

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ**

της
Σταυρούλας Σούλιου

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο Καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχολογία της Άσκησης» του Τμήματος
Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα

1^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Τζιαμούρτας Αθανάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής

2^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Ζήση Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια

2012

[1]

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σούλιου Σταυρούλα: Η επίδραση της οξείας άσκησης στη διάθεση αλκοολικών ατόμων

(Υπό την επίβλεψη του κ. Θανάση Τζιαμούρτα, Αναπληρωτής Καθηγητής)

Η έρευνα στον τομέα της φυσικής άσκησης ως συμπληρωματικής στρατηγικής σε προγράμματα αντιμετώπισης της κατάχρησης αλκοόλ είναι περιορισμένη. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της άσκησης, των συναισθημάτων και της κατανάλωσης αλκοόλ σε φυσιολογικό πληθυσμό καθώς και να εξετάσει πειραματικά τις άμεσες επιδράσεις της αερόβιας άσκησης στα επίπεδα επιθυμίας για αλκοόλ αλλά και στα επίπεδα των συναισθημάτων σε αλκοολικούς.

Το δείγμα της έρευνας στην πρώτη φάση αποτέλεσαν 127 άτομα φυσιολογικού πληθυσμού, (60 άντρες και 66 γυναίκες), ενώ στην δεύτερη φάση 9 άτομα κλινικού πληθυσμού (8 άντρες και 1 γυναίκα). Στην πρώτη φάση, αξιολογήθηκε η συχνότητα και η ποσότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών σε φυσιολογικό πληθυσμό, για την αξιολόγηση των συναισθημάτων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Positive Negative Affect-26-PNA-26, ενώ για τη συχνότητα συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης αυτό-αναφοράς «Leisure Score Index-LSI». Στη δεύτερη φάση για την αξιολόγηση των συναισθημάτων χρησιμοποιήθηκε και πάλι η PNA-26, ενώ για την επιθυμία για αλκοόλ το *Questionnaire of Alcohol Urges-QAU*. Τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης της έρευνας έδειξαν αρνητική σχέση μεταξύ της συνολικής φυσικής δραστηριότητας και της συχνότητας συμμετοχής σε δραστηριότητες έντονης άσκησης με την ποσότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, ενώ στη δεύτερη φάση δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στην επιθυμία για αλκοόλ όσο και στα συναισθήματα των αλκοολικών αμέσως μετά την αερόβια άσκηση. Τα αποτελέσματα αυτής της προκαταρκτικής μελέτης των επιδράσεων της άσκησης στην επιθυμία για αλκοόλ και στα συναισθήματα, είναι ενθαρρυντικά και θα μπορούσε η άσκηση να αποτελέσει συμπληρωματική στρατηγική για μια καλύτερη ποιότητα ζωής των αλκοολικών ατόμων.

Λέξεις κλειδιά: Αλκοόλ, σωματική δραστηριότητα, συναισθήματα, επιθυμία για αλκοόλ

ABSTRACT

Souliou Stavroula: The effects of acute exercise on emotions of alcoholic patients

(Under the supervision of Associate Professor Athanasios Jamurtas)

Research in the field of physical exercise as a complementary strategy to programs tackling alcohol abuse is limited. The aim of this study was to investigate the relationship among exercise, emotions and alcohol consumption in a healthy population (first phase) and examine experimentally the direct effects of aerobic exercise on both the levels of alcohol urge and the alcoholics' emotions (second phase). The sample in the first phase included 127 healthy individuals (60 men and 66 women), while the sample in the second phase included 9 alcoholics (8 men and 1 woman).

In the first phase, evaluated the frequency and amount of alcohol consumption in a normal population, the Positive Negative Affect-26-PNA-26 scale was used on the evaluation of emotions, while the "Leisure Score Index-LSI" (self-reference index) to assess the frequency of participation in physical activity. In the second phase the PNA-26 was used again for the evaluation of emotions, while the Questionnaire of Alcohol Urges-QAU was used to evaluate the alcohol urge.

The first phase results showed a negative correlation between total physical , participation in vigorous exercise and alcohol consumption. The second phase results did not indicate statistically significant differences in both alcohol urge and emotions of alcoholics immediately after aerobic exercise.

In conclusion, the preliminary results from this study indicate that exercise can play a role on alcohol urge and emotions, suggesting that it could be used as a complementary strategy for improving the quality of life of alcoholics.

Key words: alcohol, physical activity, alcohol urge

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα από τη μια μελετά τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας με τη συναισθηματική κατάσταση ατόμων που πίνουν (φυσιολογικό πληθυσμό) και από την άλλη μελετά την επιθυμία και τη συναισθηματική κατάσταση των αλκοολικών ατόμων πριν και μετά την άσκηση. Κύριος σκοπός της είναι η διαπίστωση ότι η άσκηση σχετίζεται με τη διάθεση και με τα συναισθήματα των αλκοολικών ατόμων.

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άτομα που στάθηκαν ουσιαστικά δίπλα μου καθ' όλη τη διάρκειά της. Ευχαριστώ τον, Νίκο Ζουρμπάνο, ο οποίος υπήρξε πολύτιμος καθοδηγητής για την εκπόνηση αυτής της εργασίας. Ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Θανάση Τζιαμούρτα, αναπληρωτή καθηγητή του ΤΕΦΑΑ, για τη συνεργασία του. Ευχαριστώ θερμά το φίλο μου Λουκά για τη βοήθεια, την ενίσχυση και τη συμπαράσταση του, και τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, για την ηθική υποστήριξη, την κατανόηση, την ενθάρρυνση και την ανοχή τους, στους οποίους, αφιερώνω την παρούσα διπλωματική εργασία.

Η συμβολή των παραπάνω ατόμων ήταν σημαντική για την ολοκλήρωση της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
Γενικά για το αλκοόλ.....	7
Αλκοόλ στην Ελλάδα.....	8
Αλκοόλ και θεραπεία.....	9
Εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης: άσκηση.....	10
Σκοπός.....	11
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	12
Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια.....	12
Μορφές αλκοόλ και οι επιπτώσεις τους.....	13
Θετικές επιδράσεις του αλκοόλ.....	14
Αίτια του αλκοολισμού.....	15
Επίδραση της άσκησης σε άτομα με κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ.....	16
Σχέση της άσκησης με την ψυχική διάθεση και τα συναισθήματα.....	21
Συναισθήματα και αθλητισμός.....	24
Αλκοόλ και ψυχική διάθεση.....	32
Επίδραση της άσκησης στο συναίσθημα των αλκοολικών ατόμων.....	35
Σκοπός.....	37
Ερευνητικές υποθέσεις.....	38
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	39
Συμμετέχοντες.....	39
Φάση 1 ^η	39
Όργανα αξιολόγησης.....	39
Διαδικασία.....	40
Φάση 2 ^η	41
Διαδικασία.....	41
Όργανα αξιολόγησης.....	41
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	43
Φάση 1η - Περιγραφικά στατιστικά και ανάλυση συσχέτισης.....	43
Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά.....	43
Πίνακας 2. Συσχετίσεις μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας, κατανάλωσης αλκοόλ και των συναισθημάτων.....	44
Φάση 2 ^η - Περιγραφικά στατιστικά και ανάλυση συσχέτισης.....	45
Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά.....	45
Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ της επιθυμίας για αλκοόλ και των συναισθημάτων μετά την άσκηση.....	46
Η επίδραση της άσκησης στα συναισθήματα.....	46
Η επίδραση της άσκησης στην επιθυμία για αλκοόλ.....	46
ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	47
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ.....	51
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	54
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	55

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ.....	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κρασί, αν χρησιμοποιηθεί κατάλληλα και με μέτρο, ανάλογα με τον άνθρωπο, είναι άριστο τόσο για την υγεία, όσο και για την αρρώστια. (Ιπποκράτης, 460-377 π.Χ.)

Γενικά για το αλκοόλ

Τυχαία συμβάντα της ζωής που φαίνεται να ξεπερνούν τις δυνατότητες επεξεργασίας που το ίδιο το πρόσωπο εκτιμά ότι διαθέτει, μπορούν να ξυπνήσουν την ανάμνηση των επιδράσεων του αλκοόλ που αλλάζουν τη συνείδηση, να αυξήσουν την πιθανότητα της λήψης και συνεπώς τον αριθμό των αφορμών για πόση. Το αναμενόμενο και αξιόπιστο εμφανιζόμενο θετικό αποτέλεσμα οδηγεί σε μια περαιτέρω αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ και συνεπιφέρει αυξήσεις της σωματικής ανοχής. Οι δυσάρεστες παρενέργειες της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ που δημιουργούνται στην παραπέρα πορεία, όπως στερητικά φαινόμενα στο βιολογικό σύστημα, αισθήματα ντροπής και ενοχής στο ψυχικό σύστημα, αυξημένες συγκρούσεις στο κοινωνικό σύστημα, αντιμετωπίζονται με αυξημένη πόση (Ζήσης, 2002).

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ συμβάλλουν σημαντικά σε παγκόσμιο επίπεδο στην πρόκληση ασθενειών και αποτελούν τον πέμπτο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου πρόωρων θανάτων και αναπηριών στον κόσμο (WHO, 2007).

Σύμφωνα με τα στοιχεία WHO (2009), το αλκοόλ ευθύνεται για την πρόκληση πάνω από 60 τύπων ασθενειών και βλαβών. Ειδικότερα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ αφορούν πάνω από το 1/3 (34%) της επιβάρυνσης από τα αποδιδόμενα στο αλκοόλ νοσήματα και αναπηρίες, ακολουθούν οι ακούσιες βλάβες, όπως τα τροχαία ατυχήματα, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι πτώσεις (συνολικά 26%), καθώς και οι εκούσιες βλάβες όπως η αυτοκτονία (11%), η κίρρωση του ήπατος (10%), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (10%) και ο καρκίνος (9%) (WHO, 2007).

Αλκοόλ στην Ελλάδα

Παρακάτω παρουσιάζονται τα συνοπτικά στοιχεία για την κατανάλωση οινοπνευματωδών στην Ελλάδα από έρευνα που υλοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ (2011).

Τα στοιχεία έδειξαν ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών αφορά το μεγαλύτερο αριθμό αγοριών από ό,τι κοριτσιών και οι διαφορές μεγαλώνουν ανάλογα με τη συχνότητα και την ποσότητα που καταναλώνονται. Η εβδομαδιαία χρήση των οινοπνευματωδών στους 15χρονους Έλληνες μαθητές έχει αυξηθεί σημαντικά το 2010 (35,3%) σε σύγκριση με το 2006 (27,6%).

Το τελευταίο τρίμηνο του 2010 καταγράφηκαν στον δείκτη αίτησης θεραπείας για το Αλκοόλ (ΔΑΘ) 135 άτομα, στην πλειονότητά τους άνδρες (76,3%), ποσοστό ενώ ένα στα τέσσερα ήταν γυναίκες (23,7%). Η μέση ηλικία των ατόμων που ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια ήταν τα 43,8 έτη. Η πλειονότητα (70%) των ατόμων ήταν ηλικίας 30-51 ετών. Καθημερινή χρήση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες ανέφερε το 44,4% και εβδομαδιαία χρήση το 40,5%, ενώ το 33% έπινε ημερησίως πάνω από 10 ποτήρια αλκοόλ. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο αναλογικά ποσοστό των ατόμων ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (39,8%). Το 43,7% ανέφεραν ότι ήταν εργαζόμενοι, ενώ το υπόλοιπο 56,3% ήταν άνεργοι. Επίσης, πάνω από τα μισά άτομα (57,6%) ανέφεραν ότι εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ συμπεριφέρθηκαν βίαια κάποια στιγμή σε μέλος /-η της οικογένειάς τους και το 38,9% των ατόμων ανέφερε ότι οδηγεί (συχνά ή πάντα) υπό την επίδραση αλκοόλ και το 27,8% ότι αντιμετώπισε κάποια στιγμή πρόβλημα με το νόμο εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ.

Όσον αφορά τη θεραπεία παρατηρείται αύξηση στον αριθμό των εισαγωγών το 2010 (N=814) σε σύγκριση με τα δύο προηγούμενα έτη (2008: N=391, 2009: N=673), Μείωση παρατηρείται στον αριθμό όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία (2010: 43,8%, 2009: 53,8%). Επιπλέον, αυξημένο το 2010 ήταν το ποσοστό των υπό θεραπεία ατόμων με διαγνωσμένο ψυχιατρικό πρόβλημα (22%) σε σύγκριση με το 2009 (10,7%). Σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας παρατηρείται μικρότερος αριθμός περιστατικών με ένδειξη μέθης το 2010 (N=38.033) σε σχέση με τα τρία προηγούμενα έτη (2007: N=46.382, 2008: N=46.841) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Αλκοόλ και θεραπεία

Λαμβάνοντας υπόψη τις αρνητικές επιπτώσεις της κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ στην υγεία αλλά και σε άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, έχουν σχεδιαστεί θεραπευτικά προγράμματα για αλκοολικούς, όσον αφορά την απεξάρτηση, τη στήριξη και την επανένταξή τους στην οικογένεια αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Read, Kahler, & Stevenson, 2001) καθώς ο αλκοολισμός πρόκειται για μια θεραπεύσιμη διαταραχή και πολλοί ασθενείς επιτυγχάνουν σημαντική μείωση της χρήσης αλκοόλ και μακροπρόθεσμη αποχή.

Πολλές είναι οι θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι φαρμακευτικές αλλά και ψυχοθεραπευτικές. Οι θεραπείες μπορεί να είναι σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με κατάλληλη διατροφή, ανάπαυση και ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία καθώς και ομάδες αυτοβοήθειας όπως είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Μαδιανός, 2003). Άλλες προσεγγίσεις, επίσης, όπως η ψυχανάλυση η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία, οι οποίες περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικές τεχνικές, παρεμβάσεις, πρόληψη υποτροπών και ειδικά θεραπευτικά προγράμματα. Η θεραπεία βασιζόμενη στη θεωρία της αποτελεσματικότητας, περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, ενίσχυση και υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας και συμπεριφορική και οικογενειακή θεραπεία σε συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και κατανόηση ότι η θεραπεία απαιτεί μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και διαχείριση (Garbutt, 2008).

Τα υψηλά ποσοστά υποτροπής (60% έως και 90%; Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986) και το χαμηλό ποσοστό θεραπείας – μόνον ένα 20% των αλκοολικών διακόπτουν τη λήψη οινοπνεύματος (Μαδιανός, 2003) – καθώς και η γενικότερη προτροπή των θεραπευτών προς τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής (Marlatt, 1985), έχουν οδηγήσει τους ερευνητές στη διερεύνηση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης της εξάρτησης, όπως είναι η σωματική άσκηση (Donaghy & Mutrie, 1999; Donaghy, Ralston, & Mutrie, 1991; Read & Brown, 2003).

Εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του αλκοόλ: άσκηση

Η φυσική άσκηση σχετίζονται με μείωση της επιθυμίας (Ussher, Sampuran, Doshi, West, & Drummond, 2004) και κατανάλωσης για αλκοόλ (Murphy, Pagano, & Marlatt, 1986) αλλά και μεγαλύτερη αποχή (Sinyor, Brown, Rostant, & Seraganian 1982). Επίσης η συχνή σωματική δραστηριότητα σχετίζεται ποικίλες θετικές επιδράσεις στην υγεία όπως μείωση της θνησιμότητας από στεφανιαία καρδιακή νόσο (Powell, Thompson, Caspersen, & Kendrick, 1987), μείωση της υπέρτασης (Riddoch, 1998), αντιμετώπισης της παχυσαρκίας (Epstein, Myers, Raynor, & Saelens, 1998), και γενικότερα με καλύτερη υγεία και λειτουργία του οργανισμού (Stephens, 1988).

Εκτός από τη βελτίωση της σωματικής υγείας, η φυσική άσκηση, ως συμπληρωματική στρατηγική σε φαρμακευτικές θεραπείες, συμβάλει θετικά στην ψυχική υγεία και στη διάθεση των ατόμων. Βρέθηκε πως η άσκηση παίζει σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της κατάθλιψης (Bodin & Martinsen, 2004; O'Neal, Dunn, & Martinsen, 2000), του άγχους (O'Connor, Raglin, & Martinsen, 2000; Wipfli, Rethorst, & Landers, 2008), της σχιζοφρένειας (Landers & Petruzzelo, 1994), στη βελτίωση της διάθεσης (Faulkner & Biddle, 2001), και στη μείωση και διακοπή του καπνίσματος (Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005; Ussher, Taylor, West, & McEwen, 2000). Ακόμη, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων που επέζησαν από καρκίνο, που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, καθώς επίσης και σε ηλικιωμένους (Faulkner & Taylor, 2005).

Ένα σύνολο ερευνών έχουν αποδείξει τα θετικά οφέλη της άσκησης, ως συμπλήρωμα θεραπείας των διαταραχών που σχετίζονται με χρήση αλκοόλ. Η αερόβια άσκηση και τα προγράμματα αντοχής και ενδυνάμωσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας από το αλκοόλ έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά και των συμπτωμάτων άγχους (Frankel & Murphy, 1974; Palmer, Vacc, & Epstein, 1988, Palmer, Michiels, & Thigpin, 1995). Η άσκηση οδηγεί στη βελτίωση των αποτελεσμάτων του ποτού ως αποτέλεσμα της μείωσης της κατάθλιψης και του άγχους.

Η άσκηση ως ομαδική δραστηριότητα μπορεί να αυξήσει την κοινωνική στήριξη σε άτομα που πίνουν, καθώς δημιουργεί ένα δίκτυο για ανάκτηση, βασισμένη σε ομάδα επιτρέπει την ανάκτηση σε εκείνους που το έχουν ανάγκη μέσω της εμπειρίας της αλληλεπίδρασης με ομάδες που δεν πίνουν αλκοόλ ή άλλες ουσίες

και μπορούν να συμβάλουν στην οικοδόμηση ή στην ενίσχυση δικτύων κοινωνικής υποστήριξης. Η φυσική άσκηση μπορεί να χρησιμεύσει ως υποκατάστατο του αλκοόλ και να συμμετάσχουν σ' αυτή αντί της κατανάλωσης (Marlatt, 1985).

Επιπλέον, η άσκηση βελτιώνει την φυσική κατάσταση, τη δύναμη και την αντοχή, όπως επίσης ενισχύει την αυτοαντίληψη, την αυτοεκτίμηση και την αυταξία των αλκοολικών ατόμων (Donaghy, Ralston & Mutrie, 1991; Anstiss, 1991; Donaghy, 1997). Τα προγράμματα άσκησης στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου ζωής και αλλαγή συμπεριφοράς και συγκεκριμένα στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και αποφυγής ανθυγιεινού. Με αυτό τον τρόπο, επιτρέπεται στον ασθενή να δεχθεί μια γενικότερη βελτίωση ποιότητας ζωής και φυσικής κατάστασης στο πλαίσιο της απόφασης να σταματήσει την κατανάλωση του αλκοόλ, μια ανθυγιεινή για τον οργανισμό συνήθεια (Ζουρμπάνος, Τζιαμούρτας, Σταβέρη, Χατζηγεωργιάδης, & Θεοδωράκης, 2011).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσουμε τις σχέσεις μεταξύ επιπέδων της έντασης της άσκησης, της κατανάλωσης αλκοόλ και των συναισθημάτων σε γενικό πληθυσμό καθώς και πειραματικά την επίδραση της άσκησης στην επιθυμία για αλκοόλ και των συναισθημάτων των αλκοολικών ατόμων.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια

Η κατάχρηση αλκοόλ περιγράφεται ως μια ψυχιατρική κατάσταση στην οποία το άτομο (α) έχει ανάγκη καθημερινής χρήσης οινοπνεύματος για την επαρκή λειτουργία του, και (β) χαρακτηρίζεται από έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του με αρνητικές συνέπειες στην υγεία, στην ευεξία, και στις διαπροσωπικές σχέσεις (American Psychiatric Association, 1994; Μαδιανός, 2003). Αντιθέτως, η εξάρτηση από το αλκοόλ ή αλκοολισμός, αναφέρεται στον παθολογικό τύπο χρήσης αλκοόλ, στην έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου, καθώς και στην παρουσία στερητικού συνδρόμου (Μαδιανός, 2003). Ο αλκοολισμός ή εξάρτηση από το αλκοόλ, προτάθηκε το 1780 σαν μια ασθένεια, αλλά νωρίτερα αναγνωρίστηκε από τον Αμερικάνικο Ιατρικό σύλλογο το 1958. Είναι μια κοινή διαταραχή με επικράτηση της τάξεως 10 έως 15% στους άνδρες και 5 έως 10% στις γυναίκες. Για τους άντρες επικίνδυνο πρότυπο κατανάλωσης αλκοόλ θεωρείται η κατανάλωση περισσότερων από 15 ποτά την εβδομάδα, ή περισσότερων από 4 ποτά την ημέρα για τουλάχιστον ένα μήνα. Αντιστοίχως, για τις γυναίκες τα όρια είναι περισσότερα από 7 ποτά την εβδομάδα ή περισσότερα από 3 ποτά την ημέρα για τουλάχιστον ένα μήνα (Dawson, Grant, Stinson, & Zhou, 2005).

