



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΚΑΜΠΑΝΑΡΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

A.M: 1473

ΕΠΟΠΤΕΣ: ΧΑΤΗΡΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΕΞΑΡΤΗΣΗ:

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΡΕΘΥΜΝΟ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| Πρόλογος | 1 |
| Εισαγωγή | 2 |
| 1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ | 5 |
| 1.1 Ψυχαναλυτικές Θεωρίες για την εξάρτηση..... | 7 |
| 1.2 Γνωστική – Συμπεριφορική θεραπεία για την εξάρτηση..... | 11 |
| 1.3 Ψυχολογικές Θεωρίες και Θεωρίες Προσωπικότητας..... | 16 |
| 1.4 Κοινωνικό – Ψυχολογικές Θεωρίες..... | 20 |
| 2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ..... | 24 |
| 2.1 Χαρακτηριστικά Οικογένειας Εξαρτημένου..... | 28 |
| 2.2 Δομή Οικογένειας Εξαρτημένου..... | 33 |
| 2.3 Κατάσταση στην Ελλάδα..... | 36 |
| 3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 41 |
| 3.1 Δομική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 43 |
| 3.1.1. Εισαγωγική Φάση | 43 |
| 3.1.2. Αρχική Φάση..... | 44 |
| 3.1.3. Ενδιάμεση Φάση..... | 44 |
| 3.1.4. Τελική Φάση..... | 45 |
| 3.2 Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 48 |
| 3.2.1. Εγκατάσταση Θεραπευτικής Σχέσης | 48 |
| 3.2.2. Στάδιο Αλλαγής | 51 |
| 3.2.3. Κλείσιμο..... | 54 |
| 3.3 Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 55 |
| 3.3.1. Πρώτο Στάδιο | 56 |
| 3.3.2. Δεύτερο Στάδιο..... | 57 |
| 3.3.3. Τρίτο Στάδιο..... | 59 |
| 3.4. Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία | 61 |
| 3.5. Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 65 |
| 3.5.1. Αρχική Φάση – Δέσμευση και Κινητοποίηση..... | 66 |
| 3.5.2. Ενδιάμεση Φάση – Συμπεριφορική Αλλαγή..... | 67 |
| 3.5.3. Τελική Φάση – Γενίκευση..... | 69 |
| 3.6. Πολυεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας με Έφηβους Χρήστες..... | 70 |

| | |
|--|-----------|
| 3.6.1 Σκοποί..... | 71 |
| 3.6.2. Θεραπευτική Διαδικασία | 71 |
| 4° ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ.. | 74 |
| 4.1 Δομική / Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 74 |
| 4.2. Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 76 |
| 4.3. Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία..... | 78 |
| 4.4. Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία..... | 80 |
| 4.5. Πολυεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας με Έφηβους Χρήστες..... | 81 |
| 5° ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ..... | 83 |
| 6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 87 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 90 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη έχει σαν στόχο να παρουσιάσει το φαινόμενο της εξάρτησης στη σύγχρονη του μορφή και να αναδείξει το ρόλο που έχει η οικογένεια τόσο στη δημιουργία της εξάρτησης, όσο και στη διατήρηση της. Επίσης παρουσιάζει θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στις οικογένειες με στόχο την απεξάρτηση.

Αρχικά γίνεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις θεωρίες που αναφέρονται στην αιτιολογία της εξάρτησης. Οι θεωρίες που παρουσιάζονται προέρχονται από τα κυριότερα ψυχολογικά ρεύματα της σύγχρονης εποχής όσον αφορά στους ατομικούς παράγοντες αλλά παρουσιάζονται και θεωρίες που αναλύουν το ρόλο της κοινωνίας στη γέννηση της εξάρτησης.

Το επόμενο μέρος της μελέτης ασχολείται με έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ποια είναι τα χαρακτηριστικά της οικογένειας του χρήστη αλλά και πως η οικογένεια αυτή έχει δομηθεί.

Το τελικό μέρος της μελέτης έχει σαν στόχο να παρουσιάσει τα κυριότερα μοντέλα θεραπευτικής παρέμβασης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια στην οικογένεια με προβλήματα χρήσης ουσιών. Παρουσιάζονται επίσης έρευνες που έχουν γίνει με στόχο να διαφανεί η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Τέλος γίνεται αναφορά στις κυριότερες διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών μοντέλων μιας και προέρχονται από διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτήσεις, οι σχέσεις δηλαδή υποδούλωσης ενός ατόμου από κάποια δραστηριότητα, πρόσωπο ή ουσία, είναι εκτεταμένο κοινωνικά φαινόμενο με πλατιά και βαθιά οικονομική, κοινωνική, νομική και θεραπευτική προέκταση. Σύμφωνα με το DSM IV, εξάρτηση είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της. Τα συμπτώματα της εξάρτησης περιλαμβάνουν επίσης τα συμπτώματα της αντοχής και του στερητικού συνδρόμου. (Μάνος, 1997).

Ο εξαρτημένος έχει μια ακαταμάχητη επιθυμία να έρθει σε επαφή με τον εξαρτητικό παράγοντα παρά το ότι γνωρίζει τα δυσμενή αποτελέσματα αυτής της επαφής. Μιας επαφής, που τις περισσότερες φορές αποτελεί προσπάθεια απαλλαγής από οδυνηρά συναισθήματα θλίψης, άγχους, απογοήτευσης, ενοχών. (Γεωργάκας, 2001)

Η τοξικοεξάρτηση αποτελεί την πλέον ακραία και καταστροφική μορφή της εξάρτησης, εφ' όσον συνδέει την χρήση μιας παράνομης εθιστικής ουσίας με την παραβατικότητα, την περιθωριοποίηση, το οργανωμένο έγκλημα και την βιολογική εξαθλίωση.

Σύμφωνα με τη Μάτσα, υπεύθυνη του θεραπευτικού προγράμματος 18 ΑΝΩ του Ψ.Ν.Α., τα ναρκωτικά , δηλαδή όλες οι ψυχότροπες ουσίες που μπορούν να γίνουν αντικείμενο τοξικομανιακής χρήσης έρχονται να καλύψουν θεμελιακά ελλείμματα στον ψυχισμό του ανθρώπου. Παίρνουν τη θέση μιας αινιγματικής απουσίας της απουσίας του Άλλου, της απουσίας συνάντησης με τον Άλλο, με το Κοινωνικό είναι. (Μάτσα, 2001).

Ως κοινωνικό φαινόμενο, η τοξικομανία εκφράζει την τεράστια δυσμοιρία του σύγχρονου άνθρωπου, υποχρεωμένου να ζει μέσα σε συνθήκες κοινωνικής και πολιτιστικής παρακμής. Η δυσφορία αυτή που γίνεται ένας τρόπος ζωής ατόμων όλο και πιο νεαρής ηλικίας είναι συνυφασμένη με την κοινωνική δυστυχία. Η εγκατάσταση της τοξικομανίας και μάλιστα με τη μορφή της πολυτοξικομανίας, που επικρατεί σήμερα προϋποθέτει όρους ευαλωτότητας του ψυχολογικού υποστρώματος, ελλειμματικότητας και αστάθειας των ψυχολογικών λειτουργιών. Αποτελεί

όπως λέει ο Olievenstein το προϊόν της συνάντησης μιας ουσίας με μια συγκεκριμένη ελλειμματική προσωπικότητα σε μια δεδομένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή. Δεν εξαντλείται στη σχέση προσωπικότητας με την ουσία. Δεν εξαντλείται επίσης στη σχέση της ψυχοπαθολογίας με την ψυχική δομή του ατόμου που στρέφεται στις ουσίες. Το κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο (Μάτσα 2001).

Όπως αναφέρει ο Kaufman, για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε την απειλή που προκαλεί η χρήση ουσιών σήμερα είναι αναγκαίο να δούμε πως λειτουργεί η κοινωνία μας, ποιο είναι το πλαίσιο στήριξης που προσφέρει στα μέλη της ποιες είναι οι αξίες που προωθούνται ως σημαντικές και μπορούν να δώσουν νόημα στη ζωή. Στη σημερινή δυτική κοινωνία ο άνθρωπος απολαμβάνει μεγαλύτερη ατομική ελευθερία, δεν βιώνει όμως την ίδια ασφάλεια ως προς το τι πρέπει να επιλέξει, τι είναι καλό και τι είναι κακό, ώστε να προσδιορίσει το ρόλο του και τη θέση του μέσα στο σημερινό κόσμο. Αυτό προκαλεί πολύ άγχος και πολλές φορές δημιουργεί μεγάλη μοναξιά. Σήμερα, περισσότερο από άλλοτε ο άνθρωπος έχει την ανάγκη των άλλων. (Kaufman, 1985)

Σε αντίθεση με τις παλαιότερες κοινωνίες όπου καθετί διασφαλίζει και επιβεβαιώνει την ύπαρξη της συνοχής της ομάδας, η σημερινή κοινωνία μπορούμε να πούμε ότι διέπεται από την καταναλωτική νοοτροπία και τον ατομικισμό. Ο καθένας είναι μόνος του σε μια κοινωνία όπου υπάρχει χώρος μόνο για τους δυνατούς, τους πιο ωραίους και τους πιο ικανούς. Μια κοινωνία που προωθεί με όλους τους τρόπους την εικόνα του καλύτερου όχι ως προς αυτό που έχεις κάνει αλλά ως προς αυτό που έχει ή μπορεί να αποκτήσει. (Kaufman, 1985).

Η αδυναμία του ατόμου, η ανάγκη του για αγάπη, για αποδοχή και η προσπάθεια του να καλύψει τις ελλείψεις που βίωσε ερχόμενος στον κόσμο δεν αναγνωρίζονται εύκολα από τη σημερινή κοινωνία, η ύπαρξη τους δεν γίνεται αποδεκτή και πολλές φορές δεν συχωρείται. Είναι επόμενο, λοιπόν, να προσπαθεί να βρει εύκολες λύσεις για να αποφύγει καθετί που μπορεί να αποκαλύψει την αδυναμία του.

Τη χρήση ουσιών μπορούμε να τη δούμε ως ένα μέσο που δίνει άμεση ανακούφιση. Οι νέοι συνήθως κάνουν χρήση προσπαθώντας να ξεφύγουν και να πάρουν αποστάσεις από τη συγκεκριμένη κοινωνία, να καταπολεμήσουν

το άγχος να αντέξουν την μοναξιά και να αποφύγουν τον πόνο, καταστρέφοντας έτσι την υγεία τους. Φαίνεται το άτομο να χάνει την εμπιστοσύνη του προς τη ζωή και το ενδιαφέρον του για τον εαυτό του και τους γύρω του. Ο Erikson αναφέρει ότι αυτό που κάνει κάποιον να αποδίδει αξία στον εαυτό του καθώς και να μπορεί να χαίρεται τη ζωή του είναι μια διαδικασία που αρχίζει σχεδόν από τη γέννηση και τελειώνει στο τέλος της ζωής του ατόμου (Erikson 1965, βλ. Παρασκευόπουλος 1985).

Ο Greenson αναφέρει ότι την αρχική βασική εμπιστοσύνη στον εαυτό μας την αποκτούμε μέσα από εικόνες / μηνύματα που μας δίνουν οι πρώτες σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή μας, δηλαδή οι γονείς μας. Μέσα από την εικόνα μας που αντανακλάται στα μάτια της μητέρας, αποκτούμε την πρώτη πίστη ότι είμαστε σημαντικοί και αγαπητοί γι' αυτό που είμαστε. Μέσα από τη σχέση μας με τους γονείς μας αποκτούμε την πρώτη εμπιστοσύνη για τη ζωή ανακαλύπτουμε την πρώτη εμπιστοσύνη για τη ζωή, ανακαλύπτουμε τη χαρά να είναι κανείς ζωντανός και να υπάρχει σε αυτό το κόσμο μαζί με τους άλλους ανθρώπους. (Greenson,2002).

Ο Kaufman που ασχολήθηκε με τη θεραπεία της οικογένειας για θέματα εξάρτησης ανέφερε ότι, αρχικά, η συσχέτιση της εξάρτησης και της οικογένειας δεν είχε απασχολήσει τους επιστήμονες. Οι θεραπείες που εφαρμόζονταν, στηριζόμενες περισσότερο σε ψυχοδυναμικές θεωρίες, δεν ενέπλεκαν την οικογένεια στη διαδικασία της θεραπείας αλλά και ούτε είχε ερευνηθεί ο ρόλος της σε σχέση με την έναρξη της χρήσης. (Kaufman, 1985).

Τα τελευταία χρόνια, μετά από έρευνες που έγιναν, δόθηκε έμφαση στην και εμπλοκή της οικογένειας στην θεραπεία της εξάρτησης μιας και είχε θετική επίπτωση στην πορεία της θεραπείας του εξαρτημένου αλλά και στην μείωση του κινδύνου της υποτροπής. Η δημιουργία καινούριων μοντέλων θεραπειών για την οικογένεια στο τομέα της τοξικοεξάρτησης ανάγκασε τους επιστήμονες να μελετήσουν και την επίδραση της οικογένειας στη δημιουργία της εξάρτησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι γνωστό από τους αρχαίους χρόνους ότι, το φαινόμενο της χρήσης υπάρχει ως τελετουργική διαδικασία ή συχνά ως διαδικασία μάθησης μέσω της εμπειρίας και της απόκτησης εσωτερικής γνώσης. Είναι επίσης γνωστό ότι το φαινόμενο αυτό συνεχίζει να υπάρχει και να εμφανίζεται σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, κάθε φορά για διαφορετικούς λόγους. Ποτέ όμως η χρήση ουσιών δεν πήρε τη διάσταση που έχει σήμερα, όσον αφορά τόσο στην ένταξη της, όσο και στη λειτουργικότητα της και τις συνέπειες της στις κοινωνικές σχέσεις. (Λιάππας 1992)

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ακόμα και στον ίδιο πολιτισμό, το φαινόμενο της χρήσης δεν έχει την ίδια μορφή. Πιστεύουμε ότι αυτό εξαρτάται όχι μόνο από την προσωπικότητα του χρήστη, τις προσδοκίες και τους λόγους για τους οποίους χρησιμοποιεί την ουσία αλλά και από την ομάδα στην οποία ανήκει. Εξαρτάται επίσης από την ουσία που χρησιμοποιεί καθώς και από το εάν η χρήση είναι περιστασιακή ή μόνιμη. Μπορούμε σχηματικά να μιλήσουμε για τις εξής μορφές που παίρνει το φαινόμενο της χρήσης:

- Η χρήση σαν ένας τρόπος διαφυγής από την πραγματικότητα.
- Η χρήση ως διαδικασία αναζήτησης εσωτερικής γνώσης π.χ δεκαετία 60 με τα νεολαιίστικα κινήματα.
- Η χρήση ως μέσο διασκέδασης.

Ο στόχος είναι κυρίως η επίτευξη μια προσωρινής εφορίας.

Με βάση τη βιβλιογραφία μπορούμε να αναφερθούμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες χρηστών.

- Οι χρήστες στους οποίους η εξάρτηση είναι καθολική και τους θέτει ολοκληρωτικά στο περιθώριο, καθορίζοντας τον τρόπο ζωής τους.
- Οι χρήστες στους οποίους ναι μεν η εξάρτηση έχει εγκαθιδρυθεί αλλά συνεχίζουν να είναι κοινωνικά ενταγμένοι και δεν ζουν στο περιθώριο.
- Στους χρήστες στους οποίους η εξάρτηση δεν εγκαθιδρύεται και παραμένουν και στην περιστασιακή χρήση. (Μαρσέλος, 1997).

Οι Lettieri, Sayer και Pearson συγκέντρωσαν σε ένα τόμο 43 θεωρίες, που έχουν σχέση με το πρόβλημα των ναρκωτικών και απαντούν αρκετά στα παραπάνω θέματα: 1. γιατί οι άνθρωποι αρχίζουν να παίρνουν ναρκωτικά. 2. γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν τη λήψη ουσιών. 3. πως και γιατί η λήψη κλιμακώνεται προς την κατάχρηση, 4. πως και γιατί οι άνθρωποι σταματούν τη λήψη και 5. τι εξηγεί ή όχι την επανέναρξη της λήψης. (Lettieri et al, 1980).

Οι παράγοντες που σχετίζονται αιτιολογικά με τη χρήση αναφέρονται σε 3 επίπεδα. Το ατομικό, το μικροκοινωνικό και το μακροκοινωνικό. Οι θεωρίες που προέρχονται από την ψυχιατρική και την ψυχολογία αναφέρονται κυρίως στο ατομικό και στο μικροκοινωνικό επίπεδο. (Lettieri et al, 1980).

Οι κυριότερες θεωρίες που θα αναλυθούν προέρχονται από το χώρο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης που αρχικά ασχολήθηκε με το φαινόμενο της χρήσης. Επίσης σημαντική είναι και η συμβολή της Γνωστικής – Συμπεριφορικής θεωρίας για την εξάρτηση με κύριο εκπρόσωπο τον A. Beck. Τέλος θα γίνει αναφορά στις ψυχολογικές θεωρίες και στις θεωρίες προσωπικότητας και πως αυτές αναλύουν το φαινόμενο της εξάρτησης.

1.1. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η ψυχαναλυτική θέση, που καταρχήν τέθηκε από το Freud το 1913, αντιλαμβάνεται την φαρμακευτική εξάρτηση σαν υποκατάστατο της σεξουαλικής ευχαρίστησης και του αυνανισμού. Ο Freud παρομοίασε την επίδραση των οπιούχων με την ερωτική ικανοποίηση και θεώρησε ότι η ανεπαρκής ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, η παθολογική λειτουργία του εγώ και οι δυσπροσαρμοστικοί τρόποι λειτουργίας του ατόμου, προδιαθέτουν στην επιδίωξη ευχαρίστησης με αυτό το τρόπο. Σύμφωνα με την άποψη του η ψυχοπαθολογία προηγείται από τη συνεχιζόμενη χρήση ναρκωτικών και το ναρκωτικό παρέχει ένα μηχανισμό για τον έλεγχο μη αναμενόμενων ή δυσάρεστων προσωπικών συνεπειών. Η θέση αυτή υιοθετήθηκε και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι την επεξεργάσθηκε λεπτομερώς και συμπέραναν και η εξάρτηση μπορεί θεωρείται ως μια ναρκισσιστική διαταραχή. (Lettieri et al, 1980).

Όταν μιλάμε για ναρκισσισμό και ναρκισσιστική περίοδο στην ψυχοσεξουαλική εξέλιξη, εννοούμε το πρώτο τμήμα της στοματικής φάσης (τους πρώτους μήνες της ζωής), όπου ο διαχωρισμός μεταξύ εγώ και «μη-εγώ» είναι ασαφής και το παιδί δεν έχει διαφοροποιήσει τον εαυτό του από τον εξωτερικό κόσμο. Στη φάση αυτή θεωρεί όλες τις πηγές ευχαρίστησης ότι προέρχονται από μέσα του έχοντας έτσι μια ψευδή παντοδυναμίας. Από τη ναρκισσιστική κατάσταση το παιδί περνάει προοδευτικά στην αναγνώριση του άλλου, στην αποδοχή της παρουσίας του, στη λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία μαζί του ταυτόχρονα στην παραδοχή του αποχωρισμού του από αυτόν (Greenson, 2002)

Στους χρήστες αυτή η αλλαγή – το πέρασμα από το άτομο στη δυάδα έγινε παθολογικά ή με ελλειμματικό τρόπο. Η χρήση γίνεται για την ικανοποίηση αρχαϊκών στοματικών αναγκών όπως τροφή, στοργή, ασφάλεια και εγωισμό. (Fenichel, 1945) και ο χρήστης, σαν το παιδί του πρώτου χρόνου της ζωής, έχει μια άμεση ανάγκη για ικανοποίηση των επιθυμιών του και παρουσιάζει μια δυσκολία, μερική ή ολική, ελέγχου των ενστίκτων και μετάθεσης της ικανοποίησης του χρονικά. Ο χρήστης σκιαγραφείται σαν ανίκανος να αντεπεξέλθει στις υπευθυνότητες του ενήλικα και συνεπώς

παλινδρομεί σε μια περισσότερο παιδική κατάσταση προκειμένου να αντιμετωπίσει τα αρνητικά συναισθήματα και τη χαμηλή του αυτοεκτίμηση. (Lettieri,1985).

Ο Glover υπέθεσε ότι η κατάχρηση ναρκωτικών συνιστά μια άμυνα απέναντι στις σαδιστικές και επιθετικές παρορμήσεις και προτείνει ότι τα οπιούχα και τα άλλα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται από προψυχωτικά άτομα για να αμυνθούν απέναντι σε μη αναμενόμενες παρορμήσεις, όπως ο σαδισμός και η ομοφυλοφιλία. Δηλαδή ο Glover υπέθεσε ότι οι χρήστες έχουν καθηλωθεί σε προψυχωτικά επίπεδα σκέψης και συμπεριφοράς και ότι τα ναρκωτικά προσφέρουν ομοιοστατικές λειτουργίες και προλαμβάνουν την περαιτέρω ψυχική παλινδρόμηση. (Glover, 1956 βλ. Μητρόπουλος, 1999) .

Ο Rado, κοιτάζοντας το θέμα από μια διαφορετική οπτική γωνία έγραψε ότι οι χρήστες χαρακτηρίζονται από μεγαλοποιημένους φόβους για τον πόνο και την διαταραγμένη ηδονιστική αυτορρύθμιση και γίνονται δέσμιοι των ναρκωτικών λόγω της υπερευχαρίστησης την οποία αυτά προκαλούν. (Rado 1963 βλ. Μητρόπουλος,1999).

Ο Savitt με άξονα τη θεωρία της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης επικεντρώθηκε στις συγκρούσεις με οιδιποδειακό χαρακτήρα και τόνισε ιδιαίτερα την ισχυρή συμβιωτική σχέση με τον ετερόφυλο γονέα η οποία συχνά συνυπάρχει με έντονη απωθημένη εχθρότητα για τον άλλο. (Savitt, 1963 βλ. Lettieri,1985).

Για το Wurmser τα ναρκωτικά γενικά χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν πολύ αρνητικές ή δυσάρεστες συγκινήσεις. Ειδικά ο Wurmser υποστηρίζει ότι τα οπιούχα και τα υπνωτικά χρησιμοποιούνται από αυτούς που θέλουν να ελέγξουν τα συναισθήματα του θυμού, της ντροπής και της ζήλιας. Τα διεγερτικά χρησιμοποιούνται για να καταπολεμηθούν τα αισθήματα της κατάθλιψης και της αδυναμίας. Το αλκοόλ επιλέγεται για να αντιμετωπιστεί η μοναξιά, η ενοχή και τα άγχος και τέλος τα ψυχεδελικά χρησιμοποιούνται για να ανακουφίσουν τα άτομα από την πλήξη και την απογοήτευση. Οι περισσότεροι χρήστες έχουν ένα φοβικό πυρήνα, δηλαδή φοβούνται ότι θα κλειστούν ή θα παγιδευτούν από τις δομές τις, υποχρεώσεις και την ψυχική και συγκινησιακή προσέγγιση. Τα ναρκωτικά προσφέρουν προστασία από αυτές τις φοβίες και το συνυπάρχον άγχος. Ο Wurmser επίσης τονίζει το σπουδαίο ρόλο που έχει στη χρήση ναρκωτικών η πρώιμη

παιδική σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική ικανοποίηση από τους ενήλικες. Υποστηρίζει δηλαδή ότι η παιδική ικανοποίηση καθορίζει τη μετέπειτα συμπεριφορά στη χρήση. Τα ναρκωτικά είναι μια άμυνα απέναντι στα ανίσχυρα συναισθήματα που έχουν προκληθεί από την πρώιμη σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική ικανοποίηση. (Wurmser ,1965, Βλ. Lettieri, 1985).

Οι Milkman και Frosh, υποστηρίζουν επίσης πως η επιλογή των χρησιμοποιούμενων ουσιών (ανάλογα με τις ιδιότητες, τον τρόπο λήψης κλπ) κατευθύνεται από ειδικές για κάθε ουσία αντιστοιχίες, οι οποίες αφορούν επιμέρους φάσεις της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Έτσι, η χρήση ηρωίνης θεωρείται για παράδειγμα, μέσο ικανοποίησης αναγκών σχετιζόμενων με πρώιμα στοματικά στάδια της ανάπτυξης, ενώ οι αμφεταμίνες συνδέονται με την ανάγκη για ενεργητική και δραστήρια παρουσία σ' ένα απειλητικό περιβάλλον. Οι Milkman και Frosh επίσης τονίζουν τις προσαρμοστικές λειτουργίες των ναρκωτικών να ανακουφίζουν δηλαδή από τα προβλήματα της κατάθλιψης, του άγχους και της αποξένωσης. (Milkman και Frosh 1970, Βλ. Lettieri, 1985).

Ο Khantzian υποστηρίζει ότι η εξάρτηση από τα ναρκωτικά εξηγείται καλύτερα με τα ελλείμματα στην οργάνωση του εγώ, τα οποία οφείλονται σε μια αποτυχία να αναπτυχθούν προσαρμοστικά μηχανισμοί αντιμετώπισης, σε μια υπέρμετρη εξάρτηση και σε ματαίωση της ανάγκης για ικανοποίηση. Ο Khantzian επίσης τονίζει την αξία των ναρκωτικών να αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα, δίνει έμφαση σε προβλήματα που είναι σύμφυτα με τις καθημερινές ενδοπροσωπικές σχέσεις και θεωρεί ότι, το χρήστη τον χαρακτηρίζει μια ελαττωμένη αίσθηση φροντίδας του εαυτού του, ένα ανύπαρκτο συναίσθημα αυτοεκτίμησης και μια έλλειψη αισθήματος, ρόλου και ταυτότητας. Επίσης υποστηρίζει ότι τα ναρκωτικά μπορεί να δράσουν σαν υποκατάστατο ενδοπροσωπικών σχέσεων και ότι η υποκουλτούρα του ναρκωτικού παρέχει στο χρήστη ένα αίσθημα διαπροσωπικής ένταξης χωρίς μεγάλη προσωπική προσπάθεια.(Khantzian, 1980).

Ο Hendin ερμηνεύει τη χρήση σαν προσπάθεια ενός ανοργάνωτου εγώ για τον έλεγχο και το χειρισμό επιθετικών ενορμήσεων και γενικότερα συναισθημάτων φορτίσεων ή συγκρούσεων. Κατά τον Hendin η χρήση χασίς συνδέεται κυρίως με ανάγκες συμμόρφωσης και ευχάριστης συμπεριφοράς

προκειμένου να καλυφθεί το άγχος που προκαλείται από την απωθημένη εχθρότητα προς τον ετερόφυλο γονέα, ενώ γενικά μέσα από τη χρήση ουσιών σε αρκετές περιπτώσεις επιδιώκεται η γονεϊκή τιμωρία. (Λιάππας1992).

Οι παραπάνω θεωρίες αναφέρονται στην ψυχαναλυτική θεώρηση του προβλήματος της εξάρτησης. Η ψυχανάλυση αποτελεί την «πρώτη δύναμη» στο τομέα της ψυχοπαθολογίας. Η δεύτερη δύναμη που εμφανίσθηκε αργότερα είναι η Συμπεριφορική θεωρία δίνοντας μια διαφορετική οπτική στην θεωρητική προσέγγιση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων. Όσο αφορά στην έννοια της εξάρτησης η προσέγγιση που την αναλύει εκτενέστερα είναι η Γνωστική – Συμπεριφορική που εισήγαγε ο A. Beck.

1.2. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970 αναπτύχθηκε μια ειδική θεραπεία για την κατάθλιψη που ονομάστηκε γνωστική ψυχοθεραπεία. Ο πρωτοπόρος αυτής της προσέγγισης ήταν ο Αμερικανός Ψυχίατρος Aaron T. Beck, ο οποίος διατύπωσε μια θεωρία για την κατάθλιψη, η οποία επισήμανε τον καταθλιπτικό τρόπο σκέψης του ατόμου και εισήγαγε μια νέα μορφή ψυχοθεραπείας.

Τα τελευταία χρόνια, οι γνωστικές τεχνικές που εισήγαγε ο Beck συγχωνεύτηκαν με τις τεχνικές που είχαν αναπτυχθεί προηγουμένως από τους θεραπευτές της συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα σώμα θεωρίας και κλινικής πρακτικής που ονομάζεται Γνωστική – Συμπεριφορική θεραπεία. Αυτή η μορφή θεραπείας θεωρείται σήμερα πολύ σημαντική στο χώρο της ψυχοθεραπείας για δύο λόγους. Πρώτον υποβλήθηκε σε αυστηρότατο έλεγχο και αποδείχθηκε επιτυχής και δεύτερον είναι πλέον σαφές ότι συγκεκριμένα πρότυπα σκέψης σχετίζονται με μια σειρά ψυχολογικών προβλημάτων και ότι οι θεραπείες που απευθύνονται σ' αυτούς τους τρόπους σκέψης είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές. (Gilbert, 1999)

Η γνωστική θεραπεία βασίζεται στο γνωστικό μοντέλο το οποίο διατυπώνει την υπόθεση ότι τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των ανθρώπων επηρεάζονται από την αντίληψη τους για τα γεγονότα. Επομένως σημασία δεν έχει η κατάσταση καθαυτή στην οποία βρίσκονται οι άνθρωποι, αλλά μάλλον ο τρόπος με τον οποίον ερμηνεύουν ή τη νοηματοδοτούν. Έτσι ο τρόπος με τον οποίο αισθάνονται οι άνθρωποι συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουν και σκέφτονται αναφορικά με μία κατάσταση. Η συναισθηματική τους απάντηση εξαρτάται από την αντίληψη τους για την κατάσταση. (Beck, 2004)

Σημαντική ήταν η προσπάθεια που έκανε ο Beck να εξηγήσει με βάση τη Γνωστική - Συμπεριφορική θεωρία την γέννηση της εξάρτησης. Όπως υποστηρίζει ο ίδιος υπάρχουν μερικές εξηγήσεις για το γιατί οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ναρκωτικά. Η διαδικασία της εξάρτησης μπορεί να γίνει κατανοητή αν σκεφτούμε κάποιους φανερούς λόγους. Ένας βασικός λόγος είναι το γεγονός της ευχαρίστησης. Τα άτομα χρησιμοποιούν την ουσία για να βιώσουν ευχάριστα συναισθήματα και να μοιραστούν την έξαψη και την

συγκίνηση με κάποια παρέα που επίσης την χρησιμοποιεί. Ένας δεύτερος βασικός λόγος είναι η προσδοκία που έχουν τα άτομα ότι θα αυξηθεί η αποδοτικότητα τους και θα εφοδιαστούν με περισσότερη ενέργεια για να αντεπεξέλθουν σε δύσκολες καταστάσεις. (Beck 1993).

