ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: «Γυναίκες Χρήστριες με ιστορικό σωματικής και / ή σεξουαλικής κακοποίησης»

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
της

ΣΤΡΑΤΙΚΗ ΛΑΜΠΡΙΝΗΣ Α.Μ.: 3033

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΘΕΜΕΛΗ ΟΛΓΑ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ……. 4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ …….. 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ …… 8

1.1 Η έννοια της Τοξικοεξάρτησης……. 8

1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου……... 11

1.2.1 Ατομικοί παράγοντες……. 12

1.2.2 Ευρύτεροι Περιβαλλοντικοί - Κοινωνικοί παράγοντες……. 15

1.2.3 Ο ρόλος της οικογένειας ως αιτιολογικός παράγοντας τοξικοεξάρτησης……. 17

1.2.4 Τραυματικά γεγονότα και εμπειρίες ως παράγοντες κινδύνου της εξάρτησης.. 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ …… 22

2.1 Ενδο-οικογενειακή βία…….. 22

2.2 Σωματική ή και σεξουαλική κακοποίηση …… 22

2.3 Επιπτώσεις σωματικής - σεξουαλική βίας ……... 24

2.4 Κακοποίηση και συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες…… 27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ Η/ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ……... 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ …. 33

4.1 Διαφορές φύλου στην χρήση ουσιών…… 33

4.2 Μύηση γυναικών στη χρήση…… 34

4.3 Μητρότητα και χρήση ουσιών……..... 35

4.4 Επιπτώσεις της χρήσης ουσιών στις γυναίκες…….. 36

4.4.1 Φυγή από το σπίτι, παραβατικότητα και πορνεία…….. 37

4.4.2 Ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας…….. 38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ …….. 40

5.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ……. 40

5.1.1 Θεραπευτικά Προγράμματα Ιατροκεντρικής Προσέγγισης…… 40

5.1.2 Θεραπευτικά Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Προσέγγισης……. 42

5.2 Θεραπευτικά μοντέλα σε ζητήματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και εξαρτήσεων…….. 43

5.3 Προγράμματα απεξάρτησης για γυναίκες στην Ελλάδα…… 46

5.4 Ένταξη και δυσκολίες των γυναικών στη θεραπευτική διαδικασία……. 52

5.5 Ο ρόλος του ψυχολόγου ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας……. 54

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ …… 56

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ …….. 61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική έρευνα με στόχο να μελετήσει το φαινόμενο της γυναικείας τοξικοεξάρτησης, το ζήτημα της σωματικής ή/και σωματικής κακοποίησης και τη συσχέτιση του ζητήματος αυτού με την μετέπειτα εμπλοκή τους με την κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Αρχικά, φάνηκαν οι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου, όπως ατομικοί, κοινωνικοί, ο ρόλος της οικογένειας, καθώς επίσης και τα τραυματικά γεγονότα και εμπειρίες ζωής. Έγινε σαφές ότι η παιδική κακοποίηση ενσωματώνεται συχνά σε ένα παθογόνο οικογενειακό περιβάλλον και η χρήση ουσιών από τις γυναίκες μπορεί να αντιπροσωπεύει προσπάθειες μείωσης των αρνητικών ψυχολογικών καταστάσεων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες. Οι επιπτώσεις της χρήσης ουσιών στις γυναίκες περιλαμβάνουν σωματικά, ψυχικά και σεξουαλικά προβλήματα και αυτή η κατάσταση τροφοδοτεί και αναπαράγει το φαύλο κύκλο της βίας. Όσον αφορά τη συσχέτιση του ιστορικού σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης των γυναικών και της μετέπειτα εμπλοκής τους στη χρήση ουσιών, το ζήτημα είναι πολυδιάστατο και σύνθετο. Παρόλα αυτά η παρούσα εργασία αναδεικνύει την επίδραση που είχαν οι παρελθοντικές κακοποιητικές εμπειρίες στα μεταγενέστερα προβλήματα κατάχρησης ουσιών, χωρίς βέβαια αυτό να αναιρεί την ύπαρξη και άλλων μεταβλητών στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου. Τέλος, τονίζεται ότι μια παράλληλη αντιμετώπιση των δύο αυτών ζητημάτων μπορεί να αποτελέσει θεραπευτικό στόχο και η αναγκαιότητα μιας πολυπαραγοντικής θεραπευτικής προσέγγισης είναι προφανής.

Λέξεις κλειδιά: Γυναίκα, τοξικοεξάρτηση, Σωματική-Σεξουαλική κακοποίηση, απεξάρτηση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την εμπειρία των προγραμμάτων απεξάρτησης αλλά και από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι στο ιστορικό των τοξικομανών γυναικών, υπάρχουν καταγεγραμμένες εμπειρίες παιδικής κακοποίησης σωματικής ή/και σεξουαλικής, που συχνά προκαλούνται από πρόσωπα της οικογένειας (Bear, Griffiths, & Pearson, 2000. Daigre, Rodriquez-Cintas, Tarifa, Grau-Lapoz, Berenquer, Casas, & Roncero, 2015. Douglas & Walsh, 2010. Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders, & Best, 1997. Liebschutz, Savetsky, Saitz, Horton, Lloyd -Travaglini, & Samet, 2002. Μάτσα, 2007. Tonmyr & Shields, 2017). Η κακοποίηση ως διαχρονικό και διαπολιτισμικό φαινόμενο αποτελεί ένα υπάρχον κοινωνικό πρόβλημα που διαπερνά όλα τα κοινωνικά στρώματα και έχει ως παραδοσιακά θύματα όλων των μορφών της κυρίως τις γυναίκες και τα παιδιά (Chatzifotiou & Dobash , 2001. Hornor, 2014. Krantz, Phuong, Thuan, & Ringsberg, 2005. Norman, Byambaa, Butchart, Scott, & Vos, 2012). Οι επιπτώσεις της χρήσης βίας στην παιδική ηλικία είναι ολέθριες, κυρίως όταν λαμβάνει χώρα σε οικογενειακό πλαίσιο (Θεμελή, 2006. Θεμελή 2014).

Η χρήση και η εξάρτηση από ψυχοτρόπους ουσίες από την άλλη, αναγνωρίζεται πλέον ως ένα σύνθετο φαινόμενο με πολλές συνιστώσες που προκύπτει της αλληλεπίδρασης ατομικών, οικογενειακών, κοινωνικών παραγόντων. Επιπλέον οι κακοποιητικές εμπειρίες σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης που κυρίως παρατηρούνται στις γυναίκες, μπορεί να λειτουργήσουν ως σημαντικοί παράγοντες επικινδυνότητας έναρξης της χρήσης ουσιών (Freeman, Collier, & Parillo, 2002. Καλαρρύτης, 2009. Πουλόπουλος, 2011).

Μέσα στο χώρο της τοξικοεξάρτησης συναντάται μία τεράστια ετερογένεια ουσιών, προσωπικοτήτων, προσωπικών διαδρομών και βιωμάτων διαφορετικές για το κάθε φύλο και άτομο. Η ανάγκη λοιπόν για ιδιαίτερη μελέτη και αξιολόγηση στην αναφορά του προβλήματος της εξάρτησης περιλαμβάνει και το φύλο (Lindsay, Warren, Velasquez, & Lu, 2012. Σφηκάκη, 2001). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ουσιοεξάρτηση στις γυναίκες έγινε αντικείμενο επιστημονικής έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες και το ζήτημα περιγραφόταν ως μια ανδρική υπόθεση. Εντούτοις όμως προκειμένου να αναγνωριστούν οι υποκειμενικές και οι δημόσιες διαστάσεις του ζητήματος της τοξικοεξάρτησης στις γυναίκες χρειάστηκε να δοθεί περισσότερη έμφαση στην κατανόηση των επιβαρυντικών παραγόντων που τους οδήγησαν στη χρήση αλλά και στην βαθύτερη κατανόηση των βιωμάτων και των εμπειριών τους.

Η επιλογή του θέματος προήλθε από προσωπική ευαισθητοποίηση για αναζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας λόγω του μεγάλου ενδιαφέροντος για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης από το γυναικείο φύλο, το ζήτημα της σωματικής ή/και σωματικής κακοποίησης και η συσχέτιση του ζητήματος αυτού με την μετέπειτα εμπλοκή τους με την κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Ενδεχομένως ένας πιθανός απώτερος σκοπός αυτής της εργασίας θα μπορούσε να είναι η διερεύνηση για έναν καλύτερο σχεδιασμό εξειδικευμένων Προγραμμάτων Θεραπείας, σχετικά με την κατάχρηση ουσιών από γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης. Όσον αφορά στη θεραπεία, η παράλληλη αντιμετώπιση των δύο αυτών φαινομένων θα μπορούσε να συμβάλλει στη μείωση των παραγόντων εκείνων που εμποδίζουν την απόφαση των γυναικών για θεραπεία και την ολοκλήρωση της (Buccelli, Casa, Paternoster, Niola, & Pieri, 2016. Hiebert-Murphy&Woytkin, 2000).

Η εκπονηθείσα αυτή πτυχιακή εργασία αποτελείται από τα ακόλουθα κεφάλαια όπου μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, επιχειρείται να επισημανθούν και να διαφωτιστούν ζητήματα κακοποίησης και τοξικοεξάρτησης γυναικών καθώς και η σημασία της απεξάρτησης τους.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της τοξικοεξάρτησης και γίνεται αναφορά στις εξαρτησιογόνες ουσίες και στις γενικές κατηγορίες ανάλογα με την επίδρασή τους. Στη συνέχεια, εξετάζονται αναλυτικά οι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου και εστίαση γίνεται στο οικογενειακό περιβάλλον, στα τραυματικά αλλά και τα κακοποιητικά γεγονότα ζωής, ως παράγοντες κινδύνου της τοξικοεξάρτησης.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στα φαινόμενα βίας και κακοποίησης. Δίνεται έμφαση στην ενδοοικογενειακή βία, καθώς θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για τη χρήση ουσιών. Αποσαφηνίζονται οι έννοιες της σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης και τονίζονται οι επιπτώσεις αυτών, ιδιαίτερα της σεξουαλικής. Τέλος, αναφέρονται τα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες σε σχέση με την κακοποίηση.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να διερευνηθεί και να προσδιοριστεί μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ σωματικής ή / και σεξουαλικής κακοποίησης των γυναικών και χρήση ουσιών , μέσα από μια πληθώρα ερευνών και κλινικών μελετών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά την εξαρτημένων γυναικών που έχουν σχέση με την μελέτη μας, όπως οι διαφορές φύλου και η μύηση των γυναικών στη χρήση, η φυγή από το σπίτι, η παραβατικότητα, η πορνεία, τα ζητήματα σωματικής και

ψυχικής υγείας, ως επιπτώσεις της χρήσης, καθώς περιγράφεται συνοπτικά και το θέμα εξάρτησης σε σχέση με τη μητρότητα.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά την θεραπευτική παρέμβαση της τοξικοεξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει λόγος για τα θεραπευτικά προγράμματα ιατροκεντρικής και ψυχοκοινωνικής προσέγγισης, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα θεραπευτικά μοντέλα σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν ζητήματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και εξαρτήσεων. Μια περιγραφή γίνεται επίσης στη δημιουργία των προγραμμάτων απεξάρτησης γυναικών στην Ελλάδα, στην ένταξη και στις δυσκολίες των γυναικών στη θεραπευτική διαδικασία και στο ρόλο του Ψυχολόγου ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα της βιβλιογραφικής έρευνας καθώς και διεξαγωγή προτάσεων για περαιτέρω έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

1.1 Η έννοια της Τοξικοεξάρτησης

Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης δεν είναι σύγχρονο. Ανατρέχοντας στη διαχρονική του εξέλιξη όπως αναφέρει η Μάτσα (2007), διαπιστώνεται ότι:

> *«Η χρήση ουσιών εντοπίζεται και συναντάται στην ιστορία όλων των πολιτισμών και κάθε φορά υιοθετεί χαρακτηριστικά και ιδιότητες που συνδέονται με το γενικότερο περιβάλλον που την πλαισιώνει»* (σελ.52).

Αναμφισβήτητα πρόκειται για ένα εξαιρετικά πολύπλοκο και σύνθετο φαινόμενο που διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση κοινωνικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων στο πλαίσιο κάθε ιστορικής περιόδου (Μάτσα, 2007).

Το κάθε άτομο στη χρήση ωστόσο, αποτελεί μία μοναδική περίπτωση που χαρακτηρίζεται από τις διαφορετικές του ανάγκες και την ξεχωριστή του ιστορία και προκειμένου να έχουμε ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς για την κατανόηση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης χρειάζεται κατ' αρχήν να ορισθεί η έννοια της εξάρτησης. Ως εξάρτηση από ουσίες λοιπόν ορίζεται σύμφωνα με τον Λιάππα (1997):

> *«...η ψυχολογική ή και σωματική κατάσταση η οποία έχει ως κύριο χαρακτηριστικό της την επιτακτική ανάγκη για λήψη της ουσίας ώστε να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματά της δράσης της ή να αποφύγει μια δυσφορική κατάσταση που προκύπτει λόγω της στέρησής της»* (σελ.19).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), όπως αναφέρει ο Μαδιανός (2006), ορίζει ότι η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες είναι μια κατάσταση χρόνιας ή περιοδικής τοξίκωσης, που δημιουργείται από την επανειλημμένη κατάχρηση μιας τοξικής ουσίας, φυσικής ή σύνθετης και έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Μια ακαταμάχητη ανάγκη του ουσιοεξαρτημένου να κάνει χρήση της ουσίας και να την αποκτά «με κάθε μέσο».
- Μια τάση για συνεχή αύξηση των δόσεων (φαινόμενο ανοχής).
- Μια σωματική και ψυχική εξάρτηση από την εθιστική ουσία.

Επίσης, σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ICD–10, DCR) το σύνδρομο της εξάρτησης αποτελεί «*μια δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς, στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας*

ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό» (σελ. 93).

Με τον όρο ναρκωτικά γενικότερα, νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), από διεγερτική μέχρι κατασταλτική, αλλά με κοινό γνώρισμα την ιδιότητα να μεταβάλλουν την σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση, διαφορετικής φύσεως, ψυχική ή και σωματική, ποικίλου βαθμού. Ο όρος 'ναρκωτικά' ωστόσο δεν είναι αντιπροσωπευτικός ως προς τις διάφορες ουσίες που περιλαμβάνει εννοιολογικά, καθώς ουσίες όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες έχουν διεγερτική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Σταδιακά λοιπόν, ο όρος 'ναρκωτικά' αντικαταστάθηκε από τον όρο 'ψυχοτρόπες ή εξαρτησιογόνες ουσίες', στις οποίες ανήκουν και τα απλά ηρεμιστικά, το οινόπνευμα και ο καπνός (Κουτσελίνης, 2004).

Επιχειρώντας μια σύντομη ταξινόμηση των εξαρτησιογόνων ουσιών, ο Μαρσέλος, (2005) αναφέρει ότι με βάση τη φαρμακολογική τους δράση, τα ναρκωτικά θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες:

1. Ψευδαισθησιογόνα ή παραισθησιογόνα (χασίς, μαριχουάνα, LSD, μεσκαλίνη, τρυπταμίνες). Αυτή η ομάδα ναρκωτικών καλύπτει μια μεγάλη γκάμα χημικά ανόμοιων ουσιών, που επιδρούν στον εγκέφαλο και αλλοιώνουν την αντίληψή του χρήστη/χρήστριας για το τι είναι πραγματικό.
2. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (κοκαΐνη, αμφεταμίνες, υποκατεστημένες αμφεταμίνες (MDA, MDMA, MDEA) και μεθυλοξανθίνες). Πρόκειται για ουσίες που δρουν στο Κ.Ν.Σ. και προκαλούν αίσθημα δύναμης, ενεργητικότητας και αυτοπεποίθησης στον χρήστη. Επίσης μειώνουν την όρεξη και απομακρύνουν την κούραση και την διάθεση για ύπνο.
3. Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (αιθυλική αλκοόλη, ηρεμιστικά, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες) Πρόκειται για ουσίες που «καταστέλλουν» ή αμβλύνουν τις λειτουργίες του εγκεφάλου και άλλων τμημάτων του Κ.Ν.Σ., είτε ηρεμώντας το άτομο είτε κάνοντάς το ακόμα και να κοιμηθεί.
4. Τα κατ' εξοχήν ναρκωτικά (όπιο, ηρωίνη, μορφίνη, μεθαδόνη, φαινκυκλιδίνη (PCP), πεθιδίνη, φαιντανύλη). Πρόκειται για ουσίες που ανακουφίζουν από τον πόνο και που παράγονται από δύο βασικές πηγές – είτε από την οπιούχο παπαρούνα (Μήκων ο υπνοφόρος), είτε από τεχνητά χημικά συστατικά.

Η Μάτσα & Σφηκάκη (2008), εξηγούν ότι δεν αρκούν μόνο οι ουσίες για να υπάρχει η ουσιοεξάρτηση. Απαραίτητη προϋπόθεση για να εξελιχθεί η εξάρτηση είναι η συνάντηση

μιας προσωπικής, ψυχολογικής κρίσης με μια κοινωνική, η οποία ενισχύεται από την οικογένεια σε κρίση. Και συμπληρώνουν πως ένα άτομο δεν γίνεται εξαρτημένο επειδή έτυχε μία φορά να δοκιμάσει την ουσία. Ο Glaude Olivenstein, γάλλος ψυχαναλυτής που ίδρυσε μια από τις σημαντικότερες κλινικές στο Παρίσι για τα ναρκωτικά, το Marmottan αναφέρει τον παρακάτω ορισμό όπως τον παραθέτει η Μάτσα, (2007):

> *«Η τοξικομανία αποτελεί το προϊόν της συνάντησης μιας προσωπικότητας με μια ψυχοδραστική ουσία σε μια συγκεκριμένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή»* (σελ.19).

Η 'εγκατάσταση' της τοξικομανίας μέσα από αυτό τον διαχρονικό ορισμό του Olievenstein, είναι το αποτέλεσμα της συνάντησης α) μιας ουσίας, β) με μία προσωπικότητα, δηλαδή το σύνολο των ατομικών παραγόντων, την ψυχολογική δομή, την ιστορία του ατόμου, τους παράγοντες που δρουν προστατευτικά ή αντίθετα ενισχύουν την ευαλωτότητα, γ) με ένα συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο, δηλαδή το πλαίσιο ζωής του συγκεκριμένου ατόμου το οποίο περιλαμβάνει το οικογενειακό περιβάλλον, το κοινωνικό πλαίσιο, την κουλτούρα, την ιστορία. Δεν εξαντλείται λοιπόν στην σχέση της προσωπικότητας με την ουσία. Δεν εξαντλείται επίσης στη σχέση της ψυχοπαθολογίας με την ψυχική δομή του ατόμου που στρέφεται στις ουσίες αλλά το κοινωνικό και το πολιτιστικό πλαίσιο παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο.

Η Σφηκάκη (2001), επιχειρώντας μία ψυχολογική εκτίμηση της έννοιας της τοξικοεξάρτησης, θεωρεί ότι η εξάρτηση έχει καταστεί το κέντρο, ο σκοπός δηλαδή και το μέσο της ψυχικής και κοινωνικής ύπαρξης του υποκειμένου. Υπό αυτό το πρίσμα, η εξάρτηση αποτελεί μία ιδιαίτερη μορφή σχέσης μεταξύ του εξαρτημένου και της τοξικής ουσίας συνιστώντας το προϊόν της συνάντησης του τοξικοεξαρτημένου με το ναρκωτικό του. Η σχέση αυτή χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι η ικανοποίησή του εξαρτημένου ατόμου δεν χρειάζεται πλέον την διαμεσολάβηση ενός άλλου, καθώς τον αντικατέστησε με ένα άψυχο αντικείμενο, δηλαδή την ουσία. Αυτό που απομένει, είναι η προσωπική νοηματοδότηση του βιώματος του - η οποία είναι ξεχωριστή για τον καθένα - με τις πολλαπλές του παραμέτρους, σε επίπεδο συναισθήματος, αντίληψης και κοινωνικής σημασιοδότησης.

Ο τοξικομανής όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Bergeret (1999), στην πραγματικότητα είναι εξαρτημένος από την εμπειρία της χρήσης, από το βίωμα που αποκτά κάτω από την επήρεια των ναρκωτικών μέσα από την οποία δημιουργεί σχέση με τον εαυτό του αλλά και με τον κόσμο καθιστώντας έτσι δευτερεύον ζήτημα το ρόλο της ουσίας.

Είναι ενδιαφέρουσα η τοποθέτηση της Μάτσα (2007) η οποία περιγράφει ότι η τοξικομανία ισοδυναμεί με την απόλυτη μοναξιά καθώς ο δεσμός με την ουσία

καταλαμβάνει τη θέση του απόντος κοινωνικού δεσμού. Η καθημερινή ζωή χαρακτηρίζεται από ακραία εξατομίκευση, αποξένωση, διαρκή ματαίωση, στέρηση πνευματικών αγαθών, έλλειψη φαντασίας, απουσία ανοιχτών οριζόντων. Ο τοξικομανής, σε μια προσπάθεια να καλύψει το εσωτερικό του κενό και να αντιμετωπίσει την μοναξιά, τη βασανιστική του ανία, την θλίψη και το ανικανοποίητο προσπαθεί μέσα από τις έντονες αισθήσεις που του προκαλούν οι ουσίες να κάνει λιγότερο απειλητικό το αίσθημα που τον κατακλύζει καταπραΰνοντας τον πόνο, την εσωτερική ένταση και το άγχος, βάζοντας έτσι τέλος στην εσωτερική αυτή «ψυχική αιμορραγία». Για το λόγο αυτό αναφέρουν οι Μάτσα και Σφηκάκη (2008) σχετικά με το ρόλο της ουσίας:

> *«…η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες μπορεί να θεωρηθεί ότι αναλαμβάνει ένα προστατευτικό ρόλο απέναντι στον ψυχικό πόνο λειτουργώντας ως ασπίδα που θα 'αποκρούσει' τα πιο επώδυνα συναισθήματα αποτελώντας μία 'απάντηση του ατόμου σε μια εσωτερική απειλή' απέναντι στην οποία δεν μπορεί να αμυνθεί»* (σελ. 22).

1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου

Η προσπάθεια αναζήτησης λύσης του 'αινίγματος' της τοξικομανίας ώστε να δοθεί απάντηση στο γιατί κάποιος γίνεται τοξικομανής ενώ κάποιος άλλος όχι, βρίσκει τους μελετητές να έχουν αντικρουόμενες απόψεις. Οι απαντήσεις που δίνονται από τους ερευνητές με διάφορους προσανατολισμούς, είναι ανάλογες με την σχολή που εκπροσωπούν, κάτι όμως που στο παρελθόν τους οδήγησε σε αδιέξοδο ή όπως χαρακτηριστικά λέει ο Miller και αναφέρει ο Παπαδάτος (2010), σε ένα «αιτιολογικό σοβινισμό».

Τα τελευταία χρόνια ωστόσο οι κατά καιρούς διατυπωθείσες υποθέσεις συγκλίνουν, όλο και περισσότερο προς μια πολυπαραγοντική αιτιολογία. Όπως χαρακτηριστικά σχολιάζει ο Γεωργάκας (2003):

> *«…η τελική αποδοχή μιας κοινής αντίληψης, σύμφωνα με την οποία η ερμηνεία του φαινομένου της εξάρτησης πρέπει να είναι πολυαιτιολογική και να εμπεριέχει δεδομένα ποικίλων τομέων, βοήθησε στην καλύτερη προσέγγισή του»* (σελ.46).

Η αιτιολογία του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης άλλωστε, δε θα μπορούσε να εξηγηθεί μέσα από μια απλή ερμηνεία. Πολλοί παράγοντες βιολογικοί, οικογενειακοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτιστικοί, ιδεολογικοί στην αλληλοδιαπλοκή τους συνεισφέρουν σ αυτή τη διαδικασία. Ο βαθμός ωστόσο της επιρροής που ασκεί ο κάθε παράγοντας στην διαδικασία της ανάπτυξης, της πορείας και της εξέλιξης της

ουσιοεξάρτησης είναι διαφορετικός για την κάθε περίπτωση. Η πορεία αυτή του ατόμου όπως σημειώνει η Μάτσα (2007), από την πρώτη χρήση στην κατάχρηση και τη δημιουργία εθισμού και εξάρτησης:

> *«είναι μια μακροχρόνια δυναμική διεργασία, εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη, η οποία αναπτύσσεται σε πολλά επίπεδα και αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης»* (σελ. 20).

