

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ»**

Μπότα Ειρήνη

Μέλη τριμελούς:

Κλεφτάρας Γ.: Καθηγητής Π.Τ.Ε.Α. Π.Θ. (επιβλέπων)

Βαβουγιός Δ.: Καθηγητής Π.Τ.Ε.Α. Π.Θ.

Βλάχου Α.: Καθηγήτρια Π.Τ.Ε.Α. Π.Θ.

Συντονιστής: Πλατρίτης Κ.: Διδάκτωρ Κλινικής Ψυχολογίας και Ειδικός
Επιστημονικός Συνεργάτης του Π.Θ.

Βόλος, Οκτώβριος 2018

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΕΡΙ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Η Μπότα Ειρήνη, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Το βίωμα των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές, που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία, όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή / και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση παράνομων ουσιών αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο πλήττει όλες τις ηλικίες και ιδιαίτερα την εφηβική. Σημαντική είναι η απεξάρτηση των εφήβων από τη χρήση παράνομων ουσιών αλλά και η συνολική βοήθεια της οικογένειας στην αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης. Όπως μαρτυρούν οι ίδιοι οι γονείς, μιλώντας για το βίωμά τους στην οικογενειακή θεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί μια αποτελεσματική θεραπεία για την απεξάρτηση εφήβων. Αυτή, λοιπόν, η μαρτυρία αποτέλεσε και το αντικείμενο μελέτης της έρευνας. Η οικογενειακή θεραπεία αποδείχθηκε ως ωφέλιμη για τον έφηβο χρήστη και τους γονείς του μέσα από μία διαδικασία δομημένων συνεντεύξεων, η οποία ερεύνησε το βίωμα 20 συμμετεχόντων. Τα στοιχεία, τα οποία συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση. Η ανάλυση αφορούσε στα εξής θέματα: 1) στάση των γονέων απέναντι στη χρήση ουσιών, 2) στάση των γονέων απέναντι στην επιλογή της θεραπείας, 3) στάση των γονέων για το ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού, 4) δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γονείς κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας, 5) αλλαγές στην οικογένεια ως αποτέλεσμα της οικογενειακής θεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι, αρχικά, δεν απασχολεί τους γονείς το πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών κι εκδηλώνουν ένα φόβο στιγματισμού, τον οποίο κάποιιο ξεπερνούν, όταν πληροφορηθούν για το πρόβλημα της χρήσης του παιδιού τους. Οι γονείς θεωρούν σημαντική τη συμμετοχή τους στη θεραπεία ωστόσο, δυσκολεύονται, αρχικά, να ενταχθούν στο θεραπευτικό πλαίσιο. Στη συνέχεια, όμως, εξοικειώνονται με τις θεραπευτικές διαδικασίες. Εκτιμούν ως θετικές τις αλλαγές που προκύπτουν από την οικογενειακή θεραπεία, που λαμβάνουν για τους ίδιους αλλά και το παιδί τους.

Λέξεις κλειδιά: χρήση ουσιών, εφηβεία, οικογενειακή θεραπεία, βίωμα

ABSTRACT

The use of illicit substances is a social phenomenon that affects people of all ages and especially adolescence. The detoxification of adolescents from the use of illicit drugs is significant. Moreover, the overall help of the family in addressing the problem of use is important too. As parents themselves testify, speaking about their experiences in family therapy, family therapy is an effective remedy for teenage detoxification. This evidence was also the subject of this research. Family therapy proved to be beneficial for the teenage user of illicit substances and his parents through a structured interview process that explored the experience of 20 participants. The data coded and analyzed with use of the Interpretative Phenomenological Analysis. The analysis had as criteria the following issues: 1) parents' attitudes towards substance use; 2) parents' attitudes towards the choice of treatment; 3) parents' attitudes to the role of the family in the treatment of the child; 4) difficulties faced by parents during family therapy, 5) changes inside the family as a result of family therapy. The results of the research have shown that, initially, parents are not concerned with the problem of addictive substances and feel a fear of stigma. However, some people overcome the fear of stigma, when they are informed about the problem of their own child's drug abuse. Parents consider their involvement in the treatment to be important; however, initially they find it difficult to join the therapeutic setting. However subsequently, they adapt on the procedure and feel intimacy. They consider the changes from family therapy as positive for themselves but also for their child.

Key words: substance abuse, adolescence, family therapy, experience

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα πιο φλέγοντα κοινωνικά ζητήματα των τελευταίων ετών αποτελεί η χρήση παράνομων ουσιών στην εφηβική ηλικία. Φαίνεται πως είναι ένα φαινόμενο με ποικίλες αιτίες κι επιδράσεις, που αφορούν κυρίως στο άτομο και την οικογένειά του. Η σύγχρονη έρευνα εστιάζει στο εν λόγω θέμα και πιο συγκεκριμένα στη θεραπεία της εξάρτησης. Ως αποτελεσματικό μοντέλο θεωρείται η Οικογενειακή Θεραπεία, όπου γονείς και παιδιά συμμετέχουν στη θεραπεία, επιδιώκοντας να επιλύσουν οικογενειακά θέματα και δυσλειτουργικά μοτίβα επικοινωνίας, τα οποία, εν τέλει, προκάλεσαν τη χρήση. Η οικογενειακή θεραπεία μελετά την οικογένεια ως σύνολο και στοχεύει στη θεραπεία σε όλα τα μέλη της. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τη γνώμη των γονέων γύρω από την οικογενειακή θεραπεία. Μπορεί, τελικά, η οικογενειακή θεραπεία να ωφελήσει τους γονείς του εφήβου χρήστη αλλά και τον ίδιο το χρήστη; Εξετάζουμε το ερώτημα αυτό μέσα από την υποκειμενική ματιά και το βίωμα των γονέων, που αποδέχονται να συμμετάσχουν σε οικογενειακή θεραπεία στο πλαίσιο της απεξάρτησης του παιδιού τους.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία ποιοτική μελέτη του βιώματος της συμμετοχής μελών της οικογένειας εφήβων χρηστών σε παρεμβάσεις οικογενειακής θεραπείας. Πρώτο κριτήριο επιλογής αποτέλεσε ο βαθμός συγγένειας με το παιδί. Έπρεπε, δηλαδή, να είναι γονείς του εφήβου και όχι συγγενείς άλλου βαθμού. Δεύτερο κριτήριο αποτέλεσε η δέσμευση και από τις δύο πλευρές με θεραπευτικό συμβόλαιο σε πρόγραμμα οικογενειακής θεραπείας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 20 γονείς, οι οποίοι συμμετείχαν στην οικογενειακή θεραπεία με το παιδί τους, το οποίο ήταν έφηβος χρήστης. Ως μέθοδος συλλογής των δεδομένων επιλέχθηκε η δομημένη συνέντευξη. Πραγματοποιήθηκαν 20 συνεντεύξεις, οι οποίες μαγνητοφωνήθηκαν με την άδεια των συμμετεχόντων και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν. Τα δεδομένα, τα οποία συλλέχτηκαν αναλύθηκαν με την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση. Πρόκειται για την παρουσίαση της προσωπικής εμπειρίας και την ερμηνεία της από την ερευνήτρια. Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε πέντε βασικά θέματα, τα οποία συνοψίζουν την εμπειρία των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία.

Τα πέντε θέματα, τα οποία μελετήθηκαν έχουν να κάνουν με διάφορες οπτικές του βιώματος της οικογενειακής θεραπείας. Αρχικά, οι γονείς μίλησαν για την πρώτη τους επαφή με τη χρήση και τη στάση, που διατηρούσαν απέναντί της, πριν μάθουν για αυτή και πώς αυτή διαμορφώθηκε μετά την είδηση της χρήσης του παιδιού τους. Έπειτα, το δεύτερο θέμα αφορά στη διάθεση θεραπείας της εξάρτησης και την επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος. Το τρίτο θέμα είχε να κάνει με την αίσθηση που έχουν για την παρουσία τους στη θεραπεία. Με άλλα λόγια, οι γονείς συζητούν το πόσο σημαντική ή όχι θεωρούν την από κοινού συμμετοχή στη θεραπεία και τη συλλογική προσπάθεια στην απεξάρτηση. Το τέταρτο θέμα αφορά στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι γονείς κατά τη συμμετοχή τους στην οικογενειακή θεραπεία και στο πώς αυτές απαλείφθηκαν και μετατράπηκαν σε οικειότητα και διάθεση μοιράσματος. Το πέμπτο θέμα είχε να κάνει με τις αλλαγές, τις οποίες προκάλεσε η οικογενειακή θεραπεία.

Οι γονείς μέσα από τις απαντήσεις, που έδωσαν στα ερωτήματα της συνέντευξης, ενισχύουν τη θέση ότι η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην επίλυση οικογενειακών προβλημάτων και την

προσπάθεια για απεξάρτηση. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία που υποστηρίζει την αξία της οικογενειακής θεραπείας για την αντιμετώπιση της εφηβικής εξάρτησης από παράνομες ουσίες. Η καταγραφή της εμπειρίας των γονέων, εφόσον διατυπώνεται με ειλικρίνεια κι εφόσον παραμένει ανεπηρέαστη από τις οποιοσδήποτε θεωρητικές θέσεις, που συνήθως υιοθετούν οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας, ανάλογα με την προσέγγιση που υποστηρίζουν, αποτελεί χρήσιμο υλικό. Το υλικό αυτό ενδέχεται να συμβάλλει στο σχηματισμό μιας αντικειμενικότερης εικόνας για την αξία της οικογενειακής θεραπείας στον τομέα της απεξάρτησης, βοηθώντας έτσι στην άρση σχετικών με το θέμα προκαταλήψεων και την εγγύτητα με την επιλογή της.

*Ευχαριστώ θερμά
το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΠΙΛΟΤΟΣ
για την ευκαιρία και την άδεια που μου έδωσε
και τους αγαπημένους μου ανθρώπους
για την αμέριστη συμπαράσταση.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1
1. Θεωρητικό μέρος.....	4
1.1 Χρήση παράνομων ουσιών κι εφηβεία.....	4
1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες της χρήσης παράνομων ουσιών.....	8
1.3 Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην οικογένεια.....	10
1.3.1 Η οικογένεια υπό το πρίσμα της συστημικής προσέγγισης.....	10
1.3.2 Οικογένεια - Όρια – Χρήση.....	14
1.4 Η οικογένεια στη θεραπεία.....	17
1.5 Η Οικογενειακή Θεραπεία (Family Therapy).....	19
1.6 Μοντέλα της Οικογενειακής Θεραπείας.....	22
2. Μεθοδολογία.....	27
2.1 Σκεπτικό και σκοπός της μελέτης.....	27
2.2 Το πλαίσιο στο οποίο διεξήχθη η έρευνα.....	28
2.3 Δείγμα.....	30
2.3.1 Χαρακτηριστικά δείγματος.....	30
2.3.2 Φάση θεραπείας συμμετεχόντων.....	32
2.4 Διαδικασία.....	32
2.5 Εργαλεία.....	34
2.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	35
2.6.1 Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση.....	35
2.6.2 Κωδικοποίηση δεδομένων.....	37
3. Αποτελέσματα.....	39
4. Συζήτηση.....	59
5. Προτάσεις.....	69
Βιβλιογραφία.....	74

Παράρτημα Α.....	81
Παράρτημα Β.....	84
Παράρτημα Γ.....	85

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Choate (2015) η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση παράνομων ουσιών επηρεάζει την ικανότητα της οικογένειας να λειτουργήσει. Ακόμη, τονίζει πως μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας έχει ως αντικείμενο ενδιαφέροντος τα ενήλικα μέλη της οικογένειας, τα οποία κάνουν χρήση ουσιών. Ωστόσο, υπάρχει μικρό εύρος ερευνών που αναφέρεται στον τρόπο που επιδρά η χρήση του παιδιού στην οικογένεια. Επίσης, δεν έχει δοθεί η κατάλληλη προσοχή στην εμπειρία των γονέων των παιδιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης (Choate, 2015). Λίγες μόνο έρευνες επικεντρώθηκαν στο βίωμα και τις στάσεις απέναντι στη θεραπεία των γονέων εφήβων χρηστών (Laboy-Garcia, Cruz-Bermudez & Sosa-Arrufat, 2016). Τέλος, παρότι η έρευνα γύρω από την οικογενειακή θεραπεία είναι εκτενής, εντούτοις είναι περιορισμένη η μελέτη γύρω από την εμπειρία της οικογένειας μέσα στην οικογενειακή θεραπεία (Hartnett, Carr, Hamilton, & Sexton, 2017).

Η χρήση παράνομων ουσιών αποτελεί ένα πρόβλημα, το οποίο αφορά ανθρώπους όλων των ηλικιών (Usher, Jackson & O'Brien, 2005). Η έρευνα των Usher, Jackson και O'Brien (2005) θεωρεί πως από όλες αυτές τις ηλικίες πιο ευαίσθητη κι ευάλωτη φαίνεται να είναι η εφηβική, καθώς τα παιδιά στην ηλικία αυτή έχουν ιδιαίτερες αναπτυξιακές ανάγκες. Η δυσκολία της ηλικίας αυτής γίνεται εντονότερη, όταν τα παιδιά αρχίζουν τη χρήση παράνομων ουσιών. Τα προβλήματα, τα οποία επιφέρει η χρήση, σχετίζονται με διάφορους τομείς της ζωής του εφήβου. Αναλυτικότερα, τα προβλήματα αυτά αφορούν στην υγεία των εφήβων, το σχολικό τους περιβάλλον και τη λειτουργικότητά τους μέσα σε αυτό, το νομικό σύστημα και φυσικά τις σχέσεις στο ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον (Usher, Jackson & O'Brien, 2005).

Η χρήση παράνομων ουσιών του εφήβου, δημιουργεί αναταραχή κι επηρεάζει σημαντικά την ίδια την οικογένεια (Stanton & Todd, 1982). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Stanton και Todd (1982) οι οικογένειες χρηστών, έχουν έξι κοινά χαρακτηριστικά. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι ότι η οικογένεια, αντιμετωπίζει τη χρήση ως μία υπερδύναμη στην οποία κανείς δεν μπορεί να αντιταχθεί. Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι ότι η οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει τη χρήση,

συνολικά, ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή και η απεξάρτηση. Το τρίτο χαρακτηριστικό αφορά στο παιδί, το οποίο θεωρείται από την οικογένειά του ως έκπτωτο. Το τέταρτο χαρακτηριστικό έχει να κάνει με την τάση της οικογένειας να κατηγορεί για την κατάστασή του παιδιού ανθρώπους του ευρύτερου περιγυρου. Το πέμπτο χαρακτηριστικό αφορά στη διάθεση υπερπροστασίας του παιδιού από την οικογένεια, η οποία αντιμετωπίζει το παιδί ως ανίκανο. Έκτο και τελευταίο χαρακτηριστικό είναι ότι η χρήση ουσιών θεωρείται ως το επίκεντρο των προβλημάτων της ευρύτερης οικογένειας (Stanton & Todd, 1982).

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, η οικογένεια επηρεάζεται άμεσα από τη χρήση του έφηβου παιδιού της. Για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τους Usher, Jackson και O'Brien (2005), συχνά, γίνεται αναφορά στο ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία και την απεξάρτηση του παιδιού, όπως επίσης και στα θεραπευτικά μοντέλα, τα οποία έχουν ως επίκεντρο ενδιαφέροντος την οικογένεια ως σύνολο. Άλλωστε και οι ίδιοι οι γονείς αντιμετωπίζουν κάποιου είδους κρίση και χρειάζονται βοήθεια, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη χρήση του παιδιού (Usher, Jackson & O'Brien, 2005).

Φαίνεται, λοιπόν, πως η χρήση του εφήβου αποτελεί ένα μείζον ζήτημα, το οποίο επηρεάζει κι επηρεάζεται από την οικογένεια. Καθώς η έκταση του φαινομένου της χρήσης παράνομων ουσιών είναι ευρέως διαδεδομένη στον ελληνικό χώρο (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017) και στο διεθνή χώρο (Tiko, Dhawan, Pattanayak, & Chopra, 2013), είναι σημαντικό να ερευνηθεί η πολυπαραγοντικότητα και η αιτιολογία της χρήσης, ο ρόλος της οικογένειας σε αυτή, όπως, επίσης και οι επιλογές θεραπείας, οι οποίες εμπλέκουν την οικογένεια ως σύνολο. Εδώ, ακριβώς, βρίσκεται και η ουσία της παρούσας έρευνας, το πώς τελικά οι ίδιοι οι γονείς, όντες γονείς εφήβων χρηστών, βιώνουν την οικογενειακή θεραπεία.

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να ερευνήσει το βίωμα των γονέων. Επιχειρείται να αναδειχθεί η στάση των γονέων απέναντι στη χρήση του έφηβου παιδιού τους, η οπτική τους απέναντι στη θεραπεία και την αναγκαιότητα αυτής, η πορεία στην οικογενειακή θεραπεία και τέλος το πώς συνολικά αξιολογούν την οικογενειακή θεραπεία. Με τον τρόπο αυτό, θα φανεί το περιεχόμενο της οικογενειακής θεραπείας με την αυθόρμητη μαρτυρία των γονέων και θα ερμηνευτεί με την υποκειμενική ματιά της ερευνήτριας. Είναι, λοιπόν, η οικογενειακή θεραπεία ωφέλιμη για τους γονείς και τον έφηβο χρήστη;

Η παρούσα έρευνα ξεκινά με το θεωρητικό μέρος, όπου γίνεται αναφορά στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την εφηβεία, τονίζεται η έκταση του φαινομένου, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής, όπως και οι λόγοι, οι οποίοι την καθιστούν ευαίσθητη στη χρήση. Ακολουθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες της χρήσης και τα ευρήματα, τα οποία τονίζουν το ρόλο της οικογένειας στην έναρξη της χρήσης και τη διατήρησή της. Σειρά έχει η αναφορά στην οικογένεια. Παρατίθενται θεωρίες κι ευρήματα σχετικά με τη συστημική προσέγγιση και το ρόλο των ορίων στην οικογένεια. Εδώ, τονίζεται η σημασία της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία. Ακολουθεί η αναφορά στην ίδια την οικογενειακή θεραπεία, το περιεχόμενό της, τη λειτουργία και τη σημασία της στην απεξάρτηση του εφήβου. Σειρά έχει η αναφορά σε κάποια θεραπευτικά μοντέλα οικογενειακής θεραπείας.

Ακολουθεί το κεφάλαιο της μεθοδολογίας που ξεκινά με τα ερωτήματα και τον σκοπό της έρευνας. Έπειτα, δίνονται πληροφορίες για το θεραπευτικό πλαίσιο και στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο δείγμα και τα χαρακτηριστικά του. Στη συνέχεια, αναφέρεται η διαδικασία της διεξαγωγής της έρευνας και παρουσιάζεται το εργαλείο της συνέντευξης, η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων και ο τρόπος κωδικοποίησής τους. Ακολουθούν τα αποτελέσματα, όπου παρουσιάζονται αυτούσια αποσπάσματα των συνεντεύξεων, τα οποία ερμηνεύονται από την ερευνήτρια. Ακολουθεί το κεφάλαιο της συζήτησης, όπου γίνεται μία συμπερίληψη των ευρημάτων της έρευνας, τα οποία παρουσιάζονται, σχολιάζονται κριτικά κι ερμηνεύονται με βάση την έως τώρα βιβλιογραφία. Στο κεφάλαιο αυτό, συζητούνται και οι αδυναμίες της έρευνας. Τέλος, η παρουσίαση κλείνει με το κεφάλαιο των προτάσεων, όπου παρουσιάζονται ιδέες προς μελλοντική έρευνα, οι οποίες προέκυψαν από όλο το υλικό της συγκεκριμένης μελέτης.

1. Θεωρητικό μέρος

1.1 Χρήση παράνομων ουσιών και εφηβεία

Η ανθρώπινη ανάπτυξη περνά από ένα ιδιαίτερο και σημαντικό στάδιο, αυτό της εφηβείας. Σύμφωνα με μία οπτική της θεωρίας της προσκόλλησης, η εφηβεία αποτελεί μία μεταβατική περίοδο (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Küstner, 2007). Πρόκειται για μία περίοδο πειραματισμού, εξερεύνησης, σχηματισμού ταυτότητας, ρίσκου, επικίνδυνης συμπεριφοράς κι επιθυμίας για ανεξαρτησία (Agarwal, Nischal, Agarwal, Verma, & Dhanasekaran, 2013). Επίσης, στο στάδιο αυτό οι έφηβοι έρχονται αντιμέτωποι με διαφόρων ειδών προκλήσεις. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Agarwal και συνεργάτες (2013), στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι έφηβοι είναι από νωρίς εκτεθειμένοι σε διαφόρων ειδών πιέσεις, όπως είναι ο ανταγωνισμός στο εκπαιδευτικό και εργασιακό επίπεδο, η αλλαγή των ρόλων στην οικογένεια και την κοινωνία και η αλλαγή της ταυτότητας σε σωματικό, πνευματικό και συναισθηματικό επίπεδο.

Σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο, υπάρχει και η έντονη ενεργοποίηση του παιδιού, ώστε να διαπραγματευτεί και να πραγματοποιήσει μια νέα ισορροπία με τους γονείς όσον αφορά στην αυτονομία και το βαθμό της εγγύτητας με αυτούς (Schindler et al., 2007). Μέσα σε όλον αυτό τον αγώνα διεκδίκησης και διαπραγμάτευσης ελλοχεύουν πολλοί κίνδυνοι για το ίδιο το παιδί αλλά και την οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, όσο πιο νωρίς το παιδί εκτίθεται σε επικίνδυνους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, τόσο πιο επικίνδυνο είναι να παρουσιάσει εγκληματική συμπεριφορά, προβλήματα στο σχολείο, τις διαπροσωπικές σχέσεις και να εμπλακεί με τη χρήση ουσιών (Stouthamer – Lober, Loeber, Wei, Farrington, & Wikstrom, 2002). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, υπάρχουν και οικογενειακοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της ευαισθησίας, ώστε οι έφηβοι να πειραματιστούν με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Diaz, Secades-Villa, Perez, Fernandez-Hermida, Garcia-Rodriguez, & Crespo, 2006).

Φαίνεται, λοιπόν, πως η χρήση και η εξάρτηση από παράνομες ουσίες αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο πλήττει τις εφηβικές ηλικίες (Demirci,

Erdoğan, Yalçın, Yıldızhan, Koyuncu, Eseroğlu, Önder, & Evren, 2015). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα (Agarwal et al., 2013), το 63,6% των ανθρώπων, που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών, έχει αρχίσει τη χρήση στην ηλικία των δεκαπέντε ετών ή και νωρίτερα. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της σχετικής έρευνας των Demirci και συνεργατών (2015). Στόχος της έρευνας αυτής ήταν να αξιολογήσει τα κοινωνικά – δημογραφικά στοιχεία και τα μοντέλα κατάχρησης ναρκωτικών των παιδιών και των νέων, που ζητούν θεραπεία στην Τουρκία και συγκεκριμένα στην Κωνσταντινούπολη. Η έρευνα αυτή, εξετάζοντας 1969 παιδιά 11- 20 ετών, βρήκε τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες στις ερευνούμενες ηλικίες. Αναλυτικότερα, η χρήση της κάνναβης ανέρχεται στο 60,1%, ακολουθούν οι διαλύτες και οι εισπνεόμενες ουσίες με ποσοστό χρήσης 38,3% και τέλος σειρά έχει η έκσταση με ποσοστό 33,4%. Μέσος όρος ηλικίας έναρξης της χρήσης είναι τα 13 χρόνια και το ποσοστό της χρήσης πολλών ουσιών μαζί (πολυχρήση) ανέρχεται στο 60,2%.

Όσον αφορά στα Ελληνικά δεδομένα, σύμφωνα με τον Απολογισμό Έργου για το 2016 του ΚΕ.Θ.Ε.Α, ο οποίος διενεργείται κάθε χρόνο, τα στοιχεία έχουν ως εξής: ως μέση ηλικία έναρξης χρήσης παράνομων ουσιών ορίζονται τα 16,1 χρόνια με κύρια ουσία την κάνναβη. Μάλιστα, η συστηματική χρήση κάνναβης φτάνει το 30,2% και της ηρωίνης το 53,5%. Τέλος, ως ηλικία έναρξης της κύριας ουσίας χρήσης είναι τα 19,3 έτη. Στον απολογισμό τονίζεται, ιδιαίτερα, η χρήση της κάνναβης, με την οποία 8 στους 10 ενήλικες ξεκίνησαν τη χρήση τους για το 2016. Για το ίδιο έτος το 90% των εφήβων ξεκίνησε τη χρήση παράνομων ουσιών με την κάνναβη (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017). Μάλιστα, η κάνναβη είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ουσία και η κύρια ουσία έναρξης της χρήσης σε παγκόσμια κλίμακα (United Nations Office on Drugs and Crime, 2006).

Σε μια γενικότερη κλίμακα, η Εθνική Επιτροπή για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Παιδιών στην Ινδία σημειώνει πως οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι ο καπνός και το αλκοόλ και ακολουθούν οι εισπνεόμενες ουσίες και η κάνναβη. Η μέση ηλικία εφόρμησης της χρήσης είναι τα 12,3 έτη για τον καπνό, τα 12,4 έτη για τις εισπνεόμενες ουσίες, τα 13,4 έτη για την κάνναβη και τα 13,6 έτη για το αλκοόλ. Σε λίγο μεγαλύτερες ηλικίες (14,3 – 14,9 έτη) υφίσταται κλιμάκωση της χρήσης ουσιών, όπως είναι το όπιο, τα φαρμακευτικά

οπιοειδή και η ηρωίνη. Έπειτα, ακολουθεί η ενέσιμη χρήση στα 15,1 χρόνια (Tiko et al, 2013).

Ένα κοινωνικό πρόβλημα, όπως είναι η χρήση ουσιών σε μια τόσο κρίσιμη ηλικία, όπως είναι αυτή της εφηβείας, δεν μπορεί παρά να μην έχει κι επιπτώσεις σε ποικίλους τομείς. Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν στην εκπαίδευση, την υγεία αλλά και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις (Jackson & Mannix, 2003). Επίσης, ερευνητικά δεδομένα έδειξαν μια σειρά συνεπειών, οι οποίες έχουν να κάνουν με δυσκολίες στη μνήμη, την προσοχή, τη γλωσσική μάθηση και την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών (Volkow, Barel, Compton, & Weiss. 2014). Ακόμη, σύμφωνα με τους Miller, Levy, Spicer και Taylor, (2006) η χρήση μπορεί να επιφέρει δυσκολία στην εργασία και στην ανάληψη ρόλων της ενήλικης ζωής, γενικότερα. Τέλος, οι Bryan, Schmiede και Magnan, (2012) αναφέρουν ως επιπτώσεις της χρήσης στην εφηβεία την ελλιπή ακαδημαϊκή επίδοση και την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, χωρίς προστασία της προσωπικής υγείας.

Επίσης, ένας έφηβος σε χρήση μπορεί να παρουσιάσει κατάθλιψη, διαταραχές στη συμπεριφορά και μπορεί να εμφανίσει γνωστικές δυσλειτουργίες (Clark, Kirisci & Tarter, 1998). Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, η έκταση των επιπτώσεων δε σταματά μόνο στην υγεία και τη λειτουργικότητα του εφήβου, αλλά επεκτείνεται και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο και ιδίως στο οικογενειακό σύστημα, συνολικά. Όπως τονίζουν και οι Usher, Jackson και O'Brien (2005), τα προβλήματα, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο έφηβος, εμπίπτουν στην οικογένεια γενικότερα και στους γονείς ειδικότερα.

Η χρήση μπορεί να πλήξει μια οποιαδήποτε οικογένεια, ανεξάρτητα από παράγοντες, όπως είναι το οικονομικό και το κοινωνικό επίπεδο (Engman-Bredvik, Suarez, Levi, & Nilsson, 2016). Οι επιπτώσεις της χρήσης στο πλαίσιο της οικογένειας επηρεάζουν τη λειτουργία στο σύνολό της και πιο συγκεκριμένα τις σχέσεις και την επικοινωνία (Jackson & Mannix, 2003). Πιο συγκεκριμένα, οι Jackson & Mannix (2011) αναφέρουν πως, αρχικά, η χρήση ναρκωτικών είναι μία δραστηριότητα που στιγματίζει το άτομο και για αυτόν, ακριβώς, το λόγο, η οικογένεια είναι πιθανό να κρίνεται από τον περίγυρο για τη χρήση του παιδιού ή λόγω της αντικοινωνικής του συμπεριφοράς. Λόγω αυτού του πειστικού κλίματος, που δημιουργείται με την είδηση της χρήσης του παιδιού, η οικογένεια ενδέχεται να αισθάνεται τόσο άβολα,

ώστε να μη συζητά καν το θέμα (Jackson & Mannix, 2003) και να βιώνει κοινωνική αποδοκιμασία (Lloyd, 2013. Palamar, Kiang & Halkitis, 2012).

Μάλιστα, οι περισσότεροι γονείς μιλούν για το στίγμα, που επιφέρει η χρήση ουσιών σε ένα γενικότερο και θεωρητικό πλαίσιο (Choate, 2015). Ωστόσο, σύμφωνα με την έρευνα των Jackson, Usher και O'Brien (2006-7), πέραν του στίγματος, σημειώνονται 5 σημαντικά θέματα που δημιουργούνται στην οικογένεια λόγω της χρήσης του παιδιού.

Πρώτο σημαντικό θέμα είναι η απώλεια εμπιστοσύνης, όπως επίσης και το αίσθημα προδοσίας. Αναλυτικότερα, οι γονείς δυσκολεύονται από τις αλλαγές συμπεριφοράς που παρουσιάζει το παιδί τους λόγω της χρήσης και παράλληλα τους είναι δύσκολο να αποδεχτούν ότι το παιδί τους πρόδωσε, κάνοντας χρήση. Πρόκειται για συναισθήματα που έχουν να κάνουν με την απουσία ειλικρίνειας και με την αθέτηση των υποσχέσεων.

Το δεύτερο θέμα είναι η πιθανή κακοποίηση, οι απειλές και η βία. Με άλλα λόγια, το παιδί, αρχίζοντας, τη χρήση ξεφεύγει από το (ενδεχόμενο) κλίμα θαλπωρής, στοργής και αγάπης και υιοθετεί μια πιο αποκομμένη και σκληρή συμπεριφορά. Αυτή έχει να κάνει με λεκτική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση.

Το τρίτο ζήτημα που δημιουργείται με τη χρήση του εφήβου, αφορά στα αρνητικά συναισθήματα των αδερφών. Τα αδέρφια, βιώνοντας τη δυσκολία της κατάστασης και βλέποντας τον αδερφό τους / την αδερφή τους να είναι χρήστης ουσιών αισθάνονται θυμό και διατηρούν αρνητική στάση. Εδώ να σημειωθεί πως η συγκεκριμένη δυσφορία δυσκολεύει πολύ τους γονείς ως προς τη στάση την οποία θα πρέπει να υιοθετήσουν. Δημιουργείται ένα ηθικό δίλλημα ανάμεσα στο αν θα πρέπει να παρέχουν βοήθεια στο παιδί – χρήστη ή στο αν θα πρέπει να συνεχίσουν να παρέχουν ασφάλεια και καλή ποιότητα ζωής στα άλλα αδέρφια

Το τέταρτο ζήτημα, που υφίσταται, είναι το αίσθημα της ντροπής. Όλη αυτή η διαδικασία δημιουργεί σε ολόκληρη τη οικογένεια συναισθήματα ντροπής για το παιδί, που είναι στη χρήση. Η οικογενειακή γαλήνη διαταράσσεται κι επικρατεί αίσθημα ταπείνωσης, καθώς υπάρχει η πεποίθηση ότι το παιδί εγκληματεί, κάνοντας χρήση. Για αυτόν, ακριβώς, το λόγο η οικογένεια πολλές φορές είτε ηθελημένα και

συνειδητά απομονώνεται, είτε την περιθωριοποιούν οι οικογένειες, οι οποίες δεν αντιμετωπίζουν θέμα χρήσης ουσιών του έφηβου παιδιού τους.

