ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: « ΑΓΧΟΣ, ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΙΤΙΩΔΗΣ ΣΧΕΣΗ Η ΑΥΘΑΙΡΕΤΗ ΣΥΝΔΕΣΗ »

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της

Κλαδιανού Αικατερίνης ΑΜ:2892

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Όλγα Θεμελή

Ρέθυμνο, 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ....5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :ΑΛΚΟΟΛ 7
1.1. Χρήση Αλκοόλ....7
1.2. Παθολογική Χρήση – Αλκοολισμός 8
1.3. Μοντέλα Ερμηνείας του Αλκοολισμού....11
1.3.1 . Βιολογική προσέγγιση....11
1.3.2. Συμπεριφοριστική προσέγγιση....12
1.3.3. Ψυχοδυναμική ερμηνεία....12
1.3.4. Προσέγγιση πολιτισμικού πλαισίου 13
1.4. Τύποι Αλκοολικών 14
1.5. Επιπτώσεις του Αλκοολισμού 15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΓΧΟΣ 17
Το Μη Ψυχοπαθολογικό Άγχος 17
Ορισμοί και Ερμηνείες του Άγχους 18
Οι Συνέπειες Του Άγχους....20
Αγχώδεις Διαταραχές 22
Συσχέτιση αλκοόλ και άγχους....28
Βιολογική προσέγγιση....29
Πειράματα σε Ζώα 32
Ψυχολογικές Προσεγγίσεις 35
Θεωρία μείωση της έντασης (TRT) 35
Γνωστικό στρες 38
Κοινωνικό στρες....38
Μοντέλο Προσδοκιών....39
Προσεγγίσεις Πολιτισμικού Πλαισίου 40
Εργασιακό Στρες και Αλκοόλ 41
Απλό μοντέλο αιτιότητας....42
Μοντέλο μεσολάβησης 43
Μοντέλο τροποποίησης....43
Μοντέλο μεσολάβησης-τροποποίησης 44

Διάφορες πληθυσμιακές ομάδες....45
Φύλο....45
Ηλικία....46
Οικογενειακό ιστορικό....47
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας....48
Η Περίπτωση του «Φαύλου Κύκλου»....48
Συννοσηρότητα - Αγχώδεις Διαταραχές και Αλκοολισμός....49
Συσχέτιση....49
Επιπλοκές για την φανέρωση μιας αιτιακής σχέσης....51
Καθορίζοντας μια σχέση αιτιότητας....52
Συμπεράσματα....57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΙΤΙΩΔΗΣ ΣΧΕΣΗ Η ΑΥΘΑΙΡΕΤΗ ΣΥΝΔΕΣΗ....60
3.1. Ορισμός της παραβατικότητας....60
3.2. Αιτίες και παράγοντες κινδύνου της παραβατικότητας....60
3.3. Έλεγχος της παραβατικότητας και της κατάχρησης αλκοόλ για ανηλίκους....61
3.4. Κύκλος εθισμού της παραβατικότητας....62
3.5. Θεωρίες της βίας....63
3.5.1. Κοινωνιολογική θεώρηση της Βίας....64
3.5.2. Ψυχαναλυτική θεωρία της βίας....65
3.6. Ενδοοικογενειακή βία....68

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ....73

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ....80

Περίληψη

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1952): ¨ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με κατ' επανάληψη, σταθερή και διαρκή χρήση οινοπνεύματος και αλκοολούχων ποτών σε ποσότητες οι οποίες είναι εκτός του κοινωνικού ή και ιατρικού πλαισίου. Η χρήση αυτή επηρεάζει δυσμενώς την υγεία του χρήστη καθώς και την κοινωνική, επαγγελματική και γενικότερη λειτουργία του. Ο αλκοολισμός είναι νόσος και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπιστεί¨. Η αναληθεία του όρου κατεύθυνε την ειδική επιτροπή του ΠΟΥ στην απόρριψή του, επιλέγοντας τον στενότερο ορισμό του συνδρόμου εξάρτησης ως ενός ορισμού μιας πλειάδας ζητημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Νόβα-Καλτσούνη, 1995).

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το ζήτημα του της σχέσης του αλκοόλ με το άγχος και την παραβατικότητα. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν υπάρχει κάποια αιτιώδης σχέση ή πρόκειται για κάποια αυθαίρετη σύνδεση; Σε αυτό το πλαίσιο, στο πρώτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στο αλκοόλ και στις έννοιες και στις χρήσεις που το περιβάλλουν. Το δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζει το άγχος δίνοντας τον ορισμό του, την παθολογία του και προβαίνοντας σε βιβλιογραφική επισκόπηση για την σύνδεση του με το αλκοόλ. Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο εξετάζει το αλκοόλ σε σχέση με την παραβατικότητα και το άγχος. Δίνεται ο ορισμός της παραβατικότητας και πραγματοποιείται μια ανασκόπηση της θεωρίας της βίας με έμφαση στην ενδοοικογενειακή βία. Η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται με συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από την ανάλυση των ως άνω ζητημάτων (Holle et al, 1995).

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, Αλκοόλ, Παραβατικότητα, συσχέτιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αλκοόλ θεωρείται, διαμέσου των αιώνων, ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοτρόπα ουσία, που μεταβάλλει τη κατάσταση της διάθεσης και της συνείδησης. Η ψυχαγωγική χρήση μετατρέπεται κάποιες φορές σε κατάχρηση και στη συνέχεια σε εξάρτηση. Η εξάρτηση από το αλκοόλ προκαλεί ποίκιλλα οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Τι είναι αυτό όμως που οδηγεί στη χρήση και κάποιες φορές στην κατάχρηση αλκοόλ (Τσαλίκογλου, 1989);

Το άγχος είναι ένα ψυχοσωματικό φαινόμενο, απαραίτητο για την επιβίωση, καθώς θέτει τον οργανισμό σε ετοιμότητα και εγρήγορση απέναντι σε έναν κίνδυνο -πραγματικό ή φανταστικό- ή μια πρόκληση. Ωστόσο, υπερβολικό ή παρατεταμένο άγχος προκαλεί δυσφορία και έχει αρνητικές συνέπειες στο σώμα, το νου και τη διάθεση. Παρά το γεγονός πως το άγχος είναι φαινόμενο εξελικτικής προέλευσης, είναι γεγονός πως κυριαρχεί στη σύγχρονη εποχή (Black et al, 2011).

Έχει υποτεθεί πως η χρήση ή και κατάχρηση αλκοόλ γίνεται λόγω των αγχολυτικών του ιδιοτήτων. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία θα αναλύσουμε και θα ερευνήσουμε μέσα από επιστημονική βιβλιογραφία, κατά πόσο και σε ποια σημεία αυτά τα δυο φαινόμενα συνδέονται. Η υπό διερεύνηση συσχέτιση αφορά τα ερωτήματα, αν το αλκοόλ έχει αγχολυτικές ιδιότητες και αν όντως οι χρήστες της αλκοόλης πίνουν με σκοπό να μειώσουν το άγχος, και κατ' επέκταση αν το άγχος έχει κάποια αιτιακή σχέση με το αλκοόλ. Επίσης, ελέγχεται το ενδεχόμενο η ίδια η χρήση αλκοόλ πέραν ενός ορίου να δημιουργεί άγχος (Κόγια, 1994).

Θα περιγράψουμε αρχικά τα φαινόμενα του αλκοόλ και του άγχους ξεχωριστά, πως ορίζονται από διάφορες προσεγγίσεις και θεωρίες, ποιες είναι αιτίες και οι οδυνηρές συνέπειες των ψυχοπαθολογικών τους εκδοχών, του αλκοολισμού δηλαδή και των αγχωδών διαταραχών. Στη συνέχεια, θα αναλύσουμε τις διάφορες εκφάνσεις της συσχέτισης μεταξύ της μη παθολογικής χρήσης αλκοόλ και του μη παθολογικού άγχους, ακολουθώντας βιολογική και συμπεριφοριστική προσέγγιση από πειράματα σε ζώα και σε ανθρώπινα υποκείμενα. Θα αναλύσουμε επίσης, το κοινωνικό, γνωστικό και εργασιακό άγχος σε σχέση με το αλκοόλ, αλλά και κατά πόσο επηρεάζεται από το πολιτισμικό πλαίσιο. Τέλος, θα

αναλύσουμε εκτενώς τη σύνδεση μεταξύ του αλκοολισμού και των αγχωδών διαταραχών (Ανταμένκο-Τριλίβα, 1992).

Πρέπει να σημειώσουμε πως υπάρχουν κάποιες λεπτές διαφοροποιήσεις σε αυτό που γενικά αποκαλούμε άγχος, και αυτή η προβληματική εμφανίζεται μεταφράζοντας ξενόγλωσσα κείμενα (stress, tension, anxiety). Αναφερόμενοι σε άγχος ή στρες θα συμπεριλαμβάνουμε όλο το εννοιολογικό φάσμα. Από την αυξημένη ένταση, νευροφυσιολογική, συναισθηματική ή γνωστική, το βραχυπρόθεσμο οξύ στρες ως αντίδραση απέναντι σε έναν κίνδυνο ή μια πρόκληση, το κοινωνικό άγχος (π.χ. στους αγοραφοβικούς) έως και το μακροχρόνιο επίμονο άγχος ή την εσωτερική ανησυχία όπως αυτή εκδηλώνεται υποκειμενικά. Θα συμπεριλάβουμε όλες τις παραπάνω εκδηλώσεις, διότι όλες ανεξαιρέτως συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με την χρήση ή την κατάχρηση αλκοόλ με αμφίδρομο τρόπο (Bowen, 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΛΚΟΟΛ

1.1. Χρήση Αλκοόλ

Κατά τη μακρόχρονη πορεία του πολιτισμού του, ο άνθρωπος έχει κάνει χρήση, αλλά και κατάχρηση, πολλών ψυχοτρόπων ουσιών με τοξικές ιδιότητες. Οι απαρχές της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών χάνονται στην πρώιμη αρχαιότητα. Οι προθέσεις της χρήσης που έχουν ως στόχο μια αλλαγή της κατάστασης της συνείδησης (altered state of consciousness) ποικίλλουν και σχετίζονται από την κοινωνικότητα, την περιέργεια, το ρίσκο, την έμπνευση ή την δημιουργικότητα, τη χαλάρωση, τις αφροδισιακές τους ιδιότητες, την απόδραση από δυσκολίες και την αντιμετώπιση προβλημάτων, ως και την ενδοσκόπηση και την τελετουργική χρήση με θρησκευτική χροιά (Καλλινάκη, 1998).

Το αλκοόλ είναι μια από τις πρώτες ουσίες που «συνόδευσαν» την εξέλιξη του πολιτισμού. Η ανακάλυψη της απόσταξης αποδίδεται στον Πέρση γιατρό Rhazes, ενώ υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μαρτυρείται και στην αρχαία Ρώμη, γύρω στον 1^{ο} αιώνα π.Χ. Παράλληλα, φαίνεται ότι υπάρχουν ιστορικές αναφορές στις επιπτώσεις που απορρέουν από την κατάχρηση αλκοόλ στην αρχαία Αίγυπτο και τη Μεσοποταμία (Ποταμιανός, 2005).

Διαμέσου των αιώνων, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Εκτός αυτών, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τροφή, ως καύσιμη ύλη και πάνω απ' όλα ως ουσία με κατασταλτικές ιδιότητες που διευκολύνουν τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες (Ποταμιανός, 2005). Όπως υποστηρίζει ο Taylor και συν. (1981), «με μοναδική εξαίρεση τις μουσουλμανικές κοινωνίες, το αλκοόλ είναι ένα γενικά αποδεκτό και νόμιμο *κοινωνικό ψυχοτρόπο* για χρήση από τους ενήλικους […] Είναι αυτό-χορηγούμενη ουσία που καταναλώνεται κυρίως από υγιή άτομα για τις ιδιότητες του να αλλοιώνει την ψυχική διάθεση» (Συμεωνίδου, 1994).

Προσεγγίζοντας το χημικά, το αλκοόλ που περιέχεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη, τα χημικά συστατικά της οποίας είναι ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο (C_2H_5OH). Η αιθυλική αλκοόλη είναι το μοναδικό είδος αλκοόλης που κρίνεται ασφαλές για κατανάλωση από τον άνθρωπο (Ποταμιανός, 2005). Η αιθυλική

αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό, το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Ποταμιανός, 2005).

Κατά την πόση, το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα επειδή είναι σε υγρή μορφή και δε χρειάζεται να διαλυθεί στο στομάχι. Επίσης, καθώς η αλκοόλη είναι μικρό λιποδιαλυτό μόριο, διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος. Ο ρυθμός απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης είναι μεταβλητός και εξαρτάται από παράγοντες, όπως πόσο άδειο στομάχι έχει ο πότης, τον όγκο του, το ποσοστό αλκοόλης που περιέχεται στο ποτό, κτλ. Πάντως, όλη η καταναλωθείσα αλκοόλη απορροφάται από τον οργανισμό. Η κατανομή της εισερχόμενης αλκοόλης είναι ίση σ' όλα τα υγρά του σώματος και σ' όλους τους ιστούς, συμπεριλαμβανόμενου του εγκεφάλου (Ποταμιανός, 2005).

Από την ποσότητα που καταναλώθηκε και απορροφήθηκε, το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, το 10% αποβάλλεται με την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος. Σε γενικές γραμμές, αυτό που φαίνεται ουσιώδες στη διαδικασία μεταβολισμού του αλκοόλ, είναι η οξείδωση της αιθανόλης σε μια ουσία που είναι γνωστή ως ακεταλδεϋδη. Η μετατροπή της αλκοόλης σε ακεταλδεϋδη γίνεται με τη βοήθεια ενός ενζύμου που φέρει το όνομα αλκοολική δεϋδρογενάση (Ποταμιανός, 2005). Ο ρόλος της ακεταλδεϋδης φαίνεται πως είναι καθοριστικός για το βαθμό της ιστολογικής βλάβης που προκαλείται από αυτή την ουσία. Θα πρέπει τέλος, να τονιστεί ότι, σύμφωνα με τον Thomas και συν. (1982), υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη πως η ακεταλδεϋδη μπορεί να θεωρηθεί ως η βιοχημική βάση της εξάρτησης (Γαλλανός, 1981).

1.2. Παθολογική Χρήση – Αλκοολισμός

Η μετάβαση από την περιστασιακή «κοινωνική» ή «ψυχαγωγική» χρήση στην πολύ συχνή και «προβληματική» χρήση δεν είναι καθόλου σπάνια. Σε τέτοια περίπτωση, είμαστε αντιμέτωποι με αυτό που ονομάζουμε γενικά, εξάρτηση από το αλκοόλ ή αλκοολισμό. Πρώτος, ο Σουηδός γιατρός M.Huss το 1840, χρησιμοποίησε τον όρο *αλκοολισμό,* για να περιγράψει άτομα που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό. Χαρακτηρίστηκε επίσης ως ασθένεια, από τον M.Gabriel το 1866, όπου και αναφέρεται ως «η ασθένεια, όπου τα άτομα αδυνατούν να ελέγξουν την χρήση του αλκοόλ» (Blocker, Fahey, & Tyrrell, 2003). Αλκοολισμός ονομάζεται, λοιπόν, η προβληματική σχέση που αναπτύσσει ένα άτομο με το

αλκοόλ. Αν κι ο όρος αποτελεί κοινό τόπο προσδιορισμού παθολογικής συμπεριφοράς, δεν έχει ορισθεί επακριβώς, διότι όπως αναφέρει η Keller (1960), κανένας μονοδιάστατος ορισμός του αλκοολισμού δεν είναι κατάλληλος για όλους τους ερευνητικούς σκοπούς (Παπαϊωάνου, 2001).

Η δεκαετία του 1960 αποτέλεσε σταθμό αναφορικά με τον προβληματισμό για την σαφήνεια και τη λειτουργικότητα των όρων «αλκοολισμός» και «αλκοολικός». Ο διάσημος Αμερικάνος γιατρός Jellinek (1960), υποστήριξε ότι, ο όρος αλκοολισμός δηλώνει «διαφορετικές καταστάσεις» σε «διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα». Ο Plaut (1967) χαρακτηρίζει την προβληματική χρήση αλκοόλ, ως την κατ' επανάληψη χρήση αλκοολούχων ποτών, τα οποία προκαλούν σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές βλάβες στον χρήστη αλλά και στο περιβάλλον του. Ο Knupfer και Room(1967), υποστηρίζουν πως «οποιοδήποτε πρόβλημα συνδέεται στενά με τη χρήση αλκοόλ, συνιστά προβληματική χρήση». Η Keller (1964), αναφέρει ότι «αλκοολισμός είναι κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχές υγείας και συγκεκριμένους τρόπους συμπεριφοράς, που ο αλκοολικός δεν είναι σε θέση να ελέγξει, προκαλώντας βλάβες τόσο στην υγεία του όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους» (Alderman & John, 1982).

Ο Gallant (1987) περιέγραψε αργότερα ως προβληματική χρήση «την αξιοσημείωτη παρεμβολή» σε έναν από τους πέντε άξονες: α) εργασία/σπουδές, β) οικογένεια, γ) διαπροσωπικές σχέσεις, δ) νομικά προβλήματα, ε) ιατρικά προβλήματα. Ο Levin και συν. (1995) παρομοίως, αναφέρει ως αλκοολικά τα άτομα τα οποία έχουν τέτοια σχέση με το αλκοόλ ώστε «γίνεται αξιοπρόσεκτη η παρεμβολή στη σωματική και ψυχική υγεία, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην κοινωνικοοικονομική λειτουργικότητα τους ή γίνονται εμφανή τα σημάδια ανάπτυξης αυτών». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2005), αλκοολισμός είναι «η χρόνια διαταραχή συμπεριφοράς, η οποία χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ ενός ατόμου σε βαθμό που παρεμβαίνει στην σωματική ή ψυχολογική του υγεία, την κοινωνική ή οικονομική του λειτουργικότητα» (Walker, 1997).

Ενώ, οι παραπάνω ορισμοί προσδιορίζουν τον αλκοολισμό με άξονα τα προβλήματα και τις αρνητικές συνέπειες που έχει στη ζωή του χρήστη, στον ίδιο και στο περιβάλλον του, δεν πραγματεύονται τόσο το θέμα της εξάρτησης. Ο Edwards και συν. (1977) διαφοροποίησε αυτό που ονόμασε «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» (alcohol dependency syndrome) από τα «προβλήματα ή τις ανικανότητες» που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (alcohol related disabilities). Πολύ συχνά το σύνδρομο εξάρτησης και τα προβλήματα της

χρήσης συνυπάρχουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως ένα από τα δύο εμφανίζεται ανεξάρτητα από το άλλο. Για παράδειγμα, υπάρχουν πότες που, ενώ είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ δεν έχουν προβλήματα με την υγεία ή με την κοινωνική τους ζωή. Αντιστρόφως, υπάρχουν πότες που, η χρήση τους δημιουργεί προβλήματα υγείας ή λειτουργικότητας, αλλά δεν είναι εξαρτημένοι (Μάνος, 1997).

Το Εθνικό Κέντρο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και τον Αλκοολισμό των Η.Π.Α. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), διαχωρίζει επίσης, την κατάχρηση ή προβληματική χρήση αλκοόλ από τον αλκοολισμό. Η πρώτη κατηγορία νοείται ως «η επίμονη υψηλού κινδύνου χρήση αλκοόλ» ή «ο κίνδυνος για την εμφάνιση ιατρικών, ψυχολογικών και νομικών προβλημάτων λόγω της χρήσης», ως αλκοολικός από την άλλη, ορίζεται το άτομο που διατρέχει τους άνωθεν κινδύνους, επιπρόσθετα όμως «βιώνει σωματική και ψυχολογική εξάρτηση, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα ελέγχου της, σχετιζόμενης με τη χρήση, συμπεριφοράς» (Wilcox et al., 2004). Το κύριο χαρακτηριστικό της εξάρτησης αυτής είναι η αναγκαία λήψη της ουσίας για την πρόκληση του επιθυμητού αποτελέσματος (π.χ. αποφυγή άγχους ή κατάθλιψης κτλ) και για την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης (Walker, 1989).

Όσον αφορά τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια, ενώ στο DSM–IV περιγράφονται δυο διακριτές διαταραχές, την κατάχρηση του αλκοόλ και την εξάρτηση από το αλκοόλ, στο DSM–5 ενσωματώνονται και οι δυο σε μια διαταραχή που ονομάζεται διαταραχή χρήσης αλκοόλ (AUD- Alcohol Use Disorder), με ελαφρώς τροποποιημένα κριτήρια (NIH, 2015). Εξαλείφεται η περίπτωση νομικών προβλημάτων ως κριτήριο και προστίθεται ο πόθος για χρήση. Σύμφωνα με το DSM–5 κάθε άτομο που πληροί δύο ή περισσότερα κριτήρια από τα 11 που παραθέτει σε χρονικό διάστημα 12 μηνών, χαρακτηρίζεται με τη γενικά διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Τα κριτήρια αυτά, αφορούν την μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα, τη δυσκολία περιορισμού της χρήσης, τον έντονο πόθο για χρήση, τη χρήση ως εμπόδιο για τη μη τέλεση καθηκόντων, τα προβλήματα υγείας ως επακόλουθο της χρήσης, τις καταστάσεις επικινδυνότητας ως επακόλουθο της χρήσης, τα σύνδρομα στέρησης ως επακόλουθο της παύσης της χρήσης και την ανεκτικότητα που έχει αναπτυχθεί με την χρήση (Τσιγκρής, 1998).

Καθώς υπάρχει αυτή η ρευστότητα στον προσδιορισμό σαφούς ορισμού, εμείς στη συνέχεια της εργασίας, θα εννοούμε την κατάχρηση του αλκοόλ και τον αλκοολισμό ως ενοποιημένο όρο, εστιάζοντας όμως στα χαρακτηριστικά της προβληματικής χρήσης που περιλαμβάνουν οι πρώτοι ορισμοί που παραθέσαμε παραπάνω κι όχι απαραίτητα στην

εξάρτηση. Οι όροι κατάχρηση αλκοόλ, αλκοολισμός και διαταραχή χρήσης αλκοόλ και η ενδεχόμενη συσχέτιση τους με το άγχος, μπορεί να περιλαμβάνουν, αλλά δίχως να έχουν ως απαιτούμενο τους, την συνθήκη της εξάρτησης (Thio, 2003).

1.3. Μοντέλα Ερμηνείας του Αλκοολισμού

Η αιτιολογία του αλκοολισμού δε θα μπορούσε να περιγραφεί μονοδιάστατα από μία μόνο προσέγγιση, αλλά ως ένας συνδυασμός διαφορετικών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικό-πολιτισμικών (Alan & Cooke, 1985).

1.3.1. Βιολογική προσέγγιση

Ένας απ' τους καθοριστικούς παράγοντες αλκοολισμού είναι η γενετική προδιάθεση. Βασικό επιχείρημα, που συναντάται στη βιβλιογραφία, όταν γίνεται αναφορά στη συσχέτιση της κληρονομικότητας με τον αλκοολισμό, είναι αυτό που βασίζεται στην παρατήρηση της ύπαρξης μεγαλύτερων ποσοστών αλκοολικών με συγγενείς που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα, σε σύγκριση με τα ποσοστά του γενικότερου πληθυσμού (Grant, Soley & Gwinner, 1979). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη του Goodwin και συν. (1973) σε δείγμα υιοθετημένων παιδιών από την Δανία. Συγκεκριμένα, μελέτησε 55 υιοθετημένων παιδιών με βιολογικό γονέα που έχει νοσηλευτεί για αλκοολισμό αλλά δεν μεγάλωσαν με αυτόν και 78 υιούς ατόμων χωρίς πρόβλημα αλκοολισμού. Από τα ευρήματα προέκυψε ότι η πρώτη ομάδα κατείχε κατά τρεις φορές μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης συμπτωμάτων, νοσοκομειακής περίθαλψης και θεραπείας για προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση αλκοόλ (Levine, 2008).

Το οικογενειακό ιστορικό ως αιτία κατάχρησης ή εξάρτησης από το αλκοόλ έχει μελετηθεί εκτενώς, ειδικά τις πρώτες δεκαετίες των ερευνών, οι οποίοι αναζητούν την σύνδεση με τη μεταγενέστερη χρήση από τους απογόνους. Μία άποψη για την κληρονομικότητα, κάνει λόγο για μεταβολή των ενδοκρινικών αντιδράσεων σε απόγονους αλκοολικών η οποία φαίνεται να συνδέεται με την κατάχρηση και στους ίδιους. Οι απόγονοι αυτοί, σε σύγκριση με τους απογόνους μη αλκοολικών, φαίνεται να παρουσιάζουν χαμηλότερη αντίδραση κορτιζόλης στο αλκοόλ, διαταραχή στην αντίδραση αδρενοκορτικοτροπίνης, αύξηση των επιπέδων της β- ενδορφίνης οφειλόμενη στη χρήση

αλκοόλης και τέλος μια αυξημένη αντίδραση αδρενοκορτικοτροπίνης με τη χορήγηση ναλοξίνης (Acker, 1982).

Προσεγγίζοντας τα αίτια βιοχημικά, σύμφωνα με την πεποίθηση των Ανώνυμων Αλκοολικών, «το αλκοολικό άτομο είναι ένα πράγματι άρρωστο άτομο, του οποίου η χημεία διαφέρει από τα άλλα άτομα, με αποτέλεσμα το αλκοόλ να επιδρά στην ιδιοσυγκρασία του» (Ανώνυμοι Αλκοολικοί, 2007). Υπάρχει η άποψη ότι προβλήματα στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, όπως είναι η υπογλυκαιμία και η έλλειψη ινσουλίνης, μπορεί να συνδέεται με την απώλεια ελέγχου χρήσης αλκοόλ (Μουσούρου, 2003).

1.3.2. Συμπεριφοριστική προσέγγιση

Σύμφωνα με τη θεωρία δυο σταδίων του Bandura (1969), η θετική αξία της αλκοόλης, προέρχεται από την κατασταλτική ιδιότητα της ουσίας. Αυτό συνεπάγεται ότι ο αλκοολικός που αναζητά ανακούφιση από το ενδοψυχικό στρες και τις ανησυχίες του κι ένα επακόλουθο αίσθημα ευφορίας το βρίσκει στη φαρμακολογία της ουσίας και δευτερογενώς, στις συνήθειες που είναι συνυφασμένες με την κατανάλωση της ουσίας (Παπαγεωργίου, 2004). Στην αλκοολική συμπεριφορά συνεπώς, οδηγεί η επαναλαμβανόμενη καταστολή του άγχους και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων, μέσω της ουσίας (Grant & Gwinner, 1979).

Συμπεριφοριστικά, ένα άτομο, νιώθοντας για παράδειγμα άγχος, πίνοντας αισθάνεται καλύτερα, άρα την επόμενη φορά που θα αισθανθεί ομοίως, θα επιδοθεί και πάλι στο αλκοόλ, διότι η ανακούφιση από το άγχος και η χαλάρωση που ένιωσε αποτελούν ενισχυτικό παράγοντα επανάληψης της συμπεριφοράς (Ajani et al, 2000).

1.3.3. Ψυχοδυναμική ερμηνεία

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση για την εξάρτηση απ’ το αλκοόλ, αυτή ορίζεται ως αφενός πηγή ευχαρίστησης, όμως το σημαντικότερο είναι, ότι αποτελεί αναλγητικό για τον ψυχικό πόνο και το εσωτερικό άγχος που βιώνει το άτομο (Grant & Gwinner, 1979). Κατά την ψυχοδυναμική προσέγγιση, το αλκοολικό άτομο θεωρείται ότι έχει καθηλωθεί ή παλινδρομεί στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης. Κατά το στοματικό στάδιο, ο μαστός είναι πηγή ικανοποίησης για το βρέφος, με το οποίο λαμβάνει με αυτό τον τρόπο

αγάπη και αποδοχή (Παπαγεωργίου, 2004). Έτσι, σε περίπτωση που δεν πήρε αγάπη, αποδοχή και φροντίδα, ενδέχεται να την αναζητήσει ύστερα στο αλκοόλ. Η στοματική του εξάρτηση καλύπτεται από το αλκοόλ και μέχρι να ικανοποιηθεί αυτή η εξάρτηση έχουν ήδη αποκτήσει σωματική εξάρτηση από την ουσία (Cohen et al., 1983).

1.3.4. Προσέγγιση πολιτισμικού πλαισίου

Όπως έχουν δείξει οι Grant και συν. (1979), για το πόσο πίνει κάποιος και ποια είναι τα όρια μεταξύ χρήσης και κατάχρησης εξαρτάται και από τις αξίες και τα ήθη του εκάστοτε πολιτισμικού πλαισίου. Αν η συχνή και μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ οδηγηθεί σε παθολογική εξάρτηση παίζει καθοριστικό ρόλο το πολιτισμικό πλαίσιο, καθότι σε κάποιες χώρες και κουλτούρες το αλκοόλ είναι μέρος της καθημερινής ζωής και αν και γίνεται συχνή έως και καθημερινή χρήση, έχει κοινωνικό χαρακτήρα και θεωρείται αποδεκτό. Αντίθετα, σε χώρες ή κοινωνίες που δεν υπάγεται το αλκοόλ στην κουλτούρα τους, η χρήση ποσότητας αλκοόλ που στις παραπάνω χώρες θα θεωρούταν αμελητέα, εκεί θεωρείται κατακριτέα και έτσι το άτομο απομονώνεται και περιθωριοποιείται, αυξάνοντας τον κίνδυνο να εξαρτηθεί και συνεπακόλουθα αυξάνεται και η πιθανότητα και για την εμφάνιση διάφορων ψυχικών διαταραχών (Button, 1993).

Είναι ευρέως γνωστό, ότι ακόλουθοι θρησκειών, όπως Μουσουλμάνοι, Εβραίοι και Μορμόνοι, δεν επιτρέπεται να καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά. Φυσικό επακόλουθο λοιπόν είναι τα ποσοστά αλκοολισμού να είναι εξαιρετικά χαμηλά. Αντίθετα, σε χώρες όπως η Σκοτία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, η Γαλλία και οι Η.Π.Α., τα ποσοστά αλκοολισμού είναι ιδιαιτέρα υψηλά. Στις χώρες αυτές αφενός υπάρχει παραγωγή αλκοόλ (ουίσκι, μπύρα, κρασί), αφετέρου η θρησκεία σε αυτή την περίπτωση δεν απαγορεύει την κατανάλωση. Σε αυτές τις χώρες υπάρχει μεγάλη ανοχή και αποδοχή τον συμπεριφορών χρήσης αλκοόλ. Στις περιπτώσεις βέβαια της Ιταλίας, της Ισπανίας και της Πορτογαλίας (επίσης οινοπαραγωγικών χωρών), η χρήση αλκοόλ είναι ενσωματωμένη στην κουλτούρα αλλά όχι και η επακόλουθη συμπεριφορά μετά από μεγάλες ποσότητες κατανάλωσης (Grand et al., 1979).

Βάσει αυτού του σκεπτικού, διακρίνονται οι "υγρές" και "ξερές"κουλτούρες χρήσης αλκοόλ (*dry & wet drinking cultures*) στην Ευρώπη (Ramstedt, 2001). Σε μια "υγρή" κουλτούρα του αλκοόλ υπάρχει αποδοχή για καθημερινή χρήση αλκοόλ και αποτελεί ένα

στοιχείο της κοινωνικής ζωής. Σε αυτές τις χώρες συγκαταλέγονται η Γαλλία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Ελβετία, η Αυστρία κι η Ελβετία, πιθανόν επειδή αποτελούν χώρες παραγωγής κρασιού ή μπύρας, ποτών που ενυπάρχουν συχνά σε μια κοινωνική αλληλεπίδραση. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, ακόμα και στα παιδιά σερβίρεται κρασί με λίγο νερό στα οικογενειακά τραπέζια (Vaillant, 1988). Στις "ξερές" κουλτούρες τις οποίες συναντάμε στη Δανία, Φιλανδία, Σουηδία και Νορβηγία, η ελεύθερη διαθεσιμότητα του αλκοόλ περιστέλλεται και το αλκοόλ φορολογείται παραπάνω. Οι "υγρές" κουλτούρες καταναλώνουν 5 φορές περισσότερο κρασί απ' ότι οι "ξερές" κουλτούρες, ενώ στις "ξερές" καταναλώνεται αποσταγμένο αλκοόλ υψηλότερης περιεκτικότητας και χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατάχρηση, ειδικότερα από άντρες τα σαββατοκύριακα (Ramstedt, 2001). Υπάρχει σημαντικά υψηλότερη συσχέτιση παθολογικής χρήσης αλκοόλ στις "ξερές" κουλτούρες, παρόλο που στις "υγρές" κουλτούρες η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ είναι πολύ μεγαλύτερη (17 λίτρα το χρόνο στην Νότια Ευρώπη - 6 λίτρα το χρόνο στις Σκανδιναβικές χώρες), αλλά και υψηλότερη συσχέτιση αλκοολισμού και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Ramstedt, 2001).

