεδομένα αναπαριστούν τις εμπειρίες των συμμετεχόντων της συγκεκριμένης ομάδας και δεν μπορούν να γενικευτούν για τον πληθυσμό (Rosario-Sim & Lavin, 2016).

Έτσι, οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης επιλέχθηκαν, με βάση τα κριτήρια εισαγωγής, από μια ήδη υπάρχουσα ομάδα ψυχοδράματος (εφήβων), στην οποία είχαν πραγματοποιηθεί μόνο δύο συναντήσεις από άλλο συντονιστή. Δεδομένου ότι οι αρχικές συναντήσεις τέτοιων ομάδων έχουν χαρακτήρα γνωριμίας και εξοικείωσης τόσο μεταξύ των μελών όσο και με τη μέθοδο, πιστεύεται ότι δεν υπήρξε κάποια αλλαγή εξαιτίας της παρέμβασης των δύο συναντήσεων.

Αντίστοιχα, οι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου επιλέχθηκαν, με βάση τα κριτήρια εισαγωγής, από φροντιστήριο ξένων γλωσσών που εδρεύει στο ν. Ηρακλείου. Για την εφαρμογή του ερευνητικού σχεδιασμού, δόθηκε έγγραφη φόρμα συγκατάθεσης στους κηδεμόνες των συμμετεχόντων κάθε ομάδας και έγινε προφορική και γραπτή ενημέρωση στους συμμετέχοντες ότι υπάρχει η δυνατότητα τερματισμού της διαδικασίας σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης.

Στον Πίνακα 1 φαίνεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανά ομάδα (παρέμβασης - ελέγχου) με βάση τα περιγραφικά χαρακτηριστικά. Παρατηρήθηκε ότι η κατανομή κατά φύλο και στις δυο ομάδες (παρέμβαση – ελέγχου) δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά (χ^2=0,833, df=1, p=0,361, Fisher's p=0,650). Η μέση ηλικία έναρξης δοκιμαστικής ή συστηματικής χρήσης ήταν 10,7±4,4 έτη για την ομάδα παρέμβασης και 10,2±5,7 για την ομάδα ελέγχου, χωρίς να παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία έναρξης (t=0,22, df=18, p=0,828). Η τωρινή χρήση των ουσιών, χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά για το κάπνισμα (Fisher's p=0,628), για το αλκοόλ (Fisher's p=1.000) και για την κάνναβη (Fisher's p=1,000).

Πίνακας 1

Κατανομή συμμετεχόντων με βάση τα περιγραφικά χαρακτηριστικά στην πειραματική και ελέγχου ομάδα

		Ομάδα	
		Παρέμβασης n=10 (%)	**Ελέγχου** n=10 (%)
Φύλο			
	Αγόρια	3 (30,0%)	5 (50,0%)
	Κορίτσια	7 (70,0%)	5 (50,0%)
Τσιγάρο (30 ημέρες)	Ναι	2 (20,0%)	4 (40,0%)
Αλκοόλ (30 ημέρες)	*Ναι*	3 (30,0%)	4 (40,0%)
Κάνναβη (30 ημέρες)	Ναι	1 (10,0%)	0 (0,0%)
Μέση ηλικία έναρξης ουσιών	*ΜΟ ± ΤΑ*	10,7 (4,4)	10,2 (5,7)

6.2. Εργαλεία

6.2.1. Δημογραφικά και περιγραφικά στοιχεία

Πριν την παρέμβαση και οι δυο ομάδες απάντησαν σε μια σειρά ερωτήσεων ως προς τα δημογραφικά και περιγραφικά στοιχεία: φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο γονιών, χρήση ουσιών, ηλικία έναρξης χρήσης, συχνότητα χρήσης τον τελευταίο μήνα και χρήση ουσιών στο ευρύτερο περιβάλλον.

6.2.2. Λήψη αποφάσεων

Ο τρόπος λήψης απόφασης μετρήθηκε με την αντίστοιχη υποκλίμακα «Τρόπων Λήψης Απόφασης (DMS)» του εργαλείου ″Assessment of Career Decision-Making, (ACDM)″ (Harren, 1979), μεταφρασμένη και προσαρμοσμένη στα ελληνικά από τη Σιδηροπούλου-Δημακάκου (όπως αναφέρεται στο Βλαχάκη, 2012, σελ. 44).

Πρόκειται για ένα εργαλείο το οποίο περιέχει 30 προτάσεις και αναφέρεται σε τρεις τρόπους λήψης απόφασης: τον Ορθολογικό, το Διαισθητικό και τον Εξαρτημένο. Το DMS εκτιμά αφενός το βαθμό στον οποίο το άτομο αναλαμβάνει προσωπική ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων ή τη μεταθέτει και αφετέρου το βαθμό στον οποίο χρησιμοποιεί λογικές ή συναισθηματικές στρατηγικές, κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης.

Κάθε υποκλίμακα αξιολογείται με 10 προτάσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες απαντούν με ΝΑΙ-ΟΧΙ. Για την εκτίμηση του Ορθολογικού τρόπου χρησιμοποιούνται προτάσεις, όπως «Όταν πρόκειται να πάρω μια σημαντική απόφαση είμαι μεθοδικός/η» (προτάσεις 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25 & 28). Για τον Διαισθητικό τρόπο «Συχνά παίρνω μια απόφαση που νιώθω ότι είναι σωστή για εμένα, χωρίς ωστόσο να ξέρω ακριβώς γιατί την πήρα» (προτάσεις 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 & 29). Αντίστοιχα, για τον Εξαρτημένο τρόπο «Όταν παίρνω μια απόφαση, είναι σημαντικό για εμένα να ξέρω ποια είναι η άποψη των φίλων μου». (προτάσεις 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21,24, 27 & 30). Η κλίμακα στην οποία συγκεντρώνεται μεγαλύτερη βαθμολογία δηλώνει και τον τρόπο που το άτομο παίρνει αποφάσεις.

Η εσωτερική αξιοπιστία του DMS όπως υπολογίστηκε από τα δεδομένα μας με χρήση του Cronbach's alpha στην πρώτη εφαρμογή (πριν την παρέμβαση) ήταν 0,767 για τον ορθολογικό τύπο, 0,697 για τον Διαισθητικό τύπο και 0,725 για τον εξαρτημένο τύπο (Πίνακας 2). Οι αντίστοιχοι τιμές της ελληνικής έκδοσης DMS ήταν 0,750 για τον ορθολογικό τύπο, 0,660 για τον Διαισθητικό τύπο και 0,780 για τον εξαρτημένο (Βλαχάκη, 2012). Οι συντελεστές θεωρούνται ικανοποιητικοί alpha >0,70.

6.2.3. Επίλυση προβλημάτων

Η επίλυση προβλημάτων μετρήθηκε με την υποκλίμακα «Διαπροσωπική Γνωστική Επίλυση Προβλημάτων» του εργαλείου ″Self-Determination Scale, Adolescents Version (ARC)″ (Wehmeyer, 2000), μεταφρασμένη στα ελληνικά από την Παππά (2008).

Η υποκλίμακα αποτελείται από 6 ιστορίες στις οποίες υπάρχει η αρχή και το τέλος τους. Από αυτές χρησιμοποιήθηκαν δυο ιστορίες στη μελέτη, όπως ακριβώς μεταχειρίστηκε το εργαλείο η Παππά (2008) στην έρευνά της. Οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν τι συνέβη στη μέση της ιστορίας, καταγράφοντας την καλύτερη απάντηση.

Οι ιστορίες διερευνούν το βαθμό ανάπτυξης των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την επίλυση προβλημάτων κοινωνικής ζωής. Κάθε απάντηση βαθμολογήθηκε σε μια κλίμακα από το 0 έως το 2, ανάλογα με την αποτελεσματικότητα λύσης για την επίλυση του προβλήματος. Ειδικότερα, η βαθμολογία "0" σημαίνει ότι το άτομο είτε δεν έδωσε καμία απάντηση, είτε η λύση που έδωσε δεν πρόκειται να επιτύχει το υποδεικνυόμενο τερματισμό της ιστορίας. Μια βαθμολογία "1" υποδηλώνει ότι η απάντηση του συμμετέχοντα ήταν ικανοποιητική, αλλά έχει περιορισμένη χρησιμότητα για να επιτευχθεί ο στόχος. Μια βαθμολογία "2" υποδεικνύει ότι η απάντηση που δόθηκε ήταν ένας αποδεκτός, επαρκής τρόπος για να επιτευχθεί ο αναφερόμενος τερματισμός. Ο Wehmeyer (1995), παρέχει λεπτομερή παραδείγματα για την ορθή βαθμολόγηση των απαντήσεων και την εγκυρότητα.

Ωστόσο, επειδή η υποκλίμακα απαιτεί αξιολόγηση, η ερευνήτρια και μια τελειόφοιτη σπουδάστρια του τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης εξέτασαν τις απαντήσεις ούτως ώστε να καταστεί πιο αντικειμενική η βαθμολόγηση. Οι βαθμολογητές αξιολόγησαν από κοινού τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και δεν υπήρξε διαφωνία. Ο βαθμός αξιοπιστίας της συγκεκριμένης υποκλίμακας στην ελληνική έκδοση σε εφηβικό πληθυσμό είναι α=0,79 (Παππά, 2008).

6.2.4. Συναισθηματική ρύθμιση

Για την μέτρηση της συναισθηματικής ρύθμισης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Ρύθμιση του Συναισθήματος» ″ Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)″, των Gross και John (2003).

Το εργαλείο αποτελείται από 10 προτάσεις που αφορούν στην εμπειρία και την έκφραση του συναισθήματος. Ειδικότερα, μετράει την τάση των συμμετεχόντων να

ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, αξιολογώντας δυο στρατηγικές ρύθμισης συναισθήματος: της Γνωστικής Επανεκτίμησης της κατάστασης που ενεργοποιεί το συναίσθημα και της Εκφραστικής Καταστολής του συναισθήματος.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η Γνωστική Επανεκτίμηση χρησιμοποιούνται προτάσεις όπως: «Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικά συναισθήματα (π.χ., λύπη ή θυμό), αλλάζω αυτό που σκέφτομαι» (προτάσεις, 1, 3, 5, 7, 8 & 10). Αντίστοιχα, για την αξιολόγηση της Εκφραστικής Καταστολής παρατίθενται προτάσεις, όπως «Όταν νιώθω συναισθηματικά άσχημα, βεβαιώνομαι ότι δεν εκφράζω τι νιώθω» (προτάσεις 2, 4, 6 & 9).

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert από το 1 (διαφωνώ έντονα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα). Η υψηλή βαθμολογία στις προτάσεις της Γνωστικής Επανεκτίμησης ή της Εκφραστικής Καταστολής σημαίνει αυξημένη χρήση της αντίστοιχης στρατηγικής. Επισημαίνεται ότι οι βαθμολογίες στην κλίμακα δεν μπορούν να συνδυαστούν για να παράσχουν μια από κοινού βαθμολογία συναισθηματικής ρύθμισης, παρά μόνο για κάθε στρατηγική που μελετάται.

Το εργαλείο έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τον κ. Καφέτσιο και έχει δώσει ικανοποιητικά δείγματα εσωτερικής αξιοπιστίας (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012). Ο βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας σε ελληνική έκδοση και σε φοιτητικό πληθυσμό για την υποκλίμακα Γνωστική Επανεκτίμηση είναι α=0,87 και για την υποκλίμακα Εκφραστική Καταστολή είναι α=0,78 (Θεοχάρης, 2018). Από τα δεδομένα μας για το σύνολο των ερωτήσεων ο υπολογιζόμενος συντελεστής alpha του Cronbach ήταν 0,772, για την κλίμακα «γνωστική επανεκτίμηση» ήταν 0,665 και για την εκφραστική καταστολή ήταν 0,735.

6.2.5. Αυτο-αποτελεσματικότητα

Η μέτρηση της αυτό-αποτελεσματικότητας έγινε χρησιμοποιώντας τη κλίμακα «Γενικευμένης Αυτο-αποτελεσματικότητας» ″Generalized Self- Efficacy Scale (GSE)″ των Schwarzer και Jerusalem (1995).

Η κλίμακα εκτιμά τη γενική αίσθηση αντιλαμβανόμενης Αυτο-αποτελεσματικότητας με στόχο να προβλέψει την αντιμετώπιση καθημερινών ενοχλήσεων, καθώς και την προσαρμογή μετά από κάθε είδους αγχωτικά γεγονότα ζωής.

Το εργαλείο αποτελείται από 10 προτάσεις, όπως: «Πάντα καταφέρνω να λύνω δύσκολα προβλήματα, εάν βέβαια προσπαθήσω αρκετά», «Εάν κάποιος μου

αντιτίθεται, μπορώ πάντα να βρω τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ». Οι συμμετέχοντες αξιολογούν το βαθμό επάρκειάς τους σε κάθε πρόταση μέσω μιας κλίμακας τύπου Likert από το 1 (καθόλου αλήθεια) έως το 4 (απολύτως αλήθεια). Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με την εύρεση του αθροίσματος όλων των προτάσεων και κυμαίνεται μεταξύ 10 και 40, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει περισσότερη Αυτο-αποτελεσματικότητα. Η παραγοντική ανάλυση της κλίμακας δηλώνει ότι είναι μονοδιάστατη.

Η εσωτερική αξιοπιστία της κυμαίνεται μεταξύ α=0,76 και α=0,90 (Schwarzer & Jerusalem, 2010). Αν και η κλίμακα σχεδιάστηκε γενικά για τον ενήλικο πληθυσμό, περιλαμβάνει και έφηβους. Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς και στην Ελλάδα προσαρμόστηκε στη γλώσσα από τους Glynou, Schwarzer και Jerusalem (1994). Ο συντελεστής Cronbach’s alpha με βάση τα δεδομένα μας ήταν 0,787.