Το πέμπτο και τελευταίο θέμα αφορά στο αίσθημα αυτοκατηγορίας κι ενοχής των γονέων. Οι γονείς του χρήστη ενοχοποιούν τον εαυτό τους για την κατάληξη του παιδιού. Πρόκειται για μία πεποίθηση την οποία δημιουργούν για τον εαυτό τους, αλλά εισπράττουν και ως ανατροφοδότηση από τον ευρύτερο περίγυρο (Jackson et al., 2006-7).

1.2 Αιτιολογικοί παράγοντες της χρήσης παράνομων ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο με ποικίλη αιτιολογία. Η χρήση ναρκωτικών στην εφηβεία είναι ένα ετερογενές πρόβλημα, του οποίου οι αιτίες είναι, σύμφωνα με την έρευνα, βιολογικές, γενετικές, περιβαλλοντικές, ψυχολογικές και κοινωνικές (Taplin, Saddichha, Li, & Krausz, 2014). Επιπρόσθετα, δε λείπει και η αναφορά στους γενετικούς και μη γενετικούς παράγοντες, όπως είναι η παραμέληση και η κακοποίηση (Μάτσα, 2001). Ακόμη, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως είναι η σεξουαλική (και μη) βία, η χρήση ουσιών από ομότιμους και ο επακόλουθος μιμητισμός μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο (Becker & Grillo, 2007).

Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά πολλών ερευνών στο ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στην εξάρτηση. Παράγοντες, όπως είναι ο αλκοολισμός των γονέων, τα υψηλά επίπεδα σύγκρουσης των ίδιων και η ασυνεπής γονική πειθαρχία μπορούν λειτουργήσουν ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη χρήση ουσιών των εφήβων (NIDA, 2010). Ακόμη σύμφωνα με τους Myles και Willner (1999) δεν είναι λιγότερο σημαντικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η οικογενειακή διάσπαση, η διαταραγμένη επικοινωνία αλλά και η χρήση ναρκωτικών από τους γονείς. Οι Demirci και συνεργάτες (2015), μάλιστα, αναφέρουν ως παράγοντα επικινδυνότητας για τη χρήση του εφήβου τη χρήση ναρκωτικών του ίδιου του γονέα, καθώς λειτουργεί ως πρότυπο και μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά του παιδιού.

Σημαντική είναι η αναφορά των Taplin, Saddichha, Li και Krausz (2014), οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση μεταξύ χρήσης στην εφηβεία και του ιστορικού χρήσης αλκοόλ και παράνομων ουσιών στην οικογένεια. Μίλησαν για το παιδικό τραύμα και το ρόλο που αυτό διαδραματίζει στη μετέπειτα πορεία του παιδιού. Η έρευνα είχε ως

αντικείμενό της χρόνιους χρήστες οπιοειδών, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια, που αφορούσαν στο παιδικό τραύμα και το δείκτη σοβαρότητας εθισμού. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν υψηλή συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ και της κατάχρησης παράνομων ουσιών της μητέρας με τη σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση και τη σωματική αμέλεια του παιδιού. Παράλληλα, αναδείχθηκε υψηλή συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ και της κατάχρησης παράνομων ουσιών του πατέρα με τη σωματική κακοποίηση του παιδιού. Συνοπτικά, η έρευνα αναφέρει ότι το ιστορικό χρήσης της οικογένειας είναι σε μεγάλο βαθμό συνδεδεμένο με το παιδικό τραύμα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε πρόωμη έναρξη χρήσης ναρκωτικών του παιδιού.

Αντίστοιχη αναφορά είναι αυτή του Schaefer (2011), ο οποίος μελέτησε νυν φιλοξενούμενους και πρώην φιλοξενούμενους κέντρου αποκατάστασης αλκοόλ και ναρκωτικών στη Νέα Ζηλανδία. Τα αποτελέσματα της έρευνας υπέδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων βίωσε οδυνηρή και τραυματική παιδική ηλικία από την οικογένεια προέλευσης. Το βίωμα αυτό συνέβαλλε στη μετέπειτα εξαρτητική συμπεριφορά των συμμετεχόντων κι επηρέασε και τη δική τους νέα οικογένεια. Όλοι οι συμμετέχοντες και οι οικογένειές τους υπέφεραν από πολλών ειδών αναταραχές, όπως είναι η απώλεια της επιμέλειας των παιδιών, η ανεργία, η οικογενειακή διάσπαση, η σωματική και ψυχολογική κακοποίηση, η κατάθλιψη και η κακή υγεία.

Πιο συγκεκριμένα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχε βιώσει σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και παραμέληση από τους γονείς κατά την παιδική ηλικία. Επρόκειτο για υβριστικές και δύσκολες σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις εξακολουθούν να υφίστανται και στην ενήλικη ζωή. Πολλοί συμμετέχοντες, μάλιστα ανέφεραν ότι εγκαταλείφθηκαν από τους γονείς τους και δεν τους ξαναείδαν ποτέ. Τρόπος άμυνας και αντιμετώπισης όλης αυτής της κατάστασης ήταν η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, προκειμένου να «αποδράσουν» από αυτή την πραγματικότητα της βίας. Σημαντικό είναι ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αναφέρει ιστορικό χρήσης στην οικογένεια και θεωρεί πως η χρήση των γονέων έχει συμβάλλει και στη δική τους εξαρτητική συμπεριφορά.

Μάλιστα, αναφέρουν το βίωμα του παιδικού τραύματος και της χρήσης των γονέων ως τόσο έντονο, ώστε να ισχυρίζονται πως και οι ίδιοι έχουν δημιουργήσει οικογένειες με παρόμοια προβλήματα με την οικογένεια προέλευσής τους. Πιο

συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν ότι μετέφεραν τα δυσλειτουργικά μοτίβα σχέσεων από την οικογένεια προέλευσης στη δική τους οικογένεια. Αισθάνθηκαν ότι δεν έμαθαν από την οικογένειά τους πώς να επικοινωνούν τα συναισθήματά τους με το σύντροφό τους και να επιλύουν τη σύγκρουση. Σε άλλες περιπτώσεις, σημειώθηκε αποτυχία της συντροφικής σχέσης κι εγκατάλειψη του συμμετέχοντα από το σύντροφό του, καθώς ο τελευταίος αδυνατούσε να διαχειριστεί την όλη εξαρτητική συμπεριφορά. Ακόμη, αρκετοί, συμπεριφερόμενοι μιμητικά, ανέφεραν εγκατάλειψη των ίδιων τους των παιδιών ως αποτέλεσμα της χρήσης τους. Τέλος, ανέφεραν το φόβο ότι τα παιδιά τους θα ακολουθήσουν τα δικά τους βήματα, λειτουργώντας και αυτά μιμητικά (Schaefer, 2011).

Συνοπτικά, λοιπόν, οι έρευνες αναφέρουν πως υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ των δυσλειτουργικών σχέσεων της οικογένειας και της μεταγενέστερης χρήσης ουσιών (Schaefer, 2011). Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών από τους γονείς επηρεάζει πτυχές της ζωής του παιδιού, όπως είναι η υγεία, η εργασία, ο οικονομικός τομέας, οι σχέσεις με την οικογένεια προέλευσης και οι σχέσεις με τη νέα οικογένεια (Taplin et al., 2014. Schaefer, 2011). Με άλλα λόγια, η οικογένεια με τη δυσλειτουργία της και το ιστορικό χρήσης μπορεί να επηρεάσει την ανατροφή του παιδιού, να αποτελέσει πρότυπο μίμησης και να συμβάλλει στη μετέπειτα έναρξη και διατήρηση της χρήσης του παιδιού (Schaefer, 2011).

1.3 Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και οικογένεια

1.3.1 Η οικογένεια υπό το πρίσμα της συστημικής προσέγγισης

Γύρω στα μέσα του 20^{ου} αιώνα έκανε την εμφάνισή της μία προσέγγιση, η οποία επιχειρεί να εξετάσει το άτομο ως μέρος του ευρύτερου πλαισίου, στο οποίο ανήκει. Πρόκειται για έναν ολιστικό τρόπο αντίληψης των ψυχοκοινωνικών και φυσικών φαινομένων, σε αντιδιαστολή με το κυρίαρχο ως τότε γραμμικό και αναλυτικό τρόπο προσέγγισης. Αναλυτικότερα, στη νέα αυτή προσέγγιση, τα φαινόμενα δεν αντιμετωπίζονται μόνον ως φαινόμενα, αλλά συνδυαστικά με το περιβάλλον και το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνουν χώρα (Αθανασίου, 2000). Ο λόγος γίνεται για τη συστημική προσέγγιση. Βασική αρχή της συστημικής προσέγγισης, λοιπόν, είναι ότι το σύνολο είναι διαφορετικό από το άθροισμα των μερών του και οι κανόνες, με βάση τους οποίους λειτουργεί, είναι διαφορετικοί από αυτούς που

λειτουργούν τα μέρη, που το αποτελούν (Αθανασίου, 2006). Στη συστημική μελετάται ο άνθρωπος, το περιβάλλον του και ο αλληλεπιδράσεις του με αυτό (Αθανασίου, 2000). Δηλαδή, κάθε συμπεριφορά εξετάζεται όχι μεμονωμένα, αλλά μέσα από το δυναμικό πλαίσιο, στο οποίο αναπτύσσεται.

Για να κατανοηθεί καλύτερα το περιεχόμενο της συστημικής προσέγγισης, αξίζει να αναφερθεί η φιλοσοφία της ψυχαναλυτικής θεωρίας σε σύγκριση με το νέο ρεύμα, το οποίο έφερε η συστημική σκέψη (Αθανασίου, 2000). Για εξήντα περίπου χρόνια η ψυχανάλυση αποτελούσε το κυρίαρχο θεραπευτικό μοντέλο στην κλινική πρακτική και την ψυχοθεραπεία (Αθανασίου, 2006). Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, τα αίτια για τα προβλήματα του ατόμου αναζητούνται στις τραυματικές εμπειρίες, οι οποίες αφορούν στην παιδική ηλικία. Η «ασθένεια», λοιπόν, είναι αποτέλεσμα ενδοψυχικών συγκρούσεων, με αποτέλεσμα, η θεραπεία να εστιάζεται στο άτομο (Αθανασίου, 2000). Η προβληματική συμπεριφορά, δηλαδή, αντιμετωπίζεται με βάση τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου που παρουσιάζει το πρόβλημα (Αθανασίου, 2006).

Σύμφωνα με την Αθανασίου (2006), πρόκειται για μία νέα ολιστική προσέγγιση, η οποία υιοθετείται, αρχικά, από πολλούς θεραπευτές, οι οποίοι μέχρι πρότινος, ακολουθούσαν την ψυχαναλυτική προσέγγιση (ενδεικτικά αναφέρονται οι: Whitaker, Minuchin, Haley, Palazzoli). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, το πρόβλημα που αναπτύσσει ένα άτομο θεωρείται ως σύμπτωμα του όλου πλαισίου, στο οποίο εντάσσεται. Πρόκειται για τη μελέτη διεργασιών και αλληλοαντιδράσεων, που συμβαίνουν στο συνολικό πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο. Η συμπεριφορά του ατόμου δεν είναι αποτέλεσμα ενδοψυχικών συγκρούσεων αλλά αποτελεί απόρροια του μη λειτουργικού τρόπου επικοινωνίας στο πλαίσιο, όπου ανήκει το άτομο (Αθανασίου, 2006).

Τα πλαίσια μέσα στα οποία κινείται το άτομο είναι αυτό της κοινότητας, της κοινωνίας και το πλαίσιο του κράτους, το οποίο εκφράζεται με τη νομική, κοινωνική, εκπαιδευτική και την οικονομική πολιτική του. Επιπρόσθετα, σε μια ευρύτερη κλίμακα υπάρχει και το πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης. Τα ευρύτερα αυτά πλαίσια είναι που, σε τελική ανάλυση, επηρεάζουν και το πιο κοντινό στο άτομο πλαίσιο, αυτό της οικογένειας (Αθανασίου, 2000). Με τον όρο οικογένεια οι περισσότεροι ερευνητές εννοούν την πυρηνική οικογένεια, η οποία απαρτίζεται από μία ομάδα ανθρώπων – μελών. Η ομάδα αυτή συνδέεται με δεσμούς αίματος ή με

βάση το πόρισμα του νόμου. Έτσι, η οικογένεια μπορεί να περιλαμβάνει και τα άτομα, που μένουν στο ίδιο σπίτι και τα άτομα, τα οποία κατοικούν σε διαφορετικά μέρη, όπως συμβαίνει στην περίπτωση διαζυγίου. Κατά κύριο λόγο, το βασικό χαρακτηριστικό της οικογένειας είναι η τριάδα «πατέρας – μητέρα – παιδί» (Αθανασίου, 2006). Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο και άμεσο περιβάλλον του ανθρώπου και είναι φορέας ισχυρότατων επιδράσεων στην ανάπτυξη του ατόμου (Τάνταρος, 2004).

Μάλιστα, σύμφωνα με τους Κοκκέβη, Κίτσο και Φωτίου (2008) η οικογένεια ίσως και να αποτελεί το πιο σημαντικό πλαίσιο για το παιδί, καθώς δέχεται επιρροές, ερεθίσματα, παρέχει πρότυπα κι έτσι μπορεί να δομήσει μια προσωπικότητα υγιή και ανεξάρτητη. Χωρίς να είναι ο μοναδικός παράγοντας, η οικογένεια λειτουργεί καταλυτικά στη δημιουργία προσωπικότητας και ταυτότητας. Μέσω των διεργασιών, που πραγματοποιούνται στο εσωτερικό της, ενισχύεται ή παρακωλύεται η συναισθηματική ωρίμανση, η οποία καθορίζει τη θετική ή την αρνητική επίλυση των προβλημάτων (Χουδράκη, 2000). Μάλιστα, ο Herbert (2000) μιλάει για τη θέσπιση ορίων και την αποδοχή από την οικογένεια ως το σωστό συνδυασμό για την υγιή ανάπτυξη του εφήβου.

Η οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό σύστημα, το οποίο επηρεάζει κι επηρεάζεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και κοινωνικές συνθήκες και αλλάζει, σύμφωνα με τις σχέσεις και τις μεταβολές των μελών του (Κοκκέβη και συνεργάτες, 2008). Οι μεταβολές αυτές αφορούν σε ένα πλήθος παραγόντων. Η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί μια τέτοια μεταβολή, διότι αλλάζει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια, ανατρέπει τις προτεραιότητες και δημιουργεί νέες σχέσεις, καθώς, μεγαλώνοντας, το παιδί αποκτά τη δική του προσωπικότητα και το δικό του περίγυρο. Άλλοι παράγοντες μεταβολής μπορεί να είναι το διαζύγιο ή ο θάνατος ενός γονέα ή ενός συγγενικού προσώπου (Τάνταρος, 2004). Μία από τις πιο ισχυρές μεταβολές, που μπορούν να συμβούν στο οικογενειακό πλαίσιο είναι η είσοδος του παιδιού στην εφηβεία (Κοκκέβη και συνεργάτες, 2008). Αυτές οι ισχυρές μεταβολές βάλλουν την οικογένεια, γεγονός, το οποίο απαιτεί κατάλληλη αντιμετώπιση. Ο οικογενειακός χειρισμός και οι σχέσεις γονέα – παιδιού αποτελούν καίριους παράγοντες για την υγιή ρύθμιση της συμπεριφοράς των εφήβων, ενώ ενδέχεται να είναι και οι λόγοι για δυσάρεστα αποτελέσματα κατά την ανάπτυξη του παιδιού (Lockman, 2002).

Η συστημική θεωρία επικεντρώνεται σε αυτές, ακριβώς, τις σύνθετες και αμοιβαίες επιρροές μεταξύ των μελών της οικογένειας και των αλλαγών, που εκδηλώνονται εντός του πλαισίου της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, επικεντρώνεται στο είδος του δεσμού μεταξύ των μελών, τα όρια του οικογενειακού συστήματος, τις εξωτερικές επιρροές, τις οποίες δέχεται η οικογένεια, αλλά και την τάση της οικογένειας ως προς τη διατήρηση της λειτουργίας της (Suddeath, Kerwin & Dugger, 2017). Σύμφωνα με τις Κατάκη και Ανδρουτσοπούλου (2000), η συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση προτάσσει πως τα μέρη μιας ενότητας, όπως είναι η οικογένεια, είναι αλληλένδετα, με αποτέλεσμα να αλληλοεπηρεάζονται και να αλληλοπροσδιορίζονται. Αυτό το καινούργιο πλαίσιο αλληλεπιδράσεων οδήγησε στη θεωρητική θέση ότι η ψυχική ασθένεια δεν είναι ατομική αλλά οικογενειακή υπόθεση. Η θεώρηση, λοιπόν, της ψυχικής ασθένειας ως αποτέλεσμα του ευρύτερου πλαισίου μέσα στο οποίο υφίσταται, δηλαδή, το πλαίσιο των «διαταραγμένων» οικογενειακών σχέσεων, οδήγησε στην επινόηση πρωτότυπων μεθόδων και τεχνικών. Οι τεχνικές αυτές αφορούν στην επίλυση δυσλειτουργικών μοτίβων, τα οποία εγκλωβίζουν τα μέλη της οικογένειας σε άβολες κι επώδυνες θέσεις (Κατάκη & Ανδρουτσοπούλου, 2000).

Σύμφωνα με την Αθανασίου (2000), για μια υγιή οικογένεια το ζητούμενο είναι η διαμόρφωση καλύτερων πλαισίων σε όλα τα επίπεδα. Η συστημική προσέγγιση προτάσσει πως οι αλλαγές στα ανώτερα σε ιεραρχία συστήματα επηρεάζουν πιο άμεσα τη λειτουργία των κατώτερων συστημάτων. Κοινωνικά και πολιτικά προβλήματα, όπως είναι η ανεργία, η έλλειψη χρόνου για επικοινωνία, τα προσωπικά προβλήματα των γονέων και η έλλειψη υπεύθυνης πληροφόρησης για την αγωγή και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών επηρεάζουν άμεσα το άτομο και το σύστημα της οικογένειάς του. Αυτές οι άμεσες επιδράσεις, τις οποίες δέχονται τα άτομα, σήμερα, οδηγούν στην ανάγκη καλύτερης οργάνωσης των ευρύτερων πλαισίων. Σκοπός της συστημικής προσέγγισης είναι να βοηθήσει στην οργάνωση των πλαισίων αυτών ως προς το γενικότερο όφελος του ανθρώπου και της κοινωνίας (Αθανασίου, 2000).

Το οικογενειακό σύστημα επηρεάζεται από αλληλεπιδράσεις, οι οποίες συμβαίνουν σε διαφορετικές συγκυρίες, γεγονός το οποίο συμβάλλει στην πολυπλοκότητα των γονικών σχέσεων (Friedman & Neumen, 2010). Η αξία της συστημικής σκέψης είναι ότι παρέχει έναν εννοιολογικό χάρτη, ο οποίος επιτρέπει

στο θεραπευτή να εστιάσει σε κάθε βρόχο ανατροφοδότησης σε οποιοδήποτε μέρος του συστήματος είτε πρόκειται για εσωτερική διεργασία μέσα στο άτομο είτε πρόκειται για μια αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων. Πρόκειται για πληροφορίες, οι οποίες είναι κυκλικές και όχι γραμμικές (Torres & Deane, 2015). Με άλλα λόγια, πρόκειται για πληροφορίες, οι οποίες αφορούν συνολικά το οικογενειακό σύστημα και τις αλληλεπιδράσεις, που αυτό εμπεριέχει.

Ως η πρωταρχική και η βασικότερη κοινωνική ομάδα, το οικογενειακό σύστημα αποτελεί τον καθρέφτη της κοινωνίας και αναπαράγει τον τρόπο λειτουργίας της και τις αντιφάσεις της (Τσουνής, 2013). Η προβληματική συμπεριφορά ενός ατόμου είναι απότοκος του όλου συστήματος, στο οποίο ανήκει και κατά κύριο λόγο του συστήματος της οικογένειάς του (Αθανασίου, 2006). Αυτό συμβαίνει, διότι αποτελεί μία ενότητα, της οποίας τα μέρη είναι αλληλένδετα. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η αλληλεπίδραση και ο αλληλοπροσδιορισμός των μελών της (Κατάκη & Ανδρουτσοπούλου, 2000). Η οικογένεια, λοιπόν, εξετάζεται συνολικά ως σύστημα. Για αυτό το λόγο, λοιπόν, η συστημική προσέγγιση και θεραπεία λέγεται και θεραπεία της οικογένειας (Family Therapy) (Αθανασίου, 2000).

1.3.2 Οικογένεια – όρια - χρήση

Ο πειραματισμός με τη δοκιμή και τη χρήση της ουσίας δε συνδέεται απαραίτητα με τον εθισμό και την εξάρτηση. Σημαντικό ρόλο στην εξάρτηση και τη διατήρηση της χρήσης διαδραματίζει η προσωπικότητα του ίδιου του ατόμου, το οικογενειακό περιβάλλον και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Μάτσα, 2000). Ακολούθως, η χρόνια χρήση επηρεάζει εξίσου τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, με αποτέλεσμα οι δυσάρεστες συνέπειες της χρήσης να πλήττουν όλο το οικογενειακό σύστημα (Steinglass, 2009).

Η οικογένεια αποτελεί ένα ζωντανό σύστημα, καθώς απαρτίζεται από ανθρώπους με ανάγκες κι επιθυμίες. Κύριο χαρακτηριστικό των ζωντανών συστημάτων είναι ότι προσπαθούν να διατηρήσουν την ύπαρξή τους (Αθανασίου, 2006). Η διατήρηση της ύπαρξης του συστήματος οφείλεται στη λειτουργία των ορίων. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, τα όρια αποτελούν βασική έννοια για τη λειτουργία των συστημάτων (Αθανασίου, 2006). Ως όριο θεωρείται η διαχωριστική

γραμμή μεταξύ του ατόμου ή του συστήματος και του εξωτερικού περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια, τα όρια είναι αυτά που βοηθούν το άτομο ή το σύστημα να αυτονομηθεί και να ανεξαρτητοποιηθεί (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Στο σύστημα της οικογένειας, ως όριο ορίζεται το σύνολο των κανόνων, οι οποίοι διέπουν τη λειτουργία της οικογένειας. Πρόκειται για κανόνες, που αφορούν στον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ των μελών και την ακόλουθη συμπεριφορά τους. Έτσι, λοιπόν, με τον τρόπο αυτό, προσδιορίζεται ο ρόλος του κάθε μέλους της οικογένειας, ο οποίος με την πάροδο του χρόνου αλλάζει, ακολουθώντας το εξελικτικό στάδιο του παιδιού (Αθανασίου, 2006).

Η Αθανασίου (2006) παραθέτει μια κατηγοριοποίηση των ορίων, με στόχο να ορίσει την ομαλή λειτουργία του συστήματος της οικογένειας και αντίστοιχα τη διαταραχή σε αυτό. Η κατηγοριοποίηση αυτή αφορά στα ανοιχτά και τα κλειστά όρια. Ανοιχτά όρια είναι εκείνα που επιτρέπουν την εισροή της πληροφορίας από το εξωτερικό περιβάλλον στο εσωτερικό του συστήματος (input). Ένα σύστημα με ανοιχτά όρια είναι δεκτικό σε νέα στοιχεία κι επιτρέπει την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Επίσης, και το ίδιο επιτρέπει την απελευθέρωση στοιχείων στο εξωτερικό περιβάλλον (output), ενισχύοντας την αλληλεπίδραση με το αυτό. Αντίθετα, κλειστά όρια είναι εκείνα που δεν αφήνουν περιθώρια για ανταλλαγή πληροφορίας με το εξωτερικό περιβάλλον. Στα συστήματα αυτά δεν επιτρέπεται καμία εισροή νέου στοιχείου κι έτσι δεν υπάρχει το περιθώριο για αλλαγή κι εξέλιξη.

Επιπρόσθετα, οι Ochs, Seemann, Franck, Wredenhagen, Verres, και Schweitzer (2005) μιλούν για τα όρια στο οικογενειακό σύστημα, κάνοντας μία διαφοροποίηση ανάμεσα στο “high input” και στο “low input”, όροι οι οποίοι αφορούν στην υψηλή και τη χαμηλή εισροή πληροφοριών, αντίστοιχα. Αναλυτικότερα, ένα υψηλό επίπεδο εισροής πληροφοριών επηρεάζει με τους εξής τρόπους: τα μέλη της οικογένειας συνεχώς επικοινωνούν το ένα στο άλλο τα συναισθήματά τους χωρίς να λαμβάνουν υπόψη και να σέβονται τον προσωπικό χώρο και τα όρια του άλλου. Ο ελεύθερος χρόνος καλύπτεται από δραστηριότητες και προσωπική σκέψη. Παράλληλα, δεν υπάρχει συμμετοχή στο οικογενειακό πρόγραμμα. Επίσης, υπάρχουν συχνές επισκέψεις φίλων, άλλων μελών της οικογένειας, οι οποίοι επικοινωνούν όλο και περισσότερο με το οικογενειακό περιβάλλον. Ακόμη, πληροφορίες από τα Μ.Μ.Ε., όπως είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο, γίνονται αποδεκτές χωρίς κριτική και είναι δύσκολο να αποσυρθούν.

Από την άλλη πλευρά, σε ένα χαμηλό επίπεδο εισροής πληροφοριών, γίνονται υπέρ του δέοντος σεβαστά τα όρια του κάθε μέλους της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, δεν πραγματοποιείται καμία προσπάθεια, όταν κάποιο μέλος αισθάνεται ενοχλημένο. Η οικογένεια δε δέχεται κανέναν επισκέπτη, δεν πραγματοποιεί δραστηριότητες ως σύνολο και τα παιδιά, συχνά, βαριούνται.

Η Αθανασίου (2006) μιλάει για τη λειτουργικότητα των ορίων, παραθέτοντας τα εξής. Τα όρια σε ένα σύστημα είναι λειτουργικά, όταν βρίσκονται περίπου στη μέση αυτών των δύο άκρων. Η δυσλειτουργία του συστήματος της οικογένειας επέρχεται τη στιγμή που τα όρια βρίσκονται σε ένα από τα δύο άκρα και είναι είτε πολύ ανοιχτά είτε πολύ κλειστά. Δηλαδή, το πρόβλημα εμφανίζεται, όταν η επικοινωνία τείνει είτε στο ένα είτε στο άλλο άκρο των ορίων. Στην περίπτωση των πολύ ανοιχτών ορίων, υφίσταται μία ακατάσχετη εισροή πληροφοριών, η οποία αποδιοργανώνει το σύστημα και δεν το αφήνει να διαφοροποιηθεί από το περιβάλλον. Στην αντίθετη περίπτωση των πολύ κλειστών ορίων, δεν εισέρχεται στο σύστημα καμία πληροφορία, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει η συντήρηση και η εξέλιξη του συστήματος.

Η πιθανή δυσλειτουργία του συστήματος, η οποία προφανώς οφείλεται στα μη λειτουργικά όρια, συχνά συνδέεται με τη χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών (Taplin et al., 2014. Schaefer, 2011). Μάλιστα, ο Τσουνής (2013) μιλά για επαναλαμβανόμενα δυσλειτουργικά μοτίβα στο οικογενειακό ιστορικό των εξαρτημένων ατόμων.

Συνοπτικά, λοιπόν, αυτό που διαφαίνεται μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα είναι ότι οι οικογένειες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη και διατήρηση της χρήσης (Taplin et al., 2014. Schaefer, 2011. Τσουνής, 2013). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Jackson και συνεργάτες (2006-7), οι οικογένειες υφίστανται μία κρίση από την καταστροφική συμπεριφορά του παιδιού. Η συμπεριφορά αυτή επηρεάζει με τρόπο άμεσο και πολύ δραστικό όλα τα μέλη της οικογένειας. Επίσης, η όλη εμπειρία τη οικογένειας χαρακτηρίζεται από έντονο στρες και πολύπλοκες απαιτήσεις. Οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να διαρκέσουν από μήνες έως και χρόνια, με αποτέλεσμα να εξαντλήσουν το όλο οικογενειακό σύστημα.

Τα προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με τις ναρκωτικές ουσίες δεν είναι εύκολο να λυθούν ακόμα και με το πέρασμα πολλών ετών (Usher, Jackson and

O'Brien, 2005). Ακριβώς, αυτή η εξαντλητική και καταστρεπτική πορεία προκαλεί μία κρίση στην οικογένεια, τη δομή και τη λειτουργικότητά της, με αποτέλεσμα να καθίσταται σημαντική, αν όχι αναγκαία, η συστηματική πρόνοια και φροντίδα (Jackson & Mannix, 2003). Μάλιστα, σύμφωνα με την αναφορά του 2010 του Εθνικού Ινστιτούτου Χρήσης Ουσιών (National Institute on Drug Abuse – NIDA) των Η.Π.Α. υπάρχει μια ποικιλία προγραμμάτων διαθέσιμη σε γιατρούς, κοινότητα και σχολεία, η οποία μπορεί να μειώσει τη χρήση ναρκωτικών στις εφηβικές ηλικίες.

Άλλωστε, η εφηβεία αποτελεί μια ευαίσθητη ηλικία, η οποία χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Οι έφηβοι έχουν ιδιόμορφες ανάγκες, οι οποίες έχουν την τάση να μεγαλώνουν (Bekaert, 2003), πόσο μάλλον οι έφηβοι, οι οποίοι έχουν εμπλακεί με τη χρήση ουσιών (Bailey, 1999). Ωστόσο, το ερώτημα, το οποίο προκύπτει αφορά στο ρόλο της οικογένειας ως προς τη διαχείριση αυτών των αναγκών, που αυξάνονται και γίνονται πιο επιτακτικές μετά την εμπλοκή με τη χρήση (Pearson, 2000). Βλέποντας, λοιπόν, όλο αυτό το συνονθύλευμα των αναγκών, σε συνδυασμό με τις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού και την οικογενειακή ζωή, η βιβλιογραφία επικεντρώνεται στην ανάγκη για παρεμβάσεις στους εφήβους και τις οικογένειές τους, οι οποίες είναι κατάλληλες ως προς την ηλικία και το πολιτισμικό πλαίσιο (Bekaert, 2003).

1.4 Η οικογένεια στη θεραπεία

Η χρήση στην εφηβεία αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο χρήζει αντιμετώπισης και θεραπείας (Smith & Hall, 2008). Η εφηβεία, αποτελεί μία σημαντική περίοδο της ζωής, κατά τη διάρκεια της οποίας οι συμπεριφορές χρήσης εγκαθιδρύονται. Προκειμένου να αποφευχθούν τέτοιες συμπεριφορές, είναι σημαντικό να μειωθεί η πρόσβαση σε βαρέα ναρκωτικά και να πραγματοποιηθούν ανάλογες ολοκληρωμένες παρεμβάσεις στο σχολείο, την κοινότητα, τους γονείς του παιδιού και άλλα μέλη της οικογένειας (Jiloha, 2017). Άλλωστε και η ίδια η οικογένεια αισθάνεται μία αδυναμία ως προς την αντιμετώπιση και τη διαχείριση της χρήσης (Roy, Thirumoorthy & Parthasarathy, 2017) κι επιδιώκει να βρει λύση επί του θέματος (Allison, Stacey, Dadds, Roeger, Wood & Martin, 2003).