Το βασικό ερώτημα που προκύπτει είναι το πώς ένα άτομα φεύγει από την περιστασιακή χρήση και εισέρχεται στη γενικότερη χρήση φτάνοντας να θεωρηθεί εξαρτημένος.

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν ουσίες βιώνουν μια ανακούφιση από το στρες, το άγχος, τη λύπη και τη βαρεμάρα. Σύντομα αυτά τα άτομα αναπτύσσουν την πεποίθηση ότι μπορούν να ξεπεράσουν όλα τα παραπάνω δυσάρεστα συναισθήματα ερχόμενοι σε επαφή με κάποια ουσία. Τα άτομα με δυσμενείς καταστάσεις ζωής είναι πιο πιθανό να γίνουν εξαρτημένοι σε σχέση με αυτούς που έχουν άλλες πηγές ικανοποίησης. (Peel 1985).

Ανάλογες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορούν να δουν τα ναρκωτικά και το αλκοόλ ότι ενισχύουν το ηθικό τους σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ταυτόχρονα, ανακαλύπτουν ότι χρησιμοποιώντας ουσίες μπορούν πιο εύκολα να ενταχθούν σε νέες κοινωνικές ομάδες όπου η μόνη αξίωση τους είναι να είσαι χρήστης.

Το πρόβλημα που παρουσιάζεται στη συνέχεια είναι ότι η ουσία αναλαμβάνει τον έλεγχο του ατόμου. Οι στόχοι, οι αξίες και οι σχέσεις των ατόμων διαμορφώνονται σε σχέση με την χρήση. Δεν μπορούν να χειριστούν τη ζωή τους αποδοτικά, γίνονται αντικείμενα ενός φαύλου κύκλου ανακούφισης και άγχους.

Ο Beck αναφέρει ότι η πρώτη επαφή του ατόμου με την ουσία μπορεί να είναι και τυχαία. Από τα άτομα που έρχονται σε επαφή με ουσίες κάποια θα σταματήσουν και δεν θα έλθουν ξανά σε επαφή, κάποια άλλα θα πειραματιστούν για λίγο χρονικό διάστημα ενώ θα υπάρξουν και άτομα που θα εξαρτηθούν από την ουσία. Σύμφωνα πάντα με το Beck, το ποια άτομα θα εξαρτηθούν τελικά από την ουσία έχει να κάνει με το επίπεδο των βασικών τους πεποιθήσεων. Κατά τον Beck, υπάρχουν δύο συστήματα βασικών πεποιθήσεων. Το πρώτο σύστημα έχει να κάνει με την προσωπική επιβίωση, την κατάκτηση ελευθερίας και την αυτονομία. Η πεποίθηση μπορεί να έχει το εξής περιεχόμενο «Είμαι αβοήθητος, παγιδευμένος απογοητευμένος,

νικημένος, κατώτερος, άχρηστος, αποτυχημένος». Το δεύτερο σύστημα βασικών πεποιθήσεων έχει να κάνει με το περιβάλλον. Το σύστημα αυτό σχετίζεται με την αποδοχή και την αγάπη των άλλων. Η μορφή που θα πάρει η βασική πεποίθηση είναι «δεν είμαι αγαπητός αλλά απορριπτός διαφορετικός, αποκρουστικός, για τους άλλους» (Beck 1993)

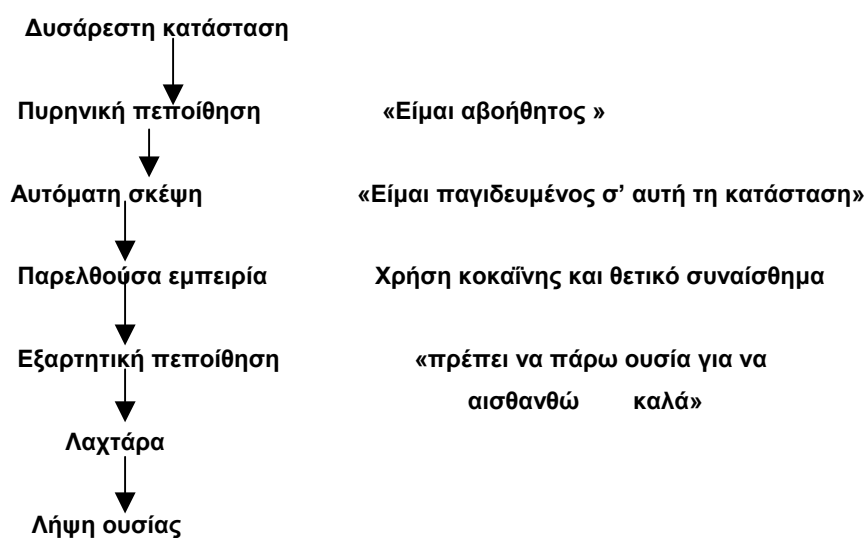
Τα άτομα που έχουν διαμορφώσει τέτοιες πυρηνικές πεποιθήσεις και κάποια στιγμή της ζωής τους έλθουν σε επαφή με την ουσία τότε η πιθανότητα να εξαρτηθούν από αυτή είναι πολύ μεγάλη. Άτομα που θα έρθουν σε επαφή με την ουσία αλλά δεν είναι τόσο δυσλειτουργικές οι βασικές τους πεποιθήσεις, το πιθανότερο είναι να μην εξαρτηθούν από την ουσία για το λόγο ότι έχουν διαμορφώσει διορθωτικούς μηχανισμούς οι οποίοι δεν τους δεσμεύουν τόσο πολύ στο επίπεδο των πεποιθήσεων.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι πυρηνικές αυτές πεποιθήσεις δεν είναι αρκετές, από μόνες τους, για να συμβεί το φαινόμενο της εξάρτησης. Ο μηχανισμός ανάπτυξης της εξάρτησης δεν στηρίζεται στις πυρηνικές πεποιθήσεις αλλά ξεκινάει από αυτές. Οι πυρηνικές πεποιθήσεις με ένα ιδιαίτερο τρόπο ενεργοποιούν ένα δεύτερο σύστημα ενδιάμεσων πεποιθήσεων που ο Beck ονομάζει εξαρτητικές πεποιθήσεις που συνδέονται άμεσα με το φαινόμενο της εξάρτησης καθώς επίσης στηρίζουν άμεσα το μηχανισμό ανάπτυξης τους.

Υπάρχουν κάποια επίπεδα εξαρτητικών πεποιθήσεων που καθορίζουν την εξαρτητική συμπεριφορά. Αρχικά, υπάρχει η γενική πεποίθηση ότι το άτομα είναι παγιδευμένο γιατί δεν είναι αποδεκτό κυρίως από τους ομότιμους. Το επόμενο επίπεδο είναι η πεποίθηση ότι η χρήση είναι τρόπος απόδρασης από το δυσάρεστο περιβάλλον, τη λύπη και το άγχος που του προκαλούν και το τελευταίο επίπεδο είναι ότι χρειάζεται ουσίες για την ανακούφιση από τα δυσάρεστα συναισθήματα. Είπαμε πριν ότι αυτές οι πεποιθήσεις μέσα σε κάποιες καταστάσεις ενεργοποιούν αυτόματες σκέψεις οι οποίες επηρεάζουν το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου. Οι αυτόματες σκέψεις σ' αυτή την περίπτωση έχουν να κάνουν με τη χρήση και όχι με κάποιο άλλο τρόπο αντίδρασης. Αυτό το σύμπλεγμα πεποιθήσεων κάνει το άτομο τρωτό στην εξαρτητική συμπεριφορά, έτσι υποκύπτει σε μια καταναγκαστική πίεση να ανακουφιστεί από το άγχος και τη λύπη με τη χρήση. Το βασικό χαρακτηριστικό μιας μεγάλης αναλογίας της εξαρτητικής

συμπεριφοράς αποτελείται από αυτό τον τύπο των εξαρτητικών πεποιθήσεων. (Beck 1993)

Έτσι το άτομο όταν βιώνει μια δυσάρεστη κατάσταση, συνδέεται με την αρχική πυρηνική πεποίθηση «Είμαι αβοήθητος» συνδυάζεται με την παρελθούσα ικανοποίηση που είχε λάβει από τη λήψη της ουσίας και ενεργοποιεί τη δημιουργία του επιπέδου των εξαρτητικών πεποιθήσεων. Μ' αυτόν τον τρόπο το άτομο φτάνει να βιώνει τη λαχτάρα για χρήση και κατ' επέκταση να έρθει σε επαφή με την ουσία. Σχηματικά το φαινόμενο της εξάρτησης φαίνεται παρακάτω.



Παρά το γεγονός ότι οι πυρηνικές πεποιθήσεις παρουσιάζονται ως βασικές για την έναρξη των εξαρτητικών πεποιθήσεων δεν είναι πάντοτε έτσι. Ο Beck αναφέρει ότι υπάρχει και ένα δεύτερο επίπεδο ενδιάμεσων πεποιθήσεων που ενεργοποιούν τις εξαρτητικές πεποιθήσεις. Αυτό το δεύτερο επίπεδο πεποιθήσεων στηρίζεται ουσιαστικά στις πυρηνικές πεποιθήσεις.

Έτσι αρχικά το άτομο εκφράζει πεποιθήσεις προκαταβολικά, που μπορεί να έχουν τη μορφή «θα είχε πλάκα αν έκανα ξανά κοκαΐνη ...». Αυτές είναι και οι πεποιθήσεις που έρχονται σε επαφή με την προηγούμενη εμπειρία και το ευχάριστο συναίσθημα που είχε το άτομο (anticipatory beliefs). Στη συνέχεια στην περίπτωση που ενεργοποιούνται οι ενοχές, το άτομο χρησιμοποιεί πεποιθήσεις που θα του επιτρέψουν να έρθει σε επαφή με την ουσία. Αυτές μπορεί να έχουν μορφή «μπορώ να χειριστώ την ουσία» (permissive beliefs). Αυτές οι δύο ενδιάμεσες πεποιθήσεις ενεργοποιούν αργότερα το επίπεδο των εξαρτητικών πεποιθήσεων.

Με βάση έρευνες, οι εξαρτημένοι είναι άτομα που κατά πολύ υψηλό ποσοστό εμφανίζουν κατάθλιψη, το οποίο οφείλεται στην παρατεταμένη χρήση της ουσίας. Έτσι εμφανίζονται με ιδιαίτερα καταθλιπτικά στοιχεία και τις περισσότερες φορές τους κατακλύζουν αρνητικές σκέψεις οι οποίες πολύ εύκολα μπορούν να καταλήξουν σε εξαρτητικές πεποιθήσεις. (Dehard, et al, 2003).

Ο Marlatt σε έρευνες που έχει κάνει με εξαρτημένα άτομα περιγράφει 4 γνωστικές διαδικασίες που έχουν σχέση με την εξάρτηση και το γνωστικό μοντέλο:

1. Αυτοαποτελεσματικότητα
2. Προσδοκία
3. Απόδοση αιτιολογίας
4. Διαδικασία λήψης απόφασης

Η αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται στην κρίση κάποιου για τις ικανότητες του να διαπραγματεύεται και να χειρίζεται δύσκολες αποφάσεις. Η προσδοκία έχει να κάνει με το τι περιμένει από την ουσία, η απόδοση αιτιολογίας είναι μια διαδικασία απενεχοποίησης και συνήθως έχει τη μορφή «πολλοί είναι αυτοί που το κάνουν και δεν έχουν πάθει τίποτα» και τέλος φτάνουμε στην λήψη της απόφασης που σύμφωνα με τον Marlatt είναι και η σημαντικότερη γνωστική διαδικασία. (J. Turnbull 2000).

1.3. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Άλλες προσεγγίσεις βασίζονται σε ψυχολογικές θεωρίες και σε θεωρίες προσωπικότητας. Δεν έχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ τους απλά η κάθε μια αξιολογεί διαφορετικά το ρόλο εκάστοντων παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου.

Ο Chein δίνει έμφαση στο βλαπτικό οικογενειακό περιβάλλον που προκαλεί ελλείμματα στην προσωπικότητα του νεαρού χρήστη ουσιών. Ο τυπικός δυνητικός χρήστης έχει μεγαλώσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου λείπει η στοργή και ο σεβασμός και η συνέπεια στις ανταμοιβές και τις τιμωρίες. Έτσι αναπτύσσει τα ακόλουθα ελλείμματα προσωπικότητας:

1. Πανικοβάλλεται και νοιώθει όταν αντιμετωπίζει χρονοβόρες υπευθυνότητες ή απαιτήσεις που προκύπτουν από μακροπρόθεσμες σχέσεις με άλλους.
2. Δεν εμπιστεύεται τους άλλους.
3. Αντιλαμβάνεται ότι οι σχέσεις του με τους άλλους είναι χειριστικές.
4. Νιώθει άχρηστος.
5. Περιμένει να αποτύχει.
6. Έχει φτωχή αναγνώριση του σεξουαλικού του ρόλου.

Τελικά ο χρήστης παίρνει ναρκωτικά για να τα βγάλει πέρα με το συναίσθημα της κενότητας, καθώς αυτά προσφέρουν μια αίσθηση ταυτότητας και κοινωνική ένταξη σε μία χωρίς απαιτήσεις υποκοουλτούρα. Επιπλέον παίρνοντας ναρκωτικά που αποτελούν απειλή για την κοινωνία διαμαρτύρεται και αντιτάσσεται σε αυτή την κοινωνία (Chein 1980).

Ο Ausubel προσθέτει τη σπουδαιότητα της επίδρασης των συνομηλίκων και τη διαθεσιμότητα των ουσιών στον πίνακα των παραγόντων. Ειδικά θεωρεί ότι η χρήση αρχίζει από ένα συνδυασμό παραγόντων προσωπικότητας, άρα χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθυμία για άμεση ικανοποίηση, άγχος κατάθλιψη, επιθετικότητα και παραγόντων του περιβάλλοντος, όπως η διαθεσιμότητα των ουσιών και η επίδραση των φίλων (Ausubel 1960 Βλ. Lettieri, 1985).

Ο Stefenhagen τονίζει το ρόλο των αισθημάτων κατωτερότητας και μιας παραχαϊδεμένης παιδικής ηλικίας. Απεικονίζει το χρήστη ουσιών σαν κάποιον που έχει μεγαλώσει παραχαϊδεμένος, με το νόημα ότι έχει

υπερβολικά συνηθίσει να ικανοποιούν οι άλλοι τις ανάγκες του. Σαν συνέπεια της μεγάλης εξάρτησης από τους άλλους για ένα αίσθημα αυτοεκτίμησης, ο χρήστης επιδεικνύει μια μη αναπτυγμένη φτωχή ιδέα για τον εαυτό του. Τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται για να τα βγάλει πέρα με τα συνεπακόλουθα αισθήματα κατωτερότητας και η συνεχιζόμενη χρήση ουσιών μπορεί να χρησιμεύει για να προστατεύσει το χρήστη από τις ευθύνες της ζωής. Αν και τα ναρκωτικά τον βοηθούν να αποφύγει τα ενδωπροσωπικά προβλήματα όχι λιγότερο, θα προσπαθήσει να στρατολογήσει καινούρια άτομα σε ένα τρόπο ζωής χρήσης ναρκωτικών, σαν ένα μέσο για να αυξήσει το αίσθημα της ασφάλειας και της αποδοχής από τους φίλους (Stefenhagen, 1969 βλ. Lattieri, 1985).

Ο Mirsa επικεντρώνεται στο φόβο της αποτυχίας που διακατέχει τον χρήστη. Ο φόβος αυτός προκύπτει από την ισχυρή ανάγκη για επιτυχία σε μια κοινωνία υψηλής τεχνολογίας. (Mirsa 1978 βλ. Lattieri 1985).

Ο Gold επικεντρώνεται στα αισθήματα αδυναμίας και τις επακόλουθες προσπάθειες για να αλλάξουν ή να ελεγχθούν οι εξωτερικοί παράγοντες στρες. Εν συντομία για το Gold η χρήση ουσιών εμφανίζεται όταν ένα άτομο έχει δυσκολίες στο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές ή τις εσωτερικές απαιτήσεις και προσδοκίες. Η σύγκρουση που προκύπτει, προκαλεί άγχος βασισμένο σε ένα αίσθημα αδυναμίας. Το άτομο πιστεύει ότι δεν μπορεί να μεταβάλει ή να εξαλείψει ή να αποβάλει τις πηγές του στρες. Για να μειώσει το δυσάρεστο άγχος που έχει αναπτυχθεί, το άτομο ίσως επιζητήσει τα ναρκωτικά. (Gold 1970 βλ Lattieri 1985).

Ο Graves σε μια πιο υπαρξιστική τάση, υποστηρίζει ότι τα εξαρτημένα από τα ναρκωτικά άτομα, δεν ξέρουν πως να «παίζουν». Είναι άτομα που έχουν χάσει την επαφή με τον αυθορμητισμό, την δημιουργικότητα, τη χαρά. Επιπλέον, συχνά έχουν σεξουαλική ζωή δυσλειτουργική (δηλαδή, ψυχρότητα ανικανότητα, θυμό). Αυτά τα άτομα ενδιαφέρονται λίγο για οτιδήποτε συνδέεται με τον ισορροπημένο κόσμο, σχεδόν τίποτε δεν φαίνεται να τους συγκινεί. Συχνά εμφανίζονται κουρασμένοι και αδιάφοροι για οτιδήποτε βρίσκεται γύρω τους και δε σχετίζεται άμεσα με τη λήψη των ουσιών. Έχοντας χάσει οι χρήστες ουσιών την επαφή με το φυσιολογικό παιδί μέσα τους, έχουν ταυτόχρονα χάσει και τον αυθορμητισμό, τη δημιουργικότητα και τη χαρά. Έτσι παίρνουν ναρκωτικά για να πετύχουν ένα αίσθημα ευφορίας ή

να οριοθετήσουν τον πόνο και το άγχος που συνοδεύουν έναν άχαρο και θλιβερό τρόπο ζωής. (Αβραμίδης, Α. 1994).

Οι Spotts και Shontz σε μια σχετική άποψη, έχουν μια πολύπλοκη θεωρία που βασίζεται στο ρόλο του τρόπου ζωής. Απεικονίζουν το χρήστη αμφεταμινών σαν άτομο που τυπικά έχει μια δυνατή, πολύ χειριστική μητέρα και ένα παθητικό πατέρα. Με τη σειρά του ο χρήστης προσπαθεί να αρνηθεί τα συναισθήματα αδυναμίας και ανημποριάς, μετατρέποντας τα σε «υπερανδρισμό». Παρόλο που στην πραγματικότητα ίσως να φοβάται τις γυναίκες, περηφανεύεται πολύ εκθέτοντας την σεξουαλική του παλικαριά τη μεγάλη του ανάγκη για επιτεύγματα ακόμα και κάποια επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά και αντιδρά σε κάθε σημάδι αδυναμίας και ανικανότητας. Σε αντίθεση ο πατέρας του χρήστη ναρκωτικών είναι είτε τυραννικός είτε απών και η μητέρα του είναι αδύναμη. Ο ενήλικος χρήστης ναρκωτικών αντιμετωπίζεται σαν τρωτός, απομονωμένος μοναχικός, χωρίς φιλοδοξίες, με τάση μάλλον να αποτραβηχτεί, παρά να κυριαρχήσει στο πρόβλημα της ζωής. Τέλος οι Spotts και Shontz περιγράφουν τους χρήστες βαρβιτουρικών να τους λείπουν οι καλές σχέσεις και με τους δύο γονείς. Ο χρήστης βαρβιτουρικών νιώθει να μην τον αγαπά κανείς και επιθυμεί, με τη χρήση, να ξεφύγει από αυτά τα συναισθήματα θλίψης ματαίωσης και αποτυχίας. (Spotts & Shontz, 1972 βλ. Lattieri 1980).

Ο Winkler ήταν ο πρώτος που πρότεινε ένα εξαρτησιακό μοντέλο για να εξηγήσει την κατάχρηση ναρκωτικών. Ο Winkler συνδυάζει με αξιοσημείωτη συνοχή, επιμέρους επιδράσεις ψυχολογικών κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων που ενισχύουν την χρήση ουσιών και ερμηνεύει την κατάχρηση ουσιών σαν μια συμπεριφορά η οποία αποτελεί προϊόν μαθησιακής (εξαρτησιακής η συντελεστικής) διαδικασίας. Ανάμεσα στους διάφορους «ενισχυτές» της χρήσης ουσιών, συγκαταλέγονται: οι ενδογενείς-φαρμακολογικές επιδράσεις των ουσιών, η παρεμπόδιση (διαμέσου της συνεχιζόμενης χρήσης) της εκδήλωσης στερητικών φαινομένων αποφυγή δυσάρεστων και επιμονών καταστάσεων μέσα από τη χρήση ,η δυνατότητα αυτόχορήγησης των ουσιών αλλά και κοινωνικής υψής «ενισχυτές» όπως για παράδειγμα , η ένταξη σε μια ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα ειδικός τρόπος ζωής ,και η εμπλοκή σε εγκληματικές πράξεις για την προμήθεια ναρκωτικών (Winkler 1980 βλ. Lattieri 1985).

Ο Crowley δίνει μια πιο συστηματοποιημένη παρουσίαση ενός μαθησιακού μοντέλου, όπου η συμπεριφορά της κατάχρησης ναρκωτικών μπορεί να συντηρείται από διαφόρους «ενισχυτές». Η ενίσχυση μπορεί να είναι:

1. Πρωτογενής θετική: έχει να κάνει με συγκεκριμένα ναρκωτικά , που η δράση τους κυρίως μετά από χορήγηση, μπορεί να οδηγήσει σε άμεση ενίσχυση της χρήσης. Ο τρόπος αυτός αναφέρεται σε άτομα που δεν έχουν μάθει να περιμένουν ενίσχυση από το περιβάλλον.
2. Πρωτογενής αρνητική: έχει να κάνει με το σύνδρομο στέρησης και τη δυνατότητα αδιάκοπης ικανοποίησης του μέσω της αυτοχορήγησης.
3. Δευτερογενής θετική: πράγματα και καταστάσεις (ένταξη σε μια υποκοουλτούρα κ.λ.π) μπορούν να αναπτύξουν ιδιότητες δευτερογενούς θετικής ενίσχυσης μέσω σύνδεσης τους με αυτά που αποκομίζει κάποιος από τους πρωτογενούς ενισχυτές. Αυτοί μπορεί είτε να συσχετίζονται με τις φαρμακολογικές ιδιότητες της ουσίας, είτε όχι.
4. Δευτερογενής αρνητική : η αναζήτηση της χρήσης γίνεται μέσω ενός εξαρτημένου (παβλοβιανού - όχι γνησίου φαρμακολογικού) συνδρόμου στέρησης (Crowley,1972 βλ. Λιάππας 1992).

Οι παραπάνω θεωρίες αναφέρονται περισσότερο στους ατομικούς παράγοντες που οδηγούν στη δημιουργία της εξάρτησης. Όπως είπαμε το φαινόμενο της εξάρτησης είναι πολυπαραγοντικό και πολυαιτιακό και σίγουρα θα ήταν λάθος να μην αναφέρουμε και την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων και του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο διαμορφώνεται το φαινόμενο της εξάρτησης.

1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Σε αυτή την ομάδα θεωριών δίνεται έμφαση είτε στον σπουδαίο ρολό που παίζει η κουλτούρα των συνομηλίκων και των ναρκωτικών είτε στην συνθέτη επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων και των κοινωνιολογικών η περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Ο Van Dijk συγκεκριμένα, σε ένα πολύ λεπτομερώς περιγραφόμενο σκελετό, απεικονίζει την αιτιολογία της χρήσης ουσιών από την άποψη των φαρμακολογικών ενεργειών, των προσωπικών παραγόντων, των κοινωνικών αξιών και εννοιών και των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Ωστόσο ο Van Dijk λέει ότι σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, τα ναρκωτικά παίρνονται για τις επιθυμητές φαρμακολογικές τους ενέργειες, η για την αλλαγή στην κατάσταση της διάθεσης. Εξηγώντας την συνέχιση της χρήσης ουσιών δείχνει τέσσερις φαύλους κύκλους στην πρόοδο της φαρμακευτικής εξάρτησης:

- φαρμακολογικός κύκλος.
- Ο κύκλος του «εγώ».
- Ο κύκλος των κοινωνικών επιδράσεων.
- Ο ψυχικός κύκλος.

Οι κύκλοι αυτοί είναι φαύλοι, γιατί έτσι και μπεις σε έναν από αυτούς ,είναι πολύ δύσκολο να βγεις. Με λίγα λόγια, τα ναρκωτικά λαμβάνονται για την επίδραση τους στην διάθεση . Οι προσωπικοί παράγοντες που συντελούν στην χρήση ναρκωτικών, είναι η ανάγκη να ανακουφιστεί η ένταση και η ανησυχία ,η έλλειψη θετικών τροπών να τα βγάλεις πέρα με τέτοια αισθήματα ,η ψυχική και η σωματική ασθένεια. Οι κοινωνικοί παράγοντες για την χρήση περιλαμβάνουν παράγοντες όπως την κουλτούρα η την υποκουλτούρα της αποδοχής του ναρκωτικού και την συμβολική σημασία της χρήσης ναρκωτικών (Van Dijk 1974 βλ. Lettieri,1980)

Ο Stanton εστιάζει στους παράγοντες εξάρτησης της οικογένειας. Στην οικογένεια, ο ένας γονέας έχει μια έντονα συναισθηματική σχέση με τον χρήστη, ενώ ο άλλος είναι για τον χρήστη τιμωρικός η απών. Συνήθως ο προστατευτικός γονέας είναι του αντιθέτου φίλου. Για τον Stanton οι χρηστές όχι μονό εξαρτώνται πολύ από την οικογένεια τους –φοβούμενοι τον χωρισμό

από αυτή την οικογένεια– αλλά και το αντίστροφο, η οικογένεια από αυτούς. (Stanton et al, 1982)

Η είσοδος στην εφηβεία θέτει τον κίνδυνο απομάκρυνσης του παιδιού από την οικογένεια και αυτό δημιουργεί πανικό στους γονείς, ιδιαίτερα στο γονέα που έχει «εμπλακεί» (συναισθηματικά με τον έφηβο). Η λύση των ναρκωτικών είναι μια παράδοξη λύση στο δίλημμα του εφήβου να μείνει η να φύγει από την οικογένεια. Η χρήση ναρκωτικών από το παιδί αποτελεί λόγο σύνδεσης της οικογένειας. Καθώς ο χρηστής αρχίζει και πετυχαίνει –είτε σε μια δουλειά, είτε σε ένα πρόγραμμα θεραπείας- αυξάνει τον διαχωρισμό του από την οικογένεια. Τότε, αναπόφευκτα, μια κρίση αναπτύσσεται μέσα από την οικογένεια που οδηγεί τον χρηστή στο σημείο, να επανέλθει στην αποτυχημένη συμπεριφορά του. Τότε εξαφανίζεται το πρόβλημα της οικογένειας. Σε αυτή την αλληλένδετη πορεία, η αποτυχία του χρηστή προσφέρεται σαν μέσο να διατηρηθεί η ενότητα της οικογένειας. (Stanton, et al, 1982)

Ο Hill προτιμά να δίνει την μεγαλύτερη σημασία στους προσανατολισμούς της οικογενειακής ανεξαρτησίας και ικανοποίησης . Υποστηρίζει ότι η οικογενειακή κατάσταση του τοξικομανή, τον εμποδίζει να αναπτύξει την ανεξαρτησία του και την ικανότητα του να αναβάλει την ικανοποίηση. Όταν προσφέρεται η δυνατότητα της ευφορίας και της άμεσης ικανοποίησης που προκύπτει από την χρήση ναρκωτικών, αυτό το άτομο είναι ιδιαίτερα επιρρεπές στην κατάχρηση (Hill,1980 βλ. Lettieri,1985).

Η Kandel από μια διαφορετική προοπτική, με την εκτεταμένη της δουλειά, έχει αποδείξει ότι υπάρχουν σχετικά σταθερά στάδια, τα οποία περνούν οι χρηστές, αρχίζοντας με τα τσιγάρα και τα αλκοόλ, αργότερα περνούν στη μαριχουάνα, μετά στα διεγερτικά, στα ηρεμιστικά αργότερα στα ψυχεδελικά και τελικά στην ηρωίνη. Έτσι η οπτική της Kandel είναι εξελικτική , με την έννοια ότι τα στάδια χρήσης αυξανόμενης επικινδυνότητας ουσιών εξαρτώνται από την ηλικία και η πρόοδος μετάβασης σε ένα υψηλότερου κινδύνου ναρκωτικό εξαρτάται από την ένταση της χρήσης της προηγούμενης ουσίας. Έτσι η χρήση μιας ουσίας λειτουργεί ως μεταβατικό στάδιο που οδηγεί στη χρήση μια επόμενης ουσίας και όχι ως μια μόνιμη κατάσταση. (Kandel,et. al. 1997.).