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV) εξαρτημένο από το αλκοόλ άτομο ορίζεται αυτό που κάνει χρόνια και καταχρηστική κατανάλωση, περισσότερη από 80 γραμμάρια αιθανόλης ημερησίως (American Psychiatric Association, 1994). Τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ, περιγράφονται από το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

1. Ανοχή. Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
2. Στέρηση. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία κ.τ.λ.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
3. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
4. Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.

5. Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.
6. Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.
7. Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα υγείας εξαιτίας του οινοπνεύματος.

Η χρήση αλκοόλ οδηγεί σε σημαντική κλινική δυσλειτουργία. Όπως εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα που συμβαίνουν εντός περιόδου 12 μηνών. Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη κατάχρηση του αλκοόλ.

- Περιοδική χρήση αλκοόλ με αποτέλεσμα αδυναμία εκπλήρωσης υποχρεώσεων στο χώρο εργασίας, στο σχολείο ή στο σπίτι (επαναλαμβανόμενες απουσίες, ή κακή απόδοση στην εργασία, αποβολές, παραμέληση των παιδιών)
- Περιοδική χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις φυσικές που μπορεί να αποβούν επικίνδυνες (οδηγώντας αυτοκίνητο ή μηχανάκι)
- Περιοδική χρήση αλκοόλ συσχετιζόμενη με νομικά προβλήματα (συλλήψεις που σχετίζονται με διαταραχή συμπεριφοράς)
- Η συνεχής χρήση οινοπνεύματος προκαλεί ή επιδεινώνει διαπροσωπικά και κοινωνικά προβλήματα (συγκρούσεις με τον σύζυγο, διαμάχες).

Μορφές αλκοόλ και οι επιπτώσεις τους

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (2005) η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ και βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ «BINGE DRINKING». Η επιβλαβής κατανάλωση οινοπνεύματος, σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αλκοολισμού, που συχνά οδηγεί σε κοινωνικές, οικονομικές και διαπροσωπικές απώλειες, στιγματισμό και κοινωνική περιθωριοποίηση (Poznyak, Saraceno, & Obot, 2005).

Ο αλκοολισμός παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και χρόνια μέθη.

Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βαθμό πληρώσεως στομάχου, ιδιοσυγκρασία, φύλο κ.τ.λ.) υπάρχουν διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κόμα και θάνατος.

Στη χρόνια μέθη έχουμε καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης. Τα άτομα αυτά, ανίκανα να αντισταθούν στην αυξημένη επιθυμία τους, οδηγούνται σιγά-σιγά σε αδυναμία να λειτουργήσουν εάν δεν πιούν (συμπτώματα στέρησης), πράγμα καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για τον περίγυρο.

Στον χρόνια αλκοολισμό, παρουσιάζονται διαταραχές ποικίλου βαθμού του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα) του ήπατος, (αλκοολική κίρρωση, δηλαδή καταστροφή του ιστού του οργάνου) του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση), (Clark, 2008; Gossop, Neto, Radovanovic, Batra, Toteva, Musalek, Skutle, & Goos, 2007). Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενες από αστάθεια της ψυχικής διαθέσεως, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βουλήσεως, ηθική κατάπτωση. Επίσης, χαρακτηριστικό των αλκοολικών είναι η κακή φυσική κατάσταση με αρνητικές επιδράσεις του αλκοόλ στους σκελετικούς μύες και στη μείωση της οστικής μάζας (Donaghy & Mutrie, 1999).

Θετικές επιδράσεις του αλκοόλ

Επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η καθημερινή κατανάλωση 10-15 γραμμαρίων αιθανόλης (π.χ., κόκκινο κρασί), δηλαδή ένα ποτήρι για τις γυναίκες και ένα με δύο ποτήρια για τους άντρες ανάλογα με το μέγεθος του ποτηριού και την περιεκτικότητα του ποτού σε αιθανόλη, ελαττώνει τον κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο (Garbutt, 2008; Muntwyler, Hennekens, Buring, & Gaziano, 1998). Επίσης, αυξάνει τα επίπεδα της “καλής” χοληστερόλης (HDL) στο αίμα, η οποία μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικά επεισόδια, και άλλες αγγειακές παθήσεις (Bell, Donovan, Wong, Waterhouse, German, & Walzen, 2000).

Αίτια του αλκοολισμού

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τόσο οι γενετικοί- βιολογικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες εμπλέκονται στην ανάπτυξη του αλκοολισμού. Επίσης, ψυχολογικοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένου χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας που αποκλίνουν, ψυχολογικές επιπτώσεις του stress και του τραύματος αλλά και κοινωνικοί παράγοντες, βρέθηκαν να επιδρούν σε άλλες ψυχικές νόσους (Garbutt, 2008). Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα Ατομικά χαρακτηριστικά, (Kendler, Gardner, & Prescott, 1997) το μορφωτικό επίπεδο και η χαμηλή κοινωνική θέση έχουν συνδεθεί με τον αλκοολισμό (Fukuda, Nakamura, K., & Takano, 2005; Poznyak et al., 2005; Subramanian, Nandy, & Irving, 2005). Επίσης μεγάλες ποσότητες καφέ έχουν συνδεθεί με προβλήματα αλκοολισμού (Stevenson & Masters, 2005) ενώ μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει συνδέσεις μεταξύ βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος (Jensen, Sorensen, & Andersen, 2003).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε (Madsen, Knop, Mortensen, Becker, & Gronbaek, 2007) σε 19698 γυναίκες και άνδρες ώστε να μελετηθεί κατά πόσο η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ συσχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης αλκοολισμού αποδείχθηκε ότι ο κίνδυνος αλκοολισμού για τις γυναίκες αυξήθηκε σε κείνες που κατανάλωναν 1-7 ποτά την εβδομάδα, δηλαδή από πολύ χαμηλά ποσοστά πρόσληψης αλκοόλ, ενώ για τους άνδρες ο κίνδυνος αυξανόταν σε κείνους που κατανάλωναν περισσότερα από 21 ποτά την εβδομάδα. Το αλκοόλ βρέθηκε δυνατός προβλεπτικός παράγοντας ανάπτυξης αλκοολισμού, σε μικρότερα ποσοστά και συχνότητα κατανάλωσης στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, το κάπνισμα είχε ανεξάρτητη επίδραση στον κίνδυνο αλκοολισμού και για τα δύο φύλα, σε αντίθεση με άλλες μελέτες, ενώ η φυσική δραστηριότητα και η οικογενειακή κατάσταση κατέρριψε τον κίνδυνο για τους άνδρες.

Επίδραση της άσκησης σε άτομα με κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ

Η έρευνα στον τομέα της φυσικής άσκησης ως συμπληρωματικής στρατηγικής σε προγράμματα αντιμετώπισης της κατάχρησης αλκοόλ είναι περιορισμένη. Από όσο γνωρίζουμε λίγες είναι οι έρευνες που έχουν εξετάσει την επίδραση της φυσικής άσκησης για την απεξάρτηση από το αλκοόλ. Στην έρευνα των Sinyor και των συνεργατών του (1982) έλαβαν μέρος 58 άντρες και γυναίκες που δέχονταν νοσηλεία απεξάρτησης από το αλκοόλ σε κλινική. Οι συμμετέχοντες εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα άσκησης 6 εβδομάδων (διατάσεις, περπάτημα, τρέξιμο), το οποίο προοδευτικά γινόταν ολοένα και πιο απαιτητικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που ασκούσαν είχαν σημαντικά αποτελέσματα αποχής από το αλκοόλ ακόμη και μετά από 3 και 18 μήνες σε σύγκριση με αυτούς που δεν εφάρμοσαν το πρόγραμμα άσκησης. Οι ασκούμενοι παρουσίασαν επίσης σημαντικές μειώσεις στα ποσοστά λίπους του σώματος και αυξήθηκε στο μέγιστο η πρόσληψη οξυγόνου κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.

Ωστόσο, η παραπάνω έρευνα είχε πολλούς μεθοδολογικούς περιορισμούς κατά τη σύγκριση της πειραματικής ομάδας (διατάσεις, περπάτημα, τρέξιμο) και της ομάδας ελέγχου (ομάδα που δεν ασκούσαν). Πιο συγκεκριμένα, η πειραματική ομάδα συγκρίθηκε με άλλες δύο ομάδες (που δεν είχαν τον ίδιο αριθμό ατόμων, 9 και 12 άτομα, αντιστοίχως), με την πρώτη ομάδα να λαμβάνει διαφορετική θεραπευτική αγωγή σε κάποια άλλη κλινική και τη δεύτερη ομάδα, η οποία θα συγκρινόταν και αυτή με την πειραματική, να περιλαμβάνει άτομα που δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα άσκησης της πειραματικής ομάδας. Από αυτά γίνεται κατανοητό ότι τα αποτελέσματα της έρευνας χρήζουν προσεκτικής ερμηνείας και δεν μπορούν να γενικευθούν με βεβαιότητα.

Η δεύτερη έρευνα διεξήχθη (Murphy et al., 1986) με δείγμα φοιτητές κολεγίου οι οποίοι έκαναν κατάχρηση αλκοόλ συστηματικά. Οι ερευνητές χώρισαν τυχαία το δείγμα τους σε τρεις ομάδες. Μια ομάδα ελέγχου που δεν ασκούσαν, μια πειραματική ομάδα που ως πρόγραμμα άσκησης είχε το τρέξιμο και άλλη μια που έκανε διαλογισμό. Το πρόγραμμα διήρκεσε οκτώ εβδομάδες μέσα στις οποίες οι συμμετέχοντες κατέγραφαν ημερησίως σε προσωπικά ημερολόγια λεπτομέρειες για την άσκηση που εφάρμοσαν και τη συμπεριφορά τους όσον αφορά το αλκοόλ. Οι συμμετέχοντες των πειραματικών ομάδων (σωματική άσκηση, διαλογισμός) έδειξαν

μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με αυτούς που δεν ασκούσαν. Αν και οι ομάδες είχαν μικρό αριθμό ατόμων, εντούτοις τα αποτελέσματα ήταν θετικά.

Σε μια τρίτη έρευνα, οι Ussher με τους συνεργάτες του (2004) εξέτασαν αν μια μικρής διάρκειας και μέτριας έντασης σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει την επιθυμία για αλκοόλ και να καταπολεμήσει τα προβλήματα διάθεσης σε εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα. Οι συμμετέχοντες προτού λάβουν μέρος στην έρευνα παρακολουθούνταν σε πρόγραμμα εσωτερικής νοσηλείας απεξάρτησης για περίοδο τριών μηνών. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 20 άτομα, ηλικίας από 40χρονών, τα οποία δεν είχαν πει καθόλου αλκοόλ σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, μια ομάδα ελέγχου που εφάρμοσε 10 λεπτά μικρής έντασης άσκηση στο ποδήλατο και μια πειραματική που εφάρμοσε ένα 10λεπτο μέτριας έντασης άσκηση στο ποδήλατο. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια πριν την άσκηση, κατά τη διάρκεια της άσκησης, μετά την άσκηση, πέντε λεπτά μετά την άσκηση και 10 λεπτά μετά την άσκηση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικώς σημαντική μείωση της επιθυμίας για αλκοόλ μεταξύ της πειραματικής ομάδας που ασκούσαν με μέτρια ένταση και της ομάδας ελέγχου που ασκούσαν με ήπια ένταση μεταξύ αρχικής τιμής και κατά τη διάρκεια της άσκησης, ωστόσο δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στη διάθεση των ατόμων. Φάνηκε ότι μια σύντομη σε διάρκεια μέτριας έντασης άσκηση μπορεί να παρέχει βραχυπρόθεσμη ανακούφιση στην μείωση της επιθυμίας για αλκοόλ κατά τη διάρκεια της άσκησης. Αν και η μελέτη των Ussher και των συνεργατών του (2004) είναι η μοναδική που εξέτασε την άμεση επίδραση της σωματικής άσκησης στην επιθυμία για αλκοόλ, ωστόσο στη συγκεκριμένη εργασία η ένταση της άσκησης ήταν μέτρια ενώ η διάρκεια μικρή (10 λεπτά), παράγοντες που δεν είναι ικανοί να επηρεάσουν τα επίπεδα της β-ενδορφίνης, που αποτελεί και το συνδετικό κρίκο μεταξύ της επιθυμίας για αλκοόλ και της σωματικής άσκησης.

Σε μια πρόσφατη έρευνα οι Brown, Abrantes, Read, Marcus, Jakicic, Strong, Oakley, Ramsey, Kahler, Stuart, Dubreil, και Gordon, (2009) δημιούργησαν ένα παρεμβατικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης ως συμπληρωματική στρατηγική για 19 εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα, ηλικίας 18-65χρονών. Το άτομα αυτά δεν είχαν πει αλκοόλ τους τελευταίους δύο μήνες. Οι συμμετέχοντες εφάρμοσαν αερόβια άσκηση μέτριας έντασης για 12 εβδομάδες μετά την αποχή από το αλκοόλ. Τα πρωταρχικά ευρήματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν το πρόγραμμα της άσκησης χωρίς προβλήματα και παρουσίασαν βελτίωση στο καρδιο-

αναπνευστικό σύστημα, μείωση του σωματικού λίπους και στο δείκτη μάζας σώματος σε σύγκριση με την αρχική μέτρηση. Τέλος, σε μέτρηση τρεις μήνες μετά το τέλος του παρεμβατικού προγράμματος, έδειξαν μείωση σε ημερήσια κατανάλωση ποτών.

Συνολικά μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η έρευνα στον τομέα της φυσικής άσκησης και της κατάχρησης αλκοόλ καθώς και της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι περιορισμένη και έχει πολλές μεθοδολογικές ελλείψεις. Οι ελλείψεις αυτές ξεκινούν από το είδος της άσκησης αλλά και της έντασης, η οποία μπορεί να μεταβάλλει τη μείωση της επιθυμίας για αλκοόλ. Όπως αναφέρεται παρακάτω, η ένταση της άσκησης αλλά και η διάρκεια αυτής συνδέονται με την ευφορία που μπορεί να νιώσει κάποιος κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της άσκησης (Farrell, Kjaer, Bach, & Galbo, 1987; Goldfarb, Hatfield, Armstrong, & Potts, 1990; Goldfarb, Hatfield, Potts, & Armstrong, 1991). Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη τις βλαπτικές επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία των ατόμων που κάνουν κατάχρηση αυτού, σημαντική παράμετρο αποτελεί και πόση ένταση φυσικής άσκησης μπορούν δεχθούν τα άτομα αυτά. Βασικό ερώτημα αποτελεί και η χρονική διάρκεια των επιδράσεων της φυσικής άσκησης μετά το τέλος αυτής στην επιθυμία για αλκοόλ. Πολλά αναπάντητα ερωτήματα παραμένουν, επίσης, σε ό, τι αφορά τους μηχανισμούς επίδρασης της φυσικής άσκησης σε φυσιολογικό επίπεδο. Ένας βασικός μηχανισμός που έχει προταθεί σχετικά με την επίδραση της φυσικής άσκησης στη βελτίωση της διάθεσης των ατόμων είναι η παραγωγή της β-ενδορφίνης.

Έρευνες έδειξαν ότι η συμμετοχή των εφήβων σε φυσική δραστηριότητα ή σε άθλημα συσχετίζεται με τη χρήση ουσιών (Kaumert, Henderson, & Thompson, 1998; Gutgesell, & Canterbury, 1999). Ωστόσο η συγκεκριμένη σχέση δεν είναι πλήρως κατανοητή. Απαιτούνται αρκετές παρεμβάσεις για την πρόληψη χρήσης ουσιών.

Μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους (Werch, Moore, DiClemente, Owen, Jobli, & Bledsoe, 2003) εξέταζε την αποτελεσματικότητα σύντομης συμβουλευτικής, βασισμένη σε αθλητικό πρόγραμμα, το συνδυασμό αυτής με συμβουλευτική πρόληψης αλκοόλ και με μια σειρά υλικών που χορηγούνταν από γονείς, που επηρέαζαν την κατανάλωση του αλκοόλ, τη χρήση αλκοόλ, τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου και τις συνήθειες της άσκησης. Επίσης, μελετήθηκαν τα διαφορετικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων στη χρήση αλκοόλ και άσκησης στους νέους που πίνουν αλλά και σε κείνους που δεν πίνουν.

Στην έρευνα συμμετείχαν 465 συμμετέχοντες από τους οποίους, οι μισοί ήταν γυναίκες και 6 στους 10 συμμετέχοντες συμμετείχαν σε άθλημα στο χώρο του σχολείου τους, τον περασμένο χρόνο ενώ 8 στους 10 συμμετείχαν σε αθλητική δραστηριότητα στον χώρο εκτός σχολείου. Το δείγμα χωρίστηκε σε τρεις ομάδες, στη πρώτη ομάδα (Sport Consultation) εκπαιδευμένες νοσοκόμες παρείχαν συμβουλευτική σχετικά με τον αθλητισμό. Η συμβουλευτική ήταν βασισμένη στις ψυχολογικές θεωρίες, στην Κοινωνικογνωστική θεωρία (Bandura, 1986), στο Μοντέλο Πεποιθήσεων υγείας (Becker, 1974), στην Συμπεριφορική θεωρία Αυτοελέγχου (Kanfer, 1975), θεωρία Σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) και σε άλλες, στη δεύτερη ομάδα (Sport Consultation Plus alcohol Preventive Consultation) υπήρχε παροχή συμβουλευτικής σχετικά με την άσκηση και το ποτό, όπου εκπαιδευμένες νοσοκόμες ονομάτιζαν τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου για τη χρήση αλκοόλ και άλλων συμπεριφορών υγείας ενώ στην τρίτη ομάδα (Sport Consultation Plus alcohol Consultation Plus Parent Print Materials) πραγματοποιούνταν συμβουλευτική για τον αθλητισμό, για το αλκοόλ και χορηγούνταν πέντε κάρτες με μηνύματα που δινόταν από τους γονείς κάθε εβδομάδα.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν διπλός καθώς από τη μια εστίασε στην πρόληψη του αλκοόλ και από την άλλη στην προώθηση της άσκησης. Τα ευρήματα έδειξαν ότι 10λ. συμβουλευτική είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των προβλημάτων και της κατανάλωσης του αλκοόλ και παράλληλα αύξηση της συχνότητας της άσκησης είτε έντονης είτε μέτριας. Η πρώτη ομάδα έδειξε τη μεγαλύτερη μείωση καθ' όλη τη διάρκεια, στη χρήση αλκοόλ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα μεγαλύτερα προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ βρέθηκαν στην δεύτερη ομάδα απ' ότι στις υπόλοιπες δύο. Επίσης στη πρώτη ομάδα παρατηρήθηκε μείωση της μέτριας άσκησης και αύξηση της έντονης φυσικής δραστηριότητας σε κείνους που έπιναν ενώ αυξήθηκε η μέτρια άσκηση σε κείνους που δεν έπιναν. Η παρούσα έρευνα είχε πολλούς περιορισμούς, που αφορούσαν την μικρή χρονική διάρκεια, την έλλειψη πραγματικής ομάδας ελέγχου, τα follow-up μετά την παρέμβαση που περιορίζονταν στους τρεις μήνες, τον μικρό αριθμό του δείγματος που αναλύθηκαν για την εξέταση των αποτελεσμάτων μεταξύ εκείνων που έπιναν και εκείνων που δεν έπιναν. Επίσης ακόμη και αν η επιλογή των ατόμων του δείγματος έγινε τυχαία, η δεύτερη ομάδα είχε σημαντικά αρνητικές συνέπειες για το αλκοόλ σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες.

Τα άτομα που επιλέγουν να συμμετάσχουν σε μια υγιεινή συμπεριφορά όπως η άσκηση, δεν συνηθίζουν να συμμετάσχουν σε ανθυγιεινές-καταστροφικές συμπεριφορές όπως το αλκοόλ ή το κάπνισμα ακόμη και τη χρήση ουσιών. Σε μελέτη δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ αυτοαναφοράς της φυσικής άσκησης και των επικίνδυνων συμπεριφορών για την υγεία όπως για παράδειγμα τη χρήση αλκοόλ (Kim, Larimer, Walker, & Marlatte, 1997). Επίσης, άλλες έρευνες έχουν αποδείξει υψηλά ποσοστά αναφορών στην κατανάλωση βαρύ ποτού των γυναικών φοιτητριών, οι οποίες συμμετείχαν συχνά σε φυσική άσκηση (Vickers, Patten, Bronars, et al., 2004). Μια παρόμοια έρευνα των Moore και Werch (2008), είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αυτοαναφορών συχνότητας έντονης άσκησης και της χρήσης αλκοόλ, τσιγάρου και άλλες ναρκωτικές ουσίες σε πρωτοετής φοιτητές κολεγίου που αυτό προσδιορίστηκαν ως πότες. Το δείγμα αποτελούνταν από 391 εθελοντές σπουδαστές της Βορειανατολικής Φλόριντας, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα πρόληψης κατάχρησης του αλκοόλ. Πάνω από το μισό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ασκούσαν σπάνια (45%), ακολουθούν εκείνοι οι οποίοι ασκούσαν κανονικά (29,9%) και έπειτα εκείνοι οι οποίοι ασκούσαν συχνά (24.8%). Περισσότερο οι άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες ασκούσαν συχνά, ενώ οι περισσότερες γυναίκες ασκούσαν σπάνια σε σύγκριση με τους άνδρες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι εκείνοι που ασκούσαν συχνότερα κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ από εκείνους που ασκούσαν σπανιότερα. Αντίθετα βρέθηκαν τα αποτελέσματα που αφορούσαν το κάπνισμα καθώς εκείνοι που ασκούσαν περισσότερο κάπνιζαν λιγότερα τσιγάρα από εκείνους που δεν ασκούσαν. Τα αποτελέσματα που αφορούν το αλκοόλ μοιάζουν με τα ευρήματα άλλων ερευνών που εντόπισαν σχέση μεταξύ αθλητών του κολεγίου και αυτοαναφορών για τη χρήση αλκοόλ (Green, Uryasz, Petr, & Bray, 2001; Leichliter, Meilman, & Presley, 1998; Nattiv, Puffer, Green, 1997; Nelson, & Wechsler, 2001; Wilson, Pritchard, & Schaffer, 2004). Ωστόσο, η παραπάνω έρευνα έχει πολλούς περιορισμούς και τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευτούν. Οι αναλύσεις περιορίζονται σε εθελοντές, πρωτοετής φοιτητές, δείγμα το οποίο θεωρείτε ότι διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών συγκριτικά με τους φοιτητές των μεγαλύτερων χρόνων (Wechsler, Kuo, Lee, & Dowdall, 2000). Επίσης δεν διαπιστώθηκε αν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας και της χρήσης ουσιών.

