



**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Η ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟ
ΣΥΝΤΡΟΦΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΕΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ »**

ΜΠΟΥΖΑ ΑΙΜΙΛΙΑ

(Α.Μ. 20190310)

Επιβλέπων: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,

Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική – Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Πανεπιστημιακή
Ψυχιατρική Κλινική – Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Πομίνι Βαλέρια, Κλινική Ψυχολόγος, ΕΔΙΠ - Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Κλινική Ψυχολόγος, PhD

ΑΘΗΝΑ

Φεβρουάριος, 2021

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	4
Περίληψη.....	5
Abstract	7
Εισαγωγή.....	9
Ορισμός της Εξάρτησης.....	11
Το οικογενειακό σύστημα	14
Η οικογένεια καταγωγής του εξαρτημένου	17
Οικογένεια με εξαρτημένο σύντροφο	19
Τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου.....	20
Η δυαδική σχέση στα ζευγάρια με εξαρτημένο σύντροφο	22
Η λειτουργικότητα της οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο	23
Η συντροφική σχέση	27
Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή συντρόφου	27
Οι οικογενειακοί ρόλοι και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής	29
Σκοπός παρούσας μελέτης.....	30
Μεθοδολογία	31
Το δείγμα και οι συμμετέχοντες στην έρευνα	32
Ερευνητική διαδικασία	32
Ερευνητικά Εργαλεία	33
Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	39
Στατιστική Ανάλυση	39
Αποτελέσματα	40
1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών και των συντρόφων τους.	40
2. Στοιχεία σχετικά με τους γονείς των συμμετεχουσών και των γονέων των συντρόφων τους.....	41
3. Στοιχεία σχετικά με την ψυχική υγεία των συμμετεχουσών	43
4. Στοιχεία σχετικά με την συντροφική/ συζυγική σχέση των συμμετεχουσών	45
5. Ερωτηματολόγιο ρόλων στην Οικογένεια	47
6. Κλίμακα Δυαδικών Σχέσεων.....	47
7. Κλίμακα Εκτίμησης της Οικογένειας- Family Assessment Device (FAD).....	48
8. Κλίμακα εκτίμησης των σχέσεων με τους γονείς- PBI	49
9. Κλίμακα εκτίμησης αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας- Early Trauma Inventory	49
10. Κλίμακα σχετικά με τη Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης- HADS. 50	
11. Κλίμακα εντοπισμού δυσλειτουργιών από τη χρήση αλκοόλ- AUDIT.....	50

12. Συσχέτιση των εξεταζόμενων κλιμάκων στην κλινική ομάδα	51
Συζήτηση	58
Περιορισμοί της έρευνας	68
Βιβλιογραφία	70
Παράρτημα Α	89
Γράφημα 1: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Care»-μητέρα.	89
Γράφημα 2: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Care»-πατέρα.	89
Γράφημα 3: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Protection»-μητέρα.	90
Γράφημα 4: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Protection»-πατέρα.	90
Γράφημα 5: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας».....	91
Γράφημα 6: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία».	91
Γράφημα 7: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση».	92
Γράφημα 8: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με το συνολικό score κακοποίησης ή παρενόχλησης.....	92
Γράφημα 9: Στικτόγραμμα κλίμακας FAD-12 και συνολική βαθμολογία Δυαδικών Σχέσεων.	93
Γράφημα 10: Στικτόγραμμα κλίμακας FAD-6+ και συνολική βαθμολογία Δυαδικών Σχέσεων.	93
Γράφημα 11: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Κατάθλιψη» και της συνολικής βαθμολογίας των δυαδικών σχέσεων.....	94
Γράφημα 12: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Άγχος» και της συνολικής βαθμολογίας των δυαδικών σχέσεων.....	94
Γράφημα 13: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Άγχος» με την κλίμακα FAD-12.	95
Γράφημα 14: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Κατάθλιψη» με την κλίμακα FAD-12.....	95
Γράφημα 15: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Care»- μητέρα με τη συνολική βαθμολογία των τραυματικών εμπειριών.....	96
Γράφημα 16: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Protection»- μητέρα με τη συνολική βαθμολογία των τραυματικών εμπειριών.....	96
Γράφημα 17: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Care»- πατέρα με τη συνολική βαθμολογία τραυματικών εμπειριών.....	97
Γράφημα 18: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Protection»- πατέρα με τη συνολική βαθμολογία τραυματικών εμπειριών.....	97
Παράρτημα Β	98

1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών.....	98
2. Ερωτηματολόγιο ρόλων στην Οικογένεια	103

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία συντελεί στην ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών στον τομέα των εξαρτήσεων. Ο σχεδιασμός, η διεξαγωγή και η συγγραφή αυτής της μελέτης θα ήταν ανέφικτη χωρίς την καθοδήγηση και ουσιαστική συμβολή των παρακάτω ανθρώπων, τους οποίους θέλω να ευχαριστήσω θερμά για την υποστήριξή τους σε αυτό το εγχείρημα.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον κύριο Παπαρηγόπουλο Θωμά, ο οποίος ανέλαβε την επίβλεψη της μελέτης μου. Θερμές ευχαριστίες οφείλω ακόμη στην κυρία Πομίνι Βαλέρια και στην κυρία Τριανταφύλλου Καλλιόπη, που ανέλαβαν την πλήρη καθοδήγησή μου και μου πρόσφεραν βοήθεια και πολύτιμες συμβουλές. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Τζαβάρα Χαρά για την πολύτιμη βοήθειά της στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Επιπροσθέτως, θέλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου στο ΚΕΘΕΑ, τόσο στον Τομέα Έρευνας όσο και το Θεραπευτικό προσωπικό των Μονάδων, που χωρίς τη δική τους βοήθεια η διεξαγωγή αυτής της μελέτης θα ήταν ανέφικτη, ειδικά σε μια τόσο δύσκολη περίοδο, όσο είναι αυτή της πανδημίας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ θέλω να εκφράσω στους ανθρώπους, που με μεγάλη προθυμία συμμετείχαν στην έρευνα και αφιέρωσαν μέρος του προσωπικού τους χρόνου για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τους ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια και την συνεργασία. Χωρίς τη δική τους συμβολή δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση αυτής της μελέτης. Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου και ιδιαιτέρως τον σύντροφό μου που με στηρίζουν διαρκώς.

«Δεν ελκόμαστε απλώς ο ένας από τον άλλο.

Χρειαζόμαστε ο ένας τον άλλο, συχνά πάρα πολύ».

Augustus Y. Napier, 1995.

Περίληψη

Εισαγωγή: Πλήθος ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την διερεύνηση του ρόλου που έχει η οικογένεια στην ανάπτυξη, διατήρηση και θεραπεία της εξάρτησης. Οι περισσότερες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην οικογένεια καταγωγής του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης, μελετώντας τα χαρακτηριστικά των μελών της οικογένειας, τις αλληλεπιδράσεις τους και τα γεγονότα του κύκλου ζωής αυτής, που μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου. Σχετικά λιγότερες έρευνες έχουν διεξαχθεί στους συντρόφους των ατόμων, που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, οι οποίες έχουν δείξει χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στη συντροφική σχέση, χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας των οικογενειών με εξαρτημένο σύντροφο καθώς και αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις συντρόφους των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και συγκεκριμένα τη σχέση με τους γονείς τους και την ιστορία της οικογένειας καταγωγής τους σε σύγκριση με τις συντρόφους ατόμων, που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Επιπλέον, στόχος είναι να αξιολογηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των συντρόφων, τα επίπεδα ικανοποίησης στη σχέση με εξαρτημένο σύντροφο καθώς και τα επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο, σε σχέση με τις συντρόφους ατόμων που δεν έχουν προβλήματα εξάρτησης.

Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 44 σύντροφοι – γυναίκες (με μέσο όρο ηλικίας τα 38 έτη, $SD=7.9$) ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και συμμετέχουν σε Προγράμματα Συμβουλευτικής μελών Οικογένειας του ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕΘΕΑ) και 42 σύντροφοι – γυναίκες (με μέσο όρο ηλικίας τα 36 έτη, $SD=7.9$) ατόμων που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια: ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ερωτηματολόγιο

ρόλων στην οικογένεια καταγωγής, την κλίμακα Mc Master Family Assessment Device (FAD), την κλίμακα Dyadic Adjustment Scale (DAS), το ερωτηματολόγιο Γονεϊκού Δεσμού (PBI), το ερωτηματολόγιο Early Trauma Inventory – Self-Report (ETI-SR-SF), τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης και το ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης - Εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT).

Αποτελέσματα: Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών, στατιστικά σημαντικές διαφορές ήταν εκείνες που αφορούν τον αριθμό των ζευγαριών που έχουν τουλάχιστον ένα παιδί ($p=.005$) και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συντρόφων των συμμετεχόντων ($p=.007$). Αναφορικά με την ικανοποίηση στη δυαδική σχέση, η μέση τιμή για την κλινική ομάδα ήταν 90.2 ± 22.2 , ενώ για την ομάδα ελέγχου η μέση τιμή ήταν 113.2 ± 16.4 . Στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε στο επίπεδο λειτουργικότητας των οικογενειών μεταξύ των δύο ομάδων, η μέση τιμή για την κλινική ομάδα ήταν 2.72 ± 0.57 , ενώ για την ομάδα ελέγχου ήταν 3.01 ± 0.75 . Επίσης, οι σύντροφοι της κλινικής ομάδας σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, με μέση τιμή 7.9 ± 2.7 σε σχέση με τις συντρόφους της ομάδας ελέγχου με μέση τιμή 5.3 ± 3.2 .

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ανέδειξαν τη χαμηλή ικανοποίηση στη δυαδική σχέση με σύντροφο, που παρουσιάζει προβλήματα εξάρτησης και τα χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας των οικογενειών με εξαρτημένο σύντροφο. Επίσης, η παρούσα μελέτη ανέδειξε τις συναισθηματικές δυσκολίες των συντρόφων των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Τα αποτελέσματα αυτά συμβάλλουν στην βαθύτερη κατανόηση των προβλημάτων των οικογενειών με εξαρτημένο σύντροφο και κατά επέκταση στην καλύτερη αξιολόγηση των υπηρεσιών, που κρίνεται απαραίτητο να συμπεριληφθούν στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης στην Ελλάδα.

Λέξεις-κλειδιά: εξάρτηση, δυαδική σχέση, γονεϊκός δεσμός, λειτουργικότητα οικογένειας, άγχος, κατάθλιψη

Abstract

Introduction: Ample research has been conducted to study the role the family may play in the development, maintenance, and treatment of addiction. Most of the research has focused on the addict's family of origin, studying the characteristics of family members, their interactions and events in the family's circle of life that can become risk factors. Relatively less research has been done on addicts' partners. Studies have focused on low satisfaction in the dyadic relationship, low functioning of families with one dependent parent, and levels of anxiety and depression of the non-dependent partner.

Objectives: The aim of this study was to investigate the female partners of people with addiction problems and especially their relationship with their parents and their family history compared with female partners of community controls. Moreover, the purpose of this study was to evaluate the anxiety and depression levels of the female partners of addicts, the dyadic adjustment and general relationship quality and the level of family functioning compared to families that belong to the general public.

Methods: In the research 44 women (mean age 38 years, $SD=7.9$) participated who were partners of people that face addiction problems, and are members of Family Counselling Programs of THERAPY CENTER FOR DEPENDENT INDIVIDUALS (KETHEA), and 42 women (mean age 36 years, $SD=7.9$) that were part of the control group. Participants completed the following questionnaires, one for the Demographic characteristics, the questionnaire for the Role in the family of origin, the Mc Master Family Assessment Device (FAD), the Dyadic Adjustment Scale (DAS), the Parental Bonding Instrument (PBI), the Early Trauma Inventory – Self Report (Short Form) (ETI-SR-SF), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Results: On the demographic characteristics of the two groups, statistically significant associations were those concerning the number of couples that have at least one child ($p=.005$) and the level of education of the partner ($p=.007$). Regarding parental bonding and childhood trauma there were not statistically significant

differences between the two groups. Regarding dyadic adjustment, the mean for the clinical group was 90.2 ± 22.2 while for the control group 113.2 ± 16.4 . Statistically significant differences ($p=.042$) were noted in the functioning of the families, the mean for the clinical group was 2.72 ± 0.57 while for the control group 3.01 ± 0.75 . Moreover, the individuals of the clinical group showed higher rates of depression in contrast with the individuals of the control group, the mean for the clinical group was 7.9 ± 2.7 while for the control group the mean was 5.3 ± 3.2 .

Conclusions: The findings of this study showed low satisfaction in the dyadic relationship with an addicted partner and low levels of function of the families with a partner with addiction problems. Also, the present study highlighted the emotional difficulties of the female partners of addicts. These results contribute to a deeper understanding of the problems of families with an addicted partner and consequently to a better evaluation of services, which are considered necessary to be included in addiction treatment programs in Greece.

Keywords: addiction, dyadic relationship, parental bonding, family function, anxiety, depression

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της εξάρτησης, δηλαδή της αυτόβουλης λήψης ουσιών με στόχο την παρέμβαση στις ψυχικές λειτουργίες χάνεται στις απαρχές της ιστορίας της ανθρώπινης ύπαρξης. Στην αρχή, η ανάπτυξή της συνδέθηκε με θρησκευτικές τελετές σε ένα αυστηρό και ελεγχόμενο πλαίσιο. Με την πάροδο των χρόνων, εξελίχθηκε στη σημερινή της μορφή, η οποία αποτελεί μια από τις πιο επώδυνες μορφές παθολογίας της σύγχρονης εποχής. Η εξάρτηση, χαρακτηρίζεται από την λήψη ψυχοτρόπων ουσιών, νόμιμων ή παράνομων, ή την επανάληψη μιας συμπεριφοράς, με τρόπο τέτοιο ώστε να δημιουργούνται σημαντικές συνέπειες σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Η εξάρτηση οδηγεί το άτομο σε μια ζωή δέσμια στην ίδια τη συμπεριφορά, για την οποία υπάρχει η ψευδαίσθηση του ελέγχου, ενώ ταυτόχρονα το άτομο είναι δέσμιο ψυχικά είτε και σωματικά από την ανάγκη επανάληψης της συμπεριφοράς (Παπαρρηγόπουλος, 2018).

Η λήψη της ουσίας ή η επανάληψη της συμπεριφοράς γίνεται πρωταρχικής σημασίας στη ζωή του ατόμου, με αποτέλεσμα το άτομο να δείχνει αδιαφορία, σταδιακά, για τομείς όπως η υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η οικογένεια αλλά και οι σχέσεις γενικότερα (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Πλήθος ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την εγκατάσταση της εξάρτησης (Beyers et al., 2004; Sameroff, 1998; Sameroff et al., 1998). Ένας από τους σημαντικότερους αυτούς παράγοντες είναι και η οικογένεια καταγωγής του εξαρτημένου, για την οποία διάφορες έρευνες έχουν καταλήξει σε ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών (Πομίνι, 2004· Πομίνι, & Λιάππας, 2007). Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση για το 2019 του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, από τα άτομα που προσήλθαν σε θεραπεία το 2018 το 50,6% ζούσαν με την οικογένεια καταγωγής τους, ενώ μόνο το 12,5% ζούσε με σύντροφο με ή χωρίς παιδιά (ΕΚΤΕΠΝ, 2019). Επίσης, φαίνεται να σημειώνεται μια σταδιακή μείωση του ποσοστού των ατόμων που

προσέρχονται σε θεραπεία και δηλώνουν ότι ζουν με την οικογένεια καταγωγής τους (ΕΚΤΕΠΝ,2019). Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι ένα ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης συνάπτουν σχέσεις, γάμους και δημιουργούν οικογένειες. Το γεγονός αυτό, οδηγεί στην ανάδειξη νέων προβληματικών σχετικά με την συντροφική σχέση με εξαρτημένο σύντροφο, την δημιουργία οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο και τα χαρακτηριστικά των οικογενειών καταγωγής του μη εξαρτημένου συντρόφου.

Το γεγονός ότι η εξάρτηση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο (Engel,1970) με πολλές συνέπειες, έχει οδηγήσει στην δημιουργία προγραμμάτων απεξάρτησης που έχουν στόχο την κινητοποίηση, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων. Παράλληλα, τα προγράμματα αυτά παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής και στα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων. Η παροχή συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης στην οικογένεια του εξαρτημένου, αρχικά αποτέλεσαν μία συμπληρωματική παρέμβαση στη λειτουργία των Θεραπευτικών Κοινοτήτων και σταδιακά εξελίχθηκαν σε μία παρέμβαση ανεξάρτητη (Φωστέρη, 2004). Τα περισσότερα αιτήματα που αφορούν την οικογένεια προέρχονται από τους γονείς των εξαρτημένων, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των αιτημάτων των συντρόφων των εξαρτημένων, γεγονός που έχει οδηγήσει στην ανάγκη παροχής υπηρεσιών οικογενειακής θεραπείας καθώς και θεραπείας ζεύγους. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι συχνά στις ομάδες συντρόφων τα θέματα που τίθενται, συνδέονται άμεσα τόσο με τις οικογένειες καταγωγής των μη εξαρτημένων συντρόφων όσο και με τα προβλήματα που προκαλεί η εξάρτηση στην σχέση με τον εξαρτημένο σύντροφο και γενικότερα την οικογένεια (Birchler et al., 1996). Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η σχέση με εξαρτημένο σύντροφο έχει συνδεθεί με χαμηλή ικανοποίηση στη δυαδική σχέση, με χαμηλή λειτουργικότητα της οικογένειας και με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου (Fals-Stewart et al., 1999; O'Farrell, και Birchler, 1987). Ελλιπής ωστόσο, είναι η βιβλιογραφία σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας καταγωγής του μη εξαρτημένου συντρόφου.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην διερεύνηση των χαρακτηριστικών των συντρόφων ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, στη μελέτη των χαρακτηριστικών των οικογενειών καταγωγής τους και στην μελέτη χαρακτηριστικών της οικογένειας και της συντροφικής σχέσης με εξαρτημένο σύντροφο. Συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του τύπου γονεϊκού δεσμού του μη εξαρτημένου συντρόφου, στην διερεύνηση της ιστορίας της οικογένειας καταγωγής του, στην αξιολόγηση της ικανοποίησης στη δυαδική σχέση, στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο και στην αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου. Αρχικά, παρατίθεται η Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στη συνέχεια παρουσιάζονται η Μεθοδολογία της έρευνας και τα Αποτελέσματα αυτής και τέλος, παρατίθεται η Συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Ορισμός της Εξάρτησης

Με τον όρο Εξάρτηση ορίζεται η χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή που χαρακτηρίζεται από α) την καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας ή την καταναγκαστική εκδήλωση μιας συμπεριφοράς, β) την απώλεια αυτοελέγχου σε σχέση με τη λήψη της ουσίας ή την εκδήλωση της συμπεριφοράς και γ) την εμφάνιση αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, όταν η πρόσβαση στην ουσία ή η εκδήλωση της συμπεριφοράς δεν είναι δυνατή (American Psychiatry Association, 2013). Επομένως, οι εξαρτήσεις διακρίνονται σε χημικές και συμπεριφορικές. Η εξάρτηση διαφοροποιείται από την περιστασιακή χρήση ουσιών (Τσουνής, 2013). Η πορεία από τον πειραματισμό μέχρι την εγκατάσταση της εξαρτητικής συμπεριφοράς αποτελείται από τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από τον πειραματισμό με την ουσία, ο οποίος προσφέρει συνήθως ευχαρίστηση. Στο δεύτερο στάδιο, η χρήση της ουσίας γίνεται πιο συχνή, ο χρόνος που αφιερώνεται στην εξασφάλιση της ουσίας αυξάνεται, ενώ ταυτόχρονα οι κοινωνικές συναναστροφές επικεντρώνονται γύρω από αυτή. Στο τρίτο στάδιο, όπου πλέον η εξάρτηση έχει εγκατασταθεί, το άτομο

αδυνατεί να ελέγξει τη συμπεριφορά του και οι δυσάρεστες συνέπειες γίνονται όλο και πιο ανεξέλεγκτες (Τσουνής, 2013).

Οι χημικές εξαρτήσεις αφορούν την λήψη εξαρτησιογόνων ή εθιστικών ουσιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο όρος εξαρτησιογόνες ή εθιστικές ουσίες αφορά τις ουσίες που επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες, δηλαδή τροποποιούν την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του ατόμου. Η χημική δομή των ουσιών αυτών και η δράση τους στο ΚΝΣ, που μπορεί να είναι είτε διεγερτική είτε κατασταλτική, τροποποιούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική κατάσταση των ατόμων και δύνανται να προκαλέσουν σωματική ή / και ψυχική εξάρτηση (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Στις εθιστικές ουσίες ανήκουν το αλκοόλ, η καφεΐνη, η κάνναβη, τα ψευδαισθησιογόνα, τα εισπνεόμενα, τα οπιοειδή, τα κατασταλτικά – υπνωτικά και αγχολυτικά φάρμακα, τα διεγερτικά και η νικοτίνη (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Οι συμπεριφορικές εξαρτήσεις ή αλλιώς μη χημικοί εθισμοί συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, όπως είναι ο εθισμός στα τυχερά παιχνίδια, στο διαδίκτυο, το φαγητό, το σεξ, τις αγορές και τη σωματική άθληση. Ο εθισμός στα τυχερά παιχνίδια ή διαφορετικά διαταραχή τζόγου δηλώνει την επιμένουσα και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια, η οποία διακρίνεται α) σε παιχνίδια τύχης, στα οποία ο παίκτης δεν ασκεί κανενός είδους έλεγχο στις πιθανότητες κέρδους και β) σε παιχνίδια που απαιτούν κάποιο βαθμό δεξιότητας του παίκτη (Μέλλος, και Παπαρρηγόπουλος, 2018).

Σύμφωνα με τον George L. Engel (1970) η εξάρτηση αποτελεί ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Το «βιοψυχοκοινωνικό» μοντέλο του Engel περιγράφει την ύπαρξη βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων στην αιτιολογία και τη φαινομενολογία της εξάρτησης. Οι παράμετροι αυτοί, στη σύγχρονη βιβλιογραφία, αναφέρονται συχνά ως «παράγοντες κινδύνου» για την εμφάνιση της εξάρτησης, καθώς συχνά φαίνεται να συσσωρεύονται. Με τον όρο «παράγοντες κινδύνου» ορίζονται τα χαρακτηριστικά, τα κριτήρια και οι κίνδυνοι, που αν υφίστανται για ένα δεδομένο άτομο, τότε το άτομο αυτό είναι πιθανότερο να αναπτύξει

μια διαταραχή σε σχέση με ένα άτομο που δεν πληροί τα κριτήρια αυτά (Mrazek και Haggerty, 1994). Αναλυτικότερα, οι παράγοντες κινδύνου αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου ως προς την εκδήλωση της εξάρτησης, η οποία για να εμφανιστεί χρειάζεται τη συνύπαρξη και την αλληλεπίδραση περισσότερων του ενός από αυτούς. Σύμφωνα με τον Olievenstein (1982), η εξάρτηση αποτελεί συνάντηση της ουσίας και μιας ορισμένης προσωπικότητας σε μια δεδομένη κοινωνικό- πολιτισμική στιγμή.

Στους παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικοί παράγοντες, όπως είναι η κληρονομικότητα, η ηλικία, το φύλο, οι συναισθηματικές διαταραχές, η αντικοινωνική προσωπικότητα καθώς και οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως είναι η παρορμητικότητα, οι νευρογνωστικές διαταραχές, το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, η αυξημένη αντίδραση στο στρες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η επιθετικότητα, το ψυχολογικό τραύμα (Καφετζόπουλος, 2006). Επίσης, στους παράγοντες κινδύνου ανήκουν οι σχολικοί παράγοντες, όπως είναι η σχολική αποτυχία, οι χαμηλές προσδοκίες σχολικής επίδοσης και το αρνητικό ή μη ασφαλές σχολικό περιβάλλον, οι επιδράσεις των συνομηλίκων, δηλαδή η συμμετοχή σε ομάδες συνομηλίκων που κάνουν χρήση, έχουν θετική στάση στο αλκοόλ και τις ουσίες ή εμπλέκονται σε προβληματικές και παράνομες συμπεριφορές, καθώς και οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι η διαθεσιμότητα και η θετική στάση απέναντι στις ουσίες, οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί κανόνες που προωθούν τη χρήση, η διαβίωση σε ένα φτωχό ή υποβαθμισμένο περιβάλλον στο οποίο υπάρχουν υψηλά επίπεδα εγκληματικότητας (Καφετζόπουλος, 2018).

Από τους σημαντικότερους, ίσως, παράγοντες είναι αυτοί που σχετίζονται με την οικογένεια μέσα στην οποία μεγαλώνει το άτομο. Ο ρόλος που παίζει η οικογένεια στην εγκατάσταση και αναπαραγωγή της εξάρτησης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικός (Stanton, 1997; Kaufman και Yoshioaka, 2004). Στους οικογενειακούς παράγοντες περιλαμβάνεται η χρήση εθιστικών ουσιών από τους γονείς. Πλήθος ερευνών, από πολλές και διαφορετικές χώρες, δείχνουν ότι χρήση ουσιών από τους γονείς ή γενικότερα από τα πρόσωπα φροντίδας, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για χρήση,

κατάχρηση ή εξάρτηση (Conger και Reuter, 1996; Duncan, et al., 1995; Boyd et al., 1999; Dube, et al., 2003). Επίσης, παράγοντες κινδύνου αποτελούν η έλλειψη οικογενειακής σύνδεσης (Brook et al., 2001), η χαμηλή ποιότητα επικοινωνίας (Kandel, και Andrews, 1987; Bernardi et al., 1989), οι συγχωνευτικές σχέσεις (Seldin, 1972; Stanton, Todd, & Associates, 1982; Todd, 1988; Kaufman, 1994), η χαμηλή γονική υποστήριξη, η χαμηλή γονεϊκή επίβλεψη (Vitaro et al., 1996; Colder, και Chassin, 1999; Branstetter, 2001; Arthur et al., 2002), η ύπαρξη βίας (σωματικής, συναισθηματικής, σεξουαλικής), η παιδική κακομεταχείριση, η συζυγική δυσαρμονία, οι συγκρούσεις των γονέων (Simcha-Fagan et al., 1986; Farrington et al., 1985; Rutter, και Giller, 1983; Carvalho et al., 1995) και οι γονεϊκές στάσεις έναντι της χρήσης ουσιών (Dillon et al., 2007; Kandel et al., 2001).

Το οικογενειακό σύστημα

Η οικογένεια αποτελεί ένα φυσικό και κοινωνικό «σύστημα», με δικά του χαρακτηριστικά και ιδιότητες. Κάθε «σύστημα» αποτελεί το προϊόν της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των τμημάτων του, και όχι το άθροισμα των απόλυτων χαρακτηριστικών του (Goldenberg και Goldenberg, 2005). Επομένως, και η οικογένεια αποτελεί ένα «σύστημα», καθώς δεν περιλαμβάνει απλώς τα μέλη της, αλλά και τις αλληλεπιδράσεις και τις διεργασίες αυτών, αλληλεπιδράσεις οι οποίες ξεπερνούν τη δραστηριότητα κάθε μέλους μεμονωμένα (Ackerman, 1970). Κάθε οικογένεια διαθέτει μια οργανωμένη δομή, έχει αναπτύξει ένα σύνολο κανόνων, περιλαμβάνει ανατιθέμενους και αποδιδόμενους ρόλους για τα μέλη της και έχει δημιουργήσει φανερούς και κρυφούς τρόπους επικοινωνίας (Jackson, 1965a). Οι σχέσεις των μελών μιας οικογένειας είναι βαθιές, πολυεπίπεδες και χαρακτηρίζονται σε σημαντικό βαθμό από μια κοινή ιστορία, από κοινές εσωτερικευμένες αντιλήψεις αλλά και από μια κοινή αίσθηση στόχου (Goldenberg και Goldenberg, 2005; Dallos και Draper, 2010).

Τα μέλη κάθε οικογένειας μεγαλώνοντας δημιουργούν μια προσωπική ταυτότητα και προκειμένου το σύνολο της οικογένειας να είναι λειτουργικό, καλούνται να προσαρμόζονται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των άλλων μελών του οικογενειακού συστήματος, όπως και στις προσδοκίες της

ευρύτερης οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας μέσα στην οποία αναπτύσσεται η οικογένεια (Rice, 1993). Η συμπεριφορά κάθε μέλους μιας οικογένειας επηρεάζει και επηρεάζεται από την συμπεριφορά των υπόλοιπων μελών της (Kaye, 1985). Αναλυτικότερα, οι αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται έχουν τέτοια μορφή, ώστε το κάθε μέλος να επεμβαίνει διαρκώς στην πορεία ζωής των άλλων. Οι αλλαγές, που υφίστανται στο εσωτερικό της, επηρεάζουν τόσο το άτομο όσο και το σύνολο της οικογένειας, καθώς αυτή διανύει τον κύκλο ζωής της, δηλαδή τις διαδοχικές φάσεις, από τις οποίες περνά κάθε οικογένεια από τη στιγμή της συγκρότησής της έως την εξαφάνισή της (Hill και Duvall, 1948· Τομαράς και Πομίνι, 2007).