1.4. Τύποι Αλκοολικών

Ο Jellinek σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μελέτησε τον αλκοολισμό σε διάφορους πληθυσμούς ανάμεσα σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Ορίζοντας τον αλκοολισμό ως «κάθε χρήση αλκοολούχου ποτού που προκαλεί βλάβη στο άτομο ή στην κοινωνία ή και στα δυο», κατέληξε στα εξής πέντε βασικά είδη αλκοολικών τύπων (Jellinek, 1960):

Τύπος Α: Ο αλκοολικός αυτής της κατηγορίας παρουσιάζει ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, χωρίς περαιτέρω βιολογικές επιπλοκές.

Τύπος Β: Τακτική χρήση αλκοόλ σε υπερβολικό βαθμό που χαρακτηρίζεται από σωματικές διαταραχές (προβλήματα υγείας).

Τύπος Γ: Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ που οδηγεί σε αυθόρμητη χρήση της ουσίας και χαρακτηρίζεται από αδυναμία ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται.

Τύπος Δ: Αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ που οδηγεί σε αδυναμία αποχής από αυτό.

Τύπος Ε: Άτακτη (περιοδική χρήση) αλκοόλ.

Παρ' όλη την αμφισβήτηση που δέχτηκε από μεταγενέστερους αυτή η τυπολογία, η προσφορά του Jellinek ήταν σημαντική. Πρώτον, γιατί η τυπολογία του άνοιξε τους ορίζοντες για μια πιο ανανεωμένη προσέγγιση του φαινομένου με πολυδιάστατη έκφανση, σε αντίθεση με την δογματική και μονοδιάστατη άποψη που επικρατούσε έως τότε περί μιας συγκεκριμένης, προκαθορισμένης αλκοολικής προσωπικότητας. Δεύτερον, διότι ιατρικοποίησε τον αλκοολισμό ώστε να καταστεί δυνατή η νοσηλεία και η θεραπεία του (Ποταμιανός, 2005).

1.5. Επιπτώσεις του Αλκοολισμού

Η κατάχρηση ή η εξάρτηση από το αλκοόλ προκαλεί ένα πολύ μεγάλο εύρος αρνητικών επιπτώσεων. Οι αρνητικές επιπτώσεις αφορούν οργανικές, νευρολογικές, εγκεφαλικές βλάβες, ψυχοπαθολογικές διαταραχές, ψυχολογική και κοινωνική έκπτωση, οικογενειακά και διαπροσωπικά προβλήματα, κ.α. (Horton, 1943).

Η πιο συνηθισμένη αρνητική επίδραση της κατάχρησης ή εξάρτησης απ’ το αλκοόλ στο σώμα είναι η κίρρωση του ήπατος ή χρόνια αλκοολική ηπατοπάθεια. Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει διόγκωση του μεγέθους του ήπατος και της σπλήνας, ίκτερο, ανορεξία. Με την πρόοδο της νόσου εμφανίζονται επίσης οιδήματα, κιρσοί του οισοφάγου, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, συσσώρευση υγρού στο υπογάστριο κοίλωμα (Παπαγεωργίου, 2004). Άλλες συνήθεις ασθένειες αποτελούν η αλκοολική γαστρίτιδα και το πεπτικό έλκος (Skynner, 1998).

Σχετικά τις παθήσεις τις καρδιάς, έχει παρατηρηθεί θετική συσχέτιση μεταξύ της μυοκαρδιοπάθειας και της κατανάλωσης αλκοόλ (Alderman & Coltart, 1982). Έχει βρεθεί πως οι προβληματικοί πότες είναι κατά 2,3 φορές περισσότερο υπερτασικοί, καθώς επίσης έχουν υψηλά ποσοστά συστολικής πίεσης (Dawber, Kannel, & Gordon, 1974). Όσον αφορά νευρολογικές διαταραχές, η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια έχουν στενή σχέση με τον αλκοολισμό (Ποταμιανός, 2005).

Ο αλκοολισμός εκτιμάται πως συνδέεται και με την εμφάνιση καρκίνου του στόματος, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Σύμφωνα με έρευνα του Lieber και συν. (1979), τα αλκοολικά άτομα είχαν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Ames & James, 1992).

Μια άλλη πάθηση που σχετίζεται με τον αλκοολισμό είναι το εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο (Hill et al, 1993).

Σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις, το αλκοόλ προκαλεί έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και συγκεκριμένα των διανοητικών λειτουργιών που σχετίζονται με προβλήματα μνήμης και την αδυναμία μάθησης νέου υλικού και ανάκληση λεκτικού και μη λεκτικού υλικού. Σύμφωνα με τον Acker (1982), η ηλικία και τα χρόνια κατάχρησης του αλκοολικού είναι καθοριστικοί παράγοντες τόσο ως προς το βαθμό μνημονικής ανεπάρκειας, όσο και ως προς τη δυνατότητα υπέρβασης μνημονικών προβλημάτων (Levie et al, 1995).

Η κατάχρηση ή εξάρτηση απ' το αλκοόλ προκαλεί διάφορες διαταραχές της διάθεσης. Εμφανίζονται με τη μορφή καταθλιπτικών ή μανιακών συμπτωμάτων. Το αλκοόλ, επιπλέον προκαλεί ευερεθιστότητα, οξυθυμία κι ορισμένες φορές παράλογο φόβο. Είναι συχνό να εμφανίζονται επίσης, διάφορες αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές ύπνου. Στο στάδιο του αλκοολισμού, το άτομο υποφέρει από έντονο άγχος και παρουσιάζει ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Κρίσεις πανικού εμφανίζονται κυρίως κατά το στερητικό σύνδρομο μετά την απότομη διακοπή της χρήσης (Ποταμιανός 2005). Το αλκοόλ παρουσιάζει και θετική συσχέτιση με τις αγχώδεις διαταραχές, κάτι το οποίο θα αναλύσουμε εκτενέστερα στη συνέχεια (Stavynski et al, 1986).

Σε ό, τι αφορά τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί ή επιδεινώνει η κατανάλωση αλκοόλ, πιο συχνά αναφέρονται τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα. Η δημιουργία προβλημάτων στην οικογένεια και η διατάραξη των συζυγικών και διαπροσωπικών σχέσεων είναι όμως επίσης πολύ συχνό φαινόμενο. Σε έρευνα του Orford και συν. (1976) εξετάστηκαν 100 γυναίκες αλκοολικών με το τεστ προσωπικότητας του Eysenck και βρέθηκε υψηλό ποσοστό νευρωτισμού. Τέλος, το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα στην εργασία, καθώς και η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και κοινωνικό στιγματισμό (Aneshensel & Huba, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΓΧΟΣ

Το Μη Ψυχοπαθολογικό Άγχος

Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα «άγχω», το οποίο σημαίνει πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω και από το ρήμα «άγχομαι» το οποίο σημαίνει πνίγομαι, αυτοκτονώ με αγχόνη όπως επίσης από το ουσιαστικό «αγχόνη» το οποίο σημαίνει βρόγχος, σκοινί για απαγχονισμό, κρέμασμα, πνίξιμο. Από την ετυμολογία της λέξεως συμπεραίνεται ότι, το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση όπου το άτομο αισθάνεται σαν να πνίγεται (Takeshita et al, 1998).

Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως προειδοποιητική απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους, που τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνά του. Παρότι, ο μεταγενέστερος άνθρωπος δεν απειλείται πλέον από τα ζώα, εντούτοις, βιώνει την εμπειρία του άγχους ως απειλή της ήττας, της ματαίωσης και της απόρριψης. Οι μεταβολές στον τρόπο ζωής έχουν συμβάλλει κατά πολύ στην κυριαρχία του άγχους στη σύγχρονη εποχή. Οι ρυθμοί έχουν γίνει πολύ γρηγορότεροι και εντατικοί, η κοινωνία και η οικονομία ανταγωνιστικότερη, καθώς επίσης η κοινωνική συνοχή έχει αλλοιωθεί ως ένα βαθμό και το απομονωμένο άτομο νιώθει να είναι αντιμέτωπο με ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις και υψηλότερους στόχους. Ο φόβος για την επιβίωση τέλος, αλλά και οι πόλεμοι και οι απειλές καταστροφής παραμένουν θεμελιώδεις αιτίες άγχους (Bales, 1946).

Το άγχος συμβαίνει ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους, πραγματικούς ή φανταστικούς που προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές και προετοιμάζει το άτομο να κινητοποιήσει τις άμυνες του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια επερχόμενη απειλή ή να την διαφύγει («flight or fight»). Προηγείται μια προπαρασκευαστική σωματική και ψυχολογική αντίδραση, η οποία δεν είναι παθολογική αλλά αντιθέτως εξασφαλίζει εγρήγορση και προετοιμάζει το άτομο για καλύτερη απόδοση. Απώτερος στόχος της φάσης αυτής είναι η διατήρηση ισορροπίας (ομοιόσταση) ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον (Αλεβίζος, 2008).

Ορισμοί και Ερμηνείες του Άγχους

Ένας γενικός ορισμός για το άγχος είναι ότι ένα άτομο έχει άγχος όταν ο φόβος του δεν αφορά σε συγκεκριμένη κατάσταση ή αντικείμενο και δεν μπορεί να προσδιορίσει γιατί ή τι φοβάται. Εκδηλώνεται όταν το άτομο αντιμετωπίζει πιεστικές καταστάσεις. Είναι μια ηπιότερη κατάσταση ανησυχίας και διαρκεί πολύ χρόνο (Colder &Chassin, 1993).

Η ψυχαναλυτική θεωρία παρουσιάζει το άγχος ως μια οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία για το άτομο που είναι εμπρόθετη σε μια απειλή ή κίνδυνο. Σε μια κατάσταση διάχυτου άγχους τα άτομα είναι ανίκανα να συνδέσουν την τεταμένη ψυχολογική τους κατάσταση με ένα εξωτερικό αντικείμενο, ενώ σε κατάσταση φόβου, γνωρίζουν ποια είναι η πηγή έντασης. Επίσης η θεωρία συνεχίζει λέγοντας ότι το άτομο κάποια στιγμή βιώνει μια τραυματική εμπειρία, μια σωματική βλάβη ή μια αδικία. Το άγχος αντιπροσωπεύει μια επανάληψη της παλαιότερης τραυματικής εμπειρίας σε μικρογραφία. Το άγχος στο παρόν συνδέεται με έναν παλιότερο κίνδυνο. Η πρώτη θεωρία του Freud λέει ότι το άγχος είναι αποτέλεσμα ανεκπλήρωτων σεξουαλικών παρορμήσεων (αποκλεισμένη λίμπιντο). Η δεύτερη θεωρία είναι ότι το άγχος αντιπροσωπεύει ένα οδυνηρό συναίσθημα που λειτουργεί σαν σήμα επικείμενου κινδύνου για το Εγώ. Η ψυχαναλυτική θεωρία, ακολουθώντας τη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αποδίδει το άγχος σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του Εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το Εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή έχουμε δύο είδη άγχους: το προειδοποιητικό άγχος, που κινητοποιείται από το Εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται η ψυχική ισορροπία και το αυτόματο (τραυματικό άγχος), που όταν συμβεί, το άτομο το βιώνει σαν πανικό και που μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις (είτε επειδή αδυνάτισαν οι άμυνες του Εγώ είτε επειδή δυνάμωσαν πολύ οι ενορμήσεις) εισβάλουν στην συνείδηση (Pervin & John, 1970).

Ο Rogers λέει ότι το άγχος προέρχεται από τις εμπειρίες που βρίσκονται σε δυσαρμονία ή δεν είναι συναφείς με την αυτοαντίληψη. Αποτελεί μια προσπάθεια του ατόμου για αυτοπραγμάτωση και αυτοσυνέπεια (Pervin & John, 1970).

Ο Kelly αναπτύσσοντας την δική του θεωρία, αναφέρεται στο άγχος ως μια αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς βρίσκονται έξω από το πεδίο

καταλληλότητας του συστήματος των νοητικών κατασκευών του ατόμου (Pervin & John, 1970).

Η θεωρία των δύο διαδικασιών ή η θεωρία των δύο παραγόντων αναφέρει ότι το άγχος ή ο φόβος αποτελούν μια εξαρτημένη επώδυνη συναισθηματική αντίδραση που προσδίδει στον φόβο κινητοποιητικές ιδιότητες. Όταν μειώνει κανείς τον φόβο του μια καινούργια συμπεριφορά εκδηλώνεται, αυτή της αποφυγής και η μείωση του φόβου δια της αποφυγής δρα ως ενίσχυση. Δηλαδή, η αποφυγή είναι ενισχυτικός παράγοντας για να επαναληφθεί η συμπεριφορά αποφυγής όταν το άτομο νιώθει φόβο (Μαρίνος, 1992).

Η θεωρία μίμησης προτύπων υποστηρίζει ότι το άτομο που βλέπει ένα άλλο άτομο να φοβάται μια κατάσταση, αρχίζει και αυτό να φοβάται την ίδια κατάσταση. Η θεωρία αυτή αναφέρεται κυρίως στο άγχος των παιδιών, τα οποία, σύμφωνα με την θεωρία, παρουσιάζουν άγχος για καταστάσεις για τις οποίες αγχώνονται οι μητέρες τους (Μαρίνος, 1992).

Η θεωρία της μάθησης υποστηρίζει ότι για το άγχος ευθύνονται κάποιες ψευδείς αντιδράσεις συναγερμού του οργανισμού που προέρχονται από την σύνδεση των εσωδεκτικών ερεθισμάτων με πραγματικές αντιδράσεις του οργανισμού (Μαρίνος, 1992).

Επίσης, η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη απάντηση σε κάποια περιβαλλοντική κατάσταση που προκάλεσε φόβο, οπότε αργότερα και μόνη η αίσθηση κάποιας σωματικής αντίδρασης μπορεί να δημιουργήσει εξαρτημένα μια προσβολή πανικού ή κάποια αγχώδη κατάσταση (Μαρίνος, 1992).

Σύμφωνα με την θεωρία του συναισθήματος, ο φόβος και το άγχος είναι μια χαλαρά δεμένη γνωσιακή- συναισθηματική κατασκευή που η λειτουργία της επηρεάζεται από τις διαφορετικού βαθμού, σε κάθε άτομο, αρνητικές επανατροφοδοτήσεις της μνήμης των γεγονότων του έσω και έξω κόσμου, όπως αυτός γίνεται αντιληπτός (Μαρίνος, 1992).

Τέλος, σύμφωνα με την νευρολογική θεώρηση, το άγχος είναι μια δραστηριότητα στο σύστημα της συμπεριφοριστικής αναστολής (έμφυτος μηχανισμός). Εκδηλώνεται με τρεις βασικούς τύπους συμπεριφοριστικής αλλαγής (Μαρίνος, 1992):

Α) αναστολή συμπεριφοράς,

Β) αυξημένο επίπεδο εγρήγορσης,

Γ) αυξημένη προσοχή στο περιβάλλον.

Οι Συνέπειες Του Άγχους

Οργανικές συνέπειες: όταν το άγχος είναι υπερβολικό, τότε οι αντιδράσεις του οργανισμού, που τον προετοίμαζαν να απαντήσει στις προκλήσεις, προκαλούν βλάβη στον οργανισμό. Έχουν αντίθετα αποτελέσματα. Πρώτα θα παρουσιαστούν οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού σε περίπτωση φυσιολογικού άγχους (Vogel & Netter, 1989):

• Έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από τα επινεφρίδια στο αίμα.

• Έκκριση των ορμονών του θυρεοειδούς από το θυρεοειδή αδένα στο αίμα.

• Έκκριση χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα.

• Διαταραχές στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος

• Δερματική αντίδραση

• Διόγκωση των διόδων αέρα των πνευμόνων

• Έκκριση ενδορφινών από τον υποθάλαμο στο αίμα.

• Έκκριση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια στο αίμα.

• Όξυνση αισθήσεων και πνευματική επίδοση.

• Μείωση της σεξουαλικής ορμόνης.

• Τα αιμοφόρα αγγεία συστέλλονται και το αίμα γίνεται παχύρρευστο.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παραπάνω αντιδράσεων όταν το άγχος γίνεται υπερβολικό και ενδεχομένως παθολογικό, σε αντιστοιχία (Regier et al, 1990):

• Καρδιοαγγειακές διαταραχές. Καρδιακές παθήσεις, έμφραγμα, βλάβη στο συκώτι.

• Εξάντληση, απώλεια βάρους, σωματική κατάρρευση.

• Αρτηριοσκλήρυνση.

• Πεπτικές διαταραχές, πεπτικό έλκος.

• Απώλεια της φυσικής θερμότητας του σώματος.

• Απώλεια αισθήσεων, διαταραχή των ρυθμών της καρδιάς.

• Πονοκέφαλος, πόνος στη μέση, πόνοι ρουτίνας.

• Μείωση των ανοσοποιητικών αντιδράσεων προς τις μολύνσεις.

• Καταστολή των αισθητηριακών και νοητικών αντιδράσεων.

• Ανικανότητα, στειρότητα, και άλλες σεξουαλικές δυσλειτουργίες.

• Κούραση της καρδιάς, πιθανότητες θρόμβωσης, εγκεφαλικά επεισόδια.

Οι γνωστικές συνέπειες είναι οι συνέπειες που αφορούν την σκέψη και την γνωστικές διεργασίες του ατόμου (Seeman & Seeman, 1992):

• Μειώνεται η διάρκεια της συγκέντρωσης και της προσοχής.

• Αυξάνεται η πιθανότητα διάσπασης της προσοχής. Χάνεται ο ειρμός

της σκέψης ή της ομιλίας.

• Εξασθενούν η βραχυπρόθεσμη και η μακροπρόθεσμη μνήμη.

• Η ταχύτητα αντίδρασης γίνεται απρόβλεπτη. Μειώνεται, υπάρχουν

βεβιασμένες και αιφνιδιαστικές αποφάσεις.

• Αυξάνεται ο ρυθμός των σφαλμάτων.

• Εξασθενούν οι δυνατότητες οργάνωσης και μακροπρόθεσμου

προγραμματισμού.

• Αυξάνονται οι ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές της σκέψης.

Συναισθηματικές συνέπειες (Atkinson, 1991):

• Αυξάνονται οι οργανικές και ψυχολογικές εντάσεις.

• Αυξάνεται η υποχονδρία. Εξαφανίζεται η αίσθηση υγείας και ευεξίας.

• Συντελούνται αλλαγές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

• Αυξάνονται τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα προσωπικότητας.

• Εξασθενούν οι ηθικοί και οι συναισθηματικοί περιορισμοί.

• Εμφανίζεται κατάθλιψη και αισθήματα αδυναμίας.

• Πέφτει ραγδαία η αυτοεκτίμηση.

• Αυξάνουν τα προβλήματα λόγου (τραυλισμός, διστακτικότητα ομιλίας).

Συμπεριφοριστικές συνέπειες (Angst & Vollrath, 1991):

• Μειώνονται τα ενδιαφέροντα και ο ενθουσιασμός.

• Αυξάνεται η κατάχρηση ουσιών.

• Τα επίπεδα ενέργειας είναι χαμηλά.

• Ο ύπνος διαταράσσεται.

• Αυξάνει η κυνική διάθεση απέναντι σε συνανθρώπους.

• Αναπτύσσεται αδιαφορία για τις νέες πληροφορίες.

• Οι ευθύνες μετατίθενται στους άλλους.

• Τα προβλήματα λύνονται σε όλο και περισσότερο επιφανειακό επίπεδο.

• Εμφανίζονται τύποι παράδοξης συμπεριφοράς.

• Εμφάνιση απειλών αυτοκτονίας (Μαρίνος Γ. 1992).

Αγχώδεις Διαταραχές

Σε μικρά επίπεδα το άγχος ίσως και να θεωρείται ωφέλιμο, ή τουλάχιστον απαραίτητο, όμως όταν ξεπεράσει κάποια όρια έχει μόνον αρνητικές συνέπειες. Παρακάτω, γίνεται αναφορά στις συνέπειες του άγχους όταν αυτό θεωρείται φυσιολογικό και όταν θεωρείται μη-φυσιολογικό (Vuchinich et al, 1979).

Το άγχος έχει δύο πλευρές. Από την μια πλευρά, εκκινεί από τις προκλήσεις που διεγείρουν το ενδιαφέρον μας και που χωρίς αυτές η ζωή θα ήταν ανιαρή και στάσιμη. Υπό αυτή την προϋπόθεση το άγχος αποτελεί φυσιολογικό παράγοντα της ανθρώπινης υπόστασης. Πολλές φορές βοηθάει να αποδώσουμε. Είναι ψυχολογικά ωφέλιμο, ενεργούμε πιο γρήγορα και πιο εντατικά, με μεγαλύτερη προσοχή και νιώθουμε χρήσιμοι με ξεκάθαρους σκοπούς και στόχους (Thomas et al, 1982).

Από την άλλη πλευρά, το άγχος αντιπροσωπεύει τις καταστάσεις κάτω από τις οποίες το άτομο αδυνατεί οργανικά ή ψυχολογικά να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Το άγχος τον καταβάλλει κι έτσι υπάρχει κατάπτωση στο οργανικό ή ψυχολογικό επίπεδο. Απομυζεί την ψυχολογική μας ενέργεια, εξασθενίζει τις επιδόσεις μας και νιώθουμε άχρηστοι και ανάξιοι, χωρίς φιλοδοξίες και έχοντας ανέφικτους στόχους (Blocker et al, 2003).

Το άγχος θεωρείται παθολογικό όταν: α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο, β) διαρκεί ακόμη και όταν ο κίνδυνος έχει απομακρυνθεί, γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δε συνιστούν απειλή (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2007).

Στις περιπτώσεις που παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, παρακωλύει την επίτευξη στόχων, προκαλεί ποίκιλα σωματικά προβλήματα και διαταράσσει την ψυχική του ηρεμία, αναφερόμαστε σε κάποια αγχώδη διαταραχή (Kring et al., 2007).

Πιο συγκεκριμένα οι διαφορές ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό άγχος είναι οι εξής: Το πρώτο, το φυσιολογικό άγχος, είναι μία υγιής, φυσιολογική αντίδραση που συμβαίνει σε ανησυχητικές καταστάσεις ή σε στιγμές πραγματικού κινδύνου ή απειλής. Αυτό το άγχος είναι κάτι σαν "σινιάλο" που προειδοποιεί για έναν επερχόμενο κίνδυνο. Μέτριο βαθμός άγχους στην πραγματικότητα, βελτιώνει την απόδοση του ανθρώπου σε δύσκολες στιγμές και αποτελεί δημιουργικό και οινοποιητικό παράγοντα για τη ζωή (Roy & Janal, 2007).

Σε αντίθεση, το παθολογικό άγχος συμβαίνει σε στιγμές που δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος ή συνεχίζεται για πολύ ακόμα μετά την παρέλευση του παράγοντα που το προκαλεί. Το παθολογικό άγχος είναι πέρα από τη φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στο στρες, ή στις καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο και είναι πιο έντονο, πιο συχνό ή πιο επίμονο από εκείνο που γενικά θεωρείται ως φυσιολογικό (King et al., 2007).

Παρακάτω θα αναφερθούμε σε ορισμένες από τις αγχώδεις διαταραχές.

Α. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (Capell & Greeley, 1987):

Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει. Οι ασθενείς με ΓΑΔ συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Παιδιά με ΓΑΔ ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους και για το πώς

τα πάνε στο σχολείο ή στα σπορ. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί ν' ανησυχούν για φυσικές καταστροφές ή για τον πυρηνικό πόλεμο και να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκιμασία και ενθάρρυνση. Η ανησυχία συνεχίζεται συνεχώς γιατί το άτομο δεν μπορεί να καταλήξει σε μια λύση. Άλλα συμπτώματα της ΓΑΔ είναι η δυσκολία συγκέντρωσης, η ευερεθιστότητα, η εύκολη κόπωση και η μυϊκή ένταση. Τα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν πάνω από 6 μήνες (King et al., 2007).

Β. Διαταραχή Πανικού Και Αγοραφοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής Πανικού είναι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες Προσβολές Πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία (άγχος) του ατόμου μήπως του ξανασυμβεί κάποια Προσβολή Πανικού, από ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις ή της συνέπειες των προσβολών (π.χ. μήπως πεθάνει από καρδιά, μήπως τρελαθεί) ή από σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις προσβολές (π.χ. παραίτηση από τη δουλειά του) (Bandura, 1969).

Οι Προσβολές Πανικού χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα συμπτώματα: αίσθημα παλμών, αίσθημα ότι η καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, τρέμουλα ή έντονος τρόμος, αίσθημα κατανασέματος (δύσπνοιας) ή πλακώματος στο στήθος, αίσθημα πνιγμονής, πόνος ή δυσφορία στο στήθος, ναυτία ή επιγάστρια δυσφορία, αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας, αποπραγματοποίηση (αίσθημα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης από τον εαυτό), φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι τρελαίνεται, φόβος ότι θα πεθάνει, παραισθήσεις (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα), ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης (Vaillant, 1988).

Οι Προσβολές Πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν 5'-30' (αν και οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο εκλαμβάνοντας ηπιότερα συνεχιζόμενα συμπτώματα ως πανικό ή μη αναγνωρίζοντας υποτροπές του πανικού). Η συχνότητα και η βαρύτητα των Προσβολών Πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες μέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες κ.ο.κ. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι οι Προσβολές Πανικού της Διαταραχής Πανικού μιμούνται πολλές "οργανικές" διαταραχές , οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις, έως ότου επιτέλους η ιδέα ότι πρόκειται για Διαταραχή Πανικού έρθει στο μυαλό του γιατρού ή του ασθενή. Τα άτομα που έχουν Διαταραχή Πανικού

συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση φοβερής δυσφορίας, ανημποριάς και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη αγοραφοβίας (Stritzke et al, 1995).

Σήμερα, λοιπόν, γνωρίζουμε ότι στην κλινική πράξη η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και την Αγοραφοβία την περιγράφουμε ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με τη Διαταραχή Πανικού. Δεχόμαστε, λοιπόν, ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων Αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της Διαταραχής Πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Ο βασικός φόβος είναι να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειας τους. Έτσι, φοβούνται μήπως προσβλήθηκαν από πανικό σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, εκκλησία, θέατρα, κινηματογράφους, κτλ), τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους κ.ο.κ. Προοδευτικά, ο αριθμός των καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συντρόφου (Brown et al, 1990).

Γ. Ειδική Φοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ειδικής Φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων. Το άτομο με Ειδική Φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Τέτοια αντικείμενα ή καταστάσεις μπορεί να είναι: ζώα (και έντομα), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. καταιγίδες, ύψος, νερό), το αίμα, οι ενέσεις ή τα τραύματα, διάφορες καταστάσεις (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες όπως λεωφορεία κτλ., τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες, πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου, κλειστά μέρη), άλλες καταστάσεις που μπορεί π.χ. να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, να κολλήσει μια αρρώστια ή να φοβάται ν' απομακρυνθεί από τους τοίχους

μήπως πέσει στα παιδιά, φόβοι δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων. Η εστίαση του φόβου μπορεί να είναι, είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση (π.χ. να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει το σκυλί, να τον χτυπήσουν ή να χτυπήσει άλλα αυτοκίνητα ενώ οδηγεί), είτε στη δυνατότητα να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση (π.χ. να λιποθυμήσει στη θέα του αίματος, να ζαλιστεί και να πέσει από το ψηλό μέρος, να χάσει τον έλεγχο του και ν' αρχίσει να ουρλιάζει σ' ένα κλειστό μέρος). Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεση του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά (στον χώρο ή στον χρόνο) είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή απ' αυτό. Μερικές φορές αναπτύσσονται πλήρεις Προσβολές Πανικού (Satel et al, 1993).

Δ. Κοινωνική Φοβία και Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Τα άτομα που πάσχουν από κοινωνική φοβία αγχώνονται σε οποιαδήποτε συνθήκη όπου μπορεί να αξιολόγηση η έλεγχο από αγνώστους ή και απλή έκθεση σε αυτούς. Φοβούνται να μην ντροπιαστούν ή εκτεθούν μπροστά τους (Kring et al., 2007).

Ε. Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του (Rimm et al, 1981).

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία. Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας (π.χ. αν τραυμάτισε κάποιον σε τροχαίο ατύχημα ή αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης/τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του/της) ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες). Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη (π.χ. με κάποιο καταναγκασμό). Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη

λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τα εκτελέσει (αν προσπαθήσει να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος) ως απάντηση σ 'ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Έτσι, π.χ. άτομα με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης μπορεί να "γδάρουν" σχεδόν τα χέρια τους με το επανειλημμένο πλύσιμο μέχρι να ανακουφίσουν το άγχος των ψυχαναγκασμών τους, άλλα άτομα με ψυχαναγκασμούς αμφιβολίας για το αν κλείδωσαν την πόρτα μπορεί να ελέγχουν την κλειδαριά ξανά και ξανά, άλλα άτομα δημιουργούν ειδική τελετουργία ντυσίματος με ειδικούς κανόνες που αν δεν τηρηθούν αυστηρά φοβούνται ότι θα πάθει κάτι κάποιος από την οικογένεια τους κ.ο.κ. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, αναζήτησης, διαβεβαιώσεων/καθησυχασμού, επανάληψης πράξεων και τακτοποίησης/τάξης. Και υπάρχει και καταναγκαστική βραδύτητα (π.χ. στο να ντυθεί το άτομο) (Kring et al., 2007).

Στ. Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες και Διαταραχή Σε Οξύ Στρες

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδρασηξαφνιάσματος. Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναιπολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας (Powell et al, 1982).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου (Weiss & Rosenberg, 1985).

Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί) (Taylor et al, 1981).

Συχνά τα άτομα με μετατραυματική διαταραχή άγχους έχουν και άλλα συνωδά συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύνοδες διαταραχές όπως Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, ΨΚΔ, Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματοποιητική Διαταραχή και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (Δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη μετατραυματική διαταραχή άγχους) (Cappell & Herman, 1972).

Επιπλοκές της μετατραυματική διαταραχή άγχους μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας (λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα) (Kring et al., 2007).

Οι αγχώδεις διαταραχές συχνά παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές μεταξύ των οποίων είναι και η κατάχρηση ουσιών και ο αλκοολισμός (Kring et al., 2007). Την περίπτωση συννοσηρότητας αγχωδών διαταραχών και αλκοολισμού και την ενδεχόμενη σχέση αιτιότητας τους θα την αναλύσουμε στο τέλος της εργασίας (Pohorecky, 1981).

Συσχέτιση αλκοόλ και άγχους

Αφού περιγράψαμε τα φαινόμενα της κατανάλωσης αλκοόλ και του άγχους, καθώς και τις παθολογικές τους εκφάνσεις, θα επιχειρήσουμε στη συνέχεια να κάνουμε μια εκτενή ανάλυση συνδέοντας τα. Είναι όντως αγχολυτικό το αλκοόλ; Πίνουν οι άνθρωποι για να

μειώσουν το άγχος, την ένταση και την ανησυχία τους; Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί άγχος; Συσχετίζονται εν τέλει, το άγχος με τη χρήση αλκοόλ ή είναι αυθαίρετη η σύνδεση τους; Αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε μέσα από καταγραφή και ανάλυση επιστημονικών ερευνών (Bibb & Chambless, 1986).

Βιολογική προσέγγιση

Για να διερευνηθεί ενδεχόμενη σύνδεση μεταξύ αλκοόλ και άγχους, καθώς και κατά πόσο και υπό ποιες συνθήκες συσχετίζονται, ένα σημαντικό εργαλείο αποτελεί η βιολογική εξέταση αυτών των φαινομένων, την οποία έχει ακολουθήσει άλλωστε η πλειοψηφία των επιστημόνων γι' αυτό το θέμα. Είναι πιο εύλογο να ερευνηθεί η σύνδεση αρχικά βιολογικά, διότι οι χημικές, φαρμακολογικές ιδιότητες του αλκοόλ καθώς και οι ορμονικές και φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες είναι πιο εύκολο να εντοπιστούν με σαφήνεια, σε αντίθεση με τις ψυχολογικές επιδράσεις του αλκοόλ που υπόκεινται στην πολυπλοκότητα του ψυχικού κόσμου κάθε υποκειμένου, στην ευαλωτότητα του στο άγχος και το αλκοόλ και στην σχετικότητα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Θα εστιάσουμε αρχικά, λοιπόν, στις νευρολογικές και φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στον οργανισμό όταν αποκρίνεται σε ένα αγχογόνο συμβάν και στην επήρεια του αλκοόλ. Έχουν αναγνωριστεί αρκετές νευροβιολογικές συνδέσεις ανάμεσα στις αλλαγές στον εγκέφαλο και στο σώμα που προκαλούνται από το στρες και στις αλλαγές που προκαλούνται τόσο από βραχυπρόθεσμη (π.χ. οξεία) όσο και μακροπρόθεσμη (π.χ. χρόνια) χρήση αλκοόλ (Piazza & Le Moal 1998).

Οι ερευνητές έχουν εστιάσει πρωταρχικά σε δυο νευροβιολογικά μοντέλα διερεύνησης (Cox & Klinger, 1988).

