

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ (MINDFULNESS) ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΑΛΚΟΟΛ**

ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ (MINDFULNESS) ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΑΛΚΟΟΛ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ (MINDFULNESS) ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΑΛΚΟΟΛ**

ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2018

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. κ. Χατζούλης Μ., Επίκουρος Καθηγητής (επιβλέπων)
- 2 . κ. Καλλέργης Γ., Αναπληρωτής Καθηγητής
- 3 . κ. Πασχάλη Α., Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.	6
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....σελ.	7
Κεφάλαιο 1: Ενσυνειδητότητα (Mindfulness).....σελ.	7
1.1: Ορισμοί.....σελ.	7
1.2: Προέλευση και πορεία προς το σήμερα.....σελ.	8
Η ενσυνειδητότητα εκτός ψυχολογίας.....σελ.	8
Η ενσυνειδητότητα εντός ψυχολογίας.....σελ.	9
1.3: Θεωρητικά μοντέλα και μεσολαβητές.....σελ.	10
1.4: Κλίμακες.....σελ.	14
1.5: Θεραπευτικές τεχνικές βασισμένες στην ενσυνειδητότητα.....σελ.	18
Κεφάλαιο 2: Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ.....σελ.	26
2.1: Ορισμοί και διαγνωστικά κριτήρια.....σελ.	26
2.2: Διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ.....σελ.	28
2.3: Επιδημιολογικά στοιχεία.....σελ.	29
2.4: Επίδραση του αλκοόλ στον εγκέφαλο.....σελ.	33
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....σελ.	36
Κεφάλαιο 3: Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....σελ.	36
3.1: Σκοπός.....σελ.	36
3.2: Υλικό και μέθοδος.....σελ.	37
3.3 Αποτελέσματα.....σελ.	38
4. Συζήτηση.....σελ.	67
5. Συμπεράσματα.....σελ.	70
6. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.	71
7. ABSTRACT.....σελ.	73
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.	75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν και οι ρίζες της βρίσκονται στον 6^ο π.Χ. αιώνα, μόλις τη δεκαετία του '60 η ενσυνειδητότητα κατάφερε να κάνει τις πρώτες εμφανίσεις της στο χώρο της ψυχολογίας και το 1979 ο Jon Kabat-Zinn ίδρυσε την Κλινική Μείωσης Άγχους στις Η.Π.Α. εφαρμόζοντας τεχνική βασισμένη στην ενσυνειδητότητα. Τα επόμενα χρόνια παρουσιάστηκαν από επιστήμονες νέες προσεγγίσεις βασισμένες στην ενσυνειδητότητα που την προσέγγιζαν υπο το πρίσμα διαφορετικών κατευθύνσεων του χώρου της ψυχικής υγείας. Παράλληλα, αναπτύχθηκαν κλίμακες για να την κάνουν μετρήσιμη και θεωρητικά μοντέλα για να μπορέσουν να την περιγράψουν και να την εξηγήσουν καλύτερα.

Από την άλλη, σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνει ο Π.Ο.Υ. 3,3 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως οφείλονται στην επικίνδυνη χρήση αλκοόλ. Η χρήση κυμαίνεται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό, το κοινωνικοοικονομικό status, την οικονομική ανάπτυξη, την κουλτούρα και την περίσταση και τον έλεγχο και τη νομοθεσία που αφορούν το αλκοόλ από χώρα σε χώρα. Λόγω του τρόπου με τον οποίο μπορεί να επηρεάσει τον άνθρωπο νευροφυσιολογικά, αλλά και συμπεριφορικά, η Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ αναγνωρίζεται ως μια από τις δέκα κατηγορίες των Διαταραχών Χρήσης Ουσιών, ενώ υπάρχουν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια.

Με βάση τα παραπάνω, τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες που αφορούν την ενσυνειδητότητα, τη χρήση αλκοόλ, αλλά και το συνδυασμό τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ (MINDFULNESS)

1.1 Ορισμοί

Δεκάδες ορισμοί έχουν εμφανιστεί κατά καιρούς που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τον όρο 'ενσυνειδητότητα' (Cardaciotto, 2005). Ένας που συναντάται συχνά στη βιβλιογραφία (Kabat-Zinn, 1994), λέει πως ενσυνειδητότητα είναι «το να δίνεις προσοχή με ένα συγκεκριμένο τρόπο: σκόπιμα την παρούσα στιγμή και μη επικριτικά», ενώ ένας νεότερος και εμπλουτισμένος ορισμός του ίδιου συγγραφέα (Kabat-Zinn, 2003) που επίσης συναντάται συχνά περιγράφει την ενσυνειδυτότητα ως την «επίγνωση (awareness) που προκύπτει με το να δίνεις προσοχή σκόπιμα, την τωρινή στιγμή και όχι επικριτικά στην εξέλιξη της εμπειρίας στιγμή με στιγμή» Προτείνεται επίσης πως «η ενσυνειδητότητα είναι μια ενεργή διαδικασία μέσω της οποίας η προσοχή στην παρούσα στιγμή καλλιεργείται με έναν τρόπο που επιτρέπει μια γεμάτη και με νόημα εμπειρία όλων των πτυχών της στιγμής αυτής, χωρίς την αποφυγή, την κρίση ή το μηρυκασμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών» (Herbert και Forman, 2011). Οι Marlatt και Kristeller (1999) λένε πως το να είσαι ενσυνειδητός την παρούσα στιγμή σημαίνει να είσαι ενήμερος για το πλήρες εύρος εμπειριών που υπάρχουν στο εδώ και το τώρα. Αναλύοντας τον όρο 'ενσυνειδητότητα' με γνωσιακούς όρους προτάθηκε επίσης (Bishop et al., 2004) ένας ορισμός δύο περιεχομένων που εμπρικλείει 1) τον αυτοπεριορισμό της προσοχής (attention), ώστε να παραμένει στις άμεσες εμπειρίες και 2) μια ανοιχτόμυαλη και δεκτική (accepting) επίγνωση των εμπειριών στο τώρα. Ίσως πιο απλό από όλα τα παραπάνω ακούγεται το ότι η ενσυνειδητότητα ουσιαστικά είναι ένας τρόπος να δίνεις προσοχή (Baer, 2003).

1.2 Προέλευση και πορεία προς το σήμερα

Η ενσυνειδητότητα εκτός ψυχολογίας

Ο Βουδισμός ιδρύθηκε τον 6^ο αιώνα π.Χ. από τον Siddharta Gautama Buddha ως αντίδραση στα πάθη των φτωχών, των άρρωστων και των ηλικιωμένων (Kumar, 2002). Μετά το θάνατό του και καθώς η ιδέα μεταδιδόταν από την Ινδία στην υπόλοιπη Ασία, άρχισαν να δίνονται διάφορες ερμηνείες στα διδάγματά του.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Kabat-Zinn (2003), η ενσυνειδητότητα είναι το βασικό συστατικό των δύο σημαντικότερων προσεγγίσεων των Βουδιστικών τεχνικών διαλογισμού: της Theravada (Καμπότζη, Βιετνάμ, Ταϊλάνδη, Μιανμάρ) και της Mahayana (Βιετνάμ, Κίνα, Ιαπωνία, Κορέα). Στα κείμενα της Theravada που ονομάζονται Visuddhimagga αναφέρονται οι τεχνικές και οι στόχοι της mindfulness τεχνικής διαλογισμού (Bishop 2002). Οι Βουδιστικές αυτές παραδόσεις φαίνεται πως επηρεάζονται με τη σειρά τους από προγενέστερες Ινδουιστικές παραδόσεις (Herbert και Forman, 2011).

Συνοπτικά, ο πυρήνας του Βουδισμού βασίζεται στις Τέσσερις Ευγενείς Αλήθειες (Four Noble Truths), οι οποίες είναι οι παρακάτω (Tashi Tsering και McDougall, 2005): α) το υποφέρειν (*dukkha*), β) η προέλευση του υποφέρειν, γ) η παύση του υποφέρειν και της προέλευσής του και δ) το μονοπάτι που οδηγεί στην παύση του υποφέρειν και της προέλευσής του. Στα Βουδιστικά διδάγματα επίσης διαχωρίζονται οι έννοιες *samatha* (συγκέντρωση, ηρεμία), *jhana* (απορρόφηση) και *vipassana* (διορατικότητα). Με βάση τους ορισμούς που δόθηκαν παραπάνω για την ενσυνειδητότητα, ότι δηλαδή εμπερικλύει τις έννοιες της προσοχής (*attention*) και της επίγνωσης (*awareness*), φαίνεται πως η ενσυνειδητότητα βασίζεται στο διαλογισμό *vipassana* (Kirmayer, 2015), ο οποίος συμπεριλαμβάνει συγκέντρωση στην αναπνοή και ταυτόχρονη παρατήρηση σκέψεων και συναισθημάτων, αλλά αναμειγνύεται και με άλλες τεχνικές.

Η λέξη *sati* (στη διάλεκτο Pali), συνδέεται συχνά με τον όρο 'ενσυνειδητότητα' (Rapgay και Bystrisky, 2009), ενώ στα σανσκριτικά η λέξη *smṛti* έχει την ίδια έννοια (Sharf, 2014). Όπως είναι λογικό, με το πέρασμα των χρόνων ο όρος μεταφράζεται διαφορετικά στην πράξη, ανάλογα με τη φιλοσοφία της κάθε προσέγγισης. Για παράδειγμα, ανάλογα με το αν ασπάζεται την Theravada ή την Mahayana,

κάποιος μπορεί να δίνει έμφαση στη συγκέντρωση (Mahayana), ενώ κάποιος άλλος στη διορατικότητα και τη διεύρυνση της επίγνωσης (Theravada) κατά τη διάρκεια του ενσυνείδητου διαλογισμού.

Παρ'όλες τις μεταξύ τους διαφορές, οι Βουδιστικές τεχνικές διαλογισμού συνδέονται με τις σύγχρονες τεχνικές της ενσυνειδητότητας, καθώς μπορεί κανείς να παρατηρήσει κοινά σημεία όπως ασκήσεις που αφορούν την αναπνοή (Anapanasati Sutta στην Theravada) ή ακόμα και στο θεωρητικό πλαίσιο (στο Θιβετιανό διαλογισμό Mahayana η ενσυνειδητότητα γίνεται αντιληπτή μέσα από το γνωστικό πρίσμα) (Rapgay και Bystrisky, 2009).

Η ενσυνειδητότητα εντός ψυχολογίας

Παρά το γεγονός ότι οι ρίζες της έννοιας 'ενσυνειδητότητα' ξεκινούν από τόσο παλιά, χρειάστηκαν αρκετά χρόνια για να εμφανιστεί ο όρος στα πλαίσια της ψυχολογίας. Στα τέλη της δεκαετίας του '50 και κατά τη διάρκεια αυτής των '60 ο διαλογισμός άρχισε να έχει υπόσταση στα έργα των ψυχοθεραπευτών της εποχής (Cardaciotto, 2005). Η ουμανιστική ψυχολογία, για παράδειγμα ενδιαφέρονταν για το διαλογισμό, καθώς προήγαγε την πρόοδο (Kumar, 2002).

Η ουσιαστική ένταξη όμως της ενσυνειδητότητας στην κλινική πράξη έγινε το 1979, όταν ο Jon Kabat-Zinn ιδρύοντας την Κλινική Μείωσης Άγχους (Stress Reduction Clinic) στο Πανεπιστήμιο του Ιατρικής Κέντρου της Μασαχουσέτης στο Worcester των Η.Π.Α. ξεκινά να εφαρμόζει την τεχνική που ονομάζεται Μείωση του Άγχους Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Stress Reduction ή MBSR) (Segal, Williams και Teasdale, 2013). Αρχικά ασχολήθηκε με ασθενείς που αντιμετώπιζαν χρόνια πόνο (Dryden και Still, 2006), όμως γενικότερα διεύρυνε το φάσμα των ασθενών του ασχολούμενος με διαγνώσεις όπως καρδιοπάθεια, νεοπλασματικές ασθένειες, πονοκέφαλο, υπέρταση, διαταραχές του ύπνου, αγχώδεις διαταραχές με τα αποτελέσματα να δείχνουν βελτίωση στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών, αλλά και στη συμπεριφορά τους και την αντίληψη για τους εαυτούς τους και τους άλλους (Segal, Williams και Teasdale, 2013).

Ταυτόχρονα έκανε μελέτες σχετικά με τα αποτελέσματα της δουλειάς του και κατ'αυτό τον τρόπο έθεσε τα θεμέλια χρήσης της ενσυνειδητότητας σε

επιστημονικά πλαίσια (Dryden και Still, 2006). Βασικότερα όμως, αναδεικνύοντας πάντα την προέλευση των τεχνικών του (Kabat-Zinn, 2003), θέλησε να απαγκιστρώσει την ενσυνειδητότητα από το Βουδισμό. Πολύ χαρακτηριστικά ο ίδιος αναφέρει (Kabat-Zinn, 1994) «η ενσυνειδητότητα δεν έχει να κάνει πολύ με τη θρησκεία, εκτός από τη θεμελιώδη σημασία της λέξης, ως προσπάθεια να εκμηδίσουμε το βαθύ μυστήριο του να είσαι ζωντανός».

Η προσέγγισή του αυτή σε συνδυασμό με τα θετικά αποτελέσματα που προέκυπταν είναι πιθανοί λόγοι που ώθησαν κι άλλους επιστήμονες του χώρου να ασχοληθούν με την ενσυνειδητότητα. Η Marscha Linehan (1993) θέλησε να υιοθετήσει τις τεχνικές της και να αναπτύξει τη Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (Dialectical Behavior Therapy ή DBT) ασχολούμενη με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Οι John Teasdale, Zindel Segal και Mark Williams (1995), αφού παρακολούθησαν από κοντά συνεδρίες του Kabat-Zinn οδηγήθηκαν στην κατεύθυνση της Γνωσιακής Θεραπείας Βασισμένης στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Cognitive Therapy ή MBCT).

Οι Hayes, Strosahl και Wilson (1999) από την άλλη ανέπτυξαν τη Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (Acceptance and Commitment Therapy ή ACT). Δε χρησιμοποιούν όρους της ενσυνειδητότητας, όμως οι τεχνικές τους είναι σχετικές.

1.3 Θεωρητικά μοντέλα και μεσολαβητές

Στην προσπάθεια κατανόησης του τρόπου με τον οποίο η ενσυνειδητότητα μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα, έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα. Το κάθε ένα από αυτά χρησιμοποιεί κάποιον ή κάποιους 'μεσολαβητές' για να μπορέσει να στηρίξει τα λεγόμενά του. Οι μεσολαβητές αυτοί μπορούν να καταταχθούν σε: α) γνωσιακούς, β) αυτούς που αφορούν την προσοχή και γ) αυτούς που προκύπτουν από τις νευροεπιστήμες (Grabovac, Lau and Willett, 2011). Από κει και πέρα, κάποιοι ερευνητές επιλέγουν να προτείνουν μοντέλα που έχουν ως βάση τα πιστεύω του Βουδισμού (Grabovac, Lau and Willett, 2011), όμως οι προτάσεις αυτές κρίνεται από τον γράφοντα πως κινούνται στα όρια του επιστημονικού πεδίου, οπότε δε θα παρουσιαστούν.

Γνωσιακοί μεσολαβητές

Οι Shapiro και συνεργάτες (2006) χρησιμοποιώντας γνωσιακή προσέγγιση προτείνουν ένα μοντέλο που εμπεριέχει τρία αξιώματα 1) την πρόθεση (intention), 2) την προσοχή (attention) και 3) τη στάση (attitude), ενώ εισάγει και το μεταγνωσιακό όρο 'επανεπεξεργασία' (reprocessing). Η 'πρόθεση' αναφέρεται στο γιατί κάποιος επιλέγει την ενσυνειδητότητα, η 'προσοχή' αναφέρεται στην παρατήρηση των εξελίξεων του τώρα, εντός και εκτός από τον εαυτό, ενώ με τη 'στάση' εννοούν τον τρόπο με τον οποίο ο εξασκούντας την ενσυνειδητότητα θα επιλέξει να παρατηρήσει και να πράξει. Η επανεπεξεργασία έχει να κάνει με το πώς ένα άτομο βιώνει την εμπειρία της στιγμής. Το ιδεατό αποτέλεσμα είναι να βιώσει κάποιος την εμπειρία με μεγαλύτερη διάυγεια, να πάρει δηλαδή μια απόσταση από το γεγονός και απλά να γίνει μάρτυρας αυτού.

Οι Safran και Segal (2004) προσεγγίζοντας και αυτοί την ενσυνειδητότητα γνωσιακά, εισάγουν τον όρο '*decentering*'. Περιγράφουν την έννοια της λέξης ως τη διαδικασία που κάνει κάποιος ώστε να απομακρυνθεί από την εμπειρία που ζει. Να πάρει δηλαδή μια απόσταση, η οποία θα του επιτρέψει να δώσει μια νέα ερμηνεία στην πραγματικότητα διαχωρίζοντας το ποια ήταν η εμπειρία με το πώς το ίδιο το άτομο τη βίωσε. Να παραδεχτεί το ρόλο του στην κατασκευή του βιώματος της εμπειρίας. Επίσης περιγράφουν και τον όρο '*αποαυτοματοποίηση (deautomatization)*', την αποφυγή δηλαδή του συνηθισμένου/αυτόματου από το άτομο τρόπου να αντιλαμβάνεται μια εμπειρία. Έτσι κάποιος μπορεί να βιώσει την εμπειρία εκείνη τη στιγμή υπο διαφορετικό πρίσμα.

Επιπλέον, οι Teasdale και συνεργάτες (2002) χρησιμοποιούν τον όρο '*μεταγνωσιακή επίγνωση (metacognitive awareness)*' και το συνδυάζουν με την ενσυνειδητότητα. Συγκεκριμένα αναφέρουν πως η μεταγνωσιακή επίγνωση είναι το να βιώνει κάποιος τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα χρησιμοποιώντας μια '*decentering*' οπτική γωνία. Δηλαδή, όπως οι ίδιοι αναλύουν, το κατά πόσο μια σκέψη ή συναίσθημα βιώνεται ως αυτό που είναι αντίστοιχα ή σαν μια πτυχή του ίδιου του εαυτού και σε μια όψη της ίδιας της πραγματικότητας.

Κινούμενοι στο ίδιο μήκος κύματος, οι Fletcher, Schoendorff και Hayes (2010), χρησιμοποιούν τον όρο '*defusion*' στην προσπάθεια ερμηνείας της ενσυνειδητότητας. Αναφέρουν πως ο όρος σημαίνει το να αφήνει κάποιος τις

εμπειρίες να περνούν από μπροστά του χωρίς να εμβαθύνει στην αξιολόγηση αυτών εκείνη τη στιγμή.

Προσοχή

Περνώντας στα μοντέλα που χρησιμοποιούν την προσοχή σα κύριο μεσολαβητή για να ερμηνεύσουν τη λειτουργία της ενσυνειδητότητας, ο Carmody (2009) επικαλούμενος αποτελέσματα μελετών και χρησιμοποιώντας τους ορισμούς της ενσυνειδητότητας, αναφέρει πως το να μπορεί κάποιος να στρέφει την προσοχή (*attention*) του σύμφωνα με αυτά που έχει εμπεδώσει από την εξάσκηση της ενσυνειδητότητας μπορεί να τον οδηγήσει σε λιγότερες αντιδράσεις εν μέσω των εξελίξεων και μια καλύτερη αίσθηση ελέγχου. Συνεχίζει λέγοντας πως μέσω της ενσυνειδητότητας κάποιος μαθαίνει ταυτόχρονα να διευρύνει το πεδίο της προσοχής του, κάτι που του δίνει μεγαλύτερα περιθώρια επίγνωσης των συνθηκών και της κατάστασης του μυαλού του. Συνδέοντας τη θεωρία του με γνωσιακούς όρους που αναφέρονται παραπάνω (*metacognitive awareness, decentering*), λέει πως το μοντέλο που προτείνει, και έχει ως επίκεντρο την προσοχή, περιγράφει ουσιαστικά τη διευκόλυνση της αλλαγής των γνωσιακών ικανοτήτων του ατόμου που εξασκεί την ενσυνειδητότητα. Δηλαδή το άτομο με το να αναγνωρίζει μέσω της ενσυνειδητότητας το πού συνηθίζει να στοχεύει την προσοχή του βιώνοντας μια εμπειρία, μπορεί να καταφέρει να αλλάξει αυτή τη συνήθεια και να απαγκιστρώσει από την εμπειρία δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα. Αυτό οδηγεί σε απομάκρυνση από το υποκειμενικό βίωμα της εμπειρίας και δίνει τη δυνατότητα στο να δοθεί προσοχή σε άλλο σημείο της, με αποτέλεσμα αυτή ενδεχομένως να επιφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση στο άτομο.

Οι Bishop και συνεργάτες (2004) ανέλυσαν τον ορισμό που έδωσαν στην ενσυνειδητότητα (όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα), σε δυο συνιστώσες, η μία εκ των οποίων είναι η προσοχή. Μάλιστα αναφέρθηκαν συγκεκριμένα στην *αυτορύθμιση της προσοχής (self-regulation of attention)*. Σαφώς κάνουν λόγο για το ότι η ενσυνειδητότητα είναι μια μεταγνωσιακή τεχνική, αλλά ιδιαίτερο βάρος δίνουν στο ρόλο της προσοχής και μάλιστα την αποσυνθέτουν σε τρία τμήματα: α) τη *συνεχή προσοχή (sustained attention)*, η οποία είναι μια διαρκής επαγρύπνιση που βοηθά στην παρατήρηση των σκέψεων και των συναισθημάτων που προκύπτουν τη δεδομένη στιγμή, β) την *αλλαγή του επίκεντρου της προσοχής*

(*attention switching*) απο μια σκέψη ή συναίσθημα που παρατηρείται πίσω στο αρχικό σημείο προσοχής και γ) την *παρεμπόδιση της επεξεργασίας* (*inhibition of elaborative processing*) του ατόμου πάνω στη σκέψη ή το συναίσθημα τη στιγμή που αυτό θα γίνει ανπληπτό.