Κάθε οικογένεια περιλαμβάνει έναν αριθμό υποσυστημάτων. Με τον όρο «υποσυστήματα» αναφερόμαστε στα μέρη εκείνα του συνολικού συστήματος, που έχουν αναλάβει την εκτέλεση συγκεκριμένων λειτουργιών ή διαδικασιών μέσα στο σύστημα, ως σύνολο (Goldenberg et Goldenberg, 2005). Σύμφωνα με τον Minuchin (1974), στο οικογενειακό σύστημα μπορούν να δημιουργηθούν υποσυστήματα με βάση τη γενιά (μητέρα - πατέρα), το φύλο (μητέρα - κόρη), τα ενδιαφέροντα ή τη λειτουργία. Σε κάθε υποσύστημα ασκούνται διάφορα επίπεδα ισχύος, τα μέλη του μαθαίνουν διάφορες δεξιότητες και αναλαμβάνουν διαφορετικές ευθύνες και ρόλους.

Ο Spiegel (1968) όρισε το «ρόλο» ως ένα μοτίβο ή μία ακολουθία πράξεων, που είναι προσαρμοσμένες στην πολιτιστική κουλτούρα και τις οποίες εμφανίζει το άτομο σε μια κοινωνική ομάδα ή κατάσταση. Ο ρόλος αποτελεί μια πλευρά της ατομικής προσωπικότητας και καθορίζεται από τις αλληλεπιδράσεις με άλλα άτομα ή κοινωνικές ομάδες. Προκειμένου η συμπεριφορά μιας οικογένειας να είναι σταθερή, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα των οικογενειακών ρόλων. Σε κάθε οικογένεια, οι γονείς έχουν προσδοκίες, εικόνες και φαντασιώσεις για το παιδί τους, οι οποίες συνήθως είναι συμπληρωματικές προς τις δικές τους ανάγκες (Μπαφίτη, 2005). Αν οι ανάγκες των γονιών είναι έντονες και ανώριμες και οι ίδιοι δυσκολεύονται να τις καλύψουν, τότε το παιδί τους είναι αυτό στο οποίο βασίζονται να διεκπεραιώσει ένα ζωτικό ρόλο για τη ζωή τους. Όσο πιο μεγάλη είναι η ευθύνη του ρόλου αυτού, τόσο το παιδί της οικογένειας ταυτίζεται με το ρόλο του και αδυνατεί να διανοηθεί την

πραγματικότητά του έξω από αυτόν (Μπαφίτη, 2005). Επιπλέον, όσο πιο άκαμπτοι είναι οι ρόλοι στην οικογένεια καταγωγής, απαγορεύοντας στο παιδί να αισθανθεί ή να αντιδράσει με διαφορετικούς τρόπους, τόσο πιο άκαμπτος και περιορισμένος είναι ο τρόπος με τον οποίο σχετίζεται ως ενήλικος με τους άλλους ανθρώπους (Μπαφίτη, 2005).

Κάποιοι από τους άκαμπτους ρόλους που συναντώνται σε οικογένειες είναι αυτός του γονεοποιημένου παιδιού, του παιδιού - εκπροσώπου της οικογένειας, του εξαρτημένου παιδιού, του παιδιού που το απορρίπτουν και του παιδιού παραβάτη (Minuchin et al., 1967; Napier, 1995; Μπαφίτη, 2009). Αναλυτικότερα, το γονεϊκό παιδί είναι αυτό που αναλαμβάνει να στηρίξει τον γονέα στο γονεϊκό βάθρο, όταν νιώσει ότι ο ένας από τους δύο γονείς ή η σχέση τους κλυδωνίζεται, ώστε το ίδιο να νιώσει ασφαλές (Broszormenyi-Nagy και Spark, 1973). Το παιδί – σύντροφος γονέα είναι αυτό στο οποίο στρέφεται ο ένας από τους δύο γονείς προκειμένου να ικανοποιήσει τις συναισθηματικές του ανάγκες, όταν οι γονείς έχουν διαφορετικές αξίες ή ελάχιστα κοινά ενδιαφέροντα (Earley και Cushway, 2002). Το παιδί που είναι εκπρόσωπος της οικογένειας, είναι αυτό που του αναθέτουν να κάνει πράγματα που χαίρουν κοινωνικής επιδοκιμασίας όταν οι ίδιοι οι γονείς είναι ανικανοποίητοι από τη ζωή τους ή αδυνατούν να πραγματοποιήσουν τα όνειρά τους (Μπαφίτη, 2009). Το εξαρτημένο παιδί είναι εκείνο που καθίσταται εξαρτημένο από την φροντίδα και την υπερπροστασία του γονέα και μαθαίνει να είναι χρήσιμο μέσα από την ακινητοποίησή του (Μπαφίτη, 2009). Το παιδί που το απορρίπτουν είναι αυτό που έχει παραμεληθεί από τους γονείς του, οι οποίοι δεν έχουν καταφέρει να ανταποκριθούν επαρκώς στις ανάγκες του. Τέλος, το παιδί που έχει το ρόλο του παραβάτη, είναι το «μαύρο πρόβατο» της οικογένειας, το παιδί που δεν πειθαρχεί και πιέζει τα όρια, επιδοκιμάζοντας την υπομονή όλων των μελών της οικογένειας (Tzoveni et al., 2011).

Σύμφωνα με τον Ackerman (1966), η «αποτυχία συμπληρωματικότητας» χαρακτηρίζει τους ρόλους που παίζουν τα διάφορα μέλη μιας οικογένειας, το ένα αναφορικά με το άλλο, με αποτέλεσμα η αλλαγή και η ανάπτυξη του οικογενειακού συστήματος να περιορίζονται. Οι ρόλοι χαρακτηρίζονται από ακαμψία, με στενά όρια ή αλλάζουν πολύ

γρήγορα, προκαλώντας σύγχυση. Προκειμένου η συμπεριφορά μιας οικογένειας να είναι σταθερή, απαραίτητη είναι η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα των ρόλων. Ρόλοι μέσα στην οικογένεια, οι οποίοι μεταβάλλονται με τον καιρό, χρειάζεται να επιτρέπουν στα παιδιά την ωρίμανση και την κατάκτηση της αυτονομίας.

Η οικογενειακή δομή, η συνοχή και οι αξίες που διέπουν τις σχέσεις των μελών, καθορίζουν τη θέση ενός παιδιού μέσα στην οικογένεια (Johnson et al., 1996). Η εξέλιξη και η ωρίμανση ενός παιδιού συνδέεται άμεσα με το σύνολο της λειτουργικότητας της οικογένειας μέσα στην οποία ζει και μεγαλώνει. Η εξέλιξη και η ωρίμανση επιτυγχάνεται με τη δημιουργία ενός οικογενειακού περιβάλλοντος που προσφέρει μια πρωταρχική αίσθηση ασφάλειας, μέσα στην οποία τα παιδιά αναπτύσσουν δυνατότητες δημιουργικής εξέλιξης. Χαρακτηριστικά όπως η ασταθής γονική φροντίδα, η σύγχυση ρόλων, η απουσία αξιών, η οικογενειακή σύγκρουση, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος χωρίς σταθερά πρότυπα, με άμεση συνέπεια των περιορισμό της φροντίδας των παιδιών και κατά επέκταση την ελλιπή ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη (Carvalho et al., 1995; Vitaro et al., 1996; Colder, και Chassin, 1999; Branstetter, 2001; Arthur et al., 2002).

Η οικογένεια καταγωγής του εξαρτημένου

Πλήθος ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των οικογενειών καταγωγής των ατόμων, που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες ή εμφανίζουν άλλες συμπεριφορικές εξαρτήσεις. Οι περισσότερες από αυτές δείχνουν να συγκλίνουν στο ότι η εξάρτηση μπορεί να εμφανιστεί στους κόλπους διαφορετικών τύπων οικογενειακής δομής (Miller, 1980). Φαίνεται, ωστόσο, ορισμένα χαρακτηριστικά στις οικογένειες των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης να είναι κοινά.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, στις οικογένειες καταγωγής των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης είναι συχνή η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στους γονείς (Kokkevi και Stefanis, 1988). Επίσης, συχνή είναι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς (Μάτσα, 1994) και η κατάχρηση

αλκοόλ ιδιαίτερα από τον πατέρα (Kokkevi και Stefanis, 1988). Μάλιστα, η περίπτωση του αλκοολισμού φαίνεται να είναι και διαγενεαλογική, καθώς η κατάχρηση αλκοόλ και από τις προηγούμενες γενιές δείχνει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο (Kaufman, 1994). Επιπλέον, παράλληλα με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, έχει φανεί ότι στους γονείς μπορεί να υπάρχουν και συμπεριφορικές εξαρτήσεις όπως είναι η προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια (Kaufman και Yoshioka, 2005).

Ένα χαρακτηριστικό αυτών των οικογενειών είναι ο μεγάλος βαθμός ενδοοικογενειακής σύγκρουσης, που σε γενικές γραμμές εκφράζεται με έντονο τρόπο, γεγονός το οποίο αποδεικνύεται από τη μεγάλη συχνότητα χωρισμών ή διαζυγίων (Miller, 1980). Σύμφωνα με τον Minuchin (1998) ένα βασικό χαρακτηριστικό των οικογενειών αυτών, είναι η αδυναμία των μελών τους να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους και έτσι η οικογενειακή τους ζωή μοιάζει συμβατική, ανιαρή, χωρίς συναισθηματικές δονήσεις. Η άμεση επικοινωνία, ανάμεσα στα μέλη της, φαίνεται να λείπει και το κάθε μέλος βρίσκεται σε μεγάλη συναισθηματική απόσταση από το άλλο (Μάτσα, 1997). Ένα ακόμα χαρακτηριστικό είναι η ύπαρξη πρόωρων και απροσδόκητων θανάτων αγαπημένων προσώπων, που συνοδεύονται από μη ολοκληρωμένες διαδικασίες πένθους, με αποτέλεσμα η θεματική του θανάτου να αποκτά κεντρικό ρόλο στα στάδια του κύκλου ζωής της οικογένειας (Polo, 2001).

Σχετικά με τα πρόσωπα της οικογένειας, η μητέρα περιγράφεται ως υπερπροστατευτική αλλά και υπερβολικά επιτρεπτική. Δείχνει να αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στην κτητικότητα και την απόρριψη. Δημιουργεί κατά κύριο λόγο συμβιωτικού τύπου σχέσεις με τα παιδιά της (Kaufman και Yoshioka, 2004). Υπερεμπλέκεται συναισθηματικά, ασκώντας έντονη επιρροή και παρεμβαίνοντας υπερβολικά στη ζωή του παιδιού της (Stanton et Todd, 1982). Από την άλλη, ο πατέρας εμφανίζεται να διατηρεί μια παθητική στάση στην οικογενειακή δυναμική, να είναι απόμακρος, συναισθηματικά αδιάφορος, αναποτελεσματικός και απών. Η επικοινωνία του, με τα υπόλοιπα μέλη, δείχνει επιφανειακή, ενώ έντονη φαίνεται να είναι και η χειραγωγήσή του από τη μητέρα με έκδηλο ή μη τρόπο (Stanton και Todd, 1982).

Ανάμεσα στους παράγοντες που αφορούν την οικογένεια και φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και εγκατάσταση της εξάρτησης, συμπεριλαμβάνονται η ύπαρξη στρεσογόνων βιωμάτων στον κύκλο ζωής της οικογένειας και η πρόκληση ψυχικού τραύματος. Ως τραύμα ορίζεται ένα γεγονός κατά το οποίο το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα συμβάν, στο οποίο υπήρξε πραγματικός ή επειλούμενος θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων (American Psychiatry Association, 2013, DSM-5). Αναλυτικότερα, η σωματική, ψυχική και σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία έχει συνδεθεί με την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες (Sinha, 2008; Wilson και Widom, 2009). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, το ποσοστό συνύπαρξης διαταραχής χρήσης ουσιών και διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι υψηλό (Najavits et al., 1997). Όσο πιο μικρή είναι η ηλικία του παιδιού, που βιώνει την κακοποίηση ή βιώνει συνθήκες έντονου στρες και όσο πιο παρατεταμένο και ισχυρό είναι το τραύμα, τόσο πιο επιζήμιες είναι και οι συνέπειες (Gomes- Schwartz et al., 1990; DeBellis, et al., 1999). Επιπλέον, σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν οι συμπεριφορές απόρριψης του παιδιού από τους γονείς και η ποιότητα του γονεϊκού δεσμού (Romini et al., 2014). Ο τύπος γονεϊκού δεσμού ατόμων με προβλήματα εξάρτησης έχει φανεί να έχει ως κύρια χαρακτηριστικά τα υψηλά επίπεδα υπερπροστατευτικότητας/ ελέγχου σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα φροντίδας, κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και την εφηβεία (Favaretto et al., 2001; Parker et al., 1979, 1982).

Οικογένεια με εξαρτημένο σύντροφο

Συμπληρωματικά, με τις μελέτες που αφορούν τις οικογένειες καταγωγής των ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης, σημαντικές κρίνονται και οι προσπάθειες που γίνονται για μελέτη των οικογενειών με εξαρτημένο σύντροφο. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ύπαρξη οικογένειας διαδραματίζει συχνά έναν σημαντικό ρόλο στη ζωή των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης (Stanton και Heath, 1997) και έχει συνδεθεί τόσο με την ανάπτυξη και τη συντήρηση της εξάρτησης όσο και με τη θεραπεία αυτής (Birchler et al., 1996). Η εξάρτηση επηρεάζει τις σχέσεις των μελών της οικογένειας και συνήθως έχει αρνητική επίδραση τόσο στην

κοινωνική όσο και στην οικονομική κατάσταση της οικογένειας, όπως και αντίστροφα η συμπεριφορά των άμεσων συγγενών, φαίνεται να ασκεί μια άμεση επίδραση στη χρήση (Steinglass et al., 1987). Το οικογενειακό σύστημα πάσχει άμεσα από την εξαρτητική συμπεριφορά του ενός μέλους της, αλλά συγχρόνως διαθέτει και ένα δυναμικό που μπορεί να αποτελέσει και το πλαίσιο βοήθειας για την επίλυση του προβλήματος (Πομίνι, 2007).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η εξάρτηση επηρεάζει τις σχέσεις των μελών της οικογένειας και συνδέεται συνήθως με αρνητικές συνέπειες στην κοινωνική ζωή και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Τα μέλη της οικογένειας με σύντροφο εξαρτημένο είναι συνεχώς εκτεθειμένα σε επαναλαμβανόμενες καταστάσεις έντονου άγχους και στρες, σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές και σε αρνητικές αλληλεπιδράσεις (Πομίνι, 2009).

Τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου

Οι σύντροφοι των ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης, τείνουν να εμφανίζουν κακή κατάσταση υγείας, μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και στρες και σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής τους συνολικά (Dawson et al., 2007).

Οι Moos, Finney και Gamble (1982) σε έρευνά τους, ανέδειξαν ότι οι σύντροφοι των ατόμων με επεισόδια βαριάς κατάχρησης αλκοόλ, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα, άγχους και κατάθλιψης και χαμηλότερη εμπλοκή σε κοινωνικές δραστηριότητες σε σχέση με συντρόφους ατόμων χωρίς προβλήματα εξάρτησης. Επίσης, στην ίδια μελέτη οι σύντροφοι των εξαρτημένων, ανέφεραν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, περισσότερα προβλήματα υγείας και περισσότερες ιατρικές επισκέψεις. Επιπλέον, οι σύντροφοι των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ, έχει φανεί ότι εκτίθενται συχνά σε αγχογόνες καταστάσεις, όπως είναι η ενδοοικογενειακή βία, τα οικονομικά προβλήματα και άλλες επαναλαμβανόμενες στρεσογόνες καταστάσεις (Barber και Crisp, 1995). Σε έρευνες συντρόφων ατόμων που παρουσιάζουν προβληματική χρήση αλκοόλ, οι σύντροφοι εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα διαταραχών προσωπικότητας, τόσο σε σχέση με συντρόφους ατόμων που έχουν κάνει θεραπεία ή είναι σε

αποχή από τη χρήση, όσο και σε σχέση με συντρόφους ατόμων που δεν έχουν πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ (Kogan, και Jackson, 1965; Panaghi et al., 2016). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, όταν οι εξαρτημένοι βρίσκονται σε περίοδο αποχής από τη χρήση, οι σύντροφοι τους, παρουσιάζουν μειωμένες αναφορές σε ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σχέση με τις συντρόφους των ατόμων που κάνουν περιστασιακή χρήση αλκοόλ (Haberman, 1964; Bailey 1967; Peled και Sacks, 2008). Ακόμα, οι Paolino et al. (1978) και Noori et al., (2015) συμπέραναν ότι στους συντρόφους των αλκοολικών τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης μειώνονταν όσο προχωρούσε η θεραπεία απεξάρτησης.

Οι έρευνες που έχουν επικεντρωθεί στις συζύγους των ατόμων που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ, ανέδειξαν κάποια χαρακτηριστικά των συντρόφων. Σε μελέτες των Price (1945), Rae et Forbes (1966) και Whalen (1953), οι σύζυγοι φάνηκαν να χαρακτηρίζονται ως απαιτητικές, εξαρτημένες, ανασφαλείς, ανεπαρκείς, επιθετικές, ψυχρές, με μαζοχιστικά και σαδιστικά χαρακτηριστικά.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια ενός μέλους της οικογένειας, έχει για την οικογένεια παρόμοιες συνέπειες όπως η εξάρτηση από κάποια εθιστική ουσία (Petry, 2002). Οι περισσότερες έρευνες για τις συνέπειες της προβληματικής εμπλοκής με τα τυχερά παιχνίδια στα μέλη της οικογένειας του εξαρτημένου, έχουν εστιάσει στις συντρόφους (Kalischuk et al., 2006; McComb et al., 2009).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Lorenz και Yaffee (1988) οι σύντροφοι των ατόμων με προβληματική εμπλοκή σε τυχερά παιχνίδια, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και θυμού σε συνδυασμό με τάση για απομόνωση και αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι συνέπειες αυτές, που έχουν αναφερθεί ως προς την ψυχολογική κατάσταση των συντρόφων, έχουν συνδεθεί με απομόνωση των συντρόφων τόσο από τα υπόλοιπα πρόσωπα της οικογένειας όσο και από τους φίλους και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο (Dickson-Swift et al., 2005).

Η δυαδική σχέση στα ζευγάρια με εξαρτημένο σύντροφο

Η συμπεριφορά προσκόλλησης που αναπτύσσει το παιδί διαμορφώνει τον τρόπο που συνδέεται και με τους άλλους ανθρώπους, καθώς και με τους ερωτικούς συντρόφους. Οι σχέσεις που βιώνει κάποιος στην οικογένεια καταγωγής του είναι εκείνες που διαμορφώνουν τα βασικά μοτίβα συναισθηματικής συνδιαλλαγής, με βάση τα οποία αντιλαμβάνεται, αναγνωρίζει, ερμηνεύει και χειρίζεται τις μεταγενέστερες σχέσεις του (Ainsworth, 1989; Weiss, 1991; Youngblade και Belsky, 1992). Ειδικά η στενή σχέση με τον ερωτικό σύντροφο διαμεμβραίνεται μέσα από ματιές, αγγίγματα, ήχους και μυρωδιές, που σε ένα βαθμό αναβιώνουν αυτές τις πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης (Shaver και Hazan, 1988). Σύμφωνα με τους Berscheid και Walster (1978) η ερωτική αγάπη διακρίνεται στον περιπαθή έρωτα και τον συντροφικό έρωτα. Ο περιπαθής έρωτας ορίζεται ως μια κατάσταση έντονης παθιασμένης αλληλοαπορρόφησης των δύο συντρόφων, στην οποία κύρια σημασία έχει το συναίσθημα ενώ ταυτόχρονα στη σχέση μπορεί να υπάρχει αγωνία και έκσταση. Ο συντροφικός έρωτας ορίζεται ως την τρυφερότητα που αισθάνονται δύο άνθρωποι, ο ένας για τον άλλον, όταν οι ζωές τους είναι βαθιά αλληλοσυνδεόμενες. Η Hatfield (1988) ανέφερε ότι οι άνθρωποι είναι ικανοί για περιπαθή και συντροφικό έρωτα και ότι είναι πιθανό να διακατέχονται από τέτοια συναισθήματα κατά διαστήματα σε όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους. Σε έρευνα των Sprecher και Regan (1998) διαπιστώθηκε ότι τόσο ο περιπαθής όσο και ο συντροφικός έρωτας, συσχετίζονται με τη σχεσιακή ικανοποίηση και τη δέσμευση και ότι η ικανοποίηση από τη σχέση συνδέθηκε ισχυρότερα με τον συντροφικό παρά τον περιπαθή έρωτα.

Η συντροφική σχέση με εξαρτημένο σύντροφο έχει συνδεθεί με προβλήματα επικοινωνίας του ζεύγους, με συγκρούσεις και με δυσλειτουργία στην αλληλεπίδραση του ζευγαριού. Αναλυτικότερα, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει σχετιστεί με μειωμένη δυαδική ικανοποίηση και χαμηλή ποιότητα της συντροφικής σχέσης (Newcomb, 1944; Fals-Stewart et al., 1999). Επίσης, ένας ικανός αριθμός ερευνών, έχουν δείξει ότι τα ζευγάρια με εξαρτημένο σύντροφο βιώνουν μεγάλα επίπεδα δυσφορίας στη σχέση (Fals-Stewart et al., 1996; O'Farrell και Birchler, 1987). Οι σύντροφοι των ατόμων με

προβλήματα εξάρτησης φαίνεται να βιώνουν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης στη σχέση τους και φτώχη συναισθηματική εμπλοκή (O'Farrell, 1995). Επιπλέον, η χρόνια χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας, από τον ένα σύντροφο, έχει συνδεθεί με μειωμένη ικανοποίηση του μη εξαρτημένου συντρόφου στο πλαίσιο της δυαδικής σχέσης (Dunn et al., 1987). Η έρευνα των Wilsnack και Wilsnack (1993) σε ζευγάρια όπου ο ένας ή και οι δύο σύντροφοι παρουσίαζαν προβληματική χρήση αλκοόλ, έδειξε ότι τα πρότυπα χρήσης αλκοόλ των συντρόφων σχετίζονται με χαμηλή ικανοποίηση από την συντροφική σχέση.

Επιπλέον, η συντροφική σχέση με σύντροφο, που παρουσιάζει προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια, έχει συνδεθεί με χαμηλή ικανοποίηση στη δυαδική σχέση (Abbott et al., 1995; Hodgins et al., 2007; Lorenz και Yaffee, 1986; McCown και Chamberlain, 2000). Έρευνα των Tepperman et al., (2006) έδειξε ότι όσο πιο προβληματική ήταν η εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια, τόσο πιο χαμηλή ήταν η ικανοποίηση στη δυαδική σχέση και ο χωρισμός ή το διαζύγιο. Επίσης, έχει φανεί ότι στη δυαδική σχέση με σύντροφο εξαρτημένο από τα τυχερά παιχνίδια υπάρχουν συμπεριφορές βίας (Afifi et al., 2010; Korman et al., 2008).

Η λειτουργικότητα της οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο

Σύμφωνα με το μοντέλο Mc Master, της ερευνητικής ομάδας των Eipstein, Baldwin και Bishop (1983), η λειτουργικότητα μιας οικογένειας συνδέεται με συγκεκριμένες διαστάσεις, οι οποίες ασκούν μεγάλη επίδραση στην συναισθηματική και φυσική ευημερία των μελών της (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε συστημικές θεωρίες, σύμφωνα με τις οποίες, όλα τα μέλη μιας οικογένειας σχετίζονται μεταξύ τους, η λειτουργία ενός μέλους μιας οικογένειας μπορεί να κατανοηθεί μόνο σε συνάρτηση με τα υπόλοιπα μέλη της, η λειτουργικότητα μιας οικογένειας δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο μέσα από την παρατήρηση κάθε μέλους της ξεχωριστά, η δομή και η οργάνωση μιας οικογένειας επηρεάζουν και κατευθύνουν σε σημαντικό βαθμό την συμπεριφορά όλων των μελών της και τέλος, τα πρότυπα αλληλεπίδρασης της οικογένειας επηρεάζουν και διαμορφώνουν την συμπεριφορά όλων των μελών της (Miller et al., 2000). Οι βασικές διαστάσεις της λειτουργικότητας μιας οικογένειας είναι συνδεδεμένες

με την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν, με την επικοινωνία των μελών της, με την συναισθηματική ανταπόκριση των μελών της, με την συναισθηματική τους εμπλοκή, με τους ρόλους που έχει το κάθε μέλος της και με τον έλεγχο που ασκεί η οικογένεια στη συμπεριφορά των μελών της.

Αναλυτικότερα, η επίλυση των προβλημάτων από την οικογένεια, αντικατοπτρίζει την ικανότητα της οικογένειας να βρίσκει λύσεις στα προβλήματα που προκύπτουν με τρόπο τέτοιο, ώστε να διασφαλίζεται η λειτουργικότητά της. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να αφορούν προβλήματα της καθημερινής ζωής μιας οικογένειας, όπως είναι για παράδειγμα, η διαχείριση των οικονομικών ή να αφορούν τα συναισθήματα των μελών της (Epstein et al., 1983).

Η επικοινωνία των μελών της, αναφέρεται στον τρόπο που τα μέλη μιας οικογένειας αλληλεπιδρούν και συναλλάσσονται. Η επικοινωνία, σύμφωνα με το μοντέλο του Mc Master, διακρίνεται στη λεκτική και τη μη λεκτική, μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση και σαφής ή καλυμμένη. Η άμεση επικοινωνία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό υγιούς επικοινωνίας, κατά την οποία ο πομπός επικοινωνεί απευθείας με τον δέκτη, χωρίς να υπάρχουν παρεμβάσεις άλλων προσώπων. Η σαφής επικοινωνία αποτελεί, επίσης, χαρακτηριστικό της υγιούς επικοινωνίας και αφορά την δυνατότητα του πομπού να επικοινωνήσει το μήνυμα προς τον δέκτη με ξεκάθαρο και ευθύ τρόπο (Epstein et al., 1983).

Η συναισθηματική ανταπόκριση των μελών της οικογένειας, αναφέρεται στην ικανότητα των μελών της να αντιδρούν σε μια κατάσταση, έχοντας το κατάλληλο συναίσθημα, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Με τον όρο ποιοτικά, αναφερόμαστε στην ικανότητα των μελών της οικογένειας να αντιδρούν με όλο το εύρος των συναισθημάτων και με τον όρο ποσοτικά, αναφερόμαστε στο βαθμό στον οποίο η οικογένεια ανταποκρίνεται (Miller et al., 2000).

Συμπληρωματικά, η συναισθηματική εμπλοκή εκφράζει το βαθμό, στον οποίο η οικογένεια δίνει σημασία στα ενδιαφέροντα των μελών της. Δηλαδή, η συναισθηματική εμπλοκή αναδεικνύει την ποσότητα των

αλληλεπιδράσεων των μελών της οικογένειας αλλά και τον τρόπο της αλληλεπίδρασης, το κατά πόσο τα μέλη της, δείχνουν ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες των μελών και επενδύουν σε αυτές (Miller et al.,2000).

Οι ρόλοι που έχουν τα μέλη της οικογένειας, δηλαδή οι συμπεριφορές που επαναλαμβάνει κάθε μέλος της, προκειμένου αυτή να ικανοποιήσει τις λειτουργίες της (Miller et al., 2000), είναι μια από τις διαστάσεις της λειτουργικότητάς της. Ο τρόπος, που οι ρόλοι έχουν αποδοθεί στα μέλη μιας οικογένειας, είναι στενά συνδεδεμένος και με το επίπεδο λειτουργικότητάς της. Όσο πιο ξεκάθαρα είναι διανεμημένοι οι ρόλοι και οι ευθύνες ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας, τόσο πιο λειτουργική είναι.

Ως προς τον έλεγχο της συμπεριφοράς, κάθε οικογένεια ορίζει κάποιες συμπεριφορές ως αποδεκτές και κάποιες ως μη αποδεκτές. Το εύρος, στο οποίο μπορεί να εκτείνεται η εκάστοτε συμπεριφορά, ορίζει και το βαθμό ελέγχου της συμπεριφοράς από την οικογένεια (Miller et al.,2000). Έτσι, φαίνεται να προκύπτουν τέσσερα είδη ελέγχου, ο άκαμπτos, στον οποίο η οικογένεια αφήνει ελάχιστα περιθώρια για διαπραγμάτευση και αλλαγή, ο ευέλικτος όπου οι αλλαγές είναι επιτρεπτές, το είδος που αναφέρεται ως «laissez- faire», το οποίο επιτρέπει κάθε μορφή συμπεριφοράς και τέλος, ο χαοτικός, όπου η οικογένεια δεν έχει κάνει ξεκάθαρο, ποιο είδος ελέγχου συμπεριφοράς θα εφαρμόζει (Miller et al.,2000).

Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την αξιολόγηση του επιπέδου της λειτουργικότητας της οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο. Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και οι συμπεριφορικές εξαρτήσεις, φαίνεται να ασκούν μεγάλη επιρροή, τόσο στο εξαρτημένο άτομο όσο και σε όλα τα μέλη της οικογένειάς του και να συνδέονται με χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας. Συγκεκριμένα, τα μέλη των οικογενειών με εξαρτημένο σύντροφο φαίνεται να εκτίθενται σε επαναλαμβανόμενες δυσλειτουργικές συμπεριφορές (Corpello et al., 2005). Τα παιδιά των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης από κάποια εθιστική ουσία, μπορεί να εκτίθενται συχνότερα σε τραυματικές καταστάσεις, όπως τα επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας, η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η μειωμένη ποιότητα ζωής, η υψηλή συγκινησιακή έκφραση των συναισθημάτων, η φτώχη συναισθηματική σχέση

με το γονέα και η ελλειμματική ή μη σταθερή γονική φροντίδα (Ginieri-Coccossis et al., 2007). Επιπροσθέτως, σε έρευνα των Ciarrocchi και Reinert (1993) φάνηκε ότι οι σύντροφοι των ατόμων με προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια, δήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας, σε σχέση με συντρόφους ατόμων που δεν παρουσιάζουν προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια.

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις οικογένειες, όπου ο ένας από τους συντρόφους παρουσιάζει προβλήματα εξάρτησης, έχουν επικεντρωθεί στη μελέτη των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου, στην ικανοποίηση από τη δυαδική σχέση και στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας. Επιπλέον, έρευνες που έχουν επικεντρωθεί στις συζύγους των ατόμων που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ, ανέδειξαν κάποια χαρακτηριστικά αυτών. Αναλυτικότερα, σε μελέτες των Price (1945), Whalen (1953), Rae et Forbes (1966), και Hinkin et Kahn (1995) οι σύζυγοι φάνηκαν να χαρακτηρίζονται ως απαιτητικές, εξαρτημένες, ανασφαλείς, ανεπαρκείς, επιθετικές, ψυχρές, με μαζοχιστικά και σαδιστικά χαρακτηριστικά. Έρευνα των Lorenz και Shuttlesworth (1983) όπως και έρευνα των Black et al., (2006) σε συντρόφους ατόμων με προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια, έδειξαν ότι οι περισσότεροι σύντροφοι ανέφεραν μία φυσιολογική παιδική ηλικία, ενώ ένα μικρό ποσοστό ανέφερε ότι οι γονείς τους είχαν θέματα εξάρτησης, ότι υπήρχαν διάφορες ψυχολογικές δυσκολίες στην οικογένεια και υπήρξε και αναφορά σε διάσταση ή χωρισμό των γονιών τους. Επίσης, σε έρευνα του Lee (2002) φάνηκε ότι, η αναφορά σε βίωση κάποιου τραυματικού γεγονότος κατά την παιδική ηλικία, ήταν εξίσου σημαντική τόσο στους ίδιους τους εξαρτημένους όσο και στις συντρόφους τους. Ωστόσο, η βιβλιογραφία σχετικά με την οικογένεια καταγωγής του μη εξαρτημένου συντρόφου είναι ελλιπής. Αναλυτικότερα, ελλείψεις φαίνεται να υπάρχουν στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της οικογένειας του μη εξαρτημένου συντρόφου, στη μελέτη της οικογενειακής ιστορίας τους και στη διερεύνηση του τύπου δεσμού που είχαν αναπτύξει με τα πρόσωπα φροντίδας.

Η συντροφική σχέση

Αναφορικά με τη διεθνή βιβλιογραφία, η επιλογή του συντρόφου γίνεται με γνώμονα όχι τα επιφανειακά χαρακτηριστικά των ατόμων αλλά τους βαθύτερους κώδικες, δηλαδή, τα κοινά σημεία στον τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται και βιώνουν τον κόσμο. Οι άνθρωποι μεγαλώνουν σε οικογένειες, οι οποίες έχουν κοινά θεμελιακά χαρακτηριστικά, παρόλο που μπορεί να φαίνονται ανόμοιες σε επιφανειακό επίπεδο (Gellert, 1983; Napier, 1997; Napier και Whitaker, 1987; Skynner και Cleese, 1989, 1996). Κάποιοι από τους παράγοντες, που φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα του και λειτουργεί μέσα σε αυτή, είναι ο τύπος προσκόλλησης με τα πρόσωπα φροντίδας, οι ρόλοι που το άτομο έχει λάβει μέσα στην οικογένεια καταγωγής του και τα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να έχει βιώσει μέσα στην οικογένεια που μεγάλωσε.

Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή συντρόφου

Ο τρόπος που οι άνθρωποι σχετίζονται με τον ερωτικό τους σύντροφο φαίνεται να ενέχει πολλά χαρακτηριστικά του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν και στις υπόλοιπες σχέσεις τους (Bowlby, 1973). Αρχικά, καθοριστική εμπειρία για τον τρόπο που σχετιζόμαστε ως ενήλικοι, φαίνεται να έχει ο συναισθηματικός δεσμός, που αναπτύσσουμε ως βρέφη και νήπια με το πρόσωπο φροντίδας (Bowlby, 1973).

Η θεωρία του δεσμού διατυπώθηκε με σκοπό τη μελέτη της σχέσης του βρέφους με τα πρόσωπα φροντίδας και κυρίως την μητέρα του. Ο Bowlby (1973) όρισε τη συμπεριφορά σύναψης δεσμού ως «οποιαδήποτε μορφή συμπεριφοράς, που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να αποκτά ή να διατηρεί χωρική εγγύτητα με κάποιο άλλο διαφοροποιημένο άτομο και προτιμώμενο άτομο, το οποίο συχνά θεωρείται ως δυνατότερο ή σοφότερο». Η συμπεριφορά σύναψης δεσμού, σύμφωνα με τον Bowlby (1973), εξελίχθηκε μέσα από τη διαδικασία της φυσικής επιλογής, η οποία προσφέρει τη δυνατότητα της επιβίωσης, καθώς προστατεύει τα βρέφη από τον κίνδυνο. Οι συμπεριφορές σύναψης δεσμού, όπως είναι το κλάμα και η προσκόλληση, έχουν στόχο το να κρατούν κοντά τη φιγούρα σύναψης δεσμού, δημιουργώντας μια «αίσθηση ασφάλειας». Όταν υπάρχουν σημάδια κινδύνου, το βρέφος στρέφεται για υποστήριξη στη φιγούρα σύναψης δεσμού, η οποία

λειτουργεί ως ασφαλές καταφύγιο. Αντίθετα, όταν δεν υπάρχει καμία απειλή, η φιγούρα σύναψης δεσμού λειτουργεί ως ασφαλής βάση, από την οποία το βρέφος μπορεί να εξερευνά το περιβάλλον. Επομένως, τα χαρακτηριστικά του δεσμού που δημιουργείται, είναι η επιζήτηση πλησιάζματος/ εγγύτητας, η ασφαλής βάση και το ασφαλές καταφύγιο. Αυτή η σχέση προσκόλλησης δεν είναι αμοιβαία ή συμμετρική, καθώς απαρτίζεται από την προσκόλληση του παιδιού και το δεσμό παροχής φροντίδας από την πλευρά του γονέα. Ο Bowlby (1973) τόνισε ιδιαίτερα τις ατομικές διαφορές στη συμπεριφορά σύναψης δεσμού και σύμφωνα με τον ίδιο, τα άτομα σε όλη την παιδική και εφηβική τους ηλικία, δημιουργούν προσδοκίες για το κατά πόσον αποκρίνονται στις ανάγκες τους οι φιγούρες της σύναψης δεσμού.

Η Ainsworth (1978) μέσα από την έρευνά της, τόνισε τις ατομικές διαφορές στη συμπεριφορά σύναψης δεσμού. Παρατηρώντας τις αντιδράσεις των βρεφών κατά τον αποχωρισμό ή την επανένωση με τις μητέρες τους και τους ξένους κατέληξε σε κάποιους τύπους σύναψης δεσμού (Ainsworth et al., 1978). Αναλυτικότερα, τα βρέφη με ασφαλή τύπο δεσμού εξερευνούν ενεργά κατά την παρουσία της μητέρας τους και – παρά την αναστάτωσή τους από τον αποχωρισμό – παρηγορούνται εύκολα κατά την επανένωση. Σχετικά με τα χαρακτηριστικά του προσώπου φροντίδας, οι μητέρες δείχνουν να είναι θερμές και να ανταποκρίνονται. Τα βρέφη με αποφευκτικό τύπο δεσμού, φαίνονται αποστασιοποιημένα και αποφεύγουν την στενή επαφή με τη μητέρα τους, η οποία μοιάζει να είναι απόμακρη ή αυστηρή. Τέλος, τα αγχώδη – αμφιθυμικά βρέφη εκφράζουν πολύ μεγάλη δυσφορία κατά τον αποχωρισμό από τη μητέρα τους, ενώ κατά την επανένωση εμφανίζουν συναισθήματα θυμού ή δυσφορίας. Οι μητέρες φαίνεται να είναι μη ευαίσθητες και ασυνεπείς.

Το γεγονός ότι η συμπεριφορά σύναψης δεσμού έχει εξελιχθεί μέσα από μια διαδικασία φυσικής επιλογής με απώτερο στόχο την επιβίωση, δείχνει ότι οι λειτουργίες της έχουν μια καθολική εφαρμογή, δηλαδή το σύστημα σύναψης δεσμού δείχνει να επηρεάζει και τις μετέπειτα σχέσεις του ατόμου. Ποικίλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα είδη ύφους σύναψης δεσμού είναι σχετικά σταθερά εφόσον και οι οικογενειακές συνθήκες είναι σταθερές (Main

et al., 1985) και φαίνεται να μπορούν να προβλέψουν και την μετέπειτα κοινωνική λειτουργία του ατόμου (Youngblade και Belsky, 1992).

Τόσο ο Bowlby (1973) όσο και οι Ainsworth (1989) και Weiss (1986, 1991) υποστήριξαν ότι, το σύστημα σύνναψης δεσμού διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο σε όλη τη ζωή του ατόμου και ειδικότερα ότι οι ενήλικες σχέσεις πληρούν τα κριτήρια σχέσης σύνναψης δεσμού. Οι ενήλικες, κάποιες φορές, επιζητούν στενότητα προς τον σύντροφό τους, βιώνουν αισθήματα ανησυχίας όταν οι σύντροφοι δεν είναι διαθέσιμοι, αντλούν ασφάλεια και σιγουριά από τις σχέσεις και στρέφονται προς τους συντρόφους τους για ανακούφιση σε στιγμές άγχους. Οι Shaver και Hazan (1988) υποστήριξαν ότι υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ της βρεφικής σύνναψης δεσμού και της ερωτικής αγάπης. Οι ομοιότητες αυτές αφορούσαν τις δυναμικές των δύο τύπων σχέσης, τις συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα, τη βλεμματική επαφή, το κράτημα και την ποιότητα του συναισθήματος, όπως την ισχυρή ενσυναίσθηση.

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Shaver και Hazan (1988) ανάμεσα στη βρεφική σύνναψη δεσμού και την ερωτική αγάπη υπάρχουν και δύο ξεκάθαρες διαφορές. Πρώτον, οι δεσμοί βρέφους και προσώπου φροντίδας είναι ασύμμετρες ως προς το δόσιμο της φροντίδας και δεύτερον, σε αντίθεση με τη σύνναψη δεσμού του βρέφους, η ερωτική αγάπη έχει σχεδόν πάντα σεξουαλικό συστατικό. Έτσι, οι Shaver και Hazan κατέληξαν στο να περιγράψουν την ερωτική αγάπη, ως σύνθεση της σύνναψης δεσμού, της παροχής φροντίδας και της σεξουαλικότητας. Συμπληρωματικά, ο Bowlby (1969) υποστήριξε ότι τα τρία αυτά στοιχεία της ερωτικής αγάπης, παρουσιάζουν διακυμάνσεις ως προς το πόσο σημαντικό είναι το καθένα, ανάλογα την ερωτική σχέση και τις χρονικές περιόδους. Ωστόσο, τόνισε ότι το σύστημα της σύνναψης δεσμού είναι το πιο σημαντικό. Το σύστημα αυτό είναι το πρώτο που εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του ατόμου και έτσι επηρεάζει την εξέλιξη των άλλων συστημάτων (Shaver et al., 1988).

Οι οικογενειακοί ρόλοι και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Η επιλογή του ερωτικού συντρόφου μοιάζει να είναι τέτοια, που να επιτρέπει οι σύντροφοι να συνδυαστούν σε ρόλους που έχουν μάθει στις

οικογένειες καταγωγής τους και σε στρεσογόνες καταστάσεις, που έχουν βιώσει στο πλαίσιο τους (Μπαφίτη, 2009). Φαίνεται η επιλογή συντρόφου να γίνεται με τρόπο τέτοιο, ώστε να επιτρέπεται η αναβίωση των εμπειριών, που διαδραματίστηκαν στο οικογενειακό πλαίσιο και παράλληλα η αναβίωση συναισθημάτων της παιδικής ηλικίας. Ο Napier (1997) ονόμασε αυτήν την συναισθηματική φόρτιση ως «συναισθηματική δομή» και ο Elkaïm (1991) ως «συνήχηση». Η αναβίωση των ρόλων της παιδικής ηλικίας και της συναισθηματικής δομής αυτών, στο πλαίσιο της ερωτικής σχέσης, ενέχει τη δυνατότητα το άτομο να τροποποιήσει τους άκαμπτους ρόλους και τα επώδυνα συναισθήματα. Αν η τροποποίηση αυτή δεν επιτευχθεί, τότε το μοτίβο συναισθηματικής συνδιαλλαγής μεταφέρεται αμετάβλητο στις επόμενες σχέσεις. Πλήθος ερευνών έχουν δείξει ότι η ύπαρξη στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή των συντρόφων, συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από το γάμο (Cohan & Bradbury, 1997; Katz, et al., 2000; Whiffen και Gotlib, 1989). Επιπλέον, σύμφωνα με την μελέτη του Whisman (2006) τα άτομα που είχαν βιώσει σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση ή σωματική επίθεση είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα στη συντροφική τους σχέση, σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν βιώσει κάποιο στρεσογόνο γεγονός στη ζωή τους.

Η μελέτη του τύπου γονεϊκού δεσμού, των ρόλων στην οικογένεια καταγωγής και η ύπαρξη στρεσογόνων βιωμάτων δεν φαίνεται να έχει πραγματοποιηθεί σε σχέση με το μη εξαρτημένο σύντροφο, στις οικογένειες που ο ένας σύντροφος παρουσιάζει προβλήματα εξάρτησης.

Σκοπός παρούσας μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση του τύπου δεσμού των συντρόφων ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, στην διερεύνηση των ρόλων, που είχαν ως παιδιά στην οικογένεια καταγωγής τους και στην μελέτη της ύπαρξης τραύματος, στην παιδική και εφηβική τους ηλικία. Επίσης, σκοπός της έρευνας είναι η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στις συντρόφους των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, η αξιολόγηση της λειτουργικότητας της οικογένειας με εξαρτημένο σύντροφο και αξιολόγηση

της ικανοποίησης της δυαδικής σχέσης με εξαρτημένο σύντροφο στον Ελλαδικό χώρο. Επιπλέον, στόχος είναι να διερευνηθούν τυχόν διαφορές, ως προς το βαθμό εμπλοκής του συντρόφου με το αντικείμενο της εξάρτησής του, στην αρχή της ερωτικής σχέσης, ανάμεσα στις συντρόφους των ατόμων με εξάρτηση από κάποια εθιστική ουσία και στις συντρόφους των ατόμων με εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια. Η μελέτη των χαρακτηριστικών πραγματοποιήθηκε συγκριτικά με συντρόφους ατόμων που δεν παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης.

Συγκεκριμένα, οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης είναι 1) οι ρόλοι που οι σύντροφοι των ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης, έχουν λάβει στην οικογένεια καταγωγής, διαφέρουν σε σχέση με τους ρόλους που έχουν λάβει στην οικογένεια καταγωγής οι σύντροφοι της ομάδας ελέγχου, 2) η σχέση ζεύγους με εξαρτημένο σύντροφο θα περιγραφεί ως λιγότερο ικανοποιητική και λειτουργική σε σύγκριση με τη σχέση ζεύγους των ατόμων της ομάδας ελέγχου, όπως αυτά τα χαρακτηριστικά αξιολογούνται με τη Κλίμακα Δυαδικών Σχέσεων (Spanier et al., 1976), 3) Οι σχέσεις των μελών της οικογένειας με πρόβλημα εξάρτησης, θα είναι περισσότερο απόμακρες (συναισθηματικά και πρακτικά) σε σχέση με αυτές των μελών των οικογενειών της ομάδας ελέγχου, όπως αυτές αξιολογούνται από την Κλίμακα Mc Master Family Assessment Device (FAD), 4) ο τύπος γονεϊκού δεσμού των συντρόφων των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης θα είναι πιο διαταραγμένος σε σχέση με τον τύπο δεσμού των συντρόφων της ομάδας ελέγχου, 5) οι σύντροφοι των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης θα αναφέρουν μεγαλύτερη συχνότητα τραυματικών εμπειριών στην παιδική τους ηλικία, σε σχέση με τους συντρόφους της ομάδας ελέγχου, 6) οι σύντροφοι της κλινικής ομάδας θα παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με τις συντρόφους της ομάδας ελέγχου.

Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική και διεξήχθη από τον Οκτώβριο του 2020 έως τον Ιανουάριο του 2021.

Το δείγμα και οι συμμετέχοντες στην έρευνα

Στην έρευνα συμμετείχαν 44 γυναίκες-σύντροφοι ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, οι οποίες συμμετείχαν στις Ομάδες Συμβουλευτικής των Κέντρων Οικογενειακής Υποστήριξης του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων-ΚΕΘΕΑ (κλινική ομάδα) και 42 γυναίκες-σύντροφοι ατόμων χωρίς προβλήματα εξάρτησης (ομάδα ελέγχου). Οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Τόσο από την κλινική ομάδα όσο και από την ομάδα ελέγχου αποκλείστηκαν οι άνδρες συμμετέχοντες, καθώς ήταν λίγοι σε αριθμό, αναλογικά με τον αριθμό των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Επίσης, από την ομάδα ελέγχου, αποκλείστηκαν οι συμμετέχουσες, των οποίων οι σύντροφοι είτε κάνουν χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας είτε εμπλέκονται με τα τυχερά παιχνίδια καθώς και οι συμμετέχουσες οι οποίες κάνουν οι ίδιες χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας .

Ερευνητική διαδικασία

Προκειμένου να ληφθεί η άδεια, για να διεξαχθεί η έρευνα στους συμμετέχοντες των Ομάδων Συντρόφων των Θεραπευτικών Προγραμμάτων ΑΛΦΑ, ΔΙΑΒΑΣΗ, ΕΞΟΔΟΣ, ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ και ΝΟΣΤΟΣ, του ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, στάλθηκε επιστολή προς τον Υπεύθυνο του Τμήματος Έρευνας του ΚΕΘΕΑ κo Παπαναστασάτο Γεράσιμο, στις κεντρικές υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ, η οποία απαντήθηκε θετικά. Η επιστολή περιλάμβανε την ερευνητική πρόταση, τον σκοπό και τους ερευνητικούς στόχους της διπλωματικής εργασίας και συνοδευόταν από αναλυτικό σχέδιο της έρευνας και πλήρες βιογραφικό σημείωμα της ερευνήτριας. Στη συνέχεια, υπογράφηκε πρωτόκολλο συνεργασίας μεταξύ της ερευνήτριας και του τμήματος Έρευνας του ΚΕΘΕΑ.

Αφού η έρευνα είχε αδειοδοτηθεί, πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με τα τμήματα Έρευνας των Προγραμμάτων και στη συνέχεια έγινε επαφή με το θεραπευτικό προσωπικό των Μονάδων, προκειμένου αυτό να ενημερωθεί, για τον τρόπο διεξαγωγής και το στόχο της έρευνας από την ίδια την ερευνήτρια. Δόθηκε ένα μικρό χρονικό διάστημα, προκειμένου το θεραπευτικό προσωπικό των Ομάδων να συγκεντρώσει τον αριθμό των ατόμων, που ήθελαν να

συμμετάσχουν στην έρευνα. Έπειτα ακολούθησε ο προγραμματισμός των συναντήσεων της ερευνήτριας με τις συμμετέχουσες.

Η συλλογή του δείγματος ξεκίνησε από το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ. Η ερευνήτρια επισκέφθηκε τη Μονάδα του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ και συνάντησε τις συμμετέχουσες σε χώρο που παραχωρήθηκε από το προσωπικό του Προγράμματος για το σκοπό αυτό. Αρχικά, η ερευνήτρια ενημέρωσε τις συμμετέχουσες για τους στόχους της έρευνας, την διαδικασία συμμετοχής και την τήρηση του απορρήτου και αφού όλες οι συμμετέχουσες υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα, ξεκίνησε η χορήγηση των ερωτηματολογίων.

Με τον ίδιο τρόπο είχε, αρχικά, προγραμματιστεί να γίνει η χορήγηση των ερωτηματολογίων και στα υπόλοιπα προγράμματα. Ωστόσο, τα μέτρα που επιβλήθηκαν στις αρχές του Νοεμβρίου του 2020, για τον περιορισμό της διασποράς του Covid – 19, οδήγησαν στην ανάγκη τροποποίησης της μεθόδου διεξαγωγής της έρευνας. Ακολούθησε επικοινωνία με το τμήμα Έρευνας των κεντρικών υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ και ενημέρωση σχετικά με την ανάγκη για αναπροσαρμογή του τρόπου διεξαγωγής της μελέτης. Στη συνέχεια, συμφωνήθηκαν οι αλλαγές ως προς τον τρόπο διεξαγωγής, οι οποίες περιλάμβαναν την ηλεκτρονική χορήγηση των ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε φόρμα GoogleTM και διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά στα email των συμμετεχουσών. Οι συμμετέχουσες μετά την αποδοχή των όρων συμμετοχής στην έρευνα και αφού δήλωναν την συγκατάθεσή τους, καλούνταν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Με τον τρόπο αυτό επετεύχθη η μη αναστολή της διεξαγωγής της έρευνας και ταυτόχρονα εξασφαλίστηκε η ανωνυμία του δείγματος.

Ερευνητικά Εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και διερεύνησης της συντροφικής/ συζυγικής σχέσης.

Αναλυτικά ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να συμπληρώσουν στοιχεία για το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, τον τόπο διαμονής, την επαγγελματική κατάσταση, την ψυχική υγεία. Επιπροσθέτως, ρωτήθηκαν για την τρέχουσα σχέση με τις οικογένειες καταγωγής, τόσο της δικής τους όσο

και του συντρόφου τους, για την οικογενειακή τους κατάσταση, τη διάρκεια γνωριμίας με τον σύντροφό τους, τη διάρκεια της σχέσης τους, τη διάρκεια της κοινής τους συμβίωσης ή του γάμου τους, το αν έχουν ή όχι παιδιά καθώς και τον αριθμό αυτών. Επίσης, ζητήθηκαν και ορισμένα στοιχεία σχετικά με το πρόβλημα εξάρτησης του συντρόφου (βλ. Παράρτημα Β).

2. Ερωτηματολόγιο διερεύνησης του ρόλου στην οικογένεια καταγωγής.

Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης. Οι όροι αντλήθηκαν από την διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία (Broszormenyi-Nagy και Spark, 1973; Earley και Cushway, 2002; Μπαφίτη, 2009; Tzoveni et al., 2011) με βάση τους οποίους δημιουργήθηκαν 8 δηλώσεις, οι οποίες βαθμολογούνται βάσει μιας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert που κυμαίνεται από την τιμή 1 (Καθόλου) έως την τιμή 5 (Πάρα πολύ). Οι δηλώσεις αυτές διερευνούν το ρόλο που είχαν οι αποκρινόμενοι ως παιδιά στην οικογένεια καταγωγής. Από τις δηλώσεις αυτές, μία διερευνά το ρόλο του παιδιού ως «γονεοποιημένου» (Ερώτηση 1), μία το ρόλο του παιδιού ως «συντρόφου γονέα» (Ερώτηση 2), δύο το παιδί που το «απορρίπτουν» (Ερωτήσεις 3 και 4), δύο το παιδί που είναι «εκπρόσωπος της οικογένειας» (Ερωτήσεις 5 και 6), μία το παιδί που είναι «παραβάτης» (Ερώτηση 7) και μία το παιδί που είναι «εξαρτημένο» (Ερώτηση 8). Η αξιοπιστία της κλίμακας στη μελέτη είναι $\alpha = .78$.

3. Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Οικογένειας -Mc Master Family Assessment Device –FAD.

Η Γενική Κλίμακα Λειτουργικότητας (General Functioning Scale) της Κλίμακας Mc Master Family Assessment Device (FAD) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των σχέσεων, ανάμεσα στα μέλη της τωρινής οικογένειας με τον εξαρτημένο σύντροφο. Αποτελείται από 12 δηλώσεις, που αφορούν σε πρότυπα συναλλαγών ανάμεσα στα μέλη ενός οικογενειακού συστήματος και έχει τη δυνατότητα να αναδεικνύει τις υγιείς από τις μη υγιείς οικογένειες (Epstein et al., 1983).

Η κλίμακα αυτή, βασίστηκε στη θεωρία του Mc Master, σύμφωνα με την οποία, προκειμένου να κατανοήσουμε μια σύνθετη οντότητα, όπως είναι αυτή της οικογένειας και να αξιολογήσουμε την λειτουργικότητά της, θα

πρέπει να μελετήσουμε τις επιμέρους διαστάσεις της. Στο εργαλείο αυτό οι διαστάσεις που αξιολογούν την λειτουργικότητα της οικογένειας είναι έξι. Η πρώτη διάσταση, αναφέρεται στην επίλυση προβλημάτων, στην ικανότητα, δηλαδή, μιας οικογένειας να επιλύει προβλήματα με τρόπο αποτελεσματικό. Η δεύτερη διάσταση, αφορά στην επικοινωνία των μελών της οικογένειας και κατά πόσο αυτή γίνεται με άμεσο και ξεκάθαρο τρόπο. Η τρίτη διάσταση, αφορά στους ρόλους που υπάρχουν σε μια οικογένεια, δηλαδή στην θέση και στις αρμοδιότητες που ανατίθενται σε κάθε μέλος και στο κατά πόσο κάθε μέλος ανταποκρίνεται σε αυτές. Η τέταρτη διάσταση, σχετίζεται με την συναισθηματική ανταπόκριση των μελών, η οποία αναφέρεται στην δυνατότητα των μελών να ανταποκρίνονται συναισθηματικά με τον κατάλληλο τρόπο. Η πέμπτη διάσταση, αφορά στην συναισθηματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας, δηλαδή στο κατά πόσο τα μέλη της οικογένειας εκτιμούν και δείχνουν ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα του κάθε μέλους ξεχωριστά. Τέλος, η έκτη διάσταση, αφορά στον έλεγχο της συμπεριφοράς, δηλαδή στο με ποια κριτήρια η οικογένεια ορίζει μια συμπεριφορά αποδεκτή ή μη και στο πώς εκφράζει και συντηρεί τα κριτήρια αυτά σε όλα τα μέλη της οικογένειας.

Οι απαντήσεις δίνονται σε μια τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert και κυμαίνονται από το «Συμφωνώ πολύ» έως το «Διαφωνώ πολύ». Για την σύντομη μορφή του FAD έχει σημειωθεί ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία $\alpha=0.86$ (Byles, Byrne, Boyle, & Offord, 1988). Η αξιοπιστία της κλίμακας αναφορικά με την συγκεκριμένη μελέτη είναι $\alpha= .91$.

4. Η Κλίμακα Δυαδικών Σχέσεων - Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Η κλίμακα Dyadic Adjustment Scale (DAS) αποτελεί ένα εργαλείο 32 στοιχείων, που δημιουργήθηκε με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας της σχέσης ανάμεσα σε συντρόφους (Spanier, 1976). Η προσαρμογή στα Ελληνικά πραγματοποιήθηκε από την Ομάδα του Ιατρικού Οικογένειας και Ζεύγους της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα στοιχεία αξιολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert και οι αποκρινόμενοι καλούνται να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με τον σύντροφό τους για κάθε στοιχείο. Η κλίμακα αποτελείται από 32 στοιχεία και διαιρείται σε 4 υποκλίμακες:

- i. Dyadic consensus- ο βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος συμφωνεί με το σύντροφό του
- ii. Dyadic satisfaction – ο βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος αισθάνεται ικανοποιημένος με το σύντροφό του
- iii. Dyadic cohesion- ο βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος και ο σύντροφός του συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες
- iv. Affectional expression- ο βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος συμφωνεί με το σύντροφό του σχετικά με την έκφραση των συναισθημάτων

Οι χαμηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν φτωχή δυαδική σχέση, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ικανοποιητική σχέση.