Οι Jessor και Jessor παρουσίασαν ένα μοντέλο το οποίο τοποθετεί την χρήση ναρκωτικών σ' ένα γενικό πλαίσιο που περιλαμβάνει και άλλες προβληματικές συμπεριφορές, όπως είναι η πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, η εγκληματικότητα κ.τ.λ. (προβληματικές συμπεριφορές θεωρήθηκαν εκείνες που δεν αρμόζουν στην εκάστοτε ηλικία ή εκείνες που δεν εγκρίνονται από την κοινωνία). Οι Jossers προτείνουν ότι στην ανάπτυξη προβληματικής συμπεριφορά επιδρούν, τόσο περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, όσο και παράγοντες ατομικής διαφοράς. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομήθηκαν σε δυο κυρία συστήματα: το σύστημα της προσωπικότητας (έχει να κάνει με τους στόχους και τις προσδοκίες και το νοητικό και ατομικό έλεγχο στην ανάπτυξη προβληματικής συμπεριφοράς) και το σύστημα του αντιλαμβανόμενου περιβάλλοντος (έχει να κάνει με την αποδοχή, τον έλεγχο και την επιδοκιμασία της προβληματικής συμπεριφοράς από τους γονείς και τους φίλους) (Jess & Jess 1977 βλ. Lettieri, 1985).

Οι Huba et al, έχουν περιγράψει λεπτομερώς ένα πλαίσιο μιας διαδραστικής θεωρίας, όπου η χρήση ναρκωτικών προκύπτει από τη συνεργασία ενός αριθμού μεταβλητών, όπως η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το οικείο σύστημα υποστήριξης (οικογένεια, φίλοι) και το συμπεριφεριολογικό σύστημα πίεσης, δηλ. την κοινωνική επιθυμητότητα ορισμένων συμπεριφορών. Σύμφωνα με τους Huba et al, η μύηση στην χρήση ναρκωτικών, είναι παράγωγο της αυτόαντιλαμβανόμενης πίεσης που προκύπτει από το οικείο σύστημα υποστήριξης. Το οικείο σύστημα υποστήριξης παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο να οδηγεί ένα άτομο προς τη χρήση ναρκωτικών μέσω των αξιών των συνομήλικων, μοντέλων και «ενισχυτών» και μέσω της ανεπαρκούς υποστήριξης άλλων υγιών συμπεριφορών και στόχων που μπορούν να αναχαιτίσουν την χρήση ναρκωτικών (Huba et al..1980 βλ. Λιάππας 1991).

Ο Winick, από το άλλο άκρο του κοινωνικού συνεχούς, ισχυρίζεται ότι μια θεωρία χρήσης-κατάχρησης ναρκωτικών θα έπρεπε να εξηγεί την διαφορετική επίπτωση της εξάρτησης από το ναρκωτικό, χωρίς να στηρίζεται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η οποία αντανάκλα την χρήση ναρκωτικών, παρά συμβάλει στην αιτιολογία της. Υιοθετεί (μια θεωρία με τρία σκέλη, στην οποία η υποψία για εξάρτηση, από ουσίες θα είναι υψηλή σε εκείνες τις ομάδες όπου υπάρχει:

- Πρόσβαση σε εξαρτησιογόνες ουσίες.
- Απαλλαγή από ταμπού κατά την χρήση τους.
- Μπέρδεμα η και απουσία ρόλων. (Winick 1980 βλ. Lettieri,1985).

Ο Akers, στηριζόμενος στις αρχές της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης και στη θεωρία της συντελεστικής μάθησης, υποστηρίζει ότι η μίμηση είναι το σημαντικότερο γεγονός στην ενθάρρυνση της αρχικής δοκιμής ναρκωτικού, ενώ η τακτική χρήση είναι αποτέλεσμα της «ενίσχυσης» της ίδιας της ουσίας, της έκθεσης σε μοντέλα χρήσης παρανόμων ουσιών και της μη παρεμπόδισης της χρήσης σαν αποτέλεσμα αρνητικών συνεπειών ή τιμωριών από τους συνομήλικους, τους γονείς και την κοινωνία (Akers et. al,1979).

Ο Kaplan θεωρεί τις παρεκκλίνουσες συμπεριφορές, (περιλαμβάνει σε αυτές και τη χρήση ναρκωτικών), σαν εναλλακτικούς τρόπους για την επίτευξη αυτοεκτίμησης και την αποφυγή δυσάρεστων εμπειριών αυτό-υποτίμησης. Η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς λήψης ναρκωτικών σύμφωνα με το Kaplan είναι αποτέλεσμα της ατομικής ιστορίας της εμπειρίας, της έκθεσης στις ουσίες, της διαθεσιμότητας των ουσιών και της ευκαιρίας για δοκιμή (Kaplan 1982).

Ο Zinberg στη θεωρία του για τον κοινωνικό έλεγχο στη χρήση ουσιών, υποστηρίζει ότι η χρήση ελέγχεται περισσότερο από τις κοινωνικές κυρώσεις, τις κοινά αποδεκτές γνώσεις και τους ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες και όχι από την διαθεσιμότητα των ναρκωτικών, την προσωπικότητα η το οικογενειακό υπόβαθρο του ατόμου (Zinberg 1980, βλ. Lettieri,1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Όπως αναλύει ο Λιάππας οποιαδήποτε προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης πρέπει να είναι πολυπαραγοντική και να συμπεριλαμβάνει δεδομένα από ποικίλους τομείς, σε πολλά επίπεδα. Η φύση του πολύπλοκου αυτού φαινομένου μπορεί να γίνει κατανοητή περισσότερο με τη σύγκλιση παρά με την απόκλιση των διαφόρων απόψεων, που ερμηνεύουν την μακροχρόνια δυναμική σχέση ανάμεσα στο χρήστη, την ουσία και το περιβάλλον. Ποικίλες εσωτερικές διαπροσωπικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις φαίνεται ότι καθορίζουν την πορεία και την εξέλιξη του φαινομένου (Λιαππας 1992).

Ενώ όπως είδαμε, αρχικά οι προσπάθειες για την απεξάρτηση και την αποκατάσταση της υγείας του εξαρτημένου βασίστηκαν στην προσπάθεια του ίδιου του ατόμου, με συγκεκριμένη υποστήριξη, παρατηρήθηκε ότι μετά από επιτυχή απεξάρτηση, όταν ο εξαρτημένος επέστρεφε στο οικογενειακό περιβάλλον γινόταν πολύ γρήγορα υποτροπή. Έτσι οι θεραπευτικές προσπάθειες άρχισαν να δίνουν έμφαση στο ρόλο της οικογένειας, της προσωπικότητας, των κοινωνικών πολιτιστικών επιδράσεων.

Κανείς δεν γίνεται τυχαία τοξικομανής, ακόμα και όταν οι περιστάσεις με τις οποίες συνδέεται η χρήση, δίνουν την εντύπωση του τυχαίου. Η επιλογή αυτού του τρόπου ζωής γίνεται πάντα για κάποιους λόγους, συνυφασμένους τόσο με την ατομική ψυχοπαθολογία όσο και με το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. (Μάτσα 2001).

Όπως αναφέρουν η Madanes et al, για τους χρήστες ουσιών, σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, η εξάρτηση από ουσίες όσο και άλλα προβλήματα αφορά το άτομο όχι ως απομονωμένη μονάδα αλλά ως μέρος μιας ζωντανής ομάδας ενός λειτουργικού συστήματος της οικογένειας. (Madanes et al, 1980).

Ο Minuchin υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη οικογένεια είναι ένα κοινωνικό σύστημα που λειτουργεί διαμέσου σχημάτων αλληλεπίδρασης, που εγκαθιδρύουν σχέσεις επικοινωνίας και δίνουν τη δυνατότητα επιτέλεσης των αναγκών για την ύπαρξη της λειτουργιών (Minuchin 2000). Ως σύστημα

ορίζεται το όλον που συναποτελούν ολότητες, που είναι αλληλοεξαρτόμενες και σε συναλλαγή δηλαδή αμοιβαία ταυτόχρονη αλλαγή (Βασιλείου 1982 βλ. Κατάκη 1996). Η τοξικομανία λοιπόν του μέλους της οικογένειας εμφανίζεται σε κάποια στιγμή ως σύμπτωμα της δυσλειτουργίας ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. (Minuchin 2000).

Οι Selekman και Todd αναφέρουν ότι η οικογένεια του τοξικομανή φαίνεται να συγκεντρώνει ορισμένα χαρακτηριστικά γνώρισμα που τη διαφοροποιούν από άλλες οικογένειες. Αυτό βεβαίως που σημειώνουν είναι ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένος τύπος οικογένειας αλλά υπάρχει συγκεκριμένος τύπος σχέσεων μέσα στην οικογένεια. Οι σχέσεις είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα που διαφοροποιεί την οικογένεια του χρήστη, από άλλες που επίσης δυσλειτουργούν και φαίνεται να λειτουργούν με τέτοιο τρόπο τόσο στην εγκατάσταση όσο και στην συντήρηση της εξάρτησης χωρίς φυσικά να μπορούμε να μιλήσουμε με βεβαιότητα για μια αιτιακή σχέση μεταξύ τους. (Selekman & Todd, 1990).

Στην οικογένεια αυτή, οι γονείς αρνούνται επί μεγάλο χρονικό διάστημα παρά την πληθώρα των σχετικών ενδείξεων, να δουν και να παραδεχθούν ανοικτά την τοξικομανία του παιδιού τους. Αυτή η κατάσταση όμως είναι που τους κρατά μαζί, που εξασφαλίζει την ενότητα της οικογένειας. Το σύμπτωμα - ναρκωτικά- επιτελεί μια ορισμένη λειτουργία, που χρειάζεται το σύστημα της οικογένειας. Το σύμπτωμα γίνεται μια γλώσσα, ένας τρόπος επικοινωνίας. (Selekman & Todd, 1990).

Η Μάτσα υποστηρίζει ότι, ο χρήστης παίρνει το μήνυμα να εκφράσει αυτό που υπάρχει μέσα στην οικογένεια, αυτό που δεν μπορούν να εκφράσουν όλοι οι άλλοι. Η τοξικοεξάρτηση σαν τυραννική ανάγκη επιτυγχάνει να επιφέρει την κάθαρση των σχέσεων και την εξιλέωση λόγω των μύθων της οικογένειας. (Μάτσα, Εισήγηση 2005).

Οι οικογένειες των εξαρτημένων έχουν ισχυρούς οικογενειακούς μύθους. Ο οικογενειακός μύθος εκφράζει τις μοιρασμένες, από κοινού συμφωνίες που αφορούν ταυτόχρονα τα μέλη της οικογένειας και τις σχέσεις τους. Αυτές οι συμφωνίες πρέπει να γίνουν δεκτές εκ των προτέρων παρά τις εμφανείς παραποιήσεις τους. Ο οικογενειακός μύθος προκαθορίζει τους ρόλους και τις αρμοδιότητες των μελών της οικογένειας στις αμοιβαίες συναλλαγές τους. Αν και οι ρόλοι αυτοί και οι αρμοδιότητες είναι ψεύτικοι και

ουτοπικοί, γίνονται δεκτοί από τον καθένα σαν κάτι το ιερό, ένα είδος ταμπού που ακόμα δεν μπορεί να ελέγξει και ακόμα λιγότερο να παραβιάσει. Το άτομο, ειδικά αυτό που υποφέρει περισσότερο από το μύθο, θα αντιταχθεί με όλες του τις δυνάμεις σ' αυτήν την αλήθεια. Έτσι, με το να αρνηθεί ακόμα και να αναγνωρίσει την ύπαρξη αυτής της αλήθειας, θα κάνει ό,τι μπορεί για να διατηρήσει άθικτο τον οικογενειακό μύθο και αυτό γιατί ο μύθος εξηγεί τις συμπεριφορές των ατόμων της οικογένειας αλλά κρύβει ταυτόχρονα και τις αιτίες. (Ferreira 1982).

Στην περίπτωση λοιπόν που ο χρήστης έφευγε από την οικογένεια με ένα υγιή τρόπο, διεκδικώντας την έξοδο του από τον οικογενειακό μύθο αυτό θα σήμαινε καταστροφή του μύθου. Με το να αυτοχαρακτηριστεί όμως «άρρωστος» και η οικογένεια να τον δεχθεί ως τέτοιο μετατρέπεται σε εξιλαστήριο θύμα καθώς και σε αποδιοπομπαίο τράγο. Με αυτό τον τρόπο η οικογένεια συσπειρώνεται και γίνεται ακόμα περισσότερο άκαμπτο και κλειστό σύστημα. Η οικογένεια υιοθετεί ανεπιφύλακτα αυτό που ο Young ονομάζει μηχανισμό διεύρυνσης του συμπτώματος. Σύμφωνα με τον Young το κοινωνικό σύνολο πυροδοτεί στο εξαρτημένο άτομο την τάση να μπει στον ρόλο του ασθενούς και την επακόλουθη αποποίηση της ευθύνης που αυτός έχει. Ο τοξικοεξαρτημένος δέχεται παθητικά, από την κυρίαρχη κουλτούρα, το ρόλο του ασθενούς. Όπως υποστηρίζει ο Ferreira η παθητικότητα του εξαρτημένου είναι ψεύτικη, επειδή αυτός ο ρόλος επιλέγεται κατά κάποιο τρόπο από τον εξαρτημένο για τα πλεονεκτήματά του και όχι γιατί είναι ένα πεπρωμένο βλαβερό μεν αλλά αναπόφευκτο. Το πιο συγκλονιστικό όμως στοιχείο αυτού του ρόλου είναι ότι πρόκειται για μύθο που τροφοδοτείται από τις ελπίδες και τις επιβεβαιώσεις της κοινωνίας και τείνει να γίνει μια πραγματικότητα από την οποία ο τοξικοεξαρτημένος είναι ολοένα και πιο δύσκολο να απελευθερωθεί. (Ferreira 1982).

Πέρα από τον ενδοοικογενειακό μύθο της οικογένειας ο Latimer υποστηρίζει ότι υπάρχουν και οι σχέσεις. Σ' αυτή τη περίπτωση έχουμε την ουσία να οργανώνει τις σχέσεις, η ίδια η οικογένεια οργανώνεται με βάση την ουσία. Εμφανίζεται ένα μοντέλο σχέσεων που εγκαθιδρύεται και αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας. Η ίδια η ουσία γίνεται μέλος της οικογένειας και καθορίζει τη ζωή της, αποτελεί ένα δεκανίκι που στηρίζει το άτομο αλλά και την οικογένεια. (Latimer 2003).

Είναι λοιπόν καίριος ο ρόλος αυτού του συμπτώματος για την ομοιόσταση της οικογένειας, για την λειτουργία δηλαδή των μηχανισμών αντίστασης σε κάθε αλλαγή, σε κάθε μετακίνηση από ένα προκαθορισμένο επίπεδο σταθερότητας – έστω και κακής ποιότητας- του οικογενειακού συστήματος. (Latimer 2003).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν υποστηριχθεί απόψεις που υπογραμμίζουν το ρόλο της οικογένειας στη γέννηση, τη συντήρηση αλλά και στη θεραπεία της τοξικομανίας (Glynn, 1988).

Μέσα απ' αυτήν την οπτική η τοξικομανία θεωρείται λειτουργική για το άτομο και την οικογένεια, αφού μέσα απ' αυτήν εξυπηρετείται μια σταθεροποιητική λειτουργία, εξασφαλίζεται η ομοιόσταση του συστήματος. (Stanton, 1982).

Ο Kaufman αναφέρει ότι η εθνικότητα είναι ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης της οικογένειας και ότι υπάρχουν διαφορές στους τοξικομανείς και στις οικογένειες τους που σχετίζονται άμεσα με την εθνικότητα. Επίσης αναφέρει ότι η Ελληνικές οικογένειες χαρακτηρίζονται ως οικογένειες με εμπλεγμένες σχέσεις όπως αυτές των Ιταλών και των Εβραίων (Kaufman 1985).

Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις έρευνες των τελευταίων ετών, για τις οικογένειες των τοξικομανών, αναφέρονται σε δύο σημαντικά στοιχεία. Το πρώτο είναι ότι η οικογένεια του χρήστη έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και το δεύτερο ότι η οικογένεια των ατόμων αυτών έχουν συγκεκριμένη δομή.

2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ

Τα χαρακτηριστικά των οικογενειών των εξαρτημένων απασχόλησαν τους μελετητές της οικογενειακή θεραπείας θέλοντας να βγάλουν συμπεράσματα για τον καλύτερο τρόπο παρέμβασης.

Σε έρευνα που έκανε ο Kosten σε ομάδα εξαρτημένων ανδρών από οπιούχα βρέθηκε ότι οι εξαρτημένοι διαφέρουν από το φυσιολογικό πληθυσμό στον τρόπο που βλέπουν το οικογενειακό περιβάλλον. Τόσο οι εξαρτημένοι όσο και οι μητέρες τους θεωρούν χαμηλό το επίπεδο της ενδοοικογενειακής σύγκρουσης και θεωρούν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις φυσιολογικές. Η παρατήρηση όμως των επιστημών δείχνει ότι πρόκειται για οικογένειες με συχνούς καυγάδες και συγκρούσεις. Επίσης με βάση την έρευνα οι εξαρτημένοι θεωρούν ότι η οικογένεια τους δεν τους προετοίμασε αρκετά ώστε να μπορέσουν να αναλάβουν κοινωνικούς ρόλους και να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες.(Kosten, 1984).

Οι Alexander et al μελέτησαν οικογένειες εξαρτημένων από πρόγραμμα μεθαδόνης. Οι ερευνητές θεωρούν ότι οι οικογένειες των εξαρτημένων παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά:

1. οι γονείς μπορούν να αντιμετωπίζουν τις απαιτήσεις της πραγματικότητας με μεγαλύτερη επιτυχία από τους εξαρτημένους.
2. οι σχέσεις γονέων – τοξικομανών είναι εξωτερικά στενές, όμως απουσιάζει η επικοινωνία. Λίγοι είναι που διατηρούν στενές σχέσεις με τους γονείς τους.
3. ο πατέρας έχει την τάση να επιβάλλεται στη μητέρα.
4. ο εξαρτημένος έχει μια εξαιρετικά μεγάλη τάση συναισθηματικής εμπλοκής με τον ένα ή και τους δύο γονείς.
5. απουσιάζει η γονεϊκή στήριξη της κίνησης του εξαρτημένου να αναλάβει τις ευθύνες του ως ενήλικος.
6. μέσα στην οικογένεια όλα τα μέλη πιστεύουν ότι ο τοξικομανής είναι αποτυχημένος. (Alexander et.al.1990 βλ. Liddle,1999)

Οι Coleman et. al. μελέτησαν μια ομάδα τοξικομανών από πρόγραμμα μεθαδόνης σε σύγκριση με ομάδα ψυχιατρικών ασθενών και φοιτητών χωρίς ιστορικό χρήσης ουσιών. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι στις οικογένειες των τοξικομανών υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων, απωλειών

αγαπημένων προσώπων, αποχωρισμοί. Οι οικογένειες αυτές αισθάνονται αβοήθητες, τους λείπει ο στόχος και το νόημα της ζωής. Φαίνεται να είναι οικογένειες με συγκεκριμένο σύστημα αξιών. Δίνουν μεγάλη σημασία στο χρήμα, το γάμο και την οικογενειακή ζωή. Είναι πολύ δεμένοι με την οικογένεια και αυτοί οι δεσμοί συνδέονται με έντονο άγχος. (Coleman 1989, βλ. Liddle,1999)

Οι Κοκκέβη και Στεφανής μελέτησαν τρεις ομάδες του πληθυσμού (φυλακισμένους τοξικομανείς, φυλακισμένους μη τοξικομανείς και άτομα από το γενικό πληθυσμό). Αρχικά βρήκαν ότι οι φυλακισμένοι τοξικομανείς έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό στην οικογένεια τους χωρισμούς γονέων, παραγμένη ατμόσφαιρα και ψυχοπαθολογία των γονέων. Ο ρόλος της μητέρας είναι κρίσιμος και καθορίζεται βασικά από τους ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς και την υπερπροστατευτική συμπεριφορά της απέναντι στο γυιό της. Ο πατέρας του τοξικομανή πιο απόμακρος συναισθηματικά αλλά λιγότερο απορριπτικός απέναντι του απ' ό,τι ο πατέρας στο δείγμα του γενικού πληθυσμού. Οι ίδιοι οι εξαρτημένοι θεωρούν και τους δύο γονείς απορριπτικούς και τη μητέρα λιγότερο ζεστή. (Kokkevi, Stefanis, 1988) .

Οι Stanton et. al. μελέτησαν μια ομάδα εξαρτημένων. Οι εξαρτημένοι με τις οικογένειες τους έκαναν θεραπεία οικογένειας. Οι ερευνητές διαπιστώνουν ότι η εξάρτηση που αφορά ολόκληρη την οικογένεια αποτελεί την παράδοξη λύση, που επιτρέπει την ψευδοεξατομίκευση του εξαρτημένου, την προκλητική βιτρίνα της δήθεν ανεξαρτησίας του, ενώ ταυτόχρονα κρατά ολόκληρη την οικογένεια δεμένη. Μέσα στην οικογένεια παρατηρείται έντονη σύγκρουση που εκφράζεται άμεσα. Ταυτόχρονα γίνονται φανερές δυαδικές συμμαχίες. Ιδιαίτερα αναπτύσσει έντονους συμβιωτικούς δεσμούς με το παιδί που θα στραφεί στις ουσίες, σχέσεις που διατηρούνται και στην ενήλικη ζωή του. (Stanton et al,1982).

Σ' αυτή την οικογένεια επισυμβαίνουν πολλοί πρόωροι, απροσδόκητοι θάνατοι γονέων ή προσώπων με εξέχουσα σημασία στη ζωή του εξαρτημένου συχνά κατά την αρχή της εφηβείας του. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά η έναρξη της χρήσης συνδέεται άμεσα με το θάνατο του ενός γονέα ή του συντρόφου. Οι ερευνητές προτείνουν να θεωρηθεί η τοξικομανία ως μέρος μια κυκλικής διεργασίας, που περιλαμβάνει τρία άτομα τουλάχιστον τα οποία αποτελούν ένα στενά αλληλοεξαρτώμενο σύστημα. (Stanton et al,1982).

Σε έρευνα που έκαναν οι Eldred et. al. διαπιστώθηκε ότι οι τοξικομανείς περιγράφουν την πατρική μορφή ως αδύναμη ή απύσχα και τη μητρική ως κυριαρχική και παθολογική. Είχαν μια στάση θετική προς τη μητέρα και αρνητική προς τον πατέρα. Η κατάσταση μέσα στην οικογένεια χαρακτηρίζεται κύρια από το γεγονός ότι η μητέρα υποτιμά συνήθως το γυιό, που τον παρομοιάζει με τον πατέρα, απ' το ότι ο γυιός παρουσιάζει μια ασυνήθιστη δυσκολία να ανεξαρτητοποιηθεί από τη μητέρα και από το ότι επιλέγει συνήθως ως σύζυγο ένα επίσης παρεκκλίνον άτομο, το οποίο, όπως και η μητέρα του, συντηρεί με κάθε τρόπο την τοξικομανία του. (Eldred et.al, 1989 βλ. Repetti et al,2002)

Οι Kaufman and Kaufman, μελετώντας επί πολλά χρόνια οικογένειες εξαρτημένων, που βρίσκονταν σε θεραπευτική κοινότητα παρατήρησαν ότι οι οικογένειες των τοξικομανών έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

- ο τοξικομανής είναι ο φορέας του συμπτώματος της δυσλειτουργίας όλης της οικογένειας
- ο εξαρτημένος βοηθά να διατηρηθεί η ομοιόσταση του συστήματος
- είναι κοινή σε όλους η κατάχρηση από τους γονείς ναρκωτικών και αλκοόλ που μεταβιβάζεται άμεσα στον εξαρτημένο ή έχει σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή κηδεμονία του.
- Ο εξαρτημένος σχηματίζει διαγενεαλογικές συμμαχίες που χωρίζουν τους γονείς μεταξύ τους.
- Τα όρια ανάμεσα στις γενιές είναι διαπερατά, υπάρχει συχνά ανταγωνισμός ανάμεσα στους γονείς. Συχνή η κρίση που δημιουργείται από την εξάρτηση του μέλους της είναι ο μόνος τρόπος για να βρεθεί η οικογένεια μαζί και να προσπαθήσει να λύσει το πρόβλημα ή είναι η μόνη ευκαιρία για αυτή την οικογένεια να βιώσει συναισθήματα.
- Ο εξαρτημένος ενισχύει τη γονεϊκή ανάγκη να το ελέγχει και να εξακολουθεί να το κηδεμονεύει, ενώ ταυτόχρονα βρίσκει ότι μια τέτοια κηδεμονία είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του (Kaufman, 1980)

Ο Reilly επίσης περιγράφει τα πιο κοινά χαρακτηριστικά των οικογενειών των εξαρτημένων.

- Αρνητισμός . η οικογενειακή ζωή περιγράφεται από τα μέλη της οικογένειας ως ανιαρή, χωρίς ζωή και στεγνή. Η επικοινωνία πραγματοποιείται πρωταρχικά με αρνητικούς τρόπους με την κριτική το παράπονο και τις παρατηρήσεις. Το ενδιαφέρον της οικογένειας επικεντρώνεται στις κακές συναναστροφές.
- Γονεϊκή ασυμφωνία. Τα παιδιά παίρνουν διπλά μηνύματα για το σωστό και το λάθος, το αποδεκτό και το απαράδεκτο. Οι γονείς είναι ανίκανοι να θέσουν ξεκάθαρους κανόνες και όρια που καθορίζουν τη συμπεριφορά των παιδιών
- Γονεϊκή άρνηση. Οι γονείς αρνούνται να δεχθούν ότι παιδί τους παίρνει ναρκωτικά, ακόμα και αν αυτό κάνει προσπάθειες με διαφορετικούς τρόπους να το δείξει.
- Γονεϊκή συμπεριφορά μέσα από παρατηρήσεις και μίμηση. Η στάση τους απέναντι στα ναρκωτικά είναι αμφιθυμική. Έτσι φαίνεται να παίρνουν και αυτοί ικανοποίηση όταν το παιδί τους κάνει χρήση.
- Δυσβάσταχτη έκφραση του θυμού. Η οικογένεια έχει μεγάλη δυσκολία να εκφράσει συναισθήματα. Όλοι αισθάνονται στερημένοι από αγάπη, στοργή, ενδιαφέρον και αυτή η κατάσταση συναισθηματικής αποστέρησης δημιουργεί μια τρομακτική αίσθηση θυμού, που δεν εκφράζεται ανοιχτά.
- Αυτοθεραπεία. Τα μέλη της οικογένειας καταφεύγουν στον καφέ, στο αλκοόλ, το τσιγάρο, τις ψυχοτρόπες ουσίες μόλις βρεθούν μπροστά σε κάποιες δυσκολίες.
- Παθολόγες γονεϊκές προσδοκίες. Σ' αυτές τις οικογένειες οι γονείς έχουν εξαιρετικά μη – ρεαλιστικές προσδοκίες για τα παιδιά τους.
- Πένθος. Οι οικογένειες αυτές βασανίζονται από ένα πένθος που δεν έχει επιτελεσθεί για ένα αγαπημένο πρόσωπο που χάθηκε συνήθως πρόωρα και απροσδόκητα.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις το σύμπτωμα της χρήσης χρησιμεύει για να αποσπάσει την προσοχή των γονιών από τα προσωπικά ή τα συζυγικά τους

προβλήματα και για να μικρύνει τη συναισθηματική απόσταση ανάμεσα τους. (Reilly , 1987 βλ. Repetti et al, 2002).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της οικογένειας του τοξικομανή, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, έχουν να κάνουν με μικρότερη συνοχή και ευελιξία, λιγότερα ενδιαφέροντα, μικρότερη συμμετοχή σε πνευματικές, πολιτιστικές δραστηριότητες, μεγαλύτερη σύγκρουση, μεγαλύτερο αριθμό στρεσογόνων καταστάσεων, αρνητικοί τρόποι επικοινωνίας των μελών της (κριτική, μομφή, παράπονο, παρατηρήσεις).

Η ιεραρχία μέσα στην οικογένεια έχει συνήθως ανατραπεί. Γίνονται συμμαχίες τόσο ανάμεσα στον τοξικομανή και τον γονέα όσο και μεταξύ μελών διαφορετικών γενεών. Ανάμεσα στους γονείς απουσιάζει η αληθινή επικοινωνία. Η μητέρα είναι συνήθως υπερπροστατευτική, υπερεμπλεκόμενη με τον εξαρτημένο, ο πατέρας φυσικά ή συναισθηματικά απών.

Επόμενο σημαντικό στοιχείο για τους ερευνητές πέρα από τα χαρακτηριστικά είναι και η δομή της συγκεκριμένης οικογένειας. Αυτό που αναζητούν έχει να κάνει με το ποια είναι τα γνωρίσματα εκείνα που καθορίζουν τη συγκεκριμένη δομή που έχουν τέτοιες οικογένειες.

2.2 ΔΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ

Ο Minuchin αναφέρει ότι η οικογενειακή δομή είναι το αθέατο το αόρατο σύστημα των λειτουργικών απαιτήσεων, το οποίο οργανώνει τους τρόπους με τους οποίους αλληλεπιδρούν μεταξύ τους τα μέλη της οικογένειας. Μια οικογένεια είναι ένα σύστημα που λειτουργεί μέσω προτύπων συναλλαγής. Οι επαναλαμβανόμενες συναλλαγές εδραιώνουν πρότυπα σχετικά με το πώς, τότε με ποιον θα σχετιστεί ο καθένας. Αυτά τα πρότυπα στηρίζουν τα θεμέλια του συστήματος. Όταν η μητέρα λει στο παιδί της να πει το χυμό του και εκείνο υπακούει, η αλληλεπίδραση αυτή προσδιορίζει ποιος σχετίζεται με ποιον μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο και στο δεδομένο χρόνο. Οι επαναλαμβανόμενες λειτουργίες με αυτούς τους όρους συνθέτουν ένα πρότυπο συναλλαγής. (Minuchin 2000).

