

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ & ΕΠΙΠΕΔΟ  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ:  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ**

**ΠΟΛΙΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**A.M.: 233016134497**

**Επιβλέπων Καθηγητής:** Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:** Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Πομίνη Βαλέρια, Κλινική Ψυχολόγος, ΕΔΙΠ - Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Κλινική Ψυχολόγος PhD, Επιστημονική Συνεργάτης, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΑΘΗΝΑ**

**ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2024**

## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT.....	7
Εισαγωγή .....	9
Μέρος Α: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας .....	12
Κεφάλαιο 1: Ουσιοεξάρτηση: Ορισμός & Στάδια Εγκατάστασης της .....	12
Κεφάλαιο 2: Οικογενειακό Σύστημα Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Θεραπευτική Διαδικασία .....	13
2.1. Παράγοντες Κινδύνου & Ουσιοεξάρτηση .....	13
2.2. Η οικογένεια ως Σύστημα: Βασικές Αρχές Συστημικής Προσέγγισης.....	16
2.3. Τα Ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά των Οικογενειών Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων .....	19
2.4 Η Συμβολή της Οικογένειας στην Θεραπευτική Διαδικασία .....	23
2.5 Υποτροπή σε Θεραπευτικό Πλαίσιο & Οικογενειακή Επιρροή.....	26
Κεφάλαιο 3: Συσχέτιση Εκφραζόμενου Συναισθήματος Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής .....	27
Κεφάλαιο 4: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής.....	30
Κεφάλαιο 5: Συσχέτιση Λειτουργικότητας και Επικοινωνίας Οικογένειας Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής .....	32
Κεφάλαιο 6: Συσχέτιση Κοινωνικής Υποστήριξης Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής .....	36
Κεφάλαιο 7: Συσχέτιση Συναισθημάτων Άγχους, Στρες και Κατάθλιψης Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής .....	39
Κεφάλαιο 8: Σκοπός & Ερευνητικές Υποθέσεις.....	41
Μέρος Β: Ερευνητικό Μέρος .....	43
Κεφάλαιο 9: Μεθοδολογία .....	43
9.1 Συμμετέχοντες .....	43

9.2 Ερευνητική Διαδικασία .....	43
9.3 Ερευνητικά Εργαλεία.....	45
9.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας .....	48
9.5 Στατιστική Ανάλυση.....	49
Κεφάλαιο 10: Αποτελέσματα.....	50
10.1 Περιγραφική Στατιστική .....	50
10.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία Γονέων & Στοιχεία για την Θεραπευτική Πορεία των Παιδιών τους .....	50
10.1.2 Εκφραζόμενο συναίσθημα, ποιότητα ζωής, οικογενειακή λειτουργικότητα, επικοινωνία, κοινωνική υποστήριξη, στρες, άγχος & κατάθλιψη.....	55
10.2 Επαγωγική Στατιστική .....	57
10.2.1 Διαφοροποιήσεις στο εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής, την οικογενειακή λειτουργικότητα, την επικοινωνία, την κοινωνική υποστήριξη, το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη των γονέων ανάλογα με τον αριθμό υποτροπών των ουσιοεξαρτημένων παιδιών τους.....	57
10.2.3 Συσχέτιση αριθμού υποτροπών & συχνότητας και τρόπου επικοινωνίας.....	60
Κεφάλαιο 11: Συζήτηση .....	63
11.1 Σύνδεση με Υπάρχουσα Βιβλιογραφία .....	63
11.2 Περιορισμοί.....	67
Κεφάλαιο 12: Συμπεράσματα & Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες .....	68
Βιβλιογραφία .....	71

## Ευχαριστίες

Με την παρούσα εργασία ολοκληρώνω τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στον τομέα των εξαρτήσεων. Ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η συγγραφή αυτής της ερευνητικής μελέτης δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την συμβολή και την υποστήριξη των παρακάτω ανθρώπων.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον κύριο Παπαρρηγόπουλο Θωμά, ο οποίος ανέλαβε την επίβλεψη της μελέτης μου. Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω την κυρία Πομίνι Βαλέρια και την κυρία Τριανταφύλλου Καλλιόπη, που με καθοδήγησαν και με συμβούλεψαν κατά την διεξαγωγή της μελέτης αυτής.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς το Ίδρυμα Ωνάση για την πολύτιμη στήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Στην συνέχεια, δεν βρίσκω λόγια να εκφράσω την εκτίμηση και την ευγνωμοσύνη μου για το θεραπευτικό προσωπικό του τμήματος Οικογένειας της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., της μονάδας Οικογενειακής Υποστήριξης του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ και της μονάδας Εφήβων/ Νέων Αθήνας «Ατραπός» του ΟΚΑΝΑ. Η υποστήριξη, η καθοδήγησή τους, οι γνώσεις και η ειλικρινής αφοσίωσή τους στο αντικείμενο τους αποτελούν για εμένα έμπνευση για την μελλοντική μου πορεία και μία συνεχή υπενθύμιση της σημασίας του έργου που επιτελούν τα προγράμματα απεξάρτησης και την αναγκαιότητα διαφύλαξής τους. Επιπλέον, καθοριστική ήταν η συμβολή της υπεύθυνης εκπαίδευσης του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ, Τσαλέρα Ειρήνη, όπως και του επιστημονικά υπεύθυνου του προαναφερθέντος προγράμματος, Καταγή Βασίλη, οι οποίοι με στηρίζουν ανελλιπώς από την αρχή της πορείας μου στο χώρο των εξαρτήσεων και το παράδειγμά τους συνέβαλλε σημαντικά στην επιλογή αυτού του κλάδου. Ειλικρινά, ευχαριστώ.

Τέλος, η πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τα άτομα που συμμετείχαν και αφιέρωσαν μέρος του προσωπικού τους χρόνου για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τους ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη και την συνεργασία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Η ουσιοεξάρτηση είναι ένα πολύπλοκο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, με σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία, που επηρεάζει άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Η οικογένεια διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, καθώς παράγοντες όπως το εκφραζόμενο συναίσθημα, η ποιότητα ζωής, η λειτουργικότητα της οικογένειας, η επικοινωνία και η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζουν άμεσα την πορεία της θεραπείας. Ωστόσο, παρατηρείται ερευνητικό κενό στη μελέτη της συσχέτισης αυτών των παραγόντων με την υποτροπή, γεγονός που περιορίζει την κατανόηση της οικογενειακής δυναμικής και την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων, με χαμηλότερα ποσοστά υποτροπών.

**Σκοπός.** Η παρούσα ερευνητική εργασία επιδιώκει να διερευνήσει τις διαφορές ως προς το εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής και το επίπεδο οικογενειακής λειτουργικότητας, επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης, γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων με 0-1 υποτροπές και γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων με  $\geq 2$  υποτροπές, όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ.

**Μεθοδολογία.** Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη, με δείγμα 57 γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων (64,9% είχαν 0-1 υποτροπές και 35,1% είχαν  $\geq 2$  υποτροπές) που παρακολουθούσαν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα από το τμήμα Οικογένειας της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ή από την μονάδα Οικογενειακής Υποστήριξης του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ, ή από την μονάδα Εφήβων/ Νέων Αθήνας «Ατραπός» του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Χορηγήθηκαν τα εξής εργαλεία: η Κλίμακα Απορριπτικών Στάσεων Kreisman (Kreisman Scale of Rejecting Attitudes), η Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής (WhoQoL- Bref Δ), η Κλίμακα Αξιολόγησης της Οικογενειακής Λειτουργικότητας (Family Assessment Device/ FAD) , η Κλίμακα Αξιολόγησης της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support/ MPSS) και η Κλίμακα Αξιολόγησης της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες (Depression Anxiety Stress Scale-21/ DASS 21). Οι συμμετέχοντες απάντησαν

επίσης σε ερωτήσεις αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ίδιων και τα στοιχεία της θεραπευτικής πορείας των παιδιών τους.

**Αποτελέσματα.** Διαπιστώθηκε ότι το εκφραζόμενο συναίσθημα σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό υποτροπών ( $p = .000$ ) και οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 75.10$ ,  $SD = 11.841$ ) είχαν υψηλότερο εκφραζόμενο συναίσθημα από τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές ( $M = 55.38$ ,  $SD = 15.278$ ). Παρόμοια, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό υποτροπών ( $p = .003$ ) και ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής ( $M = 73.92$ ,  $SD = 12.056$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 64.20$ ,  $SD = 9.929$ ). Επίσης, η οικογενειακή λειτουργικότητα σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό υποτροπών ( $p = .000$ ), και οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη οικογενειακή λειτουργικότητα ( $M = 1.85$ ,  $SD = .518$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 2.77$ ,  $SD = .492$ ). Αντίθετα, βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δε σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ( $p = .159$ ), το άγχος ( $p = .412$ ), το στρες ( $p = .350$ ), την κατάθλιψη ( $p = .205$ ), την επικοινωνία με το παιδί ( $p = .580$ ), τη συχνότητα επικοινωνίας με το παιδί ( $p = .386$ ) και τον τρόπο επικοινωνίας με το παιδί ( $p = .401$ ).

**Συμπεράσματα.** Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει τις σημαντικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με υψηλά ποσοστά υποτροπών. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων, οικογενειοκεντρικών προσεγγίσεων και πολιτικών υποστήριξης είναι απαραίτητη για την ενίσχυση της θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς και της ευημερίας των οικογενειών αυτών.

**Λέξεις κλειδιά:** Γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων, υποτροπή, εκφραζόμενο συναίσθημα, οικογενειακή λειτουργικότητα, ποιότητα ζωής, κοινωνική υποστήριξη

## ABSTRACT

**Introduction.** Substance dependence is a complex biopsychosocial phenomenon with serious implications for mental and physical health, affecting individuals regardless of age and socioeconomic status. The family plays a crucial role in addressing addiction, with factors such as expressed emotion, quality of life, family functioning, communication, and social support influencing the course of treatment. However, there is a research gap in studying the correlation between these factors and relapse, limiting the understanding of family dynamics and the development of more effective therapeutic approaches with lower relapse rates.

**Aim.** The present study aims to investigate differences in expressed emotion, quality of life, and the level of family functioning, communication, and social support among parents of substance-dependent individuals with 0-1 relapses and parents of substance-dependent individuals with  $\geq 2$  relapses, throughout the time they attend a residential therapeutic program, either at 18 ANO Psychiatric Hospital of Attica, or at KETHEA, or at OKANA.

**Methodology.** A cross-sectional study was carried out, with a sample of 57 parents of substance dependent individuals (64,9% had 0-1 relapses and 35,1% had  $\geq 2$  relapses) attending a residential treatment program or at the Family Department of the 18 ANO Detoxification Unit (Psychiatric Hospital of Attica), or at the Family Support Unit of KETHEA EN DRASI, or at the Adolescents/Youth Unit "Atrapos" of the Organization Against Drugs (OKANA). The following tools were administered: the Kreisman Scale of Rejecting Attitudes, the Quality of Life Assessment Scale (WhoQoL-Bref D), the Family Assessment Device (FAD), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MPSS) and the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS 21). The participants also answered questions regarding their demographic information and details about their children's therapeutic progress.

**Results.** Expressed emotion was found to be statistically significantly related to number of relapses ( $p = .000$ ) and parents of substance-dependent children with  $\geq 2$  relapses ( $M = 75.10$ ,  $SD = 11.841$ ) had higher expressed emotion than parents of substance-dependent children with 0-1 relapses ( $M = 55.38$ ,  $SD = 15.278$ ). Similarly, it was found that quality of life was statistically significantly related to the number of relapses ( $p = .003$ ) and that parents of substance-dependent children with 0-1 relapses had better quality of life ( $M = 73.92$ ,  $SD = 12.056$ ) compared to parents of substance-dependent children with  $\geq 2$

relapses (M= 64.20, SD= 9.929). Also, family functioning was statistically significantly related to the number of relapses ( $p = .000$ ), and parents of substance-dependent children with 0-1 relapses had better family functioning (M= 1.85, SD= .518) compared to parents of substance-dependent children with  $\geq 2$  relapses (M= 2.77, SD= .492). On the contrary, it was found that the number of relapses was not statistically significantly related to the total received social support ( $p = .159$ ), anxiety ( $p = .412$ ), stress ( $p = .350$ ), depression ( $p = .205$ ), the communication with the child ( $p = .580$ ), the frequency of communication with the child ( $p = .386$ ) and the way of communication with the child ( $p = .401$ ).

**Conclusions.** This study highlights the significant challenges faced by parents of substance-dependent individuals with high relapse rates. Addressing these challenges through targeted interventions, family-centered approaches, and supportive policies is necessary to enhance the therapeutic process and improve the well-being of these families.

**Key words:** Parents of substance-dependent individuals, relapse, expressed emotion, family functioning, quality of life, social support



## Εισαγωγή

Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, δηλαδή της χρόνιας και καταναγκαστικής χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, νόμιμων ή παράνομων, που επηρεάζουν τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, αποτελεί ένα από τα κυριότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023). Έχει λάβει πλέον διαστάσεις επιδημίας, καθώς εξαπλώνεται σε όλο και νεότερες ηλικίες ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου, συνδυαστικά με παραβατικές συμπεριφορές, περιθωριοποίηση και σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία των ατόμων (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018).

Το φαινόμενο της συνεχούς μείωσης του ηλικιακού ορίου της πρώτης επαφής με την χρήση (Πομίνι, 2004), συνδυαστικά με την διαμονή, μέχρι την ύστερη ενηλικίωση με την οικογένεια λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στις δυτικές χώρες, αλλά και στην Ελλάδα συγκεκριμένα, προσδίδει στην οικογένεια καθοριστικό ρόλο όσον αφορά την παθογένεση, την διατήρηση αλλά και την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης (Μάτσα, 2001). Αναδεικνύεται, λοιπόν, η σημασία της συστημικής προσέγγισης στην ουσιοεξάρτηση, καθώς και στη διαδικασία απεξάρτησης, μέσω μίας κυκλικής σχέσης αιτιότητας και αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους γονείς, το ουσιοεξαρτημένο άτομο και την εξάρτηση, η οποία αποτελεί σύμπτωμα της δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος (Bowen, 1966; Minuchin, 1974).

Επιπλέον, η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία έχει αποδειχθεί κρίσιμη, καθώς συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά κινητοποίησης, παραμονής στη θεραπεία και μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα ανάρρωσης. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αναδείχθηκαν ορισμένοι οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία της εξάρτησης και της απεξάρτησης, όπως το εκφραζόμενο συναίσθημα, η ποιότητα ζωής, η οικογενειακή λειτουργικότητα, η επικοινωνία και η κοινωνική υποστήριξη (Jenkins & Carno, 1992; Lander et al., 2013; Marlatt & Donovan, 2005).

Η σημασία αυτών των παραγόντων για τα αποτελέσματα της θεραπευτικής διαδικασίας έγκειται στην άμεση συσχέτισή τους με την υποτροπή, ένα φαινόμενο που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη φύση της εξάρτησης και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας απεξάρτησης (Marlatt & Donovan, 2005; Μάτσα, 2001). Ως υποτροπή δεν ορίζεται μόνο η επιστροφή στο μοτίβο χρήσης ουσιών, αλλά και τα προειδοποιητικά σημάδια που μπορεί να εμφανιστούν πριν την εκδήλωσή της και να επηρεάσουν σημαντικά τη δυναμική της οικογένειας, δημιουργώντας μία αμφίδρομη σχέση (Santoso et al., 2020). Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να αυξήσουν ή να μειώσουν την πιθανότητα υποτροπής των ουσιοεξαρτημένων ατόμων και, παράλληλα, να ενταθούν από την ίδια την υποτροπή, διαμορφώνοντας έναν φαύλο κύκλο που επηρεάζει αρνητικά τόσο τα μέλη της οικογένειας, και ιδίως αυτά που έχουν αναλάβει ρόλο φροντιστή, όσο και την πορεία της θεραπείας (Marlatt & Donovan, 2005; Μάτσα, 2001). Αν και η βιβλιογραφία αναγνωρίζει τη σημασία αυτής της αλληλεπίδρασης, υπάρχει ένα ερευνητικό κενό στη συνδυαστική μελέτη αυτών των παραγόντων, γεγονός που περιορίζει την ολοκληρωμένη κατανόηση της αλληλεπίδρασης της οικογενειακής δυναμικής και της υποτροπής (Pomini et al., 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, και δεδομένου ότι κατά την ανασκόπηση δεν εντοπίστηκαν αρκετές έρευνες στην ελληνική βιβλιογραφία που να μελετάνε αυτές τις μεταβλητές συνδυαστικά, θα πραγματοποιηθεί σύγκριση γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων με 0-1 υποτροπή όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ και γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων από τα ίδια στεγνά θεραπευτικά προγράμματα με  $\geq 2$  υποτροπές, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα, με σκοπό τη διερεύνηση διαφορών στο εκφραζόμενο συναίσθημα, στην ποιότητα ζωής και στο επίπεδο οικογενειακής λειτουργικότητας, επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης.

Παρακάτω, ακολουθεί μία σύντομη αλλά περιεκτική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, με σκοπό την κατανόηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης σε συνδυασμό με τη δυναμική του οικογενειακού συστήματος όσον αφορά την ανάπτυξη και τη θεραπεία της. Συγκεκριμένα στο Α' Μέρος, θα γίνει αναφορά σε κάποια εισαγωγικά στοιχεία σχετικά με την πολύπλοκη

φύση της ουσιοεξάρτησης ως βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, τα στάδια εγκατάστασης της εξαρτητικής συμπεριφοράς καθώς και τις κοινωνικές και προσωπικές συνέπειες αυτής στο άτομο. Στη συνέχεια, εξετάζεται το οικογενειακό σύστημα ως κρίσιμος παράγοντας στην πορεία της εξάρτησης, με έμφαση στους παράγοντες κινδύνου και στις αρχές της συστημικής προσέγγισης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα χαρακτηριστικά των οικογενειών με ουσιοεξαρτημένα μέλη και στη συμβολή τους στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς και στη σχέση της οικογενειακής δυναμικής με την υποτροπή. Επιπλέον, αναλύονται ορισμένοι οικογενειακοί παράγοντες που θα αποτελέσουν τις μεταβλητές της παρούσας έρευνας, όπως το εκφραζόμενο συναίσθημα, η ποιότητα ζωής, η οικογενειακή λειτουργικότητα, η επικοινωνία και η κοινωνική υποστήριξη και πώς αυτοί συνδέονται και αλληλεπιδρούν με την υποτροπή των ουσιοεξαρτημένων μελών στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στο Β' Μέρος, θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία, η περιγραφική και η επαγωγική στατιστική ανάλυση και τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται με τη συζήτηση, τα τελικά συμπεράσματα, τους περιορισμούς και τις προτάσεις για τους μελλοντικούς ερευνητές.

## **Μέρος Α: Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας**

### **Κεφάλαιο 1: Ουσιοεξάρτηση: Ορισμός & Στάδια Εγκατάστασης της**

Με τον όρο ουσιοεξάρτηση ορίζεται η χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου η οποία καθορίζεται τόσο από περιβαλλοντικούς όσο και από φαρμακολογικούς και γενετικούς-βιολογικούς παράγοντες που αλληλοεπιδρούν (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018). Ως βασικό γνώρισμα της ουσιοεξάρτησης ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2013) αναγνωρίζει την ανάγκη συνεχούς αύξησης της ποσότητας της εθιστικής ουσίας, της οποίας η διακοπή ή η μείωση βιώνεται από το άτομο ως δυσάρεστη, επίπονη ακόμα και αδύνατη. Τα κύρια χαρακτηριστικά της συνοψίζονται ως εξής: α) ψυχαναγκαστική αναζήτηση και λήψη μίας ή περισσότερων εξαρτησιογόνων ουσιών, ανεξαρτήτως συνεπειών, β) σταδιακή παραμέληση των υπόλοιπων ενδιαφερόντων και γ) αποδοχή του κοινωνικού ρόλου του «εξαρτημένου» και υιοθέτηση αντίστοιχων συμπεριφορών (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018).

Η ουσιοεξάρτηση διαφοροποιείται από την περιστασιακή χρήση ή την κατάχρηση ουσιών. Η διαδικασία εγκαθίδρυσης της εξαρτητικής συμπεριφοράς αποτελείται από τρία στάδια. Στο αρχικό στάδιο, εντοπίζεται η πρώτη επαφή με την ουσία, ο πειραματισμός, στοχεύοντας συνήθως στην ευχαρίστηση. Στο ενδιάμεσο στάδιο, η συχνότητα της χρήσης αυξάνεται όπως και ο χρόνος που αφιερώνεται για την εύρεσή της, ενώ παρατηρείται ότι σταδιακά οι κοινωνικές επαφές περιστρέφονται γύρω από αυτή δημιουργώντας τριβές με το περιβάλλον του εκάστοτε ατόμου. Στο τελικό στάδιο, όπου η εγκατάσταση της εξάρτησης είναι πλέον γεγονός, το άτομο αδυνατεί να ελέγξει την συμπεριφορά του αδιαφορώντας για την επικίνδυνη αύξηση των αρνητικών συνεπειών (Τσουνής, 2013). Σύμφωνα με τον Olievenstein (1982) «η εξάρτηση είναι το αποτέλεσμα της συνάντησης της ουσίας με μία συγκεκριμένη ελλειμματική προσωπικότητα σε μία δεδομένη κοινωνικοπολιτισμική στιγμή», παρατήρηση η οποία αποτυπώνει με σαφήνεια τη φύση της ουσιοεξάρτησης ως βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο και διασαφηνίζει ότι ο πειραματισμός και η χρήση δεν είναι μονόδρομος για την εξάρτηση (Τσουνής, 2013).

Η ουσιοεξάρτηση έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, την εργασία και την εκπαίδευση του ατόμου που εμπλέκεται άμεσα, όπως επίσης και στην κοινωνική και συναισθηματική του υπόσταση. Επίσης, επηρεάζει αρνητικά το κοινωνικό σύνολο, καθώς η συνεχής ενασχόληση του ατόμου με την αναζήτηση και τη λήψη της ουσίας (νόμιμης ή παράνομης) το καθιστούν ανίκανο να ακολουθήσει τον κοινό αξιακό κώδικα που διέπει την κοινωνία (Μάτσα, 2001). Σταδιακά το ουσιοεξαρτημένο άτομο απορρίπτει τις προυπάρχουσες ταυτότητες και τους ρόλους του και εμπλέκεται με παραβατικές συμπεριφορές αύξουσας επικινδυνότητας επιδεινώνοντας παράλληλα την υγεία του, σωματική και ψυχική, και το βιοτικό του επίπεδο (Γεωργάκας, 2007).