Νευροεπιστημονικά Δεδομένα

Προσπαθώντας να βρουν στοιχεία για το πώς ακριβώς λειτουργεί η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας στον εγκέφαλο, οι Davidson και συνεργάτες (2003) επικεντρώθηκαν στη λειτουργία του εγκεφάλου που αφορά το συναίσθημα. Βασίστηκαν στο ότι τα πρόσθια τμήματα του εγκεφάλου είναι αυτά που ενεργοποιούνται με την εναλλαγή συναισθημάτων και συγκεκριμένα η αριστερή πρόσθια πλευρά συνδέει τη λειτουργία της με θετικά συναισθήματα. Χρησιμοποιώντας ηλεκτροεγκεφαλογραφία βρήκαν όντως αύξηση της ενεργοποίησης των συγκεκριμένων τμημάτων του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια και των θετικών και των αρνητικών ερεθισμάτων στους ανθρώπους που εξασκήθηκαν στην ενσυνειδητότητα. Αυτό ερμηνεύεται στην πράξη ως καλύτερη επαναφορά του ατόμου ύστερα από μια αρνητική πρόκληση (*challenge*). Μετά τη λήξη της διαδικασίας επίσης, χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες το ανιγριπτικό εμβόλιο και φάνηκε πως αυτοί που είχαν εξασκήσει την ενσυνειδητότητα ανέπτυξαν μεγαλύτερο αριθμό αντισωμάτων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Οι Barnhofer και συνεργάτες (2007) χρησιμοποίησαν επίσης ηλεκτροεγκεφαλογραφία, αλλά ο πληθυσμός της μελέτης τους αποτελείτο από ασθενείς με ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού και θεωρούνται υψηλού κινδύνου όσον αφορά στην υποτροπή. Στα αποτελέσματα βρέθηκε διαφορά στην ισορροπία ενεργοποίησης των τμημάτων του εγκεφάλου ανάμεσα στους ασθενείς που ήταν στο γκρουπ με θεραπεία ενσυνειδητότητας και στους ασθενείς με την κλασική θεραπεία, μόνο μετά τη θεραπεία και όχι πριν. Οι ασθενείς στους οποίους χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές ενσυνειδητότητας φάνηκαν να διατηρούν την ισορροπία και μετά τη θεραπεία, κάτι που δείχνει πως η ενσυνειδητότητα μπορεί να βοηθά στη διατήρηση μιας καλής διαχείρισης των συναισθημάτων.

Σε άλλη απεικονιστική μελέτη με τη χρήση fMRI (Creswell et al., 2007) ζητήθηκε αρχικά από το δείγμα να δηλώσει το επίπεδο γνώσης επάνω στην ενσυνειδητότητα και ύστερα να κάνουν μια δοκιμασία κατονομασίας

συναισθημάτων ή μια δοκιμασία κατονομασίας γένους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ισχυρή αρνητική συσχέτιση της ανταπόκρισης του προμετωπιαίου φλοιού με την ανταπόκριση της αμυγδαλής στον πληθυσμό με υψηλή ενσυνειδητότητα, ενώ δε βρέθηκε το ίδιο για αυτούς με χαμηλή ενσυνειδητότητα. Στα άτομα που συμμετείχαν στη διαδικασία κατονομασίας συναισθημάτων παρατηρήθηκε αυξημένη ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού και μειωμένη της αμυγδαλής σε σχέση με αυτά που συμμετείχαν στη διαδικασία κατονομασίας γένους.

Οι Holzel και συνεργάτες (2011) διερεύνησαν την υπόθεση πως μέσω της ενσυνειδητότητας πραγματοποιούνται και δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Στη μελέτη τους είχαν ως πληθυσμό ασθενείς που δεν είχαν προηγούμενη επαφή με την εξάσκηση της ενσυνειδητότητας και τους ζήτησαν να κάνουν 8 εβδομάδες εξάσκηση σε αυτήν, συγκρίνοντάς τους με ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν αύξηση της συγκέντρωσης της φαιάς ουσίας στον αριστερό ιππόκαμπο, στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου, την κροταφοβρεγματική συμβολή και την παρεγκεφαλίδα σε όσους εφαρμόστηκαν τεχνικές ενσυνειδητότητας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Η ίδια υπόθεση είχε διερευνηθεί νωρίτερα (Lazar et al., 2005). Συγκρίνοντας κι εκεί άτομα που δεν έχουν εξασκήσει ποτέ διαλογισμό με άτομα που έχουν προηγούμενη εμπειρία, βρέθηκε πως περιοχές που φαίνεται πως επηρεάζουν την προσοχή και τον έλεγχο των αισθήσεων (προμετωπιαίος φλοιός και δεξιό πρόσθιο τμήμα της νήσου του Reil) ήταν παχύτερες σε όσους είχαν εμπειρία στο διαλογισμό.

1.4 Κλίμακες

Ο τρόπος με τον οποίο είναι πιθανό η ενσυνειδητότητα να επιδρά στον άνθρωπο μελετάται παραπάνω. Όμως για να μπορέσει να γίνει ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής τεχνικής αυτής αναπτύχθηκαν με τα χρόνια κλίμακες, εκ των οποίων κάποιες σημαντικές συνοψίζονται ως εξής (Park, Reilly-Sprong και Gross, 2013):

- *Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)*

Η κλίμακα αυτή (Brown και Ryan, 2003) είχε ως σκοπό τη μέτρηση της προσοχής και της επίγνωσης όπως αυτές τοποθετούνται στο 'πώρα', και όχι άλλων παραμέτρων όπως η αποδοχή και η ενσυναίσθηση (που όπως περιγράφηκε νωρίτερα) συνδέονται με την ενσυνειδητότητα. Είναι ένα όργανο 15 σημείων και η κύρια υπόθεση που ακολουθήθηκε ήταν ότι η ενσυνειδητότητα συνδέεται με την ευεξία (well-being), ενώ αντιμετωπίστηκε σα μια ενιαία έννοια. Τέλος, οι συγγραφείς αναφέρουν πως προορίζεται για χρήση στο γενικό πληθυσμό.

- *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)*

Στην κλίμακα αυτή (Baer, Smith και Allen, 2004) τέσσερις ήταν οι κύριοι άξονες, στους οποίους βασίστηκε η μέτρηση της ενσυνειδητότητας: α) η παρατήρηση εσωτερικών και εξωτερικών συμβάντων, β) η περιγραφή των εμπειριών, σκέψεων, συναισθημάτων, γ) η επίγνωση, δηλαδή η αναπόσπαστη προσοχή και συμμετοχή σε μια κατάσταση στο παρόν και δ) η αποδοχή χωρίς κριτική. Στους άξονες αυτούς κατανεμήθηκαν τα 39 συνολικά στοιχεία του ερωτηματολογίου, έχοντας 6 επιλογές βαθμολόγησης το κάθε ένα. Όπως αναφέρεται, η ανάπτυξη αυτής της κλίμακας βασίστηκε στις πρακτικές της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας.

- *Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*

Συμπεριλαμβάνοντας τριάντα στοιχεία με τέσσερις επιλογές βαθμολόγησης το καθένα, η κλίμακα αυτή (Buchheld, Grossman και Walach, 2001) βασίστηκε επίσης σε τέσσερις άξονες: α) την προσοχή στην παρούσα στιγμή, β) τη μη κριτική και μη αξιολογητική στάση απέναντι στον εαυτό και τους άλλους, γ) τη δεκτικότητα σε αρνητικές στάσεις του νου και δ) την προσανατολισμένη στις διεργασίες και διορατική κατανόηση. Απευθύνεται σε ανθρώπους με προηγούμενη εμπειρία στο διαλογισμό παρ'όλα αυτά.

- Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)

Οι Feldman και συνεργάτες (2006) έφτιαξαν μια δώδεκα στοιχείων κλίμακα με σκοπό να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το γενικό πληθυσμό, ανεξάρτητα δηλαδή από την προηγούμενη εμπειρία του ατόμου με την ενσυνειδητότητα. Βασιζόμενοι στον ορισμό του Kabat-Zinn (2003), κινήθηκαν γύρω από τέσσερις άξονες και αυτοί, τους οποίους κατονόμασαν ως: α) την προσοχή, β) την επίγνωση, γ) την επικέντρωση στο παρόν και δ) την αποδοχή. Δε χρησιμοποιούνται υποκλίμακες για τη μέτρηση κάθε άξονα ξεχωριστά, οπότε η ενσυνειδητότητα μετριέται σαν ενιαία έννοια. Υπήρξε και προηγούμενη εκδοχή της κλίμακας αυτής (CAMS), όμως οι κατασκευαστές δεν πρότειναν τη χρήση της λόγω αδυναμιών που προέκυψαν και έφτιαξαν αυτή τη νέα εκδοχή.

- Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)

Αντίστοιχα, η κλίμακα αυτή (Chadwick et al., 2008) αποτελείται από δεκαέξι στοιχεία, τα οποία βαθμολογούνται βάσει εφτά διαφορετικών επιλογών που δίνονται. Κινούνται γύρω από τέσσερις έννοιες και εδώ οι κατασκευαστές, την αποστασιοποιημένη αντίληψη, τη μη αποφυγή των εμπειριών, τη χωρίς κριτική αποδοχή των καταστάσεων και του εαυτού και την αποφυγή του μηρυκασμού σκέψεων. Δεν έχει περιορισμό στο πού απευθύνεται.

- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Έχοντας ως βάση και αναλύοντας τα στοιχεία των πέντε παραπάνω κλιμάκων, η συγκεκριμένη (Baer et al., 2006) προσεγγίζει την ενσυνειδητότητα με βάση πέντε πτυχές: α) την παρατήρηση των γεγονότων, β) την περιγραφή των σκέψεων και συναισθημάτων, γ) τη μη επικριτική στάση, δ) την επίγνωση και ε) τη μη αντίδραση. Κατά τη διάρκεια της κατασκευής του, φάνηκε πως η πτυχή 'παρατήρηση' παρουσίαζε προβλήματα, δηλαδή δεν ανταποκρινόταν καλά σε όλο το δείγμα, παρα μόνο σε ανθρώπους με προηγούμενη εμπειρία στο διαλογισμό. Περιλαμβάνει τριάντα εννιά στοιχεία με πέντε επιλογές βαθμολόγησης το καθένα.

- Toronto Mindfulness Scale (TMS)

Οι Lau και συνεργάτες (2006) παραμένοντας πιστοί στον ορισμό της ενσυνειδητότητας που λέει πως αποτελείται από δύο συνιστώσες (Bishop et al., 2004), α) τον αυτοπεριορισμό της προσοχής, ώστε να παραμένει στις άμεσες εμπειρίες και β) μια ανοιχτόμυαλη και δεκτική επίγνωση των εμπειριών στο παρόν, θέλησαν να φτιάξουν μια αντίστοιχη κλίμακα. Επιπλέον, είναι ίσως η μοναδική (Klein et al., 2015) από τις κλίμακες που εξετάζουν την ενσυνειδητότητα σαν κατάσταση (που συμβαίνει εκείνη τη στιγμή δηλαδή) και όχι σα γενικότερο χαρακτηριστικό του ατόμου. Αποτελείται λοιπόν από δύο υποκλίμακες, εκ των οποίων η πρώτη μετρά την 'περιέργεια' (curiosity) και η δεύτερη το 'decentering', έχοντας συνολικά 13 στοιχεία με πέντε επιλογής βαθμολόγησης το καθένα.

- Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)

Παρομοίως η συγκεκριμένη κλίμακα (Cardaciotto et al., 2008) θεωρείται δύο διαστάσεων, καθώς αναγνωρίζει την επίγνωση και την αποδοχή ως τις δύο συνιστώσες της ενσυνειδητότητας. Οι δύο υποκλίμακες δεν προτείνεται να σκοράρουν συνολικά, αν και δεν έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ τους. Συνολικά περιέχονται είκοσι στοιχεία με πέντε επιλογές βαθμολόγησης το καθένα.

- Mindfulness/Mindlessness Scale (MMS)

Σε αυτή την κλίμακα (Bodner και Langer, 2001) εξετάζονταν αρχικά τέσσερις άξονες: η αναζήτηση της καινοτομίας (novelty seeking), η δέσμευση, η παραγωγή της καινοτομίας και η ευελιξία. Όπως είναι φανερό, διαφέρει από τις υπόλοιπες κλίμακες ως προς το ότι έχει μια Δυτική προσέγγιση απέναντι στη ενσυνειδητότητα (Park, Reilly-Spong και Gross, 2013). Η κλίμακα αποτελείται από είκοσιένα στοιχεία και οι κατασκευαστές υποστήριξαν το μοντέλο των τεσσάρων αξόνων, όμως στην πορεία οι δύο από αυτούς παρουσίασαν ανεπαρκή εσωτερική συνοχή. Έχει προταθεί (Haigh et al., 2010) πως η κλίμακα προσφέρει μια μονοδιάστατη μέτρηση της ενσυνειδητότητας και όχι πολυδιάστατη, όπως αρχικά είχε σκοπό.

- Experiences Questionnaire (EQ)

Αρχικά σχεδιασμένα ώστε να αποτελείται από δύο υποκλίμακες, η μια εκ των οποίων θα μετρά το decentering και η άλλη το μηρυκασμό (rumination), η είκοσι στοιχείων κλίμακα αυτή (Fresco et al., 2007) τελικά φάνηκε πως εξετάζει μονοδιάστατα το decentering. Οι κατασκευαστές αναγνωρίζουν πως το decentering δεν είναι συνώνυμο της ενσυνειδητότητας, όμως το επιχείρημά τους ώστε να επικεντρωθούν σε αυτό είναι πως θεωρείται ένας πιθανός μηχανισμός δράσης της γνωσιακής θεραπείας (Safran and Segal, 2004).

1.5 Θεραπευτικές τεχνικές βασισμένες στην ενσυνειδητότητα

Ο Hayes (2004) έκανε λόγο για τρία 'κύματα' στη Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία. Στο τρίτο και πιο πρόσφατο (ξεκίνησε στη δεκαετία του 1990) αναγνωρίζει τα στοιχεία της αποδοχής και της ενσυνειδητότητας. Ως έτσι, οι τεχνικές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα κατατάσσονται σε αυτή την κατηγορία. Οι τεχνικές με τη μεγαλύτερη υποστήριξη εμπειρικά (Baer, 2014) είναι οι: Μείωση του Άγχους Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (MBSR; Kabat-Zinn, 1994), Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (MBCT; Teasdale, Segal, Williams, 1995), Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ACT; Hayes, Strosahl, Wilson, 1999) και η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT; Linehan, 1993).

Αρκετές ακόμα θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούν την ενσυνειδητότητα έχουν περιγραφεί, οι οποίες απευθύνονται σε ειδικούς πληθυσμούς. Μεταξύ άλλων: Πρόληψη της Υποτροπής Βασισμένη στην ενσυνειδητότητα, η οποία αφορά τον εθισμό (Mindfulness-Based Relapse Prevention ή MBRP; Bowen, Chawla and Marlatt, 2011), Εξάσκηση Διατροφικής Ευαισθητοποίησης Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Eating Awareness Training ή MB-EAT; Kristeller, Wolever and Sheets, 2013), Φροντίδα Ηλικιωμένων Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (Mindfulness-Based Elder Care ή MBEC; McBee, 2008) και Βασισμένοι στην Ενσυνειδητότητα Τοκετός και Γονεϊκότητα (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting ή MBCP; Bardacke, 2012).

Από την άλλη, δε θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στις παραπάνω τεχνικές κάποια μέθοδος που χρησιμοποιεί το λεγόμενο υπερβατικό διαλογισμό

(transcendental meditation), καθώς διαφέρει αρκετά με την άσκηση της ενσυνειδητότητας στο εξής: προωθεί τον περιορισμό της προσοχής σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, εν αντιθέση με την ενσυνειδητότητα που προωθεί τη διεύρυνση της προσοχής σε ένα μεγάλο εύρος αντικειμένων που ενδεχομένως να αλλάζουν ανάλογα με την εμπειρία της στιγμής (Kabat-Zinn et al., 1992). Για τον ίδιο λόγο, παρόμοια στάση επέλεξε να κρατήσει και η Baer (2003) σε εμπειρική ανασκόπηση που έκανε πάνω στην ενσυνειδητότητα.

Μια σύντομη περιγραφή για τις βασικότερες τεχνικές έχει ως εξής:

Γνωσιακή Θεραπεία Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (MBCT)

Η θεραπευτική προσέγγιση αυτή (Teasdale, Segal, Williams, 1995) είχε ως αρχικό σκοπό την πρόληψη της υποτροπής στη μείζονα κατάθλιψη (Kazantzis, Reinecke and Freeman, 2010). Επίσης, σκοπός των δημιουργιών ήταν η τεχνική να απευθύνεται σε γκρουπ, ώστε να είναι πιο οικονομική για το λήπτη των υπηρεσιών και να είναι ευρέως διαθέσιμη (Crane, 2009). Συνδυάζει τεχνικές του διαλογισμού, ψυχοεκπαίδευση και γνωσιακή προσέγγιση (Kazantzis, Reinecke and Freeman, 2010).

Ο πυρήνας της θεραπείας είναι η αναγνώριση δύο λειτουργιών του μυαλού: της *doing* λειτουργίας (doing-mode) και της *being* λειτουργίας (being-mode).

Η 'λειτουργία doing' έχει να κάνει με την επικέντρωση σε ένα σκοπό ή στόχο. Όταν δηλαδή υπάρχει ένα κενό ανάμεσα στην ιδανική κατάσταση και σε αυτή που το άτομο βιώνει, τότε το μυαλό κάνει διεργασίες ώστε να πετύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ουσιαστικά η προσοχή επικεντρώνεται είτε στο παρελθόν, είτε στο μέλλον (Crane, 2009).

Από την άλλη η 'being λειτουργία' έχει να κάνει με το παρόν, στο οποίο η προσοχή είναι επίτηδες στραμμένη. Έχει να κάνει δηλαδή με το πως το άτομο βιώνει τη στιγμή χωρίς να θέλει να την αναλύσει και να την αλλάξει. Κατ'αυτό τον τρόπο το άτομο ζει τη στιγμή δίνοντας βάρος σε όλες του τις αισθήσεις και όχι στη σκέψη, καθώς υπάρχει μια μη επικριτική διάθεση.

Στην περίπτωση της ‘doing λειτουργίας’ αν το αποτέλεσμα αργεί ή είναι δύσκολο να έρθει, το μυαλό αρχίζει να κάνει επαναλαμβανόμενες σκέψεις που θα οδηγήσουν στην επίλυση του ζητήματος, οπότε χάνεται και η συμμετοχή στο παρόν. Οι σκέψεις αυτές μπορεί να γίνουν πολύ δυσάρεστες για το άτομο. Η MBCT λαμβάνει υπόψιν της αρκετά και τον όρο ‘αυτόματος πιλότος’, που έρχεται και ταιριάζει με το μηρυκασμό που μπορεί να προκαλέσει η doing λειτουργία. Με τον όρο ‘αυτόματος πιλότος’ περιγράφεται μια κατάσταση κατά την οποία ένας άνθρωπος δε λειτουργεί συνειδητά και δεν έχει αισθητηριακή αντίληψη του παρόντος. Έτσι η ‘doing λειτουργία’ μπορεί να συμβαίνει συχνά μέσω της λειτουργίας του αυτόματου πιλότου και τα αποτελέσματα να είναι αρκετά επώδυνα (Crane, 2009).

Η MBCT δίνει μια κατεύθυνση στο θεραπευόμενο προς τη ‘being λειτουργία’, χωρίς όμως να αποτρέπει τη χρήση της ‘doing λειτουργίας’, καθώς και αυτή μπορεί να εξυπηρετήσει την εξέλιξη του ανθρώπου. Διακρίνουν όμως βοηθητικές και μη βοηθητικές εφαρμογές της (Teasdale, Segal, Williams, 1995).

Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα οχτώ εβδομάδων με μία συνάντηση κάθε εβδομάδα που διαρκεί δύο με δύομιση ώρες. Η πρώτη συνάντηση έχει ενημέρωση σχετικά με τον αυτόματο πιλότο και μια άσκηση με δοκιμή σταφίδας, ώστε ο θεραπευόμενος να επικεντρώσει την προσοχή του και τις αισθήσεις του στο πλήρες βίωμα της εμπειρίας. Στις επόμενες συναντήσεις εντάσσονται σωματικές ασκήσεις, όπως ασκήσεις αναπνοής, περπάτημα στο χώρο, ‘σκανάρισμα’ του σώματος, ενώ ταυτόχρονα κάποιες από αυτές τις ασκήσεις ζητούνται να γίνονται σε καθημερινή βάση στο σπίτι. Πέρα από τις σωματικές ασκήσεις, ποιήματα και ιστορίες διαβάζονται και συζητούνται με σκοπό να ανοίξουν νέες προοπτικές επεξεργασίας των δεδομένων στους συμμετέχοντες, ενώ εντάσσονται ασκήσεις της γνωσιακής θεραπείας, όπως συζήτηση αυτόματων σκέψεων.

Μείωση του Άγχους Βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα (MBSR)

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος (Kabat-Zinn, 1994) βασίζεται στην ιδέα πως η δυσφορία του ανθρώπου προκύπτει από τη συνεχή του επιθυμία να είναι οι καταστάσεις διαφορετικές από αυτές που στην πραγματικότητα είναι. Σε αντίθεση

με τη γνωσιακή-συμπεριφορική μέθοδο, δε θεωρείται ψυχοθεραπεία (Herbert και Forman, 2011).

Έχει κι αυτή το πρόγραμμα των οχτώ εβδομάδων, με κάθε συνάντηση να κρατά επίσης από δύο ως δυόμιση ώρες, ενώ απευθύνεται κι αυτή σε ομάδες συμμετεχόντων. Οι ομάδες αυτές μπορεί να αποτελούνται μέχρι και από τριάντα άτομα ανεξαρτήτου διαγνώσεως. Η λογική πίσω από αυτό είναι το να αναδειχτεί πως όλοι οι συμμετέχοντες μπορούν να αλλάξουν την αντίληψή τους επι τους παρόντος μέσω της εξάσκησης της ενσυνειδητότητας (Baer, 2014).