Χωρίς να αποτραπεί ή να αμφισβητηθεί η αξία και η σημασία της φυσικής δραστηριότητας ως μέσο βελτίωσης στην υγεία των νέων, καθώς πλήθος ερευνών απέδειξαν τα πολυάριθμα υγιεινά οφέλη που προσφέρει η άσκηση, ωστόσο δεν υπάρχει υπόθεση ότι η φυσική δραστηριότητα από μόνη της μπορεί να συσχετίζεται με χαμηλή χρήση όλων των ουσιών για όλα τα νέα άτομα. Στην πραγματικότητα, μελετητές που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ φυσικής κατάστασης και αθλητισμού με προγράμματα πρόληψης χρήσης ουσιών βρήκαν σημαντικές μειώσεις στο ποσοστό των νέων που ανέφεραν ότι κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (Collingwood, Sunderlin, Reynolds, & Kohl, 2000; Werch, et al., 2003).

Απαιτείται περισσότερη έρευνα σχετικά με τους γνωστικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, που επηρεάζουν τη χρήση ουσιών στους νέους, οι οποίοι ασχολούνται με διαφορετικά επίπεδα άσκησης και φυσικής δραστηριότητας. Θα ήταν χρήσιμο, λοιπόν, να γίνουν παρεμβάσεις για την πρόληψη του αλκοόλ στον παραπάνω πληθυσμό.

Σχέση της άσκησης με την ψυχική διάθεση και τα συναισθήματα

Το ενδιαφέρον των ανθρώπων για φυσική δραστηριότητα αυξάνει ολοένα και περισσότερο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η συστηματική σωματική άσκηση παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και γενικά της υγείας και ευρωστίας ενός ατόμου. Αντίθετα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και συστηματικής σωματικής άσκησης δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην υγεία, χρόνιες καρδιακές παθήσεις, υπέρταση, παχυσαρκία, οστεοπόρωση κ.ά. (Biddle & Mutrie 1991; North, McCullagh, & Tran, 1990). Τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας της υγείας, ο ψυχολογικός, και η πεποίθηση ότι η σωματική άσκηση σχετίζεται με ψυχολογικά οφέλη. Ερευνητές από τις ΗΠΑ, τον Καναδά, την Αυστραλία, την Αγγλία και την Ελλάδα ενισχύουν συνεχώς με καινούργια δεδομένα τη σχέση άσκησης και ψυχικής διάθεσης. Μερικοί συγκεντρώνονται στην άσκηση ως μέσο βελτίωσης της ψυχικής διάθεσης, άλλοι ως θεραπευτική τεχνική για άτομα που πάσχουν από ψυχοπαθολογικά προβλήματα και άλλοι ως εκπαιδευτικό και θεραπευτικό μέσο για άτομα με ειδικές ανάγκες.

Η ψυχική διάθεση ορίζεται από ψυχολογικούς και φυσιολογικούς παράγοντες όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η κόπωση, η ενεργητικότητα κ.ά. (McNair, Lorr, & Droppleman, 1971, Ζερβάς, 1996).

Η φυσική δραστηριότητα ορίζεται ως η κάθε κίνηση του σώματος με αποτέλεσμα την δαπάνη ενέργειας (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985) και η κίνηση υπάρχει σαν χαρακτηριστικό σε κάθε μορφή ζωής. Είναι ανάγκη μέσα από την οποία γεννήθηκε η άσκηση. Η άσκηση, σαν συνειδητοποιημένη κίνηση στον άνθρωπο, έχει άμεση σχέση με τη βιολογική και πολιτιστική του εξέλιξη. Κύρια αιτία της άσκησης φαίνεται πως στάθηκε ο αγώνας για επιβίωση του ανθρώπου. Αυτό μας διδάσκει η ιστορία του ανθρώπου από την εποχή της ύπαρξης του σ' όλο τον κόσμο.

Η ανάγκη της άμυνας ή της επίθεσης, η προσπάθεια περάσματος υδάτινης έκτασης, η αναρρίχηση σε δέντρα ή βράχους γέννησε τη ανάγκη για δρόμο, πάλη, άλμα, κολύμπι, χτυπήματα (judo -πυγμαχία) και άλλα. Έτσι ο άνθρωπος οδηγήθηκε στο “sport” που σημαίνει κίνηση με ψυχαγωγικό χαρακτήρα. Όπως το σώμα χρειάζεται τη γυμναστική για να είναι υγιές έτσι και η ψυχή χρειάζεται το πνεύμα και το συναίσθημα, το οποίο είναι μια ευχάριστη ή δυσάρεστη ψυχική κατάσταση.

Η άσκηση είναι υποσύνολο της φυσικής δραστηριότητας και ορίζεται ως σχεδιασμένη, δομημένη και επαναλαμβανόμενη κίνηση που βελτιώνει ή διατηρεί ένα η περισσότερα συστατικά της φυσικής κατάστασης (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985) και μπορεί να ταξινομηθεί είτε ως αεροβική, είτε ως μη αεροβική.

Η φυσική δραστηριότητα επιδρά στην ψυχική υγεία και επηρεάζει το συναίσθημα στα άτομα. Τα προγράμματα αεροβικής άσκησης βρέθηκε να είναι χρήσιμα στην μείωση επιπέδων κατάθλιψης (McCann & Holmes, 1984) και άγχους (Goldwater & Collins, 1985) ύστερα από επαναλαμβανόμενη συμμετοχή σε δραστηριότητες άσκησης. Ο Berger και ο Owen (1983) απέδειξε μια ποικιλία θετικών επιδράσεων στη διάθεση ακολουθώντας ατομική άσκηση (κολύμπι). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν από τους Dyer και Crouch (1987) για άσκηση όπως τρέξιμο σε μια μελέτη για έμπειρους και αρχάριους συμμετέχοντες. Η τυχαία ανάθεση συμμετεχόντων στην άσκηση και σε ομάδες ελέγχου, η οποία έγινε από τους Ewing, Scott, Mendez και McBride (1984), βρέθηκε να αυξάνει τη θετική διάθεση αλλά όχι να μειώνει την αρνητική διάθεση μετά από 5 λεπτά μέτριας έντασης άσκησης.

Πραγματοποιήθηκε έρευνα από τον Roth (1989), ο οποίος εξέτασε τα οξεία συναισθηματικά και ψυχοφυσιολογικά αποτελέσματα της ατομικής σύντομης

αερόβιας άσκησης. Στην έρευνα συμμετείχαν 40 δραστήριοι και 40 μη δραστήριοι μαθητές κολλεγίου, ηλικίας 20χρ. οι οποίοι με τυχαίο τρόπο χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, στην ομάδα αεροβικής άσκησης (πειραματική ομάδα) και στην ομάδα που βρισκόταν σε κατάσταση αναμονής (ομάδα ελέγχου) Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις αυτοαναφοράς της διάθεσης και των καρδιακών συχνοτήτων 20 λεπτά πριν και μετά την άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική αλλαγή διάθεσης και μειώσεις της έντασης και του άγχους της πειραματικής ομάδας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η άσκηση δεν βρέθηκε να έχει επίδραση στην καρδιακή αντιδραστικότητα. Επίσης βρέθηκαν διαφορές στη φυσική κατάσταση των δραστήριων και μη δραστήριων συμμετεχόντων, αλλά δεν επιβεβαιωθήκαν διαφορές στη διάθεση και στην αντιδραστικότητα. Ωστόσο μαζί τα δραστήρια και μη δραστήρια άτομα παρουσίασαν μειώσεις στο άγχος μετά τη σύντομη ατομική άσκηση.

Μεγάλο εύρος αποτελεσμάτων υποστηρίζει την ιδέα ότι η συμμετοχή σε οξεία σύντομης διάρκειας αεροβικής άσκησης βελτιώνει τη συναισθηματική διάθεση για όλους τους συμμετέχοντες για όλες τις ηλικίες ανεξαρτήτων έντασης και διάρκειας (Arent, Landers, & Etnier, 2000; Ekkekakis & Petruzello, 1999; Berger, 1996) παρόλ' αυτά η σχέση είναι λιγότερο ξεκάθαρη όταν εξετάζεται η συναισθηματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της άσκησης. Η φυσική κατάσταση, η εμπειρία, το περιβάλλον, είναι κάποιες από τις μεταβλητές που επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την άσκηση (Berger, 1996; Parfitt & Gledhill, 2004).

Έρευνες δείχνουν ότι η συμμετοχή σε άσκηση υψηλής προτίμησης των συμμετεχόντων οδηγεί σε περισσότερο θετικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια και μετ την άσκηση συγκριτικά με χαμηλής προτίμησης άσκησης (Lane, Jackson, & Terry, 2005; Parfitt & Gledhill, 2004), αποτελέσματα που έρχονται σε αντίθεση με άλλη έρευνα που δεν βρήκε διαφορά μεταξύ των συνθηκών άσκησης (Daley & Maynard, 2003).

Συναισθήματα και αθλητισμός

Ο Lazarus (2000) ορίζει το συναίσθημα ως "μια οργανωμένη ψυχοφυσιολογική αντίδραση στις διαρκείς σχέσεις με το περιβάλλον... ότι μεσολαβεί στα συναισθήματα της ψυχολογίας είναι σαν αξία η οποία αναφέρεται σαν εκτίμηση από την προσωπική σημασία για την ευημερία που ένα άτομο αποδίδει σε αυτή τη σχέση (... σχεσιακή έννοια), και τη διαδικασία ». Η εν λόγω σχέση ή σχεσιακή έννοια είναι διαφορετική για κάθε συναίσθημα.

Η «υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία των αθλητών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον αγωνιστικό αθλητισμό. Η ακριβής περιγραφή των εν λόγω συναισθηματικών εμπειριών, των σχετικών σταθερών συναισθηματικών μοτίβων που παρουσιάζουν, και των μετά εμπειριών (γνώσεις, πεποιθήσεις, και στάσεις) που σχετίζονται με τις επιτυχείς και ανεπιτυχείς επιδόσεις (Hanin, 2000, 2003) είναι αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την αθλητική ψυχολογία.

Σύμφωνα με τον Lazarus υπάρχουν έντονα θετικά συναισθήματα (ευτυχία, χαρά), ήπια αρνητικά συναισθήματα (θυμός, άγχος), οριακά συναισθήματα (ελπίδα, πίστη) και μη συναισθήματα. Ο Lazarus (1991, 2000) αναφέρεται στην σημασία των γνωστικών κινήτρων και σχεσιακών πτυχών των συναισθημάτων και υποστηρίζει ότι τα συναισθήματα είναι ψυχολογικοί διαμεσολαβητές εκτίμησης για την προσωπική σημασία στην ευεξία που το άτομο αποδίδει στη σχέση του με το περιβάλλον.

Το μοντέλο IZOF περιγράφει όχι μόνο την βέλτιστη ένταση συναισθήματος (Hanin, 2000) αλλά επίσης και το περιεχόμενο συναισθήματος (Hanin & Stambulova, 2002). Η ένταση ορίζεται ως ένα βαθμό ή ποσοστό δύναμης, δύναμης ή δυναμικών συναισθημάτων, είναι ένα ποσοτικό χαρακτηριστικό υποκειμενικών εμπειριών.

Το περιεχόμενο του συναισθήματος κατηγοριοποιείται σε πλαίσιο τεσσάρων κατηγοριών συναισθημάτων που προέρχεται από τις διακρίσεις του ηδονικού τόνου (ευχαρίστηση-δυσάρεσκεια) και την λειτουργικότητα (βέλτιστη-δυσλειτουργική). Αυτές οι κατηγορίες συναισθημάτων είναι ευχάριστα και λειτουργικά βέλτιστα συναισθήματα, δυσάρεστα και λειτουργικά βέλτιστα συναισθήματα, ευχάριστα και δυσλειτουργικά και δυσάρεστα και δυσλειτουργικά συναισθήματα. Οι τέσσερις κατηγορίες παρέχουν ευρεία δομή που μπορούν να φιλοξενήσουν ευρύ φάσμα ιδιοσυγκρασίας και παραγωγή συναισθημάτων των αθλητών που αντανακλούν συναισθηματικές εμπειρίες και διαθέσιμες πηγές (Hanin 2000, 2003).

Το μοντέλο των επιμέρους ζωνών της βέλτιστης λειτουργικότητας (IZOF) (Hanin, 1997, 2000, 2003), ως ιδεογραφική θεμελιωμένη προσέγγιση, εξερεύνησε την κλίμακα του θυμού σε ειδικευμένους αθλητές του καράτε, σε μια προσπάθεια να παρέχει μια περιγραφική βάση δεδομένων για τις μελλοντικές επεξηγηματικές και προγνωστικές μελέτες.

Επιπλέον, το μοντέλο IZOF χρησιμοποιεί την έννοια των πόρων που ταιριάζουν για να εξηγήσει την λειτουργική επίδραση των συναισθημάτων στην απόδοση. Βέλτιστα συναισθήματα αντανακλούν την διαθεσιμότητα των πόρων και την αποτελεσματική τους πρόσληψη και αξιοποίηση. Σε αντίθεση, δυσλειτουργικά συναισθήματα αντανακλούν την έλλειψη πόρων και την αναποτελεσματική πρόσληψή τους και αξιοποίηση.

Οι Spielberg, Johnson, Russell, Crane, Jacobs και Worden (1985) πρότειναν την έννοια του «Συνδρόμου ΑΗΑ" το οποίο αναφέρεται στο θυμό, εχθρότητα και επιθετικότητα. Ο θυμός ορίζεται ως μια συναισθηματική κατάσταση η οποία αποτελείται από συναισθήματα τα οποία ποικίλλουν από ένταση από ήπιο ερεθισμό ή ενόχληση, μανία και οργή (Spielberger, et al., 1985). Η εχθρότητα ορίζεται ως σύνθετο μοντέλο στάσεων το οποίο παρακινεί σε επιθετική συμπεριφορά και επιθετικότητα αναφέρεται ως καταστροφική συμπεριφορά ενάντια σε άλλα πρόσωπα ή πράγματα.

Ο θυμός χαρακτηρίζονται από ειδικές συναισθηματικές εμπειρίες σχετικές με γνωστικές συναισθηματικές παρακινητικές σωματικές, κιναισθητικές επιχειρηματικές και επικοινωνιακές λεπτομέρειες της ψυχοβιολογικές καταστάσεις.

Μελέτες έδειξαν ότι επιτυχημένοι αθλητές του καράτε είχαν υψηλά σκόρ στο θυμό απ' ότι οι ανεπιτυχείς αθλητές (McGowan & Miller, 1989) ενώ βρέθηκε ότι οι λιγότερο έμπειροι αθλητές στη μαύρη ζώνη βαθμολογούνταν με υψηλά σκόρ στον θυμό πριν τον διαγωνισμό από ότι οι περισσότεροι έμπειροι αθλητές.

Η επίδραση του θυμού μπορεί να είναι όχι μόνο επιβλαβής αλλά και βοηθητική. Οι αθλητές, περιγράφουν διαφορετικές καταστάσεις θυμού, πριν κατά τη διάρκεια και μετά από καλύτερες και χειρότερες επιδόσεις. Οι περισσότερες αθλητές είναι περισσότεροι θυμωμένοι ύστερα από κακές επιδόσεις. Στις καλές επιδόσεις, η ένταση του θυμού αυξανόταν στους αθλητές πριν και κατά τη διάρκεια των καταστάσεων ενώ μειώνονταν κατά τη διάρκεια και ύστερα, σε αντίθεση με τις κακές επιδόσεις όπου η ένταση του θυμού αυξανόταν ή έμενε σταθερή πριν και κατά τη διάρκεια ενώ κατά τη διάρκεια και ύστερα αυξανόταν. Στις καλύτερες επιδόσεις ο

θυμός σχετίζονταν με την ετοιμότητα στην προετοιμασία (πχ. Κινητοποίηση) και την παραγωγή ενέργειας στην εκτέλεση του στόχου ενώ στις χειρότερες επιδόσεις, σχετίζονταν με την έλλειψη πηγών ενέργειας (πχ. Κάνοντας λάθη), ή τη χαμηλή ετοιμότητα στην προετοιμασία, συνδεδεμένα με συναισθήματα άγχους και έντασης (Ruiz & Hanin, 2004).

Οι γνωστικές και συναισθηματικές υποδηλώσεις είναι περισσότερο συχνές στις καλές επιδόσεις αντανακλώντας υψηλές ετοιμότητα δράσης. Από την άλλη, οι κινητικές, οι σωματικές, οι κιναισθητικές και επιχειρησιακές συνιστώσες είναι περισσότερο χαρακτηριστικές στην περιγραφή συναισθηματικής κατάστασης στις χειρότερες επιδόσεις. Στις καλές επιδόσεις οι αθλητές περιέγραφαν συναισθήματα όπως ευτυχία, υπερηφάνεια, πίστη, θυμός και άγχος, ενώ στις άσχημες επιδόσεις, περιέγραφαν συναισθήματα, λύπης, θυμού, ντροπής, άγχους, τρόμο, πίστη, ευτυχία και υπερηφάνεια (Ruiz & Hanin, 2004).

Ο Ekkekakis (2008), μελετώντας τις τρεις κύριες δομές που αποτελούν τον συναισθηματικό τομέα, το συναίσθημα, τη διάθεση και τον πυρήνα της επίδρασης (core affect), προσπάθησε να τις ορίσει. Κοντά στο 1990 ο Batson, Shaw και Oleson (1992), αναφέρει ότι στην γενική ψυχολογία οι όροι, επίδραση, συναίσθημα και διάθεση χρησιμοποιούνται εναλλακτικά χωρίς καμία προσπάθεια για εννοιολογική διαφοροποίηση. Σήμερα, ωστόσο έχει σημειωθεί πρόοδος ώστε οι έννοιες να διαχωριστούν.

Ο πυρήνας της επίδρασης (core affect) ορίζεται ως μια νευροφυσιολογική κατάσταση συνειδητά προσβάσιμη, σαν ένα απλό πρωτόγονο μη αντανακλαστικό συναίσθημα περισσότερο εμφανή στη διάθεση και στο συναίσθημα αλλά πάντα διαθέσιμο στη συνείδηση. Για παράδειγμα ο πυρήνας της επίδρασης (core affect) περιλαμβάνει την ευχαρίστηση και τη δυσαρέσκεια, την ένταση και την χαλάρωση, την ενέργεια και την κούραση. Η φύση και η ένταση της επίδρασης συνεχώς μεταβάλλεται (Ekkekakis, 2008).

Το συναίσθημα ορίζεται ως ένα περίπλοκο σύνολο αλληλένδετων υπογεγονότων που ασχολούνται με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο. Όπως έναν άνθρωπο, ένα γεγονός ή ένα πράγμα του παρελθόντος, του παρόντος ή του μέλλοντος ή αληθινό ή φανταστικό. Μερικά παραδείγματα συναισθημάτων είναι ο θυμός, ο φόβος, η ζήλια η υπερηφάνεια και η αγάπη.

Η διάθεση είναι η κατάλληλη ονομασία για τις συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να μην αφορούν τίποτα συγκεκριμένο ή να αφορά τα πάντα ή τον

κόσμο γενικότερα. Για παράδειγμα όταν ένα άτομο έχει ανήσυχη διάθεση, το θέμα του μπορεί να είναι κάτι τόσο γενικό ή όσο και για ολόκληρο το μέλλον του ή μακρινό όπως η ζωή του σε 20 χρόνια. Ένα Χαρακτηριστικό γνώρισμα των διαθέσεων είναι ότι διαρκούν περισσότερο από τα συναισθήματα, όπως επίσης συνήθως εμφανίζονται χρονικά αργότερα από την αιτία και κατά συνέπεια η αιτία της δεν είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί (Ekkekakis, 2008).

Η κλίμακα της θετικής και αρνητικής επίδρασης (PANAS), (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) αναφέρεται στην διάκριση συναισθηματικής κατάστασης. Η θετική επίδραση είναι μια διάσταση η οποία αντανακλά το βαθμό κατά την οποία ένα άτομο αισθάνεται ενθουσιώδης, ενεργοποιημένος και σε ετοιμότητα. Αναφέρεται στον υψηλό πόλο, δηλαδή, σε μια κατάσταση υψηλής ενέργειας, ολοκληρωτικής συγκέντρωσης και ευχάριστης δέσμευσης, ενώ από την άλλη ο χαμηλός πόλος περιγράφει μια κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από λύπη και λήθαργο.