Μια αδρή ταξινόμηση των πιθανών αιτιών ανάπτυξης μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς τις αναγνωρίζει σε ατομικής, οικογενειακής, κοινωνικής προσέλευσης και πιο συγκεκριμένα α) στους ατομικούς προδιαθεσικούς παράγοντες υπογραμμίζονται οι γενετικοί, η προσωπικότητα, η υπόθεση αυτοθεραπείας, και στους β) ευρύτερους περιβαλλοντικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι οικογενειακοί παράγοντες, οι μαθησιακοί, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον- συναναστροφές, οι κοινωνικο-πολιτισμικές επιδράσεις (Λιάππας & Πομίνι 2004).

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να έχει ιδιαίτερη βαρύτητα στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης και μπορεί να λειτουργήσει είτε επιβαρυντικά συμβάλλοντας στην εξάρτηση, είτε προστατευτικά απέναντι της. Επίσης, τα τραυματικά γεγονότα και οι εμπειρίες που έχει βιώσει ένα άτομο πιθανά να λειτουργήσουν ως παράγοντες επικινδυνότητας έναρξης της χρήσης. Ιδιαιτέρως επιβαρυντικά λειτουργεί επίσης, η ύπαρξη σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ή και εφηβική ηλικία. (Καλαρρύτης, 2009).

Χρειάζεται να διευκρινισθεί ωστόσο, ότι παρά τους κοινούς αποδεκτούς παράγοντες που εμπλέκονται στην τοξικοεξάρτηση, ο κάθε εξαρτημένος είναι μοναδική περίπτωση και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται.

Η παρούσα εργασία, διερευνά και εστιάζει κυρίως στο ρόλο της οικογένειας, στα τραυματικά γεγονότα και την ύπαρξη κακοποίησης καθώς εξετάζει την συσχέτιση τους με την εμπλοκή των γυναικών στη χρήση.

Ακολουθεί ωστόσο και μια σύντομη περιγραφή των ατομικών παραγόντων:

1.2.1 Ατομικοί παράγοντες

Γενετικοί παράγοντες.

Η επικρατούσα άποψη για την εξάρτηση σύμφωνα με τους βιολογιστές, είναι ότι αποτελεί μία υποτροπιάζουσα χρόνια νόσο ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης δράσης των ουσιών στον εγκέφαλο και χρήζει ανάλογης βιολογικού τύπου θεραπείας. Σε αυτό συνηγορεί με τη μελέτη του ο Leshner όπως αναφέρει ο Κουτσελίνης (2004), που κατέληξε

στο συμπέρασμα ότι η χρήση τοξικών ουσιών για μεγάλο χρονικό διάστημα επιφέρει δομικές και λειτουργικές αλλαγές σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο στον εγκέφαλο. Οι αλλαγές αυτές όμως, επηρεάζονται και από εξωγενείς παράγοντες όπως τους κοινωνικούς, οικογενειακούς, οικονομικούς αλλά και από τους ψυχολογικούς.

Έρευνες της Νευροχημείας τείνουν να αποδώσουν το πρόβλημα των εξαρτήσεων σε αποκλειστικά νευροχημικό υπόβαθρο και μάλιστα προβάλλεται ο κίνδυνος συνολικής επιβάρυνσης του γενετικού υποστρώματος (Γεωργάκας, 2007). Σε νευροχημικό υπόβαθρο στηρίζεται και η άποψη της έλλειψης ενδορφινών στον εγκέφαλο, παρομοιάζοντάς το με αυτό του ελλείμματος ινσουλίνης στην νόσο του σακχαρώδη διαβήτη. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε από τους Dole και Nyswander, όπως αναφέρει η Μάτσα (2007), οι οποίοι πρότειναν την χρήση της μεθαδόνης ως θεραπεία συντήρησης των εξαρτημένων χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι έρευνες αυτές είναι αδιαμφισβήτητες και μη αντικρουόμενες.

Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει η Μάτσα (2006):

> *«αν η ρίζα του προβλήματος βρίσκεται στον εγκέφαλο, πως γίνεται δυνατή η πλήρης απεξάρτηση χιλιάδων τοξικομανών που εντάσσονται σε στεγνά προγράμματα με ή χωρίς ψυχοθεραπεία και χωρίς να χρησιμοποιούν κανένα απολύτως φάρμακο; Μήπως η 'νόσος' είναι μεταδοτική και βρισκόμαστε εν μέσω μιας νέας παγκόσμιας επιδημίας;»* (σελ. 21).

Επιπλέον σύμφωνα με τον Παπαδάτο (2010), για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων στον εθισμό ψυχοτρόπων ουσιών μέχρι σήμερα, υπάρχουν μόνο ελάχιστες ενδείξεις. και υποθέσεις και όχι αποδείξεις, ότι δηλαδή οι αιτίες της τοξικοεξάρτησης βρίσκονται στον εγκέφαλο και στα γονίδια του ανθρώπου. «*Σύμφωνα με τις έρευνες δεν υπάρχουν γονίδια που να αφορούν αποκλειστικά την κατάχρηση ουσιών. Τα γονίδια αφορούν περισσότερο τις τροποποιήσεις στην ισορροπία των νευροδιαβιβαστών, με αποτέλεσμα ένα μακρόχρονο φάσμα συναισθηματικών διαταραχών και διαταραχών άγχους και εξάρτησης*» (Πουλόπουλος, 2011:30).

Εντούτοις όπως αναφέρει ο Γεωργάκας (2007), η προβολή της βιολογικής προέλευσης της εξάρτησης αναγνωρίζοντάς τη ως αποτέλεσμα γονιδιακών και χρωματοσωμιακών διεργασιών, συνιστά κίνδυνο παρερμηνείας του φαινομένου, εφόσον η αβασάνιστη παραδοχή αυτής της θεωρίας μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη 'απενοχοποίηση' της κοινωνίας και της οικογένειας των εξαρτημένων.

Η προσωπικότητα

Εξαιρετικά ενδιαφέρουσα είναι η τοποθέτηση του Hofman όπως παραθέτουν οι Λιάππας & Πομίνι (2004), ότι δηλαδή η αναζήτηση ενός συγκεκριμένου τύπου προσωπικότητας που δύναται να εμπλακεί με την τοξικοεξάρτηση θα αποτελούσε υπεραπλούστευση και θα βοηθούσε ελάχιστα στην κατανόηση του φαινομένου ενώ εκ παραλλήλου θα δημιουργούσε και κοινωνικά στερεότυπα. Χρησιμότερη λοιπόν φαίνεται να είναι η μελέτη ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που συναντώνται συχνά στους χρήστες παρά η προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας που να προδικάζει αν το άτομο θα γίνει μελλοντικός χρήστης/ χρήστρια (Γεωργάκας, 2007).

Ενδεχομένως λοιπόν ως κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που εντοπίζονται στα εξαρτημένα άτομα, ανεξάρτητα από το φύλο τους, θα μπορούσαν να θεωρηθούν το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η αμυντικότητα- επιθετικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής στην ματαίωση (Παπαδάτος, 2010. Hobi & Ladewing, όπως αναφέρεται στο Παπαγεωργίου, 2004). Σε αυτή την θεωρία όμως παραμένει αναπάντητο το ερώτημα για το ποιες από τις παραπάνω συμπεριφορές ή τις ψυχολογικές διαταραχές που παρατηρούνται στους χρήστες προηγήθηκαν ή δημιουργήθηκαν από τη χρήση; (Γεωργάκας, 2007).

Εκτεταμένη ανασκόπηση ωστόσο, της διεθνούς βιβλιογραφίας με μελέτες σχετικές με το είδος προσωπικότητας που δύναται να εμπλακεί στη χρήση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δε θα πρέπει να θεωρούνται ως αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ουσιοεξάρτησης στο μέλλον (Λιάππας & Πομίνι, 2004).

Όπως σημειώνει χαρακτηριστικά και ο Παπαδάτος (2010):

> «*Η ιδέα ότι συγκεκριμένες ουσίες προσελκύουν συγκεκριμένα είδη προσωπικότητας, δεν έχει ακόμη αποκτήσει εγκυρότητα»* (σελ 56).

Η υπόθεση της «αυτοθεραπείας».

Σύμφωνα λοιπόν με την υπόθεση της 'αυτοθεραπείας', όπως αναφέρει ο Λιάππας (1997), η χρήση ουσιών σχετίζεται με την αιτιολογία και πρόγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών όπως συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, δυσθυμικού τύπου καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα ακόμη και με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Προκειμένου να επηρεάσουν τα συμπτώματα κάποια άτομα χρησιμοποιούν νόμιμες και παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες.

Η μελέτη των Bukstein, και συνεργατών, όπως επισημαίνει ο Κουτσελίνης (2004), υποστηρίζει ότι οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές «ευθύνονται» για την δημιουργία προδιάθεσης για την κατάχρηση ουσιών. Ο τρόπος ωστόσο που επιλέγονται συγκεκριμένες ουσίες από κάποια άτομα κάθε άλλο παρά τυχαίος είναι, μιας και αυτές λειτουργούν ρυθμιστικά για τα σωματικά κα ψυχικά προβλήματά τους. Τα οπιοειδή αξιοποιούνται κυρίως γιατί καταστέλλουν τα έντονα συναισθήματα οργής και επιθετικότητας, ενώ π.χ. η κοκαΐνη χρησιμοποιείται κυρίως ανακουφιστικά εμπρός στα καταθλιπτικά και υπομανιακά συμπτώματα (Μαρσέλος, 2005).

Στη διεθνή βιβλιογραφία όπως αναφέρει ο Bergeret, (1999), μελέτες υποστηρίζουν ότι οι τοξικοεξαρτητικές συμπεριφορές συντελούν στην αποφυγή σοβαρότερων μορφών κατάθλιψης, που ίσως και να οδηγούσαν στην παραβατικότητα ή στην αυτοκτονία.

1.2.2 Ευρύτεροι Περιβαλλοντικοί - Κοινωνικοί παράγοντες

Μαθησιακοί παράγοντες

Οι μαθησιακοί παράγοντες εστιάζουν με τη σειρά τους στην διερεύνηση των προτύπων μέσα από τα οποία τα άτομα υιοθέτησαν τελικά την εξαρτητική συμπεριφορά τους. Οι περισσότεροι ερευνητές των θεωριών της Μάθησης θα συμφωνούσαν όπως αναφέρει ο Λιάππας (1997), με την άποψη του G. Edwards για την πορεία ενός χρήστη/χρήστριας στην εξάρτηση ότι: *«το γονικό παράδειγμα είναι γενικώς πιο σημαντικό από τα ίδια τους τα γονίδια»* (σελ. 25).

Οι απόψεις των θεωρητικών της Κοινωνικής Μάθησης συγκλίνουν στην αρχή ότι το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης είναι το αποτέλεσμα ενός μαθησιακού συμπεριφορικού μοντέλου, όπως αναφέρει ο Γεωργάκας (2007) και προέρχεται από τον Hodgson, το οποίο διαμορφώνεται μέσω λειτουργιών των γνωστικών τύπων της κλασσικής και ενεργητικής μάθησης. Εντούτοις όμως, οι απόψεις των θεωρητικών της Κοινωνικής Μάθησης φαίνεται να επικεντρώνονται στη διατήρηση και ενίσχυση της εξαρτητικής συμπεριφοράς, παρά στη γένεσή της.

Πιθανότατα επίσης, μερικοί άνθρωποι στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν δυσάρεστα συναισθηματικά ερεθίσματα, αναπτύσσουν συμπεριφορές χρήσης και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών ιδιαίτερα μάλιστα όταν η συμπεριφορά αυτή έχει την έγκριση των διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, από τις οποίες το άτομο θέλει να γίνει αποδεκτό (Αντωνίου, Ντάλλα, & Μάτσα, 2012).

Ο ρόλος των ομοτίμων και των συναναστροφών

Από την μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η εφηβεία είναι η αναπτυξιακή περίοδος με τον υψηλότερο κίνδυνο έναρξης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (Thatcher & Clark, 2008. Gallimbert, et al., 2015). Η περιέργεια, η εύκολη διαθεσιμότητα των ουσιών όπως και η παρότρυνση ή και η πίεση που τους ασκείται ενίοτε από τους φίλους φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έναρξη του πειραματισμού ενός ατόμου με ουσίες (Καλαρρύτης, 2009).

Επίσης, οι Giavazolias & Themeli (2014) τονίζουν την επίδραση των μεταβλητών των κοινωνικογνωστικών θεωριών (στάσεις, περιγραφικά πρότυπα, αυτοεκτίμηση και προσδοκίες) στην κατανάλωση ουσιών από τους νέους ενήλικες. Αναφέρουν ότι, οι νέοι τείνουν να υπερεκτιμούν τον αριθμό των συνομηλίκων τους που είναι στη χρήση ουσιών και αυτές οι ψευδείς εκτιμήσεις επηρεάζουν τη διαμόρφωση της προσωπικής συμπεριφοράς τους που σχετίζεται με τη χρήση. Εκτός από τους περιγραφικούς κανόνες, η στάση απέναντι στις ουσίες και η χρήση τους, καθώς και οι προσδοκίες των αποτελεσμάτων, φαίνονται να είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την απόφαση να εμπλακούν ή όχι σ' αυτή.

Η κατάχρηση ουσιών κατά την εφηβεία περιγράφεται ως μια σύνθετη συνεχής πορεία που ξεκινά από τον πειραματισμό, περνάει στη φάση της προβληματικής χρήσης και καταλήγει με τη φάση της εξάρτησης. Ο πειραματισμός συγκεκριμένα βοηθάει τον έφηβο να ξεφύγει από τις καθημερινές του δυσκολίες με στόχο την ψυχική του ανακούφιση και τη μεταστροφή του όποιου αρνητικού συναισθήματος (Tyler, Hoyt, & Whibeck, 2001).

Όπως αναφέρουν ο Αντωνίου και οι συν. (2012), η επιλογή παθητικών τρόπων αντιμετώπισης δυσκολιών μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο σε διαρκείς επαναλαμβανόμενες χρήσεις δημιουργώντας μια νέα κατάσταση έντονης αναζήτησης και προοδευτικής αύξησης της ουσίας ως υποκατάστατο μέσο αντιμετώπισης προβλημάτων. Κατά αυτόν τον τρόπο εξελίσσεται η εξάρτηση η οποία εμφανίζεται ως επιτακτική ανάγκη προκειμένου να αναπαραχθεί ευχάριστη διέγερση και να αποφευχθεί η δυσφορία από την πιθανή στέρησή της.

Σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση της ουσίας από τους συνομήλικους θεωρείται ως ένδειξη δύναμης και κατά συνέπεια αποτελεί «προσόν» των δυνατών, αποτελώντας ταυτόχρονα το «κλειδί της ελευθερίας» τους (Παπαγεωργίου, 2004). Οι νέες αυτές αντιλήψεις που διαμορφώνει ο έφηβος φαίνεται ότι προκαθορίζουν και την μελλοντική του στάση και συμπεριφορά και οι συναναστροφές με διάφορες ομάδες υποκουλτούρας είναι δυνατόν να επιδράσουν – τουλάχιστον εν μέρει – μεταβάλλοντας την αυτοεκτίμηση, τον

προσανατολισμό και τις απόψεις μιας νέας χρήστριας, ιδιαίτερα όταν η νεαρή αυτή έχει αυξημένες ανάγκες για αναγνώριση και αποδοχή (Παπαδάτος, 2010).

Το κοινωνικό περιβάλλον, αφορά στις επικρατούσες κοινωνικο-πολιτισμικές καταστάσεις μέσα στις οποίες το άτομο διαμορφώνει τις θέσεις και την στάση του, λαμβάνοντας υπόψη και την διαθεσιμότητα της ουσίας, γεγονός που αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα που επηρεάζει την κατανάλωσή της (Λιάππας & Πομίνι, 2004).

Ο Merton περιέγραψε τη σύγχρονη κοινωνία, η οποία χαρακτηρίζεται από μία κατάσταση ανομίας, τονίζοντας πως στην κοινωνία αυτή υπάρχει μεγάλη αντίφαση ανάμεσα στους κανόνες και τις αξίες που ακολουθούν τα άτομα. Η αντίφαση αυτή κάνει τα άτομα ανασφαλή, και συνδέεται με την απώλεια του ηθικού και την αποθεσμοποίηση. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κάποια άτομα απορρίπτουν τα μέσα και τους σκοπούς που επιβάλλει η κοινωνία, και αποσύρονται από αυτή γιατί αισθάνονται ξένοι. Με αυτό τον τρόπο οι ουσιοεξαρτημένοι αποτελούν μία κοινωνική ομάδα αποκλεισμένη, που ανήκει στο περιθώριο (Πουλόπουλος, 2011).

Η Μάτσα (2007), ωστόσο αναφέρει πως οι περιθωριακοί δεν επέλεξαν να ζουν στο περιθώριο βάση των δικών τους αξιών και της δικής τους φιλοσοφίας. Αντίθετα, περιθωριακοί και ενταγμένοι στο σύστημα μοιράζονται τις ίδιες αξίες, μόνο που οι περιθωριακοί είναι η «καρικατούρα» των ενταγμένων. Τα ουσιοεξαρτημένα άτομα «επέλεξαν» το περιθώριο, την ένταξη σε μία κλειστή ομάδα: «*Η επιλογή αυτή έγινε σε μία συγκεκριμένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή, όταν συναντήθηκε με την ουσία μία προσωπικότητα ευάλωτη, ελλειμματική, με εσωτερικά κενά, που αναζητούσε ένα τρόπο φυγής από την αφόρητη γι' αυτήν πραγματικότητα. Η επιλογή δεν ήταν ελεύθερη. Υπήρξε προϊόν της συνάντησης της κοινωνικής κρίσης με μία προσωπική κρίση, διαμεσοποιημένη από την κρίση της οικογένεια*» (Μάτσα, 2007: 322).

Στην επόμενη υποενότητα θα αναφερθούμε στο ρόλο της οικογένειας ως έναν από τους παράγοντες στην αιτιολογία της ουσιοεξάρτησης. Θα κλείσουμε όμως αυτήν με τη θέση της Μάτσα (2007), η οποία αναρωτιέται αν τελικά ο ουσιοεξαρτημένος είναι «*το εξιλαστήριο θύμα μιας μοιραίας τελετουργίας που συντελείται στο ιερό της οικογένειας και από το ιερατείο της, για λογαριασμό ολόκληρης της κοινωνίας*» (σελ. 268).

1.2.3 Ο ρόλος της οικογένειας ως αιτιολογικός παράγοντας της τοξικοεξάρτησης.

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι εξαιρετικά σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Οι ερευνητές επίσης, προσδίδουν ένα σημαντικό ρόλο στη σημασία της λειτουργίας της οικογένειας σε ότι αφορά στην πρόληψη, αλλά και το ρόλο που αυτή

επιτελεί στην ανάπτυξη των εξαρτητικών και παραβατικών συμπεριφορών (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002. Φωστέρη, 2004).

Οι οικογενειακοί παράγοντες επίσης φαίνεται να συμβάλλουν περισσότερο στην διαμόρφωση της ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης του κοριτσιού και λιγότερο εκείνης του αγοριού όπως αναφέρει η Σφηκάκη (2001) μέσα από τη διαχρονική έρευνα των Block και των συνεργατών του. Η μακροχρόνια αυτή έρευνα, που αφορούσε στην παρακολούθηση παιδιών από τη βρεφική έως και την εφηβική τους ηλικία, χαρακτήρισε ως κρίσιμες για προδιάθεση στη χρήση ουσιών τις καταστάσεις της οικογενειακής ζωής που αφορούσαν α) στις πρώιμες αρνητικές εμπειρίες με τη μητέρα, β) τις αλλαγές στο συζυγικό καθεστώς, ή την απουσία ενός γονέα και τους πρώιμους θανάτους και γ) τα υψηλά ποσοστά εξάρτησης που παρατηρούνται ανάμεσα στα μέλη της πατρικής οικογένειας.

Για τις εξαρτημένες γυναίκες πιο συγκεκριμένα, συχνή είναι η παρουσία μιας ανταγωνιστικής σχέσης με τη μητέρα η οποία περιγράφεται ως εξουσιαστική - υπερπροστατευτική, με υπερβολικές προσδοκίες, ενώ ο πατέρας ως επιεικής, αδύναμος, συχνά ο ίδιος εξαρτημένος συνήθως αλκοολικός ή και σεξουαλικά επιθετικός. (Παπαγεωργίου, 2004). Η αυταρχική συμπεριφορά του πατέρα τόσο απέναντι στο παιδί όσο και απέναντι στην οικογένεια σαν σύνολο, μπορεί επίσης να έχει καταστρεπτικά αποτελέσματα (Φωστέρη, 2004).

Ο Velleman και οι συνεργάτες του (2005) υποστηρίζουν στις μελέτες τους ότι υπάρχουν επτά 'παράγοντες' του οικογενειακού πλαισίου οι οποίοι σχετίζονται με την μετέπειτα εμπλοκή ή μη των παιδιών με την χρήση ουσιών. Οι επτά αυτοί παράγοντες αφορούν τον α) δομικό χαρακτήρα μιας οικογένειας, β) την συνοχή της, γ) την επικοινωνία, δ) το συμπεριφοριστικό προφίλ της, ε) τον τρόπο διαχείρισης, στ) τη γονική εποπτεία και τέλος η) τις επιδράσεις των γονέων και των συνομηλίκων.

Μελέτες επίσης επιβεβαιώνουν σύμφωνα με τη Μάτσα (2008) ότι:

> *«η ανεπάρκεια στην τέλεση του γονικού ρόλου, η απορριπτική στάση των γονέων, η κακοποίηση που μπορεί να προκαλέσουν στα παιδιά, δημιουργούν ευαλωτότητα σε αυτά, η οποία με την σειρά της αποτελεί έναν ισχυρό επιβαρυντικό παράγοντα που μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της χρήσης ουσιών στην εφηβεία τους»* (σελ. 38).

Ενδιαφέρουσα όμως είναι τελικά σύμφωνα με τη Μάτσα (2007), η διαπίστωση ότι δεν υπάρχει κάποιο «ειδικό μοντέλο οικογένειας» που παράγει τοξικοεξαρτημένους και όπως ο Bergeret (1999) εύστοχα επισημαίνει, ότι οι τοξικοεξαρτημένες προσωπικότητες μπορεί να αναδυθούν από τους κόλπους των πιο διαφορετικών τύπων οικογενειακής δομής.

Υπάρχουν ωστόσο ανάμεσα σε αυτές τις οικογένειες κοινά χαρακτηριστικά που μπορεί να παίρνουν ακραίες παθολογικές μορφές ή ο συνδυασμός τους να καταλήγει σε μία συγκεκριμένη δυσλειτουργική δυναμική. Η απουσία διαλόγου και ουσιαστικής επικοινωνίας είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της οικογένειας του τοξικομανή και λόγω αυτής της απουσίας τα μέλη της δυσκολεύονται να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους εδραιώνοντας έτσι μεγάλη συναισθηματική απόσταση μεταξύ τους (Μάτσα, 2007. Ζώτου & Κοπακάκη, 2005).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι σε αυτή την οικογένεια κυριαρχούν τα διπλά μηνύματα στην επικοινωνία, άστατη γονική πειθαρχία και έλλειψη εγγύτητας, έλλειψη ορίων και υψηλός δείκτης εμφανής ή μη των ενδοοικογενειακών συγκρούσεων που συχνά εκφράζεται με πρωτόγονους τρόπους (Carvalho et al., 1995. Friedman, 1998. Πουλόπουλος, 2011. Stoker & Swadi, 1990).

Οι αναμνήσεις χαοτικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία, με έλλειψη φροντίδας και βασικής ασφάλειας, είναι άφθονες στα βιογραφικά στοιχεία των γυναικών χρηστριών. Χαμηλά επίπεδα γονικής φροντίδας και υψηλά επίπεδα γονικού ελέγχου κατά την παιδική ηλικία, μπορούν να επηρεάσουν την ενήλικη λειτουργία με αρνητικούς τρόπους και αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχολογικών διαταραχών (Cosden & Cortez-Ison, 1999. Kandall, 2010). Επιπλέον, υπάρχουν οι αποκαλούμενες «επιτρεπτικές συμπεριφορές» οι οποίες κινητοποιούν την οικογένεια να κάνει προσπάθειες αντιστάθμισης για ένα δυσλειτουργικό μέλος της. Οι επιτρεπτικές συμπεριφορές εμφανίζονται με ελαχιστοποίηση ή αποφυγή των θεμάτων που απειλούν την ακεραιότητα της οικογένειας. Ωστόσο, αυτός ο τύπος συμπεριφοράς οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης ουσιών (Swadi, 1999).