Οι δημιουργοί της κλίμακας το 1982 επαναξιολόγησαν την κλίμακα χρησιμοποιώντας μια μέγιστης πιθανότητας, επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (Spanier και Thompson, 1982). Η ανάλυση αυτή έδειξε μια υψηλή αξιοπιστία για τη συνολική κλίμακα (.96). Για την υποκλίμακα Dyadic consensus η αξιοπιστία είναι 0.90, για την υποκλίμακα Dyadic satisfaction η αξιοπιστία είναι .94, για την Dyadic cohesion 0.81 και για την Affectional expression .73. Σε μια σχετικά πρόσφατη μετα-ανάλυση εκτιμήθηκε η αξιοπιστία της γενίκευσης και οι 3 από τις 4 υποκλίμακες έδειξαν αποδεκτή εσωτερική συνοχή (Graham et al, 2006). Αναφορικά με την συγκεκριμένη έρευνα ο δείκτης αξιοπιστίας είναι $\alpha = .96$.

5. Ερωτηματολόγιο Γονεϊκού Δεσμού - Parental Bonding Instrument (PBI)

Το ερωτηματολόγιο Γονεϊκού Δεσμού (PBI) δημιουργήθηκε από τους Parker, Tupling και Brown το 1979 και αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης του συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γονέα και το παιδί. Η μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τις Πομίνι Β. και Ροδινού Χ. (Pomini et al., 2013). Αξιολογεί τον τύπο δεσμού, που έχει αναπτύξει το άτομο στα πρώτα 16 χρόνια της ζωής του με τη μητέρα του και τον πατέρα του. Η αξιολόγηση για κάθε γονέα γίνεται ξεχωριστά σε ένα ερωτηματολόγιο 25 δηλώσεων. Οι απαντήσεις αξιολογούνται σε μια κλίμακα τύπου Likert ανάλογα με το πόσο συχνή ή όχι ήταν η συγκεκριμένη συμπεριφορά του γονέα, που περιγράφεται από το κάθε λήμμα (Parker et al.,

1979). Η κλίμακα αποτελείται από δύο υποκλίμακες, οι οποίες αποτελούν διαστάσεις της γονεϊκής συμπεριφοράς, την διάσταση της φροντίδας και τη διάσταση της υπερπροστασίας / ελέγχου. Από τις 25 δηλώσεις οι 12 αφορούν τη διάσταση της φροντίδας και οι υπόλοιπες 13 την διάσταση της υπερπροστασίας / ελέγχου. Ο δείκτης αξιοπιστίας του εργαλείου για κάθε διάσταση είναι, $\alpha = .88$ για τη φροντίδα και $\alpha = .74$ για την προστασία, σύμφωνα με τον κατασκευαστή του (Parker et al., 1979). Αναφορικά με την συγκεκριμένη έρευνα, ο δείκτης αξιοπιστίας για την υποκλίμακα της φροντίδας είναι $\alpha = .88$ και για την υποκλίμακα της υπερπροστασίας είναι $\alpha = .88$, σχετικά με το πρόσωπο της μητέρας. Όσον αφορά τον πατέρα, ο δείκτης αξιοπιστίας της φροντίδας είναι $\alpha = .87$ και της υπερπροστασίας $\alpha = .90$.

6. Ερωτηματολόγιο Αυτοαναφοράς Πρώιμου τραύματος - Early Trauma Inventory, Self-Report (Short Form) (ETI-SR-SF)

Το ερωτηματολόγιο Early Trauma Inventory, Self – Report (Short Form) αποτελεί τη συντομευμένη μορφή του ETI-SR των 288 λημμάτων που δημιουργήθηκε από τους Bremner, Bolus & Mayer το 2007. Η μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Αντωνοπούλου Ζ., Κωνσταντακόπουλο Γ., Τζινιέρη- Κοκκώση Μ. και Συνοδινού Κ. (2017). Το ETI-SR-SF αποτελείται από 27 λήμματα που αφορούν στην παιδική ηλικία του συμμετέχοντα (πριν την ηλικία των 18 ετών). Από τα 27 λήμματα, 11 αναφέρονται σε γενικές τραυματικές εμπειρίες, 5 αναφέρονται σε εμπειρίες σωματικής κακοποίησης, 5 σε εμπειρίες συναισθηματικής κακοποίησης και 6 σε εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης. Οι ερωτήσεις αυτές, απαντώνται με Ναι/Όχι. Εάν μια ερώτηση απαντηθεί θετικά (Ναι), τότε ακολουθεί μια δεύτερη ερώτηση, η οποία αφορά στη συχνότητα. Το εργαλείο αυτό έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα τόσο στην ολόκληρη όσο και στη συντομευμένη μορφή του. Συγκεκριμένα, στην αγγλική έκδοση το συνολικό Cronbach's alpha ήταν 0.95 για το ολόκληρο και 0.83 για τη σύντομη μορφή του (Bremner et al., 2007; Rademaker et al., 2008). Οι δείκτες εσωτερικής συνέπειας ήταν 0.70 για το γενικό τραύμα, 0.75 για τη σωματική κακοποίηση, 0.86 για τη συναισθηματική κακοποίηση και 0.87 για τη σεξουαλική κακοποίηση (Bremner et al., 2007). Οι αντίστοιχοι δείκτες για την ελληνική

έκδοση ήταν 0.85 για το γενικό τραύμα, 0.84 για τη σωματική κακοποίηση, 0.86 για τη συναισθηματική κακοποίηση και 0.78 για τη σεξουαλική κακοποίηση. Ο συνολικός δείκτης εσωτερικής συνέπειας ήταν 0.91 (Antonopoulou et al., 2017). Για την παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας είναι $\alpha = .79$.

7. Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης-Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Για την αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των αποκρινόμενων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα «The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)». Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε από τους Zigmond AS & Snaith RP το 1983 για την εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς των γενικών νοσοκομείων. Η HADS έχει χρησιμοποιηθεί και στο γενικό πληθυσμό (Mykletun, et al., 2001). Η μετάφραση και προσαρμογή στα Ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Χριστοδούλου Χ., Μιχόπουλος Ι., Τουρνικιώτη Κ., Δουζένη Α., Μπούρα Γ., Σερέτη Δ., Κονταξάκη Β., Λύκουρα Α. (2010). Αποτελείται από 14 ερωτήσεις, που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας. Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert, η οποία κυμαίνεται από το 0 έως το 3. Από τις 14 ερωτήσεις οι 7 αξιολογούν το επίπεδο της κατάθλιψης HADS-D (Ερωτήσεις: 2,4,6,8,10,12 και 14) και οι υπόλοιπες 7 αξιολογούν το επίπεδο του άγχους HADS-A (Ερωτήσεις: 1,3,5,7,9,11 και 13). Η HADS παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνοχή $\alpha = .884$ και αξιοπιστία $\alpha = .944$. Σχετικά με την παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας του HADS-D είναι $\alpha = .75$ και ο δείκτης αξιοπιστίας του HADS-A είναι $\alpha = .86$.

8. Ερωτηματολόγιο Εντοπισμού Δυσλειτουργιών από τη Χρήση Αλκοόλ, Εκδοχή Αυτοαναφοράς - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Το Ερωτηματολόγιο AUDIT κατασκευάστηκε από μια ομάδα εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Moussas, et al., 2010). Η ομάδα αυτή επέλεξε ερωτήσεις, που εντοπίζουν άτομα υψηλού κινδύνου για κατάχρηση/ εξάρτηση από το αλκοόλ. Η μετάφρασή του έγινε στα ελληνικά

από το αγγλικό πρωτότυπο από δύο δίγλωσσους ψυχιάτρους, όπως και η αντίστροφη μετάφρασή του (Moussas, et al., 2010). Το Ερωτηματολόγιο αποτελείται από 10 ερωτήσεις. Από το σύνολο των 10 ερωτήσεων, οι 3 αφορούν στη χρήση του αλκοόλ, οι 4 στην εξάρτηση και οι υπόλοιπες 3 στα προβλήματα που προκαλούνται από τη χρήση του αλκοόλ. Το AUDIT παρουσιάζει αυξημένη τιμή εσωτερικής συνάφειας και υψηλή εγκυρότητα καθώς και υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση. Στην παρούσα μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας είναι $\alpha = .70$.

Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Στις συμμετέχουσες τονίστηκε ότι η μελέτη είναι εμπιστευτική και το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων απαραβίαστο. Σε κανένα σημείο δεν ζητήθηκαν στοιχεία ταυτότητας των συμμετεχουσών. Όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν γραπτά τη συναίνεσή τους για την παροχή των πληροφοριών.

Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση (ΤΑ), μετά από κατάλληλο έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής μέσω του στατιστικού ελέγχου Kolmogorov-Smirnov και για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη (N) και η σχετική συχνότητα (%). Για τη σύγκριση της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε το t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Independent samples t-test). Για τη συσχέτιση δύο κατηγορικών- ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Pearson Chi- square test ή το Fischer's exact test, όπου αυτό κρινόταν απαραίτητο. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τέλος, η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης- αφαίρεσης (stepwise model selection), χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων, που σχετίζονται με την κλίμακα

εκτίμησης των δυαδικών σχέσεων (DAS), καθώς και με την κλίμακα εκτίμησης των δυσλειτουργιών από τη χρήση του αλκοόλ (AUDIT), από την οποία προέκυψαν οι συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους ($\text{standard errors} = \text{SE}$). Όλοι οι έλεγχοι, που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο $\alpha = 0.05$. Για τη στατιστική ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v. 22.0.

Αποτελέσματα

1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών και των συντρόφων τους.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 86 γυναίκες, το 51,2% εκ των οποίων ανήκαν στην κλινική ομάδα και το 48,8% στη ομάδα ελέγχου. Στον Πίνακα 1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών καθώς και των συντρόφων τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το εάν έχουν παιδιά ($p = .005$), καθώς και ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης του συντρόφου τους ($p = .007$). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως το ποσοστό των γυναικών από την ομάδα ελέγχου, που έχουν παιδιά είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό, που παρατηρείται στην κλινική ομάδα (54,8% στην ομάδα ελέγχου έναντι 25,0% στην κλινική ομάδα), ενώ παράλληλα βρέθηκε ότι οι σύντροφοι των γυναικών, που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σύγκριση με την κλινική ομάδα (το 73,8% των γυναικών στην ομάδα ελέγχου έχουν σύντροφο που έχει ολοκληρώσει τουλάχιστον τις προπτυχιακές του σπουδές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην κλινική ομάδα ανέρχεται στο 34,1%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχουσών.

		Πλήθος (%)		Chi-square test p-value
		Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	
Επαγγελματική κατάσταση	Πλήρης αμειβόμενη εργασία	28 (63,6)	32 (76,2)	0,153
	Μερική	8 (18,2)	3 (7,1)	

	αμειβόμενη εργασία			
	Οικιακά	2 (4,5)	3 (7,1)	
	Άνεργος/η	6 (13,6)	2 (4,8)	
	Συνταξιούχος/η	0 (0)	0 (0)	
	Άλλο	0 (0)	2 (4,8)	
Οικογενειακή κατάσταση	Σχέση	2 (4,5)	9 (21,4)	0,079
	Συμβίωση	10 (22,7)	7 (16,7)	
	Σύμφωνο Συμβίωσης	0 (0)	1 (2,4)	
	Έγγαμος/η	32 (72,7)	25 (59,5)	
Έχετε παιδιά	Ναι	33 (75)	19 (45,2)	0,005
	Όχι	11 (25)	23 (54,8)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	1 (2,3)	1 (2,4)	0,060
	Γυμνάσιο	2 (4,5)	0 (0)	
	Λύκειο	9 (20,5)	2 (4,8)	
	Μεταλυκειακές σπουδές	10 (22,7)	8 (19)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	16 (36,4)	14 (33,3)	
	Μεταπτυχιακές	5 (11,4)	15 (35,7)	
	Διδακτορικές	1 (2,3)	2 (4,8)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο συντρόφου/συζύγου	Δημοτικό	2 (4,5)	1 (2,4)	0,007
	Γυμνάσιο	5 (11,4)	2 (4,8)	
	Λύκειο	20 (45,5)	5 (11,9)	
	Μεταλυκειακές σπουδές	2 (4,5)	3 (7,1)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	12 (27,3)	21 (50)	
	Μεταπτυχιακές	3 (6,8)	7 (16,7)	
	Διδακτορικές	0 (0)	3 (7,1)	

Στον Πίνακα 2, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η ηλικία των συμμετεχουσών και των συντρόφων τους ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 2. Ηλικία συμμετεχουσών/ συντρόφων.

Σε έτη	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)		P Independent samples t-test
	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	
Ηλικία συμμετεχουσών	37,8 (7,9)	35,8 (7,9)	0,239
Ηλικία συντρόφου/ συζύγου	40,7 (7,1)	38,9 (7,9)	0,263

2. Στοιχεία σχετικά με τους γονείς των συμμετεχουσών και των γονέων των συντρόφων τους

Στον Πίνακα 3, που ακολουθεί, παρουσιάζονται ορισμένα στοιχεία σχετικά με τους γονείς των συμμετεχουσών, καθώς επίσης και με τους γονείς

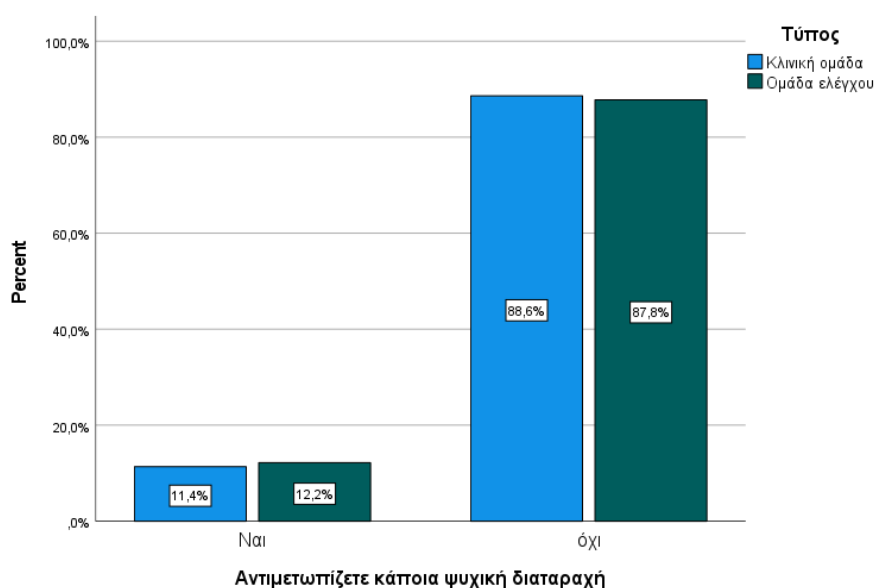
των συντρόφων τους. Όπως φαίνεται δεν σημειώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, εκτός από την περίπτωση του στοιχείου σχετικά με το εάν ζει ο πατέρας των συμμετεχουσών ($p = .015$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συμμετεχουσών από την κλινική ομάδα που δηλώνει πως ο πατέρας δεν ζει (34,1%), συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου (11,9%).

Πίνακας 3. Στοιχεία για τις οικογένειες καταγωγής.

		Πλήθος (%)		Chi- square test p-value
		Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	
Η μητέρα σας ζει	Ναι	39(88,6)	39(92,9)	0,501
	όχι	5(11,4)	3(7,1)	
Ο πατέρας σας ζει	Ναι	29(65,9)	37(88,1)	0,015
	όχι	15(34,1)	5(11,9)	
Αν ναι, συζητάτε μαζί τους θέματα που αφορούν την οικογένειά σας	Καθόλου	3(7,3)	4(9,5)	0,150
	Λίγο	14(34,1)	6(14,3)	
	Μέτρια	13(31,7)	11(26,2)	
	Πολύ	9(22)	16(38,1)	
	Πάρα πολύ	2(4,9)	5(11,9)	
Σας βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα	Καθόλου	9(22)	11(26,2)	0,552
	Λίγο	10(24,4)	6(14,3)	
	Μέτρια	9(22)	12(28,6)	
	Πολύ	7(17,1)	4(9,5)	
	Πάρα πολύ	6(14,6)	9(21,4)	
Η μητέρα του συντρόφου σας ζει	Ναι	41(93,2)	39(92,9)	0,548
	όχι	3(6,8)	2(4,8)	
Ο πατέρας του συντρόφου σας ζει	Ναι	28(63,6)	31(73,8)	0,310
	όχι	16(36,4)	11(26,2)	
Συζητάτε μαζί τους θέματα οικογένειας	Καθόλου	9(21,4)	12(29,3)	0,669
	Λίγο	20(47,6)	20(48,8)	
	Μέτρια	9(21,4)	5(12,2)	
	Πολύ	4(9,5)	4(9,8)	
	Πάρα πολύ	0(0)	0(0)	
Σας βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα	Καθόλου	17(40,5)	19(46,3)	0,847
	Λίγο	13(31)	13(31,7)	
	Μέτρια	6(14,3)	6(14,6)	
	Πολύ	5(11,9)	2(4,9)	
	Πάρα πολύ	1(2,4)	1(2,4)	

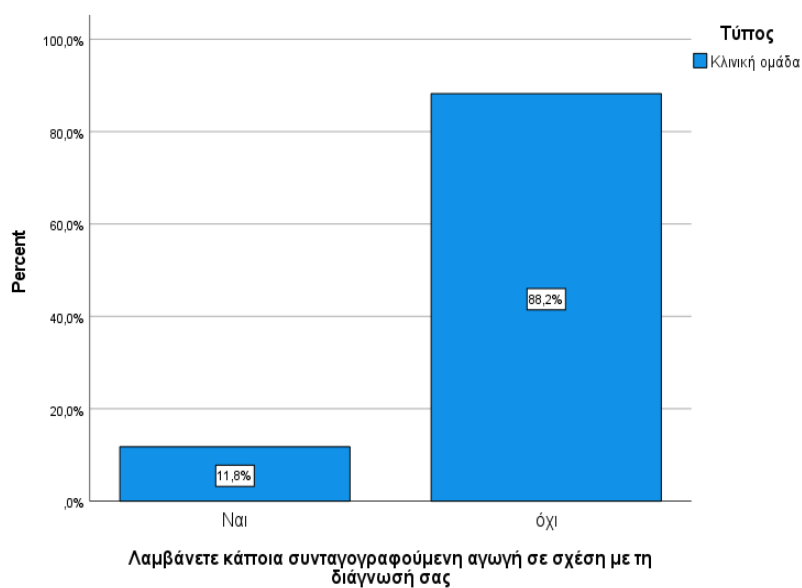
3. Στοιχεία σχετικά με την ψυχική υγεία των συμμετεχουσών

Στο γράφημα, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχουσών στις δύο ομάδες, ανάλογα με το εάν αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή. Όπως φαίνεται, το 11,4% των συμμετεχουσών της κλινικής ομάδας και το 12,2% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή, με τη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων να μην είναι στατιστικά σημαντική ($p > .999$).

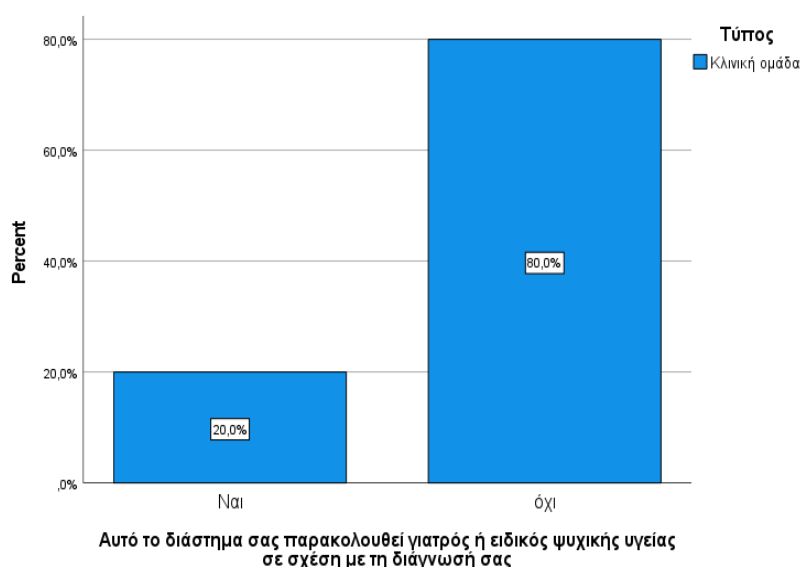


*p-value από το Fischer's exact test $> .999$

Στο επόμενο γράφημα, παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχουσών της κλινικής ομάδας ανάλογα με το εάν λαμβάνουν κάποια συνταγογραφούμενη αγωγή σχετικά με τη διάγνωσή τους. Το 12% εξ αυτών λαμβάνουν κάποια συνταγογραφούμενη αγωγή.

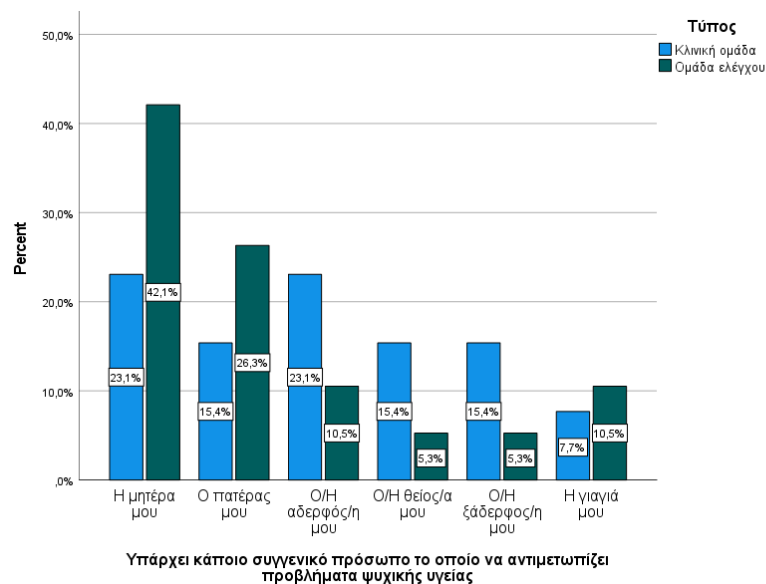


Σχετικά με το εάν παρακολουθούνται από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, το 20% των συμμετεχουσών της κλινικής ομάδας δηλώνει πως παρακολουθείται από κάποιον ειδικό.



Το 29,5% των συμμετεχουσών της κλινικής ομάδας (N=13) είχαν κάποιο συγγενή που αντιμετώπιζε κάποια ψυχική διαταραχή, όπως και το 45,2% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου (N=19), χωρίς ωστόσο να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ($p=.132$). Όσον αφορά, στο ποιος συγγενής αντιμετώπιζε κάποια ψυχική διαταραχή, δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, με το υψηλότερο ποσοστό των

συμμετεχουσών και από τις δύο ομάδες να δηλώνουν πως η μητέρα τους αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή.



*p-value από το Pearson chi- square test= .584

4. Στοιχεία σχετικά με την συντροφική/ συζυγική σχέση των συμμετεχουσών

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, που ακολουθεί, οι συμμετέχουσες από την κλινική ομάδα γνωρίζονται 13 έτη περίπου με τους συντρόφους τους (τυπική απόκλιση= 8,3 έτη), ενώ οι συμμετέχουσες από την ομάδα ελέγχου γνωρίζονται με τον σύντροφό τους 9,2 έτη κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση= 7,7 έτη), με την παρατηρούμενη αυτή διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 4. Χρόνια γνωριμίας/ γάμου συμμετεχουσών.

Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t- test
Έτη γνωριμίας με τον σύντροφο	13,0 (8,3)	9,2 (7,7)	0,031
Έτη γάμου με τον σύντροφο	10,0 (7,3)	7,7 (9,3)	0,280

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5, που ακολουθεί, από την κλινική ομάδα, το 34,1% των συμμετεχουσών δηλώνει πως ο σύντροφός τους έχει εξάρτηση από την κοκαΐνη, ενώ το 29,5% των συμμετεχουσών δηλώνει πως ο

σύντροφός τους έχει εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια. Όσον αφορά, στην ερώτηση σχετικά με το εάν ο σύντροφός τους εμπλεκόταν σε ανησυχητικό βαθμό με ψυχοτρόπες ουσίες από την αρχή της σχέσης τους, φαίνεται πως οι μισές περίπου συμμετέχουσες από την κλινική ομάδα δηλώνουν πως εμπλεκόταν μέτρια έως και πάρα πολύ, ενώ σε αντίστοιχη ερώτηση που τους έγινε σχετικά με τα τυχερά παιχνίδια, το 72,8% των συμμετεχουσών της κλινικής ομάδας δήλωσε πως ο σύντροφός τους δεν εμπλεκόταν καθόλου ή εμπλεκόταν λίγο με τα τυχερά παιχνίδια στην αρχή της σχέσης τους. Τα υπόλοιπα στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 5. Αντικείμενο εξάρτησης/ βαθμός εμπλοκής.

		Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)
Ο/η σύντροφός μου έχει εξάρτηση από	Ηρωίνη	4 (9,1)	-
	Κάναβη	8 (18,2)	-
	Αλκοόλ	4 (9,1)	-
	Κοκαΐνη	15 (34,1)	-
	Βενζοδιαζεπίνες	0 (0)	-
	Τυχερά παιχνίδια	13 (29,5)	-
Ο σύντροφός σας εμπλεκόταν σε ανησυχητικό βαθμό με ψυχοτρόπες ουσίες από την αρχή της σχέσης σας	Καθόλου	16 (37,2)	-
	Λίγο	7 (16,3)	-
	Μέτρια	7 (16,3)	-
	Πολύ	8 (18,6)	-
	Πάρα πολύ	5 (11,6)	-
Ο σύντροφός κάνει χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας	Ναι	-	0 (0)
	όχι	-	42 (100)
Ο σύντροφός σας εμπλεκόταν σε ανησυχητικό βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια από την αρχή της σχέσης σας	Καθόλου	27 (61,4)	-
	Λίγο	5 (11,4)	-
	Μέτρια	8 (18,2)	-
	Πολύ	2 (4,5)	-
	Πάρα πολύ	2 (4,5)	-
Ο σύντροφός σας εμπλέκεται με τα τυχερά παιχνίδια	Ναι	-	0 (0)
	όχι	-	42 (100)
Γνωρίζατε ότι ο σύντροφός σας έχει πρόβλημα εξάρτησης από την αρχή της σχέσης σας	Ναι	19 (43,2)	-
	όχι	25 (56,8)	-
Εσείς κάνατε ποτέ χρήση κάποιας ουσίας	Ναι	9 (20,5)	-
	όχι	35 (79,5)	-
Εσείς κάνετε χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας	Ναι	0 (0)	0 (0)
	όχι	44 (100)	42 (100)
Κάνατε ποτέ κοινή χρήση κάποιας ουσίας με το σύντροφο	Ναι	8 (18,2)	-
	όχι	36 (81,8)	-
Εσείς είχατε ποτέ προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια	Ναι	0 (0)	-
	όχι	44 (100)	-
Εσείς εμπλέκεστε με τα τυχερά παιχνίδια	Ναι	-	0 (0)
	όχι	-	42 (100)

Στην παρούσα φάση ο σύντροφός σας παρακολουθεί κάποιο πρόγραμμα συμβουλευτικής	Ναι	39 (88,6)	-
	όχι	5 (11,4)	-

5. Ερωτηματολόγιο ρόλων στην Οικογένεια

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, σχετικά με την αξιολόγηση των ρόλων των συμμετεχουσών στην παιδική τους ηλικία στην οικογένεια καταγωγής τους, κατασκευάστηκε ένας δείκτης με θεωρητικό εύρος τιμών 8-40, υψηλότερες τιμές του οποίου υποδεικνύουν και καλύτερες σχέσεις με τους γονείς. Τα περιγραφικά μέτρα του δείκτη παρουσιάζονται ξεχωριστά για κάθε ομάδα στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. Ρόλοι στην οικογένεια καταγωγής.

«Ρόλοι στην οικογένεια καταγωγής»	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
Ελάχιστη- Μέγιστη τιμή	19- 37	18- 38	0,865
Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	29,1 (5,5)	29,3 (5,1)	
Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)	30 (24- 34)	30 (26- 34)	

6. Κλίμακα Δυαδικών Σχέσεων

Στον Πίνακα 7, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου δυαδικών σχέσεων ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Όπως φαίνεται, σε όλες τις υποκλίμακες εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, με τις συμμετέχουσες στην ομάδα ελέγχου να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές σε όλες τις

υποκλίμακες σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της κλινικής ομάδας, πράγμα το οποίο υποδηλώνει και την ύπαρξη καλύτερων σχέσεων.