Το πρώτο μοντέλο εστιάζει στις ορμονικές και φυσιολογικές αποκρίσεις του οργανισμού για να αντεπεξέλθουν σε στρεσογόνα ερεθίσματα ή γεγονότα και στην ομοιότητα αυτών των αποκρίσεων με τα ορμονικά και φυσιολογικά αποτελέσματα που προκαλεί η δράση του αλκοόλ (Brady & Sonne, 1999). Για να υποστηριχθεί πως το στρες προκαλεί ενισχυτικό παράγοντα για κατανάλωση αλκοόλ ή αντιστρόφως πως το αλκοόλ μειώνει ή ανακουφίζει τον οργανισμό από το στρες, θα πρέπει να δειχθεί πρώτα από όλα, ότι το αλκοόλ καθώς επεμβαίνει με παρόμοιο τρόπο που αντιδράει ο οργανισμός στο στρες, ενδέχεται να λειτουργεί αγχολυτικά (Young et al, 1990).

Πρωταρχικά έχει εξεταστεί η δραστηριότητα ενός ορμονικού συστήματος που ονομάζεται υποθαλαμικός-βλεννογόνος-επινεφρίδιος (HPA) άξονας (hypothalamic-pituitary-adrenal / HPA axis). Το ορμονικό αυτό σύστημα έχει τρία συστατικά μέρη (Braddy & Sonne, 1999. Fink,, 2010):

α) την ορμόνη απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRH), που παράγεται σε μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος,

β) την αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη (ACTH), που παράγεται στον βλεννογόνο αδένα που βρίσκεται στον εγκέφαλο κάτω από τον υποθάλαμο,

γ) τις γλυκοκορτικοειδείς ορμόνες, όπως η κορτιζόλη στον άνθρωπο και η κορτικοστερόνη στα τρωκτικά, που παράγονται στους επινεφρίδιους αδένες που βρίσκονται πάνω από τα νεφρά.

Η έκκριση γλυκοκορτικοειδών από τους επινεφρίδιους αδένες θεωρείται μια από τις κεντρικές βιολογικές αποκρίσεις του οργανισμού σε στρεσογόνα ερεθίσματα (Liu, Diorio, Tannenbaum, Caldji, Francis, Freedman, ... & Meaney, 1997. Piazza & Le Moal 1998).

Μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο το οξύ στρες όσο και το αλκοόλ ενεργοποιεί τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA axis / YYE άξονας). Τόσο η στρεσογόνα αντίδραση, όσο και η αλκοολική αιθανόλη επεμβαίνουν στον άξονα του υποθαλάμιου φλοιού των επινεφριδίων διαμέσου της επίδρασης στην έκκριση κορτικοτροπίνης (Brady & Sonne, 1999, Fink, 2010). Ως εκ τούτου, φαίνεται πως το αλκοόλ επεμβαίνοντας στη λειτουργία της κορτικοτροπίνης, μειώνει την επίδραση του άγχους καθότι η διαδικασία επίδρασης του είναι όμοια με την φυσιολογική διαδικασία αντίδρασης στο στρες (Kreek & Koob 1998). Με άλλα λόγια, ο οργανισμός από φυσικού του αντιδρά σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα μέσω του YYE άξονα προσπαθώντας να επανέρθει σε ισορροπία, έτσι και το αλκοόλ προκαλεί παρόμοια διαδικασία τεχνητά (O’ ei & Greeley, 1999).

Επιπροσθέτως, η χρόνια έκθεση στην αλκοολική αιθανόλη, όπως έχει παρατηρηθεί σε πειραματικές μελέτες σε ζώα, μπορεί να οδηγήσει στην ανοχή των διεγερτικών επιδράσεών της στην έκκριση κορτικοτροπίνης, ενώ επίσης μπορεί να επέμβει και να μειώσει την ικανότητα του οργανισμού να ανταπεξέρχεται το στρες φυσικά μέσω του άξονα του υποθαλάμιου φλοιού των επινεφριδίων, δίχως την κατανάλωση αλκοόλ (Fink, 2010).

Το δεύτερο νευροβιολογικό μοντέλο που διερευνήθηκε, εστιάζει στις αλλαγές στην δραστηριότητα ορισμένων εγκεφαλικών περιοχών και εγκεφαλικών μορίων (π.χ. νευροδιαβιβαστές) που θεωρείται ότι παίζουν κάποιο ρόλο ως παράγοντες ενίσχυσης για τη

χρήση αλκοόλ. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι, το στρες διευκολύνει την αυτό-χορήγηση αλκοόλ σε πειράματα σε εργαστηριακές συνθήκες σε ζώα και ανθρώπους, επεμβαίνοντας στη διαδικασία αυτών των νευροφυσιολογικών συστημάτων (Brady & Sonne, 1999. Fink, 2010). Η έρευνα αυτή (Brady & Sonne, 1999) εστίασε περισσότερο σε νευρικά κύτταρα (π.χ. τους νευρώνες) που βρίσκονται στον μεσεγκέφαλο και που χρησιμοποιούν τον νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη. Μερικοί από αυτούς τους νευρώνες εκτείνονται στον επικλινή πυρήνα, που θεωρείται μια από τις πρωταρχικές εγκεφαλικές περιοχές που εμπλέκονται ως ενισχυτικός παράγοντας για την χρήση αλκοολούχων ποτών (Brady & Sonne, 1999).

Όταν ένας οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση στρες, πολυάριθμα βιολογικά συστήματα ενεργοποιούνται για να βοηθήσουν τον οργανισμό να αντιμετωπίσει το στρες. Για παράδειγμα, οι επινεφρίδιοι αδένες έκκρινουν γλυκοκορτικοειδή ώστε να προετοιμάσουν τον οργανισμό για μια αντίδραση "μάχης ή φυγής" ("fight or flight") του συμπαθητικού αυτόνομου νευρικού συστήματος, και πολλές εγκεφαλικές περιοχές εκκρίνουν επίσης αναλγητικές χημικές ουσίες. Με άλλα λόγια, το στρες πιθανώς να συντελεί σε αυξημένη δραστηριότητα του ντοπαμινεργικού συστήματος σε μια προσπάθεια του οργανισμού να αντενεργήσει στην αρνητική συναισθηματική κατάσταση που σχετίζεται με το στρες (Piazza & Le Moal 1998). Με παρόμοιο τρόπο λειτουργεί και το αλκοόλ αυξάνοντας τη δραστηριότητα των ντοπαμινεργικών συστημάτων (Brady & Sonne, 1999).

Ένας άλλος νευροδιαβιβαστής, η σεροτονίνη, που είναι γνωστή για την αντικαταθλιπτική και αγχολυτική της δράση, φαίνεται να συνδέει επίσης, το στρες με την χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα, η χορήγηση αλκοόλ αυξάνει το μεταβολισμό της σεροτονίνης στα ζώα (Le Marquand, Pihl, & Benkelfat, 1994). Άλλες μελέτες σε πρωτεύοντα θηλαστικά με χαμηλή εγκεφαλική δραστηριότητα σεροτονίνης, σημειώνουν πως παρατηρήθηκε αυξημένη χρήση αλκοόλ. Όταν σε αυτά τα ζώα, που κατανάλωναν υψηλά επίπεδα αλκοόλ χορηγήθηκε ένας παράγοντας που εμποδίζει τη βλάβη στη δράση της σεροτονίνης κι έτσι επιμηκύνει τη δραστηριότητα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο (π.χ. ένας εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRI]), η κατανάλωση αλκοόλ από αυτά μειώθηκε ουσιαστικά (Heinz, Higley, Gorey, Saunders, Jones, Hommer, ... & Linnoila, 1998). Παρατηρείται και αντιστρόφως, το γεγονός πως, όπου είναι αυξημένη η δραστηριότητα της σεροτονίνης, η χρήση αλκοόλης παρατηρείται μειωμένη (LeMarquand et al. 1994. Brady&Sonne 1999).

Επιπροσθέτως, μελέτες που έχουν γίνει πάνω σε ζώα, έχουν δείξει ότι τα συστήματα σεροτονίνης του εγκεφάλου, επίσης επηρεάζουν τις περιοχές του εγκεφάλου που μεσολαβούν σε μια άλλη σχετική με το στρες αντίδραση, την απόκριση στο φόβο (Maier & Watkins,

2005). Αντιστοίχως, πολλοί εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) έχουν επιδείξει ισχυρή δραστηριότητα στην θεραπεία των διαταραχών άγχους σε ανθρώπους, ως αποτέλεσμα της αντικαταθλιπτικής τους ιδιότητας. Αυτή η σύνδεση του συστήματος σεροτονίνης τόσο με τις συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών όσο και με τις καταστάσεις άγχους, υποστηρίζει περαιτέρω την ιδέα ότι μια νευροβιολογική σύνδεση υπάρχει ανάμεσα στο άγχος και τη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών (Ramstedt, 2001).

Μία τελευταία, πλην όμως σημαντική συνιστώσα, στην σύνδεση του στρες με την κατάχρηση αλκοόλ αφορά τις καρδιαγγειακές αντιδράσεις στις δύο αυτές περιπτώσεις. Η αλκοόλη συμβάλει στην μείωση της καρδιακής συχνότητας με παράλληλη την μείωση της πίεσης του αίματος. Το στρες, όπως έχει αναφερθεί, αυξάνει την καρδιακή συχνότητα, σε μια ψυχοσωματική απόκριση στο εκάστοτε στρεσογόνο ερέθισμα ή γεγονός. Συμπερασματικά λοιπόν, διαφαίνεται ότι η χρήση αλκοόλ δύναται να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση από στο στρες (Fink & Manning, 2011).

Πειράματα σε Ζώα

Πειράματα πάνω σε ζώα έχουν δείξει ότι η έκθεση -τόσο σε οξύ, όσο και σε επαναλαμβανόμενο ή παρατεταμένο χρονικά άγχος- μπορεί να αυξήσει το ενδεχόμενο της έναρξης αυτό-χορήγησης αλκοόλ, καθώς επίσης τροποποιεί το ποσό και τη συχνότητα της εγκαθιδρυμένης αυτό-χορήγησης αλκοόλ (Windle, 1992).

Ο Haleem Jabeen (1996) μελέτησε ένα δείγμα αρουραίων, για να αποδείξει τη σχέση στρες και χρήσης αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα, χορηγούσε στο ένα δείγμα αρουραίων, αλκοόλη στο νερό τους, δύο εβδομάδες πριν την έναρξη των στρεσογόνων ερεθισμάτων. Και η ομάδα που χορηγήθηκε αλκοόλ και η ομάδα ελέγχου, εκτέθηκε σε επαναλαμβανόμενα στρεσογόνα ερεθίσματα για πέντε ημέρες, με παύση των ερεθισμάτων για δύο ώρες ημερησίως. Παρατηρήθηκε ότι την πρώτη μέρα του πειράματος και οι δύο ομάδες ελάττωσαν την πρόσληψη τροφής. Μέχρι την πέμπτη ημέρα η ομάδα που χορηγούταν αλκοόλ στο νερό τους είχε επιστρέψει κανονικά στην πρόσληψη τροφής, γεγονός που δείχνει προσαρμοστικότητα στο στρεσογόνο παράγοντα, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, κατά την οποία η φυσιολογική πρόσληψη τροφής δεν επανήλθε, αλλά παρέμεινε σε μειωμένα επίπεδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δείχνουν ότι το αλκοόλ παρεμβαίνει στην διαδικασία προσαρμογής στο στρεσογόνο γεγονός (Stockwell et al, 1983).

Ένα βασικό άλλο πείραμα ακολούθησε τα εξής βήματα: Αρχικά εκπαίδευσαν το δείγμα αρουραίων να διασχίζει ένα δρομάκι με σκοπό να αποκτήσει πρόσβαση στη τροφή του. Εν συνεχεία, εφόσον το δείγμα εκπαιδεύτηκε, εισήγαγαν ένα οξύ σοκ (ηλεκτροσόκ), που το τιμωρεί κατά την εκτέλεση της άνωθεν διαδικασίας. Υπήρχε έτσι καταστολή στην προσέγγισης της τροφής του. Η χορήγηση αλκοόλ στο πείραμα αυτό κατεύναζε τα συναισθήματα φόβου και άγχους, έτσι ώστε το δείγμα να επιχειρήσει νέα προσπάθεια προσέγγισης της τροφής (Langen & Fink 2004).

Παρόλο που οι πειραματισμοί με πρόκληση στρεσογόνων συνθήκων στα ζώα, π.χ. σωματική παρέμβαση, όπως ένα ήπιο ηλεκτροσόκ στα πόδια ή ένα τσίμπημα στην ουρά, μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη αυτό-χορήγηση αλκοόλ, τέτοιοι σωματικοί χειρισμοί δεν φαίνεται να απαιτούνται για την πρόκληση στρες. Στην πραγματικότητα, το ψυχολογικό στρες από μόνο του μπορεί επίσης να αυξήσει την αυτό-χορήγηση ουσιών όπως το αλκοόλ. Για παράδειγμα, οι αρουραίοι που υπήρξαν αυτόπτες μάρτυρες στην λήψη ηλεκτροσόκ από άλλο ζώο επέδειξαν αυξημένη αυτό-χορήγηση αλκοόλ (Ramsey, Niesink & Van Ree, 1993). Παρομοίως, αυξημένη αυτό-χορήγηση αλκοόλ προέκυψε και σε μελέτες στις οποίες τα ζώα εκτίθονταν σε στρες με τη μορφή κοινωνικής επιθετικότητας, με το να έχουν τοποθετηθεί σε μια μη οικεία ομάδα ζώων, ενώ παράλληλα προστατεύονταν από φυσικές σωματικές επιθέσεις από ένα πλέγμα οθόνης (Piazza & Le Moal 1998).

Από άποψης φυσιολογίας μετρήθηκαν οι αντιδράσεις στο οξύ στρες σε αρουραίους σχετικά με συγκεκριμένες αλλαγές στα επίπεδα των κατεχολαμίνων, της επινεφρίνης και της νορεπινεφρίνης, πριν και μετά την χορήγηση δόσης αλκοόλ. Οι κατεχολαμίνες είναι ορμόνες ή νευροδιαβιβαστές που χαρακτηρίζονται ως αμίνες που μιμούνται την λειτουργία του παρασυμπαθητικού αυτόνομου νευρικού συστήματος, ως αντίδραση σε καταστάσεις άγχους. Η χορήγηση δόσης αλκοόλ (1g/kg) σε αρουραίους είχε ως αποτέλεσμα μείωση και καθυστέρηση της κατεχολαμίνης στην απόκριση στο στρεσογόνο ερέθισμα, που αυτό σημαίνει πως η δράση του αλκοόλ επέδρασε αγχολυτικά (Livezey, Balabkins & Vogel, 1987).

Ωστόσο, η υπό διερεύνηση συσχέτιση φαίνεται να εξαρτάται και από τον συγχρονισμό της έκθεσης στον στρεσογόνο παράγοντα και της έκθεσης στο αλκοόλ. Για να προκαλέσει το οξύ στρες χορήγηση αλκοόλ, το στρεσογόνο ερέθισμα και η έκθεση στο αλκοόλ και τις άλλες ουσίες πρέπει να συμβούν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα, σε πειράματα στα οποία ζώα εκτίθενται σε οξύ στρες με το να περιορίζονται ασφυκτικά σε χώρο για σύντομο χρονικό διάστημα, η αυτό-χορήγηση αλκοόλ ή άλλων

ουσιών, διευκολύνθηκε μόνο, όταν η στρεσογόνος κατάσταση προηγούνταν της έκθεσης στο αλκοόλ όχι περισσότερο από 30 λεπτά (Shaham, Le, Harding, Juzytsch, Watchus & Shalev, 2000). Όταν τα ζώα όμως, εκτίθονταν στο στρες επανειλημμένα ή για παρατεταμένες περιόδους, το χρονικό διάστημα ανάμεσα στο τέλος της στρεσογόνου κατάστασης και της έκθεσης στο αλκοόλ φαινόταν να μην επηρεάζει την αυτό-χορήγηση αλκοόλ. Έτσι, σε αυτές τις περιστάσεις τα ζώα έδειξαν να αυξάνουν την αυτό-χορήγηση αλκοόλ ανεξάρτητα από το αν τα στρεσογόνα βιώματα συνεχίστηκαν μέχρι την εκτίμηση της έναρξης χρήσης αλκοόλ ή είχαν τελειώσει βδομάδες νωρίτερα (Shaham et al., 2000). Αυτές οι παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι το επαναλαμβανόμενο ή μακροχρόνιο στρες μπορεί να προκαλέσει μακράς διάρκειας τροποποιήσεις στις νευρικές οδούς, καταλήγοντας σε μια επιρρεπή, στο αλκοόλ και ίσως σε άλλες ναρκωτικές ουσίες, κατάσταση, που είναι ανεξάρτητη από την πραγματική παρουσία του στρεσογόνου παράγοντα (Piazza & Le Moal, 1998).

Επίσης, σε εργαστηριακά μελέτες σε νεογνά αρουραίους, έχει βρεθεί πως, επαναλαμβανόμενη και παρατεταμένη απομάκρυνση από τη μητέρα τους, επηρεάζει σημαντικά τα μεσοφλοιικά-μεσομεταιχμιακά μονοπάτια του εγκεφάλου τους και αλλάζει τη λειτουργία της απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης, η οποία είναι ορμόνη που ανταποκρίνεται στο στρες (Meaney, Brake & Gratton, 2002). Τα ζώα αυτά ως ενήλικες δείχνουν διογκωμένο άξονα υποθαλάμου –υπόφυσης –επινεφριδίων (HPA axis) και αυξημένες συμπεριφοριστικές αποκρίσεις στο στρες (Plotsky, Huot, Thrivikraman & Meaney, 2001. Liu, Ajani, Gaziano, Lotufo, Liu, Hennekens, Buring, & Manson, 2000). Οι μεταβολές αυτές που συμβαίνουν ως αποτέλεσμα του στρες που βιώνει ένα ζώο κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής του και επιμένουν και στην υπόλοιπη ζωή του ως χρόνιο στρες, έχει βρεθεί πως αυξάνουν την πιθανότητα για αυτό-χορήγηση αλκοόλ (Piazza & LeMoal, 1998).

Τα παραπάνω εύρηματα, παίζουν ίσως σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της εξάρτησης από το αλκοόλ και σε ανθρώπους, στην ζωή των οποίων, υπάρχουν επαναλαμβανόμενα ή παρατεταμένα στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία έχουν αφομοιωθεί από αυτούς και τους έχουν μετατρέψει σε ανήσυχα και αγχώδη άτομα. Τα άτομα αυτά ενδέχεται να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή να είναι εξαρτημένοι χωρίς ωστόσο, να εντοπίζεται μια άμεση σχέση με ένα συγκεκριμένο στρεσογόνο γεγονός (Bowen et al, 1984).

Συνοψίζοντας, οι ερευνητές έχουν εκτενώς ερευνήσει τις επιδράσεις του στρες στην αυτό-χορήγηση αλκοόλ στα ζώα. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι στρεσογόνα βιώματα –είτε οξέα είτε χρόνια– μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην πιθανότητα αυτό-χορήγησης αλκοόλ από τα ζώα, καθώς και το γεγονός πως το αλκοόλ έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει και να μειώνει τις στρεσογόνες αντιδράσεις (Weissman et al, 1980).

Ψυχολογικές Προσεγγίσεις

Θεωρία μείωση της έντασης (TRT)

Μελέτες έχουν υποστηρίξει επίσημα μια διακεκριμένη θεωρία ονόματι "θεωρία της μείωσης της έντασης/πίεσης χάρη στην κατανάλωση αλκοόλ" (Tension Reduction Theory / TRT), που υποστηρίζει ότι τα άτομα χρησιμοποιούν το αλκοόλ για να μειώσουν το στρες, δηλαδή για τις αγχολυτικές του ιδιότητες (Stress-response dampening / SRD) (Cappell, 1975).

Η θεωρία αυτή βασίζεται σε συμπεριφοριστικά μοντέλα, αρχής γενομένης από τον Hull (1943), των οποίων η θεμελιώδη δομή μιας συμπεριφοράς είναι το κίνητρο και η μάθηση. Βασικό κίνητρο μιας συμπεριφοράς αποτελεί η εκπλήρωση ορμών και η συμπεριφορά αυτή ενδέχεται να επαναληφθεί αν υπάρχει θετικό/ευχάριστο αποτέλεσμα ή αποφυγή δυσάρεστου, μέσω της διαδικασίας της μάθησης (Cox, & Klinger, 1988). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η κατάχρηση ή η εξάρτηση μιας ουσίας αρχίζει να θεωρείται έκτοτε αποτέλεσμα μάθησης μέσω της εμπειρίας της επήρειας της, παρά ως κληρονομημένες αποκλίσεις της φυσιολογίας των εξαρτημένων (Woodruff et al, 1972).

Το αλκοόλ βεβαίως δεν αποτελεί βασική ανάγκη, όπως το φαγητό ή το νερό, οπότε ποια, απαραίτητη για την επιβίωση ορμή, εκπληρώνει; Ο Kimble (1961) λέει μια πως μια ανεπιθύμητη κατάσταση όπως η πίεση του άγχους λαμβάνεται ως ορμή και η μείωση αυτού ως ενίσχυση της συμπεριφοράς. Ο Conger (1956) υποστηρίζει επίσης, πως η αλκοολική συμπεριφορά μαθαίνεται ως μείωση της ανησυχίας που σχετίζεται με το άγχος. Οι Greeley & Capell (1987) στοιχειοθέτησαν τις θεμελιώδεις αρχές της TRT (μείωση της πίεσης ως αποτέλεσμα του αλκοόλ) (Brown & Cutter, 1977):

α) Το αλκοόλ μειώνει το άγχος,

β) Ζώα και άνθρωποι καταναλώνουν αλκοόλ για τις αγχολυτικές του ιδιότητες.

Οι πειραματικές διαδικασίες που υιοθετούν την υπόθεση της TRT, ακολουθούν τις παρακάτω αρχές της μείωσης της στρεσογόνου απόκρισης (stress-responding dampening / SRD) (Levenson, Sher, Grossman & Newln, 1980):

1. Η μείωση του στρες ή της πίεσης μπορεί να μετρηθεί μόνο αν χρησιμοποιείται ένας έγκυρος στρεσογόνος παράγοντας.

2. Η αποτελεσματικότητα της χορήγησης αλκοόλ ως παράγοντα μείωσης του στρες θα πρέπει να είναι έκδηλη σε σχέση με την αναμονή και αμέσως μετά την εισαγωγή του στρεσογόνου ερεθίσματος.

3. Η μείωση του στρες θα πρέπει να είναι πιο έκδηλη σε υψηλότερες δόσεις αλκοόλ.

Ο Masserman και συν. (1945, 1946), εκτέλεσαν ένα βασικό πείραμα κατά το οποίο είχαν εκπαιδευτεί γάτες να πραγματοποιούν μια πολύπλοκη συμπεριφορά για να αποκτήσουν το φαγητό τους. Κατά την δεύτερη φάση του πειράματος, τους προκαλούσαν ένα οξύ σοκ (ριπή αέρα) όταν προσέγγιζαν το φαγητό. Ως αποτέλεσμα στο στρεσογόνο ερέθισμα είχε, οι γάτες να φοβούνται και να αποφεύγουν το φαγητό. Δημιουργήθηκε έτσι μια κατάσταση, πως υπήρχε μια σύγκρουση μεταξύ δυο βασικών κινήτρων -την επιθυμία για φαγητό και το φόβο για την απόκτηση του. Όταν η χορήγηση αλκοόλ εισήχθη κατά τη δεύτερη φάση, το άγχος και ο φόβος εξασθένησαν και οι γάτες επιχειρούσαν ξανά να προσεγγίσουν το φαγητό. Όταν ξαναδοκιμάστηκαν χωρίς αλκοόλ, οι γάτες ξανά απέφευγαν την προσέγγιση. Εμφανίστηκε έτσι το συμπέρασμα, πως το αλκοόλ ανακουφίζει το άγχος και εμποδίζει την εμφάνιση νευρωτικής συμπεριφοράς από αυτή την σύγκρουση (Masserman, Jacques & Nicholoson, 1945. Masserman & Yum, 1946).

Παρομοίως ο Conger (1951) εκπαίδευσε ποντίκια να τρέχουν ως το τέρμα από ένα δρομάκι για να αποκτήσουν το φαγητό τους ως ενίσχυση. Όταν έφταναν εκεί λάμβαναν ένα ηλεκτροσόκ ως τιμωρία και συνεπώς δημιουργήθηκε ίδια σύγκρουση, όπως στο παραπάνω πείραμα. Η χορήγηση αλκοόλ επανέφερε την ταχύτητα των ποντικών που τρέχαν στο δρομάκι για να αποκτήσουν το φαγητό τους, προκαλώντας χαμηλότερο άγχος και φόβο (Wilcox et al, 2004).

Κάποιοι ερευνητές πρότειναν πως η υπόθεση της TRT, για τη δυνατότητα μείωσης και ανακούφισης του άγχους από το αλκοόλ οφείλεται στις αναλγητικές του ιδιότητες (Brown & Cutter, 1977. Cutter, Maloof, Kurtz & Jones, 1976. Pohorecky, 1981). Ωστόσο, έχει τονισθεί πως αυτό δεν μπορεί να υποστηριχθεί γενικώς και ιδιαίτερα στα ανθρώπινα υποκείμενα καθώς υπεισέρχονται ατομικές διαφορές στην ευαισθησία των υποκειμένων στο αλκοόλ, αλλά και στην σχετική τους αντίδραση στο στρες. Για παράδειγμα, φαίνεται πως προβληματικοί πότες επέδειξαν μεγαλύτερη αναλγησία σε υψηλότερη ποσότητα αλκοόλ, ενώ μη συχνοί πότες επέδειξαν αναλγησία σε μέτριες δόσεις και μεγαλύτερο άγχος σε υψηλές δόσεις (Brown & Cutter, 1977).

Η υπόθεση της TRT για τις ιδιότητες του αλκοόλ να μειώνει την αντίδραση άγχους (SRD) έχει εξετασθεί, λοιπόν, και σε ανθρώπινα υποκείμενα (Higgins & Marlatt, 1975. Miller, Hersen, Eisler, & Hilsman, 1974. Gabel, Noel, Keane & Lisman, 1980. Lindman, 1980. Rimm, Zimmerman, Briddell & Caddy, 1981. Cappell & Greeley, 1987). Για παράδειγμα, ζητήθηκε από φοιτητές να γράψουν ένα δοκίμιο επιχειρηματολογώντας για αύξηση των διδάκτρων, κάτι που ήταν ενάντια στην άποψη και θέληση τους. Φοιτητές που ήπιαν έστω και μικρές ποσότητες αλκοόλ ήταν λιγότερο πειστικοί καθώς πραγματοποίησαν πολύ μικρότερη αλλαγή στις απόψεις τους, αντίθετα με αυτούς που δεν ήπιαν και υποστήριξαν την αύξηση των διδάκτρων. Συμπέραναν πως το αλκοόλ μειώνει το γνωστικό και κοινωνικό άγχος (Steele, Southwick & Critchlow, 1981).

Είναι όμως αντίστοιχη η θεωρία της μείωσης του άγχους από το αλκοόλ και στους ανθρώπους αδιακρίτως; Ο Sher και Levenson (1982), σε ανάλογο πείραμα βρήκε πως το αλκοόλ επέδρασε με μείωση του άγχους και της πίεσης μόνο σε υποκείμενα που βρισκόταν σε υψηλό κίνδυνο για εξάρτηση από αυτό (Thyer et al, 1987).

Η υπόθεση της TRT όταν αφορά ανθρώπινα υποκείμενα γίνεται περισσότερο ασαφής για διάφορους λόγους. Καταρχήν, υπάρχει η δυσκολία στο να εντοπιστεί και να ερμηνευτεί ο αγχογόνος παράγοντας, καθώς η μέτρηση του είναι συχνά αναξιόπιστη (π.χ. με αυτο-αναφορές των υποκειμένων) (Cappell & Herman, 1972). Ακόμα και να μετρηθεί με ψυχοφυσιολογικούς τρόπους (π.χ. επίπεδα της νοραδρεναλίνης, γαλβανική αντίδραση του δέρματος) η πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ψυχισμού και των αντιδράσεων του είναι μεγάλη, ώστε η διαφορά στο βίωμα του άγχους καθώς και η διαχείριση του για κάθε οργανισμό έχει ευρύ φάσμα διαφοράς (Leonard & Blane, 1999). Σημαντικός παράγοντας, είναι οι ατομικές διαφορές που έχει βρεθεί πως παίζουν σπουδαίο ρόλο στο άμα το αλκοόλ μειώνει το άγχος. Η υποκειμενική ευαισθησία στο στρες, η ψυχολογική κατάσταση κατά την χορήγηση του αλκοόλ, το προηγούμενο ιστορικό με χρήση αλκοόλ, αποτελούν βασικές ατομικές διαφορές που δεν επιτρέπουν ένα εύκολο και απλό συμπέρασμα για επαλήθευση της TRT στα ανθρώπινα υποκείμενα (Cappell & Herman, 1972. Leonard, & Blane, 1999). Οι διαφορές στο φύλο, τέλος, προκαλούν διαφορές στα αποτελέσματα, καθώς στις γυναίκες φαίνεται συχνά πως υπάρχει αύξηση του άγχους παρά μείωση ως αποτέλεσμα του αλκοόλ (Polivy, Scheuneman & Carlson, 1976).

Αν και η υπόθεση της TRT για τις SRD (μείωση της αγχογόνου απόκρισης) ιδιότητες του αλκοόλ έχει επαληθευτεί πολλάκις σε πειράματα με ζώα και γενικότερα σε πειράματα

που αφορούν νευροβιολογικές μετρήσεις, δεν δείχνει τον ίδιο βαθμό επαλήθευσης για τα ανθρώπινα υποκείμενα (Higgins & Marlatt, 1975. Cappell, 1975. Cappell & Greeley, 1987. Cappell & Herman, 1972. Young, Oei & Knight, 1990). Το γενικό συμπέρασμα των Cappell & Herman (1972: 59) είναι πως «ενώ η υπόθεση της TRT είναι πολύ εύλογη, δεν έχει επαληθευτεί επαρκώς από εμπειρικές έρευνες ακόμα» (Chamblen et al, 1987).

Γνωστικό στρες

Διερευνώντας τη συσχέτιση του αλκοόλ με το γνωστικό στρες οι Vogel και Netter (1989) έθεσαν στα πειραματικά υποκείμενα ένα αυξανόμενο μαθηματικό πρόβλημα. Δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στην φυσιολογία τους σχετικά με το άγχος της πρόκλησης ως αποτέλεσμα της χορήγησης αλκοόλ, αλλά τα ίδια τα υποκείμενα ανέφεραν λιγότερη πίεση και άγχος. Σε μια επανάληψη του πειράματος, τα υποκείμενα χωρίστηκαν σε αυτούς με γενικά υψηλή ή/και συχνή κατανάλωση αλκοόλ και σε αυτούς με σπάνια. Σε αυτούς με συχνή κατανάλωση αλκοόλ παρατηρήθηκε πιο εξασθενημένη μείωση του άγχους συγκριτικά με αυτούς που έπιναν σπάνια, ίσως λόγω της ανεκτικότητας που είχαν αναπτύξει (Vogel & Netter, 1989).

Κοινωνικό στρες

Υπάρχει διαδεδομένη η άποψη πως το άγχος που εκδηλώνεται στην διαδικασία κοινωνικοποίησης μπορεί να ελαττωθεί με την χρήση αλκοόλ και να επέλθει ένα αίσθημα άνεσης, αυτοπεποίθηση, έλλειψη ντροπής ή αναστολών ως προς μια κοινωνική αλληλεπίδραση. Το αλκοόλ άλλωστε είναι μία από τις ψυχοτρόπες ουσίες που γενικά θεωρείται «κοινωνική», καθώς αυξάνει την διάθεση για κοινωνική αλληλεπίδραση (Conger, 1956).

Για να αποδειχθεί πως η επίδραση του αλκοόλ μειώνει το άγχος στην κοινωνική ζωή ενός ατόμου, έξι έρευνες πραγματοποίησαν πείραμα που περιλάμβανε την προετοιμασία και την παρουσίαση ενός λόγου που θα έβγαζε το υποκείμενο για την εξωτερική εμφάνιση ενός άλλου υποκειμένου. Και στις έξι έρευνες, αποδείχθηκε πως το αλκοόλ που χορηγούνταν πριν την αγχογόνα δοκιμασία μείωνε δραματικά το άγχος και την αμηχανία τους, όπως μετρήθηκε και σε μετρήσεις που αφορούσαν την φυσιολογία τους (Josephs & Steele, 1988, 1990. Sayette et al., 1992, 1994. Giancola & Zeichner, 1995). Σε τέσσερις έρευνες με την ίδια συνθήκη, που

μετρήθηκε η μείωση του άγχους σύμφωνα και με τις αυτό-αναφορές των υποκειμένων παρουσιάστηκαν τα ίδια αποτελέσματα (Vogel & Netter, 1989. Josephs & Steele, 1988, 1990. Sayette et al., 1994).

Σε πείραμα των Corcoran & Parker (1991) μετρήθηκε κατά πόσο το στρες αυξάνει την επιθυμία για αλκοόλ. Ζήτησαν φοιτητές να ετοιμάσουν ένα σύντομο γραπτό για την αγαπημένη τους ασχολία (συνθήκη χαμηλού στρες) και να δώσουν και μια δεκάλεπτη ομιλία για το σημείο του σώματός τους που τους προκαλεί την περισσότερη αμηχανία (συνθήκη υψηλού άγχους). Συγχρόνως, προσφερόταν αλκοόλ στον χώρο, όπου οι φοιτητές μπορούσαν να πιουν όσο επιθυμούσαν. Υποτέθηκε πως στη δεύτερη συνθήκη θα πιουν περισσότερο αλκοόλ, κάτι τέτοιο όμως δε συνέβη (Drown & Schuckit, 1988).