Αντίθετα η αρνητική επίδραση περιγράφεται ως μια γενική υποκειμενική διάσταση της αγωνίας και της δυσάρεστης δέσμευσης. Στον υψηλό πόλο υποτάσσει μια ποικιλία απωθητικών συναισθηματικών καταστάσεων συμπεριλαμβανομένου του θυμού, της περιφρόνησης, της αηδίας, της ενοχής, του φόβου και της νευρικότητας, ενώ από την άλλη ο χαμηλός πόλος χαρακτηρίζεται από ηρεμία και γαλήνη (Watson et al., 1988).

Το μοντέλο IZOF, επίσης υποστηρίζει τη σύλληψη του συναισθήματος ως ένα στοιχείο επίδοσης σχετικών καταστάσεων. Η απόδοση σχετίζεται με την ψυχοβιοκοινωνική κατάσταση η οποία ορίζεται ως μια κατάσταση πολλαπλών μέσων και δυναμικών εκδηλώσεων της συνολικής λειτουργίας του ανθρώπου. Η εκδήλωση της ψυχοβιοκοινωνικής κατάστασης ενός αθλητή συσχετίζεται με επτά συνιστώσες: γνωστικές, συναισθηματικές, παρακινητικές, σωματικές, κιναισθητικές, επιχειρησιακές και επικοινωνιακές. Την έννοια αυτής της πολλαπλής μορφής συμερίζεται και ο Plutchik (1994) ο οποίος ισχυρίζεται ότι τα συναισθήματα σχετίζονται με μια σειρά εννοιολογικών τομέων που θα μπορούσαν να περιγραφούν με υποκειμενικές, συμπεριφορικές, λειτουργικές, διαγνωστικές γλώσσες.

Η ένταση είναι το βασικό συστατικό των συνταγών της άσκησης σύμφωνα με την αμερικανικό Κολέγιο Αθλητιατρικής (American College of Sports Medicine, 2006). Η ένταση σχετίζεται με βέλτιστο και δυσλειτουργικό άγχος και θετικά και αρνητικά συναισθήματα (Hanin & Syrja, 1995a 1995b, 1996). Το μοντέλο IZOF

ισχυρίζεται ότι ο κάθε αθλητής έχει μια ατομικό βέλτιστο επίπεδο έντασης εντός της οποίας η πιθανότητα επιτυχής απόδοσης είναι υψηλή.

Οι Ekkekakis, Parfit και Petruzzello (2011), κάνοντας μια ανασκόπηση ερευνών αποδεικνύουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της έντασης της άσκησης και των συναισθηματικών αντιδράσεων. Όταν η ένταση επιλέγεται από το άτομο, τότε έχουν μεγαλύτερη ανοχή σε υψηλότερα επίπεδα έντασης. Ένα χαρακτηριστικό της άσκησης το οποίο έχει οριστεί ως έχον τη δυνατότητα παροχής σημαντικού κινήτρου είναι η συναισθηματική αντίδραση (π.χ ευχαρίστηση ή δυσαρέσκεια, ένταση ή χαλάρωση, ενέργεια ή κούραση) των εμπειρών αθλούμενων. Οι Dishman, Sallis, Orenstein, (1985) επισήμανε ότι τα συναισθήματα της απόλαυσης και της ευημερίας φαίνεται να είναι πιο ισχυρά κίνητρα για τη συνέχιση της συμμετοχής από ότι η γνώση και η πίστη στα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας στην υγεία καθώς επίσης είναι και πιο σημαντικά στη διατήρηση της δραστηριότητας απ' ότι στις ανησυχίες για την υγεία.

Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι η προσπάθεια προώθησης της δραστηριότητας ήταν περισσότερο αποτελεσματική όταν η ένταση ήταν χαμηλή παρά υψηλή (Dishman & Buckworth, 1996). Άλλες συνιστώσες της άσκησης όπως η διάρκεια ή η συχνότητα δεν φαίνεται να έχουν παρόμοιες σχέσεις με την προσήλωση (Dishman, Buckworth, 1996; Perri, Anton, Durning, 2002). Οι άνθρωποι συμμετέχουν σε προγράμματα που απολαμβάνουν και η προσπάθεια χαμηλής έντασης δημιουργεί προγράμματα άσκησης περισσότερο ευχάριστα (Pollock, 1978).

Ο Bixby και ο Lochbaum (2008) διεξήγαγαν μια έρευνα για να εξετάσει την επίδραση της επιλογής του τύπου άσκησης στην συναισθηματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της άσκησης και έπειτα. Το δείγμα αποτελούνταν μόνο από γυναίκες, οι οποίες αρχικά συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο προτίμησης άσκησης. Ωστόσο χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, τυχαία. Η μια ομάδα έκανε άσκηση της προτίμησής τους, η άλλη ομάδα εκτελούσε άσκησης λιγότερο της προτίμησής της και η Τρίτη ομάδα δεν ασκούσαν για μερικές ημέρες. Η διάρκεια άσκησης ήταν 30λ. και η κάθε συνθήκη αποτελούνταν από 5λεπτά περίοδο αναφοράς, 30λ περίοδο άσκησης και 15 λεπτά περίοδο ανάκτησης. Η αξιολόγηση συναισθημάτων γινόταν πριν την άσκηση, 3 φορές κατά τη διάρκεια της άσκησης και 2 φορές μετά την άσκηση. Το πείραμα διήρκεσε 12-14 μέρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμετοχή του δείγματος σε άσκηση της προτίμησής, τους οδηγεί σε περισσότερο ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση, σε σχέση με τη συναισθηματική κατάσταση

πριν την άσκηση και συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες, όπως επίσης βρέθηκε ότι στην ομάδα ελέγχου συγκριτικά με την ομάδα εκτέλεσης ελάχιστης προτίμησης άσκησης, αναφέρονταν περισσότερο ευχάριστα συναισθήματα. Η έρευνα, ωστόσο, παρουσιάζει περιορισμούς όσον αφορά το φύλο και την ηλικία του δείγματος, καθώς η παρουσία αντρών αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας δείγματος θα μπορούσαν να εμφανίσουν διαφορετικά αποτελέσματα.

Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας εστιάστηκε στην σχέση άσκησης και ψυχολογικής υγείας σε συνάρτηση με το παρελθόν αυτοαναφοράς άσκησης. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τις συναισθηματικές απαντήσεις στην οξεία σύντομης διάρκειας άσκηση. Η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει αναγνωριστεί ως πιθανός μηχανισμός που μεσολαβεί στη σχέση της άσκησης και της ψυχικής υγείας. Έρευνες δείχνουν ότι γυναίκες με μεγαλύτερα επίπεδα αποτελεσματικότητας, αισθανόταν περισσότερο αναζωογονημένη και διατηρούσε την αίσθηση της ενέργειας κατά τη διάρκεια της άσκησης και μεγαλύτερη θετική δέσμευση μετά την άσκηση σε σχέση με γυναίκες με χαμηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας. (Bozoian, Rejeski, & McAuley (1994). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των Mihalko, McAuley και Bane (1996) που εξέτασαν σε δείγμα 94 μεσήλικων ατόμων, την επίδραση της άσκησης στην αυτο-αποτελεσματικότητα και της συναισθηματικής κατάστασης αλλά και τη σχέση μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά από 20 εβδομάδες αερόβιο πρόγραμμα άσκησης, με συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα και διάρκεια αρχικά από 10-15 και έπειτα μέχρι 40 λεπτά, η αυτο-αποτελεσματικότητα αυξήθηκε σημαντικά όπως και οι αντιλήψεις θετικής ευημερίας ενώ μειώθηκαν τα αισθήματα κόπωσης και τα συναισθήματα ψυχολογικής καταπόνησης και τέλος οι αλλαγές στην αυτο-αποτελεσματικότητα συσχετίζονται με αλλαγές στην θετική ευημερία. Ωστόσο τα ευρήματα αναστέλλουν τη γενίκευση λόγω των περιορισμών της έρευνας καθώς το δείγμα δεν ήταν αντιπροσωπευτικό.

Κάποιες έρευνες αποδεικνύουν την βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης μετά την άσκηση (Pierce & Pate, 1994) ενώ κάποιες άλλες τις αρνητικές επιδράσεις στα συναισθήματα (Focht, Gauvin, & Rejeski, 2005). Τα αποτελέσματα της παρακάτω έρευνας έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας καθώς σε δείγμα 18 νέων ατόμων (24χρ.) και 15 μεγαλύτερης ηλικίας (64χρ.) που κάνανε καθιστική ζωή και συμμετείχαν σε 20λ. άσκησης στατικού ποδηλάτου, 8 εβδομάδων, βρέθηκε ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα και η ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση μειώθηκαν ενώ αυξήθηκε η σωματική εξάντληση μετά

την άσκηση. Τα μεγαλύτερα σε ηλικίας άτομα παρουσίασαν σημαντική μείωση της αναζωογόνησης κατά τη διάρκεια και μετά το ποδήλατο. Βρέθηκε επίσης ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα συσχετιζόνταν με συναισθήματα κόπωσης κατά τη διάρκεια και συναισθήματα ενέργειας και κόπωσης μετά την άσκηση. Ωστόσο, η απουσία ομάδας ελέγχου, ο μικρός αριθμός του δείγματος και το ομοιογενές υγιές δείγμα, αποτελούν περιορισμούς της έρευνας. Είναι ενδιαφέρον να τονίσουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως υπέρβαρα και τα αποτελέσματα μιας έρευνας, έδειξαν ότι τα υπέρβαρα άτομα αναφέρουν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα στην άσκηση (Ekkekakis & Lind, 2006).

Άτομα που κάνουν καθιστική ζωή οι οποίοι υιοθετούν πρόγραμμα αερόβιας άσκησης ή ασκήσεων αντοχής βελτιώνουν τα αισθήματα ενέργειας και κόπωσης (Puetz, O' Connor, & Dishman, 2006). Η οξεία χαμηλής προς μέτριας άσκησης έχει συσχετιστεί με παροδικές βελτιώσεις των παραπάνω συναισθημάτων (Petruzzello, Hall, & Ekkekakis, 2001). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνα των Herring και O' Connor (2009) οι οποίοι εξέτασαν την επίδραση της μέτριας προς υψηλής άσκησης αντοχής στα συναισθήματα της κόπωσης και ενέργειας σε 14 γυναίκες που έκαναν καθιστική ζωή. Το δείγμα αποτελούνταν από 3 ομάδες, την ομάδα της μέτριας προς υψηλής άσκησης, την ομάδα της χαμηλής σε ένταση άσκησης και της ομάδας ελέγχου. Οι αξιολογήσεις της συναισθηματικής διάθεσης πραγματοποιούνταν πριν την άσκηση, κάθε 11 και 40λ κατά τη διάρκεια της άσκησης και 20 και 30 λεπτά μετά την άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οξεία μέτριας προς υψηλής έντασης ασκήσεις αντοχής, αυξάνουν τα αισθήματα ενέργειας και ζωντάνιας κατά τη διάρκεια άσκησης και μετά από την άσκηση, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ τα αισθήματα της κόπωσης μειώθηκαν σημαντικά στη ομάδα μέτριας έντασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Η άσκηση επιδρά στη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων που συμμετέχουν σ' αυτή, ωστόσο ο βαθμός ευχαρίστησης ή δυσαρέστησης από την άσκηση ποικίλει μεταξύ των ατόμων. Οι γνωστικοί παράγοντες κατά τη διάρκεια της άσκησης επιδρούν στη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων. Επίσης όταν τα άτομα επιλεγούν μόνα τους την ένταση της άσκησης φαίνεται να έχει ικανοποιητική επίδραση πάνω τους. Η εκτίμηση γνωστικών διαδικασιών επιδρά στην επιλογή της έντασης και στα αποτελέσματα της συναισθηματικής κατάστασης. Οι Rose και Parfitt (2010) διεξήγαγαν έρευνα σε 17 low- active και 15 high- active γυναίκες ηλικίας 45 χρόνων, οι οποίες συμμετείχαν σε πρόγραμμα άσκησης 30λ. είτε

αυτοεπιλεγόμενης έντασης είτε έντασης με βάση την αναπνοή τους. Κάθε πέντε λεπτά οι γυναίκες εξέφραζαν τα συναισθήματά τους αλλά και τη σκέψη που επηρέασε την απάντησή τους σε σχέση με το συναίσθημά τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πολύπλοκη αλληλεπίδραση των ψυχολογικών και φυσιολογικών επιδράσεων στην παραγωγή συναισθηματικής κατάστασης κατά την εκτέλεση άσκησης. Οι γυναίκες που αισθάνονταν μεγαλύτερη ευχαρίστηση ήταν εκείνες οι οποίες έδιναν θετική ερμηνεία στις έννοιες σε αντίθεση με τις λιγότερο ευχαριστημένες οι οποίες ερμήνευαν τις έννοιες αρνητικά. Οι γυναίκες περιγράφοντας τις συνέπειες της άσκησης αισθανόταν πιο ξύπνιες, περισσότερο χαλαρές, πιο αναζωογονημένες, πιο χαρούμενες, με ενέργεια και γενικά αισθανόταν καλύτερα, δίνοντάς τους χρόνο που δεν αφορούσε τις ανησυχίες της ζωής τους.

Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες οι οποίες αντιλαμβάνονταν ότι είναι ικανές να ολοκληρώσουν την άσκηση κινητοποιούνταν περισσότερο να συμμετάσχουν με αποτέλεσμα να θεωρούν ότι θα επωφεληθούν σημαντικά από την άσκηση και είχαν αίσθηση επίτευξης στόχων. Είναι σημαντικό ότι η προσοχή τους στρεφόταν μακριά από τα συμπτώματα της ίδιας της διαδικασίας, παρέχοντας στήριξη για την αυτονομία τους. Το συναίσθημά τους, τέλος, ήταν θετικά επηρεασμένο όταν οι γυναίκες αντιλαμβανόταν ως το κατάλληλο επίπεδο έντασης της άσκησης για κείνες.

Υπάρχει, λοιπόν, αυξανόμενος όγκος ερευνών που εξετάζει τον αριθμό των φυσικών και ψυχολογικών ωφελειών της άσκησης και έχει αρχίσει να διερευνά τις πιθανές θεραπευτικές εφαρμογές της (USDHHS, 1996). Εν συνεχεία, η άσκηση αντιπροσωπεύει μια δυννητικά χρήσιμη και σχετικά ανεξερεύνητη εναλλακτική συμπεριφορά για τους αλκοολικούς που προσπαθούν για την μακροπρόθεσμη αποκατάσταση. Ο Marlatt (1985) χαρακτήρισε την άσκηση ως υψηλή δραστηριότητα που συνιστάται στην αλλαγή του τρόπου ζωής και ανέφερε τα πλεονεκτήματά της σαν στρατηγική πρόληψης της υποτροπής. Άλλοι συγγραφείς συμφώνησαν ότι οι ενθαρρυντικοί παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η άσκηση και η φυσική κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στην θεραπεία των διαταραχών εξάρτησης (Agne & Paolucci, 1982; Taylor, Sallis, & Needle, 1985; Tkachuk & Martin, 1999).

Η άσκηση προσφέρει τη δυνατότητα για βελτίωση της υγείας και της ευεξίας, όπως και τα φυσιολογικά οφέλη της άσκησης στην υγεία είναι καλά τεκμηριωμένα σε γενικούς πληθυσμούς (Bovens, Van Baak, Vrencken, Wijnen, Saris, & Verstappen 1993; Pinto & Markus, 1994; Oberman, 1985; USDHHS, 1996) και σε δείγματα

αλκοολικών (Frankel & Marphy, 1974; Peterson & Johnstone, 1995; Sinyor et al., 1982; Tsukue & Shohoji, 1981).

Η άσκηση έχει πιθανά οφέλη στην αποκατάσταση της προσπάθειας αλκοολικών από τα προβλήματα, μέσω ενός αριθμού διαφορετικών μηχανισμών δράσεις. Η άσκηση παρέχει ευχάριστη κατάσταση χωρίς τη χρήση αλκοόλ (Froelich, 1997). Οι Murphy, Pagano και Marlatt (1986) παρατήρησαν στην έρευνά τους, ότι οι βαριά αλκοολικοί είχαν υψηλή συσχέτιση με την άσκηση. Οι αλκοολικοί πιθανά να βρίσκουν την άσκηση σαν θετική ενίσχυση εναλλακτικής του ποτού.

Εκτός αυτού, η φυσική δραστηριότητα παρέχει θετικές εναλλακτικές συμπεριφορές του ποτού. Η αποκατάσταση από το αλκοόλ περιλαμβάνει θετική αλλαγή στον τρόπο ζωής αναπτύσσοντας την επιβράβευση και την ευχαρίστηση των κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων που δεν θα περιστρέφονται γύρω από το ποτό (Marlatt & Gordon, 1985; Smith & Meyers, 1995). Η συμμετοχή στην άσκηση πιθανά να βοηθάει στην αποκατάσταση των αλκοολικών πετυχαίνοντας ένα υψηλό επίπεδο ευεξίας (Bartha & Davis, 1982) και βελτιώνοντας την διάθεση και μειώνοντας το αρνητικό συναίσθημά τους.

Αλκοόλ και ψυχική διάθεση

Υπάρχει εκτεταμένη συννοσηρότητα της εξάρτησης οινόπνευματος με ψυχικές διαταραχές. Η κατάθλιψη είναι μία από τις συνηθέστερες συνέπειες της βαριάς χρήσης αλκοόλ. Σε μια μελέτη ασθενών που πραγματοποιήθηκε από τους Brown και του Schuckit (1988) για τον αλκοολισμό διαπιστώθηκε ότι το 42% είχε υψηλότερα σκορ στην βαθμολογία της κατάθλιψης (πάνω από 20), σε επίπεδο συμβατό με σημαντική κατάθλιψη. Ενδονοσοκομειακή θεραπεία και υποστηρικτική φροντίδα χωρίς τη χρήση αντικαταθλιπτικών συνδέθηκε με σημαντική μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ μόνο το 6% των ασθενών παρουσίαζε σημαντικά συμπτώματα μέχρι την τέταρτη εβδομάδα. Το άγχος επίσης, ως κοινό σύμπτωμα των συμπτωμάτων στέρησης του αλκοόλ μπορεί να διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Υπάρχει επιστημονικώς αποδεικτικά στοιχεία ότι το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει άγχος συσχετιζόμενο με τη συμπεριφορά και ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με υποτροπή (Breese, Onerstreet, & Knapp, 2005).

Η σοβαρή επιθυμία για το αλκοόλ και η διαταραχή διάθεσης ταλαιπωρούν τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ και σε μερικά, τα παραπάνω συμπτώματα να συμβάλλουν στην υποτροπή μετά τη θεραπεία τους (Marlatt & Gordon 1980). Η σύντομη μέτριας έντασης και καρδιαγγειακής άσκησης αποδείχθηκε να έχει οξεία επίδραση στην μείωση αρνητικών επιδράσεων στο γενικό πληθυσμό ενώ η οξεία σύντομη αεροβική άσκηση συνδέεται με βελτιώσεις στο συναίσθημα (Ekkekakis & Pertuzzello, 1999) και στη διάθεση (Berger & Motl, 2000).

Η κατανάλωση του αλκοόλ συχνά συνδέεται με αυξημένη επιθετικότητα και ενδοοικογενειακή βία (Plant, 2004). Μετα-ανάλυση από 30 πειραματικές μελέτες έδειξαν στοιχεία συσχέτισης μεταξύ αλκοόλ και επιθετικότητας (Bushman & Cooper 1990). Ωστόσο, ο Parrott και οι συνεργάτες του (2003) αναφέρουν ότι η σχέση αλκοόλ- επιθετικότητα δεν είναι έχει κατανοηθεί πλήρως και μπορεί να περιπλέκεται από διαμεσολαβητικούς παράγοντες όπως τα προσωπικά χαρακτηριστικά. Ένας μηχανισμός, με τον οποίο η κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να αυξήσει την επιθετική συμπεριφορά είναι μέσω των αλλαγών κατά την επεξεργασία συναισθηματικών καταστάσεων.

Η έρευνα των Attwood, Ataya, Benton, Penton- Voak και Munafo (2009), διερεύνησε κατά πόσο η κατανάλωση του αλκοόλ ή η προσδοκία κατανάλωσης του αλκοόλ ή και τα δύο προκαλούν διαφορές στην κατηγοριοποίηση διαφορετικών συναισθημάτων έκφρασης. Στη μελέτη συμμετείχαν 96 άτομα, τα οποία τυχαία χωρίστηκαν σε 4 ομάδες, κάποια έλαβαν αλκοόλ, άλλα δεν έλαβαν αλκοόλ, σε άλλα τους δόθηκε η εντύπωση ότι έλαβαν αλκοόλ, ενώ σε άλλους δόθηκαν οδηγίες ότι δεν έλαβαν αλκοόλ. Μετά από την κατανάλωση του αλκοόλ, εμφανίστηκαν σε οπτική οθόνη πρόσωπα εκφράζοντας δυο καταστάσεις συναισθημάτων θυμού-ευτυχίας και θυμού- αηδίας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποια από τις δύο καταστάσεις συναισθημάτων, κατατάσσουν τον εαυτό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανάλωση του αλκοόλ αυξάνει την πιθανότητα για διαφορετική αλλά αρνητική έκφραση συναισθημάτων που κρίνεται ως θυμός και συγκεκριμένα θυμός-αηδία. Αυτές οι επιδράσεις παρατηρήθηκαν μόνο στους άνδρες και ως εκ τούτου ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί από τη μεγαλύτερη προσδοκία για την επιθετικότητα στους άνδρες.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι μή αλκοολικοί, όπως και οι επικίνδυνοι αλκοολικοί, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, ψυχικής ανησυχίας και άγχους συγκριτικά με τους ανθρώπους που πίνουν περιστασιακά (Degenhardt, Hall,

Teesson, & Lynskey, 2000a; Peele & Brodsky 2000; Rodgers, Korten, Jorm, Jacomb, Christensen, & Henderson, 2000a). Ακόμη, τα νεαρά ενήλικα άτομα τείνουν να έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα θλίψης-απελπισίας όπως και να κάνουν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ.

