



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»

*«Οι οικογενειακοί δεσμοί ως παράγοντας επικινδυνότητας για την εμφάνιση  
εξαρτητικών από το αλκοόλ συμπεριφορών»*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΣΟΥΛΦΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

ΤΖΑΒΕΛΛΑΣ ΗΛΙΑΣ, Επιβλέπων, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ ΘΩΜΑΣ, Καθηγητής Ψυχιατρικής

ΜΑΣΔΡΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Αθήνα, Απρίλιος 2021

## ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία αλλά και τη φοίτησή μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ιδιαίτερω:

Τον Καθηγητή κ. Ηλία Τζαβέλλα, επιβλέποντα της εργασίας, για την άριστη συνεργασία, την αδιάκοπη συμπαράσταση, τη γόνιμη επικοινωνία, τα εύστοχα ερωτήματά του που πήγαζαν από την πλούσια εμπειρία του στο χώρο της ψυχικής υγείας και που άνοιγαν δρόμους για μια νέα ανταλλαγή απόψεων και συλλογισμών, καθώς και την ενθάρρυνση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης, προκειμένου να ενισχύσει την προσπάθειά μου για ένα ασφαλές και ενδιαφέρον ερευνητικό αποτέλεσμα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον κ. Δημήτριο Παντελεάκη, ψυχίατρο – ψυχοθεραπευτή του Προγράμματος «Αθηνά» (Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αττικής – ΟΚΑΝΑ) που με προθυμία συντόνισε τις συναντήσεις με τους ωφελούμενους του Προγράμματος και χωρίς τη δική του αρωγή και ενεργό συμμετοχή, δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω το συγκεκριμένο πόνημα.

Τέλος, ευχαριστώ τα μέλη της οικογένειάς μου για την υποστήριξη, την κατανόηση, την υπομονή, τη δύναμη και την ενθάρρυνση που μου πρόσφεραν τα δύο αυτά χρόνια προκειμένου να σχεδιάσω και να ακολουθήσω με συνέπεια και όραμα αυτή τη συναρπαστική διαδρομή. Κι ενώ η πορεία αυτή φαίνεται ότι έφτασε στο τέλος της, νιώθω ότι θα μπορούσε να αποτελέσει μια δημιουργική αφετηρία για νέους δρόμους προς εξερεύνηση...

Χριστίνα Τσουλφά

Απρίλιος 2021

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	8

### ΜΕΡΟΣ Α΄

#### ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

##### Κεφάλαιο 1: Αλκοόλ – Αλκοολισμός

1.1 Ιστορική αναδρομή	9
1.2 Ορισμός αλκοόλ και αλκοολισμού	9
1.3 Αλκοολισμός και χαρακτηριστικά	10
1.3.1 Φάση εξέλιξης αλκοολισμού	10
1.3.2 Τύποι καταναλωτών	14
1.3.3 Ο αλκοολικός	15
1.3.4 Αλκοολική τοξίκωση	15
1.3.5 Χρόνιος αλκοολικός	16
1.4 Ταξινόμηση του αλκοολισμού	16

##### Κεφάλαιο 2: Αιτίες του αλκοολισμού

2.1 Βιολογικές	17
2.2 Ψυχολογικές	18
2.3 Κοινωνικές	19
2.4 Εκλυτικές	20

##### Κεφάλαιο 3: Αλκοόλ και οικογένεια

3.1 Το αλκοόλ στην ελληνική οικογένεια	21
3.2 Συναισθηματικοί Δεσμοί: Ο Δεσμός των Ενηλίκων	22
3.3 Ενδο-οικογενειακή βία	23
3.4 Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα	23

<b>Κεφάλαιο 4: Συνέπειες του αλκοόλ</b>	
4.1 Στερητικό σύνδρομο	26
4.2 Τρομάδες παραλήρημα	26
4.3 Εγκεφαλοπάθεια Wernicke	27
4.4 Σύνδρομο ή ψύχωση Korsakoff	27
4.5 Συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό και την κοινωνία	28

## **Κεφάλαιο 5: Απεξάρτηση**

5.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις	29
5.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση	30
5.3 Συνδυασμός θεραπειών	31
5.4 Αντιμετώπιση με βελονισμό	31
5.5 Θεραπευτικές παρεμβάσεις	31
5.6 Θεραπευτικά προγράμματα	32
5.6.1 Μονάδα Απεξάρτηση Αλκοολικών Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ)	32
5.6.2 Πρόγραμμα «Αθηνά» ΟΚΑΝΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο	32
5.6.3 Ομάδες αυτοβοήθειας	33

## **Κεφάλαιο 6: Πρόληψη**

6.1 Γενικά	34
6.2 Αντιμετώπιση αλκοολισμού σε άλλες χώρες	35
6.3 Η οικογένεια και ο ρόλος της	36

## **ΜΕΡΟΣ Β΄**

### **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ**

## **Κεφάλαιο 7: Ανάλυση ερευνητικού έργου**

7.1. Σκοπός της έρευνας	36
7.2. Σημασία της έρευνας	37
7.4. Περιορισμοί της έρευνας	37
7.5. Ερευνητικά ερωτήματα	37
7.6. Ερευνητικές υποθέσεις	38

<b>Κεφάλαιο 8: Μεθοδολογία</b>	
<b>8.1</b> Υλικό	38
<b>8.1.1.</b> Ορισμός πληθυσμού στόχου. Κριτήρια επιλογής / αποκλεισμού	38
<b>8.1.2.</b> Μέθοδος δειγματοληψίας	39
<b>8.2</b> Μέθοδος της έρευνας	39
<b>8.2.1.</b> Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων	39
<b>8.2.2.</b> Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων	39
<b>8.3</b> Εργαλεία συλλογής δεδομένων	40
<b>8.3.1.</b> Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών	40
<b>8.3.2.</b> Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)	40
<b>8.3.3.</b> Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης – (Revised Conflict Tactics Scale)	41
<b>8.3.4.</b> Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (Perceptions of Adult Attachment Questionnaire, PAAQ)	42
<b>8.3.5.</b> Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young – Σύντομη μορφή (Young Schema Questionnaire-Short Form, YSQ-S3)	43
<b>Κεφάλαιο 9: Αποτελέσματα ανάλυσης δεδομένων</b>	43
<b>Κεφάλαιο 10: Συζήτηση</b>	49
<b>Κεφάλαιο 11: Συμπεράσματα</b>	52
<b>Βιβλιογραφία</b>	54
<b>Παράρτημα</b>	63

## Περίληψη

*Ο αλκοολισμός, ως εξάρτηση από το αλκοόλ, αποτελεί μία από τις συχνότερες χρόνιες ασθένειες στις ανεπτυγμένες χώρες με επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία του ατόμου και τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Συνιστά μία ιδιαίτερα πολύπλοκη παθολογική κατάσταση με πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει ένας σαφώς καθορισμένος παράγοντας που να προκαλεί την παθολογική κατάσταση ούτε ένα μοναδικό κίνητρο το οποίο ωθεί το άτομο στη χρήση και την κατάχρηση αλκοόλ. Έχει παρατηρηθεί ότι η συνύπαρξη αρκετών παραγόντων ταυτόχρονα μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση από το αλκοόλ μέσα από μία πορεία που απαιτεί ένα ικανό χρονικό διάστημα. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του ρόλου των οικογενειακών δεσμών ως παράγοντας επικινδυνότητας για την εμφάνιση εξαρτητικών από το αλκοόλ συμπεριφορών. Προκειμένου να μελετηθεί η συγκεκριμένη διάσταση του ερευνώμενου ζητήματος επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν: το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT), η Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης, το Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (PAAQ) και το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young – Σύντομη μορφή (YSQ-S3). Συνολικά, στην έρευνα συμμετείχαν 40 άτομα με διαταραχές εξάρτησης από το αλκοόλ, οι οποίοι είτε παρακολουθούσαν ανοιχτό (n= 20) είτε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης (n= 20). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σοβαρότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται σε βαθμό περίπου 7.5% με τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και με τον αντιλαμβανόμενο δεσμό των ενηλίκων, δηλαδή την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τις εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας και με την Παρούσα Ψυχική του Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό αυτό. Αντίστοιχα, από τη Βηματική Ανάλυση Παλινδρόμησης προέκυψε ότι ο αντιλαμβανόμενος δεσμός των ενηλίκων και τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα αποτελούν τους πιο ισχυρούς προβλεπτικούς δείκτες της εξάρτησης από το αλκοόλ. Στη συζήτηση που ακολουθεί, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συγκρίνονται με προηγούμενες εμπειρικές έρευνες, ενώ γίνεται αναφορά σε θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με τον ρόλο των πρώιμων παιδικών εμπειριών στην ανάπτυξη εξάρτησης από το αλκοόλ.*

---

**Λέξεις-κλειδιά:** αλκοολισμός, δεσμός, σχήματα, συντροφική βία, παράγοντες επικινδυνότητας

---

## Abstract

*Alcoholism, as alcohol dependence, is one of the most common chronic disorders in developed countries with tremendous health-related, societal and financial consequences. It constitutes a polygenic pathological condition with multifactorial etiology. This means that there is neither a clearly defined factor to cause alcoholism, nor a single reason that drives individuals to use and abuse alcohol. It has been observed that the coexistence of several factors at the same time can lead to alcohol dependence through a course that requires a sufficient amount of time. The goal of the present study was to investigate the role of the attachment relationships in family as risk factors for the presence of alcohol dependent behaviors. In order to study the specific dimension of the investigated issue, the following were selected and used: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Revised Conflict Tactics Scale, Perceptions of Adult Attachment Questionnaire (PAAQ), Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-S3). In total, 40 participants with alcohol abuse disorders who attended either an outpatient treatment (n=20, mean age=) or a residential inpatient center (n=20, mean age=) took part in the study. The results showed that alcohol dependence is approximately 7.5% correlated to perceived early maladaptive schemas and adult attachment that is to experiences with the primary caregiver and current state of mind/attitudes toward the primary caregiver. Respectively, the Stepwise Analysis of Variance showed that adult perceived attachment and early dysfunctional schemas are the strongest predictors of alcohol dependence. In the discussion section, the results of the present study are compared with previous empirical research, while theoretical accounts of the role of early childhood experiences in the development of alcohol dependence are discussed.*

---

**Keywords:** alcoholism, attachment, schemas, inmate violence, risk factors

---

## Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας με σοβαρές συνέπειες τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την οικογένεια του και την κοινωνία. Ως προς την αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού, είναι κοινά αποδεκτό στις μέρες μας ότι δεν υπάρχει ένας σαφώς καθορισμένος παράγοντας που να προκαλεί την παθολογική κατάσταση, αλλά η συνύπαρξη αρκετών παραγόντων ταυτόχρονα μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, ενώ πρόσφατα προστέθηκαν και οι εκλυτικοί. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών και των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και των εξαρτήσεων για τον ρόλο των οικογενειακών δεσμών και των πρώιμων εμπειριών του ατόμου ως παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ. Αν και έχουν προταθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι ο τρόπος με τον οποίο οι οικογενειακοί δεσμοί και οι πρώιμες εμπειρίες του ατόμου επιδρούν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν έχει εξακριβωθεί εμπειρικά.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ποιότητα των παιδικών βιωμάτων του ατόμου, τη συντροφική βία και τη σοβαρότητα της εξάρτησής του από το αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ερευνάται αν ο βαθμός της εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του, με τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και με τα επίπεδα συντροφικής βίας. Η μελέτη αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο μέρος αφορά τη θεωρητική θεμελίωση της έρευνας και το δεύτερο είναι το ερευνητικό μέρος. Η θεωρητική θεμελίωση της έρευνας διαρθρώνεται σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η ιστορική αναδρομή του αλκοόλ και του αλκοολισμού, χαρακτηριστικά γνωρίσματα του, θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή του, καθώς και η ταξινόμησή του σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες του αλκοολισμού και στο τρίτο ο ρόλος της οικογένειας και των πρώιμων παιδικών βιωμάτων μέσα σε αυτή για την ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ. Προχωρώντας στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό και την κοινωνία, καθώς και ιατρικές καταστάσεις που συνδέονται με τη χρόνια προβληματική χρήση του, όπως η ψύχωση Korsakoff και η Εγκεφαλοπάθεια Wernicke. Στο πέμπτο κεφάλαιο, αναφέρονται θέματα απεξάρτησης, θεραπευτικές παρεμβάσεις και θεραπευτικά προγράμματα, και τέλος, το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει θέματα πρόληψης. Το δεύτερο μέρος της εργασίας που αποτελεί το ερευνητικό μέρος, περιγράφεται η μεθοδολογία και ακολουθεί παρουσίαση και συζήτηση των αποτελεσμάτων.



## ΜΕΡΟΣ Α΄

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### Κεφάλαιο 1

##### Αλκοόλ – Αλκοολισμός

#### 1.1 Ιστορική αναδρομή

Σύμφωνα με τους παλαιοντολόγους, η ιστορία του αλκοόλ είναι τόσο παλιά όσο και ο ανθρώπινος πολιτισμός. Πριν από την εποχή των παγετώνων, απολιθώματα καρπών μαρτυρούν την εξάπλωση της αμπελουργίας σε διάφορα σημεία του πλανήτη ενώ την περίοδο εκείνη είχε ευδοκιμήσει στην Ισλανδία, στη Βόρεια Ευρώπη, στη βορειοδυτική Ασία αλλά και στην Αλάσκα.

Στην ευρύτερη περιοχή μεταξύ της Κασπίας και της Μαύρης Θάλασσας, έχουν βρεθεί στοιχεία που μαρτυρούν την καλλιέργεια αμπελιών και την απόσταξη οίνου τουλάχιστον από το 6.400 π.Χ., ενώ υπάρχουν ενδείξεις για τη ζύμωση μύρας περίπου από το 3.000-2.000 π.Χ από το λαό των Σουμέριων (Rosso, 2012). Ακόμη κι αν συχνά αποτελούσε σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, η κατανάλωση αλκοόλ από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα εξακολουθεί να δεσπόζει στις κοινωνικές συναλλαγές του ανθρώπου. Από την αρχή της ιστορίας του μέχρι τις μέρες μας συνιστά μία από τις πιο σημαντικές πηγές εσόδων και κερδοφορίας με αρκετά δισεκατομμύρια να συνδέονται με την εκμετάλλευσή του (ISWR, 2019).

Το αλκοόλ στην αρχαία Ελλάδα κατείχε κυρίαρχη θέση τόσο στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, όσο και σε θρησκευτικές γιορτές. Μάλιστα, θεωρούσαν βάρβαρους όσους δεν έπιναν κρασί και δεν έτρωγαν ψωμί (Gatley, 2009).

#### 1.2 Ορισμός αλκοόλ και αλκοολισμού

Η λέξη «αλκοόλ» προέρχεται από την αραβική λέξη «al-koh'l» (American Heritage Publishing Company, 2009) και αναφέρεται στη μαύρη πούδρα που χρησιμοποιούνταν ως καλλυντικό από τις γυναίκες της αρχαίας Αιγύπτου. Ως όρος χρησιμοποιούνταν επίσης από τους αλχημιστές για να προσδιορίσει ουσίες υψηλής διύλισης.

Σήμερα, ο όρος «αλκοόλ» αναφέρεται στην ουσία που εμπεριέχεται στα αλκοολούχα ποτά με τη χημική της ονομασία να είναι αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη. Η αιθανόλη συγκαταλέγεται

στις ψυχότροπες/ ψυχοδραστικές ουσίες, η κατανάλωση των οποίων προκαλεί έντονες ψυχολογικές αλλαγές και διαταραχές στη φυσιολογία του ατόμου (Brust, 2010).

Ο «αλκοολισμός» ως όρος διατυπώθηκε για πρώτη φορά από έναν Ολλανδό γιατρό στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα και αφορούσε τη δηλητηρίαση από το αλκοόλ με κυρίαρχο χαρακτηριστικό τη χρόνια και οξεία μέθη (Μπικηρόπουλος Θ., 2015, σελ 37). Στην Αγγλική ορολογία τον συναντάμε με τους εξής όρους: *Alcoholism* και *alcohol related disorder*. Ο αλκοολισμός που έχει άμεση σχέση με την εξάρτηση από το αλκοόλ, χαρακτηρίζεται από την ανοχή, δηλαδή από την ανάγκη του ατόμου για διαρκώς μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ προκειμένου να φτάσει στην επιθυμητή επίδραση που θα εξαλείψει τα στερητικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται συχνά από την προβληματική κατανάλωση αιθανόλης ενώ αποτελεί μία πολύπλοκη και πολυπαραγοντική διαταραχή που προκαλείται από την αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Bowirrat & Oscar-Berman, 2005). Ο αλκοολισμός συνιστά μία διαταραχή η οποία θεωρείται προϊούσα και θανατηφόρα, η εξέλιξή της, δηλαδή, είναι σταδιακή και συχνά καταλήγει σε θάνατο. Είτε καταναλώνεται περιοδικά είτε σε συνεχή βάση, χαρακτηριστικά στοιχεία του αλκοολισμού είναι η αδυναμία ελέγχου της χρήσης της ουσίας και η έντονη πνευματική ενασχόληση με την ουσία, καθώς και ο διαστρεβλωμένος τρόπος σκέψης. Εν ολίγοις, πρόκειται για τη σχέση που αναπτύσσει κάποιος με το αλκοόλ η οποία χαρακτηρίζεται ως παθολογική (Littrell, 2014).

Το 1952 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) όρισε τον αλκοολισμό ως «*μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με επανειλημμένη, σταθερή και συνεχή χρήση οινοπνεύματος και οινοπνευματωδών ποτών, σε ποσότητες οι οποίες είναι έξω από το κοινωνικό ή και ιατρικό πλαίσιο. Η χρήση αυτή γίνεται σε βαθμό που επηρεάζει δυσμενώς την υγεία του χρήστη και την επαγγελματική, κοινωνική και ευρύτερη λειτουργία του. Ο αλκοολισμός είναι ασθένεια και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπιστεί*» (Μπικηρόπουλος Θ., 2015, σελ 38)

### **1.3 Αλκοολισμός και χαρακτηριστικά**

#### **1.3.1 Φάση εξέλιξης αλκοολισμού**

Ο αλκοολισμός διακρίνεται σε τέσσερα στάδια, ή φάσεις, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά έως ότου το άτομο να καταλήξει σε βαριά και χρόνιας μορφής εξάρτηση (Αλλυσσανδράκης, 2002).

#### **Προαλκοολική φάση**

Η προαλκοολική φάση του αλκοολισμού αναφέρεται στην «κοινωνικά αποδεκτή» κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κατά την οποία η ελαφρά μέθη επιτρέπεται στο βαθμό που

συμβαίνει σε κατάλληλες κοινωνικές περιστάσεις, όπως για παράδειγμα συνοδευτικά με το φαγητό, σε διάφορες γιορτές και κοινωνικές εκδηλώσεις (Milam & Ketcham, 2011; Παπαναστασάτος, 2014). Αυτή θεωρείται ως η «αθώοτερη» φάση και αναφέρεται ως “social drinking”, δηλαδή να γίνεται η «κοινωνική χρήση» του αλκοόλ. Στη φάση αυτή ανήκουν επίσης όσοι πίνουν ένα ποτηράκι τη μέρα για να αισθανθούν καλύτερα ή να χαλαρώσουν στο τέλος μίας κοπιαστικής ημέρας (Παπαναστασάτος, 2014). Ακόμη, στο στάδιο αυτό το άτομο συχνά νιώθει περήφανο για τις επιδόσεις του και αναζητά ευκαιρίες για κατανάλωση αλκοόλ. Ένα μέρος ατόμων νεαρής ηλικίας και εφήβων που έχουν έντονη την ανάγκη του “ανήκειν” και του εντυπωσιασμού ανήκουν σε αυτό το στάδιο. Στο σημείο όπου η κατανάλωση ξεφεύγει από το πλαίσιο της κοινωνικής χρήσης, αυξάνεται η ανοχή του οργανισμού στο αλκοόλ και η λήψη του γίνεται ανάγκη, περιπλέκεται ο αλκοολισμός. Ως συνέπεια, σε ποσοστό περίπου 5% των ατόμων που ανήκουν στην προαλκοολική φάση, η κατανάλωση αλκοόλ γίνεται καθημερινή σε ένα διάστημα από 5 μήνες έως 2 χρόνια (Parast et al., 2018).

### **Αρχική φάση**

Κατά την αρχική φάση του αλκοολισμού, στην οποία φαίνεται να ανήκει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, το άτομο τείνει να λαμβάνει καθημερινά μικρές ποσότητες αλκοόλ. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια, να διακόπτεται για ορισμένα χρονικά διαστήματα και έπειτα να επαναλαμβάνεται (Lesch et al., 1988; Lesch et al., 1996). Όταν το στάδιο αυτό διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, το άτομο συχνά κρύβει την καθημερινή λήψη αλκοόλ και την εξάρτησή του καλύπτοντας τις ανάγκες του με την πρόφαση της κοινωνικής χρήσης. Επιπλέον, σ’ αυτό το στάδιο του αλκοολισμού, το άτομο δεν έχει αποκτήσει ανοχή στο αλκοόλ και έτσι μεθά εύκολα, η λήψη περιορίζεται τις βραδινές ώρες με παρέα, ενώ καθ’ όλη τη διάρκεια της ημέρας η λειτουργικότητά του είναι φυσιολογική καθώς εργάζεται, τρέφεται κανονικά και διατηρεί τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η μέθη του συνοδεύεται από τραύλισμα, θολό βλέμμα και μειωμένα αντανακλαστικά. Η εκδήλωση προβλημάτων με την οικογένεια ή την κοινωνία περιορίζονται στη διάρκεια της μέθης (Milam & Ketcham, 2011).

Μετά από ένα χρονικό διάστημα, η κατάσταση εξελίσσεται σε πρόβλημα όταν το άτομο κάνει χρήση εκτός των συνηθισμένων ευκαιριών. Στο σημείο αυτό ο εξαρτημένος δεν έχει ακόμη αντιληφθεί το πρόβλημά του αλλά πίνει για να νιώσει καλύτερα και να αποφύγει το στερητικό σύμπτωμα. Οι αλλαγές που παρατηρούνται στη συμπεριφορά του περιλαμβάνουν την αδυναμία ελέγχου των συναισθημάτων με ξεσπάσματα θυμού ή περιόδους μελαγχολίας που μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε κατάθλιψη. Αποτελεί την περίοδο κατά την οποία το άτομο επιδίδεται σε δικαιολογίες κατασκευάζοντας ψεύτικα προβλήματα ή υποχρεώσεις που προσφέρουν πρόσφορο

έδαφος για χρήση αλκοόλ. Χαρακτηριστική είναι η αδυναμία του να ελέγξει την ποσότητα που καταναλώνει.