Οι περισσότερες μελέτες που υποστηρίζουν την υπόθεση πως προτιμάται το αλκοόλ όταν βρίσκεται κάποιος σε συνθήκη πίεσης, δεν λαμβάνουν υπόψη το γεγονός πως οι περισσότερες έρευνες γίνονται σε εργαστηριακές συνθήκες, όπου τα άτομα που προσέρχονται εκεί θέλοντας να τους επέλθει μια κοινωνική διάθεση, πίνουν κάποιο αλκοολούχο ποτό. Επίσης, σε πειράματα που ζητάνε στα υποκείμενα να «δοκιμάσουν» κάποιο αλκοολούχο ποτό, ως μέρος της πειραματικής διαδικασίας (χωρίς να το γνωρίζουν), πρόκειται για μια μικρή ποσότητα αλκοόλ που δεν προκαλεί τις επιθυμητές αγχολυτικές ιδιότητες του αλκοόλ (Leonard, & Blane, 1999).

Μοντέλο Προσδοκιών

Όπως έχει τονιστεί αρκετά, οι προσδοκίες του πότη για την επήρεια του αλκοόλ θεωρούνται ως ένας πολύ σημαντικός μεσολαβητής για το πως θα επιδράσει στο άτομο η ουσία (Vuchinich, Tucker & Sobell, 1979. Keane & Lisman, 1980. Young, Knight & Oei, 1990. Gustafson, 1991. Darkes & Goldman, 1993. Oei & Baldwin, 1994). Ακολουθώντας μια συμπεριφοριστική προσέγγιση, το μοντέλο των προσδοκιών, επισημαίνει ότι η χρήση γεννά προσδοκίες, γεγονός που οδηγεί ξανά σε αυτή. Πιο συγκεκριμένα χαρακτηρίζονται έξι προσδοκίες που αφορούν: την ανάπτυξη κοινωνικής ευεξίας, την δημιουργία συναισθημάτων απόλαυσης, την ενίσχυση της σεξουαλικότητας, την ενίσχυση της δύναμης, την επίτευξη κοινωνικής επιβεβαίωσης και τέλος την προσδοκία ότι η χρήση θα μειώσει τα συναισθήματα άγχους και εσωτερικής έντασης (Lesch, Walter, Wetschka & Hesselbrock, 2011).

Οι Young, Knight και Oei (1990) υπέθεσαν πως η μείωση του άγχους κάτω από την επίδραση του αλκοόλ προκαλείται από τις ανάλογες προσδοκίες του πότη. Πάνω σε αυτή την

υπόθεση πραγματοποιήθηκαν 14 πειράματα μετά το 1988, κυρίως με την χορήγηση placebo σε μια εκ των δυο πειραματικών ομάδων, αφού είχαν καταγράψει τις προσδοκίες τους για την επήρεια του αλκοόλ που έχει πάνω τους. Δεν βρέθηκαν επαρκή στοιχεία σε καμία έρευνα που να αποδεικνύουν ότι η αγχολυτική δράση προέρχεται μόνο από τις προσδοκίες του πότη (Finn et al., 1990. Josephs & Steele, 1988, 1990. Netter & Vogel, 1989, 1990. Young, Knight & Oei, 1990. Sayette & Wilson, 1991. Stewart & Pihl, 1994. Sayette et al., 1992. Sayette, Breslin & Wilson, 1994. Conrod, Pihl & Ditto, 1995. Stritzke, Patrick & Lang, 1995. Zeichner & Giancola, 1995).

Συνεπώς, οι προσδοκίες δημιουργούνται και ενισχύονται σημαντικά από τις φαρμακολογικές επιδράσεις της αλκοόλης. Ίσως, οι προσδοκίες καθορίζουν την ποιότητα και το είδος της επήρειας του αλκοόλ, ωστόσο αναφορικά με τη μείωση του άγχους οι προσδοκίες από μόνες τους δεν μπορούν να επιφέρουν τις αγχολυτικές ιδιότητες του αλκοόλ (Vasse et al, 1998).

Προσεγγίσεις Πολιτισμικού Πλαισίου

Τη δεκαετία του 1940, το ερευνητικό ενδιαφέρον στράφηκε στις διαπολιτισμικές μελέτες σχετικά με την τότε ολοένα αυξανόμενη κατάχρηση του αλκοόλ. Μέσα από κοινωνική-διαπολιτισμική μελέτη αναδύθηκε το πόρισμα που συνδέει το στρες με την χρήση αλκοόλ. Ο Horton (1943) στη «Θεωρία του Άγχους», επικέντρωσε το ενδιαφέρον του στην αναζήτηση των αιτιών, που οδηγούν στη χρήση αλκοόλ, μελετώντας μια ποικιλία κοινωνιών. Από τα αποτελέσματα συμπέρανε ότι κοινό χαρακτηριστικό είναι η προσπάθεια μείωσης του αισθήματος του άγχους. Επισήμανε επίσης, ότι το κοινωνικό και οικονομικό σύστημα αποτελεί πηγή άγχους και ότι είναι αυτό που οδηγεί το άτομο στη χρήση (Swendsen et al, 1998).

Ο ανταγωνισμός, σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, σε συνδυασμό με την ατομικιστική βάση του δυτικού πολιτισμικού πλαισίου, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο μιας αυξανόμενης τάσης προς το άγχος και μια παράλληλη αύξηση της κατάχρησης ή εξάρτησης από το αλκοόλ (Levine, 2008). Η ζωή στα μεγάλα αστικά κέντρα, καθώς και ο γρήγορος ρυθμός ζωής, παρουσιάζουν συσχέτιση με τη σύνδεση του άγχους και της κατανάλωσης αλκοόλ. Σε κολλεκτιβιστικά πολιτισμικά πλαίσια και μη αστικούς πληθυσμούς, με λιγότερο εντατικούς ρυθμούς ζωής και με αξίες που είναι προσανατολισμένες στις κοινωνικές σχέσεις παρά στα ατομικά επιτεύγματα, η σχέση αυτή είναι αδύναμη έως και ανύπαρκτη (Levine, 2008).

Μία άλλη θεωρία που επικεντρώνεται στο φαινόμενο του αλκοολισμού ως συνέπεια των κοινωνικών δομών, είναι αυτή του Bales (1946). Πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι η κοινωνική δομή ή η κουλτούρα οδηγεί στην αλκοολική συμπεριφορά, διαμέσου τριών τρόπων/υποθέσεων. Ο πρώτος (υπόθεση στρες) αναφέρεται κοινωνικούς παράγοντες, που δημιουργούν ένταση μεταξύ των μελών της κοινωνίας. Ο δεύτερος τρόπος (υπόθεση κανόνων) αφορά την ανοχή της κοινωνίας σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και ο τρίτος παράγοντας (υπόθεση των λειτουργικών εναλλακτικών) επικεντρώνεται στην παροχή ή μη της κοινωνίας, εναλλακτικών μεθόδων διαχείρισης του στρες. Επιπρόσθετα, ο Bales υποστηρίζει ότι η χρήση αλκοόλ είναι υψηλότερη, όταν το στρες συνδέεται με την αποδοχή και την ανοχή της κοινωνίας ως προς αυτό, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στο δυτικό κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο (Conrod et al, 1995).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί η ερευνητική μελέτη του Bales, στην οποία βασίστηκε η θεωρία του, αφορούσε τον ιδιόμορφο αντρικό πληθυσμό της Ιρλανδίας. Σημείωσε πως τα υψηλά ποσοστά κατάχρησης της αλκοόλης οφειλόταν τόσο στην δομή αυτή της κοινωνίας που προκαλούσε αγχογόνες καταστάσεις, όσο και την ιδιαίτερη κουλτούρα που παρείχε ως διαδεδομένη και αποδεκτή μέθοδο ανακούφισης της άνωθεν έντασης, την κατάχρηση αλκοόλ σε χώρους συνεστίασης (Tweed & Ryff, 1991).

Εργασιακό Στρες και Αλκοόλ

Έχει προταθεί πως το εργασιακό στρες προκαλεί αυξημένη έως και προβληματική κατανάλωση αλκοόλ (Trice & Sonnenstuhl 1990. Ames & Janes, 1992. Greenberg & Grunberg, 1995. Cooper, Frone, Russell, & Peirce, 1997. Frone 1999).

Υπάρχουν δυο βασικές απόψεις ερμηνείας για την σχέση αυξημένη χρήσης αλκοόλ και της εργασίας. Η μία εστιάζει σε αιτίες άσχετες με τον κόσμο της εργασίας του ατόμου, όπως οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιρρεπή στο αλκοόλ ή κοινωνικό κύκλο με συνήθειες κατάχρησης αλκοόλ. Η άλλη οπτική βλέπει την αιτία να προέρχεται μέσα από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η προσέγγιση ερμηνείας, υποστηρίζει πως η κατάχρηση αλκοόλ είναι αποτέλεσμα του αυξημένου φυσικού και ψυχοκοινωνικού άγχους που προέρχεται από το εργασιακό κόσμο του ατόμου (Trice & Sonnenstuhl 1990. Ames & Janes, 1992). Εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες αποτελούν: οι επικίνδυνες εργασιακές καταστάσεις, τα επιβλαβή φυσικά εργασιακά περιβάλλοντα, οι διαπροσωπικές διαμάχες με συναδέρφους ή με ανώτερους υπάλληλους και μάνατζερ, το βαρύ φόρτο εργασίας και οι αυξημένες απαιτήσεις, η άδικη αντιμετώπιση όσον αφορά τις

πληρωμές και τις προαγωγές και τέλος, η εργασιακή επισφάλεια (Frone, 1999). Επιπλέον, σχετιζόμενο έμμεσα με το εργασιακό στρες είναι το γεγονός πως οι απαιτήσεις και οι συνθήκες της εργασίας αλληλεπιδρούν με άλλους κοινωνικούς ρόλους, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή ζωή (Cooper et al., 1997). Τα οικογενειακά προβλήματα που έχουν τη βάση τους στα προβλήματα που απορρέουν από την εργασία συμπεριλαμβάνονται και αυτά στο εργασιακό στρες, γιατί αντιπροσωπεύουν την εργασιακή ζωή ενός ατόμου (Trice & Sonnenstuhl, 1990).

Θα εστιάσουμε στην δεύτερη προσέγγιση, εξετάζοντας μέσα από έρευνες το γεγονός ύπαρξης συσχέτισης εργασιακού στρες και αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ και ποια μοντέλα στοιχειοθετούν και περιγράφουν αυτή τη συσχέτιση (Roxburgh, 1998).

Απλό μοντέλο αιτιότητας

Το πρώτο μοντέλο περιγραφής αυτής της σχέσης είναι το απλό μοντέλο αιτιότητας (simple cause-effect model), δηλαδή το εργασιακό άγχος προκαλεί αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ. Οι έρευνες στο μοντέλο αυτό έχουν προσπαθήσει να καταγράψουν μια συνολική σχέση μεταξύ διάφορων εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και των διάφορων ειδών χρήσης αλκοόλ. Για παράδειγμα, χαμηλή πολυπλοκότητα εργασίας, μονοτονία της δουλειάς, που απαιτεί λίγη σκέψη και όχι πρωτοβουλία, συνδέεται με δυσκολία ελέγχου πάνω στην κατανάλωση αλκοόλ και αυξημένη καθημερινή κατανάλωση (Parker & Farmer, 1990. Roxburgh, 1998). Τα εργασιακά προβλήματα συνδέονται με βαριά χρήση αλκοόλ και υψηλά ποσοστά εβδομαδιαίας κατανάλωσης (Ragland, Greiner, Krause, Holman, & Fisher 1995). Επίσης, ο Muntaner και συν. (1995), έδειξαν πως άτομα με υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και χαμηλό εργασιακό έλεγχο, είχαν παραπάνω πιθανότητες για αλκοολισμό, συγκριτικά με αυτούς που δεν είχαν αυτές τις εργασιακές στρεσογόνες συνθήκες. Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που βρήκαν ασυνεπές το απλό μοντέλο αιτιότητας (Cooper et al., 1997. Greenberg & Grunberg, 1995). Υποστήριξαν πως παίρνει σαν προϋπόθεση ότι η αυξημένη χρήση αλκοόλ είναι αποτέλεσμα μόνο του εργασιακού στρες για όλους, ενώ υπάρχουν και παραδείγματα άλλων πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν εργασιακό στρες αλλά κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, όπως επίσης και πως υπάρχουν αρκετά άτομα με έντονο εργασιακό στρες που δεν κάνουν χρήση αλκοόλ. Τέλος, δεν περιλαμβάνει εξήγηση του γιατί ή με ποιο τρόπο το εργασιακό στρες οδηγεί στο αλκοόλ (Frone, 1999). Ως εκ τούτου, δημιουργήθηκαν τα παρακάτω μοντέλα για να συμπεριλάβουν όλες τις παραμέτρους της σχέσης αυτής (Gordon et al, 1996).

Μοντέλο μεσολάβησης

Το μοντέλο μεσολάβησης (mediation model) ενσωματώνει τις μεταβλητές που θεωρείται πως μεσολαβούν συνδέοντας το εργασιακό στρες με την αυξημένη χρήση αλκοόλ. Αυτές είναι ο θυμός, η λύπη και γενικότερα τα αρνητικά συναισθήματα, η ανησυχία, η ανικανότητα χαλάρωσης, κτλ. Συμπεριλαμβάνοντας αυτές τις μεταβλητές πάνε ένα βήμα πιο πέρα από το απλό μοντέλο αιτιότητας προσπαθώντας να εξηγήσουν *γιατί*, ή *εξαιτίας ποιων μηχανισμών*, οδηγεί το εργασιακό άγχος στο αλκοόλ. Για παράδειγμα, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και αδύναμες διαπροσωπικές σχέσεις με συνάδελφους και προϊστάμενους είναι θετικά συσχετισμένα με ανησυχία, και η ανησυχία με τη σειρά της με αυξημένη εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ (Vasse et al., 1998). Στην περίπτωση αυτή η ανησυχία είναι ο μεσολαβητικός παράγοντας. Επίσης, εργαζόμενοι που ένιωθαν πως οι ικανότητες τους δεν χρησιμοποιούνταν αναλόγως, που είχαν χαμηλό εργασιακό έλεγχο, έλλειψη πρωτοβουλιών και λήψης αποφάσεων, βίωναν μια έντονη ανικανοποίηση για την δουλεία τους. Αυτή η ανικανοποίηση με τη σειρά της παρατηρήθηκε πως συσχετιζόταν με κατάχρηση ή και εξάρτηση από το αλκοόλ (Greenberg & Grunberg, 1995).

Μοντέλο τροποποίησης

Το μοντέλο τροποποίησης (moderation model) περιλαμβάνει μεταβλητές που τροποποιούν τη σχέση μεταξύ εργασιακού στρες και αλκοόλ. Είναι ένα διαδραστικό μοντέλο, στο οποίο οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες αλληλεπιδρούν με διάφορες μεταβλητές, που αυτές, είτε αυξάνουν τον κίνδυνο του εργαζομένου για αλκοολισμό, είτε αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Με αυτό τον τρόπο και αυτό το μοντέλο ξεπερνάει το απλό μοντέλο αιτιότητας, καθώς επιχειρεί να εξηγήσει *πότε* και *κάτω υπό ποιες συνθήκες* το εργασιακό στρες συνδέεται με κατάχρηση αλκοόλ. Έτσι, το εργασιακό στρες δεν υποτίθεται πως συνδέεται με κατάχρηση αλκοόλ σε όλους τους εργαζομένους ανεξαιρέτως. Για παράδειγμα, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και παράλληλα μη σαφώς καθορισμένος ρόλος στη δουλειά συνδέεται με κατάχρηση αλκοόλ, μόνο για τους εργαζόμενους που δήλωσαν πως ο εργασιακός τους ρόλος είναι πολύ σημαντικός για τον αυτο-καθορισμό τους (Frone et al, 1997). Οι Greenberg και Grunberg (1995), βρήκαν πως η εργασιακή πίεση και άγχος προέβλεψαν αυξημένη καθημερινή χρήση, μόνο σε αυτούς που ανέφεραν πως πίνανε για να

χαλαρώσουν και για να ξεχάσουν τα προβλήματα τους. Εμφανίζονται και κάποιοι παράγοντες τροποποίησης με βάση το φύλο. Για τις γυναίκες, ο εργασιακός ανταγωνισμός ήταν περισσότερο συνδεδεμένος με αυξημένη χρήση αλκοόλ όταν οι γυναίκες βρισκόταν περισσότερο στον παραδοσιακό ρόλο του φύλου (ο άντρας κερδίζει «τα προς το ζην», κι η γυναίκα φροντίζει το σπίτι και την οικογένεια). Αντίστροφα, στους άντρες, ο εργασιακός ανταγωνισμός συνδεόταν με αυξημένη χρήση αλκοόλ μόνο σε αυτούς που δεν ακολουθούσαν τους στερεοτυπικούς ρόλους του φύλου και ήταν προσανατολισμένη σε ένα ίσο διαμοίρασμα αρμοδιοτήτων (Parker & Harford, 1992).

Μοντέλο μεσολάβησης-τροποποίησης

Το μοντέλο μεσολάβησης-τροποποίησης (mediation-moderation model) υιοθετεί στοιχεία και από τα δυο μοντέλα σε μια ολοκλήρωση των παραπάνω. Περιλαμβάνοντας μεταβλητές που μεσολαβούν αλλά και τροποποιούν αυτή τη σχέση, επιχειρεί να εξηγήσει, *γιατί/πως* αλλά και *πότε/υπό ποιες συνθήκες* το εργασιακό στρες σχετίζεται με το αλκοόλ. Για παράδειγμα, βρέθηκε πως η ανικανοποίηση για μια δουλειά συνδέεται με το εργασιακό στρες και αυτή η ανικανοποίηση συνδέεται με αυξημένη χρήση αλκοόλ σε μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα (Cooper et al, 1990. Grunberg et al, 1998). Αυτή η ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα αναφέρεται σε άτομα που πίνουν για να αντιμετωπίζουν δύσκολες ή ανεπιθύμητες καταστάσεις αποφεύγοντας τες (Cooper et al, 1990), ή σε άτομα που πίνουν για να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα (Grunberg et al, 1998).

Υπάρχει θετική συσχέτιση, λοιπόν, μεταξύ εργασιακού στρες και αυξημένης ή προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ. Ωστόσο, δεν μπορούμε να ακολουθήσουμε ένα απλό μοντέλο αιτιότητας καθώς βλέπουμε πως το εργασιακό στρες δεν οδηγεί γραμμικά στην κατανάλωση ή κατάχρηση του αλκοόλ. Απαιτούνται ειδικοί παράγοντες που μεσολαβούν για το γεγονός αυτό, όπως επίσης και συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που είναι ήδη επιρρεπείς ή ευάλωτες και η επιφόρτιση του εργασιακού στρες τους οδηγεί στο αλκοόλ. Αυτή η περιγραφή των μοντέλων ερμηνείας για τη συσχέτιση εργασιακού άγχους και αλκοόλ είναι σημαντική, καθώς μας δείχνει πως το άγχος γενικότερα -και πέρα από τον κόσμο της εργασίας- παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ, αλλά πάντα κάτω από ειδικές συνθήκες και σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (Cohen et al, 1983).

Διάφορες πληθυσμιακές ομάδες

Όπως είδαμε σε αρκετές έρευνες παραπάνω -κυρίως όταν εμπλεκόταν ανθρώπινα υποκείμενα- σημαντικό ρόλο παίζουν οι ατομικές διαφορές που δημιουργούν σχετικότητα και ποικιλομορφία στα ευρήματα. Οι ατομικές διαφορές που διαμορφώνουν αξιοσημείωτες διακυμάνσεις στα ευρήματα αναφορικά με τη συσχέτιση του άγχος με το αλκοόλ, περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο, το φύλο, την ηλικία, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό χρήσης και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Black et al, 1999).

Φύλο

Όσον αφορά το φύλο, αξίζει να αναφερθούν κάποιες μελέτες επικεντρωμένες ξεχωριστά στα δύο φύλα. Οι Repetti, Taylor & Seeman (1992) μελέτησαν δείγμα 500 ανδρών, των οποίων το πρόβλημα χρήσης αλκοόλ συνδεόταν με στρεσογόνους παράγοντες (είτε οξύ στρες, είτε χρόνιο). Παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες με υψηλά εργασιακά καθήκοντα και ποικίλες ευθύνες και υποχρεώσεις, οδηγούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό σε κατάχρηση αλκοόλ, σε αντίθεση με αυτούς όπου η εργασία τους ήταν μειωμένων απαιτήσεων. Την έρευνα αυτή επέκτειναν οι Muntaner και συν. (1995) και οι Takeshita και συν. (1998). Ο πρώτος επισήμανε ότι η εργασία υψηλών απαιτήσεων αφορά τις φυσικές απαιτήσεις περισσότερο από τις ψυχολογικές, ενώ ο δεύτερος συμπεριέλαβε το χρόνιο, καθημερινό εργασιακό στρες, χαμηλού σε ένταση.

Έρευνες από την άλλη πλευρά, έχουν επιτευχθεί αποκλειστικά για το γυναικείο φύλο. Από τα διάφορα ευρήματα που προέκυψαν, φαίνεται ότι στρεσογόνα γεγονότα, όπως ένα διαζύγιο, ευθύνονται για την κατάχρηση αλκοόλ σε μεσήλικες γυναίκες (Allan & Cooke 1985). Επίσης άλλα ευρήματα υποδεικνύουν ότι γυναίκες με στρατηγικές επίλυσης κάποιου στρεσογόνου συμβάντος, κατανάλωσαν σε περιόδους έντασης λιγότερο αλκοόλ, απ’ ότι γυναίκες που είναι προσανατολισμένες στη συναισθηματική και στην προσωρινή ανακούφιση (Brady & Sonne, 1999).

Επίσης, παρατηρείται μία διαφορά ως προς την ψυχοφαρμολογική επίδραση του αλκοόλ, καθώς φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες στις επιβλαβείς συνέπειες της χρήσης αλλά διαφέρουν και οι πεποιθήσεις των δύο φύλων για τους τρόπους που τους επηρεάζει η χρήση (Brady&Sonne 1999).

Ένα άλλο στοιχείο που σχετίζεται έμμεσα με την χρήση αλκοόλ και το οξύ ή χρόνιο άγχος, είναι η συσχέτιση του αλκοολισμού με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Αν και το

συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών στο γενικό πληθυσμό, είναι στους άντρες 4 φορές μεγαλύτερο από τις γυναίκες, η σύνδεση μεταξύ αυτοκτονίας και εξάρτησης από το αλκοόλ εμφανίζεται πολύ περισσότερο στις γυναίκες. Γυναίκες εξαρτημένες από το αλκοόλ είχαν 17 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αυτοκτονίας, ενώ οι άντρες 4 φορές, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Erinoff, Anthony, Brown, Conner, Caine,... et al., 2004).

Ηλικία

Πολλές μελέτες εξέτασαν την χρήση αλκοόλ ως μέσο μείωσης του άγχους και της πίεσης κατά την εφηβική ηλικία (Colder & Chassin, 1993. Johnson & Pandina, 1993. Hussong & Chassin, 1994), εκτιμώντας πως οι έφηβοι επιδίδονται στο αλκοόλ για να μειώσουν τις αγχογόνες νέες και πρωτόγνωρες καταστάσεις που τους εμφανίζονται σε αυτή την ηλικία (Oei & Greeley, 1999), ενώ άλλοι βρήκαν μικρή ή καθόλου σύνδεση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ στους έφηβους για την αγχολυτική του δράση (Brook, Gordon, Whiteman & Cohen, 1986).

Ο Whindle (1992) υποστήριξε πως στους έφηβους, αγχωτικά περιστατικά ζωής συνυπάρχοντας με χαμηλή οικογενειακή στήριξη συνδέονται με υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ. Αυτή η συνθήκη βρέθηκε πως αναφέρεται περισσότερο στο γυναικείο φύλο, προτείνοντας πως ενδεχομένως τα κορίτσια στην εφηβεία είναι πιο εξαρτημένες από την οικογενειακή υποστήριξη, ενώ τα αγόρια στερεοτυπικά τείνουν προς την ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια από την πρώιμη εφηβεία (Whindle, 1992).

- -

Διφορούμενα είναι τα ευρήματα για την μέση ηλικία και την ενδεχόμενη ανάληψη του ρόλου του γονέα. Από την μία βρέθηκε πως άνδρες και γυναίκες ανέφεραν αυξημένο στρες και αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ κατά την μετάβαση στην γονεϊκότητα (Richman, Rospende & Kelley, 1995) και από την άλλη υποδείχθηκε πως προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ σε πρώιμη ηλικία ξεπερνιούνται με την ανάληψη ευθυνών της ενηλικίωσης, όπως η γονεϊκότητα (Power & Estaugh, 1990).

Όσον αφορά τα στοιχεία για την τρίτη ηλικία οι έρευνες δεν παρουσιάζουν συνέπεια, το οποίο πιθανό να αποδίδεται σε διαφορετικές ομάδες δειγμάτων. Από την μία φαίνεται πως η χρήση του αλκοόλ για την αντιμετώπιση πιεστικών και στρεσογόνων καταστάσεων στην τρίτη ηλικία μειώνεται, το οποίο πιθανόν να οφείλεται στο ότι όσο μεγαλώνει κάποιος μειώνεται κι η αντοχή του στο αλκοόλ (Atkinson & Kofoed, 1982). Παρ' όλα αυτά, ο Glass και συν. (1995) επισημαίνουν πως οι ηλικιωμένοι είναι πιο εύκολο να καταφύγουν στο

αλκοόλ όταν βρίσκονται μπροστά σε δύσκολες και αγχογόνες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα θάνατος, αρρώστια ή παρατεταμένη νοσηλεία της/του συζύγου. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτή αφορά άνδρες ηλικιωμένους παρά γυναίκες και παρατηρήθηκε πως ισχύει μόνο σε αυτούς που έπιναν συχνά ή πολύ κατά περιόδους της ζωής τους (Glass et al., 1995).

Έχει βρεθεί πως σε ηλικιακές περιόδους που το άτομο βρίσκεται σε μια αλλαγή κοινωνικού ρόλου και ταυτότητας, μαζί με την πίεση που επιφέρει αυξάνεται και η κατανάλωση αλκοόλ. Σημειώνεται τέλος, πως όταν το στρες είναι παρόν μακροχρόνια και συνοδεύει εμπόδια και δυσκολίες διάφορων περιόδων της ζωής αυξάνει τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ (Leonard & Blane, 1999).

Οικογενειακό ιστορικό

Ικανοποιητικός αριθμός ερευνών έχουν δείξει πως η χρησιμοποίηση του αλκοόλ για την αντιμετώπιση αγχογόνων πιεστικών περιστάσεων σχετίζεται κατά μεγάλο ποσοστό με την ύπαρξη αλκοολισμού στο οικογενειακό ιστορικό, μέχρι και δυο γενιές πίσω (Finn & Pihl, 1987, 1988. Finn et al., 1990. Steward et al., 1992. Conrod et al., 1995).

Οι έρευνες αυτές χρησιμοποίησαν πειραματικά στρεσογόνους παράγοντες -οι τέσσερις χρησιμοποίησαν ηλεκτρικό σοκ και η μία έναν ενοχλητικό ήχο- και εξετάσθηκε η αντίδραση στον στρεσογόνο παράγοντα σε συνάρτηση με το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, με και χωρίς χορήγηση δόση αλκοόλ. Μόνο αυτοί με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού έδειξαν μειωμένη αντίδραση στον στρεσογόνο ερέθισμα ως αποτέλεσμα της επίδρασης του αλκοόλ και μόνο όταν η χορήγηση δόσης αλκοόλ ήταν λίγο υψηλές, υψηλές και πολύ υψηλές (0.59 0.79 και 1.04 g/kg). Αυτοί με το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού παρουσίασαν επίσης, μεγαλύτερη καρδιαγγειακή αντίδραση στο σοκ και στον ενοχλητικό ήχο όταν δεν τους είχε χορηγηθεί αλκοόλ, συγκριτικά με αυτούς που δεν υπήρχαν στοιχεία αλκοολισμού στο οικογενειακό ιστορικό τους (Finn & Pihl, 1987, 1988. Finn et al., 1990. Steward et al., 1992. Conrod et al., 1995).

Όσον αφορά την διερεύνηση της περίπτωσης της ύπαρξης άγχους το οποίο υποτίθεται πως αυξάνει την πιθανότητα συχνής χρήσης αλκοόλ, στην παραπάνω πειραματική διαδικασία, προστέθηκε και μια ομάδα οι οποίοι είχαν γονέα ή γονείς που είχαν διαγνωσθεί με αγχώδεις διαταραχές. Όπως και αυτοί με στοιχεία αλκοολισμού στο οικογενειακό ιστορικό τους, παρουσίασαν αυξημένη καρδιαγγειακή και μυική ένταση ως αντίδραση στο στρεσογόνο ερέθισμα (Conrod et al., 1995).

Φαίνεται, λοιπόν, πως κάποιες μορφές επιρρέπειας στον αλκοολισμό είναι κληρονομημένες, όπως επίσης ενδέχεται και ότι η μείωση του στρες ως αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ να κληρονομείται. Συμφωνούν επιπλέον με τα ευρήματα των Sher και Levenson (1982) αναφορικά με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε συσχέτιση με το αλκοόλ, που υποστήριξαν πως τα άτομα που ταξινομούνται ως υποκείμενοι σε υψηλούς παράγοντες κινδύνου για αλκοολισμό, ήταν και αυτοί που έδειχναν και μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης του άγχους ως αποτέλεσμα της δράσης του αλκοόλ. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν για άλλη μια φορά, πως υπάρχει συσχέτιση σχετικά με το αλκοόλ ως παράγοντα μείωσης του άγχους αλλά πάντα σε ειδικές περιπτώσεις και πληθυσμούς (Fontana, 1990).

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα οποία ενισχύουν, σύμφωνα με τους Sher & Levenson (1982), την κατάχρηση αλκοόλ, ως αντίδραση στο στρες είναι: η αυτο-λύπηση και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις (Shill & Beyler, 1992), η παρορμητικότητα (Hussong & Chassin, 1994), η επιθετικότητα στους άνδρες (Zeichner et al., 1995), η αδυναμία (Seeman & Seeman, 1992) και η εξωστρέφεια (Brady&Sonne 1999) σε σύγκριση πάντα με τα άτομα που δεν διαθέτουν αυτά τα χαρακτηριστικά (Darkes & Goldman, 1998).

Επίσης, οι άνδρες που χρησιμοποιούν ως τρόπο αντιμετώπισης συναισθηματικών προβλημάτων την αποφυγή, είναι πιο συχνό φαινόμενο να καταφεύγουν στο αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν αγχογόνες και πιεστικές καταστάσεις (Cooper, Russell, Skinner, Frone & Mudar, 1992).

Η Περίπτωση του «Φαύλου Κύκλου»

Το συμπεριφοριστικό μοντέλο του Hull (1943), το οποίο βασίστηκε στις θεωρίες μάθησης του Pavlov αλλά και βασίστηκαν πάνω του στη συνέχεια οι θεωρίες «μείωσης της έντασης ως αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ» (TRT), περιγράφει την εξάρτηση από το αλκοόλ, ως την μάθηση για τη διαχείριση αγχωτικών καταστάσεων. Ωστόσο, όπως αναφέρει αυτό το μοντέλο, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος χρήσης, καθότι η χρήση δημιουργεί με τη σειρά της περισσότερο στρες με αποτέλεσμα την αναζήτηση μεγαλύτερης δόσης και συνέπεια την ανάπτυξη της εξάρτησης (Lesch et al., 2011).

Διατυπώνεται εύλογα, λοιπόν, η υπόθεση πως *όταν* το αλκοόλ επιδρά αγχολυτικά, αργά ή γρήγορα, η χρήση του με πρόθεση την μείωση του άγχους, θα αυξήσει το αρχικό

άγχος. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται και με τα ευρήματα που δείξαμε στην ανάλυση με βιολογική προσέγγιση, καθώς το αλκοόλ δρα παρόμοια με το φυσικό τρόπο του οργανισμού που επιχειρεί να επιφέρει ισορροπία έπειτα από ένα στρεσογόνο συμβάν. Εφόσον υπάρχει αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ αντικαθίσταται η φυσική αγχολυτική διαδικασία του οργανισμού, με αποτέλεσμα την ανάγκη για σταδιακή αύξηση της κατανάλωσης (Hazen & Soriano, 2007).

Πέρα απ' τις σωματικές επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ, που έχουν ως φυσιολογικό επακόλουθο την λιγότερο αποτελεσματική ανταπόκριση στο στρες, εμφανίζονται και διάφορα αρνητικά επακόλουθα που συνδέονται με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως προβλήματα σε διαπροσωπικές σχέσεις και προβλήματα οικονομικής φύσεως (Powers & Kutash, 1985), τα οποία αυξάνουν εξωγενώς το άγχος του χρήστη. Έτσι γενικότερα, ένα εύρος αρνητικών επιπτώσεων της κατάχρησης αλκοόλ και του αλκοολισμού που προαναφέραμε επιφέρουν σταδιακά μια αύξηση του άγχους (Bancroft, 2002).