Τα όσα έχουν ειπωθεί μέχρι στιγμής υποδεικνύουν τη σημασία και τον εξέχοντα ρόλο της οικογένειας στη ζωή του ατόμου, στη διαμόρφωση της

προσωπικότητάς του και κατ' επέκταση στην παρουσία προβληματικής συμπεριφοράς (Αθανασίου, 2006). Η οικογένεια ως ένα ενιαίο σύνολο, ως ένα σύστημα, επηρεάζει την προσωπικότητα του ατόμου και τη συμπεριφορά του. Το κάθε μέλος ξεχωριστά και η σχέση αυτού με τα υπόλοιπα μέλη αποτελούν σημαντικά σημεία για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Ο κύριος παράγοντας, που επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού και τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του, είναι ο τρόπος με τον οποίο η οικογένεια σχετίζεται κι επικοινωνεί (Αθανασίου, 2006).

Δεδομένου ότι η οικογένεια αντιμετωπίζεται και μελετάται συνολικά, κατά τον ίδιο τρόπο μελετώνται και τα προβλήματα, τα οποία δημιουργούνται στο πλαίσιο της (Κατάκη & Ανδρουτσοπούλου, 2000). Σε σχέση με την προβληματική συμπεριφορά, βασική διαπίστωση της συστημικής θεωρίας, είναι ότι το «προβληματικό» μέλος εκφράζει τις δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις. Με άλλα λόγια, η συμπεριφορά του προβληματικού μέλους αποτελεί το σύμπτωμα των γενικότερων διαταραγμένων οικογενειακών σχέσεων. Αυτό, που προβάλλεται ως σύμπτωμα, με κάποιο τρόπο εξυπηρετεί την οικογένεια, καθώς επισκιάζει πολλές εμπλοκές, οι οποίες αφορούν στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και τις μεταξύ τους σχέσεις (Κατάκη & Ανδρουτσοπούλου, 2000). Αυτό προτάσσει την εξέταση των προβληματικών συμπεριφορών του ατόμου, όχι μεμονωμένα στο άτομο, αλλά διερευνώντας όλη την οικογένεια (Τάνταρος, 2004).

Παραδοσιακά, σύμφωνα με τη Jensen (2013), η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών αντιμετωπιζόταν ως μεμονωμένο πρόβλημα και οι άνθρωποι, οι οποίοι ζητούσαν βοήθεια, συμμετείχαν ατομικά σε κλινικές, ινστιτούτα και σε εξωτερική θεραπεία. Ωστόσο, πολλά θεραπευτικά προγράμματα καλούν, πλέον, την οικογένεια μαζί με το παιδί στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Όταν ο έφηβος χρήστης ζητά θεραπεία, καλείται και η οικογένειά του να λάβει μέρος σε αυτή (Jensen, 2013). Μάλιστα, παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των θεραπευτικών κέντρων, τόσο αυξάνεται και η χρήση οικογενειακών προσεγγίσεων στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης (Schaefer, 2008). Έτσι, όσον αφορά στην επιτυχία της θεραπείας, τα θεραπευτικά προγράμματα δεν επικεντρώνονται μόνο στην παύση της χρήσης παράνομων ουσιών. Παράλληλα, επιδιώκουν αλλαγή στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και την κοινωνική λειτουργία (Steinglass, 2009). Η διάθεση αυτή περί συνολικής συμμετοχής στη θεραπεία και βοήθειας από αυτή,

εκδηλώνεται και από την ίδια την οικογένεια, η οποία απευθύνεται στους οικογενειακούς θεραπευτές κι εμπιστεύεται την κρίση τους (Hartnett, Carr, Hamilton & Sexton, 2017. Ο' Reilly, 2004).

Δεδομένης της λειτουργίας της οικογένειας ως σύστημα είναι σημαντική και η δική της συμμετοχή στη θεραπεία μαζί με το παιδί. Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία είναι αναπόφευκτη στις περισσότερες περιπτώσεις χρήσης στην εφηβεία (Ρούσσης, 2007). Με τη συνολική εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία, σημειώνονται θετικές αλλαγές στο παιδί (Voriadaki, Simic, Espie & Eisler, 2015), τον ίδιο το γονέα (Engman-Bredvik et al, 2016) και τη γενικότερη επικοινωνία στην οικογένεια (Allison et al, 2003). Η συμμετοχή μοιάζει επιτακτική, διότι, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Steinglass (2009), όταν η συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών εισέρχεται στην οικογένεια, όλα τα μέλη της οικογένειας επηρεάζονται από αυτή τη συμπεριφορά και όλοι μαζί αποτελούν το στόχο της θεραπείας. Η οικογένεια, λοιπόν, ως το σημαντικότερο κοινωνικό σύμπλεγμα του παιδιού έχει και αυτή σημαντικό μερίδιο στην επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης στην απεξάρτηση, καθώς έχει την ευκαιρία ενεργούς συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία.

1.5 Η Οικογενειακή Θεραπεία (Family Therapy)

Η αναφορά των στοιχείων αυτών περί οικογένειας και του ρόλου της στην εγκαθίδρυση της χρήσης είναι χρήσιμη για την ανάπτυξη μιας θεωρίας, η οποία τονίζει το ρόλο της οικογένειας στην ουσιοεξάρτηση. Με άλλα λόγια, γίνεται μία προσπάθεια κατανόησης του τρόπου, με τον οποίο το οικογενειακό σύστημα εγκαθιστά τη χρήση ουσιών. Όλη αυτή η προσέγγιση προτάσσει τον καθορισμό ειδικών παρεμβάσεων με επίκεντρο την οικογένεια (Τσούνης, 2013). Το πλαίσιο της οικογένειας είναι ένα από τα σημαντικότερα πλαίσια για το άτομο. Οι αλληλεπιδράσεις και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας αποτελούν τις κύριες δυνάμεις για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού και κατ' επέκταση για την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς. Από αυτή την αντίληψη περί διαμόρφωσης συμπεριφοράς και της θεραπείας της προέκυψε ο όρος «θεραπεία της οικογένειας» ή «οικογενειακή θεραπεία (Αθανασίου, 2006).

Η οικογενειακή θεραπεία έχει την εξής βασική αρχή. Η εκδηλούμενη προβληματική συμπεριφορά στο πλαίσιο του οικογενειακού συστήματος λογίζεται ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του συστήματος, συνολικά (Αθανασίου, 2006). Για το λόγο αυτό στην οικογενειακή θεραπεία δε δίνεται τόση σημασία στην προβληματική συμπεριφορά, δηλαδή, το σύμπτωμα. Πιο συγκεκριμένα, μελετώνται οι διεργασίες που γίνονται και το προκαλούν και κατ' επέκταση το διατηρούν. Η προβληματική συμπεριφορά είναι η τελευταία σε μια σειρά από αρνητικές καταστάσεις, οι οποίες λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της οικογένειας (Αθανασίου, 2006). Για το λόγο αυτό και στη χρήση ουσιών του εφήβου, προέχει η έρευνα των σχέσεων του οικογενειακού συστήματος και της δυσλειτουργίας του και όχι η ίδια η χρήση (Smith, Malespin, Pereira & Richards, 2016).

Η οικογενειακή θεραπεία, λοιπόν, αποτελεί μια θεραπευτική προσέγγιση, η οποία αντιμετωπίζει και μελετά την οικογένεια ως ενότητα και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της (Steinglass, 2009). Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία για τους έφηβους χρήστες ουσιών (Smith et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, ο Steinglass (2009) τονίζει πως η οικογενειακή θεραπεία και η θεραπεία της εξάρτησης δεν μπορούν να ειδικωθούν ως χωριστά πεδία. Οι δύο θεραπείες πρέπει να αποτελούν ένα ενιαίο σύνολο, διότι πέραν της δραματικής επιρροής της χρήσης στην οικογένεια, πολλές από τις υπάρχουσες προσεγγίσεις στη θεραπεία των εξαρτήσεων παρουσιάζουν ομοιότητες με προσεγγίσεις της οικογενειακής θεραπείας.

Η οικογενειακή θεραπεία είναι εκείνη η θεραπεία, η οποία παρεμβαίνει στα μέλη της οικογένειας. Επιδιορθώνει τις ενδογενείς σχέσεις και αντιμετωπίζει προβλήματα, τα οποία δημιουργούνται μέσα στο σύστημα, όπου η οικογένεια ζει και αναπτύσσεται (Hogue, Dauber, Henderson, Bobek, Johnson, Lichvar & Morgenstern, 2015). Άλλωστε, στόχος της οικογενειακής θεραπείας δεν είναι τα άτομα αλλά οι σχέσεις (Αθανασίου, 2006). Οι θεραπείες, οι οποίες βασίζονται στην οικογενειακή προσέγγιση, είναι οι πλέον αποτελεσματικές για τη θεραπεία εφήβων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών (Smith & Hall, 2008) και μπορούν να συμβάλουν στη συντήρηση της αποχής από τη χρήση (Smith et al., 2016).

Παρόλα αυτά, η οικογενειακή θεραπεία όσο σημαντική και να είναι και όσο και να προτιμάται από τους γονείς, δεν αποτελεί μία εύκολη διαδικασία. Το βίωμα της οικογενειακής θεραπείας ενέχει πολλές δυσκολίες και προσωπικό αγώνα. Αρχικά, οι γονείς βιώνουν τη δυσκολία της αποδοχής της χρήσης τους παιδιού τους.

Πρόκειται για την άρνηση της χρήσης. Οι δυσκολίες αυτές συνδέονται άμεσα με το φόβο στίγματος (Lloyd, 2013). Οι περισσότεροι γονείς κατά την έναρξη της θεραπείας τους αισθάνονται στιγματισμένοι από τη χρήση του παιδιού κι έχουν μία τάση αυτοκατηγορίας, γεγονός το οποίο δυσκολεύει την ομαλή ένταξη στο θεραπευτικό πλαίσιο. Τις δυσκολίες αυτές συμπληρώνει και η δυσκολία της προσωπικής αλλαγής, η οποία μπορεί να αφορά στη συμπεριφορά και την αναθεώρηση. Τέλος, αρκετοί γονείς δυσκολεύονται στις προκλήσεις της δικής τους αλλαγής (Hartnett et al, 2017).

Τι είναι αυτό, όμως, που κάνει την οικογενειακή θεραπεία τόσο σημαντική στη θεραπεία των εξαρτήσεων στην εφηβική ηλικία; Οι O' Farrell και Fals-Stewart (2003) έχουν καταλήξει σε τρία ευρήματα υψηλής σημασίας σε σχέση με τη σημαντικότητα της οικογενειακής θεραπείας:

- Η εμπλοκή των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της προθεραπευτικής φάσης βελτιώνει σημαντικά τη δέσμευση του χρήστη ουσιών στη θεραπεία.
- Η εμπλοκή της οικογένειας, επίσης, προάγει τη συνέχιση της θεραπείας.
- Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα είναι πιο θετικά, όταν οι οικογένειες ή/και τα κοινωνικά δίκτυα του χρήστη ουσιών είναι συστατικά της θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες ασχολούνται με το σύνολο της οικογένειας, έχουν ως βασικό αντικείμενο τα εξής: τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια, την εκμάθηση δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων στην οικογένεια, τη βοήθεια για την αποδοχή της σημασίας της θεραπείας που βρίσκεται σε εξέλιξη και τη μεγιστοποίηση της πιθανότητας επιτυχίας στην επανασύνδεση της οικογένειας με την κοινότητα, το σχολείο και το χώρο εργασίας (Miklowitz, 2012). Συν τοις άλλοις, όπως τονίζει η Μάτσα (2001), οι οικογενειακές θεραπευτικές παρεμβάσεις στις εξαρτήσεις, κύριο σκοπό έχουν την απενοχοποίηση των γονέων σχετικά με τη χρήση του παιδιού, ώστε να μελετηθεί η προβληματική συμπεριφορά χωρίς δεύτερες σκέψεις. Επίσης, στόχος είναι η διερεύνηση της ποιότητας των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, ώστε να γίνουν πιο ειλικρινείς και ανοιχτές. Τέλος, στόχος είναι και η αλλαγή των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών και η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης των συγκρούσεων. Πρόκειται για μία διάθεση αλλαγής των σχέσεων και του ευρύτερου τρόπου λειτουργίας της οικογένειας, ώστε να δημιουργηθούν νέες και υγιείς βάσεις (Μάτσα, 2001).

Πρακτικά, αυτό που κάνει ο οικογενειακός θεραπευτής, χρησιμοποιώντας εργαλεία, όπως είναι το γενεόγραμμα, η χαρτογράφηση της οικογένειας (Tucker, Widmer, Faddis, Randorpf & Gass, 2016), το οικογενειακό γλυπτό και τις ομάδες προβληματισμού (Faddis & Bettmann, 2006), είναι να διευκολύνει την συζήτηση, να βοηθήσει στον ορισμό του στόχου της θεραπείας και να θέσει ρεαλιστικές προσδοκίες (Tucker et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, οι Tucker και συνεργάτες (2016) τονίζουν πως οι οικογενειακοί θεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν στην αλλαγή και να μετακινήσουν την οικογένεια από την επικοινωνία της κατηγορίας και της δικαιολογίας στην υποστηρικτική επικοινωνία. Με άλλα λόγια, ο οικογενειακός θεραπευτής βοηθά, ώστε η οικογένεια να αλληλεπιδρά κατάλληλα. Οι γονείς μπορούν να εκπαιδευτούν από τον θεραπευτή, ώστε να αποδεχτούν την κατάσταση, να δουν πού οφείλεται και χωρίς διάθεση κριτικής να ξεκινήσουν την αλλαγή τους. Οι οικογενειακοί θεραπευτές μπορούν να διδάξουν τους γονείς να αναθεωρήσουν και να βιώσουν την εμπειρία τους με έναν πιο εύκολο και παραγωγικό τρόπο. Έτσι, επιτυγχάνονται αλλαγές στις διαπροσωπικές δεξιότητες, με αποτέλεσμα την παραγωγικότερη επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας (Tucker et al., 2016).

Συνοψίζοντας, οι θεραπείες, οι οποίες βασίζονται στην οικογένεια, είναι αποτελεσματικές όσον αφορά στη μείωση των προβλημάτων των εφήβων και της χρήσης ουσιών. Οι θεμελιώδεις αλλαγές στη δυναμική της οικογένειας είναι δομικής σημασίας στην ανάπτυξη των εφήβων. Οι αλλαγές σε ορισμένους οικογενειακούς παράγοντες και διαδικασίες, σε συνδυασμό με την παρακολούθηση και την επικοινωνία των γονέων των εφήβων, προβλέπουν με αξιοπιστία την αλλαγή στην κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία (Dishion, Nelson & Kavanagh, 2003). Με άλλα λόγια, η οικογενειακή θεραπεία συστήνεται για προβλήματα κατάχρησης ουσιών στην εφηβεία, διότι είναι σε θέση να ασχοληθεί με τη γονική εμπλοκή και τις δυναμικές συγκρούσεις της οικογένειας (Smith et al., 2016).

1.6 Μοντέλα της Οικογενειακής Θεραπείας

Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια προσέγγιση με αντικείμενο τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων (Hogue et al., 2015). Υπάρχει πληθώρα εγχειριδίων θεραπείας, τα οποία βασίζονται στην οικογενειακή θεραπεία κι έχουν ως αντικείμενο τη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς στην εφηβεία και τη χρήση ουσιών. Τα

μοντέλα αυτά της οικογενειακής θεραπείας έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στο φάσμα των προβληματικών συμπεριφορών στην εφηβεία (Baldwin, Christian, Berkeljon & Shadish, 2012). Παραδείγματα τέτοιων μοντέλων είναι η Οικογενειακή Θεραπεία Μείωσης της Βλάβης (Harm Reduction Family Therapy –HRFT) (Denning, 2010), η Πολυδιάστατη Οικογενειακή Θεραπεία (Multidimensional Family Therapy - MDFT) (Hogue et al., 2015) και η Συστημική Θεραπεία Κινήτρου (Systemic motivational Therapy – SMT) (Steinglass, 2009).

Ακόμη, στη βιβλιογραφία αναφέρεται η Οικολογική Οικογενειακή Θεραπεία (Ecologically-based Family Therapy - EBFT) (Slesnick, Erdem, Collins, Bantchevska & Katafiasz, 2011), όπως, επίσης, η Οικογενειακή Θεραπεία η Προσανατολισμένη στην Αντοχή (Strengths Oriented Family Therapy – SOFT) (Smith, Hall, Williams, An & Gotman, 2006) και η Ομαδική Θεραπεία με Οικογενειακό Προσανατολισμό (Κατάκη, 2010), (Multiple Family Group Therapy - MFGT) (Schaefer, 2008). Αν και αυτά τα μοντέλα διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά στην παρέμβαση και την αλληλουχία της, είναι όλα μέλη της ευρύτερης προσέγγισης της οικογενειακής θεραπείας (Hogue et al., 2015). Παρακάτω περιγράφονται κάποια από τα μοντέλα αυτά.

ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΙΝΗΤΡΟΥ

Systemic Motivational Therapy (SMT)

Η συστημική θεραπεία κινήτρου έχει ρητά σχεδιαστεί, για να δουλέψει με οικογένειες, οι οποίες έχουν «οργανωθεί» γύρω από τη χρήση του εξαρτημένου μέλους, όπως χαρακτηριστικά λέει ο Steinglass (2009). Ωστόσο, με κάποιες τροποποιήσεις μπορεί να φανεί χρήσιμη σε οποιαδήποτε οικογένεια έχει κάποιο χρόνιο ψυχιατρικό ή ιατρικό πρόβλημα. Η ιστορική εξέλιξη του μοντέλου αυτού διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις - εκδοχές. Η πρώτη εκδοχή του μοντέλου έχει να κάνει με πληθυσμό – στόχο τις οικογένειες, οι οποίες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του χρόνιου αλκοολισμού. Η δεύτερη εκδοχή αναφέρεται στη δόμηση ενός μοντέλου οικογενειακού συστήματος, στο οποίο γίνεται χρήση ουσιών. Η τρίτη εκδοχή μιλά για μια θεραπευτική προσέγγιση, η οποία βασίζεται στο μοντέλο οικογενειακού συστήματος. Τέλος, η τέταρτη εκδοχή αναφέρεται στην ενσωμάτωση στοιχείων από τις συνεντεύξεις κινητοποίησης σε ένα αναθεωρημένο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Σε όλες αυτές τις φάσεις, το πιο σημαντικό στοιχείο είναι ότι το επίκεντρο της

προσοχής βρίσκεται στις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών της οικογένειας. Επίσης, στην εν λόγω προσέγγιση ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλούν και οι αμφιλεγόμενες σχέσεις με την κατάχρηση ουσιών (Steinglass, 2009).

Βασικές αρχές της συστημικής θεραπείας κινήτρου είναι οι εξής:

- Η αμφισημία για το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών και την αλλαγή αυτής είναι φυσιολογική.
- Η αμφισημία μπορεί να επιλυθεί, δουλεύοντας με τα εσωτερικά κίνητρα και αξίες της οικογένειας.
- Η συμμαχία μεταξύ του κλινικού ιατρού και της οικογένειας είναι μία παραγωγική συνεργασία, η οποία φέρνει σημαντική εμπειρία.
- Η υποστηρικτική συμβουλευτική και η ενεργητική ακρόαση παρέχουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες μπορεί να συμβεί η αλλαγή.
- Η περιέργεια για τα οφέλη και τους κινδύνους της χρήσης αλκοόλ και παράνομων ουσιών στο χρήστη και την οικογένειά του είναι ουσιώδης και οδηγεί στην εξερεύνηση της εμπειρίας της χρήσης (Steinglass, 2009).

Με βάση τις αρχές αυτές η συστημική θεραπεία κινήτρου πραγματοποιείται σε τρεις διακριτές φάσεις:

- Αρχικά, στη θεραπευτική διαδικασία λαμβάνει χώρα η εκτίμηση της κατάστασης και η συμβουλευτική. Εδώ, τα μέλη της οικογένειας λαμβάνουν βοήθεια, έτσι ώστε να εξετάσουν τις ίδιες τους τις απόψεις σχετικά με τη χρήση και τη κατάχρηση παράνομων ουσιών και προετοιμάζονται για τις πιθανές αλλαγές στη χρήση ουσιών.
- Στη συνέχεια, σειρά έχει η φάση της «θεραπείας στο επίπεδο της οικογένειας». Εδώ, η οικογένεια παράγει και υλοποιεί ένα σχέδιο δράσης, το οποίο είναι επικεντρωμένο στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο γίνεται η χρήση και η κατάχρηση.
- Η τρίτη και τελευταία φάση έχει να κάνει με τη μετέπειτα φροντίδα και την πρόληψη υποτροπής. Πρόκειται για τη φάση, όπου η οικογένεια εισάγει ένα νέο τρόπο ζωής απαλλαγμένο από τη χρήση και παράλληλα παρατείνει την αλλαγή με το να εισαχθεί σε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης (Steinglass, 2009).

ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Η πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία αποτελεί μία θεραπευτική πρόταση, η οποία, σύμφωνα με την κλινική έρευνα, είναι βασισμένη στην παραδοσιακή προσέγγιση της οικογενειακής θεραπείας (Danzer, 2013). Το συγκεκριμένο μοντέλο συμβάλλει στη θεραπεία των χρηστών παράνομων ουσιών και παράλληλα, προάγει τη συνοχή της οικογένειας και τη μείωση των συγκρούσεων ακόμα και μετά τη θεραπεία (Hogue, Howard & Liddle, 2009). Παράλληλα, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και για σημαντικά προβλήματα, τα οποία συμβαίνουν κατά την ίδια χρονική περίοδο με τη χρήση (Liddle, 2016).

Βασικά δομικά στοιχεία της MDFT για τη θεραπεία εφήβων σε χρήση είναι:

- Η εκτίμηση πολλών παραγόντων.
- Η ουσιαστική εμπλοκή της οικογένειας με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Η τήρηση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου που προτάσσει.
- Η θεραπευτική χρήση της διαδικασίας της ουροληψίας.
- Η αυστηρή επιλογή του προσωπικού με βάση τα προσόντα τους και η ανάγκη εποπτείας σε αυτό.
- Η ευαισθησία σε θέματα πολιτισμού και φύλου.
- Η επικέντρωση σε ένα πιο ευρύ φάσμα των συνεπειών της χρήσης, το οποίο συμπεριλαμβάνει την ίδια τη χρήση, την αντικοινωνική συμπεριφορά, τα ψυχικά και τα ψυχιατρικά συμπτώματα, τη συμπεριφορά στο σχολείο, τη δομή της οικογένειας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τον ανταγωνισμό και τέλος τη σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, χωρίς την προστασία της προσωπικής και δημόσιας υγείας (Liddle, 2014).

Στόχος της MDFT είναι να ασχοληθεί εις βάθος με τις διαπροσωπικές σχέσεις της οικογένειας. Μελετά τα μοτίβα επικοινωνίας μεταξύ παιδιών, γονέων και άλλων μελών της οικογένειας, τα οποία συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση τη χρήσης ουσιών και των προβλημάτων, που αυτή επιφέρει (Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof, & Greenbaum, 2006). Οι παρεμβάσεις της αποβλέπουν στην αλλαγή των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η αλλαγή αυτή με τη σειρά της θα οδηγήσει σε μείωση ή και εξάλειψη της χρήση ουσιών και σε βελτίωση της συναισθηματικής και συμπεριφορικής κατάστασης (Hogue, Liddle, Dauber, Suamuolis, 2004).

ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ

Multiple Family Group Therapy

Την τελευταία δεκαετία υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον ως προς την εφαρμογή της οικογενειακής θεραπείας σε ομάδες γονέων. Αποτελεί ένα αποδοτικό θεραπευτικό μοντέλο, ιδίως, σε περιπτώσεις, όπως είναι η σχιζοφρένεια, οι διατροφικές διαταραχές και η χρήση ουσιών. Στη θεραπεία αυτή υπάρχει ένας προσανατολισμός στη βελτίωση της επικοινωνίας και των ορίων μεταξύ των μελών της οικογένειας, την αμοιβαία υποστήριξη και την προαγωγή της ατομικής ευθύνης (Schaefer, 2008). Η θεραπεία αυτή απαρτίζεται από μία δίωρη εβδομαδιαία συνεδρία, η οποία πραγματοποιείται από έναν ή δύο θεραπευτές ή από δύο εκπαιδευμένους θεραπευτές (Κατάκη & Ανδρουτσοπούλου, 2000).

Σύμφωνα με τις Κατάκη και Ανδρουτσοπούλου (2000), Η θεραπευτική πορεία μέσα στις ομάδες απαλλάσσει το θεραπευόμενο από τη μοναχική ατομική θεραπεία και του δίνει την ευκαιρία να λάβει πλούσια ερεθίσματα, που θα ενεργοποιήσουν το άτομο να σκεφτεί και να δράσει με ένα νέο και πιο παραγωγικό τρόπο. Ακόμα, τονίζουν πως η πλούσια και ανοιχτή επικοινωνία μέσα στην ομάδα, το μοίρασμα των σκέψεων και των εμπειριών και η αλληλεπίδραση με ανθρώπους, που μοιράζονται κοινούς προβληματισμούς, αποτελούν μια ανανεωτική και βοηθητική εμπειρία.

2. Μεθοδολογία

2.1 Σκεπτικό και σκοπός μελέτης

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι είναι έντονο το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην εφηβεία και ότι γίνονται προσπάθειες για την αντιμετώπισή του μέσω διαφόρων μορφών θεραπείας. Οι έρευνες επικεντρώνονται στους παράγοντες επικινδυνότητας, τα χαρακτηριστικά της έναρξης και της πορείας της χρήσης, στο περιβάλλον του εφήβου χρήστη, το πώς αυτό επηρεάζεται και φυσικά στο πώς δομούνται οι οικογενειακές σχέσεις μετά την έναρξη της χρήσης.

Η συγκεκριμένη μελέτη εστιάζει σε θέματα, τα οποία σχετίζονται με την οικογενειακή θεραπεία σε εφήβους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Πρόκειται για μια μελέτη, η οποία έχει να κάνει με το βίωμα των ίδιων των γονέων που συμμετέχουν σε οικογενειακή θεραπεία και τον τρόπο, που νιώθουν οι ίδιοι να επωφελούνται.

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη της υποκειμενικής εμπειρίας και πεποίθησης των συμμετεχόντων απέναντι στην οικογενειακή θεραπεία. Μέσα από την περιγραφή των βιωμάτων τους αναμένεται να φανεί ο βαθμός ικανοποίησης ή μη από τη συγκεκριμένη θεραπεία.

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα μελετά τη στάση των γονέων απέναντι στην χρήση του έφηβου παιδιού τους, την οπτική τους απέναντι στη θεραπεία και τέλος, το πώς συνολικά βιώνουν την οικογενειακή θεραπεία.

Το περιεχόμενο της οικογενειακής θεραπείας εξετάζεται μέσω της υποκειμενικής και αυθόρμητης ματιάς των γονέων και θα ερμηνευτεί με την υποκειμενική ματιά της ερευνήτριας.

Η υπόθεση, η οποία εξετάζεται στην παρούσα έρευνα, είναι ότι «Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να αντικρίζεται ως ωφέλιμη από τους γονείς και τον έφηβο χρήστη».

Τα ερωτήματα τα οποία εξετάζει η έρευνα είναι τα εξής:

- 1) Ποια είναι η στάση των γονέων απέναντι στη χρήση ουσιών;
- 2) Ποια είναι η στάση των γονέων απέναντι στην επιλογή της θεραπείας;
- 3) Τι πιστεύουν οι γονείς για το ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού;

- 4) Τι δυσκολεύει τους γονείς κατά τη συμμετοχή τους στην οικογενειακή θεραπεία;
- 5) Ποιες αλλαγές παρατηρούνται ως αποτέλεσμα της οικογενειακής θεραπείας;

2.2 Το πλαίσιο στο οποίο διεξήχθη η έρευνα

Το ΚΕΘΕΑ, (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και χρηματοδοτείται, κυρίως, από κονδύλια του Υπουργείου Υγείας. Έχει το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στην χώρα και η δράση του ξεκινά το 1983 με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στην Ελλάδα. Οι υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρέχονται δωρεάν και χωρίς λίστα αναμονής με μονάδες σε όλη την χώρα, προγράμματα παρέμβασης σε χρήστες στο δρόμο (street working) αλλά και σε σωφρονιστικά καταστήματα. (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017).

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αντιμετωπίζει την εξάρτηση, παρέχοντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες που εκτείνονται από την συμβουλευτική, τη θεραπεία, την υποστήριξη της οικογένειας και τη φροντίδα των θεμάτων υγείας ως και την επανένταξη στην κοινωνία και την εργασία. Κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα. Στόχος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τις ουσίες και η ισότιμη επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Η χρήση αντικρίζεται ως φαινόμενο πολυπαραγοντικό, το οποίο σημαίνει ότι η θεραπευτική διαδικασία λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το άτομο αλλά και τα συστήματα, που το αφορούν (διαπροσωπικά δίκτυα και ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο). Ο επωφελούμενος δεν αντιμετωπίζεται παθητικά ως ασθενής, που υποβάλλεται σε θεραπεία, αλλά σαν ενεργό άτομο, που συμμετέχει εθελοντικά σε αυτή. Πραγματοποιείται ολιστική ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης, με συμμετοχή της οικογένειας και της κοινωνίας (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. εφαρμόζει την οικογενειακή θεραπεία και στο πλαίσιό του λειτουργούν κέντρα οικογενειακής υποστήριξης. Τα κέντρα οικογενειακής υποστήριξης απευθύνονται στα μέλη της οικογένειας και σε άλλα άτομα του στενού περιβάλλοντος των χρηστών, προσφέροντας ενημέρωση, συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη. Η υποστήριξη της οικογένειας διαρκεί όσο και η συμμετοχή του εξαρτημένου στο πρόγραμμα. Ο φορέας παρέχει υποστήριξη στους οικείους του χρήστη, ακόμα και αν ο ίδιος δεν έχει ενταχθεί σε

θεραπεία. Άλλωστε, είναι σύνηθες η οικογένεια να έρχεται πρώτη στο πρόγραμμα και να βοηθάει το χρήστη να κινητοποιηθεί για θεραπεία. Η συμμετοχή της οικογένειας, μεταξύ άλλων, ενισχύει την κινητοποίηση και παραμονή στο θεραπευτικό πρόγραμμα, συμβάλλει στην επίτευξη της αποχής, βελτιώνει την οικογενειακή και κοινωνική λειτουργικότητα και αποτελεί παράγοντα πρόληψης της υποτροπής.

Οι υπηρεσίες των κέντρων οικογενειακής υποστήριξης περιλαμβάνουν:

- Ενημέρωση για τη χρήση, την εξάρτηση και τις δυνατότητες θεραπείας.
- Συναισθηματική στήριξη κι ενίσχυση.
- Εκπαίδευση και υποστήριξη στην κινητοποίηση των εξαρτημένων στη θεραπεία.
- Ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση για ενεργή συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες.
- Εκπαίδευση στη δημιουργία υποστηρικτικού προς την αποχή περιβάλλοντος και την πρόληψη υποτροπής.
- Βελτίωση της επικοινωνίας και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προσωπική ανάπτυξη μέσα από ομάδες αυτοβοήθειας και δημιουργικές δραστηριότητες.