## **Κεφάλαιο 2: Οικογενειακό Σύστημα Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Θεραπευτική Διαδικασία**

### **2.1. Παράγοντες Κινδύνου & Ουσιοεξάρτηση**

Σύμφωνα με το κυρίαρχο θεωρητικό μοντέλο των τελευταίων δεκαετιών, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο προσφέρει μια ολιστική προσέγγιση στην κατανόηση και θεραπεία της εξάρτησης (Engel, 1977), η εγκατάσταση της εξάρτησης επηρεάζεται καθοριστικά από την αλληλεπίδραση της μοναδικής προσωπικότητας του κάθε ατόμου με το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον, καθώς και από φαρμακολογικά, εμπειρικά, πολιτισμικά και περιβαλλοντικά δεδομένα της εκάστοτε εποχής (Παπαντός & Καφετζόπουλος, 2019).

Οι βιολογικές, ψυχολογικές και περιβαλλοντικές παράμετροι που συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση της εξάρτησης αναφέρονται ως παράγοντες κινδύνου γιατί παρατηρούνται συχνά σε περιπτώσεις εμφάνισης εξαρτητικής συμπεριφοράς. Με τον όρο «παράγοντες κινδύνου» περιγράφονται τα χαρακτηριστικά, οι συνθήκες και οι κίνδυνοι αυτοί που αν είναι παρόντες, είναι πιθανότερο ένα άτομο να αναπτύξει μία εξαρτητική συμπεριφορά σε σχέση με ένα άτομο με διαφορετικά χαρακτηριστικά και σε διαφορετικά πλαίσια. Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες κινδύνου αυξάνουν την ευαισθησία ενός ατόμου στην ανάπτυξη εξάρτησης, η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση και την ταυτόχρονη παρουσία πολλών τέτοιων παραγόντων (Institute of Medicine, 1994).

Οι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της εξάρτησης προϋπάρχουν ήδη από την παιδική και την εφηβική ηλικία, μία περίοδο όπου το άτομο βιώνει ριζικές αλλαγές σε βιολογικό, γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής τοποθετείται συνήθως η έναρξη της χρήσης ουσιών η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με κοινωνικές συναναστροφές, ιδίως με συνομήλικους που επιδίδονται και οι ίδιοι σε αντίστοιχες συμπεριφορές, όπως επίσης και με την κοινωνική πίεση (Muisener, 1994). Η σύναψη κοινωνικών σχέσεων και η περαιτέρω εμπλοκή με τα παραπάνω άτομα αποτελεί επιλογή του ατόμου η οποία βασίζεται σε στοιχεία της προσωπικότητάς του και της ψυχοσύνθεσής του και όχι σε μία τυχαία συγκυρία. Συνεπώς η έκθεση στην χρήση μέσω φίλων και συνομήλικων προκύπτει ως αποτέλεσμα προηγούμενων αποφάσεων του ατόμου σύμφωνες με τις τότε ποιότητες και αξίες του, πιθανόν κατά το διάστημα της προεφηβείας. Στις περιπτώσεις αυτές το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον λειτουργεί σαν δραστικός καταλύτης στην ενεργοποίηση της ευαλωτότητας, δηλαδή της προϋπάρχουσας τάσης στην χρήση (Newcomb, 1997). Η πολύπλοκη αυτή αλληλεπίδραση των ατομικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων επηρεάζει σημαντικά την πορεία του πειραματισμού δηλαδή το αν το άτομο θα παραμείνει στην περιστασιακή χρήση ή θα αναπτύξει προβλήματα κατάχρησης και στην πορεία ουσιοεξάρτησης (Newcomb & Earleywine, 1996).

Σύμφωνα με αναδρομή σε σχετική βιβλιογραφία και με ό,τι υπαγορεύει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο η ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης είναι αποτέλεσμα πολυάριθμων παραγόντων που λειτουργούν με τρόπο αθροιστικό και συνεργατικό. Διαφοροποιούνται ποσοτικά και ποιοτικά ανάλογα με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και επιδρούν διαφορετικά σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου. Καθώς αποτελεί θεματική που απασχόλησε ιδιαίτερα την ερευνητική κοινότητα έχουν υπάρξει κατηγοριοποιήσεις αυτών των παραγόντων. Στην παρούσα εργασία αν και θα παρουσιαστούν συνοπτικά όλες οι κατηγορίες, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στους οικογενειακούς παράγοντες κινδύνου που άπτονται άμεσα με τις θεματικές που αναπτύσσονται σε αυτή (Καλαρρύτης 2004).

Ως βασική κατηγορία αναδείχθηκαν οι βιογενετικοί παράγοντες όπως η κληρονομική προδιάθεση στην κατάχρηση ουσιών, η ηλικία, το φύλο, οι

συναισθηματικές διαταραχές, η αντικοινωνική προσωπικότητα, αλλά και οι ψυχολογικοί παράγοντες δηλαδή 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 (Kafetzopoulos, 2006). Σημαντικό ρόλο επίσης διαδραματίζουν οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες, η απουσία αυστηρού νομικού πλαισίου και γενικότερα οι κοινωνικές συνθήκες που ευνοούν την χρήση τόσο σε μικροεπίπεδο (διαβίωση σε υποβαθμισμένη γειτονιά με έντονη εγκληματικότητα και υψηλή διαθεσιμότητα ναρκωτικών) όσο και σε μακροεπίπεδο (δυσχερείς οικονομικές συνθήκες). Παράλληλα, η κατηγορία των σχολικών παραγόντων επηρεάζει σημαντικά την εύπλαστη ψυχосύνθεση του εφήβου. Κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η σχολική αποτυχία, οι χαμηλές προσδοκίες σχολικής επίδοσης, το υποβαθμισμένο ή μη ασφαλές σχολικό περιβάλλον, οι επιδράσεις των συνομηλίκων με θετικά προδιατεθειμένη συμπεριφορά στη χρήση αλκοόλ ή ουσιών, ή επιρρέπεια σε προβληματικές ή και παράνομες πράξεις (Kafetzopoulos, 2006). Ολοκληρώνοντας, καταλυτικής σημασίας είναι οι οικογενειακοί παράγοντες καθώς η οικογένεια εντός της οποίας μεγαλώνει το παιδί αποτελεί την πρώτη ομάδα κοινωνικοποίησης που εντάσσεται το άτομο επηρεάζοντας καθοριστικά την διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του (Kaufman & Yoshioka, 2004). Οι επιβαρυντικοί οικογενειακοί παράγοντες μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες που αφορούν: α) τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας όπως το υποβαθμισμένο βιοτικό επίπεδο, β) το ελλιπές κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο είτε από μέλη της διευρυμένης οικογένειας είτε από την κοινότητα και γ) την αποστασιοποίηση της οικογένειας από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο (Καλλαρύτης, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, στους παράγοντες κινδύνου που προέρχονται από την οικογένεια πρωτοστατεί η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τον ένα ή και τους δύο γονείς ή γενικότερα από τα πρόσωπα σε ρόλους φροντίδας (Boyd et al., 1999; Dube et al., 2003). Ακόμα, ως οικογενειακές επιρροές που ενδέχεται να λειτουργήσουν ως παράγοντες κινδύνου αναδεικνύονται η αδύναμη σύνδεση μεταξύ των μελών της οικογένειας (Brook et al., 2001), οι συγχωνευτικές

σχέσεις ή αλλιώς η ενδοοικογενειακή συγχώνευση η οποία αναφέρεται σε ένα οικογενειακό δυναμικό με ασαφή όρια με αποτέλεσμα την αδυναμία καλλιέργειας συναισθηματικής και ψυχολογικής ανεξαρτησίας και την ελλιπή οικογενειακή λειτουργικότητα (Minuchin et al., 2007; Stanton et al., 1982). Αυτό το φαινόμενο συχνά συνοδεύεται από υποβαθμισμένη επικοινωνία (Bernardi et al., 1989) και αυξημένες στρεσογόνες αντιδράσεις (Kerr & Bowen, 1988). Ταυτόχρονα, σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι ο χαμηλός γονεϊκός έλεγχος συνδυαστικά με την ελλιπή γονεϊκή υποστήριξη (Ivandić Zimić & Jukić, 2012), η ύπαρξη οποιασδήποτε μορφής βίας και δυσαρμονίας εντός οικογένειας, η παιδική παραμέληση ή κακοποίηση (Dube et. al., 2003), οι γονεϊκές συγκρούσεις (Carvalho et al., 1995) και τέλος οι γονεϊκές στάσεις απέναντι στην χρήση ουσιών (Kandel et. al., 2001).

Υπογραμμίζεται ακόμα ότι ενώ οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τις σχέσεις με φίλους και συνομήλικους έχουν αμεσότερη επίδραση στην επαφή με τις ουσίες, η γονεϊκή επιρροή προηγείται και επηρεάζει τις επιλογές του εφήβου ως προς τις μετέπειτα συναναστροφές του (Brook, 2003; Friedman & Glassman, 2000). Είναι σαφές ότι η επιρροή της οικογένειας είναι ισχυρή κατά την παιδική ηλικία του υποκειμένου, το αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο η προσωπικότητα του παιδιού είναι ιδιαίτερος εύπλαστη, αλλά τείνει να υποχωρεί κατά την ενηλικίωση (Friedman & Glassman, 2000). Ο τρόπος με τον οποίο θα επικοινωνηθούν οι κανόνες της κοινωνικής ζωής εντός του πλαισίου της οικογένειας και θα ανατραφεί το παιδί επιδρούν στην ανάπτυξη του συναισθηματικού του κόσμου και την διαμόρφωση υγιών μηχανισμών αντιμετώπισης των προβλημάτων. Συνεπώς, η μελέτη του οικογενειακού συστήματος που θα πραγματοποιηθεί στο επόμενο κεφάλαιο είναι καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση και τη θεραπεία του ουσιοεξαρτημένου ατόμου (Τσούνης, 2013).

## **2.2. Η οικογένεια ως Σύστημα: Βασικές Αρχές Συστημικής Προσέγγισης**

Η οικογένεια συγκροτεί ένα πολυδιάστατο, δυναμικό σύστημα ιδεών, συναισθημάτων και συμπεριφορών του οποίου τα στοιχεία αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Κάθε οικογένεια διαθέτει μια οργανωμένη δομή, έχει αναπτύξει ένα σύνολο κανόνων και ιεραρχιών, έχει αποδώσει λειτουργικούς ρόλους στα μέλη της και έχει δημιουργήσει τους



δικούς της κώδικες επικοινωνίας (Stanton et al., 1982; Jackson, 1965). Κάθε μέλος του συστήματος οφείλει να διαμορφώσει την προσωπική του πορεία με τρόπο που να είναι λειτουργικός και σε αρμονία με το σύνολο του συστήματος, εξισορροπώντας παράλληλα τις αλληλοδιαπλεκόμενες πορείες ζωής των άλλων μελών όπως και τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου στο οποίο αναπτύσσεται η οικογένεια (Kerr & Bowen, 1988; Γεωργάκας, 2001). Οι συνεχείς αυτές αλληλεπιδράσεις δημιουργούν την αίσθηση της οικογένειας (Μάτσα, 1997).

Το οικογενειακό σύστημα αποτελείται και εκτελεί λειτουργίες μέσω υποσυστημάτων (Goldenberg & Goldenberg, 2005) που διαχωρίζονται με ορισμένες ειδοποιούς διαφορές όπως: οι γενεές (γονείς -παιδιά), το φύλο (μητέρα - κόρη, πατέρας- γιος ) και οι ρόλοι που αναλαμβάνει να επιτελέσει το κάθε μέλος (Minuchin, 1974; Τσουνής, 2013). Η εξέλιξη τού κάθε μέλους είναι άμεσα συνυφασμένη με το πόσο αρμονικά αλληλεπιδρούν, τα κύρια και μη, στοιχεία του συστήματος παρέχοντάς του από την μία ένα σταθερό και ασφαλές περιβάλλον όπου θα μπορέσει να αναλάβει διαφορετικούς ρόλους και ευθύνες και από την άλλη το περιθώριο να διαφοροποιηθεί καλλιεργώντας μία αυτόνομη προσωπικότητα, ικανή για υγιή επικοινωνία και σύναψη δεσμών εκτός του οικογενειακού πλαισίου (Μάτσα, 2001).

Για την καλύτερη κατανόηση της συστημικής προσέγγισης της οικογένειας οφείλουμε να αναφερθούμε στη θεωρία που την θεμελίωσε, τη Θεωρία των Οικογενειακών Συστημάτων (Family Systems Theory) του Bowen (1966), σύμφωνα με την οποία το άτομο ως αυτόνομη ύπαρξη δεν μπορεί να κατανοηθεί πλήρως ή να γίνει αποδέκτης της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης, αν δεν διερευνηθεί πρώτα πώς αλληλεπιδρά και λειτουργεί εντός του περιβάλλοντός του (Lander et al., 2013). Η Θεωρία των Οικογενειακών Συστημάτων ανέδειξε ορισμένα βασικά γνωρίσματα, τα οποία θα μας είναι ιδιαίτερος χρήσιμα έως και απαραίτητα για την κατανόηση του επιπέδου λειτουργικότητας ή δυσλειτουργίας της οικογένειας και κατά συνέπεια για την καλύτερη επίγνωση της επιρροής αυτής στην συνολική ανάπτυξη των μελών της: α) την Ομοιόσταση: η τάση του συστήματος να διατηρεί την σταθερότητα και την ισορροπία του (Brown & Christensen, 1986). Η ομοιόσταση αποτελεί έναν εξαιρετικά καίριο όρο στην κατανόηση του ρόλου και της επίδρασης που

έχει η ουσιοεξάρτηση τόσο στη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος όσο και στα μέλη αυτού. Κάθε μέλος της οικογένειας λειτουργεί με τρόπο που διασφαλίζει τη διατήρηση της ισορροπίας του οικογενειακού συστήματος, ακόμη και αν αυτό έχει αρνητικές συνέπειες για τα υπόλοιπα μέλη, συμβάλλοντας έτσι στη διατήρηση δυσλειτουργικών προτύπων (Minuchin, 2012), β) την Ανατροφοδότηση: η κυκλική αιτιακή σχέση με την οποία τα μέλη συνδέονται και επικοινωνούν. Σε αντιδιαστολή με την γραμμική σχέση αίτιου-αιτιατού, οι συνεχείς αλληλεπιδράσεις των μελών της οικογένειας δημιουργούν ένα κυκλικό σχήμα σύνδεσης των αιτιών και των αποτελεσμάτων. Η διαδικασία της ανατροφοδότησης είναι ο τρόπος με τον οποίο η σχέση προσκόλλησης μεταξύ γονέα-παιδιού θεμελιώνεται (Becvar & Becvar, 2013) και γ) τα Όρια: «ρυθμιστικό φίλτρο» τόσο για τον βαθμό όσο και για την ποιότητα επικοινωνίας εντός του συστήματος και τη διαφύλαξη ορισμένων στοιχείων εντός των πλαισίων του, στοχεύοντας στην διατήρηση της αυτονομίας του, όσο και εκτός αυτού, δημιουργώντας τις συνθήκες για την συνδιαλλαγή με άλλα άτομα και τη δημιουργία σχέσεων. Σε μία υγιή οικογένεια τα όρια διαχωρίζουν τα επιμέρους υποσυστήματα επιτρέποντας την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Αντίθετα, στις ακραίες περιπτώσεις αυτού του πολυδιάστατου φάσματος, όπως στις δυσλειτουργικές οικογένειες (π.χ. οικογένειες αλκοολικών ή ουσιοεξαρτημένων), παρατηρούμε είτε υπερβολικά διευρυμένα όρια, που οδηγούν σε σύγχυση ρόλων και αρνητικά συναισθήματα, όπως αβεβαιότητα και ανασφάλεια, είτε πολύ άκαμπτα όρια, τα οποία αποκλείουν κάθε νέο ερέθισμα ή διαφορετική άποψη, δημιουργώντας ένα περιοριστικό και αποστειρωμένο περιβάλλον. Σε κάθε περίπτωση, αξιοσημείωτη κρίνεται η παρατήρηση ότι οι διαφορετικοί τύποι οικογένειας δεν περιορίζονται μόνο στις παραπάνω ακραίες περιπτώσεις, καθώς ο βαθμός προσαρμοστικότητας ποικίλλει σημαντικά από οικογένεια σε οικογένεια (Χουρδάκη, 2000). Ένα υγιές πρότυπο οικογένειας όμως με πιθανότητες να επιβιώσει οφείλει πρώτον να θέτει ξεκάθαρα όρια και δεύτερον να προσαρμόζεται στο συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό γίνεσθαι (Olson & Gorall, 2003).

Εντός των καθορισμένων ορίων της οικογένειας, αποδίδονται συγκεκριμένοι ρόλοι σε κάθε μέλος, είτε με συνειδητό είτε με ασυνείδητο τρόπο. Αυτοί οι ρόλοι συνθέτουν ένα πρότυπο συμπεριφοράς που αποτελεί

αναπόσπαστο μέρος της προσωπικότητας του κάθε ατόμου και βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν (Spiegel, 1968). Προκειμένου να γίνει αναφορά στην λειτουργικότητα των αποδιδόμενων ρόλων πρέπει να διασαφηνιστεί το επίπεδο της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας των ρόλων αυτών. Σε κάθε οικογενειακό πλαίσιο οι γονείς τρέφουν προσδοκίες για τα παιδιά τους που έρχονται να συμπληρώσουν ή να υλοποιήσουν δικές τους επιδιώξεις ή ανάγκες. Εάν οι παραπάνω ανάγκες των γονέων είναι ζωτικής σημασίας ή οι ίδιοι αδυνατούν να τις ικανοποιήσουν, το παιδί αναλαμβάνει έναν ρόλο μεγάλης ευθύνης, ο οποίος γίνεται σημαντικό κομμάτι της ταυτότητάς του, δημιουργώντας δυσκολίες τόσο στην αυτονόμηση του όσο και στην συνδιαλλαγή του με άλλα άτομα εκτός της οικογένειας (Μπάφιτη & Καλαρρύτες, 2009). Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι ρόλοι με αρνητικό αντίκτυπο για το άτομο ώστε να γίνουν εκτενέστερα κατανοητοί οι μηχανισμοί που οδηγούν στην εγκαθίδρυση συνθηκών παθολογικής ισορροπίας (Χουρδάκη, 2000).

Ολοκληρώνοντας το παρόν υποκεφάλαιο, ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά ενός λειτουργικού οικογενειακού συστήματος είναι η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού πλαισίου επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς όπως επίσης και η διατήρηση μίας κοινής γονεϊκής στάσης απέναντι στα γεγονότα προς αποφυγή διττών μηνυμάτων και αίσθησης ανασφάλειας. Ταυτόχρονα, αναγκαία κρίνεται η ικανότητα αυτοοριοθέτησης και αυτογνωσίας από μεριάς των γονέων καθιστώντας με τον τρόπο αυτό δυνατή τη διαπαιδαγώγηση αυτόνομων και ανεξάρτητων παιδιών (Τσουνής, 2013).

### **2.3. Τα Ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά των Οικογενειών Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων**

Το φαινόμενο της συνεχούς μείωσης του ηλικιακού ορίου της πρώτης επαφής με την χρήση, συνδυαστικά με τη διαμονή, μέχρι την ύστερη ενηλικίωση με την οικογένεια λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στις δυτικές χώρες, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, προσδίδει στην οικογένεια καθοριστικό ρόλο όσον αφορά την παθογένεση, τη διατήρηση αλλά και την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης και της υποτροπής (Μάτσα, 2001; Stanton et al., 1982). Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώνονται από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια προγραμμάτων απεξάρτησης καθώς

κατεγράφη ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με αίτημα θεραπείας σε αυτά, διέμεναν με τους γονείς ακόμη και σε ηλικίες άνω των 30 ετών (Μάτσα, 2001).

Παρά τις πολυάριθμες μελέτες με αντικείμενο τις οικογένειες ουσιοεξαρτημένων ατόμων δεν κατέστη δυνατό να συστηματοποιηθεί ένας τύπος οικογένειας ως «τοξικομανιογόνος», με την πλειονότητα αυτών να συμφωνούν ότι η εξάρτηση μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια οικογενειών που διαφέρουν ως προς την δομή και την λειτουργία (Miller, 1980; Μάτσα, 2001). Παρόλα αυτά, μέσω των ερευνών αυτών αναδείχθηκαν ορισμένα χαρακτηριστικά που φαίνεται να είναι κοινά στις οικογένειες ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια μορφή εξάρτησης (Kaufman & Yoshioka, 2005).

Στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, έγινε αναφορά σε κάποιες μεταβλητές που αφορούν την ποιότητα της συνολικής επαφής μεταξύ των μελών και των υποσυστημάτων μίας οικογένειας και με βάση αυτές πραγματοποιείται η αξιολόγηση της λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος (Τσουνής, 2013). Σε έρευνα που διεξήγαγε ο Kazdin (1995) προέκυψε συσχέτιση μεταξύ της απόκλισης των προαναφερθέντων παραγόντων και της εμφάνισης προκοινωνικών δεξιοτήτων και δυσλειτουργικών συμπεριφορών από τα μέλη του οικογενειακού συστήματος.

Εστιάζοντας στο οικογενειακό σύστημα ουσιοεξαρτημένων ατόμων σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για να σκιαγραφηθεί ένα «πρότυπο» του οικογενειακού προφίλ των ατόμων που εισέρχονται για θεραπεία, στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε ότι τουλάχιστον ένας στους δύο γονείς πάσχει από κάποιο είδος ψυχιατρικής διαταραχής ή έχει εγκαταλείψει την οικογένεια του (Kokkevi & Stefanis, 1988). Παράλληλα, συχνό φαινόμενο είναι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς (Μάτσα, 1997) ή αλκοόλ κυρίως από τον πατέρα (Kokkevi & Stefanis, 1988). Την ίδια στιγμή, σε πολλές οικογένειες ουσιοεξαρτημένων, οι γονείς επιδίδονται και σε άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές, όπως αυτή του τζόγου (Kauffman & Yoshioka, 2005).