Σημαντικό εύρημα που στοιχειοθετεί την αμφίδρομη αλληλοτροφοδότηση άγχους και επιθυμίας για αλκοόλ είναι το γεγονός πως η παρουσίαση αγχογόνων συμβάντων είναι ο πιο δυνατός παράγοντας για την επαναφορά της χρήσης αλκοόλης. Η έκθεση στο στρες είναι ο πιο αξιόπιστος πειραματικός χειρισμός που χρησιμοποιείται για την επαναφορά και επανάληψη της χρήσης αλκοόλ (Haleem 1996. Le, Quan, Juzytch, Fletcher, Joharchi, & Shaham, 1998).

Ο Stockwell (1985) συμπεραίνει τα εξής: Πρώτον, η χρήση αλκοόλ για να ανταπεξέλθει κάποιος στο άγχος είναι απ' τους κυριότερους λόγους χρήσης αλκοόλ, ειδικά στους χρόνιους και προβληματικούς χρήστες. Δεύτερον, το αλκοόλ διαφαίνεται πως έχει επιδράσεις ενάντια του άγχους και της ψυχολογικής έντασης και τρίτον, η χρόνια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο διαφόρων ψυχικών προβλημάτων, καθώς και την ενίσχυση όλων των επιπέδων άγχους κι έντασης (Korsten et al, 1975).

Συννοσηρότητα - Αγχώδεις Διαταραχές και Αλκοολισμός

Συσχέτιση

Αφού είδαμε αρκετά στοιχεία για τη σχέση του άγχους με τη χρήση αλκοόλ ακολουθώντας τη βιολογική προσέγγιση, τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, καθώς και διάφορα μοντέλα περιγραφής αυτής της σύνδεσης όπως εκφράζεται στην κοινωνική ζωή, θα

αναλύσουμε στη συνέχεια την ψυχοπαθολογική έκφανση αυτής της σύνδεσης. Άλλωστε, αν γενικά συσχετίζονται το αλκοόλ και το άγχος, θα πρέπει να υπάρχει και κάποιος βαθμός συσχέτισης και στις παθολογικές τους εκφάνσεις, δηλαδή μια σύνδεση μεταξύ αλκοολισμού και αγχωδών διαταραχών (Hussong & Chassin, 1994).

Είναι γεγονός πως συχνά παρατηρείται η ταυτόχρονη εκδήλωση και συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών. Δύο στους τρεις αλκοολικούς πληρούν κριτήρια για τη συνύπαρξη μιας επιπλέον ψυχικής διαταραχής σε κάποια φάση της ζωής του (Hesselbrock, Meyer & Keener, 1985. Helzer & Pryzbeck, 1988. Weissman, Myers & Harding, 1980. Regier, Farmer, Rae, Goodwin,... et al., 1990). Μια από τις πιο συχνά παρατηρούμενες σχέσεις συννοσηρότητας, λοιπόν, είναι αυτή του αλκοολισμού με τις αγχώδεις διαταραχές (Maser & Cloninger, 1990. Hesselbrock, Meyer & Keener, 1985).

Από την Εθνική Μελέτη Συννοσηρότητας των ΗΠΑ, διαπιστώθηκε σε 5.000 πάσχοντες, πως αλκοολισμός και αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν θετική συσχέτιση (Kessler, Nelson, Little, & Heath, 1996). Πράγματι, ο Robins και συν. (1984) καθώς και οι Oei & Loveday (1997), αποφαίνονται πως η ύπαρξη μιας ή παραπάνω αγχώδη διαταραχής, όπως για παράδειγμα η αγοραφοβία, το μετα-τραυματικό στρες, η γενική αγχώδης διαταραχή, οι κρίσεις πανικού και οι κοινωνικές διαταραχές, είναι πιο συχνό φαινόμενο σε αυτούς που πάσχουν από αλκοολισμό, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Jellinek, 1960).

Σε μια εκτενή έρευνα όπου πήραν μέρος 22.954 άτομα και έλαβαν χώρα σε διάφορα μέρη της Ευρώπης και της Αμερικής, ακολούθησαν τα παρακάτω δεδομένα: χρήση ενός επιδημιολογικού δείγματος, εφαρμογή βασικών διαγνωστικών κριτηρίων, διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών DSM-III ή DSM-III-R, χρήση δομικών διαγνωστικών συνεντεύξεων και διαθεσιμότητα στοιχείων στη συννοσηρότητα των διαγνωστικών κατηγοριών. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ είναι δύο με τρεις φορές σε κίνδυνο για διάγνωση με αγχώδη διαταραχή, περισσότερο από το γενικό πληθυσμό (Swendsen, Merikangas, Canino, ... et al., 1998).

Οι πιο συχνές περιπτώσεις συνύπαρξης αγχώδους διαταραχής με το αλκοόλ είναι αυτή της γενικής αγχώδους διαταραχής και κυρίως του μετά-τραυματικού στρες (Steward, 1996) και ύστερα η κοινωνική φοβία (Holle, Heimberg, Sweet & Holt, 1995). Η κοινωνική φοβία είναι η μοναδική διαταραχή που συνδέεται με κατάχρηση αλκοόλ αλλά όχι εξάρτηση (Kessler et al., 1996), ίσως γιατί αυτά τα άτομα πίνουν μόνο μπροστά σε μια πρόκληση κοινωνικοποίησης (Gibson & Becker, 1973).

Παρότι την επιβεβαίωση ποικίλων ερευνών για θετική συσχέτιση, παρατηρείται κάποια ασυνέπεια σχετικά με τα ακριβή ποσοστά της συννοσηρότητας. Από Επιδημιολογική έρευνα σε 20.000 ψυχικά ασθενείς, σημειώνεται πως το 1/4 (25%) αυτών που έπασχαν από μια αγχώδη διαταραχή είχαν παράλληλα διαγνωσμένο πρόβλημα με το αλκοόλ (Regier, Farmer & Rae, 1991), ενώ σε μια άλλη επιδημιολογική έρευνα σημειώθηκε ένα ποσοστό της τάξης του 13.3% (Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Gruenberg, Burke, & Regier, 1984). Οι Woodruff, Guze και Clayton (1972) βρήκαν ότι το 15% των 62 εξωτερικών ασθενών με αγχώδη διαταραχή ήταν αλκοολικοί. Άλλες τρεις μελέτες, ακόμα κι αν χρησιμοποίησαν αυστηρά κριτήρια διάγνωσης, υποστήριξαν ότι το 23 με 44% των νοσηλευομένων αλκοολικών είχαν μία ή περισσότερες διαταραχές άγχους (Bowen et al, 1984. Powell, Penick, Othmer, Bingham, & Rice, 1982. Weiss & Rosenberg, 1985).

Επιπλοκές για την φανέρωση μιας αιτιακής σχέσης

Λίγοι θα διαφωνούσαν με το συμπέρασμα πως υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ αλκοολισμού και επίμονων συμπτωμάτων άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης, καθώς πολλά δεδομένα ερευνών δείχνουν υψηλή κυριαρχία αγχωδών συμπτωμάτων σε αλκοολικά άτομα (Brown & Schukit, 1988. Maser, 1990. Hesselbrock, Meyer & Keener, 1985. Regier, Farmer & Rae, 1991. Schukit, Brown & Irwin, 1990. Schukit, 1994). Παρόλο που η συννοσηρότητα του αλκοολισμού με τις αγχώδεις διαταραχές έχει εκτενώς τεκμηριωθεί, τόσο σε κλινικές όσο και σε επιδημιολογικές έρευνες, οι ειδικοί μηχανισμοί αυτών των συσχετίσεων εξακολουθούν να είναι αμφιλεγόμενοι, περιπλέκοντας τη συσχέτιση αυτή (Korsten et al, 1975).

Πρώτον, δεν είναι ξεκάθαρο άμα η υψηλή συσχέτιση αλκοολισμού και συμπτωμάτων της αγχώδης διαταραχής εμφανίζεται προσωρινά μόνο κατά τη διάρκεια της κατάχρησης αλκοόλ ή της διακοπής του αλκοόλ και της επακόλουθης στέρησης. Πιο συγκεκριμένα, απότομη ή παρατεταμένη αποχή από το αλκοόλ χαρακτηρίζεται από κυριαρχία αγχώδη συμπτωμάτων (Roelfos & Dikkenberg, 1987. Irwin, Brown & Schukit, 1990. Satel, Kosten, Fischman, Schukit, 1993). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί πως το 80% των αλκοολικών ανδρών έχει πάθει επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού κατά τη διάρκεια διακοπής της χρήσης αλκοόλ και το 50% με 67% έπασχε από συμπτώματα γενικής αγχώδης διαταραχής (Irwin, Brown & Schukit, 1990). Υπάρχουν όμως ενδείξεις πως, μέσα στο πλαίσιο της διακοπής και της στέρησης του αλκοόλ και φαίνεται πως εξαφανίζονται με το πέρασμα κάποιου χρονικού διαστήματος (Stockwell & Bolderston, 1987. Aneshensel & Huba, 1983. Gibson & Becker, 1973. Liskow, Mayfield & Thiele 1982. Pettinati, Sugerman & Maurer, 1982. Keeler, Taylor

& Miller, 1979. Goldman & Bander, 1990). Ως εκ τούτου, όταν τα συμπτώματα μιας αγχώδης διαταραχής εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της διακοπής και της στέρησης από το αλκοόλ, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί άμα το άτομο αυτό πάσχει από αγχώδη διαταραχή με συμπτώματα μακροχρόνια που επιμένουν ή αν συνδέεται με τη διακοπή και την στέρηση (Keller, 1960).

Δεύτερο ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη αυτής της συσχέτισης, φανερώνεται όταν τα υποκείμενα ερωτώνται αν προηγήθηκε η αγχώδη διαταραχή ή η προβληματική χρήση αλκοόλ. Λίγα υποκείμενα έχουν προσεκτική και ξεκάθαρη καταγραφή των εμπειριών και των συμπτωμάτων τους και επίσης συχνά τα υποκείμενα με την εμφάνιση ενός απλού συμπτώματος αγχώδης διαταραχής θεωρούν πως πάσχουν από την διαταραχή. Κάποιες έρευνες υποδεικνύουν ότι όταν ο αλκοολισμός και οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν το 40% με 60% δηλώνει πως η αγχώδη διαταραχή προηγείτο (Ross, Glaser & Germanson, 1988. Weiss & Rosenberg, 1985. Stravynski, Lamontagne & Lavallee, 1986). Από τα ποσοστά αυτά φαίνεται πως είναι αρκετά διφορούμενο και ασαφή άμα και ποια διαταραχή προηγείται ή προκαλεί την άλλη (Giancola & Zeichner, 1995).

Τρίτον, ενδέχεται η πιθανότητα η αγχώδη διαταραχή και η διαταραχή του αλκοολισμού να συνδέεται και με μια τρίτη διαταραχή. Συννοσηρότητα με εξάρτηση από άλλες ναρκωτικές ουσίες ή άλλων ψυχικών διαταραχών μπορεί να ευρεθεί σε πολλούς αλκοολικές άνδρες ή γυναίκες. Για παράδειγμα, τα 2/3 αυτών που πάσχουν από αντικοινωνική διαταραχή έχουν πρόβλημα και με το αλκοόλ και με άλλες ναρκωτικές ουσίες (Schukit, 1994). Η χρήση ουσιών όπως κοκαΐνης ή αμφεταμινοειδών μπορεί να προκαλέσει έντονα αισθήματα άγχους, ανησυχίας, πανικό, φοβικές ή εμμονικές συμπεριφορές (Schukit et al., 1989). Συνεπώς, δεν μπορεί να βρεθεί ξεκάθαρα, αν τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής προέρχονται από το αλκοόλ μόνο ή ενισχύονται και από τη χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών (Higgins & Marlatt, 1975).

Επιπλέον, οι περισσότεροι αλκοολικοί έχουν επιπρόσθετα προβλήματα, κοινωνικά, οικογενειακά, οικονομικά και δυσκολίες στη ζωή τους εξαιτίας της εξάρτησης τους, που τους προκαλούν άγχος (Keane & Lisman, 1980).

Καθορίζοντας μια σχέση αιτιότητας

Οι διφορούμενες εμπλοκές αφορούν κυρίως, την υπόθεση πως η συσχέτιση αλκοολισμού και αγχωδών διαταραχών αντανακλούν μια σχέση αιτιότητας. Το κυρίαρχο ερώτημα, λοιπόν, πάνω σε αυτήν την συσχέτιση είναι ποια διαταραχή προηγείται ή/και

προκαλεί την άλλη. Εμφανίζεται ο αλκοολισμός εκ των υστέρων ως μέσον αντιμετώπισης και ανακούφισης των συμπτωμάτων των διαταραχών του άγχους ή οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται ως συνέπεια της κατάχρησης και της εξάρτησης από το αλκοόλ (Hole et al, 1995);

Σημαντικό στοιχείο στη διερεύνηση αυτής της αιτιακής σχέσης είναι ο χρόνος εμφάνισης της κάθε διαταραχής. Μελέτες πάνω σε νοσηλευόμενους αλκοολικούς βρήκαν ότι ο μέσος όρος ηλικίας για την έναρξη των αγχωδών διαταραχών προηγείται του μέσου όρου ηλικίας της έναρξης της κατάχρησης αλκοόλ (Chambless, Cherney, Caputo & Rheinstein, 1987). Τα προβλήματα αλκοολισμού σπάνια γίνονται έκδηλα πριν την ηλικιακή περίοδο των 25-30 (Schukit & Anthenelli, 1993), ενώ η εκδήλωση συμπτωμάτων μιας αγχώδους διαταραχής εμφανίζεται σχεδόν πάντα πριν τα 30 (Angst & Vollrath, 1991). Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, οι αγχώδεις διαταραχές προϋπήρχαν από την κατάχρηση αλκοόλ ως προς την ακολουθία (Bowen et al., 1984. Mullaney & Trippett, 1979. Stockwell, Smail, Hodgson, & Canter, 1984).

Η πλειονότητα των ασθενών με διαταραχές άγχους (59%) δήλωσαν ότι κατανάλωναν αλκοόλ για να αντεπεξέλθουν στην διαταραχή άγχους τους (Chambless et al., 1987). Πιο συγκεκριμένα, ένα 67% από πάσχοντες από αγοραφοβία και κοινωνικής φοβίας χρησιμοποίησαν το αλκοόλ για να ελέγξουν την αγχώδη τους διαταραχή. Για παράδειγμα, κάποιοι άντρες με κοινωνική φοβία ανέφεραν ότι τους ήταν αδύνατο να βγουν ραντεβού, εάν πρώτα δεν κατεύναζαν την αγχώδη κατάσταση τους με αλκοόλ. Αγοραφοβικοί δήλωσαν πως ήταν σίγουροι ότι θα επέστρεφαν στο ποτό για να ελέγξουν τον πανικό τους όταν διέκοπταν την νοσηλεία τους, εκτός κι αν τους παρεχόταν κάποιο άλλο μέσο. Οι Bibb και Chambless (1986) ανέφεραν ότι, το 21% ενός μεγάλου δείγματος αγοραφοβικών εξωτερικών ασθενών πληρούσαν για διάγνωση αλκοολισμού (ωστόσο το ποσοστό έπεσε σε 13% όταν εφαρμόστηκαν αυστηρά κριτήρια του DSM). Επιπλέον, οι ίδιοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 91% των αγοραφοβικών που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν το αλκοόλ ως αντιμετώπιση για το φοβικό τους άγχος (Jabeen, 1996).

Πολλές έρευνες έχουν εστιάσει, στη σχέση μετα-τραυματικού στρες και αλκοόλ, καθώς ο βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ αλκοολισμού και μετα-τραυματικού στρες βρέθηκε να είναι υψηλός, ο οποίος κατά τους Keane και Wolfe (1990) κυμαίνεται μεταξύ 19% και 40%, ενώ σε μια αναθεωρημένη έρευνα βρέθηκε ένα ποσοστό 41% για κατάχρηση αλκοόλ με μετα-τραυματικό στρες και 85% για εξάρτηση (Stewart, 1996). Τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία, όπως η σεξουαλική, ή άλλης μορφής, κακοποίηση, συμβάλει πολλές φορές

ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ (Roy & Janal, 2007). Έρευνες τόσο σε ανθρώπους όσο και σε δείγμα ζώων, έχει δείξει ότι ο βίαιος, πριν την ώρα του, αποχωρισμός από τη μητέρα, οδηγεί μεταγενέστερα στην κατάχρηση αλκοόλης (Fink, 2010). Βετεράνοι πολέμου με σύνδρομο μετατραυματικού στρες, έχουν δείξει επίσης, αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών για μεγαλύτερο διάστημα απ' ότι οι βετεράνοι πολέμου χωρίς μετατραυματικό στρες (Fink, 2010). Εκτός βέβαια των ατόμων που έχουν βιώσει μία κατάσταση πολέμου, φαίνεται πως αναπτύσσουν παθολογική σχέση με το αλκοόλ και άτομα που μπορεί να υποφέρουν από μετατραυματικό στρες, άτομα που βίωσαν κάποιο έντονο στρεσογόνο γεγονός, όπως έναν θάνατο κοντινού τους ανθρώπου (Fink, 2010. Al'Absi, 2007).

Σε αυτούς που πάσχουν από αγχώδη διαταραχή με απλή φοβία, η συχνή χρήση ή η κατάχρηση αλκοόλ είναι γεγονός περίπου στο 20% με 30% των περιπτώσεων (Thyer, McNeece & Miller, 1987. Amies, Gelder & Shaw, 1983). Η σύνδεση με την κατανάλωση αλκοόλ συμβαίνει για να μειώσουν κυρίως μεμονωμένα αγχώδη συμβάντα, όπως για παράδειγμα το άγχος που τους προκαλούν οι αεροπορικές πτήσεις, και όχι στρεσογόνα φοβικά συμβάντα της καθημερινής ζωής (Chambless et al., 1987).

Παρόλο που οι ασθενείς με αγχώδη διαταραχή φοβίας έχουν δηλώσει ότι η κατανάλωση αλκοόλ τους ανακουφίζει πρόσκαιρα από τα συμπτώματα, φαίνεται ωστόσο, ότι η επαναλαμβανόμενη και προοδευτικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής τους (Stockwell, Smail, Hodgson, Canter, 1984), ενώ παράλληλα οδηγεί και σε ενδεχόμενη εξάρτηση. Έτσι, αναφέρουν ότι σε διαστήματα κατά τα οποία απείχαν από το αλκοόλ, τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής ήταν ηπιότερα και χειροτέρευσαν με την επαναπρόσληψη αλκοόλ, με αποτέλεσμα να προκαλείται ένας φαύλος κύκλος (Chambless et al., 1987). Σε έρευνα που διεξήχθη από τον Stockwell και συν. (1984), πέντε άτομα που έπασχαν από αγοραφοβία, ξεκίνησαν να πίνουν για να αντιμετωπίσουν την αγχώδη διαταραχή τους, με αποτέλεσμα τα αγοραφοβικά τους συμπτώματα να επιδεινωθούν. Έτσι, ελέγχεται η περίπτωση να υπάρχει ένας φαύλος κύκλος, στον οποίο ευάλωτα άτομα με αγχώδεις διαταραχές να χρησιμοποιούν αφενός αρχικά το αλκοόλ, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα αγχολυτικές επιδράσεις πάνω τους, στη συνέχεια αφετέρου, τους οδηγεί μακροπρόθεσμα σε επιδείνωση της αγχώδους διαταραχής τους. Η υπόθεση της περίπτωσης του φαύλου κύκλου, ενισχύεται και από τα ευρήματα που δείχνουν πως στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όσο και χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να παίξουν κάποιο ρόλο, όχι μόνο στην ανάπτυξη του αλκοολισμού, αλλά επίσης και στην υποτροπή ατόμων που αναρρώνουν από την κατάχρηση αλκοόλ (Brown Irwin, Caldwell, Smith, Schuckit, & Gillin, 1990).

Έχουν υπάρξει υποθέσεις πως άτομα με υψηλό ρίσκο για εμφάνιση αλκοολισμού μπορεί να συνδέονται ταυτόχρονα με καταβολές για εμφάνιση αγχωδών διαταραχών. Εφόσον ο αλκοολισμός επηρεάζεται και από γενετικούς παράγοντες καθώς τα παιδιά αλκοολικών έχουν 3 με 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν παθολογική σχέση με το αλκοόλ (Schukit, 1994. Begleiter & Porjesz, 1989), εξετάσθηκαν παιδιά με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού για την περίπτωση συννοσηρότητας, με το σκεπτικό πως εφόσον έχουν προδιάθεση για αλκοολισμό αυτό να τους προκαλεί και μια αγχώδη διαταραχή. Αναλυτικότερα, κατά την εξέταση εφήβων από οικογένειες που εμφάνισαν αλκοολισμό σε πολλαπλές γενιές, τα ποσοστά εμφάνισης αγχώδους διαταραχής δεν ήταν ψηλότερα σε σύγκριση με άλλα υποκείμενα (Hill et al., 1993). Παρομοίως μια πανεπιστημιακή έρευνα μεταξύ υιών αλκοολικών γονιών ηλικίας 18 – 21 ετών και σε άλλα υποκείμενα, δεν κατέδειξε καμιά διάφορα στον παράγοντα επικινδυνότητας εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Schukit, 1982). Μια σειρά μελετών στον πληθυσμό της Δανίας μεταξύ ομάδων ελέγχου και παιδιών αλκοολικών, η οποία ξεκίνησε αμέσως μετά τη γέννησή τους και με την παρακολούθηση να συνεχίζεται έως και την ηλικία των 30, επίσης δεν κατέδειξε μεγαλύτερη επικινδυνότητα εμφάνισης αγχώδους διαταραχής στα παιδιά των αλκοολικών ανεξάρτητη από τον αλκοολισμό, πέρα από την επικράτηση διαταραχών που εμφανίζονται αργότερα λόγω αλκοολισμού (Goodwin et al., 1973. Knop & Goodwin, 1993). Μια άλλη έρευνα ωστόσο, έδειξε μια διαφορά 15% έναντι 8% πιθανότητα για εμφάνιση αγχώδους διαταραχής ανάμεσα σε παιδιά αλκοολικών και στην ομάδα ελέγχου αντίστοιχα (Kushner & Sher, 1993).

Τα ευρήματα δεν καταδεικνύουν μια σαφή ροπή των ατόμων με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού προς μια αγχώδη διαταραχή, που σημαίνει έμμεσα, πως ο αλκοολισμός δεν προκαλεί την εμφάνιση αγχώδους διαταραχή. Ωστόσο, υπάρχουν δυο καθοριστικές λεπτομέρειες. Πρώτον, τα παιδιά αλκοολικών δεν διαγνώστηκαν με αγχώδη διαταραχή αλλά παρουσίαζαν πολλά επιμέρους ή μεμονωμένα συμπτώματα της και δεύτερον η εμφάνιση αγχώδους διαταραχής ήταν γεγονός όταν τα γινόταν τα ίδια τα παιδιά ανέπτυσσαν παθολογική σχέση με το αλκοόλ ως ενήλικες (Finn, Kleinman & Pihl, 1990. Tweed & Ryff, 1991).

Παραπάνω είδαμε πως τα περισσότερα ευρήματα δείχνουν πως η ύπαρξη αγχώδους διαταραχής -ή πολύ περισσότερο τα αγχώδη συμπτώματα- είναι συχνά προϋπόθεση για την εμφάνιση αλκοολισμού. Οι αγχώδεις διαταραχές προηγούνται άρα εν μέρει αποτελούν και αιτία του. Αντίθετα όμως, έχουν εμφανιστεί και έρευνες που υποστηρίζουν πως κάποιες περιπτώσεις αγχωδών διαταραχών προκαλούνται από το αλκοόλ (Schuckit & Hesselbrock, 1994. Schuckit, Tipp, Bergman, Reich, Hesselbrock & Smith, 1997). Έρευνες εξετάζοντας

αυτο-αναφορές υποκειμένων βρήκαν πως το 2/3 των ασθενών είχε ενδείξεις σοβαρής προβληματικής σχέσης με το αλκοόλ πριν να παρατηρηθούν συμπτώματα αγχώδης διαταραχής (Atkinson et al, 1991. Schukit & Morrissey, 1979). Αυτό το εύρημα συμφωνεί επίσης με μια 40ετή έρευνα που ισχυρίζεται, πως δεν υπάρχει απόδειξη αγχώδης διαταραχής πρότερης του αλκοόλ, καθώς εξέταζε τα επίπεδα άγχους σε δίδυμα παιδιά αλκοολικών (Mullan & Gurfing, 1988).

Συμπερασματικά, το αλκοόλ αφενός, είναι κοινώς χρησιμοποιούμενο για την ανακούφιση αγχωδών συμπτωμάτων, και αφετέρου ο αλκοολισμός συχνά αναπτύσσεται ως δευτερεύουσα διάγνωση στις αγχώδεις διαταραχές (Maser, 1990. Hesselbrock, Meyer & Keener, 1985. Stockwell, Smail, Hodgson & Canter, 1984). Η ύπαρξη της αιτιακής αυτής σχέσης παρόλα αυτά δεν είναι μονοδιάστατη και μονόδρομη, καθώς το αλκοόλ, μπορεί να διαγνωσθεί ως μια πρωτογενής διαταραχή, ενώ η ίδια η παρουσία της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ εγκυμονεί δυνητικά σοβαρές αγχώδεις διαταραχές (Mendelson & Mello, 1979. Stockwell, Hodgson & Rankin, 1982). Τα πράγματα σύμφωνα με την σχέση αιτιότητας, όπως φαίνεται δεν είναι τόσο ξεκάθαρη, καθώς έχουμε να κάνουμε με δυο αλληλένδετα φαινόμενα, των οποίων οι αιτίες και τα αποτελέσματα τους, εν τέλει, δεν είναι πλήρως διακριτά (Catalano, 2007).

Για παράδειγμα, η κατάχρηση ή η εξάρτηση από το αλκοόλ αναπτύσσεται συχνά ως μέσο αντιμετώπισης των κρίσεων πανικού, αλλά είναι εξίσου πιθανό, σε ορισμένες περιπτώσεις αλκοολισμού να αυξηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης των διαταραχών αυτών ή η επιδείνωσή τους. Σε περιπτώσεις συννοσηρότητας πανικού και αλκοολισμού, το αλκοόλ αυξάνει εν τέλει τα συμπτώματα του πανικού (Schuckit et al., 1997. National Health Interview Survey, 1989).

Καθώς έχει δειχθεί, ότι ο αλκοολισμός και ορισμένες αγχώδεις διαταραχές έχουν κοινούς παράγοντες ευαισθησίας (Maier, Lichtermann & Minges, 1994. Merikangas, Stevens & Fenton, 1996), είναι βάσιμη η υπόθεση πως παρόλο πως είναι γεγονός ότι εμφανίζεται συχνότερα η χρήση αλκοόλ ως μέσον αντιμετώπισης αγχωδών συμπτωμάτων, πριν να γίνει αυτή η χρήση παθολογική, να έχει εντείνει και επιδεινώσει τα αγχώδη συμπτώματα, τα οποία ίσως οδηγήσουν στην εδραίωση της διαταραχής. Έτσι, τα αρχικά αγχώδη συμπτώματα πυροδοτούν τη χρήση αλκοόλ και η χρήση οδηγεί μακροπρόθεσμα σε επιδείνωση τους, τροφοδοτώντας το ένα το άλλο, σε μια αμφίδρομη σχέση αιτιότητας (Corcoran & Parker, 1991).

Συμπεράσματα

Η θετική συσχέτιση μεταξύ άγχους και χρήσης αλκοόλ είναι κάτι που έχει υποτεθεί και εν τέλει αποδειχθεί από ένα μεγάλο πλήθος ερευνών και δεν αποτελεί μια αυθαίρετη κατασκευή. Το αλκοόλ όντως έχει αγχολυτικές ιδιότητες που προέρχονται από τη φαρμακολογική του επίδραση, που μειώνουν και ανακουφίζουν από το οξύ στρες και την βραχυπρόθεσμη ένταση έως το μακροχρόνιο άγχος ή ανησυχία. Αυτό το συμπέρασμα προκύπτει από τις οργανικές και φυσιολογικές συνέπειες της χρήσης του αλκοόλ, το οποίο επιδρά με παρόμοιο τρόπο που ο οργανισμός αντιδρά σε ένα στρεσογόνο συμβάν για να επαναφέρει την ισορροπία (ομοιόσταση). Προκύπτει επίσης, από πειράματα σε ζώα, όπου φαίνεται πως όταν εκτίθονταν σε στρεσογόνες καταστάσεις φόβου ή έντασης, το αλκοόλ όντως μείωνε το άγχος και συντελούσε στην προσαρμοστικότητά τους στην στρεσογόνα κατάσταση. Τα ίδια τα πειραματόζωα καθώς και κάποια ανθρώπινα υποκείμενα αυτό-χορηγούνται αλκοόλ σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου συμβάντος (Finn et al, 1990).

Η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ χρήσης αλκοόλ και κοινωνικού, γνωστικού, εργασιακού και οικογενειακού άγχους είναι επίσης γεγονός (Straus et al, 2009).

Ωστόσο, όταν μελετάμε το ανθρώπινο υποκείμενο, η ψαλίδα των ενδεχόμενων αποκρίσεων ανοίγει, καθώς υπεισέρχεται η ψυχολογική πολυπλοκότητα του ανθρώπου και των επιμέρους καταστάσεων που βιώνει. Διάφορα συμπεριφοριστικά μοντέλα (π.χ. TRT) πρότειναν εύλογα πως οι άνθρωποι καταναλώνουν αλκοόλ λόγω της αγχολυτικής του ιδιότητας. Αυτή η υπόθεση έχει αποδειχθεί αλλά εν μέρει. Η μείωση και η ανακούφιση από το άγχος συμβαίνει, αλλά όχι σε όλες τις περιπτώσεις ανεξαιρέτως. Εξαρτάται από την υποκειμενική ευαισθησία στο στρες, την ψυχολογική κατάσταση κατά την χορήγηση του αλκοόλ, τη γενικότερη ψυχική κατάσταση του ατόμου, το φύλο, την ηλικία, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, το πολιτισμικό πλαίσιο, το προηγούμενο ιστορικό με χρήση αλκοόλ του ατόμου και της οικογενείας του, κ.α. Φαίνεται πως τα άτομα που κατανάλωναν αλκοόλ με πρόθεση και τελικό αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους, ανήκαν σε πληθυσμιακές ομάδες που ήταν επιρρεπείς στη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ και με υψηλότερους παράγοντες επικινδυνότητας για αλκοολισμό. Αυτά τα άτομα έχουν και υψηλότερα ποσοστά μείωσης του άγχους (Herbert, 1997).

Τα συμπεριφοριστικά μοντέλα, όπως η υπόθεση TRT, περιγράφει μονοδιάστατα τη σύνδεση του αλκοόλ με το άγχος. Η αγχολυτική ιδιότητα του αλκοόλ δεν είναι επαρκής και αναγκαία συνθήκη για να αποτελεί τη μοναδική αιτία της κατανάλωσης αλκοόλ, διότι μπορεί να πίνει χωρίς να υπάρχει κατ' ανάγκην ως στόχος ή αποτέλεσμα να μειωθεί το άγχος και μπορεί να πίνει κάποιος χωρίς να μειώνεται απαραίτητα πάντα το άγχος του. Η αιτιολογική σύνδεση αλκοόλ και άγχους είναι γεγονός, αλλά όχι σε όλες τις συνθήκες και σε όλους τους ανθρώπους ή πληθυσμιακές ομάδες (Truman et al, 2010).

Τέλος, υπάρχουν κάποιες επιπλοκές στα πειράματα με ανθρώπινα που προκαλούν ασάφειες. Οι συμμετέχοντες στις έρευνες, συχνά, δεν ανακαλούν παρά επιλεκτικά γεγονότα που τους έχουν ωθήσει στη χρήση αλκοόλ, ενώ είναι συνήθως ασυνεπείς σχετικά με το ποια γεγονότα να συμπεριλάβουν ως στρεσογόνα, και πιθανώς να έχουν δυσκολία στο να διακρίνουν ανάμεσα στα γεγονότα που τους ωθούν στη χρήση αλκοόλ ή και την υποτροπή, και σε αυτά που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ. Εξαιτίας των παραπάνω δυσκολιών, πολλές μελέτες, που έχουν αποδείξει συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και του άγχους, δεν έχουν καταφέρει να εγκαθιδρύσουν μεταξύ τους μια αιτιακή σχέση (Gallant, 1987).

Τα μοντέλα περιγραφής της συσχέτισης εργασιακού άγχους και χρήσης αλκοόλ (μοντέλο αιτιότητας, μοντέλο μεσολάβησης, μοντέλο τροποποίησης, μοντέλο μεσολάβησης-τροποποίησης), θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι αντιπροσωπευτικά για τον καθορισμό μιας αιτιακής σχέσης μεταξύ αλκοόλ και άγχους και σε άλλα πεδία. Ένα απλό μοντέλο αιτιότητας είναι ανεπαρκές γιατί δεν περιγράφει, πως και υπό ποιες συνθήκες, το άγχος είναι η αιτία της κατανάλωσης αλκοόλ. Αυτό που συμπεραίνουμε γενικά είναι πως, πολλοί παράγοντες εμπλέκονται, λειτουργώντας ως μεσάζοντες και τροποποιώντας την επίδραση του αλκοόλ ως αγχολυτικό (Pagelow, 1984).