Επιπρόσθετα, η οικογένεια των χρηστριών συχνά εμπεριέχει θανάτους και πένθη τα οποία δεν δουλεύτηκαν μέσα τους και σοβαρές σωματικές και ψυχικές ασθένειες (McDougall, 2001). Η Μάτσα (2007), υποστηρίζει πως η ουσιοεξάρτηση εμφανίζεται σε αυτή την οικογένεια ως μία «παράδοξη λύση» σε κάποιο πρόβλημά της, σε κάποια κρίση που έχει βιώσει. Όσο πιο έντονη είναι η κρίση, τόσο πολυτιμότερο πρέπει να είναι το θύμα, το οποίο και αναλαμβάνει να σώσει και να εξαγνίσει την οικογένεια. Οι Μενούτης & Κρητικού (1990) παραθέτουν την άποψη των Giraro- Oughourlian: «...*Η οικογένεια τον εξωθεί, ασυνείδητα και αυτή, στη διαδικασία αυτοκαταστροφής, ώστε, μέσα από τη νέα εμπειρία, να επαναδραστηριοποιηθεί το άλυτο πένθος προηγούμενων θανάτων σημαντικών προσώπων της οικογένειας και τελικά να λυθεί το πένθος με τη θυσία του μάρτυρα χρήστη*» (σελ. 151-152).

Συμπεραίνοντας, γίνεται αντιληπτή η ιδιαίτερα σημαντική επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην έναρξη της χρήσης. Μπορεί δηλαδή, να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο είτε στην αποφυγή της χρήσης παράνομων ουσιών είτε στην ανάπτυξη εξαρτησιογόνων συμπεριφορών (Καλαρρύτης, 2009).

1.2.4 Τραυματικά γεγονότα και εμπειρίες ως παράγοντες κινδύνου της τοξικοεξάρτησης

Όσον αφορά στις τραυματικές εμπειρίες, η χρήση ουσιών κυρίως από γυναίκες, συνδέεται με τραυματικά γεγονότα ή στρεσογόνους παράγοντες, με ξαφνική σωματική ασθένεια, με ατύχημα, ή και την αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και σωματικής επίθεσης ή κακοποίησης (Martin, Beaumont, & Kypper, 2003).

Όπως υποστηρίζουν οι Ζαφειροπούλου & Κλεφτάρας, (2009), γεγονότα και αρνητικές καταστάσεις που μπορεί να ασκήσουν αρνητική επίδραση στον ψυχισμό κυρίως των παιδιών και εφήβων αποτελούν τα περιστατικά της ενδο-οικογενειακής βίας. Η βία στην οικογένεια φαίνεται ότι αποτελεί την κύρια πηγή άγχους, όπως το ίδιο συμβαίνει και με ένα ενδεχόμενο διαζύγιο, ένα θάνατο αγαπημένου προσώπου ακόμη και με τις χρόνιες ασθένειες που ταλαιπωρούν το ίδιο ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας του.

Τα άτομα που έχουν βιώσει τέτοιες καταστάσεις δέχονται μία βίαιη ανατροπή της ισορροπίας τους τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ένα τέτοιο ψυχολογικό υπόστρωμα επιτρέπει την εγκατάσταση της εξάρτησης, όταν πραγματοποιηθεί η συνάντηση με την εξαρτησιογόνο ουσία. Η ουσία αναλαμβάνει το ρόλο να αποφορτίσει το άτομο από τον φόβο και τον πόνο που νιώθει, το βοηθά να ξεχάσει, να κοιμηθεί χωρίς εφιάλτες, έχει τη δυνατότητα να καλύψει μια «ψυχική μαύρη τρύπα» (Μάτσα, 2007).

Η Μάτσα αναφέρει χαρακτηριστικά: «*το τραύμα αφορά πάνω απ' όλα ένα πρόσωπο με τη δική του ιστορία, που καταδικάζεται να κουβαλά σε όλη του τη ζωή τα χνάρια της βίας που υπέστη, παραμένοντας φυλακισμένο μέσα στον ίδιο τον τραυματισμό του*» (Μάτσα, 2007:183).

Επίσης, ο Μανωλόπουλος (2003), αναφέρει πως τα άτομα τα οποία στην πρώιμη παιδική ηλικία βίωσαν έντονα ναρκισσιστικά τραύματα και απογοητεύσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας δε συναντούν μία δεύτερη ευκαιρία για αυτονόμηση, αλλά μία σειρά νέων τραυμάτων. Πρόκειται σύμφωνα με τον Πουλόπουλο (2011), για άτομα που μπορεί να αμφισβητήσουν την ίδια τους την αξία, αλλά και γενικά της ανθρώπινης ζωής, για άτομα

εχθρικά σε κάθε μορφή εξουσίας, με τάσεις επαναστατικότητας και περιφρόνησης προς τους ίδιους και τους άλλους, σκληρότητας και φόβου αλληλοεξάρτησης.

Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση λοιπόν, η ουσιοεξάρτηση δεν αποτελεί απλά τη βίωση μιας ευχάριστης εμπειρίας, αλλά τη μείωση, ή ακόμη και τη θεραπεία των ενδοψυχικών συγκρούσεων που απειλούν το άτομο (Παπαγεωργίου, 2004). Επίσης, σύμφωνα με τον Μανωλόπουλο (2003), η ουσιοεξάρτηση συνιστά ένα μέσο αυτοθεραπείας των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, μία «*αμυντική οργάνωση του ψυχισμού»*, ενώ ο Freeman et al. (2002) αναφέρουν ότι η χρήση ουσιών από τα θύματά αυτά μπορεί να αποδοθεί σε μια διαδικασία προσπάθειας για αυτό-θεραπεία, σε μια απόπειρα αντιμετώπισης του άγχους που προκαλούσαν οι επιθέσεις, ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης ή μείωσης της κοινωνικής απομόνωσης, που τους επέτρεπε επίσης να αποφεύγουν την διαπροσωπική οικειότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

2.1 Ενδο-οικογενειακή βία

Η ενδοοικογενειακή βία είναι ένα φαινόμενο που κάνει την εμφάνισή του σε όλες τις κοινωνίες και τους πολιτισμούς. Αφορά κυρίως τις γυναίκες και τα παιδιά και οι επιπτώσεις της έχουν αντίκτυπο σε όλα τα επίπεδα, σωματικά ψυχολογικά και συναισθηματικά των θυμάτων της. Οποιαδήποτε πράξη, παράληψη ή συμπεριφορά με την οποία προκαλείται άμεσα σωματική, σεξουαλική ή ψυχική βλάβη σε οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας αποτελεί την ενδοοικογενειακή βία (Chatzifotiou & Dobash, 2001. Hornor, 2014).

Σύμφωνα με τους Liebschutz et al. (2002), οι πιθανότητες εμπλοκής των θυμάτων ενδο-οικογενειακής βίας με την χρήση ουσιών είναι κατά πολύ μεγαλύτερες σε σχέση με αυτές που θα υπήρχαν αν η κακοποίηση πραγματοποιούταν από μέλος εκτός οικογένειας.

Λαμβάνοντας υπόψη τους βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες στο ιστορικό των τοξικομανών γυναικών, υπάρχουν εμπειρίες και αναμνήσεις κακοποίησης, σεξουαλικής και άλλης, κατά την παιδική τους ηλικία, συχνά από πρόσωπα της οικογένειας (Norman et al., 2012). Άλλωστε αυτό αποτελεί ένα συχνό εύρημα στη βιβλιογραφία της τοξικομανίας, η εμπειρία κακοποίησης στην παιδική ή και εφηβική ηλικία των τοξικομανών από πρόσωπα του άμεσου και ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (Krantz et al., 2005. Σφηκάκη, 2001).

2.2 Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «*η κακοποίηση ή κακομεταχείριση των παιδιών περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης φροντίδας ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς ή άλλους σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά τη ζωή, την ανάπτυξη και την αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης*» (WHO 1999:15).

Η Lenor Walker (1989), με τον όρο βία χαρακτηρίζει κάθε προσβολή της σωματικής ακεραιότητας ενός ανθρώπου που ασκείται στα πλαίσια της εκμετάλλευσης από εκείνον που κατέχει τη θέση της εξουσίας. Η βία είναι πράξεις εξευτελιστικές και επικίνδυνες για την σωματική και ψυχική υγεία αυτών που τις υφίστανται.

Επιχειρώντας πιο συγκεκριμένα να δοθεί ένας ορισμός της κακοποιημένης γυναίκας, παρατίθεται όπως προτάθηκε από τη Walker (1989):

> *«κακοποιημένη θεωρείται η γυναίκα η οποία υποβάλλεται ή έχει υποβληθεί κατά το παρελθόν συστηματικά σε βίαιη συμπεριφορά, σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική από έναν άτομο το οποίο την εξαναγκάζει να κάνει ότι εκείνο θέλει, ανεξάρτητα από τις δικές της επιθυμίες, τα δικαιώματα και τα συμφέροντα»(σελ. 43).*

Αναφορικά με την σωματική κακοποίηση των παιδιών «*ορίζεται η χρήση σωματικής βίας σε βάρος ενός παιδιού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα –ή έχει υψηλή πιθανότητα να έχει ως αποτέλεσμα– τη βλάβη στην υγεία του παιδιού, την επιβίωση, την ανάπτυξη ή την αξιοπρέπειά του* (World Health Organization (WHO) & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006:10). Επίσης, οι Leithner, Assem-Hilger, Naderer, Umek, & Springer-Kremser (2009) παρέχουν την παρακάτω διευκρίνηση: Η *σοβαρή βία* ορίζεται με: κλωτσιές, δαγκώματα, γροθιές, χτυπήματα ή απόπειρα χτυπήματος με αντικείμενο, απειλή χτυπήματος με όπλο ή μαχαίρι. Η *ήπια βία* ορίζεται με: απειλή χτυπήματος ή πετάγματος αντικειμένου, χτύπημα ή κλωτσιά αντικειμένου, πέταγμα αντικειμένου στο άτομο, πιάσιμο, σκούντημα ή χαστούκι.

«*Ως σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται η συμμετοχή ενός παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα την οποία δεν κατανοεί πλήρως και για την οποία δεν είναι σε θέση να συναινέσει ή για την οποία δεν είναι αναπτυξιακά ώριμο ή παραβιάζει τους νόμους. Τα παιδιά μπορεί να υποστούν σεξουαλική κακοποίηση τόσο από ενήλικα άτομα όσο και από άλλα παιδιά τα οποία, λόγω της ηλικίας τους ή του αναπτυξιακού τους σταδίου, βρίσκονται σε θέση ευθύνης, εμπιστοσύνης ή εξουσίας σε σχέση με το θύμα»* (WHO & ISPCAN 2006:12).

Σύμφωνα με τον Cohen (2000), η σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζεται όταν η σεξουαλική αλληλεπίδραση είναι δυσάρεστη, τρομακτική ή βίαιη και με τη γυναίκα να μην έχει λόγο για τη σεξουαλικότητά της. Όταν το άτομο ταπεινώνεται, είναι θύμα ασέβειας ή παραβίασης στη σεξουαλική αλληλεπίδραση. Επιπλέον εμφανίζεται όταν η σεξουαλική πράξη παραβιάζει τα πρότυπα εμπιστοσύνης, ειδικά στο πλαίσιο σχέσεων ασύμμετρης εξουσίας.

Επιπρόσθετα, οι Αγάθωνος & Γεωργούδη (2009) τονίζουν ότι αυτό που χαρακτηρίζει την σεξουαλική κακοποίηση στις αιμομικτικές σχέσεις είναι η κατάχρηση της αυθεντίας εκ μέρους του ενήλικου φορέα της και η διαστροφή της αγάπης που συνδέεται με τον γονικό ή συγγενικό του ρόλο. Η εγγύτητα αυτού του βαθμού συγγένειας θύτη και θύματος συνδέεται με φτωχότερη κοινωνική προσαρμογή και αυξημένα καταθλιπτικά

συμπτώματα Σύμφωνα με τις ίδιες συγγραφείς, το αποτέλεσμα αυτής της κακοποιητικής πράξης είναι όπως είναι ευνόητο, επιφέρει διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων και την κατάλυση κάθε έννοιας νόμου και διαφοράς γενεών με αποτέλεσμα το παιδί να οδηγείται σε 'παράλυση' και σύγχυση εξαιτίας της αδυναμίας του να εκτιμήσει την πραγματικότητα.

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό (Colbert, 2005).

Βιασμός

Καθώς ο βιασμός αποτελεί μέρος της σεξουαλικής κακοποίησης που μπορεί να υποστούν κάποιες γυναίκες από γνωστά ή άγνωστα πρόσωπα σε αυτές αναφορά γίνεται παρακάτω σε αυτό το ζήτημα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Γιωτάκος & Τσιλιάκου (2008), η αντίληψη για το βιασμό ως έγκλημα σεξουαλικής φύσεως έχει δώσει τη θέση της στη θεωρία που αντιλαμβάνεται το βιασμό ως πράξη έσχατης βίας που εξαπολύει συνολική επίθεση στην ολότητα του ατόμου με τη γενετήσια πράξη να αποτελεί το μέσον της πραγμάτωσής της. Ο βιασμός, σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς, αποτελεί τη σεξουαλική έκφραση της βίας.

Σύμφωνα με Γιωτάκο & Τσιλιάκου (2008), τα θύματα βιασμού από την άλλη, περνούν από δυο φάσεις αποδιοργάνωσης της ζωής και του εαυτού τους μετά τον βιασμό. Για λίγες μέρες μετά τον βιασμό περνούν την οξεία φάση της αποδιοργάνωσης. Υποφέρουν δηλαδή από τρομερό φόβο, σοκ, αισθάνονται ταπείνωση, ντροπή και αυτο-τιμωρούνται. Μετά ακολουθεί μια πιο μακροχρόνια φάση αποδιοργάνωσης, που η διάρκειά της κρατά από αρκετούς μήνες ή για πολλά χρόνια.

2.3 Επιπτώσεις σωματικής – σεξουαλική βίας

Έστω και μόνο ένα στρεσογόνο τραυματικό γεγονός ή έστω και μία εμπειρία ενδοοικογενειακής βίας ή σεξουαλικής κακοποίησης, ακόμη και η απειλή ότι κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί, είναι δυνατό να προκαλέσει ψυχικό τραύμα. Οι άμεσες συναισθηματικές επιπτώσεις της κακοποίησης, μπορεί να είναι η απομόνωση του παιδιού, ο φόβος, η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου, η απώλεια του αισθήματος εμπιστοσύνης, οι επιθετικές συμπεριφορές και η παραβατικότητα (Dubowitz, Papas, Black ,& Starr, 2002. O'Dougherty, Forma-Loy, & Fischer, 2005. Yancey et al., όπως αναφέρεται σε Langevin, Hebert, & Cossette, 2015). Πολλές από τις επιπτώσεις του της κακοποίησης μπορεί να μεταφραστούν και σε μακροχρόνιες συνέπειες στον ψυχισμό του ατόμου: διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ή συνδυασμό της με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή,

διαταραχές διάθεσης διαταραχές προσωπικότητας, φτωχός έλεγχος των παρορμήσεων, αποσυνδετική διαταραχή, ψυχωσική συνδρομή (Briere et al., 2017. Daigneault, Vézina-Gagnon, Bourgeois, Esposito, & Hébert, 2017. Gutajar et al., όπως αναφέρεται στο Μπούρας & Λαζαράτου, 2012. Noll et al., όπως αναφέρεται σε Νικολαΐδης & Σταυριανάκη, 2009. Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006. Tyler, Hoyt, Whitbeck, & Cauce, 2001).

Γενικότερα τα θύματα κακοποιητικών καταστάσεων αποκτούν μια παθητικο-εξαρτητική συμπεριφορά έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύονται να εμπιστευτούν και να αγαπήσουν τους άλλους. Επιπλέον ο ύπνος τους είναι συχνά διαταραγμένος και χαρακτηρίζεται από εφιάλτες (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005). Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση, είναι επιρρεπή σε συναισθηματικά και αναπτυξιακά προβλήματα, διατροφικές διαταραχές, καθώς επίσης, παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά μαθησιακών δυσκολιών και κακής σχολικής επίδοσης (Barnier et al., όπως αναφέρεται σε Langevin et al, 2015. Χατζηφωτίου, 2005.). Τα παιδιά μπορούν ακόμη και να δεχτούν τη βία ως κατάλληλο εργαλείο επίλυσης προβλημάτων και ως έφηβοι και ενήλικες να είναι πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ (Briere & Scott, 2007. Guth & Pachter, 2000. Πενταράκη 2004).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τη Σφηκάκη (2001), μελέτη των Kelley, και συνεργατών του, δείχνει πως τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση ή παραμέληση έχουν τουλάχιστον 25% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατά την περίοδο της εφηβείας τους παραβατική συμπεριφορά, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, χαμηλή σχολική επίδοση, χρήση ουσιών και ψυχολογικά προβλήματα.

Διερευνώντας τον συσχετισμό μεταξύ Σωματικής/Σεξουαλικής κακοποίησης και τρέχουσας ροπής προς αυτοκτονία διεξήχθηκε στην Αμερική μια μελέτη σε 707 γυναίκες, φοιτήτριες κολεγίου (Thakkar et al., 2000). Τα ευρήματα ανακάλυψαν ότι ο κίνδυνος αποπειρών αυτοκτονίας ήταν τρεις έως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης ως παιδιά απ' ότι σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην ενήλικη ζωή. Επίσης, ο Marshall και οι συνεργάτες του (2013) διεπίστωσαν σε μια μελέτη τους, ότι η σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονικών συμπεριφορών.

Αναφορικά με τις συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών στην προσωπικότητά τους, μας είναι ιδιαίτερα χρήσιμο το μοντέλο «τραυματογέννησης» τετάρτου σταδίου του Finkelhor, αφού αφορά συγκεκριμένα το σεξουαλικό τραύμα και όχι το τραύμα γενικότερα (Finkelhor & Browne, όπως αναφέρεται σε Lacelle, Hébert, Lavoie, Vitaro, & Tremblay, 2012):

Ο *τραυματικός σεξουαλισμός* εμφανίζεται όταν η σεξουαλική ταυτότητα του ατόμου διαμορφώνεται από τις ενέργειες του δράστη. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με σύγχυση για τα πρότυπα, φοβικές αντιδράσεις στην σεξουαλική οικειότητα ή η χρήση του σεξ ως το μοναδικό μέσο έκφρασης και αποδοχής τρυφερότητας. Μελέτες ανέφεραν ότι γυναίκες που βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά και έκαναν χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, ήταν πιθανότερο να συμμετέχουν στη βιομηχανία του σεξ και να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (Krahe & Berger, 2017. Lacelle et al.,2012. Woerner, Kopetz, Lechner, & Lejuez, 2016).

Η *έλλειψη δύναμης* είναι η κατάσταση δια της οποίας η βούληση, οι επιθυμίες και η αίσθηση αποτελεσματικότητας του παιδιού παραβιάζονται διαρκώς από την εμπειρία της κακοποίησης.

Ο *στιγματισμός* εμφανίζεται όταν οι εννοιολογικές αποχρώσεις του κακού, της ντροπής και της ενοχής μεταφέρονται στο παιδί κατά την κακοποίηση και ενσωματώνονται στην εικόνα που αυτό έχει για τον εαυτό του (Bear et al., 2000).

Η *προδοσία* εμφανίζεται όταν το παιδί δέχεται επίθεση από αγαπητό του πρόσωπο που είχε μάθει να σέβεται.

Συμπερασματικά, στην τραυματική δυναμική, ο στιγματισμός αποτελεί συνέπεια της CSA που επηρεάζει την αυτοεκτίμηση των θυμάτων, καθώς επίσης τα συναισθήματα της προδοσίας και της αδυναμίας, συνδέονται με την κατάθλιψη και μειώνουν την αυτο-αποτελεσματικότητα. Η συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και της χαμηλής σεξουαλικής αυτοεκτίμησης έχει τεκμηριωθεί από διάφορες μελέτες (Feiring, Taska, & Lewis, 2002. Kelley & Gidycz, 2015. Van Bruggen et al., όπως αναφέρονται σε Krahe & Berger, 2017. Turner et al., 2006).

Επίσης, έρευνες αναφέρουν ότι άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά κατά την παιδική ηλικία, υπάρχει πιθανότητα να επαναθυματοποιηθούν και στην ενήλικη ζωή (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007. Classen et al., Resnick & Kilpatrick, όπως αναφέρεται σε Guevas, Finkelnor, Clifford, Ormrod, & Turner, 2010. Turner et al., 2006). Θεωρίες που εξηγούν τους Ψυχολογικούς Μηχανισμούς που οδηγούν στην επαναθυματοποίηση αναφέρουν το Μοντέλο «τραυματογέννησης» τετάρτου σταδίου του Finkelhor & Browne, τις θεωρίες της Προσαρμογής (Φτωχότερη Ψυχολογική Προσαρμογή) και την συμπτωματολογία του Μετατραυματικού στρες (PTSD) (Guevas et al., 2010).

Τέλος, η Θεμελή (2014) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «*τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης στην ανηλικότητα σχετίζεται με πολλαπλές απώλειες, με σημαντικότερη την απώλεια της παιδικής ηλικίας*» (σελ. 27).

2.4 Κακοποίηση και συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες

Η κατάχρηση κάθε τύπου σχετίζεται στενά με τη δημιουργία ψυχολογικού τραύματος. Μια κύρια αλληλουχία έκθεσης σε τραύμα είναι η συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες. Σύμφωνα με την Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες καθορίστηκε ως μία διαταραχή που προκύπτει ως αντίδραση ύστερα από την έκθεση του ατόμου σε κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός ή κατάσταση, μικρής ή μεγάλης διάρκειας. Το γεγονός αυτό μπορεί να είναι μια αντικειμενική κατάσταση εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσεως, η οποία είναι πιθανόν να προκαλέσει διάχυτη δυσφορία σχεδόν σε οποιονδήποτε (ICD-10).

Οι Ashby & Kaul (2016) εντοπίζουν τρεις δέσμες συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η πρώτη αποτελείται από νοητικά συμπτώματα, όπως ενοχλητικές σκέψεις και εφιάλτες. Η δεύτερη αποτελείται από διαπροσωπικά και συναισθηματικά συμπτώματα, όπως αποξένωση από τους άλλους, μούδιασμα συναισθημάτων και αποφυγή δραστηριοτήτων. Η τρίτη αποτελείται από συμπτώματα αφύπνισης, όπως ευερεθιστότητα, υπερβολική εγρήγορση, έναν αυτοπροστατευτικό μηχανισμό συνεπή με την αυξημένη αφύπνιση.

Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται για τον σύνδεσμο μεταξύ τραυματικών εμπειριών και διαταραχής μετατραυματικού στρες δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται πως ίσως έχει να κάνει με τον συνδυασμό αισθημάτων ενοχής και ντροπής. Με την ντροπή, ολόκληρος ο εαυτός αξιολογείται αρνητικά, ενώ στην ενοχή, η προσοχή εστιάζεται σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Street & Arias, 2001). Η ενοχή χαρακτηρίζεται από αισθήματα έντασης και μεταμέλειας για άσχημα πράγματα που έγιναν. Η ντροπή θεωρείται ευρέως ότι προκαλεί πολύ περισσότερα προβλήματα (Tangney et al., όπως αναφέρεται σε Street και Arias, 2001).

Επίσης, υψηλά επίπεδα συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες εντοπίστηκαν σε γυναίκες που είχαν βιώσει μόνο ψυχολογική κακοποίηση, αλλά γυναίκες με ψυχολογική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση ανέφεραν μεγαλύτερα επίπεδα συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού στρες (Cross, Crow, Powers, & Bradley 2015. Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick, & Best, 2003. Mickleborough et al., όπως αναφέρεται στο Ashby & Kaul, 2016).

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι η χρήση ουσιών μπορεί να δρα ως αυτό-διαχείριση των ψυχολογικών επιδράσεων που προκύπτουν όχι μόνο από την έκθεση στο ίδιο το τραύμα αλλά και από τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Kilpatrick et al., 1997). Ο Briere

ονόμασε αυτό το φαινόμενο «*χημική αποφυγή»* (Briere, όπως αναφέρεται στον Kilpatrick et al., 1997, σελ.835). Δηλαδή, η χρήση ή κατάχρηση ουσιών μετά από ένα περιστατικό κακοποίησης μπορεί να είναι μια εν μέρει αποτελεσματική, αν και δυσπροσαρμοστική και σύντομη στρατηγική αντιμετώπισης για τη μείωση συναισθημάτων αποστροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ Η / ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Αναμφισβήτητα, η σχέση μεταξύ της σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης και της κατάχρησης ουσιών είναι 'σύνθετη' και ένα πλήθος πιθανών μεταβλητών εμπλοκής και επίδρασης, έχουν το ρόλο τους.