6.3. Διαδικασία

Η πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα έγινε σε ιδιωτικό ψυχοθεραπευτικό κέντρο που εδράζεται στο ν. Ηρακλείου και στο οποίο διεξάγεται ομάδα ψυχοδράματος για έφηβους, σε δεκαπενθήμερη βάση. Η γράφουσα ως εργαζόμενη στο εν λόγω κέντρο και ως υπεύθυνη της έρευνας, ενημέρωσε τη διοίκηση και το συμβούλιό του για το σχεδιασμό της παρέμβασης.

Ειδικότερα, ο βασικός σκοπός της παρέμβασης παρέμεινε ίδιος με τον αρχικό σκοπό της υπάρχουσας ομάδας ψυχοδράματος, δηλαδή η ανάπτυξη της προσωπικότητας των εφήβων. Ωστόσο, οι επιμέρους στόχοι διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης (π.χ. αυτο-αποτελεσματικότητα, λήψη αποφάσεων κ.α.), μιας και σχετίζονται με τον βασικό σκοπό. Επίσης, στον σχεδιασμό της παρέμβασης εντάχθηκαν και γενικοί στόχοι των ομάδων, όπως η γνωριμία, το δέσιμο και το κλείσιμο της ομάδας. Για την επίτευξη των στόχων χρησιμοποιήθηκαν ανάλογες ψυχοδραματικές τεχνικές, οι οποίες παρουσιάζονται στην περιγραφή των συναντήσεων και στον Πίνακα 2.

Εφόσον το σχέδιο της παρέμβασης μελετήθηκε από τους υπεύθυνους του ιδιωτικού ψυχοθεραπευτικού κέντρου, δόθηκε έγκριση για την εφαρμογή της.

Η ήδη υπάρχουσα ομάδα αποτελείται από δέκα 15χρονους έφηβους και είχε πραγματοποιήσει έως τότε δύο συναντήσεις ψυχοδράματος με άλλο συντονιστή, ενώ παράλληλα εκείνο το διάστημα η γράφουσα είχε βοηθητικό ρόλο σε αυτή. Σε προκαθορισμένη συνάντηση της ομάδας, η γράφουσα ενημέρωσε τα μέλη για τη μελέτη καθώς και για το χρονοδιάγραμμά της. Τονίστηκε προφορικά η σημασία της εθελοντικής συμμετοχής και το ζήτημα της δωρεάν πραγματοποίησης των συναντήσεων για το διάστημα διεξαγωγής της μελέτης.

Αμέσως μετά, δόθηκε έγγραφη φόρμα συγκατάθεσης για τους γονείς των μελών, στην οποία περιγράφονταν ο σκοπός και οι στόχοι της παρέμβασης. Ταυτόχρονα, δόθηκε περιθώριο απάντησης και συμπλήρωσης της συγκατάθεσης έως και την επόμενη συνάντηση. Από το συνολικό αριθμό των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης, όλοι συμφώνησαν και κανένας γονιός δεν αρνήθηκε τη συμμετοχή του παιδιού του στην έρευνα.

Σε προκαθορισμένη ημέρα, έγινε συνάντηση με τα μέλη της ομάδας ελέγχου στην οποία η γράφουσα παρείχε πληροφορίες της μελέτης, έδωσε διαφορετική φόρμα συγκατάθεσης για τους γονείς των συμμετεχόντων και περιθώριο απάντησης έως και μια εβδομάδα. Επιπλέον, τονίστηκε η πρόθεση πραγματοποίησης μιας 2ωρης

συνάντησης μετά το πέρας της έρευνας, με θέμα την ανάπτυξη προσωπικότητας, μέσω της ψυχοδραματικής μεθόδου. Ομοίως με την ομάδα παρέμβασης, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν σύμφωνοι και κανένας γονέας από την ομάδα ελέγχου δεν αρνήθηκε τη συμμετοχή του παιδιού του στην έρευνα.

Έχοντας την έγκριση και των δύο ομάδων, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το πακέτο των ερωτηματολογίων σε ξεχωριστή συνάντηση που πραγματοποιήθηκε την ίδια εβδομάδα. Πριν την συμπλήρωση του πακέτου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες κάθε ομάδας να κατασκευάσουν ένα προσωπικό κωδικό που θα αποτελείται από το δεύτερο γράμμα του ονόματός τους, του επιθέτου τους και το όνομα του πατέρα τους (π.χ. ΜΙΩ), ούτως ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία και να παρέχει η έρευνα αξιόπιστα δεδομένα.

Μετά την συμπλήρωση του πακέτου ερωτηματολογίων, ορίστηκε η ημερομηνία συνάντησης της ομάδας ελέγχου για την επανασυμπλήρωσή του, κατόπιν διεξαγωγής της παρέμβασης. Αντίστοιχα, η ομάδα παρέμβασης ξεκίνησε το ερευνητικό πρόγραμμα δέκα τρίωρων συναντήσεων στο ιδιωτικό ψυχοθεραπευτικό κέντρο, όπως και πρότερα, οι οποίες διήρκησαν περίπου δύο μήνες.

1η συνάντηση

Βασικός σκοπός της πρώτης συνάντησης ήταν το δέσιμο της ομάδας και η εξοικείωση με τη ψυχοδραματική μέθοδο. Στην φάση *"ζεστάματος"* (warm-up) χρησιμοποιήθηκαν ομώνυμες ασκήσεις, μέσα από τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να παρουσιάσουν τον εαυτό τους. Στη φάση της *"δράσης"*, η ψυχοδραματική άσκηση που χρησιμοποιήθηκε επικεντρωνόταν στο δέσιμο της ομάδας, γι αυτό και αξιοποιήθηκε ο ομαδικός αυτοσχεδιασμός. Στο *"μοίρασμα"*, τέθηκαν συμπεράσματα και συναισθήματα των μελών από το σύνολο της συνάντησης.

2η συνάντηση

Ο στόχος της συνάντησης ήταν διττός. Αφενός το δέσιμο της ομάδας και αφετέρου η εξάσκηση στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων. Στο πρώτο στάδιο, δημιουργήθηκε θέμα συζήτησης εστιασμένο στην δεξιότητα. Στη κύρια φάση, μέσα από την ανάληψη ρόλων και τη διαμόρφωση συνθηκών προβλήματος, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αυτοσχεδιάσουν ομαδικά για να επιλύσουν το ζήτημα, ανεξαρτήτως έκβασης. Στην τελική φάση, συζητήθηκαν στην ολομέλεια δυσκολίες, συμπεράσματα και συναισθήματα, μέσα από τα οποία οι συμμετέχοντες κατάφεραν

να συνδέσουν διάφορες δεξιότητες που χρειάζονται και ανέπτυξαν για να λυθεί ένα πρόβλημα αποτελεσματικά.

3η συνάντηση

Παρόμοια με την προηγούμενη συνάντηση, ο στόχος και σε αυτή ήταν η εξάσκηση στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων. Στην αρχική φάση, το θέμα παρέμεινε εστιασμένο στη δεξιότητα. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε μια ψυχοδραματική άσκηση κατά την οποία οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να σκεφτούν ένα προσωπικά επιθυμητό και εφικτό στόχο που έχουν. Αφού διατυπώθηκαν όλοι οι στόχοι στην ομάδα, επιλέχτηκε πρωταγωνιστής στον οποίο τέθηκαν επί σκηνής αλλεπάλληλες δυσκολίες, τις οποίες έπρεπε να επιλύσει, για να καταφέρει το στόχο του. Σε αυτή τη φάση αξιοποιήθηκε ιδιαίτερα ο αυθορμητισμός, η αντιστροφή ρόλων και η δραματοποίηση των εμποδίων, όπως και της επίλυσής τους ταυτόχρονα. Στο τέλος, η ομάδα συζήτησε όσα διαδραματίστηκαν στη σκηνή.

4η συνάντηση

Σε αυτή τη συνάντηση στόχος ήταν η εξάσκηση στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων, με το σκεπτικό ότι συνδέεται αρκετά με τη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων. Με εστιασμένο το θέμα στη δεξιότητα, χρησιμοποιήθηκε μια διαμορφωμένη συνθήκη στην οποία οι συμμετέχοντες χρειάστηκαν να πάρουν μια απόφαση από κοινού για το πώς θα καταφέρουν ένα στόχο, τι ρόλο θα παίξει ο καθένας στην εκδραμάτιση, αλλά και ποιο θα είναι το αποτέλεσμα. Στο μοίρασμα, κάθε μέλος έκφρασε τις σκέψεις και τα συναισθήματά του τόσο για τη συνεργασία, όσο και για το ρόλο που ανέλαβε.

5η συνάντηση

Στην πέμπτη συνάντηση, ο στόχος παρέμεινε ίδιος με την προηγούμενη. Αρχικά, συζητήθηκε το θέμα της λήψης αποφάσεων και στη συνέχεια επιλέγοντας πρωταγωνιστή χρησιμοποιήθηκε η τεχνική "αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας", όπως και η τεχνική του καθρέφτη, επί σκηνής. Ολοκληρώνοντας τη δεύτερη φάση, η ομάδα μοιράστηκε στον πρωταγωνιστή συναισθήματα και προσωπικά βιώματα.

6η συνάντηση

Σε αυτή τη συνάντηση, στόχος ήταν η ενασχόληση με τη συναισθηματική ρύθμιση, γι αυτό η συζήτηση περιορίστηκε σε αυτή τη θεματική. Στη κύρια φάση επιλέχτηκε πρωταγωνιστής και χρησιμοποιήθηκε άσκηση (επί σκηνής) που προσδιορίζει το βίωμα μιας συναισθηματικής κατάστασης στο παρόν, το παρελθόν

και το μέλλον. Στο μοίρασμα οι συμμετέχοντες της ομάδας εξέφρασαν σκέψεις, συναισθήματα και βιωματικές εμπειρίες τους στον πρωταγωνιστή.

7η συνάντηση

Συνεχίστηκε η ίδια θεματική ενότητα με την προηγούμενη συνάντηση. Στη φάση της δράσης, αξιοποιήθηκαν αρχικά βινιέτες εστιασμένες σε ρόλους που ανταποκρίνονται σε συναισθήματα του παρόντος και στη συνέχεια του μέλλοντος. Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική του καθρέφτη και του μονολόγου ενισχυτικά για τη δημιουργία του νέου ρόλου. Στο κλείσιμο, όλοι οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν με τον πρωταγωνιστή προσωπικά βιώματα και συναισθήματα.

8η συνάντηση

Η όγδοη συνάντηση, επικεντρώθηκε στην ικανότητα αυτο-αποτελεσματικότητας. Από την πρώτη φάση, αξιοποιήθηκε άσκηση ζεστάματος κατά την οποία η συμμετέχοντες κλήθηκαν να διαμορφώσουν τον ιδανικό τους εαυτό και να σχετιστούν με αυτόν, μέσω της τεχνικής καθρέφτη. Στη κύρια φάση της συνάντησης, χρησιμοποιήθηκε ψυχοδραματική άσκηση με θέμα τον αγαπημένο ήρωα κατά την οποία εφαρμόστηκαν οι τεχνικές της κοινωνιομετρίας και αντιστροφής ρόλου. Στο τέλος της συνάντησης κάθε μέλος έθεσε το ζήτημα της αυτο-αποτελεσματικότητας.

9η συνάντηση

Σε αυτή τη συνάντηση ο στόχος παρέμεινε εστιασμένος στην ικανότητα της αυτο-αποτελεσματικότητας. Διερευνήθηκε ο βαθμός αντιλαμβανόμενης αυτο-αποτελεσματικότητας στο εδώ και τώρα για κάθε συμμετέχοντα. Για αυτό το σκοπό χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της κλίμακας καθώς και η δημιουργία βινιετών με τεχνικές καθρέφτη και αντιστροφής ρόλου. Στη φάση του μοιράσματος, τα μέλη εξέφρασαν συναισθήματα και συμπεράσματα.

10η συνάντηση

Στην τελευταία συνάντηση, βασικός σκοπός ήταν το κλείσιμο της παρέμβασης και της ομάδας. Έτσι, συζητήθηκε με όλη την ομάδα η εμπειρία που αποκόμισαν από τις συναντήσεις. Στο τέλος, χρησιμοποιήθηκε μια άσκηση σύμφωνα με την οποία κάθε μέλος αξιολογήθηκε από τους υπόλοιπους εκφράζοντας μόνο τα θετικά του χαρακτηριστικά.

Ολοκληρώνοντας τις συναντήσεις οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης συμπλήρωσαν ξανά το πακέτο ψυχομετρικών εργαλείων, χωρίς το αυτοσχέδιο

ερωτηματολόγιο δημογραφικών και περιγραφικών στοιχείων. Το ίδιο συνέβη και με την ομάδα ελέγχου, η οποία κλήθηκε να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια.

