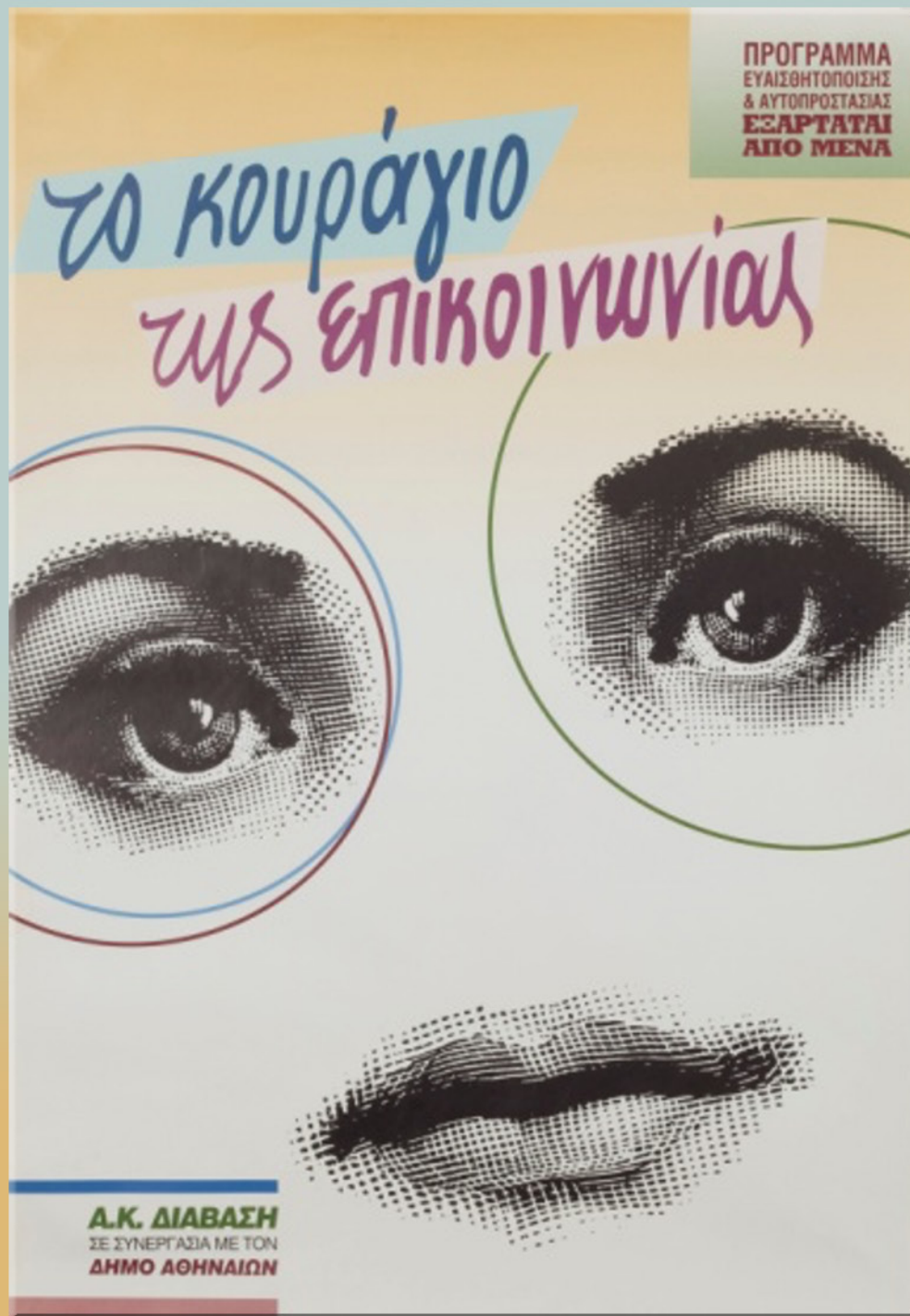


ΜΙΣΟΥΡΙΔΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ

Προσέγγιση οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης



ΜΙΣΟΥΡΙΔΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, MSc, PhD,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ



ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Συγγραφή

Μισουρίδου Ευδοκία

Συντελεστές έκδοσης

Γλωσσική Επιμέλεια: Αντώνιος Βασιλείου

Γραφιστική Επιμέλεια: Γιώργος Κούνδουρος

Κεντρική ομάδα υποστήριξης

Γλωσσικός Έλεγχος: Ελευθερία Κανάρη

Γραφιστικός Έλεγχος: Ηλίας Τσιώνης

Βιβλιοθηκονομική Επεξεργασία: Έλενα Αδαμοπούλου

Εικόνα εξώφυλλου: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Copyright.

Copyright © 2023, ΚΑΛΛΙΠΟΣ, ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή 4.0. Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.el>

Αν τυχόν κάποιο τμήμα του έργου διατίθεται με διαφορετικό καθεστώς αδειοδότησης, αυτό αναφέρεται ρητά και ειδικώς στην οικεία θέση.

ΚΑΛΛΙΠΟΣ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

www.kallipos.gr

ISBN: 978-618-5726-86-7

Βιβλιογραφική Αναφορά: Μισουρίδου, Ε. (2023). *Προσέγγιση οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης* [Μονογραφία]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-205>

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων	7
Πίνακας βραχυγραφιών- ακρωνυμίων	13
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	15
Εισαγωγή 19	
Κεφάλαιο 1 Το αίτημα των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών με προβλήματα εξάρτησης στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας	23
Εισαγωγή.....	23
1.1. Έκταση του προβλήματος και προσφερόμενες υπηρεσίες	24
1.2. Η εξάρτηση ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.....	29
1.2.1. Η προσέγγιση «βλάβη στους άλλους» ως πηγή στίγματος για τα άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	33
1.3. Η οικογένεια ως αιτία διακοπής της εξαρτητικής συμπεριφοράς.....	34
1.4. Το αίτημα των μελών της οικογένειας στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος	35
1.4.1. Το αίτημα για βοήθεια ως ταπεινωτική εμπειρία.....	36
1.4.2. Το αίτημα σωτηρίας-Αδυναμία συγκρότησης αιτήματος στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος	37
1.4.3. Τραύμα στην οικογένεια με προβλήματα εξάρτησης	39
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	47
Κεφάλαιο 2 Προσεγγίσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων βασισμένες σε ενδείξεις	53
Εισαγωγή.....	53
2.1. Η αναγκαιότητα της προσέγγισης των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας.....	53
2.2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	55
2.2.1. Μελέτες σχετικά με την εμπλοκή της οικογένειας στην κινητοποίηση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης για ένταξη σε θεραπευτικό πλαίσιο	55
2.2.2. Μελέτες θεραπείας οικογένειας με στόχο τη διατήρηση της αποχής ή τη μείωση της βλάβης λόγω της συμπεριφοράς εξάρτησης.....	58
2.2.3. Μελέτες σχετικά με την αντιμετώπιση των αναγκών των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας	60
2.3. Συζήτηση-συμπεράσματα	61
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	64
Κεφάλαιο 3 Εξάρτηση και μητρότητα	69
Εισαγωγή.....	69
3.1. Εξάρτηση και γυναίκα	70
3.2. Εξάρτηση και μητρότητα	72
3.3. Τα παιδιά των μητέρων με προβλήματα εξάρτησης.....	74
3.4. Βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις	75
3.4.1. Ανίχνευση και βραχείες παρεμβάσεις.....	76
3.4.2. Αποτοξίνωση.....	76
3.4.3. Χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση (συντήρηση και πρόληψη της υποτροπής) κατά την εγκυμοσύνη.....	76
3.4.4. Θηλασμός.....	77
3.4.5. Φροντίδα βρεφών που έχουν εκτεθεί στο αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες	77
3.4.6. Παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για προβλήματα εξάρτησης.....	77
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	79
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο	80
Κεφάλαιο 4 Το βίωμα της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης	81
Εισαγωγή.....	81
4.1. Η εμπειρία της εξάρτησης στο πλαίσιο της οικογένειας.....	82
4.1.1. Η συνειδητοποίηση του προβλήματος της εξάρτησης.....	85
4.1.2. Η εμπειρία αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης σύμφωνα με το Μοντέλο Στρες-Επιβάρυνση-Αντιμετώπιση-Υποστήριξη (Stress-Strain-Coping-Support Model)	86
4.1.3. Η εμπειρία της ενδοοικογενειακής βίας στο πλαίσιο της εξάρτησης	87
4.1.4. Υποστήριξη και προϋποθέσεις για την ανάρρωση των μελών της οικογένειας	90

4.2.	Σκοπός της έρευνας.....	93
4.3.	Μεθοδολογία.....	93
4.3.1.	Γνωριμία με τις συμμετέχουσες.....	94
4.4.	Αποτελέσματα.....	96
4.5.	Συζήτηση.....	110
Βιβλιογραφικές αναφορές.....		112
Κεφάλαιο 5 Οικογενειακές παρεμβάσεις στην καθημερινή κλινική πράξη.....		117
Εισαγωγή.....		117
5.1.	Μεθοδολογία.....	117
5.1.1.	Περιγραφή του πληθυσμού:.....	118
5.2.	Αποτελέσματα.....	119
5.2.1.	Απενοχοποίηση.....	120
5.2.2.	Αλλαγή δυναμικών.....	122
5.2.2.1.	Η ενεργοποίηση του αποστασιοποιημένου γονέα.....	123
5.2.2.2.	Οι αλλαγές στη σχέση των γονιών.....	124
5.2.2.3.	Η υιοθέτηση κοινής γραμμής στην αντιμετώπιση του προβλήματος.....	125
5.2.2.4.	Οι προσωπικές αλλαγές γονιών/συζύγων και συντρόφων.....	126
5.2.2.5.	Η επεξεργασία οικογενειακών μυστικών ως απελευθερωτική διαδικασία.....	128
5.2.2.6.	Οι αλλαγές στη σχέση με τους θεραπευτές.....	129
5.2.3.	Όρια.....	131
5.2.4.	Διευκόλυνση της επικοινωνίας/συμφιλίωση.....	133
5.2.5.	Αυτονόμηση.....	137
5.2.6.	Υποστήριξη οικογένειας (κοινωνικού τύπου).....	141
5.3.	Συζήτηση.....	142
Βιβλιογραφικές αναφορές.....		145
Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο.....		147
Κεφάλαιο 6 Εμπόδια στην προσέγγιση οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης.....		149
Εισαγωγή.....		149
6.1.	Μεθοδολογία.....	149
6.2.	Αποτελέσματα.....	151
6.2.1.	Αντίσταση.....	152
6.2.2.	Υπερεμπλοκή.....	164
6.2.3.	Δυναμική ομάδας και αλληλεπιδράσεις επαγγελματιών.....	171
6.3.	Συζήτηση.....	173
Βιβλιογραφικές αναφορές.....		176
Κεφάλαιο 7 Κόπωση συμπίνας και επαγγελματική εξουθένωση.....		179
Εισαγωγή.....		179
7.1.	Κόπωση συμπίνας.....	180
7.2.	Επαγγελματική εξουθένωση.....	183
7.3.	Η κόπωση συμπίνας και η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο των εξαρτήσεων.....	185
7.3.1.	Θεωρητικό πλαίσιο.....	186
7.3.2.	Πολιτισμικές και θεραπευτικές θεωρήσεις.....	187
7.3.3.	Σκοπός της μελέτης.....	187
7.3.4.	Υλικό και μέθοδος.....	187
7.3.5.	Συμμετέχοντες.....	188
7.3.6.	Ερευνητική διαδικασία και δεοντολογικά ζητήματα.....	188
7.3.7.	Ερευνητικά εργαλεία.....	189
7.3.8.	Ανάλυση δεδομένων.....	189
7.3.9.	Αποτελέσματα.....	190
7.3.9.1	Ποιοτικά αποτελέσματα.....	192
Κατηγορία 1: Συναισθηματική απόγνωση-αποστασιοποίηση.....		193
Κατηγορία 2: Η γνώση προς τη συμπίνα.....		194
Κατηγορία 3: Ικανοποίηση συμπίνας.....		195
7.3.10.	Συζήτηση.....	196
Βιβλιογραφικές αναφορές.....		199

Κεφάλαιο 8 Επαγγελματική αυτοανάπτυξη.....	201
Προαπαιτούμενες γνώσεις.....	201
Εισαγωγή.....	201
8.1. Στάδια επαγγελματικής ανάπτυξης.....	202
8.1.1. Στάδιο 1ο: «Η συνάντηση».....	203
8.1.2. Στάδιο 2ο: «Γνωριμία-δημιουργία σχέσης».....	204
8.1.3. Στάδιο 3ο: «Σταθεροποίηση».....	205
8.1.4. Στάδιο 4ο: «Νιώθοντας ικανός».....	205
8.1.5. Στάδιο 5ο: «Αριστεία».....	206
8.2. Επαγγελματική αυτοανάπτυξη και οργανωσιακή κουλτούρα.....	206
8.3. Επαγγελματική κοινωνικοποίηση και ένταξη στη διεπαγγελματική ομάδα.....	208
8.4. Αυτογνωσία και επαγγελματική αυτοανάπτυξη.....	209
8.5. Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.....	210
8.6. Αλλαγές στην αντιμετώπιση των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας κατά την επαγγελματική σταδιοδρομία στον χώρο των εξαρτήσεων.....	212
8.6.1. Επαναπροσδιορισμός θεραπευτικού ρόλου και προσδοκιών.....	213
8.6.2. Αυξημένη κατανόηση και αποδοχή των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.....	216
8.6.3. Βρίσκοντας τη σωστή απόσταση στις σχέσεις.....	218
8.6.4. Ικανότητα εμπερίεξης συναισθημάτων και εμπειριών.....	220
8.6.5. Επιλεκτικότητα σε συνεργασίες με συναδέλφους.....	221
8.6.6. Ενσυναίσθηση για τους συναδέλφους και αυξημένη ικανότητα συνεργασίας.....	222
8.6.7. Παράγοντες που διευκόλυναν την αλλαγή και την επαγγελματική αυτοανάπτυξη.....	222
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	225
Κεφάλαιο 9 Θεραπευτικό και μη θεραπευτικό τρίγωνο στην προσέγγιση των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών με προβλήματα εξάρτησης.....	227
Εισαγωγή.....	227
9.1. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με τον θεραπευόμενο.....	228
9.2. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια.....	230
9.3. Θεραπευτική διαδικασία και όρια.....	232
9.4. Αιτίες για τις οποίες οι επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων αγνοούν το αίτημα της οικογένειας για βοήθεια ή δυσκολεύονται να το εντάξουν στο θεραπευτικό πλαίσιο.....	234
9.4.1. Η ενοχοποίηση της οικογένειας στις θεωρητικές προσεγγίσεις των ψυχιατρικών διαταραχών και των ουσιοεξαρτήσεων.....	234
9.4.2. Οι λειτουργίες τις οποίες εξυπηρετεί η εξάρτηση στο οικογενειακό σύστημα.....	235
9.4.3. Η τάση να παρασύρεται ο επαγγελματίας στον ρόλο του σωτήρα στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις του συστήματος.....	236
9.4.4. Οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που παρεμβαίνουν στην οικογένεια.....	237
9.4.5. Ηθικά διλήμματα των θεραπειών που προκύπτουν από τη δυνητική σύγκρουση των αναγκών του ατόμου και της οικογένειας.....	238
9.4.6. Η σύγκρουση ανάμεσα στο ψυχοδυναμικό και το συστημικό μοντέλο.....	238
9.4.7. Ο φόβος της τριγωνοποίησης.....	239
9.5. Ποιοτική μελέτη σχετικά με τις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις κατά την ένταξη της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο της απεξάρτησης.....	242
9.5.1. Πολιτιστικό και θεωρητικό πλαίσιο.....	243
9.5.2. Μεθοδολογία.....	244
9.5.3. Αποτελέσματα.....	246
9.5.3.1. Το θεραπευτικό τρίγωνο.....	246
9.5.3.2. Το τραυματικό τρίγωνο.....	250
9.5.4. Συζήτηση.....	256
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	260
Κεφάλαιο 10 Διαδικτυακές προσεγγίσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.....	269
Εισαγωγή.....	270
10.1. Διαδικτυακές παρεμβάσεις.....	270
10.2. Η Παρέμβαση Ενίσχυσης της Κοινότητας και Εκπαίδευσης Οικογένειας (CRAFT- Community Re-inforcement and Family Training).....	271
10.2.1. Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας – Επεξεργασία και διαχείριση συναισθημάτων.....	272

10.2.1.1	Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας – Ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης	275
10.2.1.2	Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας – Αναγνώριση σημείων ενδοοικογενειακής βίας	276
10.2.2	Δεξιότητες θετικής επικοινωνίας	279
10.2.3	Λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς εξάρτησης	280
10.2.4	Θετική ενίσχυση της αποχής	282
10.2.5	Ανάπτυξη σχεδίου τρόπου αντιμετώπισης υποτροπών	283
10.3	Η παρέμβαση των 5 βημάτων (5-Step-Method)	283
10.3.1	Βήμα 1 - Γνωριμία με τα μέλη της οικογένειας και το πρόβλημα	284
10.3.2	Βήμα 2 – Παροχή σχετικών πληροφοριών	284
10.3.3	Βήμα 3 – Διερεύνηση του τρόπου ανταπόκρισης/αντιμετώπισης της εξάρτησης από τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας	284
10.3.4	Βήμα 4 – Διερεύνηση και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης	285
10.3.5	Βήμα 5 – Παραπομπή για περαιτέρω βοήθεια	287
	Βιβλιογραφικές αναφορές	289
	Κεφάλαιο 11 Παρεμβάσεις επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στα κέντρα πρόληψης	291
	Εισαγωγή	291
11.1	Εμπόδια στην προσέγγιση των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας	292
11.1.1	Έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων	292
11.1.2	Μύθοι σχετικά με την εξάρτηση	292
11.1.3	Το στίγμα της εξάρτησης	293
11.1.4	Η ντροπή	293
11.1.5	Η λανθασμένη πεποίθηση ότι το άτομο ή τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας είναι ικανοί να διακρίνουν το πρόβλημα και ότι λένε ψέματα	294
11.1.6	Η αντιπαράθεση	295
11.1.7	Ο φόβος για την αντιμετώπιση περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας	296
11.1.8	Το στίγμα της συνεξάρτησης	297
11.2	Κινητοποιητική συνέντευξη και βελτίωση των σχέσεων με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης	299
11.2.1	Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης	301
11.2.2	Στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης	302
11.2.3	Τυπολογία στρατηγικών αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης	305
11.3	Διαθεωρητικό μοντέλο – Στάδια αλλαγής	306
11.3.1	Στάδιο πριν την περισυλλογή	307
11.3.2	Περισυλλογή	308
11.3.3	Προετοιμασία για δράση	309
11.3.4	Δράση	309
11.3.5	Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή	310
11.4	Βραχείες παρεμβάσεις	310
11.4.1	Προσέγγιση του ατόμου ανάλογα με την αντίδρασή του	313
11.4.2	Διερεύνηση και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης	314
11.5	Ενημέρωση επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας για περιπτώσεις οξείας τοξίκωσης	314
11.6	Προσέγγιση επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας σε κρίση πανικού	316
	Βιβλιογραφικές αναφορές	317

*Στον Αντώνη, στον Θανάση και στον Δημήτρη που με την
αγάπη και την υπομονή τους στήριξαν τη συγγραφή αυτού του
βιβλίου.*

Πίνακας βραχυγραφιών- ακρωνυμίων

ACMD: Advisory Council on the Misuse of Drugs

ANSA: Association of Nurses in Substance Abuse

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

NIDA: National Institute for Drug Abuse

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Administration

AA: Ανώνυμοι Αλκοολικοί

EKTEΠN: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

ΕΠΙΨΥ: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΚΕΘΕΑ: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

NA: Ανώνυμοι Ναρκομανείς

OKANA: Οργανισμός Καταπολέμησης κατά των Ναρκωτικών

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΨΝΑ: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Την Ευδοκία τη γνωρίζω πάνω από 15 χρόνια, από τότε που δούλευε δίπλα σε άτομα με βαριά εξάρτηση και την οικογένειά τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ένα ειδικό νοσοκομείο που αποτελεί χώρο ζύμωσης για την ψυχιατρική κοινότητα. Όλα αυτά τα χρόνια έχω τη χαρά να την παρακολουθώ από κοντά, ως συνεργάτης και φίλη της, και να τη βλέπω να εξελίσσεται μέσα από τις προσωπικές της μεταμορφώσεις και τους θεραπευτικούς και ακαδημαϊκούς της ρόλους. Πολυγραφότατη, με αγάπη στον άνθρωπο και ειδικά στα νέα παιδιά που αναζητούν απεγνωσμένα να εμπνευστούν από μια Ιδέα. Αν μπορούσα να χρησιμοποιήσω μία λέξη για τη δουλειά της θα έλεγα πως είναι «σκαπανεύς»: εργάτης ακούραστος του μόχθου, παρά τις δυσκολίες των εκάστοτε συνθηκών, σε λιοπύρι, σε βροχή, σε κρύο.

Το βιβλίο της αυτό «Προσέγγιση οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης» αποτελεί ιδιαίτερη συμβολή στη Θεραπεία της Οικογένειας στον Τομέα της Απεξάρτησης.

Η οικογένεια είναι όπως και να'χει μια ιδιαίτερα πολύπλοκη, ταλαιπωρημένη και δυσνόητη έννοια στο όνομα της οποίας διαπραγματεύονται πολλά πράγματα. Είναι η σκηνή πάνω στην οποία παίζονται τα πιο κυρίαρχα και καθοριστικά ζητήματα της ζωής ενός ατόμου. Αγία και Αμαρτωλή μαζί.

Και επειδή οι λέξεις πάντα θυμούνται την ιστορία τους¹, «αρχή παιδεύσεως η των ονομάτων επίσκεψις» έλεγε ο Αντισθένης ο κυνικός, η λέξη «οικογένεια» αφορά τη σύνθεση των λέξεων «οίκος» και «γένος», δηλαδή την ομάδα των ανθρώπων που ζουν κάτω από την ίδια στέγη.

Η Οικογένεια είναι η ψυχή μας. Είναι η ταυτότητά μας. Είναι η ιστορία μας. Είναι το «εκεί και τότε», που συντελεί με τον τρόπο του στο «εδώ και τώρα». Είναι το «εδώ και τώρα» για τη δική μας την οικογένεια. Είναι η κασέτα που ξαναπαίρνει σε λειτουργία, όταν γινόμαστε εμείς γονείς, όπως έλεγε ο Ματθαίος Γιωσαφάτ. Είναι η εσωτερική μας ομάδα. Είναι οι πρώτοι μας έρωτες. Είναι η εξωτερική μας φροντίδα, αγάπη, μίσος και αντιπαλότητα. «Το “αγαπάτε τους εχθρούς υμών” έχω την εντύπωση πως έχει ειπωθεί για την οικογένειά μας» είχε αναφέρει κάποια στιγμή ένας άλλος ψυχαναλυτής ο Δημήτρης Κυριαζής. Οικογένεια είναι και οι δύσκολοι αποχαιρετισμοί. Είναι το δέντρο που έδινε και δίνει ακόμα κι αν κάθεσαι επάνω στον κομμένο κορμό του και ακούς τον βόμβο του δάσους.²

Απ'την άλλη η Εξάρτηση λειτουργεί ψυχαναγκαστικά και ύπουλα. Με έναν επαναληπτικό και αυτοεπιβαλλόμενο τρόπο. Διαβρωτικά, σιγά-σιγά και μονότονα σαν την «βροχή που λιώνει τα μεσάνυχτα»³ ή άλλες φορές εκκωφαντικά. Θυμίζει τη σκοτεινή διάθεση, την εχθρότητα, την άνιση πάλη, τη θανατερή ατμόσφαιρα της στοιχειωμένης ζωγραφιάς του ισπανού Φρανθίσκο Γκόγια «ο Κρόνος καταβροχθίζει τον γιο του» που είχε δημιουργήσει απευθείας στον τοίχο του σπιτιού του, στην «Έπαυλη του Κουφού». Και δεν καταπίνει μόνο τον εξαρτημένο αλλά και τα μέλη της οικογένειάς του που δυστυχώς δεν ζητούν εύκολα βοήθεια.

Για αυτά τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας του εξαρτημένου, την ανάδειξη του προβλήματος των γονέων, συζύγων, αδελφών, παιδιών, και την ελπίδα μέσα από τη θεραπεία μιλάει το βιβλίο της Ευδοκίας Μισουρίδου.

Το βιβλίο χωρίζεται σε 11 κεφάλαια. Θα λέγαμε πως έχει δύο άξονες ανάπτυξης. Ο πρώτος αφορά την οπτική γωνία που εστιάζει στις οικογένειες με εξαρτημένο μέλος. Ο δεύτερος άξονα εστιάζει στους θεραπευτές οικογενειών με εξαρτημένο μέλος. Μιλάει, δηλαδή, για τις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει κανείς και από τις δύο όχθες του ποταμού.

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά το αίτημα των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων. «Τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας σπάνια έρχονται σε επαφή με κατάλληλες υπηρεσίες οι οποίες μπορούν να τους υποστηρίξουν, αντιπροσωπεύοντας έτσι μια «σιωπηλή» ομάδα» γράφει

¹ «Κι αν ξεχνούν οι άνθρωποι, πάντα θυμούνται εκείνες» Παλαμάς.

² «Μια φορά κι ένα καιρό ήταν μια μηλιά που αγαπούσε ένα αγοράκι... Κάθε μέρα το αγόρι πήγαινε στη μηλιά κι έτρωγε τα μήλα της, έκανε κούνια απ' τα κλαδιά της, σκαρφάλωνε στον κορμό της κι η μηλιά ήταν ευτυχισμένη. Μα όσο το αγόρι μεγάλωνε, τόσο περισσότερα ζητούσε απ' το δέντρο και το δέντρο έδινε, έδινε, έδινε αδιάκοπα...». Αναφορά στο παραμύθι «Το Δέντρο που Έδινε» του Σελ Σίλβερστάιν, 1964. Για την ελληνική εκδ. Δωρικός, 1998

³ «Τα πάθη της βροχής», Κική Δημουλά, από τη συλλογή «Το λίγο του κόσμου», 1971.

η συγγραφέας. Γίνεται, λοιπόν, λόγος για την έκταση του προβλήματος, το τραύμα και το στίγμα, αλλά και τον ρόλο της οικογένειας στην κινητοποίηση για αλλαγή του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης. Η συγγραφέας γλαφυρά εικονογραφεί το πρόβλημα μέσα και από ένα δικό της τρυφερό και γενναίο μαζί παραμύθι «Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων».

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην αναγκαιότητα της προσέγγισης των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας του εξαρτημένου μιας και πάνω από 100 εκατομμύρια άτομα σε παγκόσμια κλίμακα επηρεάζονται δυσμενώς από την εξάρτηση κάποιου δικού τους ανθρώπου. Παρουσιάζονται μελέτες που αφορούν την εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία και την κινητοποίηση του εξαρτημένου μέλους, τη διατήρηση της αποχής ή τη μείωση της βλάβης και την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας. Ειδικές ομάδες αποτελούν οι οικογένειες με εξαρτημένους με διπλή διάγνωση, εξαρτημένες μητέρες με μικρά παιδιά και οικογένειες με εξαρτημένους εφήβους με παραβατική συμπεριφορά.

Το τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσει την εξάρτηση στο γυναικείο πληθυσμό. Μιλάει για το πώς παρεμβαίνει η εξάρτηση στις διάφορες φάσεις της ζωής μιας γυναίκας και κυρίως στη μητρότητα, αλλά και την αντιμετώπισή της ως ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό ζήτημα. Αναφέρεται στα εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για εξαρτημένες μητέρες που προστατεύουν τελικά όχι μόνο τις ίδιες αλλά και τα παιδιά τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσεται το τραυματικό βίωμα της οικογένειας η οποία αντιμετωπίζει το πρόβλημα της εξάρτησης. Διερευνάται η αποκλιμάκωση του κύκλου χρήσης-συγκρούσεων, η ανάγκη έκφρασης των ποικίλων αναδυόμενων αρνητικών συναισθημάτων, το συνοδό αδιέξοδο, αλλά και η μεγάλη αναγκαιότητα νοσηματοδότησης του τραύματος και επαναπροσδιορισμού του τρόπου συσχέτισης με αυτό. Γίνεται λόγος για την ενδοοικογενειακή βία και για τη λεγόμενη «συνωμοσία» της σιωπής ανάμεσα στα μέλη της «ακινητοποιημένης, τρομοκρατημένης, ντροπιασμένης και ένοχης» οικογένειας.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στις οικογενειακές παρεμβάσεις στην καθημερινή κλινική πράξη στον ελλαδικό χώρο και περιγράφει με γλαφυρό τρόπο τα αποτελέσματα ομάδων εστιασμένης συζήτησης όσον αφορά τις παρεμβάσεις αυτές. Γίνεται λόγος για την απενοχοποίηση, τα όρια, τον αποστασιοποιημένο γονέα και τον ρόλο του στην κινητοποίηση του εξαρτημένου παιδιού, τη διαμεσολάβηση στην επικοινωνία των μελών στην οικογένεια του εξαρτημένου και την επεξεργασία οικογενειακών μυστικών.

Στο έκτο κεφάλαιο αναπτύσσονται τα εμπόδια που συναντάμε στη θεραπευτική προσέγγιση της οικογένειας με εξαρτημένο μέλος. Η κούραση, ο θυμός, ο διχασμός των γονιών, η υπερεμπλοκή είναι κάποια από αυτά, μιας και το θέμα έχει διαστάσεις πολυεπίπεδες και αφορά και οικονομικές, πολιτισμικές και κοινωνικές πτυχές. Εδώ, αναλύονται τα αποτελέσματα ομάδων εστιασμένης συζήτησης.

Το έβδομο κεφάλαιο μιλάει για την κόπωση συμπόνιας και την επαγγελματική εξουθένωση. Αναλύει τα συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού συνδρόμου και τη λεγόμενη «συναισθηματική μόλυνση» από τη συναισθηματική εμπλοκή των θεραπειών στον χώρο της εξάρτησης και δίνει τρόπους αντιμετώπισής της.

Στο όγδοο κεφάλαιο η συγγραφέας ξετυλίγει το ζήτημα της επαγγελματικής αυτοανάπτυξης όσον αφορά τους θεραπευτές στον χώρο της απεξάρτησης. Πώς καταφέρνει κανείς να εξελιχθεί σε έναν τόσο ενεργοβόρο και απαιτητικό χώρο και να βρει την επαγγελματική του ταυτότητα; Πώς μπορείς να διαχειριστείς, ως θεραπευτής, τη δυναμική του τραύματος; Υπάρχουν πράγματα που εφοδιάζουν με ερείσματα έναν ψυχοθεραπευτή;

Το ένατο κεφάλαιο διαχειρίζεται το θεραπευτικό και μη θεραπευτικό τρίγωνο στην προσέγγιση των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών με προβλήματα εξάρτησης. Αναπτύσσονται έννοιες όπως αντιμεταβίβαση, φαινόμενο διαχωρισμού, αντιπαλότητα στη σχέση με τον θεραπευόμενο ή την οικογένειά του, ο ρόλος του σωτήρα, η σύγχυση ορίων, ο φόβος της τριγωνοποίησης, το θεραπευτικό τρίγωνο και άλλες.

Το δέκατο κεφάλαιο μας δίνει πληροφορίες για τις διαδικτυακές προσεγγίσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και αναπτύσσει δύο παρεμβάσεις: την παρέμβαση Ενίσχυσης από την Κοινότητα και Εκπαίδευση της Οικογένειας (Community Reinforcement and Family training, CRAFT) και το μοντέλο 5 βημάτων (5 Step Method).

Τέλος, στο ενδέκατο κεφάλαιο συνεχίζεται η ανάπτυξη παρεμβάσεων με παρεμβάσεις επαγγελματιών, χαμηλής έντασης, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στα κέντρα πρόληψης όπως είναι η κινητοποιητική συνέντευξη, το Διαθεωρητικό Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής και οι βραχείες παρεμβάσεις.

Μεταξύ άλλων το πόνημα αυτό κοσμείται και με έργα της Εθνικής μας Πινακοθήκης, άλλους καλλιτεχνικούς πίνακες ή αφίσες που ρίχνουν ένα εσωτερικό φως στο ψυχικό τοπίο και δίνουν χρώμα στην ελπίδα που αναδύεται μέσα από τη θεραπεία.

«Η επίλυση της σύγκρουσης», γράφει η Ευδοκία Μισουρίδου, «συχνά είναι πρόκληση για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας». Και θα έλεγα πως ένα τέτοιο βιβλίο, ακριβώς επειδή προτείνει μια άλλη προοπτική της θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης, πέραν της ατομοκεντρικής προσέγγισης που συνήθως γίνεται στα περισσότερα άτομα τα οποία ζητούν βοήθεια για προβλήματα εξάρτησης, αποτελεί και το ίδιο μια ευχάριστη πρόκληση στον χώρο. Της εύχομαι το βιβλίο της να βοηθήσει, να ενδυναμώσει, να ταξιδέψει και να ξεκουράσει πολλούς αναγνώστες -και ειδικά τους φοιτητές της, που ξέρω πως τους νοιάζεται πολύ.

Και θα κλείσω τούτα τα λίγα λόγια με μια εικόνα, η οποία μου ήρθε στο νου, αφού τελειώσαμε το τηλέφωνο, όταν μου ζήτησε να προλογίσω αυτό το έργο της. Δεν θα ξεχάσω που, όταν έτυχε να βρεθούμε σε έναν κοινό τόπο, στην πανέμορφη ελληνική επαρχία, με χαρά μικρού παιδιού μου είπε: «Ειρήνη έλα να σου δείξω πού γράφω» και με οδήγησε σε ένα μικρό γραφειάκι, στο οποίο ίσα που χώραγε ένα κομπιούτερ επάνω, δίπλα σε ένα παραθύρι και μου λέει «Από δω το πρωί βλέπω την Ανατολή!».

Ειρήνη Σεργέδου
Δ/ντρια Μονάδας Απεξάρτησης Αλκοολικών, ΨΝΑ
Αύγουστος, 2022

Εισαγωγή

Οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας συναντούν άτομα και οικογένειες, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ή κατάχρησης ουσιών, πολύ συχνά στην κλινική τους πράξη τόσο στον χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κοινότητα. Οι σοβαρές διαστάσεις, τις οποίες έχει πάρει το φαινόμενο της εξάρτησης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας, το καθιστούν μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Απαιτείται, επομένως, οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας να συγκροτήσουν μια αποτελεσματική στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων χρήσης και κατάχρησης ουσιών, που αντιμετωπίζουν καθημερινά, προστατεύοντας τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια και την κοινότητα από τις σοβαρές επιπτώσεις του προβλήματος.

Το ακαδημαϊκό σύγγραμμα «Προσέγγιση της οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης» αποτελεί ένα σύγγραμμα βασισμένο σε ενδείξεις, το οποίο στοχεύει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση φοιτητών/επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας σε θέματα προσέγγισης της οικογένειας. Επίσης, στόχος του είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας στο γενικό νοσοκομείο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και η κατάρτιση και η επαγγελματική αυτοανάπτυξη επαγγελματιών που εργάζονται ή επιθυμούν να εργαστούν στον τομέα των εξαρτήσεων. Απώτερος σκοπός της προσπάθειας αυτής είναι η δημιουργία ενός περιεκτικού εγχειρίδιου σε θέματα τα οποία αφορούν το κλινικό έργο, την εκπαίδευση και την έρευνα στην προσέγγιση της οικογένειας, προλαμβάνοντας έτσι την παγκόσμια επιβάρυνση από την εξάρτηση αλλά και τις τραυματικές επιπτώσεις της συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας.

Το βιβλίο αποτελείται συνολικά από έντεκα κεφάλαια. Με τα πρώτα τρία κεφάλαια επιχειρείται να βοηθηθούν οι αναγνώστες, ώστε να κατανοήσουν το πλαίσιο προσέγγισης των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας και να αποσαφηνίσουν βασικές έννοιες και όρους, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στον τομέα των εμπειρικά τεκμηριωμένων οικογενειακών παρεμβάσεων. Επιπλέον, έχουν στόχο να συμβάλουν στο αίσθημα επάρκειας προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών σχετικά με τις γνώσεις τους για τις τεκμηριωμένες οικογενειακές παρεμβάσεις καθώς και για την εφαρμογή τους στο πλαίσιο της θεραπείας απεξάρτησης, των κέντρων πρόληψης αλλά και της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Στα κεφάλαια τρία και τέσσερα περιγράφεται το βίωμα της εξάρτησης και της ανάρρωσης της οικογένειας μέσα από αφηγήσεις επιβαρυνμένων μελών οικογένειας. Στη συνέχεια τα κεφάλαια πέντε έως εννέα περιγράφουν την προσέγγιση επιβαρυνμένων μελών οικογένειας, τα εμπόδια στη συνεργασία μαζί τους, την επιβάρυνση των επαγγελματιών που εκτίθενται στις τραυματικές συχνά διαστάσεις του προβλήματος της εξάρτησης στην οικογένεια, της επαγγελματικής αυτοανάπτυξης των επαγγελματιών και βέβαια τους τρόπους με τους οποίους το τρίγωνο επαγγελματίας, άτομο με προβλήματα εξάρτησης, και οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά. Τέλος, το σύγγραμμα ολοκληρώνεται με τα κεφάλαια δέκα και έντεκα, τα οποία περιγράφουν τεκμηριωμένες διαδικτυακές προσεγγίσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας καθώς και παρεμβάσεις που μπορούν να συμβάλουν στην κινητοποίηση των Επιβαρυνμένων Μελών της Οικογένειας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ακολουθεί σύντομη περιγραφή του καθενός από τα παραπάνω κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται το αίτημα της οικογένειας στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος που συχνά αποτελούν σημαντικές διαστάσεις της επιβάρυνσης αυτής. Αρχικά, παρουσιάζεται η έκταση του προβλήματος, η οποία δικαιολογεί την έμφαση στη συγκρότηση μιας ικανοποιητικής διαχείρισης των προβλημάτων των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας στο γενικό νοσοκομείο, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για την εξάρτηση. Στη συνέχεια, σκιαγραφούνται οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες στον ελληνικό χώρο που χαρακτηρίζονται από υψηλό σεβασμό στους οικογενειακούς δεσμούς και την οικογενειακή τιμή, αλλά και στίγμα σχετιζόμενο με τον εθισμό και τη χρήση υπηρεσιών. Τέλος, γίνεται διάκριση ανάμεσα στις παρεμβάσεις χαμηλής έντασης ('low-intensity') και υψηλής έντασης ('high-intensity') από επαγγελματίες χωρίς ψυχοθεραπευτική κατάρτιση και επαγγελματίες με συστημική εκπαίδευση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται ανασκόπηση μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα τεκμηριωμένων οικογενειακών παρεμβάσεων οι οποίες συμβάλλουν στα εξής: α) στην κινητοποίηση του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα κατάχρησης οινοπνεύματος/ψυχοδραστικών ουσιών, ώστε να επιτευχθεί η ένταξή του σε θεραπευτικό πρόγραμμα, β) στη συνολική βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια και γ) στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των μελών της οικογένειας, τα οποία προέκυψαν από τη χρόνια έκθεση στο πρόβλημα της εξάρτησης, και την ενδυνάμωσή τους.

Στη συνέχεια, το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναικείας εξάρτησης. Κατόπιν, αναλύεται η διαδικασία της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της φροντίδας ενός παιδιού στο πλαίσιο

της εξάρτησης. Επιπλέον, παρουσιάζονται κατευθυντήριες οδηγίες για την προσέγγιση των γυναικών με προβλήματα εξάρτησης κατά την προγεννητική και την περιγεννητική φροντίδα τους από τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, συζητιούνται οι μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις, οι οποίες απαιτούνται για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου γύρω από τη μητέρα και το παιδί της, αξιοποιώντας αφηγήσεις μητέρων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα ερμηνευτικής φαινομενολογικής μελέτης της βιωμένης εμπειρίας γονιών, συζύγων/συντρόφων, αδελφών και παιδιών οικογενειών, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από οινόπνευμα/ψυχοδραστικές ουσίες. Με αυτόν τον τρόπο ο αναγνώστης μπορεί να αφοιγκραστεί τη «φωνή» ενός «σιωπηλού» μέχρι τώρα πληθυσμού.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα ομάδων εστιασμένης συζήτησης σχετικά με τις παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη σε επτά δομές απεξάρτησης στον ελληνικό χώρο.

Ως συνέχεια του παραπάνω κεφαλαίου, στο έκτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα ομάδων εστιασμένης συζήτησης σχετικά με τις δυσάρεστες προκλήσεις και τα εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες απεξάρτησης κατά τη συνεργασία τους με τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας.

Το έβδομο κεφάλαιο εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση και τη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή μέσα από την ανάλυση της βιωμένης εμπειρίας επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με οικογένειες, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Αναλύονται οι αιτίες, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευόμενοι και οι νέοι επαγγελματίες στη διαχείριση των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και τα σημεία αναγνώρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής. Τέλος, παρουσιάζονται οι δυσκολίες στην εφαρμογή ορίων.

Ως συνέχεια του παραπάνω κεφαλαίου, το όγδοο κεφάλαιο εστιάζει στη δυναμική του τραύματος και της απώλειας, η οποία μπορεί να περιορίσει την ικανότητα των επαγγελματιών να αλληλεπιδρούν με ουσιαστικό και ασφαλή τρόπο με τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας, ενώ εσωτερικεύουν και απορροφούν ανεπεξέργαστα συναισθήματα που οδηγούν σε κόπωση συμπόνιας/δευτερογενές τραυματικό στρες. Επίσης, περιγράφονται τα στάδια επαγγελματικής εξέλιξης, τα οποία συνδέονται με την κατάκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων. Στη συνέχεια εξετάζεται η επιρροή της οργανωσιακής κουλτούρας στον επαγγελματία, η οποία σε έναν υγιή οργανισμό πρέπει να είναι αμφίδρομη. Τέλος, αναλύεται η διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης και συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα θεματικής ανάλυσης 42 βινιετών συνεργασίας με επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας και συζητιούνται τρόποι με τους οποίους ο επαγγελματίας μπορεί να επεξεργαστεί τις δυσκολίες που προκύπτουν στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, ώστε το τρίγωνο θεραπευτής – θεραπευόμενος – οικογένεια να λειτουργήσει θεραπευτικά. Επίσης, περιγράφεται ο ενθουσιασμός και η ικανοποίηση που βιώνουν οι επαγγελματίες στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, όταν η οικογένεια καταφέρνει – με τη βοήθεια του επαγγελματία συνοδοιπόρου – να κινητοποιήσει τον χρήστη για θεραπεία και να κοιτάξει με ελπίδα προς το μέλλον, ξεφεύγοντας από την ακινησία, τον τρόμο, τη ντροπή και την ενοχή τα οποία τη βασάνιζαν για χρόνια.

Στο δέκατο κεφάλαιο εξετάζονται διαδικτυακές τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας, οι οποίες βοηθούν στην ένταξη του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης σε θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά και στη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των μελών της οικογένειας. Στη συνέχεια περιγράφονται οι δύο παρεμβάσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες χώρες της Ευρώπης και έχουν αξιολογηθεί με μελέτες ελεγχόμενης δοκιμασίας για την αποδοχή και καταλληλότητά τους στο πολιτισμικό πλαίσιο Ευρωπαϊκών χωρών: α. η παρέμβαση Ενίσχυσης από την Κοινότητα και Εκπαίδευση της Οικογένειας (Community Reinforcement and Family training, CRAFT) και β. το μοντέλο 5 βημάτων (5 Step Method). Επίσης, προτείνονται χαμηλού κόστους, καθοδηγούμενες από επαγγελματίες, διαδικτυακές παρεμβάσεις στη λειτουργία ελληνικών κέντρων θεραπείας απεξάρτησης και πρόληψης.

Τέλος, στο ενδέκατο κεφάλαιο περιγράφονται διάφορες προσεγγίσεις χαμηλής έντασης, αξιοποιώντας σύντομες, ευκαιριακές και άτυπες επαφές στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υγείας και στα κέντρα πρόληψης και ευαισθητοποίησης σε θέματα εξαρτήσεων οι οποίες λαμβάνουν υπόψιν τους τη διάσταση του τραύματος και του στίγματος που συχνά βιώνουν τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας. Το κεφάλαιο συνοψίζει τους λόγους για

τους οποίους οι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης με τις οικογένειες, που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ, πρέπει να αναγνωριστούν ως σημαντικές προσεγγίσεις της οικογένειας και ότι πρέπει να αμφισβητηθούν οι στενές αντιλήψεις για την προσέγγιση οικογένειας ως «εξειδικευμένης εργασίας» εκτός των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στα κέντρα πρόληψης αλλά και σε προγράμματα απεξάρτησης/υποκατάστασης.

Τα πιο πολλά κεφάλαια περιέχουν βινιέτες περιστατικών ή κλινικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα συμβάλουν καθοριστικά στο πέραςμα από τη θεωρία στην πράξη.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι σοβαρές διαστάσεις που έχει πάρει σήμερα το φαινόμενο της εξάρτησης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας απαιτούν την κατάρτιση των νέων επαγγελματιών σε θέματα εξαρτήσεων καθώς και την ενσωμάτωση της προσέγγισης της οικογένειας στα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας.

Κεφάλαιο 1

Το αίτημα των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών με προβλήματα εξάρτησης στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας

Σύνοψη

- Η εξάρτηση έχει καταστροφικές επιπτώσεις στη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας (γονείς, σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια) αποτελούν έναν κρυφό πληθυσμό με υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής νοσηρότητας.
- Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η Διεύθυνση Υπηρεσιών για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ (SAMSHA) αναγνώρισε την αυξανόμενη ανάγκη για καλλιέργεια μιας κουλτούρας ευαισθητοποίησης στο «τραύμα» και τις δυναμικές του στον χώρο των εξαρτήσεων. Επιπλέον, τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας σπάνια έρχονται σε επαφή με κατάλληλες υπηρεσίες που μπορούν να τους υποστηρίξουν, αντιπροσωπεύοντας έτσι μια «σιωπηλή» ομάδα. Στην Ελλάδα η κατάσταση είναι ιδιαίτερα περίπλοκη, λόγω μιας κουλτούρας η οποία διέπεται από υψηλό σεβασμό στους οικογενειακούς δεσμούς και την οικογενειακή τιμή, αλλά και στίγμα σχετιζόμενο με τον εθισμό και τη χρήση υπηρεσιών.
- Η κατανόηση της εμπειρίας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας να αναπτύξουν συμπόνια, υπομονή και ενσυναίσθηση προς τα μέλη της οικογένειας των ατόμων με εξαρτήσεις. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζουν τον καταστροφικό αντίκτυπο της εξάρτησης σε όλα τα μέλη της οικογένειας, προκειμένου να επικυρώσουν ('validate') τις εμπειρίες τους και να τους υποστηρίξουν στην ανάρρωση από το τραύμα και την απώλεια στην οικογένεια. Απαιτείται μια μη κριτική, απενοχοποιητική στάση προς τα μέλη της, ώστε να επιτευχθεί μια μερική έστω αποδοχή του προβλήματος και να συγκροτηθεί ένα αίτημα από τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας, φροντίζοντας και δίνοντας «φωνή» σε μια ομάδα που έχει διαχρονικά παραμένει χωρίς φροντίδα.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

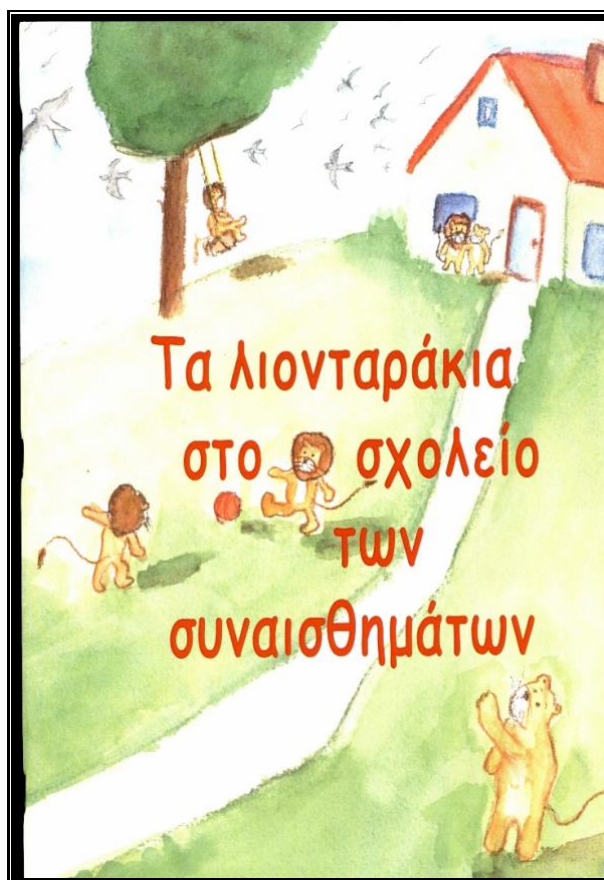
Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Ο αυξανόμενος επιπολασμός των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης κατά τις τελευταίες δεκαετίες συμβαδίζει με την αύξηση του αριθμού των ατόμων τα οποία επιβαρύνονται από την εθιστική συμπεριφορά ενός μέλους της οικογένειάς τους. Έρευνες καταδεικνύουν τα αυξημένα επίπεδα δευτερογενούς τραυματισμού (έντονο άγχος, συναισθηματική και σωματική εξουθένωση) μεταξύ των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και των επαγγελματιών που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία τους. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η Διεύθυνση Υπηρεσιών για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ (SAMSHA) αναγνώρισε την αυξανόμενη ανάγκη για καλλιέργεια μιας κουλτούρας ευαισθητοποίησης στο «τραύμα» και τις δυναμικές του στον χώρο των εξαρτήσεων. Επιπλέον, τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας σπάνια έρχονται σε επαφή με κατάλληλες υπηρεσίες που μπορούν να τους υποστηρίξουν, αντιπροσωπεύοντας έτσι μια «σιωπηλή» ομάδα. Στην Ελλάδα η κατάσταση είναι ιδιαίτερα περίπλοκη, λόγω μιας κουλτούρας η οποία διέπεται από υψηλό σεβασμό στους οικογενειακούς δεσμούς και την οικογενειακή τιμή, αλλά και στίγμα σχετιζόμενο με τον εθισμό και τη χρήση υπηρεσιών. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται το αίτημα της οικογένειας στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος που συχνά αποτελούν σημαντικές διαστάσεις της επιβάρυνσης αυτής.

1.1. Έκταση του προβλήματος και προσφερόμενες υπηρεσίες

Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και την Πρόληψη του Εγκλήματος, ένας στους δεκαοκτώ ανθρώπους ηλικίας 15–64 ετών παγκοσμίως – δηλ. 5,6 % του παγκόσμιου πληθυσμού – είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες κατά το έτος 2020 (UNODC, 2022). Ο αριθμός των ατόμων τα οποία έκαναν χρήση ναρκωτικών (284 εκατομμύρια) το 2020 ήταν 26 % υψηλότερος από αυτόν του 2010, ενώ η καλλιέργεια οπίου έχει φτάσει στα υψηλότερα επίπεδα που έχουν καταγραφεί ποτέ (UNODC, 2022). Η κάλυψη των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών παραμένει συνολικά χαμηλή, ενώ οι παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης των ναρκωτικών είναι επίσης περιορισμένες, ειδικά σε χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. Η εκτίμηση του αριθμού ατόμων με προβλήματα χρήσης υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα για το 2019, ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή, είναι 14.753. Ο αριθμός αυτός έχει υπολογιστεί με την εφαρμογή της διεθνώς προτιμώμενης μεθόδου των πολλαπλών εγγραφών (multiple records ή capture-recapture) στα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας (ΕΚΤΕΠΝ, 2021).



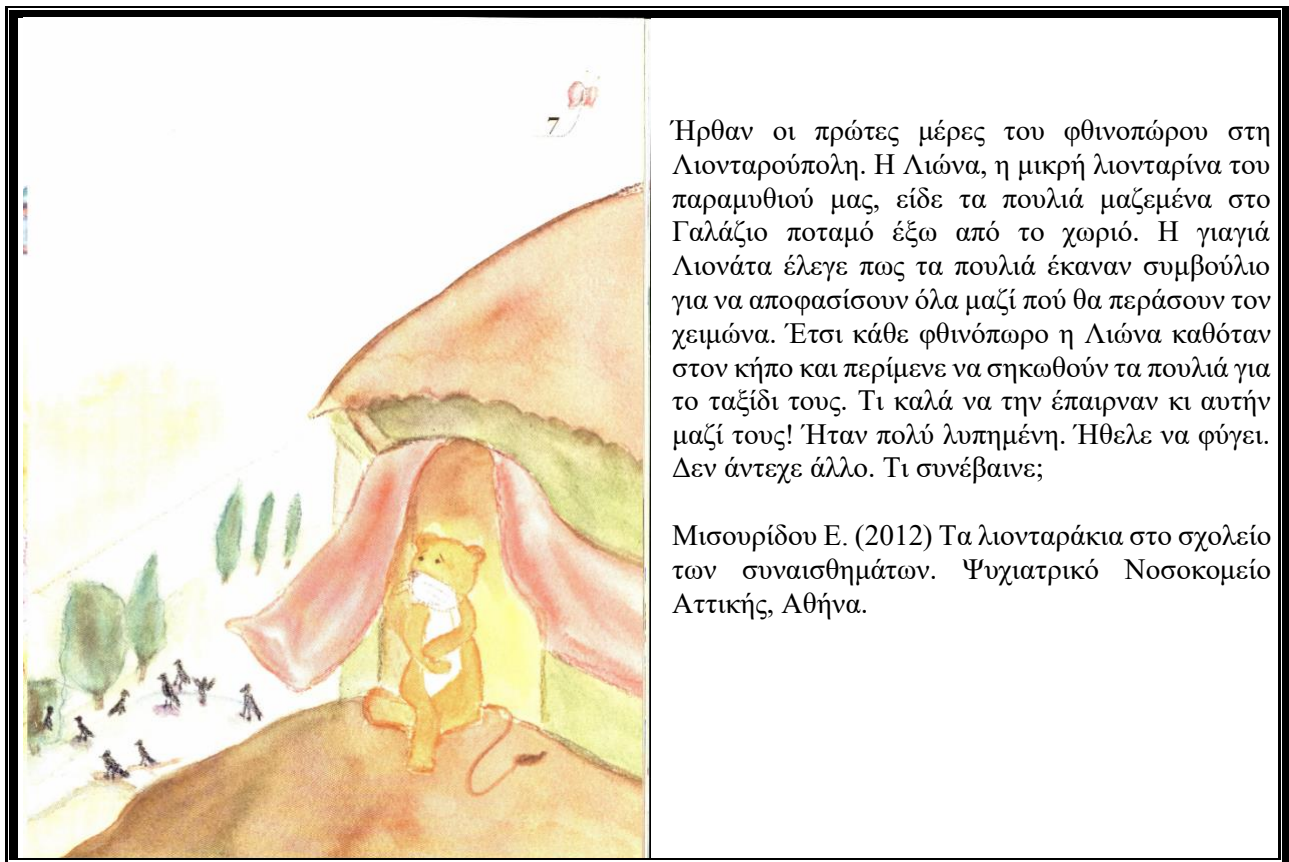
Χιλιάδες παιδιά στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών και/ή αλκοόλ στην οικογένειά τους. Το παραμύθι «Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων» απευθύνεται σε όλα αυτά τα παιδιά που πιο συχνά κουβαλούν μόνα τους το βαρύ φορτίο του μυστικού της εξάρτησης και των έντονων συναισθημάτων που αυτό προκαλεί. Μιλά για μια ομάδα μικρών λιονταριών που συναντιούνται για να μοιραστούν τα συναισθήματα και τα μυστικά τους και να ανακαλύψουν έτσι στη σχέση τους τη φιλία και την ελπίδα. Γράφτηκε με την πεποίθηση ότι το παραμύθι μπορεί να γίνει θεραπευτικό μέσο στα χέρια του γονιού, του εκπαιδευτικού, του λειτουργού ψυχικής υγείας ή οποιουδήποτε «σημαντικού άλλου» προσπαθεί να βοηθήσει τα παιδιά να μιλήσουν για τις δυσκολίες τους και να κοιτάζουν με ελπίδα προς το μέλλον.

Κείμενο: Μισουρίδου Ευδοκία
Εικονογράφηση: Ελέανα Βαριτάκη
Επεξεργασία εικόνας-σελιδοποίηση: Ελευθεράκη Δήμητρα
Έκδοση: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, 2012

Πίνακας 1.1 Συναισθηματικές επιπτώσεις της εξάρτησης στην οικογένεια

Σύμφωνα με τα στοιχεία πανελλήνιας έρευνας στον σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (έρευνας ESPAD) του ΕΠΙΨΥ (2019, πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 17.733 μαθητών ηλικίας 16-18 ετών), η συντριπτική πλειονότητα των μαθητών 16-18 ετών στην Ελλάδα το 2019 (84,1%) δεν έχουν κάνει ποτέ χρήση παράνομων ουσιών. Χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έχει κάνει σχεδόν ένας στους έξι (15,9%). Με εξαίρεση τις εισπνεόμενες ουσίες, για τις οποίες η Ελλάδα εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό χρήσης, σε κανέναν άλλον δείκτη χρήσης ουσιών, που εξετάζεται εδώ, οι 16χρονοι στη χώρα μας δεν εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά, συγκριτικά με το σύνολο των χωρών οι οποίες συμμετέχουν στην πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD (ΕΠΙΨΥ, 2019). Όσον αφορά τη χρήση κάνναβης, ένας στους οκτώ μαθητές 16-18 ετών (12,6%) έχει κάνει χρήση κάνναβης κατά τους τελευταίους 12 μήνες (πρόσφατη χρήση) και σχεδόν ένας στους δώδεκα (8,1%) έχει επαναλάβει τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές

κατά τη ίδια περίοδο. Στους 16χρονους (ηλικία ορόσημο για την έναρξη της χρήσης) δεν έχει αυξηθεί την τελευταία δετία ο επιπολασμός της χρήσης παράνομων ουσιών—ενδεικτικό διατήρησης της επίπτωσης σε σταθερά επίπεδα σε αυτήν την ηλικία. Ωστόσο, αν και χαμηλό, το ποσοστό των 16χρονων που αναφέρουν επανάληψη της χρήσης κάνναβης κατά τους τελευταίους 12 μήνες παρουσιάζεται το 2019 αυξημένο (4,6%) συγκριτικά με πριν από μία δετία (3,1%) και συνδυάζεται με αύξηση του ποσοστού των 16χρονων οι οποίοι θεωρούν «ακίνδυνη» τη χρήση κάνναβης, «εύκολη» την πρόσβαση στην κάνναβη και χρήση της ουσίας στο φιλικό τους περιβάλλον, στοιχεία τα οποία αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση μια ομάδας νεαρών ενηλίκων που αντιμετωπίζουν προβλήματα από τη χρήση ουσιών. Επιπλέον, σχεδόν οι δύο από τους 5 16χρονους που έχουν κάνει πρόσφατη χρήση κάνναβης βρίσκονται βάσει ειδικής κλίμακας σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση της ουσίας—με το ποσοστό αυτό επίσης να εμφανίζεται αυξημένο συγκριτικά με αυτό πριν από μία δετία.



Ήρθαν οι πρώτες μέρες του φθινοπώρου στη Λιονταρούπολη. Η Λιώννα, η μικρή λιονταρίνα του παραμυθιού μας, είδε τα πουλιά μαζεμένα στο Γαλάζιο ποταμό έξω από το χωριό. Η γιαγιά Λιονάτα έλεγε πως τα πουλιά έκαναν συμβούλιο για να αποφασίσουν όλα μαζί πού θα περάσουν τον χειμώνα. Έτσι κάθε φθινόπωρο η Λιώννα καθόταν στον κήπο και περίμενε να σηκωθούν τα πουλιά για το ταξίδι τους. Τι καλά να την έπαιρναν κι αυτήν μαζί τους! Ήταν πολύ λυπημένη. Ήθελε να φύγει. Δεν άντεχε άλλο. Τι συνέβαινε;

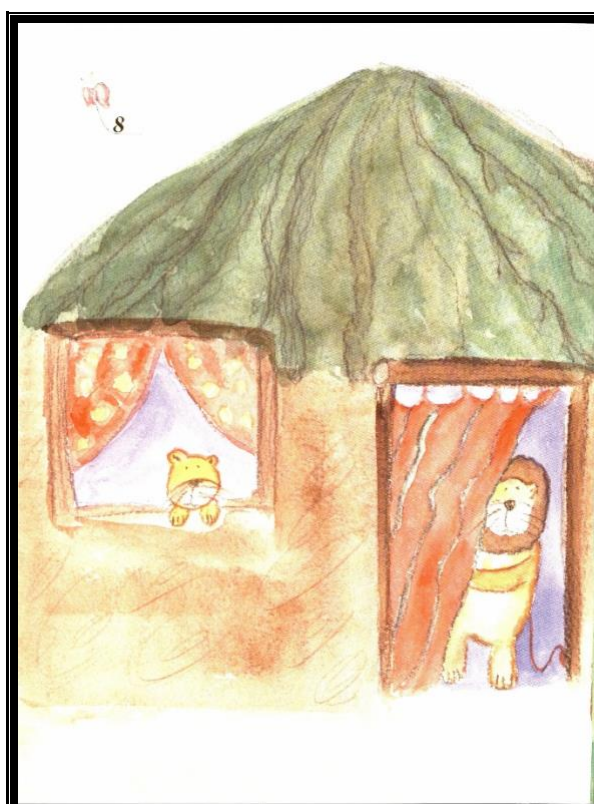
Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.2 Δυσκολία διαχείρισης των επιπτώσεων της εξάρτησης στην οικογένεια

Στην Ελλάδα καταγράφεται το υψηλότερο ποσοστό εφήβων (33%), μεταξύ όλων των χωρών του Προγράμματος ESPAD (22%), οι οποίοι αναφέρουν ότι στοιχημάτισαν χρήματα τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες, σε τουλάχιστον ένα παιχνίδι. Εντούτοις, το εύρημα αυτό δεν μπορεί να αξιολογηθεί ως ενδεικτικό για την έκταση του φαινομένου στη χώρα καθώς -ενδεχομένως- αντικατοπτρίζει τον περιστασιακό στοιχηματισμό που «εθιμοτυπικά» λαμβάνει χώρα την περίοδο των γιορτών με τη μορφή, για παράδειγμα, παιχνιδιών με τράπουλα και αγοράς λαχείων. Επιπλέον, ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι, σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, οι έφηβοι στην Ελλάδα στοιχηματίζουν σε χαμηλότερα ποσοστά χρήματα μέσω διαδικτύου (5% στην Ελλάδα έναντι 8% για τον Μ.Ο. των χωρών που συμμετέχουν στην Έρευνα). Όσον αφορά την ενασχόληση με το Διαδίκτυο, τουλάχιστον 4 ώρες την ημέρα στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) αναφέρουν ότι περνούν ένας στους τρεις μαθητές Λυκείου τις καθημερινές (35,3%) και σχεδόν τρεις στους πέντε το Σαββατοκύριακο (58,7%). Έτσι, τα κορίτσια καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά στην ενασχόληση με ΜΚΔ (35,8% αγοριών και 46,9% κοριτσιών βρίσκονται υψηλά στη σχετική κλίμακα), ενώ τα αγόρια υψηλότερα ποσοστά στην ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια (25,7% αγοριών και 7,6% κοριτσιών βρίσκονται υψηλά στη σχετική κλίμακα). Η ενασχόληση με τα ΜΚΔ, όσο και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια,

φαίνεται πως αφορά περισσότερο τους μικρότερους ηλικιακά εφήβους, καθώς μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Επιπλέον, από τις απαντήσεις τους εκτιμήθηκε ότι ένας στους έξι (16,5%), βρίσκονται υψηλά στην κλίμακα προσκόλλησης στα ηλεκτρονικά παιχνίδια (ΕΠΠΥ, 2019).

Όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ, περίπου ποσοστό 5% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών και τραυματισμών οφείλεται στο αλκοόλ (WHO, 2018). Στη χώρα μας, σε ό,τι αφορά την κατάχρηση αλκοόλ, το 38 % των Ελλήνων ανδρών αναφέρει βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (ΠΟΥ, 2018). Σύμφωνα με τα ερευνητικά στοιχεία ESPAD στον μαθητικό πληθυσμό, παρόλο που διαχρονικά τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των εφήβων μαθητών μειώνονται, τα πιο πρόσφατα στοιχεία (ΕΠΠΥ, 2019) έδειξαν ότι παραμένει υψηλό το ποσοστό αυτών (38,3%) οι οποίοι δήλωσαν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ πολύ πρόσφατα (τις τελευταίες 30 ημέρες από τη διεξαγωγή της έρευνας). Παράλληλα, δύο στους πέντε (38,3%) αναφέρουν πως κατανάλωσαν τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά (*υπερβολική κατανάλωση*) τουλάχιστον μία φορά τις τελευταίες 30 ημέρες, ενώ ένας στους εννέα (11,7%) τουλάχιστον 3 φορές. Το 2019 οι 16χρονοι έφηβοι στην Ελλάδα αναφέρουν ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ σε όλη τη ζωή τους και τις 30 τελευταίες ημέρες σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τον μέσο όρο (Μ.Ο.) του Προγράμματος ESPAD. Επιπλέον, οι έφηβοι στην Ελλάδα θεωρούν *εύκολη* την πρόσβαση σε αλκοόλ σε ένα από τα τρία υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των 35 χωρών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Στον αντίποδα, τα ποσοστά των εφήβων στην Ελλάδα για την *υπερβολική* κατανάλωση αλκοόλ (τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά) και τη μέθη (σε όλους τους δείκτες που εξετάστηκαν) είναι χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των ομοτίμών τους στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.



Όλα τα μικρά λιοντάρια ετοιμάζονταν για το σχολείο. Αγοράζαν τετράδια και καινούργια βιβλία που μύριζαν όμορφα. Γκρίνιαζαν λίγο που θα άρχιζε πάλι το διάβασμα, αλλά χάριζονταν για τα παιχνίδια στην αυλή του σχολείου. Μόνο η Λιώνα κι ο αδελφός της ο Λιωντρός δεν θα πήγαιναν σχολείο. Αποφάσισαν να κρυφτούν στην καλύβα του δάσους. Κουράστηκαν πια να είναι διαφορετικοί από τα άλλα λιονταράκια. Άσε που η μαμά τους είχε πει να μην μιλήσουν πουθενά για το μυστικό. Τι θα έλεγαν λοιπόν στη δασκάλα; Ότι ο μπαμπάς έπινε κι όλο έλειπε από το σπίτι; Ότι η μαμά είχε όλη την ώρα στο μυαλό της τον μπαμπά και δεν είχε καθόλου χρόνο για παιχνίδια κι ούτε έφτιαχνε πια λιχουδιές; Ότι ο Λιωντρός θύμωνε πολύ με όλα αυτά και τσακωνόταν με τα άλλα παιδιά κι έσπαγε πράγματα; Όχι, δεν μπορούσαν να πουν τίποτα από αυτά. Η μόνη λύση ήταν η καλύβα του δάσους.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.3 Στίγμα και απομόνωση

Αναφορικά με το κάπνισμα και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των καπνιστών ανέρχεται στο ένα δισεκατομμύριο παγκοσμίως, ενώ 6 εκατομμύρια από αυτούς και 600.000 παθητικοί καπνιστές πεθαίνουν ετησίως εξαιτίας του καπνού (WHO, 2021). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission 2022) περίπου 700.000 καπνιστών πεθαίνουν ετησίως με αποτέλεσμα το κάπνισμα να αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου. Περίπου το 50% των καπνιστών πεθαίνουν πρόωρα (κατά μέσο όρο 14 χρόνια νωρίτερα). Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των καπνιστών στην ΕΕ εξακολουθεί να είναι υψηλός – το 26% του συνολικού πληθυσμού και το 29% των νέων Ευρωπαίων ηλικίας 15-24 ετών καπνίζουν. Η χρήση καπνού από εφήβους 13 έως 15 ετών στην Ανατολική Μεσόγειο είναι

τριπλάσια από τον μέσο όρο σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 27% του πληθυσμού της χώρας είναι καπνιστές, ποσοστό που την καθιστά μία από τις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (WHO, 2021) στην Ευρώπη (Τουρκία 26% καπνιστές, Ιταλία 20% καπνιστές, Γερμανία 18% καπνιστές, Ολλανδία 17% καπνιστές, Ηνωμένο Βασίλειο 13% καπνιστές).

Όσον αφορά το κάπνισμα στην εφηβεία, η πλειονότητα των μαθητών 16-18 ετών στην Ελλάδα (56,6%) δεν έχουν καπνίσει ποτέ τσιγάρο ή κάποιο άλλο σχετικό προϊόν (ΕΠΨΥ, 2019). Ένας στους 7 έφηβους 16-18 ετών (14,7%) καπνίζει καθημερινά, ενώ σε ποσοστό 4,7% καπνίζουν τουλάχιστον μισό πακέτο τσιγάρα καθημερινά—καπνίζουν «βαριά». Ένας στους εννέα (11,3%) έχει καπνίσει το πρώτο του τσιγάρο σε πολύ μικρή ηλικία, 13 ετών ή και νωρίτερα. Χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου έχουν κάνει λίγο περισσότεροι από δύο στους πέντε (43,5%) μαθητές 16-18 ετών. Σχεδόν ένας στους τρεις (31,7%) έχει κάνει πρόσφατη χρήση, δηλαδή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, και ένας στους οκτώ (13,3%) πολύ πρόσφατη χρήση, μέσα στις 30 τελευταίες ημέρες. Ένας στους δέκα (9,6%) μαθητές 16-18 ετών έχει χρησιμοποιήσει θερμαινόμενο τσιγάρο (ΕΠΨΥ, 2019).

Μαύρο μούρο	Μήλο	Φουντούκι	Κρέμα	Λεμονάδα
Βατόμουρο	Αμύγδαλο	Φυστικοβούτυρο	Παγωτό	Κόκα Κόλα
Φράουλα	Μέντα	Κέικ	Τηγανίτα	Γάλα
Λεμόνι	Ρόδι	Βούτυρο	Τσιχλόφουσκα	Σόδα
Πορτοκάλι	Ροδάκινο	Μπανάνα	Μαλλί της γριάς	Κανέλλα
Μπανάνα	Αχλάδι	Μηλόπιτα	Κρασί	Πιπέρι
Καρύδα	Σταφύλι	Καρπούζι	Μέλι	Ρούμι
Μάνγκο	Κεράσι	Δαμάσκηνο	Βανίλια	Πινακολάδα
Σοκολάτα	Καραμέλλα	Ζελεδάκια	Καπουτσίνο	Τσάι
Ονίσκυ	Βότκα	Σαμπάνια	Εσπρέσο	Καφές

Πίνακας 1.4 Γεύσεις προσέλκυσης εφήβων και παιδιών στη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου (WHO, 2021)

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατανάλωση της νικοτίνης σε παιδιά και εφήβους έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, οι οποίες οδηγούν σε μακροπρόθεσμη συνέπειες για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και δυνητικά οδηγούν σε μαθησιακές δυσκολίες και αγχώδεις διαταραχές (WHO, 2021). Η κατανάλωση νικοτίνης από έγκυες γυναίκες μπορεί να έχει παρόμοιες συνέπειες για την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου (WHO, 2021). Υπάρχουν περίπου 16.000 μοναδικές γεύσεις διαθέσιμες σε ορισμένες αγορές (Πίνακας 1.4), πολλές από τις οποίες είναι ελκυστικές για παιδιά, καλύπτουν τη νικοτίνη και συμβάλλουν στην απόφαση ενός ατόμου να δοκιμάσει να χρησιμοποιήσει το ηλεκτρονικό τσιγάρο για πρώτη φορά (WHO, 2021). Οι γεύσεις μπορούν να κάνουν τη χρήση του προϊόντος πιο ευχάριστη, την εισπνοή αερολυμάτων ευκολότερη και να μειώσουν τον αντιληπτό κίνδυνο που συνδέεται με τη χρήση τους. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα χωρίς νικοτίνη έχουν βελτιωμένες γεύσεις οι οποίες αρέσουν στους νέους και συχνά θεωρούνται «ασφαλέστερα» και μη εθιστικά. Ωστόσο, ενώ -εξ ορισμού- δεν πρέπει να περιέχουν νικοτίνη, στην πράξη πολλά ηλεκτρονικά υγρά με την ένδειξη «μηδενική νικοτίνη» έχουν βρεθεί πως περιέχουν νικοτίνη. Επιπλέον, ανάλογα με τη συσκευή που χρησιμοποιείται, το άτομο μπορεί να επιλέξει ηλεκτρονικά υγρά, τα οποία είτε περιέχουν νικοτίνη είτε όχι, και μπορεί να προσθέσει νικοτίνη σε ένα e-υγρό που έχει διαμορφωθεί ως χωρίς νικοτίνη. Επομένως, μπορεί να είναι σχεδόν αδύνατο να γίνει διάκριση μεταξύ ηλεκτρονικού τσιγάρου

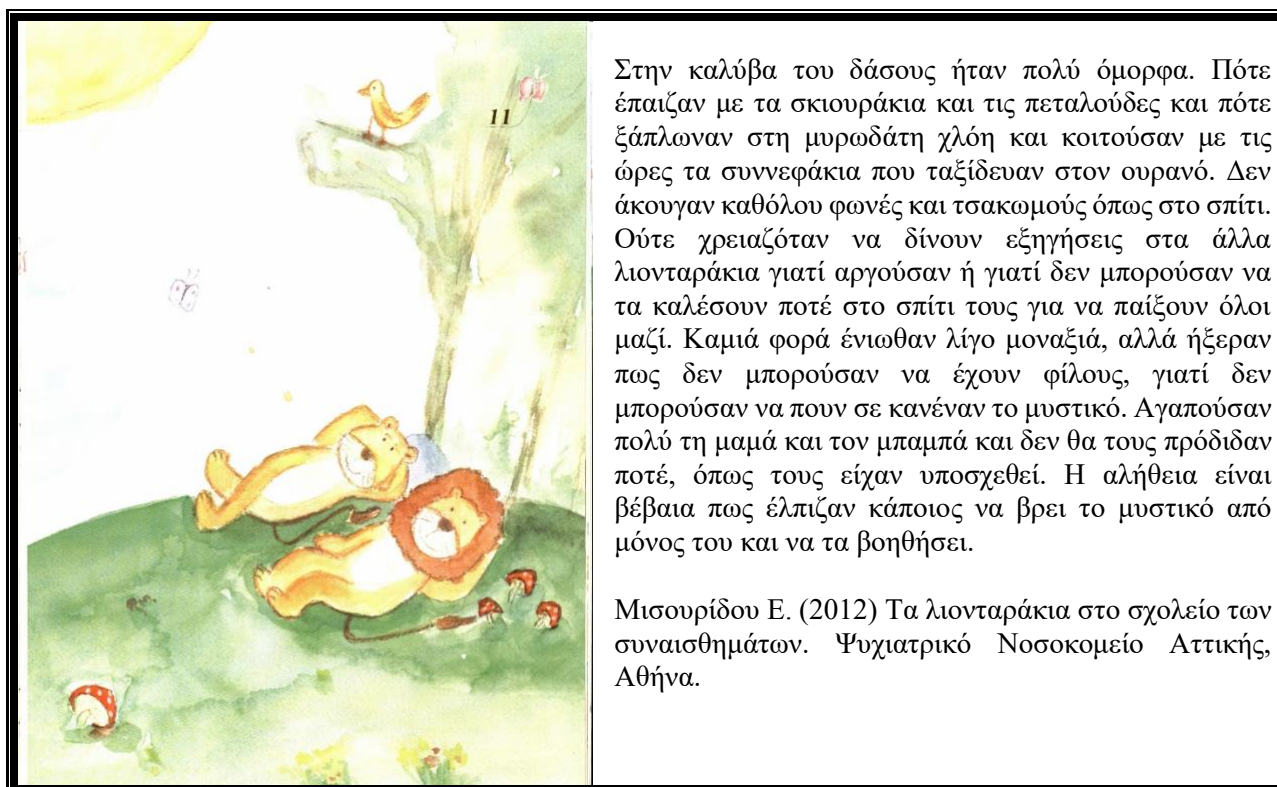
και ηλεκτρονικού τσιγάρου χωρίς νικοτίνη (WHO, 2021). Ακόμη και όταν δεν περιέχουν νικοτίνη, υπάρχουν και άλλες ανησυχίες σχετικά με το ηλεκτρονικό υγρό που χρησιμοποιούν, το οποίο περιέχει επιβλαβή και δυνητικά επιβλαβή συστατικά, τα οποία όταν εισπνέονται μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία. Επιπλέον, η πράξη της χρήσης τους μμείται τη χρήση συμβατικών τσιγάρων, που είναι ένα μοτίβο συμπεριφοράς το οποίο μπορεί να εμποδίσει όσους προσπαθούν να κόψουν τον καπνό να το κάνουν με επιτυχία – και μπορεί ακόμη και να συμβάλει στο ξεκίνημα του καπνίσματος (ιδιαίτερα παιδιών και εφήβων).

Ο πληθυσμός της Ελλάδας υπολογίστηκε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή σε 10.432.481 το 2021 (ΕΛΣΤΑΤ, 2021). Στην Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2021) αναφέρονται 12.545 άτομα σε θεραπεία συνολικά σε 9.479 (76%) στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης και 2.314 (18%) στα «στεγνά» προγράμματα, ενώ 205 άτομα (2%) παρακολούθησαν το πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης. Στην Ελλάδα υπάρχουν συνολικά 116 Μονάδες Θεραπείας Εξάρτησεων (για αλκοόλ, ναρκωτικά και τυχερά παιχνίδια, ορισμένες περιλαμβάνουν επίσης παθολογική χρήση του Διαδικτύου και διατροφικές διαταραχές), 50 συμβουλευτικά κέντρα και 80 κέντρα πρόληψης σχεδόν σε κάθε πόλη/περιοχή, που προσφέρουν συμβουλευτική για επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας ανεξάρτητα από το άτομο με προβλήματα εξάρτησης. Αυτές οι υπηρεσίες διευθύνονται κυρίως (80%) από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς οι οποίοι χρηματοδοτούνται από δημόσιους πόρους και το προσωπικό τους αποτελείται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες (συνήθως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, και μερικές φορές ψυχιάτρους). Η χρηματοδότηση για τη συνεργασία με άτομα με προβλήματα εξάρτησης είναι εγγυημένη παρά τις σοβαρές περικοπές στη χρηματοδότηση λόγω των χρηματοπιστωτικών κρίσεων. Η χρήση ηρωίνης είναι ο πιο συνηθισμένος λόγος αναζήτησης εξειδικευμένης θεραπείας. Σε ό,τι αφορά την κατάχρηση αλκοόλ, το 38 % των ανδρών Ελλήνων αναφέρει βαριά επεισοδική κατανάλωση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (ΠΟΥ, 2018). Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι περίπου το 1% όλων των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας βρίσκονται σε επαφή με τις προαναφερόμενες υπηρεσίες.

Οι περισσότερες υπηρεσίες για επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας δεν βασίζονται σε κάποιο θεραπευτικό μοντέλο ή φιλοσοφία αλλά περιορίζονται κυρίως σε λίγες συνεδρίες, ευκαιριακές επαφές, τηλεφωνικές συνομιλίες, παροχή πληροφοριών, αξιολογήσεις μεμονωμένων συνεδριών. Τα κέντρα θεραπείας εθισμού προσφέρουν έως και 12-16 συνεδρίες για επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας που συνήθως παρέχονται σε ομαδική μορφή και περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση σχετικά με την εξάρτηση. Ορισμένα Κέντρα Θεραπείας Ατόμων με προβλήματα Εξάρτησης έχουν οργανώσει Οικογενειακές Μονάδες οι οποίες προσφέρουν ολοκληρωμένες συνεδρίες αξιολόγησης, ψυχοεκπαιδευτικά σεμινάρια, δύο επίπεδα οικογενειακών ομάδων με επίκεντρο την κινητοποίηση/επανάταξη, ομάδες δραματοθεραπείας, καθώς και θεραπεία οικογένειας και ζευγαριού. Κανένα συμβουλευτικό κέντρο δεν προσφέρει βασισμένες σε ενδείξεις θεραπείες, όπως η θεραπευτική προσέγγιση CRAFT, η μέθοδος των 5 βημάτων, η Πολυδιάστατη Οικογενειακή Θεραπεία ή άλλη μορφή τεκμηριωμένης οικογενειακής προσέγγισης. Σε ορισμένα κέντρα οι προαναφερθείσες μορφές υποστήριξης προσφέρονται επίσης σε επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας παθολογικών παικτών.

Όσον αφορά τις προσεγγίσεις αυτοβοήθειας, στην Ελλάδα υπολογίζονται 85 ομάδες αυτοβοήθειας για εθιστικές συμπεριφορές σε όλη τη χώρα (24 ομάδες αυτοβοήθειας για αλκοόλ, 45 ομάδες αυτοβοήθειας για ναρκωτικά, 13 ομάδες αυτοβοήθειας για διατροφικές διαταραχές και 3 για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο). Οι υπηρεσίες για επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας είναι περίπου 55 σε όλη τη χώρα (22 για αλκοόλ, 29 για ναρκωτικά, 3 για ενήλικα παιδιά αλκοολικών, 1 για εφήβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλκοόλ στην οικογένεια). Οι ομάδες αυτοβοήθειας προσφέρουν κυρίως υποστήριξη, ενώ δεν απαιτούν πληρωμή. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας που έχουν χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες. Ορισμένες ομάδες αυτοβοήθειας συνδέονται με κέντρα θεραπείας απεξάρτησης και παραπέμπουν τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης σε κέντρο θεραπείας απεξάρτησης σε περίπτωση απειλητικού για τη ζωή προβλήματος εθισμού.

Σε προσπάθεια υπολογισμού του αριθμού επιβαρυνμένων μελών, τα οποία χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες συμβουλευτικής, υπολογίζουμε ότι σε Συμβουλευτικά κέντρα απεξάρτησης, περίπου 10.000 επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, αυτοβοήθεια περίπου 1.200 επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, Μονάδες Θεραπείας Απεξάρτησης 1.600 επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας. Συνολικά, υπολογίζουμε ότι περίπου είναι 12.800 τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας ετησίως. Λόγω της πανδημίας ο αριθμός αυτός έχει μειωθεί δραματικά.



Στην καλύβα του δάσους ήταν πολύ όμορφα. Πότε έπαιζαν με τα σκιουράκια και τις πεταλούδες και πότε ξάπλωναν στη μυρωδάτη χλόη και κοιτούσαν με τις ώρες τα συννεφάκια που ταξίδευαν στον ουρανό. Δεν άκουγαν καθόλου φωνές και τσακωμούς όπως στο σπίτι. Ούτε χρειαζόταν να δίνουν εξηγήσεις στα άλλα λιονταράκια γιατί αργούσαν ή γιατί δεν μπορούσαν να τα καλέσουν ποτέ στο σπίτι τους για να παίξουν όλοι μαζί. Καμιά φορά ένιωθαν λίγο μοναξιά, αλλά ήξεραν πως δεν μπορούσαν να έχουν φίλους, γιατί δεν μπορούσαν να πουν σε κανέναν το μυστικό. Αγαπούσαν πολύ τη μαμά και τον μπαμπά και δεν θα τους πρόδιδαν ποτέ, όπως τους είχαν υποσχεθεί. Η αλήθεια είναι βέβαια πως έλπιζαν κάποιος να βρει το μυστικό από μόνος του και να τα βοηθήσει.

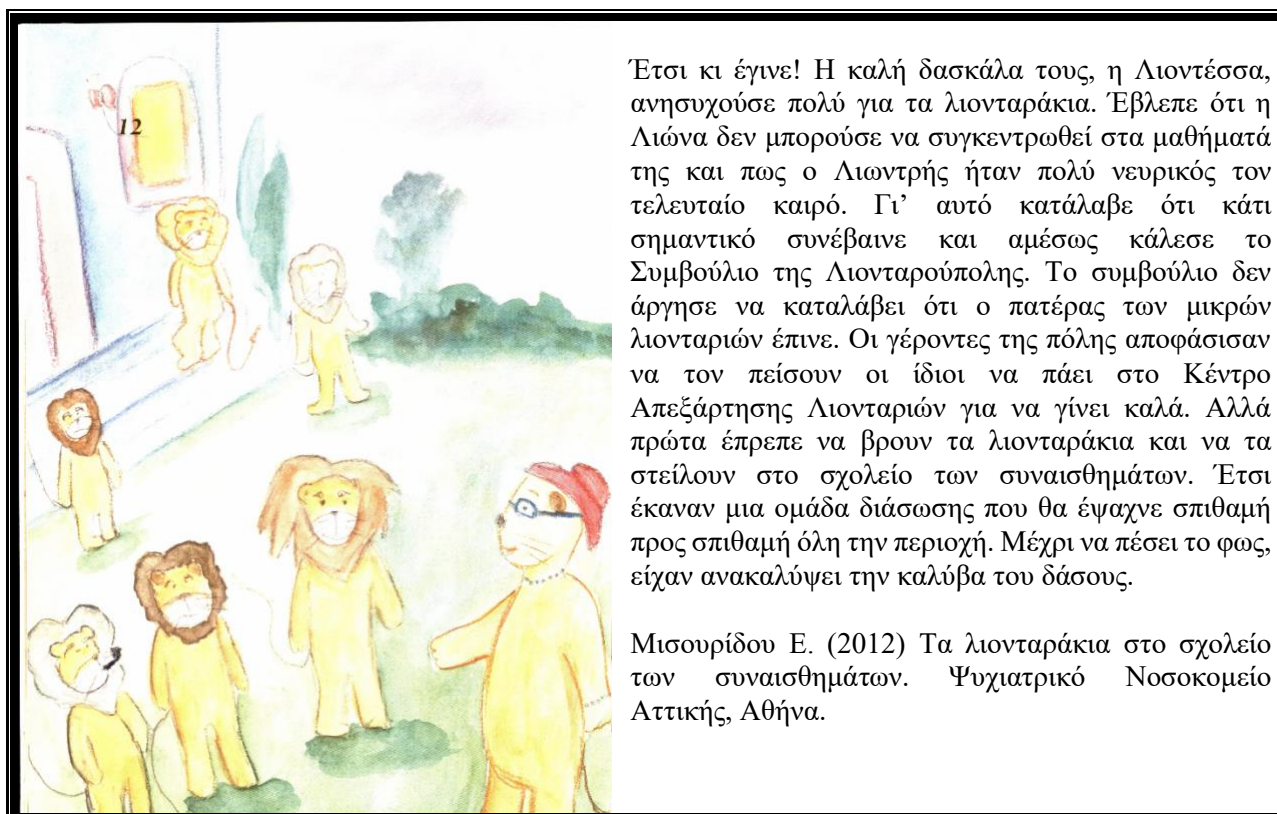
Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.5 Το βαρύ φορτίο του μυστικού της εξάρτησης και οι επιπτώσεις του

1.2. Η εξάρτηση ως πρόβλημα δημόσιας υγείας

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο διαπερνά τα κοινωνικοοικονομικά, πολιτισμικά, θρησκευτικά και εθνικά σύνορα. Παρότι η χρήση αυτή παρατηρείται ήδη από την τρίτη χιλιετία π.Χ., ποτέ δεν είχε τις διαστάσεις που έχει λάβει στη σύγχρονη εποχή, αυτήν της παγκοσμιοποίησης. Η χρήση ουσιών στο παρελθόν αποτελούσε συστατικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής, έχοντας ταυτόχρονα μια θρησκευτική ή θεραπευτική διάσταση, η οποία καθοριζόταν από την ίδια την κοινωνία. Τόσο, λοιπόν, το δικαίωμα να κάνει κάποιος χρήση όσο και το νόημα της ίδιας της χρήσης οριζόταν από το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή (δηλ. η χρήση) πραγματοποιούνταν (Μάτσα, 2001). Αντίθετα, στις μέρες μας η χρήση ουσιών αποτελεί μια ατομική επιλογή, ένα μέσο ανακούφισης από τα προσωπικά δεινά ή πρόσβασης στη μέθη και στην ηδονή, η οποία όμως αποκτά μαζικό χαρακτήρα στο πλαίσιο της βαθιάς οικονομικής και κοινωνικοπολιτιστικής κρίσης. Έτσι, η αυξημένη διαθεσιμότητα τόσο των νόμιμων όσο και των παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών δημιουργεί προβλήματα, τα οποία ξεπερνούν το άτομο και επηρεάζουν οικογένειες και κοινότητες, καθιστώντας την εξάρτηση μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Η κατάχρηση ουσιών και οι διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες επηρεάζουν όχι μόνο τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση, αλλά και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Ανάλογα με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά εξάρτησης, το συνολικό κοινωνικό κόστος που προκύπτει, όπως η ζημία σε τρίτους, μπορεί να είναι σημαντικό (Lind et al., 2022; Beynon et al., 2019). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ζημία σε τρίτους μπορεί να είναι συγκρίσιμη σε μέγεθος ή ακόμη και μεγαλύτερη από τη ζημία η οποία προκαλείται στο άτομο που κάνει χρήση. Ενώ οι αρνητικές επιπτώσεις της γονικής –ειδικά της μητρικής– χρήσης ουσιών στα παιδιά έχουν ερευνηθεί ικανοποιητικά (Romanowicz et al., 2019; Οεί, 2020), οι επιπτώσεις σε εφήβους και ενήλικες άλλους έχουν μελετηθεί λιγότερο εκτενώς.



Έτσι κι έγινε! Η καλή δασκάλα τους, η Λιοντέσσα, ανησυχούσε πολύ για τα λιονταράκια. Έβλεπε ότι η Λιώνα δεν μπορούσε να συγκεντρωθεί στα μαθήματά της και πως ο Λιωντρής ήταν πολύ νευρικός τον τελευταίο καιρό. Γι' αυτό κατάλαβε ότι κάτι σημαντικό συνέβαινε και αμέσως κάλεσε το Συμβούλιο της Λιονταρούπολης. Το συμβούλιο δεν άργησε να καταλάβει ότι ο πατέρας των μικρών λιονταριών έπινε. Οι γέροντες της πόλης αποφάσισαν να τον πείσουν οι ίδιοι να πάει στο Κέντρο Απεξάρτησης Λιονταριών για να γίνει καλά. Αλλά πρώτα έπρεπε να βρουν τα λιονταράκια και να τα στείλουν στο σχολείο των συναισθημάτων. Έτσι έκαναν μια ομάδα διάσωσης που θα έψαχνε σπιθαμή προς σπιθαμή όλη την περιοχή. Μέχρι να πέσει το φως, είχαν ανακαλύψει την καλύβα του δάσους.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

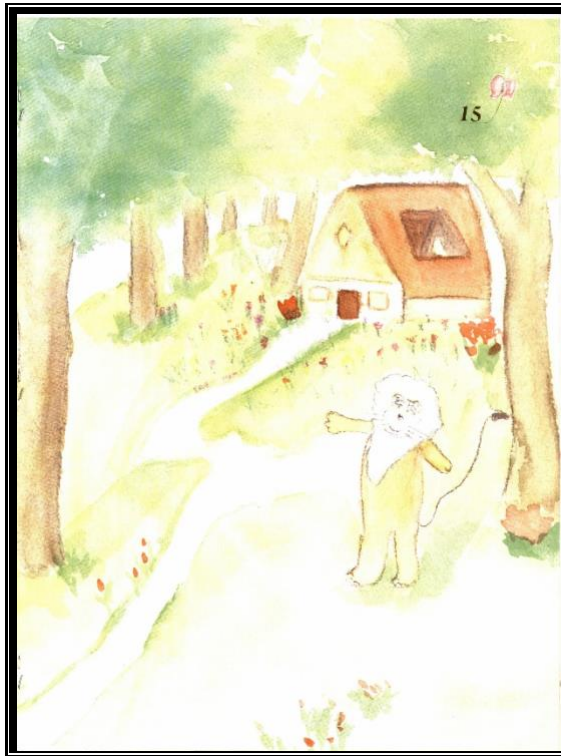
Πίνακας 1.6 Μακροχρόνιες επιπτώσεις του προβλήματος της εξάρτησης στην οικογένεια

Υπάρχουν δύο ερευνητικά παραδείγματα ('paradigms') στα οποία έχουν εξεταστεί οι επιδράσεις των διαταραχών εξάρτησης ή της προβληματικής χρήσης ουσιών σε άλλους, αλλά και τα δύο χαρακτηρίζονται από σημαντικούς περιορισμούς: το ένα ερευνά αντιπροσωπευτικά δείγματα, αλλά κυρίως εξετάζει το φάσμα των αρνητικών εμπειριών και όχι τη σοβαρότητα των επιπτώσεων, το δεύτερο εξετάζει τη συγκεκριμένη περίπτωση μελών της οικογένειας που επηρεάζονται από διαταραχές εξάρτησης (επιβαρυμένα μέλη οικογένειας), αλλά έχει την τάση να ερευνά επιλεγμένα και όχι αντιπροσωπευτικά δείγματα.

Το πρώτο παράδειγμα αποτελεί το διευρυνόμενο πεδίο έρευνας για τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others'). Αυτό το παράδειγμα τείνει να εξετάζει μεγάλα και συχνά αντιπροσωπευτικά δείγματα και να διερευνά ένα ευρύ φάσμα πιθανών άμεσων συνεπειών, όπως τροχαία ατυχήματα, που σχετίζονται με ουσίες, βία η οποία προκαλείται από ουσίες ή τις επιπτώσεις των γονικών διαταραχών εξάρτησης στα παιδιά (Wilkinson & Ritter, 2021; Beynon et al., 2019). Τέτοιες πληθυσμιακές μελέτες για τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') για χρονικό διάστημα > 10 χρόνια εγκρίθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως συνιστώσα προτεραιότητας της παγκόσμιας στρατηγικής για τη μείωση της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ (WHO, 2011). Για άλλες ουσίες και τα τυχερά παιχνίδια υπάρχουν, επίσης, διαθέσιμα αρχικά ευρήματα για τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') (π.χ. Lind et al., 2022), υποδεικνύοντας ακόμη ότι οι αριθμοί που επηρεάζονται από τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') είναι σημαντικοί. Αυτές οι μελέτες είναι εξαιρετικά χρήσιμες για τον εντοπισμό του εύρους των αρνητικών εμπειριών στον γενικό πληθυσμό λόγω χρήσης ουσιών, με στοιχεία, όπως η ηχορύπανση, το οικονομικό κόστος για την κοινωνία, τροχαία ατυχήματα, βία και σωματική κακοποίηση, εγκληματικότητα, δημόσια τάξη και ασφάλεια (π.χ. από τα επίσημα μητρώα της αστυνομίας σχετικά με τις βλάβες που προκαλούνται στην οικογένεια συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης παιδιών), ο φόβος σωματικής βλάβης ή προσβολής ή η καταστροφή περιουσίας από άτομα τα οποία έχουν κάνει χρήση ουσιών.

Η έρευνα για τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, περιλαμβάνοντας βλάβες σε κοινωνικό επίπεδο καθώς και ατομικές βλάβες. Οι βλάβες που αναφέρονται σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνουν αυτές οι οποίες προκαλούνται από χρήση ουσιών φίλων, γνωστών, συναδέλφων και αγνώστων. Οι πληροφορίες για την κοινωνική βλάβη και την αναφερόμενη οικογενειακή κακοποίηση συλλέγονται συνήθως ως επίσημα στατιστικά στοιχεία. Στα ερωτηματολόγια παρακολούθησης αναφέρονται συχνά βλάβες που διαπράττονται ως λεκτική επιθετικότητα από φίλους ή αγνώστους υπό την

επήρεια ψυχοδραστικών ουσιών, απουσίες συναδέλφων στον χώρο εργασίας ή κακοποίηση παιδιών όπως μαρτυρούν μέλη της οικογένειας. Μερικές φορές αυτά τα ερωτηματολόγια ρωτούν τους ερωτηθέντες πόσο τους είχε επηρεάσει η βλάβη.



Το σχολείο των συναισθημάτων δεν ήταν άλλο από μια παρέα μικρών λιονταριών που συναντιόντουσαν το δειλινό με τον Σοφό Λέοντα. Παλιά η μικρή παρέα συναντιόταν στο Κέντρο Απεξάρτησης Λιονταριών. Αλλά, όσο μεγάλωνε κι ερχόντουσαν κι άλλα λιονταράκια, αποφάσισαν να συναντιούνται στο Δημοτικό Σχολείο της Λιονταρούπολης. Ο Σοφός Λέων καλωσόρισε τον Λιωντρή και τη Λιώνα. «Ελπίζω να νιώσετε εδώ σαν στο σπίτι σας και να έρχεστε με χαρά» είπε. Έπειτα πέρασε τα παιδιά στην αίθουσα στην οποία θα γινόταν το σχολείο των συναισθημάτων.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

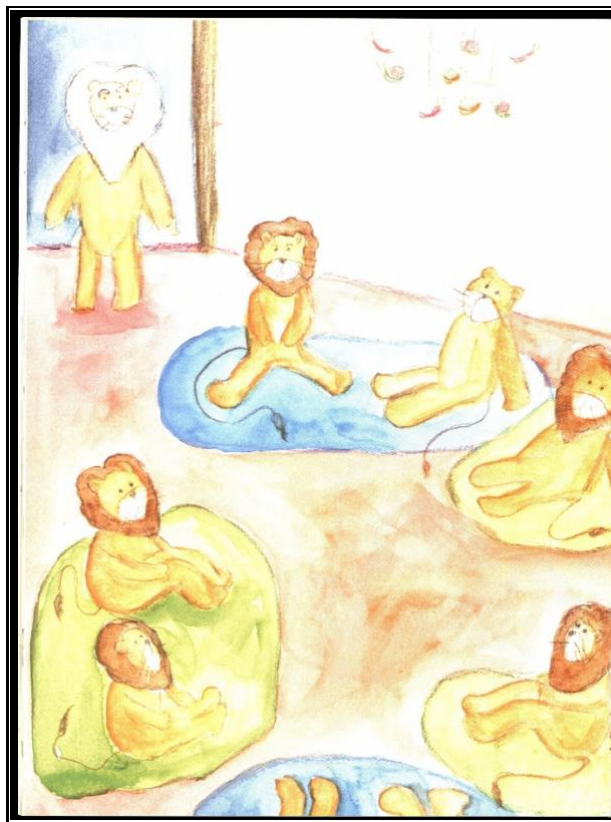
Πίνακας 1.7 Τραύμα και αίσθημα ασφάλειας

Στα άτομα που παρουσιάζουν «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others'), οι επιπτώσεις στην αυτοαξιολόγηση της υγείας αυξάνονται ανάλογα με τον αριθμό και τη σοβαρότητα των προβλημάτων και την εγγύτητα του ατόμου το οποίο κάνει χρήση ουσιών. Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες αξιολογούν μόνο έναν βαθμό επίδρασης στην προσωπική ευημερία που βασίζεται σε αυτοαξιολόγηση και συγκρίνουν υποομάδες ατόμων οι οποίες αναφέρουν «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others'), ενώ μόνο λίγες μελέτες συγκρίνουν μεταβλητές που σχετίζονται με την υγεία σε άτομα τα οποία εμφάνισαν «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') με άτομα που δεν ανέφεραν «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others'). Γενικά, γνωρίζοντας ότι η μεγάλη χρήση ουσιών σχετίζεται με χαμηλότερη αυτοαξιολόγηση της υγείας και χαμηλότερη ποιότητα ζωής ή/και ευεξίας, ο αριθμός των τύπων βλάβης ήταν μεγαλύτερος σε πιο στενές οικογενειακές σχέσεις ή άτομα τα οποία ζούσαν σε ένα νοικοκυριό με το άτομο που έκανε μεγάλη χρήση (Karriker-Jaffe, 2017).

Συνολικά, οι μελέτες για τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') συχνά αποτυπώνουν κάπως άμεσες εμπειρίες, συχνά από άτομα τα οποία κάνουν τα ίδια χρήση υψηλού κινδύνου. Επίσης, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση για «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') σε έρευνες συνήθως μετρούν τον τύπο της βλάβης και όχι τη σοβαρότητα. Μια εναλλακτική προσέγγιση θα ήταν η επικέντρωση σε βλάβες με αντιλαμβανόμενη υψηλή σοβαρότητα (Grittner et al., 2022).

Το δεύτερο παράδειγμα εμπειρικής έρευνας, αντί να εξετάζει γενικά μια εγκάρσια τομή του πληθυσμού, εξετάζει πιο συγκεκριμένα τις επιπτώσεις των διαταραχών εξάρτησης ή της προβληματικής χρήσης ουσιών στα μέλη της οικογένειας και εστιάζει όχι μόνο στις άμεσες βλάβες, αλλά και στη σοβαρότητά τους καθώς και σε πιο σύνθετες κοινωνικές επιπτώσεις, όπως συνέπειες για το κοινωνικό περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα που συνήθως συνδέονται με διαταραχές χρήσης ουσιών. Τέτοιες μελέτες (οι οποίες συνήθως δεν χρησιμοποιούν αντιπροσωπευτικά δείγματα) έχουν δείξει ότι τα μέλη της οικογένειας συχνά επηρεάζονται σοβαρά από διαταραχές εξάρτησης συγγενών ή από προβληματική χρήση ουσιών. Ποιοτικές μελέτες δείχνουν ότι άλλοι διαπροσωπικοί παράγοντες, όπως ανησυχία για συγγενείς, είναι πρόσθετες πηγές άγχους που μπορούν

επίσης να συμβάλουν στο χρόνιο στρες και τις καταθλιπτικές διαταραχές, ειδικά όταν οι παράγοντες ανθεκτικότητας είναι χαμηλοί (Orford, 2017). Ως εκ τούτου, η ανάλυση του αντίκτυπου της εξάρτησης στην υγεία των μελών της οικογένειας θα μπορούσε να συμπληρώσει την έρευνα για τη «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others') προκειμένου να προσδιοριστεί ο αντίκτυπος των ουσιών στη δημόσια υγεία σε τρίτους.



Κάθισαν σε ένα μεγάλο κύκλο πολλά λιονταράκια. Η Λιώνα ένωσε έναν κόμπο στο στομάχι της. Τι θα γινόταν αν έπρεπε να μιλήσει κι αυτή; Φοβόταν ότι δεν θα δώσει τη σωστή απάντηση ή ότι θα πει καμιά ανοησία και τότε όλοι θα άρχιζαν να γελάνε μαζί της. Τόσα χρόνια με το μυστικό είχε μάθει να κάθεται σε μια γωνιά χωρίς να μιλάει. Ευχόταν να είχε ένα μαγικό ραβδί και να γινόταν αόρατη στη στιγμή. Σύντομα όμως μπήκε μέσα ο Σοφός Λέων. Της χαμογέλασε κι ένωσε αμέσως καλύτερα. Κοντά του η Λιώνα ένιωθε ασφάλεια. Σήμερα λοιπόν τους ανακοίνωσε ότι θα μιλήσουν για τη λύπη.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

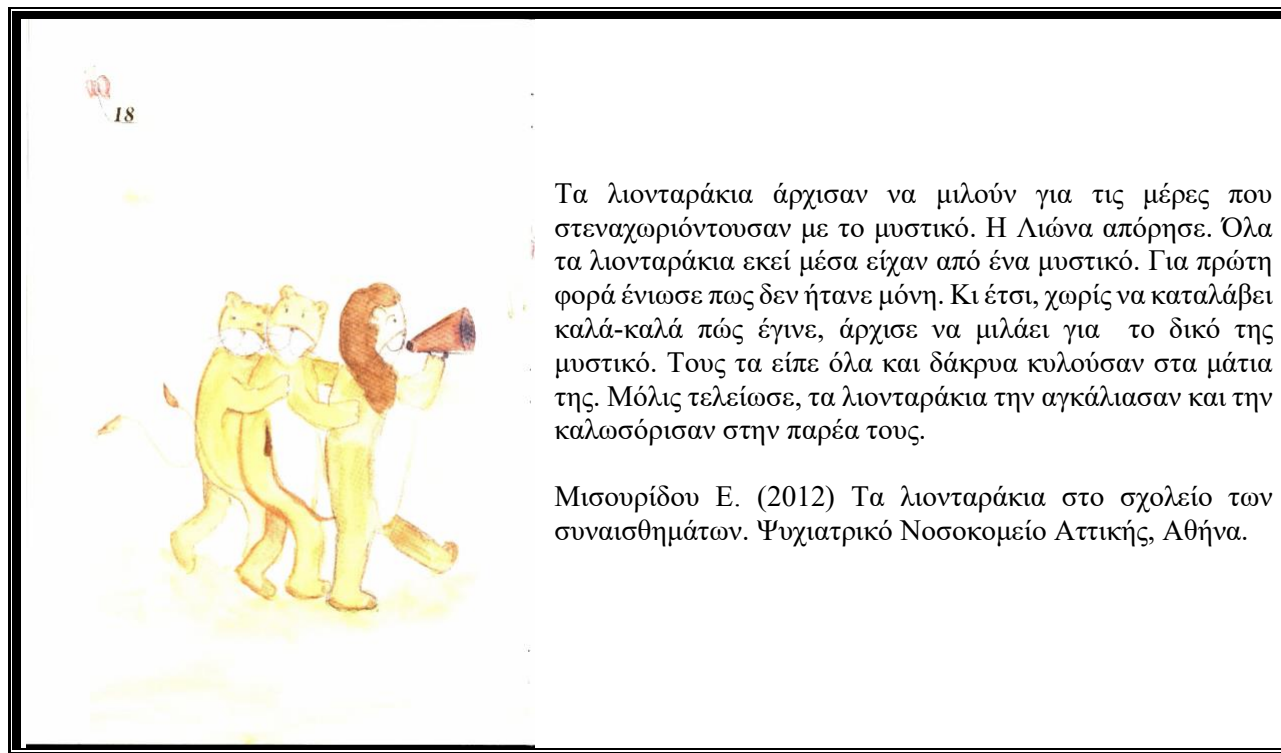
Πίνακας 1.8 Στίγμα, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αίσθημα ασφάλειας

Οι αρνητικές επιπτώσεις των διαταραχών εξάρτησης στην υγεία των συγγενών έχουν αποδειχθεί με συνέπεια. Σε επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας έχουν αποδειχθεί αυξημένα ποσοστά θυματοποίησης, τραυματισμών, διαταραχών διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές, μειωμένη συνολική κατάσταση υγείας, σημαντικά αυξημένη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, κόστος ιατρικής περίθαλψης και απώλειες παραγωγικότητας, σε σύγκριση με άτομα με παρόμοιες καταστάσεις ζωής χωρίς συγγενή με προβλήματα εξάρτησης (Orford, 2013).

Επιπλέον, τα ασφαλιστικά δεδομένα από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δείχνουν, επίσης, ότι το γενικό κόστος ιατρικής περίθαλψης των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας σε σύγκριση με άτομα τα οποία δεν επηρεάζονται από διαταραχές εξάρτησης στην οικογένεια σχετίζεται με την κατάσταση κατανάλωσης ουσιών του πληθυσμού αναφοράς. Δηλαδή, τα στοιχεία δείχνουν ότι η αυξημένη νοσηρότητα και οι ανάγκες θεραπείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας είναι άμεση συνέπεια της διαταραχής εξάρτησης που υπάρχει στην οικογένεια και μειώνονται, μόλις επιτευχθεί η αποχή του συγγενή [41, 42].

Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο αντίκτυπος στα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας είναι σοβαρός αλλά, σε αντίθεση με το παράδειγμα «βλάβη σε άλλους» ('Harm To Others'), δεν έχουν εξεταστεί αντιπροσωπευτικά δείγματα με βάση τον πληθυσμό για να κατανοηθεί η πραγματική επικράτηση ή η σοβαρότητα της κατάστασης. Εξαιτίας αυτού, οι συνολικές επιπτώσεις στην κοινωνική υγεία στους συγγενείς δεν μπορούν ακόμη να αξιολογηθούν ικανοποιητικά, καθώς δεν υπάρχουν αντιπροσωπευτικά στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των συγγενών ατόμων με διαταραχές εξάρτησης και τις διαταραχές της υγείας τους, που αποτελεί την αφετηρία για την έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα. Ως εκ τούτου, η αντιπροσωπευτικότητα των ευρημάτων παραμένει ασαφής. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα τα οποία να έχουν

αξιολογήσει συγκεκριμένα το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν συγγενείς που πάσχουν από εξάρτηση, ούτε το επίπεδο βλάβης τους.

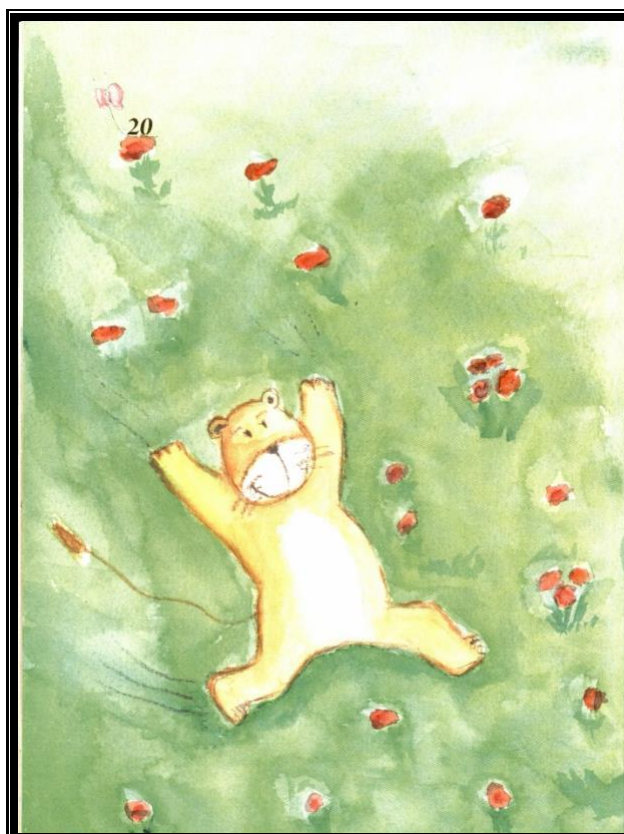


Πίνακας 1.9 Σύνδεση με τους άλλους και αίσθημα του «ανήκειν»

1.2.1. Η προσέγγιση «βλάβη στους άλλους» ως πηγή στίγματος για τα άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Η ανησυχία σχετικά με το στίγμα και τις διακρίσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή μιας προσέγγισης «βλάβη στους άλλους» στη χρήση παράνομων ναρκωτικών αποτελεί μια γενική πρόκληση στο έργο σχεδιασμού πολιτικής στον τομέα του αλκοόλ και των ναρκωτικών: Πώς να γίνει μια συμπεριφορά λιγότερο ελκυστική, αποφεύγοντας παράλληλα να βλάψει περισσότερο το στίγμα τα άτομα τα οποία ήδη κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (Ramstedt, 2021).

Οι Wilkinson & Ritter (2021), παρόλο που αναγνωρίζουν πολλά οφέλη αυτής της προσέγγισης, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, εάν ληφθεί υπόψη μόνο η «βλάβη στους άλλους» από μεμονωμένη χρήση ναρκωτικών, οι διακρίσεις και ο στιγματισμός των ατόμων τα οποία κάνουν χρήση ναρκωτικών/αλκοόλ θα υπερτερούν των οφελών. Το πρόβλημα του στιγματισμού θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό και υψηλής προτεραιότητας στην περίπτωση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών, καθώς οι λιγότερο εύποροι χρήστες στην κοινωνία θα επηρεαστούν περισσότερο αρνητικά. Για να δικαιολογήσουν μια προσέγγιση «βλάβη στους άλλους» στα παράνομα ναρκωτικά, οι Wilkinson & Ritter (2021) ισχυρίζονται πως είναι απαραίτητο να συμπεριληφθεί η άλλη κύρια μορφή «βλάβη στους άλλους» σε σχέση με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών η οποία σχετίζεται με την αγορά παράνομων ναρκωτικών. Η κύρια μορφή «βλάβης στους άλλους» η οποία σχετίζεται με την αγορά παράνομων ναρκωτικών είναι το βίαιο έγκλημα που, επίσης, σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Αυτό στην εγκληματολογία ταξινομείται ως τρία είδη βίας: (1) βία όπου η χρήση ναρκωτικών σημειώθηκε μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων, (2) βία που διαπράττεται στην αναζήτηση χρημάτων για την αγορά ναρκωτικών, και (3) η βία λόγω συγκρούσεων και ανταγωνισμού στην αγορά ναρκωτικών. Ακόμη και σε αυτήν την περίπτωση, όμως, δημιουργείται κίνδυνος πρόκλησης στιγματισμού στα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών και η οποία απεικονίζει μια γενική αντίφαση στο έργο σχεδιασμού πολιτικής στον τομέα του αλκοόλ και των ναρκωτικών - την ισορροπία μεταξύ τού να γίνει μια συμπεριφορά λιγότερο ελκυστική και να αποφευχθεί η πρόκληση περισσότερων βλαβών μέσω του στιγματισμού στα άτομα τα οποία κάνουν χρήση.



Όταν έφευγαν από το σχολείο, η Λιώνα ένιωθε ανάλαφρη σαν το πουλάκι. Ήταν χαρούμενη. Φαίνεται πως το μυστικό της ήταν πολύ βαρύ και χωρίς αυτό σκιρτούσε μέσα της κάτι όμορφο που στην ομάδα το ονόμαζαν Ελπίδα. Είχε πια μάθει πως, όταν συζητάει κανείς γι' αυτό που τον στενοχωρεί, νιώθει καλύτερα. Κι έπειτα ένιωθε επιτέλους ότι ανήκει κι αυτή σε μια παρέα.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.10 Έξω από τη φυλακή του μυστικού: Ελπίδα και σύνδεση με τους άλλους

1.3. Η οικογένεια ως αιτία διακοπής της εξαρτητικής συμπεριφοράς

Οι οικογένειες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κινητοποίηση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης για αλλαγή. Αν και οι ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων για οικογένειες, όπως το AI-Anon και Nar-Anon (<https://al-anon.org/>, <https://www.nar-anon.org/>) δίνουν έμφαση στην αποστασιοποίηση (με αγάπη) για τα μέλη της οικογένειας, στις βασισμένες σε ενδείξεις παρεμβάσεις, όπως η Ενίσχυση Κοινότητας και Εκπαίδευση Οικογένειας ή η θεραπεία ζευγών, η επίτευξη της κινητοποίησης για αλλαγή επιτυγχάνεται μέσα από τη βελτίωση της επικοινωνίας (Hogue et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Η αποξένωση δεν μπορεί ποτέ να οδηγήσει στην αλλαγή και η αποστασιοποίηση εύκολα μπορεί να εκληφθεί ως αδιαφορία άσχετα αν το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας νιώθει αγάπη για το άτομο με προβλήματα εξάρτησης. Η αγάπη αυτή, με αποδοχή και για άλλα συναισθήματα (π.χ. θυμού, ενοχής, φόβου για την πιθανότητα θανάτου ή σοβαρής βλάβης στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης), βρίσκει τρόπο να εκφραστεί με στόχο τη μείωση της βλάβης για όλα τα μέλη της οικογένειας συμπεριλαμβανομένου του ατόμου του οποίου η ζωή βρίσκεται σε κίνδυνο (Denning, 2010). Τα άτομα της οικογένειας μπορούν να κινητοποιήσουν προς την αλλαγή αγαπημένο τους μέλος μόνο όταν συνδέονται με αυτό και βελτιώνουν την επικοινωνία μαζί του. Οι βασικές οικογενειακές συμπεριφορές που υποστηρίζουν την έναρξη της αλλαγής περιλαμβάνουν την παράβλεψη συμπεριφορών οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση, την ενίσχυση θετικών ή επιθυμητών συμπεριφορών που σχετίζονται με την αποχή, τη μείωση της χρήσης ή την αναζήτηση βοήθειας, και τα όρια π.χ. σε συμπεριφορές οι οποίες καλύπτουν τις φυσικές αρνητικές συνέπειες της χρήσης (για αναλυτική περιγραφή ο αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στο κεφάλαιο 2).

Οι Fotopoulou et al. (2014) σε ποιοτική έρευνα σχετικά με τα αίτια διακοπής της εξαρτητικής συμπεριφοράς βρήκαν ότι το «φιλότιμο» πολύ συχνά υπαγορεύει τη διακοπή της εξαρτητικής συμπεριφοράς - όπως η χρήση ναρκωτικών- που μπορεί να προκαλέσει ντροπή στην οικογένεια, ειδικά υπό το εξεταστικό βλέμμα της κοινότητας και της γειτονιάς. Στις αποφάσεις τους να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών, οι συμμετέχοντες ανέφεραν την αποτυχία τους να τηρήσουν τους αναμενόμενους οικογενειακούς ρόλους. Με αυτήν την έννοια, το φιλότιμο είναι η αναγνώριση της υικής και θυγατρικής υποχρέωσης απέναντι στους γονείς. Το φιλότιμο αποτέλεσε ένα «όχημα» μέσω του οποίου τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης

συνειδητοποιήσαν τον βαθμό στον οποίο η ταυτότητά τους επηρεάζονταν από την προβληματική χρήση ναρκωτικών. Στην ουσία θέλησαν να γίνουν ξανά «έντιμα» μέλη της κοινότητας, που ήταν το πρωταρχικό τους κίνητρο για διακοπή της χρήσης, και βέβαια να αποκτήσουν μια ελεύθερη από ουσίες ταυτότητα, όπου το φιλότιμο θα χαρακτήριζε και πάλι τον τρόπο ζωής τους, όπως θυμούνταν τον εαυτό τους πριν τη ζωή στις ουσίες (Fotopoulou et al., 2014):

«Οι γονείς έκαναν πάντα ό,τι ήταν καλύτερο για μένα... ό,τι έκαναν ήταν για μένα... Η χρήση όλα τα έσπασε, τα κατέστρεψε. Πού είναι το φιλότιμο μου;» (Μαρία, γυναίκα, σελ. 631)

«Ένας άλλος λόγος είναι ότι είμαστε πολύ κοντά ο ένας στον άλλον ως οικογένεια. Η οικογένειά μου είναι μια πραγματικά καλή οικογένεια και άλλος ένας λόγος που με κάνει να θέλω να καθαρίσω είναι ότι τους αιμάζω αυτή τη στιγμή, εννοώ όλη η οικογένειά μου είναι καλοί άνθρωποι... Γιατί να είμαι κακός; Γιατί; Και όλα αυτά τα χρόνια η γειτονιά με έδειχνε ως καλό παράδειγμα. Γιατί θα έπρεπε να αρχίσει να με δείχνει ως τον κακό; Πού θα είναι το φιλότιμο μου τότε;» (Παναγιώτης, άντρας, σελ. 631)

«Επειδή οι γονείς μου γερνούν, έχουν μεγαλώσει. Εγώ είμαι που πρέπει να τους προσέχω, όχι αυτοί προσέχοντάς με... Αλλά εντάξει, ακόμα και κάνοντας αυτήν την προσπάθεια είναι ευχαριστημένοι, το βλέπω. Και το πιστεύω αυτό, μια μέρα θα ανατρέψω αυτήν την απογοήτευση, όλα αυτά. Εντάξει, μπορεί να έχω χάσει ορισμένα πράγματα, αλλά δεν το έχω κάνει, έχασα την παρτίδα, δεν έχασα το φιλότιμο μου, την αίσθηση της υποχρέωσής μου απέναντι στους γονείς μου... ». (Σάββας, άντρας, σελ.631)

1.4. Το αίτημα των μελών της οικογένειας στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος

Συνήθως περνούν αρκετά χρόνια μέχρι να ζητήσει η οικογένεια βοήθεια για το πρόβλημα της εξάρτησης. Οι Sakiyama et al. (2015) αναφέρουν ότι τα μέλη της οικογένειας χρειάστηκαν κατά μέσο όρο έξι χρόνια για να αναζητήσουν υποστήριξη από τη στιγμή που ο συγγενής τους άρχισε να κάνει κατάχρηση ουσιών και δύο χρόνια από τη στιγμή κατά την οποία ανακάλυψαν την προβληματική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Πολλές φορές πιστεύουν ότι η κατάχρηση ουσίας από τους συγγενείς τους είναι απλώς ένα παροδικό πρόβλημα ή ότι θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα μόνοι τους, πεποίθηση που ενισχύει τη δυσκολία να κατανοήσουν ότι η χρήση συγκεκριμένης ουσίας έχει γίνει προβληματική. Επιπλέον, η υποτίμηση των προβλημάτων σχετίζεται και με το κοινωνικό στίγμα το οποίο συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών, οδηγώντας τόσο σε δυσκολίες στη συζήτηση του προβλήματος με τρίτους όσο και στην παραδοχή του. Οι Richert et al. (2021) τονίζουν πως η αναζήτηση βοήθειας από μια υπηρεσία για οικογενειακά προβλήματα συνεπάγεται την έκθεση του εαυτού του και την κρίση του από αγνώστους. Το να καταλήξει να εγγραφεί στο «σύστημα» και πιθανώς να χαρακτηριστεί ως πελάτης κοινωνικών υπηρεσιών φαίνεται στα μάτια των γονιών ένα στίγμα που σηματοδοτεί ότι η οικογένειά τους δεν είναι μια συνηθισμένη, αξιοπρεπής οικογένεια.

«Η κυρία με την οποία μιλήσαμε ήταν πολύ καλή. Στην πραγματικότητα μας έκλεισε το ραντεβού κάτω από ένα διαφορετικό όνομα, οπότε κανείς δεν θα έβλεπε το επώνυμό μας. Φτάσαμε εκεί και μόνο ένας εργαζόμενος ήταν εκεί. Αλλά εκείνη είπε: «Ελάτε αυτή την ώρα, για να μην σας δει. Έτσι μπήκαμε βιαστικά σε ένα μικρό γωνιακό δωμάτιο». (McCann & Lubman, 2018, σελ.9).

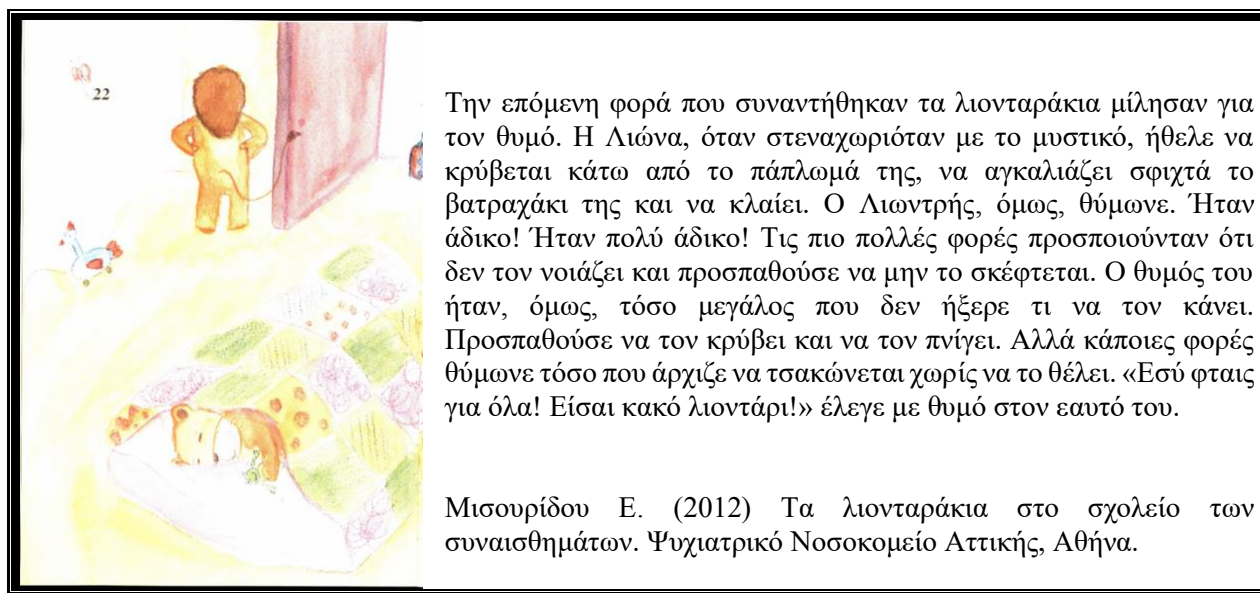
Στην περίπτωση της Ελλάδας και των υπόλοιπων μεσογειακών χωρών στις οποίες το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο έχει έντονα χαρακτηριστικά οικογενειοκρατίας ('familialism'), το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών είναι ιδιαίτερα σημαντικό (Fotopoulou et al., 2015). Τα πολιτισμικά εμπόδια τα οποία δυσκολεύουν τις οικογένειες να κατανοήσουν και να αποδεχτούν τη σοβαρότητα που μπορεί να προκαλέσει η κατάχρηση ουσιών στα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η αναγνώριση πως η χρήση μιας ουσίας από έναν συγγενή είναι ένα πραγματικό πρόβλημα μπορεί, σε αυτό το συλλογικό πλαίσιο, να οδηγήσει τα μέλη της οικογένειας να αισθάνονται εξαιρετικά περιθωριοποιημένα από την άποψη ότι είναι η αιτία του προβλήματος ή να βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα. Στην έρευνα των Fotopoulou et al. (2015) οι γονείς αδυνατούσαν να αναγνωρίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης, επειδή τα παιδιά τα οποία έκαναν χρήση ουσιών «δεν έδιναν δικαιώματα» και εκπλήρωσαν τους ρόλους που τους ζητούσαν οι γονείς τους, αποσπώντας έτσι την προσοχή από τη χρήση. Ο όρος «δεν δίνω δικαίωμα» αποτελεί έναν γενικό όρο ο οποίος περιλαμβάνει όλες τις μορφές συμπεριφοράς που αποσκοπούν στη διατήρηση της τιμής, διατηρώντας τη φήμη κάποιου αψεγάδιαστη. Αυτό το επιτύγχαναν τα άτομα, τα οποία έκαναν χρήση ουσιών,

με το να παραμένουν στην εργασία ή στην εκπαίδευση, κάνοντας δουλειές του σπιτιού, ελέγχοντας τη χρήση ναρκωτικών ή αποφεύγοντας μέρη που είναι γνωστό ότι συχνάζουν χρήστες ναρκωτικών.

«Επειδή στην αρχή [σ.σ. οι γονείς μου] δεν μπορούσαν να το δουν, δεν θα πίστευαν ποτέ ότι είχα μπλέξει με ναρκωτικά. Δεν έδωσα ποτέ το δικαίωμα γιατί ήμουν καλός μαθητής, ξέρεις πώς είναι, ο καλός μαθητής στο λύκειο που γίνεται δεκτός στο πανεπιστήμιο. Πήρα βραβεία για τις επιδόσεις μου στο σχολείο, πήρα υποτροφία και τέτοια, μπήκα στο πανεπιστήμιο, δεν περίμεναν ποτέ να ασχοληθώ με κάτι τέτοιο, είχα το αυτοκίνητό μου, δεν μου είπαν ποτέ "όχι" αλλά εγώ δούλευα πάντα, οπότε σπάνια ζητούσα χρήματα ούτως ή άλλως, γιατί όπως είπα είχα δουλειά». (Fotopoulou et al., 2015, σελ. 726).

«Υπήρχε μεγάλη ένταση, γιατί πάντα προσπαθούσα να τους κάνω να πιστέψουν ότι δεν κάνω χρήση, ώστε να μπορώ να συνεχίσω να κρύβω την κατάσταση και φυσικά δεν το αγνοούσαν. Θα πρέπει να πω ότι προσπαθούσα να κρατώ ισορροπίες, όταν ήμουν στο σπίτι, εννοώ ότι θα προσπαθούσα να επιστρέψω, όταν κοιμόντουσαν ή να αποφύγω να με δουν με κάποιο τρόπο ή θα χρησιμοποιούσα οφθαλμικές σταγόνες σε μια ηλίθια προσπάθεια να μην με διώξουν και άλλα. Προσπαθούσα επίσης να επιστρέψω σπίτι σε μια λογική ώρα, όπως 11.00-12.00, ακόμα και όταν έκανα χρήση, ώστε να κρατάω μια ισορροπία, αλλά ταυτόχρονα έβγαινα έξω το πρωί και επέστρεφα το βράδυ, ακόμα κι αν ήταν νωρίς το βράδυ, καταλαβαίνεις τι λέω;» (Fotopoulou et al., 2015, σελ. 726).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Sakiyama et al. (2015), ο χρόνος για τα μέλη της οικογένειας που πέρασε για να αναζητήσουν κάποια μορφή βοήθειας επηρεάζεται σε πολλές περιπτώσεις από την αβεβαιότητα για το πού να την αναζητήσουν. Αν και υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα με προβλήματα εξάρτησης τα οποία περιλαμβάνουν τη συμμετοχή οικογενειών, οι υπηρεσίες που επικεντρώνονται στις ανάγκες των μελών της οικογένειας από μόνες τους είναι λιγότερο συχνές (Missouridou, 2017).



Πίνακας 1.11 Συναισθηματική έκφραση της απώλειας: Λύπη, αβοηθησία, θυμός και ενοχή

1.4.1. Το αίτημα για βοήθεια ως ταπεινωτική εμπειρία

Το αίτημα για βοήθεια είναι πιο δύσκολο σε πολιτισμικά περιβάλλοντα στα οποία το στίγμα καθιστά τη συζήτηση με κάποιον τρίτο έντονη απειλή για την τιμή και την κοινωνική θέση της οικογένειας. Σε έρευνα των Fotopoulou et al. (2015), άτομα με προβλήματα εξάρτησης αναφέρουν ότι ήταν ακόμη πιο δύσκολο να αποφασίσουν να αναζητήσουν βοήθεια από το να αποφασίσουν να σταματήσουν τη χρήση. Το στίγμα που περιβάλλει την εξάρτηση από ουσίες, η ντροπή τού να πρέπει να παραδεχτείς πως εξαρτάσαι από άλλους για βοήθεια ήταν απειλητικά για την ταυτότητα των ίδιων και της οικογένειάς τους:

«Η πρώτη φορά που ζήτησα βοήθεια ήταν πολύ δύσκολη. Ένιωθα σαν ήττα. Ο λόγος ήταν ότι επρόκειτο για κάτι που είχα προκαλέσει στον εαυτό μου, αλλά δεν μπορούσα να το λύσω. Αλλά σταδιακά η αναζήτηση βοήθειας έγινε λιγότερο ενοχλητική».

Παρόμοιες αναφορές στη διαβρωτική επίδραση του στίγματος διατρέχουν τις αφηγήσεις των μελών οικογενειών ατόμων με προβλήματα εξάρτησης (δηλ. γονέων, συντρόφων, αδελφών, παιδιών). Αποδίδουν την εμπειρία του στιγματισμού τους στην έλλειψη γνώσης και σε αρνητικές στερεότυπες στάσεις απέναντι στην εξάρτηση. Οι γονείς αναφερόμενοι στις δικές τους αξίες ή πρότυπα συμπεριφοράς δυσκολεύονταν να κατανοήσουν τους απογόνους τους που έκαναν κατάχρηση ουσιών. Οι μητέρες και οι σύζυγοι αναφέρουν μια εσωτερική σύγκρουση μεταξύ της απόφασης να μην αποκαλύψουν την κατάστασή τους και της αίσθησης απομόνωσης από πιθανές πηγές άτυπης υποστήριξης. Κατέφευγαν στη μυστικότητα λόγω της αμηχανίας και της ντροπής και για να προστατεύσουν τον εαυτό τους και το αγαπημένο τους άτομο. Η απομόνωσή τους ήταν συχνά το αποτέλεσμα της προσπάθειας να διατηρήσουν την κατάστασή τους μυστική αλλά και αρνητικών εμπειριών σε προσπάθειές τους να αναζητήσουν βοήθεια. Ωστόσο, μια σημαντική συνέπεια της μυστικότητας ήταν ότι εμπόδιζε την άτυπη υποστήριξη από σημαντικούς άλλους. Η αντιληπτή έλλειψη γνώσης και ενσυναίσθησης και οι επικριτικές στάσεις από σημαντικούς άλλους αυξάνουν την κοινωνική απομόνωση των μελών της οικογένειας. Η έλλειψη γνώσης και ενσυναίσθησης των άλλων διαιωνίζει συχνά την εμπειρία του στίγματος, ενισχύοντας την αίσθηση της απομόνωσης και της απροθυμίας τους να προσεγγίσουν και να αναζητήσουν αυτή τη μορφή άτυπης υποστήριξης.

«Εκλαιγα και δεν μπορούσα να σταματήσω. Ήταν σαν να μου έλεγε [σ.σ. η ψυχίατρος] “τα προβλήματά σου είναι δικά σου προβλήματα, και εγώ θα ασχοληθώ με την κόρη σου, που είναι η ασθενής”. Ήμουν τόσο συντετριμμένη και έτσι έγινε. Έπρεπε να συνεχίσω να επιστρέφω πίσω λέγοντας την ιστορία και ξαναζώντας την ιστορία της οικογενειακής μας δυσλειτουργίας. Ένιωσα απελπισία, λύπη και αμηχανία». (Smith et al., 2018, σελ. 517)

«Είναι σαν να θέλουν οι επαγγελματίες υγείας να παίζουμε τον ρόλο της μητρότητας, χωρίς να μας λένε τα λόγια του σεναρίου. Οι μητέρες υποτίθεται ότι γνωρίζουν ενστικτωδώς πώς να μεγαλώνουν τα παιδιά... Όμως είμαστε απελπισμένες, γιατί δεν ξέρουμε τι να κάνουμε. Πείτε μου, σας παρακαλώ, και αναγνωρίστε ότι αυτό είναι πραγματικά δύσκολο και ότι προσπαθώ πολύ σκληρά και μετά μπορείτε να μου πείτε οτιδήποτε αλλά σας παρακαλώ πείτε μου πρώτα.» (Smith et al., 2018, σελ. 517).

Ωστόσο, οι μητέρες αναφέρουν πως η σιωπή ή η παράβλεψη του έντονου άγχους τους ακυρώνει και μπορεί να περιπλέξει τη σχέση που έχουν με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, υπάρχει πιθανότητα να συμβάλλουν οι επαγγελματίες υγείας στα αισθήματα απελπισίας και ντροπής των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας. Μερικές ιστορίες είναι δύσκολο να ειπωθούν ή αποσιωπούνται ηχηρά από πιο ισχυρές και έγκυρες κλινικές «εξηγήσεις» ή διαγνώσεις.

«Ήταν σαν να με επέπληξε ο σύμβουλος και ένιωσα χαζή. Είναι τόσο μπερδεμένο, γιατί, όταν είναι τα παιδιά μας είναι μικρά, μας λένε να τα προστατεύσουμε, αλλά δεν υπάρχει καθοδήγηση όταν γίνονται έφηβοι και δεν τα καταφέρνουν. Όταν δεν μου προσφέρθηκε βοήθεια, τότε ένιωσα απελπισμένη και πολύ ντροπιασμένη» (Smith et al., 2018, σελ. 517).

1.4.2. Το αίτημα σωτηρίας-Αδυναμία συγκρότησης αιτήματος στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος

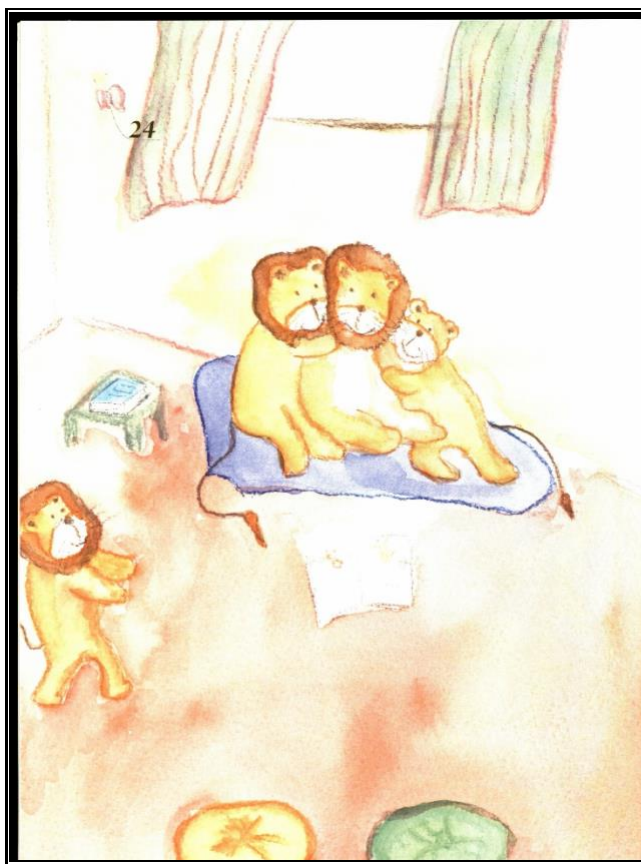
Η Μισουρίδου και Εσερίδου (2017) ερεύνησαν τις αλλαγές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη σχέση τους με τα μέλη της οικογένειας των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Πολλοί θεραπευτές παρείχαν περιγραφές οικογενειών που έρχονται σε θεραπεία με μια ποικιλία έντονων συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένου του φόβου του θανάτου του εξαρτημένου μέλους, του θυμού, της οργής ή της αβοηθησίας και απελπισίας. Τα μέλη της οικογένειας - ειδικά εκείνα τα οποία εμπλέκονται στο πρόβλημα της εξάρτησης - μπορεί να σπεύσουν σε συμβουλευτικούς σταθμούς για την εξάρτηση με ένα πρόβλημα που απαιτεί άμεσες λύσεις, ενώ «κατακλύζουν με άγχος» τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Επιπλέον, κάποιες φορές επικοινωνούν με τους επαγγελματίες υγείας πολύ συχνά ή με πολύ έντονο τρόπο, επιμένουν στις απόψεις τους, χωρίς να μπορούν να ακούσουν, προσπαθούν να δείξουν στον επαγγελματία ψυχικής υγείας πώς να δουλέψει ή ακόμα και να τον ελέγξουν. Έτσι, η αγωνιώδης αναζήτησή τους για βοήθεια γίνεται συχνά αντιληπτή από τους επαγγελματίες ψυχικής

υγείας ως εισβολή, καταχρηστική παραβίαση ή κατακλυσμική εμπειρία η οποία ασκεί έντονη πίεση και μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του τελευταίου να έχει σαφή εικόνα της κατάστασης. Σε αυτό το σημείο, οι επαγγελματίες στα πρώτα χρόνια της καριέρας τους -συχνά δυσφορούσαν να θέσουν όρια- μερικές φορές αποσύρονταν, προσπαθούσαν να κρατήσουν την οικογένεια σε απόσταση, απέφευγαν την επαφή ή απλά δεν ενθάρρυναν τη συμμετοχή των οικογενειών στη θεραπεία, απορρίπτοντας την αναζήτησή τους για βοήθεια ή απλώς αισθάνονταν ανεπαρκείς να συνεργαστούν με την οικογένεια. Ωστόσο, με την εμπειρία, πολλοί επαγγελματίες περιέγραψαν πώς σταδιακά κατάφεραν να χρησιμοποιήσουν πρόχειρα όρια για να προστατεύσουν τον εαυτό τους και να εξασφαλίσουν τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία επίσης. Τα παρακάτω αποτελέσματα είναι αποσπάσματα της έρευνας των Μισουρίδου & Εσερίδου (2017):

«Στην αρχή ήταν σαν κάτι να με σαρώνει... Θέλω να πω ότι είχα χαθεί μέσα σε όλο αυτό...»

«Η δυσκολία είναι -συμφωνώ με τα προηγούμενα- η δικιά μου πρωτίστως, όταν έρχονται και μας λένε σώστε μας, δηλαδή “έχει κάνει τόσες προσπάθειες εσείς ό,τι πείτε...” αλλά εκ προοιμίου είναι σαν να μου λένε ότι “ό,τι και να πείτε είναι καταδικασμένος”...».

«Η μεγαλύτερη δυσκολία για μένα είναι όταν μου απευθύνουν τη διαπίστωση ή τη φράση “θα πεθάνει το παιδί”... εκεί θεωρώ ότι είναι πάρα πολύ άδικο το κάλεσμα αυτό από τη μεριά τους προς τη μεριά μου... αλλά ξέρω, όμως, πως είναι η μοναδική διέξοδος γι’ αυτούς, αλλά είναι πάντοτε η μεγάλη μου δυσκολία αυτή...».



«Δεν φταις εσύ! Κανένας δεν φταίει» του είπαν τα άλλα λιονταράκια κι άρχισαν να μιλούν για τον δικό τους θυμό. «Το να κατηγορείς τον εαυτό σου σε πληγώνει περισσότερο και δεν σε βοηθά καθόλου. Άσε που, όσο κρύβεις τα συναισθήματά σου από τους άλλους, τόσο πιο πολύ μπερδεύεσαι και θυμώνεις». Κι έτσι, χωρίς να καταλάβει καλά-καλά πώς έγινε, άρχισε να μιλάει για τον θυμό που ένιωθε όταν ο μπαμπάς έπινε ή όταν τσακωνόταν με τη μαμά κι η αδελφή του έκλαιγε με το πάνινο βατραχάκι της αγκαλιά κάτω από το πάπλωμα. Όταν τελείωσε, τα λιονταράκια τον αγκάλιασαν και τον καλωσόρισαν στην παρέα τους. Ο Λιωντρής ήταν ανακουφισμένος κι ένιωθε για πρώτη φορά ελεύθερος. Ήξερε πια πως, όταν μιλάς για τα συναισθήματά σου, νιώθεις πιο καλά με τον εαυτό σου. Κι έπειτα, τώρα που είχε μιλήσει σε κάποιον για τον θυμό του, μπορούσε πια να μιλήσει και στους γονείς του γι’ αυτόν.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.12 Έκφραση συναισθημάτων και αίσθημα απελευθέρωσης

«είναι πάρα πολλοί γονείς που με πιέζουν για να τους δώσω έτοιμες λύσεις, πάρα πολλοί γονείς που φέρνουν ένα πάρα πολύ μεγάλο άγχος θανάτου για το παιδί τους, ειδικά, όταν έχει κάνει αλλεπάλληλες προσπάθειες σε πολλά προγράμματα και το παιδί είναι σε μια βαθιά κρίση υποτροπής, όταν μου ζητάνε απάντηση στο ερώτημα αν πρέπει να τον διώξω από το σπίτι... είναι φορές που έρχονται συνεπέστατοι και με πολύ έντονη παρουσία, έχουν και μια παράλληλη ζωή με το παιδί, δηλαδή έχω αρκετούς γονείς συναντήσει που την ίδια στιγμή που έρχονται με μεγάλη πίεση ως προς το πρόγραμμα και ως προς το παιδί να κόψει, είναι ο γονέας που πάει και του αγοράζει τη χρήση

στην Ομόνοια... και κυρίως όταν αυτό κορυφώνεται με ένα άγχος θανάτου “το παιδί μου θα πεθάνει, κάντε κάτι”...». «Είναι πάρα πολύ πιεστικό γιατί το ίδιο επείγον, ή μάλλον πιο επείγον έρχεται το αίτημα από τους γονείς καμιά φορά, παρά από τον ίδιο τον εξαρτημένο, και όλο αυτό το αδηφάγο πιο έντονα έρχεται από τους γονείς, οπότε αυτό κάπως, ας πούμε, και θυμό πάρα πολύ αισθανόμουν...».

«Υπάρχουν χρόνιες ψυχοπαθολογίες, εγκατεστημένες πολλά χρόνια, και ζητούν στο εδώ και τώρα να λυθούν μαγικά τα θέματά τους με αφορμή τη χρήση του παιδιού, έρχονται, δηλαδή, πολλές φορές πάρα πολύ απελπισμένοι, ψάχνοντας για τον σωτήρα και εκεί είναι μια δυσκολία να μπορέσεις να βάλεις το πλαίσιο του τμήματος, ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε όλα αυτά, να δοθούν προτεραιότητες και είναι εξαιρετικά δύσκολο να καταφέρεις την ώρα εκείνη να κερδίσεις την εμπιστοσύνη, ώστε να μπορέσουν να ακούσουν λίγο αργότερα και να φροντίζουν λίγο τον εαυτό τους, γονείς που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας οι ίδιοι και δεν παίρνουν αγωγή, πολλά πράγματα που είναι σοβαρά...».

1.4.3. Τραύμα στην οικογένεια με προβλήματα εξάρτησης

Πολλοί άνθρωποι, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, έχουν βιώσει τραύματα ως παιδιά ή ενήλικες (Najavits, 2022; SAMHSA, 2014). Η κατάχρηση ουσιών σχετίζεται, επίσης, με υψηλότερα ποσοστά τραυμάτων ως αποτέλεσμα του τρόπου ζωής μέσα τη χρήση ουσιών ή των επικίνδυνων καταστάσεων και ατυχημάτων στα οποία εμπλέκονται τα άτομα, ενώ βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών. Επιπλέον, τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και έχουν υποστεί τραύματα μπορεί να έχουν χειρότερα αποτελέσματα από αυτά που δεν έχουν ιστορικό τραύματος. Από την άλλη, πολλά άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, κουβαλούν το βάρος της ιστορίας ενός ή περισσοτέρων τραυμάτων (Missouridou, 2016). Πάνω από το πενήντα τοις εκατό των γυναικών, που αναζητούν θεραπεία απεξάρτησης, αναφέρουν ένα ή περισσότερα τραύματα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Συνολικά, φαίνεται ότι η έκθεση σε τραύματα είναι καθολική σε αυτόν τον πληθυσμό και έως τα δύο τρίτα των ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, αναφέρουν υποκλινικά συμπτώματα PTSD (Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες). Σε σύγκριση με άτομα με διάγνωση μόνο διαταραχή χρήσης ουσιών, τα άτομα με συνυπάρχουσα διάγνωση PTSD αναφέρουν εκτενέστερη χρήση πολλαπλών ψυχοδραστικών ουσιών, φτωχότερη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, φτωχότερη σωματική και ψυχική υγεία και υψηλότερα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας. Σε πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα σε Μονάδα Υποκατάστασης του OKANA, η οποία απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα εξάρτησης και διπλή διάγνωση, οι Christia et al. (2021) αναφέρουν ότι το αυξημένο ποσοστό γενικού και συναισθηματικού τραύματος, πριν από την ηλικία των 18 ετών, καθώς και η ψυχωσική συμπτωματολογία, προβλέπουν τη διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής σε συμμετέχοντες, ενώ προκύπτει πως η ταυτόχρονη χρήση ναρκωτικών σχετίζεται με την κάλυψη των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής.

Ομοίως με τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης, τα μέλη της οικογένειάς τους αναφέρουν υψηλά ποσοστά παραγνωρισμένης απώλειας και μετατραυματικού στρες (Di Sarno et al., 2021; Zucker et al., 2015; Ray et al., 2009; Oreo, & Ozgul, 2007). Η τραυματική έκθεση των οικογενειών στο χρόνιο πρόβλημα της εξάρτησης οδηγεί σε έντονα συναισθήματα θυμού, ενοχής, αμφιθυμίας, πόνου και ανεπύλου πένθους, καθώς και έντονο άγχος το οποίο προκαλείται από την τεράστια ευθύνη της πρόληψης του θανάτου (Missouridou and Papadatou, 2017). Η απώλεια και η θλίψη είναι επαναλαμβανόμενα θέματα στην εμπειρία των γονέων σε αυτές τις οικογένειες, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας της σχέσης με το ενήλικο παιδί και της απώλειας του ατόμου που θα μπορούσε και θα έπρεπε να είναι το ενήλικο παιδί (Zucker et al., 2015; Oreo, & Ozgul, 2007). Οι γονείς ανέφεραν ότι βίωναν παρεισφρυτικές σκέψεις (π.χ. σκέφτονταν τη χρήση ναρκωτικών από το ενήλικο παιδί τους χωρίς να το θέλουν), παρεισφρυτικά συναισθήματα (π.χ. ένιωθαν κύματα έντονων συναισθημάτων γι' αυτό), αποφευκτική συμπεριφορά (π.χ. οι γονείς απέφευγαν να αναστατωθούν, όταν σκέφτονταν τη χρήση ή τους το υπενθύμιζαν) και συναισθηματική δυσφορία (π.χ. οι γονείς ένιωθαν την ανάγκη να κλάψουν για το ενήλικο παιδί τους). Οι Orford et al. (2013) περιγράφουν τη σχετική έλλειψη βοήθειας, η οποία απευθύνεται σε οικογένειες με προβλήματα εξάρτησης.

Οι τραυματικές εμπειρίες δεν οδηγούν πάντα σε μακροχρόνια δυσλειτουργική επιβάρυνση για τα περισσότερα άτομα. Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν τραυματικά γεγονότα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και ανταποκρίνονται σε αυτά με ανθεκτικότητα. Παρ' όλα αυτά, η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τραύματα μπορεί να έχει αθροιστική επίδραση στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Ορισμένα επαναλαμβανόμενα τραύματα είναι παρατεταμένα ή χρόνια. Διαρκείς εμπειρίες τραυμάτων, όπως συνεχής

σεξουαλική κακοποίηση, σωματική παραμέληση ή συναισθηματική κακοποίηση, μπορεί να μειώσουν την ανθεκτικότητα και την ικανότητα προσαρμογής. Με την έννοια «ψυχικό τραύμα» αναφερόμαστε στην αδυναμία του ατόμου να επεξεργαστεί και να αφομοιώσει ψυχικά και νοητικά την εμπειρία και να την εκφράσει λεκτικά ή με άλλο δημιουργικό τρόπο, με αποτέλεσμα να παγιδεύεται στον φαύλο κύκλο αναβίωσης του τραυματικού βιώματος:

- Η ανάμνηση των τραυματικών γεγονότων απωθείται
- Η τραυματική εμπειρία παραμένει ανεπεξέργαστη
- Παρεισφρυτικές αναμνήσεις και εφιάλτες εμφανίζονται ακούσια
- Αναβίωση πρωταρχικού τρόμου, φόβου και απελπισίας

Το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα και απόγνωση. Ανατρέπεται το σύνολο των πεποιθήσεων για τη ζωή, τον εαυτό και τους άλλους. Κλονίζεται η σχέση του με τον εαυτό του και τους άλλους. Κάποιες φορές οδηγείται σε συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση (αποφεύγει οτιδήποτε του θυμίζει την απώλεια και το τραυματικό γεγονός. Κεντρική είναι η αδυναμία νοηματοδότησης και το αναπάντητο ερώτημα «γιατί;». Χαρακτηριστικό του ψυχικού τραύματος είναι η αναβίωση του βιώματος και η απόθεση των αντιδράσεων που προκαλεί, σε συνδυασμό με μια κατάσταση εγρήγορσης από φόβο μήπως βιώσει ξανά παρόμοια εμπειρία. Παράλληλα αναπτύσσονται αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο (π.χ. «είμαι θύμα», «δεν θα τα καταφέρω», «ο κόσμος είναι κακός»). Οι τραυματικές αντιδράσεις είναι αναμενόμενες και παροδικές. Μειώνονται, όταν διασφαλίζεται υποστήριξη σε ένα περιβάλλον που αναγνωρίζει και εμπεριέχει την εμπειρία και όταν το άτομο νιώθει ασφάλεια. Η εκδήλωση τραυματικών αντιδράσεων σε καμία περίπτωση δεν οδηγεί στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής. Παρακάτω περιγράφονται οι αρχικές και οι καθυστερημένες αντιδράσεις στο τραύμα:

Αρχικές αντιδράσεις στο τραύμα:

- Εξάντληση
- Σύγχυση
- Λύπη
- Άγχος
- Ένταση
- Μούδιασμα
- Αποσύνδεση
- Σωματική διέγερση
- Αμβλύ συναίσθημα

Άμεσες συναισθηματικές αντιδράσεις στο τραύμα:

- «Συναισθηματικό μούδιασμα» -αποστασιοποίηση
- Άγχος-έντονος φόβος
- Ενοχή (συμπεριλαμβανομένης της ενοχής του επιζήσαντα)
- Ανακούφιση-ευγνωμοσύνη-ηρεμία
- Θυμός

Καθυστερημένες συναισθηματικές αντιδράσεις στο τραύμα:

- Ευερεθιστότητα και επιθετικότητα
- Κατάθλιψη
- Κυκλοθυμία, αστάθεια συναισθήματος
- Άγχος (φοβίες, γενικευμένο άγχος)
- Φόβος επανάληψης του τραύματος
- Ντροπή
- Ευαλωτότητα
- Συναισθηματική αποστασιοποίηση από οτιδήποτε απαιτεί κάποια συναισθηματική αντίδραση (σχέσεις, συζητήσεις)

- Εκδηλώσεις συμπεριφοράς:
- Ξέσπασμα θυμού ή κλάματος
- Συναισθηματικές μεταπτώσεις, κυκλοθυμία
- Αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. επιθετικότητα, εσωστρέφεια)
- Απομόνωση ή απόσυρση από οικείους και από ευχάριστες δραστηριότητες
- Εκτόνωση μέσα από υπερδραστηριότητα

«Μια νύχτα ο Θεός μου έστειλε μια όμορφη πνευματική αφύπνιση. Όταν ήμουν η νεαρή κόρη ενός αλκοολικού πατέρα, ήμουν ανίσχυρη. Ήμουν ανίσχυρη σε κάθε κριτική που έβγαινε από το στόμα του, σε κάθε χτύπημά του εναντίον μου. Για να επιβιώσω από μια τέτοια ανατροφή, ανέπτυξα πολλές άμυνες. Όταν δεν τις χρειαζόμουν πλέον, αυτές οι άμυνες έγιναν ελαττώματα χαρακτήρα. Ως ενήλικας, ήμουν ακόμα ανίσχυρη απέναντι στις συνέπειες της κακοποίησης του πατέρα μου. Ήταν οι συνέπειες του αλκοολισμού πάνω στις οποίες ήμουν ανίσχυρη! Αυτή η συνειδητοποίηση με βοήθησε να προχωρήσω». (σελ. 59)

«Ωστόσο, η κατανόησή μου δεν τελείωσε εκεί γιατί συνειδητοποίησα ότι ο πατέρας μου ήταν εξίσου ανίσχυρος απέναντι στον αλκοολικό πατέρα του, όσο κι εγώ πάνω του. Όταν ο πατέρας μου ήταν μικρό αγόρι, δεν είπε: «Όταν μεγαλώσω, θέλω να γίνω αλκοολικός». Η διορατικότητα που μου έδωσε η ανώτερη δύναμη μου έφερε επίσης κατανόηση, συμπόνια και συγχώρεση για τον πατέρα μου». (σελ. 59)

«Με απλά λόγια, σιγά-σιγά συνειδητοποίησα ότι ο αλκοολικός γονέας μου δεν ήταν ικανός να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες προσδοκίες μου. Με τον τρόπο του και στον βαθμό των ικανοτήτων του, μου είχε προσφέρει αγάπη, κάλυψη στις ανάγκες ζωής και υποστήριξη σε όλες μου τις προσπάθειες. Τελικά, αντί να δω ένα τελείως άδειο ποτήρι, είδα ότι το ποτήρι μου ήταν μερικώς γεμάτο. Συνειδητοποίησα ότι τα παιδικά μου χρόνια θα μπορούσαν να ήταν πολύ χειρότερα από ό,τι ήταν». (σελ. 355)

«Ο πρόσφατος θάνατος του πατέρα μου μου έδειξε ότι, κάποια στιγμή, άρχισα να τον αγαπώ από απόσταση. Μια αίσθηση απελευθέρωσης με κυρίευσε καθώς συνειδητοποίησα ότι είχα αφεθεί να φύγω από την πικρία και την αγανάκτηση που κάποτε πίστευα ότι θα τα ένιωθα για πάντα. Στη θέση τους έχω μια νέα αίσθηση ελευθερίας από μνησικακίες και ελπίδα για το μέλλον». (σελ.355)

Al-Anon Family Groups. (2002). Hope for Today. Virginia: Al-Anon Family Groups Inc.

Πίνακας 1.13 Κακοποίηση και διαγενεακή μεταβίβαση τραύματος

Οργανικές επιπτώσεις ψυχικού τραύματος:

- Πονοκέφαλοι - ημικρανίες
- Στομαχικές ενοχλήσεις, γαστρεντερικές διαταραχές
- Ταχυκαρδίες, αίσθηση πόνου στην καρδιά
- Μυϊκή ένταση
- Έξαρση αλλεργιών (π.χ. εξανθήματα, άσθμα, κνησμός)
- Αδυναμία, κόπωση, ζαλάδες
- Επιρρέπεια σε ασθένειες (π.χ. ιώσεις) ή ατυχήματα
- Αλλαγές στις συνήθειες διατροφής (αύξηση ή μείωση βάρους)
- Δυσκολία στον ύπνο, εφιάλτες

Σύμφωνα με το DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association), τα ακόλουθα κριτήρια ισχύουν συνοπτικά εάν τα συμπτώματα επιμένουν για ένα μήνα ή περισσότερο (η διάγνωση της Οξείας Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους απαιτεί εννέα συμπτώματα έναντι των 14 που απαιτούνται για τη διάγνωση της Χρόνιας Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους στο σύνολο των πέντε κριτηρίων):

A. Έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους:

Άμεση εμπειρία

- Ως μάρτυρας
- Πληροφόρηση τραυματικού γεγονότος που αφορά κάποιον σημαντικό άλλον
- Επανειλημμένη ή ακραία έκθεση σε απωθητικές λεπτομέρειες τραυματικών γεγονότων (π.χ. άτομα που μαζεύουν ανθρώπινα μέλη, αστυνομικοί οι οποίοι εκτίθενται επανειλημμένα σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης (το κριτήριο δεν αφορά έκθεση σε υλικό μέσω μαζικής ενημέρωσης ή φωτογραφιών εκτός και αν η έκθεση αυτή αποτελεί εργασιακή συνθήκη)

B. Παρεισφρυτικά συμπτώματα

- Επανειλημμένες, ακούσιες, παρεισφρυτικές και διαταρακτικές αναμνήσεις
- Επανειλημμένα διαταρακτικά όνειρα
- Διασχιστικές αντιδράσεις (π.χ. αναδρομικές εμβιώσεις) στις οποίες το άτομο νιώθει ή δρα σαν να βιώνει ξανά την τραυματική εμπειρία
- Έντονη ή παρατεταμένη ψυχική δυσκολία κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία
- Έντονα σωματικά συμπτώματα κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία

Γ. Επιμένουσα αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία

- Αποφυγή ή προσπάθειες να αποφύγει διαταρακτικές αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα
- Αποφυγή ή προσπάθειες να αποφύγει εξωτερικά ερεθίσματα (ανθρώπους, μέρη, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις) που προκαλούν διαταρακτικές αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα

Δ. Αρνητικές αλλαγές σε γνώσεις και στη διάθεση

- Αδυναμία ανάκλησης μιας σημαντικής πλευράς της τραυματικής εμπειρίας (η οποία να οφείλεται σε διασχιστική αμνησία και όχι σε κρανιολογικές κακώσεις ή χρήση ουσιών)
- Εμμένουσες και ακραίες αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες για τον εαυτό, τους άλλους και τη ζωή (π.χ. «είμαι κακός», «δεν μπορείς να εμπιστευθείς κανέναν», «ο κόσμος είναι απειλητικός», «όλο το νευρικό μου σύστημα καταστράφηκε για πάντα»)
- Εμμένουσες, δυσλειτουργικές γνώσεις (σκέψεις) για την αιτία ή τις συνέπειες της τραυματικής εμπειρίας που οδηγούν το άτομο να ενοχοποιεί τον εαυτό του/της ή τους άλλους
- Εμμένουσα αρνητική συναισθηματική κατάσταση (φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή, ντροπή)
- Έντονα μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες
- Συναισθήματα αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους
- Εμμένουσα αδυναμία βίωσης θετικών συναισθημάτων (π.χ. ανικανότητα να βιώσει ευτυχία, ικανοποίηση ή συναισθήματα αγάπης).

Ε. Σημαντικές αλλαγές στο επίπεδο διέγερσης και στις αντιδράσεις:

- Ευερέθιστη συμπεριφορά και ξεσπάσματα θυμού (με μικρή ή καμία πρόκληση που εκφράζονται με λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς ανθρώπους ή αντικείμενα)
- Ριψοκίνδυνη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- Υπερεγρήγορη
- Υπερβολική αντίδραση σε ξάφνιασμα
- Προβλήματα συγκέντρωσης
- Διαταραχές του ύπνου



«Πραγματικά το βράδυ ο Λιοντρής περίμενε τον πατέρα του να γυρίσει από το Κέντρο Απεξάρτησης Λιονταριών και του ζήτησε να μιλήσουν όλοι μαζί. Τα λιονταράκια είπαν στους γονείς τους όλα αυτά που ένιωθαν, όταν ο μπαμπάς έπινε. Κι αυτοί απόρησαν. Δεν ήξεραν πως τα λιονταράκια τους, που τόσο τα αγαπούσαν, βασανίζονταν τόσο πολύ εξαιτίας τους. Είχαν μάθει τόσα χρόνια να κρύβονται και να υποκρίνονται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Στο σπίτι δεν μιλούσαν ποτέ για το πρόβλημα ακόμη και τώρα που ο μπαμπάς πήγαινε στο Κέντρο για να γίνει καλά. Τι ακριβώς είπαν δεν ξέρουμε, γιατί δεν ήμασταν εκεί, αλλά μετά από εκείνη τη συζήτηση πολλά άλλαξαν στην οικογένεια. Βέβαια, το μόνο σίγουρο είναι πως δεν άλλαξαν χωρίς προσπάθεια και κόπο. Γιατί, όπως λένε τα παραμύθια, πρέπει να λιώσει κανείς σαράντα παπούτσια και να ανέβει σαράντα βουνά για να φτάσει σε αυτό που τόσο επιθυμεί».

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.14 *Επικοινωνία και αλλαγή*

Το μετατραυματικό στρες ή Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD) μπορεί να εμφανιστεί επίσης σε παιδιά και εφήβους που έζησαν κάποιο τραυματικό γεγονός (Mesman et al., 2021; Aldemir et al., 2021). Τα παιδιά ή οι έφηβοι αυτοί μπορεί να βίωσαν ή να ήταν μάρτυρες ενός γεγονότος το οποίο απείλησε τη ζωή ή την ασφάλειά τους, ή άλλων ατόμων που ήταν κοντά τους, και τα έκανε να αισθανθούν έντονο φόβο, αίσθημα αβοήθητου ή τρόμο. Ένα γεγονός στο οποίο εκτίθεται άμεσα ή έμμεσα το παιδί ή ο έφηβος είναι τραυματικό, όταν ξεπερνά τα ψυχικά του αποθέματα, προκαλώντας σοκ, τρόμο, πάγωμα και μια αίσθηση ότι είναι εντελώς αβοήθητο(ς) και χωρίς έλεγχο πάνω στην πραγματικότητα. Τα τραυματικά γεγονότα έχουν επιπτώσεις στον ψυχισμό του παιδιού ή του εφήβου (ψυχικό τραύμα), ενώ ταυτόχρονα εγγράφονται και σε ένα οργανικό επίπεδο (νευροβιολογικός τραυματισμός). Πληθώρα ερευνών σχετικά με την επίδραση του τραύματος στην εγκεφαλική λειτουργία και ανάπτυξη (π.χ. αλλαγές στη λειτουργία του μεταίχθιακού συστήματος, διαταραχές στη ρύθμιση νευροδιαβιβαστικών συστημάτων). Συχνά επιφέρουν ευαλωτότητα στη διαπροσωπική βία και στην ανάπτυξη χρόνιων σωματικών και ψυχικών διαταραχών.