Η ένδο-οικογενειακή βία, η σεξουαλική και σωματική εκμετάλλευση και κακοποίηση, ο βιασμός, και οτιδήποτε άλλο μπορεί να θεωρηθεί τραυματικό και απειλητικό για τη ζωή μας βρίσκονται ανάμεσα στα αίτια, που μπορούν να πυροδοτήσουν την διαταραχή μετατραυματικού άγχους που συχνά συναντάται σε χρήστες ουσιών. Η διαταραχή αυτή όπως ισχυρίζονται ο Cross και οι συνεργάτες του (2015), συχνά «συνοδεύεται» από τη χρήση ουσιών η οποία πιθανότατα να λειτουργεί είτε ως ένα μέσον αυτοθεραπείας, είτε ως ένας τρόπος πρόληψης που θα «αποκλείσει» την ανάμνηση ενός τραυματικού γεγονότος της ζωής του ατόμου μειώνοντας έτσι τα ψυχολογικά συμπτώματα που προκαλούνται από το τραυματικό γεγονός.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να σημειωθεί το γεγονός ότι σχετικές έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι στα περισσότερα τοξικοεξαρτημένα άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες PTSD, αυτό προϋπήρχε της έναρξης κατάχρησης ουσιών, ενώ το αρχικό τραύμα για τις παραπάνω περιπτώσεις συχνά είναι η παιδική κακοποίηση (Cross et al., 2015. Miller & Mancusco, 2004).

Ανάμεσα σε υποθετικούς μηχανισμούς που έχουν προταθεί ώστε να ερμηνευτεί κατάλληλα η σύνδεση της θυματοποίησης στην παιδική ηλικία με την μετέπειτα χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, η χρήση ουσιών φαίνεται να αποτελεί μηχανισμό αντιμετώπισης του στρες που προέρχεται από τις μορφές βίας που υπέστησαν ως θύματα οι γυναίκες κυρίως, καλύπτοντας έτσι την αρνητική επίδραση που σχετίζεται με τέτοιες εμπειρίες (Miller & Mancusco, 2004).

Πράγματι, ένας αριθμός μελετών εξετάζει τη σύνδεση μεταξύ των διαφόρων μορφών της θυματοποίησης με την μετέπειτα προβληματική χρήση ουσιών μεταξύ των εφήβων και ενηλίκων, αν και η περίπτωση της σεξουαλικής κακοποίησης φαίνεται να είναι το σημείο εστίασης της προσοχής για πολλές από αυτές (Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti, & Dong, 2005).

Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία που δείχνουν ότι γυναίκες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, είναι πιθανότερο να εμφανίζουν κατάχρηση ουσιών απ' ότι οι γυναίκες χωρίς αντίστοιχο ιστορικό.

Κλινικές μελέτες που έγιναν, ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ΠΣΚ σε ιστορικά γυναικών που αναζήτησαν θεραπεία για προβλήματα με ουσίες, απ' ότι μεταξύ των γυναικών του γενικού πληθυσμού (Chermack, Murray, Walton, Booth, Wryobeck, & Blow, 2008. Walton et al., όπως αναφέρεται στο Daigre et al., 2015. Douglas et al., 2010. Humphreys, Cooper, & Miaskowski, 2010. Gil-Rivas, Fiorentine, & Anglin, 1996. Medrano, Hatch, Zule, & Desmond, 2002). Αναλυτικά, οι Gil-Rivas et al. (1996) βρήκαν ότι το 61% του δείγματος εξωτερικών ασθενών που έκαναν κατάχρηση ουσιών, ανέφερε ιστορικό σεξουαλικού τραύματος. Οι Chermack et al. (2008) ανέφεραν ότι 27% - 37% των κακοποιημένων γυναικών είχαν πρόβλημα σχετικό με το αλκοόλ στη ζωή τους, σε σύγκριση με το μόλις 4% - 20 % των μη κακοποιημένων γυναικών. Παρομοίως, το 14% - 31% των κακοποιημένων γυναικών παρουσίασαν προβλήματα με ναρκωτικά αργότερα στη ζωή τους. Οι Douglas et al. (2010) εντόπισαν αυξημένα ποσοστά χρήσης ουσιών μετά από σωματική και σεξουαλική επίθεση στην ενήλικη ζωή. Οι ερευνητές αυτοί σημείωσαν ότι μετά από ένα τραυματικό γεγονός, το 16% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ανέπτυξε κατάχρηση αλκοόλ και το 18% ανέφερε ότι ανέπτυξε κατάχρηση ουσιών σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά 8% και 2% ανάλογων μαρτύρων. Τέλος, οι Humphreys et al.(2010), κατέληξαν ότι το 74% των γυναικών σε προγράμματα απεξάρτησης από αλκοόλ και ναρκωτικά είχαν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης.

Άλλες κλινικές μελέτες έχουν εξετάσει τα ποσοστά διαταραχών με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά σε γυναίκες με ιστορικό ΠΣΚ που λάμβαναν υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Briere & Runtz, 1988. Banyard, Williams, Siegel, & West, 2002. Cross et al., 2015. Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997). Αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν ότι τα δείγματα θεραπείας ενήλικων γυναικών θυμάτων ΠΣΚ παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ και / ή ναρκωτικών ουσιών, από ότι τα αντίστοιχα ψυχιατρικά ασθενών γυναικών που δεν υπέστησαν κακοποίηση ή γυναικών του γενικού πληθυσμού.

Επίσης, σε μια εθνική τηλεφωνική έρευνα με θέμα τις εμπειρίες σεξουαλικών επιθέσεων (συμπεριλαμβάνοντας την παρενόχληση κατά την παιδική ηλικία), οι Kilpatrick και οι συνεργάτες του (1997), διαπίστωσαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση συσχετιζόταν σημαντικά με την τρέχουσα χρήση ουσιών από τις γυναίκες.

Στο βιβλίο του, ο Vernon E. Wiehe αναφέρει ότι: «*μια σχέση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και μεταγενέστερων προβλημάτων κατάχρησης ουσιών είναι*

πιθανό να εμφανιστεί, επειδή τα ναρκωτικά και το αλκοόλ χρησιμοποιούνται για να σβηστούν οι οδυνηρές αναμνήσεις που αφορούν την κακοποίηση και επανεμφανίζονται κατά περιόδους στο άτομο» (Wiehe, 1998, όπως αναφέρεται στο Cohen, 2000, σελ. 35).

Ο Liebschutz et al. (2002) παρατηρούν ότι η επικράτηση και επίδραση της διαπροσωπικής κακοποίησης διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στις γυναίκες και στους άντρες που παρουσιάζονται στα προγράμματα αποτοξίνωσης. Τα ευρήματά τους τονίζουν επίσης τη σημασία αξιολόγησης των ιστορικών σωματικής και σεξουαλικής βίας κατά την μελέτη πληθυσμών που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Στη μελέτη αυτή των 359 αντρών και 111 γυναικών από μονάδα αποτοξίνωσης, το 81% των γυναικών που αξιολογήθηκαν αποκάλυψε ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Από αυτές, το 25% ανέφερε μόνο σωματική κακοποίηση, το 70% και τους δύο τύπους και το 5% μόνο σεξουαλική κακοποίηση. Η μέση ηλικία ήταν 13.7 χρονών (Liebshcutz et al., 2002).

Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι σε όλες τις περιπτώσεις, η διαπροσωπική βία σχετιζόταν στενά με μεγαλύτερες συνέπειες στην κατάχρηση ουσιών, άσχετα από την ηλικία κατά την οποία συνέβη το περιστατικό βίας. «*Ίσως οι γυναίκες να είναι ευάλωτες σε όλες τις ηλικίες για να αναπτύξουν κατάχρηση ουσιών μετά από περιστατικά θυματοποίησης*» (Liebshcutz, 2002, σελ. 121-128). Η μελέτη πρότεινε το περιβάλλον απεξάρτησης να περιέχει αξιολόγηση για προηγούμενο σωματικό / σεξουαλικό τραύμα και η έρευνα να αναπτύξει παρεμβάσεις για τη μείωση των συνεπειών στην κατάχρηση ουσιών.

Η κοινωνική απομόνωση που προκύπτει συχνά από περιπτώσεις οικογενειακής βίας μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα μια γυναίκα να στραφεί στα ναρκωτικά και το αλκοόλ για να αντιμετωπίσει καταστάσεις, όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες ή οι τάσεις αυτοκτονίας (Ashley, Marsden, & Brady,2003).

Άλλες έρευνες επιβεβαιώνουν επίσης, ότι τα περιστατικά κακοποίησης του παιδιού από τους γονείς του είναι εξίσου συνδεδεμένα με υψηλούς δείκτες κατάθλιψης και άγχους, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με διαταραχές στη συμπεριφορά και με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Barnes et al., Briere & Elliot, Filipas & Ullman, όπως αναφέρονται στο Lacelle et al., 2012. Margolin,Vickerman, Oliver, & Gordis, 2010. Rogers, & Davies, 2007).

Επιπροσθέτως, οι Daigre et al. (2015) διαπίστωσαν ότι περίπου το ένα τρίτο των ενήλικων εθισμένων στα οπιοειδή είχαν βιώσει σημαντικά διασπαστικά γεγονότα στην παιδική τους ηλικία. Παρόμοια, οι Tonmyr & Shields (2017) παρατήρησαν ότι οι γυναίκες που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία, ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά χρήσης σκληρών ναρκωτικών ουσιών στην ενήλικη ζωή τους, απ' ότι

οι γυναίκες που δεν είχαν υποστεί κακοποίηση. Ορισμένοι υποθέτουν ότι τέτοιου είδους πιεστικά γεγονότα μπορεί να οδηγούν έμμεσα στη χρήση ουσιών, λόγω της ευαισθησίας των ατόμων αυτών προς την κατάθλιψη και των κακών δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους που διαθέτουν (Johns, όπως αναφέρεται στο Daigre et al., 2015).

Τα ευρήματα των μελετών αυτών έχουν δείξει ότι η αυξημένη πιθανότητα θυματοποίησης αυτών των θυμάτων-γυναικών οφείλεται κυρίως στο γεγονός της χαμηλότερης εκτίμησης που έχουν για τον εαυτό τους και μιας μεγαλύτερης αίσθησης αδυναμίας. Έχει ακόμη παρατηρηθεί μια μαζοχιστική αναζήτηση τιμωρίας που εκφράζεται μέσα από ένα καταναγκασμό της επανάληψης της θυματοποίησης (Ruggier, McLeer, & Dixon, 2000. Guevas et al., 2010. Filkelhor et al., 2007). Τέλος, ότι αφορά στη χρήση ουσιών και στη θυματοποίηση, φαίνεται να αλληλοεπηρεάζονται στην πάροδο του χρόνου, ενώ η χρήση ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο θυματοποίησης στις γυναίκες, η οποία με τη σειρά της μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο για την δια βίου χρήση ουσιών (Wiener, Sussman, Sun, & Dent, 2005). Η τελευταία λοιπόν, ενδεχομένως γίνεται για να μετριάσει το βαθμό έντασης που βιώνουν αυτά τα άτομα.

Έστω και μία εμπειρία ή η απειλή σεξουαλικής κακοποίησης ή ενδοοικογενειακής βίας, μπορεί να προκαλέσει ψυχικό τραύμα που μπορεί να συνοδεύεται και από σωματικό. Σύμφωνα με τη Μάτσα (2007), αποτέλεσμα αυτού είναι η θεματική του τραύματος να αποκτά κεντρική σημασία στην περίπτωση των εξαρτημένων ατόμων. Ένα τραυματικό γεγονός είναι δυνατόν να ενσωματωθεί στην ενήλικη ζωή ή να οδηγήσει σε σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ανάλογα με τις οικογενειακές συνθήκες, την ηλικία του ατόμου, την ποιότητα των αμυντικών του μηχανισμών, τη δόμηση της προσωπικότητάς του, την ύπαρξη άλλων τραυματισμών.

Στην περίπτωση αδυναμίας απαρτίωσης της τραυματικής εμπειρίας όπως της κακοποίησης, μια συχνή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι και η χρήση ουσιών. Όπως αναφέρει η Μάτσα (2007), ένας τραυματισμός σβήνει το μνημονικό ίχνος, δημιουργεί μια τραυματική αμνησία προκαλώντας «μια τρύπα στη μνήμη». Το άτομο είναι αδύνατο να θυμηθεί και να μιλήσει γι' αυτό. Αυτό αποτελεί την άλλη όψη του αδύνατου πένθους δηλαδή αντιστοιχεί στην ανικανότητα επεξεργασίας απώλειας ενός μέρους του εαυτού και πρόσβασης στο πένθος. Εκεί θα εγκατασταθεί η τοξικομανία με τα ναρκωτικά να καταπραΰνουν έστω και για λίγο τον πόνο για τον οποίο το υποκείμενο δεν μπορεί να μιλήσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

4.1 Διαφορές φύλου στην χρήση ουσιών

Στον κόσμο της τοξικομανίας δεν μπορείς να είσαι γονιός, δεν είσαι άνδρας ούτε γυναίκα, είσαι απλώς τοξικομανής με μια νοοτροπία τοξικομανούς. Ωστόσο όπως συμπληρώνει η Μάτσα (2008),

> *«η γυναίκα διαφέρει σε επίπεδο φαινομενολογικό και δυναμικό στον τρόπο που βιώνει την τοξικομανία της»* (σελ.150).

Οι διαφυλικές διαφορές εντοπίζονται σε ποικίλους τομείς, όπως είναι τα αίτια της έναρξης της χρήσης, οι ουσίες εξάρτησης και ο τρόπος χρήσης τους, η αναζήτηση της θεραπείας και η θεραπευτική προσέγγιση, ο χρόνος που το κάθε φύλο χρειάζεται για να περάσει από το ένα στάδιο χρήσης στο άλλο, αλλά και η ηλικία στην οποία βρίσκεται το κάθε φύλο σε κάθε στάδιο της χρήσης. Τα αίτια των διαφυλικών διαφορών συνοψίζονται στο γεγονός ότι τα δύο φύλα διαφέρουν τόσο ως προς τον ψυχισμό τους, όσο και ως προς την κοινωνική ταυτότητα του φύλου τους (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2015).

Ουσιαστικά οι έφηβες με τη χρήση ουσιών γεφυρώνουν το χάσμα των διαφορών λόγω φύλου όπως σύμφωνα με τους Johnston και συνεργάτες και αναφέρει η Νικολάου, (2001). Από τη στιγμή που τα κορίτσια αρχίσουν να χρησιμοποιούν ναρκωτικά είναι πολύ πιθανότερο να αποκτήσουν πιο γρήγορα σωματική και ψυχική εξάρτηση από ότι τα αγόρια δείχνοντας αρχικά προτίμηση στις εισπνεόμενες ουσίες και τα διεγερτικά (Lindsay et al., 2012. NIDA, 2015. Westermeyer, όπως αναφέρεται σε Buccelli et al., 2016).

Συσχετιστική ανάλυση της σχέσης της ηλικίας έναρξης της χρήσης ουσιών με την έναρξη των συναισθηματικών και αγχωτικών διαταραχών διαπίστωσε ότι η εμφάνιση των ψυχιατρικών διαταραχών προηγείται της έναρξης χρήσης ουσιών συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Kuhn, όπως αναφέρεται σε Buccelli, 2016. Tohmy & Shields, 2017). Σε αυτό συμβάλλουν οι ψυχοκοινωνικές πιέσεις και αφορούν στη συννοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η διπολική συναισθηματική διαταραχή, φοβίες, ψυχοσεξουαλικές διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, καθώς και της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) (Marshall et al., 2013. Walton et al., όπως αναφέρεται σε Daigre et al., 1015).

Επιπλέον, οι ουσιοεξαρτώμενες γυναίκες είναι πιθανότερο να χρειάζονται βοήθεια για συναισθηματικά προβλήματα σε νεαρότερη ηλικία και να έχουν επιχειρήσει απόπειρα αυτοκτονίας από ότι οι ουσιοεξαρτώμενοι άνδρες (Haseltine, 2000).

Οι γυναίκες που έχουν βιώσει σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν εθισμό από τους άνδρες (Clark, όπως αναφέρεται σε Buccelli, 2016. Daigre et al., 1015. Gentilello, Rivara, Donovan, Villaveces, Daranciang, Dunn, & Ries, 2000. Lansford, όπως αναφέρεται σε Daigre et al., 1015). Οι επιπτώσεις δε, στις γυναίκες θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης είναι εσωτερικευμένες, όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός, συμπτώματα ή άγχους κατάθλιψης, σωματοποίηση και απόσυρση, ενώ στους άνδρες είναι εξωτερικευμένες όπως η παραβατικότητα και ο αλκοολισμός (Dube et al., 2005, Achenbach and Rescorla, όπως αναφέρεται σε Langevin, 2015 , Yancey & Hansen, 2010).

Οι εξαρτημένες γυναίκες, συχνά έχουν ανατραφεί σε ένα περιβάλλον που μπορεί να χαρακτηριζόταν από χαμηλά επίπεδα φροντίδας, υψηλό έλεγχο, υπερπροστατευτικότητα ή κακοποίηση, όπως και σε περιβάλλον με αυξημένη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Επιπλέον είναι εκτεθειμένες σε περισσότερους κινδύνους και σε πιο πολλές απειλές από έναν άνδρα (NIDA, 2015. Stocco, Llacer, DeFazio, Calafat, & Mendes, 2000. Vigna-Taglianti, Burroni, Mathis, Versino, Beccaria, F, Rotelli, & Bargagli, 2016).

Όπως αναφέρουν οι Back, Sonne, Killeen, Dansky, & Brady, (2003), οι γυναίκες συχνότερα επιλέγουν την χρήση ουσιών ως ένα τρόπο για να μειώσουν το άγχος τους και να αντιμετωπίσουν το ψυχικό τους τραύμα σε αντίθεση με τους άνδρες που πιθανότερα χρησιμοποιούν τις ουσίες κυρίως για ηδονιστικούς σκοπούς.

4.2 Μύηση γυναικών στη χρήση

Η έναρξη της χρήσης ουσιών πραγματώνεται κυρίως από τις έφηβες ως τρόπος αποφυγής ενός «αποστροφικού» οικογενειακού περιβάλλοντος, πραγματώνεται για να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, πραγματώνεται για να ανακουφίσουν τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα αλλά και για να λάβουν στήριξη και αποδοχή από τους ομότιμους τους (Αντωνίου et al., 2012).

Η «μύηση» ωστόσο, της γυναίκας στην χρήση ουσιών είναι συνδεδεμένη με τους άνδρες συντρόφους τους ή προκύπτει μέσα από τη συσχέτιση της με άλλους χρήστες οι οποίοι την παροτρύνουν και την διευκολύνουν προμηθεύοντάς την με ουσίες (Νικολάου, 2001). Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι εξαναγκάζονται από τους άνδρες. Μια γυναίκα

μπορεί να θελήσει να αισθανθεί την ίδια «ευφορία» με το σύντροφό της ή να επιδιώξει να «ταυτιστεί» με αυτόν (Bryant & Treloar, 2007).

Σύμφωνα με την Moe (2006) στη «μύηση» αυτή μπορεί να συμβάλλουν και μέλη της οικογένειάς της όπως η μητέρα ή ο πατέρας ή οι φίλες της.

Όπως αναφέρουν οι Velez, Montoya, Jansson, Walters, Svikis, Jones, & Campbell (2006), οι περισσότερες γυναίκες ξεκινούν την χρήση ναρκωτικών σε μια προσπάθεια να «σώσουν» την σχέση τους, θέλοντας να μοιραστούν τα ίδια συναισθήματα και υποτιμούν τους πιθανούς κινδύνους. Έτσι, εμφανίζεται το φαινόμενο της «διπλής εξάρτησης», εξάρτησης δηλαδή τόσο από την ουσία όσο και από τον σύντροφο.

Οι γυναίκες τοξικομανείς λοιπόν, είναι πιθανότερο να τεθούν σε εξαρτητικές σχέσεις στις οποίες θα κυριαρχεί ο σύντροφός τους ο οποίος σε αυτές τις περιπτώσεις περιορίζει την ικανότητα τους να εκτελέσουν τις βασικές δεξιότητες της ζωής, όπως είναι η διαχείριση των χρημάτων και τα σχέδια για το μέλλον λέει ο Woodhouse και αναφέρουν οι Tuten & Jones (2003). Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, οι ουσιοεξαρτώμενες γυναίκες σε αντίθεση με τους ουσιοεξαρτημένους άνδρες είναι πιθανότερο να διατηρούν σχέση με ουσιοεξαρτώμενους συντρόφους ή συζύγους. Οι ερωτικές αυτές σχέσεις που διατηρούν αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα στην απόφασή τους για θεραπεία. Ο σύντροφος όχι μόνο αποθαρρύνει τη γυναίκα στο να ξεκινήσει θεραπεία αλλά μπορεί να γίνει και απειλητικός ή και ακόμη και να την εγκαταλείψει.

4.3. Μητρότητα και χρήση ουσιών

Σύμφωνα με πολλές μελέτες, οι εξαρτημένες μητέρες αντιμετωπίζουν συνήθως σοβαρά προβλήματα υγείας καθώς και προβλήματα κοινωνικοοικονομικής προέλευσης. Η παιδική τους ηλικία ήταν συχνά πολύ δύσκολη. Η προσωπική τους ζωή είναι επίσης ένας τομέας, στον οποίο φαίνεται να αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα, ενώ το οικογενειακό περιβάλλον συχνά εντείνει την ήδη επιφορτισμένη ψυχολογική τους κατάσταση (Μάτσα, 2003. Stocco et al., 2012).

Η εξαρτημένη μητέρα πολλές φορές βιώνει την εγκυμοσύνη σαν ατύχημα, σαν απρόβλεπτο γεγονός και μπορεί να επιδιώξει την άμβλωση. Συνήθως η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή από την χρήστρια μητέρα σε προχωρημένο στάδιο είτε λόγω της αμηνόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης, ότι, λόγω της χρήσης ναρκωτικών μειώνεται η πιθανότητα εγκυμοσύνης, είτε λόγω της παραμέλησης και έκθεσης του σώματός τους στη σεξουαλική επαφή χωρίς αντισυλληπτικές προφυλάξεις, παρότι ο κίνδυνος μόλυνσης από σεξουαλικά

μεταδιδόμενες ασθένειες είναι πραγματικά πολύ μεγάλος στις σχέσεις τους (Μισουρίδου, 2004, Velez et al., 2006).

Συχνά όμως, όπως επισημαίνει και η Χαραμή (2004), η γυναίκα χρήστρια επιθυμεί την μητρότητα, μια επιθυμία που συνυπάρχει με την φαντασίωση του παιδιού ως λυτρωτή από την δύσκολη ζωή της στα ναρκωτικά και που τελικά την κινητοποιεί προς την κατεύθυνση της προστασίας του εαυτού της και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της. Το παιδί, ως σημείο αναφοράς, θα αποκαταστήσει την χαμένη ενότητα και θα της δώσει τον σκοπό που της διαφεύγει.

Ο ενθουσιασμός αυτός βέβαια σύμφωνα με την Μάτσα, (2003), πολλές φορές ξεφουσκώνει γρήγορα μετά την γέννηση του παιδιού, όταν συνειδητοποιεί τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούριου της ρόλου και την δυσκολία της να ανταποκριθεί σε αυτόν. Κι εκεί βιώνει το δίλημμα «το παιδί ή την ουσία», το οποίο χαρακτηρίζει την αμφιθυμική στάση της προς το βρέφος.

Οι γυναίκες τοξικομανείς είναι πιθανότερο σε σχέση με τους άνδρες τοξικομανείς να αναφέρουν μεγαλύτερη δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια τους, έτσι δεν διαθέτουν και τα κατάλληλα πρότυπα για την ανατροφή των δικών τους παιδιών. Επιπλέον η εξαρτημένη μητέρα δεν έχει συνήθως την δυνατότητα να είναι αυτόνομη. Δεν είναι συχνά σε θέση να καλύπτει τις δικές της ανάγκες και του παιδιού. Αυτό καθιστά μητέρα και παιδί εν δυνάμει εκτεθειμένους σε κινδύνους που απειλούν την σωματική τους υγεία, αλλά και την ψυχική (Χαραμή, 2004).