Οι Kaufman & Kaufman μελετώντας οικογένειες τοξικομανών που βρίσκονται σε θεραπεία, διαπίστωσε ότι οι τρόποι αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια διαφέρουν ανάλογα με την εθνικότητα. Βρήκε ότι σχεδόν όλες οι μητέρες ήταν εμπλεγμένες με τους εξαρτημένους γιους τους. Μεγάλο επίσης ήταν και το ποσοστό των πατεράδων που ήταν απόντες ή συναισθηματικά απεμπλεγμένοι απ' όλη την οικογένεια αλλά υπήρχε και ένα μεγάλο ποσοστό πατεράδων που ήταν εμπλεγμένοι με την εξαρτημένη κόρη. (Kaufman & Kaufman 1985).

Ο Schawartzman, μελέτησε οικογένειες που είχαν ένα εξαρτημένο μέλος από ηρωίνη ή βαρβιτουρικά. Με βάση την έρευνα φαίνεται αρχικά ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στις οικογένειες εκείνες που το μέλος κάνει χρήση ηρωίνης με αυτές που το μέλος κάνει χρήση βαρβιτουρικών. Όλες οι οικογένειες είχαν την άποψη ότι το εξαρτημένο μέλος δεν μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του, είναι ανίσχυρο μπροστά στην ουσία, ανίκανο να διακόψει τη χρήση. Την άποψη αυτή συμμερίζεται και ο εξαρτημένος. Η μητέρα είναι υπερπροστατευτική προς τον εξαρτημένο, ο πατέρας είναι βίαιος, αυταρχικός και εύκολα χειραγωγούμενος από τη μητέρα. Λόγω της ανοικτής συμμαχίας μητέρας γιού ο πατέρας ελάχιστα εμπλέκεται στις υποθέσεις τις οικογένειας. Οι περισσότεροι πατεράδες είχαν ελάχιστες προσδοκίες επιτυχίας του γιού τους τον οποίο θεωρούν, τόσο οι ίδιοι, όσο και οι μητέρες, ως ανεπαρκή,

άρρωστο, αποτυχημένο και γι' αυτό ανίκανο να φύγει από το σπίτι. (Schwartzman, 1975).

Επίσης οι γονείς μεταξύ τους είναι συναισθηματικά απόμακροι, εκτός από τις περιόδους που ο τοξικομανής χρειάζεται τη βοήθειά τους. Συνήθως μέμφεται ο ένας τον άλλο για τη συμπεριφορά του παιδιού. Πολύ συχνά ο εξαρτημένος κατά τη διάρκεια των συγκρούσεων παίρνει το μέρος της μητέρας ενάντια στον πατέρα, ή όταν ο ίδιος συγκρούεται με τον πατέρα, η μητέρα παίρνει το μέρος του. Όμως όσο κάνει χρήση ουσιών οι γονείς έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους, έστω και με συνεχείς συγκρούσεις. (Repetti et al, 2002).

Οι Noone and Redding μελέτησαν διάφορες περιπτώσεις τοξικομανών και συνήγαγαν συμπεράσματα βάσει θεραπευτικών συνεδριών με τις οικογένειες των εξαρτημένων. Θεωρούν ότι η τοξικομανία αποτελεί ένα δείκτη του αδιεξόδου όλης της οικογένειας, που καθλώνεται σ' ένα ορισμένο στάδιο ανάπτυξης του κύκλου ζωής της. Οι εξαρτημένοι στην πλειοψηφία τους διατηρούν, παρά τους συχνούς αποχωρισμούς, στενούς δεσμούς με την οικογένεια τους. (Noone & Redding 1980, βλ. Joanning et al, 1992)

Οι Angel and Angel, μελέτησαν τη δομή και τη δυναμική της οικογένειας και υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια αναλογία μεταξύ τοξικοεξάρτησης και οικογενειοεξάρτησης. Οι ενδοοικογενειακές εντάσεις είναι πολλές. Οι γονείς είναι και αυτοί εξαρτημένοι από την τοξικομανία του παιδιού τους, έχουν εξοικειωθεί μαζί της. Γι' αυτό και το μυστικό τους αίτημα προς τους θεραπευτές είναι «αποτοξινόστε το παιδί μας όμως μη μας το αλλάξετε».(Angel & Angel 1989 βλ. Liddle, 1999).

Ο Rosenberg σε μια παλιά έρευνα που έκανε έδειξε ότι η πλειοψηφία των εξαρτημένων προέρχεται από εργατική οικογένεια με βαρύ αλκοολισμό, ψυχικές διαταραχές ή διαλυμένους γάμους. Σ' αυτά τα άτομα συνυπήρχε συχνά αντικοινωνική συμπεριφορά. Στην πλειοψηφία τους πρόκειται για διαταραγμένες προσωπικότητες με έντονη ανωριμότητα, παθητικότητα, δυσκολία αντιμετώπισης του άγχους. Οι σχέσεις με τη μητέρα είναι εξαρτητικές, ενώ ο πατέρας βιώνεται από την πλειοψηφία του ως απών, αδιάφορος, απορριπτικός και τιμωρικός. (Rosenberg 1970, βλ Liddle, 1999).

Όπως φαίνεται από τις έρευνες η οικογένεια του εξαρτημένου χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργικότητα. Η μητέρα είναι συνήθως παγιδευτικά

εμπλεκόμενη με τον τοξικομανή γιό της, ο πατέρας συναισθηματικά απαμπλεκόμενος. Ο εξαρτημένος διατηρεί παρά τις συχνές και συνήθως έντονες συγκρούσεις στενούς δεσμούς με την πατρική οικογένεια, με την οποία συνήθως διαμένει μέχρι μεγάλη ηλικία. Φαίνεται επίσης η εξάρτηση του ενός μέλους της οικογένειας να διασφαλίζει τη σταθερή δομή μέσα στην οικογένεια και να διατηρεί ένα συγκεκριμένο μοντέλο – παθολογικό τις περισσότερες φορές – αλληλεπιδράσεων.

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει αφορούν περισσότερο την Αμερική και πολύ λίγο την Ευρώπη. Σίγουρα το φαινόμενο της χρήσης αποτελεί ένα πρόβλημα που στηρίζεται στο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο της χώρας που εμφανίζεται. Στην Ελλάδα το ανησυχητικό είναι ότι οι ρυθμοί εξάπλωσης των εξαρτήσεων, την τελευταία δεκαετία είναι ταχύτατοι. Η πρόοδος ένταξης νέων μελών στο κύκλωμα των εξαρτήσεων είναι γεωμετρική και όχι αριθμητική. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. για το 2002 ο αριθμός μόνο των χρηστών τοξικών ουσιών στη χώρα μας (όχι αλκοόλ) ανέρχεται στον αριθμό των 110.000. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. 2003).

2.3. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες που να συσχετίζουν την εξάρτηση με τη δυναμική της οικογένειας πέρα από κάποιες μελέτες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. οι οποίες δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην θεραπεία της οικογένειας για την καλή έκβαση της απεξάρτησης και συνέχιση της αποχής.

Οι κύριοι φορείς που ασχολούνται με το πρόβλημα της χρήσης και τη θεραπεία στην Ελλάδα είναι ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) που είναι και ο επίσημος κρατικός φορέας, το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), το πρόγραμμα 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών, το πρόγραμμα απεξάρτησης του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Αργώ), και κάποιες ιδιωτικές κλινικές.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. όσον αφορά στη μείωση της ζήτησης προχώρησε στην ίδρυση προγραμμάτων Υποκατάστασης με μεθαδόνη. Η χορήγηση της μεθαδόνης για πολλούς δεν αποτελεί μορφή θεραπείας αλλά απλά διατηρεί το σύμπτωμα μειώνοντας την βλάβη και τους θανάτους από τη χρήση ηρωίνης.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. δεν ασχολείται στα προγράμματα του με τη θεραπεία της οικογένειας αλλά γίνεται παραπομπή σε άλλους φορείς κρατικούς (Νοσοκομεία, Ψυχιατρικές Κλινικές) ή ιδιωτικούς (ΚΕ.Θ.Ε.Α.).

Οι μόνοι φορείς που έχουν εντάξει την θεραπεία οικογένειας στο πρόγραμμα απεξάρτησης είναι το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και το πρόγραμμα 18 Άνω. Η παρέμβαση που ακολουθούν για τη θεραπεία της οικογένειας είναι κοινή (Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία).

Τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης Ελληνικής οικογένειας σίγουρα επιτρέπουν την ένταξη στα προγράμματα θεραπείας και άλλων μορφών οικογενειακής θεραπείας ώστε να υπάρχει καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία και αυξημένη αποτελεσματικότητα κάτι τέτοιο όμως που δεν έχει γίνει ακόμα εφικτό.

Η σύγχρονη Ελληνική οικογένεια με βάση την άποψη του Μαδιανού, όπως αναπτύχθηκε μετά τον πόλεμο έχει πάψει να είναι διευρυμένη και έχει γίνει πυρηνική. Ο πατέρας παίζει υποδεέστερο ρόλο στην ανατροφή των παιδιών. Οι μητέρες έχουν παραδοσιακά ισχυρότερη θέση στην οικογενειακή

ζωή, τις σέβεται όλη η κοινότητα ενώ παράλληλα δεν έχουν μεγάλο βαθμό ανεξαρτησίας. (Μαδιανός 1982 βλ. Ματσα 2001).

Η κεντρική βάση της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια είναι μεταξύ των γονιών και των παιδιών και όχι των γονιών μεταξύ τους. Οι μητέρες είναι συναισθηματικά υπερεμπλεκόμενες και υπερπροστατευτικές με τα παιδιά τους. Όμως, στα σύγχρονα ζευγάρια παρατηρείται μια αυξανόμενη θετική στάση ανάμεσα στο σύζυγο και τη σύζυγο.(Minuchin 2000).

Η Κατάκη μέσα από έρευνα πολλών ετών παρουσίασε τις τρεις ταυτότητες της Ελληνικής οικογένειας. Την παραδοσιακή οικογένεια η οποία χαρακτηρίζεται από τον κοινό αγώνα των μελών της για επιβίωση και δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να ικανοποιεί τόσο τις δικές του ανάγκες όσο και των άλλων. Οι ενέργειες που δεν τροφοδοτούσαν το καλό του συνόλου καταδικάζονταν. Η πυρηνική οικογένεια, όπου το παιδί αποκτά τον πρωταρχικό ρόλο. Πάνω σ' αυτό βασίζεται ο γάμος και η δημιουργία της οικογένειας. Οι επιδιώξεις και οι φιλοδοξίες δύο ανθρώπων που αποφασίζουν να ζήσουν μαζί εναποτίθενται τελικά σε ένα τρίτο, το παιδί. Είναι φανερό ότι χωρίς την ύπαρξη αυτού του παιδιού δεν υπάρχει λόγος για τη συμβίωση των γονέων. Το παιδί δηλαδή αποτελεί την κεντρική κολώνα η οποία στηρίζει το οικοδόμημα του γάμου και της οικογένειας. Τέτοιου είδους οικογένεια μπορεί πολύ εύκολα να γεννήσει ένα μέλος το οποίο να εμπλακεί με τις τοξικές ουσίες. Η Τρίτη ταυτότητα έχει ξεφύγει από την ιδέα της οικογένειας με στόχο τα παιδιά και στόχος πλέον είναι η δημιουργία της σχέσης. Οι νέοι απορρίπτουν τη σημασία του θεσμού του γάμου και τονίζουν ότι η συμβίωση δεν πρέπει να στηρίζεται σε κοινωνικές συμβάσεις και υποχρεώσεις.(Κατάκη 1998)

Στη σημερινή κοινωνία, η οικογένεια κατά την Κατάκη έχει φτάσει στην αναθεώρηση του σκοπού της ύπαρξης της και περνάει στη Τρίτη ταυτότητα. Χαρακτηριστικά όπως η ίδια αναφέρει αυτό μπορεί να φανεί πολύ εύκολα από το γεγονός ότι ο αριθμός των γάμων παραμένει σταθερός αλλά ο αριθμός των διαζυγίων έχει ανέβει πάρα πολύ. (Κατάκη 1998).

Όπως φαίνεται η μέση ελληνική οικογένεια έχει γίνει πυρηνική. Η κεντρική βάση της αλληλεπίδρασης μέσα στην οικογένεια είναι μεταξύ των γονέων και των παιδιών και όχι μεταξύ των γονέων. Η ελληνίδα μητέρα είναι υπερεμπλεγμένη με τα παιδιά της και ιδιαίτερα με το γιο της. Αν σκεφτούμε τα

αποτελέσματα των πιο πάνω ερευνών μπορούμε εύκολα να βγάλουμε το συμπέρασμα ότι η μέση ελληνική οικογένεια σήμερα δεν είναι δύσκολο να «οδηγήσει» ένα μέλος της στην τοξικοεξάρτηση.

Σε έρευνες που έχει διενεργήσει ο ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχουν εξαχθεί σημαντικά συμπεράσματα για τη δομή και τα χαρακτηριστικά της ελληνική οικογένειας με εξαρτημένο μέλος.

Στο οικογενειακό περιβάλλον των τοξικομανών υπάρχουν άτομα εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες και πιο πολύ από αλκοόλ. Όπως υποστηρίζουν και ξένες έρευνες στην οικογένεια του εξαρτημένου υπάρχουν σοβαρά προβλήματα με το αλκοόλ (Egger 1980 βλ. ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2002).

Οι εξαρτημένοι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι σε ποσοστό 80% άνεργοι, ενώ για το 90% από αυτούς η οικογένεια αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος. Σημαντικό είναι επίσης το εύρημα που αποδεικνύει του στενούς δεσμούς που εξακολουθεί να διατηρεί ο εξαρτημένος με την οικογένεια του. Έτσι καταρρίπτεται και ο μύθος που κυριαρχεί ότι ο τοξικομανής είναι άνθρωπος του δρόμου και που έχει κόψει οριστικά τους δεσμούς του με την οικογένειά του. Αντίθετα παραμένει δεμένος μαζί της, εξαρτημένος οικονομικά, αλλά και συναισθηματικά απ' αυτήν, με ταραχώδεις σχέσεις μαζί της. (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2002)

Συχνά ο εξαρτημένος φεύγει από το σπίτι για να ξαναγυρίσει μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι φυγές είχαν αρχίσει πριν από την έναρξη της χρήσης ουσιών. Όπως αναφέρει η Μάτσα, φαίνεται πως η αδυναμία εγκατάλειψης της πατρικής στέγης καλύπτεται από την ψευδαίσθηση της ανεξαρτησίας και του αντικομφορμισμού που δίνουν οι φυγές. Ο τοξικομανής διαμένει με τους γονείς του που τον συντηρούν και των φροντίζουν, ενώ κατά διαστήματα εγκαταλείπει την πατρική στέγη είτε μετά από έντονη σύγκρουση με τους γονείς, είτε για να τους εκβιάσει, είτε για να ζήσει με άλλους τοξικομανείς, μια γυναίκα ή ένα φίλο, επίσης εξαρτημένους από ουσίες. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα επιστρέφει, συνήθως εξαθλιωμένος πίσω στην πατρική οικογένεια, είτε επειδή του το ζήτησαν επίμονα οι γονείς του, είτε επειδή ικανοποίησαν τους όρους του, είτε επειδή έχει προβλήματα με την αστυνομία, είτε επειδή αρρώστησε και δεν αντέχει άλλο τη ζωή του στους δρόμους. Αυτή η κατάσταση επαναλαμβάνεται συνήθως πολλές φορές.(Μάτσα 2001).

Σε άλλη έρευνα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. που πραγματοποιήθηκε στη θεραπευτική κοινότητα ΝΟΣΤΟΣ φάνηκε ότι η οικογένεια του εξαρτημένου έχει πολύ μικρό βαθμό συνοχής , πολύ μικρό βαθμό εκφραστικότητας και μεγαλύτερο βαθμό σύγκρουσης. (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2002).

Σύμφωνα με τον Coviello et. al. συνοχή χαρακτηρίζεται το συναισθηματικό δέσιμο που έχουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους, το πόσο κοντά αισθάνονται ο ένας τον άλλο, πόσο ζητούν βοήθεια και στήριξη. Ο μικρός βαθμός συνοχής χαρακτηρίζει τις σχέσεις απεμπλοκής των μελών της οικογένειας. Είναι απόμακρα μεταξύ τους, τους λείπει το αίσθημα του ανήκειν στην οικογένεια καθώς και η ικανότητα να ζητούν βοήθεια ο ένας από τον άλλο όταν την χρειάζονται. (Coviello et al, 2004)

Ο χαμηλός βαθμός εκφραστικότητας έχει να κάνει με τη δυσκολία της συναισθηματικής έκφρασης των μελών της οικογένειας. Ο Kaufman υποστηρίζει ότι ένα από τα χαρακτηριστικά της οικογένειας των τοξικομανών είναι ο καλυμμένος θυμός. Όλα τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται στερημένα από αγάπη, στοργή και ενδιαφέρον. Αυτή η κατάσταση συναισθηματικής αποστέρησης δημιουργεί μια τρομακτική αίσθηση θυμού που δεν μπορεί να εκφραστεί ανοικτά. Επίσης θεωρεί ότι η συναισθηματική ζωή αυτής της οικογένειας είναι νεκρή. Δεν κυκλοφορούν ελεύθερα τα συναισθήματα. Έτσι η εξάρτηση γίνεται ο μόνος τρόπος που βρίσκει αυτή η οικογένεια για να βιώσει συναισθήματα έστω και αρνητικά και να τα μοιραστεί.

Χαρακτηριστικό επίσης των οικογενειών είναι ο μεγάλος βαθμός των ενδοοικογενειακών συγκρούσεων. Στις οικογένειες αυτές γίνονται ατελείωτοι καυγάδες, εκρήξεις οργής ποικίλες εκδηλώσεις βίας που συνήθως επικεντρώνονται ή έχουν αφορμή, την εξάρτηση του μέλους της. (Kaufman 1985).

Σύμφωνα με τον Liddle, από τις οικογένειες των τοξικομανών λείπει η ανεξαρτησία, η ικανότητα των μελών της να είναι αυτάρκη, να παίρνουν αποφάσεις και ευθύνες , να αυτενεργούν. Τα μέλη της δεν έχουν πολιτικά, κοινωνικά, πολιτιστικά ενδιαφέροντα, δεν συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες. Όλοι έχουν μεγάλες προσδοκίες για υψηλές επιδόσεις. Η χρήση ηρωίνης για πολλούς εξαρτημένους συνδέεται με την αδυναμία της προσωπικότητας να προσαρμοσθεί κοινωνικά, σαν αντίδραση στις απαιτήσεις

της οικογένειας για υψηλές επιδόσεις, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή πρότυπα, ώστε να αναπτυχθούν δεξιότητες για την εκπλήρωση ρόλων. (Liddle, 1999).

Η Μάτσα αναφέρει ότι οι γονείς δίνουν στα παιδιά τους φτωχά πρότυπα για κοινωνικούς ρόλους και δεξιότητες, καθώς δεν εμπλέκονται σε κοινές δραστηριότητες, κοινωνικές και άλλες που παρέχουν ικανοποίηση, τα παιδιά έχουν πιο δύσκολη και φτωχή κοινωνικοποίηση και κατά συνέπεια ανασφάλεια και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. (Μάτσα 2001).

Στην ίδια έρευνα φαίνεται ότι οι οικογένειες των εξαρτημένων δεν διαφέρουν από αυτές χωρίς πρόβλημα τοξικομανίας όσον αφορά στη συντήρηση του οικογενειακού συστήματος. Δεν διαφέρουν ως προς το βαθμό σημασίας που έχει για την οικογένεια, η ξεκάθαρη οργάνωση και δομή της προκειμένου να σχεδιαστούν οικογενειακές δραστηριότητες και να αναληφθούν ευθύνες. Δεν διαφέρουν επίσης ως προς το βαθμό στον οποίο η λειτουργία της οικογένειας απαιτεί ξεκάθαρους κανόνες. (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2002).

Όλα τα παραπάνω έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την οργάνωση της θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια του εξαρτημένου, προκειμένου, μέσα από τη συμμετοχή της στη θεραπευτική διαδικασία απεξάρτησης του παιδιού της, να πραγματοποιήσει τις αναγκαίες δομικές και λειτουργικές αλλαγές στο εσωτερικό της, ώστε να διαφοροποιηθεί η στάση των γονέων απέναντι στον εξαρτημένο, να εκφραστούν συναισθήματα, να μειωθούν οι συγκρούσεις να αλλάξει το κλίμα, να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα, να του επιτρέψουν να γίνει αυτόνομος, να πάρει αποφάσεις, να ανεξαρτητοποιηθεί και να ζήσει αυτόνομα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είδαμε πως ο ρόλος της οικογένειας, μαζί με άλλους παράγοντες, είναι κρίσιμος για την έναρξη της χρήσης και της κατάχρησης. Το ίδιο σημαντικό φαίνεται να είναι ο ρόλος της και στην θεραπευτική παρέμβαση τόσο για την καλή έκβαση της θεραπείας αλλά και για την διατήρηση της αποχής και αποφυγής της υποτροπής. Η οικογένεια είναι εκείνη που συνήθως κινητοποιεί το μέλος να ενταχθεί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και το υποστηρίζει κατά την διάρκεια της θεραπείας. (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2001).

Ιδιαίτερα στην χώρα μας, η οικογένεια εξακολουθεί να διατηρεί καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση της καθημερινής ζωής και στην συμπεριφορά των μελών της, παρά τις σύγχρονες ανακατατάξεις και τις τάσεις εξατομίκευσης που παρατηρούνται στη δομή και στην οργάνωση της Ελληνικής κοινωνίας.

Η αξιοποίηση του δυναμικού της οικογένειας για την κινητοποίηση των ατόμων και την ενίσχυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας έχει αναγνωριστεί από τα προγράμματα εφήβων και τα «ανοικτά» προγράμματα που προϋποθέτουν τη διαβίωση στο οικογενειακό περιβάλλον καθόλη τη διάρκεια της απεξάρτησης. Παράλληλα η αυξανόμενη προσέλευση των γονέων στα κέντρα οικογενειακής υποστήριξης δείχνει την ανάγκη για ενίσχυση του ρόλου τους, για συμβουλευτική στήριξη και για ενημέρωση τους γύρω από όλες τις όψεις του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2002).

Η διαδικασία της απεξάρτησης περιλαμβάνει ως συστατικό της στοιχείο την παρέμβαση του θεραπευτικού πλαισίου σ' αυτή την οικογένεια, με στόχο την καλύτερη αξιοποίηση του δυναμικού της. Η παρέμβαση μπορεί να πάρει ακόμα και την μορφή της οικογενειακής θεραπείας αν αυτό κριθεί αναγκαίο. (Μάτσα,2001).

Η σημαντικότερη προσέγγιση που ασχολείται με την οικογένεια σε θεραπευτικό επίπεδο βασίζεται στις αρχές της Συστημικής θεωρίας. Όσον αφορά στην θεραπεία της απεξάρτησης υπάρχουν θεραπευτικές

προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια, επικεντρώνονται στη δυναμική της οικογένειας και στηρίζονται στις αρχές της συστημικής επιστήμης.

Οι κυριότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που ασχολούνται με την παρέμβαση στην οικογένεια για την θεραπεία της εξάρτησης είναι οι εξής:

- Δομική οικογενειακή θεραπεία που αναπτύχθηκε από Minuchin το 1974. (Structural Family Therapy) (Minuchin 1974 βλ. Minuchin 2001).
- Στρατηγική οικογενειακή θεραπεία που αναπτύχθηκε από το Haley το 1976. (Strategic Family Therapy) (Haley, 1976).
- Γνωστικό – Συμπεριφοριστική Θεραπεία Οικογένειας για την εξάρτηση που αρχικά εφαρμόστηκε από το Latimer το 1976. (Cognitive- Behavioral Family Therapy) (Latimer, 1976 βλ. Latimer 2003).
- Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία, η οποία αναπτύχθηκε από τον Laqueur το 1971 (Laqueur 1971 , βλ. Kaufman 1980) (Multiple Family Therapy) (Laqueur 1971 , βλ. Kaufman 1980)
- Λειτουργική Οικογενειακή θεραπεία η οποία αναπτύχθηκε από τους Alexander και Parson το 1969. (Functional Family Therapy) (Alexander & Parson, 1973).
- Πολύεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας με Έφηβους Χρήστες η οποία αναπτύχθηκε από τον Liddle το 1980. (Multidimensional Family Therapy For Adolescent Substance Abuse) (Liddle, 1980 βλ. Liddle et al, 2001).

Κάθε θεραπευτική προσέγγιση έχει συγκεκριμένους στόχους και συγκεκριμένο τρόπο παρέμβασης. Για όλες οι παραπάνω θεραπείες έχουν γίνει έρευνες ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους.

3.1. ΔΟΜΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία, (Minuchin 1974 βλ. Minuchin 2001), φάνηκε να είναι αποτελεσματική σε μια ποικιλία προβλημάτων. Η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία τυπικά επικεντρώνεται στα πρότυπα της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας μέσα στη συνεδρία και στοχεύει να επηρεάσει τα πρότυπα αυτά, άμεσα και ενεργητικά. Οδηγίες και δουλειά για το σπίτι (home work) δίνονται για να είναι πιο σίγουρο ότι γίνονται αλλαγές ανάμεσα στις συνεδρίες. Ο θεραπευτής στοχεύει να θέσει όρια και να αποδομίσει την οικογένεια συχνά με το να ενισχύει τα γενεαλογικά όρια μεταξύ γονέων και παιδιών. (Minuchin, 2000).

3.1.1. Εισαγωγική Φάση

Όπως αναφέρει ο Szapocznik, πριν ξεκινήσουν οι συνεδρίες στην πρώτη επαφή της οικογένειας με το θεραπευτή είναι απαραίτητο να γίνει η λήψη ενός αναλυτικού ιστορικού της οικογένειας, (μπορεί να γίνει και από το τηλέφωνο). Ο θεραπευτής που θα φέρει την οικογένεια στην πρώτη συνεδρία θα έχει είδη αποκτήσει μια εικόνα για το πρόβλημα και για την πιθανή δυναμική της. Αυτό που ουσιαστικά κάνει στη πρώτη συνεδρία να υποστηρίξει την οικογένεια και να τους μεταφέρει το μήνυμα ότι αυτοί είναι οι καλύτεροι θεραπευτές για το πρόβλημα του παιδιού τους. (Szapocznik, 1993).

Η επικέντρωση πρέπει να είναι στο πρόβλημα του παιδιού και στη συμπεριφορά του και όχι σε άλλα οικογενειακά ζητήματα. Αυτό που οφείλει να υπενθυμίζει είναι ότι προσπαθούμε να ξεχάσουμε το παρελθόν και τις πιθανές παρελθοντικές αιτίες του προβλήματος, επικεντρώνεται με στόχο να δει η οικογένεια ότι αυτό που θα γίνει στο παρόν θα διασφαλίσει ένα καλό μέλλον. (Minuchin, 2000).

Αρχικά ο θεραπευτής θα πρέπει να διερευνήσει και να ασχοληθεί με το τρίγωνο που έχει δημιουργηθεί μεταξύ γονέων και παιδιού πριν προχωρήσει στη θεραπεία. το κεντρικό αυτό τρίγωνο πρέπει σιγά - σιγά να σπάσει ώστε να μπει μια καινούρια πληροφορία στο σύστημα και να αλλάξει την ισορροπία

του με στόχο να διαφανεί καλύτερα η δομή της οικογένειας. (Aronte, VanDeusen, 1981)

3.1.2. Αρχική Φάση

Οι αρχικές συνεδρίες επικεντρώνονται στο να καταθέσουν τους στόχους της θεραπείας. Σ' αυτό το στάδιο όλοι οι στόχοι θα πρέπει να έχουν σχέση με την άμεση βοήθεια του μέλους να μείνει εκτός χρήσης. Αν η οικογένεια φέρει και άλλα θέματα ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει ώστε να επικεντρωθούν στον πρωταρχικό στόχο που είναι η εξάρτηση. (Santisteban et al 1997).

Ο σημαντικότερος στόχος για το θεραπευτή σ' αυτή τη φάση είναι να επιτύχει μια συμμαχία με τους δύο γονείς ώστε να αποκτήσουν μια κοινή στάση απέναντι στην εξάρτηση του παιδιού τους. Αυτό που εμφανίζεται σημαντικό είναι ότι ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει τους γονείς να «δουλεύουν» μαζί σ' αυτό το αρχικό στάδιο. Δεν θα τους επιτρέψει να μπαίνουν στις δικές τους συζυγικές δυσκολίες γιατί αυτό θα τους αποτρέψει από το στόχο. Συνήθως σ' αυτή τη φάση, αν ο θεραπευτής δει ότι η μητέρα είναι πολύ εμπλεγμένη με το παιδί, ίσως να δώσει την οδηγία ώστε ο πατέρας να έχει την ευθύνη του παιδιού. Αυτό συνήθως γίνεται με το να δοθούν κοινές ασχολίες μεταξύ πατέρα και παιδιού και η μητέρα να είναι αποστασιοποιημένη αλλά με την υποστήριξη του θεραπευτή. (Santisteban et al 1997).

Όταν ο θεραπευτής παρατηρήσει ότι η μητέρα, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο εγκρίνει τη συμπεριφορά του εξαρτημένου μέλους (π.χ. δίνει χρήματα), ενώ ο πατέρας είναι τιμωρητικός είναι πιθανό να ενδυναμώσει τη μητέρα ώστε να επεξεργαστεί την αρνητική συμπεριφορά που προέρχεται από τη χρήση του εξαρτημένου και να διαφυλάξει την συμμαχία που έχει εγκαθιδρύσει μαζί της. (Μάτσα 2001).

3.1.3. Ενδιάμεση Φάση

Ενώ το πρώτο βήμα λαμβάνει χώρα και ο χρήστης σταματά ή μειώνει τη χρήση είναι πιθανό να εμφανιστεί η οικογενειακή κρίση. Με βάση τον

Minuchin η κρίση αυτή αρχίζει να συμβαίνει 3 με 4 εβδομάδες μέσα στη θεραπεία. (Minuchin 2000).