Η ανάπτυξη ψυχολογικής δυσφορίας σε παιδιά και εφήβους μετά από τραυματικά γεγονότα έχει συνδεθεί στενά με μια μυριάδα επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων. Παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο έναν νέο για να αναπτύξει προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα έκθεσης σε κακοποίηση, χαμηλή γονική υποστήριξη, κοινωνική απομόνωση, φτώχεια και προϋπάρχοντα συμπτώματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος και κατάθλιψη (Mesman et al., 2021; Aldemir et al., 2021). Αντίστροφα, προστατευτικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη των συνομηλίκων, το σχολείο, η συνδεσιμότητα, η υποστηρικτική ανατροφή των παιδιών, η επίλυση προβλημάτων, οι δεξιότητες αυτορρύθμισης, η αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα και οι θετικές σχέσεις μητέρας-παιδιού μπορούν να ρυθμίσουν τον ψυχολογικό αντίκτυπο μεγάλης κλίμακας αιφνίδιας έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα. Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα μπορεί, επίσης, να χρησιμεύσει ως προστατευτικός παράγοντας ή παράγοντας κινδύνου για ψυχολογικά συμπτώματα μετά το τραυματικό γεγονός. Η ικανότητα ενός νεαρού ατόμου να χρησιμοποιεί προσαρμοστικές ή ενεργητικές μεθόδους αντιμετώπισης, για παράδειγμα, μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στην ανάπτυξη συμπτωμάτων που σχετίζεται με το τραύμα. Η έρευνα έχει, επίσης, δείξει ότι η αποδοχή, η συναισθηματική έκφραση και η γνωστική αναπλαισίωση μπορεί να μειώσουν

τον ψυχολογικό αντίκτυπο του τραυματικού γεγονότος στους νέους (Mesman et al., 2021). Εναλλακτικά, οι στρατηγικές αποφυγής αντιμετώπισης, η ενοχή, ο θυμός και η κοινωνική απόσυρση έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και συμπτώματα μετατραυματικού στρες στους νέους. Παρακάτω εξετάζονται οι αντιδράσεις τους στο ψυχικό τραύμα στο πλαίσιο των προστατευτικών παραγόντων οι οποίοι προάγουν την ανθεκτικότητα και την αφομοίωση της εμπειρίας τους:

A. Εκδηλώσεις ψυχικού τραύματος σε Βρέφη και Νήπια (0-3 ετών)

Κατά τη βρεφονηπιακή ηλικία, τα βρέφη και τα νήπια εξαρτώνται από τους γονείς και άλλους σημαντικούς ενήλικες και έχουν περιορισμένες δυνατότητες αντιμετώπισης αντίξοων καταστάσεων (Παπαδάτου και συν., 2018). Επίσης, είναι πολύ ευαίσθητα στην ανεπαρκή φροντίδα και ιδιαίτερα ευαίσθητα στην αρνητική συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, στον αποχωρισμό. Από την άλλη η γνωστική ανωριμότητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, η ανθεκτικότητα και συνοχή της οικογένειας προστατεύουν τα βρέφη και τα νήπια από τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος, το οποίο συνήθως εκδηλώνεται με τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Κλάμα και προσκόλληση
- Έντονο άγχος αποχωρισμού
- Δυσκολίες στον ύπνο
- Προβλήματα σίτισης

B. Εκδηλώσεις ψυχικού τραύματος σε παιδιά Προσχολικής Ηλικίας (4-5 ετών):

Κατά την προσχολική ηλικία τα παιδιά εξαρτώνται από τους γονείς και άλλους κύριους φροντιστές και έχουν περιορισμένες δυνατότητες αντιμετώπισης αντίξοων καταστάσεων. Επίσης, είναι πολύ ευαίσθητα στην ανεπαρκή φροντίδα και ιδιαίτερα ευαίσθητα στην αρνητική συναισθηματική κατάσταση της μητέρας για την οποία μπορεί να νιώθουν πως είναι ένοχα και ότι φταίνει τα ίδια (εγωκεντρική σκέψη) και στον αποχωρισμό. Από την άλλη, η περιορισμένη κατανόηση και η γνωστική ανωριμότητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, οι γονικές δεξιότητες σε αντίξοες συνθήκες, η ανθεκτικότητα και συνοχή της οικογένειας προστατεύουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας από τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος, το οποίο συνήθως εκδηλώνεται με τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Φόβος
- Εγρήγορση
- Παλινδρόμηση (π.χ. ενούρηση, πιπίλισμα αντίχειρα)
- Προβλήματα σίτισης
- Άγχος αποχωρισμού
- Συμπεριφορές προσκόλλησης
- Προβλήματα ύπνου, εφιάλτες
- Κρίσεις πείσματος και αυξημένη γκρίνια
- Απόσυρση από το παιχνίδι
- Τραυματικό παιχνίδι

Γ. Εκδηλώσεις ψυχικού τραύματος σε παιδιά Σχολικής Ηλικίας (6-11 ετών):

Κατά τη σχολική ηλικία τα παιδιά έχουν αυξημένη αντίληψη, μπορούν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν - εν μέρει τουλάχιστον- καταστροφικά και βίαια γεγονότα, ακόμη και τον θάνατο. Από την άλλη, έχουν αυξημένες δυνατότητες αντιμετώπισης αντίξοων καταστάσεων, θέτουν ερωτήσεις, εκφράζουν εμπειρίες και συναισθήματα, ενώ η «φυγή» στη φαντασία (π.χ. διάσωση από ήρωες ή ανώτερες δυνάμεις), η αυξανόμενη με την ηλικία ικανότητα διαχείρισης αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, η υποστήριξη από συνομηλίκους, η καλή ψυχολογική κατάσταση των γονέων, οι γονικές δεξιότητες σε αντίξοες συνθήκες, η ανθεκτικότητα και συνοχή της οικογένειας προστατεύουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας από τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος, το οποίο συνήθως εκδηλώνεται με τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Προβλήματα ύπνου, εφιάλτες
- Φόβος
- Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα,
- Αντιδραστικές συμπεριφορές
- Θυμός και σκέψεις εκδίκησης
- Απόσυρση, κατάθλιψη, άγχος
- Ενοχλητικές σκέψεις και εικόνες
- Προβλήματα συγκέντρωσης
- Σωματικές ενοχλήσεις
- Τραυματικό παιχνίδι (π.χ. σεισμός, πυρκαγιές, πόλεμος)

«Εδώ θα ρίξω στη θάλασσα σαν πέτρες τα χρόνια που χάλασα...».

«Εδώ αρχαία μου θάλασσα που ξέρεις τι βάσανα τράβηξα...».

«Εδώ θα μου στείλει τ' αγέρι ένα γράμμα απ' τ' αόρατα μέρη».

Τίτλος τραγουδιού: Θα βρεθούμε ξανά

Εκτέλεση: Παιδική Χορωδία Τυπάλδου

Συνθέτης: [Μαυρουδής Νότης](#)

Στιχουργός: [Σαμαρτζής Τάσος](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=xxR0fTTN9VE>

Πίνακας 1.15 Βίντεο για την παιδική κακοποίηση σε μουσική Νότη Μαυρουδή

Δ. Εκδηλώσεις ψυχικού τραύματος σε Εφήβους (12-17 ετών):

Οι έφηβοι έχουν αυξημένη αντίληψη μπορούν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν -εν μέρει τουλάχιστον- καταστροφικά και βίαια γεγονότα, ακόμη και τον θάνατο (Μισουρίδου 2023, 2016). Από την άλλη, έχουν αυξημένες δυνατότητες και στρατηγικές αντιμετώπισης αντίξωων καταστάσεων, ενώ η αυξανόμενη με την ηλικία ικανότητα διαχείρισης αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, η υποστήριξη από συνομηλίκους και συντρόφους ρομαντικών σχέσεων, η θρησκευτική πίστη, οι ιδεολογικές τοποθετήσεις και οι αγώνες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, η ψυχολογική ανθεκτικότητα των γονέων, οι γονικές δεξιότητες σε αντίξοες συνθήκες, η ανθεκτικότητα και συνοχή της οικογένειας τους προστατεύουν από τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος, το οποίο συνήθως εκδηλώνεται με τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Επιθετικότητα και θυμός/οργή
- Ριποκίνδυνες συμπεριφορές (π.χ. χρήση ουσιών)
- Ενοχλητικές σκέψεις και εικόνες
- Αντιφατική εικόνα - δίνουν την εντύπωση ότι διαχειρίζονται καλά τις δυσκολίες, ενώ υποφέρουν
- Υπαρξιακές αγωνίες και προβληματισμοί

Ο Caruth (2016) περιγράφει το τραύμα ως μια «ανεπιθύμητη» εμπειρία, ένα γεγονός που «βιώθηκε πολύ σύντομα, πολύ απροσδόκητα, για να είναι πλήρως γνωστό και... ως εκ τούτου δεν είναι διαθέσιμο στη συνείδηση μέχρι να επιβληθεί ξανά, επανειλημμένα, στους εφιάλτες και τις επαναλαμβανόμενες ενέργειες του επιζώντος» (σελ. 4). Η εμπειρία τού τραύματος οδηγεί στην πραγματικότητα σε βαθύ ψυχολογικό τραυματισμό σε ασυνείδητο επίπεδο που συνεπάγεται απώλεια ελέγχου, γλώσσας, δύναμης και εαυτού. Το τραύμα είναι μια πληγή η οποία «φωνάζει», μια σιωπηλή πληγή που αρθρώνεται μέσω αναπαραστάσεων. Ως αποτέλεσμα, τα τραυματισμένα άτομα είναι ευάλωτα στην επανάληψη τραυμάτων του παρελθόντος και παραμένουν σε κρίση, χωρίς να μπορούν να ανακτήσουν τον έλεγχο της τρέχουσας ζωής τους. Η γνωριμία με το τραύμα τους τους

κατακλύζει συναισθηματικά, στον βαθμό που καθιστά αδύνατη τη γνωστική επεξεργασία του. Σύμφωνα με τον Caruth, η ανάρρωση από το τραύμα συνεπάγεται πως λεκτικοποιείται με όλη τη φρίκη και την παραβίασή του σε κάποιον ο οποίος μπορεί να το ακούσει, χωρίς να τον καταβάλει. Για να ενσωματώσουν το τραύμα στη ζωή τους, τα τραυματισμένα άτομα πρέπει να βρουν γλώσσα και σύμβολα για να εκφράσουν τις απογοητεύσεις, την ανικανότητα, την αποδυνάμωση και τον εξευτελισμό που υπέστησαν. Ο κατακερματισμός ο οποίος προκαλείται από τη ρήξη του τραύματος θεραπεύεται μέσω της κατασκευής μιας αφήγησης.



Πέρασε ένας χρόνος στη Λιονταρούπολη. Ο μπαμπάς της Λιώνας ήταν στ' αλήθεια καλά κι έλεγε πως, όταν ξεπερνάς μια μεγάλη δυσκολία στη ζωή σου, νιώθεις πιο δυνατός. Η μαμά δεν ήταν πια θυμωμένη μαζί του κι ούτε του κρατούσε κακία. Τον είχε συγχωρήσει, γιατί πραγματικά τον αγαπούσε πολύ. Τα λιονταράκια έπαιζαν χαρούμενα στον κήπο με τους φίλους τους. Η Λιώνα σήκωσε το χέρι της να χαιρετήσει τα πουλιά που έφευγαν. «Είναι υπέροχο να έχεις πραγματικούς φίλους και να μιλάς μαζί τους γι' αυτά που νιώθεις» ψιθύρισε. Μα φαίνεται ότι το αεράκι που φύσηξε έφερε τα λόγια της στα πουλιά. Κι αυτά τα άκουσαν και από τότε τα λένε σε όλα τα παιδιά που νιώθουν λυπημένα σε όλες τις χώρες του κόσμου.

Μισουρίδου Ε. (2012) Τα λιονταράκια στο σχολείο των συναισθημάτων. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα.

Πίνακας 1.16 Νοηματοδώντας το τραύμα της εξάρτησης: Συγχώρεση, συμφιλίωση και σύνδεση με τους άλλους

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aldemir, E., Akyel, B., & Havaceli Atlam, D. (2021). Resilience and childhood trauma in a substance-dependent sample: A cross-sectional, controlled study. *Journal of Substance Use*, 1-5.
- Barnard, M. (2007) *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1:251-264.
- Beynon, C., Bayliss, D., Mason, J., Sweeney, K., Perkins, C., & Henn, C. (2019). Alcohol-related harm to others in England: a cross-sectional analysis of national survey data. *BMJ open*, 9(5), e021046.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8:205-218.
- Bischof, G., Bischof, A., Velleman, R., Orford, J., Kuhnert, R., Allen, J., ... & Rumpf, H. J. (2022). Prevalence and self-rated health and depression of family members affected by addictive disorders: results of a nationwide cross-sectional study. *Addiction*.
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*.
- Brisset, D. (1988) Denial in alcoholism: a sociological interpretation. *Journal of Drug Issues*, 18:385-402.
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Come full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cancrini, L. (1994) The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, 24(4):597-622.
- Caruth, C. (2016). *Unclaimed experience: Trauma, narrative, and history*. JHU Press.
- Cermak, T. (1991) The Relationship between Codependence and Narcissism. In T.M. Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Christia, T., Kazani, A., Stylianidis, S., Tepetzioti, M., Tritari, M., & Tzeferakos, G. (2021). Prevalence of trauma, PTSD and psychotic symptomatology in relation to suicidality and quality of life in substance users. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 4(1), 18-29.
- Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάππας, Ι.Α. και Πομίνι, Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Copello, A., Orford, J. (2002) Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11):1361-1363.
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C. (2002) Social Behaviour and network therapy – Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27:345-366.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58.
- Copello, A.G., Velleman, R., Templeton, L. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24:369-385.
- Corless, J., Mirza, K.A.H., Steinglass, P. (2009) Editorial: Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Family Therapy Journal*, 31, 109-114.
- Denzin, N.K. (1987) *The alcoholic self*. US: SAGE.
- Di Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and alcohol dependence*, 219, 108439.

- European Commission (2022). *TOBACCO*. Belgium: EU.
https://health.ec.europa.eu/tobacco/overview_en#eu-campaigns
- Flores, P.J. (1997) *Group Psychotherapy with Addicted Populations*. New York: Haworth Press.
- Fotopoulou, M. (2014). Reasons behind Greek problem drug users' decisions to quit using drugs and engage in treatment of their own volition: sense of self and the Greek filotimo. *Addiction*, 109(4), 627-634.
- Fotopoulou, M., & Parkes, T. (2017). Family solidarity in the face of stress: responses to drug use problems in Greece. *Addiction Research & Theory*, 25(4), 326-333.
- Fotopoulou, M., Munro, A., & Taylor, A. (2015). 'Allowing the right' and its currency in managing drug stigma in Greece. *International Journal of Drug Policy*, 26(8), 723-730.
- Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11:263-273.
- Grittner, U., Bloomfield, K., Kuntsche, S., Callinan, S., Stanesby, O., & Gmel, G. (2022). Improving measurement of harms from others' drinking: Using item-response theory to scale harms from others' heavy drinking in 10 countries. *Drug and alcohol review*, 41(3), 577-587.
- Halford, W.K., Price, J., Kelly, A.B., Bouma, R., Young, R. (2001) Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of the three treatments. *Addiction*, 96:1497-1508.
- Hatfield, A.B. (1996) *Out of the ashes of mental illness... A new life*. In B. Abosh & A. Collins (eds) *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*. Canada: Toronto Press.
- Hoffman, J.P. (1995) The effects of family structure and family relations on adolescent marihuana use. *The International Journal of the Addictions*, 30(10):1207-1241.
- INCB (2014). *ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΟΗΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ: Ετήσια Έκθεση 2014*. Αθήνα: ΚΕΘΕΑ (Για την Ελληνική Έκδοση).
- Johnson, V.E. (2004) *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Karriker-Jaffe, K. J., Greenfield, T. K., & Kaplan, L. M. (2017). Distress and alcohol-related harms from intimates, friends, and strangers. *Journal of substance use*, 22(4), 434-441.
- Klagsbrun, M., Davis, D.I. (1998) Substance abuse and family interaction. *Family Process*:1-11.
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S199.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Κούπερ, Ντ. (1976) *Ο θάνατος της Οικογένειας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Lefley, H.P. (1989) Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44:556-560.
- Lind, K., Castrén, S., Hagfors, H., & Salonen, A. H. (2022). Harm as reported by affected others: A population-based cross-sectional Finnish Gambling 2019 study. *Addictive Behaviors*, 129, 107263.
- McCann, T. V., & Lubman, D. I. (2018). Help-seeking barriers and facilitators for affected family members of a relative with alcohol and other drug misuse: A qualitative study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 93, 7-14.
- Mesman, E., Vreeker, A., & Hillegers, M. (2021). Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 586.
- Meyers, R.J., Smith, J.E. (1997) Getting off the fence: Procedures to engage treatment-resistant drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5):467-472.

- Miller, T., Velleman, R., Rigby, K., Orford, J., Tod, A., Copello, A., Benett, G. (1997) The use of vignettes in the analysis of interview data: Relatives of people with drug problems. In Hayes N. (ed) *Doing Qualitative Analysis in Psychology*. UK: Psychology Press.
- Miller, W.R. (2003) A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98: 5-6.
- Missouridou, E., & Esseridou, D. (2017). Changes in Professionals' Attitudes and Approaches to Parents in the Drug and Alcohol Treatment. *Materia Socio-medica*, 28(6), 440.
- Missouridou E, Segredou I, Esseridou D & Papadatou D (2017) Routine care interventions with the parents of adult drug and alcohol users, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09687637.2017.1399105>
- Najavits, L. M. (2022). Trauma and Addiction: A Clinician's Guide to Treatment. In *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* (pp. 371-387). Springer, Cham. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-030-97802-0.pdf>
- Oei, J. L. (2020). Alcohol use in pregnancy and its impact on the mother and child. *Addiction*, 115(11), 2148-2163.
- Oreo, A., & Ozgul, S. (2007). Grief experiences of parents coping with an adult child with problem substance use. *Addiction Research & Theory*, 15(1), 71-83.
- Oreo, A., & Ozgul, S. (2007). Grief experiences of parents coping with an adult child with problem substance use. *Addiction Research & Theory*, 15(1), 71-83.
- Orford, J. (2013). *Power, powerlessness and addiction*. Cambridge University Press.
- Orford, J. (2017). How does the common core to the harm experienced by affected family members vary by relationship, social and cultural factors?. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 9-16.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A., Velleman, R. (1998) Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12):1799-1813.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Benett, G., Velleman, R. (1992) Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2:163-183.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine*, 78, 70-77.
- Ramstedt, M. (2021). Studying harm from others' illicit drug use—can stigma really be avoided?. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(8), 1948.
- Ray, G. T., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203-214.
- Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2021). Experiences of Swedish parents seeking social services support for their adult children with drug addiction. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(4), 677-704.
- Romanowicz, M., Vande Voort, J. L., Shekunov, J., Oesterle, T. S., Thusius, N. J., Rummans, T. A., ... & Schak, K. M. (2019). The effects of parental opioid use on the parent-child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13(1), 1-11.
- Sakiyama, H. M., Padin, M. D. F. R., Canfield, M., Laranjeira, R., & Mitsuhiro, S. S. (2015). Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: Who are they?. *Drug and alcohol dependence*, 147, 276-279.

- SAMHSA (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- SAMHSA (2012). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sisson, R.W., Azrin, N.H. (1986) Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1):15-21.
- Smith, J. M., Estefan, A., & Caine, V. (2018). Mothers' experiences of supporting adolescent children through long-term treatment for substance use disorder. *Qualitative health research*, 28(4), 511-522.
- Stafford, D., Hodgkinson, L. (1991) *Codependency: How to break free and live your own life*. London: Piatkus.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. (1982) *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- Thomas, E.J., Adams, K.B., Yoshioka, M.R., Ager, R.D. (1990) Unilateral Relationship Enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcoholics. *The American Journal of Family Therapy*, 18(4):334-344.
- Toumbourou, J.W., Blyth, A., Bamberg, J., Forer, D. (2001) Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11:291-304.
- UNODC (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations Office on Drugs and Crime (United Nations publication, Sales No. 22.XI.8). <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Velleman, R., Benett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., Tod, A. (1993) The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88:1281-1289.
- WHO (2010). *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.
- WHO (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health 2011*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO (2018). *WHO Global status report on alcohol and health*. Luxemburg:World Health Organisation. <file:///C:/Users/1821/Downloads/9789241565639-eng.pdf>
- WHO (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. Luxemburg:World Health Organisation. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- Wilkinson, C., & Ritter, A. (2021). Applying a 'harm to others' research framework to illicit drugs: political discourses and ambiguous policy implications. *Addiction*, 116(8), 1941-1946.
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Zucker, D. M., Dion, K., & McKeever, R. P. (2015). Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 751–767. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12591>
- ΕΚΤΕΠΝ (2021). *Ετήσια Έκθεση 2020: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οιογενεματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2021). *Απογραφή Πληθυσμού - Κατοικιών 2021*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή. https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf
- ΕΠΙΨΥ (2019). *Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – ESPAD 2019*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας.

- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ. (2015) *Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Μισουρίδου Ε. (2016) Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα/Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. ISBN: 978-960-603-160-1. *Κωδικός Βιβλίου στον Εύδοξο: 320238*. Η τελική έκδοση σε pdf ή/και epub είναι διαθέσιμη στον «Ελληνικό Ακαδημαϊκό Συνσωρευτή» στον υπερσύνδεσμο <http://repository.kallipos.gr/handle/11419/3126>.
- Μισουρίδου, Ε. (2008) Εξαρτήσεις και οικογένεια. *Κοινωνική Εργασία*, 92, 135-154.
- Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Μισουρίδου, Ε., Ζαράνη, Φ., Φιλίππου, Α., Καρατζαφέρη, Χ. (2023) Σχέδιο Αντιμετώπισης Έκτακτου Περιστατικού/Κρίσεων. Στο Καρατζαφέρη Χ., Πολύζου Ε., Διγγελίδης Ν. (επιμ.) *Η διδασκαλία της ΚΑΡΠΑ στην εκπαίδευση*, Παπαδάτου, Δ., Τσελεπή, Ν., Μανατού, Ε., Καμπέρη, Ε., Γιαννοπούλου, Ι. (2018). *Ψυχοκοινωνική στήριξη για παιδιά και οικογένειες που παίρνουν τους δρόμους της προσφυγιάς «Μέριμνα»*. Εταιρία για τη Φροντίδα Παιδιών και Οικογενειών στην Αρρώστια και το Θάνατο.
- Πομίνι, Β. (2004) Οικογένεια και χρήση ουσιών: μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Φωστέρη, Μ. (2004) Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).

Κεφάλαιο 2

Προσεγγίσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων βασισμένες σε ενδείξεις

Σύνοψη

- Υπολογίζεται ότι πάνω από 100 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως επηρεάζονται από τη χρήση ουσιών κάποιου στενού συγγενή και συχνά βιώνουν δυσμενείς αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία και την κοινωνική τους ζωή. Κοινό στόχο όλων των βασισμένων σε ενδείξεις οικογενειακών παρεμβάσεων αποτελεί η κινητοποίηση για αλλαγή και η βελτίωση της σχέσης των μελών της οικογένειας με το μέλος της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα.
- Τα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία για εξάρτηση έχουν καλύτερα αποτελέσματα, όταν οι «σημαντικοί άλλοι» (τα μέλη της οικογένειας και οι σύντροφοι/φίλοι που υποστηρίζουν την ανάρρωσή τους) βρίσκονται σε καλή ψυχική υγεία και όταν η σχέση με τους σημαντικούς άλλους είναι υψηλότερης ποιότητας.
- Οι οικογενειακές παρεμβάσεις αποδεικνύεται ότι οδηγούν σε μείωση της χρήσης ή αποχή από τη συμπεριφορά εξάρτησης, σε μείωση της βίας και της κακοποίησης στην οικογένεια ή στο ζευγάρι, σε βελτίωση των σχέσεων, σε αύξηση της ικανοποίησης από την επικοινωνία στην οικογένεια, στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και κοινωνικής ευημερίας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και σε μείωση της συχνής χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης και τις οικογένειές τους.
- Οι οικογενειακές παρεμβάσεις είναι επιτυχημένες σε έφηβους με προβλήματα εξάρτησης και παραβατική συμπεριφορά, σε γυναίκες με προβλήματα εξάρτησης, οι οποίες είναι ταυτόχρονα μητέρες παιδιών τα οποία ζουν μαζί τους και σε άτομα με διπλή διάγνωση.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Το αίτημα της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης συχνά παραγνωρίζεται από τα κέντρα απεξάρτησης, ενώ οι επαγγελματίες απεξάρτησης αρκετές φορές μπαίνουν –συνειδητά ή ασυνειδητά- σε μια ανταγωνιστική σχέση με την οικογένεια του θεραπευόμενου τους. Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται ανασκόπηση μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα οικογενειακών παρεμβάσεων, οι οποίες εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες: α) την κινητοποίηση του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα χρήσης οινόπνευματος/ψυχοδραστικών ουσιών ώστε να επιτευχθεί η ένταξή του σε θεραπευτικό πρόγραμμα, β) τη μείωση της βλάβης ή τη διατήρηση της αποχής και τη συνολική βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια, και γ) την αντιμετώπιση των προβλημάτων των μελών της οικογένειας, τα οποία προέκυψαν από τη χρόνια έκθεση στο πρόβλημα της εξάρτησης, και την ενδυνάμωσή τους.

2.1. Η αναγκαιότητα της προσέγγισης των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας

Υπολογίζεται ότι πάνω από 100 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως επηρεάζονται από τη χρήση ουσιών κάποιου στενού συγγενή και συχνά βιώνουν δυσμενείς αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία και την κοινωνική τους ζωή (Orford et al., 2013). Το πρόβλημα της εξάρτησης αποτελεί μια βαθιά τραυματική εμπειρία για όλα τα μέλη της οικογένειας, η οποία διαρκεί για χρόνια με ανυπολόγιστες συνέπειες. Κατά παράδοξο, όμως, τρόπο, οι πολιτικές, η έρευνα και η θεραπεία στον χώρο των ουσιοεξαρτήσεων παραμένουν σε μεγάλο βαθμό επικεντρωμένες στο άτομο, παραγνωρίζοντας τις επιπτώσεις του προβλήματος στην οικογένεια αλλά και τις δυνατότητες κινητοποίησης του χρήστη, που προσφέρει το αίτημα βοήθειας μελών της οικογένειας στις

υπηρεσίες απεξάρτησης. Η Barnard (2007) παρατηρεί ότι η στάση των επαγγελματιών απεξάρτησης απέναντι στην οικογένεια χαρακτηρίζεται από άρνηση, παρόμοια με αυτή που εκδηλώνεται στο οικογενειακό σύστημα για το ίδιο το πρόβλημα. Ακόμη, όμως, και στην περίπτωση παρέμβασης στην οικογένεια, πιο συχνά αναπτύσσεται ανταγωνισμός μεταξύ θεραπειών και οικογένειας («νέων γονιών» - φυσικών γονιών) (Φωστέρη 2004), ενώ δεν αποκλείεται να παρασυρθεί ο θεραπευτής στη σχέση του με τους γονείς σε μια διεκδίκηση ελέγχου και εξουσίας (Μπαλατσός 1991).

Οι Copello & Orford (2002), 20 χρόνια πριν, τόνιζαν την ανάγκη αλλαγής στη στάση των επαγγελματιών απεξάρτησης απέναντι στην οικογένεια των θεραπευόμενων, όπως φαίνεται και από τον χαρακτηριστικό τίτλο του άρθρου τους «Εξαρτήσεις και οικογένεια: είναι πλέον ώρα για τις υπηρεσίες απεξάρτησης να προσέξουν τα αποτελέσματα των ερευνών;» το οποίο δημοσιεύτηκε στο έγκριτο περιοδικό *Addiction*. Το άρθρο αυτό αποτελεί μία από τις πολλές προσπάθειες μιας ομάδας βρετανών ερευνητών και κλινικών θεραπειών να προσεγγίσουν την οικογένεια των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης διατηρώντας μια στάση απενοχοποιητική (Orford et al. 2013). Όσον αφορά την κλινική πρακτική καθεαυτή, όταν προσφέρεται κάποια μορφή υποστήριξης εστιασμένη στα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, που ενδιαφέρονται άμεσα για το άτομο με προβλήματα εξάρτησης, η παρέμβαση αυτή είναι τις περισσότερες φορές κακοσχεδιασμένη, πρόχειρη και περιορισμένη (Missouridou et al., 2017). Ο Miller (2003) -συγγραφέας της «κινητοποιητικής συνέντευξης»- επισημαίνει ότι πίσω από αυτήν την πρακτική κρύβεται η πεποίθηση ότι τα μέλη της οικογένειας είναι συμπληρωματικά και όχι κεντρικά στη θεραπεία της εξάρτησης, μιας και οι υπηρεσίες απεξάρτησης είναι θεμελιωμένες σε πολιτικές και πρακτικές φιλοσοφικά επικεντρωμένες στο άτομο. Στην Ελλάδα, στα περισσότερα προγράμματα παρέχεται κάποια μορφή οικογενειακής συμβουλευτικής, τις περισσότερες φορές, όμως, δεν αξιοποιεί το πρωταρχικό αίτημα της οικογένειας στους φορείς απεξάρτησης, ως μέσο για τη δημιουργία κινήτρου για θεραπεία και σίγουρα, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαντάει στα προβλήματα των μελών της οικογένειας, ο αντίκτυπος των οποίων είναι ανάλογος με τη βαρύτητα των επιπτώσεων της χρήσης για τον ίδιο του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης (Μισουρίδου, 2016).

Το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει αρχικά τα αποτελέσματα μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με την προσέγγιση των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας. Στη συνέχεια εξετάζονται περιορισμοί της ογκώδους βιβλιογραφίας πάνω στην αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων στις εξαρτήσεις και προτείνονται ερευνητικές κατευθύνσεις οι οποίες θα μπορούσαν να διερευνήσουν τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής, καθώς και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι θεραπευτές στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις με τους θεραπευόμενους και τις οικογένειές τους.



Εικόνα 2.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

2.2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η παρούσα ανασκόπηση κρίθηκε αναγκαία συμπλήρωση προηγούμενης προσπάθειας να περιγραφούν με σύντομο και περιεκτικό τρόπο τα αποτελέσματα μελετών σχετικά με τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης (Μισουρίδου 2010), γιατί μέσα στα δώδεκα χρόνια που μεσολάβησαν δημοσιεύτηκαν αρκετές ανασκοπήσεις μελετών (Hogue et al., 2022; Merkouris et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020) αλλά και αρκετές αξιολογικές μελέτες (π.χ. Dopp et al. 2020; Timko et al., 2022; Timko et al., 2021). Η αναζήτηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, PsycINFO και Cinahl, ενώ για την ελληνική βιβλιογραφία έγινε επιπλέον χειροδιαλογή βιβλίων και άρθρων.

Τα αποτελέσματα των μελετών που ανασκοπήθηκαν παρουσιάζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το είδος της οικογενειακής παρέμβασης η οποία αξιολογείται: α) Μελέτες σχετικά με την εμπλοκή της οικογένειας στην κινητοποίηση του ατόμου για θεραπεία, β) Μελέτες σχετικά με οικογενειακές παρεμβάσεις με στόχο τη διατήρηση της αποχής ή τη μείωση της βλάβης και γ) Μελέτες σχετικά με την αντιμετώπιση των αναγκών της ίδιας της οικογένειας.



Εικόνα 2.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

2.2.1. Μελέτες σχετικά με την εμπλοκή της οικογένειας στην κινητοποίηση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης για ένταξη σε θεραπευτικό πλαίσιο

Μια συνηθισμένη κλινική παρατήρηση για τους επαγγελματίες υγείας -η οποία έχει διαπιστωθεί πολλές φορές ερευνητικά (π.χ. Fotoroulou & Parkes, 2017)- είναι ότι οι θεραπευόμενοι κατονομάζουν την πίεση από την οικογένεια ως τη βασική αιτία προσέλευσης σε θεραπευτικά προγράμματα. Όμως, συχνά η οικογένεια των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης δυσκολεύεται να αναγνωρίσει έγκαιρα το πρόβλημα, αλλά και όταν ξεπερνά τον εφιαλτικό φόβο που σχετίζεται με τα προβλήματα της εξάρτησης, αντιμετωπίζει το τείχος της άρνησης του μέλους της οικογένειας το οποίο κάνει χρήση ουσιών και μπαίνει σε έναν φαύλο κύκλο συγκρούσεων που τελικά την εγκλωβίζουν και την ακινητοποιούν (Orford et al., 2013). Γι' αυτούς τους λόγους τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δημιουργηθεί πολλές παρεμβάσεις οι οποίες βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να βελτιώσουν τη σχέση τους με το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, ώστε να κυριαρχεί η σταθερότητα, η αμεσότητα, η αντικειμενικότητα και η εκδήλωση γνήσιου ενδιαφέροντος για τα προβλήματα του αγαπημένου τους προσώπου και, βέβαια, να μην προκαλείται η αμυντική του στάση. Ο Stanton (2004) περιγράφει έντεκα τύπους παρεμβάσεων για την κινητοποίηση του εξαρτημένου μέλους από την οικογένεια, οι οποίες, όμως, δεν έχουν όλες αξιολογηθεί ερευνητικά. Οι παρεμβάσεις που έχουν αξιολογηθεί ερευνητικά

στηρίζονται στο γνωστικό-συμπεριφοριστικό ή στο συστημικό μοντέλο ή ανήκουν στην κατηγορία αντιπαραθετικών παρεμβάσεων που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Κοινό σημείο των παρεμβάσεων είναι η πεποίθηση ότι οι «σημαντικοί άλλοι» -μέσω κατάλληλης προετοιμασίας, εκπαίδευσης και αλλαγών στη συμπεριφορά τους- μπορούν να πετύχουν την κινητοποίηση του ατόμου για αλλαγή.

Μια κλασική μελέτη κινητοποίησης του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης για αλλαγή, η οποία μαζί με την παρέμβαση Johnson επηρέασε ιδιαίτερα τη δημιουργία παρεμβάσεων στην οικογένεια του χρήστη, είναι αυτή των Sisson & Azrin (1986). Οι Sisson & Azrin συνέκριναν την παραδοσιακή θεραπεία εξάρτησης, στην οποία οι σύζυγοι των ατόμων με προβλήματα αλκοόλ δέχονταν υποστηρικτική συμβουλευτική και ενημέρωση πάνω σε θέματα αλκοολισμού, χωρίς όμως να εστιάζουν στην προσπάθεια αλλαγής της εξάρτησης με μια συμπεριφοριστική θεραπεία αλλαγής που εστίαζε στην εκπαίδευση των συζύγων στο να μειώσουν το άγχος τους, να κινητοποιήσουν το αγαπημένο μέλος της οικογένειας για θεραπεία και να λειτουργήσουν ενισχυτικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στα συμπεράσματά τους κατέληξαν ότι η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας σε διαδικασίες ενίσχυσης του κινήτρου για αλλαγή αποτελεί μια εύλογη μέθοδο για να πειστεί το άτομο με προβλήματα εξάρτησης να ζητήσει θεραπευτική βοήθεια.

Η παρέμβαση των Sisson & Azrin σε μετεξέλιξη της οδήγησε στη δημιουργία της προσέγγισης «Ενίσχυση Κοινότητας και Εκπαίδευση Οικογένειας» γνωστή ως CRAFT ('Community Reinforcement and Family Training'). Ο όρος «κοινότητα» αφορά οποιουδήποτε «σημαντικούς άλλους» ενδιαφέρονται για τον χρήστη στην όχι σπάνια περίπτωση απουσίας οικογενειακού πλαισίου. Οι Meyers et al. (1999) εφάρμοσαν την προσέγγιση αυτή σε 62 «σημαντικούς άλλους», οι οποίοι κατάφεραν να φέρουν το άτομο με προβλήματα εξάρτησης για θεραπεία με ποσοστό επιτυχίας 74%. Επίσης, αρκετές ανασκοπήσεις «μετα-ανάλυσης» τονίζουν την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης CRAFT (π.χ. Merkouris et al., 2022; Ariss et al., 2020).

Η παρέμβαση CRAFT είναι ένα πρόγραμμα υποστήριξης που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ για τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, τα οποία αγωνίζονται ανεπιτυχώς να παρακινήσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών/αλκοόλ και να αναζητήσουν θεραπεία, με διπλό σκοπό: τη βελτίωση της λειτουργικότητας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και τη συμμετοχή των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στη θεραπεία. Η παρέμβαση αυτή προωθεί την ενεργή, θετική συμμετοχή των οικογενειών στην προσπάθεια προσέλκυσης των αγαπημένων τους προσώπων σε θεραπεία, ενώ αξιοποιεί τις προσπάθειες των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας να βοηθήσουν, αναπτύσσοντας ρόλους ως ενεργοί συνεργάτες οι οποίοι υποστηρίζουν τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης. Η βασική υπόθεση της παρέμβασης CRAFT είναι ότι τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας έχουν ήδη λεπτομερή γνώση της συμπεριφοράς των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης και ότι είναι σε ισχυρή θέση να επηρεάσουν τη συμπεριφορά τους λόγω της ανησυχίας τους και της προσωπικής κινητοποίησής τους. Η πλήρης παρέμβαση CRAFT αποτελείται από 12-14 συνεδρίες (Sisson & Azrin, 1986). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα τεσσάρων-έξι συνεδριών είναι πλέον αποδεδειγμένη από διάφορες μελέτες (Kirby et al., 2017; Roozen et al., 2010) και περιλαμβάνει: α. Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας, β. Δεξιότητες θετικής επικοινωνίας, γ. Λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς εξάρτησης για να σκιαγραφηθούν οι παράγοντες που την προκαλούν, δ. Θετική ενίσχυση της αποχής και ενίσχυση συμπεριφορών οι οποίες δεν σχετίζονται με τον εθισμό και ε. Ανάπτυξη σχεδίου σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των υποτροπών. Μελέτη στη Γερμανία συνέκρινε την άμεση παρέμβαση CRAFT με τη λίστα αναμονής και βρήκε ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής για τα άτομα που έλαβαν άμεση παρέμβαση (Bischof et al., 2016).

Οι Eek et al. (2020) διεξήγαγαν μελέτη ελεγχόμενης δοκιμασίας (RCT) η οποία συγκρίνει μια διαδικτυακή παρέμβαση CRAFT (iCRAFT) πέντε εβδομάδων με μια ομάδα κατάστασης αναμονής (Waiting List, WL), αλλά η μελέτη τους δεν μπόρεσε να καταδείξει ουσιαστικές αλλαγές στο διαδικτυακό πρόγραμμα CRAFT όσον αφορά την αναζήτηση θεραπείας από τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης ή την ψυχική υγεία των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας. Βρήκαν μια ευεργετική επίδραση του iCRAFT στην ψυχική υγεία των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών (οι συμμετέχοντες στο iCRAFT έδειξαν μειωμένες βαθμολογίες για την κατάθλιψη, ενώ τα αποτελέσματα για το άγχος και τη συναισθηματική αποφυγή ήταν λιγότερο σαφή) και επιβεβαίωσαν τα ευρήματα των Bischof et al. (2016). Είναι ενδιαφέρον ότι οι συμμετέχοντες στο iCRAFT ανέφεραν αυξημένη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση από τη σχέση με το PAP. Συνολικά, τα αποτελέσματά τους υποδηλώνουν ότι το πρόγραμμα iCRAFT ήταν αρχικά επωφελές όσον αφορά την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων, αλλά οι βελτιώσεις δεν κατάφεραν να διατηρηθούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Παρ'όλα αυτά, δεν η παρέμβαση δεν πραγματοποιήθηκε δια ζώσης ή τηλεφωνικά. Στο συμπέρασμά τους, οι

Eek et al. (2020) τονίζουν ότι η μελλοντική έρευνα για προγράμματα iCRAFT θα πρέπει να διερευνήσει τρόπους έρευνας που μοιάζουν με πρόσωπο με πρόσωπο παρεμβάσεις CRAFT, π.χ. βιντεοκλήσεις με θεραπευτή. Συνολικά, το CRAFT εξετάστηκε και αποδείχθηκε αποτελεσματικό στις ΗΠΑ, τη Γερμανία και τη Σουηδία.

Σε μια κλασική μελέτη, οι Miller et al. (1999) στοχεύοντας στην προσέλκυση των εξαρτημένων στη θεραπεία συνέκριναν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις: α) την προσέγγιση CRAFT, β) την προσέγγιση ΑΛΑΝΟΝ (συγγενών «Ανώνυμων Αλκοολικών» και, γ) την παρέμβαση Johnson, και κατέληξαν ότι η προσέγγιση CRAFT ήταν η πιο αποτελεσματική (64%) σε σύγκριση με την προσέγγιση ΑΛΑΝΟΝ (13%) και την παρέμβαση Johnson (30%). Πρέπει να σημειωθεί, βέβαια, ότι η προσέγγιση ΑΛΑΝΟΝ στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των «σημαντικών άλλων» αποτελεί κατά κύριο λόγο μια προσέγγιση αυτοβοήθειας και αυτοανάπτυξης, χωρίς καθόλου να εστιάζει στην κινητοποίηση του χρήστη για αλλαγή. Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στην «αποστασιοποίηση με αγάπη» ('loving detachment'), μια στάση που διαπνέεται από την αποδοχή αδυναμίας ελέγχου πάνω στο πρόβλημα της εξάρτησης, ανάλογη με αυτή που πρεσβεύουν τα «12 βήματα» των Ανώνυμων Αλκοολικών. Τέλος, η παρέμβαση Johnson στηρίζεται στην εκπαίδευση των σημαντικών άλλων να οργανώσουν μια συνάντηση αντιπαράθεσης με τον εξαρτημένο με στόχο τη μείωση της άρνησης και την προσέλκυση του ατόμου στη θεραπεία (Johnson, 2004). Το έντονο αντιπαραθετικό στοιχείο συχνά την καθιστά ανεπιθύμητη γι' αυτό και δεν επιλέγεται από πολλές οικογένειες. Όταν, όμως, επιλεγεί, έχει υψηλό ποσοστό επιτυχίας (Edwards & Steinglass 1995, Miller et al. 1999). Μετεξέλιξη της παρέμβασης Johnson αποτελεί η παρέμβαση ARISE στην οποία το αντιπαραθετικό στοιχείο είναι λιγότερο έντονο (Landau 2008, 2000).



Εικόνα 2.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright

Πρόσφατα, πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία μια μελέτη ελεγχόμενης δοκιμασίας (RCT) σχετικά με τη διαδικτυακή θεραπεία ζευγαριού που καθοδηγείται από θεραπευτές, εμπνευσμένη από την προσέγγιση Craft για επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας με συζύγους/συντρόφους που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο (CRAFT έναντι θεραπείας ως συνήθως) (Nilsson, Magnusson, Carlbring, Andersson, & Hellner, 2019; Magnusson, Nilsson, Andersson, Hellner, & Carlbring, 2019). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια διαδικτυακή παρέμβαση υποστήριξης που βασίζεται στη Θεραπεία Συμπεριφοράς Ζεύγους είναι επωφελής για τα ίδια τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, αλλά ο αντίκτυπος στο άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα με το τζόγο είναι πιθανό να είναι μικρότερος και μπορεί να μην έχει κλινική σημασία. Παρ' όλα αυτά, η υποστήριξη και η καθοδήγηση από τους συμβούλους προσφέρθηκε μόνο μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και μέσω τηλεφώνου (15 λεπτά την εβδομάδα), χωρίς να παρέχονται τρόποι επικοινωνίας που να προσομοιάζουν στις ευεργετικές αλληλεπιδράσεις πρόσωπο με πρόσωπο, π.χ. βιντεοκλήσεις. Εναλλακτικά, μια εισαγωγική συνεδρία μεταξύ ενός θεραπευτή και ενός επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας θα μπορούσε να προσφέρει ένα λιγότερο «κρύο» και «απρόσωπο» πλαίσιο για μια διαδικτυακή παρέμβαση. Οι Copello et al. (2009) διαπίστωσαν ότι μια παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε με επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας από έναν επαγγελματία υγείας σε μία μόνο συνεδρία σε μορφή βιβλίου αυτοβοήθειας ήταν αποδεκτή μορφή παρέμβασης

και μάλιστα εξίσου αποτελεσματική με την παρέμβαση πρόσωπο με πρόσωπο που περιλαμβάνει έως και πέντε συνεδρίες διά ζώσης.

Στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο στηρίζεται και η προσέγγιση «πίεση για την αλλαγή» των Barber & Krisp (1995) η οποία περιλαμβάνει εκπαίδευση του συγγενή, συζήτηση του τρόπου που αντιμετωπίζει την εξάρτηση, οργάνωση δραστηριοτήτων ασύμβατων με τη χρήση, προετοιμασία για αντιπαράθεση με το άτομο με προβλήματα εξάρτησης και αίτημα για θεραπεία. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στις περισσότερες περιπτώσεις τα μέλη με προβλήματα εξάρτησης των οικογενειών, οι οποίες εκπαιδεύτηκαν σύμφωνα με την προαναφερθείσα προσέγγιση, ξεκίνησαν θεραπεία για το πρόβλημα της εξάρτησης.

Στο ίδιο πνεύμα κινούνται και αρκετές άλλες προσεγγίσεις με διαπιστωμένη αποτελεσματικότητα (δες ανασκοπήσεις: Hogue et al., 2022; Merkouris et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Ανάμεσά τους ξεχωρίζουν οι προσεγγίσεις, οι οποίες έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια για την προσέλκυση εφήβων με προβλήματα εξάρτησης και εφήβων με προβλήματα χρήσης που έχουν φύγει από το σπίτι τους, με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας (Hogue et al., 2022).

2.2.2. Μελέτες θεραπείας οικογένειας με στόχο τη διατήρηση της αποχής ή τη μείωση της βλάβης λόγω της συμπεριφοράς εξάρτησης

Ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος και της οικογένειας στην υποστήριξη της αποχής έχει τόσο υποστηριχθεί θεωρητικά όσο και θεμελιωθεί ερευνητικά (Μισουρίδου 2016, 2020). Η εμπλοκή «σημαντικών άλλων» στη θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση των αποτελεσμάτων (Hogue et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Οι Hogue et al. (2022) παρατηρούν ότι η συμμετοχή της οικογένειας «διορθώνει» σε μεγάλο βαθμό την ασυνέπεια του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Όταν βέβαια μιλούμε για θεραπεία οικογένειας, αναφερόμαστε όχι σε ατομική ή ομαδική ενημέρωση και υποστηρικτική συμβουλευτική, η οποία παραδοσιακά παρέχεται από πολλά κέντρα απεξάρτησης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά σε διάφορες συστηματικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στη βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια. Σε κάποιες περιπτώσεις, τα χρόνια προβλήματα στις σχέσεις και στην επικοινωνία, που πολύ συχνά συνοδεύονται από έντονα αρνητικά συναισθήματα, απαιτούν περισσότερη συστηματικότητα από μια απλή ενημέρωση ή αποσπασματική συμβουλευτική διαδικασία.

Οι διάφορες οικογενειακές προσεγγίσεις της εξάρτησης στηρίζονται στο συμπέρασμα πλήθους ερευνών ότι η βελτίωση των σχέσεων έχει βρεθεί να σχετίζεται με την αποχή από τη χρήση (Hogue et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Ένα μεγάλο μέρος των προσεγγίσεων αυτών έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα (π.χ. ΑΛΑΝΟΝ, συστημικού τύπου θεραπείες) χωρίς να έχει ερευνηθεί και συγκριθεί με άλλου τύπου θεραπείες. Η πλειονότητα των προσεγγίσεων, οι οποίες έχουν ερευνηθεί, στηρίζονται στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό ή στο συστημικό μοντέλο.

Οι γνωσιακές συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις συνήθως περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε στρατηγικές που βοηθούν τη μείωση της χρήσης, επεξεργασία του τρόπου αντιμετώπισης της εξάρτησης και ενίσχυση της αποχής, άμεσες προσπάθειες για βελτίωση των σχέσεων και αλλαγές στην επικοινωνία οι οποίες επιδρούν πολύ γρήγορα στην κατανάλωση ουσιών. Σε ανασκόπηση των ερευνών πάνω στην αποτελεσματικότητα της συμπεριφοριστικής θεραπείας ζευγαριού οι Hogue et al. (2022) συμπεραίνουν ότι η θεραπεία ζεύγους μόνη της ή σε συνδυασμό με ατομική θεραπεία εξάρτησης είναι περισσότερο αποτελεσματική από την ατομική θεραπεία μόνο ή την ατομική θεραπεία σε συνδυασμό με παράλληλη θεραπεία της οικογένειας ατομικά ή σε ομάδα. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται και από άλλες ανασκοπήσεις (McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Η αποτελεσματικότητα αφορά τόσο στη μείωση των συζυγικών προβλημάτων όσο και στη μείωση της χρήσης. Στην περίπτωση, βέβαια, που το άτομο με προβλήματα χρήσης ζητάει μόνο του θεραπεία, παρεμβαίνουμε μόνο σε ατομικό επίπεδο, εάν δεν δίνει τη συγκατάθεσή του για συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία. Εξαίρεση αποτελούν μόνο περιπτώσεις στις οποίες κινδυνεύει η ζωή του.

Οι συστημικές προσεγγίσεις, από την άλλη, στοχεύουν στη βελτίωση των σχέσεων και σε αλλαγές στη διαντίδραση των μελών της οικογένειας, θεωρώντας ότι οι αλλαγές στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας μπορεί να οδηγήσουν σε τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς, ακόμη και στην περίπτωση που το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, δεν έρθει σε επαφή με κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Κι αυτό γιατί οι αλλαγές στη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας αντανakλώνται στη συμπεριφορά του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης. Η μονόδρομη οικογενειακή θεραπεία, αλλά και άλλες

συστημικές προσεγγίσεις, των οποίων η αποτελεσματικότητα διερευνήθηκε, βρέθηκαν να οδηγούν τόσο στη μείωση της χρήσης όσο και στη βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων (Hogue et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Σε αντίστοιχα συμπεράσματα καταλήγουν μελέτες συστημικών παρεμβάσεων σε οικογένειες με έφηβους χρήστες (Hogue et al., 2019).

Οι Rigter et al. (2013) διεξήγαγαν μια εκτεταμένη μελέτη για τη χρήση κάνναβης νεαρών ενηλίκων που δοκίμασαν την Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία (MDFT, Multi-Dimensional Family Therapy) έναντι της συνήθους φροντίδας που προσφέρεται σε ατομική βάση σε μονάδες απεξάρτησης σε πέντε ευρωπαϊκές χώρες. Η ελεγχόμενη δοκιμασία έδειξε ισοδύναμα αποτελέσματα στη μείωση του ποσοστού κατάχρησης κάνναβης στο τέλος ενός έτους. Η Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία (MDFT, Multi-Dimensional Family Therapy) ήταν ανώτερη στη συγκράτηση στο θεραπευτικό πρόγραμμα, στη μείωση των συμπτωμάτων εξάρτησης από κάνναβη και στη μείωση της κατανάλωσης κάνναβης μεταξύ των νέων με τη μεγαλύτερη χρήση κατά την είσοδο στο πρόγραμμα. Οι Dakof et al. (2015) εξέτασαν την Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία (MDFT, Multi-Dimensional Family Therapy) έναντι της ομαδικής συνήθους φροντίδας που προσφέρεται σε ανήλικους παραβάτες. Και οι δύο συνθήκες έδειξαν συγκρίσιμες μειώσεις στη συχνότητα χρήσης και σχετιζόμενα με τη χρήση προβλήματα δύο χρόνια αργότερα. Η Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία (MDFT, Multi-Dimensional Family Therapy) ήταν ανώτερη στη μείωση των εξωτερικευμένων συμπτωμάτων και της σοβαρής παραβατικής δραστηριότητας (βάσει μητρώων αυτοαναφοράς και σύλληψης). Οι Liddle et al. (2018) συνέκριναν την Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία (MDFT, Multi-Dimensional Family Therapy) που προσφέρεται σε εξωτερική βάση σε ανοιχτά προγράμματα έναντι της ατομικής και ομαδικής προσέγγισης εφήβων με διπλή διάγνωση και παραβατική συμπεριφορά. Και οι δύο συνθήκες επέφεραν σημαντική κλινική πρόοδο στα αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση ουσιών και την ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων μηνών φροντίδας. Η Πολυεπίπεδη Οικογενειακή Θεραπεία (MDFT, Multi-Dimensional Family Therapy) ήταν ανώτερη στη διατήρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, τα οποία σχετίζονται με τη χρήση και τις παραβατικές συμπεριφορές, και ισοδύναμη σχετικά με τα συμπτώματα ψυχικής υγείας.



Εικόνα 2.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Όσον αφορά την ευάλωτη ομάδα των μητέρων με προβλήματα εξάρτησης και των παιδιών τους, οι Slesnick και Zhang (2016) συνέκριναν μια συστημική οικογενειακή θεραπεία με παρέμβαση αγωγής υγείας για μητέρες σε θεραπεία απεξάρτησης. Για να είναι επιλέξιμες για τη μελέτη, οι μητέρες έπρεπε να έχουν ένα παδί

με ηλικία 8–16 ετών υπό τη φροντίδα τους, το οποίο θα μπορούσε να συμμετέχει σε οικογενειακές συνεδρίες. Σε αξιολόγηση 18 μηνες αργότερα, η συστημική οικογενειακή θεραπεία βρέθηκε να έχει προκαλέσει ταχύτερη μείωση σε τρεις ουσίες: αλκοόλ, μαριχουάνα και κοκαΐνη. Οι Donohue et al. (2014) συνέκριναν μια προσέγγιση συμπεριφορικής οικογενειακής θεραπείας με τις συνήθειες υπηρεσίες οι οποίες προσφέρονται σε μητέρες που παραπέμπονται από υπηρεσίες παιδικής προστασίας για συνδυασμένη θεραπεία εξάρτησης και παιδικής παραμέλησης. Οι μητέρες έπρεπε να ζουν με το παιδί-θύμα το οποίο είχε προσδιορισθεί για παραπομπή υπηρεσίας προστασίας. Συνολικά δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ συνθηκών 6 ή 10 μήνες αργότερα. Η προσέγγιση συμπεριφορικής οικογενειακής θεραπείας προκάλεσε υψηλότερες μειώσεις στη χρήση ουσιών σε μια υποομάδα μητέρων των οποίων οι παραπομπές για παραμέληση παιδιών δεν οφείλονταν στην έκθεση των παιδιών τους σε παράνομες ναρκωτικές ουσίες.

2.2.3. Μελέτες σχετικά με την αντιμετώπιση των αναγκών των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας

Τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για εξάρτηση έχουν καλύτερα αποτελέσματα όταν οι «σημαντικοί άλλοι» (τα μέλη της οικογένειας και οι σύντροφοι/φίλοι που υποστηρίζουν την ανάρρωσή τους) βρίσκονται σε καλή ψυχική υγεία και όταν η σχέση με τους σημαντικούς άλλους είναι υψηλότερης ποιότητας (Timko et al., 2020). Παράλληλα, οι οικογενειακές παρεμβάσεις έχει διαπιστωθεί ότι οδηγούν στη μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων άγχους που βιώνουν τα άτομα των οποίων κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο αντιμετωπίζει το χρόνιο πρόβλημα της εξάρτησης (π.χ. Timko et al., 2020). Επιπλέον, στις τελευταίες δύο δεκαετίες, η έμφαση στα προβλήματα των παιδιών γονέων με προβλήματα εξάρτησης από αλκοόλ και ναρκωτικά, καθώς και στην αξιοποίηση του αιτήματος των γονιών για την κινητοποίηση εφήβων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών έχει οδηγήσει πολλούς φορείς στη δημιουργία προσεγγίσεων οι οποίες ξεφεύγουν από την επικέντρωση στο άτομο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι προσεγγίσεις για την υποστήριξη των γονιών στην αντιμετώπιση εφήβων χρηστών (Hogue et al., 2019). Διαπιστώνοντας ότι τα έντονα συναισθήματα του φόβου, του άγχους και της ενοχής υπονομεύουν τις ικανότητες των γονιών να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα των ναρκωτικών στα παιδιά τους, οι παρεμβάσεις με στόχο να βελτιώσουν την ψυχολογική υγεία των γονιών και να τους υποστηρίξουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος και στην κινητοποίηση των εφήβων για θεραπεία αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Hogue et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Η εκπαίδευση διαρκεί μερικές εβδομάδες και αναφέρεται ότι επιτυγχάνει τόσο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονιών όσο και την υιοθέτηση διεκδικητικών συμπεριφορών καθώς και την αυξημένη ικανοποίηση των γονιών με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα. Αρκετές προσεγγίσεις με διαπιστωμένη αποτελεσματικότητα και παρόμοιους στόχους παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία (Hogue et al., 2022; McGovern et al., 2021; Ariss et al., 2020). Σε πρόσφατη ανασκόπηση ερευνών οι McGovern et al. (2021) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η οικογενειακή θεραπεία οδηγεί σε στατιστικά σημαντική βελτίωση της ψυχικής υγείας των γονιών των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης.

Ξεχωριστό ενδιαφέρον προκαλεί η προσέγγιση πέντε βημάτων των Copello et al. (2000) για την υποστήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει: α) δυνατότητα να μιλήσουν τα μέλη της οικογένειας για τα προβλήματά τους, β) ενημέρωση, γ) διερεύνηση των μηχανισμών αντιμετώπισης της εξάρτησης, δ) διαμόρφωση υποστηρικτικού δικτύου και ε) δυνατότητες βοήθειας από ειδικά κέντρα. Μετά από την εκπαίδευση των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην προσέγγιση αυτή παρατηρήθηκε τόσο αλλαγή στη στάση τους απέναντι στο πρόβλημα όσο και αύξηση της κινητοποίησής τους για την υποστήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί η προσπάθεια η οποία γίνεται τις τελευταίες δεκαετίες για τη διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας τόσο με τη δημιουργία ερευνητικών εργαλείων για την ποσοτική καταγραφή τους (Orford et al., 2013) όσο και με ποιοτικές μελέτες που καταγράφουν την εμπειρία της εξάρτησης μέσα από τα μάτια της οικογένειας (Orford et al., 2013). Πολύ συχνά σε ποσοτικές έρευνες, οι οποίες εστιάζουν σε ελλείμματα συμπεριφορών και ρόλων, τα πορτραίτα των μελών της οικογένειας μοιάζουν περισσότερο με καρικατούρες, σε αντίθεση με αυτά που προσπαθούν να απεικονίσουν την προσπάθεια της οικογένειας να αντιμετωπίσει το χρόνιο πρόβλημα της εξάρτησης το οποίο την παραλύει. Για παράδειγμα, στην έρευνα της Barnard (2007) η ανάλυση των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει αυτούσιες μαρτυρίες μελών της οικογένειας και δίνει τη δυνατότητα στον αναγνώστη να ταυτιστεί, να συμπαθήσει, να νιώσει τα διλήμματα και

τις αγωνίες των μελών της οικογένειας που βιώνουν το πρόβλημα. Τα μέλη της οικογένειας είναι πρόσωπα τα οποία πάσχουν και συρρικνωμένες φιγούρες κάτω από την ταμπέλα της ελλειμματικής προσωπικότητας.

2.3. Συζήτηση-συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα μιας ανασκόπησης σχετικά με την αποτελεσματικότητα οικογενειακών παρεμβάσεων οι οποίες εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες: α) την κινητοποίηση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης, ώστε να επιτευχθεί η ένταξή του σε θεραπευτικό πρόγραμμα, β) τη μείωση της βλάβης ή τη διατήρηση της αποχής και τη συνολική βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια και γ) την αντιμετώπιση των προβλημάτων των μελών της οικογένειας τα οποία προέκυψαν από τη χρόνια έκθεση στο πρόβλημα της εξάρτησης. Συνολικά, τα αποτελέσματα των μελετών -παρά τους περιορισμούς που αφορούν τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων (π.χ. μικρός αριθμός υποκειμένων, μεγάλος εύρος μεθοδολογικών εργαλείων και χρονικών διαστημάτων επανεκτίμησης)- συγκλίνουν στην αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων, αφού αποδεικνύουν ότι η συμμετοχή της:

1. μπορεί να οδηγήσει -με την κατάλληλη εκπαίδευση- στην εμπλοκή του εξαρτημένου ατόμου στη θεραπεία
2. σχετίζεται θετικά με το συνολικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη διατήρηση της αποχής και τη βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια
3. συντελεί στο να βοηθηθεί η ίδια από αυτήν βελτιώνοντας έτσι το περιβάλλον στο οποίο εντάσσεται το εξαρτημένο μέλος μετά τη θεραπεία.

Σημαντικό μειονέκτημα των μελετών που ανασκοπήθηκαν αποτελεί η μεγάλη έμφαση σε μεθοδολογικά ζητήματα έρευνας και στη λεπτομερή παρουσίαση αποτελεσμάτων πολύπλοκων στατιστικών αναλύσεων σε συνδυασμό με την παρουσίαση ελάχιστων πληροφοριών για την ίδια τη θεραπευτική διαδικασία. Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα αποτελέσματα εντυπωσιακών μελετών τυχαioποιημένης ελεγχόμενης δοκιμασίας παράγουν συμπεράσματα τα οποία δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για τους ίδιους τους επαγγελματίες στην καθημερινή πρακτική. Επιπλέον, οι περισσότερες έρευνες είναι ποσοτικές και πολύ μικρή έμφαση δίνεται σε ποιοτικές προσεγγίσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να διερευνήσουν τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής και να ενημερώσουν τους επαγγελματίες για θέματα σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή κλινική πρακτική, όταν επιχειρούν να υποστηρίξουν την οικογένεια.

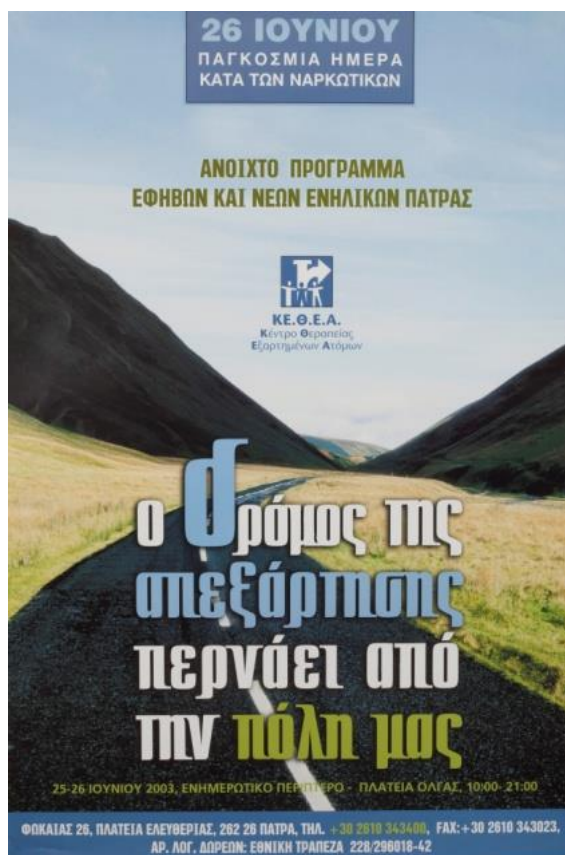
Εξαίρεση αποτελεί η ανασκόπηση ερευνών που διερευνούν τη θεραπευτική διαδικασία των Hogue & Liddle (2009), η οποία αποδεικνύει ότι όσο πιο ισχυρή είναι η συμμαχία με τον θεραπευτή τόσο καλύτερο το αποτέλεσμα της θεραπείας. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ισχυρές συμμαχίες των θεραπευτών με τους γονείς και με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών αποτελούν «κλειδί» για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Μάλιστα, η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας με τους γονείς μπορεί να προβλέψει τη συνέπεια στην παρακολούθηση του προγράμματος αλλά και τη μείωση της χρήσης εφήβων χρηστών. Στο πλαίσιο αυτό, υπάρχει ανάγκη για ποιοτικές έρευνες οι οποίες θα εστιάζουν στη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής (Orford, 2013) και στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις του θεραπευτή, της οικογένειας και του εξαρτημένου μέλους της (Missouridou et al., 2017).

Μια πολλή ενδιαφέρουσα προσπάθεια υπέρβασης των εμποδίων να υιοθετηθούν στοιχεία των βασισμένων σε ενδείξεις παρεμβάσεων που ανασκοπήθηκαν αποτελεί αυτή των Hogue et al., 2019, 2017) για την επιτυχή απόσταξη των βασικών τεχνικών θεραπείας των εμπειρικά επικυρωμένων μοντέλων οικογενειακής θεραπείας την οποία αποκαλούν Στρατηγική Βασικών Στοιχείων (Core Elements Strategy). Η προσπάθεια αυτή συμβάλει στην ανάπτυξη καινοτόμων μεθόδων εκπαίδευσης σε βασικά στοιχεία της οικογενειακής θεραπείας (Hogue et al., 2017, 2019), ως τρόπο απομυθοποίησης και εκδημοκρατισμού της συστημικής οικογενειακής θεραπείας, κάτι που τελικά την καθιστά πιο προσιτή σε παρόχους και οικογένειες.

Συνολικά, η Στρατηγική Βασικών Στοιχείων (Hogue et al., 2019) απέδωσε τέσσερα βασικά στοιχεία πρακτικής: (α) Οικογενειακή δέσμευση (Family Engagement): ενίσχυση της συμμετοχής των μελών της οικογένειας και οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης, (β) Σχισιακή αναπλαισίωση (Relational Reframing): μετάβαση από τον συνειδητό ή ασυνειδητό ορισμό της συμπεριφοράς ενός μέλους της οικογένειας ως το κυρίαρχο πρόβλημα της οικογένειας σε συστημική εννοιολόγηση του προβλήματος εστιασμένη στις σχεσιακές διαδικασίες, (γ) Αλλαγή της συμπεριφοράς της οικογένειας (Family Behavior Change): νέες δεξιότητες/ατομικές αλλαγές συμπεριφοράς, αποφυγή κριτικής συμπεριφοράς χρήσης, έπαινος και ενθάρρυνση

συμπεριφορών αποχής και μείωσης της χρήσης, που προάγουν βελτιωμένες οικογενειακές σχέσεις. (δ) Αναδιάρθρωση της οικογένειας (Family Restructuring): άμεση αλλαγή στις συναισθηματικές διαδικασίες της οικογένειας και ενθάρρυνση της κατανόησης των κυρίαρχων κυκλικών σχημάτων σχεσιακών αλληλεπιδράσεων.

Επιπλέον, το γεγονός ότι η πλειονότητα των ερευνών δεν έγινε σε πλαίσιο πραγματικών κλινικών συνθηκών –οι παρεμβάσεις, δηλαδή, εφαρμόστηκαν από έμπειρους θεραπευτές-ερευνητές για ερευνητικούς σκοπούς– μειώνει την «κλινική αντιπροσωπευτικότητα» των ερευνών που ανασκοπήθηκαν. Η πρόκληση είναι η μετάφραση της επιτυχίας των ελεγχόμενων δοκιμασιών σε παρεμβάσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική των κέντρων απεξάρτησης. Κι αυτό γιατί στις ελεγχόμενες δοκιμασίες οι παρεμβάσεις γίνονται από έμπειρους ερευνητές-θεραπευτές, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζουν τον φόρτο εργασίας και άλλες δυσκολίες των θεραπειών στον κλινικό χώρο. Μάλιστα, σε περιπτώσεις στις οποίες οι οικογενειακές παρεμβάσεις που δημιουργήθηκαν για ερευνητικούς σκοπούς εφαρμόζονται στην καθημερινή κλινική πρακτική, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μειώνεται, όταν αποσύρεται η υποστήριξη του πλαισίου εποπτείας το οποίο παρεχόταν προηγουμένως στο πλαίσιο της έρευνας (Hogue & Liddle, 2009). Πάντως, οι παρεμβάσεις κινητοποίησης του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και στην αντιμετώπιση του ατόμου που αντιμετωπίζει τα προβλήματα εξάρτησης με αγάπη και διάθεση διατήρησης της σύνδεσης μαζί του/της, όπως η παρέμβαση CRAFT, δεν έχουν μόνο αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στις ελεγχόμενες δοκιμασίες αλλά και ευρεία εφαρμογή στην Αμερική, στην Ευρώπη και στην Αυστραλία (δες Κεφάλαιο 10).



Εικόνα 2.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι παράλληλα με τον εντυπωσιακό αριθμό μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων στη θεραπεία απεξάρτησης, υπάρχει ένας άλλος μεγάλος αριθμός μελετών στον χώρο της αναπτυξιακής ψυχολογίας σχετικά με τη συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη των προβλημάτων ουσιοεξάρτησης. Τα αποτελέσματα αυτά ενοχοποιούν την οικογένεια, η οποία φέρει το βαρύ φορτίο -συχνά διαγενεακό μιας και η χρήση σε πολλές περιπτώσεις συναντάται και στις προηγούμενες γενιές- του χρόνιου προβλήματος της εξάρτησης, και σίγουρα επηρεάζουν

τη φιλοσοφία και τον σχεδιασμό των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών. Εξάλλου, το γεγονός ότι η δυναμική των οικογενειακών αλληλεπιδράσεων μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία του προβλήματος, ορίζοντας - ασυνείδητα- ένα μέλος της οικογένειας ως προβληματικό (Stanton & Todd, 1982), δεν σημαίνει ότι η θεραπεία του προβλήματος δεν βρίσκεται -τουλάχιστον εν μέρει- στην αλλαγή ακριβώς αυτών των αλληλεπιδράσεων. Αν το άτομο με προβλήματα εξάρτησης αποτελεί το εξιλαστήριο θύμα της οικογένειας και της κοινωνίας (Μάτσα 1994, 2008), τότε η αντιμετώπιση της εξάρτησης βρίσκεται στη βελτίωση των σχέσεων στην οικογένεια και στην αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών. Όπως τονίζουν οι McAdam & Mirza (2009), σε μια περίοδο έντονης κρίσης του θεσμού της οικογένειας, αν οι νέοι εξακολουθήσουν να βιώνουν με αυξητικό ρυθμό προβλήματα φτώχειας και περιθωριοποίησης, η επίδραση των ψυχοκοινωνικών μας παρεμβάσεων στο μέλλον θα είναι σίγουρα πολύ περιορισμένη.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(6), 526.
- Barnard, M. (2007) *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8:205-218.
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*.
- Brisset, D. (1988) Denial in alcoholism: a sociological interpretation. *Journal of Drug Issues*, 18:385-402.
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Come full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cancrini, L. (1994) The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, 24(4):597-622.
- Cermak, T. (1991) The Relationship between Codependence and Narcissism. In T.M. Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάπας, Ι.Α. και Πομίνι, Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Copello, A., Orford, J. (2002) Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11):1361-1363.
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C. (2002) Social Behaviour and network therapy – Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27:345-366.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58.
- Copello, A.G., Velleman, R., Templeton, L. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24:369-385.
- Corless, J., Mirza, K.A.H., Steinglass, P. (2009) Editorial: Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Family Therapy Journal*, 31, 109-114.
- Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C., & Liddle, H. A. (2015). A randomized controlled trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29, 232– 241.
- Denzin, N.K. (1987) *The alcoholic self*. US: SAGE.
- Donohue, B., Azrin, N. H., Bradshaw, K., Van Hasselt, V. B., Cross, C. L., Urgelles, J., Romero, V., Hill, H. H., & Allen, D. N. (2014). A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 706.
<https://doi.org/10.1037/a0036920>
- Dopp, A. R., Manuel, J. K., Breslau, J., Lodge, B., Hurley, B., Kase, C., & Osilla, K. C. (2022). Value of family involvement in substance use disorder treatment: Aligning clinical and financing priorities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132, 108652.
- Flores, P.J. (1997) *Group Psychotherapy with Addicted Populations*. New York: Haworth Press.
- Fotopoulou, M., & Parkes, T. (2017). Family solidarity in the face of stress: responses to drug use problems in Greece. *Addiction Research & Theory*, 25(4), 326-333.
- Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11:263-273.
- Halford, W.K., Price, J., Kelly, A.B., Bouma, R., Young, R. (2001) Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of the three treatments. *Addiction*, 96:1497-1508.
- Hatfield, A.B. (1996) *Out of the ashes of mental illness... A new life*. In B. Abosh & A. Collins (eds) *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*. Canada: Toronto Press.
- Hellum, Rikke, Randi Bilberg, and Anette Søgaaard Nielsen. "'He is lovely and awful": The challenges of being close to an individual with alcohol problems." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 39.1 (2022): 89-104.
- Hoffman, J.P. (1995) The effects of family structure and family relations on adolescent marihuana use. *The International Journal of the Addictions*, 30(10):1207-1241.

- Hogue A, Bobek M, Dauber S, Henderson CE, McLeod BD, & Southam-Gerow MA (2017). Distilling the core elements of family therapy for adolescent substance use: Conceptual and empirical solutions. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26, 437–453.
- Hogue, A., Bobek, M., Dauber, S., Henderson, C. E., McLeod, B. D., & Southam-Gerow, M. A. (2019). Core elements of family therapy for adolescent behavior problems: Empirical distillation of three manualized treatments. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), 29-41.
- Hogue, A., Schumm, J. A., MacLean, A., & Bobek, M. (2022). Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010–2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 178-203.
- Hogue A, Liddle H. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*. 31:126–154.
- Johnson, V.E. (2004) *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Klagsbrun, M., Davis, D.I. (1998) Substance abuse and family interaction. *Family Process*:1-11.
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S199.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Κούπερ, Ντ. (1976) *Ο θάνατος της Οικογένειας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Landau, J., Garrett, J., Shea, R. R., Stanton, M. D., Brinkman-Sull, D., & Baciewicz, G. (2000). Strength in numbers: The ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 26(3), 379-398.
- Landau, J., Garrett, J., & Webb, R. (2008). Assisting a concerned person to motivate someone experiencing cybersex into treatment: Application of invitational intervention: The ARISE model to cybersex. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(4), 498-511.
- Lefley, H.P. (1989) Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44:556-560.
- Liahaugen Flensburg, O., Richert, T., & Väfors Fritz, M. (2022). Parents of adult children with drug addiction dealing with shame and courtesy stigma. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-10.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., & Alberg, L. (2018). Multidimensional family therapy as a community- based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co- occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>
- Lindeman, S. K., Titlestad, K. B., Lorås, L., & Bondas, T. (2021). An unknown invisible intrusion. Impact of an adult family member’s problematic substance use on family life: a meta-ethnography. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-13.
- Løberg, A. H., Lindeman, S. K., & Lorås, L. (2022). Keeping the balance. The efforts of bereaved siblings prior to their brothers’ or sisters’ drug-related death. *Journal of Family Therapy*.
- McCrady, B. S., & Flanagan, J. C. (2021). The role of the family in alcohol use disorder recovery for adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1).
- McCrady, B. S., Epstein, E. E., Hallgren, K. A., Cook, S., & Jensen, N. K. (2016). Women with alcohol dependence: A randomized trial of couple versus individual plus couple therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 287. <https://doi.org/10.1037/adb00 00158>
- McGovern, R., Smart, D., Alderson, H., Araújo-Soares, V., Brown, J., Buykx, P., ... & Kaner, E. (2021). Psychosocial interventions to improve psychological, social and physical wellbeing in family members affected by an adult relative’s substance use: a systematic search and review of the evidence. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1793.
- Merkouris, S. S., Rodda, S. N., & Dowling, N. A. (2022). Affected other interventions: a systematic review and meta-analysis across addictions. *Addiction*.
- Meulewaeter, F., De Schauwer, E., De Pauw, S. S., & Vanderplasschen, W. (2022). “I Grew Up Amidst Alcohol and Drugs:” a Qualitative Study on the Lived Experiences of Parental Substance Use Among Adults Who Developed Substance Use Disorders Themselves. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

- Meyers, R.J., Smith, J.E. (1997) Getting off the fence: Procedures to engage treatment-resistant drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5):467-472.
- Miller, T., Velleman, R., Rigby, K., Orford, J., Tod, A., Copello, A., Benett, G. (1997) The use of vignettes in the analysis of interview data: Relatives of people with drug problems. In Hayes N. (ed) *Doing Qualitative Analysis in Psychology*. UK: Psychology Press.
- Miller, W.R. (2003) A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98: 5-6.
- Missouridou E, Segredou I, Esseridou D & Papadatou D (2017) Routine care interventions with the parents of adult drug and alcohol users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09687637.2017.1399105>
- Missouridou, E. (1999) *The process of relapse and recovery after treatment for problem drug use*. Unpublished PhD Thesis, University of Manchester.
- Μάτσα, Κ. (2003) Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 82: 8-17.
- Μισουρίδου, Ε. (2004) Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 88:59-64.
- O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Murphy, M. M., & Muchowski, P. M. (2017). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually- based treatment for drug- abusing women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 309.
- O'Farrell, T.J., Schumm, J.A., Dunlap, L.J., Murphy, M.M., & Muchowski, P. (2016). A randomized clinical trial of group vs standard behavioral couples therapy plus individually based treatment for patients with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 497.
- Oreo, A., & Ozgul, S. (2007). Grief experiences of parents coping with an adult child with problem substance use. *Addiction Research & Theory*, 15(1), 71-83.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A., Velleman, R. (1998) Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12):1799-1813.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Benett, G., Velleman, R. (1992) Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2:163-183.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine*, 78, 70-77.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers rate of cannabis dependence in adolescents: Randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85– 93.
- Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J., & Jorgensen, J. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid symptoms and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 342– 348.
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003– 2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 59– 81. <https://doi.org/10.1111/j.1752- 0606.2011.00280.x>
- SAMHSA (2020) *Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy UPDATED 2020* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. HHS Publication No. PEP20-02-02-012 . Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and alcohol dependence*, 219, 108439.
- Schumm, J. A., Monson, C. M., O'Farrell, T.J., Gustin, N. G., & Chard, K. M. (2015). Couple treatment for alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder: Pilot results from U.S. military veterans and their partners. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 247–252.

- Schumm, J.A., O'Farrell, T.J., Kahler, C.W., Murphy, M.M., & Muchowski, P. (2014). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 82, 993.
- Sisson, R.W., Azrin, N.H. (1986) Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1):15-21.
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance- using mothers and their 8- to 16-year- old children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(6), 619. <https://doi.org/10.1037/adb0000199>
- Slesnick, N., Erdem, G., Bartle- Haring, S., & Brigham, G. S. (2013). Intervention with substance- abusing runaway adolescents and their families: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 600– 614. <https://doi.org/10.1037/a0033463>
- Stafford, D., Hodgkinson, L. (1991) *Codependency: How to break free and live your own life*. London: Piatkus.
- Stanton M.D. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: A review of outcomes and clinical options. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 165-182.
- Thomas, E.J., Adams, K.B., Yoshioka, M.R., Ager, R.D. (1990) Unilateral Relationship Enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcoholics. *The American Journal of Family Therapy*, 18(4):334-344.
- Timko, C., Lor, M. C., Rossi, F., Peake, A., & Cucciare, M. A. (2022). Caregivers of people with substance use or mental health disorders in the US. *Substance Abuse*, 43(1), 1268-1276.
- Timko, C., Rossi, F. S., Grant, K. M., Lor, M. C., & Cucciare, M. A. (2021). Concerned others' help utilization and patients' alcohol treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 108983.
- Titlestad, K. B., Mellingen, S., Stroebe, M., & Dyregrov, K. (2021). Sounds of silence. The “special grief” of drug-death bereaved parents: A qualitative study. *Addiction Research & Theory*, 29(2), 155-165.
- Toumbourou, J.W., Blyth, A., Bamberg, J., Forer, D. (2001) Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11:291-304.
- Velleman, R., Benett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., Tod, A. (1993) The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88:1281-1289.
- World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Μισουρίδου Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Πομίνι, Β. (2004) Οικογένεια και χρήση ουσιών: μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Φωστέρη, Μ. (2004) Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).

Κεφάλαιο 3

Εξάρτηση και μητρότητα

Σύνοψη

- Οι ανάγκες των γυναικών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης δεν καλύπτονται στα υπάρχοντα προγράμματα, κάτι το οποίο φαίνεται από τη μειωμένη συμμετοχή τους σε προγράμματα τόσο απεξάρτησης όσο και χορήγησης υποκαταστάτων.
- Συχνό πρόβλημα στη γυναικεία εξάρτηση αποτελεί η συνεξάρτηση. Οι άντρες εξαρτημένοι αποσύρονται ευκολότερα από τη σχέση με μια εξαρτημένη γυναίκα, ενώ οι γυναίκες εμπλέκονται βαθύτερα στο πρόβλημα του συντρόφου τους, έχοντας πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να διαλύσουν τη σχέση αυτή και να ξεκινήσουν μια καινούργια ζωή.
- Συνήθως η εγκυμοσύνη γυναικών με προβλήματα τοξικοεξάρτησης γίνεται αντιληπτή σε προχωρημένο στάδιο κυρίως λόγω της αμηνόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης πως μπει επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών, δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιοποιήσουν την πρώτη ευκαιρία παροχής συμβουλών σε εγκύους γυναίκες, οι οποίες κάνουν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, σχετικά με τη διακοπή της χρήσης και να προσφέρουν αποτοξίνωση υπό ιατρική παρακολούθηση ή να τις παραπέμψουν σε μονάδες αποτοξίνωσης, όποτε είναι αναγκαίο και εφαρμόσιμο.
- Το ζήτημα της χρήσης ουσιών στη μητρότητα είναι ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αρκετοί φορείς, όπως κέντρα απεξάρτησης, δομές παιδικής προστασίας και εκπαίδευσης, μαιευτήρια, δικαστικές αρχές και τα τμήματα των γυναικείων φυλακών. Η αντιμετώπισή του απαιτεί τη συστημική προσέγγιση μέσα από την οποία θα ενδυναμωθεί η σχέση μητέρας-παιδιού και βέβαια την καλή συνεργασία επαγγελματιών και φορέων, ώστε να αποτελέσουν ένα υποστηρικτικό δίκτυο γύρω από τη μητέρα και το παιδί της.

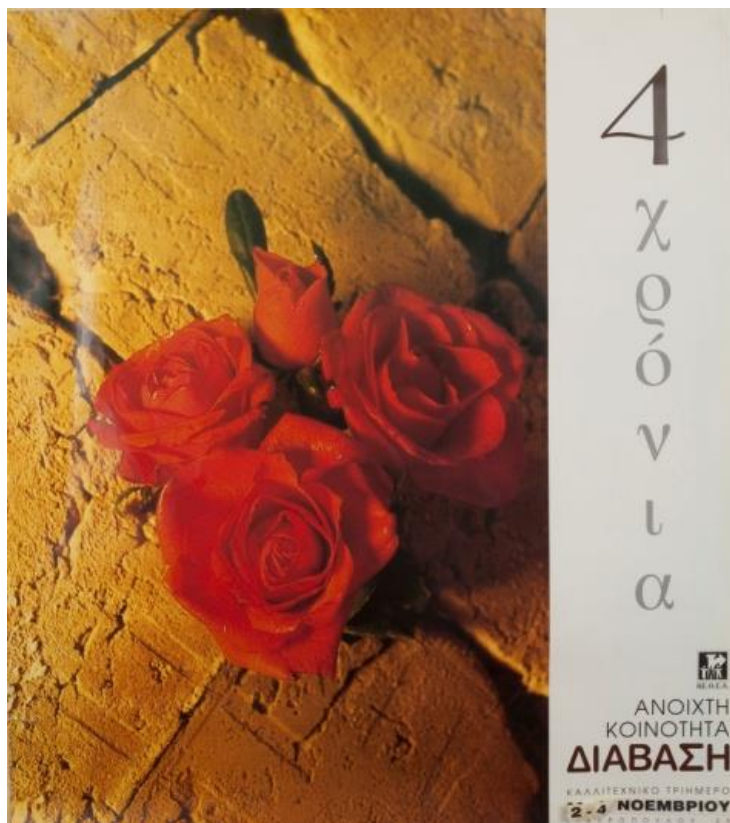
Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Στη Διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται η ανάγκη για προγράμματα ευαίσθητα στις ιδιαιτερότητες του γυναικείου πληθυσμού (SAMHSA, 2009· Simpson & McNulty, 2008). Οι ανάγκες των γυναικών δεν καλύπτονται στα υπάρχοντα προγράμματα, κάτι το οποίο φαίνεται από τη μειωμένη συμμετοχή τους σε προγράμματα τόσο απεξάρτησης όσο και χορήγησης υποκαταστάτων. Οι γυναίκες συχνά δυσκολεύονται σε πλαίσια σχεδιασμένα για τον αντρικό πληθυσμό και προσανατολισμένα σε παρεμβάσεις αντιπαράθεσης. Έχοντας εκτεθεί σε βίαιες συμπεριφορές στο παρελθόν τους, οι εξαρτημένες γυναίκες βρίσκουν συχνά τέτοια πλαίσια ιδιαίτερα απειλητικά ή διαπιστώνουν πως δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους (Brooks & Rice, 1997). Χαρακτηριστική είναι η στάση των θεραπειών απεξάρτησης που θεωρούν ότι οι γυναίκες επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των αναγκών των άλλων και του περιβάλλοντός τους και όχι του εαυτού τους. Όταν οι γυναίκες μιλούν για τις ανησυχίες τους, για τα παιδιά τους, συχνά δεν ακούγεται η φωνή τους. Φαίνεται, όμως, πως η σχέση με το παιδί ή τα παιδιά παίζει τόσο σημαντικό ρόλο που αυτή η στάση ουσιαστικά αγνοεί τις ανάγκες των εξαρτημένων μητέρων καθώς και των παιδιών τους. Η μητρότητα σηματοδοτεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της ζωής τους, άμεσα συνδεδεμένο με τη γυναικεία ταυτότητα και τις ανάγκες τους.

Στο κεφάλαιο αυτό αρχικά εξετάζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναικείας εξάρτησης. Στη συνέχεια αναλύεται η διαδικασία της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της φροντίδας ενός παιδιού στο πλαίσιο της εξάρτησης. Επιπλέον, παρουσιάζονται κατευθυντήριες οδηγίες για την προσέγγιση των γυναικών με προβλήματα εξάρτησης κατά την προγεννητική και την περιγεννητική φροντίδα τους από τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, συζητιούνται οι μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις, οι οποίες απαιτούνται για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου γύρω από τη μητέρα και το παιδί της.



Εικόνα 3.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

3.1. Εξάρτηση και γυναίκα

Συχνά τονίζεται ότι οι γυναίκες έχουν κοινωνικοποιηθεί μέσα από την επικράτηση και διαίωνιση εξαρτητικών ρόλων. Η κατωτερότητα του γυναικείου φύλου, τόσο η βιολογική όσο και η ηθική, η ταύτιση της γυναίκας με τη φύση και του άντρα με τον πολιτισμό, έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας και συγγραφικής δραστηριότητας πολλών επιστημόνων (Μπακαλάκη, 1994· Rosaldo & Lamphere, 1974· Ιγγλέση, 1994). Φεμινίστριες ερευνήτριες - 'feminist research' - παρατηρούν τον φόβο της γυναίκας μπροστά στην επιτυχία, τη δυσκολία της να λειτουργήσει ανεξάρτητη, το γυναικείο χάσμα στην πραγμάτωση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση των κοριτσιών στο σχολείο παρά τις άριστες επιδόσεις τους και την έλλειψη εμπιστοσύνης στις ικανότητές τους.

Η Nancy Chodorow (1974) στην προσπάθεια διερεύνησης της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης της γυναίκας και της φυλετικής της ταυτότητας τονίζει τη σημασία της σχέσης με τη μητέρα ως την κρίσιμη διαφοροποιητική εμπειρία του φύλου. Σε παγκόσμια κλίμακα οι μητέρες είναι υπεύθυνες για την πρώιμη φροντίδα των παιδιών. Η μητέρα σχετίζεται διαφορετικά με το κορίτσι από ό,τι με το αγόρι. Ταυτίζεται με την κόρη της, ως προέκταση του ίδιου της του εαυτού, συγχέοντας τα όρια μεταξύ τους και δείχνοντας πιο συχνά προθυμία στο να βοηθήσει την κόρη της στη διαδικασία εξοτομείκευσης. Αντίθετα, ενθαρρύνει τον «ανδρισμό» και την ανεξαρτησία του γιου της, ο οποίος πρέπει να απορρίψει την εξάρτηση από τη μητέρα και να αρνηθεί την τρυφερότητα αυτής της σχέσης και την ταύτιση μαζί της στην εύρεση της φυλετικής του ταυτότητας.

Η σύγχυση των ορίων στη σχέση μητέρας κόρης, η δυσκολία της κόρης να ξεχωρίσει τον εαυτό της από τη μητέρα της αλλά και το αντίστροφο συνεπάγεται την οδύνη τού να μην μπορεί να ξεχωρίσει η γυναίκα τον εαυτό της από τον υπόλοιπο κόσμο κι έτσι να νιώθει ενοχή και ευθύνη για καταστάσεις τις οποίες δεν προκάλεσε η ίδια με τις πράξεις της, ακόμη και για καταστάσεις τις οποίες η ίδια δεν θα είχε την ικανότητα να επηρεάσει. Αποφεύγοντας τις γενικεύσεις και εκτιμώντας τη σημασία της σχέσης με τον πατέρα στην κοινωνικοποίηση του κοριτσιού, πρέπει να τονίσουμε τη σημασία του διαφορετικού μεγάλωματος, της κοινωνικής μάθησης των φυλετικών ρόλων σε οποιαδήποτε προσπάθεια προσέγγισης της γυναικείας ταυτότητας.



Εικόνα 3.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Κεντρικό, λοιπόν, ζήτημα σε κάθε προσέγγιση της γυναικείας εξάρτησης «πρέπει» να αποτελεί η γυναικεία ταυτότητα. Η εξαρτημένη γυναίκα συχνά νιώθει ως ελλειμματική την ταυτότητά της, ενώ υιοθετεί ανδροπρεπείς συμπεριφορές ή γίνεται επιθετική πολλές φορές με βίαιες εκρήξεις θυμού, συμπεριφορές που την έχουν βοηθήσει να επιβιώσει στον σκληρό κόσμο των ναρκωτικών. Πίσω από την «αντρική μάσκα» και την προκλητική συμπεριφορά της, η εξαρτημένη γυναίκα κρύβει την τεράστια οδύνη την οποία βιώνει στη ζωή με την ουσία. Μια ζωή, που χαρακτηρίζεται από το διπλό δεσμό στη σχέση με την ουσία, την προσπάθεια ελέγχου της εξάρτησης από την ουσία (Bateson, 1971), τόσο αμείλικτη και εγκλωβιστική που δυστυχώς συχνά την οδηγεί στον θάνατο.

Εξαρτημένες από τα ναρκωτικά οι γυναίκες περιγράφονται ως παρορμητικές, απεγνωσμένες, εγωίστριες, επικίνδυνες, μολυσμένες, ενώ συχνά καταφεύγουν στην πορνεία. Χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξημένο ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας, ποσοστά ψυχοπαθολογίας υψηλότερα από αυτά των ανδρών, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου σχέσεων, κοινωνική απομόνωση, παρελθόν σωματικής κακοποίησης, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και αυτοκτονικότητα συνθέτουν την εικόνα της εξαρτημένης γυναίκας και των προβλημάτων της στη διεθνή βιβλιογραφία. Κεντρικό ρόλο στον χαοτικό τρόπο της ζωής της παίρνει συχνά η εξαρτητική σχέση με σύντροφο χρήστη ουσιών, αυτό που αποκαλούμε συνεξάρτηση. Ενώ οι άντρες εξαρτημένοι αποσύρονται ευκολότερα από τη σχέση με μια εξαρτημένη γυναίκα, οι γυναίκες εμπλέκονται βαθύτερα στο πρόβλημα του συντρόφου τους, έχοντας πολύ μεγαλύτερη δυσκολία να διαλύσουν τη σχέση αυτή και να ξεκινήσουν μια καινούρια ζωή.

Ο Cermak (1991) παραλληλίζει τη σχέση ναρκισσισμού και συνεξάρτησης ως τη συμπληρωματική σχέση του Νάρκισσου και της Ηχώς, μιας σχέσης καθρεφτίσματος του ενός από τον άλλον. Ο Νάρκισσος, ο οποίος αρνιόταν να δείξει αγάπη σε οποιονδήποτε τον ερωτευόταν, καταδικάστηκε από τη Νέμεση να ερωτευθεί τον εαυτό του και έτσι να βιώσει την ίδια μοίρα με αυτούς στους οποίους αρνιόταν την αγάπη του, ενώ η Ηχώ καταδικάστηκε με την κατάρα της Ήρας να μην μπορεί να μιλήσει παρά να επαναλαμβάνει τα λόγια των άλλων. Το τραγικότερο σημείο της κατάρας ήταν ο έρωτάς της για τον Νάρκισσο. Παρότι κεντρική θέση σε όλες της ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης κατέχουν ζητήματα ναρκισσισμού, στην εξαρτημένη γυναίκα, σε αντίθεση από τον άνδρα, παρατηρούμε τόσο προβλήματα που σχετίζονται με τον ναρκισσισμό της όσο και με τη συνεξαρτητική σχέση. Για τον Νάρκισσο παύει ο Άλλος να υπάρχει, ενώ για την Ηχώ, η οποία αποτελεί τον καθρέφτη του μεγαλείου του Νάρκισσου, η διάλυση της σχέσης απειλεί την ίδια της την ύπαρξη. Ο Cermak τονίζει ότι ο συνεξαρτημένος δεν επιτυγχάνει την ψευδο-αυτονομία του

«νάρκισσου» με αποτέλεσμα να απειλείται η ύπαρξή του σε κάθε προσπάθεια αυτονόμησης και διαφοροποίησης μέσα στη σχέση.

3.2. Εξάρτηση και μητρότητα

Η γυναίκα δεν γεννιέται μητέρα αλλά γίνεται μέσα από μια δυναμική διαδικασία που εξαρτάται από πολλούς εσωτερικούς (φαντασιώσεις, ψυχική υγεία) και εξωτερικούς παράγοντες. Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά την οποία η μέλλουσα μητέρα έχει το περιθώριο να επεξεργασθεί τον καινούριο της ρόλο και να αναπτύξει την ταυτότητά της ως μητέρα. Είναι μια περίοδος στην οποία θυμάται τις εμπειρίες της παιδικής της ηλικίας και προετοιμάζεται για τον ερχομό του παιδιού. Όταν το παιδί γεννιέται, οι φαντασιώσεις και οι προσδοκίες της συναντούν την πραγματικότητα του παιδιού. Οι απαιτήσεις ενός παιδιού μπορεί να είναι τρομακτικά μεγάλες ακόμη και για μια σχετικά καλά προετοιμασμένη μητέρα.



Εικόνα 3.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού αποτελούν περιόδους κρίσης και ιδιαίτερης ευαισθησίας, οι οποίες κυοφορούν τη δυνατότητα αλλαγής και «μεγαλώματος». Απαιτούν, όμως, μεγάλα αποθέματα ενέργειας, υλικής και ψυχολογικής υποστήριξης, και βέβαια εκείνη την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας που επιτρέπει την αντιμετώπιση των δραματικών αλλαγών στη σωματική, ψυχική και κοινωνική σφαίρα. Έχοντας μεγαλώσει σε οικογένειες με πολλά προβλήματα και έντονη συγκρουσιακή ατμόσφαιρα ή υιοθετημένες ή σε ιδρύματα, οι εξαρτημένες μητέρες έχουν συχνά βιώσει την έλλειψη αγάπης και φροντίδας στην παιδική τους ηλικία, τη μικρή ή μεγάλη έλλειψη εκείνου του αναγκαίου δεσμού με τους σημαντικούς Άλλους, ενός δεσμού εμπιστοσύνης ο οποίος διακρίνεται για τη σταθερότητα και τη συνέχειά του στον χρόνο, που διαμορφώνει την προσωπικότητα του παιδιού και αποτελεί το πολύτιμο εφόδιο στην επίλυση ενδοψυχικών συγκρούσεων και ανάπτυξης σε ένα κοινωνικό πλαίσιο αντιφατικό και συχνά σκληρό ή αδιάφορο στα προβλήματα των πιο ευαίσθητων μελών του. Σύμφωνα με τη Μάτσα (2011) αυτό που λείπει στην πρώιμη σχέση εξαρτημένης μητέρας-παιδιού είναι ο ενθουσιασμός και η αμοιβαία απόλαυση αυτής της σχέσης, τα οποία συμβάλλουν καθοριστικά στην ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού.

«Δυστυχώς η μητέρα μου δεν μου μετέδωσε την ασφάλεια να σηκώσω το μωρό, να του κάνω μπάνιο... γιατί η μητέρα μου δεν είχε πάρει ποτέ μητρική αγάπη. Μεγάλωσε με τη θεία της, δεν της προσφέρθηκε ποτέ μητρική αγάπη κι έτσι δεν ήξερε πώς να δώσει μητρική αγάπη... Υπήρχε αυτή η έλλειψη... δυστυχώς νομίζω ότι έλειπε η φροντίδα, η προσοχή, να γυρίζεις πίσω και να γίνεσαι παιδί, το παιχνίδι... κι έτσι το πέρασα στις κόρες μου, όχι σκόπιμα (δεν το ήθελα), καταλαβαίνεις...».

Galera, S.A.F., Bernal, M.C.R., O'Brien, B. (2005) Women living in a drug (and violence) context - the maternal role. *RevLatino-am Enfermagem*, 13:1142-7. (σελ. 1145-1146)

Πίνακας 3.1 Μητρότητα και διαγενεακή επιρροή.

Συνήθως, η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή σε προχωρημένο στάδιο είτε λόγω της αμηνόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης πως, επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών, δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες είτε λόγω της παραμέλησης και έκθεσης του σώματός τους στη σεξουαλική επαφή χωρίς αντισυλληπτικές προφυλάξεις, παρότι ο κίνδυνος μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι πραγματικά πολύ μεγάλος στις σχέσεις τους. Η εξαρτημένη γυναίκα μπορεί να μην επιθυμεί τη γέννηση ενός παιδιού και να επιδιώξει την άμβλωση. Συχνά, όμως, επιθυμεί τη μητρότητα, μια επιθυμία που συνυπάρχει με τη φαντασίωση του παιδιού ως λυτρωτή από τη δύσκολη ζωή της στα ναρκωτικά και που τελικά την κινητοποιεί προς την κατεύθυνση της προστασίας του εαυτού της και την επίλυση των προβλημάτων της. Το παιδί, ως σημείο αναφοράς στο πραγματικό, θα αποκαταστήσει τη χαμένη ενότητα και θα της δώσει τον σκοπό ο οποίος της διαφεύγει (Ρήγα 1991). Ο ενθουσιασμός αυτός βέβαια πολλές φορές «ξεφουσκώνει» γρήγορα μετά τη γέννηση του παιδιού, όταν συνειδητοποιεί τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούργιου της ρόλου και τη δυσκολία της να ανταποκριθεί σ' αυτόν. Κι εκεί βιώνει το δίλημμα «το παιδί ή την ουσία», το οποίο χαρακτηρίζει την αμφίθυμη στάση της προς το βρέφος.

«Πολλές σκέψεις πέρασαν από το μυαλό μου και είπα στον εαυτό μου «Τώρα έχεις μια ευκαιρία να αλλάξεις ζωή, έτσι τώρα πρέπει να πάρεις μια απόφαση. Θα κρατήσεις το παιδί ή θα κάνεις έκτρωση;» Έπρεπε να σκεφτώ σοβαρά. Αυτή είναι μια ευκαιρία για μια καινούργια ζωή».

Söderström, K. (2011) Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child and Family Social Work* 2012, 17, pp 458–467. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x> (σελ. 462).

Πίνακας 3.2 Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών

Όταν, παρά τα πολλαπλά προβλήματα υγείας και παραμέλησης του σώματός τους, οι εξαρτημένες χρήστριες φέρνουν στον κόσμο ένα παιδί, το παιδί συχνά παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο ή άλλα προβλήματα (σε ένα μικρό ποσοστό ηπατίτιδα Β ή C), προβλήματα που τη γεμίζουν ενοχές και πλήττουν ακόμη περισσότερο τη χαμηλή αυτοεκτίμησή της. Σε περίπτωση στερητικού συνδρόμου, το βρέφος δεν απαντά άμεσα στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και η μητέρα πρέπει να κάνει ακόμη μεγαλύτερη προσπάθεια για να το προσεγγίσει. Στον βαθμό που η χρήση ουσιών εμποδίζει τη μητέρα να ανταποκριθεί με συνέπεια στις ανάγκες του βρέφους, η σχέση μητέρας-παιδιού κλονίζεται, το παιδί ανήκει στην κατηγορία των «δύσκολων» παιδιών που ικανοποιούνται δύσκολα, με συνέπειες για την ανατροφοδότηση της σχέσης μητέρας-παιδιού. Στο πλαίσιο όλων των δυσκολιών του τριγώνου μητέρα-παιδί-ουσία, η εξαρτημένη μητέρα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην κριτική, ακόμη κι αν δεν το δείχνει ή το κρύβει πίσω από μια αντιδραστική συμπεριφορά, έχοντας ανάγκη από φροντίδα και καθοδήγηση από ανθρώπους που θα εμπιστευτούν τις δυνατότητές της και θα λειτουργήσουν σαν καταλύτες στο σταδιακό χτίσιμο μιας υγιούς σχέσης με το παιδί.



Εικόνα 3.4 Βιτάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

3.3. Τα παιδιά των μητέρων με προβλήματα εξάρτησης

Η χρήση ουσιών από τη μητέρα εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για τη σωματική και ψυχολογική υγεία των παιδιών. Στον βαθμό που η χρήση εμποδίζει τη μητέρα να απαντήσει με συνέπεια στις ανάγκες του παιδιού, η σχέση μεταξύ τους, η προσκόλληση του παιδιού από τη μητέρα, κινδυνεύουν. Η γονεϊκή φροντίδα η οποία χαρακτηρίζεται από ζεστασιά, διάρκεια και συνέπεια σχετίζεται με την ικανότητα του παιδιού στην κοινωνική προσαρμογή. Η εξαρτημένη μητέρα μπορεί μερικές φορές να είναι υπέροχη και να προσφέρει αγάπη και φροντίδα. Όμως, συχνά αλλάζει τη συμπεριφορά της με τον τρόπο της μεταμόρφωσης του Τζέκυλ και Χάιντ, ανάλογα με την αποχή και τη χρήση. Η έλλειψη σταθερότητας στη γονεϊκή συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από στιγμές τραυματικής απουσίας και στιγμές έντονης παρουσίας, η τόσο μεγάλη ανικανότητα του παιδιού να προβλέψει τη συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν έντονο άγχος. Η χρονιότητα αυτού του άγχους είναι πιθανόν να σηματοδοτεί την ύπαρξη χρόνιας μετατραυματικής διαταραχής άγχους, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανεξέλεγκτη εισβολή στο συνειδητό απωθημένου υλικού, μια υποκειμενική αίσθηση μουνιάσματος και μείωση της απαντητικότητας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η απουσία ή η αντιφατικότητα των κανόνων, η έλλειψη περιορισμών στην απρόβλεπτη συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν σύγχυση στο παιδί, αποτυγχάνοντας να του δώσουν έναν χάρτη για το ταξίδι του στον κόσμο.

Συστημικοί θεραπευτές σε οικογένειες εξαρτημένων τονίζουν τη σημασία των ρόλων στην κατανόηση και θεραπευτική προσέγγιση οικογενειών με πρόβλημα εξάρτησης. Τα παιδιά συχνά αναλαμβάνουν ρόλους ενηλίκων που ισορροπούν ουσιαστικά την ασυνεπή και απρόβλεπτη συμπεριφορά της μητέρας. Αυτή η αντιστροφή των ρόλων, η μητέρα ως παιδί και το παιδί ως ενήλικας, φαίνεται να προστατεύει την κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού καθώς και τη σχέση του με τη μητέρα. Παρόλα αυτά, τα παιδιά που παρουσιάζονται ως υπερβολικά υπεύθυνα και ανεξάρτητα μπορεί να είναι πολύ ευάλωτα. Η υιοθέτηση ενηλίκων ρόλων τις πιο πολλές φορές κρύβει τη δυσκολία και το πρόβλημα. Συνειδητή και ασυνείδητη προσπάθεια των παιδιών στην αναμέτρηση με το πρόβλημα της εξάρτησης, η υιοθέτηση των ρόλων περιγράφεται συνήθως στην εξής τυπολογία: το παιδί «ήρωας», το παιδί «αποδιοπομπαίος τράγος», το παιδί «μασκότ», και το «χαμένο» παιδί (Rivinus, 1991· Brooks & Rice, 1997).

Το παιδί ήρωας, εκφράζει την ιδανική εικόνα της οικογένειας, ενισχύοντας την άρνηση του προβλήματος: «πώς είναι δυνατόν η οικογένεια να έχει κάποιο πρόβλημα, όταν το παιδί είναι τόσο πετυχημένο;» Πίσω όμως από το πρόσωπο εμπιστοσύνης και βεβαιότητας για τις ικανότητές του κρύβονται οδυνηρά αισθήματα ανεπάρκειας και το παιδί ήρωας μπορεί να εγκλωβιστεί σε μια διαρκή πάλη με τις ελλείψεις του, σε εκείνη την ψυχαναγκαστική αγωνιώδη προσπάθεια για επιτυχία που χαρακτηρίζει τους εργασιομανείς.

Ο αποδιοπομπαίος τράγος, το παιδί που οδηγείται στην εκδραμάτιση (δηλ. σε παρορμητικές, επιθετικές και πολλές φορές βίαιες συμπεριφορές οι οποίες το προστατεύουν από αναμνήσεις και συναισθήματα που, αν αναδύονταν στο συνειδητό, θα προκαλούσαν πόνο), με φτωχή επίδοση στο σχολείο και στην κοινωνική προσαρμογή, είναι το παιδί το οποίο αποσπά την προσοχή από το πρόβλημα και που συνήθως έρχεται σε επαφή με τους επαγγελματίες υγείας ή με τις δικαστικές αρχές στην κοινότητα. Η διεκδικητική και στη συνέχεια επιθετική του συμπεριφορά κρύβει ένα ανικανοποίητο κάλεσμα για φροντίδα και προσοχή. Μόνο που αυτή η συμπεριφορά, την οποία κρύβει το παράπονό του για ένα «παλιό», «αναπάντητο γιατί», παγιώνεται και το παιδί αποδιοπομπαίος τράγος εσωτερικεύει το μήνυμα που παίρνει από το περιβάλλον ως αντανάκλαση της συμπεριφοράς του «είμαι κακός/ιά και θα είμαι για πάντα κακός/ιά».

Το παιδί «μασκότ», υπερβάλλει στην έκφραση παιδικότητας ή χιούμορ, είναι αγαπητό στους άλλους κρύβοντας όμως τα βαθύτερα αισθήματα απόγνωσης, τα οποία το κατακλύζουν, σε μια προσπάθεια να διατηρηθεί μια ατμόσφαιρα ζεστασιάς, παιδικότητας που αποζητά φροντίδα, και χιούμορ στο οικογενειακό σύστημα. Τέλος, το «χαμένο παιδί», ιδιαίτερα ήσυχο και καταθλιπτικό, αποσύρεται από τις οικογενειακές σχέσεις χωρίς να τραβά την προσοχή παρά μέσα από την ίδια του την απουσία.

Αν και οι τυπολογίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες μέσα από τη διδακτικότητά τους, στην πραγματικότητα οι ρόλοι εναλλάσσονται στη διαρκή αναμέτρηση με τις οδυνηρές επιπτώσεις του προβλήματος της εξάρτησης. Το κάθε παιδί είναι μοναδικό, όσο μοναδική είναι και η μητέρα του. Ακόμη και αν η διεθνής έρευνα παρουσιάζει την αυξημένη πιθανότητα στα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων να εμφανίζουν προβλήματα εξάρτησης ή συνεξάρτησης, αν καταφύγουν δηλαδή στη χρήση σαν τρόπο αντιμετώπισης των χρόνιων προβλημάτων τους ή να εξαρτηθούν από το πρόβλημα χρήσης ενός ερωτικού συντρόφου, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι τα δείγματα παιδιών στις διεθνείς έρευνες, αποτελούν πληθυσμό παιδιών που οι μητέρες τους βρίσκονται σε επαφή με κάποιο θεραπευτικό κέντρο ή υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας. Δεν είναι λοιπόν δυνατό να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα που προκύπτουν από πληθυσμούς στους οποίους η εξαρτημένη μητέρα ζήτησε βοήθεια για τα προβλήματά της ή για τα προβλήματα του παιδιού στον γενικότερο πληθυσμό των παιδιών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα χρήσης του γονέα.

3.4. Βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η περίοδος της εγκυμοσύνης και της λοχείας είναι περίοδος έντονης ευαισθησίας στην οποία οποιαδήποτε παρέμβαση σε πιθανή επαφή της μητέρας με κάποιο φορέα πρέπει να έχει ως στόχο τη βασική φροντίδα της μητέρας και του βρέφους, τις άμεσες απαντήσεις στις επιτακτικές απαιτήσεις της «πεζής» πραγματικότητας, όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, τη στέγαση, τη διατροφή, την αναζήτηση υποστήριξης από σημαντικούς άλλους καθώς και από κοινωνικούς φορείς. Μιας και η πρόσβαση αυτού του πληθυσμού σε κοινωνικούς φορείς είναι τόσο μειωμένη και εμποδίζεται από πολλούς παράγοντες (στιγματισμός, κοινωνικοοικονομικά προβλήματα της μητέρας κ.λπ.) οποιοδήποτε αίτημα για βοήθεια θα πρέπει να μην αντιμετωπιστεί μέσα από αντιπαραθέσεις στο πρόβλημα της εξάρτησης, ακόμη κι αν αυτές οι αντιπαραθέσεις έχουν στόχο τη δημιουργία κινήτρου για απεξάρτηση. Στερεότυπες απόψεις, που πηγάζουν από την αντίληψη ότι μέσα στο πρόβλημα της εξάρτησης η μητέρα είναι εκ των προτέρων ανίκανη να φροντίσει το παιδί της, δυσχεραίνουν την επιτακτική ανάγκη του συναισθηματικού δεσμού με το βρέφος την πρώτη περίοδο της λοχείας. Η φροντίδα των βασικών αναγκών της μητέρας και του παιδιού, το κίνητρο για απεξάρτηση και η ψυχοεκπαίδευση στον γονεϊκό της ρόλο αποτελούν τρία επίπεδα παράλληλων και αλληλοεξαρτώμενων παρεμβάσεων, που απαιτούν χρόνο και υπομονή καθώς και την καλή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας και των φορέων κοινωνικής φροντίδας, παιδικής προστασίας και απεξάρτησης.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ανίχνευση της χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τη γέννηση του παιδιού στο μαιευτήριο. Η διαδικασία της ανίχνευσης μπορεί να δώσει τη δυνατότητα σύντομων κινητοποιητικών παρεμβάσεων και ενδεχομένως παραπομπής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) πρόσφατα ανακοίνωσε κατευθυντήριες οδηγίες για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα γυναικών με

εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Οι συστάσεις προς τους επαγγελματίες υγείας καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς φροντίδας:

- ανίχνευση και βραχείες παρεμβάσεις
- αποτοξίνωση
- χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση (συντήρηση και πρόληψη της υποτροπής) κατά την εγκυμοσύνη
- θηλασμός
- φροντίδα βρεφών που έχουν εκτεθεί στο αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες

3.4.1. Ανίχνευση και βραχείες παρεμβάσεις

Οι βραχείες παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση των ημερών χρήσης στην επιλόχεια περίοδο (WHO, 2014). Επιπλέον μια μόνο παρέμβαση κινητοποίησης σχετίζεται με μείωση της χρήσης ουσιών σε έγκυες εφήβους. Οι σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν:

- Οι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να ρωτούν όλες τις έγκυες γυναίκες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (παρελθόν και παρόν) όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και σε κάθε προγεννητική επίσκεψη.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσφέρουν βραχείες παρεμβάσεις σε όλες τις έγκυες γυναίκες, οι οποίες κάνουν χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών.

3.4.2. Αποτοξίνωση

Οι συστάσεις του ΠΟΥ για την αποτοξίνωση σε έγκυες γυναίκες με προβλήματα εξάρτησης περιλαμβάνουν (WHO, 2014):

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιοποιήσουν την πρώτη ευκαιρία παροχής συμβουλών σε εγκύους γυναίκες, οι οποίες κάνουν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, σχετικά με τη διακοπή της χρήσης και να προσφέρουν αποτοξίνωση υπό ιατρική παρακολούθηση ή να τις παραπέμπουν σε μονάδες αποτοξίνωσης, όπου είναι αναγκαίο και εφαρμόσιμο.
- Οι έγκυες γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από οπιοειδή, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν χρήση οπιοειδούς θεραπείας συντήρησης, όπου είναι διαθέσιμη, παρά να επιχειρήσουν αποτοξίνωση από τα οπιοειδή.
- Οι έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες θα πρέπει να υποβάλλονται σε σταδιακή μείωση της δόσης χρησιμοποιώντας βενζοδιαζεπίνες μακράς διάρκειας.
- Οι έγκυες γυναίκες, οι οποίες εκδηλώνουν στερητικά συμπτώματα από τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ, θα πρέπει να υποβάλλονται σε βραχυπρόθεσμη λήψη μακράς διάρκειας βενζοδιαζεπινών.
- Κατά τη διαχείριση των στερητικών συμπτωμάτων σε έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από διεγερτικές ουσίες, οι ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες μπορεί να φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων ψυχιατρικής διαταραχής, αλλά δεν αποτελούν παρεμβάσεις οι οποίες εφαρμόζονται σε όλες τις ασθενείς.

3.4.3. Χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την εξάρτηση (συντήρηση και πρόληψη της υποτροπής) κατά την εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2014) η χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής θεραπείας σε έγκυες γυναίκες πρέπει να συνδυάζεται απαραίτητα με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η σύσταση του ΠΟΥ για τη φαρμακευτική θεραπεία είναι η ακόλουθη:

- Οι έγκυες γυναίκες με εξάρτηση από οπιοειδή θα πρέπει να συμβουλευονται να συνεχίσουν ή να ξεκινήσουν θεραπεία συντήρησης για την εξάρτηση από οπιοειδή με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη, εκτός εάν οι κίνδυνοι υπερβαίνουν τα οφέλη.

3.4.4. Θηλασμός

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ. (2014) η χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών δεν είναι απαραίτητα αντένδειξη για θηλασμό. Οι κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν τις εξής συστάσεις:

Η σωματική επαφή (δέρμα με δέρμα) είναι απαραίτητη ανεξάρτητα από τον τρόπο σίτισης του βρέφους. Οι μητέρες με εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, οι οποίες μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού τους, απαιτείται να ενθαρρύνονται ενεργά προς αυτήν την κατεύθυνση.

- Οι μητέρες, οι οποίες έχουν σταθεροποιηθεί στη θεραπεία συντήρησης από οποιοδήποτε είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάσουν, εκτός εάν οι κίνδυνοι υπερβαίνουν τα οφέλη.

3.4.5. Φροντίδα βρεφών που έχουν εκτεθεί στο αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ένωσης Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης, η εξαρτημένη μητέρα και το παιδί της πρέπει να φροντίζονται μαζί, εκτός κι αν απαιτείται η μεταφορά του βρέφους σε μονάδα νεογνών (ANSA, 2002). Η απομάκρυνση του βρέφους από τη μητέρα του πρέπει να γίνεται με τα ίδια κριτήρια που ισχύουν για όλα τα βρέφη που νοσηλεύονται στη μονάδα νεογνών. Επιπλέον, τα βρέφη τα οποία έχουν εκτεθεί σε οποιοδήποτε κατά την προγεννητική περίοδο θα πρέπει να παραμένουν στο μαιευτήριο για τέσσερις έως επτά ημέρες μετά τη γέννηση (ΠΟΥ, 2014). Οι σχετικές συστάσεις του ΠΟΥ περιλαμβάνουν

- Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν περιγεννητική φροντίδα, οι οποίες θα πρέπει να έχουν πρωτόκολλο για την ανίχνευση, την εκτίμηση, την παρακολούθηση και την παρέμβαση σε νεογνά που έχουν εκτεθεί προγεννητικά σε οποιοδήποτε, χρησιμοποιώντας μη-φαρμακολογικές και φαρμακολογικές μεθόδους.
- Σε βρέφος με νεογνικό σύνδρομο στέρησης οπιοειδών χορηγείται οπιοειδές, εάν απαιτείται.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ από τη μητέρα, αξιολογείται η αναγκαιότητα εκτίμησης συμπτωμάτων νεογνικού αλκοολικού συνδρόμου (μειωμένη ανάπτυξη, δυσμορφικά χαρακτηριστικά προσώπου, διαταραχές στη λειτουργία του ΚΝΣ, μικροκεφαλία). Οι μέθοδοι αξιολόγησης του νεογνικού στερητικού συνδρόμου πρέπει να εξηγούνται στην εξαρτημένη μητέρα με τρόπο ώστε να μην επιβαρύνεται με επιπλέον ενοχές και άγχος (ANSA, 2002).

3.4.6. Παραπομπή σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για προβλήματα εξάρτησης

Σε επόμενο στάδιο, η παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο απεξάρτησης στοχεύει στη διερεύνηση και αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτίων των προβλημάτων της εξαρτημένης μητέρας, τα οποία βρίσκονται στον πυρήνα του προβλήματος της χρήσης μέσα σε πλαίσιο οργανωμένο και ευαισθητοποιημένο στα προβλήματα που σχετίζονται με τη γυναικεία τους ταυτότητα, όπως το Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών της Μονάδας Απεξάρτησης «18 Άνω» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Κερασιώτη και συν., 2012· Μάτσα, 2011). Στο πρόγραμμα αυτό οι γυναίκες ενθαρρύνονται στην κατανόηση τόσο των προσωπικών όσο και των κοινωνικών αιτίων των προβλημάτων τους μέσα από ατομική και ομαδική θεραπεία με γυναίκες συνθεραπευόμενες και γυναίκες θεραπεύτριες. Η διαδικασία αυτή τελικά τις βοηθά τόσο στην αντιμετώπιση του κοινωνικού στιγματισμού και των διακρίσεων σε βάρος τους όσο και στην εξερεύνηση της φυλετικής τους ταυτότητας και τη θέση της μητρότητας σε αυτήν.

Ακόμη όμως κι αν η μητέρα αντιμετωπίσει το πρόβλημα της εξάρτησης, δεν θα γίνει αυτόματα καλύτερη μητέρα. Πολλές εξαρτημένες μητέρες βιώνουν την έλλειψη υγιών μοντέλων γονεϊκής φροντίδας τόσο στο παρελθόν τους όσο και στην καθημερινότητά τους, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να διαχωρίσουν την «υγιή» από την «επιβλαβή» φροντίδα. Στην πραγματικότητα, η μητέρα μπορεί να προσπαθεί να αναπληρώσει ή να διορθώσει σφάλματα του παρελθόντος μέσα από στρατηγικές και συμπεριφορές που αδυνατούν να τη φέρουν κοντά στο παιδί της, όπως η υπερπροστασία και ο υπερέλεγχος. Ομάδες γονέων και συναντήσεις σε ατομική βάση μπορούν να βοηθήσουν τις μητέρες στον ρόλο τους αυτόν. Βέβαια, αυτή η βελτίωση είναι μια δυναμική διαδικασία η οποία απαιτεί χρόνο, ενώ μπορεί να χρειαστούν χρόνια μέχρις ότου να νιώσει υγιής μητέρα.

Μέσα από ομάδες εξαρτημένων μητέρων στόχος είναι τόσο η βελτίωση της κατανόησης των αναγκών των παιδιών τους και του τρόπου με τον οποίο το πρόβλημα της εξάρτησης τα έχει επηρεάσει όσο και η ενδυνάμωσή τους στον γονεϊκό τους ρόλο, μιας και κεντρικό πρόβλημα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησής τους σε αυτόν τον ρόλο. Στις συναντήσεις της ομάδας πιθανά θέματα για συζήτηση θα μπορούσαν να είναι τα θετικά στοιχεία των παιδιών τους, τα θετικά στοιχεία των ίδιων ως μητέρες, η ενεργοποίηση ενός υποστηρικτικού δικτύου σχέσεων για τις ίδιες και το παιδί, η έκφραση στιγμών που νιώθουν ότι αδιαφόρησαν ή παραμέλησαν το παιδί.

Συχνά η φροντίδα του παιδιού ανατίθεται προσωρινά ή σε πιο μόνιμη βάση στους γονείς της εξαρτημένης μητέρας. Κεντρικό πρόβλημα, το οποίο συχνά προκύπτει, είναι η υποτίμησή του γονεϊκού ρόλου της εξαρτημένης μητέρας ή η υποκατάστασή της από τους γονείς της με αποτέλεσμα την πρόκληση συγκρούσεων που πιθανόν να οδηγήσουν σε υποτροπή. Απαιτείται, λοιπόν, η παρέμβαση του επαγγελματία, ώστε ο παππούς και η γιαγιά να υποστηρίξουν τη σχέση μητέρας-παιδιού και όχι να την υποκαταστήσουν. Από την άλλη πλευρά, οι γονείς της εξαρτημένης μητέρας, πολλές φορές ιδιαίτερα ευάλωτοι και με το βάρος του παιδιού και του προβλήματος της εξάρτησης χρειάζονται και οι ίδιοι υποστήριξη στη σχέση τους με το παιδί.

Το ζήτημα, λοιπόν, της χρήσης ουσιών στη μητρότητα είναι ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν φορείς απεξάρτησης, παιδικής προστασίας και εκπαίδευσης, μαιευτήρια και βέβαια συχνά δικαστικές αρχές καθώς και τα τμήματα των γυναικείων φυλακών. Η αντιμετώπισή του απαιτεί τη συστημική προσέγγιση μέσα από την οποία θα ενδυναμωθεί η σχέση μητέρας-παιδιού και βέβαια την καλή συνεργασία επαγγελματιών και φορέων, ώστε να αποτελέσουν ένα υποστηρικτικό δίκτυο γύρω από τη μητέρα και το παιδί της.



Εικόνα 3.5 Χατζηκυριάκος-Γκίκας Ν, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Come full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Cermak, T. (1991) *The relationship between Codependence and Narcissism*. In TM Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Chodorow, N. (1974) Family Structure and Feminine Personality. In MZ Rosaldo and Lamphere (edn.) *Women, Culture and Society*. US: Stanford University Press.
- Galera, S.A.F., Bernal, M.C.R., O'Brien, B. (2005) Women living in a drug (and violence) context - the maternal role. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13:1142-7.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Rivinus, T.M. (1991) Psychoanalytic Theory and Children of Chemically Dependent Parents: Ships passing in the night? In TM Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the cutting edge*. US: Bruner Mazel.
- Rosaldo, M.Z., Lamphere, L. (1974) *Women, Culture and Society*. US: Stanford University Press.
- SAMHSA (2009) *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Simpson, M., McNulty, J. (2008) Different needs: women's drug use and treatment in the UK. *Int J Drug Policy*, 19:169-175.
- Söderström, K. (2011) Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child and Family Social Work*, 2012, 17, pp 458-467. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00803> .
- WHO (2014) *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva: World Health Organisation.
- Ιγγλέση, Χ. (1994) *Πρόσωπα Γυναικών, Προσωπεία της Συνείδησης: Συγκρότηση της Γυναικείας Ταυτότητας στην Ελληνική Κοινωνία*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Κερασιώτη, Α., Μπιζά, Σ., Πολυχρονοπούλου, Γ., Σφήκα, Δ. (2012) Μητρότητα στην εξάρτηση: ευκαιρία για αλλαγή ή καταδίκη/βάρος; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 118, 34-38.
- Μάτσα, Κ. (2011) Παιδιά εξαρτημένων γονέων. Ο γονεϊκός δεσμός και οι «σημαντικοί άλλοι». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 115, 20-25.
- Μπακαλάκη, Α. (1994) *Ανθρωπολογία: Γυναίκες και Φύλο*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Ρήγα, Α.Β. (1991) *Μητρότητα εκτός γάμου και τοξικομανία (μελέτη μιας περίπτωσης)*. Στο Ι.Σ. Μαρκαντώνη και Α.Β. Ρήγα (εκδ.) *Οικογένεια, Μητρότητα, Αναδοχή*. Αθήνα: Εκδόσεις Μαυρομμάτη.

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

<https://www.youtube.com/watch?v=N0X2aRnYL4E>

Εκπομπή από το National Institute of Health των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής για τη γυναικεία εξάρτηση από το αλκοόλ.

<https://www.youtube.com/watch?v=u7ZmTvpHyWk>

Βίντεο για τα βρέφη τα οποία γεννιούνται από εξαρτημένες μητέρες.

Κεφάλαιο 4

Το βίωμα της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης

Σύνοψη

- Οι στάσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας απέναντι στην εξάρτηση στην οικογένεια ποικίλλουν ευρέως από την υπερεμπλοκή έως την απεμπλοκή μεταξύ διαφορετικών ατόμων και σε χρονικά σημεία κατά τη διάρκεια της μακράς ιστορίας της εξάρτησης. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης στην οικογένειά τους αναφέρουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και στάσεις απέναντι στα ναρκωτικά και το αλκοόλ.
- Έρευνες έχουν περιγράψει τη διαδικασία κατάχρησης ουσιών μέσα από τη ματιά επιβαρυνμένων μελών οικογένειας, αλλά δεν επικεντρώθηκαν στο πώς επηρεάζονται προσωπικά τα μέλη της οικογένειας.
- Η εξάρτηση μπορεί να έχει καταστροφικές τραυματικές επιπτώσεις στα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας που ενισχύονται από κοινωνικές και αυτοστιγματιστικές διαδικασίες οι οποίες σχετίζονται με τον «κώδικα σιωπής». Το άγχος που προκαλεί το μυστικό μπορεί να διαβρώσει την ικανότητα επικοινωνίας και σύνδεσης με άλλα μέλη της οικογένειας και της κοινότητας, εάν η επιλεκτική αυτοαποκάλυψη αποδειχθεί ανεπιτυχής.
- «Διφορούμενη απώλεια» μπορεί να προκύψει, όταν ένα μέλος της οικογένειας κάνει χρήση ουσιών, καθώς μπορεί να είναι σωματικά παρόν αλλά να απουσιάζει ψυχολογικά. Η διφορούμενη απώλεια συνδέεται με την έλλειψη κατανόησης της πραγματικής επίδρασης της εξάρτησης στην προσωπική ανάπτυξη των μελών της οικογένειας.
- Η εξάρτηση αποτελεί ένα οικογενειακό τραύμα που μπορεί να κλονίσει σοβαρά τις πεποιθήσεις και τις αξίες των μελών της οικογένειας και να υπονομεύσει την αυτοεκτίμηση, την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη τους στη ζωή και το μέλλον. Η έλλειψη εστίασης στα συναισθήματα των νεότερων μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της εξάρτησης μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την ψυχολογική υγεία και την ανάπτυξη της ταυτότητάς τους.
- Στο πλαίσιο των υπηρεσιών απεξάρτησης σήμερα, στο οποίο κυριαρχούν οι εξατομικευμένες προσεγγίσεις και οι περιορισμένοι πόροι, οι οργανισμοί θα πρέπει να εξετάσουν την ανάγκη παροχής αποτελεσματικής κλινικής εποπτείας σε νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ατομικό, ομαδικό και διεπιστημονικό επίπεδο.
- Η ανάπτυξη επιλογών θεραπείας και δομών υποστήριξης για όλα τα μέλη της οικογένειας είναι απαραίτητη στον τομέα της εξάρτησης. Η καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνειδητοποίησης του τραύματος στις εξαρτήσεις φαίνεται να είναι μια βασική επιδίωξη σε αυτήν την προσπάθεια.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

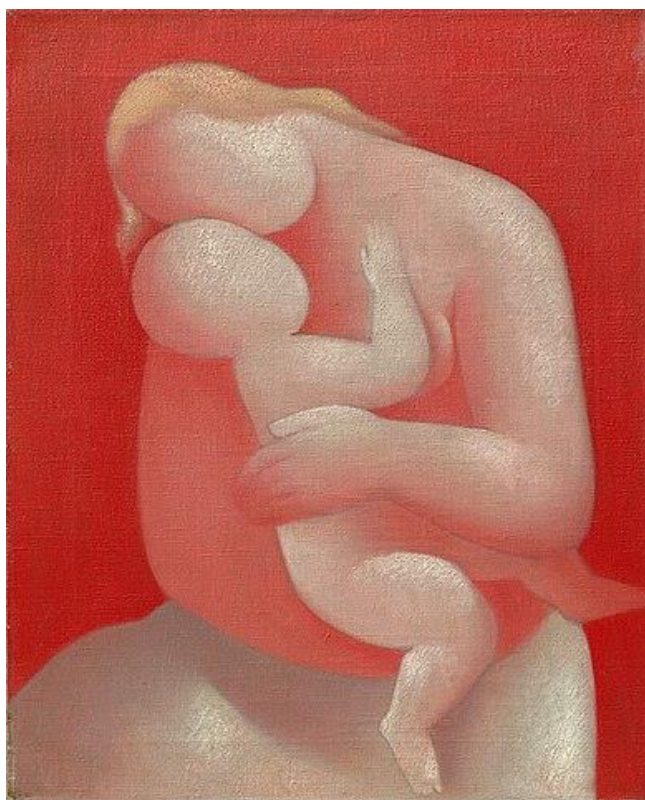
Συνήθως, οι οικογένειες αντιμετωπίζουν το «βαρύ» μυστικό της χρήσης μόνες τους. Η «συνωμοσία της σιωπής» οδηγεί στην αποκοπή της οικογένειας από την ευρύτερη οικογένεια και την κοινότητα. Η ντροπή και ο φόβος των συνεπειών, η προσπάθεια να μειώσουν την κατάκριση του κόσμου και να προστατέψουν το «κοινωνικό πρόσωπο» της οικογένειας, αποτρέπουν τα μέλη από το να ζητήσουν ουσιαστική στήριξη και ενημέρωση. Το άγχος και η ένταση, που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία της οικογένειας, συχνά οδηγούν σε κακή σωματική υγεία και κατάθλιψη κάποια μέλη της. Τα μικρά παιδιά εκτίθενται σε σημαντικούς κινδύνους και αντιμετωπίζουν πολλές φορές μακροχρόνια προβλήματα. Κατά παράδοξο, όμως, τρόπο οι πολιτικές, η έρευνα και η θεραπεία στον χώρο των ουσιοεξαρτήσεων παραμένουν επικεντρωμένες στο άτομο, παραγνωρίζοντας την επιβάρυνση της οικογένειας, η οποία διαρκεί για χρόνια με ανυπολόγιστες συνέπειες. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερμηνευτικής φαινομενολογικής μελέτης της βιωμένης εμπειρίας γονιών, συζύγων/συντρόφων, αδελφών και παιδιών οικογενειών, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από οινόπνευμα/ψυχοδραστικές ουσίες. Με αυτόν τον τρόπο ο αναγνώστης μπορεί να αφουγκραστεί τη «φωνή» ενός «σιωπηλού» μέχρι τώρα πληθυσμού.

4.1. Η εμπειρία της εξάρτησης στο πλαίσιο της οικογένειας

Συνήθως, τα προειδοποιητικά σημεία της χρήσης ουσιών απωθούνται από την οικογένεια, μιας και η αποδοχή ενός τέτοιου προβλήματος έχει σοβαρότατες συνέπειες. Έτσι, η «ανακάλυψη» ότι ένα μέλος της οικογένειας κάνει χρήση αποτελεί ένα μεγάλο σοκ, προκαλώντας πανικό, τρόμο και έντονη αγωνία στην περίπτωση των ναρκωτικών. Η στιγμή αυτή αποτελεί σημείο ορισμού, διαχωρίζοντας «τη ζωή πριν» από «τη ζωή μετά» (Barnard, 2007). Στην περίπτωση του αλκοολισμού, οι καταστροφικές συνέπειες είναι σταδιακές αλλά εξίσου επώδυνες και διαταρακτικές, μέχρι να αποδεχθεί η οικογένεια ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης.

Τα σχεδόν καθημερινά προβλήματα της χρήσης επηρεάζουν κάθε πτυχή της οικογενειακής ζωής. Η εξάρτηση αποτελεί πια την «κεντρική οργανωτική αρχή» της οικογένειας. Όλο το οικογενειακό σύστημα παγώνει αναπτυξιακά (Cirillo et al. στην Πομίνι, 2004). Τα μέλη της οικογένειας δεν μιλούν ανοικτά για το πρόβλημα, δεν το κατονομάζουν (Brooks and Rice, 1997). Κυριαρχεί η δυναμική της άρνησης, της παραμόρφωσης, της σύγχυσης και της μυστικοπάθειας. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους οδηγούν σε επώδυνες συγκρούσεις και έντονες ψυχοσωματικές διαταραχές (Billings Moos, 1983· Orford et al., 1998). Η βία, οι συγκρούσεις, οι κλοπές, το απρόβλεπτο της χρήσης επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την οικογένεια.

Συνήθως, οι οικογένειες αντιμετωπίζουν το «βαρύ» μυστικό της χρήσης μόνες τους. Η «συνωμοσία της σιωπής» οδηγεί στην αποκοπή της οικογένειας από την ευρύτερη οικογένεια και την κοινότητα. Η ντροπή και ο φόβος των συνεπειών, η προσπάθεια να μειώσουν την κατάκριση του κόσμου και να προστατέψουν το «κοινωνικό πρόσωπο» της οικογένειας, αποτρέπουν τα μέλη από το να ζητήσουν ουσιαστική στήριξη και ενημέρωση (Barnard, 2007). Θυμός, ντροπή, απάθεια, ενοχή, μοναξιά από τη διακοπή της φυσιολογικής επικοινωνίας και της αποκοπής από την κοινότητα, φόβος, αβεβαιότητα, ανασφάλεια είναι κάποια από τα αρνητικά συναισθήματα που κατακλύζουν τα μέλη της οικογένειας. Παρακάτω περιγράφονται οι συνέπειες για τους γονείς, τα αδέλφια, τους συζύγους και τα παιδιά συνοπτικά.



Εικόνα 4.1 “Mother Galanda”, by Mikuláš Galanda (Slovak painter)/ Public Domain (Wikipedia).
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/c/ce/150px-Mother_Galanda.jpg/391px-150px-Mother_Galanda.jpg

α) προβλήματα γονιών

Οι γονείς εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής νοσηρότητας (Di Sarno et al., 2021; Orford, 2017; Velleman et al., 1993; Toumbourou et al., 2001). Βλέποντας το παιδί τους να αδυνατίζει και να αποσύρεται, να γίνεται έντονα προκλητικό, να δημιουργεί καβγάδες και να αλλάζει σε όλους τους τομείς, γεμίζουν με οργή και ένα οξύ αίσθημα αδυναμίας να εμποδίσουν την τραγωδία που ξεδιπλώνεται μπροστά τους. Όταν διώχνουν το παιδί που κάνει χρήση από το σπίτι - συχνά για να προστατέψουν τα άλλα παιδιά - έχουν το αίσθημα πως έχουν αποτύχει σαν γονείς, ενώ νιώθουν βαθύ άγχος και αγωνία. Συχνά το πρόβλημα χωρίζει τους γονείς, με τη μητέρα να προσπαθεί να καλύψει και να προστατέψει το παιδί που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης από τον θυμό του πατέρα αλλά και των αδελφών, παίρνοντας έτσι τον ρόλο του «διαμεσολαβητή» (Barnard, 2007). Τον ρόλο αυτόν, βέβαια, ο οποίος συνεπάγεται ιδιαίτερα έντονο άγχος, μπορεί να τον πάρουν και άλλα μέλη της οικογένειας (π.χ. αδελφία, παιδιά). Οι μητέρες συνήθως τονίζουν την ευθύνη προς το παιδί με όποιο κόστος για τον εαυτό τους, κάποιες φορές ακόμη κι αυτό της κακοποίησης. Αν οι πατεράδες θέλουν να το διώξουν για να το συνεντίσουν, οι μητέρες θέλουν να το κρατήσουν κοντά τους για να το ελέγχουν. Μέσα σε αυτήν τη δυναμική, συχνά το μέλος που κάνει χρήση γίνεται ο αποδιοπομπαίος τράγος και κατηγορείται, χωρίς διάκριση, για όλα τα προβλήματα της οικογένειας (Μάτσα, 2001, 2008).

Ειδικότερα, οι μητέρες απεικονίζονται στη βιβλιογραφία ως κεντρικά πρόσωπα στην ευημερία και τη λειτουργία της οικογένειας, ενώ η ειδική ευθύνη της ανατροφής των παιδιών, που γενικά αποδίδεται στις γυναίκες, είναι συχνά ένα εγγενές μέρος της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας των γυναικών (Jackson & Mannix, 2003; Smith & Estefan, 2014). Έτσι, όταν τα παιδιά «συμπεριφέρονται άσχημα», οι μητέρες θεωρούνται υπεύθυνες από τους άλλους και τον εαυτό τους για τη συμπεριφορά του παιδιού. Ειδικά στο πλαίσιο της κατάχρησης ουσιών, αναφέρονται από τις μητέρες εμπειρίες επικριτικότητας, κοινωνικού στιγματισμού, ενοχής και αυτοκατηγορίας (Butler & Bauld, 2005; Jackson, Usher & O'Brien, 2007). Εκτός από αυτό, οι μητέρες συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σειρά από αρνητικά επακόλουθα τα οποία σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών των παιδιών τους (Usher et al., 2005; Jackson et al., 2007). Αυτά περιλαμβάνουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, αυτοκτονίας, κακής ποιότητας ύπνου και διατροφής (Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013), καθώς και αισθήματα απώλειας, ενοχής, ντροπής και ταπείνωσης (Smith & Estefan, 2014; Jackson et al., 2007; Usher et al., 2007).



Εικόνα 4.2 “Ursula Malbin sculpture garden in Haifa 19”, by [Guillaume Paumier](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ursula_Malbin_sculpture_garden_in_Haifa_19.jpg)/ CC BY-SA 3.0 (Wikipedia)
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ursula_Malbin_sculpture_garden_in_Haifa_19.jpg

β) προβλήματα αδελφών

Η έλλειψη ενδιαφέροντος για τα αδέρφια μοιάζει σαν να πιστεύουμε ότι απορρόφησαν το σοκ της χρήσης και ακολούθησαν τον δικό τους δρόμο (Barnard, 2007). Στην πραγματικότητα, η διατάραξη της οικογενειακής αρμονίας και η απώλεια του ενδιαφέροντος των γονιών τους, λόγω της υπερβολικής ενασχόλησης με το εξαρτημένο μέλος, δυσχεραίνουν την ομαλή αναπτυξιακή τους εξέλιξη σε μεγάλο βαθμό. Οι προσδοκίες για βοήθεια και συμβουλές και η ανάγκη για έναν μεγαλύτερο αδελφό/η, που να θαυμάζουν, διαψεύδονται. Οι ταπεινωτικές εμπειρίες της χρήσης στο κοινωνικό πλαίσιο και το στίγμα μειώνουν το «κοινωνικό τους κεφάλαιο» και πληγώνουν την περηφάνια τους. Βιώνουν αμφιθυμικά συναισθήματα (όπως αγωνία, ένοχη αγανάκτηση, μνησικακία, άγχος) και νιώθουν κατά βάση ζημιωμένα από τη χρόνια δυσαρμονία. Συνήθως παίρνουν απόσταση από τον αδελφό ή την αδελφή που κάνει χρήση και προσπαθούν να προστατέψουν τους γονείς. Εάν αυτό δεν συμβεί, ο κίνδυνος της μίμησης της εξαρτητικής συμπεριφοράς είναι μεγάλος. Σε περίπτωση διωγμού του μέλους με προβλήματα εξάρτησης από το σπίτι, η αγωνία, οι ενοχές και τα αναπάντητα ερωτηματικά δεν σταματούν, παρότι επιφανειακά η ζωή χωρίς τον αδελφό ή την αδελφή που κάνει χρήση είναι αρκετά πιο χαλαρή.

Παραδείγματα μελέτης περιπτώσεων του μοναδικού συνόλου εμπειριών γυναικών αδελφών ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στην οικογένεια εξετάζονται σε συγγραφικό άρθρο επτά αδερφών, μία από τις οποίες είναι καθηγήτρια Ψυχολογίας σε Πανεπιστήμιο των ΗΠΑ (Howard et al., 2010). Οι Howard et al. (2010) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το τραύμα και η σιωπηλή απώλεια διαπερνούν τις αφηγήσεις των γυναικών αδερφών που είναι τα λιγότερο αναγνωρισμένα, αλλά ιδιαίτερα επιβαρυνμένα άτομα στο οικογενειακό σύστημα. Οι Smith-Genthos et al. (2017) διερεύνησαν τις διαφορές φύλου στα θετικά και αρνητικά συναισθήματα σχετικά με τα προβλήματα εξάρτησης αδελφού και συμπέραναν ότι τα αδέρφια τα οποία έχουν μεγαλύτερη διαφορά ηλικίας ή δεν έχουν το ίδιο φύλο είναι λιγότερο πιθανό να μιμηθούν συμπεριφορές εξάρτησης του μεγαλύτερου αδελφού, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα διαφωνιών και μελλοντικών συγκρούσεων στη δυάδα των αδελφών. Επιπλέον, οι αδελφές ατόμων με προβλήματα εξάρτησης ανέφεραν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά, που μπορεί κάλλιστα να αντικατοπτρίζουν τη μεγαλύτερη (ιστορικά φυλετική) συμμετοχή των γυναικών στη συναισθηματική εργασία των σχέσεων. Αυτή η σημασία της δυναμικής των φύλων στην κατανόηση της επίδρασης της εξάρτησης στο υποσύστημα των αδελφών συζητιέται από τους Smith-Genthos et al. οι οποίοι προτείνουν ότι ο δυσανάλογος αρνητικός αντίκτυπος στις γυναίκες θα μπορούσε ίσως να αποδοθεί στους κοινωνικούς ρόλους των φύλων και στην τάση των εφήβων γυναικών να επιδεικνύουν μεγαλύτερη δέσμευση και βαθύτερη σύνδεση στις σχέσεις. Απλές περιγραφές των συμπεριφορών φροντίδας των γυναικών προς τα αδέρφια με προβλήματα εξάρτησης και τους γονείς τους, καθώς και απόηχοι των αδελφικών ρόλων του «ήρωα», του «χαμένου παιδιού» και ακόμη και της «μασκότ» δομούν τις αφηγήσεις των Howard et al. (2010). Η ανάληψη αυτών των ρόλων στο οικογενειακό υποσύστημα, μαζί με το κοινωνικό στίγμα μπορεί να εξηγήσει την κατακλυσμική αίσθηση τραύματος και βουβής απώλειας που περιγράφονται ως αόρητες.

γ) προβλήματα συζύγων

Αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, σωματικών ενοχλήσεων, συγκρούσεων και βίας οδηγούν σε χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τη σχέση και τη ζωή τους (π.χ. Orford et al., 1998 Miller, 2003 Halford et al., 2001). Οι γυναίκες εξαρτημένων ανδρών συχνά υπόκεινται σε χρόνια λεκτική και σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, όχι σπάνια, οι σύζυγοι ενοχοποιούνται για τη χρήση από τους επαγγελματίες απεξάρτησης, μια πρακτική η οποία ενισχύεται από τη θεωρία ότι η εξάρτηση εξυπηρετεί λειτουργίες του συστήματος (Sisson & Azrin, 1986). Σύμφωνα με τους Sisson & Azrin, οι σύζυγοι μπορεί να ενισχύσουν τη χρήση από την ανησυχία τους για τον/τη σύντροφο που κάνει χρήση. Η επιθυμία τους, όμως, είναι να βοηθήσουν και, όταν τους δίνεται η δυνατότητα να μάθουν τον τρόπο, τα καταφέρνουν με μεγάλη επιτυχία. Βιώνουν, ωστόσο, έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα (πόνος, ματαίωση, πικρία, θυμό, εκδικητικότητα, μνησικακία), ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο του προβλήματος, ενώ οι απεγνωσμένες προσπάθειες να σώσουν τον/τη σύντροφό τους, οι οποίες προσδίδουν μια ψευδή αίσθηση ελέγχου πάνω στο πρόβλημα, μπορεί να διαρκούν χρόνια.

δ) προβλήματα παιδιών

Τα παιδιά είναι τα μεγαλύτερα θύματα του προβλήματος. Η εξάρτηση συνεπάγεται γι' αυτά την απώλεια φυσιολογικών αναπτυξιακών σταδίων, ενός συνεπούς γονέα πάνω στον οποίο μπορείς να βασιστείς και μιας φυσιολογικής ζωής, όπου είναι ασφαλές να φέρεις φίλους στο σπίτι. Επιπλέον, η υπερβολική ενασχόληση του

μη εξαρτημένου γονέα με τον χρήστη δεν αφήνει χρόνο, ενέργεια και προσοχή για τα παιδιά. Ανασφάλεια, αβεβαιότητα, αίσθημα εγκατάλειψης, ενοχές, προδοσία, θυμός, οργή είναι κάποια από τα έντονα συναισθήματα που βιώνουν, χωρίς βέβαια να μπορούν να τα επεξεργαστούν (Kroll, 2004). Στην ουσία «χάνουν» την παιδική τους ηλικία, ενώ συχνά παίρνουν τον ρόλο του φροντιστή. Άλλοι πιθανοί ρόλοι είναι ο ρόλος «του χαμένου παιδιού», του «κλόουν» και του «αποδιοπομπαίου τράγου» (Rivinus, 1991· Brooks & Rice, 1997). Η συνωμοσία της σιωπής και ο κανόνας «μη μιλάς γι' αυτό» οδηγούν στον κανόνα «να μη νιώθεις» (Brooks & Rice, 1997). Με αυτόν τον τρόπο τα παιδιά ενθαρρύνονται να μην νιώθουν και να μην μιλούν για τα συναισθήματά τους. Η σύγχυση και η διαστρεβλωμένη πραγματικότητα μειώνουν την ικανότητα του παιδιού να εμπιστευτεί την αντίληψή του. Τέλος, πολλά από αυτά τα παιδιά έχουν μεγάλες πιθανότητες να καταφύγουν και τα ίδια στη χρήση. Αρκετά συχνά, προβλήματα παραβατικότητας και χρήσης των παιδιών αποτελούν κεντρικό ζήτημα στο θεραπευτικό αίτημα του γονέα που κάνει χρήση ή του μη εξαρτημένου γονέα.



Εικόνα 4.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

4.1.1. Η συνειδητοποίηση του προβλήματος της εξάρτησης

Σε γενικές γραμμές τα άτομα που έχουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης δεν αναζητούν βοήθεια, ενώ πιο συχνά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος. Τείνουν να υποβαθμίζουν, να εκλογικεύουν, να κρύβουν τα προβλήματά τους και να κατηγορούν άλλους γι' αυτά. Ακόμη και όταν οι επιπτώσεις της προβληματικής χρήσης είναι φανερές, συνεχίζουν να επιμένουν ότι δεν έχουν πρόβλημα. Οι εκλογικεύσεις και οι προβολές είναι ένας τρόπος του χρήστη να φροντίσει το πληγωμένο «εγώ» του (Brisset, 1988· Johnson, 2004). Το πιο δύσκολο βήμα, λοιπόν, προς την ανάρρωση είναι το ξεπέρασμα της άρνησης και η αναγνώριση του προβλήματος. Συχνά τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι το μέλος της οικογένειας, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα, είναι ικανό να διακρίνει το πρόβλημα και ότι λέει ψέματα. Το σύστημα των αμυνών τού ατόμου μπορεί να τους παραλύει ή να τους κάνει να αμφιβάλουν για την πραγματικότητα. Ο Bateson (1971) περιγράφει τη σχιζοειδική σχέση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης με την ουσία. Η άρνηση αποτελεί σύμπτωμα της ασθένειας και συνδυάζεται με την πεποίθηση ελέγχου πάνω στη χρήση. Όσο πιο βαθιά στη χρήση μπαίνει κάποιος, τόσο υψηλότερο επίπεδο άρνησης και γνωστικών παραμορφώσεων απαιτούνται για διατηρηθεί η ψευδαίσθηση του ελέγχου. Κατά παράδοξο τρόπο, λοιπόν, η αύξηση του προβλήματος συνδυάζεται με τη σταδιακή ενίσχυση της άρνησης (Denzin, 1987). Ακόμη, όμως, και μετά την παραδοχή του προβλήματος ο χρήστης καθυστερεί. Οι οικογένειες αναζητούν με αγωνία τους τρόπους για να ξεπεραστεί το τείχος της άρνησης.

Οι οικογένειες δεν έχουν τις ικανότητες να οδηγήσουν το άτομο στη μετάβαση από τη χρήση στην παραδοχή του προβλήματος. Είναι ακινητοποιημένες, αδρανοποιημένες και εγκλωβισμένες σε μια πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων (οργή, θυμός, αίσθημα προδοσίας, ενοχές, πικρία, ματαίωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση) ή εξακολουθούν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό να αρνούνται το πρόβλημα. Τα υψηλά επίπεδα του άγχους, οι ενοχές και ο έντονος φόβος για τις συνέπειες της χρήσης (θάνατος, χρέη, στιγματισμός κ.λπ.)

εντείνουν τη δυσκολία αποδοχής του προβλήματος. Οι επαγγελματίες απεξάρτησης, αρχικά, καλούνται να βοηθήσουν την οικογένεια να αναγνωρίσει το πρόβλημα, «να σπάσει» η άρνηση και ο κανόνας τού «να μη μιλάς γι' αυτό». Στην προσπάθεια αυτή απαιτείται μια μη κριτική και απενοχοποιητική στάση προς τα μέλη της. Η εμπειρία άλλων οικογενειών με παρόμοια προβλήματα μπορεί να συμβάλει προς αυτήν την κατεύθυνση με την προϋπόθεση ότι τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αντέξουν την έκθεση σε ομάδα. Επιπλέον, η αναγνώριση των προβλημάτων που δημιουργήσε η εξάρτηση, τόσο στα μέλη της οικογένειας όσο και στον χρήστη, μπορεί να ενισχύσει την προσπάθεια αυτή.

Συχνά και η ίδια η οικογένεια είναι δύσπιστη σε δυνατότητες αλλαγής με το επιχείρημα «τα έχω προσπαθήσει όλα». Η μη συγκροτημένη, βέβαια, χρησιμοποίηση από τα μέλη της οικογένειας διαφορετικών μεθόδων αντιμετώπισης υπό την επήρεια του άγχους, κάθε άλλο παρά αποδοτική μπορεί να είναι. Εξάλλου, οι συγκρούσεις και τα συναισθηματικά ξεσπάσματα πολλές φορές χρησιμοποιούνται από το άτομο με προβλήματα εξάρτησης σαν αφορμή για μεγαλύτερη χρήση είτε από θυμό ή αυτοοίκτο ή ακόμη θέλοντας να τιμωρήσει τον εαυτό του. Είναι σημαντικό να στοχεύουν τα μέλη της οικογένειας σε μια μετρημένη αντιπαράθεση με το εξαρτημένο μέλος, την οποία να τη διέπουν η σταθερότητα, η αμεσότητα και η αντικειμενικότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να είναι σε θέση το άτομο να ακούσει, να μην νιώθει ότι του κάνουν προσωπική επίθεση και να μην προκαλείται η αμυντική του στάση, αλλά αντίθετα να κυριαρχεί η εκδήλωση γνήσιου ενδιαφέροντος για τα προβλήματά του.

4.1.2. Η εμπειρία αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης σύμφωνα με το Μοντέλο Στρες-Επιβάρυνση-Αντιμετώπιση-Υποστήριξη (Stress-Strain-Coping-Support Model)

Άλλοτε τα μέλη της οικογένειας δυσκολεύονται να αποφασίσουν πώς να αντιδράσουν, όταν ο σημαντικός άλλος έχει κάνει χρήση ουσιών και όταν δεν έχει κάνει χρήση ουσιών. Επιπλέον, δεν είναι σίγουροι για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να επιτύχουν επιθυμητές συμπεριφορές από το αγαπημένο τους άτομο και να αποφύγουν ανεπιθύμητες συμπεριφορές ή για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να ακουστούν. Πιθανόν να νιώθουν τέτοια σύγχυση, ευαλωτότητα και άγχος ώστε να είναι σίγουροι ακόμη και τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να φροντίσουν τον εαυτό τους. Φαίνεται πως η ενθάρρυνση, η κινητοποίηση και η ενδυνάμωση είναι διαδικασίες που συμβάλλουν στην επιλογή των πιο ταιριαστών στρατηγικών για την κάθε περίπτωση.

Το μοντέλο Stress-Strain-Coping-Support (Orford et al., 2013) παρέχει έναν χρήσιμο τρόπο κατανόησης του τρόπου με τον οποίο το άγχος της συμβίωσης με έναν στενό συγγενή που αντιμετωπίζει προβλήματα κατάχρησης ουσιών οδηγεί σε συμπτώματα καταπόνησης που αναπτύσσονται στα μέλη της οικογένειας, και του τρόπου με τον οποίο οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από την κάθε οικογένεια και το επίπεδο και η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης η οποία λαμβάνεται εξυπηρετεί τη μείωση ή την αύξηση αυτής της επιβάρυνσης. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται, με τη σειρά τους, συχνά επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων τα οποία καταναλώνουν αλκοόλ ή ναρκωτικά. Το μοντέλο stress-strain-coping-support model (SSCS) έρχεται σε αντίθεση με προσέγγισεις που παθολογικοποιούν την οικογένεια στοχεύοντας στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι οικογένειες αντιμετωπίζουν εξαιρετικά επιβαρυντικές και δύσκολες καταστάσεις.

Σε μια ποιοτική έρευνα ξεχωριστού ενδιαφέροντος, οι Orford et al. (1992) πήραν συνεντεύξεις από διάφορα μέλη οικογενειών με στόχο τη διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης. Αναλύοντας τα αποτελέσματά τους με βινιέτες - μια μέθοδο ιδιαίτερα πρακτική για έρευνα στην κλινική πράξη (Miller et al., 1997· Missouridou, 1999) - δημιούργησαν μια τυπολογία οκτώ τύπων αντιμετώπισης:

1. Ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων. Χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις. Ο θυμός εκτονώνεται προσωρινά, αλλά ξεκινά ένας φαύλος κύκλος δράσης – αντίδρασης.
2. Αδράνεια: Από τον φόβο βίαιων συμπεριφορών (σύζυγοι) ή από απαισιοδοξία και απελπισία (γονείς, σύζυγοι). Κυριαρχούν ασυνεπείς συμπεριφορές. Η ευθύνη αποδίδεται στον χρήστη, ενώ αποφεύγεται η προσωπική ευθύνη για δράση.
3. Αποφυγή: Απόσταση από το άτομο με προβλήματα εξάρτησης αποφεύγοντας τη συνέντευξη ή φεύγοντας από το σπίτι τις ώρες που επιστρέφει σε αυτό.

4. Ανοχή: Αποδοχή, προστατευτισμός (καλύπτει το άτομο με προβλήματα εξάρτησης), υποστήριξη της χρήσης (οικονομική βοήθεια), «επιχειρήσεις σωτηρίας» του αγαπημένου μέλους της οικογένειας.
5. Έλεγχος: Τα μέλη της οικογένειας νιώθουν υπεύθυνα για τη χρήση, υιοθετούν γονεϊκή στάση, γίνονται υπερελεγκτικά, αφαιρούν την ευθύνη της συμπεριφοράς του αγαπημένου μέλους της οικογένειας από τον ίδιο, ελέγχουν τις επαφές του και προσπαθούν να βάλουν όρια στη χρήση.
6. Υποστήριξη: Χαρακτηρίζεται από ελπίδα, πίστη και αισιοδοξία για την εξέλιξη του προβλήματος.
7. Αντιπαράθεση: Χαρακτηρίζεται από ανοιχτή και τίμια επικοινωνία. Τα μέλη της οικογένειας ξεκαθαρίζουν τη θέση τους. Αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη προσέγγιση που απαιτεί προσπάθεια, επιμονή, σταθερότητα, αμεσότητα. Η σκληρή πλευρά της αντιπαράθεσης είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους γονείς.
8. Ανεξαρτησία: Τα μέλη της οικογένειας βασίζονται στον εαυτό τους, αντιμετωπίζουν τον θυμό που μετατρέπεται σε κατάθλιψη, στοχεύουν στην αυτοανάπτυξή τους, νιώθουν πιο ήρεμα, πιο σίγουρα με τον εαυτό τους, και εμπλέκονται λιγότερο συναισθηματικά.

Οι δύο τελευταίες προσεγγίσεις του προβλήματος κατακτιούνται με τον χρόνο και με προσπάθεια. Επιπλέον, μέσα στον χρόνο τα μέλη της οικογένειας συχνά μαθαίνουν να είναι λιγότερο συναισθηματικά, πιο ήρεμα, πιο υπομονετικά και με περισσότερη κατανόηση. Πρόσφατα ερευνητές στο συγκεκριμένο μοντέλο στην Αγγλία και στην Ιταλία διαπίστωσαν την ύπαρξη δύο παραγόντων, όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούν τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας (Horváth, Orford, Velleman, & Urbán, 2020).



Εικόνα 4.4 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

4.1.3. Η εμπειρία της ενδοοικογενειακής βίας στο πλαίσιο της εξάρτησης

Η ενδοοικογενειακή βία ή η βία μεταξύ συντρόφων περιλαμβάνει καταχρηστική, βίαιη και εκφοβιστική συμπεριφορά σε μια σχέση μεταξύ συντρόφων, φροντιστών ή μελών της οικογένειας (World Health Organization, 2021). Είναι μια μαθημένη συμπεριφορά, η οποία επιδεινώνεται από ψυχικά προβλήματα, θυμό ή/και κατάχρηση ουσιών (Bradbury-Jones & Isham, 2020; Kofman & Garfin, 2020). Η κακοποίηση δεν είναι μόνο σωματική βία, καθώς οποιαδήποτε συμπεριφορά για την απόκτηση εξουσίας ή ελέγχου από ένα οικείο μέλος της οικογένειας ή του συζύγου μπορεί, επίσης, να θεωρηθεί κακοποίηση. Μια τέτοια συμπεριφορά θα μπορούσε να έχει τη μορφή λεκτικής κακοποίησης: για παράδειγμα, προσβλητικές εκφράσεις συντρόφου ή ίσως επίθεση στην εικόνα του σώματός, την προσωπικότητα ή την ευφυΐα ενός ατόμου. Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει την καταστροφή περιουσίας, την κακοποίηση κατοικίδιων ζώων μπροστά στα μέλη της οικογένειας, την απειλή κακοποίησης ή τον ισχυρισμό ότι κανείς δεν θα τον/την πίστευε. Η συναισθηματική κακοποίηση θα μπορούσε να περιλαμβάνει την κατηγορία για προβλήματα στη σχέση, χρόνια σιωπηλή μεταχείριση, συναισθηματικό εκβιασμό και σύγκριση με άλλα άτομα με αποτέλεσμα την υπονόμηση της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

Η σχέση μεταξύ εθισμού και βίας έχει περιγραφεί ως «αιτία και συνέπεια», με μια σύνδεση που εκτείνεται σε πολλά επίπεδα. Η βία μεταξύ συντρόφων σε μια σχέση έχει συνδεθεί με τη χρήση ψυχοδραστικών

ουσιών – ειδικά (αλλά σε καμία περίπτωση δεν περιορίζεται σε αυτά) στο αλκοόλ και στην κοκαΐνη. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται σε άτομα επιρρεπή στη διαχείριση συναισθημάτων θυμού μέσω ψυχοδραστικών ουσιών («θάβουν» ή «μουδιάζουν» τα συναισθήματα μέσω της χρήσης σε σημείο λήθαργου). Η εξάρτηση επηρεάζει τις σχέσεις του ατόμου, προκαλώντας οικονομικά βάρη, απώλεια εργασίας, προβλήματα ψυχικής υγείας και ιατρικές παθήσεις που προκύπτουν από τη χρήση. Η κατάσταση επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο, όταν δύο άτομα με προβλήματα εξάρτησης βρίσκονται σε σχέση μεταξύ τους. Η ενδοοικογενειακή βία είναι συνηθισμένη σε τέτοιες σχέσεις. Θα μπορούσε να είναι σεξουαλική, σωματική, λεκτική - ή και τα τρία σε ορισμένες περιπτώσεις - καθιστώντας τη σωματικά και ψυχολογικά επιζήμια και για τα δύο μέρη.

Οι στατιστικές για την ενδοοικογενειακή βία σε όλο τον κόσμο είναι συγκλονιστικές (World Health Organization, 2021): ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει πως το 30% των γυναικών που ήταν σε κατάσταση σχέσης τη χρονική στιγμή της έρευνας ισχυρίζονται ότι έχουν υποστεί κάποιου είδους σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση, ενώ το 2018 1,2 εκατομμύρια γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν εμπειρίες ενδοοικογενειακής κακοποίησης (φυσικά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι και οι άνδρες μπορεί να είναι θύματα τέτοιας κακοποίησης). Αυτά τα στοιχεία είναι ακόμη πιο ανησυχητικά αν σκεφτεί κανείς ότι τα περισσότερα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δεν μιλούν ανοιχτά ούτε αναφέρουν κακοποίηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας εμπλέκεται το αλκοόλ – το 50% των ανδρών που κατηγορούνται για τη δολοφονία των συζύγων τους ήταν μεθυσμένοι, όταν διέπραξαν το έγκλημα – και η κακοποίηση είναι πιο πιθανό να συμβεί (και να είναι πιο βίαιη), ακόμη και όταν το θύμα είναι νηφάλιο. Στατιστικά στοιχεία για την ενδοοικογενειακή βία και την κατάχρηση ουσιών είναι τα εξής:

- Μία στις τέσσερις γυναίκες θα βιώσει ενδοοικογενειακή βία στη διάρκεια της ζωής της.
- Οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν εννέα φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και 15 φορές πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.
- Η κατάχρηση αλκοόλ είναι ο κύριος παράγοντας για τη βία από τους συντρόφους.
- Το 69% των γυναικών που έλαβαν θεραπεία για κατάχρηση ουσιών κακοποιήθηκαν σεξουαλικά ως παιδιά (World Health Organization, 2021).

Η ενδοοικογενειακή βία και η κατάχρηση ουσιών έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως:

- απώλεια ελέγχου
- εμμονή με τον έλεγχο του θύματος
- ανοχή στην κατάχρηση (ειδικά όταν η βία ξεσπά σε συχνότητα)
- και συνέχιση της συμπεριφοράς, παρά τη γνώση των συνεπειών

Με την πάροδο του χρόνου, η απώλεια ελέγχου τείνει να εξελίσσεται με λιγότερες προκλήσεις και αυξανόμενη σοβαρότητα της βίας. Συχνά χαρακτηρίζεται από περιόδους τύψεων, όταν ο θύτης ορκίζεται να μην επιτεθεί ξανά στο θύμα. Η βία και ο θυμός μπορεί στη συνέχεια να μειωθούν για λίγο, αλλά όπως στην εξάρτηση, η παρόρμηση, συνήθως, επιστρέφει και χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, ο φαύλος κύκλος της βίας συνεχίζεται.

Τα στοιχεία μιας αρκετά ικανοποιητικής σχέσης περιλαμβάνουν απουσία σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης, επιθετικότητας και βίας, ικανοποιητικό κοινό χρόνο, όπου και τα δύο μέρη θα πρέπει να αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους, ικανότητα συμβιβασμού, κατανόηση και εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων σε περιόδους συντροφικότητας και ατομικού χρόνου. Όταν η εξάρτηση επιβαρύνει τη σχέση, όλα τα παραπάνω βασικά στοιχεία παραμερίζονται. Η σχέση με άτομο το οποίο έχει προβλήματα εξάρτησης κλυδωνίζεται, επειδή το τελευταίο απασχολείται με την απόκτηση της επόμενης δόσης και βιώνει την ευφορία της χρήσης, η οποία τον/τη βοηθά να αισθάνεται καλύτερα από οποιοδήποτε στοιχείο της σχέσης. Ουσίες όπως το αλκοόλ, τα στεροειδή, η κοκαΐνη, και η μεθαμφεταμίνη είναι γνωστό ότι προκαλούν βία, θυμό και ευερεθιστότητα. Επιπλέον, για αρκετά άτομα με προβλήματα εξάρτησης η ενδοοικογενειακή βία είναι η συνέχεια του κύκλου κακοποίησης που έζησαν στην πατρική τους οικογένεια, μια μαθημένη συμπεριφορά, κυρίως από γονικές φιγούρες και από το ιδιαίτερο περιβάλλον ενός ατόμου.

Η εξάρτηση μπορεί να παίζει βασικό ρόλο στη βία. Η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά εξάρτησης διαταράσσει τη φυσική λειτουργία του εγκεφάλου και τις χημικές ουσίες του εγκεφάλου. Σε συνδυασμό με

συνυπάρχουσες διαταραχές, όπως αγχώδεις διαταραχές, ψύχωση, παρανοϊκό ιδεασμό και διαταραχές ύπνου, αυτή μπορεί να οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά.

