

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Η καταθλιπτική διάσταση στην εξάρτηση από το αλκοόλ**

---

Επιβλέπουσα: Σαμαρτζή Κυριακή

Φοιτήτρια: Ηλιοπούλου Αικατερίνη (Α.Μ. 7879)

~ΠΑΤΡΑ 2015~

## *Περίληψη*

Στην παρούσα εργασία αναφέρεται η σχέση του αλκοόλ με την ανθρώπινη συμπεριφορά και την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά αναλύεται η έννοια της καταθλιπτικής διαταραχής, τα είδη και τα συμπτώματά της, όπως επίσης και η αιτιολογία της. Έπειτα, διατυπώνεται ένας ορισμός του αλκοόλ και στη συνέχεια καταγράφονται τα μοντέλα του αλκοολισμού και οι φάσεις εξέλιξης αυτού. Ακόμη, τονίζονται οι παράγοντες που ωθούν το άτομο στον αλκοολισμό, οι διάφορες επιπτώσεις του στον άνθρωπο καθώς και τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου του αλκοολισμού. Τέλος, αναφέρεται ο ρόλος του επαγγελματία νοσηλευτή και οι πρακτικές παρεμβάσεις που χρήζουν σε ασθενή με καταθλιπτική διαταραχή και εθισμένο στο αλκοόλ.

## *Summary*

In this paper, refers to the relationship of alcohol on human behavior, and depression. More specifically, initially breaks down the concept of depressive disorder, sorts and its symptoms, as well as the etiology. Then, formulated a set of alcohol and then recorded the models of alcoholism and the phases of evolution of this. Still, highlights the factors that push the person into alcoholism, various effects in humans as well as ways to tackle the phenomenon of alcoholism. Finally, the role of the professional nurse and practical interventions requiring in patient with depressive disorder and addicted to alcohol.

Λέξεις κλειδιά: αλκοολισμός, καταθλιπτική διαταραχή, νοσηλευτική παρέμβαση, συννοσηρότητα.

## Περιεχόμενα

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	6
<b>1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b> .....	8
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	8
1.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ .....	9
1.3. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥΣ .....	10
1.3.1. ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	11
1.3.2. ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	14
1.3.3. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ I .....	15
1.3.4. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ II .....	16
1.3.5. ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	17
1.3.6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ.....	17
1.4. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	18
1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ .....	21
1.5.1. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	21
1.5.2. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ – ΥΠΑΡΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	22
1.5.3. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	22
1.5.4. Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	23
1.5.6. Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ .....	23
1.6. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	24
<b>2. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ</b> .....	29
2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	29
2.2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ – ΟΡΙΣΜΟΣ .....	32
2.2.1. ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ .....	33
2.2.2. ΚΑΤΑΝΟΜΗ .....	33
2.2.3. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ.....	34
2.3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	35
2.3.1. ΤΟ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ .....	35

2.3.2. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ .....	36
2.3.3. ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ .....	37
2.3.4. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.....	38
2.4. ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ.....	38
2.4.1. ΠΡΟΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΦΑΣΗ .....	38
2.4.2. ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ ( ή αρχική φάση εξάρτησης) .....	39
2.4.3. ΚΡΙΣΙΜΗ ΦΑΣΗ.....	39
2.4.4. ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΣΗ.....	40
2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....	42
2.5.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	42
2.5.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	43
2.5.3. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	45
2.5.4. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	45
2.6. ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	46
2.6.1. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	46
2.6.2. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ .....	48
2.6.3. ΨΥΧΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ.....	49
2.7. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ.....	50
2.7.1. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	51
2.7.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	51
2.7.3.ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	54
2.8. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ .....	55
2.8.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	57
<b>3. ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.....</b>	<b>59</b>
3.1. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	60
3.2. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	62
3.3. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	64

3.4. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	65
3.5. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .....	66
<b>4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ .....</b>	<b>67</b>
4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	69
4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	69
4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	70
4.3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	70
4.3.2. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	71
4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	72
4.4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ.....	72
4.4.2. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ .....	73
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>74</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>76</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό την μελέτη της καταθλιπτικής διαταραχής και την παρακολούθηση του φαινομένου του αλκοολισμού διερευνώντας τις διαστάσεις της συννοσηρότητας αυτών των δύο ψυχοπαθολογιών.

Οι τέσσερις άξονες στους οποίους κινείται η είναι η καταθλιπτική διαταραχή, το φαινόμενο του αλκοολισμού, η σχέση αυτών, καθώς επίσης και ο ρόλος του επαγγελματία νοσηλευτή και οι παρεμβάσεις που χρήζουν σε κάθε περίπτωση.

Γίνεται ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης. Οι πρώτες περιγραφικές αναφορές της διαταραχής καταγράφονται ήδη από την αρχαιότητα. Σύμφωνα με τον ορισμό η καταθλιπτική διαταραχή υποδηλώνεται με την θλίψη και την έντονη ψυχολογική κατάπτωση.

Αναφέρονται τα είδη της κατάθλιψης και ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνονται, έτσι ώστε να αναγνωρίζονται τα συμπτώματα και οι διαφορές ανάμεσα στα είδη. Στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή δεν εμφανίζονται μανιακά επεισόδια, σε αντίθεση με τη διπολική διαταραχή τύπου 1, όπου έχουμε τέτοια εκδήλωση (μανιοκατάθλιψη). Επίσης στην διαταραχή τύπου 2 παρουσιάζονται μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια τα οποία συνοδεύονται με τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο.

Όλα τα είδη της καταθλιπτικής διαταραχής μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές η αυτοκτονία θεωρείται λύση. Επομένως η προστασία αυτών των ασθενών είναι απαραίτητη για την αποφυγή δυσάρεστων εκβάσεων. Σημάδια και συμπτώματα που υποδηλώνουν αυτοκτονικές τάσεις θεωρούνται το άγχος, η κόπωση, η ανορεξία κλπ.

Τα αίτια της κατάθλιψης ποικίλουν ανάλογα με την περίπτωση. Το γεγονός ότι πολλά άτομα αδυνατούν να αντιμετωπίσουν την απώλεια και βρίσκονται στο στάδιο της απελπισίας ή νιώθουν μοναξιά, αποτελεί την βασικότερη αιτιολογία της καταθλιπτικής διαταραχής. Ακόμη, οι τραυματικές εμπειρίες σε παιδική ηλικία και

το οικογενειακό περιβάλλον παίζουν σημαντικό ρόλο, όπως επίσης και η κληρονομικότητα του φαινομένου.

Η αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών αποτελεί δύσκολο έργο και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Κύριο μέρος της διαδικασίας αυτής είναι η επανένταξη του ατόμου, η δραστηριοποίησή του αλλά και η συμμετοχή σε ειδικά προγράμματα.

Όσον αφορά το φαινόμενο του αλκοολισμού, σε πρώτο στάδιο περιγράφεται πώς η ουσία αυτή απορροφάται, κατανέμεται και μεταβολίζεται στον οργανισμό του ανθρώπου. Έπειτα αναφέρονται τα μοντέλα και οι φάσεις εξέλιξης του. Τα κύρια στάδια του αλκοολισμού είναι η προαλκοολική φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από την απλή καθημερινή χρήση του αλκοόλ και η φάση εξάρτησης κατά την οποία το άτομο πίνει σταδιακά και εξελίσσεται σε πότη που είτε προσπαθεί να έχει τον έλεγχο και ψάχνει συνεχώς αφορμές είτε έχει εθιστεί πλήρως (χρόνιος πότης).

Περιγράφονται ξεχωριστά οι πέντε βασικές κατηγορίες στις οποίες χωρίζονται τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ και αναφέρονται στα χαρακτηριστικά τους. Ως κύρια αίτια, σύμφωνα με μελέτες, καταγράφονται η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, οι διάφοροι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες και η κληρονομικότητα.

Σκοπός της ανάλυσης του φαινομένου του αλκοολισμού είναι η εξαγωγή τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος με τη χρήση φαρμάκων παρ'όλες τις παρενέργειες που προκαλούν, με την ψυχολογική υποστήριξη και την ψυχοθεραπεία. Υπάρχουν διάφορα θεραπευτικά προγράμματα και ξενώνες που συμβάλλουν καθοριστικά στην αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων.

Αναλύοντας τις έννοιες της κατάθλιψης και του αλκοολισμού ερευνάται η ενδιαφέρουσα σχέση αυτών των δύο και αναφέρεται η συνύπαρξη του αλκοόλ με διάφορες διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική, η αγχώδης, η διατροφική αλλά και η συναισθηματική. Έτσι προκύπτουν συμπεράσματα σύμφωνα με διάφορες μελέτες όπου τονίζεται πως σε θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανή ύπαρξη συννοσηρότητας.

Αναγνωρίζεται ο ρόλος της νοσηλευτικής επιστήμης και τη σπουδαιότητα της καθώς η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας είναι σημαντική και αποτελεί βασικό στόχο ενός επαγγελματία νοσηλευτή. Η φροντίδα, το ενδιαφέρον,

η εκπαίδευση και η παρακολούθηση αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά ενός επαγγελματία, ο οποίος θα ακολουθήσει κάποιες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση ασθενών με καταθλιπτικές διαταραχές και εξάρτηση από το αλκοόλ.

## **1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

### **1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η κατάθλιψη είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Οι πρώτες αναφορές αποδίδονται στους Σουμέριους και στους Αιγύπτιους το 2600π.Χ (Stefanis & Stefanis, 1999). Στους Έλληνες τον 4<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ ο Ιπποκράτης περιέγραψε την μανία και την κατάθλιψη. Ο Ιπποκράτης αναφέρει αρκετές κλινικές περιγραφές της κατάθλιψης και αποδίδει την ασθένεια αυτή στην «μελανή χολή». Η ακριβής μετάφραση του ελληνικού «μελανή χολή» θα σώσει τον όρο «μελαγχολία».

Τον 1<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ, ο Ασκληπιάδης απέδιδε τις ψυχικές διαταραχές σε συναισθηματικά προβλήματα, ενώ ο Γαληνός θεωρούσε ότι τα πάθη δημιουργούν σωματικές ασθένειες. Ο Αριστοτέλης συνιστούσε την χρήση της κάθαρσης μέσω του οινοπνεύματος, της μουσικής, και των αφροδισιακών για την απελευθέρωση από συναισθήματα ή πάθη. Τον 1<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ ο Αρεταίος παρατήρησε ότι η μανία και η κατάθλιψη παρουσιάζονται πολλές φορές στο ίδιο άτομο και προέρχονται από μια κοινή διαταραχή. Ωστόσο, τον Μεσαίωνα, τόσο η ιπποκρατική θεωρία, όσο και η γενικότερη σύνδεση συναισθημάτων και ψυχικής διαταραχής κατακρίθηκαν, καθώς θεωρήθηκαν ύποπτες για δαιμονική κυρίευση του ατόμου. Ο Wright, στο κείμενό του *The passions of Minde in Generale*, το 1601, επανέφερε το ενδιαφέρον για τα συναισθήματα και συνέχισε την θεωρία του Ιπποκράτη, κατά την οποία οι χυμοί του σώματος δημιουργούν πάθη, ενώ η προέλευση των παθών είναι η καρδιά. (Ιωαννίδου, 2006 · Mora, 1967). Επίσης, το κείμενο του Robert Burton (1821/2001), *The Anatomy of Melancholy*, δίνει έμφαση στη σημαντικότητα των συναισθηματικών παραγόντων σχετικά με τα αίτια των ψυχικών διαταραχών και υποδεικνύει τον εγκέφαλο, ως αφετηρία των συναισθημάτων. Τέλος το κείμενο του



Pinel, θεωρείται εξίσου αξιόλογο. Στο κείμενο αυτό, ο Pinel περιγράφει την κατάθλιψη χρησιμοποιώντας ως παραδείγματα τον Ρωμαίο αυτοκράτορα Τιβέριο και τον βασιλιά της Γαλλίας Λουδοβίκο XI.

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, ορισμένοι συγγραφείς απομόνωσαν μέσα από την ομάδα των παραληρημάτων (τις μονομανίες) «το μερικό μελαγχολικό παραλήρημα», το οποίο ο Esquirol ονόμασε λυπομανία. Τον ίδιο αιώνα ο Kraepelin διαφοροποίησε την σχιζοφρένεια από την μανιοκαταθλιπτική διαταραχή, και το 1957 ο Karl Leonhard διαφοροποίησε την μονοπολική από την διπολική διαταραχή. (Alloy et al., 2005).

Αργότερα, εμφανίστηκαν οι έννοιες της κυκλικής τρέλας (Farlet) και της τρέλας με διπλή μορφή (Baillarger), για να δηλώσουν τις υποτροπιάζουσες καταθλίψεις, οι οποίες εναλλάσσονται με κρίσεις ευφορικής αναταραχής, που ονομάζονται μανιακή διέγερση ή μανία. Αυτοί οι συγγραφείς είχαν εντοπίσει την εναλλαγή δύο διαφορετικών κλινικών εικόνων, οι οποίες ήταν φαινομενικά αντίθετες, τη μελαγχολική καταθλιπτική κρίση και την κρίση ευφορικής διέγερσης ή απλώς μανία. Πρόκειται για την ίδια ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχές της διάθεσης και έχει δύο αντίθετες όψεις : από την μία, η όψη της θλίψης και της απάθειας και από την άλλη, η χαρά και η ενεργή έξαρση.

## **1.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ**

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε ευκαιριακά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα από τον Baillarger, ωστόσο ο Kraepelin τον εισάγει συστηματικά, για να περιγράψει τις περιόδους θλίψης και κατάπτωσης, οι οποίες εναλλάσσονται με τις φάσεις διέγερσης και ευφορίας της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης. Πρόκειται για την μελαγχολική κατάθλιψη.

Σήμερα, η λέξη κατάθλιψη υποδηλώνει όλα τα επεισόδια θλίψης και πτώσης της ψυχικής τονικότητας, τα οποία αλλοιώνουν την συμπεριφορά, τις ικανότητες και το βίωμα του ατόμου. Η κατάθλιψη περιλαμβάνει την θλίψη, η οποία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινότητα του ατόμου, την ενεργητικότητα και τις βασικές λειτουργίες, όπως ο ύπνος και η όρεξη.

Η θλίψη είναι ένα συναίσθημα μεγάλης λύπης και μπορεί να αποτελεί μια δικαιολογημένη συναισθηματική αντίδραση σ' ένα αβάσταχτο γεγονός. Είναι παθολογική, όταν είναι δυσανάλογη σε ένταση και διάρκεια, ή εάν εμφανίζεται απότομα, χωρίς κάποια φανερή αιτία. Επιπλέον, όταν η θλίψη είναι υπερβολική και χωρίς δικαιολογία, τότε μπαίνει στα πλαίσια της κατάθλιψης και έτσι φανερώνονται ατομικοί παράγοντες προδιάθεσης και ευθραυστότητας, οι οποίοι ονομάζονται παράγοντες κινδύνου. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι γενετικοί, υπαρξιακοί, ή βιολογικοί.

Μέσα στο πέρασμα των χρόνων, στατιστικές έχουν αποδείξει πως κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η παγκοσμιότητα και η συχνότητά της. Σύμφωνα, λοιπόν, με μελέτες το 1/4 των ατόμων δύναται να πάθει κάποια στιγμή, κατά την διάρκεια της ζωής του, κατάθλιψη.

Ένας σημαντικός παράγοντας της σοβαρότητας αυτής της ασθένειας είναι ότι τα άτομα που έχουν κατάθλιψη έχουν μεγάλη τάση προς την αυτοκτονία. Την αυτοκτονία θα την αναλύσουμε εκτενέστερα παρακάτω, ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο στην Γαλλία, κάθε χρόνο, καταγράφονται 13.000 αυτοκτονίες και περισσότερες από 120.000 απόπειρες.

### **1.3. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥΣ**

Η κατάθλιψη είναι μία από τις διαταραχές που και κατά το ταξινομικό σύστημα DSM – IV (APA, 1996) ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης.

Με τον όρο «διαταραχές διάθεσης» ή συναισθηματικές διαταραχές προσδιορίζουμε μια ομάδα διαταραχών που έχουν ως κυρίαρχο σύμπτωμα την έντονη απόκλιση της συναισθηματικής διάθεσης που αυτό το άτομο βιώνει ως φυσιολογικό.

Η κατάθλιψη αποτελείται από ένα σύνολο μορφών και συμπτωμάτων τα οποία περιγράφονται στα διαγνωστικά συστήματα ( ICD – IO & DSM – IV ). Παρακάτω αναφέρονται οι κυριότερες μορφές κατάθλιψης :

### 1.3.1. ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό χαρακτηριστικό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι μια σειρά από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια χωρίς ιστορικό εμφάνισης μανιακού, υπομανιακού ή μεικτού επεισοδίου. Γι' αυτό τον λόγο είναι γνωστή και ως μονοπολική κατάθλιψη ή μονοπολική διαταραχή.

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του πάσχοντα. Το άτομο δεν μπορεί να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει ή να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες που έκανε στο παρελθόν. Αυτός είναι ένας λόγος που ο πάσχοντας καταφεύγει σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Η διαταραχή αυτή αποτελεί, επίσης, αιτία πρώιμου θανάτου παγκοσμίως (Murray & Lopez, 1997). Επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος θανάτου στους καταθλιπτικούς εξαιτίας καρδιακών παθήσεων να είναι δυο με τρεις φορές μεγαλύτερος. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία ιατρικής επίσκεψης, μετά την υπέρταση. Επιπλέον, τα άτομα με διαβήτη, καρκίνο ή προηγούμενα εγκεφαλικά επεισόδια αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν κατάθλιψη (Hinrichsen & Clougherty, 2006 · O' Brien, 2006).

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, παράγοντες όπως η εθνικότητα, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζονται με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (APA, 2000). Ωστόσο, άλλες έρευνες υποδεικνύουν κάποιες διαπολιτισμικές διαφορές όσο αφορά την εθνικότητα (Ayuso – Mateos et al., 1994a· Lee et al., 1990). Επίσης, στην Κίνα η κατάθλιψη περιγράφεται βάσει σωματικών συμπτωμάτων, όπως διαταραχές ύπνου, κεφαλαλγίες κ.α, σε αντίθεση με τον δυτικό κόσμο που προσδιορίζεται περισσότερο με συναισθήματα ενοχής και καταθλιπτική διάθεση. (Kirmayer, 2001· Parker, Cheah, & Roy, 2001).

Ένας ακόμη παράγοντας που συνδέεται σημαντικά με την κατάθλιψη είναι η ανεργία (Viinamaeki, Koskela, & Niskanen, 1996). Τέλος, άτομα που είναι διαζευγμένα ή βρίσκονται σε διάσταση εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της διαταραχής από ό,τι τα έγγαμα. (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994· Harlow, Cohen, Otto, Spiegeiman, & Cramer, 1999).

Όσον αφορά στην ηλικία, παρατηρείται ότι η διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά η μέση ηλικία έναρξης είναι το μέσον της δεύτερης δεκαετίας της ζωής. Σύμφωνα με έρευνες, η ηλικία έναρξης έχει μειωθεί, δηλαδή είναι μικρότερη για όσους έχουν γεννηθεί πιο πρόσφατα. Η διαταραχή εμφανίζεται στις γυναίκες σε ηλικία 15-19 ετών και στους άντρες σε ηλικία 25-29 ετών (Burke, Burke, Regier & Rae, 1990). Όσο αφορά στην τρίτη ηλικία, παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά απ' ότι τα νεότερα.

Σημαντικές διαφορές, ωστόσο, έχουν καταγραφεί και σχετικά με τον επιπολασμό των καταθλιπτικών επεισοδίων. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά για τις γυναίκες υπολογίζονται στο 5%-9% και για τους άντρες στο 2%-3%. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 3,6% και 5,4% αντιστοίχως (Madianos & Stefanis, 1992·Madianos, Gefou-Madianou, & Stefanis,1994). Τέλος, ο επιπολασμός ζωής, δηλαδή της εμφάνισης της διαταραχής καθ'όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου, είναι 5%-12% για τους άντρες και 10%-25% για τις γυναίκες.

Σε ότι αφορά την εφηβεία, τα αγόρια εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση διαταραχής, σε σχέση με τα κορίτσια, κάτι το οποίο αντιστρέφεται μετά την εφηβεία.

Η διαταραχή μπορεί να είναι επαναλαμβανόμενης μορφής και, σε αυτή την περίπτωση, η επικινδυνότητα αυξάνεται ποσοτικά ανάλογα με τον αριθμό των επεισοδίων. Το 40% των ατόμων, παρουσιάζει μόνο ένα επεισόδιο, ενώ το 60% εμφανίζει και δεύτερο. Παρατηρείται ότι όσο αυξάνονται τα επεισόδια, αυξάνεται και το ποσοστό εμφάνισης ενός καινούριου επεισοδίου. Τέλος, σε μελέτη των Agosti & Levin (2006), σημειώνεται σημαντική συννοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών, ενώ σε ανάλογη έρευνα παρατηρείται και συννοσηρότητα με διαταραχές προσωπικότητας ( Newton-Homes, Tyler & Johnson, 2006).

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ποικίλλει ανάλογα με την σοβαρότητα της, μπορεί δηλαδή να είναι ήπιας βαρύτητας, μέτριας ή βαριάς μορφής ( με ή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία). Στην ήπια μορφή εμφανίζονται συμπτώματα που προκαλούν μικρή έκπτωση λειτουργικότητας του ατόμου. Η μέτρια μορφή παρουσιάζει μια ενδιάμεση κατάσταση της ήπιας και της βαριάς μορφής. Όσο αφορά την βαριά μορφή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, το άτομο εμφανίζει πολλά συμπτώματα, πέρα απ' όσα απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση, τα οποία

επιβαρύνουν την λειτουργικότητα του. Αντίθετα, στην περίπτωση της βαριάς μορφής με ψυχωτικά στοιχεία, ο πάσχων εκδηλώνει παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, οι οποίες συχνά αφορούν τον θάνατο, την αρρώστια ή την ενοχή.

Ένας ακόμη τρόπος να αξιολογήσουμε την διαταραχή είναι σύμφωνα με τους προσδιοριστές. Οι προσδιοριστές αυτοί χωρίζονται σε ομάδες και είναι οι εξής: τα κατατονικά χαρακτηριστικά, τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά, τα άτυπα χαρακτηριστικά και η επιλόχειος έναρξη.

Τα κατατονικά χαρακτηριστικά αφορούν σε σημαντική ψυχοκινητική διαταραχή του ατόμου. Σε αυτή την περίπτωση εμφανίζεται πλήρης ακινησία ή εμβροντησία. Το άτομο δηλαδή δεν κάνει καμία προσπάθεια για να κινηθεί, μπορεί να παραμείνει ακίνητος για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενώ παράλληλα διακατέχεται από υπερβολικό αρνητισμό στο να μετακινηθεί, ακόμη και από άλλους. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό είναι ότι ο πάσχων διακατέχεται από έντονη διέγερση και κινητική δραστηριότητα (στερεότυπες κινήσεις, ηχολαλία, ηχοπραξία ή βωβότητα), η οποία όμως δεν οφείλεται κάπου και δεν έχει κάποιο σκοπό. Συχνά επακόλουθα των κατατονικών χαρακτηριστικών είναι η ασιτία, η αφυδάτωση, η εξάντληση κ.α.

Στην περίπτωση των μελαγχολικών χαρακτηριστικών, ο πάσχων εμφανίζει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω :

α) απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση από όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες και β) ανικανότητα βελτίωσης της διάθεσης, ακόμη και αν εμφανίζονται ευχάριστα ερεθίσματα.

Επίσης, εμφανίζονται τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω :

α)η καταθλιπτική διάθεση επιδεινώνεται συνήθως το πρωί, β)παρουσιάζεται πρώιμη πρωινή αφύπνιση, γ) η ποιότητα της καταθλιπτικής διαταραχής αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τον πάσχοντα σε σχέση με άλλες καταστάσεις μελαγχολικής διάθεσης, δ) εκδηλώνεται έντονη ψυχοκινητική δραστηριότητα ή επιβράδυνση, ε) εμφανίζεται έλλειψη όρεξης και συχνά απώλεια βάρους, στ) εκδηλώνεται υπερβολική ενοχή.

Όσον αφορά στα άτυπα στοιχεία, βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η βελτίωση της διάθεσης του πάσχοντα σε θετικά γεγονότα. Σε αυτή την περίπτωση εμφανίζονται τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω :

α) αύξηση βάρους και/ή όρεξης β) υπερυπνία γ) αίσθηση βάρους σε χέρια και πόδια δ) αίσθηση απόρριψης που δημιουργεί αντίκτυπο στην εργασία και τις κοινωνικές συναναστροφές του πάσχοντα.