Πιο συχνά αυτή η κρίση έχει να κάνει με τη συζυγική σχέση στο γονεϊκό υποσύστημα. Οι γονείς αφιερώνουν αρκετό χρόνο μέσα στις συνεδρίες συζητώντας για τη σχέση τους. Συχνά, η κρίση οξύνεται, όταν γίνεται αναφορά στην περίπτωση του διαζυγίου. Όλη αυτή η κατάσταση επηρεάζει αρνητικά το χρήστη και η περίπτωση να υποτροπιάσει είναι μεγάλη. Ο θεραπευτής σ' αυτό το σημείο οφείλει να αναλώσει πολύ ενέργεια και χρόνο ώστε να εξομαλυνθεί η κρίση. Ο στόχος είναι να διατηρηθεί μια ισορροπία και να κρατήσει το γονεϊκό υποσύστημα ενωμένο. Το διαζύγιο τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή θα ήταν καταστροφικό, για το λόγο αυτό, ο θεραπευτής, επαναφέρει στη συζήτηση το θέμα της εξάρτησης και υποστηρίζει ότι, ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι το πρόβλημα του παιδιού τους και όχι η δική τους σχέση. Ουσιαστικά ο θεραπευτής δίνει στο ζευγάρι ένα κοινό στόχο για να το κρατήσει ενωμένο. (Aronson & Van Deusen, 1981).

Αν αυτή η κρίση ξεπεραστεί τότε είναι πολύ πιθανό η θεραπεία, ως προς το αρχικό στάδιο, να έχει ένα καλό αποτέλεσμα και αυτό γιατί η σωστή διαπραγμάτευση μιας κρίσης μέσα στην οικογένεια είναι ένα καινούριο οικογενειακό πρότυπο το οποίο αντικατέστησε το πρότυπο εκείνο της οικογένειας που έχει να κάνει με τη λανθασμένη αντιμετώπιση της κρίσης. (Aronson & Van Deusen, 1981).

Σε περίπτωση που σ' αυτή τη φάση επανεμφανιστεί το φαινόμενο της χρήσης τότε ο θεραπευτής εισαγάγει το θέμα της ευθύνης. Αυτό που κάνει είναι να ρωτήσει για το ποιος πιστεύουν ότι είναι υπεύθυνος γι' αυτό το σπάσιμο της αποχής. Έτσι, εδώ αρχίζουν να διαπραγματεύονται ένα καινούριο πρότυπο στην οικογένεια, αυτό της ευθύνης και ποιος την αναλαμβάνει. (Aronson & VanDeusen, 1981).

3.1.4. Τελική Φάση

Σε περίπτωση που η αποχή από τη χρήση διαρκέσει αρκετό καιρό, δυο είναι τα στοιχεία που συχνά πρέπει να συζητούνται. Το πρώτο είναι η εργασία

ή η επιστροφή στο σχολείο και το άλλο, αν κριθεί απαραίτητο, η ανάληψη της ευθύνης του πρώην χρήστη ώστε να φύγει από το σπίτι των γονέων του. Τα δύο αυτά στοιχεία έχουν να κάνουν με τον αποχωρισμό των γονέων από το παιδί και το ξεκίνημα της ανάληψης της προσωπικής του ευθύνης. (McArdle et al, 2002).

Είναι θετικό οι γονείς να αρχίζουν να αποχωρίζονται από το παιδί τους και να στηρίζουν την ανεξαρτησία του. Είναι μια πολύ δύσκολη φάση στη θεραπεία για το λόγο ότι η συγκεκριμένη οικογένεια έχει ως πρότυπο να αφιερώνει πολύ χρόνο στο πρόβλημα του παιδιού της ακόμα και μέσα στη θεραπεία κάτι που τώρα σταματάει. Συνήθως ο θεραπευτής σ' αυτές τις περιπτώσεις αυτό που λέει είναι ότι έχουν δώσει πάρα πολλά για το συγκεκριμένο μέλος και ότι τώρα πρέπει να δουν λίγο τον εαυτό τους ο καθένας ξεχωριστά. Στην περίπτωση που υπάρχουν και άλλα παιδιά τους οδηγεί προς την κατεύθυνση να αφιερώσουν χρόνο και στα υπόλοιπα μέλη για το λόγο ότι όλο αυτό το διάστημα δεν το έκαναν και ίσως δημιουργήσει άλλα προβλήματα. (McArdle et al, 2002).

Ένα συχνό φαινόμενο που παρατηρείται σε πολυμελείς οικογένειες είναι το να παρουσιάζει ένα άλλο μέλος κάποιο πρόβλημα όταν το εξαρτημένο μέλος είναι πολύ καιρό σε αποχή. Αυτή είναι και η ύστατη προσπάθεια του συστήματος της οικογένειας να καταστήσει ένα καινούριο μέλος προβληματικό για να επαναφέρει την προηγούμενη ισορροπία. (McArdle et al, 2002).

Ένα δεύτερο φαινόμενο που παρατηρούμε να έρχεται στην επιφάνεια στη φάση αυτή είναι τα προβλήματα που έχει το ζευγάρι στο γάμο τους. Ο θεραπευτής τώρα αφήνει χώρο στο να αρχίσουν οι γονείς να συζητάνε γι' αυτό το θέμα. Είναι πολύ δύσκολο να μην αναμειχθεί σ' αυτή την περίπτωση το εξαρτημένο παιδί τους, και να θεωρήσει ότι είναι υπεύθυνος. Ο θεραπευτής σ' αυτή την περίπτωση βοηθάει τους γονείς να αντέξουν την πίεση από το παιδί τους και να δημιουργήσουν το όριο μεταξύ γονέων και παιδιών. Έτσι θέτει εκτός αυτή της διαδικασίας το παιδί, υποστηρίζοντας ότι αυτό δεν έχει σχέση με τη χρήση αλλά με τη σχέση του ζευγαριού. (Minuchin 2000).

Στην πραγματικότητα ο θεραπευτής, θέτοντας τα όρια και βελτιώνοντας την επικοινωνία, είναι να αλλάζει το πρότυπο της αλληλεπίδρασης που μέχρι τώρα συντηρούσε τη δυσκολία μέσα στην οικογένεια. Αυτή η διαδικασία, της αλλαγής του προτύπου αλληλεπίδρασης, χρησιμοποιείται και για άλλες

δυσκολίες που εμφανίζονται. Έτσι, η οικογένεια συνεχώς ενδυναμώνεται από το θεραπευτή στο να αντιμετωπίζει οποιοδήποτε πρόβλημα που εμφανίζεται με τους δικούς τις, καινούριους τρόπους θυμίζοντας τους ότι το έχουν κάνει είδη για το πρόβλημα της εξάρτησης, με επιτυχία. (Minuchin 2000).

Είναι πολύ χρήσιμο ο θεραπευτής μετά το τέλος της θεραπείας και για κάποιο χρονικό διάστημα, να ξαναφέρει την οικογένεια για να δουν μαζί ποια είναι η εξέλιξη. Ταυτόχρονα όμως πρέπει να ενδυναμώσει την οικογένεια ώστε να απεξαρτηθεί από τον θεραπευτή και την διαδικασία της θεραπείας. Συχνό φαινόμενο που παρατηρείται είναι οι οικογένεια να γεννούν καινούριες κρίσεις ώστε να έχουν αίτημα για θεραπεία μη μπορώντας να απεξαρτηθούν από το θεραπευτή. (Minuchin 2000).

3.2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία (Haley, 1976) είναι μία θεραπευτική προσέγγιση επικεντρωμένη στο πρόβλημα, με στόχο την αποβολή των παραγόντων εκείνων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Συνδέεται με τρεις σημαντικές έννοιες όπως :

- α) σύστημα,
- β) δομή και πρότυπα αλληλεπίδρασης και
- γ) στρατηγική παρέμβαση.

Στηρίχθηκε σε έρευνες που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διακοπή της χρήσης είναι αποτέλεσμα της αλλαγής των σχέσεων στην οικογένεια. (Liddle and Dakof 1995).

Η Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά της χρήσης μπορεί να γίνει πιο κατανοητή μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται και αυτό έχει περισσότερο να κάνει με την αλληλεπίδραση ενός οργανισμού με το περιβάλλον του. (Haley, 1976).

Η προσέγγιση αυτή αρχικά εφαρμόστηκε σε οικογένειες Αφροαμερικανών και Ισπανών από τον Szapocznik σε περιοχή του Μαϊάμι, με ιδιαίτερα εποικοδομητικά αποτελέσματα. (Santisteban et al 2003)

Όπως υποστηρίζει η Madanes, σε έρευνα που έκανε για τους ηρωινομανείς, η στρατηγική θεραπεία σε προβλήματα χρήσης αλλά και άλλες προβληματικές συμπεριφορές εφαρμόζεται έχοντας ως βασικό σκεπτικό την μελέτη της αλληλεπίδρασης μεταξύ των υποσυστημάτων της οικογένειας (π.χ. υποσύστημα παιδιών, υποσύστημα γονέων, συγγενών, εργασίας κλπ.). (Madanes et al 1980)

Παρακάτω θα αναλυθούν τα σημαντικότερα στάδια της θεραπείας και ο ρόλος του θεραπευτή.

3.2.1. Εγκατάσταση Θεραπευτικής Σχέσης

Η συγκεκριμένη προσέγγιση δίνει έμφαση στην εγκαθίδρυση της θεραπευτικής σχέσης. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και της οικογένειας είναι ισχυρό προγνωστικό στοιχείο για το εάν η οικογένεια θα

συνεχίσει και τι αποτέλεσμα θα έχει η θεραπεία (Robins 2000). Σε έρευνες που έγιναν στο παρελθόν έχει βρεθεί ότι, η θεραπευτική σχέση είναι ένα ισχυρότερο προγνωστικό εργαλείο για την έκβαση οποιασδήποτε μορφής θεραπείας (Diamond et al,2000).

Η ισχυροποίηση και υποστήριξη της οικογένειας ως σύστημα και η επικέντρωση της προσοχή στο κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά, είναι δύο στοιχεία που δίνουν στον θεραπευτή τη δυνατότητα να αναπτύξει και να διατηρήσει μια καλή και παραγωγική θεραπευτική σχέση. Έτσι π.χ ο θεραπευτής μπορεί να επιδιώξει ώστε η οικογένεια να μιλήσει για παρελθοντικές δυσκολίες και πως ξεπεράστηκαν. Επίσης ρωτάει κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά να του πει ποια θέση πήρε τη χρονική περίοδο που η οικογένεια αντιμετώπιζε τη δυσκολία. Έτσι, καταφέρνει να κατανοήσει το ρόλο του κάθε μέλους ξεχωριστά. Για να γίνει όλο αυτό, σημαίνει ότι ο θεραπευτής έχει ήδη διαμορφώσει ένα καινούριο σύστημα (ένα θεραπευτικό σύστημα). Ο ίδιος ο θεραπευτής, μ' αυτό τον τρόπο, αποτελεί ένα υποσύστημα ενός γενικότερου συστήματος της οικογένειας (Liddle1999).

Στη φάση αυτή ο θεραπευτής είναι πιθανό να έρθει αντιμέτωπος με μέλη, τα οποία είναι σε σύγκρουση με άλλα μέλη στην οικογένεια. Ο θεραπευτής οφείλει με κάποιο τρόπο να αποκτήσει σχέσεις και με τις δυο πλευρές τις σύγκρουσης, θέτοντας διαφορετικό στόχο με κάθε μέλος ξεχωριστά. (Diamond,2000).

Η φάση αυτή της εγκαθίδρυσης της θεραπευτικής σχέσης εμπεριέχει και τη «σύνδεση» (Joining) της οικογένειας. Η σύνδεση λαμβάνει χώρα όταν ο θεραπευτής παίρνει τη θέση του ηγέτη μέσα στην οικογένεια, κάτι που προϋποθέτει ότι έχει γίνει αποδεκτός ως ειδικό, απαραίτητο μέλος της οικογένειας για το χρονικό διάστημα που θα διαρκέσει η θεραπεία, και συγχρόνως έχει αποκτήσει την εμπιστοσύνη των μελών. Για το σκοπό αυτό ο θεραπευτής παρουσιάζει τον εαυτό του ως σύνδεσμο της οικογένειας υιοθετώντας τον τρόπο που η οικογένεια επικοινωνεί (Haley, 1976).

Η τεχνική που συνήθως διευκολύνει αυτή τη διαδικασία είναι η μίμηση (mimesis) αν π.χ η οικογένεια είναι πρόσχαρη και με χιούμορ το ίδιο πρόσχαρος θα είναι και ο θεραπευτής. Μια δεύτερη τεχνική που βοηθάει σ' αυτή την κατεύθυνση είναι να αποκτήσει ο θεραπευτής συμμαχία με το μέλος

εκείνο που έχει την δύναμη και οι άλλοι του δείχνουν σεβασμό. Συνήθως αυτός είναι ο πατέρας. (Liddle1999).

Ενώ έχει αρχίσει να δημιουργείται η σύνδεση της οικογένειας, πολλές φορές κάποια μέλη της μπορεί να προσπαθήσουν να τη σαμποτάρουν. Ο τρόπος που επιλέγουν να το κάνουν είναι να χρησιμοποιούν τα οικογενειακά μυστικά (π.χ κάποιο μέλος απομονώνει το θεραπευτή και του λει ένα μυστικό που δεν έχει ειπωθεί κατά τη διάρκεια των συνεδριών). Τέτοια μυστικά μπορεί να δημιουργήσουν στο θεραπευτή σημαντικά προβλήματα, αναστέλλοντας τη διαδικασία της παρέμβασης. Ο θεραπευτής, δεν θα πρέπει να παγιδευτεί σ' αυτή την ειδική σχέση με το μέλος που φέρνει το μυστικό στην επιφάνεια. Για το λόγο αυτό καλό θα είναι στην αρχική φάση να ανακοινώσει ότι δεν πρόκειται να δεχθεί να κρατήσει κανένα μυστικό αλλά αντίθετα θα τα μοιράζεται όλα με την οικογένεια. (Madanes et al 1980) .

Επόμενο στάδιο είναι η ανίχνευση (tracking) της οικογενειακής αλληλεπίδρασης. Η ανίχνευση είναι μια τεχνική στην οποία ο θεραπευτής σέβεται το πώς η οικογένεια αλληλεπιδρά αλλά και την ίδια στιγμή παίρνει ερεθίσματα από αυτή την αλληλεπίδραση για θεραπευτικούς λόγους. Μερικές φορές μέσα στη θεραπεία η οικογένεια αλληλεπιδρά αυθόρμητα επιτρέποντας στο θεραπευτή να παρατηρήσει τη δυναμική της οικογένειας. Όταν αυτό δεν συμβαίνει αυθόρμητα τότε οφείλει να ενεργοποιήσει την οικογένεια ώστε να αλληλεπιδράσει. Αυτό μπορεί να το κάνει προτείνοντας στα μέλη να πουν μεταξύ τους την άποψη που έχουν για το πρόβλημα της χρήσης. (Haley, 1976)

Τρίτο μέρος αυτής της φάσης είναι ο σχεδιασμός ενός θεραπευτικού πλάνου (building treatment plan). Για να το κάνει αυτό πρέπει να κατανοήσει τον ακριβή τρόπο που αλληλεπιδρά η οικογένεια ώστε να διακρίνει πως η αλληλεπίδραση αυτή συνδέεται με το πρόβλημα. (Santisteban et al2003).

Η τεχνική που χρησιμοποιείται για το σκοπό αυτό είναι η αναπαράσταση (enactment). Κατά την αναπαράσταση, ο θεραπευτής ζητάει από την οικογένεια να συζητήσει κάποιο θέμα. Όταν κατά τη διάρκεια της συζήτησης κάποιο μέλος αναφερθεί στη σχέση του με κάποιο μέλος που είναι παρόν, ο θεραπευτής, αυτόματα, ζητάει να μιλήσουν μεταξύ τους γι' αυτό το θέμα, σαν να βρίσκονταν στο σπίτι. Με αυτό τον τρόπο ο θεραπευτής

κατανοεί τα πραγματικά πρότυπα συνδιαλλαγής. (Haley, 1976 βλ. Santisteban et al,2003,).

Η τεχνική της αναπαράστασης, επιτρέπει στο θεραπευτή, να παρατηρεί αυτό που γίνεται μέσα στο σπίτι σαν να βρίσκονταν πίσω από ένα μονόδρομο καθρέπτη. Σημαντικό βέβαια είναι να προσπαθεί να δίνει θέματα τα οποία προσφέρονται για αναπαράσταση. Στην περίπτωση της χρήσης ο θεραπευτής καλεί την οικογένεια να αναπαραστήσει αυτό που συμβαίνει όταν το μέλος γυρνάει στο σπίτι αφού έχει πάρει την ουσία ή να αναπαραστήσει αυτό που γίνεται όταν ζητάει χρήματα για τη δόση του.(Santisteban et al2003)

Όταν όλα αυτά έχουν γίνει τότε ο θεραπευτής μπορεί να οργανώσει ένα θεραπευτικό σχέδιο το οποίο θα στηρίζεται σε πρότυπα αλληλεπίδρασης που πρέπει να αλλάξουν.

3.2.2. Στάδιο Αλλαγής

Στο στάδιο αυτό στόχος είναι να δοθούν στην οικογένεια εργαλεία τα οποία τους είναι απαραίτητα ώστε να χειριστούν το πρόβλημα της χρήσης και να εγκαθιδρύσουν ένα λειτουργικό τρόπο αλληλεπίδρασης. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής σε αυτή τη φάση είναι οι εξής:

- Δουλεύοντας στο «εδώ και τώρα».
- Αναδόμηση της αρνητικότητας
- Αντιστροφή
- Δουλειά με όρια και συμμαχίες.
- Αποτριγωνοποίηση
- Άνοιγμα κλειστού συστήματος
- Οδηγίες

Ο θεραπευτής έχει πάντα ως στόχο να δουλεύει στο παρόν. Δουλεύοντας με αυτό τον τρόπο τις αλληλεπιδραστικές διαδικασίες, οι οποίες συντηρούν το πρόβλημα, δεν υπάρχει ανάγκη να γυρίσει στο παρελθόν για να δει πως ξεκίνησε. Αυτό που ουσιαστικά τον ενδιαφέρει είναι να δει ποιες είναι τα δυναμικά εκείνα που συντηρούν τη χρήση στα οποία, όταν παρέμβει, θα πάψει να ισχύει και το πρόβλημα της χρήσης. (Madanes et al 1980).

Ο Robbins αναφέρει ότι η αρνητικότητα στην οικογένεια έχει να κάνει περισσότερο με τις κατηγορίες και τους καυγάδες ανάμεσα στα μέλη. Η αρνητικότητα που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια των συνεδριών, σύμφωνα με το Robbins, είναι η προσπάθεια κάποιων μελών ή όλης της οικογένειας να σταματήσει τη θεραπεία. (Robbins et al. 2003).

Το να προσπαθεί ο θεραπευτής να φέρνει την οικογένεια σε κατάσταση αλληλεπίδρασης μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα το να μπει η οικογένεια σε μια διαδικασία αρνητικότητας και αλληλοκατηγορίας. Ο θεραπευτής οφείλει εδώ, να δίνει την ευκαιρία στα μέλη να μοιραστούν τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται ώστε να καταφέρει να τα αναδομήσει για να νιώσουν ανακούφιση. (Robbins et al. 2003).

Όταν ο θεραπευτής χρησιμοποιεί την τεχνική της αντιστροφής, προσπαθεί να αλλάξει ένα συνηθισμένο πρότυπο αλληλεπίδρασης υποστηρίζοντας ένα μέλος της οικογένειας να λέει ή να κάνει το αντίθετο από αυτό που συνήθως κάνει ή λέει. Με αυτό τον τρόπο καταφέρει να σπάσει άκαμπτα πρότυπα αλληλεπίδρασης τα οποία εμφανίζουν και διατηρούν το σύμπτωμα. π.χ όταν ένας πατέρας, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, απευθυνθεί στο γυιό του και ο γιος αρχίζει να φωνάζει τότε ο θεραπευτής λέει στον πατέρα να προσπαθήσει να μιλήσει διαφορετικά και όχι όπως συνηθίζει. Αυτό που του προτείνει να απαντήσει είναι το εξής: «γιε μου φοβάμαι για σένα όταν σε βλέπω έτσι θυμωμένο». Έτσι, αντιστρέφεται το συνηθισμένο πρότυπο αλληλεπίδρασης και δημιουργείται ένα καινούριο. (Robbins et al. 2003).

Απλές συμμαχίες είναι καλό να υιοθετηθούν στη θεραπεία. Όταν υπάρχει μια συμμαχία στο υποσύστημα των γονέων επιτρέπει στο να αναλάβουν οι γονείς πιο εύκολα τον ηγετικό τους ρόλο και έτσι να διαχειριστούν καλύτερα το πρόβλημα της χρήσης του παιδιού τους. Όταν αντίθετα σχηματίζονται συμμαχίες μεταξύ μελών δύο διαφορετικών υποσυστημάτων (π.χ μεταξύ γονέα και παιδιού) υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθούν προβλήματα που θα έχουν να κάνουν περισσότερο με την δυσκολία στην επικοινωνία. Συνήθως στις οικογένειες των χρηστών υπάρχει συμμαχία μεταξύ του ενός γονέα με τον χρήστη. πολύ σοβαρά προβλήματα. (Diamond et al,2000).

Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει ως στόχο τη θέσπιση ξεκάθαρων ορίων μεταξύ των μελών της οικογένειας ώστε τα μέλη, να έχουν την αίσθηση

της δέσμευσης αλλά ταυτόχρονα να αισθάνονται και ανεξάρτητα. Τα όρια αυτά δεν θα πρέπει να είναι άκαμπτα γιατί κάτι τέτοιο δε θα επιτρέψει στα μέλη της οικογένειας, να έχουν κοινές εμπειρίες. Με τη θέσπιση των ορίων ο θεραπευτής καταφέρνει να σπάσει τις δυσλειτουργικές συμμαχίες μεταξύ των υποσυστημάτων. Ταυτόχρονα αυτή η θέσπιση, επιδρά και στα αποτελέσματα της ύπαρξης των συμμαχιών, που όπως είδαμε πριν έχουν να κάνουν με την προβληματική επικοινωνία. (Diamond et al,2000).

Συνήθως η οικογένεια κατανοεί αυτά τα όρια ως «πρέπει» κάτι που δεν διευκολύνει την αυτονομία των μελών. Αυτό που πάντα θα πρέπει να έχει στο μυαλό του ο θεραπευτής είναι ότι συνεχώς θα επανέρχεται σ' αυτά τα όρια, έως ότου τα μέλη κατανοήσουν τη λειτουργικότητα των νέων ορίων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα όρια που τίθενται θα πρέπει να ενδυναμώνονται σε κάποιες χρονικές στιγμές ή να αποδυναμώνονται σε άλλες μέχρι να αποκατασταθεί η ισορροπία του συστήματος. (Haley, 1976).

Τα τρίγωνα σχηματίζονται όταν ένα τρίτο άτομο, συνήθως λιγότερο ισχυρό εμπλέκεται σε μία σύγκρουση μεταξύ δυο άλλων. Η Στρατηγική Θεραπεία θεωρεί ότι ο μόνος τρόπος για να λυθεί μια σύγκρουση μεταξύ δύο ατόμων είναι να παραμείνει στα δύο άτομα που τη φέρνουν στην επιφάνεια. Το τρίτο μέλος συνήθως παίρνει το μέρος της μιας ή της άλλης πλευράς ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη ανισορροπία μέσα στη δυάδα. (Haley, 1976).

Ο στόχος της θεραπείας είναι να σπάσει το κεντρικό τρίγωνο. Συνήθως αυτό γίνεται όταν ο θεραπευτής κρατήσει το τρίτο μέλος μακριά από την εμπλοκή αλλά ταυτόχρονα, του ζητάει να μιλήσει γι' αυτή τη διαφωνία. Μ' αυτό το τρόπο το τριγωνοποιημένο μέλος αναγνωρίζει το ρόλο του στη σύγκρουση και η δυάδα καταλαβαίνει ότι χρησιμοποίησε ένα μέλος χωρίς να υπάρχει ουσιαστικός λόγος. Στη συνέχεια καλούνται τα μέλη της κεντρικής δυάδας να επεξεργαστούν τη σύγκρουση μέσα στη θεραπεία έχοντας την υποστήριξη του θεραπευτή, ο οποίος λόγω της θέσης που έχει στο οικογενειακό σύστημα, είναι ουδέτερος. (Haley, 1976).

Η τεχνική του ανοίγματος του συστήματος αναφέρεται στην προσπάθεια του θεραπευτή να φέρει σε επικοινωνία συστήματα τα οποία ποτέ πριν δεν είχαν επαφή. Έτσι για παράδειγμα στην περίπτωση της χρήσης ο θεραπευτής μπορεί να καλέσει τον πατέρα και τον εξαρτημένο γιό να έρθουν σε επαφή και να αποκτήσουν κοινές δραστηριότητες (π.χ. να

παρακολουθούν μαζί αγώνες, να πηγαίνουν οι δυο τους για φαγητό ή διασκέδαση). Αυτή η τεχνική οδηγεί στην αποκατάσταση της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης μεταξύ υποσυστημάτων των οποίων η σχέση ήταν αδιάφορες. (Haley, 1976).

Η χρήση των οδηγιών (tasks) είναι βασικής σημασίας στην Στρατηγική Θεραπεία. Λόγω του ότι ο θεραπευτής έχει ως στόχο την προώθηση νέων δεξιοτήτων στα μέλη της οικογένειας οι οδηγίες είναι ο «χορογράφος» αυτής της διαδικασίας. Αρχικά ο θεραπευτής έχοντας ηγετικό ρόλο μέσα στην οικογένεια του επιτρέπει να δίνει πολύ εύκολα οδηγίες και να συζητάει ανοικτά το γιατί δεν ακολουθούνται. Όσο προχωράει η θεραπεία οι οδηγίες που δίνονται είναι λιγότερες. (Haley, 1976).

3.2.3. Κλείσιμο

Προς το τέλος της θεραπείας, όπου το πρόβλημα της χρήσης έχει ρυθμιστεί, ο θεραπευτής σταδιακά αποδεσμεύεται από το σύστημα της οικογένειας, γίνεται λιγότερο παρεμβατικός και αφήνει την οικογένεια μέσα στις συνεδρίες να αλληλεπιδρά μόνη της. Έτσι μ' αυτό το τρόπο παρατηρεί καλύτερα πώς τα μέλη χρησιμοποιούν τις νέες δεξιότητες και ταυτόχρονα αποσύρεται ώστε η οικογένεια να αποκτήσει την δική της ανεξαρτησία χωρίς να υπάρχει το πρόβλημα της χρήσης. (Madanes et al 1980).

Τα δύο αυτά μοντέλα θεραπείας στηρίζονται στη Συστημική θεραπεία και δεν έχουν ουσιαστικές διαφορές ως προς τον τρόπο παρέμβασης. Ένα νέο μοντέλο παρέμβασης στην οικογένεια που αναπτύχθηκε το 1960 και διαφοροποιείται από τα δύο προηγούμενα είναι αυτό της Γνωστικό – Συμπεριφορικής Θεραπείας Οικογένειας που θα αναλυθεί παρακάτω.

3.3. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Με βάση τη Γνωστικό -Συμπεριφορική Θεραπεία της οικογένειας, (Latimer, 1976 βλ. Latimer 2003). τα οικογενειακά προβλήματα μπορείς να τα δεις αρχικά σε σχέση με τρεις περιοχές.

1. Τις πεπιοθήσεις των μελών σχετικά με την οικογενειακή ζωή .
2. Τις προσδοκίες τους σχετικά με την πιθανότητα ότι συγκεκριμένα άσχημα γεγονότα θα επανεμφανιστούν .
3. Τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη εξηγούν τη δυσάρεστη κατάστασή τους. (Latimer et al 2003).

Οι πεπιοθήσεις σχετικά με την οικογένεια εμπλέκουν ένα σύστημα από ελπίδες και φιλοδοξίες σχετικά με την ιδεατή οικογενειακή ζωή. Οι ελπίδες και οι φιλοδοξίες των μελών δημιουργούνται κατά ένα μέρος από την οικογένεια προέλευσης, κατά ένα άλλο μέρος από την παρατήρησή άλλων οικογενειών και κατά ένα μέρος από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Σε οικογένειες όπου υπάρχουν προβλήματα, συνήθως τα μέλη εκφράζουν απογοήτευση, ματαίωση και μειωμένη ελπίδα, επειδή παρατηρούν την αντίθεση μεταξύ των εικόνων που έχουν για το ιδανικό και την πραγματική οικογενειακή εμπειρία. (Latimer et al 2003).

Η αντίθεση αυτή των εικόνων αναγκάζει τα μέλη να ενεργοποιήσουν την πεπιοθήση ότι όλα είναι μάταια. Οι προσδοκίες των μελών της οικογένειας είναι συχνά φτιαγμένες με βάση την πιθανότητα ότι συγκεκριμένα δυσάρεστα γεγονότα και πρότυπα θα εμφανιστούν. Σκεπτόμενοι το δυσάρεστο παρελθόν τους ενεργοποιούν την προσδοκία ότι θα έχουν μόνο χάος να αντιμετωπίσουν. Μ' αυτό το τρόπο οι προσδοκίες αλλαγής ή η ικανότητα για αλλαγή εξαφανίζονται. Στις περιπτώσεις που υπάρχει χρήση, τα μέλη της οικογένειας κάνουν υποθέσεις όσον αφορά στη συμπεριφορά του εξαρτημένου και παρόλο που η πραγματικότητα μπορεί να είναι διαφορετική συνεχίζουν να θεωρούν ότι η συμπεριφορά ταυτίζεται με τις υποθέσεις που έχουν κάνει. (Latimer et al 2003)

Ο τρόπος με τον οποίο τα μέλη εξηγούν τη δυσάρεστη κατάστασή της χρήσης καθορίζει και τον τρόπο που επιλέγουν να την αντιμετωπίσουν. Συχνά ψάχνουν να αποδώσουν την αιτιολογία της χρήσης σε θέματα έξω από την οικογενειακή ζωή και αποφεύγουν να συνδέσουν τη συμπεριφορά του

εξαρτημένου με γεγονότα και καταστάσεις που βιώνει η οικογένεια. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να απομονώνεται η οικογένεια από το εξωτερικό περιβάλλον άρα να σταματάει και η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και οικογένειας η οποία καθορίζει πολλές φορές την ισορροπία του συστήματος. (Yeager et al, 1988).