Πίνακας 7. Ικανοποίηση στη Δυαδική Σχέση.

	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t- test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
Dyadic Consensus	40,3 (10,0)	47,9 (6,8)	<0,001
Affectional Expression	7,2 (2,5)	8,8 (2,0)	0,001
Dyadic Satisfaction	28,7 (8,4)	38,1 (5,8)	<0,001
Dyadic Cohesion	14,1 (4,2)	18,4 (3,9)	<0,001
Dyadic Adjustment Scale	90,2 (22,2)	113,2 (16,4)	<0,001

7. Κλίμακα Εκτίμησης της Οικογένειας- Family Assessment Device (FAD)

Στον Πίνακα 8, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, τόσο της συνολικής κλίμακας εκτίμησης της οικογένειας, όσο και της υποκλίμακας της με τα 6 στοιχεία που έχουν θετική χροιά. Σημειώνεται πως υψηλότερες τιμές των δεικτών υποδηλώνουν και καλύτερη λειτουργία της οικογένειας.

Όπως φαίνεται, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη συνολική κλίμακα εκτίμησης της λειτουργίας της οικογένειας, με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές κατά μέσο όρο, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της κλινικής ομάδας, πράγμα το οποίο υποδηλώνει και την καλύτερη λειτουργία της οικογένειάς τους.

Πίνακας 8. Λειτουργικότητα Οικογένειας.

	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
FAD- 12	2,72 (0,57)	3,01 (0,75)	0,042
FAD- 6+	2,80 (0,60)	3,04 (0,80)	0,113

8. Κλίμακα εκτίμησης των σχέσεων με τους γονείς- PBI

Στον Πίνακα 9, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, για τις δύο κλίμακες εκτίμησης των σχέσεων των συμμετεχουσών με την μητέρα τους, ξεχωριστά για τις συμμετέχουσες της κάθε ομάδας. Όπως φαίνεται, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε καμία εκ των δύο κλιμάκων.

Πίνακας 9. Σχέσεις με τη μητέρα.

Μητέρα	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
«Care»	24,4 (8,1)	26,0 (8,0)	0,354
«Protection»	12,0 (8,3)	11,1 (8,3)	0,625

Στον Πίνακα 10, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, για τις δύο κλίμακες εκτίμησης των σχέσεων των συμμετεχουσών με τον πατέρα τους, ξεχωριστά για τις συμμετέχουσες της κάθε ομάδας. Όπως φαίνεται, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε καμία εκ των δύο κλιμάκων.

Πίνακας 10. Σχέσεις με τον πατέρα.

Πατέρας	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
«Care»	21,8 (8,3)	23,5 (7,5)	0,328
«Protection»	12,8 (9,4)	11,9 (10,3)	0,675

9. Κλίμακα εκτίμησης αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας- Early Trauma Inventory

Στον Πίνακα 11, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου εκτίμησης αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Όπως φαίνεται, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε καμία εκ των τεσσάρων υποκλιμάκων, αλλά ούτε και ως προς το συνολικό σκορ.

Πίνακας 11. Τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία.

	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	3,8 (3,7)	2,5 (2,4)	0,073
Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	2,1 (2,2)	2,2 (2,5)	0,846
Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση	4,5 (4,8)	3,3 (3,8)	0,213
Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση	1 (1,4)	0,5 (1,0)	0,057
Συνολικό score	11,3 (9,6)	8,5 (7,5)	0,138

10. Κλίμακα σχετικά με τη Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης- HADS

Στον Πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, για τις δύο υποκλίμακες του εργαλείου HADS, σχετικά με τη νοσοκομειακή κλίμακα μέτρησης του άγχους και της κατάθλιψης, ξεχωριστά για τις συμμετέχουσες της κάθε ομάδας. Όπως φαίνεται, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές, συγκριτικά με τις συμμετέχουσες της κλινικής ομάδας, πράγμα το οποίο υποδηλώνει πως τα άτομα της κλινικής ομάδας αντιμετωπίζουν περισσότερη κατάθλιψη σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 12. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
«Άγχος»	7,3 (4,3)	6,6 (4,2)	0,416
«Κατάθλιψη»	7,9 (2,7)	5,3 (3,2)	<0,001

11. Κλίμακα εντοπισμού δυσλειτουργιών από τη χρήση αλκοόλ- AUDIT

Στον Πίνακα 13, που ακολουθεί, παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εντοπισμού δυσλειτουργιών από τη χρήση

αλκοόλ ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Όπως φαίνεται δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την κλίμακα εκτίμησης των δυσλειτουργιών από τη χρήση αλκοόλ.

Πίνακας 13. Δυσλειτουργίες από χρήση αλκοόλ.

	Κλινική ομάδα (N= 44)	Ομάδα ελέγχου (N= 42)	P Independent samples t-test
	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	
AUDIT score	2,8 (2,7)	2,9 (2,3)	0,815

Η πλειονότητα και των δύο ομάδων έκαναν χαμηλού ρίσκου χρήση, με τα ποσοστά να είναι 92,9% και 96,8% αντίστοιχα ($p=0,599$). Τα επίπεδα χρήσης του αλκοόλ ανά ομάδα δίνονται στον ακόλουθο Πίνακα 14.

Πίνακας 14. Χρήση αλκοόλ.

	Τύπος			
	Κλινική ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	N	%	N	%
Χρήση αλκοόλ				
Χαμηλού ρίσκου χρήση	26	92,9	30	96,8
Επικίνδυνη χρήση	2	7,1	1	3,2
Επιβλαβής χρήση	0	0,0	0	0,0
Ύπαρξη ή εμφάνιση εξάρτησης από το αλκοόλ	0	0,0	0	0,0

12. Συσχέτιση των εξεταζόμενων κλιμάκων στην κλινική ομάδα

Στον Πίνακα 15, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας που κατασκευάστηκε βάσει του ερωτηματολογίου ρόλων στην οικογένεια καταγωγής και των υπόλοιπων εξεταζόμενων κλιμάκων. Όπως φαίνεται, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» και των κλιμάκων «Care» και για τους δύο γονείς, υποδεικνύοντας πως όσο μεγαλύτερο ενδιαφέρον έδειχναν οι γονείς κατά την παιδική ηλικία, τόσο

καλύτερες είναι και οι οικογενειακές σχέσεις. Από την άλλη πλευρά, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση με τις κλίμακες «Protection» και στους δύο γονείς, υποδεικνύοντας πως ο μεγαλύτερος βαθμός υπερπροστατευτικότητας από τους γονείς συνδέεται με περισσότερο επιβαρυνμένες οικογενειακές σχέσεις. Παράλληλα, στατιστικά σημαντικά αρνητική βρέθηκε να είναι και η συσχέτιση της κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις», τόσο με το συνολικό σκορ κακοποίησης ή παρενόχλησης, όσο και με τις υποκλίμακες «Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας», «Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία» και «Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση», υποδεικνύοντας πως ο μεγαλύτερος βαθμός κακοποίησης ή παρενόχλησης σχετίζεται με χειρότερες οικογενειακές σχέσεις. Ακόμα, καλύτερες οικογενειακές σχέσεις σχετίζονταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα άγχους.

Πίνακας 15. Οικογενειακές σχέσεις και εξεταζόμενες κλίμακες.

		Οικογενειακές σχέσεις
Dyadic Consensus	r	-0,13
	P	0,383
Affectional Expression	r	-0,01
	P	0,939
Dyadic Satisfaction	r	-0,03
	P	0,839
Dyadic Cohesion	r	-0,14
	P	0,351
Total Dyadic Adjustment Scale	r	-0,10
	P	0,513
FAD- 12	r	0,19
	P	0,216
FAD- 6+	r	0,20
	P	0,198
Care μητέρα	r	0,70
	P	<0,001
Protection μητέρα	r	-0,40
	P	0,008
Care πατέρα	r	0,59
	P	<0,001
Protection πατέρα	r	-0,41
	P	0,005
Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	r	-0,53

	P	<0,001
Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	r	-0,57
	P	<0,001
Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση	r	-0,79
	P	<0,001
Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση	r	-0,07
	P	0,656
Συνολικό score τραυματικών εμπειριών	r	-0,73
	P	<0,001
Άγχος	r	-0,32
	P	0,032
Κατάθλιψη	r	-0,12
	P	0,457
AUDIT score	r	0,22
	P	0,258

Στον Πίνακα 16, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των υποκλιμάκων του εργαλείου εκτίμησης των δυαδικών σχέσεων και των υπόλοιπων εξεταζόμενων κλιμάκων. Όπως φαίνεται, σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των υποκλιμάκων του εργαλείου εκτίμησης των δυαδικών σχέσεων και των υποκλιμάκων της κλίμακας FAD, υποδηλώνοντας πως η καλύτερη λειτουργία της οικογένειας σχετίζεται με καλύτερες σχέσεις μεταξύ των συζύγων. Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση, μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της κατάθλιψης και του άγχους και των περισσότερων κλιμάκων του εργαλείου εκτίμησης των δυαδικών σχέσεων, υποδεικνύοντας πως περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σχετίζεται με χειρότερες σχέσεις μεταξύ των συζύγων.

Πίνακας 16. Δυαδική σχέση και εξεταζόμενες κλίμακες.

		Dyadic Consensus	Affectional Expression	Dyadic Satisfaction	Dyadic Cohesion	Total Dyadic Adjustment Scale
FAD- 12	r	0,58	0,42	0,62	0,48	0,63
	P	<0,001	0,005	<0,001	0,001	<0,001
FAD- 6+	r	0,51	0,25	0,55	0,42	0,54
	P	<0,001	0,110	<0,001	0,005	<0,001
Care μητέρα	r	-0,01	0,02	-0,01	-0,09	-0,02
	P	0,958	0,882	0,969	0,551	0,893
Protection μητέρα	r	-0,11	-0,13	-0,23	-0,04	-0,16

	P	0,489	0,383	0,140	0,805	0,312
Care πατέρα	r	-0,10	-0,01	-0,06	-0,15	-0,10
	P	0,532	0,928	0,699	0,336	0,536
Protection πατέρα	r	-0,02	-0,10	0,01	0,05	-0,01
	P	0,890	0,537	0,938	0,771	0,963
Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	r	0,24	0,21	0,01	0,20	0,17
	P	0,119	0,178	0,936	0,195	0,261
Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	r	0,10	0,16	0,20	0,19	0,18
	P	0,501	0,298	0,184	0,227	0,250
Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση	r	0,16	0,06	0,10	0,23	0,16
	P	0,298	0,685	0,539	0,141	0,305
Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση	r	-0,05	-0,12	-0,13	-0,19	-0,12
	P	0,731	0,434	0,403	0,217	0,429
Συνολικό score τραυματικών εμπειριών	r	0,19	0,13	0,08	0,20	0,17
	P	0,225	0,403	0,609	0,187	0,279
Άγχος	r	-0,24	-0,20	-0,35	-0,27	-0,32
	P	0,114	0,195	0,019	0,072	0,037
Κατάθλιψη	r	-0,34	-0,26	-0,47	-0,30	-0,42
	P	0,023	0,092	0,001	0,050	0,005
AUDIT score	r	0,01	0,27	0,03	0,12	0,07
	P	0,979	0,169	0,889	0,544	0,724

Στον Πίνακα 17, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας εκτίμησης της λειτουργίας της οικογένειας και των υπόλοιπων εξεταζόμενων κλιμάκων. Όπως φαίνεται, (εκτός από τις συσχετίσεις που ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω), σημειώθηκε στατιστικά σημαντικά αρνητική συσχέτιση των κλιμάκων FAD-12 και FAD-6+ με την κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης και του άγχους, υποδεικνύοντας πως η καλύτερη λειτουργία της οικογένειας σχετίζεται με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.

Πίνακας 17. Λειτουργικότητα οικογένειας και εξεταζόμενες κλίμακες.

		FAD- 12	FAD- 6+
Care μητέρα	r	0,21	0,23
	P	0,185	0,140
Protection μητέρα	r	-0,26	-0,26
	P	0,088	0,087
Care πατέρα	r	0,18	0,24
	P	0,254	0,125
Protection πατέρα	r	-0,07	-0,09

	P	0,651	0,573
Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	r	-0,15	-0,19
	P	0,322	0,210
Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	r	-0,14	-0,09
	P	0,385	0,566
Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση	r	-0,14	-0,15
	P	0,371	0,331
Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση	r	-0,16	-0,04
	P	0,317	0,820
Συνολικό score τραυματικών εμπειριών	r	-0,18	-0,18
	P	0,243	0,259
Άγχος	r	-0,53	-0,39
	P	<0,001	0,009
Κατάθλιψη	r	-0,53	-0,41
	P	<0,001	0,006
AUDIT score	r	-0,08	-0,13
	P	0,702	0,529

Στον Πίνακα 18, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων εκτίμησης των σχέσεων των συμμετεχουσών με τους γονείς τους και των υπόλοιπων εξεταζόμενων κλιμάκων. Όπως φαίνεται, (εκτός από τις συσχετίσεις που ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω), η κλίμακα «Care» και για τους δύο γονείς συσχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά με όλες τις κλίμακες του εργαλείου εκτίμησης των τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία (πλην της κλίμακας σχετικά με τη σεξουαλική παρενόχληση), υποδεικνύοντας πως υπάρχουν καλύτερες σχέσεις και με τους δύο γονείς όταν δεν υπάρχουν φαινόμενα κακοποίησης ή παρενόχλησης. Ακόμα, όσο περισσότερη ήταν η φροντίδα της μητέρας τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Από την άλλη πλευρά, η στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας «Protection»- μητέρα με την κλίμακα εκτίμησης των τραυματικών εμπειριών από συναισθηματική κακοποίηση, καθώς και της κλίμακας «Protection»- πατέρα με τις κλίμακες εκτίμησης των τραυματικών εμπειριών ποικίλης αιτιολογίας, των τραυματικών εμπειριών από συναισθηματική κακοποίηση, καθώς με το συνολικό σκορ της κλίμακας εκτίμησης των φαινομένων κακοποίησης και παρενόχλησης, υποδεικνύουν πως η μεγαλύτερη υπερπροστατευτικότητα από

τους δύο γονείς σχετίζεται σημαντικά με περισσότερα φαινόμενα κακοποίησης ή παρενόχλησης.

Πίνακας 18. Τύπος Δεσμού και εξεταζόμενες κλίμακες.

		«Care»- μητέρα	«Protection»- μητέρα	«Care»- πατέρας	«Protection»- πατέρας
Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	r	-0,36	0,20	-0,57	0,46
	P	0,016	0,19	<0,001	0,002
Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	r	-0,39	0,26	-0,33	0,24
	P	0,008	0,086	0,028	0,117
Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση	r	-0,66	0,36	-0,51	0,44
	P	<0,001	0,017	<0,001	0,003
Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση	r	0,09	-0,04	-0,14	-0,15
	P	0,552	0,777	0,365	0,327
Συνολικό score κακοποίησης ή παρενόχλησης	r	-0,54	0,31	-0,56	0,43
	P	<0,001	0,043	<0,001	0,004
«Άγχος»	r	-0,31	0,22	-0,22	0,03
	P	0,042	0,161	0,146	0,839
«Κατάθλιψη»	r	-0,31	0,21	-0,13	-0,23
	P	0,039	0,171	0,408	0,129
AUDIT score	r	0,14	0,04	0,05	-0,08
	P	0,475	0,861	0,801	0,703

Στον Πίνακα 19, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων εκτίμησης των τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία και των υπόλοιπων εξεταζόμενων κλιμάκων. Βρέθηκε ότι όσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση είχαν, τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους που είχαν. Ακόμα, περισσότερες εμπειρίες από σωματική τιμωρία σχετίζονταν με σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους.

Πίνακας 19. Τραυματικές εμπειρίες και εξεταζόμενες κλίμακες.

		Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία	Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση ή παρενόχληση	Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση	Συνολικό score κακοποίησης ή παρενόχλησης
«Άγχος»	r	0,14	0,33	0,23	0,34	0,29
	P	0,358	0,027	0,134	0,025	0,054
«Κατάθλιψη»	r	-0,03	-0,02	-0,02	0,32	0,02
	P	0,855	0,909	0,888	0,033	0,893

AUDIT score	r	-0,04	0,04	-0,12	0,05	-0,06
	P	0,828	0,839	0,532	0,805	0,748

Στον Πίνακα 20, που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων εκτίμησης του άγχους, της κατάθλιψης και των δυσλειτουργιών από την χρήση του αλκοόλ. Όπως φαίνεται, δεν σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση των κλιμάκων εκτίμησης της κατάθλιψης, του άγχους και των δυσλειτουργιών από την χρήση του αλκοόλ.

Πίνακας 20. Συσχέτιση του άγχους/κατάθλιψης με χρήση αλκοόλ.

		«Άγχος»	«Κατάθλιψη»
AUDITscore	r	-0,17	-0,15
	P	0,401	0,440

Τέλος, στον επόμενο Πίνακα (πίνακας 21) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ της κλίμακας εκτίμησης των δυαδικών σχέσεων, όπου φαίνεται ότι όσο καλύτερη ήταν η λειτουργία της τωρινής οικογένειας τόσο καλύτερη ήταν σχέση με το σύντροφο και ότι όσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες είχαν κατά την παιδική ηλικία τόσο χειρότερη ήταν η σχέση με το σύντροφο.

Πίνακας 21. Δυαδική σχέση – Λειτουργικότητα Οικογένειας – Τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία.

Εξαρτημένη μεταβλητή: «Συνολικό σκορ εκτίμησης των δυαδικών σχέσεων»	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα	p-value
FAD-12 (αύξηση κατά 1 μονάδα)	27,04	4,57	<0,001
Συνολικό σκορ εκτίμησης των τραυματικών εμπειριών (αύξηση κατά 1 μονάδα)	-0,68	0,27	0,016

Σημειώνεται, πως ακολουθώντας την ίδια διαδικασία μοντελοποίησης, δεν βρέθηκαν παράγοντες που να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα εκτίμησης των δυσλειτουργιών από τη χρήση του αλκοόλ πράγμα το οποίο αναδείχτηκε και από την μονοπαραγοντική διερεύνηση.

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα διεκπεραιώθηκε σε δείγμα 86 ατόμων, από τα οποία τα 44 ήταν σύντροφοι ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης από ουσίες ή τυχερά παιχνίδια και παρακολουθούν τις ομάδες Συμβουλευτικής Οικογένειας του ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ και τα 42 ήταν σύντροφοι ατόμων που δεν παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τα χαρακτηριστικά και την ιστορία της οικογένειας καταγωγής των συντρόφων των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης σε σύγκριση με τα χαρακτηριστικά των οικογενειών καταγωγής συντρόφων ατόμων που δεν παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης. Επίσης, στόχος ήταν να αξιολογηθεί η ικανοποίηση από τη δυαδική σχέση, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και η λειτουργικότητα της οικογένειας, τόσο στις οικογένειες με εξαρτημένο σύντροφο όσο και στην ομάδα ελέγχου.

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών από την ομάδα ελέγχου που έχουν παιδιά είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών της κλινικής ομάδας. Σύμφωνα με τον Holman (1997), η ετοιμότητα για γάμο και δημιουργία οικογένειας, διαμορφώνεται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι οι οικονομικοί και κοινωνικοί, τα χαρακτηριστικά του ατόμου, τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, μέσα στην οποία το άτομο έχει μεγαλώσει και τα χαρακτηριστικά της συντροφικής σχέσης. Αναλυτικότερα, η εξάρτηση

έχει συνδεθεί με την εμφάνιση οικονομικών προβλημάτων στην οικογένεια του εξαρτημένου, με κοινωνική απομόνωση τόσο του ίδιου του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης όσο και των άλλων μελών της οικογένειάς του (Velleman, 1992). Επίσης, η εξάρτηση έχει συνδεθεί με διαταραχές των οικογενειακών σχέσεων και με χαμηλή λειτουργικότητα στη δυαδική σχέση (Stanton et al., 1984; Velleman, 1992), που επηρεάζει την απόφαση για τεκνοποίηση.

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συντρόφων των συμμετεχουσών, οι σύντροφοι των συμμετεχουσών, που ανήκουν στην ομάδα ελέγχου, έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με τους συντρόφους των συμμετεχουσών, που ανήκουν στην κλινική ομάδα. Σε έρευνα των Romini et al. (2014), σε εξαρτημένους με κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη, φάνηκε ότι οι εξαρτημένοι δήλωσαν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με άτομα που δεν παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του 2019 του ΕΚΤΕΠΝ το εκπαιδευτικό προφίλ των εξαρτημένων στην Ελλάδα, που προσήλθαν στα θεραπευτικά προγράμματα το 2018 ήταν ως εξής: το 3,1% δεν είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο, το 18,3% έχει ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο, το 26,3% έχει ολοκληρώσει το γυμνάσιο, το 42,3% έχει ολοκληρώσει το λύκειο και το 42,3% έχει ολοκληρώσει σχολή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, σε ένα δείγμα 3.698 ατόμων η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης ήταν τα 16,3 έτη. Επομένως, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η εξάρτηση στην Ελλάδα κατά μέσο όρο εγκαθιδρύεται περίπου την περίοδο έναρξης των τάξεων του Λυκείου, με αποτέλεσμα το άτομο να αδυνατεί να ολοκληρώσει την εκπαίδευσή του, καθώς η επανάληψη της συμπεριφοράς, που αποτελεί το αντικείμενο της εξάρτησης, αποκτά σταδιακά πρωταρχική σημασία στη ζωή του ατόμου.

Σχετικά με τα στοιχεία που αναφέρονται στους γονείς των συμμετεχουσών και συγκεκριμένα στην απώλεια των γονιών, οι συμμετέχουσες της κλινικής ομάδας σημείωσαν υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου ως προς την απώλεια του πατέρα. Σε έρευνα των Marks et al. (2007) φάνηκε ότι η απώλεια του πατέρα σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο αυτογνωσίας και τάση για χαμηλότερο επίπεδο ψυχολογικής ευεξίας στις ενήλικες κόρες. Ως προς την ύπαρξη

ψυχικής διαταραχής σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο , το σύνολο των συμμετεχουσών δήλωσε ότι η μητέρα τους αντιμετωπίζει κάποια ψυχική διαταραχή. Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής της μητέρας έχει συνδεθεί με την εμφάνιση προβλημάτων στην ενήλικη ζωή των παιδιών (Weissman et al., 1997. Jacob και Windle, 2000).

Ως προς την συντροφική σχέση των συμμετεχουσών, οι συμμετέχουσες της κλινικής ομάδας δήλωσαν ότι γνωρίζουν τον σύντροφό τους περισσότερα χρόνια σε σχέση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Επίσης, αναφορικά με το αν οι σύντροφοι των συμμετεχουσών της κλινικής ομάδας εμπλέκονταν με το αντικείμενο εξάρτησής τους από την αρχή της σχέσης τους, οι συμμετέχουσες των οποίων οι σύντροφοι παρουσιάζουν εξάρτηση από κάποια εθιστική ουσία δήλωσαν ότι υπήρχε εμπλοκή από την αρχή, ενώ οι συμμετέχουσες των οποίων οι σύντροφοι εμπλέκονται με τα τυχερά παιχνίδια δήλωσαν ότι εμπλέκονταν λίγο ή καθόλου στην αρχή της σχέσης τους. Σχετικά με τις συντρόφους των ατόμων με προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια το εύρημα είναι σύμφωνο και με την διεθνή βιβλιογραφία. Σε έρευνα των Lorenz και Shuttlesworth (1983), μόνο το 10% των ερωτηθέντων συντρόφων δήλωσαν ότι γνώριζαν ότι οι σύντροφοί τους παρουσίαζαν προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια από την αρχή της σχέσης τους, ενώ οι περισσότερες δήλωσαν ότι δεν γνώριζαν καθόλου το πρόβλημα στην αρχή της σχέσης και ότι άρχισαν να αναγνωρίζουν την εξάρτηση όταν ξεκίνησαν τα προβλήματα, περίπου στα 2 πρώτα χρόνια του γάμου τους. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Μέλλο και Παπαρρηγόπουλο (2019) προκειμένου να βρεθεί ένας άνθρωπος με προβληματική εμπλοκή στα τυχερά παιχνίδια, στην τρίτη φάση της εξάρτησης, αυτή της «απελπισίας» μπορεί να απαιτείται ένα χρονικό διάστημα έως και 15 έτη. Επιπλέον, σε έρευνα των Lorenz και Yaffee (1989), το 41% των συμμετεχουσών δήλωσαν ότι οι σύντροφοί τους έκρυβαν με μεγάλη επιτυχία την εξάρτησή τους, έως ότου άρχισαν να εμφανίζονται οι συνέπειες σε όλη την οικογένεια. Αναφορικά με τη δήλωση των συντρόφων των ατόμων με εξάρτηση από κάποια εθιστική ουσία το εύρημα είναι σύμφωνο με την βιβλιογραφία. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση 2019 του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης

ψυχοτρόπων ουσιών είναι τα 16,5 έτη και η μέση διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας είναι τα 10,4 έτη. Επομένως, σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, όταν οι άνθρωποι φτάσουν σε ηλικία για δημιουργία οικογένειας έχουν ήδη προχωρήσει στα στάδια της εξάρτησης. Η διαφοροποίηση αυτή, σε σχέση με την αναγνώριση του προβλήματος της εξάρτησης από κάποια εθιστική ουσία σε σχέση με την εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια, ίσως να βασίζεται σε διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των δύο μορφών εθισμού. Αρχικά, οι συμπεριφορές της προβληματικής εμπλοκής με τα τυχερά παιχνίδια δεν είναι τόσο εμφανείς όσο εκείνες της εξάρτησης από κάποια εθιστική ουσία λόγω της έλλειψης σωματικών συμπτωμάτων στις συμπεριφορικές εξαρτήσεις (McComb, Lee, & Sprenkle, 2009). Επίσης, η ελλιπής ενημέρωση του πληθυσμού για τα συμπτώματα της προβληματικής εμπλοκής με τα τυχερά παιχνίδια, δεν επιτρέπει την αναγνώριση αυτών (McComb, Lee, & Sprenkle, 2009). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Lorenz και Shuttlesworth (1983) ο τζόγος, ίσως στην αρχή της σχέσης, να συνδέεται με την ψυχαγωγία, καθώς αρκετοί σύντροφοι έχουν δηλώσει ότι στην αρχή εμπλέκονταν μαζί τους συντρόφους τους σε τυχερά παιχνίδια.

Σχετικά με την ικανοποίηση στη δυαδική σχέση, η ομάδα ελέγχου σημείωσε υψηλότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες σε σχέση με την κλινική ομάδα. Επομένως, η ερευνητική υπόθεση κατά την οποία η σχέση ζεύγους με εξαρτημένο σύντροφο θα περιγραφεί ως λιγότερο ικανοποιητική και λειτουργική σε σύγκριση με τη σχέση ζεύγους των ατόμων της ομάδας ελέγχου, όπως αυτά τα χαρακτηριστικά αξιολογούνται με τη Κλίμακα Δυαδικών Σχέσεων, επιβεβαιώθηκε. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την διεθνή βιβλιογραφία. Η σχέση μεταξύ της εξάρτησης του ενός συντρόφου και των προβλημάτων στη σχέση του ζευγαριού, δεν είναι γραμμική αλλά αμφίδρομη, με το ένα να είναι σε αλληλοεπίδραση με το άλλο (Birchler, et al., 1996). Η εξάρτηση επηρεάζει την δυαδική σχέση στο βαθμό συμφωνίας των συντρόφων, στην ικανοποίηση από τον σύντροφο, στην συμμετοχή των συντρόφων σε κοινές δραστηριότητες και στη συναισθηματική στοργή. Σύμφωνα με την Θεωρία Ασυμβατότητας Ρόλου (Fals-Stewart et al., 1999), η εμπλοκή των ατόμων σε παραδοσιακούς ρόλους, όπως είναι αυτός του συντρόφου σε μια σταθερή σχέση ή γάμο, έρχεται σε αντίθεση με την

συντήρηση μη αποδεκτών στάσεων και την διατήρηση κοινωνικά αποκλινουσών συμπεριφορών, όπως είναι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Επομένως, όταν μια αποκλίνουσα συμπεριφορά συνυπάρχει χρονικά με την ύπαρξη μιας σχέσης ζεύγους, τότε προκύπτει σύγκρουση ρόλων (Fals-Stewart et al., 1999). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα του Newcomb (1994), η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες συσχετίστηκε με χαμηλή ικανοποίηση από τη δυαδική σχέση και γενικότερα με χαμηλή ποιότητα της σχέσης, όταν ο ένας από τους συντρόφους παρουσιάζει προβλήματα εξάρτησης. Επιπλέον, η σχέση με εξαρτημένο σύντροφο φαίνεται να χαρακτηρίζεται από δυσκολίες σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας της σχέσης (Kosten et al., 1987).