Το οικογενειακό περιβάλλον των οικογενειών με ουσιοεξαρτημένο μέλος συχνά χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό ενδοοικογενειακής σύγκρουσης και αστάθειας, όπως υποδεικνύεται από τη συχνότητα διαζυγίων και

μεταναστεύσεων (Miller, 1980), καθώς και από συγκρούσεις με τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο (Angel & Angel, 2010). Επιπρόσθετα, συχνό φαινόμενο σε αυτές τις οικογένειες είναι η εμπειρία πρόωρου ή απροσδόκητου θανάτου ενός κοντινού προσώπου, με ημιτελείς διαδικασίες θρήνου. Αυτό θέτει τον κύκλο ζωής της οικογένειας σε παύση, αναδεικνύοντας τον θάνατο ως κυρίαρχη θεματική στην οικογενειακή τους δυναμική (Pollo, 2001). Ταυτόχρονα, περιστατικά σωματικής, ψυχικής ή σεξουαλικής κακοποίησης είναι συχνά παρόντα στο ιστορικό ουσιοεξαρτημένων ατόμων, ειδικά των γυναικών, ως μία προσπάθεια αυτοϊασης (Μάτσα, 1997). Επιπλέον, ιδιάζουσας σημασίας στην εγκαθίδρυση της ουσιοεξάρτησης φαίνεται να διαδραματίζουν οι απορριπτικές στάσεις των γονιών προς το παιδί όπως και η ποιότητα του γονεϊκού δεσμού (Pomini et al., 2014).

Αναφορικά με τα μέλη της οικογένειας, ο πατέρας συνήθως περιγράφεται ως απόμακρος, συναισθηματικά απών (disengaged), συχνά απορριπτικός προς το ουσιοεξαρτημένο παιδί με υποβαθμισμένο γονεϊκό ρόλο (Schwartzman, 1975). Η μητέρα από την άλλη η οποία διατελεί ιδιαιτέρως σημαντικό ρόλο ως η κύρια γονεϊκή φιγούρα, υπερισχύοντας πολλές φορές του πατέρα, επιδεικνύει τόσο υπερπροστατευτικές συμπεριφορές όσο και υπερβολικά επιτρεπικές. (Μάτσα, 1997; Stanton et al., 1982). Επιπλέον, αναπτύσσει σχέσεις συμβιωτικού τύπου με τα παιδιά της, κυρίως με τον γιο, ενώ συχνά παρατηρείται η δημιουργία παθολογικά εμπλεκόμενων σχέσεων (enmeshed) μαζί του. Παράλληλα, τείνει να εκφράζεται αρνητικά απέναντι στην κόρη. Φυσικά, παρατηρούνται περιπτώσεις στις οποίες ο υπερεμπλεκόμενος γονέας είναι ο πατέρας αλλά συνήθως και πάλι απέναντι στο παιδί του αντίθετου φύλου (Τσουνής, 2013). Τα αδέρφια συνήθως ή αντιμετωπίζουν και αυτά πρόβλημα εξάρτησης ή αντίθετα τους έχει αποδοθεί ο ρόλος του καλού παιδιού της οικογένειας (Barnard, 2007).

Στις προαναφερθείσες οικογένειες, η ουσιαστική επικοινωνία απουσιάζει, ενώ υπερισχύει μια λανθάνουσα μορφή, οδηγώντας τα μέλη της οικογένειας να νιώθουν συναισθηματικά αποκομμένα το ένα από το άλλο. Η συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στερείται προκλήσεων και δυναμικής (Μάτσα, 1997). Στο πλαίσιο αυτό συχνά δημιουργούνται διαγενεαλογικές συμμαχίες από το ουσιοεξαρτημένο άτομο, καταλήγοντας

στον αποκλεισμό ενός γονέα (Kauffman, 1985). Συνδυαστικά με την ελλιπή επικοινωνία, παρατηρείται αδυναμία διατήρησης κοινής γονεϊκής στάσης με αποτέλεσμα τα παιδιά να εκλαμβάνουν αντιφατικά μηνύματα και να εγκαθιδρύονται συγκεχυμένα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων δημιουργώντας εύφορο έδαφος για την εμφάνιση εξαρτητικής συμπεριφοράς από το παιδί (Kauffman & Yoshoka, 2005; Μάτσα, 2001). Την ίδια στιγμή παρατηρείται μία παθολογικά στενή σχέση γονέων – παιδιού με το παιδί να αναλαμβάνει καθήκοντα που δεν αντιστοιχούν στην ηλικία του (γονεοποιημένο παιδί). Το παιδί αυτό επιχειρεί να αποκοπεί από την κατάσταση αυτή, έστω παροδικά, μέσω της χρήσης και της αναζήτησης ανακούφισης και διαφοροποιημένης ταυτότητας σε παρέες συνομηλίκων, οι οποίες είναι συνήθως επίσης εμπλεγμένες με την χρήση (Μάτσα, 1997; Πομίνι, 2004).

Με βάση όλα τα παραπάνω, οι οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων ατόμων λειτουργούν ως κλειστά συστήματα, όπου τα μέλη τους αναπτύσσουν σχέσεις που χαρακτηρίζονται από ακαμψία και δυσκολία προσαρμογής στις απαραίτητες αλλαγές, όταν αυτές προκύπτουν. Αναλυτικότερα, το σύστημα αυτό δεν καταφέρνει να μεταδώσει το αίσθημα του ανήκειν στο παιδί δημιουργώντας ένα ασφαλές πλαίσιο εντός του οποίου θα κοινωνικοποιηθεί με σωστούς όρους και θα δομήσει μία σταθερή και αυτόνομη ταυτότητα (Moos & Moos, 1986; Μάτσα, 2000).

Επομένως, το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητό χωρίς παρουσίαση του ρόλου που επιτελεί εντός του οικογενειακού συστήματος. Σύμφωνα με την τρίχρονη έρευνα του Stanton και των συνεργατών του (1978) με αντικείμενο μελέτης μία ομάδα 100 τοξικομανών ενταγμένων σε πρόγραμμα μεθαδόνης, αλλά και σύμφωνα με άλλες έρευνες των παραπάνω συγγραφέων (Stanton et al., 1982) συμπεραίνεται ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών δημιουργεί μια κατάσταση «ψευδοεξατομίκευσης» στον έφηβο. Μέσω αυτής, ο έφηβος προσπαθεί αφενός να διαφοροποιηθεί, εκφράζοντας την αντίδρασή του απέναντι στις αξίες και τους κανόνες της οικογένειας, και να εξωτερικεύσει τις οικογενειακές συγκρούσεις, προβάλλοντας μια επιφανειακή ανεξαρτησία. Αφετέρου, όμως, η εξάρτησή του τον καθιστά δέσμιος, αδυνατώντας να αυτονομηθεί και να επιβιώσει εκτός αυτού του πλαισίου. Η εξάρτηση επομένως παρουσιάζεται ως

μία «παράδοξη λύση» που επιβάλλει στην οικογένεια να παραμείνει ενωμένη (Μάτσα, 1997).

Η εξάρτηση, σύμφωνα με πρόταση των ερευνητών, παρουσιάζεται ως μέρος μίας κλινικής, κυκλικής διεργασίας που συμπεριλαμβάνει τουλάχιστον τρία άτομα (το ουσιοεξαρτημένο άτομο και τους γονείς) τα οποία αλληλεπιδρούν και συνδέονται με όρους αλληλεξάρτησης. Η εξάρτηση του παιδιού αποτελεί το σύμπτωμα, την εξωτερίκευση μίας προυπάρχουσας δυσλειτουργίας της οικογένειας η οποία αδυνατεί να μεταβεί σε επόμενο στάδιο εξέλιξης λόγω χαμηλών επιπέδων συνοχής και ευκαμψίας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι στην περίπτωση πιθανού χωρισμού των γονέων η οποία συνεπάγεται την διαταραχή της ομοιόστασης του συστήματος. Στην περίπτωση αυτή, ο εξαρτημένος αυξάνοντας για παράδειγμα την συχνότητα της χρήσης, συγκεντρώνει όλη την προσοχή, αποκαθιστώντας την ισορροπία του συστήματος (Μάτσα, 2001; Stanton et al., 1978; Stanton et al., 1982). Βέβαια τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε οικογενειακού συστήματος με ουσιοεξαρτημένο μέλος επηρεάζονται άμεσα από τις ευρύτερες πολιτισμικές, κοινωνικές και εθνοτικές συνθήκες που επικρατούν (Minuchin, 1979; Μάτσα, 1997).

Συμπερασματικά, η οικογένεια αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό σύστημα τόσο την γένεση όσο και στην διατήρηση της εξάρτησης, για αυτό και κρίνεται καίρια η συμμετοχή της στην θεραπευτική διαδικασία. Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθεί η καθοριστική επιρροή της οικογένειας στην εξέλιξη της θεραπείας, αν και, στην Ελλάδα συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι η πλειονότητα των οικογενειών προβάλλει σθεναρή αντίσταση, όσον αφορά στην εμπλοκή της σε αυτή (Πομίνι, 2004; Παπαδή, 2006).

#### **2.4 Η Συμβολή της Οικογένειας στην Θεραπευτική Διαδικασία**

Η οικογένεια παγκοσμίως και ιδίως στην Ελλάδα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που εμφανίζει και τον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει στην ζωή των μελών της αποτελεί από τις ισχυρότερες κινητήριες δυνάμεις για την παραμονή στην θεραπεία, αυξάνοντας τις πιθανότητες για μακροχρόνια αποτελέσματα ανάρρωσης (Adejoh et. al., 2018; Παπαδή, 2006). Παράλληλα, η συμμετοχή των οικογενειών στην θεραπεία κρίνεται αναγκαία και για την δική τους ευημερία καθώς συμβάλλει στην αντιμετώπιση συνυπαρχόντων

ζητημάτων, στη διαπαιδαγώγηση σε σχέση με την ουσιοεξάρτηση και τέλος στην τροποποίηση στάσεων και συμπεριφορών που ενισχύουν την εμφάνιση ή την διατήρηση της εξάρτησης (Πουλόπουλος, 2011). Τέλος, με την εμπλοκή της οικογένειας επιτυγχάνεται η αλλαγή των οικογενειακών δυναμικών που δυσλειτουργούν και η σταδιακή εγκαθίδρυση υγιέστερων προτύπων επικοινωνίας και συνύπαρξης στοχεύοντας σε ένα οικογενειακό πλαίσιο που να ευνοεί τη μακροπρόθεσμη και σταθερή αποχή για το άτομο που είναι ουσιοεξαρτημένο (Klostermann & O'Farrell, 2013).

Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία, η ύπαρξη ενός ουσιοεξαρτημένου μέλους επηρεάζει με μοναδικό τρόπο την εκάστοτε οικογένεια και τα μέλη αυτής (Lander et al., 2013). Αναλυτικότερα, η συμβίωση με ένα ουσιοεξαρτημένο άτομο εμφανίζει παρεμφερή χαρακτηριστικά με αυτή με ένα άτομο με αναπηρία ή χρόνια ασθένεια (Copello et al., 2010). Πέραν του σοβαρού συναισθηματικού κόστους (άγχος, στρες, κατάθλιψη, ματαίωση, τραυματικά βιώματα) που καλούνται να διαχειριστούν τα μέλη μίας οικογένειας στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης θεραπευτικής διαδικασίας, οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες δεν είναι καθόλου αμελητέες (Copello et al., 2010), οδηγώντας στο χαρακτηρισμό της ουσιοεξάρτησης ως οικογενειακή ασθένεια (Lander et al., 2013).

Επομένως, παρόλο που έχει καταστεί σαφές ότι δεν μπορεί να υπάρξει ουσιαστική κατανόηση και αποτελεσματική θεραπεία των ουσιοεξαρτημένων ατόμων χωρίς να ληφθεί υπόψη ο αντίκτυπος στην οικογένεια ως σύνολο (Lander et al., 2013), η αντίδραση της οικογένειας ως προς την εμπλοκή στη θεραπεία μπορεί να γίνει κατανοητή λαμβάνοντας υπόψη τις διάφορες επιβαρύνσεις που προαναφέρθηκαν, καθώς και τη χρόνια άρνηση αναγνώρισης του προβλήματος, η οποία συχνά συντελεί στη διατήρηση της ομοιόστασης της οικογένειας (Μάτσα, 1997).

Η διαμόρφωση της θεραπευτικής προσέγγισης μίας οικογένειας με ουσιοεξαρτημένο μέλος θεμελιώνεται στην κατανόηση, ότι όπως και μία οικογένεια αντιμέτωπη με κάποιου είδους αναπηρία είναι κατακερματισμένη, το ίδιο ισχύει και σε αυτή την περίπτωση (Copello et al., 2010). Επομένως, απαιτείται μία προσαρμοσμένη θεραπεία στις διαφορετικές στάσεις της κάθε οικογένειας απέναντι στη χρήση. Μία από τις βασικότερες δυσκολίες είναι η



διερεύνηση των διαστάσεων αυτών των στάσεων και η αντιμετώπιση του υπέρμετρου φόβου και σοκ που διέπει την οικογένεια, όταν προσεγγίζει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης από την οικογένεια ως μία κατάσταση, ακατανόητη και ταυτόχρονα επιβλαβής έως και θανατηφόρα για τον δικό τους άνθρωπο είναι φυσικό να δημιουργεί ένα κλίμα ανασφάλειας και εγκλωβισμού, το οποίο ο θεραπευτής καλείται να αναπλαισιώσει (Dell Orto, 1974).

Η οικογενειακή θεραπεία γνώρισε ραγδαία ανάπτυξη τα τελευταία σαράντα χρόνια με βασικό αίτημα των γονέων, όταν προσεγγίζουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, τη στήριξη της προσπάθειας του χρήστη, τη διαχείριση προσωπικών δυσκολιών ή τη συνδυαστική αντιμετώπιση αυτών των αναγκών (Πομίνι, 2004). Ακολουθούνται τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις: α) η οικογένεια ως θύμα της ουσιοεξάρτησης με επίκεντρο τις αρνητικές της επιδράσεις στα μέλη της οικογένειας, β) η οικογένεια ως σύστημα που δυσλειτουργεί το οποίο συντελεί στην παθογένεση, τη διατήρηση, αλλά και την αντιμετώπιση του φαινομένου και γ) η οικογένεια ως επικουρικό σύστημα στη διαδικασία της απεξάρτησης. Τα σύγχρονα μοντέλα θεραπείας, συνδυάζουν και τις τρεις αυτές προσεγγίσεις στοχεύοντας σε μία ολιστική αντιμετώπιση του φαινομένου, προσαρμοσμένη κάθε φορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του θεραπευόμενου και της οικογένειάς του (Moos, 2007).

Ως πρωταρχικοί θεραπευτικοί στόχοι της συνεργασίας με την οικογένεια στην απεξάρτηση αναδεικνύονται οι παρακάτω:

- Απενεχοποίηση της οικογένειας με σκοπό την ομαλή συνεργασία με τους θεραπευτές και τη σταδιακή αναγνώριση του προβλήματος.
- Διερεύνηση του χαρακτήρα των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της στοχεύοντας στην άρση των συμμαχιών ανάμεσα στα υποσυστήματα και την εγκαθίδρυση εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης.
- Αναζήτηση λειτουργικών τρόπων διαχείρισης των συγκρούσεων.
- Ενδυνάμωση έκφρασης συναισθημάτων και καλλιέργειας της ικανότητας των γονιών από τη μία να αποχωριστούν τα παιδιά τους και των παιδιών από την άλλη να ανεξαρτητοποιηθούν (Τσουνής, 2013).

Συμπερασματικά, η συμμετοχή των γονέων στην θεραπευτική διαδικασία και η εκπαίδευση αυτών, συνδυαστικά με τη συναισθηματική αλλά και πρακτική τους υποστήριξη, έχει συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά κινητοποίησης, παραμονής στην θεραπεία και εντέλει μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων ανάρρωσης. Αντίθετα η ελλιπής εμπλοκή και οι οικογενειακές συγκρούσεις οδηγούν σε φτωχότερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Adejoh et al., 2018; Τσουνής, 2013).

## **2.5 Υποτροπή σε Θεραπευτικό Πλαίσιο & Οικογενειακή Επιρροή**

Το φαινόμενο της υποτροπής είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την φύση της εξάρτησης και αποτελεί αναπόσπαστη συνιστώσα της διαδικασίας της απεξάρτησης (Marlatt & Donovan, 2005). Ως υποτροπή δεν ορίζεται μόνο η επιστροφή στο μοτίβο χρήσης ουσιών, αλλά και τα προειδοποιητικά σημάδια για ενδεχόμενη υποτροπή, πριν την πραγματοποίησή της. Σηματοδοτεί την αδυναμία του ατόμου να διατηρήσει τις αλλαγές στην συμπεριφορά του (Santoso et al., 2020).

Η υποτροπιάζουσα φύση της εξάρτησης μπορεί να γίνει κατανοητή υπό την οπτική της Θεωρίας των Οικογενειακών Συστημάτων. Πιο συγκεκριμένα, η διατήρηση της εξάρτησης συμβάλλει στη διασφάλιση της ισορροπίας του οικογενειακού συστήματος, επιτρέποντας την παρατεταμένη αποφυγή της αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών που το χαρακτηρίζουν. Επομένως, παρατηρείται το εξής μοτίβο αλληλεξάρτησης: όταν το ουσιοεξαρτημένο άτομο εμφανίζει βελτίωση, πυροδοτείται μία οικογενειακή κρίση, η οποία κατοχυρώνει την επιστροφή στη χρήση και την αποκατάσταση της ομοιόστασης. Με αυτό τον τρόπο, το ουσιοεξαρτημένο άτομο αδυνατεί να απογαλακτιστεί από τους γονείς και να εμπλακεί σε δραστηριότητες ανάλογες των ικανοτήτων του, ενισχύοντας την αυτοαποτελεσματικότητα και την κοινωνικότητά του (Μάτσα, 2001). Συνεπώς, οι εδραιωμένες δυσλειτουργικές δυναμικές αποτελούν έναν από τους κυριότερους εξωγενείς παράγοντες κινδύνου για πρόκληση υποτροπής (Santoso et al., 2020). Από την άλλη, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπεία και η οικοδόμηση υγιών σχέσεων μπορεί να λειτουργήσουν αποτρεπτικά ως προς το ενδεχόμενο υποτροπής. Ειδικά στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας, όπου το ουσιοεξαρτημένο άτομο καλείται να

αντιμετωπίσει πληθώρα στρεσογόνων καταστάσεων, η ύπαρξη ενός σταθερού και υποστηρικτικού πλαισίου είναι απαραίτητη, ώστε να μπορέσει να αφοσιωθεί στη θεραπευτική του πορεία και στην ανάπτυξη της προσωπικής του ταυτότητας, υιοθετώντας αξίες που δεν συνάδουν με τη χρήση ουσιών (Γκότσης, 2008).

### **Κεφάλαιο 3: Συσχέτιση Εκφραζόμενου Συναισθήματος Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής**

Η έννοια του εκφραζόμενου συναισθήματος αποτελεί μία από τις κυρίαρχες θεωρητικές κατασκευές της ψυχιατρικής και λειτουργεί ως δείκτης των διαφορετικών πτυχών της συναισθηματικής συμπεριφοράς εντός της οικογένειας, εστιάζοντας κυρίως στα επικοινωνιακά πρότυπα που υπάρχουν ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένειά του (Koutra et al., 2014). Ο όρος αυτός εισήχθη πρώτη φορά το 1962 από τον Brown και τους συνεργάτες του και αφορούσε τα συγκεκριμένα συναισθήματα, στάσεις και συμπεριφορές που εκδηλώνουν οι κοντινοί συγγενείς προς ένα μέλος της οικογένειας που πάσχει από σχιζοφρένεια. Σε επόμενες έρευνες επεκτάθηκε και στην συσχέτιση και με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια (Jenkins & Carno, 1992).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η συναισθηματική εξουθένωση της συμβίωσης με ένα ψυχικά ασθενές άτομο και η πολυεπίπεδη επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών, ή η αδυναμία τους να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις, εκδηλώνεται με ποικίλες αντιδράσεις, με βασικότερες την επίκριση της συμπεριφοράς του ασθενούς ή την υπερπροστατευτική συμπεριφορά στοχεύοντας, στην προφύλαξή του από πιθανό κίνδυνο (Παπασταύρου & Καραγιάννης, 2006). Συνεπώς, το εκφραζόμενο συναίσθημα (EE) αποτελεί σημαντικό δείκτη του οικογενειακού άγχους αναφορικά με την πορεία μίας ψυχιατρικής νόσου (Brown & Birley, 1968). Τα βασικά στοιχεία της έννοιας είναι: α) Κριτική (Criticism, CC), η οποία αφορά στα επικριτικά, αρνητικά σχόλια που κάνει ένα μέλος της οικογένειας για τον χαρακτήρα ή την συμπεριφορά του ασθενούς την οποία δεν ανέχεται, β) Εχθρότητα (Hostility, H), η οποία σχετίζεται με τη γενικότερη επίκριση και εκδήλωση απορριπτικών στάσεων απέναντι στον ασθενή και γ) Συναισθηματική Υπερεμπλοκή (Emotional Overinvolvement, EOI), η οποία

αναφέρεται σε υπερπροστατευτική συμπεριφορά, παρεμβατικού χαρακτήρα σχέσεις με τον ασθενή, υπερβολικές συναισθηματικές αντιδράσεις, συμπεριφορές αυτοθυσίας και τέλος ταύτιση με τον ασθενή σε υπερβολικό βαθμό. Επομένως, το επίπεδο του εκφραζόμενου συναισθήματος στην οικογένεια προκύπτει από τη συγχώνευση των βαθμολογιών από τα στοιχεία της κριτικής, της εχθρότητας και της συναισθηματικής υπερεμπλοκής τα οποία έχουν αποδειχθεί να έχουν τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία σχετικά με την υποτροπή (Brown, 1985; Koutra et. al., 2014). Η διαπολιτισμική επίγνωση κρίνεται απαραίτητη τόσο κατά τη διεξαγωγή όσο και κατά τη μελέτη ερευνών σχετικά με το εκφραζόμενο συναίσθημα, καθώς δύο από τους βασικούς παράγοντες που το απαρτίζουν, τα επικριτικά σχόλια και η συναισθηματική υπερεμπλοκή, εδράζονται σε πολιτισμικές συμβάσεις, όντας δηλαδή πολιτισμικά συγκεκριμένες (Jenkins & Carno, 1992).