Ο καθιστικός διαλογισμός παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, κατά τον οποίο οι συμμετέχοντες επικεντρώνουν την προσοχή τους στην αναπνοή, αλλά στη συνέχεια ενδέχεται να τους ζητηθεί να επικεντρωθούν σε κάποια αίσθηση, και αργότερα σε σκέψη ή συναίσθημα.

Η yoga ενσυνειδητότητας επίσης κατέχει σημαντική θέση ανάμεσα στις τεχνικές. Για πρώτη φορά διδάσκεται στην τρίτη συνάντηση, και ζητάται να γίνει εξάσκησης της στο σπίτι από την τρίτη μέχρι και την πέμπτη εβδομάδα. Σκοπός είναι ο συμμετέχων να καταλάβει τα όρια του σώματός του και να μην τα υπερβεί. Καλλιεργείται έτσι η συγκέντρωση και η προσοχή επάνω στο σώμα και η αποδοχή του όπως είναι.

Το 'σκανάρισμα' του σώματος έχει κι αυτό έντονη παρουσία. Από τους συμμετέχοντες ζητάται να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο του σώματός τους και να δουν τι αίσθηση έχει. Αν πονάει, για παράδειγμα, πρέπει να μπορούν να περιγράψουν πώς είναι αυτός ο πόνος. Το σημείο αλλάζει ύστερα, οπότε κατ'αυτό τον τρόπο ο συμμετέχοντας μαθαίνει να κατευθύνει την προσοχή του και να είναι ανοιχτός στην εμπειρία άσχετα με το αν αυτή είναι ευχάριστη ή όχι.

Πέρα από τις τεχνικές αυτές που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια των συναντήσεων, ο συμμετέχοντας κάνει εξάσκηση σε καθημερινή βάση στο σπίτι. Του ζητάται να εφαρμόσει την ενσυνειδητότητα σε απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως δουλειές του σπιτιού, υπο τη μορφή της αυξημένης παρατηρητικότητας και της επίγνωσης των δεδομένων της στιγμής. Έτσι μπορεί να

αντιληφθεί όλες αυτές τις αντιδράσεις που από συνήθεια έχει αποκτήσει και αν επιθυμεί να τις αλλάξει.

Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ACT)

Ο Hayes (2004) αναφέρει πως η προσέγγιση αυτή (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999) βασίζεται σε μια μορφή πραγματισμού που ονομάζεται 'θεωρία του λειτουργικού πλαισίου (functional contextualism)', της οποίας τα βασικά στοιχεία είναι η επικέντρωση σε ολόκληρο το γεγονός, η ευαισθησία απέναντι στο πλαίσιο του γεγονότος, ώστε να καταλάβει κάποιος τη φύση του, η έμφαση σε μια πραγματιστική σκοπιά της αλήθειας και συγκεκριμένα επιστημονικά κριτήρια πάνω στα οποία να βασίζεται αυτή η σκοπιά.

Η ACT βλέπει τα ψυχικά συμβάντα ως ένα σύνολο συνεχιζόμενων διαδράσεων μεταξύ ολόκληρων οργανισμών και καθορισμένων περιβάλλοντων και προσπαθεί να τις προβλέψει. Κανένα συμβάν δεν επιφέρει αυτόματα κάποιο άλλο, και το κάθε ένα εξετάζεται στο πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίχθηκε. Στα πλαίσια αυτά προωθείται το να είναι κάποιος δεκτικός και ανοιχτός απέναντι σε μια εμπειρία, ακόμα κι αν είναι άσχημη ή επώδυνη.

Ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να εγκαταλείψει το ενδιαφέρον για την αλήθεια των σκέψεών του, ενώ ταυτόχρονα να υιοθετήσει ένα ισχυρό ενδιαφέρον για το αν ζει με βάση τις αξίες του. Για να γίνει αυτό, προτείνεται η απαγκίστρωση από το λεκτικό περιεχόμενο. Δηλαδή ο θεραπευόμενος να βιώσει τη σκέψη και το συναίσθημά του έτσι όπως πραγματικά έχει διαμορφωθεί και όχι όπως λέει ότι το βιώνει όταν εκφράζεται λεκτικά. Οι λεκτικές διεργασίες θεωρούνται η 'πηγή' των άκαμπτων και δυσλειτουργικών συνηθειών, οπότε χρησιμοποιείται μη γραμμική γλώσσα, όπως παράδοξα, μεταφορές και ιστορίες. (Hayes, 2004).

Τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη ACT είναι: 1) 'η αντιμετώπιση του συστήματος', η αναγνώριση δηλαδή των ήδη υπάρχουσών στρατηγικών λύσης προβλημάτων και το κατά πόσο είναι όντως αποτελεσματικές, 2) η γνωσιακή αποσυγχώνευση (cognitive defusion) και η ενσυνειδητότητα, η προσπάθεια δηλαδή της απεμπλοκής από τη σχέση ενός λεκτικού μηνύματος και των αυτόματων λειτουργιών που προκαλεί, με συνδυαστική χρήση ενσυνειδητότητας,

3) η υπερβατική θεώρηση του εαυτού, την οποία η ACT βλέπει σαν το ασφαλές μέρος μέσα από το οποίο ο θεραπευόμενος μπορεί να επεξεργαστεί τις δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα, 4) η αποδοχή και η προθυμία, η ενεργητικά δεκτική (και όχι απλά ανεκτική) στάση απέναντι στις εμπειρίες, η οποία επιτρέπει το βίωμα της εμπειρίας ως έχει και όχι όπως 'λέει' ότι είναι, 5) οι αξίες, οι ποιότητες δηλαδή που αναγνωρίζονται μέσα σε μια πράξη, μέσα από την αναγνώριση των οποίων τίθενται επιτεύξιμοι στόχοι και ανιχνεύονται τα πιθανά εμπόδια στην πορεία προς αυτούς και 6) η δέσμευση απέναντι στα μοτίβα δράσης που έχουν επιλεχτεί με βάση τις αξίες, στη συνέχεια του χρόνου (Hayes, 2004).

Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT)

Ο αρχικός πληθυσμός στόχος της θεραπείας (Linehan, 1993) υπήρξαν οι χρόνιοι αυτοκτονικοί ασθενείς, όμως οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αυτή φάνηκε πως πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, οπότε το εγχειρίδιο (Linehan, 1993) προσαρμόστηκε σε αυτούς.

Βασικά στοιχεία της θεραπείας αποτελούν: α) η υιοθέτηση του βιοκοινωνικού μοντέλου θεώρησης της ψυχοπαθολογίας, β) θεραπευτικές αρχές προερχόμενες από την κοινωνική ψυχολογία και τη διαλεκτική φιλοσοφία, γ) ένα θεωρητικό μοντέλο που περιέχει θεραπευτικά στάδια και προτεραιότητες ανάλογα με το στάδιο, δ) διάφορους θεραπευτικούς τρόπους για τις διαφορετικές ανάγκες του θεραπευόμενου και ε) διαφορετικές τεχνικές αποδοχής και αλλαγής (Herbert και Forman, 2011)

Τα θεραπευτικά στάδια κινούνται αδρά ως εξής:

- 1) Από το μη-έλεγχο προς το έλεγχο της συμπεριφοράς
- 2) Από τη συναισθηματική αναστολή προς την εμπειρία
- 3) Από τα προβλήματα στη ζωή την ίδια προς μια κοινή χαρά ή λύπη
- 4) Από μια αίσθηση μη-ολοκλήρωσης προς μια αίσθηση ελευθερίας και χαράς

Οι θεραπευτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε στρατηγικές δέσμευσης, επίλυσης προβλημάτων, ανάλυσης συμπεριφοράς και επικύρωσης.

Η ενσυνειδητότητα είναι ένα από τα βασικά 'εργαλεία' που χρησιμοποιείται στη DBT. Από την πλευρά του θεραπευτή εξυπηρετεί επίγνωση και τη συμμετοχή του μέσα στη συνεδρία, ενώ από την πλευρά του θεραπευόμενου έχει πολλαπλή χρησιμότητα. Αρχικά η μη επικριτική αποδοχή και η διευρυμένη επίγνωση του παρόντος που επιφέρει η ενσυνειδητότητα είναι βοηθητική στη ρύθμιση του συναισθήματος. Επιπλέον, η προσεκτική παρατήρηση σκέψεων και συναισθημάτων φέρνει πιο κοντά το θεραπευόμενο στην παραδοχή πως αυτά δεν είναι μόνιμα και υπόκεινται συνεχώς σε αλλαγές, οπότε εξυπηρετείται το τρίτο θεραπευτικό στάδιο που περιγράφηκε παραπάνω. Επίσης η ενσυνειδητότητα περνάει και σε απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, κάτι το οποίο προωθεί την αποδοχή της ζωής της ίδιας και στην επιτυχία του τέταρτου θεραπευτικού σταδίου.

Πρόληψη υποτροπής βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (MBRP)

Ο ξεκάθαρος πληθυσμός-στόχος της θεραπείας αυτής (Bowen, Chawla and Marlatt, 2011) είναι οι άνθρωποι με διαταραχές χρήσης ουσιών. Πρόκειται για μια θεραπεία που εφαρμόζεται μετά τη λήξη της βασικής φροντίδας που πραγματοποιείται κατά την απεξάρτηση (Bowen et al., 2009), παρόλο που δεν είναι βασική προϋπόθεση η αποχή για την έναρξη συνεδριών. Συνδυάζει στοιχεία (Bowen, Chawla and Marlatt, 2011) της MBCT, της MBSR και του πρωτοκόλλου πρόληψης της υποτροπής των Daley και Marlatt (2006).

Η αναγνώριση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου ως προς την υποτροπή είναι ένα από τα βασικά σημεία της θεραπείας. Οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν να εντοπίζουν τα πρώιμα σημάδια των μηχανισμών πυροδότησης της υποτροπής (triggers). Επιπλέον στόχος είναι η επίγνωση των γεγονότων και των εμπειριών και ειδικά της αλληλουχίας τους που από την πυροδότηση μπορεί να οδηγήσουν στην υποτροπή, με απώτερο σκοπό τη διακοπή αυτής της αλληλουχίας (Witkiewitz et al., 2014).

Από κει και πέρα, ένας ακόμα στόχος είναι να γίνει κατανοητό το τι βρίσκεται 'κάτω' από την επιθυμία για χρήση ουσιών και να ανταπεξέλθει ο θεραπευόμενος καλύτερα. Για το λόγο αυτό εφαρμόζονται γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές υπο το πρίσμα της αποδοχής και της μη κριτικής που φέρει η ενσυνειδητότητα. Έτσι αποφεύγονται οι κατηγορίες ενάντια στον εαυτό που οδηγούν σε περαιτέρω αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές που συχνά συνδέονται με την υποτροπή. Ο θεραπευόμενος στρέφει την προσοχή του στα συναισθήματα, τις ανάγκες του και τα εξωτερικά ερεθίσματα -είτε θετικά, είτε αρνητικά- και προσπαθεί να επιτύχει το να γίνει πιο ανεκτικός απέναντί τους.

Οι συνεδρίες είναι ομαδικές και το ιδανικό μέγεθος μιας ομάδας είναι 6-12 άτομα (Bowen, Chawla and Marlatt, 2011). Συνολικά πραγματοποιούνται 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 2 ωρών η καθεμία. Η καθημερινή εξάσκηση επίσης προωθείται ως πολύ βοηθητική. Οι συνεδρίες περιλαμβάνουν κατά σειρά από την πρώτη προς την τελευταία: οδηγίες σχετικά με την αποφυγή του 'αυτόματου πιλότου' και την υποτροπή, επίγνωση των μηχανισμών πυροδότησης και του 'craving', θεματικές ενσυνειδητότητας στην καθημερινότητα, θεματικές ενσυνειδητότητας στις καταστάσεις υψηλού κινδύνου για υποτροπή, αποδοχή και σωστή διαχείριση καταστάσεων, το να βλέπει κάποιος τις σκέψεις απλά ως σκέψεις, τη φροντίδα του εαυτού και την ισορροπία στον τρόπο ζωής και τέλος την κοινωνική υποστήριξη και τη συνεχιζόμενη εξάσκηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

2.1 Ορισμοί και διαγνωστικά κριτήρια

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει (Who.int, 2018 (1)) για τον όρο 'αλκοολισμός' πως έχει μακρόχρονη χρήση και μεταβλητό νόημα. Γενικά αναφέρεται στη χρόνια και συνεχή ή περιοδική κατανάλωση αλκοόλ που χαρακτηρίζεται από μειωμένο έλεγχο της κατανάλωσης, συχνά επεισόδια τοξίκωσης και ανησυχία σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ παρά τις δυσμενείς συνέπειες.

Σύμφωνα με το DSM-V (2013) οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ είναι μια από τις δέκα κατηγορίες των διαταραχών που σχετίζονται με χρήση ουσιών. Ορίζει τις διαταραχές αυτές ως το προβληματικό μοτίβο χρήσης αλκοόλ που οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη ή δυσφορία.

Η διάγνωση συμβαίνει όταν πληρούνται τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω στο διάστημα των δώδεκα τελευταίων μηνών:

- Το αλκοόλ λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ'ότι προοριζόταν
- Υπάρχει μια συνεχής επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες να περικοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση αλκοόλ
- Αρκετός χρόνος ξοδεύεται σε διαδικασίες απαραίτητες για την απόκτηση αλκοόλ, τη χρήση αλκοόλ ή την επαναφορά από τα αποτελέσματα της χρήσης
- Ισχυρή επιθυμία για χρήση αλκοόλ

- Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία εκπλήρωσης σημαντικών υποχρεώσεων στη δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι
- Συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ παρά τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που οφείλονται στη χρήση αλκοόλ
- Σημαντικές κοινωνικές, εργασιακές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες αφήνονται λόγω της χρήσης αλκοόλ
- Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ σε περιπτώσεις που είναι σωματικά επικίνδυνο
- Η χρήση αλκοόλ συνεχίζεται παρα τη γνώση της ύπαρξης επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχικού προβλήματος που πιθανό να έχει προκληθεί από το αλκοόλ
- Ανοχή που ορίζεται ως ένα από τα παρακάτω:
 - A) Ανάγκη για μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ για να επιτευχθεί μέθη ή τα επιθυμητά αποτελέσματα
 - B) Μειωμένα αποτελέσματα με συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ
- Απόσυρση που εκδηλώνεται ως ένα από τα παρακάτω:
 - A) Το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης από τη χρήση αλκοόλ (κριτήρια A και B από αυτά που έχουν τεθεί για την απόσυρση λόγω χρήσης αλκοόλ)
 - B) Αλκοόλ (ή κάποια κοντινά σχετιζόμενη ουσία, όπως βενζοδιαζεπίνες) λαμβάνεται για να ανακουφίσει ή να βοηθήσει την αποφυγή της απόσυρσης.

Η σοβαρότητα της διαταραχής διαβαθμίζεται ως εξής:

- 1) Ήπια σοβαρότητα (παρουσία 2-3 συμπτωμάτων)
- 2) Μέτρια σοβαρότητα (παρουσία 4-5 συμπτωμάτων)
- 3) Μεγάλη σοβαρότητα (παρουσία 6 ή περισσότερων συμπτωμάτων)

Πέρα από τη σοβαρότητα της διαταραχής, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες τα τελευταία χρόνια και για την κατηγοριοποίηση των διαφορετικών μοτίβων

κατανάλωσης αλκοόλ και συμπεριφορών που παρατηρούνται στη διαταραχή (Bowman and Jellinek 1941, Morey and Skinner 1986, Cloninger 1987, Zucker 1986, Babor και συν. 1992).

Οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ δεν περιλαμβάνονται στο ICD-10 (2009) ως διαγνωστική οντότητα.

2.2 Διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ

Το ICD-10 (2009), όπως προαναφέρθηκε δεν περιλαμβάνει τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ σα διαγνωστική οντότητα. Αναφέρεται όμως στις διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ στη διάγνωση F10 (ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ (Mental and behavioural disorders due to use of alcohol)). Πιο συγκεκριμένα:

F10.0: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, οξεία τοξίκωση

F10.1: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, επιβλαβής χρήση

F10.2: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, σύνδρομο εξάρτησης

F10.3: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, κατάσταση απόσυρσης (στέρησης)

F10.4: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, κατάσταση απόσυρσης (στέρησης) με delirium

F10.5: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, ψυχωσική διαταραχή

F10.6: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, αμνησιακό σύνδρομο

F10.7: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, Υπολειμματική και όψιμης εγκατάστασης ψυχωσική διαταραχή

F10.8: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, Άλλες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές

F10.9: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς λόγω της χρήσης αλκοόλ, Μη καθορισμένη ψυχική και συμπεριφορική διαταραχή.

Στο F10.2, όπου γίνεται λόγος για εξάρτηση, αναφέρεται επίσης πως οι εκδηλώσεις της επαναλαμβανόμενης χρήσης αλκοόλ μπορεί να περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία λήψης της ουσίας, δυσκολία ελέγχου της χρήσης της, επιμονή στη χρήση της παρά τις βλαπτικές συνέπειες, υψηλότερη προτεραιότητα που δίνεται στη λήψη της ουσίας σε σύγκριση με άλλες δραστηριότητες και υποχρεώσεις, αυξημένη ενοχή και την κατάσταση σωματικής απόσυρσης.

Αντίστοιχα, το DSM-V (2013) αναφέρει πως από τη χρήση αλκοόλ μπορούν να προκληθούν ψυχώσεις, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές του ύπνου και νευρογνωστικές διαταραχές. Οι διαταραχές αυτές έχουν παροδικό χαρακτήρα, καθώς τα συμπτώματα υποχωρούν σε διάστημα ημερών ή εβδομάδων. Παρατηρούνται μετά από μια σοβαρή τοξίκωση ή/και κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου. Αυτό όμως που χρειάζεται να διευκρινιστεί είναι το αν τα συμπτώματα προϋπήρχαν της τοξίκωσης ή το αν συνεχίζουν μετά το πέρας του ενός μηνός από την τοξίκωση ή/και το στερητικό σύνδρομο. Στην περίπτωση αυτή πιθανό να χρειάζεται διαφοροδιάγνωση με τις αντίστοιχες ψυχιατρικές διαταραχές.

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Who.int, 2018(2)) σε παγκόσμιο επίπεδο το 2010 η κατανάλωση αλκοόλ ανήλθε στα 6,2 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανα άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω, ενώ 3,3 εκατομμύρια θάνατοι (5,9% του συνόλου των θανάτων) οφείλονται στην επικίνδυνη χρήση αλκοόλ κάθε χρόνο.

Πιο συγκεκριμένα αναγνωρίζονται διαφοροποιήσεις στην κατανάλωση ανάμεσα σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (Global status report on alcohol and health, 2014, 2014) ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό, το κοινωνικοοικονομικό status, την οικονομική ανάπτυξη, την κουλτούρα και την

περίσταση και τον έλεγχο και τη νομοθεσία που αφορούν το αλκοόλ από χώρα σε χώρα.

Ηλικία

Αν και η κατανάλωση αλκοόλ μικραίνει όσο μεγαλώνει η ηλικία, οι γηραιότεροι πότες φαίνεται πως καταναλώνουν αλκοόλ πιο συχνά σε σχέση με τα υπόλοιπα ηλικιακά γκρουπ. Για τις ηλικίες άνω των 60 ετών, οι θάνατοι που μπορούν να αποδοθούν στο αλκοόλ είναι λιγότεροι από τους αντίστοιχους στην υπόλοιπη ενήλικη ζωή. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στο ηλικιακό γκρουπ 40-49.

Φύλο

Τα ποσοστά θανάτων που αποδίδονται στο αλκοόλ για το 2012, είναι μεγαλύτερα στους άντρες (7,6%), παρά στις γυναίκες (4,0%). Αντίστοιχα, οι ασθένειες και οι τραυματισμοί που αποδίδονται στη χρήση αλκοόλ για τους άντρες είναι στο 7,4%, ενώ για τις γυναίκες στο 2,3%. Οι γυναίκες όμως έχουν μεγαλύτερα ποσοστά των καρδιαγγειακών νοσημάτων που αποδίδονται στη χρήση αλκοόλ σε αντίθεση με τους άντρες που έχουν μεγαλύτερα ποσοστά στα ατυχήματα που αποδίδονται στο αλκοόλ. Γενικότερα, οι γυναίκες φαίνεται πως εμφανίζουν πιο συχνά προβλήματα υγείας όπως καρκίνους και ασθένειες του γαστρεντερικού που αποδίδονται στο αλκοόλ και αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρότερο σωματικό βάρος, τη μικρότερη χωρητικότητα του ήπατος και την ύπαρξη περισσότερου σωματικού λίπους σε σχέση με τους άντρες, τα οποία συγκεντρωτικά αποφέρουν μεγαλύτερες συγκεντρώσεις αλκοόλ στο αίμα με την κατανάλωση ίδιας ποσότητας αλκοόλ.

Οικογενειακό ιστορικό

Φαίνεται πως τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν αντίστοιχες διαταραχές. Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται σε γονιδιακούς αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Γονιδιακά, ένα σύνολο γονιδίων ελέγχονται για τη

συμμετοχή τους ή όχι στην κληρονομικότητα του αλκοολισμού. Για παράδειγμα, οι διαφοροποιήσεις των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για το μεταβολισμό της αιθανόλης ενδεχομένως να παίζουν ρόλο. Σε ορισμένες χώρες της Ασίας τα γονίδια ADH2, ADH3, ALDH1, ALDH παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις που έχει ως αποτέλεσμα όταν καταναλώσουν αλκοόλ να παρουσιάσουν μια πολύ δυσάρεστη αντίδραση με πονοκεφάλους, υπόταση, κ.α. (Enoch, 2006), άρα μειώνεται η τάση προς την κατανάλωση.

Από την πλευρά του περιβάλλοντος, η ύπαρξη αλκοόλ στο σπίτι από μόνη της δίνει ευκαιρίες στην κατανάλωση από μικρή ηλικία. Η συνύπαρξη σωματικής και σεξουαλικής βίας ταυτόχρονα με τον αλκοολισμό του γονέα ή των γονέων είναι επιβαρυντικός παράγοντας για ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και μελλοντική χρήση αλκοόλ (Shin, Edwards and Heeren, 2009).

Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Φαίνεται πως όσο υψηλότερο είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τόσο περισσότερες είναι οι ευκαιρίες κατανάλωσης αλκοόλ και τόσο πιο ασφαλής είναι η κατανάλωση. Αντίστροφα, σε χαμηλότερα υφιστάμενες κοινωνικοοικονομικά ομάδες, όπως για παράδειγμα σε χειρώνακτες, η χρήση αλκοόλ μπορεί να αποδειχθεί ακόμα και θανατηφόρα λόγω της φύσης της εργασίας. Οι ομάδες αυτές πιθανότατα έχουν μικρότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες που θα μπορούσαν να αναστρέψουν τις συνέπειες της χρήσης αλκοόλ, όπως σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, ή ακόμα και ασφαλέστερα περιβάλλοντα κατά την κατανάλωση (Global status report on alcohol and health, 2014, 2014).

Οικονομική ανάπτυξη

Όσο πιο οικονομικά ισχυρή είναι μια χώρα, τόσο μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ καταναλώνουν οι κάτοικοί της (Global status report on alcohol and health, 2014, 2014). Από την άλλη ενώ στις πιο ισχυρές χώρες η κατανάλωση μη καταχωρημένου αλκοόλ φτάνει το 8,5%, σε χώρες με μικρότερο εισόδημα το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 40%.

Κουλτούρα και περίσταση

Υπάρχουν διάφορες περιστάσεις κατά τις οποίες κάποιος μπορεί να θέσει τον εαυτό του σε κίνδυνο αν επιλέξει να καταναλώσει αλκοόλ. Έχει να κάνει με τους άτυπους ή και τυπικούς κανόνες που προκύπτουν από το πολιτισμικό, θρησκευτικό και γενικότερα αξιακό σύστημα της περιοχής που ζει. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες απαγορεύεται η κατανάλωση αλκοόλ από γυναίκες.

Έλεγχος και νομοθεσία

Κατά τον ίδιο τρόπο, η νομοθεσία μπορεί να καθορίσει το μοτίβο κατανάλωσης αλκοόλ συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων. Για παράδειγμα, τα κατώτερα ηλικιακά όρια για την πώληση του αλκοόλ διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η φορολογία ενδεχομένως να αποκλείσει συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες από την κατανάλωση αλκοόλ ή να τη στρέψει προς την κατανάλωση μη καταγεγραμμένου και χαμηλότερης ποιότητας αλκοόλ, κάτι το οποίο θα μπορούσε να έχει επιπτώσεις και στην υπόλοιπη υγεία.

Στην Ελλάδα για την περίοδο 2008-2010, όπως προκύπτει από τα στοιχεία που δίνει ο Π.Ο.Υ. (Global status report on alcohol and health, 2014, 2014), η μέση κατανάλωση κατά κεφαλήν για άτομα άνω των 15 ετών ήταν 10,3 λίτρα καθαρού αλκοόλ. Για τους άντρες ο αριθμός έφτασε τα 14,6 λίτρα και για τις γυναίκες τα 6,2. Όσον αφορά στα άτομα άνω των 15 ετών που συνηθίζουν να καταναλώνουν αλκοόλ, η κατανάλωση υπολογίζεται στα 15,6 λίτρα καθαρού αλκοόλ για το 2010 (για τους άντρες 20,4 λίτρα και για τις γυναίκες 10,1 λίτρα). Το 34,9% των κατοίκων της Ελλάδας βρέθηκε το 2010 πως είχε κάνει τουλάχιστον ένα επεισόδιο βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ (τουλάχιστον 60 gr σε μια περίπτωση) με το ποσοστό για τους άντρες να είναι 47,6% και για τις γυναίκες 22,8%. Το ποσοστό των ανδρών που νόσησαν από κίρρωση του ήπατος το 2012, η οποία οφείλεται στη χρήση αλκοόλ είναι 64,1% και των γυναικών 63,6%. Το ποσοστό των αυτοκινητιστικών ατυχημάτων της ίδιας χρονιάς που οφείλονται στο αλκοόλ ήταν 18,4% για τους άντρες και 7,3% για τις γυναίκες. Τέλος ο επιπολασμός των διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ το 2010 ήταν 5,1% και για τα δύο φύλα (7,9% για

τους άντρες και 2,5% για τις γυναίκες). Συγκεκριμένα η εξάρτηση από το αλκοόλ είχε επιπολασμό 2,7% και για τα δύο φύλα την ίδια χρονιά, 4,2% για τους άντρες και 1,3% για τις γυναίκες.

2.4 Επίδραση του αλκοόλ στον εγκέφαλο

Η αιθανόλη έχει σημαντική επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Banerjee, 2014). Συγκεκριμένα στον εγκέφαλο, δεν υπάρχει κάποιος 'υποδοχέας της αιθανόλης' (Anderson and McAllister-Williams, 2015), αλλά φαίνεται πως επηρεάζει τη δράση των νευροδιαβιβαστών, με τα κυριότερα ευρήματα να έχουν ως εξής:

Ντοπαμίνη

Η κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται πως προκαλεί την παραγωγή ντοπαμίνης στον επικλινή πυρήνα (Yoshimoto et al., 1992). Ο τρόπος που συμβαίνει αυτό δεν είναι γραμμικός σε μεγάλες δόσεις, καθώς έχει προκύψει (Yim et al., 2000) πως τα επίπεδα ντοπαμίνης επιστρέφουν στα αρχικά επίπεδα παρά το ότι τα επίπεδα αιθανόλης παραμένουν υψηλά. Επίσης έχει προκύψει (Yim and Gonzales, 2000) πως η αιθανόλη προκαλεί αύξηση της ντοπαμίνης μέσω προώθησης της αποδεσμεύσης ντοπαμίνης από τα συναπτικά άκρα και όχι με το να αναστέλλει το μεταφορέα της. Παρόλα αυτά μελέτη σε ποντίκια (Rassnick, Stinus and Koob, 1993) έχει δείξει πως βλάβες στη μεσομεταιχμιακή ντοπαμινεργική οδό δεν σταματούν εντελώς τις επιδράσεις στη συμπεριφορά που προκαλούνται από τη χρήση αλκοόλ, κάτι που οδηγεί στη σκέψη πως η ντοπαμίνη παίζει σημαντικό ρόλο, αλλά όχι και τον κυριότερο ρόλο στην ενίσχυση της χρήσης αλκοόλ.

Σεροτονίνη

Η σεροτονίνη φαίνεται πως επηρεάζεται όχι μόνο από τη χρόνια, αλλά και από την περιστασιακή χρήση αλκοόλ. Όπως και με τη ντοπαμίνη έτσι και με τη σεροτονίνη, η κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται πως προκαλεί την παραγωγή της στον

επικλινή πυρήνα (Yoshimoto et al., 1992). Έχουν βρεθεί (LeMarquand, Pihl and Benkelfat, 1994) αυξημένα επίπεδα μεταβολιτών της σεροτονίνης στα ούρα και το αίμα ανθρώπων μετά από ένα και μόνο επεισόδιο κατανάλωσης αλκοόλ. Αυτό μπορεί να σημαίνει αυξημένη μετάδοση σήματος στις σεροτονινεργικές συνάψεις.

γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA)

Η δραστηριότητα της GABA φαίνεται πως αυξάνεται στον εγκέφαλο με τη χρήση αλκοόλ (Banerjee, 2014). Προσυναπτικά παρατηρείται αυξημένη παραγωγή GABA, ενώ μετασυναπτικά ενισχύεται η δράση του GABAa υποδοχέα. Αυτό που συμβαίνει είναι πως η αιθανόλη προκαλεί το άνοιγμα των χλωριούχων καναλιών του GABAa υποδοχέα και την εισροή των αντίστοιχων ιόντων, άρα και την υπερπόλωση του κυττάρου (Lobo and Harris, 2008). Η χρόνια χρήση αλκοόλ έχει συσχετιστεί με μειωμένη λειτουργικότητα των GABA υποδοχέων, κάτι που οδηγεί στην αυξημένη ανοχή απέναντι στο αλκοόλ ενός εξαρτημένου. Φαίνεται επίσης πως η χρήση αλκοόλ αντirroπίζεται με την χορήγηση ανταγωνιστών των GABAa υποδοχέων και αγωνιστών των GABA_b υποδοχέων (Banerjee, 2014, Anderson and McAllister-Williams, 2015).

Γλουταμινικό Οξύ

Ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες έχουν δείξει πως η οξεία έκθεση σε αλκοόλ αναστέλλει τη λειτουργία των NMDA υποδοχέων (Lowinson, Ruiz and Millman, 2015), ενώ αντίστοιχα οι κατασταλτικές ιδιότητες της αιθανόλης αυξάνονται μέσω ανταγωνιστών του NMDA (Wilson, Bosy and Ruth, 1990, Daniell, 1990) ή ακόμα και προσομοιώνονται (Colombo and Grant, 1992). Μελέτη σε ποντίκια (Carboni et al., 1993) έχει δείξει συγκεκριμένα πως η αιθανόλη μειώνει τα επίπεδα γλουταμινικού οξέως στο ραβδωτό σώμα, ενώ η έκθεση σε αλκοόλ έχει φανεί επίσης (Roberto et al., 2004) πως καταστέλλει τη μετάδοση σημάτων που μεσολαβείται από το γλουταμινικό οξύ στον κεντρικό πυρήνα της αμυγδαλής. Γενικότερα φαίνεται πως η αιθανόλη δεν έχει την ίδια επίδραση σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου. Μελέτη έχει δείξει (Simson, Criswell and Breese, 1993), για παράδειγμα, πως η αιθανόλη αναστέλλει τη λειτουργία των νευρώνων που

εξαρτάται από το NMDA στο κάτω διδύμιο και στον ιππόκαμπο, αλλά όχι και στο πλευρικό διάφραγμα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Σκοπός

Κάνοντας κανείς αναζήτηση για συστηματικές ανασκοπήσεις που να αφορούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που είναι βασισμένες στην ενσυνειδητότητα και το πώς αυτές εφαρμόζονται σε πληθυσμούς διεγνωσμένους με διαταραχές χρήσης αλκοόλ, θα βρει υλικό (Zgierska et al., 2008, Li et al., 2017, Chiesa and Serretti, 2013), το οποίο αναφέρεται όμως γενικότερα στις διαταραχές χρήσης ουσιών. Δεν προέκυψε στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση που να ασχολείται μεμονωμένα με τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Με βάση τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. που παρατέθηκαν παραπάνω, αλλά και του πολυδιάστατου χαρακτήρα της χρήσης αλκοόλ αναδεικνύεται η ανάγκη για ενασχόληση με το θέμα εν τω βάθει και όχι ως μέρος μιας γενικότερης κατηγορίας διαταραχών. Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση είναι μια προσπάθεια κάλυψης αυτού του κενού της βιβλιογραφίας.

3.2 Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για πρωτογενείς μελέτες, μέσω του διαδικτύου, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε το Μάη και τον Ιούνιο του 2018.

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν:

‘mindfulness-based interventions’, ‘MBI’, ‘mindfulness-based cognitive therapy’, ‘MBCT’, ‘mindfulness-based stress reduction’, ‘MBSR’, ‘acceptance and commitment therapy’, ‘ACT’, ‘dialectical behavior therapy’, ‘DBT’, ‘mindfulness-based relapse prevention’, ‘MBRP’, ‘meditation’, ‘alcohol’, ‘alcoholism’, ‘substance abuse’ και ‘craving’.

Οι λέξεις-κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν ξεχωριστά και σε συνδυασμούς. Συγκεκριμένα στη βάση δεδομένων Pubmed, όπου και δίνεται η δυνατότητα χρήσης λογικών τελεστών, οι λέξεις-κλειδιά που αφορούσαν θεραπευτικές τεχνικές συνδέθηκαν μεταξύ τους με το λογικό τελεστή ‘AND’ και το ίδιο συνέβη με τις αντίστοιχες που αφορούν τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Μεταξύ τους αυτές οι αναζητήσεις συνδέθηκαν με το λογικό τελεστή ‘OR’. Επίσης χρησιμοποιήθηκε το φίλτρο ‘Humans’ στην κατηγορία ‘Species’ και το ‘Clinical Trial’ στην κατηγορία ‘Article Types’.

Ως κριτήρια επιλογής ορίστηκαν τα εξής:

- Δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν ανθρώπους άνω των 18 ετών.
- Δημοσιευμένες μελέτες στην αγγλική γλώσσα.
- Δημοσιευμένες μελέτες που ανήκουν στην κατηγορία των κλινικών δοκιμών ή των πιλοτικών μελετών.
- Δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν παρέμβαση με θεραπευτική τεχνική βασισμένη στην ενσυνειδητότητα και όχι οποιοδήποτε είδος διαλογισμού.

Οι μελέτες που προέκυψαν από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ελέγχθηκαν ως προς τον τίτλο τους και σε όσες ο τίτλος δε συμφωνούσε με το σκοπό της

συστηματικής ανασκόπησης έγινε απόρριψη, ενώ έπειτα απορρίφθηκαν τα διπλότυπα. Ύστερα, αναζητήθηκαν οι περιλήψεις των υπόλοιπων μελετών, από την ανάγνωση των οποίων προέκυψαν οι μελέτες που δε συμφωνούν με το σκοπό της ανασκόπησης.

3.3 Αποτελέσματα

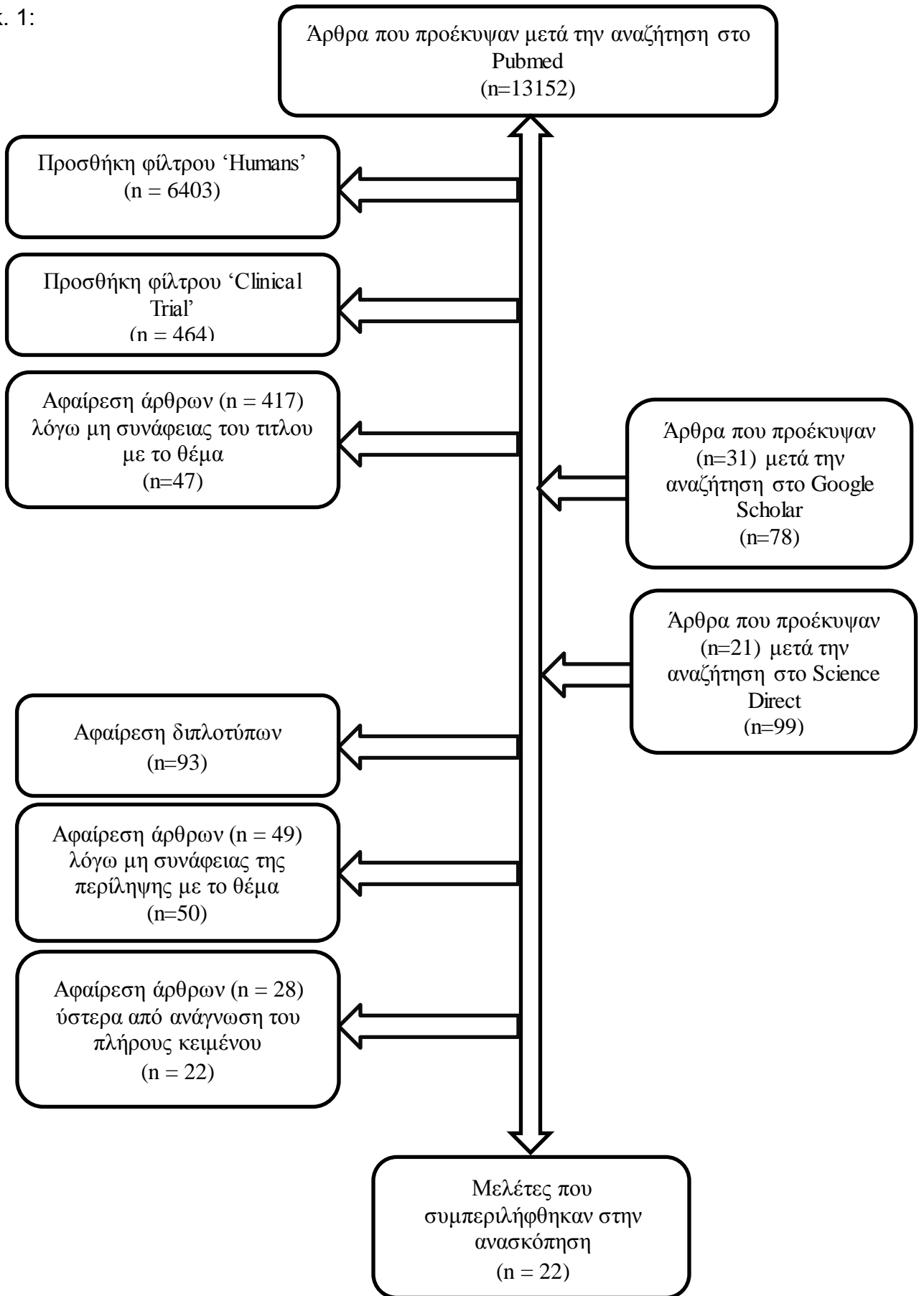
Απο την αναζήτηση βιβλιογραφίας στο Pubmed προέκυψαν συνολικά 13152 μελέτες. Με την προσθήκη του φίλτρου 'Humans' οι μελέτες μειώθηκαν σε 6403 και ύστερα από την προσθήκη και του φίλτρου 'Clinical Trial' απέμειναν 464 μελέτες. Από αυτές, οι 417 απορρίφθηκαν καθώς ο τίτλος τους δεν είχε σχέση με το θέμα της ανασκόπησης. Προστέθηκαν 31 μελέτες που προέκυψαν από την αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε στο Google Scholar και αντίστοιχα άλλες 21 από το Science Direct. Αφαιρέθηκαν τα διπλότυπα, τα οποία ήταν 6.

Ακολούθως, αναζητήθηκαν οι περιλήψεις των υπόλοιπων μελετών, από την ανάγνωση των οποίων απορρίφθηκαν 49 μελέτες.

Τέλος, από την ανάγνωση του πλήρους κειμένου των υπολοίπων μελετών προέκυψε η απόρριψη άλλων 28, με τον τελικό αριθμό μελετών που συμπεριλήφθηκαν να φτάνει τις 22.

Στην Εικόνα 1 παρατίθεται σχηματοποιημένη σε διάγραμμα ροής η παραπάνω διαδικασία. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα κύρια χαρακτηριστικά και ευρήματα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.

Εικ. 1:



Πιν. 1:

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Mermelstein and Garske, 2015	A Brief Mindfulness Intervention for College Student Binge Drinkers: A Pilot Study	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Προπτυχιακοί φοιτητές (n=76) από 18 ως 24 ετών που έκαναν υπερβολική χρήση αλκοόλ	Σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας σε συνδυασμό με θεραπεία έκθεσης. Μια 19λεπτη και μια 9λεπτη συνεδρία ενσυνειδητότητας. Έπειτα για 4 εβδομάδες από 1 η διαλογισμό ενσυνειδητότητας στο σπίπ. Άλλη μια 25λεπτη συνεδρία ενσυνειδητότητας	Την 4 ^η εβδομάδα η ομάδα ελέγχου είχε 2,24 φορές περισσότερα επεισόδια υπερβολικής χρήσης αλκοόλ. Επίσης λιγότερες συνέπειες από τη χρήση αλκοόλ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($t(1,71)=2,10$, $p=0,04$).	Μικρό διάστημα μέχρι το follow-up. Η χρήση αλκοόλ ήταν αυτοαναφερόμενη.
Lanza and Menéndez, 2013	Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Έγκλειστες σε σωφρονιστικό ίδρυμα γυναίκες (n=31) από 21 ως 46 ετών με διαταραχή χρήσης ουσιών	ACT. Μία 90λεπτη συνεδρία για 16 εβδομάδες. Μετά από 6 μήνες follow-up	Στο follow-up των 6 μηνών βρέθηκε διαφορά στο σύνθετο σκόρ του ASI-6 των δυο ομάδων: $t(24, 13.6) = -2.17$, $p = 0.048$	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν αναφέρεται ο συνολικός αριθμός γυναικών που προσεγγίστηκαν αρχικά.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Thekiso et al., 2015	Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial	Αντιστοιχισμένη μελέτη κοόρτης	Ασθενείς (n=52) με διεγνωσμένη διαταραχή χρήσης αλκοόλ και συνυπάρχουσα διπολική διαταραχή ή μείζονα κατάθλιψη.	ACT διάρκειας 4 εβδομάδων παράλληλα με τη συνήθη θεραπεία, με 5 συνεδρίες ανα εβδομάδα. Follow-up μετά από 3 και 6 μήνες	Στατιστικά σημαντική διαφορά στους 3 μήνες σε CAD ($F(1, 47) = 5.62, p = 0.022$) και OCDS ($F(1, 44) = 4.25, p = 0.045$). Το ίδιο στους έξι μήνες για CAD ($F(1, 47) = 6.55, p = 0.014$)	Μικρό μέγεθος δείγματος. Η αξιολόγηση στο follow-up έγινε μέσω τηλεφώνου. Η ομάδα ελέγχου προέκυψε από στοιχεία προηγούμενης έρευνας.
Lanza et al., 2014	Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Έγκλειστες σε σωφρονιστικό ίδρυμα γυναίκες (n=50) από 21 ως 49 ετών με διαταραχή χρήσης ουσιών	ACT διάρκειας 16 εβδομάδων με μία 90λεπτη ομαδική συνεδρία την εβδομάδα. Follow-up 6 μήνες μετά. Αντίστοιχα εφαρμόστηκε CBT σε άλλο γκρουπ για να γίνει σύγκριση	Η ομάδα στην οποία εφαρμόστηκε ACT είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση στο σκοράρισμα στον τομέα που αφορά το αλκοόλ στο ASI-6 σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στο έλεγχο του follow-up ($F(2, 39) = 2.571, p = 0.090$)	Από τις 98 γυναίκες που προσεγγίστηκαν, μόνο οι 50 δέχτηκαν να συμμετέχουν. Μικρό μέγεθος δείγματος.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
van den Bosch et al., 2002	Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems Implementation and long-term effects	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Γυναίκες (n=58) διεγνωσμένες με μεθιοριακή διαταραχή προσωπικότητας, εκ των οποίων κάποιες (n=31) έχουν διαγνωστεί με συνυπάρχουσα διαταραχή χρήσης ουσιών	DBT για 12 μήνες και follow-up στους 18 μήνες από την έναρξη της θεραπείας	Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά DBT με ομάδα ελέγχου στις ημέρες χρήσης αλκοόλ ($p=0,89$) και στη σοβαρότητα των προβλημάτων που αφορούν το αλκοόλ ($p=0,31$)	Μικρό μέγεθος δείγματος. Η χρήση αλκοόλ ήταν αυτοαναφερόμενη. Δεν έγινε εκτίμηση των ασθενών αμέσως μετά τη λήξη της παρέμβασης.
Vinci et al., 2014	Effects of a Brief Mindfulness Intervention on Negative Affect and Urge to Drink among College Student Drinkers	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Προπτυχιακοί φοιτητές (n=207) που θεωρούνται υψηλού κινδύνου όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ.	Σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας διάρκειας 10 λεπτών. Σύγκριση με ομάδα χαλάρωσης και ομάδα ελέγχου.	Ομάδα ενσυνειδητότητας σημαντική ($p=0,005$) μείωση αρνητικού συναισθήματος. Όχι σημαντική διαφορά στην τάση προς κατανάλωση αλκοόλ και στο χρόνο μέχρι το επόμενο ποτό ($F(2,111) = 0,35$, $p = 0,71$)	Η χρήση αλκοόλ ήταν αυτοαναφερόμενη. Από τους 394 που προκρίθηκαν, μόνο οι 207 συμμετείχαν τελικά. Η παρέμβαση ήταν πολύ σύντομη. Δεν υπήρξε follow-up.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Caselli et al., 2016	Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorders.	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ασθενείς (n=8) διεγνωσμένοι με Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ	Detached Mindfulness. 1 συνεδρία διάρκειας μιας ώρας.	Στατιστικά σημαντική μείωση, με καλύτερα σκορ για την ομάδα της ενσυνειδητότητας, στο τομείς του φόβου σχετικά με τις σκέψεις που αφορούν το αλκοόλ ($z = -2,5$, $p = 0,01$) και της ορμής για κατανάλωση αλκοόλ ($z = -2,3$, $p = 0,02$).	Μικρό μέγεθος δείγματος. Η χρήση αλκοόλ ήταν αυτοαναφερόμενη. Δεν υπήρξε follow-up.
Crescentini, Matiz and Fabbro, 2015	Improving personality/character traits in individuals with alcohol dependence: The influence of mindfulness-oriented meditation	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ασθενείς (n=26) που παρακολουθούσαν πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ	Διαλογισμός βασισμένος στην ενσυνειδητότητα. 8 εβδομαδιαίες δίωρες συνεδρίες. 30 λεπτά διαλογισμού στο στίπ	Στατιστικά σημαντική διαφορά στα σκορ TCI για ωριμότητα ($F(1, 24) = 7.59$, $p < 0.02$) και μείωση κινδύνου υποτροπής με ενσυνειδητότητα, αύξηση η ομάδα ελέγχου ($F(1, 24) = 4.49$, $p < 0.05$).	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν υπήρξε follow-up.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Murphy and MacKillop, 2014	Mindfulness as a Strategy for Coping with Cue-Elicited Cravings for Alcohol: An Experimental Examination	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Άτομα (n=84) από την κοινότητα που θεωρούνται υψηλού κινδύνου όσον αφορά στην πιθανότητα να εκδηλώσουν διαταραχή χρήσης αλκοόλ	Σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας ύστερα από την τεχνική έκθεσης σε αλκοόλ (45 λεπτά συνολικά), βασισμένη στη DBT και σε τεχνική διακοπής καπνίσματος με ενσυνειδητότητα	Στο follow-up δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατανάλωση αλκοόλ και στην τάση προς αυτή ανάμεσα στις ομάδες, αν και γενικότερα υπήρχε μείωση.	Το follow-up έγινε τηλεφωνικά, ενώ το πρώτο screening με αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Πολύ σύντομη διάρκεια των παρεμβάσεων.
Ostafin, Bauer και Myxter, 2012	Mindfulness Decouples the Relation between Automatic Alcohol Motivation and Heavy Drinking	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Προπτυχιακοί φοιτητές (n=41) που καταναλώνουν συχνά αλκοόλ	3 ολιγόλεπτες (10-25 λεπτά) συνεδρίες ενσυνειδητότητας με ηχογραφημένες οδηγίες. Follow-up 7-10 μέρες μετά τη λήξη των συνεδριών.	Όχι στατιστικά σημαντική μείωση κατανάλωσης αλκοόλ ($F(1,37) = 1.5, p = 0.23$). Αποδυναμωμένη σχέση ανάμεσα στο αυτόματο κίνητρο για κατανάλωση αλκοόλ και τη σοβαρή κατανάλωση ($F(1, 35) = 4.2, p = 0.048$).	Μη κλινικό δείγμα, μικρού μεγέθους. Η χρήση αλκοόλ ήταν αυτοαναφερόμενη. Οι συνεδρίες ενσυνειδητότητας σύντομες και το follow-up πραγματοποιήθηκε πολύ σύντομα μετά την παρέμβαση.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Brewer et al., 2009	Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from a Randomized, Controlled Stage I Pilot Study	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ασθενείς (n=25) με διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή/και κοκαΐνης.	MBRP διάρκειας 9 εβδομάδων. Κάθε συνεδρία διαρκούσε 1 ώρα. Εργαστηριακές μετρήσεις.	Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με την ομάδα παρέμβασης με CBT στην κατανάλωση αλκοόλ, στο craving και στις εργαστηριακές μετρήσεις.	Μικρό μέγεθος δείγματος. Συμμετέχοντες αποχώρησαν πριν λήξει η θεραπεία. Ελαττωμένη διάρκεια συνεδριών MBRP. Μικρότερη διάρκεια θεραπείας με MBRP από CBT. Μικρό διάστημα μέχρι το follow-up.
Garland et al., 2010	Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol Dependence: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ασθενείς (n=53) με διαταραχές χρήσης αλκοόλ	Προσαρμογή της MBCT επάνω στη χρήση αλκοόλ. Συνολικά 10 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Για 15 λεπτά την ημέρα ασκήσεις ενσυνειδητότητας	Όχι διαφορές σε craving και απόκριση στο αλκοόλ. Καλύτερη στη μείωση καταπίεσης της σκέψης ($F(1, 35)=4.26, p=0,04$) στη μείωση HAR ($F(1, 30)=5.30, p=0,03$) κ δυσφορίας ($F(1, 32)=4.94, p=0,03$) από έκθεση σε αλκοόλ	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν υπήρξε follow-up. Υπήρχαν αυτοαναφερόμενα στοιχεία.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Bowen et al., 2014	Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ενταγμένοι (n=286) σε πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά	MBRP. 8 εβδομαδιαίες ομαδικές δίωρες συνεδρίες. Εξάσκηση στο σπίπι. Σύγκριση με RP και με ομάδα ελέγχου. Follow up στους 3, 6 και 12 μήνες.	6 μήνες 31% (p<0,05) μείωση βαριάς κατανάλωσης για MBRP και RP. Odds Ratio 1,23, p<0,05 για πιθανότητα μη εμπλοκής σε επεισόδιο βαριάς κατανάλωσης. 12 μήνες MBRP πιο πιθανό (p<0,05, OR=1,51) να μην εμπλακεί σε επεισόδιο σε σχέση με RP.	Η ομάδα ελέγχου δεν είχε την ίδια εξάσκηση στο σπίπι σε σχέση με τις άλλες δύο. Αν και έγιναν ουρολογικές/τοξικολογικές εξετάσεις, ήταν περιορισμένες και χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ημερολόγια χρήσης.
Alterman et al., 2004	Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients	Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ενταγμένοι (n=31) σε πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά	Διαλογισμός βασισμένος στην ενσυνειδητότητα. 8 εβδομαδιαίες δίωρες συνεδρίες. 30-45 λεπτά εξάσκηση διαλογισμού καθημερινά. 1 7ωρο workshop. Follow-up 5 μήνες μετά.	Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο γκρουπ (p=0,54) στο σκοράρισμα στο ASI στην κατηγορία του αλκοόλ.	Μικρό μέγεθος δείγματος. Υπήρχαν αυτοαναφερόμενα στοιχεία.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Greenfield et al., 2018	Race/ethnicity and racial group composition moderate the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for substance use disorder	Δευτερεύουσα ανάλυση πάνω σε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Ενταγμένοι (n=191) σε πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά	MBRP. 8 εβδομαδιαίες ομαδικές δίωρες συνεδρίες. Εξάσκηση στο σπίπ. Σύγκριση με RP. Follow up στους 3, 6 και 12 μήνες	Όχι διαφορά MBRP και RP στις μειονότητες. Στους λευκούς η MBRP 100% λιγότερες MBK. Αν τουλάχιστον μισοί από μειονότητες, όχι σημαντική διαφορά MBRP και RP. Αν τουλάχιστον μισοί λευκοί, MBRP 99% λιγότερες MBK. Αν ανήκεις σε μειονότητα κ η ομάδα σου έχει τουλάχιστον μισούς από μειονότητα, 91% λιγότερες MBK η MBRP. Αν λευκός και η ομάδα σου πάνω από μισούς λευκούς, τότε MBRP 100% λιγότερες MBK	Αν και έγιναν ουρολογικές/τοξικολογικές εξετάσεις, ήταν περιορισμένες και χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ημερολόγια χρήσης. Ο ορισμός της εθνικής καταγωγής/φυλής έγινε με αυτοαναφορά.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Vinci et al., 2016	Examination of Trait Impulsivity on the Response to a Brief Mindfulness Intervention among College Student Drinkers	Δευτερεύουσα ανάλυση πάνω σε τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Προπτυχιακοί φοιτητές (n=207) που θεωρούνται υψηλού κινδύνου όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ.	Σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας διάρκειας 10 λεπτών. Σύγκριση με ομάδα χαλάρωσης και ομάδα ελέγχου.	Ενσυνειδητότητα χειρότερα από ομάδα χαλάρωσης στη σχέση sensation seeking και αρνητικού συναισθήματος (F(8,198) = 10,15, p = 0,001), αρνητικής επείγουσας ανάγκης και ορμής (F(8,195) = 93,48, p = 0,001), θετικής επείγουσας ανάγκης και θετικού συναισθήματος (F(8,198) = 24,26, p = 0,001). Καλύτερα από ομάδα ελέγχου στη σχέση επιμονής-θετικού συναισθήματος (F(8,198) = 23,29, p = 0,001)	Η χρήση αλκοόλ και η παρορμητικότητα ήταν αυτοαναφερόμενες. Από τους 394 που προκρίθηκαν, μόνο οι 207 συμμετείχαν τελικά. Η παρέμβαση ήταν πολύ σύντομη. Δεν υπήρξε follow-up

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Vernig and Orsillo, 2009	Psychophysiological and Self-Reported Emotional Responding in Alcohol-Dependent College Students: The Impact of Brief Acceptance/ Mindfulness Instruction	Τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή	Προπτυχιακοί φοιτητές (n=48), είτε με διάγνωση (n=38) διαταραχής χρήσης αλκοόλ, είτε όχι (n=10).	Παρακολούθηση βίντεο διάρκειας 8,5 λεπτών με οδηγίες βασισμένες στην αποδοχή και την ενσυνειδητότητα. Σύγκριση με ομάδες ουδέτερης μεταχείρισης. Εργαστηριακές μετρήσεις αγωγιμότητας του δέρματος.	Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες σε καμία από τις τρεις υποκατηγορίες του SAM (σθένος ($F(2, 45) = 0,01, p = 0,99$), διέγερση ($F(2, 45) = 0,20, p = 0,82$) και κυριαρχία ($F(2, 45) = 0,62, p = 0,54$)). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μετρήσεις αγωγιμότητας του δέρματος ανάμεσα στις ομάδες ($F(2, 37) = 0,69, p = 0,51$	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν υπήρξε follow-up.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Vieten et al., 2010	Development of an Acceptance-Based Coping Intervention for Alcohol Dependence Relapse Prevention	Πιλοτική μελέτη	Ασθενείς (n=23) με διεγνωσμένη διαταραχή χρήσης αλκοόλ που βρίσκονται στο πρώτο εξάμηνο από τη στιγμή που σταμάτησαν τη χρήση.	Ανπετώπιση βασισμένη στην αποδοχή για την πρόληψη της υποτροπής (ABCRP). 8 εβδομαδιαίες 90λεπτες συνεδρίες. Follow-up 4 εβδομάδες μετά το τέλος της παρέμβασης.	Μείωση 32% (p=0,06) στο craving και 32% (p=0,0001) στο αρνητικό συναίσθημα, αύξηση 20% (p=0,004) στο θετικό. Στη λήξη της θεραπείας μ.ο. αποχής 97,6 (sd=10,1) ημέρες, στο follow-up 87,5 (sd=21,5) ημέρες	Μικρό μέγεθος δείγματος. Η χρήση αλκοόλ και το craving ήταν αυτοαναφερόμενα. Από τους 33 ασθενείς που ξεκίνησαν τη θεραπεία, οι 10 αποχώρησαν. Δεν υπάρχει ομάδα ελέγχου.
Bowen et al., 2006	Mindfulness Meditation and Substance Use in an Incarcerated Population	Οιονεί πειραματική μελέτη	Έγκλειστοι (n=173) σε σωφρονιστικό ίδρυμα που ανέφεραν χρήση ουσιών πριν τον εγκλεισμό.	10 ημέρες διαλογισμού Vipassana. Follow-up 3 και 6 μήνες μετά την αποφυλάκιση.	Στατιστικά σημαντική (p<0,05) μείωση στον αριθμό πτωτών, αύξηση στον αυτοέλεγχο στη χρήση αλκοόλ και την αισιοδοξία για επιτυχία του επιθυμητού αποτελέσματος στο follow-up των 3 μηνών	Δεν έγινε τυχαιοποίηση. Δεν μετρήθηκαν τα επίπεδα ενσυνειδητότητας πριν και μετά. Οι μετρήσεις βασίστηκαν σε αυτοαναφορές. Το follow-up έγινε σε διαφορετική χρονική στιγμή για τον κάθε συμμετέχοντα.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Zgierska et al., 2008	Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study	Πιλοτική μελέτη σκοπιμότητας	Ασθενείς (n=19) με διαταραχές χρήσης αλκοόλ με 2-4 εβδομάδες παρακολούθησης αντίστοιχου προγράμματος πριν την έναρξη της έρευνας	Παραλλαγή της MBRP. 8 δίωρες εβδομαδιαίες συνεδρίες. Έξι φορές την εβδομάδα εξάσκηση στο στίπι για 30 λεπτά. Follow-up στις 4 και 8 εβδομάδες.	Μέρες αποχής από αλκοόλ και συνολικός αριθμός ποτών κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυξάνονται ($p=0,074$), στο τέλος της παρέμβασης βρίσκονταν στα αρχικά επίπεδα. Μέρες βαριάς χρήσης αλκοόλ μειώθηκαν ($p=0,056$). Η κατάθλιψη και το άγχος μειώθηκαν ($p<0,05$), όπως και η επιθυμία για κατανάλωση ($p<0,08$) κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα επίπεδα της IL-6 μειώθηκαν ($p=0,052$).	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν υπάρχει ομάδα ελέγχου. Υπήρξαν αυτοαναφερόμενα στοιχεία.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Courbasson ,Nishikawa and Shapira, 2010	Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for Concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders	Πιλοτική μελέτη	Ενήλικες (n=38) διεγνωσμένοι με διαταραχή χρήσης ουσιών και συνυπάρχουσα διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας	Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy (MACBT). 16 δίωρες εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες των 6-12 ατόμων	Σημαντικά χαμηλότερο σκορ μετά τη λήξη της παρέμβασης στην υποκλίμακα του ASI που αφορά το αλκοόλ ($F(1, 28) = 4.16, p = 0,05$). Στην κατάθλιψη εμφανίστηκαν σημαντικά μικρότερα σκορ στην γνωσιακή-συναισθηματική υποκλίμακα του BDI ($F(1, 27) = 19,04, p < 0,001$), στην υποκλίμακα σωματικής επίδοσης ($F(1, 27) = 5,13, p = 0,03$), αλλά και στο συνολικό σκορ BDI ($F(1, 27) = 14,12, p < 0,001$).	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν υπάρχει ομάδα ελέγχου. Υπήρξαν αυτοαναφερόμενα στοιχεία. Δεν υπήρξε follow-up.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης	Συμμετέχοντες	Παρέμβαση και διάρκεια	Αποτελέσματα	Περιορισμοί
Wupperman et al., 2011	Mindfulness and Modification Therapy for Behavioral Dysregulation: Results From a Pilot Study Targeting Alcohol Use and Aggression in Women	Ανοιχτή πιλοτική μελέτη	Γυναίκες (n=14) που είχαν συλληφθεί για ενδοοικογενειακή βία και είχαν διαγνωστεί με διαταραχές χρήσης αλκοόλ.	Mindfulness and Modification Therapy. 12 εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες, η πρώτη εκ των οποίων είχε διάρκεια 90 λεπτών και οι υπόλοιπες από 60 λεπτά η καθεμία. Εξάσκηση στο στίπι με τη βοήθεια CD.	Στατιστικά σημαντική μείωση στις ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ (T=0, p=0,001), στον αριθμό ποτών που καταναλώθηκαν κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών (T=0, p=0,001) και στα περιστατικά σωματικής βίας (T=0, p=0,001).	Μικρό μέγεθος δείγματος. Δεν υπήρξε follow-up. Δεν υπήρξε ομάδα ελέγχου. Η χρήση αλκοόλ και η σωματική βία βασίστηκαν κυρίως σε αυτοαναφορές.

Οι Mermelstein και Garske (2015) χρησιμοποίησαν ένα δείγμα 76 προπτυχιακών φοιτητών που ανέφεραν πως είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ τις 2 προηγούμενες από την έναρξη της μελέτης εβδομάδες. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, εκ των οποίων η μία ήταν η ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα αυτή εφαρμόστηκε μόνο θεραπεία έκθεσης (cue exposure). Στην άλλη ομάδα πέρα από τη θεραπεία έκθεσης έγινε παρέμβαση με σύντομη θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα. Πραγματοποιήθηκαν μια 19λεπτη και μια 9λεπτη συνεδρία ενσυνειδητότητας αρχικά. Έπειτα για 4 εβδομάδες οι συμμετέχοντες έπρεπε να κάνουν από 1 ώρα διαλογισμό ενσυνειδητότητας στο σπίτι. Στις δυο εβδομάδες πραγματοποιήθηκε άλλη μια 25λεπτη συνεδρία ενσυνειδητότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως την 4^η εβδομάδα η ομάδα ελέγχου είχε 2,24 φορές περισσότερα επεισόδια υπερβολικής χρήσης αλκοόλ. Επίσης πως η ομάδα της ενσυνειδητότητας παρουσίασε την ίδια χρονική στιγμή σημαντικά λιγότερες συνέπειες από τη χρήση αλκοόλ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($t(1,71)=2,10$, $p=0,04$).

Οι Villagrà Lanza and González Menéndez (2013) επέλεξαν να μελετήσουν τα αποτελέσματα της παρέμβασης με Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ACT) σε γυναίκες έγκλειστες σε σωφρονιστικό ίδρυμα, οι οποίες έχουν διαγνωστεί με διαταραχή χρήσης ουσιών. Η παρέμβαση με ACT διήρκησε 16 εβδομάδες, με μία 90λεπτη συνεδρία των 4 ατόμων να πραγματοποιείται κάθε εβδομάδα και 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας έγινε follow-up. Υπήρχε ομάδα ελέγχου, η οποία τοποθετήθηκε σε λίστα αναμονής. Για την αξιολόγηση της παρέμβασης στη χρήση χρησιμοποιήθηκε το όργανο Addiction Severity Index-6 (ASI-6), ενώ για την τεκμηρίωση της χρήσης πέραν του αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου έγιναν και ουρολογικοί έλεγχοι. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε όσον αφορά στο αλκοόλ ανάμεσα στο αρχικό σκορ στο ASI-6 και στο αντίστοιχο του follow-up των 6 μηνών ($t(24, 13.6) = -2.17$, $p = 0.048$).

Στη μελέτη των Thekiso et al. (2015), χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 26 ασθενών με συνυπάρχουσα διαταραχή χρήσης αλκοόλ και διπολικής διαταραχής ή μείζονας κατάθλιψης. Η ομάδα ελέγχου προέκυψε με το ταίριασμα των παραπάνω με ασθενείς από προηγούμενη μελέτη, οι οποίοι είχαν λάβει τη συνηθισμένη θεραπεία. Στην ομάδα παρέμβασης πέρα από τη συνηθισμένη θεραπεία, εφαρμόστηκε ACT σε ένα πρόγραμμα διάρκειας 4 εβδομάδων. Έγιναν 5 συνεδρίες

ανα εβδομάδα (2 δίωρες και 3 τριαντάλεπτες) και follow-up στους 3 και στους 6 μήνες. Στους 3 μήνες φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες στη Συσσωρευτική Διάρκεια Αποχής (Cumulative Abstinence Duration, CAD) ($F(1, 47) = 5.62, p = 0.022$), στην Κλίμακα Ιδιοψυχαναγκαστικής Κατανάλωσης Αλκοόλ (Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS) ($F(1, 44) = 4.25, p = 0.045$), στην κλίμακα Beck Anxiety Inventory (BAI) ($F(1, 46) = 28.76, p < 0.001$), στην κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI) ($F(1, 47) = 28.18, p < 0.001$), αλλά όχι στο ποσοστό συνολικής αποχής ($\chi^2 = 1.93, p = 0.17$) και στην κλίμακα Young Mania Rating Scale (YMRS) ($F(1, 47) = 0.01, p = 0.93$). Αντίστοιχα στους 6 μήνες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε CAD ($F(1, 47) = 6.55, p = 0.014$), BAI ($F(1, 46) = 28.70, p < 0.001$), BDI ($F(1, 47) = 31.79, p < 0.001$), με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία ACT να σκοράρουν καλύτερα (υψηλότερα στην CAD χαμηλότερα σε BAI και BDI σε σχέση με την ομάδα ελέγχου), αλλά στα OCDS, YMRS, και στο ποσοστό συνολικής αποχής δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στην τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή που πραγματοποίησαν οι Lanza et al. (2014), το δείγμα αποτελείτο από 50 γυναίκες, έγκλειστες σε σωφρονιστικό ίδρυμα στην Ισπανία, οι οποίες ταυτόχρονα πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής χρήσης ουσιών. Χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Στη μία εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα ACT διάρκειας 16 εβδομάδων, με μια 90λεπτη συνεδρία ανα εβδομάδα. Έγινε εκτίμηση πριν και μετά τη θεραπεία, αλλά και στο follow-up που πραγματοποιήθηκε ένα εξάμηνο μετά. Στη δεύτερη ομάδα εφαρμόστηκε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) για αντίστοιχο χρονικό διάστημα και με αντίστοιχης διάρκειας συνεδρίες και follow-up. Το τρίτο γκρουπ ήταν η ομάδα ελέγχου, όπου οι συμμετέχουσες τοποθετήθηκαν σε λίστα αναμονής για θεραπεία. Για την εκτίμηση της χρήσης ουσιών και αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ASI-6. Στην εκτίμηση που πραγματοποιήθηκε αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας παρατηρήθηκε μειωμένο σκοράρισμα στο ASI-6 στο κομμάτι του αλκοόλ και στις δυο θεραπευτικές μεθόδους, αλλά δεν ήταν στατιστικά σημαντικές οι διαφορές με την ομάδα ελέγχου. Στο follow-up όμως που έγινε 6 μήνες μετά, φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο σκοράρισμα στο ASI-6 ανάμεσα στην ομάδα που είχε δεχτεί θεραπεία με ACT και στην ομάδα ελέγχου ($F(2, 39) = 2.571, p = 0.090$), με τα αποτελέσματα να δείχνουν μεγαλύτερη βελτίωση με ACT.