Επιπρόσθετα, έχει οριστεί από την κοινωνία ότι η εξαρτημένη γυναίκα δεν είναι κατάλληλη για μητέρα και η *«κοινωνική της εικόνα εξωτερικεύεται από την ίδια πυροδοτώντας τεράστιες εσωτερικές συγκρούσεις και τρομακτικούς φόβους».* (Μάτσα, 2003:9). Το στίγμα είναι αυτό που τους έχει ακολουθήσει σε όλη τη ζωή τους. Αισθάνονται πικρία προς τους γονείς τους για το γεγονός ότι επέτρεψαν να στιγματιστούν και το παιδί για τις δικές του επιλογές. *«Στην πραγματικότητα το στίγμα της μητέρας είναι τόσο μεγάλο που η κοινωνική σημασία που αποκτά η τοξικομανία της ως προδιαθετικός παράγοντας της ταυτότητάς της αποδεικνύεται πιο ισχυρή από τη μητρότητα »* (Μάτσα, 2003:11).

4.4. Επιπτώσεις της χρήσης ουσιών στις γυναίκες.

Οι συνθήκες ζωής της εξαρτημένης γυναίκας είναι τραγικές. Η συνάντηση της με την κατάσταση της εξάρτησης από τις ουσίες διαμορφώνει όρους ακόμα μεγαλύτερης απαξίωσης αυτής της δυστυχισμένης ύπαρξης, οδηγώντας την γρήγορα σε πλήρη εξαθλίωση και περιθωριοποίηση (Μάτσα, 2007).

Έτσι, η γυναίκα – χρήστρια, καθώς δεν έχει την ηθική, συναισθηματική και οικονομική υποστήριξη της οικογένειάς της, οδηγείται σε παραβιάσεις του νόμου, σχετικά με τα ναρκωτικά ή την πορνεία, για να εξασφαλίσει τη δόση της (Moe, 2006).

Όπως υποστηρίζει η Μάτσα (2008), τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από αυτό το σημείο και να εμφανιστούν παρόμοια με το φαινόμενο ντόμινο: Φυγή από το σπίτι, πορνεία, συχνή αλλαγή σε εταίρους, καθώς επίσης σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη και την από κοινού χρήση συριγγών νε αποτέλεσμα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα για τις γυναίκες.

4.4.1 Φυγή από το σπίτι, πορνεία και παραβατικότητα

Η φυγή από το σπίτι μπορεί να αποτελεί απάντηση στις μορφές παραμέλησης η κακοποίησης που υπάρχουν στο οικογενειακό περιβάλλον. Οι έφηβες που φεύγουν από την οικογένεια τους μπορεί να ενταχθούν σε αποκλίνουσες ομάδες συνομηλίκων, τους οποίους γνωρίζουν στον δρόμο. Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η ένταξη των εφήβων σε τέτοιες ομάδες συνεισφέρει στην αύξηση του ποσοστού χρήσης αλκοόλ ή άλλων παρανόμων ναρκωτικών ουσιών (Tyler et al., 2001).

Ο συνδυασμός της χαμηλής τους αυτοεκτίμησης, η αυτοκαταστροφική τους συμπεριφορά, η αυτοενοχοποίηση και η φτωχή αυτοαντίληψη που συχνά έχουν δημιουργεί το κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης. Τα χαρακτηριστικά αυτά καθιστούν κυρίως τις νέες γυναίκες, ιδιαίτερα ευάλωτες για την συμμετοχή τους στην πορνεία. Ενώ αρχικά αυτή η συμπεριφορά τους μπορεί να χρησιμεύσει ως μέσον για την εξασφάλιση των ουσιών, η ψυχολογική δυσφορία η οποία προκύπτει από την συμμετοχή τους στις σεξουαλικές πράξεις οδηγεί στην αύξηση της χρήσης εμπλέκοντάς τους τελικά σε ένα φαύλο κύκλο (Young, Boyd, & Hubbell, 2000. Μάτσα & Σφηκάκη, 2008).

Επίσης, ένας μεγάλος αριθμός μελετών πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται στη σχέση φυγής από το σπίτι και την συμμετοχή των εφήβων στην πορνεία. Οι νέες που εγκαταλείπουν το οικογενειακό σπίτι και δεν έχουν κάποια μορφής εργασία καταφεύγουν στο σεξ ώστε να εξασφαλίσουν χρήματα για στέγη, ναρκωτικά ή και για άλλους βιοποριστικούς σκοπούς καθώς και στην παραβατικότητα (Tyler & Johnson, 2006). Έτσι, οι γυναίκες που δεν έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον καταλήγουν στην πορνεία προκειμένου να προμηθευτούν την ουσία κατάχρησης τους.

Οι χρήστριες διαπράττουν λιγότερα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας απ’ ό,τι οι άνδρες και πολύ συχνά υποστηρίζουν τις ναρκωτικές τους συνήθειες μέσω της βιομηχανίας του σεξ. Η πορνεία αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης αποκλίνουσας και επικίνδυνης

συμπεριφοράς όπως η συμμετοχή των εφήβων σε κλοπές και διαρρήξεις. Εξ άλλου στους δρόμους η κουλτούρα των ομοτίμων υποστηρίζει τις αποκλίνουσες συμπεριφορές, όπως αυτή του σεξ έναντι της αμοιβής ή την εμπλοκή σε παράνομες πράξεις (Chen, Tyler, Whitbeck, & Hoyt, 2004).

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά ΕΚΤΕΠΝ (2011), οι συλλήψεις στην Ελλάδα για αδικήματα του νόμου για ναρκωτικά έχουν τριπλασιαστεί. Από την άλλη φαίνεται ότι ο πληθυσμός των εγκλείστων σε σωφρονιστικά καταστήματα είναι υψηλού κινδύνου, όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών, εφόσον η εκπροσώπηση των χρηστών ουσιών είναι πολύ μεγαλύτερη σε σύγκριση με την ευρύτερη κοινωνία. Το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 29% και 86% (άνω του 50% στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης). Επίσης ο εγκλεισμός στη φυλακή δε σημαίνει διακοπή της χρήσης, αντίθετα αναφέρεται σε αξιοσημείωτα ποσοστά ανά την Ευρώπη έναρξης της χρήσης ουσιών (3% έως 26% έναρξη της χρήσης ουσιών).

4.4.2 Ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι θάνατοι από ναρκωτικά σε όλη την Ευρώπη έχουν υπερδιπλασιαστεί, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Υπάρχουν λοιπόν αναμφισβήτητα πολλές και σοβαρές συνέπειες όπως και εξαιρετικά σοβαρά ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση της χρήσης των ναρκωτικών και των ιδιομορφιών των χρηστών που τα λαμβάνουν. Παρακάτω ωστόσο, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στα κύρια ζητήματα υγείας της εξαρτημένης γυναίκας.

Η σύνδεση ανάμεσα στη γυναικεία χρήση ουσιών και στην πορνεία έχει προκαλέσει μεγάλο προβληματισμό σχετικά με τον κίνδυνο μεταδοτικών μολυσματικών ασθενειών αναγκάζοντας τις θεραπευτικές υπηρεσίες σε καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των χρηστριών (Young et al., 2000).

Σε κάθε περίπτωση, η μόλυνση από τον HIV είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τη χρήστρια, από τη μία λόγω της κοινής χρήσης σύριγγας και από την άλλη λόγω της εξάπλωσης του ιού μέσω των σεξουαλικών σχέσεων, οι οποίες, αν συμβούν με άνδρες οι οποίοι κάνουν και οι ίδιοι χρήση, τότε ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται. Ταυτόχρονα 70% των περιπτώσεων των γυναικών με AIDS είναι χρήστριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών ή έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών σύμφωνα με τα δεδομένα που εξέδωσε η NIDA (2015). Επιπλέον η μετάδοση της ηπατίτιδας Β και C και

άλλων ασθενειών αυξάνεται ολοένα και περισσότερο ανάμεσα στις χρήστριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

Σε επίπεδο ψυχικής υγείας στον πληθυσμό των ουσιοεξαρτημένων γυναικών παρουσιάζονται υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και αυτο-τραυματισμούς. Συγκριτικά επίσης με το άλλο φύλο, οι γυναίκες δηλώνουν πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας (Kandall, 2010. Λιάππας, 2007. Tonmyr & Shields, 2017).

Ο Verthein αναφέρει ποσοστό 44% αυτοκτονικών ατόμων μεταξύ των χρηστριών ουσιών που παρακολουθούν προγράμματα μεθαδόνης, όπως σημειώνουν οι Sperry και Gilbert, (2005). Η ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης, το αίσθημα απελπισίας και απουσίας ενδιαφέροντος για τη ζωή είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά των τοξικομανών γυναικών που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν (Λιάππας, 2007. Marshall et al., 2013).

Όσον αφορά στις σεξουαλικές σχέσεις των εθισμένων στην ηρωίνη υποβιβάζονται σε δευτερεύον επίπεδο εξαρτώμενες από την εθιστική συμπεριφορά και τη χρήση σύριγγα. Κατά βάση η σεξουαλικότητα των εθισμένων πρέπει να αντιπροσωπεύει μόνο ένα ατομικό πρόβλημα, το αποτέλεσμα της σεξουαλικής αναισθησίας, η οποία προκύπτει από τον εθισμό στην ηρωίνη. Παρόλα αυτά, η αλήθεια είναι ότι η ερωτική ασυδοσία, η έλλειψη υγιεινής και η πορνεία, όπως επίσης και η πνευμονολογική επιδείνωση δείχνουν ότι οι σεξουαλικές ασθένειες είναι συνήθεις στις χρήστριες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Ο κίνδυνος επίσης να προσβληθούν από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες αυξάνεται, όπως και αυτός μιας βίαιης θυματοποίησης (Kandel, 2003. Lundqvist, 2005).

Η γυναίκα διαφέρει από τον άνδρα τοξικομανή όπως προαναφέρθηκε και ως προς τον τρόπο με τον οποίο βιώνει ψυχολογικά και κοινωνικά την τοξικομανία της (Buccelli et al., 2016. Lindsay et al., 2012. Μάτσα, 2007). Η συναισθηματική αστάθεια που την χαρακτηρίζει συνυπάρχει με την πλήρη, συνήθως, απουσία κοινωνικών στηριγμάτων στη ζωή της από τα παιδικά της χρόνια μέχρι σήμερα. Μέσα της γίνεται μια μάχη, μια διαρκής αντιπαράθεση ανάμεσα στον χαοτικό τρόπο ζωής, στον οποίο την καταδικάζει η τοξικομανία της, και στον «φυσιολογικό», τρόπο ζωής, με τον οποίο συνυφαίνεται ο ρόλος της γυναίκας. Μέσα από τέτοιες εσωτερικές αντιπαραθέσεις και συγκρούσεις διαμορφώνεται ο ψυχισμός της, που κυριαρχείται από το στοιχείο της άρνησης εαυτού της και των άλλων. Νιώθει τρομακτική ανασφάλεια και αυτό-υποτίμηση, ντροπή, θυμό, ενοχή. Τίποτα δεν την ικανοποιεί και ταυτόχρονα αισθάνεται ανήμπορη να αλλάξει, την καθημερινή μιζέρια. (Μάτσα & Σφηκάκη, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Με δεδομένη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που οδηγούν στη χρήση είναι προφανής η αναγκαιότητα μιας πολυπαραγοντικής θεραπευτικής προσέγγισης, ανάλογα πάντα με τις πιθανές αιτίες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου. Αφού δηλαδή αξιολογηθεί το πρόβλημα της εξάρτησης, ακολουθεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός, που ενδέχεται να περιλαμβάνει μια ποικιλία μεθόδων και προσεγγίσεων.

Σύμφωνα με τον Πουλόπουλο (2011), οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την τοξικοεξάρτηση, παρά τις διαφορές τους, έχουν συνήθως τρείς κοινούς στόχους. Ο πρώτος στόχος των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι η μείωση και η αποχή από τις παράνομες ουσίες. Η βελτίωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας και η παράλληλη κοινωνική λειτουργικότητα αυτών των ατόμων αποτελεί δευτερογενή στόχο. Ο τρίτος στόχος είναι η μείωση του κινδύνου για τη δημόσια υγεία και την ασφάλεια.

Γενικότερα, οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης ανήκουν σε δύο κατηγορίες: στις ιατροκεντρικές και τις ψυχοκοινωνικές. Οι πρώτες προσεγγίζουν την τοξικοεξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, στοχεύοντας στη σταθεροποίηση και την βελτίωση ζωής του ατόμου, μέσω της συντήρησης. Οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις θεωρούν την εξάρτηση ως σύμπτωμα μιας ψυχολογικής ή και κοινωνικής δυσλειτουργίας και αποσκοπούν στην ψυχική απεξάρτηση και αποθεραπεία του ατόμου (Μάτσα, 2008. Πουλόπουλος, 2011).

5.1.1 Θεραπευτικά Προγράμματα Ιατροκεντρικής προσέγγισης

Στα θεραπευτικά προγράμματα που ακολουθούν μεθόδους ιατροκεντρικής αντίληψης περιλαμβάνονται προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα, ή με ανταγωνιστές και προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης. Το πιο γνωστό **πρόγραμμα** συντήρησης είναι αυτό της **μεθαδόνης**, η οποία χορηγείται σε άτομα εξαρτημένα από οπιοειδή ως υποκατάστατο του οποίου. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν ενδείκνυται σε άτομα εξαρτημένα από άλλες ουσίες. Τα εξαρτημένα άτομα τα οποία παρακολουθούν προγράμματα μεθαδόνης λαμβάνουν καθημερινά μία καθορισμένη δόση, ενώ ενθαρρύνονται για παράλληλη συμμετοχή σε προγράμματα συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας (Πουλόπουλος, 2005).

Ο Πουλόπουλος (2011), αναφέρει πως αν και έχει γίνει φανερό πως τα προγράμματα μεθαδόνης λειτουργούν αποτελεσματικά για κάποια άτομα, παρόλα αυτά έχουν δεχτεί σοβαρή κριτική και κατηγορούνται πως υποκαθιστούν την παράνομη χρήση με μία νόμιμη.

Άλλα προγράμματα για χρήστες οπιούχων είναι αυτά της **χορήγησης ναλτρεξόνης**. Η ναλτρεξόνη λειτουργεί ανταγωνιστικά των οπιούχων μειώνοντας το αίσθημα ευφορίας που προκαλούν και περιορίζοντας τις δράσεις τους. Συνήθως χορηγείται καθημερινά ή τρεις φορές την εβδομάδα. Η χορήγηση της ναλτρεξόνης πρέπει να συνοδεύεται με την παράλληλη παροχή ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, με σκοπό να υπάρχουν καλύτερα αποοτελέσματα όσον αφορά τη θεραπεία (Πουλόπουλος, 2005).

Τα **προγράμματα βουπρενορφίνης** απευθύνονται και αυτά σε χρήστες οποιοειδών. Πρόκειται για μία θεραπεία συντήρησης, αφού η βουπρενορφίνη έχει παρόμοιες δράσεις με τα οποιοειδή, με μικρότερο όμως ευφορικό αποτέλεσμα. Παρέχεται με τη μορφή χαπιών τα οποία κυκλοφορούν με την ονομασία "Subotex", ενώ μπορεί να χορηγείται το "Suboxone", το οποίο πρόκειται για συνδυασμό της βουπρενορφίνης με έναν ανταγωνιστή, τη ναλοξόνη (Πουλόπουλος, 2011).

Τέλος, τα **προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης** αποτελούν βραχύχρονα προγράμματα που έχουν σαν στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου. Η μέση διάρκεια του στερητικού συνδρόμου δεν ξεπερνά τις δέκα ημέρες (Μάτσα, 2007). Η σωματική αποτοξίνωση αποτελεί το πρώτο βήμα της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι το προστάδιο της θεραπείας για ψυχική απεξάρτηση. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της σωματικής αποτοξίνωσης μπορεί να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, για ένα χρονικό διάστημα λίγων ημερών. Παρόλα αυτά, αντί για φαρμακευτική αγωγή, στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας, τα εξαρτημένα άτομα πραγματοποιούν ασκήσεις χαλάρωσης, αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, αλλά και γίνονται αποδέκτες συμβουλευτικών υπηρεσιών (Πουλόπουλος, 2011).

Είναι σημαντικό όμως να τονίσουμε ότι η αποτοξίνωση από μόνη της δεν επαρκεί για την επίτευξη της μακροχρόνιας αποχής από τη χρήση. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι πολλά εξαρτημένα άτομα που αποτοξινώνονται χωρίς τη βοήθεια ειδικών και στη συνέχεια δεν παρακολουθούν πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης, δεν καταφέρνουν να απέχουν επ' αόριστον από τη χρήση και την εξάρτηση (Πουλόπουλος, 2011).

5.1.2 Θεραπευτικά Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Προσέγγισης

Τα θεραπευτικά προγράμματα που ακολουθούν μεθόδους ψυχοκοινωνικής αντίληψης περιλαμβάνουν τις Θεραπευτικές Κοινότητες, τα Προγράμματα Εξωτερικής Παρακολούθησης, καθώς και τα Προγράμματα που εφαρμόζονται στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Από έρευνες φαίνεται ότι η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο θεραπείας, τόσο σε ποσοτικό, όσο και σε ποιοτικό επίπεδο. Πρόκειται για προγράμματα διαμονής και προϋπόθεση για ένταξη αποτελεί η απόφαση του ίδιου του ατόμου. Βασικοί στόχοι των θεραπευτικών κοινοτήτων αποτελεί η απόλυτη αποχή από τις ουσίες, η αλλαγή του τρόπου ζωής του χρήστη, καθώς και η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση. Η παραμονή διαρκεί από 6-12 μήνες, κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο μέσα από την ενεργή συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες της κοινότητας εξερευνά τον εαυτό του και επαναπροσδιορίζει τη σχέση του με την οικογένειά του και την κοινωνία (Πουλόπουλος, 2011).

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τον Πουλόπουλο (2011), οι θεραπευτικές κοινότητες έχουν κατηγορηθεί ότι αφενός απευθύνονται σε μικρό αριθμό ατόμων, και αφετέρου ότι μπορεί να αναπτύξουν φαινόμενα ιδρυματισμού. Ωστόσο η Μάτσα (2007), αναφέρει πως το ουσιοεξαρτημένο άτομο επιλέγει να ενταχθεί στο «κλειστό» πρόγραμμα, παρόλα αυτά δεν «κλείνεται» σε αυτό και ανά πάσα στιγμή μπορεί να αποχωρήσει. Αντίθετα, η απόφασή του για ένταξη στο πρόγραμμα είναι μία πράξη δήλωσης ότι θέλει να αποκτήσει ξανά την ελευθερία που του στέρησαν οι ουσίες.

Τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή απευθύνονται συνήθως σε χρήστες που κάνουν ελαφρότερη χρήση, δεν έχουν σοβαρά προβλήματα με το ποινικό σύστημα, και διαθέτουν δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης (Πουλόπουλος, 2005). Ο εξυπηρετούμενος διαμένει στο οικείο του περιβάλλον, και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να εργάζεται (Μάτσα, 2007). Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να παρακολουθεί το πρόγραμμα από μία φορά την εβδομάδα για συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία, έως και καθημερινά για συμμετοχή σε ποικιλία δραστηριοτήτων (Πουλόπουλος, 2011).

Τα άτομα που φυλακίζονται για εγκλήματα που σχετίζονται με ναρκωτικά συχνά αποτοξινώνονται κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους, όταν όμως αποφυλακίζονται τις περισσότερες φορές υποτροπιάζουν. Και αυτό συμβαίνει, γιατί όπως αναφέραμε και προηγουμένως η θεραπεία δεν αφορά μόνο την αποβολή της ουσίας από το σώμα, αλλά απαιτεί τη διερεύνηση και γνώση των παραγόντων που οδηγούν το άτομο στη χρήση και τη δημιουργία των συνθηκών που θα οδηγήσουν το άτομο στην αλλαγή και την υιοθέτηση νέας

στάσης ζωής και συμπεριφοράς. Γι' αυτό ενδείκνυται η εφαρμογή προγραμμάτων στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος, αλλά και συνέχεια της φροντίδας και μετά την αποφυλάκιση (Πουλόπουλος, 2005).

Εκτός από τα μοντέλα που περιγράφτηκαν υπάρχουν και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Σκοπός ήταν να παρουσιαστούν τα κύρια μοντέλα ψυχοκοινωνικής και ιατροκεντρικής αντίληψης. Για άλλη μία φορά θα τονιστεί η αναγκαιότητα της ύπαρξης ποικίλων θεραπευτικών μεθόδων. Είναι σημαντικό ο εξυπηρετούμενος να μπορεί να επιλέξει αυτόβουλα τη μέθοδο που ταιριάζει περισσότερο στην ιδιοσυγκρασία του και τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Όπως υπογραμμίζει ο Πουλόπουλος (2011), οποιαδήποτε μορφή θεραπείας είναι αποτελεσματικότερη από τη μη θεραπεία ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν συχνές υποτροπές.

Επίσης, σε θεραπευτικές δομές για προβλήματα ουσιοεξαρτήσεων όπου οι επαγγελματίες υγείας αγνοούν την πιθανή σύνδεση της κακοποίησης με την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παράβλεψη της επίδρασης της και την βαρύτητα που έχει για την συνολικότερη ασφάλεια, θεραπεία και συνολικότερα για την υγεία τόσο των γυναικών όσο και των παιδιών τους (Galvani, 2006).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Σφηκάκη (2001), η αναγνώριση και η αποδοχή των απωθημένων συναισθημάτων (θυμός, ενοχή, ντροπή, αυτομομφή) που σχετίζονται με την κακοποιητική περίοδο της ζωής της εξαρτημένης γυναίκας είναι καθοριστικές για την συναισθηματική της εξέλιξη και την παραμονή της μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο, ώστε να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και να επικρατήσουν θετικά συναισθήματα.

5.2 Θεραπευτικά μοντέλα σε ζητήματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και εξαρτήσεων

Αν και θεωρητικά είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση του τραύματος και των ζητημάτων εξάρτησης στις γυναίκες που παρουσιάζουν και τα δύο αυτά ζητήματα, η πρακτική ενοποίηση αυτών των δύο προσεγγίσεων στην θεραπεία αποτελεί μια εννοιολογική πρόκληση (Hiebert-Murphy & Woytkin, 2000). Η πρόκληση στην θεραπεία των γυναικών που αντιμετωπίζουν, τόσο την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, όσο και την εξάρτηση, είναι η ανάπτυξη μοντέλων που θα παρέχουν σύγκλιση των δύο αυτών ξεχωριστών προσεγγίσεων στην παρέμβαση.

Αρκετοί ερευνητές έχουν περιγράψει θεραπευτικές προσεγγίσεις που μπορούν να εφαρμοστούν σε γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν την παιδική σεξουαλική κακοποίηση

και εξαρτήσεις. Για παράδειγμα, ο Bollerud (όπως αναφέρεται σε Hiebert-Murphy & Boykin, 2000), περιγράφει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για γυναίκες που υπήρξαν και θύματα τραυματικών καταστάσεων. Αυτό το πρόγραμμα αποτελείται από επιμόρφωση των γυναικών, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και ακολουθείται από φροντίδα εκτός νοσοκομείου. Ο Harris (1996) περιγράφει επίσης, ένα πρόγραμμα θεραπείας για γυναίκες που βιώνουν ψυχιατρικά συμπτώματα, κατάχρηση ουσιών, προβλήματα στέγης και σεξουαλική κακοποίηση. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει υποστηρικτική ομαδική θεραπεία, γνωστικό επανακαθορισμό (cognitive reframing) και εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων.

Επιπλέον, η προσέγγιση των Barrett & Trepper (όπως αναφέρεται σε Hiebert-Murphy & Woytkin, 2000), βασίζεται σε ένα μοντέλο «*πολλαπλών συστημάτων» (σ. 388).* Το μοντέλο τους αποτελείται από τρία στάδια: (α) δημιουργία πλαισίου για αλλαγή, όπου επιλύεται η άρνηση και εντοπίζονται οι δυσλειτουργικές αλληλουχίες που οδηγούν στην κατάχρηση ουσιών, (β) πρόκληση συμπεριφορών και επέκταση εναλλακτικών και (γ) εμπέδωση. Στην προσέγγισή τους αναφέρουν τη χρήση εσωτερικών προγραμμάτων θεραπείας για την εξάρτηση και προγραμμάτων 12 βημάτων. Ένα δεύτερο θεωρητικό μοντέλο αναπτύχθηκε από τους Evans και Sullivan (1995). Αυτοί περιγράφουν ένα θεραπευτικό μοντέλο που βασίζεται στην ενοποίηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων με την προσέγγιση των 12 βημάτων, για την θεραπεία των εξαρτήσεων. Προτείνουν ένα μοντέλο πέντε σταδίων για τη θεραπεία των θυμάτων παιδικής κακοποίησης που είναι και χημικά εξαρτημένα και το οποίο περιλαμβάνει κρίση, ενδυνάμωση δεξιοτήτων, επιμόρφωση, ενοποίηση και συντήρηση.