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι πλέον ευρέως τεκμηριωμένο ότι πληθώρα οικογενειακών παραγόντων επηρεάζουν την εμφάνιση και τη διατήρηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης (Stanton et al., 1982). Από τους κύριους οικογενειακούς παράγοντες είναι το εκφραζόμενο συναίσθημα καθώς και το συνολικό συναισθηματικό κλίμα (Butzlaff & Hooley, 1998). Ειδικότερα, η μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας δείχνει ότι η παραμονή ατόμων με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης και της ουσιοεξάρτησης, σε οικογενειακά περιβάλλοντα με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για μικρότερες αλλαγές και κλινική υποτροπή, σε σύγκριση με άτομα με χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα στην οικογένεια τους (Wang, 2022).

Ωστόσο, εντοπίζεται ένα αξιοσημείωτο ερευνητικό έλλειμμα όσον αφορά τη συσχέτιση της έννοιας του εκφραζόμενου συναισθήματος με την ουσιοεξάρτηση. Η ουσιοεξάρτηση, παρόλο που αποτελεί χρόνια ψυχιατρική διαταραχή με συχνές υποτροπές, χαμηλά θεραπευτικά αποτελέσματα και υψηλό οικογενειακό φορτίο, παρόμοιο με αυτό της σχιζοφρένειας, δεν έχει μελετηθεί εκτενώς σε σχέση με το εκφραζόμενο συναίσθημα, σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια, το ψυχιατρικό νόσημα που έχει συσχετιστεί περισσότερο ερευνητικά με το εκφραζόμενο συναίσθημα μέχρι στιγμής (Pomini et al., 2014).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η Πομίνι και οι συνεργάτες της (2014), σε δείγμα οικογενειών με εξαρτημένα άτομα από ηρωίνη σε σύγκριση με δείγμα οικογενειών που είχαν μέλος με σχιζοφρένεια και με δείγμα οικογενειών με μέλη που ήταν διανοητικά υγιή, το επίπεδο των απορριπτικών στάσεων των γονέων με εξαρτημένο παιδί από ηρωίνη όπως και των οικογενειών με μέλη με σχιζοφρένεια σε σχέση με αυτό του δείγματος με τα διανοητικά υγιή μέλη φάνηκε να είναι ιδιαίτερος υψηλό. Επιπλέον, το επίπεδο απόρριψης των δύο γονέων φάνηκε να παρουσιάζει αναλογική σχέση. Παράλληλα, στην έρευνα αυτή η γονεϊκή απόρριψη συσχετίστηκε θετικά με το ιστορικό εξάρτησης: όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα που αντιμετωπίζει πρόβλημα ουσιοεξάρτησης το παιδί, τόσο υψηλότερες είναι οι στάσεις απόρριψης από τον πατέρα προς τον εξαρτημένο γιο, αλλά όχι από τη μητέρα. Ακόμα, στην ομάδα των οικογενειών εξαρτημένων από ηρωίνη, ο μεγαλύτερος βαθμός απόρριψης της μητέρας προς το παιδί συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής φροντίδας από αυτή. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τις απορριπτικές στάσεις των γονέων στις οικογένειες χρηστών ηρωίνης (Watts, 2007), πιθανώς επειδή η θεραπεία της εξάρτησης έχει αναπτυχθεί κυρίως σε μη ακαδημαϊκά και ερευνητικά προσανατολισμένα κέντρα (Pomini et al., 2014). Όσον αφορά το στοιχείο της κριτικής, τα υψηλά επίπεδα επίκρισης που δέχεται το ουσιοεξαρτημένο άτομο από την οικογένειά του και οι προστριβές εντός αυτής, έχουν αποδειχθεί να λειτουργούν αρνητικά στη θεραπεία, δημιουργώντας εύφορο έδαφος για υποτροπή (Fals - Stewart et al., 2001; Wang et al., 2023). Τέλος, όσον αφορά το τρίτο βασικό στοιχείο του εκφραζόμενου συναισθήματος, τη συναισθηματική υπερεμπλοκή, μελέτες σε ομάδες εξαρτημένων από ηρωίνη είτε σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου είτε όχι, ανέδειξαν υψηλά επίπεδα ελέγχου και χαμηλά επίπεδα φροντίδας από τους γονείς (Bernardi et al., 1989; Pomini et al., 2014).

Από την άλλη, σημαντικό κρίνεται να αναφερθεί συνοπτικά και η οπτική της οικογένειας. Η διαβίωση με ένα ουσιοεξαρτημένο παιδί είναι συχνά συνυφασμένη με ορισμένες καταστάσεις και βιώματα που επηρεάζουν το συνολικό οικογενειακό κλίμα όπως: υψηλά επίπεδα άγχους και επιβάρυνσης (Clerici et al., 1994), κίνδυνο έκθεσης σε βίαια σκηνικά που συνοδεύουν την

χρήση όπως η υπερδοσολογία (Strang et al., 2008), χρήση σε τακτική βάση υπηρεσιών υγείας και εμφάνιση υψηλών ποσοστών κατάθλιψης και ουσιοεξάρτησης και σε άλλα μέλη της οικογένειας (Ellis et al., 2020; Ray et al., 2009). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, δεν είναι τυχαίο που οι οικογένειες ουσιοεξαρτημένων ατόμων κατά την διάρκεια της θεραπείας αντιμετωπίζουν συχνά την ουσιοεξάρτηση ως αποτέλεσμα αδυναμίας και έλλειψης επιθυμίας σε αντίθεση με οικογένειες ατόμων που πάσχουν από ασθένεια με καθαρά βιολογικό υπόβαθρο (Wang et. al., 2021). Η προσέγγιση αυτή ενδέχεται να εντείνει τις επικριτικές και απορριπτικές στάσεις της οικογένειας όπως και τα αισθήματα στρες και ενοχής του ουσιοεξαρτημένου, τα οποία με τη σειρά τους τον οδηγούν σε έντονη χρήση ουσιών ως μέσο ανακούφισης, ή στην περίπτωση που το άτομο παρακολουθεί θεραπευτικό πρόγραμμα σε αύξηση της πιθανότητας υποτροπής (Fals-Stewart et al., 2001; Pomini et al., 2014).

Συνεπώς, η ανάλυση των παραγόντων που συνιστούν το εκφραζόμενο συναίσθημα που εκφράζουν τα μέλη οικογενειών ουσιοεξαρτημένων ατόμων είναι κρίσιμη όχι μόνο για τη θεραπεία των ατόμων αυτών αλλά και για τη στήριξη της οικογένειας τους (Ellis et al., 2020). Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι η αντιμετώπιση του εκφραζόμενου συναισθήματος μέσω οικογενειακών παρεμβάσεων και ψυχοεκπαίδευσης μπορεί να ενισχύσει σημαντικά τη δέσμευση στην θεραπεία και να ελαττώσει σημαντικά τα ποσοστά υποτροπής (Wang, 2022). Μέσω περαιτέρω έρευνας της έννοιας του εκφραζόμενου συναισθήματος και των στοιχείων της σε οικογένειες ουσιοεξαρτημένων ατόμων θα επιτευχθεί καλύτερη κατανόηση της δυναμικής οικογενειών με ουσιοεξαρτημένο μέλος και διαμόρφωση στοχευμένων οικογενειακών παρεμβάσεων με υψηλά ποσοστά ανάρρωσης (Ellis et al., 2020).

#### **Κεφάλαιο 4: Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής**

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι θεμελιώδης για την αξιολόγηση της συνολικής υγείας του υπό μελέτη ατόμου ή πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα η ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHOQOL - GROUP) (2004) αποτελείται από τέσσερις συνιστώσες: α) τη σωματική υγεία, β) την ψυχική υγεία, γ) τις κοινωνικές σχέσεις και δ) το περιβάλλον. Αυτοί οι τομείς αλληλεπιδρούν και συνθέτουν συλλογικά μία ολοκληρωμένη

αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου ή πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τις διάφορες πτυχές της καθημερινής του ζωής και της ευημερίας του.

Πιο συγκεκριμένα, αν και η ποιότητα ζωής των φροντιστών ατόμων με χρόνια νοσήματα έχει μελετηθεί σε διάφορους πληθυσμούς, οι έρευνες που αφορούν τους φροντιστές ουσιοεξαρτημένων ατόμων είναι περιορισμένες. Οι περισσότερες από τις έρευνες αυτές επικεντρώνονται στην εξάρτηση από το αλκοόλ (Marcon et al., 2011).

Σύμφωνα με ανασκόπηση σχετικών ερευνών η ποιότητα ζωής των φροντιστών, γνωστών και ως επηρεασμένα μέλη οικογένειας (Affected Family Members/AFMs), καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την ανάγκη συνεχούς αντιμετώπισης της εξάρτησης και των βαρύτατων συνεπειών της. Τα άτομα αυτά συχνά βιώνουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικού άγχους και επιβάρυνσης στην προσπάθεια τους να φροντίσουν το ουσιοεξαρτημένο μέλος με αποτέλεσμα την ψυχική και σωματική τους εξουθένωση (Brown & Lewis, 2014). Ακόμα, σύνηθες είναι το φαινόμενο της οικονομικής αστάθειας καθώς οι πόροι των γονέων εξαντλούνται λόγω της μακροχρόνιας υποστήριξης του ουσιοεξαρτημένου μέλους στις θεραπευτικές του προσπάθειες. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι τα μέλη οικογενειών ουσιοεξαρτημένων ατόμων συχνά γίνονται αποδέκτες κοινωνικού στιγματισμού και περιθωριοποιούνται (Corrigan et al., 2006). Τέλος, στην συνολική εξάντληση των φροντιστών συνδράμουν οι επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης καθώς ελλοχεύει η πιθανότητα βίαιων ή και τραυματικών βιωμάτων (πχ. πρόιμος θάνατος) καθώς και προστριβών με τον νόμο εξαιτίας της ουσιοεξάρτησης (Di Sarno et al., 2021).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ μεν η ουσιοεξάρτηση επηρεάζει αρνητικά το σύνολο της οικογένειας, τα μέλη της οικογένειας υποφέρουν σε διαφορετικά επίπεδα αναλόγως του είδους και τη ποιότητας της σχέσης. Τις περισσότερες φορές ένα από τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνει σχεδόν εξολοκλήρου τον ρόλο του φροντιστή και δέχεται με τον τρόπο αυτό το μεγαλύτερο ποσοστό επιβάρυνσης (Marcon et al., 2011). Η συγκεντρωτική μελέτη του Di Sarno και των συνεργατών του (2021) η οποία συνόψισε σχετικά άρθρα ανέδειξε ως τυπικό προφίλ φροντιστή, μία γυναίκα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, η οποία βιώνει μία έντονη στρεσογόνα κατάσταση λόγω ανησυχίας για το ουσιοεξαρτημένο μέλος και για την κατάσταση στέγασης. Στην πλειονότητα

της σχετικής βιβλιογραφίας, πάντως, το ρόλο του φροντιστή επωμίζονται γυναίκες κατά κύριο λόγο, συνήθως η μητέρα ή η σύντροφος του ουσιοεξαρτημένου μέλους (Brown & Lewis, 2014).

Η υποτροπή είναι μία συχνή και απογοητευτική εμπειρία για τους γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων καθώς αυξάνει το αίσθημα αδυναμίας και το στρες των γονέων, επιδεινώνοντας τόσο την ψυχική όσο και την σωματική τους υγεία. Ακόμα, οι υποτροπές συχνά οδηγούν σε νέα οικονομικά έξοδα για θεραπείες και επανένταξη, δυσχεραίνοντας την οικονομική όπως και την κοινωνική κατάσταση των οικογενειών (Corrigan et al., 2006). Ολοκληρώνοντας, η συνεχής αγωνία και ο φόβος για την ενδεχόμενο υποτροπής καταβάλλουν συναισθηματικά τους γονείς επιδρώντας αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους (Di Sarno et al., 2021).

Συνεπώς, η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία είναι κρίσιμη όχι μόνο για τον ουσιοεξαρτημένο αλλά και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αυτό επιτρέπει αρχικά την κατάλληλη αξιολόγηση της συνολικής επιβάρυνσης που υφίστανται και, στη συνέχεια, την εφαρμογή εξατομικευμένης παρέμβασης, δηλαδή την προσαρμογή των παρεχόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες κάθε φροντιστή (Arcidiacono et al., 2010). Η εξατομικευμένη αυτή υπηρεσία θα περιλαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη, εκπαίδευση σε σχέση με την εξάρτηση, συμβουλευτική και οικονομική βοήθεια (Copello et al., 2010). Επιπλέον, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των φροντιστών παρέχει δεδομένα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας με τη χάραξη πολιτικών και την ανάπτυξη προγραμμάτων που θα υιοθετούν στοχευμένη προσέγγιση σχετικά με τις ανάγκες τόσο των ουσιοεξαρτημένων ατόμων όσο και των φροντιστών τους (Copello et al., 2010; Di Sarno et al., 2021).

## **Κεφάλαιο 5: Συσχέτιση Λειτουργικότητας και Επικοινωνίας Οικογένειας Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής**

Το επίπεδο της οικογενειακής λειτουργικότητας και της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα, που επηρεάζει τη συνολική πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας των ατόμων αυτών. Η λειτουργικότητα της οικογένειας σύμφωνα με το μοντέλο Mc Master,



της ερευνητικής ομάδας των Epstein, Baldwin και Bishop (1983), σχετίζεται με συγκεκριμένες διαστάσεις, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στην ικανότητα της οικογένειας να εκτελεί ορισμένα οικογενειακά καθήκοντα και κατά συνέπεια στη συνολική υγεία και ευημερία της (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε συστημικές θεωρίες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι όλα τα μέλη μιας οικογένειας αλληλοεπηρεάζονται και η λειτουργία ενός μέλους μπορεί να κατανοηθεί μόνο σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη και όχι μέσα από την απομονωμένη παρατήρηση κάθε μέλους ξεχωριστά. Επιπρόσθετα, η δομή και η οργάνωση της οικογένειας ασκούν σημαντική επιρροή στη συμπεριφορά όλων των μελών, καθοδηγώντας και επηρεάζοντάς την. Ακόμα, τα πρότυπα αλληλεπίδρασης της οικογένειας διαμορφώνουν τη συμπεριφορά όλων των μελών της (Miller et al., 2000). Η λειτουργικότητα μίας οικογένειας σύμφωνα με το μοντέλο Mc Master που αναφέρθηκε παραπάνω αποτελείται από τις εξής διαστάσεις: α) την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν, β) την επικοινωνία των μελών της, γ) τη συναισθηματική ανταπόκριση των μελών της, δ) τη συναισθηματική τους εμπλοκή, ε) τους ρόλους που αναλαμβάνει το κάθε μέλος της και στ) τον έλεγχο που ασκεί η οικογένεια στη συμπεριφορά των μελών της (Epstein et al., 1983).

Αναλυτικότερα, η διάσταση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων καθρεφτίζει την ικανότητα της οικογένειας να αντιμετωπίζει όποιο ζήτημα προκύψει διασφαλίζοντας τη διατήρηση της λειτουργικότητάς της. Τα προβλήματα αυτά είτε θα αφορούν την καθημερινότητα μίας οικογένειας όπως πχ. την οικονομική διαχείριση είτε θα έχουν σχέση με τα συναισθήματα των μελών της. (Epstein et al., 1983).

Η διάσταση της επικοινωνίας είναι ιδιαίτερος σημαντική και αφορά τα χαρακτηριστικά αυτής, όπως μπορούν να επισημανθούν μέσω της συναναστροφής των μελών της. Σύμφωνα με το μοντέλο McMaster (1983), η επικοινωνία στην οικογένεια αξιολογείται με βάση συγκεκριμένες ιδιότητες που θεωρούνται κρίσιμες για τη λειτουργικότητα και την υγεία των οικογενειακών σχέσεων όπως το αν είναι: α) λεκτική και μη λεκτική, β) άμεση ή έμμεση, γ) σαφής ή κεκαλυμμένη. Η αμεσότητα είναι ένα από τα κατεξοχήν χαρακτηριστικά της υγιούς επικοινωνίας στο πλαίσιο της οποίας ο πομπός επικοινωνεί άμεσα με τον δέκτη, χωρίς ενδιάμεσες παρεμβολές. Ακόμα, την

υγιή επικοινωνία τη χαρακτηρίζει η ικανότητα του πομπού να μεταδώσει το μήνυμά του στον δέκτη με σαφήνεια και ευθύτητα, γεγονός που συμβάλλει και στη διαμόρφωση της ταυτότητας των μελών της οικογένειας. Επίσης, το μοντέλο McMaster διαχωρίζει την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια σε δύο βασικούς τομείς: α) τη λειτουργική επικοινωνία δηλαδή την ικανότητα ορισμένων οικογενειών για αποτελεσματική επικοινωνία όσον αφορά πρακτικά ζητήματα όπως πχ. την διαχείριση μίας κρίσης και β) τη συναισθηματική επικοινωνία. Παρόλο που αυτοί οι τομείς αλληλοκαλύπτονται, λειτουργούν ξεχωριστά. Σε ορισμένες οικογένειες η συναισθηματική επικοινωνία μπορεί να είναι ανεπαρκής, με αποτέλεσμα τα μέλη της να μη νιώθουν την απαραίτητη υποστήριξη και ασφάλεια για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Αυτές οι διαφοροποιήσεις στην επικοινωνία είναι κρίσιμες για την κατανόηση της συνολικής οικογενειακής λειτουργικότητας και της ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας. (Erstein et al., 1983).

Στη συνέχεια, η διάσταση της συναισθηματικής ανταπόκρισης περιγράφει την ικανότητα της οικογένειας να αντιδρά σε μία κατάσταση με το κατάλληλο συναίσθημα, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Με τον όρο ποιοτικά, αναφερόμαστε στην ικανότητα των μελών της οικογένειας να αντιδρούν με όλο το πιθανό φάσμα συναισθημάτων και με τον όρο ποσοτικά, στο βαθμό ανταπόκρισης της οικογένειας (Miller et al., 2000).

Επιπρόσθετα, υπάρχει η διάσταση της συναισθηματικής εμπλοκής η οποία καταδεικνύει το βαθμό που η οικογένεια δίνει προσοχή στα ενδιαφέροντα των μελών της. Συγκεκριμένα, αφορά την ποσότητα και την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μελών και το πόσο ενδιαφέρον δείχνουν για τις δραστηριότητες των άλλων και επενδύουν σε αυτές (Miller et al., 2000).

Συμπληρωματικά, σημαντική διάσταση της λειτουργικότητας μίας οικογένειας είναι οι ρόλοι των μελών της, δηλαδή οι συμπεριφορές που επαναλαμβάνουν για να ικανοποιήσουν τις λειτουργίες της οικογένειας. Η σαφήνεια στην κατανομή των ρόλων και των ευθυνών είναι κρίσιμη για τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Όσο πιο ξεκάθαροι είναι οι ρόλοι και οι ευθύνες μεταξύ των μελών, τόσο πιο λειτουργική είναι η οικογένεια (Miller et al., 2000).

Ως προς τον έλεγχο συμπεριφοράς, κάθε οικογένεια ορίζει ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι. Ο βαθμός ελέγχου της συμπεριφοράς ορίζεται από το εύρος των επιτρεπόμενων συμπεριφορών. Σύμφωνα με αυτή την συνθήκη φαίνεται να προκύπτουν τέσσερα είδη ελέγχου: α) ο άκαμπος, στον οποίο η οικογένεια αφήνει ελάχιστα περιθώρια για διαπραγμάτευση και αλλαγή, β) ο ευέλικτος όπου οι αλλαγές είναι επιτρεπτές, γ) το είδος που αναφέρεται ως «laissez- faire», σύμφωνα με το οποίο κάθε μορφή συμπεριφοράς είναι επιτρεπτή και δ) ο χαοτικός, όπου η οικογένεια δεν ξεκαθαρίζει ποιο είδος ελέγχου συμπεριφοράς θα εφαρμόζει (Miller et al., 2000).

Στο οικογενειακό πλαίσιο που μελετάται σε αυτή την εργασία, αυτό του ουσιοεξαρτημένου ατόμου, η οικογενειακή λειτουργικότητα και η επικοινωνία αποτελούν πρωταρχικά ζητήματα γιατί επηρεάζουν την παθογένεση και την πορεία της εξάρτησης, αλλά και την διαδικασία τη ανάρρωσης (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Οι επιπτώσεις της ουσιοεξάρτησης στην οικογενειακή λειτουργικότητα και στην επικοινωνία, αλλά και συνολικά στην οικογένεια, ποικίλλει ανάλογα με το ρόλο και το φύλο που έχει το ουσιοεξαρτημένο άτομο στην οικογένεια. Για παράδειγμα, η συνθήκη του να είναι το ουσιοεξαρτημένο μέλος της οικογένειας το έφηβο παιδί, θα επηρεάσει την οικογένεια διαφορετικά από ό,τι εάν είναι ο γονέας (Lander et al., 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ το ζήτημα της οικογενειακής λειτουργικότητας και της επικοινωνίας έχει μελετηθεί εκτενώς συνδυαστικά με το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, παρατηρήθηκε έλλειμμα βιβλιογραφίας στην οποία το ουσιοεξαρτημένο μέλος της οικογένειας να είναι το παιδί, ειδικά το ενήλικό παιδί. Εντοπίστηκαν μόνο κάποιες έρευνες που μελετάνε την επιρροή της ουσιοεξάρτησης του έφηβου παιδιού στην οικογένεια (Eitle, 2005).