Όσον αφορά τις παθολογικές εκφάνσεις του άγχους και της χρήσης αλκοόλ, έχει βρεθεί επίσης θετική συσχέτιση. Σε πολλούς πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές έχουν βρεθεί υψηλά ποσοστά αλκοολισμού συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, και σε πολλούς αλκοολικούς έχει βρεθεί συννοσηρότητα με τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή. Τα ποσοστά συννοσηρότητας κυμαίνονται από 13% έως 25% αυτών με αγχώδη διαταραχή που ανέπτυξαν προβληματική σχέση με το αλκοόλ και το 23 έως 44% των αλκοολικών που διαγνώστηκαν κάποια στιγμή αγχώδη διαταραχή (Carlson, 2000).

Ένα ερώτημα που έχει απασχολήσει τους ερευνητές και απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, είναι η αιτιακή σύνδεση αλκοολισμού και αγχωδών διαταραχών. Μέχρι στιγμής από πολλές μελέτες φαίνεται πως στις περισσότερες περιπτώσεις οι αγχώδεις διαταραχές προηγούνταν του αλκοολισμού, οπότε υποθέτουμε πως μπορεί να αποτέλεσε και την αιτία της κατάχρησης αλκοόλης και της εμφάνισης εξάρτησης στη συνέχεια. Επίσης, αρκετοί πάσχοντες και από τις δυο διαταραχές δήλωσαν πως ξεκίνησαν το αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν τα υπερβολικά αγχώδη συμπτώματά τους. Ωστόσο, παρόλο που οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν παράγοντα επικινδυνότητας για ανάπτυξη αλκοολισμού, δεν υπάρχουν αρκετά ευρήματα να καλύπτουν την υπόθεση πως οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν αιτία του. Η σχέση τους δεν είναι γραμμική και έχει δυσδιάκριτα όρια, καθώς υπάρχει η περίπτωση κάποιος παθολογικά αγχωτικός να κάνει χρήση και στη συνέχεια κατάχρηση αλκοόλ για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματά του, αλλά στη πορεία αυτής της διαδικασίας το αλκοόλ ενδέχεται ήδη να έχει επιδεινώσει τα αρχικά επίπεδα άγχους του (Glass et al, 1995).

Έτσι, ελέγχεται και η περίπτωση του φαύλου κύκλου μεταξύ άγχους και αλκοόλ. *Όταν* και στις περιπτώσεις ατόμων που το αλκοόλ λαμβάνεται με πρόθεση την καταπολέμηση του άγχους και όντως υπάρχουν προσωρινά αγχολυτικά αποτελέσματα, καθώς και ανήκουν σε ειδικές πληθυσμιακές επιρρεπείς ομάδες, ενδέχεται να επιπέσουν σε ένα φαύλο κύκλο. Οι ίδιες οι επιδράσεις του αλκοόλ κατά την κατάχρηση έχει αποδειχθεί μακροπρόθεσμα πως αποτελούν σχεδόν πάντα στρεσογόνο παράγοντα. Δημιουργούν επιπρόσθετο άγχος, το οποίο προσπαθούν εκ νέου οι χρήστες να ανακουφίσουν με περισσότερο αλκοόλ, και ούτω καθ' εξής. Έτσι η διαδικασία, κατά την οποία το αλκοολικό άτομο αντιμετωπίζει το άγχος με την ουσία του αλκοόλ, έχει σαν αποτέλεσμα την διόγκωση του αρχικού του άγχους, δηλαδή το άτομο υποφέρει εν τέλει από περισσότερο άγχος από ότι στην αρχική φάση πριν τη χρήση (Black et al, 2011).

Η ενδελεχής διερεύνηση της συσχέτισης του αλκοόλ με το άγχος βοηθάει στην αποτελεσματικότερη θεραπεία προβλημάτων αλκοολισμού, καθώς και στη σοφότερη διαχείριση και αντιμετώπιση προβλημάτων άγχους (Erinoff et al, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΑΙΤΙΩΔΗΣ ΣΧΕΣΗ Η ΑΥΘΑΙΡΕΤΗ ΣΥΝΔΕΣΗ

3.1. Ορισμός της παραβατικότητας

Η παραβατικότητα είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει παράνομες ή αντικοινωνικές συμπεριφορές και δραστηριότητες. Η παραβατική συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνει χρήση ναρκωτικών, κατανάλωση αλκοόλ, βία, σεξουαλικά εγκλήματα ή εγκλήματα ιδιοκτησίας. Τα άτομα που παραβαίνουν συνήθως εκφράζουν αντικοινωνικές απόψεις, εμπλέκονται σε δραστηριότητες που είναι επικίνδυνες, επιβλαβείς και λάθος και είναι συχνά ειλικρινείς στην απόρριψη των ποινών που συνδέονται με τα εγκλήματά τους (Heise et al, 1999).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της παραβατικής συμπεριφοράς και της κατάχρησης ουσιών. Πολλοί παραβάτες θα αναζητήσουν δραστηριότητες που θεωρούνται εγκληματικές ή λάθος. Στην περίπτωση αυτή, η χρήση ναρκωτικών είναι εγκληματική και κοινωνικά απαράδεκτη στους περισσότερους κύκλους. Ένας παραβατικός άνθρωπος μπορεί να είναι υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών όταν διαπράττει έγκλημα ή μπορεί να διαπράξει έγκλημα όπως κλοπή για να πάρει χρήματα για να τροφοδοτήσει τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ (Dalton et al, 2001).

3.2. Αιτίες και παράγοντες κινδύνου της παραβατικότητας

Η παραβατικότητα θεωρείται σοβαρό ζήτημα, με πολλές διαφορετικές θεωρίες σχετικά με την αιτία του. Μερικοί θεωρητικοί υποδηλώνουν ότι η παραβατικότητα είναι αποτέλεσμα της ψυχολογικής υγείας. Ιδιαίτερη συμπεριφορά ή διαταραχές της διάθεσης μπορεί να σχετίζονται με τη συμμετοχή σε παραβατικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών όπως το αλκόολ. Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας είναι μια προϋπόθεση που συνδέεται στενά με την παραβατική συμπεριφορά. Αυτή η κατάσταση συνδέεται τυπικά με μη φυσιολογική ή καταστροφική σκέψη, αντίληψη και σχέσεις με άλλους. Με άλλα λόγια, για έναν παραβάτη δεν έχει καμιά σημασία το σωστό και το λάθος. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή την κατάσταση αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα με την αστυνομία, έχουν προβλήματα με την επιθετικότητα και τη βία, κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ και έχουν την

αδυναμία να συγκρατήσουν θέσεις εργασίας ή να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ουσιαστικές σχέσεις με άλλους. Επίσης έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους (Hamby, 2005).

Το περιβάλλον στο οποίο ένα άτομο μεγαλώνει ή κατοικεί επί του παρόντος μπορεί επίσης να συμβάλει στη συμμετοχή σε εγκληματικά εγκλήματα. Το χαμηλό επίπεδο προσκόλλησης, η κακή εκπαίδευση, η έλλειψη πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και στις υπηρεσίες και η τακτική έκθεση σε βίαια και καταχρηστικά εγκλήματα μπορεί να προκαλέσει την εμπλοκή ενός ατόμου. Τα νεαρά αρσενικά κινδυνεύουν ιδιαίτερα να επηρεαστούν από το περιβάλλον τους και να εμπλακούν σε ενοχλητικές και παρορμητικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων των υλικών ζημιών και των εγκλημάτων της δημόσιας ενόχλησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει κατανόηση των συνεπειών των ενεργειών τους ή δεν έχουν αναπτυχθεί προσωπικός αυτοέλεγχος (Gordon et al, 1996).

3.3. Έλεγχος της παραβατικότητας και της κατάχρησης αλκοόλ για ανηλίκους

Οι νέοι αρχίζουν να πειραματίζονται με το αλκόολ, τις νέες κοινωνικές ομάδες, τη μουσική και τη σεξουαλικότητά τους από την ηλικία των 14 ετών. Πολλοί θα διερευνήσουν νέες ιδέες, θα έχουν δύσκολες στιγμές με τους γονείς τους και άλλα πρόσωπα αρχών και ενδέχεται να αρχίσουν να ενεργούν. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτό είναι απολύτως ακίνδυνο και αποτελεί βασικό στάδιο ανάπτυξης. Αλλά άλλοι θα αρχίσουν να κακοποιούν το σώμα τους με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και οι συνέπειες μπορεί να είναι εξαιρετικά επιβλαβείς (Bancroft, 2002).

Η κατανάλωση αλκοόλ από τα ανήλικα παιδιά είναι μια κοινή δραστηριότητα που θεωρείται παραβατική. Οι νέοι που καταναλώνουν αλκόολ πριν τη νόμιμη ηλικία έχουν τεθεί σε κίνδυνο θέτοντας τον εαυτό τους και τους άλλους. Μπορούν να κατηγορηθούν για εγκληματική πράξη σε ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Επιπλέον, διατρέχουν τον κίνδυνο να πέσουν θύματα κακοποίησης, σεξουαλικής επίθεσης ή εμπλοκής σε έγκλημα. Η κατανάλωση αλκοόλ από ανηλίκους μπορεί επίσης να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία ενός ατόμου, η οποία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη σε ορισμένα στάδια ανάπτυξης. Ένας νεαρός που τακτικά πίνει ποτά ή πίνει ποτά σε περίσσεια μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στον εγκέφαλό του και σε άλλα όργανα που μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας (Darkes & Goldman, 1998).

Η υπερβολική επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και η λήψη ναρκωτικών μπορεί επίσης να οδηγήσει σε τροχαία ατυχήματα που μπορεί να έχουν θανατηφόρες συνέπειες. Η χρήση αλκοόλ κατά την εφηβεία μπορεί να προκαλέσει σημαντικά σωματικά και κοινωνικά προβλήματα. Καθώς ένας νέος άνθρωπος περνά μια ξεχωριστή περίοδο αλλαγής, η συστηματική λήψη αλκοόλ μπορεί να αλλάξει τη χημεία του σώματος, να προκαλέσει βλάβη σε ευαίσθητα κύτταρα του εγκεφάλου και ακόμη και να συμβάλει στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Επιπλέον, επειδή πολλοί νέοι άνθρωποι δεν έχουν τις ίδιες διαδικασίες σκέψης με τους ηλικιωμένους, θα πειραματιστούν με επικίνδυνους τρόπους και θα εμπλακούν σε αντικοινωνικές δραστηριότητες, θα ασκήσουν ανασφαλές σεξ και θα γίνουν θύματα εγκληματικών πράξεων. Η συμμετοχή σε εγκληματική ή εγκληματική δραστηριότητα μπορεί να έχει μακροχρόνιες συνέπειες για τη ζωή ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένου του περιορισμού των επιλογών για θέσεις εργασίας και ταξίδια (Hazen & Soriano, 2007).

3.4. Κύκλος εθισμού της παραβατικότητας

Μόλις ένα άτομο έχει εμπλακεί σε έναν τρόπο ζωής που είναι παραβατικός, αντικοινωνικός ή εγκληματικός, μπορεί να είναι δύσκολο να κινηθεί πέρα από αυτή τη ζωή. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της συμμετοχής σε εγκληματικές δραστηριότητες μπορεί να περιλαμβάνουν προβλήματα υγείας, δυσκολίες στην εξεύρεση και διατήρηση μιας θέσης εργασίας, προβλήματα οικογενειακής και σχέσης και οικονομικές δυσκολίες. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να συμβάλουν σε ένα άτομο που εμπλέκεται και πάλι σε μια εγκληματική πράξη έχει έντονα επίπεδα άγχους και καταναλώνει αλκοόλ. Ο κύκλος της παραβατικότητας μπορεί να είναι ένας τρομερά δύσκολος κύκλος για να σπάσει χωρίς υποστήριξη και αφοσίωση. Η κατανάλωση οινοπνευματώδη συνιστά την αιτία ενός μεγάλου αριθμού τροχαίων, εργατικών και άλλων ατυχημάτων. Η τοξίκωση από αλκοόλη συνιστά έναν ισχυρό συντελεστή πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων, τραυματισμών ή εγκληματικών πράξεων, ενδοοικογενειακής βίας, πτώσεων και δηλητηριάσεων. Στην Ελλάδα, ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, που έχουν σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, ήταν 216,1 ανά 100.000 κατοίκους το έτος 2000 και 185,5 το 2001. Σε ελληνικές μελέτες εξακριβώθηκε πως η χρήση αλκοόλ αυξάνει σημαντικά το ρίσκο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος. Επιπροσθέτως, εξακριβώθηκε πως το 10% των τροχαίων ατυχημάτων στην Αθήνα μπορεί να αποδοθεί στη χρήση αλκοολούχων ποτών (Μαρίνος, 1996).

Ένα μία μεγάλη μερίδα των οδηγών (41%) που είχαν ανάμιξη σε τροχαία ατυχήματα μεταξύ 1995 - 1997, είχαν καταναλώσει κάποιο αλκοολούχο ποτό πριν το ατύχημα, ενώ στο 33% των οδηγών η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ήταν πάνω από 80mg/L. Ο υψηλότερος κίνδυνος ανάμιξης σε τροχαία ατυχήματα ισχύει και για τους νέους που εκτιμούν την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κυρίαρχο στοιχείο του σύγχρονου τρόπου ζωής (Τσαρούχας, 2000).

3.5. Θεωρίες της βίας

Η βία είναι φαινόμενο αρκετά παλιό. Η ιστορία του ανθρώπινου είδους είναι γεμάτη από βίαιες πράξεις. Στην αρχαία Ελλάδα η βία λατρευόταν ως θεότητα. Ενσάρκωνε την ανώτατη δύναμη. Είναι η θεά που πραγματοποίησε την εντολή του εξαγριωμένου Δία εναντίον του Προμηθέα. Η καθημερινή ζωή μας, στις επαφές μας με πρόσωπα και πράγματα είναι γεμάτη βία. Τα τελευταία χρόνια, σημειώνεται παγκοσμίως ανέλιξη των δεικτών βίας και επιθετικότητας σε όλα τα είδη της (δολοφονίες, κλοπές, λεκτική επιθετικότητα, βιασμοί κλπ.). Σύμφωνα με τον Goldstein, το φαινόμενο της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς συνδέεται με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη κάθε κράτους (Τσιγκρής, 1996).

Η επιθετικότητα και η βία, στο βαθμό που είναι κοινωνικά κατασκευασμένοι όροι, σχετίζονται με ενέργειες που ωθούνται και από εναύσματα προσδοκίας, τόσο για λογαριασμό του ¨θύτη¨, όσο και για λογαριασμό του ¨θύματος¨. Όλο και πιο συχνά γίνεται λόγος για τη βία που παρουσιάζεται εντός της οικογένειας. Αιτία πάραυτα ακόμη γενική που θυμίζει τις πρώτες προσεγγίσεις της βίας στην κοινωνία και της βίας της κοινωνίας. Τα τελευταία έτη η βία στην οικογένεια αυξήθηκε. Αφορά, ως επί το πλείστον, γα μια γενίκευση της κοινωνικής βίας στο σπίτι (Μαρίνος, 1988).

Ετυμολογικά, η βία κάνει αναφορά στον όρο της κατάχρησης της εξουσίας, δηλαδή, σε μια έννοια καταναγκασμού. Η λέξη ¨βιαιοπραγώ¨ δηλώνει μια σχέση άνιση στις διαπροσωπικές δοσοληψίες. Ο όρος ¨βία¨ παράγεται από ινδοευρωπαϊκή ρίζα που σημαίνει ζωή (βίος/βιάζομαι, vivo/vis), όπως και η ονομασία ¨ζωτική δύναμη¨. Βία είναι η πρωτόγονη φάση της επιθετικότητας, με τη μορφή της σωματικής επίθεσης που παραποιεί τη φύση της επιθετικότητας και πολώνει τις δοσοληψίες με τους άλλους, εκτιμώντας, πως εκείνοι συνιστούν τμήμα μιας διπολικής σχέσης πως είναι δηλαδή, ή σύμμαχοι ή αντίπαλοι (Adman, 1987).

Με τον όρο βία αναλύονται ποικίλες και ξεχωριστές διαθέσεις, ενέργειες, τρόποι, από την επιθυμία εξολόθρευσης αντικειμένων, την ανυπακοή ή την προσβολή μέχρι τη σεξουαλική κακοποίηση. Αρκετές από τις εν λόγω συμπεριφορές άλλοτε κρίνονται σαν επιθετικές ενέργειες και άλλοτε σαν εκδηλώσεις βίας. Βία είναι η χρήση σωματικής, υλικής και πνευματικής δύναμης προς επιβολή θέλησης. Εν ολίγοις ο εξαναγκασμός. Ο Αριστοτέλης την εξηγεί ως: ¨το παρά την ορμήν και την προαίρεσιν¨ (Γαλλανός, 1981).

- Η βία είναι φαινόμενο της κοινωνικής συμβίωσης.
- Η βία στρέφεται στο παράδοξο.
- Η βία καλεί βία
- Η βία είναι ολέθρια
- Η βία συνιστά ένα είδος γλώσσας. Αφορά τη γλώσσα των ¨άφωνων¨, των ¨φιμωμένων¨ που δεν μπορούν να εκφέρουν γνώμη παρά μόνο με πράξεις.
- Η βία συνιστά μια πολιτισμική, ιδεολογική, πολιτική και κοινωνική αλήθεια.
- Οι σκληρές συμπεριφορές, συνιστούν έναν κρίκο μιας αλυσίδας, δηλαδή, του αναπτυξιακού κοινωνικοποιητικού τρόπου και με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζονται, ως διαπλεκόμενοι συντελεστές. Στο χώρο της οικογένειας, ο ορισμός της βίας παρουσιάζεται υπερβολικά ανεπτυγμένος. Στον χώρο της επιστήμης υφίστανται κάποιες κύριες και σαφείς εκδοχές που επιχείρησαν και επιχειρούν να αποσαφηνίσουν το φαινόμενο της βίας, αλλά καμία δεν μπορεί να δώσει αμετάκλητες λύσεις σε αυτό το ζήτημα. Οι εκδοχές είναι αντίστοιχες με τις ποικίλες θεωρητικές κατευθύνσεις και μοντέλα. Ανάμεσα στις διαφορετικές αυτές εκδοχές δεν υφίστανται συγκεκριμένα όρια επειδή υφίστανται διαφόρων ειδών αλληλεπιδράσεις που δεν μας αφήνουν να διακρίνουμε ολοκληρωτικά τη μία από την άλλη (Συμεωνίδου, 1994).

3.5.1. Κοινωνιολογική θεώρηση της Βίας

Ως κοινωνικός συντελεστής, η βία κάνει την εμφάνισή της ταυτοχρόνως με την κατανομή σε κοινωνικές τάξεις με αλληλοσυγκρουόμενα οφέλη. Η ιστορία, ουσιαστικά, είναι ιστορία της βίας. Βασικά, η βία είναι κοινωνικό φαινόμενο που σχετίζεται με την ανθρώπινη συγκατοίκηση. Ο S. Simon πιστεύει, πως η βία ήταν από τους πρώιμους συντελεστές για τη δημιουργία των κοινωνικών τάξεων. Κατά τον Nitzche, η βία και η επιθετικότητα είναι εργαλεία, για να υπερέχει ο άνθρωπος προς τους άλλους. Ο A. Bandura ερεύνησε τη βία και την επιθετικότητα στη μάθηση, λέγοντας πως ¨αφορά έναν τρόπο μάθησης, μέσω παρατήρησης και μίμησης των πράξεων των μοντέλων – ατόμων από τα παιδιά. Η διαδικασία

της μίμησης επιδρά από την ατομικότητα του παρατηρητή, την οξύνοια, την αυτοκυριαρχία και από άλλους συντελεστές¨. Η κοινωνία έχει τεράστια επιρροή στον άνθρωπο, συνεπώς και στο ζήτημα της βίας σε μεγάλο ποσοστό έχει την ευθύνη εκείνη (Τσιγκρής, 1998).

Ο Kieffer δηλώνει, πως σήμερα είμαστε περιστοιχισμένοι από μηνύματα βίας, μέσα από τα περιοδικά, την οθόνη της τηλεόρασης, τις διεθνείς ειδήσεις, το internet, τις εφημερίδες, τα οποία διασκορπίζονται - μεταδίδονται στο σύνολο του πληθυσμού και ιδίως στα παιδιά και στους εφήβους, δημιουργώντας ποικίλα υποδείγματα προς μίμηση. Στις μέρες μας, κύριο ρόλο στην επίδραση των παιδιών προς τη βία διαδραματίζουν η τηλεόραση και η πρόσβαση στον κόσμο του διαδικτύου. Η εκδοχή της κοινωνικής μάθησης (ψυχοκοινωνική θεωρία) θεωρεί, πως η βία μαθαίνεται υπό ορθές προϋποθέσεις και σωστή ενίσχυση. Άρα, η βία διδάσκεται, μαθαίνεται, γίνεται συνήθεια και ο κάθε ένας μπορεί να εξοικειωθεί με εκείνη, ούτως ώστε, όταν βρεθεί στο σωστό περιβάλλον, να μην αμφιταλαντεύεται να προβεί σε ανάλογες ενέργειες. Σε αυτή την εκδοχή υφίσταται και ένα παρήγορο σημείο, πως δηλαδή, αφού μαθαίνεται η βία, μπορεί να μαθευτεί και το αντίθετο, η μη βία (Button, 1993).

3.5.2. Ψυχαναλυτική θεωρία της βίας

Οι ψυχαναλυτικές εκδοχές για τη βία στηρίζονται στη σχετική θεωρία του Frend. Στα έργα της τρίτης περιόδου ανάπτυξης της διδασκαλίας του, γίνεται αναφορά, πως το ΕΓΩ, ευρισκόμενο μεταξύ των δυνάμεων (Κόγια, 1994):

α) της πραγματικότητας,

β) του ορμικού τούτο (es) και

γ) του υπερεγώ, υποχρεώνεται να ευχαριστεί ή να αποδέχεται τις δυνάμεις αυτές. Ο αγώνας όμως του εγώ έχει και αρκετά ρίσκα για αυτό το ίδιο το Εγώ. Άρα, για να αμυνθεί, δραστηριοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας που είναι στο ασυνείδητο (εξορθολογισμός, προβολή, άρνηση, ταύτιση, υπεραναπλήρωση, υποκατάσταση, παλινδρόμηση, ενδοβολή, απώθηση, αποξένωση, άρνηση της πραγματικότητας, ταύτιση προς εκείνον που επιτίθεται, μεταβολή στο εναντίον, εξάγνιση κά.).

Οι μηχανισμοί άμυνας μολοταύτα παραποιούν το ζήτημα ή το προσπερνούν, επειδή ο στόχος τους είναι να ελαττώσουν το στρες, τις εσωτερικές διενέξεις, δυσαρέσκειες, απωθήσεις κά. Επομένως, κάποιοι μηχανισμοί άμυνας έχουν μεγάλη σπουδαιότητα για τη

βία, όπου σε αρκετές περιστάσεις είναι απόρροια τέτοιους είδους μηχανισμών (Μουσούρου, 2003).

Κατά την ψυχαναλυτική εκδοχή, όπως υπερθεματίζουν και αρκετοί φιλόσοφοι η βία και η επιθετικότητα πράττουν θετικά στην πορεία του πολιτισμού. Με την καταδυνάστευση της επιθετικότητας γεννιέται και σώζεται ο ανθρώπινος πολιτισμός. Συχνά το άτομο προσανατολίζει τη βία του στο ίδιο του το ΕΓΩ. Η έχθρα και η βία είναι έμφυτες δυνάμεις στον άνθρωπο (Dalton et al, 2001).

Το παιδί είναι βίαιο και επιθετικό και τα παρουσιάζει, επειδή στερείται από κάθε ηθική, που θα δημιουργούσε το αίσθημα της ντροπής. Η οικογένεια, ευθύνεται για τη δημιουργία ατόμων που προσφεύγουν στη βία. Σύμφωνα με τον S. Freud, libito και βία, ανταγωνίζονται. Ανάμεσά τους εκτυλίσσονται διενέξεις που φαίνονται ως: διενέξεις ορμών (μίσος και έρωτας), διενέξεις μεταξύ πραγματικότητας και επιθετικότητας και διενέξεις δομικές. Η εκδοχή των ενστίκτων εκτιμά, πως η πηγή της βίας είναι μέσα στον άνθρωπο, είτε σαν επιθετικό ένστικτο, είτε ως ιδιαίτερος φυσιολογικός συντελεστής ή ως γνώρισμα της προσωπικότητας (Τσακίρογλου, 1989).

Ανθρωπολογική θεώρηση της βίας. Έπειτα από την ψυχαναλυτική απόδοση της ψυχικής ζωής του ανθρώπου, πολλοί μελετητές στράφηκαν και προς άλλες κατευθύνσεις. Η ψυχαναλυτική αυτή εκδοχή, εδραιώθηκε από τον Fromm, πάνω σε ανθρωπολογική και φιλοσοφική βάση και δηλώνει, πως στο βάθος, ο σκληρός είναι ένας δειλός χαρακτήρας. Συχνά χρησιμοποιεί τη βία για να εκπλήσσει τους άλλους και να δείξει πως δεν δειλιάζει. Η δράση του συχνά είναι ασυνείδητη, αυτός όμως έχει την εντύπωση πως είναι εσκεμμένη και αληθινή (Black et al, 2011).

Ο Adler, ενσωματώνει τη βία στην ευρύτερη διδασκαλία του ¨περί των συμπλεγμάτων κατωτερότητας¨, δηλώνοντας τα κάτωθι: βία ανάμεσα στα δύο φύλα, οργανικές ελλειμματικές καταστάσεις (όπως ασχήμια, παραμόρφωση κ.α.), αυταρχικότητα στην εκπαίδευση. Η βία, προέρχεται και από τη ζήλια. Ο ζηλόφθονος θέλει να σπέρνει δυστυχία και όταν μπορεί να το κάνει δίχως τιμωρία, το κάνει. Ένας ασυνείδητος φόβος ακόμη, μπορεί να δημιουργήσει βίαιη συμπεριφορά. Και η μεροληψία, είναι λόγος βίαιης και επιθετικής στάσης (Καλλινάκη, 1998).

Η ανθρωπιστική/υπαρξιστική θεωρία για τη βία, είναι σε γενικές γραμμές αντίθετη από τις μηχανιστικές και πεσιμιστικές εξηγήσεις που δίνουν οι άλλες εκδοχές και ιδιαιτέρως

οι ψυχαναλυτικές και οι συμπεριφοριστικές που περιλαμβάνουν ντετερμινισμό (βιολογικό ή περιβαλλοντικό ανάλογα). Αρκετοί λόγοι δημιουργούν τη βία (Catalano et al, 2009).

Βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές. Όλοι έχουν δίκιο και οι ψυχαναλυτές και οι κοινωνιολόγοι και οι βιολόγοι, ο κάθε ένας από τη σκοπιά του. Αλλά, μήπως πρέπει να δουν και τον άνθρωπο ως άνθρωπο και όχι ως αντικείμενο έρευνας; Η μορφολογική ψυχολογία θεωρεί, πως το όλον είναι πιο μεγάλο από το σύνολο των μερών του (Bancroft, 2002).

Αρκετά, επομένως, μπορούν να γίνουν, για να αποφευχθεί η βία. Το ζήτημα μολοταύτα που μας απασχολεί είναι: Η βία είναι έμφυτη ή κληρονομική; Για την προέλευση της βίας υφίστανται αρκετές εκδοχές παράλληλες ή και αντιπαρατιθέμενες μεταξύ τους. Οι ψυχαναλυτές εκτιμούν πως είναι έμφυτη. Οι κοινωνιολόγοι, πως είναι επίκτητη. Η ουμανιστική και ανθρωπολογική εκδοχή αρνούνται τη μοιρολατρία των δύο άλλων (Carlson, 2000).

Η Philip κάνει αναφορά στους στοχασμούς της πάνω στις αλλιώτικες πτυχές της βίας. Υφίστανται (Walker, 1989):

α) Η προφανής/φανερή βία, αυτή που προσφέρεται προς θέαση όπως η συμπεριφορική βία, η βιαιότητα, τα χτυπήματα. Λιγότερο ορατή είναι η λεκτική βία όπου μπορεί να είναι το ίδιο οδυνηρή με τη σωματική.

β) Η βαθύτατη – ήπια βία, που είναι ύπουλη και χρησιμοποιεί, αφενός την απομόνωση αφετέρου τον εξευτελισμό. Περικλείει διαπροσωπικές διενέξεις, τσακωμούς.

γ)Η επιθυμητή βία, είναι ένα είδος βίας που αναφέρεται στην απάθεια, στην άρνηση ενασχόλησης, στην παράβλεψη, στο να περιοριζόμαστε στα «δικά μας» παραβλέποντας τους υπολοίπους.

Είναι απατηλή και καταστρεπτική. Σύμφωνα με τον Bergeret (1994) υφίστανται ακόμη: Η πρωτογενής βία (ένστικτο επιβίωσης) είναι η φυσική δύναμη επιθετικότητας που είναι μέσα στον καθένας μας, η θεμελιώδης βία (αρχαϊκό στάδιο της συναισθηματικής ζωής), η αντιδραστική βία (αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα με προκλητικές επιθέσεις και βιαιότητες) και η πρωταρχική βία, όπου καταχωρεί το δράμα του παιδιού που του έκαναν κακή υποδοχή ή δεν το καλωσόρισαν όταν γεννήθηκε, τις πρώτες βδομάδες και πρώτους μήνες (Brandl & Cook-Daniels, 2002).

3.6. Ενδοοικογενειακή βία

Η βία εντός της οικογένειας και ευρύτερα εντός της κοινωνίας δεν υφίστατο πάντα. Οι αρχαιολόγοι, οι κοινωνιολόγοι και οι άλλοι μελετητές διατείνονται πως η βία κάνει την εμφάνισή της στο 4.000 π.Χ. περίπου, μαζί με το πατριαρχικό σύστημα και την εμφάνιση της ιδιοκτησίας. Το προπατριαρχικό διάστημα οι άνθρωποι δείχνει να ζουν με ειρήνη. Οι άνδρες και οι γυναίκες είναι σε διαφορετικές ομάδες και κανένας δεν επιζητεί κυριαρχικά δικαιώματα πάνω στον άλλο. Με την παρουσία του πατριαρχικού συστήματος, ενός συστήματος κλιμακωτού και εξουσιαστικού, που βασίζεται στη δύναμη του ισχυρού, οι άνθρωποι χωρίζονται σε τάξεις. Στο ανώτατο τμήμα της ιεραρχίας είναι ο «ισχυρός», ασκώντας κυριαρχικά δικαιώματα στους «υφιστάμενούς» του (Hamby, 2005).

Για να επιβληθεί και να υποτάξει τους πάλαι ποτέ ίσους ανθρώπους, ο θύτης κάνει χρήση ποικίλων μέσων, όπως η τιμωρία, οι πατριαρχικοί νόμοι και οι μάχες. Μέσα σε ένα τέτοιο πατριαρχικό κράτος η οικογένεια είναι μία μινιατούρα της μεγάλης οικογένειας του κράτους, που λειτουργεί το ίδιο εξουσιαστικά. Μέσα σε μία πατριαρχική οικογένεια επομένως, ο άνδρας είναι ο ηγέτης της οικογένειας και τα άλλα μέλη είναι ιδιοκτησία του. Ο άνδρας δικαιούται να δίνει εντολές ενώ οι υπόλοιποι υπακούουν και συμμορφώνονται με τις εντολές. Τα αγόρια της οικογένειας, βλέποντας τον πατέρα τους να φέρεται έτσι, μαθαίνουν από μικρά πως η βία είναι ένας δραστικός τρόπος επιβολής της θέλησης του ισχυρού και όσο μεγαλώνει συμπεριφέρονται ανάλογα, τροφοδοτώντας τη βία από γενιά σε γενιά (Walker, 1992).

Η παρενόχληση και η βιαιοπραγία προβλέπεται από την νομοθεσία αρκετών πατριαρχικών χωρών, ακόμα κι έως τον 20ο αιώνα. Τότε οι νόμοι ξεκινούν να μην επιτρέπουν την κακοποίηση, αυτή συνεχίζεται από συνήθεια και το κράτος εξακολουθεί να την υπομένει, επιρρίπτοντας ευθύνες συχνά στις ίδιες τις γυναίκες για την κακοποίησή τους (Catalano, 2007).

Κατά την Συμεωνίδου, η βία έχει δύο κύρια πρόσωπα, που ανακύπτουν από τον διαχωρισμό της. Συνεπώς υπάρχει η «φυσική» βία και η «αφύσικη» βία. Αρχίζοντας από την φυσική βία, έχουμε την βία που ασκείται στον άνθρωπο από την ίδια τη φύση, που πολλές φορές είναι αντίθετη στη βούλησή μας. Μερικές φορές η φυσική αυτή βία είναι ωφέλιμη και άλλοτε πάλι κακοποιός (Herbert, 1997).