3.3.1 Πρώτο Στάδιο

Στην αρχική φάση της θεραπείας, το πρώτο που πρέπει να κάνει ο θεραπευτής είναι να διευκρινίσει στην οικογένεια την αρχική ιδέα, τη ροή και το πιθανό αποτέλεσμα της θεραπείας. Συνήθως σε εκείνη τη φάση εκμιαεύει τις προσδοκίες όλων των μελών της οικογένειας σχετικά με την εκτίμησή τους για τη διαδικασία της θεραπείας. (Latimer et al 2000)

Η Γ.Σ.Θ. θεωρεί ότι όλη η οικογένεια πρέπει να έρχεται στη συνεδρία τόσο το εξαρτημένο μέλος όσο και τα μη εξαρτημένα παιδιά. Αν ο θεραπευτής συναντήσει οικογένειες όπου ένα μη εξαρτημένο μέλος δεν επιθυμεί να συμμετάσχει τότε οφείλει να το καλέσει σε ατομική συνεδρία και να ελέγξει το ρόλο του στον εξαρτητικό φαύλο κύκλο. Αν παρατηρήσει ότι είναι σημαντικός αυτός ο ρόλος που έχει του ανακοινώνει ότι η μη συμμετοχή του θα έχει σαν αποτέλεσμα και τη μη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία. Αυτή η διαδικασία είναι ένα είδος θεραπευτικής συμμαχίας με το αμετακίνητο μέλος. (Schlesinger, 1988).

Συχνά η οικογένεια μπαίνει στη θεραπευτική διαδικασία χωρίς τα μέλη να γνωρίζουν ότι η εξάρτηση έχει να κάνει και με τους ίδιους. Η προσοχή τους είναι στραμμένη στην άσχημη συμπεριφορά του εξαρτημένου και στο πόσο δυσάρεστο είναι να βιώνουν οι ίδιοι τα αποτελέσματα αυτής της συμπεριφοράς. (Latimer et al 2000)

Αρχικά ο θεραπευτής πρέπει να εξηγήσει το πώς θα γίνεται η συνεδρία και ποιο θα είναι το περιεχόμενο της θεραπείας. Συχνά κρίνεται απαραίτητο, να δώσει την σωστή επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφορία στην οικογένεια σχετικά με την έννοιά της χρήσης της φύσης της εξάρτησης και τα αποτελέσματά της. (Schlesinger, 1988).

Συχνά οι οικογένειες σ' αυτή τη φάση περιμένουν ότι η θεραπεία θα φέρει ραγδαίες αλλαγές. Ταυτόχρονα, πιστεύουν ότι θα προχωρούν με

σταθερά και ανώδυνα βήματα και ότι η εμπλοκή τους στη θεραπεία θα είναι πολύ σύντομη. Αυτό μερικές φορές μπορεί να είναι μια λογική προσδοκία, αλλά ταυτόχρονα μπορεί και να εκφράζει την τάση της οικογένειας να κρύψει τη δυσλειτουργική της πλευρά. Ουσιαστικά είναι ένα δείγμα άρνησης της οικογένειας να δεχθεί ότι η αλληλεπίδραση που μέχρι τώρα υπάρχει, επηρεάζει την κατάσταση του εξαρτημένου μέλους. (Schlesinger, 1988).

Το τελευταίο στοιχείο που φέρνει στην επιφάνεια ο θεραπευτής, σ' αυτή την αρχική φάση έχει να κάνει αφενός, με το αποτέλεσμα της θεραπείας και αφετέρου, πως αυτό συνδέεται με την έννοια της λειτουργικής οικογένειας. Αυτό σημαίνει ότι τα μέλη καταθέτουν την εικόνα που έχουν για τη λειτουργική οικογένεια και πως αυτή η οικογένεια δημιουργείται όταν έχει ένα εξαρτημένο μέλος. (Schlesinger, 1988).

Ο θεραπευτής σ' αυτή τη φάση δεν είναι τόσο παρεμβατικός. Χρησιμοποιεί τη Σωκρατική μέθοδο για να εκμαιεύσει πληροφορίες, προσπαθεί να είναι υποστηρικτικός και να προκαλεί την οικογένεια να εκφράσει επιθυμίες. Ο στόχος είναι, να βοηθήσει την οικογένεια να σχηματίσει μια εικόνα των προσδοκιών της και αυτές τις προσδοκίες, να τις τοποθετήσει σε ένα ρεαλιστικό πλαίσιο κάτι που θα οδηγήσει στην εξέλιξη της οικογένειας. (Schlesinger, 1988).

3.3.2. Δεύτερο Στάδιο

Το δεύτερο στάδιο έχει να κάνει με την ανάπτυξη της αποτελεσματικής επικοινωνίας και των δεξιοτήτων διαπραγμάτευσης. Επίσης, ο θεραπευτής έχει στόχο να τραβήξει την προσοχή της οικογένειας από την εξάρτηση και να τη μεταφέρει στην έννοια της λειτουργικής οικογένειας. Στο στάδιο αυτό ο θεραπευτής καλεί τα μέλη της οικογένειας να επικεντρωθούν στην αλληλεπίδρασή τους με το εξαρτημένο μέλος.

Τα σημεία που κυρίως επικεντρώνει την προσοχή του ο θεραπευτής στο δεύτερο στάδιο είναι τα εξής:

α) εντοπίζει τα αίτια και τους λόγους στους οποίους τα ίδια τα μέλη της οικογένειας αποδίδουν την εξάρτηση.

β) επικεντρώνεται στην επικοινωνία και στις δεξιότητες διαπραγμάτευσης και γ) ασχολείται με την έννοια των ορίων και πως αυτά τίθενται. (Schlesinger, 1988).

Το πρώτο βήμα είναι αφενός, τα μέλη να καθορίσουν που αποδίδουν την αιτιολογία για αυτή την κατάσταση και αφετέρου, πως αυτό συνδέεται με τις αλληλεπιδράσεις τους. Ο θεραπευτής βάζει τα μέλη να γίνουν παρατηρητές της συμπεριφοράς τους προς τους άλλους αλλά να παρατηρούν και τι συμπεριφορά έχουν οι άλλοι προς αυτούς (discrimination training). Έτσι αποκτιούνται δεξιότητες παρατήρησης αλλά και το κάθε μέλος αποκτά μια άποψη για τη συμπεριφορά των υπολοίπων μελών. (Latimer et al 2000).

Στο επίπεδο της επικοινωνίας ο θεραπευτής καλεί τις οικογένειες να ξεφύγουν από το πρότυπο επικοινωνίας που είχαν μέχρι σήμερα και να δομήσουν ένα καινούριο. Συνήθως στις οικογένειες των χρηστών το μοντέλο επικοινωνίας που χρησιμοποιείται λαμβάνει χώρα μόνο στο επίπεδο της дуάδας. Ο θεραπευτής κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ωθεί τα μέλη να επικοινωνούν μεταξύ τους και ταυτόχρονα να ελέγχουν την επικοινωνία τους. Έτσι εμπλέκονται περισσότερα άτομα στις αλληλεπιδράσεις τα οποία κατανοούν και το επίπεδο της επικοινωνίας τους. (Latimer et al 2000)

Η εκπαίδευση σ' αυτό το επίπεδο έχει να κάνει με τεχνικές της λειτουργικής επικοινωνίας όπως η τεχνική του να ακούω σωστά (listen skill) , η τεχνική της ανατροφοδότησης (feedback skill) και η τεχνική να εκφράζεις συναισθήματα μαζί με το λόγο. (Latimer et al 2000)

Όπως και για τις περισσότερες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια έτσι και για τη Γ.Σ.Θ. η διαδικασία της οριοθέτησης είναι πολύ σημαντική. Συνήθως οι οικογένειες των χρηστών αδυνατούν να θέσουν όρια και να τα ακολουθούν. Η διαδικασία της οριοθέτησης με βάση τη Γ.Σ.Θ. ακολουθεί κάποια συγκεκριμένα βήματα. (Schlesinger, 1988).

Το πρώτο βήμα της θέσπισης των ορίων έχει να κάνει με την κατανόηση του πόνου. Αρχικά οι οικογένειες των εξαρτημένων εκφράζουν πόνο αλλά είναι αδύναμες να δουν συγκεκριμένα προβλήματα που δημιουργούν αυτό τον πόνο και ο συνηθέστερος τρόπος που εξωτερικεύεται είναι η κρίση και η διαμάχη. Αυτό δημιουργεί μπέρδεμα και η οικογένεια αισθάνεται παράλυτη .

Στο δεύτερο βήμα αναγνωρίζουν τι είναι αυτό που τους πονάει και μαθαίνουν να συνδυάζουν τη συναισθηματική τους κατάσταση με την εξαρτητική συμπεριφορά του μέλους τους. (Latimer et al 2003).

Το τρίτο βήμα έχει να κάνει με το ξεκίνημα της διαδικασίας σύστασης ορίων μέσα στην οικογένεια κάτι που θα τους επιτρέψει να απαλύνουν τον υψηλό πόνο. Τα μέλη εκπαιδεύονται από το θεραπευτή στην κλίμακα του πόνου και ωθούνται να δουν σε ποιο επίπεδο, μέσα σ' αυτή τη κλίμακα εντάσσεται ο δικός τους πόνος. Στη συνέχεια μαθαίνουν να αναγνωρίζουν ποια είναι τα στοιχεία εκείνα που τους βοηθούν, ώστε να μην ξεπερνούν κάποια όρια στην κλίμακα του πόνου. (Schlesinger, 1988).

Το τέταρτο και τελικό βήμα τα μέλη κατανοούν ότι η στάση του χρήστη, είναι ένα στοιχείο που τους αναγκάζει να ξεπεράσουν τα όρια του πόνου. Έτσι αρχίζουν να ξεχωρίζουν τους εαυτούς τους και το μέλλον τους από την εξαρτητική συμπεριφορά που έχει αναπτύξει ο χρήστης. Σ' αυτό το σημείο η στάση του θεραπευτή είναι σημαντική γιατί καθοδηγεί τα μέλη να υποστηρίξουν τα όρια που έχουν θέσει και τα επιβραβεύει όταν το πράξουν σωστά. (Schlesinger, 1988).

Στην περίπτωση που ο χρήστης δεν είναι στη θεραπεία αλλά βρίσκονται μόνο τα μη εξαρτημένα μέλη, τότε τα μέλη πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να καταφέρουν να ανακοινώσουν και να μιλήσουν με τον εξαρτημένο για αυτά τα όρια. (Yeager et al, 1988).

3.3.3. ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Το τρίτο στάδιο αναφέρεται στην εκπαίδευση της επίλυσης του προβλήματος. Τώρα πια που η οικογένεια έχει αρχίσει να επικοινωνεί και να διαπραγματεύεται, έχει εκπαιδευτεί στο να αναγνωρίζει συναισθήματα και να βάζει όρια, είναι έτοιμη να λύσει το θέμα της εξάρτησης. Τα μέλη αρχίζουν και ξεκαθαρίζουν ποιο είναι το ουσιαστικό πρόβλημα, που τις περισσότερες φορές έχει να κάνει με τις σχέσεις τους, κατανοώντας ότι η εξάρτηση είναι απλά το αποτέλεσμα της ύπαρξης αυτών των δυσλειτουργικών σχέσεων. Εκπαιδεύονται στην τεχνική του καταιγισμού ιδεών (brain storm) για τις πιθανές λύσεις και τελικά μαζί επιλέγουν την πιο λειτουργική λύση. Ο

θεραπευτής σ' αυτό το σημείο λειτουργεί περισσότερο ως παρατηρητής και βοηθάει την οικογένεια να καταλήξει σε κοινές αποφάσεις. Η διαδικασία αυτή της λήψης απόφασης βάζει και το τέλος των συναντήσεων. (Schlesinger, 1988).

Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ο θεραπευτής παρακινεί τα μέλη να κρατούν σημειώσεις – ημερολόγιο , όσον αφορά στην επικοινωνία τους και τυχόν ερωτήματα που δημιουργούνται ανάμεσα στις συνεδρίες .

Ο θεραπευτής οφείλει να έχει συναντήσεις μετά από αρκετό διάστημα (follow up) για να δει το επίπεδο της αλληλεπίδρασης της οικογένειας και κατά πόσο έχει λυθεί το πρόβλημα της εξάρτησης (Schlesinger, 1988).

3. 4. ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία εφαρμόστηκε αρχικά από τον Laqueur σε μια θεραπευτική μονάδα στη Νέα Υόρκη το 1970 (Laqueur 1971 , βλ. Kaufman 1980). Αυτός ο τύπος θεραπείας χρησιμοποιείται με θετικά αποτελέσματα σε κλειστές θεραπευτικές κοινότητες. Επίσης έχει βρεθεί ότι ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας έχει αποτελεσματικότητα σε πολύ εμπλεγμένες (enmeshed) οικογένειες όπως είναι οι Έλληνες και οι Ιταλοί (Kaufman 1980).

Το συγκεκριμένο είδος θεραπείας έχει υιοθετηθεί από το ΚΕ.Θ.Ε.Α , όπου διατηρεί αρκετές κλειστές κοινότητες .

Το κύριο χαρακτηριστικό σ' αυτή τη θεραπεία είναι ότι δημιουργούνται ομάδες (group) οικογενειών και δε γίνεται θεραπεία της κάθε οικογένειας ξεχωριστά. Στις ομάδες αυτές είναι δυνατόν να συμμετέχουν οικογένειες, άλλοι συγγενείς των εξαρτημένων, ακόμα και φίλοι. Βασική αρχή και αδιαπραγμάτευτο είναι ότι δε γίνεται χρήση ουσιών από τα μέλη της ομάδας και δε χρησιμοποιείται βία κατά τη διάρκεια των συναντήσεων. Αν κάποιος παραβεί αυτή την αρχή αποχωρεί από τη ομάδα. Μία επίσης σημαντική αρχή είναι ότι, τα μέλη μετά τις τρεις πρώτες συνεδρίες δεσμεύονται ότι θα συμμετέχουν μόνιμα στις συναντήσεις της ομάδας. Αν κάποιο μέλος λείπει για πρώτη φορά, καλείται για αναφορά και ανάλογα, η ομάδα αποφασίζει, αν θα συνεχίσει ή όχι. Σε περίπτωση που η ομάδα δεχθεί να συνεχίσει το μέλος αλλά για κάποιους λόγους απουσιάσει ξανά, τότε αποβάλλεται από την ομάδα, χωρίς να περάσει τη διαδικασία της αναφοράς. (Schmidt,1996).

Η στάση αυτή με τους ισχυρούς κανόνες έχει περισσότερο να κάνει με το ότι η εξάρτηση είναι κάτι που αφορά όλη την οικογένεια και η δέσμευση για θεραπεία, από τους γονείς, επηρεάζει κατά πολύ την δέσμευση και τη πορεία της θεραπείας του χρήστη. (Schmidt,1996).

Με βάση τη θεραπευτική αυτή προσέγγιση οι γονείς που βρίσκονται στην ομάδα δεν είναι απαραίτητο να έχουν το εξαρτημένο μέλος τους στην κοινότητα. Στην ομάδα γίνονται δεκτά και άτομα, τα οποία αισθάνονται την ανάγκη να ενημερωθούν για το πώς θα πείσουν τον εξαρτημένο να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας. Στις περιπτώσεις αυτές, η διαδικασία της οικογενειακής θεραπείας μπορεί να διαρκέσει από 6 μήνες έως και 2 χρόνια.

Συνήθως μετά τα δύο χρόνια ο εξαρτημένος παίρνει την απόφαση να συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας. (Kaufman & Kaufman, 1985).

Οι ομάδες των οικογενειών συνήθως αποτελούνται από 15 μέλη. Έχουν αναφερθεί όμως και ομάδες που αποτελούνται από 40 -50 μέλη. Μέσα στην ίδια ομάδα μπορεί να υπάρχουν μέλη στην αρχική φάση , αλλά και μέλη που συμμετέχουν στην ομάδα για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. (Kaufman & Kaufman, 1985)

Πριν η οικογένεια ενταχθεί στην ομάδα , γίνεται μια συνέντευξη από το θεραπευτή, δημιουργείται το γενεόγραμμα της οικογένειας και δομείται ο οικογενειακός χάρτης. Τις περισσότερες φορές οι οικογένειες διατηρούν κάποια πολύ προσωπικά «μυστικά» και δεν θέλουν να τα μοιραστεί με την ομάδα. Ο θεραπευτής τους υποστηρίζει ώστε να φέρουν αυτό το υλικό της ατομικής συνεδρίας, μέσα στην ομάδα αλλά δεν τους αναγκάζει γιατί υπάρχει πιθανότητα να αποχωρήσουν. Αργότερα όταν αισθανθούν περισσότερη ασφάλεια μέσα στην ομάδα είναι δυνατό να καταθέσουν αυτά τα «μυστικά». (Kaufman&Kaufman, 1985)

Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν δύο θεραπευτές μέσα στην ομάδα και αυτό περισσότερο, εξαρτάται από τον αριθμό των μελών αφενός , αλλά και αφετέρου από το επίπεδο της εμπειρίας του θεραπευτή. Η ομάδα κάθεται σχηματίζοντας κύκλο, ώστε όλοι να μπορούν να βλέπουν τα υπόλοιπα μέλη, αλλά και τους θεραπευτές. Τα μέλη της ίδιας οικογένειας κάθονται μαζί στην ομάδα και η σειρά της θέσης είναι στοιχείο που πρέπει, ο θεραπευτής, να λαμβάνει υπ' όψιν του. Ορισμένες φορές, όταν ο θεραπευτής το κρίνει απαραίτητο, μπορεί να χωρίσει τα μέλη της ίδιας οικογένειας μέσα στην ομάδα για να παρατηρήσει την αλλαγή της αλληλεπίδρασης. (Kaufman, 1980).

Στην αρχική φάση της εμπλοκής της οικογένειας με την ομάδα, πρέπει να δοθεί χώρος στα μέλη, να εκφράσουν τον πόνο τους και να μοιραστούν την εμπειρία τους, δηλαδή να μιλήσουν για το πώς είναι να έχουν ένα εξαρτημένο μέλος. Συνήθως οι οικογένειες των εξαρτημένων θεωρούν ότι αυτό που τους συμβαίνει δεν είναι δυνατό να συμβαίνει και σε άλλους. Αυτή η αίσθηση της απομόνωσης και της μοναχικότητας, φαίνεται να σπάει από την πρώτη φάση, για το λόγο ότι βλέπουν και άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν την ίδια δυσκολία. Τα υπόλοιπα μέλη, οδηγούνται από το θεραπευτή, να εκφράσουν

τη συμπαράστασή τους σε αυτή την καινούρια οικογένεια, σπάζοντας έτσι την αίσθηση της μοναχικότητας. (Kaufman & Kaufman, 1985)

Σε επόμενη φάση, αφού το συναίσθημα του πόνου έχει έρθει στην επιφάνεια και τα έχουν μοιραστεί, τότε ξεκινάει η φάση της απενεχοποίησης. Οι γονείς πρέπει να ενδυναμωθούν, ώστε να απενεχοποιηθούν και να πετάξουν το μεγάλο βάρος των ευθυνών που φυσιολογικά θα πρέπει να έχει ο χρήστης. Αυτό που ο θεραπευτής λει στην οικογένεια, είναι ότι το παιδί τους έχει ταυτόχρονα, μεγάλο μερίδιο ευθύνης για τις πράξεις του και για την κατάσταση που έχει έρθει. Όταν υπάρχει υψηλό επίπεδο ενοχοποίησης στην οικογένεια, είναι πολύ δύσκολο να αναλάβουν δράση τα μέλη της. Η χρήση βιώνεται ως δυσκολία, η οποία δεν έχει να κάνει με το πρόσωπο, αλλά με τις σχέσεις που έχουν δημιουργηθεί μέσα σ' αυτή την οικογένεια. (Kaufman & Kaufman, 1985).

Επόμενο στάδιο είναι η ανάληψη της ευθύνης και του ρόλου του γονέα. Ο θεραπευτής, με τη βοήθεια της ομάδας, οδηγεί την οικογένεια στο να κατανοήσει, ότι μέχρι τώρα, οι πράξεις της συντηρούν την εξάρτηση και αυτό που οφείλει να δει, με κάποιο τρόπο είναι ότι, αυτές οι πράξεις πρέπει να σταματήσουν ή να τροποποιηθούν (π.χ. παύει να δίνει χρήματα στο παιδί του για να πάρει την ουσία). Σημαντικό σημείο σε αυτό το στάδιο είναι ότι καλούνται τα μέλη της ίδιας οικογένειας να έχουν μια κοινή στάση απέναντι σε τέτοια ζητήματα. (Kaufman & Kaufman, 1985).

Αυτή η φάση λειτουργεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (έως και 1 χρόνο). Όλο αυτό το χρονικό διάστημα ο θεραπευτής είναι υποστηρικτικός και ταυτόχρονα οδηγεί τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας να ανατροφοδοτούν θετικά τη λειτουργική συμπεριφορά που έχει η οικογένεια. (Henggeler, 1999).

Η Π.Ο.Θ. χρησιμοποιεί τεχνικές από διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις (ψυχοδυναμικές, υπαρξιστικές, gestalt κ.α.). Έτσι χρησιμοποιεί το ψυχόγραμμα, το οποίο βοηθάει στην απόκτηση δεξιοτήτων διαπραγμάτευσης, το παίξιμο ρόλων και πολύ συχνά, την τεχνική της άδειας καρέκλας από τη Gestalt θεραπεία ώστε να αναδυθούν τα βαθύτερα συναισθήματα και ο πόνος (Kaufman & Kaufman, 1985).

Η θεραπεία αυτή διαρκεί για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα (φτάνει και τα τρία χρόνια). Οι οικογένειες έρχονται συχνά σε επαφή με το θεραπευτή, μετά το τέλος της θεραπείας, είτε κάνοντας ατομικές συναντήσεις, είτε

ομαδικές. Στόχος αυτών των συναντήσεων είναι να αποτραπεί ο κίνδυνος υποτροπής του χρήστη αλλά και να δοθούν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με απορίες που έχει η οικογένεια στη φάση της αποκατάστασης.

3.5. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία (Alexander & Parson, 1982) είναι μία θεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται στο σύνολο της οικογένειας, μέλη των οποίων έχουν προβλήματα χρήσης και έχουν αναπτύξει παραβατική συμπεριφορά.

Το 1969 ερευνητές του Πανεπιστημίου της Γιούτα ανέπτυξαν την Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία με στόχο να εξυπηρετήσουν οικογένειες με έφηβους υψηλού κινδύνου που είχαν εμφανιστεί σε γειτονίες Αφρο-Αμερικάνων και Ισπανοφώνων. Βασικό σκεπτικό όπως αναφέρει ο Alexander και ο Parsons ήταν να δημιουργηθεί μία θεραπευτική προσέγγιση που θα έχει αποτελεσματικότητα σε μικρό χρονικό διάστημα και δεν θα έχει υψηλό κόστος. (Alexander & Parsons, 1973).

Πρωταρχικός στόχος της παρέμβασης, είναι να προαχθεί η επικοινωνία στην οικογένεια αλλά και άλλοι προστατευτικοί παράγοντες, που θα βοηθήσουν την οικογένεια να εξελιχθεί, ενώ ταυτόχρονα στόχος είναι και η εξασθένιση των παραγόντων κίνδυνου που έχει υιοθετήσει η οικογένεια οι οποίοι συμβάλουν στην διατήρηση και επιδείνωση του προβλήματος. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας μαζί με το χρήστη. Στην αρχική φάση κάτω από συγκεκριμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να προηγηθούν μία με δύο ατομικές συνεδρίες με κάποια μέλη της οικογένειας. (Alexander & Parsons, 1973).

Όπως αναφέρει ο Robbins η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία είναι ένα πολυεπίπεδο πρόγραμμα πρόληψης που εστιάζεται σε πολλαπλές περιοχές και συστήματα, μέσα στα οποία οι έφηβοι και οι οικογένειες τους ζουν. Εστιάζεται στη θεραπεία του συστήματος της οικογένειας και στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας των μελών της. Αρχικά επικεντρώνεται στο να αναπτύξει το εσωτερικό δυναμικό της οικογένειας και την αίσθηση ότι είναι ικανοί να βελτιώσουν την κατάσταση τους. Είναι δύο χαρακτηριστικά που παρέχουν στην οικογένεια μια φόρμουλα αλλαγής και εδραίωσης ενός ικανοποιητικού μέλλοντος ακόμα και μετά τη διακοπή της θεραπείας. (Robbins, et al, 2003).

Στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία προϋποθέτει αρχικά την δημιουργία ενός συστηματικού και

πολυφασικού χάρτη (φάση αναλυτικού χάρτη) που αποτελεί τη βάση για την κλινική παρέμβαση. Ο χάρτης αποτελεί μια εύκαμπτη δομή ώστε να σχεδιαστεί η σωστή θεραπευτική στρατηγική που θα έχει υψηλή πιθανότητα επιτυχίας. (Alexander et al. 1995).

Η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία στο επίπεδο της παρέμβασης, χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

- Αρχική – Δέσμευσης και Κινητοποίησης
- Ενδιάμεση – Συμπεριφορικής αλλαγής
- Τελική – Γενίκευσης

Οι τρεις αυτές φάσεις είναι διαδοχικά συνδεδεμένες και αλληλοεξαρτόμενες. Κάθε μια έχει ευδιάκριτους στόχους και επίπεδα αξιολόγησης, επίσης σε κάθε φάση εξετάζονται οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες. Συγκεκριμένες είναι επίσης οι δεξιότητες που πρέπει να έχει ο θεραπευτής σε κάθε φάση ξεχωριστά. (Alexander & Parsons, 1973).

3.5.1. Αρχική Φάση – Δέσμευση και Κινητοποίηση

Στην αρχική φάση, πρωτίστως δίνεται έμφαση στην μεγιστοποίηση των παραγόντων που ενισχύουν την επιτυχία της παρέμβασης και στη μείωση των παραγόντων εκείνων που την καταστέλλουν. Στόχος είναι η ανάπτυξη συμμαχίας με τα μέλη της οικογένειας και κυρίως με τους γονείς. Επίσης στόχος αποτελεί και η μείωση της αντίστασης και της αρνητικότητας που ουσιαστικά χαρακτηρίζει τις οικογένειες των εξαρτημένων. (Alexander & Parsons, 1973).

Για αυτό το στάδιο ο Robbins αναφέρει ότι, η οικογένεια που απευθύνεται στο θεραπευτή για βοήθεια φτάνει σε αυτό το σημείο, γιατί θεωρεί ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτε άλλο για να βοηθήσει το εξαρτημένο μέλος της. Είναι πολύ φυσικό λοιπόν η συγκεκριμένη οικογένεια να τη χαρακτηρίζει ηττοπάθεια και να αισθάνεται αβοήθητη. Ο θεραπευτής οφείλει να σπάσει αυτή την οπτική με το να είναι αρκετά υποστηρικτικός και παρεμβατικός. (Robbins, et al, 2003).

Ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να οριοθετηθεί είναι η αρνητικότητα. Αυτό συνήθως το επιτυγχάνει ο θεραπευτής με το να μην επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να αλληλοκατηγορούνται. Βοηθάει πολύ με τη θετική αναπλαισίωση που κάνει με τις παρεμβάσεις του σε περιπτώσεις που εκφράζεται αυτή η αρνητικότητα. Έτσι βοηθάει την οικογένεια να δει την κατάσταση από μία άλλη οπτική γωνία σίγουρα πιο λειτουργική. (Robbins, et al, 2003).

Το κίνητρο για αλλαγή, μέσα στη διαδικασία της παρέμβασης είναι απαραίτητο για την καλή έκβαση της θεραπείας. Οι θεραπευτές προσπαθούν να δώσουν ένα πλαίσιο ώστε να αποδοθεί σωστά η αιτιολογία του προβλήματος της χρήσης και προσπαθούν να αναπτύσσονται θετικά θέματα μέσα στη θεραπεία. Η χρήση αυτής της τεχνικής αφενός παρουσιάζει την αντίληψη που έχει η οικογένεια για τη χρήση και αφετέρου, αναπτύσσει την ελπίδα της οικογένειας ώστε να προσδοκά πραγματικά την αλλαγή. Η προσδοκία αλλαγής συμβαδίζει με την ανάληψη της δράσης για αλλαγή. Με αυτή τη διαδικασία το κίνητρο αρχίζει να δομείται και η οικογένεια είναι έτοιμη να περάσει στο επόμενο στάδιο. (Alexander & Parsons, 1973).

3. 5.2. Ενδιάμεση Φάση - Συμπεριφορική Αλλαγή

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης οι θεραπευτές αναπτύσσουν πλάνα για τη μακροπρόθεσμη αλλαγή της συμπεριφοράς που θα είναι κατάλληλη και μοναδική για την ισορροπία της συγκεκριμένης οικογένειας. Ο στόχος ουσιαστικά δεν αλλάζει αλλά πρέπει να προσαρμόζεται στην δυναμική και την πραγματικότητα της κάθε οικογένειας ξεχωριστά ώστε να έχει θετικά αποτελέσματα μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. (Alexander & Parsons, 1973).

Στη φάση αυτή ο θεραπευτής εστιάζεται στις πεπιοθήσεις που έχουν αναπτύξει τα μέλη της οικογένειας για τη χρήση και πως αυτές οι πεπιοθήσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Στόχος είναι η αλλαγή της παρούσας κατάστασης μέσω της βελτίωσης της επικοινωνίας αλλά και η εκμάθηση δεξιοτήτων ανάπτυξης λειτουργικών σχέσεων. (Alexander & Parsons, 1973).