Η κατάχρηση ουσιών και η ενδοοικογενειακή βία συνδέονται και συχνά συμβαίνουν ταυτόχρονα. Ανεξάρτητα από το ποιο είναι πρώτο, το καθένα επιδεινώνει το αποτέλεσμα του άλλου. Η ενδοοικογενειακή βία ενεργοποιεί την κατάχρηση ουσιών. Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να μοιράζεται μεταξύ των θυμάτων και των δραστών. Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνει τις πιθανότητες να γίνει κάποιος κακοποιητικός και η αγωνία της κακοποιητικής συμπεριφοράς μπορεί να κάνει το θύμα να στραφεί στο αλκοόλ και άλλες ουσίες για να μουδιάσει τον πόνο ή να αναζητήσει προσωρινά ανακούφιση από το βαρύ φορτίο της κακοποίησης.

Η υποκείμενη αιτία της ενδοοικογενειακής βίας είναι η επιθυμία του ενός συντρόφου να ελέγξει τον άλλο. Άλλος παράγοντας που συμβάλλει στη βία είναι η ανατροφή σε οικογένεια όπου ο ένας γονέας κακοποίησε τον άλλον και η ενδοοικογενειακή βία αντιμετωπίστηκε ως φυσιολογική. Επιπλέον, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ή προβλήματα εικόνας αισθάνονται πως δεν μπορούν να εμπιστευτούν τον σύντροφό τους και στρέφονται στη συζυγική βία ως τρόπο άσκησης ελέγχου.

Προειδοποιητικά σημάδια ενδοοικογενειακής βίας είναι τα εξής:

- Ο θύτης δεν συμπαθεί τους φίλους του θύματος ή ζηλεύει τον χρόνο που περνάει το θύμα χωρίς αυτόν/ήν προτρέποντας σταδιακά σε διακοπή με φίλους και αγαπημένα πρόσωπα, μέχρι να είναι το μόνο άτομο στη ζωή του θύματος.
- Σχόλια που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα ή ντροπή μπροστά σε άλλους.
- Απειλή απώλειας επιμέλειας παιδιών, επειδή κάποιος είναι «κακός» γονιός.
- Απειλή κακοποίησης ή εξόντωσης κατοικίδιων ζώων.
- Έλεγχος των οικονομικών του θύματος σε σημείο που πρέπει να συμβουλευέται τον θύτη για να οποιαδήποτε αγορά.
- Απαγόρευση εξωτερικών δραστηριοτήτων, όπως η εργασία ή το σχολείο.
- Απαγόρευση ελευθερίας λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τον ύπνο ή το φαγητό.
- Καταστροφή προσωπικών αντικειμένων.

Αν και μεμονωμένες περιπτώσεις μπορεί φυσικά να διαφέρουν, οι άνδρες συνήθως θεωρούνται το ισχυρότερο φύλο, όσον αφορά τη σωματική δύναμη, και η πλειονότητα των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας περιλαμβάνει επιθέσεις από άνδρες σε γυναίκες. Μια κακοποιημένη γυναίκα ζει σε μια συνεχή εμπόλεμη ζώνη, όπου δεν ξέρει αν οι επόμενες λέξεις που θα βγουν από το στόμα της θα προκαλέσουν μια βίαιη αντίδραση από τον σύντροφό της ή τον σύζυγό της. Οι βίαιοι άντρες, οι οποίοι κακοποιούν γυναίκες, μπορεί να προσπαθήσουν να αποδώσουν τις πράξεις τους στο αλκοόλ. Πολλές γυναίκες στρέφονται στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά για να αντιμετωπίσουν το βάρος της επανειλημμένης κατάχρησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αναγκάζονται να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών από τον σύντροφό τους. Οι κακοποιημένες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν PTSD, διαταραχή πανικού, αγχώδη διαταραχή ή/και κατάθλιψη και μπορεί να σχεδιάσουν – ή ακόμα και να διαπράξουν – απόπειρα αυτοκτονίας λόγω ενδοοικογενειακής κακοποίησης.

Σε έρευνα που αφορά τη βία από ενήλικα παιδιά προς τη μητέρα τους, η Smith (2021) τονίζει ότι ο αδιάλυτος δεσμός των μητέρων με τα ενήλικα παιδιά τους πλαισιώνει τα αμφίθυμα συναισθήματα και τις πράξεις τους και περιορίζει την προθυμία τους να αναφέρουν ή να ονομάσουν το πρόβλημα ως «κακοποίηση». Η συγγραφέας προτείνει τη δημιουργία κλινικών παρεμβάσεων για γυναίκες οι οποίες κινδυνεύουν να κακοποιηθούν από τα ενήλικα παιδιά τους, χαρακτηρίζοντας το πρόβλημα ως δομικό (συγκρούσεις ως μητέρα και έλλειψη διαθέσιμων πόρων για προβληματικούς ενήλικες), παρά ως προσωπικό (ή ενδοψυχικό). Η αντιμετώπιση του ζητήματος ως κοινωνικό πρόβλημα και όχι ως προσωπική αποτυχία στον ρόλο της μητέρας θα μπορούσε να επιτρέψει στις μητέρες να αντιμετωπίσουν πιο ειλικρινά το πρόβλημα και να λάβουν αποφάσεις με λιγότερη αυτοκατηγορία για τη δική τους ανάγκη για ασφάλεια. Φεμινίστριες ερευνήτριες, που μελετούν την κακοποίηση από εφήβους των γονιών τους (κυρίως μητέρες), έχουν προτείνει πως η ονομασία του προβλήματος «κακοποίηση μητέρων» θα βοηθούσε στη μείωση του στιγματισμού των μητέρων. Αυτοί οι

μελετητές προτείνουν ότι η ονομασία της κακοποίησης από παιδί σε γονέα ως «κακοποίηση μητέρας» θα δημοσιοποιούσε και θα ομαλοποιούσε τη φύση της γονικής κακοποίησης λόγω φύλου (Smith, 2021, 2015).

Οι γυναίκες, βέβαια, δεν είναι τα μόνα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και οι άνδρες υφίστανται κακοποίηση, αλλά οι περισσότεροι δεν μιλούν ανοιχτά (Bradbury-Jones & Isham 2020; Kofman & Garfin 2020). Τα σημάδια συχνά δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν, αλλά μπορεί να είναι συναισθηματικά, σωματικά, σεξουαλικά, καθώς και απειλές κακοποίησης. Αυτό συμβαίνει και στις σχέσεις μεταξύ ομοφυλοφίλων και ετεροφυλόφιλων.

Επιπρόσθετα, η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει τα παιδιά – τόσο εκείνα που γίνονται μάρτυρες βίας όσο και εκείνα τα οποία κακοποιήθηκαν από πρόσωπα των γονιών. Τους θέτει σε κίνδυνο για ψυχιατρικές διαταραχές, αναπτυξιακά προβλήματα, εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, αντιμετωπίζουν προβλήματα στο σχολείο και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα παιδιά, τα οποία μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον όπου η ενδοοικογενειακή βία είναι συχνή, είναι πιο πιθανό να βιώσουν συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από εκείνα που προέρχονται από οικογένειες χωρίς παρόμοια προβλήματα. Κινδυνεύουν, επίσης, να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών, εάν έπεσαν θύματα βίας από στενό σύντροφο, από γονέα ή κηδεμόνα.



Εικόνα 4.5 “Mother and child sculpture, Queen Square”, by [Stu's Images](#)/ CC BY-SA 3.0 (Wikipedia).

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c9/Mother_and_child_sculpture%2C_Queen_Square.JPG

4.1.4. Υποστήριξη και προϋποθέσεις για την ανάρρωση των μελών της οικογένειας

Τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας μπορεί να έχουν πολλά δικά τους προβλήματα από τη χρόνια έκθεση στο άγχος και την οργάνωση της ζωής της οικογένειας γύρω από το πρόβλημα. Ακόμη και όταν φύγουν οι ουσίες από τη μέση, οι σχέσεις έχουν πληγωθεί. Συχνά τα μέλη της οικογένειας εμπλέκονται σε τέτοιο βαθμό μέσα στο πρόβλημα, ώστε η αυτοαξία τους να συνδέεται με την εξάρτηση και την αποχή από τη συμπεριφορά εξάρτησης. Επιπλέον, το άτομο με προβλήματα εξάρτησης βιώνει ολοένα και μεγαλύτερη δυσφορία, κατάθλιψη, κενό, μίσος για τον εαυτό του και αυτοκαταστροφικά συναισθήματα. Πολύ συχνά στη δίνη βαθιάς κατάθλιψης, βίαιων ξεσπασμάτων οργής και απόγνωσης προβάλλει τέτοια συναισθήματα στους σημαντικούς άλλους που δυσανασχετούν για τη συμπεριφορά του. Αυτό μπορεί να τους κάνει να νιώθουν ότι οι ίδιοι είναι η αιτία του προβλήματος, να νιώθουν ολοένα πιο ένοχοι και ανεπαρκείς και να αμφιβάλουν για το αν αξίζουν σαν γονείς, σαν σύντροφοι και σαν άνθρωποι γενικότερα. Στην ουσία μπαίνουν σε έναν φαύλο κύκλο αυτοαναίρεσης που γεννά κατάθλιψη, θυμό, οργή, απελπισία σε διαφορετικά στάδια της πορείας του προβλήματος. Απαραίτητη, λοιπόν, προϋπόθεση αποτελεί το να μπορέσουν οι σύζυγοι, τα παιδιά, οι γονείς, οι «σημαντικοί άλλοι» να θρηνήσουν, να θυμώσουν, να κλάψουν και να παρηγορηθούν από άλλους. Απαιτείται

ένα ασφαλές και δεκτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα επιτραπεί στις οικογένειες να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους, να ακουστούν και να αναγνωριστεί η πηγή του πόνου τους. Επιπλέον, η εμπειρία τους πρέπει να αναγνωριστεί και για να γίνει αποδεκτή από το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Τέλος, η ένταξη σε ομάδες αυτοβοήθειας βοηθάει να σπάσει η απομόνωση και να χτιστεί φιλία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στις οικογένειες οι οποίες έχουν ανάγκη «να καταλάβουν» την εμπειρία τους και να την ανακατασκευάσουν σε ένα πλαίσιο που τα μέλη τους να νιώθουν αποδεκτά. Μέσα στην ομάδα μοιράζονται την εμπειρία τους, τις ικανότητές τους και την ελπίδα τους για αλλαγή, αναπτύσσοντας ικανότητες και συμπεριφορές και μαθαίνοντας αποτελεσματικούς τρόπους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους (Flores, 1997).

Κατά παρόμοιο τρόπο, το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης επιχειρεί να νοηματοδοτήσει την εμπειρία της εξάρτησης στην προσωπική του θεραπεία. Η υποστήριξη της οικογένειας στο στάδιο αυτό είναι καθοριστική. Στην προσπάθεια ανακατασκευής της ταυτότητάς του είναι σημαντικό να καταφέρει να εκφράσει θετικά και αρνητικά συναισθήματα σε μέλη της οικογένειάς του. Τα μέλη της οικογένειας καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις μεταξύ τους. Οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διευκολύνουν την επικοινωνία, ώστε να υπάρξει κάποια μορφή συμφιλίωσης. Σε περίπτωση υποτροπής στο στάδιο αυτό, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να ενεργήσουν με ψυχραιμία, ενθαρρύνοντας το άτομο να μιλήσει γι' αυτήν στο θεραπευτικό πλαίσιο. Όταν η υποτροπή αντιμετωπίζεται ως ολίσθημα στη διαδικασία της αλλαγής, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες και αποτελεί αφορμή για μια πιο ουσιαστική προσπάθεια απεξάρτησης.

Σύμφωνα με τους Copello & Orford (2002), όταν προσφέρεται κάποιας μορφής υποστήριξη εστιασμένη σε αυτούς που ενδιαφέρονται άμεσα για τον χρήστη/τρια, η παρέμβαση αυτή είναι τις περισσότερες φορές κακοσχεδιασμένη, πρόχειρη και περιορισμένη. Ο Miller (2003) -συγγραφέας της «κινητοποιητικής συνέντευξης»- και η Barnard στο βιβλίο «εξάρτηση από ναρκωτικά και οικογένειες» (2007) επισημαίνουν ότι πίσω από αυτήν την πρακτική κρύβεται η πεποίθηση πως τα μέλη της οικογένειας είναι συμπληρωματικά και όχι κεντρικά στη θεραπεία της εξάρτησης, μιας και οι υπηρεσίες απεξάρτησης είναι θεμελιωμένες σε πολιτικές και πρακτικές φιλοσοφικά επικεντρωμένες στο άτομο. Έτσι, οι επαγγελματίες απεξάρτησης βλέπουν τον χρήστη, οι κοινωνικοί λειτουργοί τα παιδιά των χρηστών, άλλοι θεραπευτές τα υπόλοιπα μέλη τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα, με αποτέλεσμα το ίδιο το σύστημα να τμηματοποιεί (να «σπάξει») την οικογένεια στα άτομα που την αποτελούν. Επιπλέον, οι επαγγελματίες απεξάρτησης εργαζόμενοι σε ατομοκεντρικά πλαίσια δεν είναι εκπαιδευμένοι στην αντιμετώπιση της οικογένειας και, όταν επιχειρούν μια τέτοια παρέμβαση, συχνά βιώνουν διλήμματα όσον αφορά τη σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, φοβούμενοι ότι μπορεί να διακινδυνεύσουν τη σχέση τους μαζί του. Κατανοώντας τον φόρτο εργασίας των εργαζομένων στα κέντρα απεξάρτησης, οι Copello & Orford ισχυρίζονται πως απαιτείται μια μετάβαση από την προσέγγιση του χρήστη ως ατόμου στην προσέγγισή του ως μέλος μιας οικογένειας και ενός ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Έτσι, λοιπόν, δεν απαιτούνται περισσότερες «εργατο-ώρες» για τους θεραπευτές της απεξάρτησης αλλά μια αλλαγή στη φιλοσοφία της προσέγγισης της ίδιας της ουσιοεξάρτησης, ώστε να βοηθηθεί η ακινητοποιημένη, τρομοκρατημένη, ντροπιασμένη και ένοχη ομάδα, που βασανίστηκε για χρόνια από το πρόβλημα της εξάρτησης, να κοιτάξει με ελπίδα προς το μέλλον.

Απαραίτητη προϋπόθεση οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί το να ηρεμήσει το σύστημα και να αποκλιμακωθεί ο κύκλος χρήσης-συγκρούσεων. Συμπεριφορές οι οποίες οδηγούν σε άσκοπες συγκρούσεις ή αποξένωση (γκρίνια, απειλές, σαρκαστικά ή επιτιμητικά σχόλια) αποφεύγονται, ενώ συμπεριφορές που συσφίγγουν τις οικογενειακές σχέσεις ενισχύονται. Στόχος είναι να μειωθεί η αποξένωση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ή στο ζευγάρι. Αν υπάρχουν έντονα άλματα προβλήματα, ζητείται από τα μέλη της οικογένειας να τα αφήσουν στην άκρη, μέχρι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της χρήσης. Είναι πολύ σημαντικό να καταλαγιάσει ο θυμός και να αρχίσουν τα μέλη να συνειδητοποιούν και να καταλαβαίνουν το πρόβλημα.

Επιπλέον, υπό την επήρεια έντονων συναισθημάτων είναι δύσκολο να δουν αντικειμενικά και εποικοδομητικά το πρόβλημα. Υπό την επήρεια του θυμού τα μέλη της οικογένειας ουσιαστικά αρνούνται να προσπαθήσουν για την επίτευξη αλλαγών, όσον αφορά τη χρήση και τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ τους. Έχει σημασία να καταλάβει η οικογένεια ότι το άτομο με προβλήματα εξάρτησης δεν κάνει χρήση ηθελημένα, αλλά γιατί αντιμετωπίζει το πρόβλημα της εξάρτησης ή πιο απλά γιατί είναι άρρωστο. Αυτή η συνειδητοποίηση βοηθάει στην υποχώρηση μέρους των αρνητικών συναισθημάτων. Επίσης, πρέπει να επιτραπεί στα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τον θυμό, τη ματαίωση και οποιοδήποτε άλλο αρνητικό συναίσθημα με στόχο την

αποκλιμάκωσή του. Τέλος, πρέπει να βοηθούνται τα άτομα να μην αποδίδουν την ευθύνη για τη χρήση στον εαυτό τους αλλά στο χρήστη, ξεφεύγοντας έτσι από την αδρανοποιητική δράση της ενοχής.

Μετά την αποδοχή ότι ένα μέλος της οικογένειας είναι εξαρτημένο από ουσίες και την αναγνώριση των προβλημάτων που έχει δημιουργήσει η εξάρτηση, τόσο στα μέλη της οικογένειας όσο και στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης, η οικογένεια εκπαιδεύεται στην προσπάθεια ενίσχυσης της αλλαγής. Βέβαια, η αλλαγή δεν απαιτείται ούτε τα μέλη της οικογένειας αλλάζουν τις συμπεριφορές τους περιμένοντας άμεσα μια διαφορετική στάση από τον χρήστη.

Έχουν αναπτυχθεί πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις με στόχο την κινητοποίηση του χρήστη μέσω αλλαγών στο οικογενειακό σύστημα, οι οποίες ξεκινούν από κάποιο μέλος που επιδιώκει την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης (για μια αναλυτική περιγραφή βλέπε Μισουρίδου, 2010). Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά κάποιες στρατηγικές, οι οποίες συναντιούνται σε αρκετές προσεγγίσεις:

- Ψύχραιμη αντιμετώπιση της χρήσης και υπενθύμιση των θετικών συνεπειών της αποχής στα αρχικά στάδια της χρήσης, αγνόηση του χρήστη σε περίπτωση μέθης-μεγάλης κατανάλωσης.
- Η οικογένεια αφήνει το άτομο με προβλήματα εξάρτησης να βιώσει τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης του, χωρίς να προσπαθεί να καλύψει τον χρήστη και να μειώσει τις συνέπειες (λέγοντας δικαιολογίες στον εργοδότη ή σε άλλες υπηρεσίες, μαζεύοντας την ακαταστασία, βοηθώντας τον σε φάσεις μεγάλης χρήσης). Με αυτόν τον τρόπο αποδέχεται ότι η ευθύνη για την αλλαγή είναι στα χέρια του χρήστη. Εξαίρεση, βέβαια, αποτελούν περιστατικά στα οποία κινδυνεύει η ζωή του χρήστη.
- Επιδοκιμασία και επιβράβευση της αποχής (αγαπημένα φαγητά, προτιμώμενα θέματα συζήτησης, φιλία, χάδια, δώρα και άλλες προσπάθειες να γίνει ευχάριστη, έκφραση θετικών συναισθημάτων, αίτημα για διατήρηση της αποχής). Η στιγμή της συζήτησης πρέπει να μην είναι τυχαία αλλά να επιλέγεται ώστε ο χρήστης να βρίσκεται σε αποχή, σε σχετικά καλή διάθεση, καθώς και να υπάρχει κάποιο αίσθημα εγγύτητας μεταξύ τους.
- Αλλαγή στον τρόπο επικοινωνίας. Οι Meyers & Smith (1997) συνόψισαν την εκπαίδευση αυτή στους ακόλουθους επτά κανόνες επιτυχημένης επικοινωνίας:
 - α. Να είστε σύντομοι
 - β. Να έχετε θετική στάση
 - γ. Να είστε συγκεκριμένοι και σαφείς
 - δ. Να κατονομάζετε τα συναισθήματά σας
 - ε. Να εκφράζετε κατανόηση για την πλευρά του χρήστη
 - στ. Να δέχεστε μέρος της ευθύνης, όταν αυτό επιβάλλεται
 - ζ. Να προσφέρετε βοήθεια
- Οργάνωση ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων (ευχάριστες στιγμές, χωρίς τη χρήση ουσιών).
- Αποφυγή περιστατικών βίας. Η οικογένεια εκπαιδεύεται στο να αναγνωρίζει τα συμπτώματα επερχόμενων βίαιων επεισοδίων και να αυτοπροστατεύεται με το να αποσύρεται, να εξηγεί ήρεμα στον χρήστη τους λόγους γι' αυτή τη συμπεριφορά, να αποφεύγει συμπεριφορές που οδηγούν σε συγκρούσεις (π.χ. γκρίνια, απειλές, σαρκασμός) και να μην ξεσπάει συναισθηματικά σε περιστατικά μεγάλης κατανάλωσης. Σε περιπτώσεις βίαιης συμπεριφοράς μπορεί να χρειαστεί η κλήση της αστυνομίας για να γίνει κατανοητό ότι η βίαιη συμπεριφορά δεν θα γίνει ανεκτή στο μέλλον.
- Πρόταση θεραπείας σε στιγμές κινητοποίησης του ατόμου (συνήθως μετά από μεγάλη χρήση ουσιών ή περιστατικά με έντονες αρνητικές συνέπειες, λόγω της χρήσης).
- Ανεξαρτητοποίηση (εργασία, ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες χωρίς τη συμμετοχή του χρήστη τα οποία θα προσφέρουν ευχαρίστηση και χαλάρωση στα μέλη της οικογένειας).
- Αν η κατάλληλη αντίδραση είναι ένα τελεσίγραφο, το μέλος της οικογένειας που θα το δώσει θα πρέπει να είναι ικανό να το τηρήσει.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά μέλους της οικογένειας φέρνει αλλαγές σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Για παράδειγμα, η εύρεση εργασίας της συζύγου ή η εύρεση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων χωρίς τη συμμετοχή του χρήστη μπορεί να έχει πολλαπλά θετικά αποτελέσματα για την οικογένεια, συμπεριλαμβανομένης της κινητοποίησης του χρήστη για αλλαγή.

4.2. Σκοπός της έρευνας

Ο στόχος αυτής της έρευνας ήταν να περιγράψει την εμπειρία ανάρρωσης των μητέρων που ζουν το τραύμα και την απώλεια της εξάρτησης στην οικογένεια, προκειμένου να εντοπιστούν τα βασικά συστατικά στοιχεία της. Επιμέρους στόχοι ήταν η περιγραφή των στρατηγικών αντιμετώπισης της εξάρτησης και νοσηματοδότησης της εμπειρίας τους.

4.3. Μεθοδολογία

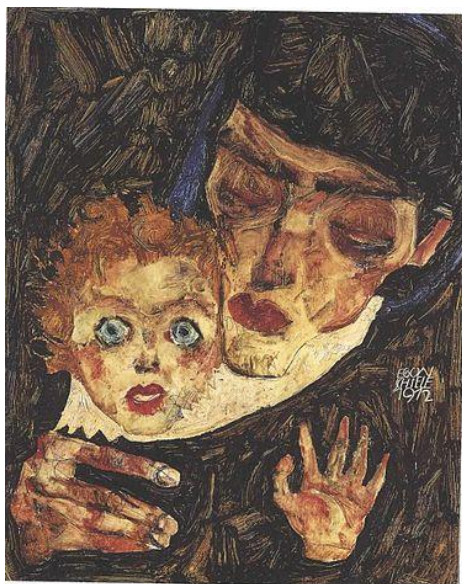
Η παρούσα έρευνα βασίστηκε στην ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση (Interpretative phenomenological analysis, IPA) όσον αφορά τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων και στη συνέχεια την καταγραφή των αποτελεσμάτων (Smith & Osborn, 2008). Οι κύριες θεωρητικές επιρροές στην IPA είναι η φαινομενολογία, η ερμηνευτική και η ιδιογραφία (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Η IPA είναι φαινομενολογική, επειδή ο ερευνητής αποσπά λεπτομερείς αναφορές των κυριότερων εμπειριών κύριας ζωής των συμμετεχόντων καθώς και ερμηνείες τους για τον προσωπικό και τον κοινωνικό τους κόσμο (Smith et al., 2009). Η IPA είναι, επίσης, μια ερμηνευτική προσέγγιση, θεμελιωμένη κυρίως στην προσέγγιση φαινομενολογίας του Heidegger, όπου οι ερευνητές ασχολούνται με μια «διπλή ερμηνευτική», προσπαθώντας να κατανοήσουν τα μέλη της οικογένειας τα οποία προσπαθούν να κατανοήσουν την εμπειρία ανάρρωσής τους (Smith & Osborn, 2008). Βασίζεται στην ιδιογραφία, καθώς οι ερευνητές εστιάζουν αρχικά στο άτομο ως μονάδα ανάλυσης και στη συνέχεια αναπτύσσουν προοδευτικά ευρεία θέματα (Smith et al., 2009). Η IPA επηρεάζεται, ακόμη, από μια κοινωνική κονστροκτουβιστική προοπτική, όπου οι κοινωνικές, περιστασιακές και ιστορικές επιδράσεις επηρεάζουν το πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και βιώνουν τη ζωή τους. Το περιεχόμενο των αναδυόμενων θεμάτων πρέπει να περιλαμβάνει τη «βιωματική ποιότητα» όσων έχουν καταγραφεί. Αυτό σημαίνει ότι η συγκεκριμένη έρευνα αφορά τον χαρακτήρα, την ποιότητα και το νόημα της εμπειρίας. Συνολικά, η προσέγγιση είναι ιδανική για την κατανόηση της διαδικασίας της αλλαγής και για τη μελέτη προβλημάτων που είναι υπο-ερευνημένα ή είναι πολύπλοκα στην κατανόηση (Smith et al., 2009).

Ψευδώνυμο Μητέρας	Ηλικία Μητέρας	Ηλικία Παιδιού με προβλήματα χρήσης
Εμμέλεια	52	29
Αθηνά	54	30
Αφροδίτη	57	28,27
Ήρα	57	27
Νόνα	46	27
Ανθούσα	62	35
Περσεφόνη	63	41
Μαρία	68	33
Ελπίδα	54	32
Λητώ	44	25

Πίνακας 4.1 Περιγραφή συμμετεχόντων

4.3.1. Γνωριμία με τις συμμετέχουσες

Στον Πίνακα 4.1 φαίνονται τα ψευδώνυμα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τις συμμετέχουσες, η ηλικία τους καθώς και η ηλικία του παιδιού ή των παιδιών με προβλήματα εξάρτησης. Παρακάτω, οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων περιγράφονται εν συντομία πριν παρουσιαστούν τα νοήματα τα οποία προέκυψαν από τις ιστορίες τους. Η εμπειρία θεραπείας των μητέρων ήταν μέρος μιας πολύ μεγαλύτερης σύνθεσης ζωής που διαπλεκόταν σε κάθε μία ιστορία της γυναίκας. Η έρευνα έδωσε τη δυνατότητα σε κάθε μητέρα να πει τη δική της ιστορία. Παρότι κάποιες συμμετέχουσες ήταν πιο προχωρημένες από άλλες στην προσωπική και οικογενειακή πορεία ανάρρωσης, όλες μπορούσαν πλέον να εκφράσουν την εμπειρία τους και ένιωθαν ότι είχαν καταφέρει να πετύχουν μικρές αλλά σημαντικές αλλαγές.



Εικόνα 4.6 “Mother and child”, By Egon Schiele - Copied from an art book / Public Domain, (Wikipedia).

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=6927471>

1. **Η Εμμέλεια**, μητέρα δύο γιων, περιγράφει κλαίγοντας την έλλειψη συναισθηματικής επαφής στη συζυγική σχέση καθώς και υποστήριξης στο μέγαλωμα των παιδιών. Ο σύζυγος ήταν συναισθηματικά απών, λόγω της ενασχόλησής του με τον τζόγο. Η Εμμέλεια εξηγεί ότι, όταν το ζευγάρι ενωνόταν και έκφραζε τον θυμό του στο γιο για να βάλουν όρια, τότε ο τελευταίος από θυμό έκανε απόπειρα αυτοκτονίας δύο φορές. Οι απόπειρες διακίνησαν έντονο θυμό και οργή σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Σε υποτροπή του μετά από προσπάθεια απεξάρτησης, ο πατέρας αποδιοργανώνεται ψυχικά και κάνει απόπειρα αυτοκτονίας δια απαγχονισμού. Τον σώζουν την τελευταία στιγμή μητέρα και γιος. Ο πατέρας ξεκινά θεραπευτική αγωγή, ο γιος ξεκινά θεραπεία απεξάρτησης, η μητέρα ακολουθεί τη θεραπεία της, ο άλλος γιος διακόπτει τις μεταπτυχιακές του σπουδές. Η Εμμέλεια περιγράφει το ταξίδι από τον θάνατο στη ζωή, από την έλλειψη επικοινωνίας και τον θυμό στην αποδοχή των άλλων και την αναγνώριση των καλών πλευρών τους. Στο τέλος παραδέχεται με δάκρυα ότι ο σύζυγός της είναι τρυφερός άνθρωπος.
2. **Η Αθηνά**, περιγράφει μια μακρά σχέση κακοποίησης με τον σύζυγό της και πώς κατάφερε να υπερασπιστεί τον εαυτό της και τα παιδιά της. Ο σύζυγός της την κατηγορούσε με συνεχείς προσβολές, χλευασμούς και ταπεινώσεις για ανικανότητα στον μητρικό της ρόλο και την αμφισβητούσε για τον τρόπο που μεγάλωσε τα παιδιά, όσο εκείνος ταξίδευε. Την ήλεγχε μέσα από την οικονομική βοήθεια που δεν έστελνε απευθείας σε αυτήν αλλά στα πεθερικά της. Αντιλαμβάνεται την προσωπική πορεία του παιδιού της σαν αντίδραση στη μη αποδοχή του από τον πατέρα, στις προσβολές του και γενικά στην απογοήτευση του πατέρα γι’ αυτό που περίμενε από τον γιο του να ήταν. Οι ατομικές συνεδρίες και στη συνέχεια η ένταξη στην ομάδα τη βοήθησαν να υψώσει το ανάστημά της, να λείει όχι στον σύζυγο και στον γιο και να βελτιώσει την επικοινωνία της μαζί τους. Ακόμα, στο τέλος της ιστορίας παραδέχεται πως τον αγαπά και ο σύζυγός της ομολογεί ότι μόλις ανακάλυψε την αγάπη.
3. **Η Αφροδίτη**, νοσηλεύτρια, 57 ετών, παρουσιάζει τον εαυτό της σε δεύτερη θέση, στη σκιά του άντρα της. Ο σύζυγός της ήταν το στήριγμα της οικογένειας και είχε πολύ καλή σχέση με τους δύο γιους τους. Έχασε

τον άντρα της από καρκίνο, όταν τα παιδιά ήταν στο γυμνάσιο, και λίγους μήνες μετά έμαθε για τη χρήση των δύο γιων της και «διαλύθηκε». Περιγράφει σκηνές σωματικής κακοποίησης από τα παιδιά της με στόχο την απόσπαση χρημάτων και το απογοητευτικό ταξίδι στα πάρκα, την κάθοδο στον «κάτω κόσμο», μια σύγχρονη «Νέκυια», δηλαδή κατάβαση στον Άδη. Οι συνάδελφοί της τη βοήθησαν να αναζητήσει βοήθεια. Η θεραπεία τη βοηθά να συγκροτηθεί, να ακουστεί η φωνή της και να κινητοποιήσει και τους δύο γιους της στη θεραπεία, να μάθει ξανά να γελά, να νιώσει ελπίδα για το μέλλον και το αίσθημα ελευθερίας που είχε χάσει, όταν τα παιδιά της ήταν μέσα στη χρήση.

4. **Η Ήρα**, περιγράφει την ευτυχισμένη ζωή της οικογένειάς της πριν το πρόβλημα των ναρκωτικών. Η μητρότητα ήταν ένα όνειρο που πραγματοποιήθηκε με κάποια χρόνια καθυστέρηση κι έτσι, η απόκτηση τριών παιδιών γέμισε με νόημα τη ζωή της και αύξησε την αγάπη της για τον άντρα της. Όταν διαπίστωσαν το πρόβλημα της εξάρτησης, ο σύζυγος συνταξιοδοτήθηκε και μετακόμισαν στην Αθήνα για να ξεφύγει ο γιος του από τα στέκια της περιοχής τους και να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Σύσσωμη η οικογένεια βρίσκει καθοδήγηση στο πρόγραμμα, ενδυναμώνεται και καταφέρνει να κινητοποιήσει το αγαπημένο της μέλος στην αλλαγή.
5. **Η Νόνα** θέλοντας να ξεφύγει από την αφόρητη καθημερινή θλίψη και τον πανικό που ένιωθε βλέποντας τη μητέρα της να κακοποιείται από τον αλκοολικό πατέρα της, παντρεύεται έναν άντρα με ψυχιατρικά προβλήματα και παρόμοια παιδική ηλικία, με γονεϊκούς καβγάδες και έλλειψη επικοινωνίας. Ο αδελφός κι η αδελφή κάνουν χρήση ουσιών, ενώ μετά από αποτυχημένες προσπάθειες να χωρίσει από τον σύζυγο που μπαινοβγαίνει πλέον στο ψυχιατρείο, ξεκινά και η ίδια τη χρήση αλκοόλ. Η Νόνα, μια ελκυστική 46χρονη πλέον μητέρα, που δεν μπορούσε να βγει από το σπίτι λόγω κατάθλιψης και επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού, περιγράφει το ταξίδι της συμβουλευτικής ως θεραπευτικό και σωτήριο. Έχει πλέον επιτύχει τους βασικούς της στόχους, να σταματήσει η ίδια τη χρήση αλκοόλ, να βελτιώσει την επικοινωνία της με τα παιδιά της, να μπορέσει να κινητοποιήσει το γιο της προς την αλλαγή, να βρει δουλειά και να γεμίσει με όμορφες δραστηριότητες τον ελεύθερο χρόνο της. Βλέπει στη βουβή θλίψη της κόρης της για την κακοποίηση από τον ίδιο τον φίλο της μια επανάληψη οικογενειακών σεναρίων, ελπίζοντας ότι θα καταφέρει να τη βοηθήσει να ξεφύγει από αυτά.
6. **Η Ανθούσα** έχει υποστεί αρκετές φορές σωματική κακοποίηση από τον σύζυγό της μπροστά στα μάτια των παιδιών της, ο οποίος τελικά πέθανε από χρήση αλκοόλ. Η Ανθούσα εξηγεί ότι ο σύζυγός της είχε κακοποιηθεί σωματικά στην παιδική του ηλικία και αναφέρει δύο περιστατικά αιμομικτικής σχέσης. Περιγράφει μια σκηνή στην οποία ο τρίχρονος γιος της απείλησε τον πατέρα με μαχαίρι για να προστατεύσει τη μητέρα του από τη σωματική κακοποίηση. Έχει μια ζεστή και δυνατή σχέση επικοινωνίας με τον μικρό γιο της, ο οποίος έκανε χρήση ουσιών. Μέσα από το θεραπευτικό πρόγραμμα ενδυναμώθηκε και κατάφερε, μετά από μεγάλο αγώνα, να κινητοποιήσει τον αγαπημένο της προς την αλλαγή.
7. **Η Περσεφόνη** δυσκολεύεται να αναγνωρίσει τον εαυτό της και να κατανοήσει τις αλλαγές στη ζωή της και λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή. Περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο η ευρύτερη οικογένεια την ενημέρωσε για το πρόβλημα του γιου της και της έκλεισαν ραντεβού σε θεραπευτικό πρόγραμμα έξι μήνες μετά το θάνατο του συζύγου της. Όταν κατάλαβε ότι ο σύζυγός της θα καταλήξει, πήρε αντικαταθλιπτική αγωγή για να μπορέσει να αντέξει την απώλεια του. Ο σύζυγος της Περσεφόνης και η κοπέλα του γιου της πέθαναν πριν μάθουν το πρόβλημα εξάρτησης του γιου της και ανησυχεί ότι είναι πολύ ήπια απέναντί του, όσον αφορά την εξάρτηση, επαναλαμβάνοντας την ήπια στάση του πατέρα της προς τη μητέρα της. Ο πατέρας της Περσεφόνης, ορφανός και μεγαλωμένος από τους παππούδες του, επειδή η μητέρα του έλειπε για δουλειά, θεωρούσε πάντα τη σύζυγό του και μητέρα της Περσεφόνης αδύναμη, υποστήριζε την αντικαταθλιπτική της θεραπεία και ήταν πολύ ήπιος απέναντι στην κατάχρηση αλκοόλ που έκανε. Μάλιστα επηρέαζε τα παιδιά του να υιοθετήσουν την ίδια στάση απέναντι στη μητέρα τους.
8. **Η Μαρία**, 62 ετών, περιγράφει τη συναισθηματική απόσταση και τις συγκρούσεις της με το σύζυγο στα πρώτα χρόνια του γάμου τους, λόγω της ενασχόλησής του με το τζόγο σε ένα εύπορο οικογενειακό πλαίσιο. Διαπίστωσαν καθυστερημένα τη χρήση του Γ., ο οποίος κατάφερε να περάσει στο Πανεπιστήμιο στο τμήμα Κοινωνικών Λειτουργιών και να πάρει το πτυχίο του. Περιγράφει γεμάτη ενοχή πως εκείνη δούλεψε ως νοσηλεύτρια, ο άντρας της ήταν απασχολημένος στον τζόγο, τα παιδιά τα φρόντιζαν εναλλάξ η μητέρα και η πεθερά της κι έτσι δεν ήταν αρκετά κοντά τους, παρά μέσα από άφθονες παροχές. Στο θεραπευτικό πρόγραμμα βρήκε τη δύναμη να μιλήσει γι' αυτό το πρόβλημα, να σταματήσει να κλαίει και να παροτρύνει τον γιο της να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα.
9. **Η Ελπίδα** μεγάλωσε με δύο γονείς άνω των πενήντα ετών και περιγράφει μια μοναχική παιδική ηλικία, χωρίς τρυφερότητα και επικοινωνία μαζί τους. Η υγεία του πατέρα της επιδεινώθηκε αμέσως μετά τη γέννησή της και ντρεπόταν γι' αυτόν. Παντρεύτηκε έναν άντρα είκοσι χρόνια μεγαλύτερο από αυτήν κι

έκαναν αμέσως παιδί, παρότι δεν ήθελε να μείνει έγκυος τόσο γρήγορα και δεν ήταν έτοιμη για τη γέννηση του παιδιού. Ο σύζυγος και η μητέρα της είχαν συγκρουστεί για την ονοματοδοσία του παιδιού, με αποτέλεσμα να νιώθει ακόμη μεγαλύτερη μοναξιά και να μην έχει καμία βοήθεια. Η Ελπίδα ήταν πολύ σκληρή με τον πρωτότοκο γιο της - όπως ήταν μαζί της η μητέρα της - και νιώθει ενοχές που δεν του έδινε αγάπη και δεν ήταν κοντά του όπως στα άλλα της παιδιά. Όταν έμαθε για το πρόβλημα εξάρτησης του γιου της, ήθελε να αυτοκτονήσει. Υπέφερε από ανορεξία και ο σύζυγός της από σοβαρή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η αφήγησή της είναι γεμάτη ενοχή αλλά η επαφή της με το θεραπευτικό πρόγραμμα, η συμμετοχή του άντρα της, οι προσπάθειες για βελτίωση της επικοινωνίας με τον πρωτότοκο γιο τους και η ένταξη του γιου στο θεραπευτικό πρόγραμμα χτίζουν σταθερά μια συγκροτημένη προσπάθεια αλλαγής.

10. **Η Λητώ**, μια ελκυστική γυναίκα 44 ετών, ήρθε στο θεραπευτικό πρόγραμμα για τον γιο της 25 ετών. Συγκρίνει την ιστορία της μητέρας της με τη δική της. Ο πατέρας της Λητούς κακοποιούσε σωματικά τη μητέρα της μπροστά στα μάτια της και ο σύζυγός της την κακοποιούσε μπροστά στα μάτια του γιου της. Και οι δύο γυναίκες είχαν άφθονα υλικά αγαθά, αλλά συζύγους που τις ζήλευαν έντονα. Η Λητώ έπεισε τον σύζυγό της να εμπλακεί στη θεραπεία. Έχει αλλάξει από τότε. Τώρα, όταν τον προκαλεί ο γιος του, δεν αντιδρά, απλά τον ακούει, δεν χτυπιούνται πια. Η αλλαγή αυτή είναι πολύ σημαντική και ελπιδοφόρα για όλους.



Εικόνα 4.7 "Maternity", By DB Thats-Me/ [Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0](https://web.archive.org/web/20161011063216/http://www.panoramio.com/photo/9693090), (Wikipedia).
<https://web.archive.org/web/20161011063216/http://www.panoramio.com/photo/9693090>

4.4. Αποτελέσματα

Οι μητέρες περιγράφουν σκηνές βίας, παραμέλησης, κρυμμένα οικογενειακά μυστικά. Ήταν συναισθηματικά φορτισμένες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Η εξάρτηση φαίνεται μέσα από τα μάτια τους απειλητική, απρόβλεπτη, ανατρεπτική, απροσδόκητη, ως «πανούκλα» που διαβρώνει καθετί υγιές στην οικογένεια. Όλες οι μητέρες την περιγράφουν ως τραυματική. Συνολικά, τέσσερα θέματα σκιαγράφησαν τη βιωμένη εμπειρία των μητέρων κατά το μακρύ ταξίδι από την τραυματική απώλεια και την απομόνωση στη μετατραυματική ανάπτυξη και σύνδεση: (α) Τραύμα και απελπισία: διφορούμενη απώλεια σχέσεων και υγιούς οικογενειακής ζωής, (β) Αναμέτρηση με το πρόβλημα της εξάρτησης: Στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος, (γ) Νοσηματοδότηση και επαναπροσδιορισμός ταυτότητας και (δ) Σύνδεση με τους άλλους και ευγνωμοσύνη. Παρακάτω σκιαγραφούνται οι βασικές συνιστώσες των θεμάτων με αναφορές από τις αφηγήσεις των μητέρων που πρόσφεραν την ιστορία τους ως ένδειξη ευγνωμοσύνης για τη βοήθεια την οποία έλαβαν από την ένταξή τους σε θεραπευτικό πλαίσιο.



Εικόνα 4.8 “A Pietà by Michelangelo, in the Galleria dell'Accademia”, By Peter K. Burian/ [Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0f/A_Piet%C3%A0_by_Michelangelo%2C_in_the_Galleria_dell%27Accademia.jpg), (Wikipedia).

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0f/A_Piet%C3%A0_by_Michelangelo%2C_in_the_Galleria_dell%27Accademia.jpg

(Α) Τραυματική απώλεια σχέσεων και υγιούς οικογενειακής ζωής

Οι συμμετέχουσες περιέγραψαν ριζικές αλλαγές στη συμπεριφορά του γιου/κόρης τους μετά από την εγκατάσταση της εξάρτησης και ανέφεραν ότι δεν μπορούν να τον αναγνωρίσουν. Ήταν πλέον ένας «γνώριμος ξένος», ένας «οικείος άγνωστος». Είχαν χάσει το μισό άτομο, γιατί το παιδί τους ήταν ταυτόχρονα ζωντανό και πεθαμένο μαζί. Είχε χαθεί η υγεία, η λάμψη, το όνειρο μιας φυσιολογικής ζωής, το παιδί το οποίο γνώριζαν πριν από την εξάρτηση και ο ενήλικας που ονειρευόταν ότι θα γίνει το παιδί τους μια μέρα, οι δυνατότητες τις οποίες μπορούσαν να δουν ξεκάθαρα πριν από τη χρήση ουσιών. Η Ανθούσα περιγράφει τη στιγμή της τραγικής συνειδητοποίησης στον κήπο, στην εξοχή, με μια αντίθεση: το φως της μέρας, η εξοχή, ο κήπος και από την άλλη η όψη γήρατος ενός νέου παιδιού, η φθορά της ουσίας σε μια όψη που θυμίζει τη δύση της ζωής.

«Καθώς τον κοίταξα στο φως της ημέρας, είδα έναν ηλικιωμένο άντρα, και ήταν 24 ετών...»

Ανθούσα.

«Όταν τον είδα κατάλαβα ότι το παιδί μου υπέφερε πολύ» Ανθούσα.

«Γιατί έχω κουραστεί πάρα πολύ... δεν μπορώ να βλέπω άλλο, επειδή είναι καταπληκτικό παιδί, που θα μου πει μαμά σε παρακαλώ θα μου βάλεις ένα ποτήρι νερό, μαμά έχει κάτι να φάμε και αν δεν έχει δεν πειράζει, όλα αυτά, θα έρθει κάποια στιγμή και θα μου πει με αυτή τη φάτσα τη μεταμορφωμένη να κάνει τρελά πράγματα, δεν μπορώ...» Αητώ.

Το παιδί τους ήταν σωματικά παρόν αλλά ψυχολογικά απόν. Δεν μπορούσαν να αναγνωρίσουν στη συμπεριφορά του το παιδί που γνώριζαν. Μέσα στη χρήση γινόταν «ένα άλλο πρόσωπο» με άλλα χαρακτηριστικά. Σαν την Παράξενη Υπόθεση του Δόκτωρ Τζέκιλ και του Κύριου Χάιντ, ο καλός μεταμορφώνεται στον κακό του εαυτού και ο εφιάλης γίνεται πραγματικότητα μέσα στην καθημερινότητα, με την προσδοκία να μεταμορφωθεί ο κακός πάλι στον καλό του εαυτού.

«Ερχόντουσαν και οι δυο ξευγαράκι από τη δουλειά για να μου ζητήσουν λεφτά και με είχαν κάνει ρεζίλι...» Αφροδίτη.

«Δηλαδή ένα πράγμα που με στενοχωρεί είναι που δεν συναισθάνεται πως δεν ζει μια ζωή, όπως όλοι οι άνθρωποι... Με εργασία με ανταμοιβή...» Περσεφόνη.

Η Αφροδίτη σιωπά, αρχίζει να κλαίει και εξηγεί τι την πονάει:

«Οι φωνές... Υπήρχαν στιγμές που δεν τους άντεχα να τους βλέπω... Σε κλωτσάγανε... Να φωνάζουνε... Είχαν μελανιάσει τα καλάμια μου... έδινα χρήματα στην αρχή, γιατί φοβόμουν για μένα... μην πάθω κάτι και μετά τι θα γίνουν... ποιος θα τους κοιτάζει; Πώς θα σωθούνε;» Αφροδίτη.

Η συνειδητοποίηση της απώλειας περιγράφεται σαν ταξίδι σε έναν άγνωστο τρομακτικό κόσμο. Η παρακάτω σκηνή θυμίζει τον Ηρακλή που συνόδευε την Ευριδίκη στον Άδη. Ο εφιάλτης είναι πραγματικός, ο σκοτεινός τόπος των ναρκωτικών:

«Πήγαμε μαζί στην πλατεία εκείνη και αυτόν να τον βλέπω να είναι μέσα στους εμπορείους και να προσπαθεί να βρει την ουσία... και εκεί λυπήθηκα το παιδί μου... κατάλαβα τη σοβαρότητα του θέματος, ήταν ένα τραγικό λάθος, στην εφηβεία του... “θα το πληρώνει μέχρι να βγει η ψυχή του” είπα, δεν έκλαψα όμως φοβούμενη, μήπως επιστρέψει και με δει... προσπάθησα, όμως, πήρε, λοιπόν, κάποια στιγμή μετά από πολλές ώρες τα χάπια και φύγαμε πήγαμε στο σπίτι μας...» Ανθούσα.

Η Αφροδίτη ψάχνει μόνη της μέσα στα πάρκα στα παγκάκια τα παιδιά της σε μια σκηνή απόγνωσης. Μια σύγχρονη «Νέκυια». Συνήθως δεν επιστρέφεις στη ζωή μετά από ένα τέτοιο ταξίδι. Αίσθημα απελπισίας και αβοηθησίας, αδυναμία αντίδρασης και παραίτηση.

«Είχα ρεπό και έψαχνα να βρω πού βρίσκονται... Έψαχνα μέσα στα πάρκα.... Με έβλεπε ο κόσμος να ψάχνω μέσα στα πάρκα να βρω τη βελόνα... Τους έβρισκα στα παγκάκια εκεί, «Τι κάνετε εδώ;» «Είχαμε κενό» και θα γυρίσουμε σχολείο... Το κενό ήταν μία πρόφαση γιατί δεν πήγαιναν... Ο Β. δεν έκανε τόσο πολύ απουσίες στην τάξη, ενώ ο Κ. έμεινε κιόλας από απουσίες» Αφροδίτη.

Οι μητέρες στα παρακάτω αποσπάσματα περιγράφουν την ανατροπή της εσωτερικής τάξης, αλλαγές μέσα στις οποίες χάνουν τον εαυτό τους, την αλληλουχία και «διαλύονται». Η Αφροδίτη και η Περσεφόνη περιγράφουν τη διαδικασία που τις οδήγησε να ξεκινήσουν τη λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής:

«Είχα μάθει ότι ο άντρας είναι το στήριγμα και ακολουθεί η γυναίκα... τα είχα αφήσει και μου ήρθαν όλα... δεν το πίστευα, δεν το άντεξα και η δουλειά και τα ωράρια, έκανα πρωινά, βραδινά, δεν μπορούσα να ελέγξω... δεν μπόρεσα να τα καταφέρω...» Αφροδίτη.

«Δηλαδή μέχρι την αρρώστια του άντρα μου, εκτός το ότι ήμασταν χωρίς προβλήματα, εργαζόμουνα,

Ήμουν, δηλαδή, σε λειτουργία άνθρωπος... μετά την αρρώστια του άντρα μου, σταμάτησα να εργάζομαι... μετά μου έχουν μαζεστεί όλα δεν έχω τον άντρα μου, δεν δουλεύω, δεν έχω τον Κ..., δηλαδή πιστεύω πως στη ζωή μου, όπως όλοι, έχουμε περάσει πολλά στάδια και αυτό που λένε ότι ο άνθρωπος έχει πολλές ζωές, νομίζω ότι τις περνάει στη γη... δεν έχω καμία σχέση, όταν ήμουν παιδί, νιόπαντρη, καμία σχέση όταν ζούσε ο άντρας μου... αυτό που είμαι τώρα... Απλά δεν ξενιτεύτηκα.... τα αδέρφια μου τα έχω... Τα παιδιά μου τα έχω... δεν ξέρω αν η ζωή των άλλων ανθρώπων άλλαξε τόσο όσο η δικιά μου... τα βολεύω...» Περσεφόνη.

«Έπεσε το σπίτι να με συντρίψει, χάθηκα από την επιφάνεια της γης. Όλο μου το σώμα έτρεμε...» Ανθούσα.

«Δεν ξέρω τι μπορεί να πάθει. Φοβάμαι μην τον χάσω» Μαρία.

Η τραυματική απώλεια στη σχέση με το παιδί ξαναζωντανεύει τους εφιάλτες στη ζωή των συμμετεχόντων. Η αθροιστική απώλεια, το διαγενεακό τραύμα, χαμένες ευκαιρίες, διαλυμένες σχέσεις, ανεκπλήρωτα όνειρα και απαξιωμένη θλίψη διατρέχουν τις ιστορίες τους. Οι οικογένειές τους υποφέρουν για χρόνια, βλέποντας με αγωνία τις ζωές των αγαπημένων τους να καταστρέφονται σταδιακά. Ξενυχτούν χωρίς να ξέρουν αν είναι ζωντανός/ή. Η τραυματική απώλεια περιγράφεται ως δίνη, ως ένας σπειροειδής φαύλος κύκλος καθόδου στην απόγνωση και την τελική ανάκαμψη. Η συναισθηματική κατάρρευση, δυστυχώς, μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην αυτοκτονία, όπως φαίνεται στη βινιέτα του Πίνακα 1. Η τραυματική απώλεια περιγράφεται ως ύπουλη διαδικασία, που καταβροχθίζει τις οικογενειακές σχέσεις με την πάροδο του χρόνου. Η οικογένεια πέφτει πάρα πολύ χαμηλά, αποτυγχάνει τελείως, διαλύεται. Όλα φαίνεται να χάνονται, να καταστρέφονται, να είναι ανεξέλεγκτα.

«Στην οικογένεια αυτή παίζεται ένα δράμα, που πέρα από τη θλίψη και τον οίκτο για την πολύπαθη πορεία της, διακινεί και μια έκπληξη και μια συγκίνηση. Το κάθε μέλος έχει τον δικό του θρήνο: Η μητέρα απομακρυσμένη, τουλάχιστον αρχικά, από τα παιδιά και τον σύζυγο, αλλά με τρυφερή μαχητικότητα, παλεύει για να κερδίσει το χαμένο έδαφος, έχοντας σύμμαχο τη θεραπεία της. Ο πατέρας, έχοντας ζήσει το αδιέξοδο της εξάρτησης μέσα από τον τζόγο, κάνει φυγές και με την καρδιά του και με τη φυσική του παρουσία-απουσία. Ο Δ., το πιο εύθραυστο παιδί, παίρνει αξία μέσα από τη χρήση και παράλληλα ενώνει την οικογένειά του απέναντι στο πρόβλημα των ναρκωτικών. Ο Π., πιο

εξωστρεφής και πιο δυνατός, θα κτίσει τοίχο για να μπορέσει να επιβιώσει. Η κορύφωση του δράματος, η σκηνή της αποκαθήςλωσης του πατέρα από τη θηλιά του απαγχονισμού από τη μάνα και το εξαρτημένο παιδί, μετά τη μεγάλη υποτροπή του τελευταίου. Τα μέλη της οικογένειας επικοινωνούν μέσα από τους διαύλους ενοχών, θυμού και απώλειας. Αναρωτιέται κανείς σ' αυτή την εικόνα της Πιετά [σ.σ. αναφορά στο έργο του Μιχαήλ Άγγελου] τι είναι αυτό που ανοίγεται για να δεχτεί τον βαθύτατο πόνο. Ίσως, τελικά, η θεραπεία που μέσα απ' αυτήν μπορεί και να έρθει η Ανάσταση».

Πίνακας 4.1 Βινιέτα για τον θρήνο και την κορύφωση του δράματος της εξάρτησης μέσα στην οικογένεια

Η αφήγηση της εμπειρίας της εξάρτησης προκάλεσε ενοχλητικά συναισθήματα στις συμμετέχουσες, τα οποία συχνά αντανακλούσαν δικές τους παλαιότερες εμπειρίες ή απώλειες. Οι συμμετέχουσες αφηγήθηκαν μακροχρόνιες ιστορίες απώλειας ή δυσλειτουργικών και -κάποιες φορές- κακοποιητικών σχέσεων, που συχνά επαναλαμβάνονταν μέσα στην οικογένειά τους. Σε αρκετές από τις αφηγήσεις των μητέρων φαίνεται ότι η πραγματικότητα της ζωής τους περιλαμβάνει υψηλά ποσοστά απωλειών, τα οποία ξυπνούν από τη λήθη τους μέσα στο πρόβλημα της εξάρτησης. Το δράμα της επανάληψης μέσα από τις γενιές ξαναζωντανεύει εφιάλτες.

«Θυμάμαι σε μία φάση που με είχε χτυπήσει πολύ και ήμασταν με τον γιο μου ξαπλωμένοι στο κρεβάτι, τον άκουσα που έλεγε “Θεούλη μου κάνε τη μητέρα μου να ξυπνήσει καλά αύριο και κάνε τον πατέρα μου να μην την ξαναχτυπήσει”...» Αητώ.

«Η μαμά μου είχε τα πάντα, όπως κι εγώ, αυτοκίνητα, σπίτια, τα πάντα. Αλλά τη θυμάμαι να λέει, όταν της επιτέθηκε “μα γιατί; Δεν έκανα τίποτα!”. Ήταν ζήλια. Φαίνεται ότι η ιστορία επαναλαμβάνεται στη ζωή μου» Αητώ.

«Η κοπέλα σκοτώθηκε σε αυτοκινητιστικό, οδηγούσε με έναν άλλον, κανείς δεν έπαθε τίποτα και αυτής της άνοιξε η πόρτα και της έσπασε ο αυχένας... Την προηγούμενη μέρα είχε ο Κ. τη γιορτή του και επέμενε να γιορτάσουν και φαίνεται η κοπέλα κοιμόταν και δεν μπόρεσε να κρατηθεί... ήταν τραγικό αυτό για τον Κ... τύψεις... του έχει στοιχίσει πιο πολύ από τον θάνατο του πατέρα, γιατί ήταν ήδη στη χρήση τότε...» Περσεφόνη.

Η απώλεια του συζύγου της Αφροδίτης ξεσηκώνει και τα δικά της φαντάσματα. Την απώλεια του πατέρα της. Αυτός φαίνεται να είναι και ο λόγος που δεν μπορεί να κρατήσει τα παιδιά της και διαλύεται:

«Έχασα τον πατέρα μου στα 18, όταν ήμουν στη σχολή νοσηλευτικής. Ακόμη μου λείπει και ακόμη θα ήθελα να τον έχω. Η ιστορία επαναλαμβάνεται. Τον έχασα εγώ, τον έχασαν και τα παιδιά μου και όχι μόνο αυτό, έμπλεξαν κιόλας... με πονάει...» Αφροδίτη.

Η Περσεφόνη βασανίζεται ακόμη γιατί δεν αποχαιρέτησε τον σύζυγό της, δεν μίλησαν ποτέ με το σύζυγό της για την αρρώστια, πριν πεθάνει.

«Το μόνο κακό που έχω έτσι και με βασανίζει είναι ότι δεν μιλάγαμε για την αρρώστια του σαν να μην υπήρχε... εκείνος μου έλεγε ότι δεν θα γίνει καλά και εγώ του έλεγα σύντομα με όλα αυτά που κάναμε γι' αυτόν το σκοπό... και έτσι καταλάβαμε ότι σύντομα, και αυτός δεν ήταν χαζός αλλά δεν ήθελε να παίζει άλλο παιχνίδι... πήρα αντικαταθλιπτικά για να μπορέσω να συνεχίσω... Δεν μπορούσα να πάρω τα πόδια μου από τη στεναχώρια, δεν το περίμενα, μου ήταν έτσι πολύ ξαφνικό...» Περσεφόνη.

Απώλεια σχέσεων, επικοινωνίας, αξιοπρέπειας, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού για την αποτυχία να αναθρέψουν σωστά το παιδί τους, την αποτυχία να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης, να κρατήσουν το παιδί τους ασφαλές, απώλεια ταυτότητας, απώλεια υγείας, απώλεια υπερηφάνειας.

Το να ζουν με φόβο οδηγεί σε βαθιά αγωνία, καθώς και σε μια συνεχή αίσθηση απειλής και επικείμενης απώλειας.

«Είναι τόσα πολλά τα χρόνια και κάπου λες: κάποτε θα γίνει καλά; Γιατί ακούς ότι έχει τελειώσει το πρόγραμμα και ξαναγύρισε, μετά από 5 χρόνια μετά από 10 και κάπου λες... όσο ζω, το ζω με αυτόν τον άνθρωπο, εγώ πιστεύω ότι αυτό δεν θα μου φύγει ποτέ... Κάθε μέρα που ξυπνάω, ξυπνάω με αυτό... Τι θα κάνει σήμερα, θα πιει και είναι αυτό από την ώρα που ξυπνάω, τι θα γίνει,

πώς θα έρθει σήμερα, δεν κοιμάμαι αν δεν έρθει εκεί που ξαπλώνω, όταν έρχεται τον φωνάζω, έλα εδώ κάτσε λίγο, μέχρι να τον δω πώς είναι και να κοιμηθώ. Το ξέρει και με το που θα μπει στο σπίτι και ας βαριέται πρέπει να κάνει το παρόν... Γιατί άμα δεν τον δω, δεν μπορώ να κοιμηθώ...» Λητώ.

Οι ιστορίες των συμμετεχόντων σε αυτή τη μελέτη δείχνουν πόσο τραυματική είναι η απώλεια η οποία προκύπτει από την εξάρτηση για όλα τα μέλη της οικογένειας. Η Εμμέλεια περιγράφει το παιδί που δεν κάνει χρήση ουσιών σαν το δυνατό μέλος της οικογένειας, εξωστρεφές, κοινωνικό, καλός μαθητής, λιγότερο στενόχωρο από το άλλο παιδί, αποστασιοποιημένο από την οικογένεια και από τον αδελφό του. Του αναθέτουν, όμως, το βαρύ φορτίο της παρακολούθησης του αδελφού του, το οποίο τον επιβαρύνει ψυχικά. Παρά τις προσπάθειές του να μην επηρεαστεί από το οικογενειακό κλίμα, διακόπτει τις σπουδές του. Σε άλλες ιστορίες η κόρη, το υγιές παιδί, μπορεί να όρθωσε με δύναμη το ανάστημά της ενάντια στην εξάρτηση στην πατρική οικογένεια, αλλά «παντρεύτηκε» το πρόβλημα της εξάρτησης μέσα από τη χρήση αλκοόλ του άντρα της.

Η τραυματική απώλεια στη σχέση με το παιδί με τα προβλήματα εξάρτησης σταδιακά στον κόσμο των σχέσεων είναι μια σιωπηλή απώλεια, μια βουβή τραυματική απώλεια. Βιώνεται «κρυφά», μιας και δεν έχει κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη. Οι μητέρες εξέφρασαν συναισθήματα έντονης ντροπής και ενοχής ως αποτέλεσμα του στίγματος. Κατέφευγαν στη μυστικότητα, λόγω της αμηχανίας και της ντροπής και για να προστατεύσουν τον εαυτό τους και το παιδί που έκανε χρήση ουσιών. Το μυστικό, όμως, έφερνε αποξένωση τόσο ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας όσο και τα μέλη του στηρικτικού τους δικτύου. Το βαρύ φορτίο του τρομακτικού μυστικού φάνηκε να έχει μια ακινητοποιητική, απομονωτική και διαβρωτική επίδραση ψυχικού πόνου στις μητέρες.

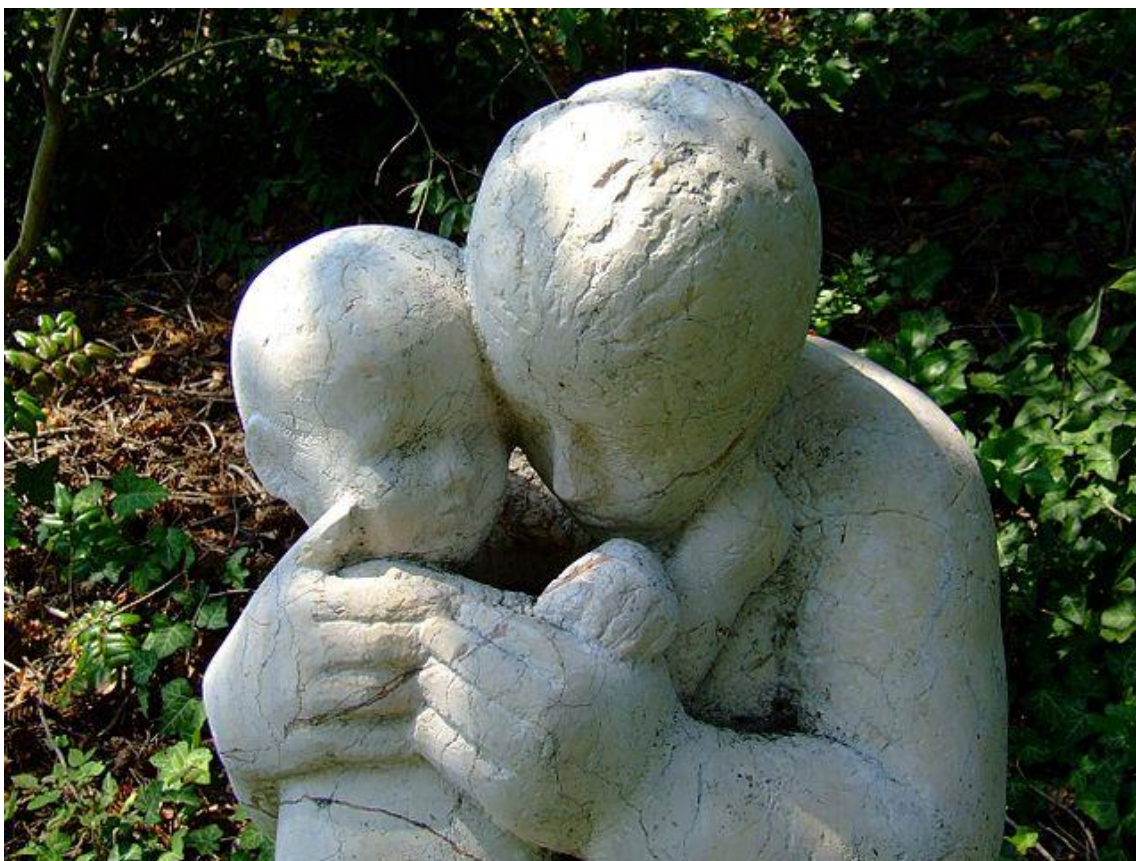
«Από την αρχή οι φίλες μου όλες δεν με έκαναν πέρα... Όταν έμπλεξαν τα παιδιά, ήθελαν να βοηθήσουν. Εγώ κλείστηκα... Δεν μπορούσες να έχεις κοινωνική ζωή, να φωνάζεις μια φίλη να πιούμε καφέ... Πώς θα την καλούσα από τη στιγμή που φοβόμουν μην την ψάξουν κι έκρυβα τα χρήματά μου μην τα πάρουν... Να φωνάζεις την άλλη και να είναι ανέμελη και... Εντάξει μπορεί να ήξεραν ότι κάνουν χρήση, αλλά να αφήσει την τσάντα... να ψάξει να βρει κάτι... Εγώ έβγαينا, όποτε με καλούσαν για έναν καφέ, αλλά όχι συχνά, αραιά και πού... πιο πολύ τηλεφωνική επικοινωνία...» Αφροδίτη.

«Αποφεύγω τις φίλες μου... γιατί δεν μπορώ να εξηγήσω στη συμπεριφορά μου πια είναι η αιτία, γιατί το θεωρώ ότι αυτό το θέμα είναι του Κ... Είναι προσωπικό, έτσι το βλέπω... δεν θέλω... τώρα τελευταία το είπα σε μια ξαδέρφη μου αγαπητή και σε μια φίλη μου ότι αυτό είναι το θέμα και έχω αυτό το σοβαρό πρόβλημα με τον Κ. γι' αυτό δεν τηλεφωνάω και δεν βρισκόμαστε, αλλά δεν θέλω να συζητηθεί... Τον ξέρουν τον Κ. Αυτές είναι οι διαφορές στη ζωή μου...» Περσεφόνη.

«Ήθελα να στηριχτώ στα πόδια μου, ήθελα δεν είχα βοήθεια από πουθενά... με βοήθησαν πολύ οι συνάδελφοί μου από τη δουλειά...» Αφροδίτη.

Οι ενοχές για τα προβλήματα του παιδιού τους δεν άφηναν τις συμμετέχουσες να βιώσουν συναισθήματα χαράς. Πώς να χαρείς με τη χαρά του παιδιού σου, όταν το άλλο παιδί είναι στην πλατεία του θανάτου; Η Ανθούσα βιώνει ενοχές τόσο για το ότι δεν κοινωνεί τη χαρά του ενός όσο και για την έκθεση του άλλου σε κίνδυνο θανάτου.

«Το ένα παιδί ήταν στους δρόμους, το άλλο παιδί παντρευόταν... Ένιωθα τόσο ένοχη που δεν ένιωθα καθόλου χαρούμενη στον γάμο του γιου μου...» Ανθούσα.



Εικόνα 4.9 “Anya gyermekkel Pécs Kutas p”, by László Kutas/ Public Domain (Wikipedia)
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anya_gyermekkel_P%C3%A9cs_Kutas_p.JPG

(B) Αναμέτρηση με το πρόβλημα της εξάρτησης: Στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος

Στην αρχή υπάρχει δυσπιστία για την ύπαρξη του προβλήματος και διχογνωμία των μελών της οικογένειας. Το μέλος με προβλήματα εξάρτησης δεν δίνει δικαιώματα κι έτσι η διαπίστωση του προβλήματος καθυστερεί. Η τεκμηριωμένη διαπίστωση του προβλήματος ενώνει την οικογένεια, η οποία σπεύδει σύσσωμη να ζητήσει βοήθεια:

«Έλεγαν ότι εγώ είμαι πειστική και δεν με πίστευαν μετά, όμως, που έπιασαν τον Γ. μου είπαν “μαμά είχες δίκιο, τώρα ένας αδερφός πια είναι άρρωστος και εμείς τρέχουμε να στηρίζουμε τη μάνα και όλοι μαζί τον Γ...” κι έχουμε αυτό το αποτέλεσμα...» Ήρα.

«Τον έβλεπα ότι, όταν γύρναγε από τη δουλειά πήγαινε και κοιμόταν...Την άλλη μέρα σηκωνόταν και πήγαινε κανονικά στη δουλειά... Εκεί με ξεγέλαγε. Είναι καλός ηθοποιός, δεν μας έδινε δικαιώματα... Υστερα αδυνάτισε πάρα πολύ ένα διάστημα και του έλεγα κάτι συμβαίνει, έτρωγε αλλά δεν έπαιρνε. Έβλεπα ότι κάτι τον έτρωγε, μέχρι που τον πιάσανε και ξεσκεπάστηκαν όλα» Ήρα.

Κάποιες από τις μητέρες φαίνονται στις διηγήσεις του να παραιτούνται ή να αποδέχονται τη μακροχρόνια φύση του προβλήματος της εξάρτησης, μια στάση που συνδέεται μέσα στις αφηγήσεις τους με τα αισθήματα ανεπάρκειας για την ικανότητά τους να ασκήσουν οποιοδήποτε έλεγχο στο παιδί τους και στη χρήση ουσιών του/της. Άλλα μέλη της οικογένειας μπαίνουν στον πειρασμό να απομακρύνουν τον συγγενή τους από το σπίτι και μπορεί να απειλήσουν να το κάνουν, αλλά αυτή η απειλή δεν πραγματοποιείται είτε γιατί ο άλλος γονιός σπεύδει να κρατήσει το παιδί είτε γιατί συνειδητά χρησιμοποιείται σαν τρόπος άσκησης πίεσης για τη μείωση της χρήσης.

«Όλοι οι γονείς μοιάζουμε, όπως τα παιδιά έχουν κοινά χαρακτηριστικά χρήσης έτσι και όλοι οι γονείς έχουμε τον ίδιο τύπο γονέα, που τρενάρει αυτή την κατάσταση, δηλαδή αυτοί που είναι πολύ μαχητικοί στα παιδιά τους έχουν καταφέρει πιο πολλά από ό,τι εμείς που πάμε με το μαλακό και

αυτό το βλέπω και το παρατηρώ... Έχω κάνει βέβαια κάποια βήματα παρότι φαίνεται ότι δεν έχω κάνει» Περσεφόνη.

Οι μητέρες και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας στην προσπάθεια να αντιμετωπίσουν και να αντέξουν την εξάρτηση του παιδιού τους, χρησιμοποίησαν σχεδόν όλες τις πιθανές στρατηγικές. Ορισμένες άρχισαν να δραστηριοποιούνται στην προσπάθειά τους να ελέγξουν τη χρήση του συγγενή ή ακόμη και (ως άλλος τρόπος ελέγχου του) βοηθώντας τα παιδιά τους να αποκτήσουν αλκοόλ ή ναρκωτικά. Είδαν αυτή τη συμπεριφορά σε εκείνο το στάδιο ως τον καλύτερο τρόπο υποστήριξης για να βοηθήσουν το παιδί τους, ειδικά σε αυτές τις πρώιμες περιόδους κατά τις οποίες η κατανάλωση ουσιών επέφερε καταστάσεις που ήταν δύσκολο να διαχειριστούν.

«Πρώτα με ανησυχούσε πάρα πολύ και του έδινα λεφτά, γιατί φοβόμουν τις δοσοληψίες... τα βαποράκια και τέτοια, αυτό το πρόβλημα με τίναζε στον ύπνο μου... Μήπως έχει μπλέξει και τον εκβιάζουν έτσι... Τώρα το ξεπέρασα αυτό γιατί και στις ομάδες ακούω από άλλους γονείς ότι τα παιδιά αυτά έχουν δοσοληψίες με την αστυνομία... τώρα αυτός δεν έχει... στη δουλειά του την προ-τελευταία του ζήτησαν ποινικό μητρώο ήταν καθαρό τώρα δεν ξέρω πως τα βολέει...» Περσεφόνη.

Στις αφηγήσεις είναι φανερή η πολυπλοκότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης: συναισθήματα, αποτελέσματα, προσδοκίες, δυσκολίες, και πηγές βοήθειας, έλεγχος συμπεριφοράς αλληλοδιαπλέκονται και εξελίσσονται μέσα στον χρόνο. Κάποιοι πιο μαχητικοί, όπως η Ήρα σε πρώιμα στάδια ψάχνουν να βρουν τρόπους να αποκόψουν το παιδί από τις παρέες και τα στέκια, ακόμη και μετακομίζοντας. Συχνά στις συνεντεύξεις ο έλεγχος του ατόμου εντείνεται, η ύπαρξη ορίων διατυπώνεται καθαρά όσον αφορά τη χρήση και τα άτομα που συντροφεύουν το παιδί τους σε αυτήν. Η παραβίαση των κανόνων ελέγχου συμπεριφοράς ή των ορίων συχνά ακολουθείται από απειλές και μερικές φορές πραγματική τιμωρία σε σχεσιακό επίπεδο, με βάση την απειλή (και μερικές φορές πραγματοποιούνται) μειώσεις στην επαφή και στοργή για την κατάχρηση:

«Έβαλα έναν τοίχο ανάμεσα σε αυτόν και σε εμένα... Έβαζα φαγητό για όλους μας και για εκείνον στο τραπέζι, αλλά δεν του ζήτησα ποτέ να έρθει. Κι αυτό τον βοήθησε να καταλάβει» Ήρα.

«Έμαθα να έχω διαφορετική επαφή μαζί του, να είμαι πιο ήρεμη, λιγότερο πιεστική γιατί είμαι αγχωμένη...» Ελπίδα.

Σαφώς, είναι δύσκολο για τα μέλη της οικογένειας να ενεργοποιήσουν δίκτυα υποστήριξης ή να υποβάλουν αιτήματα για βοήθεια, εφόσον δυσκολεύονται να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους με άλλους. Η ενδυνάμωση είναι κομβική ώστε να μπορέσουν να ξεφύγουν από την ακινησία και να ενεργοποιηθούν έστω και με μικρές κινήσεις προς την αλλαγή.

«Όταν ήμουν μαζί με τον άντρα μου εγώ ήμουν σε δεύτερη θέση... ακουγόταν μόνο αυτού η φωνή αλλά μετά [σ.σ. εννοεί τον θάνατό του] δυσκολεύτηκα πολύ για να με ακούσουν... ότι εγώ είμαι η κυρία του σπιτιού και πρέπει να υπακούσουν σε μένα... και ότι πρέπει να συμφωνούμε και ότι αυτό πρέπει να γίνει, δηλαδή κουράστηκα πολύ για να έχουμε μία να το πετύχω αυτό και να με ακούσουνε να πάμε στο πρόγραμμα...» Αφροδίτη.

«Κάθε Τρίτη είχαμε ραντεβού με τη σύμβουλο, πηγαίναμε μια ώρα νωρίτερα, μιλούσαμε και μετά μπαίναμε στην ομάδα... αλλά δεν το έβλεπα σαν ταλαιπωρία, το έβλεπα σαν βάλσαμο... μου άνοιξε τα μάτια... μου έδωσε γραμμή τι έπρεπε να κάνω... Έμαθα να είμαι ο εαυτός μου, να κοιτάζω εμένα τον άντρα μου... αλλά, όταν εγώ ήρθα εδώ, ήμουν ένα ράκος, ένα ψυχικό ράκος... Δεν περπάταγα απλά, περπάταγα και έκλαιγα, από την ώρα που θα σηκώνόμουν το πρωί μέχρι το βράδυ έκλαιγα... όταν ήρθα εδώ... στυλώθηκα στα πόδια μου... Με αυτή την κουβέντα της, με αυτή τη γραμμή που μου έδωσε... δεν μου είπε ποτέ να διώξω το παιδί από το σπίτι, ποτέ κακή κουβέντα, μου έδινε παραδείγματα, πώς κατά τη γνώμη σου θα έκανες αυτό, πώς κατά τη γνώμη σου θα έκανες εκείνο... μια φορά με όλη την ομάδα, με όλα τα μέλη, ήμασταν 15 άτομα... κάποια στιγμή μια κυρία με χτυπάει στην πλάτη και μου λέει... εμένα ο γιος μου είναι 38 χρονών έχεις πολύ δρόμο, μην κλαις, σταμάτα να κλαις. Κι όταν έμπαινα μέσα έκλαιγα, έτσι μου ερχότανε, δεν το έκανα επίτηδες, σήμερα δεν κλαίω, είμαι σε εγρήγορση...» Ήρα.



Εικόνα 4.10 “German or Netherlandish 15th Century, Pietà, c. 1450–1500, [National Gallery of Art](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/47/German_or_Netherlandish_15th_Century%2C_Piet%C3%A0%2C_c._1450-1500%2C_NGA_3155.jpg)”, by [Brwz](#) ([talk](#) | [contribs](#))/ Public Domain (Wikipedia)

(Γ) Νοηματοδότηση και επαναπροσδιορισμός ταυτότητας

Οι μητέρες, η κάθε μια στο δικό της χρόνο, συνειδητοποιούν ότι έχουν φτάσει σε ένα πολύ χαμηλό σημείο στη ζωή τους. Βίωσαν έντονο πόνο -μια αντίδραση στην απώλεια την οποία προκάλεσε η εξάρτηση και η οποία ξύπνησε τα φαντάσματα του παρελθόντος που ύφαινε την αφήγησή τους. Η πτώση συνεπάγεται συνειδητοποίηση. Η συνειδητοποίηση αυτή οδήγησε στην κρίση της προσωπικής σημασίας γεγονότων, προσώπων ή πραγμάτων. Μια αλλαγή στην αντίληψη που αποκαθιστά σχέσεις, νόημα και ελπίδα, ένα σημείο καμπής, ως αφετηρία για το πώς αντιλαμβάνονται και σχετίζονται με τον εαυτό τους, τους άλλους και τον κόσμο, ένα ταξίδι έξω από τη σπηλιά το Πλάτωνα (Πίνακας 4.2) προς την ανασυγκρότηση. Η Αθηνά περιγράφει την έξοδο από το «πηγάδι» στο οποίο έπεσε λόγω της εξάρτησης.

«Με βοήθησαν να ξεπεράσω τον πόνο που ένιωθα... Βγήκα από το πηγάδι! το μυαλό μου είναι καθαρό. Μερικές φορές, όταν πέφτω ψυχολογικά, το μυαλό μου σταματά να λειτουργεί ξανά, αλλά τώρα έχω μάθει να το καθαρίζω μόνη μου... Τώρα έχω δύναμη, όταν λέω κάτι το εννοώ. Ο γιος μου θυμώνει, αλλά μετά χαμηλώνει τα μάτια.» Αθηνά.

«Στην αλληγορία του σπηλαίου, ο Πλάτωνας παρουσιάζει τους ανθρώπους βυθισμένους στο σκοτάδι της άγνοιας, δηλαδή αλυσοδεμένους και ακίνητους αιχμάλωτους σε μια σπηλιά βαθιά μέσα σε ένα βουνό. Βρίσκονται εκεί τόσο καιρό που η σπηλιά έγινε σταδιακά ο μόνος κόσμος που γνωρίζουν. Το μόνο φως το οποίο μπορούν να δουν είναι το φως από μια φωτιά και οι τεράστιες σκιές που αυτή προκαλεί στην άλλη πλευρά του τοίχου. Οι σκιές αυτές αποτελούν την πραγματικότητα τους, τον κόσμο τον οποίο γνωρίζουν. Όταν κάποιος καταφέρνει να ξεκολλήσει από τις αλυσίδες και προσεκτικά βγαίνει στην άλλη πλευρά του τοίχου, με μεγάλη έκπληξη αρχίζει να παρατηρεί τη διαδικασία που δημιουργεί τις σκιές. Τότε αρχίζει να καταλαβαίνει ότι η μυθολογία του κόσμου, τον οποίον είχαν δημιουργήσει για τον εαυτό τους, δεν ήταν πραγματική, αλλά ήταν απλώς ένα κατασκεύασμα της συνείδησής τους από τους περιορισμούς της αντίληψής τους. Ανακαλύπτοντας την έξοδο από αυτή τη σπηλιά των σκιών και των ψευδαισθήσεων, ο ελεύθερος πλέον άνθρωπος γνωρίζει έναν εντελώς νέο κόσμο, έναν κόσμο εκτυφλωτικού φωτός, τον κόσμο της γνώσης».

Πίνακας 4.2 Η αλληγορία του Σπηλαίου του Πλάτωνα

Το να μπορούν οι μητέρες να μιλούν για την εξάρτηση, ήταν ένα σημαντικό βήμα έξω από τη σπηλιά του Πλάτωνα. Η Εμμέλεια περιγράφει πώς προσπαθούσε να πάρει βοήθεια χωρίς επιτυχία. Έπαιρνε βοήθεια από την ανοιχτή γραμμή, αλλά «δεν μπορούσε να την κρατήσει». Προσπάθησε να πάρει βοήθεια από ομάδα γονέων, χωρίς τη συμμετοχή του πατέρα, αλλά δεν κατάφερε να ενταχθεί γιατί «εκεί έκαναν ψυχοθεραπεία και δεν εξηγούσαν τι είναι τα ναρκωτικά» με αποτέλεσμα «να μην καταλαβαίνει». Έτσι, ήταν ακινητοποιημένη αρκετό διάστημα σε μια βουβή απώλεια. Η Μαρία στο παρακάτω απόσπασμα εξηγεί τον τρόπο που βγήκε από την αδράνεια και ακινησία της τραυματικής απώλειας και την αξία τού να μπορεί να μιλάει για το πρόβλημα με τον γιο της.

«Έμαθα πώς θα βοηθήσω τον Γιώργο... να ξεκολλήσει από τα ναρκωτικά και πώς θα ξεκολλήσω και εγώ από τη μιζέρια... δεν ήξερα τι να κάνω, πώς να αντιδράσω, μην του δώσεις λεφτά... ενώ από εδώ πήρα τη δύναμη από εδώ... Έβλεπα την τσάντα φορτωμένη με τα ναρκωτικά και δεν έκανα κάτι... δεν είχα τι δύναμη να τα πετάξω... έχω μια τάση στο να κλαίω... τώρα έχω βοηθηθεί... μπορώ να μιλώ για τα ναρκωτικά, να μιλάω αλήθεια στο Γιώργο “σου δίνω αυτά τα λεφτά για αυτό και αυτό το λόγο”... να του λέω ότι “πρέπει να πας στο πρόγραμμα, γιατί, αν δεν πας, δεν μπορώ να σε βοηθήσω”...» Μαρία.

Οι γονείς συνήθως αποδίδουν τα αίτια της εξάρτησης σε περιβαλλοντικές ή κοινωνικές επιρροές — «κακή παρέα». Με άλλα λόγια, αποδίδουν την εξάρτηση σε αίτια μακριά από μέλος της οικογένειας και την ίδια την οικογένεια, υποδηλώνοντας ότι η αιτία του εθισμού βρίσκεται «έξω», στην πλατεία, στη γωνιά του δρόμου, στην επιρροή άλλων νέων ανθρώπων. Με αυτόν τον τρόπο διατηρείται ανέπαφη η εικόνα του παιδιού τους, ενώ καταφέρνουν να διατηρήσουν μια θετική εικόνα για την ίδια την οικογένεια. Καμία από τις μητέρες στη μελέτη μας δεν απέδωσε την αιτία της εξάρτησης σε εξωτερικά αίτια πιθανότατα επειδή στη θεραπεία προσπάθησαν να βρουν το δικό τους μερίδιο ευθύνης στο πρόβλημα του εθισμού. Η αντιμετώπιση της ενοχής πρόσωπο με πρόσωπο φαινόταν να είναι ένας τρόπος να αποδοθεί νόημα στην εμπειρία τους.

«Τον καταστρέψαμε...» Ανθούσα.

«Ένα πράγμα που κατάλαβα και θα έλεγα σε άλλους γονείς είναι να μην έχουν ενοχές... αυτό... να μην έχουν ενοχές όχι γιατί τα παιδιά ξεκίνησαν τα ναρκωτικά, αλλά γιατί τα παιδιά δεν τα σταματάνε... Εγώ αυτό είχα, όχι γιατί ξεκίνησε, γιατί δεν μπορούσα εγώ να τον κάνω να σταματήσει... Τώρα έχουν απαλύνει αυτά... Αισθάνομαι μια ευθύνη ένα μέρος αλλά δεν έχω τύψεις να μην μπορώ να κοιμηθώ... αυτό που είχα...» Περσεφόνη.

Βγαίνοντας από τον φαύλο κύκλο της αλληλοκατηγορίας και των συγκρούσεων, ανατρέχουν στο παρελθόν για να αναζητήσουν τα αίτια της εξάρτησης που ενισχύουν την ενοχή τους. Η απάντηση στην ερώτηση «γιατί συνέβη αυτό στον γιο ή την κόρη μου;» διήρκεσε αρκετά χρόνια. Η κατανόηση του τι συνέβαινε ήταν κεντρικό ζήτημα στην προσπάθειά τους να ξαναχτίσουν τη σχέση τους. Η νοσηματοδότηση της εμπειρίας τους περιλάμβανε τη σταδιακή κατασκευή μιας ιστορίας με νόημα που επέτρεπε την κατανόηση της ιστορίας κάθε μέλους της οικογένειας. Μια διαρκής διαδικασία επαναπροσδιορισμού των σχέσεών τους στην οικογένεια και τον κοινωνικό τους κόσμο. Μια φιλοσοφία ζωής που τους βοήθησε να ενσωματώσουν τις εμπειρίες τους.

«Πάντα το ερώτημά μου ήταν γιατί να το κάνει αυτό και από ό,τι είδα και από γονείς στην ομάδα όλοι έχουμε αυτό το ερώτημα και από ό,τι είδα» Περσεφόνη.

«Το θέμα μου ήταν να κάνω βήματα προς το παιδί... μην ξεχνάτε ότι το πρόβλημα ήταν ότι δεν είχα επαφή με το παιδί...» Ελπίδα.

«Πώς να το πω με αυτό το παιδί είχαμε μεγάλη κόντρα από την παιδική ηλικία, τι να πω δεν το χειρίστηκα καλά... δεν του έδωσα αυτά που έπρεπε από μικρός, νόμιζα ότι με τη σκληρότητα θα τα καταφέρω όλα... Ότι θα τον κάνω πιο άντρα, δεν ήθελα να τον κάνω μαμμόθρεφτο. Αλλά αδέρφια δεν είχα, άλλα παιδιά, δεν ήξερα... Η μάνα μου κι εμένα ήταν πάρα πολύ σκληρή και μάλλον έπαιρνα παράδειγμα από τη μάνα μου που ήταν σκληρή... μαζεύτηκαν πολλά, τέλος πάντων, και σαν αποτέλεσμα δεν είχαμε καλή σχέση. Έμειναν πληγές που υπάρχουν ακόμη. Και τώρα από διαφωνία σε διαφωνία φτάσαμε ως εδώ» Ελπίδα.

«Δεν τον είχα πολύ χαϊδέψει, να του δώσω στοργή... Ήμουν πολύ αγχώδης, είχα παράπονα πολλά, εκδικητικότητα. Εγώ δεν ήθελα 25 χρονών να παντρευτώ και να έχω μωρό στην κοιλιά, ήθελα τον χρόνο μου, τον άντρα μου δεν τον αγάπησα... (Βουρκώνει) Δεν έγιναν έτσι όπως τα ονειρεύτηκα, μπορεί να ήταν καλός άνθρωπος, τίμιος, εργατικός... Να μου πεις τι ήθελες αγάπες και λουλούδια; Όχι, αλλά είχε μια κόντρα με τη μητέρα μου, που δεν έβαλε το όνομα της, η μητέρα μου πέθανε με

το παράπονο, δεν είχε άλλο παιδί... Αυτός έβαλε τον πατέρα του τη μητέρα του... να μου πεις τώρα για το όνομα βγάζετε το αποθηκευμένο στα παιδιά; Έτσι δεν ξέρω, δεν μπορώ να το καταλάβω ακόμα τι σχέση είχαν τα παιδιά με όλο αυτό. Υπήρχε μια εκδικητικότητα...» Ελπίδα.

«Όταν ήμουν λεχώνα, έγινε παρεξήγηση για το όνομα του Β. Ξέρετε τι παράπονο είναι να μην έρχεται η μητέρα σου να σε δει; Να μην έχεις κανέναν; Να πηγαίνεις με ένα μωρό, να μην ξέρεις από πού να το πιάσεις; Να μου πει έλα εδώ, έτσι γίνεται, έχω μεγάλο παράπονο από τη μάνα μου... Δεν ξέρω τι να πω... Μεγάλο παράπονο... ο Β. ήταν πολύ σκληρός από μωρό, είχε 40 μέρες πονάκια, κολικούς, και να δείτε, άμα έκλαιγε και τον έπαιρνα αγκαλιά δεν ησύχαζε, μόνο στον άντρα μου ησύχαζε, και εγώ έλεγα γιατί να μην ησυχάζει το παιδί στην αγκαλιά μου, μα γιατί... με πλήγωνε αυτό το πράγμα, να μην ξέρω πώς το κρατάνε πώς το ηρεμούνε; Και μου έλεγε ο άντρας μου εντάξει εγώ ξέρω γιατί έβλεπα από την αδερφή μου...» Ελπίδα.

«Δεν ήταν κανένας να μου πει τα παιδιά δεν πρέπει να τα βαράς, το παιδί μου έλεγε μαμά βάρα, το βράδυ ερχόταν ο άντρας μου και του έλεγα αυτό έκανε ο Β. Εγώ το φύλαγα και του έλεγα θα το πω στον πατέρα σου και ερχότανε από τη δουλειά, τρελαμένος, αγχωμένος και του έλεγα εγώ τα δικά μου. Καταστάσεις να τρελαίνεσαι, πώς το παιδί να μην φτάσει σε αυτό το σημείο; Το λέω ακόμα, εμείς φταίμε για το παιδί, και μου λέει “εγώ έχω ενοχές περισσότερες από όλους γιατί ήθελα να βγάλω λεφτά κι έπρεπε να τα παρατήσω όλα να είμαι εκεί να σε βοηθήσω... τώρα θα πάρω τη σύνταξη και ήθελα να ξεκουραστώ, να πάω τα ταξίδια μου αντί να κάνω αυτά θα τρέχω στους ψυχολόγους... Έλα, ντε, αυτά που δεν έκανες νέος θα τα κάνεις τώρα γιατί, όταν έπρεπε να το κοιτάξεις, δεν το κοίταζες”...» Ελπίδα.

Η Αθηνά έρχεται αντιμέτωπη με την ενοχή και την εικόνα της ως «κακή μητέρα». Στην αρχή, η Αθηνά νιώθει «περίγελος» στην ομαδική θεραπεία. Μιλάει για μια πολύ δύσκολη και εξοντωτική σχέση με τον πατέρα. Ο πατέρας την κατηγορούσε με συνεχείς προσβολές, χλευασμούς και ταπεινώσεις για ανικανότητα στο μητρικό της ρόλο και την αμφισβητούσε για τον τρόπο που μεγάλωσε τα παιδιά, όσο εκείνος ταξίδευε. Για τη μητέρα, τα μέλη της οικογένειας εκσφενδονίζουν το ένα στο άλλο ψέματα, οργή και ενοχές. Η μητέρα βοηθιέται μέχρι ένα σημείο από τη θεραπεία, ενώ ακόμα και μέσα σε αυτήν αισθάνεται περίγελος κι έτσι, σιωπά και διστάζει να μιλήσει για πράγματα που τη βασανίζουν. Καχυποψία, έλλειψη αγάπης και επικοινωνίας, ταπείνωση και ενοχές είναι τα θέματα, τα οποία τη βασανίζουν.

Ο Δ. περιγράφεται από την Εμμέλεια μητέρα σαν απόμακρο και πολύ ευαίσθητο παιδί. Αλλά και η ίδια κατά τη διάρκεια της θεραπείας συνειδητοποίησε ότι ήταν κλεισμένη στον εαυτό της, όπως και ο Δ από μικρό παιδί και πως δεν προσπάθησε να τον πλησιάσει αφήνοντας τη συναισθηματική απόσταση μεταξύ τους να μεγαλώνει. Ο Δ. στενοχωριόταν πολύ από τις γονεϊκές συγκρούσεις για τον τζόγο. Στο σχολείο δεν μπορούσε να συγκεντρωθεί, γιατί κατά τη γνώμη της τον απασχολούσαν τα προβλήματα των γονιών. Η μητέρα έμαθε για τη χρήση ναρκωτικών στο στρατό και την ερμηνεύει σαν μέσο φυγής από τα οικογενειακά προβλήματα, εξηγώντας ότι ο Δ. ένιωθε βασιλιάς μέσα στην παρέα με τη χρήση ναρκωτικών, κάτι που δεν ένιωθε στο σπίτι μιας και οι γονείς θαύμαζαν περισσότερο το άλλο παιδί. Με τα ναρκωτικά κατάφερε «να γίνει αυτός που είχε στο μυαλό του ότι θέλαμε να είναι... δηλαδή κάτι σαν τον αδερφό του». Η Εμμέλεια εξηγεί γιατί ήταν κλεισμένη στον εαυτό της, και γιατί δεν κατάφερε να πλησιάσει τον Δ.

«Όλοι νιώθαμε τη μαμά μου να πεθαίνει αργά για χρόνια και γι' αυτό έχτισα έναν τοίχο γύρω μου για να μην με πληγώσει ο άλλος...» Εμμέλεια.

Σιγά-σιγά στην πορεία νοσηματοδότησης της εμπειρίας τους οι ενοχές γίνονται υποφερτές και οι μητέρες αρχίζουν να απεγκλωβίζονται από το βαρύ τους φορτίο. Χαρούμενες αναμνήσεις και υποστήριξη από τους άλλους συμβάλλουν στην απελευθέρωση από την ενοχή και στη δυνατότητα να μπορούν να ζουν με αναπάντητα ερωτήματα.

«Ο άντρας μου τον κοίταζε και έκλαψε. “Γιατί συνέβη αυτό;” είπε. Τότε του είπα ότι σίγουρα κάτι δεν πήγαινε καλά, αλλά μην το ψάχνεις. Πάμε μπροστά είπαμε και στηρίξαμε ο ένας τον άλλον με αγάπη. Η αγάπη μας χτίστηκε σε στέρεο έδαφος, διαφορετικά θα είχαμε καταστραφεί. Αν δεν υπάρχει αγάπη σε ένα ζευγάρι, το σπίτι διαλύεται με τον πρώτο αέρα» Ήρα.

«Ο Κωστής χτυπιέται και λέει ότι δεν φταίμε εμείς και λέει πως όλοι του οι φίλοι του λένε πως σαν τους δικούς σου τους γονείς... να ήταν και οι δικοί μας» Περσεφόνη.

«Είμαι μια μάνα που έχασα το πρώτο μου παιδί κι έκανα παιδιά μετά από 5 χρόνια, τα παιδιά μου τα λάτρεψα, τα αγαπώ πολύ... όταν άρχισε να έρχεται το ένα παιδί μετά το άλλο ήμουν η πιο

ευτυχισμένη μάνα του κόσμου, τα λάτρευα, έκανα πάρα πολύ καιρό να κάνω παιδί και τα λάτρευα, θα έδινα και την ανάσα μου. Όσο για τον άντρα μου, τιμή μου και καμάρι μου που τον έχω, τέτοιον άντρα και πατέρα, και μου λένε “μέχρι σήμερα τον θαυμάζεις;” Τον αγαπώ, τον θαυμάζω και τον λατρεύω, εμένα μου δώσανε έναν άγνωστο... Και μου είπαν αυτός από εδώ και πέρα είναι ο αρραβωνιαστικός σου κι όταν πήγα στη θάλασσα είδα τα αδύνατά του τα πόδια και τα λέω και τώρα και γελάω, εγώ με αυτόν τον άνθρωπο θα ζήσω μια ζωή; Σήμερα, λοιπόν, αυτά τα πόδια δεν τα αλλάζω με χιλίων καλλονών, ξέρεις γιατί ήταν πάντα γλυκός... Ηράκι μου και Ηράκι μου...» Ηρα.

«Να σας πω για τα δικά μου παιδικά χρόνια που ήταν πολύ χαρούμενα. Μια ζωή να παίζω στην αλάνα. Εμείς μεγαλώσαμε στο χωριό, δεν είχαμε να φοβηθούμε τίποτα, ούτε μην μας πατήσει το αυτοκίνητο ούτε τίποτα... Παίξαμε με τα ξαδέρφια μου, τους συγγενείς, φεύγαμε από το παιχνίδι και μετά συναντιόμασταν με τα ίδια άτομα... Ήταν πολύ όμορφα, είχα έναν αδερφό πολύ αγαπημένο... και τώρα έχουμε καλές σχέσεις... Έναν πατέρα πάντα να τραγουδάει... πολύ όμορφα...» Ηρα.

(Δ) Σύνδεση με τους άλλους και ευγνωμοσύνη

Η επανασύνδεση με άλλους συνεπαγόταν τη μετακίνηση προς τους άλλους ως βασική μετάβαση που επέτρεψε να επωφεληθούν από την υποστήριξη και ανανέωσε την αίσθηση του ανήκειν. Γονείς και αδέρφια τις βοήθησαν να μοιραστούν και να εμπεριέξουν τα βάσανά τους, βγαίνοντας από την κοινωνική απομόνωση. Συγκινητικά ενεργή η υποστήριξη της Ανθούσας από τον αδελφό της και νονό του παιδιού. Ο νονός γίνεται πατέρας, ενώ η ελπίδα και η πίστη κινούν βουνά.

«Ο αδερφός έχει πέσει από την οικοδομή και έχει σπάσει το χέρι του σε 3 μεριές και δεν μπορεί να οδηγήσει αλλά για να πάρουμε τον Νίκο οδήγησε με το αριστερό μόνο χέρι και τις ταχύτητες τις άλλαξε η γυναίκα του...» Ανθούσα.

Η ευγνωμοσύνη του παιδιού για τη μητέρα ήταν πολύ σημαντική. Ίσως το «ευχαριστώ» να σήμαινε πως ήταν «καλή μητέρα» στα μάτια του παιδιού της.

«Και όταν μπήκαμε μέσα στο αυτοκίνητο, μας είπε σήμερα είμαι 379 ημέρες καθαρός, του ευχήθηκα να είναι σε όλη την υπόλοιπη ζωή του καθαρός αλλά και περήφανος που τα κατάφερε και μου είπε “δεν είναι καλό πράγμα η περηφάνια, μάνα” και το σεβάστηκα αυτό... “σωστό και πρέπει να είσαι χαμηλών τόνων άνθρωπος και έτσι θα είμαι από εδώ και μπρος στη ζωή μου”... και μου είπε “σε ευχαριστώ μάνα...” Αυτό το ευχαριστώ παιδί μου άγγιξε και το τελευταίο κύτταρο του σώματος μου, ποτέ δεν ήμουν... δεν έχω νιώσει ευχαριστώ στη ζωή τόσο» Ανθούσα.

«Και θα μου πει μάνα ευχαριστώ τίποτα άλλο... όπως είχα πάει σε κάποια αποφοίτηση από κάποια παιδιά και το μόνο που μου είχε μείνει ήταν το μάνα σε ευχαριστώ... αυτό θέλω τίποτα άλλο» Νόνα.

Η μητέρα ανασυγκροτεί την ταυτότητά της. Ταυτόχρονα και η οικογένεια ανασυγκροτεί την ταυτότητά της. Κεντρικά στοιχεία της ταυτότητας είναι η σύνδεση με τους άλλους και η επικοινωνία. Είναι μια ενωμένη οικογένεια με αποστάσεις στις σχέσεις των μελών της.

«Τραγουδούσα στο σπίτι και πάλευε η καρδιά μου. Έσταζε αίμα, όταν χάθηκε ένα από τα μέλη της οικογένειάς μου και αυτό είναι το παιδί μου... Ως γονιός ένιωθα ότι απέτυχα, έδωσα τα πάντα σε αυτά τα παιδιά... Τρελαίνομαι νομίζοντας ότι θα δω κάτι κακό να του συμβαίνει... Έδωσα πολλά πράγματα από την ψυχή μου, στήριξα όλα μου τα όνειρα για τα παιδιά μου και τώρα ο γιος μου μου λέει ότι το όνειρό μου είναι ένα κακό όνειρο... η οικογένειά μας δεν άξιζε να το περάσει όλο αυτό...» Ηρα.

«Είναι πολύ ωραίο πράγμα να είναι η οικογένεια ενωμένη και εγώ κατόρθωσα και αυτό το πήρα από τη μάνα μου και από τον πατέρα μου να έχω ενωμένη την οικογένεια, είναι μεγάλο πράγμα αλλά θέλει χρόνο, πρέπει να δώσεις για να πάρεις και εμείς δώσαμε» Ηρα.

«Μια ενωμένη οικογένεια... ακόμα κι αν παντρευτούν και ζήσουν μόνοι τους, θα είμαστε μια συνδεδεμένη οικογένεια... και αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα θα το συζητήσουμε» Εμμέλεια.

Η Εμμέλεια περιγράφει το ταξίδι από τον θάνατο στη ζωή. Από την έλλειψη επικοινωνίας και τον θυμό στην αποδοχή των άλλων και την αναγνώριση των καλών πλευρών τους. Παραδέχεται με δάκρυα ότι ο σύζυγός της είναι τρυφερός. Η Λητώ έπεισε τον σύζυγό της να εμπλακεί στη θεραπεία. Έχει αλλάξει από τότε. Τώρα,

όταν τον προκαλεί ο γιος του, δεν αντιδρά, απλά τον ακούει, «δεν χτυπιούνται πια». Έχει αλλάξει. Παράλληλα, άλλαξε και αυτή τη στάση της.

«Έχω μάθει να θυμώνω με την κατάχρηση ναρκωτικών, να βάζω όρια, να υψώνω λίγο τη φωνή μου, γιατί είμαι ο άνθρωπος που δεν φωνάζει, δεν βρίζει... τώρα βλέπει μια μαμά να φωνάζει και παίρνει το μήνυμα ότι δεν αντέχω άλλο... φτάνει» Αητώ.

Ένα ισχυρό και ελπιδοφόρο δέσιμο μητέρας και γιου, αυτοθυσία και απόσταση. Η ενοχή των μητέρων φάνηκε να σχετίζεται με αυτό που θεωρούσαν ως κακή μητρότητα και απόσταση μεταξύ αυτών και του παιδιού τους και ήταν στενά συνδεδεμένη με τις συνθήκες και τις δυσκολίες της ζωής τους. Οι μητέρες αφιέρωσαν μεγάλο μέρος της ζωής τους στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης σε βάρος της δικής τους ευημερίας.

«Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια και πολύς δρόμος. Ωστόσο, αξίζει τον κόπο να σώσω το παιδί μου, όχι μόνο το δικό μου αλλά και όλα τα παιδιά όλου του κόσμου. Χαίρομαι που τον βλέπω να κάνει μπάνιο, χαίρομαι που τον βλέπω να φροντίζει το δωμάτιό του» Ανθούσα.

Η βελτίωση της σχέσης του παιδιού, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, με τη μητέρα και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, αλλά με σαφή όρια που να προστατεύουν το αίσθημα της ασφάλειας στη σχέση, είναι κεντρικό σημείο στις αφηγήσεις των μητέρων.

«Τώρα είμαστε σε μια κατάσταση που κάνω εγώ πλέον κουμάντο, έχω βάλει εγώ τους όρους... Είναι με αυτή την κοπέλα, αλλά όχι να έρθει σπίτι μας και να κάνει όλα αυτά τα τρελά που κάνανε... Όχι, ο καθένας σπίτι του... Γιατί και να μην κάνει σχέση δεν μπορώ να το ελέγξω... Και τώρα από εδώ και πέρα θα δούμε...» Αητώ.

«Έφτασε βέβαια ένα βήμα πριν από τον θάνατο. Τότε εμφανίστηκε ο μπαμπάς του, τον βάλανε πάλι σε ιδιωτική κλινική να περάσει τις δύσκολες μέρες και ξανά ήρθε στο πρόγραμμα. Τώρα ασχολείται με το παιδί, εμφανίστηκε και με κάποιο τρόπο μπήκε στο πρόγραμμα και τώρα κάπως έχει αρχίσει να καταλαβαίνει τι είναι τα ναρκωτικά γιατί πρώτα έλεγε “άμα θέλει κόβει, άμα δεν θέλει δεν κόβει”... και είχε μια νοοτροπία, άμα πίνεις μακριά σου... Γενικά δεν ήταν σαν πατέρα... σωστός πατέρας...» Αητώ.

«Απλά το πρόγραμμα μου έμαθε να θυμώνω με τη χρήση, να βάζω όρια... αυτά είναι κάποια βήματα πολύ σημαντικά για εμένα... και να υψώνω λίγο τη φωνή, τρελαίνομαι, βρίζω, φωνάζω και αυτό έχει να κάνει με το πώς είσαι, εγώ είμαι ένα άτομο που δεν φωνάζω, δεν βρίζω, γενικά είμαι τυπική το να πιάσω να το κάνω, δεν θέλω να δίνω δικαιώματα, δεν θέλω να με ακούνε και όταν βλέπει ο Κώστας μια μαμά να φωνάζει, να βρίζει, και να το λέει και παραέξω... Το πήρε το μήνυμα ότι η μαμά δεν αντέχει... ως εδώ και μη παρέκει...» Αητώ.

«Πρέπει να του δείξω, αλλά δεν ξέρω πώς, να του δείξω την αγάπη, το να βάζω όρια είναι να μην παίρνει, πώς να του δείξω ότι είμαι εδώ, θέλω να με καταλάβει. Να καταλάβω ότι είμαι εδώ, να τον δω με νέο φως και μακάρι να με δει και αυτός με νέο φως» Ελπίδα.

«Ονειρεύομαι να τον δω και να με δει με άλλο μάτι, να τον δω να γελάει... Να δει τον άλλον μου εαυτό γιατί δεν μπορώ να πω πως δεν αγαπάω το παιδί μου... Θέλω να τον δω να γελάει να χαίρετε τη ζωή, να είναι φωτισμένο το πρόσωπο του...» Ελπίδα.

Κυρίαρχο συναίσθημα σε όλες τις συνεντεύξεις είναι η αγάπη των μητέρων για τα παιδιά τους, η οποία, ακόμη κι όταν τόνιζαν πως είχαν τον κατάλληλο τρόπο να την εκφράσουν, παρέμενε αμετάβλητη σε όλη τη διαδικασία της εξάρτησης, καλύπτοντας τα ηχηρά έντονα αρνητικά συναισθήματα φόβου, τρόμου, παρατεταμένης αγωνίας, θυμού, ματαίωσης, εξάντλησης ως μάρτυρες της πορείας στα καταστροφικά μονοπάτια που ακολουθούσαν τα παιδιά τους. Οι μητέρες δήλωναν ανοιχτά την αγάπη τους και ήταν εμφανής στα λόγια τους, και στα συναισθήματα τα οποία εξέφραζαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Πάσχιζαν, επίσης, μέσα από μια διαδικασία ανασυγκρότησης της σχέσης με τα παιδιά τους, να διατηρήσουν μια μητρική σχέση αγάπης, ενόψει της μεγάλης δυσκολίας.

«Όταν είμαι μόνη στο σπίτι, όταν πάω για ψώνια, όταν μαζεύω άγρια χόρτα με έναν φίλο, όταν πηγαίνω για κολύμπι, υπάρχει ελπίδα ότι θα προχωρήσει, θα τα καταφέρει και νιώθω δυνατή... Δεν χρειάζομαι τίποτα περισσότερο» Ανθούσα.

«Το πιο σημαντικό είναι να έχει ένας άνθρωπος που βρίσκεται σε αυτόν το κυκεώνα των ναρκωτικών ελπίδα, να βρίσκει ελπίδα, ότι μπορεί το παιδί του να σωθεί, μου δίνει πάρα πολύ

ελπίδα... πάρα πολύ... μπορεί να τα συζητάω τώρα και συγκινούμε, αλλά, όταν είμαι μόνη μου στο σπίτι ή όταν είμαι για ψώνια, όταν πάω με τη φίλη μου για χόρτα... όταν πάω για μπάνιο και τα λοιπά υπάρχει ελπίδα ότι ο Ν. θα προσδεύσει και θα τα καταφέρει, βρίσκω δύναμη... αυτό θέλω τίποτα άλλο για μένα» Ανθούσα.

«Είναι ένα πληγωμένο παιδί. Μέχρι να βγει η ψυχή μου θα παλέψω γι' αυτόν! Γιατί τον αγαπώ» Ανθούσα.

«Χωρίς τον Ν. δεν υπάρχει μέλλον, θέλω να δω το Ν. απεξαρτημένο... Υγιές και ενεργό μέλος της κοινωνίας, πρώτα για τον εαυτό του και μετά να προσφέρει στην κοινωνία. Είναι ένα πονεμένο παιδί, έχει υποφέρει... Έχω πει και έχω παρακαλέσει αυτό να είναι το τελευταίο για τον Ν, και να πετύχει η απεξάρτησή του, αν όμως όχι εγώ μέχρι να βγει η ψυχή μου θα αγωνίζομαι για τον Ν, γιατί τον θέλω τον αγαπώ, είναι χαζό αυτό που είπα τώρα αλλά έτσι είναι τέλος πάντων...» Ανθούσα.

Η Αφροδίτη περιγράφει τα όνειρά της για το μέλλον με ελπιδοφόρες εικόνες. Μιλάει για αίσθημα ελευθερίας και απελευθέρωσης από την εξάρτηση.

«Όταν γίνει καλά, θα πάω στη θάλασσα... Θα τους δω παντρεμένους με παιδιά. Θα νιώσω ελεύθερη...» Αφροδίτη.

«Πότε θα είμαστε καλά οικογενειακώς, να βάλω τα πράγματα σε τάξη, να δω το παιδί μου παντρεμένο;» Ελπίδα.

Η θεραπεία αυξάνει σημαντικά την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Οι γονείς έχουν έρθει πιο κοντά. Μιλούν με τον γιο και προσπαθούν να βρουν λύσεις μέσα από την επικοινωνία. Ο γιος βάζει όρια στο τι θέλει και τι όχι. Σύμφωνα με τη μητέρα, είναι μεν μακριά αλλά είναι ενωμένοι, γιατί μοιράζονται τις λύπες και τις χαρές.

Ο θεραπευτής αναδύεται στο ζοφερό φόντο των πολλαπλών απωλειών (απώλεια σχέσεων, επικοινωνίας, αξιοπρέπειας και εμπιστοσύνης) ως σκιά μιας θεάς σε ένα σύγχρονο Ασκληπιείο που προσφέρει ελπίδα και δύναμη.

«Όταν τη βλέπουμε (δηλαδή τη θεραπεύτρια) στην τηλεόραση, όλες οι μαμάδες το συζητάμε... αν τη βλέπαμε μια φορά το μήνα δεν θα είχαμε ανάγκη να τρέμουμε...» Ανθούσα.

«Η θεραπεία εδώ μου άνοιξε τα μάτια! Μου έδειξε τον δρόμο» Ήρα.

«Η ομάδα οικογένειας μείωσε τα αισθήματα ενοχής που ένιωθα! Τώρα, μπορώ να κοιμηθώ το βράδυ!» Περσεφόνη.

Η Νόνα, μια ελκυστική 46χρονη μητέρα που δεν μπορούσε να βγει από το σπίτι λόγω κατάθλιψης και επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού, περιγράφει το ταξίδι της συμβουλευτικής ως θεραπευτικό και σωτήριο. Έχοντας συνειδητοποιήσει την έλλειψη επικοινωνίας στη σχέση της με τα παιδιά της («απλώς υπήρχε σύγκρουση, καμία σχέση, καμία ομιλία»), άρχισε να επικοινωνεί και να αισθάνεται συνδεδεμένη με τα παιδιά της, ενώ έβρισκε τον τρόπο να παραμένει ήρεμη και να διατηρήσει την ελπίδα ως πυξίδα στο ταξίδι διαφυγής από την απέχθεια για τον εαυτό της και την ανεπάρκειά της ως μητέρα.

«Δεν ήθελα να κοιτάζω τον εαυτό μου στον καθρέφτη» Νόνα.

«Οφείλω τη ζωή μου στον θεραπευτή μου! Αν δεν ήταν αυτός, δεν ξέρω πού θα ήμουν αυτήν τη στιγμή. Υπάρχουν άνθρωποι που σε νοιάζονται! Εμπιστεύτηκα αυτό το κέντρο, μου αρέσει αυτό το μέρος!» Νόνα.

«Τους δέχτηκε η ίδια η κ. Α. όλους έναν προς έναν και όταν ο Ν. πήγε στην κυρία Α., έτρεμε που την έβλεπε και του είπε “ποιο είναι το πρόβλημά σου;”, αφού ρώτησε το όνομά του και της είπε “δεν μπορώ να κρατηθώ καθαρός περισσότερο από 1 ½ με 2 χρόνια” και του είπε “θα σου δώσω τον ατομικό θεραπευτή σου τον κ. Χ. και να είσαι σίγουρος Ν. ότι τελειώσεις με αυτό”. Πόση δύναμη του έδωσε... Ήρθε στο σπίτι χαμογελαστός, ένας άλλος άνθρωπος, ένας άνθρωπος αποφασισμένος και δυνατός να τελειώσει αυτήν την ιστορία, άλλος άνθρωπος, για πρώτη φορά, του έδωσε δύναμη τι να πω δεν έχω κάτι άλλο, είναι Αγία... αλήθεια, της τα είπα στον σταθμό και όταν τη βλέπουμε στην τηλεόραση, το συζητάμε όλες οι μάνες, ότι αν τη βλέπαμε μια φορά το μήνα δεν θα είχαμε ανάγκη να τρέμουμε...» Ανθούσα.

Η ζωή συνεχίζεται. Οι συμμετέχοντες ήρθαν πιο κοντά με τους ανθρώπους, έκαναν πιο ειλικρινείς σχέσεις, χωρίς καταπίεση. Η οδυνηρή εμπειρία της εξάρτησης τους βοήθησε να ωριμάσουν, να ξεπεράσουν τραύματα του παρελθόντος. Τελικά, συνειδητοποίησαν ότι είχαν μεγάλα ψυχικά αποθέματα, ενώ άλλαξαν

αντιλήψεις, προτεραιότητες και φιλοσοφία στη ζωή τους. Η Ήρα περιγράφει μια ενωμένη οικογένεια φροντίδας και στοργής. Κίνητρο ζωής, όραμα, αποφασιστικότητα και γιορτή ακολούθησαν μια περίοδο που έκλαιγε όλη μέρα ακόμα και όταν ήταν έξω. Η βαθιά της αγάπη για τη ζωή φαίνεται να είναι ξεχωριστή, όταν, παρά την υποτροπή του γιου της, άρπαξε τον εαυτό της για να βρεθεί σε ένα παγκάκι στο πάρκο με τον σύζυγό της. Μια εύγλωττη εικόνα οικογενειακής ενότητας γύρω από τη μητέρα φωτίζει τη ζοφερή ατμόσφαιρα στα στέκια νεαρών ατόμων που κάνουν χρήση στην πόλη. Μέσα στην οικογένεια και μια μητρική μαχητικότητα. Χαρακτηριστικά τα λόγια της ότι παρά την υποτροπή του γιου της ήταν περιποιημένη να πάει στο παγκάκι με τον άντρα της. Κίνητρο ζωής, όραμα, αποφασιστικότητα, πυγμή. Υπάρχει φροντίδα και στοργή μέσα στην οικογένεια και μητρική μαχητικότητα. Χαρακτηριστικά τα λόγια της:

«Ο άντρας μου είναι πολύ καλός άνθρωπος... πάντα γελούσε και τραγουδούσε πάντα, παρά τις δυσκολίες όταν ήταν παιδί... Ακόμα και τώρα που τραγουδάει και του λέω “θα ξυπνήσεις τα παιδιά” μου απαντάει ότι θέλει να θυμούνται πώς ήταν... ήμασταν μια πολύ ωραία οικογένεια και δεν αξίζαμε να τα περάσουμε όλα αυτά... περάσαμε πολύ δύσκολα κολλήσαμε όλοι ο ένας με τον άλλον έτσι όλοι κολλήσαμε ο ένας στον άλλον...» Ήρα.

«Εγώ με την αγάπη που έχω κρατώ την οικογένεια ενωμένη μέχρι τώρα» Ήρα.

Η Αθηνά περιγράφει μια μακρά σχέση κακοποίησης με τον σύζυγό της και πώς κατάφερε να υπερασπιστεί τον εαυτό της και τα παιδιά της. Ακόμα, στο τέλος της ιστορίας παραδέχεται πως τον αγαπά και ο σύζυγός της παραδέχεται ότι μόλις ανακάλυψε την αγάπη.

«Μου είπε “δεν είχα αγαπήσει ποτέ πριν”» Αθηνά.

Η επικοινωνία και η σύνδεση με τους άλλους μπορούν να φέρουν ένα νόημα στη ζωή πέρα από κάθε φαντασία. Ανοίγουν τον δρόμο για μια ζωή με νόημα πολύ πέρα από ό,τι είχαν ποτέ φανταστεί οι συμμετέχουσες. Ενδυνάμωση, καθορισμός ορίων και δημιουργία χώρου για την ευθύνη των άλλων, νέες προοπτικές για τις οικογενειακές σχέσεις, οι οποίες επιτρέπουν την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων, το να είναι ξανά οικογένεια διατηρώντας ταυτόχρονα και απόσταση. Ο αγώνας για τη βελτίωση των σχέσεων συνεχίζεται αλλά πλέον δεν είναι κυρίαρχη η αβοηθησία:



Εικόνα 4.11 “Child with Mother and Duck”, By Margret Hofheinz-Döring / Galerie Brigitte Mauch Göppingen / CC BY-SA 3.0, (Wikipedia). [http](http://www.galeriebrigitte-mauch.de/)

«Στεναχωριέμαι με τη Μ... Έχω ένα βάρος γιατί βλέπω ίσως τον εαυτό μου... Πως ήμουνα εγώ, αλλά εγώ τότε δεν είχα κάποιον να μου τα πει. Τώρα η Μ. έχει εμένα, αλλά δεν θέλει... ακόμα... με τη σχέση που έχει, στεναχωριέται δεν μιλάει... αυτά εμένα με στενοχωρούν πολύ... Ο σύντροφος που έχει τη μειώνει συνεχώς, δεν της μιλάει όμορφα, της συμπεριφέρεται άσχημα, άλλες φορές αντιδράει, άλλες όχι... Δεν είναι ωραίο πράγμα αυτό... Δεν έχει και πολλές παρέες να βγει έξω, δεν

το επιδιώκει και με στενοχωρεί αυτό αρκετά... δεν έχει και ενδιαφέροντα και με προβληματίζει αρκετά» Νόνα.

4.5. Συζήτηση

Συνολικά, τέσσερα θέματα σκιαγράφησαν τη βιωμένη εμπειρία των μητέρων κατά το μακρύ ταξίδι από την τραυματική απώλεια και την απομόνωση στη μετατραυματική ανάπτυξη και σύνδεση: (α) Τραύμα και απελπισία: διαφορούμενη απώλεια σχέσεων και υγιούς οικογενειακής ζωής, (β) Αναμέτρηση με το πρόβλημα της εξάρτησης: Στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος, (γ) Νοσηματοδότηση και επαναπροσδιορισμός ταυτότητας και (δ) Σύνδεση με τους άλλους και ευγνωμοσύνη. Οι συμμετέχουσες περιγράφουν ένα αόρητο προσωπικό χαμηλό σημείο, που φαίνεται να απεικονίζει το σκληρό, άγνο, έδαφος στο οποίο το άτομο με προβλήματα εξάρτησης και οι σημαντικοί του άλλοι πέφτουν απροειδοποίητα. Μια εμπειρία πλήρους αγωνίας, απόγνωσης και αβοηθησίας. Η ανάσχεση της πορείας προς την απόγνωση περιλάμβανε μια αλλαγή στην αντίληψη που αποκατέστησε το νόημα, τις σχέσεις και την ελπίδα και ανακούφισε τα συναισθήματα χρόνιας θλίψης και αγωνίας των μητέρων για την εξάρτηση του παιδιού τους.

Σύμφωνα με τους Smith-Genthôs et al. (2017), η αναγνώριση της απώλειας στο πλαίσιο της εξάρτησης μπορεί ίσως να αποτυπωθεί καλύτερα μέσω της «διαφορούμενης απώλειας» (Boss, 1999). Δύο θεμελιώδη μοντέλα βρίσκονται στον πυρήνα της θεωρίας του: (α) η φυσική απουσία με ψυχολογική παρουσία και (β) η ψυχολογική απουσία με τη φυσική παρουσία. Ο Boss (1999) ορίζει τη διαφορούμενη απώλεια ως «μια ατελή, αβέβαιη απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, όπου η ασάφεια παρεμβαίνει στη δημιουργία νοήματος, προκαλώντας έλλειψη επίλυσης» (σελ. 3). Η διαφορούμενη απώλεια είναι μια απώλεια η οποία παραμένει ασαφής. Οι κοινότητες παραδοσιακά παρηγορούν όσους αντιμετωπίζουν σαφείς απώλειες, ενώ δίνεται λιγότερη προσοχή σε διαφορούμενες απώλειες. Ωστόσο, το τραύμα επιβαρύνει τις ζωές των μελών της οικογένειας επειδή είναι ακατανόητο, επώδυνο και ακινητοποιητικό. Η ασάφεια παγώνει τη διαδικασία του πένθους και εμποδίζει τη γνώση, παρακωλύοντας έτσι τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Το κλείσιμο ('closure') είναι αδύνατο. Η θλίψη παγώνει. Τα μέλη της οικογένειας δεν έχουν άλλη επιλογή από το να κατασκευάσουν τη δική τους αλήθεια για την κατάσταση του απόντος. Τα μέλη της οικογένειας δεν μπορούν να ονομάσουν την εμπειρία τους. Χρειάζονται ένα όνομα το οποίο δεν θα παθολογικοποιεί την εμπειρία τους όπως «αυτό που βιώνεις είναι μια διαφορούμενη απώλεια, το πιο δύσκολο είδος απώλειας γιατί δεν υπάρχει κλείσιμο» (Boss, 2010, σ.138). Χρειάζονται επικύρωση για τα συναισθήματα αβοηθησίας και θλίψης, καθώς και ελπίδα και νόημα πίσω από τη χρόνια εμπειρία του πόνου. Σύμφωνα με τον Boss (2010), η ελπίδα έγκειται στην ανακάλυψη ότι ο πόνος δεν είναι μια επίθεση στην προσωπική μας άνεση, αλλά μια διαδικασία να γίνουμε πιο πνευματικοί και να ανακαλύψουμε την υπομονή και τη συγχώρεση.

Ωστόσο, αν και η αναγνώριση της απώλειας του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης μπορεί να είναι πολύ ισχυρή, πρέπει να υπάρχει, επίσης, μια αναγνώριση του τραύματος που διαπερνά τις αφηγήσεις των μητέρων. Σύμφωνα με τους Smith-Genthôs et al. (2017), το τραύμα των μελών της οικογένειας τα οποία δεν κάνουν χρήση μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητό μέσα από το πρίσμα του πλαισίου «απώλειας ψευδαισθήσεων» που αναπτύχθηκε από τους Janoff-Bulman και Frantz (1996). «Τρεις θεμελιώδεις υποθέσεις βρίσκονται στον πυρήνα του εσωτερικού μας κόσμου: (α) ο κόσμος μου είναι καλοπροαίρετος, (β) ο κόσμος μου έχει νόημα και (γ) είμαι άξιος» (Janoff-Bulman & Frantz, 1996, σ. 135). Για τα μέλη μιας οικογένειας, η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, η υπόθεση ενός καλοπροαίρετου κόσμου καταστρέφεται από το χάος και το μπλοκάρισμα της επικοινωνίας που προκαλεί το στιγματιστικό μυστικό της εξάρτησης, η οποία επηρεάζει σοβαρά τα μέσα κοινωνικής υποστήριξης. Η εσωτερική τάξη του κόσμου κλονίζεται, κάτι που εξηγείται, επίσης, στις μακροσκελείς προσωπικές αφηγήσεις των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας σε ποιοτικές έρευνες. Τελικά, η ψευδαίσθηση της αυτοαξίας κλονίζεται από ένα μέλος της οικογένειας που έκανε χρήση ουσιών, για το οποίο τα μέλη της οικογένειας, που νοιάζονται, απλά δεν ήταν αρκετά σημαντικά σε σύγκριση με την ικανοποίηση που παρέχει η «χρήση». Οι ψευδαισθήσεις της ζωής είναι σημαντικές πηγές δύναμης για τα νεότερα μέλη της οικογένειας αλλά και τα τραυματισμένα άτομα όλων των ηλικιών.

Η αναγνώριση ότι το θεωρητικό πλαίσιο για τη βιωμένη εμπειρία των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας, που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, θα μπορούσε να θεμελιωθεί στη βιβλιογραφία για τα τραύματα και τις απώλειες έχει αρκετές επιπτώσεις για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι εμπειρίες των μελών της οικογένειας πρέπει να επικυρωθούν, έτσι ώστε η άρνηση των συναισθημάτων τους να σταματήσει και η επιβεβαίωση αυτή να επιφέρει ανακούφιση. Η ανάπτυξη θεραπευτικών επιλογών και δομών υποστήριξης στον

τομέα των εξαρτήσεων είναι απαραίτητη. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να φωτίσει τα πρότυπα σχέσεων των μελών της οικογένειας που μπορεί να έχουν μειωμένη ικανότητα να αναστοχαστούν την εμπειρία και τον τρόπο με τον οποίο συνδέονται με τους άλλους. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν μια θεραπευτική σχέση θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ενίσχυση της ικανότητάς των μελών της οικογένειας να αναστοχάζονται τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους. Η καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνειδητοποίησης του τραύματος στις εξαρτήσεις φαίνεται να είναι μια βασική επιδίωξη σε αυτήν την προσπάθεια. Οι συνήθεις παρεμβάσεις φροντίδας θα πρέπει, επίσης, να επικεντρώνονται στο γονικό τραύμα και τις εμπειρίες απώλειας, ενόψει του κατακλυσμικού χρόνιου άγχους το οποίο προκαλείται από τον φόβο του θανάτου.

Η παρούσα έρευνα αφορά μητέρες που βρίσκονται σε θεραπευτική διαδικασία. Ως εκ τούτου, οι αφηγήσεις της προσωπικής τους ιστορίας έχουν επηρεαστεί από τις προσωπικές και συλλογικές διαπιστώσεις οι οποίες προέκυπταν από ατομικές συνεδρίες με επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή από ομάδες γονέων. Κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, όπως το αίσθημα τιμής στην ελληνική οικογένεια (Fotopoulou and Parkes, 2017) φαίνεται να σχετίζονται με την τραυματική διάσταση και το στίγμα της εξάρτησης στην Ελλάδα και θα ήταν χρήσιμο να ερευνηθούν περαιτέρω.

Ως προς την κλινική πρακτική, η τραυματική απώλεια εμπλέκει το σύνολο της ύπαρξης ενός ατόμου και ως εκ τούτου ζητά μια ολιστική προσέγγιση για την κατανόηση της πρόληψης της εξάρτησης και της αντιμετώπισής της. Οι βαθιές ψυχολογικές πληγές απαιτούν χρόνο και κάποιες φορές υποστήριξη από ικανούς επαγγελματίες για να επουλωθούν. Δυστυχώς, στον τομέα των εξαρτήσεων υπήρξε μια απροθυμία να εμπλακούν οι επαγγελματίες με τις οικογένειες των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Ωστόσο, υπάρχει μια αργή ανταπόκριση σε μια αναγνωρισμένη ανάγκη εκπαίδευσης επαγγελματιών εξάρτησης στις οικογενειακές παρεμβάσεις. Η κατανόηση της εμπειρίας της εξάρτησης για μητέρες παιδιών με προβλήματα εξάρτησης είναι σημαντική, επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις οι μητέρες δεν γνωρίζουν ότι η αγωνία, η σύγχυση και η ακινητοποίησή τους εντοπίζονται στην εγγενώς διφορούμενη κατάσταση της εξάρτησης και όχι στον εαυτό τους (Boss, 2010). Η συνειδητοποίηση των δυσκολιών που εμπλέκονται στην τραυματική εμπειρία της εξάρτησης μπορεί να είναι ένα σημαντικό βήμα προς τη βοήθεια των μητέρων να αναδιοργανώσουν τη σκέψη τους και έτσι να αρχίσουν να χρησιμοποιούν τους μηχανισμούς αντιμετώπισης αντί να παραμένουν «κολλημένες» στη βουβή επίμονη απόγνωση. Επιπλέον, χρειάζονται επικύρωση για τα αισθήματα αβοηθησίας και θλίψης τους, όπως στην κοινωνικά αποδεκτή μη παραγνωρισμένη διεργασία πένθους. Έχουν ανάγκη να συμμετάσχουν και άλλοι σε αυτή τη διεργασία για να γίνουν μάρτυρες της απώλειας. Επιπλέον, η ικανότητα των μητέρων να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την απόκτηση πρόσβασης σε υπηρεσίες για το παιδί θα μπορούσε να υποστεί βλάβη, όσο δεν είναι σε θέση να συμβιβαστούν με τη διφορούμενη απώλεια και το απρόβλεπτο της εξάρτησης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το να βοηθήσουν τις μητέρες να αυξήσουν την ανοχή τους για τη ζωή με την εξάρτηση, ώστε τα παιδιά να μπορούν να λαμβάνουν τις κατάλληλες υπηρεσίες, μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στα αποτελέσματα των παιδιών. Η κατανόηση της τραυματικής απώλειας της εξάρτησης θα μπορούσε να βοηθήσει τους επαγγελματίες που εργάζονται με μέλη της οικογένειας να είναι πιο υποστηρικτικοί και με ενσυναίσθηση προς τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Abosh, B., Collins, A. (1996) *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*. Canada: Toronto Press.
- Barnard, M. (2007) *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Bateson, G. (1971) The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1:251-264.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1983) Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8:205-218.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychology*, 59(2), 137– 145. <http://dx.doi.org/>
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2047–2049. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*.
- Brisset, D. (1988) Denial in alcoholism: a sociological interpretation. *Journal of Drug Issues*, 18:385-402.
- Brooks, C.S., Rice, K.F. (1997) *Families in Recovery-Come full circle*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The Parents' Experience: coping with drug use in the family. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35-45.
- Cancrini, L. (1994) The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, 24(4):597-622.
- Cermak, T. (1991) The Relationship between Codependence and Narcissism. In T.M. Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.
- Coletti, M. (2004) Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας. Στο Λιάπας, Ι.Α. και Πομίνι, Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Copello, A., Orford, J. (2002) Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11):1361-1363.
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C. (2002) Social Behaviour and network therapy – Basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27:345-366.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58.
- Copello, A.G., Velleman, R., Templeton, L. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24:369-385.
- Corless, J., Mirza, K.A.H., Steinglass, P. (2009) Editorial: Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Family Therapy Journal*, 31, 109-114.
- Denzin, N.K. (1987) *The alcoholic self*. US: SAGE.
- Di Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and alcohol dependence*, 219, 108439.
- Flores, P.J. (1997) *Group Psychotherapy with Addicted Populations*. New York: Haworth Press.

- Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11:263-273.
- Halford, W.K., Price, J., Kelly, A.B., Bouma, R., Young, R. (2001) Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of the three treatments. *Addiction*, 96:1497-1508.
- Hatfield, A.B. (1996) *Out of the ashes of mental illness... A new life*. In B. Abosh & A. Collins (eds) *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*. Canada: Toronto Press.
- Hoffman, J.P. (1995) The effects of family structure and family relations on adolescent marihuana use. *The International Journal of the Addictions*, 30(10):1207-1241.
- Horváth, Z., Orford, J., Velleman, R., & Urbán, R. (2020). Measuring coping among family members with substance-misusing relatives: testing competing factor structures of the Coping Questionnaire (CQ) in England and Italy. *Substance Use & Misuse*, 55(3), 469-480.
- Howard, K. N., Heston, J., Key, C. J., McCrory, E., Serna-McDonald, C., Smith, K. R., & Hendrick, S. S. (2010). Addiction, the sibling, and the self. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 465– 479.
- Jackson, D. & Mannix, J. (2003). Then suddenly he went right off the rails: Mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemporary Nurse*, 14, 169-179.
- Jackson, D., Usher, K., & O' Brien, L. (2007). Fractured families: Parental perspectives of the effects of adolescent drug use on family life. *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession*, 23, 321-330.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1996). The loss of illusions: The potent legacy of trauma. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1, 133– 150.
- Johnson, V.E. (2004) *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*. Αθήνα: Δίοδος.
- Klagsbrun, M., Davis, D.I. (1998) Substance abuse and family interaction. *Family Process*:1-11.
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S199.
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S199.
- Kroll, B. (2004) Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse. *Child and Family Social Work*, 9:129-140.
- Κούπερ, Ντ. (1976) *Ο θάνατος της Οικογένειας*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Lefley, H.P. (1989) Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44:556-560.
- Meyers, R.J., Smith, J.E. (1997) Getting off the fence: Procedures to engage treatment-resistant drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5):467-472.
- Miller, T., Velleman, R., Rigby, K., Orford, J., Tod, A., Copello, A., Benett, G. (1997) The use of vignettes in the analysis of interview data: Relatives of people with drug problems. In Hayes N. (ed) *Doing Qualitative Analysis in Psychology*. UK: Psychology Press.
- Miller, W.R. (2003) A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98: 5-6.
- Μάτσα, Κ. (2003) Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 82: 8-17.
- Missouridou, E. (1999) *The process of relapse and recovery after treatment for problem drug use*. Unpublished PhD Thesis, University of Manchester.

- Missouridou E, Esseridou D. (2016) Changes in professionals' attitudes and approaches to parents in the drug and alcohol treatment. *Mater Sociomed*, 28(6): 440-443. doi: <http://dx.doi.org/10.5455/msm.2016.28.440-443> (Αποδελτιώνεται στο Medline/PubMed)
- Misouridou E. (2016) Cultivating a trauma awareness culture in the addictions. *Current Drug Abuse Reviews*, 9(2):99-105. PMID:19192082 doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1874473710666170111102835> (Αποδελτιώνεται στο Medline/PubMed)
- Misouridou E, Papadatou D. (2017) Challenges in engaging parents in the drug and alcohol treatment: The professionals' perspective. *Qualitative Health Research*, Nov;27(13):1948-1958. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316673582> (Αποδελτιώνεται στο Medline/PubMed, Impact factor: 1.403)
- Missouridou E, Segredou I, Esseridou D & Papadatou D (2019) Routine care interventions with the parents of adult drug and alcohol users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(3): 273-279. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09687637.2017.1399105> (Impact factor: 1.710)
- Μισουρίδου, Ε. (2004) Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 88:59-64.
- Orford, J. (2017). How does the common core to the harm experienced by affected family members vary by relationship, social and cultural factors?. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 9-16.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A., Velleman, R. (1998) Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12):1799-1813.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Benett, G., Velleman, R. (1992) Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2:163-183.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Rivinus, T.M. (1991) Psychoanalytic Theory and Children of Chemically Dependent Parents: Ships passing in the night? In TM Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the cutting edge*. US: Bruner Mazel.
- Sisson, R.W., Azrin, N.H. (1986) Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1):15-21.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51–80). (2nd ed.). London: Sage.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage.
- Smith, J. R. (2015). Expanding constructions of elder abuse and neglect: older mothers' subjective experiences. *Journal of elder abuse & neglect*, 27(4-5), 328-355.
- Smith, J. R. (2021). Mothering in later life: Older mothers and their challenging adult children. *Ageing & Society*, 1-22.
- Smith-Genthôs, K. R., Logue, E. M., Low, B. E., & Hendrick, S. S. (2017). The forgotten ones: Siblings of substance abusers. *Journal of Loss and Trauma*, 22 (2), 120-134.
- Stafford, D., Hodgkinson, L. (1991) *Codependency: How to break free and live your own life*. London: Piatkus.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. (1982) *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.

- Thomas, E.J., Adams, K.B., Yoshioka, M.R., Ager, R.D. (1990) Unilateral Relationship Enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcoholics. *The American Journal of Family Therapy*, 18(4):334-344.
- Toumbourou, J.W., Blyth, A., Bamberg, J., Forer, D. (2001) Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11:291-304.
- Usher, K. Jackson, D., & O' Brien, L. (2007). Shattered dreams: Parental experiences of adolescent substance abuse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 422-430.
- Usher, K., Jackson, D., & O' Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 209-214.
- Velleman, R., Benett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., Tod, A. (1993) The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88:1281-1289.
- World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization. (2021). Violence Against Women. Accessed August 20, 2022: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2008) *Η περίπτωση Ευριδίκη*. Αθήνα: Άγρα.
- Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Πομίνι, Β. (2004) Οικογένεια και χρήση ουσιών: μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).
- Φωστέρη, Μ. (2004) Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας. Στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.) *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης).

Εργασίες οι οποίες αξιοποιήθηκαν στο πλαίσιο συγγραφής του συγκεκριμένου κεφαλαίου:

- Missouridou E, Segredou I, Esseridou D & Papadatou D (2017) Routine care interventions with the parents of adult drug and alcohol users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09687637.2017.1399105> (Impact factor: 1.710)
-

Κεφάλαιο 5

Οικογενειακές παρεμβάσεις στην καθημερινή κλινική πράξη

Σύνοψη

- Η απενοχοποίηση δεν γίνεται τόσο μέσα από τα λόγια του επαγγελματία ψυχικής υγείας προς τα επιβαρυνόμενα μέλη της οικογένειας όσο μέσα από τη σχέση που δημιουργείται, όταν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας τα βοηθά να νιώσουν ότι είναι σύμμαχός τους.
- Τα όρια στην πρώτη φάση της θεραπείας αφορούν πρακτικά θέματα τα οποία συνδέονται με τη χρήση (το επιβαρυνόμενο μέλος της οικογένειας δεν δέχεται τη χρήση μέσα στο σπίτι, δεν δίνει χρήματα, δεν επιτρέπει αλλά και δεν χρησιμοποιεί βία κ.λπ.) και σχετίζονται με την προσωπική στάση του απέναντι στη χρήση (δηλαδή τα επιβαρυνόμενα μέλη της οικογένειας δεν βάζουν όριο στη συμπεριφορά χρήσης του μέλους της οικογένειας αλλά στη δική τους συμπεριφορά απέναντι στη χρήση).
- Όταν ο αποστασιοποιημένος γονέας έρχεται πιο κοντά στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης και συμμετέχει -έστω και περιστασιακά- στο θεραπευτικό πλαίσιο, αυτό εκλαμβάνεται ως αποδοχή και ενδιαφέρον από το άτομο με προβλήματα εξάρτησης και αποτελεί κίνητρο για αλλαγή.
- Η ικανότητα των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας «να ακούνε» το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ενισχύεται συχνά από την κατανόηση των αιτιών του εθισμού. Για τη γεφύρωση του χάσματος επικοινωνίας χρειάζεται μια νέα προσέγγιση του άλλου. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαμεσολαβούν στην επικοινωνία, βοηθώντας και τις δύο πλευρές να επεξεργαστούν τη σχέση τους και να αποκτήσουν μια νέα οπτική ή να συμβιβαστούν με προβλήματα σχέσεων που δεν φαίνεται να αλλάζουν. Επιπλέον, διευκολύνουν νέους τρόπους επικοινωνίας, ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων και προσεκτική διαχείριση οικογενειακών μυστικών, προσπαθώντας να κρατήσουν κυρίως ουδέτερη στάση απέναντι στο περιεχόμενο της επικοινωνίας.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

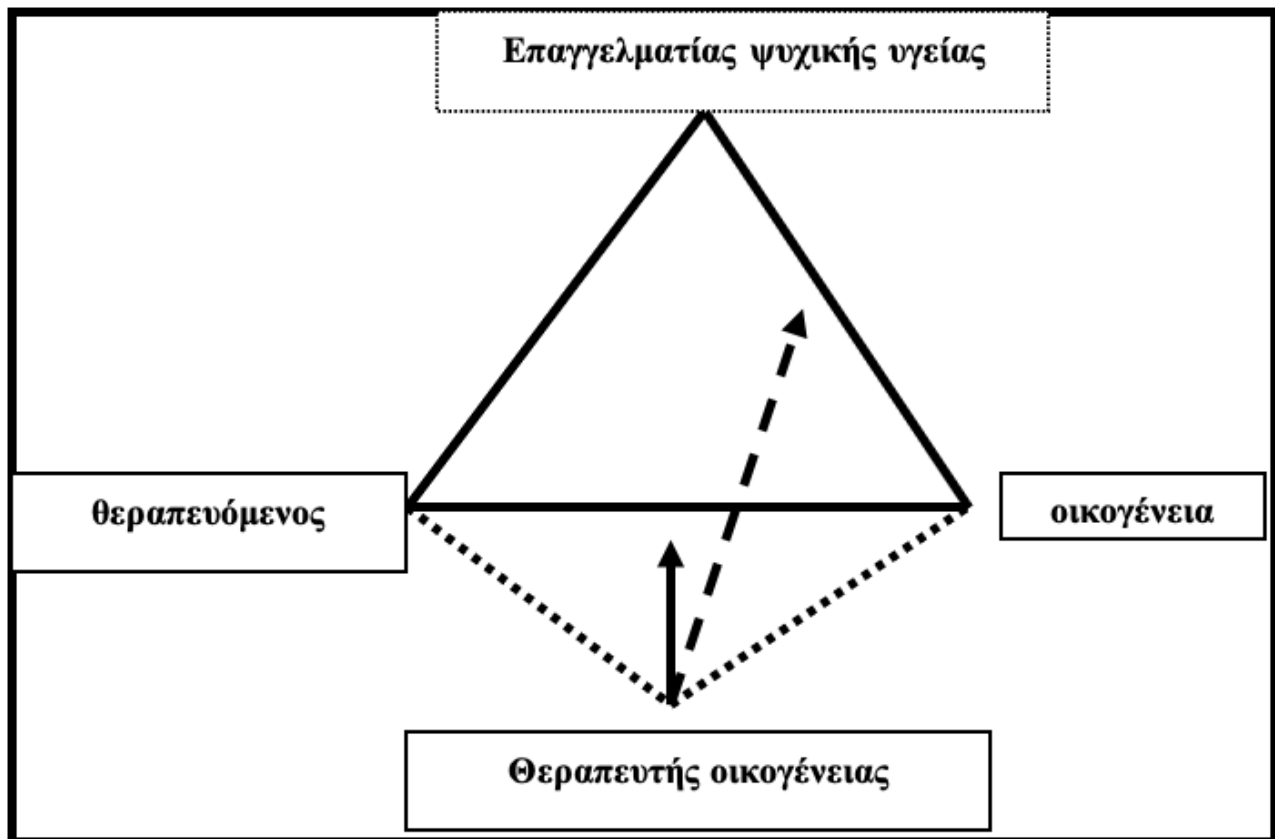
Εισαγωγή

Οι τεκμηριωμένες οικογενειακές παρεμβάσεις (Evidence-Based Family Interventions, EBFI) σπάνια αξιοποιούνται στην κλινική πράξη τόσο σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες όσο και στην Ελλάδα, ενώ τίθενται συχνά ζητήματα πολιτισμικής προσαρμογής και αξιοπιστίας. Επιπλέον, πολλά εμπόδια παρακωλύουν την εφαρμογή τους σε ατομικό επίπεδο (π.χ. στίγμα, μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες σε αγροτικές περιοχές), σε επαγγελματικό επίπεδο (π.χ. πόροι, περιορισμοί χρόνου και χώρου, έλλειψη εμπιστοσύνης, κατάρτιση και επίβλεψη, νομιμότητα ρόλου) και οργανωτικό επίπεδο (π.χ. περιορισμένη ή καθόλου χρηματοδότηση, έλλειψη προσωπικού, δυσκολίες στη διατήρηση ήδη υπαρχουσών υπηρεσιών). Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει τα αποτελέσματα ομάδων εστιασμένης συζήτησης σχετικά με παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη στον Ελλαδικό χώρο.

5.1. Μεθοδολογία

Έγιναν ομαδικές συνεντεύξεις εστιασμένης συζήτησης «focus groups» με επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε επτά δομές απεξάρτησης ψυχιατρικού νοσοκομείου. Η ομαδική συζήτηση διήρκεσε από 90' έως 110' και εστιάστηκε στην περιγραφή της συνεργασίας με τις οικογένειες των θεραπευόμενων τους, τις δυσκολίες που συναντούν και τον τρόπο με τον οποίο τις αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, κλήθηκαν να γράψουν δύο ανώνυμα ιστορικά ασθενών (περίπου 300 λέξεις) με τις οικογένειες των οποίων είχαν επιτυχημένη ή «δύσκολη» συνεργασία αντίστοιχα. Κατά την πορεία της έρευνας κρίθηκε χρήσιμο να συμμετάσχουν σε αυτήν και θεραπευτές οικογένειας, επειδή αρκετές φορές διαμεσολαβούν στη σχέση του ατομικού θεραπευτή με την οικογένεια και είναι σε θέση ως «συνήγοροι» της οικογένειας να γνωρίζουν τη δυναμική της αλληλεπίδρασης

της τελευταίας με τους ατομικούς θεραπευτές (Σχήμα 1). Κατά αντιστοιχία οι θεραπευτές οικογένειας κλήθηκαν να περιγράψουν σε βινιέτες μια ικανοποιητική και μια μη ικανοποιητική συνεργασία τους με την οικογένεια, τον ατομικό θεραπευτή του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης ή και με το ίδιο το άτομο σε περιπτώσεις που υπήρχε άμεση επαφή.



Γράφημα 5.1 Γραφική απεικόνιση των τριγωνικών αλληλεπιδράσεων.

Συνολικά συμμετείχαν 31 επαγγελματίες και συλλέχθηκαν 42 ιστορικά. Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν. Για την ποιοτική ανάλυση των κειμένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα ΑΤΛΑΣ-Τ.

Η ανάλυση του ποιοτικού υλικού και η κωδικοποίησή του έγινε από τρεις ερευνήτριες χωριστά. Στη συνέχεια έγιναν αρκετές συναντήσεις στις οποίες συζητήθηκαν διεξοδικά οι κατηγορίες που χρησιμοποιήθηκαν. Όπου υπήρχαν διαφωνίες, επιλέχθηκε η πιο δόκιμη έκφραση για την καταγραφή του υλικού.

5.1.1. Περιγραφή του πληθυσμού:

Ο μέσος όρος ηλικίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) είναι 37 χρόνια. Ο μέσος όρος προϋπηρεσίας είναι 8,7 χρόνια. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση 9 επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι ψυχοδυναμική, 8 συστημική, 3 προσωποκεντρική, 2 γνωσιακή-συμπεριφοριστική, 2 διαπροσωπική υπαρξιακή, ενώ 7 επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν επιλέξει κάποια συνθετική κατεύθυνση. Ο μέσος όρος εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση είναι 4,6 χρόνια και ο μέσος όρος προσωπικής θεραπείας είναι 4,7 χρόνια. Στο σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μόνο τρία άτομα δεν έχουν κάποια κλινική εκπαίδευση. Επίσης, μόνο τρία άτομα δεν έχουν κάνει καθόλου προσωπική θεραπεία.

Το ποσοστό συμμετοχής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν 68%. Η οργάνωση των ομαδικών συναντήσεων ήταν χρονοβόρα και χρειάστηκαν αρκετοί μήνες και αρκετές ενημερωτικές συναντήσεις και τηλεφωνικές συνομιλίες για να πραγματοποιηθούν οι συναντήσεις αυτές παρά την υποστήριξη της ερευνητικής

προσπάθειας από τους επιστημονικά υπεύθυνους των δομών και τη διευθύντρια της Μονάδας Απεξάρτησης. Τρεις επαγγελματίες ψυχικής υγείας αρνήθηκαν να συμμετάσχουν.

5.2. Αποτελέσματα

Παρακάτω περιγράφονται τα θέματα και τα υποθέματα τα οποία προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση δεδομένων.

1. Απενοχοποίηση
2. Αλλαγή δυναμικών:
 - Οι αλλαγές στη σχέση των γονιών
 - Η υιοθέτηση κοινής γραμμής στην αντιμετώπιση του προβλήματος
 - Η ενεργοποίηση του αποστασιοποιημένου γονέα
 - Οι προσωπικές αλλαγές γονιών/συζύγων και συντρόφων
 - Η επεξεργασία οικογενειακών μυστικών ως απελευθερωτική διαδικασία
 - Οι αλλαγές στη σχέση με τους θεραπευτές
3. Όρια
4. Διευκόλυνση της επικοινωνίας/Συμφιλίωση
5. Αυτονόμηση
6. Υποστήριξη οικογένειας (κοινωνικού τύπου)



Εικόνα 5.1 Μονάδα Απεξάρτησης ΨΝΑ «18 ΑΝΩ», Copyright.

5.2.1. Απενοχοποίηση

Συχνά οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιλαμβάνονται ότι η δυσκολία συνεργασίας με τους γονείς οφείλεται στο βάρος των ενοχών το οποίο βιώνουν για την εξάρτηση του παιδιού τους. Οι ενοχές αυτές και το άγχος που προκαλούν σε συνδυασμό με άλλα ανεπεξέργαστα συναισθήματα, όπως ο θυμός, εγκλωβίζουν τους γονείς και δυσχεραίνουν την επικοινωνία μαζί τους. Οποιαδήποτε, λοιπόν, προσπάθεια για συνεργασία απαιτεί πρώτα την απενοχοποίηση των γονέων.

«Ένα άλλο κομμάτι αφορά την απενοχοποίησή τους, ότι είναι τόσο μεγάλο το άγχος ότι αυτοί ευθύνονται, δεν το παραδέχονται βέβαια αλλά ασυνείδητα από κάτω ότι “εγώ φταίω για όλα” που δεν μπορούν να κάνουνε κάτι για αυτό... με αυτήν την έννοια για μένα το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να γίνει με τους γονείς είναι αυτή η απενοχοποίηση... αν γίνει αυτή έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεργάζονται με το πρόγραμμα».

«Τώρα προφανώς νιώθουν ένοχοι, ενώ δεν θα έπρεπε και εμείς πάντα προσπαθούμε να τους απενοχοποιήσουμε όσο μπορούμε... συνέχεια λέμε στους γονείς ότι δεν είμαστε εδώ για να κρίνουμε κάτι, για να βοηθήσουμε, ότι κι εσείς έχετε περάσει πολλά... κάπως να ηρεμήσουν για να μπορούν να δουν και πέντε πράγματα παραπάνω...

-Δηλαδή για να επεξεργαστούν τις αιτίες που λέει η Κ. πρώτα πρέπει να απενοχοποιηθούν, γιατί δεν μπορείς να δεις τις αιτίες, αν δεν περάσεις από αυτό...

-Ναι, είναι σαν ένας τοίχος που, αν δεν πέσει αυτός, δεν μπορούμε μετά να κάνουμε κάτι άλλο...».

«Άλλη δυσκολία είναι ότι για κάποιους γονείς το θέμα της χρήσης έχει πάρα πολύ ενοχή μέσα, αισθάνονται πάρα πολύ ένοχοι και πάρα πολύ θυμωμένοι κιόλας και αυτό τους δυσκολεύει και να ανοιχτούν και να μιλήσουν και να ακούσουν, να κάνουν χώρο να ακούσουν αυτά που έχουμε να τους πούμε... αυτό...».



Εικόνα 5.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η απενοχοποίηση δεν γίνεται τόσο μέσα από τα λόγια του επαγγελματία ψυχικής υγείας προς τους γονείς όσο μέσα από τη σχέση που δημιουργείται, όταν αυτός βοηθά τους γονείς να νιώσουν ότι είναι σύμμαχός τους. Μια όχι τόσο υψηλή προσδοκία μπορεί να είναι απλά το να καταφέρει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας να ακούσει τους γονείς, κάτι που ενδεχομένως θα μειώσει έστω και λίγο την ένταση του άγχους και των ενοχών τους στην αρχή της συνεργασίας.

«Η μητέρα βιώνει συμμαχική εξίσου (εννοείται όπως και το παιδί της) τη σχέση με τη θεραπεύτρια που τη συμπονά και δεν την κρίνει. Έτσι η μητέρα αρχίζει να απενοχοποιείται».

«Αλλά συγχρόνως νομίζω ότι έχω βρει μια καλύτερη νομίζω ισορροπία σχετικά με το να τους ακούσω και όλο αυτό, γιατί χρειάζεται και κάποιος να υποδεχτεί, και να καταλάβει και να ακούσει όλο αυτό το άγχος και έτσι και να γίνει και η απενοχοποίηση που έλεγε η Β. πριν και να καμφθούν οι αντιστάσεις, δηλαδή έχω παρατηρήσει ότι και μόνο όταν εμείς δεν αντιδράμε σε αυτό και υπάρχει η υποδοχή όλου αυτού του πράγματος, κάμπτεται σε ένα βαθμό από μόνο του...».

«Μπορεί να υπάρχει και ενοχή κάτω από την αντίσταση;

-ναι, βέβαια.

-Η απενοχοποίηση πόσο εύκολη είναι, πώς τη βλέπετε αυτή τη διαδικασία;

-Είναι δύσκολη ιστορία με την έννοια, είναι δύσκολη ιστορία... η απενοχοποίηση νομίζω ότι γίνεται μέσα από τη σχέση, δεν είναι απλά ό,τι θα το πούμε, είναι μέσα από τη σχέση, από τη δική τους κατανόηση, αν έχουν οι ίδιοι τη διάθεση και τις αντοχές ακόμα στο να κάνουν την υπέρβαση από τα λάθη που έχουν κάνει και οι ίδιοι στη ζωή τους, είναι πολλά... είναι η σχέση, η κατανόηση της δικιάς τους ιστορίας και στο τι δυνάμεις υπάρχουν μέσα τους για να γίνει αυτή η υπέρβαση».

Κάποιες φορές οι ενοχές μπορεί να συνδυάζονται με την έλλειψη κινητοποίησης και την αντίσταση των γονιών στην αλλαγή. Στο δίπολο «παντοδυναμίας – ευθραυστότητας», το βάρος των ενοχών οδηγεί τον γονέα στην αποποίηση των ευθυνών του.

«Και το άλλο που μου έρχεται είναι ότι νιώθω από κάποιους γονείς κάποιες φορές το κομμάτι της ενοχοποίησης, δηλαδή ότι πιο πολύ έτσι όπως το λένε οι ίδιοι, εμείς φταίμε ή που έφταιξα, -τόρα ίσως φωτίζω μια άλλη πλευρά- έχει ένα κομμάτι “μη μ’ αγγίζετε” ή “είμαι εύθραυστη” ή “πείτε μου ότι δεν φταίω”... είναι και μια πλευρά αυτό, όταν έρχεται πολύ έντονα... και κάποιες φορές νιώθω ότι αυτό χρησιμοποιείται για να μην... ως αντίσταση, από κάποια μερίδα... κάποιες φορές, δηλαδή, το έχω νιώσει και σαν παγίδα αυτό που λέω προς εμένα, δηλαδή προς τον θεραπευτή...

-το κομμάτι των ενοχών...

-ότι κάποιες φορές που μπαίνει πολύ είναι η αντίσταση με έναν άλλο τρόπο στο να μην προχωρήσει να ανοιχτούν τα θέματα».

«Έχω δει στο πλαίσιο ομάδων τα θέματα που αναδύονται που είναι πιο ξεκάθαρα και έχουν να κάνουν με την παντοδυναμία που εκφράζεται συχνά από αυτές τις οικογένειες... είναι με πολύ αυστηρό σύστημα αξιών και απαιτούν από τον εαυτό τους να καταφέρουν πάρα πολλά πράγματα και η χρήση του παιδιού τους τους ενοχοποιεί πάρα πολύ... ένας στόχος είναι να απενοχοποιηθούν χωρίς να χάσουν, όμως, την ευθύνη, αυτό το λεπτό σημείο, για να μπορέσουν να πάρουν μια απόσταση που θα επιτρέψει και στο παιδί να αναλάβει την ευθύνη της δικής του προσπάθειας...».

Τέλος, αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας δίνουν έμφαση στην προσοχή που απαιτείται ώστε να μην ενοχοποιήσουν οι ίδιοι περισσότερο τους γονείς στην προσπάθειά τους να τους βοηθήσουν να επεξεργαστούν τις αιτίες της εξάρτησης.

«Εγώ νιώθω ότι τώρα είμαι σε μια φάση που περισσότερο προβληματίζομαι και βλέπω πράγματα που δεν τα έβλεπα πριν... ας πούμε αυτό το κομμάτι τού πόσο ενοχοποιημένοι είναι οι γονείς και ότι ίσως το ότι δεν είναι βοηθητικό να τους ενοχοποιούμε εμείς περισσότερο, αυτό ας πούμε είναι κάτι που το τελευταίο διάστημα το έχω πιο πολύ στο νου μου, είναι πιο ξεκάθαρο και έχει αρχίσει να με προβληματίζει... και προσπαθώ, είμαι σε μια τέτοια διαδικασία, δεν νομίζω ότι ακόμη έχω μετακινηθεί... και προσπαθώ να βλέπω έτσι πιο συνολικά την κατάσταση ας πούμε...».



Εικόνα 5.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

«Σε αυτή τη φάση ο στόχος είναι στις ομάδες γονέων, έτσι όπως το σκέφτομαι, οι γονείς λίγο να αντιληφθούν το πρόβλημα της εξάρτησης, το τι σημαίνει εξάρτηση, πώς χτίζεται και πώς... ο τρόπος που ήταν η οικογένεια οργανωμένη, μπορεί να ήταν ένας παράγοντας που να οδήγησε τα πράγματα εκεί χωρίς, όμως, να μπαίνουμε στη διαδικασία να ενοχοποιούμε τους γονείς... δηλαδή, πιο πολύ να μπορέσουν οι γονείς να δουν το παιδί μέσα από τα δικά τους μάτια. Πώς το κορίτσι βίωσε τη δυσφορία της και την οικογένειά της και την παιδική της ηλικία και πώς αυτό μπορεί να την επηρέασε».

5.2.2. Αλλαγή δυναμικών

Οι ατομικοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας συχνά επιχειρούν βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην αλλαγή της δυναμικής των σχέσεων στην οικογένεια. Συγκεκριμένα οι παρεμβάσεις αυτές έχουν στόχο τα εξής:

- Τις αλλαγές στη σχέση των γονιών
- Την υιοθέτηση κοινής γραμμής στην αντιμετώπιση του προβλήματος
- Την ενεργοποίηση του αποστασιοποιημένου γονέα
- Τις προσωπικές αλλαγές των γονιών
- Την επεξεργασία οικογενειακών μυστικών ως απελευθερωτική διαδικασία
- Τις αλλαγές στη σχέση της οικογένειας με τους θεραπευτές

Η περιεκτικότητα και η σαφήνεια του λόγου των θεραπειών παρακάτω σκιαγραφεί τις βραχυπρόθεσμες αυτές παρεμβάσεις όχι ως «μαγικές λύσεις» στο πρόβλημα της εξάρτησης αλλά ως βασικά συστατικά δημιουργίας ενός στηρικτικού πλαισίου στην προσπάθεια του ατόμου.

5.2.2.1. Η ενεργοποίηση του αποστασιοποιημένου γονέα

Όταν ο αποστασιοποιημένος γονέας -συνήθως ο πατέρας- έρχεται πιο κοντά στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης και είναι πιο ενεργητικός, αλλάζει η δυναμική των σχέσεων στην οικογένεια. Σε αυτήν την προσπάθεια η μητέρα καλείται να βοηθήσει την ενεργοποίηση του πατέρα φροντίζοντας “να αφήσει χώρο” γι’ αυτόν.

«Ένα πρόβλημα είναι η παρουσία του πατέρα, που είτε λόγω της σχέσης με τη μητέρα, αρκετές φορές σαμποτάρεται, επειδή υπάρχει μια κοντινότητα της μητέρας με τους γιους που είναι στη χρήση, κάποιες φορές σαμποτάρεται, δηλαδή κάποιες φορές έχω δει γονείς, πατεράδες, που όταν μπήκε διά ταύτα η παρουσία τους και μετά από αρκετά ραντεβού που και η μητέρα ένιωθε κάπως ασφάλεια ότι μπορεί να είναι παρών ο πατέρας και ο πατέρας ότι μπορεί να έχει χώρο, είχαν μια πολύ ουσιαστική και συστηματική παρουσία, όμως είναι πολύ συχνό, και κάποιες φορές λόγω δικής τους χρήσης έτσι που είναι ο αλκοολισμός, όταν είναι ενεργά δεν θα μπει στην ομάδα... δεν μπορώ να σκεφτώ τώρα άλλα... έχει ένα προφίλ... ότι σε αρκετές ομάδες είναι η πλειοψηφία μητέρες...».

«Συνήθως είναι η μητέρα που είναι πιο συμμετοχική -με όποιο πρόσημο- στη θεραπεία... παρόλα αυτά έχω δει και πατέρες οι οποίοι μπαίνοντας σε μια διαδικασία είτε σε ομάδες γονέων τούς έχω δει είτε ατομικά, βλέπω και πατέρες να μετακινούνται πολύ».

Όταν το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης πιστεύει ότι ο αποστασιοποιημένος γονέας δεν θα συνεργαστεί με το πρόγραμμα είτε γιατί είναι θυμωμένος είτε γιατί δεν ασχολούνταν ποτέ μαζί του, η συμμετοχή αυτού του γονέα στο πρόγραμμα λειτουργεί ως καταλύτης στη θεραπεία του ατόμου. Τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης επιθυμούν την αποδοχή και το ενδιαφέρον των γονιών τους, ακόμη και αν δεν το εκφράζουν. Η επίτευξη της συνεργασίας των γονιών με το πλαίσιο σημαίνει αποδοχή και ενδιαφέρον για το άτομο αυτό και αποτελεί κίνητρο για αλλαγή.

«Όσον αφορά τη συνεργασία με τον πατέρα, ο Θ. αρνιόταν πεισματικά και για πολύ καιρό στην ιδέα να τον καλέσω σε ραντεβού, λέγοντάς μου ότι εκείνος θα το αρνηθεί, ότι είναι ένας πατέρας που δεν θέλει να συνεργαστεί. Όταν τελικά μετά από αρκετό καιρό που ο Θ. δεν μπορούσε να κρατήσει την αποχή του, του ανακοίνωσα ότι εγώ θα τον καλέσω είτε εκείνος το θέλει είτε όχι, δέχτηκε να του τηλεφωνήσει εκείνος. Ο πατέρας του ανταποκρίθηκε άμεσα στο αίτημά μας και ήρθε στο ραντεβού. Ήταν πράγματι ένας άντρας με πολύ αυστηρό σύστημα αξιών (στρατιωτικός στο επάγγελμα) και φαινόταν πολύ θυμωμένος και απογοητευμένος από το παιδί του. Του δήλωσε ότι εκείνος δεν θα ασχοληθεί μαζί του παρά μόνο όταν εκείνος τελειώσει το πρόγραμμα και ότι μάλιστα δεν του έδινε και πολλές ελπίδες. Ήταν ιδιαίτερα απόλυτος σε αυτό που έλεγε, έτσι ώστε προκάλεσε και τον θυμό της θεραπεύτριας. Αυτό ήταν και το μόνο ραντεβού που έγινε με τον πατέρα στην πρώτη φάση το οποίο παρόλα αυτά φάνηκε να κινητοποιήσει ιδιαίτερα τον Θ. Έκτοτε έκανε μια σοβαρή προσπάθεια, κάνοντας βέβαια και κάποιες υποτροπές και τελικά κατάφερε να μπει στο κλειστό, αν και όχι με μεγάλη διάρκεια αποχής από τις ουσίες».

«Θυμάμαι αρκετούς θεραπευόμενους που θεωρούσαν ότι ο μπαμπάς τους ή η μαμά τους αποκλείεται να έρθει σε ομάδες γονέων, στο πρόγραμμα ή τέλος πάντων να ασχοληθούν μαζί τους γιατί είτε είναι πολύ θυμωμένοι είτε γιατί δεν ασχολούνταν ποτέ ιδιαίτερα και τελικά, όταν με τη δική μας την παρέμβαση κάτι άλλαξε, αυτό ήταν και βοηθητικό στη θεραπεία και ήταν ξεκάθαρο αυτό σε κάποιες περιπτώσεις...».

Σ: σαν να μου λες ότι ο θεραπευόμενος ήθελε το ενδιαφέρον των γονιών του και ότι η συνεργασία τους με το πλαίσιο σημαίνει γι’ αυτόν αποδοχή, ενδιαφέρον;

Γ4: ακριβώς...

Σ: και μου λες επίσης ότι όλο αυτό βοηθά στην πορεία του, σαν να μου λες ότι τους ήθελε συμμάχους σε αυτήν την πορεία...