Είναι μία περίοδος όπου το άτομο προσεγγίζεται πολύ δύσκολα, προκειμένου να δεχτεί βοήθεια. Αυτό το χαρακτηριστικό αποτελεί κοινό τόπο με την τρίτη φάση εξέλιξης του αλκοολισμού, η οποία θα περιγραφεί παρακάτω. Δεν αποδέχεται ότι κινδυνεύει, ούτε ότι θα του συμβούν γεγονότα που ενδεχομένως να έχει ακούσει από ομοιοπαθούντες. Θεωρεί δε, ότι ευθύνονται οι άλλοι για το πρόβλημά του και όχι αυτός (Παπαναστασάτος, 2014). Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, ταυτόχρονα με την εξέλιξη της εξάρτησης, το άτομο περιθωριοποιεί τον εαυτό του χωρίς να το αντιλαμβάνεται, τουλάχιστον στην αρχή. Αυτή η κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή αναβολή των υποχρεώσεών του, την ασυνέπεια στην εργασία του ή τις σπουδές του, και τις οικογενειακές υποχρεώσεις και τις υπόλοιπες κοινωνικές δραστηριότητες (Αλλυσσανδράκης, 2002)

### **Κρίσιμη φάση**

Κατά την κρίσιμη φάση, έχει αρχίσει η ολοκληρωτική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ το οποίο ρυθμίζει τα πάντα στη ζωή του. Στο στάδιο αυτό οποιαδήποτε δραστηριότητα του ατόμου, όπως εργασία, διατροφή, ελεύθερος χρόνος και κοινωνικές εκδηλώσεις, φαίνεται να σχετίζεται, ή ακόμα και να ορίζεται, με την κατανάλωση αλκοόλ (Παπαναστασάτος, 2014). Η φάση χαρακτηρίζεται από αύξηση της ποσότητας του αλκοόλ και από επιλογή κατανάλωσης ποτών με υψηλή περιεκτικότητα οινόπνευματος. Την περίοδο αυτή, ο αλκοολικός λόγω της ανοχής του στο αλκοόλ που έχει αποκτήσει, προσπαθεί να δημιουργήσει την ψευδή εντύπωση ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα εξάρτησης, καθώς δε μεθά. Ταυτόχρονα, οι συμπεριφορικές αλλαγές που περιγράφηκαν πιο πάνω επιδεινώνονται. Περνά αρκετές περιόδους απομόνωσης ενώ συχνές είναι οι εκδηλώσεις βίαιης συμπεριφοράς προς τα πρόσωπα του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Στην επιδείνωση αυτή, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα κενά μνήμης, η σύγχυση αλλά και η μειωμένη ικανότητα ουσιαστικής επαφής με το περιβάλλον (Παπαναστασάτος, 2014). Οι σχέσεις με τα παιδιά και την/τον σύντροφο διαταράσσονται και δημιουργείται μία κατάσταση ιδιαίτερα δυσάρεστη και τραυματική για όλη την οικογένεια. Ο υποσιτισμός ή οι κακές διατροφικές συνήθειες οδηγούν τον αλκοολικό σε απώλεια βάρους ενώ μειώνεται σταδιακά η επάρκεια του ανοσοβιολογικού συστήματος και παρουσιάζονται βλάβες σε πολλά ζωτικά όργανα. Σε προχωρημένη κατάσταση της κρίσιμης φάσης η χρήση αλκοόλ συχνά συνδυάζεται με χρήση ηρεμιστικών χαπιών επιταχύνοντας έτσι την εξέλιξη της εξάρτησης και της βλάβης στον οργανισμό.

Ο αλκοολικός, έχοντας εγκαταλειφθεί ή παραμεριστεί από τον περίγυρό του λόγω της αλλοπρόσαλλης και συχνά βίαιης και ακατανόητης συμπεριφοράς του, επιλέγει να κάνει παρέες και νέους φίλους που είναι επίσης εξαρτημένοι, έτσι ώστε να έχουν ένα κοινό σημείο που τους ενώνει. Πράγματι, η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι τόσο ισχυρός παράγοντας που ισοπεδώνει όποιες ηλικιακές, ταξικές ή επαγγελματικές διαφορές. Οι νέες αυτές παρέες και οι φίλοι δεν τον περιορίζουν, δεν του λένε τι να κάνει, να μην πίνει, ενώ τις περισσότερες φορές συμφωνούν ότι για όλα τα προβλήματά του ευθύνονται οι άλλοι. Ο πρώτος αποδέκτης της δυσάρεστης αυτής κατάστασης είναι ο/η σύζυγος, και κατά δεύτερο λόγο τα παιδιά, τα οποία όσο μεγαλύτερα είναι τόσο σοβαρότερα προβλήματα αντιμετωπίζουν λόγω του αλκοολικού γονέα. Διαμορφώνεται και παγιώνεται μία νέα κατάσταση στη ζωή του αλκοολικού, η οποία είναι προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις και τους περιορισμούς που επιβάλλονται από την εξάρτησή του στο αλκοόλ (Παπαναστασάτος, 2014). Το στάδιο αυτό ολοκληρώνεται όταν πλέον γίνονται εμφανείς οι επιπτώσεις της κοινωνικής περιθωριοποίησης του εξαρτημένου, μία περιθωριοποίηση που προκαλεί άθελά του ο ίδιος λόγω της εξάρτησής του. Έχει πλέον διαμορφωθεί μία κατάσταση πολύ δύσκολα αναστρέψιμη. Η ίδια η οικογένεια υποχρεώνεται πλέον να περιθωριοποιεί ή να εγκαταλείπει τον αλκοολικό. Η εγκατάλειψη αυτή αποτελεί αποτέλεσμα της αδυναμίας συμβίωσης μαζί του αλλά και της επίδρασης της κοινωνικής περιθωριοποίησης κατά του αλκοολικού που διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο (Αλυσσανδράκης, 2002).

### **Χρόνια φάση**

Η χρόνια φάση του αλκοολισμού δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από την κρίσιμη. Ουσιαστικά, πρόκειται για την ίδια κατάσταση, αλλά με πιο σοβαρές συνέπειες. Βασικό χαρακτηριστικό είναι η ακόρεστη δίψα του ατόμου για αλκοόλ χωρίς να ενδιαφέρεται καθόλου για το είδος του ποτού. Στο στάδιο αυτό, ο αλκοολικός περιέρχεται σε κατάσταση μέθης με την παραμικρή ποσότητα αλκοόλ αλλά συνεχίζει να πίνει. Πλέον δεν ενδιαφέρεται καθόλου για την εξωτερική του εμφάνιση, ενώ λόγω του υποσιτισμού παρατηρείται μεγάλη απώλεια βάρους. Οι βλάβες της υγείας του είναι πλέον πιο σοβαρές και πιθανόν μη αναστρέψιμες.

Ο αλκοολικός στο στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Καταναλώνει αλκοόλ για να ξεχάσει τα προβλήματά του θεωρώντας ότι την επόμενη μέρα θα είναι πιο δυνατός να τα αντιμετωπίσει. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου η μελαγχολία οδηγεί σε κατανάλωση αλκοόλ και η κατανάλωση αλκοόλ σε πιο δυσάρεστα συναισθήματα μελαγχολίας και αδυναμίας ελέγχου. Οι πράξεις του αλκοολικού καταλήγουν να χαρακτηρίζονται από έντονη δειλία και αναβλητικότητα. Αυτή τη χρονική περίοδο, ο αλκοολικός παρουσιάζεται εντελώς αδύναμος να αντιδράσει και σοβαρές πρωτοβουλίες πρέπει να ληφθούν από το άμεσο

οικογενειακό περιβάλλον του. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό στοιχείο της περιόδου αυτής είναι η αύξηση της ιδιοτέλειας. Περιορισμένος από τις απαιτήσεις που επιβάλλονται από την εξάρτηση, ο αλκοολικός αυξάνει την προσπάθειά του για μεγαλύτερη εκμετάλλευση και εξάρτηση από τους ανθρώπους. Σταδιακά, ο αλκοολικός περιέρχεται σε κατάσταση αυτολύπησης (Hesselbrock et al., 2020; Παπαναστασάτος, 2014) η οποία ολοκληρώνει την εξαθλίωση και την ταπείνωσή του χωρίς ωστόσο ο ίδιος να το αντιλαμβάνεται ή να καταβάλει κάποια προσπάθεια. Βασικός του στόχος είναι η μετάθεση της ευθύνης που ο ίδιος έχει στους άλλους, προκειμένου να “αθωώσει” τον εαυτό του και απαλλαγεί από τις τύψεις και τις ενοχές. Έτσι θα καταφέρει να επιστρέψει σε νέα κατανάλωση αλκοόλ με κατάληξη την μέθη, δικαιωμένος (Παπαναστασάτος, 2014).

### **1.3.2 Τύποι καταναλωτών**

Έχει παρατηρηθεί ότι εκτός των τριών διακριτών φάσεων μέσα από τις οποίες ο αλκοολικός περνά από την απλή χρήση αλκοόλ στην κατάχρηση, τον εθισμό και την εξάρτηση, υπάρχει μία σημαντική διαφορά, η οποία αφορά στο κίνητρο για το οποίο πίνει κάθε άτομο. Έτσι, διακρίνονται πέντε βασικοί τύποι καταναλωτών (Jellinek, 1952):

- 1. Τύπος-α.** Καταναλώνει αλκοόλ συνειδητά, ελέγχει την ποσότητα και δεν πίνει καθημερινά. Το κίνητρο είναι η βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης μέσα από την απαλλαγή των δυσάρεστων συναισθημάτων και την μείωση των ενδοψυχικών συγκρούσεων.
- 2. Τύπος-β.** Η χρήση αλκοόλ είναι ευκαιριακή και πραγματοποιείται στο κατάλληλο περιβάλλον με κίνητρό του να ταυτιστεί και να προσαρμοστεί με την παρέα και το περιβάλλον.
- 3. Τύπος-γ.** Η παθολογική εξέλιξη του τύπου-α. Η χρήση αλκοόλ έχει σκοπό την απαλλαγή από τις ενδοψυχικές συγκρούσεις και τα συναισθήματα που δεν μπορεί να διαχειριστεί. Σε αντίθεση με τον τύπο-α, η συνεχής απώλεια του ελέγχου είναι κυρίαρχο γνώρισμα. Η εξάρτηση είναι κυρίως ψυχολογικής φύσεως. Η πλειοψηφία των νέων αλκοολικών ανήκει σε αυτή την κατηγορία.
- 4. Τύπος-δ.** Η παθολογική εξέλιξη του τύπου-β καθώς η ανάγκη αυτών των καταναλωτών να ταυτιστούν και να προσαρμοστούν στην παρέα και το περιβάλλον έχει ως αποτέλεσμα τη σωματική εξάρτηση. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι καθημερινή και σε προχωρημένες φάσεις συμβαίνει ακόμη και το πρωί με στόχο την αποφυγή του στερητικού συνδρόμου. Κοινωνικές μεταβλητές, όπως ήθη και έθιμα, τάσεις της μόδας και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο.

5. **Τύπος-ε.** Χαρακτηρίζει τον αλκοολικό που βιώνει περιοδική απώλεια ελέγχου, ενώ στο μεσοδιάστημα της χρήσης απέχει από το αλκοόλ. Οι τύποι 3, 4 και 5 αποτελούν παθολογικούς τύπους εξάρτησης.

### **1.3.3 Ο αλκοολικός**

Όπως περιγράφηκε παραπάνω, ο πληθυσμός των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων είναι ανομοιογενής ως προς τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Kalaydjian et al., 2009). Περίπου το ένα πέμπτο των αλκοολικών εμφανίζουν «λειτουργική εξάρτηση» από το ποτό. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα αυτά δεν εντάσσονται σε στερεότυπα γύρω από τον τυπικό αλκοολικό αναφορικά με την εμφάνιση, τη συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά του. Με τον όρο «λειτουργική εξάρτηση» εννοούμε την κατάσταση του ατόμου που είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ χωρίς ωστόσο να παρεμποδίζεται η λειτουργικότητά του σε ορισμένους τομείς της ζωής (Benton, 2009). Έτσι, οι λειτουργικοί αλκοολικοί μπορούν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ μετά το ωράριο εργασίας τους, και την επόμενη μέρα να ξυπνάει κανονικά για τη δουλειά του (Moss et al., 2007; Schuckit et al., 2000).

### **1.3.4 Αλκοολική τοξίκωση**

Η αλκοολική τοξίκωση, ή κοινώς μέθη, αναφέρεται στη συνήθως σκόπιμη και μη ελεγχόμενη εμπειρία της δηλητηρίασης του οργανισμού από το αλκοόλ η οποία είναι κοινή και όχι πάντοτε παθολογική (Rusyn & Bataller, 2013). Αν και όπως θα δούμε σε επόμενο κεφάλαιο παρατηρούνται ατομικές διαφορές ως προς την ανοχή του αλκοόλ, το πρώτο στάδιο της αλκοολικής τοξίκωσης αρχίζει συνήθως από τα 0.8 gr/ltr αλκοολαιμίας, δηλαδή περιεκτικότητας του αίματος σε αλκοόλ (WHO, 2019). Στο πρώτο αυτό στάδιο παρατηρούνται αλλαγές στο θυμικό (ευφορία, διαχυτικότητα ή θλίψη) και την συμπεριφορά (μειωμένος έλεγχος και αναστολές, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα) (Hindmarch et al., 1991).

Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από ψηλότερη ποσότητα αλκοόλης στο αίμα, περί τα 2.0 gr/ltr (WHO, 2019). Στο στάδιο αυτό παρατηρείται όξυνση στις διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς, ενώ η κριτική ικανότητα εξασθενεί και ο λόγος χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην άρθρωση και με ασυνάρτητο περιεχόμενο. Σε αυτά προστίθενται οι διαταραχές στην κινητικότητα του ατόμου, όπως η ασυνεργία των κινήσεων, το χαρακτηριστικό αταξικό βάδισμα, η δυσαρθρία και ο χονδροειδής τρόμος των άκρων (Hindmarch et al., 1991). Το στάδιο αυτό συνοδεύεται από ναυτία και εμετό, ταχυκαρδία, υπέρπνοια και αισθητηριακή υπαισθησία τα οποία σταδιακά εξασθενούν καταλήγοντας σε νοητική σύγχυση, υπνηλία και λήθαργο.

Τέλος, με περιεκτικότητα αλκοόλης στον οργανισμό πέραν των 3 gr/ltr, το άτομο πέφτει σε βαθύ κόμα (WHO, 2019). Σε αυτό το στάδιο τα φυσιολογικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται από υποτονία, μυδρίαση, υπόταση, εξασθένηση του σφυγμού και κατάργηση των αντανακλάσεων. Μετά από μερικές ώρες, η κλινική εικόνα επανέρχεται στο φυσιολογικό, ωστόσο υπάρχει ο κίνδυνος καρδιαγγειακού *collapsus* το οποίο μπορεί να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο αν δεν ληφθούν τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα.

### **1.3.5 Χρόνιος αλκοολισμός**

Η χρόνια αλκοολική συμπεριφορά, ή αλκοολικό σύνδρομο, χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη κατάχρηση αλκοόλ η οποία χαρακτηρίζεται, πέραν της εξάρτησης, από συγκεκριμένη σημειολογία. Μπορεί να εκδηλωθεί είτε ως πρωτογενής, είτε ως δευτερογενής διαταραχή, ως επακόλουθο κάποιας δεύτερης ψυχικής διαταραχής η οποία προϋπάρχει του αλκοολικού συνδρόμου, χωρίς ωστόσο να σημαίνει ότι υπάρχει αιτιατή σχέση μεταξύ τους (Παπαναστασάτος, 2014).

## **1.4 Ταξινόμηση του αλκοολισμού**

Το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-5; Bartoli et al., 2015) ταξινομεί τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ σύμφωνα με έναν ορισμένο αριθμό κριτηρίων που πρέπει να συναντώνται σε ένα άτομο περιγράφεται παρακάτω. Συνολικά, τα διαγνωστικά κριτήρια είναι επτά, εκ των οποίων πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον τα τρία προκειμένου να διαγνωσθεί ένα άτομο με διαταραχή χρήσης αλκοόλ.

- (i) Ανοχή στο αλκοόλ η οποία εκφράζεται ως η ανάγκη του ατόμου για την κατανάλωση αυξημένων ποσοτήτων αλκοόλ με σκοπό να επιτευχθεί η μέθη ή με σαφώς μειωμένο αποτέλεσμα μέθης με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ
- (ii) Στερητικό σύνδρομο. Το άτομο λαμβάνει αλκοόλ είτε για την ανακούφιση είτε για την αποφυγή των δυσάρεστων στερητικών συμπτωμάτων
- (iii) Η παρατεταμένη λήψη αυξημένων ποσοτήτων αλκοόλ παρά την αντίθετη πρόθεση του χρήστη
- (iv) Έντονη επιθυμία για αλκοόλ και οι προσπάθειες για να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση χωρίς όμως επιτυχή αποτελέσματα
- (v) Ο χρόνος ο οποίος δαπανά το άτομο σε δραστηριότητες που αφορούν την απόκτηση την λήψη ή ακόμη και την ανάνηψη από την δράση του αλκοόλ



- (vi) Περιορισμός των επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων του χρήστη εξαιτίας της χρήσης του αλκοόλ
- (vii) Η συνέχιση της χρήσης αλκοόλ από το άτομο παρόλη την επίγνωση της εξάρτησης

## **Κεφάλαιο 2**

### **Αιτίες του αλκοολισμού**

Ο αλκοολισμός αποτελεί μία ιδιαίτερα πολύπλοκη παθολογική κατάσταση με πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει ένας σαφώς καθορισμένος παράγοντας που να προκαλεί την παθολογική κατάσταση ούτε ένα μοναδικό κίνητρο το οποίο ωθεί το άτομο στη χρήση και την κατάχρηση αλκοόλ. Έχει παρατηρηθεί ότι η συνύπαρξη αρκετών παραγόντων ταυτόχρονα μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση από το αλκοόλ μέσα από μία πορεία που απαιτεί ένα ικανό χρονικό διάστημα. Όπως θα δούμε παρακάτω, στους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να είναι βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως, σχετικά πρόσφατα προστέθηκαν και οι εκλυτικοί παράγοντες.

#### **2.1 Βιολογικές αιτίες**

Οι βιολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν ένα από τους πιο σημαντικούς ρόλους στην εκδήλωση του αλκοολισμού. Αν και λόγω της πολυπλοκότητας της εξάρτησης από το αλκοόλ θεωρείται απίθανο ένα μοναδικό γονιδιακό χαρακτηριστικό να ευθύνεται για τη δημιουργία του αλκοολισμού, έρευνες έχουν δείξει ότι για τη γενετική προδιάθεση που παρατηρείται ευθύνεται η έλλειψη κάποιων από τους φυσιολογικούς προστατευτικούς γενετικούς παράγοντες που προστατεύουν το άτομο σε φυσιολογικές συνθήκες από την υπερβολική κατανάλωση. Συγκεκριμένα, οι μεταλλαγές στο χρωμόσωμα 11 που επηρεάζουν την παραγωγή του υποδοχέα D2 της ντοπαμίνης (Volkow et al., 2006; Φιδάνης & Καπρίνης, 2002).

Οι γενετιστές υποστηρίζουν ότι το άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να έχει κληρονομήσει την έλλειψη αυτών των προειδοποιητικών σημάτων του εγκεφάλου σε σύγκριση με άλλους που μπορούν να σταματήσουν την κατανάλωση αλκοόλ. Σε αυτό το πλαίσιο, έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού έχουν υψηλότερες πιθανότητες να αναπτύξουν εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με άτομα που προέρχονται από οικογένειες που δεν υπάρχει αντίστοιχο ιστορικό. Η κληρονομικότητα αυτή παρουσιάζεται ανάμεσα στο 40% και το 60% των ατόμων που παρουσιάζουν εξάρτηση από το αλκοόλ (Koob et al., 1994). Επίσης, μελέτες οικογένειας έδειξαν ότι τα παιδιά αλκοολικών που υιοθετήθηκαν στη γέννηση τους από

οικογένειες μη αλκοολικών, είχαν υψηλότερες πιθανότητες να αναπτύξουν εξάρτηση στο αλκοόλ από ότι παιδιά μη αλκοολικών γονέων που υιοθετήθηκαν από οι οικογένειες μη αλκοολικών (Edenberg & Foroud, 2006). Ακόμη, έρευνες έδειξαν ότι η έλλειψη των ενζύμων αδελχαιδής (AcH) και αλκοολικής αφυδρογονάσης (AdH) μπορεί να οφείλεται για τη μειωμένη ανοχή στο αλκοόλ σε άτομα με εξάρτηση σε αυτό με αποτέλεσμα τη συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ (Eriksson, 2001). Τέλος, ορισμένα άτομα με εξάρτηση στο αλκοόλ μπορεί να έχουν κληρονομικές δυσλειτουργίες στη μεταφορά σεροτονίνης καθώς τα μη-φυσιολογικά επίπεδα σεροτονίνης είναι συνδεδεμένα με υψηλα επίπεδα ανοχής στο αλκοόλ.

## 2.2 Ψυχολογικές

Η κατάχρηση αλκοόλ, ο εθισμός και η εξάρτηση σε αυτό είναι συνυφασμένα με ποικίλους παράγοντες ψυχολογικής φύσεως. Η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με υψηλές πιθανότητες κατάχρησης αλκοόλ (Beach et al., 2013). Στις ομάδες υψηλού κινδύνου για εξάρτηση από το αλκοόλ βρίσκονται παιδιά με τραυματικές εμπειρίες που έχουν δεχτεί την απόρριψη από το οικογενειακό τους περιβάλλον (Moussas et al., 2009). Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει ερευνήσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου ως προς την ανάπτυξη του αλκοολισμού. Μερικές μελέτες έδειξαν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η χαμηλή αντοχή στο στρες συνδέονται θετικά με την εξάρτηση από το αλκοόλ.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που κάνουν παθολογική χρήση αλκοόλ, πάσχουν ταυτόχρονα και από άλλες ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, οι διαταραχές της διάθεσης, οι διαταραχές της προσωπικότητας και οι αγχώδεις διαταραχές παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα με αλκοολεξάρτηση, χωρίς ωστόσο να έχει βρεθεί συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας που να συνδέεται με παθολογική χρήση αλκοόλ (Mellos et al., 2010; Morisano et al., 2014). Εντούτοις, η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας και η διαταραχή αγωγής στα παιδιά προδιαθέτουν την ανάπτυξη διαταραχών χρήσης αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (Moussas et al., 2009). Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα προσέγγιση που προτείνει τη συνύπαρξη διαταραχών χρήσης αλκοόλ και άλλων ψυχικών διαταραχών είναι η υπόθεση της αυτό-χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (self-medication hypothesis) (Khantzian, 1997; Khantzian, 2003). Κατά την υπόθεση αυτή, η χρήση αλκοόλ στοχεύει στην ανακούφιση του ψυχολογικού πόνου που προκαλείται από κάποια ψυχική διαταραχή.

Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα αιτιοπαθογένειας που να εξηγούν τη συνύπαρξη διαταραχών χρήσης αλκοόλ με άλλες ψυχικές διαταραχές. Ένα από τα επικρατέστερα μοντέλα

είναι η υπόθεση της διπλής κατεύθυνσης. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, τα άτομα με διαταραχές χρήσης αλκοόλ συχνά πάσχουν και από άλλες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες αν και δεν σχετίζονται με την αλκοολεξάρτηση, την επιδεινώνουν ανεξαρτήτως των αιτίων που τις προκάλεσε (Ghodse, 2002). Η αξία της συγκεκριμένης υπόθεσης έγκειται στην έμφαση που δίνει στις αρνητικές συνέπειες της μίας διαταραχής στην άλλη κατά την συνεμφάνισή τους, δυσχεραίνοντας σημαντικά τη διάγνωση και τη θεραπεία (Lehman et al., 1989).

Η σχέση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη με τη χρήση αλκοόλ αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της υπόθεσης της διπλής κατεύθυνσης. Αν και άτομα που βιώνουν έντονα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, συχνά καταναλώνουν αλκοόλ για να ανακουφιστούν, σύμφωνα με την υπόθεση αυτοχορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (self-medication hypothesis), μακροχρόνια, η συνέχιση χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, είτε ως ψυχολογική αντίδραση, είτε ως σύμπτωμα του στερητικού συνδρόμου (Allan, 1995; Baving & Olbrich, 1996). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με εξάρτηση αλκοόλ που συνυπάρχει κατάθλιψη ως ανεξάρτητη διαταραχή, έκαναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας συγκριτικά με άτομα στα οποία η κατάθλιψη ήταν δευτερεύουσα διάγνωση που είχε προκληθεί από το αλκοόλ (Preuss et al., 2002). Ακόμη, ο Driessen και οι συνεργάτες του (1996), η κατάθλιψη μπορεί να μετατρέψει τη χρήση αλκοόλ σε κατάχρηση και εξάρτηση από αυτό, ωστόσο, όταν η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πλέον εδραιωθεί, φαίνεται ότι η παρουσία κατάθλιψης δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο.