Πίνακας 2

Γνωστικές δεξιότητες και ψυχοδραματικές τεχνικές

Γνωστική Δεξιότητα	**Ψυχοδραματικές ασκήσεις & τεχνικές**	**Μελέτες που προτείνουν ή/και χρησιμοποιούν τις αντίστοιχες ψυχοδραματικές ασκήσεις & τεχνικές**
Αύξηση δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων	▪ Τεστ κατάστασης ▪ Δραστηριότητα περιπέτειας ▪ Αντιστροφή ρόλου	Mathis και συν. (1980) Ragsdale και συν. (1996) Savickas (1999)
Βελτίωση του τρόπου λήψης αποφάσεων	▪ Τεστ κατάστασης ▪ Αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας	Mathis και συν. (1980) Jungermann (1980) & Peavy (1979)
Βελτίωση της χρήσης στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης	▪ Αντιστροφή ρόλου ▪ Τεχνική καθρέφτη ▪ Τεχνική μονολόγου	Moreno (1953) Geram & Dehghan (2016) Geram & Dehghan (2016)
Αύξηση των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας	▪ Αντιστροφή ρόλου ▪ Τεχνική καθρέφτη ▪ Κοινωνιομετρία ▪ Τεχνική κλίμακας	 Testoni και συν. (2012) Testoni και συν. (2012) Testoni και συν. (2012)

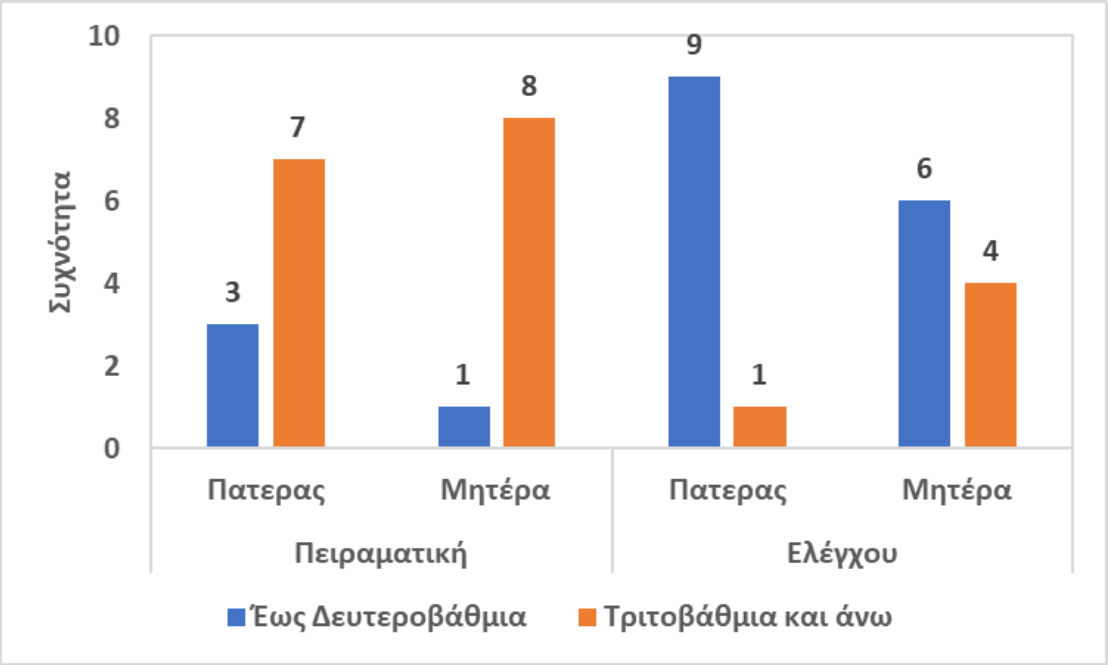
6.3. Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 24.0. Οι ποσοτικές μεταβλητές (βαθμολογίες κλιμάκων) ελέγχθηκαν αρχικά με το Shapiro-Wilk test of Normality για το κατά πόσο τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή. Εφόσον η κατανομή ήταν κανονική χρησιμοποιήθηκαν οι γνωστοί παραμετρικοί έλεγχοι t ανεξαρτήτων μετρήσεων (independent samples t-test). Σε περίπτωση που υπήρχε σημαντική απόκλιση από την κανονικότητα χρησιμοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann – Whitney για ανεξάρτητες ομάδες. Η μέθοδος ανάλυσης διασποράς επαναληπτικών μετρήσεων (repeated measured ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση διαφορών μεταξύ μελετώμενων επαναλαμβανόμενων μονάδων.

Οι συσχέτιση ποιοτικών μεταβλητών έγινε με τον έλεγχο χ2 του Pearson ή τον έλεγχο Fisher κατάλληλο για μικρά δείγματα. Η συσχέτιση Spearman's rho εφαρμόστηκε για την συσχέτιση δύο ποσοτικών μεταβλητών (π.χ. βαθμολογίες κλιμάκων). Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε τα α=0,05.

6.4. Αποτελέσματα

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων ανά ομάδα μελέτης παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1. Παρατηρήθηκε ότι η κατανομή των γονέων στις εκπαιδευτικές βαθμίδες ήταν 4 στην έως δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ομάδα παρέμβασης) και 15 στην τριτοβάθμια και άνω (ομάδα παρέμβασης). Οι αντίστοιχες συχνότητες στην ομάδα ελέγχου ήταν 15 και 5 γονείς στην έως β' βάθμια και γ' βάθμια και άνω, αντίστοιχα. Η σύγκριση του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα ανάμεσα στις δύο ομάδες έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (χ^2=1,818, p=0,178) όπως και στο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (Fisher's p=0,057).



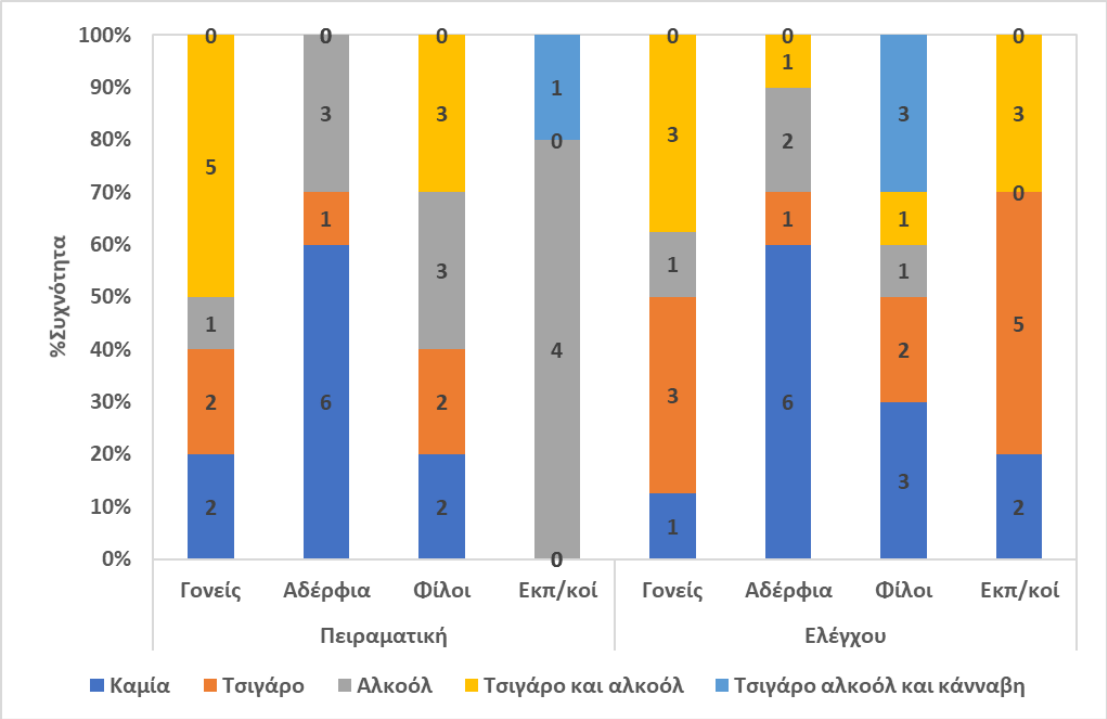
Διάγραμμα 1. Κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων ανάμεσα στις ομάδες ελέγχου και παρέμβασης.

Στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις με τη μορφή ραβδογράμματος αθροιστικών συχνοτήτων για την χρήση ή μη ουσιών για κάθε μία από τις ομάδες μελέτης από τους «σημαντικούς άλλους» (αδέρφια, γονείς, φίλοι, εκπαιδευτικοί).

Σε όσους δεν κάνουν καμία χρήση ουσιών τα ποσοστά ήταν για την ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου αντίστοιχα τα εξής 20% και 10% (γονείς), 60% και 60% (αδέρφια) 20% και 30% (φίλοι), 0 και 20% (εκπαιδευτικοί).

Αντίστοιχα με τα παραπάνω τα ποσοστά για το κάπνισμα ήταν στις ομάδες μελέτης ήταν 20% και 30% (γονείς), 10% και 10% (αδέρφια), 20 και 20% (φίλοι) και 0 και 50% (εκπαιδευτικοί).

Στην συνδυαστική χρήση τσιγάρου αλκοόλ και κάνναβης οι μόνες μη μηδενικές απαντήσεις δώθηκαν για τους εκπαιδευτικούς 10% (ομάδα παρέμβασης) και για τους φίλους 30% (ομάδα ελέγχου).



Διάγραμμα 2. Κατανομή της χρήσης ουσιών στους «σημαντικούς άλλους» στις δύο μελετώμενες ομάδες μαθητών.

Στους παρακάτω Πίνακες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης διασποράς ζευγαρωτών μετρήσεων (repeated measures ANOVA), καθώς και τα αποτελέσματα των συγκρίσεων μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου πριν και μετά την εφαρμογή του ψυχοδράματος.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η επίδραση στον «ορθολογικό τύπο» της κλίμακας λήψης αποφάσεων. Από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική επίδραση από το ψυχόδραμα στον «ορθολογικό τύπο» (F=2.8, df=1, 18, p=0,110). Επίσης η σύγκριση πριν την παρέμβαση μεταξύ των δύο ομάδων (παρέμβασης και ελέγχου) δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (t-test p=0,577. Mann-Whitney p=0,789). Αντίστοιχη εικόνα παρουσιάστηκε και μετά την παρέμβαση ανάμεσα στις δύο ομάδες (t-test p=0,121 και Mann-Whitney p=0,237).

Πίνακας 3

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα λήψης απόφασης «Ορθολογικός τύπος»

	Ορθολογικός Τύπος					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	13,1	2,1	12,0	1,2	**F**	2,8
ΕΛΕΓΧΟΥ	13,8	3,3	13,7	3,1	**Df**	1, 18
t-test p*	0,577		0,121		**P**	0,110
MW p **	0,789		0,237			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

Στον Πίνακα 4 βλέπουμε ότι η ομάδα παρέμβασης πριν την παρέμβαση είχε μέση τιμή 15,7±1,4 στον διαισθητικό τύπο και 16,7±1,6 μετά την παρέμβαση. Αντίστοιχα η μέση τιμή της ομάδας ελέγχου ήταν 15,7 ±3,3 πριν την παρέμβαση και 15,1±2,9 μετά την παρέμβαση. Οι διαφορές μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου στις χρονικές καταστάσεις πριν και μετά την παρέμβαση έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σύμφωνα με τον έλεγχο ANOVA επαναλαμβανομένων μετρήσεων F=6,670, df=1, 18, p=0,019.

Οι ομάδες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όταν μελετήθηκαν πριν την παρέμβαση (t-test p: 1,000, Mann-Whitney p: 0,848) και μετά την παρέμβαση (t-test p: 0,148, Mann-Whitney p: 0,235).

Πίνακας 4

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα λήψης απόφασης «Διαισθητικός τύπος»

	Διαισθητικός Τύπος					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	15,7	1,4	16,7	1,6	**F**	6,670
ΕΛΕΓΧΟΥ	15,7	3,3	15,1	2,9	**Df**	1, 18
t-test p *	1,000		0,148		**P**	0,019
MW p **	0,848		0,235			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

Σε ότι αφορά την κλίμακα λήψης απόφασης «Εξαρτημένος τύπος» παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου (t-test p= 0,023, Mann-Whitney p= 0,030) πριν την παρέμβαση, ενώ το ίδιο παρατηρήθηκε και μετά την παρέμβαση με τιμές p = 0,031 και 0,039 για το t-test και το Mann-Whitney, αντίστοιχα. Δεν υπήρξαν αλλαγές όμως πριν και μετά την παρέμβαση (F=0,060, df=1, 18, p=0,802).

Πίνακας 5

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα λήψης απόφασης «Εξαρτημένος τύπος»

	Εξαρτημένος Τύπος					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	16,0	2,3	16,0	2,3	**F=**	0,060
ΕΛΕΓΧΟΥ	13,4	2,4	13,6	2,3	**df=**	1, 18
t-test p*	0,023		0,031		**p**	0,802
MW p**	0,030		0,039			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

Στην κλίμακα επίλυσης προβλημάτων η ομάδα παρέμβασης πριν την παρέμβαση είχε μέση τιμή 2,9±1,2, στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από αυτή της ομάδας ελέγχου 1,9±0,9 (t-test p: 0,047, Mann-Whitney p: 0,016). Η ίδια σχέση μεταξύ των μέσων τιμών των δύο μελετώμενων ομάδων παρατηρήθηκε και μετά την παρέμβαση με τιμές p=0,032 (t-test) και p=0,036 (Mann-Whitney).

Δεν υπήρξε όμως στατιστικώς σημαντική μεταβολή πριν και μετά την παρέμβαση (F=0,90, df=1,18, p=0,764). (Πίνακας 6)

Πίνακας 6

Επίδραση στην κλίμακα «Επίλυση προβλημάτων» της ψυχοδραματικής παρέμβασης

	Επίλυση προβλημάτων					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	2,9	1,2	3,3	0,7	**F=**	0,090
ΕΛΕΓΧΟΥ	1,9	0,9	2,5	0,8	**df=**	1, 18
t-test p *	0,047		0,032		**p**	0,764
MW p **	0,016		0,036			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

Επίσης, στην κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης «γνωστική επανεκτίμηση» δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων πριν/μετά την ψυχοδραματική παρέμβαση (F=0,010, df=1, 18, p=1,000).