Γ4: ναι, και το πρόγραμμα λειτούργησε σαν ενδιάμεσος για να γίνει αυτό βοηθητικά...».

«Ο πατέρας στην πορεία αυτής της θεραπείας έχει ενισχύσει την παρουσία του ως πρόσωπο με το οποίο μπορεί ο Ν. να έχει επαφή και επικοινωνία. Είναι κάτι που ο Ν. βίωσε ως ελλειμματική σχέση και φαίνεται πως στη χρονική αυτή στιγμή, αυτό καλύπτεται σε μεγάλο βαθμό».

Για αρκετούς θεραπευτές η κινητοποίηση του πατέρα αποτελεί τη συνήθη πρακτική προσέγγισης στις αρχικές συναντήσεις με τους γονείς.

«Και στην 1η φάση, δηλαδή όταν εγώ επιμένω περισσότερο και περνάω το μήνυμα ότι είναι πολύ σημαντικό να έρθετε και οι δύο... τότε ενεργοποιείται και ο πιο αποστασιοποιημένος γονιός, και το βλέπω και στη φάση του κλειστού περισσότερο, και αυτό που καταλαβαίνω είναι ότι, όταν οι θεραπευόμενοι καταλαβαίνουν, μαθαίνουν -τέλος πάντων- ότι είναι ενεργοποιημένοι και οι δύο γονείς και αυτό λειτουργεί βοηθητικά για εκείνους...».

«Εγώ προσωπικά στη θέση του συμβουλευτικού σταθμού έχω προσπαθήσει τώρα πρόσφατα να μπω στη διαδικασία να ενεργοποιήσω τον γονιό που φαίνεται πιο αποστασιοποιημένος... αυτό γίνεται, όταν τα παιδιά μπαίνουν στο κλειστό και γίνονται οι ομάδες γονέων. Αυτό είναι η πρακτική του πλαισίου στο οποίο βρίσκομαι, δηλαδή επιμένουμε να έρθουν και οι δύο γονείς, και παρόλες τις αντιστάσεις που προβάλλουν, προβλήματα υγείας ή δεν μπορούν λόγω δουλειάς... τελικά αυτό που έχω δει είναι ότι οι περισσότεροι έρχονται...».



Εικόνα 5.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.2.2. Οι αλλαγές στη σχέση των γονιών

Αλλάζει η σχέση του γονεϊκού ζευγαριού, επεξεργάζεται ο καθένας τον ρόλο του, βελτιώνουν την επικοινωνία τους και συνεργάζονται περισσότερο είτε είναι χωρισμένοι είτε είναι μαζί για να βοηθήσουν τα παιδιά τους. Τέτοιες αλλαγές, βέβαια, μπορούν να συντελεστούν μόνο όταν το ζευγάρι είναι αρκετά έτοιμο για αλλαγή και η συνάντηση με τους θεραπευτές και το πλαίσιο λειτουργεί σαν καταλύτης σε μια νέα οπτική των πραγμάτων.

«Παράλληλα στην ομάδα γονέων δουλεύαμε τη σχέση του ζευγαριού. Η μητέρα φαινόταν ότι είχε πάρει έναν ρόλο “παντοδύναμο” δείχνοντας ότι έχει πάρει όλη την κατάσταση πάνω της. Στην ομάδα συζητήσαμε για την υποτίμηση που βγάζει η μητέρα προς τον πατέρα και πώς εκείνος αποστασιοποιείται βάζοντας μπροστά τα προβλήματα της υγείας του. Κάποιες φορές ο πατέρας απουσίαζε από τις ομάδες, γιατί πήγαινε στο νησί και, ενώ στην αρχή η μητέρα το δικαιολογούσε, από την άλλη φαινόταν ξεκάθαρα το παράπονο και ο θυμός της που έχει μείνει τόσο μόνη. Όταν αυτό συζητήθηκε παρόντων και των δύο, ο πατέρας αναγνώρισε ότι το πρόβλημα υγείας είναι δικαιολογία και ο ουσιαστικός λόγος που λείπει από την Αθήνα είναι η δύσκολη σχέση με τη γυναίκα του. Η μητέρα δυσκολευόταν πάρα πολύ να αφήσει τον έλεγχο και να παραδεχτεί ότι χρειάζεται τη βοήθειά του. Δώσαμε πολύ μεγάλη έμφαση στην αναγνώριση και αλλαγή αυτών των δυναμικών».

«Όσο ο Κ. βρισκόταν στο πρόγραμμα, οι γονείς του παρακολουθούσαν τις ομάδες γονέων και έκαναν και κάποια ραντεβού σαν οικογένεια με τον Κ. και τους θεραπευτές. Η σχέση μεταξύ των γονέων φαίνεται να έχει βελτιωθεί αρκετά και να συνεργάζονται σε σχέση με την αντιμετώπιση του προβλήματος του Κ. Παρόλα αυτά, η μητέρα μοιάζει ακόμα αδύναμη και παθητική... Ο πατέρας είναι πιο κοντά στον Κ. και πιο ενεργητικός, παραμένει, όμως, πάντα απόλυτος στις απόψεις του οι οποίες είναι ιδιαίτερα φαλλοκρατικές».

«Τι αλλάζει; Από την πλευρά των γονιών; Ίσως και η μεταξύ τους σχέση... θυμάμαι ας πούμε στην αρχή μια μαμά που τα είχε αναλάβει όλα μόνη της, και υποτιμούσε τον μπαμπά οπότε και αυτός κρατούσε μια στάση πιο απόμακρη, ας πούμε, και όταν όλα αυτά ανοίχτηκαν μέσα στην ομάδα και φάνηκε το τι ρόλο έχει ο καθένας, αλλάζανε τα δυναμικά, ένα παράδειγμα είναι αυτό... και ίσως

αναγνωρίσανε ότι είναι σημαντικό να στηρίζει ο ένας τον άλλον και να βελτιώσουν την επικοινωνία τους, να συνεργάζονται περισσότερο είτε είναι χωρισμένοι είτε είναι μαζί βοηθητικά για τα παιδιά τους...».

5.2.2.3. Η υιοθέτηση κοινής γραμμής στην αντιμετώπιση του προβλήματος

Όταν οι χωρισμένοι γονείς (ή οι γονείς με διάσταση απόψεων) κάνουν προσπάθεια να έχουν μια κοινή γραμμή απέναντι στο θεραπευόμενο άτομο, αυτό λειτουργεί κινητοποιητικά για το άτομο. Αντίθετα, όταν νιώθει απόρριψη από τον έναν ή και από τους δύο γονείς (μιας και συχνά οι γονείς στρέφουν τον θυμό τους για τον σύντροφό τους στο παιδί τους ή «ξεσπάνε» στο παιδί εκδικούμενοι τον σύντροφό τους) συχνά αναβάλλει την προσπάθειά του για θεραπεία. Η παρέμβαση στη δυναμική της σχέσης των γονιών προστατεύει το θεραπευόμενο άτομο από τον θυμό και την εκδικητικότητα των γονιών και λειτουργεί καταλυτικά στη θεραπεία του.

«Από εμένα ένα πρόβλημα, που έχω συναντήσει εγώ τουλάχιστον, είναι όταν οι γονείς είναι χωρισμένοι και μάλιστα, όταν είναι με άσχημο τρόπο χωρισμένοι, όπου πολλές φορές βγαίνει θυμός τού ενός για τον άλλο πάνω στο παιδί, πάνω στον θεραπευόμενο... Και το παιδί γίνεται μπαλάκι ή του λένε “πήγαινε στο πατέρα σου” ή “πήγαινε στη μάνα σου” και τέτοια, ή προκειμένου να εκδικηθούν -εντός εισαγωγικών- ο ένας τον άλλο, ξεσπάνε πάνω στο παιδί, είτε με το να μην το βοηθάνε είτε με το να του δυσκολεύουν την προσπάθεια με την έννοια ότι “α, όχι, δεν μπορείς να έρθεις σε μένα να κόψεις” ή “πήγαινε στον πατέρα σου” ή “πήγαινε στη μάνα σου” και βέβαια εκεί πέρα θέλει πολύ προσπάθεια και αρκετές συναντήσεις, αν αυτό είναι δυνατόν, χωριστά με τους γονείς γιατί είναι και μια καλή δικαιολογία για τον θεραπευόμενο, δικαιολογία, εντός εισαγωγικών, να μην κάνει κάτι, να μην προσπαθεί... δεν λέω ότι δεν προσπαθεί... Προσπαθεί αλλά πολλές φορές, όταν νιώθει την απόρριψη και από τους δύο ή όταν νιώθει ότι γίνεται μπαλάκι από τον έναν στον άλλο, τότε και εκείνος σου λέει εντάξει, δεν υπάρχει κανείς να με βοηθήσει, δεν νοιάζονται για μένα οι γονείς μου οπότε... όταν είναι, δηλαδή, ακόμη στη φάση που το κίνητρό του δεν είναι πολύ δυνατό, τότε υπάρχει χώρος από τέτοιες αφορμές να αναβάλλει την προσπάθειά του... και έχουμε δει σε περιπτώσεις όπου γονείς είναι άσχημα χωρισμένοι... που κάνουν μια προσπάθεια να έχουν μια κοινή γραμμή απέναντι στον θεραπευόμενο πώς μπορεί κι εκείνος να το πάει λίγο παρακάτω... βλέποντας, δηλαδή, και από εκείνους μία προσπάθεια...».

«Σημειώτεον ότι μέχρι και σήμερα η μητέρα δεν έχει ξεπεράσει τον χωρισμό με αποτέλεσμα να εκφράζει τον θυμό της προς τον πατέρα μέσα από τη συμπεριφορά της προς τον Μ... Ο θυμός της μητέρας προς τον πατέρα ήταν τόσο έντονος που πολύ συχνά χρησιμοποιούσε τον Μ. ως ενδιάμεσο για να ξεσπάει και να τον πιέζει να έχει κάποια επαφή μαζί της...».

Η επίλυση της σύγκρουσης συχνά είναι πρόκληση για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας αποτελώντας μια χρονοβόρα και κοπιώδη διαδικασία η οποία απαιτεί παραπομπή, αν δεν είναι ανέφικτη. Αρκετές φορές μια πιο ρεαλιστική προσδοκία είναι η εξομάλυνση των σχέσεων, έστω και σε μικρό βαθμό, ή η συμφωνία μη ενασχόλησης με ανεπίλυτα θέματα του γονεϊκού ζευγαριού (η σύγκρουση «παγώνει») με κοινό στόχο τη συνεργασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης. Στο παρακάτω απόσπασμα σκιαγραφείται η δυσκολία του εγχειρήματος από επαγγελματία ψυχικής υγείας.

«Άλλες φορές παίρνει χρόνο, άλλες φορές είναι σαν να ξεφουσκώνει λίγο η σύγκρουση για δύο τρεις συνεδρίες και μετά έρχεται πολύ έντονα, και κάπου εκεί είναι που θα φύγουν με ό,τι σημαίνει και από δικής μου πλευράς χειρισμούς, γιατί κάποιες φορές το αν πρέπει να είναι οι δύο, αν πρέπει να είναι ο ένας, ποια θέματα να ανοιχτούν, μέχρι πού να μιληθούν είναι πάντα κάτι που μετά έχεις να το σκεφτείς, να σκεφτώ και τη δική μου στάση, άλλες φορές είναι που... πάντως είναι πολύ συχνό, δηλαδή, αυτή η σύγκρουση ή να παγώσει, έτσι γιατί εδώ δεν έρχονται με αίτημα να αλλάξει κάτι στη σχέση τους ούτε μπορείς να τους κάνεις να έχουν καλύτερες σχέσεις, ή να παρθούν άλλες αποφάσεις, οπότε είναι αυτό ή να παγώσει η σύγκρουση και να μπορέσουν να τα αφήσουν λίγο πίσω, να εξομαλυνθούν κάποιες φορές λίγο οι σχέσεις αλλά είναι το σημείο που εγώ τουλάχιστον μπορώ να πω ότι αρκετά περιστατικά μπορεί να φύγουν και να μην ξανάρθουν...».



Εικόνα 5.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.2.4. Οι προσωπικές αλλαγές γονιών/συζύγων και συντρόφων

Αλλάζει η δυναμική των σχέσεων στην οικογένεια, όταν παθητικοί και αδύναμοι γονείς/σύντροφοι αλλάζουν τη στάση τους απέναντι στη ζωή, στις σχέσεις τους και στο μέλος, το οποίο αντιμετωπίζει τα προβλήματα εξάρτησης. Σε περιπτώσεις ανεπίλυτου πένθους, η ενεργοποίηση των μελών της οικογένειας, παράλληλα με τη σταδιακή επεξεργασία του πένθους λειτουργούν καταλυτικά για το μέλος αυτό.

«Καθάρισε το παιδί; όλα μέλι-γάλα... δεν καθάρισε το παιδί; εκεί φαινότανε ότι μπορούσε πια να υπάρχει από κάτω περισσότερο το αίτημα μιας αλλαγής από τη μεριά των γονιών, μπαίνανε οι ίδιοι σαν υποκείμενο μέσα στη θεραπεία πιο έντονα, πολύ περισσότερο καταλαβαίνανε ότι μπορεί να ήταν κάτι πιο πάνω και από αυτούς, πιο πάνω και από το παιδί τους αυτό που λέγεται θεραπεία ή αλλαγή, τότε, δηλαδή, αν δεν πήγαινε καλά η θεραπεία του παιδιού, άρχιζε κι εξελισσόταν περισσότερο η θεραπεία των γονιών, με ό,τι λέγανε θεραπεία...».

«Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας -εννέα χρόνια μετά τον θάνατο του άντρα της και την έναρξη χρήσης του γιού της- βγήκε από τη θέση της παθητικότητας, ενεργοποιήθηκε σε θέματα που αφορούν την ίδια, έβγαλε τα μαύρα και βγήκε από τη χρόνια βαριά διάθεση που τη χαρακτήριζε, έβαλε όρια στον θεραπευόμενο εκεί που χρειαζόταν, ενώ παράλληλα τον βοήθησε στα πρώτα του βήματα στην επανένταξη».

«Η μητέρα σιγά-σιγά χαλάρωσε σε σχέση με την υπερβολική αγωνία της και την υπερπροστασία σε σχέση με τον Θ. και μάλιστα άρχισε να αναγνωρίζει τη λειτουργία της να ελέγχει τους άλλους μέσα από τη δική της θυματοποίηση. Άρχισε να βγαίνει με φίλες της, να κάνει μαθήματα ζωγραφικής και να αφήνει πιο ελεύθερα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ο πατέρας μπόρεσε να καταλάβει και να δεχτεί ότι συχνά μπλοκάρει την επικοινωνία με τον Θ. και άρχισε να μαλακώνει τη στάση του».

Οι γονείς/σύντροφοι πρέπει να επεξεργαστούν το άγχος, την απογοήτευση και τον θυμό τους για να μπορέσουν να κινητοποιήσουν τον χρήστη προς την αλλαγή. Πρέπει να αποδεχτούν την ύπαρξη του προβλήματος (αποδοχή της πραγματικότητας και των συνεπειών αυτής) για να μπορέσουν συνειδητοποιημένα να το αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία. Στο δεύτερο απόσπασμα ο ατομικός θεραπευτής διευκολύνει την επικοινωνία του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης με τη σύζυγό του, ενώ κινητοποιεί με επιτυχία την τελευταία για προσωπική θεραπεία, στηρίζοντάς τη στην επεξεργασία συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται με το χρόνιο πρόβλημα της εξάρτησης.

«Και εγώ όσες φορές έρχομαι σε επαφή με τους, με ζευγάρια, πια ομάδες δεν κάνω... η διάθεση μου είναι τελευταία καταρχήν ανακουφιστική είτε με εκπαιδευτικού τύπου παρεμβάσεις ενημερωτικές, δηλαδή να απαλυνθεί όσo γίνεται αυτό το επιτακτικό και το φοβερό αίτημα των γονιών, ουσιαστικά η φράση, η οποία ακούγεται πάλι, είναι αυτή η κοινοτυρία, απευθύνοντάς τη στους γονείς, “λέγεται ότι το παιδί την αγάπη τη μαθαίνει από τη σχέση του με τη μάνα και το νόημα της ζωής το μαθαίνει βλέποντας τη σχέση των γονιών μεταξύ τους”, αυτό πάντοτε βάζει πάρα πολλά θέματα και “τούβλα” γονείς να είναι, έχω δει να κινητοποιούνται να κάνουν ερωτήσεις διευκρινιστικές, να εμπλακούν και τα λοιπά. Επίσης έχω κατά νου ότι οτιδήποτε ειπωθεί και προς τους γονείς -και έχουμε πάρει και feedback πολύ θετικό πολλές φορές- ότι είναι θεραπευτικό... ότι είναι και σαν τέτοιο πρέπει να το απευθύνουμε... και το χαμόγελο, η στάση και ο τρόπος υποδοχής, όλο το “σέτινγκ” μιας συνεδρίας ό,τι και να είναι λειτουργεί θεραπευτικά... το ξέρουμε όλοι από γονιούς που τους έχουμε δει μια φορά και μπορεί να έρθουν μετά από χρόνια και να σου πουν “πως το είχες πει εκείνο το ωραίο, δεν ξέρεις τι καλό έκανε!”, δεν βγάζω ποτέ τον εαυτό μου έξω από το ότι είναι μια διεκπεραίωση, ξέρω ότι ακόμα και να χασμουρηθώ μπροστά τους, να είμαι πολύ κουρασμένος, θέλω να το προσφέρω, να είναι κάτι καταρχήν ανακουφιστικό στη δεύτερη εκδοχή, θεραπευτικό και λίγο πιο πάνω στοχευμένο, κι αν μπορεί να προσφέρει και κάτι στην αλλαγή που λέγεται, εντάξει, μακάρι να γίνει... αλλά ότι οι γονείς θέλουνε και οι ίδιοι ζητάνε θεραπεία πολλές φορές πριν από το παιδί...

Ε: Και ίσως και το παιδί το ίδιο ζητάει για τους γονείς...

Δ: Ακριβώς...».

«Έχω κάνει κάποιες ατομικές συναντήσεις με τη γυναίκα του θεραπευόμενου, μπήκαμε πρώτα σε όλη αυτήν την απογοήτευση που είχε και το ότι δεν έχει νόημα αυτό. Την προέτρεψα κι εκείνη για θεραπεία, δεν είναι από την Αθήνα, δεν μπορούσε να έχει πρόσβαση στο πρόγραμμα κ.λπ. αλλά από εκεί που είναι κάνει θεραπεία, με παίρνει συστηματικά τηλέφωνο, είτε για να μου μιλήσει, είτε για να μου πει πώς βλέπει τον σύζυγό της, είτε για να με ρωτήσει πώς τον βλέπω εγώ, κάνουμε τέτοιες συζητήσεις από το τηλέφωνο... την έχω δει άλλες δύο φορές από κοντά, που συζητάμε πιο πολύ επειδή αυτός είναι στην επανένταξη, το πώς είναι με τα παιδιά και το πώς είναι με την ίδια, πού βλέπει μια θετική εξέλιξη και πού δεν τη βλέπει... και τώρα θα κάνουμε συναντήσεις με το ζευγάρι για να συζητήσουμε λίγο ενώπιόν μου πράγματα που δυσκολεύονται να λύσουν μεταξύ τους, είπαμε να κάνουμε τέσσερις συναντήσεις και αν το επιθυμούν ότι μπορώ και μετά το τέλος της επανένταξης μπορούμε να συζητήσουμε για κάποιον αριθμό συναντήσεων... κυρίως σε ό,τι αφορά τα παιδιά, τώρα είναι στο στάδιο που μεταξύ τους έχουν βρει μια καλή επικοινωνία αλλά δυσκολεύονται λίγο στο πώς να διαχειριστούν τα θέματα των παιδιών...».

Συχνά ο ρόλος του μέλους, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης στη δυναμική των σχέσεων της οικογένειας, απαιτεί τη στήριξη των γονέων και την ενδυνάμωσή τους στον ρόλο τους.

«Ο Κ. (με ιστορικό ΔΕΠΥ- “βαριέμαι, τσακώνομαι με τους γονείς μου και πίνω”) έρχεται στο πρώτο ραντεβού συνοδευόμενος από τον πατέρα του, ο οποίος έχει εμφανώς μεγαλύτερο άγχος από τον ίδιο. Στην πρώτη συνάντηση με την οικογένεια –μετά από έξι ατομικές συναντήσεις- ήρθαν οι γονείς μαζί με τον Κ. όπου αυτό που παρατηρείται είναι πως, όταν ο πατέρας γίνεται πολύ ελεγκτικός και πιεστικός, ο Κ. τονίζει κινητικά τη δυσκολία του και εκδηλώνει μη λεκτικά το άγχος του. Στα επόμενα ραντεβού η μητέρα είναι πολύ ανήσυχη, αγχωμένη και απογοητευμένη από την εξέλιξη του Κ. Ο πατέρας προσπαθεί να κρατήσει την “ισορροπία” μεταξύ μητέρας και γιου. Ο Κ. είναι επιθετικός και προκλητικός προς τη μητέρα. Φαίνεται πως ο Κ. είναι το κυρίαρχο πρόσωπο που ορίζει και τον ρυθμό της οικογένειας».



Εικόνα 5.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.2.5. Η επεξεργασία οικογενειακών μυστικών ως απελευθερωτική διαδικασία

Η αποκάλυψη οικογενειακών μυστικών, τα οποία κάποιες φορές αποτελούν βαρύ φορτίο για τα μέλη της οικογένειας, ανατρέπει τη δυναμική των σχέσεων και λειτουργεί ως καταλύτης στη θεραπεία απεξάρτησης.

«Συνάντηση με τους δύο γονείς και τους δύο ομαδικούς θεραπευτές και την υπεύθυνη του προγράμματος με σκοπό -μετά από αίτημα της θεραπευόμενης- να μιλήσουμε στον πατέρα για όσα έχουν συμβεί με τον αδελφό της. Αποκαλύφθηκε ότι οι γονείς ήδη γνώριζαν την αλήθεια -από την παρακολούθηση προηγούμενου θεραπευτικού προγράμματος- και ότι ήδη είχαν μπει σε μια διαδικασία να βλέπουν την αλήθεια και να την αντιμετωπίζουν ψύχραιμα. Όταν ενημερώσαμε τη θεραπευόμενη ότι ο πατέρας γνώριζε όσα έχουν συμβεί, ανατράπηκε ο τρόπος που έβλεπε την κατάσταση. Μέχρι τότε είχε την εντύπωση ότι ο μπαμπάς δεν θα άντεχε να μάθει την αλήθεια και έβαζε μπροστά κυρίως το πρόβλημα της υγείας του. Έχω την αίσθηση ότι από εκείνο το σημείο και μετά η Μ. ένιωσε για πρώτη φορά ασφάλεια μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο. Άρχισε να ενεργοποιείται, να απελευθερώνεται συναισθηματικά και να κάνει σοβαρές προσπάθειες να φροντίσει το σώμα της. Το πιο σημαντικό είναι ότι άρχισε να μιλάει τρυφερά για τον εαυτό της και να συνειδητοποιεί ότι πλέον η πλευρά του ενήλικα μέσα της πρέπει να προστατεύσει και να φροντίσει το τραυματισμένο παιδάκι».

«Και όλο αυτό τον βάραινε πάρα πολύ και είχαμε προβληματιστεί πάρα πολύ όταν ήταν στο “κλειστό” για το τι θα κάνουμε στη διάρκεια της επανένταξης και τελικά επιλέξαμε τότε να το πει μέσα σε κοινή ομάδα. Το είπε μόνος του».



Εικόνα 5.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.2.6. Οι αλλαγές στη σχέση με τους θεραπευτές

Η δημιουργία σχέσης των μελών της οικογένειας με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπευτική πορεία του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης. Όταν το πλαίσιο καταφέρει να κερδίσει την εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας, η συναίνεση των τελευταίων λειτουργεί κινητοποιητικά για το άτομο αυτό. Στο πρώτο απόσπασμα φαίνεται καθαρά ότι η έλλειψη συνεργασίας της οικογένειας με το θεραπευτικό πλαίσιο είναι ικανή να εμποδίζει την πρόοδο του μέλους που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης.

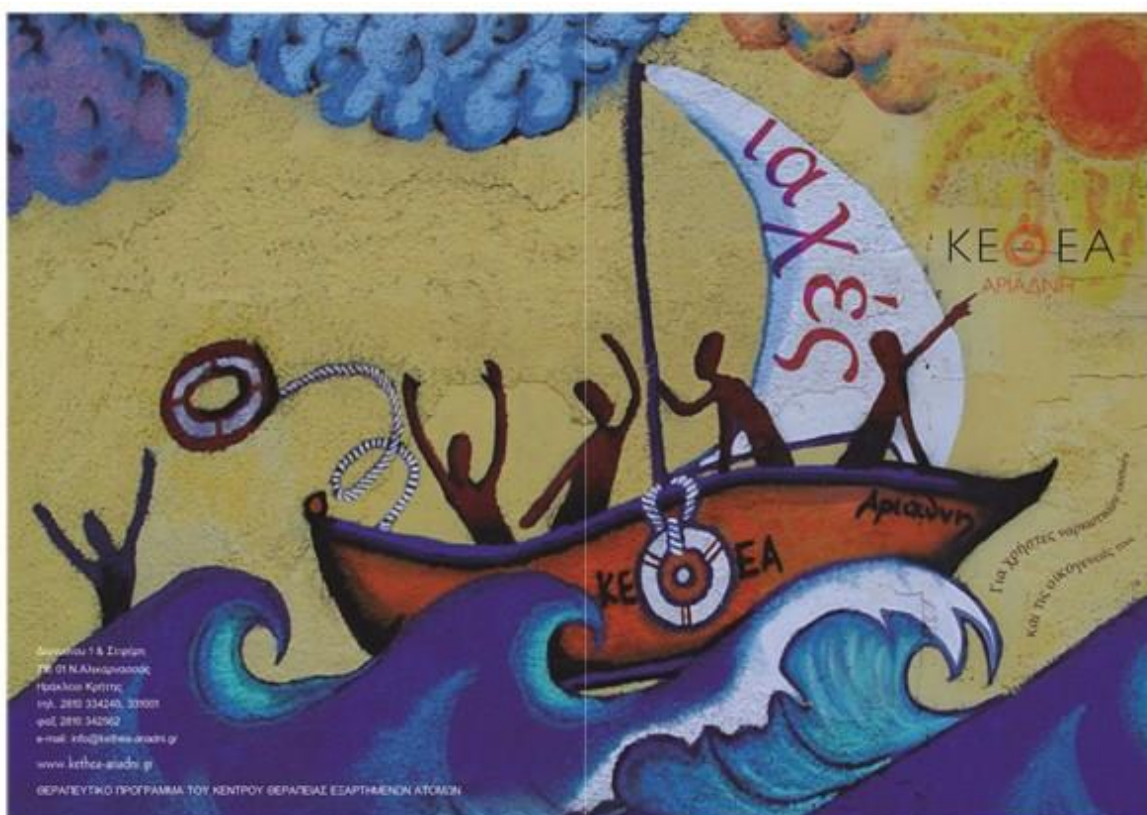
«Οι γονείς παρακολουθούσαν σταθερά την ομάδα γονιών. Σημαντικό είναι ότι στην αρχή της επανένταξης η μητέρα θύμωσε με τους συντονιστές της ομάδας γονέων και συγκεκριμένα με μένα σε παρέμβαση που της έγινε σχετικά με τον ρόλο της απέναντι στον σύζυγο (αυταρχική). Αντίστοιχα, ο θεραπευόμενος αποστασιοποιήθηκε με κάποιο τρόπο από τη θεραπεία του, δεν ερχόταν στα ατομικά ραντεβού, ήταν επιθετικός και μπερδεμένος. Όπως είπε αργότερα “δεν ήξερε πώς να υπερασπιστεί τη θεραπεία του χωρίς να νιώθει ότι προδίδει τη μάνα”. Μετά από προσωπική παρέμβαση (από εμένα) προς τη μητέρα, αλλάζοντας εκείνη τη στάση της προς εμάς ξεμπλόκαρε και ο Τ. Η μητέρα φαινόταν “να ακούει” περισσότερο στην ομάδα γονιών, πράγμα που είχε θετική επίδραση στην πορεία του Τ.».

«Στην πρώτη φάση της προσπάθειας του Β. τον συνόδευε κυρίως η μητέρα του. Η στάση που κρατούσε ήταν αυτή της δυσπιστίας, κυρίως προς την προσπάθεια του γιου της αλλά και προς τη δυνατότητα των θεραπειών να βοηθήσουν τον Β. Η ίδια θεωρούσε τον εαυτό της τελείως ανήμπορο να βοηθήσει τον γιο της. Η μητέρα συμμετείχε κανονικά στις ομάδες γονέων από την πρώτη στιγμή. Αρχικά έδειχνε πως της ήταν δύσκολο να αναλάβει το δικό της μερίδιο ευθύνης στην εξάρτηση του γιου της, όμως, όσο πέραγε ο καιρός, έδειχνε να καταλαβαίνει και να εμπιστεύεται. Στη φάση της επανένταξης πλέον είχε κατανοήσει πολλά πράγματα και έδειχνε και στον Β. ότι συντάσσεται και

εμπιστεύεται απόλυτα τους θεραπευτές του. Αυτή η “συμμαχία” φάνηκε πως ήταν πολύ καθοριστική και για τον Β. Ο πατέρας από την άλλη μεριά εμφανίστηκε δύο φορές πριν την εισαγωγή του Β. και φαινόταν ότι δεν κατανοούσε την έκταση του προβλήματος του γιου του. Δυσκολευόταν να ακούσει και για αρκετό καιρό, όσο ο Β. βρισκόταν στην κλειστή φάση, εκείνος δεν συμμετείχε στις ομάδες γονέων, εκφράζοντας έτσι τον θυμό του απέναντι στους θεραπευτές. Τελικά, κάποια στιγμή αποφάσισε να δώσει μια δεύτερη ευκαιρία. Μέχρι που ολοκλήρωσε ο Β. το πρόγραμμα, ο πατέρας του δεν φάνηκε να υποστηρίζει θερμά την προσπάθειά του. Δεν έδωσε, όμως, και το δικαίωμα στον Β. να πιστέψει ότι αυτός είναι εναντίον της θεραπείας του. Σήμερα ο Β. είναι τρία χρόνια καθαρός, δουλεύει και σπουδάζει».

Η επίτευξη της συνεργασίας με τα μέλη της οικογένειας απαιτεί κόπο και επιμονή λόγω της αντίστασης και των ανεπεξέργαστων ενοχών για το παρελθόν. Στο παρακάτω απόσπασμα η εστίαση στο “εδώ και τώρα” παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης.

«Όσο ο Μ. ήταν στην κλειστή φάση, οι γονείς του παρακολουθούσαν τις ομάδες γονέων και κατά καιρούς θύμωναν πολύ και οι δυο με τα λόγια και τις παρεμβάσεις των θεραπειών και αντιστεκόντουσαν στο να ακούσουν την αλήθεια. Συχνά αμφισβητούσαν την εγκυρότητα των λόγων των θεραπειών αλλά και το ίδιο το πρόγραμμα και τα αποτελέσματα της θεραπείας. Παρόλα αυτά, ήταν συνεπείς στη συμμετοχή τους (με μια εξαίρεση όπου η μητέρα ήταν πολύ θυμωμένη με τους θεραπευτές και αποφάσισε να μην έρθει) και παρότι αντιδρούσαν και διαφωνούσαν διαρκώς σε αυτά που έλεγαν οι θεραπευτές, τελικά φαινόταν ότι, όσο περνούσε ο χρόνος, ακούγανε περισσότερο και έμοιαζαν πιο δεκτικοί και συνεργάσιμοι. Ο πατέρας δυσκολευόταν πολύ να αναλάβει οποιοδήποτε μερίδιο ευθύνης, όσον αφορά το παρελθόν, φαινόταν, όμως, πάντα διαθέσιμος να κάνει οτιδήποτε για το παιδί του στο παρόν και στο μέλλον (εφόσον εκείνος ήταν καθαρός, απ’ ό,τι έλεγε). Πολλές φορές, μάλιστα, προθυμοποιήθηκε να εξηγήσει στη μητέρα του Μ. κάποια πράγματα και να τη βοηθήσει να απεμπλακεί από την έντονη σχέση που είχε με τον γιο της (κατάφερε δηλαδή να μπει ανάμεσά τους)».



Εικόνα 5.8 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.3. Όρια

Τα όρια αποτελούν κεντρικό θέμα στις παρεμβάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας τόσο όσον αφορά την πρώτη φάση της θεραπείας όσο και στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Στην πρώτη φάση τα όρια συντελούν στην κινητοποίηση του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης για θεραπεία, δίνουν μια ενίσχυση στη φωνή μέσα του που θέλει να προσπαθήσει και σταθεροποιούν την απόφασή του. Τα όρια στη φάση αυτή αφορούν πρακτικά θέματα τα οποία συνδέονται με τη χρήση (ο γονέας δεν δέχεται τη χρήση μέσα στο σπίτι, δεν δίνει χρήματα, δεν επιτρέπει αλλά και δεν χρησιμοποιεί βία κ.λπ.) και σχετίζονται με την προσωπική στάση του γονέα απέναντι στη χρήση (δηλαδή, όχι «εσύ να μην κάνεις χρήση στο σπίτι», αλλά «εγώ δεν δέχομαι τη χρήση στο σπίτι μου»). Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς δεν βάζουν όρια στη συμπεριφορά χρήσης του παιδιού τους, αλλά στη δική τους συμπεριφορά/στάση απέναντι στη χρήση του παιδιού τους. Ο διαχωρισμός αυτός είναι ιδιαίτερα βοηθητικός, επειδή οι ίδιοι συχνά εφαρμόζουν τα όρια με στόχο να έχουν περισσότερο έλεγχο και τα παιδιά τους να κινούνται μέσα σε ένα πολύ καθορισμένο και γνώσιμο χώρο, προκαλώντας, βέβαια, έτσι την αντίδραση των τελευταίων. Επίσης, παράλληλα με την εφαρμογή των ορίων και την άσκηση πιέσεων, οι γονείς καλούνται να πάρουν απόσταση, αφήνοντας χώρο στο άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης να πάρει αποφάσεις και πρωτοβουλίες.

«Για πολλούς μήνες ο Κ. παρέμενε καθαρός για 20-25 ημέρες και έκανε υποτροπές, οι οποίες ήταν περιορισμένης διάρκειας, ωστόσο μπλόκαρεν τη συνέχιση της θεραπευτικής του πορείας. Ο Κ. διέμενε με τη μητέρα του όλο αυτό το διάστημα, η οποία του παρείχε τα πάντα (του μαγείρευε, μάζευε το κρεβάτι του, του έδινε χρήματα κ.τ.λ.). Υπήρχαν συναντήσεις ατομικές με τη μητέρα, όπου δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή των ορίων και στην παροχή χώρου στον Κ., ώστε να αναλάβει την προσωπική του ευθύνη, ενώ παράλληλα η μητέρα ξεκίνησε να πηγαίνει στο τμήμα οικογενειακής θεραπείας. Ο Κ. τελικά σταθεροποιήθηκε και προχώρησε. Σήμερα βρίσκεται στην κλειστή φάση».

«Μητέρα εξαρτημένη σε αποχή και γιος πολυεξαρτημένος σε χρήση. Η θεραπεύτρια είδε τη μητέρα μια φορά ατομικά και πρότεινε να γίνουν οικογενειακές συναντήσεις στις οποίες δεν ήρθε ο πατέρας. Ο Μ. δεν είχε κάποιο αίτημα και ουσιαστικά αμυνόταν στη μητέρα του και στη θεραπεύτρια που ήθελαν να τον αλλάξουν, υπερασπιζόμενος το δικαίωμά του να αποφασίσει ο ίδιος, αν και τότε θα το κάνει. Έγιναν μόνο δύο συναντήσεις. Η μητέρα συνέχισε τη θεραπεία της και τις πιέσεις της στον γιο της και εκείνος συνέχισε τη χρήση. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας της τον έφερε ξανά σε ψυχίατρο στο πρόγραμμα αλλά και πάλι χωρίς αποτέλεσμα. Αίτημα της μητέρας ήταν το πώς θα χειριστεί όλη αυτήν την κατάσταση. Δουλέψαμε μαζί ατομικά για τέσσερις περίπου μήνες με κύριο άξονα τα όρια, τη δική της ταύτιση με τον θεραπευόμενο, τις προβολές της καθώς, επίσης, και τη μετατόπισή της από την εμμονή της να τον φέρει στο δικό της πρόγραμμα και στους δικούς της θεραπευτές. Μετά από 4 μήνες ο Μ. με δική του πρωτοβουλία έκλεισε ραντεβού στο ΚΕΘΕΑ, συνεχίζει εκεί τη συνεργασία του και για δύομισι μήνες είναι σε αποχή. Η μητέρα έχει αφήσει στον ίδιο να αποφασίσει, αν και τότε θα την καλέσει να συμμετέχει εκεί στο πρόγραμμα συγγενών».

«Ο θεραπευτής βοηθά τον συγγενή να βάλει τα όρια στη συμπεριφορά του απέναντι στον εξαρτημένο, δηλαδή τι κάνουμε και τι δεν κάνουμε με τον εξαρτημένο, πώς του συμπεριφερόμαστε. Αυτό αποτελεί τον πρώτο στόχο της συμβουλευτικής οικογενειών. Στην πορεία οι οικογένειες μπορεί να προχωρήσουν σε περισσότερο βάθος και να επεξεργαστούν το βίωμα της εξάρτησης».

Στη φάση της επανένταξης τα όρια αφορούν τον διαχωρισμό των αναγκών και των επιθυμιών των μελών της οικογένειας και στοχεύει σε μεγαλύτερο βαθμό διαφοροποίησης και αυτονομίας. Αν οι γονείς δεν έχουν συστηματική επαφή με το πρόγραμμα, δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη σημασία της χρονικής στιγμής αλλά και του πλαισίου μέσα στο οποίο εφαρμόζονται τα όρια, καθώς και τις διαφορές ανάμεσα στις φάσεις του προγράμματος, με αποτέλεσμα να παρακωλύουν την πορεία του ατόμου το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Στο παρακάτω απόσπασμα δίνεται ένα παράδειγμα οικογένειας που βάζει πολύ αυστηρά όρια στη φάση της κινητοποίησης του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αλλά, όταν αυτό προχωρά στην αυτονόμησή του, η οικογένεια δεν το βοηθά, δεν του δείχνει εμπιστοσύνη, ενοχοποιώντας το για τη χρήση.

«Η θεραπεύτρια αναγνωρίζει ένα μοτίβο στην εξαρτητική συμπεριφορά του θεραπευόμενου, έναν φαύλο κύκλο συμπεριφορών των γονιών και του παιδιού που έχουν σαν αποτέλεσμα τη χρήση: Οι γονείς τον διώχνουν από το σπίτι, ο θεραπευόμενος ζητάει βοήθεια, τον δέχονται με πολύ αυστηρά όρια και συγκρούσεις, ο θεραπευόμενος σταθεροποιείται, όταν, όμως, κάνει βήματα προς την αυτονομία και ζητάει περισσότερα πράγματα (πχ ελευθερία, κλειδιά) οι γονείς -που ουσιαστικά το

τελευταίο διάστημα του φορτώνουν τα πάντα- δεν συνεργάζονται προς την αυτονόμηση με αποτέλεσμα ο θεραπευόμενος να θυμώνει και να κάνει χρήση».

Τα όρια δεν μπαίνουν με αυταρχικό τρόπο αλλά κατόπιν συμφωνίας με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, διαφορετικά οδηγούν σε έναν φαύλο κύκλο διεκδίκησης του ελέγχου και διαταράσσουν την επικοινωνία της οικογένειας με το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ή ακόμη και την επικοινωνία του ατόμου αυτού με τον θεραπευτή και το θεραπευτικό πλαίσιο. Η συζήτηση της οικογένειας για τα όρια πρέπει να χαρακτηρίζεται από αμεσότητα, ειλικρίνεια, σταθερότητα και ηρεμία χωρίς να γίνεται το μέλος, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αποδέκτης υποτίμησης, ενοχοποίησης, θυμού, αγανάκτησης ή έντασης που οφείλεται σε πανικό και άγχος. Κατά συνέπεια, οι γονείς καλούνται να επεξεργαστούν τα αρνητικά τους συναισθήματα και το άγχος τους, ώστε τα όρια να συζητούνται σε ένα πλαίσιο ενθάρρυνσης και ψυχολογικής υποστήριξης του μέλους, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Μόνο έτσι θα μπορέσει να δομηθεί με τη βοήθεια των ορίων ο χώρος όπου άτομο αυτό θα μπορέσει να αναλάβει τις ευθύνες του, να ωριμάσει συναισθηματικά και να αποκτήσει νέες σχέσεις και τρόπο σκέψης.

«Σκέφτομαι ότι η φιλοσοφία του προγράμματός μας δεν είναι σύμφωνη με τη φιλοσοφία που λέει “άμα κάνει υποτροπή κλείσε του την πόρτα άσε τον έξω και ό,τι θέλει ας γίνει” και σκέφτομαι ότι ουσιαστικά το να μιλήσω και να πω στον γονέα ότι “κοίτα ο γιος σου έκανε υποτροπή” είναι σαν να του κλείνω την πόρτα από το σπίτι του, δηλαδή σαν να συμβάλλω σε αυτό... οπότε είναι φορές που λέω στον ίδιο τον άνθρωπο να κάνει συζήτηση με τους γονείς και να τους το εξηγήσει αυτό, έχοντας, βέβαια, φροντίσει ο ίδιος να πω στους γονείς σε ένα γενικότερο κλίμα ότι δεν είναι και ό,τι το πιο βοηθητικό αυτό το “σου κλείνω την πόρτα και σε πετάω έξω από το σπίτι” στη βάση του ότι μπορεί και να πεθάνει ας πούμε...».

«Αυτό συμβαίνει σε προγράμματα τα οποία έχουν κάτι ομάδες γονιών που είναι πολύ δυναμικές, είναι η συνέχεια της θεραπείας στο σπίτι, ας πούμε, και το οποίο πολύ συχνά, όταν έρχονται εδώ - εμείς αυτό το γνωρίζουμε από τις αφηγήσεις των θεραπευόμενων που έχουν κάνει κάποια προσπάθεια αλλού και μετά φεύγοντας, έρχονται εδώ και από εκεί έχουμε υλικό - και, ενώ θα περιμέναμε ότι μάλλον θα ήταν αποτελεσματικό γιατί υπάρχει σχεδόν ταύτιση στη δράση των γονιών σύμφωνα με τα όρια που τους έχει βάλει το θεραπευτικό πλαίσιο εκεί, στα παιδιά αυτό δεν έχει λειτουργήσει και πολλές φορές, μάλιστα, μπορεί και να έχει βιωθεί εκ του αντιθέτου, με την έννοια πλέον να μην αισθάνεται τη θεραπευτική συμμαχία ο θεραπευόμενος με το πρόγραμμα, αλλά να αισθάνεται ότι το πρόγραμμα έχει κάνει συμμαχία με τους γονείς και ότι είναι απέναντι...».

«Όταν η οικογένεια ανακαλύπτει τη χρήση της Σ., μένει άναυδη και αποσβολωμένη μπροστά στην αλήθεια. Τα άμεσα μέτρα που πάρθηκαν, με έντονη τη συνεισφορά του πατριού, αφορούσαν, κυρίως, την επιβολή αυστηρότατου ελέγχου σε όλους τους τομείς των δραστηριοτήτων της Σ. μέσα σε κλίμα υποτίμησης και ενοχής. Μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον χάθηκε και η μοναδική γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ της νέας και των κηδεμόνων της».

«Φαίνεται, όμως, να δυσκολεύεται να κρατήσει μια σταθερή στάση προς τον Κ., κρατώντας άλλοτε μία ελαστική συμπεριφορά, σχεδόν συνωμοτική, εναντίον του προγράμματος κι άλλοτε μία απόλυτη αυστηρή οριοθέτηση υιοθετώντας και τιμωρητικές πρακτικές που ο Κ. βιώνει ως μία συνεχόμενη και επαναλαμβανόμενη απόρριψη. Φαίνεται να αναζητά ή να αντέχει μία προσωρινή ανακούφιση παρά να μπορεί να ακούσει πραγματικά το πώς ο ίδιος μπορεί να συμβάλλει σε μια επαναληπτική και δυσλειτουργική σχέση με τον Κ., συντηρώντας τη στασιμότητα του Κ. Φαίνεται να δυσκολεύεται ή να αντιστέκεται σε μία συστηματική επεξεργασία δικών του συναισθημάτων, λειτουργιών και συμπεριφορών όπως ίσως και ο Κ.».

Η συμφωνία και η εφαρμογή των ορίων είναι καθοριστική, γιατί δημιουργεί το στηρικτικό πλαίσιο της θεραπείας. Αντίθετα, η έλλειψή τους υπονομεύει κάθε θεραπευτική προσπάθεια.

«Ναι, γιατί κατά τη γνώμη μου τα όρια είναι το πιο δύσκολο κομμάτι των γονιών, δηλαδή ένας γονιός που δεν έρχεται στο πρόγραμμα, έχει πολύ μεγάλη δυσκολία να εφαρμόζει ο ίδιος τα όρια, οπότε έρχεται σε αντίφαση με αυτό που προσπαθούμε να κάνουμε εμείς με τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης, είναι σαν να το σπάει με κάποιο τρόπο...».

«Η συνάντηση του θεραπευτή με τους γονείς και τον θεραπευόμενο βοηθάει να μουν και τα όρια βέβαια... να πω ότι, επίσης, είναι πολύ σημαντικό, είναι σαν να μπαίνει ένα πλαίσιο, δηλαδή αν κανείς μιλήσει γι' αυτά τα όρια τα πολύ πρακτικά, όχι τα συναισθηματικά, τα πρακτικά, διευκολύνει πάρα πολύ γιατί είναι σαν να υπάρχει μια αναπαράσταση στον θεραπευόμενο ότι “ναι, τα είπαμε, τα

συμφωνήσαμε”, έχει γίνει ένα συμβόλαιο, γίνεται ζωντανό όλο αυτό, οπότε υπάρχει μια αναφορά, είναι πολύ σημαντικό -θέλω να πω- και για να γίνουν οι συμφωνίες...

είναι αυτό, η επισημοποίηση της συμφωνίας, όταν η συμφωνία δεν μπορεί να τηρηθεί, είναι πολύ σημαντικό να 'ρθούνε τα μέλη της οικογένειας με τους θεραπευτές για να μπορέσουμε να εντοπίσουμε όλοι το γιατί δεν συμβαίνει αυτό, γιατί το παιδί αντιδρά στα όρια και κάνει χρήση, οτιδήποτε μπορεί να είναι αυτό...».

Η εφαρμογή τους, πάντως, συχνά είναι χρονοβόρα και ιδιαίτερα δύσκολη σε αρκετές περιπτώσεις, όπως όταν στο ιστορικό της οικογένειας υπάρχει κακοποίηση, αλκοολισμός και άλλα προβλήματα συνδεδεμένα με βαρύ φορτίο ενοχών για το παρελθόν, όταν η σύγκρουση μεταξύ των γονέων είναι έντονη και δεν συναινούν σε κοινό τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος ή όταν οι γονείς νιώθουν φόβο υπό την απειλή της βίας.

«Ο πατέρας είναι ευγενικός στην επαφή. Δείχνει συμμορφωτικός στις οδηγίες και φαίνεται έμμεσα να ρίχνει την ευθύνη στη μητέρα για τους λανθασμένους χειρισμούς απέναντι στον Α. Φαίνεται να αδυνατεί να βάλει όρια. Και οι δύο φέρνουν ακραίες θέσεις, χωρίς να μπορούν να τις εφαρμόσουν».

«Ένα άλλο θέμα είναι η ενοχή για το τι έχει συμβεί στο παρελθόν, κι αυτή είναι που νομίζω ότι δυσκολεύονται πολύ περισσότερο στο να βάλουν όρια, όταν υπάρχουν πολλές ενοχές πίσω και αρκετά επιβαρυμένα παιδικά χρόνια ή -δεν ξέρω- υπήρχε αλκοόλ στο σπίτι, κακοποίηση...».



Εικόνα 5.9 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.4. Διευκόλυνση της επικοινωνίας/συμφιλίωση

Η χρονιότητα του προβλήματος της εξάρτησης συνεπάγεται σοβαρά προβλήματα στην επικοινωνία του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης με την οικογένειά του. Οι σχέσεις συχνά χαρακτηρίζονται από υπερεμπλοκή ή μεγάλη απόσταση. Έτσι, τα μέλη της οικογένειας δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τις προσωπικές τους ανάγκες και

επιθυμίες από αυτές του άλλου ή δεν τις γνωρίζουν, διατηρώντας ανεπεξέργαστες κάποιες εσωτερικευμένες εικόνες του παρελθόντος. Οι ουσίες διαμεσολαβούσαν στο παρελθόν στη σχέση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης με την οικογένειά του, κάτι το οποίο συχνά κατά τη θεραπευτική διαδικασία καλείται να κάνει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας:

«Από τη στιγμή που θα μπει ο γονέας “στον χορό”, το παιδί έχει μια τάση μετά να με χρησιμοποιεί ως διαμεσολαβητή για τη σχέση του με τον γονιό, δηλαδή μου λένε, “είναι εύκολο να πεις στη μάνα μου να μου κάνει αυτό, π.χ. να με αφήσει να πάω εκδρομή που δεν με αφήνει;” Και σε αυτήν την τριγωνοποίηση παλεύω να τους πω ότι “ίσως παλιότερα τον ρόλο που τον παίζω τώρα - που μου λες είναι εύκολο να πεις στη μάνα μου να πάω εκδρομή- να τον έπαιζε η ίδια η ουσία”, δηλαδή, διαμεσολαβούσες τη σχέση σου με τον γονέα με την ουσία και έτσι αποκτούσες το θάρρος να το πεις στη μαμά σου “μαμά είναι εύκολο να πάω εκδρομή;”, ουσιαστικά η ουσία της το ζητάγε...».

Ιδιαίτερα στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας διευκολύνει την επικοινωνία βοηθώντας τα μέλη της οικογένειας να ακούσουν ο ένας τον άλλον. Στα επόμενα αποσπάσματα δηλώνεται η αναγκαιότητα του διαμεσολαβητικού ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας αλλά και οι απαιτήσεις του εγχειρήματος, μιας και, τόσο οι γονείς και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας όσο και το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, καλούνται να επεξεργαστούν σε κάποιο βαθμό τις αιτίες του προβλήματος και τις προσδοκίες τους για/από τους άλλους. Επίσης, ο αναγνώστης μπορεί να αφουγκραστεί τη δυσκολία του επαγγελματία ψυχικής υγείας σε αυτόν τον ρόλο.

«Προετοιμάζουμε το έδαφος, επειδή ο θεραπευόμενος θα βγει αλλαγμένος, να μπορεί και ο γονιός να συντονιστεί με αυτήν την αλλαγή, να μην είναι σε άλλο μήκος κύματος και να μπορέσει να ακούσει ο γονιός, να δεχτεί όλο αυτό που θα πάρει από τον θεραπευόμενο, γιατί θα βγει πάρα πολύ συναίσθημα από αυτόν. Και θετικό συναίσθημα και τα παράπονα και αρνητικό συναίσθημα θα εκφράσει, γιατί όλα αυτά είναι ανοιχτά μέσα του, οπότε σαν να προετοιμάζουμε το έδαφος για να μπορέσει να το κάνει ο θεραπευόμενος... κάπως να συντονίζονται...».

«Κάποιες φορές μπαίνουμε σε μια διαδικασία τού να έχουν οι γονείς στο νου τους τι ευθύνη μπορεί να έχουν, ούτως ώστε, όταν έρθει η ώρα που το παιδί να έχει την ανάγκη να μιλήσουν, να μπορέσουν να το ακούσουν και να μπορέσουν να συνομιλήσουν, διαφορετικά πλέον... και ίσως σε αυτήν την προσπάθεια υπάρχουν και οι μεγαλύτερες αντιστάσεις και εμείς εκεί μπορεί να επιμένουμε... εκεί υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία, σαν να μπαίνουμε πολύ σε αυτό, ότι πρέπει κι εκείνοι να καταλάβουν τις αιτίες και την ευθύνη τη δική τους για να μπορέσουν να ακούσουν το παιδί.

Ε: Δηλαδή σαν να μου λες ότι διευκολύνετε τον διάλογο μεταξύ τους...

Γ: Ναι, αυτός είναι ο στόχος, να καταφέρουμε να ακούσει ο ένας τον άλλον, να μιλήσει ο ένας στον άλλον και αντίστοιχα αυτό γίνεται και με τα παιδιά έτσι..., δηλαδή στην επαφή μας με τους γονείς να δούμε κάποιες πλευρές που τα παιδιά δεν τις βλέπουν, που τα βλέπουν τα πράγματα περιορισμένα και όλο αυτό να ανοίξει κάτι καινούργιο...».

Ο διαμεσολαβητικός ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην επικοινωνία της οικογένειας με το μέλος το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης μπορεί να αφορά συγκεκριμένα θέματα και συναισθήματα, τα οποία το άτομο δυσκολεύεται να εκφράσει. Όταν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας μεταφέρει στους γονείς πληροφορίες που έχουν προκύψει στο πλαίσιο της ατομικής ψυχοθεραπείας του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, ζητείται πρώτα η έγκρισή του.

«Ο τρόπος που το καταλαβαίνω εγώ είναι κάπως σαν να γεφυρώνουμε τη σχέση και να προσπαθούμε να μπούμε στη διαδικασία να επικοινωνήσουμε κάποια πράγματα που δεν μπορούν να τα επικοινωνήσουν οι θεραπευόμενοι στους γονείς τους, να τα επικοινωνήσουμε εμείς αρχικά και να τους προετοιμάσουμε τους γονείς, ούτως ώστε, όταν βγουν οι θεραπευόμενοι και είναι έτοιμοι να πουν κάποια πράγματα και να απευθυνθούν στους γονείς τους, εκείνοι να είναι έτοιμοι να ακούσουν, όχι απαραίτητα να απαντήσουν όσο το να ακούσουν και να διευκολυνθεί η επικοινωνία μεταξύ τους. Και υπάρχουν φορές που μπορεί να χρειαστεί να κάνουμε εμείς κάτι για εκείνους -βέβαια με τη δική τους έγκριση- ή ακόμα και να ενημερώσουμε κάποιον γονιό και να δουλέψουμε το ότι υπήρχε κακοποίηση μέσα στην οικογένεια, και να το κάνουμε εμείς αυτό και να το δουλέψουμε για εκείνους και παράλληλα δουλεύουμε με τον θεραπευόμενο μέσα στο “κλειστό” και όταν ο θεραπευόμενος πια βγει από το “κλειστό”, να μπορέσει να το επικοινωνήσει και να είναι πιο ανοιχτά με την οικογένεια».

«Επίσης, ένα άλλο που θέλω να πω είναι ότι, όταν διαμεσολαβούμε και μπορεί να μεταφέρουμε ένα συναίσθημα, ένα βίωμα του παιδιού προς τους γονείς, αυτό γίνεται και όσον αφορά θετικά συναισθήματα που δεν μπορούν να τα εκφράσουν στους γονείς τους, δεν αφορά μόνο κάτι δύσκολο που δεν μπορούν να τους το πουν και θα το κάνουμε εμείς για εκείνους κι έτσι θα τους φέρουμε (εννοείται τους γονείς) σε δύσκολη θέση, δηλαδή οι γονείς μπορεί να μην μπορούσαν να αντιληφθούν πώς νιώθει το παιδί τους για εκείνους και πόσο περήφανος είναι για εκείνους, συναισθήματα θετικά που ούτε αυτά μπορούσαν να τα επικοινωνήσουν...».

Παράλληλα, λοιπόν, με την προσπάθεια να κατακτήσουν τα μέλη της οικογένειας τις αιτίες του προβλήματος, ώστε να μπορέσουν “να ακούσουν” το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, το άτομο αυτό επεξεργάζεται εσωτερικευμένες εικόνες της οικογένειάς του στη διάρκεια της προσωπικής του θεραπείας, ώστε να αποκτήσει μια καινούργια οπτική της σχέσης του με τους σημαντικούς άλλους.

«Και παράλληλα μέσα στο κλειστό οι θεραπευόμενοι προσπαθούν μακριά από την οικογένειά τους να βρουν τον εαυτό τους σε έναν χώρο που παλαισιώνεται και δεν τους επηρεάζουν και δεν τους καθορίζουν τόσο πολύ αυτά τα δυναμικά της οικογένειας και το ποιος είναι ο γονιός τους, να βρουν σιγά-σιγά τον εαυτό τους και να μπορέσουν να εκφράσουν το πώς βίωσαν την οικογένειά τους, τα συναισθήματά τους, με στόχο και εκείνοι να μπορέσουν πιο πολύ στην επανένταξη πια και προς το τέλος της θεραπείας να μπορέσουν να δουν τους γονείς τους με άλλο μάτι... έτσι πιο ανθρώπινα, μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τους γονείς».

Η θέση του επαγγελματία ψυχικής υγείας απέναντι στο περιεχόμενο της επικοινωνίας του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης με την οικογένειά του είναι καθοριστική τόσο για τη δυσκολία όσο και για την αποτελεσματικότητα του εγχειρήματος.

«Και για μένα ισχύει αυτό (εννοείται προσπαθώ να διευκολύνω την επικοινωνία) αλλά περισσότερο στο επίπεδο του μηχανισμού παρά στο επίπεδο του περιεχομένου... δηλαδή, όχι τόσο με το τι μπορεί να έχει να πει ο ένας στον άλλον κ.λπ. αλλά..., δηλαδή, για τον δικό μου τουλάχιστον τον ρόλο, αυτό που αισθάνομαι είναι ότι μπορεί να βοηθάμε στο να στήσουμε αυτόν τον μηχανισμό επικοινωνίας, ο οποίος για κάποιον λόγο είτε δεν υπάρχει είτε έχει μπλοκάρει ή δεν ξέρω κι εγώ τι... Και που ουσιαστικά με ένα τρόπο το κάνουμε αυτό και με τους γονείς, πάντα προς όφελος του θεραπευόμενου, μάλλον το αρχικό κίνητρο είναι ο θεραπευόμενος να μπορέσει να κουβεντιάσει αυτά που θέλει με τους γονείς του και εκεί εγώ κάπως αισθάνομαι ότι δεν θέλω να παίρνω θέση... επί της ουσίας πάνω στα ζητήματα... εκεί μπορεί κάθε οικογένεια να έχει χιλιάδες παράξενες ιστορίες να αφηγηθεί ή να αντιμετωπίσει... εκεί αισθάνομαι ότι προσωπικά εγώ να μην έχω, να μην χρειάζεται να έχω θέση, ούτε στον νου μου, αν όχι να την πω κιόλας... αλλά περισσότερο στο να παίζω έναν ρόλο στο να δημιουργηθούν τα κανάλια της επικοινωνίας... αν δημιουργήσει ένα κανάλι ο γονιός, είναι πολύ πιθανό ότι μετά έχει βρει τον τρόπο να μπορέσει να το επαναλάβει με άλλο περιεχόμενο...».

Όταν η οικογένεια προετοιμάζεται συστηματικά για να μπορέσει να δεχτεί την αλλαγή του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης και το άτομο αυτό προχωράει στην προσπάθειά του, τότε διευκολύνεται η επικοινωνία και μπορούν να συναντηθούν σε ένα άλλο σημείο πια. Στο παρακάτω απόσπασμα η προετοιμασία της οικογένειας έγινε από τον ατομικό θεραπευτή. Θα μπορούσε, όμως, αυτή να γίνει και από άλλον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ο οποίος συνεργάζεται με τον ατομικό θεραπευτή για να αποφευχθεί η τριγωνοποίηση.

«Αυτό ήθελα να πω, επειδή εγώ το έκανα στο παρελθόν και έβλεπα και τον συγγενή και τον θεραπευόμενο, δεν μπορώ να πω ότι δεν πετύχαινε... σαφώς τριγωνοποιούμασταν, κάποια πράγματα δεν πήγαιναν καλά, αλλά θυμάμαι πολλά περιστατικά που πήγαν πολύ καλά!

Ε: Όταν λες πήγαινε καλά, μπορείς να το περιγράψεις;

Γ4: Ναι, δούλευε η οικογένεια, μπορούσε κι έβαζε τα όρια, μπορούσε να δεχτεί την αλλαγή του θεραπευόμενου, ο θεραπευόμενος πήγαινε καλά, διευκολυνόταν η επικοινωνία, όταν έβγαινε ο θεραπευόμενος στην επανένταξη, μπορούσαν να επικοινωνήσουν, μπορούσαν να συναντηθούν σε ένα άλλο σημείο πια...».

Βασική προϋπόθεση για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας αποτελεί η αποδοχή του άλλου και απώτερος στόχος η συμφιλίωση. Στο πρώτο απόσπασμα παρακάτω η σημασία της συμφιλίωσης των ατόμων, που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, με τους γονείς τους διατυπώνεται ως ξεκάθαρο αίτημα από τα παιδιά των γονέων με προβλήματα εξάρτησης, τα οποία θέλουν να έχουν και τους γονείς τους και τους παππούδες τους. Αλλά και τα ίδια τα άτομα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, παρά την ανταγωνιστική σχέση με τους γονείς τους δεν θα ήταν σε καμία περίπτωση ικανοποιημένοι με μια αποκοπή τους από την οικογένειά τους. Κι αυτό γιατί κατά βάθος επιθυμούν να εκλείψει ο ανταγωνισμός και να κερδίσουν την αποδοχή και την εμπιστοσύνη των γονιών τους.

«Πάντως από την πλευρά του παιδιού αυτό που με εντυπωσιάζει εξ αρχής είναι το πώς τα παιδιά -τουλάχιστον τις περισσότερες φορές- διατυπώνουν ξεκάθαρα το πόσο θα ήθελαν να έχουν και γιαγιά και μαμά και ότι αυτό δεν είναι απαγορευτικό το ένα του άλλου και ότι με έναν τρόπο, αν αυτό μπορούσαν να το καταλάβουν και οι δύο, και η μητέρα του παιδιού και η μητέρα της θεραπευόμενης, νομίζω ότι εκεί έχει γίνει μια μετακίνηση, μετά λείπει μια αντίφαση, η οποία φαίνεται να προκαλεί πολύ πόνο σε όλους, και στους τρεις...».

«Ενοχλείται πάρα πολύ, όταν αισθάνεται τη μητέρα της να παραβιάζει αυτά τα όρια και να απλώνεται στα κομμάτια, να το πω έτσι στα “χωράφια” τα δικά της, εκεί γίνεται ανταγωνιστική. Το υπόλοιπο, όμως, το κομμάτι δεν μπορούμε με τίποτα, δηλαδή και να βγάξουμε εκεί τη μητέρα της από το πλαίσιο δεν θα ήταν ευχαριστημένη η θεραπευόμενη, δεν θα την ικανοποιούσε το να μην υπάρχει ο ανταγωνισμός... δεν είναι μόνο αυτό...».

«Στο πλαίσιο της διπλής διάγνωσης τους προετοιμάζω στο ότι: κοιτάζτε υπάρχει και αυτό το στοιχείο, το στοιχείο της εν δυνάμει ψύχωσης και είναι με έναν τρόπο σαν να τους λέω να μην είναι τόσο αυστηροί με τα παιδιά τους στο κομμάτι που ούτως ή άλλως έχουν πρόβλημα με τα ίδια τα παιδιά... Δηλαδή, πολλές φορές οι γονείς που δεν το γνωρίζουν λένε είναι παλιό-χαρακτήρας, είναι ανάποδος, είναι το ένα είναι το άλλο, προσπαθώ να τους κάνω να είναι πιο ανεκτικοί απέναντι στο παιδί τους με τις λειτουργίες του, δηλαδή να είναι πιο υποστηρικτικοί και αποδεκτικοί του παιδιού...».

Όταν ο γονιός απενοχοποιείται, σταδιακά αρχίζει «να συγχωρεί» το παιδί που τόσο τον βασάνισε. Παράλληλα το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, επεξεργάζεται συναισθήματα που βίωσε για χρόνια και αρχίζει «να συγχωρεί» τον γονιό και να εισπράττει πλέον θετικά στοιχεία από τη σχέση. Έτσι, η εχθρική, ανταγωνιστική και δύσκολη σχέση αποκαθίσταται. Η διαδικασία της συμφιλίωσης είναι απαιτητική και αποτελεί πρόκληση για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Στο παρακάτω περιστατικό ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας ήταν ο ατομικός θεραπευτής του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αλλά και ομαδικός θεραπευτής του γονιού σε ομάδα ψυχοθεραπείας.

«Η πρωταρχική συμμαχία αναπτύσσεται μεταξύ της θεραπευόμενης και της ψυχολόγου παρά τις δυσκολίες και τα εμπόδια (ύψος σνομπ της θεραπευόμενης μέσα στην ομάδα). Η θεραπευτική σχέση είναι ισχυρή και η θεραπευόμενη, γνωρίζοντας ότι η ψυχολόγος βλέπει και τη μητέρα της, δεν κλονίζεται. Εμπιστεύεται, ανοίγεται και αλληλεπιδρά. Η μητέρα κάθεται στη γωνία του θεραπευτικού τριγώνου, την πιο άβολη. Δύσπιστη, καχύποπτη, αμυντική, ελεγκτική αργεί να εμπιστευτεί, φοβάται να εκτεθεί. Είναι η ένοχη, η κακή μητέρα. Όταν η μητέρα στη δική της ομάδα ψυχοθεραπείας με κλιμακούμενο άγχος κάνει την “υπέρβαση” της παραχώρησης ενός σπιτιού σε αυτό το δύσκολο παιδί που τόσο τη βασάνισε από μικρό, η εχθρική, ανταγωνιστική, δύσκολη σχέση μεταξύ μητέρας και κόρης αρχίζει να αποκαθίσταται, οι εντάσεις αρχίζουν να υποχωρούν, η σχέση δείχνει να ομαλοποιείται. Η μητέρα βιώνει συμμαχική εξίσου τη σχέση με τη θεραπεύτρια που τη συμπονά και δεν την κρίνει. Έτσι, η μητέρα αρχίζει να απενοχοποιείται. Η κόρη της αποκαλύπτει ότι υπήρξε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη της μητέρας και επεξεργάζεται συναισθήματα που βίωσε για χρόνια. Σταδιακά “συγχωρεί” τη μητέρα της κι ύστερα και η μητέρα αρχίζει να τη “συγχωρεί”. Η σχέση εξομαλύνεται. Η θεραπευόμενη αρχίζει να εισπράττει θετικά πράγματα από τη μητέρα της. Αυτό το σπίτι γίνεται η “προϊκα” της, που άργησε μεν να περιέλθει στα χέρια της αλλά το κατάφερε».

Τέλος, η διευκόλυνση της επικοινωνίας σε κρίσιμα ζητήματα, όπως αυτό της κακοποίησης λειτουργεί καταλυτικά στη θεραπεία, ενεργοποιεί και απελευθερώνει συναισθηματικά τον θεραπευόμενο.



Εικόνα 5.10 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.5. Αυτονόμηση

Η αυτονόμηση αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της θεραπείας απεξάρτησης ιδιαίτερα στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας του επεξεργάζεται τις σχέσεις του με την οικογένειά του και διεκδικεί σταδιακά την ανεξαρτητοποίησή του, κατακτά τη διαφοροποίησή του. Οι γονείς, όμως, πιο συχνά χρειάζονται προετοιμασία για να μπορέσουν να αποδεχτούν τη διαδικασία αυτονόμησης του παιδιού τους, παίρνοντας απόσταση και παράλληλα στηρίζοντάς το σε αυτή του την προσπάθεια.

«Και παράλληλα συνεχίζουμε και βλέπουμε τους γονείς σε ομάδες γονέων και στη φάση της επανένταξης, αλλά εκεί, όμως, όσο περνάει ο καιρός τα πράγματα διαφοροποιούνται, γιατί πια δίνουμε πιο πολύ έμφαση στην αυτονομία, αυτό που περιέγραψα και πριν, να μπορέσει πια να αισθάνεται ότι έχει εκείνος την ευθύνη της ζωής του και της θεραπείας του και έχοντας κάνει πια θεραπεία και έχοντας καταλάβει κάποια πράγματα ότι δεν είναι οι γονείς που έχουν την ευθύνη και παίρνουν τις αποφάσεις και πάνω σε αυτό το κομμάτι δουλεύουμε και με τους γονείς για να μπορέσουν σιγά-σιγά να εμπιστευτούν το παιδί τους ότι πρέπει να πάρει κάποιες αποφάσεις για τη ζωή του και να μην εμπλέκονται τόσο πολύ...».

«Όταν φέρνουν πληροφορίες του στυλ “ο γιος μου ξεκίνησε να μην πηγαίνει καλά...”, ρωτάω “τι είναι αυτό το δεν πηγαίνει καλά;”. Δηλαδή, αν ξεκίνησε να μην πηγαίνει καλά -ας πούμε στην τρίτη φάση του προγράμματος- μήπως εννοούν ότι ο γιος μου αρχίζει να εκφράζει τα θέλω του και άρα δεν πηγαίνει καλά γι’ αυτό;».

«Όσο ο Α. ήτανε προσαρμοστικός και συμπεριφερότανε ως το παιδί που ζητάει, οι γονείς τον στήριζαν. Όταν τρεις με τέσσερις μήνες πριν την ολοκλήρωση του προγράμματος, ο Α. άρχισε να διεκδικεί την αυτονόμησή του -να βρει δουλειά, να φύγει από το πατρικό κ.ά.- εμφανίστηκαν δυσκολίες από τους γονείς να συνεργαστούν».

Αρκετές φορές η προσκόλληση των γονέων (συνήθως της μητέρας) στο παιδί καθιστά τη διαδικασία της αυτονόμησης ιδιαίτερα δύσκολη. Η προσκόλληση αυτή συχνά οφείλεται σε ελλείμματα στη σχέση του γονεϊκού ζευγαριού και συνδυάζεται με έντονη έλλειψη ορίων ανάμεσα στις δυο γενιές.

«Από το ιστορικό της Μ. φαίνεται ότι η σχέση της με τη μητέρα της ήταν πάντα πολύ στενή με έναν τρόπο, όμως, που δεν επέτρεπε στη Μ. να εξελιχθεί. Η μητέρα φαίνεται ότι είχε ένα διαρκές καταθλιπτικό συναισθημα (είχε μάλιστα περάσει μια πολύ σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη μετά τη γέννηση της Μ. κατά την οποία είχε σκεφτεί και την αυτοκτονία σαν λύση) και καθώς η σχέση της με τον άντρα της ήταν απόμακρη, στηριζόταν πολύ στη Μ, με την οποία “τα συζητούσε όλα”. Τη μητέρα της η Μ. την αισθανόταν αδύναμη και σαν πρόσωπο αναφοράς είχε πάντα τη μητρική γιαγιά, με την οποία είχε μια πολύ ζεστή και ιδιαίτερη σχέση. Ο πατέρας ήταν τον περισσότερο καιρό απών συναισθηματικά αλλά και πρακτικά από το σπίτι (εξωσυζυγικές σχέσεις)».

«Με τη μητέρα της περιγράφει μια σχέση περισσότερο φιλική, σαν να είναι “κολλητές” μια σχέση, βέβαια, χωρίς όρια, όπου η μητέρα της κατά καιρούς σύναπτε σχέσεις με πολύ νεότερους από εκείνην άντρες (ουσιαστικά στην ηλικία της Π.), οι οποίοι ήταν και χρήστες και συχνά έμεναν όλοι μαζί στο σπίτι, σε μια κατάσταση αρκετά “χύμα”».

«Αυτό έρχεται στο μυαλό μου ότι “τρώνε από το ίδιο τσουκάλι”... και ξεχωριστά να τους βάλουμε η δυσκολία είναι ότι πάνε ο ένας και τρώει από το φαΐ του άλλου, σώνει και ντε θέλουν να φάνε από την ίδια γαβάθα... έχει δυσκολία το να μετακινηθούν και να πούνε εδώ τρώς εσύ, εδώ εσύ, δεν το θεωρώ εύκολο πράγμα και όλο αυτό, γιατί πιστεύω ότι οι γονείς ζητάνε εξίσου θεραπεία με τα παιδιά τους και πάρα πολλές φορές έχω φτάσει στο συμπέρασμα, όχι όμως διαπιστωμένο και ερευνημένο αλλά υποθέτεις ότι... σαν να στέλνουν τα παιδιά τους για θεραπεία για να έρθουν από κοντά αυτοί... κάνε μια ανίχνευση τι παίζει στην “πίτσσα” για να δούμε τι γίνεται σε αυτήν την ιστορία... άρα το ξέρω ότι ζητάνε θεραπεία και οι γονείς... και λέω, λοιπόν, ότι αυτές είναι οι δυσκολίες μου, όταν πάνε και τρώνε εκεί, να τους χωρίσω λιγάκι, να φάνε από το ίδιο...».

Η σχέση εξάρτησης γονιού-παιδιού αρκετές φορές αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο υποβοηθείται η χρήση. Στο παρακάτω απόσπασμα η μητέρα δυσκολεύεται έντονα να αποδεχτεί την ανεξαρτητοποίηση του παιδιού της, υπονομεύοντας τις προσπάθειές του προς αυτήν την κατεύθυνση για μακρύ χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά –σύμφωνα με την καταγραφή του ιστορικού της θεραπείας- παραμένει συνεπής στη συνεργασία της με τους θεραπευτές σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, καταφέροντας στο τέλος να αποδεχτεί τις νέες ισορροπίες. Θέλει, λοιπόν, και δεν θέλει να βοηθήσει το παιδί της προς την αυτονομία. Αυτές τις διαφορετικές φωνές καλείται να αφουγκραστεί ο θεραπευτής, ώστε να καταφέρει να τη βοηθήσει να αναγνωρίσει την αμφιθυμία της.

«Στην πρώτη επαφή με τη μητέρα, η οποία έγινε λίγες εβδομάδες μετά τη γνωριμία με τον Κ., και μάλιστα μετά από δική μου προτροπή, η μητέρα ήρθε στο ραντεβού πολύ επιφυλακτική απέναντι στο πρόγραμμα και στη συζήτησή μας διαφαίνονταν ότι δεν την ενοχλεί και ιδιαίτερα το πρόβλημα της χρήσης, ίσως μόνο κάποιες συμπεριφορές του. Αυτό που φαινόταν να την απασχολεί ιδιαίτερα ήταν το ότι, όταν τσακωνόντουσαν, ο Κ. τής έλεγε ότι θα γίνει καλά και θα φύγει από το σπίτι. Κάθε φορά, λοιπόν, που ο Κ. ετοιμαζόταν να συμμετάσχει σε μια ομάδα ευαισθητοποίησης με στόχο να προχωρήσει στην κλειστή φάση κι εμείς ζητούσαμε τη συνεργασία της μητέρας, η μητέρα ήθελε να τη διαβεβαιώσω ότι το πρόγραμμα δεν θα συμφωνήσει στο να φύγει ο Κ. από το σπίτι της, εφόσον ολοκληρώσει την κλειστή φάση και πάει στην επανένταξη. Όταν της εξηγούσα ότι το να κερδίσουν τα παιδιά αυτά τη ζωή τους και να ανεξαρτητοποιηθούν είναι ο στόχος για όλους τους θεραπευόμενους και όχι μόνο και ότι αυτό θα γίνει ομαλά και φυσικά, η μητέρα γινόταν έξαλλη. Δυσκολευόταν πολύ να ακούσει ότι ο γιος της θα μείνει στον Ξενώνα Κοινωνικής Επανένταξης, όταν ολοκληρώσει την κλειστή φάση και απειλούσε μέχρι την τελευταία στιγμή ότι, αν συμβεί κάτι τέτοιο, εκείνη δεν θα ξαναμιλήσει στον γιο της. Χαρακτηριστικό είναι το ότι, παρότι είχαμε μιλήσει πολύ γι’ αυτό το θέμα στις ομάδες γονέων και είχαμε εξηγήσει στη μητέρα ότι η επιθυμία του ίδιου του Κ. είναι να πάει να μείνει στον Ξενώνα παρέα με την ομάδα του, η μητέρα δυσπιστούσε και λίγες εβδομάδες πριν από την έξοδό του από το κλειστό, αποφάσισε να του ανακαινίσει το δωμάτιο στο σπίτι, διαθέτοντας πολύ χρόνο αλλά και χρήματα, ετοιμάζοντας ένα δωμάτιο πολυτελές».

Η ενεργοποίηση του πατέρα, ακόμη και στην περίπτωση χωρισμένων γονιών, μπορεί να ανακουφίσει τη μητέρα, μειώνοντας το άγχος και τους φόβους της και κατ’ επέκταση την ένταση της προσκόλλησης στο παιδί.

«Να τη βοηθήσει να απεμπλακεί από την έντονη σχέση που είχε με το γιο τους (κατάφερε δηλαδή να μπει ανάμεσά τους)».

Συνολικά, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας καλείται να αναγνωρίσει και να επιδοκιμάσει τα θετικά στοιχεία των γονέων στην προσπάθειά του να εξασφαλίσει τη συναίνεσή τους στη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής.

«Υπερεμπλοκή από τη στενή εξαρτητική σχέση με την υπερπροστατευτική-κυριαρχική μητέρα του. Ο Μ. φοβόταν ότι η μητέρα του δεν θα τον στηρίξει (και οικονομικά) κατά την επανένταξη. Τον περίμενε πώς και πώς να επιστρέψει στο νησί. Η παρέμβαση που επιχειρήθηκε στην οικογένεια είχε αναπάντεχα καλό αποτέλεσμα. Αναπτύχθηκε μια καλή συμμαχία με ενίσχυση του ρόλου της μητέρας, επιδοκιμασία της προσπάθειάς της μέχρι τώρα να βοηθήσει το παιδί της κ.λπ. Η μητέρα έφυγε ικανοποιημένη και συναινετική με το θεραπευτικό πλαίσιο».

Για να καταφέρουν, όμως, οι γονείς ή η μητέρα να αφήσει το παιδί να προχωρήσει, συχνά απαιτούνται παρεμβάσεις με διάρκεια στον χρόνο, ώστε να δημιουργηθεί το στηρικτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα απαλυνθούν το άγχος, οι φόβοι και η ανάγκη τους για έλεγχο, θα επεξεργαστούν τη διαφοροποίηση συμπεριφορών, στάσεων και ρόλων παγιωμένων για χρόνια, θα επιδιώξουν καινούργιες σχέσεις και τρόπο ζωής, ώστε πιο ικανοποιημένοι να αποδεχτούν νέες ισορροπίες. Παρότι για τις αλλαγές αυτές πολλές φορές είναι αναγκαία η προσωπική θεραπεία των γονιών, στα παρακάτω αποσπάσματα ο θεραπευτής του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης κατάφερε να δημιουργήσει το πλαίσιο το οποίο θα στηρίζει την αυτονόμηση και να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους. Η αντιμετώπιση, βέβαια, της αμφιθυμίας των γονιών, ως προς την αυτονόμηση του παιδιού τους, απαιτεί χρόνο και υπομονή από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μιας και είναι πιθανόν για μακρά χρονικά διαστήματα οι γονείς ταυτόχρονα να υπονομεύουν και να στηρίζουν τις αλλαγές, αποκτώντας σταδιακά μια περισσότερο διακριτή και σταθερή στάση.

«Όσον αφορά τον Κ. η μεγαλύτερη δυσκολία ήταν η συμβιωτική σχέση μητέρας-γιου. Δηλαδή, υπήρχε μεγάλος φόβος από την πλευρά της να τον “αφήσει” στη Μονάδα Απεξάρτησης όπου δεν θα είχε έλεγχο επάνω του. Ακόμη, αρνιόταν την ένταξή του στην κλειστή κοινότητα όπου δεν θα μπορούσε να έχει επαφή μαζί του. Κάποια μέρα με είχε ρωτήσει χαρακτηριστικά αν έχουν ασπρίσει τα μαλλιά του παιδιού της που είναι τόσο καιρό μακριά της. Εγώ δυσκολεύτηκα αρκετά λόγω της “αιμομικτικής” σχέσης (εννοώντας ένα σχήμα οικογένειας όπου μητέρα και γιος συμπεριφέρονταν σαν ανδρόγυνο και σαν γονείς στη μικρή κόρη). Στην αρχή εκείνη ήταν πολύ επιφυλακτική και αμυντική απέναντί μου. Στην πορεία αυτό άλλαξε και ήταν αρκετά συνεργάσιμη. Ήταν συνεπής στις συναντήσεις γονέων, πιο οριοθετημένη στον λόγο της καθώς είχαμε πιο σταθερή τηλεφωνική επικοινωνία. Βέβαια, για τη γυναίκα αυτή είναι απαραίτητη η ψυχοθεραπεία για να μιλήσουμε για καλύτερα αποτελέσματα. Θεωρώ ότι περισσότερο καταφέραμε τον γιο να βάζει κάποια όρια και να διεκδικεί την ανεξαρτησία του απέναντί της. Παρότι ήταν μια δύσκολη συνεργασία, λόγω της συμβιωτικής σχέσης μητέρας-γιου, η συνέπειά της βοήθησε κατά πολύ στην καλή διαχείριση του περιστατικού. Στην αρχή τα συναισθήματά μου ήταν περισσότερο θυμός και απογοήτευση. Προς το τέλος, όμως, αισθάνθηκα ανακουφισμένη, χαρούμενη αλλά και λίγο θλιμμένη, σκεπτόμενη ότι θα ήθελα να μπορούσαν να γίνουν πιο πολλά πράγματα για τη βελτίωση της σχέσης τους».

«Οι γονείς του Α. είχαν έρθει σε επαφή -μετά από παρότρυνσή μου- με το Τμήμα Οικογενειακής Θεραπείας όπου, ενώ ο πατέρας αποστασιοποιήθηκε σταδιακά, η μητέρα παρά τις δυσκολίες -ερχόταν από επαρχία, οικονομική δυσχέρεια- κράτησε τη “συνεργασία”. Βασική της συνειδητοποίηση ήταν η σχέση εξάρτησης με τον γιο της Α. και δεν δίσταζε να το δηλώνει ανοιχτά και να ζητάει τις “συμβουλές” μου όπου ένιωθε ότι η στάση της επηρέαζε αρνητικά την πορεία του Α. Ο ίδιος ο Α. είχε από τη δική του πλευρά συνειδητοποιήσει την εξαρτητική σχέση με τη μητέρα και τη δυσκολία του να σχετιστεί ισότιμα και ικανοποιητικά. Όταν ο Α. ήταν στη φάση της κοινωνικής επανένταξης μια “οικογενειακή κρίση” οικονομικής φύσης τον οδήγησε στο δίλημμα να επιστρέψει στο πατρικό, να εργάζεται για να συνεισφέρει οικονομικά. Ήταν κομβικό σημείο στη θεραπεία του, όταν η μητέρα ζήτησε άμεση συνάντηση, και μετά από συζήτηση καταλήξαμε σε συμφωνία ότι μια τέτοια κίνηση θα ήταν ενδεχόμενα καταστροφική για τη θεραπεία του Α. Ο Α. ολοκλήρωσε πριν δύομισι χρόνια το πρόγραμμα, εργάζεται και παντρεύτηκε μια κοπέλα αρκετά ισορροπημένη».

Συνήθως, η διαδικασία της αυτονόμησης υποκινείται από τους νέους που τη διεκδικούν. Αρκετές φορές, όμως, το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, μπορεί να δυσκολεύεται ιδιαίτερα στη διαφοροποίησή του. Στο πρώτο απόσπασμα παρακάτω ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας παρακινεί τους γονείς να πάρουν απόσταση και να ωθήσουν οι ίδιοι με τη στάση τους το παιδί τους προς την αυτονόμηση.

«Επειδή η σχέση με τον θεραπευόμενο δεν προχωρούσε στην επανένταξη (ήταν επιθετικός και απορριπτικός μαζί μου, σε αντίθεση με τα ραντεβού που έγιναν κατά τη διάρκεια της κλειστής φάσης), ζήτησα να δω τους γονείς. Ήρθε μόνο η μητέρα. Μέσα στη συνάντηση διαπιστώθηκαν τα τεράστια ελλείμματα της μάνας σε σχέση με τον πατέρα και η έντονη προσκόλληση στον γιο. Σύστησα την παρακολούθηση στο Τμήμα Οικογένειας. Θεώρησα πολύ σημαντικό αυτό για την οικογένεια, γιατί ο Α. φαινόταν να μην τα καταφέρνει, ήταν συνεχώς σε υποτροπή από την αρχή της επανένταξης μέχρι το τέλος. Η διαφοροποίηση φαινόταν αόρατη γι' αυτόν που και μέσα στη χρήση ήταν το θέμα του. Εκτιμούσα ότι, αν οι γονείς έκαναν την προσπάθεια να πάρουν απόσταση και να του αφήσουν χώρο, θα ήταν ανακουφιστικό για τον ίδιο. Ωστόσο, με τη μητέρα που μιλούσα συχνά φαινόταν να είναι το ίδιο αόρατο και για την ίδια που εκφραζόταν με υποτίμηση προς τα πρόσωπα του προσωπικού της οικογενειακής θεραπείας (τι να μου πουν κ. Κ. αυτά τα κοριτσάκια)».

«Αδυναμία του θεραπευόμενου να απεμπλακεί από τη μητέρα του ακόμη και μέσα στην κλειστή φάση».

«Στο κλειστό ο Μ. κατάφερε να δει και “να δουλέψει” τη σχέση του με τη μητέρα του, η οποία έμοιαζε να είναι “συμβιωτική”, και να αντιληφθεί πόσο καταπιεσμένος ένιωθε μέσα σε αυτή τη σχέση, στην οποία δεν είχε χώρο να εξελιχθεί σαν προσωπικότητα αλλά ούτε να κάνει άλλες σχέσεις πέρα από τη μητέρα, καθώς και πως η ανεξαρτητοποίησή του έμοιαζε να απειλεί τη μητέρα. Όσον αφορά τη σχέση του με τον πατέρα, ο Κ. κατάφερε να εκφράσει το παράπονό του για την απουσία του και τον φόβο που ένιωθε πάντα γι' αυτόν αλλά παράλληλα να συνειδητοποιήσει πόσα πράγματα είχε πάρει από εκείνον, όσο ζούσαν ακόμα μαζί, πόσο πολύ του μοιάζει και πόσο σημαντικός ήταν για εκείνον».

Συχνά η στάση των γονιών απέναντι στο μέλος, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, είναι επικριτική σε σημείο που να φαίνεται ότι το μέλος επιθυμεί την αποκοπή από αυτές τις σχέσεις. Ουσιαστικά, όμως, δεν αντέχει την αμφισβήτηση και την απόρριψη, κάτι που μπορεί να τον οδηγήσει ακόμη και στην υποτροπή, επιβεβαιώνοντας τη θέση των γονιών του. Αυτό το οποίο επιθυμεί βαθύτερα είναι το να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους. Έστω και μια λιγότερο επικριτική στάση είναι ιδιαίτερα σημαντική για το μέλος, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, όταν το να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους είναι ανέφικτο.

«Η Β. μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος αποφάσισε να ζήσει με τον καινούργιο της φίλο, διατηρώντας, όμως, καλύτερες σχέσεις με τη μητέρα της, ιδίως μετά την έλευση ενός ακόμη παιδιού. Η μητέρα της, λιγότερο επικριτική σε σχέση με το παρελθόν, παραμένει επιφυλακτική για το αν όλα αυτά είναι αλήθεια ή ακόμη μια “απάτη” της Β.».

Το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης από τη μια διεκδικεί την αυτονομισή του, ενώ από την άλλη χρειάζεται την αποδοχή της οικογένειάς του, τη στήριξή της σε αυτή του την προσπάθεια. Πιο συχνά δεν αντέχει, όταν οι γονείς του παραβιάζουν τα όριά του, αλλά δεν θέλει και να τους χάσει. Ουσιαστικά, επιθυμεί να αλλάξουν οι ρόλοι, να υπάρξει περισσότερη ισοτιμία στις σχέσεις, να καταφέρουν οι γονείς του να τον δουν σαν ενήλικα και να πάρουν απόσταση επιδοκιμάζοντας τις προσπάθειές του.

«Όταν ο Κ. βγήκε από το κλειστό, οι γονείς του τον βρήκαν ιδιαίτερα αλλαγμένο, δυσκολεπόντουσαν, όμως, και οι δυο να του το εκφράσουν και να του το αναγνωρίσουν. Ο πατέρας φαινόταν να είναι ιδιαίτερα αμήχανος και επιφυλακτικός απέναντι στον γιο του και η μητέρα, ενώ λαχταρούσε να δει τον γιο της και κάποιες φορές τον έψαχνε επίμονα σε σημείο που τον πίεζε, άλλες φορές έδειχνε θυμωμένη μαζί του και του κρατούσε “μούτρα” που την “εγκατέλειψε” και έτσι εξαφανιζόταν για λίγες μέρες. Ο Κ. παρότι δυσκολενόταν αποφάσισε να “πάρει τα πράγματα πάνω του” και κανόνισε ξεχωριστά με τον καθένα μια συνάντηση για να μιλήσουν. Μίλησε με τη μητέρα του για τη σχέση τους και της εξήγησε ότι δεν θέλει να τη χάσει, θέλει, όμως, να έχει την ανεξαρτησία του και άλλους ανθρώπους στη ζωή του. Εξέφρασε και στον πατέρα του τα παράπονά του για το παρελθόν. Σε αυτήν τη φάση ο Κ. ολοκληρώνει το πρώτο τρίμηνο της κοινωνικής επανένταξης και τα καταφέρνει αρκετά καλά στην καθημερινότητά του και στις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνικής επανένταξης. Η σχέση του με τους γονείς του εξελίσσεται με τον καιρό. Ο πατέρας του είναι παρών στη ζωή του με έναν τρόπο ενεργητικό και έχει γίνει μαζί του πιο μαλακός. Η μητέρα του, παρά τη γκρίνια της που συνεχίζεται, αρχίζει να αποδέχεται τη νέα κατάσταση και προσπαθεί να φτιάξει μια νέα ισορροπία στη ζωή της. Ο Κ. έχει βάλει σε τάξη μέσα του κάποια πράγματα, έχει μάθει να βάζει κάποια όρια στη μητέρα του και να διεκδικεί τον πατέρα του χωρίς να τον φοβάται, ενώ παράλληλα καταλαβαίνει ότι οι γονείς του δεν θα αλλάξουν εντελώς και ότι κάποια στοιχεία που

έχουν και που επηρεάζουν τη σχέση τους μαζί του θα πρέπει να τα αποδεχτεί. Ο Κ. έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη των γονιών του. Παράλληλα, φαίνεται ότι και οι θεραπευτές του έχουν κερδίσει την εμπιστοσύνη και την εκτίμηση των γονιών του που, παρά τη δύσκολη αρχή στη σχέση τους και την αμφισβήτηση που έδειχναν, μοιάζει τώρα να αναγνωρίζουν τη βοήθεια που πήραν από τους θεραπευτές και να στρέφονται σε αυτούς για συμβουλές, όταν κάτι τους προβληματίζει στη σχέση τους με τον Κ.».



Εικόνα 5.11 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.2.6. Υποστήριξη οικογένειας (κοινωνικού τύπου)

Οι παρεμβάσεις κοινωνικού χαρακτήρα και η υποστήριξη ευάλωτων οικογενειών αλλάζει τη δυναμική των σχέσεων στην οικογένεια, μιας και τα μέλη που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, αλλά και η υπόλοιπη οικογένεια ανακουφίζεται -σε πρώτο επίπεδο- από το βάρος των υλικών προβλημάτων.

«Τώρα το άλλο που ήθελα να πω και το θεωρώ σημαντικό - δεν ξέρω αν πάντα λειτουργεί βοηθητικά- δεν είναι μια παρέμβαση που θα την κάνω εγώ προσωπικά, συνήθως γίνεται από το πλαίσιο και είναι οι παρεμβάσεις κοινωνικού χαρακτήρα με τους γονείς... Για παράδειγμα, είναι ένα ζευγάρι που έχει σοβαρό οικονομικό πρόβλημα, που θα έπρεπε να έχουν σύνταξη αλλά δεν μπόρεσαν να το φροντίσουν, γιατί είχαν μια ανεύθυνη στάση με τα χρόνια και αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα, το οποίο έχει αντίκτυπο στον θεραπευόμενο που βγαίνει στην επανένταξη και δεν μπορούν να τον στηρίξουν καθόλου οικονομικά και έτσι μέσω της κοινωνικής υπηρεσίας έχει τύχει να βοηθήσουμε την οικογένεια, να κάνουν τις απαραίτητες διαδικασίες για να βγάλουν σύνταξη... και θυμάμαι άλλες περιπτώσεις δύσκολων -έτσι- κοινωνικών ομάδων που χρειαζόντουσαν υποστήριξη από το πλαίσιο και αυτό, επίσης, έχω δει να αλλάζει τα δυναμικά, να είναι βοηθητικό για τον θεραπευόμενο, γιατί σίγουρα φεύγει ένα βάρος και από τους γονείς και από εκείνον. Όμως, υπάρχουν και περιπτώσεις που δώσαμε πολλά σαν πλαίσιο και το περιστατικό τελικά δεν πήγε καλά... δηλαδή, μπορεί αρχικά να φάνηκε ότι κάτι εκεί ξεμπλόκαρε και ότι πλέον θα πήγαινε καλά αλλά δεν πήγε... Θυμάμαι ένα συγκεκριμένο περιστατικό, τώρα δεν ξέρω αν θα επιστρέψει, αλλά σε αυτή τη φάση έτσι το βάζω σαν προβληματισμό...».



Εικόνα 5.12 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

5.3. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να περιγράψει την προσέγγιση επιβαρυνμένων μελών οικογένειας στην καθημερινή κλινική πράξη θεραπείας απεξάρτησης. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων υιοθετούν ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων οι οποίες εστιάζουν στην ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας, στη συμμετοχή των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας στη θεραπεία, στη διευκόλυνση της οριοθέτησης, στην ενίσχυση νέων και λειτουργικών τρόπων επικοινωνίας με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης και την ενίσχυση αλλαγών οι οποίες αφορούν τη ζωή των μελών της οικογένειας (π.χ. γονικές αλλαγές μη επικεντρωμένες στο πρόβλημα της εξάρτησης). Σε γενικές γραμμές, οι παρεμβάσεις περιλάμβαναν διαφορετικούς τύπους και επίπεδα συμμετοχής των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.

Συνολικά, τα αναδυόμενα θέματα στην παρούσα έρευνα είναι παρόμοια με εκείνα οικογενειακών προσεγγίσεων που βασίζονται σε τεκμηριωμένες παρεμβάσεις καθώς η ακρόαση του αιτήματος των μελών της οικογένειας, η αναγνώριση της αγωνίας και των ενοχών τους, η οικοδόμηση σχέσεων και η παροχή πληροφοριών/συμβουλών είναι θεμελιώδεις στις περισσότερες εμπειρικά υποστηριζόμενες προσεγγίσεις (Rowe, 2012· O'Farrell, Murphy, Alter, & Fals-Stewart, 2010· Copello et al., 2005). Επιπλέον, η εμπλοκή σημαντικών άλλων είναι ένα βασικό στοιχείο της ενίσχυσης της κοινότητας και των μοντέλων δικτυακής θεραπείας οικογένειας στις εξαρτήσεις (π.χ. Bischof et al., 2016; Smith, Meyers & Austin, 2008), ενώ ο συνεπής καθορισμός ορίων αποτελεί μια πτυχή της βελτίωσης των γονεϊκών δεξιοτήτων σε πολλά μοντέλα (π.χ. Spirito, Hernandez, Marceau, Cancilliere, Barnett, Graves et al., 2017· Kuntsche & Kuntsche, 2016). Επιπρόσθετα, τα ζητήματα επικοινωνίας είναι κεντρικά στα περισσότερα μοντέλα οικογενειακής παρέμβασης που υποστηρίζονται εμπειρικά (π.χ. Rowe, 2012; Smith, Meyers & Austin, 200), ενώ η αυτοφροντίδα των μελών της οικογένειας αποτελεί τον βασικό στόχο στο μοντέλο των 5 βημάτων (Orford et al., 2010) και μια σημαντική πτυχή άλλων μοντέλων οικογενειακής παρέμβασης στις εξαρτήσεις (Rowe, 2012· O'Farrell et al., 2010).

Ωστόσο, οι επαγγελματίες στην παρούσα μελέτη δεν είχαν λάβει καμιάς μορφής εκπαίδευση ή κατάρτιση σε εμπειρικά υποστηριζόμενες προσεγγίσεις οικογένειας. Ακόμη, οι χαμηλής έντασης τρόποι με τους οποίους προσέγγισαν τα μέλη της οικογένειας δεν απαιτούσαν ειδική εκπαίδευση ή κατάρτιση εκτός από την υποστήριξη κλινικής εποπτείας. Όταν απαιτούνταν πιο εντατικοί τύποι εργασίας, παρέπεμπαν τα μέλη της οικογένειας, ενίσχυαν τα κίνητρά τους για αλλαγή και συχνά τους βοήθησαν να συγκροτήσουν το αίτημά τους

για περαιτέρω βοήθεια. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης με τις οικογένειες πρέπει να αναγνωρίζονται ως σημαντική εργασία οικογενειακής παρέμβασης και ότι οι στενές αντιλήψεις για την οικογενειακή παρέμβαση ως «εξειδικευμένη εργασία» εκτός των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων στην πρώτη γραμμή θα πρέπει να αμφισβητηθούν (Lee, et al. 2012· Copello & Templeton, 2012β). Η αντιμετώπιση της οικογενειακής προσέγγισης ως δραστηριότητας «ειδικού», που απαιτεί εκπαίδευση στην οικογενειακή θεραπεία και εις βάθος γνώσεις και δεξιότητες πέρα από τον εθισμό, αναστέλλει τη σημασία της άτυπης οικογενειακής προσέγγισης και υπονομεύει τις δυνατότητες για ένα θερμό, γνήσιο καλωσόρισμα των μελών της οικογένειας και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική διαδικασία (Orr et al., 2014b). Επιπλέον, η προσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες των ατόμων και η διαφοροποίηση μεταξύ υπηρεσιών χαμηλότερης και υψηλότερης έντασης είναι σύμφωνη με τα κριτήρια της Αμερικανικής Εταιρείας για την Ιατρική Εξαρτήσεων (ASAM, American Society of Addiction Medicine) για τα επίπεδα φροντίδας (Mee-Lee, 2013).

Οι συμμετέχοντες τόνισαν, επίσης, τη σημασία της προσεκτικής ακρόασης του αιτήματος των μελών της οικογένειας με συμπόνια, σεβασμό και μη επικριτική προσέγγιση στην αρχή της θεραπείας, ώστε να επιτευχθεί θεραπευτική συμμαχία και δέσμευση για την επίτευξη κοινών στόχων. Επιπλέον, το να βλέπεις τα μέλη της οικογένειας ως «συνεργάτες» στη διαδικασία της αλλαγής απαιτεί μια μετάβαση από μια εξατομικευμένη προσέγγιση στη φιλοσοφία «οικογενειακής προσέγγισης» (Orr et al., 2014b· Orford, Templeton, Copello, Velleman, & Ibanga, 2010). Αυτή η συνεργασία απαιτεί από τους επαγγελματίες να εγκαταλείψουν μέρος της «παντοδυναμίας» τους και την ανάγκη τους για έλεγχο καθώς και την κυριαρχία των συναντήσεων από τις δικές τους επιδιώξεις (“agenda”), κάτι που αφήνει τα μέλη της οικογένειας να αισθάνονται αποδυναμωμένα και υποτιμημένα (Orr et al., 2014a).

Ωστόσο, οι αλληλεπιδράσεις με τα μέλη της οικογένειας αποδείχθηκαν μια εμπειρία-«πρόκληση» για ορισμένους επαγγελματίες, όπως φάνηκε σε προηγούμενη μελέτη (Misouridou & Papadatou, 2017). Η επαφή με τους γονείς προκάλεσε έντονα συναισθήματα τα οποία μερικές φορές κυριεύαν τους επαγγελματίες, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια εργασίας στον τομέα των εξαρτήσεων (Misouridou & Esseridou, 2016). Η αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών σχετικά με το τραύμα και τη δυναμική του καλυμμένου τραύματος (masked trauma) που εμπλέκονται στη μακρά ιστορία του εθισμού, μπορεί να βοηθήσει τόσο στην αναγνώριση των τραυματικών εμπειριών των μελών της οικογένειας όσο και στην επεξεργασία των δικών τους συναισθηματικών αντιδράσεων κατά τις αλληλεπιδράσεις τους με τα μέλη της οικογένειας. Επιπλέον, η αντιμετώπιση των εντάσεων και των επαπειλούμενων συμμαχιών στο τρίγωνο επαγγελματίας – άτομο με προβλήματα εξάρτησης – μέλος οικογένειας, συνεπάγεται τη συμμετοχή αρκετών επαγγελματιών καθώς και την αποτελεσματική ενδοομαδική και διομαδική συνεργασία σε έναν ή περισσότερους φορείς (Μισσουρίδου, 2015).

Ένας περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε διαφορετικές μονάδες ενός μόνο οργανισμού, ο οποίος υιοθέτησε μια κοινή κλινική προσέγγιση στην οικογένεια του ατόμου με προβλήματα εθισμού. Ακόμη, τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις επαγγελματιών με μακρά ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση και εργασιακή εμπειρία σε δημόσιο οργανισμό ψυχικής υγείας, όπου τα ποσοστά φθοράς είναι χαμηλά, κυρίως λόγω των προνομίων που συνδέονται με την εργασία στο δημόσιο τομέα. Έτσι, οι περιγραφές των παρεμβάσεων στην παρούσα μελέτη αντικατοπτρίζουν τη σωρευτική γνώση και τη συλλογική τους ωριμότητα σε έναν συγκεκριμένο οργανισμό ο οποίος λειτουργεί για περισσότερα από 30 χρόνια. Επιπλέον, τα ευρήματα πρέπει να ερμηνεύονται υπό το πρίσμα του εργασιακού περιβάλλοντος στο συγκεκριμένο κοινωνικό πολιτισμικό πλαίσιο.

Ως εκ τούτου, ορισμένες παρεμβάσεις που περιγράφονται από τους συμμετέχοντες αντικατοπτρίζουν το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται ο εθισμός και παρέχονται υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, στις «παιδοκεντρικές» (child-centered) κοινωνίες της Νότιας Ευρώπης, όπως οι ελληνικές, οι ιταλικές, οι πορτογαλικές και οι ισπανικές, η μετάβαση στην ενηλικίωση καθυστερεί (Buchmann, & Kriesi, 2011; Aassve, Iacovou, & Mencarini, 2006), με τους γονείς να ασκούν έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής του ενήλικου παιδιού τους (Aassve, Iakovou, & Mencarini, 2006· Μαράτου-Αλιπράντη, 2010). Σε αυτές τις κοινωνίες, ο εθισμός του ατόμου στιγματίζεται, με τους γονείς να αισθάνονται συχνά ένοχοι και υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά του/της. Έτσι, η ερμηνεία των ευρημάτων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές δομές, τον καταμερισμό εξουσίας, τις θρησκείες, τις στάσεις απέναντι στις νόμιμες και παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες και τον ρόλο της αυτοβοήθειας στα συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια.

Επιπτώσεις στην κλινική πρακτική

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν αρκετές κλινικές επιπτώσεις. Ρίχνουν φως σε διαφορετικούς τύπους προσέγγισης των μελών της οικογένειας, όπως σύντομες, ευκαιριακές και ανεπίσημες επαφές, παροχή πληροφοριών και συμβουλές για κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα, που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία. Οικογενειακές παρεμβάσεις χαμηλής έντασης μπορεί να παρέχονται μέσω ατομικών, ή/και ομαδικών συνεδριών ή συμβουλευτικής ζεύγους, ενώ μπορεί να περιλαμβάνουν παραπομπή για οικογενειακή ψυχοθεραπεία ή ομάδες οικογένειας AI-Anon και Nar-Anon. Οι επαγγελματίες μπορούν να επιλέξουν έναν ή περισσότερους τύπους παρεμβάσεων για να εξασφαλίσουν τη συμμαχία και τη συνεργασία των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν, επίσης, τη σημασία της εστίασης στις καθημερινές λεπτομέρειες της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας ως προς τη χρήση ουσιών από το μέλος της οικογένειας με προβλήματα εθισμού και όχι στις στρατηγικές αντιμετώπισης του εθισμού γενικά, καθώς και στην ανακάλυψη νέων και χρήσιμων στρατηγικών επικοινωνίας (π.χ. ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων), τρόπων με τους οποίους σχετίζονται (π.χ. καθορισμός ορίων) και ενδυνάμωση προσωπικών αλλαγών των μελών της οικογένειας που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Συμπερασματικά, είναι εύλογο ότι η προσέγγιση της οικογένειας θα πρέπει να ικανοποιεί τις ανάγκες για ευελιξία και προσαρμογή, ενώ ταυτόχρονα να αναγνωρίζει τα όρια και τις ικανότητες για αλλαγή των φορέων, των επαγγελματιών και των οικογενειών. Οι Orford et al. (2010) σε μια μελέτη που αξιολογούσε την αποτελεσματικότητα της ενσωμάτωσης της μεθόδου των 5 βημάτων υποστήριξης των μελών της οικογένειας στην κλινική πρακτική κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μια τέτοια προσπάθεια απαιτεί μια πολιτισμική αλλαγή στις ομάδες και τους οργανισμούς εξυπηρέτησης ατόμων και οικογενειών με προβλήματα εξάρτησης καθώς και υποστήριξη των επαγγελματιών σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού. Πρόσφατα έχει αναγνωριστεί ο κίνδυνος συναισθηματικής δυσφορίας και δευτερογενούς τραυματισμού που ενέχεται στην εργασία με άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και τις οικογένειές τους (Μισουρίδου, 2021). Η κλινική εποπτεία και η εποπτεία από ομοτίμους, η προώθηση μιας οργανωσιακής κουλτούρας ευαισθητοποίησης στο τραύμα και η ρητή ανάθεση φιλικών προς την οικογένεια υπηρεσιών μπορούν να εξουσιοδοτήσουν τις ομάδες να αμφισβητήσουν τις πολιτισμικές και ατομικές προκαταλήψεις έναντι των οικογενειών ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, να αναστοχαστούν και να ανακαλύψουν τις ικανότητες και τις χαρές της συνεργασίας μαζί με τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης και τα μέλη της οικογένειάς τους.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aassve, A., Iacovou, M., & Mencarini, L. (2006). Youth poverty and transition to adulthood in Europe. *Demographic Research*, 15(2), 21-50.
- Begley, C. (1996). Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 122-128.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock.
- Bischof, G., Gwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 179-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015>
- Buchmann, M. C., & Kriesi, I. (2011). Transition to adulthood in Europe. *Annual Review of Sociology*, 37, 481-503. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150212>
- Copello, A., & Templeton, L. (2012a). *The forgotten carers: Support for adult family members of people with drug problems in Scotland*. London: UK Drug Policy Commission.
- Copello, A., & Templeton, L. (2012b). *Adult family members affected by a relative's substance misuse: A UK-wide survey of services for adult family members*. London: UK Drug Policy Commission.
- Copello, A.G., Velleman, R.D., Templeton, L.J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*, 24(4), 369-85. PubMed PMID: 16234133.
- European Monitoring Committee for Drugs and Drug Abuse (2012). *The state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: European Monitoring Committee for Drugs and Drug Abuse.
- Flaskas, C. (2002) Border crossing and the integrity of frameworks. *Journal of Family Therapy*, 24, 222-231. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00213>
- Fotopoulou, M., Munro, A., & Taylor, A. (2015). 'Allowing the right' and its currency in managing drug stigma in Greece. *Journal of Drug Policy*, 26, 723-730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.005>
- Foulkes, S. H. (1984). *Therapeutic group analysis*. London: Karnac Books.
- Greek Documentation and Monitoring Centre for Drugs (2016). *Annual report 2015: A description of the drug and alcohol problem in Greece*. Athens: University Mental Health Research Institute.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Kaldi-Koulikidou, T. (2007). The family strengths in Greece then and now. *Marriage & Family Review*, 41, 393-417. http://dx.doi.org/10.1300/J002v41n03_08
- Kalogeraki, S. (2009). The divergence hypothesis in modernization theory across three European countries: The UK, Sweden and Greece. *Culture Unbound*, 1, 161-178. <http://dx.doi.org/10.3384/cu.2000.1525.091>
- Kuntsche, S., Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clin Psychol Rev*, 45, 89-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.004>.
- Lee, C. E., Christie, M., Copello, A., & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(3), 244-252. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2011.644599>.
- Maratou-Alipranti, L. (2010). New family forms: Trends and developments in contemporary Greece. *Encephalos*, 47(2), 55-66. (published in Greek).
- Mee-Lee, D. (2013). *The ASAM Criteria: Treatment Criteria for Addictive, Substance-Related, and Co-occurring Conditions*. 3rd ed. Carson City, NV: The Change Companies.

- Missouridou E, Karavasopoulou A, Psycharakis A, Segredou I. (2021) Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among addiction nursing care providers in Greece: a mixed method study design. *Journal of Addictions Nursing*, 32(4), 225–234. DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1097/JAN.0000000000000434](http://dx.doi.org/10.1097/JAN.0000000000000434)
- Misouridou, E., Papadatou, D. (2017). Challenges in engaging parents in the drug and alcohol treatment: The professionals' perspective. *Qualitative Health Research*, 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316673582>
- Missouridou, E., Esseridou, D. (2016). Changes in professionals' attitudes and approaches to parents in the drug and alcohol treatment. *Mater Sociomed.*, 28(6): 440-443. doi: <http://dx.doi.org/10.5455/msm.2016.28.440-443>.
- Missouridou, E. (2017). Cultivating a trauma awareness culture in the addictions. *Current Drug Abuse Reviews*, 9(2):99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1874473710666170111102835>.
- O'Farrell, T.J., Murphy, M., Alter, J., & Fals-Stewart, W. (2010). Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot study. *Addictive Behaviors*, 35(1), 1–6.
- Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Velleman, R., & Ibanga, A. (2010). Working with teams and organizations to help them involve family members. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 154-164.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Orr, L. C., Barbour, R. S., & Elliott, L. (2014a). Involving families and carers in drug services: Are families 'part of the problem'? *Families, Relationships and Societies*, 3(3), 405-424. <http://dx.doi.org/10.1332/204674313x669900>.
- Orr, L.C., Elliott, L., & Barbour, R. S. (2014b). Promoting family-focused approaches within adult drug services: The potential of the 'Senses Framework'. *International Journal of Drug Policy*, 25, 888–896. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.04.011>
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 59–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>
- Smith, J.E., Meyers, R.J., Austin, J.L. (2008). Working with family members to engage treatment-refusing drinkers: The CRAFT program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26, 169–193.
- Softas-Nall, V. (2003). Reflections on forty years of family therapy, research and systemic thinking in Greece. In K. S. Nig (Ed.), *Global perspectives in family therapy: Development, practice, trends* (pp. 125–143). New York: Brunner-Routledge.
- Spirito, A., Hernandez, L., Marceau, K., Cancilliere, M.K., Barnett, N.P., Graves, H.R., Rodriguez, A.M., Knopik, V.S. (2017). Effects of a brief, parent-focused intervention for substance using adolescents and their sibling. *J Subst Abuse Treat.* 77, 156-165. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.002>.
- Symeonidou, H. (2005). *Settlement and dissolution of the family relations in Hellas. In Social portrait of Greece 2003-2004. Athens: Centre for Social Research, Institute of Social Policy.*

Χρήσιμο οπτικοακουστικό και έντυπο υλικό στο διαδίκτυο

- <http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/screening-tools>
Στην ιστοσελίδα του οργανισμού SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Administration) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής διατίθεται χρήσιμο υλικό για τα Ε.Μ.ΟΙΚ. και τις οικογενειακές παρεμβάσεις.
- <https://www.drugabuse.gov/nidamed-medical-health-professionals/tool-resources-your-practice/additional-screening-resources>
Στην ιστοσελίδα του οργανισμού NIDA (National Institute for Drug Abuse) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής διατίθεται χρήσιμο υλικό για τα επιβαρυνμένα μέλη οικογενειών και τις οικογενειακές παρεμβάσεις.
- <http://www.emcdda.europa.eu>
Στην ιστοσελίδα του οργανισμού EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) διατίθεται χρήσιμο υλικό για τα επιβαρυνμένα μέλη οικογενειών και τις οικογενειακές παρεμβάσεις.



Εικόνα 5.13 ΚΕΘΕΑ, Copyright

Κεφάλαιο 6

Εμπόδια στην προσέγγιση οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης

Σύνοψη

- Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ερμηνεύουν την αντίσταση ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Η αποτυχία μιας ή περισσότερων θεραπευτικών προσπαθειών του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ματαιώνουν την οικογένεια και συμβάλλουν στην έλλειψη συνεργατικότητας και ουσιαστικής βοήθειας σε μεταγενέστερες θεραπευτικές προσπάθειες. Η κούραση μετά από πολλές προσπάθειες και η μεγάλη ηλικία του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, οδηγούν τους γονείς στο να μην έχουν πια προσδοκίες γι' αυτό. Το συναίσθημα του θυμού είναι αρκετές φορές κυρίαρχο στη σχέση του ατόμου αυτού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και συνδέεται άμεσα με την αντίσταση που προβάλλει η οικογένεια στη συνεργασία της με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
- Σε κάποιες περιπτώσεις η αντίσταση εκφράζεται με τον διχασμό των γονιών στην αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Η αντιμετώπιση της αντίστασης απαιτεί μια μη ενοχοποιητική στάση προς την οικογένεια. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας καλείται να διαλύσει τους φόβους της οικογένειας ότι θα θεωρηθούν οι ίδιοι υπόλογοι για το πρόβλημα και να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους. Η προσπάθεια να τους βοηθήσει να αναλάβουν την ευθύνη που τους αναλογεί, χωρίς να ενοχοποιηθούν για το πρόβλημα τόσο ώστε να οδηγηθούν στην αδράνεια της απελπισίας ή στην αντίδραση της αντίστασης, αποτελεί πρόκληση για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.
- Η υπερεμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία του μέλους της, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αποτελεί κάποιες φορές τον τρόπο που σχετίζονταν τα μέλη της οικογένειας για χρόνια μεταξύ τους. Έτσι, την ίδια στιγμή κατά την οποία η οικογένεια εκφράζει με ειλικρίνεια μια μεγάλη επιθυμία για αλλαγή φοβάται έντονα αυτήν την αλλαγή που απειλεί τις ισορροπίες της ("ομοιόσταση") και αντιστέκεται σε αυτήν. Τα μέλη, βέβαια, της οικογένειας χρειάζονται βοήθεια για να αναγνωρίσουν τους φόβους και την αμφιθυμία τους για αλλαγή.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Παρά τις έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των οικογενειακών παρεμβάσεων στις εξαρτήσεις, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιο συχνά αγνοούν το αίτημα βοήθειας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης από το οινόπνευμα/ψυχοδραστικές ουσίες. Πολλά εμπόδια παρακωλύουν την προσέλευσή τους σε οικογενειακό επίπεδο (π.χ. στίγμα, ντροπή, μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες σε αγροτικές περιοχές), σε επαγγελματικό επίπεδο (π.χ. πόροι, περιορισμοί χρόνου και χώρου, έλλειψη εμπιστοσύνης, κατάρτιση και επίβλεψη, νομιμότητα ρόλου) και οργανωτικό επίπεδο (π.χ. περιορισμένη ή καθόλου χρηματοδότηση, έλλειψη προσωπικού, δυσκολίες στη διατήρηση ήδη υπαρχουσών υπηρεσιών). Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει τα αποτελέσματα ομάδων εστιασμένης συζήτησης σχετικά με τις δυσάρεστες προκλήσεις και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατά τη συνεργασία τους με τα επιβαρυνμένα μέλη οικογενειών.

6.1. Μεθοδολογία

Έγιναν ομαδικές συνεντεύξεις εστιασμένης συζήτησης «focus groups» επαγγελματιών σε επτά δομές απεξάρτησης ψυχιατρικού νοσοκομείου (δες ενότητα 5.1). Η ομαδική συζήτηση διήρκεσε από 90' έως 110' και μεταξύ άλλων εστιάστηκε στα εμπόδια της συνεργασίας με τις οικογένειες των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, τις δυσκολίες τις οποίες συναντούν και τον τρόπο που τις αντιμετωπίζουν. Επίσης, οι

επαγγελματίες ψυχικής υγείας έκαναν προτάσεις για τη βελτίωση της συνεργασίας με τις οικογένειες σε επίπεδο ομάδας και πλαισίου. Επιπλέον, κλήθηκαν να γράψουν δύο ανώνυμα ιστορικά ασθενών (περίπου 300 λέξεις) με τις οικογένειες των οποίων είχαν επιτυχημένη ή «δύσκολη» συνεργασία αντίστοιχα. Κατά την πορεία της έρευνας κρίθηκε χρήσιμο να συμμετάσχουν σε αυτήν και οι θεραπευτές του τμήματος οικογένειας, επειδή αρκετές φορές διαμεσολαβούν στη σχέση του ατομικού θεραπευτή με την οικογένεια και είναι σε θέση ως “συνήγοροι” της οικογένειας να γνωρίζουν τη δυναμική της αλληλεπίδρασης της τελευταίας με τους ατομικούς θεραπευτές. Κατά αντιστοιχία οι θεραπευτές οικογένειας κλήθηκαν να περιγράψουν σε βινιέτες μια ικανοποιητική και μια μη ικανοποιητική συνεργασία τους με την οικογένεια, τον ατομικό θεραπευτή του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ή και με το ίδιο το άτομο σε περιπτώσεις που υπήρχε άμεση επαφή.

Συνολικά συμμετείχαν 31 επαγγελματίες και συλλέχθηκαν 42 ιστορικά. Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν. Για την ποιοτική ανάλυση των κειμένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα ΑΤΛΑΣ-Τ.

Η ανάλυση του ποιοτικού υλικού και η κωδικοποίησή του έγινε από τρεις ερευνήτριες χωριστά. Στη συνέχεια έγιναν αρκετές συναντήσεις στις οποίες συζητήθηκαν διεξοδικά οι κατηγορίες που χρησιμοποιήθηκαν. Όπου υπήρχαν διαφωνίες, επιλέχθηκε η πιο δόκιμη έκφραση για την καταγραφή του υλικού.



Εικόνα 6.1 Τσόκλης Κ., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τον πλούτο των δεδομένων και να ερμηνεύσουμε την «κοινωνική πραγματικότητα» των συμμετεχόντων στην ομάδα εστιασμένης συζήτησης, η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε δύο επίπεδα: (α) η θεματική ανάλυση (Braun & Clarke, 2006) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των εμπειριών των επαγγελματιών με γονείς νεαρών ενηλίκων με προβλήματα εθισμού και (β) πραγματοποιήθηκε ανάλυση ενδοομαδικής και διομαδικής αλληλεπίδρασης για να φωτιστεί η δυναμική μεταξύ των συμμετεχόντων εντός και μεταξύ των ομάδων. Όσον αφορά το δεύτερο επίπεδο, η ανάλυση της δυναμικής της ομάδας μπορεί να περιλαμβάνει την κωδικοποίηση της αλληλουχίας των λεχθέντων των συμμετεχόντων ή/και την κωδικοποίηση του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις αφηγήσεις τους και πώς οι απόψεις τους διατηρούνται, ενισχύονται, τροποποιούνται ή απορρίπτονται στο πλαίσιο αλληλεπίδρασης με άλλους συμμετέχοντες της ομάδας. Στην παρούσα μελέτη επικεντρωθήκαμε στη δεύτερη προσέγγιση κωδικοποίησης. Οι Farnsworth και Boon (2010) προτείνουν ότι οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης κινητοποιούν λανθάνουσες ταυτίσεις και κοινές εμπειρίες μεταξύ των μελών της ομάδας των οποίων οι αλληλεπιδράσεις υπερβαίνουν την έννοια της ομιλίας μεταξύ των συμμετεχόντων στην ομάδα εστιασμένης

συζήτησης. Οι παραπάνω ερευνητές προτείνουν ότι η ανάλυση της δυναμικής της ομάδας μπορεί να ρίξει φως σε αυτό που δεν ειπώθηκε και στα πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ των συμμετεχόντων που ασχολούνται με ένα συγκεκριμένο θέμα.

Για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των ευρημάτων τρεις ερευνητές διάβασαν ανεξάρτητα τις μεταγραφές και επιτεύχθηκε συναίνεση σχετικά με τα καθορισμένα θέματα, τα υποθέματα και την ανάλυση της δυναμικής της ομάδας. Η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων ενισχύθηκε από την τριγωνοποίηση δεδομένων (χώρος και άτομο) (Begley, 1996) και την τριγωνοποίηση ερευνητών. Η αναστοχαστική προσέγγιση συνεπαγόταν επεξεργασία των πεποιθήσεων, εμπειριών ζωής ή/και προκαταλήψεων σχετικά με τα δεδομένα (Barry, Britten, Barbar, et al., 1999).

6.2. Αποτελέσματα

Τα θέματα που περιγράφουν τις δυσκολίες των επαγγελματιών κατά τη συνεργασία τους με τις οικογένειες ατόμων με προβλήματα εθισμού παρουσιάζονται σε δύο ενότητες: (α) τις εμπειρίες των επαγγελματιών από την εργασία με μέλη της οικογένειας και (β) τη δυναμική και τις αλληλεπιδράσεις της ομάδας.

Δύο μεγάλες κατηγορίες περιγράφουν τις δυσκολίες των επαγγελματιών στην πρώτη ενότητα:

- Αντίσταση
- Υπερεμπλοκή



Εικόνα 6.2 Οικονόμου Μ., Συλλογή Κουτλίδη, Copyright.

6.2.1. Αντίσταση

Μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων αναφέρει ως μεγαλύτερη δυσκολία κατά τη συνεργασία τους με τους γονείς την αντίσταση στην αλλαγή. Κάποιοι γονείς δεν έχουν καμία επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Άλλοι, παρότι παρακολουθούν το πρόγραμμα –σε αρκετές περιπτώσεις με μεγάλη συνέπεια- δείχνουν να αντιστέκονται στην αλλαγή δηλώνοντας τις αντιρρήσεις τους ανοιχτά ή μην εφαρμόζοντας στην πράξη όσα συμφωνούν με τους θεραπευτές κατά τις ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες.

«Υπάρχουν άνθρωποι που δεν τους έχω ακούσει σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας...».

«Δεν θα μιλήσω γι' αυτούς που δεν έρχονται, γιατί εκεί δεν υπάρχει συνεργασία, οπότε εκεί τους βάζω απ' έξω και εκεί δεν υπάρχει συνεργασία, αλλά σε μένα είναι πολύ λίγοι, ένας-δύο, μια οικογένεια που δεν έχει έρθει...».

«Εγώ αυτό που σκέφτομαι σε σχέση με παλιά πάλι θα πω, αν αντιμετώπιζα μια δυσκολία σε ομάδες κυρίως, που αυτό που λένε τα παιδιά είναι η μεγαλύτερη δυσκολία, το να αντιστέκεται ο άλλος και μετά από 10 ομάδες -αυτό που είπε χαρακτηριστικά η συνάδελφος- να σου λέει πάλι το ίδιο πράγμα και να λες δεν το ζω αυτό, κάπως έτσι...».

Σε κάποιες περιπτώσεις η αντίσταση εκφράζεται με τον διχασμό των γονιών στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

«Η μητέρα λογορροϊκή, παρορμητική, έντονα συναισθηματική, εστιάζει την οπτική της στην αρνητική πλευρά των πραγμάτων. Υποδεικνύει διαρκώς τι πρέπει να γίνει, επιρρίπτοντας ευθύνες. Σχεδόν πάντα θυμωμένη με τον Α., μοιάζει να αδυνατεί να κάνει σχέση με τον θεραπευτή. Στις συναντήσεις μιλά ασταμάτητα, δεν αφήνει τον θεραπευτή να μιλήσει, επιμένει να λάβει τις απαντήσεις που θέλει, ακούει ελάχιστα και ευχαριστώντας πάντα με ένα τρόπο τυπικό, κλείνει τη συνάντηση αφήνοντας στον αέρα την αίσθηση του αδιεξόδου (αδιέξοδο που φέρνει και ο Α. σε κάθε συνεδρία...). Ο πατέρας είναι ευγενικός στην επαφή. Δείχνει συμμορφωτικός στις οδηγίες και φαίνεται έμμεσα να ρίχνει την ευθύνη στη μητέρα για τους λανθασμένους χειρισμούς απέναντι στον Α. Φαίνεται να αδυνατεί να βάλει όρια. Και οι δύο φέρνουν ακραίες θέσεις χωρίς να μπορούν να τις εφαρμόσουν».

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ερμηνεύουν την αντίσταση ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Η αποτυχία μιας ή περισσότερων θεραπευτικών προσπαθειών του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ματαιώνουν την οικογένεια και συμβάλλουν στην έλλειψη συνεργατικότητας και ουσιαστικής βοήθειας σε μεταγενέστερες θεραπευτικές προσπάθειες. Η κούραση μετά από πολλές προσπάθειες και η μεγάλη ηλικία του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, οδηγούν τους γονείς στο να μην έχουν πια προσδοκίες γι' αυτό. Το συναίσθημα του θυμού είναι αρκετές φορές κυρίαρχο στη σχέση του ατόμου αυτού με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και συνδέεται άμεσα με την αντίσταση που προβάλλει η οικογένεια στη συνεργασία της με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

«Υπάρχουν γονείς που πραγματικά με την εισαγωγή της θεραπευόμενης στο κλειστό μπορεί να μαλακώσουν, να είναι πιο συνεργάσιμοι ή άλλοι που μπορεί να συνεχίσουν να μην έρχονται ή υπάρχουν περιπτώσεις που ο θεραπευόμενος έχει προσπαθήσει δέκα φορές, υπάρχει παράδειγμα θεραπευόμενου, που έχουμε μέσα, που είναι η δωδέκατη φορά και που στον συγκεκριμένο έχουν πεθάνει οι γονείς του αλλά και πριν πεθάνουν δεν ερχόντουσαν μετά στις ομάδες γονέων από ό,τι έχω πληροφορηθεί από παλαιότερους συναδέλφους, γιατί είχαν κουραστεί και δεν είχαν πλέον προσδοκίες... συν ότι είναι και δική τους ευθύνη από ένα σημείο και μετά... δηλαδή, όταν ολοκληρώνουν την επανένταξη και κάνουν υποτροπή τέσσερα χρόνια μετά και ξανακάνουν εισαγωγή, μετά είναι κι άλλα πράγματα... και μπορεί οι γονείς να μην έρχονται στις ομάδες, να έχουν κουραστεί...».

«Αν είχαν πολλές προσπάθειες, έχει να κάνει και με την ηλικία της θεραπευόμενης, είναι πολλοί παράγοντες, αν π.χ. η θεραπευόμενη είναι στην ηλικία τη δικιά μου 37-38 χρονών μπορεί στην πρώτη προσπάθεια να συμμετέχουν, στη δεύτερη να συμμετέχουν και μετά να της πουν: “κοίταξε να δεις δεν υπάρχει κάποιο νόημα να μπούμε σε όλη αυτή τη διαδικασία...” Αν είναι μικρότερης ηλικίας, μπορεί και οι ίδιοι να ξαναμπούνε στη διαδικασία ή άμα καταλαβαίνουν και οι ίδιοι ότι κάτι μπορεί να μην έχουν πάρει ή μπορεί να συμμετέχουν σε μια, δυο, τρεις προσπάθειες, αλλά μπορεί να είναι πολύ σταθεροί στις απόψεις τους, να μην αλλάζουν, να μην ακούνε...

-Είναι σταθεροί...

-Ναι, υποστηρίζουν ότι “έχουμε προσπαθήσει σε τόσα προγράμματα και δεν μπορούμε άλλο·
κάνε ό,τι νομίζεις...”.

- Τότε η συνεργασία μαζί τους πώς είναι;

- Τότε υπάρχει η δυσκολία να τους φέρεις στο πρόγραμμα και εκεί πέρα υπάρχει η δυσκολία να ακούσουν οτιδήποτε τους πεις. Δηλαδή, έχει τύχει γονείς να μπαίνουν σε ομάδα γονέων και να λένε “‘ναι - ναι τα ξέρουμε τα λάθη μας”, και ξεκινάνε από αυτό και δεν θέλουν να μουν σε τίποτα παρακάτω ή πιο βαθύ... ή να πούνε “εμείς τα ξέρουμε τα λάθη μας, τα αναγνωρίσαμε, αλλά η κόρη μας γιατί ξαναήπιε; αφού εμείς μετακινηθήκαμε, αυτή γιατί δεν μετακινείται;”

- Οπότε από κάτω υπάρχουν έντονα συναισθήματα...

- Ναι, πολύ θυμός... υπάρχει πολλές φορές η σκέψη ότι δεν πρόκειται να καταφέρει τίποτα, ότι είναι “καμένο χαρτί”, ότι είναι μάταιο...».



Εικόνα 6.3 Σικελιώτης Γ. Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Η χρονιότητα, λοιπόν, του προβλήματος της εξάρτησης, οι ματαιώσεις και ο θυμός εγκλωβίζουν την οικογένεια. Επίσης, ο θυμός αναπόφευκτα συνδυάζεται πιο συχνά με ενοχές που επιτείνουν την αντίσταση των γονιών στη συνεργασία και το αίσθημα αδιεξόδου το οποίο βιώνουν. Οι ενοχές μπορεί να οδηγήσουν μέλη της οικογένειας σε κατάθλιψη και αδράνεια ή στον φόβο ότι θα κατηγορηθούν από τους θεραπευτές, με αποτέλεσμα να γίνονται επιθετικοί ή να μην “ανοίγονται”. Βέβαια, κάποιες φορές ο θυμός και η αναγνώριση της ενοχής/ευθύνης -συνήθως μετά από επεξεργασία- δεν επιτείνουν την αντίσταση και την αδράνεια αλλά αποτελούν συναισθήματα που κινητοποιούν στην αλλαγή.

«Και η άλλη αντίσταση είναι ότι υπάρχει ένας φόβος ότι, αν προχωρήσουν σε μια θεραπευτική διαδικασία, θα έρθει στην επιφάνεια πολύ μεγάλη ενοχή, σε τι οι ίδιοι έχουν φταίξει και φοβούνται να το δουν αυτό το πράγμα...».

Επίσης, ένα συναισθηματικό άμεσο συνδεόμενο με την αντίσταση είναι ο πόνος.

«Εκτός από τον θυμό και την ενοχή, ο πόνος –κάποιες φορές στο πλαίσιο ανεπίλυτου πένθους- αποτελεί μια πιθανή ερμηνεία της αντίστασης της οικογένειας στην αλλαγή».

«Ναι, ναι, δηλαδή πολύς πόνος υπάρχει από πίσω ο οποίος κρατιέται, έχει ρυθμιστεί μέσα από το σύμπτωμα της εξάρτησης και όλο αυτό είναι μετά αυτά που είπε η συνάδελφος, είναι καινούργιες ισορροπίες μετά... και πόνος πολύς να διαχειριστεί κάτι το οποίο μέχρι την ώρα που έρχεται πιστεύει ότι δεν υπάρχει λύση, ότι δεν υπάρχει απάντηση σε αυτό...».

«Και ήθελα λίγο στο θέμα των αντιστάσεων να δώσω μια έμφαση, θεωρώ ότι τα ανεπίλυτα πένθη είναι πολύ συχνά από κάτω ή θα χρειαστεί κάποια ανεπίλυτα πένθη, θα χρειαστεί να τα δουν και να έρθουν στην επιφάνεια και να τα δουλέψουν κι αυτό το φοβούνται και είναι αντίσταση στον πόνο που θα έφερνε μια τέτοια κατάσταση...».

Άλλα συναισθήματα που δυσκολεύουν την επικοινωνία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και σχετίζονται με την αντίσταση στην αλλαγή είναι ο φόβος, ο πανικός, το άγχος, το παράπονο. Όταν η ένταση των συναισθημάτων αυτών είναι μεγάλη, η επικοινωνία είναι σχεδόν αδύνατη, αν δεν δοθεί η δυνατότητα έκφρασης και επεξεργασίας τους σε κάποιο βαθμό.



Εικόνα 6.4 Ρόρρης Γ. Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

«Η μητέρα ήταν κοντά στον Μ. προσπαθώντας να τον κατανοήσει συναισθηματικά, όμως ο φόβος για την ευθύνη της πορείας του Μ. ήταν τόσο μεγάλος που συχνά την έβαζε σε έναν πανικό που εμπόδιζε την επικοινωνία της με τους θεραπευτές του παιδιού της. Είχε πολύ τακτική επικοινωνία με τον θεραπευτή, κυρίως, όμως, προσπαθώντας να κατευνάσει το δικό της άγχος και να εκφράσει το παράπονό της για την απουσία του πρώην συζύγου της. Η επικοινωνία γινόταν με μεγάλη δυσκολία και πολύ συχνά ήταν σχεδόν αδύνατο να μπορέσει να ακούσει κάτι που θα μπορούσε να βοηθήσει τον Μ. Ο πατέρας από την άλλη μεριά εμφανιζόταν ότι ήταν πιο ανοιχτός να ακούσει αλλά με κάθε ευκαιρία απέδιδε όλα τα προβλήματα επικοινωνίας στην πρώην γυναίκα του».

Επιπλέον, οι γονείς μπορεί να μην συνεργάζονται, να παρακολουθούν τυπικά το πρόγραμμα, να μην εφαρμόζουν αυτά που τους συστήνονται ή να αντιστέκονται κι όλα αυτά να οφείλονται στην αδυναμία τους να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της υποστήριξης της θεραπείας του παιδιού τους. Ακόμη κι όταν έχουν συμβάλει με τη συμπεριφορά τους στη γένεση του προβλήματος της εξάρτησης, οι ενοχές τους, ανεπεξέργαστα συναισθήματα στη διαγενεακή πορεία της οικογένειας, και τα προβλήματά τους στον παρόντα χρόνο μπορεί να περιορίζουν καθοριστικά την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του θεραπευτικού πλαισίου.

«Όταν ο Χ. μπαίνει στο κλειστό, οι γονείς του παρακολουθούν ομάδες γονέων και κάνουν ατομικές συνεδρίες στο Τμήμα Οικογένειας. Οι γονείς του δεν συνεργάζονται παρά μόνο σε τυπικό επίπεδο καθώς δεν ακολουθούν τη στάση που τους προτείνεται. Όταν ο Χ. μετά από επτά μήνες βγαίνει και κάνει υποτροπή, οι γονείς του δεν έχουν πολλές επαφές με το πρόγραμμα. Η ατομική θεραπεύτρια του Χ. φεύγει και αλλάζει θεραπευτή... έτσι τον ανέλαβα εγώ. Μετά την πρώτη συνάντηση με τους γονείς καταλαβαίνω πως έχω να κάνω με δύο επιβαρυσμένους ανθρώπους. Η μητέρα έχει εκδηλώσει ανορεξία και ο πατέρας είναι χαμένος και ζητά απαντήσεις. Αντιλαμβάνομαι πως είναι απαραίτητη η παράλληλη παρέμβαση σε πολλά επίπεδα. Συμφωνούμε να ξεκινήσουν εβδομαδιαίες συνεδρίες στο Τμήμα Οικογένειας παρά τις αντιρρήσεις του πατέρα. Παράλληλα, η μητέρα ξεκινά ατομική ψυχοθεραπεία στο Τμήμα Διατροφικών Διαταραχών. Επιπλέον, συμφωνούμε να κάνουμε μία συνεδρία τον μήνα ώστε να τους βλέπω συμβουλευτικά για θέματα που αφορούν τον Χ. Ο πατέρας ενισχύεται για προσωπική ψυχοθεραπεία, πρόταση στην οποία αντιστέκεται και αρνείται. Παρά τις αντιστάσεις του πατέρα συμμετείχαν ουσιαστικά σε όλες τις διαδικασίες που είχαμε συμφωνήσει. Όταν προέκυπταν κάποια θέματα που τους προβλημάτιζαν σε σχέση με τη συμπεριφορά του Χ., καθώς έμεναν όλοι μαζί, είχαμε τηλεφωνική επικοινωνία και μου έδιναν όλες τις πληροφορίες που θεωρούσαν σημαντικές. Ο Χ., που ήταν σταθερά ασταθής, σε λίγους μήνες σταθεροποιήθηκε και άρχισε να επεξεργάζεται πολλά θέματα. Ο πατέρας σκέφτεται να αρχίσει ατομική ψυχοθεραπεία και η μητέρα συνεχίζει τη δική της».

«Στην πρώτη φάση της προσπάθειας της Ε. τη συνόδευε κυρίως η μητέρα της. Η στάση που κρατούσε ήταν αυτή της δυσπιστίας κυρίως προς την προσπάθεια της κόρης της αλλά και προς τη δυνατότητα των θεραπειών να βοηθήσουν την Ε. Η ίδια θεωρούσε τον εαυτό της τελείως ανήμπορο να βοηθήσει την κόρη της. Ο πατέρας εμφανίστηκε δύο φορές πριν την εισαγωγή της Ε. και φαινόταν ότι δεν κατανοούσε την έκταση του προβλήματος της κόρης του».

Επίσης, οι γονείς συχνά αποσύρονται, όταν το παιδί τους εισάγεται στο κλειστό πρόγραμμα. Αρκετές φορές δίνουν την εντύπωση ότι επιζητούν μια προσωρινή ανακούφιση, χωρίς να επιδιώκουν να συγκροτήσουν μια σταθερή και συστηματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η κούραση από τη χρονιότητα του προβλήματος έχει εξαντλήσει τις ψυχικές τους αντοχές.

«Όταν έρχεται ο θεραπευόμενος σε μένα, έχουν ήδη οι γονείς του πάει στο Τμήμα Οικογένειας και από τη στιγμή που θα μπουν τα παιδιά στο κλειστό αποφασίζουν ότι “τελειώσαμε εμείς τώρα εδώ, ό,τι ήταν να κάνουμε κάναμε”... για μένα συχνά έχω αυτή τη δυσκολία στο να τους βοηθήσω να καταλάβουν ότι θα είναι αρκετά χρήσιμο να συνεχίσει αυτή η επαφή με το Τμήμα Οικογένειας έστω σε ένα επίπεδο ατομικού ραντεβού... τι άλλο να πω...».

«Και θέλω να πω ότι, όταν οι γονείς βασίζονται αποκλειστικά σε εμάς, εγώ έχω νιώσει ιδιαίτερα επιβαρυσμένη, δηλαδή εντάζει “κάναμε μια επαφή μαζί σου, σε νιώσαμε, σε ξέρουμε, πού να πάμε τώρα, άντε πάλι από την αρχή” αρχίζουν και οι διάφορες προφάσεις μετά, οι δικαιολογίες, υπαρκτές ή όχι δεν ξέρω, και κάνω κι εγώ λίγο αυτό που είπε η συνάδελφος, ότι προσπαθώ ίσως στα πολύ επείγοντα, στην κρίση, να πω μερικά πολύ αναγκαία στο τηλέφωνο κι αυτό...

-Σα να μου λες ότι οι γονείς προτιμούν εσένα από το να πάνε σε έναν άλλο θεραπευτή...

-Ναι, δεν το λέω έτσι ακριβώς, λέω ότι το έχω νιώσει σαν αντίσταση στο να κάνουν κάτι πιο σταθερό και συστηματικό...».



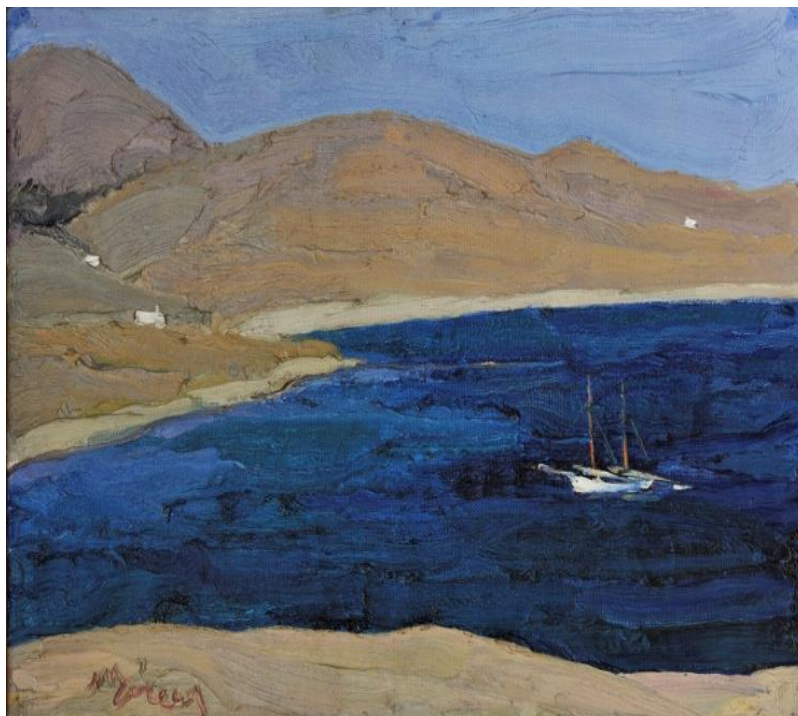
Εικόνα 6.5 Οικονόμου Μ. Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Συχνά μέσα στη συναισθηματική δυσφορία του χρόνιου προβλήματος της εξάρτησης, οι γονείς ζητούν από τους θεραπευτές πολύ άμεσες παρεμβάσεις. Η επιθυμία τους για μια γρήγορη, ανώδυνη και αποτελεσματική λύση (“σωτηρία”, “μαγική λύση”) συνδέεται με την άκαμπτη αναγωγή του προβλήματος στα προσωπικά και μόνο προβλήματα του χρήστη. Από τη στιγμή, λοιπόν, που το πρόβλημα της οικογένειας επικεντρώνεται στη χρήση, οι γονείς “δικαιολογημένα” αποσύρονται, αφού καταφέρουν να ολοκληρώσουν την προσπάθεια κινητοποίησης για την εισαγωγή του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης σε κλειστό πρόγραμμα.

«Από τη στιγμή που λέμε ότι θα πούμε κάποια πράγματα μαζί ή κάνουμε κάποιες συναντήσεις κ.λπ. πολλές φορές αυτό που εγώ έχω νιώσει είναι ότι συχνά είναι το παιδί το πρόβλημα και υπάρχει μια τεράστια άρνηση στο να ακούσουν ότι δεν είναι το παιδί το πρόβλημα και δεν ήρθε έτσι από τον ουρανό ως ένα πρόβλημα, δηλαδή να σπάσουν έτσι κάποιες άμυνες κατά τη δική μου αίσθηση και να το δουν ως μια κατάσταση που ίσως όλοι μαζί να δούμε τι μπορούμε να κάνουμε και να τροποποιήσουμε κάποια πράγματα... μητέρες ίσως πολύ ελεγκτικές ή πολύ αμυντικές, εμένα συχνά μου συνέβαινε, συμβαίνει αρκετά συχνά στη χρήση, ο πατέρας να είναι για αρκετό διάστημα απών και από τη ζωή της οικογένειας και κατά συνέπεια και από το πρόγραμμα, δηλαδή πολύ αργά θα έρθει ο πατέρας και η μητέρα να έρχεται πολύ επιβαρυνμένη ως θύμα - θύτης. Αυτό το έχω δει αρκετά συχνά να συμβαίνει και βλέπω ότι κάνει και αρκετό καιρό να σπάσει και αν σπάσει ποτέ... δηλαδή κάποιες φορές συνήθως το παιδί θα φύγει, θα ξανάρθει στο πρόγραμμα, θα κάνει δυο-τρεις προσπάθειες και ίσως την τρίτη να αρχίσει να έρχεται κι ο πατέρας... κάπως έτσι...».

«Έρχονται στο πρόγραμμα και γι' αυτούς ή έρχονται απλά γιατί πετάω κάποιον για θεραπεία, χωρίς να βλέπουνε καθόλου το δικό τους το κομμάτι...».

«Συχνά μας συμβαίνει οι γονείς που έρχονται εδώ πέρα να θεωρούν το σύμπτωμα της εξάρτησης ως το μοναδικό τους πρόβλημα και μας λένε κυρίως στα πρώτα ραντεβού ότι, αν μπορούσε το παιδί να απεξαρτηθεί ότι είναι ευτυχισμένοι, ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα με τη ζωή τους και ότι θα μπορούσαν να συνεχίσουνε ακάθεκτοι και να είναι χαρούμενοι και να κάνουν πράγματα και φαίνεται αργότερα ότι, όταν βγαίνει το σύμπτωμα ουσιαστικά από την οικογένεια, η οικογένεια από πίσω καταρρέει, άρα σαν να οχυρώνεται όλη πίσω από το πρόβλημα της εξάρτησης».



Εικόνα 6.6 Λύτρας Ν., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Οι λανθασμένες προσδοκίες της οικογένειας για τη θεραπεία (δηλαδή ότι η απουσία της χρήσης συνεπάγεται τη θεραπεία του παιδιού τους) μπορούν εν μέρει να ερμηνεύσουν την αντίστασή τους στη συγκρότηση μιας αποτελεσματικής αντιμετώπισης του προβλήματος. Η οικογένεια δεν κατανοεί ότι το μέλος, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, δεν μπορεί να γίνει καλά απλά με την απουσία της χρήσης.

«Υπάρχει πρώτα μια αντίσταση στο να μην χαλάσει ο τρόπος που μέχρι τώρα λειτουργούσαν και η αντίσταση νομίζω ότι σε ένα κομμάτι βγαίνει πολύ έντονα, είναι όταν πλέον είναι απύσχα η χρήση..., δηλαδή στη φάση της κρίσης, με τη μορφή της χρήσης που έρχεται εδώ, μπορώ να πω ότι υπάρχουν αρκετές αντιστάσεις, όπως σου είπα πριν, σε σχέση με το πώς νιώθουν στο γιατί έρχονται εδώ, πρέπει να ειπωθούν πράγματα, στο ότι θα αλλάξουμε το πάρε δώσε που έχουν από τη βία μέχρι το χάσιμο ορίων εντελώς, από το ένα άκρο στα άλλο, αλλά η αντίσταση πιο πολύ μου έρχεται τώρα, όταν είναι απύσχα η χρήση πια, στο ότι τώρα καλά είμαστε, τι θέλετε να αλλάξουμε... εκεί, στο να αρχίσουν να ανοιχτούν τα πράγματα και να βγουν τα από κάτω είναι το πρώτο που μου έρχεται στην αντίσταση...

-Και γιατί, κατά τη γνώμη σου, τόσο πολύ αντιστέκονται;

-Αυτό τώρα πολλά μπορείς να υποθέσεις... μπορεί να είναι ότι ούτως ή άλλως οι πιο πολλοί θέλουν απλά να φύγει η χρήση, γιατί άμα φύγει χρήση θα είναι όλα καλά, τώρα να μην το αναλύσω αυτό, τον τρόπο που δουλεύουμε σε αυτό...».

«Κοίτα εμείς σε μια προσπάθεια, επειδή η μεγάλη πλειοψηφία των γονιών που τα παιδιά τους είναι στα προγράμματα παρακολουθούν τις ομάδες που κάνουν ανά διαστήματα οι ομαδικοί θεραπευτές, για να φωτίσουμε λίγο αυτό το κομμάτι στην αρχή είχαμε κάνει σαν “σεμινάριο” το λέγαμε εμείς, αλλά ήτανε στο να φωτίσουμε έτσι το τι δουλειά θα ήταν να κάνουν οι ίδιοι που θα βοηθούσε τα παιδιά τους βγαίνοντας από το κλειστό..., δηλαδή να εστιάσουμε στην προετοιμασία των ίδιων και ότι δεν γίνεται να είναι το ίδιο το άτομο σε ένα επίπεδο... γιατί για να πας και στο πιο βαθύ πρέπει σε ένα άλλο επίπεδο και ειδικά κάποιιοι, οι γονείς κάποιας ηλικίας, που όλοι οι γονείς εδώ είναι κάποιας ηλικίας, εφόσον έχουμε παιδιά θεραπευόμενους από 20 χρονών και πάνω, να το αντιληφθούν αυτό έστω και γνωστικά και μετά να δούμε τι τους δυσκολεύει ψυχικά, ότι δεν γίνεται το ίδιο παιδί απλά να λείπει η χρήση και να είναι καλά, ότι θα επανέλθει σε αυτό, και το άλλο, βέβαια, οι αντιστάσεις ήταν στο να κάνουμε εμείς σχέση μαζί τους, στο να συμμαχήσουμε, στο να καταλάβουν ότι είμαστε στο ίδιο, ότι έχουμε έναν κοινό στόχο, ότι δεν τους θεωρούμε ότι είναι οι φταίχτες και οι κακοί της υπόθεσης, στο πώς θα συμμαχήσουμε και δεν είναι απλά θα συμμαχήσουμε είναι η σχέση

που δημιουργείται, που αναγνωρίζεται το πού δυσκολεύονται το πού μπορεί να δυσκολεύουν και τον θεραπευόμενο, αλλά βλέποντάς τους σαν ολότητα όχι... εκεί είναι το παιχνίδι... και για μας είναι δύσκολο γιατί κάποιες φορές είναι, υπάρχει και αρκετή δυστροπία, αρκετή επιθετικότητα».



Εικόνα 6.7 Μιγάδης Γ. Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Η ατμόσφαιρα του «επείγοντος», η οποία χαρακτηρίζει την εξάρτηση, δεν αφήνει περιθώρια για περισυλλογή και επεξεργασία και βέβαια η επικέντρωση στο πρόβλημα της χρήσης επισκιάζει, εκ των πραγμάτων, όλα τα άλλα προβλήματα των μελών της οικογένειας. Εξουθενωμένα τα μέλη της οικογένειας δύσκολα μπορούν να στραφούν στα δικά τους προβλήματα στον χώρο και στον χρόνο που προκύπτουν σε αφθονία στην απουσία πλέον του «επείγοντος» και να προχωρήσουν σε μια συστηματική αντιμετώπισή τους.

«Συχνά παρατηρούμε εδώ γονείς να οχυρώνονται πίσω από το σύμπτωμα της εξάρτησης και να κρύβουν δική τους ψυχοπαθολογία, με κάποιο τρόπο έρχονται και εκδραματίζουν εδώ δύσκολα συναισθήματά τους και τις δυσκολίες στη σχέση μεταξύ μητέρας ή πατέρα αλλά ουσιαστικά δεν έρχονται να ζητήσουν βοήθεια για τα δικά τους θέματα αλλά για να κρύψουν αυτά τα θέματα προβάλλοντας μπροστά την εξάρτηση κι αυτό εμάς δεν μπορεί να μας βοηθήσει στο να δουλέψουμε με αυτούς, όταν πάντα επικαλούνται το ότι ήρθαμε στον χώρο αυτόν για το παιδί και όχι για τους ίδιους...».

«Ναι, γιατί αντικειμενικά εμείς δουλεύουμε με αυτούς, δεν μπορούμε να δουλέψουμε με το σύμπτωμα της εξάρτησης απευθείας, αλλά πρέπει με κάποιο τρόπο εμείς, η συνεργασία μας να αφορά τους ίδιους και τα δικά τους συναισθήματα, τις δικές τους δυσκολίες, πολύ συχνά συναντάμε γονείς με ισχυρές αντιστάσεις, η οικογένεια και οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια κάποιες φορές για πάνω από δεκαετία λειτουργούν με συγκεκριμένους τρόπους και παρότι αυτοί οι άνθρωποι έρχονται εδώ και μας ζητάνε να κάνουμε αλλαγές για να βγει η τοξικομανία από το πλαίσιο το οικογενειακό, υπάρχουν αντιστάσεις στην αλλαγή, γιατί αυτά τα συστήματα έχουν μάθει να λειτουργούν με συγκεκριμένα “patterns” όλα αυτά τα χρόνια και είναι δύσκολο να κάνουν αλλαγές και να μpoonε σε μια καινούρια συνθήκη».

Όπως φαίνεται, λοιπόν, στο παραπάνω απόσπασμα, ενώ η οικογένεια ζητά την αλλαγή, από την άλλη αντιστέκεται στην τροποποίηση της δυναμικής των σχέσεων που έχει επικρατήσει για χρόνια. Ο φόβος της αλλαγής, συνειδητός ή ασυνειδητός, συντελεί σε αυτήν την αντίσταση και στην ομοιότητα τελικά του συστήματος.

«Υπάρχει αντίσταση, γιατί είναι χρόνια εγκαταστημένα κάποια πράγματα και υπάρχει ένας φόβος ότι αν αλλάξει κάτι, ποια θα είναι αυτή η καινούργια ισορροπία».

Εξάλλου, μέχρι τώρα ήταν υπεύθυνοι οι ίδιοι για τη λύση του προβλήματος και η κοπιώδης προσπάθειά τους αποδείχθηκε απρόσφορη, οδηγώντας τους στην ψυχική εξουθένωση, στον θυμό και στην αμφισβήτηση. Ως αποτέλεσμα, συχνά δεν έχουν τις ψυχικές αντοχές που απαιτούνται για τη συγκρότηση μιας απάντησης στο πρόβλημα. Γι' αυτούς τους λόγους φαίνεται πως συχνά μια περίοδος “φροντίδας εαυτού” σε ένα στηρικτικό πλαίσιο είναι αναγκαία, ώστε τα μέλη της οικογένειας να ενδυναμωθούν και να μπορέσουν να επεξεργαστούν νέους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος.

«Και, επίσης, συχνά έτσι σαν να εισπράττουμε και μια αμφισβήτηση στο ότι οι γονείς έρχονται εδώ περισσότερο για να μας ακουμπήσουνε την απελπισία τους ότι δεν πρόκειται να γίνει τίποτα ή το ότι οι ίδιοι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα, παρά να δουλέψουνε τρόπους κινητοποίησης και να κάνουν μια δουλειά στο πώς μπορούν να βοηθήσουν, έχοντας, όμως, πίστη ότι μπορούν να βοηθήσουν... Συχνά έρχονται εδώ με θυμό και με αμφισβήτηση για να αποδείξουν και σε εμάς ότι δεν υπάρχει κανένας ουσιαστικός τρόπος που θα μπορούσε να τους βοηθήσει να βγουν από αυτή τη διαδικασία, η οποία είναι αδιέξοδη».

Επίσης, η αντιμετώπιση της αντίστασης ενέχει πολλές δυσκολίες για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μία από τις οποίες είναι η αντιπαλότητα. Όταν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας εγκλωβίζεται σε θέση αντιπαλότητας, χάνει την ευκαιρία να παρέμβει. Στο παρακάτω περιστατικό δεν συνεχίζει να συναντά την οικογένεια, η οποία διατηρεί μια επικριτική στάση προς το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης και δεν μετακινείται, γιατί φοβάται ότι θα μπει σε ανταγωνιστική θέση. Η διακοπή, βέβαια, της επαφής μειώνει την πιθανότητα παρέμβασης.

«Αν δω ότι οι γονείς δεν βοηθούν -και τι εννοώ δεν βοηθούν- ότι π.χ. ένας πατέρας, κάνω ραντεβού και συνεχίσει να είναι επικριτικός, δεν βρίσκω νόημα γιατί να συνεχίσουν οι συναντήσεις... ή αν λέγαμε όχι σε μία συνάντηση ή περισσότερες γιατί μπορεί μια κοπέλα να θέλει ένα χρόνο να μπει στο κλειστό, να μην μπορεί να σταθεροποιηθεί... και από τα λεγόμενα της θεραπευόμενης, δηλαδή έχω μία θεραπευόμενη που λέει: μου άσκησε σωματική βία, με έδωσε από το σπίτι, συμβαίνει πολύ συχνά, και βλέπω ότι οι γονείς δεν είναι συνεργάσιμοι, δεν θα συνεχίσω να τους καλώ, γιατί μπαίνω σε αυτό που περιέγραψαν οι συνάδελφοι και σε μια ανταγωνιστική θέση, “εσύ είσαι μικρότερη, δεν ξέρεις” και λένε χαρακτηριστικά στο περιστατικό που έχω γράψει: “εγώ έχω τρία παιδιά και είναι επιστήμονες, μόνο η Χ. ήπια και κάνει χρήση, άρα δεν φταίμε εμείς, γιατί τα άλλα παιδιά βγήκανε έτσι...” και όταν δεν έχουν τη διάθεση να κάτσουν να πούνε κάποιους λόγους και έχουν μια τέτοια αντίσταση, εγώ προσωπικά δεν συνεχίζω και δεν έχω τη διάθεση μέχρι να μπει η θεραπευόμενη μέσα... από τη στιγμή που θα μπει μέσα, και αν και εφόσον θέλουν οι γονείς, τότε παρακολουθούν και τις ομάδες γονέων, βέβαια υπάρχουν και θεραπευόμενες που μπορούν να μπουν σε ένα ρόλο...».

Η αντιμετώπιση, λοιπόν, της αντίστασης απαιτεί υπομονή, επιμονή και μεγάλη ευελιξία από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Στο παρακάτω απόσπασμα ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας κινητοποιεί την οικογένεια. Η αντίσταση κάμπτεται με κόπο και απαιτεί προσπάθεια με διάρκεια.

«Μετά από κάποιες συνεδρίες οι γονείς ταρακουνηθήκαν αρκετά! Η μητέρα κατάλαβε τι ακριβώς έπρεπε να κάνει και υπό το βάρος εντόνων συναισθημάτων ενοχής ξεκινά συμβουλευτική στο Τμήμα Οικογένειας. Ο πατέρας αρκετά ανταγωνιστικός με εμένα και το πλαίσιο προτάσσει πολλούς λόγους να μην πάει. Φέρνει έντονα τις εξετάσεις για την υγεία του, καθώς και το ότι “εγώ ξέρω το παιδί μου καλύτερα από όλους! Ξέρετε πόσους χρήστες έχω βοηθήσει εγώ;”. Φαίνεται ότι ο πατέρας συνηχεί πολύ έντονα με το παντοδυναμικό κομμάτι του γιου του. Η μητέρα σε επόμενες συναντήσεις αναφέρεται στο πόσο έχει βοηθηθεί από τη συμβουλευτική. Μετά από μεγάλες πιέσεις ο πατέρας δέχεται -συμμορφωτικά στην αρχή- να πάει κι αυτός. Πραγματοποιεί μια-δυο συναντήσεις, όπου και διακόπτει. Παρόλα αυτά η μετακίνηση των γονιών, κυρίως της μητέρας, έπαιξε καθοριστικό ρόλο προκειμένου ο Α. να προχωρήσει στην κλειστή φάση. Ο πατέρας πιο “μαλακωμένος”-μετά από μια υπερβολική χρήση του Α.- δείχνει πιο δεκτικός, τουλάχιστον να ακούσει, και σκέπτεται σοβαρά να ξεκινήσει πάλι τη συμβουλευτική».



Εικόνα 6.8 Λεονταρίτου P., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Επίσης, η αντιμετώπιση της αντίστασης απαιτεί μια μη ενοχοποιητική στάση προς την οικογένεια. Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας καλείται να διαλύσει τους φόβους της οικογένειας ότι θα θεωρηθούν οι ίδιοι υπόλογοι για το πρόβλημα και να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους. Η προσπάθεια να τους βοηθήσει να αναλάβουν την ευθύνη που τους αναλογεί, χωρίς να ενοχοποιηθούν για το πρόβλημα τόσο ώστε να οδηγηθούν στην αδράνεια της απελπισίας ή στην αντίδραση της αντίστασης, αποτελεί πρόκληση για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

«Και μετά με τον καιρό κι όταν είδαν ότι το πρόγραμμα στην ουσία δεν είναι για να τους καταδικάσει, να τους βάλει απέναντι... είναι για να βοηθήσει την κόρη τους και να βοηθήσει και το εγγόνι και τους ίδιους πώς θα μπορέσουν να επικοινωνήσουν..., δηλαδή πήρε πολύ καιρό αλλά ακόμη κι εκεί που υπήρχε μια πολύ μεγάλη άρνηση έγιναν κάποια μικρά βήματα, αλλά πήρε πολύ χρόνο και προσπάθεια θυμάμαι μέχρι να με εμπιστευτούν σε πολύ βασικά πράγματα, αλλά σίγουρα η πρώτη άρνηση, εκεί έβρισκες τοίχο..., δηλαδή “να μην βγαίνει” ούτε στο τηλέφωνο...».

«Οπότε εγώ έχω νιώσει πολλές φορές ότι χρειάζεται από εμένα πολύ προσπάθεια, όχι με την έννοια να κάνω δουλειά, αλλά χρειάζεται συστηματική και πολλές φορές χρονοβόρα δουλειά ώστε να μπορέσουν οι γονείς, συνήθως η μητέρα της θεραπευόμενης, να μετακινηθούν λίγο απέναντι μου».

«Και τέλος πάντων μπόρεσε και εμπιστεύτηκε... πήρε πολύ καιρό, όμως...».

Ακόμη κι όταν η έλλειψη συνεργατικότητας της οικογένειας είναι ξεκάθαρη, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αποφεύγει τον εγκλωβισμό στη θέση αντιπαλότητας, όταν συμπορεύεται με την αντίσταση.

«Κ: νομίζω, στο περιεχόμενο αυτού που λέω επιμένω, προσπαθώ λίγο να μεταβάλλω τη διαδικασία, δηλαδή -πριν να πω έτσι κι αυτό το παιδί και ο ενήλικας- τώρα πια είναι φορές, γιατί παλιότερα μου φεύγανε πάρα πολλά πράγματα, που μπορεί να παίζω με αυτό το πράγμα, ώστε να μειωθούν λίγο οι αντιστάσεις του γονιού, να χαμογελάσω και να καλοδεχτώ κι αυτό που λένε “κοριτσάκι μου, εσύ μπορεί να μην ξέρεις, οι κακιές παρέες” για να πάω μαζί με αυτό, προσπαθώντας μέσα από μια άλλη φωνή, μήπως ακούσουν αυτό που θέλω να πω ξαναγυρνώντας μετά στη θεραπευτική θέση... δεν ξέρω αν γίνεται σαφές αυτό που λέω, και κάποιες φορές πιάνει, κάποιες όχι...»



Εικόνα 6.9 Οικονόμου Μ., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Σ: όταν σου λένε κοριτσάκι μου, σαν να προσπαθούν να σε φέρουν πιο κοντά έτσι; Σε μια άλλη θέση...

Κ: Όχι, λέω ότι στον τοίχο του τελικά -αυτό το παράδειγμα- “οι παρέες φταίνε και δεν ξέρω τι ψάχνουμε εδώ πέρα...” ... όταν πια παρέμβαση στην παρέμβαση δεν φαίνεται να πιάνει τόπο κάτι, δεν γαντζώνει πουθενά, στο “κοριτσάκι μου” που μπορεί να μου απευθύνει θα πάω με αυτό, μήπως και μέσα από αυτό μπορέσει να με ακούσει καλύτερα...

Σ: Συμπορεύεσαι με την αντίσταση, λοιπόν, για να μπορέσεις...

Κ: Ναι, για να μην είμαι τόσο απειλητική γι’ αυτόν, με μια κουβέντα, προσπαθώ επιμένοντας σε αυτό που έχω να πω με διάφορους άλλους τρόπους, μήπως μπορέσει και το ακούσει... δεν πετυχαίνω πάντα... κάποιες φορές, και νομίζω οι λιγότερες είναι αυτές που καταφέρνω να το διαπεράσω αυτόν τον τοίχο... τώρα περισσότερο μιλάω από την εμπειρία στις ομάδες γονέων που έχω πιο σταθερή συνεργασία με τους γονείς...».

«Είναι πολύ ξεκάθαρο των γονέων το ύφος, ένας γονέας το να μην θέλει να συνεργαστεί, ΟΚ, είναι πολύ ξεκάθαρο, εντάξει μπορείς να δουλέψεις προς αυτήν την κατεύθυνση με έναν τρόπο...».

«Φροντίζουμε πάντως και ξαναλέω αυτό έχει να κάνει με τη σταθερή συνεργασία που έχουμε με τη συνάδελφο, φροντίζουμε οι ομάδες γονέων που έχουμε γενικά να μην είναι... να είναι όσο λιγότερο απειλητικές γίνεται... να υπάρχει και ένα άλλο κλίμα μέσα... χωράνε και οι ιστορίες τους οι ευχάριστες και γέλια και άλλου τύπου στιγμές και άντε λίγο τα πικάντικα να πούνε για να μαλακώσουν και πώς να σου πω... χωράνε πολύ περισσότερα πράγματα και ό,τι περνάει από το πλαίσιο, από το χέρι μας, ώστε το πλαίσιο να είναι ένα πλαίσιο υποδοχής γι’ αυτούς, το κάνουμε ώστε να μην αυξάνουμε τις αντιστάσεις... πιθανόν σε ένα ατομικό να ήταν αλλιώς, δεν ξέρω, αλλά σε αυτή τη συνθήκη που τους βλέπουμε ό,τι περνάει από το χέρι μας νομίζω ότι το χρησιμοποιούμε με τον καλύτερο τρόπο...».