Από την άλλη, στη μελέτη των van den Bosch et al. (2002) θέλησαν να δουν αν η Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT) έχει αποτέλεσμα σε ασθενείς με συνυπάρχουσα μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας. Το δείγμα τους αποτελείτο από γυναίκες (n=58) διεγνωσμένες με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, εκ των οποίων κάποιες (n=31) έχουν διαγνωστεί επίσης με διαταραχή χρήσης ουσιών και κάποιες όχι (n=27). Σχηματίστηκαν δυο ομάδες, όπου στη μια (n=27) έγινε παρέμβαση με DBT και στην άλλη (n=31) εφαρμόστηκε η συνήθης θεραπεία. Η παρέμβαση με DBT είχε διάρκεια 12 μηνών και περιείχε εβδομαδιαία ατομική συνεδρία, εβδομαδιαία ομαδική συνεδρία διάρκειας 2-2,5 ωρών και follow-up 6 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Παρατηρώντας κανείς τα αποτελέσματα που αφορούν τη σύγκριση των δυο ομάδων στο κομμάτι της χρήσης αλκοόλ κατά το follow-up, βλέπει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι μεταβλητές που μετρήθηκαν ήταν 'οι μέρες με προβλήματα χρήσης αλκοόλ τον προηγούμενο μήνα' ($F=0$, $p=0,89$) και η 'σοβαρότητα των προβλημάτων που αφορούν τη χρήση αλκοόλ' ($F=1,1$, $p=0,31$). Φαίνεται η χρήση αλκοόλ να είναι σε σταθερά επίπεδα και στις δυο ομάδες, ενώ σύμφωνα με το σχόλιο των συγγραφέων οι διαταραχές χρήσης ουσιών φαίνεται να μην είχαν στοχευτεί σωστά από τις θεραπείες των δυο ομάδων.

Οι Caselli et al. (2016) θέλησαν να μελετήσουν την επίδραση της μεταγνωσιακής προσέγγισης και συγκεκριμένα της τεχνικής της 'Detached Mindfulness' στην αλλαγή των σκέψεων που αφορούν τη χρήση αλκοόλ. Ο πληθυσμός τους ήταν 8 ασθενείς, διεγνωσμένοι με διαταραχή χρήσης αλκοόλ υπο καθεστώσ αποχής. Οι 4 έλαβαν πρώτα την παρέμβαση που ήταν βασισμένη στην ενσυνειδητότητα και ύστερα της Σύντομης Έκθεσης (brief exposure), ενώ οι άλλοι 4 το αντίστροφο. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε μία συνεδρία διάρκειας 1 ώρας. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μείωση και των 6 παραμέτρων που μελετήθηκαν ανάμεσα στις 2 ομάδες: στον φόβο που αφορά τις σκέψεις που έχουν σχέση με το αλκοόλ ($z=-2,5$, $p=0,01$), την αντιληπτή ανεξέλεγκτη συμπεριφορά ($z=-1,9$, $p=0,05$), τις μεταγνωσιακές πεποιθήσεις σχετικά με την ανάγκη ελέγχου επάνω στις σκέψεις που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ ($z=-2,4$, $p=0,02$), τη συγχώνευσης σκέψης-δράσης ($z=-2,0$, $p=0,04$), τη δυσφορία ($z=-2,0$, $p=0,04$) και την ορμή για κατανάλωση αλκοόλ ($z=-2,3$, $p=0,02$).

Πραγματοποιώντας τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή, οι Crescentini, Matiz και Fabbro (2015) θέλησαν να δουν τα αποτελέσματα της παρέμβασης με διαλογισμό βασισμένο στην ενσυνειδητότητα στα στοιχεία της προσωπικότητας και του χαρακτήρα των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ, καθώς θεωρούν βάσει της βιβλιογραφίας που παραθέτουν ότι συνδέονται με τη διαταραχή. Στο δείγμα τους εντάχθηκαν συνολικά 26 ασθενείς, οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Στη μια ομάδα (n=13) εφαρμόστηκε η συνήθης θεραπεία (μέθοδος Hudolin) και χρησιμοποιήθηκε σαν ομάδα ελέγχου, ενώ στην άλλη ομάδα (n=13) πραγματοποιήθηκε παρέμβαση με διαλογισμό βασισμένο στην ενσυνειδητότητα. Η παρέμβαση αυτή αποτελούταν από 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες, διάρκειας 2 ωρών η καθεμία. Η κάθε συνεδρία εμπεριείχε 30 λεπτά μαθήματα πάνω στο διαλογισμό, 30 λεπτά διαλογισμού και 1 ώρα συζήτηση. Στους ασθενείς επίσης δόθηκε cd για να κάνουν 30 λεπτά καθημερινά εξάσκηση διαλογισμού στο σπίτι. Τα αποτελέσματα όσον αφορά στα χαρακτηριστικά στοιχεία έδειξαν πως η διαφορά στην ωριμότητα ανάμεσα στα δύο γκρουπ μεγάλωσε περισσότερο, με το γκρουπ της ενσυνειδητότητας να έχει μεγαλύτερα σκορ στο TCI (Temperament and Character Inventory) ($F(1, 24) = 7.59, p < 0.02$). Επίσης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση του κινδύνου υποτροπής στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την αντίστοιχη αύξηση στην ομάδα ελέγχου ($F(1, 24) = 4.49, p < 0.05$).

Οι Murphy και MacKillop (2014) πραγματοποίησαν τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή, έχοντας ως πληθυσμό (n= 84) άτομα από την κοινότητα που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 21 ως 29 ετών και οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή ήταν η κατανάλωση περισσότερων από 14 και 7 ποτών για άντρες και γυναίκες αντίστοιχα και σκοράρισμα μεγαλύτερο ή ίσο του 8 στην κλίμακα AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Στην πρώτη πραγματοποιήθηκε παρέμβαση βασισμένη στην ενσυνειδητότητα, στη δεύτερη χρησιμοποιήθηκε η τεχνική του αντιπερισπασμού, ενώ στην τρίτη δόθηκαν συγκεκριμένες οδηγίες. Η τεχνική που χρησιμοποίησε ενσυνειδητότητα είχε ως πυρήνα στοιχεία από τη Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία (DBT) και από μια τεχνική βασισμένη στην ενσυνειδητότητα που αφορά τη διακοπή του καπνίσματος. Έγινε έκθεση των συμμετεχόντων σε ερεθίσματα που εμπεριέχουν το αλκοόλ (cue exposure) και στη συνέχεια δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες αντιμετώπισης ανάλογα με την ομάδα, ενώ η διαδικασία αυτή επαναλήφθηκε 3

φορές. Η διαδικασία αυτή διήρκησε περίπου 45 λεπτά. Υπήρξε τηλεφωνικό follow up μια εβδομάδα μετά, όπου εξετάστηκε η τάση προς κατανάλωση αλκοόλ (craving) και η κατανάλωση μέσα στο διάστημα αυτό. Στα αποτελέσματα φάνηκε πως τη στιγμή της λήξης της διαδικασίας η ομάδα που βοηθήθηκε με την τεχνική του αντιπερισπασμού θεωρούσε την βοήθεια που της δόθηκε σημαντικά πιο χρήσιμη στην προσπάθεια να καταπολεμήσει την τάση προς κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με την ομάδα της ενσυνειδητότητας ($t(54) = 3.30, p < 0.01$). Αντίστοιχα συνέβη και όταν ρωτήθηκαν πόσο τους βοήθησε η τεχνική κατά τη διάρκεια της έρευνας ($t(54) = 3.08, p < 0.01$). Η ομάδα της ενσυνειδητότητας δε φάνηκε να υπερτερεί σημαντικά κάπου σε σχέση με τις άλλες δύο. Στο follow-up προέκυψε μια γενικότερη μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ και στην τάση προς κατανάλωση, όμως δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα γκρουπ. Οι ερευνητές σχολίασαν πως από αυτό φαίνεται πως η βελτίωση δε μπορεί να αποδοθεί σε κάποια από τις παρεμβάσεις, αλλά στην τεχνική της έκθεσης που χρησιμοποιήθηκε και στις 3 ομάδες.

Στη μελέτη που πραγματοποίησαν οι Ostafin, Bauer και Myxter (2012), θέλησαν να διερευνήσουν το αν και κατά πόσο η ενσυνειδητότητα μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ του αυτόματου κινήτρου για κατανάλωση αλκοόλ και της σοβαρής κατανάλωσης. Συμμετείχαν 41 προπτυχιακοί φοιτητές που αφ'ενός δεν είχαν προηγούμενη επαφή με το διαλογισμό και αφ'ετέρου καταναλώνουν συχνά αλκοόλ (τουλάχιστον μια φορά το μήνα για τους προηγούμενους 3 μήνες). Χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες και στη μία έγινε παρέμβαση με ενσυνειδητότητα, ενώ η άλλη ήταν η ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα της ενσυνειδητότητας πραγματοποιήθηκαν 3 συνεδρίες διάρκειας 10,20 και 25 λεπτών, όπου οι συμμετέχοντες άκουγαν ηχογραφημένο υλικό με οδηγίες. Στην ομάδα ελέγχου οι συνεδρίες είχαν αντίστοιχη διάρκεια, αλλά ακούγονταν άλλου είδους οδηγίες. Ακολούθησε follow-up 7-10 μέρες μετά την τελευταία συνεδρία, όπου έγινε έλεγχος για την κατανάλωση αλκοόλ της προηγούμενης εβδομάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αν και υπήρχε τάση προς αυτή την κατεύθυνση, δεν υπήρξε σημαντική μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ στην ομάδα της ενσυνειδητότητας ($F(1,37) = 1.5, p = 0.23$). Στο follow-up βρέθηκε όμως πως η σχέση ανάμεσα στο αυτόματο κίνητρο για κατανάλωση αλκοόλ και τη σοβαρή κατανάλωση είχε αποδυναμωθεί ($F(1, 35) = 4.2, p = 0.048$) στην ομάδα της ενσυνειδητότητας. Η περαιτέρω στατιστική

ανάλυση επ'αυτού έδειξε πως στην ομάδα ελέγχου η παραπάνω σχέση ήταν σημαντική ($p = 0.001$), ενώ στην ομάδα ενσυνειδητότητας όχι ($p=0.16$).

Ύστερα, οι Brewer et al. (2009) χρησιμοποίησαν στη μελέτη τους έναν πληθυσμό ($n=25$) που βάσει των κριτηρίων του DSM – IV εντάσσονταν στην κατηγορία ανθρώπων με διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή/και κοκαΐνης. Μετά από την τυχαιοποίηση κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες παρέμβασης, στη μία εφαρμόστηκε CBT και στην άλλη παρέμβαση που ήταν βασισμένη στην ενσυνειδητότητα. Η τελευταία ήταν μια μορφή MBRP, με κάποιες προσαρμογές στις συνεδρίες. Η συνολική διάρκεια της παρέμβασης ήταν 9 εβδομάδες, με την κάθε εβδομάδα να περιλαμβάνει 1 ομαδική συνεδρία διάρκειας 1 ώρας. Η συνολική διάρκεια της παρέμβασης με CBT ήταν 12 εβδομάδες. Αυτή η διαφορά στη διάρκεια των παρεμβάσεων σχολιάζεται από τους συγγραφείς ως ένας πιθανός περιορισμός της μελέτης τους. Επίσης, σε διάστημα δύο εβδομάδων από τη λήξη των παρεμβάσεων, πραγματοποιήθηκαν follow-up και κλινικές μετρήσεις ύστερα από έκθεση των συμμετεχόντων σε στρεσογόνα και χαλαρωτικά σενάρια. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,09$) ανάμεσα στις δυο ομάδες όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, αν και η διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν ήταν στατιστικά σημαντική, η ομάδα της ενσυνειδητότητας ανέφερε περίπου μισά επίπεδα craving που προκύπτει από στρες σε σχέση με την ομάδα της CBT ($p=0,65$). Στις εργαστηριακές μετρήσεις (π.χ. γαλβανική απόκριση δέρματος) επίσης δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πραγματοποιώντας τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή οι Garland et al. (2010) χρησιμοποίησαν ως δείγμα 53 ασθενείς με διαταραχές χρήσης αλκοόλ που ήταν μέλη θεραπευτικής κοινότητας. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη εφαρμόστηκε ως παρέμβαση μια προσαρμογή της MBCT, η οποία αφορά τη χρήση αλκοόλ. Η παρέμβαση αυτή αποτελείτο από 10 συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν σε εβδομαδιαία βάση, ενώ από τους συμμετέχοντες επίσης ζητήθηκε να κάνουν για 15 λεπτά την ημέρα ασκήσεις ενσυνειδητότητας. Στην ομάδα ελέγχου εφαρμόστηκε η συνήθης στάση υποστήριξης κι αυτή αποτελούμενη από 10 συναντήσεις. Έγινε επίσης δοκιμασία Dot Probe και ΗΚΓ ταυτόχρονα με την προβολή των εικόνων με το αλκοόλ. Στα αποτελέσματα φάνηκε πως η ομάδα ενσυνειδητότητας κατάφερε να μειώσει σημαντικά την καταπίεση σκέψεων (thought suppression) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όπου αυξήθηκε ($F(1, 35) =$

4.26, $p = 0,04$). Από την άλλη δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά για την κάθε μια ομάδα ξεχωριστά, αλλά ούτε και συγκριτικά μεταξύ τους όσον αφορά στο craving και στην απόκριση απέναντι στο αλκοόλ. Στατιστικά σημαντική διαφορά ($F(1,30) = 5.30$, $p = 0,03$) προέκυψε στα εργαστηριακά αποτελέσματα που αφορούν την καρδιακή λειτουργία (την heart rate variability (HAR) συγκεκριμένα), καθώς η ομάδα ενσυνειδητότητας είχε μεγαλύτερη HAR κατά τη διάρκεια της έκθεσης στο αλκοόλ και ύστερα μειώθηκε, ενώ στην ομάδα ελέγχου συνέβη το αντίθετο. Στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε και στη μείωση της δυσφορίας που προκλήθηκε από την έκθεση, με την ομάδα ενσυνειδητότητας να έχει καλύτερα αποτελέσματα ($F(1,32) = 4.94$, $p = 0,03$).

Στην τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή που πραγματοποίησαν οι Bowen et al. (2014), θέλησαν να συγκρίνουν την MBRP με την πρόληψη υποτροπής (RP) που δεν εμπεριέχει τη χρήση τεχνικών βασισμένων στην ενσυνειδητότητα και μια ομάδα ελέγχου. Οι συμμετέχοντες ($n=286$) ήταν ενήλικοι που παρακολουθούσαν πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά. Χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Στη μία ($n=103$) εφαρμόστηκε MBRP που αποτελείτο από 8 εβδομαδιαίες ομαδικές (6-10 άτομα) συνεδρίες διάρκειας 2 ωρών η καθεμία, ενώ η κάθε συνεδρία συμπεριλάμβανε 20-30 λεπτά διαλογισμού. Ακουστικό υλικό δόθηκε για εξάσκηση της ενσυνειδητότητας στο σπίτι. Στην ομάδα που εφαρμόστηκε RP ($n=88$) οι χρόνοι της θεραπείας ήταν παρόμοιοι με την ομάδα MBRP, και δίνονταν συμπεριφορικές και γνωσιακές οδηγίες για την αντιμετώπιση της υποτροπής. Στην ομάδα ελέγχου ($n=95$) εφαρμόστηκε πρόγραμμα αποχής που βασίζεται σε αυτή των Ανώνυμων Αλκοολικών/Ουσιοεξαρτώμενων. Οι συναντήσεις πραγματοποιούνταν 1-2 φορές την εβδομάδα για 1,5 ώρα. Πραγματοποιήθηκαν follow-ups στους 3, 6 και 12 μήνες. Σε αυτό των 3 μηνών μετά τη θεραπεία δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες. Στους 6 μήνες αναφέρθηκε 31% μείωση των ημερών βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ στα γκρουπ της MBRP και της RP σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0,05$), ενώ οι ομάδες αυτές παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα ($p < 0,05$, odds ratio = 1,26) να μην εμπλακούν σε επεισόδιο βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ. Μεταξύ τους δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στο follow-up των 12 μηνών οι συμμετέχοντες που έλαβαν θεραπεία MBRP παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα να μην εμπλακούν σε βαριά κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με αυτούς της RP ($p < 0,05$, odds ratio = 1,51). Οι συγγραφείς σχολιάζουν πως τα

αποτελέσματα αυτά είναι πιθανό να δηλώνουν πως οι 3 παρεμβάσεις είναι εξίσου αποτελεσματικές στους 3 μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας όσον αφορά την πρόληψη της υποτροπής, στους 6 μήνες μετά οι MBRP και RP πιθανό να μειώνουν την πιθανότητα και τη σοβαρότητα της υποτροπής, ενώ η MBRP πιθανό να έχει αποτέλεσμα μεγαλύτερης διάρκειας από κει και έπειτα.

Οι Alterman et al. (2004) πραγματοποίησαν τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή με συμμετέχοντες (n=31) χρήστες ουσιών ή/και αλκοόλ που φιλοξενούνταν σε κλινική απεξάρτησης και είχαν λάβει θεραπεία διάρκειας ως και 2 μηνών. Χωρίστηκαν σε δύο γκρουπ, στο ένα εκ των οποίων εφαρμόστηκε τεχνική που βασιζόταν στο διαλογισμό ενσυνειδητότητας παράλληλα με τη συνήθη θεραπεία και στο άλλο (ομάδα ελέγχου) μόνο η συνήθης θεραπεία. Στην ομάδα της ενσυνειδητότητας η θεραπεία είχε διάρκεια 8 εβδομάδων, με μια εβδομαδιαία δίωρη συνεδρία να πραγματοποιείται κάθε εβδομάδα. Τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας πραγματοποιούνταν ομάδες διαλογισμού διάρκειας 30-45 λεπτών. Πραγματοποιήθηκε και ένα εφτάωρο workshop την έκτη εβδομάδα της θεραπείας. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στην αρχή και τη λήξη της θεραπείας, αλλά υπήρξε και follow-up 5 μήνες μετά. Στα αποτελέσματα φάνηκαν σημαντικές μειώσεις και στα δύο γκρουπ στο σκοράρισμα στο ASI, στο κομμάτι που αφορά το αλκοόλ. Στην πορεία του χρόνου, όμως δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο γκρουπ ($p=0,54$).

Πραγματοποιώντας μια δευτερεύουσα ανάλυση πάνω στην κλινική δοκιμή που έκαναν οι Bowen et al. και αναφέρθηκε παραπάνω (2014) οι Greenfield et al. (2018) είχαν ως δείγμα (n=191) τις ομάδες MBRP και RP από την αρχική μελέτη, ασθενείς δηλαδή ενταγμένους σε πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά. Θέλησαν να μελετήσουν το κατά πόσο η εθνικότητα και η φυλή παίζουν ρόλο στην επίδραση των διαφορετικών θεραπειών στη χρήση ουσιών. Η παρέμβαση που είχε γίνει στην αρχική μελέτη ήταν 8 εβδομαδιαίες ομαδικές δίωρες συνεδρίες MBRP, εξάσκηση στο στίπι και follow up στους 3, 6 και 12 μήνες. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι στους 12 μήνες δεν υπήρχε διαφορά στις ημέρες βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ ανάμεσα σε MBRP και RP στους πληθυσμούς που χαρακτηρίζονται στη μελέτη ως 'μειονότητες'. Ανάμεσα στους λευκούς αντίστοιχα, η MBRP εμφάνισε 100% λιγότερες μέρες βαριάς κατανάλωσης σε σχέση με την RP. Επίσης στις ομάδες που πανω από τους μισούς ήταν μέλη 'μειονοτήτων' δεν

υπήρχε σημαντική διαφορά στις ημέρες βαριάς κατανάλωσης ανάμεσα σε MBRP και RP, ενώ στις ομάδες που τουλάχιστον οι μισοί ήταν λευκοί η MBRP είχε 99% λιγότερες μέρες βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπλέον, σε ανθρώπους που ανήκουν σε 'μειονότητες' και βρέθηκαν σε ομάδα όπου πάνω από τους μισούς επίσης άνηκαν σε μειονότητες, η MBRP φάνηκε πως είχε 91% καλύτερα αποτελέσματα στις μέρες βαριάς κατανάλωσης, ενώ αν βρέθηκαν σε ομάδα με πάνω από τους μισούς να είναι λευκοί τότε δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε MBRP και RP. Αντίστοιχα για τους λευκούς, αν βρέθηκαν σε ομάδα που πάνω από τους μισούς ήταν επίσης λευκοί, τότε η MBRP οδήγησε σε 100% λιγότερες μέρες βαριάς κατανάλωσης στο follow-up των 12 μηνών, ενώ αν βρέθηκαν σε ομάδα όπου πάνω από τους μισούς άνηκαν σε 'μειονότητες', τότε δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε MBRP και RP στις ημέρες βαριάς κατανάλωσης.