Ο θεραπευτής συνεχίζει να είναι παρεμβατικός και αποτρέπει την αλληλοκατηγορία όταν αυτή εμφανίζεται στο προσκήνιο. Εκπαιδεύει σε τεχνικές επικοινωνίας όπως το να μαθαίνουν να ακούν και να ανταποκρίνονται δίνοντας ανατροφοδότηση. Ο θεραπευτής επικοινωνεί με τα μέλη με το τρόπο που ο ίδιος θα ήθελε να επικοινωνούν και τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους. Δηλαδή ο θεραπευτής αποτελεί ένα είδος μοντέλου επικοινωνίας. (Robbins, et al, 2003).

Η εκπαίδευση σε δεξιότητες έχει να κάνει περισσότερο με το γονεϊκό ρόλο. Οι γονείς ατόμων με προβλήματα χρήσης, τις περισσότερες φορές, υστερούν στον γονεϊκό τους ρόλο όχι γιατί δεν έχουν την ικανότητα αλλά γιατί οι ίδιοι νιώθουν μταιωμένοι από την προσπάθεια. Με τη σωστή υποστήριξη του θεραπευτή προκαλούνται να αναλάβουν ξανά τον γονεϊκό τους ρόλο μαθαίνοντας να θέτουν όρια και να ελέγχουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. (Robbins, et al, 2003).

Όπως αναφέρει ο Alexander, σ' αυτό το συγκεκριμένο σημείο της παρέμβασης ο θεραπευτής προκαλεί την οικογένεια να μιλήσει και το κάθε μέλος ξεχωριστά να εκφράσει τις προσωπικές του φιλοδοξίες και τις ανάγκες του. Έτσι δίνεται στην οικογένεια η δυνατότητα να δομήσει ένα σύστημα όπου ο κάθε ένας θα σέβεται το διαφορετικό στόχο που έχει το μέλος ξεχωριστά προωθώντας έτσι την ανεξαρτησία μέσα στο σύνολο. (Alexander et al. 1995).

Σ' αυτή τη φάση ο θεραπευτής πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός γιατί ανά πάσα στιγμή μπορεί να κληθεί να αλλάξει το θεραπευτικό χάρτη που έχει δομηθεί έως τώρα. Έτσι πρέπει πάντα να λειτουργεί με ένα συγκεκριμένο στόχο αλλά με εναλλακτικούς τρόπους επίτευξής του. (Alexander et al. 1995).

Η επαφή με την ευρύτερη κοινότητα είναι ένα χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης φάσης. Η αλλαγή στη συμπεριφορά προϋποθέτει ότι η οικογένεια θα αναπτύξει δίαυλους επικοινωνίας με άλλες υπηρεσίες αλλά και με άτομα ώστε να αποτελέσουν ένα ενισχυτικό πλαίσιο που θα παρέχει στήριξη σε μεταγενέστερες δυσκολίες, ταυτόχρονα όμως θα αναπτυχθεί η διαφορετικότητα των μελών της οικογένειας και θα δομηθεί ένα σύστημα ηθικών και κοινωνικών αξιών. (Robbins, et al, 2003).

3.5.3. Τελική Φάση – Γενίκευση

Η τελευταία φάση έχει να κάνει περισσότερο με τη διατήρηση αυτών που έχουν επιτευχθεί. Μετά από μια συστηματική δουλειά με το θεραπευτή τα μέλη έχουν κατανοήσει πως η συμπεριφορά τους αλλά και οι αλληλεπιδράσεις τους έχουν βοηθήσει στην εμφάνιση του προβλήματος αλλά ταυτόχρονα αυτές οι αλληλεπιδράσεις με την παρέμβαση βοήθησαν στην λύση του. (Robbins, et al, 2003).

Σε θέματα χρήσης η αλλαγή είναι απαραίτητο να εδραιωθεί για να αποφευχθεί πιθανότητα υποτροπής. Η θεραπεία έχει βοηθήσει την οικογένεια να αναπτύξει προστατευτικούς μηχανισμούς όπως το να επιστρέψει το μέλος στο σχολείο ή στην εργασία και να αναλάβει τις ευθύνες του. (Alexander & Parsons, 1973).

Μετά το τέλος της θεραπείας η οικογένεια θα έχει ακόμα κάποιες συναντήσεις με το θεραπευτή (σε συχνό ρυθμό στην αρχή και πιο σπάνια αργότερα) με στόχο να δει πως λειτουργούν αυτές οι αλλαγές και κατά πόσο χρειάζονται διορθωτικές παρεμβάσεις. (Alexander et al. 1995).

Βασικός στόχος με το τέλος όπως άλλωστε και με τις περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι να καταφέρει η οικογένεια να λειτουργήσει μόνη της, χωρίς το θεραπευτή και να δημιουργήσει μια σταθερή δυναμική που θα τις επιτρέψει να αντιμετωπίζει μελλοντικές δύσκολες καταστάσεις. (Alexander & Parsons, 1973).

Η Λειτουργική οικογενειακή θεραπεία εφαρμόζεται με επιτυχία σε οικογένειες με έφηβους χρήστες. Η όλο και συνεχόμενη μείωση της ηλικίας έναρξης της χρήσης ανάγκασε τους ερευνητές να εφεύρουν παρεμβάσεις που αφορούν σε οικογένειες έφηβων χρηστών. Μια δεύτερη παρέμβαση εκτός από την Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία είναι και η Πολυεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας Με Έφηβους Χρηστές η οποία στηρίζεται στις αρχές της Συστημικής Θεωρίας.

3.6. ΠΟΛΥΕΠΙΠΕΔΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ

Η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. (Liddle, 1980 βλ. Liddle et al, 2001) είναι μία σχετικά καινούρια θεραπευτική προσέγγιση που εντάσσεται στις Συστημικές Προσεγγίσεις που παρουσιάσαμε παραπάνω αλλά είναι επικεντρωμένη στις οικογένειες με έφηβους χρήστες κυρίως κάνναβης. Ο Liddle είναι εκείνος που αρχικά δουλεύει με οικογένειες στηριζόμενος σ' αυτό το μοντέλο.

Σύμφωνα με τον Liddle η θεραπεία αυτή είναι οργανωμένη σύμφωνα με 5 προσδιοριστικές μεθόδους παρέμβασης :

1. Παρέμβαση σε έφηβο
2. Παρέμβαση σε γονείς
3. Παρέμβαση για την αλλαγή της αλληλεπίδρασης γονέων –εφήβων
4. Παρέμβαση με άλλα μέλη της οικογένειας
5. Παρέμβαση με συστήματα εκτός της οικογένειας (Liddle, 2001).

Η διάρκεια της παρέμβασης κυμαίνεται από 4-6 μήνες με 16-25 συνεδρίες. Οι συνεδρίες μπορεί να γίνονται διάφορες ώρες μέσα στη βδομάδα, με διάφορους τρόπους, όπως στο σπίτι, στην κλινική ή από το τηλέφωνο.

Η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. έχει αναγνωριστεί ως μια από τις θετικά υποσχόμενες παρεμβάσεις για έφηβους τοξικομανείς σε μια καινούργια γενιά περιεκτικών θεραπειών οι οποίες διαρκούν μικρό χρονικό διάστημα και μειώνουν το κόστος της θεραπείας κατά πολύ. Έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε τέσσερα δείγματα κλινικών δοκιμασιών, συμπεριλαμβανόμενων 3 θεραπευτικών ερευνών και μια έρευνα σε προληπτικό επίπεδο. (Ozechowski, & Liddle, 2000).

Η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. είναι μια εξωνοσοκομειακή οικογενειακή θεραπεία για νέους τοξικομανείς, έχει εφαρμοσθεί σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές σε διαφορετικό επίπεδο πληθυσμού. Ως μια αναπτυξιακά προσανατολισμένη θεραπεία λαμβάνει υπ' όψιν της αλληλοσυνδεόμενα περιβαλλοντικά και ατομικά συστήματα τα οποία κλινικά αναφέρονται να ανήκουν στους νέους. (Liddle, 1999).

Η προσέγγιση εμπεριέχει εκπαιδευτικά εργαλεία και τεστ ελέγχου προσκόλλησης τα οποία έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια. Ο Liddle

αναφέρει ότι η θεραπεία είναι αξιόπιστη αλλά αυτό που παρουσιάζει σαν βασικό στοιχείο είναι ότι για να έχει επιτυχία πρέπει να την πιστεύουν οι θεραπευτές που τη χρησιμοποιούν. (Liddle, 1999).

3.6.1. Σκοποί

Οι σκοποί περιλαμβάνουν τη μείωση της επίδρασης των αρνητικών παραγόντων και προαγωγής προστατευτικών διαδικασιών σε πολλές περιοχές της ζωή των νέων. Ο σκοπός για τους έφηβους αναφέρεται στην μετατροπή του εξαρτητικού τρόπου ζωής σε ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής που προωθείται η λειτουργικότητα σε διάφορα αναπτυξιακά κομμάτια, συμπεριλαμβανομένων θετικών σχέσεων με τους συνομηλίκους, υγιής ανάπτυξη της ταυτότητας, εμπλοκή με το σχολείο και προώθηση της αυτονομίας στη σχέση γονέα παιδιού. (Ozechowski, & Liddle, 2000).

Ο σκοπός για τους γονείς έχουν να κάνουν με την:

- Αύξηση της γονικής δέσμευσης
- Πρόληψη της γονεϊκής παραίτησης
- Καλύτερευση της σχέσης
- Επικοινωνία μεταξύ γονέα και έφηβου
- Αύξηση των γνώσεων για γονεϊκές πρακτικές (έλεγχος, θέσπιση ορίων, αποτελεσματική αυτονομία). (Ozechowski, & Liddle, 2000).

3.6.2. Θεραπευτική Διαδικασία

Η άποψη της Π.Θ.Ο.Ε.Χ. είναι ότι η εφηβική χρήση μπορεί να κατανοηθεί στο επίπεδο του δικτύου επιρροών (ατομικό, οικογενειακό, επίπεδο συνομηλίκων, κοινωνικό). Προτείνει ότι η μείωση των συμπτωμάτων και η αύξηση της κοινωνικής συμπεριφοράς λαμβάνει χώρα μέσω πολύπλοκων μονοπατιών σε διαφορετικά επίπεδα και μέσω διαφορετικών μηχανισμών. (Lewis, 1990).

Η θεραπευτική διαδικασία βασίζεται στη σκέψη της ξανασυναρμολόγησης της εφηβικής ανάπτυξης του νέου. Η θεραπεία είναι

φυσικά οργανωμένα και διαδοχική. Βασίζεται στην επιτυχία της προηγούμενης φάσης για να περάσει στην επόμενη. Βασικό στοιχείο για να δημιουργηθεί ένα θεραπευτικό σχέδιο είναι η γνώση της φυσιολογικής ανάπτυξης και της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. (Liddle, 1999).

Κάθε οικογένεια εξετάζεται εξειδικευμένα με βάση τη δυναμική της και το αναπτυξιακό της επίπεδο. Ο θεραπευτής προσπαθεί αρχικά να δημιουργήσει συμμαχία με τους γονείς η οποία θα τον βοηθήσει στο να θέσει τους στόχους της θεραπείας. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί είναι ένας συνδυασμός από την Γνωστική- Συμπεριφορική θεραπεία αλλά και από τη Δομική και Στρατηγική Θεραπεία. (Liddle, 1999).

Ο θεραπευτής οργανώνει τη θεραπεία με το να εισαγάγει μερικά γενικά θέματα. Αυτά είναι διαφορετικά για τους γονείς (π.χ. δυσκολία στο να επηρεάσουν το παιδί τους) διαφορετικά για τους εφήβους (π.χ. θυμός για τους γονείς). Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τα θέματα σύγκρουσης γονέων-παιδιών ως προσδιοριστικά εργαλεία και ως τρόπο να αναγνωρίσει (να βρει) στοιχεία που πρέπει να επεξεργαστεί στις συνεδρίες. (Ozechowski, & Liddle, 2000).

Κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεδριών, ο θεραπευτής και ο έφηβος δουλεύουν σε βασικούς αναπτυξιακούς στόχους όπως η λήψη απόφασης και τρόπους να προαχθούν οι δεξιότητες. Ο έφηβος βοηθιέται να αποκτήσει δεξιότητες στο να επικοινωνεί τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του και δεξιότητες που τον βοηθούν να διαπραγματεύεται τις δυσκολίες που προκαλεί το άγχος. Επίσης αποκτά δεξιότητες γνώσεων επαγγελματικού προσανατολισμού. (Liddle, 1999).

Οι γονείς βοηθιούνται να εξετάσουν το γονεϊκό τους ρόλο όσον αφορά στο διαχωρισμό της έννοιας της επιρροής από τον έλεγχο και να δεχθούν ότι η έννοια της κατάλληλης επιρροής δεν σημαίνει ότι μπορούν να αλλάξουν τα πάντα στη συμπεριφορά των παιδιών τους. (Liddle, 1999).

Η παρέμβαση είναι πολύ γρήγορη και τα αποτελέσματα της, μέσα σ' αυτό το σύντομο χρονικό διάστημα είναι ουσιαστικά. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι οι αλλαγές χρειάζονται χρόνο για να παγιωθούν και για το λόγο αυτό, όπως και στις υπόλοιπες θεραπευτικές προσεγγίσεις, ο θεραπευτής μετά το τέλος των συναντήσεων, έρχεται ξανά σε επαφή με την οικογένεια και με τον έφηβο για ένα διάστημα 2 ετών περίπου με συναντήσεις που γίνονται ανά τρίμηνο. (Ozechowski, & Liddle, 2000).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που αναφέρθηκαν είναι οι κυριότερες μορφές στην θεραπεία οικογένειας όσο αφορά στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Όπως φαίνεται από τα παραπάνω κάθε θεραπευτική προσέγγιση έχει ως στόχο την απαλλαγή από το σύμπτωμα της χρήσης και την ομαλή λειτουργία της οικογένειας. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι οι έρευνες που έχουν γίνει για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπευτικής προσέγγισης παρουσιάζουν στοιχεία που μας επιτρέπουν να δούμε πως το κάθε μοντέλο θεραπείας έχει καλύτερα αποτελέσματα σε συγκεκριμένες μορφές εξάρτησης (κάνναβη, αλκοόλ, απιουειδή κ.α.) και σε συγκεκριμένους τύπους οικογένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ

Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην οικογένεια για τη θεραπεία της εξάρτησης, διαπιστώνεται από έρευνες που μετρούν τη μείωση της χρήσης μετά την εφαρμογή τους. Παρακάτω θα αναφερθούν έρευνες που έγιναν τα τελευταία χρόνια, για κάθε μοντέλο παρέμβασης στην οικογένεια για τη θεραπεία της εξάρτησης.

Οι έρευνες αυτές αποκαλύπτουν αφενός την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και αφετέρου το προφίλ των οικογενειών στις οποίες επικεντρώνονται.

4.1. Δομική / Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία

Όπως προαναφέρθηκε, η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία και η Στρατηγική Οικογενειακή θεραπεία, θεωρούνται παρεμβάσεις που προέρχονται από τη Συστημική Οικογενειακή θεραπεία και έχουν μικρές διαφορές μεταξύ τους.

Με βάση της βιβλιογραφία, η Δομική και η Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία φαίνεται να έχει αποτέλεσμα σε οικογένειες όπου υπάρχουν εμπλεγμένες σχέσεις μεταξύ των μελών τους. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι είχε αποτελεσματικότητα σε οικογένειες Ιταλών Ισπανών και Εβραίων της Αμερικής, που τα μέλη τους διατηρούν πολύ στενές σχέσεις μεταξύ τους. (Minuchin 2001).

Σε έρευνα που έκανε ο Szapocznik et al το 1989, έγινε σύγκριση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σε δύο μοντέλα, τη Δομική Οικογενειακή Θεραπεία και την Ψυχοδυναμική Θεραπεία για την εξάρτηση. Αρχικά ορίστηκαν δυο ομάδες Ισπανόφωνων οικογενειών. Στη πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία ενώ στη δεύτερη εφαρμόστηκε η Ψυχοδυναμική θεραπεία. Οι θεραπευτές που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν εμπειρία στο χώρο της εξάρτησης τουλάχιστον 10 ετών. Σύμφωνα με τον Szapocznik, στην ομάδα που εφαρμόστηκε η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία, μέσα σε διάστημα 8 μηνών, παρατηρήθηκε διακοπή της χρήση στο

70% των περιπτώσεων, ενώ η δεύτερη ομάδα, για να φτάσει στο ίδιο ποσοστό χρειάστηκαν 14 μήνες θεραπείας. (Szapocznik et al, 1989).

Το 1994, σε έρευνα που έκαναν οι Santisteban & Szapocznik, συνέκριναν την Δομική Οικογενειακή Θεραπεία με την Ομαδική Θεραπεία (Group Therapy). Και σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν Ισπανόφωνοι χρήστες και πιο συγκεκριμένα, 80 οικογένειες με έφηβους χρήστες. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 32 οικογένειες, στις οποίες εφαρμόστηκε οικογενειακή θεραπεία, ενώ οι υπόλοιποι έφηβοι σχημάτισαν τέσσερις ομάδες των 12 ατόμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε μεγαλύτερη επιτυχία στην πρώτη ομάδα σε σχέση με τα αποτελέσματα θεραπείας σε ομάδες. (Santisteban & Szapocznik, 1994).

Το 1997 οι Hengeler et al παρουσίασαν τα αποτελέσματα μιας έρευνας σε έφηβους, που είχαν εκδηλώσει παραβατική συμπεριφορά για αρκετά χρόνια καθώς επίσης έκαναν χρήση κάνναβης. Οι οικογένειες των εφήβων συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα ενός έτους, όπου γίνονταν παρεμβάσεις σύμφωνα με τη Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης ήταν πολύ σημαντικά μια και ένα μεγάλο ποσοστό (80%) των εφήβων έπαψε να έχει παραβατική συμπεριφορά, ενώ παράλληλα μειώθηκε και η χρήση. (Hengeler et al, 1997).

Σημαντικά επίσης είναι τα στοιχεία που προκύπτουν από την έρευνα που έγινε από τους Kazdin et al. Μετά από την απεξάρτηση λευκών και μαύρων χρηστών, οι οικογένειες τους εντάχθηκαν σε πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε καμία περίπτωση δεν παρουσιάστηκε υποτροπή. (Kazdin et al, 1995).

Επίσης αξίζει να αναφερθεί η έρευνα που έγινε για να συγκριθεί η Δομική με τη Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν σημαντική διαφοροποίηση όσο αφορά στην αποτελεσματικότητα των δυο αυτών θεραπευτικών προσεγγίσεων. (Szapocznik et al, 1988).

Ως προς την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων, μπορούμε να αναφέρουμε συμπερασματικά, ότι:

- τόσο η Δομική όσο και η Στρατηγική Οικογενειακή θεραπεία, φαίνεται να έχουν σημαντικότερα αποτελέσματα σε οικογένειες όπου υπάρχει

πρόβλημα χρήσης κάνναβης παρά σε οικογένειες όπου παρατηρείται χρήση οπιοειδών.

- οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαρκούν μικρότερο χρονικό διάστημα (έως 12 μήνες περίπου) σε σχέση με τις ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις. Και αυτό είναι θετικό.
- οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν μεγαλύτερα αποτελέσματα σε οικογένειες με έντονα εμπλεγμένες σχέσεις όπως είναι αυτές των Ελλήνων και τέλος,
- ίσως έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα στην πρόληψη της υποτροπής της χρήσης.

4.2. Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία.

Η Γνωστική Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία για θέματα εξάρτησης, άρχισε να εφαρμόζεται πριν από 25 χρόνια και φαίνεται να είναι, με βάση τις έρευνες, η αποτελεσματικότερη από όλες τις υπόλοιπες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Σύμφωνα με το Latimer η Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία στοχεύει στην αλλαγή των μορφών εκείνων της συμπεριφοράς που είναι υπεύθυνες για τη χρήση ουσιών. Η εξάλειψη των συμπεριφορών αυτών και η αντικατάστασή τους από άλλες, ουσιαστικά συνεπάγεται ισχυροποίηση του συστήματος της οικογένειας, το οποίο έτσι δεν έχει ανάγκη τη χρήση πλέον. (Latimer et al 2003).

Ο Botvin σε έρευνα που έκανε το 1990 μελέτησε την αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Οικογενειακής Θεραπείας σε ένα πρόγραμμα δυο ετών. Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 80 οικογένειες με εξαρτημένα μέλη από ηρωίνη. Μετά από την παρέμβαση και μετά από παρέλευση ενός έτους, η επανεξέταση των χρηστών, έδειξε ότι ένα πολύ υψηλό ποσοστό (της τάξης του 90%), διέκοψε τη χρήση ηρωίνης. (Botvin et al, 1990).

Η Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία Οικογένειας φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και σε περιπτώσεις που συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα. Σε έρευνα που έκανε ο Bry σε εξαρτημένους από ηρωίνη, οι

οποίοι είχαν αναπτύξει και αντικοινωνική συμπεριφορά βρέθηκε ότι μετά από παρέμβαση και σε ένα χρονικό διάστημα 10 μηνών, μειώθηκε κατά πολύ, τόσο η χρήση όσο και η αντικοινωνική συμπεριφορά, τονίζοντας έτσι την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. (Bry et al, 1986).

Αξίζει να σημειωθεί ότι περισσότερο επιτυχημένη φαίνεται να είναι η Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία και σε περιπτώσεις όπου υπάρχει πρόβλημα χρήσης αλκοόλ. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι καμιά άλλη θεραπευτική παρέμβαση από αυτές που έχουμε αναφέρει δεν παρουσιάζει σημαντικά αποτελέσματα στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σε έρευνα που έκανε ο Fromme το 1994 με χρήστες αλκοόλ, συνέκρινε τη Γνωστική Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία με τη Δομική Οικογενειακή Θεραπεία και με την Ατομική Ψυχοδυναμική Θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο οι ασθενείς στους οποίους είχε εφαρμοστεί η Γνωστική – Συμπεριφορική προσέγγιση, παρουσίασαν διακοπή της χρήσης σε σημαντικό ποσοστό. Λιγότερο αποτελεσματική φαίνεται να είναι η Δομική Προσέγγιση και σχεδόν καθόλου αποτελεσματική η Ατομική Θεραπεία. (Fromme et al, 1994).

Όπως αναφέρει ο Latimer η αποτελεσματικότητα της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας, έγκειται στο γεγονός ότι συνήθως μαζί με το πρόβλημα της εξάρτησης, συνυπάρχει κατάθλιψη ή διαταραχές άγχους. Η Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία είναι από τις λίγες θεραπείες που έχει σημαντικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση και των δύο αυτών διαταραχών. (Latimer et al, 2003).

Έρευνα που έγινε από τον Toumbouron έδειξε ότι η μείωση του άγχους στους γονείς των εξαρτημένων, έχει σαν αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση της θεραπείας. Σε οικογένειες που εφαρμόστηκαν τεχνικές μείωσης του άγχους, φάνηκε να διακόπηκε η χρήση πολύ πιο γρήγορα σε σχέση με την απλή παρέμβαση.

Ο Santisteban έκανε μια προσπάθεια να συγκρίνει την Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία με την Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία. Τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα σημαντικά αφού φάνηκε ότι η Γνωστική προσέγγιση έχει πολύ καλά αποτελέσματα, σε μικρότερο χρονικό διάστημα απ' ότι η Λειτουργική Θεραπεία. (Santisteban et al, 2000).

Οι επικριτές της Γνωστικής _ Συμπεριφορικής Οικογενειακής Θεραπείας, παραδέχονται την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αλλά θεωρούν ότι η συγκεκριμένη θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε μεσαίας κοινωνικής τάξης οικογένειες και ότι στα κατώτερα στρώματα δεν φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματική. (Santisteban & Szapocznik, 1994).

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι η Γνωστική Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία, φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη ως θεραπεία εξάρτησης σε σχέση με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια. Επίσης, είναι αποτελεσματική σε περιπτώσεις χρήσης αλκοόλ, καθώς και σε περιπτώσεις όπου το πρόβλημα της χρήσης συνυπάρχει και με άλλα προβλήματα. Αξιοσημείωτο είναι ότι διαρκεί αρκετά μικρό χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα αν συνδυαστεί με εξειδικευμένες τεχνικές που έχουν σαν στόχο τη μείωση του άγχους.

4.3. Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία

Η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία έχει αξιολογηθεί αρκετές φορές, ξεκινώντας από το 1973. Έχουν δημοσιευθεί αρκετά στοιχεία που απεικονίζουν τα θετικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης παρέμβασης. (Alexander et al, 2000).

Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν, ότι η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις όπου η χρήση συμβαδίζει με την παραβατική και, ορισμένες φορές, εγκληματική συμπεριφορά. Το 1977 οι Alexander και Parson παρουσίασαν τα αποτελέσματα μιας έρευνας, στην οποία συμμετείχαν 100 οικογένειες. Τα μέλη - χρήστες δεν είχαν μόνο πρόβλημα χρήσης, αλλά είχαν αναπτύξει και παραβατική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση, το 65% των περιπτώσεων σταμάτησε τη χρήση, ενώ η παραβατική συμπεριφορά μειώθηκε, στο 90% των περιπτώσεων. Η επανεξέταση (follow up) έγινε μετά από δύο χρόνια. (Alexander & Parson, 1977).

Σε έρευνα που έκανε Lieb το 1988, παρουσιάστηκε ένα ακόμη θετικό στοιχείο που κάνει τη Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία αποτελεσματικότερη, σε σχέση με τη θεραπεία στις Κοινότητες. Το στοιχείο

αυτό έχει να κάνει με το κόστος της θεραπείας. Όπως υποστηρίζει ο Lieb, η παρέμβαση που στηρίζεται στη Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία μπορεί να μειώσει το κόστος της θεραπείας του εξαρτημένου κατά 10 χιλιάδες δολάρια κατ' άτομο.(Lieb, 1988).

Ο Gordon σε έρευνα του 1995, τόνισε περισσότερο την αποτελεσματικότητα της Λειτουργικής Οικογενειακής Θεραπείας με χρήστες που εμπλέκονται και σε παραβάσεις. Η μελέτη έγινε στην Αμερική, σε κέντρο εφήβων που έχουν προβλήματα με το νόμο. Στόχος ήταν να συγκριθεί η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία με την Ατομική θεραπεία. Σύμφωνα με τον Gordon, μετά από παρέμβαση στην οικογένεια, σε ένα πρόγραμμα 6 μηνών, παρουσιάστηκαν σημαντικά αποτελέσματα. Το 67% περίπου των συμμετεχόντων σταμάτησαν τη χρήση, σε σχέση με το 30% της ομάδας που έγινε ατομική θεραπεία. Επίσης το 80% της πρώτης ομάδας δεν παρουσίαζε παραβατική συμπεριφορά μετά από 3 χρόνια, σε σχέση με το 50% της δεύτερης ομάδας. (Gordon et al, 1995).

Σε έρευνα που έκανε ο Barton το 1985, υποστήριξε ότι η Λειτουργική Οικογενειακή θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική μόνο στα προβλήματα της χρήσης, αλλά και σε άλλα προβλήματα όπως, σε θέματα εγκατάλειψης του σχολείου από τους έφηβους, σε προβλήματα αυξημένου άγχους στην οικογένεια, όπου παρουσιάζονται ψυχοσωματικές παθήσεις. Σημαντικά επίσης είναι τα αποτελέσματα σε προβλήματα χρήσης αλκοόλ . (Barton et al 1985).

Η Λειτουργική Οικογενειακή θεραπεία, παρουσιάζεται από τις έρευνες ως μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική παρέμβαση με σημαντικά αποτελέσματα στη χρήση των ουσιών και στο αλκοόλ. Οι έρευνες τονίζουν ιδιαίτερα το μειωμένο κόστος της θεραπείας, στοιχείο που τα τελευταία χρόνια είναι απαραίτητο για να θεωρηθεί μια θεραπεία αποτελεσματική. Επίσης φαίνεται ότι η Λειτουργική Οικογενειακή θεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική σε όλα τα κοινωνικά στρώματα.

4.4. Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία

Η Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία φαίνεται να στηρίζεται την αποτελεσματικότητά της στο ότι βελτιώνει κατά πολύ το επίπεδο της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και μειώνει το άγχος που διαταράσσει την οικογενειακή ισορροπία. (Kaufman & Kaufman, 1985).

Παρόμοια αποτελέσματα φάνηκε να έχει και η έρευνα που έγινε από τον Lieddle το 1996 ο οποίος αναφέρει ότι μέσω της θεραπευτικής παρέμβασης στην ομάδα των οικογενειών έγινε προσπάθεια εκμάθησης δεξιοτήτων επικοινωνίας, κάτι που είχε σαν αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της χρήσης σε σχέση με παρόμοιες παρεμβάσεις που δεν επικεντρώθηκαν στη βελτίωση της επικοινωνίας. (Lieddle et al, 1996).

Το ΚΕΘΕΑ σε έρευνα που έκανε στη Θεραπευτική Κοινότητα Στροφή, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάστηκαν το 2003 η θεραπευτική Παρέμβαση στην οικογένεια είχε σαν αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της χρήσης από τους έφηβους. (ΚΕΘΕΑ, 2003).

Όπως αναφέρει ο Kaufman η Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε οικογένειες όπου το μέλος κάνει χρήση οπιοειδών, ενώ λιγότερα αποτελέσματα έχει στις περιπτώσεις χρήσης κάνναβης. Ο ίδιος ο Kaufman αναφέρει ότι σε περιπτώσεις χρήσης κάνναβης μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έχει η Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία. (Kaufman & Kaufman, 1985).