Στην κατάσταση «πριν την παρέμβαση» η ομάδα ελέγχου έχει υψηλότερη μέση τιμή (30,1±5,2) σε σχέση με την ομάδα παρέμβασης (24,1±5,1) (t-test p= 0,018, Mann-Whitney p: 0,023). Παρόμοια στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε και μετά την παρέμβαση (t-test p: 0,011, Mann-Whitney p=0,017) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης «Γνωστική επανεκτίμηση»

	Γνωστική επανεκτίμηση					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	24,1	5,1	23,8	4,6	**F=**	0,010
ΕΛΕΓΧΟΥ	30,1	5,2	29,8	5,0	**df=**	1, 18
t-test p *	0,018		0,011		**p=**	1,000
MW p **	0,023		0,017			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

Ομοίως, στην κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης «Εκφραστική καταστολή» δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση (F=0,52, df=1, 18, p=0,480). Επίσης δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 8

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης «εκφραστική καταστολή»

	Εκφραστική καταστολή					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	19,3	4,1	16,5	4,1	**F=**	0,52
ΕΛΕΓΧΟΥ	20,1	3,6	18,9	3,5	**df=**	1, 18
t-test p *	0,650		0,175		**p=**	0,480
MW p**	0,621		0,183			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

Τέλος. στην κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου πριν και μετά την ψυχοδραματική παρέμβαση (F=2,98, df=1, 18, p=0,101). Επίσης δεν

παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις καταστάσεις πριν (t-test p=0,696, Mann-Whitney p=0,908) και μετά την παρέμβαση (t-test p=0,444, Mann-Whitney p: 0,341). (Πίνακας 9)

Πίνακας 9

Επίδραση της ψυχοδραματικής παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητα

	Αυτοαποτελεσματικότητα					
	Πριν Παρέμβαση		**Μετά Παρέμβαση**			
Ομάδα	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**Μέση Τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**ANOVA**	
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	28,6	3,4	30,8	3,6	**F=**	2,98
ΕΛΕΓΧΟΥ	29,5	6,3	29,1	5,9	**df=**	1, 18
t-test p *	0,696		0,444		**p=**	0,101
MW p **	0,908		0,341			

* t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων

** Mann-Whitney

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1. Σκοπός και περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα διερευνητική μελέτη διεξήχθη με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης μιας βραχύχρονης παρέμβασης ψυχοδράματος σε γνωστικές ικανότητες των εφήβων ηλικίας 15 ετών. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε κατά πόσο η βραχύχρονη παρέμβαση ψυχοδράματος μπορούσε να επιφέρει κάποια αλλαγή στον τρόπο λήψης αποφάσεων, στο επίπεδο επίλυσης προβλημάτων και αυτο-αποτελεσματικότητας, καθώς επίσης στη χρήση στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης, στους έφηβους που συμμετείχαν σε αυτή.

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι δεν έχει προηγηθεί παρόμοια μελέτη μέχρι σήμερα. Οι περισσότερες μελέτες έχουν εφαρμόσει το ψυχόδραμα στη θεραπεία για την ενίσχυση δύο δεξιοτήτων, σε πρόγραμμα διάρκειας 10 δίωρων ή τρίωρων συναντήσεων. Είναι η πρώτη φορά που το ψυχόδραμα εφαρμόζεται σε διερευνητική μελέτη στην πρόληψη και που μελετά εκτεταμένα πολλές γνωστικές δεξιότητες, σε πρόγραμμα ίδιας διάρκειας με τις υπόλοιπες μελέτες (10 τρίωρες συναντήσεις).

Παρόλο που τα προκαταρκτικά ευρήματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης μπορούν να φανούν χρήσιμα στο σχεδιασμό και στη βελτίωση των προληπτικών προγραμμάτων/παρεμβάσεων, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τους βασικούς περιορισμούς της. Αυτοί οι περιορισμοί πιθανά επηρεάζουν την έκβαση των αποτελεσμάτων. Είναι επομένως ωφέλιμο να παρουσιαστούν ευθύς εξαρχής.

Αρχικά, ο διερευνητικός χαρακτήρας της μελέτης, δηλαδή τα ειδικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων και η διαφορά στα επιμέρους μετρούμενα χαρακτηριστικά της πειραματικής σε σχέση με την ομάδα ελέγχου πριν την έναρξη της παρέμβασης ψυχοδράματος) αποτελούν τον κύριο περιορισμό της.

Παρότι έγιναν εκτεταμένες προσπάθειες να επιλεχθεί το δείγμα παρέμβασης, σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό του προγράμματος, δηλαδή από σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, αυτές δεν ευοδώθηκαν. Το ενδεχόμενο πραγματοποίησης της παρέμβασης σε σχολικές μονάδες παρουσίαζε δυσκολίες, που παρέβλεπαν την εθελοντική συμμετοχή στο πρόγραμμα (βασικό κριτήριο εισαγωγής) και συνεπώς απέτρεπαν τη διεξαγωγή αυτής της παρέμβασης.

Επίσης, εκείνη τη περίοδο, άλλες διαδικασίες επιλογής δείγματος (π.χ. πρόσκληση συμμετοχής στο ερευνητικό πρόγραμμα) θεωρήθηκαν χρονοβόρες, καθώς

εκτιμάται ότι θα υπερέβαιναν το προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα του παρόντος προγράμματος.

Γίνεται αντιληπτό ότι δεν υπήρχαν πολλά περιθώρια για να συλλεχθεί ένα μεγαλύτερο δείγμα, το οποίο να προέρχεται από το γενικό πληθυσμό, όπως αρχικά είχε προγραμματιστεί. Ο διερευνητικός χαρακτήρας της μελέτης κρίθηκε αναπόφευκτος. Χρειάζεται επομένως προσεκτική διαχείριση των ευρημάτων της διερευνητικής μελέτης, καθώς αυτά αντανακλούν μονάχα τις εμπειρίες των συμμετεχόντων της συγκεκριμένης ομάδας.

Ένας άλλος αναπόφευκτος περιορισμός της μελέτης ήταν ότι η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια. Αυτό σημαίνει ότι δεν χρησιμοποιήθηκε η «διπλά τυφλή διαδικασία» (double blind procedure) και υπάρχουν πιθανότητες μεροληψίας, λόγω του σχεδιασμού.

Τέλος, η χρήση της υποκλίμακας Διαπροσωπικής Γνωστικής Επίλυσης Προβλημάτων **(**Interpersonal cognitive problem-solving) (Παππά, 2008), του εργαλείου ARC Self-Determination Scale, θα πρέπει να θεωρηθεί περιορισμός. Στην κανονική του εκδοχή απαρτίζεται από 6 ιστορίες, ενώ στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο εξ αυτών, όπως ακριβώς προσαρμόστηκε και στην έρευνα της Παππά (2008). Ο μικρός αριθμός των στοιχείων της υποκλίμακας ενδεχομένως μείωσε την επίδοσή της (Cronbach’s alpha).

Επειδή οι προαναφερόμενοι περιορισμοί έχουν συμβάλλει αναπότρεπτα στα παρόντα προκαταρτικά ευρήματα, θα πρέπει αυτά να εξεταστούν προσεκτικά και να γενικευτούν με σύνεση.

7.2. Δεξιότητα λήψης αποφάσεων

Σύμφωνα με τα προκαταρτικά αποτελέσματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης, η στατιστικά σημαντική διαφορά που βρέθηκε από την επίδραση της βραχύχρονης παρέμβασης ψυχοδράματος, στην ομάδα παρέμβασης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ήταν στην κλίμακα λήψης αποφάσεων. Συγκεκριμένα, η βραχύχρονη παρέμβαση ψυχοδράματος παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στο Διαισθητικό λήπτη.

Η δεξιότητα λήψης αποφάσεων έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην ανάληψη ριψοκίνδυνων ενεργειών, την περίοδο της εφηβείας (Miller & Byrnes, 2001). Ως εκ τούτου, τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης, που απευθύνονται σε έφηβους, εντάσσουν στο σχεδιασμό τους την ενίσχυση της λήψης αποφάσεων για την αποφυγή της χρήσης ουσιών (Botvin και συν., 1998. ΕΠΙΨΥ και συν., 2011).

Ο Mathis και συνεργάτες (1980), πιστεύουν ότι το ψυχόδραμα ως μέθοδος *"προετοιμασίας για τη ζωή"* μπορεί να ενισχύσει την δεξιότητα λήψης αποφάσεων. Θεωρούν ότι το ψυχόδραμα παρέχει ένα ασφαλές πλαίσιο εξάσκησης της λήψης αποφάσεων, όπου ο έφηβος μπορεί να πάρει λάθος αποφάσεις, χωρίς επιπτώσεις και να εξερευνήσει εναλλακτικές επιλογές, στρατηγικές λήψης αποφάσεων και πιθανές συνέπειες (Mathis και συν.,1980). Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι με αυτόν τον τρόπο ο έφηβος μπορεί να εκπαιδευτεί στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων, να αποκτήσει γνώση για τις πιθανές συνέπειες των αποφάσεών του και μέσα από αυτό να αναπτύξει κατανόηση και ευαισθησία για τα συναισθήματα των άλλων (Mathis και συν.,1980).

Η εργασία του Mathis και των συνεργατών του (1980), αποτέλεσε έναυσμα στη παρούσα μελέτη για να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα λήψης αποφάσεων. Η εργασία όμως των Mathis και συνεργατών (1980) περιγράφει το θεωρητικό πλαίσιο-πρόταση, χωρίς όμως να στοιχειοθετείται από κάποιο εμπειρικό αποτέλεσμα. Από όσο γνωρίζουμε, είναι η πρώτη φορά μέχρι σήμερα, που αξιολογείται ερευνητικά η επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων.

Από τα προκαταρτικά ευρήματα της μελέτης παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στη κλίμακα λήψης αποφάσεων και με αυτό τον τρόπο επιβεβαιώνεται η θεωρητική πρόταση της εργασίας του Mathis και των συνεργατών του (1980). Ειδικά, τα προκαταρτικά ευρήματα της μελέτης παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο Διαισθητικό λήπτη, σύμφωνα με το μοντέλο του Harren (1979), το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Ο Harren (1979), περιγράφει τον Διαισθητικό λήπτη ως ένα άτομο που στηρίζεται στο «εδώ και τώρα», στη συναισθηματική του επίγνωση, στη φαντασία του και στο προαίσθημά του για να πάρει τις αποφάσεις του. Μολονότι, ο Διαισθητικός λήπτης μπορεί να οδηγηθεί σε λανθασμένες κρίσεις και αρνητικά αποτελέσματα, αναλαμβάνει την ευθύνη των αποφάσεών του και δεν την μεταθέτει σε άλλους (Harren, 1979).

Σε αυτή τη βάση, ο Wood (2012) συμπληρώνει ότι ο Διαισθητικός λήπτης μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμος σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα, όταν το άτομο πρέπει να ανταποκριθεί γρήγορα σε ένα πρόβλημα. Άλλοι ερευνητές παρουσιάζουν συσχετίσεις του Διαισθητικού λήπτη με την ευρηματικότητα, την δημιουργικότητα, όπως επίσης με την ικανότητα προσαρμογής και αντιμετώπισης (Epstein, Pacini, Denes-Raj & Heier, 1996. Thunholm, 2004). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι Riaz, Riaz και Batool (2012), κατατάσσουν τον Διαισθητικό λήπτη στους ιδανικούς τύπους λήψης αποφάσεων.

Αντίστοιχα, βιβλιογραφικές αναφορές υποστηρίζουν ότι οι ψυχοδραματικές τεχνικές (π.χ."αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας") μπορούν να προάγουν ποιοτικούς τρόπους λήψης αποφάσεων (Jungermann, 1980. Mathis και συν.,1980. Peavy, 1979), συνεπώς και αποτελεσματικούς λήπτες, όπως ο Διαισθητικός.

Η επίδραση του ψυχοδράματος στον Διαισθητικό λήπτη μπορεί να οφείλεται και σε ορισμένες ομοιότητες που παρατηρούνται μεταξύ των χαρακτηριστικών του λήπτη –που περιγράφηκαν παραπάνω- και της μεθόδου. Ενδεικτικά, αναφέρονται ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά του ψυχοδράματος που πιστεύεται ότι μοιάζουν με τον Διαισθητικό λήπτη, όπως: ότι το ψυχόδραμα είναι μια ψυχοθεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στο «εδώ και τώρα» (Wilson, 2009), επικεντρώνεται στον αυθορμητισμό και τη δημιουργικότητα του ατόμου ως απαραίτητα στοιχεία ανάπτυξης της προσωπικότητας (Clayton, 2012. Somov, 2008) και πολλές από τις τεχνικές που χρησιμοποιεί (όπως "αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας") για την ενίσχυση της λήψης αποφάσεων απαιτούν από το άτομο την αξιοποίηση της φαντασίας του (Jungermann, 1980. Peavy, 1979).

Περαιτέρω, η επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων φαίνεται να δημιουργεί νέες προτάσεις για τη βελτίωση των προγραμμάτων και των παρεμβάσεων πρόληψης. Παράλληλα, φαίνεται να ενισχύει το βασικό σκοπό των προγραμμάτων πρόληψης που περιλαμβάνουν στο σχεδιασμό τους την ανάπτυξη της δεξιότητας λήψης αποφάσεων των εφήβων.

Η επαρκής ανάπτυξη της δεξιότητας λήψης αποφάσεων, βοηθάει τον έφηβο να παίρνει αποφάσεις με ασφάλεια συνεκτιμώντας όλους τους παράγοντες και τις εναλλακτικές επιλογές που διαθέτει εκείνη τη στιγμή, να μειώνει την επίδραση διαπροσωπικών παραγόντων κινδύνου (π.χ. ομότιμοι) και να ενισχύει ταυτόχρονα την ανάπτυξη άλλων προστατευτικών παραγόντων (π.χ. αυτοέλεγχος) (Botvin και συν., 1998. Sussman και συν., 2004). Εντέλει, η αποτελεσματική λήψη αποφάσεων μειώνει τη πιθανότητα ανάπτυξης ριψοκίνδυνων συμπεριφορών και εμπλοκής σε επικίνδυνες δραστηριότητες, όπως είναι και η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Terzian, Andrews & Moore, 2011).