Τέλος, στην περίπτωση της επιλόχειας έναρξης, η έναρξη του επεισοδίου θα πρέπει να εμφανίζεται μέσα σε 4 βδομάδες από τον τοκετό. Βασικά χαρακτηριστικά της επιλόχειας έναρξης είναι η υπερβολική ενασχόληση της μητέρας με το βρέφος, συχνά σε σημείο παραληρήματος, αλλά και οι διακυμάνσεις στην διάθεσή της. Αυτό μπορεί, συχνά, να αυξήσει τον κίνδυνο για επιβλαβή συμπεριφορά της μητέρας προς το νεογνό. Ταυτόχρονα, η εμφάνιση αυτού του επεισοδίου πολλές φορές συνοδεύεται από ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της βρεφοκτονίας, όπου η μητέρα διακατέχεται από ψευδαισθήσεις και ωθείται στο να σκοτώσει το βρέφος. Η συχνότητα της επιλόχειας διαταραχής είναι πιο συχνή στην πρώτη λοχεία της γυναίκας, αλλά και στην περίπτωση που υπάρχει ήδη ιστορικό επιλόχειου επεισοδίου.

Τέλος, η διαταραχή αξιολογείται και με βάση την μορφή της. Η χρόνια μορφή παρουσιάζει διάρκεια δύο ετών ενώ η πλήρης ύφεση απαιτεί τουλάχιστον δύο μήνες μετά το τελευταίο επεισόδιο χωρίς ιδιαίτερα συμπτώματα. Παρόμοια, στην μερική ύφεση υπάρχει μια περίοδος μικρότερη των δύο μηνών, ή υπάρχουν συμπτώματα χωρίς, όμως, να πληρούνται τα κριτήρια της διάγνωσης. Στην περίπτωση του εποχιακού σχήματος η έναρξη του επεισοδίου γίνεται μια συγκεκριμένη εποχή του χρόνου.

### *1.3.2. ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ*

Η δυσθυμική διαταραχή είναι μια ήπια μορφή κατάθλιψης η οποία, σε αντίθεση με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δεν παρουσιάζει προβλήματα στην λειτουργικότητα των πασχόντων. Βασικό χαρακτηριστικό είναι ότι ο πάσχων αισθάνεται δυσάρεστα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα. Στην διαταραχή αυτή εμφανίζονται τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω :

α) έλλειψη όρεξης ή υπερφαγία β) αϋπνία ή υπερυπνία γ) χαμηλή

ενεργητικότητα/κόπωση δ)χαμηλή αυτοεκτίμηση ε) αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων στ) αίσθηση απελπισίας (APA, 2000).

Γενικότερα, ο πάσχων είναι κακόκεφος, απαισιόδοξος, χωρίς να μπορεί να ευχαριστηθεί το οτιδήποτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενώ τείνει να είναι εσωστρεφής και υπεύθυνος σε υπερβολικό βαθμό. Η δυσθυμική διαταραχή περιλαμβάνει λιγότερα νεοφυτικά συμπτώματα από εκείνα στην μείζονα κατάθλιψη.

Η δυσθυμική διαταραχή έχει πρόωμη έναρξη στην περίπτωση που εμφανιστεί πριν το 21<sup>ο</sup> έτος, και όψιμη έναρξη εάν εκδηλωθεί μετά το 21<sup>ο</sup> έτος. Η έναρξη είναι σταδιακή, με αφετηρία την εφηβεία ενώ συχνά συσχετίζεται με διάφορες διαταραχές προσωπικότητας, όπως την οριακή, την αποφευκτική, την εξαρτητική κ.α. Η διαταραχή εκδηλώνεται πιο συχνά στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες, καθώς και σε συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Οι πιθανότητες νόσησης κατά την διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 6%, ενώ το 75% των πασχόντων με δυσθυμική διαταραχή εξελίσσεται σε μείζονα κατάθλιψη μέσα σε πέντε χρόνια, φαινόμενο που ονομάζεται διπλή κατάθλιψη.

Επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν στις ΗΠΑ, έδειξαν ότι τα ποσοστά για εμφάνιση δυσθυμίας κυμαίνονται από 2,1% ως 3,8% (Myers, Weissman, Tischler, Holzer, Leaf, Orvaschel, Anthony, Boyd, Burke, Kramer & Stoltzman, 1984), ενώ όσο αφορά τον επιπολασμό τα ποσοστά για την δυσθυμία κυμαίνονται από 2,2% ως 4% (Karno, Hough, Burman, Escobar, Timbers, Santan & Boyd, 1987).

### *1.3.3. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ I*

Η διπολική διαταραχή ήπιας μορφής πληρεί τα ελάχιστα κριτήρια μανιακού, καταθλιπτικού ή μεικτού επεισοδίου. Όταν η διαταραχή είναι μέτριας σοβαρότητας, παρουσιάζεται έκπτωση στην λειτουργικότητα και την κρίση του ατόμου. Ο πάσχων βιώνει το μανιακό επεισόδιο ως μια μοναδική και συναρπαστική εμπειρία που του προσφέρει απεριόριστη ευχαρίστηση και ασύγκριτη ροή σκέψεων, δημιουργικότητα και παραγωγικότητας (Jamison, 1995).

Η διαταραχή επηρεάζει όλους τους σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Οι πάσχοντες παρουσιάζουν αποτυχίες και δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ενώ εκδηλώνουν και έντονη αντικοινωνική συμπεριφορά. Η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών είναι επίσης χαρακτηριστικό της διαταραχής. Η σοβαρή μορφή της διαταραχής απαιτεί συνεχή επιτήρηση για την πρόληψη σωματικής βλάβης και, συχνά, νοσηλεία.

Η διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστό 0,4%-1,6% του γενικού πληθυσμού, ενώ το 90% των πασχόντων που εμφανίζει ένα επεισόδιο, εκδηλώνει αργότερα και δεύτερο. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της διαταραχής είναι το 20<sup>ο</sup> έτος για γυναίκες και άντρες, ενώ ταυτόχρονα, αυξημένα ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών εμφανίζονται σε συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού καθώς και σε υψηλές κοινωνικο οικονομικές τάξεις. Το 10%-15% των πασχόντων αυτοκτονούν όταν βρίσκονται σε καταθλιπτικό ή μεικτό επεισόδιο (APA, 2000).

#### *1.3.4. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ II*

Η διπολική διαταραχή II αποτελείται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που εναλλάσσονται με ένα τουλάχιστον υπομανιακό επεισόδιο, χωρίς όμως να πληρούνται τα κριτήρια για μανιακό ή μεικτό επεισόδιο. Ωστόσο, το υπομανιακό επεισόδιο δεν εμφανίζει ψυχωτικά συμπτώματα, ούτε προκαλεί έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας. Έτσι ο πάσχων δεν χρήζει νοσηλείας. Παρόλα αυτά, οι επιπτώσεις του επεισοδίου διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ορισμένα άτομα εμφανίζουν αποτελεσματικότητα, δημιουργικότητα και επιτυχίες ενώ άλλα εμφανίζουν επαγγελματική και κοινωνική έκπτωση, συχνά χωρίς να θυμούνται καν τις περιόδους της υπομανίας (ειδικά όταν βρίσκονται σε φάση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου). Η σοβαρότητα της παρούσας ψυχικής κατάστασης χαρακτηρίζεται σε ήπια, μέτρια ή σοβαρή, με την ύπαρξη ή μη ψυχωτικών στοιχείων, την ύπαρξη κατατονικών, μελαγχολικών ή άτυπων χαρακτηριστικών.

Η διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστό 0,5% του γενικού πληθυσμού. Συχνά τα άτομα με διαταραχή αντιμετωπίζουν επαγγελματικές αποτυχίες και μεγάλο



ποσοστό διαζυγίων, κάτι το οποίο τους οδηγεί στην αυτοκτονία. Συγκεκριμένα, ποσοστό 10%-15% των ατόμων αυτών αυτοκτονεί. Επιπλέον, η διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες απ' ότι σε άντρες, ενώ συσχετίζεται και με εξάρτηση από ουσίες.

### *1.3.5. ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ*

Η κυκλοθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Παρατηρούνται πολυάριθμες περιόδους με υπομανιακά συμπτώματα, καθώς και πολυάριθμες περιόδους με καταθλιπτικά συμπτώματα, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο ετών, χωρίς όμως να συμπληρώσουν κριτήρια για μανιακό ή μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο.

Ο πάσχων συχνά χαρακτηρίζεται από δημιουργικότητα και σημαντικές επιτυχίες στις υπομανιακές φάσεις, ωστόσο η δημιουργικότητα αυτή μειώνεται σε περιόδους δυσθυμίας. Εκτεταμένες περιόδους κυκλικών και συχνά απρόβλεπτων αλλαγών της διάθεσης, οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας του πάσχοντος, καθώς και σε κακοκεφιά, αναξιοπιστία και ασυνέπεια απέναντι στις υποχρεώσεις του.

Η διαταραχή εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία του ατόμου ή στην αρχή της ενήλικης ζωής του και η πορεία της είναι χρόνια. Όσον αφορά τον επιπολασμό ζωής της διαταραχής, το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 0,4%-1%, ενώ παρατηρείται και σημαντική συννοσηρότητα με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, τις διαταραχές σχετιζόμενες σε ουσίες και τις διαταραχές του ύπνου. Η κυκλοθυμική διαταραχή εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε γυναίκες και άντρες.

### *1.3.6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ*

Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει διάφορες υποκατηγορίες διαταραχών, οι οποίες είναι οι εξής :

Α) Η προεμμηνόρροιακή δυσφορική διαταραχή, η οποία προκαλείται αποκλειστικά στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε νεαρή ηλικία, λίγο πριν την έμμηνο ρύση. Κατά την διάρκεια της διαταράσσεται το συναίσθημα της γυναίκας και επιφέρει αρνητικά συμπτώματα στην ψυχική και σωματική της κατάσταση. Όσο αφορά την ψυχική κατάσταση, εμφανίζεται ένα δυσφορικό καταθλιπτικό συναίσθημα, το οποίο όμως αποχωρεί μετά την εμφάνιση της εμμήνου ρήσεως, ενώ σωματικά μπορεί να εμφανιστούν κράμπες, πρηξίματα, άλγη, κ.α.

Β) Η ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή, όπου τα συμπτώματά της δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

Γ) Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, όπου τα συμπτώματά της έχουν σημαντική βαρύτητα, αλλά δεν διαρκούν αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

Δ) Η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, η οποία συχνά ακολουθεί ένα ψυχωτικό επεισόδιο. Όταν περάσει το επεισόδιο της οξείας ψύχωσης, ο ασθενής επαναφέρεται σιγά σιγά στην πραγματικότητα και αντιλαμβάνεται το παράδοξο των σκέψεων και της συμπεριφοράς που είχε, λεκτικής ή πρακτικής, κατά το επεισόδιο. Όλη αυτή η κατάσταση κάνει τον πάσχοντα να νιώθει, ντροπή, ενοχή και μεγάλη θλίψη.

#### **1.4. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που αυξάνει το ποσοστό θνησιμότητας και συσχετίζεται με την καταθλιπτική διαταραχή είναι η αυτοκτονία. Η αυτοκτονία είναι μία από τις δέκα πιο συχνές αιτίες θανάτου παγκοσμίως, το 55'5 των πασχόντων που αυτοκτονούν πάσχει από κατάθλιψη, ενώ άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι 11 φορές πιο πιθανό να κάνουν μια απόπειρα. Η αυτοκτονία συσχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα, όπως απώλειες θανάτου ή διαζυγίου, ερωτική απογοήτευση ή απώλεια εργασίας. Ωστόσο, οι αιτίες διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Σε νεότερους ανθρώπους βασικά αίτια είναι η διαπροσωπική απόρριψη, οι συγκρούσεις και οι αποχωρισμοί, ενώ στην μέση

ηλικία κύρια αιτία είναι τα οικονομικά προβλήματα. Στην τρίτη ηλικία βασικοί παράγοντες θεωρούνται τα προβλήματα υγείας. Επίσης, άτομα με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να διαπράξουν αυτοκτονία.

Ανεξάρτητα, όμως, από τους λόγους που οδηγούν το κάθε άτομο στην αυτοκτονία, τα άτομα αυτά έχουν προσπαθήσει να επικοινωνήσουν με κάποιον τρόπο, με σχετικές νύξεις ή σημειώματα. Άλλες, μη φανερές εκδηλώσεις είναι η απόσυρση του πάσχοντα σε μια κατάσταση περισυλλογής και αποξένωσης.

Ο κοινωνιολόγος Emile Durkheim (1987/1951), μετά από πολλές μελέτες στο θέμα της αυτοκτονίας, παρουσιάζει τριών ειδών αυτοκτονίες. Αρχικά, η εγωιστική αυτοκτονία, διαπράττεται από άτομα στα οποία η κοινωνία δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή τους, αδιαφορούν για τις αρχές και τους κανόνες της και γι' αυτό τον λόγο μένουν συχνά απομονωμένοι και αποξενωμένοι από αυτήν. Σε αυτή την περίπτωση, η πράξη της αυτοκτονίας συμβολίζει την απόρριψη της κοινωνίας. Στην συνέχεια, η αλτρουιστική αυτοκτονία, η οποία διαπράττεται από άτομα τα οποία είναι αφοσιωμένα στην κοινωνία και θυσιάζουν ακόμη και την ίδια τους την ζωή για κοινωνικούς σκοπούς. Παρατηρείται, όπως είναι αναμενόμενο, αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας σε κοινωνίες που ενθαρρύνουν την πράξη αυτή. Τέλος, η ανομική αυτοκτονία, η οποία διαπράττεται από άτομα που προέρχονται από κοινωνικά περιβάλλοντα τα οποία δεν παρουσιάζουν σταθερές δομές. Αυτή η κοινωνική κατάσταση, χωρίς κοινωνικές δομές και συνθήκες (π.χ οικογενειακές συνθήκες, θρησκευτική ευλάβεια), ονομάστηκε ανομία, δηλαδή χωρίς νόμο. Η ανομική αυτοκτονία, λοιπόν, είναι μια πράξη απογοήτευσης του ατόμου, εξαιτίας της αποδιοργανωμένης και ανεπαρκούς κοινωνίας στην οποία ζει.

### Συμπτώματα

Συνοπτικά, σύμφωνα με το DSM-IV, τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα παρακάτω, από τα οποία πρέπει να τηρούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα, με υποχρεωτικό το σύμπτωμα 1 ή το σύμπτωμα 2. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής :

- **Καταθλιπτική διάθεση** που διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, για ένα διάστημα δύο εβδομάδων.
- **Απώλεια της ευχαρίστησης και μείωση του ενδιαφέροντος** για δραστηριότητες που, στο παρελθόν, το άτομο ήθελε και του άρεσε να κάνει.

- **Άγχος** που παρατηρείται ορισμένες φορές με την μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου.
- **Διαταραχές στον ύπνο**, οι οποίες παρουσιάζονται με διάφορους τρόπους. Μερικοί καταθλιπτικοί κοιμούνται πάρα πολλές ώρες, μερικοί δεν μπορούν να κοιμηθούν, ενώ άλλοι κάνουν ακανόνιστο ύπνο, ξυπνώντας πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση.
- **Διαταραχές της όρεξης**, κατά τις οποίες η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό, με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους. Ωστόσο, συχνά παρατηρείται και το αντίθετο σύμπτωμα, αυξημένη όρεξη, δηλαδή, και αύξηση βάρους. Ως κριτήριο αυτής της διαταραχής είναι η αύξηση του βάρους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 5% σε έναν μήνα.
- **Κόπωση, εξάντληση, απώλεια ενέργειας**, κατά την οποία το άτομο παραπονιέται ότι αισθάνεται εξαντλημένος, χωρίς ενέργεια και ζωτικότητα. Μπορεί να παραμείνει σε αδράνεια καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας.
- **Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης**. Ακόμη και αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές, δεν το επιθυμεί και δεν του προκαλεί καμία ευχαρίστηση.
- **Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον**. Το άτομο βλέπει τα πάντα αρνητικά και πιστεύει πως τίποτα δεν θα αλλάξει.
- **Δυσκολία στην συγκέντρωση, τη σκέψη, τη μνήμη και την λήψη αποφάσεων**. Η ενασχόληση με τις καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονη που επηρεάζει την συγκέντρωση και συχνά τα άτομα με κατάθλιψη αναφέρουν δυσκολία στο διάβασμα ή στην παρακολούθηση τηλεόρασης.
- **Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση**. Το άτομο κατηγορεί τον εαυτό του για ό,τι αρνητικό συμβαίνει, πιστεύει ότι τιμωρείται για λάθη του παρελθόντος και ότι δεν αξίζει τίποτα.
- **Σωματικά συμπτώματα που δεν ερμηνεύονται από ιατρικές εξετάσεις και δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία** όπως : πονοκέφαλοι, πόνοι στην μέση, μυϊκοί σπασμοί, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος.

- **Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας.** Συχνά το καταθλιπτικό άτομο διακατέχεται από σκέψεις αυτοκτονίας, εξαιτίας της απελπισίας στην οποία βρίσκεται. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Άτομα με βαριά κατάθλιψη αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

## **1.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

### *1.5.1. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Ο Φρόυντ στο κλασικό έργο του «Πένθος και μελαγχολία» το 1917 πρότεινε ως αιτία της κατάθλιψης την αρχική ψυχαναλυτική θεωρία. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η κατάθλιψη είναι αντίδραση σε κάποια απώλεια πραγματική ή συμβολική. Η απώλεια αυτή, κάνει το άτομο να εσωτερικεύει το χαμένο πρόσωπο αλλά ταυτόχρονα και τον θυμό του προς αυτό. Ωστόσο, εξαιτίας της εσωτερίκευσης, ο θυμός αυτός στρέφεται ασυνείδητα προς το ίδιο το άτομο, και τον κάνει να νιώθει ενοχή τόσο για τον θυμό που ένιωσε, όσο και για την ίδια την απώλεια.

Η σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία αναγνωρίζει τη σημαντικότητα του εσωτερικευμένου θυμού, αλλά προτείνει και άλλες θεωρητικές απόψεις σχετικά με τα αίτια της κατάθλιψης. Ως βάση της κατάθλιψης θεωρείται κάποιο έλλειμμα ή αδυναμία στην προσωπικότητα του ατόμου, εξαιτίας κάποιου πρώιμου τραύματος ή κάποιας απώλειας.

Το 1911, ο Karl Abraham παρουσιάζει την πρώτη ψυχαναλυτική μελέτη της κατάθλιψης, κατά την οποία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται όταν ο πάσχων έχει εγκαταλείψει κάθε ελπίδα για ικανοποίηση των λιβιδινικών επιθυμιών του. Η λιβιδινική ικανοποίηση είναι τόσο βαθιά απωθημένη που ο πάσχων αδυνατεί να νιώσει αλλά και να προσφέρει αγάπη. Έτσι, νιώθει απελπισμένος όσον αφορά στην επίτευξη της συναισθηματικής εγγύτητας.

Το 1916 ο Karl Abraham , στο δεύτερο έργο του, υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη αφορά σε παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο. Παρουσιάζει την ομοιότητα μεταξύ της στοματικής φάσης και της κατάθλιψης όσον αφορά στον

τρόπο της λιβιδινικής εκφόρτωσης. Τέλος, στην τρίτη μελέτη του(1924), ο Abraham δίνει έμφαση και στο πρωκτικό στάδιο και θεωρεί ότι η διαταραχή περιλαμβάνει εκφάνσεις τόσο του στοματικού όσο και του πρωκτικού σταδίου.

### *1.5.2. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ – ΥΠΑΡΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Η υπαρξιακή άποψη θεωρεί την κατάθλιψη ως αντίδραση σε κάτι αληθινό, ως αίσθηση ανεπάρκειας και ανυπαρξίας, εξαιτίας της αδυναμίας του ανθρώπου να ζήσει μια ολοκληρωμένη και πλήρης ζωή. Η υπαρξιακή θεωρία υποστηρίζει, ακόμη, ότι η ενοχή που νιώθει ο ασθενής είναι επειδή δεν παίρνει αποφάσεις, ούτε αξιοποιεί το δυναμικό του. Πολύ συχνά, η αίσθηση της μοναξιάς εμφανίζεται ως μέρος της κατάθλιψης. Ωστόσο, κατά την υπαρξιακή άποψη, η μοναξιά παρουσιάζεται σαν ένα φυσιολογικό κομμάτι της ζωής, που πρέπει να γίνεται δεκτό και όχι να αποφεύγεται ή να αντιμετωπίζεται ως κάτι που πρέπει να αλλάξει.

### *1.5.3. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, οι πιο γνωστές θεωρίες συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι οι θεωρίες της απόσβεσης και της μαθημένης αδυναμίας αντίδρασης. Σύμφωνα, λοιπόν, με την θεωρία της απόσβεσης, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς θετικής ενίσχυσης. Όταν δηλαδή διάφορες πράξεις δεν έχουν πια ενίσχυση, το άτομο δεν τις παρουσιάζει, παύει να είναι δραστήριος και αποσύρεται πέφτοντας σε κατάθλιψη. Απότομες αλλαγές στο περιβάλλον, οδηγούν σε μείωση των θετικών ενισχυτών, η οποία επηρεάζει τις τρεις γενικές πηγές θετικής ενίσχυσης. Οι τρεις αυτές πηγές είναι οι εξής : ο αριθμός και το φάσμα των θετικών ερεθισμάτων που λειτουργούν ως ενίσχυση για το άτομο, ο βαθμός διαθεσιμότητας των ερεθισμάτων αυτών και η ικανότητα του ατόμου να προκαλέσει την ενίσχυση.

#### *1.5.4. Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Η γνωσιακή προσέγγιση θεωρεί ως αιτίες της κατάθλιψης τις ιδέες και τις σκέψεις του ίδιου του ατόμου. Το άτομο που έχει προδιάθεση για κατάθλιψη, έχει την τάση να βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο αρνητικά, δηλαδή έχει ένα χρόνιο αρνητικό εσωτερικό σχήμα, το οποίο οφείλεται σε οδυνηρές παιδικές εμπειρίες. Αυτό το εσωτερικό σχήμα ενεργοποιείται στην ενήλικη ζωή, εξαιτίας διαφόρων εξωτερικών γεγονότων και ωθεί το άτομο στην κατάθλιψη. Σχετική έρευνα του Lewinshon (1980), οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι καταθλιπτικοί άνθρωποι τείνουν να έχουν μια πιο σαφή αντίληψη για τον εαυτό τους, απ' ό,τι τα άτομα που δεν υποφέρουν από κατάθλιψη.

#### *1.5.6. Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Η βιολογική θεωρία, υποστηρίζει ότι η κληρονομικότητα μέσω κάποιων γονιδίων οδηγεί σε προδιάθεση για δημιουργία κατάθλιψης. Σχετικές έρευνες, λοιπόν, αποδεικνύουν ότι συγγενείς 1<sup>ου</sup> βαθμού των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τη διαταραχή αυτή, σε ποσοστό που κυμαίνεται 10%-20%, έναντι του 0,4%-0,8% του γενικού πληθυσμού. Παρόμοια, το ποσοστό εναρμόνισης για μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 72% και 14% για διζυγωτικά δίδυμα στην διπολική διαταραχή. Όσον αφορά στη μείζονα κατάθλιψη, τα ποσοστά είναι 40% και 11% αντίστοιχα, κάτι που δείχνει ότι οι κληρονομικοί παράγοντες είναι πιο ισχυροί στην διπολική διαταραχή, απ' ό,τι στη μείζονα κατάθλιψη. Τέλος, νόσοι, όπως το Πάρκισον, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν δευτερογενώς κατάθλιψη.

## 1.6. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η θεραπεία της κατάθλιψης αποτελείται από πολύπλοκους και πολυδιάστατους τρόπους αντιμετώπισης, οι οποίοι διαχωρίζονται ανάλογα με την προσέγγιση της διαταραχής. Ο ρόλος του θεραπευτή χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και σωστής αντιμετώπισης, ανάλογα με τον βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής στο κάθε άτομο.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, βασικοί στόχοι της παρέμβασης είναι η αντιμετώπιση του παρόντος επεισοδίου και η τροποποίηση της δομής της προσωπικότητας του πάσχοντα, δεδομένου του ότι η οργάνωση αυτή προδιαθέτει τον πάσχοντα σε επανειλημμένες καταθλιπτικές αντιδράσεις όταν αντιμετωπίζει ματαίωση ή απώλεια (Busch, Rudden, & Shapiro, 2004· Leuzinger – Bohleber, 2005). Προκειμένου, λοιπόν, ο πάσχων να μην είναι μελλοντικά επιρρεπής σε άλλα επεισόδια, απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι αλλαγές στην οργάνωση της προσωπικότητας. Ως κατάλληλη μορφή παρέμβασης παρουσιάζεται η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, ενώ σε περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης ή δυσθυμικής διαταραχής ενδείκνυται η ψυχανάλυση.