Οι Vinci et al. (2014) μελέτησαν έναν πληθυσμό (n=207) προπτυχιακών φοιτητών που θεώρησαν υψηλού κινδύνου όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ (σκορ μεγαλύτερο του 6 στη δοκιμασία AUDIT). Οι φοιτητές χωρίστηκαν τυχαία σε τρία γκρουπ ανάλογα με την παρέμβαση: στη μια ομάδα εφαρμόστηκε παρέμβαση ενσυνειδητότητας, στη δεύτερη παρέμβαση χαλάρωσης και η τρίτη χρησίμευσε ως ομάδα ελέγχου, όπου και δόθηκε ένα παζλ προς επίλυση. Και οι τρεις ομάδες απασχολήθηκαν για 10 λεπτά με το αντικείμενο που τους δόθηκε. Στην ομάδα της ενσυνειδητότητας συγκεκριμένα, ακούστηκαν οδηγίες που αφορούσαν την επικέντρωση στην παρούσα στιγμή και την προσοχή στην αναπνοή και τις υπόλοιπες αισθήσεις. Πέρα από αυτό, η κάθε ομάδα χωρίστηκε σε δυο υποκατηγορίες. Στη μία δόθηκαν ουδέτερα ερεθίσματα μετά το τέλος της παρέμβασης (εικόνες) και στην άλλη αρνητικά. Αυτό συνέβη διότι οι ερευνητές βάσει της βιβλιογραφίας που παραθέτουν συνδέουν το αρνητικό συναίσθημα με την τάση προς κατανάλωση αλκοόλ, ώστε αυτό να ξεπεραστεί. Βρήκαν πως η ομάδα της ενσυνειδητότητας είχε σημαντική ($p=0,005$) μείωση στο αρνητικό συναίσθημα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Παρόλα αυτά δε βρέθηκε σημαντική διαφορά αμέσως μετά την παρέμβαση στην τάση προς κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στις ομάδες, αλλά ούτε και μετά τη στιγμή της έκθεσης σε αρνητικά ή ουδέτερα ερεθίσματα. Επίσης σημαντική διαφορά δε βρέθηκε ανάμεσα στις ομάδες ($F(2,111) = 0,35, p = 0,71$) και όσον αφορά στο χρόνο μέχρι το επόμενο ποτό.

Δύο χρόνια αργότερα (2016) δημοσιεύτηκε από τους Vinci et al. μια δευτερεύουσα ανάλυση των στοιχείων της παραπάνω έρευνας. Χρησιμοποιήθηκε η ολότητα του δείγματος ($n=207$), με σκοπό αυτή τη φορά να προκύψουν αποτελέσματα σχετικά με το πώς τα ατομικά χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας μπορεί να επηρεάσουν την έκβαση της παρέμβασης με ενσυνειδητότητα σε σχέση με την παρέμβαση χαλάρωσης και την ομάδα ελέγχου. Οι παρεμβάσεις αναφέρονται αναλυτικά παραπάνω. Στα αποτελέσματα φάνηκε πως 3 από τα 4 στοιχεία της παρορμητικότητας επηρέασαν αρνητικά την επίδραση της παρέμβασης με ενσυνειδητότητα σε σχέση με την παρέμβαση χαλάρωσης. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερα επίπεδα αναζήτησης αισθήσεων (sensation seeking) είχαν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος ($F(8,198) = 10,15, p = 0,001$) στην ομάδα ενσυνειδητότητας σε σύγκριση με την ομάδα χαλάρωσης που συνέβαινε το αντίθετο. Αντίστοιχα συνέβη και στη σχέση μεταξύ της αρνητικής επείγουσας ανάγκης (negative urgency) και της ορμής (urge) ($F(8,195) = 93,48, p = 0,001$). Όσον αφορά στη σχέση θετικής επείγουσας ανάγκης (positive urgency) και θετικού συναισθήματος ($F(8,198) = 24,26, p = 0,001$), η παρέμβαση ενσυνειδητότητας είχε χαμηλότερα αποτελέσματα στα επίπεδα θετικού συναισθήματος απ'ότι η ομάδα χαλάρωσης. Ο μόνος τομέας στον οποίο υπερείχε η παρέμβαση της ενσυνειδητότητας (σε σχέση αυτή τη φορά με την ομάδα ελέγχου) είναι στη σχέση της επιμονής (perseverance) με το θετικό συναίσθημα ($F(8,198) = 23,29, p = 0,001$). Στην παρέμβαση με ενσυνειδητότητα παρουσιάζονταν καλύτερα επίπεδα θετικού συναισθήματος όσο αυξανόταν η επιμονή. Βασιζόμενοι στη βιβλιογραφία, οι συγγραφείς κάνουν προσπάθεια να αποδώσουν τις χαμηλές επιδόσεις της ενσυνειδητότητας στο μοντέλο της αυτορύθμισης (self-regulation). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει πως το κάθε άτομο έχει συγκεκριμένη 'χωρητικότητα' (capacity) ρύθμισης συγκεκριμένων καταστάσεων και όταν η χωρητικότητα αυτή εξαντληθεί, τότε το άτομο δυσκολεύεται να ρυθμίσει άλλους τομείς. Στη συγκεκριμένη περίπτωση θα μπορούσε μια τόσο σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας να απαιτεί μεγάλη προσπάθεια, άρα να εξαντλεί τη χωρητικότητα και εν τέλει να οδηγεί σε μικρότερη αποτελεσματικότητα στη ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος, της ορμής και του θετικού συναισθήματος.

Οι Vernig και Orsillo (2009) πραγματοποίησαν τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή χρησιμοποιώντας ως δείγμα έναν πληθυσμό ($n=48$) αποτελούμενο από

προπτυχιακούς φοιτητές, τον οποίο χώρισαν σε τρεις ομάδες. Η μία (n=19) αποτελείτο από εξαρτημένους στο αλκοόλ (βάσει DSM-IV) στους οποίους έγινε παρέμβαση βασισμένη στην αποδοχή και την ενσυνειδητότητα, η δεύτερη (n=19) πάλι από εξαρτημένους στο αλκοόλ που έγινε ουδέτερη παρέμβαση, και η τρίτη (n=10) από μη εξαρτημένους στο αλκοόλ. Η ομάδα αποδοχής/ενσυνειδητότητας παρακολούθησε ένα βίντεο διάρκειας 8,5 λεπτών με οδηγίες βασισμένες στην αποδοχή σχετικά με το πώς κάποιος μπορεί να ανταπεξέλθει απέναντι στα δυσάρεστα συναισθήματα. Οι άλλες δύο ομάδες παρακολούθησαν βίντεο του National Geographic. Στη συνέχεια από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να δουν 27 slides (από το International Affective Picture System) με ευχάριστες, δυσάρεστες και ουδέτερες εικόνες και έπειτα συμπλήρωσαν το Self Assessment Manikin (SAM) στο οποίο αξιολογείται η συναισθηματική αντίδραση. Ταυτόχρονα, οι ερευνητές μετρούσαν το επίπεδο αγωγιμότητας του δέρματος μέσω ηλεκτροδίων ως δείκτη τη συναισθηματικής διέγερσης των συμμετεχόντων. Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες σε καμία από τις τρεις υποκατηγορίες του SAM (σθένος ($F(2, 45) = 0,01, p = 0,99$), διέγερση ($F(2, 45) = 0,20, p = 0,82$) και κυριαρχία ($F(2, 45) = 0,62, p = 0,54$)). Το ίδιο ίσχυσε και για τις μετρήσεις αγωγιμότητας του δέρματος, όπου δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ($F(2, 37) = 0,69, p = 0,51$).

Στη μελέτη που πραγματοποίησαν το 2010 οι Vieten et al. συμπεριλήφθηκαν 23 άνθρωποι διεγνωσμένοι (ICD-10) με διαταραχές χρήσης αλκοόλ που βρίσκονταν στο πρώτο εξάμηνο από τη στιγμή που διέκοψαν τη χρήση. Η μελέτη αυτή δεν περιείχε στο μεθοδολογικό σχεδιασμό της ομάδα ελέγχου. Εφαρμόστηκε μια τεχνική που αναπτύχθηκε από τους ίδιους τους συγγραφείς και ονομάστηκε 'Αντιμετώπιση βασισμένη στην αποδοχή για την πρόληψη της υποτροπής (Acceptance-Based Coping for Relapse Prevention, ABCRP)'. Όπως αναφέρεται στη δημοσίευση, η τεχνική αυτή έχει δανειστεί στοιχεία από την MBSR, την MBCT, την MBRP και την ACT. Η παρέμβαση αποτελείτο από 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες των 90 λεπτών η καθεμία και επικοινωνία με τους συμμετέχοντες μέσω e-mail ή αλληλογραφίας ανάμεσα στις συνεδρίες. Τέσσερις εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας πραγματοποιήθηκε follow-up. Στα αποτελέσματα φάνηκε μείωση της τάξης του 32% ($p=0,06$) στην επιθυμία (craving) για χρήση αλκοόλ, αυξημένο θετικό συναίσθημα κατά 20% ($p=0,004$) και μειωμένο αρνητικό συναίσθημα κατά 32% ($p=0,0001$) μεταξύ άλλων. Στη λήξη της θεραπείας αναφέρθηκε μέσος όρος

αποχής 97,6 (sd=10,1) ημέρες, ενώ στο follow-up υπήρξε μη στατιστικά σημαντική μείωση σε 87,5 (sd=21,5) ημέρες.

Οι Bowen et al. (2006) πραγματοποίησαν μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή στην οποία συμμετείχαν έγκλειστοι (n=173) σε σωφρονιστικό ίδρυμα. Οι άνθρωποι αυτοί ανέφεραν χρήση ουσιών πριν από τον εγκλεισμό τους. Η παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε ήταν διαλογισμός Vipassana για 10 ημέρες, κατά τις οποίες η έγκλειστοι διέμεναν σε διαφορετικό σημείο από τους υπόλοιπους και δεν τους επιτρεπόταν η επαφή μαζί τους. Δεν υπήρξε τυχαιοποίηση, καθώς οι ίδιοι διάλεγαν το αν θα λάβουν την παρέμβαση με το διαλογισμό ή τη συνήθη θεραπεία. Πραγματοποιήθηκε follow-up στους 3 και 6 μήνες μετά την αποφυλάκιση. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p<0,05$) μείωση στον αριθμό ποτών που καταναλώθηκαν, αύξηση ($p<0,05$) στον αυτοέλεγχο που αφορά τη χρήση αλκοόλ και την αισιοδοξία ($p<0,05$) για επιτυχία του επιθυμητού αποτελέσματος ανάμεσα στις δύο ομάδες στο follow-up των τριών μηνών.

Χρησιμοποιώντας μια παραλλαγή της MBRP προσαρμοσμένη συγκεκριμένα στις διαταραχές χρήσης αλκοόλ, οι Zgierska et al. (2008) είχαν ως δείγμα στην έρευνά τους ασθενείς (n=19) με διαταραχές χρήσης αλκοόλ, οι οποίοι είχαν συμπληρώσει 2-4 εβδομάδες στο πρόγραμμα που ανήκαν, 1-2 εβδομάδες πριν την έναρξη της μελέτης. Η παρέμβαση διήρκησε 8 εβδομάδες και αποτελείτο από μία δίωρη συνεδρία κάθε εβδομάδα. Επιπλέον ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να κάνουν εξάσκηση στο σπίτι 6 μέρες την εβδομάδα από 30 λεπτά. Δεν υπήρξε σύγκριση με ομάδα ελέγχου. Έγιναν μετρήσεις στην αρχή της μελέτης, στις 4 εβδομάδες από την έναρξη της παρέμβασης, κατά την ολοκλήρωσή της, καθώς και 4 και 8 εβδομάδες μετά από αυτή. Έγιναν εργαστηριακές μετρήσεις που αφορούσαν την ιντερλευκίνη-6 (IL-6), την κορτιζόλη και τα ηπατικά ένζυμα AST, ALT και GGT. Η IL-6 και η κορτιζόλη σχετίζονται με τα επίπεδα άγχους, ενώ τα χαμηλά επίπεδα της πρώτης είναι ένδειξη καλής σωματικής υγείας. Τελικά οι μέρες αποχής από το αλκοόλ και ο συνολικός αριθμός ποτών, αν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας φάνηκε να αυξάνονται ($p=0,074$), εν τέλει στο τέλος της παρέμβασης βρισκόνταν στα αρχικά επίπεδα. Οι μέρες βαριάς χρήσης αλκοόλ μειώθηκαν ($p=0,056$) με τη μεγαλύτερη πτώση να παρατηρείται κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Η κατάθλιψη και το άγχος (μετρήθηκαν ως παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν υποτροπή) μειώθηκαν ($p<0,05$), όπως και η επιθυμία για κατανάλωση ($p<0,08$)

κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα επίπεδα της IL-6 μειώθηκαν ($p=0,052$), ενώ για την κορτιζόλη και τα ηπατικά ένζυμα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές ($p>0,05$).

Στη μελέτη των Courbasson, Nishikawa και Shapira (2010) χρησιμοποιήθηκε η βασισμένη στην ενσυνειδητότητα, γνωσιακή-συμπεριφορική παρέμβαση 'Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy (MACBT)'. Αποτελείτο από 16 δώρες εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες των 6-12 ατόμων. Το δείγμα ήταν ενήλικες ($n=38$) διεγνωσμένοι με διαταραχή χρήσης ουσιών και συνυπάρχουσα διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας. Δεν έγινε σύγκριση με ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα που αφορούν τη χρήση αλκοόλ έδειξαν πως οι συμμετέχοντες σκόραραν σημαντικά χαμηλότερα μετά τη λήξη της παρέμβασης στην υποκλίμακα του ASI που αφορά το αλκοόλ ($F(1, 28) = 4.16, p = 0,05$). Όσον αφορά στην κατάθλιψη, επίσης εμφανίστηκαν μικρότερα σκορ μετά το τέλος της παρέμβασης στο Beck Depression Inventory (BDI-II) στην γνωσιακή-συναισθηματική υποκλίμακα ($F(1, 27) = 19,04, p < 0,001$), στην υποκλίμακα σωματικής επίδοσης ($F(1, 27) = 5,13, p = 0,03$), αλλά και στο συνολικό σκορ ($F(1, 27) = 14,12, p < 0,001$).

Οι Wupperman et al. (2011) χρησιμοποίησαν στην έρευνά τους ένα δείγμα γυναικών ($n=14$) που είχαν συλληφθεί για ενδοοικογενειακή βία και είχαν διαγνωστεί με διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Η παρέμβαση που επέλεξαν ήταν η Θεραπεία Ενσυνειδητότητας και Τροποποίησης (Mindfulness and Modification Therapy, MMT), η οποία έχει επιρροές από την MBRP, αλλά και διαφορές που εξηγούνται στο κείμενο της μελέτης. Η θεραπεία αποτελείτο από 12 εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες, η πρώτη εκ των οποίων είχε διάρκεια 90 λεπτών και οι υπόλοιπες από 60 λεπτά η καθεμία. Από τις συμμετέχουσες ζητήθηκε να γίνει και κατόικον εξάσκηση με την καθοδήγηση CD που τους χορηγήθηκε. Πέρα από τις αυτοαναφορές για τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, αλλά και τη συχνότητα βίαιων συμπεριφορών χρησιμοποιήθηκε και αλκοτεστ μέσω της αναπνοής σε εβδομαδιαία βάση. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στις ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ πριν και μετά την παρέμβαση ($T=0, p=0,001$), όπως και στον αριθμό ποτών που καταναλώθηκαν κατά τη διάρκεια αυτών των ημερών ($T=0, p=0,001$). Στατιστικά σημαντική μείωση βρέθηκε και στα περιστατικά σωματικής βίας μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν ($T=0, p=0,001$).

3.4 Συζήτηση

Η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται ώστε να παραχθούν αποτελέσματα που να αφορούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα και τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ ξεχωριστά από τις υπόλοιπες ουσίες, των οποίων η χρήση έχει κατηγοριοποιηθεί ως διαταραχή, καθώς η αναζήτηση της βιβλιογραφίας δεν ανέδειξε κάποια παρόμοια.

Από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Google Scholar και Science Direct προέκυψαν κλινικές δοκιμές (n=22) με ομοιότητες και διαφορές μεταξύ τους. Ένα σημείο στο οποίο εντοπίζονται διαφοροποιήσεις είναι ο τύπος της παρέμβασης που χρησιμοποιεί η κάθε μελέτη. Ένας πρώτος διαχωρισμός μπορεί να γίνει ανάλογα με τη διάρκεια της παρέμβασης, καθώς κάποιες (n=9) είχαν διάρκεια από μερικά λεπτά ως πολύ λίγες ώρες, ενώ οι υπόλοιπες (n=13) είχαν τη δομή που περιγράφεται στα εγχειρίδια που έχουν προταθεί για την εκάστοτε τεχνική, δηλαδή εβδομαδιαίες συνεδρίες διάρκειας 1,5-2,5 ώρες και χρονική έκταση από 4 ως 16 εβδομάδες (με εξαίρεση τη μελέτη των van den Bosch et al. (2002) που είχε διάρκεια 12 μηνών). Ακόμα και στις μικρότερες σε χρόνο παρέμβασης μελέτες προέκυπταν συχνά αποτελέσματα που έδειχναν υπεροχή της παρέμβασης με ενσυνειδητότητα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όμως υπήρξε και αρκετές φορές έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών (Vinci et al., 2014, Murphy and MacKillop, 2014, Ostafin, Bauer και Myxter, 2012) ή ακόμα και υπεροχή της ομάδας ελέγχου (Vinci et al., 2016). Αυτό ερχόταν σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση και παρατηρήθηκε σε τέτοιου τύπου μελέτες το σχόλιο των συγγραφέων πως ίσως τα αποτελέσματα αυτά που δείχνουν μειωμένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα να οφείλονται στην περιορισμένη έκταση της παρέμβασης.

Ένας δεύτερος διαχωρισμός που μπορεί να γίνει είναι ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο της προσέγγισης. Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές τεχνικές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, με διαφορετικό πλαίσιο η καθεμία. Στα αποτελέσματα βρέθηκαν μελέτες (n=3) που χρησιμοποίησαν ACT, DBT (n=1), MBRP (n=4), MBCT (n=1), σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας διαφόρων τύπων (n=7), διαλογισμό ενσυνειδητότητας (n=3), και άλλες (n=3) που χρησιμοποίησαν τεχνικές που δανείζονται στοιχεία από κάποιες από τις

παραπάνω, αλλά παρουσιάζουν και διαφοροποιήσεις, οπότε δεν κατηγοριοποιούνται μαζί τους. Είναι φανερό λοιπόν πως υπάρχει ανομοιογένεια όσον αφορά στις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες που προέκυψαν.

Επιπλέον, σημείο άξιο σχολιασμού είναι το μέγεθος του δείγματος των μελετών. Ελάχιστες (n=5) από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν είχαν αριθμό συμμετεχόντων μεγαλύτερο του εκατό (Vinci et al., 2014, Bowen et al., 2014, Greenfield et al., 2018, Vinci et al., 2016, Bowen et al., 2006). Οι υπόλοιπες σχολιάζουν τον περιορισμό τους αυτό, ενώ γίνεται και λόγος για αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων λόγω αυτού.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των μελετών που συμπεριλήφθηκαν είναι πως χρησιμοποίησαν στο δείγμα τους διαφορετικούς πληθυσμούς. Υπήρξαν μελέτες (n=4) που είχαν ως πληθυσμούς ανθρώπους έγκλειστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα με συνυπάρχουσες διαταραχές χρήσης ουσιών, άλλες (n=5) με φοιτητές διεγνωσμένους με διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή που βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν, ενώ οι υπόλοιπες (n=13) είχαν ως δείγμα είτε ανθρώπους που βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο να διαγνωστούν, είτε ως επι το πλείστον ήδη διεγνωσμένους με διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή/και ουσιών σε διαφορετικές φάσεις της απεξάρτησης τους. Παρατηρείται κι εδώ λοιπόν ανομοιογένεια μεταξύ των μελετών.

Όσον αφορά στα υπόλοιπα μεθοδολογικά στοιχεία, κάποιες (n=8) από τις έρευνες χρησιμοποίησαν και εργαστηριακά στοιχεία, όπως αλκοτέστ μέσω αναπνοής, δοκιμασία αγωγιμότητας του δέρματος, ουρολογικές/τοξικολογικές εξετάσεις, ΗΚΓ και δοκιμασία Dot Probe μεταξύ άλλων. Οι υπόλοιπες βασίστηκαν για τη μέτρηση των δεδομένων τους σε αυτοσυμπληρούμενα ημερολόγια χρήσης ουσιών ή καταγραφής άλλων συμπεριφορών που τους ενδιέφεραν και σε ερωτηματολόγια τα οποία βασίζονται σε αυτοαναφορές. Βεβαιώς και οι τρόποι αυτοί συλλογής στοιχείων έχουν φανεί από τη βιβλιογραφία πως πολλές φορές είναι αξιόπιστοι, όμως οι ίδιοι οι συγγραφείς σχολίασαν σε μελέτες που έλειπαν οι εργαστηριακές μετρήσεις πως αυτή η έλλειψη είναι ένας περιορισμός που μπορεί να έχει αλλοιώσει τα αποτελέσματά τους.

Επιπλέον, κάποιες από τις μελέτες δεν είχαν καθόλου follow-up (n=8), ενώ και αυτές που είχαν το έκαναν σε διαφορετικά χρονικά σημεία από το τέλος της

παρέμβασης. Επίσης διέφερε και ο τρόπος, καθώς κάποια συνέβησαν τηλεφωνικά ή μέσω αλληλογραφίας.