Η αφύσικη βία, είναι η βία που ασκούμε εμείς οι άνθρωποι ο ένας στον άλλον. Και αυτή η βία χωρίζεται σε ομαδική κακοποιό και ευεργετική, όπως και σε ατομική κακοποιό

και ευεργετική. Η κακοποίηση των γυναικών στο πεδίο της οικογένειας εμφανίζεται με διάφορες μορφές, με επικρατέστερες την σεξουαλική κακοποίηση, τη σωματική ή φυσική κακοποίηση και την ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση. Η Walker, πλην των ανωτέρων, κάνει αναφορά για άλλα δύο είδη βίας: την οικονομική αποστέρηση και τις οικογενειακές διενέξεις. Η πλειονότητα των γυναικών, εξακριβώνει πως η ενδο-οικογενειακή βία δεν περικλείει ένα συγκεκριμένο είδος βίας αλλά συντίθεται από όλα τα παραπάνω είδη, με άλλη βαρύτητα σε κάθε περίσταση (Hazen & Soriano, 2007).

Το πιο εμφανές είδος ενδο-οικογενειακής βίας κατά των γυναικών είναι αδιαμφισβήτητα η σωματική βία. Το εν λόγω είδος βίας καθορίζεται από τις αποκλίσεις μεταξύ ενός χαστουκιού στο πρόσωπο μέχρι μία πολύ κρίσιμη σωματική βλάβη. Άρα η σωματική βία πιθανώς να αρχίσει με ένα απλό χαστούκι ή σπρώξιμο και να εξελιχθεί σε συχνούς και κρίσιμους βάναυσους ξυλοδαρμούς και σε μία φαυλότητα βίας, που καμιά φορά φτάνει ακόμη και σε φόνο. Η ελεεινή σωματική κακοποίηση των θυμάτων δεν είναι εύκολο να αναλυθεί. Τα επεισόδια μπορεί να είναι αρκετά έντονα και ανατριχιαστικά και τα χειρότερα από αυτά κάνουν την εμφάνισή τους κατά το διάστημα της δεύτερης φάσης του κύκλου κακοποίησης, όπου περιγράφεται σε άλλο κεφάλαιο (Truman & Rand, 2010).

Η περισσότερη βία συνήθως δημιουργείται από τους άντρες, μολονότι σε κάποιες καταστάσεις οι γυναίκες προξενούν τον τραυματισμό των αντρών στην προσπάθειά τους να υπερασπιστούν τον εαυτό τους. Οι γυναίκες βρίσκονται μειονεκτούν σε μία σωματική πάλη, εφόσον δεν έχουν την δύναμη ή την εκπαίδευση των αντρών οι οποίοι είναι πιο δυνατοί αλλά έχουν μάθει και από παιδιά πώς να παλεύουν. Οι κακοποιήσεις που έχουν επισημανθεί από γυναίκες κυμαίνονταν από πολύ μικρές έως και αρκετά μεγάλες σε σωματικά αποτελέσματα. Στην πρώτη κατηγορία ήταν: ένα χαστούκι, μία ελαφριά γροθιά ή τράβηγμα των μαλλιών (Heise, 1998).

Σε αρκετές περιστάσεις, αυτές οι μικρές επιθέσεις γρήγορα οξύνονταν σε πιο μεγάλες που μπορεί να περιλάμβαναν: βίαιες σεξουαλικές επιθέσεις, γρονθοκοπήματα στο πρόσωπο και το κεφάλι, κλωτσιές σε όλο το σώμα, φράξιμο της αναπνοής μέχρι λιποθυμίας, σπρώξιμο και πέταγμα μέσα στο δωμάτιο, σπάσιμο χεριών, καψίματα από σίδερο, τσιγάρα ή καυτά υγρά, βίαιο ξύρισμα του ηβικού τριχώματος, μαχαιρώματα και τραύματα από πυροβόλα όπλα. Συνήθως αναφέρονται και διασείσεις, πρησμένα μάτια και μύτες, σπασμένα δόντια. Αν χτυπήσει μία φορά τη γυναίκα του ένας άντρας, είναι πιο εύκολο μετά να την ξανακάνει. Οι γυναίκες στην πλειοψηφία τους όταν γίνονται αυτά τα περιστατικά κρύβονται, ενώ είναι

θαυμαστή η αντοχή τους στον πόνο. Συνήθως για να παραδεχτεί μία γυναίκα πως κακοποιείται πρέπει να επέλθει σωματική κακοποίηση (Pagelow, 1984).

Κατά τα λεγόμενα των Sugg et al. (1999), η οικογενειακή βία ορίζεται ως η παρελθοντική ή και η τρέχουσα φυσική ή/και σεξουαλική βία μεταξύ προηγούμενων και τωρινών συντρόφων, μελών της οικογένειας ή ενήλικων παιδιών και γονέα. Οι θύτες και τα θύματα μπορεί να είναι και από τα δύο φύλα και ετερόφυλα ή ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Επίσης, η οικογενειακή βία είναι συμπεριφορά που υιοθετείται από κάποιο πρόσωπο αποσκοπώντας στον έλεγχο του άλλου μέσα στο πεδίο μίας σχέσης. Η σχέση αυτή μπορεί να απαρτίζεται από πρόσωπα που είναι έγγαμα ή όχι, να είναι του ίδιου φύλου, να μένουν μαζί, να έχουν χωρίσει, να είναι διαζευγμένα ή σε διάσταση ή απλά να βγαίνουν μαζί (http://www.domesticviolence.org/define.html). Η οικογενειακή βία είναι ένα από τα πιο μεγάλα ιατρικά, κοινωνικά και δημόσια θέματα για την υγεία που συνήθως λέγεται «συντροφική βία» και κατά κανόνα θεωρείται σαν λιγότερο σοβαρή και λιγότερο δημοφιλής από ότι άλλα είδη βίας (Skynner, 1998).

Πιθανών η αποτυχία των ατόμων να δουν την κρισιμότητα και τη συχνότητα της βίας των γυναικών συζύγων σχετίζεται με το ότι η βία εντός του σπιτιού και της οικογένειας είναι προσωπικό ζήτημα, κάτι που εμφανίζεται ιδίως μέσα από τις πατριαρχικές κοινωνίες. Μία από τις αμοιβαίες προϋποθέσεις που χρησιμοποιείται για να γίνει περιγραφή της βίας από το σύντροφο είναι η οικογενειακή βία (Heise et al, 1999).

Η οικογενειακή βία είναι ένα είδος εξαναγκαστικού ελέγχου που αποτελείται από φυσικές, σεξουαλικές ή και ψυχολογικές επιθέσεις κατά προγενέστερων ή τωρινών συντρόφων. Μελέτες έδειξαν πως η οικογενειακή βία διαπράττεται κατά των γυναικών από τους άντρες και φαίνεται όταν ο δυνατός κατά κανόνα επιχειρεί να ασκήσει πίεση πάνω στον πιο αδύναμο (Quinn, 2010).

Αρκετοί μύθοι ταράζουν και τροφοδοτούν την οικογενειακή βία με το να συμπληρώνουν στα λεγόμενά τους πως μόνο ένα μικρό ποσοστό των γυναικών υποφέρει από τη βία αυτού του τύπου, πως η βία σπάνια φτάνει στην ανθρωποκτονία και πως η βία είναι προσωπικό ζήτημα. Ειδικότερα, αρκετές γυναίκες εξακολούθησαν να μένουν σε βάναυσες σχέσεις επειδή δε διασφάλισαν την αναγκαία βοήθεια και ανταπόκριση για ψυχολογική κοινωνική και οικονομική υποστήριξη (Thio, 2003).

Η οικογενειακή βία δεν είναι απλά πρόβλημα υγείας, που βεβαίως, είναι επώδυνο για το θύμα και την οικογένειά της. Είναι ένα χρόνιο δημόσιο πρόβλημα υγείας. Δεν βάζει απλά

σε κίνδυνο την πνευματική και τη φυσική υγεία του θύματος, αλλά προκαλεί, παράλληλα συνεπαγόμενες χρονικές επιδράσεις στο σώμα και το νου του θύματος. Η κακοποίηση από τον σύντροφο μπορεί να οριστεί σαν τη φυσική, σεξουαλική ή/και ψυχολογική κακοποίηση από τον προηγούμενο ή τον τωρινό σύντροφο. Η συντροφική κακοποίηση περικλείει ορισμένα πολύπλοκα είδη συμπεριφορών που πιθανών να συνδυάζονται με την σεξουαλική κακοποίηση και την ψυχολογική, συναισθηματική και λεκτική κακοποίηση και τη φυσική βία (Herman, 1996).

Επιπροσθέτως, η συντροφική βία έχει αρκετά αρνητικά επακόλουθα πάνω στην οικογένεια και στην κοινωνία, καθώς και στις ίδιες τις κακοποιημένες γυναίκες. Επιδρά με αρνητικό τρόπο στην παιδική ψυχολογική υγεία. Είναι αξιοσημείωτο πως οι πιο πολλές έρευνες που διερευνούν την οικογενειακή βία εστιάζουν στις περιστάσεις βίας προτού χωρίσει το ζευγάρι ενώ σε πολύ λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εξετάζουν τη διάδοση και τις ιδιομορφίες της βίας στο διάστημα του χωρισμού ή του διαζυγίου. Κατά κανόνα, μελέτες για τη βία που κάνει την εμφάνισή της μετά το χωρισμό συγκεντρώνονται με αργούς ρυθμούς τα τελευταία τριάντα χρόνια (Hens, 1986).

Σχετικά με την έννοια της βίας που γίνεται στο διάστημα του χωρισμού, δεν επιδέχεται έναν ειδικό ορισμό, όπως εξάλλου συμβαίνει και με τα άλλα είδη βίας. Ο ορισμός που δίνει ο Mahoney (1991) εκτιμάται πως είναι ο ακριβέστερος. Ειδικότερα, ορίζει τη βία που διαπράττεται στο διάστημα του χωρισμού σαν: «τη θελληματική επιθετική ενέργεια που γίνεται κατά του σώματος της γυναίκας, όπου ο σύντροφός της θέλει να την αποτρέψει από το να τον αφήσει, παίρνοντας εκδίκηση για το χωρισμό ή να την υποχρεώσει να γυρίσει σε αυτόν (Straus et al, 1980).

Αποσκοπεί στο να κατατροπώσει την επιθυμία της αναφορικά με το που και με ποιον θα ζήσει, υποχρεώνοντάς την με σκοπό να επιβάλει κάποια σύνδεση στην σχέση τους. Προσπαθεί να κερδίσει, να διατηρήσει (ή να διασφαλίσει), και να αποκτήσει ξανά τη δύναμή του εντός της σχέσης, είτε να επιπλήξει τη γυναίκα επειδή έβαλε τέλος στη σχέση τους» (Straus & Gelles, 1990).

Η οικογενειακή βία, που περικλείει την κακοποίηση μέσα σε κλειστές, ρομαντικές σχέσεις και σχέσεις αγάπης, βιώνεται από το ποσοστό του 3.3 στα 10.000.000 παιδιά στην Αμερική. Εν γένει, η οικογενειακή βία συνιστά απειλή για την καλή και ορθή ανάπτυξη των παιδιών. Η απόδειξη της οικογενειακής βίας είναι ένα είδος τραυματικού στρες, που μπορεί να θέσει τα παιδιά σε ρίσκο (Γαλλανός, 1981).

Τα παιδιά που εκτίθενται στην οικογενειακή βία μπορούν να υιοθετήσουν και να αναπτύξουν αρνητικές και ακραίες συμπεριφορές, χρόνιες φοβίες, κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα και συχνά παρουσιάζουν αρχικά στοιχεία βίαιης συμπεριφοράς. Η οικογενειακή βία συνιστά απειλή και για την καλή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας και μπορεί να υποτιμήσει την αξιοσύνη της να ¨ελευθερώσει¨ και να προστατέψει το παιδί της από την οικογενειακή βία και τις επιρροές της (Συμεωνίδου, 1994).

Μολοταύτα, όπως μπορούμε να τονίσουμε, σχετικά με τον ορισμό, αλλά και με τα είδη της βίας ευρύτερα, οι θεωρητικοί συμφωνούν μεταξύ τους. Οι βασικότερες ιδιομορφίες της βίας και τα είδη της είναι αμοιβαία στους μελετητές και αναλύουν με ανάλογο τρόπο αυτούς τους όρους (Κόγια, 1994).

Για αυτό, έχει σημειωθεί πως στις περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς και έχουν σαν γενικό θέμα τη βία, οι εκάστοτε μελετητές προσδιορίζουν από πριν την έννοια της βίας και ερευνούν το φαινόμενο. Το ίδιο εντοπίζεται και για τους ορισμούς των μορφών βίας. Η ανάγκη για έναν συνεκτικό κι ακόμα ευρύ ορισμό για τη βία, ευρύτερα, και για τα είδη της είναι αισθητή. Σίγουρα, η προσπάθεια αυτή είναι αρκετά δυσχερής ένεκα του πως η βία συνιστά ένα κοινωνικό φαινόμενο που κρίνεται έντονα από τον περίπλοκο, ευρύ και περιεκτικό της ύφος. Οπότε, η βία χαρακτηρίζεται από το υποκειμενικό της πλαίσιο, όπου το κάθε άτομο ξεχωριστά ορίζει και ερμηνεύει αλλιώς τη βία (Adman, 1987).

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι πως η βία δεν επιδέχεται αμερόληπτο ορισμό, αφού ο ορισμός της εξαρτάται και από τις κοινωνικές, πολιτισμικές, πολιτικές και οικονομικές καταστάσεις που κυριαρχούν κατά καιρούς. Επομένως, κάθε κουλτούρα, κάθε κοινωνία, κάθε κοινωνική τάξη και κάθε ανθρώπινη ύπαρξη δίνει το δικό της ορισμό στο φαινόμενο της βίας και στις μορφές της. Το ερευνητικό έργο στο διεθνή χώρο μας δίνει στοιχεία για την έκταση και τις διαστάσεις που παίρνει το φαινόμενο αυτό και την ανάγκη ενστέρνισης μέτρων ως προς τον χειρισμό και πρόληψή του (Τσιγκρής, 1998).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση αλκοόλ παρουσιάζεται πρόωρα στην ιστορία των ανθρώπινων κοινωνιών. Πάραυτα, η παρουσία και η λειτουργία τους ποικίλλουν ανάμεσα στις κοινωνίες και τα ιστορικά διαστήματα και καλύπτουν διαφορετικές σε κάθε περίσταση κοινωνικές και πολιτιστικές περιστάσεις και ακολούθως διαφορετικές ατομικές ανάγκες. Στις μέρες μας, η χρήση, η κατάχρηση αλκοόλ και η εξάρτηση από αυτό έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις και συνιστά φαινόμενο επιβαρυντικό και ολέθριο, και για τις κοινωνίες και για τα μέλη τους. Σε αυτό συμβάλει και το αυξημένο ποσοστό άγχους το οποίο σε συνδυασμό με το αλκοόλ οδηγεί πολλές φορές σε παραβατικές συμπεριφορές (Cohen et al, 1983).

Η εξάρτηση από ουσίες συνοδεύεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων (διάθεσης, συμπεριφοράς, κ.ά.) που κατευθύνουν σε δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Μια από αυτές είναι η παραβατικότητα η οποία συσχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ και με το άγχος (Κόγκερ, 1981).

Όσον αφορά τους τρόπους αντιμετώπισης τέτοιων συμπεριφορών και όσον αφορά ειδικά στο φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας, ο συστημικός τρόπος θεωρεί πως η οικογένεια απαρτίζεται από άτομα που χαρακτηρίζονται από αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Όταν ένα από τα οικογενειακά μέλη εμφανίζει μία αλλαγή ή μία απόκλιση, αυτή επιδρά και στα άλλα μέλη του συστήματος, επηρεάζεται από εκείνα και ενδεχομένως να δημιουργήθηκε από την αρχή εξαιτίας των οικογενειακών δυναμικών. Για να επανέλθει, επομένως, το άτομο που αποκλίνει σε ισορροπία, θα πρέπει να αλλάξει όλο το οικογενειακό φόντο (Μουσούρου, 2003).

Οι προεκτάσεις αυτής της σκοπιάς στη θεραπεία της κατάχρησης του αλκοόλ είναι πολλές και είναι ήδη εμπεριστατωμένο στην ερευνητική βιβλιογραφία πως η οικογενειακή εμπλοκή στη θεραπεία μπορεί να έχει κρίσιμο ρόλο στη δέσμευση του ατόμου με τον τρόπο απεξάρτησης, στη φροντίδα του ατόμου έπειτα από τη θεραπεία και –το βασικότερο-ένα υγιές και λειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον προλαμβάνει τις υποτροπές, όπου είναι ο πιο δυνατός «εχθρός» των θεραπειών για την απεξάρτηση (Quinn, 2010).

Τα στοιχεία ερευνών στις προγενέστερες ενότητες προβάλλουν πόσο σπουδαίος είναι ο ρόλος του συστήματος της οικογένειας στην εμφάνιση και τη συντήρηση της κατάχρησης των οινοπνευματωδών σε περιπτώσεις που διέπονται από άγχος. Μολοταύτα η οικογενειακή

προσέγγιση στην ίαση του εθισμού είναι περιθωριακή σε σχέση με τις άλλες προσεγγίσεις. Σε αυτό, συντελούν πολλοί συντελεστές που σχετίζονται με την επικράτηση του ατομικιστικού μοντέλου διάγνωσης και θεραπείας, ασφαλιστικοί παράγοντες που αποκλείουν τις οικογενειακές θεραπείες αλλά και η μειωμένη εκπαίδευση των ειδικών ψυχικής υγείας σε θέματα που σχετίζονται με τη συστημική αντίληψη, αξιολόγηση και ανάμιξη. Τα προγράμματα εκπαίδευσης στην οικογενειακή θεραπεία δε δίνουν πάντα τη δέουσα σπουδαιότητα στο θέμα της κατάχρησης ουσιών χρησιμότητά του και τα μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα που παρέχει (Skynner, 1998).

Προτού προχωρήσουμε σε ποικίλα θέματα που σχετίζονται με την οικογενειακή θεραπεία αλλά και στην παρουσίαση των οικογενειακών επεμβάσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί για την απεξάρτηση από το αλκοόλ, θα ήταν καλό να κάνουμε αναφορά σε μία έννοια της λειτουργικής οικογένειας, ο σχηματισμός της οποίας είναι βασική επιδίωξη των πιο πολλών παρεμβάσεων. Μία λειτουργική οικογένεια συνιστά ένα περιβάλλον που προσφέρει ασφάλεια και πετυχημένη αναπτυξιακή διαδρομή στα μέλη του. Αυτή η οικογένεια –που ειδάλλως λέγεται και επικουρική – κρίνεται ανάμεσα σε άλλα από την υπόσταση ορθών ρόλων, αποτελεσματικής επικοινωνίας και την ευρύτερη διατύπωση θετικής διάθεσης και συναισθηματικού δεσίματος ανάμεσα στα μέλη της. Όλα αυτά φυσικά καθορισμένα από πολιτισμικούς κανόνες και αξίες που δεσπόζουν στο μακροσύστημα εντός του οποίου αλληλεπιδρά η οικογένεια (Truman & Rand, 2010).

Ύψιστης σπουδαιότητας στην οικογενειακή θεραπεία της κατάχρησης του αλκοόλ, είναι ο χειρισμός της άρνησης. Η άρνηση πλην του προσωπικού επιπέδου που αφορά την άρνηση του χρήστη πως είναι εθισμένος και χρειάζεται βοήθεια, συχνά επεκτείνεται και σε οικογενειακό επίπεδο. Τα μέλη της οικογένειας, πολλές φορές για λόγους που αφορούν το κοινωνικό στίγμα και το αίσθημα ντροπής, δεν αναγνωρίζουν την κρισιμότητα της κατάστασης (Black et al, 2011).

Το οικογενειακό σύστημα σε αυτή τη φάση χαρακτηρίζεται από «άτυπους» όρους κατά τους οποίους δεν επιτρέπεται να συνομιλούν για το θέμα του αλκοόλ, σαν αυτό να μην υφίσταται. Η άρνηση αυτή χρονοτριβεί την αναζήτηση βοήθειας και είναι ένας φραγμός στις πρώτες φάσεις της θεραπείας. Η αιτία που αναπτύσσουν οι οικογένειες που έρχονται σε πρώτη επαφή με θεραπευτές είναι αμυντική, τα μέλη τους έχουν το φόβο πως η συνεκτικότητα της οικογένειας θα πληγεί εφόσον δεχτούν τη λυπηρή πραγματικότητα της κατάχρησης και των επιρροών αυτής (Μαρίνος, 1988).

Αυτή η κατάσταση θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την ορθή πληροφόρηση της οικογένειας και την ελεύθερη διατύπωση συναισθημάτων για την κατάχρηση του αλκοόλ, τη συνειδητοποίηση και την εκτίμηση του μεγέθους του ζητήματος, την παραδοχή της ανάγκης για ίαση και τη δέσμευση σε εκείνη (Ανταμένκο & Τριλίβα, 1992).

Σύμφωνα με τους Schmid & Brown (2008) το κλειδί για την πετυχημένη θεραπεία είναι το να μπορέσουν τα μέλη της οικογένειας να μην εστιάζουν και να αποδίδουν τους λόγους των περιστατικών στους άλλους και να αναγνωρίσουν την δική τους ευθύνη και την πολυπλοκότητα των οικογενειακών επαφών, των διαφορετικών αναγκών, βιωμάτων και στάσεων που συντηρούν την κατάχρηση του αλκοόλ από το εθισμένο μέλος. Εδώ, ερευνώνται οι υποθέσεις που κάνουν τα μέλη επιχειρώντας να αποσαφηνίσουν για ποιο λόγο κάποιος καταναλώνει αλκοόλ σε τέτοιο βαθμό και οι δικαιολογίες του ατόμου που κάνει κατάχρηση αμφισβητούνται. Τα άτομα πρέπει να φέρουν στο φως ενσυνείδητες και μη συνειδητές αντιλήψεις γύρω από το αλκοόλ και τις οικογενειακές επαφές ευρύτερα και να διατυπώσουν εκείνο που αισθάνονται. Τα νοητικά σχήματα που αναπτύσσονται σε αυτή τη φάση και η οικογενειακή παραδοχή της κατάχρησης ξεκινούν να αποσταθεροποιούν την οικογενειακή ομοιόσταση που κάνει δυσχερή την αλλαγή και καθρεφτίζει τις αντιστάσεις που φέρουν τα ίδια τα άτομα στη θεραπεία (Κόγια, 1994).

Η διατάραξη αυτή πιθανώς να είναι επώδυνο γεγονός για την οικογένεια. Η επαφή και η παραδοχή της πραγματικότητας του αλκοολισμού εγείρει τις άμυνες των ατόμων και έτσι το συναίσθημα του θυμού και η απόσυρση από τη θεραπεία είναι συχνό φαινόμενο (Pagelow, 1984).

Ο Steinglass επεξηγεί για ποιο λόγο κατά το συστημικό οικογενειακό μοντέλο για τον αλκοολισμό, ο θεραπευτικός σκοπός είναι η ίδια η οικογένεια. Σε καταστάσεις που ο αλκοολισμός συνιστά ένα χρόνιο θέμα, γύρω από αυτόν έχει σχηματιστεί ο οικογενειακός βίος στο σύνολό της με το σχηματισμό εκείνων που η οικογενειακή εκδοχή «αλκοολικά συστήματα». Τα συστήματα αυτά συνάδουν με τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα άτομα και βοηθούν στη διατήρηση της κατάχρησης του αλκοόλ. Χρήζουν, συνεπώς, αποδόμησης μέσα από την αξιολόγηση και τη θεραπεία όλης της οικογένειας. Υπό το πρίσμα αυτό, αποφεύγεται η γλώσσα που σχετίζεται με την παθολογία αφού το προσωπικό, το οικογενειακό και τα μοτίβα σχέσεων καταστρώνονται μαζί για τη δημιουργία ενός πλάνου δράσης (Thio, 2003).

Στην οικογενειακή θεραπεία ο θεραπευτής είναι σαν σύμμαχος και όχι ως καθοδηγητής της οικογένειας και επιχειρεί όσο γίνεται να μην εμπλέκεται σχετικά με τις οικογενειακές διαμάχες και συμμαχίες (Herman, 1996).

Οι οικογενειακές θεραπείες διαφοροποιούνται ως προς τη συμμετοχή και την ανάμιξη της οικογένειας στη θεραπευτική διατύπωση. Στις μέρες μας, στις πιο πολλές δομές για την απεξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, ο τρόπος της απεξάρτησης αρχίζει με ένα πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης της οικογένειας, αλλά είναι λίγες οι δομές που εκμεταλλεύονται στην ουσία το οικογενειακό μοντέλο θεραπείας, παρά τα στοιχεία που υφίστανται (Catalano, 2007).

Η συστημική ψυχοθεραπεία στηρίζει το μεγαλύτερο τμήμα του εννοιολογικού της πεδίου στη γενική εκδοχή συστημάτων και στις εκδοχές της επικοινωνίας, νοηματοδοτώντας την ένδειξη σαν μήνυμα προς σημαντικούς άλλους, ή ως ρυθμιστή σχέσεων σε σοβαρή φάση του κύκλου ζωής (Τσαλίκογλου, 1989).

Αναπτύχθηκε πληθώρα «σχολών» συστημικής αντίληψης, με βασικότερες τη διαγενεακή, την τακτική-συστημική, τη δομική και τη συστημική σχολή του Μιλάνου. Πρόσφατα, η συστημική αντίληψη συμπληρώθηκε και από την κονστρουκτιβιστική/κονστρουξιονιστική και αφηγηματική ματιά (Bowen, 1993).

Το θεραπευτικό σύστημα στην οικογενειακή συστημική ψυχοθεραπεία περικλείει την οικογένεια, τον ή τους θεραπευτές, και τη θεραπευτική ομάδα. Και στην πρώτη αλλά και στις μετέπειτα συνεδρίες, οι θεραπευτές, έχοντας σχηματίσει υποθέσεις για την ένδειξη και τη λειτουργία της, προσφέρουν στην οικογένεια εναλλακτικές αφηγήσεις και εξηγήσεις, που αναμένουν να επεκτείνουν τον γνωστικό και επιστημολογικό ορίζοντα της οικογένειας και να μεταβάλουν δυσλειτουργικά δυναμικά της (Straus et al, 1980).

Οι θεραπευτές, σε κλίμα κατανόησης, ενσυναίσθησης και σεβασμού αναπτύσσουν τη θεραπευτική συμμαχία με την οικογένεια, αποτρέπουν επαναλαμβανόμενα δυσλειτουργικά υποδείγματα συμπεριφοράς, προτρέπουν την διατύπωση διαφωνίας, επαναρυθμίζουν τα όρια, ενώ επιπλέον, για τον συστημικό θεραπευτή έχει μεγάλη αξία το υγιές δυναμικό και οι εφεδρείες της οικογένειας (Heise, 1998).

Όπως έχει αποδειχτεί από τυχαιοποιημένες συγκριτικές έρευνες, μετα-αναλύσεις και διευρυμένες αναδρομές, η οικογενειακού τύπου επέμβαση ή και η συστημική ψυχοθεραπεία έχουν αποτελέσματα σε ένα γενικό φάσμα διαταραχών και προβλημάτων, των παιδιών, των εφήβων αλλά και των ενηλίκων (Adman,, 1987).

Σχετικά με τη συστημική θεραπεία για την ενδοοικογενειακή βία τα μοντέλα θεραπείας οικογένειας στηρίζονται στην εκδοχή των συστημάτων. Με βάση αυτή την εκδοχή, η οικογένεια ή άλλες κοινωνικές ομάδες νοούνται σαν μια ομάδα ατόμων τα οποία αλληλεπιδρούν μέσα σε ένα σύστημα. Το κάθε άτομο δεν συμπεριφέρεται ως απομονωμένη οντότητα εντός του συστήματος (Καλλινάκη, 1998).

Τουναντίον, ακολουθεί ένα κυκλικό υπόδειγμα, όπου καμιά μεμονωμένη συμπεριφορά δεν είναι ο λόγος ή η έκβαση ορισμένων περιστατικών. Η τρόπος του Χ επηρεάζει τον Ψ, ο τρόπος του οποίου υποχρεωτικά επιδρά στον Χ, η αντίδραση του οποίου επιδρά στον Ψ κ.ο.κ. Οι συμπεριφορές διαμορφώνουν μια σειρά κυκλικής αιτιολόγησης δίχως αρχή και τέλος. Η αλλαγή μέσα σε αυτό το σύνολο συμπεριφορών μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ανάμιξη σε οποιοδήποτε σημείο του συστήματος (Κόγια, 1994).

Η βία μέσα στην οικογένεια υφίσταται σε όλα τα κοινωνικά σύνολα, ασχέτως από τα εθνικά, πολιτιστικά, θρησκευτικά, κοινωνικά ή οικονομικά γνωρίσματα. Είναι εκδήλωση εξαναγκασμού, άρνησης, επίπληξης, επιβολής ελέγχου, απόλυτης κυριαρχίας, που αποσκοπεί στην αλλαγή της διαδρομής των πραγμάτων. Το μότο της βίας είναι: «Θα κάνεις κάτι με τον δικό μου τρόπο, εγώ ελέγχω εδώ, εγώ ξέρω το σωστό» (Μάνος, 1997).

Η βία στην οικογένεια, κρίνεται από τρόπους συμπεριφοράς, που αποσκοπούν στην εξάσκηση δύναμης και ελέγχου πάνω σε κάποιον άλλον, εντός του οικογενειακού περίγυρου. Η πολύ βολική εικόνα της οικογένειας, σαν ενός στοργικού οργανισμού και ως παράδεισου ασφάλειας αποθαρρύνεται συχνότερα από ότι νομίζουμε, όταν στους κόλπους της, δημιουργείται βία. Έμπειροι Κοινωνικοί Λειτουργοί υποστηρίζουν πως είναι πιθανότερο κάποιο άτομο να σκοτωθεί, να κακοποιηθεί ή να χτυπηθεί από άλλο μέλος της οικογένειάς του, μέσα στο ίδιο του το σπίτι, παρά από κάποιον άλλο, οπουδήποτε αλλού (Hens, 1986).

Ένας σύνηθες τύπος προβληματικού γάμου είναι αυτός στον οποίο ο σύζυγος απομακρύνεται συναισθηματικά και «περιχαρακώνεται» προς την αυξημένη αγανάκτηση και το θυμό της συζύγου του. Αυτή η συζυγική αγανάκτηση συχνά επιφέρει χωρισμό και διαζύγιο (Skynner, 1998).

Μολοταύτα κάποιοι γάμοι εμφανίζουν άλλη εικόνα, όπου ο σύζυγος, συνεχώς ασκεί οποιουδήποτε είδους βία στην γυναίκα του, ενώ εκείνη φαίνεται να μη μπορεί να προστατεύσει τον εαυτό της και να τον εγκαταλείψει. Τι στα αλήθεια συμβαίνει σε αυτά τα ζευγάρια; Τα τελευταία έτη αυτή η ερώτηση έχει ξεσηκώσει έντονη και άγρια αντιδικία ανάμεσα σε πολλούς επιστήμονες. Η κύρια διαφωνία δημιουργήθηκε μεταξύ δύο ομάδων.

Από την μία πλευρά ήταν αυτοί που αποδέχονταν μία «συστημική» θεώρηση των οικογενειών. Δηλαδή αποφεύγεται η ενοχοποίηση οποιουδήποτε μέλους και πως τα συμπτώματα για τα οποία οι οικογένειες όλων των θυμάτων ψάχνουν βοήθεια θεωρούνται απόρροια της ασυνείδητης σύμπραξης μελών της οικογένειας σε κάποιο «συνεταιρισμό» για τη λύση ενός βαθύτερου ζητήματος (Γαλλανός, 1981).

Αυτός ο τρόπος επίσπευσε και διεύρυνε την οικογενειακή θεραπεία. Όπως αναμένονταν, οι επιστήμονες με έντονα φεμινιστικά πιστεύω, απέκρουσαν την ιδέα πως οι γυναίκες που υφίστανται αδιάκοπη σωματική βία συνεργάζονται στην θυματοποίησή τους, επειδή επιζητούν να βοηθήσουν την οικογένεια στο σύνολό της και επιτέθηκαν άγρια σε αυτόν τον «συστημικό» τρόπο (Carlson, 2000).

Νιώθουν ότι ο άντρας κάνει απλώς κατάχρηση της άνισα μοιρασμένης δύναμής του, ότι θα έπρεπε να θεωρηθεί απόλυτα υπεύθυνος και να τιμωρηθεί. Δεν μπορούμε πια να χαρακτηρίσουμε τους δράστες τέτοιων φρικτών πράξεων ως έκφυλους, αλκοολικούς, ψυχοπαθείς ή ψυχασθενείς, όπως κάναμε στο παρελθόν μειώνοντας έτσι τη σημασία του γεγονότος. Μπορεί κάτι τέτοιο να είναι βολικό, είναι όμως και υπεραπλουστευτικό (Μουσούρου, 2003).