Μια σημαντική μορφή παρέμβασης είναι η εγκατάσταση καλής θεραπευτικής κοινωνίας, η οποία καθίσταται δύσκολη εξαιτίας της απορρόφησης του πάσχοντα από την συναισθηματική του κατάσταση (Arieti, 1978). Απ' την αρχή της θεραπείας, ο θεραπευτής επικοινωνεί στενά με τον πάσχοντα, του εξηγεί πως η κατάθλιψη που έχει οφείλεται σε αίτια τα οποία, αν και δεν μπορεί να αναγνωρίσει, ωστόσο υπάρχουν. Στόχος της θεραπείας είναι η επεξεργασία αυτών των αιτιών, η οργάνωσης της προσωπικότητας των πασχόντων και οι ιστορικοί παράγοντες (Lundblad, 2003).

Μια πιο πρόσφατη μορφή παρέμβασης είναι η διαπροσωπική θεωρία (Klerman & Weissman, 1992). Βασική υπόθεση αυτής της προσέγγισης είναι ότι υπάρχει μια κυκλική σχέση ανάμεσα στην διάθεση και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Άτομα με υψηλά επίπεδα στρες εκδηλώνουν κατάθλιψη, εάν δεν έχουν στενές σχέσης ενσυναίσθησης. Στη θεραπεία, ο θεραπευτής πρέπει να προσδιορίσει το πρόβλημα του πάσχοντα, δίνοντας έμφαση στην απώλεια, τις διαπροσωπικές



δυσκολίες, τα διαπροσωπικά ελλείμματα και τον μεταβατικό ρόλο του πάσχοντα. Μετά τον προσδιορισμό του προβλήματος, στόχος είναι η λύση του και η βελτίωση του πάσχοντα, τόσο στην διάθεση όσο και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται μέσα από την συζήτηση.

Όσο αφορά στην συμπεριφοριστική προσέγγιση, βασικός στόχος είναι η αύξηση της θετικής και η μείωση της αρνητικής ενίσχυσης στο άμεσο περιβάλλον του πάσχοντα. Ο πάσχων ενθαρρύνεται με το να θέτει στόχους στην ζωή του και να τους πετυχαίνει. Η θεραπεία ενεργοποίησης της συμπεριφοράς βασίζεται στην θεωρία απόσβεσης ως αιτία της κατάθλιψης. Στόχος της είναι ο τερματισμός της αλληλεπίδρασης καταθλιπτικής διάθεσης, μειωμένης δραστηριότητας, αυξημένης απόσυρσης και επιδείνωσης της κατάθλιψης ( Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001· Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980), ενώ ταυτόχρονα παροτρύνει το καταθλιπτικό άτομο να δραστηριοποιηθεί και να εκτεθεί σε πιο ενισχυτικές εμπειρίες.

Μια ακόμη μορφή παρέμβασης είναι η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η οποία στοχεύει στην εκμάθηση διαφόρων τεχνικών, που θα βοηθήσουν τον πάσχοντα να συμμετέχει σε κοινωνικές ανταλλαγές. Έτσι, ο πάσχων μαθαίνει πώς να ξεκινήσει και να ολοκληρώσει μια συζήτηση, να μιλάει για θέματα της καθημερινότητας και να διατηρεί βλεμματική επαφή.

Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται και ως συμπληρωματικές σε βιολογικές παρεμβάσεις για διπολικές διαταραχές. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν πέντε βασικούς στόχους : α) την πληροφόρηση των πασχόντων και των οικογενειών τους σχετικά με την διαταραχή, τις επιπτώσεις της και την φαρμακευτική αγωγή β) την εκμάθηση του πάσχοντα για την εμφάνιση και την πορεία μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ώστε να γίνει έγκαιρη παρέμβαση γ) την υποστήριξη της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής με την απομάκρυνση σχετικών εμποδίων δ) την παροχή ψυχολογικής αντιμετώπισης για τα γνωσιακά και συμπεριφοριστικά συμπτώματα της μανίας και της κατάθλιψης.

Η γνωσιακή παρέμβαση βασίζεται σε τρεις αρχές. Αρχικά, ο αρνητικός τρόπος σκέψης παίζει κυρίαρχο ρόλο στην κατάθλιψη. Στην συνέχεια, η αρνητική σκέψη μπορεί να αλλάξει με την χρήση τεχνικών που βασίζονται στην λογική, και τέλος, οι αλλαγές στον τρόπο σκέψης οδηγούν σε βελτίωση της διάθεσης και της

συμπεριφοράς. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι εκπαιδευτικός, να προσπαθήσει να μάθει στον πάσχοντα καινούριες δεξιότητες.

Η γνωσιακή εκπαίδευση εκ νέου είναι μια μορφή θεραπείας που έχει ως στόχο την συμπεριφοριστική ανάθεση εργασιών καθώς και την τροποποίηση της δυσλειτουργικής σκέψης. Ένα ενδεικτικό πρόγραμμα ( Sacco & Beck, 1995), αποτελείται από τα εξής βήματα : α) προσδιορισμός και παρακολούθηση δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων β) αναγνώριση των σχέσεων ανάμεσα σε σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές. γ) αξιολόγηση της λογικής των αρνητικών αυτόματων σκέψεων δ) αντικατάσταση διαστρεβλωμένων αποδόσεων με πιο ορθολογικές ερμηνείες, ε) προσδιορισμός και τροποποίηση δυσλειτουργικών υποθέσεων.

Μια ακόμη μέθοδος γνωσιακής παρέμβασης είναι η συμπεριφοριστική ενεργοποίηση. Στην παρέμβαση αυτή, ο θεραπευτής παροτρύνει τον πάσχοντα να συμμετάσχει σε ευχάριστες δραστηριότητες και τον εκπαιδεύει να εξετάζει τις δυσλειτουργικές του σκέψεις. Στη περίπτωση των αρνητικών σκέψεων, ο θεραπευτής είναι αρμόδιος να τις αντικρούσει με άλλες ορθολογικές.

Ανάλογα, η εκμάθηση εκ νέου απόδοσης στοχεύει στην διόρθωση των αρνητικών τρόπων απόδοσης. Έτσι, ο πάσχων μαθαίνει να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με πιο ευχάριστο τρόπο.

Με βάση την βιολογική προσέγγιση, η αντιμετώπιση των διαταραχών της διάθεσης συνίσταται στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία – ΗΣΘ (ηλεκτροσόκ). Όσον αφορά στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, υπάρχουν τριών ειδών αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία αυξάνουν τα επίπεδα ορισμένων νευροδιαβιβαστών, ιδιαίτερα τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Οι κατηγορίες αυτές είναι οι εξής: α) οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), που θεωρούνται αντικαταθλιπτικά 1<sup>ης</sup> γενιάς β) τα SSRIS που ανήκουν στην 2<sup>η</sup> γενιά αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και τέλος, γ) τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά TCAs.

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης αποτελούν την πρώτη κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που εμφανίστηκαν και άρχισαν να χρησιμοποιούνται από το 1950. Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) αναστέλλουν το ένζυμο MAO, το οποίο στην συνέχεια καταστρέφει την νορεπινεφρίνη και τη σεροτονίνη, με

αποτέλεσμα την αύξηση αυτών των νευροδιαβιβαστών. Τα αποτελέσματα της δράσης των MAO στην κατάθλιψη διαφαίνονται μετά από τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Ωστόσο, άτομα που παίρνουν MAO, και παράλληλα καταναλώνουν τροφές που περιέχουν τυραμίνη, όπως κόκκινο κρασί, μύρα και σοκολάτα, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για εκδήλωση σοβαρής, υπερτασικής κρίσης. (Carlson, 1986). Αυτό οφείλεται σε διακοπή της ικανότητας του σώματος να μεταβολίζει την τυραμίνη. Τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά φάρμακα, εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης, ενώ η δράση τους γίνεται αισθητή έπειτα από περίπου δύο εβδομάδες. Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ωστόσο έχουν δυσάρεστες παρενέργειες, όπως ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση υγρών κ.α. Τέλος, οι αυξημένες ποσότητες χρήσης των MAO μπορεί να οδηγήσουν στον θάνατο, εξαιτίας του αυτοκτονικού ιδεασμού που διακατέχει πολλούς ασθενείς.

Οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's), αποτελούν την 2<sup>η</sup> κατά σειρά κατηγορία φαρμάκων που εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Τα SSRI's επιβραδύνουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, δηλαδή την συγκρατούν από το να επαναπροσληφθεί γρήγορα από τους νευρώνες που το απελευθερώνουν. Τα SSRI's δρουν πιο γρήγορα σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά 1<sup>ης</sup> γενιάς, έχουν λιγότερες παρενέργειες και είναι λιγότερο επικίνδυνα αν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις. Κάποιες από τις παρενέργειες είναι ανησυχία, γαστρεντερικές διαταραχές, αϋπνία, κεφαλαλγίες και σεξουαλική δυσλειτουργία. Από τα πιο γνωστά SSRI's είναι η φλουοξετίνη (Prozac), γνωστό στην Ελλάδα ως Ladose, το οποίο πρωτοεμφανίστηκε το 1987. Αν και η φλουοξετίνη εξαπλώθηκε ραγδαία και αποτέλεσε το πιο γνωστό και χρησιμοποιούμενο αντικαταθλιπτικό σε όλο τον κόσμο, ταυτόχρονα επέφερε και κριτικές από διάφορους επιστήμονες που θεωρούν ότι η χρήση της φλουοξετίνης ενέχει σημαντικούς κινδύνους. Ο πιο σημαντικός κίνδυνος αφορά στη ρύθμιση της δοσολογίας. τα επακόλουθα της υπερβολικής δοσολογίας μοιάζουν με τα ίδια τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Γι' αυτόν τον λόγο, πολλοί ψυχίατροι προτιμούν άλλα SSRI's, όπως η σερτραλίνη (Zoloft) και η παροξετίνη (Seroxat), που παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο σε περίπτωση υπερβολικής δοσολογίας και δεν έχουν έντονες

παρενέργειες. Παρόλα αυτά οι απόψεις για την αποτελεσματικότητα των SSRI's ποικίλλουν. Ορισμένες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα φάρμακα αυτά είναι ελάχιστα πιο αποτελεσματικά από τα placebo (Kirsch & Saperstien, 1998· Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002).

Στην περίπτωση των διπολικών διαταραχών, συνίσταται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Karlan & Sadock, 2004). Πιο συχνά χορηγείται λίθιο, ωστόσο εξαιτίας της σύντομης και αποτελεσματικής δράσης του, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή καθώς συχνά οδηγεί σε ντελίριο, κώμα ή θάνατο. Σε περιπτώσεις όπου το λίθιο δεν είναι αποτελεσματικό, χρησιμοποιούνται αντιεληπτικά φάρμακα, όπως η καρβαμαζεπίνη (Tegretol).

Τα TCAs (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) έχουν χρησιμοποιηθεί από την δεκαετία του 1960. Η αποτελεσματικότητά τους είναι ότι τα TCAs θεραπεύουν την κατάθλιψη, αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα και των δύο κύριων νευροδιαβιβαστών, της νορεπινεφρίνης, η οποία επηρεάζει το συναίσθημα, το άγχος και την παρόρμηση, αλλά και της σεροτονίνης, η οποία επηρεάζει το συναίσθημα, την διέγερση, τις παρορμήσεις και την επιθετικότητα. Όλη αυτή η διαδικασία επιτυγχάνεται αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη αυτών των νευροδιαβιβαστών στους νευρώνες που τους απελευθερώνουν και αλλάζοντας την ευαισθησία των υποδοχέων. Ωστόσο, η επίδρασή τους σε έναν άλλο νευροδιαβιβαστή, την ακετυλοχολίνη, οδηγεί σε παρενέργειες, όπως ζαλάδα, δυσκοιλιότητα, θολωμένη όραση και προβληματική ούρηση. Τα TCAs μπορούν επίσης να προκαλέσουν αύξηση βάρους και καρδιακές αρρυθμίες. Γι' αυτό τον λόγο, τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να αποφεύγονται από άτομα με προβλήματα καρδιάς.

Εκτός από την φαρμακοθεραπεία, μία ακόμη παρέμβαση βιολογικής προσέγγισης είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία εμφανίστηκε την δεκαετία του 1930 και από τότε χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, καθώς και της διπολικής διαταραχής. Η παρέμβαση αυτή χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακοθεραπεία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δρα στα συστήματα της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Ωστόσο, δεν επιφέρει ίαση, αλλά ύφεση σε οξύ επεισόδιο. Συχνές παρενέργειες είναι τα προβλήματα

μνήμης για γεγονότα πριν ή μετά την παρέμβαση, ενώ πιο σπάνια είναι τα κατάγματα και ο θάνατος.

Μια ακόμα τεχνική, παρόμοια της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι η ενδοκρανιακή μαγνητική διέγερση η οποία χρησιμοποιεί ισχυρά μαγνητικά πεδία για να αλλάξει την εγκεφαλική δραστηριότητα. Στόχος της τεχνικής αυτής είναι να δημιουργηθεί νευρωνική εκπόλωση. Κάποιες από τις παρενέργειες είναι κεφαλαλγίες, πρόσκαιρη απώλεια ακοής και νοητικών λειτουργιών και, σπανιότερα, επιληπτικές κρίσεις. Σχετική έρευνα, ωστόσο, έδειξε ότι το 49% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη έδειξε βελτίωση μετά την χρήση αυτής της τεχνικής (Klein et al., 1999).

Τέλος, πολλές μελέτες δείχνουν ότι μια κατάθλιψη ήπιας ή μέτριας μορφής, μπορεί να αντιμετωπιστεί με τακτική άσκηση ( Lawlor & Horker, 2001· Tkachuk & Martin, 1999). Ακόμη, σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχει και το εκχύλισμα από το φυτό hypericum perforatum, γνωστό ως St John's wort. Σχετική έρευνα έδειξε ότι το 60% ατόμων με ήπια ή μέτρια κατάθλιψη, που χορηγήθηκαν το φυτό, είδαν σημαντική βελτίωση.

## **2. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**

### **2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Μέσα από την μακρόχρονη πορεία του πολιτισμού, ο άνθρωπος έχει κάνει χρήση αλλά και κατάχρηση πολλών τοξικών ουσιών. Οι επιπτώσεις που επιφέρει η χρήση τέτοιων ουσιών απασχολεί επιστήμονες από διάφορους κλάδους όπως επιδημιολογία, ιατρικές επιστήμες, ψυχολογία, κοινωνιολογία κ.α. Μέσα από αναρίθμητες μελέτες, κυρίως σε Β. Ευρώπη και ΗΠΑ, οι επιστήμονες προσπαθούν να εντοπίσουν την αιτιολογία αλλά και την θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που έκαναν χρήση τοξικών ουσιών.

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ φημολογείται στην Αρχαία Ρώμη γύρω στον 1<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ, ενώ υπάρχουν και αναφορές για κατάχρηση αλκοόλ στην αρχαία Αίγυπτο και Μεσοποταμία. Ωστόσο, η ανακάλυψη της απόσταξης αποδίδεται στον πέρση γιατρό Rhazes. Παρόμοιες αναφορές για χρήση αλκοολούχων ποτών έχουν γίνει και στα ομηρικά έπη. Το αλκοόλ, παρουσιάζεται ως σύμβολο χαράς, εορταστικό, συμπλήρωμα κάθε σημαντικού γεύματος, με έναν δικό του θεό, τον Διόνυσο. Ακόμη κ στα πνευματικά συμπόσια της αρχαίας Αθήνας η μέτρια κατανάλωση οίνων θεωρείτο ότι βοηθούσε στην ανταλλαγή σκέψεων και απόψεων.

Μέσα απ' την πάροδο των χρόνων, το αλκοόλ αξιοποιήθηκε για τις ποικίλες ιδιότητές του. Έχει χρησιμοποιηθεί ως αναλγητικό αλλά και ως αναισθητικό στην χειρουργική. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως τροφή, καύσιμη ύλη και ουσία με κατασταλτικές ιδιότητες που “διευκολύνει” τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες. Σύμφωνα με τον Taylor(1981): «... με μοναδική εξαίρεση τις μουσουλμανικές κοινωνίες, το αλκοόλ είναι γενικά αποδεκτό ως νόμιμο κοινωνικό ψυχοτρόπο για χρήση από τους ενήλικους... είναι αυτοχορηγούμενη ουσία που καταναλώνεται κυρίως από υγιή άτομα για τις ιδιότητες του να αλλοιώνει την ψυχική διάθεση..»

Στα τέλη της δεκαετίας του 1840 ο σουηδός γιατρός Huss χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο αλκοολισμός. Μέχρι σήμερα λοιπόν ο όρος αυτός αναφέρεται για να περιγράψει την κατάσταση των ατόμων που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό. Την δεκαετία του 1960 παρουσιάστηκε προβληματισμός για την σαφήνεια και την λειτουργικότητα των όρων αλκοολισμός και αλκοολικός. Ο διάσημος Αμερικανός γιατρός Jellinek (1960) υποστήριξε ότι ο όρος «αλκοολισμός» δηλώνει καταστάσεις διαφορετικές μεταξύ τους σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Επίσης, ο Keller (1960) πρότεινε ότι «..κανένας μονοδιάστατος ορισμός του αλκοολισμού δεν είναι κατάλληλος για όλους τους ερευνητικούς σκοπούς..».

Ανάλογες προσπάθειες για την απόδοση ενός ορισμού του αλκοολισμού έγιναν και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ). Συγκεκριμένα, η έκθεση της ειδικής επιτροπής της ΠΟΥ του 1952 όριζε ως αλκοολικό το άτομο εκείνο του οποίου η καταναλωτική συμπεριφορά παρέκλινε από τα πολιτισμικά του πρότυπα. Η επόμενη έκθεση της ειδικής επιτροπής της ΠΟΥ (WHO 1964) παρουσίασε ενδιαφέρον εξ' αιτίας της λεπτομερούς εξέτασης του όρου «εξάρτηση». Ωστόσο, κ οι δυο ορισμοί παρουσίαζαν ελλείψεις. Παράλληλα, η Αμερικανική Ιατρική Εταιρία, από την δεκαετία του '50, και συγκεκριμένα το 1956, αναγνώρισε επίσημα τον

αλκοολισμό ως «ασθένεια», βοηθώντας έτσι την απάλειψη του ψυχοκοινωνικού στίγματος από το άτομο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του. (Πιπερόπουλος, 20002). Το 1977 ο Edwards διαφοροποίησε αυτό που ονόμασε «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» από τα «προβλήματα ή τις ανικανότητες» που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.

Το «σύνδρομο» αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ τα «προβλήματα» στις ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές δυσλειτουργίες – βλάβες που προέρχονται από την κατανάλωση αλκοόλ. Συχνά το «σύνδρομο» και τα «προβλήματα» συνυπάρχουν. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υιοθέτησε τις προτάσεις του Edwards και ο όρος «αλκοολικός» αντικαταστάθηκε από τον όρο «προβληματικός πότης».

Επιστημονικές μελέτες προσπαθούν να παρουσιάσουν αυτό το κοινωνικό φαινόμενο, καθώς και τις συνέπειές του. Τα πορίσματα σχετικών μελετών τα τελευταία 20 - 30 χρόνια δείχνουν το μεγάλο μέγεθος του προβλήματος του αλκοολισμού, ιδιαίτερα στο δυτικό κόσμο (Royal College of Psychiatrists 1979, Chick 1982). Βρετανικές μελέτες (Jarman & Kellett 1979, Jariwalla 1979, Holt 1980, Barrison et al 1982, Potamianos et al 1988) δείχνουν ότι το 20% του συνόλου των ασθενών που νοσηλεύονται ή παραπέμπονται σε οποιαδήποτε κλινική γενικού νοσοκομείου παρουσιάζει προβλήματα που έχουν σχέση – άμεση ή έμμεση – με το αλκοόλ.

Στις ΗΠΑ, οι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα ασθενείς, ανέρχονται στο 7.3% των ανδρών (4.4 εκατομ.) και 1.3% των γυναικών (0.8 εκατομ.) του γενικού πληθυσμού άνω των 20 χρόνων (Keller & Efron).

Στη Δ. Γερμανία τα στατιστικά δεδομένα αναφέρονται σε 1.8 εκατομμύρια αλκοολικών ασθενών που χρειάζονται θεραπεία.

Στη Σοβιετική Ένωση η αλκοολική ασθένεια θεωρείται σαν το σοβαρότερο κοινωνικό πρόβλημα της χώρας. Συγκεκριμένες μελέτες παρουσιάζουν την κατάχρηση οινόπνευματος ως αιτία σε περίπτωση ληστείας (80%), φόνων (90%) και των αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων (35%). Παρόμοια κατάσταση εμφανίζεται από στατιστικές και σε Πολωνία, Τσεχοσλοβακία, Καναδά, Σκανδιναβικές χώρες.

Σε αντίθεση με τις αναρίθμητες μελέτες των παραπάνω χωρών, στην χώρα μας υπάρχει έλλειψη μελετών σχετικά με το φαινόμενο του αλκοολισμού. Η πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολισμού παραμένουν σε εμβρυακό στάδιο. (Ποταμιάνος, 1995)

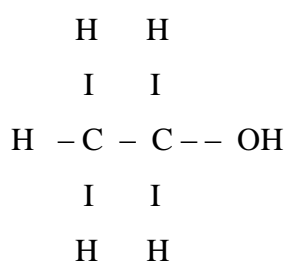
Ωστόσο, μια από τις πιο σπουδαίες πανελλήνιες έρευνες στην Ελλάδα σχετικά με την χρήση ναρκωτικών και την κατανάλωση αλκοόλης εκπονήθηκε από τους Στεφανή, Μαδιανού και Μαδιανό(1986) σε 4300 οικογένειες της χώρας. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, ενήλικες 18-64 αναφέρουν συστηματική κατανάλωση αλκοόλης σε ποσοστό 25%, ενώ οι έφηβοι 12-17 σε ποσοστό 12,8%. Ακόμη, άνδρες και γυναίκες σε ποσοστό 12.6% και 2.5% αντίστοιχα αναφέρουν δύο ή περισσότερα προβλήματα εξ' αιτίας αυτής της συστηματικής κατανάλωσης της αλκοόλης. Με βάση τα παραπάνω παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες πίνουν περισσότερο αλκοόλ, πιο συχνά και σε μεγαλύτερες ποσότητες από τις γυναίκες. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι το ποσοστό στα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλης μεταξύ 1971 και 1980, αυξήθηκε κατά 34%.

Μια ακόμα ενδιαφέρουσα ανάλυση είναι αυτή των Madianou et al (1987), που αναφέρεται στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε τρεις «ηλικιακές» ομάδες. Έφηβοι ηλικίας 12-17 ετών αναφέρουν κατάχρηση αλκοόλ σε ποσοστό 50%, ενώ οι νέοι ενήλικοι σε ποσοστό 42%. Επίσης το 8% της ομάδας 12-17 ετών και το 14% της ομάδας 18-24 ετών αναφέρουν δυο ή περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.

## 2.2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο «αλκοολισμός» εννοούμε την χρήση – κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών με σωματικά – ψυχολογικά ή κοινωνικά επακόλουθα για τον χρήστη ή με πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης (Παπαγεωργίου, 1985).

Ο όρος «αλκοόλ» προέρχεται από την αραβική λέξη «al kohl». Το αλκοόλ που περιέχεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει τον χημικό τύπο  $C_2 H_5 OH$ .



Σχήμα 1: Συντακτικός τύπος αιθυλικής Αλκοόλης ( Άνθρακας – υδρογόνο –

οξυγόνο)



Η αιθυλική αλκοόλη είναι το μοναδικό είδος αλκοόλης που θεωρείται ασφαλές για κατανάλωση από τον άνθρωπο. Σύμφωνα με τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη θεωρείται φαρμακολογικά ως κατασταλτικό που έχει την δυνατότητα να προκαλέσει γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

### *2.2.1. ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ*

Το αλκοόλ, λόγω της υγρής μορφής του, απορροφάται γρήγορα από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα και έτσι δεν χρειάζεται να διαλυθεί στο στομάχι, όπως τα χάπια. Εξάλλου η αλκοόλη ως μικρό λιποδιαλυτό μόριο, διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος. Αν εξατμιστεί, απορροφάται αμέσως από τους πνεύμονες. Γι' αυτό τον λόγο οι εισπνοές της αιθυλικής αλκοόλης είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, καθώς μπορούν να προκαλέσουν αιφνίδια καταστολή των κέντρων ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος.

Ο ρυθμός απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, σε ένα άτομο με άδειο στομάχι απορροφάται ταχέως περίπου 20% μιας δόσης αλκοόλ. Αντίθετα, με γεμάτο στομάχι η απορρόφηση επιβραδύνεται. Ένας άλλος παράγοντας που μεταβάλλει τον ρυθμό απορρόφησης είναι η ποσότητα των ρευστών στα οποία εμπεριέχεται η αλκοόλη. Δηλαδή, όσο πιο αραιωμένο είναι ένα διάλυμα, τόσο πιο αργά απορροφάται. Ενώ λοιπόν το 20% της αλκοόλης απορροφάται από το στομάχι, το υπόλοιπο 80% απορροφάται από το έντερο. Η απορρόφηση αυτή εξαρτάται από την ποσότητα τροφής που υπάρχει στο στομάχι, δηλαδή όσο περισσότερη τροφή υπάρχει στο στομάχι, τόσο περισσότερο καθυστερεί η απορρόφηση.