Ως προς την λειτουργικότητα της οικογένειας, οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου, δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας στις οικογένειές τους σε σχέση με τις οικογένειες στις οποίες ο ένας από τους συντρόφους αντιμετωπίζει προβλήματα εξάρτησης. Η ερευνητική υπόθεση, κατά την οποία οι σχέσεις των μελών της οικογένειας με πρόβλημα εξάρτησης θα είναι περισσότερο απόμακρες (συναισθηματικά και πρακτικά) σε σχέση με αυτές των μελών της οικογένειας της ομάδας ελέγχου, όπως αυτές αξιολογούνται από την κλίμακα Mc Master Family Assessment Device, επαληθεύτηκε. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία.

Οι οικογένειες με εξαρτημένο σύντροφο χαρακτηρίζονται από φτωχή επικοινωνία μεταξύ των μελών της και αδυναμία επίλυσης των προβλημάτων της (Birchler et al., 1996). Σύμφωνα με τον Lederer (1991), η εξάρτηση επηρεάζει και διαμορφώνει όλες τις αλληλεπιδράσεις, που παρατηρούνται μέσα στο οικογενειακό σύστημα, καθώς στις οικογένειες αυτές παρατηρείται έλλειψη ενός μοντέλου κανονικότητας και ανισόρροπες δυνάμεις στην οικογενειακή οργάνωση. Επιπλέον, η εξάρτηση επηρεάζει τους ρόλους των μελών της οικογένειας, στα οποία παρατηρείται έντονη συναισθηματική απόσυρση (Velleman, 1992; Nace et al., 1982).

Αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχουσών, οι σύντροφοι της κλινικής ομάδας σημείωσαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις συντρόφους της ομάδας ελέγχου. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Η εξάρτηση του συντρόφου

είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εμφάνιση ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων υγείας του μη εξαρτημένου συντρόφου (Moos, et al., 1982). Σύμφωνα με τους Haberman (1964), Bailey (1967) και Tempier et al., (2006) οι σύντροφοι των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης εμφανίζουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, τα οποία δείχνουν να βελτιώνονται σε περιόδους αποχής των ατόμων από το αντικείμενο εξάρτησής τους. Επίσης, σύμφωνα με τους Paolino, et al., (1978) τα συμπτώματα κατάθλιψης των συντρόφων των εξαρτημένων σημείωσαν βελτίωση, όσο οι εξαρτημένοι σύντροφοι ήταν σε θεραπεία απεξάρτησης. Επομένως, η ερευνητική υπόθεση, κατά την οποία οι σύντροφοι της κλινικής ομάδας θα παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, σε σχέση με τις συντρόφους της ομάδας ελέγχου, επιβεβαιώθηκε.

Σχετικά με τα επίπεδα άγχους των συμμετεχουσών, η κλινική ομάδα δήλωσε υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνεύεται με βάση τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Η μελέτη αυτή διεξήχθη την περίοδο της πανδημίας του ιού SARS-CoV. Τόσο η ξαφνική εμφάνιση του ιού και η υψηλή μεταδοτικότητα της νόσου όσο και ραγδαία αύξηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία φαίνεται να έχει επηρεάσει την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Κάθε πανδημία επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα το άτομο προκαλώντας του έντονα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς προκαλεί συνέπειες σε όλους τους τομείς της ζωής του. Σε έρευνα των Papadopoulou et al., (2021) που διεξήχθη στον Ελλαδικό χώρο την περίοδο του πρώτου περιορισμού κυκλοφορίας, φάνηκε ότι ένα ποσοστό 14.17% των συμμετεχόντων πληρούσε πιθανώς τα κριτήρια της αγχώδους διαταραχής. Με βάση τα δεδομένα αυτά, ενδιαφέρον έχει το ερώτημα αν τα επίπεδα άγχους θα διαφοροποιούνταν στις δύο ομάδες σε διαφορετική χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

Η ερευνητική υπόθεση κατά την οποία οι ρόλοι που οι σύντροφοι των ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης έχουν λάβει στην οικογένεια καταγωγής, διαφέρουν σε σχέση με τους ρόλους που έχουν λάβει στην οικογένεια καταγωγής οι σύντροφοι της ομάδας ελέγχου, δεν επαληθεύτηκε. Παρομοίως, δεν επιβεβαιώθηκε η ερευνητική υπόθεση, που αφορούσε τον τύπο γονεϊκού

δεσμού καθώς και η ερευνητική υπόθεση , που αφορούσε την ύπαρξη τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία. Σε αυτές τις τρεις μεταβλητές δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

Ως προς τους ρόλους στην οικογένεια καταγωγής, το οικογενειακό σύστημα αποτελεί ένα χώρο όπου το κάθε μέλος έχει έναν ειδικό και προκαθορισμένο για τον εαυτό του ρόλο, που τον κρατάει στο πλαίσιο της οικογένειας και που είναι βασικός για την διατήρηση της ομοιόστασης (Angel, & Angel, 2010). Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν ευρήματα που να αναφέρονται στους ρόλους που είχαν οι σύντροφοι ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στην παιδική τους ηλικία στις οικογένειες καταγωγής τους. Με βάση την παρούσα έρευνα, οι σύντροφοι των εξαρτημένων φαίνεται να μην διαφοροποιούνται ως προς το ρόλο στην παιδική τους ηλικία σε σχέση με τις συντρόφους των μη εξαρτημένων ατόμων.

Ως προς τον γονεϊκό δεσμό, στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν ευρήματα σχετικά με το δεσμό των συντρόφων των εξαρτημένων με τα πρόσωπα φροντίδας τους. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι σύντροφοι των εξαρτημένων φαίνεται να μην παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις στον τύπο δεσμού σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Αναφορικά με την ύπαρξη τραυματικών γεγονότων, στην παιδική και εφηβική ηλικία των συντρόφων των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, στην διεθνή βιβλιογραφία τα ευρήματα είναι ελλιπή. Στην παρούσα μελέτη δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις συντρόφους των εξαρτημένων και την ομάδα ελέγχου. Παρομοίως, σε έρευνα των Tempier et al., (2006) ανάμεσα σε συντρόφους ατόμων με προβλήματα εξάρτησης από αλκοόλ και σε συντρόφους ατόμων χωρίς προβλήματα εξάρτησης δεν σημειώθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς την αναφορά σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής στην παιδική ηλικία.

Ως προς την χρήση αλκοόλ δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των συμμετεχουσών των δύο ομάδων, με την πλειοψηφία των συμμετεχουσών να δηλώνουν ότι κάνουν χαμηλού ρίσκου χρήση αλκοόλ.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των εξεταζόμενων κλιμάκων στην κλινική ομάδα, προκειμένου να διερευνηθούν περαιτέρω τόσο τα

χαρακτηριστικά των ίδιων των συντρόφων όσο και τα χαρακτηριστικά των οικογενειών καταγωγής τους. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι η φροντίδα (care) και από τους δύο γονείς συμβάλει στην ύπαρξη καλύτερων οικογενειακών σχέσεων, ενώ αντίθετα η υπερπροστασία από τους δύο γονείς οδηγεί σε χαμηλή ποιότητα των σχέσεων. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά, έρευνα των Cai Lian και Si Han (2008) έδειξε ότι η φροντίδα και από τους δυο γονείς συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη ποιότητα των σχέσεων γονέων – παιδιού και στη μετέπειτα ζωή. Σχετικά με την υποκλίμακα της υπερπροστατευτικότητας, σε έρευνα των Thomasgard et al., (1995) βρέθηκε ότι η υπερπροστατευτικότητα των γονιών συνδέεται με την εμφάνιση προβλημάτων στη σχέση γονέων- παιδιού στη μετέπειτα ζωή και ότι συνδέεται περισσότερο με συνθήκες στις οποίες ο γονιός αδυνατεί να υποστηρίξει την διαφοροποίηση – αυτονομία του παιδιού.

Σχετικά με την καλύτερη λειτουργία της οικογένειας, οι συσχετίσεις έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στη σχέση του ζευγαριού. Δηλαδή, η καλύτερη λειτουργία της οικογένειας σχετίζεται με καλύτερες σχέσεις μεταξύ των συντρόφων. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οι προσπάθειες κατανόησης του οικογενειακού συστήματος περιλαμβάνουν τρία επίπεδα, την λειτουργικότητα του κάθε ατόμου-μέλους, την λειτουργικότητα των δυαδικών σχέσεων και τέλος, τα επίπεδα λειτουργικότητας ολόκληρης της οικογένειας (Shek, 2014). Έρευνα των James και Hunsley (1995) έδειξε ότι τόσο η συζυγική προσαρμογή όσο και η ικανοποίηση από τη δυαδική σχέση σχετίζονται με την καλύτερη οικογενειακή προσαρμοστικότητα και την οικογενειακή συνοχή. Επιπλέον, οι Feldman et al., (1990) σε μελέτη τους έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης της συντρόφου από τη συζυγική σχέση σχετίζονται με υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας.

Σχετικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης τόσο πιο χαμηλή είναι η ικανοποίηση στη δυαδική σχέση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με την οποία υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της δυσλειτουργίας της δυαδικής σχέσης και της εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας (Beach, 2003; Fincham & Beach, 1999;

Jacobson, et al., 2000; Whisman, et al., 2004). Αναλυτικότερα, οι σύντροφοι οι οποίοι έχουν δυσλειτουργική σχέση, δηλαδή η σχέση τους χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, συνοχής και συναίνεσης είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Parker et al., 2013) και συμπτώματα αγχώδους διαταραχής (Whisman et al., 2018). Παρομοίως, τα υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την διεθνή βιβλιογραφία. Σε έρευνα των Shao et al., (2020) φάνηκε ότι τα υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας σε όλες τις διαστάσεις της, σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Ως προς την συσχέτιση του γονεϊκού δεσμού και της ύπαρξης παιδικού τραύματος, σημειώθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάστασης της «φροντίδας» (care) με το τραύμα στην παιδική ηλικία. Δηλαδή, η παροχή φροντίδας από τους γονείς συνδέεται με χαμηλά επίπεδα παιδικού τραύματος. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την διεθνή βιβλιογραφία, καθώς σύμφωνα με τον Stolorow (2007) το τραύμα δημιουργείται σε ένα διυποκειμενικό πλαίσιο, στο οποίο ο ψυχικός πόνος δε βρίσκει ένα καταφύγιο σχέσεων που είναι ικανό να τον εμπεριέχει. Η σύναψη δεσμού αποτελεί ζωτικό βιολογικό συστατικό της επιβίωσης (Bowlby, 1973). Οι συμπεριφορές, όπως είναι το κλάμα και η προσκόλληση, δημιουργούν ένα οργανωμένο συμπεριφοριστικό σύστημα, με το οποίο τα βρέφη κρατούν κοντά τη φιγούρα της σύναψης δεσμού αναπτύσσοντας μια ασφαλή βάση. Οι αρχικές αυτές σχέσεις με τα πρόσωπα φροντίδας, είναι αυτές που βοηθούν τα παιδιά να ρυθμίζουν την εσωτερική, συναισθηματική τους εμπειρία, εμπεριέχοντας σε μια ασφαλή βάση επώδυνες συναισθηματικές καταστάσεις. Αντίθετα, η διάσταση της υπερπροστατευτικότητας / υπερβολικού ελέγχου (overprotection) συσχετίστηκε θετικά με την ύπαρξη τραύματος στην παιδική ηλικία. Δηλαδή, η υπερπροστατευτικότητα / υπερβολικός έλεγχος και από τους δύο γονείς συνδέεται με υψηλά επίπεδα παιδικού τραύματος. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Σε έρευνα των Belt και Abidin (1996) βρέθηκε ότι η υπερπροστατευτικότητα των γονιών συνδέεται με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης σε δείγμα 94 γυναικών.

Αναφορικά με τον γονεϊκό δεσμό και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της φροντίδας (care) από την μητέρα και των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Αναλυτικότερα, όσο περισσότερη ήταν η φροντίδα από την μητέρα, τόσο λιγότερα ήταν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στην μετέπειτα ζωή. Το εύρημα αυτό, είναι σύμφωνο με την διεθνή βιβλιογραφία. Σε έρευνα των Picardi et al., (2013) βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με αγχώδη διαταραχή δήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα φροντίδας από την μητέρα τους σε σχέση με ασθενείς με επιληπτικές κρίσεις αλλά και άτομα του γενικού πληθυσμού.

Επιπροσθέτως, τα υψηλά επίπεδα τραύματος συνδέθηκαν με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες στην κλινική ομάδα, όσο πιο πολλές τραυματικές εμπειρίες είχαν από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση, τόσο πιο υψηλά ήταν και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψής τους. Το εύρημα αυτό, επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Το τραύμα στην παιδική ηλικία έχει συνδεθεί με την μετέπειτα εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή και συγκεκριμένα με την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής και καταθλιπτικής διαταραχής (Kessler et al., 1997). Η έρευνα των Hovens et al. (2010) έδειξε ότι η ύπαρξη τραύματος στην παιδική ηλικία, δηλαδή, η σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση, συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή.

Τέλος, τα υψηλά επίπεδα τραύματος στην παιδική ηλικία συνδέθηκαν με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στη δυαδική σχέση. Αναλυτικότερα, όσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες είχαν κατά την παιδική ηλικία οι σύντροφοι της κλινικής ομάδας, τόσο χειρότερη ήταν η ποιότητα της σχέσης τους με τον εξαρτημένο σύντροφο. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ψυχολογικής αποδιοργάνωσης (Cassidy και Mohr, 2001), η οποία οδηγεί σε συναισθηματικές, γνωστικές και σχεσιακές δυσκολίες στην μετέπειτα ζωή (Bifulco et al., 2002). Σε έρευνα των Riggs et al. (2010) φάνηκε ότι η ύπαρξη τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία, σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στη δυαδική σχέση ετερόφυλων ζευγαριών.

Περιορισμοί της έρευνας

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν μια σειρά από παράγοντες που αφορούν τόσο το δείγμα όσο και τη μεθοδολογία της έρευνας. Οι παρακάτω επισημάνσεις βοηθούν στην καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων αλλά και στην σύνταξη προτάσεων για μελλοντικές έρευνες.

Μεθοδολογικά, οι υπό εξέταση μεταβλητές αξιολογήθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Τα υποκείμενα κλήθηκαν να ανακαλέσουν τις παρελθούσες εμπειρίες από τη σχέση με την μητέρα τους, τη σχέση με τον πατέρα τους καθώς και τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος. Ωστόσο, μπορεί η αντίληψή τους για τις εμπειρίες του παρελθόντος να τροποποιήθηκε, λόγω των μεταγενέστερων εμπειριών δεσμού, των τωρινών προτύπων δεσμού στις στενές σχέσεις τους καθώς και των πιθανών στρεσογόνων γεγονότων στην μετέπειτα ζωή τους. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τη μέθοδο της συνέντευξης, η οποία χαρακτηρίζεται από έναν περισσότερο επεξηγηματικό χαρακτήρα, που βοηθά στην εις βάθος διερεύνηση των αιτιών και των παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων (Mishler, 1996). Επίσης, η ανάγκη τροποποίησης της διεξαγωγής της έρευνας από διαζώσης χορήγηση των ερωτηματολογίων σε διαδικτυακή, λόγω της επιβολής των μέτρων για τον περιορισμό της διασποράς του Covid-19, ίσως να επηρέασε την κατανόηση των συμμετεχουσών και άρα τα αποτελέσματα της έρευνας.

Ως προς το δείγμα, το μέγεθος αυτού ήταν σχετικά μικρό, γεγονός που πιθανόν να επηρέασε τη δύναμη των αναλύσεων. Χρήσιμο θα ήταν οι μελλοντικές έρευνες να εξετάσουν τις εν λόγω μεταβλητές σε ένα μεγαλύτερο δείγμα συντρόφων.

Η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι και στον πληθυσμό της Ελλάδας, η συντροφική σχέση με εξαρτημένο σύντροφο σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στη δυαδική σχέση συγκριτικά με τη συντροφική σχέση ατόμων, που δεν παρουσιάζουν προβλήματα εξάρτησης. Επίσης, ότι οι οικογένειες με εξαρτημένο σύντροφο έχουν χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας σε σχέση με τις οικογένειες χωρίς εξαρτημένο σύντροφο.

Επιπλέον, η εν λόγω μελέτη ανέδειξε ότι η συντροφική σχέση με εξαρτημένο σύντροφο συνδέεται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του μη εξαρτημένου συντρόφου, σε σύγκριση με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των συντρόφων ατόμων, που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Επιπροσθέτως, αναδείχθηκαν η συσχέτιση της καλύτερης σχέσης των συζύγων με την καλύτερη λειτουργία της οικογένειας, η συσχέτιση των χαμηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης με την ικανοποίηση από τη δυαδική σχέση αλλά και τα υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας της οικογένειας. Τέλος, σημειώθηκε η συσχέτιση της φροντίδας από τους δύο γονείς με τη μειωμένη εμφάνιση τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία καθώς και η συσχέτιση μεταξύ της υπερπροστατευτικότητας από τους δύο γονείς και της εμφάνισης τραυματικών εμπειριών, οι οποίες οδηγούν και σε υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν να έχουν εφαρμογή στη συμβουλευτική και θεραπεία των συντρόφων των εξαρτημένων, που παρακολουθούν ομάδες Συμβουλευτικής Οικογένειας σε προγράμματα απεξάρτησης στον Ελλαδικό χώρο. Τα δεδομένα της μελέτης αυτής αναδεικνύουν θεματικές, που αφορούν τόσο το ίδιο το άτομο – σύντροφο, όσο και τη δυαδική σχέση αλλά και ολόκληρη την λειτουργία της τωρινής οικογένειας του εξαρτημένου. Στη θεραπευτική παρέμβαση πέρα από τις ομάδες αυτοβοήθειας των συντρόφων των εξαρτημένων, κρίνεται απαραίτητο να συμπεριληφθούν, ατομικές ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις, οικογενειακές συνεδρίες καθώς και θεραπευτικές συναντήσεις ζεύγους, προκειμένου να υπάρχει μια ολιστική θεραπευτική παρέμβαση στο πολύπλοκο αυτό φαινόμενο της εξάρτησης.

Βιβλιογραφία

1. Abbott, D. A., Cramer, S. L., & Sherrets, S. D. (1995). *Pathological gambling and the family: Practice implications*. Families in Society, 76, 213–219.
2. Ackerman, N. J (1984). *A theory of family systems*. New York: Gardner Press.
3. Ackerman, N. W (1937). *The family as a social and emotional unit*. Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Society, 12 (2).
4. Ackerman, N. W (1966). *Treating the troubled family*. New York: Basic Books. <https://doi.org/10.1177%2F002076406801400218>.
5. Ackerman, N.W (1970). *Family therapy in transition*. Boston: Little, Brown.
6. Afifi, T. O., Brownridge, D. A., MacMillan, H. και Sareen, J. (2010). *The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample*. Journal of Psychiatric Research, 44: 331–337.
7. Ainsworth, M.D.S. (1989). *Attachments beyond infancy*. American Psychologist, 44, 709-716.
8. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.S., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198021\)1:1%3C68::AID-IMHJ2280010110%3E3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198021)1:1%3C68::AID-IMHJ2280010110%3E3.0.CO;2-3).
9. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5η έκδ. (DSM-5), Ουάσινγκτον.
10. Angel S. (1996). *Des frères et des soeurs*. Robert Laffont, Παρίσι.
11. Angel S., Angel P. (2010) *Οι Τοξικοεξαρτημένοι και οι Οικογένειές τους*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ. 57 – 90.
12. Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri- Coccosis, M., Sinodinou, C. (2017). *Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory – Self Report*. Psychiatriki 28 (1).
13. Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., Catalano, R.F., & Baglioni, A.J. (2002). *Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency and other adolescent problem behaviors: The communities that care youth*

- survey. Evaluation Review, 26 (6), 575-601.
<https://doi.org/10.1177/0193841x0202600601>
14. Bailey, M.B. (1967). *Psychophysiological impairment in wives of alcoholics as related to their husband's drinking and sobriety*. Pp. 134-144. In: Fox, R., ed. *Alcoholism; behavioral research, therapeutic approaches*. New York. Springer.
15. Barber, J., & Crisp, B. (2009). *The drinker's Partner Distress Scale: An Instrument for Measuring the Distress Caused by Drinkers to their Partners*. *International Journal of the Addictions*, 30 (8).
<https://doi.org/10.3109/10826089509055824>.
16. Beach, S. (2003). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 247–261. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01203.x>.
17. Belt, W., Abidin, R.R. (1996). *The relation of childhood abuse and early parenting experiences to current marital quality in a nonclinical sample*. *Child Abuse & Neglect*, Vol.20, No.11, pp. 1019-1030. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00092-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00092-0).
18. Bernardi, E., Jones, M., & Tennant, C. (1989). *Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts*. *British Journal of Psychiatry*, 54, 677-682.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx>.
19. Berscheid, E., & Walster, E.H. (1978). *Interpersonal attraction* (2nd.ed.). Reading, MA: Addison- Wesley.
20. Beyers, J.M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Arthur, M.W., & Hawkins, J.D. (2004). *A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia*. *Journal of Adolescent Health*, 35 (1), 3-16.
21. Bifulco, A., Moran, P.J., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). *Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 241- 258.
<https://doi.org/10.1521/bumc.66.3.241.23366>.

22. Birchler R. G., Fals – Stewart W., & O' Farrell J. T. (1996). *Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse*. In J. L. Lebow, Handbook of Clinical Family Therapy, pp. 251-280, New Jersey: J. Wiley & Sons.
23. Black, D. W., Monahan, P. O., Temkit, M., και Shaw, M. (2006). *A family study of pathological gambling*. Psychiatry Research, 141 (3), 295-303. Doi:10.1016/j.psychres.2005.12.005
24. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol 1: Attachment. New York: Basic Books.
25. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
26. Boyd, S.J., Plemons, B.W., Schwartz, R.P., Johnson, J.L., & Pickens, R.W. (1999). *The relationship between parental history and substance use severity in drug treatment patients*. The American Journal on Addictions, 8, 15-23. <https://doi.org/10.1080/105504999306045>
27. Branstetter, S.A. (2001). *Parental monitoring and adolescent drug use frequency, control problems and adverse consequences*. www.du.edu/psychology/relationshipcenter/Steveb.html.
28. Bremner, J.D., Bolus, R., Mayer, E. (2007). *Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory- Self Report*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195 (3). <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>.
29. Brook, J.S., Brook, D.W., Arencibia – Mireles, O., Richter, L., & Whiteman, M. (2001). *Risk factors for adolescent marijuana use across cultures and time*. Journal of Genetic Psychology, 162 (3), 357-374. <https://doi.org/10.1080/00221320109597489>.
30. Broszormenyi-Nagy, I., & Spark, G.M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Hagerstown, MD: Harper & Row
31. Carvalho, V., Pinsky, I., Souza, E. de, Silva, R., & Carlini- Cotrim, B. (1995). *Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students*. Addiction, 90, 65-72. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1360-0443.1995.tb01011.x>.

32. Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001). *Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 275-298. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.8.3.275>.
33. Christodoulou, Chr., Michopoulos, J., Tournikioti, K., Douzenis, A., Bouras, G., Seretis, D., Kontaxakis, V., Lykouras, L. (2010). *Hospital anxiety and depression scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects*. *Psychiatriki* 21 (4).
34. Ciarrochi, J.W., & Reinert, D.F. (1993). *Family environment and length of recovery for married male members of Gamblers Anonymous and female members of GamAnon*. *Journal of Gambling Studies*, 9(4), 341-352.
35. Cohan, C. L., & Bradbury, T.N. (1997). *Negative life events, marital interaction, and the longitudinal course of newlywed marriage*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 114-128. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.73.1.114>
36. Colder, C.R., & Chassin, L. (1999). *The psychosocial characteristics of alcohol users versus problem users: Data from a study of adolescents at risk*. *Development and Psychopathology*, 11, 321-348.
37. Conger, R.D., & Reuter, M.A. (1996). *Siblings, parents and peers. A longitudinal study of social influences in adolescent risk for alcohol use and abuse*. In G. Brody (ed.), *Sibling relationships: Their causes and consequences*. New York : Ablex Publications.
38. Copello, A.G., Velleman R. D.B., & Templeton L.J., (2005). *Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems*. *Drug and Alcohol Review*, 24: 369-385. <https://doi.org/10.1080/09595230500302356>.
39. Dallos, R., & Draper R. (2010). *An introduction to family therapy. Systemic practice and therapy*. 3rd ed., New York: Open University Press.
40. Dawson, D.A., Grant, B.F., Chou, S.P., & Stinson, F.S (2007). *The Impact of Partner Alcohol Problems on Women's Physical and Mental Health*. *Journal of*

Studies on Alcohol and Drugs, 68(1): 66–75.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.66>

41. DeBellis, M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan, M.J., Eccard, C.H., Boring, A.M., Jenkins, F.J., & Ryan, N.D. (1999). *AE Bennett research award. Developmental traumatology. Part I: Biological stress systems*. Biological Psychiatry, 45, 1259-1270. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00044-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00044-x).

42. DeBellis, M.D., Keshavan, M.S., Clark, D.B., Casey, B.J., Giedd, J.N., Boring, A.M., Frustaci, K., & Ryan, N.D. (1999b). *A.E. Bennett research award. Developmental traumatology. Part II: Brain development*. Biological Psychiatry, 45, 1271-1284. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00045-1)

43. Dickson – Swift, V. A., James, E. L., & Kippen, S. (2005). *The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out*. Journal of Gambling Issues, 13. Retrieved March 25, 2005, from http://www.camh.net/egambling/issue13/jgi_13_dicksonSwift.html

44. Dillon, L., Chivite – Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: Identifying resilient young people and learning from their experiences*. Home Office Online Report.

45. Dube, S.R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., Anda, R. F. (2003). *Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study*. Pediatrics, 111: 564-72.

46. Duncan, T.E., Tildesley, E., Duncan, S.C., & Hops, H. (1995). *The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence*. Addiction, 90, 1647-1660. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1995.901216477.x>.

47. Dunn, N. J., Jacob, T., Hummon, N., & Seilhamer, R. A. (1987). *Marital stability in alcoholic-spouse relationships as a function of drinking pattern and location*. Journal of Abnormal Psychology, 96, 99–107. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.2.99>.

48. Duvall, E. M., & Hill, R. (1948). *Report to the committee on the dynamics of family interaction*. Washington, DC: National Conference o. Family Life.
49. Earley, L., Cushway, D. (2002). *The Parentified Child*. Clinical Child Psychology and Psychiatry. Vol 7 (2).
50. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. «*Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οίνοπνευματωδών στην Ελλάδα*», Ετήσια Έκθεση 2019, Αθήνα, 2020.
51. Elkaïm, M. (1991). *Αν μ' αγαπάς μη μ' αγαπάς*. Αθήνα: Κέδρος.
52. Enoch, M. A. (2011). *The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence*. Psychopharmacology, 214 (1), 17-31. <https://doi.org/10.1007/s00123-010-1916-6>.
53. Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). *The McMaster family assessment device*. Journal of Marital and Family Therapy, 9, 171-186. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>.
54. Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O' Farrell, T. J. (1996). *Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 959-972. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.5.959>.
55. Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'Farrell, T. J. (1999). *Drug-abusing patients and their partners: Dyadic adjustment, relationship stability and substance use*. Journal of Abnormal Psychology, 108, 11–23. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.1.11>.
56. Farrington, D.P., Gallagher, B., Morley, L., Ledger, R.J., & West, D.J. (1985). *Cambridge study in delinquent development: Long term follow-up*. (First annual report to the home office, August 31, 1985). Cambridge, England: Cambridge University. <https://doi.org/10.3886/ICPSR08488.v2>.
57. Favaretto, E., Torresani, S., και Zimmermann, C. (2001). *Further results on the reliability of the Parental Bonding Instrument (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents*. Journal of Clinical Psychology, 57 (1),

119-129. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200101\)57:1%3C119::aid-jclp12%3E3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200101)57:1%3C119::aid-jclp12%3E3.0.co;2-2).

58. Feldman, S. S., Wentzel, K. R., Weinberger, D. A., & Munson, J. A. (1990). *Marital satisfaction of parents of preadolescent boys and its relationship to family and child functioning*. *Journal of Family Psychology*, 4, 213–234. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.82.4.813>.

59. Fincham, F., & Beach, S. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 47–77. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.47>.

60. Gellert, D.S. (1983). *Όμοιος ομοίω...ζευγαρώνει*. Αθήνα: Διογένης.

61. Ginieri-Coccossis M., Liappas I.A., Tzavellas E., Triantafillou E., Soldatos K. (2007). *Detecting change in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100*. *In Vivo*, 21:99-106.

62. Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J., & Cardarell, A. (1990). *Child sexual abuse: The initial effects*. Newbury Park, CA: Sage. <https://doi.org/10.1002/car.2380020112>.

63. Haberman, P. W. (1964). *Psychological test score changes for wives of alcoholics during periods of drinking and sobriety*. *J. Clin. Psychol.* 20: 230-232.