Αν και τα προκαταρτικά ευρήματα της μελέτης συμφωνούν με τη βιβλιογραφία για την επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων (Jungermann, 1980. Mathis και συν.,1980. Peavy, 1979), θα πρέπει να συνυπολογίζονται και οι περιορισμοί που προκύπτουν από πιλοτικές μελέτες, όπως αυτή (βλ. Υποκεφάλαιο 6.5.). Συνεπώς, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή και άλλων σχετικών ερευνητικών μελετών σε μεγαλύτερο δείγμα, για τη γενίκευση των συμπερασμάτων.

7.3. Πιθανοί περιορισμοί μελέτης

Η εξέταση της επίδρασης του ψυχοδράματος στις υπόλοιπες μεταβλητές της μελέτης (δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματικής ρύθμισης και αυτο-αποτελεσματικότητας) δεν ανέδειξε ευρήματα στατιστικά σημαντικά.

Ενδεχομένως, το αποτέλεσμα αυτό να προκύπτει εξαιτίας των βασικών περιορισμών της μελέτης που αναφέρθηκαν παραπάνω (βλ. Υποκεφάλαιο 6.5). Μπορεί όμως να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι πιθανά έχουν συμβάλλει- εν μέρει ή/και εξολοκλήρου- στην έκβαση αυτών των αποτελεσμάτων και οι οποίοι δεν μπορούν να εξεταστούν με βεβαιότητα σε αυτή τη μελέτη.

Ένας τέτοιος παράγοντας μπορεί να θεωρηθεί, ο αριθμός των συναντήσεων. Ίσως οι δέκα συναντήσεις του προγράμματος να μην ήταν αρκετές, ούτως ώστε να αναδειχτεί η επίδραση του ψυχοδράματος στις υπό μελέτη δεξιότητες. Ίσως πάλι ο αριθμός των συναντήσεων να ήταν ικανοποιητικός για ορισμένες δεξιότητες ή/και για όλες.

Επίσης, το περιεχόμενο των συναντήσεων μπορεί να υπολογιστεί σαν ένας επιπλέον περιοριστικός παράγοντας. Το ψυχόδραμα περιλαμβάνει μια βεντάλια εργαλείων και τεχνικών, επικεντρώνεται στη στιγμή και αξιοποιεί ιδιαιτέρως την αίσθηση του συντονιστή. Επομένως, δεν μπορεί να ειπωθεί με σιγουριά ποιες παρεμβάσεις, τεχνικές ή εργαλεία είναι κατάλληλες κάθε φορά και για κάθε άτομο. Είναι πιθανό ότι στην προσπάθεια ενίσχυσης κάποιας δεξιότητας να χρησιμοποιήθηκαν ορισμένες τεχνικές, οι οποίες δεν ήταν τόσο ισχυρές, για να υπάρξει ουσιαστική μεταβολή. Η΄ μπορεί να ήταν αρκετά ισχυρές τεχνικές και να αποθάρρυναν τους συμμετέχοντες.

Ίσως, ένας άλλος περιοριστικός παράγοντας να ήταν και οι στόχοι της μελέτης. Μπορεί η εξέταση τεσσάρων δεξιοτήτων, αντί για δύο που συνηθίζεται στις περισσότερες να μελέτες, να ήταν υπέρμετρα φιλόδοξος στόχος σε ένα βραχυπρόθεσμο πρόγραμμα, όπως αυτό.

Ακόμα, περιβαλλοντικοί ή αστάθμητοι παράγοντες, οι οποίοι δεν δύνανται να εξεταστούν σε αυτή τη μελέτη, μπορεί να άσκησαν σημαντική επιρροή στα ευρήματά της. Τέτοιοι παράγοντες θα μπορούσαν να είναι κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία, η ταυτόχρονη παρακολούθηση άλλων προγραμμάτων πρόληψης κ.α..

Κατά κάποιο τρόπο, αυτοί οι παράγοντες αναπόφευκτα προκύπτουν σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις. Επομένως, δεν μπορεί να τεθεί με σιγουριά ότι το ψυχόδραμα είναι κατάλληλη μέθοδος για την ενίσχυση αυτών των δεξιοτήτων (επίλυση

προβλημάτων, συναισθηματική ρύθμιση και αυτο-αποτελεσματικότητα). Ούτε βέβαια μπορεί να ειπωθεί και το αντίθετο. Παρακάτω περιγράφονται λεπτομερώς τα προκαταρτικά ευρήματα της μελέτης για κάθε δεξιότητα ξεχωριστά και γίνεται μια σημαντική απόπειρα εξήγησης αυτών των ευρημάτων.

7.4. Δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και συναισθηματικής ρύθμισης

Σύμφωνα με τις μετρήσεις που έγιναν πριν και μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης, οι δείκτες της δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων έδειξαν να βελτιώνονται κάπως. Αυτό το εύρημα συνάδει με τα αποτελέσματα της μελέτης του Karatas (2011), ο οποίος πραγματοποίησε μια παρέμβαση ψυχοδράματος (δέκα δίωρες συναντήσεις) σε έφηβους μαθητές (14 έως 16 ετών) που παρουσίαζαν χαμηλή απόδοση στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων. Πιθανά, το ψυχόδραμα εξαιτίας της μεθοδολογίας του (βιωματικός χαρακτήρας, εκδραμάτιση/ρόλοι) να συμβάλλει στην βελτίωση της δεξιότητας.

Ωστόσο, οι όποιες αλλαγές παρατηρήθηκαν δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές. Ενδεχομένως, εξαιτίας του μικρού δείγματος της μελέτης να μην μπορεί να αναδειχτεί ξεκάθαρα η επίδραση του ψυχοδράματος στην επίλυση προβλημάτων. Επίσης, επειδή η ομάδα ελέγχου παρουσίασε και αυτή βελτίωση, για απροσδιόριστο μέχρι τώρα λόγο, να οδήγησε σε μη ανάδειξη στατιστικής σημαντικότητας.

Ακόμα, βάση των μετρήσεων που διεξήχθησαν πριν την παρέμβαση, η ομάδα παρέμβασης της παρούσας μελέτης είχε καλύτερη απόδοση στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Πιθανά, το ανεπτυγμένο επίπεδο επίλυσης προβλημάτων της ομάδας παρέμβασης να απαιτούσε εστιασμένες πρακτικές σε συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες. Θα ήταν ίσως ωφέλιμο, στη κύρια φάση της συνάντησης να αξιοποιηθεί το ″δράμα″, όπου ο πρωταγωνιστής θα έθετε επί σκηνής ένα συγκεκριμένο πρόβλημα που θέλει να επιλύσει, όπως ακριβώς συνέβη στις συναντήσεις της παρέμβασης του Karatas (2011). Το ″δράμα″ θα βοηθούσε τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης να ενισχύσουν επιμέρους ικανότητες που είναι απαραίτητες στην επίλυση προβλημάτων και που αυτή τη στιγμή πιθανά δεν έχουν αναπτυχθεί όσο χρειάζεται.

Αντ’ αυτού στη κύρια φάση της συνάντησης η συντονίστρια χρησιμοποίησε βιωματικές ασκήσεις και τεχνικές (τεστ κατάστασης, δραστηριότητα περιπέτειας και αντιστροφή ρόλου) που προτείνονται από πολλούς συγγραφείς για την ενίσχυση της επίλυσης προβλημάτων (Mathis και συν., 1980. Ragsdale και συν. 1996. Savickas, 1999). Αυτές οι ασκήσεις έχουν πιο ομαδικό χαρακτήρα σε αντίθεση με το ″δράμα″. Εφαρμόστηκαν αυτές οι ασκήσεις/τεχνικές, γιατί η ενίσχυση της δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων εντάχθηκε στις αρχικές συναντήσεις της πειραματικής ομάδας ($2^{η}$ και $3^{η}$ συνάντηση), όπου παράλληλα στόχος ήταν και το δέσιμο των συμμετεχόντων της.

Επομένως, έγινε προσπάθεια να δοθεί ίση βαρύτητα και στους δύο στόχους των συναντήσεων.

Αν ληφθούν υπόψη τα παραπάνω, θα μπορούσε να προταθεί μελέτη η οποία εξετάζει την επίδραση των τεχνικών του ψυχοδράματος στην ενίσχυση της δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων. Θα μπορούσε δηλαδή να αξιολογηθεί ποια τεχνική/άσκηση επιδρά καλύτερα στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων. Αυτή η μελέτη θα βοηθούσε τόσο στη βελτίωση της ψυχοδραματικής μεθόδου, όσο και στις αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις των βραχύχρονων προγραμμάτων πρόληψης.

Στη συνέχεια, από τις μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης, παρουσιάστηκε βελτίωση στους δείκτες της στρατηγικής εκφραστικής καταστολής. Αν και δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις ομάδες και μεταξύ των επαναλήψεων.

Η βελτίωση που παρατηρήθηκε στην ομάδα παρέμβασης συμφωνεί με σχετικές μελέτες που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα της επίδρασης του ψυχοδράματος στη στρατηγική εκφραστικής καταστολής (Bravo-Álvarez και συν. 2015. Geram & Dehghan, 2016. Prosen & Jendričko,2018). Είναι πιθανό το ψυχόδραμα, που κατά βάση αφυπνίζει έντονα συναισθήματα και ασχολείται εκτεταμένα με αυτά (Samantaray και συν., 2016. Tian, 2005), να συνέβαλε σε αυτή τη βελτίωση.

Όμως, οι μετρήσεις που έγιναν πριν και μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου δεν παρουσίασαν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στη δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης (στρατηγικές γνωστικής επανεκτίμησης και εκφραστικής καταστολής).

Ενδεχομένως, εξαιτίας του μικρού δείγματος της μελέτης να μην μπορεί να αναδειχτεί ξεκάθαρα η επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης. Πέραν τούτου όμως, δεν πρέπει να παραβλέπεται και η επίδραση άλλων εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι δεν περιλαμβάνονται στη παρούσα έρευνα και ενδεχομένως διαμεσολαβούν στο αποτέλεσμα (π.χ. κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία κ.α.).

Σε αυτό το πλαίσιο ερευνητές, όπως ο Matsumoto (2006) κάνουν λόγο για την επιρροή που ασκούν διάφορα κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία στη ρύθμιση του συναισθήματος. Ο ίδιος εξηγεί ότι επειδή οι πολιτισμοί διαφέρουν ως προς τη κοσμοθεωρία, την ιδεολογία, τις αξίες και την έννοια του εαυτού, παράγουν διαφορετικές κατευθυντήριες γραμμές και για τη ρύθμιση της εκφραστικής

συμπεριφοράς (Matsumoto, 2006). Μπορούν δηλαδή να επηρεάζουν τη διαμόρφωση των συναισθηματικών απαντήσεων, εξαιτίας του ρόλου που διαδραματίζει το συναίσθημα και η επικοινωνία στην κοινωνική ζωή (Matsumoto, 2006). Η έκφραση του θυμού, παραδείγματος χάριν, φαίνεται να απειλεί τις διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ η έκφραση της χαράς να τις βελτιώνει και να τις ενισχύει.

Ήδη από πολύ νωρίς, τα παιδιά "διδάσκονται" από τους εκπαιδευτικούς να περιορίσουν συναισθήματα όπως ο θυμός, προκειμένου να διατηρηθεί η διαχείριση της σχολικής τάξης και οι μεταξύ τους σχέσεις (Γεωργέλλης, 2018). Υπό αυτό το πρίσμα, η Τριλίβα και συνεργάτες (2008) συμπληρώνουν ότι ακόμα πολλοί ενήλικες δεν έχουν αναπτύξει την ικανότητα να εκφράζουν και να ονοματίζουν τα συναισθήματά τους. Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης συνυφαίνεται και πολιτισμικά.

Επομένως, η συμμετοχή σε μια ομάδα ψυχοδράματος διευκολύνει μεν την έκφραση συναισθημάτων, διχάζει δε τα πολιτισμικά βαλλόμενα μέλη της, προκαλώντας ως ένα βαθμό ασυμφωνία μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής εμπειρίας.

Επιπλέον, οι συναισθηματικές δεξιότητες που απαιτούνται για τη διαχείριση της χρήσης τόσο της εκφραστικής καταστολής όσο και της γνωστικής επανεκτίμησης είναι ευρείες (π.χ. αναγνώριση, έκφραση κ.α.). Συνεπώς, δεν μπορούν να αναπτυχθούν πλήρως σε ένα πιλοτικό βραχυπρόθεσμο πρόγραμμα πρόληψης (Τριλίβα και συν., 2008), όπως αυτό.

Αντ' αυτού, ο Murray και συνεργάτες (2016), προτείνουν την ένταξη της συρρύθμισης (co-regulation) στα προγράμματα πρόληψης. Υποστηρίζουν ότι σε συνδυασμό με την εκμάθηση δεξιοτήτων συναισθηματικής ρύθμισης θα μπορούσε να ενισχυθεί σημαντικά το αποτέλεσμα (Murray και συν., 2016).