Το ιδιαίτερα σημαντικό που λέγεται στην περιγραφή του φορέα, όπου διεξήχθη η έρευνα, είναι συμμετοχή των γονέων στο πρόγραμμα μέσα από τις ομάδες γονέων. Πρόκειται για μία θεραπευτική προσέγγιση, η οποία εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο στην Ελλάδα, εν αντιθέσει με τη διεθνή κλίμακα, όπου κεντρικός άξονας της οικογενειακής θεραπείας είναι οικογενειακές συνεδρίες (Κατάκη, 2010). Πρόκειται, όπως αναφέρει η Κατάκη (2010), για την ομαδική ψυχοθεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία με οικογενειακό προσανατολισμό ορίζεται ως μία δίωρη συνάντηση εβδομαδιαία, όπου παρευρίσκονται οι γονείς είτε ως μονάδες (σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο επιθυμεί ή δύναται μόνο ο ένας γονέας) είτε ως ζευγάρια (σε περίπτωση που και οι δύο γονείς δύνανται κι επιθυμούν) (Κατάκη, 2010). Εκεί, πραγματοποιείται μια συνολική αλληλεπίδραση μεταξύ θεραπευτή και πολλών οικογενειών μαζί. Στη διαδικασία αυτή τα μέλη της ομάδας, εξομολογούνται, αφηγούνται κι επαναδιαπραγματεύονται οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Με το μοίρασμα και το άκουσμα άλλων εμπειριών και με τη

διαδικασία αποκάλυψης και προβληματισμού της δικής τους εμπειρίας τα μέλη, αποκτούν ερεθίσματα, παίρνουν νέες ιδέες και εμπνέονται να τις εφαρμόσουν στην προσωπική τους ζωή και στη συναναστροφή τους με το παιδί (Κατάκη, 2010).

Η εν λόγω προσέγγιση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη καλύτερης επικοινωνίας και ορίων μεταξύ των μελών της οικογένειας και την προώθηση αμοιβαίας υποστήριξης. Αποτελεί μία προσέγγιση με ευρεία χρήση, καθώς χρησιμοποιείται για περιπτώσεις, όπως είναι η σχιζοφρένεια, οι διατροφικές διαταραχές και η κατάχρηση ουσιών (Schaefer, 2008). Αυτή, λοιπόν, την ομαδική θεραπεία οικογενειακού προσανατολισμού ακολουθεί και το ΚΕ.Θ.Ε.Α., έχοντας παράλληλα, και ομάδες εφήβων. Όταν κριθεί αναγκαίο, πραγματοποιούνται και οικογενειακές συνεδρίες με παρόντες το παιδί και τον ή τους γονείς (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017).

Τέλος, όσον αφορά στις επιστημονικές συνεργασίες, το ΚΕ.Θ.Ε.Α., γενικότερα, αποτελεί έναν φορέα, ο οποίος επιτρέπει σε επιστήμονες, μεταπτυχιακούς φοιτητές και στελέχη φορέων, έπειτα από αίτημά τους, την πραγματοποίηση ερευνών στα θεραπευτικά του προγράμματα. Η εκπόνηση των ερευνών είναι δυνατή υπό την εποπτεία και το συντονισμό του Τομέα Έρευνας του Οργανισμού στο πλαίσιο του Κώδικα Δεοντολογίας Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων που ισχύει στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017).

2.3 Δείγμα

2.3.1 Χαρακτηριστικά δείγματος

Ο συμμετέχοντες, οι οποίοι έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, είναι μέλη του θεραπευτικού προγράμματος του ΚΕ.Θ.Ε.Α. «ΠΙΛΟΤΟΣ» (παράρτημα του ΚΕ.Θ.Ε.Α στην περιοχή του Βόλου) και λαμβάνουν στο εν λόγω θεραπευτικό πλαίσιο οικογενειακή θεραπεία. Συνολικά, οι συμμετέχοντες, είναι 20 γονείς εφήβων χρηστών. Εξ αρχής ο στόχος του δείγματος ήταν ο συγκεκριμένος αριθμός και συλλέχθηκε χωρίς δυσκολία και χωρίς να υπάρξουν απώλειες δείγματος.

Όπως προέκυψε από τον έλεγχο των φακέλων των συμμετεχόντων, από την προσωπική γνωριμία της ερευνήτριας με αυτούς και τα λεγόμενα των συνεντεύξεών τους, τα δημογραφικά στοιχεία έχουν ως εξής:

Πίνακας Δημογραφικών Στοιχείων

Γυναίκες	17
Άνδρες	3
Ηλικία	42-55, Μ.Ο.=49 έτη
Διαζευγμένοι	8
Έγγαμοι	12
Συμμετοχές ζευγαριών	3
Κάτοικοι Βόλου	17
Κάτοικοι γειτονικών πόλεων	3
Προηγούμενη εμπειρία χρήσης από συγγενή	3
Πρώτη φορά εμπειρία με τη χρήση	17
Πρόσφατη υπογραφή συμβολαίου Κύριας Φάσης	2
Υπογραφή συμβολαίου τουλάχιστον 5 μήνες	18

Τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν:

- Η πρώτου βαθμού συγγένεια με τον έφηβο-χρήστη (γονείς).
- Η συμμετοχή του εφήβου χρήστη κι ενός τουλάχιστον γονέα στο θεραπευτικό πρόγραμμα (ξεχωριστή δέσμευση με θεραπευτικό συμβόλαιο γονέα και παιδιού).

Οι συμμετέχοντες ήταν γονείς που είχαν ήδη κάνει τα πρώτα ραντεβού γνωριμίας και διερεύνησης με το συμβουλευτικό κέντρο του φορέα. Επίσης, ήταν γονείς που τα παιδιά τους είχαν ήδη δεσμευτεί με θεραπευτικό συμβόλαιο και εισήλθαν στην κύρια φάση της θεραπείας τους.

Το δείγμα επιλέχθηκε με βάση την καταλληλότητά του, σε σχέση με την πλήρωση των κριτηρίων συμμετοχής. Οι συμμετέχοντες δεν επιλέχθηκαν τυχαία,

αντιθέτως, επρόκειτο για σκόπιμη δειγματοληψία με βάση τα κριτήρια. Το δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling) χαρακτηρίζεται, πέραν της πλήρωσης κριτηρίων, από τη γνώση του αντικειμένου που ερευνάται και τη θέληση της συμμετοχής, ώστε να δοθούν ουσιαστικές απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα. Παράλληλα, η σκόπιμη δειγματοληψία εξαρτάται και από την υποκειμενική γνώση του ερευνητή για τα χαρακτηριστικά του δείγματος (Parahoo, 2006).

2.3.2 Φάση θεραπείας συμμετεχόντων

Καθώς η συγκεκριμένη δειγματοληψία αποτελεί μία σκόπιμη δειγματοληψία με βάση τα κριτήρια είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό η θεραπευτική φάση στην οποία βρίσκονται οι συμμετέχοντες και ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο δείγμα. Αρχικά, λοιπόν, οι συμμετέχοντες και τα παιδιά τους δέχθηκαν τις υπηρεσίες του συμβουλευτικού κέντρου, το οποίο αποτελεί την πύλη εισόδου στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Έπειτα, αφού υπήρξε η δέσμευση και η συμφωνία και από τις δύο πλευρές, πραγματοποιήθηκε θεραπευτικό συμβόλαιο για την ένταξη στην κύρια φάση θεραπείας. Στη φάση αυτή οι συμμετέχοντες και τα παιδιά τους επεξεργάζονται θέματα, όπως είναι η σωματική αποτοξίνωση και η πλήρης αποχή από τη χρήση ουσιών, η αντιμετώπιση των αιτιών που οδηγούν στην κρίση και την ψυχική εξάρτηση, η εγκατάλειψη παραβατικής συμπεριφοράς, η απόκτηση νέων δεξιοτήτων και στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων, ο επαγγελματικός προσανατολισμός και η εκπαίδευση, η υποστήριξη κι επίλυση νομικών εκκρεμοτήτων και η βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων. Την έρευνα, λοιπόν, ενδιαφέρει ακριβώς αυτή η φάση, όπου γονείς και παιδιά έχουν δεσμευτεί σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο με ένα θεραπευτικό συμβόλαιο και προχωρούν παράλληλα τη θεραπεία τους.

2.4 Διαδικασία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, το πρώτο βήμα αποτέλεσε η επικοινωνία με φορέα απεξάρτησης, ο οποίος εφαρμόζει την οικογενειακή θεραπεία. Ο φορέας, ο οποίος επιλέχθηκε ήταν το ΚΕ.Θ.Ε.Α., λόγω της διεξαγωγής της πρακτικής άσκησης της ερευνήτριας στο παράρτημα του Βόλου (ΚΕ.Θ.Ε.Α. – ΠΙΛΟΤΟΣ), στο πλαίσιο του Π.Μ.Σ. Συμβουλευτικής στο Π.Θ. Προκειμένου να

πραγματοποιηθεί η αδειοδότηση για τη διεξαγωγή της έρευνας, ο φορέας ζήτησε τον έλεγχο του βιογραφικού σημειώματος της ερευνήτριας, της ερευνητικής πρότασης και του ερευνητικού εργαλείου. Μετά από αυτόν τον έλεγχο, υπογράφηκε και από την ερευνήτρια και από τον υπεύθυνο του τομέα έρευνας του ΚΕ.Θ.Ε.Α. κύριο Παπαναστασάτο το πρωτόκολλο συμφωνίας για τη διεξαγωγή της έρευνας. Στο πρωτόκολλο αυτό αναφέρονται αναλυτικά η προθεσμία εκπόνησης της έρευνας, οι όροι της συμφωνίας μεταξύ ερευνήτριας και φορέα, όπως επίσης αναφέρονται και οι κυρώσεις σε περίπτωση παραβίασης κάποιου από τους όρους αυτούς (Παράρτημα Α).

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τους υπεύθυνους θεραπευτές, προκειμένου να οριστούν οι συνθήκες και ο τρόπος, με τον οποίο θα πραγματοποιηθεί η έρευνα. Οι θεραπευτές ενημερώθηκαν επακριβώς για το αντικείμενο και για το στόχο της έρευνας και ήταν σύμφωνοι για την εκπόνησή της. Αρχικά, συμφωνήθηκε να αποτελεί χώρο διεξαγωγής της επαφής με τους συμμετέχοντες οι φυσικοί χώροι του φορέα, εφόσον ήταν διαθέσιμοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ποιοτικών ερευνών πραγματοποιούν τη συλλογή των δεδομένων σε φυσικούς χώρους (σπίτι, σχολείο, νοσοκομείο) (Pietkiewicz & Smith, 2014). Επίσης, για τη διαφύλαξη του απορρήτου συμφωνήθηκε η προφορική ενημέρωση και συγκατάθεση των συμμετεχόντων (Παράρτημα Β). Τέλος, συμφωνήθηκε οι θεραπευτές να αποτελούν τους συνδετικούς κρίκους επικοινωνίας μεταξύ της ερευνήτριας και των πιθανών συμμετεχόντων.

Αναλυτικότερα, οι θεραπευτές, πριν τις συναντήσεις τους με τα μέλη, έκαναν μια μικρή εισαγωγή σχετικά με την έρευνα και στη συνέχεια, καλούσαν την ερευνήτρια να μιλήσει η ίδια πιο διεξοδικά για την έρευνα. Η ενημέρωση αυτή περιελάμβανε τη σύσταση της ερευνήτριας, την περίληψη του περιεχομένου της έρευνας και τον τρόπο που αυτή θα διεξαχθεί, καθώς επίσης, και λίγα λόγια για τη διαφύλαξη του απορρήτου και την προφορική συγκατάθεση. Μετά από αυτή την ενημέρωση, οι πιθανοί συμμετέχοντες δήλωναν την προθυμία ή τη μη προθυμία τους για συμμετοχή στην έρευνα. Σε πρώτη φάση, όλοι οι πιθανοί συμμετέχοντες ήταν δεκτικοί. Ωστόσο, 4 από αυτούς, δήλωσαν ότι θα επικοινωνήσουν στο μέλλον, γεγονός το οποίο δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ. Οι άνθρωποι, οι οποίοι, εντέλει, συμμετείχαν, μετά την ενημέρωση, όρισαν, αμέσως, τις λεπτομέρειες της προσωπικής τους συνάντησης με την ερευνήτρια. Η διαδικασία πραγματοποιούνταν

είτε επί τόπου είτε σε δεύτερο χρόνο. Τέλος, κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης των ραντεβού με τον κάθε συμμετέχοντα υπήρχε πάντα κάποιος θεραπευτής κοντά στο χώρο, σε περίπτωση κάποιου έκτακτου γεγονότος. Παρόλα αυτά καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής του ερευνητικού υλικού, δε σημειώθηκε καμία δυσκολία, η οποία θα απαιτούσε την παρέμβαση του θεραπευτή.

Η διαδικασία των ραντεβού με τον κάθε συμμετέχοντα αφορούσε στη διεξαγωγή της συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις ηχογραφούνταν εις γνώση των συμμετεχόντων κι έπειτα από συναίνεσή τους. Η ηχογράφηση και η απομαγνητοφώνηση ήταν απαραίτητες. Με τον τρόπο αυτό δε χάθηκε κάποιο δεδομένο κι έγινε σωστή ανάλυση των δεδομένων (Smith & Osborn, 2007). Μετά το πέρας των συνεντεύξεων, ακολούθησε η πιστή απομαγνητοφώνησή της κάθε συνέντευξης. Για τη διαφύλαξη του απορρήτου δόθηκε ένας κωδικός για την κάθε συνέντευξη. Ο κωδικός ορίζονταν από έναν αριθμό και ένα κεφαλαίο γράμμα στα λατινικά. Ο αριθμός αντιστοιχούσε στη σειρά με την οποία πραγματοποιήθηκε η συνέντευξη και το γράμμα ήταν το αρχικό του μικρού ονόματος του συμμετέχοντα, π.χ. 1S. Στη συνέχεια, τα δεδομένα των συνεντεύξεων κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν, ώστε να εξαχθούν και να συγγραφούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

2.5 Εργαλεία

Προκειμένου να διερευνηθεί αυτή η εμπειρία της συμμετοχής των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι η δομημένη συνέντευξη (Παράρτημα Γ). Σε σχετικό άρθρο τους οι Smith και Osborn (2007) δηλώνουν πως στη δομημένη συνέντευξη ο ερευνητής προαποφασίζει τα δεδομένα που θέλει να συλλέξει και κατασκευάζει τις ερωτήσεις της συνέντευξης με τέτοιο τρόπο, ώστε να εκμαιεύσει συγκεκριμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις αυτές ανταποκρίνονται στις θεματικές κατηγορίες, που έχει ορίσει ο ερευνητής και αποτελούν τα δεδομένα προς ανάλυση. Προκειμένου να ενισχυθεί η αξιοπιστία ο ερευνητής θα πρέπει να μείνει πιστός στον οδηγό της συνέντευξης και να έχει τη μικρότερη δυνατή ελαστικότητα μεταξύ των συνεντεύξεων. Πιο συγκεκριμένα, ο ερευνητής στη δομημένη συνέντευξη χρησιμοποιεί μικρές κι εξειδικευμένες ερωτήσεις. Διαβάζει την ερώτηση, όπως, ακριβώς, αναγράφεται στον οδηγό συνέντευξης και ακολουθεί την ίδια σειρά με όλους τους συμμετέχοντες. Τέλος,

όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο ερευνητής έχει ορίσει τις κατηγορίες των απαντήσεων, ώστε να αναδειχθεί το κατά πόσο ή όχι οι απαντήσεις ανταποκρίνονται στις αρχικές κατηγορίες. Με τη δομημένη συνέντευξη επιτυγχάνεται ο έλεγχος, η αξιοπιστία και η ταχύτητα (Smith & Osborn, 2007).

Έτσι, λοιπόν, στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκαν 20 συνεντεύξεις με μέσο όρο διάρκειας 16 λεπτά. Η συνέντευξη προσπάθησε να εξετάσει το βίωμα των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία μέσα από τους εξής άξονες: «η πρώτη επαφή με τη χρήση», «η αναγκαιότητα της θεραπείας», «η πορεία στην οικογενειακή θεραπεία» και «ο απολογισμός της οικογενειακής θεραπείας». Οι άξονες αυτοί ανέδειξαν τις θεματικές κατηγορίες των δεδομένων, οι οποίες θα αναλυθούν στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

2.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

2.6.1 Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση

Η εν λόγω έρευνα έχει να κάνει με το βίωμα των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία. Καθώς έχει ως εργαλείο τη συνέντευξη κι εξετάζει το βίωμα αποτελεί μία ποιοτική έρευνα. Οι μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα βρίσκονται σε πληθώρα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, ο Τσιώλης (2015) αναφέρει τη θεματική ανάλυση, την αφηγηματική ανάλυση, την ανάλυση συνομιλίας, την ανάλυση λόγου, την ανάλυση περιεχομένου, την εμπειρικά θεμελιωμένη θεωρία και την ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση. Οι μέθοδοι αυτές ασχολούνται με την κατανόηση προτύπων νοήματος, με την ερμηνευτική προσέγγιση των αφηγήσεων, με τους τρόπους δόμησης της συνομιλίας, με την παραγωγή γνώσης μέσα από λογοθετικές πρακτικές, με τη συχνότητα εμφάνισης ενός θέματος, με την ανάλυση εμπειρικών δεδομένων και με την απόδοση νοήματος στην εμπειρία του ατόμου.

Η συγκεκριμένη ποιοτική έρευνα αφορά στην εμπειρία και την προσωπική εμπίωση γεγονότων. Πρόκειται για την πολύ προσωπική και ιδιαίτερη τοποθέτηση του κάθε γονέα απέναντι στο θέμα, το οποίο εξετάζεται και αφορά ακριβώς, στην υποκειμενικότητα της προσωπικής εμπειρίας. Εφόσον, λοιπόν, πρόκειται για τη διερεύνηση των προσωπικών βιωμάτων των συμμετεχόντων, η προτεινόμενη μέθοδος ανάλυσης είναι η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση (Interpretative

Phenomenological Analysis – I.P.A.) (Chapman & Smith, 2002). Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση ερευνά, λεπτομερώς, το πώς οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις, τις οποίες αντιμετωπίζουν και πώς δίνουν νόημα στον προσωπικό και κοινωνικό τους κόσμο (Smith & Osborn, 2007).

Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση αποτελεί μία προσέγγιση στην ποιοτική ανάλυση με ενδιαφέρον για το πώς οι άνθρωποι νοηματοδοτούν την εμπειρία τους. Με άλλα λόγια, βάζει τον ερευνητή στη διαδικασία να συλλέξει λεπτομερή δεδομένα, τα οποία αντνακλούν την αυθεντική προσωπική εμπειρία του συμμετέχοντα (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Πρόκειται για φαινομενολογική προσέγγιση, καθώς παρέχει μια λεπτομερή εξέταση του κόσμου και της ζωής του συμμετέχοντα. Επιπρόσθετα, πρόκειται και για ερμηνευτική, καθώς ο ερευνητής επιχειρεί να ερμηνεύσει το νόημα που δίνουν οι συμμετέχοντες στον κόσμο τους (Smith & Osborn, 2007). Εξετάζει την προσωπική εμπειρία, η οποία παρουσιάζεται μέσα από τις προσωπικές δηλώσεις και πεποιθήσεις του ατόμου. Κατάλληλο εργαλείο για την εν λόγω μέθοδο ανάλυσης είναι η προσωπική συνέντευξη και το κατάλληλο δείγμα είναι ένα ομοιογενές δείγμα ανθρώπων, οι οποίοι είναι εμπειρικοί γνώστες του θέματος που ερευνάται (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Βασισόμενη στη ιδιογραφική προσέγγιση, η οποία ενδιαφέρεται για το ειδικό και όχι για το γενικό και την αρχή της φαινομενολογίας, η οποία έχει να κάνει με την ύπαρξη και την εμπειρία και την τάση ερμηνείας των λεγομένων (βαθύτερο νόημα της κάθε απάντησης), την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση χαρακτηρίζουν οι εξής υποθέσεις:

- Η κατανόηση του κόσμου αφορά στην κατανόηση της εμπειρίας.
- Οι ερευνητές εκμαιεύουν και έχουν ως κύριο αντικείμενο τα δεδομένα που έχουν δώσει στην έρευνα οι συμμετέχοντες, οι οποίοι έχουν τις δικές τους υποκειμενικές πεποιθήσεις.
- Πολύ σημαντική είναι η ιδιογραφική προσέγγιση, προκειμένου να εξεταστεί το «ειδικό».
- Οι ερευνητές δε ερμηνεύουν την εμπειρία, όπως αυτή εκφράζεται από τους συμμετέχοντες αλλά μέσω μιας διεργασίας απόδοσης νοήματος.
- Προκειμένου να γίνει σωστή έρευνα των δεδομένων, οι ερευνητές πρέπει να είναι γνώστες των δικών τους εμπειριών και πεποιθήσεων.

- Δεν μπορεί να αποφευχθεί η ερμηνεία σε κανένα στάδιο της ανάλυσης των δεδομένων. Ωστόσο, ο ερευνητής μπορεί να δηλώσει το ρόλο του στη διαδικασία αυτής της ερμηνείας και να συνδυάσει την ερμηνεία του με τις απόψεις των συμμετεχόντων (Larkin & Thompson, 2012).

2.6.2 Κωδικοποίηση δεδομένων

Η ερμηνεία ποιοτικών δεδομένων στην Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση απαιτεί μία εύλογη, οργανωμένη, λεπτομερή και διαφανή νοηματοδότηση. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτή η νοηματοδότηση είναι απαραίτητος ο ορισμός προτύπων νοήματος των δεδομένων (pattern of meanings) (Larkin & Thompson, 2012). Τα πρότυπα νοήματος, συνήθως, ονομάζονται «θέματα» και προκύπτουν από τον «σειρά προς σειρά» σχολιασμό των δεδομένων. Ο σχολιασμός αυτός της κάθε σειράς αποτελεί τον κώδικα της κάθε σειράς. Τελικός σκοπός είναι η αναγωγή των θεμάτων που έχουν προκύψει σε μία ανώτερη δομή τα υπερθέματα (Larkin & Thompson, 2012).

Αναλυτικότερα, η αρχή της ανάλυσης των δεδομένων βρίσκεται στο αρχικό κείμενο της απομαγνητοφώνησης. Όπως χαρακτηριστικά τονίζουν οι Larkin και Thompson, (2012), ο ερευνητής ξεκινά, διαβάζοντας ξανά και ξανά το απομαγνητοφωνημένο κείμενο, ώστε να εξοικειωθεί με τα δεδομένα κι έπειτα, αρχίζει την κωδικοποίηση «σειρά προς σειρά». Η κωδικοποίηση αφορά στη σημείωση αντικειμένων ενδιαφέροντος, δηλαδή, ο,τι έχει σημασία για τους συμμετέχοντες (γεγονότα, σχέσεις, αξίες). Έπειτα, μέσω αυτών των σημειώσεων, γίνεται η αναζήτηση βιωματικών αξιώσεων, δηλαδή το βαθύτερο νόημα των λεγομένων. Στο στάδιο αυτό ο ερευνητής, προσπαθεί να ξεκινήσει την πιθανή ερμηνεία των δεδομένων (Larkin & Thompson, 2012).

Μετά την λεπτομερή κωδικοποίηση της απομαγνητοφώνησης, η οποία επικεντρώνεται σε μια αρχική προσέγγιση του βιώματος, ακολουθεί μια προκαταρκτική οργάνωση και σύννοψη της δουλειάς, που έχει γίνει ως τώρα. Αυτή η διαδικασία γίνεται, αρχικά, σε κάθε συνέντευξη ξεχωριστά. Τα θέματα, που αναδύονται σε κάθε ξεχωριστή συνέντευξη θα πρέπει να είναι ευέλικτα, προκειμένου να μπορέσει να γίνει η ομαδοποίησή τους με τα θέματα των υπολοίπων συνεντεύξεων. Τα επικρατέστερα θέματα, τα οποία προκύπτουν από αυτή την

ομαδοποίηση θεμάτων, είναι και αυτά τα οποία αντικατοπτρίζουν το νόημα των λεγομένων. Πρόκειται για το τελικό νόημα του συνόλου των συνεντεύξεων (Larkin & Thompson, 2012). Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει ότι θέματα τα οποία δεν εμφανίζονται τόσο συχνά είναι λιγότερο σημαντικά από τα επικρατέστερα (Biggerstaff & Thompson, 2008).

Συνοπτικά λοιπόν, οι Biggerstaff και Thompson (2008) ορίζουν τα βήματα της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης, προσθέτοντας και τον πίνακα καταγραφής θεμάτων ως εξής:

- 1^ο Στάδιο: 1^η επαφή με τα δεδομένα και κωδικοποίηση.
- 2^ο Στάδιο: Προκαταρκτικός ορισμός θεμάτων.
- 3^ο Στάδιο: Ομαδοποίηση θεμάτων σε ένα ευρύτερο σύμπλεγμα.
- 4^ο Στάδιο: Καταγραφή θεμάτων σε συνοπτικό πίνακα.

Μετά το πέρας όλης αυτής της διαδικασίας γίνεται η καταγραφή των αποτελεσμάτων. Όπως τονίζει και ο Burnard (2004), τα αποτελέσματα αφορούν στην περιγραφή της κάθε θεματικής ενότητας χωριστά και την ερμηνεία αυτής και μάλιστα, η ερμηνεία συνοδεύεται από αυτούσια αποσπάσματα των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων. Με άλλα λόγια, στη διαδικασία αυτή ο ερευνητής ανατρέχει στις απομαγνητοφωνήσεις, για να δανειστεί κάποιο αντιπροσωπευτικό απόσπασμα και το χρησιμοποιεί ως απόδειξη της ερμηνείας του. Αναλυτικότερα, με βάση το απόσπασμα ο ερευνητής εξηγεί το νόημα και τους παράγοντες, οι οποίοι κάνουν τον συμμετέχοντα να αισθάνεται και να ενεργεί με το συγκεκριμένο τρόπο (Burnard, 2004).

3. Αποτελέσματα

Και οι είκοσι γονείς, οι οποίοι πήραν μέρος στην παρούσα έρευνα μίλησαν για την έως τώρα εμπειρία τους στην οικογενειακή θεραπεία με στόχο την απεξάρτηση του παιδιού τους. Οι συμμετέχοντες, οι οποίοι εθελοντικά και με ιδιαίτερη προθυμία έλαβαν μέρος στη διαδικασία των συνεντεύξεων, έκαναν λόγο για συνολικό θετικό βίωμα στην οικογενειακή θεραπεία που έλαβαν. Απαντώντας στις στοχευμένες ερωτήσεις της συνέντευξης, εξέθεσαν την εμπειρία τους και αξιολόγησαν τη θεραπεία, την οποία επέλεξαν. Μέσα από τη μαρτυρία των γονέων φάνηκε πως πρόκειται για μία θεραπευτική προσέγγιση, η οποία έχει θετικά αποτελέσματα στους ίδιους και το παιδί τους. Μέσα από τη συλλογή, τη μελέτη και την ανάλυση των δεδομένων αναδείχθηκαν 5 θεματικές κατηγορίες. Οι θεματικές κατηγορίες περιγράφονται παρακάτω. Για την καλύτερη κατανόηση των κατηγοριών και της περιγραφής τους, παρατίθενται αυτούσια αποσπάσματα των συνεντεύξεων. Προκειμένου να διαφυλαχθεί το απόρρητο και να αποφευχθεί η έκθεση προσωπικών στοιχείων, οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται με τον κωδικό τους, όπως αυτός περιγράφηκε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας.

1^η θεματική κατηγορία: Η στάση των γονέων απέναντι στη χρήση ουσιών

Στην παρούσα έρευνα αυτό που επιχειρήθηκε να διερευνηθεί, αρχικά, ήταν η γενικότερη στάση των γονέων απέναντι στο κοινωνικό φαινόμενο της χρήσης ουσιών. Οι γονείς προσκλήθηκαν να σκεφτούν τη στάση τους, πριν αυτή επηρεαστεί από την είδηση της χρήσης του έφηβου παιδιού τους. Με αυτό τον τρόπο, επιδιώχθηκε να φανεί η συνολική πορεία του γονέα απέναντι στο φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, ξεκινώντας από τη γενική άποψη περί χρήσης και καταλήγοντας στις απόψεις περί θεραπείας της εξάρτησης και της αποτελεσματικότητάς της. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες, λοιπόν, δήλωσαν ότι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα θέμα, το οποίο δεν τους απασχολεί ως κοινωνικό φαινόμενο και δε βρίσκεται στο βεληνεκές του ενδιαφέροντός τους. Μέσα από τις απαντήσεις τους υπονοήθηκε μια αίσθηση ασφάλειας, η οποία τους κάνει να νιώθουν πως «αποκλείεται κάτι τέτοιο να συμβεί» στη δική τους οικογένεια. Μέσ' από τις απαντήσεις, οι γονείς άφησαν να εννοηθεί

πως έχουν μία άρνηση. Πιο αναλυτικά, φάνηκε πως αισθάνονται ότι όσο δεν ασχολούνται με την διερεύνηση του φαινομένου, ακόμα και σε ενημερωτικό επίπεδο, τόσο δεν τους αγγίζει η επίδρασή του.

Φάνηκε πως οι γνώσεις τους για τη χρήση παράνομων ουσιών περιορίζονται σε ένα ενδεικτικό επίπεδο, το οποίο ενδεχομένως, ακολουθεί το αντίστοιχο κοινωνικό στερεότυπο. Αναλυτικότερα, μοιάζει οι συμμετέχοντες να έχουν ενστερνιστεί την ευρεία κοινωνική θέση, η οποία τονίζει πως η χρήση παράνομων ουσιών αποτελεί μία συνήθεια, η οποία χαρακτηρίζει, κατά κύριο λόγο τις οικογένειες χαμηλού επιπέδου. Καθώς, λοιπόν, διαχωρίζουν τη θέση της οικογένειάς τους από αυτή των οικογενειών του περιθωρίου, δεν ενημερώνονται σχετικά και αποφεύγουν να ασχοληθούν με το φαινόμενο. Έτσι, λοιπόν, όντες προκατειλημμένοι από τα κοινωνικά στερεότυπα, έδωσαν μία αίσθηση στιγματισμού του φαινομένου.

«Ήταν πολύ μακριά από εμένα σε... Σε αυτό. Και δεν πίστευα ότι ποτέ δε θα υπήρχε λόγος να πλησιάσω και να μάθω περισσότερα». 1 S.

«Αδιάφορη, γιατί δε με άγγιζε. Ήξερα, είχα λίγες γνώσεις, αλλά δε με απασχολούσε ιδιαίτερα». 2 S.

Η πλειοψηφία του δείγματος φάνηκε να θέλει να διαφοροποιηθεί από τις οικογένειες του περιθωρίου. Ως οικογένειες του περιθωρίου χαρακτήρισαν αυτές τις οικογένειες, στις οποίες κάποιο μέλος κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Με αυτό τον τρόπο φάνηκε πως οι οικογένειές τους ανήκουν σε κάποιο ανώτερο κοινωνικό επίπεδο, όπου δεν υπάρχει το περιθώριο και η πιθανότητα για χρήση. Επίσης, όπως θα αναλυθεί και αργότερα, η ύπαρξη ή όχι ιστορικού χρήσης στην οικογένεια φάνηκε να μην επηρεάζει την άποψη περί κοινωνική διαφοροποίησης.