Οι Caldwell, Rodgers, Jorm, Christensen, Jacomb, Korten και Lynskey, (2001), πραγματοποίησαν μια έρευνα που εξετάζει τα επίπεδα της επίδρασης της ολοκληρωμένης κατανάλωσης αλκοόλ πάνω στα συναισθήματα της κατάθλιψης και του άγχους. Όσον αφορά στους συμμετέχοντες, το δείγμα των ατόμων που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 2404 ενήλικα άτομα νεαρής ηλικίας (20 - 24 ετών), άνδρες και γυναίκες, διαμένοντες στη Κανμπέρα της Αυστραλίας. Για τους μόν άνδρες βρέθηκε ότι οι μη χρήστες αλκοόλ, οι περιστασιακοί αλκοολικοί καθώς και αυτοί που υπερβαίνουν τα όρια στη χρήση του εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων συγκριτικά με τους ανθρώπους που πίνουν αρκετά συχνά. Επίσης τα αρνητικά συναισθήματα δεν είχαν σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ. Για τις γυναίκες βρέθηκε πως τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αρνητικών συναισθημάτων σχετίζονται με την επικίνδυνα υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, γεγονός που δεν συμβαίνει στην περίπτωση του άγχους και των θετικών συναισθημάτων.

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με το αλκοόλ αναφέρουν ότι πίνουν για να απαλλαγθούν από αισθήματα δυσφορίας και κακής διάθεσης ή να για να μειώσουν τα συμπτώματα άγχους. Μελέτες έδειξαν ότι το άγχος και η διαταραχή διάθεσης αποτελούν κοινές διαταραχές που συνοδεύουν τους αλκοολικούς (Wilson, 1988; Helzer & Pryzbeck, 1988).

Η γνωστική θεραπεία μέσω παρεμβάσεων βοηθάει θεραπεία και στη διαχείριση του άγχους, ωστόσο πρόσφατες μελέτες υπογραμμίζοντας τους περιορισμούς, έδωσαν έμφαση στο μεταγινώσκειν (Wells & Matthews, 1994), όρος ο οποίος αναφέρεται στις ψυχολογικές δομές, στις πεποιθήσεις, στις καταστάσεις, και στις διαδικασίες ελέγχου, την τροποποίηση και την ερμηνεία της σκέψης (Wells, 2000). Η θεωρία της αυτορρύθμισης της εκτέλεσης δραστηριοτήτων, (S-REF: Wells & Matthews, 1994) ήταν η πρώτη η οποία αντιλήφθηκε μεταγνωστικούς παράγοντες ως συνιστώσες ελέγχου της επεξεργασίας των πληροφοριών εκείνων που επιδρούν στην ανάπτυξη και στην επιμονή ψυχικών διαταραχών.

Έρευνα των Spada και Wells, (2005) μελέτησε τις σχέσεις του μεταγινώσκειν με το συναίσθημα, τη χρήση αλκοόλ και το πρόβλημα αλκοολισμού.

Ύστερα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από 97 συμμετέχοντες της έρευνας ηλικίας 18-66, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των αποτελεσμάτων όπου βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση των τεσσάρων διαστάσεων του μεταγινώσκειν με τη χρήση αλκοόλ (θετικές πεποιθήσεις για τις σκέψεις και ανάγκη για έλεγχο των σκέψεων, αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με σκέψεις ανησυχίας για ανικανότητα ελέγχου και κινδύνου, πεποιθήσεις σχετικά με γνωστική εμπιστοσύνη) και των δύο με την τάση για πρόβλημα αλκοολισμού (θετικές πεποιθήσεις για τις σκέψεις και αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με σκέψεις ανησυχίας για ανικανότητα ελέγχου και κινδύνου).

Σημαντικό εύρημα ήταν ότι η χρήση αλκοόλ και ο αλκοολισμός συσχετίζεται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη, εύρημα το οποίο συμφωνεί με τις παραπάνω έρευνες και πιο συγκεκριμένα το άγχος και οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανάγκη για έλεγχο των σκέψεων ήταν ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας για τη χρήση αλκοόλ, ενώ το άγχος μόνο προέβλεπε την τάση για πρόβλημα αλκοολισμού.

Επίδραση της άσκησης στο συναίσθημα των αλκοολικών ατόμων

Πλήθος ερευνών έχουν εντοπίσει σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των φτηνών αποτελεσμάτων στην αποκατάσταση από της εξάρτησης του αλκοόλ (Grenfield, Weiss, Muenz, Vagge, Kelly, Bello, et al. 1998; Hodgins Guebaly, Armstrong, & Dufour, 1999; Rounsaville, Dolinsky, Babor, & Meyer, 1987). Η άσκηση έχει αποδειχθεί ότι ασκεί θετική επίδραση στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Byrne & Byrne, 1993; Doyne, Chambless, & Beutler, 1983; Doyne, Ossip-Klein, Bowman, Osborn, McDougall-Wilson, & Neimeyer, 1987) με αποτέλεσμα στην οξεία βελτίωσης της διάθεσης (Berger & Owen, 1992; Bock, Marcus, King, Boreelli, & Roberts, 1999).

Επιπλέον η αεροβική άσκηση συσχετίζεται με θετικά αποτελέσματα για την κατάθλιψη συγκρινόμενη με τους παραδοσιακούς τρόπους θεραπείας για την κατάθλιψη, όπως η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία (Lawlor & Hopker, 2001) αλλά και σε πληθυσμό στον οποίο δεν υφίσταται θεραπεία (Doyne et al., 1983; Doyne et al., 1987). Η άσκηση πιθανά να χρησιμεύει στην αλλαγή διάθεσης και

καταθλιπτικών συμπτωμάτων και να παρέχει μια εναλλακτική μορφή θεραπείας στην κατάθλιψη.

Θετικά αποτελέσματα της άσκησης στην ψυχολογική υγεία έχουν αποδειχθεί σε άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Η αεροβική άσκηση μαζί με τα προγράμματα ενδυνάμωσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας από το αλκοόλ έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση των καταθλιπτικών και αγχώδη συμπτωμάτων (Frankel & Murphy, 1974, Palmer, Vacc, & Epstein, 1988; Palmer, Michiels, & Thigpen, 1995). Γενικά τα θετικά ψυχολογικά οφέλη της άσκησης μπορούν να επεκταθούν και στη θεραπεία των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών. Βρέθηκαν βελτιωμένα αποτελέσματα στους ασθενείς που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και λαμβάνουν γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μέσω της μείωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Brown, Evans, Miller, Burgess, & Mueller, 1997) έτσι και η άσκηση οδηγεί σε βελτίωση των αποτελεσμάτων σχετικά με το αλκοόλ ως αποτέλεσμα μείωσης των καταθλιπτικών και αγχογόνων συμπτωμάτων.

Επιπλέον, η άσκηση μειώνει το στρες και συμβάλει θετικά στην αντιμετώπισή του. Μερικές γνωστικό-κοινωνικές θεωρίες μάθησης αναφέρουν ότι τα άτομα πίνουν, επειδή έχουν έλλειψη σημαντικών και βασικών δεξιοτήτων, απαραίτητων για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων της καθημερινότητας τους (Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien, Luckie, et al., 1995). Η άσκηση έχει τη δυνατότητα να μειώσει την αντίδραση του άγχους και να αντικατάσταση το ποτό, ως πρωτογενή μηχανισμό αντιμετώπισης (Hobson & Rejeski, 1993). Τα άτομα που συμμετείχαν σε αεροβική γυμναστική επέδειξαν μείωση του ψυχοκοινωνικού στρες και για αυτό το λόγο η άσκηση μπορεί να παράγει μια ρυθμιστική επίδραση, μειώνοντας την πιθανότητα χρήσης αλκοόλ, από ένα άτομο που θα αισθανθεί την ανάγκη, ως τρόπο αντιμετώπισης του στρες (Rejeski., Gregg, Thompson, & Berry, 1991).

Σύμφωνα με τον Bandura (1977, 1986) και τη θεωρία του για την κοινωνική μάθηση, η άσκηση αυξάνει την αυτό-αποτελεσματικότητα. Η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πίστη των ατόμων για τις ικανότητές τους και τις δεξιότητές τους. Είναι γνωστικό μηχανισμός με επιδράσεις στην συμπεριφορά. Η ενίσχυση την αυτο-αποτελεσματικότητας πιθανά να έχει αποτέλεσμα σε θετική αλλαγή συμπεριφοράς. Η κύρια υπόθεση (Tuson & Sinyor, 1993) προτείνει ότι η ενισχυόμενη αποτελεσματικότητα για άσκηση αποκτήθηκε από τις δεξιότητες άσκησης που πιθανά να γενικεύονται και να αυξάνουν την αποτελεσματικότητα για

υλοποίηση απαραίτητων στρατηγικών αντιμετώπισης για μακροπρόθεσμη διατήρηση νηφαλιότητας (Peterson & Johnstone, 1995).

Επίσης, η άσκηση μειώνει τη δίψα για αλκοόλ. Η επιθυμία για αλκοόλ έχει αναγνωριστεί ως σημαντικό έναυσμα υποτροπής για τους αλκοολικούς (Marlatt & Gordon, 1985; Monti, Rohsenow, & Hutchison, 2000). Πρόσφατα, έχει προταθεί η μέτριας έντασης άσκηση μπορεί να παρέχει βραχυπρόθεσμη ανακούφιση της δίψας για αλκοόλ (Ussher et al., 2004). Συνεπώς, μειώνοντας την επιθυμία για αλκοόλ μπορεί διαμέσου των αποτελεσμάτων της αεροβικής άσκησης να μειωθεί και ο κίνδυνος υποτροπής.

Για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, εκτός της ψυχοθεραπείας είτε και φαρμακοθεραπείας, η φυσική δραστηριότητα θα μπορούσε να συμπεριληφθεί ως βοήθημα της θεραπείας. Σαν αποτέλεσμα έχει την αύξηση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης, την ενθάρρυνση της κοινωνικοποίησης και την βελτίωση της υγείας.

Έρευνα των Donaghy και Mutrie (1998) χρησιμοποιώντας δύο ομάδες (άσκησης- ελέγχου) εφάρμοσαν πρόγραμμα άσκησης διάρκειας 3 εβδομάδων. Η ομάδα της άσκησης παρουσίασε βελτιωμένα σκορ στην φυσική αυτοαξία και στις αντιλήψεις για τη δύναμη και τη φυσική κατάσταση. Πρόβλημα παρουσιάστηκε όσον αφορά την παραμονή στην άσκηση καθότι υπήρχαν αρκετά υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης (Θεοδωράκης, 2002).

Καθότι η κανονική άσκηση σχετίζεται με την βελτίωση της ψυχικής υγείας τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους και την αύξηση της αυτοεκτίμησης, και καθότι αυτά αποτελούν τα κυριότερα προβλήματα των αλκοολικών, η χρήση της άσκησης έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες. Τα προγράμματα άσκησης μπορούν να θεωρηθούν παρεμβάσεις για τρόπο ζωής παρέχοντας στον αλκοολικό με τις κατάλληλες δεξιότητες να ξεκινήσει μια υγιεινή συμπεριφορά, ταυτόχρονα με στρατηγικές αυτοελέγχου- αντιμετώπισης και με εναλλακτικές δραστηριότητες από το ποτό.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει στην πρώτη φάση της έρευνας τη σχέση μεταξύ των επιπέδων της έντασης (χαμηλής, μέτριας, υψηλής) της άσκησης με τα συναισθήματα και την κατανάλωση αλκοόλ σε φυσιολογικό πληθυσμό και στη δεύτερη φάση τις διαφορές των επιπέδων της επιθυμίας για αλκοόλ και των

συναισθημάτων πριν και μετά από αερόβια άσκηση σε αλκοολικούς (κλινικός πληθυσμός).

Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις για την πρώτη φάση είναι οι ακόλουθες.

A) Η μέτρια και η υψηλή έντασης άσκηση θα έχει θετικές συσχετίσεις με τα ευχάριστα συναισθήματα (λειτουργικά και δυσλειτουργικά) και αρνητικές συσχετίσεις με τα δυσάρεστα συναισθήματα (λειτουργικά και δυσλειτουργικά),

B) Η χαμηλή έντασης άσκηση δεν θα έχει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ούτε με τα ευχάριστα αλλά ούτε και με τα δυσάρεστα συναισθήματα.

Οι ερευνητικές υποθέσεις για την δεύτερη φάση είναι οι ακόλουθες

A) Τα επίπεδα της επιθυμίας για αλκοόλ θα είναι μικρότερα μετά την άσκηση απ' ότι πριν την άσκηση

B) Τα επίπεδα των ευχάριστων συναισθημάτων (λειτουργικών και δυσλειτουργικών) θα είναι υψηλότερα μετά την άσκηση από ότι πριν την άσκηση

Γ) Τα επίπεδα των δυσάρεστων συναισθημάτων (λειτουργικά και δυσλειτουργικά) θα είναι χαμηλότερα μετά την άσκηση από ότι πριν την άσκηση.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Στην πρώτη φάση της έρευνας συμμετείχαν 127 άτομα (60 άντρες και 67 γυναίκες) με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας με μέσο όρο ηλικίας τα 33.30 (± 9.11) χρόνια.

Στη δεύτερη φάση της έρευνας συμμετείχαν 9 άτομα που έπασχαν από αλκοολισμό με μέσο όρο ηλικίας τα 41.67 χρόνια, (± 6.67) χρόνια από τα οποία 8 ήταν άντρες και 1 γυναίκα (6 ήταν παντρεμένοι, 2 ήταν ανύπαντροι και 1 ήταν διαζευγμένος). Αναφορικά με το επάγγελμα 3 δήλωσαν άνεργοι, 4 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, και 2 ήταν συνταξιούχοι. Οι ασθενείς έπασχαν από αλκοολισμό σύμφωνα με τα κριτήρια για εθισμό στο αλκοόλ (*The Alcohol Use Disorders Identification Test-AUDIT*) και συναισθηματικές διαταραχές (π.χ., κατάθλιψη). Η διάγνωση των Διαταραχών αυτών έγινε μετά από επίσκεψη των ατόμων αυτών στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM- IV (1994) μέσω της κλινικής συνέντευξης. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας για την κατάθλιψη ήταν 25.78 (± 13.99), όπου από 16 έως 23 χαρακτηρίζεται σαν μέτρια κατάθλιψη και από 23 και πάνω ως σοβαρή κατάθλιψη. Τέλος, ο μέσος όρος της βαθμολογίας για την αλκοολισμό ήταν 28.56 (± 6.35) όπου σε βαθμολογία πάνω από 20 ο ασθενής χρήζει θεραπείας για απεξάρτηση.

Φάση 1^η

Σχέση της φυσικής δραστηριότητας και της διάθεσης ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ

Όργανα αξιολόγησης

Συχνότητα και ποσότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών (Sher, Walitzer, Wood, & Brent, 1991). Για την αξιολόγηση της συχνότητας και ποσότητας κατανάλωσης οινοπνευματωδών χρησιμοποιήθηκαν 3 θέματα. Οι συμμετέχοντες αφού ενημερώθηκαν για το τι θεωρείται αλκοολούχο ποτό «*Αλκοολούχο ποτό θεωρείται ένα μπουκάλι μύρα (περίπου 320ml), ή ένα ποτήρι κρασί (περίπου 120ml),*

ή ένα σφηνάκι λικέρ ή κάποιο κοκτέιλ» κλήθηκαν να απαντήσουν στα εξής: 1. Τον περασμένο μήνα πόσες φορές ήπιες κάποιο αλκοολούχο ποτό; 2. Τον περασμένο μήνα πόσα αλκοολούχα ποτά συνήθως κατανάλωνες κάθε φορά που έπινες; 3. Τον περασμένο μήνα πόσες φορές ήπιες από 5 αλκοολούχα ποτά και πάνω σε μια περίπτωση; Οι απαντήσεις είχαν την μορφή «π.χ., 0 = Δεν ήπια καθόλου αλκοόλ τον περασμένο μήνα, 1 = Ήπια μια φορά τον περασμένο μήνα, 2= Ήπια 2-3 φορές τον περασμένο μήνα, 3= Ήπια 1 ή 2 φορές την εβδομάδα, 4 = Ήπια 3 ή 4 φορές την εβδομάδα, 5 = Ήπια 5 ή 6 φορές την εβδομάδα, 6 = Έπινα σχεδόν κάθε μέρα, 7 = Έπινα κάθε μέρα» (Παράρτημα Α). Ο δείκτης Cronbach's α βρέθηκε να είναι .78.

Συμπεριφορά άσκησης. Η συχνότητα συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες εκτιμήθηκε με το δείκτη αυτό-αναφοράς «Leisure score index» (LSI) του ερωτηματολογίου «Godin Leisure Time Exercise Questionnaire» (GLTEQ; Godin & Shephard 1985; Godin, Jobin, & Bouillon, 1986), όπως προσαρμόστηκε στα Ελληνικά (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Το LSI περιλαμβάνει τρεις ανοικτού τύπου ερωτήσεις που καλύπτουν τη συχνότητα της έντονης, μέτριας και ήπιας άσκησης, μιας τυπικής εβδομάδας, για διάστημα τουλάχιστον 15 λεπτών κάθε φορά (Παράρτημα Β).

Συναισθήματα. Τα συναισθήματα εκτιμήθηκαν με βάση μια λίστα 26 συναισθημάτων (Positive Negative Affect-26- PNA-26) του Hanin (1997, 2000) και Hanin και Papaioannou (2001) που δημιουργήθηκε από το Hanin (2000) και περιέχει 10 γενικές κλίμακες διάθεσης (Watson & Tellegen, 1985). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν πως νιώθουν αυτή τη στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις είχαν την μορφή 11 = μέγιστο δυνατό και 0 = καθόλου. Η PNA-26 περιλαμβάνει συναισθήματα Ευχάριστα-Δυσλειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., επαναπαυμένος, καλμαρισμένος), Ευχάριστα-Λειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., δραστήριος, ενθουσιώδης), Δυσάρεστα-Δυσλειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., ανασφαλής, στεναχωρημένος) και Δυσάρεστα-Λειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., βίαιος, θυμωμένος) (Παράρτημα Γ).

Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια εθελοντικά και υπέγραψαν τη φόρμα αποδοχής συμμετοχής. Δόθηκε έμφαση στη διασφάλιση του

γεγονότος ότι θα υπήρχε πλήρης ανωνυμία στην αξιολόγηση και ανάλυση των ερωτηματολογίων.

Φάση 2^η

Επίδραση της άσκησης στη διάθεση ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό

Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι νοσηλεύονταν στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, αφού πληρούσαν σύμφωνα με το DSM- IV και το AUDIT τα κριτήρια για εθισμό στο αλκοόλ αξιολογήθηκαν 2 φορές. Κατά την αρχική μέτρηση έγινε αξιολόγηση της επιθυμίας των συμμετεχόντων για αλκοόλ. Στη δεύτερη φορά- πειραματική μέτρηση οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν πριν τη συμμετοχή τους σε χαμηλή έντασης άσκηση (~60% της Μέγιστης Καρδιακής Συχνότητας), διάρκειας 30 λεπτών, και αμέσως μετά την άσκηση. Οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επιθυμίας για αλκοόλ. Οι συμμετέχοντες δεν παρουσίαζαν κανένα τραυματισμό ή ασθένεια που θα εμπόδιζε την ικανότητά τους να συμμετάσχουν στην άσκηση. Τέλος, η συμμετοχή τους στο πείραμα ήταν εθελοντική και υπέγραψαν τη φόρμα συναίνεσης στο πείραμα. Δόθηκε έμφαση στη διασφάλιση του γεγονότος ότι θα υπήρχε πλήρης ανωνυμία στην αξιολόγηση και ανάλυση των ερωτηματολογίων.

Όργανα αξιολόγησης

Διάγνωση αλκοολισμού - The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993). Για τη διάγνωση του αλκοολισμού χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του AUDIT (Saunders et al., 1993), η Διαγνωστική Δοκιμασία Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ (Moussas Christodoulou, & Douzenis, 2009). Το διαγνωστικό αυτό εργαλείο αποτελείται από 10 ερωτήσεις τις οποίες καλείται να απαντήσει ο ασθενής σχετικά με τη χρήση των αλκοολούχων ποτών που πιθανόν κατανάλωσε τον προηγούμενο χρόνο (π.χ., *Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ*) (Παράρτημα Δ) σε κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (από το 0 = Ποτέ έως το 4 = 4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα).