64. Haggerty R., Mrazek P., (1994). *Can we Prevent Mental Illness?* *Journal of Urban Health*.

65. Hatfield, E. (1988). *Passionate and companionate love*. In R. J. Sternberg & M.L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 191-217). New Haven, CT: Yale University Press.

66. Hinkin, C.H., & Kahn, M.W. (1995). *Psychological Symptomatology in Spouses and Adult Children of Alcoholics: An Examination of the Hypothesized Personality Characteristics of Codependency*. *The International Journal of the Addictions*, 30 (7), 843-861.

67. Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2007). *Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of*

pathological gamblers. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 65–71.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252382.47434.a6>.

68. Holman, T.B., & Li, B.D (1997). *Προγαμιαίοι παράγοντες που επηρεάζουν την αντιληπτή ετοιμότητα για γάμο*. Journal of Family Issues, 18 (2), 124–144. doi: 10.1177 / 019251397018002002.

69. Hovens J.G.F.M., Wiersma J.E., Giltay E.J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B.W.J.H., Zitman, F.G. (2009). *Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 122: 66-74.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>.

70. Jackson, D.D. (1965a). *Family rules: Marital quid pro quo*. Archives of General Psychiatry, 12, 589-594.

71. Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). *Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 351–355. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.68.2.351>.

72. Jacob, T., και Windle, M. (2000). *Young adult children of alcoholic, depressed and nondistressed parents*. Journal of Studies on Alcohol, 61, 836-844.

73. James, S., & Hunsley, J. (1995). *The Marital Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III: Is the relation with marital adjustment linear or curvilinear?* Journal of Family Psychology, 9, 458–462. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.9.4.458>.

74. Johnson, R.A., Hoffmann, J.P., & Gerstein, D.R. (1996). *The relationship between family structure and adolescent substance use*. Rockville, MD: SAMHSA, OAS.

75. Kafetzopoulos, E. (2006). *Risk and protective factors in adolescent and youth drug use*. In P. Jablonsky (eds), *Young People and Drugs: Care and Treatment*, Council of Europe, 57-72.

76. Καλαρρύτης Γ., Μπαφίτη Τ. (2005). *Ανθρώπινα Συστήματα: Σώμα υγιές σε νου υγιή*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 145-156.

77. Kalischuk, R.G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). *Problem gambling and its impact on families: A literature review*. International Gambling Studies, 6 (1), 31-60. <https://doi.org/10.1080/14459790600644176>.
78. Kandel, D.B., & Andrews, K. (1987). *Processes of adolescent socialization by parents and peer*. International Journal of the Addictions, 22, 319-342. <https://doi.org/10.3109/10826088709027433>.
79. Kandel, D.B., Griesler, P.C., Lee, G., Davies, M., & Schaffran, C. (2001). *Parental influences on adolescent marijuana use and the Baby Boom Generation: Findings from the 1979-1996. National Household Surveys on Drug Abuse*. Rockville, MD: SAMHSA, OAS. <https://www.samhsa.gov/data/>.
80. Katz, J., Monnier, J., Libet, J., Shaw, D., Beach S. R. H. (2000). *Individual and crossover effects of stress on adjustment in medical student marriages*. Journal of Marital and Family Therapy, 26 (3): 341-351. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1177%2F0265407503020003005>.
81. Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. New York: Guilford.
82. Kaufman, E., Yoshioka, M.R.M. (2004). *Substance Abuse Treatment and family therapy. A Treatment Improvement Protocol. TIP39*. Rockville.MD: U.S. Department of Health and Human Services. www.samhsa.gov.
83. Kaye, K. (1985). *Toward a developmental psychology of the family*. In L. L' Abate (Ed.). *The handbook of family psychology and therapy* (Vol.1). Homewood, IL: Dorsey Press.
84. Kessler R.C., Davis, C.G., Kendler K.S. (1997). *Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey*. Psychol Med; 27: 1101-1119. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005588>.
85. Kogan, K.L. and Jackson, J.K. (1965). *Stress, personality and emotional disturbance in the wives of alcoholics*. Q.J. Stud. Alcohol 26: 486-495.
86. Kokkevi, A., & Stefanis, C. (1988). *Parental rearing patterns and drug abuse: Preliminary report*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78(S344), 151-157.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb09015.x>.

87. Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N. και Skinner, W. (2008). *Problem gambling and intimate partner violence*. Journal of Gambling Studies, 24: 13–23.
88. Kosten, T.R., Jalali, B., Steidl, J.H., & Kleber, H.D. (1987). *Relationship of marital structure and interactions to opiate abuse relapse*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13 (4), 387-399. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3109/00952998709001523>.
89. Lederer, G.S. (1991). *Alcohol in the family system*. In F. Brown (ed.). *Reweaving the family Tapestry: A Multigenerational Approach to Families* (pp. 219-241), Family Institute of Westchester, Mount Vernon, WA.
90. Lee, B. (2002). *Well-being by choice not by chance: An integrative, system-based couple treatment model for problem gambling*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Retrieved January 4, 2005, from <http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=2965&pageid=1808&r=s>
91. Λιάππας, Ι.Α., Μέλλος, Ε.Δ., Πομίνι, Β. (2006). *Κατάχρηση & εξάρτηση από το οινόπνευμα: προβλήματα & αντιμετώπιση*. Αθήνα: ITACA – Ελληνικό Τμήμα.
92. Λιάππας, Ι.Α., Πομίνι, Β. (2004). *Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα*. Αθήνα: ITACA – Ελληνικό Τμήμα.
93. Lorenz, V. C., & Shuttelsworth, D. E. (1978). *Impact of pathological gambling on the family*. Paper presented at the Fourth National Conference on Gambling, Reno, Nevada.
94. Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). *Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler*. Journal of Gambling Behavior, 2, 40–49.
95. Lorenz, V.C., & Yaffee, R. A. (1988). *Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse*. Journal of Gambling Behavior, 4, 13-26.
96. Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation*. Monographs of the Society

for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial No.209).
<https://doi.org/10.2307/3333827>.

97. Marks, N. F., Jun, H. And Song, J. (2007). *Death of Parents and Adult Psychological and Physical Well-Being*. Journal of Family Issues, 28(12), 1611-1638. Doi: [10. 1177/0192513x07302728](https://doi.org/10.1177/0192513x07302728).

98. Μάτσα, Κ., (1977). *Ο τοξικομανής και η οικογένειά του*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας.

99. McComb, J. L., Lee, B. K. και Sprenkle, D. H. (2009). *Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue*. Journal of Marital and Family Therapy, 35:415-431.

100. McCown, W.G., & Chamberlain, L.L. (2000). *Best possible odds: Contemporary treatment strategies for gambling disorders*. New York: Wiley. DOI: 10.4309/jgi.2002.7.13

101. Miller, I.W., Ryan, C.E., Gabor K.I., Bishop S. D., Epstein, N.B (2000). *The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research*. Journal of Family Therapy, 22: 168-189. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>

102. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

103. Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G., Rosman, B., & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books

104. Mishler, E.G. (1996). Συνέντευξη Έρευνας. Ανθρώπινα Συστήματα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

105. Μιχόπουλος Ι., Καλκαβούρα Χ., Μιχαλοπούλου Π., Φινέτη Κ., Καλέμη Γ., Ψαρρά ΜΛ., Γουρνέλλης Ρ., Χριστοδούλου Χ., Δουζένης Α., Πατάπης Π., Πρωτόπαπας Κ., Λύκουρας Ε. (2007). *Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό*. Ψυχιατρική, 18: 217-224.

106. Moos, R. H., Finney, J. W., & Gamble, W. (1982). *The process of recovery from alcoholism: II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched*

community controls. Journal of Studies on Alcohol, 43(9), 888–909.
<https://doi.org/10.15288/jsa.1982.43.888>.

107. Μουσσάς Γ., Νταντούτη Γ., Δουζένης Α., Πουλής Ε., Τσελεμπής Α., Μπράτης Δ., et al. (2010). *Αξιοπιστία και εγκυρότητα της Ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης – Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT)*. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 21 (1), 54-59.

108. Μπαφίτη Τ., Καλαρρύτης Γ. (2009). *Ανθρώπινα Συστήματα: Συστημική Προσέγγιση – Θεωρήσεις και Εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 219-234.

109. Mykletun, A., Stordal, E., Dahl, AA. (2001). *Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population*. Br Psychiatry, 179: 540-544.
<https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.540>

110. Nace, E.P., M. Dephoure, M. Goldberg and C. Cammarota (1982). *Treatment priorities in a family-oriented alcoholism program*. Journal of Family and Marital Therapy, 8(1), 143-150.

111. Najavits, L.M., Weiss, R.D., & Shaw, S.R. (1997). *The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review*. The American Journal on Addictions, 6, 273-283.

112. Napier, A.Y., & Whitaker, C. (1987). *Οικογένεια: Μαζί όμως αλλιώς*. Αθήνα: Κέδρος.

113. Napier, Y. A. (1995). *Ανθρώπινα Συστήματα: Το Ζευγάρι – Ο Εύθραυστος Δεσμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 287-318.

114. Napier, A.Y. (1997). *Το ζευγάρι: Ο εύθραυστος δεσμός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

115. Newcomb, M.D. (1994). *Drug use and intimate relationships among women and men: Separating specific from general effects in prospective data using structural equation models*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 463-476. doi: 10.1037//0022-006x.62.3.463.

116. Noori, R., Jafari, F., Moazen, B., Khoddami Vishteh, H. R., Farhoudian, A., Narenjiha, H., Rafiey, H. (2015). *Evaluation of Anxiety and Depression among female spouses of Iranian male drug dependents*. International Journal of High Risk Behaviors & Addiction, 4(1).

doi: 10.5812/ijhrba.21624.

117. O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (1987). *Marital relationships of alcoholic, conflicted, and nonconflicted couples*. Journal of Marital and Family Therapy, 13, 259–274. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1987.tb00705.x>
118. O'Farrell, T.J. (1995). *Marital and family therapy*. In R. Hester & W. Miller (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches. (2nd ed., pp. 195-220). Boston: Allyn and Bacon. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1752-0606.2011.00242.x>.
119. Olievenstein C., *Il n'y a pas de drogues heureuses*, Laffont, Παρίσι, 1977.
120. Olievenstein C., (επιμ.), *La vie du toxicomane*, PUF, Παρίσι, 1991.
121. Panaghi, L., Zohreh, A., Khosravi, N., Sadeghi, M.S., Madanipour, A. (2016). *Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits*. Addict Health, 8(2): 98-106.
122. Papadopoulou, A., Efstathiou, V., Yotsidi, V., Pomini, V., Michopoulos, I., Markopoulou, E., Papadopoulou, M., Tsigkaropoulou E., Kalemi, G., Tournikioti, K., Douzenis, A., Gournellis, R., (2021). Suicidal ideation during COVID-19 lockdown in Greece: Prevalence in the community, risk and protective factors. Psychiatry Research, Volume 297.
123. Παπαρρηγόπουλος Θ., Δάλλα Χ. (2019). *Οι εξαρτήσεις – Αίτια, Μηχανισμοί, Εκδηλώσεις, Αντιμετώπιση*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 31-36.
124. Paolino, T., Mc Crady, B., & Kogan, K. (1978). *Alcoholic marriages; a longitudinal empirical assessment of alternative theories*. Br. J. Addict. (73):129-138. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1978.tb00133.x>.
125. Parker, G., Tupling H., & Brown, L.B. (1979). *A Parental Bonding Instrument*. British Journal of Medical Psychology, 52: 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>.
126. Parker, G., Fairly, M., Greenwood, J., Jurd, S., & Silove, D. (1982). *Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 141, 573-581.

127. Parker, M.L., Tambling, R.B., & Campbell, K. (2012). *Dyadic Adjustment and Depressive Symptoms: The Mediating Role of Attachment*. The Family Journal, 21 (1), 28–34. doi: 10.1177 / 1066480712456674.
128. Peled, E., & Sacks, I. (2008). *The Self- Perception of Women who live with an Alcoholic Partner: Dialoging with Deviance, Strength, and Self-Fulfillment*. Family Relations, 57(3), 390-403.
129. Petry, N. M. (2002). *How treatment for pathological gambling can be informed by treatments for substance use disorders*. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10, 184-192. <https://doi.org/10.1037//1064-1297.10.3.184>.
130. Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti S., Di Gennaro, G., Meldolesi, G.N, Martinotti, G. (2013). *Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders*. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 9, 157-163. <https://dx.doi.org/10.2174%2F1745017901309010157>.
131. Πομίνι Β. (2004). *Οικογένεια και Χρήση Ουσιών: Μοντέλα Αλληλοεπίδρασης και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*. Στο: Λιάππας, Ι.Α., Πομίνι, Β. (επιμ.), Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα, ΙΤΑΚΑ- Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα, σ. 119-141.
132. Πομίνι Β. (2008). *Συγχύσεις και συγκρούσεις ρόλων στο σύγχρονο ζευγάρι*. Στο: Τομαράς Β., Καραμανωλάκη Χ., Ζέρβας Ι. (επιμ. εκδ.) *Θεραπεία Ζεύγους*. Αθήνα: Καστανιώτη, Σελ. 211-240.
133. Πομίνι, Β. (2009). Ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη και θεραπεία του αλκοολισμού. *Εγκέφαλος*, 46(2):84-91.
134. Πομίνι Β., Λιάππας Ι.Α. (2007). Ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη και θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Στο: Λυκούρας Λ., Σολδάτος Κ., (επιμέλεια έκδοσης). *Αλκοολισμός. Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Σελ.235-255.
135. Pomini V., Gournellis R., Kokkevi A., Tomaras V., Papadimitriou G., Liappas J. (2014). *Rejection Attitudes, Poor Parental Bonding, and Stressful Life Events in Heroin Addicts' Families*. Informa Healthcare. Substance use & Misuse 49:1867-1877.
136. Price, G.M. (1945). *A study of the wives of twenty alcoholics*. Q.J. Stud. Alcohol 5: 620-627.

137. Rae, J.B., & Forbes, A. (1966). *Clinical and psychometric characteristics of the wives of alcoholics*. Br. J. Psychiat. (112): 197-200. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.197>.
138. Rice, E.P (1993). *Intimate relationships, marriages, and families*. Mountain View, CA: Mayfield. Riskin, J., & Faunce, E. (1972). A evaluative review of family interaction research. Family Process, 11, 365-456.
139. Riggs, S.A., Cusimano, A.M., Benson, K.M. (2010). *Childhood Emotional Abuse and Attachment Processes in the Dyadic Adjustment of Dating Couples*. Journal of Counseling Psychology, Vol.58, No.1, 126- 138. <https://doi.org/10.1037/a0021319>.
140. Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Penguin Books.
141. Sameroff, A.J. (1998). *Environmental risk factors in infancy*. Pediatrics, 102 (5), Supplement November, 1287-1292.
142. Sameroff, A.J., Bartko, W.T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1998). *Family and social influences on the development of child competence*. In M. Lewis & C. Feiring (eds), Families, risk and competence. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
143. Seldin, N.E. (1972). *The family of the addict: A review of the literature*. The International Journal of the Addictions, 7, 97-107. <https://doi.org/10.3109/10826087209026764>.
144. Shao, R., Ping, H., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., Kong, L., Yang, Y. (2020). *Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students*. BMC Psychology, 8:38. doi: 10.1186/s40359-020-00402-8.
145. Shaver, P.R., & Hazan, C. (1988). *A biased overview of the study of love*. Journal of Social and Personal Relationships (pp. 163-184). New York: Springer-Verlag.
146. Shek, D. T. L. (2014). *Individual and Dyadic Predictors of Family Functioning in a Chinese Context*. The American Journal of Family Therapy, 27:1, 49-61. <https://dx.doi.org/10.1080/019261899262096>.

147. Simcha – Fagan, O., Gersten, J.C., & Langner, T. (1986). *Early precursors and concurrent correlates of illicit drug use in adolescents*. Journal of Drug Issues, 16, 7-28.
148. Sinha, R. (2008). *Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1141 (1), 105-130. <https://dx.doi.org/10.1196%2Fannals.1441.030>.
149. Skynner, R., & Cleese, J. (1989). *Οικογένεια: Η σύγχρονη Οδύσσεια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
150. Skynner, R., & Cleese, J. (1996). *Ζωή: Η σύγχρονη Οδύσσεια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
151. Spanier, G. B. (1976). *Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads*. Journal of Marriage and Family, 38 (1): 15-28.
152. Spiegel, J. P. (1968). *The resolution of role conflict within the family*. In : A Modern Introduction to the Family, ed. N. W. Bell & E. F. Vogel, New York : The Free Press, pp. 391-41 I.
153. Sprecher, S., & Regan, P.C. (1998). *Passionate and companionate love in courting and young married couples*. Sociological Inquiry, 68, 163-185. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1998.tb00459.x>.
154. Stanton, M.D., Todd, T. C., & Associates (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
155. Stanton, M.D., E. Steier, L. Cook and T.C. Todd, (1984). *Narcotic Detoxification in a Family and Home Context: Final Report 1980-1983*, unpublished manuscript.
156. Stolorow, R.D. (2007). *Trauma and Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections*. The Analytic Press, Taylor and Francis Group, New York, London. <https://doi.org/10.1080/15551020802108729>.
157. Tam, CL, & Yeoh, SH. (2011). *Parental Bonding and parent- child relationship among tertiary students*. Sunway Academic Journal, 5 , 111 – 127. http://eprints.sunway.edu.my/56/1/parental_bonding.pdf.

158. Tempier, R., Boyer, R., Lambert, J., Mosier, K., Duncan, C. R. (2006). *Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers*. Alcohol 40(1), 41-49. Doi: 10.1016/j.alcohol.2006.09.032.
159. Tepperman, L., Korn, D., & Reynolds, J. (2006). *Partner influence on gambling: An exploratory study*. Retrieved May 1, 2007, from <http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=2970&pageid=1811&r=s>
160. Thomasgard, M., Metz, W.P., Edelbrock, C., & Shonkoff, J.P. (1995). Parent-child relationship disorders: I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 16 (4), 244-250. <https://doi.org/10.1097/00004703-199508000-00006>.
161. Todd, T.C. (1988). *Development cycles and substance abuse*. In C.J. Falicof (ed.), Family transitions: Continuity and change over the life cycle. New York: The Guilford Press.
162. Τομαράς, Β., Πομίνι, Β. (2007). *Οικογενειακή ψυχοθεραπεία σε προβλήματα εφηβείας*. Στο: Χριστογιώργος Σ. (επιμ. εκδ.) Θέματα Ψυχοκοινωνικής και Ψυχοδυναμικής Παιδοψυχιατρικής, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη, σελ.623-634.
163. Τσούνης Α. (2013). *Ο ρόλος της οικογένειας στην εγκατάσταση της Ουσιοεξάρτησης: Μια απόπειρα Διερεύνησης της Σχέσης*. Εγκέφαλος 50: 109-113.
164. Τζοβένη, Μ., Πομίνι, Β., Τομαράς, Β. (2011). *Διαφοροποίηση και Τρίγωνα στην Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία*. Μετάλογος, 19:74-88.
165. Youngblade, L.,M., & Belsky, J. (1992). Parent-child antecedents of 5-year-olds' close friendships: A longitudinal analysis. Developmental Psychology, 28, 700-713.
166. Velleman, R. (1992). *Oh my drinking doesn't affect them: Families of problem drinkers*. Clinical Psychology Forum, 48:6-10.

167. Vitaro, F., Dobkin, P. L., Carbonneau, R., & Tremblay, R.E (1996). *Personal and familial characteristics of resilient sons of male alcoholics*. *Addiction*, 91, 1.161-1.177.

168. Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., και Olfson, M. (1997). *Offspring of depressed parents – 10 years later*. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.

169. Weiss, R.S. (1986). *Continuities and transformation in social relationships from childhood to adulthood*. In W.W. Hartup & Z.Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp.95-110). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.121.3.355>.

170. Weiss, R.S. (1991). *The attachment bond in childhood and adulthood*. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds), *Attachment across the life cycle* (pp. 66-76). London: Tavistock/ Routledge.

171. Whalen, T. (1953). *Wives of alcoholics; Four types observed in a family service agency*. *Q. J. Stud. Alcohol* 14: 632-641.
<https://doi.org/10.15288/qjsa.1953.14.632>.

172. Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). *Stress and Coping in Maritally Distressed and Nondistressed Couples*. *Journal of Social and Personal Relationships*,6 (3). <https://doi.org/10.1177%2F0265407589063006>.

173. Wilsnack, S. C., Wilsnack, R. W. (1993). *Epidemiological research on women's drinking: Recent progress and directions for the 1990s*. In E.S.L Gomberg & T. D. Nirenberg (Eds.), *Women and substance abuse* (pp.62-99). Norwood, NJ: Ablex.

174. World Health Organization (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, WHO, Γενεύη.

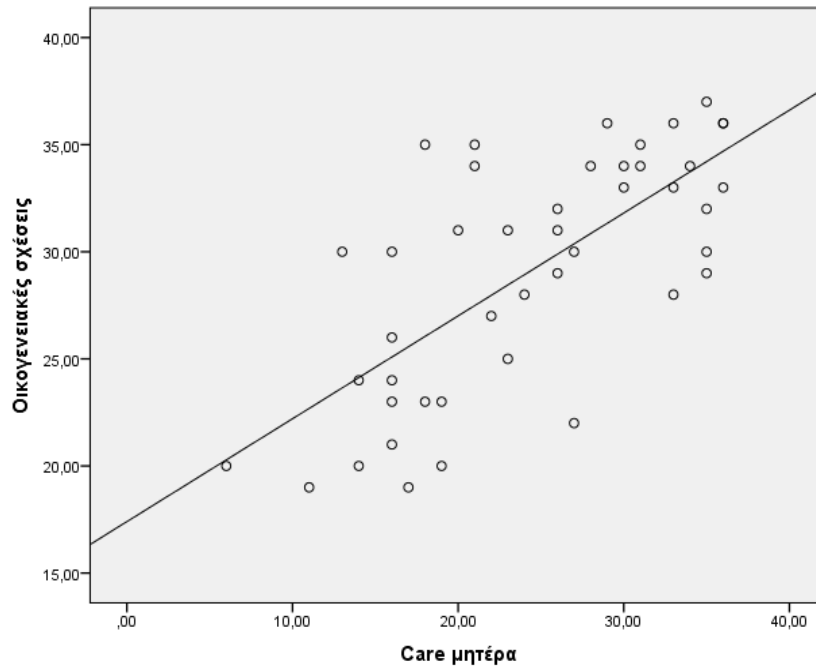
175. Whisman, M., Uebelacker, L., & Weinstock, L. (2004). *Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 830–838.

176. Whisman, M. A. (2006). *Childhood trauma and marital outcomes in adulthood*. Journal of the International Association for Relationship Research, 13 (4): 375-386. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00124.x>.

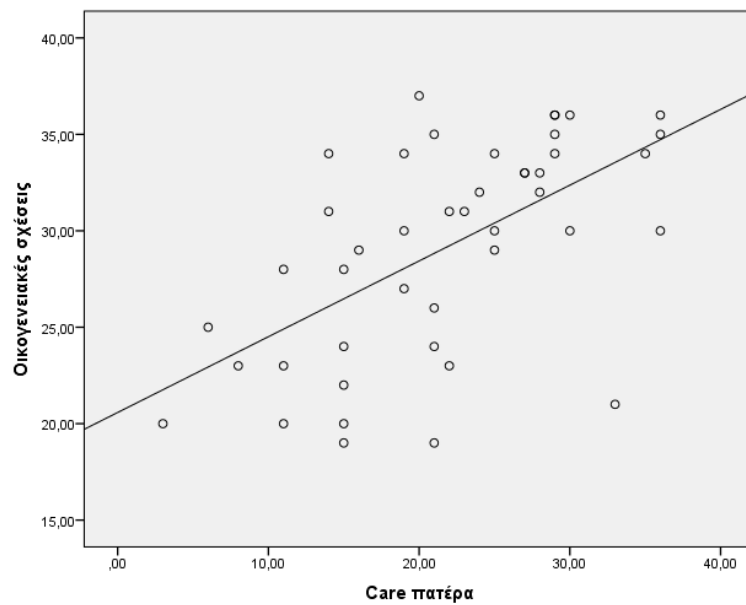
177. Whisman, M.A., Alta du Pont, A., Rhee, S.H., Spotts, E.L., Lichtenstein, P., Ganiban J.M., Reiss D., Neiderhiser, J.M. (2018). *A genetically informative analysis of the association between dyadic adjustment, depressive symptoms, and anxiety symptoms*. Journal of Affective Disorders, 237, 18–26. doi: 10.1016 / j.jad.2018.04.105.

Παράρτημα Α

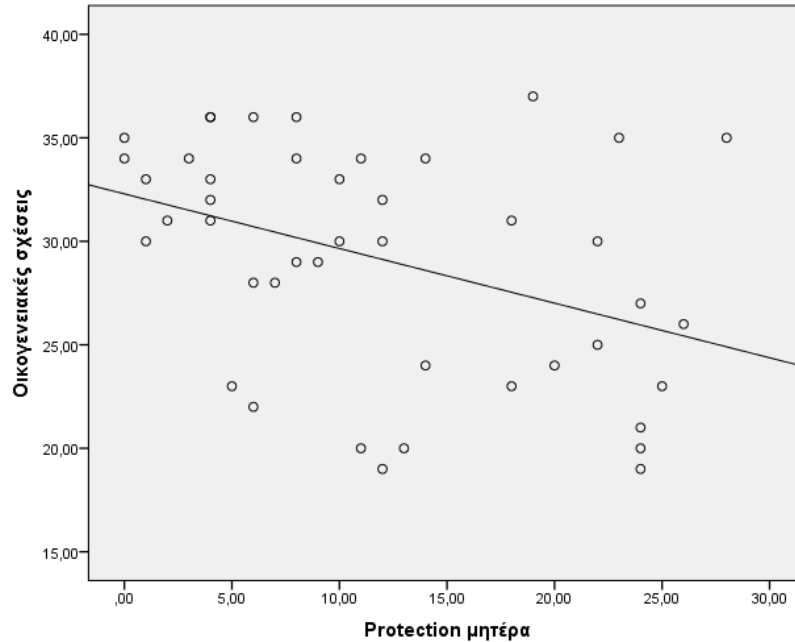
Γράφημα 1: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Care»-μητέρα.



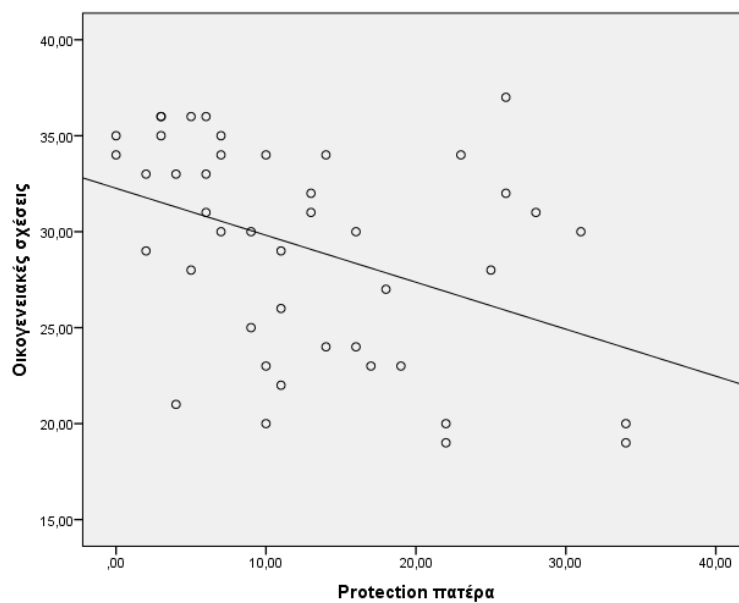
Γράφημα 2: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Care»-πατέρα.



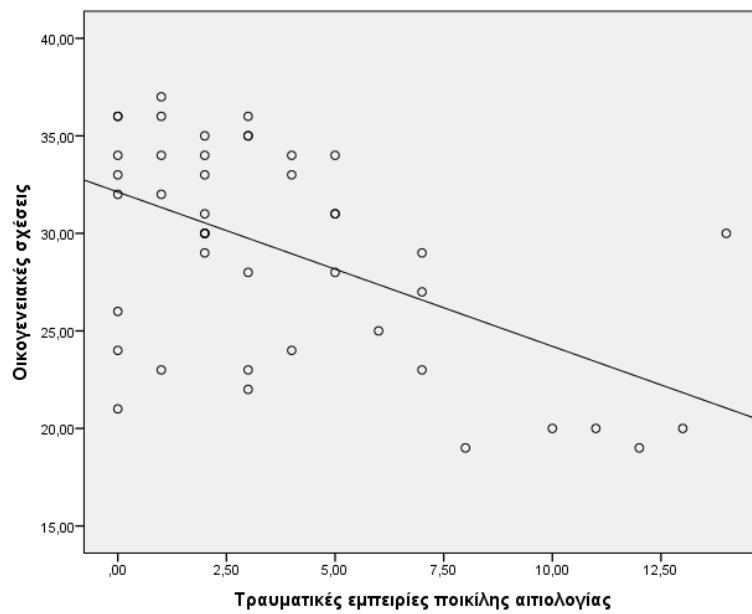
Γράφημα 3: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Protection»- μητέρα.