Σύμφωνα με την διαθέσιμη βιβλιογραφία, η ουσιοεξάρτηση εντός της οικογένειας επηρεάζει πολυεπίπεδα τη λειτουργικότητά της όπως και την επικοινωνία μεταξύ των μελών της. Παρατηρούνται διαταραχές στο σύνολο της οικογενειακής δυναμικής με αυξημένες συγκρούσεις, άγχος και έλλειψη συνοχής από τα καθημερινά έως τα πιο θεμελιώδη ζητήματα όπως οι σχέσεις και το αίσθημα της ασφάλειας (Erstein et. al., 1978). Ειδικότερα, το αίσθημα της ασφάλειας πλήττεται καθώς ο γονεϊκός έλεγχος και η υποστήριξη μπορεί

να είναι ελλιπείς ως απόρροια της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν οι γονείς. Η συνεχής αντιμετώπιση κρίσεων μειώνει την ικανότητα για παροχή σταθερής υποστήριξης (Eitle, 2005). Ταυτόχρονα, παρατηρούνται διαταραχές στην αμεσότητα και στη σαφήνεια της επικοινωνίας, που χαρακτηρίζουν την υγιή επικοινωνία. Οι γονείς αλλά και τα παιδιά αποφεύγουν να επικοινωνήσουν τις σκέψεις και τις ανάγκες τους ενισχύοντας την έλλειψη κατανόησης και τις παρεξηγήσεις μεταξύ τους (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Την ίδια στιγμή η συναισθηματική επικοινωνία παρουσιάζεται ανεπαρκής λόγω του στρες που επιφέρει η ουσιοεξάρτηση (Copello et al., 2006).

Σε αυτό το επιβαρυνόμενο οικογενειακό περιβάλλον, οι υποτροπές του ουσιοεξαρτημένου μέλους συντελούν σε μία συνεχή ανακύκλωση των δυσάρεστων συναισθημάτων και των δυσλειτουργικών δυναμικών έχοντας ως αποτέλεσμα συγκρουσιακές καταστάσεις και ακόμα πιο προβληματικά επικοινωνιακά πρότυπα (O'Farrell et al., 2005). Σε αυτά τα δυσλειτουργικά πρότυπα επικοινωνίας περιλαμβάνονται η μειωμένη εμπιστοσύνη και επικοινωνία από τα μέλη της οικογένειας λόγω φόβου για την επόμενη υποτροπή (Goldenberg & Goldenberg, 2005), τα συναισθήματα απομόνωσης και συναισθηματικής απόστασης με το ουσιοεξαρτημένο άτομο να αποφεύγει την επικοινωνία λόγω ντροπής και ενοχής (Epstein et. al., 1978) και τα ανθυγιεινά συμπεριφορικά μοντέλα όπως η επικριτική, ελεγκτική στάση των γονέων και η απόκρυψη ή παροχή ψευδών πληροφοριών από το παιδί (McCrary & Epstein, 2013). Με βάση όλα τα παραπάνω, καθίσταται σαφής η ανάγκη για βελτίωση των επικοινωνιακών προτύπων και της συνολικής λειτουργικότητας της οικογένειας μέσω θεραπευτικών παρεμβάσεων (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

## **Κεφάλαιο 6: Συσχέτιση Κοινωνικής Υποστήριξης Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής**

Ο όρος της κοινωνικής υποστήριξης αναφέρεται στην αντίληψη ενός ατόμου για τη διαθεσιμότητα βοήθειας ή υποστήριξης από άλλα άτομα στο δίκτυό του (Henderson et al., 2023). Μπορεί να διακριθεί σε δύο κατηγορίες: α) την αντικειμενική υποστήριξη, η οποία αφορά την πρακτική βοήθεια που λαμβάνει το άτομο και β) την υποκειμενική υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η

οποία είτε είναι σύμφωνη είτε διαφοροποιείται από την πραγματική βοήθεια που λαμβάνει (Uchino, 2009).

Η κοινωνική υποστήριξη σύμφωνα με τους Cohen και Wills (1985) μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικές μορφές όπως με την μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης (εκδηλώσεις αγάπης, εμπιστοσύνης, φροντίδας και ενσυναίσθησης), την υποστήριξη με την μορφή πληροφόρησης (συμβουλές, καθοδήγηση, ανατροφοδότηση) και τέλος την έμπρακτη υποστήριξη η οποία περιλαμβάνει υλική βοήθεια (οικιακά, οικονομικά) καθώς και οποιαδήποτε άλλη μορφή άμεσης βοήθειας μπορεί να χρειαστεί ένα άτομο (πχ. στέγη) (Kecojevic et al., 2019). Η κοινωνική υποστήριξη σε όλες της της εκφάνσεις παρέχεται από το σύνολο του κοινωνικού δικτύου του ατόμου και κυρίως από την οικογένεια, τους φίλους, τους συντρόφους ή την κοινότητα (Kecojevic et al., 2019).

Οι περισσότερες σχετικές έρευνες αναδεικνύουν τα πολυεπίπεδα οφέλη που προσφέρει στον γενικό πληθυσμό η κοινωνική υποστήριξη, επηρεάζοντας θετικά την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων (Thoits, 2011). Η παρουσία ενός ενεργού υποστηρικτικού κοινωνικού πλαισίου συμβάλλει στην μείωση του άγχους και της κατάθλιψης (Thoits, 2011), στη διαμόρφωση ψυχικής ανθεκτικότητας (Uchino, 2009), στην νοσηματοδότηση της ζωής (Skakoon-Sparling et al., 2022), στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών που ενδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα (Thoits, 2011) και στη γενικότερη αναβάθμιση της ποιότητας ζωής (Hederson et al., 2023). Αντίθετα, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά στρες, θνησιμότητας, καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικών επεισοδίων στο γενικό πληθυσμό (Skakoon-Sparling et al., 2022).

Αφού αναφερθήκαμε στα οφέλη της κοινωνικής υποστήριξης στον γενικό πληθυσμό, θα διερευνήσουμε τον ευεργετικό της ρόλο στην ειδική ομάδα της οικογένειας ουσιοεξαρτημένων ατόμων όπου αποτελεί κρίσιμο παράγοντα τόσο για το ουσιοεξαρτημένο άτομο όσο και για την οικογένειά του. Πιο συγκεκριμένα, ενώ η αναγκαιότητα της κοινωνικής υποστήριξης στο ουσιοεξαρτημένο άτομο έχει μελετηθεί εκτενώς (Bikerland et al., 2021; Rapier et al., 2019), εξίσου απαραίτητη κρίνεται και η περαιτέρω έρευνα σχετικά με την σημασία ενός ενεργού υποστηρικτικού δικτύου για την οικογένεια καθώς

καλούνται να διαχειριστούν πολυεπίπεδες προκλήσεις τόσο στο πλαίσιο της συνεχούς παρουσίας τους στη μακροχρόνια διαδικασία ανάρρωσης του ουσιοεξαρτημένου, όσο και εξαιτίας των συνεπειών της ουσιοεξάρτησης (Mardani et al., 2023).

Η πλειονότητα των ευρημάτων, σύμφωνα και με τα προηγούμενα κεφάλαια, υπογραμμίζουν τις βαρύτερες συνέπειες που υφίστανται οι οικογένειες με ουσιοεξαρτημένο μέλος στην ψυχική και σωματική τους υγεία όπως και στην κοινωνική και οικονομική τους ζωή (Di Sarno et al., 2021). Η συναισθηματική υποστήριξη από οικογένεια και φίλους θα συμβάλλει από τη μία στην ψυχική ανακούφιση και στην ενδυνάμωση αυτών των ατόμων, παρέχοντας τους ένα δίκτυο ασφάλειας, ώστε να είναι σε θέση να συνεχίσουν να υποστηρίζουν ουσιαστικά το ευάλωτο μέλος τους, αλλά και στη διευκόλυνση της αποδοχής του προβλήματος και στην αναζήτηση βοήθειας (Mardani et al., 2023). Τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και τα πιο διευρυμένα κοινωνικά δίκτυα συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων (Zimet et al., 1988) και μεγαλύτερη πιθανότητα για στήριξη σε κρίσιμες στιγμές, όπως κατά την υποτροπή των παιδιών τους (Tracy & Wallace, 2016). Επιπλέον, δεδομένου ότι έχει παρατηρηθεί πως η συνεχής υποστήριξη ενός ουσιοεξαρτημένου ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικές δυσκολίες και παραμέληση των αναγκών των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, η παροχή πρακτικής βοήθειας, όπως η συνδρομή σε καθημερινές δραστηριότητες και ευθύνες (π.χ. διαχείριση οικονομικών ή φροντίδα των άλλων παιδιών), μπορεί να μειώσει το βάρος που επωμίζονται οι γονείς, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να επικεντρωθούν καλύτερα στην υποστήριξη του ουσιοεξαρτημένου μέλους (Russel et al., 2022).

Σε επίπεδο κοινότητας, η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης μπορεί λειτουργήσει καταλυτικά στην αντιμετώπιση της συνολικής κατάστασης όπως και των υποτροπών δημιουργώντας την αίσθηση του «ανήκειν» σε μία ομάδα με κοινά βιώματα και ενισχύοντας τις γνώσεις και δεξιότητες διαχείρισης των μελών της οικογένειας (Tracy & Wallace, 2016). Επομένως, μέσω του πλαισίου της ομάδας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων καλλιεργείται η ανθεκτικότητα της οικογένειας η οποία κρίνεται απαραίτητη και για τη δική της ευμάρεια (Copello et al., 2010), αλλά και για την συνολική οικογενειακή

δυναμική, η ποιότητα της οποίας μπορεί να μειώσει και την πιθανότητα υποτροπής αυξάνοντας παράλληλα την δέσμευση του ουσιοεξαρτημένου στην θεραπεία (McLellan et al., 1998). Όμως, δεν πρέπει να παραληφθεί η παρατήρηση ότι, αν η συχνότητα των υποτροπών είναι αυξημένη, εντείνεται το στρες και το αίσθημα παραίτησης των γονέων, συνθήκη που ενδέχεται να συμβάλλει στην απομόνωσή τους από το σύνολο και τη μείωση της κοινωνικής υποστήριξης (Birkeland et al., 2021).

## **Κεφάλαιο 7: Συσχέτιση Συναισθημάτων Άγχους, Στρες και Κατάθλιψης Γονέων Ουσιοεξαρτημένων Ατόμων & Υποτροπής**

Η έννοια του άγχους αναφέρεται σε μία σειρά από γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα που ποικίλλουν ανάλογα με το υποκειμενικό βίωμα του κάθε ατόμου (Χριστοπούλου, 2008). Για παράδειγμα, στην διαταραχή πανικού, που αποτελεί μία από τις βασικές αγχώδεις διαταραχές, συχνά παρατηρούνται συμπτώματα όπως αίσθημα ασφυξίας, εφίδρωση, τρέμουλο, ταχυπαλμία, καθώς και αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση, τα οποία επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και τη γνωστική λειτουργία του ατόμου (Χριστοπούλου, 2008). Συνήθως, τα άτομα που βιώνουν άγχος έχουν μία αίσθηση επικείμενου κινδύνου, η οποία ωστόσο είναι συχνά υπερβολική και μη ρεαλιστική (Barlow, 2001). Το άγχος θεωρείται παθολογικό, όταν προκαλεί σημαντική ενόχληση και παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργία του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του (APA, 2000).

Το στρες, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, είναι ένας ευρύς όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την φυσιολογική αντίδραση του σώματος σε στρεσογόνους παράγοντες, είτε αυτοί είναι φυσικοί είτε ψυχολογικοί και μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο. Το χρόνιο στρες έχει συσχετιστεί με διάφορα προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις και ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων του άγχους και της κατάθλιψης (McEwen, 2007).

Όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία, τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, αλλά σύμφωνα με το DSM-IV-TR, για να διαγνωστεί ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, πρέπει να υπάρχει καταθλιπτική

διάθεση ή ανηδονία σε συνδυασμό με τουλάχιστον τέσσερα ακόμη συμπτώματα, τα οποία διαρκούν για περισσότερο από έξι μήνες. Αυτά τα συμπτώματα συνίστανται σε θλίψη, απομόνωση, εκνευρισμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη, ψυχοκινητική επιβράδυνση, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας και ενοχής, καθώς και αυτοκτονικές σκέψεις (APA, 2000).

Ειδικότερα, οι γονείς και τα υπόλοιπα μέλη οικογενειών ουσιοεξαρτημένων ατόμων συχνά βιώνουν έντονο άγχος, στρες και κατάθλιψη, καθώς αντιμετωπίζουν την επίμονη και συχνά ασταθή φύση της εξάρτησης των παιδιών τους (Orford et al., 2010; Velleman & Templeton, 2007). Η καθημερινή ανησυχία για την υγεία και την ευημερία των παιδιών τους, καθώς και η αίσθηση αδυναμίας να ελέγξουν την κατάσταση, οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα στρες και ψυχολογικής εξάντλησης. Παράλληλα, η ανεπάρκεια στη διαχείριση συγκρούσεων εντός της οικογένειας, σε συνδυασμό με τις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες της μακροχρόνιας χρήσης ουσιών, ενισχύει περαιτέρω αυτά τα αρνητικά συναισθήματα, επιδεινώνοντας την ψυχολογική πίεση που βιώνουν οι γονείς (Copello et al., 2010; Sinha, 2008).

Η συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής κατάστασης των γονέων και της υποτροπής του ουσιοεξαρτημένου ατόμου έχει διαπιστωθεί ότι λειτουργεί αμφίδρομα (Orford et al., 2010). Αφενός, η αρνητική ψυχική κατάσταση των γονέων μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της θεραπείας των παιδιών τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο υποτροπής (Marlatt & Donovan, 2005). Αφετέρου, οι επαναλαμβανόμενες υποτροπές εντείνουν τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης των γονέων, καθώς δημιουργούν την αίσθηση ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο αρνητικών συναισθημάτων και συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια (Μάτσα, 2001; Orford et al., 2010). Παρά την αβεβαιότητα σε ορισμένες μελέτες σχετικά με τη στατιστική σχέση ανάμεσα στις υποτροπές και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των γονέων, είναι σαφές ότι οι ψυχολογικές πιέσεις που σχετίζονται με την υποτροπή παραμένουν υψηλές και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των γονέων (Fernandez et al., 2006). Η κατανόηση αυτής της σχέσης είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα μειώσουν την πιθανότητα



υποτροπής και θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τόσο των ουσιοεξαρτημένων ατόμων όσο και των οικογενειών τους (Santoso et al., 2020).

### **Κεφάλαιο 8: Σκοπός & Ερευνητικές Υποθέσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω και τους περιορισμούς της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, παρατηρήθηκε ότι δεν ανευρέθησαν αρκετές έρευνες στην ελληνική βιβλιογραφία που να μελετούν τις μεταβλητές αυτές συνδυαστικά. Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιείται σύγκριση γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων με 0-1 υποτροπή όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ και γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων από τα ίδια στεγνά θεραπευτικά προγράμματα με  $\geq 2$  υποτροπές, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα, με σκοπό τη διερεύνηση διαφορών στο εκφραζόμενο συναίσθημα, στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας, επικοινωνίας και αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.

Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις διαμορφώνονται ως εξής:

1. Οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα θα παρουσιάζουν υψηλότερο εκφραζόμενο συναίσθημα από γονείς ουσιοεξαρτημένων με 0-1 υποτροπές, των οποίων τα παιδιά επίσης παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.
2. Οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα θα παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής καθώς και υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης από γονείς ουσιοεξαρτημένων με 0-1 υποτροπές, των οποίων τα παιδιά επίσης παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.
3. Οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας από γονείς χρηστών με 0-1 υποτροπές, των οποίων τα παιδιά επίσης

παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

4. Οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα επικοινωνίας από γονείς ουσιοεξαρτημένων με 0-1 υποτροπές, των οποίων τα παιδιά επίσης παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.
  
5. Οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης από γονείς ουσιοεξαρτημένων με 0-1 υποτροπές, των οποίων τα παιδιά επίσης παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

## **Μέρος Β: Ερευνητικό Μέρος**

### **Κεφάλαιο 9: Μεθοδολογία**

Η μέθοδος της έρευνας είχε συγχρονικό χαρακτήρα (cross-sectional survey) και διεξήχθη δια ζώσης από τον Ιανουάριο του 2024 έως τον Ιούλιο του 2024 .

#### **9.1 Συμμετέχοντες**

Στην έρευνα συμμετείχαν 57 γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Ο ερευνητικός πληθυσμός αφορούσε δύο ομάδες. Αφενός η πρώτη ομάδα αφορούσε γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με 0-1 υποτροπή (ομάδα ελέγχου) όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα οι οποίοι προέρχονταν είτε από το τμήμα Οικογένειας της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α. είτε από την μονάδα Οικογενειακής Υποστήριξης του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ είτε από την μονάδα Εφήβων/ Νέων Αθήνας «Ατραπός» του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Αφετέρου η δεύτερη ομάδα αφορούσε γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με  $\geq 2$  υποτροπές (πειραματική ομάδα), σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα που προέρχονταν από τα ίδια στεγνά θεραπευτικά προγράμματα που προαναφέρθηκαν.

Οι βασικές προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα ήταν: να παρακολουθεί και το ουσιοεξαρτημένο παιδί, το οποίο να είναι ενήλικο, και οι γονείς κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ το χρονικό διάστημα που διεξάγεται η έρευνα. Επίσης, οι συμμετέχοντες έπρεπε να κατανοούν επαρκώς και να μπορούν να γράφουν στην ελληνική γλώσσα και τέλος να συγκατατίθενται μετά από πληροφόρηση να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη. Από την άλλη, κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ήταν: η ύπαρξη διάγνωσης νόσου που εκφυλίζει τις γνωστικές και νοητικές λειτουργίες όπως και η μη επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας.

#### **9.2 Ερευνητική Διαδικασία**

Καθώς ο πληθυσμός που συμμετείχε στην έρευνα ήταν κλινικός, έπρεπε πρώτα να γίνει δεκτή η έρευνα από τον αρμόδιο φορέα του κάθε προγράμματος που συμμετείχε. Επομένως, στάλθηκε επιστολή προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ψ.Ν.Α. Δαφνί, το Τμήμα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ, το οποίο υπάγεται στις κεντρικές υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ και το Τμήμα Έρευνας και

Αξιολόγησης, που υπάγεται στην Διεύθυνση Σχεδιασμού, Προγραμματισμού και Αξιολόγησης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Στην κάθε επιστολή συμπεριλαμβάνονταν η ερευνητική πρόταση, ο σκοπός και οι ερευνητικοί στόχοι της διπλωματικής εργασίας και συνοδευόταν από αναλυτικό σχέδιο της έρευνας, διαμορφωμένο όπως όριζε ο κάθε οργανισμός και πλήρες βιογραφικό σημείωμα της ερευνήτριας. Και οι τρεις επιστολές απαντήθηκαν θετικά.

Αφού η έρευνα αδειοδοτήθηκε, έγινε μία πρώτη επικοινωνία με τη γραμματεία του Επιστημονικού Συμβουλίου του Ψ.Ν.Α. Δαφνί και με τα τμήματα έρευνας του ΚΕΘΕΑ και του ΟΚΑΝΑ και στην συνέχεια η ερευνήτρια πραγματοποίησε συναντήσεις με το θεραπευτικό προσωπικό των προγραμμάτων που προαναφέρθηκαν προκειμένου να τους γνωστοποιήσει τον τρόπο διεξαγωγής και τους σκοπούς της έρευνας όπως επίσης και να ενημερωθεί για τον τρόπο που λειτουργεί η θεραπευτική διαδικασία σε κάθε πρόγραμμα ώστε να διαμορφωθεί αντίστοιχα και η έρευνα.

Η συλλογή του δείγματος ξεκίνησε στην Μονάδα Οικογενειακής Υποστήριξης του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ. Η διαδικασία πραγματοποιήθηκε ως εξής: οι θεραπευόμενοι ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια, παρουσία της θεραπεύτριας, σχετικά με τους σκοπούς και τους τρόπους διεξαγωγής της έρευνας. Η ενημέρωση και η συμμετοχή τους στην έρευνα έγινε σε χρόνο, όπου δεν κωλύονταν το θεραπευτικό έργο. Πιο συγκεκριμένα, ενημερώνονταν για την έρευνα κατά το χρόνο αναμονής, στην αρχή ή μετά το πέρας της συνεδρίας. Εφόσον συμφωνούσαν για την συμμετοχή τους και πληρούσαν και τα προαναφερθέντα κριτήρια συμμετοχής, μπορούσαν είτε μετά το ραντεβού τους είτε σε συμφωνημένο με την ερευνήτρια χρόνο (προγραμματισμένο ραντεβού εντός του φορέα, συνήθως πριν ή μετά το επόμενο ραντεβού τους) να ξεκινήσουν τη διαδικασία. Αρχικά, η ερευνήτρια ενημέρωνε τους συμμετέχοντες για τη διαδικασία και την τήρηση του απορρήτου και αφού υπέγραφαν έντυπο συναίνεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα, ξεκινούσε η χορήγηση των ερωτηματολογίων. Πρώτα τους χορηγούνταν ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και στην συνέχεια καλούνταν να συμπληρώσουν την Κλίμακα Αξιολόγησης της Απόρριψης Ασθενούς (PRS), την Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής (WhoQoL- Bref Δ), την Κλίμακα Αξιολόγησης της Οικογενειακής Λειτουργικότητας (FAD), την

Κλίμακα Αξιολόγησης της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) και την Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (DASS 21). Η συμπλήρωση των παραπάνω ερωτηματολογίων διαρκούσε 30 - 45 λεπτά περίπου, με τη βοήθεια της ερευνήτριας, εάν κρινόταν αναγκαία. Τα ίδια ερωτηματολόγια δόθηκαν και στις δύο ομάδες.

Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και στο τμήμα Οικογένειας της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α. ενώ στην μονάδα Εφήβων/ Νέων Αθήνας «Ατραπός» του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε από τους θεραπευτές με δυνατότητα επικοινωνίας με την ερευνήτρια σε περίπτωση που χρειαζόταν κάποια διευκρίνιση σε σχέση με την διαδικασία.