### **2.3 Κοινωνικές**

Το αλκοόλ αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο στην καθημερινή συναλλαγή των ανθρώπων με τη διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών υποχρεώσεων να περιλαμβάνει την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Η οικογένεια ως πρωταρχικός θεσμός της κοινωνικότητας του ατόμου μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Μέσα σε κοινωνικές εκδηλώσεις στο πλαίσιο του οικογενειακού περιβάλλοντος, γιορτές, συναθροίσεις, γάμους, από μικρή ακόμη ηλικία το άτομο έρχεται σε επαφή με το αλκοόλ το οποίο είναι συνυφασμένο με εκδηλώσεις ψυχαγωγικού χαρακτήρα. Στον αντίποδα, το αλκοόλ μέσα στην οικογένεια μπορεί να συνδυαστεί με δυσάρεστες και αγχώδεις καταστάσεις μέσω των οποίων το άτομο έρχεται σε επαφή με το αλκοόλ από πολύ νωρίς. Για παράδειγμα, αρκετοί γονείς, προκειμένου να απομακρυνθούν από τα προβλήματα της καθημερινότητας, ή να τα αντιμετωπίσουν ευκολότερα, κάνουν χρήση και κατάχρηση αλκοόλ. Εκτός από την οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον και οι παρέες των

συνομηλικών συχνά ωθούν κυρίως νεαρά άτομα στην κατανάλωση αλκοόλ. Οι έφηβοι στην προσπάθειά τους να απομακρυνθούν από πρότυπα που παραπέμπουν στο οικογενειακό περιβάλλον, συχνά ωθούνται να μιμηθούν και ενστερνιστούν αρνητικά πρότυπα και παραβατικές συμπεριφορές του φιλικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Δυστυχώς, με στόχο να αποδείξουν την ωρίμανση και την ενηλικίωσή τους, παροτρύνονται στην κατανάλωση αλκοόλ. Ο έφηβος, προκειμένου να βιώσει κοινωνική αποδοχή και να ενταχθεί στην ομάδα των συνομηλικών, καταναλώνει αλκοόλ υπό ψυχολογική πίεση (Μπικηρόπουλος Θ., 2015, σελ79-82).

Πολιτισμικοί παράγοντες, όπως τα ήθη και τα έθιμα της κάθε χώρας, μπορούν να συμβάλουν ή να αποτρέψουν το άτομο από την κατανάλωση αλκοόλ. Στις μεσογειακές χώρες, για παράδειγμα, η κατανάλωση αλκοόλ συνοδεύει το φαγητό και τις περισσότερες κοινωνικές εκδηλώσεις και συναλλαγές, μία κατάσταση η οποία αλληλεπιδρώντας με άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μπορεί εύκολα να οδηγήσει στην εξάρτηση από το αλκοόλ ή να αποτελέσει την κατάλληλη αφορμή για δικαιολογημένη κατανάλωση από άτομα ήδη εξαρτημένα από το αλκοόλ (Μπικηρόπουλος Θ., 2015, σελ79-82).

#### **2.4 Εκλυτικές**

Στις εκλυτικές αιτίες της εξάρτησης από το αλκοόλ συγκαταλέγονται οι παράγοντες οι οποίοι εκτός από τις προδιαθεσιακούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς, καθιστούν μια ορισμένη στιγμή ενεργό το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ που υπήρχε στην αφάνεια και δεν είχε εκδηλωθεί ακόμη (Hicks et al., 2014). Πρόκειται για σημαντικές περιόδους αλλαγής στη ζωή του ατόμου όπως η εφηβεία, η συνταξιοδότηση και τα γηρατειά, ή για τραυματικά γεγονότα όπως η απώλεια, το διαζύγιο, ατυχήματα και ασθένειες (Hicks et al., 2014). Επιπλέον, στους εκλυτικούς αιτιολογικούς παράγοντες της εξάρτησης από το αλκοόλ περιλαμβάνονται τα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου στο γάμο, την οικογένεια ή τις φιλικές και τις συντροφικές σχέσεις. Τέλος, προβλήματα στον εργασιακό τομέα όπως οι αλλαγές στο είδος της εργασίας, η ανεργία, και οι απότομα αυξημένες ή μειωμένες ευθύνες μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση προβληματικής χρήσης του αλκοόλ. Εν ολίγοις, οι εκλυτικοί παράγοντες αναφέρονται στη χρονική ωρίμανση μιας υποβόσκουσας κατάστασης που συντελεί στην αλλαγή του συστήματος του ατόμου (Maltzman, 2014). Αντιστοιχούν στον «οξύ καιρό» του Ιπποκράτη, στο «timing» των Άγγλων ή στο εκκλησιαστικό «πλήρωμα του χρόνου».

## Κεφάλαιο 3

### Αλκοόλ και οικογένεια

#### 3.1 Το αλκοόλ στην ελληνική οικογένεια

Ο αλκοολικός σε μια οικογένεια προκαλεί συχνά καυγάδες και συγκρούσεις που οδηγούν σε αποδιοργάνωση και δυσλειτουργία της οικογένειας. Ο εξαρτημένος γονέας πολλές φορές υιοθετεί ένα ύφος ανατροφής παντοδυναμίας απέναντι στα παιδιά με υπερβολική αυστηρότητα, συχνή λεκτική και σωματική βία, ενώ άλλες φορές υιοθετεί ένα υπερπροστατευτικό ύφος το οποίο τον καθιστά αφύσικα κτητικό και απορριπτικό (Hendrickson, 2016). Τα παιδιά των αλκοολικών συχνά λαμβάνουν ανεπαρκή γονική μέριμνα και αρνητικά μοτίβα αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού.

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μελετών που καταδεικνύει τις σημαντικές ψυχολογικές και συναισθηματικές συνέπειες στην ανατροφή των παιδιών αλκοολικών γονέων (Fewell, 2013; Gold, 2013; Woititz, 1990). Τα παιδιά αυτά από μικρή κιόλας ηλικία παίρνουν την ευθύνη του εαυτού τους και της οικογένειάς τους, συντηρούν οικονομικά όλη την οικογένεια, ενώ ταυτόχρονα βιώνουν φόβο, ντροπή και ενοχές για τη μειωμένη ικανότητά τους να σώσουν τη ζωή του εξαρτημένου γονέα (Gold, 2013). Καθώς μεταβαίνουν στην ενηλικίωση, τα παιδιά αυτά έχουν συχνά χαμηλή αυτό-εκτίμηση και δυσκολίες στην αλληλεπίδρασή τους με τους άλλους. Έχοντας βιώσει αρνητικές εμπειρίες στις σχέσεις με τους γονείς τους, οι οποίες χαρακτηρίζονται από προβλήματα επικοινωνίας, έλλειψη ενσυναίσθησης και συναισθηματικής εγγύτητας, και ανεπαρκή ακατάλληλα πρότυπα συμπεριφορών, στην ενήλική πλέον ζωή τους αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα στις δια προσωπικές τους σχέσεις (Kearns-Bodkin&Leonard, 2008).

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, η ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά δείχνει ότι για το 2018 το 40% των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια και εισήλθαν στη θεραπεία για την εξάρτησή τους στο αλκοόλ ήταν έγγαμοι (ΕΚΤΕΠΝ, 2020). Από το σύνολο των ατόμων που εισήλθαν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης κατά το ίδιο έτος, παρατηρήθηκε κατάχρηση αλκοόλ και από άλλα μέλη της οικογένειας στο 52,1% των περιπτώσεων (ΕΚΤΕΠΝ, 2020). Τουλάχιστον 1 στους 3 χρησιμοποιούσαν λεκτική βία εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ 1 στους 5 συνήθιζαν να εκδηλώνουν τόσο λεκτική όσο και σωματική βία προς κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας (ΕΚΤΕΠΝ, 2020). Για τα παιδιά, η παρουσία ενός γονέα εξαρτημένου από το αλκοόλ αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την εκδήλωση διαφόρων προβλημάτων καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους, από την παιδική ηλικία μέχρι και την ενηλικίωσή τους. Εκτός του γενετικού παράγοντα,

προβλήματα ψυχολογικής φύσεως συνδέονται επίσης με την εξάρτηση ενός γονέα από το αλκοόλ (Κασταμούλα & Μενιουδάκη, 2021; Πομίνι, 2009). Σύμφωνα με την ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας, ελάχιστες ερευνητικές μελέτες έχουν εκπονηθεί για τη διερεύνηση των συνεπειών του αλκοολισμού στην ελληνική οικογένεια. Σε μία πρόσφατη έρευνα σε δείγμα μελών της ομάδας Ανώνυμων Αλκοολικών και μέλη των οικογενειών τους στην πόλη του Ηρακλείου, οι Κασταμούλα και Μανιουδάκη (2021) βρήκαν ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος βίωνε ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση έχοντας αλκοολικό άτομο στην οικογένεια, καθώς η εξάρτηση αλλοιώνει τις σχέσεις της οικογένειας και αλλάζει τους ρόλους.

### **3.2 Συναισθηματικοί Δεσμοί: Ο Δεσμός των Ενηλίκων**

Η διερεύνηση της προσκόλλησης γονέα-παιδιού παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις σχέσεις και την προσκόλληση του ατόμου κατά την ενήλική ζωή. Το θεωρητικό πλαίσιο της προσκόλλησης βοηθά στην κατανόηση των σχέσεων, της διαπροσωπικής επικοινωνίας και της συναισθηματικής ικανοποίησης. Οι μελέτες του Bowlby εστίασαν στις πρώιμες σχέσεις μεταξύ βρέφους και φροντιστή (Bowlby, 1980). Σύμφωνα με τον Bowlby, το παιδί αναπτύσσει μία σχέση προσκόλλησης με κάποιο πρόσωπο του περιβάλλοντος η οποία λειτουργεί ως πρότυπο για όλες τις μελλοντικές του σχέσεις (Bowlby, 1980). Το παιδί μέσα από επαναλαμβανόμενες αλληλεπιδράσεις με τον πιο σημαντικό πρόσωπο φροντίδας, συνήθως τη μητέρα του, αναπτύσσει εσωτερικές αναπαραστάσεις ή μοντέλα τόσο για τον ίδιο τον εαυτό του όσο και για τη φιγούρα προσκόλλησης. Αργότερα, η Ainsworth διερεύνησε τα είδη του δεσμού της προσκόλλησης που αναπτύσσει το κάθε παιδί και διέκρινε τον ασφαλή, τον αγχώδη, τον αποφευκτικό, τον ανθεκτικό και τον αποδιοργανωμένο δεσμό (Bloch & Guillory, 2011). Ο ασφαλής δεσμός αναπτύσσεται από τα παιδιά που βιώνουν φιγούρες προσκόλλησης που ανταποκρίνονται και είναι διαθέσιμες στις ανάγκες τους (Kearns-Bodkin & Leonard, 2008). Τα παιδιά αυτά δημιουργούν προσδοκίες ότι αξίζουν να αγαπηθούν και να υποστηρίζονται και ότι οι άλλοι είναι διαθέσιμοι. Από την άλλη, τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό έχουν εμπειρίες από το πρόσωπο φροντίδας το οποίο δεν ανταποκρινόταν στις ανάγκες τους. Τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό θεωρούν ότι δεν αξίζουν να αγαπηθούν και ότι οι άλλοι δεν είναι αξιόπιστοι (Kearns-Bodkin & Leonard, 2008).

Όσον αφορά τους αλκοολικούς γονείς, μελέτες έχουν δείξει το είδος του δεσμού που αναπτύσσουν τα παιδιά εξαρτάται τόσο από τη σοβαρότητα της εξάρτησης στο αλκοόλ όσο και από το φύλο του γονέα (Kelley et. al., 2005). Προηγούμενες έρευνες μελέτησαν αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των περιπτώσεων όπου ο πατέρας είναι αλκοολικός και των περιπτώσεων όπου

η μητέρα είναι αλκοολική. Οι πατέρες με εξάρτηση στο αλκοόλ είναι συνήθως πιο βίαιοι και κακοποιητικοί, ενώ οι μητέρες με εξάρτηση είναι συχνά συναισθηματικά απούσες και χειριστικές με τα παιδιά τους. Τα βρέφη με έναν γονέα αλκοολικό συνήθως αναπτύσσουν ανασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την έλλειψη ασφάλειας και στήριξης. Αυτό συμβαίνει διότι ο αλκοολικός γονέας είναι συνήθως απορριπτικός και δεν ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του βρέφους.

### **3.3 Ενδο-οικογενειακή βία**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί κύριο παράγοντα σεξουαλικής κακοποίησης και ενδο-οικογενειακής βίας (Καλογεροπούλου και συν., 2018). Η κατάχρηση αλκοόλ δύναται να κάνει και τους δύο γονείς βίαιους και επιθετικούς, ανεξάρτητα από το φύλο, με συνέπειες σοβαρές σωματικές βλάβες ακόμη και θάνατο. Αποτελέσματα πολλών εμπειρικών μελετών δείχνουν ότι οι αλκοολικοί γονείς τόσο κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης, όσο και το διάστημα μέχρι την επόμενη χρήση αλκοόλ γίνονται περισσότερο βίαιοι και ευέξαπτοι.

Επίσης, το αλκοόλ συνδέεται με τη ψυχολογική, λεκτική και σωματική κακοποίηση μεταξύ συντρόφων. Κατά κανόνα, η διαβίωση μέσα στην οικογένεια του αλκοολικού ατόμου με την πάροδο του χρόνου γίνεται ανυπόφορη και μεταλλάσσεται σε πραγματικό μαρτύριο για τα υπόλοιπα μέλη. Αιτία για τις συχνές και σκληρές διαμάχες στην οικογένεια του αλκοολικού ατόμου είναι τα αισθήματα ενοχής, η ευερεθιστότητα και η δυσαρέσκεια.

### **3.4 Πρώιμα Δυσλειτουργικά Σχήματα**

Τα σχήματα διαμορφώνονται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής και επηρεάζουν ποικιλοτρόπως το άτομο καθόλη τη διάρκεια της ζωής του (Young et al., 2003). Συγκεκριμένα, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα αφορούν πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα σχετικά με τον εαυτό τους, το περιβάλλον και τους άλλους, και είναι αποτέλεσμα της μη κάλυψης βασικών αναγκών κατά την παιδική ηλικία, κυρίως συναισθηματικών αναγκών (Zhang, 2010). Καθώς τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα ενεργοποιούνται, εκδηλώνονται διάφορες γνωστικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, άγχος, έλλειψη ακαδημαϊκής προόδου, διαπροσωπικές συγκρούσεις και κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Ο Young και συνεργάτες (2003) αναγνώρισαν 18 πρώιμα

δυσλειτουργικά σχήματα τα οποία κατηγοριοποιήθηκαν σε πέντε τομείς όπως περιγράφονται παρακάτω:

#### **α. Αποσύνδεση/ Απόρριψη**

1. Εγκατάλειψη: Η πεποίθηση ότι οι σημαντικοί άλλοι θα φύγουν.
2. Καχυποψία/Κακοποίηση: Η πεποίθηση ότι οι άλλοι θα πουν ψέματα ή θα εκμεταλλευτούν.
3. Συναισθηματική Στέρξη: Η αίσθηση ότι δεν υπάρχει διαθέσιμη ή επαρκής συναισθηματική στήριξη από τους άλλους.
4. Ελαττωματικότητα/Ντροπή: Η πεποίθηση ότι κάποιος είναι ελαττωματικός ή άχρηστος, κακός ή ανεπιθύμητος.
5. Κοινωνική Απομόνωση: Η αίσθηση της αποξένωσης από τους άλλους.

#### **β. Ανεπαρκής Αυτονομία και Επίδοση**

6. Εξάρτηση/Ανικανότητα: Η πεποίθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του στην καθημερινότητα του.
7. Ευαλωτότητα σε Βλάβη/Ασθένεια: Η πεποίθηση ότι επίκειται κάποια καταστροφή.
8. Συγχώνευση/Ανολοκλήρωτος Εαυτός: Συγχώνευση της ταυτότητας και υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή με ένα άλλο άτομο.
9. Αποτυχία: Η πεποίθηση ότι κάποιος είναι ανεπαρκής σε σχέση με άλλους στον τομέα της επίτευξης.

#### **γ. Ανεπαρκή Όρια**

10. Αυτονόητο Δικαίωμα/ Μεγαλομανία: Η πεποίθηση ότι κάποιος είναι ανώτερος από τους άλλους και ότι δικαιούται ειδικά προνόμια.
11. Ανεπαρκής Αυτοέλεγχος: Η πεποίθηση για αδυναμία ελέγχου στις παρορμήσεις ή/και συναισθήματα.

#### **δ. Προσανατολισμός στους Άλλους**



12. Υποταγή: Υπερβολική παραχώρηση ελέγχου στους άλλους.

13. Αυτοθυσία: Η κάλυψη των προσωπικών αναγκών παραμερίζεται για χάρη της κάλυψης των αναγκών των άλλων

14. Αναζήτηση Επιδοκμασίας/ Αναγνώρισης: Η έντονη ανάγκη για επιδοκμασία, προσοχή και αναγνώριση από τους άλλους.

#### **ε. Υπερεπαγρύπνηση και Αναστολή**

15. Αρνητικότητα/Απαισιοδοξία: Η επικέντρωση στα αρνητικά στοιχεία και δυσάρεστα γεγονότα της ζωής.

16. Συναισθηματική Αναστολή: Η έντονη αναστολή των συναισθημάτων.

17. Ανελαστικά Πρότυπα/ Υπερεπικριτικότητα: Η πεποίθηση ότι η επίτευξη υψηλών προτύπων συμπεριφοράς ή επίδοσης επιτυγχάνεται με μόχθο

18. Τιμωρητικότητα: Η πεποίθηση ότι τα λάθη (και του εαυτού και των άλλων) πρέπει να τιμωρούνται σκληρά

Σύμφωνα με τον Young, τα άτομα με πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα τείνουν να επηρεάζονται πιο αρνητικά από τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν διαμορφώσει πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα. Από την άλλη, τα άτομα που χρησιμοποιούν λειτουργικά σχήματα έχουν περισσότερες δυνατότητες να διαχειριστούν δυσάρεστες και στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής και είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές ή εξάρτηση από το αλκοόλ και από άλλες ουσίες (Ball et al., 2005). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αλκοολικοί έχουν περισσότερα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα σε σύγκριση με άτομα που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το αλκοόλ (Roper et al., 2010).

## **Κεφάλαιο 4**

### **Συνέπειες του αλκοόλ**

#### **4.1 Στερητικό σύνδρομο**

Το στερητικό σύνδρομο του αλκοόλ συνήθως εμφανίζεται έξι έως είκοσι τέσσερις ώρες μετά την παύση ή την ελάττωση παρατεταμένης και έντονης χρήσης, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται ακόμη και τριάντα έξι ώρες μετά την τελευταία λήψη αλκοόλ. Το στερητικό σύνδρομο περιλαμβάνει μία σειρά από σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα των οποίων ο χρόνος έναρξης, η διάρκεια και η ένταση καθορίζονται από πολλούς παράγοντες με τους σημαντικότερους να αφορούν την ηλικία, το βάρος και τον μεταβολισμό του ασθενή, τη διάρκεια και την ένταση της χρήσης, και τη συννοσηρότητα με άλλες ασθένειες και ψυχικές διαταραχές (Jesse et al., 2017; Benedict et al., 2018).

Το αλκοόλ δρα κατασταλτικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) μέσω της αναστολής των υποδοχέων του εγκεφάλου NMDA του γλουταμινεργικού συστήματος (το κύριο διεγερτικό σύστημα του ΚΝΣ) και της διέγερσης του συστήματος GABA (το κύριο κατασταλτικό σύστημα του ΚΝΣ) (Jesse et al., 2017; Tsai et al., 1995). Ο οργανισμός προσαρμόζεται στη χρόνια χρήση αλκοόλ μειώνοντας τους GABA υποδοχείς και αυξάνοντας τους NMDA υποδοχείς ώστε να διατηρηθεί η ομοιόσταση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερδιέγερση του ΚΝΣ όταν η λήψη αλκοόλ διακόπτεται απότομα. Παρατηρείται σημαντική διακύμανση στη βαρύτητα των συμπτωμάτων στέρησης. Τα πιο κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος με ταχυκαρδία, υπέρταση και έντονη εφίδρωση, τρόμο, αϋπνία, ναυτία και εμετό, άγχος, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, ψυχοκινητική διέγερση και κρίσεις επιληψίας (Jesse et al., 2017; Benedict et al., 2018). Όπως περιγράφεται παρακάτω, το τρομώδες παραλήρημα, ή αλλιώς ντελίριο από στέρηση, αποτελεί την πιο βαριά έκφραση του στερητικού συνδρόμου του αλκοόλ και συνήθως εμφανίζεται σε άτομα με άλλα προβλήματα υγείας.

#### **4.2. Τρομώδες παραλήρημα**

Η εκδήλωση του τρομώδους παραληρήματος συνδέεται, κυρίως με την αιφνίδια διακοπή του αλκοόλ ύστερα από μία παρατεταμένη περίοδο χρήσης (Fiellin et al., 2002). Επίσης, μπορεί να προκληθεί από την απότομη διακοπή ηρεμιστικών αγχολυτικών φαρμάκων, όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά, σε άτομα με ισχυρό εθισμό σε αυτά. Η απότομη διακοπή της κατευναστικής επίδρασης του αλκοόλ στο νευρικό σύστημα οδηγεί σε υπερδιέγερση του οργανισμού (Lee et al., 2005). Αυτό συμβαίνει επειδή η χρόνια κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει τους υποδοχείς GABA, καθώς προκαλείται μια αντισταθμιστική απάντηση του εγκεφάλου

προκειμένου να ανακτηθεί η ομοιόσταση (Lee et al., 2005). Ο ασθενής εκδηλώνει διεγερτική σύγχυση η οποία χαρακτηρίζεται από ακουστικές και οπτικές κυρίως ψευδαισθήσεις. Σε περιπτώσεις εκδήλωσης επιληπτικών κρίσεων, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα εμφανίζονται μετά.

#### **4.3 Εγκεφαλοπάθεια Wernicke**

Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke είναι ένα οξύ νευροψυχιατρικό σύνδρομο που σχετίζεται με την έλλειψη θειαμίνης (βιταμίνη B1) στον οργανισμό, απαραίτητου συνένζυμου των βιοχημικών οδών του εγκεφάλου (Manzo et al., 1994). Χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η οφθαλμοπληγία, δηλαδή η αδυναμία ελέγχου της κίνησης των ματιών, η αταξία των κινήσεων με αστάθεια βάδισης και νυσταγμός (Harper et al., 1986). Αν και ο επιπολασμός του συνδρόμου Wernicke συνδέεται με τη κατάχρηση αλκοόλ, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, από μόνη της η κατάχρηση του αλκοόλ δεν επαρκεί για την εκδήλωση του (Harper et al., 1995). Αυτό που φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση του συνδρόμου είναι ότι τα άτομα που έχουν εξάρτηση από αλκοόλ συχνά παραμελούν τη διατροφή τους. Η μειωμένη πρόσληψη βιταμινών και η ταυτόχρονη μικρή ικανότητα του ήπατος των αλκοολικών να αποθηκεύουν βιταμίνες οδηγούν αυξημένες απαιτήσεις θειαμίνης σε σύγκριση με άτομα που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το αλκοόλ (Thomson, 2000). Τα μειωμένα ενδοκυτταρικά επίπεδα θειαμίνης συντελούν σε έλλειμμα ενέργειας των κυττάρων, τοπική αύξηση του γλουταμινικού και τελικά σε θάνατο των κυττάρων (Thomson et al., 2002).