Η συρρύθμιση που παρέχεται από ένα γονέα, δάσκαλο ή μέντορα είναι αναγκαία σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και στην εφηβεία (Murray και συν., 2016). Οι συρρυθμιστές (co-regulators) παρέχουν στον έφηβο υποστήριξη, καθοδήγηση και ευκαιρίες εξάσκησης στις αναπτυσσόμενες δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης (Murray και συν., 2016). Κυρίως όμως, δομούν ένα περιβάλλον που καθιστά τη συναισθηματική ρύθμιση διαχειρίσιμη και προστατευτική απέναντι σε πιεστικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Murray και συν., 2016). Εν ολίγοις, πιστεύεται ότι οι συρρυθμιστές αυξάνουν την ικανότητα του νέου να κατανοεί, να εκφράζει και να

διαμορφώνει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του (Murray και συν., 2016).

Κατά αυτό τον τρόπο, η ένταξη συρρυθμιστών θα μπορούσε να αποτελεί πρόταση για μελλοντικές έρευνες. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη ήταν χρονικά και τυπικά αδύνατο να εισαχθούν συρρυθμιστές στο σχεδιασμό του προγράμματος παρέμβασης.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως (βλ. Υποκεφάλαια 6.7.1. και 6.7.2.), παρουσιάστηκαν βελτιώσεις μη στατιστικά σημαντικές στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων και στη στρατηγική εκφραστικής καταστολής, στην ομάδα παρέμβασης.

Αντίστοιχη όμως εικόνα παρουσιάστηκε και στην ομάδα ελέγχου. Βελτιώθηκαν δηλαδή οι δείκτες της επίλυσης προβλημάτων και της εκφραστικής καταστολής, σχεδόν παρόμοια με την ομάδα παρέμβασης.

Πιθανότατα να υπάρχουν αστάθμητοι παράγοντες επίδρασης που δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστούν και να ελεγχθούν κατά τη διαδικασία του ερευνητικού προγράμματος. Ωστόσο, μπορούμε να κάνουμε κάποιες υποθέσεις γι αυτό το αποτέλεσμα.

Τα τελευταία χρόνια, την χρονική περίοδο Μάιο – Ιούνιο πραγματοποιείται η «θεματική εβδομάδα» σε Γυμνάσια της χώρας όπου οι μαθητές αποκτούν γνώση σε διάφορα επίκαιρα θέματα, όπως οι εξαρτήσεις. Συνήθως, οι διευθύνσεις των σχολείων προσκαλούν στελέχη από φορείς και εθελοντικές οργανώσεις πρόληψης, ούτως ώστε να ενημερώσουν για τις εξαρτήσεις γενικά και να απαντήσουν σε συγκεκριμένες απορίες των μαθητών πάνω σε αυτό το ζήτημα. Μπορούμε λοιπόν να υποθέσουμε ότι προηγήθηκε κάποια παρέμβαση πρόληψης στα σχολεία της ομάδα ελέγχου, που επηρέασε τους δείκτες στη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων και στη στρατηγική εκφραστικής καταστολής αντίστοιχα.

Επίσης, η χορήγηση του τελευταίου πακέτου ερωτηματολογίων της μελέτης στην ομάδα ελέγχου έγινε τον Ιούνιο. Τότε οι μαθητές της ομάδας ελέγχου διένυαν την εξεταστική τους περίοδο και ενδέχεται να συμπλήρωσαν τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων με τυχαίο τρόπο. Οι τυχαίες απαντήσεις που πιθανά δόθηκαν, θα επηρέαζαν τους δείκτες των υπό μελέτη κλιμάκων, όπως συνέβη στη κλίμακα επίλυσης προβλημάτων και εκφραστικής καταστολής.

7.5. Δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας

Λίγες μελέτες εξετάζουν την επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας. Η μελέτη των Carbonell και Parteleno-Barehmi (1999), όπως και του Testoni και συνεργατών (2012) προτείνουν το ψυχόδραμα στη βελτίωση της δεξιότητας αυτο-αποτελεσματικότητας. Οι Carbonell και Parteleno-Barehmi (1999) πιστεύουν ότι το ψυχόδραμα μέσω της δράσης δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να δημιουργήσει πραγματικές εμπειρίες και να αποκτήσει μια αίσθηση βιωμένης αυτο-αποτελεσματικότητας και προσωπικής ολοκλήρωσης.

Οι παρεμβάσεις των Carbonell και Parteleno-Barehmi (1999), όπως επίσης του Testoni και συνεργατών (2012) πραγματοποιήθηκαν σε παιδία (11 έως 13 ετών) και σε ενήλικες (24 έως 50 ετών) αντίστοιχα. Αυτές αποτέλεσαν αφορμή για να ενταχθεί στο σχεδιασμό της παρέμβασης η κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας και να εξεταστεί για πρώτη φορά – από όσο γνωρίζουμε - σε έφηβους μαθητές η επίδραση του ψυχοδράματος σε αυτή τη δεξιότητα.

Από τις μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάστηκε κάποια επίδραση από το ψυχόδραμα στη κλίμακα της αυτο-αποτελεσματικότητας.

Τα προκαταρτικά ευρήματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των μελετών τόσο του Carbonell και Parteleno-Barehmi (1999), όσο και του Testoni και συνεργατών (2012).

Εντούτοις, εντοπίζεται σημαντική διαφορά στο σχεδιασμό της παρέμβασης μεταξύ των προαναφερόμενων μελετών (Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999. Testoni και συν., 2012) και της παρούσας μελέτης, που εύκολα μπορεί να εξηγήσει τα προκαταρτικά ευρήματα στην κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα, η παρέμβαση και στις δύο μελέτες διαρκεί πέντε έως έξι μήνες αντίστοιχα και συνεπώς υπερβαίνει το χρονοδιάγραμμα του παρόντος προγράμματος (δυόμισι μήνες).

Από αυτή την οπτική, οι Urdan και Pajares (2006) αναφέρουν ότι μέχρι την εφηβεία πολλές πεποιθήσεις για τον εαυτό -καλές ή κακές- έχουν κατακτηθεί με ισχυρούς τρόπους. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι ανακριβείς πεποιθήσεις για τον εαυτό είναι δύσκολο να μεταβληθούν, γιατί με την πάροδο του χρόνου και την εξάσκηση, έχουν εδραιωθεί τόσο ώστε πολλές φορές να επιμένουν στη λογική, την εμπειρία, το χρόνο και τη μάθηση (Urdan & Pajares, 2006). Παραδείγματος χάριν, η επίτευξη ενός έργου που έρχεται σε αντίφαση με τη προσωπική (ανακριβή)

πεποίθηση του νέου, συχνά τείνει να αποδίδεται στην τύχη, σε λάθος κ.ο.κ. (Urdan & Pajares, 2006) και όχι σε προσωπικό κατόρθωμα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, μπορεί να ειπωθεί ότι για να επέλθουν αλλαγές στη δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας χρειάζεται περισσότερος χρόνος από δυόμισι μήνες που διήρκησε αυτή η παρέμβαση. Το παρόν πρόγραμμα δεν μπορούσε να παρατείνει τη διάρκειά του, καθώς τόσο οι συμμετέχοντες της έρευνας όσο και το πρόγραμμα σπουδών θα υπερέβαιναν το προσυμφωνημένο χρονοδιάγραμμα. Επομένως, θα μπορούσαν να διεξαχθούν μελλοντικές μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας (πάνω από δυόμισι μήνες) που εξετάζουν την επίδραση του ψυχοδράματος στη δεξιότητα αυτο-αποτελεσματικότητας σε έφηβους μαθητές.

7.6. Βασικά συμπεράσματα μελέτης και μελλοντικές έρευνες

Από τα προκαταρτικά αποτελέσματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης προκύπτουν ορισμένα βασικά συμπεράσματα που αφενός δημιουργούν προτάσεις για την βελτίωση των προγραμμάτων πρόληψης και αφετέρου ενθαρρύνουν την συνέχιση των ερευνών για τη μέθοδο του ψυχοδράματος.

Βασικό συμπέρασμα είναι ότι η εφαρμογή του ψυχοδράματος ενισχύει τη δεξιότητα λήψης αποφάσεων σε έφηβους μαθητές ηλικίας 15 ετών. Ειδικά, το ψυχόδραμα απέδειξε ότι επιδρά στην ανάπτυξη μόνο του Διαισθητικού λήπτη αποφάσεων, σε σύντομο χρονικό διάστημα (δέκα τρίωρες συναντήσεις). Επίσης, πιθανολογείται ότι οι τεχνικές "τεστ κατάστασης" και "αποτέλεσμα ψυχοδραματικής διαδικασίας", οι οποίες εφαρμόστηκαν στο παρόν πρόγραμμα, συνέβαλαν σε αυτή την επίδραση.

Είναι η πρώτη φορά – από όσο γνωρίζουμε – που διατίθενται εμπειρικά αποτελέσματα από την εφαρμογή του ψυχοδράματος στη δεξιότητα λήψης αποφάσεων. Πιθανά, το ψυχόδραμα ως μέθοδος *"προετοιμασίας για τη ζωή"* εξασφαλίζει στον έφηβο ένα ασφαλές πλαίσιο εξάσκησης της δεξιότητας λήψης αποφάσεων. Σε αυτό το πλαίσιο ο έφηβος μπορεί να διερευνήσει πιθανές συνέπειες και εναλλακτικές στρατηγικές λήψης αποφάσεων, καθώς και να αναπτύξει τον αυθορμητισμό και τη δημιουργικότητά του σε προβληματικές καταστάσεις του «εδώ και τώρα», όπως ίσως θα μπορούσε να είναι και η δοκιμή ναρκωτικών ουσιών.

Επίσης, εξίσου βασικό συμπέρασμα είναι και ότι η εφαρμογή του ψυχοδράματος δεν ενισχύει τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, συναισθηματικής ρύθμισης και αυτο-αποτελεσματικότητας. Παρότι υπήρξαν σχετικές βελτιώσεις στους δείκτες επίλυσης προβλημάτων και εκφραστικής καταστολής (στρατηγική συναισθηματικής ρύθμισης), η παρούσα μελέτη δεν μπορεί να καταλήξει σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα-συμπεράσματα. Αυτό το συμπέρασμα έρχεται σε αντίθεση με σχετικές μελέτες που έχουν αναδείξει την επίδραση του ψυχοδράματος σε αυτές τις δεξιότητες (Bravo-Álvarez και συν. 2015. Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999. Geram & Dehghan, 2016. Karatas, 2011. Prosen & Jendričko,2018. Testoni και συν., 2012).

Τα συμπεράσματα της παρούσας διερευνητικής μελέτης παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στη πρόληψη. Κυρίως, σχετικά με τον τρόπο βελτίωσης των προγραμμάτων πρόληψης και τις μεθόδους εφαρμογής των παρεμβάσεων που

απευθύνονται σε έφηβους και ασχολούνται με την ενίσχυση-ανάπτυξη των υπό εξέταση δεξιοτήτων.

Πέραν τούτου, όπως έχει ήδη αναφερθεί σε αρκετά σημεία της μελέτης, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η επίδραση των βασικών περιορισμών της (βλ. Υποκεφάλαιο 6.5.). Τα συμπεράσματα θα πρέπει να εξεταστούν με προσοχή και να γενικευτούν με σύνεση, καθώς προκύπτουν μονάχα από τις εμπειρίες των συγκεκριμένων συμμετεχόντων αυτού του προγράμματος.

Προτείνεται μελλοντικές έρευνες να επαναλάβουν το παρόν πρόγραμμα πρόληψης σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, χρησιμοποιώντας τη «διπλά τυφλή διαδικασία» (double blind procedure). Επίσης, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επαναλάβουν το παρόν πρόγραμμα πρόληψης με επέκταση της διάρκειάς του (πάνω από δυόμισι μήνες). Θα μπορούσε επίσης να εξεταστεί η επίδραση του ψυχοδράματος στις υπό μελέτη δεξιότητες, εφαρμόζοντας διαφορετικές (ψυχοδραματικές) τεχνικές από αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στο παρόν πρόγραμμα πρόληψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alati, R., Al Mamun, A., Williams, G. M., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Bor, W. (2006). In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Archives of General Psychiatry, 63*(9), 1009-1016.

Αλεξανδρίδης, Α., Amadel, P., Αμπατζόγλου, Γ., Bonacini, S., Assoun, P., Ζαφειρόπουλος, Μ. και συν., (2004). *Η εξαρτητική διαδικασία: Κείμενα για τη χρήση τοξικών ουσιών*. Αθήνα: Χατζηνικολή.

Αργυροπούλου, Α. (2004). *Ο ρόλος της αυτοαποτελεσματικότητας στη διαδικασία λήψης απόφασης για τις επαγγελματικές επιλογές μαθητών β΄ και γ΄ λυκείου*.(Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Αθήνα.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480.

Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist, 54*(5), 317-326.

Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni Jr, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review, 26*(6), 575-601.

Avrahami, E. (2003). Cognitive-behavioral approach in psychodrama: Discussion and example from addiction treatment. *The Arts in Psychotherapy, 30*(4), 209-216.

Baile, W. F., & Blatner, A. (2014). Teaching communication skills: using action methods to enhance role-play in problem-based learning. *Simulation in Healthcare, 9*(4), 220-227.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Eds), *Encyclopedia of Human Behavior* (pp 71-81). New York: Academic Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. & Fernandez, M.E. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach.* Jossey-Bass, San Francisco.

Bell, C. S., & Battjes, R. (1985). Prevention Research: Deterring Drug Abuse among Children and Adolescents. *NIDA Research Monograph 63.*

Beman, D. S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence, 30*(117), 201-208.

Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. Portland: Western Center for Drug-Free Schools and Communities.

Berke, J. D., & Hyman, S. E. (2000). Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron, 25*(3), 515-532.

Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M. W., & Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *Journal of Adolescent Health, 35*(1), 3-16.