Ένα συνολικό σκορ από >20 χαρακτηρίζεται ως σοβαρή κατάχρηση/εθισμός και θα πρέπει ο ασθενής να εισαχθεί για διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία. Ο δείκτης Cronbach's α βρέθηκε να είναι .73.

Διάγνωση κατάθλιψης - Beck Depression Inventory- BDI (Beck, Steer, & Garbin, 1988). Για τη διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο BDI. Η κλίμακα περιλαμβάνει 21 θέματα, όπου το καθένα από τα οποία ανάλογα με τη σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Οι συμμετέχοντες απαντούσαν πώς ένιωθαν την εβδομάδα που πέρασε, συμπεριλαμβάνοντας και τη σημερινή ημέρα (π.χ. *Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό*) (Παράρτημα Ε). Ο δείκτης Cronbach's α βρέθηκε να είναι .94.

Κλίμακα Επιθυμίας για αλκοόλ - Questionnaire of Alcohol Urges – QAU (Bohn, Krahn, & Staehler, 1995). Για την αξιολόγηση της επιθυμίας για αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο QAU (Bohn et al., 1995). Η κλίμακα περιλαμβάνει 8 θέματα, όπου βαθμολογούνται σε κλίμακα επτά διαβαθμίσεων (από το 1 = *Διαφωνώ απόλυτα* έως το 7 = *Συμφωνώ απόλυτα*). Οι συμμετέχοντες απαντούσαν πώς σκέφτονται ή αισθάνονται αυτή τη στιγμή (π.χ. *Το μόνο που θέλω τώρα είναι ένα ποτό*) (Παράρτημα ΣΤ). Ο δείκτης Cronbach's α βρέθηκε να είναι .68 (για την αξιολόγηση της επιθυμίας πριν την άσκηση) και .70 (για την αξιολόγηση της επιθυμίας μετά την άσκηση).

Συναισθήματα. Τα συναισθήματα εκτιμήθηκαν με βάση μια λίστα 24 συναισθημάτων (Positive Negative Affect-24- PNA-24) του Hanin (1997, 2000) και Hanin και Papaioannou (2001) που δημιουργήθηκε από το Hanin (2000) και περιέχει 10 γενικές κλίμακες διάθεσης (Watson & Tellegen, 1985). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν πώς νιώθουν αυτή τη στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις είχαν την μορφή 11 = μέγιστο δυνατό και 0 = καθόλου. Η PNA-24 περιλαμβάνει συναισθήματα Ευχάριστα-Δυσλειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., επαναπαυμένος, καλμαρισμένος), Ευχάριστα-Λειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., δραστήριος, ενθουσιώδης), Δυσάρεστα-Δυσλειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., ανασφαλής, στεναχωρημένος) και Δυσάρεστα-Λειτουργικά (6 συναισθήματα, π.χ., βίαιος, θυμωμένος).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φάση 1η - Περιγραφικά στατιστικά και ανάλυση συσχέτισης

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της φυσικής δραστηριότητας (LSI) και των κλιμάκων. Σε γενικές γραμμές το συγκεκριμένο δείγμα έπινε λίγο πιο πάνω από 3 φορές το μήνα αλκοόλ ($M.O. = 3.30, \pm 1.59$), περίπου 3 ποτά κάθε φορά που έπινε ($M.O. = 2.5, \pm 1.73$), ενώ μια φορά το μήνα περίπου κατανάλωνε 5 αλκοολούχα ποτά (υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματων - binge drinking) και πάνω σε μια περίπτωση ($M.O. = 1.40, \pm 1.14$). Αναφορικά με την άσκηση έκανε ήπια προς μέτρια έντασης άσκηση περίπου 2-3 φορές την εβδομάδα. Σχετικά με τα συναισθήματα ο δείκτης α του Cronbach κυμάνθηκε από .60 έως .77 με τους συμμετέχοντες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στα ευχάριστα συναισθήματα σε σύγκριση με τα αρνητικά που ήταν εξαιρετικά χαμηλές. Στο Πίνακα 2 αναφέρονται οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων. Για τον υπολογισμό της άσκησης το μήνα και όχι την εβδομάδα (το LSI μετράει φορές ανά εβδομάδα) οι τιμές πολλαπλασιάστηκαν με τον αριθμό των εβδομάδων που έχει ένας μήνας (4).

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά

<i>Δείκτης LSI - Συναισθήματα</i>	Σύνολο	
	<i>(n = 127)</i>	
	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>
1. Έντονη άσκηση (φορές ανά εβδομάδα)	1.31	1.72
2. Μέτρια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα)	2.20	2.21
3. Ήπια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα)	2.59	2.64
4. Συνολικό άθροισμα (φορές ανά εβδομάδα)	30.54	20.86
5. Ευχάριστα-Δυσλειτουργικά	6.56	1.82
6. Ευχάριστα-Λειτουργικά	7.42	2.00
7. Δυσάρεστα-Δυσλειτουργικά	1.38	1.47
8. Δυσάρεστα-Λειτουργικά	1.23	1.68

Πίνακας 2. Συσχετίσεις μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας, κατανάλωσης αλκοόλ και των συναισθημάτων

	Συσχετίσεις ($n = 127$)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1. Συνολικό άθροισμα LSI το μήνα	-											
2. Έντονη άσκηση το μήνα	.63**	-										
3. Μέτρια άσκηση το μήνα	.73**	.02	-									
4. Ήπια άσκηση το μήνα	.39**	-.32**	.47**	-								
5. Συχνότητα αλκοόλ το μήνα	-.10	-.00	-.13	-.09	-							
6. Ποσότητα αλκοόλ το μήνα	-.26**	-.18**	-.15	-.14	.54**	-						
7. Υπερβολική κατανάλωση σε μια περίσταση	-.16	-.09	-.12	-.09	.54**	.61**	-					
8. Ευχάριστα-Δυσλειτουργικά	.04	-.04	.03	.13	.06	-.09	-.02	-				
9. Ευχάριστα-Λειτουργικά	.02	.00	.01	.04	.04	.11	.10	.30**	-			
10. Δυσάρεστα-Δυσλειτουργικά	-.03	.05	-.15	.04	-.06	.01	-.04	-.27**	-.04	-		
11. Δυσάρεστα-Λειτουργικά	.02	.09	-.05	-.06	.03	.14	.19*	-.26**	.03	.57**	-	

** $p < .01$, * $p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της ποσότητας αλκοολούχων ποτών το μήνα με τη συχνότητα της συνολικής φυσικής δραστηριότητας ($r = -.26, p < .01$) καθώς και με τη συχνότητα της έντονης άσκησης ($r = -.18, p < .01$). Τέλος αναφορικά με τη σχέση των συναισθημάτων και τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Ωστόσο τα αποτελέσματα, αναφορικά με τη σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ με τα συναισθήματα, έδειξαν χαμηλή αλλά θετική σχέση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (πάνω από 5 ποτά) και των δυσάρεστων – λειτουργικών συναισθημάτων ($r = .19, p < .05$).

Φάση 2^η - Περιγραφικά στατιστικά και ανάλυση συσχέτισης

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις και των κλιμάκων πριν και μετά την άσκηση. Ο δείκτης α του Cronbach πριν την άσκηση κυμάνθηκε από .81 έως .92 εκτός από τα συναισθήματα Δυσάρεστα- Λειτουργικά που ήταν .32, ενώ μετά την άσκηση από .66 έως .99 εκτός πάλι από τα συναισθήματα Δυσάρεστα- Λειτουργικά που ήταν .38 με τους συμμετέχοντες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στα ευχάριστα συναισθήματα σε σύγκριση με τα αρνητικά που ήταν εξαιρετικά χαμηλές. Επίσης η επιθυμία για αλκοόλ παρέμεινε χαμηλή πριν και μετά την άσκηση. Στο Πίνακα 4 αναφέρονται οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων.

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά

Περιγραφικά Στατιστικά των συναισθημάτων πριν και μετά την άσκηση συνολικά για το δείγμα

	Δείγμα <i>N</i>	Αρχική (πριν την άσκηση)		Τελική (μετά την άσκηση)	
		<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>
Ευχάριστα- Δυσλειτουργικά	9	7.44	2.78	7.65	1.78
Ευχάριστα- Λειτουργικά	9	7.87	3.19	8.24	2.95
Δυσάρεστα- Δυσλειτουργικά	9	4.00	2.92	3.41	3.04
Δυσάρεστα- Λειτουργικά	9	2.87	1.93	2.19	1.50
Επιθυμία για αλκοόλ	9	2.30	1.17	1.87	1.17

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ της επιθυμίας για αλκοόλ και των συναισθημάτων μετά την άσκηση

Μετά την άσκηση	Συσχετίσεις ($n = 9$)				
	1	2	3	4	5
1. Επιθυμία για αλκοόλ	-				
2. Ευχάριστα-Δυσλειτουργικά	.19	-			
3. Ευχάριστα-Λειτουργικά	-.32	.76*	-		
4. Δυσάρεστα-Δυσλειτουργικά	.07	-.78*	-.68*	-	
5. Δυσάρεστα-Λειτουργικά	.17	.03	.06	.34	-

** $p < .01$, * $p < .05$

Οι συσχετίσεις μεταξύ της επιθυμίας για αλκοόλ και των συναισθημάτων μετά την άσκηση έδειξαν χαμηλές συσχετίσεις μη στατιστικά σημαντικές.

Η επίδραση της άσκησης στα συναισθήματα

Για την εξέταση των διαφορών μεταξύ των συναισθημάτων πριν και μετά την άσκηση εκτελέστηκαν τέσσερα ζευγαρωτά t-test. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για καμία από τις υποκλίμακες των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα για τα Ευχάριστα-Δυσλειτουργικά, $t(8) = -.31$, $p = .77$, Ευχάριστα-Λειτουργικά, $t(8) = -.97$, $p = .36$, Δυσάρεστα-Δυσλειτουργικά $t(8) = 1.30$, $p = .23$ και Δυσάρεστα-Λειτουργικά $t(8) = 1.25$, $p = .25$.

Η επίδραση της άσκησης στην επιθυμία για αλκοόλ

Για την εξέταση των διαφορών μεταξύ της επιθυμίας για αλκοόλ πριν και μετά την άσκηση εκτελέστηκαν ζευγαρωτά t-test. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην επιθυμία για αλκοόλ πριν και αμέσως μετά την άσκηση $t(8) = 1.0$, $p = .35$.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα στον τομέα της φυσικής άσκησης ως συμπληρωματικής στρατηγικής σε προγράμματα αντιμετώπισης της κατάχρησης αλκοόλ είναι περιορισμένη. Η παρούσα έρευνα είχε διττό στόχο. Από τη μια μελέτησε τη σχέση της άσκησης, της κατανάλωσης αλκοόλ με τα συναισθήματα σε φυσιολογικό πληθυσμό και από την άλλη μελέτησε τα επίπεδα των συναισθημάτων αλλά και της επιθυμίας για αλκοόλ των αλκοολικών ατόμων πριν και μετά την άσκηση.

Τα αποτελέσματα της πρώτης φάσης της έρευνας έδειξαν σε γενικές γραμμές ότι το δείγμα έπινε λίγο πιο πάνω από 3 φορές το μήνα αλκοόλ περίπου 3 ποτά κάθε φορά που έπινε ενώ μια φορά το μήνα περίπου κατανάλωνε 5 αλκοολούχα ποτά (υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών - binge drinking) και πάνω σε μια περίπτωση, ενώ αναφορικά με την άσκηση έκανε ήπια προς μέτρια έντασης άσκηση περίπου 2-3 φορές την εβδομάδα. Επίσης οι συμμετέχοντες παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές στα ευχάριστα συναισθήματα σε σύγκριση με τα αρνητικά που οι τιμές τους ήταν εξαιρετικά χαμηλές.

Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συνολική φυσική δραστηριότητα και η συχνότητα της έντονης άσκησης, τόσο μικρότερη η ποσότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών το μήνα. Όσον αφορά τη σχέση των συναισθημάτων και τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τους.

Στην παρούσα έρευνα, δεν παρατηρήθηκαν σχέσεις μεταξύ των συναισθημάτων με την ένταση της άσκησης. Το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης έρευνας εξηγείται πιθανά και από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν αν ήταν επιλογή τους ο τύπος και η ένταση της άσκησης. Ωστόσο τα αποτελέσματα, αναφορικά με τη σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ με τα συναισθήματα στην παρούσα έρευνα, έδειξαν ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (πάνω από 5 ποτά) οδηγεί σε δυσάρεστα – λειτουργικά συναισθήματα.

Στη δεύτερη φάση, όπου συμμετείχαν αλκοολικά άτομα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες μετά την άσκηση παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές στα ευχάριστα συναισθήματα (ευχάριστα- δυσλειτουργικά, ευχάριστα-λειτουργικά) σε σύγκριση με τα αρνητικά συναισθήματα (δυσάρεστα – δυσλειτουργικά, δυσάρεστα- λειτουργικά) που οι τιμές ήταν εξαιρετικά χαμηλές.

Τα αποτελέσματα, επίσης, δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές για καμία από τις υποκλίμακες των συναισθημάτων. Επίσης η επιθυμία για αλκοόλ παρέμεινε χαμηλή και μετά την άσκηση. Η επιθυμία για αλκοόλ και των συναισθημάτων μετά την άσκηση δεν έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις.

Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι, τα ευρήματα της πρώτης φάσης σχετικά με την άσκηση και την κατανάλωση του αλκοόλ, συμφωνούν με ευρήματα προηγούμενης έρευνας (Sinyor et al., 1982), όπως και με εκείνα της έρευνας των Murphy και των υπόλοιπων (1986) οι οποίοι έδειξαν ότι η άσκηση βοήθησε στη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ σε σχέση με αυτούς που δεν ασκούσαν.

Από την άλλη, το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και της φυσικής δραστηριότητας έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες που αποδεικνύουν τη σημαντική θετική σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και διάθεσης και γενικότερα της ψυχικής υγείας με την άσκηση. Για παράδειγμα, μεγάλο εύρος αποτελεσμάτων υποστηρίζει την ιδέα ότι η συμμετοχή σε οξεία σύντομης διάρκειας αεροβικής άσκησης βελτιώνει τη συναισθηματική διάθεση για όλους τους συμμετέχοντες για όλες τις ηλικίες ανεξαρτήτου έντασης και διάρκειας (Arent, Landers, & Etnier, 2000; Ekkekakis & Petruzello, 1999; Berger, 1996). Αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξαν οι Ewing, Scott, Mendez και McBride (1984), οι οποίοι βρήκαν ότι με τη συμμετοχή στην άσκηση αυξάνεται η θετική διάθεση μετά από 5 λεπτά μέτριας έντασης άσκησης. Ωστόσο, έρευνα του Roth (1989) έδειξε ότι μέσω της άσκησης μειώνεται η ένταση και το άγχος, ωστόσο δεν επιβεβαιώθηκαν διαφορές στη διάθεση ατόμων που ασκούνται και ατόμων που δεν ασκούνται. Από την άλλη, οι Berger και Owen (1988) απέδειξαν μια ποικιλία θετικών επιδράσεων στη διάθεση ακολουθώντας ατομική άσκηση, ενώ παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν από τους Dayer και Crouch (1987) για άσκηση σε μια μελέτη για έμπειρους και αρχάριους συμμετέχοντες.

Κάποιες έρευνες αποδεικνύουν την βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης μετά την άσκηση (Pierce & Pate, 1994), αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα ευρήματα της δικής μας έρευνας, ενώ κάποιες άλλες έρευνες απέδειξαν τις αρνητικές επιδράσεις στα συναισθήματα (Focht, Gauvin, & Rejeski, 2004) καθώς βρέθηκε ότι τα υπέρβαρα άτομα αναφέρουν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα στην άσκηση (Ekkekakis & Lind, 2006).

Απ' την άλλη, άτομα που γενικά κάνουν καθιστική ζωή και υιοθετούν πρόγραμμα αερόβιας άσκησης ή ασκήσεων αντοχής, βελτιώνουν τα αισθήματα

ενέργειας και κόπωσης (Puetz, O' Connor, & Dishman, 2006). Η οξεία χαμηλής προς μέτριας άσκησης έχει συσχετιστεί με παροδικές βελτιώσεις των παραπάνω συναισθημάτων (Petruzzello, Hall, & Ekkekakis, 2001). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνα των Herring και O' Connor (2009).

Στην έρευνας μας, δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και της έντασης της άσκησης. Οι συμμετέχοντες ασκούνταν χωρίς να τους δοθεί η δυνατότητα να επιλέξουν άσκηση της προτίμησής του καθώς και την έντασή της, πράγμα το οποίο αξίζει να αναφερθεί καθώς τα αποτελέσματα άλλων ερευνών δείχνουν ότι η συμμετοχή σε άσκηση υψηλής προτίμησης των συμμετεχόντων οδηγεί σε περισσότερο θετικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση συγκριτικά με χαμηλής προτίμησης άσκησης (Lane, Jackson, & Terry, 2005; Parfitt & Gledhill, 2004; Bixby & Lochbaum, 2008). Τα παραπάνω αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με άλλη έρευνα που δεν βρήκε διαφορά μεταξύ των συνθηκών άσκησης (Daley & Maynard, 2003).

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με δυσάρεστα συναισθήματα, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, εύρημα το οποίο συμφωνεί με προηγούμενη έρευνα (Attwood et al., 2009), τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι η κατανάλωση του αλκοόλ αυξάνει την πιθανότητα για διφορούμενη αλλά αρνητική έκφραση συναισθημάτων που κρίνεται ως θυμός και συγκεκριμένα θυμός-αηδία. Επίσης, πρόσφατες έρευνες σχετικά με το αλκοόλ σε σχέση με τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων έδειξαν ότι οι αλκοολικοί εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, ψυχικής ανησυχίας και άγχους συγκριτικά με τους ανθρώπους που πίνουν περιστασιακά (Degenhart et al., 2000a; Peele & Brodsky, 2000; Rodgers et al., 2000a). Οι παραπάνω έρευνες συμφωνούν, επίσης, με εκείνη των Caldwell και των συνεργατών του (2001), η οποία έδειξε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και αρνητικών συναισθημάτων να σχετίζονται με την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ για τις γυναίκες. Στην ίδια εργασία, για τους άνδρες παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και χαμηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων ενώ αντίθετα δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ των αρνητικών συναισθημάτων και την κατανάλωση αλκοόλ.

Στη δεύτερη φάση, παρατηρήθηκε ότι η συμμετοχή στην άσκηση επιδρά θετικά στα ευχάριστα συναισθήματα, μειώνοντας τα αρνητικά συναισθήματα. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνών, σχετικά με την θετική επίδραση της άσκησης στα συναισθήματα και συγκεκριμένα της οξείας βελτίωσης

της διάθεσης (Berger & Owen, 1992; Bock, Marcus, King, Boreelli, & Roberts, 1999). Τα αποτελέσματα, επίσης, συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες οι οποίες δείχνουν ότι η οξεία μικρής διάρκειας, μέτριας έντασης αερόβια άσκηση μειώνει τις αρνητικές επιδράσεις στο γενικό πληθυσμό, και βελτιώνει το συναίσθημα (Ekkekakis & Pertuzello, 1999) και τη διάθεση (Berger & Motl, 2000).

Η συχνή σωματική δραστηριότητα και η φυσική άσκηση, σχετίζονται με ποικίλες θετικές επιδράσεις και οφέλη στην υγεία (Powell, et al., 1987) και λειτουργία του οργανισμού (Stephens, 1988). Ένα σύνολο ερευνών έχουν αποδείξει ότι η φυσική άσκηση σχετίζεται θετικά με τη ψυχική υγεία. Επίσης, έχουν αποδειχθεί τα θετικά οφέλη της άσκησης, ως συμπλήρωμα θεραπείας των διαταραχών που σχετίζονται με χρήση αλκοόλ.

Σε γενικές γραμμές έχει βρεθεί ότι η αεροβική άσκηση μαζί με τα προγράμματα ενδυνάμωσης κατά τη διάρκεια της θεραπείας από το αλκοόλ έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση των καταθλιπτικών και αγχώδη συμπτωμάτων (Frankel & Murphy, 1974; Palmer, Vacc, & Epstein, 1988; Palmer, Michiels, & Thigpin; 1995). Επίσης, τα προγράμματα αεροβικής άσκησης βρέθηκε να είναι χρήσιμα στη μείωση επιπέδων κατάθλιψης (McCann & Holmes, 1984) και άγχους (Goldwater & Collins, 1985) ύστερα από επαναλαμβανόμενη συμμετοχή σε δραστηριότητες άσκησης. Επιπλέον πλήθος ερευνών έχουν εντοπίσει σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην αποκατάσταση από την εξάρτηση του αλκοόλ (Grenfield et al., 1998; Hodgins et al., 1999; Rounsaville, Dolinsky, Babor, & Meyer, 1987).

Τέλος, στην παρούσα έρευνα ενώ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με την επιθυμία για αλκοόλ μετά την άσκηση και υπολογίζοντας ότι η επιθυμία και πριν την άσκηση ήταν χαμηλή, παρόλ' αυτά βρέθηκε μια ουσιαστική μείωση της τάξεως 19% της επιθυμίας για αλκοόλ μετά την άσκηση. Σε έρευνα των Ussher και των συνεργατών του (2004) βρέθηκε ότι η μέτριας έντασης άσκηση μειώνει σημαντικά την επιθυμία για αλκοόλ σε εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα, ενώ αντίθετα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη διάθεση των αλκοολικών ατόμων μετά την άσκηση.