Επιπρόσθετα, φάνηκε η αίσθησή τους ότι η χρήση μπορεί να αιτιολογηθεί με την κακή ανατροφή και το χαμηλό οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Με αυτή τους τη διάθεση περί διαχωρισμού των δικών τους οικογενειών από τις περιθωριακές οικογένειες, δήλωσαν πως οι ίδιοι αξιολογούν την οικογένειά τους ως οικογένεια μη περιθωριακή. Αυτή η διαφοροποίηση, βέβαια, έγινε χωρίς να ορίζουν τα στοιχεία - πέραν της χρήσης-, τα οποία τους διαφοροποιούν από το περιθώριο. Πιο συγκεκριμένα, δόθηκε μια αίσθηση υποτίμησης των ανθρώπων που κάνουν χρήση και ακολούθως, τονίστηκε πως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί στίγμα για τον ίδιο το χρήστη και την οικογένειά του.

«Ε, πίστευα ότι χρήση κάνουν μόνο, εντός εισαγωγικών, κακά παιδιά, τα παιδιά που είναι από διαλυμένες οικογένειες, τα παιδιά που είναι, τι να πω, στο περιθώριο να πω; Πίστευα ότι ποτέ ένα παιδί σαν το δικό μου και σε μία οικογένεια, που θεωρούσα εγώ καλή, ότι μπορεί να κάνει χρήση. Ούτε καν το υποψιαζόμουν ποτέ. Ήξερα ότι ήταν στο περιθώριο. Ότι δεν είχαν καμία σχέση με τις καλές οικογένειες». 8 Β.

«Ε, ήταν μια άποψη γενική και αόριστη. Φυσικά, αρνητική. Φυσικά, τη χρήση την τοποθετούσα κάπου στο περιθώριο της κοινωνίας ή έστω τη θεωρούσα και είναι φυσικά, παράνομη και ότι αφορούσε κάποιους άλλους και όχι εμένα». 14 Κ.

Παρόλη την τάση των γονέων να διαχωρίσουν την οικογένειά τους από τις οικογένειες του περιθωρίου και την άρνηση ενασχόλησης κι ενημέρωσης για το εν λόγω κοινωνικό φαινόμενο, ακούστηκαν και άλλες απόψεις, οι οποίες φαίνεται να μην έχουν αυτή την αποφευκτική τάση, αλλά να προσεγγίζουν τη χρήση. Πιο αναλυτικά, υπήρξαν κάποιοι γονείς, των οποίων η γενική στάση απέναντι στη χρήση ήταν ο φόβος. Οι γονείς αυτοί, μέσα από τις απαντήσεις τους, άφησαν να εννοηθεί πως, αρχικά, αντιμετωπίζουν τη χρήση παράνομων ουσιών ως ένα κοινωνικό φαινόμενο με επικίνδυνη έκταση. Οι συγκεκριμένοι γονείς, έχοντας γνώση των διαστάσεων του φαινομένου αυτού, φάνηκε να αισθάνονται μία απειλή από την πιθανότητα εμφάνισής του στην οικογένειά τους.

Ο φόβος έκανε τους συγκεκριμένους συμμετέχοντες να κινητοποιηθούν. Η κινητοποίηση αφορούσε σε μία διάθεση ενημέρωσης σχετικά με τους κινδύνους και τις διαστάσεις του φαινομένου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Η διάθεση ενημέρωσης, αρχικά, είχε να κάνει με το προσωπικό επίπεδο. Στη συνέχεια, φάνηκε να περνά και σε ένα διαπροσωπικό επίπεδο, όπου η μειοψηφία των γονέων επέλεξαν να ενημερώσουν τα παιδιά τους αλλά και φίλους, σχετικά με την έκταση και τους κινδύνους. Με τον τρόπο αυτό, αναδείχθηκε η διάθεση προστασίας από ένα φαινόμενο, το οποίο μοιάζει να έχει ανεπιθύμητες κι επικίνδυνες προεκτάσεις.

«Τελείως, αρνητική. Είχα γνώση, για το τι γίνεται εδώ στην κοινωνία του Βόλου, ήξερα τους κινδύνους, μίλαγα στα παιδιά πάρα πολύ συχνά για αυτό, αλλά δεν μπορούσαμε να το αποφύγουμε». 6 Δ.

Η γενικότερη κοινή αίσθηση των γονέων όσον αφορά στην αρχική στάση απέναντι στη χρήση αφορά στην υποτίμηση του χρήστη και της οικογένειάς του και συνοδεύεται είτε από την άρνηση και αποφυγή ενημέρωσης κι ενασχόλησης με το

θέμα είτε από την αίσθηση του φόβου και τη διάθεση ενημέρωσης και προστασίας του εαυτού και των αγαπημένων προσώπων. Παρόλα αυτά, αξίζει να αναφερθούν και κάποιες στάσεις, οι οποίες διαφοροποιήθηκαν από το φόβο και το στίγμα. Πιο αναλυτικά, υπήρξαν 2 γονείς, οι οποίοι φάνηκε να αντιμετωπίζουν τη χρήση παράνομων ουσιών ως μία κλιμάκωση, η οποία ξεκινά από την ελαφρά χρήση κι εξελίσσεται στη βαρέα. Οι απόψεις αυτές παρουσιάζουν μία ανοχή στον πειραματισμό με τη χρήση και μία απενοχοποίηση της χρήσης της κάνναβης.

«Γενικά, ήμουν κατά, αλλά με μια ανεκτικότητα. Ανεκτικότητα του στυλ ότι είναι πειραματισμός, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στον πειραματισμό και δεν πρέπει να κολλάει σε κανενός είδους, ε, ουσία με την οποία θα έρθει σε επαφή». 17 G.

«Θεωρούσα ότι υπάρχει διαβάθμιση ανάμεσα στις ουσίες. Δηλαδή, ότι το χασίς, δεν είναι εξαρτησιογόνο, ότι είναι κάτι ελαφρύ, που μπορεί να διαχωριστεί από τις άλλες ουσίες». 18 E.

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η αντίδραση των γονέων στην είδηση της χρήσης του παιδιού. Με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με τη γενικότερη στάση τους απέναντι στη χρήση ουσιών, κλήθηκαν να θυμηθούν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισαν τη νέα είδηση. Καθώς ακούστηκε η τάση αδιαφορίας, η αίσθηση κινδύνου και η διάθεση προστασίας και πληροφόρησης, οι γονείς φάνηκε να είναι απροετοίμαστοι στην είδηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών του παιδιού τους. Χωρίς να έχουν κατά νου την οποιαδήποτε πιθανότητα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών του παιδιού και καθώς δεν είχαν και τη διάθεση ενημέρωσης, νιώθοντας έτσι ότι αποτάσσουν την πιθανότητα χρήσης, έμειναν έκπληκτοι στην είδηση της χρήσης. Πιθανώς να ματαιώθηκαν, βλέποντας πως η χρήση δεν αγγίζει μόνο τις οικογένειες του περιθωρίου ή βλέποντας πως ίσως και να μην ήταν επιτυχημένη η προσπάθειά τους για ενημέρωση και προστασία των παιδιών τους. Όπως και να έχει, φάνηκε πως η είδηση αποτέλεσε μία έκπληξη, για την οποία οι συμμετέχοντες δεν είχαν την παραμικρή αίσθηση και ήταν απροετοίμαστοι στο άκουσμά της.

«Υπήρχαν και φίλοι μου, που ήταν και χρήστες και δουλεύαμε μαζί και τους ήξερα και από τη στιγμή, που δε με ενοχλούσαν, δε με ένοιαζε. Το πρώτο καμπανάκι για εμένα ήταν ο αδερφός μου. Έκανε χρήση χασίς. Ήταν και πιο μικρός. Εκεί ζορίστηκα πολύ. Μετά ήρθε και το δεύτερο κρούσμα με τη Μ. Πάλι για χασίς». 11 G.

«Ε, το θεωρούσα κάτι πολύ κακό, κάτι που δε θα τύχαινε ποτέ στη δική μου οικογένεια. Απλά, τους είχα πολύ περιθωριοποιημένους και θεωρούσα ότι έτσι είναι όλοι. Και φυσικά δεν πίστευα ότι θα τύχει στη δική μου οικογένεια, παρόλο που ο άντρας μου, ο αδερφός του. Ε... Εκεί είχαμε πάθει... Είχαμε μπλοκαριστεί, γιατί τον είχανε πιάσει με χρήση κάνναβης». 12 R.

Οι 2 παραπάνω αναφορές –και η αναφορά ενός ακόμη γονέα- αφορούν στη μειοψηφία του δείγματος. Πρόκειται για ένα ζευγάρι, το οποίο είχε ιστορικό χρήσης στην οικογένεια, καθώς ο αδερφός του συζύγου ήταν χρήστης. Ο τρόπος με τον οποίο μιλούν στη συνέντευξη και απαντούν στις ερωτήσεις δε δηλώνει κάποια διαφοροποίηση στο θέμα της χρήσης του παιδιού, λόγω της πρότερης εμπειρίας τους. Κι οι 2 μίλησαν για έκπληξη στη χρήση του παιδιού τους κι έκαναν λόγο για τη διαφοροποίηση της οικογένειάς τους από τις οικογένειες του περιθωρίου. Παρόλα αυτά, δημιουργείται μία υπόθεση σχετικά με το ιστορικό χρήσης στην οικογένεια. Αρχικά, ο 11 G δηλώνει τη σχετική αποδοχή ως προς το θέμα της χρήσης γενικότερα, ώσπου η χρήση έρχεται στην οικογένειά του κι εκεί αλλάζει στάση. Στην αρχική επαφή με τη χρήση του αδερφού και οι 2 συμμετέχοντες δήλωσαν την έκπληξη και την αίσθηση του απρόσμενου. Στην είδηση της χρήσης του παιδιού τους έφεραν στη συνέντευξή τους την ίδια έκπληξη.

Ωστόσο, ενδεχομένως, αν και δε μιλούν για τον τρόπο αντιμετώπισης στην πρώτη επαφή, αυτή η πρώτη εμπειρία τους να τους ώθησε να λειτουργήσουν κινητοποιητικά. Η χρήση του αδερφού, ίσως, να αποτελεί μία ανοιχτή πληγή, η οποία φέρει ακόμα νωπά συναισθήματα, τα οποία έρχεται να θυμίσει η χρήση του παιδιού. Πρόκειται για μία εμπειρία, η οποία επαναλαμβάνεται. Η ανησυχία, λοιπόν, για το παιδί σε συνδυασμό με την πρότερη εμπειρία του αδερφού να επιβεβαιώνει στους γονείς πως η χρήση χρειάζεται θεραπεία και να τους κινητοποιεί προς αυτή. Μάλιστα, ο τρίτος γονέας, που ανήκει στη μειοψηφία αυτή το εκφράζει καθαρά: *«Επειδή το έχω ξαναβιώσει με τον αδερφό μου, ήξερα καλά τι έπρεπε να κάνω».*

Παρόλα αυτά, το ενδιαφέρον είναι ότι οι πρώτες στάσεις για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αλλάζουν, όταν οι γονείς πληροφορηθούν για τη χρήση του παιδιού τους. Αποτελεί η χρήση του παιδιού ένα σημαντικό γεγονός για το γονέα; Τον επηρεάζει με κάποιο τρόπο; Τα λεγόμενα αρκετών γονέων μέσα από τις συνεντεύξεις που έδωσαν, μαρτυρούν πως η νέα πληροφορία της χρήσης του παιδιού μπορεί να επιφέρει αλλαγή στην αρχική στάση. Πιο αναλυτικά, τα συναισθήματα και

οι πεποιθήσεις των γονέων είτε παραμένουν ίδια είτε αλλάζουν με την είδηση της χρήσης του έφηβου παιδιού τους.

Στις περιπτώσεις που δεν άλλαξε η άποψη, φάνηκε πως η χρήση είτε είναι είτε δεν είναι στην οικογένεια, αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο πρέπει να εξαλειφθεί. Εδώ, μπορεί να διακριθεί μία σταθερότητα στη στάση των γονέων και μία παγιωμένη αντίληψη περί κινδύνου κι έκτασης του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα, η αρχική αρνητική στάση των γονέων ισχυροποιείται ακόμα περισσότερο μετά την είδηση της χρήσης του παιδιού. Νιώθοντας ότι ο κίνδυνος της χρήσης έχει αγγίξει και το ίδιο τους το παιδί, τάσσονται ακόμα πιο έντονα ενάντια στη χρήση ναρκωτικών. Με άλλα λόγια, μοιάζει η είδηση της χρήσης του έφηβου παιδιού να επιβεβαιώνει την αρνητική στάση.

«Δεν άλλαξε κάτι σε αυτό. Όπως ένιωθα, νιώθω». 6 D.

«Δε διαμορφώθηκε διαφορετικά. Η ίδια παρέμεινε, φτου κακά, μακριά από όλο τον κόσμο. Ούτε αυτά, που λένε για θεραπευτικούς λόγους και κάτι δεν πειράζει, γιατί έχω κάνει συζητήσεις, δε βλέπει το χασίς κ.τ.λ. Είναι, δηλαδή, αν επιμένει ο άλλος, μπορεί και να το γδάρω κιόλας. Είμαι κάθετη σε αυτό». 13 X.

Η μειοψηφία του δείγματος ανέφερε πως η είδηση της χρήσης του παιδιού τους τους έκανε να αναθεωρήσουν ως προς την αρχική τους στάση. Οι γονείς, όντες προκατειλημμένοι από τα κοινωνικά στερεότυπα, αρχικά, αντιμετώπιζαν τη χρήση ως εφάμιλλη με το χαμηλό επίπεδο και το περιθώριο. Εδώ, πραγματοποιείται άρση της προκατάληψης και των στερεοτύπων απέναντι στο χρήστη και την οικογένειά του. Η είδηση της χρήσης κάνει το γονέα να σκεφτεί με έναν πιο γενικευμένο τρόπο. Όταν πληροφορείται ότι το παιδί είναι χρήστης, συνειδητοποιεί πως πρόκειται για φαινόμενο, το οποίο μπορεί να πλήξει τον οποιονδήποτε και δεν σχετίζεται απαραίτητα με παράγοντες, όπως είναι το οικονομικό ή κοινωνικό επίπεδο της οικογένειας. Η αναθεώρηση αυτή βάζει τους γονείς στη διαδικασία να συνειδητοποιήσουν πως η χρήση παράνομων ουσιών εκκολάπτεται σε μία οποιαδήποτε οικογένεια. Έτσι, αποδεικνύεται η μετατόπιση της αρχικής στάσης των γονέων από την άρνηση, την αποφυγή και το στίγμα στην αναγνώριση της έκτασης και των διαστάσεων του φαινομένου.

«Ναι ότι, τελικά, αυτό που έλεγα, που θεωρούσα εγώ στην αρχή ότι μόνο οι άνθρωποι, που έχουν πρόβλημα στην οικογένειά τους κάνουν χρήση, οι κακοί άνθρωποι, να σου

το πω κάπως έτσι, τελικά, δεν ισχύει. Έλεγα «α, τους καημένους», αλλά μετά αναθεώρησα, κατάλαβα ότι τα πράγματα είναι, τελείως, διαφορετικά». 8 Β.

Από όσα έχουν λεχθεί ως τώρα φαίνεται πως οι γονείς διαφοροποιούνται ως προς τη στάση απέναντι στη χρήση πριν και αφού μάθουν για αυτή. Ακούστηκε η ανοχή στη χρήση, η διάθεση ενημέρωσης, η πρότερη εμπειρία χρήσης από συγγενικό πρόσωπο. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φάνηκε να έχει μία τάση αποφυγής ουσιαστικής ενασχόλησης με το θέμα και να στιγματίζει το χρήστη και την οικογένειά του ως περιθωριοποιημένους. Αυτός ο φόβος ταύτισης με τέτοιου είδους οικογένεια και η αίσθηση ότι οι ίδιοι ανήκουν σε ένα ανώτερο κοινωνικό επίπεδο, έκανε όλους τους γονείς να μιλήσουν για μία έκπληξη κι έντονα δυσάρεστα συναισθήματα στην είδηση της χρήσης του παιδιού τους. Όλοι οι γονείς ανεξάρτητα από τις αρχικές τους στάσεις φάνηκε να αντιμετωπίζουν τη χρήση ως μία μη αποδεκτή κατάσταση, η οποία ενέχει τον κίνδυνο για τη ζωή και το πλήγμα στην ηθική και την αξιοπρέπεια της οικογένειας. Με συναισθήματα φόβου, άγχους και ανασφάλειας ακούν για τη χρήση και δυσκολεύονται να την αποδεχτούν. Παρόλα αυτά, παρά την κοινή γραμμή περί μη αποδοχής της χρήσης του παιδιού τους, αν και αφορά στη μειοψηφία του δείγματος, παρατηρήθηκε μία ποιοτική αλλαγή στη στάση μετά την είδηση της χρήσης. Δεν έλειψαν, δηλαδή, οι αναφορές στις οποίες φάνηκε η άρση του στίγματος και η αναθεώρηση σχετικά με το ότι η χρήση μπορεί να αγγίζει οποιαδήποτε οικογένεια.

2^η θεματική κατηγορία: Η στάση των γονέων απέναντι στην επιλογή της θεραπείας

Δεδομένου ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν απροετοίμαστοι στην είδηση της χρήσης, οι πρώτες αντιδράσεις τους είχαν να κάνουν με έντονα συναισθήματα, τα οποία προκάλεσε το νέο δεδομένο. Τα συναισθήματα αυτά είχαν ως αντικείμενο και τον ίδιο τον εαυτό και το παιδί. Αρχικά, όλοι οι γονείς ήταν απροετοίμαστοι για την είδηση και για αυτό όλοι έμειναν άφωνοι κι έκπληκτοι. Ήταν κάτι που δεν το ήθελαν στην οικογένειά τους και ξαφνικά μάθαιναν ότι το ίδιο τους το παιδί τους κατηγοριοποιεί στο περιθώριο. Για αυτόν, ακριβώς, το λόγο ακούστηκε ο θυμός για τη συμπεριφορά και την κατάληξη του παιδιού και το αίσθημα προδοσίας. Φάνηκε να αισθάνονται πως έκαναν μία προσπάθεια για να μεγαλώσουν ένα παιδί σωστό κατά τα δεδομένα του και αυτό δεν υπάκουσε στις οδηγίες τους. Δεν έλειψε και η

στροφή προς εαυτόν, η οποία έφερε συναισθήματα απογοήτευσης κι αίσθησης αποτυχίας στην ανατροφή των παιδιών. Με άλλα λόγια, επρόκειτο για συναισθήματα τα οποία αφορούσαν και στις 2 πλευρές. Φάνηκε, λοιπόν, πως όλοι οι γονείς έδωσαν κάποιο χρόνο και χώρο στα συναισθήματά τους, ώστε να συνειδητοποιήσουν το συμβάν και να δουν στη συνέχεια πώς θα πορευτούν.

«Μεγάλος θυμός. Βέβαια, η στεναχώρια μετά». 11 G

«Απογοητεύτηκα». 6 D

Επίσης, υπήρξε μία συμμετέχουσα η οποία δεν ανέφερε ευθέως συναισθήματα, αλλά μοιράστηκε το ότι άρχισε να διερωτάται το λόγο για τον οποίο συνέβη η χρήση του παιδιού της. Βέβαια, μέσα από τα λεγόμενά της διαφάνηκε η αίσθηση ενοχής και προσωπικής ευθύνης απέναντι στα νέα δεδομένα. Ο λόγος της έδειχνε μία εκλογίκευση των γεγονότων, η οποία απέκρυπτε τα συναισθήματά της απέναντι στην είδηση της χρήσης του παιδιού.

«Οι σκέψεις μου ήταν το γιατί. Αν φταίω εγώ κάπου, τι μπορώ να αλλάξω, γιατί έφτασε εκεί. Αυτό και το γιατί. Θεωρώ ότι τα παιδιά, γενικότερα, όταν φτάνουν σε αυτή τη διαδικασία, υπάρχουν λόγοι και τα ωθούν εκεί». 10 D.

Μετά το πέρας των πρώτων συναισθηματικών αντιδράσεων όλο το δείγμα της έρευνας μίλησε για την κινητοποίησή του προς τη θεραπεία. Έκαναν, λοιπόν, σαφή την άποψή τους ότι η χρήση αποτελεί ένα επικίνδυνο φαινόμενο, από το οποίο πρέπει να σώσουν τα παιδιά τους. Μοιάζει οι γονείς να αναγνωρίζουν και να φοβούνται τις διαστάσεις του φαινομένου και να θέλουν με κάποιον τρόπο να την πατάξουν και να απαλλαγούν από αυτή. Μέσα από τα λεγόμενά τους φάνηκε και πάλι πως η χρήση δεν είναι αποδεκτή και η λογική αντιμετώπιση στην είδησή της είναι η απεξάρτηση.

«Μετά την έκπληξη, την απογοήτευση και το φόβο, οι πρώτες πρώτες σκέψεις ήταν τι κάνουμε τώρα». 14 K

Οι περισσότεροι γονείς στην πρώτη επαφή με την είδηση κι έχοντας τη διάθεση να κινητοποιηθούν ως προς την επίλυση του προβλήματος, αναγνώρισαν, με κάποιον τρόπο, τα όριά τους. Μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φάνηκε μία αίσθηση προσωπικής αδυναμίας και ανεπάρκειας σε σχέση με τη διαχείριση της χρήσης του παιδιού τους. Με όλο το φόρτο των αρνητικών συναισθημάτων, δήλωσαν πως θεωρούσαν ότι μόνοι τους δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν κάτι,

που έμοιαζε να είναι εκτός των ορίων και των δυνατοτήτων της διαχείρισής τους. Ένωσαν την επικινδυνότητα και τη σοβαρότητα της κατάστασης και σε συνδυασμό με τη ματαίωση, που βίωσαν, αξιολόγησαν τον εαυτό τους ως ανεπαρκή για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όλοι οι γονείς μίλησαν για την ανάγκη βοήθειας από εξειδικευμένους επαγγελματίες, γιατί αισθάνονται αβοήθητοι κι εναποθέτουν την ελπίδα για τη σωτηρία του παιδιού τους σε έμπειρο προσωπικό. Αναγνωρίζοντας τις διαστάσεις και την επικινδυνότητα, νιώθουν ότι το πρόβλημα της χρήσης είναι μεγαλύτερο από το βεληγεκές τους και ζητούν καθοδήγηση. Με αυτό τον τρόπο, ενδεχομένως, να δημιουργείται και μία ανακούφιση ως προς το μοίρασμα της ευθύνης στην επίλυση του προβλήματος. Άλλωστε, πρόκειται για μία νέα είδηση, την οποία όλοι οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας δεν την είχαν καν κατά νου. Ενδεχομένως, βέβαια, σε αυτή τους τη στάση να έχει συμβάλει και η γενικότερη κοινωνική αποδοχή ότι η χρήση και η εξάρτηση αντιμετωπίζονται με θεραπεία από εξειδικευμένους επαγγελματίες.

«Έχω μία αρχή να εμπιστεύομαι τους ειδικούς. Δεν τα ξέρει ένας άνθρωπος όλα. Οπότε τον εμπιστεύτηκα και ήρθα εδώ». 13 X.

«Κοίταζε, γενικά για τη χρήση είχα την άποψη ότι χρειάζεται θεραπεία και για αυτό ήρθα, αμέσως, εδώ. Στους ανθρώπους που έχουν ασχοληθεί με το πρόβλημα. Δεν είναι δυνατόν να τα ξέρεις όλα. Και σε κάθε τομέα της ζωής, εκεί που ξέρουν θα πας κάθε φορά». 2 S.

Τρεις από τους συμμετέχοντες διαχώρισαν με τα λεγόμενά τους την κινητοποίηση σε μία πρώτη φάση, η οποία σχετίζεται με την προσέγγιση του παιδιού και τη διερεύνηση του σωστού τρόπου αντιμετώπισης κι έπειτα σε μία δεύτερη φάση, που σχετίζεται με αυτή του επαγγελματία. Εδώ, φάνηκε μία πιο ψύχραιμη και μειλίχια αντιμετώπιση. Αρχικά, δηλαδή, οι συγκεκριμένοι γονείς επεδίωξαν την επικοινωνία με το παιδί. Θέλησαν να συζητήσουν και να έρθουν πιο κοντά του. Αφού κατοχύρωσαν τη συνεργασία και την αποδοχή της θεραπείας από την πλευρά του παιδιού, απευθύνθηκαν σε επαγγελματίες στον τομέα της απεξάρτησης. Επιδιώχθηκε, με αυτό τον τρόπο, η συλλογικότητα της προσπάθειας προς την απεξάρτηση. Οι γονείς αυτοί, με άλλα λόγια, εξ αρχής θεώρησαν σημαντική τη συνεργασία μεταξύ των μελών της οικογένειας και τον κοινό ορισμό του στόχου της

απεξάρτησης. Ενδεχομένως, εδώ, να διαφαίνεται μία διάθεση των γονέων για πιο μεθοδική κινητοποίηση. Ενδεχομένως, από τα λεγόμενά τους να διακρίνεται και μία διάθεση κριτικού ελέγχου ως προς το σωστό χειρισμό της είδησης και της κινητοποίησης προς θεραπεία. Με άλλα λόγια, αυτή η μειοψηφία του δείγματος δεν αποτάθηκε ευθύς αμέσως στη θεραπεία, αλλά μεθοδικά προσέγγισε το παιδί, ερεύνησε τις επιλογές της απεξάρτησης κι έπειτα πορεύθηκε στη θεραπεία.

«Ε, πρώτα, να μιλήσουμε φιλικά, ώστε να υπάρξει, να μεγαλώσει η οικειότητα μεταξύ μας και να μην απομακρυνθούμε ο ένας από τον άλλο. Ε, και ήξερα ότι αυτές οι καταστάσεις αντιμετωπίζονται δύσκολα, αλλά όχι από τον ουρανό και όχι από τον αέρα. Σίγουρα με τη βοήθεια ειδικών. Αποφάσισα να ενημερωθώ. Προσπάθησα να διασταυρώσω ότι αυτό που μου λένε είναι αλήθεια. Πήρα τα τηλέφωνα που έπρεπε και μπήκαμε σε μία σειρά εδώ». 5 G.

Η είδηση της χρήσης, λοιπόν, προκαλεί έντονα συναισθήματα, όπως είναι η απογοήτευση και ο θυμός είτε προς τον ίδιο τον εαυτό είτε προς το παιδί. Το ενδιαφέρον είναι ότι όλοι οι γονείς μετά τα πρώτα αυτά συναισθήματα και τον αποσυντονισμό και αφού πάρουν το χρόνο τους αισθάνονται μία διάθεση κινητοποίησης. Νιώθοντας αβοήθητοι και αποσυντονισμένοι από το νέο δεδομένο, θεωρούν πως η χρήση και η απεξάρτηση απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό και ζητούν βοήθεια από καταρτισμένο προσωπικό. Με το μοίρασμα ευθύνης και την αίσθηση ότι δεν θα είναι μόνοι τους στην προσπάθεια προς την απεξάρτηση αποζητούν καθοδήγηση και γνώση. Ωστόσο, εντοπίζεται μία διαφοροποίηση ως προς τη μεθοδικότητα της αναζήτησης βοήθειας.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων μίλησε για απευθείας ζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς. Ωστόσο, 3 από τους συμμετέχοντες μίλησαν για μία πιο μεθοδική προσέγγιση του θέματος, κατά την οποία μίλησαν με τα παιδιά τους ψύχραιμα κι ερεύνησαν τις επιλογές, που έχουν τη σωστή κινητοποίηση ως προς την απεξάρτηση. Ενδεχομένως, εδώ να φαίνεται μία πιο κριτική στάση των γονέων, μία ελαφρά υποτίμηση ως προς τις έτοιμες λύσεις που τους προσφέρθηκαν και μία εμπιστοσύνη στον προσωπικό έλεγχο και την κριτική.

Παρόλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι οι συγκεκριμένοι γονείς μίλησαν για την κινητοποίηση τους για θεραπεία, όντες ήδη σε αυτή. Με άλλα λόγια, βιώνοντας ήδη τη θεραπεία, ενδεχομένως, να την εξήραν στις

συνεντεύξεις τους παραβλέποντας, ίσως, άλλες πρότερες αντιδράσεις τους. Είναι, λοιπόν, πολύ πιθανό να μην περιγράφηκε, επαρκώς, όλο το φάσμα των αντιδράσεων.

3^η θεματική κατηγορία: Η στάση των γονέων για το ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού.

Η αναγνώριση προσωπικής αδυναμίας και η εμπιστοσύνη των ειδικών κάνει τους γονείς της συγκεκριμένης έρευνας να θεωρούν τη θεραπεία από εξειδικευμένα προγράμματα απαραίτητη για την απεξάρτηση του παιδιού τους. Η ύπαρξη θεραπευτικών προγραμμάτων φαίνεται να αποτελεί μία ανακούφιση για τους γονείς. Η πληθώρα θεραπευτικών προγραμμάτων, που υπάρχει στην Ελλάδα και η διαφήμιση αυτών, ενδεχομένως, να λειτούργησε και σα στερεότυπο σχετικά με το γεγονός ότι η εξάρτηση αντιμετωπίζεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες. Επομένως, υπακούοντας στο στερεότυπο αυτό και οι ίδιοι οι γονείς ορίζουν την εξάρτηση ως μία ιδιαίτερη συνθήκη, που χρήζει ειδικής παρέμβασης.

Όλοι οι συμμετέχοντες στις αναφορές τους μιλούν για τη σημασία της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία του παιδιού, θεωρώντας την οικογένεια ως μέρος της επίλυσης του προβλήματος. Δίνεται έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών και στην αίσθηση ότι το πρόβλημα, που παρουσιάζει το άτομο ως μονάδα, είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας ολόκληρης της οικογένειας. Καθώς παίρνουν και οι ίδιοι μέρος στη θεραπεία και συμμετέχουν σε μία συλλογική προσπάθεια απεξάρτησης, εξάρουν την ωφέλεια της συνολικής προσπάθειας στη θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται μια εικόνα συνοχής και συλλογικότητας στην οικογένεια, η οποία αντιμετωπίζει ενωμένη το κάθε πρόβλημα που προκύπτει σε κάποιο μέλος της. Ίσως έτσι, να τονίζεται η φιλοσοφία των γονέων σχετικά με το νόημα και τη δομή της οικογένειας. Οι γονείς της παρούσας έρευνας, λοιπόν, τονίζουν ότι η οικογένεια πρέπει να λειτουργεί συνολικά και συνεργατικά, ειδικά όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα.

«Ήξερα ότι... Ήταν γνωστό ότι, όταν συμβαίνει στον άνθρωπο ένα πρόβλημα, μάλλον, στον ασθενή, τότε ασθενεί όλη η οικογένεια. Είτε προβλήματα από πιο παλιά βγαίνουν, είτε η ίδια η κατάσταση δημιουργεί προβλήματα. Πάντως, χρειάζεται με το που αρχίσει το παιδί, να αρχίσει και η οικογένεια». I S.

Οι γονείς δήλωσαν την αναγκαιότητα της δικής τους συμμετοχής στη θεραπεία, με έμφαση στη δική τους ευθύνη. Μοιάζει να θεωρούν πως οι αλληλεπιδράσεις και οι σχέσεις στην οικογένεια είναι ικανές ή και υπεύθυνες για τη δημιουργία κάποιου προβλήματος. Νιώθοντας ως οι κύριοι υπεύθυνοι για την ανατροφή των παιδιών τους, δηλώνουν πως και οι ίδιοι έχουν διαδραματίσει κάποιο ρόλο στη δοκιμή και την εγκατάσταση της χρήσης. Νιώθοντας, λοιπόν, ότι επηρεάζουν κι επηρεάζονται από το παιδί και τα προβλήματά του, θεωρούν επιβεβλημένη τη συλλογική προσπάθεια της οικογένειας στη θεραπεία.