### *2.2.2. ΚΑΤΑΝΟΜΗ*

Η κατανομή της αλκοόλης παρουσιάζεται ίση σε όλα τα υγρά του σώματος και σ' όλους τους ιστούς, ακόμη και του εγκεφάλου. Αυτό οφείλεται στο ότι η

αλκοόλη είναι ένα μόριο μικρό και ευδιάλυτο στο νερό και το λίπος. Χαρακτηριστικό είναι ότι ένα παχύ ή μυώδες άτομο παρουσιάζει συνήθως χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα απ' ότι ένα αδύνατο. Αυτό σημαίνει ότι ένα παχύ άτομο θα μεθύσει πιο δύσκολα από κάποιον αδύνατο. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος του σώματος, τόσο μεγαλύτερη είναι και η διάρκεια της τοξικότητας από την κατανάλωση της αλκοόλης.

### 2.2.3. METABΟΛΙΣΜΟΣ

Από την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, το 10% αποβάλλεται με την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος.

Αν και μελέτες του Vesell και των συνεργατών του (1971) υποστηρίζουν ότι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τον μεταβολισμό της αλκοόλης στον ανθρώπινο οργανισμό, ωστόσο οι περισσότεροι αναφέρονται στις επιπτώσεις που δημιουργεί η κατάχρηση της αλκοόλης στο ήπαρ και τις λειτουργίες αυτού. Συγκεκριμένα, ο μεταβολισμός του αλκοόλ είναι η οξείδωση της αιθανόλης σε μια ουσία που είναι γνωστή ως ακεταλδεΐδη. Η μετατροπή της αιθανόλης σε ακεταλδεΐδη γίνεται με την βοήθεια ενός ενζύμου που φέρει το όνομα αλκοολική δεϋδρογενάση. Ωστόσο, ο ρόλος της ακεταλδεΐδης φαίνεται καθοριστικός εξ' αιτίας της ιστολογικής βλάβης που προκαλείται από αυτήν την ουσία. (Korsten et al 1975 , Schuckit & Rayses 1979). Επίσης, σύμφωνα με τον Peters (1982) ενισχύεται η άποψη ότι η ακεταλδεΐδη μπορεί να θεωρηθεί η «βιομηχανική βάση της εξάρτησης»

Ο ρυθμός μεταβολισμού των περισσότερων φαρμάκων στο ήπαρ εξαρτάται από την συμπύκνωση του φαρμάκου στο αίμα. Όσο περισσότερη είναι η συμπύκνωση του φαρμάκου, τόσο πιο γρήγορος ο μεταβολισμός. Ωστόσο, η αλκοόλη διαφέρει από άλλες χημικές ουσίες και φάρμακα. Κατά τον Julien (1978), ο ρυθμός μεταβολισμού της αιθυλικής αλκοόλης επηρεάζεται περισσότερο από τον χρόνο, παρά από την συμπύκνωση της ουσίας στο αίμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι ο μέσος όρος του ρυθμού μεταβολισμού της αλκοόλης σε έναν ενήλικο πότη είναι περίπου 10ml στη συνολική ποσότητα που καταναλώνει ανά ώρα. Αυτό δείχνει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από την ποσότητα που καταναλώνεται.

### 2.3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Με τον όρο «μοντέλο αλκοολισμού» εννοούμε τον τρόπο σκέψης και αντίληψης για την κατανόηση του φαινομένου του αλκοολισμού.

Ωστόσο, εξ' αιτίας της ασάφειας και του ευρύ φάσματος του ορισμού του αλκοολισμού, παρουσιάζονται πολλές διαφορετικές μεταξύ τους προσεγγίσεις του φαινομένου αυτού. Μερικά από τα μοντέλα προσέγγισης είναι τα παρακάτω.

#### 2.3.1. ΤΟ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Η προσέγγιση αυτή βασίζεται κυρίως στη φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία. Φροϋδικοί ψυχαναλυτές επιχείρησαν την κατανόηση και την ανάλυση του φαινομένου του αλκοολισμού στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, με χαρακτηριστική προσπάθεια τις πρώτες δημοσιεύσεις «περί αλκοολισμού» το 1915.

Ο ψυχαναλυτής Ferenczi (Ferenczi 1916) θεώρησε τον αλκοολισμό ως ένα έκδηλο σύμπτωμα της συμπεριφοράς του ατόμου με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία.

Επιπρόσθετα, ο ψυχαναλυτής Storr (A.Storr 1974) θεώρησε συναισθηματικά ανώριμο κάποιον που είναι ομοφυλόφιλος, απ' τη στιγμή που οι ολοκληρωμένες και ικανοποιητικές σεξουαλικές σχέσεις με το αντίθετο φύλο δηλώνουν συναισθηματική ωριμότητα και είναι κοινωνικά αποδεκτές. Εξ' αιτίας λοιπόν αυτής της ανωριμότητας, ο ομοφυλόφιλος οδηγείται σε εξίσου ανώριμες πράξεις, όπως ο αλκοολισμός. Σαφέστατα, αυτή είναι μια άποψη που δεν την υιοθετούν όλοι οι σύγχρονοι ψυχαναλυτές.

Το 1944, ο ψυχαναλυτής Fenichel παρατήρησε την «εναλλασσόμενη και κυκλική» συμπεριφορά του «περιοδικού αλκοολικού». Η κατάσταση αυτή λοιπόν του ατόμου που κάνει κατάχρηση αλκοόλης κατά περιόδους (π.χ σαββατοκύριακα) οδήγησε τον Fenichel στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής με εθισμό στο αλκοόλ έχει το ίδιο ψυχικό περιεχόμενο με αυτό της μανιοκατάθλιψης. Στην περίπτωση της μανιοκατάθλιψης το άτομο παρουσιάζει εναλλαγές μεταξύ μανίας και κατάθλιψης. Έτσι και στον «περιοδικό αλκοολικό» παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ «φυσιολογικής» και «αλκοολικής» συμπεριφοράς.

Ένα ακόμη ερώτημα που απασχόλησε τους Kessel & Walton (N.Kessel & H.Walton 1979) ήταν αυτό της προσωπικότητας του αλκοολισμού. Στο βιβλίο τους

«αλκοολισμός» παρουσιάζουν τις δυο κύριες διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολισμού: α)η καθήλωση και εξάρτηση και β) η άμεση ικανοποίηση αναγκών.

Σύμφωνα με την πρώτη διάσταση, το άτομο παρουσιάζει «αδυναμία» για ενηλικίωση της συμπεριφοράς του, κάτι το οποίο οδηγεί σε «καθήλωση» κυρίως στο στοματικό στάδιο της ψυχολογικής ανάπτυξης του ατόμου. Τα άτομα αυτά συνήθως είναι εγωκεντρικά και παρουσιάζουν δυσκολία στην ανάπτυξη σχέσεων με άλλα άτομα. Ένας ακόμη παράγοντας ανώριμης προσωπικότητας είναι μια αδικαιολόγητη προσκόλληση στους γονείς και ιδιαίτερα στη μητέρα τους. Όλα τα παραπάνω δημιουργούν πίεση να αναλάβει ρόλους ενήλικου και αυτό τον οδηγεί στην κατάχρηση του αλκοόλ ως διέξοδο και ανακούφιση.

Η διάσταση της άμεσης ικανοποίησης αναγκών συσχετίζεται με την τάση για υπερπροστασία των γονιών προς τα παιδιά τους. Η στάση αυτή των γονιών να παρέχουν αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση στα παιδιά τους οδηγεί σε έλλειψη αυτοπεποίθησης και πρωτοβουλιών στην ενήλικη ζωή τους. Όλα τα παραπάνω μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στον αλκοολισμό, καθώς το αλκοόλ παρουσιάζεται ως η μόνη και συνάμα εύκολη, φτηνή και νόμιμη διέξοδος από την προσωπική δυσφορία που αισθάνεται όταν οι προσδοκίες δεν υλοποιούνται ή οι ανάγκες του δεν ικανοποιούνται.

### *2.3.2. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ*

Η προσέγγιση αυτή θεωρείται από τις παλαιότερες και αναφέρεται στις βλάβες που μπορεί να προκληθούν από την κατάχρηση της αλκοόλης. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα για τον κύριο λόγο ότι αντιλαμβάνεται τον αλκοολισμό περισσότερο ως αρρώστια και όχι ως κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου.

Σχετικές μελέτες και άρθρα εμφανίστηκαν περίπου το 1850. Καθοριστικό ρόλο στα δημοσιεύματα εκείνης της εποχής έπαιξε το βιβλίο του Jellinek με τίτλο *The disease concept of alcoholism* που δημοσιεύτηκε το 1960 και παρουσίασε το άτομο που κάνει έντονη χρήση αλκοόλ ως άρρωστο που χρήζει ιατρικού ενδιαφέροντος σε αντίθεση με την κοινωνική απόρριψη που εισέπραττε μέχρι εκείνη

την εποχή. Η αποδοχή λοιπόν του αλκοολισμού ως αρρώστια αποτέλεσε σταθμό στην έρευνα και τη θεραπεία του αλκοολισμού.

Μέσα από μια πληθώρα μελετών ο Jellinek κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το σύνολο τέτοιων ασθενών μπορεί να διαιρεθεί σε πέντε βασικές κατηγορίες, η καθεμία από τις οποίες έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά. Τις κατηγορίες αυτές θα τις αναλύσουμε παρακάτω.

### *2.3.3. ΤΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ*

Η προσέγγιση αυτή είναι στενά συνδεδεμένη με την θεωρία της «κλασικής εξάρτησης». Ο Αμερικανός ψυχολόγος Watson (1919) θεωρείται από τους πιο κυρίαρχους υποστηρικτές αυτής της θεωρίας. Η συντελεστική μάθηση, με κύριο εκπρόσωπο τον Αμερικανό ψυχολόγο B.F.Skinner (1938) αποτελεί μια ακόμη σημαντική προσέγγιση των θεωριών της μάθησης.

Βασική θέση των θεωριών της μάθησης είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας διαδοχής από φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Τα ερεθίσματα αυτά μπορούν να οδηγήσουν στην αλλαγή μιας δεδομένης συμπεριφοράς.

Ο συμπεριφορισμός ως θεωρία και μέθοδος ψυχολογικής θεραπείας έχει παίξει ρόλο στην ανάπτυξη της κλινικής ψυχολογίας. Σύμφωνα λοιπόν με το συμπεριφορικό μοντέλο, η υπερβολική χρήση αλκοόλης μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό, είτε γιατί το άτομο συνδέει την κατανάλωση με κάτι ευχάριστο, είτε γιατί συνδέεται με την αποφυγή δυσάρεστων εμπειριών (Ποταμιάνος, 2005).

Κατά το μοντέλο της συντελεστικής μάθησης, η υπερβολική χρήση αλκοόλης είναι μια αντίδραση για την εμφάνιση ενός «ευχάριστου» ερεθίσματος ή την αποφυγή ενός «δυσάρεστου». Στην περίπτωση που το άτομο νιώσει ότι η κατανάλωση αλκοόλ τον κάνει να αισθανθεί πιο όμορφα και ευχάριστα, συνεχίζει την πράξη αυτή, ενισχύοντας την κάθε φορά για να οδηγηθεί ξανά και ξανά στην «αμοιβή» (εκκοίνωση) που του προσφέρει το αλκοόλ. Στην περίπτωση της αποφυγής ή της απομάκρυνσης δυσάρεστων συναισθημάτων, το άτομο καταναλώνει αλκοόλ για να μειώσει το άγχος που προκαλείται από διάφορα ερεθίσματα. Λαμβάνοντας «αμοιβή» από αυτή την ενέργεια (δηλαδή μείωση του άγχους), συνεχίζει την αντίδραση αυτή. Η

«συστηματική αποευναισθητοποίηση» είναι μία από τις τεχνικές της συμπεριφορικής θεραπείας που έχει χρησιμοποιηθεί και για την θεραπεία του αλκοολισμού.

#### *2.3.4. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ*

Κύριος στόχος του κοινωνιολογικού μοντέλου είναι ο εντοπισμός των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. (Robins et al 1962, Cahalan 1970).

Συχνά, πολλά άτομα δέχονται κοινωνική πίεση για να κάνουν χρήση αλκοόλης με στόχο να ενταχθούν σε κάποια κοινωνική ομάδα. Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας αύξησης του αλκοολισμού είναι τα Μ.Μ.Ε μέσα από την δημιουργία προτύπων ή των διαφημίσεων αλκοολούχων ποτών που παρουσιάζουν. Επίσης, ο σημερινός τρόπος ζωής, η ψυχαγωγία και η διασκέδαση είναι κάποιοι επιπλέον λόγοι που συμβάλλουν σε αυτό.

### **2.4. ΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ**

Ο Zeilinek μέσα από τα συμπεράσματα της επιστημονικής του έρευνας στο θέμα του αλκοολισμού, κατάφερε να οριοθετήσει τρεις φάσεις εξάρτησης από το αλκοόλ, που συμπληρώνονται από μία τέταρτη φάση, οι οποίες έχουν γίνει αποδεκτές ως προς τον διαχωρισμό τους και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

#### *2.4.1. ΠΡΟΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΦΑΣΗ*

Η προαλκοολική φάση χαρακτηρίζεται από «φυσιολογική» χρήση του οινοπνεύματος όπως για παράδειγμα στο φαί, σε διάφορες γιορτές ή εκδηλώσεις. Ακόμη και όσοι «πίνουν ένα ποτηράκι» τη μέρα για να νιώσουν καλύτερα ή να χαλαρώσουν ανήκουν στην φάση αυτή. Σε διάστημα μεταξύ 5 μηνών και 2 ετών, η χρήση του οινοπνεύματος τείνει να γίνει καθημερινή συνήθεια σε ένα ποσοστό περίπου 5%.

#### *2.4.2. ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ (ή αρχική φάση εξάρτησης)*

Σε αυτή την φάση αρχίζει να εμφανίζεται η εξάρτηση. Η περιορισμένη χρήση οινοπνεύματος σιγά – σιγά γίνεται πιο τακτική. Παρατηρούνται διαταραχές θυμητικού και κενά μνήμης.

Το άτομο μπορεί να μην καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, ωστόσο την επόμενη μέρα δυσκολεύεται να θυμηθεί λεπτομέρειες. Έτσι, αρχίζει να συνειδητοποιεί αυτή την ιδιαίτερη επιρροή που ασκεί πάνω του το αλκοόλ. Αντιλαμβάνεται το πρόβλημα και φοβούμενος ότι θα τον κριτικάρουν αρχίζει να πίνει μόνος του κρυφά. Η ανάγκη για επίδραση του οινοπνεύματος στον οργανισμό του αρχίζει να γίνεται απαραίτητη. Δεν αισθάνεται πια σίγουρος για τον εαυτό του, διακατέχεται από ανασφάλεια και αυτό τον κάνει να απομονώνεται. Οι ποσότητες οινοπνεύματος αυξάνονται.

#### *2.4.3. ΚΡΙΣΙΜΗ ΦΑΣΗ*

Στην φάση αυτή το άτομο έχει χάσει τον έλεγχο. Προσπαθεί να ελέγξει την επιθυμία του για αλκοόλ, πίνοντας μόνο συγκεκριμένες ώρες και συγκεκριμένες ποσότητες αλλά χωρίς αποτέλεσμα.

Η ανάγκη για αλκοόλ όλο και μεγαλώνει, κάθε τι που λέει και πράττει έχει ως επίκεντρο το αλκοόλ. Οργανώνει γλέντια και γιορτές για να πει, συναναστρέφεται μόνο με άτομα που πίνουν και συχνάζει μονίμως σε μαγαζιά όπου μπορεί να καταναλώσει αλκοόλ. Οι ενασχολήσεις του περιορίζονται και συχνά εξαφανίζονται. Το αλκοόλ αντικαθιστά πλέον το φαϊ, την σύντροφο, τους φίλους. Το άτομο αρχίζει να πίνει τώρα και τις πρωινές ώρες για να ηρεμήσει. Η απώλεια ελέγχου οδηγεί σε ποικίλα προβλήματα. Το άτομο αρχίζει να εμφανίζει οργανικές διαταραχές από κακή διατροφή και υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, δυσκολίες στην δουλειά και στις σχέσεις του με συναδέλφους. Οι τσακωμοί στο σπίτι αυξάνονται και αρχίζει η παρανοϊκή ζήλια προς τον σύντροφο. Αυτή η φάση είναι και η πιο καθοριστική για να μπει το άτομο σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας.

#### 2.4.4. ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΣΗ

Σε αυτή την φάση ο ασθενής έχει εθιστεί πλήρως στο οινόπνευμα. Η κατάσταση στη φάση αυτή συνήθως είναι μη αναστρέψιμη. Εμφανίζονται όλο και πιο συχνά διαταραχές των σωματικών λειτουργιών, διαταραχές του ψυχισμού, με αποτέλεσμα να επηρεαστεί ολόκληρη η προσωπικότητα του ατόμου.

Το ήπαρ δεν μπορεί πλέον να λειτουργήσει σωστά ούτε να δεχτεί τις ίδιες ποσότητες οινοπνεύματος με πριν. Αν δεν καταφέρουν να απομακρυνθούν τελείως από το οινόπνευμα είναι καταδικασμένοι να τελειώσουν τη ζωή τους. ( π.χ κίρρωση του ήπατος, καρδιοπάθεια, εσωτερικές αιμορραγίες)

Όπως αναφέραμε στο ιατρικό μοντέλο του αλκοολισμού, ο Jellinek μέσα από πολλές μελέτες και προβληματισμούς δημιούργησε την τυπολογία του αλκοολισμού που αποτελείται από πέντε βασικές κατηγορίες στις οποίες χωρίζονται τέτοιου είδους ασθενείς και οι οποίες παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά.

Οι τύποι αυτοί χαρακτηρίζονται από τα πέντε πρώτα γράμματα του ελληνικού αλφαβήτου και είναι:

##### Τύπος α:

Άτομα αυτού του τύπου υποφέρουν κυρίως από διάφορες ψυχονευρωτικές διαταραχές, όπως π.χ ελεύθερες αγχώδεις καταστάσεις, φοβίες, ενδοψυχικές αναστολές και συναισθήματα ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ορισμένων καταστάσεων.

Το οινόπνευμα χρησιμοποιείται σαν ένα είδος καταπραϊντικού, που μειώνει την ένταση ασυνείδητων παθολογικών καταστάσεων.

Ο ασθενής τύπου α είναι ένα πρόβλημα τόσο για τον εαυτό του όσο και για το κοινωνικό του περιβάλλον. Πολλές φορές όμως ο τύπου α εξελίσσεται σε τύπου γ.

##### Τύπος β:

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν άτομα που κάνουν χρήση οινοπνεύματος ευκαιριακά, ανάλογα με τις κοινωνικές καταστάσεις που συνοδεύονται από τη χρήση οινοπνεύματος.

Η χρήση του οινοπνεύματος γίνεται για προσπάθεια ένταξης σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον, απ' όπου δεν θέλουν να αποκοπούν. Ωστόσο, δεν παρουσιάζουν ψυχική ή σωματική εξάρτηση και είναι σε θέση να απομακρυνθούν, αν αλλάξουν κοινωνικό περιβάλλον.



#### Τύπος γ:

Ο πότης τύπου γ' στα πρώτα στάδια φέρει ομοιότητες με αυτόν του τύπου α. Η χρήση οινοπνεύματος όλο και αυξάνεται με σκοπό την αντιμετώπιση διάφορων προβληματικών καταστάσεων. Έτσι, σταδιακά οι αμυντικοί μηχανισμοί του ατόμου αντικαθίστανται από το οινόπνευμα.

Η ψυχική εξάρτηση είναι το κύριο χαρακτηριστικό του τύπου αυτού και συνοδεύεται από την φυσική εξάρτηση από το οινόπνευμα. Η απώλεια ελέγχου στους ασθενείς αυτού του τύπου είναι απόλυτη, πίνουν μέχρι απώλειας της συνειδήσεως, ενώ τα κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν μια τέτοια κατάσταση είναι πολλά. Πολλοί από αυτούς παραμένουν «στεγνοί» για μεγάλα χρονικά διαστήματα, είναι δηλαδή ελεύθεροι να αποφασίσουν εάν θα πιούν ή όχι, στην περίπτωση όμως που πιούν πρέπει να φτάσουν στον υπέρτατο για αυτούς βαθμό δράσης του οινοπνεύματος, πριν σταματήσουν.

Η εξέλιξη αυτή του τύπου γ' είναι χαρακτηριστική της αλκοολικής εξάρτησης. Ο τύπος αυτός προξενεί τις μεγαλύτερες ατομικές (ψυχικές - σωματικές) και κοινωνικές βλάβες.

#### Τύπος δ:

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από την μακροχρόνια καθημερινή χρήση μιας ποσότητας οινοπνεύματος, μοιρασμένης σ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Κυρίαρχο ρόλο στην εξέλιξη του τύπου αυτού παίζουν διάφοροι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Επιπλέον, ο τύπος αυτός χαρακτηρίζει κυρίως άτομα που ασχολούνται σε εργασίες συνδεδεμένες με την χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

Η απώλεια ελέγχου στα άτομα αυτά δεν αφορά την ποσότητα, αλλά έχει την έννοια ότι δεν μπορούν να διακόψουν την καθημερινή χρήση, της ποσότητας αυτής που πίνουν.

Άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία μεθάνε σπανίως. Παρόλα αυτά, παρουσιάζουν στερητικά συμπτώματα σε περιπτώσεις που δεν κάνουν καθόλου χρήση οινοπνεύματος. Χαρακτηριστικό είναι η χρήση οινοπνεύματος το πρωί μετά το μεσοδιάστημα στέρησης της νύχτας.

#### Τύπος ε:

Οι ασθενείς τύπου ε είναι άτομα τα οποία λόγω κάποιων εσωτερικών κρίσεων βρίσκουν διέξοδο στο οινόπνευμα. Τα άτομα αυτά πίνουν ανεξέλεγκτα, για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, μέχρις ότου φτάνουν στο σημείο της

δηλητηρίασης από το οινόπνευμα. Συχνά, είναι ικανοί να δοκιμάσουν και άλλα σκευάσματα που περιέχουν οινόπνευμα, όπως κολόνια, στην περίπτωση που δεν βρίσκουν οινοπνευματώδη ποτά.

Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων αυτών, τα άτομα με διαταραχές αλκοολισμού τύπου - ε μπορούν πάλι να πιουν λίγο ή και καθόλου. Ωστόσο, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εάν αυτός ο τύπος ατόμου είναι μια αλκοολική ασθένεια (όπως ο τύπος γ και δ) ή απλά ένα σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής.

Η τυπολογία αυτή, κατά Zeilnek, έχει καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα και φαίνεται πως στοχεύει στην σωστή περιγραφή του κάθε τύπου και στην ακριβή κατανόηση του προβλήματος.

Σαν αλκοολικές ασθένειες, αναγνωρίζονται κυρίως οι τύποι γ και δ. ο αλκοολισμός τύπου α είναι ίσως η πηγή τροφοδοσίας του τύπου γ και ο αλκοολισμός τύπου β του τύπου δ. ( Παπαγεωργίου, 2004)

## **2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Στο παρελθόν, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την καταγραφή των αιτιών του αλκοολισμού. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί η προσπάθεια για επανεξέταση των αιτιών της εξάρτησης από το αλκοόλ και την ομαδοποίησή των παραγόντων που οδηγούν σε αυτήν. Οι μελέτες αυτές προέρχονται κυρίως από τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και τις ΗΠΑ. Τα κυριότερα λοιπόν αίτια του αλκοολισμού είναι τα ακόλουθα :

### **2.5.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οι ψυχολογικοί παράγοντες και μηχανισμοί του αλκοολισμού συζητήθηκαν στο ψυχοδυναμικό μοντέλο. Ωστόσο, η μελέτη της προσωπικότητας είναι ένα θέμα που δημιουργεί πληθώρα αντικρουόμενων απόψεων ανάμεσα στους ψυχολόγους, όσον αφορά στη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Αυτό που θέλησαν να μελετήσουν εδώ οι κλινικοί ψυχολόγοι είναι εάν τα άτομα που είναι εθισμένα στο αλκοόλ έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό.

Παρά το γεγονός , λοιπόν, ότι η κλινική πρακτική και εμπειρία με τέτοια άτομα τεκμηριώναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες μελέτες δεν απέδειξαν κάτι τέτοιο. Τρεις από τις πιο αξιόλογες μελέτες (Sytherland et al 1950, Syme 1959 και Miles – Cox 1979) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να τεκμηριώσουν την έννοια της «αλκοολικής προσωπικότητας».