#### **4.4 Σύνδρομο ή ψύχωση Korsakoff**

Το σύνδρομο, ή ψύχωση, Korsakoff αποτελεί μία νευροψυχιατρική κατάσταση η οποία μπορεί να παραμείνει μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke, ή να εκδηλωθεί έπειτα από τρομώδη παραληρήματα (Nikolakaros et al., 2016). Στις κλινικές περιπτώσεις όπου η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke εμφανίζεται μαζί με το σύνδρομο Korsakoff, ο συνδυασμός αυτός αναφέρεται ως σύνδρομο Wernicke-Korsakoff (Nikolakaros et al., 2016). Όπως στην εγκεφαλοπάθεια του Wernicke, το σύνδρομο Korsakoff συνδέεται με χαμηλά επίπεδα θειαμίνης (βιταμίνη B1) που προκαλείται από ανεπαρκή διατροφή. Η κατάσταση αυτή προκαλεί βλάβες στους νευρώνες και στα υποστηρικτικά κύτταρα του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και αιμορραγία στο θάλαμο. Στα συμπτώματα του συνδρόμου περιλαμβάνεται η απώλεια μνήμης και η αδυναμία δημιουργίας καινούριων αναμνήσεων, η δημιουργία ψευδών αναμνήσεων, η αδυναμία εκμάθησης νέων πληροφοριών, οι αταξικές κινήσεις και η οφθαλμοπληγία (Brion et al., 2017). Η περιγραφή ασθενών με σύνδρομο Korsakoff συνήθως περιλαμβάνει μυθοπλασίες, καθώς τα άτομα

αυτά συχνά κατασκευάζουν τις εμπειρίες τους σε μία προσπάθεια να συμπληρώσουν τις λεπτομέρειες που δεν θυμούνται (Brion et al., 2017). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι παρατηρείται βελτίωση του συνδρόμου στο 75% των ασθενών με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής απέχει από το αλκοόλ και ακολουθεί πλούσια σε βιταμίνες διατροφή από 6 μήνες έως 2 περίπου χρόνια. Ωστόσο, το 25% των ατόμων με σύνδρομο Korsakoff δεν αναρρώνει πλήρως.

#### **4.5 Συνέπειες του αλκοόλ στον οργανισμό και την κοινωνία**

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το αλκοόλ σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με παραπάνω από εξήντα διαφορετικές οξείες και χρόνιες διαταραχές (Gutjahr et al. 2001), ενώ η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλές ασθένειες, κίνδυνος που ποικίλει μεταξύ αντρών και γυναικών (Corrao et al., 2004). Παρακάτω περιγράφονται επιγραμματικά, οι πιο σημαντικές επιπλοκές που προκαλεί στον οργανισμό η μη λελογισμένη και παρατεταμένη χρήση του αλκοόλ.

Συγκεκριμένα, η κατάχρηση αλκοόλ αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την παθογένεση πολλών τύπων καρκίνου, όπως για παράδειγμα καρκίνο του ήπατος (McCullough, 1999), του οισοφάγου, του στόματος και του λάρυγγα (Μουζάς, 2005), καθώς και καρκίνο του παχύ εντέρου και του μαστού (Longecker, 1994). Ακόμη, η παρατεταμένη και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί καρδιαγγειακά νοσήματα, μυοσκελετικές παθήσεις, γαστρεντερικές διαταραχές και παθήσεις στο πάγκρεας, όπως οξεία παγκρεατική βλάβη και αλκοολική παγκρεατίτιδα. Επιπλέον, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές του συναισθήματος, ενώ επιδεινώνει συχνές παθήσεις όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Τέλος, η παρατεταμένη και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι η αιτία για ποικίλες σωματικές βλάβες σε έμβρυα και σε έγκυες γυναίκες (Chang et al., 1998). Σύμφωνα με έκθεση του ΟΚΑΝΑ (1999), οι πιο συχνές δυσμενείς επιπτώσεις που συνδέονται με κατάχρηση αλκοόλ είναι η νοητική υστέρηση, οι καρδιακές δυσλειτουργίες, η μικροκεφαλία και η ελλιπής αύξηση προγεννητικά και μεταγεννητικά.

Η κατάχρηση και ο εθισμός στο αλκοόλ επιφέρει σημαντικές συνέπειες όχι μόνο στο ίδιο το άτομο, αλλά και στην οικογένειά του, τον κοινωνικό του περίγυρο και ολόκληρη την κοινωνία. Από την άλλη, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων που συνήθως συνδέονται με τη δραματική μείωση της παραγωγικότητας του ατόμου στον εργασιακό τομέα και τη λειτουργικότητα του στους διάφορους κοινωνικούς ρόλους (Collins & Lapsley 2008). Όσον αφορά τον εργασιακό τομέα, η υπερβολική κατανάλωση στο αλκοόλ συνδέεται με αυξημένες απουσίες, μειωμένη απόδοση, κακές εργασιακές σχέσεις, ατυχήματα και τραυματισμούς (Collins & Lapsley 2008). Ενδεικτικά, συναφής έρευνα στη Γαλλία

έδειξε ότι 10% έως 20% των εργατικών ατυχημάτων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη χρήση αλκοόλ (Costes & Martineau 2003). Τέλος, η υπερβολική κατανάλωση συνδέεται με την αύξηση του αριθμού των περιόδων αναρρωτικής άδειας που λαμβάνονται (Bacharach et al, 2010). Για παράδειγμα, εμπειρικές μελέτες στη Σουηδία και τη Νορβηγία έδειξαν ότι αύξηση ενός λίτρου στην ετήσια κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με 13% αύξηση των ημερών απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας (Norstrom & Moan 2009). Οι επιδράσεις της κατάχρησης αλκοόλ στον εργασιακό τομέα λόγω των σημαντικών απουσιών, της κακής απόδοσης και τις συγκρούσεις στις εργασιακές σχέσεις δεν αφορούν μόνο τους εργοδότες αλλά και τους συνεργάτες του ατόμου οι οποίοι καλούνται να αναλάβουν πρόσθετο εργασιακό φόρτο προκειμένου να αποσιωπήσουν τη μειωμένη απόδοσή του ή να τον αναπληρώσουν στις απουσίες του (Dale & Livingston 2010).

## **Κεφάλαιο 5**

### **Απεξάρτηση**

#### **5.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις**

Είναι σημαντικό να τονιστεί εξ αρχής ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού ατόμου αποτελεί ένα περίπλοκο και επίπονο εγχείρημα τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για το οικογενειακό του και φιλικό του περιβάλλον, αλλά και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συμμετέχουν στη θεραπεία. Λόγω του ότι η προβληματική χρήση του αλκοόλ προκαλεί τεράστια προβλήματα τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην οικογένεια και την κοινωνία (Nikelly, 1994), η πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού καθίσταται σύνθετη και επιτακτική (Μαδιανός, 2004; Krings, 2010). Για κάθε θεραπευτική προσέγγιση, βασική αρχή είναι η επιθυμία και η συνειδητή απόφαση του ατόμου για διακοπή του αλκοόλ και απεξάρτηση. Όπως αναφέρει ο Μαδιανός (2004, σελ. 183), το ποσοστό των αλκοολικών που κρατά την υπόσχεσή του για διακοπή λήψης αλκοόλ είναι μόνο 20%, στο 30% των ασθενών σε θεραπευτική διαδικασία παρατηρείται βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους, ενώ ένα άλλο 30% παραμένει σε αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Λυκούρα (2000), οι αλκοολικοί που υποχρεώνονται να ακολουθήσουν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα έχουν ελάχιστες πιθανότητες επιτυχίας. Αυτό συμβαίνει διότι η θεραπεία του αλκοόλ δεν αποτελεί μία παθητική διαδικασία αλλά μία προσπάθεια μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου με στόχο την αλλαγή παλιών και μεμαθημένων σκέψεων και συμπεριφορών απέναντι στη ζωή, το αλκοόλ και τις ουσίες με την παράλληλη ανάπτυξη και βελτίωση των παραγόντων της προσωπικότητας, του οικογενειακού πλαισίου και

της κοινωνίας, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στην προσπάθεια του ατόμου μακριά από τις ουσίες και το αλκοόλ (Λιάππας, 2003, σελ. 75).

Ο τρόπος αντιμετώπισης της εξάρτησης από το αλκοόλ ποικίλουν από μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ομάδες αυτοβοήθειας, μακροχρόνια προγράμματα με τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων και δομές βραχύχρονης αντιμετώπισης των στερητικών συνδρόμων σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων ή δομές αποτοξίνωσης (Detox) (Λιάππας, 2003; Λύκουρας, 2006). Αν και παρατηρούνται διαφορές μεταξύ χωρών ως προς τη φροντίδα των αλκοολικών ασθενών ανάλογα με τις πολιτικές κάθε χώρας, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, τη χρηματοδότηση, καθώς και τους ποικίλους ανθρώπινους πόρους, σε γενικές γραμμές, η θεραπευτική αντιμετώπιση παρέχεται τόσο από δομές του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού φορέα. Σε αυτό το εγχείρημα εμπλέκεται μεγάλη ποικιλία επαγγελματιών της υγείας όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παθολόγοι, ηπατολόγοι και γαστρεντερολόγοι. Στις δομές που εμπλέκονται περιλαμβάνονται επίσης, κέντρα αποτοξίνωσης εξωτερικής παρακολούθησης (outpatient alcohol withdrawal centre), ιδιωτικά ιατρεία και νοσοκομεία (Mouzas, 2011).

Εφόσον έχει αντιμετωπιστεί το στερητικό σύνδρομο, η ολοκληρωμένη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ έχει στόχο την αποχή, την ψυχοσωματική αποκατάσταση, την κοινωνική και εργασιακή επανένταξη, καθώς και την αντιμετώπιση άλλων συνοδών νοσημάτων. Όπως θα περιγράψουμε παρακάτω, η φαρμακευτική αντιμετώπιση συνιστά μέρος του θεραπευτικού προγράμματος (Μουζάς, 2005). Η επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης εξαρτάται περισσότερο από τη διαθεσιμότητα των παρεμβάσεων στο συγκεκριμένο τόπο και τις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενή και σε μικρότερο βαθμό από το ποια είναι η ιδανική θεραπευτική παρέμβαση για την κάθε περίπτωση αλκοολεξάρτησης (Λύκουρας, 2006).

Οι σημαντικότεροι θεραπευτικοί στόχοι των περισσότερων θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι οι εξής (Λιάππας, 2003:77):

- Ανακούφιση του ασθενή από τα δυσάρεστα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου
- Αντιμετώπιση του πόνου και της δυσφορίας
- Υποστήριξη και αποκατάσταση των βιολογικών λειτουργιών του οργανισμού
- Ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος που σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ανάγκες του ασθενή
- Εξασφάλιση συνθηκών ενθάρρυνσης για μια μακροχρόνια θεραπευτική συνεργασία

## **5.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση**

Ο αλκοολισμός, ως κοινωνικό φαινόμενο με τεράστιες συνέπειες τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία, δεν θα μπορούσε να αγνοηθεί από τη σύγχρονη τεχνολογία των φαρμάκων.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του αλκοόλ έχει στόχο να βοηθήσει το εξαρτημένο άτομο να μειώσει ή και να σταματήσει την κατανάλωση αλκοόλ. Η φαρμακευτική αγωγή συνήθως συνταγογραφείται από γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ή από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας σε προγράμματα απεξάρτησης. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση παίζει επίσης κυρίαρχο ρόλο στη θεραπεία του στερητικού συνδρόμου από αλκοόλ όπου είναι συχνή η χορήγηση βενζοδιαζεπινών με μεγάλο χρόνο ημιζωής και προοδευτική διακοπή τους έπειτα από ορισμένες ημέρες (Reus et al., 2018). Γενικότερα, η ανάπτυξη φαρμακευτικής αγωγής για την εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί μία πολύπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία, και ως εκ τούτου, είναι πρόκληση για την ερευνητική κοινότητα. Τα τελευταία 20 χρόνια, η Αμερικάνικη Ένωση Τροφίμων και Φαρμάκων έκανε δεκτά τέσσερα σκευάσματα ειδικά για την αλκοολική εξάρτηση, τη δισουλφιράμη, τη ναλτρεξόνη με στοματική χρήση, τη μακράς διάρκειας ενέσιμη ναλτρεξόνη και την ακαμπροσάτη. Πρόσφατα στην Ευρώπη έγινε αποδεκτή η ναλμεφένη.

### **5.3 Συνδυασμός θεραπειών**

Τα τελευταία χρόνια, τα αποτελέσματα μελετών τυχαιοποιημένου ελέγχου έχουν δείξει ότι η φαρμακευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού επιφέρει καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα όταν συνδυάζεται με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Carroll et al., 1998). Μετά το πέρας του Στερητικού συνδρόμου, η χορήγηση βενζοδιαζεπινών για την συντήρηση της αποχής δεν επιτρέπεται λόγω αυξημένου κινδύνου εξάρτησης. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της πρόληψης της υποτροπής γίνεται μέσω της χορήγησης ειδικών σκευασμάτων που περιγράφηκαν παραπάνω σε συνδυασμό συμβουλευτική και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

### **5.4 Αντιμετώπιση με βελονισμό**

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ με βελονισμό αποτελεί από τη δεκαετία του 1980 συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση (Motlagh et al., 2016). Η τεχνική του βελονισμού στην απεξάρτηση από το αλκοόλ ερμηνεύεται εν μέρει από την έκκριση των ενδογενών οπιοειδών του εγκεφάλου όπως οι ενδορφίνες (Motlagh et al., 2016). Ωστόσο, σε μία περίπλοκη και πολυπαραγοντική διαταραχή μία μόνο θεραπευτική μέθοδος αν δεν συνδυαστεί με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι καταδικασμένη να αποτύχει. Για τον λόγο αυτό, η θεραπεία του βελονισμού από μόνη της σε ιδιωτικά ιατρεία δεν συνίσταται.

### **5.5 Θεραπευτικές παρεμβάσεις**

Στην Ελλάδα, τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ. Συνολικά, στην ελληνική

επικράτεια λειτουργούν δεκαεπτά θεραπευτικά προγράμματα στον ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΘΗΣΕΑΣ και στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών (ΕΚΤΕΠΝ, 2019). Από τα παραπάνω δεκαεπτά προγράμματα, τα εννιά αποτελούν αμιγώς θεραπευτικές μονάδες για αντιμετώπιση του αλκοολισμού, τα πέντε είναι μεικτά και τα τρία αποτελούν προγράμματα για ναρκωτικά που δέχονται άτομα με προβληματική χρήση αλκοόλ.

Τα σημαντικότερα από αυτά είναι η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών-Τοξικομανών 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, το πρόγραμμα «Αθηνά», που λειτουργεί από τον ΟΚΑΝΑ και το Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αττικής, η Μονάδα Απεξάρτησης για άτομα εξαρτημένα από Αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, και το πρόγραμμα ΑΛΦΑ του ΚΕΘΕΑ (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

## **5.6 Θεραπευτικά προγράμματα**

### **5.6.1 Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ)**

Η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών-Τοξικομανών 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1969. Το 1995 χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα για άτομα με αλκοολεξάρτηση και ουσιοεξάρτηση αντίστοιχα τα οποία στεγάζονται σε ξεχωριστά κτίρια του ΨΝΑ. Η μονάδα 18 ΑΝΩ αλκοολικών άρχισε να λειτουργεί το 1996, ενώ από το 1998 στο ΨΝΑ λειτουργεί επίσης μονάδα απεξάρτησης αλκοολικών βραχείας νοσηλείας. Η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών προσφέρει σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις οικογένειες τους εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης.

### **5.6.2 Πρόγραμμα «Αθηνά» ΟΚΑΝΑ-Αιγινήτειο Νοσοκομείο**

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ξεκίνησε να λειτουργεί το 1995 με τη ψήφιση του νόμου 2161/93 που από το σύνολο του κοινοβουλευτικού σώματος. Αποτελεί ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι κύριοι σκοποί του ΟΚΑΝΑ κατά τον ιδρυτικό νόμο, όπως αναφέρονται στην ιστοσελίδα του, είναι οι εξής: «α.) α σχεδιασμός, η προώθηση, ο συντονισμών των υπουργείων και η εφαρμογή της εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία αλλά και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων, β.) η μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, η παροχή έμπειρων και τεκμηριωμένων πληροφοριών και η ευαισθητοποίηση του κοινού και γ.) η ίδρυση και η αποτελεσματική λειτουργία θεραπευτικών



μονάδων, κέντρων πρόληψης και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης στην Ελληνική επικράτεια.»

Επιδίωξη του OKANA από το 1995 μέχρι σήμερα είναι να ανταποκριθεί αποτελεσματικά τόσο στο ρόλο του ως φορέα εθνικού συντονισμού, όσο και στην ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Σε συνεργασία με τοπικούς φορείς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς, ο OKANA επιδιώκει επίσης, τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ενώ στις μελέτες του για την κατάσταση των ναρκωτικών στη χώρα μας, συνεργάζεται με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΙΝ). Στο πλαίσιο του OKANA και του Αιγινήτειου Νοσοκομείου άρχισε να λειτουργεί το πρόγραμμα «Αθηνά» το 1998.

### **5.6.3 Ομάδες αυτοβοήθειας**

Σύμφωνα με τον Τζαβάρια (2004), το πεδίο της απεξάρτησης έχει αποτελέσει αντικείμενο θεραπευτικής διεκδίκησης από ομάδες και φορείς μη επαγγελματιών της ψυχικής υγείας όσο κανένα άλλο πεδίο της ψυχοπαθολογίας. Στις μέρες μας, οι ομάδες αυτοβοήθειας παρουσιάζουν σημαντική εξάπλωση σε πολλές χώρες του κόσμου (Makela et al 1996, σελ. 26). Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν την συχνότερα επισκεπτόμενη πηγή για την εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (Workgroup on Substance Abuse Self Help Organizations, 2003).

Η πιο διαδεδομένη ομάδα στο κίνημα αυτοβοήθειας είναι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.). Μέσα από το πρόγραμμα των 12 βημάτων, αποτελεί μία ιδιαίτερα αποτελεσματική ψυχοκοινωνική προσέγγιση κατά την οποία ο αλκοολικός ενδυναμώνεται και ενεργοποιείται μέσα σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο ομοτίμων (Kelly et al., 2020; Λαϊνάς, 2007). Ο αλκοολικός ενεργοποιείται να αντικαταστήσει τα καθημερινά παθολογικά βιώματα της κατάχρησης μέσα από την αρχή των ομοτίμων και σε ένα πλαίσιο που στηρίζεται στην αυτενέργεια και την αυτοδιαχείριση (Kelly et al., 2020; Riessman 1997; Λαϊνάς 2007).

## Κεφάλαιο 6

### Πρόληψη

#### 6.1 Γενικά

Τα στοιχεία των επιδημιολογικών μελετών που παρουσιάστηκαν παραπάνω για τον επιπολασμό και τις πολλαπλές σημαντικές επιπτώσεις του αλκοολισμού για το άτομο, την οικογένειά του και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, καθιστούν την ανάγκη για αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης επιτακτική. Ο στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι η δημιουργία της συνείδησης των κινδύνων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ και οδηγούν σε αδυναμία οριοθέτησης του ατόμου απέναντι στη χρήση αλκοόλ, μία χρήση που συχνά παράγεται διατίθεται και προβάλλεται ως πηγή ευφορίας και μέσο ανακούφισης από τις δυσκολίες της καθημερινότητας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, καθίσταται όλο και πιο σαφής η ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης για το πρόβλημα της εξάπλωσης της προβληματικής χρήσης του αλκοόλ. Δυστυχώς, ακόμη και στις μέρες μας η πρόληψη άλλοτε αναφέρεται στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ και άλλοτε περιορίζεται στη θέσπιση νομικών μέτρων, τον κοινωνικό έλεγχο, τον εκφοβισμό και την τιμωρία. Στο σύνολο τους, όλες οι παραπάνω προσπάθειες δεν έχουν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα οδηγώντας επιστήμονες, επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους χαράσσοντες κοινωνική πολιτική στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη της χρήσης αλκοόλ και άλλων εθιστικών ουσιών πρέπει να εξεταστεί από διαφορετική σκοπιά.

Η εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί έναν περίπλοκο και δύσκολο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο στο οποίο συμβάλλουν εξίσου η προσωπικότητα του ατόμου, η οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, αγγίζοντας πολύ συχνά μικρές ηλικίες. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, μέσα από τη συνειδητοποίηση ότι η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί σύμπτωμα μίας γενικότερης δυσλειτουργίας του ατόμου και ένδειξη αδυναμίας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και των ‘αδιέξοδων’ της ζωής, εστίασαν στη δημιουργία προγραμμάτων που έχουν στόχο την ενίσχυση των παραγόντων που προάγουν τη ψυχική υγεία του ατόμου. Αυτά τα προγράμματα πρόληψης απευθύνονται σε όλα τα άτομα και ιδιαίτερα στο τμήμα εκείνο του πληθυσμού, κυρίως νεαρής ηλικίας άτομα, που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τη χρήση αλκοόλ με στόχο τη διαμόρφωση μιας υγιούς προσωπικότητας με θετική στάση απέναντι στη ζωή που θα λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες στη προβληματική χρήση αλκοόλ (Τερζίδου, 2013).

Η ενημέρωση διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στη πρόληψη. Πρόσφατες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πέρα του πληθυσμιακού στόχου της πρωτοβάθμιας πρόληψης ο οποίος αφορά τα άτομα που έχουν την ευθύνη της ανατροφής και της διαπαιδαγώγησης, όπως οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί, η πρόληψη πρέπει να εστιάζει όχι μόνο στους νέους αλλά σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Είναι σημαντικό να τονιστεί, ωστόσο, ότι η ενημέρωση από μόνη της δεν φέρνει πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αν και η πληροφόρηση αυξάνει το επίπεδο των γνώσεων του ατόμου, πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά., όπως η ένταξή της μέσα από ειδικά προγράμματα στο εκπαιδευτικό σύστημα προκειμένου να αποτελέσει μέρος της αγωγή της υγείας. Χωρίς αμφιβολία, το σχολείο, λόγω του ότι βρίσκεται η πλειοψηφία του πληθυσμού των νέων, αποτελεί το πιο κατάλληλο πλαίσιο για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης (Τερζίδου, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό, στην Ελλάδα οι παρεμβάσεις πρόληψης δεν αφορούν μόνο το αλκοόλ και παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, αλλά εντάσσονται στο ευρύτερο πλαίσιο της εξάρτησης και γενικότερα της προαγωγής της υγείας. Αναφορικά με τη σχολική κοινότητα, οι παρεμβάσεις πρόληψης για το αλκοόλ πραγματοποιούνται είτε μέσα από το αναλυτικό πρόγραμμα της Αγωγής της Υγείας, είτε σχεδιάζονται και υλοποιούνται από τα κέντρα και τους φορείς πρόληψης σε συνεργασία με τα σχολεία της περιοχής (ΕΚΤΕΠΝ, 2019). Το 2019 το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ με χρονικό ορίζοντα ως το 2023. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης αντιμετωπίζει τη προβληματική χρήση του αλκοόλ στον γενικότερο σχεδιασμό για την πρόληψη και αντιμετώπιση των εξαρτήσεων.

## **6.2 Αντιμετώπιση αλκοολισμού σε άλλες χώρες**

Η πολυπλοκότητα του προβλήματος, η πολυπαραγοντική αιτιολογία της αλκοολεξάρτησης, η διαφορετικότητα των εξαρτημένων, και φυσικά, τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά τους, ωθούν κάθε χώρα στη δημιουργία διαφόρων τύπων προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της. Ανάλογα με την προσέγγιση που ακολουθεί κάθε χώρα και τις υπάρχουσες δομές, υπάρχουν «στεγνά» προγράμματα που προσφέρουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη, μεικτά προγράμματα και προγράμματα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (ΕΚΤΕΠΝ, 2019). Ακόμη, μερικά προγράμματα ασχολούνται αποκλειστικά με το εξαρτημένο άτομο, σε άλλα η οικογένεια εμπλέκεται έμμεσα, ενώ σε άλλα η εμπλοκή της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση της ένταξη του ατόμου σε κάποιο πρόγραμμα (Λιάπας & Πομίνι, 2004). Για παράδειγμα, σε χώρες της νότιας Ευρώπης, όπως η Ελλάδα, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δίνουν ιδιαίτερη σημασία στη συνεργασία του χρήστη με

την οικογένειά του, ενώ ο ρόλος της οικογένειας λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε όλα τα στάδια της θεραπείας (Λιάπας & Πομίνι, 2004).