Τα στοιχεία δείχνουν η χρήση αλκοόλ σε σχέση με το άγχος προσανατολίζουν στην άσκηση βίας στην οικογένεια. Συνήθως η σχέση των ζευγαριών στηρίζεται σε ένα συνασπισμό και για να ξεφύγουν οι σύμμαχοι από τις αξίες των οικογενειών όπου μεγάλωσαν, τα πράγματα χειροτερεύουν εφόσον η ισορροπία, που αναλύεται σαν «οι δυο μας κατά των οικογένειών μας», διαταραχθεί, είτε επειδή οι σύντροφοι ξεκινούν να τα πηγαίνουν χειρότερα μεταξύ τους, είτε επειδή ο καθένας ξεκινά να τα πηγαίνει καλύτερα με την οικογένειά του (Ανταμένκο & Τρίλιβα, 1992).

Η αποτυχία αρχίζει από ένα φοβερό φαύλο κύκλο, που ξεκινά από τον κλονισμό της εμπιστοσύνης και τις υπερβολικές απόψεις ως προς το ποιες στα αλήθεια πρέπει να είναι οι διαφορές ανάμεσα σε γυναίκες και άντρες. Όταν το ζευγάρι ξέρει ποιο είναι το πρόβλημα, μπορεί να ξεκινήσει να αποκαθιστά την εμπιστοσύνη και να βοηθά την συντριβή καταστροφικών υποδειγμάτων. Η βία στην οικογένεια προσδιορίζεται πλέον, ευρέως, ως ο οικονομικός έλεγχος και η σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική και ψυχολογική κακοποίηση μεταξύ συντρόφων (Γαλλανός, 1981).

Η ενδο-οικογενειακή βία πια, θεωρείται πρώτιστα παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και συνιστά φαινόμενο, που έχει προεκτάσεις και επιδράσεις σε ατομικό,

πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό κλιμάκιο: επηρεάζει και άλλα μέλη της οικογένειας, πλην του θύματος, επιφέρει αρνητικές απόρροιες στην υγεία του, προξενεί τον κοινωνικό αποκλεισμό του, ευνοεί την αναπαραγωγή στρεβλών κοινωνικών ρόλων και μεταφράζεται σε μεγάλο κόστος στον κρατικό προϋπολογισμό, αφού τίθενται σε ισχύ τακτικές πρόληψης και χειρισμού του φαινομένου (Τσιγκρής, 1998).

Θα πρέπει να τονιστεί πως η βία εντός της οικογένειας, συνδέεται άμεσα με την απόκτηση και τη διατήρηση της άσκησης ελέγχου και συνιστά ένα από τα χρησιμοποιούμενα μέσα υλοποίησής του, αφού η διατήρηση των ρόλων στους κόλπους της οικογένειας είναι σημαντική, όπως και σε άλλη κοινωνική δομή (Κόγια, 1994).

Πρέπει να θυμόμαστε πάντα πως η ενδοοικογενειακή βία δεν είναι ιδιωτική υπόθεση. Οι Αρχές και η κοινωνία, έχουν καθήκον να επεμβαίνουν και να συμπράττουν για τον χειρισμό της (Μουσούρου, 2003).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Acker, W. (1982). Objective psychological changes in alcoholics after the withdrawal of alcohol. *British medical bulletin,* 38(1), 95-98.

Adman , M. E. (1987). *Βία και πονηριά.* Αθήνα: Καστανιώτη.

Ajani, U. A., Gaziano, J. M., Lotufo, P. A., Liu, S., Hennekens, C. H., Buring, J. E., & Manson, J. E. (2000). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease by diabetes status. *Circulation,* 102(5), 500-505.

al'Absi, M., Carr, S. B., & Bongard, S. (2007). Anger and psychobiological changes during smoking abstinence and in response to acute stress: prediction of smoking relapse. *International Journal of Psychophysiology,* 66(2), 109-115.

Αλεβίζος, Β. (2008). *Άγχος, Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα: Βήττα.

Allan, C. A., & Cooke, D. J. (1985). Stressful life events and alcohol misuse in women: a critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(2), 147-152.

Alderman, E. L., & D John, (1982). Alcohol and the heart. *British medical bulletin,* 38(1), 77-80.

Ames, G. M., & Janes, C. (1992). A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace. *Alcohol Research and Health*, 16(2), 112.

Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *The British Journal of Psychiatry*, 142(2), 174-179.

Aneshensel, C. S., & Huba, G. J. (1983). Depression, alcohol use, and smoking over one year: a four-wave longitudinal causal model. *Journal of abnormal psychology,* 92(2), 134.

Angst, J., & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(5), 446-452.

Ανταμένκο Β. & Τριλίβα Σ. (1992). *Η επιθετικότητα στην οικογένεια και στο σχολείο*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα

Atkinson, R. M., & Kofoed, L. L. (1981). Alcohol and drug abuse in old age: a clinical perspective. *Substance and alcohol actions/misuse*, 3(6), 353-368.

Atkinson, R. M. (1991). Alcohol and drug abuse in the elderly. *Psychiatry in the Elderly*, 819-851.

Bales, R. F. (1946). Cultural differences in rates of alcoholism. *Quarterly journal of Studies on Alcohol*, 6, 480-499.

Bancroft, L. (2002). Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men. New York, NY: Berkley. Benson, M. L., & Fox, G. L. (2004). When violence hits home: How economics and neighborhood play a role. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. Available at http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/205004.pdf

Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification.

Bibb, J. L., & Chambless, D. L. (1986). Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behaviour research and therapy*, 24(1), 49-58.

Blocker, J. S., Fahey, D. M., & Tyrrell, I. R. (2003). Alcohol and temperance in modern history: an international encyclopedia (Vol. 1). ABC-CLIO.

Bowen, M. (1993). Family therapy in clinical practice. Jason Aronson. Chicago

Bowen, R. C., Cipywnyk, D., D'Arcy, C., & Keegan, D. (1984). Alcoholism, anxiety disorders, and agoraphobia. Alcoholism*: Clinical and Experimental Research*, 8(1), 48-50.

Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1999). The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 263-263.

Brown, R. A., & Cutter, H. S. (1977). Alcohol, customary drinking behavior, and pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 179.

Brown, S. A., & Schuckit, M. A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 49(5), 412-417.

Brown, S., Irwin, M., Caldwell, C., Smith, T. L., Schuckit, M. A., & Gillin, J. C. (1990). Major depressive disorder, alcoholism, and reduced natural killer cell cytotoxicity: Role of severity of depressive symptoms and alcohol consumption. *Archives of General Psychiatry, 47(8), 713-719.*

Button, J. (1993). *Στενότερες σχέσεις*. Αθήνα: Λύχνος.

Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NISVS_Report2010-a.pdf

Brandl, B., & Cook-Daniels, L. (2002). Domestic Abuse in Later Life. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence. Available at http://www.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_later-life.pdf

Brown, D. S., Finkelstein, E. A., & Mercy, J. A. (2008). Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(12), 1747- 1766.

Γαλλανός, Γ. (1981). *Η διχασμένη συνείδηση.* Αθήνα:Καστανιώτη.

Cappell, H. (1975). An evaluation of tension models of alcohol consumption. *Research advances in alcohol and drug problems*, 2, 177-209.

Capell, H., & Greeley, J. (1987). *Alcohol and tension reduction: An update on research and theory. Psychological Theories of Drinking an Alcoholism*. New York: Guilford.

Cappell, H., & Herman, C. P. (1972). Alcohol and tension reduction: A review. Quarterly journal of studies on alcohol.

Carlson, B.E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1(4), 321-342.

Catalano, S. (2007). Intimate partner violence in the United States. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Available at http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/ipvus.pdf

Catalano, S., Smith, E., Snyder, H., & Rand, M. (September 2009). Female victims of violence. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Available at http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/fvv.pdf

Chambless, D. L., Cherney, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. (1987). Anxiety disorders and alcoholism:: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(1), 29-40.

Cohen, M., Sparrow, D., Rosner, B., & Weiss, S. T. (1983). Alcohol Consumption and Pulmonary Function: A Cross-Sectional and Longitudinal Study 1–3. *American Review of Respiratory Disease*, 127(6), 735-738.

Colder, C. R., & Chassin, L. (1993). The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects of behavioral undercontrol. *Journal of studies on alcohol*, 54(3), 326-333.

Conger, J. J. (1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol.

Conrod, P. J., Pihl, R. O., & Ditto, B. (1995). Autonomic Reactivity and Alcohol- Induced Dampening in Men at Risk for Alcoholism and Men at Risk for Hypertension. Alcoholism*: Clinical and Experimental Research*, 19(2), 482-489.

Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Peirce, R. S. (1997). Gender, stress, coping, and alcohol use.

Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of abnormal psychology*, 101(1), 139.

Corcoran, K. J., & Parker, P. S. (1991). Alcohol expectancy questionnaire tension reduction scale as a predictor of alcohol consumption in a stressful situation. *Addictive behaviors*, 16(3), 129-137.

Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of abnormal psychology*, 97(2), 168.

Cutter, H. S., Maloof, B., Kurtz, N. R., & Jones, W. C. (1976). " Feeling no pain" differential responses to pain by alcoholics and nonalcoholics before and after drinking. *Journal of studies on alcohol*, 37(3), 273-277.

Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). Community psychology: Linking individuals and communities. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Darkes, J., & Goldman, M. S. (1998). Expectancy challenge and drinking reduction: Process and structure in the alcohol expectancy network. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6(1), 64.

Edwards, G. (1977). Alcohol-related disabilities. World Health Organization.

Erinoff, L., Anthony, J. C., Brown, G. K., Caine, E. D., Conner, K. R., Dougherty, D. M., ... & Miczek, K. A. (2004). Overview of workshop on drug abuse and suicidal behavior. *Drug and alcohol dependence*, 76, S3-S9.

Fink, G. (Ed.). (2010). *Stress consequences: Mental, neuropsychological and socioeconomic*. Academic Press.

Finn, P. R., & Pihl, R. O. (1987). Men at high risk for alcoholism: the effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 230.

Finn, P. R., & Pihl, R. O. (1988). Risk for alcoholism: A comparison between two different groups of sons of alcoholics on cardiovascular reactivity and sensitivity to alcohol. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research*, 12(6), 742-747.

Finn, P. R., Kleinman, I., & Pihl, R. O. (1990). The lifetime prevalence of psychopathology in men with multigenerational family histories of alcoholism. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(8), 500-hyhen.

Finn, P. R., Zeitouni, N. C., & Pihl, R. O. (1990). Effects of alcohol on psychophysiological hyperreactivity to nonaversive and aversive stimuli in men at high risk for alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 79.

Fontana, D. (1990). *Άγχος και η αντιμετώπιση του.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Frone, M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol research and health*, 23(4), 284-291.

Gabel, P. C., Noel, N. E., Keane, T. M., & Lisman, S. A. (1980). Effects of sexual versus fear arousal on alcohol consumption in college males. *Behaviour research and therapy*, 18(6), 519-526.

Gallant, D. M. (1987). The female alcoholic: Early onset of brain damage. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research*, 11(2), 190-191.

Giancola, P. R., & Zeichner, A. (1995). An investigation of gender differences in alcohol-related aggression. *Journal of studies on alcohol*, 56(5), 573-579.

Gibson, S., & Becker, J. (1973). Changes in alcoholics' self-reported depression. Quarterly Journal of Studies on Alcohol.

Grand M., Gwinner P. (1979) *Alcoholism in perspective. Biddles Ltd*. Guildford, Great Britain.

Greenberg, E. S., & Grunberg, L. (1995). Work alienation and problem alcohol behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 83-102.

Grunberg, L., Moore, S., & Greenberg, E. S. (1998). Work stress and problem alcohol behavior: A test of the spillover model. *Journal of Organizational Behavior*, 19(5), 487-502.

Gustafson, R. (1991). Aggressive and nonaggressive behavior as a function of alcohol intoxication and frustration in women. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research*, 15(5), 886-892.

Glass, T. A., Prigerson, H., Kasl, S. V., & de Leon, C. F. M. (1995). The effects of negative life events on alcohol consumption among older men and women. The Journals of Gerontology Series B: *Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(4), S205-S216.

Gordon, A. S., Brook, J. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1986). Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology*, 22(3), 403.

Goldman, D. S., & Bander, K. W. (1990). Six-month course of depression in female alcoholics. *Journal of substance abuse*, 2(3), 375-380.

Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B., & Winokur, G. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*, 28(2), 238-243.

Goodwin, D. W., Knop, J., Jensen, P., Penick, E., Pollock, V., Gabrielli, W., ... & Mednick, S. A. (1993). A 30- year follow- up study of the sons of alcoholic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(S370), 48-53.

Hamby, S. L. (2005). Measuring gender differences in partner violence: Implications from research on other forms of violent and socially undesirable behavior. *Sex Roles*, 52(11/12), 725-742.

Hazen, A. L., & Soriano, F. I. (2007). Experiences with intimate partner violence among Latina women. *Violence Against Women*, 13(6), 562-582.

Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.

Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence Against Women. Population Reports, Volume XXVII, Number 4.

Hens D. (1986). *Η καταπιεστική οικογένεια.* Αθήνα: Επίκουρος

Herbert, M. (1997). *Η ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του.* Αθήνα : Ελληνικά γράμματα

Herman, L. J.(1996). *Η βία – Επακόλουθα Ψυχικά τραύματα – θεραπεία*. Αθήνα: Θετίλη.

Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E., & Keener, J. J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of general Psychiatry*, 42(11), 1050-1055.

Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of studies on alcohol*, 49(3), 219-224.

Heinz, A., Higley, J. D., Gorey, J. G., Saunders, R. C., Jones, D. W., Hommer, D., ... & Linnoila, M. (1998). In vivo association between alcohol intoxication, aggression, and serotonin transporter availability in nonhuman primates. *American Journal of Psychiatr*y, 155(8), 1023-1028.

Higgins, R. L., & Marlatt, G. A. (1975). Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of abnormal psychology*, 84(6), 644.

Hill, E. M., King, C. A., Naylor, M., Evans, T., & Shain, B. (1993). Alcohol consumption in relation to other predictors of suicidality among adolescent inpatient girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 82-88.

Holle, C., Heimberg, R. G., Sweet, R. A., & Holt, C. S. (1995). Alcohol and caffeine use by social phobics: An initial inquiry into drinking patterns and behavior. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 561-566.

Horton, D. (1943). The functions of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study. Quarterly Journal of Studies on Alcohol.

Huot, R. L., Thrivikraman, K., Meaney, M. J., & Plotsky, P. M. (2001). Development of adult ethanol preference and anxiety as a consequence of neonatal maternal separation in Long Evans rats and reversal with antidepressant treatment. *Psychopharmacology*, 158(4), 366-373.

Hull, C. L. (1943). Principles of behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.

Hussong, A. M., & Chassin, L. (1994). The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: disaggregating negative affect. *Journal of studies on alcohol*, 55(6), 707-718.

Jabeen, H. D. (1996). Adaptation to repeated restraint stress in rats: failure of ethanol-treated rats to adapt in the stress schedule. *Alcohol and alcoholism*, 31(5), 471-477.

Jellinek, E. M. (1960). The problems of alcohol.(Jellinek Jubilee Reprint No. 2). *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 21(2), 187-202.*

Johnson, V., & Pandina, R. J. (1993). A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(3), 696-702.

Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Κοινωνική Εργασία – Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής εργασία.* Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Kimble, G. A. (1961). *Hilgrand and Marquis' conditioning and learning*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Keane, T. M., & Lisman, S. A. (1980). Alcohol and social anxiety in males: behavioral, cognitive, and physiological effects. *Journal of Abnormal Psychology,* 89(2), 213.

Keane, T. M., & Wolfe, J. (1990). Comorbidity In Post- Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies1. *Journal of Applied Social Psychology,* 20(21), 1776-1788.

Keeler, M. H., Taylor, C. I., & Miller, W. C. (1979). Are all recently detoxified alcoholics depressed?. The American journal of psychiatry.

Keller, M. (1960). Definition of alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol, 21, 125.

Keller, M. (1964). DOCUMENTATION OF THE ALCOHOL LITERATURE: A SCHEME FOR AN INTERDISCIPLINARY FIELD OF STUDY. *Quarterly journal of studies on alcohol,* 25, 725-741.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., Little, R. J. A. & Heath, A. C.,(1996). Patterns of DSM-III-R alcohol dependence symptom progression in a general population survey. *Psychological Medicine*, 26(03), 449-460.

Knupfer, G., & Room, R. (1967). Drinking patterns and attitudes of Irish, Jewish and white Protestant American men. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 28(4), 676-699.

Κόγια, Ά. (1994). *Οι άγγελοι της βίας – Ψυχογραφία θυτών και θυμάτων*. Αθήνα: Ιαμβλιχός.

Korsten, M., Lieber, C. S., DeCarli, L. M., Feinman, L., Hasumura, Y., Matsuzaki, S., & Teschke, R. (1975). Effect of chronic alcohol consumption on ethanol and acetaldehyde metabolism. In Alcohol intoxication and withdrawal (pp. 185-227). Springer US.

Kring, G. Davison, J. Neale & S. Johnson (2010). *Ψυχοπαθολογία.* Αθήνα: Gutenberg.

Kreek, M. J., & Koob, G. F. (1998). Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways. *Drug and alcohol dependence*, 51(1), 23-47.

Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1993). Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history of alcoholism. *Addictive behaviors*, 18(5), 543-552.

Langen, B., & Fink, H. (2004). Anxiety as a predictor of alcohol preference in rats?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(6), 961-968.

Leonard, K. E., & Blane, H. T. (Eds.). (1999*). Psychological theories of drinking and alcoholism.* Guilford Press.

Levine, R. N. (2008*). A geography of time: On tempo, culture, and the pace of life.* Basic Books.

Levin, B., McPherson, R. S., Annegers, J. F., & Martvnez, M. E. (1995). Cigarette smoking and alcohol consumption as risk factors for colorectal adenomatous polyps. *Journal of the National Cancer Institute*, 87(4), 274-279.

LeMarquand, D., Pihl, R. O., & Benkelfat, C. (1994). Serotonin and alcohol intake, abuse, and dependence: findings of animal studies. *Biological psychiatry*, 36(6), 395-421.

Lesch, O. M., Walter, H., Wetschka, C., Hesselbrock, M. N., & Hesselbrock, V. (2011). Aetiology of addiction (pp. 15-35). Springer Vienna.

Levenson, R. W., Sher, K. J., Grossman, L. M., Newman, J., & Newlin, D. B. (1980). Alcohol and stress response dampening: pharmacological effects, expectancy, and tension reduction. Journal of abnormal psychology, 89(4), 528.

Le, A. D., Harding, S., Juzytsch, W., Watchus, J., Shalev, U., & Shaham, Y. (2000). The role of corticotrophin-releasing factor in stress-induced relapse to alcohol-seeking behavior in rats. *Psychopharmacology*, 150(3), 317-324.

Le, A. D., Quan, B., Juzytch, W., Fletcher, P. J., Joharchi, N., & Shaham, Y. (1998). Reinstatement of alcohol-seeking by priming injections of alcohol and exposure to stress in rats. *Psychopharmacology*, 135(2), 169-174.

Livezey, G. T., Balabkins, N., & Vogel, W. H. (1987). The effect of ethanol (alcohol) and stress on plasma catecholamine levels in individual female and male rats. *Neuropsychobiology, 17*(4), 193-198.

Lieber, C. S., Seitz, H. K., Garro, A. J., & Worner, T. M. (1979). Alcohol-related diseases and carcinogenesis. *Cancer research*, 39(7 Part 2), 2863-2886.

Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., ... & Meaney, M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277(5332), 1659-1662.

Liskow, B., Mayfield, D., & Thiele, J. (1982). Alcohol and affective disorder: Assessment and treatment. Journal of Clinical Psychiatry.

Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2005). Stressor controllability and learned helplessness: the roles of the dorsal raphe nucleus, serotonin, and corticotropin-releasing factor. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(4), 829-841.

Maier, W., Lichtermann, D., & Minges, J. (1994). The relationship between alcoholism and unipolar depression—a controlled family study. Journal *of psychiatric researc*h, 28(3), 303-317.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (University Studio Press).

Μαρίνος, Γ. (1992). *Το άγχος, οι νευρώσεις και η θεραπεία τους*. Αθήνα : Γλάρος.

Μαρίνος , Ζ. Γ. (1988). Οι Έλληνες στη σκιά του 2.000. Αθήνα: Ειρήνη.

Maser, J. D. (1990). Comorbidity of mood and anxiety disorders. American Psychiatric Pub.

Masserman, J. H., Jacques, M. G., & Nicholson, M. R. (1945). Alcohol as a preventive of experimental neuroses. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 6, 281-299.

Merikangas, K. R., Stevens, D., & Fenton, B. (1996). Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders: The role of family studies. *Alcohol Research and Health*, 20(2), 100.

Mullaney, J. A., & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *The British Journal of Psychiatry*, 135(6), 565-573.

Muntaner, C., Anthony, J. C., Crum, R. M., & Eaton, W. W. (1995). Psychosocial dimensions of work and the risk of drug dependence among adults. American *Journal of Epidemiology*, 142(2), 183-190.

Masserman, J. H., & Yum, K. S. (1946). An Analysis of the Influence of Alcohol on Experimental Neuroses in Cats. *Psychosomatic Medicine*, 8(1), 36-52.

Meaney, M. J., Brake, W., & Gratton, A. (2002). Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: a neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse*?*. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1), 127-138.

Mendelson, J. H., & Mello, N. K. (1979). Biologic concomitants of alcoholism. New *England Journal of Medicine*, 301(17), 912-921.

Miller, P. M., Hersen, M., Eisler, R. M., & Hilsman, G. (1974). Effects of social stress on operant drinking of alcoholics and social drinkers. *Behaviour research and therapy*, 12(2), 67-72.

Μουσούρου, Μ. Α. (2003). *Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας*. Αθήνα :Gutenberg,

Oei, T. & Greeley, J.,(1999). Alcohol and tension reduction. *Psychological theories of drinking and alcoholism*, 2, 14-53.

Oei, T. P., & Loveday, W. A. (1997). Management of co-morbid anxiety and alcohol disorders: parallel treatment of disorders. *Drug and Alcohol Review*, 16(3), 261-274.

Oei, T. P., & Baldwin, A. R. (1994). Expectancy theory: a two-process model of alcohol use and abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 525-534.

Orford, J., Oppenheimer, E., & Edwards, G. (1976). Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behaviour Research and Therapy*, 14(6), 409-418.

Pagelow, D. M.(1984). *Family Violence*. New York: Praeger Pub.

Παπαγεωργίου, Ε. (2004). *Εξαρτήσεις στη Ζωή μας.* Αθήνα: Παρισιανού Α.Ε.

Παπαγεωργίου, Ε. (2004). *Ψυχιατρική.* Αθήνα: Παρισιανού Α.Ε.

Παπαϊωάννου Π. (2001). *Εγκλήματα ζηλοτυπίας.* Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη.

Parker, D. A., & Farmer, G. C. (1990). Employed adults at risk for diminished self-control over alcohol use: The alienated, the burned out, and the unchallenged. *Alcohol Problem Intervention in the Workplace: Employee Assistance Programs and Strategic Alternatives. New York, NY: Quorum Books*, 27-43.

Parker, D. A., & Harford, T. C. (1992). The epidemiology of alcohol consumption and dependence across occupations in the United States. *Alcohol Research and Health*, *16*(2), 97.

Pervin, L. & John, O. (2001). Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές. Αθήνα: Γιώργος Δαρδανός

Pettinati, H. M., Sugerman, A. A., DiDonato, N., & Maurer, H. S. (1982). The natural history of alcoholism over four years after treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(3), 201-215.

Piazza, P. V., & Le Moal, M. (1998). The role of stress in drug self-administration. *Trends in pharmacological sciences*, 19(2), 67-74.

Plaut, T. F. (1967). ALCOHOL PROBLEMS A REPORT TO THE NATION (No. pp 1-200).

Pohorecky, L. A. (1981). The interaction of alcohol and stress A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 5(2), 209-229.

Polivy, J., Schueneman, A. L., & Carlson, K. (1976). Alcohol and tension reduction: Cognitive and physiological effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(6), 595.

Ποταμιανός, Γ. (2005*). Αλκοόλ. Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*. Αθήνα :Λιβάνη.

Power, C., & Estaugh, V. (1990). The role of family formation and dissolution in shaping drinking behaviour in early adulthood. *British Journal of Addiction*, 85(4), 521-530.

Powers, R. J., & Kutash, I. L. (1985). Stress and alcohol. *International journal of the addictions*, 20(3), 461-482.

Powell, B. J., Penick, E. C., Othmer, E., Bingham, S. F., & Rice, A. S. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry.*

Quinn, M. E. (2010). Open minds open doors: Transforming domestic violence programs to include LGBTQ survivors. Boston, MA: The Network/La Red. Available at http://www.thenetworklared.org/Open%20Minds%20Open%20Doors.pdf

Ragland, D. R., Greiner, B. A., Krause, N., Holman, B. L., & Fisher, J. P. (1995). Occupational and nonoccupational correlates of alcohol consumption in urban transit operators. *Preventive medicine*, 24(6), 634-645.

Ramsey, N. F., Niesink, R. J., & Van Ree, J. M. (1993). Prenatal exposure to morphine enhances cocaine and heroin self-administration in drug-naive rats. *Drug and alcohol dependence*, 33(1), 41-51.

Ramstedt, M. (2001). Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(1s1), 19-33.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.

Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.

Richman, J. A., Rospenda, K. M., & Kelley, M. A. (1995). Gender roles and alcohol abuse across the transition to parenthood. *Journal of studies on alcohol*, 56(5), 553-557.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of general psychiatry*, 41(10), 949-958.

Roelofs, S. M., & Dikkenberg, G. M. (1987). Hyperventilation and anxiety: alcohol withdrawal symptoms decreasing with prolonged abstinence. *Alcohol*, 4(3), 215-220.

Ross, H. E., Glaser, F. B., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Archives *of General Psychiatry*, 45(11), 1023-1031.

Roy, A., & Janal, M. N. (2007). Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 211-217.

Roxburgh, S. (1998). Gender differences in the effect of job stressors on alcohol consumption. *Addictive behaviors*, 23(1), 101-107.

Rimm, D., Briddell, D., Zimmerman, M., & Caddy, G. (1981). The effects of alcohol and the expectancy of alcohol on snake fear. *Addictive Behaviors*, 6(1), 47-51.

Satel, S. L., Kosten, T. R., Schuckit, M. A., & Fischman, M. W. (1993). Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV?. American *Journal of Psychiatry*, 150, 695-695.

Sayette, M. A., Smith, D. W., Breiner, M. J., & Wilson, G. T. (1992). The effect of alcohol on emotional response to a social stressor. *Journal of studies on alcohol*, 53(6), 541-545.

Sayette, M. A., & Hufford, M. R. (1994). Effects of cue exposure and deprivation on cognitive resources in smokers. *Journal of abnormal psychology*, 103(4), 812.

Sher, K. J., & Levenson, R. W. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress-response-dampening effect of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(5), 350.

Schill, T., & Beyler, J. (1992). Self-defeating personality and strategies for coping with stress. *Psychological reports*, 71(1), 67-70.

Schuckit, M. A. Wall, T. L., & Ehlers, C. L. (1989). EEG spectral characteristics following ethanol administration in young men. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 73(3), 179-187.

Schuckit, M. A., Irwin, M., & Brown, S. A. (1990). The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(1), 34-41.

Schuckit, M. A. (1982). A clinical review of alcohol, alcoholism, and the elderly patient. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Schuckit, M. A. (1994). Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 184-189.

Schuckit, M. A., & Hesselbrock, V. (1994). Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship?. *The American Journal ofPsyehiatry*; Dec, 151, 12.

Schuckit, M. A. & Anthenelli, R. M. (1993). Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3), 73-87.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M., & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 948-957.

Schuckit, M. A., & Morrissey, E. R. (1979). Psychiatric problems in women admitted to an alcoholic detoxification center. *The American journal of psychiatry.*

Schuckit, M. A., & Rayses, V. (1979). Ethanol ingestion: differences in blood acetaldehyde concentrations in relatives of alcoholics and controls. *Science.*

Seeman, M., & Seeman, A. Z. (1992). Life strains, alienation, and drinking behavior. *Alcoholism: clvnical and experimental research*, 16(2), 199-205.

Skynner, R. (1998). *Οικογενειακές Υποθέσεις*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1988). Drinking your troubles away: II. An attention-allocation model of alcohol's effect on psychological stress. *Journal of abnormal psychology*, 97(2), 196.

Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45(8), 921.

Steele, C. M., Southwick, L. L., & Critchlow, B. (1981). Dissonance and alcohol: drinking your troubles away. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(5), 831.

Stewart, S. H., & Pihl, R. O. (1994). Effects of alcohol administration on psychophysiological and subjective-emotional responses to aversive stimulation in anxiety-sensitive women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(1), 29.

Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. *Psychological bulletin*, 120(1), 83.

Stockwell, T. (1985). Stress and alcohol. *Stress Medicine*, 1(3), 209-215.

Stockwell, T., & Bolderston, H. (1987). Alcohol and phobias. *British Journal of Addiction*, 82(9), 971-979.

Stockwell, T., Smail, P., Hodgson, R., & Canter, S. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states. II. A retrospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 144(1), 58-63.

Stockwell, T., Hodgson, R., & Rankin, H. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 435-446.

Straus M. A., Gelles R. J., Steunmetz S., Behind Closed Doors: Violence in the American Family, Garden City, Anchor/Doubleday 1980.

Straus M. A., Gelles R. J., Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8.145 families, New Brunswick, New Jersey, Transaction, 1990.

Stravynski, A., Lamontagne, Y., & Lavallıe, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie.*

Stritzke, W. G., Patrick, C. J., & Lang, A. R. (1995). Alcohol and human emotion: a multidimensional analysis incorporating startle-probe methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 114.

Συμεωνίδου, Υ. (1994). *Βία...μια άλλη άποψη.* Αθήνα: Διεθνές κέντρο Επιστημονικής και πολιτικής επιμόρφωσης.

Swendsen, J. D., Merikangas, K. R., Canino, G. J., Kessler, R. C., Rubio-Stipec, M., & Angst, J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive psychiatry*, 39(4), 176-184.

Takeshita T., Shizukuishi, S., Hayashi, N., Tamagawa, H., Hanioka, T., Maruyama, S. & Morimoto, K. (1998). Lifestyle and periodontal health status of Japanese factory workers. *Annals of Periodontology*, 3(1), 303-311.

Taylor, K. G., Carter, T. J., Valente, A. J., Wright, A. D., Smith, J. H., & Matthews, K. A. (1981). Sex differences in the relationships between obesity, alcohol consumption and cigarette smoking and serum lipid and apolipoprotein concentrations in a normal population. *Atherosclerosis*, 38(1), 11-18.

Thomas, M., Halsall, S., & Peters, T. J. (1982). Role of hepatic acetaldehyde dehydrogenase in alcoholism: demonstration of persistent reduction of cytosolic activity in abstaining patients. *The Lancet*, 320(8307), 1057-1059.

Thyer, B. A., McNeece, C. A., & Miller, M. A. (1987). Alcohol abuse among agoraphobics: A community-based replication. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4(1), 61-67.

Trice, H. M., & Sonnenstuhl, W. J. (1990). On the construction of drinking norms in work organizations. *Journal of studies on alcohol*, 51(3), 201-220.

Τσαλίκογλου, Φ.(1989). Μυθολογίες βίας και καταστολής. Αθήνα : Παπαζήση.

Τσιγκρής, Α.(1996). Βιασμός – Το αθέατο έγκλημα. Αθήνα – Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σακκούλα.

Τσιγκρής, Α. (1998). *Χωρίς συναίνεση*. Αθήνα – Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σακκούλα

Thio, A. (2003). *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά*. Αθήνα: Ελλήν

Truman, J., & Rand, M. (October 2010). Criminal victimization, 2009. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Available at http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/cv09.pdf

Tweed, S. H., & Ryff, C. D. (1991). Adult children of alcoholics: profiles of wellness amidst distress. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(2), 133-141.

Vaillant, G. E. (1988). The alcohol-dependent and drug-dependent person.

Vasse, R. M., Nijhuis, F. J. N., & Kok, G. (1998). Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. Addiction, 93(2), 231-241.

Vogel, W. H., & Netter, P. (1989). Effect of ethanol and stress on plasma catecholamines and their relation to changes in emotional state and performance. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 13(2), 284-290.

Vuchinich, R. E., Tucker, J. A., & Sobell, M. B. (1979). Alcohol, expectancy, cognitive labeling, and mirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(6), 641.

Walker, E. L. (1989). *Η κακοποιημένη γυναίκα*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Walker , E. L. (1997). *Όταν η αγάπη σκοτώνει*. Αθήνα :Φυτράκη.

Weiss, K. J., & Rosenberg, D. J. (1985). Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Weissman, M. M., Myers, J. K., & Harding, P. S. (1980). Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. *Journal of Studies on Alcohol*, 41(7), 672-681.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76, S11-S19.

Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental psychology*, 28(3), 522.

Woodruff, R. A., Guze, S. B., & Clayton, P. J. (1972). Divorce among psychiatric out-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 289-292.

Young, R., Oei, T. P., & Knight, R. G. (1990). The tension reduction hypothesis revisited: An alcohol expectancy perspective. *British Journal of Addiction*, 85(1), 31-40.

Ιστοσελίδες

https://www.niaaa.nih.gov/

http://www.aa-greece.gr/