Έρευνες, επίσης, που εξέτασαν την επίδραση της φυσικής άσκησης στην απεξάρτηση, αποχή ή και μείωση από το αλκοόλ, έδειξαν ότι τα άτομα που ασκούσαν είχαν σημαντικά αποτελέσματα αποχής από το αλκοόλ ακόμη και μετά από 3 και 18 μήνες σε σύγκριση με αυτούς που δεν εφάρμοσαν το πρόγραμμα άσκησης (Sinyor et al., 1982), ενώ εκείνοι που ασκούσαν βοηθήθηκαν στη μείωση

της κατανάλωσης του αλκοόλ σε σχέση με αυτούς που δεν ασκούσαν (Murphy et al., 1986).

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Ο αλκοολισμός θεωρείται θεραπεύσιμη διαταραχή και για αυτό το λόγο έχουν σχεδιαστεί ποικίλα θεραπευτικά προγράμματα για το αλκοόλ, τα οποία είναι βασισμένα σε διάφορες προσεγγίσεις, συνήθως γνωστικο-συμπεριφορικές. Οι παρεμβάσεις είναι τόσο ψυχοθεραπευτικές όσο και ψυχιατρικές και έχουν ως στόχο την ψυχοκοινωνική στήριξη ώστε το άτομο να απέχει από την κατανάλωση αλκοόλ αλλά και να διατηρείται στην αποχή όπως επίσης και τη μεταθεραπευτική φροντίδα μέσω ατομικών και ομαδικών ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων. Επίσης, παρέχονται προγράμματα εργοθεραπείας, κινησιοθεραπείας και δημιουργικής έκφρασης. Τα προγράμματα αποτοξίνωσης αναφέρονται πλέον στην αποχή ή στην προετοιμασία του ατόμου για απεξάρτηση.

Κάποια από τα θεραπευτικά προγράμματα τα οποία παρέχουν υπηρεσίες απεξάρτησης από τα οινόπνευματώδη είναι

- Συμβουλευτικός Θεραπευτικός Σταθμός, Μονάδα Απεξάρτησης από αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια, ΨΝΘ,
- Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο ΜΕΘΕΞΙΣ, Μονάδα Απεξάρτησης από αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια, ΨΝΘ,
- Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και ΟΚΑΝΑ
- Θεραπευτικό Πρόγραμμα Απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια ΑΛΦΑ (ΚΕΘΕΑ),
- Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών, Μονάδα Ψυχολογικής Απεξάρτησης από το αλκοόλ 18 ΑΝΩ (ΨΝΑ),
- Πρόγραμμα Βραχείας Απεξάρτησης από το αλκοόλ 18 ΑΝΩ με χρήση ναλτρεξόνης, Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών (ΨΝΑ) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

- Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, Ιωαννίνων και το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών.

Επιπλέον, η συμβουλευτική ως τεχνική παρέμβασης μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη του αλκοόλ, κάτι που αποδεικνύει η έρευνα των Werch και των συνεργατών του (2003), όπου τα ευρήματα έδειξαν ότι η συμβουλευτική είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των προβλημάτων και της κατανάλωσης του αλκοόλ και παράλληλα αύξηση της συχνότητας της άσκησης, είτε έντονης είτε μέτριας.

Επίσης, μια τεχνική που εφαρμόζεται αρκετά τα τελευταία 10 χρόνια στη θεραπευτική προσέγγιση του αλκοολισμού σε πολλά μέρη του κόσμου, και ιδιαιτέρως στη Βρετανία, είναι αυτή της παρακινητικής συνέντευξης (motivational interviewing), (Miller & Rollnick, 2002). Πρόκειται για μια προσέγγιση που βοηθά στην αύξηση των εσωτερικών κινήτρων του ασθενούς και της δέσμευσης για θεραπεία, ενισχύοντας τα κίνητρα του ατόμου για αλλαγή. Η απόφαση για αλλαγή προέρχεται από το ίδιο το άτομο με την αύξηση των εσωτερικών κινήτρων, κάτι που τονίζεται και στη θεωρία του αυτο-προσδιορισμού (self-determination) (Ryan & Deci, 2000). Με την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, την απόλυτη κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο ασθενής, και την καθοδήγηση με τη χρήση διάφορων ερωτήσεων, προσπαθεί ο ειδικός επιστήμονας (π.χ., ψυχολόγος) μέσω της παρακινητικής συνέντευξης να βοηθήσει τον ασθενή στο σαφή διαχωρισμό της ιδεατής και πραγματικής συμπεριφοράς του χωρίς όμως να τον πιέζει για αλλαγή, ούτε να έρχεται σε αντίθεση με το άτομο. Η τεχνική έχει εφαρμοστεί μαζί με άλλες προσεγγίσεις στο MATCH Project (Project MATCH Research Group, 1997a, 1997b), ένα από τα μεγαλύτερα ερευνητικά προγράμματα για την καταπολέμηση του αλκοολισμού με δείγμα 1726 ασθενών. Η μέθοδος αρχικά χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της κατάχρησης-εξάρτησης αλκοόλ και έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και τη παχυσαρκία, καθώς και στο άσθμα και στον διαβήτη. Είναι γεγονός, ωστόσο, ότι η πορεία της απεξάρτησης σπανίως είναι ευθύγραμμη και οι πολλαπλές υποτροπές είναι αναπόφευκτες (Ζουρμπάνος, κ.α, 2011).

Η άσκηση αντιπροσωπεύει μια δυναμικά χρήσιμη και σχετικά ανεξερεύνητη εναλλακτική συμπεριφορά για τους αλκοολικούς που προσπαθούν για την μακροπρόθεσμη αποκατάσταση. Ο Marlatt (1985) χαρακτήρισε την άσκηση ως υψηλή δραστηριότητα που συνιστάται στην αλλαγή του τρόπου ζωής και ανέφερε τα

πλεονεκτήματά της σαν στρατηγική πρόληψης της υποτροπής. Άλλοι συγγραφείς συμφώνησαν ότι οι ενθαρρυντικοί παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η άσκηση και η φυσική κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στην θεραπεία των διαταραχών εξάρτησης (Agne & Paolucci, 1982; Taylor, Sallis, & Needle, 1985; Tkachuk & Martin, 1999). Η άσκηση μειώνει τη δίψα για αλκοόλ και η επιθυμία για αλκοόλ έχει αναγνωριστεί ως σημαντικό έναυσμα υποτροπής για τους αλκοολικούς (Marlatt & Gordon, 1985; Monti, Rohsenow, & Hutchison, 2000). Συνεπώς, μειώνοντας την επιθυμία για αλκοόλ μπορεί διαμέσου των αποτελεσμάτων της αεροβικής άσκησης να μειωθεί και ο κίνδυνος υποτροπής.

Επίσης, η άσκηση έχει πιθανά οφέλη στην αποκατάσταση της προσπάθειας αλκοολικών από τα προβλήματα, μέσω ενός αριθμού διαφορετικών μηχανισμών δράσεις. Η αποκατάσταση από το αλκοόλ περιλαμβάνει θετική αλλαγή στον τρόπο ζωής αναπτύσσοντας την επιβράβευση και την ευχαρίστηση των κοινωνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων που δεν θα περιστρέφονται γύρω από το ποτό. (Marlatt & Gordon, 1985; Smith & Meyers, 1995).

Τέλος, η φυσική άσκηση απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του ατόμου και τη δέσμευση στην προσπάθειά του και για αυτό το λόγο προτείνεται, το άτομο να διαλέγει τον τύπο της άσκησης που δεσμεύεται να ακολουθήσει, όπως επίσης και την έντασή της (Ekkekakis, 2009). Η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης της προτίμησής τους επιδρά θετικά στα συναισθήματα τους σε σχέση με τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης που δεν τα προτιμούν (Lane, et al., 2005; Parfitt & Gledhill, 2004).

Ένα τυπικό πρόγραμμα άσκησης μπορεί να περιλαμβάνει αερόβια άσκηση μέτριας έντασης (π.χ., 40% με 60% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας), διάρκειας 20 έως και 60 λεπτών, με συχνότητα 3-6 φορές την εβδομάδα ανάλογα με τη φυσική κατάσταση του ατόμου. Με τον όρο αερόβια άσκηση εννοούμε, το γρήγορο περπάτημα, το τρέξιμο, την ποδηλασία, την κωπηλασία, ή την προπόνηση στο γυμναστήριο. Ένα τυπικό πρόγραμμα άσκησης ατόμων που βρίσκονται σε αποχή από το αλκοόλ μπορεί να περιλαμβάνει την προθέρμανση διάρκειας 15 λεπτών πολύ χαμηλής έντασης, συμπεριλαμβανομένων 5 λεπτών με διατάσεις, την αερόβια φάση διάρκειας 20 με 30 λεπτά, την αποκατάσταση (για τη μείωση των χτύπων της καρδιάς και τη μείωση πιθανόν μικροτραυματισμών στους μύες) με τρέξιμο χαμηλής έντασης και με λίγες διατάσεις, και την περίοδο χαλάρωσης διάρκειας 5 με 10 λεπτά με ασκήσεις αναπνοής (Ζουρμπάνος κ.α., 2011).

Επίσης, τα άτομα μπορούν να εφαρμόσουν πρόγραμμα στόχων φορώντας ένα βηματόμετρο για την ακριβή καταγραφή βημάτων, της φυσικής τους δραστηριότητας. Οι στόχοι θα ορίζονται σε συνεργασία με τον ειδικό και τον συμμετέχοντα και θα είναι είτε ημερήσιοι είτε εβδομαδιαίοι. Ο απώτερος σκοπός θα είναι να ξεπερνούν συνεχώς τα βήματα που όρισαν ως στόχο της προηγούμενη μέρα/εβδομάδα. Το βηματόμετρο προσαρμόζεται στη μέση του κάθε ατόμου στο ύψος της δεξιάς ή αριστερής μηροβουβονικής χώρας για την αρτιότερη καταγραφή των βημάτων. Ως στόχος ορίζονται τα 8000-10000 βήματα ημερησίως ως όριο ενεργής (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής άσκησης) καθημερινής δραστηριότητας (Tudor-Lorke & Bassett, 2004).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Συνολικά μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η έρευνα στον τομέα της φυσικής άσκησης και της κατάχρησης αλκοόλ καθώς και της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι περιορισμένη και έχει πολλές μεθοδολογικές ελλείψεις. Οι ελλείψεις αυτές ξεκινούν από το είδος της άσκησης αλλά και της έντασης, η οποία μπορεί να μεταβάλλει τη μείωση της επιθυμίας για αλκοόλ. Η ένταση της άσκησης αλλά και η διάρκεια αυτής συνδέονται με την ευφορία που μπορεί να νιώσει κάποιος κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της άσκησης (Farrell, Kjaer, Bach, & Galbo, 1987; Goldfarb, Hatfield, Armstrong, & Potts, 1990; Goldfarb, Hatfield, Potts, & Armstrong, 1991). Στη συγκεκριμένη έρευνα η ένταση και η διάρκεια της άσκησης δεν ήταν μεγάλη και αυτό προφανώς επηρέασε τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τα συναισθήματα, τα οποία πιθανά να ήταν διαφορετικά αν οι συμμετέχοντες ασκούνταν με διαφορετική ένταση και διάρκεια φυσικής δραστηριότητας.

Ένας άλλος περιορισμός της παρούσας έρευνας και συγκεκριμένα της πρώτης φάσης, είναι η έλλειψη χρήσης επιταχυνσιομέτρων-πεδομέτρων, ως αισθητήρες καταγραφής της κίνησης για την αρτιότερη καταγραφή των βημάτων, αλλά στην ουσία για την αντικειμενική μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων.

Μία δυσκολία της έρευνας ήταν ότι η επιθυμία, των συμμετεχόντων, για αλκοόλ, ήταν ήδη μειωμένη στην αρχική μέτρηση, με αποτέλεσμα να υπάρχει μικρή διαφορά στην πειραματική μέτρηση και να μην μπορεί να διαπιστωθεί η επίδραση της άσκηση στην επιθυμία για αλκοόλ. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος ήταν αρκετά μικρό ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να μπορούν να γενικευτούν. Αυτό δικαιολογείται καθώς τα άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ αρνούνται να αποδεχθούν ότι έχουν προβλήματα εθισμού, με αποτέλεσμα να μην επιθυμούν τη βοήθεια από τους ειδικούς ή ακόμη και τη νοσηλεία, η οποία πολλές φορές εκτός από εκούσια γίνεται και ακούσια από το συγγενικό περιβάλλον όταν το άτομο τίθεται σε κίνδυνο για τον εαυτό του αλλά και για τους άλλους.

Τέλος, υπήρχαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια της έρευνας σε σχέση με τη συλλογή των δεδομένων καθώς και με τη συμμετοχή περισσότερων εθελοντών οι οποίοι φάνηκαν απρόθυμοι να συμμετάσχουν λόγω κούρασης.

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Εξαιτίας των μεθοδολογικών περιορισμών απαιτείται περισσότερη έρευνα σχετικά με την επίδραση της άσκησης και ειδικά μιας μακροχρόνιας παρέμβασης τόσο σε τα άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ που νοσηλεύονται σε κλινική ή νοσοκομείο συμμετέχοντας σε προγράμματα αποτοξίνωσης όσο και σε φυσιολογικό πληθυσμό που θεωρεί ότι δεν είναι αλκοολικός αλλά είναι βαρύτες. Επίσης χρήζει μελέτης η χρησιμότητα και τα οφέλη της άσκησης, ως εναλλακτικής στρατηγικής του αλκοόλ στη μείωση κατανάλωσης του αλκοόλ, στην αποχή ή ακόμη στην διατήρηση της νηφαλιότητας και στην αποφυγή υποτροπής.

Επίσης προτείνεται μελλοντική έρευνα σε δείγμα αλκοολικών ατόμων ή απλά ατόμων που πίνουν συχνά με τη χρήση βηματόμετρων για την αντικειμενική αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας.

Επιπλέον, μελλοντική έρευνα που θα μελετά την παρέμβαση μακροχρόνιας άσκησης σε ένα μεγαλύτερο δείγμα αλκοολικών ατόμων θα ήταν χρήσιμη, για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ευρημάτων ώστε να έχουν τη δυνατότητα γενίκευσης. Επίσης, η μελέτη επίδρασης της άσκησης με αντιστάσεις (βάρη) στη

διάθεση αλκοολικών ατόμων και τη σύγκρισή της με την αερόβια άσκηση αποτελεί άλλο ένα πεδίο έρευνας. Ακόμα, η επίδραση της έντασης και της διάρκειας της οξείας άσκησης και της συστηματικής προπόνησης είναι παράμετροι που χρήζουν περαιτέρω έρευνας καθώς επίσης και η χρονική διάρκεια της μείωσης της επιθυμίας για αλκοόλ μετά την άσκηση. Τέλος, πιθανές διαφορές στην επίδραση που έχει η άσκηση στην επιθυμία για αλκοόλ μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι κάτι που θα μπορούσε να εξεταστεί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο αλκοολισμός ως σοβαρή πάθηση προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Είναι αιτία για προσωπικά, περιβαλλοντικά, κοινωνικά, επαγγελματικά και οικογενειακά προβλήματα. Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από χρόνια αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές ποικίλου βαθμού του νευρικού και κυκλοφορικού συστήματος, διαταραχές της μνήμης και του ύπνου καθώς επίσης, συσχετίζεται με διαταραχές της συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενες από αστάθεια της ψυχικής διαθέσεως, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και του αυτοελέγχου. Είναι αιτία πολλών θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων, βίας και εγκληματικότητας. Επιπλέον, πολυάριθμες μελέτες συνδέουν τον αλκοολισμό με τις διαταραχές διάθεσης, όπως η κατάθλιψη.

Το φαινόμενο του αλκοολισμού, μπορεί να αψηφά το φύλο που θα χτυπήσει, ωστόσο παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα στους άντρες πιθανά ως ένδειξη αντρισμού ή δύναμης αλλά και πιο γενικά για την αύξηση της αυτοπεποίθησης, για τη μείωση της αρνητικής αυτοεικόνας. Η χρήση αλκοόλ λειτουργεί σαν αντίμετρο της μείωσης της έντασης και του άγχους αλλά και της μείωσης του ψυχολογικού πόνου των καθημερινών πιέσεων της ζωής με αποτέλεσμα να τους κάνει να αισθάνονται δημιουργικούς και σπουδαίους.

Η αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος του αλκοολισμού είναι πρώτιστης σημασίας είτε από το ίδιο το άτομο είτε από το συγγενικό του περιβάλλον ώστε το άτομο να βοηθηθεί. Πέραν των θεραπευτικών προγραμμάτων αποτοξίνωσης, και είτε των ατομικών ή των ομαδικών ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων αλλά και την ψυχιατρική παρακολούθηση, η άσκηση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως

εναλλακτική μορφή παρέμβασης σε μια ολιστική προσπάθεια αντιμετώπισης του αλκοολισμού.

Η φυσική δραστηριότητα προσφέρει πολλαπλά οφέλη στη σωματική και ψυχική υγεία. Ενισχύει την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του ατόμου, δημιουργεί αισθήματα αυτό-αποτελεσματικότητας και δημιουργίας βελτιώνοντας την αυτοεικόνα ενώ παράλληλα βελτιώνει τη διάθεση μειώνοντας τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους. Η άσκηση, τέλος, βοηθάει στο συντονισμό και στην ικανότητα συγκέντρωσης, ενώ έχει βρεθεί ότι συμβάλει στη μείωση προβλημάτων παχυσαρκίας, στην καλύτερη λειτουργία των αναπνευστικού συστήματος, των καρδιαγγειακών προβλημάτων και της αρτηριακής πίεσης.

Επιπλέον, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης συμβάλει στην πρόληψη ή στη μείωση ή και στην αποχή αλλά και αποφυγή υποτροπής χρήσης εθιστικών ουσιών, είτε του τσιγάρου είτε του αλκοόλ, ενισχύοντας τα θετικά συναισθήματα των ατόμων που πίνουν αλλά και των αλκοολικών ατόμων μειώνοντας το άγχος και την κατάθλιψη.

Εν κατακλείδι, η συμμετοχή και η δέσμευση στην άσκηση πιθανά να βοηθάει στην αποκατάσταση των αλκοολικών πετυχαίνοντας ένα υψηλό επίπεδο ευεξίας (Bartha & Davis, 1982) και ευφορίας, βελτιώνοντας τη διάθεση και τα θετικά συναισθήματα, επιτρέποντας τον ασθενή να αγκαλιάσει μια καλύτερη ποιότητα υγείας και φυσικής κατάστασης που θα έχει ως συνέπεια καλύτερη ποιότητα ζωήςκαι η ζωή είναι σαν ένα ποτήρι κρασί που πρέπει κάποιος να το γεύεται αργά για να αναδεικνύεται όλη η γεύση της.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agne, C., & Paolucci, K. (1982). A holistic health approach to an alcoholic treatment program. *Journal of Drug Education*, **12**, 137-145.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, **50**, 179-211.
- American College of Sports Medicine. (2000). Position statement on the recommendation quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscle fitness and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, **30**, 975-991.
- American College of Sports Medicine (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (7th ed.). Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anstiss, T.J. (1991). A randomized controlled trial of aerobic exercise in the treatment of the alcohol dependent. *Med Sci Sports Exerc.*, **23**, 118.
- Arent, S.M., Landers, D.M., & Etnier, J.L. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: A meta-analytic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, **8**, 407-430.
- Attwood, A.S., Ataya, A.F., Benton, C.P., Penton-Voak, I.S., & Munafo, M.R. (2009). Effects of alcohol consumption and alcohol expectancy on the categorization of perceptual cues of emotional expression. *Psychopharmacology*, **204**, 327-334.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory*.
- Bartha, R., & Davis, T. (1982). Holism and high level wellness. *Journal of Alcohol and Drug Education*, **28**, 28-31.
- Batson, C. D., Shaw, L. L., & Oleson, K. C. (1992). Differentiating affect, mood, and emotion. In M. S. Clarke (Ed.), *Emotion* (pp. 294-326). Newbury Park, CA: Sage. Thorofare, NJ Prentice Hall.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, **8**, 77-100.