### **6.3 Η οικογένεια και ο ρόλος της**

Οι επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια αποτελεί αντικείμενο επίμονης μελέτης τις τελευταίες δεκαετίες με ένα σημαντικό αριθμό ερευνών να καταδεικνύουν τα αρνητικά αποτελέσματα της κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ στους συζύγους και τα παιδιά του εξαρτημένου (Copello & Velleman, 2005). Ταυτόχρονα, όμως, με τις πολύπλευρες αρνητικές συνέπειες του αλκοολισμού στην οικογένεια, επαγγελματίες της ψυχικής υγείας και των εξαρτήσεων συμφωνούν για τον ευεργετικό ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη και τη θεραπεία της εξάρτησης. Η συμμετοχή των οικείων στη διαδικασία απεξάρτησης έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την αποχή από το αλκοόλ, δρα προληπτικά στην αντιμετώπιση της ψυχολογικής δυσφορίας των άλλων μελών της οικογένειας και μειώνει τις καταστάσεις έντονου άγχους. Επιπλέον, η υποστήριξη της οικογένειας και των σημαντικών άλλων βοηθά το εξαρτημένο άτομο να αποκτήσει δεξιότητες για την αντιμετώπιση των εξαρτητικών συμπεριφορών στο οικογενειακό πλαίσιο, να κινητοποιηθεί αναζητώντας θεραπεία και να παραμείνει σε αυτή (Denomme & Benhanoh, 2017; Fields, 2021).

## **ΜΕΡΟΣ Β΄**

### **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ**

#### **Κεφάλαιο 7**

##### **Ανάλυση ερευνητικού έργου**

#### **7.1. Σκοπός της έρευνας**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ποιότητα των παιδικών βιωμάτων του ατόμου, τη συντροφική βία και τη σοβαρότητα της εξάρτησής του από το αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ερευνάται αν ο βαθμός της εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται με:

**1.α.** την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του την αντίληψη

- 1.β. την Παρούσα Ψυχική Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό
2. τα σχήματα της παιδικής ηλικίας
3. τα επίπεδα συντροφικής βίας

## 7.2 Σημασία της έρευνας

Λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος της εξάρτησης από το αλκοόλ και της σχέσης του με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, ιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων, η διερεύνηση των παραγόντων αιτιοπαθογένειας είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ. Στην κατεύθυνση αυτή, επαγγελματίες της ψυχικής υγείας και των εξαρτήσεων έχουν τονίσει τον ρόλο των οικογενειακών δεσμών και των παιδικών βιωμάτων στην προβληματική χρήση αλκοόλ και την ανάπτυξη εξάρτησης. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία από τις πρώτες προσπάθειες διερεύνησης του αντιλαμβανόμενου δεσμού και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στην εξάρτηση από το αλκοόλ σε ελληνικό πληθυσμό.

## 7.3 Περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνας αφορούν τη δυσκολία που προέκυψε στη διαδικασία της συλλογής δεδομένων λόγω των περιοριστικών μέτρων για την καταπολέμηση της πανδημίας covid-19. Συγκεκριμένα, λόγω της αναστολής ή περιορισμένης λειτουργίας των μονάδων υγείας, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση επισκέψεων στις μονάδες απεξάρτησης από όπου συλλέχθηκαν τα δεδομένα της έρευνας ήταν μία διαδικασία χρονοβόρα και πολύπλοκη.

## 7.4 Ερευνητικά ερωτήματα

- Τα παιδικά βιώματα και η σχέση των γονιών με τα παιδιά τους συμβάλλουν στην εμφάνιση εξαρτητικών από το αλκοόλ συμπεριφορών; Αν ναι, σε ποιο βαθμό;
- Οι συχνές συγκρούσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση από το αλκοόλ;
- Οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας του εξαρτημένου είτε με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του (συνήθως τη μητέρα), είτε με τα σημαντικά άτομα στη ζωή του, μπορούν να συσχετισθούν με την εξάρτηση από το αλκοόλ και πώς αντιλαμβάνεται την παρούσα ψυχική του οργάνωση αναφορικά με το δεσμό;

## 7.5 Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα, διαμορφώθηκαν οι εξής υποθέσεις:

- Ο βαθμός εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται με τα σχήματα του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους που διαμορφώθηκαν κατά την παιδική του ηλικία. Όσο πιο δυσλειτουργικά είναι τα πρώιμα αυτά σχήματα, τόσο μεγαλύτερη η εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ.
- Ο βαθμός εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται θετικά με τη συχνότητα των συγκρούσεων στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.
- Ο βαθμός εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται τόσο με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του (συνήθως τη μητέρα), όσο και με την Παρούσα Ψυχική του Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό.

## Κεφάλαιο 8 Μεθοδολογία

### 8.1 Υλικό

#### 8.1.1. Ορισμός πληθυσμού στόχου. Κριτήρια επιλογής / αποκλεισμού

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 40 άτομα με διάγνωση διαταραχών χρήσης του αλκοόλ τα οποία παρακολουθούσαν είτε το «ανοιχτό» πρόγραμμα απεξάρτησης «Αθηνά» (n= 20, άντρες= 13, γυναίκες= 7), είτε το «κλειστό» πρόγραμμα απεξάρτησης του Αιγινήτειου Νοσοκομείου Αττικής (n= 20, άντρες= 14, γυναίκες= 6). Το πρόγραμμα «Αθηνά» του Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι μία στεγνή και ανοικτή ψυχοθεραπευτική μονάδα απεξάρτησης που απευθύνεται σε χρήστες τοξικών ουσιών και αλκοόλ και λειτουργεί σε συνεργασία με τα μέλη των οικογενειών τους. Στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (του Αιγινήτειου Νοσοκομείου) λειτουργεί επίσης και κλειστή μονάδα απεξάρτησης από το αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.

Όσον αφορά τα κριτήρια επιλογής, οι συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα: α. δεν είχαν συννοσηρότητα με κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, β. είχαν ικανοποιητική γνώση της Ελληνικής γλώσσας.

Τέλος, προτού ξεκινήσει η διαδικασία συλλογής δεδομένων, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης, προκειμένου να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα. Ακόμα, ενημερώθηκαν ενδελεχώς και προφορικά για τον σκοπό της μελέτης, τον χρόνο

συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς επισημάνθηκε πως μπορεί να διακοπεί η διαδικασία όποτε και εάν το θελήσουν.

### **8.1.2. Μέθοδος δειγματοληψίας**

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης ακολουθήθηκε η δειγματοληψία σκοπιμότητας.

## **8.2 Μέθοδος της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία μη πειραματική ποσοτική μελέτη. Η ερευνητική στρατηγική που υιοθετήθηκε είναι η συναφειακή. Πριν την εφαρμογή των στατιστικών αναλύσεων που περιγράψαμε παραπάνω, η βάση δεδομένων ελέγχθηκε για ακραίες τιμές και ελλείψεις στα δεδομένα. Επίσης, ελέγχθηκε αν οι αριθμητικές μεταβλητές του δείγματος ακολουθούν κανονική κατανομή υπολογίζοντας τις τιμές της ασυμμετρίας (skewness) και της κυρτότητας (kurtosis). Οι συσχετίσεις μεταξύ των αριθμητικών μεταβλητών, AUDIT, RCTS, PAAQ και YSQ-SF, πραγματοποιήθηκαν με την εφαρμογή του κριτηρίου *Pearson's rho*. Επιπλέον, για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ των συμμετεχόντων που παρακολουθούσαν το «ανοιχτό» και το «κλειστό» πρόγραμμα απεξάρτησης, και μεταξύ αντρών και γυναικών, ως προς τις μεταβλητές AUDIT, RCTS, PAAQ και YSQ-SF, εφαρμόστηκαν στατιστικά κριτήρια t (t-test). Τέλος, εφαρμόστηκε *Βηματική Ανάλυση Παλινδρόμησης* (Stepwise Regression Analysis) με σκοπό τη διερεύνηση των μεταβλητών που αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς δείκτες για την εξάρτηση από το αλκοόλ. Ο βαθμός της στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως  $p < 0.05$ . Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό λογισμικό SPSS εκδ. 26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

### **8.2.1. Υπολογισμός προσβασιμότητας ερωτηματολογίων**

Η προσβασιμότητα (feasibility) των ερωτηματολογίων αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό των απωλειών (missing values) στα διάφορα στοιχεία, δηλαδή με τον υπολογισμό των απαντήσεων που δεν δόθηκαν.

### **8.2.2. Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων**

Η αξιοπιστία αναφορικά με το κριτήριο της σταθερότητας των αποτελεσμάτων (Internal Consistency Reliability) αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα στοιχεία μιας κλίμακας υπολογίζουν την ίδια διάσταση. Στην παρούσα μελέτη η μέτρηση του βαθμού αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε μέσω του υπολογισμού του συντελεστή Cronbach  $\alpha$  για το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT), την Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών

Σύγκρουσης (RCTS), το Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (PAAQ) και το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (YSQ-SF).

### **8.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων**

#### **8.3.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών**

Πριν τη χορήγηση των ψυχομετρικών εργαλείων που περιγράφονται παρακάτω, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Αυτό περιελάμβανε το φύλο (1= άντρας, 2= γυναίκα), την ηλικία (1= έως 20, 2= 21-25, 3= 26-30, ..., 10= άνω των 60 ετών), το εκπαιδευτικό επίπεδο (1= τάξεις του Δημοτικού, 2= Δημοτικό, 3= Γυμνάσιο, 4= Λύκειο, 5= ΙΕΚ, 6= ΤΕΙ, 7= ΑΕΙ, 8= Μεταπτυχιακές σπουδές), τον εργασιακό τομέα (1= δημόσιος υπάλληλος, 2= ιδιωτικός υπάλληλος, 3= ελεύθερος επαγγελματίας, 4= φοιτητής, 5= άνεργος), την οικογενειακή κατάσταση (, την παρουσία (1=ναι, 2= όχι) και τον αριθμό παιδιών, τη συμβίωση/ συγκατοίκηση (1=ναι, 2= όχι) και το καθεστώς εργασίας.

#### **8.3.2. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)**

Το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ, γνωστό ως AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς που αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ. (Babor et al., 2000, 2000a) και αποτελείται από δέκα ερωτήσεις. Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις αξιολογούν την ποσότητα και τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, οι τρεις επόμενες αφορούν την εξάρτηση και οι τέσσερις τελευταίες σχετίζονται με προβλήματα που προκαλεί η χρήση αλκοόλ. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με κλίμακα Likert. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί περίπου 2 λεπτά. Ανάλογα με τη βαθμολογία καθορίζεται η ανταπόκριση του επαγγελματία της υγείας. Παρακάτω περιγράφεται η σοβαρότητα της χρήσης αλκοόλ με βάση τη βαθμολογία:

Βαθμολογία από 1-7: η κατανάλωση αλκοόλ είναι μικρότερη του ορίου ασφαλείας

Βαθμολογία από 8-15: η κατανάλωση αλκοόλ είναι στη όριο ασφαλείας. Αυτό σημαίνει στο μέλλον το άτομο μπορεί να εμπλακεί σε προβληματική και επικίνδυνη χρήση που ενδέχεται να προκαλέσει φυσική και κοινωνική βλάβη και θα το οδηγήσουν στην αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.

Βαθμολογία 16-20: Η κατανάλωση αλκοόλ υπερβαίνει το όριο ασφαλείας, και ως εκ τούτου, χαρακτηρίζεται ως επιβλαβής και επικίνδυνη.



Βαθμολογία >20: Ενδεικτική εξάρτησης (αν και πιθανότητα εξάρτησης υπάρχει και σε χαμηλότερες βαθμολογίες).

Όσον αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο με αυξημένη εσωτερική συνάφεια και υψηλή εγκυρότητα (Jeong et al., 2017; Mueller et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο AUDIT σταθμίστηκε σε ελληνικό πληθυσμό από τον Μουσσά και τους συνεργάτες του (2010). Σε ένα δείγμα 218 ατόμων ο δείκτης αξιοπιστίας *Cronbach α* του AUDIT ήταν .80 (Μουσσάς κ.α., 2010). Στην παρούσα έρευνα, ο βαθμός αξιοπιστίας *Cronbach α* του ερωτηματολογίου ήταν .79, ποσοστό που δείχνει υψηλή εσωτερική συνάφεια (Eiser & Morse, 2001).

### **8.3.3. Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης (Revised Conflict Tactics Scale)**

Η Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης (Straus et al., 1996) αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο για την ανίχνευση της συντροφικής βίας. Η κλίμακα παρέχει πληροφορίες για την εκδήλωση βίας τόσο σε ποσοστό όσο και σε συχνότητα, καθώς και για τη σοβαρότητά της ανάλογα με το εάν είναι ήπια ή σοβαρή. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τις παρακάτω έξι υπο-κλίμακες: τη Διαπραγμάτευση (Negotiation), τη Σωματική Επίθεση (Physical assault), τη Σωματική Βλάβη/ Τραυματισμό (Physical Injury), τη Ψυχολογική Βία/Επίθεση (Psychological aggression) και το Σεξουαλικό Εξαναγκασμό (Sexual Coercion). Οι υπο-κλίμακες αφορούν αποκλειστικά συμπεριφορές και δεν περιλαμβάνουν στάσεις, συναισθήματα και γνωστικές αξιολογήσεις των εν λόγω συμπεριφορών (Straus, 2007). Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν πόσες φορές εμφάνισαν συμπεριφορές βίας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους και πόσες φορές οι ίδιες συμπεριφορές εκδηλώθηκαν από τους/ τις συντρόφους τους (Straus, 2001).

Λόγω των χαρακτηριστικών που περιγράφονται παρακάτω, η Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης αποτελεί ένα ιδιαίτερα χρήσιμο ψυχομετρικό εργαλείο για τους ειδικούς οικογενειακής θεραπείας και άλλους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Πρώτον, η διάρκεια χορήγησής του είναι μόνο δεκαπέντε λεπτά. Δεύτερον, στοχεύει σε συγκεκριμένες συμπεριφορές, και ως εκ τούτου, οι ερωτηθέντες δεν χρειάζεται να καταβάλουν προσπάθεια για να αναγνωρίσουν κάποια συμπεριφορά τους ως βίαια προκειμένου να απαντήσουν. Τρίτον, επιπρόσθετα με την ανίχνευση συντροφικής βίας, η κλίμακα αξιολογεί επίσης τη σοβαρότητα και τη χρονική διάρκεια της.

Αν και πρόκειται για ένα ευρέως διαδεδομένο εργαλείο για την αξιολόγηση της συντροφικής βίας, η Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης δεν έχει ακόμη σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί σε μία σειρά μελετών της εγχώριας βιβλιογραφίας. Ενδεικτικά, σε μία έρευνα της Μακρυγιάννη (2012) σε δείγμα 190 φοιτητών, η κλίμακα είχε καλές ψυχομετρικές ιδιότητες με το βαθμό αξιοπιστίας *Cronbach α* να είναι .94. Στην παρούσα έρευνα η Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης εφαρμόστηκε πρώτα πιλοτικά σε ένα μέρος του δείγματος προκειμένου αξιολογηθεί η σαφήνεια και η συνοχή των ερωτήσεων στο συγκεκριμένο δείγμα, να υπολογιστεί ο χρόνος συμπλήρωσης και ο βαθμός ανταπόκρισης των υποκείμενων. Ο βαθμός αξιοπιστίας *Cronbach α* της κλίμακας για το σύνολο του δείγματος υπολογίστηκε σε .72, ποσοστό που δείχνει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια (Eiser & Morse, 2001).

#### **8.3.4. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (Perceptions of Adult Attachment Questionnaire, PAAQ)**

Το Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (Perceptions of Adult Attachment Questionnaire, PAAQ, Lichtenstein & Cassidy, 1991) αποτελεί μία κλίμακα αυτό-αναφοράς 60 ερωτήσεων που σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση δύο βασικών διαστάσεων του γονεϊκού δεσμού: α) η αντίληψη του ατόμου όσον αφορά τα βιώματά του με τη βασική φιγούρα φροντίδας (συνήθως πρόκειται για τη μητέρα) κατά την παιδική ηλικία και β) την Παρούσα Ψυχική Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό. Η κλίμακα βασίζεται στη θεωρία του Δεσμού του Bowlby και στο σύστημα αξιολόγησης της Συνέντευξης των Ενηλίκων για το Δεσμό (Main & Goldwyn, 1984). Οι απαντήσεις βασίζονται σε μία κλίμακα τύπου Likert 5 διαβαθμίσεων από το 1 (Διαφωνώ) έως το 5 (Συμφωνώ). Η πρώτη διάσταση, η αντίληψη του ατόμου σχετικά με τις εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του, αποτελείται από τρεις υπο-κλίμακες: Απόρριψη / Παραμέληση, Αντιστροφή Ρόλων/ Συγχώνευσης και Βιώματα Αγάπης. Η δεύτερη διάσταση, η Παρούσα Ψυχική Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό, αποτελείται από πέντε υπο-κλίμακες. Αυτές είναι του Ευάλωτου τύπου, του Εξισορροπητικού/ Συγχωρητικού τύπου, του Θυμωμένου τύπου, του Απορριπτικού-Υποτιμητικού τύπου και του τύπου Ελλιπούς Μνήμης της Παιδικής Ηλικίας. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία για το PAAQ με τις τιμές *Cronbach α* να κυμαίνονται από .65 έως .94. (Lichtenstein & Cassidy, 1991). Αν και η κλίμακα δεν έχει σταθμιστεί σε Ελληνικό πληθυσμό, έχει χρησιμοποιηθεί σε μία σειρά μελετών στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, στην έρευνα Πατσάκη (2015) σε ένα δείγμα 224 ενηλίκων από 18 έως 58 ετών, ο βαθμός αξιοπιστίας κυμαίνονταν από .53 έως .85 για τις

διάφορες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Όμοια με την Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης, το PAAQ εφαρμόστηκε πιλοτικά σε ένα μέρος του δείγματος με σκοπό τόσο τον υπολογισμό της ανταπόκρισης των υποκειμένων και του χρόνου συμπλήρωσης, όσο και την αξιολόγηση της σαφήνειας και της συνοχής των ερωτήσεων. Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής *Cronbach's alpha* στο συγκεκριμένο δείγμα υπολογίστηκε .88, ποσοστό που δείχνει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια (Eiser & Morse, 2001).

### **8.3.5. Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire-Short Form)**

Το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (Young Schema Questionnaire-Short Form, YSQ-SF, Young & Brown, 1998) βασίζεται στο θεωρητικό πλαίσιο της θεραπείας σχημάτων (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) και σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων. Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, θα χρησιμοποιηθεί η σύντομη μορφή της κλίμακας η οποία, όμως, περιλαμβάνει και τα δεκαοκτώ σχήματα και αποτελείται από 90 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 6 διαβαθμίσεων από το 1= δεν ισχύει καθόλου για μένα έως το 6= με περιγράφει με τον καλύτερο τρόπο.

Το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young σταθμίστηκε πρόσφατα σε ελληνικό πληθυσμό από τον Malogiannis και τους συνεργάτες του (2018). Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης εσωτερικής συνοχής *Cronbach's alpha* υπολογίστηκε σε .70, ποσοστό ίδιο με αυτό που αναφέρεται στην μελέτη του Malogiannis και των συνεργατών του (2010).

## **Κεφάλαιο 9**

### **Αποτελέσματα ανάλυσης δεδομένων**

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται περιγραφικοί δείκτες, συχνότητα και σχετική συχνότητα (%), και συγκρίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων που παρακολουθούσαν «ανοιχτό» (Αθηνά) και «κλειστό» (Αιγινήτειο Νοσοκομείο) πρόγραμμα απεξάρτησης ως προς τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άντρες (67.5%), ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες άνηκαν στις ηλικιακές ομάδες 46-50 (22.5%), 51-55 (20%) και 41-45 (20%). Δεν υπήρχε κανένας συμμετέχων κάτω των 25 χρονών και υπήρχαν τρεις οι οποίοι ήταν άνω των 60. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν είτε απόφοιτοι Λυκείου (37.5%) είτε απόφοιτοι ΑΕΙ (27.5%). Στο δείγμα υπήρχαν 12 άνεργοι (30%), ενώ οι υπόλοιποι

εργάζονταν στο δημόσιο (8%), τον ιδιωτικό (11%) τομέα είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες (8%). Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος δεν είχε παιδιά (62.5%) και δεν συμβίωνε με κάποιον άλλον (65%).

**Πίνακας 1.** Περιγραφικοί δείκτες και συγκρίσεις κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών

	Συμμετέχοντες στο «Αθηνά» N= 20	Συμμετέχοντες στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο N= 20	Σύνολο N= 40
<b>Φύλο</b>			
• Γυναίκες	7 (35%)	6 (30%)	13 (32.5%)
• Άντρες	13 (65%)	14 (70%)	27 (67.5%)
<b>Ηλικία</b>			
• Έως 20	-	-	-
• 21-25	-	-	-
• 26-30	1 (5%)	-	1 (2.5%)
• 31-35	1 (5%)	2 (10%)	3 (7.5%)
• 36-40	2 (10%)	4 (20%)	6 (15%)
• 41-45	5 (25%)	3 (15%)	8 (20%)
• 46-50	4 (20%)	5 (25%)	9 (22.5%)
• 51-55	4 (20%)	4 (20%)	8 (20%)
• 56-60	-	1 (5%)	1 (2.5%)
• 60 +	3 (15%)	1 (5%)	4 (10%)
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>			
• Τάξεις Δημοτικού	-	-	-
• Δημοτικό	1 (2.5%)	-	1 (2.5%)
• Γυμνάσιο	1 (2.5%)	2 (10%)	3 (7.5%)
• Λύκειο	8 (40%)	7 (35%)	15 (37.5%)
• ΙΕΚ	1 (2.5%)	5 (25%)	6 (15%)
• ΤΕΙ	1 (2.5%)	2 (10%)	3 (7.5%)
• ΑΕΙ	8 (40%)	3 (15%)	11 (27.5%)
• Μεταπτυχιακό	-	1 (2.5%)	1 (2.5%)

**Εργασιακός τομέα**

• Δημόσιος υπάλληλος	4 (20%)	4 (20%)	8 (20%)
• Ιδιωτικός υπάλληλος	6 (30%)	5 (25%)	11 (27.5%)
• Ελεύθερος επαγγελ.	2 (10%)	6 (30%)	8 (20%)
• Φοιτητής	1 (5%)	-	1 (2.5%)
• Άνεργος	7 (35%)	5 (25%)	12 (30%)

**Οικογενειακή κατάσταση**

• Άγαμος/η	6 (30%)	9 (45%)	15 (37.5%)
• Σε διάσταση	-	2 (10%)	2 (5%)
• Χήρος/α	-	-	-
• Έγγαμος/η	10 (50%)	7 (35%)	17 (42.5%)
• Διαζευγμένος/η	4 (20%)	2 (10%)	6 (15%)

**Παιδιά**

• Ναι	9 (45%)	6 (30%)	15 (37.5%)
• Όχι	11 (55%)	14 (70%)	25 (62.5%)

**Συμβίωση**

• Ναι	5 (25%)	9 (45%)	14 (35%)
• Όχι	15 (75%)	11 (55%)	26 (65%)

---

Ο πίνακας 2 που ακολουθεί παρουσιάζει μέσους όρους και τυπικές αποκλίσεις για τα 4 ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν: το *Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)*, την *Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης (RCTS)*, το *Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (PAAQ)* και το *Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (YSQ-SF)*.