### **9.3 Ερευνητικά Εργαλεία**

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι ερωτηματολογίων:

1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων: εργαλείο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τη συμπλήρωση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, όπως: φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο (ολοκληρωμένο κύκλο σπουδών) και τόπο διαμονής. Ακόμη, περιλάμβανε πρόσθετες ερωτήσεις σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση του γονέα, την ηλικία του ουσιοεξαρτημένου παιδιού, πότε ξεκίνησε τη χρήση (έτος), πόσα άλλα θεραπευτικά προγράμματα έχει παρακολουθήσει (αριθμό) χωρίς να συμπεριλαμβάνεται το συγκεκριμένο, ποιο ήταν το συνολικό διάστημα παρακολούθησης άλλων προγραμμάτων (εάν υπήρχαν), τον αριθμό υποτροπών, εάν υπήρχαν κατά το παραπάνω διάστημα (ως υποτροπή ορίζεται η επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών, όχι μία φορά, μετά από ένα διάστημα αποχής), το διάστημα παρακολούθησης του ουσιοεξαρτημένου παιδιού στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ, τον αριθμό υποτροπών στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, καθώς και το διάστημα που ο γονιός λάμβανε υπηρεσίες στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα. Επιπλέον, ρωτήθηκαν εάν είχαν επικοινωνία με το παιδί τους κατά τη διάρκεια της έρευνας, και εάν η απάντηση ήταν

καταφατική, ακολουθούσε η ερώτηση σε τι συχνότητα και με ποιον τρόπο (πχ. ηλεκτρονικά, τηλεφωνικά, δια ζώσης).

2. Κλίμακα Απορριπτικών Στάσεων Kreisman (Kreisman Scale of Rejecting Attitudes) (Kreisman et al., 1988): εκτεταμένη έκδοση της κλίμακας η οποία μετρά τις αρνητικές στάσεις των γονέων προς το παιδί τους. Η κλίμακα αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς 24 στοιχείων που σχεδιάστηκε αρχικά για να αξιολογήσει τα απορριπτικά συναισθήματα των μελών της οικογένειας προς ένα ψυχικά διαταραγμένο άτομο που ζει μέσα στην οικογένειά του. Η συχνότητα κάθε συγκεκριμένης στάσης ή αίσθησης των γονέων αναφέρεται σε κλίμακα 7 σημείων. Η κλίμακα επικαλύπτεται συναισθηματικά με την εχθρικότητα και τις κριτικές παρατηρήσεις του εκφραζόμενου συναισθήματος (EE). Έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα και έχει χρησιμοποιηθεί σε δείγμα οικογενειών με εξαρτημένα άτομα από ηρώνη σε σύγκριση με δείγμα οικογενειών που είχαν μέλος με σχιζοφρένεια και με δείγμα οικογενειών με μέλη που ήταν διανοητικά υγιή (Pomini et al., 2014).
3. Κλίμακα Αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής (WhoQoL- Bref Δ) (The WhoQoL Group, 1998): συνοπτική έκδοση 26 στοιχείων του WHOQOL-100, που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Πρόκειται για ένα εύκολο στη χρήση εργαλείο για τη μέτρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Τα στοιχεία επιλέχθηκαν από τη φόρμα 100 στοιχείων του WHOQOL βάσει στατιστικών κριτηρίων. Το WHOQOL-BREF αποτελείται από 24 στοιχεία που αντιστοιχούν σε 24 πτυχές (θεματικές) της ποιότητας ζωής (QoL), και δύο στοιχεία που αφορούν τη συνολική ποιότητα ζωής / γενική υγεία. Τα στοιχεία οργανώνονται σε 4 τομείς: (1) φυσική υγεία, (2) ψυχολογική υγεία, (3) κοινωνικές σχέσεις και (4) περιβάλλον. Το μοντέλο των 4 τομέων προέκυψε μετά τη συγχώνευση δύο από τους αρχικούς έξι τομείς του WHOQOL-100, δηλαδή τους τομείς Επίπεδου Ανεξαρτησίας και Πνευματικότητας, έχει ελεγχθεί και έχει βρεθεί συμβατό με τα εμπειρικά αποτελέσματα των πεδίων μελέτης WHOQOL-100. Το

WHOQOL- BREF έχει ελεγχθεί ως ένα σύστημα μέτρησης της QoL σχετικής με την υγεία, δείχνοντας καταλληλότητα σε διάφορες γλωσσικές και διαπολιτισμικές μελέτες που αφορούν διαφορετικές ομάδες ασθενών (Ginieri - Coccossis et al., 2012).

4. Κλίμακα Αξιολόγησης της Οικογενειακής Λειτουργικότητας (Family Assessment Device -FAD) (Epstein et al., 1983): αποτελεί κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της αντίληψης της οικογένειας σχετικά με τη λειτουργικότητά της. Περιλαμβάνει έξι υποκλίμακες που αξιολογούν τις διαστάσεις του μοντέλου McMaster (Λήψη Αποφάσεων, Επικοινωνία, Συναισθηματική Συμμετοχή, Συναισθηματική Ανταπόκριση, Ρόλοι, Έλεγχος Συμπεριφοράς) καθώς και μία Γενική Κλίμακα Λειτουργίας που αξιολογεί το συνολικό επίπεδο λειτουργικότητας της οικογένειας. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 53 ερωτήσεις και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε 60 ερωτήσεις, με κάθε υποκλίμακα να περιλαμβάνει από πέντε έως δώδεκα ερωτήσεις. Το FAD εξετάζει μία ευρεία γκάμα οικογενειακών λειτουργιών και, ταυτόχρονα, παρέχει μία επιπρόσθετη μέτρηση της συνολικής οικογενειακής λειτουργικότητας. Τα αποτελέσματα έρευνας που είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την εγκυρότητα της μετάφρασης του FAD στα ελληνικά σε μη κλινικό πληθυσμό, ανέδειξαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας της ελληνικής οικογένειας (Tsamparli et al., 2018).
5. Κλίμακα Αξιολόγησης της Αντιλαμβανόμενης Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) (Zimet et al., 1988): σύντομο εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετρήσει την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από τρεις πηγές: την οικογένεια, τους φίλους και τους σημαντικούς άλλους. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις, οι οποίες κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες που περιλαμβάνουν 4 ερωτήσεις για κάθε πηγή υποστήριξης (Αθανασιάδου, 2012). Η προσαρμογή και μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έγινε από τη Θεοφίλου η οποία διαπίστωσε ότι έχει καλή εσωτερική αξιοπιστία και ισχυρή παραγοντική εγκυρότητα,

επιβεβαιώνοντας τη δομή των τριών υποκλιμάκων του (Theofilou, 2015).

6. Κλίμακα Αξιολόγησης της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες (Depression Anxiety Stress Scale-21) (DASS 21) (Lovibond & Lovibond, 1995): σύντομη εκδοχή με 21 δηλώσεις που στοχεύει στην μέτρηση των αρνητικών συνθηκών της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν το βαθμό που έχουν βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε δήλωση την τελευταία βδομάδα. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί σε ένα μεγάλο δείγμα Ελλήνων από τους Πεζirkianίδη και συνεργάτες, όπου φάνηκε ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Pezirkianidis et al., 2018). Η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έχει γίνει από τον Λυράκο και τους συνεργάτες του (Lyraeos et al., 2011).

#### **9.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν ήταν εμπιστευτικές και τα δεδομένα ήταν διαθέσιμα μόνο στην ερευνήτρια. Η ερευνητική διαδικασία δεν εγκυμονούσε κινδύνους για τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εγγράφως για το αντικείμενο της έρευνας, για τον τρόπο χορήγησης των ερωτηματολογίων καθώς και για το ενδεχόμενο ότι είναι ελεύθεροι να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να αναφέρουν τον λόγο. Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας - αλλά και μετά την ολοκλήρωσή της - διασφαλίστηκε πλήρως η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η αδυναμία ταυτοποίησής τους με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Δόθηκε στους συμμετέχοντες, πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η επιστολή που περιέγραφε την έρευνα, τον σκοπό της και την διαδικασία διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων και της ανωνυμίας των ερωτώμενων καθώς και η φόρμα συγκατάθεσης. Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και την προστασία των δεδομένων δεν υπήρξαν στοιχεία που θα πρόδιδαν ή θα εξέθεταν την ταυτότητα των μελών του θεραπευτικού προγράμματος ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α. ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ. Για τον λόγο αυτό οι συμμετέχοντες έλαβαν την οδηγία να μην γράψουν σε κανένα ερωτηματολόγιο το όνομα τους. Η



ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους και το πακέτο ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε διαφορετικούς φακέλους, προκειμένου να αποτραπεί η δυνατότητα αντιστοίχισης της ενυπόγραφης συγκατάθεσης με τα ερωτηματολόγια, και κατά συνέπεια η ταυτοποίηση των συμμετεχόντων με τις απαντήσεις τους. Επιπλέον, τα δεδομένα δεν επεξεργάστηκαν ξεχωριστά, αλλά ως σύνολο, γεγονός που αποκλείει την πιθανότητα αναγνώρισης οποιουδήποτε ατόμου. Η βάση που προέκυψε από την καταχώρηση των ερωτηματολογίων αποθηκεύτηκε σε υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης. Στη βάση αυτή καταγράφονταν αποκλειστικά οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων και κανένα άλλο στοιχείο που να συνέβαλλε σε αναγνώριση φυσικού προσώπου.

### **9.5 Στατιστική Ανάλυση**

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 25 (Statistical Package for the Social Sciences-SPSS). Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κατανομής με Kolmogorov-Smirnov και διαπιστώθηκε ότι η κατανομή ήταν κανονική, επομένως αποφασίστηκε η χρήση παραμετρικών ελέγχων. Συγκεκριμένα, έγιναν έλεγχοι ανεξάρτητων δειγμάτων (independent t-tests) για να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας όσον αφορά τις μεταβλητές «εκφραζόμενο συναίσθημα», «ποιότητα ζωής», «οικογενειακή λειτουργικότητα», «επικοινωνία» και «κοινωνική υποστήριξη». Έγινε επίσης χρήση διασταυρώσεων (crosstabs) και ελέγχων  $\chi^2$  (chi-square tests) για να εξεταστούν οι διαφορές μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας όσον αφορά την ύπαρξη επικοινωνίας με το ουσιοεξαρτημένο παιδί, τη συχνότητα και τον τρόπο επικοινωνίας. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το  $p \text{ value} \leq 0,05$ .

## **Κεφάλαιο 10: Αποτελέσματα**

### **10.1 Περιγραφική Στατιστική**

#### **10.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία Γονέων & Στοιχεία για την Θεραπευτική Πορεία των Παιδιών τους**

Το 43,8% των γονέων (n=25) παρακολουθούσαν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα από το 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α., ενώ το 28,1% (n=16) παρακολουθούσαν το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ, και άλλο ένα 28,1% του δείγματος (n=16) παρακολουθούσαν το στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα ΑΤΡΑΠΙΟΣ του ΟΚΑΝΑ. Πιο αναλυτικά, το 66,7% των γονέων του δείγματος (n=38) ήταν γυναίκες και οι ηλικίες των γονέων κυμαίνονταν μεταξύ 43 και 75 ετών (M= 59.14, SD= 7.673). Επίσης, το 91,2% (n=52) έμεναν στην Αθήνα. Το 14% (n=8) είχαν μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ το 26,3% (n=15) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 19,3% (n=11) είχαν μεταλυκειακές σπουδές, το 21,1% (n=12) ήταν απόφοιτοι λυκείου, ενώ το 14% (n=8) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου και το 5,3% (n=3) ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Παράλληλα, το 66,7% των γονέων (n=38) ήταν έγγαμοί/ες και το 47,4% (n=27) ήταν συνταξιούχοι. Οι τωρινές ηλικίες των ουσιοεξαρτημένων παιδιών κυμαίνονταν μεταξύ 18 και 49 ετών (M=30.42, SD= 8.908), ενώ οι ηλικίες έναρξης χρήσης κυμαίνονταν μεταξύ 13 και 29 ετών (M= 17.68, SD= 3.258). Επίσης, το 61,4% των παιδιών (n=35) δεν είχαν παρακολουθήσει άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Όσον αφορά τον αριθμό υποτροπών, το 64,9% των γονέων (n=37) δήλωσαν ότι τα παιδιά τους είχαν κάνει 0-1 υποτροπές, ενώ το 35,1% (n=20) δήλωσαν ότι τα παιδιά τους είχαν κάνει 2 ή και παραπάνω υποτροπές. Για την ακρίβεια, ο αριθμός των υποτροπών κυμαίνονταν μεταξύ 1 και 7 (M= 3.52, SD= 1.722). Το διάστημα παρακολούθησης του συγκεκριμένου προγράμματος κυμαίνονταν από 2 εβδομάδες μέχρι 9 χρόνια, με το 22,6% των γονέων (n=13) να δηλώνει ότι το παιδί τους παρακολουθούσε το συγκεκριμένο πρόγραμμα για 1 χρόνο και το 13,9% (n=8) να δηλώνει ότι το παιδί τους παρακολουθούσε το συγκεκριμένο πρόγραμμα για 2 χρόνια. Επιπλέον, όσον αφορά τον αριθμό υποτροπών στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, το 64,9% (n=37) δήλωσαν πως τα παιδιά τους είχε 0-1 υποτροπές, και το 35,1% (n=20) δήλωσαν πως τα παιδιά τους είχαν 2 ή και παραπάνω υποτροπές. Το σύνολο των υποτροπών στο συγκεκριμένο πρόγραμμα κυμαίνονταν μεταξύ 1 και 6 (M= 2.85, SD= 1.274). Παρόμοια με

τα ουσιοεξαρτημένα παιδιά, οι περισσότεροι γονείς παρακολουθούσαν το πρόγραμμα για 1 χρόνο (17,3%) ή για 2 χρόνια (19,1%). Επιπρόσθετα, η συντριπτική πλειοψηφία των γονέων (91,2%) είχαν επικοινωνία με το παιδί τους, και το 65,4% (n=34) επικοινωνούσαν καθημερινά με το παιδί τους. Επίσης, το 78,8% (n=41) επικοινωνούσαν δια ζώσης με το παιδί τους (βλ. Πίνακα 1).

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά Στοιχεία Γονέων & Στοιχεία για την Θεραπευτική Πορεία των Παιδιών τους

		n	%	Min	Max	M	SD
Πρόγραμμα	18 ΑΝΩ	25	43,8				
	ΑΤΡΑΠΙΟΣ	16	28,1				
	ΚΕΘΕΑ	16	28,1				
Φύλο	Άνδρας	19	33,3				
	Γυναίκα	38	66,7				
Ηλικία				43	75	59,14	7,673
Τόπος κατοικίας	Αθήνα	52	91,2				
	Πόλη	2	3,5				
	Χωριό	3	5,3				
Εκπαίδευση	Δημοτικό	3	5,3				
	Γυμνάσιο	8	14,0				
	Λύκειο	12	21,1				
	Μεταλυκειακές σπουδές	11	19,3				
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	15	26,3				
	Μεταπτυχιακές σπουδές	8	14,0				
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	38	66,7				
	Διαζευγμένος/η	11	19,3				
	Χήρος/α	8	14,0				
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	4	7,0				
	Δημόσιος υπάλληλος	2	3,5				

		n	%	Min	Max	M	SD
	Ιδιωτικός υπάλληλος	11	19,3				
	Ελεύθερος επαγγελματίας	10	17,5				
	Συνταξιούχος	27	47,4				
	Οικιακά	3	5,3				
Τωρινή ηλικία παιδιού				18	49	30,42	8,908
Ηλικία έναρξης χρήσης				13	29	17,68	3,258
Αριθμός άλλων θεραπευτικών προγραμμάτων που έχει παρακολουθήσει το παιδί	0	35	61,4				
	1	13	22,8				
	2	8	14,0				
	3	1	1,8				
Συνολικό διάστημα παρακολούθησης άλλων προγραμμάτων	2 μήνες	2	3,5				
	4 μήνες	2	3,5				
	5 μήνες	1	1,8				
	6 μήνες	2	3,5				
	7 μήνες	1	1,8				
	10 μήνες	2	3,5				
	1 χρόνο	3	5,3				
	1,5 χρόνο	2	3,5				
	20 μήνες	2	3,5				
	2 χρόνια	1	1,8				
	3 χρόνια	2	3,5				
	3,5 χρόνια	2	3,5				
Αριθμός υποτροπών	0-1 υποτροπές	37	64,9				
	≥2 υποτροπές	20	35,1				
Σύνολο υποτροπών				1	7	3,52	1,722

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Διάστημα παρακολούθησης του συγκεκριμένου προγράμματος	2 βδομάδες	1	1,8				
	1,5 μήνα	1	1,8				
	2 μήνες	1	1,8				
	3 μήνες	2	3,5				
	3,5 μήνες	2	3,5				
	4 μήνες	3	5,3				
	5 μήνες	3	5,3				
	6 μήνες	3	5,3				
	7 μήνες	1	1,8				
	8 μήνες	2	3,5				
	9 μήνες	1	1,8				
	10 μήνες	4	6,8				
	1 χρόνο	13	22,6				
	15 μήνες	1	1,8				
	1,5 χρόνο	2	3,5				
	2 χρόνια	8	13,9				
	2,5 χρόνια	3	5,3				
	3 χρόνια	2	3,5				
	3,5 χρόνια	1	1,8				
	5 χρόνια	1	1,8				
6 χρόνια	1	1,8					
9 χρόνια	1	1,8					
Αριθμός υποτροπών στο συγκεκριμένο πρόγραμμα	0-1 υποτροπές	37	64,9				
	≥2 υποτροπές	20	35,1				
Σύνολο υποτροπών στο συγκεκριμένο πρόγραμμα				1	6	2,85	1,274

		n	%	Min	Max	M	SD
Διάστημα που οι γονείς παρακολουθούν το πρόγραμμα	2 βδομάδες	1	1,8				
	2 μήνες	2	3,5				
	2,5 μήνες	1	1,8				
	3 μήνες	3	5,3				
	4 μήνες	5	8,8				
	5 μήνες	2	3,5				
	6 μήνες	1	1,8				
	7 μήνες	2	3,5				
	8 μήνες	2	3,5				
	10 μήνες	3	5,3				
	11 μήνες	2	3,5				
	1 χρόνο	10	17,3				
	15 μήνες	1	1,8				
	1,5 χρόνο	3	5,3				
	2 χρόνια	11	19,1				
	2,5 χρόνια	2	3,5				
	3 χρόνια	1	1,8				
	3,5 χρόνια	2	3,5				
	5 χρόνια	1	1,8				
	6 χρόνια	1	1,8				
8 χρόνια	1	1,8					
Επικοινωνία με το παιδί	Ναι	52	91,2				
	Όχι	5	8,8				
Συχνότητα επικοινωνίας με το παιδί	Κάθε μέρα	34	65,4				
	Μέρα παρά μέρα	5	9,6				
	1 φορά τη βδομάδα	9	17,3				
	Κάθε 15 μέρες	3	5,8				
	Κάθε μήνα	1	1,9				
Τρόπος	Ηλεκτρονικά	1	1,9				

		n	%	Min	Max	M	SD
επικοινωνίας με το παιδί	Τηλεφωνικά	10	19,2				
	Δια ζώσης	41	78,8				

### 10.1.2 Εκφραζόμενο Συναίσθημα, Ποιότητα Ζωής, Οικογενειακή Λειτουργικότητα, Επικοινωνία, Κοινωνική Υποστήριξη, Άγχος, Στρες & Κατάθλιψη

Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών είχαν χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα ( $M= 61.00$ ,  $SD= 17.521$ ), μέτρια φυσική υγεία ( $M= 63.91$ ,  $SD= 15.193$ ), μέτρια ψυχολογική υγεία ( $M= 65.56$ ,  $SD= 14.983$ ), μέτριες κοινωνικές σχέσεις ( $M=61.89$ ,  $SD= 15.007$ ), μέτριο προς καλό περιβάλλον ( $M= 67.81$ ,  $SD= 11.275$ ), και καλή συνολική ποιότητα ζωής ( $M= 70.51$ ,  $SD= 12.198$ ). Όσον αφορά την οικογενειακή λειτουργικότητα, διαπιστώθηκαν μέτριες βαθμολογίες αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων ( $M= 1.88$ ,  $SD= .655$ ), την επικοινωνία ( $M= 2.07$ ,  $SD= .733$ ), τους ρόλους ( $M= 2.07$ ,  $SD= .610$ ), τη συναισθηματική ανταπόκριση ( $M= 2.03$ ,  $SD= .585$ ), τη συναισθηματική συμμετοχή ( $M= 2.33$ ,  $SD= .675$ ), τον έλεγχο συμπεριφοράς ( $M= 2.24$ ,  $SD= .658$ ), τη γενική λειτουργία ( $M= 2.09$ ,  $SD= .668$ ), και τη συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα ( $M= 2.17$ ,  $SD= .674$ ). Από την άλλη, όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών είχαν αρκετά καλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους ( $M= 5.38$ ,  $SD= 1.344$ ), από την οικογένεια ( $M= 5.34$ ,  $SD= 1.056$ ), και από τους φίλους ( $M= 5.19$ ,  $SD= 1.233$ ). Παρομοίως, βρέθηκε αρκετά καλή συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ( $M= 5.32$ ,  $SD= 1.064$ ). Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών είχαν χαμηλά επίπεδα άγχους ( $M= 4.04$ ,  $SD= 4.448$ ), στρες ( $M= 5.89$ ,  $SD= 4.735$ ), και κατάθλιψης ( $M= 5.72$ ,  $SD= 5.609$ ) (βλ. Πίνακα 2).

**Πίνακας 2:** Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής, τη οικογενειακή λειτουργικότητα, την επικοινωνία, την κοινωνική υποστήριξη, το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Εκφραζόμενο συναίσθημα	31	91	61,00	17,521
Φυσική υγεία	31	94	63,91	15,193
Ψυχολογική υγεία	31	94	65,56	14,983
Κοινωνικές σχέσεις	19	88	61,89	15,007
Περιβάλλον	44	88	67,81	11,275
Συνολική ποιότητα ζωής	42	96	70,51	12,198
Λήψη αποφάσεων	1,00	3,45	1,88	,665
Επικοινωνία	1,00	3,75	2,07	,733
Ρόλοι	1,17	3,81	2,07	,610
Συναισθηματική ανταπόκριση	1,07	3,44	2,03	,585
Συναισθηματική συμμετοχή	1,21	3,87	2,33	,675
Έλεγχος συμπεριφοράς	1,15	3,92	2,24	,658
Γενική λειτουργία	1,13	3,75	2,09	,668
Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα	1,18	3,89	2,17	,674
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους	1,50	7,00	5,38	1,344
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια	2,50	7,00	5,34	1,056
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από φίλους	1,25	7,00	5,19	1,233
Συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	2,41	7,00	5,32	1,064
Στρες	0	21	5,89	4,735
Άγχος	0	21	4,04	4,448
Κατάθλιψη	0	20	5,72	5,609



## 10.2 Επαγωγική Στατιστική

### 10.2.1 Διαφοροποιήσεις στο Εκφραζόμενο Συναίσθημα, Ποιότητα Ζωής, Οικογενειακή Λειτουργικότητα, Επικοινωνία, Κοινωνική Υποστήριξη, Άγχος, Στρες και Κατάθλιψη των Γονέων σε Σχέση με τον Αριθμό Υποτροπών των Ουσιοεξαρτημένων Παιδιών τους

Για να διερευνηθεί εάν υπήρχαν διαφορές στο εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής, την οικογενειακή λειτουργικότητα, την επικοινωνία, την κοινωνική υποστήριξη, το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη των γονέων ανάλογα με τον αριθμό υποτροπών των ουσιοεξαρτημένων παιδιών τους, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests (βλ. Πίνακα 3).

Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι το εκφραζόμενο συναίσθημα σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό υποτροπών, καθώς  $t(55) = -5.518, p = .000$ . Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 75.10, SD = 11.841$ ) είχαν υψηλότερο εκφραζόμενο συναίσθημα από τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές ( $M = 55.38, SD = 15.278$ ). Συνεπώς, επιβεβαιώθηκε η πρώτη ερευνητική υπόθεση.

Παρόμοια, βρέθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη φυσική υγεία ( $M = 68.51, SD = 15.407$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 55.40, SD = 10.635$ ), αφού  $t(55) = 3.389, p = .001$ . Στο ίδιο μήκος κύματος, οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη ψυχολογική υγεία ( $M = 69.49, SD = 13.805$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 58.30, SD = 14.665$ ), αφού  $t(55) = 2.857, p = .006$ . Επίσης, οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις ( $M = 64.54, SD = 13.335$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 57.00, SD = 16.971$ ), καθώς  $t(55) = 2.849, p = .007$ . Παράλληλα, οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερο περιβάλλον ( $M = 70.78, SD = 11.021$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 62.30, SD = 9.766$ ), αφού  $t(55) = 3.081, p = .006$ . Συνολικά, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής ( $M = 73.92, SD = 12.056$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 64.20, SD = 9.929$ ), αφού  $t(55) = -6.106, p = .003$ .

Παράλληλα, βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δε σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το άγχος ( $p = .412$ ), το στρες ( $p = .350$ ) και την κατάθλιψη ( $p = .205$ ). Συνεπώς, η δεύτερη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε μόνο εν μέρει.

Ταυτόχρονα, βρέθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερες βαθμολογίες αναφορικά με τη λήψη αποφάσεων ( $p = .000$ ), την επικοινωνία ( $p = .000$ ), τους ρόλους ( $p = .000$ ), τη συναισθηματική ανταπόκριση ( $p = .000$ ), τη συναισθηματική συμμετοχή ( $p = .000$ ), τον έλεγχο συμπεριφοράς ( $p = .000$ ) και τη γενική λειτουργία ( $p = .000$ ). Συνολικά, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη οικογενειακή λειτουργικότητα ( $M = 1.85$ ,  $SD = .518$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 2.77$ ,  $SD = .492$ ), καθώς  $t(55) = -6.558$ ,  $p = .000$ . Συνεπώς, επιβεβαιώθηκε η τρίτη ερευνητική υπόθεση.

Από την άλλη, διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δεν σχετίζονταν με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους ( $p = .168$ ) και από φίλους ( $p = .639$ ). Ωστόσο, βρέθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με 0-1 υποτροπές είχαν καλύτερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια ( $M = 5.60$ ,  $SD = .852$ ) συγκριτικά με τους γονείς ουσιοεξαρτημένων παιδιών με  $\geq 2$  υποτροπές ( $M = 4.88$ ,  $SD = 1.247$ ), αφού  $t(55) = 2.575$ ,  $p = .013$ . Συνολικά, βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δε σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη καθώς  $t(55) = 1.429$ ,  $p = .159$ . Επομένως, η πέμπτη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε μόνο εν μέρει.

**Πίνακας 3:** Διαφοροποιήσεις στο εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής, την οικογενειακή λειτουργικότητα, την επικοινωνία την κοινωνική υποστήριξη, το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη των γονέων ανάλογα τον αριθμό υποτροπών των ουσιοεξαρτημένων παιδιών τους

	<b>Αριθμός υποτροπών</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>P</b>
Εκφραζόμενο συναίσθημα	0-1 υποτροπές	53,38	15,278	-5,518	,000
	≥2 υποτροπές	75,10	11,841		
Φυσική υγεία	0-1 υποτροπές	68,51	15,407	3,389	,001
	≥2 υποτροπές	55,40	10,635		
Ψυχολογική υγεία	0-1 υποτροπές	69,49	13,805	2,857	,006
	≥2 υποτροπές	58,30	14,665		
Κοινωνικές σχέσεις	0-1 υποτροπές	64,54	13,335	2,849	,007
	≥2 υποτροπές	57,00	16,971		
Περιβάλλον	0-1 υποτροπές	70,78	11,021	3,081	,006
	≥2 υποτροπές	62,30	9,766		
Συνολική ποιότητα ζωής	0-1 υποτροπές	73,92	12,056	-6,106	,003
	≥2 υποτροπές	64,20	9,929		
Λήψη αποφάσεων	0-1 υποτροπές	1,57	,502	-6,366	,000
	≥2 υποτροπές	2,45	,547		
Επικοινωνία	0-1 υποτροπές	1,74	,559	-5,520	,000
	≥2 υποτροπές	2,71	,566		
Ρόλοι	0-1 υποτροπές	1,81	,477	-4,666	,000
	≥2 υποτροπές	2,56	,525		
Συναισθηματική ανταπόκριση	0-1 υποτροπές	1,80	,557	-6,324	,000
	≥2 υποτροπές	2,45	,369		
Συναισθηματική συμμετοχή	0-1 υποτροπές	2,02	,575	-6,023	,000
	≥2 υποτροπές	2,92	,389		
Έλεγχος συμπεριφοράς	0-1 υποτροπές	1,94	,566	-5,045	,000
	≥2 υποτροπές	2,80	,402		
Γενική λειτουργία	0-1 υποτροπές	1,81	,559	-5,578	,000
	≥2 υποτροπές	2,59	,553		
Συνολική	0-1 υποτροπές	1,85	,518	-6,558	,000

οικογενειακή λειτουργικότητα	$\geq 2$ υποτροπές	2,77	,492		
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους	0-1 υποτροπές	5,56	1,170	1,399	,168
	$\geq 2$ υποτροπές	5,05	1,596		
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια	0-1 υποτροπές	5,60	,852	2,575	,013
	$\geq 2$ υποτροπές	4,88	1,247		
Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από φίλους	0-1 υποτροπές	5,25	1,204	,471	,639
	$\geq 2$ υποτροπές	5,08	1,311		
Συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	0-1 υποτροπές	5,46	,956	1,429	,159
	$\geq 2$ υποτροπές	5,05	1,219		
Στρες	0-1 υποτροπές	5,46	4,676	-,943	,350
	$\geq 2$ υποτροπές	6,70	4,857		
Άγχος	0-1 υποτροπές	3,68	4,552	-,827	,412
	$\geq 2$ υποτροπές	4,70	4,281		
Κατάθλιψη	0-1 υποτροπές	5,03	5,644	-1,275	,205
	$\geq 2$ υποτροπές	7,00	5,448		

### 10.2.2 Συσχέτιση του Αριθμού Υποτροπών με την Ύπαρξη, την Συχνότητα και τον Τρόπο Επικοινωνίας

Επίσης, για να διερευνηθεί εάν υπήρχαν διαφορές στην επικοινωνία των γονέων με τα ουσιοεξαρτημένα παιδιά τους ανάλογα τον αριθμό υποτροπών των ουσιοεξαρτημένων παιδιών τους, χρησιμοποιήθηκαν διασταυρώσεις και chi-square tests. Βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δε σχετιζόταν

στατιστικά σημαντικά με την επικοινωνία με το παιδί, καθώς  $\chi^2 (1) = .058$ ,  $p = .580$  (βλ. Πίνακα 4). Παρόμοια, βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δεν σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα επικοινωνίας με το παιδί, καθώς  $\chi^2 (4) = 4.152$ ,  $p = .386$  (βλ. Πίνακα 5). Επίσης, βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δεν σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τον τρόπο επικοινωνίας με το παιδί, καθώς  $\chi^2 (2) = 1.825$ ,  $p = .401$  (βλ. Πίνακα 6). Με βάση τα ευρήματα αυτά απορρίπτεται η τέταρτη ερευνητική υπόθεση.

**Πίνακας 4:** Συσχέτιση μεταξύ αριθμού υποτροπών και επικοινωνίας με το παιδί

		Επικοινωνία με το παιδί		$\chi^2$	p
		Ναι	Όχι		
Αριθμός υποτροπών	0-1 υποτροπές	34	3	,058	,580
	$\geq 2$ υποτροπές	18	2		

**Πίνακας 5:** Συσχέτιση μεταξύ αριθμού υποτροπών και συχνότητας επικοινωνίας με το παιδί

		Συχνότητα επικοινωνίας με το παιδί					$\chi^2$	p
		Κάθε μέρα	Μέρα παρά μέρα	1 φορά τη βδομάδα	Κάθε 15 μέρες	Κάθε μήνα		
Αριθμός υποτροπών	0-1 υποτροπές	21	4	6	3	0	4,152	,386
	$\geq 2$ υποτροπές	13	1	3	0	1		

**Πίνακας 6:** Συσχέτιση μεταξύ αριθμού υποτροπών και τρόπου επικοινωνίας με το παιδί

		Τρόπος επικοινωνίας με το παιδί			$\chi^2$	p
		Ηλεκτρονικά	Τηλεφωνικά	Δια ζώσης		
<b>Αριθμός υποτροπών n</b>	0-1 υποτροπές	1	8	25	1,825	,401
	$\geq 2$ υποτροπές	0	2	16		

## Κεφάλαιο 11: Συζήτηση

### 11.1 Σύνδεση με Υπάρχουσα Βιβλιογραφία

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σύγκριση γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων με 0-1 υποτροπή όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα ή του 18 ΑΝΩ Ψ.Ν.Α. ή του ΚΕΘΕΑ ή του ΟΚΑΝΑ και γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων από τα ίδια στεγνά θεραπευτικά προγράμματα με  $\geq 2$  υποτροπές, σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα, με σκοπό τη διερεύνηση διαφορών στο εκφραζόμενο συναίσθημα, στην ποιότητα ζωής και στο επίπεδο οικογενειακής λειτουργικότητας, επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης.

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε, αφού διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάζουν υψηλότερο εκφραζόμενο συναίσθημα από γονείς ουσιοεξαρτημένων με 0-1 υποτροπές σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.

Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται με αρκετές μελέτες. Για παράδειγμα, η έρευνα των Hooley και Parker (2006) κατέδειξε ότι το υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα στα μέλη της οικογένειας σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής σε άτομα με σχιζοφρένεια και άλλες σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Ομοίως, οι Butzlaff και Hooley (1998) διεξήγαγαν μία μετα-ανάλυση που διαπίστωσε ότι το υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα σχετιζόταν με τον αριθμό υποτροπών στις ψυχωσικές διαταραχές. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο των διαταραχών χρήσης ουσιών, οι Vaughn και Leff (1976) ήταν από τους πρώτους που εντόπισαν τη σχέση μεταξύ υψηλού εκφραζόμενου συναισθήματος και υποτροπής σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Kavanagh (1992) παρατηρήθηκε επίσης ότι το υψηλότερο εκφραζόμενο συναίσθημα, ειδικά η κριτική και η εχθρότητα από μέλη της οικογένειας, σχετιζόνταν με τον αριθμό υποτροπών σε άτομα με διαταραχές χρήσης αλκοόλ.

Επίσης, η δεύτερη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε μόνο εν μέρει αφού βρέθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από γονείς χρηστών με 0-1 υποτροπές σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί, ότι βρέθηκε ότι ο

αριθμός των υποτροπών δεν σχετιζόταν με το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη.

Η πλειονότητα των ευρημάτων αυτών ευθυγραμμίζονται με αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν διερευνήσει τον αντίκτυπο της ουσιοεξάρτησης στα μέλη της οικογένειας, ιδιαίτερα στους γονείς. Το άγχος και η συναισθηματική επιβάρυνση που σχετίζονται με επαναλαμβανόμενες υποτροπές μπορεί να επιδεινώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των γονέων. Για παράδειγμα, μία μελέτη από τον Orford και τους συνεργάτες του (2010) διαπίστωσε ότι τα μέλη της οικογένειας ουσιοεξαρτημένων ατόμων παρουσίασαν σημαντική συναισθηματική δυσφορία και μειωμένη ποιότητα ζωής. Ο κυκλικός χαρακτήρας της υποτροπής και της ανάρρωσης μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο άγχος, στρες και κατάθλιψη μεταξύ των γονέων, καθώς συχνά αισθάνονται αβοήθητοι και συγκλονισμένοι από την κατάσταση του παιδιού τους. Ομοίως, μία μελέτη του Fernandez και των συνεργατών του (2006) έδειξε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων εφήβων ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας σε σύγκριση με γονείς εφήβων που δεν έκαναν χρήση ουσιών. Πρόσθετη έρευνα από τον Ray και τους συνεργάτες του (2009) τόνισε ότι η αβεβαιότητα και η αστάθεια που προκαλούνται από συχνές υποτροπές συμβάλλουν σε αυξημένα επίπεδα άγχους μεταξύ των γονέων, επιδεινώντας περαιτέρω την ποιότητα ζωής τους. Επιπρόσθετα μία μελέτη από τους Velleman και Templeton (2007) διαπίστωσε ότι η παρατεταμένη έκθεση στο άγχος της φροντίδας ενός ουσιοεξαρτημένου μέλους της οικογένειας οδηγεί σε μειωμένη ποιότητα ζωής μεταξύ των γονέων. Επιπλέον, η έρευνα του Barnard (2007) διερεύνησε την επίδραση της ουσιοεξάρτησης στη δυναμική της οικογένειας και διαπίστωσε ότι η συνεχής ανησυχία και ο φόβος της υποτροπής δημιουργούν μία διάχυτη αίσθηση αστάθειας και έντασης στις οικογένειες. Αυτό το περιβάλλον μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση χρόνιου στρες και μειωμένης ποιότητας ζωής για τους γονείς, ενισχύοντας τα ευρήματα της μελέτης μας.

Ακόμη, επιβεβαιώθηκε και η τρίτη ερευνητική υπόθεση αφού διαφάνηκε ότι οι γονείς χρηστών με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας από γονείς χρηστών με 0-1 υποτροπές σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα.



Πράγματι, η επαναλαμβανόμενη φύση των υποτροπών μπορεί να επιδεινώσει τις οικογενειακές εντάσεις και να διαταράξει τις κανονικές οικογενειακές διαδικασίες, οδηγώντας σε φτωχότερη συνολική οικογενειακή λειτουργία. Για παράδειγμα, μία μελέτη του Fischer και των συνεργατών του (2005) διαπίστωσε ότι οι οικογένειες ουσιοεξαρτημένων ατόμων παρουσίασαν σημαντικές διαταραχές στην οικογενειακή συνοχή, την επικοινωνία και τη συνολική λειτουργία. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η κυκλική διαδικασία της υποτροπής και της ανάκαμψης μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον χρόνιου στρες, το οποίο επηρεάζει αρνητικά το οικογενειακό σύστημα. Ομοίως, μια μελέτη του Svensson και των συνεργατών του (2011) απέδειξε ότι τα υψηλότερα ποσοστά υποτροπής συσχετίστηκαν με πιο σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι επαναλαμβανόμενες κρίσεις που σχετίζονται με υποτροπές συνέβαλαν στο συνεχές οικογενειακό άγχος και στη μειωμένη οικογενειακή συνοχή και προσαρμοστικότητα. Αυτή η μελέτη υποστηρίζει τα ευρήματά μας αποδεικνύοντας ότι οι συχνές υποτροπές μπορούν να διαταράξουν σοβαρά την οικογενειακή λειτουργία. Επιπλέον, έρευνα του McDonough και των συνεργατών του (2015) διαπίστωσε ότι το άγχος και η απρόβλεπτη φύση της ουσιοεξάρτησης ενός μέλους της οικογένειας οδήγησαν σε χαμηλότερη οικογενειακή λειτουργικότητα και υψηλότερα επίπεδα οικογενειακών συγκρούσεων. Μια άλλη μελέτη του Roozen και των συνεργατών του (2010) εξέτασε τον αντίκτυπο της χρήσης ουσιών στη δυναμική της οικογένειας και διαπίστωσε ότι τα υψηλότερα ποσοστά υποτροπής συνδέονταν με μεγαλύτερη οικογενειακή καταπόνηση και χαμηλότερη οικογενειακή ικανοποίηση.

Από την άλλη, δεν επιβεβαιώθηκε η τέταρτη ερευνητική υπόθεση αφού διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δε σχετιζόταν με την επικοινωνία των γονέων με τα ουσιοεξαρτημένα παιδιά τους.

Εν αντιθέσει με την παρούσα έρευνα, μία μελέτη από τους Andreas και O'Farrell (2009) κατέδειξε ότι τα κακά πρότυπα επικοινωνίας μέσα στις οικογένειες συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής μεταξύ των ατόμων που υποβάλλονταν σε θεραπεία για διαταραχές χρήσης ουσιών. Ομοίως, η έρευνα του Waldron και των συνεργατών του (2007) τόνισε τη σημασία της οικογενειακής επικοινωνίας στη θεραπεία της χρήσης ουσιών στους εφήβους. Μέσω της έρευνας αυτής διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις που

στοχεύουν στη βελτίωση της οικογενειακής επικοινωνίας ήταν αποτελεσματικές στη μείωση της χρήσης ουσιών και στην πρόληψη των υποτροπών. Αυτή η μελέτη, αν και υποστηρίζει την ιδέα ότι η δυναμική της οικογένειας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επαφή με τη χρήση, έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της τρέχουσας έρευνας, υποδεικνύοντας ότι η σχέση μεταξύ υποτροπής και επικοινωνίας μπορεί να είναι πιο περίπλοκη από ό,τι είχε προηγουμένως κατανοηθεί. Από την άλλη πλευρά, το συγκεκριμένο εύρημα της παρούσας έρευνας συμφωνεί εν μέρει με τα ευρήματα του Fischer και των συνεργατών του (2005), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι, ενώ η υποστήριξη και η επικοινωνία της οικογένειας είναι ζωτικής σημασίας, δεν είναι οι μοναδικοί καθοριστικοί παράγοντες για τα αποτελέσματα της υποτροπής. Η έρευνα αυτή πρότεινε ότι μεμονωμένοι παράγοντες όπως το προσωπικό κίνητρο, η αυτοαποτελεσματικότητα και η σοβαρότητα του εθισμού μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικότερο ρόλο στον καθορισμό των ποσοστών υποτροπής. Επιπλέον, μία μελέτη των Smith και των συνεργατών του (2011) εξέτασε το ευρύτερο πλαίσιο των οικογενειακών σχέσεων και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα δομικά και συστημικά ζητήματα της οικογένειας μπορεί να υπερβαίνουν τον μεμονωμένο αντίκτυπο της επικοινωνίας. Η μελέτη αυτή υποστήριξε ότι ενώ η επικοινωνία είναι απαραίτητο συστατικό της οικογενειακής λειτουργίας, παράγοντες όπως οι οικογενειακοί ρόλοι, τα όρια και τα συστήματα υποστήριξης επηρεάζουν επίσης σημαντικά τη θεραπευτική διαδικασία.

Ολοκληρώνοντας, η πέμπτη ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε μόνο εν μέρει, αφού βρέθηκε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων με  $\geq 2$  υποτροπές όλα τα χρόνια που παρακολουθούν στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης από την ευρύτερη οικογένεια από γονείς ουσιοεξαρτημένων με 0-1 υποτροπές σε αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, φάνηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δεν σχετιζόταν με τη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και από φίλους, ούτε με τη συνολική αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.

Τα ευρήματα σχετικά με τη μειωμένη οικογενειακή υποστήριξη για τους γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής συνάδουν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υπογραμμίζει τον αντίκτυπο της

ουσιοεξάρτησης στις οικογενειακές σχέσεις. Μία μελέτη του Fischer και των συνεργατών του (2005) απέδειξε ότι οι οικογένειες με ουσιοεξαρτημένο μέλος βιώνουν αυξημένο άγχος και μειωμένη υποστήριξη, ιδιαίτερα όταν η υποτροπή είναι συχνή. Ομοίως, οι Velleman και Templeton (2007) βρήκαν ότι οι οικογένειες ουσιοεξαρτημένων ατόμων συχνά υπομένουν σημαντικά συναισθηματικά και ψυχολογικά βάρη, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη υποστήριξη και αυξημένες συγκρούσεις εντός της οικογενειακής μονάδας. Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των ποσοστών υποτροπής και της κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους και φίλους, καθώς και της συνολικής κοινωνικής υποστήριξης, είναι μία ενδιαφέρουσα πτυχή της παρούσας μελέτης. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με ορισμένες μελέτες που υποδηλώνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη γενικά επηρεάζεται από την ουσιοεξάρτηση. Για παράδειγμα, μία μελέτη από τους Tracy και Wallace (2016) διαπίστωσε ότι τα κοινωνικά δίκτυα, συμπεριλαμβανομένων των φίλων και των σημαντικών άλλων, τείνουν να επηρεάζονται αρνητικά από τις συνεχιζόμενες προκλήσεις της ουσιοεξάρτησης και της υποτροπής. Η σταθερότητα της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και σημαντικούς άλλους μπορεί να εξηγηθεί από τη διαφορετική φύση αυτών των σχέσεων σε σύγκριση με τις οικογενειακές σχέσεις. Όπως σημειώνεται από τον McDonough και τους συνεργάτες του (2015), οι φίλοι και οι σημαντικοί άλλοι μπορεί να διατηρήσουν έναν υποστηρικτικό ρόλο που επηρεάζεται λιγότερο από τις συχνές υποτροπές λόγω των διαφορετικών συναισθηματικών και πρακτικών επενδύσεων στη σχέση. Αυτή η ανθεκτικότητα θα μπορούσε να οφείλεται σε έναν συνδυασμό παραγόντων όπως οι λιγότερο συχνές καθημερινές αλληλεπιδράσεις και ενδεχομένως η λιγότερο άμεση συμμετοχή στη διαδικασία φροντίδας. Επιπλέον, ο Smith και οι συνεργάτες του (2011) προτείνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη από μη μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι λιγότερο επιρρεπής στην κυκλική φύση της υποτροπής και της ανάρρωσης, διατηρώντας έτσι μία πιο σταθερή παρουσία στη ζωή του ατόμου και της οικογένειάς τους.