Από κει και πέρα, αρκετές έρευνες έδειξαν ανωτερότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου ή τις ομάδες που εφαρμόζονταν άλλες τεχνικές. Οι Mermelstein and Garske (2015) με τη σύντομη παρέμβαση ενσυνειδητότητας βρήκαν μικρότερα ποσοστά βαριάς χρήσης αλκοόλ και συνεπειών από αυτήν σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Στη μελέτη των Lanza και Menéndez (2013), όπως και σε αυτή των Lanza et al. (2014) βρέθηκαν χαμηλότερα σκορ στην κλίμακα ASI στην παρέμβαση ACT έναντι της ομάδας ελέγχου και της παρέμβασης με CBT αντίστοιχα. Παρόμοια αποτελέσματα που να δείχνουν μειωμένα σκοραρίσματα σε κλίμακες μέτρησης της χρήσης αλκοόλ ή της τάσης προς αυτήν και στις μέρες βαριάς κατανάλωσης στις τεχνικές με ενσυνειδητότητα βρέθηκαν και στις μελέτες των Thekiso et al. (2015), Caselli et al. (2016), Bowen et al. (2014). Στις μελέτες οι οποίες δε σύγκριναν την ομάδα που εφαρμόστηκε τεχνική βασισμένη στην ενσυνειδητότητα με ομάδα ελέγχου, αλλά με την ίδια την ομάδα πριν την παρέμβαση (Vieten et al. (2010), Bowen et al. (2006), Zgierska et al. (2008), Courbasson ,Nishikawa και Shapira (2010), Wupperman et al. (2011)) παρουσιάστηκαν αποτελέσματα που δείχνουν σημαντικά μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ, στις ημέρες αποχής, στο craving και στα περιστατικά σωματικής βίας μεταξύ άλλων.

Από την άλλη υπήρξαν έρευνες (van den Bosch et al. (2002), Murphy and MacKillop (2014), Alterman et al. (2004), Vernig and Orsillo (2009)) που δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική υπεροχή των τεχνικών που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου στους περισσότερους τομείς που εξετάστηκαν και αφορούν τη χρήση αλκοόλ. Υπήρξε και έρευνα που έδειξε χειρότερες επιδόσεις στην ομάδα ενσυνειδητότητας απ'ότι στην ομάδα ελέγχου (Vinci et al., 2016) στους περισσότερους τομείς που εξετάστηκαν.

Υπάρχουν σαφείς περιορισμοί στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση. Πρώτον, η αναζήτηση αφορούσε μόνο βιβλιογραφία στην αγγλική γλώσσα. Ενδεχομένως να υπάρχουν μελέτες σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα που δε συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση λόγω αυτού του κριτηρίου ένταξης. Δεύτερον, ο αριθμός των μελετών που συμπεριλήφθηκαν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μικρός. Στις αντίστοιχες ανασκοπήσεις που αφορούν τις

παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα σε πληθυσμούς με διαταραχές χρήσης ουσιών γενικότερα και όχι μόνο αλκοόλ, έχουν συμπεριληφθεί έρευνες που δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στην παρούσα, καθώς δεν προσφέρουν μεμονομένα στοιχεία για το αλκοόλ. Τρίτον, το μέγεθος των δειγμάτων των μελετών που συμπεριλήφθηκαν ήταν συνήθως μικρό. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ελάχιστες ($n=5$) είχαν αριθμό δείγματος άνω του 100.

3.4 Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών από αυτές που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση δείχνουν πως είναι πιθανό οι θεραπευτικές τεχνικές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα να μπορούν να αποφέρουν αποτελέσματα με την εφαρμογή τους σε πληθυσμούς με διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Παρ'όλα αυτά υπήρξαν μελέτες που δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Το γεγονός ότι ο αριθμός μελετών που συμπεριλήφθηκε στην ανασκόπηση είναι σχετικά μικρός και ανάμεσα σε αυτές η πλειοψηφία είχε μικρό αριθμό δείγματος, φανερώνει πως για να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων τεχνικών σε πληθυσμούς με διαταραχές χρήσης αλκοόλ χρειάζεται να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες που να αφορούν το αντικείμενο και να προσφέρουν στοιχεία μεμονομένα για το αλκοόλ, αλλά και με μεγαλύτερα δείγματα αν είναι δυνατό. Η μεγαλύτερη διάρκεια των παρεμβάσεων και η σταθερή παρουσία του follow-up θα μπορούσαν επίσης να είναι παράγοντες που χρειάζεται να ληφθούν υπόψιν, καθώς προέκυψαν πολλοί περιορισμοί επ'αυτών στις έρευνες που συμπεριελήφθησαν στην παρούσα ανασκόπηση.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ
ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ (MINDFULNESS) ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΑΛΚΟΟΛ

ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρήση αλκοόλ είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οδηγεί σε 3,3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Από την άλλη, τα τελευταία χρόνια έχει κάνει την εμφάνισή της στο χώρο της ψυχολογίας η ενσυνειδητότητα, βάσει της οποίας έχουν αναπτυχθεί θεραπευτικές τεχνικές που φαίνεται να βοηθούν σε όλο και περισσότερες διαγνωστικές οντότητες της ψυχικής υγείας.

Σκοπός: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα στους ανθρώπους με διαταραχές χρήσης αλκοόλ.

Μεθοδολογία: Έγινε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Science Direct και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar το Μάη και τον Ιούνιο του 2018. Τα κριτήρια ένταξης ήταν οι μελέτες να αφορούν ανθρώπους άνω των 18 ετών, να είναι γραμμένες στην αγγλική γλώσσα, να ανήκουν στην κατηγορία των κλινικών δοκιμών και να αφορούν παρέμβαση με θεραπευτική τεχνική βασισμένη στην ενσυνειδητότητα και όχι οποιοδήποτε είδος διαλογισμού.

Αποτελέσματα: Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν συνολικά 22 έρευνες. Από αυτές, κάποιες έδειξαν υπεροχή των τεχνικών που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου ή των λοιπών τεχνικών σε τομείς όπως οι ημέρες βαριάς χρήσης αλκοόλ και το craving, όμως υπήρξαν και άλλες που δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους περισσότερους τομείς που εξετάστηκαν. Ελάχιστες ήταν οι έρευνες που δεν είχαν περιορισμένο μέγεθος δείγματος.

Συμπεράσματα: Οι θεραπευτικές τεχνικές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα φαίνεται να έχουν προοπτικές να βοηθήσουν τους ανθρώπους με διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Όμως ο μικρός αριθμός ερευνών που παρέχουν στοιχεία για τα αποτελέσματα της παρέμβασης, το μικρό μέγεθος δειγμάτων και η ανομοιογένεια στις μεθοδολογίες των ερευνών είναι παράγοντες που οδηγούν στο να μη μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί έχοντας αυτά ως δεδομένα.

Λέξεις-κλειδιά: ‘mindfulness-based interventions’, ‘MBI’, ‘mindfulness-based cognitive therapy’, ‘MBCT’, ‘mindfulness-based stress reduction’, ‘MBSR’, ‘acceptance and commitment therapy’, ‘ACT’, ‘dialectical behavior therapy’, ‘DBT’, ‘mindfulness-based relapse prevention’, ‘MBRP’, ‘meditation’, ‘alcohol’, ‘alcoholism’, substance abuse’ και ‘craving’.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF NURSING

POSTGRADUATE STUDIES

SPECIALIZATION: MENTAL HEALTH

DIRECTION: CLINICAL NURSING

THERAPEUTIC APPROACHES BASED ON MINDFULNESS AND
ALCOHOL USE DISORDERS

ZACHARIADIS PANAGIOTIS

ABSTRACT

Introduction: Alcohol abuse is a global phenomenon that according to W.H.O. leads to 3,3 million deaths every year. On the other hand, the last few years years mindfulness has emerged in the field of psychology, based on which therapeutic techniques have been developed that seem to be able to help in a continuously growing number of diagnostical section of mental health.

Objectives: Assessing the effects of mindfulness-based interventions in people with alcohol-related disorders.

Methods: Search was carried out in May and June 2018 at Pubmed, Science Direct and Google Scholar search engine. The inclusion criteria was a) studies involving people over the age of 18, b) written in English, c) belonging to the category of clinical trials and d) involve intervention with a mindfulness-based therapeutic technique and not just any kind of meditation.

Results: The survey included a total of 22 clinical trials. Of these, some have shown superiority of mindfulness-based techniques comparing to control groups or other techniques in areas such as heavy drinking days and craving, but there have

been others that did not show statistically significant differences in most of the areas examined. Few were the trials that did not have a limited sample size.

Conclusions: Mindfulness-based interventions seem to have prospects to help people with alcohol-related disorders. However, the small number of clinical trials providing data on the results of the intervention, the small sample size and the heterogeneity in the methodology of the trials are factors that lead to not being able to extract safe conclusions. Further research could be conducted with these aspects in mind.

Keywords: 'mindfulness-based interventions', 'MBI', 'mindfulness-based cognitive therapy', 'MBCT', 'mindfulness-based stress reduction', 'MBSR', 'acceptance and commitment therapy', 'ACT', 'dialectical behavior therapy', 'DBT', 'mindfulness-based relapse prevention', 'MBRP', 'meditation', 'alcohol', 'alcoholism', substance abuse' και 'craving'.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γενικό μέρος:

- Anderson, I. and McAllister-Williams, R. (2015). *Fundamentals of Clinical Psychopharmacology*, Fourth Edition. CRC Press.
- Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V. M., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., και Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 599-608.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), pp.125-143.
- Baer, R. (2014). *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. London: Academic Press.
- Baer, R., Smith, G. and Allen, K. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), pp.191-206.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. and Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), pp.27-45.
- Banerjee, N. (2014). Neurotransmitters in alcoholism: A review of neurobiological and genetic studies. *Indian Journal of Human Genetics*, 20(1), p.20.
- Bardacke, N. (2012). *Mindful birthing*. New York: HarperCollins.
- Barnhofer, T., Duggan, D., Crane, C., Hepburn, S., Fennell, M. and Williams, J. (2007). Effects of meditation on frontal a-asymmetry in previously suicidal individuals. *NeuroReport*, 18(7), pp.709-712.

- Bishop, S. (2002). What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction?. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), pp.71-83.
- Bishop, S. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), pp.230-241.
- Bodner, T. E., & Langer, E. J. (2001, June). Individual differences in mindfulness: The Mindfulness/Mindlessness Scale. Poster presented at the 13th annual American Psychological Society Conference, Toronto, Ontario, Canada.
- Bowen, S., Chawla, N. and Marlatt, G. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. and Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), pp.295-305.
- Bowman, K. and Jellinek, E. (1941). Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2(1), pp.98-176.
- Brown, K. and Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), pp.822-848.
- Buchheld, N., Grossman, P. and Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research.*, 1(1), pp.11-34.
- Carboni, S., Isola, R., Gessa, G. and Rossetti, Z. (1993). Ethanol prevents the glutamate release induced by in the rat striatum. *Neuroscience Letters*, 152(1-2), pp.133-136.
- Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66(6-B), 3399

- Cardaciotto, L., Herbert, J., Forman, E., Moitra, E. and Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), pp.204-223.
- Carmody, J. (2009). Evolving Conceptions of Mindfulness in Clinical Settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), pp.270-280.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. and Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), pp.451-455.
- Cloninger, C. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236(4800), pp.410-416.
- Colombo, G. and Grant, K. (1992). NMDA Receptor Complex Antagonists Have Ethanol-like Discriminative Stimulus Effects. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 654(1 The Neurobiol), pp.421-423.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy*. Routledge.
- Creswell, J., Way, B., Eisenberger, N. and Lieberman, M. (2007). Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), pp.560-565.
- Daley, D. and Marlatt, G. (2006). *Overcoming your alcohol or drug problem*. Oxford: Oxford University Press.
- Daniell, L. (1990). The noncompetitive N-methyl-D-aspartate antagonists, MK-801, phencyclidine and ketamine, increase the potency of general anesthetics. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 36(1), pp.111-115.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. and Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), pp.564-570.

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Dryden, W. and Still, A. (2006). Historical Aspects Of Mindfulness And Self-Acceptance In Psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), pp.3-28.
- Enoch, M. (2006). Genetic and Environmental Influences on the Development of Alcoholism: Resilience vs. Risk. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), pp.193-201.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. and Laurenceau, J. (2006). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), pp.177-190.
- Fletcher, L., Schoendorff, B. and Hayes, S. (2010). Searching for Mindfulness in the Brain: A Process-Oriented Approach to Examining the Neural Correlates of Mindfulness. *Mindfulness*, 1(1), pp.41-63.
- Fresco, D., Moore, M., van Dulmen, M., Segal, Z., Ma, S., Teasdale, J. and Williams, J. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), pp.234-246.
- Global status report on alcohol and health, 2014. (2014). Geneva: World Health Organization.
- Grabovac, A., Lau, M. and Willett, B. (2011). Mechanisms of Mindfulness: A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*, 2(3), pp.154-166.
- Haigh, E., Moore, M., Kashdan, T. and Fresco, D. (2010). Examination of the Factor Structure and Concurrent Validity of the Langer Mindfulness/Mindlessness Scale. *Assessment*, 18(1), pp.11-26.

- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), pp.639-665.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K.(1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Herbert, J. and Forman, E. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T. and Lazar, S. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), pp.36-43.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), pp.144-156.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K., Pbert, L., Lenderking, W. and Santorelli, S. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), pp.936-943.
- Kazantzis, N., Reinecke, M. and Freeman, A. (2010). *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Kirmayer, L. (2015). Mindfulness in cultural context. *Transcultural Psychiatry*, 52(4), pp.447-469.
- Klein, R., Dubois, S., Gibbons, C., Ozen, L. J., Marshall, S., Cullen, N., & Bédard, M. (2015). The Toronto and Philadelphia Mindfulness Scales: Associations with satisfaction with life and health-related symptoms. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 15(1),pp. 133-142.

- Kristeller, J., Wolever, R. and Sheets, V. (2013). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), pp.282-297.
- Kumar, S. M. (2002). An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 40-43.
- Lau, M., Bishop, S., Segal, Z., Buis, T., Anderson, N., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S. and Devins, G. (2006). The toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), pp.1445-1467.
- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., Treadway, M., McGarvey, M., Quinn, B., Dusek, J., Benson, H., Rauch, S., Moore, C. and Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), pp.1893-1897.
- LeMarquand, D., Pihl, R. and Benkelfat, C. (1994). Serotonin and alcohol intake, abuse, and dependence: Clinical evidence. *Biological Psychiatry*, 36(5), pp.326-337.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lobo, I. and Harris, R. (2008). GABAA receptors and alcohol. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 90(1), pp.90-94.
- Lowinson, J., Ruiz, P. and Millman, R. (2015). *Substance Abuse*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Marlatt, G. A., and Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-Based Elder Care*. New York: Springer Pub.

- Morey, L. and Skinner, H. (1986). Empirically Derived Classifications of Alcohol-Related Problems. *Recent Developments in Alcoholism*, pp.145-168.
- Park, T., Reilly-Spong, M. and Gross, C. (2013). Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Quality of Life Research*, 22(10), pp.2639-2659.
- Rapgay, L. and Bystrisky, A. (2009). Classical Mindfulness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172(1), pp.148-162.
- Rassnick, S., Stinus, L. and Koob, G. (1993). The effects of 6-hydroxydopamine lesions of the nucleus accumbens and the mesolimbic dopamine system on oral self-administration of ethanol in the rat. *Brain Research*, 623(1), pp.16-24.
- Roberto, M., Schweitzer, P., Madamba, S., Stouffer, D., Parsons, L. and Siggins, G. (2004). Acute and Chronic Ethanol Alter Glutamatergic Transmission in Rat Central Amygdala: an In Vitro and In Vivo Analysis. *Journal of Neuroscience*, 24(7), pp.1594-1603.
- Safran, J. and Segal, Z. (2004). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.
- Segal, Z., Williams, J. and Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J. and Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), pp.373-386.
- Sharf, R. (2014). Is mindfulness Buddhist? (and why it matters). *Transcultural Psychiatry*, 52(4), pp.470-484.
- Shin, S., Edwards, E. and Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), pp.277-280.

- Simson, P., Criswell, H. and Breese, G. (1993). Inhibition of NMDA-evoked electrophysiological activity by ethanol in selected brain regions: evidence for ethanol-sensitive and ethanol-insensitive NMDA-evoked responses. *Brain Research*, 607(1-2), pp.9-16.
- Tashi Tsering and McDougall, G. (2005). *The four noble truths*. Boston, Mass.: Wisdom Publications.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behaviour Research & Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J., Moore, R., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. and Segal, Z. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), pp.275-287.
- The international statistical classification of diseases and related health problems. (2009). Geneva: World Health Organization.
- Who.int. (2018). WHO (1)| Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. [online] Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ [Προσπελάστηκε στις 17 Μαΐου 2018].
- Who.int. (2018). WHO (2)| Global information system on alcohol and health. [online] Διαθέσιμο στο : <http://www.who.int/gho/alcohol/en/> [Προσπελάστηκε στις 17 Μαΐου 2018].
- Wilson, W., Bosy, T. and Ruth, J. (1990). NMDA agonists and antagonists alter the hypnotic response to ethanol in LS and SS mice. *Alcohol*, 7(5), pp.389-395.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E., Douglas, H., Enkema, M. and Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. *Substance Use & Misuse*, 49(5), pp.513-524.

- Yim, H. and Gonzales, R. (2000). Ethanol-induced increases in dopamine extracellular concentration in rat nucleus accumbens are accounted for by increased release and not uptake inhibition. *Alcohol*, 22(2), pp.107-115.
- Yim, H., Robinson, D., White, M., Jaworski, J., Randall, P., Lancaster, F. and Gonzales, R. (2000). Dissociation Between the Time Course of Ethanol and Extracellular Dopamine Concentrations in the Nucleus Accumbens After a Single Intraperitoneal Injection. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), pp.781-788.
- Yoshimoto, K., McBride, W., Lumeng, L. and Li, T. (1992). Alcohol stimulates the release of dopamine and serotonin in the nucleus accumbens. *Alcohol*, 9(1), pp.17-22.
- Zucker, R. A. (1986). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. *Nebraska Symposium on Motivation*, 34, 27-83.

Ειδικό μέρος:

- Alterman, A., Koppenhaver, J., Mulholland, E., Ladden, L. and Baime, M. (2004). Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 9(6), pp.259-268.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S., Carroll, H., Harrop, E., Collins, S., Lustyk, M. and Larimer, M. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(5), p.547.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T., Chawla, N., Simpson, T., Ostafin, B., Larimer, M., Blume, A., Parks, G. and Marlatt, G. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), pp.343-347.
- Brewer, J., Sinha, R., Chen, J., Michalsen, R., Babuscio, T., Nich, C., Grier, A., Bergquist, K., Reis, D., Potenza, M., Carroll, K. and Rounsaville, B. (2009). Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse:

Results from a Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. *Substance Abuse*, 30(4), pp.306-317.

- Caselli, G., Gemelli, A., Spada, M. and Wells, A. (2016). Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder.
- Chiesa, A. and Serretti, A. (2013). Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), pp.492-512.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. and Shapira, L. (2010). Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for Concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders. *Eating Disorders*, 19(1), pp.17-33.
- Crescentini, C., Matiz, A. and Fabbro, F. (2015). Improving Personality/Character Traits in Individuals with Alcohol Dependence: The Influence of Mindfulness-Oriented Meditation. *Journal of Addictive Diseases*, 34(1), pp.75-87.
- Garland, E., Gaylord, S., Boettiger, C. and Howard, M. (2010). Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol Dependence: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), pp.177-192.
- Greenfield, B., Roos, C., Hagler, K., Stein, E., Bowen, S. and Witkiewitz, K. (2018). Race/ethnicity and racial group composition moderate the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 81, pp.96-103.
- Lanza, P. and González Menéndez, A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25(3), pp.307-312.
- Lanza, P., García, P., Lamelas, F. and González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), pp.644-657.

- Li, W., Howard, M., Garland, E., McGovern, P. and Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, pp.62-96.
- Mermelstein, L. and Garske, J. (2015). A brief mindfulness intervention for college student binge drinkers: A pilot study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), pp.259-269.
- Murphy, C. and MacKillop, J. (2014). Mindfulness as a Strategy for Coping with Cue-Elicited Cravings for Alcohol: An Experimental Examination. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(4), pp.1134-1142.
- Ostafin, B., Bauer, C. and Myxter, P. (2012). Mindfulness Decouples the Relation Between Automatic Alcohol Motivation and Heavy Drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(7), pp.729-745.
- Thekiso, T., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A. and Farren, C. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial. *Behavior Therapy*, 46(6), pp.717-728.
- van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. and van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. *Addictive Behaviors*, 27(6), pp.911-923.
- Vernig, P. and Orsillo, S. (2009). Psychophysiological and Self-Reported Emotional Responding in Alcohol-Dependent College Students: The Impact of Brief Acceptance/Mindfulness Instruction. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(3), pp.174-183.
- Vieten, C., Astin, J., Buscemi, R. and Galloway, G. (2010). Development of an Acceptance-Based Coping Intervention for Alcohol Dependence Relapse Prevention. *Substance Abuse*, 31(2), pp.108-116.
- Vinci, C., Peltier, M., Shah, S., Kinsaul, J., Waldo, K., McVay, M. and Copeland, A. (2014). Effects of a brief mindfulness intervention on negative affect and urge to drink among college student drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, 59, pp.82-93.

- Vinci, C., Peltier, M., Waldo, K., Kinsaul, J., Shah, S., Coffey, S. and Copeland, A. (2016). Examination of trait impulsivity on the response to a brief mindfulness intervention among college student drinkers. *Psychiatry Research*, 242, pp.365-374.
- Wupperman, P., Marlatt, G., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N. and Easton, C. (2011). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), pp.50-66
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R. and Marlatt, A. (2009). Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Substance Abuse*, 30(4), pp.266-294.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M. and Fleming, M. (2008). Mindfulness Meditation for Alcohol Relapse Prevention: A Feasibility Pilot Study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), pp.165-173.