**Πίνακας 2.** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των συμμετεχόντων του «ανοιχτού» και του «κλειστού» προγράμματος για τις κλίμακες AUDIT, RCTS, PAAQ και YSQ-SF

	Συμμετέχοντες στο «Αθηνά» N= 20	Συμμετέχοντες στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο N= 20	Σύνολο N= 40
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
<i>Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης</i>			
<i>Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ</i> (AUDIT)	37.25 (10.5)	31.10 (8.65)	34.75 (9.5)
<i>Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών</i>			
<i>Σύγκρουσης (RCTS)</i>	155.65 (30.45)	193.60 (45.25)	174.62 (37.5)
<i>Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου</i>			
<i>Δεσμού των Ενηλίκων (PAAQ)</i>	209.10 (81.35)	194.10 (64.85)	201.60 (73.55)
<i>Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young</i> (YSQ-SF)	311.30 (92.3)	309.45 (76.55)	310.47 (84.25)

**Σημείωση:** M= μέσος όρος, SD= τυπική απόκλιση

Στη συνέχεια, για να ερευνήσουμε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων του «ανοιχτού» (Αθηνά) και του «κλειστού» (Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αττικής) προγράμματος απεξάρτησης, εφαρμόσαμε διαδοχικά στατιστικά κριτήρια T (t-test) με ανεξάρτητη μεταβλητή τη δομή του προγράμματος απεξάρτησης (ανοιχτό/ κλειστό) και εξαρτημένες μεταβλητές τις κλίμακες AUDIT, RCTS, PAAQ και το ερωτηματολόγιο δυσλειτουργικών σχημάτων του Young. Τα αποτελέσματα του t-test έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στο *Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ* με τους συμμετέχοντες του δείγματος που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα Αθηνά, μία ανοιχτού τύπου δομή απεξάρτησης, να έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους συμμετέχοντες που παρακολουθούσαν το «κλειστό» πρόγραμμα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου ( $t(38)=7.882, p=0.008$ ). Επίσης, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στην *Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης* με τη βαθμολογία της ομάδας του «κλειστού» προγράμματος να είναι υψηλότερη ( $t(38)=4.414, p=0.042$ ). Όσον αφορά το

Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων και το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young, τα αποτελέσματα του t-test δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της «ανοιχτής» και της «κλειστής» δομής.

Η διερεύνηση διαφυλικών διαφορών ως προς τα τέσσερα ψυχομετρικά εργαλεία της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή στατιστικών κριτηρίων t-test. Συνολικά, εφαρμόστηκαν τέσσερα διαδοχικά t-test με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο (άντρας/ γυναίκα) και εξαρτημένες μεταβλητές τις κλίμακες AUDIT, RCTS, PAAQ και το ερωτηματολόγιο δυσλειτουργικών σχημάτων του Young αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των t-test, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις εξαρτημένες μεταβλητές.

Ο πίνακας 3 παρακάτω παρουσιάζει συσχετίσεις *Pearson's rho* μεταξύ του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ, της Αναθεωρημένης Κλίμακας των Τακτικών Σύγκρουσης, του ερωτηματολογίου Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων και Σχημάτων του Young. Όπως δείχνει ο πίνακας, παρατηρείται μία σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στο Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ και στο Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων ( $r = .309, p = .049$ ), υποδεικνύοντας ότι ο βαθμός εξάρτησης από το αλκοόλ σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου σχετικά τόσο με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του (συνήθως τη μητέρα), όσο και με την Παρούσα Ψυχική του Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό αυτό. Από την άλλη, οι συσχετίσεις του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ με την Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης ( $r = .043$ ) και το Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young ( $r = .247$ ) δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Επιπλέον, βρέθηκε μία θετική συσχέτιση ανάμεσα στο Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων και Σχημάτων του Young η οποία σχεδόν προσέγγιζε το επίπεδο σημαντικότητας ( $r = .300, p = .054$ ).

**Πίνακας 3.** Συσχετίσεις *Pearson's rho* μεταξύ του ερωτηματολογίου

	1. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)	2. Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης (RCTS)	3. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενο υ Δεσμού των Ενηλίκων (PAAQ)	4. Ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young (YSQ-SF)
	1	,043	,309**	,247

<b>1. Ερωτηματολόγιο</b>	Pearson				
<b>Ανίχνευσης Διαταραχών</b>	Correlation				
<b>από τη Χρήση Αλκοόλ</b>	Sig. (2-tailed)	-	,794	,49	,124
<b>(AUDIT)</b>	N	40	40	40	40
<b>2. Αναθεωρημένη Κλίμακα</b>	Pearson				
<b>των Τακτικών Σύγκρουσης</b>	Correlation	,043	1	,103	,061
<b>(RCTS)</b>	Sig. (2-tailed)	,794	-	,528	,709
	N	40	40	40	40
<b>3. Ερωτηματολόγιο</b>	Pearson				
<b>Αντιλαμβανόμενου</b>	Correlation	,309**	,103	1	,300
<b>Δεσμού των Ενηλίκων</b>	Sig. (2-tailed)	,049	,528	-	,054
<b>(PAAQ)</b>	N	40	40	40	40
<b>4. Ερωτηματολόγιο</b>	Pearson				
<b>Σχημάτων του Young (YSQ-</b>	Correlation	,247	,061	,300	1
<b>SF)</b>	Sig. (2-tailed)	,124	,709	,054	-
	N	40	40	40	40

\*\*Correlation is significant at .05 level

Τέλος, εφαρμόστηκε *Βηματική Ανάλυση Παλινδρόμησης* (Stepwise Regression Analysis) με σκοπό τη διερεύνηση των μεταβλητών που αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς δείκτες για την εξάρτηση από το αλκοόλ. Με τη μέθοδο *stepwise*, στο πρώτο βήμα εισήχθησαν οι δημογραφικές μεταβλητές φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση. Ωστόσο, καμία από τις παραπάνω μεταβλητές δεν ήταν σημαντική, και συνεπώς, δεν συμπεριλήφθησαν στις περαιτέρω αναλύσεις. Στο δεύτερο βήμα εισήχθησαν οι μεταβλητές Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης, το ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων και το ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young. Η Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης αποκλείστηκε από την ανάλυση. Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Παλινδρόμησης κατέληξαν σε ένα μοντέλο με τις μεταβλητές του Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων και το ερωτηματολόγιο Σχημάτων του Young να είναι οι πιο σημαντικοί προβλεπτικοί δείκτες του βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ όπως αξιολογήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ ( $F(2, 37) = .272, p < .05, R^2 = .074, R^2_{Adjusted} = .072$ ).

Συνολικά, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι στο συγκεκριμένο δείγμα η αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του και με την Παρούσα Ψυχική του Οργάνωση Αναφορικά με το Δεσμό αυτό, και τα



πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα εξηγούν περίπου το 7.5% της διακύμανσης του βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ.

**Πίνακας 4.** Αποτελέσματα της Βηματικής Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Model Summary									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,240 <sup>a</sup>	,074	,072	7,99828	,074	.272	2	37	,845

a. Predictors: PAAQ\_YOUNG

## Κεφάλαιο 10

### Συζήτηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας με τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος και της σχέσης του με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, ιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων, η διερεύνηση των παραγόντων αιτιοπαθογένειας της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ. Στις μέρες μας, είναι σαφές ότι η αιτιοπαθογένεια του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντική, καθώς δεν υπάρχει ένας σαφώς καθορισμένος παράγοντας που να προκαλεί την παθολογική κατάσταση ούτε ένα μοναδικό κίνητρο το οποίο ωθεί το άτομο στη χρήση και την κατάχρηση αλκοόλ.

Το πιο σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι η σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ και του αντιλαμβανόμενου δεσμού των ενηλίκων, ο οποίος αναφέρεται τόσο στην αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του (συνήθως τη μητέρα), όσο και στην Παρούσα Ψυχική του Οργάνωση Αναφορικά με αυτό το Δεσμό.

Η θεωρία του Δεσμού αναφέρεται σε μία αναπτυξιακή θεωρία που βασίζεται στο έργο του Bowlby (1969, 1982), ο οποίος περιέγραψε τα συμπεριφορικά συστήματα του δεσμού στην προσπάθειά του να εξηγήσει την ανάπτυξη της σχέσης ανάμεσα στο βρέφος και τη μητέρα. Τα συμπεριφορικά αυτά συστήματα χαρακτηρίζονται ως καθολικά και εγγενή και συνιστούν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του βρέφους με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του, συνήθως τη μητέρα, με σκοπό την εξερεύνηση του περιβάλλοντος και την ασφάλεια τη βρέφους. Σημαντικό ρόλο στη θεωρία του δεσμού διαδραματίζουν τα «εσωτερικά μοντέλα εργασίας» τα οποία αναφέρονται στις προσδοκίες που έχει το παιδί από την αλληλεπίδραση με τους σημαντικούς άλλους, καθώς και στη συμπεριφορά του εντός της αλληλεπίδρασης αυτής. Σύμφωνα με τη Main και τους συνεργάτες της (1985), τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας αποτελούν νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων τα οποία διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση με τις φιγούρες δεσμού, επηρεάζουν τις προσδοκίες και καθορίζουν τη συμπεριφορά απέναντι στους γονείς και τη συμπεριφορά στις μετέπειτα σχέσεις.

Αργότερα, στην εξέλιξη της θεωρίας του δεσμού η εστίαση μετατοπίστηκε από τη συμπεριφορά κατά την αξιολόγηση της σχέσης μητέρας-παιδιού στο επίπεδο της αναπαραστάσης (Main & Goldwyn, 1994). Καθώς το άτομο αναπτύσσεται και πλησιάζει την ενηλικίωση, τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας τους οργανώνονται περαιτέρω σε μια σταθερή «παρούσα ψυχική οργάνωση σχετικά με το δεσμό». Η σημασία της ψυχικής οργάνωσης έγκειται στο γεγονός ότι εκτός από αναπαραστάσεις και αξιολογήσεις σε σχέση με τον εαυτό, με τη φιγούρα δεσμού και με τη σχέση ανάμεσα τους, εμπριέχει αξιολογήσεις σχετικά με την επίδραση των πρώιμων εμπειριών του ατόμου στη λειτουργικότητα του στο παρόν (Main et al., 2005). Μετέπειτα, οι εν λόγω αξιολογήσεις οργανώνονται σε μία σειρά από κανόνες επεξεργασίας πληροφοριών που επιτρέπουν ή εμποδίζουν την πρόσβαση του ατόμου σε πληροφορίες σχετικές με το δεσμό. Ως συνέπεια, οι ατομικές διαφορές που παρατηρούνται στην αξιολόγηση της φιγούρας δεσμού και στην αξιολόγηση των πρώιμων εμπειριών και αναμνήσεων σχετικές με το δεσμό αντανακλούν διαφορές στα εσωτερικά μοντέλα εργασίας.

Το ερώτημα που προκύπτει αφορά στον τρόπο ή τον μηχανισμό μέσω του οποίου ο βαθμός εξάρτησης από το αλκοόλ συνδέεται με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ποιότητα των εμπειριών της παιδικής του ηλικίας με το βασικό πρόσωπο φροντίδας του και την Παρούσα Ψυχική του Οργάνωση Αναφορικά με αυτό το Δεσμό. Στην κατεύθυνση αυτή έχουν προταθεί αρκετές υποθέσεις. Από μία ψυχοδυναμική σκοπιά, ο Cook (1991) πρότεινε ότι η ελλιπής ή ανασφαλής προσκόλληση με το βασικό πρόσωπο φροντίδας κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου οδηγεί σε εσωτερικευμένα αισθήματα ντροπής και φόβου, τα οποία με τη σειρά τους αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την μετέπειτα εξάρτησή του από το αλκοόλ ή από άλλες ουσίες.

Αντίστοιχα, ο Walant (1995) υποστήριξε ότι τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης έχουν βιώσει παραμέληση των αναγκών τους για ασφαλή δεσμό ως βρέφη με αποτέλεσμα στην μετέπειτα ζωή τους να αντισταθμίζουν την έλλειψη αυτή μέσω της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ. Τέλος, από μία γνωστική-συμπεριφορική θεώρηση, ο ανασφαλής δεσμός με το βασικό πρόσωπο φροντίδας μπορεί να οδηγήσει σε προβληματική χρήση αλκοόλ μέσω της αρνητικής συναισθηματικής αυτορρύθμισης καθώς το άτομο καταναλώνει αλκοόλ προκειμένου να απαλύνει τον συναισθηματικό πόνο (Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis, & Troutman, 2005).

Αν και δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα (YSQ-SF) και στη σοβαρότητα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT), τα αποτελέσματα της Βηματικής Ανάλυσης Παλινδρόμησης έδειξαν ότι μετά τον αντιλαμβανόμενο δεσμό ενηλίκων (PAAQ), τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα ήταν ο δεύτερος πιο ισχυρός προβλεπτικός δείκτης της εξάρτησης από το αλκοόλ. Όπως διαπιστώνεται παρακάτω, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνονται από μία σειρά ερευνών για την επίδραση των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στην εξάρτηση από το αλκοόλ (Brotchie κ.α., 2004; Brotchie κ.α., 2006; Roper κ.α., 2010; Shorey κ.α., 2013).

Τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα αναφέρονται σε δομές οι οποίες αποτελούνται από σκέψεις, συναισθήματα, αναμνήσεις και σωματικές αισθήσεις που αφορούν τον εαυτό μας και τις σχέσεις μας με τους άλλους (Young κ.α., 2003). Δημιουργούνται ως αποτέλεσμα των ανεκπλήρωτων πυρηνικών αναγκών του παιδιού, όπως η αγάπη, η ασφάλεια, η αυτονομία και ο ασφαλής δεσμός με τα πρόσωπα φροντίδας του (van Vreeswijk κ.α., 2012; Young κ.α., 2003). Οι εν λόγω ανάγκες χαρακτηρίζονται ως έμφυτες και καθολικές, και η μη-εκπλήρωσή τους συχνά συνδέεται με αντίξοες συνθήκες διαβίωσης στο περιβάλλον του παιδιού ή με τραυματικές εμπειρίες με τα μέλη της οικογένειας και τους συνομήλικους. Τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα, αν και δημιουργούνται κατά την πρώτη παιδική ηλικία, αναπτύσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και πυροδοτούν έντονα αρνητικά συναισθήματα. Όσο ισχυρότερο είναι ένα πρώιμο δυσλειτουργικό σχήμα, τόσο πιο έντονα αρνητικά συναισθήματα προκαλεί ενώ ενεργοποιείται από περισσότερες καταστάσεις. Το ερώτημα που προκύπτει λοιπόν, αφορά τον ρόλο και τη σημασία των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στην εξάρτηση από το αλκοόλ.

Η προβληματική χρήση αλκοόλ αποτελεί μία από τις πολλές στρατηγικές αντιμετώπισης τις οποίες μπορεί να υιοθετήσουν τα άτομα προκειμένου να αποφύγουν το αρνητικό συναίσθημα που προκαλείται από δυσλειτουργικά σχήματα. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική αντιμετώπιση που είναι βασισμένη στα σχήματα έχει στόχο να αλλάξει τα δυσλειτουργικά σχήματα βοηθώντας το άτομο να αποκτήσει νέες εμπειρίες που διαψεύδουν το αρχικό σχήμα και διευκολύνουν την ανάπτυξη πιο λειτουργικών συμπεριφορών αντιμετώπισης (Young κ.α., 2003).

Τέλος, η ερευνητική υπόθεση σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στο βαθμό εξάρτησης από το αλκοόλ και τη συντροφική βία δεν επιβεβαιώθηκε. Στο συγκεκριμένο δείγμα, ο βαθμός εξάρτησης από το αλκοόλ δεν σχετιζόταν με τα επίπεδα συντροφικής βίας, όπως αξιολογήθηκαν από την Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης. Ακόμη, και ελέγχθησαν διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης, τα αποτελέσματα παρέμειναν τα ίδια. Τα ευρήματα αυτά είναι αντίθετα με έναν σημαντικό αριθμό εμπειρικών μελετών που δείχνουν ότι η προβληματική χρήση αλκοόλ αυξάνει σημαντικά τα περιστατικά βίαιης συμπεριφοράς εντός μίας συντροφικής σχέσης (Gilchrist κ.α., 2017; McKinney κ.α., 2010; Signorelli κ.α., 2014). Λόγου χάρη, σε μία συναφειακή μελέτη 436 ζευγαριών ο McKinney και οι συνεργάτες του (2010) έδειξαν ότι το 30.2 % της συντροφικής βίας σχετιζόταν άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ η πιθανότητα κάποιο περιστατικό βίας να προκλήθηκε από προβληματική χρήση αλκοόλ ήταν διπλάσια όταν το περιστατικό συντροφικής βίας χαρακτηριζόταν ως σοβαρό (McKinney κ.α., 2010). Σε μία προσπάθεια να εξηγηθούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, πρέπει να ληφθεί υπόψη ο ερευνητικός σχεδιασμός που ακολουθήθηκε. Συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από άτομα τα οποία είχαν ήδη διαγνωσθεί με κάποια διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Αυτό σημαίνει ότι η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στη συντροφική βία, όπως αξιολογήθηκε με την Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης (RCTS) και το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT), πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα ατόμων με διάγνωση αλκοολεξάρτησης. Τα αποτελέσματα της σχέσης μεταξύ AUDIT και RCTS θα μπορούσαν να είναι διαφορετικά σε ένα δείγμα από τον γενικό πληθυσμό.

Ωστόσο, αυτή η μελέτη ενέχει μεθοδολογικούς περιορισμούς. Αφενός, δεν συμπεριλαμβανόταν ομάδα ελέγχου προκειμένου να ελεγχθεί αν τα ευρήματα όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στον αντιλαμβανόμενο δεσμό ενηλίκων, τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα και την εξάρτηση από το αλκοόλ, παρατηρούνται επίσης στον γενικό πληθυσμό. Αφετέρου, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά περιορισμένο, και ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν με ασφάλεια.

## **Κεφάλαιο 11**

### **Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά, όπως αξιολογήθηκε στο συγκεκριμένο δείγμα, ο αντιλαμβανόμενος δεσμός και τα πρώιμα δυσλειτουργικά σχήματα αποτελούν ισχυρούς προβλεπτικούς δείκτες της

εμφάνισης εξαρτητικών από το αλκοόλ συμπεριφορών. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία από τις πρώτες προσπάθειες διερεύνησης του αντιλαμβανόμενου δεσμού και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων στην εξάρτηση από το αλκοόλ σε ελληνικό πληθυσμό. Συνίσταται οι μελλοντικές μελέτες να συμπεριλάβουν στο δείγμα τους άτομα με διαταραχές χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και άτομα από τον γενικό πληθυσμό. Με τον τρόπο αυτό, θα καταστεί δυνατή η μελέτη του αντιλαμβανόμενου δεσμού και των πρώιμων δυσλειτουργικών σχημάτων που σχετίζονται αποκλειστικά με την εξάρτηση από το αλκοόλ.

## Βιβλιογραφία

- Allan, C. A. (1995). Alcohol problems and anxiety disorders—A critical review. *Alcohol and Alcoholism*, 30(2), 145-151.
- American Heritage Publishing Company. (2009). *The American Heritage Dictionary of the English Language, Fourth Edition*. Harcourt, Houghton Mifflin
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Biron, M. (2010). Alcohol consumption and workplace absenteeism: the moderating effect of social support. *J Appl Psychol*, 95(2), 334-348.
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 319.
- Bartoli, F., Carrà, G., Crocamo, C., & Clerici, M. (2015). From DSM-IV to DSM-5 alcohol use disorder: An overview of epidemiological data. *Addictive behaviors*, 41, 46-50.
- Baving, L., & Olbrich, H. (1996). Alcoholism and depression. *European Addiction Research*, 2(1), 29-35.
- Beach, S. R., Brody, G. H., Lei, M. K., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Simons, R. L., ... & Philibert, R. A. (2013). Impact of child sex abuse on adult psychopathology: A genetically and epigenetically informed investigation. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 3.
- Benedict, N. J., Wong, A., Cassidy, E., Lohr, B. R., Pizon, A. F., Smithburger, P. L., ... & Kane-Gill, S. L. (2018). Predictors of resistant alcohol withdrawal (RAW): a retrospective case-control study. *Drug and alcohol dependence*, 192, 303-308.
- Benton, S. A. (2009). *Understanding the high-functioning alcoholic: professional views and personal insights*. Greenwood Publishing Group.
- Bloch, L., & Guillory, P. T. (2011). The Attachment Frame is the Thing: Emotion-Focused Family Therapy in Adolescence. *Journal Of Couple & Relationship Therapy*, 10(3), 229- 245.
- Block, S. (2001). *Disinfection, Sterilization, and Preservation*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss v. 3 (Vol. 1)*.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume 3*. Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.

- Bowirrat, A., & Oscar-Berman, M. (2005). Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and reward deficiency syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 29-37.
- Brion, M., de Timary, P., Pitel, A. L., & Maurage, P. (2017). Source memory in Korsakoff syndrome: disentangling the mechanisms of temporal confusion. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(3), 596-607.
- Brust, J. C. (2010). Ethanol and Cognition: Indirect Effects, Neurotoxicity and Neuroprotection: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1540–1557.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., & Rounsavile, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93(5), 713-727.
- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., & Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive behaviors*, 30(5), 1007-1011.
- Collins, D. J., & Lapsley, H. M. (2008). The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. National Drug Strategy Monograph Series, 64.
- Collins, S. E., & Kirouac, M. (2013). Alcohol Consumption. Στο T. J. Gellman M.D., Encyclopedia of Behavioral Medicine (σσ. 61-65). New York: Springer.
- Cook, D. R. (1991). Shame, attachment, and addictions: Implications for family therapists. *Contemporary family therapy*, 13(5), 405-419.
- Copello, A. G., Velleman, R. D., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and alcohol review*, 24(4), 369- 385.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia C. (2004) A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*. 38 613- 619.
- Costes, J.M. & Martineau, H. (2002). Drugs and Dependence Indicators and Trends in 2002.
- Dale, C. E., & Livingston, M. J. (2010). The burden of alcohol drinking on co-workers in the Australian workplace. *Med J Aust*, 193(3), 138-140.
- Driessen, M., Arolt, V., John, U., Veltrup, C., & Dilling, H. (1996). Psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics after detoxification treatment. *European Addiction Research*, 2(1), 17-23.
- Edenberg, H. J., & Foroud, T. (2006). The genetics of alcoholism: identifying specific genes through family studies. *Addiction biology*, 11(3-4), 386-396.

- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of life research, 10*(4), 347-357.
- Eriksson, C. P. (2001). The role of acetaldehyde in the actions of alcohol (update 2000). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25*, 15S-32S.
- Fewell, C. H. (2013). Mentalization-Based Treatment: A Valuable Framework for Helping Maltreating Parents. *Journal Of Social Work Practice In The Addictions, 13*(1), 123-126.
- Fiellin, D. A., O'Connor, P. G., Holmboe, E. S., & Horwitz, R. I. (2002). Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Substance abuse, 23*(2), 83-94.
- Gatley, I. (2009). *Drink: A Cultural History of Alcohol*. Gotham Books.
- Ghodse, H. (2002). *Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment*. Cambridge University Press.
- Gilchrist, E. A., Ireland, L., Forsyth, A., Godwin, J., & Laxton, T. (2017). Alcohol use, alcohol-related aggression and intimate partner abuse: A cross-sectional survey of convicted versus general population men in Scotland. *Drug and alcohol review, 36*(1), 20-23.
- Gold, M. (2013). Children of Alcoholics. *Psych Central*. Retrieved on September 21, 2015, from <http://psychcentral.com/lib/children-of-alcoholics/>
- Gutjahr E, Gmel G, Rehm J (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research, 7*(3):117.127.
- Harper CG, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1986;49:341-345.*
- Harper C, Fornes P, Duyckaerts C, Lecomte D, Hauw JJ. An international perspective on the prevalence of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Metab Brain Dis. 1995;10:17-24.*
- Hendrickson, B. (2016). Parental alcoholism on attachment within romantic relationships.
- Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V. M., Chan, G., Del Boca, F., & Chartier, K. (2020). Subtypes of Alcohol Dependence and 36-Year Mortality. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 44*(8), 1658-1665.