Στο παρακάτω απόσπασμα ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας μιλά για τη στάση αποδοχής που έχει απέναντι στα μέλη της οικογένειας του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, και των συναισθημάτων που αυτά εκφράζουν (συμπεριλαμβανομένου και του έντονου άγχους το οποίο έχουν). Επίσης, τονίζει ότι η στάση αυτή συντελεί στην απενοχοποίηση της οικογένειας, αλλά και συμβάλει σημαντικά στην κάμψη της αντίστασης για αλλαγή.

«Εντάξει, περνώντας ο καιρός και βλέποντας και τους γονείς και τους εξαρτημένους και μέσα από την εμπειρία και από την εκπαίδευση περισσότερο μπήκα στη διαδικασία να καταλάβω περισσότερο όλο αυτό το κομμάτι των γονέων και το άγχος που λέγαμε πριν που είναι τεράστιο, και όλα αυτά τα συναισθήματα που βγαίνουν ξαφνικά, όταν το παιδί μπαίνει για θεραπεία, και που κι αυτοί δεν ξέρουν τι να τα κάνουν... αλλά, συγχρόνως, νομίζω ότι έχω βρει μια καλύτερη, νομίζω, ισορροπία, σε σχέση και με το να τους ακούσω και όλο αυτό, γιατί χρειάζεται και κάποιος να υποδεχτεί, και να καταλάβει και να ακούσει όλο αυτό το άγχος και έτσι και να γίνει και η απενοχοποίηση που έλεγε η συνάδελφος, πριν και να καμφθούν οι αντιστάσεις, δηλαδή έχω παρατηρήσει ότι και μόνο, όταν εμείς δεν αντιδράμε σε αυτό και υπάρχει η υποδοχή όλου αυτού του πράγματος, κάμπτεται σε ένα βαθμό από μόνο του...».

Επίσης, η ομαδική διεργασία μπορεί βοηθήσει καταλυτικά στην ανάδειξη της αντίστασης.

«Αυτό που είπε η συνάδελφος είναι για όλους δυσκολία, αυτή η αντίσταση, και έχω πρόσφατο παράδειγμα στο μυαλό μου από τη χθεσινή ομάδα και επειδή μιλήσαμε για τον στόχο πριν... για μένα ο στόχος δεν έχει να κάνει με ψυχοθεραπεία, ο στόχος είναι να δειχτεί η αντίσταση, να καταλάβουν αυτό ότι χρειάζεται και παραπέρα δουλειά, να πάει η πληροφορία στο ατομικό ενδεχομένως και εκεί παίζει λίγο και η ψυχοθεραπευτική διάσταση, βάζουμε την ομάδα να μιλήσει γι' αυτό που βλέπει, δηλαδή σε ένα άνθρωπο που είχε αντίσταση προχτές έβαλα την ομάδα και "θέλετε να ακούσετε πώς σας βλέπουν;" και κατάλαβε ότι θυμώνουν, αισθάνονται ότι δεν μπορούν να μιλήσουν, όταν μιλάει ο συγκεκριμένος και του έδωσα να καταλάβει ότι έτσι αισθανόταν και το παιδί, δηλαδή να καταλάβει τι κάνει... όχι, όμως, να το δουλέψει μέσα στην ομάδα... αυτή τη δυσκολία, δεν νομίζω ότι η ομάδα γονέων είναι το πλαίσιο για να δουλευτεί ψυχοθεραπευτικά, απλά να αναδειχθεί, να τονιστεί και μετά με δική του δουλειά να πάει παρακάτω...».

Αξίζει να σημειωθεί ότι για αρκετούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμη κι όταν οι γονείς αντιστέκονται στην αλλαγή, η παρουσία τους στο πρόγραμμα, συμμορφωτική ή ουσιαστική, σε ανταγωνισμό με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή όχι, βοηθά το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης.

«Το σίγουρο που θα έπρεπε να σημειωθεί από όλους εμάς είναι ότι είναι καλό για τον θεραπευόμενο να γνωρίζει ότι υπάρχει συνεργασία με τους γονείς. Είτε σε σταθερή βάση, σε συμμαχία, σε ανταγωνισμό... Αλλά εκ των πραγμάτων ότι δεν είναι μόνος του... να το πω έτσι τον κάνει να αισθάνεται καλύτερα ή πιο ενεργά στη θεραπευτική του πορεία... τον βοηθά...».

Επίσης, η κινητοποίηση του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αλλάζει τη στάση των γονιών απέναντι στο θεραπευτικό πλαίσιο, μειώνοντας τις αντιστάσεις τους.

«Επίσης, μπορεί ο ένας από τους δύο γονείς, που μέχρι την είσοδο της θεραπευόμενης στο κλειστό να μην συμμετείχε αλλά η είσοδος αυτή να τον κινητοποιεί και να έρχεται, όχι βέβαια απαραίτητα από μόνος του, θέλει και από εμάς μια προσπάθεια... αλλά το γεγονός ότι η θεραπευόμενη νιώθει πιο αποφασισμένη και προχωρά, αυτό φαίνεται να τον κινητοποιεί...».

«Δηλαδή, στην ευαισθητοποίηση -πρώτη φάση- υπάρχουν γονείς που πραγματικά με την εισαγωγή της θεραπευόμενης στο κλειστό μπορεί να μαλακώσουν, να είναι πιο συνεργάσιμοι».



Εικόνα 6.10 *Αλταμούρας Ι., Συλλογή Κουτλίδη, Copyright.*

Τέλος, σε κάποια περιστατικά η οικογένεια παραμένει άκαμπτα απορριπτική απέναντι στο μέλος, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης (ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ομοφυλοφιλίας ή όταν πρόκειται για εξαρτημένη γυναίκα και μητέρα). Ακόμη και σε αυτές, όμως, τις περιπτώσεις, η προσπάθεια του επαγγελματία ψυχικής υγείας για συνεργασία με την οικογένεια –έστω και απρόσφορη- αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορεί να κατανοήσει την πορεία και το βίωμα του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης.

«Γονείς αμέτοχοι. Η μητέρα έχει έρθει μόνο σε δύο ομάδες γονέων, καμία περαιτέρω τηλεφωνική επικοινωνία. Αμετακίνητη στις εκκλήσεις του γιου για οικονομική βοήθεια στα πρώτα βήματα στην επανένταξη. Ο γιος καταφεύγει στην πορνεία για την αναζήτηση χρημάτων. Ο πατέρας επικοινωνήσε μια φορά με τον θεραπευτή - ποια η γνώμη μου να σταματήσει ο γιος του το πρόγραμμα. Στον γιο του έλεγε “άσε τα προγράμματα και τις βλακείες και βρες καμιά δουλειά”».

«Η Μ. πολυεξαρτημένη και μητέρα 4 παιδιών από διαφορετικούς το καθένα συντρόφους ολοκλήρωσε το πρόγραμμα απεξάρτησης. Η οικογένεια δεν συνεργάστηκε. Ο πατέρας άκαμπτος ήρθε μια φορά στη διάρκεια τριών χρόνων στο πρόγραμμα. Η μητέρα άβουλη και παθητική. Ο αδελφός, ιερέας, αρνήθηκε να πάρει την επιμέλεια του τέταρτου παιδιού υποστηρίζοντας ότι αυτό θα γινόταν μόνο μετά τον θάνατο της αδελφής του, κάτι το οποίο ευχόταν μιας και θεωρούσε την ύπαρξη της τελείως ανούσια. Η Μ. πέθανε ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Ο αδελφός της, σύμφωνα με πληροφορίες του ιδρύματος φιλοξενίας, επισκεπτόταν συχνά το παιδί».

«Φαινόταν ότι οι γονείς δεν επένδυναν ή ότι δεν περίμεναν κάτι καλό -θα μπορούσαμε να το πούμε- από τη συγκεκριμένη θεραπευόμενη, ότι τη βίωναν ως βάρος, ότι ντρέπονταν πάρα πολύ γι' αυτήν, ότι μπορεί και να την ονομάτιζαν και ως λάθος... κι αυτό όχι στη διαδικασία της συνεργασίας αλλά σαν αντίδραση στην απόπειρα επαφής και επικοινωνίας... το οποίο, ίσως κιόλας ακριβώς επειδή έλειπε και το έδαφος της συνεργασίας, να γινόταν περισσότερο κατανοητό από το βίωμα της θεραπευόμενης και από το γενικότερο, ότι μπορούσαμε εμείς να αντιληφθούμε, από την όποια απόπειρα επαφής...».

«Για μένα η μεγαλύτερη δυσκολία είναι, όταν υπάρχει απόλυτη άρνηση... ή η απόλυτη έλλειψη... Αυτό είναι εκεί που πραγματικά αισθάνομαι ότι δεν μπορεί να γίνει τίποτα... συναντάς τοίχο..., δηλαδή αυτήν την απόλυτη έλλειψη επιθυμίας να συμμετέχουν... γιατί από τη στιγμή που συμμετέχουν και μετά, εντάξει, με κάποιον τρόπο γίνονται κάποια πράγματα... αυτό είναι το χειρότερο...

-Το περιγράφεις λίγο περισσότερο, με περισσότερα λόγια;

-Αυτό είναι το πρόβλημα ότι, όταν ουσιαστικά μιλούμε για την απουσία τους, δεν έχουμε υλικό, το οποίο εκ των πραγμάτων, όταν το υλικό το έχεις στα χέρια σου, με κάποιο τρόπο θα λειτουργήσεις ψυχοθεραπευτικά με αυτό, είτε στη σχέση με τον θεραπευόμενο είτε στην οικογένεια και το χειρότερο είναι, διότι δεν μπορείς να δουλέψεις... Όταν με κάποιον τρόπο γίνει από πλαίσιο με την όποια αφορμή η προσπάθεια αυτή να υπάρξει επαφή και συνεργασία και είναι μια από αυτές τις συνθήκες στις οποίες μπορεί να φανεί ότι αυτό δεν είναι κάτι που το επιθυμούν ή δεν θέλουν να μουν σε αυτό καθόλου ή ακόμα χειρότερα, όταν ουσιαστικά αυτό που εκφράζουν μέσα από την άρνησή τους είναι ότι είτε έχουν ξεγράψει μέσα σε εισαγωγικά το παιδί είτε πάρα πολύ απλά δεν ενδιαφέρονται γι' αυτό... Και αυτό είναι πάρα πολύ σκληρό, να το πω έτσι, για μένα ως θεραπεύτρια και, βέβαια, αμέσως δημιουργεί το έδαφος πάνω στο οποίο αντιλαμβάνεται κανείς και την προσπάθεια κάθε παιδιού... του θεραπευόμενου...».



Εικόνα 6.11 Τσαρούχης Γ., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

6.2.2. Υπερεμπλοκή

Η υπερεμπλοκή της οικογένειας αναφέρεται από τους επαγγελματίες ως βασική δυσκολία κατά τη συνεργασία τους με τις οικογένειες των ατόμων τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Ο όρος χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για να δηλώσει τη μεγάλη ενασχόληση της οικογένειας (πολύ συχνά υπερβολική) με το πρόβλημα της εξάρτησης, η οποία αρκετές φορές παρακωλύει το θεραπευτικό έργο. Έτσι, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας μπορεί να βιώνει τα μέλη της οικογένειας ως εισβολείς που προσπαθούν να τον ελέγξουν, να του υποδείξουν τι να κάνει ή να τον ακυρώσουν σε μια προσπάθεια να ελέγξουν ή να ακυρώσουν το ίδιο το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης.

«Και λόγω και της συμβιωτικής σχέσης θέλει να έχει μια άμεση σχέση θέλοντας να ελέγχει το παιδί με τον θεραπευτή που έχει αναλάβει το παιδί».

«-Είναι γονείς που για κάποιους λόγους νομίζουν ότι μπορούν να παρέμβουν μέσα από τον θεραπευτή στον θεραπευόμενο και προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν και τη σχέση αυτή...

-Για να ελέγξουν τον θεραπευόμενο;

-Ναι...».

«Ναι, είναι κάτι πολύ συχνό... να σε παίρνουν τηλέφωνο για να δουν την πορεία της ή για να επιβεβαιώσουν το ραντεβού... και έρχονται απ' έξω και ζητάνε να σε δουν...

-Η δίνουν πληροφορίες “δεν ξέρω τι σας λέει, αλλά αυτός πίνει” ή έρχονται να μάθουν για τα φάρμακα... δηλαδή, έρχονται σαν “από μηχανής θεός” για να σου πούνε “ξέρεις, δεν κάνεις και πολύ καλά τη δουλειά σου”, “δεν ξέρω εσένα τι σου λέει, αλλά ο Γ. στο σπίτι πίνει” κι εσύ, βέβαια, δεν θέλεις να το ακούσεις και να εμπλακείς, αλλά το έχεις ακούσει...

-Που συμβαίνει πολύ συχνά... (συμφωνούν κι άλλοι θεραπευτές)

-Σαν να πάει να ακυρώσει τον θεραπευτή..., δηλαδή εγώ το βλέπω, έρχεται ο γιος μου ή ο σύζυγός μου και τον κοροϊδεύει, θα πάω εγώ να του το πω...

-Συνήθως ακυρώνει και τους δύο, ε; ...

-Ε, εκεί δεν τους βλέπουμε, το οριοθετούμε αλλά... η πληροφορία έχει περάσει, εντάξει...».

Η υπερεμπλοκή συχνά συνδυάζεται με προσκόλληση του ενός εκ των δύο γονέων στο μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, το οποίο ανάλογα με την έντασή της περιγράφεται και ως “συμβίωση” ή “συγχώνευση” στο πλαίσιο ελλειμματικών σχέσεων των δύο γονιών ή απουσίας/απώλειας του ενός γονέα (δες όρια 5.2.3. και αυτονομία 5.2.5.).

«Μητέρα υπερεμπλεκόμενη, η οποία συνοδεύει το παιδί της κάθε φορά που το ίδιο φεύγει από το σπίτι είτε ερχόμενο στο πρόγραμμα είτε όχι. Επαναλαμβανόμενα τηλεφωνήματα στον θεραπευτή για την πορεία του γιου της, σε σημείο παρέμβασης αναφορικά με τη θεραπευτική δουλειά/χειρισμούς. Αδυναμία του θεραπευόμενου να απεμπλακεί από τη μητέρα του, ακόμη και μέσα στην κλειστή φάση».

«Μου έρχεται ένα περιστατικό που είχα πριν από χρόνια, όταν εργαζόμουν σε αυτόν τον τομέα, που το παιδί είχε διπλή διάγνωση...

-Αυτή τη δυσκολία αν μπορείς να την περιγράψεις, να περιγράψεις τη συμπεριφορά της...

-Ο άνθρωπος αυτός χρειαζόταν ψυχιατρική παρακολούθηση, γιατί όντως είχε κάποια ισχυρά ψυχωσικά επεισόδια... αλλά είναι αυτό που λέμε εμείς οι συστημικοί, η “σχιζοφρενιογόνος” οικογένεια, δεν ξέρω αν το είπα καλά, που δημιουργεί σχιζοφρενή παιδιά... η μητέρα δεν ξέρω, ήταν η απελπισία της, ήταν η φρίκη, όλο αυτό που είχε ζήσει με το παιδί αυτό, αλλά να με παίρνει τηλέφωνο “κάθε τρεις και λίγο”, να επεμβαίνει στη σχέση μου, στα ατομικά μας, δηλαδή έχει υπάρξει περίπτωση να κάνω εγώ ατομικό και να με έχει πάρει η μητέρα τηλέφωνο και να της λέω δεν μπορώ να σας μιλήσω τώρα, “όχι κάτσε να σου πω”... Και με ένα τρόπο που δεν ξέρω, εγώ πραγματικά πιστεύω ότι οδηγούσε αυτόν τον άνθρωπο στην ψύχωση, δεν τον άφηνε με τίποτε... Χαρακτηριστικά είχανε πάει στη διευθύντρια και είχε φέρει μια γλάστρα, ε, και το παιδί λέει σαν γλάστρα καθόταν εκεί... μονίμως μίλαγε για εκείνον, αυτός δεν είχε άποψη, δεν είχε γνώμη, δεν είχε μάλλον δικαίωμα να έχει άποψη ή γνώμη, δεν υπήρχε... ήταν το “appendix” της, η τσάντα της που κουβαλούσε δεξιά και αριστερά... έτσι μπορώ να το περιγράψω το παιδί...».

Στο πλαίσιο της υπερεμπλοκής το άτομο με προβλήματα εξάρτησης μπορεί να έχει τον ρόλο του καλού παιδιού (π.χ. σώζει τη μητέρα από τον βίαιο ή αλκοολικό πατέρα) ή και αυτόν του αποδιοπομπαίου τράγου, ο οποίος –μέσα από μια έντονα συγκρουσιακή σχέση- φορτώνεται τα συνειδητά ή ασυνειδητά προβλήματα όλης της οικογένειας. Στο τελευταίο απόσπασμα η σχέση εξάρτησης του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, με μέλος της οικογένειάς του είναι τέτοια, ώστε ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας να αποτελεί το τρίτο πρόσωπο που αποκλείεται και από τις δύο πλευρές και να δυσφορεί γι' αυτόν τον αποκλεισμό.

«Μου έρχονται τώρα περιπτώσεις (σ.σ. στο μυαλό) που ο χρήστης ήταν το καλό παιδί, ήταν το παιδί που έσωζε τη μαμά από τον μπαμπά τον κακό, τον αλκοολικό, τον βίαιο, που έχει μεγαλύτερη κατανόηση και εκεί η υπερεμπλοκή, δηλαδή στην πρώτη φάση, στο να οριοθετηθούν οι συμπεριφορές και να μπουκώσουν κάποια όρια μη συντήρησης της χρήσης είναι πολύ δύσκολο μέσα από αυτό το, δηλαδή, αν έχει παίξει έναν τέτοιο ρόλο, έχει παγιωθεί τόσα χρόνια...».

«Βλέπω τον Β. στην πρώτη φάση για περίπου έναν χρόνο. Υπάρχουν διαρκείς συγκρούσεις μεταξύ τους με βασικό θέμα αν θα τον συνοδεύει η μητέρα ή όχι. Εκείνη θέλει, αλλά ο Β. λέει ότι δεν την αντέχει. Η μητέρα μιλά διαρκώς και είναι μονίμως επικριτική απέναντί του. Τον υποτιμά συνεχώς, κάνει σχόλια σε σχέση με τον ανδρισμό του, δεν πιστεύει ότι θα τα καταφέρει και εύχεται

να πεθάνει ο Β. Στο σπίτι έχει ξεχωριστά πιάτα και μαχαιροπέρουνε στον Β. από την υπόλοιπη οικογένεια και δεν είναι ποτέ ικανοποιημένη για ό,τι κι αν κάνει. Παρεμβαίνει και στη φαρμακευτική αγωγή που έχει δοθεί στον Β.: όταν είναι “καλός” του τη δίνει, ενώ όταν τη θυμώνει, δεν του δίνει τα φάρμακα ή του δίνει λιγότερα. Ο πατέρας είναι μια αδύναμη φιγούρα, που δυσκολεύεται να επικοινωνήσει και δεν παίρνει θέση, αλλά κρυφά ευνοεί τον Β. και συμμαχεί μαζί του. Η μητέρα παίρνει καθημερινά τηλέφωνα. Είναι πολύ πειστική, κλαίει, φωνάζει, μοιρολογεί, θέλει να μάθει τι ειπώθηκε στο ραντεβού με τον Β. και πολύ συχνά κάνει υποδείξεις τι να του πω και πώς να του το πω».

«Ένα δεύτερο που σκέφτομαι τώρα με τις κοινές συναντήσεις, που έχει συμβεί δύο φορές και με ζόριζε παραπάνω, είναι η αίσθηση ότι κανένα από τα δύο μέρη δεν θέλει να σπάσει -στην προκειμένη περίπτωση αυτό που έλεγα πριν κι έχω στο μυαλό μου- τη δυνάδα... η αίσθηση εκείνη ότι ουσιαστικά δεν σου επιτρέπουν και αυτό έρχεται και από τις δύο πλευρές... είναι σαν να σπάει με ένα τρόπο η ελπίδα, και ότι από κάποιο μέρος κάτι μπορεί να γίνει... το προασπίζονται με νύχια και με δόντια τελικά...».

Η “εισβολή” της οικογένειας στο θεραπευτικό έργο ασκεί έντονη πίεση και είναι συχνά απειλητική για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

«Να πω κι εγώ, το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζω είναι όταν οι γονείς δεν μπαίνουν σε μια θεραπεία, σε μια θεραπευτική σχέση με το πρόγραμμα, αυτό εκεί είναι όλο το θέμα... γιατί μέσα από εκεί προσπαθούν να παρέμβουν... εμπειρικά εμένα οι δυσκολίες...

-Οι γονείς στο δικό σου έργο;

-Ναι... εμπειρικά οι δυσκολίες μου είναι είτε να πηγαίνουν στους διευθυντές να ζητάνε διαφοροποίηση σε σχέση με αυτά που γίνονται και έχουν αποφασιστεί από τη θεραπευτική ομάδα, είτε να επικοινωνούν πάρα, πάρα πολύ συχνά με πολύ έντονο τρόπο, να επιμένουν σε ζητήματα που θεωρούν αυτοί ότι θα βοηθήσουν... τα όρια... όλα αυτά είναι μια πίεση έντονη πάνω μας, η οποία πολλές φορές εμένα με δυσκολεύει στο να βγάλω και ένα θεραπευτικό πλάνο πιο ξεκάθαρο για τον θεραπευόμενο, δηλαδή, όταν είναι έντονη η παρέμβαση και η φόρτιση πάνω μου δυσκολεύομαι και στο να βλέπω και καθαρά... Εντάξει και γι' αυτό πιστεύω ότι είναι τι προσέγγιση έχουν οι γονείς. Έρχονται στο πρόγραμμα και γι' αυτούς ή έρχονται απλά γιατί “πετάω” κάποιον για θεραπεία, χωρίς να βλέπουν καθόλου το δικό τους το κομμάτι...».

«Δυσκολίες με τους γονείς ε; ναι, πρακτικά θέματα, όταν μπορεί να βλέπω κάποιο ατομικό ραντεβού, τώρα σε παίρνει η μητέρα ή ο πατέρας -ας πούμε- να σου ζητάει εδώ και τώρα κάποια απάντηση, να έρχονται εκτάκτως και μόνοι τους στον Συμβουλευτικό Σταθμό, χωρίς να έχουν ραντεβού και να πιέζουν πάρα πολύ για συνάντηση, τη στιγμή που μπορεί να πνιγόμαστε στη δουλειά...».

«Ο ρόλος μας είναι καθαρά ενημερωτικός, κάποιες φορές λίγο, έτσι, συμβουλευτικός, στηρικτικός, να δούμε, να ακούσουμε την αγωνία της μανούλας, δηλαδή, όταν μιλάμε για υγιή σχέση γιατί υπάρχουν και περιστατικά που σε “ρουφάει” το δυναμικό της σχέσης, έτσι, να σε καταπιεί... “καταβροχθιστικές” μαμάδες..., όταν προσπαθούν να σε βάλουν στο δυναμικό της σχέσης, όταν προσπαθούν να σε κάνουν, “πες του αυτό”, “κάνε του εκείνο”, δηλαδή να σε βάλει στη θέση τη δική τους, “πάρε τον γιο μου και κάνε τον καλά”... αυτό πιστεύω είναι δύσκολο... αλλά το πιο δύσκολο με τις μαμάδες, γιατί μπαμπάδες δεν υπάρχουν στο σκηνικό, είναι που θέλουν να επιβάλλουν τα δικά τους, που δεν ακούνε, που δεν θέλουν να καταλάβουν πώς λειτουργούμε εδώ, αυτό πιστεύω είναι το πιο δύσκολο... Ουσιαστικά, και σε ένα πολύ από κάτω επίπεδο δεν θέλουν να ξεβολευτούν από αυτό που ήδη έχουν μάθει... δεν θέλουν τα ναρκωτικά, δεν θέλουν τη χρήση αλλά θέλουν τη σχέση αυτή του εξαρτημένου...».



Εικόνα 6.12 Οικονόμου Μ., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Η αντιμετώπιση της υπερεμπλοκής από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας απαιτεί καταρχήν την οριοθέτηση και τον διαχωρισμό του θεραπευτικού χώρου τόσο για το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, όσο και για την οικογένειά του. Σύμφωνα με αρκετούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αν ο διαχωρισμός αυτός δεν γίνει σαφής από την αρχή της θεραπευτικής προσπάθειας, η έλλειψη ορίων, που πολύ συχνά παρατηρείται στις οικογένειες των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, διαιωνίζεται.

«Αυτό που έλεγα σε γονείς που υπερεμπλέκονται και ζητάνε μετά το ραντεβού του θεραπευόμενου, έρχονται μαζί με το παιδί και μετά το ραντεβού θέλουν και τα πέντε δικά του λεπτά, δεν τους βλέπω, τους βλέπω σε προκαθορισμένο ραντεβού, δηλαδή μπορεί να τους δω μια φορά και τους λέω, αν θέλετε να σας δω, να κλείσουμε ξεχωριστό ραντεβού, υπάρχουν, όμως, γονείς που επιμένουν σε αυτό... και δεν τους βλέπω ούτε τα 2 λεπτά, δεν τους παίρνω, βέβαια, μέσα στο γραφείο και τους λέω αν θέλετε κάτι κλείνουμε ένα άλλο ραντεβού, συνήθως δεν παίρνουν για άλλο ραντεβού, θέλουν αυτή τη σφήνα... να έχουν αυτοί την τελική εικόνα, έτσι να το κλέψουν λίγο από τον θεραπευόμενο και εκεί είμαι πολύ κάθετη...».

«Η δεύτερη δυσκολία είναι αυτό που έχω συνειδητοποιήσει... γονείς και παιδί, όταν προσέρχονται με κάποιον τρόπο στη θεραπεία, “τρώνε από την ίδια γαβάφα θεραπεία”, είτε ζητάνε είτε δεν ζητάνε οι γονείς, είτε τους βάζουμε είτε δεν τους βάζουμε, εγώ ξέρω ότι πάνε στην ίδια γαβάφα του παιδιού και “τσιμπολογάνε” και αυτοί, αλλά ξέρω ότι εκείνη την ώρα πρέπει κάποιες φορές να λέω “ωπ! τώρα τρώνε οι γονείς, μην τρως εσύ!” και την άλλη φορά “ωπ! τώρα τρώει το παιδί, μην τρώτε εσείς!”...».

«Το πολύ σημαντικό είναι, θεωρώ, το να μπορεί ο θεραπευόμενος στη σχέση αυτή: θεραπευόμενος, γονέας, θεραπευτής, να μπορεί να καταλαβαίνει ότι ο θεραπευτής είναι εκεί για τον θεραπευόμενο και όχι ο θεραπευτής είναι εδώ για όλους μας... θεωρώ ότι είναι κάτι που δικαιούται, γιατί προφανώς μεγάλωσε σε μία οικογένεια “ανορίωτη”, σε ένα περιβάλλον ανορίωτο που ήταν όλα για όλους και είναι σημαντικό να βρει τον χώρο του και να πει ο θεραπευτής είναι εκεί για μένα... Να μου πεις δεν είναι και για τον γονέα; Είναι και για τον γονέα αλλά και ο ίδιος ο γονέας είναι εκεί για μένα, για τον θεραπευόμενο, δηλαδή... στόχος είναι αυτός, θεραπεία κάνει αυτός, ο ρόλος του γονέα είναι επικουρικός και όχι ουσιο-κεντρικός στο θέμα αυτό».

Η οριοθέτηση, όμως, αυτή συχνά συνδυάζεται με κινητοποίηση της οικογένειας για συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες που απευθύνονται στους “σημαντικούς άλλους”.

«Τώρα μιλάμε για παρεμβάσεις “καμικάζι”, από το τηλέφωνο, να χτυπάει η πόρτα ξαφνικά και να μπαίνει κάποιος μέσα, δεν είναι εύκολο (σ.σ. γελάει) πρέπει να βάλουμε κι ένα όριο, ότι “εντάξει εσείς έχετε τη θεραπευτριά σας, θα τα πείτε στην κ. Ε. αυτά που σας απασχολούν”. Πολλοί δεν πηγαίνουν, έτσι; Εγώ έλεγα να πάνε στην κ. Ε. αλλά δεν πηγαίνουν ποτέ... ήθελα να τους πείσω τελικά ότι “είστε δύσκολα, πάρτε τη βοήθεια που σας προσφέρει το πλαίσιο, εδώ είμαστε και για σας, δεν είμαστε μόνο για τον εξαρτημένο, υπάρχει ένα πλούσιο κομμάτι του προγράμματος που απευθύνεται σε σας”».

«Εγώ συνήθως τους παρέπεμπα γρήγορα, για να είναι διακριτό ότι η δουλειά που κάνω εγώ αφορά τον θεραπευόμενο και η δουλειά που πρέπει να κάνετε εσείς και αφορά εσάς θα την κάνετε με συγκεκριμένο πρόσωπο. Εντάξει, υπήρχαν κάποιοι συγγενείς που -παρότι εγώ δεν το ενθάρρυνα γιατί ήθελα να τους κινητοποιήσω να κάνουν εκείνοι τη δουλειά- ερχόντουσαν και μπορώ να πω σε όλα τα ραντεβού. Δεν ήταν απαραίτητο ότι θα τους βάλω μέσα. Υπήρχαν και άνθρωποι που πραγματικά μπορούσαν να με φέρουν σε δύσκολη θέση, δηλαδή δεν αφήνανε καθόλου χώρο στον θεραπευόμενο, εισβάλλανε και προσπαθούσα να τους οριοθετήσω, πολλές φορές μη βάζοντάς τους και μέσα ή τουλάχιστον τους έβλεπα στο τέλος πολύ λίγο γι’ αυτόν τον λόγο... αλλά ήταν μέχρι εκεί... δεν είχα παραπέρα συμμετοχή σε αυτό, όπως, επίσης, δεν είχα καμία -άπαξ και έμπαιναν στο κλειστό- δεν είχα καθόλου επαφή με τους συγγενείς μετά... με τους εξωτερικούς αρρώστους μπορεί να είχα σποραδική επαφή αλλά όχι με του κλειστού...».

Επιπλέον, ο διαχωρισμός του θεραπευτικού χώρου του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης και της οικογένειάς του προστατεύει τον ατομικό θεραπευτή του ατόμου αυτού από την επιβάρυνση, η οποία προκύπτει όταν και τα μέλη της οικογένειας απευθύνουν στον ίδιο τα αιτήματά τους.

«Και, επίσης, κάποιες οικογένειες που προσπαθούν να υπερεμπλακούν -αυτό που είπε η συνάδελφος- ζητάνε να σου φορτώσουν το παιδί... να πάρουν έτσι, να πάρουν... θέλει πολύ αυστηρά όρια...».

«Και θέλω να πω ότι, όταν οι γονείς βασίζονται αποκλειστικά σε εμάς, εγώ έχω νιώσει ιδιαίτερα επιβαρυνμένη...».

Η οριοθέτηση, βέβαια, αυτή απαιτεί ιδιαίτερη ευελιξία από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ώστε να διατηρηθεί η επικοινωνία με την οικογένεια και κατά συνέπεια η εξασφάλιση κάποιου στηρικτικού πλαισίου στην προσπάθεια απεξάρτησης, όπως και η δυνατότητα κινητοποίησης της οικογένειας για αναζήτηση συμβουλευτικής σε θέματα που αφορούν τα μέλη τα οποία δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Αντίθετα, η άκαμπτη και βιαστική οριοθέτηση ως απάντηση στην υπερεμπλοκή της οικογένειας μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της επικοινωνίας με την οικογένεια.

«Αυτό που έλεγα σε γονείς που υπερεμπλέκονται και ζητάνε μετά το ραντεβού, έρχονται μαζί με το παιδί και μετά το ραντεβού θέλουν και τα πέντε δικά του λεπτά, δεν τους βλέπω, τους βλέπω σε προκαθορισμένο ραντεβού, δηλαδή μπορεί να τους δώ μια φορά και τους λέω αν θέλετε να σας δώ να κλείσουμε ξεχωριστό ραντεβού, υπάρχουν, όμως, γονείς που επιμένουν σε αυτό... και δεν τους βλέπω ούτε τα δύο λεπτά, τους παίρνω, βέβαια, μέσα στο γραφείο και τους λέω αν θέλετε κάτι, κλείνουμε ένα άλλο ραντεβού, συνήθως δεν παίρνουν για άλλο ραντεβού, θέλουν αυτή τη “σφήνα”... να έχουν αυτήν την τελική εικόνα, έτσι να το κλέψουν λίγο από τον θεραπευόμενο και εκεί είμαι πολύ κάθετη... και σκέφτομαι, επειδή είπατε το κομμάτι της εμπειρίας ότι γονείς χωρίς καμία επικοινωνία... θυμάμαι από τα πρώτα μου χρόνια που το είχα αφήσει και έτσι, τώρα νομίζω με κάποιον τρόπο, μετά από χρόνια, φροντίζω να έχω τουλάχιστον μια κάποια εικόνα από εκείνους... να μην αφήσω να περάσουν δύο χρόνια χωρίς καμία επικοινωνία...

-Τους παίρνεις λοιπόν εσύ τηλέφωνο...

-Συνήθως με παίρνουνε...».

«Σε σχέση με τη δυσκολία, με αυτήν την υπερεμπλοκή που είπα ότι οι γονείς παίρνουν και ξαναπαίρνουν και ξαναπαίρνουν, αυτό που συνήθως κάνω είναι να τους εξηγώ ότι είναι πολύ σημαντικό, γιατί παίρνουν ουσιαστικά για να έχουν μια σχέση με το παιδί μέσω εμένα, το να είμαι διαμεσολαβητής... τους εξηγώ ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να έχουν μια άμεση σχέση. Ουσιαστικά παίρνουν εμένα που δεν θα έρθουν κοντά με τον θεραπευόμενο και βάζω έτσι ένα πολύ σταθερό πλαίσιο και απαγορευτικό, δεν τους επιτρέπω να με παίρνουν έτσι ή αν με παίρνουν δεν τους μιλάω ακόμα και στο τηλέφωνο...».

«Ναι, έχει τύχει να νιώσω πίεση από τους γονείς αλλά εκεί δεν... κλείνω το τηλέφωνο, μου έχει τύχει να έρθει εδώ η μητέρα χωρίς ραντεβού και να μου ζητάει να μιλήσουμε, για παράδειγμα, για τον Α...».



Εικόνα 6.13 Γαΐτης Γ., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Επίσης, η οριοθέτηση αυτή αρκετές φορές αποτελεί μια κοπιώδη και μακρόχρονη διαδικασία. Στο παρακάτω απόσπασμα η υπερεμπλοκή της μητέρας –στο πλαίσιο της απουσίας του πατέρα (“ανύπαρκτος”/ “ευνουχισμένος”/αδιάφορος κ.λπ.)- φαίνεται να δυσκολεύει όλη τη θεραπευτική ομάδα. Η πόλωση των απόψεων μητέρας-εξαρτημένου γιου αλλά και άλλων ενδεχομένως μελών του θεραπευτικού τριγώνου (αδελφού εργαζόμενου στη Δίωξη Ναρκωτικών - εξαρτημένου/θεραπευτή-οικογένειας) αποτελεί το πλαίσιο ενός φαύλου κύκλου συγκρούσεων που διαιωνίζει την εξαρτητική συμπεριφορά.

«Η συλλογή πληροφοριών από την καθημερινότητά τους καθώς και ενός στοιχειώδους ιστορικού είναι πολύ δύσκολη: οι απόψεις του Β. και της μητέρας είναι εντελώς διαφορετικές, ενώ ο πατέρας είναι ανύπαρκτος. Η θεραπευτική ομάδα δυσκολεύεται να σχηματίσει μια ξεκάθαρη εικόνα ακόμα και για το πώς περνάει αυτή η οικογένεια στην καθημερινή της ζωή. Ο ψυχίατρος του τμήματος δυσκολεύεται, επίσης, καθώς οι πληροφορίες που έρχονται από τη μητέρα και τον Β. είναι αντιφατικές.

Αισθάνομαι ότι χρειάζεται πάρα πολύ αυστηρή οριοθέτηση σε όλα, αλλά εκείνη μιλά ακατάπαυστα και δεν ακούει. Της προτείνω ραντεβού στο Τμήμα Οικογένειας αλλά προβάλλει οικονομικά προβλήματα. Ακόμα και στις ατομικές μας συναντήσεις δεν ακούει σε σχέση με το πώς να φέρεται στον Β. ούτε για τη σωστή χορήγηση της αγωγής και φέρνει γκρίνια και μηδενισμό για όλα. Κάθε φορά που ο Β. μένει για λίγο καθαρός, τον βομβαρδίζει με απαιτήσεις και υποτίμηση. Τον συγκρίνει με το μεγάλο γιο, ο οποίος δουλεύει στη Δίωξη Ναρκωτικών.

Ζητά λύσεις για τα πάντα και πιέζει συνεχώς για να μπει ο Β. στην κλειστή φάση, παρότι κάνει χρήση. Αν και ο Β. έρχεται μόνο μια φορά την εβδομάδα στην Αθήνα, εκείνη θέλει να έρχεται ακόμα πιο αραιά και να μένει πιο πολύ σπίτι, όπου τον κλειδώνει. Ζητά για διάφορους λόγους ο Β. να είναι η εξαίρεση από οποιαδήποτε διαδικασία του Προγράμματος και θυμώνει, όταν την οριοθετώ. Δίνει ανακριβείς πληροφορίες για τη σοβαρότητα των υποτροπών του και παρουσιάζει ακόμα και “απόπειρα αυτοκτονίας”, την οποία ο Β. αρνείται ότι έκανε, προκειμένου να πιέσει για “να τον βάλουμε μέσα”, όπως λέει.

Μετά από ένα χρόνο συστηματικής παρακολούθησης και αυστηρής οριοθέτησης προς όλες τις κατευθύνσεις, ο Β. μένει καθαρός και τώρα βρίσκεται στην κλειστή φάση. Η μητέρα παίρνει τηλέφωνο μια φορά τον μήνα και ρωτά για τη φαρμακευτική του αγωγή, αν τρώει και αν δημιουργεί προβλήματα. Την ίδια εικόνα έχει και στην ομάδα γονέων, όπου οι συντονιστές δυσκολεύονται να συνεννοηθούν μαζί της. Στις

παραγγελίες πραγμάτων που ζητά ο Β. πάντα κάνει μια δική της παρέμβαση και ποτέ δεν του στέλνει αυτά που ζητάει ακριβώς. Θέλει να τον κρατήσουμε για πάντα στο κλειστό και αναφέρει ότι τώρα η υγεία του πατέρα του είναι πολύ καλύτερη. Ο πατέρας εξακολουθεί να μην έχει επαφή με το Πρόγραμμα».

Τέλος, οι επαγγελματίες αναφέρουν ότι η υπερεμπλοκή των μελών της οικογένειας στη θεραπεία του μέλους της, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αποτελεί κάποιες φορές τον τρόπο που σχετίζονταν τα μέλη της οικογένειας για χρόνια μεταξύ τους. Έτσι, την ίδια στιγμή κατά την οποία η οικογένεια εκφράζει με ειλικρίνεια μια μεγάλη επιθυμία για αλλαγή φοβάται έντονα αυτήν την αλλαγή που απειλεί τις ισορροπίες της (“ομοιόσταση”) και αντιστέκεται σε αυτήν. Τα μέλη, βέβαια, της οικογένειας χρειάζονται βοήθεια για να αναγνωρίσουν τους φόβους και την αμφιθυμία τους για αλλαγή.

«Και το άλλο είναι ότι είναι οι ίδιοι οι γονείς εξαρτημένοι από τα παιδιά τους, βιώνουν αυτήν την κατάσταση, σαν κάτι πολύ οδυνηρό που ταυτόχρονα, όμως, είναι ο τρόπος που έχουν μάθει να ζουν... και το να απεξαρτηθούν από το παιδί τους σημαίνει ότι θα το χάσουν με κάποιο τρόπο... υπάρχει, λοιπόν, συνεξάρτηση, είναι κι οι γονείς εξαρτημένοι από τα παιδιά και φοβούνται ότι μια απεξάρτηση του παιδιού θα φέρει κι έναν αποχωρισμό, ένα προχώρημα του παιδιού, κι αυτό φοβίζει, γιατί τι θα μείνει πίσω, θα μείνουν μόνοι, κι αυτό το φοβούνται... από τη μια θέλει το παιδί να προχωρήσει αλλά από την άλλη υπάρχει ένας φόβος τι θα φέρει σαν προχώρημα...».

«Η μητέρα ζητούσε βοήθεια, ωστόσο φαινόταν να μην εφαρμόζει στην πράξη όσα άκουγε».

Παρόλες, όμως, τις δυσκολίες, το ξεκίνημα μιας μακριάς πορείας διαφοροποίησης των μελών της οικογένειας είναι συχνά επιτεύξιμο στο πλαίσιο της θεραπείας απεξάρτησης.

«Ναι, και από εκεί και πέρα, όταν το παιδί βγει στην επανένταξη, προσπαθούμε έτσι λίγο να ενισχύσουμε, να βοηθήσουμε ακόμα περισσότερο την αναδόμηση -να το πω- αυτής της σχέσης του παιδιού με τους γονείς, έτσι ώστε να είναι πιο σαφή τα όρια μεταξύ τους, να μην είναι συμβιωτικές οι σχέσεις, να είναι -τέλος πάντων- οριοθετημένες και από την πλευρά του γονιού και του παιδιού... Γιατί μπορεί και το παιδί να μην μπορεί να ξεκολλήσει από τους γονείς αλλά και οι γονείς από το παιδί, οπότε να το τραβάνε προς τα πίσω...».

«Η υπερεμπλοκή είναι πολύ δύσκολο πρόβλημα, είναι πολύ συνηθισμένο, όμως, και σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει διαφοροποίηση, όχι πολύ γρήγορα αλλά υπάρχει, είτε είναι σε ατομικά είτε είναι σε ομάδες είτε είναι παράλληλα με δραματοθεραπεία, υπάρχει...».



Εικόνα 6.15 Φασιανός Α., Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

6.2.3. Δυναμική ομάδας και αλληλεπιδράσεις επαγγελματιών

Ένα κεντρικό θέμα που προκάλεσε ζωνχές συζητήσεις σε όλες σχεδόν τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης ήταν ο αγώνας των συμμετεχόντων να αναπτύξουν μια ισορροπημένη συμμαχία με τα μέλη της οικογένειας και το άτομο με προβλήματα εξάρτησης. Ήταν σύνηθες για έναν συμμετέχοντα να βασίζεται στην αφήγηση ενός άλλου, ώστε να εκμαιεύει και να συζητά συγκλίνουσες ή αποκλίνουσες απόψεις. Για παράδειγμα, όταν μια συμμετέχουσα περιέγραψε την αποδοχή της και τη «συνπόρευσή» της με τη γονική «αντίσταση», μια άλλη υποστήριξε την άμεση αντιπαράθεση των γονέων με τις ευθύνες τους. Ο «τοίχος» ήταν κεντρικό θέμα στις ομαδικές συζητήσεις. Αντικατόπτριζε την αντιπαράθεση των συμμετεχόντων με την έλλειψη «κίνησης» των μελών της οικογένειας, την αντίσταση στην αλλαγή και την απογοήτευση και την ακινητοποίηση των μελών της οικογένειας σε σχέση με τις θεραπευτικές επιδιώξεις των επαγγελματιών.

Σε όλες τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, οι συμμετέχοντες ήταν πρόθυμοι να εκτεθούν και να μοιραστούν ανοιχτά το άγχος, τον θυμό, την ενοχή, την εξαπάτηση και μερικές φορές τη μεγάλη αγωνία τους. Όταν οι συζητήσεις προκάλεσαν άγχος, η ανάλυση της δυναμικής της ομάδας αποκάλυψε ότι οι συμμετέχοντες έτειναν να θέτουν συναισθηματική απόσταση από πολύ στενόχωρα θέματα:

(α) καταφεύγοντας σε ψυχολογικές ερμηνείες της συμπεριφοράς των γονέων (π.χ. να ερμηνεύουν την υπερβολική εμπλοκή των μελών της οικογένειας ή την υπονόμευση της θεραπευτικής συμμαχίας του επαγγελματία με το άτομο με προβλήματα εξάρτησης),

(β) προσφέροντας εναλλακτικές προσεγγίσεις και λύσεις για τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπεία και

(γ) με την περιγραφή κοινών πρακτικών που σπάνια αμφισβητήθηκαν ή συζητήθηκαν.

Οι συμμετέχοντες ήταν εξαιρετικά πρόθυμοι να συμβάλουν στην έρευνα, όταν κλήθηκαν να περιγράψουν την προσωπική τους πορεία στον τομέα του εθισμού και να μοιραστούν προσωπικές αλλαγές στην κατανόηση των γονέων, στις κλινικές προσεγγίσεις τους και στις αντιλήψεις τους για τον ρόλο τους ως θεραπευτές. Κάποιοι τόνισαν την ανάγκη να επεξεργαστούν τις δικές τους προκαταλήψεις, άλλοι παραδέχτηκαν την ανάγκη να αποφευχθεί η υποστήριξη της τάσης των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης να εξιδανικεύουν τον θεραπευτή και να υποτιμούν την οικογένειά τους, και άλλοι τόνισαν την ανάγκη να επικεντρωθούν στη δική τους απροθυμία να ακούσουν αυτό που προσπάθησαν τα μέλη της οικογένειας να μεταφέρουν σε αυτούς. Ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ωφελήθηκαν από τις ομαδικές συζητήσεις και ότι αυξήθηκε η αυτεπίγνωσή τους.

«-Νομίζω εκ των υστέρων ότι κρατάω πολύ θυμό εναντίον των γονιών. Θυμώνω απίστευτα... Ωστόσο με τον καιρό έχω μάθει να μετριάζω τον θυμό μου. Στο παρελθόν, έπιασα τον εαυτό μου - και αυτό δεν με τιμά- να συμπεριφέρομαι διαφορετικά με τους γονείς, ανάλογα με τη σχέση που είχα με το άτομο με προβλήματα εξάρτησης. Υπάρχουν δηλαδή θεραπευόμενοι για τους οποίους ενδιαφέρομαι πολύ, επικοινωνώ με τους γονείς τους και όποτε έρχονται να με δουν τους αντιμετωπίζω με χαρά και χαμόγελο. Υπάρχουν, όμως, και θεραπευόμενοι για τους οποίους δεν τρέφω τόσο θετικά συναισθήματα και δεν θέλω τόσο πολύ να δω τους γονείς τους.

- Τι πιστεύεις ότι συμβάλλει σε αυτό;

- Κάτι που μπορώ να σκεφτώ αυτή τη στιγμή είναι ότι πιθανώς να επαναλαμβάνω με τους νέους (πελάτες) την ίδια απάντηση την οποία παίρνουν από τους γονείς τους, κάτι που δεν γνώριζα τόσο μέχρι τώρα».

Συχνά, επαγγελματίες με αρκετά χρόνια υπηρεσίας πρόσφεραν διορατικές ερμηνείες, όταν οι συνάδελφοί τους αναφέρονταν σε εχθρικά συναισθήματα προς τα μέλη της οικογένειας. Πρότειναν ότι, εκτός και αν οι επαγγελματίες κατάφεραν να συγκρατήσουν αυτά τα συναισθήματα, με τη βοήθεια της ατομικής εποπτείας ή της εποπτείας σε ομάδα ομοτίμων, ήταν πιθανό να οδηγηθούν στην έκφραση αυτών των συναισθημάτων στη θεραπεία, αφήνοντας τα μέλη της οικογένειας να αισθάνονται πιο ένοχα και ακινητοποιημένα από πριν. Συνολικά, τα επιθετικά συναισθήματα αποδίδονταν σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες τους που ήταν αρκετά συνηθισμένες στην αρχή της καριέρας τους, σε ζητήματα ταύτισης με το άτομο με προβλήματα εξάρτησης εναντίον του γονέα ή στο προσωπικό τους ιστορικό και σε ανεπίλυτες οικογενειακές συγκρούσεις στο γενεόγραμμα του επαγγελματία.

«Πιστεύω ότι έχει να κάνει με την αντιμεταβίβασή μας, καθώς, όπως και οι γονείς, έτσι κι εμείς, οι επαγγελματίες, μπορεί να έχουμε αισθήματα παντοδυναμίας και είμαστε εκτεθειμένοι σε όλη αυτήν την απελπισία που φέρνει ο εθισμός... Αντί να αναγνωρίσουμε την απελπισία μας, τα μεταφέρουμε επιθετικά στους γονείς... Όλα αυτά έχουν να κάνουν με συναισθήματα απελπισίας και ανεπάρκειας που έχουμε εμείς οι επαγγελματίες, και τη δυσκολία μας να τα αναγνωρίσουμε, να τα συγκρατήσουμε και να τα επεξεργαστούμε... Μέσα σε όλη αυτήν την απελπισία, μερικοί επαγγελματίες προσπαθούν να ταρακουνήσουν τους γονείς, να τους παρακινήσουν να επιτύχουν κάποια γρήγορη αλλαγή (λέγοντάς τους): «Θα πεθάνει, αν δεν το κάνεις αυτό», λες και οι γονείς είχαν τη δυνατότητα να σώσουν το παιδί τους. Είναι η βιασύνη του θεραπευτή, υποθέτω, αλλά αυτό κάνει τους γονείς ακόμα πιο ένοχους και πανικόβλητους και δεν τους βοηθά να ενεργήσουν σωστά».

Οι συμμετέχοντες με τη μεγαλύτερη εμπειρία συνέβαλαν στη συζήτηση των «λιγότερο επιθυμητών» αντιδράσεων, αναφερόμενοι στην προσωπική τους πορεία ως επαγγελματίες. Ανέφεραν ότι με την αυξανόμενη εμπειρία, σταδιακά επαναπροσδιόρισαν τον ρόλο τους ως θεραπευτές, αποδέχθηκαν τους περιορισμούς τους και ανέπτυξαν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες από τους γονείς. Η προσωπική ανάπτυξη, το να γίνει κάποιος γονιός στην προσωπική του ζωή, η εποπτεία, η συνεργασία με τους συνομηλίκους και η κλινική εμπειρία συνέβαλαν σε αυξημένη ευαισθησία απέναντι στα συναισθήματα, τις απαντήσεις και τις ανησυχίες των γονέων και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των επαγγελματιών μπορεί να ήταν έντονες, αλλά διαρκούσαν για σύντομο χρονικό διάστημα, καθώς σταδιακά γίνονταν πιο ικανοί να τις συγκρατήσουν. Επιπλέον, η προσωπική θεραπεία και η επαγγελματική ωριμότητα βοήθησαν τους επαγγελματίες να εργαστούν πάνω στα δικά τους άλυτα ζητήματα που έτειναν να ενεργοποιούνται στη συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα της οικογένειας και εμποδίζαν την ακρόαση των εξυπηρετούμενων και των μελών της οικογένειάς τους. Αντίθετα, έφτασαν να αντιλαμβάνονται τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις ως ενδείξεις για μια βαθύτερη κατανόηση της ύπαρξης των γονέων και της οικογένειας στον κόσμο.

«Σε κάποιες επικοινωνίες με συναδέλφους φαίνεται ότι γινόμαστε ο “δικηγόρος” του γονέα και ο “δικηγόρος” του παιδιού αντίστοιχα, και διαπραγματευόμαστε θέματα που σχετίζονται με την υποστήριξη των θεραπευόμενων μας... Είναι σαν να γινόμαστε ο «κακός» (άνθρωπος), ο κηδεμόνας ή ο γονιός ενός «κακού» γονέα και -κατά συνέπεια- μερικές φορές βγαίνει πολλή επιθετικότητα και θυμός, όχι απαραίτητα προσωπικός, αλλά βγαίνει με μια ορμή που μπορεί να είναι δύσκολο να συγκρατήσω και να ακούσω τι μου λέει αυτό το άτομο (δηλαδή ο συνάδελφος) τώρα και να μην μείνω στην επιφάνεια».

Σε ορισμένες ομάδες υπήρξε μια ζωηρή συζήτηση για την αξία της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών, με συζητήσεις για το ποιος ξεκινά την επαφή με ποιον και πότε. Τα οφέλη από τη συνεργασία με συναδέλφους που εργάζονται με το άτομο στη θεραπεία, βοήθησαν ορισμένους συμμετέχοντες στην ατομική ή ομαδική εργασία τους με τους γονείς και συνέβαλαν στην προβολή ενός ολιστικού και ολοκληρωμένου προγράμματος παρέμβασης. Αντίθετα, εμπειρίες διαχωρισμού (splitting) στην ίδια ομάδα ή μεταξύ διαφορετικών ομάδων προκάλεσαν αισθήματα απογοήτευσης και εξαπάτησης στους συμμετέχοντες.

Ορισμένοι συμμετέχοντες ήταν επιλεκτικοί στις συνεργασίες τους με συναδέλφους, ενώ άλλοι υπερασπίζονταν το εργασιακό πλαίσιο, όποτε έρχονταν στο προσκήνιο αναποτελεσματικές παρεμβάσεις ή συγκρούσεις στο πλαίσιο της συνεργασίας. Ωστόσο, η προσωπική ανάπτυξη και η αυτοπεποίθηση φάνηκε να έχουν θετικό αντίκτυπο στη συνεργασία των συμμετεχόντων.

«Επιδιώκω πιο συχνά, από ό,τι στο παρελθόν, να συνεργάζομαι (με συναδέλφους). Δεν μπορώ να το συσχετίσω με κάτι. Μπορεί να είναι μια αίσθηση ικανότητας που νιώθω όλο και περισσότερο στη δουλειά μου. Με άλλα λόγια, με το να νιώθω πιο ικανός, είμαι, επίσης, πιο ικανός να καλέσω έναν συνάδελφο και να ζητήσω τη βοήθειά του και να προσφέρω τη βοήθειά μου σε διάφορα θέματα».

Οι αφηγήσεις ήταν συνολικά συνεκτικές και χαρακτηρίζονταν από διαφορετικούς βαθμούς διορατικότητας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν, επίσης, οι συστάσεις οι οποίες προτάθηκαν από τους συμμετέχοντες που περιελάμβαναν μια αναθεωρημένη προσέγγιση για την εργασία με οικογένειες, έναν βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με τη φιλοσοφία και την προσέγγιση του εργασιακού πλαισίου και την ανάγκη για βελτιωμένη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών. Η εποπτεία προτάθηκε ως ζωτικό μέτρο για την αποφυγή αποτυχημένης συνεργασίας με μέλη οικογένειας, καθώς και τον θυμό και τη δυσαρέσκεια του επαγγελματία εναντίον των γονέων ή άλλων επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.

6.3. Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στη συνεργασία τους με οικογένειες οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού στην Ελλάδα. Τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η συνεργασία με τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας είναι γεμάτη προκλήσεις που εμπίπτουν σε δύο γενικές κατηγορίες: (α) δυσκολίες οι οποίες σχετίζονται με τη γονική δέσμευση, συμμαχία και ζητήματα επικοινωνίας και (β) δυσκολίες οι οποίες σχετίζονται με την ενδοομαδική και διομαδική συνεργασία των επαγγελματιών.

Παρόλο που οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν την προσέγγιση της οικογένειας ως απαραίτητη στη θεραπεία της εξάρτησης, περιέγραψαν τις αλληλεπιδράσεις τους με τους γονείς, ειδικά κατά τα πρώτα χρόνια της πρακτικής τους, ως ψυχοφθόρες και πιεστικές σε βαθμό που συχνά αδυνατούσαν να δουν κάποια προοπτική συνεργασίας και, μερικές φορές, εγκατέλειπαν την προσπάθεια οικοδόμησης συμμαχίας με την οικογένεια. Τα παρόντα ευρήματα συνάδουν με προηγούμενες έρευνες σχετικά με τα εμπόδια στην προσέγγιση οικογένειας στην οποία οι προκύπτουσες εντάσεις μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών και των μελών της οικογένειας οδήγησαν σε διακοπή της επικοινωνίας, αφήνοντας τα μέλη της οικογένειας αποκομμένα από τις υπηρεσίες (Orr et al., 2014; Lee et al., 2012). Επιπλέον, η ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων των επαγγελματιών απέναντι στα μέλη της οικογένειας φαίνεται να μοιάζει με εκείνες που περιγράφονται στη βιβλιογραφία ως «αντιμεταβίβαση» απέναντι σε άτομα με προβλήματα εξάρτησης (SAMHSA, 2009). Η αντιμεταβίβαση αναφέρεται στη συναισθηματική αντίδραση ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας προς έναν εξυπηρετούμενο και μπορεί να περιέχει ασυνείδητες σκέψεις, συναισθήματα ή στάσεις απέναντί του (Gabbard, 2000). Οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις των επαγγελματιών περιλαμβάνουν εχθρικές συναισθηματικές αντιδράσεις, αποφυγή, τιμωρητικές στάσεις και «αμυντική αδιαφορία», όταν εκτίθενται σε ασυνήθιστα επίπεδα άγχους στις αλληλεπιδράσεις θεραπευτή-εξυπηρετούμενου (SAMSHA, 2009; Najavits, Griffin, Luborsky, et al., 1995).

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν τον υψηλό επιπολασμό της έκθεσης σε τραύμα και της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) μεταξύ των εξυπηρετούμενων και των επαγγελματιών στον τομέα του εθισμού και μπορεί εν μέρει να εξηγήσει την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων των επαγγελματιών σε αυτούς που υποστηρίζουν. Η έκθεση σε τραύμα φαίνεται να είναι σχεδόν καθολική με περίπου τα δύο τρίτα των εξυπηρετούμενων με προβλήματα εξάρτησης να αναφέρουν συμπτώματα PTSD (Dore, Mills, Murray, et al., 2012; Driessen, Schulte, Luedecke, et al., 2008) και έναν στους πέντε επαγγελματίες να εμφανίζει συμπτώματα τα οποία πληρούν τα κριτήρια για δευτερογενές τραυματικό στρες (Missouridou et al., 2021; Ewer, Teeson, Sannibale, al., 2015; Bride, Hatcher & Humble, 2009). Οι αντιδράσεις των επαγγελματιών μπορούν, επίσης, να εξηγηθούν από την έκθεσή τους σε υψηλά ποσοστά διαπροσωπικής απώλειας και ανεπίλυτου οικογενειακού πένθους, που μεταδίδεται από γενιά σε γενιά σε οικογένειες οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (Stevens, Andrade, Korchmaros, & Sharron, 2015; Garrett & Landau, 2007). Η τραυματική έκθεση των οικογενειών στον εθισμό οδηγεί σε έντονα συναισθήματα θυμού, ενοχής, αμφιθυμίας, θλίψη καθώς και υπερβολικό άγχος που προκαλείται από την τεράστια ευθύνη της πρόληψης του θανάτου (Zucker et al., 2015; Barnard, 2007). Ο Gabbard (2000) προτείνει ότι οι επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν άτομα με ψυχικά τραύματα και τις οικογένειές τους έχουν συχνά την τάση να υιοθετούν τον ακατάλληλο ρόλο του θύματος, του θύτη, του εξιδανικευμένου παντοδύναμου σωτήρα ή της μη εμπλεκόμενης μητέρας (“uninvolved mother”). Η βιβλιογραφία για τη συνεξάρτηση συζητά, επίσης, την υπερβολική εμπλοκή και τις συμπεριφορές σωτηρίας του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης που έχουν ως αποτέλεσμα τη θυματοποίηση του φροντιστή/επαγγελματία (Beattie, 1987). Αυτή η δυναμική μπορεί τουλάχιστον εν μέρει να εξηγηθεί γιατί η ανταπόκριση στις συναισθηματικές ανησυχίες των οικογενειών φαίνεται να προκαλεί τόσο στρες στους επαγγελματίες. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη περιέγραψαν την αντιμετώπιση θεμάτων συμμαχίας ως απαιτητική, περίπλοκη, εξαντλητική εργασία και συχνά αποφάσισαν να παραπέμψουν τα μέλη της οικογένειας σε άλλον θεραπευτή, ώστε να προστατεύσουν τόσο τη θεραπευτική τους σχέση με τον εξυπηρετούμενο όσο και τους εαυτούς τους από την πίεση των ανταγωνιστικών σχέσεων. Όσον αφορά τις εμπειρίες των επαγγελματιών στην πρακτική της οικογενειακής θεραπείας, ο Rober (2011) συζητά την ευαλωτότητα και τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία βιώνουν οι επαγγελματίες που εργάζονται με μέλη της οικογένειας των οποίων τα συγκρουόμενα συμφέροντα και οι ανταγωνιστικές ιστορίες μπορεί να βλάψουν, να κατηγορήσουν ή να μπερδέψουν τους επαγγελματίες. Πράγματι, η σημασία των τριαδικών αλληλεπιδράσεων και των θεμάτων τριγωνοποίησης έχει συζητηθεί διεξοδικά στο πεδίο της οικογενειακής θεραπείας (Flaskas, 2012). Ο Whitaker (1976) προτείνει ότι ένα τρίγωνο μπορεί να είναι θεραπευτικό, όταν ο επαγγελματίας, ο οποίος δεν κρατά μια «ουδέτερη» στάση στις συγκρουσιακές αλληλεπιδράσεις, παίρνει το μέρος τού ενός και

στη συνέχεια του άλλου, κρατώντας έτσι μια ευέλικτη και κάπως αμερόληπτη στάση. Ωστόσο, οι Dallos και Vetere (2012) αναγνωρίζουν πόσο βαθιά απειλητική μπορεί να είναι η θεραπευτική εργασία τόσο για τους εξυπηρετούμενους όσο και για τα μέλη της οικογένειας στον τομέα της εξάρτησης από ναρκωτικά και αλκοόλ, τονίζοντας τη σημασία της δημιουργίας μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του εξυπηρετούμενου και ενός επαγγελματία, πριν από τη μετάβαση στην προσέγγιση οικογένειας. Μάλιστα, περιγράφουν την προσέγγιση οικογένειας ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει πολλούς επαγγελματίες, η οποία είναι σύμφωνη με την επιλογή ορισμένων συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη να παραπέμπουν τους γονείς σε έναν συνάδελφο ως τρόπο αντιμετώπισης ζητημάτων συμμαχίας στο τρίγωνο θεραπευτής-εξυπηρετούμενος-μέλος οικογένειας. Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε, επίσης, να είναι χρήσιμη σε άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στην ψυχική υγεία ή τη φροντίδα ηλικιωμένων, οι οποίοι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις εντάσεις στην τριαδική συνάντηση με φροντιστές και λήπτες φροντίδας.

Όσον αφορά τις δυσκολίες ενδοομαδικής και διομαδικής συνεργασίας, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη ανέφεραν ότι η επικοινωνία συχνά παρεμποδιζόταν από τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες των συναδέλφων, την έλλειψη ολοκληρωμένης και συντονισμένης προσέγγισης και τις ανταγωνιστικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του θεραπευτή του εξυπηρετούμενου και του θεραπευτή του μέλους της οικογένειας. Ο Gabbard (2000) τονίζει τη σημασία της αποφυγής της επανάληψης της δυναμικής της σχέσης γονέα-παιδιού στην επικοινωνία των επαγγελματιών με τους συναδέλφους. Τονίζει, επίσης, την ανάγκη οι επαγγελματίες να αποφεύγουν να τάσσονται στο πλευρό της αρνητικής στάσης του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης προς τους γονείς (πιθανός διαχωρισμός και λανθάνουσες ανταγωνιστικές συμπεριφορές φθόνου) και αντίστοιχα να συνειδητοποιούν ότι η άποψη των γονέων πρέπει να γίνει αποδεκτή με προσοχή αποφεύγοντας το διαχωρισμό («splitting»). Ομοίως, οι Vetere και Henley (2001) περιγράφουν λεπτομερώς την πολυπλοκότητα της δέσμευσης συντρόφων ή μελών της οικογένειας ατόμων με προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ, χρησιμοποιώντας προσέγγιση βινέτας περιπτώσεων. Προτείνουν, επίσης, την ανάγκη καλής επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών για να αποφευχθεί το θεραπευτικό τρίγωνο να γίνει «τρίγωνο υπονόμευσης».

Περιορισμοί της μελέτης

Όσον αφορά τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, ορισμένες από τις προκλήσεις που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες θα μπορούσαν ίσως να εξηγηθούν από το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εμφανίστηκε ο εθισμός και οι υπηρεσίες που παρέχονταν. Πιο συγκεκριμένα, στις παιδοκεντρικές κοινωνίες της Νότιας Ευρώπης, όπως στην Ιταλία, στην Ελλάδα, στην Πορτογαλία και στην Ισπανία, η μετάβαση στην ενηλικίωση καθυστερεί (Buchmann, & Kriesi, 2011; Aassve, Iaconou, & Mencarini, 2006), με τους γονείς να ασκούν έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής του ενήλικου παιδιού τους (Aassve, Iaconou, & Mencarini, 2006· Maratou-Alipranti, 2010) και, κατ' επέκταση, στους επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία του. Επιπλέον, σε αυτούς τους πολιτισμούς, ο εθισμός του ατόμου στιγματίζεται, με τους γονείς να αισθάνονται συχνά ένοχοι και υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά του. Έτσι, η ερμηνεία των ευρημάτων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές δομές, τον καταμερισμό εξουσίας, τις θρησκείες, τις στάσεις απέναντι στη χρήση νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών και τον ρόλο της αυτοβοήθειας στα συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια. Ένας περαιτέρω περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι εστίασε στις εμπειρίες των επαγγελματιών σε διαφορετικές μονάδες ενός μόνο οργανισμού. Παρόλα αυτά, οι εμπειρίες των επαγγελματιών εκτείνονται πέρα από τη σχέση οικογένειας-επαγγελματία για να συμπεριλάβουν παράγοντες εργασίας (π.χ. φόρτο εργασίας, διαθεσιμότητα επίβλεψης) και πολιτικές υγείας για την υποστήριξη μιας προσέγγισης οικογενειακής φροντίδας. Επομένως, παράγοντες εργασίας που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών σε αυτόν τον οργανισμό μπορεί να έχουν επηρεάσει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετικά με τη συμμετοχή επιβαρυνμένων μελών οικογένειας στη θεραπεία.

Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις των αποτελεσμάτων σε σχέση με την κλινική πρακτική, την έρευνα και την εκπαίδευση βασίζονται στην αναγνώριση ότι η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπεία της εξάρτησης αποτελεί μια πρόκληση για τους επαγγελματίες. Συνολικά, οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις των επαγγελματιών στην παρούσα μελέτη υποδηλώνουν ότι δεν ήταν προετοιμασμένοι γι' αυτό το είδος κλινικής εργασίας και υπογραμμίζουν ένα σημαντικό κενό στην εκπαίδευση των επαγγελματιών εξάρτησης, το οποίο, επίσης, συζητείται στη βιβλιογραφία (Copello et al., 2012b). Η έλλειψη εκπαίδευσης και αυτοπεποίθησης σε αυτόν τον τομέα θα μπορούσε, ακόμη, να οδηγήσει σε αισθήματα ανεπάρκειας, τα οποία συχνά επιδεινώνονται από τις

αδιάκοπες απαιτήσεις για ατομική και οικογενειακή υποστήριξη και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενή τραυματισμό (Ewer et al., 2015; Bride et al., 2015 al., 2009). Εναλλακτικά, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποστασιοποίηση ή εκδραμάτιση εχθρικών συναισθημάτων προς τους γονείς ή άλλα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας.

Ως εκ τούτου, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την αξία της κλινικής εποπτείας εκτός από την εξειδικευμένη εκπαίδευση και την εποπτεία με ομοτίμους, για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να επεξεργαστούν τις προκαταλήψεις, το άγχος, τον θυμό, τις ενοχές και το αίσθημα εξαπάτησής τους, όταν εμπλέκουν τους γονείς στη θεραπεία της εξάρτησης. Εξάλλου, η κλινική εποπτεία έχει προταθεί ως μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική ανάπτυξης εργατικού δυναμικού στον τομέα των εξαρτήσεων (SAMHSA, 2009; Roche, Todd, & O'Connor, 2007). Μέσω της εποπτείας, οι επαγγελματίες μπορούν να βοηθηθούν να πάρουν την απαραίτητη απόσταση, ώστε να προβληματιστούν σχετικά με τις έντονες αντιδράσεις τους προς τους γονείς. Αυτό μπορεί να τους βοηθήσει να κατανοήσουν βαθύτερα την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση επαγγελματία-οικογένειας και να αποφύγουν να γίνουν άκαμπτοι στη σκέψη τους, χτίζοντας ένα «τείχος» μεταξύ αυτών και των μελών της οικογένειας και εφαρμόζοντας άκαμπτους κανόνες και θεωρίες που δεν συντηρούν το όραμα μιας πιθανής αλλαγής ή νέας σχεσιακής εμπειρίας. Μπορεί, επίσης, να δώσει την ευκαιρία να αποκτήσουν μια εικόνα για τη συμβολή τους στη συμμαχία που επιτυγχάνουν με την οικογένεια. Τέλος, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και εξέταση σε επίπεδο πολιτικής, σχετικά με το επίπεδο και το είδος της εκπαίδευσης για την προσέγγιση οικογένειας η οποία είναι κατάλληλη σε αυτόν τον κλινικό τομέα. Η έρευνα που επικεντρώνεται στη θεραπευτική διαδικασία θα μπορούσε, επίσης, να βοηθήσει τους εργαζόμενους πρώτης γραμμής να αναγνωρίσουν τη σημασία των παρεμβάσεων οικογενειακής προσέγγισης χαμηλής έντασης την οποία χρησιμοποιούν συστηματικά στην κλινική πρακτική και να αποσαφηνίσουν τα κριτήρια παραπομπής σε θεραπεία οικογένειας/ζεύγους που απαιτεί εξειδικευμένη εκπαίδευση.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν την ανάγκη παροχής εκπαίδευσης και εποπτείας για την υποστήριξη της ανάπτυξης θεραπευτικών δεξιοτήτων στους επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων στην προσπάθειά τους να εμπλέξουν τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας στη θεραπεία. Εάν δεν αναγνωριστεί ο απαιτητικός χαρακτήρας της προσέγγισης της οικογένειας και δεν διαμορφωθούν πολιτικές για επαρκή εκπαίδευση και εποπτεία του προσωπικού, τότε η ανεκτίμητη συμβολή της οικογενειακής προσέγγισης στη θεραπεία απεξάρτησης θα παραμείνει περιορισμένη. Η προσέγγιση οικογένειας δεν είναι και δεν πρέπει να είναι ατομική υπόθεση ή τομέας εξειδικευμένης εργασίας, αλλά μάλλον μια συλλογική επιδίωξη, η οποία προωθεί την αμοιβαία υποστήριξη σε περιόδους κοινωνικο-οικονομικής αβεβαιότητας και αγωνίας και την ανταλλαγή εμπειριών ανταμοιβής που προέρχονται από τις συναντήσεις μας με τις οικογένειες.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aassve, A., Iacovou, M., & Mencarini, L. (2006). Youth poverty and transition to adulthood in Europe. *Demographic Research*, 15(2), 21-50. doi: <http://dx.doi.org/10.4054/DemRes.2006.15.2>.
- Akram, V., Copello, A., & Moore, D. (2014). Family-based interventions for substance misuse: A systematic review of systematic reviews - protocol. *Systematic Review*, 90(3), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/2046-4053-3-90>.
- Barnard, M. (2007). Drug addiction and families. London and Philadelphia: Kingsley.
- Barry, C. A., Britten, N., Barbar, N., Bradley, C., & Stevenson, F. (1999). Using reflexivity to optimize teamwork in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 9(1), 26-44.
- Beattie, M. (1987). Codependency no more: How to stop controlling others and start caring for yourself. New York: Harper/Hazeldon.
- Begley, C. (1996). Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 122-128.
- Bion, W. R. (1961). Experiences in groups. London: Tavistock.
- Bischof, G., Gwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 179-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015>.
- Bradshaw S., Shumway S. T., Wang E. W., Harris K. S., Smith D. B., & Austin-Robillard, H. (2015). Hope, readiness, and coping in family recovery from addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(4), 313-336. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1556035X.2015.1099125>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 7-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Bride, B. E., Hatcher, S. S., & Humble, M. N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15, 96-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1534765609336362>.
- Buchmann, M. C., & Kriesi, I. (2011). Transition to adulthood in Europe. *Annual Review of Sociology*, 37, 481-503. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150212>.
- Bunn, F., Sworn, K., Brayne, C., Iliffe, S., Robinson, L., & Goodman, C. (2015). Contextualizing the findings of a systematic review on patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: A qualitative study. *Health Expectations*, 18, 740-753.
- Copello, A., Templeton, L., Chohan, G., & McCarthy, T. (2012a). The forgotten carers: Support for adult family members of people with drug problems in Scotland. London: UK Drug Policy Commission.
- Copello, A., Templeton, L., Chohan, G., & McCarthy, T. (2012b). Adult family members affected by a relative's substance misuse: Qualitative interviews with commissioners and service providers in England and Scotland. London: UK Drug Policy Commission.
- Cory, R., Woodyatt, C. R., Finneran, C. A., & Stephenson, R. (2016). In-person versus online focus group discussions: A comparative analysis of data quality. *Qualitative Health Research*, 26(6), 741-749. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316631510>.
- Dallos, R., & Vetere, A. (2012). Systems theory, family attachments and processes of triangulation: Does the concept of triangulation offer a useful bridge? *Journal of Family Therapy*, 34, 117-137. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.14676427.2011.00554.x>.
- Denning, P. (2010). Harm Reduction Therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (2), 164-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp>.
- Dore, G., Mills, K. L., Murray, R., Teesson, M., & Farrugia, P. (2012). Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 31, 294-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00314.x>.

- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, ...Reinicke U. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 481-488. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.15300277.2007.00591.x>.
- Duggleby, W. (2005). What about focus group interaction data? *Qualitative Health Research*, 15, 832-840. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732304273916>.
- EKTEPN (2016). Annual report 2015: A description of the drug and alcohol problem in Greece. Athens: University Mental Health Research Institute.
- EMCDDA (2012). The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: European Monitoring Committee for Drugs and Drug Abuse.
- Ewer, P. L., Teeson, M., Sannibale, C., Roche, A., & Mills, K. L. (2015). The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 34, 252–258. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/dar.12204>.
- Fals-Stewart, W., Lam, W., & Kelley, M. L. (2009). Learning sobriety together: Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Family Therapy*, 31, 115-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00458.x>
- Farnsworth, J., & Boon, B. (2010). Analysing group dynamics within focus groups. *Qualitative Research*, 10(5), 605-624. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1468794110375223>
- Flaskas, C. (2002) Border crossing and the integrity of frameworks. *Journal of Family Therapy*, 24, 222-231. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00213>
- Flaskas, C. (2012). The space of reflection: Thirdness and triadic relationships in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34, 138-156. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00587.x>
- Fotopoulou, M., Munro, A., & Taylor, A. (2015). ‘Allowing the right’ and its currency in managing drug stigma in Greece. *Journal of Drug Policy*, 26, 723–730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.005>
- Foulkes, S. H. (1984). Therapeutic group analysis. London: Karnac Books.
- Gabbard, G. O. (2000). Psychodynamic Psychiatry in practice. US: American Psychiatric Press.
- Garrett, J., & Landau, J. (2007). Family motivation to change. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, 65-83. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J020v25n01_05
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x>
- Kaldi-Koulikidou, T. (2007). The family strengths in Greece then and now. *Marriage & Family Review*, 41, 393–417. http://dx.doi.org/10.1300/J002v41n03_08
- Kalogeraki, S. (2009). The divergence hypothesis in modernization theory across three European countries: The UK, Sweden and Greece. *Culture Unbound*, 1, 161–178. <http://dx.doi.org/10.3384/cu.2000.1525.091>
- Lee, C. E., Christie, M., Copello, A., & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(3), 244–252. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2011.644599>
- Maratou-Alipranti, L. (2010). New family forms: Trends and developments in contemporary Greece. *Encephalos*, 47(2), 55-66. (published in Greek)
- Missouridou E, Karavasopoulou A, Psycharakis A, Segredou I. (2021) Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among addiction nursing care providers in Greece: a mixed method study design. *Journal of Addictions Nursing*, 32(4), 225–234.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review in Sociology*, 22, 129-152.

- Najavits, L.M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., & Onken, L. S. (1995). Therapists' emotional reactions to substance abusers: A new questionnaire and initial findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 669-677.
- NIDA (2012). Principles of drug addiction treatment: A research based guide (3rd ed), Bethesda: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–77.
- Orr, L. C., Barbour, R. S., & Elliott, L. (2014). Involving families and carers in drug services: Are families 'part of the problem'? *Families, Relationships and Societies*, 3(3), 405-424. <http://dx.doi.org/10.1332/204674313x669900>.
- Rober, P. (2011). The therapist's experiencing in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 33, 233-255. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00502.x>.
- Roche, A. M., Todd, C. L., & O'Connor, J. (2007). Clinical supervision in the alcohol and other drugs field an imperative or an option. *Drug and Alcohol Review*, 26, 241-249. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09595230701247780>.
- Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance abusing individuals in treatment. *Addiction*, 105, 1729-1738. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03016.x>.
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 59–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>.
- SAMHSA (2009). Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52. HHS Publication No.(SMA) 09-4435. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Softas-Nall, V. (2003) Reflections on forty years of family therapy, research and systemic thinking in Greece. In K. S. Nig (Ed.), *Global perspectives in family therapy: Development, practice, trends* (pp. 125–143). New York: Brunner-Routledge.
- Stevens, S., Andrade, R., Korchmaros, J., & Sharron, K. (2015). Intergenerational trauma among substance-using native American, Latina, and White Mothers living in the Southwestern United States. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(1), 6-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1533256X.2014.996648>.
- Symeonidou, H. (2005). Settlement and dissolution of the family relations in Hellas. In *Social Portrait of Greece 2003-2004*. Athens: Centre for Social Research, Institute of Social Policy.
- Vetere, A., & Henley, M. (2001). Integrating couples and family therapy into a community alcohol service: A pantheoretical approach. *Journal of Family Therapy*, 23, 85-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00170>.
- Whitaker, C. A. (1976). The technique of family therapy. In G. P. Sholevar (Ed.) [Changing sexual values and the family](#). Springfield, Ill: Charles Thomas.
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction – Part II. Caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2435–2443. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x>.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zucker, D. M., Dion, K., & McKeever, R. P. (2015). Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 751–767. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12591>.

Κεφάλαιο 7

Κόπωση συμπόνιας και επαγγελματική εξουθένωση

Σύνοψη

- Η εργασία στον χώρο των εξαρτήσεων αποτελεί ένα ενδιαφέρον αντικείμενο, το οποίο, όμως, απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες, ικανότητες και ψυχική αντοχή. Απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Η ανάρρωση του επαγγελματία από την κόπωση συμπόνιας προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου της ζωής του. Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζει τις στάσεις του, τις αξίες του, τις ικανότητές του και τους ρόλους που συνήθιζε να παίρνει. Βγαίνει από την απομόνωση της ντροπής και συνδέεται ξανά με τους ανθρώπους. Η επεξεργασία της εμπειρίας της κόπωσης συμπόνιας βοηθάει τον επαγγελματία να εμβαθύνει στο νόημα της ανάρρωσης.
- Η συνοδοιπορία και φροντίδα κατά τη διάρκεια των συναισθηματικά φορτισμένων περιόδων της απεξάρτησης μπορεί να αποτελέσει πηγή ταλαιπωρίας, αγωνίας και άγχους για τους επαγγελματίες υγείας στις εξαρτήσεις, αλλά και μια αρένα προσωπικής ωριμότητας και αυτο-ανάπτυξη. Σε περιόδους διεθνούς κρίσης του εργατικού δυναμικού, οι επαγγελματίες στον τομέα των εξαρτήσεων πρέπει να είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν τη δυναμική του τραύματος προκειμένου να κατανοήσουν τη φύση της επιβάρυνσης την οποία υφίστανται, όταν έρχονται σε επαφή με τα άτομα και τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν το διπλό βάρος του τραύματος και της εξάρτησης. Μια τέτοια προετοιμασία μπορεί να είναι ένα πολύτιμο εργαλείο στη συνεργατική θεραπευτική αγωγή. Ενώ ταυτόχρονα προστατεύει τους επαγγελματίες από την απορρόφηση ή την εσωτερικοποίηση ανέκφραστων συναισθημάτων που μπορούν να οδηγήσουν στην κόπωση συμπόνιας.
- Η οργανωσιακή υποστήριξη και υποστηρικτική κουλτούρα στον χώρο εργασίας είναι ζωτικής σημασίας για να μπορούν οι επαγγελματίες να μιλούν για τα συναισθήματα απογοήτευσής τους, ειδικά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της καριέρας τους στις εξαρτήσεις. Η καθοδήγηση και η κλινική εποπτεία, όταν παρέχονται τακτικά σε μακροπρόθεσμη βάση, δημιουργούν ένα ήρεμο περιβάλλον για προσωπικές αποκαλύψεις που επιτρέπει στους επαγγελματίες να κάνουν ένα βήμα πίσω και να αναστοχαστούν πάνω στην επικοινωνία και τις αλληλεπιδράσεις τους. Επαρκής προετοιμασία πριν από την είσοδο στο πεδίο και η συνεχής εκπαίδευση μπορούν να υποστηρίξουν τους νέους επαγγελματίες να αναλάβουν τον ρόλο τους.

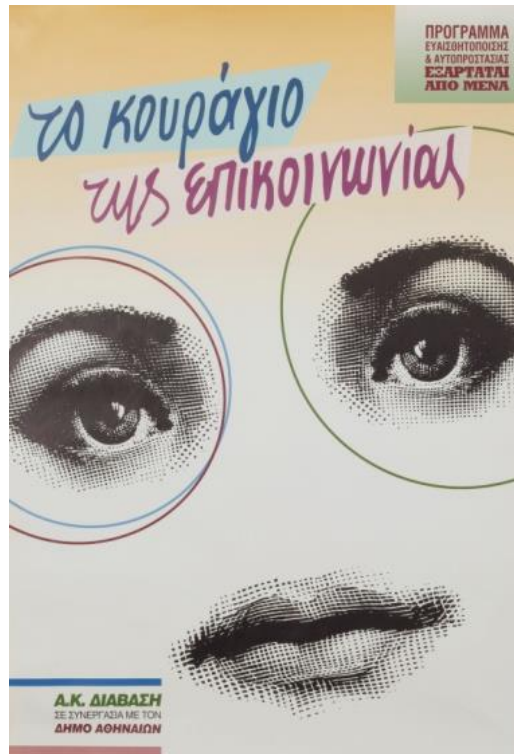
Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Ο επαγγελματίας υγείας, ο οποίος εργάζεται στον χώρο της απεξάρτησης, δοκιμάζει σκληρά το συναισθηματικό του σύστημα. Η Διεύθυνση Υπηρεσιών για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία των ΗΠΑ (SAMSHA, 2014) επισημαίνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι ιδιαίτερα συχνές σε όσους προσπαθούν να υποστηρίξουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων και τις οικογένειές τους. Γι' αυτό απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, απαιτείται θεωρητική εκπαίδευση και εποπτεία σχετικά με δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην κλινική πράξη, όπως οι συναισθηματικές αντιδράσεις στη σχέση με το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ή την οικογένειά του, και η εφαρμογή ορίων.

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει την κόπωση συμπόνιας, τη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή και την επαγγελματική εξουθένωση μέσα από την ανάλυση της βιωμένης εμπειρίας επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με οικογένειες οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Αναλύονται οι αιτίες, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευόμενοι και οι νέοι επαγγελματίες στη διαχείριση της αλληλεπίδρασης με τα άτομα και τις οικογένειές τους, αλλά και τα σημεία αναγνώρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής μέσα από μελέτη μιας συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών.



Εικόνα 7.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

7.1. Κόπωση συμπόνιας

Πρόσφατα το ενδιαφέρον στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας έχει στραφεί στην κόπωση συμπόνιας ('compassion fatigue syndrome') και στη συναφή δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή ('secondary post-traumatic stress disorder'). Σε αντίθεση από την επαγγελματική εξουθένωση, τα δύο αυτά σύνδρομα αφορούν αποκλειστικά όσους εργάζονται με ανθρώπους, οι οποίοι βιώνουν σοβαρά προβλήματα στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Συνήθως η χρήση των δύο όρων είναι ταυτόσημη, παρότι η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή αφορά την επαφή και φροντίδα ατόμων που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία (Missouriidou, 2017).

Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή περιλαμβάνουν:

- σκέψεις ή εικόνες από τη φροντίδα των ασθενών, οι οποίες βιώνονται έντονα και βασανιστικά
- φόβο/τρόμο/αποφυγή φροντίδας συγκεκριμένων ασθενών
- δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής
- απομόνωση στην προσωπική ή/και επαγγελματική ζωή
- ευερεθιστότητα, ξεσπάσματα θυμού, οργής
- άγχος, αυξημένη επαγρύπνηση
- δυσκολίες προσοχής, συγκέντρωσης, μνήμης, προσκόλληση της σκέψης
- μεγάλη εγγύτητα και/ή απόσταση στη σχέση με τους ασθενείς

Οι Miller, Stiff & Ellis (1988, στο Figley 1995) χρησιμοποιούν τον όρο «συναισθηματική μόλυνση» ('emotional contagion') για να περιγράψουν τη συναισθηματική διεργασία κατά την οποία ένα άτομο, το οποίο παρατηρεί ένα άλλο, βιώνει συναισθηματικές αντιδράσεις παρόμοιες με τις πραγματικές ή τις αναμενόμενες

αντιδράσεις του ατόμου που παρατηρεί. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε γενικά νοσοκομεία και δομές ψυχικής υγείας βρίσκονται πολύ συχνά δίπλα σε άτομα που βιώνουν έντονο ψυχικό πόνο για κάποιο τραύμα ή απώλεια. Αλλά και οι επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων προσεγγίζουν άτομα τα οποία έχουν πολύ συχνά βιώσει ψυχικό τραυματισμό στην παιδική ηλικία, όπως σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, νοσηρές καταστάσεις σκληρότητας και σύγκρουσης, θάνατο και παρατεταμένη ασθένεια, πρόωρους αποχωρισμούς και απώλειες, μετανάστευση κ.ά. (SAMHSA, 2014).



Εικόνα 7.2 Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», Copyright.

Σύμφωνα με τη Mills (2009), περίπου το ένα τρίτο των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης έχουν Χρόνια Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (PTSD) τη στιγμή που έρχονται σε επαφή με κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ενώ το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 80% για όλη τη διάρκεια ζωής. Μάλιστα, το ποσοστό PTSD στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης είναι κατά κανόνα σημαντικά υψηλότερο από ό,τι στους άντρες. Έτσι, περισσότερες από τις μισές γυναίκες, οι οποίες έρχονται σε επαφή με κάποιο θεραπευτικό κέντρο, αναφέρουν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες στη διάρκεια της ζωής τους (Farley et al., 2004). Το ποσοστό, βέβαια, των τραυματικών εμπειριών περιλαμβάνει και ατυχήματα ή επικίνδυνες καταστάσεις, οι οποίες σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και το έλλειμμα αυτοφροντίδας που χαρακτηρίζει τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης.

Η έκθεση των επαγγελματιών στο ψυχικό φορτίο των τραυματικών εμπειριών είναι απειλητική. Η προσπάθεια να βοηθήσουν χωρίς να ταυτιστούν και να επηρεαστούν είναι ατελέσφορη, μιας και είναι αδύνατον να σταθούν δίπλα σε ένα άτομο που υποφέρει χωρίς να επηρεαστούν. Η φυγή, η αποστασιοποίηση και η ενασχόληση με πρακτικά θέματα είναι ένας τρόπος να αποφύγουν τα συναισθήματα που τους γεννιούνται κατά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Στον πυρήνα της δυσκολίας να αποδεχτούν τα συναισθήματά τους χωρίς να τα αρνηθούν, να τα απωθήσουν ή να τα αποφύγουν κρύβεται η δυσκολία να αποδεχτούν την ευαλωτότητά τους και την αδυναμία τους να προσφέρουν κάτι περισσότερο από τη σιωπηλή παρουσία τους. Εξάλλου, η σιωπή από επίγνωση και όχι από αμηχανία ή αδιαφορία είναι μια στάση η οποία σέβεται τον ανθρώπινο πόνο, μια ενεργητική συμμετοχή στο τραύμα του άλλου, ένδειξη συνοδοιπορίας και συμπαράστασης.

Παρόλα αυτά είναι δύσκολο, ιδιαίτερα για τους νέους επαγγελματίες, να αποδεχτούν ότι δεν μπορούν να «σώσουν» ή να «θεραπεύσουν» τον ασθενή. Μάλιστα, κάποιες φορές η συνειδητή ή ασυνείδητη ενοχή που νιώθουν γι' αυτήν την αδυναμία τους οδηγεί στην υπερεμπλοκή ως υπεραναπλήρωση. Άλλοτε η τραυματική εμπειρία του ατόμου οδηγεί στην αναβίωση δικών τους τραυμάτων και συναισθημάτων τρόμου, φόβου και απελπισίας για εμπειρίες και συνθήκες ζωής τις οποίες δεν μπορούσαν να ελέγξουν στο παρελθόν. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζουν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικού συνδρόμου, τα οποία περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2014 Newell & MacNeil, 2010 Figley, 1995):

Ψυχολογική δυσφορία

- Έντονα συναισθήματα τα οποία προκαλούν δυσφορία: θλίψη, κατάθλιψη, άγχος, τρόμο, φόβο, οργή, ντροπή.
- Παρεισφρητικές αναμνήσεις από τραυματικό υλικό του ασθενή: εφιάλτες, αναδρομικές εμβιώσεις όσων εκμυστηρεύτηκε ο ασθενής.
- Συναισθηματικό μούδιασμα ή αποφυγή: αποφυγή επεξεργασίας τραυματικού υλικού του ασθενή.
- Σωματικές επιπτώσεις: διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλος, γαστρεντερική δυσφορία, ταχυπαλμίες, χρόνια φυσιολογική διέγερση.
- Συμπεριφορές εξάρτησης/καταναγκασμού: κατάχρηση ουσιών, ψυχαναγκαστική κατανάλωση, ψυχαναγκαστική εργασία.
- Διαταραγμένη λειτουργικότητα: ξεχνά ή ακυρώνει ραντεβού, μειωμένη χρήση της εποπτείας, μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας, απομόνωση, αποξένωση.

Γνωστικές μεταβολές

- Χρόνια καχυποψία για τους άλλους.
- Αυξημένο αίσθημα ευαλωτότητας.
- Υπερβολικά έντονο αίσθημα αβοήθητου ή ελέγχου πάνω στους άλλους ή καταστάσεις.
- Απώλεια αισθήματος προσωπικού ελέγχου ή ελευθερίας.
- Πικρία ή κυνισμός.
- Κατηγορεί το θύμα ή βλέπει όλους τους ανθρώπους ως θύματα.
- Νιώθει ενοχή, εάν είναι μάρτυρας/θεραπευτής κατά την αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας του ασθενή ή αν απενεργοποιείται το τραύμα στη διάρκεια της θεραπείας.
- Νιώθει θυματοποιημένος από τον ασθενή.

Διαταραχές διαπροσωπικών σχέσεων

- Μειωμένο αίσθημα οικειότητας και εμπιστοσύνης στις προσωπικές / επαγγελματικές σχέσεις.
- Αποστασιοποιείται ή αποφεύγει τον ασθενή και χρησιμοποιεί στιγματιστικές εκφράσεις, παθολογικοποιεί τους ασθενείς (δηλαδή τον προσεγγίζει υπό το πρίσμα επισήμανσης παθολογικών συμπεριφορών και όχι εστιάζοντας στις δυνατότητές του), τους επικρίνει, ακυρώνει ραντεβού ή αποφεύγει τη διερεύνηση τραυματικού υλικού.
- Υπερβολική ταύτιση με τον ασθενή, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μια αίσθηση ότι παραλύει από την αντίδρασή του στο τραυματικό υλικό του ασθενή ή νιώθει υπερβολικά υπεύθυνος για τη ζωή του ασθενή.

Αλλαγές στο πλαίσιο αναφοράς

- Αποσύνδεση από το αίσθημα προσωπικής ταυτότητας.
- Δραματική αλλαγή σε θεμελιώδεις πεποιθήσεις για τον κόσμο.
- Απώλεια ή διαστρέβλωση αξιών ή αρχών.
- Το προηγούμενο αίσθημα πνευματικότητας ως πηγή παρηγοριάς και δύναμης μειώνεται ή χάνεται εντελώς.
- Απώλεια πίστης σε κάτι μεγαλύτερο.
- Υπαρξιακή απελπισία και μοναξιά.

Κάποιοι από τους επαγγελματίες υγείας που βιώνουν αυτά τα συμπτώματα απλά αποσύρονται, νοιάζονται λιγότερο για τους ασθενείς, αποστασιοποιούνται ή παραιτούνται. Οι περισσότεροι παραπονιούνται ή υποφέρουν σιωπηλά. Η αργή διαδικασία της ανάρρωσης απαιτεί:

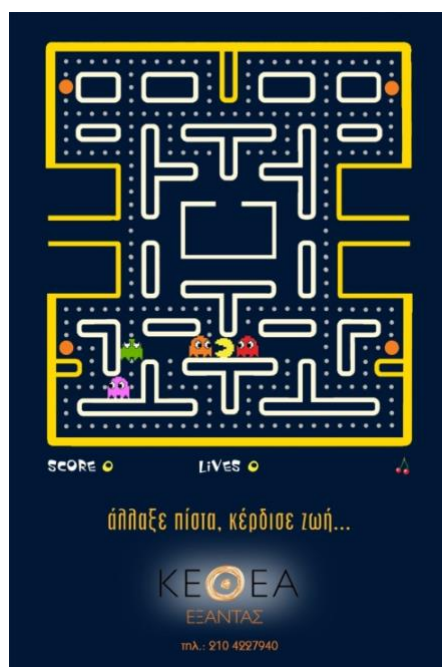
- Να αναπτύξουν μια προσωπική ζωή, η οποία δεν περιστρέφεται γύρω από την εργασία.
- Να περνούν χρόνο με την οικογένεια, φίλους, σε σωματική άσκηση, διάβασμα, χαλάρωση ή άλλα ενδιαφέροντα που τους διασκεδάζουν.

- Να αναπτύξουν οργανωτικές ικανότητες (ολοκλήρωση μιας συνεδρίας στον προκαθορισμένο χρόνο, οργάνωση χρόνου ώστε να επιτρέπεται η καταγραφή παρατηρήσεων στον φάκελο του ασθενή).
- Αυτοφροντίδα ώστε να ανακαλύψουν ξανά τι τους δίνει απόλαυση στη δουλειά τους. Χρειάζονται χρόνο για αναστοχασμό, ώστε να μπορέσουν να αφουγκραστούν με αυθεντικό τρόπο τους ασθενείς τους.

Επιπλέον, απαιτείται εκπαίδευση όλων των νέων επαγγελματιών στην αναγνώριση σημείων διαταραχής άγχους, συναισθηματικής εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή, δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Κεντρικά ερωτήματα στη διαδικασία αυτής της εκπαίδευσης είναι τα ακόλουθα:

- Γιατί ασκούν αυτό το επάγγελμα;
- Γιατί ειδικά σε αυτόν τον τομέα;
- Όταν θα έχουν ολοκληρώσει την επαγγελματική τους πορεία πώς θα ήθελαν να τους θυμούνται οι ασθενείς/θεραπευόμενοι;
- Τι θα ήθελαν να λέγεται γι' αυτούς τώρα ως επαγγελματίες;

Σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, θανάτου από υπερβολική δόση ή άλλου σοβαρού περιστατικού, παρεμβάσεις υποστήριξης και εποπτείας θα έπρεπε να είναι διαθέσιμες στους θεραπευτές, ώστε να αποφευχθεί η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή.



Εικόνα 7.3 KEΘΕΑ, Copyright.

7.2. Επαγγελματική εξουθένωση

Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του '70 (Maslach et al., 2001· Freudenberger, 1980). Ανάμεσα στις πιο συχνές αιτίες που αναφέρονται είναι ο φόρτος εργασίας, η συναισθηματική εργασία, η οργανωτική και διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων, ο μειωμένος έλεγχος και αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας, οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού, το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, η κακή ηγεσία, οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στον χώρο εργασίας, και βέβαια η χαμηλή αμοιβή καθώς και η έλλειψη αναγνώρισης του επαγγελματικού έργου (Μισουρίδου, 2009).

Η πιο συχνή περιγραφή του συνδρόμου στη βιβλιογραφία είναι αυτή της Christine Maslach, η οποία διέκρινε τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001):

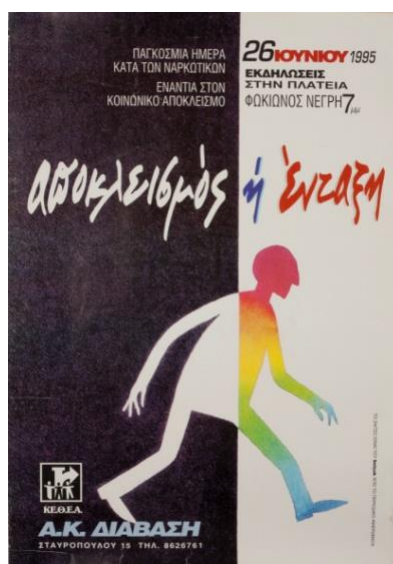
- συναισθηματική εξάντληση
- ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων
- έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

Η ενέργεια, η συμμετοχή και η αποτελεσματικότητα του επαγγελματία εξανεμίζονται από την εξάντληση και τον κυνισμό. Η εργασία γίνεται «άψυχη», το άτομο διαβρώνεται ψυχικά και πνευματικά. Νιώθει συναισθηματικά στεγνό, οδυνηρά άδειο. Η «συναισθηματική νέκρωση» συχνά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής του. Ακόμη και όταν αλλάζουν οι συνθήκες προς το καλύτερο, το θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσκολεύεται να δει την αλλαγή, γίνεται δύσπιστο και παγιδεύεται στον φαύλο κύκλο της αποπροσωποποίησης. Η αδιαφορία του για τους άλλους - στοιχείο που διακρίνει την επαγγελματική εξουθένωση από το επαγγελματικό άγχος - μπορεί να φτάνει ακόμη και στο σημείο της απάθειας. Δυστυχώς το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στα άτομα που ήταν ιδιαίτερα ενθουσιασμένα με το αντικείμενό τους και συνεισέφεραν σε αυτό με νέες ιδέες και πολλή ενέργεια, έχοντας, όμως, υψηλές προσδοκίες εξέλιξης και ανταμοιβής.

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980), το πέραςμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται από τα ακόλουθα στάδια:

- Στάδιο ενθουσιασμού
 - Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς.
- Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας
 - Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι, ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του.
- Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης
 - Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά νιώθει απογοήτευση και κατάθλιψη.
- Στάδιο απάθειας
 - Ο επαγγελματίας νιώθει «κενός» στο τέλος της μέρας, απαθής, αποθαρρημένος, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.

Σημαντικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το ότι αποτελεί μια ύπουλη διαδικασία, η οποία είναι δύσκολο να διαγνωσθεί. Τα άτομα τα οποία υποφέρουν από το σύνδρομο αυτό, όταν είναι μέσα στο πρόβλημα, δεν μπορούν να καταλάβουν αυτό που ουσιαστικά τους συμβαίνει, ενώ συχνά απωθούν ή συνειδητά επιλέγουν να αγνοήσουν τα σωματικά συμπτώματα, τις γνωσιακές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο που προκαλεί.



Εικόνα 7.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

7.3. Η κόπωση συμπόνιας και η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο των εξαρτήσεων

Όπως ακριβώς η εξάρτηση επιβαρύνει το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα χρήσης ουσιών και την οικογένειά του, η θεραπεία του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης επιβαρύνει τον επαγγελματία εξαρτήσεων. Στην πραγματικότητα, ένας στους πέντε επαγγελματίες υγείας αναφέρουν συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες (Huggard et al., 2017· Ewer et al., 2015· Bride et al., 2009). Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες εξάρτησης δεν έχουν λάβει κάποια συγκεκριμένη εκπαίδευση για τη θεραπεία του τραύματος, το οποίο τόσο συχνά συνυπάρχει με τα προβλήματα χρήσης, και μπορεί να μην είναι προετοιμασμένοι για τις πιθανές αρνητικές αντιδράσεις που μπορεί να αντιμετωπίσουν κατά το τραυματικό στρες των ασθενών (Bride et al., 2009). Έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις προς τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών περιλαμβάνουν εχθρικές συναισθηματικές αντιδράσεις και αποφυγή, καθώς και συναισθήματα ενοχής, ανεπάρκειας και αμηχανίας. Η έλλειψη σωστής εκπαίδευσης σε ένα πλαίσιο “κρίσης του επαγγελματικού δυναμικού” που προκαλείται από “υψηλά ποσοστά φόρτου εργασίας, ελλείψεις προσωπικού, γήρανση του ανθρώπινου δυναμικού, στίγμα και ανεπαρκείς αποζημιώσεις” ίσως να είναι άλλος ένας παράγοντας ο οποίος συμβάλλει στα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες των επαγγελματιών εξαρτήσεων, οι οποίοι συνεχίζουν να αφήνουν τον κλάδο (SAMHSA, 2013).

Σε γενικές γραμμές, οι επαγγελματίες εξαρτήσεων στις παραπάνω αναφερόμενες μελέτες θεωρούνται ως μια επαγγελματική ομάδα χωρίς διαφοροποιήσεις ρόλων, παραδείγματος χάριν μεταξύ των νοσηλευτών και των ψυχολόγων, σχετικά με τις διαφορές στο συναισθηματικό αντίκτυπο της θεραπευτικής εργασίας και στον τρόπο με τον οποίο οι κλινικοί επαγγελματίες με διαφορετικά προσόντα επηρεάζονται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Huggard et al., 2017). Στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική μελέτη στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για τη διερεύνηση της κόπωσης συμπόνιας και της επαγγελματικής εξουθένωσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται στον χώρο των εξαρτήσεων.

Σχετικά με τη νοσηλευτική εξαρτήσεων, οι Clancy, Oyefeso, & Ghodse (2007), διαπίστωσαν πως η μετάβαση στον επαγγελματικό χώρο των εξαρτήσεων είναι το πιο στρεσογόνο στάδιο ανάπτυξης του ρόλου τους, στο οποίο οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν άγχος, σοκ, αίσθημα αποτυχίας και ανεπάρκειας. Επιπλέον, η αποτυχία αρκετών νοσηλευτών να υπερβούν αυτό το αρχικό στάδιο της ανάπτυξης του ρόλου τους με τη σταδιακή απόκτηση αυτοπεποίθησης, ικανότητας οριοθέτησης και αναγνώρισης από το προσωπικό και τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων, έχει ως συνέπεια την πρόωση αποχώρησή τους από την ειδικότητα. Παρομοίως, ο Abram (2018) περιέγραψε το υπερβολικό στρες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας κατά το αρχικό στάδιο της καριέρας τους και πως το να μάθουν να αποφεύγουν την επαγγελματική εξουθένωση ήταν ζωτικής σημασίας στην ανάπτυξη του ρόλου τους, όταν οι αλληλεπιδράσεις με άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων περιγράφονταν ως συναισθηματικά έντονες και οι άκαμπτοι ρόλοι για τα μέλη της ομάδας θεωρούνταν απαραίτητοι. Οι Mumba και Snow (2017) συζητούν, επίσης, την ανάγκη για επαρκή ακαδημαϊκή προετοιμασία των νοσηλευτών στον χώρο των εξαρτήσεων, ώστε να μπορούν να αποκτήσουν ρόλο ζωτικής σημασίας ως αποτελεσματικά μέλη της ομάδας και να αναλάβουν ηγετικές θέσεις.

Ο Wiklund (2008a,b) πιστεύει πως οι νοσηλευτές πρέπει να αποδέχονται τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης ως μοναδικά, άξια σεβασμού, σε μια προσπάθεια να αποκαταστήσουν την προσωπική τους αξιοπρέπεια. Η ενσυναίσθηση και η αποδοχή είναι, επίσης, απαραίτητες αξίες των νοσηλευτών που εργάζονται με άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν τη διττή επιβάρυνση του τραύματος και της εξάρτησης (Najavits et al. 2017). Σύμφωνα με την Caruth (2016), για να ενσωματωθεί το τραύμα στις ζωές τους, τα τραυματισμένα άτομα θα πρέπει να εκφράσουν τους προβληματισμούς, την αδυναμία, την αποδυνάμωσή τους και την ταπείνωση που έζησαν μέσα από τη δημιουργία μιας αφήγησης. Ο Wiklund (2008a,b) αναγνώρισε την ανάγκη του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξαρτήσεων, να δημιουργήσει ένα καινούργιο πλαίσιο αναφοράς για την ερμηνεία της ζωής, να ζήσει με συγκρότηση και αίσθηση αποκατεστημένης αξιοπρέπειας, όπως και την ανάγκη του αισθήματος ένταξης σε μια κοινότητα και αποδοχής από τους άλλους. Η ανάρρωση από το τραύμα συνεπάγεται ότι αυτό θα ομιληθεί με όλο του τον τρόπο και την παραβίαση σε επαγγελματίες που μπορούν να ακούσουν χωρίς να είναι συγκλονισμένοι, ένα συχνά αναφερόμενο συναίσθημα σε έρευνες της ανάπτυξης του ρόλου των επαγγελματιών στον χώρο των εξαρτήσεων (Huggard et al., 2017).



Εικόνα 7.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

7.3.1. Θεωρητικό πλαίσιο

Η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε το θεωρητικό μοντέλο του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ικανοποίησης συμπόνιας που δημιουργήθηκε από την Stamm για να εξηγήσει τις επιπτώσεις της εργασίας με τραυματισμένα άτομα. Η προέλευση του μοντέλου βρίσκεται στα πρότυπα έργα των Charles Figley and Beth Hundall Stamm οι οποίοι στις δεκαετίες του 1980 και 1990 επιχείρησαν, ανάμεσα σε πολλούς ακόμα ερευνητές, να διερευνήσουν τις έννοιες της κόπωσης συμπόνιας και του δευτερογενούς τραυματικού στρες και δημιούργησαν το τεστ της κόπωσης και ικανοποίησης συμπόνιας, το πρώτο εργαλείο αυτοβοήθειας που επικεντρώνεται στο δευτερογενές τραυματικό στρες. Το εργαλείο αυτό αξιολογήθηκε αργότερα και εξελίχθηκε στην Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (Stamm, 2010).

Σύμφωνα με τη θεωρία της κόπωσης και της ικανοποίησης συμπόνιας, το δευτερογενές τραυματικό στρες αποτελείται από δυο κατηγορίες συμπτωμάτων: την επαγγελματική εξουθένωση και τα συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Η Stamm (2010) ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως συναισθήματα ανεπάρκειας και κούρασης που εμποδίζουν τον επαγγελματία να είναι παραγωγικός στην εργασία του. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να περιλαμβάνουν συναισθήματα εγκλωβισμού, σύγχυσης, τελμάτωσης και έλλειψης ευχαρίστησης από την εργασία του ατόμου. Επαγγελματίες αναφέρουν πως νιώθουν εξουθενωμένοι, εγκλωβισμένοι, επηρεασμένοι ή «μολυσμένοι» από το τραύμα των άλλων (Stamm, 2010, p.21). Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο, δυσκολίες ύπνου, παραισφρητικές αναμνήσεις και αποφυγή ακρόασης τραυματικών διηγήσεων άλλων ατόμων. Ωστόσο, η θεωρία της κόπωσης και ικανοποίησης συμπόνιας δεν εστιάζει μόνο στις αρνητικές επιπτώσεις του να βοηθάς κάποιον, αλλά, επίσης, επιχειρεί να αποτυπώσει τα θετικά συναισθήματα τα οποία προέρχονται από τη συμπονετική φροντίδα, που αποτελούν τη διάσταση της ικανοποίησης συμπόνιας. Αντί να αναπτύξουν κόπωση, λόγω της έκθεσης στον πόνο και το τραύμα, οι επαγγελματίες μπορεί να αναπτύξουν υψηλό ηθικό και ανθεκτικότητα στις αντιξοότητες, ενώ βιώνουν ευχαρίστηση και μια αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης και ικανοποίησης.

7.3.2. Πολιτισμικές και θεραπευτικές θεωρήσεις

Η εξάρτηση ξεκίνησε να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 1980, όταν δημιουργήθηκαν οι πρώτες υπηρεσίες απεξάρτησης. Οι παρεμβάσεις ήταν άρρηκτα συνδεδεμένες τόσο με τις κοινωνικοπολιτικές αλλαγές όσο και με τη διαδικασία αστικοποίησης, επηρεάζοντας έντονα τους Έλληνες πολίτες κατά την απότομη μετάβαση από έναν παραδοσιακό τρόπο ζωής σε μια μεταβιομηχανική εποχή (Softas-Nall, 2003). Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες νοτιοευρωπαϊκές χώρες που έχουν υψηλά τις αξίες του θεσμού της οικογένειας και της οικογενειακής τιμής, το στίγμα της εξάρτησης επηρεάζει την υπερηφάνεια της οικογένειας και συμβάλλει στην καθυστέρηση της αναγνώρισης του προβλήματος και της αναζήτησης βοήθειας (Fotopoulou, Munro, & Taylor, 2015).

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε θεραπευτικό πλαίσιο το οποίο ήταν θεωρητικά επηρεασμένο από τις αρχές της ομαδικής ανάλυσης (Foulkes, 1984· Bion, 1961· Yalom, 1994) και της συστημικής προσέγγισης (Flaskas, 2002). Το άτομο με προβλήματα κατάχρησης ουσιών και η οικογένειά του, θεωρούνται ως άτομα που υποφέρουν, εγκλωβισμένα στην τραυματική εμπειρία της εξάρτησης. Συναισθήματα αποκοπής από τους άλλους και τη ζωή προκαλούν αυξημένο πόνο και καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για “ένταξη στην κοινότητα”, “σύνδεση με τους άλλους” και μια απελπισμένη λαχτάρα για συγχώρεση, αποδοχή και συμφιλίωση. Το θεραπευτικό πλαίσιο λειτουργεί ως πλαίσιο εμπειρίας που επιτρέπει σε θεραπευόμενους και θεραπευτές να χειρίζονται το άγχος και ως εκ τούτου να αποφεύγουν τις προβολές, τους διαχωρισμούς, τις εκδραματίσεις και τον ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου.

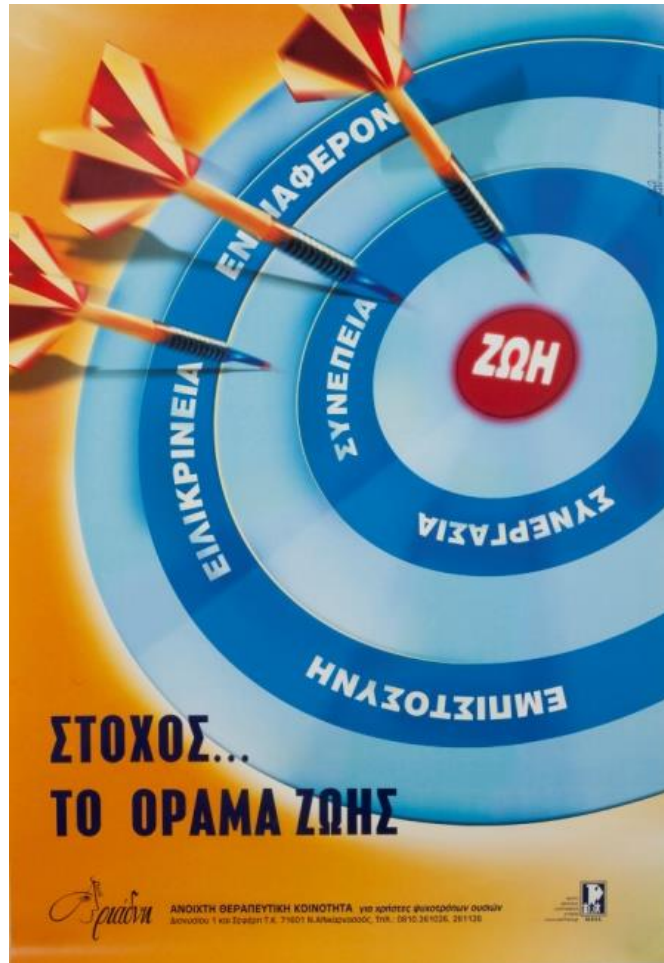
7.3.3. Σκοπός της μελέτης

Η έρευνα αυτή έχει σκοπό να διερευνήσει τη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή και την επιρροή της στους νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων. Οι στόχοι της έρευνας είναι τέσσερις:

1. να διερευνήσει το επίπεδο δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων.
2. να εξετάσει τα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπίνα σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων.
3. να εξετάσει πιθανές επιρροές των προσωπικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικού στρες και της ικανοποίησης συμπίνας των συμμετεχόντων και
4. να περιγράψει το συναισθηματικό κόστος και τις θετικές πτυχές της συμπονετικής φροντίδας για άτομα και οικογένειες που αντιμετωπίζουν το τραυματικό στρες και την επιβάρυνση των χρόνιων προβλημάτων της εξάρτησης μέσα από μια περιγραφή της βιωμένης εμπειρίας των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων.

7.3.4. Υλικό και μέθοδος

Στην παρούσα μελέτη μικτής μεθοδολογίας χρησιμοποιήθηκε ένα συγκριτικό παράλληλο σχέδιο (Creswell & Clark, 2017) για τη διερεύνηση της δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής σε νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων. Στην προσέγγιση αυτή, ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα συλλέγονται την ίδια στιγμή, αναλύονται ξεχωριστά, και μετά τα αποτελέσματα αναμειγνύονται κατά την ερμηνεία των δεδομένων (Creswell & Clark, 2017). Κατά το τελευταίο αυτό στάδιο οι ερευνητές αναζητούν σύγκλιση, απόκλιση, αντιφάσεις ή συσχετίσεις μεταξύ των ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων. Όταν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά, οι ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι συμπληρώνουν η μία την άλλη και επιτρέπουν μια πιο εύρωστη ανάλυση. Μέσα από αυτή τη συμπληρωματικότητα οι ερευνητές επιζητούν να συνδυάσουν τα ποιοτικά δεδομένα και τα ποσοτικά ευρήματα.



Εικόνα 7.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

7.3.5. Συμμετέχοντες

Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε όλους τους νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων που εργάζονταν με πλήρη απασχόληση στη Μονάδας Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Πενήντα νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (ποσοστό συμμετοχής 85%). Οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε διάφορες δομές της Μονάδας Απεξάρτησης, όπως σε τρία τμήματα εσωτερικής νοσηλείας, σε δύο συμβουλευτικούς σταθμούς, σε τμήμα εφήβων, σε τμήμα οικογένειας, σε τμήμα μητέρων-παιδιών και τμήμα γυναικών και δύο τμήματα απεξάρτησης από αλκοόλ.

7.3.6. Ερευνητική διαδικασία και δεοντολογικά ζητήματα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση του Διοικητικού και Επιστημονικού Συμβουλίου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Οι ερευνητές ενημέρωσαν τον προϊστάμενο νοσηλευτή κάθε τμήματος σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και μετά ο προϊστάμενος νοσηλευτής ενημέρωσε το νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το δικαίωμά τους να αρνηθούν ή να διακόψουν τη συμμετοχή τους. Δύο ερευνητές συλλέξαντε προσωπικά τα ερωτηματολόγια. Με την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων, ημι-δομημένες συνεντεύξεις διεξάχθηκαν με είκοσι επτά από τους συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν διαθέσιμοι κατά τη διάρκεια εκείνης της βάρδιας για συνέντευξη. Η διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν κατά προσέγγιση 30 λεπτά.

7.3.7. Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ένα γενικό μέρος με 21 ερωτήματα πάνω σε δημογραφικά (προσωπικά και επαγγελματικά) χαρακτηριστικά καθώς επίσης και την Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL R-IV) που αναπτύχθηκε από την Stamm (2005). Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL R-IV) είναι ένα εργαλείο 30 ερωτήσεων των οποίων η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 6 σημείων (από το καμία φορά έως το πολύ συχνά) και αποτελείται από τρεις ξεχωριστές υπο-κλίμακες: ικανοποίηση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες, που δεν αποδίδουν ένα συνολικό σκορ. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη μετάφραση του ProQOL στην ελληνική γλώσσα (Mangoulia et al., 2015). Η αξία του συντελεστή Cronbach α βρέθηκε να είναι 0.80 για την ικανοποίηση συμπόνιας, 0.73 για την επαγγελματική εξουθένωση και 0.83 για το δευτερογενές τραυματικό στρες. Επιπρόσθετα, ημι-δομημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν με τους συμμετέχοντες σχετικά με τις εμπειρίες τους από την εργασία με άτομα που υποφέρουν από τραύμα. Οι ερωτήσεις, οι οποίες διατυπώθηκαν στους συμμετέχοντες, ήταν οι εξής:

- Πώς σας επηρέαζε η θεραπευτική σχέση με τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης στην αρχή της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας και πώς σήμερα;
- Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην επιρροή που έχει η φροντίδα ατόμων τα οποία υποφέρουν από τραύμα στη δική σας υγεία, με το πέρασμα του χρόνου;
- Παρακαλώ περιγράψτε με όσο περισσότερες λεπτομέρειες μπορείτε τις εμπειρίες σας από τη θεραπευτική σχέση με ασθενή με σοβαρά ψυχικά (ή και σωματικά) τραύματα και τον τρόπο που σας επηρέασε.

7.3.8. Ανάλυση δεδομένων

Τα ποσοτικά δεδομένα καταχωρήθηκαν στο SPSS v22 για ανάλυση. Περιγραφική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Μη παραμετρικά τεστ χρησιμοποιήθηκαν για την εξέταση πιθανών συσχετίσεων των προσωπικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τα επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας και δευτερογενούς τραυματικού στρες. Τιμές με $p \leq .05$ θεωρήθηκαν σημαντικές.

Όσον αφορά τα ποιοτικά δεδομένα, χρησιμοποιήθηκε επαγωγική ανάλυση (Hsieh & Shannon, 2005). Τα βήματα τα οποία εμπλέκονται σε αυτήν τη διαδικασία περιλαμβάνουν: α) μια στρατηγική επαναλαμβανόμενης ανάγνωσης ώστε να επιτευχθεί ολιστική κατανόηση, β) διαμόρφωση κωδικών, χρησιμοποιώντας τις ακριβείς λέξεις που αποτυπώνουν έννοιες-κλειδιά, γ) η σύνδεση ετικετών στους αναδυόμενους κωδικούς, δ) οργάνωση των κωδικών σε υποκατηγορίες και κατηγορίες, ε) η ανάπτυξη ενός δενδροδιαγράμματος το οποίο οργάνώνει τους κωδικούς, υποκατηγορίες και κατηγορίες σε μια ιεραρχική δομή, στ) η ανάπτυξη των ορισμών των κωδικών και των κατηγοριών και ζ) προσδιορισμό των θεμάτων-κλειδιών που αναδύονται από τους κωδικούς. Για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των ευρημάτων, υπήρξε ομοφωνία μεταξύ τριών ερευνητών.

7.3.9. Αποτελέσματα

Δημογραφικά και σχετιζόμενα με την εργασία χαρακτηριστικά

Είκοσι ένας νοσηλευτές και είκοσι εννέα βοηθοί νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Το δείγμα ήταν κυρίως γυναίκες (82%) και έγγαμες (48%). Η μέση ηλικία ήταν $45,2 \pm 5,71$ χρόνια. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (88%) εργαζόταν στον τομέα της εξάρτησης για πάνω από δέκα χρόνια τη στιγμή της συλλογής των δεδομένων. Όλοι οι νοσηλευτές είχαν προπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική. Έξι νοσηλευτές είχαν επίσης αποκτήσει μεταπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική και τέσσερις είχαν ειδίκευση στην ψυχική υγεία. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

		n	%
Φύλο	Αρσενικό	9	18%
	Θηλυκό	41	82%
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος	13	26%
	Παντρεμένος	24	48%
	Χήρος	2	4%
	Διαζευγμένος	10	20%
Θέση εργασίας	Βοηθός Νοσηλεύτη	29	58%
	Νοσηλεύτης	21	42%
Χρόνια εργασίας	2-5 χρόνια	1	2%
	6-10 χρόνια	5	10%
	10 χρόνια	44	88%

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N = 50).

Χαρακτηριστικά	n (%)			
	Άριστο	Πολύ καλό	Καλό	Ουδέτερο
Περιβάλλον εργασίας	7 (14%)	32 (64%)	10 (20%)	1 (2%)
Το προσωπικό εργάζεται ως ομάδα	Πάντα 25 (50%)	Πιο συχνά 21 (42%)	Πολλές φορές 4 (8%)	Σπάνια -
Επιθυμία να φύγει από τη Μονάδα Απεξάρτησης	Ποτέ 28 (56%)	Σύντομα 1 (2%)	Κάποια στιγμή 11 (22%)	Δεν με απασχολεί 10 (20%)
Σωματική υγεία	Πολύ καλή 6 (12%)	Καλή 35 (70%)	Ουδέτερη 8 (16%)	Κακή 1 (2%)
			Ναι	Όχι
Προσωπική επιλογή εργασίας σε Μονάδα Εξαρτήσεων			27 (54%)	20 (40%)
Επιθυμία καριέρας Νοσηλεύτη για τα παιδιά του			14 (28%)	58 (56%)
Επιλογή Νοσηλευτικής ξανά ως καριέρα για τον ίδιο			29 (58%)	21 (42%)
Τραυματικές εμπειρίες ζωής				
Απειλή ζωής, επικίνδυνο αυτοκινητιστικό δυστύχημα			19 (38%)	31 (62%)
Ξαφνικός, απρόοπτος θάνατος αγαπημένου προσώπου			27 (54%)	23 (46%)
Μάρτυρας σε κακοποίηση, εκμετάλλευση, θάνατο κάποιου ή φυσική καταστροφή			8 (16%)	42 (84%)
Σύντροφος εξαρτημένος σε ναρκωτικά ή αλκοόλ			6 (12%)	44 (88%)
Σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση			4 (8%)	46 (92%)

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με την εργασία (N = 50).

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (80%) περιέγραψαν το εργασιακό τους περιβάλλον ως πολύ καλό ή πάρα πολύ καλό, ενώ το 92%

πίστευαν πως το προσωπικό πάντα/τις περισσότερες φορές εργαζόταν ως ομάδα. Ενδιαφέρον, ότι το 76% ανέφερε ότι δεν έχουν νιώσει ποτέ τη θέληση να φύγουν από το κέντρο απεξάρτησης ή πως δεν τους απασχολούσε. Επιπρόσθετα, πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (54%) ανέφεραν πως εκείνοι επέλεξαν να εργαστούν στον τομέα των εξαρτήσεων. Τέλος, ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει ζήσει μια ή παραπάνω τραυματικές εμπειρίες στη ζωή του (βλέπε Πίνακα 2).

Επαγγελματική ποιότητα ζωής

Με βάση τα αποτελέσματα που παρέχονται από την Stamm (2005), οι μέσες βαθμολογίες για το δείγμα ήταν «χαμηλές» για την ικανοποίηση συμπόνιας (μέση = 33.46, χαμηλή 25% cut point = 33), «μέτριες» για την επαγγελματική εξουθένωση (μέση = 22.62, χαμηλή 25% cut point = 18) και «υψηλές» για το δευτερογενές τραυματικό άγχος (μέση = 13.8, υψηλή 25% cut point = 17). Το 22% και το 14% των συμμετεχόντων αναφέρουν υψηλό κίνδυνο για δευτερογενές τραυματικό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση αντίστοιχα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (46%) εξέφρασαν μέτρια ή υψηλή πιθανότητα για ικανοποίηση συμπόνιας. Οι βαθμολογίες του ProQOL και οι συχνότητες παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Τα αποτελέσματα της Stamm συμπεριλαμβάνονται στον Πίνακα 3 για σύγκριση.

	<u>Ικανοποίηση Συμπόνιας</u>	<u>Επαγγελματική Εξουθένωση</u>	<u>Δευτερογενές Τραυματικό Στρες</u>
M ± SD	33.46 ± 7.83 (vs 37 ± 7.3) ^a	22.62 ± 5.84 (vs 22 ± 6.8) ^a	13.8 ± 5.09 (vs 13 ± 6.3) ^a
Υψηλό	6 (12%)	7 (14%)	11 (22%)
Μέτριο	17 (34%)	33 (66%)	35 (70%)
Χαμηλό	27 (54%)	10 (20%)	4 (8%)

^a Τα ευρήματα από τον αρχικό συγγραφέα

Πίνακας 3. Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής – Βαθμολογίες και Συχνότητες (N = 50).

Νοσηλεύτες και βοηθοί δεν διέφεραν σημαντικά σε καμία από τις δημογραφικές και επαγγελματικές μεταβλητές. Εντούτοις, νοσηλεύτες με μεταπτυχιακές σπουδές ή εξειδικεύσεις στην ψυχική υγεία παρουσίασαν βαθμολογία σημαντικά υψηλότερη στο δευτερογενές τραυματικό άγχος συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Παρότι τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά δεν διέφεραν από την υπόλοιπη ομάδα, οι δέκα συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή εξειδίκευση στην ψυχική υγεία σημείωσαν σημαντικό αριθμό προσωπικών τραυματικών συμβάντων στη ζωή τους (2 αναφορές σε σωματική/σεξουαλική κακοποίηση, 8 αναφορές σε αιφνίδιους, μη αναμενόμενους θανάτους αγαπημένων προσώπων, 3 αναφορές σε απειλητικό για τη ζωή/σοβαρό αυτοκινητιστικό δυστύχημα, 2 αναφορές ως μάρτυρες σε κακοποίηση, εκμετάλλευση, θάνατο κάποιου άλλου ή φυσική καταστροφή).



Εικόνα 7.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

7.3.9.1 Ποιοτικά αποτελέσματα

Οι εμπειρίες μεταξύ τμημάτων και συμμετεχόντων διαφέρουν σημαντικά λόγω διαφορών στο εργασιακό περιβάλλον, στα προσωπικά χαρακτηριστικά και στα κίνητρα. Μερικοί συμμετέχοντες εισήλθαν στο πεδίο της ψυχικής υγείας με ενθουσιασμό για την επιλογή τους να εργαστούν στον τομέα των εξαρτήσεων. Άλλοι δεν θα επέλεγαν να εργαστούν σε αυτόν τον συγκεκριμένο τομέα αν είχαν την επιλογή και ήταν διστακτικοί στο να σχετιστούν με άτομα που βρίσκονται στη διαδικασία της απεξάρτησης. Ένα κεντρικό θέμα περιγράφει τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις τους για τη φροντίδα ατόμων, που φέρουν πολλαπλά ψυχικά τραύματα: η μετάβαση στη γνώση ως ένα μακρύ ταξίδι από τη συναισθηματική εξουθένωση και αποστασιοποίηση στην ικανοποίηση συμπόνιας σε μεταγενέστερα στάδια της σταδιοδρομίας τους. Η παροχή ποιοτικής φροντίδας, αντιμετωπίζοντας κάθε πρόκληση του πεδίου φαίνεται να είναι το κυρίαρχο στοιχείο οργάνωσης των εμπειριών των συμμετεχόντων για τη φροντίδα των ατόμων που φέρουν το διπλό βάρος του τραυματικού στρες και του συσσωρευμένου πόνου που εμπλέκονται στην εξάρτηση. Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν στοιχεία προόδου στη γνώση για τον τρόπο συμπονετικής φροντίδας, η γνώση αυτή δεν αφορούσε όλους τους θεραπευόμενους οι οποίοι συμμετείχαν στη διαδικασία της απεξάρτησης. Αντιθέτως, συνειδητά αποφάσισαν να μην εμπλακούν με ορισμένους θεραπευόμενους, όπως για παράδειγμα εκείνους που αντιδρούσαν στις θεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν είχαν κίνητρα ή εμφάνιζαν αντίσταση στην αλλαγή. Η θεραπευτική σχέση με θεραπευόμενους, που επέλεγαν οι ίδιοι οι νοσηλευτές, αναφέρθηκε από ορισμένους συμμετέχοντες ακόμη και σε μεταγενέστερα στάδια της σταδιοδρομίας τους. Συνολικά, προέκυψαν τρεις κατηγορίες και οκτώ υποκατηγορίες σχετικά με τις αντιλήψεις και τα συναισθήματά τους προς την ικανοποίηση συμπόνιας (Πίνακας 4).

ΘΕΜΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΥΠΟ-ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
Η μετάβαση στη γνώση: Το μακρύ ταξίδι από τη συναισθηματική εξουθένωση και αποστασιοποίηση στην ικανοποίηση συμπόνιας	Συναισθηματική απόγνωση/αποστασιοποίηση	(α) Υπερβολική εμπλοκή / απόσταση, (β) Αίσθημα εξουθένωσης και ανεπάρκειας και (γ) μη ρεαλιστικοί στόχοι
	Η πορεία προς τη συμπόνια	(α) Βρίσκοντας τη σωστή απόσταση (β) Επαναπροσδιορίζοντας τον θεραπευτικό ρόλο και τις προσδοκίες τους (γ) Επεξεργασία συναισθημάτων και εμπειριών
	Ικανοποίηση συμπόνιας	(α) Ικανοποίηση από μικρές αλλαγές, (β) Προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη

Πίνακας 4. Θέμα, κατηγορίες και υπο-κατηγορίες.

Κατηγορία 1: Συναισθηματική απόγνωση-αποστασιοποίηση

Αυτή η κατηγορία περιλάμβανε τρεις υποκατηγορίες: (α) Υπερβολική εμπλοκή / απόσταση, (β) Αίσθημα εξουθένωσης και ανεπάρκειας και (γ) μη ρεαλιστικοί στόχοι.

Υπερβολική εμπλοκή / απόσταση

Κάποιοι συμμετέχοντες περιέγραψαν την υπερβολική εμπλοκή ή την υπέρβαση των επαγγελματικών ορίων σε βαθμό που η προσωπική τους ζωή επηρεάστηκε. Άλλοι συμμετέχοντες ανέφεραν έντονο στρες ή φόβο στην επαφή με τους θεραπευόμενους, σε βαθμό που αποσύρθηκαν, κράτησαν σε απόσταση ή απέφευγαν κάθε είδους επαφή προκειμένου να προστατευθούν. Ένας συμμετέχων περιέγραψε εύστοχα την έντονη επιθυμία του να «βγει έξω αμέσως» την πρώτη μέρα στη δουλειά, όταν γύρισε πίσω για να δει αν η πόρτα ήταν κλειστή.

«Στην αρχή ήμουν συχνά ανήσυχος, όσον αφορά την ανάρρωσή τους, προκατειλημμένος για τις αντιδράσεις τους, ανησυχούσα γι' αυτούς».

«Στην αρχή της καριέρας μου αισθάνθηκα πολύ κοντά στα άτομα αυτά, ήμουν πολύ συναισθηματικός, πλήρως διαθέσιμος και αφιέρωνα μεγάλο μέρος της προσωπικής μου ζωής στη φροντίδα τους».

«Αρχικά ήμουν πολύ αποστασιοποιημένος από αυτούς, φοβόμουν και κρατούσα τον εαυτό μου όσο πιο μακριά μπορούσα».

Αίσθημα εξουθένωσης και ανεπάρκειας

Έντονα συναισθήματα που προβάλλονται μερικές φορές στους παρόχους περίθαλψης από τους ασθενείς μέσω καθημερινών διαλόγων, απειλής θανάτου, αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή αφήγησης καταστροφικών και τρομακτικών τραυμάτων αποτελούσαν πραγματικότητες με τις οποίες οι συμμετέχοντες έπρεπε να ασχοληθούν στην καθημερινή κλινική πρακτική. Συναισθήματα φόβου και σοκ κατέκλυζαν συχνά τους συμμετέχοντες. Περιέγραψαν, επίσης, αισθήματα απογοήτευσης, ανεπάρκειας και αδυναμίας, όταν τα άτομα δεν ακολουθούσαν την επιθυμητή πορεία της θεραπείας ή δεν υπήρχε προοπτική για κάτι τέτοιο.

«Ήμουν τόσο συγκλονισμένη εκείνη την ημέρα, επειδή είδα ένα άτομο που ζητούσε να σωθεί από τους ανθρώπους που προσπαθούσαν να τη βοηθήσουν και ταυτόχρονα ανθρώπους να με κοιτάζουν σαν να ήμουν ο δράστης».

«Ήταν σε πολύ κακή κατάσταση, ούρλιαζε και φώναζε την ίδια στιγμή. Σε ένα σημείο με αγκάλιασε και συνέχισε να κλαίει. Εκείνη τη στιγμή προσπάθησα να την ηρεμήσω κρατώντας τη. Όταν ηρέμησε και έφυγε από το γραφείο, ένιωσα αδύναμη και σχεδόν χαμένη. Ήταν μια έντονη εμπειρία που δεν θα ξεχάσω ποτέ».

«Έμαθα για τον θάνατό του, όταν επέστρεψα στη δουλειά. Ήμουν απογοητευμένη και φώναζα, ένιωσα λυπημένη και δεν ήθελα να επιστρέψω στην εργασία τις επόμενες μέρες».

«Στην αρχή είχα όλα τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κατά τα πρώτα μου χρόνια στην εργασία, όχι μόνο κουβαλούσα προβλήματα από τον χώρο εργασίας στο σπίτι αλλά συχνά δυσκολευόμουν να κοιμηθώ το βράδυ».

Μη ρεαλιστικοί στόχοι

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν εκτεταμένα σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες κατά την έναρξη της σταδιοδρομίας τους. Πολλοί πίστευαν ότι η αποχή από τις ουσίες ή η ολοκλήρωση των προγραμμάτων απεξάρτησης θα οδηγούσε σε δραματικές και ταχείες αλλαγές στα μέλη που αναρρώνουν, σαν να μην υπήρχε η πληθώρα προβλημάτων που είχαν συσσωρευτεί κατά τη διάρκεια αρκετών ετών χρήσης ουσιών στις ζωές τους. Έλλειψη επαρκούς προετοιμασίας/εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της μετάβασης στο πεδίο των εξαρτήσεων, η υπερβολική αισιοδοξία και οι λανθασμένες αντιλήψεις οδηγούν στην απογοήτευση.

«Στην αρχή απαιτούσα περισσότερα από όσα μπορούσαν να κάνουν».

«Στην αρχή ήμασταν “αφελείς” και πιστεύαμε ότι όταν το άτομο ολοκληρώσει το πρόγραμμα μετά από επτά μήνες, θα θεραπευθεί και θα παραμείνει καθαρός».

Κατηγορία 2: Η γνώση προς τη συμπόνια

Αυτή η κατηγορία περιελάμβανε τρεις υποκατηγορίες: (α) Βρίσκοντας τη σωστή απόσταση, (β) Επαναπροσδιορίζοντας τον θεραπευτικό ρόλο και τις προσδοκίες και (γ) Έλεγχος συναισθημάτων και εμπειριών.

Βρίσκοντας τη σωστή απόσταση

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την εύρεση ισορροπίας μεταξύ της επαφής και της απόστασης από τους θεραπευόμενους που τους επέτρεπαν να δημιουργούν θεραπευτικές σχέσεις, αποφεύγοντας, όμως, τη συναισθηματική εξάντληση.

«Μετά από 26 χρόνια στον ίδιο τομέα, η εμπειρία και η προσωπική ωριμότητα με βοήθησαν να θέσω όρια και με οδήγησαν σε διαφορετικούς τρόπους για να κάνω τη δουλειά μου σωστά, προστατεύοντας ταυτόχρονα τον εαυτό μου. Συνεχίζω να είμαι ευαίσθητος, να προσφέρω φροντίδα, να εργάζομαι ευσυνείδητα αλλά με όρια».

«Η “απόσταση” που πρέπει να παρθεί είναι προς όφελος του ασθενούς, για την παροχή καλύτερης φροντίδας/συμβουλευτικής. Έτσι, όσο λιγότερο εμπλέκεσαι συναισθηματικά τόσο περισσότερο μπορείς να βοηθήσεις, τόσο περισσότερο προστατεύεις τον εαυτό σου και τον ασθενή. Μαθαίνεις να δέχεσαι ικανοποίηση και κάποιο είδος ανατροφοδότησης, βλέποντας το θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας τους».

Επαναπροσδιορισμός του θεραπευτικού ρόλου και των προσδοκιών

Ακούγοντας ιστορίες θυματοποίησης, απώλειας και θλίψης, ορισμένοι συμμετέχοντες ένιωθαν μια ισχυρή ώθηση να βοηθήσουν τον ασθενή, παίρνοντας τον ρόλο του σωτήρα. Αργότερα, στην καριέρα τους παρατήρησαν την τάση να υιοθετούν ακατάλληλους ρόλους στη θεραπευτική σχέση ή να υπερεκτιμούν την ευθύνη τους για την απεξάρτηση ενός ατόμου. Με την καθημερινή πρακτική ανέπτυξαν μια πιο ρεαλιστική εικόνα του ρόλου τους και των περιορισμών του.

«Αρχικά, θεωρούσα τον εαυτό μου πιο υπεύθυνο για την πορεία της θεραπείας τους και κάθε αποτυχία οφειλόταν αποκλειστικά στους χειρισμούς της θεραπευτικής ομάδας και τους δικούς μου. Είχα επηρεαστεί τόσο συναισθηματικά όσο και στην προσωπική μου ζωή».

«Τώρα είμαι συμπονετικός και τους υποστηρίζω, χωρίς να παίρνω τον ρόλο του σωτήρα».

Έλεγχος συναισθημάτων και εμπειριών

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν σταδιακά να τους επηρεάζουν οι τραυματικές ιστορίες των μελών και τα έντονα συναισθήματά τους. Αναγνώρισαν επίσης ότι, παρόλο που οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους ήταν περιστασιακά έντονες, ήταν πιο ικανοί να τις διαχειριστούν και να τις βιώσουν για μικρότερη διάρκεια. Σταδιακά απέκτησαν μια αυξημένη κατανόηση του εαυτού και των άλλων.

«Με το πέρασμα του χρόνου, τέτοια περιστατικά έχουν μικρότερη θέση στην ψυχή μου λόγω της καλής συναισθηματικής διαχείρισης».

Κατηγορία 3: Ικανοποίηση συμπόνιας

Ικανοποίηση από μικρές αλλαγές

Με την καλύτερη κατανόηση των προκλήσεων που συνδέονται με τη διαδικασία απεξάρτησης, οι συμμετέχοντες επαναπροσδιόρισαν τις προσδοκίες τους. Με αυτόν τον τρόπο, ανέπτυξαν βαθύτερη γνώση των θεραπευτικών σχέσεων, έγιναν πιο δεκτικοί, λιγότερο επικριτικοί και πιο ικανοί να ακούσουν την ιστορία των μελών και τις αντιλήψεις τους για αλλαγή, αντί να ανησυχούν αν τα μέλη θα ακολουθήσουν τις συμβουλές τους.

«Με το πέρασμα του χρόνου, συνειδητοποίησα πόσο σημαντικές είναι οι μικρές καθημερινές νίκες και ένιωθα καλά, όταν τις επιτύγχαναν. Τις επικροτούσα. Αισθανόμουν υπερήφανη γι' αυτές. Όταν κατάφερναν ακόμη περισσότερα από όσο περίμενα, ήταν πάντα μια θετική εξέλιξη, αν όχι μια έκπληξη. Αλλά πάντα ήξερα ότι θα μπορούσαν να κάνουν περισσότερα από όσα εκείνες περίμεναν. Μπορούσα να το δω. Γι' αυτό είναι μια μαγική δουλειά! Διότι, ακόμη και αν παίρνεις πίσω το ελάχιστο από όσα έδωσες, αισθάνεσαι ότι πραγματικά εργάστηκες καλά ή ότι έκανες το καλύτερο που μπορούσες!».

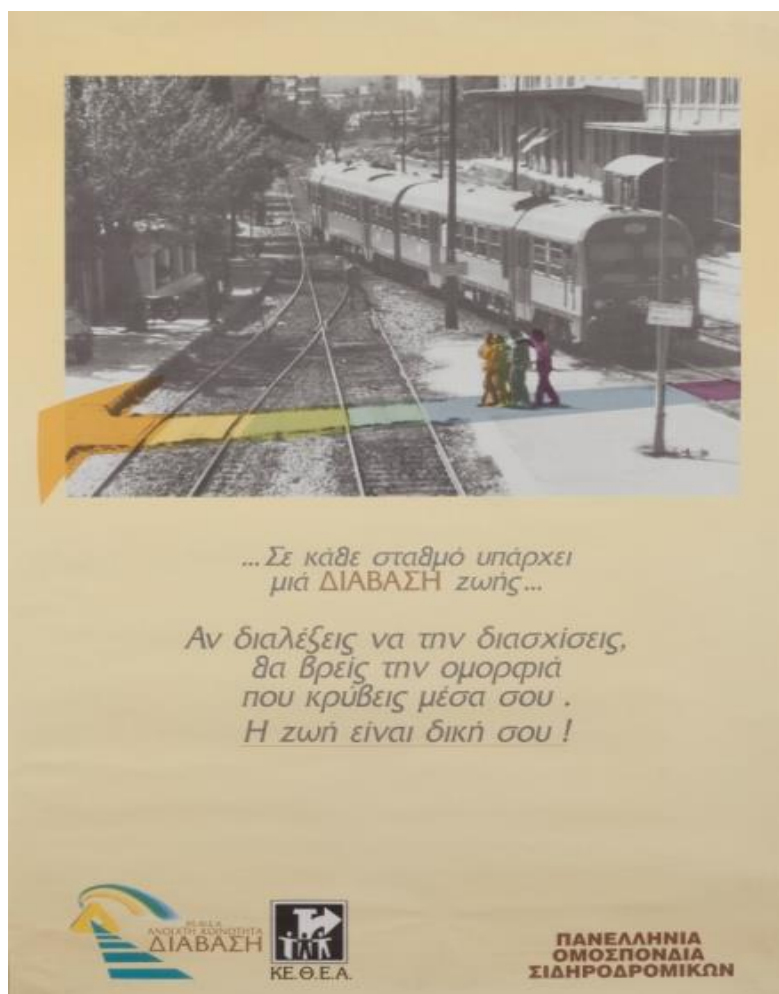
«Είναι αδύνατο να μην σε αγγίζει ο πόνος και το μαρτύριό τους, και η ικανοποίηση που παίρνεις παρατηρώντας τις αλλαγές τους κατά τη διαδικασία της απεξάρτησης είναι μοναδικές!».

Προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι βαθμιαία απέκτησαν μια ισχυρή αίσθηση προσωπικής ταυτότητας και αυτογνωσίας, η οποία περιεγράφηκε ως ιδιαίτερα σημαντική στην επαφή με τους θεραπευόμενους που αναρρώνουν και τις οικογένειές τους. Μερικοί συμμετέχοντες εξακολουθούσαν να εφαρμόζουν επιλεκτική θεραπευτική αλληλεπίδραση ως μέσο αυτοπροστασίας σε μεταγενέστερα στάδια στην καριέρα τους. Ωστόσο, έχοντας περισσότερη εμπιστοσύνη τόσο στον εαυτό τους όσο και στον ρόλο τους, σταδιακά κατάφεραν να ακούν με ένα μη κριτικό και αποδεκτό τρόπο, να θέσουν όρια στις θεραπευτικές τους σχέσεις και να αισθανθούν περισσότερο αποτελεσματικοί στις θεραπευτικές τους αλληλεπιδράσεις. Ήταν, επίσης, σε θέση να αντιληφθούν τους δικούς τους περιορισμούς και να τους δεχτούν, ενώ ταυτόχρονα αναζητούσαν και διατηρούσαν τρόπους αυτοφροντίδας και ενδυνάμωσης. Η αξία της υποστήριξης τονίστηκε από τους περισσότερους συμμετέχοντες. Η εποπτεία και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελούσαν ευκαιρίες για αυτοαξιολόγηση, στήριξη και ενδυνάμωση.

«Το να μοιράζομαι τις σκέψεις μου με την ομάδα είναι πολύ παρηγορητικό και χρήσιμο. Μαζί αποφασίζουμε πώς θα χειριστούμε τα δύσκολα περιστατικά. Η ομάδα καλλιεργεί μια αίσθηση συντροφικότητας».

«Δεν είναι ότι μου έδωσαν συμβουλές, αλλά συνειδητοποίησα ότι άλλοι είχαν αισθανθεί κατά τον ίδιο τρόπο και απαλλάχτηκα από την ενοχή».



... Σε κάθε σταθμό υπάρχει
μιά ΔΙΑΒΑΣΗ ζωής...

Αν διαλέξεις να την διασχίσεις,
θα βρεις την ομορφιά
που κρύβεις μέσα σου .
Η ζωή είναι δική σου !



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΙΚΩΝ

Εικόνα 7.8 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

7.3.10. Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων και να περιγράψει το συναισθηματικό κόστος, καθώς και τις ανταμοιβές της θεραπευτικής σχέσης με άτομα και οικογένειες που αντιμετωπίζουν τη συσσωρευμένη ψυχική επιβάρυνση του τραύματος και της εξάρτησης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι το 22% των συμμετεχόντων εξέφρασε υψηλό επίπεδο δευτερογενούς τραυματικού στρες και το 80% των συμμετεχόντων παρουσίασε μέτριο προς υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτές με μεταπτυχιακές σπουδές ή ειδικευση ψυχικής υγείας σημείωσαν σημαντικά υψηλότερο δευτερογενές τραυματικό στρες σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, ενώ ανέφεραν σημαντικό αριθμό προσωπικών τραυματικών γεγονότων στη ζωή τους. Όλοι οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τη μακρά μετάβαση στη γνώση, ως ένα επίπονο αλλά πολύτιμο ταξίδι από τη συναισθηματική ματαίωση ή αποστασιοποίηση στην αρχή της καριέρας τους στην ικανοποίηση συμπόνιας σε μεταγενέστερα στάδια.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι παρόμοια με εκείνα προηγούμενης έρευνας που δείχνει ότι ένας στους πέντε επαγγελματίες υγείας στις εξαρτήσεις αναφέρει υψηλό κίνδυνο για κόπωση συμπόνιας (Huggard et al., 2017· Ewer et al., 2015· Bride et al., 2009). Οι πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις της κόπωσης συμπόνιας απειλούν την παροχή ποιοτικής φροντίδας, δεδομένου ότι οι επαγγελματίες υγείας στο πεδίο των εξαρτήσεων είναι πιθανό να αποστασιοποιηθούν από τους ασθενείς ως μέσο αυτοπροστασίας και ως εκ τούτου να βιώνουν χαμηλή ικανοποίηση από τη φροντίδα που παρέχουν (Missouridou, 2016). Εξάλλου, έρευνες καταδεικνύουν ότι και άλλοι επαγγελματίες υγείας, που αναφέρουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζουν έντονη δυσλειτουργία και συναισθηματικά απόμακρη ή αμυντική συμπεριφορά στη φροντίδα τους (Missouridou, 2017).

Η Μισουρίδου συζητά τη δυναμική του τραύματος που μπορεί να περιορίσει την ικανότητα των νοσηλευτών να αλληλεπιδρούν με έναν ουσιαστικό και ασφαλή τρόπο με τους ασθενείς, ενώ η εσωτερίκευση και απορρόφηση των ανεξέλεγκτων συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση συμπόνιας (Missouridou, 2017). Οι νοσηλευτές μπορεί να ταυτίζονται υπερβολικά με τους ασθενείς ή να υιοθετούν ακατάλληλους ρόλους, όπως αυτός του σωτήρα. Από την άλλη πλευρά, η ταύτιση στο τραύμα μπορεί να προκαλέσει στον νοσηλευτή τον φόβο ότι θα «χαθεί» στον πόνο και την αγωνία του ασθενούς και ότι αυτά τα συναισθήματα του ασθενούς θα τον κατακλύσουν. Παρόλα αυτά, αντί να καταπιέζονται ή να αμύνονται απέναντι στα έντονα συναισθήματα, το άγχος και τις σκέψεις που απορρέουν από την έκθεση σε τραύμα, οι νοσηλευτές μπορούν να επιτρέψουν στον εαυτό τους να αναγνωρίσουν, να δεχθούν και να βιώσουν τα συναισθήματά τους ως μια ευκαιρία για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη. Στην παρούσα έρευνα, οι συμμετέχοντες απέφυγαν σταδιακά τους ακατάλληλους ρόλους και την υπερεμπλοκή και απέκτησαν μια αυξημένη γνώση του εαυτού τους και των άλλων. Ομοίως, ο Haggerty (2019) βρήκε μια θετική σχέση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας στο πεδίο των εξαρτήσεων, που υποδηλώνει ότι η ανάπτυξη και η αίσθηση αγωνίας δεν είναι διαχωρισμένα αλλά μπορεί να συμβούν ταυτόχρονα με το δευτερογενές τραυματικό στρες να λειτουργεί ως καταλύτης που προκαλεί τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Όσον αφορά τις θετικές πτυχές της εργασίας με άτομα που βιώνουν την άρρηκτη σύνδεση μεταξύ εξάρτησης και τραύματος, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση συμπόνιας, ενώ περισσότερα από τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων δεν είχαν την επιθυμία να εγκαταλείψουν το τμήμα τους, περιέγραψαν το περιβάλλον εργασίας τους ως πολύ καλό και θεωρούν ότι τις περισσότερες φορές το τμήμα τους εργάστηκε ως ομάδα. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες εξέφρασαν αισθήματα ικανοποίησης και αίσθησης επιτυχίας όταν περιέγραφαν τον τρόπο που ξεπέρασαν την απογοήτευση στην έναρξη της καριέρας τους, όταν συχνά ένιωθαν συναισθηματικά εξουθενωμένοι κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών αλληλεπιδράσεων και δεν παρείχαν ποιοτική φροντίδα. Μέσα από το μακρύ ταξίδι της μάθησης του να παρέχουν ποιοτική φροντίδα, προστατεύοντας ταυτόχρονα τους εαυτούς τους, απέκτησαν μια ισχυρή αίσθηση προσωπικής και επαγγελματικής ταυτότητας. Ο Haggerty (2019) προτείνει πως μέσω των δυσκολιών που σχετίζονται με την απόδοση σημασίας στο τραύμα που εκτίθενται, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να έχουν την ευκαιρία να αναπτυχθούν στο επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Με τον τρόπο αυτό η δημιουργία μιας σχέσης με τα άτομα τα οποία έχουν βιώσει τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε ευκαιρίες για ανάπτυξη, μια νέα εκτίμηση της ζωής, της πνευματικότητας και τις σχέσεις, παρά την αρχική έντονη συναισθηματική επιβάρυνση (Cosden, Sanford, Koch & Lepore, 2016).

Ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων με μεταπτυχιακές σπουδές ή ειδίκευση στην ψυχική υγεία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Αυτό ήταν ένα απροσδόκητο αποτέλεσμα, καθώς οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης έχουν χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κόπωσης συμπόνιας (Perkins & Sprang, 2013). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη έδειξαν πόσο απροετοίμαστοι ήταν στην αρχή της σταδιοδρομίας τους και πόσο πολύτιμες ήταν οι ευκαιρίες μεταγενέστερης εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής, οριοθετώντας τον προστατευτικό ρόλο της εκπαίδευσης σε σχέση με την ευημερία των επαγγελματιών. Εντούτοις, στην παρούσα μελέτη, οι νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων με μεταπτυχιακές σπουδές ή ειδίκευση στην ψυχική υγεία ανέφεραν έναν αυξημένο αριθμό τραυματικών εμπειριών στη ζωή τους. Η Μισουρίδου δείχνει ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις των επαγγελματιών μπορεί να είναι εν μέρει αποτέλεσμα της δικής τους προσωπικής ιστορίας, όταν εκτίθενται στο στρες και τις εντάσεις που υπάρχουν στις αλληλεπιδράσεις τους με τα τραυματισμένα άτομα (Missouridou, 2017). Τονίζει, επίσης, ότι η αυτογνωσία, η αναγνώριση του προσωπικού ιστορικού απώλειας και των άλυτων ζητημάτων καθώς και η αποδοχή των προσωπικών περιορισμών αποτελούν τον απαραίτητο εξοπλισμό ενός «θεραπευτή τραυματία» σε μια ειλικρινή συνάντηση με όσους έχουν ανάγκη. Ομοίως, οι Cosden, Sanford, Koch & Lepore (2016) βρήκαν μια σημαντικά θετική σχέση μεταξύ του ιστορικού των τραυμάτων των επαγγελματιών υγείας στις εξαρτήσεις με την ψυχολογική δυσφορία, λόγω της έκθεσης στο τραύμα του κλινικού τομέα. Παρόλα αυτά, άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή κλινικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν τον αυξημένο αριθμό τραυματικών εμπειριών που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες με υψηλά ποσοστά δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παρούσα μελέτη. Ως εκ τούτου, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να υπάρξει σύνδεση με οποιουδήποτε είδους βεβαιότητας και να ληφθούν υπόψη μεταβλητές συσχέτισης οι οποίες μπορεί ψευδώς να υποδεικνύουν μια προφανή σχέση, οδηγώντας σε συμπεράσματα δίχως κλινική σημασία.

Επιπλέον, πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης. Ο κύριος περιορισμός της μελέτης είναι ότι το δείγμα προέρχεται από κέντρα απεξάρτησης ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ ενός συγκεκριμένου ψυχιατρικού νοσοκομείου που διαθέτει μια συστηματική ψυχοδυναμική - θεραπευτική προσέγγιση. Επομένως, δεν μπορούν να γίνουν γενικεύσεις σε νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών εξαρτημένων ατόμων σε άλλο θεραπευτικό περιβάλλον στην Ελλάδα ή διεθνώς. Επιπλέον, το 88% των συμμετεχόντων είχε εργαστεί στον τομέα της εξάρτησης για περισσότερα από δέκα χρόνια πριν από τη στιγμή της συλλογής δεδομένων και έτσι οι νέοι επαγγελματίες στα πρώτα στάδια της σταδιοδρομίας τους υποεκπροσωπούνται στο δείγμα.

Συνολικά, τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν την ανάγκη για ανάπτυξη εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων για την προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας στις εξαρτήσεις, για την αντιμετώπιση της συναισθηματικής επιβάρυνσης της εργασίας τους στο πλαίσιο του τραύματος. Οι Cosden, Sanford, Koch & Lepore (2016) τονίζουν ότι οι επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων δεν αισθάνονται πάντα έτοιμοι να βιώσουν το τραύμα. Η οργανωσιακή υποστήριξη και υποστηρικτική κουλτούρα στον χώρο εργασίας είναι ζωτικής σημασίας για να μπορούν οι επαγγελματίες να μιλούν για τα συναισθήματα απογοήτευσής τους, ειδικά κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της καριέρας τους στις εξαρτήσεις. Η καθοδήγηση και η κλινική εποπτεία, όταν παρέχονται τακτικά σε μακροπρόθεσμη βάση, δημιουργούν ένα ήρεμο περιβάλλον για προσωπικές αποκαλύψεις που επιτρέπει στους επαγγελματίες να κάνουν ένα βήμα πίσω και να αναστοχαστούν πάνω στην επικοινωνία και τις αλληλεπιδράσεις τους. Επαρκής προετοιμασία πριν από την είσοδο στο πεδίο και η συνεχής εκπαίδευση μπορούν να υποστηρίξουν τους νέους επαγγελματίες να αναλάβουν τον ρόλο τους. Η συνοδοιπορία και φροντίδα κατά τη διάρκεια των συναισθηματικά φορτισμένων περιόδων της απεξάρτησης μπορεί να αποτελέσει πηγή ταλαιπωρίας, αγωνίας και άγχους για τους επαγγελματίες υγείας στις εξαρτήσεις, αλλά και μια αρένα προσωπικής ωριμότητας και αυτο-ανάπτυξης. Σε περιόδους διεθνούς κρίσης του εργατικού δυναμικού, οι επαγγελματίες στον τομέα των εξαρτήσεων πρέπει να είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν τη δυναμική του τραύματος, προκειμένου να κατανοήσουν τη φύση της επιβάρυνσης που υφίστανται, όταν έρχονται σε επαφή με τα άτομα, και οι οικογένειες αντιμετωπίζουν το διπλό βάρος του τραύματος και της εξάρτησης. Μια τέτοια προετοιμασία μπορεί να είναι ένα πολύτιμο εργαλείο στη συνεργατική θεραπευτική αγωγή. Ενώ, ταυτόχρονα, προστατεύει τους επαγγελματίες από την απορρόφηση ή την εσωτερικοποίηση ανυπόληπτων συναισθημάτων που μπορούν να οδηγήσουν στην κόπωση συμπόνιας.



Εικόνα 7.9 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Berenz, E. C., McNett, S., & Paltell, K. (2019). Development of comorbid PTSD and substance use disorders. *Posttraumatic stress and substance use disorders*, 11-27.
- Bion, W.R. (1961). Experiences in groups. London: Tavistock.
- Bride, B. E., Smith Hatcher, S., & Humble, M. N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15(2), 96-105.
- Caruth, C. (2016). Unclaimed experience: Trauma, narrative, and history. JHU Press.
- Clancy, C., Oyefeso, A., & Ghodse, H. (2007). Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 161-171.
- Cosden, M., Sanford, A., Koch, L. M., & Lepore, C. E. (2016). Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers. *Substance abuse*, 37(4), 619-624.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Ewer, P. L., Teesson, M., Sannibale, C., Roche, A., & Mills, K. L. (2015). The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 34(3), 252-258.
- Farley, M., Golding, J.M., Young, G., Mulligan, M. & Minkoff, J.R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 161-167.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In BH Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Flaskas, C. (2002). Border crossing and the integrity of frameworks. *Journal of Family Therapy*, 24, 222-231. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00213>.
- Fotopoulou, M., Munro, A., & Taylor, A. (2015). 'Allowing the right' and its currency in managing drug stigma in Greece. *International Journal of Drug Policy*, 26(8), 723-730.
- Foulkes, S.H. (1984). Therapeutic group analysis. London: Karnac Books.
- Freudenberger, H.J. (1980). *Burn-out: The high cost of high achievement*. New York, Doubleday.
- Haggerty, D. (2019). Substance Use Helpers: An Exploration into the Relationship Between Professional Quality of Life and Posttraumatic Growth (Doctoral dissertation, Duquesne University). Retrieved from <https://dsc.duq.edu/etd/1763>.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Huggard, P., Law, J., & Newcombe, D. (2017). A systematic review exploring the presence of Vicarious Trauma, Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress in Alcohol and Other Drug Clinicians. *Australasian Journal of Disaster & Trauma Studies*, 21(2).
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 333-338.
- Maslach, C., Scaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422.
- Mergler, M., Driessen, M., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Lüdecke, C., Ohlmeier, M., ... & Studygroup, T. R. A. U. M. A. B. (2018). Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 93, 57-63.

- Mills, K.L. (2009). Editorial- 'Between pain and nothing I choose nothing': trauma, post traumatic stress disorder and substance use. *Addiction*, 104, 1607- 1609.
doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02675.x>.
- Missouridou, E. (2016). Cultivating a trauma awareness culture in the addictions. *Current drug abuse reviews*, 9(2), 99-105.
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>.
- Najavits, L. M., Hyman, S. M., Ruglass, L. M., Hien, D. A., & Read, J. P. (2017). Substance use disorder and trauma. *APA Handbook of Trauma Psychology*, 1:95-213.
- Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6, 57-68.
- Perkins, E. B., & Sprang, G. (2013). Results from the Pro-QOL-IV for substance abuse counselors working with offenders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 199-213.
- SAMHSA (2009). Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52. HHS Publication No.(SMA) 09-4435, Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- SAMHSA (2013). Report to Congress on the nation's substance abuse and mental health workforce issues. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Softas-Nall, V. (2003). Reflections on forty years of family therapy, research and systemic thinking in Greece. In K. S. Nig (Ed.), *Global perspectives in family therapy: Development, practice, trends* (pp. 125–143). New York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2005). The ProQOL manual. The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales, Idaho State University-Sidran Press US
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual. Pocatello, ProQOL.org.
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction–Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2426-2434.
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction–part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of clinical nursing*, 17(18), 2435-2443.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*. New York, Human Science Press.
- Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.

Κεφάλαιο 8

Επαγγελματική αυτοανάπτυξη

Σύνοψη

- Στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας οι επαγγελματίες κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την εργασία τους. Σταδιακά αποκτούν την ικανότητα οριοθέτησης των ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων, και κατανοούν ότι η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη θεραπευτική διαδικασία, αποφεύγοντας τη ματαίωση που βίωναν αρχικά. Επίσης, επιδιώκουν ενεργητικά την απόκτηση δεξιοτήτων και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να συμβάλλουν στην παραμονή των νοσηλευτών στον χώρο της θεραπείας απεξάρτησης είναι η έλλειψη μονοτονίας, η φύση της εργασίας και οι ιδιαιτερότητες των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων, το ενδιαφέρον εργασιακό περιβάλλον γεμάτο προκλήσεις, η αυτονομία, η υποστήριξη στα αρχικά στάδια της σταδιοδρομίας τους και οι ευκαιρίες προαγωγής ανάλογα με το πλαίσιο.
- Η διαμόρφωση, όμως, μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί τη συνειδητοποίηση των επιλογών του επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές.
- Η επιμόρφωση, η εποπτεία, η προσωπική θεραπεία και η ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση βοηθούν τον επαγγελματία να επεξεργαστεί ζητήματα, τα οποία αφορούν τις σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του, και αποτελούν πολύτιμα εφόδια στην προσπάθεια συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Η δυναμική του τραύματος και της απώλειας μπορεί να περιορίσει την ικανότητα των επαγγελματιών να αλληλεπιδρούν με ουσιαστικό και ασφαλή τρόπο με τα επιβαρυνμένα μέλη οικογενειών, ενώ εσωτερικεύουν και απορροφούν ανεπεξέργαστα συναισθήματα, τα οποία οδηγούν σε κόπωση συμπίναξ/δευτερογενές τραυματικό στρες. Από την άλλη πλευρά, η ανάπτυξη οικειότητας με άτομο που έχει βιώσει τραύμα μπορεί να προκαλέσει τον φόβο να χαθεί στον πόνο και την αγωνία του επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας και να κατακλυστεί από αυτό. Παρόλα αυτά, αντί να καταπιέζουν ή να αποφεύγουν τα έντονα συναισθήματα, το άγχος και τις δύσκολες σκέψεις που απορρέουν από την έκθεση σε τραύμα, οι επαγγελματίες μπορούν να επιτρέψουν στον εαυτό τους να αναγνωρίσουν, να αποδεχτούν και να βιώσουν τα συναισθήματά τους ως ευκαιρία για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη. Η ανάπτυξη και η δυσφορία δεν αποκλείουν η μία την άλλη, αλλά μπορεί να συμβαδίζουν κάποιες φορές. Μέσα από το μακρύ ταξίδι της μάθησης φροντίδας του συνανθρώπου, ενώ προστατεύουν τον εαυτό τους, οι επαγγελματίες αποκτούν μια ισχυρή αίσθηση προσωπικής και επαγγελματικής ταυτότητας.

Συνολικά, οι προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας στον τομέα της εξάρτησης απαιτούν αυξημένες ικανότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη διαχείριση αντιπαραθέσεων. Επίσης, απαιτούν ικανότητα ενσυναίσθησης και αναγνώρισης των συναισθηματικών αντιδράσεων των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Το κεφάλαιο αυτό εστιάζει στην επαγγελματική αυτοανάπτυξη των επαγγελματιών στον χώρο των εξαρτήσεων. Αρχικά, σκιαγραφούνται τα στάδια επαγγελματικής εξέλιξης που συνδέονται με την κατάκτηση συγκεκριμένων ικανοτήτων. Στη συνέχεια περιγράφεται η επιρροή της οργανωσιακής κουλτούρας στον επαγγελματία, η οποία σε έναν υγιή οργανισμό πρέπει να είναι αμφίδρομη. Τέλος, αναλύεται η διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης και συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας.