Τέλος, οι Herbert-Murphy & Woytkin (2000), προτείνουν ένα μοντέλο, το οποίο παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας για την αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και των εξαρτήσεων, που επιτρέπει την ενοποίηση διάφορων μοντέλων θεραπείας της εξάρτησης με το μοντέλο ανάρρωσης από τραυματικά συμβάντα. Η έμφαση δίνεται στην επίλυση του τραύματος της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και την επίλυση ζητημάτων εξαρτήσεων, από μια προσέγγιση που ανταποκρίνεται στις απόψεις και τις ανάγκες των γυναικών. Οι θεραπευτές που χρησιμοποιούν το μοντέλο πρέπει να έχουν γνώσεις για την θεραπεία των εξαρτήσεων και να είναι ευέλικτοι στη χρήση διάφορων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Το μοντέλο βασίζεται στις γνώσεις και την πρακτική πείρα κλινικών ιατρών που εργάζονται στο «The Laurel Centre», στον Καναδά, έναν κοινοτικό φορέα που παρέχει υπηρεσίες σε αυτή την ομάδα γυναικών και αποτελείται από πέντε στάδια:

Συμμετοχή και αξιολόγηση

Το συγκεκριμένο στάδιο είναι το εναρκτήριο. Οι στόχοι σε αυτό το σημείο είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης και η αξιολόγηση της ταύτισης ανάμεσα στις ανάγκες των γυναικών και τους πόρους του οργανισμού. Πρόκειται για μία αμοιβαία διαδικασία που επιτρέπει να καθοριστούν οι στόχοι των γυναικών και να τεθεί σε διαπραγμάτευση το θεραπευτικό συμβόλαιο. Επίσης, εδραιώνονται οι ρόλοι και τα όρια της θεραπευτικής συμμαχίας. Εκτός αυτού το εν λόγω στάδιο εμπεριέχει την εξερεύνηση της επίδρασης που έχει η συμπεριφορά της εξάρτησης στην γυναίκα και / ή στα προσφιλή της πρόσωπα και τον βαθμό στον οποίο χρησιμοποιεί τη συμπεριφορά αυτή ως στρατηγική αντιμετώπισης.

Δημιουργία αίσθησης ασφάλειας

Το δεύτερο στάδιο εστιάζει στο ζήτημα της ασφάλειας. Η ασφάλεια στην θεραπευτική σχέση και τη ζωή της γυναίκας είναι πολύ σημαντικό, μακροπρόθεσμο και συνεχές ζήτημα για την θεραπευτική διεργασία. Οι θεραπευτές αναπτύσσουν την εμπιστοσύνη, ενισχύουν την συμμαχία μεταξύ αυτών και των γυναικών και δημιουργούν συναισθηματική ασφάλεια στην θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, δημιουργούνται τα κατάλληλα όρια που εντοπίζονται και διατηρούνται για να συνεχίσει να υπάρχει η ασφάλεια.

Συνδιάλεξη – λήψη πληροφοριών

Αυτό το στάδιο της παρέμβασης αφορά στην επεξεργασία της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και του πλαισίου της. Εδώ αντιμετωπίζονται οι πολλαπλές επιδράσεις της κακοποίησης (π.χ. αισθητήριες, γνωστικές, συμπεριφορικές, σωματικές και συναισθηματικές). Αυτή η επεξεργασία διευκολύνει την αλλαγή της κατανόησης του νοήματος της κακοποίησης και βοηθά την γυναίκα να ορίσει τον εαυτό της. Παρακολουθείται, επίσης, η πιθανότητα υποτροπής σε συμπεριφορές εξάρτησης και ενισχύονται οι θετικότεροι πόροι, οι δεξιότητες και τα συστήματα υποστήριξης.

Ενοποίηση

Σε αυτό το στάδιο ευθυγραμμίζονται η συμπεριφορά, η συγκίνηση και η συνειδητοποίηση (επιτυγχάνεται δηλαδή η συνοχή). Οι αλλαγές που έγιναν νωρίτερα στην θεραπευτική διεργασία, σταθεροποιούνται εδώ, ενώ η γυναίκα ενθαρρύνεται να αναπτύξει μια αίσθηση επάρκειας για τις νέες συμπεριφορές και δεξιότητές της. Διευκολύνεται η αναδιοργάνωση και η σύνθεση διαφόρων όψεων του εαυτού ενώ εδραιώνονται νέες δεξιότητες αντιμετώπισης που βοηθούν στη διαχείριση της συμπεριφοράς της εξάρτησης.

Πρόοδος

Στο τελευταίο στάδιο διευκολύνεται η αλλαγή των προτεραιοτήτων, ώστε η κακοποίηση να μην αποτελεί πλέον κεντρικό χαρακτηριστικό της ταυτότητας της γυναίκας.

Η ίδια δέχεται βοήθεια για να κάνει τις επιθυμητές αλλαγές σε στόχους, ρόλους, καριέρα και / ή τρόπο ζωής, ενώ η αίσθηση ολιστικής υγείας εντείνεται. Τέλος, ολοκληρώνεται η θεραπευτική σχέση και ενδυναμώνονται τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης που ενθαρρύνουν συμπεριφορές, οι οποίες διευκολύνουν ένα ισορροπημένο τρόπο ζωής.

Συνοψίζοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα παραπάνω θεραπευτικά μοντέλα αναγνωρίζουν το δικαίωμα των γυναικών να ελέγχουν τις ζωές τους και να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία. Γίνεται επικύρωση των εμπειριών τους και σε αυτό περιλαμβάνονται όχι μόνο οι εμπειρίες της κακοποίησης, που αποτελούν μέρος της ζωής των γυναικών, αλλά και τα συνεχή ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες. Το τραύμα και τα ζητήματα εξάρτησης αντιμετωπίζονται από μια προοπτική που περικλείει ολόκληρο το πλαίσιο της ζωής των γυναικών. Η έμφαση στην ενδυνάμωση των γυναικών παρέχει μια χρήσιμη βάση σύμφωνα με την οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν ζητήματα που σχετίζονται με τις εξαρτήσεις και την παιδική σεξουαλική κακοποίηση.

5.3 Προγράμματα Απεξάρτησης για Γυναίκες στην Ελλάδα

Για ιστορικούς λόγους χρειάζεται να υπογραμμισθεί ότι η αντίληψη 'περί θεραπείας' των εξαρτημένων ατόμων αποτέλεσε κατάκτηση κυρίως των τελευταίων δύο δεκαετιών. Όπως υποστηρίζει ο Μαρσέλος (2005), στη δεκαετία του 1960, η τοξικοεξάρτηση γινόταν αντιληπτή ως παραβατική συμπεριφορά, κοινωνική παρέκκλιση και ανηθικότητα, ενώ κάθε απόπειρα παρέμβασης περιοριζόταν εντός του συστήματος της δικαιοσύνης. Στη δεκαετία του 1980, άρχισε πλέον η λειτουργία ορισμένων δημόσιων και ιδιωτικών Προγραμμάτων Απεξάρτησης. Τέλος στη δεκαετία του 1990, άρχισαν να πραγματοποιούνται και σημαντικές έρευνες σχετικά με το κόστος και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Στην Ελλάδα ο μικρός αριθμός χρηστών έως και το 1978 καθιστούσε το κοινωνικό πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών σχεδόν ανύπαρκτο. Η εισαγωγή των χρηστών στο Κρατικό Νοσοκομείο του Δαφνίου αποτελούσε έως τότε τη μόνη δυνατή απάντηση στη θεραπεία των εξαρτήσεων (Μαρσέλος, 2005). Η γυναικεία προσέλευση στο Συμβουλευτικό Σταθμό του Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος «ΙΘΑΚΗ» το 1984, ήταν της τάξης του 23,05 % και αποτύπωνε την πραγματική κατανομή του φύλου στον πληθυσμό των εξαρτημένων (Πουλόπουλος, 2005).

Η επιστημονική έρευνα για την ουσιοεξάρτηση, που έως τότε παρουσιαζόταν ως ανδρική υπόθεση και αφορούσε άνδρες του «περιθωρίου», στράφηκε και προς την διερεύνηση των διαφορών λόγω φύλου χωρίς όμως να εκλαμβάνει τη γυναίκα ως μια αυθύπαρκτη κοινωνική κατηγορία. Εν τούτοις για πρώτη φορά άρχισαν να

συμπεριλαμβάνονται συγκριτικά με τον ανδρικό πληθυσμό των τοξικομανών και δεδομένα για τις γυναίκες (Ευσταθίου, 2007).

Η συνύπαρξη όμως ανδρών και γυναικών στο ίδιο πρόγραμμα δημιουργούσε προβλήματα καθώς υπήρχε η πιθανότητα οι γυναίκες να είχαν βιώσει κακοποιητικές συμπεριφορές -ξύλο, βιασμούς- από τους άντρες με τους οποίους θα έπρεπε μαζί τώρα να συνυπάρξουν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτό το γεγονός ήταν πηγή ανασφάλειας και δυσπιστίας από μόνο του από μέρους κάποιων γυναικών το οποίο κατέληγε στην έλλειψη εμπιστοσύνης ακόμη και προς το ίδιο το Πρόγραμμα. Επιπλέον, μερικές γυναίκες μέσα στα θεραπευτικά πλαίσια δεχόντουσαν κακοποίηση με τη μορφή των σεξουαλικών παρενοχλήσεων από τους συνθεραπευόμενους τους (Velasquez & Stotts, 2003).

Για τους παραπάνω λόγους το 1995 ξεκίνησε να λειτουργεί το Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω (Ευσταθίου, 2007). Στην συνέχεια το 2000 άρχισε να λειτουργεί και το Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων της «ΙΘΑΚΗΣ» του ΚΕ.ΘΕ.Α. Αργότερα, στις αρχές του έτους 2006 τέθηκε σε λειτουργία το Ειδικό Πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω για Εξαρτημένες Μητέρες και για τα παιδιά τους (εσωτερικής διαμονής), αναλαμβάνοντας ταυτόχρονα τη θεραπεία Απεξάρτησης της μητέρας και την υποστήριξη του γονεϊκού της ρόλου με την ταυτόχρονη φροντίδα του παιδιού.

Ειδικό Πρόγραμμα εξαρτημένων Γυναικών 18 ΑΝΩ

Η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 Άνω αποτελεί ένα στεγνό Πρόγραμμα Απεξάρτησης. Βασικός στόχος είναι η πλήρης εποχή από όλες τις ουσίες και η ρήξη με το μονοσήμαντο τρόπο ζωής που η χρήση επιβάλλει. Δεν ακολουθεί τη φιλοσοφία της υποκατάστασης, αλλά προτείνει την ύπαρξη πολλαπλών θεραπευτικών παρεμβάσεων, ώστε να καλυφθούν οι διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων. Δεν υπάρχει Πρόγραμμα πανάκεια, αλλά θεραπευτικός προυραλισμός.

Η φιλοσοφία της Μονάδας είναι ανθρωποκεντρική, με βασικούς άξονες το σεβασμό στο εξαρτημένο άτομο και τα προβλήματά του καθώς και με την αντίληψη ότι κανείς δε γίνεται τυχαία τοξικομανής. Αντίθετα, υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που οδηγούν το άτομο από τη χρήση, στην κατάχρηση και τέλος στην εξάρτηση και πιο συγκεκριμένα αυτούς τους λόγους καλείται να αναζητήσει μέσα της η εξαρτημένη γυναίκα καθώς και στο περιβάλλον της, το οικογενειακό και το ευρύτερο.

Θεμέλιο λίθο της θεραπευτικής πρακτικής της Μονάδας αποτελεί η αρχή ότι η θεραπεία Απεξάρτησης δε μπορεί να είναι αναγκαστική και απαιτεί ειδικό πλαίσιο, ειδική

δομή με το δικό της πρόγραμμα και υπηρεσίες. Η θεραπεία λοιπόν γίνεται σε εθελοντική βάση, με κριτήριο το θετικό κίνητρο του εξαρτημένου. Ως πλαίσιο του ΕΣΥ η Μονάδα υλοποιεί διάφορα θεραπευτικά προγράμματα ψυχοκοινωνικού προσανατολισμού του εξαρτημένου, στηριγμένα στην ψυχοθεραπεία.

Το θεραπευτικό Πρόγραμμα αποτελείται από τρεις φάσεις: στην πρώτη γνωστή ως φάση Ευαισθητοποίησης, η εξαρτημένη γυναίκα προσέρχεται στο Συμβουλευτικό Σταθμό με την επιθυμία να διακόψει τη διαδικασία της εξάρτησης και να της ικανοποιηθεί η ανάγκη στο εδώ και τώρα για σωματική βοήθεια, κοινωνική ένταξη και ψυχική Απεξάρτηση.

Ο θεραπευτής Ψυχολόγος, ξεκαθαρίζοντας ότι δε μπορεί να υποκαταστήσει τη δύναμη της ουσίας, θα θέσει βραχυπρόθεσμους και συγκεκριμένους στόχους ώστε η εξαρτημένη γυναίκα να καταφέρει σταδιακά να απομακρυνθεί από τη χρήση και να αρχίσει να αφηγείται τόσο τη σχέση της με την ουσία όσο και τη ζωή της μέσα στη χρήση. Με αυτό τον τρόπο θα βοηθηθεί να λεκτικοποιήσει το αίτημα θεραπείας. Στο διάστημα των 2 μηνών που θα παραμείνει στο Συμβουλευτικό Σταθμό θα γίνεται έλεγχος ούρων εβδομαδιαίως, ώστε να εγκαταστήσει ένα ικανό διάστημα αποχής για να ενταχθεί σε ομάδα ψυχοθεραπείας με την οποία θα οδηγηθεί στη δεύτερη φάση του Προγράμματος, στη φάση της ψυχολογικής Απεξάρτησης.

Εκεί, σε κλειστό πλαίσιο νοσηλείας, θα διερευνηθούν τα βαθύτερα αίτια της εξάρτησης καταρχήν μέσω της ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας και με τη συνοδεία και στήριξη άλλων ομαδικών δραστηριοτήτων κοινωνικο-θεραπευτικού περιεχομένου. Έμφαση δίνεται σε μορφές τέχνης, όπως το θέατρο, η ζωγραφική, οι κατασκευές, ως θεραπευτικά εργαλεία για την αναγνώριση και εκτόνωση της ψυχικής έντασης.

Οι κλειστές δομές «νοσηλείας» αποτελούν ένα θεραπευτικό πλαίσιο, το οποίο είναι μέρος ενός ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου ,με μια συγκεκριμένη ταυτότητα και μια φιλοσοφία. Πρόκειται για ένα μεταβατικό χώρο που στοχεύει να εμπεριέξει, τόσο τις αρνητικές όσο και τις θετικές πλευρές των θεραπευομένων γυναικών που φιλοξενεί, ώστε αυτές να αισθανθούν ολοκληρωμένες προσωπικότητες με πίστη και ελπίδα για την αλλαγή. Αποτελεί μέρος του θεραπευτικού συνεχούς άρα και χώρος που καθορίζεται μεταξύ άλλων και από τις αρχές της θεραπείας περιβάλλοντος (δηλαδή θεραπευτικό κλίμα, σχέσεις που διαμορφώνονται, στόχοι προσωπικοί και ομαδικοί που επαναπροσδιορίζονται, δραστηριότητες κ.α).

Μέσα από θεραπευτικές πράξεις και συλλογικές δραστηριότητες η θεραπευόμενη κάνει τη μαθητεία της στο νόμο, στα όρια, το χώρο, το χρόνο, το διάλογο, τις σχέσεις, την ηθική. Αποκτά αξίες, κουλτούρα, διαπροσωπικές σχέσεις με στόχο να θέσει τα όρια της

ταυτότητας της, να αντέξει τη σεξουαλικότητά της, τη διαφορετικότητά, τη μοναδικότητά της και να λειτουργήσει συλλογικά. Το θεραπευτικό έργο κάθε κλειστού πλαισίου, επιτελείται στη βάση αρχών και κανόνων.

Πιο συγκεκριμένα, η οργάνωση της ζωής γίνεται από τις ίδιες τις θεραπευόμενες με βάση τις αρχές της θεραπευτικής κοινότητας (δημοκρατική λειτουργία, οι αποφάσεις συζητιούνται και λαμβάνονται από τις ίδιες μέσα από συλλογικές διαδικασίες και ακολουθούνται τρεις βασικές αρχές των θεραπευτικών κοινοτήτων: όχι σεξ σχέσεις μεταξύ των μελών, όχι βία, όχι χρήση ουσιών ή αλκοόλ). Παράλληλα η δομή όμως, δεν αποτελεί θεραπευτική κοινότητα καθώς δε λειτουργεί με βάση τις αρχές της ανταμοιβής και της τιμωρίας και δε βασίζεται στο ιεραρχικό μοντέλο. Αντίθετα, λειτουργεί βάση της ισοτιμίας δηλαδή δεν υπάρχουν παλαιές και καινούριες θεραπευόμενες, αλλά όλες έχουν τις ίδιες υποχρεώσεις τα ίδια δικαιώματα απέναντι στους εαυτούς τους και στο πλαίσιο. Παράλληλα απαγορεύεται όποια επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον (πλην των ψυχοεκπαιδευτικών εξόδων και εξόδων για διευθέτηση ζητημάτων υγείας), για να διευκολυνθεί η ψυχοθεραπευτική διαδικασία που σχετίζεται με την ανάδυση των απωθημένων συναισθημάτων. Παραβιάσεις των όρων παραμονής συζητιούνται στη θεραπευτική ομάδα και λαμβάνονται μέτρα που θα διασφαλίσουν θεραπευτική συνέπεια και συνέχεια.

Ολοκληρώνοντας λοιπόν τη δεύτερη φάση, οι εξαρτημένες γυναίκες ως μέλη της ψυχοθεραπευτικής ομάδας, θα μεταβούν στην Τρίτη φάση του πλαισίου, τη φάση της Κοινωνικής Επανένταξης. Θα παραμείνουν σε θεραπευτική διαδικασία για περίπου 1,5 χρόνο με απώτερο στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση και την ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο, ως ισότιμα και ικανά μέλη της κοινωνίας. Θα τους δοθεί η δυνατότητα να οργανώσουν τις ζωές τους σε νέες βάσεις, στηριγμένες στις δικές τους δυνάμεις, χωρίς δεκανίκια (Μάτσα, 2008. Κερασιώτης, Μπιζά, Πολυχρονοπούλου, & Σφήκα , 2012).

Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων και Παιδιών 18 Άνω

Ευαισθητοποιημένη στα ιδιαίτερα προβλήματα της εξαρτημένης μητέρας και του παιδιού, η μονάδα απαντά στα πολλαπλά της αιτήματα, συμπεριλαμβάνοντας στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τη σχέση της με το παιδί. Έτσι από το 2006 διαμορφώθηκε το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες και τα παιδιά τους, που λειτουργεί στην Ελλάδα, στα πλαίσια του ΕΣΥ. Εδώ γίνεται η πρώτη επαφή της εξαρτημένης γυναίκας και μητέρας με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Συγκεκριμένα, πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση της εξαρτημένης μητέρας στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, η σταθεροποίηση της απόφασής της, η εμπλοκή της στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή της στο θεραπευτικό πρόγραμμα μέσα από ατομικές συνεδρίες, ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες έκφρασης. Επιπρόσθετα, παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες και στήριξη ως προς την αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων της ίδιας και του παιδιού της σε άμεση συνεργασία με φορείς κι υπηρεσίες που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού (νομικές εκκρεμότητες, ιατρικές εξετάσεις, εκτίμηση της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού) και με ειδική μέριμνα για τις περιπτώσεις απώλειας της επιμέλειας (Μισουρίδου, 2004).

Στα πλαίσια του ειδικού προγράμματος για τις εξαρτημένες μητέρες και παιδιών, υπάρχει και κλειστό πρόγραμμα. Εδώ πραγματοποιείται η Β΄ φάση του προγράμματος, κατά την οποία η εξαρτημένη γυναίκα και μητέρα, μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, κ.α.) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που την οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει καινούριους τρόπους ζωής, χωρίς ωστόσο να αναγκαστεί να αποχωριστεί το παιδί της για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Μισουρίδου, 2004).

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί μιας θεραπευόμενης είναι άνω των πέντε χρονών και δεν μπορεί να ακολουθήσει τη μητέρα, εξασφαλίζεται η τακτική επαφή σε όλη τη διάρκεια της κλειστής φάσης. Για το διάστημα αυτό το παιδί παρακολουθείται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.

Κατά τη φάση αυτή οι μητέρες, έγκυες ή με παιδιά μικρότερα των πέντε χρόνων, διαμένουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο και απόλυτα προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Έχουν πλήρη ιατρική παρακολούθηση και κάλυψη. Συμμετέχουν σε όλες τις θεραπευτικές δραστηριότητες του προγράμματος και σε ειδικές δραστηριότητες , με τη σταθερή στήριξη ψυχολόγων , βρεφονηπιοκόμων και ειδικών θεραπευτών, με στόχο την αντίληψη των σωματικών, συναισθηματικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των παιδιών, την ανταπόκριση σε αυτές και την ενδυνάμωση του μεταξύ τους δεσμού. Τα παιδιά από την άλλη, συμμετέχουν σε δραστηριότητες ομαδικές ή ατομικές, ψυχοπαιδαγωγικού χαρακτήρα και δημιουργικής απασχόλησης. Παρακολουθούνται συστηματικά από εξειδικευμένους ψυχολόγους, ενώ λαμβάνεται μέριμνα για την κάλυψη όποιων αναπτυξιακών, ιατρικών ή άλλων αναγκών. Τέλος, παρακολουθούν το πρόγραμμα του νηπιαγωγείου ή του παιδικού σταθμού της περιοχής αν αυτό κρίνεται θεμιτό (Μάτσα, 2008. Κερασιώτης κ.α , 2012).

Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων ΚΕΘΕΑ

Δημιουργήθηκε το 2001 και προσφέρει υπηρεσίες σε εξαρτημένες μητέρες παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας καθώς και σε εξαρτημένες εγκύους. Δίνει την δυνατότητα ένταξης σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία, παρέχοντας συγχρόνως, λύση στο θέμα της φροντίδας και φύλαξης των παιδιών.

Το πρόγραμμα είναι εξωτερικής παρακολούθησης και οι μητέρες μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Για τις ώρες που είναι απασχολημένες (εργασία, θεραπευτικές διαδικασίες) υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών. Εκεί προσφέρονται δραστηριότητες οργανωμένου παιχνιδιού, κουκλοθέατρου, θεατρικού παιχνιδιού, μουσικοκινητικής και εικαστικών.

Στις βασικές επιδιώξεις του προγράμματος ανήκει η υποστήριξη της σχέσης μητέρας-παιδιού καθώς και η ενίσχυση των μητέρων στο γονεϊκό τους ρόλο. Παρέχεται εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, ανάπτυξης του παιδιού, σχέσεων στην οικογένεια, παιδικών ασθενειών, εμβολιασμών κ.ά. Επίσης, παρέχεται ιατρική παρακολούθηση στα παιδιά. Από το 2005 το πρόγραμμα δέχεται και εξαρτημένους πατέρες (www. Kethea.gr).

Θεραπευτική Κοινότητα σε Γυναικείες Φυλακές ΚΕΘΕΑ ¨ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ¨

Στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού καθώς και στις Γυναικείες Φυλακές στον Ελεώνα Θηβών, λειτουργεί ομώνυμη θεραπευτική Κοινότητα σε ειδικά παραχωρημένο χώρο**.** Το καθημερινό πρόγραμμα περιλαμβάνει υπηρεσίες θεραπείας, εκπαίδευσης, κατάρτισης**,** καθώς και ομάδες εργασίας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν *ψυχολογικές υπηρεσίες*: Ατομική-Ομαδική συμβουλευτική, ομαδική υποστηρικτική/συμβουλευτική μητέρων, συνέντευξη κινητοποίησης, οικογενειακή υποστηρικτική/συμβουλευτική. *Ψυχοθεραπεία:* Κοινωνικο–γνωστικές ομάδες ελέγχου συμπεριφοράς, αυτοβοήθειας, δημιουργίας σχέσεων, οικογενειακών σχέσεων, μητέρων, ομάδα προσωπικής ανάπτυξης, ψυχόδραμα, παραπομπή για συνέχιση της θεραπείας και επανένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα εκτός φυλακής. *Κοινωνικές υπηρεσίες:* Παροχή νομικών συμβουλών, βοήθειας, ενημέρωση από σχετικούς φορείς για θέματα υγείας, εργασίας, επιδοτήσεων , σεμινάρια σε θέματα υγείας. *Εκπαίδευση:* Βασική ακαδημαϊκή εκπαίδευση, εκπαίδευση σε χρήση Η/Υ, μαθήματα Ελληνικών, κατάρτιση στην παραγωγή χειροποίητου κοσμήματος, συμβουλευτική σε θέματα εκπαίδευσης, επαγγελματικός προσανατολισμός.