- Hicks, B. M., & Zucker, R. A. (2014). Alcoholism: A life span perspective on etiology and course. In *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 583-599). Springer, Boston, MA.
- Hindmarch, I., Kerr, J. S., & Sherwood, N. (1991). The effects of alcohol and other drugs on psychomotor performance and cognitive function. *Alcohol and alcoholism*, 26(1), 71-79.
- Hovnanian, L. (1994). The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5,000 drug Addicts). *Bulletin de l'Academie nationale de medecine*, 178(6), 1029.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 13(4), 673-684.
- Jesse, S., Bråthen, G., Ferrara, M., Keindl, M., Ben-Menachem, E., Tanasescu, R., ... & Ludolph, A. C. (2017). Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurologica Scandinavica*, 135(1), 4-16.
- Kalaydjian, A., Swendsen, J., Chiu, W. T., Dierker, L., Degenhardt, L., Glantz, M., ... & Kessler, R. (2009). Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National Comorbidity Survey Replication. *Comprehensive psychiatry*, 50(4), 299-306.
- Katsigris, C., & Thomas, C. (2006). *The Bar and Beverage Book*. John Wiley and Sons.
- Kearns-Bodkin, J. N., & Leonard, K. E. (2008). Relationship Functioning Among Adult Children of Alcoholics. *Journal Of Studies On Alcohol & Drugs*, 69(6), 941-950.
- Kelley, M. L., Nair, V., Rawlings, T., Cash, T. F., Steer, K., & Fals-Stewart, W. (2005). Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 30(8), 1479-1495
- Koob, G. F., Rassnick, S., Heinrichs, S., & Weiss, F. (1994). Alcohol, the reward system and dependence. In *Toward a molecular basis of alcohol use and abuse* (pp. 103- 114). Birkhäuser Basel.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231- 244.

- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychoanalysis*, 5(1), 5-21.
- Lee, J. H., Jang, M. K., Lee, J. Y., Kim, S. M., Kim, K. H., Park, J. Y., ... & Yoo, J. Y. (2005). Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 20(12), 1833-1837.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., & Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Psychiatric Services*, 40(10), 1019-1025.
- Lesch, O. M., Dietzel, M., Musalek, M., Walter, H., & Zeiler, K. (1988). The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types. *Forensic Science International*, 36(1-2), 121-138.
- Lesch, O. M., & Walter, H. (1996). Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol and Alcoholism*, 31(1), 63-68.
- Littrell, J. (2014). *Understanding and Treating Alcoholism Volume I: An Empirically Based Clinician's Handbook for the Treatment of Alcoholism*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Lichtenstein, J., & Cassidy, J. (1991, March). The Inventory of Adult Attachment: Validation of a new measure. In *biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA*.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2003). *Adult attachment scoring and classification system*. Στο: Main, M. (ed.) *Assessing attachment through discourse, drawings and reunion situations* (working title). New York, Cambridge University Press.
- McKinney, C. M., Caetano, R., Rodriguez, L. A., & Okoro, N. (2010). Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(4), 655-658.
- Makela, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I., Bergmark, K.H., Kurube, N., Olafsdottir, H., Peterson, J. H., Phillips, M., Rehm, J., Room, R., Rosenqvist, P., Rosovsky H., Steniuw, K., Swiatkiewicz, G., Woronowicz, B., & Zielinski, A. (1996).

- Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: A study in eight societies.  
Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Maltzman, I. (2012). *Alcoholism: A review of its characteristics, etiology, treatments, and controversies*. Springer Science & Business Media.
- Manzo L, Locatelli C, Candura SM, Costa LG. Nutrition and alcohol neurotoxicity. *Neurotoxicology*. 1994;15:555–565.
- Mellos, E., Liappas, I., & Paparrigopoulos, T. (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *in vivo*, 24(5), 761-769.
- Milam, J. R., & Ketcham, K. (2011). *Under the influence: A guide to the myths and realities of alcoholism*. Bantam.
- Morisano, D., Babor, T. F., & Robaina, K. A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: implications for treatment services. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 31(1), 5-25.
- Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H. Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence*, 91(2-3), 149- 158.
- Motlagh, F. E., Ibrahim, F., Abd Rashid, R., Seghatoleslam, T., & Habil, H. (2016). Acupuncture therapy for drug addiction. *Chinese Medicine*, 11(1), 16.
- Moussas, G., Christodoulou, C., & Douzenis, A. (2009). A short review on the aetiology and pathophysiology of alcoholism. *Annals of general psychiatry*, 8(1), 1-4.
- Mouzas, I. (2011) Care devices for alcoholic patients in Southern Europe *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 35: 22A.
- Nikolakaros, G., Ilonen, T., Kurki, T., Paju, J., Papageorgiou, S. G., & Vataja, R. (2016). Non-alcoholic Korsakoff syndrome in psychiatric patients with a history of undiagnosed Wernicke's encephalopathy. *Journal of the Neurological Sciences*, 370, 296-302.
- Norstrom, T., & Moan, I. S. (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *Eur J Public Health*, 19(4), 383-388.
- Parast, L., Meredith, L. S., Stein, B. D., Shadel, W. G., & D'Amico, E. J. (2018). Identifying adolescents with alcohol use disorder: optimal screening using the National

- Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism screening guide. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(5), 508.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. R., Dasher, A. C., Hesselbrock, M. N., ... & Nurnberger Jr, J. I. (2002). A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *Journal of studies on alcohol*, 63(4), 498-502.
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., ... & Hong, S. H. (2018). The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 86-90.
- Riessman, F. (1997) Ten self help principles. *Social Policy*, 29.6-11.
- Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cog The Res*. 2010;34(3):207–15.
- Rosso, A. (2012). Beer and wine in antiquity: beneficial remedy or punishment imposed by the Gods? *Acta Medico-Historica Adriatica*, 237–262.
- Rusyn, I., & Bataller, R. (2013). Alcohol and toxicity. *Journal of hepatology*, 59(2), 387- 388.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., & Landi, N. A. (2000). The 5-year clinical course of high-functioning men with DSM-IV alcohol abuse or dependence. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2028-2035.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Differences in early maladaptive schemas in a sample of alcohol-and opioid-dependent women: Do schemas vary across disorders?. *Addiction research & theory*, 21(2), 132-140.
- Signorelli, M. S., Arcidiacono, E., Musumeci, G., Di Nuovo, S., & Aguglia, E. (2014). Detecting domestic violence: Italian validation of revised Conflict Tactics Scale (CTS-2). *Journal of Family Violence*, 29(4), 361-369.
- Straus, M. A. (2001). Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence Against Women*, 10(7), 790– 811.

- Straus, M. A. (2007). Conflict tactics scales. In N. A. Jackson (Ed.), *Encyclopedia of domestic violence* (pp. 190–197). New York: Taylor & Francis Group.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.
- Thomson AD. Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Suppl.* 2000;35:2–7
- Thomson AD, Cook CCH, Touquet R, Henry JA. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke’s encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2002;37:513–52.
- Tsai G, Gastfriend DR, Coyle JT. (1995). The glutamatergic basis of human alcoholism. *Am J Psychiatry* 152:332–340.
- van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.) (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice*. John Wiley & Sons.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Begleiter, H., Porjesz, B., Fowler, J. S., Telang, F., ... & Alexoff, D. (2006). High levels of dopamine D2 receptors in unaffected members of alcoholic families: possible protective factors. *Archives of general psychiatry*, 63(9), 999-1008.
- Walant, K. (1995). *Creating the capacity for attachment: Treating addictions and the alienated self*. Rowman & Littlefield.
- Woititz, J. (1990). *Adult children of alcoholics* (Expanded ed.). Deerfield Beach, Fla.: Health Communications.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- Workgroup on Substance Abuse Self help Organizations, (2003) *Self Help Organizations for Alcohol and Drug Problems: Towards Evidence –Based Practice and Policy*.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; 2003.

- Zhang D, He H. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Soc Behav Pers.* 2010;38(8):1119–22.
- Αλυσανδράκης, Κ., (2002). Άνθρωπος και Αλκοόλ, Ηράκλειο, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα
- Λαϊνάς, Σ., (2007). Κριτική αποτίμηση της Αυτοβοήθειας στην Εξάρτησης. *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, Ιαν 2008, τεύχος 6.
- Λιαππάς, Ι. Α., & Πομίνη, Β. (2004). Ουσιοεξάρτηση–Σύγχρονα θέματα.
- Λύκουρας, Λ.,(2000). Οινόπνευματώδη. Στο Γ.Ν Χριστοδούλου και Συνεργάτες, Ψυχιατρική. πρώτος τόμος, εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Λύκουρας, Ε. (2006). Κατάχρηση/Εξάρτηση από το οινόπνευμα : ένα σύγχρονο Πρόβλημα. Στο Ι.Α Λιάππας, Ε.Κ. Μέλλος, Β. Πομίνι (επιμέλεια έκδοσης), Κατάχρηση & Εξάρτηση από το οινόπνευμα: προβλήματα & αντιμετώπιση. ΙΤΑΚΑ-Ελληνικό Τμήμα.
- Μαδιανός, Μ.(2004). Κλινική Ψυχιατρική. εκδόσεις Καστανιώτη.
- Παπαναστασάτος, Γ. (2014). Προβλήματα στο πλαίσιο των πολιτικών διαχείρισης των νέων ψυχοδραστικών ουσιών σε Ελλάδα και Ευρώπη. 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοτροδικαστικής, Αθήνα, 11-14 Δεκεμβρίου 2014.
- Ποταμιανός, Γ. (2005). Αλκοόλ. Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία. Αθήνα: Λιβάνη.
- Τζαβάρας, Ν. (2004) Κοινωνιολογικές και Ψυχιατρικές Διαστάσεις του Αλκοολισμού. Σύναψις 1 φθινόπωρο 2005: 64-72.
- Φιδάνη, Λ., & Καπρίνης, Γ. Λέξεις-κλειδιά: Γονίδια, μέθοδοι μοριακής γενετικής, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας, αλκοολισμός. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 13 (1), 17-27, 2002-Ανασκόπηση.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Ερωτηματολόγιο

Συγκατατίθεται για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο.

#### **A. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

**Φύλο:**             Άνδρας             Γυναίκα

**Ηλικία:**

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Έως 20 | <input type="checkbox"/> 40-45      |
| <input type="checkbox"/> 20-25  | <input type="checkbox"/> 45-50      |
| <input type="checkbox"/> 25-30  | <input type="checkbox"/> 50-55      |
| <input type="checkbox"/> 30-35  | <input type="checkbox"/> 55-60      |
| <input type="checkbox"/> 35-40  | <input type="checkbox"/> Άνω των 60 |

**Τι εκπαίδευση έχετε;**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τάξεις δημοτικού             | <input type="checkbox"/> ΤΕΕ ή ΙΕΚ             |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό                     | <input type="checkbox"/> ΤΕΙ                   |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο                     | <input type="checkbox"/> ΑΕΙ                   |
| <input type="checkbox"/> Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακές Σπουδές |

**Ποιο είναι το εργασιακό σας καθεστώς;**

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος

- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Φοιτητής
- Άνεργος

**Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- Άγαμος-η
- Σε διάσταση
- Χήρος-α
- Έγγαμος-η
- Διαζευγμένος-η

**Έχετε παιδιά;**             Ναι     Όχι

**Αν ναι, πόσα;**           

**Ζείτε:**             Μόνος     Με άλλους

**Σε ποια περιοχή κατοικείτε;**

.....

**Εργάζεσθε;**

- Ναι
- Όχι
- Περιστασιακά



## **B. Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Διαταραχών από τη Χρήση Αλκοόλ (AUDIT)**

1. Πόσο συχνά καταναλώνετε ποτό που περιέχει αλκοόλ; (Ποτέ, Μηνιαία ή λιγότερο, 2-4 φορές μηνιαίως, 2-3 φορές την εβδομάδα, 4 ή περισσότερες φορές).
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλ καταναλώνετε σε μια τυπική ημέρα όταν πίνετε; (1 ή 2, 3 ή 4, 5 ή 6, 7-9, 10 ή περισσότερο).
3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μια περίπτωση; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
4. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου διαπιστώσατε ότι δεν είστε ικανοί να σταματήσετε να πίνετε αφού έχετε αρχίσει; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
5. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου αποτύχατε να κάνετε ό,τι αναμενόταν κανονικά από σας λόγω της κατανάλωσης αλκοόλ; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
6. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου χρειαστήκατε ένα πρώτο ποτό το πρωί για να λειτουργήσετε κανονικά μετά από μια βραδιά βαριάς κατανάλωσης; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
7. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου έχετε αισθανθεί ενοχές ή τύψεις μετά που είχατε πει; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
8. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου ήσασταν ανίκανοι να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα επειδή πίνατε; (Ποτέ, Λιγότερο από μηνιαία, Μηνιαία, Εβδομαδιαίως, Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά).
9. Εσείς ή κάποιος άλλος έχει τραυματιστεί ως συνέπεια της κατανάλωσής σας; (Όχι, Ναι αλλά όχι στον περασμένο χρόνο, Ναι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου).
10. Μήπως κάποιος συγγενής ή φίλος ή γιατρός ή άλλος εργαζόμενος στον ιατρικό κλάδο έχει ανησυχήσει για την κατανάλωση αλκοόλ από σας ή σας πρότεινε να περιορίσετε την κατανάλωση αυτή; (Όχι, Ναι αλλά όχι στον περασμένο χρόνο, Ναι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου).

### **Γ. Αναθεωρημένη Κλίμακα των Τακτικών Σύγκρουσης (Revised Conflict Tactics Scale)**

*Ανεξάρτητα με το πόσο καλά τα πάει ένα ζευγάρι, υπάρχουν φορές που διαφωνούν μεταξύ τους, ενοχλείται ο ένας από τον άλλον, θέλουν διαφορετικά πράγματα, ή απλά διαπληκτίζονται ή καβγαδίζουν επειδή είναι σε άσχημη διάθεση, είναι κουρασμένοι ή για κάποιους άλλους λόγους. Τα ζευγάρια, επίσης, έχουν πολλούς διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους διευθετούν συνήθως τις διαφορές τους. Αυτή είναι μια λίστα από πράγματα που ίσως συμβαίνουν όταν έχετε διαφορές στη σχέση σας. Παρακαλώ κυκλώστε πόσες φορές κάνατε καθένα απ' αυτά τα πράγματα τον τελευταίο χρόνο και πόσες φορές τα έκανε ο/η σύντροφός σου τον τελευταίο χρόνο. Εάν εσύ ή ο/η σύντροφός σου δεν κάνατε κανένα απ' αυτά τα πράγματα τον τελευταίο χρόνο αλλά συνέβησαν πιο πριν σημειώστε το 7. Για παράδειγμα:*

*Πόσο συχνά συνέβη αυτό;*

- |   |  |
|---|--|
| <i>1= Μία φορά τον τελευταίο χρόνο</i>    | <i>5= 11- 20 φορές τον τελευταίο χρόνο</i>             |
| <i>2= Δυο φορές τον τελευταίο χρόνο</i>   | <i>6= Περισσότερες από 20 φορές τον χρόνο</i>          |
| <i>3= 3-5 φορές τον τελευταίο χρόνο</i>   | <i>7= Καμία φορά τον τελευταίο χρόνο αλλά πιο πριν</i> |
| <i>4= 6- 10 φορές τον τελευταίο χρόνο</i> | <i>0= Αυτό δεν έχει συμβεί ποτέ</i>                    |

1. Έδειξα στο σύντροφό μου ότι ενδιαφερόμουν παρόλο που διαφωνούσαμε. 1 2 3 4 5 6 7 0
2. Ο/ η σύντροφός μου μου έδειξε ενδιαφέρον παρόλο που διαφωνούσαμε. 1 2 3 4 5 6 7 0
3. Εξήγησα τη δική μου άποψη στο/στη σύντροφό μου σε μια διαφωνία. 1 2 3 4 5 6 7 0
4. Ο/ η σύντροφός μου μου εξήγησε τη δική του/της άποψη σε μια διαφωνία. 1 2 3 4 5 6 7 0
5. Προσέβαλα ή έβρισα το/τη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
6. Ο/η σύντροφος μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
7. Πέταξα κάτι στο/στη σύντροφό μου που θα μπορούσε να τον/την τραυματίσει. 1 2 3 4 5 6 7 0
8. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
9. Στραμπούλιξα το χέρι ή τράβηξα τα μαλλιά του/της συντρόφου μου. 1 2 3 4 5 6 7 0

10. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
11. Έδειξα σεβασμό για τα συναισθήματα του/της συντρόφου μου σχετικά με κάποιο θέμα. 1 2 3 4 5 6 7 0
12. Ο σύντροφός μου έδειξε σεβασμό για τα συναισθήματά μου πάνω σ' ένα θέμα. 1 2 3 4 5 6 7 0
13. Έσπρωξα ή εξανάγκασα το σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
14. Ο σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
15. Χρησιμοποίησα μαχαίρι ή όπλο εναντίον του/της συντρόφου μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
16. Ο/η σύντροφος μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
17. Απεκάλεσα το/τη σύντροφό μου χοντρό/η ή άσχημο/η. 1 2 3 4 5 6 7 0
18. Ο/η σύντροφός μου με αποκάλεσε χοντρό/η ή άσχημος/η. 1 2 3 4 5 6 7 0
19. Γρονθοκόπησα ή χτύπησα το/τη σύντροφό μου με κάτι που θα μπορούσε να τον/την τραυματίσει. 1 2 3 4 5 6 7 0
20. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
21. Κατέστρεψα κάτι που ανήκε στο/στη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
22. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
23. Αποπειράθηκα να πνίξω το/τη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
24. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
25. Φώναξα ή ούρλιαξα στο/στη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
26. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
27. Έσπρωξα το/τη σύντροφό μου πάνω σ' ένα τοίχο. 1 2 3 4 5 6 7 0
28. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
29. Είπα ότι ήμουν σίγουρος/η ότι θα μπορούσαμε να λύσουμε ένα πρόβλημα. 1 2 3 4 5 6 7 0
30. Ο/η σύντροφός μου ήταν σίγουρος/η ότι θα μπορούσαμε να λύσουμε ένα πρόβλημα. 1 2 3 4 5 6 7 0
31. Έδειρα το/τη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0

32. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
33. Άρπαξα βίαια το/τη σύντροφο μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
34. Ο/η σύντροφος μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
35. Βγήκα έξω από το δωμάτιο ή το σπίτι ή την αυλή κατά τη διάρκεια μιας διαφωνίας. 1 2 3 4 5 6 7 0
36. Ο/η σύντροφός μου βγήκε έξω από το δωμάτιο ή το σπίτι ή την αυλή κατά τη διάρκεια μιας διαφωνίας. 1 2 3 4 5 6 7 0
37. Χαστούκισα το/τη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
38. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
39. Πρότεινα κάποιο συμβιβασμό σε μια διαφωνία. 1 2 3 4 5 6 7 0
40. Ο/η σύντροφός μου πρότεινε κάποιο συμβιβασμό σε μια διαφωνία. 1 2 3 4 5 6 7 0
41. Έκαψα ή ζεμάτισα το/τη σύντροφό μου σκόπιμα. 1 2 3 4 5 6 7 0
42. Ο/η σύντροφός μου το έκανε αυτό σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
43. Κατηγόρησα το/τη σύντροφό μου ότι είναι απαίσιος/α εραστής. 1 2 3 4 5 6 7 0
44. Ο/η σύντροφος μου με κατηγόρησε το ίδιο. 1 2 3 4 5 6 7 0
45. Έκανα κάτι για να πειστώσω το/τη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
46. Ο/η σύντροφός μου το έκανε το ίδιο σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
47. Απειλήσα ότι θα χτυπήσω ή θα πετάξω κάτι στο/στη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
48. Ο/η σύντροφός μου έκανε το ίδιο σε μένα. 1 2 3 4 5 6 7 0
49. Κλώτσησα το/τη σύντροφό μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
50. Ο/η σύντροφός μου με κλώτσησε. 1 2 3 4 5 6 7 0
51. Συμφώνησα να δοκιμάσουμε μια λύση σε μια διαφωνία που πρότεινε ο/η σύντροφός μου. 1 2 3 4 5 6 7 0
52. Ο/η σύντροφός μου συμφώνησε να δοκιμάσουμε μια λύση που πρότεινα εγώ. 1 2 3 4 5 6 7 0

#### **Δ. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενου Δεσμού των Ενηλίκων (Perceptions of Adult Attachment Questionnaire, PAAQ)**

*Η πλειοψηφία των δηλώσεων που ακολουθούν, αναφέρονται στη σχέση που είχατε με τη μητέρα σας στην παιδική σας ηλικία (όταν ήσασταν περίπου 3 με 8 χρονών). Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αναφέρονται, κατά κύριο λόγο, στη μητέρα σας ως το άτομο που είχε τον κυρίαρχο ρόλο στη φροντίδα σας. Εάν ήταν κάποιος άλλος εκείνος που είχε τον πρωταρχικό ρόλο της φροντίδας σας στην παιδική σας ηλικία, παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις που αναφέρονται στη «μητέρα» έχοντας εκείνο το άτομο κατά νου. Μερικές από τις ερωτήσεις έχουν δυο μέρη. Για παράδειγμα «Όταν, στην παιδική μου ηλικία, προκαλούσα προβλήματα, ήξερα ότι η μητέρα μου θα με συγχωρούσε». Ίσως κάποιιοι έχουν την αίσθηση ότι όταν ήταν παιδιά ποτέ δεν προκάλεσαν προβλήματα, ωστόσο θεωρούν ότι η μητέρα τους ήταν ένας άνθρωπος επιεικής. Οπότε πως απαντούν σε αυτή την περίπτωση; Απαντήστε «Μάλλον Συμφωνώ» ή «Συμφωνώ» μόνο στην περίπτωση που συμφωνείτε και με τα δυο μέρη της πρότασης. Εάν συμφωνείτε μόνο με το ένα μέρος της πρότασης, τότε απαντήστε «Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Εάν διαφωνείτε και με τα δυο μέρη της πρότασης τότε απαντήστε «Μάλλον Διαφωνώ» ή «Διαφωνώ».*

1: Διαφωνώ Μάλλον, 2: Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 3: Μάλλον Συμφωνώ, 4: Διαφωνώ, 5: Συμφωνώ

1. Όταν ήμουν παιδί αισθανόμουν ότι είμαι πολύτιμος/η για τη μητέρα μου.
2. Μερικές φορές, στα παιδικά μου χρόνια, είχα την αίσθηση ότι η μητέρα μου αισθάνονταν πολύ μόνη όταν δεν ήμουν μαζί της.
3. Η μητέρα μου δεν ήταν πολύ τρυφερή.
4. Όταν ήμουν μικρό παιδί και κάποια μικροπράγματα πήγαιναν στραβά, δεν αισθανόμουν σίγουρος/η ότι μπορούσα να βασιστώ στη μητέρα μου για να με φροντίσει.
5. Όταν ήμουν παιδί, δεν μπορούσα να αντέξω τον αποχωρισμό από τη μητέρα μου.
6. Η μητέρα μου μπορεί να με κάνει να αισθανθώ πολύ ωραία, αλλά, όταν δεν είναι καλή μαζί μου, αυτό μπορεί να με διαλύσει.
7. Στην πατρική μου οικογένεια δεν εκφράζουμε ανοικτά τα συναισθήματα μας. Προτιμάμε να κρατάμε τα συναισθήματα μας για τον εαυτό μας.