8.1. Στάδια επαγγελματικής ανάπτυξης

Στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί αρκετά μοντέλα επαγγελματικής ανάπτυξης στη νοσηλευτική, τα οποία περιλαμβάνουν στάδια μετάβασης από τη φάση της εκπαίδευσης ως τη φάση της καταξιωμένης κλινικής αριστείας (Clancy et al., 2006· Benner, 1984). Συνήθως, ο εκπαιδευόμενος ή νέος επαγγελματίας εστιάζει στον εαυτό του, επειδή νιώθει αβέβαιος και αγχωμένος σχετικά με τις ικανότητές του και τον ρόλο του, ασχολείται με το αν έπραξε σωστά, ενώ ταυτόχρονα έχει υπερβολική βεβαιότητα για τις ικανότητές του. Επίσης, έχει την τάση να γενικεύει, να απαντά με το ύφος ειδικού, να χρησιμοποιεί κάποια δεξιότητα περισσότερο από άλλες. Στην ουσία υπάρχει χάσμα ανάμεσα στην κατανόηση, τους στόχους και τις παρεμβάσεις.

Στην πορεία, όμως, της προσαρμογής στον επαγγελματικό χώρο, παρότι εξακολουθεί να εστιάζει περισσότερο από ό,τι είναι αναγκαίο στις ελλείψεις του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης και στην αντίστασή του, σταδιακά εστιάζει λιγότερο στον εαυτό του και περισσότερο στο άτομο και στην οικογένειά του. Νιώθει, όμως, σύγχυση και ματαίωση με την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής σχέσης, ενώ ταυτίζεται υπερβολικά με το άτομο ή τα μέλη της οικογένειάς του. Επιπλέον, εξακολουθεί να μην συνδέει τη θεωρία με την κλινική πράξη.

Τέλος, ο επαγγελματίας εστιάζει σκόπιμα στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης, διαθέτει υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης και παρουσιάζει με αντικειμενικότητα την κατάσταση του ατόμου. Μπορεί, επίσης, με άνεση να δεχθεί κριτική για τη δουλειά του, ενώ παρατηρείται ενσωμάτωση θεωρητικής και κλινικής προσέγγισης.

Οι Clancy et al. (2006) πήραν συνεντεύξεις από επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων και περιέγραψαν σε αδρές γραμμές πέντε στάδια στην επαγγελματική τους πορεία:



Εικόνα 8.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.1.1. Στάδιο 1ο: «Η συνάντηση»

Αποτελεί το στάδιο επαγγελματικής ανάπτυξης με το μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας. Στο στάδιο αυτό ένιωθαν να κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την εργασία τους ('reality shock'. Αυτό το αποδίδουν εν μέρει στην ανεπαρκή προετοιμασία και παροχή γνώσεων σχετικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση. Ένιωθαν ότι δεν είχαν τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ατόμων, οι οποίοι κάποιες φορές γίνονται επιθετικοί, προκλητικοί και ιδιαίτερα απαιτητικοί (Clancy et al., 2006):

«Στην αρχή είσαι γεμάτος ενθουσιασμό, αλλά μετά καταλαβαίνεις ότι αυτά τα άτομα μπορεί να είναι πράγματι επιθετικά και εχθρικά, δεν παίρνεις ανταπόδοση, δεν μπορείς να τους εμπιστευτείς».

«Ένιωθα έξω από τα νερά μου. Δεν είχα τις κατάλληλες προσωπικές ή επαγγελματικές γνώσεις».

«Ένιωθα χαμένος, εντελώς χαμένος».



Εικόνα 8.2 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

8.1.2. Στάδιο 2ο: «Γνωριμία-δημιουργία σχέσης»

Κυρίαρχο στοιχείο στη μετάβαση στο δεύτερο στάδιο αποτελεί η απόκτηση ανοχής στη ματαιώση που προκαλούν οι συχνές υποτροπές. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατανοούν ότι η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη θεραπευτική διαδικασία. Σημαντική κατάκτηση σε αυτό το στάδιο είναι η ικανότητα οριοθέτησης και αναγνώρισης του φαινομένου του διαχωρισμού, π.χ. όταν ένας θεραπευόμενος επιδιώκει μεγαλύτερη εγγύτητα από τον επαγγελματία, ζητώντας, όμως, να μην ενημερώσει τη θεραπευτική ομάδα, υποδηλώνοντας ότι μόνο ο συγκεκριμένος επαγγελματίας μπορεί να τον καταλάβει. Κατανοούν, λοιπόν, τόσο τις αρχές όσο και τον κατάλληλο τρόπο οριοθέτησης και αυτό συμβάλει σημαντικά στο αίσθημα επάρκειας στον ρόλο τους. Παράλληλα, επιδιώκουν ενεργητικά την απόκτηση δεξιοτήτων και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Clancy et al., 2006):

«Ένιωθα τόσο ντροπαλή και τόσο παθητική, αλλά νιώθω ότι έχω εξελιχθεί τόσο πολύ δουλεύοντας με αυτόν τον πληθυσμό και αυτό ήταν εξαιτίας της πρόκλησης, προκαλούν τόσο που νιώθεις ότι ή θα πνιγείς ή θα κολυμπήσεις».

«Γίνεσαι δυνατός και αρχίζεις να μπορείς να βάζεις σταθερά όρια».

«Αρχίζεις να αναγνωρίζεις τη χειριστική συμπεριφορά και το “σπλίτιγκ” (“διαχωρισμός” ή “σχάση”)».



Εικόνα 8.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.1.3. Στάδιο 3ο: «Σταθεροποίηση»

Στο τρίτο στάδιο, αυτό της σταθεροποίησης κυριαρχούν δύο χαρακτηριστικά: η «θεραπευτική αποστασιοποίηση» και η «αποδοχή» από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Η αποστασιοποίηση αφορά την ικανότητα του επαγγελματία να κρατά σε απόσταση το «χάος» του ασθενή και να μην παρασύρεται από την οπτική του τελευταίου. Σταδιακά αποκτά τη διαίσθηση του πόσο κοντά μπορεί να είναι στο άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξαρτήσεων. Επίσης, σε αυτό το στάδιο ο επαγγελματίας κατακτά την ικανότητα εμπειρίας των προσωπικών του συναισθημάτων (δηλαδή συγκρατεί επιθετικές παρορμήσεις, παρατηρεί τις συναισθηματικές του αντιδράσεις και ζητά υποστήριξη, ώστε να τις επεξεργαστεί). Έτσι ανακαλύπτει ότι πλέον έχει την ικανότητα παρουσίασης κλινικού περιστατικού, η οποία να γίνεται αποδεκτή από τη θεραπευτική ομάδα. Σταδιακά, λοιπόν, κερδίζει τόσο την εκτίμηση των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων, οι οποίοι αναγνωρίζουν ότι «ξέρει για ποιο πράγμα μιλάει», αλλά και των αρχαιότερων επαγγελματιών, οι οποίοι αναγνωρίζουν την αξία ή τις ικανότητές του. Τέλος, αποκτά γνώση των προσωπικών του ορίων.

8.1.4. Στάδιο 4ο: «Νιώθοντας ικανός»

Στο στάδιο αυτό οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποκτούν ικανότητες σε πολλά επίπεδα, π.χ. ικανότητα αξιολόγησης χωρίς εποπτεία και ανεξάρτητης εργασίας, και έχουν εμπιστοσύνη στις προσωπικές τους ικανότητες. Όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα, δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για την επίλυσή του προσωπικά, αλλά αντίθετα κατανοούν ότι τυχόν προβλήματα αφορούν όλη την ομάδα και όχι έναν συγκεκριμένο επαγγελματία. Επιδεικνύουν, επίσης, αποτελεσματική και ανεξάρτητη διαχείριση ενός αριθμού περιστατικών και συχνά καλούνται να εποπτεύουν περιστατικά νεότερων επαγγελματιών (Clancy et al., 2006):

«Σε αυτό το στάδιο μπορούσα να διαχειριστώ τα ραντεβού μου με αρκετή εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου και γνωρίζοντας ότι αν υπάρξει κάποιο πρόβλημα, δεν θα είναι δικό μου αλλά της ομάδας».

«Ξέρεις τις παραμέτρους της δουλειάς σου, νιώθεις ότι ξέρεις τι να περιμένεις».

«Ήξερα ότι οι ικανότητές μου αυξήθηκαν, γιατί μου ζητούσαν να αντιπροσωπεύσω την ομάδα σε εξωτερικές συναντήσεις».



Εικόνα 8.3 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

8.1.5. Στάδιο 5ο: «Αριστεία»

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από τρία στοιχεία: προσαρμοστικότητα-ευελιξία, επαγγελματική ωριμότητα και εποπτεία άλλων επαγγελματιών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας νιώθουν ότι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με τις ουσίες, πώς κατανοούν την εμπειρία της εξάρτησης, ενώ ελάχιστα περιστατικά φαντάζουν δύσκολα ως προς τη διαχείρισή τους. Επιπλέον, μπορούν να εργάζονται αποτελεσματικά σε διαφορετικά πλαίσια. Συχνά καλούνται να πουν την άποψή τους, όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα, αντιπροσωπεύουν την υπηρεσία τους σε συνέδρια ή σε συναντήσεις εκτός υπηρεσίας και εποπτεύουν άλλους επαγγελματίες (Clancy et al., 2006):

«Άρχισα να πιστεύω ότι κατάφερα να φτάσω σε προχωρημένο επίπεδο, παρότι ο καθένας μας πάντα μαθαίνει, όταν δεν δυσκολευόμουν πια σε κάποιο νέο περιστατικό».

«Μπορείς να το δεις τριγύρω σου σε παλιούς συναδέλφους, έχουν μια παρουσία, φαίνεται ότι ξέρουν τι λένε και τι κάνουν».

«Κατάλαβα ότι είχα προχωρήσει πολύ στην κλινική πράξη, όταν η διεύθυνση με καλούσε για την επίλυση κλινικών προβλημάτων και για να εποπτεύσω άλλους θεραπευτές, οι οποίοι δεν ήταν νοσηλεύτες».

Σημαντικό ζήτημα, σύμφωνα με τις αναφορές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας της συγκεκριμένης έρευνας, το οποίο αφορά όλα τα στάδια επαγγελματικής ανάπτυξης, αποτελεί η διαχείριση της θλίψης και της απώλειας που σχετίζονται με το υψηλό ποσοστό θανάτων και την υπερβολική ταύτιση των επαγγελματιών με το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξαρτήσεων. Η ταύτιση αυτή δεν επέτρεπε στους επαγγελματίες να διακρίνουν τα όρια του επαγγελματικού θεραπευτικού τους ρόλου. Βέβαια, η ένταση και η διάρκεια της ταύτισης διαφοροποιούνταν ανάλογα με την ψυχосύνθεση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε επαγγελματία. Αυτά, όμως, τα δύο χαρακτηριστικά είχαν σοβαρό αντίκτυπο στην παρεχόμενη φροντίδα και στην επαγγελματική ανάπτυξη των ίδιων των επαγγελματιών. Οι λόγοι που αναφέρουν ως παράγοντες, οι οποίοι συνέβαλαν στην παραμονή τους στο επάγγελμα, είναι οι ακόλουθοι:

- ευκαιρίες προαγωγής
- έλλειψη μονοτονίας
- η φύση της εργασίας και οι ιδιαιτερότητες των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων
- ενδιαφέρον εργασιακό περιβάλλον γεμάτο προκλήσεις
- αυτονομία
- υποστήριξη στα αρχικά στάδια της σταδιοδρομίας τους

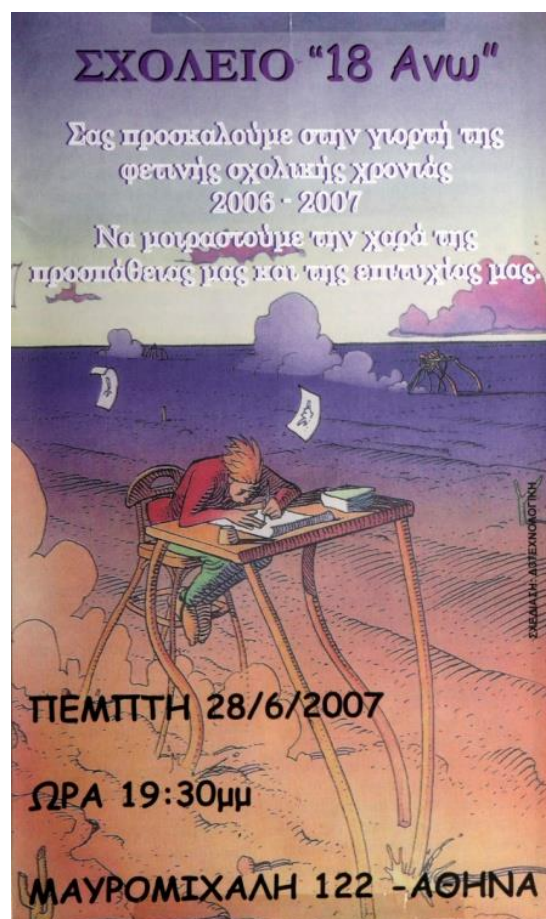
8.2. Επαγγελματική αυτοανάπτυξη και οργανωσιακή κουλτούρα

Κάθε χώρος εργασίας διαθέτει μια μοναδική ατμόσφαιρα. Κεντρικό ζήτημα για κάθε εργαζόμενο είναι να αναγνωρίσει τι συμβαίνει στην υπηρεσία στην οποία εργάζεται, κάτι που μπορεί να συμβάλει στον έλεγχο του άγχους του και να βρει τρόπους να αντιμετωπίζει την κατάσταση με παραγωγικό τρόπο σε σχέση με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα, τον ίδιο αλλά και το πλαίσιο εργασίας. Σε μια χαρούμενη και λειτουργική κουλτούρα εργασιακού πλαισίου, στην οποία κυριαρχούν η δικαιοσύνη και ο σεβασμός, ο εργαζόμενος νιώθει ασφάλεια, κατασταλάζει, χαλαρώνει, είναι ήρεμος και παραγωγικός και εξελίσσεται επαγγελματικά. Εξάλλου, η μάθηση επιτυγχάνεται μέσω της υποστηρικτικής καθοδήγησης, ενώ η μεγαλύτερη εμπειρία συντελεί στην άντληση ικανοποίησης από την εργασία σε μια συνεκτική ομάδα. Όμως, συχνά το εργασιακό πλαίσιο είναι δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό (Μισουρίδου, 2011, 2009). Οι συνάδελφοι μπορεί να είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι ή να είναι ενεργά δυσάρεστοι, αγενείς και απότομοι. Η άδικη συμπεριφορά προωθεί τον κυνισμό, υπονομεύοντας τη σχέση με την εργασία.

Οι Leiter και Maslach (2007), αφού μελέτησαν το εργασιακό κλίμα σε μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων, παρατήρησαν ότι πολύ συχνά το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από διχόνοια, κακή επικοινωνία, έλλειψη δικαιοσύνης, δουλειές «πίσω από κλειστές πόρτες», κλειστές ομάδες που περιθωριοποιούν όσους δεν συμμορφώνονται με τις στάσεις τους. Κατά παρόμοιο τρόπο το εργασιακό περιβάλλον είναι «τοξικό» σε πολλές υπηρεσίες ψυχικής και σωματικής υγείας, εμποδίζοντας την εξατομικευμένη, προσωποκεντρική και συνεργατική φροντίδα στους λήπτες των υπηρεσιών της (SAMSHA, 2014). Παράγοντες, όπως η πίεση για αύξηση της παραγωγικότητας και η μείωση των οικονομικών απολαβών, δημιουργούν ένα αχχογόνο

περιβάλλον και συμβάλλουν στο χαμηλό ηθικό και στη μειωμένη ικανοποίηση των εργαζομένων. Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, συγκρούσεων και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων. Η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η μειωμένη συναδελφική αλληλεγγύη αποτελούν πηγές άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης, ματαιώσης και θυμού (Μισουρίδου, 2011). Σύμφωνα με τον Farrell (1999), η επιθετικότητα ανάμεσα σε νοσηλευτές αναφέρεται ως η πιο επώδυνη μορφή επιθετικότητας σε σύγκριση με αυτήν η οποία προέρχεται από γιατρούς και ασθενείς και, μάλιστα, η πλειονότητα των ερωτώμενων αναφέρει ότι η επιθετικότητα αποτελεί την πιο δύσκολη πλευρά της νοσηλευτικής εργασίας.

Η Kelly (1998) στη μελέτη της για την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των νοσηλευτών περιγράφει την αγωνιώδη προσπάθεια των νέων νοσηλευτών να αποκτήσουν την αποδοχή της ομάδας, όπως και τις πιέσεις που δέχονται μέσα σε αυτήν καθώς ξεκινούν με αρκετό ιδεαλισμό την καριέρα τους. Στην ουσία, οι νοσηλευτές επιδιώκουν πρώτα την αποδοχή από την ομάδα και μόνο αφού κατοχυρώσουν τη θέση τους -συχνά έχοντας συμμορφωθεί στις αρχές που επιτάσσει η ομάδα- εστιάζουν στην προσπάθεια να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών (Newton & McKenna, 2007· Brennan & McSherry, 2007· Boychuk Duchscher, 2001). Έτσι, η επιτυχία της προσαρμογής σχετίζεται με την ικανότητα να γίνει κανείς αρεστός στα μέλη της ομάδας, ικανοποιώντας τις προσδοκίες της και τροποποιώντας την επαγγελματική ταυτότητα που έχτιζε στα χρόνια της εκπαίδευσής του.



Εικόνα 8.5 Μονάδα Απεξάρτησης Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, «18 ΑΝΩ», Copyright.

Μειονέκτημα σημαντικό στη διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης αποτελεί η έμφαση κατά τα χρόνια της εκπαίδευσης στην ατομική ανάπτυξη και συμπεριφορά και όχι στις ομαδικές διεργασίες. Κατά αυτόν τον τρόπο οι νέοι νοσηλευτές είναι απροετοίμαστοι για να λειτουργήσουν σαν μέλη της ομάδας. Σύμφωνα με τη Ραγιά (2003), ο επαγγελματίας οφείλει να πιστεύει στη δημιουργική δύναμη της ομάδας, να αντιλαμβάνεται τα μειονεκτήματα της μεμονωμένης προσπάθειας και να καλλιεργεί την ικανότητα συνεργασίας, η οποία είναι αποτέλεσμα ψυχικής και κοινωνικής ωριμότητας. Οι νέοι επαγγελματίες υγείας,

όμως, συχνά αγνοούν τον τρόπο με τον οποίο οι στάσεις τους και οι συμπεριφορές τους συμβάλλουν στις δυσκολίες τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η συνεργασία προϋποθέτει αυτογνωσία, δηλαδή ακριβή γνώση των προσόντων του ατόμου, των δυνατοτήτων του, των ορίων του, της αντοχής του, των δυσκολιών και των αδυναμιών του, των αρετών και των κλίσεων του, καθώς και πιθανών χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του, όπως η φιλοπρωτία, η ιδιορρυθμία, η εμμονή στο προσωπικό θέλημα και η υποτίμηση των ικανοτήτων των άλλων. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η ικανότητα για συνεργασία δεν αποτελεί έμφυτο χαρακτηριστικό αλλά καλλιεργείται με την εμπειρία στις επαγγελματικές σχέσεις. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας με την πάροδο του χρόνου αποκτούν ανθεκτικότητα στην επιθετικότητα που εκδηλώνεται μέσα στο αγχώσιο εργασιακό πλαίσιο και αναπτύσσουν άμυνες που τους βοηθούν στην επίλυση των συγκρούσεων και στην αυτοπροστασία (Lewis, 2006). Επαγρυπνούν για προειδοποιητικά σημεία και αφουγκράζονται τη δυναμική των σχέσεων, αποκτούν σταδιακά αντίληψη της ατμόσφαιρας του τμήματος, αποφασίζουν να μην αντιλαμβάνονται τις όποιες δυσκολίες, θέτοντάς τις σε προσωπικό επίπεδο και αδιαφορούν για τα συναισθηματικά ξεσπάσματα, ενώ γίνονται περισσότερο ευέλικτοι στη διαχείριση των σχέσεων και στην επίλυση των συγκρούσεων.

Οι Leiter και Maslach (2007) παραθέτουν πρακτικές συμβουλές για τη βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και για τον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος μπορεί να προωθήσει καινοτομίες, όπως:

- Απουσία επικριτικότητας προς τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, ώστε να μην υπάρξει αίσθημα ανταγωνιστικότητας.
- Προσφορά βοήθειας προς τους συναδέλφους με σεμνό και μη απειλητικό τρόπο.
- Κριτική της προσωπικής εργασίας πριν από οποιαδήποτε προσπάθεια μετατόπισης του ενδιαφέροντος στην εργασία άλλων ατόμων.
- Δημιουργία συμμαχιών οι οποίες να στηρίζουν τα σχέδια του επαγγελματία. Οι συμμαχίες απαιτείται να στοχεύουν σε κάποιον ομαδικό στόχο και να μην αποκλείουν/υπονομεύουν κανέναν.
- Παρουσίαση οποιασδήποτε καινοτομίας ως νόμιμο έργο της εργασίας του επαγγελματία.
- Πρόβλεψη αντίστασης στην αλλαγή.

8.3. Επαγγελματική κοινωνικοποίηση και ένταξη στη διεπαγγελματική ομάδα

Κατά την επαγγελματική της κοινωνικοποίηση η κάθε ομάδα επαγγελματιών εκτίθεται σε θεωρητικές γνώσεις και εμπειρίες, που στόχο έχουν τη συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Συνήθως, οι νέοι επαγγελματίες δεν εκτίθενται στις αντιφάσεις της πραγματικότητας και, δυστυχώς, δεν προετοιμάζονται γι' αυτές (δυσκολίες στη συνεργασία, επιθετικότητα και συγκρούσεις στη διεπαγγελματική ομάδα, σχέσεις εξουσίας ανάμεσα στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, θέματα παρενόχλησης, εκφοβισμού και αυτοπροστασίας). Στην πράξη, ο χώρος της ψυχικής υγείας, με τον όγκο και τη βαρύτητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, απαιτεί επιτακτικά την αρμονική συνεργασία των επαγγελματιών σε δημοκρατικές βάσεις. Οι διάφορες οπτικές, η πολυφωνία αποτελούν ανεκτίμητο οπλοστάσιο της θεραπευτικής ομάδας στην προσπάθειά της να σμιλέψει μαζί με τον ασθενή ένα «άνοιγμα» νέων δυνατοτήτων στο «κλείσιμο»-αδιέξοδο- κρίση που τον οδήγησε στο να ζητήσει βοήθεια. Σε μια δημοκρατική και συνεργατική ομάδα κυριαρχούν η αλληλοϋποστήριξη, η ελευθερία έκφρασης, η θετική στάση στην καινοτομία και στην αλλαγή.

Η επαφή με την πραγματικότητα, όμως, συχνά απογοητεύει τους νεοδιοριζόμενους επαγγελματίες. Στην ψυχική υγεία, η ένταση των αιτημάτων των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα και των συγγενών τους, καθώς και οι δυναμικές των σχέσεων μεταξύ τους, επιτείνουν τα προβλήματα. Επιπλέον, τα όρια ανάμεσα στις αρμοδιότητες των διάφορων επαγγελματιών δεν είναι ευδιάκριτα. Αυτό μπορεί, βέβαια, να προσφέρει δυνατότητες επαγγελματικής αυτοανάπτυξης (για παράδειγμα στη Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ ένας επαγγελματίας με πολύχρονη εμπειρία και κάποια κατάρτιση στη δραματοθεραπεία μπορεί να ασχοληθεί με τον συντονισμό ομάδων θεραπείας μέσω τέχνης ακόμη και ως πρώτος συντονιστής), από την άλλη, όμως, αποτελεί κάποιες φορές σημείο τριβής ανάμεσα στους επαγγελματίες. Επίσης, άκαμπτες οριοθετήσεις στον ρόλο μιας επαγγελματικής ομάδας προκαλούν ανταγωνισμό, συγκρούσεις για την επικράτηση μιας επαγγελματικής ομάδας σε βάρος των άλλων και αλληλοαμφισβήτηση. Ακόμη, οι νέοι επαγγελματίες καλούνται να επεξεργαστούν ζητήματα θεραπείας και κοινωνικού ελέγχου, σχέσεων εξουσίας και συχνά άρρητων κανόνων, οι οποίοι διέπουν τη λειτουργία ενός πλαισίου. Η θεραπεία συχνά στα διάφορα βιβλία ψυχικής υγείας περιγράφεται σαν μια δυαδική σχέση διαντίδρασης. Στην πράξη, όμως, απαιτεί την καλλιέργεια της ικανότητας αντίληψης των δυναμικών των σχέσεων και των ιδιαιτεροτήτων του πλαισίου, μέσα στο οποίο

ο επαγγελματίας καλείται να λειτουργήσει θεραπευτικά. Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω στερεοτύπων και προκαταλήψεων που αφορούν το επάγγελμα, καταβάλλουν αρκετές φορές μεγαλύτερη προσπάθεια από άλλους επαγγελματίες για να αναλάβουν θέσεις ευθύνης σε κέντρα πρόληψης και θεραπείας. Κατά τον ίδιο τρόπο, όμως, με τον οποίο υπερασπίζονται τους θεραπευόμενους ενάντια στις προκαταλήψεις και τα κοινωνικά στερεότυπα, καλούνται να συμβάλουν στην επεξεργασία και αλλαγή στερεοτύπων και προκαταλήψεων στο θεραπευτικό πλαίσιο που εργάζονται. Η ένταξη στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ζητημάτων, τα οποία αφορούν άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα, θα μπορούσε να συμβάλει καθοριστικά στην εξέλιξη των επαγγελματιών αυτών και στην ανάληψη θέσεων ευθύνης.

Άλλα κρίσιμα προβλήματα τα οποία επηρεάζουν την ένταξη στη διεπαγγελματική ομάδα είναι τα ακόλουθα:

- η υποχρηματοδότηση των κέντρων απεξάρτησης (προκαλεί ανταγωνισμό των επαγγελματικών ομάδων)
- η έντονη έλλειψη προσωπικού
- η χρηματοδότηση δυνατοτήτων εποπτείας
- η χρηματοδότηση εκπαιδευτικών εμπειριών και συνεδρίων
- η γραφειοκρατία
- οι οργανωτικές ελλείψεις (π.χ. στέγαση άστεγων ασθενών) κ.ά.



Εικόνα 8.6 Χατζηκυριάκος-Γκίκας Ν, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

8.4. Αυτογνωσία και επαγγελματική αυτοανάπτυξη

Για τους περισσότερους φοιτητές της νοσηλευτικής βασικό κίνητρο επιλογής της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας αποτελεί η επιθυμία παροχής φροντίδας στον άνθρωπο (Jackson et al. 2007). Ξεκινούν τις σπουδές τους με αρκετό ιδεαλισμό, πιστεύοντας ότι ο σωστός συνδυασμός ποιοτικής εκπαίδευσης, ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους και δέσμευσης θα τους βοηθήσει να ανακουφίσουν αρκετούς ανθρώπους. Σύντομα, όμως, οι προσδοκίες τους διαψεύδονται, χάνουν το πάθος και την αισιοδοξία τους, συμμορφώνονται στις παραδοσιακές πρακτικές που επιτάσσει η ομάδα εργασίας, ενώ αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στην εκτέλεση λειτουργικών καθηκόντων και στη διεύθυνση γραφειοκρατικών θεμάτων και ζητημάτων ρουτίνας (Menzies, 1960). Παράλληλα μεταβάλλεται ο τρόπος με τον οποίο ορίζουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, οι αξίες και τα κίνητρά τους γίνονται περισσότερο υλιστικά και εγωκεντρικά,

νιώθουν αγανάκτηση, θυμό και κυνισμό. Σύμφωνα με τον McLeod (2003), η μεταστροφή αυτή χαρακτηρίζει όλα τα επαγγέλματα υγείας και οφείλεται στην έλλειψη αυτογνωσίας και στην ανεπαρκή φροντίδα εαυτού.

Οι νέοι επαγγελματίες τις περισσότερες φορές δεν έχουν αντιμετωπίσει τις δοκιμασίες της ζωής που οδηγούν στη γνώση του εαυτού αλλά και στη γνώση των άλλων. Ο παιδικός εγωκεντρισμός και η μεγαλομανία δεν έχουν ακόμη μετατραπεί σε ρεαλιστική αυτοεκτίμηση. Μπροστά στην ανθρώπινη αδυναμία και ασθένεια νιώθουν ενοχές και αναλαμβάνουν ασυνείδητα τους ρόλους του ήρωα ή του σωτήρα, παίρνοντας πάνω τους όλη την ευθύνη του ασθενή. Υπερεκτιμούν, δηλαδή, τις δυνατότητές τους για επιτυχία και προσφορά, υπερεμπλέκονται, δεν βάζουν όρια, προσπαθούν να αποδείξουν ότι είναι καλύτεροι ή ότι νοιάζονται περισσότερο από όλους τους άλλους τριγύρω τους. Η υπερλειτουργικότητα είναι ένα συχνό χαρακτηριστικό που πηγάζει από τις προσπάθειες να διατηρήσουν έναν τρόπο συμπεριφοράς, ο οποίος ανταμοιβόταν ιδιαίτερα στο παρελθόν από τους γονείς. Κι αυτό γιατί το παιδί μπορεί να ήταν μια πολύ σημαντική πηγή κινητοποίησης, ερεθισμάτων και υποστήριξης για τον γονέα, με αποτέλεσμα ως ενήλικας να συνεχίζει να προσφέρει αυτή τη λειτουργία. Στην ουσία το παιδί ένιωθε υπεύθυνο για την οικογένειά του και για τους γονείς του, ήταν δηλαδή «γονεϊκό παιδί» και έτσι, όχι τυχαία, επέλεξε κάποιο από τα επαγγέλματα της προσφοράς. Πίσω, όμως, από την υπερλειτουργικότητα και την υπευθυνότητα κρύβονται ασυνείδητες/ανικανοποίητες ανάγκες για εκτίμηση και αγάπη (McLeod, 2003· Ζαφείρης και συν., 1999).

Η εκπαίδευση, ένας χώρος ο οποίος θα μπορούσε να προετοιμάσει τους νέους επαγγελματίες για τη συναισθηματική εργασία που απαιτεί η φροντίδα της αδυναμίας-ασθένειας, προωθεί την καλλιέργεια της αντικειμενικής και λογικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενή, δίνοντας ελάχιστη σημασία στην υποκειμενικότητα, στις συναισθηματικές διεργασίες, στη γνώση του εαυτού και του άλλου, που υποστηρίζουν τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας. Σύμφωνα, όμως, με τον Goleman (2000, 1998), η προσαρμογή και η επιτυχία στον εργασιακό χώρο εξαρτώνται μόνο κατά ένα ποσοστό 10-20% από τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά την εκπαίδευση. Σε μεγαλύτερο βαθμό, η προσαρμογή και η επιτυχία εξαρτώνται από τη «συναισθηματική νοημοσύνη», την ικανότητα γνώσης των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους, η οποία αποτελεί απαραίτητο θεμέλιο της ουσιαστικής επικοινωνίας και συνεργασίας. Όσο περισσότερο γνωρίζει τον εαυτό του και τους άλλους, τόσο πιο δημιουργικός γίνεται ο επαγγελματίας στην προσφορά φροντίδας, χωρίς να κατηγορεί το «σύστημα», αγνοώντας τη συμβολή των δικών του αδυναμιών σε οποιαδήποτε προσπάθειά του. Όσο περισσότερο κατανοεί την ανάγκη του για εκτίμηση και θαυμασμό και τη βαθιά του επιθυμία να είναι αρεστός τόσο είναι σε θέση να ορίσει τον εαυτό του διαφορετικά, να διαχειριστεί τις πιέσεις με καινούργιους τρόπους, να βάλει όρια και να σκύψει πάνω από τις προσωπικές του ανάγκες, να γίνει τελικά ένας πληγωμένος θεραπευτής, ο οποίος αναγνωρίζει ότι δεν είναι παντοδύναμος αλλά ευάλωτος, τρωτός και πάνω απ' όλα ανθρώπινος (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Έτσι, ο επαγγελματίας μαθαίνει σταδιακά:

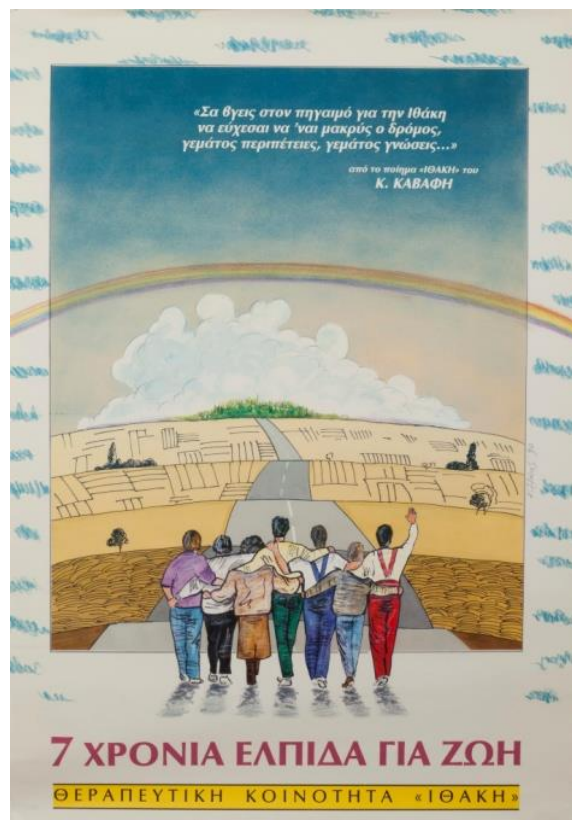
- να επιτρέπει στον εαυτό του να έχει ανάγκες
- να ικανοποιεί τις ανάγκες του με πιο ευθείς και αποτελεσματικούς τρόπους
- να μη ζητά από τον εαυτό του περισσότερα από όσα μπορεί να δώσει
- να λέει «όχι» και να βάζει όρια σεβόμενος τον εαυτό του
- να ορίζει περισσότερο ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους
- να αναπτύσσει τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας
- να συνδέεται με τον ευάλωτο εαυτό του και να είναι «πληγωμένος θεραπευτής»
- αποκτώντας ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας

8.5. Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας

Η σταδιακή ανάπτυξη της αυτογνωσίας βοηθάει τον επαγγελματία στη σχέση του με τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους του. Έτσι, αποτελεί κύριο παράγοντα της επαγγελματικής εξέλιξης και αυτο-ανάπτυξης. Η διαμόρφωση, όμως, μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί επιπλέον τη συνειδητοποίηση των επιλογών του επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές. Η προσωπική θεωρία του επαγγελματία αποτελείται από αντιφατικές αντιλήψεις, συνειδητές ή ασυνείδητες. Αυτές οι αντιφάσεις πρέπει να εκληφθούν θετικά, γιατί προάγουν την κριτική στάση στη θεραπευτική πρακτική. Πολλές από αυτές τις

αντιφάσεις δεν θα πάνoun ποτέ να υφίστανται. Πάντα η εκπαίδευση θα διδάσκει το «ορθό» και το ιδεατό και θα συγκρούεται με τις απαιτήσεις ενός συστήματος που χαρακτηρίζεται από αντιφατικές επιδιώξεις και αλληλοσυγκρουόμενους προσανατολισμούς, προάγοντας έτσι την κριτική σκέψη. Ο επαγγελματίας, ο οποίος είναι σε θέση να επεξεργαστεί αυτές τις αντιφάσεις, θα έχει καταφέρει να χτίσει μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα. Ισχυρά μέσα για την επίτευξη αυτού του σκοπού αποτελούν η επιμόρφωση με ουσιαστικό περιεχόμενο και η εποπτεία.

Η επιμόρφωση βοηθά τον επαγγελματία να επεξεργαστεί και να συνειδητοποιήσει τις αντιφατικές αντιλήψεις και πρακτικές που διέπουν την εργασιακή του καθημερινότητα. Ουσιαστικά, τον καθιστά ικανό ερευνητή της νοσηλευτικής του πρακτικής, μέσα από μια διαδικασία κριτικής αυτο-διερεύνησης. Μόνο μέσα από τη συνειδητοποίηση της πρακτικής του επαγγελματία υγείας μπορεί να δημιουργηθεί το πλαίσιο οικοδόμησης της προσωπικής θεωρίας του, διαφορετικά ο επαγγελματίας οδηγείται στη μηχανοποίηση της επαγγελματικής του πράξης. Επιπρόσθετα, η ομαδική εποπτεία τον βοηθάει να εκτονώσει έντονα συναισθήματα, να τα επεξεργαστεί, να συνειδητοποιήσει την εμπειρία του, να βάλει προτεραιότητες στην προσπάθεια συγκρότησης της αλλαγής, να ανακαλύψει καινούργιους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Η επεξεργασία της εμπειρίας του τον βοηθάει να εμβαθύνει στο νόημα της ανάρρωσης, να συγκροτήσει τη δική του προσωπική θεωρία για την ψυχική υγεία και την ανάρρωση και να αυτοπροστατευτεί.



Εικόνα 8.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η επιμόρφωση και η εποπτεία, που βοηθούν τον επαγγελματία να επεξεργαστεί ζητήματα τα οποία αφορούν τις σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του, αποτελούν πολύτιμα εφόδια στην προσπάθεια συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Στην απεξάρτηση η βιωματική εκπαίδευση, η οποία αποτελεί στάδιο επιλογής και ένταξης ενός επαγγελματία στις θεραπευτικές κοινότητες (Πουλόπουλος, 2011), η προσωπική θεραπεία και η εκπαίδευση σε κάποια θεραπευτική προσέγγιση (π.χ. συστημική, ψυχοδυναμική, γνωσιακή-συμπεριφοριστική) συμβάλλουν καθοριστικά στην προσπάθεια αυτή. Εξάλλου, η σχέση με την εργασία αλλάζει ως αποτέλεσμα της εμπειρίας. Οι επαγγελματίες υγείας γίνονται πιο ικανοί και αποκτούν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση σχέσεων και προβλημάτων που παλαιότερα τους αναστάτωναν. Η αλλαγή αυτή απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν συνειδητοποιούν την επίδραση της εμπειρίας και την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας,

η πολύχρονη παρουσία τους στον εργασιακό χώρο τούς οδηγεί να καταλάβουν αβίαστα κάποια στιγμή ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

Η επαγγελματική αυτοανάπτυξη, λοιπόν, στον χώρο των εξαρτήσεων μπορεί να καθοδηγηθεί μέσα από την επιμόρφωση, την υποστήριξη από συναδέλφους, την εποπτεία, την προσωπική θεραπεία και ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση. Στην ουσία, όμως, αποτελεί μια μοναδική και προσωπική διαδικασία, ένα ταξίδι γνώσης τού εαυτού, του Άλλου και του κόσμου που μας περιβάλλει.

8.6. Αλλαγές στην αντιμετώπιση των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας κατά την επαγγελματική σταδιοδρομία στον χώρο των εξαρτήσεων

Επαγγελματίες ψυχικής υγείας συζήτησαν τις αλλαγές που παρατηρούν στον εαυτό τους, όσον αφορά την αντιμετώπιση των Επιβαρυνμένων Μελών Οικογενειών από την αρχή της επαγγελματικής τους καριέρας μέχρι τη στιγμή της έρευνας, και έκαναν προτάσεις για τη βελτίωση της συνεργασίας με τις οικογένειες σε επίπεδο ομάδας και πλαισίου (για τη μεθοδολογία δες ενότητα 5.).

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν βιώσει αλλαγές στην πρακτική τους και στη συνεργασία τους με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών. Ορισμένες αλλαγές σχετίζονταν με την αναθεώρηση του ρόλου τους και της προσέγγισής τους στην προσπάθειά τους να υποστηρίξουν τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Άλλες αλλαγές αφορούσαν την ανάπτυξη μιας βαθύτερης κατανόησης, αλλά και τη βελτίωση της ικανότητας να εμπεριέχουν τις προσωπικές τους αντιδράσεις και να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τα μέλη των οικογενειών. Τέλος, μερικές αλλαγές συνδέονταν με μια βελτιωμένη ικανότητα συνεργασίας με συναδέλφους. Συνολικά, κατά την ανάλυση διαμορφώθηκαν τα ακόλουθα θέματα:

1. Η συνάντηση με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών κατακλύζει τον επαγγελματία ψυχικής υγείας ή αποφεύγεται.
2. Αλλαγές επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε σχέση με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ανάπτυξης.

Αρκετοί συμμετέχοντες παρείχαν περιγραφές συναντήσεων με οικογένειες, οι οποίες έρχονταν στο θεραπευτικό πλαίσιο με μια ποικιλία έντονων συναισθημάτων, συμπεριλαμβανομένου του φόβου του θανάτου του μέλους με προβλήματα εξάρτησης, του θυμού, της οργής ή ενός αισθήματος προσωπικής ανεπάρκειας και απελπισίας. Επίσης, κάποια μέλη οικογένειας - ειδικά εκείνα που εμπλέκονταν στο πρόβλημα της εξάρτησης – κάποιες φορές περιγράφονταν να προσέρχονται με ένα πρόβλημα που απαιτεί άμεσες λύσεις, κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα να κατακλύζει με άγχος τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Επιπλέον, μερικοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι κάποια μέλη οικογένειας επικοινωνούσαν πολύ συχνά ή με πολύ έντονο τρόπο, επιμένοντας στις απόψεις τους χωρίς να μπορούν να ακούσουν, προσπαθώντας να υποδείξουν στον επαγγελματία υγείας πώς να δουλέψει ή ακόμα επιχειρώντας να τον ελέγξουν. Έτσι, η αγωνιώδης αναζήτησή τους για βοήθεια περιγραφόταν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως εισβολή, παραβίαση ή εμπειρία που ασκεί έντονη πίεση και επηρέαζε την ικανότητα των συμμετεχόντων να διαμορφώσουν μια σαφή εικόνα της κατάστασης. Αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι στα πρώτα χρόνια της σταδιοδρομίας τους, κατά τα οποία συχνά δυσκολεύονταν να θέσουν όρια, μερικές φορές αποσύρονταν ή προσπαθούσαν να κρατήσουν την οικογένεια σε απόσταση.

«Στην αρχή ήταν σαν κάτι να με σαρώνει... όπως είπε τη λέξη πριν η Β., ότι κάτι με ρουφούσε... Θέλω να πω ότι είχα χαθεί μέσα σε όλο αυτό... θυμός, εγωισμός, ενοχές, στενοχώρια, “μπορώ να κλάψω στην αγκαλιά σου αλλά θέλω να κάνω όπως παλιά, όταν θα έρθω να σας δω την επόμενη φορά”, σαν να μην είχαμε πει τίποτα, δεν ξέρω... όλα αυτά απλά ακύρωναν εμένα και τη δουλειά μου... αλλά σταδιακά άρχισα να μην το παίρνω προσωπικά... Στην αρχή, όμως, δεν ήθελα καθόλου να βλέπω οικογένειες, μακάρι να χάνονταν από τα μάτια, να μην υπήρχαν, να ακυρωθεί με κάποιον τρόπο αυτό το μέρος της εργασίας...».

«Δεν μπορούσα να τους αντέξω καθόλου... ήταν τόσο χαοτικό αυτό το οποίο έφερναν στη θεραπεία που δεν μπορούσα να το αντέξω... Έτσι τους κρατούσα σε απόσταση... Έπειτα σταδιακά είδα ότι όλο αυτό είχε να κάνει με την αμφιθυμία τους..., που είναι τόσο έντονη, δηλαδή ήθελαν να

τελειώσει όλο αυτό το πρόβλημα με την εξάρτηση, αλλά ταυτόχρονα δεν ήθελαν να χάσουν τον ρόλο τους, παρότι ήθελαν το μέλος το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης να έρθει στη θεραπεία... ήθελαν να έχουν μια συμμαχία με τον θεραπευτή, αλλά όλα αυτά έφερναν στην επιφάνεια τον ανταγωνιστικό εαυτό τους και τις ανεπάρκειές τους... ειδικά στις μητέρες... “ποια είναι αυτή που θα πάρει το παιδί μου και θα το θεραπεύσει”... υπήρχε όλο αυτό το χάος που δεν μπορούσα να δω στην αρχή...».



Εικόνα 8.8 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.6.1. Επαναπροσδιορισμός θεραπευτικού ρόλου και προσδοκιών

Οι συμμετέχοντες κατά τη συνάντησή τους με τα Επιβαρυμένα Μέλη Οικογενειών από το χρόνιο πρόβλημα της εξάρτησης έρχονται αντιμέτωποι με τα στερεότυπά τους για τις οικογένειες αυτές.

«Αρχίζοντας να δουλεύεις με οικογένειες τοξικομανών επηρεαζόμενος ίσως και από το κοινωνικό στίγμα και από μια αίσθηση ότι αυτές είναι πολύ προβληματικές οικογένειες, πολύ δύσκολες οικογένειες, μπαίνεις πιο καχύποπτα σε αυτή τη δουλειά σε σχέση με το τι πρόκειται να αντιμετωπίσεις και πώς θα δουλέψεις αυτούς τους τόσο δύσκολους ανθρώπους. Και στην πορεία καταλήγεις σε αυτό που λέει η Δ., ότι είναι άνθρωποι με θέματα σοβαρά αλλά είναι που ελπίζουν ότι μπορούν να κάνουν πράγματα και είναι οικογένειες σαν τις οικογένειες στις οποίες δεν εμφανίζεται η χρήση με πιο σύνθετα, όμως, θέματα αλλά η εικόνα τους και η πρόθεσή τους δεν είναι κάτι το τρομακτικό ή το ιδιαίτερα συμπλεγματικό σε όλες τις περιπτώσεις».

«Εσωτερικά μάλλον ένιωθα θυμό προς αυτές τις οικογένειες, ότι δεν έχουν μπορέσει να σταθούν με επάρκεια στα παιδιά τους... και φορές φορές και μέσα από τις αφηγήσεις των θεραπευόμενων επιβεβαιωνότανε αυτή μου η σκέψη, ότι πράγματι υπήρχαν πολύ σημαντικά γεγονότα

μέσα στην οικογένεια τα οποία ήταν καταστροφικά για τον ίδιο τον χρήστη... Ερχόμενη εδώ πρωταρχικά ανακάλυψα ένα άλλο προφίλ, μιας πιο καθημερινής οικογένειας, δηλαδή, να μεν υπάρχουν πάρα πολύ έντονα γεγονότα οικογενειακά, αλλά φαινομενικά είναι μια οικογένεια όπως όλες οι οικογένειες που προσπαθούν για τα παιδιά τους, που φιλοδοξούν για τα παιδιά τους, που θυσιάζονται για τα παιδιά τους, ένας μέσος άνθρωπος, κι εκεί ήταν ένα άλλο συναίσθημα ας πούμε, το οποίο ήταν η έκπληξη, η περιέργεια κι εγώ έχοντας δική μου οικογένεια και με μεγαλύτερο ενδιαφέρον, όπως το παρουσιάζει και η Μ. μέσα από θέματα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης... Σήμερα θεωρώ ότι είναι μια εγκλωβισμένη οικογένεια που χρειάζεται βοήθεια, αυτό, έχει αλλάξει τελείως δηλαδή, δεν είναι απέναντι...».

«Και σε σχέση με την αρχή της δουλειάς μου με τις οικογένειες και αργότερα, στην αρχή νομίζω ήμουν πιο βιαστική, στο να αναμένω αλλαγές, ήμουν πιο απόλυτη στο να εμπιστευόμαι ότι οι γονείς θα είναι πιο σταθεροί στα όριά τους, σαν να ήμουν πιο εύπιστη, γιατί ένοιωθα πόσο μεγάλη ήταν η ανάγκη τους να βοηθηθούν και σαν να είχα μεγαλύτερες απαιτήσεις ότι πιο σύντομα περίμενα αλλαγές και ότι το θεωρούσα σε κάποιες περιπτώσεις ευνόητο ότι πρέπει να τηρηθούν αυτές οι αλλαγές και ότι μπορούν να τηρηθούν. Στην πορεία είδα ότι αυτό δεν είναι τόσο εύκολο, όσο επιθυμούσα εγώ στο μυαλό μου να είναι, όσο θα ευχόμουν να είναι και έμαθα ουσιαστικά να καταφέρνω να τους στηρίζω σε πιο αργές αλλαγές και να επενδύω σε περισσότερη δουλειά, προκειμένου κι αυτοί να σταθούν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα στις αποφάσεις τους και στις επιλογές τους».

Αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι στην αρχή της σταδιοδρομίας τους ασυνείδητα έπαιρναν τον ρόλο παιδιού το οποίο δυσκολεύεται να δει τον εαυτό του σε ρόλο αρχής έναντι των μελών της οικογένειας και ταυτίζεται σε μεγάλο βαθμό με τα άτομα που αντιμετώπιζαν προβλήματα εξαρτήσεων. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στον ρόλο του σωτήρα έβλεπαν το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξαρτήσεων, ως το θύμα των γονέων (γονείς «διώκτες/θύτες») και ένιωθαν μια έντονη συναισθηματική επιθυμία να το προστατέψουν.

«Πριν από χρόνια, όταν ήμουν πολύ νέος, είχα την τάση να ταυτίζομαι με τον ρόλο του παιδιού και προσπαθούσα πολύ να καταλάβω γιατί κατέφυγε στις ουσίες. Νόμιζα ότι οι γονείς είχαν παράλογες απαιτήσεις, και μερικές φορές έθεταν όρια που ήταν επίσης παράλογα».

«Αυτό που θέλω να ξανατονίσω για μένα, γιατί έχει πολύ μεγάλη σημασία, είναι ότι έπαιρνα τον ρόλο του σωτήρα ούτως ή άλλως στη ζωή μου αλλά και εδώ μέσα, όταν πρωτοήρθα, έπαιρνα τον ρόλο του σωτήρα... και βεβαίως αυτό το βίωνα, ήταν πολύ βαρύ για μένα το να σώσω και τον θεραπευόμενο και την οικογένεια κατ' επέκταση, πράγμα το οποίο έχω καταφέρει μέσα από πολύ κόπο να μην το κάνω πια... και να προσπαθώ να δούνε αυτοί οι άνθρωποι ότι πρέπει να κάνουν κάτι είτε ο θεραπευόμενος είτε η οικογένειά του, και συμφωνώ με τα παιδιά που λένε ότι... δεν είναι σταθερό κάτι τώρα πια συναισθηματικά, μπορεί να αισθάνομαι διάφορα πράγματα...».

«Τα μέλη της οικογένειας με ακύρωναν, ίσως μπόρεσα να μην το προσωποποιώ στην πορεία των χρόνων, να το δω λίγο έξω από μένα... και σιγά-σιγά να καταλάβω και να αποφασίσω, το λέω τώρα πολύ σχηματικά ότι δεν είμαι εδώ για να σώσω κάποιον, δεν είμαι ο σωτήρας, ούτε θα τον πάρω αυτόν τον ρόλο, δηλαδή πολύ έντιμα και με την καρδιά μου θα κάνω αυτό που ξέρω κι αυτό που μπορώ και από εκεί και πέρα, όπως είπε και η Ε., να δώσω λίγο την πρωτοβουλία στην οικογένεια πώς θέλει να κινηθεί, δηλαδή θυμάμαι παλιότερα στις ομάδες γονέων σαν να μας ανάγκαζαν οι γονείς και το άκουγα αυτό, πες μας τι να κάνουμε, τι ώρα θα γυρνάει σπίτι, πόσα λεφτά θα του δίνουμε και ένιωθα την πίεση να το απαντήσω αυτό και πολύ άσχημα αν δεν ήξερα τι να απαντήσω ακριβώς... ενώ σιγά-σιγά μπορώ να πω ότι δεν απαντάω τόσο, ακούω περισσότερο, συζητάω, τους βοηθάω βάσει του δικού τους δυναμικού, των δικών τους τακτικών να παίρνουν αυτοί αποφάσεις... Αυτό... ίσως το ότι εξέταζα τον εαυτό μου στην πορεία του χρόνου, σαν να παρακολουθούσα τον εαυτό μου, δηλαδή έκανα συγκρίσεις με το πώς ήμουν παλιά... και μέσα από συζητήσεις έτσι με συναδέλφους, λίγο πιο άτυπα...».

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι με την εξάσκηση ανέπτυξαν μια πιο ρεαλιστική άποψη των δυνατοτήτων και των περιορισμών τους και αναθεώρησαν τις προσδοκίες που είχαν από τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών.

«Εγώ θα συμφωνήσω με την Κ., δηλαδή όσο για τη δική μου στάση βλέπω ότι στην αρχή είχα πολλές και υψηλές προσδοκίες, και από τους γονείς και από τις ίδιες τις θεραπευόμενες, γιατί μου έλειπε ακριβώς -και αυτό οφείλεται στην έλλειψη εμπειρίας, όταν ξεκίνησα – στην έλλειψη reality

testing (ελέγχου της πραγματικότητας). Εκεί είδα ακριβώς ότι κάποιοι άνθρωποι μπορούν μέχρι έναν ορισμένο βαθμό... δηλαδή είδα ότι υπάρχουν κάποια όρια στη θεραπεία και ότι θα πρέπει ακριβώς να πορεύεσαι με αυτό που έχεις κάθε φορά και να είσαι ευέλικτος και να κάνεις ό,τι καλύτερο».

«Εγώ, έτσι όπως με βιώνω σαν θεραπεύτρια τώρα και πριν, δεν έχω μεγάλες προσδοκίες από τους γονείς... και είμαι πιο πολύ επί του πραγματικού, δηλαδή αυτά που μπορούν, τόσα μπορούν να δώσουν, τόσα μπορούν να ακούσουν, προσπαθώ όσο και όπως μπορώ για το κάτι παραπάνω, αλλά δεν έχω τις προσδοκίες από τους γονείς που είχα όταν είχα ξεκινήσει και αναλάμβανα περιστατικά. Είναι καλύτερα νομίζω και για τους θεραπευόμενους και για μένα να βλέπω την πραγματικότητα πώς είναι, τι μπορούν να κάνουν οι γονείς. Άλλοι μπορούν να κάνουν πάρα πολλά, ενώ άλλοι πάρα πολύ λίγα πράγματα. Τέλος πάντων, κάτι μπορούν να κάνουν όλοι, αλλά δεν έχω τις προσδοκίες που είχα στην αρχή...».

Επιπλέον, ανέφεραν ότι επεξεργάζονταν θέματα παντοδυναμίας (δηλαδή, κατάφερναν να νιώθουν πιο άνετα με την πραγματικότητα και την αδυναμία τους να είναι εξιδανικευμένοι γονείς, ώστε να αναζητήσουν πιο ώριμα μέσα για την αντιμετώπιση εσωτερικών επιδράσεων, συγκρούσεων και άγχους) και έτειναν, επίσης, να επενδύουν λιγότερο ναρκισσιστικά στην επιτυχία τους στην εργασία.

«Θεωρώ ότι έχει θεραπευτικό ρόλο το να μπορέσει ο θεραπευτής να αντέξει αυτό που βλέπει... ότι κάποιες στιγμές και οι δυνατότητες είναι περιορισμένες ή κάποια πράγματα ίσως στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή μπορεί να μην είναι δυνατόν να αλλάξουν...

-Ή ότι μπορούμε, μάλλον, να δούμε πολύ λίγα από αυτά που συμβαίνουν;

-Και τον περιορισμό τον δικό μας, τελικά, και των παρεμβάσεών μας...».

«Όχι, αυτό περίπου που είπα στην αρχή, ότι και για μένα παραμένει περίπου ίδιος ο τρόπος... συμφωνώ με την Κ ότι κάθε θεραπευτής, ξεκινώντας, ξεκινά με όλη αυτήν την πρόκληση να τα καταφέρει, μετά με τα χρόνια, όπως σε κάθε ψυχοθεραπευτική σχέση, δεν νομίζω ότι είναι κάτι το ιδιαίτερο με τις οικογένειες με προβλήματα εξάρτησης. Όπως κάθε θεραπευτική εργασία, προχωρώντας ο καιρός είναι σαν να μαθαίνεις την υπομονή, το ότι τα πράγματα έχουν τον χρόνο τους και ο χρόνος της θεραπείας είναι διαφορετικός, δεν είναι αυτό το... Ειδικά, τα συναισθήματα δεν νομίζω ότι έχουν αλλάξει προς την οικογένεια του εξαρτημένου από την αρχή ως τώρα...».

«Εντάξει, παλιά στις αρχές έμπαινα σε μια διαδικασία παιδί-γονέας λόγω ηλικίας, διαφοράς ηλικίας, ενώ τώρα το κινώ περισσότερο στο ενήλικας- ενήλικας... Αλλά στις αρχές έμπαινα στον ρόλο του παιδιού λόγω ηλικίας... ξέρεις... εγώ παιδί είμαι, που ουσιαστικά δεν είμαι παιδί, ενήλικας είμαι και ενήλικας είναι και ο γονέας του θεραπευόμενου... Τώρα νομίζω ότι το έχω ισορροπήσει αυτό... θέλω να πω ότι παλιά είχα μια δυσκολία στο να περάσω όρια... παλιότερα...».

«Εκείνο που έχει αλλάξει τώρα είναι ότι παλιότερα και ως νεότερος, βάλε 20-25 χρόνια πριν, έτσι, θεωρούσα ότι έμπαινα πολύ εύκολα -μα πάρα πολύ εύκολα- στη θέση του παιδιού μέσα στην προσέγγιση με τους γονείς, τώρα και να έχω τη διάθεση να το κάνω είτε για λόγους δικούς μου ασυνείδητους ή και μελετημένους, δηλαδή να παίρνω όπως έλεγε ο Α. πριν με κάποιο τρόπο, τώρα καταλαβαίνω ότι λόγω θέσης με βάζουν αλλού, με βάζουν ψηλά, με βάζουν μακριά...».



Εικόνα 8.10 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.6.2. Αυξημένη κατανόηση και αποδοχή των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι, έχοντας εκτεθεί σε οικογενειακά τραύματα και απώλειες, άλλαξαν τον τρόπο που αντιλαμβάνονταν τις αλληλεπιδράσεις τους με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών και τα ίδια τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Μερικοί άρχισαν να εντοπίζουν τα δυνατά σημεία της οικογένειας περισσότερο από τις αρνητικές αλληλεπιδράσεις των μελών και να ερμηνεύουν τους τρόπους επικοινωνίας της οικογένειας με πιο θετική προοπτική.

«Σε μένα η δικιά μου η δυσκολία η κυριότερη είναι η αντίστροφη και όχι τόσο αν ακούνε ή δεν ακούνε... αλλά το τι ακούω εγώ και ειδικά στα πρώτα άκουγα περισσότερο τον θεραπευόμενο και περισσότερο έμπαινα στην πλευρά του παιδιού, του θεραπευόμενου, και με δυσκόλευαν πολύ κυρίως οι κοινές συναντήσεις, με όλη την οικογένεια, εκεί ζοριζόμουν πάρα πολύ, νομίζω ότι έπαιρνα πολλαπλά μηνύματα και ήταν πολλαπλές οι αλληλεπιδράσεις και δυσκολευόμουν πάρα πολύ να καταλάβω τι ακριβώς γίνεται, δεν νομίζω ότι άκουγα έτσι καθαρά. Όσο περνάνε τα χρόνια και με τη δικιά μου την εμπειρία, αλλά κι επειδή αλλάζει η προσωπική μου κατάσταση, νομίζω ότι καταφέρνω να ακούω λίγο καλύτερα, δηλαδή, μπορώ να ακούσω τον θεραπευόμενο. Από την άλλη πλευρά, όμως, ακούω πιο καθαρά και τι λένε οι γονείς σαν γονείς αλλά ακούω και τι λένε και σε μένα... τι περιμένουν από εμένα ίσως σε μία κατάσταση αλληλεπίδρασης, δεν είμαι εγώ τόσο ανασφαλής. Νομίζω κυρίως αλλάζει η στάση μου περισσότερο προς την επικοινωνία και στο να διευκολύνω την επικοινωνία, παρά να με ακούσουν, να ακούσουν τις συμβουλές μου ή να μη με ακούσουν, το άκουσμα νομίζω ότι περισσότερο είναι δικό μου θέμα, εγώ τι ακούω από εκείνους και ποια θέση παίρνω...».

«Δεν νομίζω ότι έχει αλλάξει ο τρόπος που βλέπω... με συμπάθεια τους έβλεπα και τους βλέπω... ότι οι άνθρωποι, πονεμένοι άνθρωποι, που βασανίζονται με τη χρήση. Εντάξει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πίστευα και πιστεύω ότι υπάρχει κάποια ανεπάρκεια, θεωρώ δηλαδή ότι με κάποιον τρόπο έχουν υπάρξει ανεπαρκείς, αλλά όχι απαραίτητα, κάποιοι επειδή, λόγω δικών τους ψυχολογικών δυσκολιών. Στην πορεία είδα πως κάποιες φορές και η ίδια η εξωτερική πραγματικότητα έχει έρθει και έχει βάλει κι αυτή το πετραδάκι για να χαλάσει το πράγμα, και αυτό... εντάξει με σεβασμό, με την έννοια ότι είναι άνθρωποι με τους οποίους καλούμαστε να συνεργαστούμε κι από εκεί και πέρα, εντάξει, προκαλούν συναισθήματα και θυμού και σε

σχέση με την αντιμεταβίβαση και είναι και δύσκολο να συνεργαστεί κανείς καμιά φορά μαζί τους, με την έννοια το να δουλεύει κανείς με εξαρτήσεις και με τους γονείς και με τους θεραπευόμενους τον φέρνει αντιμέτωπο και τα θέματα των δικών του εξαρτήσεων, δηλαδή του θεραπευτή. Οπότε είναι σημαντικό να βλέπει κανείς και τι είναι δικό του, τι ανήκει σε αυτούς που έχει απέναντί του, κάπως έτσι...».

Σύμφωνα με ορισμένους συμμετέχοντες η αποδοχή απαιτεί την ικανότητα να «συμπορευθούν» με την αντίσταση των Επιβαρυσμένων Μελών Οικογενειών και να αποφύγουν την αντιπαράθεση ή μια απειλητική, επιθετική ή απότομη συμπεριφορά ως αντίδραση στην αμφιθυμία για αλλαγή.

«Κ: Νομίζω, στο περιεχόμενο αυτού που λέω επιμένω, προσπαθώ λίγο να μεταβάλλω τη διαδικασία, δηλαδή -πριν να πω έτσι κι αυτό το παιδί και ο ενήλικας- τώρα πια είναι φορές, γιατί παλιότερα μου φεύγανε πάρα πολλά πράγματα, που μπορεί να παίζω με αυτό το πράγμα, ώστε να μειωθούν λίγο οι αντιστάσεις του γονιού, να χαμογελάσω και να καλοδεχτώ κι αυτό που λένε “κοριτσάκι μου”, εσύ μπορεί να μην ξέρεις, οι κακιές παρέες” για να πάω μαζί με αυτό προσπαθώντας μέσα από μια άλλη φωνή, μήπως ακούσουν αυτό που θέλω να πω ξαναγυρνώντας μετά στη θεραπευτική θέση... Δεν ξέρω αν γίνεται σαφές αυτό που λέω, και κάποιες φορές πιάνει κάποιες όχι...».

«Στον τοίχο του τελικά “οι παρέες φταίνε και δεν ξέρω τι ψάχνουμε εδώ πέρα...” ...όταν πια παρέμβαση στην παρέμβαση δεν φαίνεται να πιάνει τόπο κάτι, δεν γαντζώνει πουθενά, στο “κοριτσάκι μου” που μπορεί να μου απευθύνει θα πάω με αυτό, μήπως και μέσα από αυτό μπορέσει να με ακούσει καλύτερα...

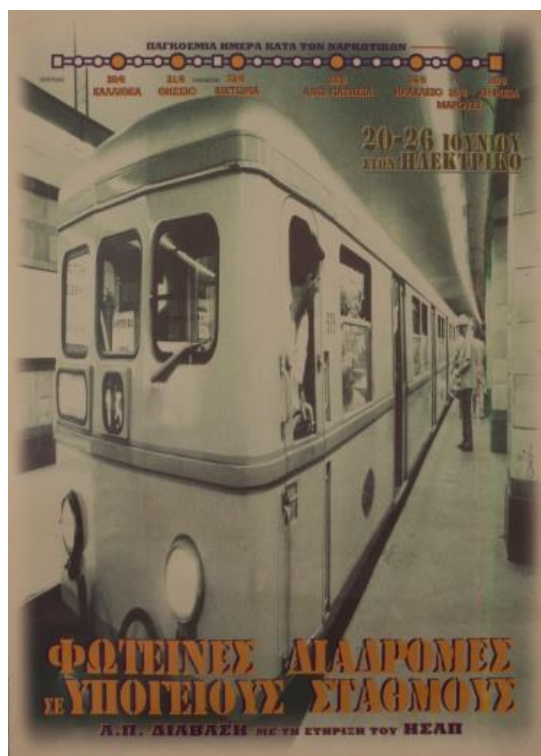
-Συμπορεύεσαι με την αντίσταση, λοιπόν, για να να μπορέσεις...

-Ναι, για να μην είμαι τόσο απειλητική γι’ αυτόν, με μια κουβέντα, προσπαθώ επιμένοντας σε αυτό που έχω να πω με διάφορους άλλους τρόπους, μήπως μπορέσει και το ακούσει... Δεν πετυχαίνω πάντα... κάποιες φορές, και νομίζω οι λιγότερες, είναι αυτές που καταφέρνω να τον διαπεράσω αυτόν τον τοίχο... τώρα περισσότερο μιλάω από την εμπειρία στις ομάδες γονέων που έχω πιο σταθερή συνεργασία με τους γονείς...».

Αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ένιωθαν μεγαλύτερο αίσθημα συμπάθειας και αποδοχής για τα Επιβαρυσμένα Μέλη Οικογενειών, ενώ σταδιακά γίνονταν λιγότερο επικριτικοί και ένιωθαν όλο και περισσότερο σε θέση να ακούσουν την ιστορία τους.

«Ο δείκτης ήταν: πήγε καλά το παιδί ή δεν πήγε... Εκεί θεωρώ ότι εκεί ήταν το καπέλωμα αυτού που λέμε θεραπεία, γιατί κρίναμε εκ του αποτελέσματος, το οποίο ήταν και κοντά, βραχυπρόθεσμο, πόσο, έξι μήνες, ένα χρόνο, δεν είχε ανάγκη ας πούμε συνολική επιστημονική ας πούμε... Καθάρισε το παιδί; όλα “μέλι – γάλα”... Δεν καθάρισε το παιδί; εκεί φαινότανε ότι μπορούσε πια να υπάρχει από κάτω περισσότερο το αίτημα μιας αλλαγής από τη μεριά των γονιών, μπαίνανε οι ίδιοι σαν υποκείμενο μέσα στη θεραπεία πιο έντονα, πολύ περισσότερο καταλαβαίνανε ότι μπορεί να ήταν κάτι πιο πάνω και από αυτούς, πιο πάνω και από το παιδί τους αυτό που λέγεται θεραπεία ή αλλαγή, τότε δηλαδή αν δεν πήγαινε καλά η θεραπεία του παιδιού άρχιζε κι εξελισσόταν περισσότερο η θεραπεία των γονιών, με ό,τι λέγανε θεραπεία... τώρα το βλέπω με άλλο μάτι και το διαβάζω διαφορετικά. Τότε δεν είχα εργαλεία, μια συγκεχυμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση».

«Τώρα νομίζω κλίνω περισσότερο προς το κομμάτι της ενηλικίωσης, ίσως να έχει να κάνει και με το ότι έκανα και εγώ προσωπική θεραπεία περισσότερο σε σχέση με τότε και νομίζω ότι η εσωτερική μου ωρίμανση έχει δώσει κι ένα νόημα στον ρόλο μου ως θεραπευτή... Δηλαδή, μπορώ να καταλαβαίνω περισσότερο και να ακούω και τις δύο πλευρές πλέον περισσότερο αμερόληπτα σε σχέση με πριν...».



Εικόνα 8.11 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

8.6.3. Βρίσκοντας τη σωστή απόσταση στις σχέσεις

Μερικοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι στην αρχή της καριέρας τους ένιωθαν άβολα να θέσουν όρια και έτειναν να αποσύρονται ή να κρατούν την οικογένεια σε απόσταση. Απέφευγαν την επαφή, δεν ενθάρρυναν την εμπλοκή των γονιών στη θεραπεία, απορρίπτοντας το αίτημά τους για βοήθεια, μιας και ένιωθαν ανεπαρκείς να το αντιμετωπίσουν. Σε αντίθεση, άλλοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι εμπλέκονταν υπερβολικά με τις οικογένειες, ως αποτέλεσμα προσωπικών δικών τους θεμάτων που σχετίζονταν με την οικογένεια καταγωγής τους. Ωστόσο, με την αύξηση της εμπειρίας, οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας γίνονταν ολοένα και πιο ικανοί στο να θέτουν όρια και λιγότερο φοβισμένοι και ανασφαλείς στην αντιμετώπιση των πολλαπλών συμμαχιών και της τριγωνοποίησης. Αρκετοί επαγγελματίες ανέφεραν πως προοδευτικά συνειδητοποίησαν ότι, όταν δεν καταφέρνουν να κάνουν μια συμμαχία με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών και κυρίως τους γονείς και τους συζύγους, η θεραπευτική επιτυχία κινδυνεύει.

«Τα πρώτα χρόνια είχα μπει στον ρόλο του “σωτήρα” πάρα πολύ, προφανώς αυτό λειτούργησε όλο αυτόν τον καιρό και έχει βγει από την ανάποδη τώρα, όχι με την έννοια ότι “όχι πάρτε να έχετε, σωθείτε μόνοι σας” αλλά σίγουρα όχι, ότι δεν θα σας σώσω εγώ... αυτό ήταν πολύ ξεκάθαρο σε μένα...

- Ένιωθες ότι έπαιρνες τέτοιο ρόλο και με το άτομο που αντιμετώπιζε προβλήματα εξαρτήσεων και με τους γονείς...

-Γ6 ασφαλώς, τον έπαιρνα... όποτε είμαι πιο οριοθετημένη, πιο ξεκάθαρη και ίσως σκεφτόμουν, όταν μίλαγε η Κ. το ανάποδο από αυτό που λέει εκείνη ότι χωράει πιο πολλά πράγματα εγώ δεν χωράω πια τόσα πολλά πράγματα, δηλαδή είναι να κάνετε κάποια πράγματα... να τα κάνετε... δεν μπορεί να τα κάνει κάποιος άλλος για σας, κάπως έτσι, πολύ πιο αυστηρά... γιατί νομίζω ότι ήμουν πολύ... δηλαδή αυτό το κοριτσάκι που άκουγα μπορεί και να ίσχυε κιόλας...».

«Στην αρχή τώρα έτσι όπως το έχω ακατέργαστο στο μυαλό μου, στην αρχή έπιανα τον εαυτό μου να μπαίνει σε μια ανταγωνιστική σχέση, εγώ με τους γονείς, ειδικά στο ξεκίνημα και στις πρώτες ίσως ομάδες γονέων και θύμωνα με τους γονείς, για τη στάση που είχαν στις κόρες τους, τις θεραπευόμενες... Εκ των υστέρων κατάλαβα και μέσα από δική μου δουλειά ότι αυτή η στάση που είχα δεν ήταν βοηθητική ούτε για μένα ούτε και για τη θεραπευόμενη και για τους γονείς προφανώς, οπότε έχω αποστασιοποιηθεί».

Αντί να αποσυρθούν/αποφύγουν την αλληλεπίδραση ή να κρατήσουν τα μέλη της οικογένειας σε απόσταση, ορισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας περιέγραψαν το να έρχονται πολύ κοντά και να ασχολούνται υπερβολικά με τις οικογένειες στην αρχή της καριέρας τους. Ωστόσο, η πολυπλοκότητα των σχέσεων, η διαχείριση των συμμαχιών, τα έντονα συναισθήματα και οι συγκρούσεις συχνά εξαντλούσαν τους νέους επαγγελματίες.

«Στην αρχή ήμουν πιο ενθουσιώδης με τη συμμετοχή της οικογένειας και λιγότερο ψύχραιμη... Πολύ πιο συναισθηματικά εμπλεκόμενη στα αιτήματα των οικογενειών και όλο αυτό συχνά έβγαине εκτός ελέγχου και επηρέαζε την προσωπική μου ζωή... τώρα είμαι λιγότερο ενθουσιώδης, πολύ πιο ψύχραιμη και πολύ λιγότερο... τώρα μπορώ να κρατήσω κάποια απόσταση...».

«Στην αρχή θυμάμαι ότι με κάποιον τρόπο κουβαλάω το φορτίο της οικογένειας, πίεζα περισσότερο, μπήκα πολύ σε όλα αυτά, ενθάρρυνα πολύ την επαφή της οικογένειας, υποθέτω ότι αυτό με έκανε να αισθανθώ ασφαλής...».

Άλλοι απέφευγαν την επαφή ή απλά δεν ενθάρρυναν τη συμμετοχή των οικογενειών στη θεραπεία, απορρίπτοντας το αίτημά τους για βοήθεια, μιας και ένιωθαν ανεπαρκείς να το αντιμετωπίσουν. Ωστόσο, με την εμπειρία, αρκετοί συμμετέχοντες περιέγραψαν πώς σταδιακά κατάφεραν να θέσουν κάποια όρια για να προστατεύσουν τον εαυτό τους και να εξασφαλίσουν τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία. Ο χρόνος, η εμπειρία, η ικανότητα να θέτουν όρια και αλλαγές στη στάση των οικογενειών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όλα βοηθούν τους θεραπευτές να αποφύγουν την απόσυρση/υπερβολική συμμετοχή και να βρουν τη σωστή απόσταση που τους επιτρέπει να συνεργαστούν ουσιαστικά με τις οικογένειες.

«Στην αρχή είχα την αίσθηση ότι... όσο πιο κοντά είμαι στο παιδί, δηλαδή ο “πελάτης”, τόσο μεγαλύτερη απόσταση πρέπει να κρατήσω από τους γονείς, σαν να πήρε ο ένας τον χώρο του άλλου... αλλά τώρα καταλαβαίνω ότι αυτό δεν είναι περίπτωση καθόλου... Εννοώ ότι ήμουν πολύ μακριά από τους γονείς στην αρχή σαν να βοηθούσε να είμαι πιο κοντά στο παιδί... Τώρα νιώθω ότι βρήκα κάποια ισορροπία... δηλαδή να είμαι όσο πιο κοντά στον γονέα ή στο παιδί... Μην πιάνετε ο ένας τον χώρο του άλλου... όσο περνούν τα χρόνια, καταλαβαίνω ότι πρόκειται για δύο διαφορετικές σχέσεις και ότι πρέπει να δοθεί χώρος και στους δύο...».

«Σε περιπτώσεις που οι γονείς άλλαζαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ήταν βοηθητικοί, η θέση τους στο τρίγωνο άλλαξε και ως αποτέλεσμα υπήρχε πολύ “καθαρός αέρας” μεταξύ μας...».

«Τώρα είμαι πολύ πιο κοντά στους γονείς, τους καταλαβαίνω περισσότερο... στην αρχή, δεν ήθελα να έχω ομάδα γονέων, ό, τι κι αν... Έλεγα “δώσε μου δέκα ομάδες ‘πελατών’ και καμία ομάδα γονέων”».

Οι στόχοι αλλά και η δομή της επικοινωνίας με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών αποκτούν σαφήνεια και προοπτική.

«Αυτό που έχω δει και που κάνω πιο πολύ και πιο πειστικά, παρόλο που δεν θεωρώ ότι είμαι έτσι πειστική σαν θεραπεύτρια γενικότερα, είναι ότι πιέζω πολύ περισσότερο το τελευταίο διάστημα για το τμήμα οικογένειας, δηλαδή αν έρχονται κάποιοι γονείς ακόμα και από τον συμβουλευτικό σταθμό, κάτι το οποίο δεν έκανα παλαιότερα, γιατί έχω δει μέσα σε όλα αυτά τα χρόνια ότι αν δεν έχεις επαφή με τους γονείς και δυστυχώς δεν φτάνουν οι ομάδες γονέων... Δηλαδή, θεωρώ ότι είναι κρίμα για όλη αυτή τη δουλειά που κάνει και ο θεραπευόμενος και εμείς... Γι’ αυτό και μόνο σου λέω, ούτε θα τους κυνηγήσω ούτε θα κάνω κάτι, αλλά έχω αρχίσει και πιέζω πάρα πολύ προς τα εκεί... Δεν αφήνω, δηλαδή, περιθώρια για ελαστικότητα, όπως παλιά... αυτό σαν διαφορά από παλιότερα...».

«Και η αλήθεια είναι ότι -τώρα που μιλήσαμε για αλλαγή- στην αρχή, όταν είχα πρωτοξεκινήσει που δεν είναι και πολλά χρόνια πριν, βέβαια, θυμάμαι ότι φορτωνόμουν λίγο την οικογένεια, πίεζα περισσότερο, πίεζα ίσως περισσότερο, έμπαινα, ενίσχυα πολύ την επαφή να με παίρνουν, γιατί με έκανε και ένιωθα ασφάλεια αυτό και τη φορτωνόμουν λίγο, δηλαδή μπορεί να έκανα θεραπεία και στην οικογένεια... Τώρα έχω αποστασιοποιηθεί, τους βάζω και όρια, δεν τους ενισχύω πολύ να με παίρνουν και να με ξαναπαίρνουν και τους παραπέμπω κυρίως στο τμήμα οικογένειας, κάνω συναντήσεις υποστηρικτικές γι’ αυτούς και ουσιαστικά να βλέπω το κλίμα και τη δική τους ματιά στον θεραπευόμενο».

«Θα ήταν πιο βοηθητικό για μένα να έχω μια πιο δομημένη, έτσι όπως το έλεγε η Ε., δουλειά μαζί τους, κάτι πιο συγκεκριμένο, να μην το αφήνω ούτε τόσο πολύ σε εκείνους, το δεν έρχομαι ποτέ...».

για παράδειγμα, ότι θα ήθελα να σας δω τρεις φορές κατά τη διάρκεια παραμονής του παιδιού στο κλειστό και άλλες τρεις κατά τη διάρκεια της επανένταξης και άλλες δύο φορές στην πρώτη φάση... Τώρα τα νούμερα είναι τυχαία αλλά ίσως όχι και τόσο τυχαία... αλλά να είναι και για μένα μια πιο συγκεκριμένη πρόταση και πρόσκληση προς τους γονείς, δηλαδή, να τους εμπλέξω λίγο περισσότερο αλλά μου είναι τελείως ξεκάθαρο στο μυαλό μου ότι είμαι θεραπεύτρια του θεραπευόμενου, εκεί μπορώ γιατί εκεί έχω παρέμβαση εβδομαδιαία... εκεί είμαι και δεν μπορώ να το αναλάβω όλο... αυτό».

Με την εμπειρία της συνάντησης με τα Επιβαρυμένα Μέλη Οικογενειών στη διάρκεια του χρόνου, ορισμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αλλάξαν θέση και «διάβασαν» διαφορετικά τις αλληλεπιδράσεις τους με τις οικογένειες. Σε μια από τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης αναφέρθηκε ότι οι συμμετέχοντες έχουν στη διάθεσή τους «μόνο μερικά στιγμιότυπα από τη ζωή της οικογένειας», καθώς αυτό που συμβαίνει στην οικογένεια είναι πολύ μεγαλύτερο και βαθύτερο και ότι ο ρόλος τους είναι πολύ μικρός, αν και σημαντικός.

8.6.4 Ικανότητα εμπειρέζης συναισθημάτων και εμπειριών

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι σταδιακά πέτυχαν να μην κατακλύζονται από τις ανάγκες, τους φόβους, τις αγωνίες και τις προσδοκίες των γονέων ή άλλων μελών της οικογένειας να σώσουν το παιδί ή το αγαπημένο τους πρόσωπο.

«Δύο σημεία που σκέφτομαι τώρα, όταν ξεκίνησα, δεν είναι πολύς καιρός, πριν τέσσερα χρόνια, όταν ξεκίνησα, επειδή θεωρούσα ότι έπρεπε να έχω επικοινωνία δεν “με άφηνα” λίγο να νιώσω τα συναισθήματά μου με τους γονείς και αυτό που σκέφτομαι τώρα έτσι αναδρομικά, είναι ότι εγώ είχα πάρα πολύ θυμό για τους γονείς, θύμωμα απίστευτα πάρα πολύ και τώρα που ‘χει περάσει ο καιρός λίγο, μπορεί να έχω δει και τη δική τους... δεν θυμώνω τόσο πολύ και αυτό που τώρα έτσι λίγο τελευταία παρατηρώ στον εαυτό μου και δεν με τιμεί ιδιαίτερα, είναι ότι ανάλογα με τη σχέση που έχω με τον θεραπευόμενο, επηρεάζει και τη σχέση που έχω με τους γονείς...».

«Στις αρχές αυτό που θα μπορούσα να πω σίγουρα είναι ότι -στις αρχές- θύμωνα πάρα πολύ με τους γονείς, αυτό που είπε η Ε., στην αρχή μόνο θυμό είχα με γονείς, αλλά τώρα αυτό πιστεύω ότι έχει αλλάξει σίγουρα για μένα προσωπικά γιατί έχω γίνει και εγώ γονιός τώρα πια... Δηλαδή, από τότε και μετά -ας πούμε- νομίζω ότι έχει αλλάξει, και δεν είναι μόνο θυμός -σαφώς και θυμώνω ακόμα με γονείς αλλά είναι πιο πολύ η κατανόηση- δηλαδή και αυτή η αγωνία των γονέων με όποιο αδέξιο και ακατέργαστο τρόπο να τη βγάζουν, και άτσαλα και οτιδήποτε, αυτήν την αγωνία, αυτό το άγχος “το παιδί μου και όλα αυτά” μπορώ και το καταλαβαίνω κάπου λίγο τώρα και βέβαια πιο ισορροπημένα πια, γιατί στην αρχή ήταν μόνο θυμός και βέβαια είμαι ανοιχτή και χωράω και άλλα συναισθήματα, και πλάκα θα κάνω, και θα μαλώσω μέσα σε εισαγωγικά και όλα αυτά... είμαι σίγουρα πιο κοντά από παλιά, όχι κοντά γιατί -αυτό που πρωτοτόνισε η Α. και ο Α. ότι είναι πιο κοντά στον θεραπευόμενο- και εγώ εκεί είμαι, αλλά είμαι σίγουρα πιο κοντά στην οικογένεια... Ναι, γιατί παλιά θυμάμαι τον εαυτό μου να λέω φέρτε μου να κάνω δέκα ομάδες θεραπευόμενων και καμία ομάδα γονέων... Με τίποτα δεν ήθελα να το κάνω, έλεγα μην μου δίνετε γονείς με τίποτα, τώρα είναι κάπως καλύτερα τα πράγματα...».

Ακόμη, αναγνώριζαν ότι, παρόλο που οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις ήταν σε κάποια περιστατικά έντονες, ήταν περισσότερο σε θέση να εμπεριέξουν και να βιώσουν για μικρότερο χρονικό διάστημα τη συναισθηματική επίδραση της αλληλεπίδρασής τους με τα Επιβαρυμένα Μέλη Οικογενειών. Επιπλέον, αντιλαμβάνονταν πλέον τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις ως ενδείξεις για την κατανόηση των βιωμάτων των Επιβαρυνμένων Μέλων Οικογενειών, η οποία ήταν αντιμετώπιση με το χρόνιο πρόβλημα της εξάρτησης. Επίσης, μέσα από αυτή τη διαδικασία, με τη βοήθεια προσωπικής θεραπείας επεξεργάζονταν προσωπικά άλυστα ζητήματα που κάποιες φορές αναδύονταν, όταν ήταν εκτεθειμένοι στη συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα της οικογένειας και εμπόδιζαν την ακρόαση των ανησυχιών των μελών της οικογένειας.

«Εγώ θα έλεγα ένα κλισέ... ότι στην αρχή, τέλος πάντων, είναι κανείς ενθουσιασμένος, υπάρχει ένας έντονος ενθουσιασμός αλλά δεν υπάρχει εμπειρία. Ε, εντάζει με τα χρόνια υπάρχει εμπειρία, πέφτει ο ενθουσιασμός., Ε, σε μια αντιστοιχία έτσι είναι και η αντιμετώπιση σε σχέση με τις δυσκολίες, επειδή έχω στο μυαλό μου, ένα πολύ πρόσφατο περιστατικό, η πίεση που βίωσα ήτανε πολύ έντονη και προσπαθώ να τη συγκρίνω στο μυαλό μου σε σχέση με την πίεση που βίωνα στην αρχή, νομίζω ότι υπάρχει η ίδια ένταση μέσα μου, υπήρξε η ίδια ένταση μέσα μου, τώρα απλά ξέρω

ότι είναι ένα από τα πολλά και ότι θα περάσει, ίσως στην αρχή ήταν τόσο έντονα που δεν μπορούσα να το διευθετήσω δηλαδή, μου φαινόταν ότι ήταν αζεπέραστο... απλά πολλές φορές υπάρχει, βγαίνει λίγο πιο πολύ από το βάθος του εαυτού μου, μια αίσθηση ματαιώσης, και θέλει πιο πολλή δουλειά για να ισορροπήσει... πλέον».

«Γ4: Νομίζω πάνω-κάτω σε αυτό το πλαίσιο, δηλαδή με τον ίδιο τρόπο που και ο θεραπευόμενος και η οικογένεια είναι σε μια διαδικασία και βρισκόμαστε στις στιγμές τους... νομίζω ότι και η δικιά μου η διαδικασία χωράει πολύ περισσότερα πράγματα, δεν έχει πια την ίδια ένταση. Δηλαδή, θυμάμαι ότι στην αρχή οι εντάσεις μου και οι συναισθηματικές, τα συναισθήματα που είχα και για τον θεραπευόμενο και τους γονείς, είχαν μία ένταση που δεν ήταν ανάλογη ακριβώς της κατάστασης... Με τα χρόνια και με την τριβή και με την προσωπική μου ζωή που αλλάζει, γιατί μπαίνω και εγώ σε περισσότερους ρόλους, και με την εκπαίδευση και με την εμπειρία νομίζω η ένταση μαλακώνει και αισθάνομαι κάποιου είδους διέγερση δηλαδή σαν να απλώνεται περισσότερος χώρος και να χωράν περισσότερα πράγματα και από τους θεραπευόμενους και από γονείς... Αυτό, είμαι πιο επιτρεπτική, πιο ευρύχωρη, με μια τέτοια έννοια, δηλαδή μπορώ πια να νιώσω πιο πολλά πράγματα και επίπεδα από αυτά που έχω μέσα στη σχέση...».

«Είδα μέσω της εμπειρίας ότι είναι πάρα πολύ σημαντική για τη δουλειά μας και η προσωπική δουλειά που κάνει ο καθένας με τον εαυτό του, γιατί όσο και αν έχουμε στο μυαλό μας ότι ακούμε τον άλλο και προσπαθούμε να είμαστε ουδέτεροι και τα λοιπά, κάποιες στιγμές, ιδιαίτερα όταν έχουμε να κάνουμε με πολύ έντονα συναισθήματα και με πολύ έντονες συγκρουσιακές καταστάσεις μέσα σε οικογενειακό πλαίσιο, βγαίνουν ασυνείδητα και κάποιες δικές μας συγκρούσεις με την οικογένειά μας και τα λοιπά και σε αυτό βοηθάει πάρα πολύ η εποπτεία και η προσωπική δουλειά... Δηλαδή το να ξέρουμε το γιατί μάς βγαίνει αυτό το συναίσθημα, ο θυμός, για παράδειγμα, στη δεδομένη περίπτωση και όχι σε κάποια άλλη, με το δεδομένο άτομο και όχι με κάποιο άλλο...».

8.6.5. Επιλεκτικότητα σε συνεργασίες με συναδέλφους

Θέματα συνεργασίας μεταξύ ατομικών και ομαδικών θεραπειών συζητήθηκαν εκτενώς. Υπήρξαν έντονες συζητήσεις για την αξία της συνεργασίας μεταξύ θεραπειών, με διαφορετικές απόψεις για το ποιος ξεκινά την επαφή και πότε. Μερικοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ήταν επιλεκτικοί στις συνεργασίες τους.

«Επιδιώκω συνεργασία με συγκεκριμένους θεραπευτές. Υπάρχουν θεραπευτές με τους οποίους δεν έχω καταφέρει να έχω μια καλή συνεργασία και να επικοινωνήσω μαζί τους. Η στενή συνεργασία με θεραπευτές που έκαναν θεραπεία στο παιδί, βοήθησε κάποιους συμμετέχοντες στο ατομικό τους ή ομαδική εργασία με γονείς και συνέβαλε στην προβολή ενός ολιστικού και περιεκτικού προγράμματος της παρέμβασης».



Εικόνα 8.13 Βιδάλη Στ., δραματοθεραπεύτρια «18 ΑΝΩ», CC BY-NC-ND 3.0.

8.6.6. Ενσυναίσθηση για τους συναδέλφους και αυξημένη ικανότητα συνεργασίας

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, η προσωπική ανάπτυξη και η αυτοπεποίθηση επηρέαζαν τη συνεργασία μεταξύ τους.

«Αναζητώ συχνότερα τη συνεργασία των συναδέλφων μου σε σύγκριση με το παρελθόν... Μπορεί να οφείλεται σε μια αίσθηση ικανότητας που βιώνω όλο και περισσότερο στη δουλειά μου. Με άλλα λόγια, νιώθοντας πιο ικανός, είμαι, επίσης, πιο ικανός να καλέσετε έναν θεραπευτή και να ζητήσετε τη βοήθειά του / της, συγκεκριμένα πράγματα, καθώς και να προσφέρω τη βοήθειά μου σε πολλά ακόμη θέματα».

Ορισμένοι συμμετέχοντες εξέφρασαν την ενσυναίσθησή τους για συναδέλφους που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας.

«Νομίζω ότι τους καταλαβαίνω, καταλαβαίνω τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν επειδή, εντάξει, συναντάμε παρόμοιες δυσκολίες στη συνεργασία μας με τους γονείς και είμαστε εκτεθειμένοι σε προκλήσεις και άλλες παρόμοιες καταστάσεις».

8.6.7. Παράγοντες που διευκόλυναν την αλλαγή και την επαγγελματική αυτοανάπτυξη

Οι παράγοντες, οι οποίοι περιγράφηκαν από τους συμμετέχοντες ως διευκολυντικοί της αλλαγής και της προσωπικής τους ανάπτυξης, ήταν οι εξής:

(α) κλινική εμπειρία, (β) εξειδικευμένη εκπαίδευση στις εξαρτήσεις, καθώς και σε μια θεωρητική και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, (γ) εποπτεία, (δ) προσωπική ψυχοθεραπεία και (ε) η εμπειρία της μητρότητας/πατρότητας, η οποία συνέβαλε στην κατανόηση των συναισθημάτων και των αναγκών των γονέων.

«Συμφωνώ απόλυτα με αυτό, και εγώ έτσι θυμάμαι διάφορες περιπτώσεις που θύμωνα μέσα σε ομάδες γονέων, που ίσως και λόγω ηλικίας ταυτιζόμουν πιο πολύ με τα παιδιά και που μπορεί να έλεγε ο γονιός “εκείνη φταίει, εμείς δεν έχουμε καμία ευθύνη” και θυμάμαι περιπτώσεις με συγκεκριμένους γονείς που τέλος πάντων, λόγω προσωπικότητας, δεν ξέρω, τι μου κάνανε, που θύμωνα περισσότερο, ενώ με άλλους δεν μου έβγαине αυτό οπότε. Συμφωνώ απόλυτα με το ότι έχει να κάνει με τη δική μας προσωπική δουλειά και τον εαυτό μας το να αναγνωρίσουμε και να καταλάβουμε γιατί μας βγαίνουν αυτά τα συναισθήματα. Και εγώ έχω περίπου την ίδια στάση με την Κ. προσπαθώ για το καλύτερο και, εντάξει, ίσως κάποια στιγμή αποδέχομαι ότι τόσο μπορούνε...».

«Θυμάμαι από τα πρώτα μου χρόνια στον χώρο αυτόν, που το είχα αφήσει και έτσι τώρα νομίζω με κάποιο τρόπο μετά από χρόνια... φροντίζω να έχω τουλάχιστον μια κάποια εικόνα από εκείνους... να μην αφήσω να περάσουν δύο χρόνια χωρίς καμία επικοινωνία...».



Εικόνα 8.15 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Όσο πιο σίγουροι και ασφαλείς νιώθουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στον ρόλο τους τόσο πιο στοχευμένες αναφέρουν ότι είναι οι παρεμβάσεις τους με τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών.

«Όταν πρωτοήρθα και τώρα; Τώρα μου είναι πιο σαφές τι κάνω και με τον θεραπευόμενο και με τον γονιό, το έχω περισσότερο στα χέρια μου από ό,τι στην αρχή που όπως είπε κι ο Α. ήταν περισσότερο μια πιο βιωματική κατάσταση, τα εργαλεία δεν τα είχα στα χέρια μου ούτε τη γνώση της εξάρτησης. Τουλάχιστον τώρα μπορώ να το καταλαβαίνω, μου είναι πιο σαφές, οι παρεμβάσεις μου είναι πιο στοχευμένες ή οι μη παρεμβάσεις μου είναι πιο συνειδητές... να θυμηθώ τις ομάδες γονέων για να πω και περισσότερα... είδες το είπα και πριν, άφηνα να περάσει όλη η θεραπεία του παιδιού χωρίς να έχω καμιά επικοινωνία με τον γονιό, τώρα δεν θα το αφήσω, τουλάχιστον θα έχω προσπαθήσει να τον καλέσω, τουλάχιστον για να με ξέρει και να τον ξέρω στη φάτσα, στις ομάδες γονέων ήμουν πιο συμβουλευτική, τώρα δεν είμαι τόσο... δεν ξέρω αυτό...».

«Εγώ αυτό που σκέφτομαι σε σχέση με παλιά, πάλι θα πω, αν αντιμετωπίζα μια δυσκολία σε ομάδες κυρίως, που αυτό που λένε τα παιδιά είναι η μεγαλύτερη δυσκολία, το να αντιστέκεται ο άλλος και μετά από δέκα ομάδες -αυτό που είπε χαρακτηριστικά η Κ.- να σου λέει πάλι το ίδιο πράγμα και να λες δεν το ζω αυτό κάπως έτσι... είναι ότι παλιά με δυσκόλευε πάρα πολύ και προσπαθούσα -αυτό που είπε η Κ. τώρα- ξανά, με πολλούς τρόπους, να το ξαναπώ έως που το φορτωνόμουν, το οποίο βεβαίως δεν οδηγούσε πουθενά. Θύμωνα στο τέλος και εγώ και γινότανε μπάχαλο, εννοώντας ότι ούτε εγώ μπορούσα να λειτουργήσω, πόσο μάλλον η ομάδα. Τώρα κάνω αυτό που λέει η Ε. εμπλέκω την ομάδα μέσα σε αυτό, το ρίχνω πάνω στην ομάδα και έχω πολύ λιγότερο ρόλο έτσι... Ούτε να το φορτωθώ, λιγότερο συμβουλευώ και αφήνω πιο πολύ το συναίσθημα, τη λειτουργία της ομάδας, να δείξει σε κάποιον τι μπορεί να συμβαίνει... Ατομικά, όμως, εκτός ομάδας, εκείνο το οποίο κάνω που δεν έκανα είναι ότι -θα το πω λίγο πιο αυστηρά, δεν το κάνω ακριβώς έτσι αλλά για να το δώσω να καταλάβουμε- υπάρχει ένα σημείο στο οποίο λέω καθαρά “κοίτα, αυτό είναι να γίνει.... αν δεν γίνει, δεν ξέρω τι άλλο μπορεί να συμβεί...” Παλιά έλεγα και ναι και θα το δούμε και θα το κάνουμε, και θα σας βοηθήσω και θα σας σώσω -δεν έλεγα θα σας σώσω, αλλά το έκανα με όλους τους τρόπους αυτό- τώρα λέω “κοίτα τα πράγματα είναι έτσι... Ή θα βοηθήσεις και θα πας στο τμήμα οικογένειας” εννοώντας “το κρίμα στον λαιμό σου”, δεν το λέω έτσι αλλά αυτό είναι το σκεπτικό μου...».



Εικόνα 8.16 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Η προσωπική ανάπτυξη, η εμπειρία της γονικής μέριμνας, η κλινική εποπτεία, οι συζητήσεις με συναδέλφους και η εμπειρία τους βοηθούν να διαχειριστούν τις δικές τους αντιδράσεις και να παρέχουν στα μέλη της οικογένειας την απαραίτητη εμπειρία κατανόησης και αποδοχής.

«Τώρα, τείνω να εμβαθύνω περισσότερο προς την ενηλικίωση, πιθανώς γιατί έκανα την προσωπική μου θεραπεία και νομίζω ότι είναι δική μου η εσωτερική ωριμότητα, η οποία με βοήθησε να αποδώσω νέο νόημα στον ρόλο μου ως θεραπευτής. Με άλλα λόγια, μπορώ τώρα να καταλάβω καλύτερα και να ακούσω αμερόληπτα και τις δύο πλευρές».

«Είναι δύσκολο πράγμα να αγκαλιάσει κανείς τη δυσκολία του γονιού, αλλά νομίζω ότι είναι σημαντικό για τον θεραπευτή, πέρα από το αν έχει κάνει θεραπεία, αν έχει δει τα δικά του θέματα κι αυτά, ένα πολύ κεντρικό είναι σε ποιον ρόλο τοποθετεί ο θεραπευτής τον εαυτό του... Όχι ότι με αυτό μπορεί να αγκαλιάζει τα πάντα, γιατί υπάρχουν και συμβάντα και γεγονότα που παράγουν πολύ θυμό, που είναι πολύ κακοποιητικά, και δεν ξέρω πόσο τελικά μπορεί και ο θεραπευτής και ο πιο αναλυμένος και ο πιο καλός να τα αγκαλιάσει, αλλά σου λέω σε μια μέση κατάσταση που δεν είναι ακραία τα πράγματα... Έτσι ένα σημαντικό είναι αυτό, το να βγούμε μερικές φορές έτσι από αυτή τη θέση του παιδιού που θέλει τα πράγματα να δίνονται ή που φαντάζεται έναν γονιό πολύ ειδυλλιακά ή πολύ δοτικό ή πολύ παντοδύναμο, που έχει μείνει στη θέση του παιδιού, που δεν είναι οι γονείς, όπως ήθελε. Νομίζω ότι αυτό είναι πολύ κεντρικό και οι διαδικασίες τού να είσαι κι εσύ γονιός είναι κάτι πολύ, που μπορεί να προσφέρει σε αυτό το κομμάτι, όχι να τους δικαιολογήσεις αλλά αυτό που λες, να το αγκαλιάσει, δηλαδή να κατανοήσει ότι κάποιες φορές, και καλές διαθέσεις να υπάρχουν, δεν βγαίνουν».

Τέλος, λίγοι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι ήταν σε μια διαδικασία αλλαγής, χωρίς να έχουν υιοθετήσει ακόμη νέα πρότυπα παρεμβάσεων με τους γονείς. Αντικατοπτρίζοντας τις δικές τους απαντήσεις φάνηκαν να τους βοηθούν να ρωτήσουν μερικές από τις πρακτικές τους.

«Περνάω μια φάση κατά την οποία έχω περισσότερες ανησυχίες και βλέπω πράγματα που δεν μπορούσα να δω πριν. Για παράδειγμα, την ενοχή των γονιών. Δεν πρέπει να τους κάνουμε πιο ενόχους. Πρόσφατα, αυτό ήταν πολύ στο μυαλό μου. Προσπαθώ, είμαι σε διαδικασία, αλλά δεν έχω μετακινηθεί μπροστά ακόμα. Προσπαθώ να αντιληφθώ την κατάσταση πιο ολιστικά».

«Κι εγώ νιώθω κάπως όπως ηΕ. Στην αρχή δεν το ήθελα καθόλου σαν μέρος της δουλειάς μας, δηλαδή, έλεγα να καταργηθούν οι ομάδες γονέων, να φύγουν από μπροστά μου, να μην υπάρχουν, έμπαινα κι εγώ πολύ μέσα σε όλο αυτό το χαοτικό, που δεν μπορούσα να καταλάβω αλλά με φόρτιζε πάρα πολύ. Ε, στην πορεία νομίζω ότι έπεσαν οι τόνοι, μαλάκωσα κι εγώ βάσει εμπειρίας, εκπαίδευσης, δουλειάς με τον εαυτό μου κ.λπ... Να το δεχτώ, να το κατανοήσω, να το αντέξω και ίσως σιγά-σιγά να μπορέσω να διακρίνω το καλό κομμάτι στην οικογένεια, δηλαδή αυτά που ήταν καλά όπως τα έδωσαν στα παιδιά τους, στο μέγαλωμά τους, και να τα ενισχύσω. Αυτοί οι άνθρωποι δεν είναι για πέταμα, δηλαδή κάνανε λάθη, περάσανε δυσκολίες, εν πάση περιπτώσει δώσανε και πέντε αξίες και πέντε καλά στα παιδιά τους, έχουν κάποια κομμάτια καλά που μπορούν να τα δούνε και να προχωρήσουν... Άλλαξε πολύ ο τρόπος που εστίαζα νομίζω και στα παιδιά και στους γονείς... Δηλαδή, αντί να βλέπω "scanning" που είναι η παθολογία και τι θα την κάνουμε, να δω το καλό...».

Αλλαγές στο πλαίσιο, στη διαθεσιμότητα του προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής επηρεάζουν την ικανότητα του επαγγελματία ψυχικής υγείας να εμπλέξει τα Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών στη θεραπευτική διαδικασία.

«Και τώρα θεωρώ ότι κάνω, ειλικρινά μνήμες με οικογένειες δεν έχω, εμπειρίες όμως έχω... όσο ασχολούμουν με ατομική θεραπεία στο παρελθόν είχα κάνει και κάποιες ομάδες γονέων, από αυτές που κάνουμε, έτσι της ρουτίνας, οι οποίες, όμως, παλιότερα ήταν πιο συστηματικές και πιο δοτικές από τη μεριά μας. Δηλαδή, ήταν ομάδες οι οποίες κρατούσαν έναν κανονικό θεραπευτικό χαρακτήρα, δηλαδή, αρχίζανε από την αρχή σχεδόν που ο θεραπευόμενος ερχόταν στο πρόγραμμα και τελειώνανε τουλάχιστον με τη λήξη της θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά κάποιιοι από αυτούς συνεχίζανε και μετά σαν ομάδα, ετούτο, όμως, που έχω δει...».

«Στην αρχή ήμουν πιο ενθουσιώδης με την παρώθηση της οικογένειας και με την εμπλοκή... Έτσι είχα μια υπερεμπλοκή, η οποία μπορεί να ξέφυγε και να μεταφερόταν και έξω από τη δουλειά, και σε όλη την προσωπική μου ζωή... Δεδομένου ότι την περίοδο που εγώ ξεκίνησα υπήρχε και μεγαλύτερος όγκος δουλειάς, για παράδειγμα στη φάση της ευαισθητοποίησης βλέπαμε μέχρι και 19 περιστατικά κάθε Παρασκευή... Αν αυτό το βάλεις αναλογικά σε σχέση με τις οικογένειες και με τα τηλεφωνήματα, τότε έχεις πίεση πριν καν ξεκινήσεις... Βάλε κι αυτήν την παράμετρο... το πόσα ραντεβού μπορείς να δεις σε μια μέρα, ή πόσες οικογένειες μπορείς να δεις, πόσα περιστατικά μπορείς να δεις... Η πίεση, δηλαδή, μπορεί να μην είναι μόνο από την οικογένεια, μπορεί να είναι από τον αριθμό των οικογενειών, των συνεδριών που βλέπεις... μόνο με τα τηλεφωνήματα έχεις κάνει μια εργάσιμη ημέρα...».

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Benner, P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Boychuk Duchscher, J.E. (2001) Out in the Real World: Newly Graduated Nurses in Acute-care speak out. *JONA*, 31(9):426-439.
- Brennan, G., McSherry, R. (2007) Exploring the transition and professional socialization from health care assistant to student nurse. *Nurse Education in Practice*, 7: 206-214.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (2002) Mapping the role of nurses in Methadone Substitution Therapy (MST) programmes across Europe: core- competencies. *The Drug and Alcohol Professional*, 2(4): 19-25.
- Clancy, C., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (2006) Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2):161-171.
- Farrell, G.A. (1999) Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3): 532-541.
- Goleman, D. (1998) *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Goleman, D. (2000) *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Jackson, D., Firtko, A., Edenborough, M. (2007) Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1):1-9.
- Kelly, B. (1998) Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5):1134-1145.
- Leiter, M.P., Maslach, C. (2007) *Πώς να αντιμετωπίσετε την επαγγελματική εξουθένωση*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Lewis, M. (2006) Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management*, 14: 52-58.
- McLeod, M.E. (2003) The caring physician: a journey in self-exploration and self-care. *The American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98(10): 435-438.
- Menzies, I.E.P. (1960) A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13(2): 95-121.
- Newton, J.M., McKenna, L. (2007) The transitional journey through the graduate year: a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 44:1.231-1.237.
- SAMHSA (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε., Μουζακίτης, Χ. (1999) *Οικογενειακή Θεραπεία: Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4): 358-366.
- Μισουρίδου, Ε. (2011) Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη νοσηλευτική: Αίτια και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική*, 50(2): 123-131.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011) *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.
- Ραγιά, Α. (2003) Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 42(3): 286-292.

Εργασίες οι οποίες αξιοποιήθηκαν στο πλαίσιο συγγραφής του συγκεκριμένου κεφαλαίου:

- Missouri E, Esseridou D. (2016) Changes in professionals' attitudes and approaches to parents in the drug and alcohol treatment. *Mater Sociomed.*, 28(6): 440-443. (Αποδελτιώνεται στο Medline/PubMed)
- Missouri E (2017) Secondary Post Traumatic Stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2):110-115. (Αποδελτιώνεται στο Medline/PubMed, Impact factor: 0.852)
- Missouri E. (2017) Cultivating a trauma awareness culture in the addictions. *Current Drug Abuse Reviews*, 9(2):99-105. (Αποδελτιώνεται στο Medline/PubMed)



Εικόνα 8.17 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Κεφάλαιο 9

Θεραπευτικό και μη θεραπευτικό τρίγωνο στην προσέγγιση των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών με προβλήματα εξάρτησης

Σύνοψη

- Με τον όρο «αντιμεταβίβαση» (“counter-transference”) εννοούμε τη συναισθηματική αντίδραση του επαγγελματία προς τον θεραπευόμενο. Αυτή προκαλείται τόσο από τα συναισθήματα του θεραπευόμενου όσο και από προσωπικές συγκρούσεις του επαγγελματία, οι οποίες ενεργοποιούνται κατά την αλληλεπίδραση με τον θεραπευόμενο. Η αντιμεταβίβαση αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφορίας για τη θεραπευτική διαδικασία.
- Οι επαγγελματίες συχνά αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους γονείς των θεραπευόμενων τους, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για την κινητοποίηση και την υποστήριξη του θεραπευόμενου. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο του διαχωρισμού (“splitting”), κατά το οποίο ο επαγγελματίας εξιδανικεύεται και γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα».
- Η αναγνώριση και κατανόηση των τριαδικών αλληλεπιδράσεων κατά την ένταξη της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο της απεξάρτησης, καθώς και οι προσπάθειες δημιουργίας συμμαχιών με τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης υποστηρίζει τις ανάγκες τους για συμφιλίωση με τα μέλη της οικογένειάς τους και υποστηρίζεται από διεπιστημονική εμπειρία των αναγκών του ατόμου και της οικογένειας. Στην προσπάθεια συνεργασίας με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, οι επαγγελματίες αποφεύγουν την αποδοχή της εξιδανίκευσης, ενώ, παράλληλα, δεν συμμαχούν στην υποτίμηση του ατόμου ή μελών της οικογένειας, προκειμένου να επιλυθούν πιθανά φαινόμενα διαχωρισμού και να αποφευχθεί η θεραπευτική αποτυχία.
- Οι επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων καλούνται να επεξεργαστούν τις προσωπικές τους δυσκολίες και πιθανώς τις προκαταλήψεις τους για τις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, έτσι ώστε το τρίγωνο επαγγελματίες – άτομο – επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας να μπορέσει να λειτουργήσει θεραπευτικά σε ένα πλαίσιο διεπιστημονικής συνεργασίας. Η κλινική εποπτεία και οι ομάδες Balint μπορεί να υποστηρίξουν τους νέους επαγγελματίες προς αυτήν την κατεύθυνση.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Ο επαγγελματίας απεξάρτησης συναντά το άτομο με προβλήματα εξάρτησης, «συμμαχεί» μαζί του στην προσπάθειά του να απεξαρτηθεί από τη σχέση του με την ουσία και να συγκροτήσει μια νέα ταυτότητα κι έναν καινούργιο τρόπο ζωής. Η οικογένεια αποτελεί τον «σιωπηλό μάρτυρα» αυτής της συνάντησης. Ακόμη και στην απουσία της εύλογα επηρεάζει την πορεία της θεραπείας, αποτελώντας τον τρίτο πόλο του τριγώνου. Οι επαγγελματίες, όμως -εκπαιδευμένοι πιο συχνά σε ατομοκεντρικά πλαίσια και απασχολούμενοι σε υπηρεσίες θεμελιωμένες σε πολιτικές και πρακτικές φιλοσοφικά επικεντρωμένες στο άτομο- αγνοούν τις περισσότερες φορές την παρουσία της οικογένειας, παρά το πλήθος των ερευνών που καταδεικνύουν την ανάγκη συμμετοχής της στη θεραπευτική διαδικασία. Η στάση των επαγγελματιών απεξάρτησης απέναντι στην οικογένεια χαρακτηρίζεται από άρνηση, παρόμοια με αυτή που εκδηλώνεται στο οικογενειακό σύστημα για το ίδιο το πρόβλημα. Ακόμη, όμως, και στην περίπτωση παρέμβασης στην οικογένεια, πιο συχνά αναπτύσσεται ανταγωνισμός μεταξύ θεραπευτών και οικογένειας («νέων γονιών» - φυσικών γονιών), ενώ δεν αποκλείεται να παρασυρθεί ο επαγγελματίας στη σχέση του με τους γονείς σε μια διεκδίκηση ελέγχου και εξουσίας. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα θεματικής ανάλυσης 42 βινιετών συνεργασίας με Επιβαρυνμένα Μέλη Οικογενειών και συζητιούνται τρόποι με τους οποίους ο επαγγελματίας μπορεί να επεξεργαστεί τις δυσκολίες που προκύπτουν στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, ώστε το τρίγωνο επαγγελματίας

– θεραπευόμενος – οικογένεια να λειτουργήσει θεραπευτικά. Επίσης, περιγράφεται ο ενθουσιασμός και η ικανοποίηση που βιώνουν οι επαγγελματίες στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, όταν η οικογένεια καταφέρνει – με τη βοήθεια του επαγγελματία συνοδοιπόρου – να κινητοποιήσει το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, προς τη θεραπεία και να κοιτάξει με ελπίδα προς το μέλλον, ξεφεύγοντας από την ακινησία, τον τρόμο, τη ντροπή και την ενοχή που τη βασάνιζαν για χρόνια.

9.1. Προβλήματα αντιμεταβίβασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με τον θεραπευόμενο

Συχνά η αντίδραση ενός θεραπευόμενου είναι έντονη, επιθετική ή προκλητική κι αυτό δυσκολεύει ιδιαίτερα τον επαγγελματία. Νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι περιγράφουν την επαγγελματική τους πορεία, μιλούν για τη δυσκολία να διαχειριστούν την προκλητική συμπεριφορά κάποιων ασθενών στην πρώτη περίοδο της σταδιοδρομίας τους (Clancy et al., 2006). Επιπλέον, είναι δύσκολο για έναν νέο επαγγελματία να διαχειριστεί έντονα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία μπορεί να βιώνει στη σχέση με τον θεραπευόμενο, π.χ. θυμό, οργή, ενοχή.

Με τον όρο «αντιμεταβίβαση» (“counter-transference”) εννοούμε τη συναισθηματική αντίδραση του επαγγελματία προς τον θεραπευόμενο. Αυτή προκαλείται εν μέρει από τα συναισθήματα που εκφράζει ο θεραπευόμενος προς το πρόσωπό του. Κάποιες φορές, όμως, τα συναισθήματα του θεραπευόμενου φέρνουν στην επιφάνεια ανεπίλυτες συγκρούσεις του επαγγελματία, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένταση στη θεραπευτική σχέση (Μισουρίδου, 2010α). Έμπειροι επαγγελματίες μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να συγκρατούν επιθετικές παρορμήσεις προς τους ασθενείς. Αλλά εκπαιδευόμενοι ή νέοι επαγγελματίες συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Έτσι, μπορεί να τις εκφράζουν με παθητική επιθετικότητα στη συμπεριφορά τους ή να συμβάλλουν στην εκδραμάτιση της επιθετικότητας από το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, στην έκφραση, δηλαδή, έντονων συναισθημάτων με αντικοινωνική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πιθανά σημεία αντιμεταβίβασης περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2009, 2014):

- Αίσθημα φθόνου, άγχους ή τρόμου στην προοπτική συνάντησης με συγκεκριμένο άτομο.
- Ανεξήγητο θυμό ή οργή για συγκεκριμένο άτομο.
- Αρνητικές αντιδράσεις προς συγκεκριμένα άτομα αντιπάθειας ή περιφρόνησης, άσχετα από το αν η αντίδραση αυτή είναι «δικαιολογημένη» από τις περιστάσεις. Θαυμασμός ή εξιδανίκευση του ατόμου, άσχετα από το αν η αντίδραση αυτή είναι «δικαιολογημένη».
- Λάθη στον προγραμματισμό των ραντεβού, ξεχνά το ραντεβού με συγκεκριμένο άτομο.
- Ο επαγγελματίας ξεχνά το όνομα και την ιστορία του ατόμου.
- Νυστάζει ή βαριέται κατά τη διάρκεια της συνάντησης.
- Επιδεικνύει υπερβολική αυστηρότητα σε λάθη του ατόμου.
- Υπερβολική εγγύτητα στον άτομο.
- Ανεπίλυτες προσωπικές συγκρούσεις διακινούνται κατά τη διαντίδραση με το άτομο.
- Ερωτική έλξη.

Αιτία για τη δυσκολία των νέων επαγγελματιών να αναγνωρίσουν τις αντιμεταβιβαστικές τους αντιδράσεις είναι συχνά κάποιοι μύθοι για τη θεραπευτική διαδικασία, οι οποίοι βέβαια ανατρέπονται κατά την επαγγελματική κοινωνικοποίηση στον κλινικό χώρο. Για παράδειγμα, ο μύθος ότι «οι θεραπευτές αγαπούν τα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων ή κατά κύριο λόγο έχουν θετικά συναισθήματα γι’ αυτά» σχετίζεται με τη δυσκολία του επαγγελματία να αποδεχτεί τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει κατά την αλληλεπίδραση με το άτομο αυτό. Οι εξυπηρετούμενοι, όμως, αρκετές φορές προβάλλουν μια παντοδύναμη γονεϊκή φιγούρα στο πρόσωπο του επαγγελματία ψυχικής υγείας, η οποία κάποια στιγμή φοβούνται ότι τους εγκαταλείπει. Έτσι, περνούν από τον θαυμασμό και την εξιδανίκευση στην υποτίμηση, στην πρόκληση και στην οργή προς τον επαγγελματία. Τα υποτιμητικά, όμως, σχόλια και οι υπαινιγμοί του εξυπηρετούμενου, αποτελούν ναρκισσιστικό τραύμα για έναν νέο επαγγελματία. Κι αυτό γιατί, παρότι αποτελούν κατά κύριο λόγο προβολές ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών του ίδιου του εξυπηρετούμενου στο πρόσωπο του επαγγελματία, συνήθως έχουν μια έστω αμυδρή σχέση και με τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία. Ανασφαλής και

αγχωμένος στην προσπάθεια γνωριμίας του νέου του ρόλου, ο νέος επαγγελματίας είναι ευάλωτος στα διαβρωτικά σχόλια και στην επιθετική συμπεριφορά.

Επιπλέον, αν ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας στρέψει τα επιθετικά συναισθήματα εναντίον του εαυτού του σαν μηχανισμό άμυνας απέναντι στο άγχος που του δημιουργούν, τότε διαβρώνεται η επαγγελματική του αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση (Maltzberger & Buie, 1974). Σταδιακά αρχίζει να αμφιβάλλει για τις ικανότητές του, για την αξία του και τις επαγγελματικές του επιλογές. Από την άλλη, όταν ο επαγγελματίας κυριαρχείται από ασυνείδητα συναισθήματα επιθετικότητας, τότε αυτά εκφράζονται καλυμμένα κάτω από την άκαμπτη χρήση επαγγελματικών κανονισμών ή την ακατάλληλη χρήση αποκλεισμού (Gabbard, 2006). Επίσης, όταν ο νέος επαγγελματίας δεν μπορεί να συγκρατήσει αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα θυμού και οργής, τότε συχνά οδηγείται στην εκδραμάτιση των επιθετικών του συναισθημάτων με καταστροφικά αποτελέσματα για την έκβαση της θεραπείας του εξυπηρετούμενου. Με αυτόν τον τρόπο, η επιθετικότητα του επαγγελματία επιβεβαιώνει τους φόβους εγκατάλειψης και απόρριψης του ατόμου.

Σε μια ομάδα που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία, οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αναγνωρίζονται και κατανοούνται, χωρίς να έχουν αντίκτυπο στη θεραπεία (Gabbard, 2006). Κάποιες φορές, όμως, αποτέλεσμα αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων αποτελεί η πόλωση των μελών μιας ομάδας μέσω των μηχανισμών άμυνας του διαχωρισμού (“splitting”) και της προβλητικής ταύτισης (“projective identification”) του θεραπευόμενου (Gabbard, 2006). Η δυσκολία του θεραπευόμενου να αποδεχτεί θετικά και αρνητικά στοιχεία στο πρόσωπο ενός επαγγελματία, ο οποίος δεν είναι «παντοδύναμος» (“omnipotent”) οδηγεί στον διαχωρισμό των θεραπειών σε «καλούς» και «κακούς». Όταν, λοιπόν, δεν αναγνωρίζονται οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, η θεραπευτική ομάδα διχάζεται. Μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορεί να βιώνουν διαφορετικά και αντιφατικά συναισθήματα, όπως: θυμό ή οργή, φόβο, αίσθημα αναξιοσύνης, συμπάθεια, υπερβολική αισιοδοξία ή έντονη απαισιοδοξία, μίσος ή αποστροφή για τον θεραπευόμενο. Για παράδειγμα, ένας επαγγελματίας θεωρεί ότι ο θεραπευόμενος προχωρά ομαλά ή με γοργό ρυθμό στη θεραπευτική διαδικασία και ο άλλος διαπιστώνει αντίσταση λόγω ψυχοπαθολογίας ή ένας επαγγελματίας νιώθει συμπάθεια, ενώ άλλος νιώθει έντονη αντιπάθεια για τον ίδιο εξυπηρετούμενο. Επιπλέον, ο επαγγελματίας, ο οποίος δέχεται την προβλητική ταύτιση του εξυπηρετούμενου, μπορεί να νιώσει αρκετά δυσάρεστα, ιδιαίτερα αν αμφιβάλλει για την εγκυρότητα των προβολών του τελευταίου. Για παράδειγμα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση του εξυπηρετούμενου προβάλλεται στον επαγγελματία ο οποίος, όταν ενδοβάλλει τις προβολές, αρχίζει να νιώθει ανάξιος επαγγελματίας.



Εικόνα 9.1 Magritte R, *Ο θεραπευτής*, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Ερωτήσεις που μπορεί να κάνει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας στον εαυτό του σχετικά με τις αντιμεταβιαστικές αντιδράσεις του είναι:

- Πώς τον επηρεάζει ο συγκεκριμένος εξυπηρετούμενος;
- Τι συναισθήματα του γεννά ο συγκεκριμένος εξυπηρετούμενος;
- Ποια η συμπεριφορά του προς τον εξυπηρετούμενο σε σχέση με τα συναισθήματα που νιώθει;
- Τι ιδιαίτερο έχει η συμπεριφορά χρήσης του εξυπηρετούμενου που του προκαλεί αυτά τα συναισθήματα;
- Με ποιους τρόπους μπορεί να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο θέμα στη σχέση του με τον εξυπηρετούμενο;

Η κατανόηση, πάντως, των αντιμεταβιαστικών αντιδράσεων προϋποθέτει να μπορεί να διακρίνει ο επαγγελματίας και να αναγνωρίζει τις ενδείξεις τους, με προσωπική αυτο-εξέταση και εποπτεία, ή προσωπική θεραπεία. Σε κάποιες περιπτώσεις, εάν η αντιμεταβίαση παρακωλύει την ανάπτυξη του εξυπηρετούμενου, μπορεί να ζητηθεί η μεταφορά του σε άλλον θεραπευτή. Σε γενικές, όμως, γραμμές η αντιμεταβίαση αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών για τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάλυση της αντιμεταβίασης αποτελεί κεντρική διεργασία στις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της συναισθηματικής αντίδρασης του εξυπηρετούμενου προς τον επαγγελματία, ο επαγγελματίας καλείται να μην αποδέχεται την εξιδανίκευση του ασθενούς και να μην δέχεται παθητικά την υποτίμηση, πρόκληση ή άλλης μορφής επιθετικότητα του εξυπηρετούμενου. Η λανθασμένη πεποίθηση ότι η έκφραση θυμού μπορεί να οδηγήσει στην κάθαρση του εξυπηρετούμενου πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα την επιβλαβή για τον τελευταίο εκδραμάτιση επιθετικότητας. Ο θυμός, όμως, η καχυποψία και η ενίοτε προκλητική συμπεριφορά, ουσιαστικά αποτελούν μέρος του οδυνηρού φαύλου κύκλου εγκατάλειψης και απόρριψης του εξυπηρετούμενου: Υψηλές προσδοκίες για το πρόσωπο του θεραπευτή, ματαίωση των προσδοκιών («παντοδυναμίας»), επιθετική συμπεριφορά που οδηγεί τελικά στην απόρριψη ή στην εγκατάλειψη, στην οδυνηρή, δηλαδή, επιβεβαίωση των φόβων του.

Γι' αυτόν τον λόγο η «σύγκρουση» με τον επαγγελματία και η οριοθέτηση του εξυπηρετούμενου πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα στη θεραπευτική διαδικασία. Η οριοθέτηση, όταν δεν είναι άκαμπτη και τιμωρητική αλλά γίνεται με ηρεμία και σεβασμό προς το πρόσωπο του εξυπηρετούμενου, βοηθά στην αντιμετώπιση του άγχους του σχετικά με τη ρύθμιση της απόστασης στη σχέση με τον επαγγελματία. Έτσι, δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση, ώστε να επεξεργαστεί ο εξυπηρετούμενος τις ανεπίλυτες συγκρούσεις του. Η δυσκολία, βέβαια, ενός νέου επαγγελματία στην οριοθέτηση συμπεριφορών -όπως και ενός επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο άμεσης φροντίδας- μπορεί να έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις στη φροντίδα. Ο φόβος ή η δυσκολία ενός νέου επαγγελματία να βάλει όρια -ενδεχομένως λόγω του νεαρού της ηλικίας να δυσκολεύεται σε ρόλους ελέγχου ή η σχέση με τον εξυπηρετούμενο να φέρνει στην επιφάνεια προσωπικές του δυσκολίες- προκαλούν κλιμάκωση της επιθετικής συμπεριφοράς του εξυπηρετούμενου. Αντίθετα, η ήρεμη εξήγηση των δυνατοτήτων ενός πλαισίου και των επιπτώσεων μη αποδεκτών συμπεριφορών έχει ως αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται περιστάσεις επιθετικότητας και βίας στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Ηλίας, 2005).

9.2. Προβλήματα αντιμεταβίασης-θυμός και αντιπαλότητα στη σχέση με την οικογένεια

Παρά τον μεγάλο αριθμό ερευνών που καταδεικνύουν την αναγκαιότητα συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης, οι θεραπευτές συχνά αγνοούν το αίτημα της οικογένειας, ενώ αρκετές φορές μπαίνουν -συνειδητά ή ασυνειδητά- σε μια ανταγωνιστική σχέση με την οικογένεια του εξυπηρετούμενού τους (Μισουρίδου, 2010, 2010α). Στην απεξάρτηση, όμως, η οικογένεια αποτελεί αναπόσπαστο μάρτυρα στα δρώμενα της θεραπείας. Είτε είναι παρούσα είτε όχι με κάποιον τρόπο, σιωπηλά ή ανοιχτά, επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και συμπληρώνει το τρίγωνο, αποτελώντας τον τρίτο πόλο. Έτσι, η αγνόησή της ή η δυσχέρεια στην ένταξή της στη θεραπευτική διαδικασία, λόγω της δυσκολίας διαχείρισης των συμμαχιών στο πλαίσιο των τριγωνικών αλληλεπιδράσεων, αποτελεί περισσότερο άρνηση της δυνατότητας που συχνά προσφέρεται για παρεμβάσεις καθοριστικές ως προς την έκβαση της θεραπείας απεξάρτησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι αντίστοιχες λειτουργίες παρατηρούμε και σε άλλα πλαίσια, όπως στο τρίγωνο δάσκαλος-μαθητής-γονείς. Οι δάσκαλοι, πολύ συχνά, αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους

γονείς των μαθητών, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για μια ποιοτική παιδαγωγική διαδικασία (Ράπτης, 2004). Κάποτε προσπαθούν να σώσουν το παιδί-θύμα από τους γονείς θύτες.



Εικόνα 9.2 Καραβούζης Σ. Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Το τρίγωνο Σωτήρας - Θύτης - Θύμα αποτελεί συχνά μια δυναμική που χαρακτηρίζει τις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας, η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης (Karpman, 1968: Σακκάς). Ο εξαρτημένος παίρνει τον ρόλο του «εξιλαστήριου θύματος», το οποίο με τη θυσία του επιχειρεί να εξασφαλίσει τη συνοχή, την ηρεμία και τη συναισθηματική έκφραση που λείπει από την οικογένειά του (Μάτσα, 2008α, 1994). Αυτή, όμως, η δυναμική είναι τις πιο πολλές φορές ασυνείδητη και σίγουρα δεν δικαιολογεί μια αμυντική ή επιθετική (σιωπηλά ή ανοικτά) στάση του επαγγελματία απέναντι στην οικογένεια του εξαρτημένου. Μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις ο επαγγελματίας εξιδανικεύεται και γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα». Παρατηρείται δηλαδή διαχωρισμός (“splitting”), ο οποίος απαιτείται να επιλυθεί στη θεραπεία για να αποφευχθεί η θεραπευτική αποτυχία. Επιπλέον, μια άκαμπτη στάση προς την οικογένεια του θεραπευόμενου, που την τοποθετεί στον ρόλο του θύτη, μπορεί να υποδηλώνει ότι ο επαγγελματίας παρασύρθηκε στον ρόλο του σωτήρα, ο οποίος πιο συχνά δεν βοηθά ούτε τους θεραπευόμενους να αλλάξουν αλλά ούτε και την οικογένεια να επιδιώξει νέους τύπους αλληλεπιδράσεων. Για παράδειγμα, ο Επαγγελματίας - Σωτήρας, ο οποίος επιχειρεί “να σώσει” την εξαρτημένη (ουσία-σχέση) κόρη από την παρεμβατική μητέρα της, συντελεί με αυτόν τον τρόπο στη διαιώνιση των ρόλων θύματος – θύτη στις σχέσεις μητέρας – κόρης, εντείνοντας το συγκρουσιακό στοιχείο της σχέσης τους, το οποίο πιθανόν να αποτελέσει αφορμή για υποτροπές στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Αντίθετα, η διαφοροποίηση του επαγγελματία μπορεί να συντελέσει στο να καταφέρουν τα μέλη της οικογένειας να δουν τον εαυτό τους και στους τρεις ρόλους του τριγώνου Σωτήρας – Θύτης – Θύμα αποκλιμακώνοντας έτσι την ένταση του «Δραματικού Τριγώνου» (“drama triangle”) (L’Abate, 2009). Σε κάθε περίπτωση, στην προσπάθειά του να συνεργαστεί με την οικογένεια ο επαγγελματίας καλείται να μην αποδέχεται την εξιδανίκευση του θεραπευόμενου και να μην συμμαχεί με την οικογένεια, ώστε να επιλυθούν πιθανά φαινόμενα διαχωρισμού και να αποφευχθεί υποτίμηση ή θεραπευτική αποτυχία.

Οι επαγγελματίες που παίρνουν τον ρόλο του σωτήρα του παιδιού είναι συνήθως νέοι επαγγελματίες, που επεξεργάζονται ζητήματα διαφοροποίησης από την πατρική τους οικογένεια ή επαγγελματίες, οι οποίοι εξαιτίας της εμπλοκής τους σε προσωπική θεραπεία ή κάποιας προσωπικής κρίσης, επεξεργάζονται ξανά αντίστοιχα θέματα. Όταν ο επαγγελματίας ταυτίζεται με τον «αναγνωρισμένο ασθενή», τότε τα μέλη της οικογένειας αναπαριστούν τους πρωταγωνιστές του δικού του παρελθόντος (Goldbeter-Merinfeld, 1994).

Μάλιστα, ο Whitaker έχει υπογραμμίσει τη λειτουργία που επιτελεί για τον επαγγελματία η θεραπευόμενη οικογένεια. Κατά τη γνώμη του, ο επαγγελματίας θα ξαναζήσει στο πλαίσιο της πρακτικής του με τις οικογένειες τις εντάσεις που έχει ζήσει στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής μέσα στην οποία μεγάλωσε (Whitaker, 1965 στο Goldbeter-Merinfeld, 1994).

Εξίσου σημαντικές με τις συναισθηματικές αντιδράσεις στη σχέση επαγγελματία-οικογένειας είναι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο της ομάδας κατά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες. Σύμφωνα με τους Berkowitz & Leff (1984) οι θεραπευτικές ομάδες αντανάκλουν την οικογενειακή δυσλειτουργία. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας -οι οποίες πιθανότατα είναι πιο έντονες όσο περισσότερο εμπλεγμένη ("enmeshed") και επικριτική είναι η οικογένεια προς το άτομο- επηρεάζουν την ικανότητά της να πάρει κοινές αποφάσεις. Επιπλέον, όταν οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις δεν αναγνωρίζονται, τα μέλη μιας ομάδας συχνά διχάζονται αντανάκλωντας τη δυναμική των αλληλεπιδράσεων στην οικογένεια (Carr, 1989· Reynolds-Mejia & Levitan, 1990). Απαιτείται μια ατμόσφαιρα ανοιχτού διαλόγου και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική ομάδα, η οποία θα επιτρέπει στα μέλη της ομάδας να συζητήσουν την εμπειρία τους και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Είναι σημαντικό η κλινική ομάδα να αποδεχτεί ότι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις είναι αναπόφευκτες και να τις χρησιμοποιήσει σαν πολύτιμη πηγή πληροφορίας για την οικογένεια.

9.3. Θεραπευτική διαδικασία και όρια

Η διατήρηση κατάλληλων ορίων στη θεραπευτική σχέση αποτελεί πρωταρχικό ηθικό ζήτημα για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακριβώς, επειδή τα όρια αποτελούν τα θεμέλια ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο εξυπηρετούμενος θα καταφέρει να επεξεργαστεί τις ανεπίλυτες συγκρούσεις του και να συμφιλιωθεί σε κάποιο βαθμό με τον εαυτό του, τα μέλη της οικογένειάς του και τους άλλους. Συνήθως, στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης ο εξυπηρετούμενος συμφωνεί ή υπογράφει «θεραπευτικό συμβόλαιο», στο οποίο περιλαμβάνονται οι όροι συμμετοχής στο πρόγραμμα, όπως απαγόρευση χρήσης ουσιών, ερωτικής επαφής με συνθεραπευόμενους και λεκτικής ή σωματικής βίας.

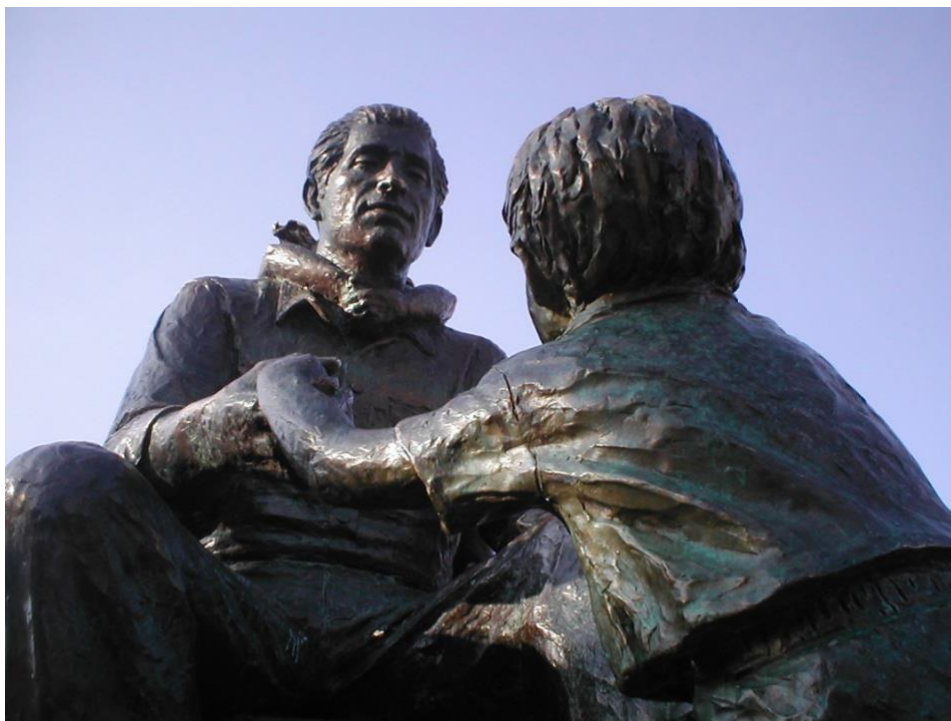
Κατά τον ίδιο τρόπο, ο επαγγελματίας καλείται να εξηγήσει τους όρους της θεραπευτικής σχέσης και να διαπιστώσει την κατανόησή τους από το άτομο και την οικογένειά του. Οι εξυπηρετούμενοι αρκετές φορές έχουν εμπειρίες από προηγούμενους θεραπευτές και θεραπευτικά πλαίσια, οι οποίες επηρεάζουν την κατανόηση του ρόλου και των ευθυνών τους στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, μπορεί να μην κατανοούν τους λόγους, την αναγκαιότητα των ορίων και ιδίως αυτών που σχετίζονται με τις διττές σχέσεις. Έτσι, μπορεί να ζητούν προσωπικές πληροφορίες σχετικά με τη διαμονή και το τηλέφωνο του επαγγελματία και να νιώθουν απόρριψη ή εγκατάλειψη από την άρνησή του να αποκαλύψει προσωπικές πληροφορίες. Επίσης, η καταλληλότητα των ορίων καθορίζονται κάθε φορά από το ίδιο το πλαίσιο. Για παράδειγμα, σε ένα κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να είναι αποδεκτό για τον επαγγελματία και τον θεραπευόμενο να πιουν καφέ στην κουζίνα των θεραπευόμενων. Δεν ισχύει το ίδιο όμως και για ένα ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ασυνεπείς συμπεριφορές του επαγγελματία, οι οποίες μπορεί να εκληφθούν ως παραβίαση ορίων από τον θεραπευόμενο, περιλαμβάνουν:

- Καθυστέρηση σε ραντεβού.
- Ολοκλήρωση συνεδρίας νωρίτερα από τον καθορισμένο χρόνο.
- Επανελημμένη υπερβολική παράταση της διάρκειας της συνεδρίας.
- Ακύρωση συνάντησης ή ξεχνά επανελημμένα τη συνάντηση με τον εξυπηρετούμενο.
- Μιλά για προσωπικά του θέματα και εμπειρίες κατά τον πολύτιμο χρόνο της θεραπευτικής συνάντησης.
- Διακόπτει συχνά τον εξυπηρετούμενο στην προσπάθειά του να εκφραστεί.
- Διακόπτει συχνά τη συνομιλία με τον εξυπηρετούμενο για να μιλήσει στο τηλέφωνο ή για την τακτοποίηση άλλων ζητημάτων.
- Διάκριση στη μεταχείριση διαφορετικών ασθενών.
- Εκφράζει κατανόηση και υποστήριξη με χειρονομίες και σωματική επαφή (π.χ. αγκαλιάζει τον εξυπηρετούμενο). Απαιτείται αναστοχασμός δεδομένης της ιδιαίτερης δυσκολίας στη διευθέτηση της κατάλληλης απόστασης από τους άλλους και στο υψηλό ποσοστό κακοποίησης στο ιστορικό τους.
- Διερευνά τις ευκαιρίες επαφής έξω από το θεραπευτικό πλαίσιο.

Από την άλλη, σημεία αναγνώρισης σύγχυσης ορίων για τον επαγγελματία μπορεί να είναι τα εξής:

- Νιώθει απρόθυμος ή δυσανασχετεί στην προτροπή να αναφέρει λεπτομέρειες από τη θεραπεία συγκεκριμένου εξυπηρετούμενου στη θεραπευτική ομάδα.
- Νιώθει κτητικότητα για τον εξυπηρετούμενο, συνηγορεί υπέρ αυτού με ασυνήθιστη επιμονή ή υπερβολικό ζήλο ή εκφράζει υπερβολική αίσθηση ευθύνης για τον εξυπηρετούμενο.
- Γίνεται αμυντικός ή κλειστός στις απόψεις άλλων μελών της θεραπευτικής ομάδας για τη θεραπεία ενός συγκεκριμένου εξυπηρετούμενου.
- Το επίπεδο αυτοαποκάλυψης του επαγγελματία αυξάνεται, χωρίς να μπορεί να δικαιολογήσει με επιχειρήματα που σχετίζονται με θεραπευτικούς στόχους αυτήν την αυτοαποκάλυψη.



Εικόνα 9.3 “*Perspectiva desde abajo del hijo en la escultura Monumento al padre de Mario y Joel Cuevas*”, by [Álvaro de la Paz Franco](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Monumento_al_padre_de_Mario_y_Joel_Cuevas_desde_abajo.jpg)/ CC0 1.0 (Wikipedia).
[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Monumento al padre de Mario y Joel Cuevas, desde abajo.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Monumento_al_padre_de_Mario_y_Joel_Cuevas_desde_abajo.jpg)

Κάποιες φορές βέβαια η υπέρβαση των ορίων μπορεί να έχει θεραπευτικό στόχο. Οι Gutheil & Brodsky (2008) συζητούν την «υπέρβαση» των ορίων (“boundary crossing”) σε αντιπαράβολή με την παραβίαση των ορίων (“boundary violation”). Στην πρώτη περίπτωση, συμπεριφορές του επαγγελματία έξω από τους συνηθισμένους κανόνες της κλινικής πράξης μπορεί να έχουν θεραπευτικό στόχο, χωρίς να βλάπτουν ή να στοχεύουν στην εκμετάλλευση του ασθενή. Για παράδειγμα, ο επαγγελματίας μπορεί να τηλεφωνήσει στο σπίτι του ασθενή σε μια περίοδο κρίσης με στόχο τη συμπαράσταση και ενδυνάμωση του ασθενή. Η διάκριση ανάμεσα στην υπέρβαση και στην παραβίαση των ορίων μπορεί να είναι δύσκολη και για τον ίδιο τον επαγγελματία, ο οποίος μπορεί κάποιες φορές να έρθει «πολύ κοντά» στον ασθενή, χωρίς να το θέλει.

Ιδιαίτερη πάντως προσοχή απαιτείται για τα ακόλουθα:

- Δώρο
 - Ένα δώρο μπορεί να είναι απλά μια ένδειξη ευγνωμοσύνης, απαιτεί, όμως, σκέψη για το πώς επηρεάζει τη δυναμική της θεραπευτικής σχέσης. Επίσης, η αποδοχή δώρου από τους σημαντικούς άλλους του θεραπευόμενου μπορεί να υπονομεύσει τη θεραπευτική σχέση.
- Απόρρητο και ενημέρωση σημαντικών άλλων

- Η αποκάλυψη πληροφοριών στους σημαντικούς άλλους μπορεί να θεωρηθεί ως προδοσία από τον εξυπηρετούμενο. Με αυτόν τον τρόπο αμφισβητείται η εχεμύθεια του επαγγελματία και αίρεται η εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του.
- Ερωτική/σεξουαλική έλξη
 - Το άτομο συχνά θαυμάζει και εξιδανικεύει τον επαγγελματία. Μπορεί για πρώτη φορά στη ζωή του να νιώθει ότι κάποιος τον ακούει με ενδιαφέρον και ζεστασιά και τον αποδέχεται, όπως είναι. Η θετική μεταβίβαση, βέβαια, δεν αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία αλλά τον ρόλο του. Επιπλέον, μια σεξουαλική προσέγγιση του επαγγελματία/της θεραπεύτριας από τη θεραπευόμενη/τον θεραπευόμενο ή μέλη της οικογένειας μπορεί να σχετίζεται με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, έλλειψη κατανόησης των ορίων στην κοινωνική συναναστροφή ή διάφορων ψυχολογικών προβλημάτων. Σε κάθε περίπτωση, η σεξουαλική σχέση με θεραπευόμενο/ή ή μέλη της οικογένειας αποτελεί παραβίαση του κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Εάν το ερωτικό ενδιαφέρον του ατόμου ή η ερωτική έλξη του/της επαγγελματία επιμένουν, παρεμποδίζοντας τη θεραπευτική διαδικασία, το άτομο παραπέμπεται σε άλλον/ή επαγγελματία ψυχικής υγείας.

9.4. Αιτίες για τις οποίες οι επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων αγνοούν το αίτημα της οικογένειας για βοήθεια ή δυσκολεύονται να το εντάξουν στο θεραπευτικό πλαίσιο

Η οικογένεια είναι ο σιωπηλός μάρτυρας στη συνάντηση των επαγγελματιών και των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Ακόμη και στην απουσία της επηρεάζει εύλογα την πορεία της θεραπείας και αποτελεί τον τρίτο πόλο του τριγώνου. Ωστόσο, οι επαγγελματίες – οι οποίοι πιο συχνά εκπαιδεύονται σε ατομοκεντρικά πλαίσια και εργάζονται σε υπηρεσίες που βασίζονται σε πολιτικές και πρακτικές εστιασμένες στο άτομο - συχνά αγνοούν την παρουσία της οικογένειας, παρά την πληθώρα ερευνών οι οποίες καταδεικνύουν την ανάγκη συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία (Orford, 2013). Η Barnard (2007) παρατηρεί ότι η στάση των επαγγελματιών στον χώρο της απεξάρτησης απέναντι στην οικογένεια χαρακτηρίζεται από άρνηση, παρόμοια με εκείνη που εκδηλώνεται στο οικογενειακό σύστημα για το ίδιο το πρόβλημα. Αλλά ακόμη και στην περίπτωση της οικογενειακής εμπλοκής, συχνά αναπτύσσεται ανταγωνισμός μεταξύ των επαγγελματιών και της οικογένειας («νέοι γονείς» - φυσικοί γονείς) (Missouridou & Papadatou, 2017), ενώ είναι πιθανόν ο επαγγελματίας να παρασυρθεί στη σχέση με τα μέλη της οικογένειας σε έναν αγώνα διεκδίκησης ελέγχου και ισχύος (Missouridou et al., 2017). Αιτίες για τις οποίες οι επαγγελματίες στο χώρο των εξαρτήσεων αγνοούν το αίτημα της οικογένειας για βοήθεια ή δυσκολεύονται να το εντάξουν στο θεραπευτικό πλαίσιο στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία είναι οι εξής:

- Η ενοχοποίηση της οικογένειας στις θεωρητικές προσεγγίσεις των ψυχιατρικών διαταραχών και των ουσιοεξαρτήσεων.
- Οι λειτουργίες τις οποίες εξυπηρετεί η εξάρτηση στο οικογενειακό σύστημα.
- Η τάση να παρασύρεται ο επαγγελματίας στον ρόλο του σωτήρα στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις του συστήματος.
- Οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που παρεμβαίνουν στην οικογένεια.
- Ηθικά διλήμματα των θεραπειών τα οποία προκύπτουν από τη δυνητική σύγκρουση των αναγκών του ατόμου και της οικογένειας.
- Η σύγκρουση ανάμεσα στο ψυχοδυναμικό και το συστημικό μοντέλο.

9.4.1. Η ενοχοποίηση της οικογένειας στις θεωρητικές προσεγγίσεις των ψυχιατρικών διαταραχών και των ουσιοεξαρτήσεων

Έχουν περάσει πενήντα περίπου χρόνια από την έκδοση του βιβλίου «Ο θάνατος της οικογένειας» του David Cooper και από την ευρεία κριτική του θεσμού της οικογένειας στη δεκαετία του '60. Στην ψυχιατρική, στις

δεκαετίες '40 έως '70, πολλοί συγγραφείς παρουσίασαν αιτιολογικά μοντέλα ψυχιατρικών διαταραχών, με την οικογένεια να κατέχει κεντρική θέση σε αυτά. Οι θεωρίες του διπλού δεσμού (Bateson et al., 1956) και της «σχιζοφρενιογόνου μητέρας» (Fromm-Reichmann, 1948) υιοθετήθηκαν άκριτα από πολλούς θεωρητικούς και επαγγελματίες, οδηγώντας τόσο στη δημιουργία μοντέλων που εστιάζουν στην οικογενειακή δυσλειτουργία όσο και σε τραγικά θεραπευτικά αποτελέσματα στις οικογένειες, οι οποίες έρχονταν αντιμέτωπες με το πρόβλημα της ψυχικής υγείας (Lefley, 1989). Εκτός από τη δυσκολία που βίωναν λόγω της ψυχικής ασθένειας ενός αγαπημένου προσώπου, οι οικογένειες ενοχοποιούνταν και για τη δημιουργία του προβλήματος. Σήμερα, στην περίοδο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους κατά κύριο λόγο στην κοινότητα, η αντίληψη για την οικογένεια έχει αλλάξει, βλέποντας σε αυτήν περισσότερο έναν σύμμαχο και υποστηρικτή των προσπαθειών του ευάλωτου μέλους, παρά έναν εχθρό και γενεσιουργό αιτία των προβλημάτων του (Abosh and Collins, 1996). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκπαιδεύονται στο να είναι συνήγοροι της οικογένειας, η οποία επιβαρύνεται με την υποστήριξη του πάσχοντος μέλους, αναγνωρίζοντας το ψυχικό κόστος για όλα τα μέλη που έρχονται αντιμέτωπα με την οδύνη της ασθένειας (Hatfield, 1996· Μητσάκη και συν., 2006).

Η αντίληψη για την οικογένεια στον ευρύτερο χώρο της ψυχιατρικής σε μεγάλο βαθμό αντανακλάται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης. Στις δεκαετίες '40 έως '70 το πρόβλημα της εξάρτησης συχνά αποδίδεται στην ελλειμματική προσωπικότητα ή σε ρόλους και συμπεριφορές μέσα στο οικογενειακό σύστημα (Πομίνι, 2004). Δομικές οικογενειακές μεταβλητές έχουν βρεθεί να σχετίζονται θετικά με τη χρήση των ουσιών (π.χ. Hoffman 1995, Klagburn & Davis, 1998), ενώ αρκετές τυπολογίες οικογενειακής δυσλειτουργίας έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία (π.χ. Stanton & Todd, 1982· Billings & Moos, 1983· Cermak, 1991· Stafford & Hodkinson, 1991· Cancrini, 1994). Ο αποστασιοποιημένος πατέρας και η υπερεμπλεκόμενη μητέρα, η έλλειψη ορίων, το μοντέλο της «συνεξάρτησης» είναι κάποιες από τις προσεγγίσεις που περιγράφουν τη δυναμική της οικογένειας η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Κάποιοι επαγγελματίες υιοθέτησαν τις προσεγγίσεις αυτές ως βασικές αιτιολογικές θεωρήσεις της ουσιοεξάρτησης με το δυσάρεστο αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν τους χρήστες ως «θύματα» και τους γονείς τους ως «συνειδητά εμπόδια στην απεξάρτησή τους» και να οδηγηθούν σε θεραπευτικές αποτυχίες (Πομίνι, 2004).

Εναλλακτικά, η Πομίνι (2004) υποστηρίζει τη μετάβαση από τις άκαμπτες τεχνικές δομικού και στρατηγικού τύπου σε πιο ανοικτές, πολυ-επίπεδες και πολυ-συστημικές προσεγγίσεις της οικογένειας. Σύμφωνα με τον Orford (1992) μια εναλλακτική προσέγγιση είναι να δούμε τους γονείς, τους συντρόφους και τα ίδια τα παιδιά των εξαρτημένων ως θύματα του άγχους που πλήττει την οικογένεια για πολλά χρόνια, λόγω της προβληματικής χρήσης ενός μέλους της. Η προσέγγιση αυτή παραμένει «σιωπηλή» στο ερώτημα «τι προκάλεσε στην πραγματικότητα τη χρήση;», αποδεχόμενη, βέβαια, ότι ο τρόπος με τον οποίο η οικογένεια αντιμετωπίζει το πρόβλημα μπορεί να επηρεάζει την πορεία της εξέλιξής του, καθώς και το ότι μια αιτιολογική θεώρηση της εξάρτησης δεν μπορεί παρά να είναι πολυπαραγοντική (Orford, 1992, σελ.164).

9.4.2. Οι λειτουργίες τις οποίες εξυπηρετεί η εξάρτηση στο οικογενειακό σύστημα

Κλινικοί θεραπευτές παρατηρούν ότι ο άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης συχνά παίρνει τον ρόλο του «εξιλαστήριου θύματος» το οποίο με τη θυσία του επιχειρεί να εξασφαλίσει τη συνοχή, την ηρεμία και τη συναισθηματική έκφραση που λείπει από την οικογένειά του (Μάτσα, 1994· 2008α, Σακκάς). Αυτή η ερμηνεία, η οποία προέρχεται από την κλινική πρακτική οικογενειακών θεραπειών (π.χ. Stanton & Todd, 1982), τονίζει τη σημασία του συστήματος στη θεραπεία της απεξάρτησης. Μάλιστα, προεκτείνοντας τη λειτουργία του ρόλου αυτού στο κοινωνικό πλαίσιο, ο εξαρτημένος επωμίζεται τον ρόλο του «αποδιοπομπαίου τράγου», γίνεται δηλαδή αυτός που φταίει για όλα, το «μαύρο πρόβατο» (Μάτσα, 2008α). Το γεγονός, βέβαια, ότι η εξάρτηση εξυπηρετεί λειτουργίες του συστήματος δεν αποτελεί δικαιολογία για μια πρακτική ενοχοποίησης της οικογένειας από τους επαγγελματίες απεξάρτησης (Sisson & Azrin, 1986). Αντίθετα, η χρησιμοποίηση συστημικών ερμηνειών υποδηλώνει και την αναγκαιότητα τόσο συστημικών παρεμβάσεων στη δυναμική της οικογένειας όσο και την αντιμετώπιση του ατόμου ως υπεύθυνου μέλους απέναντι στις ομάδες και στα υπερσυστήματα που το καθορίζουν ως ενεργό πολίτη. Μια τέτοια αντιμετώπιση καλεί τον επαγγελματία να συνειδητοποιήσει και να επεξεργαστεί την αντίφαση του διττού του ρόλου στο πλαίσιο της θεραπείας απέναντι στον «αποδιοπομπαίο τράγο», αυτόν δηλαδή της θεραπείας και του κοινωνικού ελέγχου.



Εικόνα 9.4 "Perspectiva del padre en la escultura Monumento al padre de Mario y Joel Cuevas", by [Álvaro de la Paz Franco](#)/ CC0 1.0 (Wikipedia).

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Monumento_al_padre,_perspectiva_del_padre.jpg

9.4.3. Η τάση να παρασύρεται ο επαγγελματίας στον ρόλο του σωτήρα στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις του συστήματος

Το τρίγωνο Σωτήρας - Θύτης - Θύμα αποτελεί συχνά μια δυναμική που χαρακτηρίζει τις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας, η οποία αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης (Karpman, 1968, Σακκάς), ενώ θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τη διαχείριση της αντιμεταβίβασης στη θεραπεία μεταιχμιακών (Gabbard, 2006). Αυτή, όμως, η δυναμική είναι τις πιο πολλές φορές ασυνείδητη και σίγουρα δεν δικαιολογεί μια αμυντική ή επιθετική (σιωπηλά ή ανοικτά) στάση του θεραπευτή απέναντι στην οικογένεια του εξαρτημένου. Μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις -ιδιαίτερα στη θεραπεία μεταιχμιακών ασθενών- ο θεραπευτής εξιδανικεύεται και γίνεται το «καλό πρόσωπο», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας αντιπροσωπεύουν τα «κακά πρόσωπα». Παρατηρείται δηλαδή διαχωρισμός ("splitting") ο οποίος αν δεν επιλυθεί στη θεραπεία, η θεραπευτική αποτυχία είναι βέβαιη (Κωτσίδας, 1994, 1994α). Επιπλέον, μια άκαμπτη στάση προς την οικογένεια του εξαρτημένου, που την τοποθετεί στον ρόλο του θύτη, μπορεί να υποδηλώνει ότι ο θεραπευτής παρασύρθηκε στον ρόλο του σωτήρα, ο οποίος πιο συχνά δεν βοηθά ούτε τους θεραπευόμενους να αλλάξουν αλλά ούτε και την οικογένεια να επιδιώξει νέους τύπους αλληλεπιδράσεων. Για παράδειγμα, ο Θεραπευτής - Σωτήρας, ο οποίος επιχειρεί «να σώσει» την εξαρτημένη (ουσία-σχέση) κόρη από την παρεμβατική μητέρα της, συντελεί με αυτόν τον τρόπο στη διαιώνιση των ρόλων θύματος – θύτη στις σχέσεις μητέρας – κόρης, εντείνοντας το συγκρουσιακό στοιχείο της σχέσης τους, το οποίο πιθανόν να αποτελέσει αφορμή για υποτροπές στη φάση της κοινωνικής επανένταξης. Αντίθετα, η διαφοροποίηση του θεραπευτή μπορεί να συντελέσει στο να καταφέρουν τα μέλη της οικογένειας να δουν τον εαυτό τους και στους τρεις ρόλους του τριγώνου Σωτήρας – Θύτης – Θύμα, αποκλιμακώνοντας έτσι την ένταση του «Δραματικού Τριγώνου» ("drama triangle") (L'Abate, 2009).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ο Carr (1989) παρατηρώντας τις αλληλεπιδράσεις θεραπειών σε οικογένειες με προβλήματα κακοποίησης (ιδιαίτερα συχνή στις εξαρτήσεις, π.χ. Μάτσα, 2007) διαπίστωσε ότι, όταν ο επαγγελματίας παίρνει τον ρόλο του σωτήρα, τότε τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εμπλέκονται σε έντονες διαφωνίες σε θέματα που αφορούν τη συμμετοχή της οικογένειας. Ένας ή περισσότεροι επαγγελματίες

υποστηρίζουν διαμετρικά αντίθετες θέσεις, προστατεύοντας ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας από κάποιο/α άλλο/α, π.χ. το παιδί από τους γονείς, το παιδί και τη μητέρα, από τον πατέρα κ.λπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο θεραπευτής βιώνει έντονα συναισθήματα για τα μέλη της οικογένειας (π.χ. έντονη συμπάθεια για το παιδί και ισχυρό θυμό για τους γονείς), τα οποία επηρεάζουν την κλινική του κρίση (π.χ. αδιαφορεί, μειώνει ή απορρίπτει οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την ικανότητα των γονιών να βοηθήσουν το παιδί, ενώ αντιμετωπίζει το παιδί σαν κάποιον/α που αδιαμφισβήτητα θα απομακρυνθεί με χαρά από τους γονείς του/της). Οι θεραπευτές, οι οποίοι παίρνουν τον ρόλο του σωτήρα του παιδιού, είναι συνήθως νέοι επαγγελματίες που επεξεργάζονται ζητήματα διαφοροποίησης από την πατρική τους οικογένεια ή επαγγελματίες, οι οποίοι εξαιτίας της εμπλοκής τους σε προσωπική θεραπεία ή κάποιας προσωπικής κρίσης, επεξεργάζονται ξανά αντίστοιχα θέματα (Carr, 1989). Όταν ο θεραπευτής ταυτίζεται με τον «αναγνωρισμένο ασθενή», τότε τα μέλη της οικογένειας αναπαριστούν τους πρωταγωνιστές του δικού του παρελθόντος (Goldbeter-Merinfeld, 1994). Μάλιστα, ο Whitaker έχει υπογραμμίσει τη λειτουργία που επιτελεί για τον θεραπευτή η θεραπευόμενη οικογένεια. Κατά τη γνώμη του, ο θεραπευτής θα ξαναζήσει στο πλαίσιο της πρακτικής του με τις οικογένειες τις εντάσεις που έχει ζήσει στο πλαίσιο της κοινωνικής δομής μέσα στην οποία μεγάλωσε (Whitaker 1965 στο Goldbeter-Merinfeld 1994).

9.4.4. Οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που παρεμβαίνουν στην οικογένεια

Η σημασία των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων των μελών μιας ομάδας ψυχικής υγείας για τη λειτουργία της έχει περιγραφεί διεξοδικά (Gabbard, 2006). Μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορεί να βιώνουν διαφορετικά συναισθήματα όπως: θυμό ή οργή, φόβο, αίσθημα αναξιότητας, υπερβολική αισιοδοξία ή έντονη απαισιοδοξία, μίσος ή αποστροφή για τον ασθενή. Μάλιστα, όταν οι συναισθηματικές αντιδράσεις ενός ή περισσότερων μελών της ομάδας χαρακτηρίζονται από σταθερότητα, τότε μιλούμε για αντιμεταβιβαστικές «θέσεις» οι οποίες οδηγούν τη θεραπεία σε αδιέξοδο (Climo, 1983). Σε μια ομάδα, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία, οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αναγνωρίζονται και κατανοούνται χωρίς να έχουν αντίκτυπο στη θεραπεία (Gabbard, 2006). Όταν, όμως, τα μέλη της ομάδας κυριαρχούνται από ασυνείδητα συναισθήματα επιθετικότητας, τότε αυτά εκφράζονται καλυμμένα κάτω από την άκαμπτη χρήση επαγγελματικών κανονισμών ή την ακατάλληλη χρήση αποκλεισμού (Gabbard, 2006). Επίσης, όταν ο θεραπευτής δεν μπορεί να συγκρατήσει αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα θυμού και οργής -συνήθως συμβαίνει σε νέους επαγγελματίες- τότε συχνά οδηγείται στην εκδραμάτιση των επιθετικών συναισθημάτων με καταστροφικά αποτελέσματα για την έκβαση της θεραπείας του εξυπηρετούμενου ατόμου (Briggs, 1979). Επιπλέον, αν ο θεραπευτής στρέψει τα επιθετικά συναισθήματα εναντίον του εαυτού του σαν μηχανισμό άμυνας απέναντι στο άγχος που του δημιουργούν, τότε διαβρώνεται η επαγγελματική του αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση (Maltzberger & Buie, 1974). Τέλος, συχνό αποτέλεσμα αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων αποτελεί η πόλωση των μελών μιας ομάδας μέσω των μηχανισμών άμυνας του διαχωρισμού και της προβλητικής ταύτισης του εξυπηρετούμενου ατόμου (Gabbard, 1999).

Εξίσου σημαντικές με τον αντίκτυπο της ατομικής θεραπείας εξυπηρετούμενων στη θεραπευτική ομάδα είναι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις που προκύπτουν στο πλαίσιο της ομάδας κατά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες. Σύμφωνα με τους Berkowitz & Leff (1984), οι θεραπευτικές ομάδες αντανakλούν την οικογενειακή δυσλειτουργία. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών της θεραπευτικής ομάδας -οι οποίες πιθανότατα είναι πιο έντονες όσο περισσότερο εμπλεγμένη (“enmeshed”) και κριτική είναι η οικογένεια προς το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξαρτήσεων- επηρεάζουν την ικανότητά της να πάρει κοινές αποφάσεις (Berkowitz & Leff, 1984). Επιπλέον, όταν οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις δεν αναγνωρίζονται, τα μέλη μιας ομάδας συχνά διχάζονται αντανakλώντας τη δυναμική των αλληλεπιδράσεων στην οικογένεια (Carr, 1989· Reynolds-Mejia & Levitan, 1990). Απαιτείται μια ατμόσφαιρα ανοιχτού διαλόγου και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική ομάδα, η οποία θα επιτρέπει στα μέλη της ομάδας να συζητήσουν την εμπειρία τους και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα (Berkowitz & Leff, 1984). Είναι σημαντικό η κλινική ομάδα να αποδεχτεί ότι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις είναι αναπόφευκτες και να τις χρησιμοποιήσει σαν πολύτιμη πηγή πληροφορίας για την οικογένεια (Carr, 1989).

9.4.5. Ηθικά διλήμματα των θεραπειών που προκύπτουν από τη δυνητική σύγκρουση των αναγκών του ατόμου και της οικογένειας

Ένας από τους λόγους για τους οποίους ατομικοί θεραπευτές δυσκολεύονται να εργαστούν με την οικογένεια του ατόμου αποτελεί η δυνητική σύγκρουση ανάμεσα στις ανάγκες και τους στόχους του ατόμου και της οικογένειας και βέβαια η προσπάθειά τους να προστατέψουν το άτομο από τις απαιτήσεις της οικογένειας. Επιπλέον, μπορεί οι ατομικοί στόχοι των μελών μιας οικογένειας ή ενός ζευγαριού να είναι διχασμένοι, π.χ. ο σύζυγος, ο οποίος αντιμετωπίζει προβλήματα εξαρτήσεων, να επιθυμεί βελτίωση της σχέσης, ενώ η σύζυγος - αρνητική και δύσπιστη προς το αποτέλεσμα της θεραπείας- να επιθυμεί διάλυση της σχέσης. Έτσι, ο θεραπευτής βρίσκεται μπροστά σε διλήμματα σχετικά με τη θεραπευτική συμμαχία. Οι Newfield et al. (2000) σε συγκριτική μελέτη ατομικών και οικογενειακών θεραπειών σχετικά με τον τρόπο επίλυσης ηθικών διλημάτων στην κλινική τους πρακτική βρήκαν εντυπωσιακές ομοιότητες στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε περιστατικά συγκρουόμενων συμφερόντων. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες εξαρτήσεων πήραν παρόμοιες αποφάσεις, οι οποίες, μάλιστα, δεν επηρεάστηκαν καθόλου από τη θεωρητική τους προσέγγιση αλλά καθορίστηκαν από έναν ηθικό κώδικα φροντίδας που αφορά στις συνέπειες μιας απόφασης για τα εμπλεκόμενα μέρη, στον τρόπο με τον οποίο η απόφαση μπορεί να επηρεάσει τη σχέση τους, στο πλαίσιο, στην ανάγκη αποφυγής τραυματικών εμπειριών και σε θέματα αλτρουισμού. Τέλος, τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από αντικρουόμενα συμφέροντα αποτελούν κρίσιμα ζητήματα στη σχέση του ατόμου με τον σύντροφο ή την οικογένεια, τα οποία υφίστανται και απαιτούν επίλυση, ακόμη κι αν ο ατομικός θεραπευτής αποφασίσει να μην εμπλέξει τους σημαντικούς άλλους στη θεραπεία. Στην περίπτωση βέβαια -όχι ιδιαίτερα συχνή- στην οποία η επίλυση κάποιου διλήμματος δεν είναι εφικτή τότε η απόφαση θα είναι υπέρ των αναγκών του ατόμου (Newfield et al., 2000).