Η συνέχεια της θεραπείας, μετά την αποφυλάκιση, εξασφαλίζεται στη Θεραπευτική Κοινότητα του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ στο Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης στην Αθήνα, με τελικό στόχο την κοινωνική επανένταξη.

Μέσα στο δύσκολο περιβάλλον της φυλακής, τα μέλη χτίζουν το καινούριο τους σπίτι με θεμέλια την αλληλεγγύη, το σεβασμό στη διαφορετικότητα, τις καθαρές και ειλικρινείς σχέσεις. Με όχημα την αυτογνωσία, τη συνέπεια και την ποιότητα σε κάθε δραστηριότητα της καθημερινότητας ,τα μέλη της κοινότητας μαθαίνουν να διαχειρίζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να νιώθουν δυνατά, αξιοπρεπή και υπεύθυνα για κάθε επιλογή τους (www.Kethea-endrasi.gr).

5.4 Ένταξη και δυσκολίες των γυναικών στη θεραπευτική διαδικασία

Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι οι εξαρτημένες γυναίκες δεν εντάσσονται εύκολα σε θεραπευτικά προγράμματα και ενδεχομένως οι αιτίες να είναι κοινωνικής προελεύσεως από ότι ατομικές στάσεις (Ευσταθίου, 2007).

Το ίδιο το κοινωνικό πλαίσιο θέτει εμπόδια και δημιουργεί αποκλεισμούς κυρίως λόγω του ότι αρκετές από αυτές τις γυναίκες εμπλέκονται πέραν των αυξημένων παραβατικών συμπεριφορών και με την πορνεία (International Narcotics Control Board (INCB), 2017. Romero-Daza, Weeks, & Singer, 2003. Woerner et al., 2016).

Ο κοινωνικός στιγματισμός που προσάπτεται σε αυτές σε συνεργασία με τις ενοχές που τους δημιουργούνται, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες στην απόφαση τους για θεραπεία, εξωθώντας τους παράλληλα στην άρνηση της αποδοχής του προβλήματος (Παπαθανασίου, 2009. Deitch & Ruiz, 2010).

Σύμφωνα με τον Ashley και τους συνεργάτες του (2003), αυτός ό στιγματισμός, οι ενοχές, το 'μαρκάρισμα', αποδεικνύονται σημαντικά εμπόδια αναζήτησης θεραπείας, κυρίως σε ευάλωτες ομάδες γυναικών όπως είναι οι ομοφυλόφιλες ή οι ιερόδουλες. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι γυναίκες αυτές μπορεί να ανήκουν σε μειονοτικές φυλετικές ομάδες του πληθυσμού (π.χ. τσιγγάνες, αλλοδαπές) και το γεγονός ότι πιθανά να έχουν βιώσει ρατσισμό στη ζωή τους τις κάνει να είναι δύσπιστες απέναντι στις προσφερόμενες υπηρεσίες των προγραμμάτων Απεξάρτησης υπονομεύοντας έτσι τη θεραπεία τους (Hser, Huang, Teruya, & Anglin, 2004).

Όσον αφορά δε περιπτώσεις εξαρτημένων μητέρων ενέχει και ο φόβος της απώλειας της επιμέλειας των παιδιών, παράγοντας που λειτουργεί αποτρεπτικά στην αναζήτηση θεραπείας. Ορισμένες βέβαια γυναίκες συχνά αιτούνται θεραπεία λόγω της επιβολής των

υπηρεσιών προστασίας του παιδιού, οι οποίες την θέτουν ως προϋπόθεση για τη διατήρηση ή ανάκτηση της επιμέλειας των παιδιών τους (Μισουρίδου, 2004. Χαραμή, 2004).

Επιπλέον, οι γυναίκες με συν-νοσηρότητα κατάχρησης ουσιών και ψυχιατρικών διαταραχών αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα εμπόδια στην αναζήτηση της θεραπεία τους, συναντώντας μεγαλύτερες δυσκολίες στην αξιολόγηση και διάγνωση της διαταραχής, φέροντας επιπροσθέτως και το κοινωνικό στίγμα που αφορά και τις δύο καταστάσεις (Ευσταθίου, 2007. INCD, 2017).

Μια σειρά από μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες παραμένουν στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης ουσιών λιγότερο από τους άντρες. Η ηλικία έναρξης, η ψυχιατρική βαρύτητα των συμπτωμάτων, η πηγή παραπομπής, το είδος της περίθαλψης, το γεγονός της προσέλευσης υπό την επήρεια ουσιών κατά την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα, αποτελούν μερικούς προγνωστικούς παράγοντες για την παραμονή και ολοκλήρωση της θεραπείας τους (Buccelli et al., 2016. Hser et al., 2004). Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με την παραμονή στη θεραπεία περιλαμβάνουν την ηλικία, τη φυλή/εθνικότητα, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, τη χρήση ναρκωτικών από τον σύντροφο, και το βαθμό σοβαρότητας της κατάχρησης ουσιών (Haller, Miles, & Dawson , 2002).

Όσον αφορά στην υποτροπή, ο Marlatt , όπως αναφέρει η Μάτσα (2007), όρισε την «υποτροπή» ως την κατάρρευση ή την αποτυχία της προσπάθειας του εξαρτημένου να αλλάξει ή να τροποποιήσει τη συμπεριφορά της εξάρτησης. Η υποτροπή επίσης είναι μια συνάρτηση πολλών παραγόντων ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και άλλων.

Ο Bradley και οι συνεργάτες του (όπως αναφέρεται στο Πουλόπουλος, 2009), θεωρούν ότι οι «καταστάσεις υψηλού κινδύνου» δημιουργούν όρους υποτροπής. Ως τέτοιες μπορούν να χαρακτηρισθούν: οι δυσκολίες εξασφάλισης μιας προσωπικής, ανεξάρτητης διαμονής, ο συγχρωτισμός με πρόσωπα που κάνουν χρήση ουσιών, σε χώρους όπου κυκλοφορούν ουσίες, η παρατεταμένη ανεργία, η εγκατάλειψη από σημαντικά πρόσωπα, οι θάνατοι, οι χωρισμοί, οι ψυχοτραυματικές εμπειρίες, η αδυναμία δημιουργίας κοινωνικών στηριγμάτων, ένας τρόπος ζωής που χαρακτηρίζεται από την απουσία στόχων που να εμπνέουν και να κινητοποιούν, δίνοντας ένα ουσιαστικό περιεχόμενο στη ζωή της απεξαρτημένης. Επίσης, οι Humphreys, et al. (2010), αναφέρουν ότι το μη διαγνωσμένο ιστορικό παιδικής κακοποίησης έχει ενοχοποιηθεί ως πιθανός παράγοντας πρόωρης διακοπής ή υποτροπής από θεραπευτικά προγράμματα, στην τοξικομανία.

Η διαδικασία της απεξάρτησης, ως διαδικασία κοινωνικής επανένταξης, ισοδυναμεί με μια διαρκή και δύσκολη πορεία από το ατομικό στο συλλογικό και αντίστροφα. Σε αυτή την πορεία είναι υπαρκτή η απειλή της υποτροπής. Ο κίνδυνος αυτός, μολονότι είναι

υπαρκτός, μπορεί να αντιμετωπιστεί και η υποτροπή να αποφευχθεί, να ξεπεραστεί, να γίνει κατασταλαγμένη εμπειρία και γνώση, εφαλτήριο μιας νέας αλλαγής, που αποδεικνύεται αναγκαία (Μάτσα, 2007).

5.5 Ο ρόλος του Ψυχολόγου ως μέλος της Θεραπευτικής Ομάδας

Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα άρχισε να απασχολεί την κοινωνία και την πολιτεία από τη μεταπολίτευση και μια πρώτη πρόταση για την αντιμετώπισή του αποτέλεσε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 η ίδρυση του θεραπευτικού προγράμματος ΙΘΑΚΗ. Το μοντέλο που υιοθετήθηκε απέφυγε την ιατροκεντρική θεώρηση και προσέγγιζε το πρόβλημα μέσω από την αναγνώριση και ανάδειξη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, προτείνοντας παράλληλα την ισότιμη συμμετοχή των διαφόρων ειδικοτήτων στη σύνθεση της διεπιστημονικής ομάδας.

Στις περιπτώσεις όπου ο Ψυχολόγος προσφέρει τις υπηρεσίες του σ' ένα πλαίσιο Απεξάρτησης ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας σύμφωνα με τη Μάτσα (2008), θα πρέπει πρώτιστα να έχει μια καλά συγκροτημένη προσωπικότητα και να κατέχει μια στάση ζωής που χαρακτηρίζεται από αρχές, αξίες, πνευματικότητα και μαχητικότητα. Να ενδιαφέρεται επίσης για την διαρκή εκπαίδευση του, να είναι αποφασιστικός, αντικειμενικός, να σέβεται τα δικαιώματα των εξαρτημένων, καθώς αυτός όπως και όλα τα μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, λειτουργούν παράλληλα και ως πρότυπα για τους θεραπευόμενους.

Η θεραπευτική σχέση που θα διαμορφώσει με την θεραπευόμενη ο Ψυχολόγος - Θεραπευτής, εφόσον στηρίζεται στις αρχές και τα όρια του πλαισίου μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι πρέπει να μυθοποιείται και να της προσδίδονται «μαγικές», κατά κάποιο τρόπο, δυνατότητες ούτε να εκτρέπεται προς άλλες, μη θεραπευτικές κατευθύνσεις. Πρέπει να αντιμετωπίζεται απλώς και μόνο σαν ένα σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο. Η σχέση αυτή οικοδομείται βήμα προς βήμα με σεβασμό στα πρόσωπα των θεραπευομένων (Μάτσα, 2008).

Μέσα από τη θεραπευτική σχέση η εξαρτημένη γίνεται ικανή να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία της. Μπορεί πια να σκέφτεται ανεξάρτητα, να επεξεργάζεται τη σκέψη της, να εκφέρει το δικό της λόγο, στην αρχή αποσπασματικά και στη συνέχεια πιο συγκροτημένα. Ο λόγος αυτός έχει συνέπειες τόσο στο λόγο του θεραπευτή όσο και στη θεραπευτική σχέση. Οι δύο λόγοι βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Όμως και αυτός ο διάλογος, μολονότι μπορεί να είναι ειλικρινής, είναι συχνά ελλιπής. Υπάρχουν πράγματα που δεν λέγονται και αυτά κυρίως καλούνται να αναζητήσουν ο ατομικός Ψυχοθεραπευτής, με σεβασμό στην απόφαση της εξαρτημένης να προσπαθήσει μ'

όλη τη δύναμη της ν' αλλάξει. Αυτή ακριβώς η απόφαση ζωής δεσμεύει ηθικά τον θεραπευτή, όχι μόνο ως προς το απόρρητο, που σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να παραβιάζεται, αλλά και ως προς τη δική του προσωπική στάση ζωής (Storti, 2010).

Ο Πουλόπουλος (2011), αναφέρει ότι η εξατομίκευση, η ενστάλαξη αισιοδοξίας, η ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή, η παραδοχή, η μη επικριτική στάση και η εχεμύθεια συγκαταλέγονται στις παραδοσιακές αξίες και αρχές του Ψυχολόγου-Θεραπευτή. Σημαντική θέση καταλαμβάνουν δε ο σεβασμός για τα μέλη του Προγράμματος, η γνησιότητα, η ενσυναίσθηση και η άνευ όρους, θετική αντιμετώπιση.

Τέλος, όπως πολύ ορθά υποστηρίζει ο Πουλόπουλος (2009), θεραπευτής για να είναι βοηθητικός θα πρέπει να διατηρεί την πίστη ότι η προσπάθεια δεν είναι ποτέ μάταιη και ότι δεν θα υπάρξει υποτροπή, επενδύοντας συνεχώς στην προσπάθεια για αλλαγή που καταβάλλει ο κάθε θεραπευόμενος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία προσπαθώντας να μελετήσει το φαινομένου της τοξικοεξάρτησης από το γυναικείο φύλο, το ζήτημα της σωματικής ή/και σωματικής κακοποίησης και τη συσχέτιση του ζητήματος αυτού με την μετέπειτα εμπλοκή τους με την κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών, εξέτασε πληθώρα σχετικών βιβλιογραφικών και ερευνητικών μελετών.

Αρχικά, περιγράφτηκαν ποικίλοι παράγοντες που πιθανά επιδρούν στην κατάχρηση ουσιών, όπως ένα χαμηλής φροντίδας οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον, δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, ιστορικό εξάρτησης στην οικογένεια, ενδοοικογενειακή βία, κακοποίηση στην παιδική ή και εφηβική ηλικία και άλλα τραυματικά γεγονότα ζωής.

Μέσα από την μελέτη φάνηκε ότι η ανεπάρκεια στην ποιότητα της γονικής μέριμνας και της ανατροφής των παιδιών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας γενικότερης αντικοινωνικής συμπεριφοράς του παιδιού και της εφήβου, η οποία με τη σειρά της αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την μετέπειτα χρήση και κατάχρηση. Επιπρόσθετα, η πολύ αυστηρή ή αντιφατική πειθαρχία, όπως και ο ψυχολογικός υπερέλεγχος του παιδιού μέσα από ενοχές που καλλιεργεί το οικογενειακό περιβάλλον, είναι επίσης παράγοντες που συναντώνται σε οικογένειες με προβλήματα χρήσης ουσιών. «*Τα χαμηλά επίπεδα γονικής φροντίδας και τα υψηλά επίπεδα γονικού ελέγχου φαίνεται ότι επηρεάζουν την ενήλικη λειτουργία με αρνητικό τρόπο, οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικών διαταραχών"* (Cosden & Cortez-Ison, 1999, σελ. 150*)*.

Τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των μελών αποτελούν τον κανόνα παρά την εξαίρεση σε αυτές τις οικογένειες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από προβληματικές σχέσεις και έλλειψη ορίων, που οδήγησαν σε εξασθένηση της συνοχής των οικογενειακών δεσμών. Η διάσταση της συνοχής, ως ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό τόσο στην προσλαμβανόμενη όσο και στην ιδανική λειτουργία της οικογένειας για την τοξικομανή, έρχεται σε σύγκρουση με το μύθο που την θέλει να αδιαφορεί για τους οικογενειακούς δεσμούς. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Olivenstein στην κλινική του εμπειρία με τους τοξικομανείς *«μείναμε έκπληκτοι από την σημασία που δίνει ο τοξικομανής στους δεσμούς με την οικογένεια».* Παράλληλα όσο διατηρεί την εξάρτησή της η τοξικομανής γυναίκα συγκρούεται με τον μύθο της 'αρμονικής λειτουργίας' στην οικογένειά της. Ο οικογενειακός μύθος εκφράζει μοιρασμένες, μεταξύ των μελών μιας οικογένειας,

συμφωνίες που πρέπει να γίνουν δεκτές εκ των προτέρων, παρά τις εμφανείς παραποιήσεις τους και συμβάλλει σημαντικά στους ομοιοστατικούς μηχανισμούς της οικογενειακής ζωής.

Συναισθηματικά οι οικογένειες των εξαρτημένων γυναικών θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως 'νεκρές οικογένειες', εφόσον στο εσωτερικό τους η συναισθηματική ατμόσφαιρα είναι βαριά, χωρίς παλμό και χωρίς χαρά.

Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια μιας θεραπευόμενης (Θεραπευτικό Πρόγραμμα 'ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ')

> *«Ουσιαστικά ζούσα σε μια νεκρή οικογένεια, σε ένα σπίτι χωρίς ζωή, χωρίς φωνές, νεκρικό με πολύ φόβο… Καταπιεζόμουν πολύ στην αρχή. Μετά άρχισα να το βλέπω σαν θέατρο. Τους έβλεπα όλους σαν ηθοποιούς και εγώ έβλεπα μια ταινία …»*

Στην παρούσα εργασία έγινε σαφές ότι η παιδική κακοποίηση ενσωματώνεται συχνά σε ένα παθογόνο οικογενειακό περιβάλλον και η γενική οικογενειακή δυσλειτουργία είναι αυτή που σχετίζεται με τη δυσλειτουργία του ενήλικα. Επίσης, η κανονική παιδική ανάπτυξη των αισθηματικών δεσμών με τα άτομα που παρέχουν φροντίδα, η θετική εικόνα του εαυτού, ο σωστός αυτοέλεγχος και οι κατάλληλες κοινωνικές σχέσεις διαταράσσονται όταν εμφανίζεται η κακοποίηση, οδηγώντας σε συνεχιζόμενες ενοχλήσεις στην προσωπικότητα, τη διάθεση και τη ρύθμιση της συμπεριφοράς. Ειδικότερα, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση οδηγεί στη χρόνια χρήση της ψυχοδιάσπασης ως μηχανισμό αντιμετώπισης και τα συχνά επεισόδια ψυχοδιάσπασης που αυτή προκαλεί οδηγούν σε προβλήματα στην κοινωνική και νοητική λειτουργία.

Μέσα από την μελέτη φάνηκε ότι η κακοποίηση μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ). Οι γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ενδέχεται να βιώσουν ένα ευρύ φάσμα από ανεξέλεγκτα και απρόβλεπτα τραυματικά γεγονότα, που προκαλεί βραχυπρόθεσμες επιδράσεις, όπως φόβο και άγχος, αίσθηση έλλειψης προστασίας και μειωμένη ικανότητα εκμάθησης αποτελεσματικών μηχανισμών αντιμετώπισης. Οι καθυστερημένες επιδράσεις του τραύματος περιλαμβάνουν συχνά προβλήματα διάθεσης και άγχους, συναισθηματική αποστασιοποίηση και αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και χρήση άλλων ουσιών.

Σχετικές έρευνες στην παρούσα εργασία, έδειξαν ότι, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών από τις γυναίκες, μπορεί να αντιπροσωπεύει προσπάθειες μείωσης των αρνητικών ψυχολογικών καταστάσεων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και τα αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, προσπάθειες αποφυγής ή νέκρωσης αναμνήσεων και αισθημάτων που προέκυψαν από την σεξουαλική κακοποίηση. Χαρακτηριστικά ο Cohen (2000) αναφέρει: «*Μια σχέση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και*

*μεταγενέστερων προβλημάτων κατάχρησης ουσιών είναι πιθανό να εμφανιστεί, επειδή τα ναρκωτικά και το αλκοόλ χρησιμοποιούνται για να σβηστούν οι οδυνηρές αναμνήσεις που αφορούν την κακοποίηση και επανεμφανίζονται κατά περιόδους στο άτομο» (*σελ. 35).

Φορώντας λοιπόν τη 'μάσκα' της εξαρτητικής συμπεριφοράς, όπως χαρακτηριστικά σημειώνει η Μάτσα (2007), τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από αυτό το σημείο και να εμφανιστούν είναι παρόμοια με το φαινόμενο ντόμινο: Φυγή από το σπίτι, παραβατικότητα, πορνεία, χαοτική σεξουαλική ζωή, σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη, την από κοινού χρήση συριγγών με αποτέλεσμα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα για τις γυναίκες, καθώς επίσης προβλήματα υγείας, σωματικής και ψυχικής. Αυτή η κατάσταση όπως είναι φυσικό τροφοδοτεί και αναπαράγει το φαύλο κύκλο της βίας.

Η στάση αυτή των εξαρτημένων γυναικών συχνά αποτελεί και μια μορφή άμυνας απέναντι στη σκληρότητα της κοινωνίας που βιώνουν στην καθημερινότητα τους. Οι τοξικομανείς γυναίκες είναι διπλά στιγματισμένες - ως γυναίκες με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και ως εξαρτημένες γυναίκες - και έτσι διπλά καταπιεσμένες, διπλά αποκλεισμένες. Το κοινωνικό σύνολο συχνά τις αποστρέφεται, τις θεωρεί «μίασμα», φορέα καταστροφής κοινωνικών αξιών και παραδόσεων, μικροαστικών συμβάσεων και ηθικολογικών αρχών και πηγή κοινωνικών δεινών και αυτοί αποτελούν σημαντικούς λόγους που εμποδίζουν το αίτημα ένταξής τους σε Προγράμματα. Γιατί σε εποχές βαθιάς κοινωνικής κρίσης σαν τη σημερινή, που κινητοποιείται αυτόματα ο μηχανισμός δημιουργίας εξιλαστήριων θυμάτων μετατρέποντάς τους, σε αιτία του κοινωνικού κακού, τους δίνει το ρόλο αποδιοπομπαίου τράγου. (Μάτσα, 2007).

Όσο αφορά το ζήτημα της συσχέτισης ιστορικού σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης των γυναικών και την μετέπειτα εμπλοκής τους στη χρήση ουσιών, καθώς αυτό αποτελεί και έναν από τους κύριους στόχους διερεύνησης της παρούσας εργασίας, αναμφισβήτητα η σχέση μεταξύ της σωματικής/σεξουαλικής κακοποίησης και της κατάχρησης ουσιών είναι πολυδιάστατη και σύνθετη. Υπάρχει δηλαδή πληθώρα παραγόντων που πιθανά εμπλέκονται, όπως το οικογενειακό ιστορικό χρήσης, η ενδοοικογενειακή βία ή άλλα τραυματικά γεγονότα ζωής, γεγονός που δυσχεραίνει την εξαγωγή ξεκάθαρων συμπερασμάτων αυτής της αιτιολογικής σχέσης. Παρόλα αυτά η παρούσα εργασία αναδεικνύει την επίδραση που είχαν οι παρελθοντικές κακοποιητικές εμπειρίες των γυναικών στην μετέπειτα εμπλοκή τους με την χρήση ουσιών, χωρίς βέβαια αυτό να αναιρεί το γεγονός και άλλων μεταβλητών στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που προκύπτει από την παρούσα μελέτη και πρέπει να ληφθεί υπόψη, είναι ότι οι γυναίκες που υποφέρουν από το διπλό βάρος της κατάχρησης

ουσιών και του ιστορικού κακοποίησης, αντιμετωπίζουν σύνθετες προκλήσεις με τις συμβατικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τελευταία εμφανίζονται όλο και περισσότερα κλινικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι πολλές γυναίκες βιώνουν δυσκολίες στο να παραμείνουν νηφάλιες και τελικά παρουσιάζουν υποτροπή, όταν τα ζητήματα βίας και σεξουαλικής κακοποίησης δεν επιλύνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μια παράλληλη αντιμετώπιση των δύο αυτών προβλημάτων μπορεί να αποτελέσει θεραπευτικό στόχο και δεδομένης της πολυπλοκότητας της αιτιολογίας της τοξικοεξάρτησης, είναι προφανής η αναγκαιότητα μιας πολυπαραγοντικής θεραπευτικής προσέγγισης στα Προγράμματα Θεραπείας.

Έχοντας επιχειρηθεί να διερευνηθεί ένα τόσο ευαίσθητο θέμα, μπορεί να διακριθεί η πολυπλοκότητα του θέματος και η αναγκαιότητα μιας ολιστικής παρέμβασης είναι επιτακτική, ώστε να προσεγγίσουμε τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν ζητήματα κακοποίησης και εξαρτήσεων.

Αναγκαία κρίνεται η ενεργοποίηση συντονισμένων κινήσεων δράσης σε πανελλαδικό επίπεδο, τόσο για την ευαισθητοποίηση και κατανόηση του φαινομένου όσο και για την πρόληψη εκδήλωσης της ενδο-οικογενειακής βίας. Η σημασία της πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί επένδυση για την παιδική προστασία. Είναι υψίστης σημασίας ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης. Αντικείμενο των παρεμβάσεων θα μπορούσε να αποτελέσει η υποστήριξη των γονέων στο γονεϊκό τους ρόλο, η ευαισθητοποίηση των πολιτών και η συμμετοχή των εκπαιδευτικών για ένα σχολείο που θα προάγει τα δικαιώματα του παιδιού.

Επίσης, η Θεμελή (2009), τονίζει την ανάγκη εκπαίδευσης επαγγελματιών τόσο σε θέματα διάγνωσης και θεραπείας, όσο και χρήσης μοντέλων και εξειδικευμένων εργαλείων αποκάλυψης της κακοποίησης.