8. Ούτε η μητέρα μου ούτε εγώ είμαστε τέλειοι/ες, παρόλα αυτά καταφέραμε και τα βγάλαμε πέρα με τα παιδικά μου χρόνια.
9. Όταν, ως παιδί, ήμουν τρομαγμένος/μένη, θυμάμαι τη μητέρα μου να με κρατάει κοντά της.
10. Όταν ήμουν παιδί, η μητέρα μου μερικές φορές μου έλεγε ότι, αν δεν ήμουν καλό παιδί, θα σταματούσε να με αγαπάει.
11. Η μητέρα μου είναι εγωκεντρική, επικεντρωμένη στον εαυτό της, αποκλείοντας έτσι όλους τους άλλους.
12. Στην οικογένεια μου δεν είχαμε ιδιαίτερα κοντινές σχέσεις, αλλά αυτό ποτέ δεν με ενόχλησε.
13. Μου είναι δύσκολο να θυμηθώ, με οποιοδήποτε βαθμό λεπτομέρειας, τη σχέση μου με τη μητέρα μου όταν ήμουν μικρό παιδί.
14. Κάποιες φορές, όταν ήμουν παιδί, αισθανόμουν ότι η μητέρα μου και εγώ μοιάζαμε τόσο πολύ, που δεν ήξερα που σταματούσε εκείνη και που ξεκινούσα εγώ.
15. Εάν ποτέ συνέβαινε κάτι στη μητέρα μου, αναρωτιέμαι εάν θα μπορούσα να επιβιώσω και να το ξεπεράσω.
16. Θυμάμαι ότι, όταν ήμουν παιδί, ένιωθα την επιθυμία να προστατέψω τη μητέρα μου.
17. Παρόλο που κατά τη διάρκεια της παιδικής μου ηλικίας περάσαμε δύσκολες στιγμές στη σχέση μου με τη μητέρα μου, κάπου στην πορεία κατάφερα να αφήσω στην άκρη το μεγαλύτερο μέρος του πόνου και του θυμού που κάποτε ένιωθα.
18. Όταν ήμουν παιδί, ήξερα ότι είμαι χαμηλά στη λίστα προτεραιοτήτων της μητέρας μου.
19. Συνολικά, η μητέρα μου ήταν μια εξαιρετική μητέρα.
20. Κανένας δεν καταφέρνει να με εκνευρίσει τόσο όσο η μητέρα μου.
21. Σαν παιδί, δεν θεώρησα ποτέ ότι το να αποχωρίζομαι τους γονείς μου ήταν κάτι

σπουδαίο.

22. Συχνά αισθανόμουν υπεύθυνος/η για την ευημερία της μητέρας μου.

23. Στα παιδικά μου χρόνια, η μητέρα μου μερικές φορές απειλούσε ότι θα με αφήσει ή ότι θα με διώξει αν δεν ήμουν καλό παιδί.

24. Ακόμα και σήμερα, η μητέρα μου δεν έχει ιδέα ποιος/ά είμαι ή τι είναι σημαντικό για μένα.

25. Παρόλες τις δυσκολίες που είχαμε στο παρελθόν, συνειδητοποιώ πλέον ότι η μητέρα μου έκανε για μένα το καλύτερο που μπορούσε να κάνει.

26. Έχω ξεχάσει πως ήταν το μεγαλύτερο μέρος της νεαρής παιδικής μου ηλικίας.

27. Πάντα γνώριζα ότι η μητέρα μου ήταν εκεί για μένα: οτιδήποτε κι αν συνέβαινε, μπορούσα να βασιστώ πάνω της.

28. Υπάρχουν στιγμές που θέλω να ταρακουνήσω τη μητέρα μου και να της πω «ξύπνα και δες ποιος/ά πραγματικά είμαι».

29. Στα παιδικά μου χρόνια είχα συχνά την εντύπωση ότι η μητέρα μου δεν με άκουγε. Πολλές φορές δεν με πρόσεχε όταν της μιλούσα.

30. Κατά τη διάρκεια των παιδικών μου χρόνων, μερικές φορές αισθανόμουν ότι ήμουν η ζωή της μητέρας μου.

31. Πλέον, η μητέρα μου και εγώ αποδεχόμαστε περισσότερο απ' ότι παλιά ο ένας τη διαφορετικότητα του άλλου.

32. Όταν ήμουν μικρός/μικρή, συχνά φοβόμουν ότι κάτι τρομερό θα συμβεί στη μητέρα μου ή τον πατέρα μου.

33. Θυμάμαι τη μητέρα μου να μου λέει ότι δεν της έδινα αρκετή προσοχή ή ότι δεν τη αγαπούσα αρκετά.

34. Συχνά υιοθετώ τη γνώμη της μητέρας μου για μένα, και είναι σαν να χάνεται η γνώμη

που έχω εγώ ο ίδιος/η ίδια για τον εαυτό μου.

35. Η μητέρα μου είναι πειστική με εκνευριστικό τρόπο.

36. Η μητέρα μου και εγώ μοιάζαμε τόσο πολύ, που συχνά μπορούσαν να ολοκληρώσουμε ο ένας/η μία τις προτάσεις του άλλου/της άλλης.

37. Νομίζω ότι οι άνθρωποι δίνουν υπερβολική έμφαση στη σχέση μητέρας-παιδιού.

38. Θυμάμαι πολύ λίγα πράγματα από την νεαρή παιδική μου ηλικία (ηλικία 3-7 χρόνια).

39. Η ιδέα της τρυφερής και υποστηρικτικής μητέρας είναι ένας μύθος.

40. Η σχέση με τη μητέρα μου έχει περάσει από μεγάλες αλλαγές κατά τη διάρκεια των παιδικών μου χρόνων και της εφηβείας μου.

41. Ακόμα και ως ενήλικος, έχω κάποιες φορές την αίσθηση ότι δεν θα καταφέρω ποτέ να απαλλαγώ από την επιρροή της μητέρας μου.

42. Όταν ήμουν παιδί, είχα μερικές φορές την αίσθηση ότι χωρίς εμένα η μητέρα μου θα είχε καταρρεύσει.

43. Δεν θα μπορούσα να έχω καλύτερη μητέρα.

44. Τώρα πλέον καταλαβαίνω ότι, όταν ήμουν παιδί και η μητέρα μου δεν ήταν δίκαιη μαζί μου, αυτό οφείλονταν στο ότι αντιμετώπιζε τα δικά της προβλήματα.

45. Όταν συνέβαινε κάτι πραγματικά άσχημο στην παιδική μου ηλικία, δεν αισθανόμουν ότι μπορούσα να βασιστώ στη μητέρα μου για να με στηρίξει.

46. Όταν ήμουν παιδί, μερικές φορές είχα την αίσθηση ότι η μητέρα μου ευχόταν να μην είχα γεννηθεί ποτέ.

47. Θυμάμαι, όταν ήμουν παιδί, να φοβάμαι ότι ο ένας ή και οι δύο γονείς μου θα πεθάνουν απροσδόκητα.

48. Η μητέρα μου μπορεί να με συνθλίψει συναισθηματικά με την επικριτικότητα της.

49. Στα παιδικά μου χρόνια, η μητέρα μου συχνά μου έλεγε ότι θυσιάσει τον εαυτό της για



μένα.

50. Πιστεύω ότι η σχέση με τη μητέρα μου στα πρώιμα παιδικά μου χρόνια δεν έχει καμία σημαντική επίδραση στο ποιος/ποια είμαι σήμερα ή στις τωρινές μου σχέσεις.

51. Η μητέρα μου ήταν πάντα εκεί για μένα όταν τη χρειάστηκα.

52. Όταν, ως παιδί, συμπεριφερόμουν με άσχημο τρόπο, η μητέρα μου κάποιες φορές με απειλούσε ότι θα με διώξει.

53. Δεν αισθάνθηκα ποτέ ότι η μητέρα μου μου έδωσε αρκετή προσοχή.

54. Παρόλα τα προβλήματά μας στο παρελθόν, η μητέρα μου και εγώ μπορούμε ακόμα να γελάσουμε μαζί.

55. Στα παιδικά μου χρόνια, η μητέρα μου συχνά κατέφευγε σε μένα και μου έλεγε πολλά πράγματα που την στεναχωρούσαν ή την ενοχλούσαν.

56. Όταν ήμουν μικρός/ή, συχνά ανησυχούσα για την κατάσταση της υγείας της μητέρας μου.

57. Μου είναι δύσκολο να θυμηθώ τη νεαρή παιδική μου ηλικία.

58. Η μητέρα μου ήταν μια τέλεια μητέρα.

59. Η μητέρα μου και τα προβλήματά της συνεχίζουν να εμπλέκονται στη ζωή μου.

60. Όταν ξανασκέφτομαι τις εμπειρίες της νεαρής παιδικής μου ηλικίας, ανακαλύπτω πράγματα για τον εαυτό μου και τους γονείς μου που δεν είχα αναλογιστεί στο παρελθόν.

### **E. Ερωτηματολογίου Σχημάτων του Young – Σύνομη Μορφή (Young Schema Questionnaire-Short Form, YSQ-S3)**

*ΟΔΗΓΙΕΣ: Ακολουθούν κάποιες προτάσεις με τις οποίες κανείς θα μπορούσε να περιγράψει τον εαυτό του. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και αποφασίστε πόσο καλά περιγράφει εσάς. Στην περίπτωση που δεν είστε σίγουρος/η, απαντήστε σύμφωνα με το πώς **νιώθετε** και όχι με το τι **νομίζετε** ότι ισχύει.*

*Κάποιες από τις προτάσεις αναφέρονται στη σχέση με τους γονείς ή τους συντρόφους σας. Αν κάποιος από αυτούς έχει πεθάνει, παρακαλώ απαντήστε στην ερώτηση βασιζόμενος στη σχέση που είχατε όταν ήταν εν ζωή. Αν στην παρούσα φάση δεν έχετε σύντροφο, αλλά είχατε συντρόφους στο παρελθόν, παρακαλώ απαντήστε βασιζόμενος/η στην τελευταία σημαντική συντροφική σχέση που είχατε.*

*Στη συνέχεια επιλέξτε την βαθμολογική κατάταξη από το 1 ως το 6 που σας περιγράφει (συμπεριλαμβανομένων και τυχόν αναδιατυπώσεων), και σημειώστε το νούμερο στην αρχή κάθε πρότασης, όπου:*

*1= Δεν ισχύει καθόλου για μένα, 2= Μάλλον δεν ισχύει για μένα, 3= Ισχύει μάλλον, παρά δεν ισχύει, 4= Ισχύει αρκετά για μένα, 5= Ισχύει πάρα πολύ για μένα, 6= Με περιγράφει τέλεια*

1. \_\_\_\_ Δεν είχα κάποιο άτομο να με φροντίζει, να μοιράζεται τον εαυτό του μαζί μου, ή να νοιάζεται σε βάθος για οτιδήποτε μου συμβαίνει.
2. \_\_\_\_ Θεωρώ ότι προσκολλώμαι σε ανθρώπους που νιώθω κοντά μου γιατί φοβάμαι ότι θα με εγκαταλείψουν.
3. \_\_\_\_ Νιώθω ότι οι άλλοι θα με εκμεταλλευτούν.
4. \_\_\_\_ Δεν ανήκω κάπου. Δεν μπορώ να ενταχθώ.
5. \_\_\_\_ Κανένας άνδρας/καμία γυναίκα που να επιθυμώ δεν θα μπορούσε να με αγαπήσει εάν έβλεπε τα ελαττώματά μου.
6. \_\_\_\_ Σχεδόν τίποτα από αυτά που κάνω στη δουλειά (ή το σχολείο) δεν είναι τόσο καλό όσο εκείνα που μπορούν να κάνουν οι άλλοι.
7. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν είμαι ικανός/ή να αντεπεξέλθω μόνος μου στην καθημερινή ζωή.
8. \_\_\_\_ Δεν μπορώ να ξεφύγω από την αίσθηση ότι κάτι κακό πρόκειται να συμβεί.
9. \_\_\_\_ Δεν έχω καταφέρει να διαχωρίσω τον εαυτό μου από τους γονείς μου, όπως συμβαίνει με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου.
10. \_\_\_\_ Πιστεύω πως εάν κάνω αυτό που θέλω, είναι σαν να πηγαίνω γυρεύοντας για προβλήματα.
11. \_\_\_\_ Συνήθως εγώ είμαι αυτός/ή που καταλήγει να φροντίζει τους κοντινούς μου ανθρώπους.

12. \_\_\_ Είμαι υπερβολικά συγκρατημένος/η, για να εκφράσω θετικά συναισθήματα στους άλλους (π.χ. να εκδηλώσω στοργή, να δείξω ότι νοιάζομαι).
13. \_\_\_ Πρέπει να είμαι ο/η καλύτερος/η στα περισσότερα από αυτά που κάνω. Δεν μπορώ να δεχτώ να έρχομαι δεύτερος/η.
14. \_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να δεχτώ το «όχι» ως απάντηση, όταν θέλω κάτι από τους άλλους.
15. \_\_\_ Δεν καταφέρνω να πειθαρχήσω τον εαυτό μου, ώστε να ολοκληρώνω καθημερινές δραστηριότητες ή βαρετά καθήκοντα.
16. \_\_\_ Το να έχω χρήματα και να γνωρίζω επιφανείς ανθρώπους με κάνει να νιώθω ότι αξίζω (είμαι σημαντικός/ή).
17. \_\_\_ Ακόμη κι αν όλα φαίνεται να πηγαίνουν καλά, νιώθω ότι αυτό είναι μόνο προσωρινό.
18. \_\_\_ Εάν κάνω κάποιο λάθος, μου αξίζει να τιμωρηθώ.
19. \_\_\_ Γενικά, οι άλλοι δεν ήταν εκεί για να μου δώσουν ζεστασιά, στήριγμα και στοργή.
20. \_\_\_ Χρειάζομαι τόσο πολύ τους άλλους ανθρώπους που ανησυχώ ότι θα τους χάσω.
21. \_\_\_ Νιώθω ότι δεν μπορώ να αφεθώ όταν είμαι με άλλους ανθρώπους, γιατί εσκεμμένα θα με πληγώσουν.
22. \_\_\_ Είμαι ουσιαστικά διαφορετικός/ή από τους άλλους ανθρώπους.
23. \_\_\_ Κανένα άτομο που να επιθυμώ δεν θα ήθελε να μείνει κοντά μου, εάν ήξερε τον πραγματικό μου εαυτό.
24. \_\_\_ Είμαι ανίκανος/η να επιτύχω πράγματα.
25. \_\_\_ Θεωρώ τον εαυτό μου εξαρτημένο άτομο όσο αφορά στην καθημερινή λειτουργία.
26. \_\_\_ Νιώθω ότι ανά πάσα στιγμή κάποια καταστροφή (φυσική, εγκληματική, οικονομική, ιατρική) μπορεί να συμβεί.
27. \_\_\_ Οι γονείς μου κι εγώ έχουμε την τάση να παρεμβαίνουμε υπερβολικά ο ένας στη ζωή και τα προβλήματα του άλλου.
28. \_\_\_ Νομίζω ότι δεν έχω άλλη επιλογή από το να υποκύπτω στις επιθυμίες των άλλων γιατί διαφορετικά θα με εκδικηθούν ή θα με απορρίψουν με κάποιο τρόπο.

29. \_\_\_ Είμαι καλός άνθρωπος γιατί σκέφτομαι τους άλλους περισσότερο απ' ό,τι σκέφτομαι τον εαυτό μου.
30. \_\_\_ Νιώθω αμηχανία να εκφράσω τα συναισθήματά μου σε άλλους.
31. \_\_\_ Προσπαθώ να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ. Δεν μπορώ να συμβιβαστώ με το «αρκετά καλό».
32. \_\_\_ Είμαι ιδιαίτερο άτομο και δεν θα έπρεπε να δέχομαι τους περιορισμούς που υπάρχουν για τους άλλους ανθρώπους.
33. \_\_\_ Εάν δεν καταφέρνω να επιτύχω ένα στόχο, απογοητεύομαι εύκολα και τα παρατάω.
34. \_\_\_ Τα επιτεύγματα έχουν μεγαλύτερη αξία για μένα εάν οι άλλοι άνθρωποι τα αναγνωρίζουν.
35. \_\_\_ Εάν συμβεί κάτι καλό, ανησυχώ ότι πιθανότατα κάτι κακό θα ακολουθήσει.
36. \_\_\_ Εάν δεν προσπαθήσω όσο πιο σκληρά μπορώ, θα πρέπει να περιμένω ότι θα χάσω.
37. \_\_\_ Για μεγάλο μέρος της ζωής μου δεν ένιωσα ότι ήμουν κάτι ιδιαίτερο για κάποιον.
38. \_\_\_ Ανησυχώ ότι οι άνθρωποι που νιώθω κοντά μου θα φύγουν ή θα με εγκαταλείψουν.
39. \_\_\_ Είναι απλά θέμα χρόνου να με προδώσει κάποιος.
40. \_\_\_ Δεν ανήκω πουθενά. Είμαι μοναχικός/ή.
41. \_\_\_ Είμαι ανάξιος/α της αγάπης, της προσοχής και του σεβασμού των άλλων.
42. \_\_\_ Οι περισσότεροι από τους άλλους ανθρώπους είναι πιο ικανοί από μένα όσο αφορά στη δουλειά (ή το σχολείο) και στην επίτευξη πραγμάτων.
43. \_\_\_ Στερούμαι κοινής λογικής.
44. \_\_\_ Ανησυχώ μήπως δεχτώ επίθεση.
45. \_\_\_ Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για μένα και τους γονείς μου να αποκρύπτουμε λεπτομέρειες της ιδιωτικής μας ζωής ο ένας από τον άλλο, χωρίς να νιώθουμε προδομένοι ή ένοχοι.
46. \_\_\_ Στις σχέσεις αφήνω τον άλλο να έχει το πάνω χέρι.

47. \_\_\_\_ Αφιερώνω τόσο πολύ χρόνο κάνοντας πράγματα για τους ανθρώπους για τους οποίους νοιάζομαι, που έχω ελάχιστο χρόνο για μένα.
48. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι να είμαι ζεστός/ή και αυθόρμητος/η.
49. \_\_\_\_ Πρέπει να αντεπεξέρχομαι σε όλες μου τις υποχρεώσεις.
50. \_\_\_\_ Απεχθάνομαι να με περιορίζουν ή να με εμποδίζουν να κάνω αυτό που θέλω.
51. \_\_\_\_ Δυσκολεύομαι ιδιαίτερα να θυσιάσω την άμεση ικανοποίηση, προκειμένου να επιτύχω ένα μακροπρόθεσμο στόχο.
52. \_\_\_\_ Νιώθω λιγότερο σημαντικός/ή, όταν οι άλλοι δε μου δίνουν ιδιαίτερη σημασία.
53. \_\_\_\_ Όσο και να προσέχεις, σχεδόν πάντα κάτι θα πάει στραβά.
54. \_\_\_\_ Εάν δεν κάνω αυτό που πρέπει, οφείλω να υποστώ τις συνέπειες.
55. \_\_\_\_ Τις περισσότερες φορές, δεν είχα κάποιον που να με ακούει πραγματικά, να με καταλαβαίνει, ή νιώθει τις πραγματικές μου ανάγκες και συναισθήματα.
56. \_\_\_\_ Απελπίζομαι όταν κάποιο άτομο για το οποίο νοιάζομαι απομακρύνεται από μένα.
57. \_\_\_\_ Είμαι αρκετά καχύποπτος/η για τα κίνητρα των ανθρώπων.
58. \_\_\_\_ Νιώθω αποξενωμένος/η από τους άλλους ανθρώπους.
59. \_\_\_\_ Νιώθω ότι δεν είμαι άξιος/α να αγαπηθώ.
60. \_\_\_\_ Δεν είμαι όσο ταλαντούχος/α είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά τους (ή το σχολείο).
61. \_\_\_\_ Εάν εμπιστευτώ την κρίση μου σε καθημερινές καταστάσεις, θα πάρω τη λάθος απόφαση.
62. \_\_\_\_ Ανησυχώ μήπως βρεθώ στο δρόμο ή γίνω περιθωριακός/ή.
63. \_\_\_\_ Συχνά νιώθω ότι οι γονείς μου ζουν μέσα από μένα – δεν έχω τη δική μου ζωή.
64. \_\_\_\_ Αφήνω πάντα τους άλλους να επιλέγουν για μένα και έτσι δεν ξέρω τι πραγματικά θέλω για τον εαυτό μου.
65. \_\_\_\_ Ανέκαθεν ήμουν αυτός/ή που άκουγε τα προβλήματα όλων των άλλων.
66. \_\_\_\_ Συγκρατώ τον εαυτό μου τόσο πολύ που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν έχω συναισθήματα.

67. \_\_\_ Νιώθω ότι υπάρχει μια συνεχής πίεση να επιτύχω και να καταφέρω πράγματα.
68. \_\_\_ Νιώθω ότι δεν θα έπρεπε να ακολουθώ τους συνήθεις κανόνες και συμβάσεις, όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι.
69. \_\_\_ Δεν μπορώ να πιέσω τον εαυτό μου να κάνει πράγματα που δεν με ευχαριστούν, ακόμη κι όταν ξέρω ότι είναι για το καλό μου.
70. \_\_\_ Εάν κάνω κάποιο σχόλιο σε μια συνάντηση ή με συστήσουν σε μια συγκέντρωση, αναζητώ την αναγνώριση και το θαυμασμό των άλλων.
71. \_\_\_ Όσο σκληρά κι αν εργάζομαι, ανησυχώ ότι θα καταστραφώ οικονομικά.
72. \_\_\_ Δεν έχει σημασία για ποιο λόγο κάνω ένα λάθος. Όταν κάνω κάτι στραβό, θα πρέπει να τιμωρηθώ.
73. \_\_\_ Σπάνια είχα ένα δυνατό άτομο να μου δώσει μια σωστή συμβουλή ή κατεύθυνση όταν δεν είμαι σίγουρος/η για το τι πρέπει να κάνω.
74. \_\_\_ Μερικές φορές ανησυχώ τόσο πολύ μήπως οι άλλοι με αφήσουν, που τους απομακρύνω από κοντά μου.
75. \_\_\_ Συνήθως βρίσκομαι σε επαγρύπνηση για τα απώτερα κίνητρα των άλλων.
76. \_\_\_ Πάντα νιώθω εκτός κάθε ομάδας.
77. \_\_\_ Είμαι τόσο μη αποδεκτός/ή στην ουσία μου, ώστε να μην μπορώ να αποκαλύψω τον εαυτό μου στους άλλους ανθρώπους.
78. \_\_\_ Δεν είμαι τόσο έξυπνος/η όσο είναι οι περισσότεροι άνθρωποι στη δουλειά (ή το σχολείο).
79. \_\_\_ Δεν αισθάνομαι σίγουρος/η για την ικανότητά μου να αντιμετωπίζω καθημερινά προβλήματα που εμφανίζονται.
80. \_\_\_ Ανησυχώ ότι πρόκειται να εκδηλώσω σοβαρή ασθένεια, παρά το γεγονός ότι ο γιατρός δεν έχει διαγνώσει κάτι σοβαρό.
81. \_\_\_ Συχνά νιώθω ότι δεν έχω τη δική μου ξεχωριστή ταυτότητα ως προς τους γονείς μου ή το/τη σύντροφό μου.
82. \_\_\_ Δυσκολεύομαι πολύ να απαιτήσω να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματά μου και να λαμβάνονται υπόψη τα συναισθήματά μου.

83. \_\_\_\_ Οι άνθρωποι γύρω μου θεωρούν ότι κάνω υπερβολικά πολλά για τους άλλους και όχι αρκετά για μένα.
84. \_\_\_\_ Οι άλλοι με θεωρούν συναισθηματικά σφιγμένο/η.
85. \_\_\_\_ Δε μου επιτρέπω να ξεφύγω εύκολα ή να βρω δικαιολογίες για τα λάθη μου.
86. \_\_\_\_ Νιώθω ότι αυτό που εγώ έχω να προσφέρω είναι πολύ πιο σπουδαίο από οποιαδήποτε συνεισφορά των άλλων.
87. \_\_\_\_ Σπανίως καταφέρνω να μείνω πιστός/ή στις αποφάσεις μου.
88. \_\_\_\_ Οι έπαινοι και οι φιλοφρονήσεις με κάνουν να νιώθω σημαντικός/ή (ότι αξίζω).
89. \_\_\_\_ Ανησυχώ ότι μια λάθος απόφαση θα μπορούσε να οδηγήσει στην καταστροφή.
90. \_\_\_\_ Είμαι ένα κακό άτομο που αξίζει να τιμωρηθεί.