Εικόνα 9.5 Μανουσάκης Μ, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

9.4.6. Η σύγκρουση ανάμεσα στο ψυχοδυναμικό και το συστημικό μοντέλο

Στη θεραπεία απεξάρτησης, ο κάθε επαγγελματίας μπορεί να ακολουθεί τη δική του παρέμβαση στην ατομική ψυχοθεραπεία (ψυχοδυναμική, γνωσιακή, συμπεριφοριστική, συστημική) αρκεί να την προσαρμόζει στη φιλοσοφία του πλαισίου και στην εξελικτική πορεία του προγράμματος, καθώς και να συνεργάζεται αρμονικά με όλους τους άλλους θεραπευτές (Μάτσα, 2008β). Σε γενικές γραμμές, όμως, η ομαδική θεραπεία στο πλαίσιο της συλλογικής διαβίωσης αποτελεί τον πιο σημαντικό θεραπευτικό παράγοντα για πολλούς ασθενείς (Μάτσα, 2008β). Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαρτήσεων πιο συχνά επηρεάζονται και αποκτούν το αίσθημα της ελπίδας μέσα από την πορεία άλλων ομοιοπαθούντων, ενώ επεξεργάζονται τις άμυνες και την

άρνηση του προβλήματος ευκολότερα στο πλαίσιο της ομάδας (Flores, 1997). Σε αυτό το πλαίσιο, η αναγκαιότητα της συμμετοχής των σημαντικών άλλων στη θεραπεία απεξάρτησης αφορά στην κινητοποίηση για θεραπεία (την οποία μπορεί να επιτύχει η οικογένεια με κατάλληλη εκπαίδευση), καθώς και στη βελτίωση των σχέσεων του συστήματος, η οποία είναι ιδιαίτερη σημαντική εξαιτίας της ευαλωτότητας του θεραπευόμενου στα πρώτα του βήματα στη διαδικασία απεξάρτησης. Η παραδοσιακή στάση των ψυχοδυναμικών θεραπειών να εστιάζουν στο άτομο και, όταν παρουσιάζεται ανάγκη για παρέμβαση στο οικογενειακό σύστημα αυτή να γίνεται από άλλον θεραπευτή, μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια σημαντικών πληροφοριών για την ατομική θεραπεία αλλά και της ιδιαίτερα σημαντικής συμμαχίας για την πορεία της θεραπείας με τους σημαντικούς άλλους (πολύ συχνά “οι σημαντικοί άλλοι” δεν γνωρίζουν ούτε κατ’ όψιν τον ατομικό θεραπευτή). Εξάλλου, η θεραπεία απεξάρτησης δεν αποτελεί θεραπεία απαρτίωσης της προσωπικότητας του ατόμου, παρότι συχνά με την ολοκλήρωση ενός προγράμματος απεξάρτησης ο θεραπευόμενος μπορεί να διαπραγματευτεί περαιτέρω ζητήματα διαφοροποίησης (Bowen 1996) με ένα νέο θεραπευτικό συμβόλαιο (Μισουρίδου, 2008β). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχουν αξιολογικά θεωρητικά και κλινικά παραδείγματα σύγκλισης της ψυχοδυναμικής και συστημικής προσέγγισης τα οποία ανιχνεύουν τη δυνατότητα ύπαρξης μιας κοινής επιστημολογίας (McFadyen, 1997· Lerner, 2000· Flaskas, 2002).

9.4.7. Ο φόβος της τριγωνοποίησης

Ένα δυαδικό σύστημα παραμένει σταθερό για όσο διάστημα επικρατεί ηρεμία, όμως, αμέσως μόλις αυξηθεί το άγχος, θα εμπλέξει ένα πρόσωπο, συνήθως το πιο ευάλωτο, ώστε να προκύψει ένα τρίγωνο (Bowen, 1996). Η δυαδική σχέση, δηλαδή, είναι σε γενικές γραμμές μια ασταθής σχέση η οποία σταθεροποιείται με την παρουσία ενός τρίτου πόλου. Παράδειγμα φυσιολογικής τριγωνοποίησης αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού. Εξετάζοντας, όμως, τη βιβλιογραφία σχετικά με τις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, η Χαραλαμπίκη (2008) συμπεραίνει ότι -παρά την κοινή διαπίστωση για την οικουμενικότητα των τριγωνικών σχέσεων- κυριαρχεί φόβος για την ανάπτυξή τους, ενώ συχνά δαιμονοποιούνται (σελ. 274). Ο Whitaker (1976 στο Χαραλαμπίκη 2008) προσπαθεί να αποστιγματίσει την τριγωνοποίηση τόσο στη θεραπεία όσο και στην οικογένεια. Οι τριάδες έχουν την τάση να διαμορφώνουν συμμαχίες των δύο απέναντι στον τρίτο («δύο εναντίον ενός», «δύο πλην ενός», δηλαδή ο τρίτος αποκλείεται, «δύο για έναν» κ.λπ.) οι οποίες μπορεί να είναι περιστασιακές, σταθερές ή ακόμη και να αναφέρονται σε παγιωμένα διαγενεακά τρίγωνα. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αλλαγή των τρόπων με τον οποίο τα μέλη του τριγώνου συμμαχούν περικλείοντας ή αποκλείοντας τον τρίτο πόλο στην εξελισσόμενη τριγωνική διαδικασία (συχνότητα, περιοδικότητα, διάρκεια κ.λπ.). Έτσι, το τρίγωνο μπορεί να είναι ευέλικτο και όχι απαραίτητα στατικό και επώδυνο (Whitaker, 1976 στο Χαραλαμπίκη, 2008).

Στην απεξάρτηση η οικογένεια αποτελεί αναπόσπαστο μάρτυρα στα δρώμενα της θεραπείας. Είτε είναι παρούσα είτε όχι με κάποιον τρόπο, σιωπηλά ή ανοιχτά επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και συμπληρώνει το τρίγωνο, αποτελώντας τον τρίτο πόλο. Έτσι, η αγνόησή της ή η δυσχέρεια στην ένταξή της στη θεραπευτική διαδικασία, λόγω της δυσκολίας διαχείρισης των συμμαχιών στο πλαίσιο των τριγωνικών αλληλεπιδράσεων, αποτελεί περισσότερο άρνηση της δυνατότητας που συχνά προσφέρεται για παρεμβάσεις καθοριστικές για την έκβαση της θεραπείας απεξάρτησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι αντίστοιχες λειτουργίες παρατηρούμε και σε άλλα πλαίσια, όπως στο τρίγωνο δάσκαλος-μαθητής-γονείς. Οι δάσκαλοι, πολύ συχνά, αντιμετωπίζουν με καχυποψία και αρνητισμό τις σχέσεις με τους γονείς των μαθητών, μια σχέση ιδιαίτερα πολύτιμη για μια ποιοτική παιδαγωγική διαδικασία (Ράπτης, 2004).

Το θεραπευτικό τρίγωνο

Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να οδηγήσει -με την κατάλληλη εκπαίδευσή της από τον επαγγελματία- στην εμπλοκή του ατόμου στη θεραπεία (Μισουρίδου, 2010). Επιπλέον, μπορεί να συντελέσει στην ενίσχυση του κινήτρου του ατόμου αυτού για αλλαγή κατά τη διάρκεια του προγράμματος και στη διατήρηση του αποτελέσματος. Τέλος, μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, ο αντίκτυπος των οποίων είναι ανάλογος με τη βαρύτητα των επιπτώσεων της χρήσης για τον ίδιο τον χρήστη (Steinglass, 2009). Επιμέρους θεραπευτικοί στόχοι αποτελούν οι εξής (Μισουρίδου, 2008α):

Το ξεπέρασμα της άρνησης του προβλήματος από την οικογένεια και η απενοχοποίησή της στα αρχικά στάδια της παρέμβασης.

Η αποκλιμάκωση του κύκλου χρήσης-συγκρούσεων, ώστε να ηρεμήσει το σύστημα και να μπορέσουν τα μέλη της να επιδιώξουν αλλαγές.

Η έκφραση και επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων της οικογένειας. Υπό την επήρεια του θυμού τα μέλη της οικογένειας ουσιαστικά αρνούνται να προσπαθήσουν για την επίτευξη αλλαγών, όσον αφορά τη χρήση και τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ τους.

- Η επιδίωξη μιας μετρημένης αντιπαράθεσης με το εξαρτημένο μέλος -πριν από την επίτευξη της αποχής- την οποία να διέπουν η σταθερότητα, η αμεσότητα και η αντικειμενικότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να είναι σε θέση ο χρήστης να ακούσει, να μην νιώθει ότι του κάνουν προσωπική επίθεση και να μην προκαλείται η αμυντική του στάση, αλλά αντίθετα να κυριαρχεί η εκδήλωση γνήσιου ενδιαφέροντος για τα προβλήματά του.
- Η εκπαίδευση της οικογένειας στην προσπάθεια ενίσχυσης της αλλαγής.
- Η αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων των μελών της οικογένειας.
- Η βελτίωση των σχέσεων οι οποίες, τελικά, θα στηρίζουν το μέλος με προβλήματα εξαρτήσεων στη μακρόχρονη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης.

Σύμφωνα με τις αρχές της συστημικής προσέγγισης -παρότι αρκετά άκαμπτες κατά τις δεκαετίες που διατυπώθηκαν- η τάση των συστημάτων σε γενικές γραμμές είναι να παραμένουν αμετάβλητα και επομένως να αντιστέκονται στην αλλαγή (Jackson, 1993· Κωτσίδας, 1994). Σε περιπτώσεις, όμως, που το οικογενειακό σύστημα αντιστέκεται στην αλλαγή, ο επαγγελματίας δεν συγκρούεται με τους ομοιοστατικούς μηχανισμούς της οικογένειας -ακόμη και όταν διαισθάνεται ότι διατηρούν το σύμπτωμα της εξάρτησης (scapegoating families)- αλλά προσπαθεί να συνεργαστεί με τους μηχανισμούς αλλαγής της οικογένειας (Γκότσης, 2004· Steinglass, 2009). Η αμφιθυμία της οικογένειας ως προς την επιδίωξη αλλαγών θεωρείται αναμενόμενη και αποδεκτή και γίνεται αντικείμενο διερεύνησης (Steinglass, 2009). Επίσης, όταν ο επαγγελματίας θεωρεί σημαντική τη διαφοροποίηση του ατόμου και η συγχωνευτική τάση της οικογένειας είναι μεγάλη, τότε η ατομική θεραπεία συνδυάζεται με οικογενειακή θεραπεία (Elton, 1979). Στόχος των οικογενειακών παρεμβάσεων σε αυτήν την περίπτωση είναι αρχικά η επίτευξη σχετικά ικανοποιητικών ορίων ανάμεσα στα υποσυστήματα, ώστε η οικογένεια να μην τραβήξει τον θεραπευόμενο προς τα πίσω (Elton, 1979). Στη συνέχεια, όσο τα μέλη της οικογένειας αποκτούν “τη δική τους φωνή”, μπορεί να προκύψουν περισσότερες προσωπικές ανάγκες.

Στην πράξη, στο πλαίσιο της ατομικής θεραπείας απεξάρτησης είναι δυνατόν για μία ή περισσότερες συνεδρίες να προσκληθεί μέρος του οικογενειακού συστήματος. Η πρόσκληση, βέβαια, αυτή πρέπει να αφορά συζήτηση για θέματα που αφορούν το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Επίσης, η ατομική θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να συνδυαστεί με την οικογενειακή ή τη δυαδική θεραπεία μετά από συμφωνία με τον θεραπευόμενο και τα μέλη της οικογένειας. Αλλά και σε άλλα πλαίσια, στα οποία έχει χρησιμοποιηθεί ο συνδυασμός θεραπειών, έχει διαπιστωθεί ότι είναι αποτελεσματικός (Βαϊδάκης, 2008). Ο θεραπευτής μπορεί να μετακινεί την εστία ανάμεσα στην ατομική, την οικογενειακή και τη δυαδική θεραπεία. Εφόσον η μεταβολή αυτή συζητηθεί εκ των προτέρων με τους θεραπευόμενους, αυτοί συνήθως αντιδρούν καλά και δείχνουν ελάχιστα μπερδεμένοι (Βαϊδάκης, 2008). Τέλος, σε αρκετές περιπτώσεις ο εξυπηρετούμενος και οι γονείς, ο/η σύζυγός του ή άλλα μέλη της οικογένειας μπορούν να έχουν δύο ταυτόχρονες θεραπείες (ατομικές ή ομαδικές) με στόχο να αποκτήσουν εναισθησία και να λειτουργούν με τρόπο που υποστηρίζει τη βέλτιστη ποιότητα ζωής. Η παράλληλη, όμως, αυτή θεραπεία δεν αποκλείει την ανάγκη να ασχοληθούμε και με τη μεταξύ τους σχέση.



Εικόνα 9.6 Cassatt Mary, "Under the horse chestnut tree", Public Domain (Wikipedia).
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mary_Cassatt_-_Under_the_Horse-Chestnut_Tree_-_Google_Art_Project.jpg

Σε περιπτώσεις στις οποίες ο εξυπηρετούμενος επιδιώκει τη συμμαχία του επαγγελματία εναντίον μελών της οικογένειας και το αντίστροφο, το θεραπευτικό τρίγωνο μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά, όταν ο επαγγελματίας δεν αποδέχεται την εξιδανίκευση και δεν συμμαχεί με την υποτίμηση κανενός. Ένα τρίγωνο μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά, όταν τα μοντέλα συμμαχιών του επαγγελματία και των άλλων δύο πόλων του τριγώνου αναδιατυπώνονται και αλλάζουν συνεχώς (Χαραλαμπίκη, 2008). Μιας και δεν είναι δυνατόν για έναν επαγγελματία να είναι αντικειμενικός, στο βαθμό που γρήγορα παρασύρεται στην αλληλεπίδραση, μπορεί να ταχθεί με το μέρος τού ενός και μετά του άλλου και έτσι να μείνει αμερόληπτος. Η δημιουργία, βέβαια, «πολλαπλών συμμαχιών» με τα μέλη της οικογένειας αποτελεί πρόκληση για τον επαγγελματία (Rait, 2000) και απαιτεί την υποστήριξή του από κάποιο πλαίσιο εποπτείας. Πάντως, σε ανασκόπηση ερευνών πάνω στη θεραπευτική διαδικασία, οι Hogue & Liddle (2008) καταλήγουν στο ότι η δημιουργία ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας και με τους γονείς/συζύγους ή άλλα επιβαρυνόμενα μέλη της οικογένειας όχι μόνο είναι εφικτή, αλλά και αποτελεί κλειδί για το αποτέλεσμα της θεραπείας. Μερικές προτάσεις για την ανάπτυξη αυτής της συμμαχίας είναι οι εξής:

- Η οικογένεια που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης φέρει το βάρος του στίγματος, της ενοχής και της χρόνιας κοινωνικής απομόνωσης. Επομένως, η πρώτη επαφή της με ένα πρόγραμμα απεξάρτησης και η αξιολόγηση του αιτήματός της θα ήταν προτιμότερο να μην γίνονται σε πλαίσιο ομάδας.

Η οικογένεια, η οποία έρχεται σε επαφή με ένα κέντρο απεξάρτησης, βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης, ενώ τα μέλη της βιώνουν έντονο άγχος, απόγνωση και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Η γνωριμία της με τον ατομικό θεραπευτή -για παράδειγμα μέσω της καθιέρωσης της λήψης του οικογενειακού ιστορικού από τον ατομικό θεραπευτή- και η εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του θα μπορούσαν να ανακουφίσουν σημαντικά αυτά τα συναισθήματα.

- Συχνά οι επαγγελματίες αγνοούν την ύπαρξη των παιδιών των εξυπηρετούμενων, τα οποία βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα κατά τη χρόνια έκθεσή τους στις επιπτώσεις της χρήσης. Απαιτείται η εστίαση σε θέματα γονεϊκής φροντίδας και απενοχοποίησης του γονέα που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης μέσα από την ενδυνάμωσή του στον ρόλο αυτόν. Προτείνεται, επίσης, η οργάνωση ομαδικών συνεδριών με θέμα τη φροντίδα των παιδιών “parenting groups” οι οποίες θα εκπαιδεύουν τους γονείς να βοηθήσουν τα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να διαπραγματευτούν μια σχέση σε νέα βάση.

Συμπερασματικά, σίγουρα η παρέμβαση στην οικογένεια που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες για τον επαγγελματία, ο οποίος συνήθως εκπαιδεύεται σε ατομοκεντρικά πλαίσια, αλλά και εργάζεται σε πλαίσια θεμελιωμένα σε πολιτικές και πρακτικές φιλοσοφικά επικεντρωμένες στο άτομο. Ο περιορισμός, όμως, του θεραπευτή σε παρεμβάσεις στο δυαδικό σύστημα ή η ανάθεση των οικογενειακών παρεμβάσεων σε άλλον θεραπευτή δεν τον προφυλάσσουν από αυτές τις δυσκολίες. Ακόμη και σε αυτήν την περίπτωση, ο θεραπευτής αντιμετωπίζει τη δυναμική τριγωνικής αλληλεπίδρασης και παρεμβαίνει σε τριγωνικά συστήματα, εφόσον ο ίδιος και ο ασθενής του τοποθετούνται συνεχώς με τρόπο ανοιχτό ή έμμεσο σε σχέση με κάποιο ή και όλα τα μέλη της οικογένειας.

9.5. Ποιοτική μελέτη σχετικά με τις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις κατά την ένταξη της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο της απεξάρτησης

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ένα δυαδικό σύστημα παραμένει σταθερό για όσο διάστημα επικρατεί «ειρήνη», όμως αμέσως, μόλις αυξηθεί το άγχος, θα εμπλέξει ένα πρόσωπο, συνήθως το πιο ευάλωτο, ώστε να προκύψει ένα τρίγωνο (Bowen, 1993). Παράδειγμα φυσιολογικής τριγωνοποίησης αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού. Η δυαδική σχέση, δηλαδή, είναι σε γενικές γραμμές μια ασταθής σχέση, η οποία σταθεροποιείται με την παρουσία ενός τρίτου πόλου. Εξετάζοντας, όμως, τη βιβλιογραφία σχετικά με τις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις, η Χαραλαμπίκη (2008) συμπεραίνει ότι -παρά την κοινή διαπίστωση για την οικουμενικότητα των τριγωνικών σχέσεων- κυριαρχεί φόβος για την ανάπτυξή τους. Οι τριάδες έχουν την τάση να διαμορφώνουν συμμαχίες των δύο απέναντι στον τρίτο οι οποίες μπορεί να είναι περιστασιακές, σταθερές ή ακόμη και να αναφέρονται σε παγιωμένα διαγενεακά τρίγωνα. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αλλαγή των τρόπων με τον οποίο τα μέλη του τριγώνου συμμαχούν περικλείοντας ή αποκλείοντας τον τρίτο πόλο στην εξελισσόμενη τριγωνική διαδικασία (συχνότητα, περιοδικότητα, διάρκεια κ.λπ.). Έτσι, το τρίγωνο μπορεί να είναι ευέλικτο και χώρος για προβληματισμό παρά στατικό και επώδυνο (Flaskas, 2012).

Οι Lee, Christie, Copello και Kellett (2012) πραγματοποίησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες στον χώρο της εξάρτησης σχετικά με τη συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία. Εκτός από τα εμπόδια που σχετίζονται με οργανωτικά ζητήματα (π.χ. έλλειψη χρηματοδότησης, χρόνου, χώρου, περιορισμένη υποστήριξη από τη διοίκηση) και οικογενειακά ζητήματα (π.χ. μειωμένο ή καθόλου κίνητρο για αλλαγή, έλλειψη ή περιορισμένα δίκτυα, κατάχρηση ουσιών στο δίκτυο), οι συμμετέχοντες ανέφεραν προσωπικά εμπόδια που σχετίζονται με την αυτο-αποτελεσματικότητά τους και τα έντονα συναισθήματα κατά τη συνάντηση με τις οικογένειες. Οι Copello, Templeton, Chohan, & McCarthy (2012β) περιέγραψαν τα διλήμματα και τις πολυπλοκότητες που καθορίζουν, εάν η οικογενειακή εργασία εφαρμόζεται σε υπηρεσίες απεξάρτησης, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές παρανοήσεις σχετικά με τη συμμετοχή της οικογένειας. Τα αποτελέσματά τους υποστηρίχθηκαν από τους Orr, Barbour & Elliott (2014), οι οποίοι πρότειναν ότι ενισχύοντας τα στερεότυπα, διαιωνίζοντας το στίγμα και τροφοδοτώντας αυτοεκπληρούμενες προφητείες, οι επαγγελματίες διατηρούν μια κυρίαρχη αφήγηση για την «οικογένεια ως μέρος του προβλήματος», η οποία εμποδίζει τη συμμετοχή της οικογένειας.

Προκειμένου να διερευνήσουμε και να κατανοήσουμε πληρέστερα την απροθυμία των επαγγελματιών για συνεργασία με οικογένειες, πραγματοποιήσαμε την παρούσα μελέτη με στόχο να διερευνήσουμε την υποκειμενική εμπειρία των αλληλεπιδράσεών τους με τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και τις οικογένειές τους. Αυτό θεωρήθηκε ως ένα σημαντικό βήμα προς μια εις βάθος κατανόηση των προκλήσεων, τις οποίες αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στην προσπάθειά τους να εμπλέξουν τις οικογένειες στη θεραπεία απεξάρτησης, καθιστώντας το τρίγωνο επαγγελματίες-εξυπηρετούμενος-επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας θεραπευτικό.



Εικόνα 9.7 Ivan Aivasowsky, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

9.5.1. Πολιτιστικό και θεωρητικό πλαίσιο

Περίπου 14.500 άτομα στην Ελλάδα κάνουν χρήση ηρωίνης υψηλού κινδύνου (EMCDDA, 2019). Η χρήση ηρωίνης είναι ο συχνότερος λόγος για την αναζήτηση εξειδικευμένης θεραπείας. Όσον αφορά την κατάχρηση αλκοόλ, το 38% των Ελλήνων ανδρών αναφέρουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο έντονης χρήσης αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες (ΠΟΥ, 2018). Ο εθισμός αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1980 και οδήγησε στην ανάπτυξη υπηρεσιών απεξάρτησης. Οι παρεμβάσεις ήταν άρρηκτα συνδεδεμένες τόσο με τις κοινωνικοπολιτικές αλλαγές όσο και με μια διαδικασία αστικοποίησης, η οποία επηρέασε τους Έλληνες που πέρασαν από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής σε μια μεταβιομηχανική εποχή (Softas-Nall, 2003). Παρά τις αλλαγές αυτές, η κεντρική θέση της οικογένειας στη ζωή των Ελλήνων παρέμεινε σταθερή. Η Kaldi-Koulikidou (2007) προτείνει ότι το αναδυόμενο μοντέλο της ελληνικής οικογένειας έχει «στοιχεία μιας προοδευτικής κοινωνίας με παραδοσιακή βάση» (σελ. 399). Ο ελληνικός πολιτισμός παραμένει αρκετά κολεκτιβιστικός με αξίες που επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από την Ορθόδοξη Εκκλησία (Καλογεράκη, 2009). Η Ελλάδα και η Ισπανία έχουν το υψηλότερο ποσοστό ενήλικων παιδιών που συγκατοικούν με γονείς, ενώ το 96% των ενηλίκων μέχρι την ηλικία των 50 ετών εκτιμούν την οικογένεια περισσότερο από τα άλλα πράγματα στη ζωή τους (Συμεωνίδου, 2005). Τα διαθέσιμα στοιχεία για τη χρήση ουσιών, υποδηλώνουν ότι το 58% αυτών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών (μέση ηλικία 33 ετών και 85% ανδρικού φύλου) ζουν με την οικογένειά τους (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

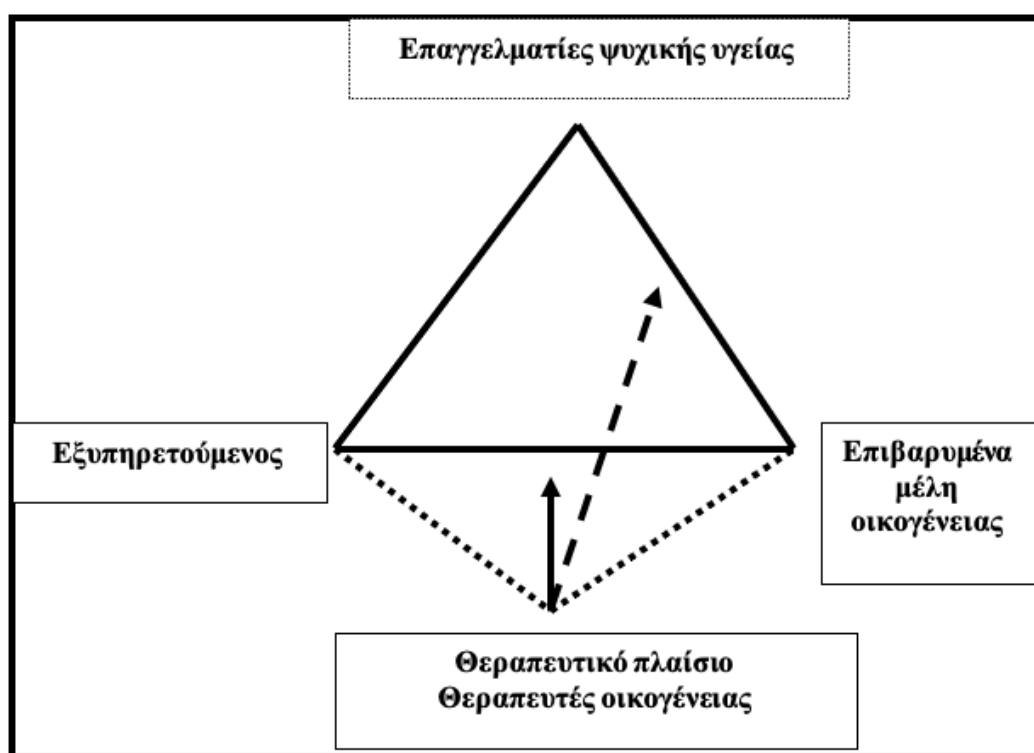
Η παρούσα μελέτη διεξήχθη σε ένα περιβάλλον το οποίο θεωρητικά επηρεάστηκε από την ομαδική ανάλυση (Foulkes, 1984· Bion, 1961· Yalom, 1994) και τις συστημικές αρχές (Flaskas, 2012). Το άτομο με πρόβλημα κατάχρησης ουσιών και η οικογένειά του/της θεωρούνται άτομα που πάσχουν στο φαύλο κύκλο της τραυματικής εμπειρίας του εθισμού. Τα συναισθήματα της αποκοπής από τους άλλους και τη ζωή προκαλούν αυξημένη δυσφορία και εντείνουν τις ανάγκες για «κοινότητα», «σύνδεση» και μια απελπισμένη λαχτάρα (επιθυμία) για συγχώρεση, αποδοχή και συμφιλώση (Wiklund, 2008). Τα μέλη της οικογένειας, τα οποία είναι μάρτυρες των τραγικών συνεπειών του εθισμού του αγαπημένου τους προσώπου, βιώνουν ένα συντριπτικό αίσθημα στενοχώριας, θυμού, ενοχής, απελπισίας και πολλές φορές παλεύουν με την οικονομική εξάντληση, την κοινωνική απομόνωση ή άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το άγχος (Zucker et al., 2015· Barnard, 2007). Μέσα σε όλα αυτά τα προβλήματα, ο εθισμός συχνά δημιουργεί διαδικασίες προβολής και διαχωρισμού που εκδηλώνονται στο τρίγωνο επαγγελματία-εξυπηρετούμενου-οικογένεια (Gabbard, 2006). Το θεραπευτικό πλαίσιο λειτουργεί ως δοχείο ('container'), επιτρέποντας σε όλα τα μέρη να διαχειριστούν το άγχος

και, ως εκ τούτου, να αποφύγουν τις προβολές και το διαχωρισμό, ώστε να ψηλαφίσουν νέα νοήματα, να συμφιλωθούν με τον εαυτό τους και να επανασυνδεθούν με τους άλλους. Η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στις αξίες της φροντίδας και της αποκλιμάκωσης των συγκρούσεων και είναι συμβατή με τις αρχές μείωσης της βλάβης οι οποίες ενισχύουν το κίνητρο για αλλαγή (Denning, 2010).

9.5.2. Μεθοδολογία

Έγιναν ομαδικές συνεντεύξεις εστιασμένης συζήτησης “focus groups” με επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε επτά δομές απεξάρτησης. Η ομαδική συζήτηση διήρκεσε από 90΄ έως 110΄ και εστιάστηκε στην περιγραφή της συνεργασίας με τις οικογένειες των θεραπευόμενων τους, τις δυσκολίες που συναντούν και τον τρόπο με τον οποίο τις αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, κλήθηκαν να γράψουν δύο ανώνυμα ιστορικά ασθενών (περίπου 300 λέξεις) με τις οικογένειες των οποίων είχαν επιτυχημένη ή «δύσκολη» συνεργασία αντίστοιχα. Κατά την πορεία της έρευνας κρίθηκε χρήσιμο να συμμετάσχουν σε αυτήν και θεραπευτές οικογένειας, επειδή αρκετές φορές διαμεσολαβούν στη σχέση του ατομικού θεραπευτή με την οικογένεια και είναι σε θέση ως «συνήγοροι» της οικογένειας και του θεραπευτικού πλαισίου να γνωρίζουν τη δυναμική της αλληλεπίδρασης της τελευταίας με τους ατομικούς θεραπευτές (Σχήμα 1). Κατά αντιστοιχία οι θεραπευτές οικογένειας κλήθηκαν να περιγράψουν σε βινιέτες μια ικανοποιητική και μια μη ικανοποιητική συνεργασία τους με την οικογένεια, τον ατομικό θεραπευτή του ατόμου ή και με το ίδιο το άτομο σε περιπτώσεις που υπήρχε άμεση επαφή.

Συνολικά συμμετείχαν 31 θεραπευτές και συλλέχθηκαν 42 ιστορικά συνεργασίας με οικογένειες ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι που αναζητούσαν θεραπεία για προβλήματα εξάρτησης ήταν άνδρες (83%) με ηλικία από 20 έως 39 ετών και είχαν προσέλθει για θεραπεία εθελοντικά. Για την ποιοτική ανάλυση των κειμένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα ΑΤΛΑΣ-T.



Γράφημα 9.1 Γραφική απεικόνιση τριγωνικών αλληλεπιδράσεων.

Ο μέσος όρος ηλικίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) είναι 37 χρόνια. Ο μέσος όρος προϋπηρεσίας είναι 8,7 χρόνια. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση 9 επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι ψυχοδυναμική, 8 συστημική, 3 προσωποκεντρική, 2 γνωσιακή-συμπεριφοριστική, 2 διαπροσωπική υπαρξιακή, ενώ 7 επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν επιλέξει κάποια συνθετική κατεύθυνση. Ο μέσος όρος εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση είναι 4,6 χρόνια και ο μέσος όρος προσωπικής θεραπείας είναι

4,7 χρόνια. Στο σύνολο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μόνο τρία άτομα δεν έχουν κάποια κλινική εκπαίδευση. Επίσης, μόνο τρία άτομα δεν έχουν κάνει καθόλου προσωπική θεραπεία.

Το ποσοστό συμμετοχής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν 68%. Η οργάνωση των ομαδικών συναντήσεων ήταν χρονοβόρα και χρειάστηκαν αρκετοί μήνες και αρκετές ενημερωτικές συναντήσεις και τηλεφωνικές συνομιλίες για να πραγματοποιηθούν οι συναντήσεις αυτές παρά την υποστήριξη της ερευνητικής προσπάθειας από τους επιστημονικά υπεύθυνους των δομών και τη διευθύντρια της Μονάδας Απεξάρτησης. Τρεις επαγγελματίες ψυχικής υγείας αρνήθηκαν να συμμετάσχουν.

Στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τον πλούτο των δεδομένων και να ερμηνεύσουμε την «κοινωνική πραγματικότητα» των συμμετεχόντων, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης (Braun & Clarke, 2006). Για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των ευρημάτων, τρεις ερευνητές διάβασαν ανεξάρτητα τις βινιέτες και επιτεύχθηκε συναίνεση για τα προσδιορισμένα θέματα και υποθέματα. Η επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων ενισχύθηκε με τριγωνοποίηση δεδομένων (χώρου και ατόμου) (Begley, 1996) και τριγωνοποίηση ερευνητών. Οι ερευνητές συζήτησαν πιθανές προσωπικές τους προκαταλήψεις σχετικά με τα δεδομένα (Barry et al., 1999).



Εικόνα 9.8 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Προσφερόμενες υπηρεσίες

Οι πιθανές υπηρεσίες, οι οποίες προσφέρονταν σε επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, ήταν οι ακόλουθες, ανάλογα, βέβαια, με τις δυνατότητες του συγκεκριμένου θεραπευτικού πλαισίου:

- ομαδικές συνεδρίες επιβαρυνμένων μελών οικογένειας σε δεκαπενθήμερη ή μηνιαία βάση σε όλη τη φάση της θεραπείας και της επανένταξης
- ψυχιατρική εκτίμηση επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και παραπομπή
- βραχυπρόθεσμη θεραπεία ζεύγους
- ομάδες υποστήριξης της οικογένειας που επικεντρώνονταν σε ζητήματα κινητοποίησης και αυτο-ανάπτυξης
- συνεδρίες αξιολόγησης
- εκπαιδευτικά σεμινάρια
- ομάδες δραματοθεραπείας
- συνεδρίες θεραπείας οικογένειας.

9.5.3. Αποτελέσματα

Συνολικά, εμφανίστηκαν δύο θέματα και οκτώ υπο-θέματα σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις των επαγγελματιών με τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και τα επιβαρυνόμενα μέλη της οικογένειάς τους (Πίνακας 1).

Θέματα	Υπο-θέματα
Θεραπευτικό τρίγωνο	• Αναγνώριση των τριαδικών αλληλεπιδράσεων • Δημιουργία συμμαχιών • Ανοικτή επικοινωνία και συμφιλίωση • Υποστήριξη και εμπερίεξη στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας
Τραυματικό τρίγωνο	• Ανεπάρκεια και ενοχή • Απόρριψη και εκδραματίσεις • Ανάληψη ρόλων θύματος, σωτήρα ή θύτη • Υποτροπή

Πίνακας 9.1. Θέματα και υποθέματα

9.5.3.1. Το θεραπευτικό τρίγωνο

Αυτό το θέμα περιλάμβανε τέσσερα υπο-θέματα: (α) Αναγνώριση των τριαδικών αλληλεπιδράσεων, (β) Δημιουργία συμμαχιών, (γ) Ανοικτή επικοινωνία και συμφιλίωση και (δ) Υποστήριξη και εμπερίεξη στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας.

Οι περιγραφές των περιστατικών συνεργασίας των συμμετεχόντων φώτιζαν θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις στις οποίες η οικογένεια ήταν σπάνια παρούσα σωματικά. Παρόλα αυτά, η εικονική παρουσία σημαντικών άλλων ήταν εμφανής στις αφηγήσεις ανάρρωσης και υποτροπής. Τα μέλη της οικογένειας επηρέαζαν την πορεία της θεραπείας και επιδρούσαν στην ποιότητα της θεραπευτικής επαφής. Στην ακόλουθη βινιέτα, η συμμαχία του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης με τον επαγγελματία βιώνεται ως προδοσία στη σχέση εμπιστοσύνης με τη μητέρα του. Η αναγνώριση των συμμαχιών ωθεί στην εκτίμηση των σχέσεων εξουσίας και ελέγχου.

«Είναι πολύ σημαντικό ότι, στην αρχή της φάσης της επανένταξης, η μητέρα θύμωσε με τους συντονιστές της ομάδας γονέων, και ιδιαίτερα με μένα... Στη συνέχεια, ο ασθενής κάπως αποστασιοποιήθηκε από τη θεραπεία - δεν ήρθε στις ατομικές συνεδρίες, ήταν επιθετικός και φαινόταν μπερδεμένος. Όπως είπε αργότερα, “δεν ήξερα πώς να υπερασπιστώ τη θεραπεία μου χωρίς να αισθάνομαι ότι προδίδω τη μητέρα μου”. Μετά από μια προσωπική παρέμβαση (από μένα) προς τη μητέρα, εκείνη άλλαξε τη στάση της απέναντί μας και εκείνος ξεμπλόκαρε. Όλα αυτά είχαν θετικό αντίκτυπο στον T.».

«Η Μ. ήταν πάντα πολύ αρνητική και έβλεπε με περιφρόνηση αυτή τη συνεργασία, την οποία ένιωθε ότι ήταν συνωμοσία εναντίον της και την έκανε να νιώθει “μικρή”».

«Ακόμα και σε γονείς που μας καλούν προς τη δική τους πλευρά δεν είναι ότι πάω προς τα εκεί για να ξεχάσω τον άλλον, είμαι εκεί σταθερά... Ότι περνάω και εγώ όλα αυτά τα συναισθήματα που έχει πει και η Α. για να μην επαναλαμβάνομαι, τα περνάω, αλλά η απόστασή μου είναι πολύ πιο κοντά με τον θεραπευόμενο... Σε περιπτώσεις που οι γονείς ήταν βοηθητικοί και μεταμορφώθηκαν και άλλαξαν στην πορεία, αλλάζει η θέση τους στο τρίγωνο, με αποτέλεσμα αυτό να δημιουργεί ακόμη περισσότερο καθαρό αέρα μεταξύ μας».

Η δημιουργία συμμαχίας με γονείς και συζύγους φαίνεται να είναι πολύ σημαντική για την ανάρρωση πολλών ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Η αποδοχή του θεραπευτικού προγράμματος από τους

σημαντικούς άλλους κινητοποιεί και ενδυναμώνει τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης. Η ενίσχυση των συνδέσεων μεταξύ πλευρών του τριγώνου αποτελεί μια διαρκή προσπάθεια σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

«Ταυτόχρονα, φαίνεται ότι οι θεραπευτές της έχουν κερδίσει την εμπιστοσύνη και την εκτίμηση των γονιών της, οι οποίοι, παρά τη δύσκολη αρχή της σχέσης τους με τους θεραπευτές και τη δυσπιστία τους, τώρα φαίνεται ότι αναγνωρίζουν τη βοήθεια που έλαβαν από τους θεραπευτές και απευθύνονται σε αυτούς για συμβουλές, όταν κάτι τους προβληματίζει στη σχέση τους με τον Μ.».

«Η μητέρα συμμετείχε στις ομάδες γονέων από την πρώτη στιγμή. Κατά τη φάση επανένταξης, φάνηκε να έχει καταλάβει πολλά πράγματα και έδειξε στην Ε. ότι είναι απόλυτα αφοσιωμένη στη θεραπεία της και εμπιστεύεται πλήρως τους θεραπευτές της. Αυτή η “συμμαχία” φάνηκε να είναι πολύ καθοριστική και για την Ε. Από την άλλη πλευρά, ο πατέρας της δυσκολευόταν να ακούσει άλλους στην ομάδα και για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ η Ε. ήταν στο κλειστό τμήμα, δεν συμμετείχε σε ομάδες γονέων. Τελικά, κάποια στιγμή αποφάσισε να δώσει μια δεύτερη ευκαιρία και δεν έδωσε το δικαίωμα στην Ε. να πιστέψει ότι ήταν κατά του θεραπευτικού της προγράμματος. Σήμερα η Ε. δεν κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών εδώ και τρία χρόνια. Δουλεύει και σπουδάζει».

«Κι εγώ όπως το λέει τώρα η Π. στο τέλος, ίσως και το γεγονός ότι δούλευα με εξαρτημένους, ίσως και το γεγονός ότι εγώ η ίδια είμαι γονιός ενήλικων παιδιών, δηλαδή έχω εμπειρία αρκετή ως προς την αυτονομία κ.λπ. ανεξάρτητα από τη χρήση, όλες οι υπόλοιπες διεργασίες είναι κοινές, δεν είναι κάτι άσχετο... Εγώ προσπαθώ να συμμαχήσω με τον γονιό, έχω αυτήν την προσέγγιση για να σπάσω το ανταγωνιστικό, δηλαδή, θεωρώ ότι ο θεραπευτής είναι για να συμμαχήσει με τον θεραπευόμενο κι εγώ είμαι για να συμμαχήσω με τον γονιό στο πλαίσιο όχι το ανταγωνιστικό, ποιος έχει δίκιο και ποιος έχει θυματοποιήσει τον άλλον, μεταξύ του παιδιού και του γονιού, γιατί αυτό είναι το γνωστό μεταξύ τους παιχνίδι, ποιος φταίει και ποιος δεν φταίει, σπάζοντας αυτό το παιχνίδι το ποιος φταίει και ποιος δεν φταίει, προσπαθώ πράγματι να συμμαχήσω με τον γονιό, δηλαδή να κατανοήσω σε βάθος ποια είναι η δική του ανάγκη, ποια είναι η δική του επιθυμία, να προσπαθήσω προς τα εκεί να τον στηρίξω, έτσι ώστε όντας πιο ικανοποιημένος εκείνος σε αυτό που κάνει, όντως να αφήσει το παιδί του και να δώσει και στο παιδί του το μήνυμα ότι και εκείνος μπορεί να ζήσει...».

Η ανοιχτή επικοινωνία, η συγχώρεση και η συμφιλίωση συνιστούν βαθύτερες επιθυμίες των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης παρά τις ανταγωνιστικές, επιθετικές και ακόμη και συναισθηματικά κακοποιητικές συμπεριφορές που συχνά περιγράφονται στο ιστορικό τους.

«Όσον αφορά τη συνεργασία με τον πατέρα της, η Μ. αρνήθηκε επίμονα την ιδέα να τον καλέσει σε μια συνεδρία για πολύ καιρό, λέγοντάς μου ότι θ,α το αρνηθεί και ότι ήταν ένας πατέρας που δεν ήθελε να συνεργαστεί ... Όταν, μετά από πολλούς μήνες κατά τους οποίους η Μ. δεν μπορούσε να κρατήσει την αποχή της, τελικά δέχτηκε να τον καλέσει, ο πατέρας της ανταποκρίθηκε αμέσως στο αίτημά μας και ήρθε στο ραντεβού. Πράγματι, ήταν ένας άνθρωπος με πολύ αυστηρό σύστημα αξιών (στρατιωτικός στο επάγγελμα) και φαινόταν πολύ θυμωμένος και απογοητευμένος με την κόρη του. Της είπε ότι δεν θα ήταν μαζί της μέχρι να τελειώσει το πρόγραμμα και ότι δεν της έδωσε πολλές ελπίδες. Ήταν πολύ δογματικός σε αυτά που είπε, ώστε να προκαλέσει την οργή του θεραπευτή. Αυτό ήταν το μόνο ραντεβού με τον πατέρα σε πρώτη φάση, το οποίο παρόλα αυτά φάνηκε να κινητοποιεί τη Μ. Τελικά, κατάφερε να σταθεροποιήσει την αποχή της από ουσίες και να έχει πρόοδο στην ανάρρωσή της».

«Η μητέρα κάθεται στη γωνία του θεραπευτικού τριγώνου, το πιο άβολο μέρος. Είναι η ένοχη, η κακή μητέρα».

«Όταν η μητέρα στη δική της ομάδα θεραπείας καταφέρνει να δώσει το σπίτι σε αυτό το δύσκολο παιδί που τη βασάνισε τόσο πολύ από μικρή ηλικία, η εχθρική, ανταγωνιστική, δύσκολη σχέση μεταξύ της μητέρας και της κόρης της αρχίζει να αλλάζει. Η ανάρρωση ξεκινά και οι εντάσεις αρχίζουν να υποχωρούν. Η μητέρα συμμαχεί με τη θεραπεύτρια που συμπάσχει και δεν την κρίνει. Η κόρη της αποκαλύπτει ότι ήταν το αποτέλεσμα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης της μητέρας της και εκφράζει συναισθήματα που βίωσε για χρόνια. Σταδιακά “συγχωρεί” τη μητέρα της και στη συνέχεια η μητέρα αρχίζει να τη “συγχωρεί”. Αυτό το σπίτι γίνεται η προίκα της, η οποία αν και ήρθε τόσο αργά στα χέρια της, κατάφερε να το πάρει από τα χέρια της μητέρας της».

«Στην αρχή είχα την αίσθηση πως... όσο κοντά είμαι με το παιδί, με τον θεραπευόμενο, τόσο μακριά έπρεπε να είμαι από τους γονείς, λες και έπαιρνε ο ένας τον χώρο του άλλου, αλλά έχω καταλάβει ότι δεν ισχύει αυτό... τώρα αισθάνομαι ότι έχω βρει μια ισορροπία... αυτό, να είμαι τόσο

κοντά στον γονιό, όσο χρειάζεται, και τόσο κοντά στον θεραπευόμενο όσο χρειάζεται, δεν παίρνουν ο ένας τον χώρο του άλλου... Και με τα χρόνια έτσι καταλαβαίνω ότι είναι άλλη η μία σχέση και άλλη η άλλη και χρειάζεται και στους δύο να δίνεις, να ακουστούν και οι δύο πλευρές ή να ακούσω εγώ και τους δύο, στην αρχή σαν να άκουγα μόνο το θεραπευόμενο... Αυτό σαν προσωπική πρόταση».

Στις βινιέτες των συμμετεχόντων το θεραπευτικό πλαίσιο περιγράφεται ως δοχείο που εμπεριέχει τα έντονα συναισθήματα άγχους, συναισθηματικού πόνου και επιθετικότητας της θεραπευτικής διαδικασίας. Η εμπειρία στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας παρουσιάζεται ως απαραίτητη στο τοπίο του τραύματος, της απώλειας και της κακοποίησης.

«Κατά τη διάρκεια του δεύτερου μήνα της επανένταξης ο Ν. κάνει υποτροπή. Οι γονείς ζητούν βοήθεια και προσπαθούν να ακολουθήσουν τις συμβουλές των θεραπειών. Προσωπικά, πιστεύω ότι η στάση τους βοήθησε τον Ν. να ξεπεράσει γρήγορα την υποτροπή. Κατάλαβαν ότι κλήθηκαν να τον υποστηρίξουν διακριτικά, χωρίς να τον επιβαρύνουν με τη δική τους ένταση και τις ανησυχίες, χωρίς να τον πιάσουν και να τον ελέγξουν και χωρίς υπερβολικά οφέλη. Φαίνεται ότι μέσα από τη στάση τους, το σχήμα της οικογένειας περικλείει τον Ν., λειτουργεί, τον στηρίζει και τον ενισχύει στην πορεία του χωρίς να τον εμποδίζει, βοηθώντας τον να περάσει σταδιακά στην πλήρη ανεξαρτησία».

«Μετά από την πρώτη συνάντηση με τους γονείς του, καταλαβαίνω ότι έχω να κάνω με δύο άτομα πολύ επιβαρυνμένα τόσο από την κατάσταση του Χ. όσο και από την απώλεια της κόρης τους. Η μητέρα έχει ανορεξία και ο πατέρας αισθάνεται χαμένος και αναζητά απαντήσεις και λύσεις. Κατανοώ ότι η παράλληλη παρέμβαση είναι απαραίτητη σε πολλά επίπεδα. Συμφωνούμε ότι θα ξεκινήσουν εβδομαδιαίες συνεδρίες στο τμήμα οικογένειας παρά τις αντιρρήσεις του πατέρα. Παράλληλα, η μητέρα ξεκινά ατομική ψυχοθεραπεία στο τμήμα διατροφικών διαταραχών. Επιπλέον, συμφωνούμε να συναντιόμαστε μία φορά τον μήνα προκειμένου να συζητήσουμε για θέματα που χρειάζονται συμβουλές σχετικά με τον γιο τους. Μετά από μερικούς μήνες ο Χ. σταθεροποιήθηκε και άρχισε να εργάζεται σε πολλά θέματα. Η συνεργασία με συναδέλφους στο τμήμα διατροφικών διαταραχών και στο τμήμα οικογένειας με βοήθησε σε ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχέδιο για τον Χ. Είναι ακόμα σε αποχή, η μητέρα του συνεχίζει τη θεραπεία της και ο πατέρας πρόκειται να ξεκινήσει συνεδρίες συμβουλευτικής».

Οι απαραίτητες συμμαχίες επιτυγχάνονται με την ικανότητα του επαγγελματία να αντέχει και να επεξεργάζεται τα συναισθήματα που βιώνει κατά την αλληλεπίδραση με τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας χωρίς να κατακλύζεται από αυτά.

«Στις αρχές θύμωνα πάρα πολύ με τους γονείς, μόνο θυμό είχα με γονείς αλλά τώρα αυτό πιστεύω ότι έχει αλλάξει για μένα προσωπικά γιατί έχω γίνει και εγώ γονιός τώρα πια...».

«Εγώ απλά να πω, έτσι με δύο λόγια, γιατί πιστεύω ότι τώρα είμαι πιο ψύχραιμη, προσπαθώ να κρατήσω λίγο περισσότερο τις ισορροπίες. Κι εγώ στην αρχή ήμουν συναισθηματικά εμπλεκόμενη, στο τρέξιμο που κάνω, με βάζαν σε όλο αυτό, πολύ πιο έντονα... Τώρα ουσιαστικά αυτό που κάνω είναι να κρατήσω τον ρόλο του εξισορροπιστή μεταξύ των δύο, αυτό... σαν να... καμιά φορά το ζητούμενο είναι να υπάρξει και κάποια μορφή επικοινωνίας, ότι ξέρεις τι, άκου και λίγο τον γιο, άκου και εσύ, όμως, λίγο τη μαμά... Δηλαδή λίγο αυτό, που μπορεί να γίνει έτσι στην πρώτη φάση, έτσι για να τους βάλω σε μια διαδικασία διαφορετικής επικοινωνίας... Ε... αυτό βασικά..., δηλαδή είμαι πιο ψύχραιμη και πιο οριοθετημένη και πιο συγκεκριμένη...».

Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρουν τη σημασία των αντιμεταβιβαστικών τους αντιδράσεων για την κατανόηση του ατόμου, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, αλλά και των ατόμων που το πλαισιώνουν στην προσπάθεια αλλαγής του.

«Κι εγώ αντιμετωπίζω αυτό το “κοριτσάκι μου” κ.λπ., αλλά δεν νιώθω υποτίμηση, νομίζω ότι δεν με υποτιμάνε... ουσιαστικά πιο πολύ με βάζουν λίγο στον ρόλο του παιδιού τους, σαν να καταλάβω και λίγο πόσο το αγαπάνε ή δεν το αγαπάνε ανάλογα...».

«Σκέφτομαι μήπως κι εγώ αναπαράγω τα ίδια συναισθήματα, γιατί -ας πούμε- στους θεραπευόμενους που εγώ δεν νιώθω τόσο συναισθηματικά, μήπως είχαν την ίδια αντίδραση και με τους γονείς... Και οι γονείς δεν τους πολύ θέλουν... Νομίζω πως μπαίνω σε αυτό το αντιμεταβιβαστικό, δηλαδή, να αναπαράγω αυτό που ζει από παλιά...».

«Θεραπευόμενους που τους έχω πάρα πολύ έγνοια θέλω να έχω και επικοινωνία με τους γονείς και σκέφτομαι πως έρχονται και με βλέπουν και τους αντιμετωπίζω με χαρά, τους χαμογελάω,

θεραπευόμενους που μπορεί να μην τους έχω τόσο πολύ δεν θέλω να βλέπω τους γονείς τους και είναι κάτι που τώρα τελευταία το παρατηρώ πάρα πολύ στον εαυτό μου. Βέβαια, έχω συναντήσεις αλλά δεν είναι το ίδιο συναίσθημα που νιώθω με κάποιους άλλους, είναι κάποιοι θεραπευόμενοι που τους αγαπάω πάρα πολύ και θέλω πολύ να έχω και με τους γονείς σχέση, δηλαδή να δουλέψω περισσότερο κι αυτό το κομμάτι ενώ σε άλλους δεν, είναι διαφορετικά τα συναισθήματα...».

Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν στην αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο απεξάρτησης.

«Δεν θα μιλήσω γι' αυτούς που δεν έρχονται, γιατί εκεί δεν υπάρχει συνεργασία, οπότε εκεί τους βάζω απ' έξω και εκεί δεν υπάρχει συνεργασία, αλλά σε μένα είναι πολύ λίγοι, ένας-δύο, μια οικογένεια που δεν έχει έρθει...».

«Εγώ έχω δει γονιούς να βοηθιούνται πάρα πολύ από τις επικοινωνίες τους με τους θεραπευτές των παιδιών τους και στις ομάδες που κάνουνε κ.λπ. γιατί με έναν τρόπο του δίνεται το θεραπευτικό πλαίσιο... και γενικά μπορώ να πω ότι είμαι θετική, εγώ το βλέπω ότι και ο ατομικός θεραπευτής μπορεί να παίζει τον ρόλο ενός δεύτερου γονέα, σαν ένας ενήλικας που επιβεβαιώνει από άλλον δρόμο την ανάγκη να ανεξαρτητοποιηθεί και ο γονιός από το παιδί του, να πάρει αυτήν την απόσταση κ.λπ.».

«Αλλά μου άρεσε που δούλευα με τους γονείς, μου άρεσε πάρα πολύ, αλλά μου έλειπε, όμως, πάντα το εξαρτημένο μέλος, ένιωθα αυτήν την έλλειψη, και τώρα που δουλεύω με το παιδί και δεν βλέπω τους γονείς, πάλι μου λείπουν οι γονείς... Νιώθω ότι ποτέ δεν καταφέρνω να έχω μια ολοκληρωμένη εικόνα, μια ολοκληρωμένη αίσθηση, και δεν καταφέρνω ποτέ να μπω μέσα και να δω το σύστημα, τι έχει αυτό το σύστημα και πώς μπορείς να το βοηθήσεις... με έναν πιο ολοκληρωμένο τρόπο, γιατί είμαστε βοηθητικοί κι εγώ είμαι βοηθητική και όλοι είμαστε βοηθητικοί αλλά με αυτόν τον τρόπο...».

«Εγώ θα έλεγα ότι την έχω “ξεφοβηθεί” τη δουλειά με τις οικογένειες, την έχω απομυθοποιήσει, αλλά δεν είναι πάντα έτσι, δηλαδή έχει να κάνει με το πώς ξεκινάει όλο αυτό, αν από την αρχή έχει δοθεί αρκετός χρόνος στον ίδιο τον εξαρτημένο, έχει γίνει σχέση, αν είναι τόσο γερό αυτό... Έχω ένα άγχος, μια έγνοια, όλο αυτό πώς θα διατηρηθεί και παράλληλα, βέβαια, να συνδεθώ και με την οικογένεια, για να βοηθηθεί και η οικογένεια για να μην είναι μόνο γι' αυτόν το όφελος και για να πάει καλά γιατί όσες φορές δεν προσεγγίζεται η οικογένεια δεν πηγαίνει καλά... η θεραπεία, όλο αυτό, αργά ή γρήγορα ναυαγεί. Μου είναι ολοένα και πιο ξεκάθαρο αυτό, το αναβάλω πολύ λιγότερο, είμαι, όμως, σχεδόν εξίσου περιορισμένη στο πλαίσιο στο οποίο ανήκω και δουλεύω, ώστε να πάω παρακάτω σε αυτό το πράγμα».



Εικόνα 9.9 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

9.5.3.2. Το τραυματικό τρίγωνο

Αυτό το θέμα περιλάμβανε τέσσερα υπο-θέματα: (α) Ανεπάρκεια και ενοχή, (β) Απόρριψη και εκδραματίσεις, (γ) Ανάλυση ρόλων θύματος, σωτήρα ή θύτη και (δ) Υποτροπή.

Η ανεπάρκεια είναι ένα κεντρικό στοιχείο στις βινιέτες αρκετών συμμετεχόντων. Η επίπονη μακροχρόνια προσπάθεια των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας για την καταπολέμηση του εθισμού τούς εξαντλεί συναισθηματικά, ενώ η παντοδυναμία σταδιακά δίνει τη θέση της στα συναισθήματα ανεπάρκειας, αποδιοργάνωσης και αβοήθητου στις βινιέτες των συμμετεχόντων. Προηγούμενα τραύματα χρωματίζουν το τοπίο της απώλειας που διαιωνίζει τη διαγενεακή μεταβίβαση του ψυχικού πόνου και του τραύματος.

«Κατά την έναρξη της προσπάθειάς της για θεραπεία, η Ε. συνοδευόταν κυρίως από τη μητέρα της. Η στάση που κράτησε η τελευταία ήταν στάση δυσπιστίας, κυρίως απέναντι στην προσπάθεια της κόρης της αλλά και στην ικανότητα των θεραπειών να βοηθήσουν την Ε. Θεωρούσε τον εαυτό της εντελώς ανήμπορο να βοηθήσει την κόρη της. Ο πατέρας ήρθε δύο φορές, πριν από την έναρξη της Ε. στο πρόγραμμα, και δεν φάνηκε να καταλαβαίνει την έκταση του προβλήματος της κόρης του».

Σε πολλές βινιέτες οι οικογένειες χωρίζονται σε υποσυστήματα ανάμεσα στα οποία κυριαρχούσε η απόρριψη, η διαίρεση και οι ελεγκτικές συμπεριφορές. Η επιθετικότητα και οι εκδραματίσεις διαιρούσαν την οικογένεια και εμποδίζαν την επικοινωνία.

«Όταν ο Π. βγήκε από το πρόγραμμα, η μητέρα του του είπε ότι δεν ήθελε καμία σχέση μαζί του και ο πατέρας δεν μπορούσε να του αφιερώσει χρόνο λόγω εργασίας. Δεν είχαν καμία επαφή με το πρόγραμμα. Ο Π. εκείνη την εποχή έσπασε πολλά όρια και υποτροπίασε με το αλκοόλ. Είναι ένα άτομο που νιώθει πολύ μόνος, παρά τις σχέσεις που έχει αναπτύζει και μιλά συνεχώς για όλα όσα ήθελε να έχει αλλά δεν τα καταφέρνει. Φαίνεται να βιώνει επανειλημμένα ένα αίσθημα κενού, μοναξιάς και έλλειψης επικοινωνίας».

«Από την αρχή στα ραντεβού μας μίλησε πολύ έντονα για τη σχέση της με την οικογένειά της. Πάντα υπήρχε ένα διαρκές παράπονο ότι οι γονείς της δεν την εμπιστεύτηκαν ποτέ και δεν της έδωσαν αρκετή ελευθερία, όπως στον μικρότερο αδελφό της. Συγκρίνονταν συνεχώς με τα μικρότερα αδέρφια της (έναν αδελφό και μια αδελφή) και, ενώ κατηγορούσε τους γονείς της για όλα, ταυτόχρονα ένιωθε μεγάλη ενοχή απέναντί τους, επειδή τους είχε “ντροπιάσει” χρησιμοποιώντας ναρκωτικά».

Στα παρακάτω αποσπάσματα οι συμμετέχοντες συζητούν την ενοχοποίηση των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και την επιθετικότητα προς τα μέλη της οικογένειας από τους ίδιους τους επαγγελματίες στον χώρο των εξαρτήσεων.

«Δυστυχώς πολλοί γονείς στην απεξάρτηση κακοποιούνται από συναδέλφους... εγώ το λέω ανοιχτά, δηλαδή, και το ζω, το λέω γιατί το ζω... το έχω ζήσει και από αντίστοιχες παλιότερα ομάδες γονέων, που ερχόντουσαν ενοχοποιημένοι και από δικές μας ομάδες... από κάποια άλλη δομή, ή μέσα από μια τηλεφωνική επικοινωνία που μπορεί να είχε με την προϊσταμένη ή με την κοινωνική λειτουργό εκεί και μέσα στον διάλογο έτσι, δεν ξέρω πώς το χειρίστηκε ο συνάδελφος, όλο αυτό το πράγμα φούντωσε και επιβεβαιώθηκε μετά σε επόμενη συνάντηση, ότι όντως έτσι είχε γίνει...».

«Εγώ τη βλέπω βοηθητική τη συνεργασία με την οικογένεια ως ένα σημείο, να υπάρχει μια παρακολούθηση του πού βρίσκεται το παιδί τους, τι συμβαίνει και αν, επίσης, υπάρχουν ένα-δύο πράγματα που μπορούν να κάνουν για να βελτιώσουν το κλίμα στο σπίτι αλλά ως εκεί, μετά, όταν αρχίζει η ενοχοποίηση ή θυμός ότι “θα το πεθάνετε”, ή “θα πεθάνει, αν εσείς δεν κάνετε αυτά”, όταν αρχίζει να πέφτει ένα βάρος στους γονείς ότι αυτοί έχουν στα χέρια τους τη σωτηρία του παιδιού τους, εκεί γίνεται προβληματικό, δεν γίνεται βοηθητικό, γιατί μετά πανικοβάλλονται κι αυτοί και δεν λειτουργούν σωστά. Δεν τους βοηθάει να είναι ψύχραιμοι και να δράσουν σωστά».

«Υπάρχουν, όμως, θεραπευτές που δεν έχουν αυτή τη θεώρηση που το βλέπουν εξιδανικευμένα, όλο αυτό το “σωτηρία” κ.λπ. οπότε τότε μπορεί και να πανικοβάλλουνε τους γονείς και να έρχονται πιο ενοχοποιημένοι από τους θεραπευτές οι γονείς πίσω “σαν δαρμένα παιδιά” ότι κάτι έχονε κάνει τρομερό, εντάξει δεν υπάρχει μια απάντηση σε αυτό, συνολικά θα μπορούσα να πω ότι είναι θετική η σχέση αλλά υπάρχουν και θεραπευτές που...».

Η επιθετική και ενοχοποιητική συμπεριφορά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας περιγράφεται από κάποιους συμμετέχοντες ως εκδραμάτιση ανεπεξέργαστων συναισθημάτων των ίδιων των επαγγελματιών.

«Κοίταξε, εγώ πιστεύω ότι μπορεί να συμβεί, μπορεί να φεύγουν και από εδώ οι οικογένειες ενοχοποιημένες. Κάποιες φορές είναι και μια εκδραμάτιση, κάνει “acting out” ο θεραπευτής από τον θυμό που αισθάνεται, κι αυτό το λένε κι οι ίδιοι οι θεραπευτές ότι τους δυσκολεύει και το αισθανόμαστε κι εμείς κάποιες φορές και μπορεί κανείς αν δεν τον ελέγξει αυτόν τον θυμό, να καταλήξει να ενοχοποιήσει τον άλλον, και να το καταλάβει εκ των υστέρων, να το μαζέψει την επόμενη φορά ίσως, εντάξει δεν είμαστε κι εμείς... μπορεί να συμβεί...».

«Κι εγώ συμφωνώ ότι κι εμένα μου συμβαίνει πολλές φορές να εκτονώνομαι, να εκτονώνω τον θυμό, μια στιγμιαία ανακούφιση να βγει όλο αυτό το πράγμα από μέσα, είναι πάρα πολύ δύσκολα τα συναισθήματα έτσι κι αλλιώς των γονιών, εγώ εκτιμώ ότι και η συχνότητα που εργαζόμαστε και το ότι μένουμε χωρίς εποπτεία πολλές φορές και χωρίς χρόνο, αυτό δεν μας βοηθάει γιατί είναι σαν να μένουμε με πάρα πολύ δύσκολα πράγματα στα χέρια, οπότε είναι φυσικό να εκδραματίζουμε κι εμείς μέσα στο ραντεβού, κυρίως τον θυμό, ε, συνήθως ο καθένας και με το ταπεραμέντο του μια κουβέντα παραπάνω θα πει... συνειδητά σίγουρα γίνεται με αυτό το σκοπό, για να υποτίθεται έρθει μια αλλαγή, κάτι να του πεις πιο έντονα, να αισθανθούν ότι το κατάλαβε, το άκουσε, νομίζω, όμως, ότι αυτό είναι περισσότερο χρήσιμο για να ανακουφισθεί ο θεραπευτής προσωρινά, να εκτονώσει τον θυμό του ή την αγωνία του...».

Η δυσκολία των επαγγελματιών να «αντέξουν» την πραγματικότητα στον χώρο των εξαρτήσεων, οι υψηλές προσδοκίες, η μεταβίβαση των επιβαρυνμένων μελών και οι δικές τους αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις αποτελούν κάποιες από τις αναφερόμενες αιτίες για την επιθετικότητα προς τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας.

«Νομίζω ότι είναι αυτή η βιασύνη των θεραπειών να φωτίσουν ένα θέμα που βλέπουν ότι είναι καίριο και να το δώσουν στον γονέα για άμεση επίλυση. Σαν να λέει στα μέλη της οικογένειας ότι «να! σου καθρεφτίζω ποιο είναι το πρόβλημα, παρ’ το και κάν’ το, λύσ’ το». Είναι λίγο να βγει από πάνω τους αυτό... να βγουν οι θεραπευτές από αυτό... Εγώ νομίζω ότι έχει να κάνει με τη δική τους αντιμεταβίβαση, και ότι είναι πώς οι ίδιοι οι γονείς είχαν την εντύπωση της παντοδυναμίας και μετά να έρθουν μπροστά σε αυτήν την απελπισία που φέρνει η χρήση και ότι ουσιαστικά δεν είναι τα πράγματα τόσο εύκολα και αντί να πει τι συμβαίνει, γιατί έχω αυτήν την απελπισία, με κάποιον τρόπο οι θεραπευτές το στρέφουν επιθετικά προς τους γονείς ότι α, εσείς φταίτε που δεν προχωράνε τα πράγματα και ότι κάτι εκεί είναι άλυτο σε σχέση με μια δική μας αντιμεταβίβαση, με δικά μας συναισθήματα απελπισίας, αβοήθητου, πράγματα που είναι να τα αντέξουμε ως θεραπευτές γιατί αυτό έχει η χρήση, όταν δουλεύει κανείς με οριακότητα και ψύχωση... από εκεί και πέρα, επίσης, μπορεί να είναι ότι μέσα σε αυτήν την απελπισία προσπαθούν κάποιοι θεραπευτές να ταρακουνήσουν με κάποιον τρόπο τους γονείς, ίσως με το να γίνουνε πολύ, να γίνουνε επιθετικοί, να τους ταρακουνήσουν, ώστε να υπάρξει μια άμεση αλλαγή...».

«Και να μην συνειδητοποιούν ότι οι άνθρωποι αυτοί δεν μπορούν να την κάνουν αυτήν την αλλαγή για χίλιους δυο λόγους που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητά τους, και ότι δεν θα αλλάξει, αν ενοχοποιηθούν, η ενοχοποίηση φέρνει το αντίθετο αποτέλεσμα συνήθως...».

«Η να μπούμε και σε μια θέση που μας βάζουν οι γονείς... ότι μπορεί να είναι και κάτι που έχει να κάνει με κάτι που προβάλλουν αυτοί σε εμάς κι εμείς το παίρνουμε, που έχει να κάνει να τους επιστρέψουμε αυτό που ζητάνε, να τους κάνουμε να αισθανθούν ένοχοι, να τους κάνουμε να αισθανθούν αυτό...».

«Θα το συνέδεα το θέμα της ενοχής και της παντοδυναμίας... επειδή να μην ξεχνάμε εδώ, ότι στην εξάρτηση συμβαίνει, υπάρχει πάρα πολύ κακοποίηση, να αισθάνομαι πάρα πολλές φορές ότι με έχουν βάλλει με το να γίνομαι ας πούμε μαζί τους τιμωρητική, να ξαναπαίζουν ουσιαστικά μαζί ένα σενάριο όπου εγώ τους τιμωρώ σε ένα παιχνίδι σχεδόν “σαδομαζοχιστικό”... Εδώ απλώς να πω, κι έχει ενδιαφέρον μιας και το είπε η Β, πράγματα που μου έχουν συμβεί εμένα σε ομάδες. Για παράδειγμα, μπόρεσα και τα παρατήρησα και τα επεξεργάστηκα στη συνέχεια με γονείς με τους οποίους δούλεψα ατομικά... κι εκεί πέρα μπορέσαμε και μιλήσαμε και για τη δική μου θέση σε αυτό, γιατί τους το είπα, δηλαδή μπόρεσα κι εγώ να το παρατηρήσω και να το αξιοποιήσω μέσα στο ραντεβού... άρα προφανώς για πάρα πολλούς λόγους μπαίνουμε σε αυτή τη θέση την -ας πούμε- επιθετική...».

Οι διχαστικές δυναμικές διακονίζονται στο θεραπευτικό πλαίσιο προκαλώντας αντιπαλότητες μεταξύ των επαγγελματιών, ενώ κάποιες φορές οι διαφορετικές προσεγγίσεις ακυρώνουν τους θεραπευτικούς στόχους.

«Από την άλλη, στο άλλο περιστατικό κλήθηκα να διαχειριστώ μια αντίφαση σε σχέση με τον συνάδελφο, υπάρχουν και αυτά τα θέματα με τους γονείς. Κάποιες φορές οι απόψεις διαφέρουν στο επίπεδο της τακτικής, υπάρχει και αυτό, εγώ το έχω συναντήσει πολλές φορές, δηλαδή μπορεί εγώ να προσπαθώ να ευαισθητοποιήσω τους γονείς να κρατήσουν το παιδί στο σπίτι και ο συνάδελφος να τους προτρέπει να το διώξουν από το σπίτι, και πάνω σε αυτό υπήρχε μια αντίφαση, πρέπει, όμως, κάπως να συνυπάρξουμε...».

«Το δεύτερο κομμάτι, ο γονέας δεν εμπλέκεται μόνο με εμένα, εμπλέκεται και με την ομάδα γονέων, εμπλέκεται και με τον συνάδελφο, εμπλέκεται και με την κοινωνική λειτουργό... Και βέβαια καλούμαστε να διαχειριστούμε και με τους γονείς θέματα πρακτικά. Εκεί μπορεί να υπάρξει μια σύγκρουση και μια διαφορετική θέση... Έχουμε και τέτοια φαινόμενα, εμείς να προσπαθούμε να απενοχοποιήσουμε τη μητέρα και τον πατέρα, όχι στον βαθμό που υπάρχει κάτι “καραμπινάτο”, και την ίδια στιγμή να έρχονται γονείς “φορτωμένοι και δαρμένοι” από άλλες ατομικές συναντήσεις και ουσιαστικά να πηγαίνει πίσω όλη αυτή η ιστορία... Κι αυτό είναι ότι ο γονέας δεν εμπλέκεται μόνο με εμένα αλλά με ένα σύνολο πραγμάτων... Έρχονται “δαρμένοι” ψυχολογικά, ψυχολογικά πιεσμένοι, να φεύγουν κλαίγοντας από ατομικό ραντεβού που είχαν με συνάδελφο, πλήρως ενοχοποιημένοι “τι έκανα στο παιδί μου”... Πού να συνεργαστείς με αυτόν τον συνάδελφο... Προσωπικά, δυστυχώς, έχω βρεθεί σε πολλές καταστάσεις, όπου έχω κληθεί να διαχειριστώ αυτήν την κατάσταση... να γίνεται μια δουλειά απενοχοποίησης και ευαισθητοποίησης και την ίδια στιγμή αυτό φεύγοντας να ξαναφουντώνει η ενοχή μέσα από πολλούς τρόπους...».

«Πολλές φορές δεν ακούνε και το θέμα είναι κυρίως πώς διαχειρίζονται αυτά που λέγονται μέσα στο ατομικό, συνήθως πάνε και τα μεταφέρουν στο παιδί με έναν διαφορετικό, όμως, τρόπο, δηλαδή προσπαθούν να χαλάσουν τη δική μου συμμαχία με το παιδί, αυτή είναι μια δυσκολία που έχω παρατηρήσει, όχι σε όλες τις οικογένειες, αλλά υπάρχει, δηλαδή, αν όχι σε όλες, με τις μισές οικογένειες σίγουρα νομίζω, με έναν άμεσο ή έμμεσο τρόπο».

Στο περιστατικό που περιγράφεται παρακάτω είναι φανερή η δυσκολία της συνεργασίας και η έντονη αντιμεταβίβαση των θεραπειών, η οποία παρακώλυε τον συντονισμό της θεραπευτικής παρέμβασης.

«Σε λίγους μήνες λαμβάνουμε ένα πολύ θυμωμένο τηλεφώνημα από τη θεραπεύτρια του γιου. Λέω “λαμβάνουμε” γιατί ο θυμός της εκφράστηκε και στη γραμματεία, όπου ουσιαστικά κατηγορεί εμένα ως “θεραπεύτρια της μητέρας”, λέγοντας “τι κάνει, επιτέλους, αυτή η θεραπεύτρια; Ο γιος κινδυνεύει και η μητέρα τον καταστρέφει”. Ο γιος έχει διακόψει το “κλειστό” αλλά συνεχίζει ατομικά ραντεβού. Παρακάμπτοντας τον αντιδεοντολογικό τρόπο και προσπαθώντας να κατανοήσω τον θυμό της θεραπεύτριας του γιου, επικοινωνήσα μαζί της για να την ακούσω στο “πώς φαντάζεται ότι θα μπορούσα να παρέμβω”. Η θεραπεύτρια ήταν εξοργισμένη με τη μητέρα, την οποία βλέπει σε ραντεβού και μαζί με τον γιο της αλλά και ατομικά, και την κατηγορεί ότι μας απέκρυψε ότι και ο άλλος γιος που έκανε χρήση το ίδιο διάστημα με συγκατάθεση της μητέρας είχε απευθυνθεί σε άλλο πρόγραμμα, ότι αυτό δυσκολεύει πολύ τον Π. που είναι πολύ θυμωμένος με τη μητέρα, επιπλέον, και για έναν άλλο λόγο, για τη σχέση που διατηρεί. Ο γιος είναι επίσης “έξαλλος” μαζί μου. “Να βρω τη θεραπεύτρια να τη σκοτώσω!” Εγώ, αφού εξηγήω το πλαίσιο συνεργασίας με τη μητέρα - μόλις δύο ραντεβού- την υπερασπίζομαι στο δικαίωμά της να παίρνει αποφάσεις για τη ζωή της ή για το πώς θα στηρίζει το άλλο της παιδί, δεν είχα το ίδιο αίσθημα “προδοσίας” θεωρώντας ότι δεν μου ανέφερε την επιλογή του άλλου της γιου της να πάει στο άλλο πρόγραμμα γιατί είναι “στεγνό” πρόγραμμα και γιατί ήταν δική του επιλογή. Όσον αφορά την προσωπική της σχέση υπερασπίστηκα το δικαίωμά της να κάνει καινούργια ζωή μετά τη χηρεία της, εκδήλωσα την κατανόηση μου στη δυσκολία του γιου, αλλά υποστήριξα την άποψη ότι η κατεύθυνση στη θεραπεία δεν μπορεί να είναι η συμβιωτική σχέση αλλά η απεξάρτηση. Η θεραπεύτρια ήθελε “να αναλάβω” τη μητέρα. Της είπα να προτείνει στην κ. Μ. να κλείσει ραντεβού και παράλληλα της διευκρίνισα ότι, εφόσον η μητέρα αποφασίσει να έρχεται στο τμήμα οικογένειας, δεν μπορεί να κάνει ατομικές συναντήσεις με τη θεραπεύτρια του γιου, ότι έτσι και αλλιώς, αν θέλει να κάνει κοινές συναντήσεις μητέρας και γιου, πρέπει να είμαι ενήμερη για να συντονιστούμε. Επανερχεται η κ. Μ. σε ένα ραντεβού, όπου μου μιλάει για τη σχέση της με τον γιο της, ο οποίος δεν μένει μαζί της. Δεν αναφέρει καμία δυσκολία. Το παιδί δεν πίνει, η ίδια κρατά τα όρια. Της μιλώ για την επικοινωνία που είχα με τη θεραπεύτρια του γιου, τονίζοντας την ανάγκη η ίδια να έρχεται στο τμήμα οικογένειας και να αφήσει χώρο στον γιο της να έχει τη δική του θεραπεύτρια. Τη ρώτησα τι την εμπόδιζε να έρθει νωρίτερα και μου είπε ότι δεν αισθανόταν την ανάγκη. Δεν ξαναήρθε. Ειδοποίησα τη θεραπεύτρια του γιου. Μετά από κάποιο μεγάλο διάστημα η

θεραπεύτρια με ενημερώνει ότι η μητέρα είναι “έξαλλη” μαζί μου. “Ποια είναι αυτή;” “Κανείς δεν μου έχει μιλήσει έτσι!”. Δεν μπορώ να καταλάβω πού αναφέρεται ούτε η θεραπεύτρια του γιου μου λέει κάτι συγκεκριμένο. Μόνο μου λέει -σαν να συμφωνεί και η ίδια με αυτό- ότι η μητέρα θέλει να την αναλάβει άλλος. Εξήγησα ότι αυτό δεν συνηθίζεται γιατί προσπαθούμε, όταν υπάρχουν τέτοια προβλήματα επικοινωνίας, να τα συζητήσουμε άμεσα, το συζητήσαμε στη θεραπευτική ομάδα και καταλήξαμε να μην αλλάξει θεραπεύτρια η κ. Μ. αλλά να συζητηθεί άμεσα. Η κ. Μ. δεν έκλεισε ραντεβού, αφού δεν είχε τη δυνατότητα να μιλήσει με άλλον θεραπευτή. Μετά από έναν χρόνο ξαναπήρε μόνη της, ζητώντας άλλη θεραπεύτρια και μετά από συζήτηση στη θεραπευτική ομάδα αυτή τη φορά συμφωνήσαμε να αλλάξει θεραπεύτρια. Το ζητά άμεσα και έχει μεσολαβήσει χρόνος, άρα δεν είναι παρορμητικό. Την ανέλαβε άλλη θεραπεύτρια όπου η κ. Μ. της είπε ότι με ντρεπόταν και δεν με ήθελε για θεραπεύτρια, γιατί μου έλεγε ψέματα. Όταν μου έλεγε ότι ο γιος της είναι καθαρός, εκείνος έπινε και, όταν μου έλεγε ότι δεν του δίνει χρήματα, του έδινε. Έκανε τρία ραντεβού με την καινούργια θεραπεύτρια και στη συνέχεια διέκοψε, αφού μεσολάβησαν τρία ραντεβού στα οποία δεν ήρθε. Το περιεχόμενο, όπως ενημερώθηκα, ήταν τα όρια και ο φόβος της μητέρας προς τον γιο. Είχε δυσκολία να κρατήσει τα όρια από έναν “αόρατο” φόβο της πιθανής βίας του γιου. Συνολικά, οι προβολές και της μητέρας και του γιου ήταν τόσο ισχυρές που αντιμεταβιβαστικά ούτε η θεραπεύτρια του γιου αλλά ούτε κι εγώ μπορέσαμε να επεξεργαστούμε, ώστε να μπορέσουμε να διαγνώσουμε τα προβλήματα των μελών της οικογένειας σε ψυχικό επίπεδο και να είμαστε πιο βοηθητικοί».



Εικόνα 9.10 *Αλταμούρας Ι, Συλλογή Ε. Κουτλίδη, Copyright.*

Τα μέλη της οικογένειας, τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης και οι επαγγελματίες υιοθετούν τους ρόλους τού σωτήρα, του θύματος και του θύτη. Για παράδειγμα, ένας επαγγελματίας μπορεί να αναλάβει τον ρόλο τού σωτήρα που μπορεί να οδηγήσει σε θυματοποίηση κάποιων μελών της οικογένειας σε μεταγενέστερα στάδια. Ή ένα άτομο με προβλήματα εξάρτησης μπορεί να είναι το θύμα, το οποίο διασώζει το μέλος της οικογένειας από τον επαγγελματία-θύτη ή τον επαγγελματία-θύμα από το μέλος της οικογένειας-θύτη.

«Νιώθει έντονο θυμό προς τους γονείς της τους οποίους θεωρεί υπεύθυνους για τον εθισμό της και κυρίως τον πατέρα της (αλκοόλ-ενδοοικογενειακή βία). Αισθάνεται απελπισία και θυμό, όταν σκέφτεται τη δική της χαμένη παιδική ηλικία και εφηβεία. Η συνεργασία με την οικογένειά της ήταν εξαιρετικά δύσκολη. Τα πρότυπα επικοινωνίας που κυριαρχούσαν στην οικογένεια φαινόταν να επαναλαμβάνονται με τους θεραπευτές. Ο πατέρας ενήργησε αυταρχικά και αγενώς απέναντί μας. Ανέβαζε συνεχώς τον τόνο της φωνής του και η απόδοση των αιτιών ήταν εξωτερική (“φταίει αυτή, φταίει η κοινωνία, φταίει το πρόγραμμα”). Όταν διαφώνησε και θύμωσε μαζί μας, κινήθηκε

απειλητικά προς το μέρος μας, θέλοντας να μας δείξει πρόθεση να χρησιμοποιήσει σωματική βία, όπως συνήθιζε να κάνει στη γυναίκα και την κόρη του. Φαινόταν να μας τοποθετεί στη θέση του απείθαρχου παιδιού που είναι ανυπότακτο, το οποίο αντιφάσκει και τον κατηγορεί για τις πράξεις του. Σε γενικές γραμμές, η στάση του ήταν αμφίρροπη, αφού άλλοτε ήταν θυμωμένος και άλλοτε μας αντιμετώπιζε ως πρότυπα και ευχόταν η κόρη του να ήταν σαν εμάς. Η μητέρα, από την άλλη πλευρά, διατηρούσε μια παθητική στάση και φαινόταν να έχει τον ρόλο του θύματος απέναντι στον θύτη, έναν τύραννο σύζυγο και πατέρα. Λόγω της συχνής επανάληψης σχημάτων παθολογικής επικοινωνίας αποθαρρύνθηκα σχετικά με τα βήματα προόδου και αλλαγής μας και απογοητεύτηκα που είδα τα ίδια τρίγωνα και δυσλειτουργικές μορφές επικοινωνίας να επαναλαμβάνονται».

Στο παρακάτω απόσπασμα συζητιέται η υποτίμηση ή εξιδανίκευση του θεραπευτή από την οικογένεια.

«Αυτό, και πολλές φορές η οικογένεια σε σχέση με τους θεραπευτές τούς εξιδανικεύει, ότι αυτοί θα σώσουν το παιδί τους, μεταθέτουν εκεί ένα βάρος κι αυτό είναι δύσκολο για τον θεραπευτή, άλλες φορές τους υποτιμούν, βγαίνει μια εχθρικότητα προς τους θεραπευτές, προς τους ατομικούς κι αυτό δεν είναι πραγματικό... Αυτά έχω να πω... Η υποτίμηση ή εξιδανίκευση, προβάλλουν πολύ πάνω στον θεραπευτή του παιδιού τους, πολλά πράγματα, το ιδανικό που θα ήθελαν να είναι οι ίδιοι και που δεν μπορούν να είναι ή από την άλλη μεριά ότι εντάξει δεν πρόκειται να γίνει τίποτα, δεν πρόκειται να βοηθήσουν το παιδί τους, υποτίμηση.... Εντάξει υπάρχουν και γονείς που το βλέπουν πιο ρεαλιστικά δεν είναι όλοι έτσι...».

Η συνεργασία των επαγγελματιών, όταν τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας έχουν τον ρόλο του “κακού γονιού” παρακωλύεται, ενώ ο επαγγελματίας που καλείται να υπερασπιστεί τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας ταυτίζεται με τον ρόλο του “κακού γονιού”.

«Όταν ο θεραπευόμενος πείστηκε από την πλευρά της θεραπεύτριας του να ανεξαρτητοποιηθεί από τη μητέρα του, παράλληλα με την πίεση που άσκησα εγώ υπό την προτροπή της θεραπεύτριας στη μητέρα να τον αφήσει μόνο, ο γιος σταμάτησε το πρόγραμμα. Μου δημιουργήθηκε η αίσθηση ότι βιαστήκαμε να τους πείσουμε καθώς ο θεραπευόμενος ήταν ακόμα στον Συμβουλευτικό Σταθμό και η θεραπεύτρια δεν μπόρεσε να του δώσει τον απαραίτητο χρόνο για να ανοιχτεί. Και καθώς βρέθηκε να κατηγορεί τη μητέρα κι εγώ να παίρνω τη θέση αυτού που πρέπει να την υπερασπιστεί αλλά να δώσει αυτή τη “μαγική λύση” που φαινόταν να περιμένει από εμένα η θεραπεύτρια, χάθηκε -προς το παρόν- η ευκαιρία να προχωρήσει ο θεραπευόμενος. Εγώ στην προσπάθειά μου να μην “ταυτιστώ” στα μάτια της συναδέλφου μου με τον “κακό” γονιό πίεσα προς μια κατεύθυνση που δεν μπορούσε εκείνη τη χρονική στιγμή να έχει αποτέλεσμα. Ευτυχώς, μετά από μια απουσία η μητέρα επανήλθε και ίσως έχουμε την ευκαιρία να δουλέψουμε πάνω στα παραπάνω θέματα, καθώς και το πώς θα επανέλθει ο γιος της στο πρόγραμμα».

«Αισθάνομαι συχνά ότι συμμαχεί με τον θεραπευόμενο, ας πούμε εις βάρος, εις βάρος τι σημαίνει, παρασυρμένος από τη φαντασίωση που έχει ο θεραπευόμενος για τους γονείς αλλά αυτό, επίσης, μπορεί να είναι και μια δική μου πλάνη, γιατί αυτό έτσι κι αλλιώς είναι που φέρνουν εδώ και οι γονείς... και οι γονείς αισθάνονται ούτως ή άλλως ότι ο θεραπευτής είναι σύμμαχος με το παιδί τους... άρα θέλω να πω ότι αυτό έχει κάποιες φορές σημασία να το ξεχωρίσουμε εμείς γιατί άλλοτε πιθανά να γίνεται και άλλοτε πιθανά να μας κάνουν οι γονείς να νομίζουμε ότι γίνεται... αυτό είναι λίγο έτσι περίπλοκο... σίγουρα κάποιοι συνάδελφοι συμμαχούν...».

«Κι εγώ αντίστοιχα έχω αισθανθεί παρασυρμένη από τα δικά τους έντονα συναισθήματα, από τη δική τους ενοχή, από τη δική τους αμφιθυμία, αυτό που λέγαμε και πριν ότι τα δικά τους συναισθήματα πάνε και έρχονται, και επειδή κι εμείς εδώ κατά καιρούς έχουμε μείνει, είναι και πολύς ο όγκος των περιστατικών, χωρίς εποπτεία, χωρίς φροντίδα για πολλά περιστατικά, έχω αισθανθεί έντονα να θυμώνω με τον θεραπευόμενο, να συμμαχώ μαζί τους σχεδόν συνειδητά, μου είναι πολύ σαφές ότι μου συμβαίνει αυτό...».

«Εγώ αισθάνομαι ότι κάποιες φορές συμμαχώ με τον γονιό κι εκεί πέρα βρίσκομαι σε μια κατάσταση να πρέπει κάπως να δω ποια είναι η πραγματικότητα του γονιού, σαν να καλούμαι να γίνω, λίγο αυτό που λέει η Κ., υπερασπιστής του γονιού... ότι υπάρχει και αυτή η πραγματικότητα, δεν είναι μόνο έτσι τα πράγματα, και ότι πολλές φορές αυτό είναι εις βάρος του παιδιού, δηλαδή αυτή η αγωνία “α, τι κακός που είναι ο γονιός”, ότι είναι εις βάρος του παιδιού, γιατί δεν λαμβάνουν υπόψη τους πόσο το παιδί χρειάζεται και τον γονιό, δηλαδή μαζί με αυτό υπάρχει και ακριβώς η αντίστροφη εικόνα μέσα στο παιδί, και επίσης κι εγώ το έχω αισθανθεί μέσα στις συναντήσεις ότι

συμμαχώ με τον γονιό, και το προσέχω αυτό, να το κοιτάζω και να το σταματήσω, αλλά εγώ νομίζω ότι επειδή εγώ δουλεύω και με θεραπευόμενους, ότι αυτό με προφυλάσσει, ότι πάντα έχω στο μυαλό μου πώς θα το έβλεπα αν είχα τον θεραπευόμενο, αν ήμουνα θεραπευτής του γονιού και του θεραπευόμενου, και είναι κάπως σαν αυτό να με προφυλάσσει λίγο από το να μπαίνω ακριβώς στη συμμαχία με τον γονιό, δηλαδή μπαίνω και βγαίνω, κάπως έτσι το αισθάνομαι...».

Στις παρακάτω βινιέτες, η έλλειψη συμμαχίας των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας με το θεραπευτικό πλαίσιο και η διαιώνιση των επιθετικών/ενοχοποιητικών συμπεριφορών απέναντι στα άτομα με προβλήματα εξάρτησης φαίνεται να οδήγησαν σε υποτροπή.

«Ο Η. είναι παντρεμένος και διατηρεί την αποχή, χωρίς, όμως, να έχει κάνει ουσιαστικά βήματα για αλλαγές στη ζωή. Τονίζει έντονα τα προβλήματα στη σχέση με τη σύζυγό του που δεν συνεργάζεται με το θεραπευτικό πρόγραμμα με αποτέλεσμα συνεχείς υποτροπές. Προτείνω μια κοινή συνεδρία με τη γυναίκα του. Στη συνάντηση εκφράζει για πρώτη φορά ο ένας στον άλλον τα παράπονά του. Προτείνω συνεδρίες θεραπείας ζεύγους. Η σύζυγος δεν θέλει άλλον θεραπευτή και ακυρώνει το ραντεβού. Ο Η. πολύ σύντομα είχε πλήρη υποτροπή».

«Πάρα πολλοί θεραπευόμενοι χάνονταν, όταν έμενα εκεί, στη συμμαχία μαζί του εναντίον του συγγενούς, λιγότερες φορές, ειδικά σε περιπτώσεις ζευγαριών, έτεινα να συμμαχώ με τη σύζυγο για να στριμώξουμε μαζί αυτόν τον αναποφάσιστο εξαρτημένο που δεν λέει να αποφασίσει. Κι εκεί δεν ξαναρχόταν».

Η συμβολή, βέβαια, του θεραπευτικού πλαισίου στην επίτευξη της συνεργασίας είναι καθοριστική δεδομένου του φόρτου εργασίας των επαγγελματιών.

«Εγώ στο μόνο που διαφοροποιούμαι είναι ότι είμαι πιο ψύχραιμη... δηλαδή ναι, άγχος και ενθουσιασμό στην αρχή και λίγο η θέση τού να σώσω τον κόσμο που έχει θετικά, έχει και πολλά αρνητικά αλλά δεν νομίζω ότι πέρασα στην ισορροπία... θεωρώ ότι όσο ήλπιζα το ότι μπορώ να συνεισφέρω σε έναν βαθμό σε όλο αυτό το σύνολο ήταν για μένα καλύτερο, μπορούσα να επενδύσω περισσότερο... για μένα είναι ότι από το άγχος και τον ενθουσιασμό και μια καλή -κατά τη δική μου άποψη- οργάνωση, συστηματικές εποπτείες, μια αίσθηση ότι πράγματα που έχω μάθει μπορώ να τα εφαρμόσω μέσα από τη θεραπεία να μπορέσω να εξισορροπήσω και την παντοδυναμία και ένα πράγμα το οποίο στο μυαλό μου ήταν πιο οργανωμένο, έχω περάσει σε ένα στάδιο που δεν έχει καμία σχέση με ισορροπία, θεωρώ ότι έχω "βαλτώσει", ότι δεν έχει νόημα να κάνω πράγματα γι' αυτό, ας πούμε, ένα παράδειγμα είναι ότι κρατούσα συστηματικές σημειώσεις από τα ραντεβού με τους θεραπευόμενους και τα ραντεβού με τους γονείς, με σκοπό τις εποπτείες, με σκοπό έτσι κι αλλιώς να γράφω κάποια πράγματα... δεν το κάνω πια αυτό... δεν ακούω το ίδιο, το λέω αυτό, επειδή είπες για συναισθήματα εμένα με ενοχλεί πάρα πολύ, δεν με ικανοποιεί ότι τώρα είμαι σε μια φάση ηρεμίας, με την έννοια ότι δεν έχω άγχος πώς να χειριστώ μια κατάσταση... Με λυπεί το γεγονός ότι δεν επενδύω στους ανθρώπους αυτούς, όσο θα ήθελα να επενδύω, η κούρασή μου δηλαδή έχει γίνει τέτοια που δεν ασχολούμαι, όσο θα ήθελα να ασχολούμαι...

-Νιώθεις ότι ακούς λιγότερο από ό,τι στην αρχή...

-Ναι, και ακούω λιγότερο και ασχολούμαι λιγότερο γενικά... και με τους θεραπευόμενους και με τις οικογένειες, απλά οι γονείς μπαίνουν σε ένα σύστημα πολλών πραγμάτων, αλλιώς θα το κυνηγούσα στην αρχή αλλιώς το κυνηγάω τώρα, δηλαδή δεν βρίσκω μια συνάδελφο να επικοινωνήσω εντατικά με τους γονείς, δεν θέλουν οι γονείς να έρθουν στο πρόγραμμα, δεν θέλει και το παιδί, εντάξει δεν θα ασχοληθώ παραπάνω, αυτό είναι που με θλίβει εμένα, με κάνει -ας πούμε- να νιώθω ότι ανήκω στο σύστημα του δημοσίου κανονικά...».

«Δεν έχω να πω πολλά, το έχω νιώσει αυτό, την ενοχοποίηση και τη μη βοηθητική συμμαχία τού θεραπευτή με τον θεραπευόμενο του, και σαν ο ρόλος ο δικός μου είναι πάντα να καλύπτω το πλαίσιο, έχει τύχει να έρθει να μου πει μητέρα ότι μίλησα με τη θεραπεύτρια και ήταν πάρα πολύ επιθετική απέναντί μου. Πρώτα θα μιλήσεις με τη δικιά σου τη μάνα, είπε στη μάνα τη θεραπευόμενη μου και μετά θα έχεις την απαίτηση να σου μιλάει και ο γιος σου φυσιολογικά, ενώ εγώ στις δικές μας συνεδρίες ήξερα, είχα νιώσει και μια μάνα η οποία είχε εγκαταλείψει ουσιαστικά την κόρη, ήταν κακοποιητική στο παρελθόν, υπήρχε η ανάγκη από την κόρη να μιλήσει με τη μάνα αλλά η μάνα ήταν πάντα, η γιαγιά δηλαδή, είχε πάντα κλειστές τις πόρτες και τη βασάνιζε πάρα πολύ τη μητέρα τη δική μου αυτό το γεγονός, και ήρθε ουσιαστικά να μου καταθέσει ότι δεν αντέχει άλλο να το πολεμάει όλο αυτό και ότι της είπε η θεραπεύτρια του παιδιού της ότι, αν δεν μιλήσει με τη μάνα της, αν δεν τα

καταφέρει, τελικά, ότι δεν πρόκειται να αποκτήσει ποτέ μια καλή σχέση με το παιδί της... Κι ο ρόλος ο δικός μου είναι λίγο να το μαζέψω όλο αυτό, να το αναπλαισιώσω, είναι χρέος μου να φανεί το πλαίσιο δυναμικό, ότι συμφωνεί με κάποιον τρόπο, και να βρω κοινά σημεία και να δώσω και μια ερμηνεία βοηθητική για βοήθεια σε όλο αυτό που γίνεται... αλλά νομίζω ότι αυτό που είπαν οι συνάδελφοι ότι κι εμείς πέφτουμε σε αυτήν την παγίδα κάποιες φορές, κι εμείς νιώθουμε αβοήθητους τους γονείς και μπαίνουμε να συνασπιστούμε μαζί τους περισσότερο πάνω στην προσδοκία μας βασιζόμενοι παρά στην πραγματικότητα, τι μπορούν να γίνουν...».



Εικόνα 9.11 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

9.5.4. Συζήτηση

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να φωτίσει την υποκειμενική εμπειρία της σχέσης των επαγγελματιών με τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και τα μέλη της οικογένειάς τους κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης. Οι εμπειρίες των συμμετεχόντων απεικονίστηκαν από δύο θέματα: το θεραπευτικό τρίγωνο φροντίδας και το τραυματικό τρίγωνο. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η αναγνώριση των τριαδικών αλληλεπιδράσεων από τους επαγγελματίες και οι προσπάθειες δημιουργίας συμμαχιών με τα επιβαρυμένα μέλη της οικογένειας υποστηρίζει τις ανάγκες των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης για συμφιλώση με τα μέλη της οικογένειάς τους και υποστηρίζεται από διεπιστημονική εμπειρία των αναγκών τους. Εάν οι συμμαχίες μεταξύ όλων των πόλων του τριγώνου δεν ενισχυθούν, οι επαγγελματίες, τα επιβαρυμένα μέλη οικογένειας αλλά και τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης μπορούν να παρασυρθούν στους ρόλους του σωτήρα, του θύτη και του θύματος, ενώ μπορεί να προκύψουν δυσκολίες οι οποίες σχετίζονται με την επαγγελματική ενδο-ομαδική και δι-ομαδική συνεργασία.

Το τρίγωνο Σωτήρας - Θύτης - Θύμα («δραματικό τρίγωνο»-“drama triangle”) αναγνωρίζεται συχνά στις αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης (Karpman, 1968) και θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό για τη διαχείριση της αντιμεταβίβασης στη θεραπεία οριακών ασθενών (Gabbard & Wilkinson, 2000). Ωστόσο, αυτά τα μοτίβα αλληλεπίδρασης είναι συχνά ασυνείδητα και σίγουρα δεν δικαιολογούν μια αμυντική ή επιθετική (σιωπηλή ή ανοιχτή) στάση του επαγγελματία απέναντι στα επιβαρυμένα μέλη οικογένειας. Στην πραγματικότητα, σε ορισμένες περιπτώσεις - ειδικά στη θεραπεία των οριακών ασθενών - ο θεραπευτής εξιδανικεύεται και γίνεται ο «καλός άνθρωπος», ενώ οι γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας εκπροσωπούν τους «κακούς ανθρώπους». Με άλλα λόγια, υπάρχει η πιθανότητα διαχωρισμού ο οποίος, εάν δεν επιλυθεί στη θεραπεία, η θεραπευτική αποτυχία είναι πιθανή (Gabbard, 1999). Επιπλέον, μια άκαμπτη στάση απέναντι προς τα επιβαρυμένα μέλη οικογένειας, που τα τοποθετεί στον ρόλο

του θύτη, μπορεί να υποδηλώνει ότι ο επαγγελματίας έχει υιοθετήσει τον ρόλο του σωτήρα, κάτι που δεν βοηθά ούτε τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης ούτε τα μέλη της οικογένειας να αναζητήσουν νέους τρόπους αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, ο Επαγγελματίας-Σωτήρας, ο οποίος προσπαθεί «να σώσει» την κόρη που αντιμετωπίζει προβλήματα χρήσης από την παρέμβαση της μητέρας, συμβάλλει στη διαιώνιση των ρόλων θύτη-θύματος στη σχέση μητέρας-κόρης, εντείνοντας με αυτόν τον τρόπο το στοιχείο σύγκρουσης της σχέσης τους, το οποίο είναι πιθανό με τη σειρά του να οδηγήσει σε υποτροπή. Αντίθετα, εάν οι επαγγελματίες διαφοροποιούνται και δεν αναλαμβάνουν τέτοιους ρόλους, τότε μπορεί να συμβάλουν στην ικανότητα των ατόμων και των μελών της οικογένειας να βλέπουν τον εαυτό τους και στους τρεις ρόλους του τριγώνου Σωτήρας - Θύτης - Θύμα, αποκτώντας έτσι επίγνωση των υιοθετούμενων ρόλων και αποκλιμακώνοντας την ένταση του «δραματικού τριγώνου» (L'Abate, 2009).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι σε οικογένειες με ιστορικό τραυμάτων και προβλημάτων κακοποίησης, η τάση να παρασύρεται ο επαγγελματίας στον ρόλο του σωτήρα στις τριγωνικές αλληλεπιδράσεις με επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τα μέλη της ομάδας θεραπείας να εμπλέκονται σε έντονες διαφωνίες για θέματα οικογενειακής συμμετοχής στη θεραπεία απεξάρτησης (Μισουρίδου, 2017). Ένας ή περισσότεροι επαγγελματίες υποστηρίζουν εκ διαμέτρου αντίθετες θέσεις, προστατεύοντας ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας από κάποιον άλλον, π.χ. το παιδί από τους γονείς, το παιδί και τη μητέρα από τον πατέρα κ.λπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο επαγγελματίας βιώνει έντονα συναισθήματα για τα μέλη της οικογένειας (π.χ. έντονη συμπάθεια για το παιδί και έντονο θυμό για τους γονείς), τα οποία επηρεάζουν την κλινική κρίση του (π.χ. αισθάνεται αδιάφορος, μειώνει ή απορρίπτει οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με την ικανότητα των γονέων να βοηθήσουν το παιδί, ενώ αντιμετωπίζει το παιδί ως κάποιον που αναμφίβολα θα αφήσει με χαρά τους γονείς του). Οι επαγγελματίες που υιοθετούν τον ρόλο του σωτήρα του παιδιού είναι συνήθως νέοι επαγγελματίες, οι οποίοι επεξεργάζονται θέματα διαφοροποίησης από την οικογένειά τους ή επαγγελματίες που, λόγω της συμμετοχής τους σε προσωπική θεραπεία ή προσωπικής κρίσης, επεξεργάζονται παρόμοια ζητήματα (Gabbard, 2006). Όταν ο επαγγελματίας ταυτίζεται με το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, τότε τα μέλη της οικογένειας μπορεί να αντιπροσωπεύουν τους πρωταγωνιστές του δικού του παρελθόντος. Στην πραγματικότητα, ο Whitaker υπογράμμισε τη λειτουργία την οποία επιτελεί η οικογενειακή εργασία για έναν επαγγελματία: κατά τη γνώμη του, ο επαγγελματίας θα ξαναζήσει στην κλινική του πρακτική με τις οικογένειες τις εντάσεις που έχει βιώσει μέσα στην οικογενειακή και κοινωνική δομή στην οποία μεγάλωσε (Whitaker, 1976).

Σε μια ομάδα, η οποία χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία, οι ασυνείδητες αντιδράσεις των επαγγελματιών αναγνωρίζονται και κατανοούνται, χωρίς να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στη θεραπεία (Gabbard, 2006). Ωστόσο, όταν τα μέλη της ομάδας κυριαρχούνται από ασυνείδητα συναισθήματα επιθετικότητας τότε εκφράζονται με το πρόσχημα της άκαμπτης χρήσης επαγγελματικών κανονισμών ή της ακατάλληλης χρήσης αποκλεισμού (Gabbard, 1999). Επίσης, όταν ο επαγγελματίας αδυνατεί να συγκρατήσει συναισθήματα θυμού και οργής - συνήθως σε νέους επαγγελματίες - τότε συχνά οδηγεί σε εκδραμάτιση επιθετικών συναισθημάτων με καταστροφικά αποτελέσματα για το αποτέλεσμα της θεραπείας του ατόμου και το βάρος της ενοχής που επωμίζονται τα ήδη επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας. Απαιτείται μια ατμόσφαιρα ανοιχτού διαλόγου και εμπιστοσύνης στη θεραπευτική ομάδα, η οποία θα επιτρέψει στα μέλη της ομάδας να συζητήσουν τις εμπειρίες τους και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Είναι σημαντικό για την κλινική ομάδα να αποδεχτεί τα συναισθήματα αδυναμίας και θυμού ως αναπόφευκτα στο τοπίο της διαγενεακής μεταβίβασης τραυμάτων και του χρόνιου προβλήματος εξάρτησης και να τα χρησιμοποιήσει ως πολύτιμη πηγή πληροφοριών για την οικογένεια.

Στην κλινική πράξη, η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας και η εμπειρία των έντονων συναισθημάτων που προκαλεί η προσπάθεια ανάρρωσης από την εξάρτηση είναι απαραίτητη. Μέρος του οικογενειακού συστήματος μπορεί να προσκληθεί για μία ή περισσότερες συνεδρίες ως μέρος της ατομικής θεραπείας απεξάρτησης. Φυσικά, αυτή η πρόσκληση πρέπει να περιλαμβάνει συζήτηση θεμάτων τα οποία αφορούν το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Έτσι, η ατομική θεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με οικογενειακή ή θεραπεία ζεύγους κατόπιν συμφωνίας με το άτομο και τα μέλη της οικογένειας. Ο επαγγελματίας μπορεί να μετατοπίσει την εστίαση μεταξύ ατομικής, οικογενειακής και θεραπείας ζεύγους. Εάν αυτή η αλλαγή συζητηθεί εκ των προτέρων με τα άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, συνήθως αντιδρούν καλά και δεν μπερδεύονται. Τέλος, σε αρκετές περιπτώσεις ο/η εξυπηρετούμενος/η και η/ο σύζυγός του/της ή άλλα μέλη της οικογένειας μπορούν να κάνουν δύο ταυτόχρονες θεραπείες (ατομικές ή ομαδικές). Ωστόσο, αυτή η παράλληλη αντιμετώπιση δεν αποκλείει την ανάγκη αντιμετώπισης της μεταξύ τους

σχέσης. Σε περιπτώσεις όπου το άτομο αναζητά τη συμμαχία του επαγγελματία εναντίον μελών της οικογένειας και αντίστροφα το θεραπευτικό τρίγωνο μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά, όταν ο επαγγελματίας δεν αποδέχεται την εξιδανίκευση και δεν συμμαχεί με την υποτίμηση αυτή.

Ένα τρίγωνο μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά, όταν τα σχήματα συμμαχίας του επαγγελματία και των άλλων δύο πόλων του τριγώνου αναδιατυπώνονται και αλλάζουν συνεχώς. Δεδομένου ότι δεν είναι δυνατόν ένας επαγγελματίας να είναι αντικειμενικός, στο βαθμό που παρασύρεται γρήγορα στην αλληλεπίδραση, μπορεί να είναι σύμμαχος για μικρό χρονικό διάστημα του ενός και του άλλου και έτσι να παραμένει αμερόληπτος. Φυσικά, η δημιουργία «πολλαπλών συμμαχιών» με τα μέλη της οικογένειας αποτελεί πρόκληση για κάθε ομάδα ψυχικής υγείας και απαιτεί υποστήριξη από ένα εποπτικό πλαίσιο. Παρόλα αυτά, τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες απεξάρτησης σε κατάσταση κρίσης που φέρει συχνά το βάρος του έντονου άγχους, του στίγματος, της ενοχής και της χρόνιας κοινωνικής απομόνωσης. Επομένως, η πρώτη τους επαφή με ένα θεραπευτικό πρόγραμμα θα ήταν προτιμότερο να γίνει σε ατομικό και όχι σε ομαδικό πλαίσιο. Η γνωριμία με τον/την επαγγελματία και η εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του/της θα μπορούσε να ανακουφίσει σημαντικά αυτά τα συναισθήματα. Σύμφωνα με την McWilliams (2018) η δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας μπορεί να είναι δυνατή μέσα σε λίγα λεπτά ή μπορεί να διαρκέσει χρόνια.

Όσον αφορά τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, μερικές από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες θα μπορούσαν ίσως να εξηγηθούν από το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο προέκυψε ο εθισμός και παρέχονται υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, σε παιδοκεντρικές κουλτούρες της Νότιας Ευρώπης, όπως στην Ιταλία, στην Ελλάδα, στην Πορτογαλία και την Ισπανία, η μετάβαση στην ενηλικίωση καθυστερεί (Buchmann & Kriesi, 2011· Aassve, Iacovou, & Mencarini, 2006), με τους γονείς να ασκούν έλεγχο στη ζωή του ενήλικου παιδιού τους (Aassve, Iacovou & Mencarini, 2006· Maratou-Alipranti, 2010), και, κατ' επέκταση, στους επαγγελματίες που είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία του. Επιπλέον, σε αυτές τις κουλτούρες, ο εθισμός του ατόμου στιγματίζεται, με τους γονείς να αισθάνονται συχνά ένοχοι και υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά του. Έτσι, η ερμηνεία των ευρημάτων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές δομές, τις σχέσεις εξουσίας, τις θρησκείες, τις στάσεις απέναντι στις ψυχοδραστικές ουσίες και τον ρόλο της αυτοβοήθειας των σχετικών πολιτιστικών πλαισίων. Ένας άλλος περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι εστίασε στις εμπειρίες των επαγγελματιών σε μια περίοδο οικονομικής και κατ' επέκταση κοινωνικής κρίσης. Παρόλα αυτά, οι εμπειρίες των επαγγελματιών επεκτείνονται πέρα από τη σχέση οικογένειας-θεραπευτή για να συμπεριλάβουν παράγοντες εργασίας (π.χ. φόρτο εργασίας, διαθεσιμότητα εποπτείας) και πολιτικές υγείας για την υποστήριξη μιας προσέγγισης οικογενειακής φροντίδας. Ως εκ τούτου, οι παράγοντες εργασίας, οι οποίοι σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών στη συγκεκριμένη περίοδο, μπορεί να έχουν επηρεάσει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων και τη συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπεία.

Οι επιπτώσεις των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής στην κλινική πρακτική, την έρευνα και την εκπαίδευση βασίζονται στην αναγνώριση ότι η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης αποτελεί μια πρόκληση για τους επαγγελματίες. Η έλλειψη εκπαίδευσης και αισθήματος επάρκειας σε αυτόν τον τομέα θα μπορούσε επίσης να καταλήξει σε αισθήματα ανασφάλειας και ανεπάρκειας που συχνά επιδεινώνονται από τις έντονες απαιτήσεις για ατομική και οικογενειακή υποστήριξη και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες. Εναλλακτικά, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποστασιοποίηση, αποξένωση ή εκδραμάτιση εχθρικών συναισθημάτων προς τα μέλη της οικογένειας. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την αξία της κλινικής εποπτείας και των ομάδων Balint (Player et al., 2018) εκτός από την εξειδικευμένη εκπαίδευση και τις συμβουλές από συναδέλφους, για να βοηθήσουν τους νέους επαγγελματίες να επεξεργαστούν τις προκαταλήψεις, το άγχος, τον θυμό, τις ενοχές και το αίσθημα εξάπτησής τους, όταν εμπλέκουν τα μέλη της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης. Άλλωστε, η κλινική εποπτεία έχει προταθεί ως μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική ανάπτυξης του εργατικού δυναμικού στον τομέα της εξάρτησης (SAMHSA, 2009· Roche Todd & O'Connor, 2007). Μέσω της εποπτείας, οι επαγγελματίες μπορούν να βοηθηθούν να πάρουν απόσταση και να σκεφτούν τις έντονες αντιδράσεις τους προς τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Αυτό μπορεί να τους βοηθήσει να αποκτήσουν βαθύτερη κατανόηση της επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης επαγγελματία-οικογένειας και να αποφύγουν να γίνουν άκαμπτοι στη σκέψη τους, χτίζοντας έναν «τοίχο» ανάμεσα σε αυτούς και τα μέλη της οικογένειας ή εφαρμόζοντας άκαμπτους κανόνες και θεωρίες. Μπορεί, επίσης, να αποτελέσει μια ευκαιρία να αποκτήσουν μια πιο διεισδυτική εκτίμηση της συμβολής τους στη συνάντηση την οποία συν-δημιουργούν με την οικογένεια.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν την ανάγκη παροχής εκπαίδευσης και εποπτείας για την υποστήριξη της ανάπτυξης θεραπευτικών δεξιοτήτων σε επαγγελματίες στον

χώρο των εξαρτήσεων με στόχο την προσέλκυση των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας στις υπηρεσίες απεξάρτησης. Εάν ο απαιτητικός χαρακτήρας της συμμετοχής της οικογένειας δεν αναγνωριστεί και δεν υπάρχουν πολιτικές για επαρκή εκπαίδευση και εποπτεία του προσωπικού, τότε η ανεκτίμητη συμβολή της οικογενειακής συμμετοχής στη θεραπεία απεξάρτησης θα παραμείνει περιορισμένη. Η εργασία με τις οικογένειες δεν είναι και δεν πρέπει να είναι μια ατομική υπόθεση ή ένας τομέας εξειδικευμένης εργασίας (Missouridou et al., 2017), αλλά μάλλον μια συλλογική αναζήτηση, η οποία προάγει την αμοιβαία υποστήριξη σε περιόδους κρίσης και την ανταλλαγή θετικών εμπειριών που προκύπτουν από τις συναντήσεις μας με τις οικογένειες.



Εικόνα 9.12 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Aassve A, Iacovou M & Mencarini L (2006) Youth poverty and transition to adulthood in Europe. *Demographic Research*, 15(2), 21-50.
- Abosh B., Collins A., (1996). *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*, Canada, Toronto Press.
- Barber J.G., Crisp B.R., (1995). The 'pressures to change' approach to working with the partners of heavy drinkers, *Addiction*, 90, 269-276.
- Barnard, M. (2007). *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Bateson G., (1971). The cybernetics of 'self': A theory of alcoholism, *Psychiatry*, 34, 1-18.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J. (1956). Toward a theory of schizophrenia, *Behavioural Science*, 1, 251-264.
- Berkowitz, R., Leff, J. (1984). Clinical teams reflect family dysfunction. *Journal of Family Therapy*, 6, 79-89.
- Billings A.G., Moos R.H., (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators, *Addictive Behaviors*, 8, 205-218.
- Bion, W.R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock.
- Bowen, M. (1996). Τρίγωνα στην οικογένεια, Ανώνυμοι: Για τη διαφοροποίηση του εαυτού. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 7-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, C.S., Rice K.F., (1997). *Families in Recovery-Coming full circle*, Baltimore, Paul H. Brookes.
- Buchmann, M.C., & Kriesi, I. (2011). Transition to adulthood in Europe. *Annual Review of Sociology*, 37, 481-503. doi: <http://dx.doi.org/www.doi.org/10.1146/annurev-soc-081309-150212>
- Cancrini, L., (1994). The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, 24(4), 597-622.
- Carr, A. (1989). Countertransference to families where child abuse has occurred. *Journal of Family Therapy*, II, 87-97.
- Cermak, T., (1991). The Relationship between Codependence and Narcissism, In Rivinus T.M. (ed.), *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*, US, Brunner/Mazel.
- Clancy, C., Oyefeso, A. & Ghodse, H. (2006). Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), 161-171.
- Coletti, M., (2004). Η θέση του επαγγελματία υγείας στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στην αρχή της τρίτης χιλιετίας, στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.), *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*, Αθήνα: ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης), 25-30.
- Copello, A., Orford J., (2002). Addiction and the family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97(11), 1361-1363.
- Copello, A., Orford J., Hodgson R., Tober G., Barrett C., (2002). Social Behaviour and network therapy – Basic principles and early experiences, *Addictive Behaviors*, 27, 345-366.
- Copello, A., Orford J., Velleman R., Templeton L., Krishnan M., (2000). Methods for reducing alcohol and drug related harm in non-specialist settings, *Journal of Mental Health*, 9(3), 329-343.
- Copello, A.G., Templeton L., Velleman R., (2006). Family Interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 271-276.

- Copello, A.G., Velleman R., Templeton L., (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems, *Drug and Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Copello, A., Templeton, L., Chohan, G. & McCarthy, T. (2012a). Adult family members affected by a relative's substance misuse: Qualitative interviews with commissioners and service providers in England and Scotland. London: UK Drug Policy Commission.
- Corless, J., Mirza K.A.H., Steinglass P. (2009). Editorial: Family therapy for substance misuse: the maturation of a field. *Family Therapy Journal*, 31, 109-114.
- Denning, P. (2010). Harm Reduction Therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (2), 164-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp>
- DuPont, R.L., McGovern J.P., (1991). The growing impact of the children of alcoholics movement : a revolution in our midst, in Rivinus T.M. (ed.), *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*, US, Brunner/Mazel.
- Edwards, M.E., Steinglass P., (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism, *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 475-509.
- EKTEPN (2016). Annual report 2015: A description of the drug and alcohol problem in Greece. Athens: University Mental Health Research Institute.
- EMCDDA (2019). European Drug Report. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2019>
- Fals-Stewart, W., Lam W, Kelley M.L. (2009). Learning sobriety together: behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse.
- Flaskas, C. (2002). Border crossing and the integrity of frameworks. *Journal of Family Therapy*, 24, 222-231. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00213>
- Flaskas, C. (2012). The space of reflection: Thirdness and triadic relationships in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 34, 138-156. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00587.x>
- Flores P.J., (1997). *Group Psychotherapy with Addicted Populations*, New York, Haworth Press.
- Foulkes, S.H. (1984). Therapeutic group analysis. London: Karnac Books.
- Fromm-Reichmann F., (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry*, 11, 263-273.
- Gabbard, G.O. & Wilkinson S M (2000). Management of countertransference with borderline patients. Jason Aronson.
- Gabbard, G.O. (2006). *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Αθήνα, Βήτα.
- Gabbard, G.O. (ed.) (1999). Countertransference issues in psychiatric treatment. US: American Psychiatric Press.
- Garrett J., Landau J., Shea R., Stanton M.D., Baciewicz G., Brinkman-Sull D., (1998). The ARISE Intervention – Using family and network links to engage addicted person in treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(4), 333-343.
- Glasberg, A.L., Erikson, S., Norberg, A. (2006). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4):392-403.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (1994). Ο «μείζων τρίτος του συστήματος». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45.
- Gutheil, T.G., Brodsky, A. (2008). *Preventing boundary violations in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Halford W.K., Price J., Kelly A.B., Bouma R., Young R., (2001). Helping the female partners of men abusing alcohol: A comparison of the three treatments, *Addiction*, 96, 1497-1508.

- Hatfield A.B., (1996). Out of the ashes of mental illness... A new life, in Abosh B. & Collins A. (eds), *Mental Illness in the Family: Issues and Trends*, Canada, Toronto Press.
- Hoffman J.P., (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marihuana use, *The International Journal of the Addictions*, 30(10), 1207-1241.
- 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.
- Humphreys K., (2004). *Circles of recovery: Self-Help Organizations for Addictions*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Johnson, V.E., (2004). *Εξάρτηση και Παρέμβαση-Ξεπερνώντας την άρνηση κάποιου να δεχτεί βοήθεια: Ένας οδηγός για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων*, Αθήνα, Δίοδος.
- Kaldi-Koulikidou, T. (2007). The family strengths in Greece then and now. *Marriage & Family Review*, 41, 393-417. http://dx.doi.org/10.1300/J002v41n03_08
- Kalogeraki, S. (2009). The divergence hypothesis in modernization theory across three European countries: The UK, Sweden and Greece. *Culture Unbound*, 1, 161-178. <http://dx.doi.org/10.3384/cu.2000.1525.091>
- Karpman, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 7 (26):39-43. Available via: www.karpmandramatriangle.com
- Kaufman, E., (1984). *Substance abuse and family therapy*, US, Grune & Stratton.
- Klagsbrun, M., Davis D.I., (1998). Substance abuse and family interaction, *Family Process*, 1-11.
- Kroll, B., (2004). Living with an elephant: Growing up with parental substance abuse, *Child and Family Social Work*, 9, 129-140.
- Κούπερ, Ντ., (1976). *Ο θάνατος της Οικογένειας*, Αθήνα, Καστανιώτη.
- L'Abate, L. (2009). The drama triangle: An attempt to resurrect a neglected pathogenic model in family therapy theory and practice. *The American Journal of Family Therapy*, 37, 1-11.
- Larner, G. (2000). Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy: on knowing not to know. *Journal of Family Therapy*, 22, 61-82.
- Lee, C.E., Christie, M., Copello, A. & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(3), 244-252. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2011.644599>
- Lefley, H.P., (1989). Family burden and family stigma in major mental illness, *American Psychologist*, 44, 556-560.
- Liddle, H., (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs, *Addiction*, 99, 76-92.
- Malrowe D.B., Merikle E.P., Kirby K.C., Festinger D.S., McLellan A.T. (2001). Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 97-108.
- Maltsberger, J.T., Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Maratou-Alipranti, L. (2010). New family forms: Trends and developments in contemporary Greece. *Encephalos*, 47(2), 55-66. (published in Greek)
- McFadyen, A. (1997). Rapprochement in sight? Postmodern family therapy and psychoanalysis. *Journal of Family Therapy*, 19, 241-262.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. 2nd ed. New York: The Guilford Press

- Meyers, R.J., Miller W.R., Hill D.E., Tonigan J.S., (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment, *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308.
- Meyers, R.J., Smith J.E., (1997). Getting off the fence: Procedures to engage treatment-resistant drinkers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5), 467-472.
- Miller, T., Velleman R., Rigby K., Orford J., Tod A., Copello A., Benett G., (1997). The use of vignettes in the analysis of interview data: Relatives of people with drug problems, in Hayes N. (ed), *Doing Qualitative Analysis in Psychology*, UK, Psychology Press.
- Miller W.R., (2003). A collaborative approach to working with families, *Addiction*, 98, 5-6.
- Miller, W.R., Meyers R.J., Tonigan J.S., (1999). Engaging the unmotivated in treatment of alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Misouridou, E., & Papadatou, D. (2017). Challenges in engaging parents in the drug and alcohol treatment: The professionals' perspective. *Qualitative health research*, 27(13), 1948-1958.
- Missouridou E., (1999). The process of relapse and recovery after treatment for problem drug use, Unpublished PhD Thesis, University of Manchester.
- Missouridou, E., Segredou, I Esseridou, D. & Papadatou, D. (2017). Routine care interventions with the parents of adult drug and alcohol users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(3), 273-279.
- Μάτσα, Κ. (2001). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα, Άγρα.
- Μάτσα, Κ., (2003). Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 82, 8-17.
- Μισουρίδου, Ε., (2004). Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 88, 59-64.
- Newell, J.M. & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6, 57-68.
- Newfield, SA, Newfield NA, Sperry JA, Smith TE (2000). Ethical decision making among family therapists and individual therapists. *Family Process*, 39, 177-188.
- O'Farrell, T.J., (1989). Marital and Family Therapy in Alcoholism Treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 23-29.
- Orford, J., (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*, Great Britain, John Wiley & Sons.
- Orford, J., (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift on psychological treatments for addiction, *Addiction*, in press.
- Orford, J., Natera G., Davies J., Nava A., Mora J., Rigby K., Bradbury C., Bowie N., Copello A., Velleman R., (1998). Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City, *Addiction*, 93(12), 1799-1813.
- Orford, J., Rigby K., Miller T., Tod A., Benett G., Velleman R., (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2, 163-183.
- Orford, J., Templeton L., Velleman R., Copello A., (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardised questionnaires for assessing stress, coping and strain, *Addiction*, 100, 1611-1624.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

- Orr, L.C., Barbour, R.S. & Elliott, L. (2014). Involving families and carers in drug services: Are families 'part of the problem'? *Families, Relationships and Societies*, 3(3), 405-424.
<http://dx.doi.org/10.1332/204674313x669900>
- Ouimette, P.C., Kimerling, R., Shaw, J., Moos, R.H. (2000). Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7–17.
- Player, M., Freedy, J.R., Diaz, V., Brock, C., Chessman, A., Thiedke, C., & Johnson, A. (2018). The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(1-2), 24-38.
- Powers, MB, Vedel E., Emmelkamp P.M.G. (2008). Behavioural couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders. A meta-analysis. *Clinical Psychology review*, 28, 952-962.
- Reynolds-Mejia, P., Levitan, S. (1990). Countertransference issues in the in-home treatment of child sexual abuse. *Child Welfare*, LXIX, 1, 53-61.
- Rice, C., Mohr, C.D., Del Boca, F.K., Mattson, M.E., Young, L., Brady, K., et al. (2001). Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 114–123.
- Rivinus, T.M., (1991). Psychoanalytic Theory and Children of Chemically Dependent Parents: Ships passing in the night? in Rivinus T.M. (ed.), *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the cutting edge*, US, Bruner Mazel.
- Roche, A.M., Todd, C.L. & O'Connor, J. (2007). Clinical supervision in the alcohol and other drugs field an imperative or an option. *Drug and Alcohol Review*, 26, 241-249. doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/09595230701247780>
- Rowe & Liddle (2008). Multidimensional family therapy for adolescent alcohol abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26, 105-123.
- Roy, A. (2001). Childhood trauma and attempted suicide in alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 120–121.
- Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2002). The role of family and partnership in Recovery from Alcohol Dependence: Comparison of Individuals Remitting with and without formal help, *European Addiction Research*, 8, 122-127.
- Sabo, B.M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1. doi: <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>
- SAMHSA (2000). *Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36. US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD343/>
- SAMHSA (2009). *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 52. HHS Publication No.(SMA) 09-4435. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- SAMHSA (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.
- Simpson, D.D., Sells S.B. (1990). Opioid addiction and treatment. A twelve year follow-up. US:Krieger.
- Sisson, R.W., Azrin N.H., (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers, *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(1), 15-21.
- Slesnick, N., Meyers R.J., Meade M., Segelken D.H., (2000). Bleak and hopeless no more –Engagement of reluctant substance-abusing runaway youth and their families, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 215-222.

- Smit, E., Vendurmen J., Monshower K., Smit F. (2008). Review: Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 195-206.
- Smith, D.C., Hall J.A. (2008). Strengths-oriented family therapy for adolescents with substance abuse problems. *Social Work*, 53, 185-18.
- Softas-Nall, V. (2003). Reflections on forty years of family therapy, research and systemic thinking in Greece. In K. S. Nig (Ed.), *Global perspectives in family therapy: Development, practice, trends* (pp. 125–143). New York: Brunner-Routledge.
- Stafford, D., Hodgkinson L., (1991). *Codependency: How to break free and live your own life*, London, Piatkus.
- Stanton, D., Shadish W., (1998). outcome, attrition, and family-couples treatment for drug-abuse. A meta-analysis and review of the controlled comparative studies, *Psychological Bulletin*, 2, 170-191.
- Stanton, M.D. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: A review of outcomes and clinical options. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 165-182.
- 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. *Journal of Family Therapy*, 31, 155-174.
- Symeonidou, H. (2005). *Settlement and dissolution of the family relations in Hellas. In Social Portait of Greece 2003-2004. Athens: Centre for Social Research, Institute of Social Policy.*
- Thomas, C., Concoran J. (2001). Empirically based marital and family interventions for alcohol abuse: A review. *Research on Social Work Practice*, 11(5), 549-575.
- Thomas, E.J., Adams K.B., Yoshioka M.R., Ager R.D., (1990). Unilateral Relationship Enhancement in the treatment of spouses of uncooperative alcoholics, *The American Journal of Family Therapy*, 18(4), 334-344.
- Toumbourou, J.W., Blyth A., Bamberg J., Forer D., (2001). Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 291-304.
- Tucker, J.A., Vuchinich R.E., Gladjo J.A., (1991). Environmental influences on relapse in substance abuse disorders, *The International Journal of the Addictions*, 25(7A-7B), 1017-1050.
- Velleman, R. (2006). The importance of family members in helping problem drinkers achieve their chosen goals. *Addiction Research and Theory*, 14(1), 73-85.
- Velleman, R., Benett G., Miller T., Orford J., Rigby K., Tod A., (1993). The families of problem drug users: a study of 50 close relatives, *Addiction*, 88, 1281-1289.
- Waldron, H.B., Kern-Jones S., Turner C.W., Peterson T.R., Ozechowski T.J., (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133-142.
- Waldron, H.B., Turner C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescence substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 238-261.
- Whitaker, C. A., & Malone, T. P. (2014). *Roots of psychotherapy*. Routledge.
- Whitaker, C.A. (1976). *The technique of family therapy*. In G. P. Sholevar (Ed.) [Changing sexual values and the family](#). Springfield, Ill: Charles Thomas.
- WHO (2018). Greece: Alcohol Consumption, Levels and Patterns. World Health Organization https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/grc.pdf?ua=1
- Wiklund, L. (2008). Existential aspects of living with addiction – Part II. Caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2435–2443. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02357.x>

- Williams, A. (2001). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5):660-667.
- Wright, L.D. (2006). Violating professional boundaries. *Nursing*, 36(3):52-54.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yuen E.Y.N., Toumbourou J.W. (2008). Does family intervention for adolescent substance use impact parental mental health? A systematic review. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 7: www.auseinet.com/journal/vol7iss3/yuen.pdf.
- Zucker, D.M., Dion, K. & McKeever, R.P. (2015). Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 751-767. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12591>
- Ηλίας, Σ., Κανέλλου, Ν., Μαυρομάτη, Ε., Κωνσταντοπούλου, Α., Περτέση, Ε. (2005). Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στο Ψυχιατρικό Ιατρείο Εφημερίας Γενικού Νοσοκομείου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 89, 146-148.
- Κωτσίδας, Φ. (1994). Γενική Θεωρία Συστημάτων: Η Επίδρασή της στη Θεραπεία Οικογένειας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 67-71.
- Κωτσίδας, Φ. (1994α). Μεταίχμιακή προσωπικότητα: Οικογενειακό περιβάλλον και Θεραπεία Οικογένειας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 72-82.
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση*: Το «παράδειγμα» του 18 ΑΝΩ. Αθήνα, Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (1994). Ο τοξικομανής στον ρόλο του εξιλαστήριου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 45, 83-93.
- Μάτσα, Κ. (2008α). Η οικογένεια στη δίνη της παγκοσμιοποίησης – Μορφές εμφάνισης της κρίσης της: Η οικογένεια του τοξικομανή. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102, 137-145.
- Μητσάκη, Ε., Παπαγεωργίου Α., Σιώпка Ε., Τζιάλλας Β. (2006). Η οικογένεια και η συμβολή των επαγγελματιών στη συνηγορία για την ψυχική υγεία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 95, 57-62.
- Μισουρίδου, Ε. (2008α). Εξαρτήσεις και οικογένεια. *Κοινωνική Εργασία*, 92, 135-154.
- Μισουρίδου, Ε. (2008β). Ο ρόλος του θεραπευτή στην απεξάρτηση από το αλκοόλ. Στο Γ. Ποταμιάνος και Φ. Αναγνωστόπουλος (επιμ.) *Κλινική ψυχολογία στην πράξη: Όψεις της ελληνικής πραγματικότητας*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 87-125.
- Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.
- Μισουρίδου, Ε. (2010). Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 109, 109-117.
- Μισουρίδου, Ε. (2010α). Το θεραπευτικό τρίγωνο στη θεραπεία απεξάρτησης: Γιατί οι θεραπευτές αγνοούν ή δυσκολεύονται να εντάξουν το αίτημα της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 112, 87-97.
- Μπαλατσός, Α. (1991). Συστημική προσέγγιση και θεραπεία στις εξαρτήσεις. *Ψυχιατρικά Τετράδια*, 31(6-9), 93-106.
- Πομίνι, Β., (2004). Οικογένεια και χρήση ουσιών: μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις, στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.), *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*, Αθήνα, ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης), 143-154.
- Ράπτης, Η. (2004). Επικοινωνία γονέων και σχολείου. Στο Α. Τριλιανός και Ι. Καράμηνas (επιμ.) *Συμβουλευτική Γονέων*. Εργαστήριο Πειραματικής Παιδαγωγικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Αθήνα.
- Σακκάς, Δ. *Αξιοποιώντας τον ελληνικό μύθο ως μεταφορά στα βιωματικά εκπαιδευτικά προγράμματα*. <http://www.ekpse.gr/oldsite/b56.html>. Προσπελάστηκε στις 27/08/15.
- Φωστέρη, Μ., (2004). Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας, στο Λιάππας Ι.Α. και Πομίνι Β. (εκδ.), *Ουσιοεξάρτηση-Σύγχρονα θέματα*,

Αθήνα, ITACA (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης), 199-208.

Χαραλαμπίκη, Κ (2008). Το θεραπευτικό τρίγωνο. Στο Β. Τομαράς, Χ. Καραμανωλάκη, Ι Ζέρβας (επιμ.) *Θεραπεία Ζεύγους: Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορική και τη συστημική οπτική*. Καστανιώτης, 2008, 255-285.

Εργασίες οι οποίες αξιοποιήθηκαν στο πλαίσιο συγγραφής του συγκεκριμένου κεφαλαίου:

Missouridou E., Stefanou E, Segredou E. (2021). Triangles and family engagement in drug and alcohol addiction treatment. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1337.

Μισουρίδου Ε. (2010). Το θεραπευτικό τρίγωνο στη θεραπεία απεξάρτησης: Γιατί οι θεραπευτές αγνοούν ή δυσκολεύονται να εντάξουν το αίτημα της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 112, 87-97.



Εικόνα 9.13 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Κεφάλαιο 10

Διαδικτυακές προσεγγίσεις των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας

Σύνοψη

- Οι διαδικτυακές παρεμβάσεις που καθοδηγούνται από θεραπευτές είναι πλέον μια καθιερωμένη εναλλακτική λύση για τη θεραπεία της εξάρτησης. Οι θεραπείες οι οποίες βασίζονται στο Διαδίκτυο έχουν, επίσης, το πλεονέκτημα της υψηλής διαθεσιμότητας με τη δυνατότητα να προσελκύσουν συμμετέχοντες που διαφορετικά δεν θα συμμετείχαν στη θεραπεία λόγω πρακτικών δυσκολιών ή χρονικών περιορισμών. Δύο παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι : α) η παρέμβαση Ενίσχυσης από την Κοινότητα και Εκπαίδευση της Οικογένειας (Community Reinforcement and Family training, CRAFT) και β) το μοντέλο 5 βημάτων (5 Step Method).
- Η παρέμβαση CRAFT είναι ένα πρόγραμμα υποστήριξης το οποίο αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ για τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας που αγωνίζονται ανεπιτυχώς να παρακινήσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών/αλκοόλ και να αναζητήσουν θεραπεία, με διπλό σκοπό: τη βελτίωση της λειτουργικότητας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και τη συμμετοχή των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στη θεραπεία. Η παρέμβαση αυτή προωθεί την ενεργή, θετική συμμετοχή των οικογενειών στην προσπάθεια προσέλκυσης των αγαπημένων τους προσώπων σε θεραπεία, ενώ αξιοποιεί τις προσπάθειες των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας να βοηθήσουν, αναπτύσσοντας ρόλους ως ενεργοί συνεργάτες οι οποίοι υποστηρίζουν τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης.
- Σε αντίθεση με άλλα μοντέλα τα οποία χρησιμοποιούνται συνήθως στον τομέα των εξαρτήσεων, η μέθοδος 5 βημάτων δεν βλέπει το μέλος της οικογένειας ως αιτία ή σημαντικό συντελεστή στην ανάπτυξη του προβλήματος της εξάρτησης αλλά ως απλό άνθρωπο που προσπαθεί να ανταποκριθεί σε πολύ αγχωτικές εμπειρίες και περιλαμβάνει: α) Γνωριμία με τα μέλη της οικογένειας και το πρόβλημα, β) Παροχή σχετικών πληροφοριών, γ) Διερεύνηση του τρόπου ανταπόκρισης/αντιμετώπισης της εξάρτησης από τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας, δ) Διερεύνηση και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης και ε) Παραπομπή για περαιτέρω υποστήριξη.

Προσπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.



Εικόνα 10.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Εισαγωγή

Οι διαδικτυακές παρεμβάσεις αποτελούν τεκμηριωμένες σύντομες παρεμβάσεις για τα επιβαρυνόμενα μέλη της οικογένειας, οι οποίες βοηθούν στην ένταξη του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης σε θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά και στη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των μελών της οικογένειας. Επιπλέον, συμβάλουν αποτελεσματικά στην ανάπτυξη θεραπευτικών υπηρεσιών για οικογένειες, των οποίων το προσφιλές μέλος αρνείται να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα, φροντίζοντας και δίνοντας «φωνή» σε μια ομάδα που έχει διαχρονικά παραμένει χωρίς φροντίδα. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται δύο παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε άλλες χώρες της Ευρώπης και αξιολογηθεί με μελέτες ελεγχόμενης δοκιμασίας για την αποδοχή και καταλληλότητά τους στο πολιτισμικό πλαίσιο Ευρωπαϊκών χωρών: α) η παρέμβαση Ενίσχυσης από την Κοινότητα και Εκπαίδευση της Οικογένειας (Community Reinforcement and Family training, CRAFT) και β) το μοντέλο 5 βημάτων (5 Step Method). Επίσης, προτείνονται χαμηλού κόστους, καθοδηγούμενες από επαγγελματίες διαδικτυακές παρεμβάσεις στη λειτουργία ελληνικών κέντρων θεραπείας απεξάρτησης και πρόληψης.

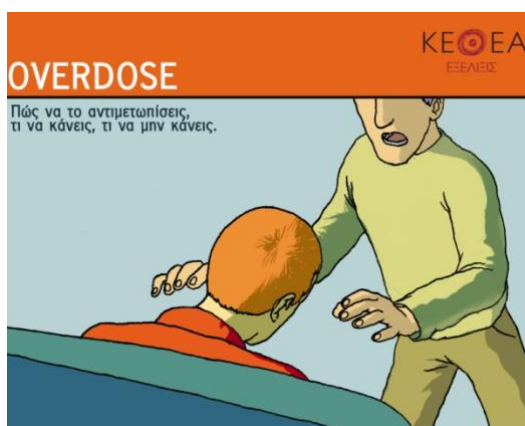
10.1. Διαδικτυακές παρεμβάσεις

Οι διαδικτυακές παρεμβάσεις οι οποίες καθοδηγούνται από θεραπευτές είναι πλέον μια καθιερωμένη εναλλακτική λύση για τη θεραπεία ενός ευρέος φάσματος ψυχιατρικών και σωματικών διαταραχών (Andersson, 2016). Οι θεραπείες που βασίζονται στο Διαδίκτυο έχουν, επίσης, το πλεονέκτημα της υψηλής διαθεσιμότητας με τη δυνατότητα να προσελκύσουν συμμετέχοντες οι οποίοι διαφορετικά δεν θα συμμετείχαν στη θεραπεία, λόγω πρακτικών ανησυχιών ή χρονικών περιορισμών (Carlbring et al., 2018). Στον τομέα του εθισμού, οι διαδικασίες που βασίζονται στο Διαδίκτυο έχουν δείξει αντίστοιχη αποτελεσματικότητα ως θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο (Sinadinovic et al., 2014; Wallace et al., 2011). Πρόσφατα, πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία μια μελέτη ελεγχόμενης δοκιμασίας (RCT) σχετικά με τη διαδικτυακή θεραπεία ζευγαριού η οποία καθοδηγείται από θεραπευτές, εμπνευσμένη από την προσέγγιση Craft για επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας με συζύγους/συντρόφους που αντιμετωπίζουν προβλήματα με το τζόγο (CRAFT έναντι θεραπείας ως συνήθως) (Nilsson, Magnusson, Carlbring, Andersson, & Hellner, 2019; Magnusson, Nilsson, Andersson, Hellner, & Carlbring, 2019). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια διαδικτυακή παρέμβαση υποστήριξης, η οποία βασίζεται στη Θεραπεία Συμπεριφοράς Ζεύγους, είναι επωφελής για τα ίδια τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας, αλλά ο αντίκτυπος στο άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα με το τζόγο είναι πιθανό να είναι μικρότερος και μπορεί να μην έχει κλινική σημασία. Παρόλα αυτά, η υποστήριξη και η καθοδήγηση από τους συμβούλους προσφέρθηκε μόνο μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και μέσω τηλεφώνου (15 λεπτά την εβδομάδα), χωρίς να παρέχονται τρόποι επικοινωνίας οι οποίοι να προσομοιάζουν στις ευεργετικές αλληλεπιδράσεις πρόσωπο με πρόσωπο, π.χ. βιντεοκλήσεις. Εναλλακτικά, μια εισαγωγική συνεδρία μεταξύ ενός θεραπευτή και ενός επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας θα μπορούσε να προσφέρει ένα λιγότερο «ψυχρό» και «απρόσωπο» πλαίσιο για μια διαδικτυακή παρέμβαση. Οι Copello et al. (2009) διαπίστωσαν ότι μια παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε με επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας από έναν επαγγελματία υγείας σε μία μόνο συνεδρία σε μορφή βιβλίου αυτοβοήθειας ήταν αποδεκτή μορφή παρέμβασης και μάλιστα εξίσου αποτελεσματική με την παρέμβαση πρόσωπο με πρόσωπο η οποία περιλαμβάνει έως και πέντε συνεδρίες διαζώσης.

Η παρέμβαση CRAFT είναι ένα πρόγραμμα υποστήριξης που αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ για τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας τα οποία αγωνίζονται ανεπιτυχώς να παρακινήσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών/αλκοόλ και να αναζητήσουν θεραπεία, με διπλό σκοπό: τη βελτίωση της λειτουργικότητας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και τη συμμετοχή των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στη θεραπεία. Η παρέμβαση αυτή προωθεί την ενεργή, θετική συμμετοχή των οικογενειών στην προσπάθεια προσέλκυσης των αγαπημένων τους προσώπων σε θεραπεία, ενώ αξιοποιεί τις προσπάθειες των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας να βοηθήσουν, αναπτύσσοντας ρόλους ως ενεργοί συνεργάτες οι οποίοι υποστηρίζουν τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης. Η βασική υπόθεση της παρέμβασης CRAFT είναι ότι τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας έχουν ήδη λεπτομερή γνώση της συμπεριφοράς των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης και ότι είναι σε ισχυρή θέση να επηρεάσουν τη συμπεριφορά τους λόγω της ανησυχίας τους και της προσωπικής κινητοποίησής τους. Η πλήρης παρέμβαση CRAFT αποτελείται από 12-14 συνεδρίες (Sisson & Azrin, 1986). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα τεσσάρων-έξι συνεδριών είναι πλέον αποδεδειγμένη από διάφορες μελέτες (Kirby et al., 2017; Roozen et al., 2010). Μια μελέτη στη Γερμανία

συνέκρινε την άμεση παρέμβαση CRAFT με τη λίστα αναμονής και βρήκε ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής για τα άτομα που έλαβαν άμεση παρέμβαση (Bischof et al., 2016).

Οι Eek et al. (2020) διεξήγαγαν μελέτη ελεγχόμενης δοκιμασίας (RCT) που συγκρίνει μια διαδικτυακή παρέμβαση CRAFT (iCRAFT) πέντε εβδομάδων με μια ομάδα κατάστασης αναμονής (Waiting List, WL), αλλά η μελέτη τους δεν μπόρεσε να καταδείξει ουσιαστικές αλλαγές στο διαδικτυακό πρόγραμμα CRAFT, όσον αφορά την αναζήτηση θεραπείας από τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης ή την ψυχική υγεία των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας. Βρήκαν μια ευεργετική επίδραση του iCRAFT στην ψυχική υγεία των επιβαρυνμένων μελών οικογενειών (οι συμμετέχοντες στο iCRAFT έδειξαν μειωμένες βαθμολογίες για την κατάθλιψη, ενώ τα αποτελέσματα για το άγχος και τη συναισθηματική αποφυγή ήταν λιγότερο σαφή) και επιβεβαίωσαν τα ευρήματα των Bischof et al. (2016). Είναι ενδιαφέρον ότι οι συμμετέχοντες στο iCRAFT ανέφεραν αυξημένη ποιότητα ζωής και ικανοποίηση από τη σχέση με το CRAFT. Συνολικά, τα αποτελέσματά τους υποδηλώνουν ότι το πρόγραμμα iCRAFT ήταν αρχικά επωφελές όσον αφορά την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων, αλλά οι βελτιώσεις δεν κατάφεραν να διατηρηθούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά, η παρέμβαση δεν πραγματοποιήθηκε δια ζώσης ή τηλεφωνικά. Στο συμπέρασμά τους, οι Eek et al. (2020) τονίζουν ότι η μελλοντική έρευνα για προγράμματα iCRAFT θα πρέπει να διερευνήσει τρόπους έρευνας που προσομοιάζουν με παρεμβάσεις CRAFT πρόσωπο με πρόσωπο, π.χ. βιντεοκλήσεις με θεραπευτή. Συνολικά, το CRAFT εξετάστηκε και αποδείχθηκε αποτελεσματικό στις ΗΠΑ, τη Γερμανία και τη Σουηδία.



Εικόνα 10.2 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.2. Η Παρέμβαση Ενίσχυσης της Κοινότητας και Εκπαίδευσης Οικογένειας (CRAFT- Community Re-inforcement and Family Training)

Η παρέμβαση Ενίσχυσης της Κοινότητας και Εκπαίδευσης Οικογένειας (CRAFT) είναι μια τεκμηριωμένη παρέμβαση για επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας και βοηθά στη βελτίωση τόσο της ποιότητας ζωής τους καθώς και στη θεραπεία των αγαπημένων τους προσώπων. Περιλαμβάνει:

1. Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας: επεξεργασία και διαχείριση συναισθημάτων, αναγνώριση των σημείων ενδοοικογενειακής βίας, ιδίως όταν εισάγονται νέες τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί σκόπιμα για να βιώνονται ως αρνητικές από το άτομο με προβλήματα εξάρτησης, ανάπτυξη σχεδίου ασφαλείας, ενίσχυση του Δικτύου Υποστήριξης των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.
2. Δεξιότητες θετικής επικοινωνίας: Οκτώ χρήσιμων δεξιοτήτων επικοινωνίας και στρατηγικών για τη βελτίωση της πιθανότητας θετικής ανταπόκρισης, όταν ζητείται από το μέλος με προβλήματα εξάρτησης να αναζητήσει θεραπεία.
3. Διερεύνηση της βλάβης και του όφελους που επιφέρει η χρήση: Καταστάσεις υψηλού κινδύνου για χρήση. Διερεύνηση/Λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς εξάρτησης για να σκιαγραφηθούν οι παράγοντες που την προκαλούν.
4. Θετική ενίσχυση της αποχής και εξάσκηση στη διαμόρφωση ενός σχεδίου για την ενίσχυση συμπεριφορών που δεν σχετίζονται με τον εθισμό.

5. Ανάπτυξη σχεδίου σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των υποτροπών σε προηγούμενες εθιστικές συμπεριφορές. Αποφυγή παρέμβασης στις αρνητικές συνέπειες του εθισμού και την απομάκρυνση προγραμματισμένων ενισχυτών συμπεριφορών εξάρτησης σε καταστάσεις, όπου μέλος με προβλήματα εξάρτησης υποτροπιάζει.

10.2.1. Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας – Επεξεργασία και διαχείριση συναισθημάτων

Όταν ένα μέλος της οικογένειας χρησιμοποιεί ουσίες ή συμμετέχει σε άλλες επικίνδυνες συμπεριφορές, τα υπόλοιπα μέλη μπορεί να αισθάνονται φόβο, θυμό, προδοσία, ντροπή, σύγχυση, ενοχή και πολλά άλλα επώδυνα συναισθήματα. Είναι, λοιπόν, σημαντικό να επεξεργαστούν αυτά τα συναισθήματα και να τα διαχειριστούν, ώστε να μην τα εκτονώσουν στη σχέση τους με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης.

Η αναγνώριση των συναισθημάτων τη στιγμή που συμβαίνουν βοηθάει στην εκτόνωσή τους. Η αυτεπίγνωση μπορεί, επίσης, να συμβάλει ώστε να μην εκφραστούν αρνητικά συναισθήματα με τη μορφή συγκρουσιακών ή εχθρικών συμπεριφορών, οι οποίες απομακρύνουν το μέλος της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης από τον επιθυμητό τελικό στόχο της αλλαγής. Επιπλέον, η επίγνωση των συναισθημάτων δίνει επιλογές και συμβάλλει στην υιοθέτηση νέων προοπτικών. Για παράδειγμα, όταν ο θυμός είναι έντονος, είναι σημαντικό τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας να πάρουν απόσταση, ώστε να ολοκληρώσουν μια συζήτηση με ψυχραιμία αργότερα. Σε περίπτωση έντονου άγχους ή πανικού είναι σημαντικό να ζητήσουν υποστήριξη από άλλο αγαπημένο πρόσωπο ή φίλο. Συχνά, αφήνοντας τα αρνητικά συναισθήματα απλά να περάσουν, τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας μπορούν να έχουν πιο γρήγορη πρόσβαση σε θετικά συναισθήματα, τα οποία είναι τόσο αναγκαία, ώστε να κινητοποιήσουν το μέλος της οικογένειας να αλλάξει. Στην παρέμβαση CRAFT τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας προτρέπονται στη μνήμη της αγάπης για το άτομο με προβλήματα εξάρτησης ως το βασικό κίνητρο οποιασδήποτε προσπάθειας για αλλαγή.

Απαραίτητη προϋπόθεση οποιασδήποτε αλλαγής αποτελεί το να ηρεμήσει το σύστημα και να αποκλιμακωθεί ο κύκλος χρήσης-συγκρούσεων. Συμπεριφορές οι οποίες οδηγούν σε άσκοπες συγκρούσεις ή αποξένωση (γκρίνια, απειλές, σαρκαστικά ή επιτιμητικά σχόλια) αποφεύγονται, ενώ συμπεριφορές που συσφίγγουν τις οικογενειακές σχέσεις ενισχύονται. Στόχος είναι να μειωθεί η αποξένωση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ή στο ζευγάρι. Αν υπάρχουν έντονα άλματα προβλήματος, ζητείται από τα μέλη της οικογένειας να τα αφήσουν στην άκρη, μέχρι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της εξάρτησης. Είναι πολύ σημαντικό να καταλαγιάσει ο θυμός και να αρχίσουν τα μέλη να συνειδητοποιούν και να καταλαβαίνουν το πρόβλημα. Οι συγκρούσεις υπό την επήρεια έντονων συναισθημάτων υπονομεύουν την προσπάθεια κινητοποίησης για αλλαγή με πολλούς τρόπους:

1. τελικά τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας αισθάνονται χειρότερα (αίσθημα απώλειας ελέγχου, ενοχές).
2. αποσπούν την προσοχή από την τροποποίηση της συμπεριφοράς εξάρτησης στη συμπεριφορά του επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας (π.χ. «ο πατέρας μου είναι αυταρχικός», «ο άντρας μου προσπαθεί να με ελέγξει», «η γυναίκα μου είναι υστερική και αντιδρά πάντα υπερβολικά»).
3. το άτομο με προβλήματα εξάρτησης στρέφεται για να αντιμετωπίσει τα αρνητικά συναισθήματα, που προκαλεί η κατάσταση, περισσότερο σε συμπεριφορές εξάρτησης (η σύγκρουση τελικά αποτελεί αφορμή για να κατηγορηθεί το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας αλλά και ως αφορμή για υποτροπή).
4. η αντιπαράθεση οδηγεί σε αντίσταση και τα κίνητρα του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης για αλλαγή μειώνονται.
5. καθώς η σχέση επιδεινώνεται λόγω σύγκρουσης ή αποστασιοποίησης, το ίδιο συμβαίνει και με τη θετική επιρροή του επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης.

Εναλλακτικά, τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας καλούνται να βρουν νέους τρόπους για να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματα, ώστε να είναι ήρεμοι και μη συγκρουσιακοί. Η ενασχόληση με τον «σημαντικό άλλο», που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης με αυτόν τον τρόπο, δεν σημαίνει ότι το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας αποδέχεται παθητικά την επικίνδυνη συμπεριφορά αλλά ότι ο αγαπημένος τους θα είναι πιο πιθανό να ακούσει τη γνώμη τους για τη συμπεριφορά εξάρτησης και, το πιο σημαντικό, να κινητοποιηθεί προς πιο υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Όταν τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας συνδέονται με πιο ήρεμο τρόπο, δίνουν,

επίσης, στον αγαπημένο τους τη δυνατότητα να καταλάβει ότι νοιάζονται και πως είναι έτοιμοι να παραμείνουν συνοδοιπόροι στην πορεία αλλαγής. Ενδεικτικοί τρόποι διαχείρισης αρνητικών συναισθημάτων είναι οι εξής:

- Φροντίδα εαυτού, διατήρηση αντοχής: αρκετός ύπνος, ισορροπημένη διατροφή, άσκηση, διάθεση χρόνου για τον εαυτό τους, δραστηριότητες τις οποίες απολαμβάνουν, χρόνος με ανθρώπους που τους κάνουν να γελούν και να νιώθουν ότι τους αγαπούν κ.λπ.
- Πρόβλεψη αρνητικών συναισθημάτων. Τι πυροδοτεί τον θυμό, τις φωνές και άλλες αντιπαραγωγικές συμπεριφορές. Δημιουργία λίστας συμπεριφορών οι οποίες πυροδοτούν συγκρούσεις και εναλλακτικοί τρόποι απόκρισης.
- Αναστοχασμός συναισθημάτων και του τρόπου που αυτά συνδέονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές: «Αισθάνομαι πραγματικά θυμωμένη και απίστευτα απογοητευμένη, όταν τον βλέπω να παραπατάει λόγω της χρήσης». Ο αναστοχασμός μπορεί να παρέχει μια μικρή απόσταση από τη συναισθηματική αντίδραση, αποφεύγοντας να πάρουν τη συμπεριφορά
- Διάλειμμα, χρόνος για «λίγο καθαρό αέρα» ή για ένα «τάιμ άουτ». Με αυτόν τον τρόπο τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας δίνουν στον εαυτό τους την άδεια να αποφύγουν τις πιο δύσκολες καταστάσεις, ενώ προσπαθούν να βελτιώσουν την ατμόσφαιρα στην οικογένεια.
- Προσπάθεια ενθύμησης ότι η συμπεριφορά η οποία απογοητεύει το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας πιθανότατα δεν έχει σχεδιαστεί για να πληγώσει ή να «τρελάνει», όσο και αν το επιβαρυνόμενο μέλος της οικογένειας νιώθει έτσι. Μπορεί εύλογα να εύχεται να σκεφτόταν περισσότερα για τα συναισθήματα του μέλους της οικογένειας, προτού ενεργήσει με αυτόν τον τρόπο, αλλά πιθανότατα δεν μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά και η σκέψη ότι αυτή η συμπεριφορά δεν είναι προσωπικά σχεδιασμένη για να βλάψει κάποιον άλλον, μπορεί να βοηθήσει να ξεπεραστεί η δύσκολη στιγμή.
- Οριοθέτηση. Εάν, μετά από προβληματισμό, επιλέξουν να μην ανεχθούν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (όπως φωνές ή βρισιές, φωνές ή σωματική επιθετικότητα), σχεδιάζουν τις συνέπειες και τις εξηγούν εκ των προτέρων σε μια ήρεμη στιγμή. Τα όρια ενός ατόμου τού επιτρέπουν να διαχωρίζει τον εαυτό του από τους άλλους, καθώς και τις σκέψεις και τα συναισθήματά του από τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων. Επίσης, βοηθούν το άτομο να διαφυλάττει την ακεραιότητά του, να παίρνει την ευθύνη του εαυτού του και να έχει τον έλεγχο της ζωής του, προστατεύοντάς το από την παραβίαση, την εκμετάλλευση και την κακοποίηση των άλλων. Τα μη υγιή όρια προκαλούν συναισθηματικό πόνο, ο οποίος συχνά οδηγεί σε άγχος, εξάρτηση, κατάθλιψη ή σοβαρή ψυχοσωματική ασθένεια. Το άτομο δεν γνωρίζει πώς να διαχωρίσει τα συναισθήματά του από αυτά του σημαντικού άλλου και επιτρέπει στη διάθεση του άλλου ατόμου να υπαγορεύει τη συναισθηματική του κατάσταση (θυσιάζει τις επιλογές και τους στόχους του προκειμένου να ευχαριστήσει τους άλλους, δεν παίρνει την ευθύνη του εαυτού του και κατηγορεί τους άλλους για τα προβλήματά του/της κ.λπ.), επειδή κατά βάθος φοβάται την εγκατάλειψη, την αντιπαράθεση ή δεν γνωρίζει πώς να ξεπεράσει την ενοχή και να θέσει υγιή όρια. Τα υγιή όρια είναι δυνατά και εύκαμπτα, ενώ τα μη υγιή όρια είναι πολύ άκαμπτα ή πολύ χαλαρά ή ανύπαρκτα και αυτό οφείλεται σε απώλειες και τραύματα στην ατομική ή οικογενειακή του/της ιστορία ζωής. Κατά την ανάπτυξη ενός ατόμου, οι γονείς καλούνται να επιτρέψουν στα παιδιά από μικρή ηλικία να γνωρίσουν τις συνέπειες των ενεργειών τους υπό τον όρο, βέβαια, ότι αυτές θα είναι οι κατάλληλες για την ηλικία τους (Cloud and Townsend, 2005).
- Διαρκής υπενθύμιση του κεντρικού στόχου:

«Προσπαθώ να κινητοποιήσω τον αγαπημένο/η μου να αλλάξει τις συμπεριφορές εξάρτησης για λόγους που τον/την ενδιαφέρουν. Παραμένοντας συνδεδεμένος/η με τον/την αγαπημένο/νη μου μπορώ να τον/τη βοηθήσω να βρει αυτούς τους λόγους».

Συχνά τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας αναρωτιούνται αν κάποιος μπορεί πραγματικά να καταλάβει τα βιώματά τους. Η αλήθεια είναι ότι η πορεία τους είναι μοναδική. Κάποια από τα περιστατικά τα οποία συμβαίνουν θα μπορούσαν να συμβούν μόνο στην οικογένειά τους. Ωστόσο, εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο «έχουν περπατήσει» σε παρόμοιους δρόμους, έχουν ζήσει ιστορίες, συνειδητοποιήσεις, εμπειρίες, ραγίσματα και επιτυχίες που μοιάζουν, ακούγονται και αισθάνονται πολύ σαν αυτό το οποίο περνούν οι ίδιοι.

Επιπλέον, τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας μπορεί να έχουν πολλά δικά τους προβλήματα από τη χρόνια έκθεση στο άγχος και την οργάνωση της ζωής της οικογένειας γύρω από το πρόβλημα. Ακόμη και όταν έχουν φύγει οι ουσίες από τη μέση, οι σχέσεις έχουν επηρεαστεί βαθιά. Συχνά τα μέλη της οικογένειας εμπλέκονται

σε τέτοιο βαθμό μέσα στο πρόβλημα, ώστε η αυτοαξία τους να συνδέεται με την εξάρτηση και την αποχή από τη συμπεριφορά εξάρτησης. Επιπλέον, κάποιες φορές το άτομο με προβλήματα εξάρτησης βιώνει ολοένα και μεγαλύτερη δυσφορία, κατάθλιψη, κενό, μίσος για τον εαυτό του και αυτοκαταστροφικά συναισθήματα. Πολύ συχνά στη δίνη βαθιάς κατάθλιψης, απόγνωσης, βίαιων ξεσπασμάτων οργής και απόγνωσης προβάλλει τέτοια συναισθήματα στους σημαντικούς άλλους που δυσανασχετούν για τη συμπεριφορά του. Αυτό μπορεί να τους κάνει να νιώθουν ότι οι ίδιοι είναι η αιτία του προβλήματος, να νιώθουν ολοένα πιο ένοχοι και ανεπαρκείς και να αμφιβάλλουν για το αν αξίζουν σαν γονείς, σαν σύντροφοι και σαν άνθρωποι γενικότερα. Στην ουσία, μπαίνουν σε έναν φαύλο κύκλο αυτοαναιρέσης ο οποίος γεννά κατάθλιψη, θυμό, οργή, απελπισία σε διαφορετικά στάδια της πορείας του προβλήματος. Απαραίτητη, λοιπόν, προϋπόθεση αποτελεί το να μπορέσουν οι σύζυγοι, τα παιδιά, οι γονείς, οι «σημαντικοί άλλοι» να θρηνησουν, να θυμώσουν, να κλάψουν και να παρηγορηθούν από άλλους. Απαιτείται ένα ασφαλές και δεκτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα επιτραπεί στις οικογένειες να εξερευνήσουν τα συναισθήματά τους, να ακουστούν και να αναγνωριστεί η πηγή του πόνου τους. Επιπλέον, η εμπειρία τους πρέπει να αναγνωριστεί και να γίνει αποδεκτή από το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Η ένταξη σε ομάδες αυτοβοήθειας βοηθάει να σπάσει η απομόνωση και να χτιστεί φιλία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στις οικογένειες οι οποίες έχουν ανάγκη «να καταλάβουν» την εμπειρία τους και να την ανακατασκευάσουν σε ένα πλαίσιο που τα μέλη τους να νιώθουν αποδεκτά. Μέσα στην ομάδα μοιράζονται την εμπειρία τους, τις ικανότητές τους και την ελπίδα τους για αλλαγή, αναπτύσσοντας ικανότητες και συμπεριφορές και μαθαίνοντας αποτελεσματικούς τρόπους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους (Flores, 1997). Επίσης, σε περίπτωση υποτροπής μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αποχής, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να ενεργήσουν με ψυχραιμία, ενθαρρύνοντας το άτομο να μιλήσει γι' αυτήν στο θεραπευτικό πλαίσιο, αν είναι ενταγμένος. Όταν η υποτροπή αντιμετωπίζεται ως ολίσθημα στη διαδικασία της αλλαγής, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες και αποτελεί αφορμή για μια πιο ουσιαστική προσπάθεια απεξάρτησης.

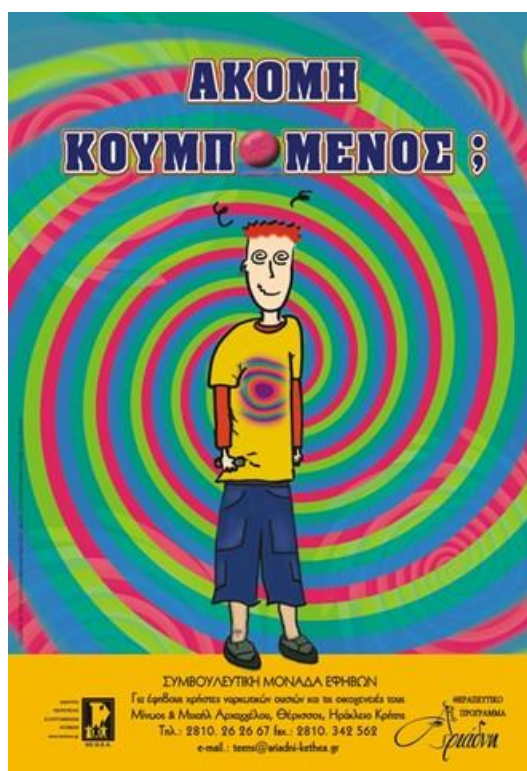


Εικόνα 10.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.2.1.1 Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας – Ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης

Το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης για τα μέλη της οικογένειας έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν και στο άγχος που αντιμετωπίζουν. Διερευνώντας την υποστήριξη, η οποία είναι διαθέσιμη σε ένα μέλος της οικογένειας, μπορεί να το βοηθήσει να σκεφτεί πώς μπορεί να δημιουργήσει ένα ισχυρότερο σύστημα υποστήριξης για τον εαυτό του ή/και να βελτιώσει την από κοινού επίλυση προβλημάτων στην οικογένεια. Ο επαγγελματίας καλείται να καταλάβει ποιες πηγές βοηθητικής και μη βοηθητικής υποστήριξης είναι διαθέσιμες, ποιες από αυτές χρησιμοποιούνται ήδη και ποιες παραμένουν ως πιθανή πηγή μελλοντικής βοήθειας. Συχνά, άτομα στο δίκτυο σχέσεων των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας λένε πράγματα που αισθάνονται ότι θα εκληφθούν ως υποστηρικτικά, τα οποία, όμως, θεωρούνται από το μέλος της οικογένειας ως εξαιρετικά μη υποστηρικτικά. Άλλες φορές, οι σχέσεις μπορεί να έχουν γίνει τεταμένες και απόμακρες. Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι που λένε «αν ήμουν στη θέση σου» ή «στη θέση σου θα έκανα... ή θα έλεγα...» εκλαμβάνονται ως μη βοηθητικοί ή μη υποστηρικτικοί. Συχνά τα επιβαρυνμένα μελη οικογένειας αναφέρουν αρνητικές εμπειρίες από τους τρόπους βοήθειας άλλων ή αισθάνονται πολύ ένοχοι και ντρέπονται να ζητήσουν βοήθεια. Επίσης, η υποστήριξη δεν παρέχεται μόνο από φίλους και συγγενείς. Υποστήριξη αποτελεί η συμμετοχή σε δραστηριότητες (π.χ. γυμναστήριο) ή η αναζήτηση βοήθειας από οργανισμό (μια ομάδα αυτοβοήθειας, για παράδειγμα, η βοήθεια κοινωνικής λειτουργού για κάποιο επίδομα ή για νομικά θέματα ή οργανισμός υποστήριξης οικογένειας).

Σε γενικές γραμμές, οι πηγές θετικής υποστήριξης περιλαμβάνουν εκείνα τα άτομα που έχουν τη διάθεση να ακούσουν και να καταλάβουν. Άτομα τα οποία έχουν αρνητικές στάσεις απέναντι στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης ή έρχονται σε αντιπαράθεση μαζί του θεωρούνται ως μη υποστηρικτικά. Συνολικά, ως στηρικτικά εκλαμβάνονται τα άτομα τα οποία στηρίζουν τόσο τα επιβαρυνμένα μελη οικογένειας όσο και το μέλος της οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης. Μια σημαντική πτυχή της διερεύνησης των πηγών υποστήριξης με ένα μέλος της οικογένειας είναι πώς οι άνθρωποι μπορούν να είναι τόσο υποστηρικτικοί όσο και μη υποστηρικτικοί.