Bickel, W. K., Mellis, A. M., Snider, S. E., Athamneh, L. N., Stein, J. S., & Pope, D. A. (2017). 21st century neurobehavioral theories of decision making in addiction: Review and evaluation. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 164*, 4-21.

Blatner, A. (1996). *Acting-in: Practical applications of psychodramatic methods*. U.S.A: Springer Publishing Company.

Βλαχάκη, Σ. (2012). *Η σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και τρόπων λήψης απόφασης*. (Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Τμήμα Παιδαγωγικής Δημοτικής Εκπαίδευσης, Ιωάννινα.

Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G. και συν., (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health, 40*(4), 357.e9 - 357.e18.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry, 19*(6), 607-615.

Botvin, G. J., Malgady, R. G., Griffin, K. W., Scheier, L. M., & Epstein, J. A. (1998). Alcohol and marijuana use among rural youth: Interaction of social and intrapersonal influences. *Addictive Behaviors, 23*(3), 379-387.

Bradshaw, C. P., Goldweber, A., Fishbein, D., & Greenberg, M. T. (2012). Infusing developmental neuroscience into school-based preventive interventions: Implications and future directions. *Journal of Adolescent Health, 51*(2), 41-47.

Bravo-Álvarez, E., Escolano-Pérez, M., & Acero-Ferrero, M. (2015). *Enhancing the capacity for emotion regulation in students with intellectual disabilities*. Paper presented at 8th International Conference of Education, Research and Innovation. Seville, Spain, 18-20 November.

Brook, J. S., Cohen, P., & Brook, D. W. (1998). Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(3), 322-330.

Bry, B. H., McKeon, P., & Pandina, R. J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology, 91*(4), 273-279.

Byrne, D. G., & Mazanov, J. (2001). Self-esteem, stress and cigarette smoking in adolescents. *Stress and Health, 17*(2), 105-110.

Caillon, J., Grall-Bronnec, M., Bouju, G., Lagadec, M., & Vénisse, J. L. (2012). Le jeu pathologique à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie, 19*(2), 173-179.

Carbonell, D. M., & Parteleno-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy, 49*(3), 285-306.

Γεωργάκας, Π (2007). *Εξάρτηση μια ατομική επιλογή, Απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία.* Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

Γεωργέλλης, Π. (2018). *Ο ρόλος της συναισθηματικής ρύθμισης στη μετασχηματιστική ηγεσία: μια εμπειρική μελέτη σε εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. (Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Θεσσαλονίκη.

Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1041-1052.

Chak, K., & Leung, L. (2004). Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use. *CyberPsychology & Behavior, 7*(5), 559-570.

Chassin, L., Flora, D. B., & King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: the effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(4), 483-498.

Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 67-78.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6-20.

Clayton G. M. (2012). *Η θεωρία των ρόλων στο ψυχόδραμα-εγχειρίδιο για την ψυχοδραματική εκπαίδευση* (μτφρ. Κ. Τσερκέζη). Αθήνα: Καλλίγραφος.

Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health, 43*(2), 157-164.

Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 12*(4), 494-505.

Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J. και συν., (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*(10), 1013-1022.

Conger, J. (1981). *Η εφηβική ηλικία, μια καταπιεσμένη γενιά* (μτφρ. Μ. Σόλμαν). Αθήνα: Ψυχογιός.

Coon, G. M., Pena, D., & Illich, P. A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: Assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(5), 385-391.

Costa, F. M., Jessor, R., & Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol, 60*(4), 480-490.

Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 86*(2), 189-199.

Dagher, A., & Robbins, T. W. (2009). Personality, addiction, dopamine: insights from Parkinson's disease. *Neuron, 61*(4), 502-510.

Dehnavi, S., Bajelan, M., Pardeh, S. J., Khodaviren, H., & Dehnavi, Z. (2016). The Effectiveness of Psychodrama in Improving Quality of Life among Opiate-dependent Male Patients. *International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5*(5), 243-247.

Dorothea, G. (2016). Effectiveness of psychodrama group therapy on pupils with mathematics anxiety. In C. Stadler, M.A. Wieser & K. Kirk (Eds). *Psychodrama. Empirical Research and Science 2* (pp. 197-215). Wiesbaden: Springer VS.

Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*(2), 115-152.

Ellickson, P. L., & Hays, R. D. (1992). On becoming involved with drugs: modeling adolescent drug use over time. *Health Psychology, 11*(6), 377-385.

ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ (2011). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός Παρεμβάσεων*. Αθήνα.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) (2016). Έκθεση αποτελεσμάτων πανελλήνιας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές –Έρευνα ESPAD 2015. *Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής*. Αθήνα, Μάιος 2016.

Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V., & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive–experiential and analytical–rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(2), 390-405.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). *EMCDDA Manuals No 4: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*. Luxembourg: Publications Office of the EU.

Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.

Fleming, C. B., Kim, H., Harachi, T. W., & Catalano, R. F. (2002). Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *Journal of Adolescent Health, 30*(3), 184-189.

Fraser, M. W. (1997). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*. Washington: National Association of Social Workers Press.

Fraser, M. W., Galinsky, M. J., & Richman, J. M. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research, 23*(3), 131-143.

Frauenknecht, M., & Black, D. R. (1995). Social Problem-Solving Inventory for Adolescents (SPSI-A): development and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Personality Assessment, 64*(3), 522-539.

Frings, D., Albery, I. P., & Monk, R. L. (2017). The whys and the hows of psychosocial approaches to addiction. *Journal of Applied Social Psychology, 47*(3), 115-117.

Ζαφειρίδης, Φ. (2009). *Εξαρτήσεις και κοινωνία*. Αθήνα: Κέδρος.

Garcia, A., & Buchanan, D. R. (2000). Psychodrama. In P. Lewis & D. R. Johnson (Eds.), *Current approaches in drama therapy* (pp. 162–195). Springfield: C. C. Thomas.

Gardner, T. W., Dishion, T. J., & Connell, A. M. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer context. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(2), 273-284.

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology, 41*(4), 625-635.

Garland, E. L., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2011). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: an integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis, and addiction. *Medical Hypotheses, 76*(5), 745-754.

Geram, K., & Dehghan, A. (2016). Studying of the Effectiveness of Psychodrama Approach on Reducing Frustration and Increasing Emotional Regulation of Street Children. *International Academic Journal of Humanities, 3*(1), 6-15.

Glantz, M. D., & Sloboda, Z. (2002). Analysis and reconceptualization of resilience. In M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds). *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 109-126). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.

Glynou, E., Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). *Greek version of the General Self-Efficacy Scale*. Available at: http://userpage.fu-berlin.de/~health/greek.htm

Graf, M. (2012). Quelles approches de prévention structurelle faut-il implanter pour protéger la jeunesse?. In P.D. Jaffe & M. Lachat (Eds). *Adolescents et alcool, un cocktail detonant: de l' experimentation a la desocialisation* (pp. 77-81). Sion: Institut universitaire Kurt Bösch.

Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Epstein, J. A., & Doyle, M. M. (2002). Personal competence skills, distress, and well-being as determinants of

substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prevention Science, 3*(1), 23-33.

Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Diaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*(3), 194-203.

Griffiths, M. (2005). The biopsychosocial approach to addiction. *Psyke & Logos, 26*(1), 9-26.

Griffiths, M. (1999). Gambling technologies: Prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 15*(3), 265-283.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362.

Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 525-552). New York: Guilford Press.

Gross, J. J., & John, O. P. (1998). Mapping the domain of expressivity: multimethod evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 170-191.

Gunnoe, M. L., Hetherington, E. M., & Reiss, D. (1999). Parental religiosity, parenting style, and adolescent social responsibility. *The Journal of Early Adolescence, 19*(2), 199-225.

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.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education.* New York: D. Appleton and Company.

Harren, V. A. (1979). A model of career decision making for college students. *Journal of Vocational Behavior, 14*(2), 119-133.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*(1), 64-105.

Heyman, G. M. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. Cambridge: Harvard University Press.

Heyman, G. M. (1996). Resolving the contradictions of addiction. *Behavioral and Brain Sciences, 19*(4), 561-574.

Hollander, E. (2002). Psychodramas with ‘At Risk’Youth: A means of active engagement. In A. Bannister & A. Huntington (Eds.), *Communicating with Children and Adolescents: Action for Change* (pp. 128-138). London: J. Kingsley Publishers.

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.

Huurre, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2010). Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(1), 125-134.

Θεοχάρης, Γ., (2018). *Επίδραση της εργατικότητας/επιμονής στην ψυχολογική ευημερία. Ο διαμεσολαβητικός ρόλος της συνειδητής και μη συνειδητής συναισθηματικής ρύθμισης.* (Ανέκδοτη διπλωματική εργασία). Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Αθήνα.

Irwin, C. E., Igra, V., Eyre, S., & Millstein, S. (1997). Risk-taking behavior in adolescents: The Paradigm. *Annals of the New York Academy of Sciences, 817*(1), 1-35.

Jaffee, W. B., & D'Zurilla, T. J. (2009). Personality, problem solving, and adolescent substance use. *Behavior Therapy, 40*(1), 93-101.

Jaffee, W. B., & D'Zurilla, T. J. (2003). Adolescent problem solving, parent problem solving, and externalizing behavior in adolescents. *Behavior Therapy, 34*(3), 295-311.

Jakovina, I. Ž., & Jakovina, T. (2017). Role Theory and Role Analysis in Psychodrama: A Contribution to Sociology. *Socijalna Ekologija, 26*(3), 151-169.

Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross-national study of psychosocial protective factors. *Journal of Research on adolescence, 13*(3), 329-360.

Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *Addiction, 82*(4), 331-342.

Jungermann, H. (1980). Speculations about decision-theoretic aids for personal decision making. *Acta Psychologica, 45*(1-3), 7-34.

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.

Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 21*(4), 328-347.

Kandel, D., Simcha-Fagan, O., & Davies, M. (1986). Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood. *Journal of Drug Issues, 16*(1), 67-90.

Karatas, Z. (2011). Investigating the Effects of Group Practice Performed Using Psychodrama Techniques on Adolescents' Conflict Resolution Skills. *Educational Sciences: Theory and Practice, 11*(2), 609-614.

Khantzian, E. J. (2012). Reflections on treating addictive disorders: A psychodynamic perspective. *The American Journal on Addictions, 21*(3), 274-279.

Khantzian, E. J. (1987). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. In D. Allen (Eds), *The cocaine crisis* (pp. 65-74). Boston: Springer.

Kickbusch, I., & Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Geneva: *World Health Organization, 14*.

Kim, H. J., Min, J. Y., Min, K. B., Lee, T. J., & Yoo, S. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *Plos One*, 13(2), 1-13.

Kim, K., Ryu, E., Chon, M. Y., Yeun, E. J., Choi, S. Y., Seo, J. S., & Nam, B. W. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*(2), 185-192.

Kliewer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health, 40*(5), 448-455.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Lin, H. C., & Yang, M. J. (2007). Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. *CyberPsychology & Behavior, 10*(4), 545-551.

Kodjo, C. M., & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families, and communities. *Pediatric Clinics of North America, 49*(2), 257-268.

Κοκκέβη Ά., Σταύρου Μ., Καναβού Ε., Φωτίου Α. (2016). Φιλικές σχέσεις και δραστηριότητες των εφήβων. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: *Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής*.

Κοκκέβη Ά., Φωτίου Α., Καναβού Ε., Σταύρου Μ. (2015). Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: *Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής*.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology, 35*(1), 217-238.

Krank, M., Stewart, S. H., O'Connor, R., Woicik, P. B., Wall, A. M., & Conrod, P. J. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors, 36*(1), 37-46.

Kurti, A. N., & Dallery, J. (2012). Review of Heyman's addiction: a disorder of choice. *Journal of Applied Behavior Analysis, 45*(1), 229-240.

Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 69*(2), 195-205.

Lebovici, S. (1960). Psychodrama as applied to adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1*(4), 298-305.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science, 278*(5335), 45-47.

Λέτσιος, Κ. (2001). *Το ψυχόδραμα. Η επιστήμη της ομάδας στην ψυχοθεραπευτική προοπτική*. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

Lewis, M. D. (2011). Dopamine and the Neural "Now" Essay and Review of Addiction: A Disorder of Choice. *Perspectives on Psychological Science, 6*(2), 150-155.

Lin, M. P., Ko, H. C., & Wu, J. Y. W. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*(12), 741-746.

Lin, M. P., Ko, H. C., & Wu, J. Y. W. (2008). The role of positive/negative outcome expectancy and refusal self-efficacy of Internet use on Internet addiction among college students in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior, 11*(4), 451-457.

Little, M. A., Sussman, S., Sun, P., & Rohrbach, L. A. (2013). The effects of implementation fidelity in the Towards No Drug Abuse dissemination trial. *Health Education, 113*(4), 281-296

Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of Psychology, 139*(5), 439-457.

Mason, W. A., & Windle, M. (2001). Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol, 62*(1), 44-53.

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220.

Mathis, J. A., Fairchild, L., & Cannon Jr, T. M. (1980). Psychodrama and sociodrama in primary and secondary education. *Psychology in the Schools, 17*(1), 96-101.

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.

Matsumoto, D. (2006). Are cultural differences in emotion regulation mediated by personality traits?. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 37*(4), 421-437.

McGee, C. L., Fryer, S. L., Bjorkquist, O. A., Mattson, S. N., & Riley, E. P. (2008). Deficits in social problem solving in adolescents with prenatal exposure to alcohol. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*(4), 423-431

Merline, A., Jager, J., & Schulenberg, J. E. (2008). Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction, 103*(1), 84-99.

Miller, D. C., & Byrnes, J. P. (2001). Adolescents' decision making in social situations: A self-regulation perspective. *Journal of Applied Developmental Psychology, 22*(3), 237-256.