Κάνοντας τον προσωπικό τους απολογισμό και την αυτοκριτική τους, υποθέτουν ότι έχουν σφάλει. Έχοντας ξεπεράσει τα πρώτα συναισθήματα του θυμού και της απογοήτευσης, κάνουν στροφή προς τον εαυτό τους και αυτοαξιολογούνται ως γονείς. Η ευθύνη, λοιπόν, που νιώθουν καθιστά τη συμμετοχή τους στη θεραπεία επιτακτική. Παράλληλα, η επεξεργασία προσωπικών τους ζητημάτων είναι αυτονόητη. Χωρίς διάθεση κατηγορίας του παιδιού και αυτοκατηγορίας, προσπαθούν να βιώνουν τη χρήση όχι ως προσωπικό πρόβλημα του παιδιού, αλλά ως οικογενειακό ζήτημα κι επιζητούν τη συνολική θεραπεία, νιώθοντας έτσι ότι αποτελούν μέρος της επίλυσης του προβλήματος.

«Το παιδί δε φτάνει στη χρήση μόνο του. Φτάνει από δικές μας ενέργειες και δικές μας παραλείψεις. Από το σύνολο της οικογένειας φτάνει, οπότε σίγουρα χρειάζεται όλη η οικογένεια να συμμετέχει στο να αλλάξει η πορεία όλη. Δε σκέφτηκα ότι είμαι αμέτοχος εφόσον είμαι γονέας». 5 G.

Μάλιστα, η σημαντικότητα της οικογένειας δεν εξαιρείται μόνο μέσα από παράγοντες όπως είναι η ανάληψη ευθύνης ή η αίσθηση ότι μόνο συλλογικά αντιμετωπίζεται το πρόβλημα ενός μέλους της. Η σημασία της οικογένειας εξαιρείται και μέσα από το δίκτυο συγγενών και της εμπιστοσύνης σε αυτούς. Πιο αναλυτικά, υπάρχουν 2 αναφορές συμμετεχόντων, οι οποίοι, δηλώνουν ότι στη δύσκολη στιγμή της είδησης της χρήσης του παιδιού τους, επέλεξαν να μοιραστούν την ανησυχία τους και να συμβουλευτούν συγγενείς τους. Με αυτό τον τρόπο, φαίνεται πως η σημασία της οικογένειας δεν περιορίζεται μόνο στη συζυγική σχέση, αλλά επαφίεται και στο ευρύτερο δίκτυο των συγγενών.

«Συμβουλευτήκα μία πρώτη μου ξαδέρφη, η οποία είναι κι εργάζεται στην Αθήνα, έχει επιστημονική κατάρτιση, έχει γνώσεις να με συμβουλευσει και σίγουρα, με συμβούλευσε για το ΚΕ.Θ.Ε.Α.». 5 G.

«Το συζήτησα με τους δικούς μου, μου είπαν ότι πρέπει να πάω για βοήθεια και να προλάβουμε». 9 D.

Μοιάζει, λοιπόν, για όλους τους συμμετέχοντες του δείγματος η οικογένεια να είναι πολύ σημαντική και για το λόγο αυτό να είναι απαραίτητη η συμμετοχή της στη θεραπεία του παιδιού. Αυτή η άποψη υποστηρίχθηκε από όλο το δείγμα, χωρίς να διαφοροποιηθεί ποιοτικά από την οικογενειακή κατάσταση του κάθε συμμετέχοντα. Με άλλα λόγια, και οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι τάχθηκαν υπέρ της συνολικής συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία μαζί με το παιδί που είναι στη χρήση. Ακόμη, φάνηκε να είναι σημαντικά και τα ευρύτερα δίκτυα συγγενών, πέρα από τη συζυγική σχέση. Στο σημείο αυτό, σημαντικό είναι να τονιστεί ότι η συνολική αίσθηση ήταν πως η πλειοψηφία του δείγματος επέλεξε ένα γνωστό φορέα απεξάρτησης, ο οποίος τύγγανε να ακολουθεί την οικογενειακή θεραπεία. Ίσως, λοιπόν, η αίσθηση περί συμμετοχής όλης της οικογένειας στη θεραπεία, να διαμορφώνεται με βάση το τρέχον βίωμα και να μην αποτελεί μία αρχική συνειδητή επιλογή.

4^η θεματική κατηγορία: Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γονείς κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας

Οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης κλήθηκαν να μιλήσουν για την ίδια την πραγμάτωση της οικογενειακής θεραπείας. Φάνηκε να είναι ένας τομέας ενδιαφέροντος στη συνέντευξη, καθώς οι γονείς μίλησαν αρκετά για την αίσθησή τους στην οικογενειακή θεραπεία, τονίζοντας τις διαφόρων ειδών δυσκολίες τους. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις δυσκολίες και την περιγραφή τους, γεγονός που μαρτυρά ότι η οικογενειακή θεραπεία, δεν αποτέλεσε μία εύκολη κι ευχάριστη διαδικασία, τουλάχιστον, για τους περισσότερους γονείς.

Οι δυσκολίες για τις οποίες έγινε λόγος αφορούν σε διάφορες πτυχές της οικογενειακής θεραπείας. Αρχικά, καθώς το συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο πραγματοποιείται με ομάδες γονέων, μία από τις πιο συχνές δυσκολίες που ακούστηκαν είναι αυτή της έκθεσης σε τρίτα άτομα, της εμπιστοσύνης και του

φόβου στιγματισμού. Οι άνθρωποι αυτοί ένιωσαν φόβο έκθεσης κι αισθάνθηκαν ευάλωτοι μπροστά στη συγκυρία της ομαδικής θεραπείας. Η διαδικασία της ομαδικής θεραπείας τους προσκαλούσε να μοιραστούν προβληματισμούς, προσωπικά στοιχεία και γεγονότα και να ακούσουν την εμπειρία άλλων μελών της ομάδας. Έχοντας περάσει από την αρχική δυσκολία της αποδοχής και της συνειδητοποίησης της χρήσης του παιδιού τους, καλούνται να επικοινωνήσουν τον ψυχικό τους πόνο σε άγνωστα (σε πρώτη φάση) άτομα.

Η δυσκολία αυτή μοιάζει να έρχεται σε συνέχεια της αρχικής στάσης των γονέων απέναντι στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Αναλυτικότερα, καθώς οι περισσότεροι γονείς αντιμετωπίζουν τη χρήση ως ένα φαινόμενο κατώτερου κοινωνικού επιπέδου, ακόμα και αν ξεπερνούν την προκατάληψη μετά την είδηση της χρήσης του δικού τους παιδιού, φαίνεται και πάλι ότι αισθάνονται προσβεβλημένοι από τα νέα δεδομένα. Αυτή η αίσθηση προσβολής αυξάνεται, όταν πρέπει να ανακοινωθεί σε τρίτους. Η δυσκολία φαίνεται να υπάρχει στο φόβο κριτικής από τους άλλους, αλλά και στην έκθεση του πολύ ευαίσθητου προσωπικού κόσμου του κάθε ατόμου.

«Ήταν πάρα πολύ δύσκολο καταρχήν, να εξωτερικεύσω πράγματα σε άγνωστους ανθρώπους. Αυτό ήταν ένα πάρα πολύ μεγάλο κομμάτι». 8 Β.

Καθώς οι γονείς αναγνωρίζουν την ευθύνη τους και θέλουν να συμμετέχουν συνολικά στην απεξάρτηση του παιδιού, καλούνται και οι ίδιοι να λάβουν προσωπική θεραπεία προς βοήθεια αρχικά του εαυτού τους κι έπειτα του παιδιού τους. Οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν τη δυσκολία τους στη συνειδητοποίηση και την αλλαγή. Κατά την πορεία της οικογενειακής θεραπείας, οι γονείς κλήθηκαν να σκεφτούν και να αλλάξουν. Πιο συγκεκριμένα, πολλοί συμμετέχοντες μίλησαν για προσωπικές αλλαγές σε επίπεδο συνηθειών και ρουτίνας, αλλά και αλλαγές στον τρόπο σκέψης.

«Άλλαξα τη δουλειά μου, γιατί ήταν μία δουλειά που μου έπαιρνε περισσότερα από όσα μου έδινε». 19 Τ.

Δεν έλειψε και η αναφορά στις αναθεωρήσεις πολλών απόψεων.

«Μου έμαθε να μην έχω προσδοκίες από τα παιδιά μου. Πάρα πολύ σημαντικό. Να δεχτώ τα παιδιά μου, όπως είναι και όχι όπως θα ήθελα εγώ να είναι». 13 Χ.

Η οικογενειακή θεραπεία προέτρεψε τους συμμετέχοντες να σκεφτούν διαφορετικά και να αλλάξουν τις προτεραιότητες και τον τρόπο ζωής τους. Φάνηκε πως η αλλαγή αυτή είναι δύσκολη, καθώς η παλιά πληροφορία χάνεται και η νέα φέρνει αμηχανία και άλλου είδους απαιτήσεις. Μοιάζει οι περισσότεροι συμμετέχοντες να δυσκολεύτηκαν ως προς τη συνειδητοποίηση και την αποδοχή των λαθών τους και την αντιμετώπιση των νέων δεδομένων, που φέρνει η αλλαγή. Όντες μαθημένοι σε ένα συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και δράσης, ανέφεραν ότι δεν τους ήταν εύκολο να αποχωριστούν τον παλιό και ήδη μαθημένο τρόπο σκέψης και να δημιουργήσουν μια νέα ρουτίνα.

«Με δυσκολεύει το πώς θα δουλέψω με τον εαυτό μου. Κάποια πράγματα, που πρέπει να αλλάξω». 4 Μ.

Ωστόσο, υπήρξαν και τρεις αναφορές γονέων, οι οποίοι δε δήλωσαν καμία αίσθηση δυσκολίας κατά τη διεξαγωγή της οικογενειακής θεραπείας. Οι γονείς αυτοί άφησαν να εννοηθεί ότι συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα της κατάστασης. Νιώθοντας τα πράγματα τεταμένα και αγωνιώντας για το παιδί και την ανεξάρτησή του από τις παράνομες ουσίες, ξεκίνησαν τη θεραπεία χωρίς δισταγμό και αίσθηση ανασφάλειας. Με έναν τρόπο, αφέθηκαν εξαρχής στη θεραπεία και στην καθοδήγηση του θεραπευτή, χωρίς να δώσουν το περιθώριο στον εαυτό τους να αισθανθεί αρνητικά, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να τους περιορίσει στην πρόοδο της θεραπείας. Η αίσθηση κινδύνου και η ανάγκη να σώσουν το παιδί τους, ώθησε τους συγκεκριμένους γονείς στο να προσαρμοστούν απευθείας στη συνθήκη της οικογενειακής θεραπείας και να εμπιστευτούν τις οδηγίες του θεραπευτή.

«Ήταν η αγάπη μου για το παιδί μου ότι έπρεπε να κάνω κάτι, για να το σώσω και σε αυτή την προσπάθεια δεν υπήρχε χώρος για φανατισμούς και ιδεοληψίες ή οτιδήποτε άλλο. Έπρεπε να δω το πρόβλημα καθαρά, εμπιστεύτηκα τον Πιλότο και αυτό με βοήθησε». 19 Τ.

«Όχι, δεν πιστεύω ότι υπάρχει δύσκολη θέση. Από τη στιγμή, που έρχεσαι ανοίγεσαι». 9 Δ.

Το ενδιαφέρον είναι ότι όλοι οι γονείς, είτε δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στην οικογενειακή θεραπεία είτε όχι, κατέληξαν σε αποδοχή και ουσιαστική συμμετοχή στην οικογενειακή θεραπεία. Με την παρουσία στην ομάδα και την ενεργή συμμετοχή στη διεξαγωγή της θεραπείας, σταδιακά, κάθε δυσκολία

ξεπεράστηκε και αντικαταστάθηκε από αισθήματα ασφάλειας και οικειότητας. Φαίνεται πως η απόφαση να δοθεί χρόνος κι ευκαιρία στην οικογενειακή θεραπεία, βοήθησε τους γονείς να αναθεωρήσουν και να αρχίσουν να εισπράττουν τα θετικά, που μπορεί να τους προσφέρει η συγκεκριμένη θεραπεία.

Όλοι οι γονείς, οι οποίοι ανέφεραν δυσκολίες, μίλησαν για αρχική αμηχανία και δεν αισθάνθηκαν οικεία στη θεραπεία και το ομαδικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, συζητήθηκε η δυσκολία προσαρμογής και αποδοχής της νέας πραγματικότητας, η οποία μετατρέπεται σε συναισθήματα ικανοποίησης, συμπάθειας κι ευγνωμοσύνης στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Αναγνωρίζουν ως ωφέλιμη την οικειότητα και την αποδοχή, ώστε να μοιραστούν, να ακούσουν και να βρουν ανακούφιση, λύση και διέξοδο στον προβληματισμό τους. Πρόκειται για μία αλλαγή προς το καλύτερο, η οποία διευκολύνει την ουσιαστική συμμετοχή στη θεραπεία και κάνει τη διεξαγωγή της πιο ευχάριστη και αποτελεσματική.

«Ε, στην αρχή ήταν κάτι άγνωστο, κάτι που δεν το γνωρίζαμε και ήμασταν επιφυλακτικοί. Στη συνέχεια, καταλάβαμε τι γινόταν και ανοιχτήκαμε». 6 D.

«Όταν εντάχθηκα, μου φάνηκε πάρα πολύ σκληρή. Σιγά σιγά, όμως, όσο προχωρούσε και η διαδικασία της θεραπείας, άρχισα να νιώθω βαθιά την αναγκαιότητά της, άρχισα να αφήνω τον εαυτό μου και στη συνέχεια τη θεώρησα σωτήρια για εμένα». 14 Κ.

Συνοψίζοντας όσα προαναφέρθηκαν, η πλειοψηφία των γονέων μιλά για τη διαδικασία της θεραπείας, αναφέροντας ποικίλες δυσκολίες. Οι γονείς, οι οποίοι δήλωσαν ότι δυσκολεύτηκαν, διαφοροποιήθηκαν στο είδος της δυσκολίας. Ακούστηκε η δυσκολία του μοιράσματος, της έκθεσης και του φόβου κριτικής, όπως ακούστηκαν και δυσκολίες σχετικά με την αλλαγή σε προσωπικές συνήθειες και απόψεις. Επιπρόσθετα, υπήρξε και η μειοψηφία του δείγματος, η οποία διαφοροποιήθηκε, λέγοντας πως δεν αντιμετώπισε καμία δυσκολία, καθώς προτεραιότητα έχει το παιδί. Το ενδιαφέρον που προκύπτει από αυτή την κατηγορία είναι η ποιοτική αλλαγή που έφεραν οι γονείς σε σχέση με την αρχική τους αίσθηση απέναντι στη θεραπεία. Όλοι οι συμμετέχοντες τόνισαν με τον τρόπο τους πως η ευκαιρία και ο χρόνος που έδωσαν στη θεραπεία τους έκανε σταδιακά να αφεθούν, να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους και να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα της θεραπείας κατά τρόπο βοηθητικό για τους ίδιους και το παιδί τους.

5^η θεματική κατηγορία: Αλλαγές στην οικογένεια ως αποτέλεσμα της οικογενειακής θεραπείας.

Οι συμμετέχοντες στο τέλος της συνέντευξης, κλήθηκαν να κάνουν έναν απολογισμό της οικογενειακής θεραπείας, που έλαβαν. Με άλλα λόγια, προσκλήθηκαν να δουν τις αλλαγές, τις οποίες έφερε η οικογενειακή θεραπεία. Κλήθηκαν να σκεφτούν πώς καταλαβαίνουν ότι η θεραπεία έχει αποτελέσματα στη ζωή τη δική τους και του παιδιού τους. Κάνοντας μία αναδρομή στην έως τώρα εμπειρία τους, η πλειοψηφία, των γονέων, οι οποίοι βρίσκονται τουλάχιστον 5 μήνες στην κύρια θεραπευτική φάση, μιλά για την ωφέλεια της οικογενειακής θεραπείας σε πολλαπλούς τομείς. Φαίνεται, λοιπόν, πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες λαμβάνουν τα αποτελέσματα της οικογενειακής θεραπείας, η οποία εκπληρώνει αποδεδειγμένα τις προσδοκίες τους. Τα λεγόμενά τους μαρτυρούν πως αξιολογούν την οικογενειακή θεραπεία ως ωφέλιμη κι εξηγούν πώς ορίζουν την ωφελιμότητα αυτή.

Πρώτο και βασικό στόχο της θεραπείας αποτελεί, σύμφωνα με τους γονείς, το παιδί και η απεξάρτησή του. Οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες μίλησαν θερμά για την αλλαγή που είδαν στο παιδί τους, καθώς, αρχικά, επετεύχθη ο επιδιωκόμενος στόχος της απεξάρτησης από τις παράνομες ουσίες. Η αποτελεσματικότητα στο παιδί, όμως, δε σταματά μόνο στην απεξάρτηση. Πιο αναλυτικά, μίλησαν για αλλαγή στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα του παιδιού. Οι έφηβοι χρήστες έπαυσαν τη χρήση κι άρχισαν να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους. Παρουσιάστηκε ενδιαφέρον για το μέλλον και το σχεδιασμό του, τις δραστηριότητες και την εργασία. Ακόμη, πολύ σημαντική ήταν η αναφορά στην αλλαγή της επικοινωνίας του παιδιού, το οποίο πλέον, συζητά ήρεμα και ειλικρινά, εκφράζει τις ανάγκες του κι επιδιώκει μία καλύτερη σχέση με τους γονείς και τον ευρύτερο περίγυρο.

«Σίγουρα, αλλάζει ο τρόπος που έχει συνηθίσει να ζει, αρχίζει να ζει κανονικά και σύμφωνα με τα συνήθη δεδομένα. Δηλαδή, είχε φτάσει να είναι η νύχτα μέρα και η μέρα νύχτα. Δηλαδή, τη μέρα κοιμόταν, τη νύχτα ήταν στις βόλτες του. Αυτό αντιστράφηκε. Ε, άρχισε να συζητάει και τα προβλήματά του εν μέρει και θέματα διάφορα. Άρχισε να συμμετέχει στην οικογένεια και εργασιακά και συζητώντας. Άρχισε να ασχολείται με δραστηριότητες, που τις είχε εγκαταλείψει, νέες του βγήκαν. Άρχισε να δείχνει κάποιο ενδιαφέρον για τη ζωή». 5 G.

«Κατ' αρχάς, έγινε πιο συνεπής, πιο συνεργάσιμος, πιο... Δεν το συζητώ, ειλικρινής, σταμάτησε τη χρήση, σταμάτησε να κλέβει. Οι συμπεριφορές του χρήστη έπαυσαν από τη στιγμή, που βρέθηκε εδώ». 18 T.

Οι αλλαγές, οι οποίες συντελέστηκαν κι έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας, βοήθησαν και τον ίδιο τον συμμετέχοντα στη θεραπεία. Όλοι οι γονείς, κατά τη διάρκεια του απολογισμού και της αξιολόγησης της οικογενειακής θεραπείας, έκαναν στροφή προς εαυτόν και μίλησαν για την προσωπική τους αλλαγή και βελτίωση. Ακούστηκε από τους περισσότερους συμμετέχοντες ότι έγιναν αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις προτεραιότητες. Μοιάζει, λοιπόν, η οικογενειακή θεραπεία να βοήθησε, προκειμένου να σταματήσουν οι γονείς να αυτοπροσδιορίζονται από τα παιδιά τους και να διαχωρίσουν την προσωπικότητα και τις ανάγκες τους από αυτά. Αυτή η ανεξαρτητοποίηση από τα παιδιά και η αναθεώρηση, συνέβαλε στο να δουν οι γονείς την εξέλιξη της δικής τους ζωής και να σκεφτούν κατά πόσο είναι ευτυχισμένοι ή όχι μέσα σε αυτή. Μεταξύ άλλων, πρόκειται και για μία διαδικασία αυτοβελτίωσης.

Χαρακτηριστική είναι η φράση της 8 Β, η οποία λέει *«Αλλά πλέον, αυτό που έλεγαν κάποιοι γονείς στις ολοκληρώσεις ή στις αποφοιτήσεις ότι «ευχαριστώ το παιδί μου, που με έφερε» κι έλεγα «μα καλά χαζοί είναι, τι ευχαριστώ». Τελικά, τώρα, το καταλαβαίνω κι εγώ. Δηλαδή ότι έχω βοηθηθεί κι εγώ πέρα από σαν μητέρα, σαν άνθρωπος».*

«Η οικογενειακή θεραπεία με βοήθησε πρώτα εμένα σαν άνθρωπο. Σαν προσωπικότητα. Με άλλαξε. Να δω τα πράγματα διαφορετικά. Είχα παγιωμένες απόψεις, ήμουν πάντα υπερπροστατευτική μαμά και με τα δίκια μου. Μέσα από κάποιες διαδικασίες έγινα έτσι. Ε, αυτό είδα πόσο κακό έκανε στα παιδιά μου και κατ' επέκταση σε εμένα, γιατί εγώ ζούσα μέσα από τις δικές τους ζωές και δε ζούσα τη ζωή μου». 19 T.

Επιπρόσθετα, αρκετές αναφορές επικεντρώθηκαν στο θέμα των σχέσεων. Ήταν αρκετοί οι γονείς, οι οποίοι ανέφεραν ως αλλαγή τη γενικότερη βελτίωση στο γονικό τους ρόλο και κατ' επέκταση στη συναναστροφή τους με το παιδί και την επικοινωνία τους με τον περίγυρο. Αρκετοί γονείς αναθεώρησαν τον ίδιο τους το ρόλο μέσα στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να διευκολυνθεί κατά πολύ, η συνολική συναναστροφή μεταξύ των μελών της οικογένειας. Φαίνεται πως η οικογενειακή

θεραπεία βοήθησε τους γονείς να επικοινωνούν με ειλικρίνεια τις ανάγκες, τα συναισθήματα και τις απόψεις τους, ώστε να επιτυγχάνεται η κατανόηση και η συνεννόηση. Η αλλαγή, λοιπόν, και του γονέα και του παιδιού σε προσωπικό επίπεδο βοηθά και τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση.

«Θεωρώ ότι με βοήθησε ως άνθρωπο να ωριμάσω. Θεωρώ ότι με βοήθησε ως σύζυγο να οριοθετήσω και να αξιολογήσω το ρόλο μου μέσα στην οικογένεια και ως μητέρα σε σχέση με τα παιδιά». 18 E.

Συνολικά, η πλειοψηφία των γονέων μίλησε για την ωφελιμότητα της οικογενειακής θεραπείας, τις αλλαγές και την εκπλήρωση προσδοκιών. Το ερώτημα, όμως που αναδύεται είναι κατά πόσο αυτή η αίσθηση είναι αποτέλεσμα του βιώματός τους ή υπέρμετρη επιθυμία τους στο να δουν αποτέλεσμα. Με άλλα λόγια, η προσαρμοστικότητα που μπορεί να επιδείξει ένας γονέας κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας, ενδεχομένως, να επηρεάσει την αίσθησή του για την αποτελεσματικότητά της. Πιο συγκεκριμένα, στη μειοψηφία του δείγματος ανήκουν 2 γονείς, οι οποίοι βρίσκονται στην αρχή του συμβολαίου τους. Ο ένας εκ των δύο μιλά σε όλη τη συνέντευξη με διάχυτο ενθουσιασμό για τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Ο άλλος, έχοντας ένα πιο κατατονικό ύφος σχολιάζει την υπομονή και τη δουλειά που χρειάζεται. Παρόλο που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο, προκαλούν εντύπωση οι διαφορετικές τους στάσεις.

«Έχω ενθουσιαστεί». 4 E.

«Θέλει υπομονή». 9 D.

Άλλωστε, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι πλειοψηφία των γονέων, η οποία έχει, τουλάχιστον, 5 μήνες στην κύρια θεραπευτική φάση, δίνει μία πιο πλήρη και συγκεκριμένη εικόνα σε σχέση με τις αλλαγές, που εντοπίζει στο παιδί και στο ευρύτερο πλαίσιο της οικογένειας. Οι δύο συμμετέχοντες, οι οποίοι εισήχθησαν πρόσφατα στην κύρια θεραπευτική φάση, δεν έδωσαν ξεκάθαρη αίσθηση αλλαγών, καθώς ο ένας γονέας, ήταν ενθουσιώδης και ο άλλος αναζητούσε την ελπίδα.

Οι γονείς, λοιπόν, της παρούσας έρευνας, μίλησαν για τις αλλαγές που εντοπίζουν στους ίδιους και το παιδί τους ως αποτέλεσμα της οικογενειακής θεραπείας. Φάνηκε να υπάρχει διαφορά στις τοποθετήσεις τους, η οποία επηρεάστηκε από τη διάρκεια παραμονής τους στο συγκεκριμένο θεραπευτικό συμβόλαιο. Αναλυτικότερα, οι γονείς, οι οποίοι έχουν συμπληρώσει, τουλάχιστον

παραμονή 5 μηνών στο θεραπευτικό συμβόλαιο της κύριας φάσης, είχαν μία πιο πλήρη εικόνα σε σχέση με τις αλλαγές στο παιδί, αλλά και σε προσωπικό επίπεδο. Έκαναν λόγο για ανεξάρτηση του παιδιού, για αλλαγές και βελτίωση στη συμπεριφορά του, για προσωπικές αλλαγές με την αναθεώρηση απόψεων, συνηθειών και ρουτίνας και για βελτίωση της οικογενειακής και της γενικότερης κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Από την άλλη πλευρά, οι 2 γονείς, οι οποίοι εισήχθησαν πρόσφατα στην κύρια θεραπευτική φάση δε μίλησαν τόσο έντονα για αλλαγές που εντοπίζουν. Υπήρξε μία τάση προσαρμοστικότητας με συναίσθημα ενθουσιασμού και μία μελλοντική προσδοκία με την προϋπόθεση της προσωπικής υπομονής κι επιμονής.

4. Συζήτηση

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει περαιτέρω τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς βιώνουν την οικογενειακή θεραπεία, αντικείμενο της οποίας είναι η απεξάρτηση του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα επικεντρώθηκε στην εξέταση της στάσης των γονέων απέναντι στη χρήση ουσιών, την επιλογή της οικογενειακής θεραπείας για την απεξάρτηση του έφηβου παιδιού τους, το ρόλο της οικογένειας στη θεραπεία, τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι γονείς κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας και τέλος τις αλλαγές, τις οποίες αυτή επέφερε. Παρακάτω, ακολουθεί ο σχολιασμός των ευρημάτων της έρευνας αυτής.

Η συγκεκριμένη έρευνα, αρχικά, μελέτησε την πρώτη στάση των γονέων απέναντι στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Με άλλα λόγια, οι γονείς κλήθηκαν να μιλήσουν σχετικά με την πρώτη αντιμετώπιση της χρήσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας, όσον αφορά σε αυτή την αρχική αντιμετώπιση, ανέδειξαν κατά κύριο λόγο το στίγμα ως κύρια στάση. Οι γονείς φάνηκε να αντιμετωπίζουν τη χρήση ουσιών, προκατειλημμένα, ως ένα φαινόμενο που ανήκει σε μία κατώτερη κοινωνική τάξη. Στην έρευνα έμοιαζε να αντιλαμβάνονται τη χρήση ως ένα πλήγμα στον ηθικό τομέα, ως μία πιθανή προσβολή στο κύρος της οικογένειάς τους.

Συνδέοντας τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και τοποθετώντας τη στο περιθώριο, έμοιαζε να προσπαθούν να διαχωρίσουν την δική τους οικογένεια από την «οικογένεια του περιθωρίου». Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο, οι περισσότεροι δήλωσαν πως, αρχικά, δεν τους απασχολούσε η περαιτέρω ενημέρωση ή η ενασχόληση με το φαινόμενο. Φάνηκε να θεωρούν πως όσο δεν ασχολούνται και αρνούνται με κάποιο τρόπο την ύπαρξή του φαινομένου, τόσο η χρήση δε θα αγγίξει την οικογένειά τους. Παράλληλα, έκριναν πως ως οικογένειες με κύρος, διαφοροποιούνται από αυτές του περιθωρίου, τις οποίες χαρακτηρίζει η χρήση ουσιών, χωρίς ωστόσο να μιλούν για τα στοιχεία, τα οποία προσδίδουν σε μία οικογένεια κύρος.

Οι γονείς μέσα από τα λεγόμενά τους έκαναν φανερό τον φόβο του στιγματισμού και των ίδιων, αφού η χρήση θεωρείται κοινωνικό στερεότυπο. Εξού και η άρνηση για την περαιτέρω ενασχόληση με το θέμα. Έχοντας υπόψη την κοινωνική θεώρηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, οι γονείς αποδοκίμασαν

τους χρήστες και τις οικογένειες αυτών. Έτσι, συνδυάζοντας τη χρήση με την κοινωνική αποδοκιμασία και θεωρώντας την άποψη αυτή ορθή, φάνηκε ο φόβος τους να μη βρεθούν και οι ίδιοι στη θέση αυτή. Επρόκειτο για φόβο του να μη βρεθούν και αυτοί στο περιθώριο και βιώσουν την κοινωνική αποδοκιμασία κατά τον τρόπο, που και οι ίδιοι αποδοκιμάζουν το χρήστη παράνομων ουσιών και την οικογένειά του. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, υπάρχει ο φόβος της αποδοχής του δικού τους σφάλματος. Σύμφωνα με αυτό το εύρημα της παρούσας έρευνας ως προς την άποψη των γονέων περί στίγματος στη χρήση είναι και η έρευνα των Palamar και συνεργατών (2012). Στην έρευνα αυτή υποστηρίζεται ότι το στίγμα και η κοινωνική αποδοκιμασία που υφίσταται ο χρήστης περιθωριοποιούν τον ίδιο και την οικογένειά του.

Σε αυτό δε φάνηκε να επηρεάζει η πιθανή προηγούμενη εμπειρία χρήσης από συγγενικό πρόσωπο. Με άλλα λόγια, οι γονείς, οι οποίοι δήλωσαν πρότερη εμπειρία χρήσης από συγγενικό πρόσωπο, εξέφρασαν την ίδια στάση περί περιθωρίου και στίγματος. Η διαφορά που πιθανολογείται να υπάρχει σε αυτούς τους συμμετέχοντες είναι ότι η πρότερη εμπειρία τους λειτούργησε κινητοποιητικά ως προς την οικογενειακή θεραπεία στην απεξάρτηση του παιδιού τους. Άλλωστε, όπως επισημαίνει και ο Πουλόπουλος (2010) δυσάρεστα γεγονότα του παρελθόντος μπορεί να επαναληφθούν «βαθαίνοντας τις πληγές», με πιθανό αποτέλεσμα την κινητοποίηση.

Στους γονείς, που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι το στίγμα και τα κοινωνικά στερεότυπα επηρεάζουν τη στάση τους απέναντι στη χρήση και πριν μάθουν αλλά και αφότου μάθουν για αυτή. Φαίνεται πως η αποδοχή από το ευρύ κοινό τους είναι, ούτως ή άλλως, σημαντική για την αυτοεικόνα τους και φάνηκε να είναι προσβλητικό για αυτούς το να κριθούν, όπως έκριναν οι ίδιοι τους άλλους. Η κοινωνική κρίση και αποδοχή φάνηκε να είναι σημαντική για τους γονείς. Άλλωστε, όπως λέει και ο Choate (2015) στην έρευνά του, φαίνεται ο ψυχικός πόνος και η δυσκολία αποδοχής να μειώνονται στην περίπτωση που η χρήση είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή και δε φέρει πιθανότητα στιγματισμού.