Είναι λοιπόν εμφανές από τα συμπεράσματα των παραπάνω μελετητών ότι η «αλκοολική προσωπικότητα» δεν είναι επαρκή. Προφανώς, η επινόησή της να εξυπηρετούσε κάποιους ψυχολόγους αλλά και άτομα που ήθελαν να δικαιολογούν την εξάρτησή τους από το αλκοόλ, εξαιτίας της «αλκοολικής τους προσωπικότητας».

### *2.5.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ*

Είναι γεγονός ότι στις μέρες μας το αλκοόλ παίζει κυρίαρχο ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η κατανάλωση του αλκοόλ περιλαμβάνεται πλέον σε κα'θε είδους εκδήλωση και γιορτή.

Ο τρόπος με τον οποίο είναι δομημένη η σύγχρονη κοινωνία, η οικογένεια και η εργασία αποτελούν σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοόλ. Οι κοινωνικές πιέσεις και τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, όπως είναι η οικονομία, τα ζητήματα υγείας, η παιδεία, η ανεργία κ.α, είναι μερικοί μόνο από τους λόγους που μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο στον αλκοολισμό. Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι οι σύγχρονες απόψεις κατατάσσουν στον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα. Ωστόσο οι κοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν στον αλκοολισμό είναι πολλοί και είναι οι παρακάτω :

#### *Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ*

Στη διάσταση αυτή παρατηρείται πως όσο υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ, τόσο θα υπάρχουν και αλκοολικοί. Αυτό βέβαια δεν αναδεικνύει την ποτοαπαγόρευση, όπως είχε γίνει στις ΗΠΑ, και είχε ακολουθηθεί από εγκληματικότητα. Ο Γάλλος επιδημιολόγος Requiñot και οι συνεργάτες του (1974) έδειξαν ότι κατά την περίοδο 1941 – 1947, η θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος μειώθηκε κατά 80%. Αυτό οφείλεται στο ότι, εξαιτίας του πολέμου, μειώθηκε η παραγωγή κρασιού και αυτομάτως και η κατανάλωση του από πέντε λίτρα την εβδομάδα σε ένα. Επίσης, ο Martini και οι συνεργάτες του (1970) παρατήρησαν

ανάλογη μείωση της θνησιμότητας από κίρρωση του ήπατος στις ΗΠΑ, κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης.

### ***Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή***

Ένας ακόμη κοινωνικός παράγοντας που αυξάνει την χρήση αλκοόλ είναι η τιμή του, ότι δηλαδή είναι σχετικά φτηνό, κάτι το οποίο δεν εμποδίζει τον κόσμο να το αγοράσει. Επίσης, η χρήση αλκοόλ δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτή, σε αντίθεση με τις «παράνομες» ουσίες εξάρτησης.

### ***Κοινωνικό περιβάλλον***

Συχνά, πολλά άτομα καταφεύγουν στην χρήση αλλά και κατάχρηση των οινόπνευματών ποτών με μόνο λόγο την κοινωνική τους ένταξη σε κάποια κοινωνική ομάδα. Πολλοί είναι αυτοί που πίνουν εξαιτίας του φόβου απόρριψης από μια κοινωνική ομάδα. Η κοινωνική πίεση, λοιπόν, που νιώθουν τα άτομα για εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, που τις περισσότερες φορές δεν χαρακτηρίζει την δική τους προσωπικότητα, τους οδηγεί στην κατανάλωση αλκοόλης.

### ***Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης***

Τα ΜΜΕ είναι ένας ακόμη κύριος παράγοντας που αυξάνει την κατανάλωση της αλκοόλης. Συγκεκριμένα, η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση για την ύπαρξη του προϊόντος, στοχεύει και στην άνοδο των πωλήσεων του προϊόντος, δηλαδή την αύξηση της κατανάλωσης της αλκοόλης. Η αύξηση της κατανάλωσης της αλκοόλης επιτυγχάνεται με δύο τρόπους : με την δημιουργία προτύπων τα οποία υιοθετούνται από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), και με το να επιβεβαιώνουν υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν την νεανική κουλτούρα. Παρατηρείται τέλος ότι οι διαφημίσεις των αλκοολούχων ποτών συνδέουν την κατανάλωση αλκοόλ με κοινωνική ή σεξουαλική επιτυχία.

### ***Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία***

Ως προς την εργασία παρατηρείται ότι τόσο τα άτομα με βραδινή εργασία (π.χ καλλιτέχνες), όσο και τα άτομα με μονότονη (π.χ ανειδίκευτοι εργάτες), παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλης. Επίσης, επαγγελματίες που η δουλειά τους έχει άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ (π.χ ιδιοκτήτες μπαρ, κάβας ή μπάρμαν), εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά προσωπικής κατανάλωσης. Ως προς τον τρόπο ζωής ενός ατόμου, ιδιαίτερα επιρρεπή φαίνονται τα άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, όπως στελέχη επιχειρήσεων, δικηγόροι, δημοσιογράφοι, κ.α. Τέλος, όσον αφορά την ψυχαγωγία, παρατηρείται ότι

κύρια προτίμηση διασκέδασης , ιδιαίτερα των νέων, είναι σε μαγαζιά όπου γίνεται κατανάλωση αλκοόλ (μπαρ, κλαμπ, κέντρα διασκεδάσεως).

### 2.5.3. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως είναι γνωστό, οι πολιτισμικοί παράγοντες διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ή από κοινωνία σε κοινωνία. Έτσι, λογικά συμπεραίνουμε πως η κατανάλωση αλκοόλ διαφέρει και αυτή ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο της κάθε κοινωνίας. Για παράδειγμα, υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς λόγους (μουσουλμάνοι), απαγορεύουν την κατανάλωση αλκοόλ. Σε αυτές τις κοινωνίες, απουσιάζει το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες κοινωνίες που, αν και η κατανάλωση αλκοόλης θεωρείται κοινωνικά αποδεκτή, οι επιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με τον Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ. Το άτομο, από μικρή ηλικία, μαθαίνει την κατανάλωση οινοπνεύματος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, μη μπορώντας με αυτόν τον τρόπο να οδηγηθεί σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλης.

Αντίθετα, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ, παρουσιάζουν σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, εξαιτίας της έλλειψης της ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς. Σχετικές μελέτες ( O'Connor 1978, Grant 1979), έχουν δείξει ότι ακόμη και παιδιά που δεν προέρχονται από οικογένεια που κάνει χρήση αλκοόλ, έχουν μεγάλες πιθανότητες να οδηγηθούν στον αλκοολισμό.

### 2.5.4. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στα μέσα της δεκαετίας του 1940, πολλοί επιστήμονες υποστήριξαν την θεωρία ότι οι εθισμένοι στο αλκοόλ ασθενείς παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στην βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Ωστόσο, η θεωρία αυτή κατέρρευσε γρήγορα μετά από τα πειράματα των Robinson & Voegtlin (1952), που ανέφεραν έλλειψη στοιχείων για την εδραίωση της συγκεκριμένης θεωρίας.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού, μέσω γενετικών μηχανισμών, απασχολεί σοβαρά τους επιστήμονες (Caboret 1976, Goodwin 1976). Έρευνες σχετικά με την κληρονομικότητα στο φαινόμενο του αλκοολισμού, μελετούν

την εκδήλωση αλκοολισμού σε παιδιά ατόμων που έκαναν έντονη χρήση αλκοόλ, που έχουν όμως υιοθετηθεί και δεν έχουν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Ωστόσο, τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα περί κληρονομικότητας στον αλκοολισμό. Αντίθετα, η έρευνα του Goodwin και των συνεργατών του (1973) έδειξε ότι τα υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας έκανε χρήση οινοπνεύματος εμφάνιζαν μεγαλύτερο ποσοστό αλκοολισμού απ' ό,τι τα υπόλοιπα υιοθετημένα παιδιά. Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα Cadoret & Gath (1977).

Συνοψίζοντας την αιτιολογία του αλκοολισμού, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο καθένας από τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν δεν οδηγεί και υποχρεωτικά στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσής του. Τέλος, οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά, αλλά συλλογικά, αλληλοεξαρτώνται δηλαδή και βρίσκονται συνεχώς σε μια αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

## **2.6. ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Η κατανάλωση της αλκοόλης στα περισσότερα άτομα, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι σε μικρές ποσότητες, δεν προξενεί καμία βλάβη. Ωστόσο, η αυξημένη χρήση του αλκοόλ δημιουργεί δυσάρεστα και επικίνδυνα επακόλουθα τόσο σωματικά και νευρολογικά, όσο και ψυχολογικά.

### **2.6.1. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ**

Μια ποσότητα καθαρού οινοπνεύματος μεγαλύτερη από 60 g/24 h για τους άντρες και 25 g/ 24h για τις γυναίκες, σε συνδυασμό με την σωματική κατασκευή του κάθε ατόμου και την ακατάλληλη διατροφή, θα μπορούσε να προκαλέσει μια σταδιακή βλάβη του ήπατος με κατάληξη την *κίρρωση*. Άλλα συμπτώματα εξαιτίας της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ είναι η αύξηση του μεγέθους του ήπατος, ο ίκτερος και τα ασκίτικα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από απώλεια βάρους, δευτεροπαθή ηπατικά σημεία, γυναικομαστία και πιθανή αύξηση του μεγέθους του σπλήνας. Τέλος, έχουμε οιδήματα, κίρσους του οισοφάγου, ηπατική εγκεφαλοπάθεια και θάνατος.

Εκτός από την *χρόνια ηπατοπάθεια*, υπάρχει και η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα . στην περίπτωση αυτή αναφερόμαστε σε οξεία δηλητηρίαση με οινόπνευμα σε ασθενή με χρόνια χρήση αλκοόλ.

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα τελευταία χρόνια στην Μεγάλη Βρετανία και στις ΗΠΑ έχουν αυξηθεί οι θάνατοι από αλκοολική κίρρωση του ήπατος κατά 25% (Potamianos 1984).

Τέλος, ο Leibach (1974) έδειξε ότι η ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με τον βαθμό της βλάβης που προκαλείται στο ήπαρ.

Επιπλέον, από τις 4 περιπτώσεις *οξείας παγκρεατίτιδας*, οι τρεις είναι αποτέλεσμα αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ που οδηγεί σε δηλητηρίαση. Εκτός από το κοιλιακό άλγος, τον μετεωρισμό και άλλα συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος, συχνά μπορούν να εμφανιστούν και άλλες δυσλειτουργίες, όπως κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, ειλεό, κύστεις του παγκρέατος κ.α. Η οξεία παγκρεατίτιδα θεωρείται μια ιδιαίτερα σοβαρή και βαριά παθολογική κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

Όσον αφορά την *χρόνια παγκρεατίτιδα*, χαρακτηριστικό είναι το άλγος που αντανακλά στη ράχη του ασθενή, η απώλεια βάρους και η γενικότερη αδυναμία του. Στην περίπτωση αυτή, έχουμε κατάχρηση του οινοπνεύματος σε ποσοστό μεγαλύτερο του 75% των περιπτώσεων.

Στην περίπτωση *αλκοολικής καρδιομυοπάθειας* το οινόπνευμα δρα απευθείας τοξικά πάνω στον καρδιακό μυ, με αποτέλεσμα διαταραχές της δομής και της λειτουργίας του. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι οι διαταραχές του ρυθμού, υπερτροφία και καρδιακή ανεπάρκεια.

Μελέτες (Alderman & Coltart, 1982) έχουν αποδείξει την σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και μυοκαρδιοπάθειας, ενώ από το 1930, έγιναν γνωστοί και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην μυοκαρδιοπάθεια, όπως η κακή διατροφή (έλλειψη πρωτεΐνης).

Η *χρόνια αλκοολική μυοπάθεια* σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από βαθμιαία και ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών, ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια. Σύμφωνα με έρευνα του Martin (1982), η αλκοολική μυοπάθεια παρουσιάζεται σε ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλης τουλάχιστον 10 ετών και καθημερινή κατανάλωση πάνω από 10 γραμμάρια.

Η παθολογική κατάσταση της οξείας γαστρίτιδας από υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, εμφανίζεται σε συνδυασμό με αγχώδη προσωπικότητα ή χρήση αντιρευματικών ή άλλων φαρμάκων.

Το οινόπνευμα, τέλος, δρα επιβαρυντικά και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως ο διαβήτης, διαταραχές των λιπιδίων, ασθένειες του παγκρέατος, του γαστροεντερικού συστήματος, σε καρδιαγγειακά νοσήματα και συμβάλλει στην εξασθένηση της άμυνας του οργανισμού.

#### 2.6.2. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Η οξεία δηλητηρίαση από το οινόπνευμα είναι ένα επακόλουθο του αλκοολισμού που μπορεί να προκαλέσει κώμα, μέχρι και θάνατο. Τα όρια, ανάλογα από την σωματική κατάσταση του κάθε ατόμου, κυμαίνονται από 4 – 6 mg %. Ωστόσο οι περισσότερες οξείες δηλητηριάσεις εμφανίζονται χωρίς ιδιαίτερα επακόλουθα.

Παράλληλα, η χρόνια δηλητηρίαση του νευρικού συστήματος από το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και ανεπανόρθωτες βλάβες του νευρικού ιστού. Οι συχνότερες από αυτές είναι οι εξής :

Αρχικά, η αλκοολική – πολύ νευροπάθεια, η οποία εμφανίζει κυρίως συμπτώματα από την περιφέρεια και ιδιαίτερα τα πόδια. Τα συμπτώματα αυτά είναι : άγλη στην γάμπα του ποδιού, αίσθημα βαδίσματος πάνω σε μπαμπάκι και μυϊκοί σπασμοί των μυών της κνήμης.

Στην συνέχεια, έχουμε τα επιληπτικά επεισόδια τα οποία μπορεί να εμφανιστούν είτε στο σύνδρομο στέρησης, είτε σε χρόνιους χρήστες αλκοόλ οι οποίοι μέχρι εκείνη την στιγμή δεν είχαν εμφανίσει κάποιο τέτοιου είδους σύμπτωμα, ούτε έχουν κάποια άλλη οργανική διαταραχή.

Τέλος, έχουμε την αλκοολική ατροφία της παρεγκεφαλίδας, η οποία εμφανίζεται με άτακτο βάδισμα, δυσαρθρία και τρέμουλο χεριών καθώς και την εγκεφαλίτιδα Wernicke, που έχει βαρύ παθολογικό χαρακτήρα και μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη βλάβη πολλαπλών εγκεφαλικών λειτουργιών.



### 2.6.3. ΨΥΧΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Μια διαταραχή της ψυχικής λειτουργίας είναι η κατάσταση μέθη. Η μέθη, δεν συνδέεται απαραίτητα με εξάρτηση από το αλκοόλ, έχει όμως δυσάρεστα επακόλουθα σε σωματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Από ψυχιατρική πλευρά η μέθη μπορεί να χαρακτηριστεί ως «εξωγενής ψυχωτική κατάσταση με συμπτωματολογία ενός περαστικού οργανοψυχικού συνδρόμου» (Παπαγεωργίου, 2004). Κύρια συμπτώματα αυτής της ψυχωτικής κατάστασης είναι η εύθυμη διάθεση, η ψυχοκινητική ανησυχία, η μείωση της κριτικής σκέψης, η όρεξη για καβγά κ.α.

Με την παράταση του χρόνου δηλητηρίασης, εμφανίζεται η ναρκωτική δράση του οινοπνεύματος, συνοδευόμενη κυρίως από κατάθλιψη και μερική παράλυση κεντρικών νευρικών λειτουργιών.

Μια άλλη διαταραχή είναι η παθολογική μέθη. Η παθολογική μέθη χαρακτηρίζεται από ποιοτικές αλλά και ποσοτικές διαφορές των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων. Η ψυχοκινητική ανησυχία εμφανίζεται σε πιο έντονη μορφή, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα φανταστικές ιδέες και οπτικοακουστικό παραλήρημα. Όλα αυτά συνοδεύονται συνήθως από υπέρμετρο θυμό, άγχος και επιθετικότητα. Η «παθολογική μέθη» τις περισσότερες φορές καταλήγει σε ένα βαθύ ύπνο και απόλυτη αμνησία.

Θεωρείται ότι στην παθολογική μέθη κρύβεται ένα είδος ψυχοπαθητικής προσωπικότητας που εμφανίζεται, εξαιτίας της δηλητηρίασης από το οινόπνευμα και της απώλειας των ελεγκτικών μηχανισμών. Άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που εμφανίζονται μετά από χρόνια κατάχρηση αλκοόλης είναι οι εξής :

Αρχικά, λοιπόν, η παράφρονη ζήλια που εμφανίζεται κυρίως σε άντρες και χαρακτηρίζεται από παράλογο χαρακτήρα και ιδέες ζήλιας προς την σύζυγο. Το άτομο κατηγορεί συνεχώς την σύζυγο ότι τον απατά, προσπαθεί να ελέγξει την κάθε της κίνηση και γίνεται ιδιαίτερα καχύποπτος.

Με βάση την ψυχαναλυτική θεώρηση παρατηρείται μια κατάσταση προβολικής σκέψης, κατά την οποία ο πότης προσπαθεί να απελευθερωθεί από τις τύψεις του, φορτώνοντάς τες στη σύντροφό του.

Μια άλλη ψυχοπαθολογική κατάσταση είναι η αλκοολική παρανοϊκή κατάσταση, η οποία εμφανίζεται κυρίως σε υστερικά ή σχιζοειδικά άτομα. Το άτομο συχνά παρουσιάζει οπτικοακουστικό παραλήρημα και έχει την εντύπωση ότι όλοι ασχολούνται μαζί του ή ακόμα και ότι τον παρακολουθούν.

Μία ακόμα ψυχοπαθολογική κατάσταση είναι αυτή του αλκοολικού παραληρήματος. Ο ασθενής εμφανίζει κυρίως ακουστικό παραλήρημα, νομίζει ότι τον κριτικάρουν και τον κατηγορούν. Αυτή η κατάσταση συνοδεύεται συνήθως από άγχος, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας. Η διάρκεια του παραληρήματος αυτού διαρκεί από μερικές εβδομάδες ως κάποιους μήνες, κάποιες φορές όμως καταλήγει σε χρόνιες ψυχωτικές καταστάσεις.

Τέλος, η ψύχωση Korsakow εμφανίζεται σε 3 – 5 % των χρόνιων ασθενών που κάνουν χρήση οινόπνευματος, ιδιαίτερα στην ηλικία των 50 – 60 ετών. Χαρακτηριστικό της ψύχωσης αυτής είναι η ψυχική κούραση και η απώλεια του ενδιαφέροντος για πράγματα της καθημερινότητας, όπως η δουλειά κ.α.

Παρατηρούνται, επίσης, ελαφρές διαταραχές της νόησης, της ικανότητας για πνευματική συγκέντρωση και του θυμητικού. Σε πιο προχωρημένα στάδια, εμφανίζονται έντονες θυμητικές διαταραχές, κατά τις οποίες το άτομο δεν θυμάται το άμεσο παρελθόν, διαταραχές προσανατολισμού, απώλεια κρίσης και ελάττωση της ικανότητας για αυθορμητισμό.

Το Delirium Tremens είναι η πιο συχνή αλκοολική ψυχωτική κατάσταση, η οποία εμφανίζεται μετά από χρόνια κατάχρηση οινόπνευματος και μετά το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Εμφανίζεται σε ποσοστό 84% και παρουσιάζεται μετά από απότομη διακοπή της χρήσης οινόπνευματος, αλλά πολλές φορές εμφανίζεται και κατά την διάρκεια χρήσης του αλκοόλ.

Κύρια συμπτώματα αυτής της ψυχωτικής κατάστασης είναι οι επιληπτικές κρίσεις, ελαφρό τρέμουλο των χεριών, διαταραχές του ύπνου, έντονη νευρική κατάσταση, αγχώδη όνειρα, ψυχοκινητική ανησυχία και εφίδρωση.

## **2.7. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ**

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις του αλκοολισμού χωρίζονται στις 3 παρακάτω ευρείες κατηγορίες.

### *2.7.1. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Η φαρμακολογική προσέγγιση έχει επικεντρωθεί στην χρήση των φαρμάκων Antabuse και Abstem (Disulfiram) που αναστέλλουν τη δράση της αλκοολικής δεϋδρογενάσης και κατ' επέκταση τη μετατροπή της αλκοόλης σε ακεταλδεΐδη. Αυτά τα φάρμακα ωστόσο συχνά δημιουργούν μια άσχημη και βίαιη συμπεριφορά στο άτομο όταν τα χρησιμοποιεί παράλληλα με το αλκοόλ. Παρ' όλες τις παρενέργειες όμως που προκαλούσαν, όπως δερματολογικά προβλήματα, νωθρότητα, πονοκεφάλους κ.α, η χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων ήταν ευρεία στις αρχές της δεκαετίας του 1950.

Μια άλλη ουσία που χρησιμοποιήθηκε προς το τέλος της δεκαετίας του 1950 για την θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, ήταν η Metronidazole (Frazyl). Η ουσία αυτή χρησιμοποιήθηκε για την θεραπεία των ουρολοιμώξεων, ωστόσο μία από τις παρενέργειές της ήταν η αποστροφή του ατόμου προς το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών που έγιναν από τον Taylor (1964) και τον Semer και τους συνεργάτες του (1966), έδειξαν μεγάλα ποσοστά επιτυχίας για το Frazil που έφταναν μέχρι και το 90% των ασθενών για περιόδους από 2 - 5 μήνες. Σύμφωνα όμως με έρευνες του Merry και των συνεργατών του (1968) για την αξιολόγηση του φαρμάκου, παρατηρήθηκαν πολύ χαμηλά ποσοστά επιτυχίας.

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για την θεραπεία από τον αλκοολισμό, ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Σχετικές μελέτες με στόχο την αξιολόγηση των αγχολυτικών φαρμάκων ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία του αλκοολισμού, έδειξαν παρόμοια αποτελέσματα και στις ομάδες που τους χορηγήθηκε Librium, placebo και καθόλου φάρμακο αντίστοιχα. (Rosenberg 1974, Carlsson et al 1976).

### *2.7.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ*

Η ψυχολογική προσέγγιση για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του αλκοολισμού ξεκίνησε να εφαρμόζεται από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ωστόσο, η

ψυχολογική προσέγγιση αποτελείται από διάφορες τεχνικές θεραπείας. Μία από τις πρώτες αυτές μεθόδους που αναπτύχθηκαν ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας (aversion therapy). Η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς, για παράδειγμα την κατανάλωση αλκοόλης. Χημικά σκευάσματα, όπως το Disulfiram, καθώς και ηλεκτρικά ερεθίσματα χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν αντιδράσεις αποστροφής. Την δεκαετία του 1940 και του 1950, μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν χημικά ερεθίσματα με σκοπό να ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της τεχνικής αυτής, αναφέρουν ποσοστό αποχής από το αλκοόλ 60%-70% ( Voegtlin et al 1949, Lamere et al 1959). Παρόλα αυτά, ο Wallerstein και οι συνεργάτες του (1957), σε σχετική έρευνα που χρησιμοποιήθηκε χημικό ερέθισμα συγκριτικά με φαρμακολογία και υποθεραπεία, ανέφεραν ποσοστό αποχής μόνο 4%.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν δείξει και οι έρευνες που χρησιμοποιούν ηλεκτρικά ερεθίσματα. Εντούτοις, διαφοροποιούνται όσον αφορά στην ένταση, τη διάρκεια και το σημείο χορήγησης του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Ο Blake (1965,1967) αναφέρει πως τα ποσοστά επιτυχίας με αυτή την μέθοδο ποικίλλουν από 0%-60%. Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα του Wilson και των συνεργατών του (1975) χορηγήθηκαν ηλεκτρικά ερεθίσματα σε ασθενείς πριν ή μετά τη λήψη αλκοόλης, για την αξιολόγηση της συχνότητας και της έντασης του ερεθίσματος. Αποδείχτηκε, λοιπόν, ότι και οι δύο πειραματικές συνθήκες ήταν αναποτελεσματικές στην καταστολή της κατανάλωσης αλκοόλ.

Τα τελευταία χρόνια πολλοί θεραπευτές έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους σε τεχνικές που βοηθούν την διαχείριση του άγχους, καθώς τέτοια άτομα παρουσιάζουν μια ποικιλία συμπτωμάτων άγχους. Ο Marlatt (1973) παρατηρεί ότι υπάρχουν δύο σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν σε υποτροπή του αλκοολισμού μετά την θεραπευτική παρέμβαση. Πρώτον, πολλοί υποτροπιάζουν εξαιτίας της ματαίωσης των προσδοκιών τους και, δεύτερον, επειδή πολλοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλ. Θεραπευτικές τεχνικές όπως η εκπαίδευση στην παρρησία και η εκπαίδευση ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους που παρατηρείται σε εθισμένους στο αλκοόλ ασθενείς.