## **11.2 Περιορισμοί**

Παρόλο που η παρούσα έρευνα παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις διαφοροποιήσεις στο εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής,

καθώς και το επίπεδο οικογενειακής λειτουργικότητας, επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης των γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων, ανάλογα με τον αριθμό υποτροπών των παιδιών τους κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης στεγνού θεραπευτικού προγράμματος, είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν ορισμένοι περιορισμοί. Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης είναι ο μικρός αριθμός γονέων που συμμετείχαν. Ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος θα επέτρεπε τη γενίκευση των ευρημάτων. Ακόμη, η μελέτη βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων. Ενώ τα ερωτηματολόγια είναι ένα κοινό και αποτελεσματικό εργαλείο για τη συλλογή πληροφοριών, υπόκεινται σε πολλές προκαταλήψεις, συμπεριλαμβανομένης της μεροληψίας κοινωνικής επιθυμίας και της μεροληψίας ανάκλησης. Παράλληλα, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης περιορίζει την ικανότητα καθιέρωσης της αιτιότητας μεταξύ του αριθμού των υποτροπών και του εκφραζόμενου συναισθήματος, της ποιότητας ζωής, της οικογενειακής λειτουργικότητας, της επικοινωνίας και της κοινωνικής υποστήριξης των γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Ενώ μπορούν να αναγνωριστούν συσχετισμοί, δεν μπορεί να προσδιοριστεί η αιτιότητα αυτών των σχέσεων. Τέλος, δεν εξετάστηκαν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εκφραζόμενου συναισθήματος, της ποιότητας ζωής, της οικογενειακής λειτουργίας, της επικοινωνίας και της κοινωνικής υποστήριξης. Η κατανόηση αυτών των συσχετίσεων θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερες γνώσεις για τον ολοκληρωμένο αντίκτυπο της ουσιοεξάρτησης στη δυναμική της οικογένειας.

## **Κεφάλαιο 12: Συμπεράσματα & Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες**

Το φαινόμενο των υποτροπών και η συχνότητα αυτών επηρεάζουν καθοριστικά το εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής και το επίπεδο οικογενειακής λειτουργικότητας, επικοινωνίας και κοινωνικής υποστήριξης των γονέων ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με περισσότερες υποτροπές παρουσίαζαν υψηλότερο εκφραζόμενο συναίσθημα, χαμηλότερη ποιότητα ζωής, χαμηλότερη οικογενειακή λειτουργικότητα και χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια. Ωστόσο, βρέθηκε ότι ο αριθμός των υποτροπών δε σχετιζόταν με την επικοινωνία και την κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και τους φίλους όπως επίσης ούτε

με τα επίπεδα του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έχουν σημαντικές συνέπειες τόσο για την κλινική πρακτική όσο και για τη διαμόρφωση πολιτικών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι σύμβουλοι για τη χρήση ουσιών θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική της οικογένειας και τις συναισθηματικές ανάγκες των γονέων κατά το σχεδιασμό παρεμβατικών προγραμμάτων. Οι ομάδες υποστήριξης και οι συμβουλευτικές υπηρεσίες που επικεντρώνονται ειδικά στους γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με συχνές υποτροπές θα μπορούσαν να συμβάλουν στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που αναδείχθηκαν στη μελέτη αυτή. Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη για ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις με επίκεντρο την οικογένεια, οι οποίες να αφορούν όχι μόνο το άτομο με εξάρτηση από ουσίες αλλά και την ευημερία των μελών της οικογένειάς του.

Η ενίσχυση της λειτουργίας της οικογένειας και των κοινωνικών δικτύων υποστήριξης μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία ενός πιο υποστηρικτικού περιβάλλοντος που προάγει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ανάρρωσης. Επίσης, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να λάβουν υπόψη τη σημαντική επιβάρυνση που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες, ειδικά εκείνων με συχνές υποτροπές. Οι πολιτικές οι οποίες προσφέρουν οικονομική, συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη σε αυτές τις οικογένειες θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και τη συνολική λειτουργικότητα της οικογένειας.

Ενώ αυτή η μελέτη παρέχει πολύτιμες γνώσεις, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την καλύτερη κατανόηση του ρόλου της υποτροπής. Οι μελλοντικές έρευνες προτείνεται να χρησιμοποιούν διαχρονικούς σχεδιασμούς για να παρακολουθούν τις αλλαγές στα εκφραζόμενο συναίσθημα, την ποιότητα ζωής, την οικογενειακή λειτουργικότητα, την επικοινωνία και την κοινωνική υποστήριξη με την πάροδο του χρόνου. Αυτό θα βοηθήσει στον προσδιορισμό αιτιακών σχέσεων και των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της συχνότητας υποτροπής στις οικογένειες. Η αναπαραγωγή της παρούσας μελέτης σε διάφορους πληθυσμούς που περιλαμβάνουν διαφορετικές πολιτισμικές, κοινωνικοοικονομικές και δημογραφικές ομάδες, θα προσέφερε μία πληρέστερη κατανόηση της γενίκευσης αυτών των ευρημάτων. Συμπληρωματικά, είναι κρίσιμη η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των

διαφόρων παρεμβάσεων που στοχεύουν στην υποστήριξη των οικογενειών ουσιοεξαρτημένων ατόμων με υψηλά ποσοστά υποτροπής. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η συχνότητα υποτροπής επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας και την ευημερία των γονέων. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη στοχευμένων και εξατομικευμένων παρεμβάσεων που να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες πτυχές της οικογενειακής δυναμικής και της συναισθηματικής υγείας.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τις σημαντικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γονείς ουσιοεξαρτημένων ατόμων με υψηλά ποσοστά υποτροπής. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων, οικογενειοκεντρικών προσεγγίσεων και πολιτικών υποστήριξης είναι αναγκαία για την ενίσχυση της θεραπευτικής διαδικασίας και για τη βελτίωση της ευημερίας αυτών των οικογενειών.

## Βιβλιογραφία

Adejoh, S., Temilola, O., & Adejuwon, F. (2018). Rehabilitation of drug abusers: The roles of perceptions, relationships and family supports. <https://doi.org/10.1080/19371918.2018.1469063>

Αθανασιάδου, Μ. (2022). Ο τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, το μοντέλο της εκπαίδευσής τους και η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντες της κοινωνικοποίησής τους (Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων). Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Andreas, J. B., & O'Farrell, T. J. (2009). Alcoholics Anonymous attendance following 12-step treatment participation as a link between alcohol-dependent fathers' treatment involvement and their children's externalizing problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 87-100.

Angel, S., & Angel, P. (2010). Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειες τους. Μια Συστημική Προσέγγιση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

APA (American Psychiatric Association) (2000). *DSM-IV Text Revision*. Washington, DC: Author.

Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Albanesi, C., & Sommantico, M. (2010). Impact and coping strategies in families of drug and alcohol users: A qualitative study. *Journal of Substance Use*, 15(2), 89-103. <https://doi.org/10.3109/14659890903431643>

Barlow, D. H (2001). *Anxiety and its disorders* (2nd edition). New York: Guilford.

Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*. UK: Jessica Kingsley Publishers.

Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2013). *Family therapy: A systemic integration* (8th ed.). Pearson.

Bernardi, E., Jones, M., & Tennant, C. (1989). Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts. *British Journal of Psychiatry*, 154, 677–682.

Birkeland, B., Weimand, B., Ruud, T., Maybery, D., & Vederhus, J.-K. (2021). Perceived family cohesion, social support, and quality of life in

patients undergoing treatment for substance use disorders compared with patients with mental and physical disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 16(44). <https://doi.org/10.1186/s13722-021-00252-8>

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>

Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7(5), 345-374. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(66\)80065-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(66)80065-2)

Brook, D. W. (2003). Adolescent development and pathways to substance use: The impact of family and peer influences. *Journal of Adolescent Health*, 32(3), 209-216. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00702-4](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00702-4)

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>

Brown, G. W. (1985). The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? In J. Leff & C. Vaughn (Eds.), *Expressed emotion in families* (pp. 7-25). Guilford Press.

Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 16(2), 55-68. <https://doi.org/10.1136/jech.16.2.55>

Brown, J., & Christensen, D. (1986). *Family therapy theory and practice*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Brown, S., & Lewis, V. (2014). The impact of addiction on family dynamics. *Family Systems Journal*.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.



- 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.tb0101>
- Clerici, M., Bertrando, P., Garavaglia, R., & Cazzullo, C. L. (1994). Families with a heroin addicted member: A study of their emotional profile. *Psichiatria Hungarica, IX* (2), 129–13.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Copello, A. G., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry, 19*(3), 271-276. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000218597.31184.41>
- Copello, A. G., Velleman, R. D. B., & Templeton, L. J. (2010). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 29*(5), 536-542. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00231.x>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239>
- Dell Orto, A. (1974). The role and resources of the family during the drug rehabilitation process. *Journal of Psychoactive Drugs, 6*(2), 15-22. <https://doi.org/10.1080/02791072.1974.10472629>
- Di Sarno, M., De Candia, V., Rancati, F., Madeddu, F., Calati, R., & Di Pierro, R. (2021). Mental and physical health in family members of substance users: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence, 219*, 108439. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108439>
- 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*, 564-572.

Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, *30*(5), 963-980.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.015>

Ellis, J. D., Resko, S. M., Brown, S., Agius, E., Kollin, R., & Burlaka, V. (2020). Correlates of expressed emotion among family members of individuals who sought treatment for opioid use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *208*(11), 870-875.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001220>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.  
<https://doi.org/10.1126/science.847460>

Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, *4*(4), 19-31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Hooley, J. M. (2001). Relapse among married or cohabiting substance-abusing patients: The role of perceived criticism. *Behavior Therapy*, *32*(4), 787-801.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80022-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80022-5)

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., Córdova, J., & Kelley, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(3), 229-246.  
<https://doi.org/10.1891/088983905780907504>

Fernandez, A. C., Begley, E. A., & Marlatt, G. A. (2006). Family and peer interventions for adults: Past approaches and future directions. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(2), 207-213.

Fischer, J. L., Wampler, R. S., Lyness, K. P., & Thomas, E. J. (2005). Offspring codependency: Anger, and family-of-origin experiences of adult children of alcoholic or nonalcoholic parents. *Journal of Family Therapy, 20*(3), 285-302.

Friedman, A. S., & Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse: A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(3), 267–275. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00072-0)

Ginieri-Coccosis, M., Liappas, I. A., Tzavellas, E., Triantafyllou, 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*(1), 99-106.

Ginieri-Coccosis, M., Triantafyllou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki, 23*(2), 130-42.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2005). Οικογενειακή Θεραπεία, μια επισκόπηση. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

Γεωργάκας, Π. (2001). *Εξαρτήσεις: Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας*. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.

Γεωργάκας, Π. (2007). *Εξάρτηση, μία ατομική επιλογή. Απεξάρτηση, μία συλλογική διαδικασία*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο. σ. 58-59.

Γκότσης, Η. (2008). Η αξιοποίηση των απόψεων του Μιχαήλ Μπαχτίν σε αντιπαράθεση με την μονολογική φύση της εξάρτησης. *Μετάλογος, 14*, 6-22.

Henderson, E. R., Haberlen, S. A., Coulter, R. W., Weinstein, A. M., Meanley, S., Brennan-Ing, M., ... & Friedman, M. R. (2023). The role of

social support on cognitive function among midlife and older adult MSM. *AIDS*, 37(5), 803-811. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003464>

Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 386-396.

Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research* (P. J. Mrazek & R. J. Haggerty, Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/2139>

Ivandić Zimić, A., & Jukić, V. (2012). Familial risk factors favoring drug addiction onset. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(2), 173-185. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.685408>

Jackson, D. D. (1965). Family rules: Marital quid pro quo. *Archives of General Psychiatry*, 12(6), 589-594. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01730060095010>

Jenkins, J., & Karno, M. (1992). The Meaning of Expressed Emotion: Theoretical Issues Raised by Cross-Cultural Research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1). <https://doi.org/10.1176/ajp.149.1>.

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.

Καλαρρύτης, Γ. (2004). Χρήση ουσιών και εφηβεία. Στο *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα Θέματα* (σσ. 90-103). ITACA, Ελληνικό Τμήμα.

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/>

Kaufman, E. (1985). Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *International Journal of the Addictions*, 20(6-7), 897-916.

Kaufman, E., & Yoshioka, M. (2005). Substance abuse treatment and family therapy: A treatment improvement protocol. Department of Health and Human Services.

Kaufman, J., & Yoshioka, M. (2004). The role of family dynamics in childhood development: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *18*(2), 245-254.

Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *160*(5), 601-620.

Kazdin, A. E. (1995). Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 271-281. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00053-m](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00053-m)

Kecojevic, A., Basch, C. H., Kernan, W. D., Montalvo, Y., & Lankenau, S. E. (2019). Perceived social support, problematic drug use behaviors, and depression among prescription drugs-misusing young men who have sex with men. *Journal of Drug Issues*, *49*(2), 324-337. <https://doi.org/10.1177/0022042619829246>

Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. W.W. Norton & Company.

Klostermann, K., & O'Farrell, J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Social Work in Public Health*, *28*(3-4), 234-247. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759014>

Kokkevi, A., & Stefanis, C. (1988). Parental rearing patterns and drug abuse: Preliminary report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *78*, 151-157. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb09015.x>

Koutra, K., Vgontzas, A. N., Lionis, C., & Triliva, S. (2014). Family functioning in first-episode psychosis: A systematic review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(7), 1023-1036. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0816-6>

Kreisman, D., Blumenthal, R., Borenstein, M., Woerner, M., Kane, J., Rifkin, A., & Reardon, G. (1988). Family attitudes and patient social

adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low-dose neuroleptics: The family's view. *Psychiatry*, 51, 3–13. <https://doi.org/10.1080/00332747.1988.11024375>

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). *The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice*. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales*. PsycTESTS Dataset. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>

Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731–1731. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(11\)73435-6](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(11)73435-6)

Marcon, S., Rubira, E., Espinosa, M., Belasco, A., & Barbosa, D. (2011). Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 7-12. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900002>

Mardani, M., Alipour, F., Rafey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: A systematic review of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, 23(439). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04927-1>

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.

Μάτσα, Κ. (1997). Ο τοξικομανής και η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος (Δημοσιευμένη διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή.

Μάτσα, Κ. (2000). *Οικογένεια και εξάρτηση: Θεωρητική και πρακτική προσέγγιση*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάζαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

McCrary, B. S., & Epstein, E. E. (2013). *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed.). Oxford University Press.

McDonough, S. C., Nguyen, H., & Ware, R. S. (2015). The impact of parental substance use disorder on children: Effects, risk, and resilience in children of substance-using parents. *Substance Use & Misuse*, 50(8-9), 1012-1018.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.  
<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695.  
<https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>

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

Minuchin, S. (1979). Constructing a therapeutic reality in family therapy of drug and alcohol abuse. Allyn & Bacon.

Minuchin, S. (2012). *Families and family therapy*. Routledge.

Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. Y. (2007). Assessing family dynamics and boundaries in enmeshed families. *Journal of Family Therapy*, 29(4), 321-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2007.00403.x>

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(2), 168-189.  
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>

Miller, W. R. (1980). The addictive behavior. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors*. Oxford: Pergamon Press.

Muisener, P. P. (1994). *Understanding and treating adolescent substance abuse* (Vols. 1-27). SAGE Publications, Inc.  
<https://doi.org/10.4135/9781452232997>

Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.010>

Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press.

Μπαφίτη, Τ., & Καλαρρύτες, Γ. (2009). *Ανθρώπινα συστήματα: Συστημική προσέγγιση – Θεωρήσεις και εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Newcomb, M. D. (1997). Psychosocial predictors and consequences of drug use: A developmental perspective within a prospective study. *Journal of Addictive Diseases*, 16(1), 51-89.

Newcomb, M. D., & Earleywine, M. (1996). Intrapersonal contributors to drug use: The willing host. *American Behavioral Scientist*, 39, 823-837.

O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Effects on partner violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 239-249. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.239>

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (3rd ed., pp. 514-547). Guilford Press.

Olievenstein, C. (1982). *Η ζωή του τοξικομανή* [The life of the addict]. Αθήνα: Εκδόσεις Παλλάδα.

Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 44-62.

Παπάντος, Δ., & Καφετζόπουλος, Ε. (2019). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της εξάρτησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(3), 393-411. <https://www.mednet.gr/archives/2019-3/pdf/393.pdf>

Παπαδή, Μ. (2006). Η οικογένεια του εξαρτημένου: Συμβίωση ή υποστήριξη; Ο ρόλος της στην έκβαση της θεραπείας του εξαρτημένου



(Δημοσιευμένη διδακτορική διατριβή). Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Παπαρηγόπουλος, Θ., & Δάλλα, Χ. (2018). *Οι εξαρτήσεις*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. σ. 31-40.

Παπασταύρου, Ε., & Καραγιάννης, Γ. (2006). Το εκφραζόμενο συναίσθημα στη φροντίδα ατόμων με χρόνια νόσο: The caring elements of a therapeutic relationship. *Cyprus Nursing Chronicles*, 7(1), 7-20.  
<https://hdl.handle.net/20.500.14279/1892>

Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., Lakioti, A., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2018). Psychometric Properties of the Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS-21) in a Greek Sample. *Psychology*, 09(15), 2933-2950.  
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2018.915170>

Pollo, M. (2001). *The narrow door path of social exclusion*. Rome: CEIS.

Πομίни, Β. (2004). Οικογένεια και Χρήση ουσιών: Μοντέλα αλληλοεπίδρασης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα Θέματα* (σσ. 120-142). ΙΤΑΚΑ, Ελληνικό Τμήμα.

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. *Substance Use & Misuse*, 49(14), 1867–1877. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.913629>

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

Ray, G. T., Mertens, J. R., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: Health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2), 203–214. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02447.x>

Rapier, R., McKernan, S., & Stauffer, C. S. (2019). An inverse relationship between perceived social support and substance use frequency in socially stigmatized populations. *Addictive Behaviors Reports*, 10, 100188.  
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100188>

Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, *105*(10), 1729-1738.

Russell, B. S., D’Aniello, C., Tambling, R. R., et al. (2024). Distress Among Parents of Individuals with Substance Use Disorders: Factors That Shape the Context of Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *22*(478–493). <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00884-0>.

Santoso, B., Sahar, J., & Setiawan, A. (2020). Relapse in drug abuse: A concept analysis. *Enfermería Clínica*, *30* (Suppl. 3), 118-121. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.040>

Schwartzman, J. (1975). The addict, abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, *132*(10), 154 – 157. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.2.154>

Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1141*(1), 105-130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>

Skakoon-Sparling, S., Berlin, G., Lachowsky, N. J., Moore, D. M., Lambert, G., Cox, J., ... & Hart, T. A. (2022). Social support and HIV prevention behaviors among urban HIV-negative gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Health Psychology*, *41*(1), 65. <https://doi.org/10.1037/hea0001131>

Smith, B. W., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Fractured families: Parental conflict and stress dysregulation in children. *Child Development Perspectives*, *5*(2), 102-108.

Spiegel, J. P. (1968). The resolution of role conflict within the family. *Family Process*, *7*(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1968.00171.x>

Stanton, D., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Riley, P., Scott, S., & Van Deusen, J. (1978). Heroin Addiction as a Family

Phenomenon: A New Conceptual Model. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5(2), 125-150. <https://doi.org/10.3109/00952997809027993>

Stanton, M. D., Todd, T. C., Heard, D. B., Kirschner, S., Kleiman, J. I., Mowatt, D. T., Riley, P., & Van Deusen, J. M. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.

Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Best, D., Titherington, E., Santana, L., Offor, E., & Semmler, C. (2008). Overdose training and take-home naloxone for opiate users: Prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*, 103(10), 1648-1657. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02314.x>

Svensson, M., Andersson, C., & Ojehagen, A. (2011). Family burden among relatives of alcoholics and non-alcoholics: A longitudinal study. *Addiction Research & Theory*, 19(5), 419-429.

Theofilou, P. (2015). Translation and Cultural Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychology Research*, 3(1), 1061.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>

The WhoQoL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3). <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

Tracy, E. M., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61(1), 87-92.

Tsamparli, A., Petmeza, I., McCarthy, G., & Adamis, D. (2018). The Greek version of the McMaster Family Assessment Device. *Psychological Journal*, 7(3), 122-132.

Τσοῦνης, Α. (2013). Ο ρόλος της οικογένειας στην εγκατάσταση της ουσιοεξάρτησης: Μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης. *Εγκέφαλος*, 50(1), 109-113.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective with Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. United Nations.

Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *The British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125-137.

Velleman, R., & Templeton, L. J. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 79-89.

Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T. R., & Ozechowski, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 133-142.

Wang, G. Y. (2022). The relationship between coping and expressed emotion in substance users. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5766. <https://doi.org/10.3390/jcm11195766>

Wang, X., Liu, Y., & Liu, H. (2023). Family functioning and relapse in patients with substance use disorders: The mediating role of expressed emotion. *Journal of Substance Use*, 28(1), 38-46. <https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2048245>

Watts, M. (2007). High expressed emotion: Precipitating relapse in substance misuse disorders. *British Journal of Nursing*, 16(22), 1396–1398. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.22.27770>

World Health Organization. (2013). *Lexicon of alcohol and drug terms*. [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)

World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL). (2004). *The WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>

Χουρδάκη, Μ. (2000). *Οικογενειακή Ψυχολογία* (4η έκδ.). Αθήνα: Leader Books.

Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)