Εικόνα 10.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.2.1.2. Στρατηγικές για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας – Αναγνώριση σημείων ενδοοικογενειακής βίας

Η ενδοοικογενειακή βία ή η βία μεταξύ συντρόφων περιλαμβάνει καταχρηστική, βίαιη και εκφοβιστική συμπεριφορά σε μια σχέση μεταξύ συντρόφων, φροντιστών ή μελών της οικογένειας (World Health Organization, 2021). Είναι μια μαθημένη συμπεριφορά, η οποία επιδεινώνεται από ψυχικά προβλήματα, θυμό ή/και κατάχρηση ουσιών (Bradbury-Jones & Isham 2020; Kofman & Garfin 2020). Η κακοποίηση δεν είναι μόνο σωματική βία, καθώς οποιαδήποτε συμπεριφορά για την απόκτηση εξουσίας ή ελέγχου από ένα οικείο μέλος της οικογένειας ή του/της συζύγου μπορεί επίσης να θεωρηθεί κακοποίηση. Μια τέτοια συμπεριφορά θα μπορούσε να έχει τη μορφή λεκτικής κακοποίησης: για παράδειγμα, προσβλητικές εκφράσεις συντρόφου ή ίσως επίθεση στην εικόνα του σώματος, την προσωπικότητα ή την ευφυΐα ενός ατόμου. Η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει την καταστροφή περιουσίας, την κακοποίηση κατοικίδιων ζώων μπροστά στα μέλη της οικογένειας, την απειλή κακοποίησης ή τον ισχυρισμό ότι κανείς δεν θα τον/την πίστευε. Η συναισθηματική κακοποίηση θα μπορούσε να περιλαμβάνει την κατηγορία για προβλήματα στη σχέση, χρόνια σιωπηλή μεταχείριση, συναισθηματικό εκβιασμό και σύγκριση με άλλα άτομα με αποτέλεσμα την υπονόμευση της αυτοεκτίμησης του ατόμου.

Η σχέση μεταξύ εθισμού και βίας έχει περιγραφεί ως «αιτία και συνέπεια», με μια σύνδεση που εκτείνεται σε πολλά επίπεδα. Η βία μεταξύ συντρόφων σε μια σχέση έχει συνδεθεί με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών – ειδικά (αλλά σε καμία περίπτωση δεν περιορίζεται σε) στο αλκοόλ και στην κοκαΐνη. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται σε άτομα επιρρεπή στη διαχείριση συναισθημάτων θυμού μέσω ψυχοδραστικών ουσιών («θάβουν» ή «μουδιάζουν» τα συναισθήματα μέσω της χρήσης σε σημείο λήθαργου). Η εξάρτηση επηρεάζει τις σχέσεις του ατόμου, προκαλώντας οικονομικά βάρη, απώλεια εργασίας, προβλήματα ψυχικής υγείας και ιατρικές παθήσεις που προκύπτουν από τη χρήση. Η κατάσταση επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο, όταν δύο άτομα με προβλήματα εξάρτησης βρίσκονται σε σχέση μεταξύ τους. Η ενδοοικογενειακή βία είναι συνηθισμένη σε τέτοιες σχέσεις. Θα μπορούσε να είναι σεξουαλική, σωματική, λεκτική - ή και τα τρία σε ορισμένες περιπτώσεις - καθιστώντας τη σωματικά και ψυχολογικά επιζήμια και για τα δύο μέρη.

Οι στατιστικές για την ενδοοικογενειακή βία σε όλο τον κόσμο είναι συγκλονιστικές (World Health Organization, 2021): Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι το 30% των γυναικών που ήταν σε κατάσταση σχέσης τη χρονική στιγμή της έρευνας ισχυρίζονται ότι έχουν υποστεί κάποιου είδους σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση, ενώ το 2018, 1,2 εκατομμύρια γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν εμπειρίες ενδοοικογενειακής κακοποίησης (φυσικά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι και οι άνδρες μπορεί να είναι θύματα τέτοιας κακοποίησης). Αυτά τα στοιχεία είναι ακόμη πιο ανησυχητικά αν σκεφτεί κανείς πως τα περισσότερα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δεν μιλούν ανοιχτά ούτε αναφέρουν κακοποίηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας εμπλέκεται αλκοόλ – το 50% των ανδρών που κατηγορούνται για τη δολοφονία των συζύγων τους ήταν μεθυσμένοι, όταν διέπραξαν το έγκλημα – και η κακοποίηση είναι πιο πιθανό να συμβεί (και να είναι πιο βίαιη), ακόμη και όταν το θύμα είναι νηφάλιο. Στατιστικά στοιχεία για την ενδοοικογενειακή βία και την κατάχρηση ουσιών είναι τα εξής:

- Μία στις τέσσερις γυναίκες θα βιώσει ενδοοικογενειακή βία στη διάρκεια της ζωής της.
- Οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν εννέα φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και 15 φορές πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.
- Η κατάχρηση αλκοόλ είναι ο κύριος παράγοντας για τη βία από τους συντρόφους.
- Το 69% των γυναικών που έλαβαν θεραπεία για κατάχρηση ουσιών κακοποιήθηκαν σεξουαλικά ως παιδιά (World Health Organization, 2021).

Η ενδοοικογενειακή βία και η κατάχρηση ουσιών έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως η:

- απώλεια ελέγχου.
- εμμονή με τον έλεγχο του θύματος.
- ανοχή στην κατάχρηση (ειδικά όταν η βία ξεσπά σε συχνότητα).
- και συνέχιση της συμπεριφοράς, παρά τη γνώση των συνεπειών.

Με την πάροδο του χρόνου, η απώλεια ελέγχου τείνει να εξελίσσεται με λιγότερες προκλήσεις και αυξανόμενη σοβαρότητα της βίας. Συχνά χαρακτηρίζεται από περιόδους τύψεων, όταν ο θύτης ορκίζεται να

μην επιτεθεί ξανά στο θύμα. Η βία και ο θυμός μπορεί στη συνέχεια να μειωθούν για λίγο, αλλά, όπως στην εξάρτηση, η παρόρμηση -συνήθως- επιστρέφει και χωρίς την κατάλληλη θεραπεία, ο φαύλος κύκλος της βίας συνεχίζεται.

Τα στοιχεία μιας αρκετά ικανοποιητικής σχέσης περιλαμβάνουν απουσία σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης, επιθετικότητας και βίας, ικανοποιητικό κοινό χρόνο, όπου και τα δύο μέρη θα πρέπει να αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους, ικανότητα συμβιβασμού, κατανόησης και εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων σε περιόδους συντροφικότητας και ατομικού χρόνου. Όταν η εξάρτηση επιβαρύνει τη σχέση όλα τα παραπάνω βασικά στοιχεία παραμερίζονται. Η σχέση με άτομο με προβλήματα εξάρτησης κλυδωνίζεται, επειδή το τελευταίο απασχολείται με την απόκτηση της επόμενης δόσης και βιώνει την ευφορία της χρήσης που τον/τη βοηθά να αισθάνεται καλύτερα από οποιοδήποτε στοιχείο της σχέσης. Ουσίες, όπως το αλκοόλ, τα στεροειδή, η κοκαΐνη, και η μεθαμφεταμίνη, είναι γνωστό ότι προκαλούν βία, θυμό και ευερεθιστότητα. Επιπλέον, για αρκετά άτομα με προβλήματα εξάρτησης η ενδοοικογενειακή βία είναι η συνέχεια του κύκλου κακοποίησης που έζησαν στην πατρική τους οικογένεια, μια μαθημένη συμπεριφορά, κυρίως από γονικές φιγούρες και από το ιδιαίτερο περιβάλλον ενός ατόμου.

Η εξάρτηση μπορεί να παίζει βασικό ρόλο στη βία. Η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά εξάρτησης διαταράσσει τη φυσική λειτουργία του εγκεφάλου και τις χημικές ουσίες στον εγκέφαλο. Σε συνδυασμό με συνυπάρχουσες διαταραχές, όπως αγχώδεις διαταραχές, ψύχωση, παρανοϊκό ιδεασμό και διαταραχές ύπνου, αυτή μπορεί να οδηγήσει σε βίαιη συμπεριφορά.

Η κατάχρηση ουσιών και η ενδοοικογενειακή βία συνδέονται και συχνά συμβαίνουν ταυτόχρονα. Ανεξάρτητα από το ποιο είναι πρώτο, το καθένα επιδεινώνει το αποτέλεσμα του άλλου. Η ενδοοικογενειακή βία ενεργοποιεί την κατάχρηση ουσιών. Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να μοιράζεται μεταξύ των θυμάτων και των δραστών. Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνει τις πιθανότητες να γίνει κάποιος κακοποιητικός και η αγωνία της κακοποιητικής συμπεριφοράς μπορεί να κάνει το θύμα να στραφεί στο αλκοόλ και άλλες ουσίες για «να μουνιάσει» τον πόνο ή να αναζητήσει προσωρινά ανακούφιση από το βαρύ φορτίο της κακοποίησης.

Η υποκείμενη αιτία της ενδοοικογενειακής βίας είναι η επιθυμία τού ενός συντρόφου να ελέγξει τον άλλο. Άλλος παράγοντας που συμβάλλει στη βία είναι η ανατροφή σε οικογένεια όπου ο ένας γονέας κακοποίησε τον άλλο και η ενδοοικογενειακή βία αντιμετωπίστηκε ως φυσιολογική. Επιπλέον, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση ή προβλήματα αυτοεικόνας αισθάνονται ότι δεν μπορούν να εμπιστευτούν τον/τη σύντροφό τους και στρέφονται στη συζυγική βία ως τρόπο άσκησης ελέγχου.

Προειδοποιητικά σημάδια ενδοοικογενειακής βίας είναι τα εξής:

- Ο θύτης δεν συμπαθεί τους φίλους του θύματος ή ζηλεύει τον χρόνο που περνάει το θύμα χωρίς αυτόν/ήν, προτρέποντας σταδιακά σε διακοπή με φίλους και αγαπημένα πρόσωπα, μέχρι να είναι το μόνο άτομο στη ζωή του θύματος.
- Σχόλια που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα ή ντροπή μπροστά σε άλλους.
- Απειλή απώλειας επιμέλειας παιδιών, επειδή κάποιος είναι «κακός» γονιός.
- Απειλή κακοποίησης ή εξόντωσης κατοικίδιων ζώων.
- Έλεγχος των οικονομικών του θύματος σε σημείο που πρέπει να συμβουλευέται τον θύτη για οποιαδήποτε αγορά.
- Απαγόρευση εξωτερικών δραστηριοτήτων, όπως η εργασία ή το σχολείο.
- Απαγόρευση ελευθερίας λήψης αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τον ύπνο ή το φαγητό.
- Καταστροφή προσωπικών αντικειμένων.

Αν και μεμονωμένες περιπτώσεις μπορεί φυσικά να διαφέρουν, οι άνδρες -συνήθως- θεωρούνται το ισχυρότερο φύλο, όσον αφορά τη σωματική δύναμη, και η πλειονότητα των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας περιλαμβάνει επιθέσεις από άνδρες σε γυναίκες. Μια κακοποιημένη γυναίκα ζει σε μια συνεχή εμπόλεμη ζώνη, όπου δεν ξέρει αν οι επόμενες λέξεις που θα βγουν από το στόμα της θα προκαλέσουν μια βίαιη αντίδραση από τον σύντροφό της ή τον σύζυγό της. Οι βίαιοι άντρες, οι οποίοι κακοποιούν γυναίκες, μπορεί να προσπαθήσουν να αποδώσουν τις πράξεις τους στο αλκοόλ. Πολλές γυναίκες στρέφονται στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά για να αντιμετωπίσουν το βάρος της επανειλημμένης κατάχρησης. Σε ορισμένες περιπτώσεις,

αναγκάζονται να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών από τον σύντροφό τους. Οι κακοποιημένες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν Μετατραυματική Διαταραχή Στρες (PTSD), διαταραχή πανικού, αγχώδη διαταραχή ή/και κατάθλιψη και μπορεί να σχεδιάσουν – ή ακόμα και να διαπράξουν – απόπειρα αυτοκτονίας λόγω ενδοοικογενειακής κακοποίησης.

Οι γυναίκες, βέβαια, δεν είναι τα μόνα θύματα ενδοοικογενειακής βίας καθώς και οι άνδρες υφίστανται κακοποίηση, αλλά οι περισσότεροι δεν μιλούν ανοιχτά (Bradbury-Jones & Isham 2020; Kofman & Garfin 2020). Τα σημάδια συχνά δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν, αλλά μπορεί να είναι συναισθηματικά, σωματικά, σεξουαλικά, καθώς και απειλές κακοποίησης. Αυτό συμβαίνει και στις σχέσεις μεταξύ ομοφυλόφιλων και ετεροφυλόφιλων.

Επιπρόσθετα, η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει τα παιδιά – τόσο εκείνα τα οποία γίνονται μάρτυρες βίας όσο και εκείνα που κακοποιήθηκαν από πρόσωπα των γονιών. Τους θέτει σε κίνδυνο για ψυχιατρικές διαταραχές, αναπτυξιακά προβλήματα, εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, αντιμετωπίζουν προβλήματα στο σχολείο και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα παιδιά, τα οποία μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον όπου η ενδοοικογενειακή βία είναι συχνή, είναι πιο πιθανό να βιώσουν συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από εκείνα που προέρχονται από οικογένειες χωρίς παρόμοια προβλήματα. Κινδυνεύουν, επίσης, να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών, εάν έπεσαν θύματα βίας από στενό σύντροφο, από γονέα ή κηδεμόνα.

Οι στόχοι άμεσης βοήθειας περιλαμβάνουν:

- Αναγνώριση της κακοποίησης: η άρνηση είναι ο πιο συνηθισμένος λόγος για τον οποίο τα περισσότερα θύματα δεν αναφέρουν ή δεν αναλαμβάνουν δράση εναντίον του θύτη τους.
- Αναγνώριση προειδοποιητικών σημείων.
- Διατήρηση ημερολογίου και αποδεικτικών στοιχείων.
- Δημιουργία ενός ασφαλούς σχεδίου διαφυγής από τον κίνδυνο: αυτό περιλαμβάνει την προετοιμασία του χώρου, τον εντοπισμό ασφαλών περιοχών.
- Χρήση ασφαλών λέξεων με άτομα εμπιστοσύνης που μπορούν να βοηθήσουν, όταν υπάρχει κίνδυνος
- Κλήση της αστυνομίας ,όταν το θύμα βρίσκεται σε ασφαλές μέρος.
- Επικοινωνία με μια υπηρεσία στήριξης για την ενδοοικογενειακή βία. Αναζήτηση θεραπείας.



Εικόνα 10.5 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.2.2. Δεξιότητες θετικής επικοινωνίας

Στην προσπάθεια να κινητοποιήσουν τον/την αγαπημένο/η τους να αλλάξει τις συμπεριφορές εξάρτησης για λόγους που τον/την ενδιαφέρουν, τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας καλούνται να παραμείνουν συνδεδεμένοι μαζί του, ώστε να μπορέσουν να τον/τη βοηθήσω να βρει αυτούς τους λόγους. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας πως θετική επικοινωνία δεν σημαίνει να λένε μόνο ωραία πράγματα και να αποφεύγουν τις συγκρούσεις. Οι Meyers & Smith (1997) συνόψισαν την εκπαίδευση αυτή στους ακόλουθους επτά κανόνες επιτυχημένης επικοινωνίας:

- α. Συντομία
- β. Συγκεκριμένα και σαφή μηνύματα
- γ. Θετική στάση
- δ. Κατονομασία συναισθημάτων
- ε. Έκφραση κατανόησης για την πλευρά του μέλους με προβλήματα εξάρτησης
- στ. Αποδοχή μέρους της ευθύνης, όταν αυτό επιβάλλεται
- η. Προσφορά βοήθειας

1. Συντομία

Οι περισσότεροι άνθρωποι λένε κάτι παραπάνω από απαραίτητο, όταν δεν έχουν προγραμματίσει τι θα πουν εκ των προτέρων, ειδικά, όταν είναι νευρικοί ή θυμωμένοι. Τα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσπαθήσουν να συγκροτήσουν το κεντρικό τους αίτημα εκ των προτέρων και να το τηρήσουν. Γράφουν το αίτημα, το επεξεργάζονται και κάνουν πρόβα τον τρόπο που θα το μοιραστούν με το μέλος της οικογένειας, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, όσο το δυνατόν πιο συνοπτικά. Τα πολλά λόγια μπορούν να «πνίξουν» το βασικό μήνυμα.

2. Συγκεκριμένα και σαφή μηνύματα

Τα αόριστα αιτήματα είναι εύκολο να αγνοηθούν ή να παρεξηγηθούν και συχνά είναι δύσκολο να μεταφραστούν σε συγκεκριμένη συμπεριφορά. Αντίθετα, η αναφορά σε συγκεκριμένες συμπεριφορές αντί για σκέψεις ή συναισθήματα καθιστά την αλλαγή παρατηρήσιμη, μετρήσιμη και ικανή να ενισχυθεί. Για παράδειγμα, αντί να ειπωθεί στο μέλος με προβλήματα εξάρτησης «να είναι πιο υπεύθυνο», μπορεί να περιγραφεί μια συμπεριφορά περισσότερο επιθυμητή: «Τις εργάσιμες ημέρες θα ήθελα να σηκώνεσαι, όταν χτυπάει το ξυπνητήρι».

3. Θετική στάση

Περιγραφή με «θετικό» τρόπο της επιθυμητής συμπεριφοράς, αντί της ανεπιθύμητης. Αυτό διώχνει από το πλαίσιο την κριτική και τα παράπονα και το καθιστά υποστηρικτικό και εφικτό, ενώ το συνδέει με στρατηγικές θετικής ενίσχυσης, αφού είναι ευκολότερο να ανταμείψεις κάποιον για κάτι που κάνει -ένα συγκεκριμένο, επαληθεύσιμο πράγμα - παρά για να μην κάνει κάτι. Το να είσαι θετικός με αυτόν τον τρόπο μειώνει την άμυνα και την αντίδραση και προάγει την κινητοποίηση. Πλαισιωμένο θετικά το «Σταμάτα να γυρνάς στο σπίτι αργά» γίνεται «Ελα στο σπίτι μέχρι την ώρα της λήξης κυκλοφορίας των Μέσων Μαζικής Μεταφοράς».

4. Κατονομασία συναισθημάτων

Με σύντομο και μετρημένο τρόπο, μια περιγραφή της συναισθηματικής αντίδρασης του επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας στο πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει μπορεί να βοηθήσει να κερδίσει την κατανόηση και την προσοχή του μέλους που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Για καλύτερα αποτελέσματα, το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας καλείται να μιλήσει για τα συναισθήματά του/της με ήρεμο τρόπο χωρίς να κατηγορεί κάποιον. Εάν τα συναισθήματα είναι πολύ έντονα, μια καλή στρατηγική είναι να μετριαστούν στην περιγραφή τους. Έτσι, αν το επιβαρυνμένο μέλος αισθανόταν «έξαλλη και τρομοκρατημένη», μπορεί να πει «απογοητευμένη και ανήσυχη».

5. Έκφραση κατανόησης για την πλευρά του μέλους με προβλήματα εξάρτησης

Όσο περισσότερο το μέλος της οικογένειας, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, πιστεύει ότι το άλλο μέλος τον/την «καταλαβαίνει» γιατί συμπεριφέρεται με τους συγκεκριμένους τρόπους στη συγκεκριμένη περίοδο, τόσο λιγότερο αμυντικός/ή θα είναι και τόσο πιο πιθανό να ακούσει και να δεσμευτεί σε κάποια αλλαγή. Επιπλέον, η προσπάθεια κατανόησης της οπτικής του μέλους της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης χτίζει την ενσυναίσθησή των άλλων μελών, η οποία τελικά θα βοηθήσει τη σχέση.

6. Αποδοχή μέρους της ευθύνης, όταν αυτό επιβάλλεται

Το μοίρασμα της ευθύνης για ένα πρόβλημα, ακόμη και μικρού μέρους της ευθύνης του προβλήματος, μειώνει την αμυντικότητα και προάγει τη συνεργασία. Δείχνει στο μέλος της οικογένειας, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, ότι το άλλο μέλος της οικογένειας ενδιαφέρεται να λύσει τα προβλήματα και όχι να τον/την κατηγορήσει. Η αποδοχή μερικής ευθύνης δεν σημαίνει ανάληψη ευθυνών ή αποδοχή λαθών αλλά μεταφέρει το μήνυμα: «Είμαστε σε αυτό μαζί».

7. Προσφορά βοήθειας

Ειδικά, όταν διατυπώνεται ως ερώτηση, η προσφορά βοήθειας μπορεί να μεταφέρει το μήνυμα υποστηρικτικής μη ενοχοποιητικής συνοδοιπορίας στην επίλυση προβλημάτων. Πιθανές ερωτήσεις είναι οι εξής: «Θα βοηθούσε αν...;» ή πιο απλά, «Πώς μπορώ να βοηθήσω;» Μια μικρή προσφορά βοήθειας συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της επικοινωνίας και τη δημιουργία νέων προοπτικών.



Εικόνα 10.6 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

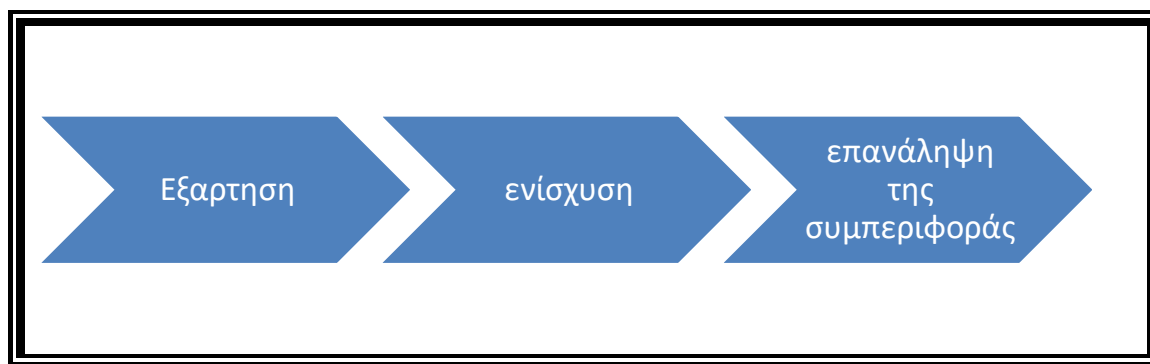
10.2.3. Λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς εξάρτησης

Για να αρχίσουν τα επιβαρυνμένα μέλη να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το πρόβλημα της εξάρτησης είναι ζωτικής σημασίας να κατανοήσουν πρώτα: τι το προκάλεσε, τι το συντηρεί, πώς επηρεάζει τα μέλη της οικογένειας και ποιες είναι οι προοπτικές για το μέλλον. Οι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην απόφαση χρήσης ουσιών είναι περίπλοκοι. Πολλοί άνθρωποι οι οποίοι αναπτύσσουν προβλήματα με ουσίες αντιμετωπίζουν, επίσης, προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, τα προβλήματα άγχους ή μαθησιακές δυσκολίες, όπως η δυσλεξία και η διαταραχή ελλειμματικής

προσοχής. Μπορεί, επίσης, να αντιμετωπίζουν προβλήματα που αφορούν την απασχόληση (ή την έλλειψη αυτής), το άγχος των σχέσεων, τη δυσκολία στην καθιέρωση ή τη διατήρηση υγιεινών συνηθειών και μια απαιτητική ζωή, και σε ορισμένες περιπτώσεις, την ευθύνη της ανατροφής παιδιών.

Όταν πρόκειται για έφηβους και νεαρούς ενήλικες, στους οποίους ο εγκέφαλος δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί πλήρως, είναι αναμενόμενο να αγωνίζονται με την παρορμητικότητα και τη λήψη αποφάσεων, και οι ορμονικές και συναισθηματικές διακυμάνσεις αποσταθεροποιούν περαιτέρω την κατάσταση. Η χρήση ουσιών, οι οποίες αλλάζουν τη διάθεση σε αυτό το στάδιο ανάπτυξης, είναι ιδιαίτερα προβληματική καθώς επηρεάζουν άμεσα τον εγκέφαλο των εφήβων που αναπτύσσεται. Αυτές οι ουσίες αλλάζουν τις διαθέσεις και τις αποφάσεις τους, τον τρόπο που αισθάνονται, σκέφτονται και ενεργούν. Αρκετοί, επίσης, έφηβοι έχουν μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα ελέγχου των παρορμήσεων βλέποντας τα μέλη της οικογένειας ή τους επαγγελματίες σαν «κατεστημένο» και έχοντας έντονο φόβο απώλειας της ελευθερίας και της αυτενέργειας. Η στάση αυτή μπορεί να συνδέεται με ευρύτερες δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής και/ή με την κοινωνικοποίηση σε περιθωριακές ομάδες. Σε αυτήν την περίπτωση, όταν νιώθουν ότι ο άλλος έχει τον έλεγχο, γίνονται αντιδραστικοί ή προκλητικοί, ενώ βαθύτερα έχουν ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής στις αποφάσεις, ώστε να μη νιώσουν ότι καταπιέζεται η αυτονομία τους. Η συζήτηση των ορίων στο συγκεκριμένο πλαίσιο μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αποφυγή χειριστικότητας, επιθετικότητας και βίας και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και δικαιοσύνης. Επιπλέον, οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στη δυναμική των συνομηλίκων (συμπεριλαμβανομένης της σύναψης/τερματισμού φιλιών, ζητημάτων σεξουαλικής ταυτότητας, εκφοβισμού κ.λπ.) και σε αγχωτικές καταστάσεις, όπως η οικογενειακή κατάσταση των γονιών τους ή κάποιος που κοντεύει να πεθάνει.

Γενικά, οι άνθρωποι δεν επιμένουν σε μια συμπεριφορά (για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα) εκτός εάν προσφέρει κάποιο όφελος. Η συμπεριφορά τους (για παράδειγμα η χρήση ουσιών) τους ανταμείβει κατά κάποιον τρόπο — συναισθηματικά, σωματικά, κοινωνικά ή ίσως όλα τα παραπάνω. Αυτή η ανταμοιβή αποτελεί «ενίσχυση» της συμπεριφοράς και ισχύει για τα κίνητρα και την αλλαγή κάθε συμπεριφοράς (Γράφημα 10.1). Οι άνθρωποι αναλαμβάνουν δράση, εργάζονται σκληρά σε μια δουλειά, γυμνάζονται στο γυμναστήριο, καπνίζουν και επαναλαμβάνουν αυτήν την πράξη, επειδή κερδίζουν κάτι από τη συμπεριφορά αυτή. Το να παίρνουν αύξηση, να αισθάνονται σωματικά ικανοί ή να έχουν λιγότερο άγχος είναι η ανταμοιβή ή ο «ενισχυτής» για τη δράση, ο λόγος που συνεχίζουν να δρουν με ένα συγκεκριμένο τρόπο.



Γράφημα 10.1 Γραφική απεικόνιση της ενίσχυσης της εξάρτησης.

Το να αισθάνεται κάποιος χαλαρός, ενθουσιασμένος, λιγότερο ανήσυχος, πιο γενναίος, πιο αστείος, μέρος της ομάδας, είναι όλα πιθανά οφέλη από τη συμπεριφορά εξάρτησης. Αν δεν υπήρχαν οφέλη, δεν θα υπήρχε η εξάρτηση. Αυτή η γνώση είναι σημαντική για τα μέλη της οικογένειας, γιατί παρέχει ενδείξεις για τον τρόπο επίτευξης της αλλαγής. Κατανοώντας τα οφέλη μιας συμπεριφοράς εξάρτησης τα μέλη της οικογένειας μπορούν να σκεφτούν εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης του προβλήματος. Για παράδειγμα, εάν πιστεύουν ότι ο σύντροφός τους πίνει εν μέρει, επειδή τον βοηθά να κάνει ένα διάλειμμα από το φορτωμένο πρόγραμμα εργασίας του, μπορούν να βρουν άλλους, υγιείς τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να κάνει αυτά τα διαλείμματα. Ίσως αποφασίσουν να προγραμματίσουν περισσότερο χρόνο εκτός εργασίας ή να χαλαρώσουν λίγο από την πίεση που παρατηρούν ότι νιώθει στο σπίτι.

Επιπλέον, η κατανόηση του όφελους από τη συμπεριφορά εξάρτησης μπορεί, επίσης, να μειώσει τον φόβο και το άγχος των μελών της οικογένειας, καθώς κάνει τη συμπεριφορά λιγότερο τυχαία και πιο προβλέψιμη. Εάν πίνει, όταν συναναστρέφεται τόσο με συναδέλφους όσο και με φίλους, τότε ξέρουν ότι κινδυνεύει περισσότερο, όταν είναι έξω για κοινωνικές συναναστροφές παρά στο σπίτι με την οικογένεια. Η γνώση αυτού δεν θα εξαλείψει εντελώς το άγχος, αλλά μπορεί να το μειώσει. Και καθώς μαθαίνουν στρατηγικές ενίσχυσης της αλλαγής συμπεριφοράς, θα είναι εξοπλισμένοι να παρέμβουν εποικοδομητικά για να επηρεάσετε τα μοτίβα ενίσχυσης της συμπεριφοράς εξάρτησης.

Τέλος, η κατανόηση των ενισχυτών των συμπεριφορών εξάρτησης του συντρόφου/παιδιού/αδελφού/γονιού βοηθά τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας να τον/τη συμπονέσουν. Με αυτόν τον τρόπο θα βοηθηθούν να παίρνουν λιγότερο προσωπικά τη συμπεριφορά εξάρτησης («πώς μπορεί να μας το κάνει αυτό;»), και θα νιώθουν λιγότερο θυμωμένοι και περισσότερο συνδεδεμένοι, κάτι που προσδίδει σημαντική ενέργεια στην προσπάθειά τους να τον/τη βοηθήσουν να αλλάξει. Αντί να πιστεύουν ότι είναι ανεύθυνος/η ή ότι τους βασανίζει, μπορούν να δουν τη μοναξιά, την ανασφάλεια, την κατάθλιψη ή την πλήξη, τα οποία είναι όλα τα πράγματα που μπορούν να βοηθήσουν τον/την αγαπημένο/η τους να αντιμετωπίσει. Τέλος, η κατανόηση της συμπεριφοράς του μέλους της οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης, αντί να στενοχωριούνται γι' αυτό, μπορεί να τον/τη βοηθήσει να νιώσει κατανοητός/ή, κάτι που θα κάνει πιο πιθανή τη συνεργασία σε ένα σχέδιο αλλαγής.

10.2.4. Θετική ενίσχυση της αποχής

Όταν τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας κατανοούν ότι η συμπεριφορά του μέλους που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης «έχει νόημα», επειδή η συμπεριφορά εξάρτησης ενισχύεται, μπορούν να προχωρήσουν στη θετική ενίσχυση ανταγωνιστικών συμπεριφορών προς την εξάρτηση, ως μία από τις βασικές στρατηγικές βοήθειας στο CRAFT. Για παράδειγμα, επιβραβεύουν το αγαπημένο τους πρόσωπο όταν κάνει κάτι που θέλουν να το ξανακάνει (π.χ. γυρίζει σπίτι νηφάλιος, μαζεύει το δωμάτιό του, μιλά με ήρεμο τρόπο, αποφεύγει τη συνάντηση με συναδέλφους). Η ανταμοιβή μπορεί να είναι ένα κομπλιμέντο, μια αγκαλιά, ένα αγαπημένο γεύμα, ένα δώρο ή απλά να αναγνωρίσει αυτό που έχει κάνει. Η θετική ενίσχυση, όταν ασκείται με συνέπεια, βοηθά τα εσωτερικά κίνητρα του σημαντικού άλλου. Με την πάροδο του χρόνου θα βιώσει τα οφέλη της νέας συμπεριφοράς. Οι επιβραβεύσεις, δηλαδή, ανταγωνιστικών προς την εξάρτηση συμπεριφορών ενισχύουν την προθυμία του σημαντικού άλλου να προβεί σε νέες συμπεριφορές, έτσι ώστε να αρχίσει να βιώνει τα εγγενή οφέλη της θετικής αλλαγής. Η αξία της ενίσχυσης της θετικής συμπεριφοράς με την επιβράβευση είναι ότι μπορεί να αρχίσει να ανταγωνίζεται τις ενισχυτικές επιδράσεις της εξάρτησης. Ουσιαστικά, ο σημαντικός άλλος μπορεί να μάθει να «νιώθει καλά» με άλλους τρόπους αντί να καταφεύγει σε συμπεριφορές εξάρτησης. Μπορεί να αισθάνεται υπερήφανος για τον εαυτό του, όταν αναγνωρίζονται οι προσπάθειές του κι αυτό με τη σειρά του του δημιουργεί συναισθήματα που συμβάλλουν στην υγιή αυτοεκτίμηση και την ικανότητα αντιμετώπισης της ζωής.

Σε αντίθεση, η αντιπαράθεση και η τιμωρία/αρνητική συνέπεια δεν είναι οι πιο χρήσιμες στρατηγικές για να ενθαρρύνουν προς την αλλαγή. Στην πραγματικότητα, είναι πιθανό να πιέσουν τα πράγματα στην ακριβώς αντίθετη κατεύθυνση, καθώς ο σημαντικός άλλος ενεργεί για να υπερασπιστεί τη θέση του. Ούτε η απόσπαση της απάντησης, γιατί δεν σας αφήνει κανέναν τρόπο να επηρεάσετε θετικά το παιδί σας. Σε περίπτωση που το πρόβλημα της εξάρτησης αφορά νεότερο μέλος της οικογένειας, όταν η τελευταία παγιδεύεται σε έναν κύκλο αντιπαράθεσης και τιμωρίας, η αρνητική προσοχή μπορεί να είναι το μόνο είδος που λαμβάνει το παιδί. Επιπλέον, τα αρνητικά συναισθήματα, παρότι είναι κατανοητά, μπορούν να εμποδίσουν τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας να παρατηρήσουν θετικές αλλαγές που συμβαίνουν (όπως όταν είναι νηφάλια μετά τη δουλειά, νηφάλια στο δείπνο με την οικογένεια κ.ο.κ.). Αντίθετα, το να παραμένουν συναισθηματικά κοντά στο μέλος με προβλήματα εξάρτησης και να ανταμείβουν βήματα προς την υγιή συμπεριφορά, συμβάλλει στην κινητοποίηση του σημαντικού άλλου προς την αλλαγή. Οι ανταμοιβές, βέβαια, πρέπει να ταιριάζουν στις ανάγκες του σημαντικού άλλου στο τρέχον στάδιο της ζωής του.

Η δύναμη της θετικής ενίσχυσης για τη θετική συμπεριφορά -η εύρεση τρόπων αναγνώρισης των κινήσεων του σημαντικού άλλου προς τη σωστή κατεύθυνση- γίνεται ακόμη πιο αποτελεσματική από το πώς αντιμετωπίζουν τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας τις αρνητικές συμπεριφορές του/της. Οι αρνητικές συνέπειες που προκύπτουν από την «αρνητική» συμπεριφορά, οι φυσικές, δηλαδή, συνέπειες της συμπεριφοράς εξάρτησης είναι από τους πιο ισχυρούς υποστηρικτές της αλλαγής. Ο συνδυασμός ενίσχυσης των θετικών

συμπεριφορών και αποφυγής συγκάλυψης των συνεπειών των αρνητικών συμπεριφορών είναι πιο ισχυρός από οποιαδήποτε μεμονωμένη στρατηγική.

10.2.5. Ανάπτυξη σχεδίου τρόπου αντιμετώπισης υποτροπών

Όταν η υποτροπή αντιμετωπίζεται ως ολίσθημα στη διαδικασία της αλλαγής, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες και αποτελεί αφορμή για μια πιο ουσιαστική προσπάθεια απεξάρτησης. Σε περίπτωση υποτροπής, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να ενεργήσουν με ψυχραιμία, ενθαρρύνοντας το άτομο να συνεχίσει την πορεία προς της αλλαγή. Επιπλέον:

- Υπενθυμίζουν τις θετικές συνέπειες της αποχής στα αρχικά στάδια της χρήσης
- Αποφεύγουν τις συγκρούσεις σε περίπτωση μέθης-μεγάλης κατανάλωσης.
- Αφήνει τον «σημαντικό άλλο» να βιώσει τις αρνητικές συνέπειες της εξάρτησης, χωρίς να προσπαθεί να καλύψει και να μειώσει τις συνέπειες (λέγοντας δικαιολογίες στον εργοδότη ή σε άλλες υπηρεσίες, μαζεύοντας την ακαταστασία, βοηθώντας τον σε φάσεις μεγάλης χρήσης). Με αυτόν τον τρόπο αποδέχονται ότι η ευθύνη για την αλλαγή είναι στα χέρια του σημαντικού άλλου. Εξάιρεση, βέβαια, αποτελούν περιστατικά στα οποία κινδυνεύει η ζωή του σημαντικού άλλου.

10.3. Η παρέμβαση των 5 βημάτων (5-Step-Method)

Η μέθοδος 5 βημάτων «βλέπει» τα μέλη της οικογένειας ως απλούς ανθρώπους που προσπαθούν να ανταποκριθούν σε πολύ αγχωτικές εμπειρίες. Η έμφαση δίνεται, επομένως, στη φυσιολογική φύση της εμπειρίας αντιμετώπισης έντονου στρες, σε αντίθεση με μια πιο «παθολογική» άποψη για τον εθισμό στην οικογένεια. Σε αντίθεση με άλλα μοντέλα, που χρησιμοποιούνται συνήθως στον τομέα των εξαρτήσεων, η μέθοδος 5 βημάτων δεν βλέπει το μέλος της οικογένειας ως αιτία ή σημαντικό συντελεστή στην ανάπτυξη του προβλήματος της εξάρτησης. Ένα από τα πλεονεκτήματα του μοντέλου είναι ότι μόλις έχουν το κατάλληλο επίπεδο γνώσης και υποστήριξης, τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αναπτύξουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν και να ανταποκρίνονται σε ένα πρόβλημα εξάρτησης, όπως και οι άνθρωποι είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν μια σειρά πολύ δύσκολων και πολύπλοκων προβλημάτων στη ζωή. Δεν υπάρχει χώρος μέσα στη μέθοδο να σκεφτούμε τα μέλη της οικογένειας ως μέρος της «ασθένειας του εθισμού», να έχουν την ευθύνη για την πρόκληση του εθισμού ή να εμπλέκονται σκόπιμα σε συμπεριφορές «ενίσχυσης» του προβλήματος. Η μέθοδος 5 βημάτων απορρίπτει όλες αυτές τις έννοιες υπέρ μιας πιο ψυχολογικής κατανόησης της αντιμετώπισης εξαιρετικά αγχωτικών συνθηκών.

Η προσέγγιση είναι ευέλικτη και προσαρμόσιμη σε μια σειρά ρυθμίσεων, περιστάσεων και σχέσεων. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της μεθόδου 5 βημάτων είναι ότι μπορεί να προσαρμοστεί στις συγκεκριμένες συνθήκες και ανάγκες μιας σειράς υπηρεσιών. Παρόλο που τα 5 βήματα περιγράφονται σαν να παίρνουν πάντα το καθένα μία συνεδρία, στην ερευνητική και κλινική εμπειρία διαπιστώνεται πως τα βήματα μπορούν να συνδυαστούν και να παραδοθούν σε μικρότερο αριθμό συνεδριάσεων, συμπεριλαμβανομένης μιας συνάντησης σε περιπτώσεις όπου αυτό είναι απαραίτητο. Ομοίως, μπορεί να υπάρχουν κάποιες περιστάσεις, όταν ένα βήμα απαιτεί περισσότερο χρόνο από ό,τι πρέπει να δοθεί.



Εικόνα 10.7 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.3.1. Βήμα 1 - Γνωριμία με τα μέλη της οικογένειας και το πρόβλημα

Ο στόχος του επαγγελματία για το Βήμα 1 είναι να διερευνήσει την αντίληψη του μέλους της οικογένειας για τον τρόπο με τον οποίο το πρόβλημα αλκοόλ/ναρκωτικών επηρεάζει την οικογένεια και τον εαυτό του. Σε αυτό το πλαίσιο ο επαγγελματίας μπορεί να δει ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας ή ίσως η πρώτη επαφή να είναι μόνο με ένα από αυτά. Στην τελευταία περίπτωση μπορεί ο επαγγελματίας να ενθαρρύνει το άτομο, το οποίο παρευρίσκεται, να μιλήσει με τον σύντροφό του για να συμμετάσχει σε μερικές τουλάχιστον από τις συναντήσεις. Κατά την πρώτη συνάντηση, η κύρια προτεραιότητά του είναι η προσεκτική ακρόαση και ενθάρρυνση ανοιχτής συζήτησης για την κατάσταση και τις πτυχές της ζωής που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές. Ένα κρίσιμο μέρος αυτού του βήματος είναι η διερεύνηση των επεισοδίων βίας και κακοποίησης και ο προσδιορισμός των αναγκών και του κινδύνου για περαιτέρω κακοποίηση. Ο επαγγελματίας επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να περιγράψουν την κατάσταση και να πουν την ιστορία τους, να ακούσουν και να ρωτήσουν για την κατάσταση για να ελέγξουν, εάν κατανοήθηκε σωστά. Αναγνωρίζει τα συναισθήματα τα οποία εκφράζονται και βοηθά τα μέλη της οικογένειας να δουν τα συναισθήματά τους ως φυσιολογικά.

Στο επίκεντρο της συζήτησης βρίσκεται το μέλος της οικογένειας, τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν, πώς επηρεάζονται περισσότερο αυτοί και άλλοι, και τους φόβους και τις ανησυχίες που έχει το μέλος της οικογένειας. Είναι σημαντικό να διατηρηθεί η εστίαση στο μέλος της οικογένειας όσο το δυνατόν περισσότερο, επιτυγχάνοντας τη σωστή ισορροπία μεταξύ αυτής της εστίασης στον εαυτό τους και της αναπόφευκτης εστίασής τους στο άτομο που τον ενδιαφέρει.

Παραδείγματα σχολίων του επαγγελματία:

- «Ο σκοπός αυτής της συνεδρίας είναι να μου πείτε την ιστορία σας και να εξηγήσετε τις ανησυχίες και τους φόβους σας».
- «Επιτρέψτε μου να συνοψίσω τι είπατε σήμερα και τι θα κάνουμε την επόμενη φορά».
- «Οι κύριες ανησυχίες σας είναι ..., αυτό συνοψίζεται σωστά;».
- «Μίλησατε για τα προβλήματα του γιου σας, αλλά πώς είναι για σας;».
- «Θα ήταν χρήσιμο να καταλάβουμε σαφώς πώς αυτές οι ανησυχίες σας επηρεάζουν, μπορείτε να μου πείτε περισσότερα για αυτό;».
- «Μίλησαμε, λοιπόν, για το πώς επηρεάζεστε, υπάρχουν άλλα άτομα στην οικογένεια που έχουν επηρεαστεί;».

10.3.2. Βήμα 2 – Παροχή σχετικών πληροφοριών

Κατά τη διάρκεια αυτού του Βήματος ο επαγγελματίας βοηθά τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν περισσότερα για τα προβλήματα που απορρέουν από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ. Οι πληροφορίες πρέπει να σχετίζονται με τις ανάγκες των Επιβαρυνμένων Μελών Οικογενειών και να παρέχονται με αντικειμενικό τρόπο. Οι γραπτές πληροφορίες είναι χρήσιμες, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας συζήτησης που επιτρέπει στο μέλος της οικογένειας να εκφράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει παρεξηγήσεις ή έλλειψη γνώσης. Οι αυξημένες γνώσεις και η κατανόηση μπορεί να μειώσουν σημαντικά το άγχος.

10.3.3. Βήμα 3 – Διερεύνηση του τρόπου ανταπόκρισης/αντιμετώπισης της εξάρτησης από τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας

Ο γενικός στόχος του επαγγελματία κατά το βήμα αυτό είναι να ενδυναμώσει τα μέλη της οικογένειας υποστηρίζοντάς τα να δουν ότι υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι αντίδρασης στις περιστάσεις τους, καθένας από τους οποίους έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ο επαγγελματίας συζητά αυτά που τα μέλη της οικογένειας βρίσκουν χρήσιμα και μη βοηθητικά για τους τρέχοντες τρόπους αντιμετώπισης, συνήθως συζητώντας συγκεκριμένα παραδείγματα και όχι γενικούς «τρόπους αντιμετώπισης» και μαζί διερευνούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Σε μια ποιοτική έρευνα ξεχωριστού ενδιαφέροντος, οι Orford et al. (1992) πήραν συνεντεύξεις από διάφορα μέλη οικογενειών με στόχο τη διερεύνηση των τρόπων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης. Αναλύοντας τα αποτελέσματά τους με βινιέτες -μια μέθοδο ιδιαίτερα πρακτική και χρήσιμη σε

οποιοδήποτε θεραπευτή/ομάδα θεραπευτών θέλει να ερευνήσει την κλινική πράξη (Miller et al., 1997)-δημιούργησαν μια τυπολογία οκτώ τύπων αντιμετώπισης:

1. Ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων. Χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις. Ο θυμός εκτονώνεται προσωρινά, αλλά ξεκινά ένας φαύλος κύκλος δράσης – αντίδρασης.
2. Αδράνεια: Από τον φόβο βίαιων συμπεριφορών (σύζυγοι) ή από απαισιοδοξία και απελπισία (γονείς, σύζυγοι). Κυριαρχούν ασυνεπείς συμπεριφορές. Η ευθύνη αποδίδεται στον χρήστη, ενώ αποφεύγεται η προσωπική ευθύνη για δράση.
3. Αποφυγή: Απόσταση από τον χρήστη, αποφεύγοντας τη συνεύρεση ή φεύγοντας από το σπίτι τις ώρες κατά τις οποίες ο χρήστης επιστρέφει σε αυτό.
4. Ανοχή: Αποδοχή, προστατευτισμός (καλύπτει τον χρήστη), υποστήριξη της χρήσης (οικονομική βοήθεια), «επιχειρήσεις σωτηρίας» του χρήστη.
5. Έλεγχος: Τα μέλη της οικογένειας νιώθουν υπεύθυνα για τη χρήση, υιοθετούν γονεϊκή στάση, γίνονται υπερελεγκτικά, αφαιρούν την ευθύνη της συμπεριφοράς του χρήστη από τον ίδιο, ελέγχουν τις επαφές του και προσπαθούν να βάλουν όρια στη χρήση.
6. Υποστήριξη: Χαρακτηρίζεται από ελπίδα, πίστη και αισιοδοξία για την εξέλιξη του προβλήματος.
7. Αντιπαράθεση: Χαρακτηρίζεται από ανοιχτή και τίμια επικοινωνία. Τα μέλη της οικογένειας ξεκαθαρίζουν τη θέση τους. Αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη προσέγγιση που απαιτεί προσπάθεια, επιμονή, σταθερότητα, αμεσότητα. Η σκληρή πλευρά της αντιπαράθεσης είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους γονείς.
8. Ανεξαρτησία: Τα μέλη της οικογένειας βασίζονται στον εαυτό τους, αντιμετωπίζουν τον θυμό που μετατρέπεται σε κατάθλιψη, στοχεύουν στην αυτοανάπτυξή τους, νιώθουν πιο ήρεμα, πιο σίγουρα με τον εαυτό τους, και εμπλέκονται λιγότερο συναισθηματικά.



Εικόνα 10.8 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.3.4. Βήμα 4 – Διερεύνηση και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης

Κατά τη διάρκεια αυτού του βήματος, ο επαγγελματίας διερευνά τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης ή περισσότερων μελών της οικογένειας προκειμένου να βοηθήσει το μέλος της οικογένειας να δημιουργήσει ένα ισχυρότερο σύστημα υποστήριξης για τον εαυτό του ή/και να συνεργαστεί με άλλα μέλη της οικογένειας για να βελτιώσει (εάν χρειάζεται) τις συμφωνημένες προσεγγίσεις στη διαχείριση του προβλήματος. Η χάραξη ενός διαγράμματος δικτύου βοηθά τη διαδικασία αυτή απεικονίζοντας τα τρέχοντα συστήματα υποστήριξης και υπογραμμίζει τις ελλείψεις τους:

- οικογένεια,
- φίλοι,
- δραστηριότητες,
- επαγγελματικές υπηρεσίες αυτοβοήθειας (μια ομάδα αυτοβοήθειας, ή κοινωνική λειτουργός ή οργανισμός υποστήριξης οικογένειας).

Κάποιος που είναι υποστηρικτικός:

- Γνωρίζει για το πρόβλημα
- Είναι διαθέσιμος να ακούσει και να καταλάβει
- Δεν εκφράζει κριτική αλλά αποδοχή
- Δεν παίρνει την πλευρά κάποιου μέλους της οικογένειας
- Γνωρίζει πότε να δίνει συμβουλές
- Προσφέρει υλική, πρακτική και οικονομική βοήθεια
- Προσφέρει βοήθεια για πρόσβαση σε υποστήριξη για το μέλος της οικογένειας ή για το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης

Κάποιος που δεν είναι υποστηρικτικός:

- Ενθαρρύνει τη χρήση ουσιών
- Είναι αδιάφορος για όσα συμβαίνουν
- Δεν ενημερώνεται για την κατάσταση
- Εκφράζει κριτική για την κατάσταση ή τις επιλογή του μέλους της οικογένειας να προσπαθήσει να βρει υποστήριξη
- Έχει σκληρή στάση απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης
- Δίνει μη βοηθητικές συμβουλές ή αισθάνεται ότι χρειάζεται να έρθει σε αντιπαράθεση με το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης

Συνολικά, οι στόχοι για το Βήμα 4 περιλαμβάνουν

1. Συζήτηση για το ποιος/τι/γιατί είναι χρήσιμος και ποιος/τι/γιατί δεν βοηθά από την άποψη της κοινωνικής υποστήριξης (χρησιμοποιείται ένα διάγραμμα δικτύου υποστήριξης για να καθοδηγήσει αυτή τη συνομιλία).
2. Διερεύνηση του τρόπου ανάπτυξης/συνέχισης της θετικής κοινωνικής υποστήριξης και ποια νέα πηγή υποστήριξης μπορεί να χρειαστεί.
3. Διερεύνηση, εάν είναι δυνατόν και απαραίτητο, για τον τρόπο εισαγωγής νέων πηγών υποστήριξης, π.χ. ομάδες αυτοβοήθειας.
4. Συζήτηση για το πώς τα μέλη της οικογένειας μπορούν να στηρίζονται μεταξύ τους και να συμφωνούν σε προσεγγίσεις κατά την επικοινωνία με το μέλος της οικογένειας που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης

Με αυτόν τον τρόπο ενθαρρύνεται η ανοιχτή επικοινωνία εντός της οικογένειας σχετικά με την υπερβολική χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, έτσι ώστε να μειωθεί η συγκάλυψη ή η ελαχιστοποίηση του προβλήματος ή η απόκρυψή του από άλλα μέλη της οικογένειας. Επίσης, ενθαρρύνεται το μέλος της οικογένειας να σκεφτεί τους ανθρώπους γύρω του/της, να σκεφτεί αν είναι βοηθητικοί ή μη βοηθητικοί και πώς η υποστήριξή τους τους κάνει να αισθάνονται. Τέλος, το μέλος της οικογένειας καθοδηγείται με δομημένο τρόπο να σκεφτεί τις πρόσθετες ανάγκες υποστήριξης και πώς να τις καλύψει.



Εικόνα 10.9 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

10.3.5. Βήμα 5 – Παραπομπή για περαιτέρω βοήθεια

Κατά την τελευταία συνεδρία ο επαγγελματίας προσδιορίζει εάν το μέλος της οικογένειας χρειάζεται περαιτέρω υποστήριξη (π.χ. από άλλη υπηρεσία ή κάτι σαν ομάδα υποστήριξης) και οργανώνει ή διευκολύνει αυτήν την παραπομπή. Η υποστήριξη μπορεί να αφορά τα εξής μέλη της οικογένειας:

1. Απαιτείται περαιτέρω βοήθεια για το μέλος της οικογένειας.
2. Απαιτείται περαιτέρω βοήθεια για το άτομο που κάνει χρήση αλκοόλ/ψυχοδραστικών ουσιών.
3. Απαιτείται περαιτέρω βοήθεια για την οικογένεια στο σύνολό της.
4. Απαιτείται περαιτέρω βοήθεια για άλλα μέλη της οικογένειας (δηλαδή όχι για το μέλος της οικογένειας που είναι σε επαφή με την πρωτοβάθμια δομή ή το κέντρο πρόληψης).

Υπάρχουν πολλές άλλες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι, όταν ένα αγαπημένο πρόσωπο έχει πρόβλημα ναρκωτικών ή αλκοόλ και για το οποίο το μέλος της οικογένειας μπορεί να αισθάνεται ότι θα ήθελε να μάθει περισσότερα. Μερικά από αυτά τα θέματα, τα οποία απαιτούν υποστήριξη παρατίθενται παρακάτω:

1. Χρέος ή άλλες οικονομικές συμβουλές.
2. Οικογενειακός προγραμματισμός ή συμβουλές αντισύλληψης.
3. Συμβουλευτική ζεύγους ή οικογένειας.
4. Νομικές συμβουλές.
5. Ειδικά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων προβλημάτων ψυχικής υγείας.
6. Λήψη βοήθειας και υποστήριξης, εάν το μέλος της οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης είναι στη φυλακή.
7. Υποστήριξη λόγω πένθους, συμπεριλαμβανομένου του πένθους λόγω χρήσης ουσιών.
8. Οικογενειακή βία και κακοποίηση.



Εικόνα 10.10 Μονάδα Απεξάρτησης ΨΝΑ «18 ΑΝΩ», Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annu Rev Clin Psychol*, 12:157–79.
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., Rumpf, H.J. (2016). Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 163:179–85.
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2047–2049.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15296>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., et al. (2018) Internet-based vs. face-toface cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*, 47:1–18.
- Cloud H., Townsend J. (2005) Όρια ζωής. Αθήνα, Εκδ. Έλαφος, 2005.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58.
- Dutcher, L. W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R. J., Delaney, H. D., & Smith, J. E. (2009). The community reinforcement and family training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of Behavioral Analysis in Health, Sports, Fitness, and Medicine*, 2(1), 80–90.
- ΕΈκ, N., Romberg, K., Siljeholm, O., Johansson, M., Andreasson, S., Lundgren, T., ... & Hammarberg, A. (2020). Efficacy of an Internet-Based Community Reinforcement and Family Training Program to Increase Treatment Engagement for AUD and to Improve Psychiatric Health for CSOs: A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and Alcoholism*.
- Flores, P.J. (1997) Group Psychotherapy with Addicted Populations. New York: Haworth Press.
- Foote, J., Wilkens, C., Kosanke, N., & Higgs, S. (2014). Beyond addiction: How science and kindness help people change. Simon and Schuster.
- Godley, S. H., Smith, J. E., Meyers, R. J., & Godley, M. D. (2016). The adolescent community reinforcement approach: a clinical guide for treating substance use disorders. *Chestnut Health Systems*.
- Kirby KC, Benishek LA, Kerwin ME, Dugosh KL, Carpenedo CM, Bresani E, et al. (2017). Analyzing components of community reinforcement and family training (CRAFT): is treatment entry training sufficient? *Psychol Addict Behav*, 31(7):818–27.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & La Monaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56(1), 85–96.
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S199.
- Magnusson, K., Nilsson, A., Andersson, G., Hellner, C., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for significant others of treatment-refusing problem gamblers: A randomized wait-list controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(9), 802.
- Manuel, J. K., Austin, J. L., Miller, W. R., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., Meyers, R. J., . . . Bogenschutz, M. P. (2012). Community reinforcement and family training: A pilot comparison of group and self-directed delivery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 129–36.
- Meyers, R. J., & Wolfe, B. L. (2013). *Get your loved one sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening*. Center City, MN: Hazelden.

- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291–308.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1182–5.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688–97.
- Nilsson, A., Magnusson K., Carlbring P., Andersson G., Hellner C. (2019). Behavioral couples therapy vs. cognitive behavioral therapy for problem gambling: A randomised controlled trial. *Addiction*.
- Roozen, H.G., de Waart, R., van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance abusing individuals in treatment. *Addiction (Abingdon, England)*; 105(10):1729–1738.
- Sinadinovic K, Wennberg P, Johansson M, et al. (2014). Targeting individuals with problematic alcohol use via web-based cognitivebehavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: a randomized controlled trial. *Eur Addict Res*, 20: 305–18.
- Sisson, R.W, Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 17(1):15– 21.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2007). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York, NY: Guilford Press.
- Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T. R., & Ozechowski, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 133–42.
- Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J, et al. (2011). On-line randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One*, 6:1–8.
- World Health Organization. (2021). Violence Against Women. Accessed August 20, 2022: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Κεφάλαιο 11

Παρεμβάσεις επαγγελματιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στα κέντρα πρόληψης

Σύνοψη

- Η εξάρτηση αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για όλα τα μέλη της οικογένειας, τα οποία εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής νοσηρότητας. Η οικογένεια συχνά δεν αποδέχεται το πρόβλημα της εξάρτησης, όπως και το εξαρτημένο μέλος αρνείται τη χρήση. Απαιτείται μια μη κριτική, απενοχοποιητική στάση προς τα μέλη της, ώστε να επιτευχθεί μια μερική έστω αποδοχή του προβλήματος.
- Απαραίτητη προϋπόθεση οποιασδήποτε αλλαγής αποτελεί το να ηρεμήσει το σύστημα και να αποκλιμακωθεί ο κύκλος χρήσης-συγκρούσεων. Συμπεριφορές οι οποίες οδηγούν σε άσκοπες συγκρούσεις ή αποξένωση (γκρίνια, απειλές, σαρκαστικά ή επιτιμητικά σχόλια) αποφεύγονται, ενώ συμπεριφορές που συσφίγγουν τις οικογενειακές σχέσεις ενισχύονται. Στόχος είναι να βελτιωθεί η επικοινωνία με το μέλος της οικογένειας το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης και να αποφευχθεί η αποξένωση. Αν υπάρχουν έντονα άλματα προβλήματα, ζητείται από τα μέλη της οικογένειας να τα αφήσουν στην άκρη, μέχρι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της εξάρτησης.
- Η κινητοποιητική συνέντευξη στοχεύει στην ενδυνάμωση του κινήτρου για αλλαγή και στη μείωση της αντίστασης για αλλαγή. Οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν την έκφραση ενσυναίσθησης, την ανάπτυξη απόκλισης, τη συμπόρευση με την αντίσταση, και την υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας.
- Στην αρχική φάση της προσέγγισης του ατόμου ο επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιεί πέντε στρατηγικές: ανοιχτές ερωτήσεις, στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση, επιβεβαίωση, περίληψη, πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης.
- Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής αποτελεί έναν τρόπο κατανόησης της αλλαγής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτό η αλλαγή της συμπεριφοράς συντελείται με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της αλληλουχίας πέντε σταδίων: Στάδιο πριν από την περισυλλογή, περισυλλογή, προετοιμασία για δράση, δράση και διατήρηση της αλλαγής–υποτροπή.
- Οι βραχείες παρεμβάσεις εφαρμόζονται σε τμήματα γενικού νοσοκομείου, μονάδες τραύματος και επειγόντων περιστατικών όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Σε γενικές γραμμές, οι βραχείες παρεμβάσεις ακολουθούν τις αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης και το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής. Κατά μέσο όρο, η χρονική διάρκειά τους κυμαίνεται από 3 έως 15 λεπτά.

Προαπαιτούμενες γνώσεις

Δεν υπάρχουν προϋποθέσεις.

Εισαγωγή

Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει διάφορες προσεγγίσεις χαμηλής έντασης, αξιοποιώντας σύντομες, ευκαιριακές και άτυπες επαφές στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υγείας και στα κέντρα πρόληψης και ευαισθητοποίησης σε θέματα εξαρτήσεων. Οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τους τη διάσταση του τραύματος και του στίγματος που συχνά βιώνουν τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας. Το κεφάλαιο συνοψίζει τους λόγους για τους οποίους οι παρεμβάσεις χαμηλής έντασης με τις οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ, πρέπει να αναγνωριστούν ως σημαντικές προσεγγίσεις της οικογένειας και ότι πρέπει να αμφισβητηθούν οι στενές αντιλήψεις για την προσέγγιση οικογένειας ως «εξειδικευμένης εργασίας», εκτός των αρμοδιοτήτων των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στα κέντρα πρόληψης αλλά και σε προγράμματα απεξάρτησης/υποκατάστασης. Θεωρώντας την προσέγγιση της οικογένειας ως δραστηριότητα

«ειδικού», η οποία απαιτεί εκπαίδευση στη θεραπεία οικογένειας και σε βάθος γνώσεις και δεξιότητες συμβουλευτικής/ψυχοθεραπείας, υποτιμάται η σημασία της κινητοποίησης της οικογένειας στη διαδικασία της παραπομπής σε αρμόδιο φορέα και δεν αξιοποιούνται δυνατότητες για ένα θερμό, γνήσιο καλωσόρισμα των μελών της οικογένειας σε δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον, η προσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας και η διαφοροποίηση μεταξύ των παρεμβάσεων χαμηλότερης και υψηλότερης έντασης συνάδουν με τα κριτήρια της Αμερικανικής Εταιρείας για την Ιατρική Εξαρτημένων Ατόμων (ASAM) και τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με τα επίπεδα φροντίδας.

11.1. Εμπόδια στην προσέγγιση των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας

Κάποια από τα εμπόδια στη φροντίδα των των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας, αφορούν τους ίδιους τους επαγγελματίες που προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ άλλα σχετίζονται με δυσκολίες των ίδιων των των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας. Σημαντικό ρόλο βέβαια παίζουν η δομή και η διάρθρωση της εργασίας του εκάστοτε πλαισίου και οργανισμού, η οποία από τη φύση της είναι συχνά απαιτητική και αγχογόνος.

11.1.1. Έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων

Η έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων οδηγεί τους επαγγελματίες να αποφεύγουν τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας. Η προπτυχιακή εκπαίδευση είναι ανεπαρκής και αποτελεί ένα ελάχιστο μέρος στο πρόγραμμα σπουδών. Είναι, όμως, ανακουφιστικό για τα μέλη της οικογένειας να μπορέσουν να μιλήσουν για την εμπειρία τους γνωρίζοντας ότι τα συναισθήματά τους είναι κατανοητά και προκύπτουν από το άγχος που δημιουργούν επιπτώσεις του προβλήματος της εξάρτησης, όπως:

- Έχουν επηρεαστεί τα οικονομικά της οικογένειας
- Η εξάρτηση εμποδίζει την κοινωνική ζωή των μελών της οικογένειας προκαλώντας ντροπή, στίγμα, αίσθημα αβοηθησίας
- Ανησυχία για το ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο έχει παραμελήσει την εμφάνισή του ή τη φροντίδα του εαυτού του
- Διαφωνίες με το μέλος της οικογένειας που έχει πρόβλημα εξάρτησης
- Απειλές
- Αναστάτωση της οικογενειακής ζωής
- Ανησυχία έως και εφιαλτικό άγχος για τη ζωή του αγαπημένου τους προσώπου
- Ευερεθιστότητα
- Σκέψεις που δεν μπορεί να διώξει από το μυαλό του
- Αδυναμία σε μέρη του σώματος
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Πρόωρη έγερση και δυσκολία στον ύπνο
- Σύγκρουση σχετικά με την εξάρτηση
- Κυκλοθυμία ή έντονα συναισθηματικά ξεσπάσματα

11.1.2. Μύθοι σχετικά με την εξάρτηση

Στερεότυπες απόψεις για την κοινωνική αξία των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών και των οικογενειών τους και μύθοι σχετικά με την εξάρτηση συντελούν στην αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι του πληθυσμού αυτού. Παραδείγματα προκαταβολικά διαμορφωμένων και άκριτα γενικεύσεων αντιλήψεων αποτελούν τα ακόλουθα:

- «Δεν υπάρχει θεραπεία. Αργά ή γρήγορα όλοι καταφεύγουν στην υποτροπή».
- Στην πραγματικότητα έρευνες πάνω στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποδεικνύουν ότι η αλλαγή είναι εφικτή για μεγάλο αριθμό ατόμων. Η υποτροπή αποτελεί στάδιο στη διαδικασία της αλλαγής, η οποία μας δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τις δυσκολίες του ασθενή. Η ευαλωτότητα των

επιβαρυνμένων μελών οικογένειας σε περιόδους κρίσης και αιτήματος βοήθειας από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η συνειδητοποίηση των επιπτώσεων της χρήσης αποτελούν πρόσφορο έδαφος για αλλαγή.

- «Όλες οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης ζουν σε άθλιες συνθήκες».

Στην πραγματικότητα πολλά άτομα που κάνουν χρήση ουσιών εργάζονται, έχουν οικογένεια και κρύβουν με επιτυχία τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολύ συχνά πίσω από ένα κρίσιμο παθολογικό πρόβλημα κρύβεται η συγκεκαλυμμένη χρήση κάποιου μέλους οικογένειας.

- «Όλοι οι χρήστες είναι εξαρτημένοι». Στην πραγματικότητα πολλά άτομα κάνουν περιστασιακή χρήση χωρίς να αντιμετωπίζουν σωματική ή ψυχολογική εξάρτηση. Πολλά ατυχήματα και τραυματισμοί συνδέονται με την περιστασιακή χρήση ουσιών. Πολλά σωματικά και ψυχικά προβλήματα συνδέονται με τη συγκεκαλυμμένη χρήση κάποιου μέλους οικογένειας.



Εικόνα 11.1 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

11.1.3. Το στίγμα της εξάρτησης

Ο Goffman (1963) παρατήρησε ότι το στίγμα τείνει να «εξαπλώνεται από το στιγματισμένο άτομο στις στενές του σχέσεις». Αυτός ο τύπος στίγματος αφορά την ενοχή λόγω συσχέτισης, έτσι ώστε, παρόλο που ένα μέλος οικογένειας δεν εκδηλώνει τις συμπεριφορές ή τα χαρακτηριστικά του αγαπημένου του προσώπου (π.χ. συμπεριφορές χρήσης), όταν βρίσκονται σε στενή σχέση με ένα άτομο με πρόβλημα ναρκωτικών ή αλκοόλ, τα μέλη της οικογένειας βιώνουν απώλεια σεβασμού και θέσης. Κατηγορούνται ως μία αιτία του προβλήματος ή ως λόγος για τον οποίο το πρόβλημα δεν επιλύεται. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας υποφέρουν σιωπηλά καθώς ακούνε ανθρώπους να μιλούν για άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών - άτομα που αγαπούν, φροντίζουν και ταυτίζονται μαζί τους - με υποτιμητικούς τρόπους.

Έτσι, πολλά άτομα με προβλήματα εξάρτησης ή επιβαρυνμένα μέλη των οικογενειών τους δεν αναζητούν βοήθεια ή δεν ομολογούν τα προβλήματά τους λόγω των πιθανών επιπτώσεων αυτής της ομολογίας σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Επιπλέον, αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση, όταν νιώθουν ότι ο επαγγελματίας υγείας έχει κριτική στάση απέναντί τους. Γι' αυτό συχνά η μη κριτική στάση του επαγγελματία είναι πιο σημαντική από τις ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Από την άλλη, η δυσανεξία και η αποστασιοποίηση του επαγγελματία υγείας συμβάλλει στην περαιτέρω περιθωριοποίηση και αποξένωσή τους από το κοινωνικό σύνολο. Κρατώντας απόσταση και τοποθετώντας το άτομο στη θέση του «Άλλου», εντείνεται το αίσθημα της απομόνωσης που ο τελευταίος ενδεχομένως βιώνει.

11.1.4. Η ντροπή

Τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας βιώνουν πολλές εμπειρίες, σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από το στίγμα και μπορούν να οδηγήσουν σε αισθήματα ντροπής. Λόγω του

στιγματισμού αισθάνονται αμήχανα με το πρόβλημα του αγαπημένου τους προσώπου και ντρέπονται για το αγαπημένο τους πρόσωπο ως άτομο. Τα μέλη της οικογένειας συχνά αισθάνονται ενοχή και εσωτερικεύουν την ευθύνη του προβλήματος. Σε έρευνα με γονείς οι οποίοι είχαν ένα παιδί με συναισθηματικό ή συμπεριφορικό πρόβλημα, αρκετοί γονείς κατηγορούσαν τον εαυτό τους ότι προκάλεσαν το πρόβλημα του παιδιού τους ή θεωρούσαν ότι δεν άξιζαν τις κατηγορίες των άλλων (Eaton et al., 2016). Τα μέλη της οικογένειας συχνά αισθάνονται ενοχή -και βαθιά ντροπή- για πράγματα που έχουν πει ή κάνει στα αγαπημένα τους πρόσωπα με προβλήματα χρήσης ουσιών. Οι γονείς και άλλα μέλη οικογένειας σε ρόλους φροντιστή αισθάνονται πίεση να είναι δυνατοί, λογικοί, ήρεμοι και ευγενικοί, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, νιώθουν ντροπή (Eaton et al., 2016). Δυστυχώς, είναι σχεδόν αδύνατο να είναι δυνατοί, λογικοί, ήρεμοι και ευγενικοί συνεχώς, ειδικά κάτω από το παρατεταμένο άγχος που συνεπάγεται η χρήση ουσιών.

«Αναρωτιέμαι τι έχω κάνει λάθος ως μητέρα για να βρεθεί η κόρη μου σε αυτή την κατάσταση».

«Είμαι πολύ προσεκτική για να αποφύγω να μιλήσω για την κατάσταση καθώς νιώθω μεγάλη ντροπή. Δεν το έχω συζητήσει με κανέναν στην οικογένειά μου ή στη δουλειά μου, γιατί μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα. Αυτό με κάνει να νιώθω απομονωμένη».

«Όταν προσπαθώ να καθίσω και να μιλήσω μαζί της, θυμώνω και χάνω τον έλεγχο, γιατί γίνεται προσβλητική και προκλητική. Σε μια περίπτωση, απογοητεύτηκα τόσο πολύ που της είπα «δεν έχω κόρη τώρα». Ένιωσα πολύ αναστατωμένος μετά από αυτό το γεγονός και ευχόμουν να μην το είχα πει αυτό».

«Απλώς δεν μπορώ να το πω σε άλλον. Νιώθω τόσο ντροπή. Δηλαδή, τι θα σκεφτόταν ο κόσμος αν γνώριζε ότι η κόρη μου κάνει χρήση. Το μόνο άτομο που πιστεύω ότι μπορώ να εμπιστευτώ είναι ο άντρας μου, αλλά δεν μιλάει ποτέ για τη χρήση ναρκωτικών της κόρης μας. Υποθέτω ότι ντρέπεται, όπως εγώ, και αισθάνεται ότι το πρόβλημα θα φύγει από μόνο του με τον καιρό. Είναι απλά τόσο απογοητευτικό. Χρειάζομαι κάποιον για να μιλήσω και όμως αρνείται να το συζητήσει. Αν δεν μιλήσω σε κάποιον, σύντομα νομίζω ότι το κεφάλι μου θα εκραγεί, αλλά δεν υπάρχει κανένας άλλος που να πιστεύω ότι μπορώ να εμπιστευτώ».

Πίνακας 11.1 *Ντροπή και ενοχή επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.*

11.1.5. Η λανθασμένη πεποίθηση ότι το άτομο ή τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας είναι ικανοί να διακρίνουν το πρόβλημα και ότι λένε ψέματα

Οι επαγγελματίες οι οποίοι έρχονται σε επαφή με άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών συχνά θυμώνουν μαζί τους, γιατί έχουν τη λανθασμένη πεποίθηση ότι είναι ικανά να διακρίνουν το πρόβλημα και ότι λένε ψέματα. Πράγματι, σε γενικές γραμμές, τα άτομα, τα οποία έχουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης, τείνουν να υποβαθμίζουν, να εκλογικεύουν, να κρύβουν τα προβλήματά τους και να κατηγορούν άλλους γι' αυτά. Ακόμη και όταν οι επιπτώσεις της προβληματικής χρήσης είναι φανερές, συνεχίζουν να επιμένουν ότι δεν έχουν πρόβλημα. Όλοι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ασυνείδητα αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας, όταν τους δυσαρεστεί κάτι στη συμπεριφορά τους. Στην περίπτωση της εξάρτησης, όμως, οι άμυνες χρησιμοποιούνται τόσο πολύ, ώστε να είναι ικανές να απομακρύνουν το άτομο σε μεγάλο βαθμό από την πραγματικότητα. Η άρνηση αυτή αποτελεί σύμπτωμα της ασθένειας και συνδυάζεται με την πεποίθηση ελέγχου πάνω στη χρήση. Όσο πιο βαθιά στη χρήση μπαίνει κάποιος, τόσο υψηλότερο επίπεδο άρνησης και γνωστικών παραμορφώσεων απαιτούνται για να διατηρηθεί η ψευδαίσθηση ότι ελέγχει τη χρήση. Επιπλέον, οι εκλογικεύσεις (π.χ. «ήπια λίγο παραπάνω χθες βράδυ. Ε, είχαμε τόσο καιρό να βρεθούμε όλοι μαζί που άξιζε τον κόπο») και οι προβολές (π.χ. «Η Μ. είναι πολύ γκρινιάρια. Πίνω για να την αντέχω») είναι ένας τρόπος του ατόμου να φροντίσει το πληγωμένο «εγώ» του. Αν αποδεχθεί το πρόβλημα, υπάρχει ο φόβος να έρθει στην επιφάνεια πολύ μεγάλη ενοχή («σε τι ο ίδιος έχει φταίξει»).

Κατά παρόμοιο τρόπο, οι οικογένειες δεν έχουν τις ικανότητες να οδηγήσουν το άτομο στη μετάβαση από τη χρήση στην παραδοχή του προβλήματος. Είναι ακινητοποιημένες, αδρανοποιημένες και εγκλωβισμένες σε μια πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων (οργή, θυμός, αίσθημα προδοσίας, ενοχές, πικρία, ματαίωση,

χαμηλή αυτοεκτίμηση) ή εξακολουθούν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό να αρνούνται το πρόβλημα. Τα υψηλά επίπεδα του άγχους, οι ενοχές και ο έντονος φόβος για τις συνέπειες της χρήσης (θάνατος, χρέη, στιγματισμός κ.λπ.) εντείνουν τη δυσκολία αποδοχής του προβλήματος. Επιπλέον, η αναγνώριση του προβλήματος απειλεί το «φιλότιμο» και την «τιμή» της οικογένειας (Fotopoulou & Parkes, 2017) με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο «να σπάσει» η άρνηση και ο κανόνας τού «να μη μιλάς γι' αυτό». Στην προσπάθεια αυτή απαιτείται μια μη κριτική και απενοχοποιητική στάση προς τα μέλη της.

«Το επιβαρυνόμενο μέλος της οικογένειας γνωρίζει ότι το άλλο μέλος γνωρίζει το πρόβλημα, «ξέρει ότι ξέρει» αλλά το πρόβλημα δεν συζητείται ποτέ ανοιχτά».

«Πριν από μερικά χρόνια δεν έβλεπε τη χρήση αλκοόλ του Κ. ως πρόβλημα. Αντίθετα, το έβλεπε ως κάτι που ο Κ. δικαιούται να το απολαμβάνει. Σταδιακά, όμως, είδε πως αυξήθηκε η χρήση και είναι δύσκολο να γνωρίζουμε πότε ακριβώς, αλλά σε κάποια φάση έγινε περισσότερο πρόβλημα. Ο Κ. άρχισε να περνά περισσότερο χρόνο μακριά από το σπίτι και λιγότερο χρόνο με όλη την οικογένεια. Κοιτάζοντας πίσω, μπορεί να δει πώς άλλαξε η κατάσταση στην οικογένεια που ήταν αρκετά ευτυχισμένη και φυσιολογική. Η Ιωάννα ανησυχεί ότι αν συζητήσει το πρόβλημα με τα μέλη της οικογένειας του Κ. θα τον «προδώσει».

Πίνακας 11.2 Διαφορετικές εκτιμήσεις της χρήσης ουσιών μέσα στον χρόνο από μέλη της οικογένειας.



Εικόνα 11.2 Νικολάου Ν, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

11.1.6. Η αντιπαράθεση

Τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας συχνά δυσκολεύονται να αποδεχθούν το πρόβλημα της εξάρτησης, να το συζητήσουν με ανθρώπους που δεν είναι μέλη της οικογένειάς τους ή είναι βαθειά απογοητευμένοι και πιστεύουν ότι δεν υπάρχει καμία διέξοδος από το πρόβλημα. Αν ο επαγγελματίας υγείας αντιπαρατεθεί στις άμυνες ενός ατόμου σε ένα πρόβλημα το οποίο προκαλεί έντονα συναισθήματα και επιπτώσεις, τότε μπορεί να προκαλέσει την αντίδραση, τον θυμό, την πεισματική προσκόλληση στην προσωπική του άποψη, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αντίστασης ή ακόμη και τη σύγκρουση. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τα επιβαρυνόμενα μέλη οικογένειας εξαιτίας της τραυματικής διάστασης της αναγνώρισης και αποδοχής του προβλήματος. Αντίθετα, ο επαγγελματίας, ο οποίος προσπαθεί να προσφέρει βοήθεια, καλείται να ακούσει με υπομονή την άποψη του άλλου ατόμου, να συμπλεύσει, δηλαδή, με την αντίσταση ή την άρνηση του ατόμου, να κερδίσει σε πρώτη φάση την εμπιστοσύνη του και να καταφέρει να διερευνήσει τις ανάγκες του.

11.1.7. Ο φόβος για την αντιμετώπιση περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας

Αρκετές φορές οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με μέλη οικογένειας που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, κατακλύζονται από άγχος και φόβο για την αντιμετώπιση περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας. Ως εκ τούτου αποφεύγουν την επαφή με τα συγκεκριμένα άτομα. Η διάκριση, βέβαια, αυτή γίνεται γρήγορα αντιληπτή με αποτέλεσμα τα επιβαρυνόμενα μέλη της οικογένειας να νιώθουν ακόμη μεγαλύτερο το βάρος του στίγματος. Ουσιαστικά, ο φόβος του επαγγελματία υγείας συμβάλλει στη διαιώνιση της απομόνωσης και του στίγματος των επιβαρυνμένων μελών οικογένειας.

Πράγματα, μπορεί να είναι δύσκολο για έναν επαγγελματία υγείας να ακούσει για ενδοοικογενειακή βία και κακοποίηση, ακόμη και για τον πιο έμπειρο επαγγελματία. Μπορεί, επίσης, να υπάρχουν παιδιά ή άλλα ευάλωτα άτομα (π.χ. ηλικιωμένοι συγγενείς) για την ασφάλεια των οποίων ανησυχεί ο επαγγελματίας ακούγοντας τις μαρτυρίες ενδοοικογενειακής βίας. Είναι σημαντικό να λάβει υποστήριξη από εξειδικευμένους συνεργάτες, καθώς και από τον διευθυντή ή επιστημονικά υπεύθυνο της μονάδας και άλλους συναδέλφους. Συνολικά, όταν απαντά σε βία και κακοποίηση πρέπει να ακολουθεί τα πρωτόκολλα του οργανισμού και, όπου είναι δυνατόν, να προωθεί κοινές σχέσεις εργασίας με οργανισμούς που ειδικεύονται στην εργασία με θύματα και δράστες κακοποίησης. Η ασφαλής πρακτική πρέπει να ενσωματωθεί στο έργο της συγκεκριμένης δομής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να μην θεωρηθεί ως «προσθήκη» ή τυχαία εξέταση. Υπάρχουν οργανισμοί οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν τα μέλη της οικογένειας σε περίπτωση ενδοοικογενειακής βίας είτε είναι ενήλικες είτε παιδιά, στο τηλέφωνο, μέσω του Διαδικτύου ή δια ζώσης.

Σε γενικές γραμμές, ο επαγγελματίας υγείας, ο οποίος εργάζεται με κάποιον που υφίσταται βία και κακοποίηση στο οικογενειακό περιβάλλον, έχει ως προτεραιότητα την ασφάλεια. Είναι σημαντικό να μπορεί να παρέχει συμβουλές και υποστήριξη για το μέλος της οικογένειας, τα παιδιά και ακόμη και το μέλος που προκαλεί την κακοποίηση, εάν είναι πρόθυμος/η να ζητήσει βοήθεια. Είναι, επίσης, σημαντικό να βοηθήσει το μέλος της οικογένειας να προγραμματίσει εκ των προτέρων και να εξετάσει ποιες επιλογές έχει, όταν αντιμετωπίζει κίνδυνο κακοποίησης. Στη διαδικασία της καθημερινής ζωής, όπου βιώνεται η κακοποίηση, οι άνθρωποι μπορεί να αισθάνονται πολύ φοβισμένοι και μπερδεμένοι για να σκεφτούν καθαρά, οπότε ο εκ των προτέρων προγραμματισμός είναι ζωτικής σημασίας. Υπάρχουν πληροφορίες οι οποίες είναι εύκολα προσβάσιμες στο Διαδίκτυο σχετικά με τον «σχεδιασμό ασφάλειας», συμπεριλαμβανομένων των σχεδίων ασφάλειας που θα μπορούσε ο επαγγελματίας υγείας να συζητήσει με το μέλος της οικογένειας, όταν χρειάζεται, π.χ. αφήνοντας ένα δεύτερο ζευγάρι κλειδιών αυτοκινήτου σε κάποιο συγγενή ή φίλο, συνενόηση για ασφαλείς συνθηματικές λέξεις που υποδηλώνουν την ανάγκη άμεσης βοήθειας, μια μικρή βαλίτσα με απαραίτητα ρούχα και αντικείμενα σε συγγενή ή άλλο έμπιστο άτομο. Επιπλέον, όταν αποτελεί το πρώτο άτομο το οποίο έχει αυτή τη συζήτηση με το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας, αντιλαμβάνεται ότι παίζει έναν καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της ασφάλειας του ατόμου. Στη συνέχεια, ο επαγγελματίας μπορεί να προσφέρει υποστηριζόμενες παραπομπές σε άλλους ειδικούς οργανισμούς. Είναι χρήσιμο να αντιλαμβάνεται ο επαγγελματίας υγείας ότι το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας μπορεί να νιώθει πως προδίδει τη σχέση του ή την οικογένειά του ζητώντας βοήθεια για τις εμπειρίες κακοποίησης στο σπίτι. Είναι σημαντικό να εξηγήσει ο επαγγελματίας υγείας στο μέλος της οικογένειας ότι η αναζήτηση βοήθειας δεν σημαίνει ότι δεν αγαπούν τον συγγενή ή ότι έχουν εγκαταλείψει την οικογένεια ή τη σχέση τους, αλλά ότι το μέλος της οικογένειας δεν πρόκειται να αφήσει το άτομο να συνεχίσει την κακοποίηση. Αντίθετα, σημαίνει την ανάκτηση κάποιου ελέγχου και τη λήψη της απαραίτητης υποστήριξης και, κυρίως, αυτό που χρειάζονται τα παιδιά (εάν υπάρχουν) καθώς συνήθως δεν μπορούν να το κάνουν μόνο τους.

«Το επιβαρυνόμενο μέλος της οικογένειας νιώθει την πίεση της απαιτητικής φροντίδας των άλλων. Έχει πολύ λίγο χώρο για τον εαυτό της. Νιώθει κουρασμένη και καταρρακωμένη και έχει αρχίσει να υποφέρει από τακτικούς πονοκεφάλους. Ο σύζυγός της έχει γίνει, επίσης, όλο και πιο επιθετικός απέναντί της και προσβλητικός. Προχθές της έδωσε ένα χαστούκι με αποτέλεσμα να πέσει κάτω και να χτυπήσει το κεφάλι της στην άκρη του τραπεζιού. Αναγκάστηκε να πάρει μερικές μέρες άδεια από τη δουλειά, λόγω των τραυμαμάτων της. Οι γείτονες έχουν σχολιάσει το γεγονός αλλά και άλλα περιστατικά που έχουν συμβεί στο σπίτι. Είναι θυμωμένη για την έλλειψη υποστήριξης και η σχέση τους έχει αρχίσει να επιδεινώνεται. Όταν μιλούν μαζί για το πρόβλημα, καταλήγουν να καβγαδίζουν. Αρχίζει να γυρνάει αργότερα από τη δουλειά της και προσπαθεί να είναι έξω από το σπίτι όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο. Κατάφερε να μιλήσει με την αδελφή της στο τηλέφωνο, αλλά αισθάνεται ότι τον πρόδωσε. Έχει αποφασίσει να έχει όσο το δυνατόν λιγότερη σχέση μαζί του, αλλά πιστεύει ότι το πρόβλημα δεν θα λυθεί ποτέ. Δεν αισθάνεται ικανή να μιλήσει γι' αυτό που συμβαίνει σε κανέναν άλλο».

«Κατάφερα να αρνηθώ να του δώσω χρήματα! Ένιωσα πολύ ευχαριστημένη με τον εαυτό μου, επειδή τον αντιμετώπισα έστω και μια φορά και άρχισα να γίνομαι πιο διεκδικητική και να νιώθω σίγουρη. Η αντίδρασή του δεν ήταν επιθετικότητα αλλά έκπληξη. Μπορεί να συνεχίζει να πίνει, αλλά εγώ κατάφερα να μειώσω την ανεκτική συμπεριφορά και ελπίζω ότι θα μπορέσω να του μιλήσω πιο δυναμικά τώρα που νιώθω μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση».

Πίνακας 11.3 Ο φόβος της επιθετικότητας ως εμπόδιο στην αλλαγή

11.1.8. Το στίγμα της συνεξάρτησης

Σε πολλά βιβλία αυτοβοήθειας για μέλη οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από ουσίες ή τυχερά παιχνίδια, η συνεξάρτηση περιγράφεται ως παράλληλη διαδικασία με αυτήν του εθισμού στα ναρκωτικά ή στο αλκοόλ (Denning, 2010). Σύμφωνα με τη θεωρία της συνεξάρτησης, τα άτομα τα οποία βρίσκονται πιο κοντά στα εξαρτημένα άτομα είναι οι ίδιοι ασθενείς, παγιδευμένοι στις προσπάθειες ελέγχου και σωτηρίας του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης (Beattie, 1987). Η Beattie δηλώνει ότι οποιαδήποτε προσπάθεια διάσωσης του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης (από το πρόβλημα αυτό και τις επιπτώσεις του π.χ. κίνδυνος απώλειας εργασίας, φυλάκισης, πρόστιμα) έχει ως αποτέλεσμα να νιώθει το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας θυμό και διωκτικά συναισθήματα, τα οποία τελικά το οδηγούν να αισθάνεται «θύμα» (Misouridou et al., 2021). Ουσιαστικά, ο τυπικός ορισμός της συνεξάρτησης έχει δύο στοιχεία: α) την αποτυχία αυτοφροντίδας του επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας και β) την προστασία/ενδυνάμωση του ατόμου με προβλήματα εξάρτησης με αποτέλεσμα την ενίσχυση της συμπεριφοράς χρήσης (Beattie, 1990). Αν και το πρώτο στοιχείο είναι ιδιαίτερα σημαντικό και πηγή οδύνης για το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας, το δεύτερο στοιχείο σημαίνει ότι προστατεύει το άτομο από τις επιπτώσεις της εξάρτησης, αποτρέποντας, για παράδειγμα, την απώλεια εργασίας ή άλλα γεγονότα τα οποία θα μπορούσαν να βλάψουν περαιτέρω την οικογένεια. Η ταλαιπωρία από τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς εξάρτησης θεωρείται ως το λογικό και απαραίτητο αποτέλεσμα που οδηγεί το άτομο να «πιάσει πάτο» και να κινητοποιηθεί προς την αλλαγή.

Με αυτόν τον τρόπο, άμεσα ή έμμεσα, τα μέλη της οικογένειας θεωρούνται μέρος του προβλήματος και ψυχιατρικοποιούνται. Ο Δρ. Cermak (1986) υποστήριξε στο βιβλίο του «Diagnosing and Treating Co-Dependence: A Guide for Professionals» ότι η συνεξάρτηση πρέπει να συμπεριληφθεί στο DSM-III ως ξεχωριστή διαταραχή προσωπικότητας. Ενώ η σύσταση του δεν ακολουθήθηκε, πολλοί επαγγελματίες αποδέχονται ωστόσο την ιδέα μιας ασθένειας που ονομάζεται συνεξάρτηση, και εξακολουθεί να αποτελεί κοινή γλώσσα σε ομάδες υποστήριξης δώδεκα βημάτων για μέλη της οικογένειας, όπως π.χ. ομάδες Al-Anon και Nar-Anon. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι σημαίνει «συνεξαρτημένος», αλλά γνωρίζουν ότι πρόκειται για στίγμα που σχετίζεται με δυσλειτουργία στη σχέση ή στην οικογένεια.

Στη βιβλιογραφία της συνεξάρτησης, τα χαρακτηριστικά των συνεξαρτημένων ατόμων περιλαμβάνουν:

- έλεγχο της συμπεριφοράς του άλλου ατόμου
- τελειομανία
- υπερβολική φροντίδα του άλλου ατόμου

- καταπιεσμένα συναισθήματα
- δυσπιστία προς τους άλλους
- υπερεπαγρύπνηση

Επιπλέον, οι «συνεξαρτημένοι» θεωρείται ότι έχουν «κακά όρια», ότι ζουν σε «άρνηση» και ότι αντλούν την αυτοεκτίμησή τους από τη «διάσωση» του αγαπημένου τους προσώπου. Πάρα πολλά άτομα διαθέτουν κάποια από τα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν οι λίστες χαρακτηριστικών συνεξάρτησης.

Σύμφωνα με τον Denning (2010) είναι επιτακτική ανάγκη να κατανοήσουμε τα κίνητρα για τέτοιες αλληλεπιδράσεις και να είμαστε ανοιχτοί στην πιθανότητα να μην είναι όλες αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης παθολογικές. Μια διαφορετική οπτική είναι ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να διατηρήσουν την αγάπη, την οικογένεια ή/και τη σύνδεση με το άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Μάλιστα, πολλές αποκαλούμενες συμπεριφορές «συνεξάρτησης» θα μπορούσαν να αποτελούν φυσιολογικές απαντήσεις στη σχέση με κάποιον που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Μπορεί να είναι «φυσιολογικό» να προσπαθεί ένας γονιός ή σύντροφος να είναι χρήσιμος, όταν το αγαπημένο του πρόσωπο βλάπτει τον εαυτό του. Μπορεί να είναι «φυσιολογικό» να θέλει να προστατεύσει τον άνθρωπο τον οποίο αγαπά από τις συνέπειες της συμπεριφοράς του, ειδικά όταν το αποτέλεσμα μπορεί να είναι φυλάκιση ή θάνατος. Μπορεί να είναι «φυσιολογικό» να είναι ανήσυχος και δύσπιστος για τους άλλους, όταν οι άλλοι στιγματίζουν και κάνουν διακρίσεις, επειδή απλώς βρίσκεται σε σχέση με κάποιον που κάνει χρήση ουσιών. Μπορεί να είναι «φυσιολογικό» να ελπίζει -κατά παράλογο τρόπο- ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο άσχημα, όσο φαίνονται. Η γλώσσα και η λογική της συνεξάρτησης, ωστόσο, στιγματίζει τα μέλη της οικογένειας χαρακτηρίζοντας αυτές τις συμπεριφορές ως μη φυσιολογικές και συμπτώματα ασθένειας. Σύμφωνα με τους Orford et al. (1992) μια εναλλακτική προσέγγιση είναι να δούμε τους γονείς, τους συντρόφους και τα ίδια τα παιδιά των εξαρτημένων, ως θύματα του άγχους που πλήττει την οικογένεια για πολλά χρόνια, λόγω της προβληματικής χρήσης ενός μέλους της. Η προσέγγιση αυτή παραμένει «σιωπηλή» στο ερώτημα «τι προκάλεσε στην πραγματικότητα τη χρήση», κατανοώντας, βέβαια, ότι ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει το πρόβλημα μπορεί να επηρεάζει την πορεία της εξέλιξής του, καθώς και το ότι μια αιτιολογική θεώρηση της εξάρτησης δεν μπορεί παρά να είναι πολυπαραγοντική (Orford et al., 1992).



Εικόνα 11.3 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

Όταν ο Π. παρακολουθούσε θεραπευτικό πρόγραμμα για το πρόβλημά του, η Δ. αποφάσισε να τους τηλεφωνήσει και να δει αν θα μπορούσε να βοηθήσει με οποιονδήποτε τρόπο. Στο τηλέφωνο της ανέφεραν ότι εκτιμούσαν την ανησυχία της, αλλά η φύση των υπηρεσιών για άτομα με προβλήματα ουσιών και η εμπιστευτικότητα τους εμποδίζει να έρθουν σε επαφή μαζί της. Θα μπορούσε, ωστόσο, να δει κάποιον η ίδια. Εκείνη την εποχή, ένιωθε ότι αυτό θα ήταν άσκοπο. Αν δεν ήταν καν έτοιμοι να αναγνωρίσουν ότι προσπαθούσε να βοηθήσει το αγαπημένο της άτομο, πίστευε ότι δεν θα αναγνώριζαν τα προβλήματά της. Η Δ. είχε επίσης ακούσει έναν ψυχίατρο από το κέντρο απεξάρτησης να μιλά σε μια τοπική συνάντηση. Ανησυχούσε για τη στάση του προγράμματος που φαινόταν ότι θεωρούσαν ότι η εξάρτηση αποτελεί σύμπτωμα δυσλειτουργίας της οικογένειας και ότι τα μέλη της οικογένειας είναι «συνεξαρτημένοι» και ενισχύουν την εξάρτηση. Δεν πίστευε ότι αυτό λάμβανε υπόψη τις εμπειρίες των οικογενειών και τις προσπάθειες που κατέβαλαν οι οικογένειες για να οδηγήσουν τους συγγενείς τους στη θεραπεία.

Πίνακας 11.4 Η συνεξάρτηση ως εμπόδιο στην εμπλοκή των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία

11.2. Κινητοποιητική συνέντευξη και βελτίωση των σχέσεων με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά προσπαθούν να βοηθήσουν ένα άτομο κατευθύνοντάς το προς την αλλαγή συμπεριφορών βλαπτικών για την υγεία και την υιοθέτηση καινούργιας στάσης ζωής. Η αλλαγή, όμως, συμπεριφορών απαιτεί εσωτερικά κίνητρα. Οι γραπτές πληροφορίες είναι χρήσιμες, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας συζήτησης που επιτρέπει στο μέλος της οικογένειας να εκφράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει παρεξηγήσεις ή έλλειψη γνώσης. Η αυξημένη γνώση και κατανόηση μπορεί να μειώσει σημαντικά το άγχος αλλά από την άλλη η παροχή πληροφοριών από μόνη της δεν διαμορφώνει τους όρους της κινητοποίησης ενός ατόμου. Κάτι τέτοιο απαιτεί τη σύζευξη της γνωστικής και της συγκινησιακής-συναισθηματικής πλευράς της προσωπικότητας του ατόμου, τη θέληση, δηλαδή, του ατόμου για αλλαγή και την πίστη ή την αυτοπεποίθηση ότι θα τα καταφέρει. Συχνά, όμως, η προσπάθεια «να πεισθεί» κάποιος και να συμμορφωθεί στην αλλαγή συμπεριφορών και τρόπου ζωής είναι μια δύσκολη και ματαιωτική διαδικασία. Κεντρική σε αυτή τη ματαιώση είναι η αμφιθυμία του ατόμου και η αντίστασή του στην αλλαγή. Από τη μια το άτομο με προβλήματα εξάρτησης θέλει να αλλάξει, αλλά και δεν θέλει να χάσει τα βραχυπρόθεσμα οφέλη της βλαπτικής μακροπρόθεσμα συμπεριφοράς. Η κατανόηση του τι θετικό παίρνει το άτομο με προβλήματα εξάρτησης -κατά την κρίση του- από τη βλαπτική συμπεριφορά μπορεί να μειώσει τον φόβο και το άγχος του επιβαρυνμένου μέλους της οικογένειας, καθώς κάνει τη συμπεριφορά λιγότερο τυχαία και πιο προβλέψιμη. Επίσης, βοηθά τα επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας να συμπονέσουν το άτομο με προβλήματα εξάρτησης, ενώ παίρνουν λιγότερο προσωπικά τη συμπεριφορά εξάρτησης («πώς μπορεί να μας το κάνει αυτό;»), και θα νιώθουν λιγότερο θυμωμένοι και περισσότερο συνδεδεμένοι, κάτι που προσδίδει σημαντική ενέργεια στην προσπάθειά τους να τον/τη βοηθήσουν να αλλάξει. Από την άλλη το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας μπορεί να βρίσκεται σε σύγχυση σχετικά με την πιο κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης του προβλήματος (δες ενότητα 11.2.3).

Η κινητοποιητική συνέντευξη αποτελεί μια μέθοδο ενίσχυσης του κινήτρου και μείωσης της αντίστασης στην αλλαγή. Χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με το διαθεωρητικό μοντέλο των σταδίων της αλλαγής, το οποίο αποτελεί ένα εργαλείο κατανόησης και επιλογής της κατάλληλης παρέμβασης, ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Τόσο οι κινητοποιητικές παρεμβάσεις όσο και τα στάδια της αλλαγής δεν αφορούν μόνο την αντιμετώπιση βλαπτικών συμπεριφορών χρήσης ουσιών αλλά και άλλων προβλημάτων υγείας που απαιτούν αλλαγή τρόπου ζωής, όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, καρδιακά ή αναπνευστικά προβλήματα καπνιστών. Επίσης, αφορούν τόσο την αρχή μιας προβληματικής συμπεριφοράς στην εφηβεία, όσο και μια κρίση ή τραυματισμό, μιας και οι εξυπηρετούμενοι είναι πιο «ανοιχτοί» στην αλλαγή σε οδυνηρά «διδασκτικές» καταστάσεις.

Πιο αναλυτικά, η κινητοποιητική συνέντευξη αποτελεί μια μέθοδο κινητοποίησης προς την αλλαγή, την οποία εισήγαγαν οι Miller και Rollnick (1991). Ο στόχος της μεθόδου αυτής είναι η ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή μέσω της διερεύνησης και επίλυσης της φυσικής αμφιθυμίας του ατόμου, καθώς και η ενδυνάμωση και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητάς του στη διαδικασία της αλλαγής. Πρόκειται για μια προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη, δηλαδή, στο άτομο, με έμφαση στην οικειοθελή τροποποίηση της συμπεριφοράς

και στην άποψη ότι η ευθύνη για τις αποφάσεις και τα αποτελέσματα στην προσπάθεια αλλαγής ανήκει στο άτομο. Το συνεργατικό, φιλικό «πνεύμα» που διακρίνει τη συγκεκριμένη προσέγγιση είναι πιο σημαντικό από οποιαδήποτε στρατηγική ή τεχνική εφαρμόζεται (WHO, 2010). Το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας διακριτικά υποστηρίζεται στη διερεύνηση των λόγων τροποποίησης ή διατήρησης της εξάρτησης. Κάποιες βασικές στρατηγικές για την επιτυχία της μεθόδου περιλαμβάνουν (SAMHSA, 2012):

- Εστίαση στις δυνατότητες του ατόμου παρά στα αδύνατα σημεία του
- Σεβασμός στην αυτονομία και τις αποφάσεις του ατόμου
- Εξατομίκευση και προσωποκεντρική προσέγγιση
- Αποφυγή αποπροσωποποίησης του ατόμου χρησιμοποιώντας στιγματιστικούς όρους, όπως «εξαρτημένος» ή «αλκοολικός»
- Δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας
- Χρησιμοποίηση εν συναίσθησής, όχι κύρους ή εξουσίας

Κατά την κινητοποιητική συνέντευξη, ο επαγγελματίας δεν βλέπει τα μέλη της οικογένειας ως αιτία ή σημαντικό συντελεστή στην ανάπτυξη του προβλήματος της εξάρτησης. Αντίθετα, τα βλέπει ως άτομα που αντιμετωπίζουν ένα πολύ δύσκολο και αγχωτικό πρόβλημα πιστεύοντας ότι, μόλις έχουν το κατάλληλο επίπεδο γνώσης και υποστήριξης, τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αναπτύξουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν και να ανταποκρίνονται σε ένα πρόβλημα εξάρτησης, όπως και οι άνθρωποι είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν μια σειρά πολύ δύσκολων και πολύπλοκων προβλημάτων στη ζωή. Εάν ο επαγγελματίας θεωρεί τα μέλη της οικογένειας ως μέρος της «ασθένειας του εθισμού», να έχουν την ευθύνη για την πρόκληση του εθισμού ή να εμπλέκονται σκόπιμα σε συμπεριφορές «ενίσχυσης», όπως συμβαίνει σε πολλά συστημικά μοντέλα ή στο μοντέλο της «συνεξάρτησης» («codependency»), τότε είναι πολύ πιθανό να μην ευοδωθεί η καλλιέργεια εμπιστοσύνης μεταξύ του ατόμου και του επαγγελματία.

Ο βασικός στόχος της κινητοποίησης για αλλαγή είναι η συνεργασία και η βελτίωση της επικοινωνίας με το άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης αντί για την αποστασιοποίηση στην οποία οδηγούνται τα άτομα στις θεραπευτικές προσεγγίσεις που υιοθετούν τη φιλοσοφία της «συνεξάρτησης». Σε αντίθεση με το τελευταίο μοντέλο, οι βασισμένες σε ενδείξεις οικογενειακές παρεμβάσεις ενθαρρύνουν τις οικογένειες να παραμείνουν δεσμευμένες, βλέποντας τα αγαπημένα τους πρόσωπα ως πολύπλευρα άτομα που για πολλούς λόγους αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα διδάσκουν τις οικογένειες να επιβραβεύουν τη θετική αλλαγή και να δημιουργούν περιβάλλοντα με σεβασμό και ενσυναίσθηση που καλούν για την αλλαγή αντί να την απαιτούν. Οι οικογένειες θεωρούνται πηγές δύναμης και κατανόησης, και η σύνδεση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας εκτιμάται ως βασικό κίνητρο αλλαγής. Αυτή είναι η αντίθεση με την επικριτική, στιγματιστική στάση του μοντέλου της συνεξάρτησης. Διδάσκοντας τα μέλη της οικογένειας λειτουργικές και συμπεριφορικές στρατηγικές παρά ηθικολογικές προσεγγίσεις, οι βασισμένες σε ενδείξεις οικογενειακές παρεμβάσεις αποδομούν αποτελεσματικά το στίγμα.

Επιμέρους στόχοι κινητοποίησης μπορεί να αποτελούν οι εξής:

- Αύξηση της ευαισθητοποίησης του επιβαρυνμένου μέλους της οικογένειας για τον αντίκτυπο της εξάρτησης στο σύνολο της οικογένειας
- Αύξηση της επίγνωσης του επιβαρυνμένου μέλους της οικογένειας για το άγχος το οποίο βιώνει και από πού προέρχεται
- Πρόσβαση σε περαιτέρω πληροφορίες και πηγές νέων πληροφοριών
- Προσεκτική εξέταση άλλων τρόπων δράσης
- Αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης και τρόπων ενίσχυσης αυτής
- Αναζήτηση περαιτέρω βοήθειας για κάποια μέλη της οικογένειας
- Παροχή συνδέσμου προς τις υπηρεσίες



Εικόνα 11.4 ΚΕΘΕΑ, Copyright.

11.2.1. Βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης:

Οι βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι τέσσερις:

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

Ενσυναίσθηση

Ο όρος ενσυναίσθηση αποτελεί αντιδάνειο από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα. Συχνά, όμως, δημιουργείται σύγχυση εξαιτίας της φωνολογικής συνάφειας του αγγλικού όρου “empathy” με την ελληνική λέξη εμπάθεια (δηλαδή κακία). Η ενσυναίσθηση αποτελεί θεμέλιο λίθο της κινητοποιητικής συνέντευξης και αφορά τη δημιουργία ενός κλίματος υποστήριξης και ασφάλειας σε μια προσωποκεντρική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από στάση αποδοχής και σεβασμού προς το άτομο και τις απόψεις του. Ως εκ τούτου ο επαγγελματίας υγείας σέβεται, ακούει και αποδέχεται τις απόψεις του ατόμου για την επιβλαβή χρήση ουσιών στην οικογένεια, ακόμη κι αν δεν συμφωνεί με αυτές.

Ανάπτυξη απόκλισης

Σχετίζεται με τη διερεύνηση και ανάδυση της αντίφασης ανάμεσα στον τρόπο προσέγγισης της βλαπτικής συμπεριφοράς μέσα στην οικογένεια και τις αξίες ή τους στόχους ζωής του επιβαρυνένου μέλους οικογένειας. Όταν το άτομο καταφέρνει να αντιληφθεί την αντίφαση, διάσταση, ασυμβατότητα ή απόκλιση ανάμεσα στις αξίες και τους στόχους του και τη διαίωνιση του προβλήματος της εξάρτησης μέσα στην οικογένεια, τότε αρχίζει να αναγνωρίζει τη βλαπτική επίδραση της συμπεριφοράς αυτής. Οι εκλογικεύσεις ή ο έντονος θυμός, η ντροπή, η ταπείνωση και το στίγμα πίσω από την άρνηση του προβλήματος δεν επιτρέπουν στο άτομο να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Γι’ αυτό η ανάδυση και επεξεργασία της απόκλισης απαιτεί ένα μη κριτικό περιβάλλον. Μόνο μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον θα καταφέρει να συνδέσει τη χρήση ουσιών με τη βλαπτική επίδρασή της σε αρκετούς τομείς της ζωής της οικογένειας και θα αυξηθεί η επίγνωση του άγχους και άλλων επιπτώσεων στα μέλη της οικογένειας.

Συμπόρευση με την αντίσταση

Όταν ο επαγγελματίας υγείας επιχειρηματολογεί για να πείσει το άτομο για τη βλαπτική επίδραση της εξάρτησης, συχνά ματαιώνεται μπροστά στην αντίστασή του και ενίοτε τον θυμό και την επιθετικότητά του. Στην ουσία, όταν αντιτίθεται στην αντίσταση, την ενισχύει. Η τεχνική της συμπόρευσης με την αντίσταση σχετίζεται με την αποφυγή επιχειρηματολογίας, μιας και κάτι τέτοιο είναι αντιπαραγωγικό. Ο επαγγελματίας δεν αντιπαρατίθεται στην αμφιθυμία ή την απροθυμία του επιβαρυνμένου μέλους της οικογένειας. Αντίθετα, τη θεωρεί ως φυσιολογική και κατανοητή. Είναι πράγματι δύσκολο για τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα. Η εξάρτηση πληγώνει το «φιλότιμο» της οικογένειας, παρότι πιο συχνά αποτελεί και κινητήρια δύναμη προς την αλλαγή (Fotopoulou & Parkes, 2017).

Υποστήριξη της αυτο-αποτελεσματικότητας

Ο επαγγελματίας υγείας υποστηρίζει και ενισχύει το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας σε σχέση με την ικανότητά του να αντιμετωπίσει τα εμπόδια στην προσπάθεια αλλαγής. Κεντρικό σημείο της αρχής αυτής είναι η πίστη στην ικανότητα του ατόμου που κάνει χρήση ουσιών να αλλάξει. Απαισιόδοξες, στερεότυπες απόψεις για τους άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης καθιστούν αδύνατη την προσέγγιση.

11.2.2. Στρατηγικές στην αρχή της προσέγγισης

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

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

Ανοιχτές ερωτήσεις

Κατά το πρώτο βήμα στην αλληλεπίδρασή με επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας, απαιτείται ενθάρρυνση της ανοιχτής επικοινωνίας, ώστε να προκύψει μια εικόνα των δυσκολιών και των πιέσεων οι οποίες προκύπτουν από τη ζωή με το πρόβλημα, στο βαθμό που αυτό αναγνωρίζεται. Ο επαγγελματίας υγείας ελέγχει την κατανόηση των προβλημάτων εξάρτησης και ερωτήματα που απασχολούν μέλος της οικογένειας σχετικά με την εξάρτηση (δεν είναι απαραίτητο να δώσει απαντήσεις, μιας και είναι χρήσιμο για το μέλος της οικογένειας να θέσει ερωτήσεις και να διορθώσει εσφαλμένες εντυπώσεις βρίσκοντας πληροφορίες μέσω διαδικτύου ή άλλων διαθέσιμων πηγών πληροφοριών). Η απροθυμία του μέλους της οικογένειας να συζητήσει τα προβλήματά του με οποιονδήποτε εκτός της οικογένειας και το γεγονός ότι αισθάνεται μεγάλη ντροπή μπορεί να οφείλεται σε αίσθημα ενοχής και ευθύνης για τη συμπεριφορά εξάρτησης. Ωστόσο, η μεγάλη ντροπή μπορεί να δυσκολέψει το άτομο να είναι ανοιχτό στην κατάσταση και μπορεί να του πάρει λίγο χρόνο για να αισθανθεί ότι μπορεί να μιλήσει ειλικρινά με τον επαγγελματία υγείας. Σε περίπτωση αλληλεπίδρασης με περισσότερα από ένα μέλη της οικογένειας, ο επαγγελματίας εκφράζει πόσο θετικό είναι το γεγονός ότι εμφανίστηκαν για να συμμετάσχουν στη συζήτηση. Ενθαρρύνεται η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας, μιας και δίνοντας την ευκαιρία να εκφράσουν τις ανησυχίες τους, μπορεί να ανακουφιστούν από την αγωνία τους και να έρθουν πιο κοντά.

Οι ανοιχτές ερωτήσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερο, καθώς βοηθούν στη δημιουργία σχέσης, στη συλλογή πληροφοριών και στην αύξηση της κατανόησης, δίνοντας χρόνο και σιωπή για να απαντήσει το μέλος της οικογένειας και επιτρέποντας σιωπές και έκφραση συναισθημάτων (θυμός, άγχος, κατάθλιψη, θλίψη). Η έκφραση των συναισθημάτων μπορεί να αποφορτίσει το άτομο, να το βοηθήσει να τα επεξεργαστεί αλλά και να βελτιώσει την αυτοεκτίμησή του. Για παράδειγμα, η ανοιχτή ερώτηση «τι μπορείτε να μου πείτε για το πώς επηρεάζεστε από το ποτό του συντρόφου σας;» αντί της κλειστής ερώτησης «επηρεάζεστε από το ποτό του συντρόφου σας;» θα επηρεάσει την αρχική αλληλεπίδραση με το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας. Οι ανοιχτές ερωτήσεις επικεντρώνονται στο ποιος, πού, πώς και πότε και όχι στο ερώτημα «γιατί», καθώς μπορεί να ερμηνευθεί ότι έχει επικριτικό περιεχόμενο, ακόμη και όταν αυτό δεν είναι η πρόθεση.

Δίνουν τη δυνατότητα στον επαγγελματία να διερευνήσει το νόημα που έχει το πρόβλημα της εξάρτησης μέσα από τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις της. Συμβάλλουν, επίσης, στη δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και αποδοχής. Το άτομο μιλά περισσότερο από τον επαγγελματία υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας ακούει προσεκτικά και υπομονετικά, προσπαθώντας να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει το άτομο την προβληματική συμπεριφορά ακόμη κι όταν δεν συμφωνεί μαζί του. Παραδείγματα ανοιχτών ερωτήσεων είναι τα ακόλουθα:

- Πείτε μου για τη χρήση αλκοόλ του αγαπημένου μέλους της οικογένειας στη διάρκεια των χρόνων. Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στον τρόπο που σας επηρεάζει ή που ανησυχεί άλλους ανθρώπους;
- Πείτε μου για τη χρήση κοκαΐνης του αγαπημένου σας μέλους. Τι νομίζετε ότι του αρέσει στη χρήση; Και ποια είναι η άλλη πλευρά; Τι τον ανησυχεί στη χρήση;
- Τι εννοείτε όταν αναφέρετε συγκρούσεις ή ένταση στο σπίτι και με ποιους τρόπους εκδηλώνεται αυτό (ο επαγγελματίας είναι πάντα σε εγρήγορση για ενδείξεις κακοποίησης στο σπίτι).
- Ποιες είναι οι ανησυχίες σας σε σχέση με το πρόβλημα; π.χ. άγχος που σχετίζεται με τον γονεϊκό ρόλο και ανησυχίες της για το πώς η κατάσταση θα επηρεάσει τα νεότερα μέλη της οικογένειας. Άγχος για περιβαλλοντικούς παράγοντες, που υποστηρίζουν την εξάρτηση, όπως φίλοι, ερωτικός σύντροφος. Αίσθημα απελπισίας για την πιθανότητα αλλαγής, μοναξιάς και απομόνωσης του ίδιου του μέλους της οικογένειας.

Ανησυχώ συνεχώς για το μέλλον. Ο Κ. έχει προειδοποιηθεί από τους εργοδότες του πως, αν τα πράγματα δεν αλλάξουν, θα χάσει τη δουλειά του. Δεν είμαστε πολύ καλά και αν συνέβαινε αυτό, η ζωή θα γινόταν πολύ δύσκολη. Ανησυχώ για τη συμπεριφορά του γιου μου. Φαίνεται πολύ θυμωμένος και πικραμένος και μου λέει συνέχεια ότι πρέπει να παρατήσω τον πατέρα του.

Αναρωτιέμαι τι έχω κάνει λάθος ως πατέρας για να βρεθεί η κόρη μου σε αυτή την κατάσταση.

Πίνακας 11.5 Διερεύνηση των συναισθημάτων που βιώνουν τα επιβαρυνμένα μέλη της οικογένειας.

Αισθήματα απελπισίας και πεποίθησης ότι τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει, η άποψη ότι η μόνη χρήσιμη κατάσταση είναι να έρθει για βοήθεια το άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης, η αμφιθυμία για την προσφερόμενη βοήθεια, η ενοχή, ή η αίσθηση ότι το πρόβλημα αλκοόλ/ναρκωτικών προδίδεται μπορεί να αυξήσουν σημαντικά το άγχος του μέλους της οικογένειας και σχετίζονται με την αμφιθυμία και έλλειψη κινητοποίησης για αλλαγή. Κατά κανόνα, ο επαγγελματίας επικυρώνει τα συναισθήματα του μέλους της οικογένειας (δηλαδή «Υπάρχει λόγος να νιώθετε έτσι»), αφήνει στο μέλος της οικογένειας άφθονο χρόνο και χώρο για να εκφράσει τη στενοχώρια του ή την έντονη δυσφορία που βιώνει. Επιπλέον, ενθαρρύνει την ανοιχτή επικοινωνία εντός της οικογένειας σχετικά με την εξάρτηση, έτσι ώστε να μειωθεί η συγκάλυψη, η ελαχιστοποίηση του προβλήματος ή τα κρυμμένα μυστικά από άλλα μέλη της οικογένειας.

Στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση

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

1. διατάζει, κατευθύνει ή απαιτεί
2. προειδοποιεί ή απειλεί
3. δίνει συμβουλές, κάνει συστάσεις ή δίνει λύσεις
4. πειθεί με τη λογική, με επιχειρήματα ή κάνοντας κήρυγμα
5. ηθικολογεί ή λέει στο άτομο τι πρέπει να κάνει
6. διαφωνεί, κρίνει, κατακρίνει ή επιρρίπτει ευθύνες

7. συμφωνεί, επιδοκιμάζει ή επαινεί
8. ταπεινώνει, γελοιοποιεί ή κολλάει ταμπέλες
9. ερμηνεύει ή αναλύει
10. καθησυχάζει, συμπάσχει ή παρηγορεί
11. ανακρίνει
12. αποσύρεται, αποσπάται η προσοχή του, κάνει χιούμορ ή αλλάζει θέμα.

Επιβεβαίωση

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

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

Περίληψη

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

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

Η περίληψη δείχνει σε ένα μέλος της οικογένειας ότι ο επαγγελματίας υγείας το ακούσε και το κατάλαβε, αλλά επιτρέπει, επίσης, να ελέγξει ο επαγγελματίας την κατανόησή του για την κατάσταση και το μέλος της οικογένειας να τον/τη διορθώσει, εάν υπήρχε κάτι που παρέλειψε ή παρεξήγησε.

Πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης

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

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

Αναγνώριση του προβλήματος

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

Ανησυχία

- Τι κάνει εσάς ή άλλους ανθρώπους να ανησυχούν για τη χρήση αλκοόλ στην οικογένεια;
- Τι σας απασχολεί σε σχέση με τη χρήση; Τι φαντάζεστε ότι μπορεί να σας συμβεί;
- Πώς νιώθετε για το πρόβλημά αυτό;
- Πόσο πολύ σας απασχολεί αυτό;
- Τι νομίζετε ότι θα συμβεί στο μέλλον;

Πρόθεση για αλλαγή

- Το γεγονός ότι συζητάμε γι' αυτό το θέμα δείχνει ότι τουλάχιστον ένα κομμάτι του εαυτού σας πιστεύει πως είναι καιρός να κάνετε κάτι.
- Ποιοι είναι οι λόγοι που σας κάνουν να θέλετε την αλλαγή;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι μπορεί να χρειάζεται να κινητοποιήσετε το αγαπημένο σας μέλος προς την αλλαγή;
- Αν είχατε 100% επιτυχία και όλα γίνονταν ακριβώς όπως τα θέλατε, τι θα ήταν διαφορετικό;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι πρέπει να συνεχίσετε να αντιμετωπίζετε το πρόβλημα εξάρτησης μέσα στην οικογένεια με τον ίδιο τρόπο; Και η άλλη πλευρά;
- Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι ήρθε η ώρα να αλλάξετε τρόπο αντιμετώπισης;
- Ποια θα ήταν τα πλεονεκτήματα μιας αλλαγής;

Αισιοδοξία

- Τι σας κάνει να σκέφτεστε ότι, αν αποφασίζατε να αλλάξετε τον τρόπο που αντιμετωπίζετε τον τρόπο εξάρτησης, θα μπορούσατε να το κάνετε;
- Τι σας ενθαρρύνει ότι μπορείτε να κινητοποιήσετε το αγαπημένο σας άτομο προς την αλλαγή;
- Τι νομίζετε ότι θα σας βοηθούσε, αν αποφασίζατε να αλλάξετε;

Πίνακας 11.6 Δείγματα ερωτήσεων που προκαλούν Δηλώσεις Προσωπικής Κινητοποίησης

11.2.3 Τυπολογία στρατηγικών αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης

Σε μια ποιοτική έρευνα ξεχωριστού ενδιαφέροντος, οι Orford et al. (1992) πήραν συνεντεύξεις από διάφορα μέλη οικογενειών με στόχο τη διερεύνηση των τρόπων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης. Αναλύοντας τα αποτελέσματά τους με βινέτες -μια μέθοδο ιδιαίτερα πρακτική και χρήσιμη σε οποιοδήποτε θεραπευτή/ομάδα θεραπευτών θέλει να ερευνήσει την κλινική πράξη (Miller et al., 1997· Missouridou, 1999)- δημιούργησαν μια τυπολογία οκτώ τύπων αντιμετώπισης:

1. Ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων: Χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις. Ο θυμός εκτονώνεται προσωρινά, αλλά ξεκινά ένας φαύλος κύκλος δράσης – αντίδρασης.
2. Αδράνεια: Από τον φόβο βίαιων συμπεριφορών (σύζυγοι) ή από απαισιοδοξία και απελπισία (γονείς, σύζυγοι). Κυριαρχούν ασυνεπείς συμπεριφορές. Η ευθύνη αποδίδεται στο μέλος της οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης, ενώ αποφεύγεται η προσωπική ευθύνη για δράση.

3. Αποφυγή: Απόσταση από το μέλος της οικογένειας το οποίο κάνει χρήση, αποφεύγοντας τη συνεύρεση ή φεύγοντας από το σπίτι τις ώρες που το άτομο, το οποίο κάνει χρήση, επιστρέφει σε αυτό.
4. Ανοχή: Αποδοχή, προστατευτισμός (καλύπτει το άτομο με προβλήματα εξάρτησης), υποστήριξη της χρήσης (οικονομική βοήθεια), «επιχειρήσεις σωτηρίας» του αγαπημένου μέλους της οικογένειας.
5. Έλεγχος: Τα μέλη της οικογένειας νιώθουν υπεύθυνα για τη χρήση, υιοθετούν γονεϊκή στάση, γίνονται υπερέλεγκτικά, αφαιρούν την ευθύνη της συμπεριφοράς τού ατόμου με προβλήματα εξάρτησης από το ίδιο, ελέγχουν τις επαφές του και προσπαθούν να βάλουν όρια στη χρήση.
6. Υποστήριξη: Χαρακτηρίζεται από ελπίδα, πίστη και αισιοδοξία για την εξέλιξη του προβλήματος.
7. Αντιπαράθεση: Χαρακτηρίζεται από ανοιχτή και τίμια επικοινωνία. Τα μέλη της οικογένειας ξεκαθαρίζουν τη θέση τους. Αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη προσέγγιση που απαιτεί προσπάθεια, επιμονή, σταθερότητα, αμεσότητα. Η σκληρή πλευρά της αντιπαράθεσης είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους γονείς.
8. Ανεξαρτησία: Τα μέλη της οικογένειας βασίζονται στον εαυτό τους, αντιμετωπίζουν τον θυμό που μετατρέπεται σε κατάθλιψη, στοχεύουν στην αυτοανάπτυξή τους, νιώθουν πιο ήρεμα, πιο σίγουρα με τον εαυτό τους, και εμπλέκονται λιγότερο συναισθηματικά.

«Συνήθιζα να εκνευρίζομαι και να του φωνάζω, αλλά αυτό μπορεί να λειτουργήσει βραχυπρόθεσμα και όχι μακροπρόθεσμα. Του φώναζα, για παράδειγμα, όταν ήξερα ότι έκανε ένεση στο μπάνιο και αυτό μπορεί να τον σταματήσει να το κάνει για λίγες μέρες, αλλά μετά από λίγο όλα θα ξαναρχίσουν» (Σύζυγος ατόμου που κάνει χρήση ναρκωτικών).

«Του είπαμε ξεκάθαρα ότι μας στενοχωρεί, όταν τον βλέπουμε σε κατάσταση μέθης και του έχουμε πει ότι δεν θέλουμε να έρχεται κοντά μας μεθυσμένος. Αυτό φαίνεται να είχε κάποιο όφελος» (Πατέρας νεαρού ατόμου που κάνει χρήση αλκοόλ).

«Το να φωνάζω ήταν το πιο χρήσιμο πράγμα για μένα... μπορώ να το βγάλω από το σύστημά μου. Νιώθω καλύτερα, όταν φωνάζω... παρά να φεύγω και να αγνοώ την κατάσταση... αν βγω έξω, είναι σχεδόν σαν να του δίνω έγκριση. Τουλάχιστον φωνάζοντας ξέρω ότι γνωρίζει τις επιπτώσεις που είχε σε μένα». (Σύντροφος άντρα με προβλήματα χρήσης αλκοόλ).

«Τώρα βεβαιώνομαι ότι τα παιδιά δεν μένουν ποτέ μόνα με τον συγγενή μου για περισσότερο από μισή ώρα» (Γυναίκα σύντροφος άντρα με πρόβλημα ποτού).

Πίνακας 11.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης της εξάρτησης από επιβαρυνμένα μέλη οικογένειας

Οι δύο τελευταίες προσεγγίσεις του προβλήματος κατακτιούνται με τον χρόνο και με προσπάθεια. Επιπλέον, μέσα στον χρόνο τα μέλη της οικογένειας συχνά μαθαίνουν να είναι λιγότερο συναισθηματικά, πιο ήρεμα, πιο υπομονετικά και με περισσότερη κατανόηση.

11.3. Διαθεωρητικό μοντέλο – Στάδια αλλαγής

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

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

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

11.3.1. Στάδιο πριν την περισυλλογή

Τα άτομα ή η οικογένεια στο στάδιο αυτό δεν αντιλαμβάνονται κάποιο πρόβλημα ή ανάγκη για αλλαγή συμπεριφοράς, δεν έχουν επίγνωση της προβληματικής συμπεριφοράς και νιώθουν απρόθυμα και αμυντικά, όταν ωθούνται να προβούν σε αλλαγή (SAMHSA, 2020). Στην ουσία, δεν έχουν πεισθεί ότι οι αρνητικές πλευρές της προβληματικής συμπεριφοράς είναι περισσότερες από τις θετικές. Ο επαγγελματίας υγείας βοηθά τα μέλη της οικογένειας να αναγνωρίσουν τις βασικές αξίες, τις ελπίδες και τα όνειρά τους και τον τρόπο με τον οποίο η κατάχρηση ουσιών ή άλλες ενοχλητικές συμπεριφορές τα εμποδίζουν να επιτύχουν τους στόχους τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε μέλος της οικογένειας μπορεί να βρίσκεται σε διαφορετικό στάδιο αλλαγής γύρω από συγκεκριμένους στόχους αλλαγής συμπεριφοράς. Γι' αυτόν τον λόγο ο επαγγελματίας δημιουργεί συμμαχία με κάθε μέλος της οικογένειας, έχοντας σαν στόχο τη δέσμευσή τους στην αλλαγή. Οι βραχείες παρεμβάσεις μετά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου ASSIST απευθύνονται κυρίως σε άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο αλλαγής (WHO, 2010). Οι Miller & Rollnick (1991) για να περιγράψουν την ανομοιογένεια της ομάδας των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο αυτό χρησιμοποιούν τα τέσσερα "R", τέσσερις δηλαδή λέξεις της αγγλικής γλώσσας με κοινό αρχικό γράμμα:

- Reluctance (απροθυμία)
 - Δεν έχουν συνειδητοποιήσει την έκταση του προβλήματος και μπορεί να εκπλαγούν, όταν η ανατροφοδότηση διαφέρει από την προσωπική τους εκτίμηση. Η κατάλληλη προσέγγιση περιλαμβάνει ενσυναίσθηση και ανατροφοδότηση με ιδιαίτερα προσεκτικό και ευγενικό τρόπο.
- Rebellion (επανάσταση)
 - Χαρακτηρίζει άτομα τα οποία έχουν μεγάλη αντίσταση σε οποιαδήποτε συζήτηση του προβλήματος, η οποία μπορεί να εκφραστεί με θυμό, πρόκληση, ειρωνεία κ.λπ. Η κατάλληλη προσέγγιση απαιτεί αποφυγή αντιπαράθεσης και παρουσίαση πολλών επιλογών. Τα άτομα αυτά επενδύουν μεγάλη ενέργεια στην κάλυψη της προβληματικής χρήσης ουσιών και στην αντίσταση στην καθοδήγηση ίσως ως κατάλοιπο βαθύτερου φόβου και ανασφάλειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, που μπορεί να σχετίζεται και με το στίγμα της εξάρτησης. Ο στόχος είναι να διοχετεύσουν την προσπάθειά τους προς την κατεύθυνση της αλλαγής αντί της αντιπαράθεσης και της «επανάστασης» από φόβο απώλειας του ελέγχου (Misouridou et al., 2021).
- Resignation (παραίτηση)
 - Έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής και είναι πεπεισμένοι ότι «είναι πια πολύ αργά» για οποιαδήποτε αλλαγή. Οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές είναι η ενθάρρυνση και η διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν την αλλαγή. Χωρίς πάντως ελπίδα ότι η αλλαγή είναι εφικτή δεν θα κινητοποιηθούν ποτέ προς το στάδιο της περίσκεψης.
- Rationalization (εκλογίκευση)
 - Σε αντίθεση με την προηγούμενη ομάδα, αναφέρουν πολλούς λόγους για τους οποίους δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ή γιατί το πρόβλημα αφορά κάποιους άλλους, π.χ. «ο άντρας μου πίνει μόνο μισό κιλό κρασί τη μέρα», «ο παππούς μου είναι 90 χρονών και δεν έχει κανένα πρόβλημα υγείας, παρότι έπινε μισό κιλό κρασί τη μέρα. Η ενσυναίσθηση και η στοχαστική/ανακλαστική ακρόαση αποτελούν τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές σε αυτήν την περίπτωση.

11.3.2. Περισυλλογή

Το άτομο με προβλήματα εξάρτησης ή το επιβαρυνόμενο μέλος της οικογένειας στο στάδιο αυτό είναι αμφίθυμο σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς και αρχίζει να εντοπίζει τους λόγους για την αλλαγή. Ο επαγγελματίας υγείας ανακαλύπτει για κάθε μέλος της οικογένειας τους δικούς του λόγους για τους οποίους θέλει ή χρειάζεται να αλλάξει ορισμένες συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών, για να βοηθήσει την οικογένεια να πετύχει τους στόχους της. Παράλληλα, ενισχύει τα δυνατά σημεία των μελών της οικογένειας και την ικανότητά τους να αναλαμβάνουν δράση προς τις επιθυμητές λύσεις σε οικογενειακά προβλήματα. Παρότι το άτομο ή τα μέλη της οικογένειας αναγνωρίζουν το πρόβλημα εξάρτησης και αρχίζουν να σκέφτονται την πιθανότητα αλλαγής, η περισυλλογή δεν αποτελεί δέσμευση για αλλαγή. Έτσι, το άτομο συχνά εκφράζει ενδιαφέρον για αλλαγή αλλά όταν του προσφέρεται κάποια συγκεκριμένη δυνατότητα, π.χ. ένα πρόγραμμα υποστήριξης οικογενειών που ξεκινά άμεσα, τότε αναφέρει διάφορους λόγους για τους οποίους η συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν είναι κατάλληλη. Στην ουσία, δεν νιώθει έτοιμο για να δεσμευθεί άμεσα στη διαδικασία της αλλαγής. Αιτία είναι η αμφιθυμία του, η οποία μπορεί να καταστήσει το στάδιο αυτό μια ματαιωτικά χρόνια κατάσταση.

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

Τα μέλη της οικογένειας δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο το πρόβλημα της εξάρτησης στην πορεία του χρόνου. Για παράδειγμα, μπορεί οι πρώτες προσπάθειές τους να είναι περισσότερο αφοσιωμένες όσο και ανεκτικές, να προσπαθούν να μιλήσουν με το μέλος που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης και να αλλάξουν την κατάσταση, να είναι περισσότερο συναισθηματικά και να βάζουν τις ανάγκες του τελευταίου πριν από τις προσωπικές τους ανάγκες, π.χ. ξεκαθαρίζει το χάος μετά από ξενύχτι και καλύπτει το πρόβλημα στους εργοδότες, καθηγητές κ.λπ. Στη συνέχεια μπορεί να υιοθετήσουν μια θέση απόσυρσης ή αποστασιοποίησης προσπαθώντας σχεδόν να ξεχάσουν ότι το πρόβλημα υπάρχει. Πολύ συχνά, όμως, βιώνουν σύγχυση και αμφιθυμία σχετικά με τα θετικά όσο και με αρνητικά αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από τις διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος.

«Τον πρώτο καιρό νόμιζα ότι μπορούσα να κάνω κάτι για να αλλάξω την κατάσταση. Τώρα νιώθω ότι όσο λιγότερο χρόνο περνάμε μαζί, τόσο το καλύτερο. Αυτό με βοηθά να μην ανησυχώ όλη την ώρα, αλλά από την άλλη νιώθω σαν να τον έχω εγκαταλείψει. Επίσης, μερικές φορές νιώθω πολύ αναστατωμένη γιατί τον αγαπώ ακόμα και είναι σαν να τον απορρίπτω με αυτό που κάνω».

«Ανησυχώ πραγματικά για τον αντίκτυπο που έχει αυτή η κατάσταση στα παιδιά και πρέπει να του το πω. Είμαι έτοιμη να τον υποστηρίξω, αλλά πρέπει, επίσης, να τον ενημερώσω για το πώς με κάνει να νιώθω όλο αυτό. Πρέπει, επίσης, να ξεκινήσω να κάνω κάτι για τον εαυτό μου, ώστε τουλάχιστον ακόμη κι αν δεν αλλάξει να νιώσω πιο θετικά για τον εαυτό μου και την οικογένεια».

Πίνακας 11.8 Η αμφιθυμία και η λύση της

11.3.3. Προετοιμασία για δράση

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

Ωστόσο, είναι προφανές ότι οι συνομιλίες με το μέλος το οποίο αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης γρήγορα μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση. Το επιβαρυνόμενο μέλος της οικογένειας δυσκολεύεται να μην γίνει συναισθηματικός/ή και συχνά νιώθει ένοχος/η μετά για πράγματα που λέγονται εν θερμώ.

«Εξακολουθώ να τη βλέπω ως κοριτσάκι μου και νιώθω υπεύθυνη γι' αυτήν, αλλά λέει ότι είναι αρκετά μεγάλη για να φροντίζει τον εαυτό της και ότι πρέπει να σταματήσω να παρεμβαίνω. Η συζήτηση στη συνέχεια κλιμακώνεται σε σύγκρουση και καταλήγουμε να λέμε βλαβερά πράγματα εν θερμώ. Τη βλέπω ακόμα ως παιδί και βλέπει τον εαυτό της ως ενήλικα που είναι αρκετά μεγάλος για να ελέγχει τη ζωή του». «Είμαι η μαμά της και δεν μπορώ απλώς να κάθομαι και να τη βλέπω να καταστρέφει τη ζωή της, ανησυχώ πολύ για αυτήν».

«Μπορώ να σκεφτώ κάποιον τρόπο για να μπορέσω να κάνω μια πιο εποικοδομητική συνομιλία με το μέλος της οικογένειας που αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης; Πρέπει να σκεφτώ άλλους τρόπους προσέγγισης της κατάστασης. Υποθέτω ότι αν μπορούσα να προσπαθήσω να διατηρήσω την ηρεμία μου και να της μιλήσω πιο ισότιμα μπορεί να μην ήταν τόσο προκλητική. Θέλω να πω, από κάποιες απόψεις νομίζω ότι έχει δίκιο. Είναι πια ενήλικη. Έτσι νομίζω ότι θα μπορούσα να έχω μια πιο εποικοδομητική συζήτηση μαζί της. Θα της έλεγα ότι είμαι έτοιμη να τη στηρίξω, αλλά πρέπει να αρχίσει να βοηθά τον εαυτό της».

Πίνακας 11.9 *Χτίζοντας την εποικοδομητική συνομιλία*

11.3.4. Δράση

Στο στάδιο αυτό το άτομο ή τα μέλη της οικογένειας τροποποιούν τη συμπεριφορά τους, π.χ. σταματούν τις αρνητικές συμπεριφορές για τη χρήση και ενισχύουν τις συμπεριφορές αποχής, χύνουν την τελευταία μπίρα στο νεροχύτη ή παίρνουν για τελευταία φορά μια αυξημένη δόση «αποχαιρετισμού» και μπαίνουν στη διαδικασία εφαρμογής του σχεδίου τους. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση ή απογοήτευση μετά από μια αποτυχία αποτελούν σημαντικές δυσκολίες για το πέρας στο επόμενο στάδιο, αυτό της διατήρησης της αλλαγής. Το άτομο με προβλήματα εξάρτησης ή η οικογένεια συμμετέχουν ενεργά στην αλλαγή συμπεριφοράς. Ο επαγγελματίας υγείας βοηθά την οικογένεια να αναπτύξει ένα σχέδιο αλλαγής το οποίο περιλαμβάνει εργασίες για κάθε μέλος της οικογένειας. Μπορεί, ακόμη, να προσκαλέσει ένα μέλος της οικογένειας να γράψει το σχέδιο. Στη συνέχεια, δημιουργεί ένα αντίγραφο για κάθε μέλος της οικογένειας. Μπορεί, επίσης, να αναθεωρήσει το σχέδιο, να το τροποποιήσει και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητά του. Απαιτείται προσεκτική προετοιμασία για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει το άτομο στη μετάβαση αυτή. Σύμφωνα με τους Miller & Rollinick (1991) οι παρεμβάσεις κινητοποίησης αφορούν περισσότερο τα τρία πρώτα στάδια του κύκλου της αλλαγής και τις βραχείες παρεμβάσεις σε επιβλαβείς συμπεριφορές. Τα δύο τελευταία στάδια αρκετές φορές απαιτούν ανάπτυξη δεξιοτήτων και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας παρεμβάσεις, ώστε να επιτευχθεί η διατήρηση της αλλαγής.

Η κόρη εξακολουθεί να παίρνει ναρκωτικά, αλλά πατέρας και κόρη κατάφεραν να μιλήσουν γι' αυτό χωρίς να συγκρουστούν. Μερικές φορές μαλώνουν, αλλά νιώθει πιο ενημερωμένος για τη χρήση ναρκωτικών της, ενώ η κόρη καταλαβαίνει ότι ο πατέρας της την αγαπά και θέλει να βοηθήσει. Ο πατέρας παραπέμφθηκε σε μια ομάδα υποστήριξης και ένιωσε ότι ενδυναμώθηκε και ότι υπάρχουν και άλλοι γονείς με παρόμοια προβλήματα. Σε γενικές γραμμές ο πατέρας κοιμάται καλύτερα και η απόδοσή του στη δουλειά έχει βελτιωθεί. Πήγε, επίσης, σε ένα κέντρο απεξάρτησης και ζήτησε από τη σύζυγό του να πάει μαζί του για συμβουλές. Πλέον έχει την ελπίδα ότι η κατάσταση θα συνεχίσει να βελτιώνεται και ότι η κόρη τους θα αποφασίσει να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Πίνακας 11.10 Βελτίωση στις σχέσεις

11.3.5. Διατήρηση της αλλαγής – Υποτροπή

Το στάδιο αυτό αποτελεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας της αλλαγής. Η διατήρηση της αλλαγής της συμπεριφοράς είναι δύσκολη υπόθεση. Ερεθίσματα, τα οποία πυροδοτούν την προβληματική συμπεριφορά, αρκετές φορές οδηγούν το άτομο στην υποτροπή. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο αναγνωρίζει ότι η υποτροπή είναι πιθανή ενώ το άτομο προχωρά μέσω των σταδίων αλλαγής. Η επανάληψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς θεωρείται ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο στάδιο της αλλαγής της συμπεριφοράς και περιγράφεται ως «ολίσθημα» στη διαδικασία της αλλαγής και όχι ως αποτυχία ολοκλήρωσης του κύκλου των σταδίων. Έτσι, τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης συχνά περνούν από τα στάδια αυτά πολλές φορές μέχρι να φτάσουν στην επιτυχία. Με αυτόν τον τρόπο μαθαίνουν νέες συμπεριφορές και στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών που συναντούν στη διαδικασία της αλλαγής. Παράλληλα, ο επαγγελματίας υγείας βοηθά την οικογένεια να προβλέψει πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να αποσταθεροποιήσουν ξανά τη λειτουργία της οικογένειας.

Πολλά μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι εάν ο συγγενής τους σταματήσει να πίνει ή να παίρνει ναρκωτικά, τότε όλα θα είναι εντάξει. Είναι σημαντικό να κατανοήσει το μέλος της οικογένειας, με τον κατάλληλο τρόπο, ότι αυτό δεν συμβαίνει απαραίτητα -είναι ένα θετικό βήμα, αλλά ένα που μπορεί να φέρει τα δικά του περαιτέρω θέματα προς διαχείριση. Επιπλέον, η υποτροπή (συχνά συμβαίνει περισσότερες από μία φορές) είναι αναμενόμενο μέρος της διαδικασίας. Ένα βασικό μήνυμα προς το μέλος της οικογένειας είναι ότι δεν φταίει για καμία υποτροπή που μπορεί να συμβεί.

Καθώς γίνονται αλλαγές στη συμπεριφορά, η χρήση ουσιών μειώνεται ή το άτομο επιτυγχάνει την αποχή και η οικογενειακή λειτουργία μετατοπίζεται στη διατήρηση αυτών των αλλαγών συμπεριφοράς. Ο επαγγελματίας υγείας εφαρμόζει την προσέγγιση σταδίων αλλαγής σε μια συμπεριφορά η οποία μπορεί να αλλάξει κάθε μέλος της οικογένειας για να υποστηρίξει την ανάρρωση και να βελτιώσει τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Για παράδειγμα, όταν η χρήση αλκοόλ ενός συντρόφου παρεμβαίνει στη σχέση ενός ζευγαριού, ο σύντροφος που πίνει πρέπει να αλλάξει τη συμπεριφορά χρήσης. Ταυτόχρονα, ο σύντροφος, ο οποίος δεν πίνει, μπορεί να χρειαστεί να αλλάξει το αρνητικό μοτίβο επικοινωνίας του να κατηγορεί και να κρίνει τον σύντροφο που πίνει και να στραφεί σε ένα θετικό πρότυπο επικοινωνίας το οποίο ενισχύει τη συμπεριφορά μη κατανάλωσης αλκοόλ. Ο επαγγελματίας υγείας λαμβάνει υπόψη ότι κάθε μέλος της οικογένειας μπορεί να βρίσκεται σε διαφορετικό στάδιο αλλαγής ή επίπεδο κινήτρων, σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς που πρέπει να κάνει για να βελτιώσει τη λειτουργία της οικογένειας. Σε πλαίσιο ομάδας αυτοβοήθειας οικογενειών, η εκπαίδευση των οικογενειών σχετικά με τα στάδια της αλλαγής μπορεί να τις βοηθήσει να προσδιορίσουν πού βρίσκεται η καθεμία στα στάδια και να στηρίξουν η μία την άλλη για να προχωρήσουν προς τη θετική αλλαγή.

11.4. Βραχείες παρεμβάσεις

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλές έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παρέμβασης από τους επαγγελματίες υγείας στα γενικά νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO, 2010). Κατά τον ίδιο τρόπο με τον οποίο ο έλεγχος της γενικής κατάστασης της υγείας του ατόμου μπορεί να αποκαλύψει προβλήματα υγείας και να οδηγήσει σε συστάσεις για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, η αξιολόγηση της χρήσης ουσιών μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν ένα δυνητικό πρόβλημα υγείας ή να αντιμετωπίσουν ένα υπάρχον πρόβλημα, προτού επιδεινωθεί και θέσει σε κίνδυνο ακόμη και τη

ζωή του ατόμου. Η έγκαιρη ανίχνευση και οι βραχείες παρεμβάσεις για τη μείωση της χρήσης αποτελούν εργαλεία μείωσης της βλάβης, πρόληψης της κλιμάκωσης της χρήσης αλλά και κινητοποίησης για θεραπεία. Ο βασικός σκοπός τους είναι να βοηθήσουν το άτομο ή το επιβαρυνόμενο μέλος οικογένειας να συσχετίσει την καθημερινή χρήση ουσιών με προβλήματα υγείας, τα οποία πιθανόν αντιμετωπίζει, αλλά και με μελλοντικές βλάβες στην υγεία του. Τόσο οι μέθοδοι ανίχνευσης όσο και οι βραχείες παρεμβάσεις οι οποίες τις συνοδεύουν απευθύνονται σε όλα τα άτομα που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, η οποία έχει επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους, χωρίς να είναι απαραίτητα εξαρτημένα από τη συγκεκριμένη ουσία. Σε γενικές γραμμές η χρονική διάρκεια της ανίχνευσης κυμαίνεται από 1 έως 10 λεπτά.

Παρά, όμως, τη βασισμένη σε ενδείξεις αποτελεσματικότητα των σύντομων παρεμβάσεων, η εφαρμογή τους στην πράξη από τους επαγγελματίες υγείας εμποδίζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η πεποίθηση ότι οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στον ρόλο και στα καθήκοντά τους, ο φόρτος εργασίας, οι στερεότυπες, απαισιόδοξες και αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών κ.ά. (SAMHSA, 2012· Geirsson et al., 2005). Έτσι αποδεικνύονται απρόθυμοι να εμπλακούν στην κινητοποίηση των συγκεκριμένων ασθενών προς την αλλαγή τρόπου ζωής, σε αντίθεση με τόσα άλλα χρόνια προβλήματα υγείας στα οποία προτείνουν αλλαγές σε συμπεριφορές και καθημερινές συνήθειες. Μάλιστα, οι νοσηλευτές αποδεικνύονται ακόμη περισσότερο απρόθυμοι στην εμπλοκή τους στην αξιολόγηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και στις απαιτούμενες βραχείες παρεμβάσεις (Geirsson et al., 2005· Johansson et al., 2002) χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και παραδείγματα εφαρμογής έγκαιρης ανίχνευσης και παρέμβασης στο κλινικό έργο των νοσηλευτών (π.χ. Efrimson et al., 2012· Tsai et al., 2010· Wilson et al., 2008).

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζονται οι διαδικασίες ανίχνευσης χρήσης και κατάχρησης ουσιών με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν με ελάχιστη εκπαίδευση από νοσηλευτές σε όλους τους τομείς υγείας. Παρουσιάζονται τυποποιημένα εργαλεία και περιγράφεται ο τρόπος χορήγησης και βαθμολόγησής τους. Στη συνέχεια περιγράφεται η αξιολόγηση της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών.

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

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

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

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

Self-efficacy

- Ενδυνάμωση του ατόμου και υποστήριξη της αυτοαποτελεσματικότητας.

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

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

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

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2010) οι ασθενείς συνεργάζονται πιο εύκολα κατά τις βραχείες παρεμβάσεις, όταν ο επαγγελματίας υγείας:

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

11.4.1. Προσέγγιση του ατόμου ανάλογα με την αντίδρασή του

Πρακτικές συμβουλές σχετικά με την προσέγγιση του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης ανάλογα με την αντίδρασή του περιλαμβάνουν:

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

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

Πρακτικές συμβουλές σχετικά με την παραπομπή περιλαμβάνουν:

- Αν ο εξυπηρεούμενος δεν θέλει να ζητήσει βοήθεια, ο επαγγελματίας υγείας εξηγεί ότι δεν χρειάζεται κάποιος να είναι αλκοολικός ή τοξικομανής για να ζητήσει βοήθεια.
- Αν το άτομο που κάνει χρήση ουσιών δεν θέλει να σταματήσει τη χρήση, δίνεται έμφαση στο ότι δεν είναι απαραίτητο να διακόψει τη χρήση. Είναι πιθανό να τον βοηθήσουν να ελαττώσει τη χρήση.
- Αν το άτομο ντρέπεται ή σκέφτεται τι θα πουν οι άλλοι γι' αυτόν, καθησυχάζεται πως δεν είναι ο μόνος που έχει προβλήματα εξάρτησης στην οικογένεια. Διαβεβαίωση ότι δεν είναι ντροπή να ζητήσει βοήθεια.
- Χρειάζεται τόλμη για να παραδεχθεί κάποιος ότι έχει ανάγκη από βοήθεια και να μπει στη διαδικασία να την αναζητήσει. Η απόφαση αναζήτησης βοήθειας είναι θέμα του ατόμου. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει τις πληροφορίες για να τις χρησιμοποιήσει εκείνος, όταν είναι έτοιμος. Υπάρχει περίπτωση να το κάνει μόνο, όταν ο ίδιος προσωπικά εκτιμήσει ότι η κατάσταση έχει φθάσει στο απροχώρητο.
- Αν το άτομο δεν θέλει να αλλάξει κάτι σε σχέση με την εξάρτηση, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να φροντίσει άλλες ανάγκες του (π.χ. αντιμετώπιση παθολογικών προβλημάτων).

11.4.2. Διερεύνηση και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης

Ο επαγγελματίας μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα διάγραμμα δικτύου για να δημιουργήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα της υποστήριξης του επιβαρυνμένου μέλους της οικογένειας και του τρόπου με τον οποίο κάθε άτομο είναι χρήσιμο ή μη βοηθητικό, δεδομένου ότι οι απόψεις των μελών του δικτύου μπορεί να έρχονται σε αντίθεση με αυτές που έχει ένα επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας. Έτσι, συχνά απαιτούν δεξιότητες αντιμετώπισης της κριτικής με τρόπο που να ελαχιστοποιεί το άγχος του επιβαρυνμένου μέλους. Επιπλέον, πιθανές πηγές υποστήριξης δεν χρησιμοποιούνται, λόγω των φόβων να μοιραστεί με τους άλλους την εμπειρία για το πρόβλημα.

Η μητέρα του Κ. είναι πολύ κοντά συναισθηματικά με τον γιο της. Συναντά συχνά την οικογένεια, αλλά υπάρχει ένταση μεταξύ αυτής και της νύφης της Μ. Η μητέρα του Κ. τον προστατεύει πολύ και η Μ. αισθάνεται ότι πιστεύει πως η νύφη της δεν είναι αρκετά υποστηρικτική. Πράγματι, θυμάται μια περίπτωση όταν κατηγορήθηκε ότι έκανε τα πράγματα χειρότερα για τον Κ. και τον οδήγησε να πιει. Κατά βάθος, η Μ. αισθάνεται πως ίσως είναι εν μέρει υπεύθυνη για τον αλκοολισμό του Κ. και ότι ίσως θα έπρεπε να είναι σε θέση να τακτοποιήσει τα πάντα.

Πίνακας 11.11 Διερεύνηση της κοινωνικής υποστήριξης

11.5. Ενημέρωση επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας για περιπτώσεις οξείας τοξίκωσης

Η οξεία τοξίκωση αποτελεί μια οξεία και δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση που συμβαίνει, όταν το άτομο υπερβαίνει τη δοσολογία εθισμού (ΕΟΦ). Η υπερβολική δόση μπορεί να ληφθεί ηθελημένα, αλλά συνήθως οφείλεται στην καθαρότητα της ουσίας, στη μειωμένη ανοχή του οργανισμού μετά από περίοδο αποχής ή στην πολλαπλή χρήση ουσιών. Η θανατηφόρα δόση της ηρωίνης είναι 200 mg αλλά τα άτομα, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, μπορούν να κάνουν χρήση δεκαπλάσιας ποσότητας λόγω της ανοχής. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, όταν συνυπάρχει χρήση άλλων κατασταλτικών ουσιών του ΚΝΣ (αλκοόλ ή βενζοδιαζεπίνες). Συνήθως, απαιτείται άμεση ιατρική παρέμβαση.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

- μεγάλη αναπνευστική καταστολή
- κυάνωση στα χείλη ή στο σώμα
- μύση
- καρδιακές αρρυθμίες
- υπόταση
- καταστολή του ΚΝΣ
- πνευμονικό ή εγκεφαλικό οίδημα

Η ναλοξόνη χρησιμοποιείται παγκόσμια για την αντιμετώπιση της αναπνευστικής καταστολής, η οποία οφείλεται σε υπερβολική δόση οπιοειδών ουσιών. Διατίθεται σε ενέσιμη μορφή (για ενδομυϊκή και ενδοφλέβια χρήση) και σε συσκευή ενδορρινικού ψεκασμού. Στην Ευρώπη έξι χώρες ήδη διαθέτουν προγράμματα χορήγησης ναλοξόνης για πιθανή χρήση στο σπίτι σε περίπτωση λήψης υπερβολικής δόσης (Μισουρίδου, 2016). Επίσης, η ομαδική εκπαίδευση ατόμων, που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης οπιοειδών ουσιών, καθώς και μελών της οικογένειάς τους στη χορήγηση ναλοξόνης μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη του θανάτου από υπερβολική δόση. Συνολικά, στην Ευρώπη παρατηρείται διαχρονική πτωτική τάση του αριθμού των θανάτων από υπερβολική δόση ναρκωτικών.

Αρκετές φορές είναι δύσκολο για άτομα τα οποία συναναστρέφονται ένα άτομο που κάνει χρήση ηρωίνης να διακρίνουν αν το άτομο έχει κάνει απλώς χρήση ή αν έχει πάρει υπερβολική δόση. Γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να τους δώσουν πληροφορίες οι οποίες θα τους βοηθήσουν να διακρίνουν τη διαφορά με γλώσσα απλή και κατανοητή. Σε κάθε περίπτωση, αν δυσκολεύονται να αποφασίσουν, είναι

απαραίτητο να αντιμετωπίσουν την κατάσταση όπως σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης, γιατί έτσι μπορεί να σώσουν τη ζωή του ατόμου. Σημεία που υποδηλώνουν χρήση ηρωίνης είναι τα εξής:

- οι κόρες του ματιού συστέλλονται και φαίνονται μικρές
- οι μύες είναι χαλαροί
- το κεφάλι μπορεί να γέρνει στους ώμους
- ξύνεται πολύ από έντονη φαγούρα
- η ομιλία είναι αργή και μπερδεμένη
- μπορεί να φαίνεται ότι κοιμάται αλλά θα απαντήσει σε ένα δυνατό ερέθισμα (δυνατή φωνή, ταρακούνημα)

Αν, όμως, κάποιος ανησυχεί για το άτομο που κάνει χρήση, είναι σημαντικό να μην τον/την αφήσει μόνο/η. Αν το άτομο διατηρεί τις αισθήσεις του, είναι σημαντικό να περπατήσει μαζί του, να το κρατά ξύπνιο και σε εγρήγορση και να παρακολουθεί προσεκτικά την αναπνοή του. Σε καμία περίπτωση δεν αφήνουμε το άτομο να κοιμηθεί για να ξεκουραστεί και να συνέλθει με τη βοήθεια του ύπνου.

Ο Κ. ξεκίνησε τη χρήση ηρωίνης 20 χρονών. Είκοσι επτά ετών ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Άρχισε να ασχολείται πάλι με το ποδόσφαιρο συστηματικά και με μεγάλη επιτυχία, ενώ παράλληλα δούλεψε στην οικογενειακή επιχείρηση. Δύο χρόνια αργότερα προσήλθε με τη συνοδεία της μητέρας του και ενός συμπαίκτη από την ομάδα ποδοσφαίρου στο Κέντρο Υγείας της περιοχής. Ο συμπαίκτης του αναζήτησε τον Κ. για την προπόνηση, όπως είχαν συνεννοηθεί. Τον βρήκε να κοιμάται με τη μητέρα του να προσεύχεται στο προσκέφαλό του. Η μητέρα του Κ. του εξήγησε ότι τον άφησε να κοιμηθεί για να συνέλθει. Η άμεση μεταφορά του Κ στο Κέντρο Υγείας από το φίλο του του έσωσε τη ζωή. Η νοσηλεύτρια εξήγησε στην οικογένεια του Κ. πώς να διακρίνουν παρόμοια περιστατικά στο μέλλον. Ο Κ. ξεπέρασε τη ντροπή του και ήρθε ξανά σε επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα για να ψάξει τις βαθύτερες αιτίες για την υποτροπή του, ενώ παράλληλα οι γονείς του, μετά από παρότρυνση της νοσηλεύτριας, ήρθαν για πρώτη φορά σε επαφή με το Τμήμα Οικογένειας του αντίστοιχου θεραπευτικού προγράμματος.

Πίνακας 11.12 Η σημασία της ενημέρωσης σημαντικών άλλων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης

Συμπτώματα υπερβολικής χρήσης είναι τα εξής:

- το άτομο είναι ξύπνιο, αλλά δεν μπορεί να μιλήσει
- σώμα πολύ χαλαρό
- πρόσωπο πολύ ωχρο ή ιδρωμένο
- νύχια και χείλη μπλε ή μωβ μαύρα
- το χρώμα του δέρματος γίνεται μελανό/μωβ ή σε άτομα με σκούρο δέρμα γκριζωπό/σταχτί.
- αναπνοή αργή και ρηχή, ακανόνιστη ή έχει σταματήσει
- • σφυγμός (καρδιακός ρυθμός) αργός, ακανόνιστος ή δεν υπάρχει καθόλου
- • ήχοι πνιγμού ή θορυβώδες ροχαλητό (ρόγχος θανάτου)
- • έμετος (κίνδυνος να πνιγεί)
- • απώλεια συνείδησης
- • μη ανταπόκριση σε εξωτερικά ερεθίσματα

Αν κάνει άγνωστους ήχους, ενώ «κοιμάται», αξίζει να προσπαθήσει κάποιος να τον/την ξυπνήσει. Πολλοί συγγενείς χρηστών οπιοειδών ουσιών νομίζουν ότι πρόκειται για ροχαλητό, ενώ στην πραγματικότητα το αγαπημένο τους πρόσωπο έχει πάρει υπερβολική δόση, χάνοντας έτσι την ευκαιρία να παρέμβουν και να σώσουν τη ζωή του. Πάντως, είναι σπάνιο για κάποιον να πεθάνει αμέσως από υπερβολική δόση. Οι χρήστες οπιοειδών ουσιών συχνά επιβιώνουν, επειδή κάποιος ήταν εκεί για να τους βοηθήσει.

11.6. Προσέγγιση επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας σε κρίση πανικού

Ο όρος «πανικός» προέρχεται από τον αρκαδικό βουκολικό θεό Πάνα, η εμφάνιση (κέρατα, πόδια τράγου και γένια) και η συμπεριφορά του οποίου προκαλούσαν τον τρόμο αλλά και τον γέλωτα. Η κρίση πανικού είναι μια αιφνίδια περίοδος έντονου άγχους με έντονα σωματικά συμπτώματα. Άτομα που βιώνουν κρίση πανικού για πρώτη φορά μπορεί να πιστέψουν πως παθαίνουν έμφραγμα, νευρικό κλονισμό ή άλλη σοβαρή ασθένεια. Άτομα, τα οποία κάνουν χρήση κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας για πρώτη φορά, παρουσιάζουν αρκετά συχνά κρίσεις πανικού (Λιάππας, 2003). Τα συμπτώματα της κρίσης πανικού είναι τα εξής:

- ταχυκαρδία
- τρέμουλο
- εφίδρωση
- κοιλιακές διαταραχές-ναυτία
- πόνος στο στήθος-δυσφορία
- αίσθημα ασφυξίας-αίσθημα πνιγμού
- ζάλη, αίσθημα αδυναμίας και αίσθημα λιποθυμίας
- φόβος απώλειας ελέγχου ή φόβος του ατόμου ότι θα τρελαθεί
- φόβος επερχόμενου θανάτου
- αποπραγματοποίηση (το άτομο νιώθει ότι ο εξωτερικός κόσμος δεν είναι αληθινός)- αποπροσωποποίηση (ο ασθενής νιώθει πως ο εαυτός του δεν είναι αληθινός ή ότι αποχωρίζεται από το σώμα του)
- μούδιασματα ή μυρμηγκιάσματα στα χέρια
- ρίγος ή εξάψεις

Ο επαγγελματίας υγείας κατά την προσέγγιση του επιβαρυνμένου μέλους οικογένειας καλείται:

- να συστηθεί και να εκφράσει το γνήσιο ενδιαφέρον του για το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας
- να ρωτήσει τι βοήθεια νομίζει ότι χρειάζεται, δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης
- να αναγνωρίσει ότι ο τρόμος που νιώθει το άτομο είναι πραγματικός, χωρίς να υποτιμά την εμπειρία του ή να τον/την επιπλήττει
- να διαβεβαιώσει το άτομο ότι, παρόλα τα συμπτώματα που έχει, η ζωή του δεν κινδυνεύει, ότι είναι ασφαλής και ότι σταδιακά τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν
- να μην πανικοβάλλεται ο ίδιος, αλλά να μιλά με σταθερό και καθησυχαστικό τόνο, καθαρά και χρησιμοποιώντας μικρές προτάσεις

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μπορεί να συμβάλει στην αποκάλυψη από το επιβαρυνμένο μέλος οικογένειας το πρόβλημα της χρήσης ουσιών στην οικογένεια. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και στην περίπτωση ατόμου που κάνει χρήση ουσιών.



Εικόνα 11.5 Παρθένης Κ, Εθνική Πινακοθήκη, Copyright.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Beattie, M. (1987). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself*. New York: Harper/Hazeldon.
- Denning, P. (2010). Harm Reduction Therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (2), 164-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp>
- Eaton, K., Ohan, J. L., Stritzke, W. G., & Corrigan, P. W. (2016). Failing to meet the good parent ideal: Self-stigma in parents of children with mental health disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 3109-3123.
- Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of psychoactive drugs*, 18(1), 15-20.
- Goffman E. *Stigma*. New York: Simon & Schuster; 1963.
- Fotopoulou, M., & Parkes, T. (2017). Family solidarity in the face of stress: responses to drug use problems in Greece. *Addiction Research & Theory*, 25(4), 326-333.
- Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005) *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- ANSA (1997a) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working in Primary Health Care Teams*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997b) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses Midwives and Health Visitors: Working with children and young people*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1997c) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses: Working with Alcohol and Drug Users*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (1998) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses: Working within Accident and Emergency*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- ANSA (2002) *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.
- Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.
- Bertholet, N., Daeppen, J.B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.
- Burns, H.K., Puskas, K.R., Flaherty, M.T., Mitchell, A.M., Hagle, B. et al. (2012) Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4): 169-177.
- Crawford, M.J., Patton, R., Touquet, R. et al (2004) Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomized controlled trial. *Lancet*, 364, 1334-1339.
- Efrimson, E.O., Fossum, B., Ehrenberg, A., Larsson, K., Klang, B. (2012) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 767-782. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x>
- Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenberg, G. & Wollshem, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.
- Erickson, S.J., Gerstle, M., Feldstein, S.W. (2005) Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159:1173-1180.

- Gold, M.A. & Kokotailo, P.K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Adolescent Health Update*, 20(1), 1–10.
- Humeniuk RE, Dennington V and Ali RL (2008) *The effectiveness of a Brief Intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva, World Health Organ
- Macgowan, M. J. & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 527–45.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J.A., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008) *Motivational interviewing in health care*. New York: Guilford.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55:305–312.
- SAMHSA (2020) *Substance Use Disorder Treatment and Family Therapy UPDATED 2020* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. HHS Publication No. PEP20-02-02-012 . Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA (2012) *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- SAMHSA (1999) *Enhancing Motivation For Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 12-4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Smith, A.J., Hodgson, R.J., Bridgeman, K. & Shepherd, J.P. (2003) A randomised controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98, 43-52.
- U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*, 140, 554-556.
- Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.
- WHO (2010) *Brief intervention: the ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in Primary Care*. France: World Health Organization.
- Wilson, J.S., Fitzsimons, D., Bradbury, I. & Stuart Elborn, J. (2008) Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 508–517.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011) *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος.

Οι επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας συναντούν πολύ συχνά στην κλινική τους πράξη άτομα και οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ή κατάχρησης ουσιών. Οι σοβαρές διαστάσεις τις οποίες έχει λάβει το φαινόμενο της εξάρτησης παγκοσμίως, αλλά και στη χώρα μας, απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας να αναπτύξουν μια αποτελεσματική στρατηγική διαχείρισης των προβλημάτων χρήσης και κατάχρησης ουσιών που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Το ακαδημαϊκό σύγγραμμα «Προσέγγιση της οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης» αποτελεί ένα σύγγραμμα βασισμένο σε ενδείξεις, το οποίο στοχεύει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των φοιτητών/επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας σε θέματα προσέγγισης της οικογένειας. Επίσης, στόχος του είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας σε θέματα εξάρτησης και οικογενειακής επιβάρυνσης, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς και η κατάρτιση και η επαγγελματική αυτο-ανάπτυξη επαγγελματιών που εργάζονται ή επιθυμούν να εργαστούν στον τομέα των εξαρτήσεων. Απώτερος σκοπός της προσπάθειας αυτής είναι η δημιουργία ενός εγχειριδίου περιεκτικού σε θέματα τα οποία αφορούν το κλινικό έργο, την εκπαίδευση και την έρευνα στην προσέγγιση της οικογένειας. Το βιβλίο αποτελείται συνολικά από έντεκα κεφάλαια. Με τα κεφάλαια αυτά επιχειρείται να βοηθηθούν οι αναγνώστες, ώστε να κατανοήσουν το πλαίσιο προσέγγισης των επιβαρυνμένων μελών της οικογένειας και να αποσαφηνίσουν βασικές έννοιες και όρους, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στον τομέα των εμπειρικά τεκμηριωμένων οικογενειακών παρεμβάσεων. Επιπλέον, το σύγγραμμα έχει στόχο να ενισχύσει το αίσθημα επάρκειας προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών όσον αφορά τις γνώσεις τους για τις τεκμηριωμένες οικογενειακές παρεμβάσεις, καθώς και για την εφαρμογή τους στο πλαίσιο της θεραπείας απεξάρτησης, των κέντρων πρόληψης, αλλά και της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το παρόν σύγγραμμα δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του Έργου ΚΑΛΛΙΠΟΣ+	
Χρηματοδότης	Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Προγράμματα ΠΔΕ, ΕΠΑ 2020-2025
Φορέας υλοποίησης	ΕΛΚΕ ΕΜΠ
Φορέας λειτουργίας	ΣΕΑΒ/Παράρτημα ΕΜΠ/Μονάδα Εκδόσεων
Διάρκεια 2ης Φάσης	2020-2023
Σκοπός	Η δημιουργία ακαδημαϊκών ψηφιακών συγγραμμάτων ανοικτής πρόσβασης (περισσότερων από 700) • Προπτυχιακών και μεταπτυχιακών εγχειριδίων • Μονογραφιών • Μεταφράσεων ανοικτών textbooks • Βιβλιογραφικών Οδηγών
Επιστημονικά Υπεύθυνος	Νικόλαος Μήτρου, Καθηγητής ΣΗΜΜΥ ΕΜΠ
ISBN: 978-618-5726-86-7	DOI: http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-205

Το παρόν σύγγραμμα χρηματοδοτήθηκε από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων του Υπουργείου Παιδείας.