Ωστόσο, υπάρχουν και πολλά άλλα είδη ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως η ψυχοθεραπεία, οι οποίες απορρέουν από την ψυχανάλυση, κυρίως φροϊδική, και η εφαρμογή τους γίνεται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Αυτές οι προσεγγίσεις

θεωρούν ότι ο αλκοολισμός αποτελεί σύμπτωμα βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος στόχος είναι η ανάλυση της σύγκρουσης και όχι η θεραπεία του συμπτώματος. Κατά τον Silber (1970), η ασυνείδητη σύγκρουση στην περίπτωση του αλκοολισμού περιλαμβάνει άμυνα κατά της κατάθλιψης εξαιτίας των ανεκπλήρωτων αναγκών εξάρτησης κατά τη στοματική περίοδο της ανάπτυξης, άμυνα κατά του άγχους, άμυνα κατά της λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κ.α.

Ανάλογες έρευνες έγιναν και για την αξιολόγηση της ατομικής ψυχοθεραπείας. Ο Levinson και οι συνεργάτες του (1969) σύγκριναν τρεις ομάδες ασθενών εσωτερικών σε νοσοκομείο οι οποίες έτυχαν ατομικής ψυχοθεραπείας με άλλες τρεις ομάδες του ίδιου νοσοκομείου που ακολούθησαν το σύννηθες νοσοκομειακό πρόγραμμα(κυρίως εργασιοθεραπεία). Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης στις ομάδες που ακολούθησαν το νοσοκομειακό πρόγραμμα. Σε έρευνα ο Romelgeau και οι συνεργάτες του (1978) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με αυτή της θεραπείας της συμπεριφοράς σε δύο ομάδες ατόμων οι οποίες ήταν εξαρτημένες από το αλκοόλ. Το αποτέλεσμα της έρευνας μετά από 12 μήνες έδειξε ότι η ομάδα που έλαβε τη θεραπεία συμπεριφοράς είχε ποσοστό βελτίωσης 72% έναντι του 50% της άλλης ομάδας.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία άρχισε μια συστηματική χρήση μετά τον β' παγκόσμιο πόλεμο και κατέληξε να είναι η πιο δημοφιλής προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ και της Μεγάλης Βρετανίας.

Μελέτη του Wallerstein (1957) ανέφερε περιορισμένη βελτίωση σε ομάδα που ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία σε σύγκριση με ομάδα που ακολούθησε ατομική ψυχοθεραπεία και με ομάδα που δέχτηκε φαρμακοθεραπεία (disulfiram). Ο Bruun (1963) σύγκρινε δύο ομάδες , η μία από τις οποίες ακολούθησε ομαδική ψυχοθεραπεία και η άλλη φαρμακοθεραπεία. Και οι δύο ομάδες παρουσίασαν βελτίωση σε ποσοστό 19%.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική προσέγγιση παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες, όπως έλλειψη ελεγχόμενων δοκιμασιών, ασαφείς περιγραφές των χαρακτηριστικών τόσο των ασθενών όσο και των θεραπευτικών προσεγγίσεων και ανεπαρκής διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών.

Επομένως, δεν μπορούμε να πούμε ότι η ψυχοθεραπεία ως ψυχολογική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ υπερέχει έναντι άλλων προσεγγίσεων, επιπλέον, οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις συνήθως διαρκούν και κοστίζουν περισσότερο από τις άλλες θεραπείες.

### *2.7.3.ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ*

Για την αποτελεσματική θεραπεία του αλκοολισμού, έχουν δημιουργηθεί ανάλογα θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία βοηθούν τόσο στην απεξάρτηση από το αλκοόλ, όσο και στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων αυτών.

#### *ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ (Α.Α)*

Η ειδική προσέγγιση της ομάδας των Αλκοολικών Ανώνυμων (Α.Α), θεωρείται ως μία από τις πιο δημοφιλείς προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και στις ΗΠΑ.

Η ιστορία των Ανώνυμων Αλκοολικών ξεκίνησε όταν το 1935 συναντήθηκαν τυχαία δύο άτομα εθισμένα στο αλκοόλ ( ο Bill Wilson και ο γιατρός Robert Holbrook Smith), οι οποίοι είχαν δοκιμάσει τα πάντα για να απεξαρτηθούν. Παρατήρησαν, λοιπόν, πως με την ανταλλαγή των εμπειριών τους και των καθημερινών προβληματισμών του, κατάφεραν να μην πουν καθόλου ως το τέλος της ζωής τους. Την εμπειρία τους αυτή την μετέφεραν και σε άλλους ασθενείς και, έτσι, δημιουργήθηκαν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί.

#### *ΞΕΝΩΝΕΣ*

Σύμφωνα με τον Donahue (1971), βασικός στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για αλκοολικούς είναι η επανένταξη τους στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Αν και τα θεραπευτικά προγράμματα των ξενώνων ποικίλλουν, ωστόσο κύριος στόχος είναι η αποχή από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Μελέτη του Robington (1977), αναφέρει ότι μόνο το 20% περίπου των ασθενών που παρακολουθούν προγράμματα ξενώνων συνεχίζει την αποχή από το αλκοόλ για 6 ή περισσότερους μήνες μετά το πέρας του προγράμματος. Τέλος, σε σχετική μελέτη, ο Smart (1978c) σύγκρινε την αποτελεσματικότητα των

νοσοκομειακών προγραμμάτων με αυτή των ξενώνων, χωρίς ωστόσο να παρατηρήσει κάποια διαφορά.

### *ΚΕΝΤΡΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ*

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού (ΚΘΑ) είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ και έχουν την μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ο Boscarino (1980), σε μελέτη σχετικά με την λειτουργικότητα 396 κέντρων θεραπείας αλκοολισμού στις ΗΠΑ, αναφέρει ότι κάθε κέντρο παρέχει υπηρεσίες σε περισσότερα από 800 άτομα τον χρόνο. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν μια ποικιλία ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων (όπως ομάδες Α.Α, φαρμακοθεραπεία, ομαδική θεραπεία κ.α.) σε άτομα που παραπέμπονται από τα δικαστήρια με ποσοστό 22,5% ή σε άτομα που παρακολουθούν το πρόγραμμα εθελοντικά με ποσοστό 22%. Σχεδόν όλα τα κέντρα διαθέτουν ερευνητικές μονάδες και στελεχώνονται από ειδικούς συμβούλους, με έναν ψυχίατρο ως γενικό υπεύθυνο για κάθε κέντρο.

Η σχετική έρευνα του Armo και των συνεργατών του (1976), θεωρήθηκε από τις πιο αξιόλογες και οργανωμένες μελέτες τα τελευταία 40 χρόνια στις ΗΠΑ. Τόσο η μεθοδολογία όσο και η εκτέλεσή της διέθεταν απόλυτη ακρίβεια. Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ΚΘΑ.

## **2.8. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ**

Η σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση του οινοπνεύματος και στη συνοδό ψυχοπαθολογία προσελκύει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον εδώ και αρκετές δεκαετίες. Οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα συνυπάρχουν σε σημαντικό βαθμό με ποικίλου τύπου ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, οι οποίες μπορεί να προηγούνται, να ακολουθούν ή και να εμφανίζονται παράλληλα, αλλά ανεξάρτητα, με την εξαρτητική συμπεριφορά.

Ο όρος συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση διατυπώθηκε αρχικά το 1970 από τον Feinstein και χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε πρόσθετη κλινική οντότητα η οποία συνυπάρχει παράλληλα με μια ήδη διαγνωσμένη κλινική διαταραχή.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μίας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (ΠΟΥ, 1995). Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), άτομο με διπλή διάγνωση είναι εκείνο «για το οποίο έγινε διάγνωση προβλήματος κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικής ουσίας επιπλέον κάποιας άλλης διάγνωσης, συνήθως ψυχιατρικής ασθένειας, π.χ μανιοκατάθλιψη, σχιζοφρένεια». Δηλαδή, η συννοσηρότητα αναφέρεται στην πρόσκαιρη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών ή διαταραχών της προσωπικότητας, εκ των οποίων η μία είναι η προβληματική χρήση ουσίας.

Αγχώδεις και συναισθηματικού τύπου διαταραχές καθώς και διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε πληθυσμούς ασθενών με έντονη χρήση οινόπνευματος. Σε σχετική μελέτη αποδείχθηκε ότι η κατάθλιψη, οι αγχώδεις εκδηλώσεις, οι παρανοειδείς καταστάσεις, η ευερεθιστότητα και η αντικοινωνική συμπεριφορά ήταν οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές στους χρήστες ουσιών που νοσηλεύθηκαν ή παρακολούθησαν ειδικά προγράμματα σε κέντρα αποτοξίνωσης του εξωτερικού. (Μαλλιώρη, Μητσικώστας, Κοκκέβη, Οικονόμου & Στεφανής, 1994)

Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι εμφανίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στη ψυχοπαθολογία ανάμεσα στα δύο φύλα. Έτσι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να προεξάρχουν σε γυναίκες με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ διαταραχές προσωπικότητας, όπως η αντικοινωνική ή η εξαρτητική, φαίνεται να επικρατούν περισσότερο στους άνδρες. Ανεξάρτητα πάντως από αυτές τις διαφορές, μελέτες σε δείγματα από την κοινότητα επισημαίνουν ότι καταγράφονται 2 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτυχθεί η μία κλινική οντότητα όταν υπάρχει ήδη η άλλη (ψυχοπαθολογία-αλκοολισμός) και ότι αυτή η πιθανότητα αυξάνεται ακόμα περισσότερο σε πληθυσμούς ασθενών από θεραπευτικά πλαίσια. Η συνύπαρξη ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και αλκοολισμού έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πορεία, στη θεραπευτική προσέγγιση καθώς και στην πρόγνωση και των δύο διαταραχών.



### 2.8.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες επισημαίνουν ότι ποσοστό έως και 70% των ατόμων που πίνουν εμφανίζουν συμπτώματα άγχους, κακής διάθεσης, μανιακόμορφες συνδρομές, ψυχωσικές καταστάσεις, αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορές καθώς και κατάχρηση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. (Regier, Farmer, Rae & Kessler, Walters). Η συμπτωματολογία αυτή συχνά επιπλέκεται και με την κλινική εικόνα της αλκοολικής τοξίκωσης ή του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου, γεγονός που καθιστά συχνά δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό της ψυχοπαθολογίας (Λιάππας, 2006 & Schuckit, 2000).

Η συνύπαρξη βέβαια της αλκοολικής εξάρτησης με κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή ποικίλει σημαντικά στις διάφορες μελέτες. Οι αποκλίσεις αυτές σχετίζονται με μια σειρά από μεθοδολογικά ζητήματα όπως την επιλογή του δείγματος ή τα κριτήρια και τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την ανίχνευση τόσο της ψυχοπαθολογίας όσο και της χρήσης του οινοπνεύματος.

Ανεξάρτητα πάντως από τις διαφοροποιήσεις αυτές οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν με τη διαπίστωση ότι η ψυχοπαθολογία που ανιχνεύεται μεταξύ των χρηστών οινοπνεύματος πληροί σε ένα αξιοσημείωτο ποσοστό κριτήρια μείζονος ψυχιατρικής διαταραχής (Schuckitt, 2006), (Regier, Farmer & Rae, 1990), (Kessler & Walters, 2002).

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των εθισμένων στο αλκοόλ ατόμων αναφέρουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς πληροί κριτήρια μείζονος κατάθλιψης. Οι περισσότερες μελέτες, κυρίως από τη δεκαετία του 1990, υποστηρίζουν την άποψη ότι τα 2/3 της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τέτοιων ασθενών είναι δευτεροπαθής, επαγόμενη από το οινόπνευμα.

Η Epidemiological Catchment Area Survey (ECA), η οποία υπήρξε η πρώτη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη σχετικά με την επίπτωση των ψυχιατρικών διαταραχών στις ΗΠΑ, έδειξε ότι ποσοστό 45% των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα πληρούσαν κριτήρια τουλάχιστον άλλης μίας ψυχιατρικής διαταραχής και αντίστοιχα το 22% των ατόμων με κάποια

ψυχιατρική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους πληρούσαν κριτήρια αλκοολικής εξάρτησης. Επιπλέον, οι ασθενείς που κάνουν χρήση αλκοόλ είχαν 2,4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές πανικού, 2,1 φορές ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου συμπτώματα και 1,4 φορές φοβικού τύπου διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Επίσης, τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής μελέτης για τη συννοσηρότητα (National Comorbidity Study-NCS) έδειξαν ότι ποσοστό 78% των ανδρών και 86% των γυναικών αντίστοιχα με προβλήματα κατάχρησης οινόπνευματος είχαν τουλάχιστον άλλη μια ψυχιατρική διαταραχή.

Στο διαγνωστικό-ταξινομικό σύστημα DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας έγινε μια προσπάθεια καθορισμού σαφών κριτηρίων αναφορικά με την συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία των εθισμένων προσωπικοτήτων στο αλκοόλ, με αποτέλεσμα να περιγράφονται κλινικά δύο κυρίως τύποι συννοσηρότητας.

Έτσι λοιπόν ανάμεσα στα άτομα με κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα η διάγνωση πρωτοπαθής ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να τεθεί είτε όταν η συνδρομή αυτή έχει εμφανιστεί πριν από τη έναρξη της κατάχρησης του οινόπνευματος ή εάν η συνδρομή παραμένει 4 και πλέον εβδομάδες μετά τη διακοπή της χρήσης (APA, 1994). Σε αντιδιαστολή ως δευτεροπαθής η επαγόμενη από το αλκοόλ ψυχοπαθολογική διαταραχή καθορίζεται εκείνη που συμβαίνει μόνο κατά την περίοδο της κατάχρησης της ουσίας και η οποία υποχωρεί σημαντικά μέσα σε ένα μήνα από τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ.

Σε μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα (Γεωργάκας, Παρίση, Τσαμουρτζή & Αλεκτορίδης, 1993), παρατηρήθηκε ότι σε ποσοστό 11% του συνόλου των εξελισσόμενων ψυχωτικών καταστάσεων υποκρύπτονται πίσω από την τοξικοεξάρτηση. Πιθανόν, λοιπόν, η χρήση ουσιών από τα άτομα αυτά να γίνεται για θεραπευτικούς λόγους (αυτοθεραπεία).

Ο Krausz (1996), προτείνει τέσσερις κατηγορίες διπλής διάγνωσης :

1. Η κύρια διάγνωση μιας ψυχικής νόσου, με επακόλουθη (διπλή) διάγνωση κατάχρησης ουσίας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία.
2. Η κύρια διάγνωση μιας εξάρτησης από ναρκωτική ουσία με ψυχιατρικές επιπλοκές που οδηγούν σε ψυχική νόσο.

3. Η ταυτόχρονη διάγνωση κατάχρησης ουσίας και ψυχιατρικών διαταραχών.

4. Η διπλή διάγνωση κατάχρησης ουσίας και μανιοκατάθλιψης, οι οποίες οφείλονται αμφότερες σε βαθύτερη τραυματική εμπειρία, π.χ διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Η διπλή διάγνωση είναι περισσότερο σκληρή και χρόνια απ' ότι η μία από τις δυο διαταραχές, όταν αυτή εμφανίζεται μόνη (Laudet, Magura, Vogel & Knight, 2000).

Η ψυχική διαταραχή και η χρήση ουσιών μπορεί να ενισχύουν η μία την άλλη ή να ακολουθούν αυτόνομες πορείες. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι οι χρήστες των οποίων αντιμετωπίστηκε με επιτυχία το ψυχικό πρόβλημα, διέκοψαν χωρίς μεγάλη δυσκολία την χρήση ουσιών (Γεωργάκας, Παρίση, Τσαμουρτζή & Αλεκτορίδης, 1993).

Η διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή ψυχιατρική διαταραχή και σ'αυτή που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελεί συχνά μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία. Σύμφωνα με τον Schuckit τέσσερα κλινικά σημεία μπορεί να είναι βοηθητικά στην προσπάθεια αυτή :

A) Η ακριβής αναγνώριση της ψυχοπαθολογίας.

B) Η ακριβής χρονική έναρξη της ψυχοπαθολογίας.

Γ) Η τυχόν ύπαρξη της ψυχοπαθολογίας στα διαστήματα αποχής από το οινόπνευμα.

Δ) Η παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

### **3. ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ**

Η συνύπαρξη της εξάρτησης από το αλκοόλ με τις παρακάτω κλινικές ψυχιατρικές οντότητες, παίζει σημαντικό ρόλο. Αυτές οι οντότητες είναι οι εξής :

- Σχιζοφρενική Διαταραχή
- Συναισθηματικού τύπου Διαταραχές

- Διπολικές Διαταραχές
- Αγχώδεις Διαταραχές
- Διαταραχές Διατροφής

### 3.1. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η χρήση εθιστικών ψυχοτρόπων ουσιών και οينوπνεύματος μεταξύ των σχιζοφρενών ασθενών ποικίλει στις διάφορες μελέτες από 15 έως και 65%.

Η μελέτη ECA στις Η.Π.Α έδειξε ότι σχεδόν το 1/3 των ατόμων με σχιζοφρένεια πληρούν κριτήρια κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα και ότι σχεδόν το 4% των ατόμων που εθίζονται στο αλκοόλ πληρούν κριτήρια Σχιζοφρενικής ψύχωσης. Οι επιπτώσεις από τη συνύπαρξη αυτή μεταξύ αλκοολισμού και σχιζοφρενικής ψύχωσης είναι πολλαπλές και σημαντικές, καθώς αυτοί οι ασθενείς έχουν πρωιμότερη έναρξη της σχιζοφρενικής τους ψύχωσης, περισσότερες υποτροπές και νοσηλείες, χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης αλλά και απάντησης στη φαρμακοθεραπεία, αυξημένη επιθετική/αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και γενικότερα χειρότερη πρόγνωση (Buckley PF., 1998), (Smith , Hucker, 1994).

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των σχιζοφρενών ασθενών με διπλή διάγνωση τα ευρήματα των μελετών υποστηρίζουν ότι πρόκειται κυρίως για νεαρούς άνδρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, βαρύτερη ψυχοπαθολογία, μικρότερη ηλικία έναρξης της ψυχοπαθολογίας, μικρότερη ηλικία πρώτης νοσηλείας αλλά ίσως καλύτερα προνοσηρά χαρακτηριστικά (Dixon, Haas, Weiden, Sweeney, Frances, 2001).

Αρκετές υποθέσεις έχουν διατυπωθεί στην προσπάθεια να ερμηνευθεί η συσχέτιση ανάμεσα στην κατάχρηση του οينوπνεύματος και τη σχιζοφρενική ψύχωση. Μία υπόθεση είναι ότι αρχικά αυτοί οι σχιζοφρενείς ασθενείς λόγω της καλύτερης προνοσηράς λειτουργικότητας τους έχουν περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με άλλους να κάνουν χρήση ουσιών και οينوπνεύματος, στη συνέχεια δε διατηρούν τη χρήση μέσα από την επιβάρυνση των γνωστικών τους λειτουργιών και την κοινωνική απομόνωση στην οποία τους οδηγεί η ψυχοπαθολογία τους σε μια

προσπάθεια να αποκτήσουν μια ταυτότητα περισσότερο αποδεκτή από αυτή του ψυχικά ασθενή. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι η κατάχρηση του οινοπνεύματος και των εθιστικών ουσιών αποκαλύπτει μια προϋπάρχουσα ευαλωτότητα προς μια ψυχωσική διεργασία, είτε προκαλώντας την εμφάνιση συμπτωμάτων σε νεαρότερη ηλικία είτε προκαλώντας την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας σε άτομα που ίσως και ποτέ να μην την εμφάνιζαν. Τέλος υπάρχει και η υπόθεση της αυτοθεραπείας (Smith , Hucker , 1994) με βάση την οποία οι σχιζοφρενείς χρησιμοποιούν το οινόπνευμα για να ανακουφιστούν από τα επώδυνα συμπτώματα της νόσου (π.χ τα αρνητικά συμπτώματα) ή και από τις παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας (π.χ τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα).

Ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογία (διαταραχές της αντίληψης ή διαταραχές της σκέψης) περιγράφονται σε μια πληθώρα κλινικών οντοτήτων που συνδέονται με τη βαριά και συστηματική χρήση οινοπνεύματος όπως το στερητικό σύνδρομο, το τρομώδες παραλήρημα, την συνδρομή Wernicke-Korsakoff, την εγκεφαλοπάθεια από αλκοολική πελάγρα, την αλκοολική άνοια και τη νόσο των Marchiafava-Bignami κ.α. (Greenberg , Lee , 2001).

Η χρόνια και σημαντική χρήση οινοπνεύματος συνδέεται με μια κατάσταση παρανοειδούς ετοιμότητας, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από μια απλή καχυποψία μέχρι και το επίπεδο παραληρητικών ιδεών παρανοϊκού τύπου. Αυτή είναι η κλινική οντότητα που αναφέρεται ως αλκοολική παράνοια ή αλκοολική ζηλοτυπία σε παλαιότερα ψυχιατρικά εγχειρίδια και στο DSM-IV καταγράφεται ως ψυχωσική διαταραχή προκαλούμενη από το οινόπνευμα. Επίσης η κατάχρηση οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη αντιληπτικού τύπου διαταραχών και αυτή η κατάσταση, γνωστή παλαιότερα ως αλκοολική ψευδαισθήτωση, αποτελεί τη δεύτερη κατά το DSM-IV μορφή αλκοολικής ψύχωσης (APA, 1994).

Σύμφωνα με διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα ποσοστό έως και 5% των ατόμων θα εμφανίσει περιστασιακά παρανοϊκού τύπου ιδέες η και αντιληπτικές διαταραχές είτε κατά τη διάρκεια τοξίκωσης είτε κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου στέρησης (Schuckit , 2000).

Το φαινόμενο των αντιληπτικών διαταραχών που προκαλούνται από την κατάχρηση οινοπνεύματος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Marcel το 1847, ο όρος όμως αλκοολική ψευδαισθήτωση αποδίδεται στο Bleuer (Glass , 1989).

Τα χαρακτηριστικά της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης είναι η οξεία έναρξη, η σχετικά μικρή διάρκεια, η απουσία διαταραχών του επιπέδου συνείδησης καθώς και επικράτηση ακουστικών κυρίως ψευδαισθήσεων (Glass , 1989).

Τα προγράμματα διπλής διάγνωσης φαίνεται να αποτελούν την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση για τους ασθενείς με Σχιζοφρενική ψύχωση και παράλληλη διάγνωση αλκοολισμού (Buckley , 1998). Πρόκειται συνήθως για ανοικτές θεραπευτικές δομές όπου η ίδια ομάδα θεραπευτών (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί κα) χειρίζεται παράλληλα και τις δύο διαταραχές, με ένα συνδυασμό φαρμακευτικής υποστήριξης και ψυχοθεραπείας. Αν και έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεραπευτικά μοντέλα για αυτές τις ομάδες ασθενών δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια παρέμβαση που να αποδεικνύεται περισσότερο αποτελεσματική και να τυγχάνει γενικής αποδοχής.

Αναφορικά τέλος με τη φαρμακοθεραπεία ως φάρμακα εκλογής θεωρούνται τα άτυπα αντιψυχωσικά, τόσο λόγω της ασφάλειας τους όσο και λόγω του χαμηλού ποσοστού παρενεργειών που εμφανίζουν. Παράγοντες όπως η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη, η κιουετιαπίνη, η ζιπρασιδόνη αλλά και η κλοζαπίνη έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε διάφορες κλινικές μελέτες (Buckley , 1998), (Smith , Hucker , 1994).

### **3.2. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των προβληματικών πότηδων αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (Schuckit , Tipp , Bergman , Reich , Hesselbrock & Smith).

Στη μελέτη ECA των ΗΠΑ το 16.5% των ατόμων με διάγνωση μείζονα κατάθλιψη εμφάνιζαν παράλληλα και πρόβλημα αλκοολισμού, ενώ η επίπτωση της μείζονος κατάθλιψης μεταξύ των εθισμένων στο αλκοόλ ατόμων ήταν 5% για τους άνδρες και 19% για τις γυναίκες αντίστοιχα (Regier , 1990).

Στη μελέτη NCS οι πιθανότητες για την εμφάνιση αλκοολικής εξάρτησης ήταν σημαντικά αυξημένες ανάμεσα στα άτομα με τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης (2,9 για τους άνδρες και 4,05 για τις γυναίκες), ενώ παράλληλα υπήρχαν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μεταξύ των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων (Kessler , 2002).

Ωστόσο αυτή η συμπτωματολογία αντιπροσωπεύει μια ετερογενή κλινική ομάδα η οποία συνδέεται με διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχει διαφορετική πρόγνωση και χρειάζεται διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση (Λιάππας I., 2006).

Οι περισσότερες μελέτες φαίνεται να υποστηρίζουν την άποψη ότι σε ποσοστό έως και 60% η συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογία που παρατηρείται σε άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ ανήκει στην αποκαλούμενη δευτεροπαθή η προκαλούμενη από το αλκοόλ συναισθηματική διαταραχή και δεν αποτελεί πρωτοπαθή κλινική συνδρομή (Schuckit , Tipp , Bergman , Reich , Hesselbrock , Smith , 1997).