Παρόλη την αρνητική στάση απέναντι στη χρήση, αρκετοί γονείς της μελέτης μετέβαλλαν την άποψή τους μετά την είδηση της χρήσης του παιδιού τους, με αποτέλεσμα την πραγματοποίηση της άρσης του στίγματος. Φαίνεται πως οι γονείς αναθεώρησαν κι επαναπροσδιόρισαν τη στάση τους απέναντι στη χρήση. Θεώρησαν

ότι εντέλει αποτελεί μία συνηθισμένη δραστηριότητα, η οποία μπορεί να πλήξει οποιαδήποτε οικογένεια. Με άλλα λόγια, όπως τονίζουν και οι Engman-Bredvik και συνεργάτες (2016) στην έρευνά τους, όχι μόνο οι οικογένειες του περιθωρίου αλλά και οι υπόλοιπες οικογένειες μπορούν να αντιμετωπίσουν τον ίδιο αγώνα της απεξάρτησης. Μάλιστα, γονείς, οι οποίοι εντόπισαν σαφείς ενδείξεις για τη χρήση του παιδιού τους, άλλαξαν αμέσως την αντιμετώπισή τους ως προς το παιδί. Έγιναν πιο προσεκτικοί, προσπάθησαν να ανακτήσουν τον έλεγχο της κατάστασης και να δικαιολογήσουν τη χρήση, παύοντας να είναι αυστηροί με τους χρήστες γενικότερα.

Όποια και αν ήταν η στάση των γονέων απέναντι στη χρήση και όπως και αν αυτή διατηρήθηκε ή άλλαξε μετά την είδηση της χρήσης του παιδιού, οι γονείς, αρχικά, μαθαίνοντας ότι το παιδί τους έκανε χρήση παράνομων ουσιών (όποια ουσία και να είναι αυτή), έμειναν έκπληκτοι στην είδηση και αποσυντονίστηκαν. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως η είδηση της χρήσης κατά κάποιον τρόπο αδρανοποιεί τους γονείς, οι οποίοι δε γνωρίζουν πώς να χειριστούν το νέο δεδομένο. Ένωσαν ότι η ζωή τους έγινε χαοτική και ότι έχασαν κάθε αίσθηση ελέγχου. Παράλληλα, συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης και προς τον εαυτό και προς το παιδί και το αυξανόμενο άγχος δυσκόλεψαν ακόμα περισσότερο τη διαχείριση της κατάστασης, όπως αναφέρει και ο Choate (2015).

Οι γονείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, αφού έμαθαν για τη χρήση του παιδιού τους, έδειξαν μια αδυναμία να διαχειριστούν τα συμπτώματα. Πιο αναλυτικά, οι γονείς ένιωσαν πως η είδηση της χρήσης του παιδιού ξεπερνά τις δυνατότητές και την ικανότητα διαχείρισής του προβλήματος. Χωρίς κάποια γνώση κι ενασχόληση με το θέμα της χρήσης, κλήθηκαν να την αντιμετωπίσουν, αν και έως τώρα την απέφευγαν και την αποδοκίμαζαν. Επρόκειτο για τη δυσκολία, που επέφερε η άγνοια περί χρήσης.

Οι γονείς αισθάνθηκαν αδύναμοι και υποτίμησαν κάθε τι που έκαναν, για να βοηθήσουν στην απεξάρτηση του παιδιού. Φάνηκε ότι θεώρησαν τελικά τη χρήση ως πολύ δυνατότερη από αυτούς κι ένιωσαν πως δεν μπορούν να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Παρόλα αυτά, νιώθοντας πως το πρόβλημα της χρήσης είναι μεγάλου βεληνεκούς και ανησυχώντας για την εξέλιξή του, προσπάθησαν να βρουν λύση. Αντίστοιχα είναι και τα ευρήματα των Allison και συνεργατών (2003), όπου και εκεί οι γονείς, όντες σε σύγχυση από τη νέα είδηση, κινητοποιήθηκαν προς επίλυση του προβλήματος. Αυτή, λοιπόν, η αίσθηση

αδυναμίας τούς αφύπνισε και τους ώθησε στην κινητοποίηση. Άλλαξαν συμπεριφορά προς το παιδί και ζήτησαν βοήθεια από εξειδικευμένο προσωπικό, όπως τονίζει και ο Choate (2015) στη δική του έρευνα.

Αρκετοί γονείς, προσπαθώντας να διαχειριστούν την είδηση της χρήσης του παιδιού αλλά και την ίδια τη χρήση, επεδίωξαν μία καλύτερη και πιο ουσιαστική σχέση μαζί του. Στην έρευνα αυτή, φάνηκε πως οι γονείς επεδίωξαν την προσέγγιση και τη συνεργασία του παιδιού, στοιχείο το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί και απόδειξη της κατάλυσης του στίγματος. Φαίνεται, λοιπόν, να υπάρχει η επιθυμία αναθεώρησης της κατάστασης και ανάληψης του ελέγχου της οικογένειας αλλά και κριτικής στάση απέναντι στη σωστή διαχείριση της χρήσης (Choate, 2015).

Με την επιδίωξη εγγύτητας και φιλικού περιβάλλοντος, πολλοί γονείς επιχείρησαν τη συμμαχία στη θεραπεία και την προσπάθεια της απεξάρτησης. Έτσι, στην παρούσα έρευνα έγινε αισθητή μία αναγκαιότητα θεραπείας της εξάρτησης τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια. Σε συμφωνία με την αναγκαιότητα της θεραπείας είναι και τα ευρήματα της έρευνας των Laboy-Garcia και συνεργατών (2015). Με άλλα λόγια, όπως τονίζει και ο Choate (2015) στη δική του έρευνα, οι γονείς ένιωσαν ότι χρειάζονται βοήθεια, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις, που συνοδεύουν τη χρήση. Έτσι, οι συμμετέχοντες ζήτησαν εξειδικευμένη βοήθεια από επαγγελματίες στην απεξάρτηση. Φαίνεται, λοιπόν, πως οι γονείς θεωρούν τους θεραπευτές, στους οποίους απευθύνονται, ως αυθεντίες στο αντικείμενό τους κι εμπιστεύονται την κρίση και τις συμβουλές τους σε θέματα σχετικά με τις γονικές δεξιότητες και πρακτικές (Hartnett et al, 2017).

Οι συμμετέχοντες της έρευνας εναπόθεσαν τις ελπίδες τους στη θεραπεία και απευθύνθηκαν στους ειδικούς θεραπευτές. Αντιμετώπισαν, αρχικά, το παιδί τους ως το κύριο πρόβλημα και για το λόγο αυτό ξεκίνησαν τη θεραπεία. Προσδοκία τους από τη θεραπεία αποτέλεσε (τουλάχιστον, αρχικά) η απεξάρτηση του παιδιού. Ωστόσο, συμμετείχαν και οι ίδιοι στη θεραπεία, ακολουθώντας τις οδηγίες των θεραπευτών, οι οποίοι τους κατεύθυναν ως προς τη συμμετοχή όλης της οικογένειας στη θεραπεία. Σύμφωνα με αυτή τη θέση είναι και ο O' Reilly (2004), ο οποίος αναφέρει ότι παρά το γεγονός ότι βασική αιτία της ένταξής τους στη θεραπεία είναι το παιδί, όλοι οι γονείς αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα και της δικής τους συμμετοχής στη θεραπεία.

Βασικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι ότι οι γονείς φαίνεται να εκτιμούν τα προγράμματα απεξάρτησης με οικογενειακό προσανατολισμό, θεωρώντας πως, έτσι, θα επέλθει γενικότερη σταθερότητα και αίσθημα ασφάλειας στην οικογένεια. Μάλιστα, στη στάση αυτή δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφοροποίηση σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Σύμφωνη είναι και η έρευνα των Laboy-Garcia και συνεργατών (2015). Άλλωστε, οι γονείς αναγνωρίζουν την επιρροή της χρήσης και στο παιδί και σε ολόκληρη την οικογένεια. Οι γονείς αντιλαμβάνονται τη διαταραγμένη ισορροπία στο οικογενειακό σύστημα και νιώθουν την αναγκαιότητα της συλλογικής προσπάθειας. Η συμμετοχή μοιάζει επιτακτική, διότι, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Steinglass (2009), όταν η συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών εισέρχεται στην οικογένεια, όλα τα μέλη της οικογένειας επηρεάζονται από αυτή τη συμπεριφορά και όλοι μαζί αποτελούν το στόχο της θεραπείας. Η οικογένεια, λοιπόν, ανεξάρτητα από την ύπαρξη διαζυγίου ή όχι ορίζεται ως το σημαντικότερο κοινωνικό σύμπλεγμα του παιδιού κι έχει και αυτή σημαντικό μερίδιο στην επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης στην απεξάρτηση, (Steinglass, 2009).

Παρόλα αυτά, όσο δυνατή και να ήταν η επιθυμία των γονέων για συνολική συμμετοχή στη θεραπεία της εξάρτησης του παιδιού και όσο και να ένιωσαν και οι ίδιοι την ανάγκη και της δικής τους βοήθειας από το θεραπευτικό πλαίσιο, η ίδια η θεραπευτική διαδικασία δεν αποτέλεσε μία εύκολη συνθήκη για τους συμμετέχοντες. Παρόλο που υπήρξαν γονείς, οι οποίοι εξ αρχής αισθάνθηκαν άνετα στο θεραπευτικό πλαίσιο, οι περισσότεροι γονείς μίλησαν για ποικίλες δυσκολίες. Αρχικά, οι θεραπευόμενοι γονείς παρουσίασαν μία δυσκολία προσαρμογής στο θεραπευτικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως (αρχικά τουλάχιστον) είχαν μία τυπική παρουσία στο χώρο της θεραπείας, και όχι ουσιαστική, φανερώνοντας την εσωτερική τους αντίσταση στο να αφεθούν και να εμπιστευτούν τους θεραπευτές. Το νέο πλαίσιο έφερε, από όσο φάνηκε στα λεγόμενα των συμμετεχόντων μία σύγχυση, η οποία τους έκανε να αισθανθούν ανοίκεια κι ενδεχομένως, ότι υποτιμήθηκε η νοημοσύνη τους. Κάτι αντίστοιχο υποστηρίζει και οι Hartnett και συνεργάτες (2016), οι οποίοι μιλούν για αρχική δυσκολία στην προσαρμογή στο θεραπευτικό πλαίσιο.

Συμπληρωματική στις δυσκολίες αυτές είναι και η δυσκολία της προσωπικής αλλαγής, η οποία μπορεί να αφορά στη συμπεριφορά, το χαρακτήρα, τη συνειδητοποίηση και την αναθεώρηση. Με όλο το πένθος που υπάρχει στον

αποχωρισμό μίας συνήθειας ή την αλλαγή ενός προσωπικού χαρακτηριστικού, αρκετοί γονείς δυσκολεύονται στις προκλήσεις της δικής τους αλλαγής. Οι γονείς φάνηκε να προσκλήθηκαν ή και να προκλήθηκαν να δουν τη δική τους συμπεριφορά και τον τρόπο δράσης. Οι τοποθετήσεις του θεραπευτή και η ανατροφοδότηση της ομάδας έμοιαζε να φέρνει τους γονείς αντιμέτωπους με νέες οπτικές, τις οποίες δεν είχαν σκεφτεί, νωρίτερα. Μίλησαν για την αλλαγή, που εν τέλει έκαναν, περιγράφοντας, όμως, τη διαδικασία ως οδυνηρή. Ίσως αυτή η οδυνηρή εμπειρία της αλλαγής να σχετίζεται με τη δυσκολία των γονέων να παραδεχτούν κάποιο λάθος τους και κατ' επέκταση ότι αποτελούν μέρος του προβλήματος. Ωστόσο, όμως, η ουσία της οικογενειακής θεραπείας είναι, ακριβώς, αυτή η αναθεώρηση χαρακτηριστικών και συμπεριφορών, με ένα τρόπο πιο λειτουργικό και αποτελεσματικό για το ίδιο το άτομο και κατ' επέκταση την οικογένεια (Hartnett et al, 2016).

Παρόλα αυτά η συνέχεια της θεραπείας και η σταθερότητα σε αυτή έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των δυσκολιών και την ποιοτική αλλαγή του βιώματος. Το στίγμα, ο φόβος έκθεσης στην ομάδα, η δυσκολία προσαρμογής και η δυσκολία της αλλαγής μετατράπηκαν σε αισθήματα οικειότητας, ουσιαστικής βοήθειας, ανακούφισης κι εκτίμησης της ομάδας. Οι γονείς, μιλώντας σε μία ομάδα με άλλους γονείς, οι οποίοι είχαν κοινές ανησυχίες και προβληματισμούς και δίνοντας χρόνο κι ευκαιρία στη διαδικασία, αισθάνθηκαν ότι δεν ήταν μόνοι στον αγώνα που κάνουν για την απεξάρτηση του παιδιού τους. Εδώ, παρατηρείται η πορεία των γονέων από την αρχική άρνηση στον προβληματισμό, την κινητοποίηση κι εν τέλει την απόφαση και τη δράση, με αποτέλεσμα την αλλαγή.

Όπως τονίζουν και οι Engman-Bredvik και συνεργάτες (2016), αυτή, ακριβώς, η αναγνώριση του ότι δεν είναι μόνοι, τους βοηθά στη μείωση της ενοχής τους και την αίσθησή τους ότι δεν αξίζουν ως γονείς. Η συνέχεια της θεραπείας έδωσε την ευκαιρία στους γονείς να μιλήσουν ανοιχτά και ειλικρινά και να μοιραστούν τις εμπειρίες τους και ακούσουν τις εμπειρίες άλλων. Με τον τρόπο αυτό, οι γονείς απέκτησαν νέες οπτικές και εποικοδομητικές συμπεριφορές, οι οποίες βοήθησαν στην καλύτερη λειτουργία της οικογένειας. Εξέφρασαν το συναίσθημά τους και παράλληλα, έλαβαν γνώση και υποστήριξη. Σε αντιστοιχία περί σταδιακής οικειότητας και ωφελιμότητας στη θεραπεία είναι και τα ευρήματα της έρευνας των Voriadaki και συνεργατών (2015).

Κατά τη διάρκεια της οικογενειακής θεραπείας οι γονείς έλαβαν δύναμη από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, ακόμα και αν συζητούσαν και μοιράζονταν δύσκολα θέματα. Παρακολουθώντας την πορεία των άλλων γονέων, πήραν θάρρος από τη θετική τους πορεία και τη βελτίωσή τους. Με αυτό τον τρόπο ανέκτησαν την ελπίδα και για τη δική τους πορεία κι εξέλιξη μέσα στη θεραπεία. Έτσι, όπως λένε οι Engman-Bredvik και συνεργάτες (2016), οι συμμετέχοντες στη θεραπεία μπορούν να σχεδιάσουν το μέλλον και να οργανώσουν το επόμενο τους βήμα.

Οι γονείς, κλείνοντας τις συνεντεύξεις τους, μίλησαν για τις αλλαγές τις οποίες επέφερε η οικογενειακή θεραπεία και αφορούσαν στο παιδί, το γονέα και τις μεταξύ τους σχέσεις. Στο παιδί, οι αλλαγές είχαν να κάνουν με το σύνολο της προσωπικότητάς του. Οι γονείς σημείωσαν αλλαγές πέραν της ανεξάρτησης και της παύσης της χρήσης στην ενίσχυση του κινήτρου, την αισιοδοξία και την ελπίδα. Τα παιδιά άρχισαν να αποκτούν συναίσθηση της κατάστασης της χρήσης και προσπάθησαν να την αποβάλλουν. Εν συνεχεία, κινητοποιήθηκαν ως προς την οργάνωση της ζωής τους και απέκτησαν ελπίδα και διάθεση για το μέλλον. Όπως αναφέρουν και οι Voriadakis και συνεργάτες (2015), η οικογενειακή θεραπεία δημιουργεί στον έφηβο μία θετική διάθεση και μία ενεργοποίηση για εξέλιξη και προσωπικά επιτεύγματα.

Εφόσον το ενδιαφέρον της οικογενειακής θεραπείας εστιάζεται σε όλη την οικογένεια, δεν μπορεί παρά να μην υφίστανται αλλαγές και στους ίδιους τους γονείς. Οι τελευταίοι φάνηκε να κατανοούν ουσιαστικά τη συμπεριφορά του παιδιού και συνειδητοποίησαν τις, πιθανώς, εσφαλμένες στάσεις τους. Εκεί, συνειδητοποίησαν πως το παιδί έχει δική του προσωπικότητα, έχει δικαίωμα στις επιλογές του κι έχει λόγο που τις πραγματοποιεί. Οι οικογενειακοί θεραπευτές μέσα από τη θεραπεία μειώνουν τον αρνητισμό και την τάση αυτοκατηγορίας των γονέων. Μάλιστα, οι Hartnett και συνεργάτες (2017) τονίζουν πως οι γονείς επαναδιατυπώνουν τα προβλήματα με ένα πιο θετικό κι εστιασμένο στο σύνολο της οικογένειας τρόπο, με αποτέλεσμα να απενοχοποιούνται, να κάνουν στροφή προς τον εαυτό τους και να αλλάζουν τη ζωή τους ως προς ένα πιο λειτουργικό και πιο παραγωγικό τρόπο.

Οι αλλαγές αυτές των γονέων μπορούν να συγκεκριμενοποιηθούν, αναφέροντας την αλλαγή στο γονικό τους ρόλο. Η οικογενειακή θεραπεία έδωσε στους γονείς νέες οπτικές για τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Με το άκουσμα

άλλων εμπειριών στην ομάδα ένιωσαν ότι δεν είναι μόνοι στην εμπειρία της χρήσης του παιδιού, αισθάνθηκαν πιο υπομονετικοί, ήρεμοι και ασφαλείς ως γονείς κι έτσι μπόρεσαν να χειριστούν κρίσιμες καταστάσεις αποτελεσματικότερα. Σε αντιστοιχία είναι και τα ευρήματα των Engman-Bredvik και συνεργατών (2016). Αναλυτικότερα, οι γονείς απέκτησαν έναν πιο συγκεκριμένο ρόλο μέσα στην οικογένεια με αρχές και υποχρεώσεις. Αυτός ο νέος και πιο δομημένος ρόλος, διευκολύνει τον ορισμό αποτελεσματικών ορίων και οδηγεί στη βελτίωση της συμπεριφοράς των εφήβων (Hartnett et al, 2017).

Συμπληρωματικά στις αλλαγές του γονέα και του εφήβου, οι γονείς ανέφεραν τις αλλαγές στις ανθρώπινες σχέσεις. Επρόκειτο για αλλαγές που αφορούν στη μεταξύ τους σχέση, τις δυναμικές του οικογενειακού συστήματος και τη λειτουργία της οικογένειας. Η οικογένεια έλαβε βοήθεια στην οικοδόμηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και διαχείρισης συγκρούσεων, στον έλεγχο συναισθημάτων, όπως είναι ο θυμός και το άγχος. Τα μέλη της οικογένειας άρχισαν να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες ως σύνολο, να αλληλοϋποστηρίζονται, να επικοινωνούν τα συναισθήματά τους, να λύνουν τα προβλήματά τους και να έχουν μια δημιουργική επικοινωνία. Σύμφωνα με αυτή την πιο δημιουργική αλληλεπίδραση είναι και η έρευνα των Allison και συνεργατών (2003). Με άλλα λόγια, οι γονείς τονίζουν θετικά την αλλαγή που έχουν συνειδητοποιήσει στον εαυτό τους, η οποία σχετίζεται με την πιο αποτελεσματική επικοινωνία στο οποιοδήποτε είδος σχέσης (O' Reilly, 2015).

Δεν έλειψε και η πιο μετριοπαθής στάση από τη μειοψηφία του δείγματος, η οποία είχε μόλις λίγους μήνες στη θεραπεία. Η διαφοροποίηση εδώ έγκειται στο ότι δεν έγινε λόγος για αλλαγές, αλλά δόθηκε έμφαση στην υπομονή και τη συνολική δουλειά, που πρέπει να γίνει, ώστε να υπάρξει βελτίωση. Μάλιστα, όπως τονίζουν και οι Hartnett και συνεργάτες (2017), οι γονείς, οι οποίοι έχουν εισαχθεί πρόσφατα στη θεραπεία βιώνουν τη δυσκολία της προσαρμογής στο νέο πλαίσιο και της αποδοχής των νέων δεδομένων, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ακόμα χώρος ή χρόνος για αλλαγή. Βέβαια από την άλλη πλευρά, μπορεί ο γονέας να αισθάνεται την αλλαγή, χωρίς αυτή να συμβαίνει απαραίτητα, επηρεασμένος από την υπερβολική του προσδοκία. Άλλωστε, η εμπιστοσύνη στους ειδικούς, η εναπόθεση ελπίδας και η ανακούφιση της ένταξης σε μία ομάδα, η οποία φέρει τους ίδιους προβληματισμούς αποτελούν παράγοντες ανακουφιστικούς και πηγή αισιοδοξίας για την πορεία στη θεραπεία (Hartnett et al, 2017).

Συνοπτικά, λοιπόν, οικογενειακή θεραπεία, στοχεύει στη βελτίωση της επικοινωνίας, τη διαχείριση συγκρούσεων και τη συναισθηματική ρύθμιση (Hartnett et al, 2017) και παράλληλα συμβάλλει στη μείωση συναισθημάτων, όπως η ντροπή και ο στιγματισμός (Engman-Bredvik, et al., 2016). Όσον αφορά στη χρήση ουσιών, η οικογενειακή θεραπεία κρίνεται ως ιδανική λύση θεραπείας και απεξάρτησης (Smith et al., 2016). Τα ποσοστά ικανοποίησης από την εν λόγω θεραπεία ανέρχονται στο 75% (Stratton, Silver, Nascimento, McDonnell, Powell & Nowotny, 2014). Τέλος, όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, σημαντικός είναι ο αριθμός των γονέων, οι οποίοι απευθύνονται σε θεραπευτικά πλαίσια οικογενειακής θεραπείας, δηλώνοντας ικανοποιημένοι από την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, για το 2016 υποστηρίχθηκαν 5.307 μέλη οικογενειών για 7.357 ενήλικους κι έφηβους χρήστες (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2017).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε με δείγμα, το οποίο πάρθηκε από ένα μόνο φορέα απεξάρτησης, γεγονός το οποίο φαίνεται να περιορίζει την πολυπρισματικότητα της έρευνας. Πρόκειται για μία μονόπλευρη οπτική του θέματος, καθώς οι συμμετέχοντες προήλθαν από το ίδιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Με αυτό τον τρόπο, δεν αντλήθηκαν στοιχεία από άλλα θεραπευτικά προγράμματα, που ακολουθούν την οικογενειακή θεραπεία, με αποτέλεσμα η έρευνα να έχει έναν πιο ειδικό χαρακτήρα, παρά γενικό. Έτσι, ίσως, να χάνονται χρήσιμες πληροφορίες εμπειριών από άλλα θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία, επίσης, ακολουθούν την οικογενειακή θεραπεία. Πιο αναλυτικά, αυτή, ακριβώς, η επιλογή ενός μόνο φορέα, δημιουργεί κι έναν περιορισμό ως προς την εξέταση των θεραπευτικών μοντέλων της οικογενειακής θεραπείας. Η παρούσα έρευνα σκοπό είχε να εξετάσει την εμπειρία στην οικογενειακή θεραπεία. Παρόλα αυτά, η επιλογή του ενός φορέα αυτόματα υπαγορεύει την εξέταση του βιώματος του μοντέλου οικογενειακής θεραπείας, το οποίο ακολουθεί ο συγκεκριμένος φορέας απεξάρτησης. Με τον τρόπο αυτό, χάνεται η δυνατότητα συνολικής οπτικής της ομπρέλας της οικογενειακής θεραπείας.

Η επιλογή της δομημένης συνέντευξης, ενδεχομένως, να ήταν λιγότερο κατάλληλη σε σχέση με άλλα είδη συνεντεύξεων για το υπό έρευνα αντικείμενο. Σκοπός της είναι η άμεση και στοχευμένη απάντηση στις ερωτήσεις, ώστε να

απαντηθούν τα βασικά ερωτήματα της έρευνας. Παρόλα αυτά, η δομημένη συνέντευξη με τις κλειστές ερωτήσεις και τη διατύπωσή τους, ίσως, να περιορίσει τους συμμετέχοντες στον ελεύθερο συνειρμό τους κι έτσι να μην ελέχθησαν χρήσιμα ποιοτικά στοιχεία της εμπειρίας τους.

Η ανομοιογένεια του δείγματος, όσον αφορά παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη προηγούμενης εμπειρίας στη χρήση από συγγενικό πρόσωπο και η διάρκεια παραμονής στην κύρια θεραπευτική φάση, ενδεχομένως, να μην άφησε να φανούν πιο ξεκάθαρα πιθανές διαφοροποιήσεις. Με άλλα λόγια, κριτήρια για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η πρώτου βαθμού συγγένεια του συμμετέχοντα με τον έφηβο χρήστη και η συμμετοχή του εφήβου χρήστη κι ενός τουλάχιστον γονέα στο θεραπευτικό πρόγραμμα (ξεχωριστή δέσμευση με θεραπευτικό συμβόλαιο γονέα και παιδιού). Οι συμμετέχοντες δεν επιλέχθηκαν με βάση τα περαιτέρω δημογραφικά τους στοιχεία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των ερωτημάτων, αλλά όχι ισόποσα για το κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό.

5. Προτάσεις

Λαμβάνοντας υπόψη τις αδυναμίες και τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, υπάρχει ένας αριθμός προτάσεων προς τις μελλοντικές έρευνες. Πιο αναλυτικά, σε επόμενη μελέτη του βιώματος των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία, θα ήταν χρήσιμο να γίνουν διευκρινήσεις ως προς ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο της οικογενειακής θεραπείας. Θα πρέπει να επιλεγθεί ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο από όλα αυτά που εμπεριέχονται στην ευρύτερη ομπρέλα της οικογενειακής θεραπείας και να γίνει μία εξειδικευμένη μελέτη στην εμπειρία των γονέων σε αυτό. Ακολούθως, αυτό που θα μπορούσε να είναι παραγωγικό είναι μια συγκεντρωτική μελέτη σε περισσότερα από ένα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας, έτσι ώστε να γίνει μία σύγκριση των αποτελεσμάτων των εμπειριών σε κάθε μοντέλο κι έτσι να εξαχθεί ένα συνολικό αποτέλεσμα για την οικογενειακή θεραπεία.

Όσον αφορά στο δείγμα, θα ήταν χρήσιμη σε επόμενη έρευνα η συλλογή των συμμετεχόντων να γίνει με βάση περισσότερα κριτήρια, τα οποία συμπεριλαμβάνουν τα δημογραφικά στοιχεία με έναν πιο ολοκληρωμένο τρόπο. Ο ορισμός προϋποθέσεων συμμετοχής με βάση παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, το ιστορικό χρήσης και η θεραπευτική φάση, θα μπορούσε να συνθέσει ένα πιο ομοιογενές δείγμα και με αυτό τον τρόπο να έχει πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα. Μιλώντας για δημογραφικά στοιχεία, θα μπορούσε μία οπτική έρευνα να είναι και το βίωμα των γονέων στην οικογενειακή θεραπεία με βάση το φύλο. Οι διαφορετικές τοποθετήσεις πατέρων και μητέρων, ίσως, να φώτιζε τη διαφορετικότητα του βιώματος σε σχέση με τους διαφορετικούς ρόλους στην οικογένεια και τα πιθανά στερεότυπα που αναδύονται σε αυτή.

Ακόμη, θα μπορούσε μία τέτοιου είδους ποιοτική έρευνα να συνδυαστεί και με μία ποσοτική έρευνα μεγαλύτερου δείγματος, η οποία θα μπορούσε να εξετάζει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το θεραπευτικό μοντέλο και τις παρεχόμενες υπηρεσίες του. Με αυτό τον τρόπο, θα μπορούσε να υπάρχει μία απόδειξη για την αξιολόγηση της θεραπείας και της αποτελεσματικότητάς της. Έτσι, συνδυάζοντας 2 είδη ερευνών με κοινό αντικείμενο το βίωμα μπορούν να εξαχθούν πιο πλούσια

αποτελέσματα, ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, τα οποία δομούν μια πιο συγκεκριμένη εικόνα για το βίωμα της οικογενειακής θεραπείας.

Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε, επίσης, να εστιάσει στην εμπειρία των γονέων μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (follow up). Με άλλα λόγια, η πρόταση αφορά σε μία διαχρονική μελέτη. Η παρούσα μελέτη εξέτασε το βίωμα των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία, όσο οι γονείς ήταν ακόμη μέλη του θεραπευτικού προγράμματος και η οικογενειακή θεραπεία τους βρίσκεται, ακόμα σε εξέλιξη. Θα είχε ενδιαφέρον η εξέταση της εμπειρίας των γονέων συνολικά, αφού έχουν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμά τους κι έχουν πάρει μία απόσταση. Έτσι, θα φανεί και η διάρκεια των αποτελεσμάτων της οικογενειακής θεραπείας και παράλληλα θα προκύψει μια πιο μεστή και ώριμη αξιολόγηση του βιώματος της οικογενειακής θεραπείας.

Εφόσον, γίνεται λόγος για οικογενειακή θεραπεία και τη συμμετοχή αυτής ως σύνολο στη διαδικασία της απεξάρτησης του εφήβου χρήστη, ίσως θα είχε νόημα και η συμμετοχή των ίδιων των εφήβων στη διαδικασία. Η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί μία συλλογική προσπάθεια της οικογένειας, όπου και οι γονείς και το παιδί, συμμετέχουν σε αυτή. Η εξέταση του βιώματος και της οπτικής του παιδιού, ενδεχομένως, να έδινε μια πιο συνολική εικόνα για την οικογενειακή θεραπεία, καθώς θα λαμβάνονταν υπόψη η γνώμη και των δύο πλευρών, που συμμετέχουν στη θεραπεία και του γονέα, δηλαδή και του παιδιού. Η μελέτη της εμπειρίας όλων των συμμετεχόντων στην οικογενειακή θεραπεία είναι χρήσιμη, ώστε να ερευνηθεί κάθε πτυχή αυτής.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας και το πώς θα μπορούσαν να εμπνεύσουν για μελλοντικές αλλαγές στο χώρο της απεξάρτησης και της οικογενειακής θεραπείας. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες μίλησαν με τον τρόπο τους για προκατάληψη απέναντι στο φαινόμενο της χρήσης ουσιών και δήλωσαν άγνοια ως προς αυτό, με αποτέλεσμα να εκπλαγούν και να βιώσουν πανικό, στην είδηση της χρήσης του δικού τους παιδιού. Αυτό που θα μπορούσε να βοηθήσει, λοιπόν, είναι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση των ανθρώπων για το κοινωνικό φαινόμενο της χρήσης ουσιών, πριν και ανεξάρτητα της χρήσης ουσιών του έφηβου παιδιού τους.

Η ενημέρωση αυτή, λοιπόν, θα μπορούσε να υφίσταται, προκειμένου να είναι κοινώς γνωστές οι πτυχές της χρήσης, η αιτιολογία της, η εξέλιξή της, οι πιθανές συνέπειές της, οι τρόποι αντιμετώπισής της και ο ρόλος της οικογένειας στην έναρξη και την εγκατάστασή της. Με αυτό τον τρόπο, εξ αρχής, θα υπήρχε ευαισθητοποίηση και άρση των προκαταλήψεων. Οι γονείς θα ήταν υποψιασμένοι ως προς το φαινόμενο και τη συμπεριφορά χρήσης είτε στο παιδί τους είτε σε κάποιο άλλο άτομο. Με αυτό τρόπο, ίσως, θα μπορούσαν να αποτρέψουν τη χρήση, αλλά και στην περίπτωση που αυτή συμβεί, να την αντιμετωπίσουν ψύχραιμα και μεθοδευμένα, χωρίς πανικό και με μια σχετική ευκολία στην εισαγωγή στη θεραπεία της εξάρτησης.