Ένας ακόμη άξονας που χρειάζεται βελτίωση και τροποποίηση σύμφωνα και με τις υποδείξεις της Διεθνούς Αμνηστίας είναι τα κενά που παρουσιάζει ο νόμος που αφορά την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας , όπου παραλείπει να ορίσει τη βία ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας και να την αναγνωρίσει ως μορφή βίας κατά των γυναικών. Δεν γίνεται αναφορά επίσης, στην ανάγκη ύπαρξης θεσμών προστασίας των θυμάτων και την εκπαίδευση του αστυνομικού και δικαστικού προσωπικού για τα θέματα που προκύπτουν λόγω ενδοοικογενειακής βίας.

Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα βέβαια, σημειώνει πολύ συχνά τις επιπτώσεις, τόσο της βίας και της κακοποίησης όσο και την σημασία της παραμέλησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που προέρχεται μέσα από αυτή. Θα πρέπει λοιπόν αρχικά να αναπτυχθεί η

συνείδηση, ότι τα παιδιά αποτελούν το μέλλον των κοινωνιών, κάθε είδους, και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να διασφαλίζονται, αφού χωρίς αυτά απειλείται άμεσα η επιβίωση αλλά και η περαιτέρω ομαλή τους ανάπτυξη. Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θα πρέπει να είναι η πιο υψηλή επιδίωξη του ανθρώπου.

Συνοψίζοντας, οι μελλοντικές έρευνες κρίνεται σκόπιμο να εστιάσουν στη συλλογή και την ανάλυση χρονικών δεδομένων που θα συντελέσουν στο να αποσαφηνιστεί κατά πρώτον, σε ποιο βαθμό τα ζητήματα δυσλειτουργικού πρώιμου οικογενειακού περιβάλλοντος, που σχετίζονται συχνά με την κακοποίηση, μπορούν να βοηθήσουν να εξηγηθεί η μεταγενέστερη χρήση ουσιών και άλλα μεταγενέστερα προβλήματα των θυμάτων οικογενειακής βίας και κατά δεύτερον, σε ποιο βαθμό η κατάθλιψη, το άγχος, η σεξουαλική δυσλειτουργία, ή άλλες εμπειρίες μπορεί να μεσολαβούν των επιδράσεων της οικογενειακής βίας στην μεταγενέστερη χρήση ουσιών από τις γυναίκες. Αν η κακοποίηση καθιστά τις γυναίκες πιο επιρρεπείς στην κατάχρηση ουσιών, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να έχει σημαντικές επιδράσεις στην θεραπεία και την πρόληψη των προβλημάτων της τοξικοεξάρτησης στις γυναίκες. Ο έγκαιρος εντοπισμός των κακοποιημένων κοριτσιών και νεαρών γυναικών, η αυξημένη έρευνα για αποτελεσματικά μοντέλα παρέμβασης για αυτές τις ομάδες και η αξιολόγηση τους, θα μπορούσαν να βοηθήσουν να μειωθεί ο κίνδυνος χρήσης ουσιών και εμφάνισης άλλων αντίξοων συνεπειών στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

Τέλος, η επέκταση των ερευνών σε προστατευτικούς παράγοντες και παράγοντες προσαρμοστικότητας μπορεί να καταδείξει για ποιους λόγους ορισμένα θύματα πρώιμης σωματικής ή / και σεξουαλικής κακοποίησης δεν στρέφονται στη χρήση ουσιών για να αντιμετωπίσουν αυτές τις πιθανώς καταστρεπτικές εμπειρίες της παιδικής τους ηλικίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε., & Γεωργούδη, Ν. (2009). Σεξουαλική παραβίαση. Στο: Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριανάκη (επιμ.), *Βία στην οικογένεια, Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική.* (σελ. 117-138-138). Αθήνα: ΚΨΜ.

Αντωνίου, Α., Ντάλλα, Μ, Μάτσα, Κ. (2012). Αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την εφηβεία & χρήση ουσιών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *117,* 82-91.

Ashley O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *29*(1), 19-53.

Back S. E., Sonne, S. C., Killeen, T., Dansky, B. S., & Brady, K. T. (2003). Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *29*(1), 169-189.

Bear, Z., Griffiths, R., & Pearson, B. (2000). Childhood sexual abuse and substance use. *London, The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour.*

Bergeret, J. (1999). *Προσωπικότητα και τοξικοεξάρτηση*. (μετ. Βερβερίδη, Α.). Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Briere, J., & Scott, C. (2007). Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. *Eating Disorders*, *15*(4), 347-358.

Briere, J., Runtz, M., Eadie, E., Bigras, N., & Godbout, N. (2017). Disengaged parenting: structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. *Child Abuse & Neglect*, *67*, 260-270.

Bryant, J., & Treloar, C. (2007). The gendered context of initiation to injecting drug use: evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review*, *26*(3), 287-293.

Buccelli, C., Della Casa, E., Paternoster, M., Niola, M., & Pieri, M. (2016). Gender differences in drug abuse in the forensic toxicological approach. *Forensic science international*, *265*, 89-95.

Carvalho, V., Pinsky, I., De Souza, E., Silva, R., & Carlini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high- school students. *Addiction, 90,* 65-72.

Γεώργακας, Π. (2003). Εξαρτημένοι γονείς και παιδιά. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 82,* 18-82.

Chatzifotiou, S., & Dobash, R. (2001). Seeking Informal Support Marital Violence Against Women in Greece. *Violence Against Women*, *7*(9), 1024-1050.

Γιωτάκος, Ο., & Τσιλιάκου, Μ. (2008). *Ο κύκλος της κακοποίησης*. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Chen, X., Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., & Hoyt, D. R. (2004). Early sexual abuse, street adversity, and drug use among female homeless and runaway adolescents in the Midwest. *Journal of drug issues*, *34*(1), 1-21.

Chermack, S. T., Murray, R. L., Walton, M. A., Booth, B. A., Wryobeck, J., & Blow, F. C. (2008). Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug and alcohol dependence*, *98*(1), 35-44.

Cohen, M. (2000) *Counseling addicted women: A practical guide*. London: Sage.

Colbert, T. (2005). *Ενοχές χωρίς αιτία, Οι Εμπλοκές, οι Συνέπειες & η Διαδικασία Απαλλαγής*. Αθήνα: Θυμάρι.

Cosden, M., & Cortez-Ison, E. (1999). Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*(2), 149-155.

Cosden, M., and Cortez-Ison, E. (1999). Sexual Abuse, Parental Bonding, Social Support, and Program Retention for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*(2), 149-155.

Cross, D., Crow, T., Powers, A., & Bradley, B. (2015). Childhood trauma, PTSD, and problematic alcohol and substance use in low-income, African-American men and women. *Child abuse & neglect*, *44*, 26-35.

Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Clifford, C., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, *34*(4), 235-243.

Daigneault, I., Vézina-Gagnon, P., Bourgeois, C., Esposito, T., & Hébert, M. (2017). Physical and mental health of children with substantiated sexual abuse: gender comparisons from a matched-control cohort study. *Child Abuse & Neglect*, *66*, 155-165.

Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., ... & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry research*, *229* (3), 743-749.

David, D., & Ruiz, A. (2010). Θέματα ανάπτυξης και συνέπειες του τραύματος. Στο D. Deitch & A. Τσιμπουκλή (επιμ.), *Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Γνώσεις, δεξιότητες, στάση στην επαγγελματική πρακτική. Τεύχος ΙΙΙ: Απόψεις ειδικών.*

(85-87). Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.

Δημητρίου, Σ. (2003). *Μορφές Βίας.* Αθήνα: Σαββάλας.

Douglas, H., & Walsh, T. (2010). Mothers, domestic violence and child protection. *Violence Against Women*, *16* (5), 489-508.

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*, *28*(5), 430-438.

Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M. M., & Starr, R. H. (2002). Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, *109*(6), 1100-1107.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), (2011). *Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα.* Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ.

Ευσταθίου, Μ. (2007). *Ένα δικό σου δωμάτιο. Το ειδικό πρόγραμμα γυναικών του 18 Άνω.* Εισήγηση στο εκπαιδευτικό διήμερο του 18 ΑΝΩ με θέμα:Προγράμματα απεξάρτησης στο ΕΣΥ. *Η εμπειρία του Τομέα Γυναικών του 18 ΑΝΩ*, 26-27 Ιανουαρίου.

Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental psychology*, *38*(1), 79.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, *31*, 479-502.

Freeman, R.C., Collier, K., & Parillo, K.M. (2002). Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk for illicit drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 28* (1), 109-131.

Friedman, A.S. (1998). Substance use/abuse as predictor to illegal and violent behavior. A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior, 3*(4): 339-355.

Ζαφειροπούλου, Μ., Κλεφταράς, Γ. (2009). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία Του Παιδιού.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζώτου, Σ., & Κοπακάκη, Μ. (2005). Χρήση ουσιών στην εφηβεία: Παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό: μια διαχρονική μελέτη στον πληθυσμό των εφήβων χρηστών που προσέγγισαν τη ΣΤΡΟΦΗ κατά το 2001-2004. *Εξαρτήσεις, 8,* 23-40.

Gallimberti, L., Buja, A., Chindamo, S., Lion, C., Terraneo, A., Marini, E., ... & Baldo, V. (2015). Prevalence of substance use and abuse in late childhood and early adolescence: What are the implications?. *Preventive medicine reports*, *2*, 862-867.

Galvani, S. (2006). Safety first? The impact of domestic abuse on women's treatment experience. *Journal of Substance use*, *11* (6),395-407.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Villaveces, A., Daranciang, E., Dunn, C. W., & Ries, R. R. (2000). Alcohol problems in women admitted to a level I trauma center: a gender-based comparison. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *48*(1), 108.

Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., and Anglin, M.D. (1996). Sexual abuse, physical abuse, and Posttraumatic Stress Disorder among women participating in outpatient drug abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 28*(1), 95-102.

Giovazolias, T., & Themeli, O. (2014). Social learning conceptualization for substance abuse: Implications for therapeutic interventions. *The European Journal of Counselling Psychology*, *3*(1), 69-88.

Guth, A.A., and Pachter, H.L. (2000) Domestic violence and the trauma surgeon. *The American Journal of Surgery, 179*(2), 134-140.

Haller, D. L., Miles, D. R., & Dawson, K. S. (2002). Psychopathology influences treatment retention among drug-dependent women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *23*(4), 431-436.

Harris, M. (1996). Treating sexual abuse trauma with dually diagnosed women. *Community Mental Health Journal*, *32*(4), 371-385.

Haseltine, F. P. (2000). Gender differences in addiction and recovery. *Journal of women's health & gender-based medicine*, *9*(6), 579-583.

Hiebert-Murphy, D., & Woytkiw, L. (2000). A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: The Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*(4), 387-394.

Hornor, G. (2014). Child neglect: Assessment and intervention. *Journal of Pediatric Health Care*, *28*(2), 186-192.

Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. M. (2004). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services*, *55*(7), 767-774.

Humphreys, J., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). Differences in depression, posttraumatic stress disorder, and lifetime trauma exposure in formerly abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. *Journal of interpersonal violence*, *25*(12), 2316-2338.

Θεμελή, Ο. (2006). Το παιδί-θύμα ως μάρτυρας σεξουαλικής κακοποίησης: η ακροαματική διαδικασία και ο κίνδυνος δευτερογενούς θυματοποίησης. Στο Γ. Γιωτάκος & Β.

Πρεκατέ (Επιμ.), *Σεξουαλική Κακοποίηση. Μυστικό; Όχι πια* (σελ. 205-226). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Θεμελή, Ο. (2009). Γιατί τα παιδιά δεν αποκαλύπτουν τη σεξουαλική τους κακοποίηση; Μια απόπειρα κατανόησης της διαδικασίας αποκάλυψης. Στο: Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριανάκη (επιμ.), *Βία στην οικογένεια, Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*. (σελ. 203-222). Αθήνα: ΚΨΜ.

Θεμελή, Ο. (2014). *Τα παιδία καταθέτει. Η δικανική εξέταση ανηλίκων μαρτύρων, θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης*. Αθήνα: Τόπος.

International Narcotics Control Board, (INCB). (2017). *The Report of the International Narcotics Control Board for 2017*. United Nations Publications.

Καλαρρύτης, Γ. (2009). Προστατευτικοί και επιβαρυντικοί οικογενειακοί παράγοντες στην κατάχρηση ουσιών. Στο D. Deitch & A. Τσιμπουκλή (επιμ.), *Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Γνώσεις, δεξιότητες, στάση στην επαγγελματική πρακτική* (58-71). Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.

Kandall, S. R. (2010). Women and drug addiction: a historical perspective. *Journal of addictive diseases*, *29*(2), 117-126.

Kandel, D. B. (2003). Does marijuana use cause the use of other drugs?. *Jama*, *289* (4), 482-483.

Kelley, E. L., & Gidycz, C. A. (2015). Differential relationships between childhood and adolescent sexual victimization and cognitive–affective sexual appraisals. *Psychology of Violence*, *5*(2), 144.

Κερασιώτη, Α., Μπιζά, Σ., Πολυχρονοπούλου, Γ., Σφήκα, Δ. (2012) Μητρότητα στην εξάρτηση: ευκαιρία για αλλαγή ή καταδίκη/βάρος; *Τετράδια Ψυχιατρικής, 118*, 34-38.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(4), 692.

Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E., and Best, C.L (1997). A 2- year Longitudinal Analysis of the Relationships Between Violent Assault and Substance Use in Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 834-847.

Krahé, B., & Berger, A. (2017). Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *63*, 261-272.

Κουτσελίνης, Α. (2004). *Τοξικολογία*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Krantz, G., Van Phuong, T., Larsson, V., Thuan, N. T. B., & Ringsberg, K. C. (2005). Intimate partner violence: forms, consequences and preparedness to act as perceived by healthcare staff and district and community leaders in a rural district in northern Vietnam. *Public Health*, *119*(11), 1048-1055.

Lacelle, C., Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2012). Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, *36*(3), 247-259.

Langevin, R., Hébert, M., & Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child abuse & neglect*, *46*, 16-26.

Leithner, K., Assem-Hilger, E., Naderer, A., Umek, W., & Springer-Kremser, M. (2009). Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological–psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *144*(2), 168-172.

Λιάππας, Γ.Α. (2007). Αυτοκτονική συμπεριφορά και ουσιοεξάρτηση, *Εξαρτήσεις*, *11,* 43-62.

Λιάππας, Γ. Α. (1997). *Ναρκωτικά. Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση.* Αθήνα: Πατάκη.

Λιάππας Γ. Α., & Πομίνι Β. (2004). *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα.* Αθήνα : *ΙΤΑCA.*

Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C., & Samet, J. H. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *22*(3), 121-128.

Lindsay, A. R., Warren, C. S., Velasquez, S. C., & Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The Healthy Steps to Freedom program. *Journal of Substance Aabuse Treatment*, *43*(1), 61-69.

Lundqvist, T. (2005). Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *81*(2), 319-330.

Μαδιανός, Μ. Γ. (2006). *Κλινική Ψυχιατρική.* Αθήνα: Καστανιώτη.

Margolin, G., Vickerman, K. A., Oliver, P. H., & Gordis, E. B. (2010). Violence exposure in multiple interpersonal domains: Cumulative and differential effects. *Journal of Adolescent Health*, *47*(2), 198-205.

Marshall, B. D., Galea, S., Wood, E., & Kerr, T. (2013). Longitudinal associations between types of childhood trauma and suicidal behavior among substance users: a cohort study. *American Journal of Ppublic Health*, *103*(9), e69-e75.

Μαρσέλος, Μ. (2005). *Εξαρτησιογόνες ουσίες: Φαρμακολογία, Τοξικολογία, Ιστορία, Κοινωνιολογία.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Martin, S. L., Beaumont, J. L., & Kupper, L. L. (2003). Substance use before and during pregnancy: Links to intimate partner violence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29*, 599-617.

Μάτσα, Κ. (2001). Γυναίκα τοξικομανής, χειραφέτηση και κοινωνική επανένταξη. *Τετράδια Ψυχιατρικής, 76,* 18-28.

Μάτσα Κ. (2003). Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *82,* 8-15.

Μάτσα, Κ. (2006). *Η περίπτωση Ευρυδίκη. Κλινική της τοξικομανίας.* Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα, Κ. (2007). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές.* Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση - Το "παράδειγμα" του 18 Άνω.* Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα Κ. & Σφηκάκη Μ. (2008). Η εξαρτημένη γυναίκα: Μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα προβλήματα ή μήπως ένα παραμελημένο πρόβλημα που αναζητά τη λύση του;. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *101,* 154-159.

Medrano, M.A., Hatch, J.P., Zule. W.A., & Desmond, D.P. (2002). Psychological distress in childhood trauma survivors who abuse drugs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *28*(1), 1-13.

Μενούτης, Β. & Κρητικού, Ρ. (1990). Τοξικοεξάρτηση – Προσωπικότητα - Περιβάλλον. Στο Μπενάς, Π. (επιμ.), *Ναρκωτικά: Κοινωνικά Αίτια- Πρόληψη- Θεραπεία-Σύγχρονη Εποχή* (σελ. 122-160), Αθήνα : Εθνικό Συμβούλιο Κατά των Ναρκωτικών.

Miller, B. A., & Mancuso, R. F. (2004). Connecting childhood victimization to later alcohol/drug problems: Implications for prevention. *The Journal of Primary Prevention*, *25*(2), 149-169.

Μισουρίδου, Ε., (2004). Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *82,* 52-59.

Moe, A. M. (2006). Women, drugs and crime. *Criminal Justice Studie,19* (4),337-352.

Μπούρας, Γ.,& Λαζαράτου, Ε.(2012). Η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων. *Ψυχιατρική, 23,* 39-48.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2015). Sex and Gender Differences in Substance Use.

Νικολαΐδης, Γ. (2009). Μορφές και χαρακτηριστικά της βίας κατά των παιδιών: Θεωρητικοί μετασχηματισμοί και σύγχρονα δεδομένα. Στο: Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριανάκη (επιμ.), *Βία στην οικογένεια, Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική.* (σελ. 21-93). Αθήνα: ΚΨΜ.

Νικολάου, Κ. (2001). Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών: Μια ομάδα με διαφορετικές ανάγκες που δεν καλύπτονται από το υπάρχον σύστημα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, *76,* 4-7.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, *9*(11), e1001349.

O'Dougherty Wright, M., Fopma-Loy, J. & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 1173-1193.

Olievenstein C. (1982). *Η ζωή του Τοξικομανή*. Αθήνα: Παλλάδα.

Παπαγεωργίου Ε. Γ. (2004). *Εξαρτήσεις στη ζωή μας.* Αθήνα: Παρισιάνου.

Παπαδάτος, Γ. (2010). *Ναρκωτικά και εφηβεία.* Αθήνα: Gutenberg.

Παπαθανασίου, Μ. (2009). *Γυναίκες και ουσιοεξάρτηση: προσεγγίζοντας το λόγο τους μέσα από την ανάλυση λόγου.* Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

ΠΟΥ. (1993). *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς* Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Πουλόπουλος, Χ. (2005). *Εξαρτήσεις :Οι θεραπευτικές κοινότητες.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πουλόπουλος, Χ. (2009). Κατάχρηση ουσιών και σεξουαλική κακοποίηση. Στο D. Deitch & Α. Τσιμπουκλή (επιμ.), *Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Γνώσεις, δεξιότητες, στάση στην επαγγελματική πρακτική* (53-57). Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.

Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις. Οι κοινότητες της αλλαγής.* Αθήνα: Τόπος.

Πρεκατέ, Β., & Γιωτάκος, Ο. (2005). *Οδηγός Εκπαιδευτικών & Γονέων για την Ανίχνευση της Παιδικής Κακοποίησης*. Αθήνα: Βήτα, Ιατρικές Εκδόσεις.

Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, *128*(2), 330-366.

Rogers, P., & Davies, M. (2007). Perceptions of victims and perpetrators in a depicted child sexual abuse case: Gender and age factors. *Journal of Interpersonal Violence*, *22*(5), 566-584.

Romero-Daza, N., Weeks, M., & Singer, M (2003). 'Nobody gives a damn if i live or die': violence, drugs and street-level prostitution in inner-city. *Hartford, Connecticut. Medical Anthropology, 22,* 233–259.

Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *24*(7), 951-964.

Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A., & Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Irefrea.

Stocco, P., Simonelli, A., Capra, N., & De Palo, F. (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: New perspectives. In *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*. InTech.

Stoker, A., & Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 25*, 293-297.

Storti, S. (2010). Η σιωπή των γυναικών: το αποτέλεσμα της αποκάλυψης κατά την παροχή φροντίδας. Στο D. Deitch & A. Τσιμπουκλή (επιμ.), *Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης: Γνώσεις, δεξιότητες, στάση στην επαγγελματική πρακτική. Τεύχος ΙΙΙ: Απόψεις ειδικών.* (30-35). Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.

Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims*, *16*(1), 65-78.

Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, *55*(3), 209-224.

Σφηκάκη, Μ. (2001). Σεξουαλική Κακοποίηση: Η σχέση της με την Τοξικομανία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 76, 8-12.

Thakkar, R.R., Gutierrez, P.M., Kuczen, C.L., and McCanne, T.R. (2000). History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. *Child Abuse & Neglect, 24*(10), 1345-1354.

Thatcher, D. L., & Clark, D. B. (2008). Adolescents at risk for substance use disorders. *Alcohol Health & Research World*, *31*(2), 168-180.

Tonmyr, L., & Shields, M. (2017). Childhood sexual abuse and substance abuse: a gender paradox?. *Child Abuse & Neglect*, *63*, 284-294.

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, *62*(1), 13-27.

Tuten, M., & Jones, H. E. (2003). A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug and alcohol dependence*, *70*(3), 327-330.

Tyler, K. A., & Johnson, K. A. (2006). Trading sex: Voluntary or coerced? The experiences of homeless youth. *Journal of Sex Research*, *43*(3), 208-216.

Tyler, K. A., Hoyt, D. R., Whitbeck, L. B., & Cauce, A. M. (2001). The impact of childhood sexual abuse on later sexual victimization among runaway youth. *Journal of Research on Adolescence*, *11*(2), 151-176.

Velasquez, M. M., & Stotts, A. L. A. (2003). Substance abuse and dependence disorders in women. *Handbook of counseling women. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc*.

Velez, M. L., Montoya, I. D., Jansson, L. M., Walters, V., Svikis, D., Jones, H. E., ... & Campbell, J. (2006). Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *Journal of substance abuse treatment*, *30*(1), 31-38.

Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and alcohol review*, *24*(2), 93-109.

Vigna-Taglianti, F. D., Burroni, P., Mathis, F., Versino, E., Beccaria, F., Rotelli, M., ... & Bargagli, A. M. (2016). Gender Differences in Heroin Addiction and Treatment: Results from the VEdeTTE Cohort. *Substance use & misuse*, *51*(3), 295-309.

Walker E. L., (1989). Η *κακοποιημένη γυναίκα. (*μτφ Ανθούλιας, Τ). Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Weiner, M. D., Sussman, S., Sun, P., & Dent, C. (2005). Explaining the link between violence perpetration, victimization and drug use. *Addictive behaviors*, *30*(6), 1261-1266.

Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. *Journal of studies on alcohol*, *58*(3), 264-271.

Woerner, J., Kopetz, C., Lechner, W. V., & Lejuez, C. (2016). History of abuse and risky sex among substance users: the role of rejection sensitivity and the need to belong. *Addictive behaviors*, *62*, 73-78.

World Health Organization(WHO) (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention.* Geneva, 29-31 March. Document WHO/HSC/PVI/99.1

World Health Organization (WHO) & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006*). Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence.* World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Geneva.

Φωστέρη, Μ. (2004). Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας. Στο Ι.Α. Λιάππας & Β. Πομίνι (εκδ.), *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα Θέματα* (σελ. 199- 208) . Αθήνα: ΙΤΑCA.

Χαραμή, Χ. (2004). Γνωριμία με τις εξαρτημένες μητέρες, δυσκολίες- ανάγκες-συναισθήματα. *Τετράδια ψυχιατρικής*, *88*, 69-76.

Χατζηφωτίου, Σ. (2005*). Ενδοοικογενειακή βία γυναικών και παιδιών προκλήσεις-διαπιστώσεις για τη Κοινωνική Εργασία.* Αθήνα: Τζίολα.

Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(6), 410-421.

Young, A., Boyd, C. & Hubbell, A. (2000). Prostitution, drug use, and coping with psychological distress. *Journal of Drug Issues*, *30,* 789–800.

Οι ρίζες βέβαια δεν φαίνονται όμως το

ξέρεις σ' αυτές κρατιέται το δένδρο.

Γ. Ρίτσος