Υπέρ της πρωτοπαθούς συναισθηματικής διαταραχής συνηγορούν παράγοντες όπως το ιστορικό άγχους αποχωρισμού και φοβικής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία ή το οικογενειακό ιστορικό μονοπολικής ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής σε δύο ή περισσότερες γενεές (Kandel , Huang , Davies , 2001).

Το γεγονός επίσης ότι τα παιδιά των ατόμων που κάνουν χρήση οινόπνευματος έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα αλλά όχι και συναισθηματικού τύπου διαταραχές, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και ότι δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ παιδικής κατάθλιψης και αλκοολισμού στην ενήλικη ζωή ενισχύουν την εκδοχή της επικράτησης της δευτεροπαθούς συναισθηματικής διαταραχής στους εθισμένους στο αλκοόλ.

Οι επιπτώσεις της αυξημένης συννοσηρότητας συναισθηματικών διαταραχών και αλκοολικής εξάρτησης είναι πολλές και σημαντικές καθώς φαίνεται ότι οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα επιθετικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αυξημένο αριθμό υποτροπών και νοσηλειών, χαμηλή συμμόρφωση

και απάντηση στη φαρμακοθεραπεία και ιδιαίτερα υψηλό κόστος ιατρικής περίθαλψης (Λιάππας , 2006), (Schuckit , 2000).

### **3.3. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η διπολική συναισθηματική φαίνεται να αποτελεί τη συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή του άξονα I που συνοδεύει τα προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα (Strakowski , DelBello , 2000).

Στην μελέτη ECA (1990) των ΗΠΑ μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή ποσοστό 56% παρουσίαζε προβλήματα κατάχρησης εθιστικών ουσιών και ποσοστό 44% προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Επίσης στη μελέτη NCS οι ασθενείς με διπολική διαταραχή είχαν 7πλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα κατάχρησης/εξάρτησης από εθιστικές ουσίες και αλκοόλ (Kessler & Walters , 2002).

Αρκετές υποθέσεις έχουν διατυπωθεί στην προσπάθεια να ερμηνευθεί η συσχέτιση της διπολικής διαταραχής και του αλκοολισμού. Οι Goodwin & Jamison(1990) υποστηρίζουν ότι η κατάχρηση οινόπνευματος αποτελεί σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής, καθώς η αύξηση της χρήσης του οινόπνευματος γίνεται περισσότερο κατά τις περιόδους της μανίας. Σε νοσηλευόμενους διπολικούς ασθενείς ποσοστό έως και 50% ανέφερε προβλήματα αυξημένης χρήσης οινόπνευματος περισσότερο στις φάσεις της μανίας παρά κατά τη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων (Raimo & Schuckit , 1998). Μια άλλη υπόθεση είναι ότι η χρήση οινόπνευματος συντελεί στην ανακούφιση του ασθενή από τα επώδυνα ψυχολογικά του συμπτώματα, και αυτή είναι η γνωστή υπόθεση της αυτοθεραπείας (Khantzian , 1997). Και οι δύο αυτές προσεγγίσεις προϋποθέτουν ότι η χρήση του οινόπνευματος ακολουθεί την εμφάνιση της συμπτωματολογίας της διπολικής διαταραχής, γεγονός που όμως δεν επιβεβαιώνεται πάντοτε από τις σχετικές έρευνες. Έτσι διατυπώθηκε και η άποψη ότι η κατάχρηση οινόπνευματος προκαλεί την κλινική εκδήλωση της διπολικής διαταραχής είτε μέσα από συμπτώματα που μιμούνται την ψυχοπαθολογία διπολικής διαταραχής είτε ευοδώνοντας την εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας σε ευάλωτα άτομα (Strakowski & DelBello , 2000).



Τέλος υπάρχει και η υπόθεση ότι αλκοολισμός και διπολική διαταραχή μοιράζονται κοινούς προδιαθεσικούς γενετικά καθορισμένους παράγοντες. Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται και από ορισμένες μελέτες που επισημαίνουν ότι η εκδήλωση της μιας ή της άλλης διαταραχής συνδέεται σε αρκετές οικογένειες. Επίσης ψυχοπιεστικοί στρεσογόνοι παράγοντες ίσως αποτελούν παράγοντες κινδύνου που συμβάλουν στην εκδήλωση τόσο της διπολικής διαταραχής όσο και του αλκοολισμού.

Οι επιπτώσεις της συνύπαρξης διπολικής συναισθηματικής διαταραχής και αλκοολισμού φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν περισσότερα και βαρύτερα μανιακά και μικτά επεισόδια, αυξημένη επιθετική/παρορμητική και αυτοκτονική συμπεριφορά, αυξημένο αριθμό νοσηλειών και γενικά χειρότερη πρόγνωση ((Strakowski & DelBello , 2000).

### **3.4. ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η άποψη ότι η χρήση οινοπνεύματος μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της διάθεσης φαίνεται να επικρατεί ευρέως στην κοινή γνώμη και όχι μόνο. Παρόλα αυτά η κλινική εμπειρία δείχνει ότι συχνά ακόμα και η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει την επόμενη μέρα συμπτώματα τάσης και αισθήματα άγχους και κατάθλιψης.

Αποτελεί κοινή παραδοχή στη βιβλιογραφία ότι τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ εμφανίζουν σοβαρή συμπτωματολογία αγχώδους διαταραχής σε ποσοστά κατά πολύ υψηλότερα από ότι ο γενικός πληθυσμός (Allan, 1995). Αυτή η συμπτωματολογία μπορεί να παίρνει τη μορφή κρίσεων πανικού, φοβικού τύπου διαταραχών, η και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Η μελέτη ECA (1990) στις ΗΠΑ έδειξε ότι ποσοστό 19.4% των ατόμων εξαρτημένα από το αλκοόλ πληρούσαν παράλληλα και κριτήρια αγχώδους διαταραχής κάποια στιγμή στη ζωή τους. Αντίστοιχα στην ίδια μελέτη ποσοστό 17,9% των ατόμων με αγχώδη διαταραχή είχαν παράλληλα και προβλήματα κατάχρησης οινοπνεύματος. Με βάση τα στοιχεία της μελέτης αυτής οι Helzer & Pryzbeck (1987) διαπίστωσαν ότι τέτοιοι ασθενείς είχαν 2,4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές

πανικού, 2,1 ιδεοψυχαναγκαστικού τύπου συμπτώματα και 1,4 φορές φοβικού τύπου διαταραχές συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Μελέτες σε φοβικούς ασθενείς στην κοινότητα δείχνουν ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος φτάνει σε ποσοστά έως και 20%.

Οι αγχώδεις διαταραχές πάντως που φαίνεται να συνυπάρχουν συχνότερα στα άτομα εθισμένα στο αλκοόλ ως πρωτοπαθή ψυχοπαθολογικά σύνδρομα είναι οι κρίσεις πανικού και σε μικρότερο βαθμό η κοινωνικού τύπου φοβία.

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι φοβικές καταστάσεις συχνότερα προηγούνται της κατάχρησης οινοπνεύματος, οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και οι κρίσεις πανικού έχουν μια πιο ευκαιριακή σχέση με τον αλκοολισμό και τέλος η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συνήθως καταγράφεται μετά την ανάπτυξη της εξαρτητικής συμπεριφοράς από το οινόπνευμα (Allan , 1995).

### **3.5. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Η συνύπαρξη διαταραχών διατροφής και κατάχρησης/εξάρτησης οινοπνεύματος σε ποσοστό μεγαλύτερο του αναμενόμενου έχει επισημανθεί σε αρκετές κλινικές μελέτες (Sinha & O'Malley , 2000). Η δια βίου επίπτωση των αλκοολικών διαταραχών κυμαίνεται σε ποσοστά από 0-6% σε άτομα μόνο με ανορεκτικές συμπεριφορές και σε ποσοστά από 10-28% όταν συνυπάρχουν και βουλιμικού τύπου συμπεριφορές (Braun, Sundaay & Halmi, 1994). Η εμφάνιση αλκοολικού τύπου διαταραχών φαίνεται να είναι συχνότερη σε βουλιμικούς ασθενείς παρά σε ανορεκτικούς (ποσοστό 11-89% και 9-34% αντίστοιχα), αν και οι διαταραχές διατροφής φαίνεται να συνδέονται επίσης και με αυξημένα επίπεδα κατάχρησης διεγερτικών ουσιών. Υψηλά ποσοστά διαταραχών διατροφής που φτάνουν έως και το 40% έχουν ανευρεθεί σε δείγματα ασθενών με αλκοολισμό που βρίσκονται σε θεραπεία (Sinha & O'Malley , 2000). Επισημαίνεται ότι νεαρές γυναίκες με συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία του τύπου των διαταραχών διατροφής εμφανίζουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση, υψηλά ποσοστά άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και στοιχεία οριακής η και άλλου τύπου

διαταραχών προσωπικότητας. Ακόμα στα άτομα αυτά αναφέρονται αυξημένα ποσοστά σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης καθώς και διαταραχών του κύκλος. Ίσως αυτός ο πληθυσμός να συνιστά μια διακριτή υποομάδα ασθενών με ιδιαίτερα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, κλινικά συμπτώματα καθώς και πρόγνωση.

Ο Krahn (1996), μελέτησε σε γυναίκες εφήβους τη σχέση ανάμεσα σε διατροφικές συνήθειες, τις αντιλήψεις απέναντι στο σωματικό βάρος και την εικόνα του σώματος από τη μια και τη χρήση ουσιών από την άλλη. Τα ευρήματα του έδειξαν μια ιδιαίτερα θετική συσχέτιση ανάμεσα σε συμπεριφορές αυστηρής δίαιτας και στη βαρύτητα της κατάχρησης οινόπνευματος.

Παρά το ιδιαίτερο ενδιαφέρον που έχει προσελκύσει τα τελευταία χρόνια η συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και αλκοολικής εξάρτησης πολλά ζητήματα συνεχίζουν να παραμένουν αδιευκρίνιστα και αμφιλεγόμενα.

Σε κάθε περίπτωση πάντως απαιτείται συστηματική και μακρόχρονη παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα σε περιόδους αποχής από το οινόπνευμα, προκειμένου να διαμορφωθεί μια πιο ξεκάθαρη άποψη για τη φύση της και την αναγκαία θεραπευτική προσέγγιση (Schuckitt , 2006).

Για τον λόγο αυτό, τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή ύπαρξη συννοσηρότητας. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που δεν την λαμβάνουν υπόψιν τους έχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας (Μάτσα, 2000).

Η θεραπευτική παρέμβαση μέσα από τα εξειδικευμένα προγράμματα διπλής διάγνωσης, με συνδυασμό ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης και φαρμακοθεραπείας, φαίνεται να αποτελεί την πλέον ολοκληρωμένη θεραπευτική πρόταση για τον πληθυσμό αυτό.

#### **4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ**

Οι νοσηλευτές έχουν ως αντικείμενο εργασίας να προωθήσουν την υγεία των πολιτών, να αποτρέψουν την ασθένεια και να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες που δημιουργεί η εκάστοτε ασθένεια. Βασικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών είναι να παρατηρούν, να αξιολογούν και να καταγράφουν τα συμπτώματα, τις αντιδράσεις και την πρόοδο των ασθενών. Επίσης,

έργο των νοσηλευτών είναι να βοηθούν τους γιατρούς σε θεραπευτικές και διαγνωστικές επεμβάσεις, να διαχειρίζονται τα φάρμακα και να υποστηρίζουν τους ασθενείς στην ανάρρωσή τους. Ακόμη, οι νοσηλευτές έχουν ως αντικείμενο να καθοδηγούν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους έτσι ώστε να βρουν την κατάλληλη φροντίδα και να διατηρήσουν την υγεία τους (Δημητριάδου, 2008).

Γενικά, η νοσηλευτική είναι αυτοτελής επιστήμη που αναπτύσσεται και διδάσκεται στα Νοσηλευτικά τμήματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είτε ΑΕΙ είτε ΤΕΙ. Επίσης, διδάσκεται και ως επαγγελματική εκπαίδευση των βοηθών νοσηλευτών σε σχολές Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στον Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα (ΤΕΛ-ΤΕΕ-MΤΕΝΣ-ΙΕΚ).

Βασικός στόχος της εκπαίδευσης που λαμβάνουν οι νοσηλευτές είναι να δημιουργήσουν επαγγελματίες, που ύστερα από τη λήψη πτυχίου θα είναι σε θέση να διαθέτουν πυρήνα γνώσεων, δεξιοτήτων, νοοτροπίας και κατανόησης αρχών, έτσι ώστε να είναι αυτοδύναμοι να ασκήσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή (Δημητριάδου, 2003).

Ο διεθνώς αποδεκτός ορισμός της Νοσηλευτικής την προβάλλει ως:

*«εντεταλμένη..... να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του (ή και στον ειρηνικό θάνατο), που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, τη βούληση ή γνώση. Και να το κάνει αυτό με τέτοιο τρόπο, ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας και την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό γρηγορότερα» (Henderson V.1965).*

Επίσης σύμφωνα με την Ραγιά (2001) *«είναι υπεύθυνο κοινωνικό έργο που αποβλέπει στην περιφρόρηση και τη φροντίδα της ανθρώπινης υγείας, που αποτελεί μέγιστο συντελεστή στην πολυμερή ανάπτυξη της κοινωνίας και τη δημιουργία ανώτερου πολιτισμού»*

Η νοσηλευτική ως εφαρμοσμένη επιστήμη παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς, αλλά, ωστόσο, η φροντίδα δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της νοσηλευτικής. Είναι, γενικά, ένα πανανθρώπινο φαινόμενο που υπάρχει με διαφοροποιήσεις σε όλους τους πολιτισμούς (Leininger, 1981, 1988).

Η νοσηλευτική ως επάγγελμα απαιτεί σωματική, διανοητική και συναισθηματική δύναμη και έχει ως σκοπό της την φροντίδα των αναγκών του αρρώστου, την αποκατάσταση της οργανικής του λειτουργίας και την ψυχολογική του υποστήριξη (Δημητριάδου-Παντέκα και συν., 2008).

#### **4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Ο Νοσηλευτής είναι εκπαιδευμένος και εξουσιοδοτημένος (Δημητριάδου 2003):

- Να υπηρετεί τον γενικό σκοπό της νοσηλευτικής, συμβάλλοντας στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη φροντίδα του σωματικά και ψυχικά ασθενή, καθώς και των υγιών ατόμων όλων των ηλικιών.
- Να διδάσκει τη σωστή φροντίδα υγείας.
- Να συμμετέχει σαν ισότιμο μέλος στην ομάδα υγείας.
- Να επιβλέπει τους βοηθούς νοσηλείας.
- Να οργανώνει και να συμμετέχει σε νοσηλευτική έρευνα.

Ο Νοσηλευτής πρέπει:

1. Να διαθέτει υψηλό επίπεδο θεωρητικών γνώσεων, δεξιοτήτων και μεγάλη διάθεση για την άσκηση του επαγγέλματός αυτού
2. Να είναι ικανοί επαγγελματίες να εργαστούν αποτελεσματικά σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα Υγείας).
3. Να είναι πρόθυμοι να συνεχίσουν την επαγγελματική τους εξέλιξη, με παρακολούθηση σεμιναρίων, διαλέξεων, ημερίδων και μέσω της καθημερινής πράξης και της συνεχούς διεργασίας μάθησης.
4. Να επιδιώκουν την ανάπτυξη της εκπαίδευσης και άσκησης της Νοσηλευτικής επιστήμης στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, όπως με τη διεξαγωγή έρευνας και τη συγγραφή μελετών.

#### **4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Γενικά, ένας επαγγελματίας υγείας για να αποκαλείται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας απαιτείται πανεπιστημιακό πτυχίο νοσηλευτικής με πιστοποίηση κλινικής επάρκειας.

Ειδικότερα ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας πρέπει να (Hogan, 2012):

- Συνεργάζεται με την κοινότητα, την οικογένεια, με άτομα και ομάδες για την ανάπτυξη του τομέα της ψυχικής υγείας.
- Αξιολογεί τις ανάγκες στον τομέα της ψυχικής υγείας, να κάνει διαγνώσεις και σχέδια φροντίδας, να παρεμβαίνει και να επαναξιολογεί τη νοσηλευτική φροντίδα, όποτε θεωρεί απαραίτητο.
- Διενεργεί παρεμβάσεις έτσι ώστε να προαχθεί και να διατηρηθεί η υγεία του ασθενούς.
- Διαμορφώνει κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον.
- Εκπαιδεύει τα άτομα σε σχέση με τους παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική νόσο.
- Παρακολουθεί την πορεία της νόσου, αλλά και της θεραπείας.
- Παρεμβαίνει σε καταστάσεις κρίσης.

Ένας εξειδικευμένος νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να εργαστεί σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και γενικά νοσοκομεία, σε κέντρα ψυχικής υγείας, σε σχολεία, σε οργανισμούς διατήρησης υγείας, σε σωφρονιστικά καταστήματα, σε εξωνοσοκομιακές υπηρεσίες, σε οίκους ευγηρίας, σε κλινικές αστέγων και σε κέντρα άμεσης βοήθειας ή σε περιπτώσεις κρίσης (Hogan, 2012).

### **4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

#### *4.3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ*

Υπάρχουν ορισμένες απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει ο νοσηλευτής που έχει ως αντικείμενο των υπηρεσιών του τη φροντίδα του ατόμου με καταθλιπτική διαταραχή. Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής χρειάζεται να (Hogan, 2012):

- Παρακολουθεί το άτομο μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής για να αξιολογεί τη βελτίωσή του και τη συμπεριφορά του.
- Παρέχει και να διατηρεί ασφαλές περιβάλλον, κατάλληλο για τον ασθενή.
- Ενθαρρύνει το άτομο να εστιάζει στα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα του και όχι στις αδυναμίες του.
- Εκπαιδεύει τον ασθενή πάνω σε ένα θετικό τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης της διαταραχής.

- Παροτρύνει τον ασθενή να συναναστρέφεται με άτομα του κοινωνικού του περιγύρου που να τον υποστηρίζουν και να τον ενθαρρύνουν, καθώς και τη συμμετοχή σε κοινωνικές και κοινοτικές εκδηλώσεις και προγράμματα.
- Ενθαρρύνει το άτομο να εκδηλώνει, χωρίς ενδοιασμούς, τις σκέψεις του, τις ανάγκες του και τα συναισθήματά του.
- Ενημερώνει την οικογένεια για ό,τι σχετίζεται με τη συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια, τις επιπτώσεις της, τα χαρακτηριστικά της και να επιδεικνύει τρόπους αντιμετώπισης κατάλληλους για τον ασθενή.

#### *4.3.2. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ*

Σε άτομα με κατάθλιψη διαπιστώνονται συμπεριφορές όπως δυσκολίες στην έλευση ύπνου ή στην ικανότητα να παραμείνουν ξύπνιοι. Επίσης, χαρακτηριστικό της καταθλιπτικής διαταραχής είναι η κόπωση και διάφορες άλλες σωματικές ή διατροφικές δυσλειτουργίες. Σε κάθε περίπτωση οι προτεινόμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις εστιάζονται στα παρακάτω (Hogan, 2012):

- Αναγνώριση των διαταραχών ύπνου και των αιτιών τους, έτσι ώστε να δημιουργηθεί κάποιο σχέδιο για να βελτιωθούν τα δυσλειτουργικά πρότυπα του ασθενή.
- Προσδιορισμός των προηγούμενων τυπικών συμπεριφορών στις οποίες κατέφευγε το άτομο για να κοιμηθεί πριν την έναρξη της ασθένειας, και προώθηση της εφαρμογής τους.
- Πρόταση για μείωση της πρόσληψης της καφεΐνης, κυρίως αργά το απόγευμα ή το βράδυ.
- Πρόταση για περιορισμό της λήψης υγρών ορισμένες ώρες και προτροπή του ατόμου να ουρήσει πριν τον βραδινό ύπνο.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να ακολουθεί ένα καθημερινό πρόγραμμα τεχνικών χαλάρωσης πριν τον βραδινό ύπνο.
- Προτροπή του ατόμου να μειώσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως τα φώτα, τους θορύβους, την τηλεόραση και το ραδιόφωνο.
- Ενθάρρυνση του ατόμου να εφαρμόσει εναλλακτικές θεραπείες κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, έτσι ώστε να προληφθεί τυχόν επόμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή επιδείνωση της παρούσας κατάστασής του.

- Συνεργασία με τον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό, έτσι ώστε να λάβει κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, υπναγωγά ή καταπραϋντικά φάρμακα, σε περίπτωση που οι προηγούμενες μέθοδοι αποτύχουν.

#### **4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ**

##### *4.4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ*

Ένας επαγγελματίας νοσηλευτής που έχει ως αντικείμενό του την παροχή φροντίδας σε ασθενή εξαρτημένο από αλκοόλ εστιάζει την προσοχή του στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, την αναγνώριση της φάσης του αλκοολισμού και στις αιτίες που οδήγησαν στο αλκοολικό στάδιο. Επίσης πρέπει να έχει γνώση του κοινωνικού περιγύρου καθώς και του περιβάλλοντος. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, κατά την εισαγωγή του θεραπευόμενου, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάσει τα εξής δεδομένα (Hogan, 2012):

- Την σωματική κατάσταση και ανασκόπηση για κενά ή απώλεια μνήμης καθώς επίσης και για λιποθυμίες υπό την επήρεια αλκοόλ
- Την απότομη αύξηση ή και μείωση σωματικού βάρους και τις διαταραχές θρέψης
- Την κινητικότητα του εντέρου η οποία εξαρτάται από το πόσο συχνά το άτομο κάνει χρήση αλκοόλ
- Τους στρεσογόνους παράγοντες
- Τις διαταραχές ύπνου
- Το γενικό ιατρικό ιστορικό
- Το οικογενειακό περιβάλλον και ιστορικό
- Τη φαρμακοθεραπεία που λαμβάνει
- Το είδος της χημικής ουσίας που λαμβάνει, καθώς επίσης και τον τρόπο λήψης αυτής, την ποσότητα, την ημερομηνία της τελευταίας χρήσης και την ηλικία έναρξης χρήσης
- Την τυχόν λήψη συσκευασμάτων εκτός ιατρικής συνταγής
- Τις εργαστηριακές τιμές σε σύγκριση με τα φυσιολογικά όρια
- Τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής ή περιορισμού της χρήσης



#### 4.4.2. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

Υπάρχουν ορισμένες πρακτικές που έχει στη διάθεσή του ο νοσηλευτής προκειμένου να βοηθήσει το άτομο που είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ. Οι παρεμβάσεις αυτές διαφέρουν αναλόγως σε ποιο στάδιο βρίσκεται ο ασθενής. Στο οξύ στάδιο της χρήσης ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει την ασφάλεια του ατόμου, δημιουργώντας κατάλληλο περιβάλλον έτσι ώστε να μην προκληθεί μεγαλύτερη σωματική βλάβη από την ήδη υπάρχουσα. Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να παρεμβαίνει έτσι ώστε (Hogan, 2012):

- Να βοηθηθεί το άτομο να προσανατολιστεί στον χώρο και χρόνο, καθώς επίσης και στα πρόσωπα.
- Να συμβάλλει στη διατήρηση ισορροπίας υγρών και θρεπτικών συστατικών του ασθενή.
- Να αναγνωρίζονται τα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου, όπως η ναυτία, ο τρόμος, ο βήχας, το άγχος, οι ακουστικές, οπτικές και απτικές διαταραχές και να παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία.
- Να βοηθήσει τον ασθενή στην παρακολούθηση και συμμετοχή ενός κατάλληλου προγράμματος λήψης μεθαδόνης ή άλλης ουσίας.
- Να ελέγχεται τυχόν ύπαρξη κύησης στις γυναίκες για να αποφευχθεί κάποια βλάβη στο έμβρυο.
- Να παρακολουθείται η εκδήλωση παραληρήματος, ψυχωσικών διαταραχών, όπως επίσης και ο κίνδυνος αυτοκτονίας.
- Να εξασφαλίζεται η άνεση του ασθενή.
- Να ελέγχεται τυχόν συγκεκαλυμμένη χρήση ουσιών.
- Να παρέχεται ηθική υποστήριξη, επιβεβαίωση και συμπαράσταση τον θεραπευόμενο έτσι ώστε να μην τρομοκρατείται από τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει και να τα θεωρεί αναμενόμενα.
- Να εκπαιδεύεται το άτομο για το στόχο της αποχής από το αλκοόλ.