Η ενημέρωση αυτή θα μπορούσε να γίνει με την κινητοποίηση των φορέων ανεξάρτησης σε χώρους πέραν του δικού τους, προκειμένου να εξαλειφθεί κάθε πιθανότητα αισθήματος στιγματισμού από τους γονείς. Με την παροχή πληροφοριών για το φαινόμενο και με την ανάπτυξη του ανοιχτού διαλόγου σε ένα χώρο ανεξάρτητο των εξαρτήσεων, οι γονείς μπορούν να ανοιχτούν, να μοιραστούν, να ενημερωθούν και να αλληλεπιδράσουν. Με αυτή την οργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων ανοιχτών προς τον κόσμο η πρόληψη και η ευαισθητοποίηση μπορούν να συμβούν με τρόπο ομαλό, παραγωγικό χωρίς το φόβο στιγματισμού, ο οποίος, επίσης, εκφράστηκε στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Η κινητοποίηση αυτή απαιτεί διαφήμιση από τα μέσα και εγγύηση για τη διασφάλιση του απορρήτου. Πρόκειται για μία δράση, η οποία είναι πιθανό να επιτύχει την άρση της προκατάληψης, την ψύχραιμη αντιμετώπιση της εξάρτησης και την επιτυχία της θεραπείας της.

Τέλος, οι ίδιοι οι γονείς με τον τρόπο τους πρότειναν ιδέες προς μελλοντική έμπνευση και υλοποίηση. Κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων και της συλλογής των δεδομένων αναφέρθηκε το θέμα των αδερφών. Οι γονείς με τον τρόπο τους δήλωναν την παρουσία των αδερφών στο θέμα της χρήσης του έφηβου παιδιού – αδερφού και την οικογενειακή θεραπεία. Άλλωστε, γίνεται λόγος για την οικογένεια ως σύνολο, για το οικογενειακό σύστημα στο οποίο ανήκουν και δρουν τα αδέρφια είτε κάνουν είτε δεν κάνουν χρήση. Τα αδέρφια, αρχικά, μπορεί να δυσκολεύονται και τα ίδια στην αποδοχή της χρήσης του αδερφού-αδερφής τους και να βρίσκουν την οικογενειακή θεραπεία ως μία αξιόλογη λύση στο οικογενειακό τους πρόβλημα.

Πιο συγκεκριμένα ο συμμετέχων 12 R αναφέρει: «*Η μεγάλη μου κόρη δεν ήταν μαζί μας και δεν έχει παρακολουθήσει το πρόγραμμα και δεν έκανε ομάδες. Απλά την ενημερώνουμε μετά, αφού το δέχτηκε το πρόγραμμα και στην αρχή ήταν πολύ αρνητική με την αδερφή της και και και . Αφού πλέον το έχει αποδεχτεί και την ενημερώνουμε, παρόλα αυτά, επειδή αυτή δεν έχει κάνει ομάδες και δεν έχει, δεν είναι στο όλο κλίμα, ε, δεν έχει αλλάξει ο χαρακτήρας της, όπως έχουμε αλλάξει εμείς*».

Με την παραπάνω αναφορά ο συγκεκριμένος συμμετέχων κάνει σαφές πως η παρουσία στην οικογενειακή θεραπεία φέρνει αλλαγή στη συμπεριφορά και την αλληλεπίδραση της οικογένειας. Απόδειξη της αλλαγής αυτής είναι η διαφορά με το παιδί που δε συμμετέχει, το οποίο δεν παρουσιάζει καμία αλλαγή, όπως παρουσιάζουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Παρόμοια είναι και η κατάθεση του 11G: «*Μας βοήθησε στην αντιμετώπιση. Εμένα προσωπικά και απέναντι στη γυναίκα μου και απέναντι στην άλλη την κόρη μου, που αυτή, βέβαια, δε συμμετέχει, γιατί είναι στο εξωτερικό. Αυτό είναι ένα ξεχωριστό κομμάτι, το βλέπω αυτό ότι δε μπόρεσε να είναι και αυτή. Θα την είχε βοηθήσει και αυτή. Και να συμπεριφέρεται, διαφορετικά, στην αδερφή της και όχι όπως τώρα. Όχι, ότι δεν είναι αγαπημένες, αλλά εντάξει, εγώ το λέω, το καταλαβαίνω ότι δεν είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης της αδερφής της. Αλλά είναι ένα κομμάτι, που πρέπει να το δουλέψουν. Αυτό, μεταξύ τους*».

Οι γονείς, λοιπόν, αισθάνονται τη διαφορά ανάμεσα στα μέλη που έχουν παρακολουθήσει την οικογενειακή θεραπεία και σε αυτά που δεν την έχουν παρακολουθήσει. Δηλώνουν μια ανάγκη συμμετοχής και των ίδιων των παιδιών στη θεραπεία, που λαμβάνουν προς προσωπικό όφελος του ίδιου του παιδιού και προς γενικό, όφελος όλης της οικογένειας. Μάλιστα, φαίνεται να θεωρούν σημαντική τη συμμετοχή όλης της οικογένειας και να θέλουν να εντάξουν τον αδερφό ή την αδερφή του έφηβου χρήστη σε κάποιο είδος οικογενειακής θεραπείας, προκειμένου, να διασφαλίσουν τη συνολική αλλαγή της οικογένειας.

Ο συμμετέχων 13 X αναφέρει: «*Οι επιδράσεις ήταν μεγάλες. Ε, όχι σε όλα τα μέλη. Στα μέλη, που ήταν ανοιχτά να δεχτούν επίδραση. Μεγάλη επίδραση υπήρχε στο κορίτσι το άλλο, στην άλλη μου την κόρη τη μικρότερη. Βεβαίως. Στην αρχή, βέβαια, αρνητική με όλο αυτό, που συνέβη, αλλά δεν το άφησα έτσι κι έξω στη συστημική ψυχοθεραπεία, επειδή ήταν πάλι το ίδιο σύστημα, έκανε συνεδρίες και τη βοήθησε*

πολύ, γιατί δεν υπήρχε μέσα στο πρόγραμμα ομάδα αδερφών, που είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει για εμένα και όμως, τη βοήθησε πάρα πολύ και αυτή. Να δει αλλιώς τα πράγματα, να διαμορφώσει καλύτερα το χαρακτήρα της, γιατί η αλλαγή η δική μου, φυσικά, επέδρασε και σε εκείνη και είμαστε και οι τρεις πολύ καλά».

Οι γονείς μιλούν για σύστημα και αμοιβαία επιρροή και τονίζουν την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας, η οποία είναι φανερή σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα η συμμετέχουσα 14Κ αναφέρει: «*Ήμασταν ένα σύστημα οικογενειακό. Ήταν ο σύζυγός μου, ήταν ο γιος μου, ήμουν κι εγώ. Και μάλιστα με κάποιο τρόπο, έστω και λίγο πιο ελαφρύ, βάλουμε την κόρη μας, η οποία, ενημερώθηκε και δύο – τρεις φορές πήρε κι εκείνη μέρος στις θεραπευτικές ομάδες. Ήταν πολύ οικογενειακή απόφαση και υπόθεση. Δεν μπορούσε να είναι κανείς μόνος του σε όλο αυτό».*

Συνοψίζοντας όσα προαναφέρθηκαν, φαίνεται πως η χρήση και η πορεία στην οικογενειακή θεραπεία επηρεάζει συνολικά την οικογένεια ως σύστημα και τα ίδια τα αδέρφια ως μέρη του συστήματος. Οι γονείς φαίνεται να θεωρούν σημαντική τη συμμετοχή των αδερφών στη θεραπεία και μάλιστα στην αναφορά του 13Χ προτάθηκε, ξεκάθαρα, η δημιουργία ομάδας αδερφών. Βλέποντας, λοιπόν, το ρόλο του αδερφού μέσα στην οικογένεια κι έτσι όπως αυτός παρουσιάζεται από το πρίσμα των γονέων, θα μπορούσε να θεωρηθεί πως όντως η μη ύπαρξη ομάδας αδερφών στην οικογενειακή θεραπεία, ίσως, αποτελεί παράλειψη. Άλλωστε, η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα, του οποίου σημαντικά είναι όλα τα μέλη. Έτσι, η πρόταση που προκύπτει από τις ίδιες τις αναφορές των γονέων είναι αυτή, ακριβώς, η δημιουργία ομάδας αδερφών στην οικογενειακή θεραπεία. Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται συμπερίληψη όλων των μελών της οικογένειας στη θεραπεία, με αποτέλεσμα τη συνολική οικογενειακή θεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αθανασίου, Β. (2006). *Οικογένεια και όρια. Συστημική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αθανασίου, Β. (2000). Η Συστημική προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία, σήμερα. Μια εξελικτική πορεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 70, 32-45.

Κατάκη, Χ. (2010, Απρίλης). Ο κλάδος της ψυχοθεραπείας σε σταυροδρόμι: Η συμβολή της ελληνικής συστημική σκέψης. *Ψυχοθεραπεία: Ένα βήμα μετά. Από τεχνητές διχοτομήσεις σε γόνιμες συγκλίσεις*. Η ημερίδα διεξήχθη από το Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων σχέσεων, Αθήνα.

Κατάκη, Χ. & Ανδρουτσοπούλου Α. (2000). Το Συνθετικό Συστημικό Μοντέλο Θεραπείας ως Πρόταση Σύγκλισης. *Με Γόμα και Καθρέφτη. 1*. 18-43.

Κοκκέβη, Α., Κίτσος, Γ. & Φωτίσου Α. (2008). *Εφηβεία. Συμπεριφορές και ψυχοκοινωνική υγεία*. Αθήνα: Βήτα.

Μάτσα, Κ. (2001). Ψάξαμε Ανθρώπους και βρήκαμε Σκιές. *Το Αίνιγμα της Τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα, Κ. (2000). Ναρκωτικά και Κοινωνική Παθολογία στην Εποχή της Παγκοσμιοποίησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 72, 107-118.

Πουλόπουλος, Χ. (2010). *Τιμητικός Τόμος Καλλιόπης Δ. Σπινέλλη*. Αθήνα: Σάκκουλας.

Ρούσσης, Α. (2007). *Ναρκωτικά και ανήλικοι. Ο ρόλος της Οικογένειας*. Αθήνα: Γρηγόρης.

Τάνταρος, Σ. (2004). *Ανθρώπινη ανάπτυξη και οικογένεια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τμήματα Έρευνας – Τεκμηρίωσης και Διοικητικό – οικονομικά Τμήματα Θεραπευτικών Προγραμμάτων ΚΕ.Θ.Ε.Α., (2017). *Απολογισμός Έργου 2016*. Αθήνα: ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Τμήμα Ενημέρωσης ΚΕ.Θ.Ε.Α. (2018). *Κώδικας Δεοντολογίας ΚΕ.Θ.Ε.Α.* Θεσσαλονίκη: Σχήμα και χρώμα.

Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Πυργιωτάκης Γ. & Θεοφιλίδης, Χρ., *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη* (σς.473-498). Αθήνα: Πεδίο.

- Τσοῦνης, Α. (2013). Ο ρόλος της οικογένειας στην εγκατάσταση της ουσιοεξάρτησης: μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης. *Εγκέφαλος*, 50, 109-113.
- Χουδράκη, Μ. (2000). Οικογενειακή Ψυχολογία. Αθήνα: Leader Books.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Agarwal, M., Nischal, A., Agarwal, A., Verma, J., & Dhanasekaran, S. (2013). Substance abuse in children and adolescence in India: Review article. *J Indian Assoc Child Adolesc Mental Health*, 9, 62-79.
- Allison, S., Stacey, K., Dadds, V., Roeger, L., Wood, A., & Martin, G. (2003). What the family brings: gathering evidence for strengths-based work. *Journal of Family Therapy*, 25, 263-284.
- Bailey, S.L. (1999). The measurement of problem drinking in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 234-244.
- Baldwin, S, A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effect of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 281-304. Doi: 10.1111/j1752-0606.2011.00248.x.
- Becker, D. F. & Grillo, M. C. (2007). Ethnic Differences in the Predictors of Drug and Alcohol Abuse in Hospitalized Adolescents. *The American Journal on Addictions*, 16, 389-396.
- Bekaert, S. (2003). Developing adolescent services in general practice. *Nursing Standard*, 17, 33-36.
- Biggerstaff, D. & Thompson, A. R. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research. *Qualitative research in psychology*. 5(3), 214-224.
- Bryan, A.D., Schmiede, S.J. & Magnan, R.E. (2012). Marijuana use and risk sexual behavior among high – risk adolescents: Trajectories, risk factors, and event – level relationships. *Developmental Psychology*, 48, 1429-1442.
- Burnard, P. (2004). Writing a qualitative research report. *Nurse Educ Today*, 24, 174-179.
- Chapman, E. & Smith, J. A. (2002). Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. *Journal of health Psychology*, 7, 125-130.
- Choate, P.W. (2015). Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents. *Behavioral Sciences*. ISSN: 2076-328X. Doi: 10.3390/bs5040461.
- Clark, D. B., Kirisci, L. & Tarter, R.E. (1998). Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug alcohol Depend*, 49, 115-121.

- Danzer, G. (2013). Taking the Bull by the Horns: A Family Therapy Case of an East Indian Adolescent Substance Abuser. *Contemporary Family Therapy*, 35, 713-730. Doi: 10.1007/s10591-013-9248-4.
- Demirci, A. Ç., Erdoğan, A., Yalçın, Ö., Yıldızhan, E., Koyuncu, Z., Eseroğlu, T., Önder, A., & Evren, C. (2015). Sociodemographic characteristics and drug abuse patterns of adolescents admitted for substance use disorder treatment in Istanbul. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(3), 212-219. Doi:10.3109/00952990.2014.973961.
- Denning, P. (2010). Harm Reduction Therapy with Families and Friends of People with Drug Problems. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 66(2), 164-174. Doi: 10.1002/jclp.20671.
- Diaz, A. S., Secades – Villa, R., Perez, J. M. E., Fernandez – Hermida. J. R., Garcia – Rodriguez, O., & Crespo, J. L. C. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25, 327-331.
- Dishion, T.J., Nelson, S.E. & Kavanagh K. (2003). The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavioral Theory*, 4(4), 553-571.
- Engman-Bredvik, S., Suarez, N. C., Levi, R., & Nilson, K. (2016). Multi-family therapy in anorexia nervosa – A qualitative study of parental experiences. *EATING DISORDERS*, 24(2), 186-197.
- Faddis, T.J. & Bettman J. (2006). Reflecting teams and other innovative family therapy techniques adapted for outdoor behavioral healthcare. *Journal of Therapeutic Schools and Programs*, 1(1), 57-69.
- Friedman, B. D. & Neuman, K. (2010). Systems Theory, in J.R. Bradell (Ed), *Theory & Practice Social Work*, 2, 3-20. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E., & Sexton, T. L. (2017). Therapist implementation and parent experiences of the tree phases of Functional Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 39, 80-102. Doi: 10.1111/1467-6427.12120.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Dauber, S., & Suamuolis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatment for adolescent substance abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Practice, & Training*, 41, 83-96.
- Hogue, A. & Liddle, H.A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31, 126-154.
- Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C. E., Bobek, M., Johnson, C., Lichvar, E., & Morgenstern. (2015). Randomized Trial of Family Therapy versus Nonfamily Treatment for Adolescent Behavior Problems in Usual Care. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6). 954-969. ISSN: 1537-4416 print/1537-4424 online. Doi: 10.1080/15374416.2014.963857.

- Jackson, D., Usher, K. & O'Brien, L. (2006 - 2007). Fractured families: Parental perspectives of the effects of adolescent drug abuse on family life. *Contemporary Nurse*, 23, 321-330.
- Jackson, D. & Mannix, J. (2003). Then suddenly he went right off the rails: Mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemporary Nurse*, 14, 169-179.
- Jensen, P. (2013). Family Therapy in Norway: Past and Present. *Contemporary Family Therapy*, 35, 288-295. Doi: 10.1007/s10591-013-9254-6.
- Jiloha, R. C. (2017). Prevention, early intervention, and harm reduction of substance use in adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, 111-118.
- Laboy-Garcia, G. M., Cruz-Bermudez, N. D. & Sosa-Arrufat, R. (2016). PARENTS' PERSPECTIVES ABOUT THEIR SONS' DRUG ADDICTION AND REHABILITATION PROCESS. *REVISTA PUERTORRIQUENA DE PSICOLOGIA*, 1, 148-164.
- Larkin, M. & Thompson, A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Oxford: John Wiley & Sons. 99-116. Doi: 10.1002/9781119973249.
- Liddle, H. A. (2016). Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Family Process*, 55(3), 558-576. Doi: 10.1111/famp.12243.
- Liddle, H.A. (2014). Adapting and Implementing an Evidence-Based Treatment with Justice-Involved Adolescent: The Example of Multidimensional Family Therapy. *Family Process*, 53(3), 516-528. Doi: 10.1111/famp.12094.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Gonzalez, A., Henderson, C.E., Dakof, G.A., & Greenbaum, P.E. (2006). Changing Provider Practices, Program Environment, and Improving Outcomes by Transporting Multidimensional Family Therapy to an Adolescent Drug Treatment Setting. *The American Journal of Addictions* 15, 102-112. ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online. Doi: 10.1080/10550490601003698.
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(2), 85-95. ISSN: 0968-7637. Doi: 10.3109/09687637.2012.743506.
- Lockman JE, van den Steenhoven A. (2002). Family – based approaches to substance abuse prevention. *J Prim Prev*, 23(1), 49-114.
- Miklowitz, D. J. (2012). Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68(5). 502-513. Doi: 10.1002/jclp.21855.
- Miller, T. R., Levy, D.T., Spicer, R.S., & Taylor, D. M. (2006). Societal costs of underage drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 519-528.

- Myles, J. & Willner, P. (1999). Substance misuse and psychiatric co morbidity in children and adolescents. *Current opinion in Psychiatry*, 59, 139-145.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), (2010). Preventing drug use among children and adolescents. A research – based guide for parents, educators and community leaders. 2, *Bethesda, Maryland, USA*.
- Ochs, M., Seemann, H., Franck, G., Wredenhagen, N., Verres, R., & Schweitzer, J. (2005). Primary Headache in Children and Adolescents: Therapy Outcome and Changes in Family Interaction Patterns. *Families, Systems, & Health*. 23(1), 30-53. Doi: 10.1037/1091-7527.23.1.30.
- O' Farrell, T. & Fals-Stewart, W. (2003). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29. 121-146.
- O' Reilly, M. (2004). We're here to get you sorted: parental perceptions of the purpose, progression and outcomes of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 37, 322-342. Doi: 10.1111/1467-6427.12004.
- Palamar, J., Kiang, M.V. & Halkitis, P.N. (2012). Predictors of Stigmatization towards Use of Various Illicit Drugs among Emerging Adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (3), 243-251. ISSN: 0279-1072. Doi: 10.1080/02791072.2012.703510.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing research: Principles, process and issues*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pearson, G. (2000). Substance abuse and the family. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 305-308.
- Pietkiewicz, I. & Smith J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychological Journal*, 20 (1), 7-14. Doi: 10.14691/CPJ.20.1.7.
- Roy, T., Thirumoorthy, A., & Parthasarathy, R. (2017). Culturally Relevant Family Therapy Practice with Parents of Children and Adolescents. *Indian Psychiatric Society*, 137-142. Doi: 10.4103/0253-7176/203122.
- Schaefer, G. (2011). FAMILY FUNCTIONING IN FAMILIES WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ADDICTION. *Social Policy Journal of New Zealand*. 37. 135-151.
- Schaefer, G. (2008). Multiple Family Group Therapy in a Drug and Alcohol Rehabilitation Centre. *ANZJFT*, 29(1), 17-24.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., & Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment and Human Development*, 9, 111-126.
- Slesnick, N., Erdem, G., Collins, J., Bantchevska, D., & Katafiasz, H. (2011). Predictors of treatment among adolescent substance abusing runaways: a comparison

of family and individual therapy modalities. *Journal of Family Therapy*, 33, 66-84. Doi: 10.1111.j.1467-6427.2010.00530.x.

Smith, D.C., Hall, J.A., Williams, J.K., an, H., & Gotman, N. (2006). Comparative Efficacy of Family and Group Treatment for Adolescents Substance abuse. *The American Journal of Addictions*, 15, 131-136. ISSN: 1055-0496 print/1521-0391 online. Doi: 10.1080/105504906001006253.

Smith, J. A. & Osborn M. (2007). Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Analysis*. 53-80.

Smith, D.C. & Hall, J. A. (2008). Strengths – Oriented Family Therapy for Adolescents with Substance abuse Problems. *National Association of social Workers*. 185-188.

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, research, practice*. London: Sage.

Smith, T. E., Malespin, T, S., Pereira, M. G. & Richards K. V. (2016). Factors Relating to the Use of Family Therapy with Adolescent Marijuana Abusers. *Child Adolescent Social Work*, 33, 237-243. Doi: 10.1007/s10560-015-0417-1.

Stanton, M. D. & Todd, T. C. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press.

Steinglass P. (2009). Systemic – Motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice*, 31, 155-174.

Stouthamer – Lober, M., Loeber, R., Wei E., Farrington DP., & Wikstrom PO. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *J Consult Clin Psychol*, 70(1), 111-123.

Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., & Nowotny, E. (2015). Couple and Family Therapy Outcome Research in the Previous Decade: What Does the Evidence Tell Us? *Contemporary Family Therapy*, 37, 1-12. Doi: 10.1007/s10591-014-9314-6.

Suddeath, E., Kerwin A. & Dugger S. (2017). Narrative Family Therapy: Practical Techniques for More Effective Work with Couples and Family. *Journal of Mental Health Family*, 39, 2, 116-131. Doi: 10.17744/mehc.39.2.03.

Taplin, C., Saddichha, S., Li, K., & Krausz, M. R. (2014). Family History of Alcohol and Drug Abuse, Childhood Trauma and Age of First Drug Injection. *Substance Use & Misuse*, 49, 1311-1316. Doi: 10.3109/10826084.2014.901383.

Tiko, VK., Dhawan, A., Pattanayak, RD., & Chopra, A. (2013). Assessment of Pattern and Profile for Protection of Child Rights (NCPCR) by national Drug Dependence Treatment Center (NDDTC). *All India Institute of Medical Sciences (AIIMS)*. New Delhi.

Torres, M., SNG, R. & Deane, F. (2015). Establishing a Parenting Program for Fathers in Substance Abuse Treatment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36, 273-288. Doi: 10.1002/anzf.1105.

Tucker, A.R., Widmer, M.A., Faddis, T., Randolph, B., & Gass, M. (2016). Family Therapy in Outdoor Behavioral Healthcare: Current Practices and Future Possibilities. *Contemporary Family Therapy*, 38, 32-42. Doi: 10.1007/s10591-015-9370-6.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2006). A review of the world cannabis situation. *Bull Narc*, 58, 1-155.

Usher, K., Jackson D. & O'Brien L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 209-214.

Volkow, N.D., Barel, R.D., Compton, W.M., & Weiss, S.R. (2014). Adverse Health Effects of Marijuana Use. *The New England Journal of Medicine*, 370, 2219-27. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1533428544?accountid=4840>

Voriadaki, T., Simic, M., Espie, J., & Eisler, I. (2015). Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: adolescents' and parents' day-to-day experiences. *Journal of Family Therapy*. 37, 5-23. Doi: 10.1111/1467-6427.12067.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2000). *Οικογενειακή Θεραπεία. Μία επισκόπηση*. Αθήνα: Έλλην.

Herbert M. (2000). *Τα όρια στη συμπεριφορά των παιδιών. Θετικοί Τρόποι Διαπαιδαγώγησης*. Θεσσαλονίκη: Ελληνικά Γράμματα.

Παράρτημα Α



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην Αθήνα σήμερα, 25 Απριλίου 2017, μεταξύ;

1. του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, εκπροσωπούμενου από τον κο. Γεράσιμο Παπαναστασάτο, Υπεύθυνο του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ

και

2. της Μπότα Ειρήνης, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής της Σχολής Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας συμφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαία αποδεκτά τα ακόλουθα που αποτελούν τους όρους της συνεργασίας:

Το ΚΕΘΕΑ αποδέχεται την αίτηση της Μπότα Ειρήνης και στο εξής καλούμενη «η ερευνήτρια» να πραγματοποιήσει έρευνα για πτυχιακή εργασία με θέμα «*Το βίωμα των γονέων εφήβων χρηστών στην οικογενειακή θεραπεία*», καθώς και επεξεργασία δεδομένων τα οποία σύμφωνα με το σχέδιο που έχει κατατεθεί, συνίστανται στα εξής:

1. Σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελεί η επικέντρωση στη θεραπεία της χρήσης και πιο συγκεκριμένα η ανάδειξη της σημασίας της οικογενειακής θεραπείας. Πρόκειται για μια μελέτη, η οποία σχετίζεται με το βίωμα των ίδιων των γονέων στην οικογενειακή θεραπεία και τον τρόπο, που οι ίδιοι νιώθουν ότι επωφελούνται, καθώς και για την προβολή της συγκεκριμένης θεραπείας, ώστε να φανεί η σημαντικότητα και η αποτελεσματικότητά της.
2. Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας θα βασιστεί στη δομημένη συνέντευξη. Μετά το πέρας των συνεντεύξεων, θα πραγματοποιηθεί η πιστή απομαγνητοφώνησή τους. Η ανάλυση των δεδομένων θα ακολουθήσει τη μεθοδολογία της φαινομενολογικής ανάλυσης
3. Τα δείγμα της έρευνας θα αποτελείται από 20 άτομα μέλη του Προγράμματος

Οικογένειας ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ. Οι γονείς, που θα συμμετέχουν στην έρευνα, θα ανήκουν στις ομάδες παραλλήλων, δηλαδή θα έχουν συνάψει θεραπευτικό συμβόλαιο με το φορέα όπως και τα παιδιά τους.

4. Ως χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ορίζεται το διάστημα 2 Μαΐου ως 30 Ιουνίου 2017.
5. Εποπτεύων στο σύνολο της εργασίας είναι ο Γεράσιμος Παπαναστασάτος, Υπεύθυνος του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ.
6. Η ερευνήτρια δεσμεύεται να παραδώσει ηλεκτρονικό κι έντυπο αντίγραφο της ολοκληρωμένης τελικής εργασίας στο ΚΕΘΕΑ για την ενημέρωση του αρχείου του.
7. Η ερευνήτρια δεσμεύεται για το απόρρητο των στοιχείων των οποίων θα συλλέξει κατά τη διαδικασία της έρευνας, σύμφωνα με τις αρχές και τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ όπως και τον Κώδικα Δεοντολογίας Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων στο ΚΕΘΕΑ.
8. Η ερευνήτρια δεσμεύεται να σέβεται και να τηρεί ιούς κανονισμούς του ΚΕΘΕΑ όσο βρίσκεται στους χώρους του.
9. Η ερευνήτρια δεσμεύεται και οφείλει να συμμορφώνεται στις ειδικές συνθήκες και κανονισμούς του επιβάλλουν τα Θεραπευτικά προγράμματα εφόσον έρχεται σε επαφή με αυτά.
10. Η ερευνήτρια δεσμεύεται να αναφέρει στην εργασία της και σε οποιαδήποτε δημοσίευση ή δημοσιοποίηση εργασίας αυτής ότι τα στοιχεία συλλέγησαν με την συνεργασία του ΚΕΘΕΑ.
11. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί το δικαίωμα να αξιοποιεί μέρος ή το σύνολο της εργασίας με την αναφορά ότι πρόκειται για εργασία των ερευνητών στο πλαίσιο της συνεργασίας.
12. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί το δικαίωμα να μην επιτρέπει με οποιονδήποτε τρόπο δημοσίευση μέρους ή του συνόλου της εργασίας ή δεδομένων εφόσον διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει πρόνοια προστασίας της ταυτότητας των συμμετεχόντων, ασκώντας κάθε νόμιμη ενέργεια σε περίπτωση μη συμμόρφωσης της ερευνήτριας.

13. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί, μονομερώς, το δικαίωμα λύσης της συμφωνίας και της απαγόρευσης της συνέχισης της έρευνας, αν δε τηρηθεί κάποιος από τους παραπάνω όρους.

Η ερευνήτρια

Μπότα Ειρήνη



Ο Υπεύθυνος

ΤΟΜΕΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΕΘΕΑ
Α/Α
Γεώργιος Πουλιανός



Παράρτημα Β

ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ

Α.Π./ΠΙΛ/2018/50

Προς
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής
Π.Μ.Σ. «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία»

Βόλος, 17 Μαΐου 2018

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι η κα Μπότα Ειρήνη, Φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με Α.Μ Μ01101503, πραγματοποίησε την έρευνά της για πτυχιακή εργασία με θέμα «Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς εφήβων χρηστών βιώνουν την οικογενειακή θεραπεία και η ικανοποίησή τους από αυτή», σύμφωνα με το πρωτόκολλο συμφωνίας της με τον Τομέα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ με ημερομηνία 25/04/2017. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της δομημένης συνέντευξης ενώ το δείγμα αποτελούνταν από είκοσι (20) άτομα, μέλη του Προγράμματος Οικογένειας του ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ. Οι συνεντεύξεις υλοποιήθηκαν κατά το διάστημα 02 Μαΐου μέχρι 30 Ιουνίου 2018 σε χώρους του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ και λήφθησαν με προφορική συγκατάθεση των μελών του Προγράμματος Οικογένειας του ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ και σύμφωνα με τις αρχές και τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ και τον Κώδικα Δεοντολογίας Επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων που ισχύει στο ΚΕΘΕΑ.



ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ

Θεραπευτικό πρόγραμμα του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
Μεταμορφώσεως 27, 383 33 Βόλος, Τ. 24210 23439, 24210 23563 F 24210 23626 E info@kethea-pilotos.gr www.kethea-pilotos.gr
Αριθμός Λογαριασμού Δωρεών, Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, 201296258-67

Παράρτημα Γ

Συνέντευξη

- 1) Ποια ήταν η άποψή σας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, πριν μάθετε για τη χρήση του παιδιού σας;
- 2) Πότε και πώς μάθατε για τη χρήση του παιδιού σας;
- 3) Πώς διαμορφώθηκε η άποψή σας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, στην πορεία, αφού μάθατε για τη χρήση του παιδιού σας;
- 4) Ποιοι ήταν οι πρώτοι χειρισμοί, που κάνατε, για να βοηθήσετε το παιδί σας να αντιμετωπίσει τη χρήση του;
- 5) Τι σας βοήθησε να αποδεχτείτε τη χρήση ως μία κατάσταση, που χρειάζεται θεραπεία;
- 6) Πότε αρχίσατε να σκέφτεστε τη δική σας συμμετοχή στη θεραπεία και τι σας βοήθησε να πάρετε την απόφαση αυτή;
- 7) Με ποιο σκεπτικό επιλέξατε την οικογενειακή θεραπεία;
- 8) Περιγράψτε πώς βιώνετε τη συμμετοχή σας στη θεραπεία.
- 9) Ποια ήταν η εντύπωσή σας για την οικογενειακή θεραπεία, όταν ενταχθήκατε και πώς διαμορφώθηκε στην πορεία;
- 10) Ποια είναι η άποψή σας για την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής θεραπείας στη θεραπεία του παιδιού σας;
- 11) Ποιες αλλαγές παρατηρήσατε στο παιδί σας, κατά το διάστημα που συμμετείχατε στην οικογενειακή θεραπεία;
- 12) Κατά πόσο θεωρείτε ότι σας βοήθησε η οικογενειακή θεραπεία και σε ποιους τομείς;
- 13) Υπάρχει κάτι το οποίο σας δυσκόλεψε το διάστημα, που συμμετείχατε στην οικογενειακή θεραπεία;