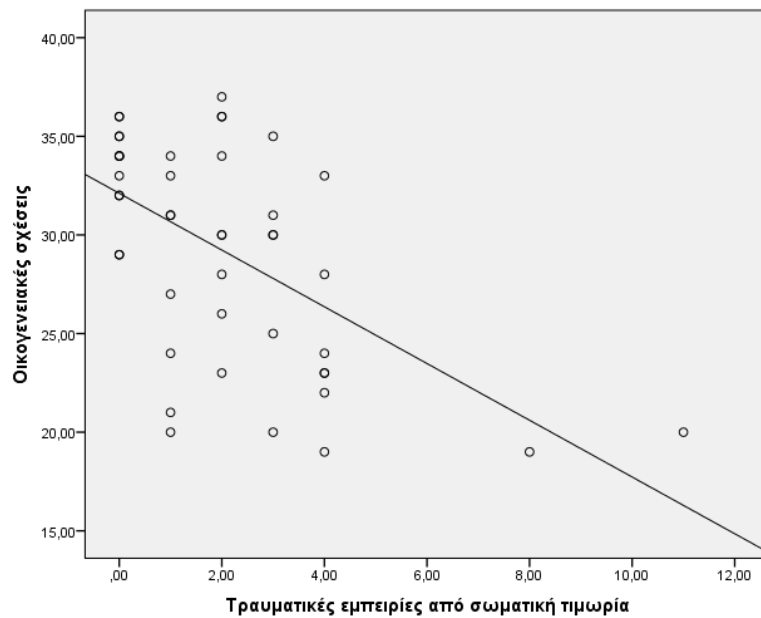
Γράφημα 4: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «Protection»-πατέρα.



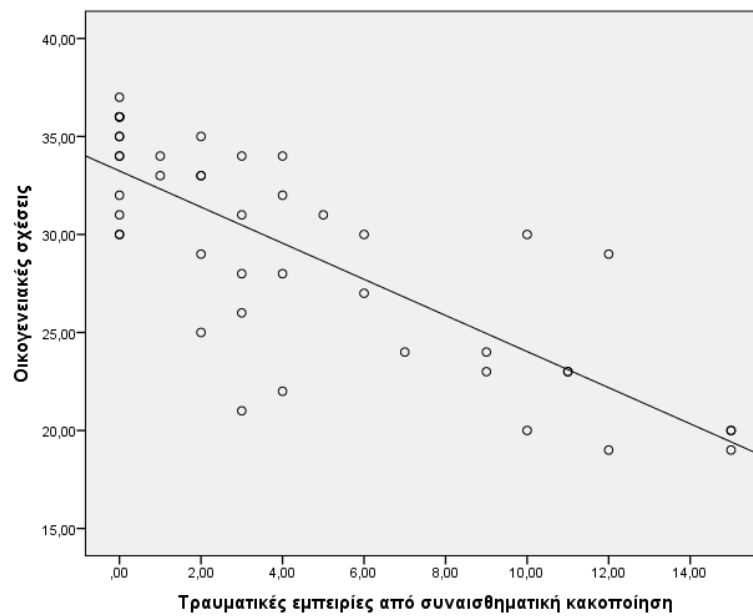
Γράφημα 5: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας».



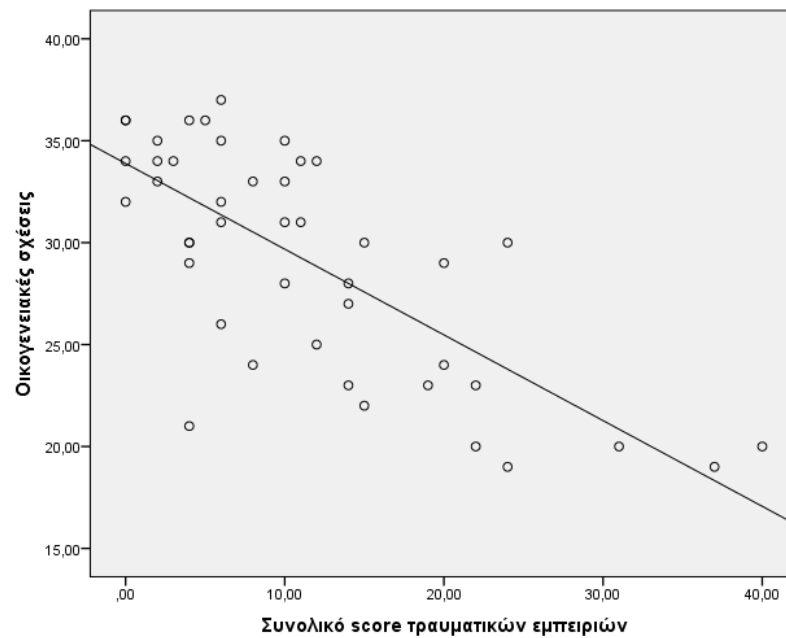
Γράφημα 6: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία».



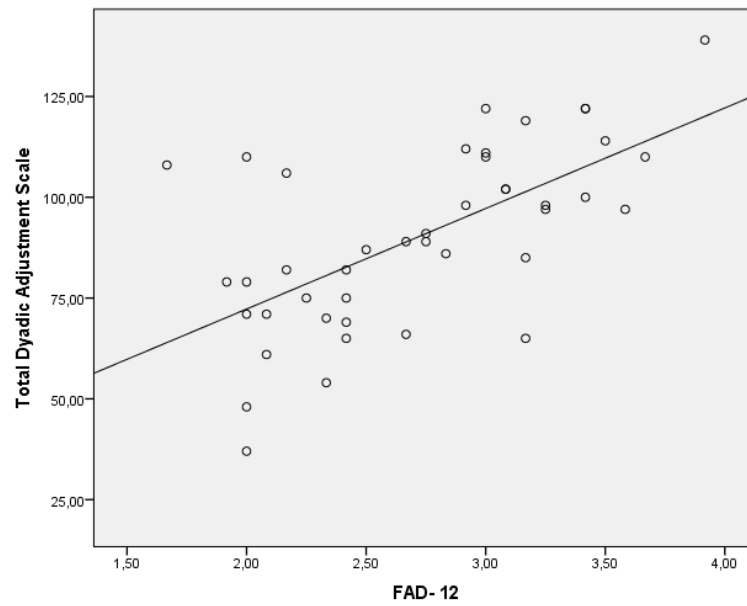
Γράφημα 7: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με κλίμακα «τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση».



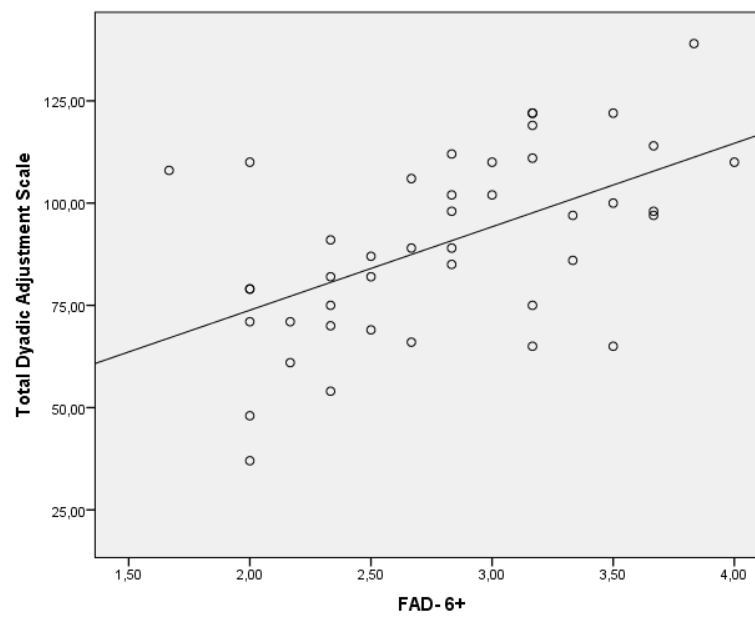
Γράφημα 8: Στικτόγραμμα κλίμακας «Οικογενειακές σχέσεις» με το συνολικό score κακοποίησης ή παρενόχλησης.



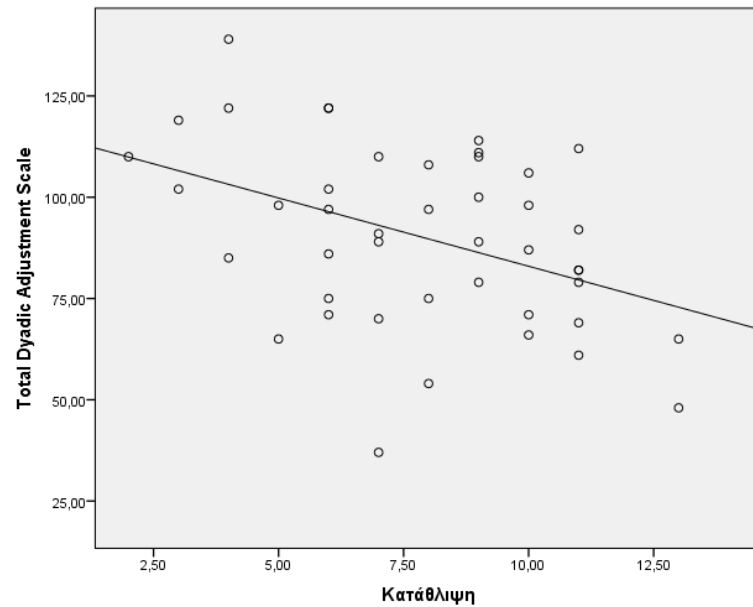
Γράφημα 9: Στικτόγραμμα κλίμακας FAD-12 και συνολική βαθμολογίας Δυναδικών Σχέσεων.



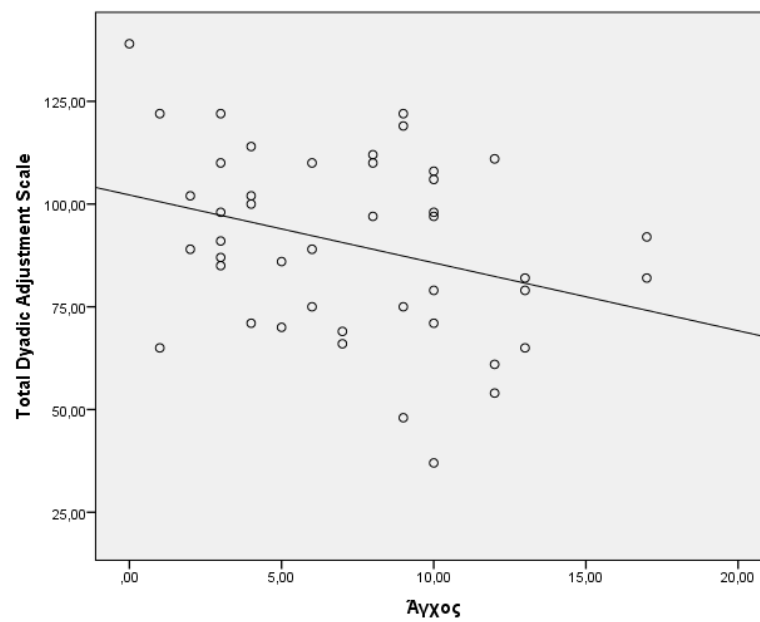
Γράφημα 10: Στικτόγραμμα κλίμακας FAD-6+ και συνολική βαθμολογίας Δυναδικών Σχέσεων.



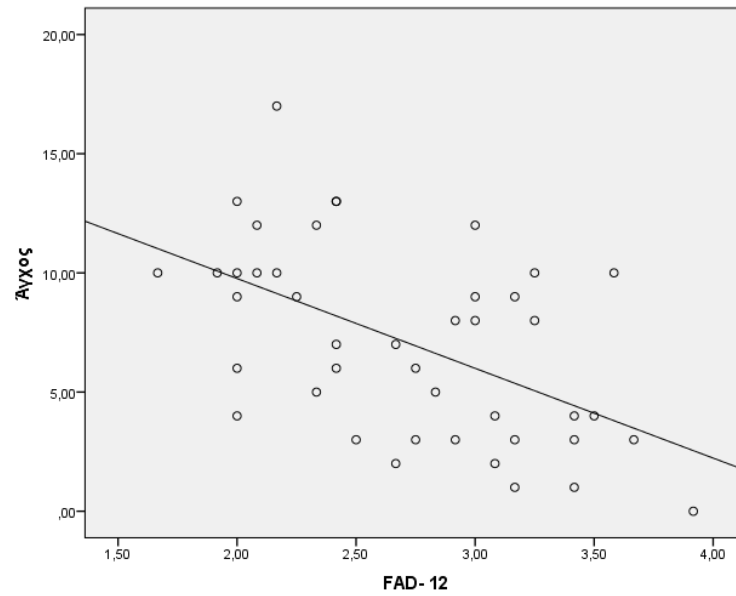
Γράφημα 11: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Κατάθλιψη» και της συνολικής βαθμολογίας των δυαδικών σχέσεων.



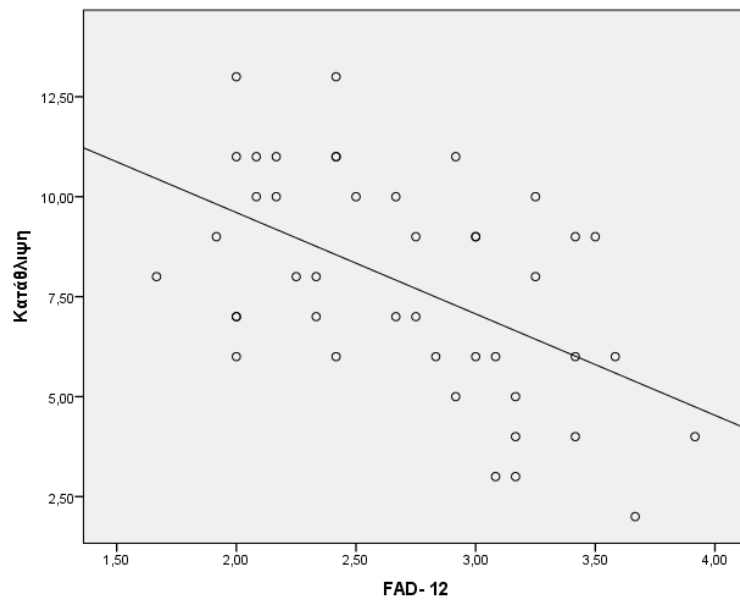
Γράφημα 12: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Άγχος» και της συνολικής βαθμολογίας των δυαδικών σχέσεων.



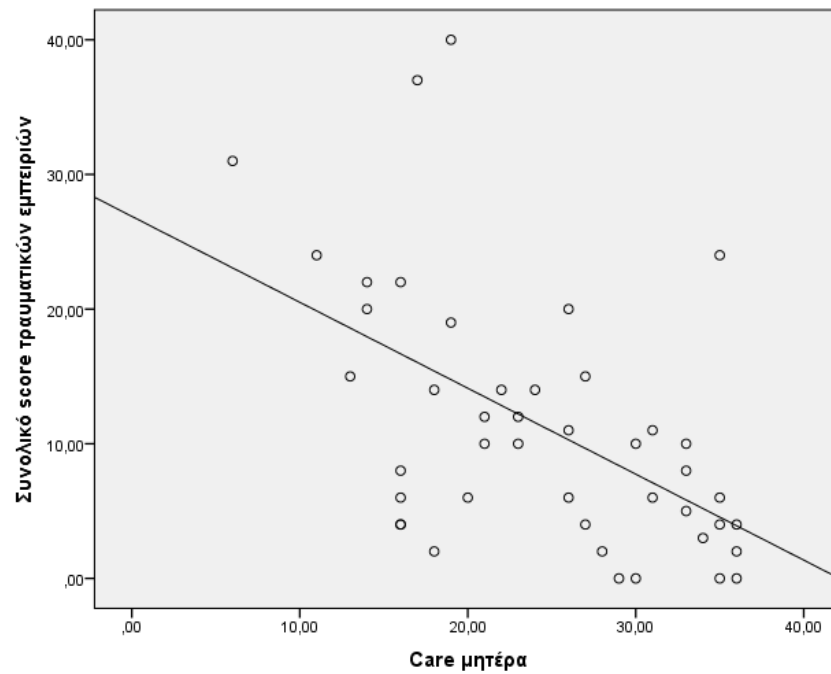
Γράφημα 13: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Άγχος» με την κλίμακα FAD-12.



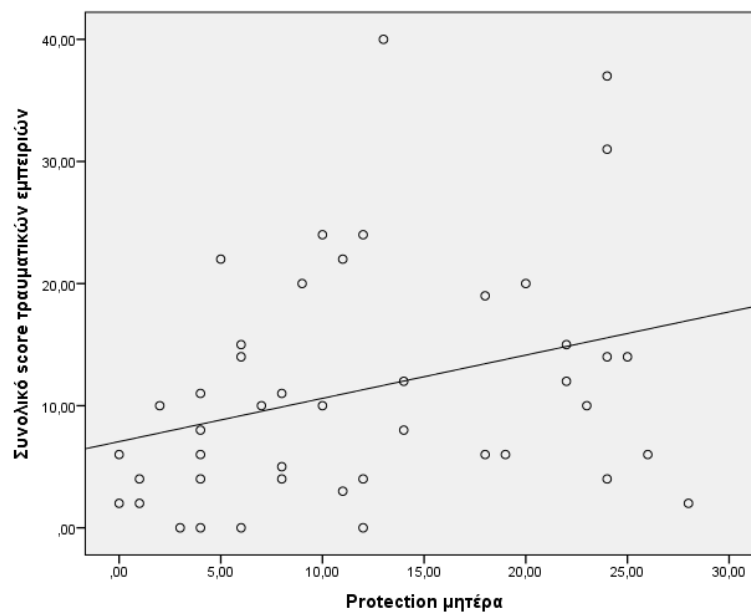
Γράφημα 14: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Κατάθλιψη» με την κλίμακα FAD-12.



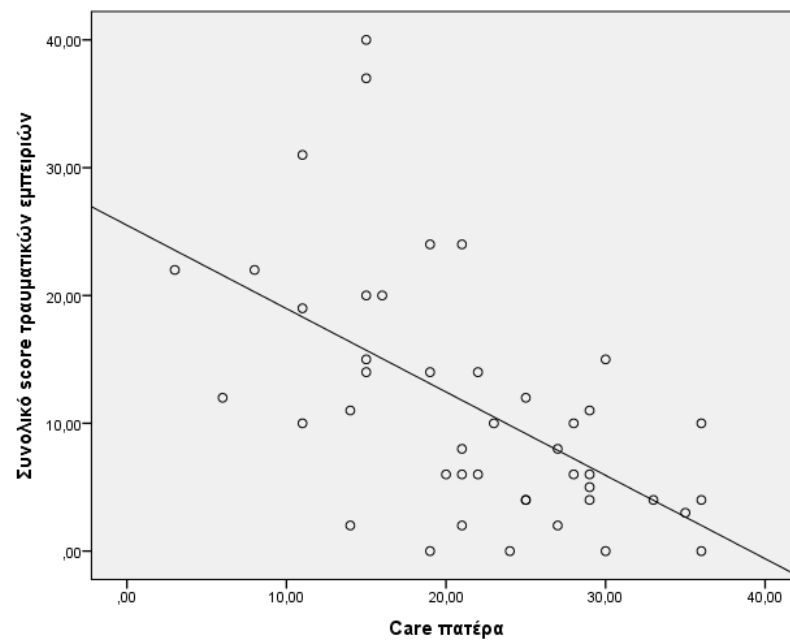
Γράφημα 15: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Care»- μητέρα με τη συνολική βαθμολογία των τραυματικών εμπειριών.



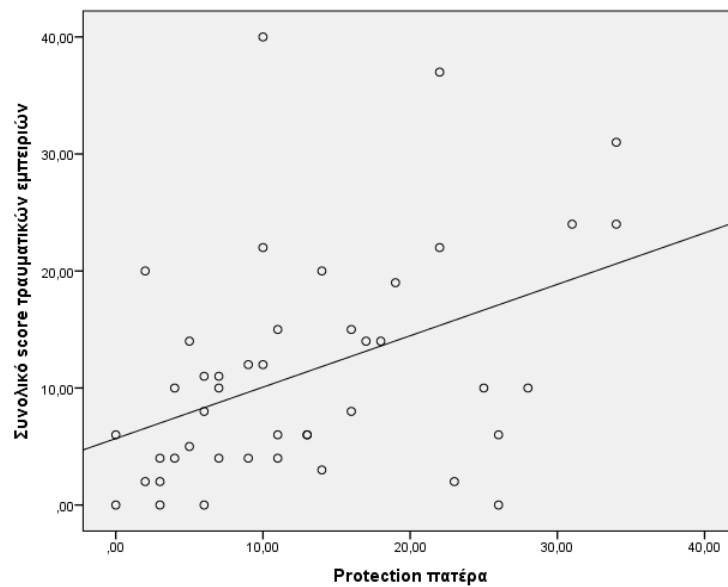
Γράφημα 16: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Protection»- μητέρα με τη συνολική βαθμολογία των τραυματικών εμπειριών.



Γράφημα 17: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Care»- πατέρα με τη συνολική βαθμολογία τραυματικών εμπειριών.



Γράφημα 18: Στικτόγραμμα της κλίμακας «Protection»- πατέρα με τη συνολική βαθμολογία τραυματικών εμπειριών.



Παράρτημα Β

1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών:

Βάλτε **✓** σε ένα από τα κουτάκια κάθε ερώτησης. Συμπληρώστε τα κενά διαστήματα όπου χρειάζεται.

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία: _____
3. Τόπος κατοικίας: _____
4. Επαγγελματική κατάσταση:
Πλήρης αμειβόμενη εργασία ☐
Μερική αμειβόμενη εργασία ☐
Οικιακά ☐
Άνεργη ☐
Συνταξιούχος ☐
Άλλο, προσδιορίστε: _____
5. Ηλικία συντρόφου / συζύγου: _____
6. Οικογενειακή κατάσταση:
Σε σχέση ☐ Συμβίωση ☐
Σύμφωνο Συμβίωσης ☐ Έγγαμος/η ☐
7. Ο/ η σύντροφος/ σύζυγός μου έχει εξάρτηση από :
Ηρωίνη ☐ Κάνναβη ☐ Αλκοόλ ☐
Κοκαΐνη ☐ Βενζοδιαζεπίνες ☐ Τυχερά παιχνίδια ☐
8. Έχετε παιδιά; Ναι ☐ Όχι ☐
Αν ναι, πόσα; _____
9. Εκπαιδευτικό επίπεδο:
Δημοτικό ☐ Μεταλυκειακές Σπουδές ☐

Γυμνάσιο ☐

ΑΕΙ/ ΤΕΙ ☐

Λύκειο ☐

Μεταπτυχιακές Σπουδές ☐

Διδακτορικές Σπουδές ☐

10. Εκπαιδευτικό επίπεδο συντρόφου/ συζύγου:

Δημοτικό ☐

Μεταλυκειακές Σπουδές ☐

Γυμνάσιο ☐

ΑΕΙ / ΤΕΙ ☐

Λύκειο ☐

Μεταπτυχιακές Σπουδές ☐

Διδακτορικές Σπουδές ☐

11. Οι γονείς σας ζουν;

Η μητέρα μου

Ναι ☐

Όχι ☐

Ο πατέρας μου

Ναι ☐

Όχι ☐

12. Αν ναι, συζητάτε μαζί τους θέματα που αφορούν την οικογένειά σας (πχ: ζητήματα που αφορούν στα επαγγελματικά, στο σπίτι, στο παιδί, στη σχέση με τον σύζυγο/σύντροφο);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

13. Σας βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά σας (πχ φροντίδα σπιτιού, φροντίδα παιδιού);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

14. Οι γονείς του/ της συντρόφου / συζύγου σας ζουν;

Η μητέρα του/ της

Ναι ☐

Όχι ☐

Ο πατέρας του/ της

Ναι ☐

Όχι ☐

15. Αν ναι, συζητάτε μαζί τους θέματα που αφορούν την οικογένειά σας (πχ: ζητήματα που αφορούν στα επαγγελματικά, στο σπίτι, στο παιδί, στη σχέση με τον σύζυγο/σύντροφο);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

16. Σας βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά σας (πχ: φροντίδα σπιτιού, φροντίδα παιδιού);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

17. Αντιμετωπίζετε κάποια ψυχική διαταραχή;

Ναι ☐

Αν ναι, ποια; _____

Όχι ☐

18. Λαμβάνεται κάποια συνταγογραφούμενη αγωγή σε σχέση με την διάγνωσή σας;

Ναι ☐

Όχι ☐

19. Αυτό το χρονικό διάστημα σας παρακολουθεί γιατρός ή ειδικός ψυχικής υγείας σε σχέση με την διάγνωσή σας;

Ναι ☐

Όχι ☐

20. Υπάρχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο, το οποίο να αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή); Αν ναι, βάλτε ένα 'ν' στο / στα κουτάκια και διευκρινίστε.

☐ Η μητέρα μου _____

☐ Ο πατέρας μου _____

☐ Ο/η αδερφός/ή μου _____

☐ Ο/η θείος/α μου _____

☐ Ο/η ξάδερφος/η μου _____

☐ Ο παππούς μου _____

☐ Η γιαγιά μου _____

21. Αναφέρετε ένα σημαντικό γεγονός ζωής, το οποίο βίωσε μέλος της οικογένειας ή το σύνολο της οικογένειας, όπως το ακούσατε ή το βιώσατε

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τη διερεύνηση της συντροφικής / συζυγικής σας σχέσης.

22. Πόσα χρόνια γνωρίζετε τον / την σύντροφό σας; _____

23. Πόσα χρόνια είστε παντρεμένοι; _____

24. Ο/ η σύντροφός σας εμπλεκόταν σε ανησυχητικό βαθμό με ψυχοτρόπες ουσίες από την αρχή της σχέσης σας;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

25. Ο / η σύντροφός σας εμπλεκόταν σε ανησυχητικό βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια από την αρχή της σχέσης σας;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

26. Γνωρίζατε ότι ο / η σύντροφός σας έχει πρόβλημα εξάρτησης από την αρχή της σχέσης σας;

Ναι ☐

Όχι ☐

27. Εσείς κάνατε ποτέ χρήση κάποιας ουσίας;

Ναι ☐

Όχι ☐

28. Εσείς κάνετε αυτό το χρονικό διάστημα χρήση κάποιας ουσίας;

Ναι ☐

Όχι ☐

29. Κάνατε ποτέ κοινή χρήση κάποιας ουσίας με τον / την σύντροφό σας;

Ναι ☐

Όχι ☐

30. Εσείς είχατε ποτέ προβληματική εμπλοκή με τα τυχερά παιχνίδια;

Ναι ☐

Όχι ☐

31. Στην παρούσα φάση ο /η σύντροφος / σύζυγός σας παρακολουθεί κάποιο πρόγραμμα συμβουλευτικής;

Ναι ☐

Όχι ☐

2. Ερωτηματολόγιο ρόλων στην Οικογένεια

Οι παρακάτω δηλώσεις αφορούν στη σχέση σας με την οικογένεια καταγωγής σας. Προσπαθήστε να θυμηθείτε τις σχέσεις σας με τους γονείς σας όταν ήσασταν παιδί, και βάλτε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Προσπαθήστε να μην ξοδεύετε χρόνο σκεπτόμενοι την κάθε πρόταση, και απαντήστε όσο πιο γρήγορα και ειλικρινά μπορείτε. Αν έχετε αμφιβολία ως προς την αξιολόγηση κάποιας πρότασης, απαντήστε σύμφωνα με την πρώτη σας αντίδραση. Παρακαλώ να είστε σίγουροι ότι απαντάτε σε κάθε πρόταση.

Στην παιδική και εφηβική ηλικία:

1. Προσπαθούσα να ικανοποιώ τις ανάγκες των γονιών ή και των αδελφών μου χωρίς να διεκδικώ τις δικές μου ανάγκες.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

2. Οι γονείς μου να τσακώνονταν και εγώ να προσπαθούσα με την συμπεριφορά μου να κάνω χαρούμενη /ο την μητέρα μου ή τον πατέρα μου.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

3. Οι γονείς μου ήταν επικριτικοί σε οτιδήποτε έκανα. Δεν αναγνώριζαν τις δεξιότητές μου ή τα κατορθώματά μου.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	5	6

4. Οι γονείς μου ήταν απόμακροι.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	6	7

5. Πετύχαινα πράγματα μόνο και μόνο για να ευχαριστήσω τους γονείς μου.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

6. Έμουν σε μια συνεχή προσπάθεια να πετύχω, προκειμένου να κάνω τους γονείς μου υπερήφανους.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

7. Έμουν το μαύρο πρόβατο της οικογένειας, απείθαρχο παιδί.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

8. Δυσκολευόμουν να πάρω πρωτοβουλίες ή περίμενα να αποφασίσουν οι άλλοι για εμένα.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5