Κατά το στάδιο της αποκατάστασης, ο νοσηλευτής μπορεί να ακολουθήσει τις εξής παρεμβάσεις (Hogan, 2012):

- Υποστήριξη του ατόμου να ολοκληρώσει την αποτοξίνωση από όλες τις ουσίες, καθώς και να επιτύχει την πλήρη αποχή από αυτές.
- Καθοδήγηση του ατόμου έτσι ώστε να οργανώσει την κοινωνική του ζωή ξανά με την απαραίτητη πειθαρχία.
- Ενδυνάμωση της ελπίδας του θεραπευόμενου.
- Εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο, τον τρόπο με τον οποίο αυτή επηρεάζει τη ζωή του ατόμου και την ανάρρωσή της.
- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή με στόχο τη διευκόλυνση της αποδοχής της νόσου και την επεξεργασία συναισθημάτων ντροπής και ενοχής.
- Αναγνώριση συναισθημάτων έντονης έλλειψης, θυμού, μοναξιάς, κούρασης, καθώς αυτά είναι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην υποτροπή του ατόμου.
- Σύσταση κατάλληλου διατροφικού προγράμματος με τη χρήση ειδικού διαιτολογίου.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθεί η σχέση του αλκοολισμού με την κατάθλιψη και κατά πόσο τα επίπεδα του σχετίζονται με στάδια διάγνωσης της διαταραχής καθώς επίσης και με άλλους παράγοντες.

Τα συμπεράσματα που απορρέουν μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

Παρατηρήθηκε ότι ως προς το φύλλο, περισσότεροι ήταν οι άντρες αλκοολικοί (53,3%), από ότι οι γυναίκες (47%). (Στεφανή, Μαδιανού και Μαδιανό, 1986)

Επίσης προέκυψε ότι η ύπαρξη αλκοολισμού επηρεάζεται από την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα τα άτομα με έντονη χρήση αλκοόλ παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με άτομα που δεν κάνουν χρήση.

Ακόμη, η διάγνωση της κατάθλιψης επηρεάζεται από την ύπαρξη αλκοολισμού καθώς όσο σοβαρότερη είναι, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα εμφάνισης του φαινομένου.

Επιπλέον, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν ένα άτομο να οδηγείται στον αλκοολισμό εξαιτίας σοβαρών προσωπικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει (π.χ προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, διάλυση γάμου, ανεργία κλπ.). Ωστόσο, όπως φαίνεται και μέσα από έρευνες, αυτό δεν αναιρεί την πιθανότητα η εξάρτηση από το αλκοόλ να προϋπήρχε των προσωπικών του προβλημάτων (Krausz, 1996). Κάποιες φορές δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν έχει εμφανιστεί πρώτα ο αλκοολισμός ή η καταθλιπτική διαταραχή. Για αυτό οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν σε άτομα με προδιάθεση για κατάθλιψη να μην κάνουν χρήση οινοπνεύματος.

Παρατηρήθηκε επίσης πως το φύλλο και η ηλικία συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη καθώς όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου, τόσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνεται. Καθοριστικό στοιχείο αποτελεί η ενημέρωση όπως επίσης και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Ένα ακόμη συμπέρασμα που προκύπτει είναι η σημασία και η σοβαρότητα της διατήρησης της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Ο επαγγελματίας νοσηλευτής και οι παρεμβάσεις του, έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο για την εξέλιξη της πορείας του ασθενούς.

Τέλος, διαπιστώνεται πως η συννοσηρότητα των δύο αυτών οντοτήτων μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες εκβάσεις όπως η αυτοκτονία, η οποία σύμφωνα με έρευνες αποτελεί συχνή αιτία θανάτου. Η βίωση του ρατσισμού, η βίαια και επιθετική συμπεριφορά αλλά και σωματικές δυσλειτουργίες και οργανικές βλάβες αποτελούν επίσης αποκρουστικά αποτελέσματα.

Προτείνεται αυτή η πτυχιακή εργασία να γίνει μια ερευνητική εργασία με βάση κάποια κριτήρια όπως το φύλλο, η ηλικία, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση ανάμεσα σε άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ και μη. Έτσι θα μπορούσε να γίνει σύγκριση και αξιολόγηση των ευρημάτων με ακόμα πιο πολλά αποτελέσματα, βασισμένα σε σωστά διατυπωμένα ερωτηματολόγια.

## BIBΛIOΓPAΦIA

Abraham, K. (1911). "Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In Selected papers on psychoanalysis. New York: Basic Books.

Abraham, K. (1916). "The first pregenital stage of the libido. In selected papers on psychoanalysis. New York: Basic Books.

Abraham, K. (1924). "A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In selected papers on psychoanalysis. London : Hogarth Press.

Agosti, V., & Levin, F. R. (2006). "The effects of alcohol and drug dependence on the course of despression. The American Journal on Addictions. 15.

Alderman & Coltart (1982). "Alcohol and the heart", in : Alcohol and disease, S.Sherlock (Ed.), Brit. Med. Bull., Vol.38, No1, C. Living – stone.

Alford, G.S. (1980). "Alcoholics Anonymous : An empirical outcome study", Addict. Beh., Vol.5

Allan C. (1995). Alcohol problems and anxiety disorders-a critical review. Alcohol Alcohol.

Alloy, L. B., Riskind, J. H., & Manos, M. (2005). "Abnormal psychology: Current perspectives ( 9<sup>th</sup> edition). New York: McGraw-Hill College.

Arieti, S. (1978). " The psychotherapy of severe depression". Northvale, NJ: Jason Aronson

Armour, D.J., Polich, J.M., Stambul, H.B. (1976). Alcoholism and Treatment, Rand Corp., Santa Monica.

Armour, D.J., Polich, J.M., Stambul, H.B. (1978). Alcoholism and Treatment, J.Wiley & Sons, New York.

Ayuso-Mateos, J. L., Vasquez-Barquero, J. L. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179.

Beck A., (1967). "Depression: Causes and treatment" Philadelphia University of Pennsylvania  
Blake, B.G. (1965). "The application of behavior therapy to the treatment of alcoholism" *Beh. Res. Ther.*, 3.

Blake, B.G. (1965). "A follow-up of alcoholics treated by behavior therapy" *Beh. Res. Ther.*, 3.

Blazer, D. G., Keller, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). "The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151.

Bruun, K. (1963). "Outcome of different types of treatment of alcoholism", *Q. J. Stud. Alc.*, 24.

Buckley PF. Substance abuse in Schizophrenia: A review. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 3) 26-30

Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). "Age at onset of selected mental disorders in five community populations" *Archives of General Psychiatry*, 37.

Burton, P. (1821/2001). "The anatomy of melancholy". Oxford, UK: H. Kripps.

Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. Washington, DS: American Psychiatric Publishing.

Caboret, R. (1976). "Genetic determinants of alcoholism" in : *Alcoholism*, Tarter, R. & Sugarman, A. (Eds), Reading. Mass. Addison – Wesley Co.

Cahalan, L. (1970). *Problem – drinkers*, Jossey- Bass. Inc., San Francisco.

Carlson, N. R. (1986). "Psychology of behavior". Needham Heights. MA: Allyn & Bacon.

Carlsson, C. & Frasth. B. G (1976). "A comparison of the effects of propranolol and diazepam in alcoholics", *Brit. J. Addict.*, 21.

Γενά, Α. (2007). « Θεωρία και πράξη της ανάλυσης της συμπεριφοράς»,  
Αθήνα: Gutenberg.

Chick, J. (1982). "Epidemiology of alcohol use and its hazards: With a note on screening methods", in: Alcohol and Disease, S. Sherlock (Ed.), Brit. Med. Bull., Vol.38, No 1, C. Livingstone.

Davindson KM, Ritson BE. The relationship between alcohol dependence and depression. Alcohol Alcohol 1993.

Δημητριάδου Α. (2003). Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα.  
Μονογραφία.

Δημητριάδου-Παντέκα Α., Λαβδανίτη Μ., Κωνσταντινίδου-Στραύκου Α., Σαπουντζή-Κρέπια Δ.(2008) Η επαλήθευση των προσδοκιών από την επιλογή του Νοσηλευτικού επαγγέλματος και οι παράγοντες που την διαμορφώνουν.

Dixon L, Haas G, Weiden P.J, Sweeney J, Frances A.J. Drug abuse in Schizophrenic patients: clinical correlates and reason for use. Am J Psychiatry 2001.

Donahue, J. (1971). " A half-way house programme for alcoholics", Q. J. Stud. Alcohol, 32.

Durkheim, E. (1897/1951). " Suicide". New York: Free Press.

Edwards, G. (1977). " The alcohol dependence syndrome: Usefulness of an idea", in Alcoholism – New Knowledge and New Responses, G. Edwards & M. Grand (Eds), Croom Helm, London.

Feinstein AR. (1970). "The pre-therapeutic classification of ψοmorbidty in chronic disease". J Chronic Dis.

Ζερβής, Χ. (1996). Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. Αθήνα : Ηλεκτρονικές Τέχνες.

Glass IB. (1989). "Alcoholic hallucinosis: a psychiatric enigma: the development of an idea". Br J Addiction.

Gomberg EL, (1993). "Women and Alcohol: Use and Abuse". J Nerv Ment Dis .

Goodwin, D. W. (1977). "Family and adoption studies in alcoholism", in: Biosocial Bases of Criminal Behaviour, Mednick, S. and Christainsen, K. O. (Eds), Gardener Press, New York.

Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L. (1973). "Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents", Arch. Gen. Psychiat., 28.

Goodwin, F. K., Jamison KR. (1990). "Manic Depressive illness". New York: Oxford University Press.

Grant, M. (1979). Alcoholism in Perspective, Grant, M. & Gwinner, P. (Eds), Croom Helm, London.

Greenberg DM, Lee JW. (2001). "Psychotic manifestations of alcoholism". Curr Psychiatry Rep.

Harlow, B. L., Cohen, L. S., Otto, M. W., Spiegelman, D., & Cramer, D. W. (1999). "Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women: The Harvard Study of Moods and Cycles". Archives of General Psychiatry.

Hasegawa K, Mukasa H, Nakazawa Y, Kodama H, Nakamura K. (1991). "Primary and secondary depression in alcoholism-clinical features and family history". Drug Alcohol Depend.

Heiden, L., & Hersen, M. (1999). «Εισαγωγή στην κλινική ψυχολογία» (επιμ. Καλατζή – Αζίζι), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Helzer JE, Pryzbeck TR (1987). "The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment". J.Stud Alcohol.

Henderson V.1965 The nature of nursing. International Nursing Review

Henri Loo et Pierre Loo. (Μετάφραση : Κόλλια Ζέφη, 2000) – « Η Κατάθλιψη». Αθήνα : Δαίδαλος – Ι. Ζαχαρόπουλος.

Hill Sy, Hruska DR. (1992). "Childhood psychopathology in families with multigenerational alcoholism". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.

Hinrichsen, G. A., & Clougherty, K. F. (2006). "Depression and older adults", Washington, DC: American Psychological Association.

Hoff, E. C. (1961). "The use of pharmacological adjuncts in the psychotherapy of alcoholics", Q. J. Stud. Alcohol, 22 (Suppl.No1).

Hogan. A. (2012) Νοσηλευτική Ψυχική Υγείας: Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις. Επιμ. Θ. Ζιώγου & Χ. Νταφογιάννη. Εκδ.Πασχαλίδης, Αθήνα.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). "Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots". Clinical Psychology: Science and Practice.

Jamison, K. R. (1995). " An unquiet mind: A memoir of moods and madness". New York: Knopf.

Jariwalla, A.G. (1979). "Alcohol and acute general medical admissions to hospital", Health Trends, Vol.11.

Jarman,C. M. B. & Kellett, J. M. (1979). "alcoholism in the general hospital", Brit. Med. J., 2.

Jellinek, E.M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism, New Heaven, Hillhouse Press.

Julien, R. M. (1978). A Primer of Drug Action, W. H. Freeman and Co, San Francisco.

Ιωαννίδου, Χ. (2006). «Μελαγχολία: Η αρχαία ελληνική άποψη». Αθήνα : Γρηγόρη

Καλατζή – Αζίζι – Δέγλερης Ν., (1992). «Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Καλατζή – Αζίζι, (1997). « Εφαρμογές της γνωστικής ψυχολογίας στην κλινική πρακτική». Ψυχολογία, 4.

Καλατζή – Αζίζι, (2003). «Γνωσιακές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία», Αθήνα

Καλπάκογλου Θ, (1997). «Άγχος και πανικός», Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα



- Kandel DB, Huang FY, Davies M. (2001). "Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes". *Drug Alcohol Depend.*
- Kaplan, B. J., & Sadock, V. A. (2004). "Comprehensive text book of psychiatry, I & II", Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Keller, M. (1960). In: Taylor, D. "Alcohol: Reducing the harm, Office Of Health Economics, 1981.
- Kessel, N. & Walton, H. (1979). *Alcoholism*, Penguin, London.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Eclund MJ, Frank RG, Leof PJ. (1996). "The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders". *Am J Orthopsychiatry.*
- Khantzian EJ. (1997). "The self-medication hypothesis of substance abuse disorders: A reconsideration and recent applications". *Harv Rev Psychiatry.*
- Kirmayer, L. J. (2001). "Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment". *Journal of Clinical Psychiatry.*
- Kirsch, I., & Saperstien, G. (1998). "Listening to Prozac but hearing placebo". *Prevention and treatment.*
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2002). "The emperor's new drugs". *Prevention and treatment.*
- Klein, E., Kreinin, I., Koren D., Mecz, L., Marmur, S., et al. (1999). "Therapeutic efficacy of right prefrontal slow repetitive transcranial Magnetic stimulation in major depression". *Archives of General Psychiatry, 56.*
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). "Interpersonal psychotherapy", New York: Guilford Press.
- Korsten, M. A., Matsuzaki, S., Feinman, I. & Lieber, C. S. (1975). In: T.J. Peters, "Ethanol metabolism", *Alcohol and Disease*, S. Sherlock (Ed.), *Brit. Med. Bull.*, Vol. 38, No1, C. Livingstone.
- Krahn D, Piper D, King M, Olson L, Kurth C, Moderg DP. Dieting in sixth grade predicts alcohol use in ninth grade. *J Subst Abuse* 1996.
- Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. (1990). "The relation between alcohol problems and the anxiety disorders". *Am J Psychiatry.*

Lamere, F., Voegtlin, W. L. (1950). "An evaluation of the aversion treatment of alcoholism", Q. J. Stud. Alcohol, 11.

Λιάππας Ι. Συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και κατάχρησης οινόπνευματος στο: Λιάππας Ι.Α., Μέλλος Ε.Δ., Πομίни Β. (επιμέλεια): Κατάχρηση και εξάρτηση από το οινόπνευμα. ΙΤΑΚΑ Ελληνικό Τμήμα, 2006

Lelbach, W.K. (1974). "Organic pathology related to volume and pattern of alcohol aduse" in: Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Gibbons, R. J. et al (Eds), J. Wiley & Sons, New York.

Levinson, T., Sereny, G. (1969). "An experimental evaluation of insight therapy for the chronic alcoholic", Con. Psychiat. Assoc. J., 14

Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). "Changingreinforcing events: An approach to the treatment of depression". Psychotherapy: Theory, Research and Practise.

Lundblad, S. (2003). " Depressed women in psychotherapy: The nature and persistence of change". International Journal of Psychotherapy.

Madianos, M., Gefou-Madianou, D., & Stefanis, C. (1994). "Adolescent drinking and alcohol-related problems in a nationwide general population". International Journal of the Addictions, 29.

Madianos, M., Gournas G., 7 Stefanis C. N. (1992). "Changes in the prevalence of symptoms of depression ang depression across Greece". Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

Madianos, M., Madianou, D., Stefanis, C., (1984). " Prevalence of alcohol related disabilities in Greece", Paper presented at the 14<sup>th</sup> Inter. Instit. on the prevention and treatment of drug dependence, 1984, Athens, Greece.

Madianou, D., Madianos, M. & Stefanis, C. (1987) " Drinking patterns and alcohol related problems in three age groups. Preliminary results", Paper presented at the World Psychiatric Association Regional Symposium Proceedings, 1987, Warsaw, Poland.

Μάνος, Ν. (1997). «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Marlatt, G. A. (1973). "A comparison of aversive conditioning procedure in the treatment of alcoholism", Paper presented at Western Psych. Assoc., April, 1973.

Martin, F. C., Slavin, G. & Levi, A. J. (1982). "Alcoholic muscle disease", in: Alcohol and Disease, S. Sherlock (Ed.), Brit. Med. Bull., Vol. 38, No 1, C. Livingstone.

Martini, G. A. & Bode, C. H. (1970). "Alcoholic psychosis and other toxic hepatopathies", in: The Epidemiology of Cirrhosis of the Liver, A. Eugel & T. Lowson (Eds), Nordista BokhaudeIns Forlag, Stockholm.

Μάτσα, Κ. (1994). « Ο τοξικομανής στον ρόλο του εξιλαστηρίου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας. Τετράδια Ψυχιατρικής, 45.

Μάτσα, Κ. (2003). « Βιοπολιτική, ναρκωτικά και κοινωνική παθολογία» Τετράδια Ψυχιατρικής, 81.

Miles – Cox, N. (1979). " The alcoholic personality: A review of the evidence", Progress. Exp. Pers., Res., Vol. 9

Mora, G. (1967). " History of psychiatry". Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Μπεράτη, Σ. (2003). « Η ερμηνεία στην ψυχανάλυση». Στο Γ. Βασιλαματζής, Ν. Χαμπέρης, Β. Φαλάρας, & Δ. Κατσούλας (Επιμ.), Η ψυχανάλυση στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Αθήνα : Παπαζήσης.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). "Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease study". Lancet.

Myers, M. G., Steward, D. G., & Brown, S. A. (1998). "Progression from conduct disorder to anti-social personality disorder following treatment for adolescent substance abuse". American Journal of Psychiatry.

O' Connor, J. (1978). In: Taylor, D. : Alcohol: Reducing the harm, Office of Health Economics, 1981.

- Παγοροπούλου, Α. (2000). «Η γερωντική κατάθλιψη» Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
- Παγοροπούλου, Α. (2000). «Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας» Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Παπαγεωργίου, Ε. (2004). « Εξαρτήσεις στην ζωή μας» β' έκδοση, Αθήνα: Παρισιανού Α.Ε
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). «Εξελικτική ψυχολογία» Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Parker, G., Cheah, Y. C., & Roy, K. (2001). "Do the Chinese somatize depression? A cross-cultural study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Requignot, G., Chabert, C., Eydoux, H. & Courcoul, M. A. (1974). : Increased risk of liver cirrhosis with intake of alcohol", *Rev. Alcohol*, 20, 191
- Peters, T. J. (1982). "Ethanol metabolism", in: *Alcohol and Disease*, S. Sherlock (Ed.), *Brit. Med. Bull.*, Vol. 38, No 1, C. Living-stone.
- Πετρουλάκη, Κ. (2004). « Πειραματική ψυχολογία εν..τάξει», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Pomelreau, O., Pertschuck, M., Adkins, D. & D'Aquill, E. (1980). " Treatment for middle income problem drinkers", in: *Alcoholism: New directions in behavioural research and treatment*, Nathan, P.E. et al, (Eds), Plenum, New York.
- Ποταμιανός Γ. (2005) «Αλκοόλ – επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και την θεραπεία», Αθήνα : Α.Α Λιβάνη.
- Ποταμιανός Γ., (1997). «Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική», Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Ποταμιανός Γ. «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης Ι - αλκοόλ», Αθήνα: Παπαζήση

Prentiss Chris (2006). «Αλκοολισμός, η θεραπεία του εθισμού» (Μετάφραση : Αποστολή Ισμήνη), Αθήνα : Ισόρροπον

Raimo E, Schuckit M. (1998). "Alcohol dependence and mood disorders". *Addict Behav.*

Regier DA, Boyd JH, Burke JP. (1988). "One-month prevalence of mental disorders in the United States". *Arch Gen Psychiatry.*

Regier DA, Farmer ME, Rae DS. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study". *JAMA.*

Reich W, Earls F, Frankel O, Shayka JJ. (1993). "Psychopathology in children of alcoholics". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*

Robins, L. N., Bates, W. M., O'Nea, P. (1962). " adult drinking patterns of former problem children", in: *Society, Culture and Drinking Patterns*, D. J. Piffman & C. R. Snyder (Eds), J. Wiley & Sons, New York.

Robinson, M. W. & Voegtlin, W. L. (1952). " Investigation of an allergic factor in alcohol addiction", *Q. J. Stud. Alcohol*, 13, 196.

Rosenberg, C. M. (1974). " Drug maintenance in the outpatient treatment of chronic alcoholism", *Arch. Gen. Psychiat.*, 30.

Roy A, DeJone J, Lamparski D, George T, Linnoila M. (1985). "Depression among alcoholics: relationship to clinical and cerebrospinal fluid variables". *Arch Gen Psychiatry.*

Royal College of Psychiatrists (1979). *Alcohol and Alcoholism*, " The report of a special committee of the Royal College of Psychiatrists", Tavistock publications, London.

Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). "Cognitive theory and therapy". New York: Guilford Press.

Schuckitt M. (2006). "Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions". *Addiction.*

Schuckit M. A. (2000). "Drug and Alcohol Abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment". Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Schuckit M, Hesselbrock V (1994). "Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship". Am J Psychiatry.

Schuckit M, Tipp J, Anthenelli R, Bucholz K, Hesselbrock V, Nurnberger J. (1996). "Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa In Alcohol-Dependent Men and Women and their Relatives". Am J Psychiatry

Schuckit M. A, Tipp J, Bergman M, Reich W, Hesselbrock V, Smith TL. (1997). "Comparison of induced and independent Major Depressive Disorders in 2,954 Alcoholics". Am J Psychiatry.

Schuckitt M. A, Tipp J, Bucholz K, Nurnberger J, HesselbrockV, Crowe R, Kramer J. (1997). "The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls". Addiction.

Schuckit M. A. & Rayes, V. (1979). In: T. J. Peters, " Ethanol metabolism", Alcohol and Disease, S. Sherlock (Ed.), Brit. Med. Bull., vol. 38, No1, C. livingstone.

Semer, J. M., Friedland, P., Vaisberg, M. & Greenberg, A. (1966). " The use of metronidazole in the treatment of alcoholism: A pilot study", Am. J. Psychiat., 123.

Silber, A. (1970) " An addendum to the technique of psychotherapy with alcoholics", J. Nerv. Ment. Dis., 150.

Sinha R, O'Malley S., (2000). "Alcohol and Eating Disorders: Implications for Alcohol Treatment and Health Services Research". Alcohol Clin Exp Res.

Smith J, Hucker S (1994). "Schizophrenia and substance abuse". Br J Psychiatry.

Snyder, C. R. (1958). "Alcohol and the Jews". N. Haven.

Sonne SC, Brady KT, Morton WA. (1994). "Substance abuse and bipolar affective disorders". J Nerv Ment Dis.

Soyka M. (1990). "Psychopathological characteristics in alcohol hallucinosis and paranoid schizophrenia". Acta Psychiatr Scand.

Stefanis, C. N., & Stefanis, N. C. (1999). "Diagnosis of depressive disorders: A Review". Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Β., & Μαυρέας, Β. (1993). « Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς». Αθήνα: Κέντρο συνεργασίας για την εκπαίδευση και την έρευνα στην ψυχική υγεία.

Strakowski S, DelBello M. (2000) "The co-occurrence of bipolar and substance use disorders". Clin Psychol Rev.

Σώκου Κ. (1997). «Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας : Πρότυπο πρόγραμμα αλκοόλ και ατύχημα.», Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα

Storr, A. (1974). Sexual Deviation, Penguin Books, London

Sutherland, E. H., Schroeder, H. G. & Tordella, C. L. (1950). " Personality traits and the alcoholic. A critique of existing studies", Q. J. Stud. Alcohol.

Syme, L. (1957). " Personality characteristics and the alcoholic: A critique of current studies. Stud. Alcohol.

Taylor, D. (1981). Alcohol: Reducing the Harm, Office 7 Health Economics, White Crescent Press, Ltd.

Taylor, J. A. (1964). " Metronidazole: A new agent for combined somatic and psychic therapy of alcoholism", Bull. Of the Los Angeles Neuro. Society.

Vessell, E. S., Page, J. G., Passanati, G. T. (1971). " Genetic and environmental factors affecting ethanol metabolism in man", Clin. Pharmacol. Ther., 12.

Viinamaeki, H., Koskela, K., & Niskanen, L. (1996). "Rapidly declining mental well-being during unemployment". European Journal Of Psychiatry, 10.

Wallerstein, R. S. Chotlos, J. W., Friend, M. B., Hammersley, D. W., Perwig, E. A. & Winship, G. M. (1957). Hospital Treatment of Alcoholism: A comparative experimental study, Basic Books, New York.

Wilson, G. T., Leaf, R. & Nathan, P. E. (1975). " The aversive control of excessive drinking by chronic alcoholics in the laboratory setting", J. Applied Behav. Analysis.

Χριστοπούλου Α. (2008). «Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία του ενήλικα», Αθήνα : Τόπος

Χατζηχρήστου, Χ. (2008, 6<sup>η</sup> Έκδοση). «Εισαγωγή στην σχολική ψυχολογία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.