Moilanen, K. L. (2007). The adolescent self-regulatory inventory: The development and validation of a questionnaire of short-term and long-term self-regulation. *Journal of Youth and Adolescence, 36*(6), 835-848.

Moreno, J. L. (1953). *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and socio-drama.* New York: Beacon House.

Moreno, J. L. (1946). Psychodrama and group psychotherapy. *Sociometry, 9*(3), 249-253.

Murray, D. W. & Rosanbalm, K. (2017). *Promoting Self-Regulation in Adolescents and Young Adults: A Practice Brief. OPRE Report #2015-82*. Washington, DC: Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services, 1-6.

Murray, D. W., Rosanbalm, K., & Christopoulos, C. (2016). Self-regulation and toxic stress report 3: A comprehensive review of self-regulation interventions from birth through young adulthood. *OPRE Report 2016-34*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

Murray, Desiree W., Rosanbalm, Katie, Christopoulos, Christina, and Hamoudi, Amar (2015). Self-Regulation and Toxic Stress: Foundations for Understanding SelfRegulation from an Applied Developmental Perspective. *OPRE Report #2015-21*, Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. και συν., (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist, 58*(6/7), 449-456.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders (2nd Ed.)*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services National Institute on Health.

Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A., & Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use—the role of older siblings, parents, and peers. *International Journal of the Addictions, 21*(7), 739-766.

Nicholas, M. (2017). The Use of Psychodrama and Sociometry Techniques in Psychodynamic and Other Process Groups. *International Journal of Group Psychotherapy, 67*(1), 131-140.

Nicholas, M. (2009). Introduction to the Special Issue on Psychodrama With Some Comments on Moreno's Concept of Spontaneity. *Group, 33*(4), 291-295.

Νόβα-Καλτούνη, Χ., Μακρή-Μπότσαρη, Ε., Τσιμπουκλή, Α., (2002). *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο.

O'Brien, C., & McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet, 347*(8996), 237-240.

Oesterle, S., Hill, K. G., Hawkins, J. D., & Abbott, R. D. (2008). Positive functioning and alcohol-use disorders from adolescence to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(1), 100-111.

Olivenstein, C (1982). *Η ζωή του τοξικομανή*. Αθήνα: Παλλάδα.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (2013). Η επικοινωνία στην αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτήσεων. Μελέτη σχεδιασμού στρατηγικών επικοινωνίας, ανάλογα με την ενέργεια, το στόχο, την ομάδα-στόχο και τη χρονική διάρκεια. Παράμετροι αξιολόγησης της πράξης. *Καμπάνια Ενημέρωσης για τις Εξαρτήσεις. Ετήσιο Φεστιβάλ κατά των Ναρκωτικών. ΕΣΠΑ 2007-2013.* Αθήνα. ΟΚΑΝΑ, 1-106.

Ostaszewski, K., & Zimmerman, M. A. (2006). The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency. *American Journal of Community Psychology, 38*(3-4), 251-262.

Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 148,* 59-68.

Page, R. M., Hammermeister, J., Scanlan, A., & Gilbert, L. (1998). Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviors?. *Journal of Health Education, 29*(3), 186-192.

Palmer, R., & McGeary, J. (2016). Models of drug addiction: Theories and future applications in prevention and treatment. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 32*(5), 1-7.

Παπαγεωργίου, Ι., (2015). *Θεωρία δειγματοληψίας*. Αθήνα. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Παππά, Ι. (2008). *Επίλυση προβλημάτων κοινωνικής ζωής μαθητών με νοητική υστέρηση*. (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης, Αθήνα.

Patton, L. H. (1995). Adolescent substance abuse: Risk factors and protective factors. *Pediatric Clinics, 42*(2), 283-293.

Peavy, R. V. (1979). Decision, Commitment and Counselling Interventions. Occupational and Career Analysis and Development Branch, CEIC. *Balance, 2*, 3, 1-35.

Perkins, D. F., & Borden, L. M. (2003). Positive behaviors, problem behaviors, and resiliency in adolescence. In I.B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Volume 6, Developmental Psychology* (pp. 373-394). Canada: John Wiley & Sons.

Phillips, S. D., Pazienza, N. J., & Ferrin, H. H. (1984). Decision-making styles and problem-solving appraisal. *Journal of Counseling Psychology, 31*(4), 497-502.

Platt, J. J., & Husband, S. D. (1993). An overview of problem-solving and social skills approaches in substance abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 30*(2), 276-283.

Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., & Lönnqvist, J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15–19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism, 36*(1), 85-88.

Prosen, S., & Jendričko, T. (2018). A Pilot Study of Emotion Regulation Strategies in a Psychodrama Group of Psychiatric Patients. Journal of Creativity in Mental Health Routledge Taylor & Francis Group, 1-8. https://doi.org/10.1080/15401383.2018.1486260

Quinn, P. D., & Fromme, K. (2010). Self-regulation as a protective factor against risky drinking and sexual behavior. Psychology of Addictive Behaviors, *24*(3), 376-385.

Ragsdale, K. G., Cox, R. D., Finn, P., & Eisler, R. M. (1996). Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *Journal of Traumatic Stress, 9*(2), 269-283.

Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, και συν., (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama, 278*(10), 823-832.

Riaz, M. N., Riaz, M. A., & Batool, N. (2012). Personality Types as Predictors of Decision Making Styles. *Journal of Behavioural Sciences, 22*(2), 99-114.

Robins, L. N., & Przybeck, T. R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. *NIDA Research Monograph Series, 56*, 178-192.

Rosario-Sim, M., & Lavin, J. (2016). Targeted Approach to Reduce Teen Smoking. *International Journal of Psychiatric Nursing, 2*(2), 36-40.

Ρούσσης, Α. (2007). *Ναρκωτικά και ανήλικοι: ο ρόλος της οικογένειας*. Αθήνα: Γρηγόρη.

Rutter, M. (1987).Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316-331.

Sale, E., Sambrano, S., Springer, J. F., & Turner, C. W. (2003). Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. *Journal of Drug Education, 33*(1), 91-105.

Samantaray, N., Singh, P., & Mohapatra, J. (2016). Application of Psychodrama on Conflict Management and Assertive Training. *The International Journal of Indian Psychology, 3*(2), 158-164.

Savickas, M. L. (1999). The transition from school to work: A developmental perspective. *The Career Development Quarterly, 47*(4), 326-336.

Scal, P., Ireland, M., & Borowsky, I. W. (2003). Smoking among American adolescents: a risk and protective factor analysis. *Journal of Community Health, 28*(2), 79-97.

Schaefer, C. E. (2003). *Play therapy with adults.* Canada: John Wiley & Sons.

Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Miller, N. L. (2000). Life events, neighborhood stress, psychosocial functioning, and alcohol use among urban minority youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 9*(1), 19-50.

Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Diaz, T. (1999). Latent growth models of drug refusal skills and adolescent alcohol use. *Journal of Alcohol and Drug Education, 44*(3), 21-48.

Schramm-Sapyta, N. L., Walker, Q. D., Caster, J. M., Levin, E. D., & Kuhn, C. M. (2009). Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models. *Psychopharmacology, 206*(1), 1-21.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2010). The general self-efficacy scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping, 12,* 329-345.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Σιδηροπούλου- Δημακάκου, Δ., Αργυροπούλου, Α., & Δρόσος, Ν. (2008). *Πρόγραμμα ανάπτυξης δεξιοτήτων λήψης εκπαιδευτικών & επαγγελματικών*

αποφάσεων. Αθήνα. Κέντρο Έρευνας και Αξιολόγησης στην Επαγγελματική Συμβουλευτική, Τομέας Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink?: identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154*(10), 1025-1033.

Singal, S. (2003). *The Efficacy of Psychodrama in the Treatment of Oppositional and Defiant Adolescents* (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). McGill University. Department of Educational and Counselling Psychology. Montreal.

Smyth, J. M., & Arigo, D. (2009). Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Current Opinion in Psychiatry, 22*(2), 205-210.

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy, 35*(2), 151-161.

Spoth, R. L., & Greenberg, M. T. (2005). Toward a comprehensive strategy for effective practitioner–scientist partnerships and larger-scale community health and well-being. *American Journal of Community Psychology, 35*(3-4), 107-126.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα: Πεδίο.

Stautz, K., & Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 574-592.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(2), 69-74.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W., & Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of “drug abuse” prevention. *Substance Use & Misuse, 39*(10-12), 1971-2016.

Sussman, S., Dent, C. W., & Stacy, A. W. (2002). Project Towards No Drug Abuse: A review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior, 26*(5), 354-365.

Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year

prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug & Alcohol Dependence*, *68*(1), 49-64.

Σωματείο Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (2016). *Κοινότητα, πρόληψη των εξαρτήσεων, Κέντρα Πρόληψης: Φιλοσοφία, Πρακτική, προβλήματα, προτάσεις.* Αθήνα. Available at: https://prolipsiworkers.files.wordpress.com/2017/05/cf80cf81cf8ccf84ceb1cf83ceb7_ceb8ceb5cf83cebcceb9cebacf8c_cebacf80.pdf

Terzian, M. A., Andrews, K. M., & Moore, K. A. (2011). Preventing multiple risky behaviors among adolescents: Seven strategies. *Child Trends*, *24*, 1-12.

Testoni, I., Cecchini, C., Zulian, M., Guglielmin, M. S., Ronconi, L., Kirk, K. et al. (2017). Psychodrama in therapeutic communities for drug addiction: A study of four cases investigated using idiographic change process analysis. *The Arts in Psychotherapy*. 1-38. https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.007

Testoni, I., Guglielmin, M. S., Pogliani, I., & Tempra, L. (2012). Psychodrama and playback theatre for developing self-efficacy. *Purpose, tools and results of the Grundtvig Project "Supporting Potential Development*" In: I., Testoni, M. R., Guglielmin, G. Salvestrin & T. Sageder: Psychodrama, Playback Theatre & Lifelong Learning in Action Research. Mailand: Department of Applied Psychology, 31-55.

Tian, D. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, *58*(1), 15-34.

Tomlinson, K. L., & Brown, S. A. (2012). Self-medication or social learning? A comparison of models to predict early adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, *37*(2), 179-186.

Treadwell, T. W., Kumar, V. K., & Wright, J. H. (2002). Enriching psychodrama through the use of cognitive behavioral therapy techniques. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry 55*, 55-66.

Τριλίβα, Σ., Αναγνωστοπούλου, Τ., & Χατζηνικολάου, Σ. (2008). *Ούτε καλύτερος, ούτε χειρότερος… απλά διαφορετικός! Ασκήσεις ευαισθητοποίησης στη διαφορετικότητα για παιδιά δημοτικού και γυμνασίου*. Αθήνα: Gutenberg.

Τσέργας, Ν. Β. (2003). *Ομαδικοαναλυτικό ψυχόδραμα: θεωρητικές αρχές και θεραπευτική πρακτική*. (Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Ιωάννινα.

United Nations Office on Drugs and Crime, (2004). *Schools: School-based education for drug abuse prevention*. New York. United Nations.

Urdan, T., & Pajares, F. (Eds.). (2006). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich: Information Age Publishing.

Verdejo-García, A., Chong, T. T. J., Stout, J. C., Yücel, M., & London, E. D. (2017). Stages of dysfunctional decision-making in addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 164*, 99-105.

Vranda, M. N., & Rao, M. C. (2011). Life skills education for young adolescents–Indian experience. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 37*(9), 9-15.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363-371.

Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell, 162*(4), 712-725.

Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Agran, M., Mithaug, D. E., & Martin, J. E. (2000). Promoting causal agency: The self-determined learning model of instruction. *Exceptional Children, 66*(4), 439-453.

Wehmeyer, M. L. (1995). *The Arc's Self-Determination Scale: Procedural Guidelines*. Washington: Office of Special Education and Rehabilitative Services.

Weinberg, N. Z. (2001). Risk factors for adolescent substance abuse. *Journal of Learning Disabilities, 34*(4), 343-351.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. *Handbook of early childhood intervention, 2*, 115-132.

Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European child & adolescent psychiatry, 5*(1), 47-51.

Williford, L. W. (1991). Developing Problem-Solving Skills of Adolescents A Model Intervention Program. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 4*(1), 33-35.

Wills, T. A., Simons, J. S., Sussman, S., & Knight, R. (2016). Emotional self-control and dysregulation: A dual-process analysis of pathways to externalizing/internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents. *Drug & Alcohol Dependence, 163*, 37-45.

Wills, T. A., Pokhrel, P., Morehouse, E., & Fenster, B. (2011). Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(2), 279-292.

Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D., & Ainette, M. G. (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(3), 265-278.

Wills, T. A., Yaeger, A. M., & Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(1), 24-31.

Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse, 6*(1), 1-20.

Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology, 20*(3), 349-374.

Wilson, J. (2009). An introduction to psychodrama for CBT practitioners. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists, 19*(2), 4-8.

Windle, M. (2000). Parental, sibling, and peer influences on adolescent substance use and alcohol problems. *Applied Developmental Science, 4*(2), 98-110.

Windle, M. (1991). The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support, and problem behaviors. *Journal of Clinical Psychology, 47*(2), 310-315.

Wolff, J. M. (2012). *Adolescent decision making and risk behavior: a neurobiological approach.* (Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). University of Nebraska. Department of Psychology. Nebraska.

Wood, N. L. (2012). *Individual differences in decision-making styles as predictors of good decision making*. (Ανέκδοτη μεταπτυχιακή εργασία). Bowling Green State University. Department of Psychology, Ohio.

Χουρδάκη, Μ. (1995). *Ναρκωτικά-Πρόληψη: Πρωτογενής τομέας*. Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή.

Zimmering, P., Toolan, J., Safrin, R., & Wortis, S. B. (1952). Drug addiction in relation to problems of adolescence. *American Journal of Psychiatry, 109*(4), 272-278.