Για τη Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία έχουν γίνει οι λιγότερες έρευνες όσο αφορά στην αποτελεσματικότητά. Η συγκεκριμένη παρέμβαση είναι αποτελεσματική σε ένα ευρύ φάσμα οικογενειών και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει χρήση ηρωίνης. Οι επικριτές της συγκεκριμένης παρέμβασης στηρίζουν την αναποτελεσματικότητά της στο ότι με την διαδικασία της ομάδας δεν υπάρχει εξατομίκευση στη θεραπεία.

4.5. Πολυεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας Με Έφηβους Χρήστες

Η Πολυεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας με έφηβους χρήστες είναι η πιο σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση στην οικογένεια. Παρουσιάζεται ως η παρέμβαση εκείνη που έχει καλύτερα αποτελέσματα στη διακοπή της χρήσης κάνναβης και του αλκοόλ από τους έφηβους χρήστες.

Η συγκεκριμένη θεραπεία άρχισε να αξιολογείται από το 1985. Σε έρευνα που έκαναν οι Liddle και Hogue σε διαφορετικές περιοχές των Η.Π.Α. και σε άτομα που προέρχονται από διαφορετικές εθνότητες, φάνηκε ότι η θεραπεία παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας σε όλους τους τύπους οικογένειας ανεξάρτητα από τη φυλή. Δεν απαιτεί υψηλό πνευματικό επίπεδο και τα αποτελέσματα της φαίνονται σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. (Liddle & Hogue, 1995, βλ. Liddle et al, 2001).

Σε έρευνα που έκανε ο Liddle το 2001, έγινε σύγκριση της Πολυεπίπεδης Θεραπείας Οικογένειας με έφηβους χρήστες με την ομαδική θεραπεία χρηστών. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα έκαναν χρήση κάνναβης και είχαν αναπτύξει παραβατική συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με την ομαδική θεραπεία χρηστών. Το 80% των περιπτώσεων σταμάτησαν τη χρήση σε σχέση με το 40% της δεύτερης προσέγγισης. Η επανεξέταση που έγινε μετά από 2 χρόνια επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα. (Liddle et al, 2001).

Μια έρευνα που έγινε από τον Hazelrigg το 1998 είχε σαν στόχο να συγκρίνει τη Δομική Οικογενειακή Θεραπεία με την Π.Θ.Ο.Ε.Χ. σε έφηβους ηλικίας 12-15 ετών με πρόβλημα χρήσης κάνναβης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. είναι αποτελεσματικότερη σε σχέση με τη Δομική Οικογενειακή Θεραπεία σε μικρότερο χρονικό διάστημα. (Hazelrigg et al 1998).

Η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. είναι η θεραπευτική προσέγγιση που παρουσιάζει σημαντικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις εφήβων χρηστών. Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται και σε οικογένειες που δεν έχουν πρόβλημα χρήσης αλλά υπάρχουν άλλα προβλήματα όπως η βία στην οικογένεια, η παραβατική συμπεριφορά και η εγκατάλειψη του σχολείου. (Liddle et al, 2001).

Τα τελευταία χρόνια από μελέτες που έχουν γίνει φάνηκε ότι η Π.Θ.Ο.Ε.Χ. μπορεί να εφαρμοστεί με πολύ μεγάλη επιτυχία σε προγράμματα

πρόληψης. Το 1999 παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα ενός προγράμματος προληπτικής παρέμβασης που έγινε στην Αμερική και το οποίο είχε διάρκεια 4 χρόνια. Οι παρεμβάσεις που στηρίχθηκαν στις αρχές της Π.Θ.Ο.Ε.Χ είχαν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με βάση την αξιολόγηση που έγινε με το τέλος του προγράμματος. (Liddle et al, 2001).

Από τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι οι ερευνητές προσπαθούν να τα τελευταία χρόνια να βρουν τρόπους που θα αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της εξάρτησης με το καλύτερο τρόπο. Κάθε θεραπεία αξιολογείται για να βρεθούν τα αδύνατα της σημεία και να διορθωθούν. Το σίγουρο είναι ότι όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την εξάρτηση στην οικογένεια έχουν ένα κοινό σημείο και αυτό έχει να κάνει με την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης. Αν μελετήσουμε αναλυτικότερα τις θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις θα δούμε ότι έχουν περισσότερα κοινά σημεία, αλλά ταυτόχρονα έχουν και βασικές διαφορές μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Λίγες είναι οι έρευνες εκείνες που έχουν ασχοληθεί με την σύγκριση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στις οικογένειες. Η πλειοψηφία των σχετικών μελετών και ερευνών που γίνονται έχουν σαν στόχο την ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της κάθε θεραπείας ξεχωριστά, χωρίς να εξετάζεται η αποτελεσματικότητά της, συγκριτικά με τις άλλες. (Santisteban et al ,2000).

Ο Szaroczniak, ο οποίος προσπάθησε να συγκρίνει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους, πιστεύει ότι η σύγχρονη κλινική έρευνα έχει επικεντρωθεί στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων σε σχέση με ποσοτικά δεδομένα και δεν μελετά το θέμα σε βάθος. Έτσι, ένα στοιχείο που αποκαλύπτει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και στοιχείο σύγκρισης, είναι ο χρόνος που απαιτείται για την θεραπεία. Το ζήτημα της χρονικής διάρκειας είναι καθοριστικό, για το λόγο ότι συνδέεται άμεσα με το οικονομικό κόστος της θεραπείας, τόσο για τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους όσο και για το κράτος. (Szaroczniak et al ,1978).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναλυθεί παραπάνω μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- Η πρώτη είναι η Συστημική Θεραπεία, που σ' αυτήν εντάσσονται η Στρατηγική Οικογενειακή Θεραπεία, η Δομική Οικογενειακή Θεραπεία, η Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία και η Πολύεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας με Έφηβους Χρήστες.

- Η επόμενη κατηγορία είναι η Γνωστικό – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία Οικογένειας και

- η τρίτη είναι, η Λειτουργική Οικογενειακή θεραπεία. Με βάση αυτές τις κύριες κατηγορίες γίνεται και η σύγκριση.

Η σύγκριση των θεραπευτικών προσεγγίσεων βασίζεται στην εξέταση 6 διαφορετικών παραμέτρων:

- Ο ρόλος του νοήματος
- Η πηγή του προβλήματος

- Ο προσδιορισμός των αντιλήψεων των μελών για την οικογένεια.
- Η χρονική επικέντρωση (παρελθόν ή παρόν)
- Η εστίαση της θεραπείας
- Ο ρόλος του θεραπευτή.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά στο ρόλο των νοημάτων, όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούν ότι το νόημα που δίνουν τα μέλη της οικογένειας στο πρόβλημα της χρήσης, έχει καθοριστική σημασία στη συμπεριφορά τους. (Santisteban et al ,2000).

Ως προς την πηγή του προβλήματος της χρήσης, οι Συστημικές Θεραπείες πιστεύουν, ότι το πρόβλημα της χρήσης αντανακλά την ανεπάρκεια της αλληλεπίδρασης των οικογενειακών προτύπων όταν αυτές χρειάζεται να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις. Με βάση την Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία, το πρόβλημα της χρήσης είναι μια βασανιστική συμπεριφορά που εξυπηρετεί αναποτελεσματικά τον τρόπο που λειτουργούν οι διαπροσωπικές σχέσεις στην οικογένεια. Η Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία θεωρεί ότι το πρόβλημα χρήσης, εμφανίζεται λόγω της διαστρεβλωμένης αντίληψης που έχουν διαμορφώσει τα μέλη για την οικογένεια και λόγω των δυσλειτουργικών συμπεριφορών των μελών, μέσα στην οικογένεια. (Santisteban et al, 2000).

Η αντίληψη που έχουν αναπτύξει τα μέλη για την οικογένεια είναι επίσης ένα χαρακτηριστικό στοιχείο διαφοροποίησης. Ο Rivas-Vasquez, σε έρευνα που έκανε για τις Ισπανικές Οικογένειες, θεωρεί ότι με βάση τη Γνωστική Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία, οι αντιλήψεις είναι διαστρεβλωμένες, λόγω της λανθασμένης διαδικασίας εισόδου (input) πληροφοριών στην οικογένεια. Η Λειτουργική και η Συστημική Οικογενειακή Θεραπεία θεωρούν ότι οι αντιλήψεις επηρεάζονται από το πρότυπο και τη δομή της συμπεριφορικής αλληλεπίδρασης. (Rivas-Vasquez et al, 1989).

Η οικογενειακή θεραπεία, επικεντρώνεται κυρίως στο παρόν, σε αντίθεση με την ψυχοδυναμική προσέγγιση που εστιάζεται στο παρελθόν, ώστε να κατανοηθεί η συμπεριφορά στο παρόν. Η Γνωστική – Συμπεριφορική και η Λειτουργική Οικογενειακή Θεραπεία, εστιάζεται πρωταρχικά στο παρόν ενώ στη συνέχεια, μπορεί να μελετήσει και στοιχεία που φέρνει η οικογένεια

από το παρελθόν. Η Συστημική Θεραπεία αντίθετα, επικεντρώνεται αποκλειστικά στο παρόν και σ' αυτό που γίνεται στο «εδώ και τώρα». (Rivas-Vasquez et al, 1989).

Η εστίαση στη θεραπεία είναι επίσης βασικό στοιχείο για την κάθε θεραπευτική προσέγγιση. Η Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή θεραπεία, εστιάζεται στη σχέση μεταξύ γνωστικών σχημάτων και συμπεριφοράς και στόχος είναι η βαθμιαία αλλαγή και των δύο αυτών στοιχείων. Η Λειτουργική και η Συστημική Οικογενειακή Θεραπεία, επικεντρώνονται στην μετατροπή του προτύπου αλληλεπίδρασης που επαναλαμβάνεται και διατηρεί το σύμπτωμα της χρήσης. Κυρίως, επικεντρώνονται στην μετατροπή του νοήματος που δίνουν τα μέλη της οικογένειας σ' αυτό το πρότυπο αλληλεπίδρασης. (Santisteban et al, 2000).

Τελευταίο βασικό στοιχείο της διαφοροποίησης είναι ο ρόλος που έχει ο Θεραπευτής. Στη Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή θεραπεία ο θεραπευτής λειτουργεί ως σύμβουλος που ελέγχει και προκαλεί τη δημιουργία των νέων γνωστικών σχημάτων και ανάλογα τα αποδέχεται ή τα απορρίπτει, βασιζόμενος πάντα στην οικογένεια που έχει απέναντι του. Στη Λειτουργική και στην Συστημική Οικογενειακή Θεραπεία, ο θεραπευτής εφοδιάζει την οικογένεια με τα νέα νοήματα και επιβάλλει αλλαγές στη συμπεριφορά. (Szapocznik et al ,1978). Εδώ αξίζει να σημειωθεί, ότι υπάρχει μία διαφορά, με βάση την άποψη του Minuchin, μεταξύ της Στρατηγικής και της Δομικής Οικογενειακής θεραπείας ως προς το ρόλο του θεραπευτή. Στη Δομική προσέγγιση ο θεραπευτής είναι απλό μέλος του συστήματος της οικογένειας ενώ στη Στρατηγική προσέγγιση ο θεραπευτής παίρνει αρχικά τη θέση του ηγέτη ώστε να διασφαλιστεί η ιεραρχία. (Minuchin, 2000).

Η Πολλαπλή Οικογενειακή Θεραπεία διαφοροποιείται από όλες τις άλλες, όσον αφορά στο ότι χρησιμοποιεί και τεχνικές της ομαδικής θεραπείας, αφού σχηματίζονται ομάδες οικογενειών και όχι μεμονωμένες οικογένειες. Ο θεραπευτής εδώ δεν είναι τόσο παρεμβατικός, αλλά ο ρόλος του είναι να επικεντρώνεται στα δυναμικά που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. (Kaufman & Kaufman, 1985).

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις δίνουν ιδιαίτερο βάρος στο κοινωνικό περιβάλλον και πόσο αυτό επιδρά στη

διαμόρφωση των αλληλεπιδράσεων της οικογένειας, αλλά και τι σχέση έχει με την ανάπτυξη της χρήσης. (Szapocznik et al ,1978).

Αυτό που πρέπει να πούμε με σιγουριά είναι ότι, κάθε οικογένεια πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική περίπτωση και ανάλογα με τη μοναδικότητα της ο θεραπευτής πρέπει να επιλέξει και την κατάλληλη στρατηγική. Η αποτυχία κάποιας θεραπευτικής προσπάθειας, δεν έχει να κάνει απαραίτητα με την αδυναμία της προσέγγισης, αλλά μπορεί να σχετίζεται και με την ίδια την οικογένεια. Αν κάποια θεραπεία δεν επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, μια άλλη προσέγγιση ίσως βοηθήσει περισσότερο. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι πολύ σημαντικός σ' αυτόν τον τομέα αφού μπορεί να κατανοήσει αν η προσέγγιση που χρησιμοποιεί βοηθάει και αν όχι, θα πρέπει να δώσει την σωστή καθοδήγηση ώστε η οικογένεια να βοηθηθεί μέσω κάποιας άλλης θεραπευτικής προσέγγισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το πρόβλημα των ναρκωτικών απασχολεί ελάχιστα τους Έλληνες γονείς, είτε γιατί άλλα προβλήματα όπως η κοινωνική – οικονομική αποκατάσταση και η μόρφωση των παιδιών αποσπούν το ενδιαφέρον τους, είτε γιατί – κατά βάθος – τους συμφέρει να πιστεύουν ότι έκαναν τα πάντα για να αποκτήσουν τους σωστούς προσανατολισμούς και να έχουν ηθικές αξίες στη ζωή τους.

Η οικογένεια αργεί συνήθως να υποψιαστεί την εσωτερική αλλαγή του τοξικοεξαρτημένου νέου, γιατί σπάνια βάζει στο νου το φοβερότερο πιθανό ενδεχόμενο και γιατί οι αρχικές ενδείξεις διατάραξης της προσωπικότητας, όπως είναι η υπερευαισθησία, η νευρικότητα, η ανυπακοή, ο αρνητισμός και τα οποιοδήποτε μικροεπεισόδια, ερμηνεύονται ως αντιδράσεις που οφείλονται στην κρίση της εφηβείας. Η οικογένεια, μη μπορώντας να αντιμετωπίσει κατά πρόσωπο την καταστροφή, στηρίζεται συχνά σε αυταπάτες, δικαιολογώντας όπως-όπως την προβληματική συμπεριφορά.

Όταν εμφανιστεί το πρόβλημα, το πλήγμα για την οικογένεια είναι καίριο, αν σκεφτούμε πως οι περισσότεροι γονείς βλέπουν τα παιδιά τους ως προέκταση του εαυτού τους, και προσπαθούν μέσα από την ευτυχία τους να πετύχουν έμμεσα και οι ίδιοι, ό,τι δεν κατάφεραν, όταν ήταν νέοι. Έπειτα, η φυσική αγάπη των γονέων προς τα παιδιά τους, τους δίνει ένα νόημα στη ζωή, μια αιτία και μια δύναμη για ζωή. Επομένως, η καταστροφή των παιδιών ισοδυναμεί με την καταστροφή των ίδιων των γονέων, αφού παύει γι' αυτούς να υπάρχει το νόημα της ζωής τους.

Όλα τα παραπάνω είναι στοιχεία που οφείλει να απαντήσει η θεραπεία οικογένειας. Η θεραπεία πρέπει αρχικά να αποτρέψει την οικογένεια από την καταστροφή και να της δώσει ένα καινούριο νόημα και στόχο.

Τα τελευταία χρόνια η οικογένεια έχει αναγνωριστεί τόσο ως αναπόσπαστο μέρος του προβλήματος, όσο και ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας (part of the problem, part of the solution (Minuchin 2001)). Η σύγχρονη βιβλιογραφία, όπως είδαμε παρουσιάζει πολλές ερευνητικές προσπάθειες που έχουν σαν στόχο τη διερεύνηση του καλύτερου και

αποτελεσματικότερου τρόπου θεραπείας της οικογένειας για την μείωση του συμπτώματος της εξάρτησης.

Η οικογένεια του εξαρτημένου δεν μπορούμε να πούμε ότι έχει ιδιαίτερο προφίλ, πέρα από κάποια συγκεκριμένα στοιχεία που αφορούν στις σχέσεις και στην επικοινωνία. Έτσι είναι φυσιολογικό να υπάρχουν οικογένειες που να μην ανταποκρίνονται σε ένα μοντέλο παρέμβασης αλλά να ανταποκρίνονται σε κάποιο άλλο. Το βέβαιο είναι ότι η ποικιλομορφία των θεραπευτικών προσεγγίσεων εκφράζει την ποικιλία δυναμικής των οικογενειών που έχουν μέλη στη χρήση.

Κάθε θεραπευτική προσέγγιση έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά σημεία, ή καλύτερα κάποια δυνατά και κάποια αδύνατα στοιχεία που τη διαφοροποιούν από τις υπόλοιπες. Σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια η Γνωστική – Συμπεριφορική Οικογενειακή Θεραπεία φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική σε σχέση με τις υπόλοιπες θεραπείες. Αξίζει βεβαίως να σημειωθεί ότι και η Πολυεπίπεδη Θεραπεία Οικογένειας με έφηβους χρήστες είναι η θεραπευτική προσέγγιση που έχει σημαντικά αποτελέσματα σε έφηβους χρήστες και στις οικογένειες τους.

Ένα βασικό στοιχείο που ελέγχεται μέσω της παρέμβασης στην οικογένεια είναι η πρόληψη της υποτροπής. Οι ερευνητικές προσπάθειες που γίνονται στην Αμερική και την Ευρώπη τα τελευταία χρόνια έχουν σαν στόχο την εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων για τις οικογένειες των εξαρτημένων που θα επικεντρώνονται βασικά στην αποφυγή της υποτροπής. Καταλαβαίνουμε από ότι το πρόβλημα της χρήσης εκφράζεται σε πολλά επίπεδα και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να εξειδικεύονται σε τέτοιο βαθμό ώστε να έχουν αποτέλεσμα σε όλα αυτά επίπεδα.

Στην Ελλάδα δυστυχώς τόσο η θεραπεία οικογένειας όσο και η έρευνα που γίνεται για να απαντηθούν ερωτήματα είναι περιορισμένη. Δεν υπάρχει ποικιλομορφία στις προσεγγίσεις αλλά ακολουθείται ένα μόνο μοντέλο παρέμβασης στην οικογένεια. Παρόλο που η συγκεκριμένη παρέμβαση φαίνεται να έχει αποτέλεσμα δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδείξουν ότι μία άλλη θεραπευτική προσέγγιση θα ήταν αποτελεσματικότερη.

Κρίνεται απαραίτητο να δημιουργηθούν καινούρια προγράμματα απεξάρτησης, τα οποία θα εμπλέκουν την οικογένεια στη διαδικασία της

θεραπείας και θα στηρίζονται θεωρητικά σε διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις.

Σημαντικό επίσης είναι να δημιουργηθούν προγράμματα πρόληψης που θα απευθύνονται στην οικογένεια που θα δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην τόνωση του συναισθήματός, στην ενίσχυση της κρίσης και της ελεύθερης βούλησής των παιδιών

Η οικογένεια οφείλει να καλλιεργήσει στο παιδί μια θετική στάση απέναντι στη ζωή, προβάλλοντας τις αξίες της εργατικότητας, της εντιμότητας, της φιλίας και της αλληλεγγύης. Τα παιδιά, αν αποκτήσουν αυτοέλεγχο και αυτοσεβασμό, αν μάθουν να αγαπούν τη ζωή με αγωνιστική διάθεση απέναντι στις ποικίλες αντιξοότητες της, θα βαδίσουν με ασφάλεια και σταθερότητα σ' έναν δρόμο μακριά από την παθολογική εξάρτηση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akers, R., Krohn, L. Lanza-Kaduse, M. & Radose, M. (1979) Social Learning and Deviant Behavior. *Sociology Review*, 44, 636-655.

Alexander, J. F. & Parsons, B. V. (1973) Short - term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 195-201.

Alexander, J. F., Newell, R. M., Robbins, M. S. & Turner, C. W. (1995). Observational coding in family therapy process: research. *Journal of Family Psychology*, 9, 355–365.

Aponte, H. J., VanDeusen, J. M. (1981). Structural family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*, New York: Brunner/Mazel.

Barton, C., Alexander, J. F., Waldron, H., Turner, C. W. & Warburton, J. (1985) Generalizing treatment effects of Functional Family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S. (1993), *Cognitive therapy of substance abuse*, Guilford Press New York.

Beck, J. (1995), Εισαγωγή στη γνωστική Θεραπεία. Μπφ. Δαλαγδή, Κ., Μ. Δερμετζόγλου, Καβάση, Ε., Κακαβάλας, Ν., Κουρή, Α., Τσιμιτσέλης, Κ., Φέντος, Κ., Φωτιάδης, Π. Επιμέλεια Σίμος Γ. Εκδ Πατάκη 2004

Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D. & Botvin, E.M. (1990) A Cognitive-Behavioral Approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. *Journal of Addictive Behaviour*, 15, 47 - 63.

Bry, B.H., Conboy, C. & Bisgay, K. (1986) Decreasing adolescent drug use and school failure: long-term effects of targeted family problem-solving training. *Journal of Child and Family Behaviour Therapy*, 8, 43 - 59.

Burroughs, J, (1953) Confession of an Unredeemed Drug Addict, Μετ. Πρατσίνη, Ν. Σωτήρα, Ν. εκδ. Απόπειρα, 1983.

Chein, I. (1980) Psychological, Social and Epidemiological factors in Juvenile drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 185-202.

Coviello, D. M., Alterman, A. I. & Cacciola, J.S. (2004) The role of family history in addiction severity and treatment response. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 1 –11

Degenhardt, L. et all.(2004) Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και την κατάθλιψη. Μετάφραση Χρηστοφίλη, Γ., *Περιοδικό Εξαρτήσεις*, 5, 41-61.

Diamond, M. G., Diamond, S. G. & Liddle, A. H. (2000). The therapist – parent alliance in Family Based Therapy for Adolescents. *Psychotherapy in Practice*, 56, 1037-1050

Fereira, A. (1982) Η οικογένεια του τοξικομανή. Εκδ. Παλλάδα. Αθήνα.

Fromme, K., Marlatt, G.A., Baer, J.S.& Kivlahan, D.R.(1994) The Alcohol Skills Training Program: a group intervention for young adult drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 143-154.

Glyn,T. (1988) Family theory and research on adolescent drug use, a review. *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 2, 39-56.

Gordon, D. A., Gravec, K. & Arbuthnot, J. (1995) The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behaviour. *Journal of Criminal Justice and Behavior*, 22, 60-73.

Greenson, R. (2002), Η τεχνική της Ψυχανάλυσης Θεωρία και πράξη. Εκδ. Καστανιώτη. Αθήνα

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. Ed. Jossey- Bass. San Fransisco.

Hazelrigg, M.D., Cooper, H. M. & Borduin, C.M. (1987) Evaluating the effectiveness of Family Therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 10, 428-442.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Brondino, M. J. (1999) Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171–184.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D.G. & Hanley, J. H. (1998) Multisystemic therapy with the violent and chronic juvenile offenders and their families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.

Joanning, H., Quinn, Q., Thomas, F. & Mullen, R. (1992) Treating adolescent drug abuse: a comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 345–356.

Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Canino, G., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Regier, D. A., & Schwab-Stone, M. (1997) Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: Findings from the Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 121–132.

Kaplan, H. (1982) Self- Attitudes and Deviant Behavior. *Youth and Society*, 14, 185-211.

Kaufman, E. (1985) Family systems and family therapy for substance abuse: an overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of Addiction*, 20, 897–916.

Kaufman, E. (1980) Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7, 257-279

Kaufman, E. & Kaufman, P (1985) Family Therapy of drug and alcohol abuse. Ed. Allyn and Bacon, Boston.

Kazdin, A.E., Stolar, M. J.& Marciano, P. L. (1995) Risk factors for dropping out of treatment among white and black families. *Journal of Family Psychology*, 9, 402- 417.

Khantzian, E. (1980) An Ego self theory of substance dependence, A contemporary Psychoanalytic perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 21,432-458.

Kokkevi, A. & Stefanis, C.(1988) Parental rearing patterns and drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 157-158.

Kosten, R., Novak, P. & Herbert, K.(1984) Perceiving marital and family environment of opiate addicts *Drug and Alcohol Abuse*, 10, 491-501.

Latimer, W., Winters, K., D' Zurilla, T. & Nichols, M. (2003) Integrated family and Cognitive – Behavioral Therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 303-317.

Latimer, W.W., Newcomb, M., Winters, K.C. & Stinchfield, R.D. (2000) Adolescent substance abuse treatment outcome: the role of substance abuse problem severity, psychosocial, and treatment factors. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 68, 684-696.

Lettieri, D., Sayers, M. & Pearson, H. (1980) Theories on Drug Abuse Selected Contemporary Perspective Ed. Nida Research. Washington.

Lettieri, D. (1985) Drug Abuse a review of explanations models of explanation. *Journal of Alcohol and Substance Abuse*, 4, 9-40.

Lewis, R. A., Piercy, F. P., Sprenkle, D. H. & Trepper, T. S. (1990) Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 5, 82–95.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejada, M. (2001) Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651– 687.

Liddle, H. A. (1999) Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 521–532.

Madanes, C., Dukes, J. & Harbin, H. (1980) Family ties of heroin addicts. *Archives of General Psychiatry*, 37, 889–894.

McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. & Quensel, S. (2002) European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97, 329–336.

Minuchin, S. (2000) Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία. Εκδ Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα

Ozechowski, T. J. & Liddle, H. A. (2000) Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269–298.

Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. (2002) Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330–366.

Rivas-Vasquez, A., Hervis, O. E., & Posada, V. (1989) Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571–578.

Robbins, M. S., Turner, C., Alexander, J. F. & Perez, G. (2003) Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17, 534–544

Santisteban, D. A., Douglas, J., Perez-Vidal, A., Mitrani, V., Gilles J. M. & Szapocznik, J. (1997) Brief Structural/Strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth. *Journal of community psychology*, 25, 453–471

Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. & Szapocznik, J. (2003) Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behaviour problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, 17, 121–133.

Santisteban, D. A. & Szapocznik, J. (1994) Bridging theory, research and practice to more successfully engage substance abusing youth and their families into therapy. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 9–24.

Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W.M., Coatsworth, J. D., & LaPerriere, A. (2000) The efficacy of brief strategic/structural family therapy in modifying behaviour problems and an exploration of the role that family functioning plays in behavior change. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 9–24.

Schmidt, S. E., Liddle, H. A. & Dakof, G. A. (1996) Changes in parental practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 10, 12–27.

Schlesinger, E. S. (1988) Cognitive – Behavioral Approaches to Family Treatment of Addictions. In *Cognitive – Behavioral Therapy with Families*. Ed. Norman Epstein, Stefan E. Schlesinger & Windy Dryden

Schwartzman, J. (1975) The addict, Abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, 132, 211-238

Serketich, W. J. & Dumas, J. E. (1996) The activeness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: a metaanalysis. *Behaviour Therapy*, 27, 171–186.

Selekman, M. D. & Todd, T.C. (1990) Major issues from family therapy research and theory: Implications for the future. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.

Stanton, M. D., Todd, T. C., & Associates. (1982) *The family therapy of drug abuse and addiction*. *Journal of Guilford Adolescent Psychiatry*, 37, 252–261

Stanton, D. (1982) *Family treatment approaches to drug abuse problems a review*, *Family process*, 18, 251-280

Szapocznik, J. (1993) Before the first visit. *Family Therapy News*, Vol. 24, 5–6.

Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D. & Hervis, O. (1988) Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552–557.

Szapocznik, J., Rio, A.T., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M.A., Rivas-Vasquez, A., Hervis, O. E. & Rosada, V. (1989) Structural family versus Psychodynamic Child Therapy of problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-578.

Szapocznik, J., Scopetta, M. A., & King, O. E. (1978) Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology*, 6, 112–122.

Toumbourou, J. W., Blyth, A., Bamberg, J. & Forer, D. (2001) Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 291-304

Turnbull, J. (2000) The transtheoretical model of change: examples from stammering. *In journal of Counselling Psychology Quarterly*, 31, 83-102.

Yeager, R.J., DiGiuseppe, R., Olsen, J.T., Lewis, L. & Alberti, R. (1988) Rational-emotive therapy in the therapeutic community. *Emotive Cognitive - Behavioral. Therapy*, 6, 211-235.

Αβραμίδης, Α. (1994) Η απομυθοποίηση των Ναρκωτικών. Εκδ. Ακρίτας. Αθήνα

Γεωργάκας, Π.. (2001). Εξαρτήσεις Η έκφραση μιας κοινωνικής και ατομικής δυσλειτουργίας. Εκδ. Παρατηρητής. Αθήνα.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, (2003) Ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Ελλάδα 2004. Εκδ Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. Αθήνα.

Κατάκη, Χ. (1998) Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα

ΚΕΘΕΑ (2003) Απολογισμός 2002 Χαρακτηριστικά εφήβων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που προσέγγισαν τη Στροφή το 2002. Εκδ. ΚΕΘΕΑ – Στροφή. Αθήνα.

ΚΕΘΕΑ (2002) Απολογισμός 2001 για θεραπευτική Κοινότητα Νόστος. Εκδ. ΚΕΘΕΑ. Αθήνα.

Λιάππας, Γ. (1992) Ναρκωτικά εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Εκδ. Πατάκη. Αθήνα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής* . Εκδ. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.

Μαρσέλος, Μ. (1997) Εξαρτησιογόνες ουσίες. Φαρμακολογία Τοξικολογία Ιστορία Κοινωνιολογία Νομοθεσία. Εκδ. Τυπωθύτω. Αθήνα

Μάτσα, Κ. (2001) Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές_ Εκδ. ΑΡΓΑ. Αθήνα.

Μητρόπουλος, Δ. (1999) Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους. Θεσσαλονίκη.

Παρασκευόπουλος, Ν. Ι. (1985) Εξελικτική Ψυχολογία Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση. Τόμος 4^{ος} Αθήνα.