- Becker, M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ Charles B. Slack, Inc.
- Bell, J. R. C., Donovan, J. L., Wong, R., Waterhouse A. L., German J. B., & Walzen J. R. (2000). (+)-Catechin in human plasma after ingestion of a single serving of reconstituted red wine. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **71**, 103-108.
- Berger, B.G. (1996). Psychological benefits of an active lifestyle: what we know and what we need to know. *Quest*, **48**, 330-353.
- Berger, B.G., & Motl, R.W. (2000). Exercise and mood: A selective review and synthesis of research employing the profile of mood states. *Journal of Applied Sport Psychology*, **12**, 69-92.
- Berger, B.G., & Owen, D.R. (1992). Mood alteration with yoga and swimming-aerobic exercise may not be necessary. *Perceptual and Motor Skills*: **75**, 1331-1343.
- Biddle, S., & Mutrie, (1991). *Psychology of Physical Activity and Exercise*. Berlin: Springer-Verlag.
- Bixby, W.R., & Lochbaum, M.R. (2008). The effects of modality preference on the temporal dynamics of affective response associated with acute exercise in college aged females.
- Blumenthal, J.A., Williams, R.S., Needels, T.L., & Wallace, A.G. (1982). Psychological changes accompany aerobic exercise in healthy middle-aged adults. *Psychosomatic Medicine*, **44**, 529-536. *Journal of Sport Behavior*, **4**, 300-311.
- Bodin, T., & Martinsen, E. W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **26**, 623-633.
- Bohn, M.J. Krahn, D.D., & Staehler, B.A. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **19**, 600-606.
- Bovens, A. M., Van Baak, M. A., Vrencken, J. G., Wijnen, J. A., Saris, W. H., & Verstappen, F. T. (1993). Physical activity, fitness, and selected risk factors for CHD in active men and women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, **25**, 572-576.
- Bozoian, S.L., Rejeski, W.J., & Mc Auley, E. (1994). Self-efficacy influences feeling states associated with acute exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **16**, 326-333.
- Breese, G.R., Overstreet, D. H., & Knapp, D.J. (2005). Conceptual framework for the etiology of alcoholism: a "kindling"/stress hypothesis. *Psychopharmacology (Berl)*, **178**, 367-380.

- Brown, K.J. (2003). Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Med Rev*, **7**, 523-539.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., Oakley, J. R., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., Stuart, G. G., Dubreil, M. E., & Gordon, A. A. (2009). Aerobic exercise for alcohol recovery: Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*, **33**, 220-249.
- Brown, R. A., Evans, D. M., Miller, I. W., Burgess, E. S., & Mueller, T. I. (1997). Cognitive behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 715-726.
- Brown, S.A., & Schuckit, M.A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Stud Alcohol*, **49**, 412-417.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, **41**, 765-782.
- Bushman, B.J., & Cooper, H.M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. *Psychol Bull*, **107**, 341-354.
- Byrne, A., & Bryne, D. G. (1993). The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, **37**, 565-574.
- Caldwell, T.M., Rodgers, B., Jorm, A.F., Christensen, H., Jacomb, P.A., Korten, A.E., & Lynskey, M.T. (2001). Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*, **97**, 583-594.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, **100**, 126-131.
- Clark, N. (2008). *Sports nutrition guidebook* (4th ed). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Collingwood, T.R., Sunderlin, J., Reynolds, R., & Kohl, H.W. (2000). Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. *J Drug Edu.*, **30**, 435-451.
- Daley, A.J., & Maynard, I.W. (2003). Preferred exercise mode and affective responses in physically active adults. *Psychology of Sport and Exercise*, **4**, 347-356.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., & Zhou, Y. (2005). Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **29**, 844-854.
- Degenhardt, L., Hall, W., Teesson, M., & Lynskey, M. (2000a). *Alcohol use disorders in Australia : Finding from the national survey of mental health and wellbeing*. Technical report 97. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

- Dishman, R.K., Sallis, J.F., & Orenstein, D.R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. *Public Health Rep*, **100**, 158-71.
- Dishman, R.K., & Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Med Sci Sports Exerc*, **28**, 706-19.
- Donaghy, M.E. (2007). Exercise can seriously improve your mental health: Fact or fiction? *Advances in Physiotherapy*, **9**, 76-88.
- Donaghy, M.E. (1997). *The investigation of exercise as an adjunct to the treatment and rehabilitation of the problem drinker*. Ph.D. thesis, Glasgow University Faculty of Medicine.
- Donaghy, M. E., Ralston, G., & Mutrie, N. (1991). Exercise as a therapeutic adjunct for problem drinkers. *J Sport Sci*. **9**, 440.
- Donaghy, M.E., & Mutrie, N. (1998). A randomised controlled study to investigate the effect of exercise on the physical self-perceptions of problem drinkers. *Physiotherapy*, **84**, 169.
- Donaghy, M.E., & Mutrie, N. (1999). Is exercise beneficial in the treatment and rehabilitation of the problem drinker? A critical review. *Physical Therapy Reviews*, **4**, 153-166.
- Doyne, E. J., Chambless, D. L., & Beutler, L. E. (1983). Aerobic exercise as a treatment for depression in women. *Behavior Therapy*, **14**, 434-440.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B., & Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 748-754.
- Dyer, J.B., & Crouch, J.G. (1988). Effects of running and other activities on moods. *Perceptual and Motor Skills*: **67**, 43-50.
- Dyer, J.B., & Crouch, J.G. (1987). Effects of running on moods: A time series study. *Perceptual and Motor Skills*, **64**, 783-789.
- Ekkekakis, P. (2008). *Affect, mood and emotion*, 321-332.
- Ekkekakis, P. (2009). Let them roam free? Physiological and psychological evidence for the potential of self-selected exercise intensity in public health. *Sports Medicine*, **39** (10), 859-888.
- Ekkekakis, P., & Lind, E. (2006). Exercise does not feel the same when you are overweight: The impact of self-selected and imposed-intensity on affect and exertion. *International Journal of Obesity*, **30**, 652-660.
- Ekkekakis, P., Parfitt, G., & Petruzzello, S. J. (2011). The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities. *Sports Med*, **41**, 641-671.

- Ekkekakis, P., & Petruzzello, S. J. (1999). Acute aerobic exercise and affect. Current status, problems and prospects regarding dose–reponse. *Sports Medicine*, **28**, 337–374.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., Raynor, H. A., & Saelens, B. E. (1998). Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics*, **101**, 554-570.
- Ewing, J.H., Scott, D.G., Mendez, A.A., & McBride, T.J. (1984). Effects of aerobic exercise upon affect and cognition. *Perceptual and Motor Skills*, **59**, 407-414.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2011). *Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΙΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2011*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2011). *Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Έρευνα ESPAD), Ελλάδα, 2011*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.
- Farrell, P. A., Kjaer, M., Bach, F. W., & Galbo, H. (1987). Beta-endorphin and adrenocorticotropin response to supramaximal treadmill exercise in trained and untrained males. *Acta Physiologica Scandinavica*, **130**, 619-625.
- Faulkner, G., & Biddle, S. (2001). Exercise and mental health: It's just not psychology! *Journal of Sports Sciences*, **19**, 433-444.
- Faulkner, G., & Taylor, A. (2005). *Exercise as therapy: Emerging relationships*. London: Routledge.
- Focht, B.C., Gauvin, L., & Rejeski, W.J. (2004). The contribution of daily experiences and acute exercise to fluctuations in daily feeling states among older, obese adults with knee osteoarthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, **27**, 101-121.
- Focht, B.C., Knapp, D.J., Gavin, T.P., Raedeke, T.D., & Hickner, R.C. (2007). Affective and self-Efficacy responses to acute aerobic exercise in sedentary older and younger adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, **15**, 123-138.
- Frankel, A., & Murphy, J. (1974). Physical fitness and personality in alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, **35**, 1272-1278.
- Froelich, J. C. (1997). Opioid peptides. *Alcohol Health and Research World*, **21**, 132-135.
- Fukuda, Y., Nakamura, K., & Takano, T. (2005). Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health*, **5**, 53.
- Garbutt, J. C. (2008). Alcoholism. In S. H. Fatemi & P. J. Clayton (Eds.), *The medical basis of psychiatry*, 227-249. Totowa, NJ: Humana Press.

- Gary, V. & Guthrie, D. (1982). The effect of jogging on physical fitness and self concept on hospitalized alcoholics. *Q J Stud Alcohol*, **33**, 1073-1078.
- Godin, G., Jobin, J. & Boullon, J. (1986). Assessment of leisure time exercise behavior by self-report: A concurrent validity study. *Canadian Journal of Public Health*, **77**, 359-361.
- Godin, G. & Shephard, R.J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, **10**, 141-146.
- Goldfarb, A. H., Hatfield, B. D., Armstrong, D., & Potts, J. (1990). Plasma beta-endorphin concentration: Response to intensity and duration of exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, **22**, 241-244.
- Goldfarb, A. H., Hatfield, B. D., Potts, J., & Armstrong, D. (1991). Beta-endorphin time course response to intensity of exercise: Effect of training status. *International Journal of Sport Medicine*, **12**, 264-268.
- Goldwater, B.C., & Collins, M.L. (1985). Psychological effects of cardiovascular conditioning: A controlled experiment. *Psychosomatic Medicine*, **47**, 174-181.
- Gossop, M., Neto, D., Radovanovic, M., Batra, A., Toteva, S., Musalek, M., Skutle, A., & Goos, C. (2007). Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: A study in six European cities. *Addiction Biology*, **12**, 190-196.
- Green, G.A., Uryasz, F.D., Petr, T.A., & Bray, C.D. (2001). NCAA study of substance use and abuse habits of college student-athletes. *Clin J Sport Med.*, **11**, 51-56.
- Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L. R., et al. (1998). The effect of depression on return to drinking: A prospective study. *Archives of General Psychiatry*, **55**, 259-265.
- Gutgesell, M., & Canterbury, R. (1999). Alcohol usage in sport and exercise. *Addict Biol*, **4**, 373-383.
- Hanin, Y. L. (1997). Emotions and athletic performance: Individual Zones of Optimal Functioning model. *European Yearbook of Sport Psychology*, **1**, 29-72.
- Hanin, Y. L. (Ed.). (2000). *Emotions in sport*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Hanin, Y. L. (2003). Performance Related Emotional States in Sport: A Qualitative Analysis. *Forum Qualitative Social Research*, 4(1). Available at: <http://www.qualitativeresearch.net/fqs-texte/1-03/1-03hanin-e.htm> [Feb 26, 2003].
- Hanin, Y.L., Papaioannou, A., & Lukkarila, J. (2001). Emotion-performance relationships: A structural equation modeling analysis of the refined IZOF model. *In 10th World*

- Congress of Sport Psychology*, Skiathos, Hellas, May 28-June 2, Proceedings, 5th, 132-134.
- Hanin Y. L., & Stambulova, N. B. (2002). Metaphoric description of performance states: An application of the IZOF model. *The Sport Psychologist*, 16(4), 396–415.
- Hanin, Y. L., & Syrjä, P. (1995a). Performance affect in junior ice hockey players: An application of the Individual Zones of Optimal Functioning model. *The Sport Psychologist*, 9, 169-187.
- Hanin, Y. L., & Syrjä, P. (1995b). Performance affect in soccer players: An application of the IZOF model. *International Journal of Sports Medicine*, 16 (4), 264 -269.
- Hanin, Y. L., & Syrjä, P. (1996). Predicted, actual, and recalled affect in Olympic-level soccerplayers: Idiographic assessments on individualized scales. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, 325-335.
- 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.
- Herring, M.P., & O'Connor, P.J. (2009). The effect of acute resistance exercise on feeling of energy and fatigue. *Journal of Sports*, 27, 701-709. Department of Kinesiology, The University of Georgia, Athens, Georgia, USA.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A., & Weschler, H. (2002). Magnitude of alcohol- related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 136-144.
- Hobson, M.L. and Rejeski, W.J. (1993). Does the dose of acute exercise mediate psychophysiological response to mental stress. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 77± 87.
- Hodgins, D. C., el Guebaly, N., Armstrong, S., & Dufour, M. (1999). Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3-year prospective follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 151-157.
- Howland, R., & Hingson, R.(1988). Issues in research on alcohol in nonvehicular unintentional injuries. *Contemp Drug Probl*, (Spring), 95, 106.
- Θεοδωράκης, Γ. (2002). *Άσκηση και Ψυχική υγεία: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις*. Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Άσκηση και κάπνισμα: Μέρος 1ο. Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 225-238.

- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Άσκηση και κάπνισμα. Μέρος 2^ο. Έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό. *Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό*, 3, 239-248.
- Jensen, M. K., Sorensen, T. I., & Andersen, A. T. (2003). A prospective study of the association between smoking and later alcohol drinking in the general population. *Addiction*, **98**, 355–363.
- Kanfer, F. (1975). Self-management methods. In: Kanfer F. Goldstein A.eds. *Helping People Change. A Textbook of Methods*. New York, NY: Pergamon Press.
- Kaumert, P.W. Jr, Henderson, J.M., & Thompson, N.J. (1998). Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports, *J Adotesc Health*, **22**, 460-465.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1997) Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry* **154**, 322–329.
- Kim, E.L. Larimer, M.E., Walker, D.D., & Marlatt, G.A. (1997). Relationship of alcohol use to other health behaviors among college students. *Psychol Addict Behav.* **11**, 166-173.
- Landers, D. M., & Petruzzello, S. J. (1994). Physical activity, fitness, and anxiety. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health*, 868-882. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lane, A.M., Jackson, A., & Terry, P.C. (2005). Preferred modality influences on exercise induced mood changes. *Journal of Sports Science and Medicine*, **4**, 195-200.
- Lawlor, D. A., & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 322(7289), 763-767.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46 (8) 819-834.
- Lazarus, R. S. (2000). How emotions influence athletic performance. *The Sport Psychologist*, **14**, 229-252.
- Leichtler, J.S., Meilman, P.W., & Presley, C.A. (1998). Alcohol use and related consequences among students with varying levels of involvement in college athletics. *J Am Coll Health*, **46**, 257-262.
- Lipton, R.I. (1994). The effect of moderate alcohol use on the relationship between stress and depression. *American Journal of Public Health*, **84**, 1913-1917.
- Lyons, R.A., Lo. S.V. Monaghan, S., & Littlepage, B.N. (1995). Mortality and alcohol consumption. Moderate drinking also improves health (Letter). *British Medical Journal*, **310**, 326.

- Μαδιανός, Μ. Γ. (2003). *Κλινική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Madsen, T.F., Knop, J., Mortensen, E.L., Becker, U., & Gronbaek, M. (2007). Amount of alcohol consumption and risk of developing alcoholism in men and women. *Alcohol & Alcoholism*, **42**, 442-447.
- Marlatt, G. A. (1985). Lifestyle modification. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 280-348. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse. Implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson, P. O. & Davidson, S. M., eds. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*, 410-452. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- McCann, IL., & Homes, D.S.(1984). Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 1142-1147.
- McGowan, R. W., & Miller, M. J. (1989). Differences in mood states between successful and less successful karate participants. *Perceptual and Motor Skills*, **68**, 505-506.
- McNair, D.M., Lorr, M., & Droppleman. (1971). *Manual of the Profile of Mood States*. San Diego:CA:Edits.
- Mihalko, S.L., Mc Auley, E., & Bane, S.M. (1996). Self efficacy and affective responses to acute exercise in middle-aged adults. *Journal of Social Behavior and Personality*, **11**, 375-385. Department of Kinesiology, Louise Freer Hall, University of Illinois.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., et al. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed., pp. 12-44). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, *97*(3), 265-277.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., & Hutchison, K.E (2000). Toward bridging the gap between biological, psychological and psychosocial models of alcohol craving. *Addiction*, *95*(8), 229-237.

- Moore, M.J., & Werch, C. (2008). Relationship between vigorous exercise frequency and substance use among first-year drinking college students. *Journal of American College Health*, *56*(6), 686-690.
- Moussas, G., Christodoulou, C., & Douzenis, A. (2009). A short review on the actiology and pathophysiology of alcoholism. *Am. Gen. Psychiatry*, *14*, 10.
- Muntwyler, J., Hennekens, C. H., Buring, J. E., & Gaziano, J. M. (1998). Mortality and light to moderate alcohol consumption after myocardial infarction. *Lancet*, *352*, 1882-1885.
- Murphy, T. J., Pagano, R. R., & Marlatt, G. A. (1986). Lifestyle modification with heavy alcohol drinkers: Effects of aerobic exercise and meditation. *Addictive Behaviors*, *11*, 175-186.
- Nattiv, A., Puffer, J.C., & Green, G.A. (1997). Lifestyles and health risks of collegiate athletes. A multicenter study. *Clin J Sport Med*. *7*, 262-272.
- Nelson, T.F., & Wechsler, H. (2001). Alcohol and college athletes. *Med Sci Sport Exerc*. *33*, 43-47.
- North, T.C., McCullagh, P., & Tran, Z. (1990). Effect of exercise on depression. In: *Exercise and Sport Sciences Reviews*, K.B. Randolph (Ed.). Baltimore: Williams and Wilkinns, *18*, 379-415.
- Oberman, A. (1985). Exercise and the primary prevention of cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, *55*, 10D-20D.
- O' Connor, P. J., Raglin, J. S., & Martinsen E. W. (2000). Physical activity, anxiety and anxiety disorders. *International Journal of Sport Psychology*, *31*, 136-155.
- O' Neal, H. A., Dunn, A. L., & Martinsen, E. W. (2000). Depression and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, *31*, 110-135.
- Palmer, J. A., Palmer, L. K., Michiels, K., & Thigpen, B. (1995). Effects of type of exercise on depression in recovering substance abusers. *Perceptual and Motor Skills*, *80*, 523-530.
- Palmer, J., Vacc, N., & Epstein, J. (1988). Adult inpatient alcoholics: Physical exercise as a treatment intervention. *Journal of Studies on Alcohol*, *49*(5), 418-421
- Parfitt, G., & Gledhill, C. (2004). The effect of choice of exercise mode on psychological responses. *Psychology of Sport and Exercise*, *5*, 111-117.
- Parrott, D.J., Zeichner, A., & Stephens, D. (2003) Effects of alcohol, personality, and provocation on the expression of anger in men: a facial coding analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, *27*, 937-945.

- Peele, S., & Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, **60**, 221-247.
- Perri, M.G., Anton, S.D., Durning, P.E., (2002). Adherence to exercise prescriptions: effects of prescribing moderate versus higher levels of intensity and frequency. *Health Psychol*, **21**, 452-458.
- Peterson, M., & Johnstone, B. M. (1995). The Atwood Hall Health Promotion Program Federal Medical Center, Lexington, KY: Effects on drug-involved federal offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **12**, 43-48.
- Petruzzello, S. J., Hall, E. E., & Ekkekakis, P. (2001). Regional brain activation as a biological marker of affective responsivity to acute exercise: Influence of fitness. *Psychophysiology*, **38**, 99-106.
- Pierce, E.F., & Pate, D.W. (1994). Mood alterations in older adults following acute exercise. *Perceptual and Motor Skills*, **79**, 191-194.
- Pinto, B. M., & Marcus, B. H. (1994). Physical activity, exercise and cancer in women. *Medicine, Exercise, Nutrition, and Health*, **3**, 102-111.
- Plant, M. (2004). The alcohol harm reduction strategy for England. *BMJ*, **328**, 905-906.
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. New York: Harper Collins.
- Pollock, M.L. (1978). How much exercise is enough? *Phys Sports med*, **6**, 50-64.
- Powell, K. E., Thompson, P. D., Caspersen, C. J., & Kendrick, J. S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, **8**, 253-287.
- Power, C., Rodgers, B., & Hope, S. (1998). U – shaped relation for alcohol consumption and health in early adulthood and implications for mortality (Letter). *Lancet*, **352**, 877.
- Poznyak, V., Saraceno, B., & Obot, I.S. (2005). Breaking the vicious circle of determinants and consequences of harmful alcohol use. *Bulletin of the World Health Organization*, **83**, 803.
- Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, **58**(1), 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1997b). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, **92**(12), 1671-1698.

- Puetz, T. W., O'Connor, P. J., & Dishman, R. K. (2006). Effects of chronic exercise on feelings of energy and fatigue: A quantitative synthesis. *Psychological Bulletin*, **132**, 866–876.
- Read, J.P. & Brown, R.A. (2003). The role of physical exercise in alcoholism treatment and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34* (1), 49-56.
- Read, J.P., Kahler, C. W., & Stevenson, J. F. (2001). Bridging the gap between alcoholism treatment and practice: What works and why. *Professional Psychology: Research and Practice*, **32**, 227-238.
- Rejeski, W.J., Gregg, E., Thompson, A. and Berry, M.J. (1991). The effects of varying doses of acute aerobic exercise on psychophysiological stress responses in highly trained cyclists. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **13**, 188± 199.
- Rhodes, R.E., Warburton, D.E.R., Murray, H. (2009). Characteristics of physical activity guidelines and their effect on adherence: a review of randomized trials. *Sports Med*, **39**, 355-75.
- Riddoch, C. (1998). Relationships between physical activity and physical health in young people. In S. Biddle, J. F. Sallis, & N. Cavill (Eds.), *Young and active?_Young people and health-enhancing physical activity: Evidence and implications*, 17-48. London: Health Education Authority.
- Rodgers, B., Korten, A.E., Jorm, A.E. Jacomb, P.A., Christensen, H., & Henderson, A.S. (2000a). Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, **30**, 421- 432.
- Rose, E.A., & Parfitt, G. (2010). Pleasant for some and unpleasant for others: a protocol analysis of the cognitive factors that influence affective responses to exercise. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **7**, 1-15.
- Roth, D.L. (1989). Acute emotional and psychophysiological effects of aerobic exercise. *Psychophysiology*, *26* (5), 593-601.
- Roth, D.L., & Holmes, D.S. (1987). Influence of aerobic exercise training and relaxation training on physical and psychological health following stressful life events. *Psychosomatic Medicine*, **49**, 355-365.
- Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F., & Meyer, R. E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 505-513.

- Ruiz, M.C., & Hanin, Y.L. (2004). Idiosyncratic description of anger states in skilled Spanish karate athletes: An application of the Izof model. *Revista de Psicología del Deporte*, 13(1), 75-93.
- Ruiz, M.C., & Hanin, Y.L. (2004). Metaphoric description and individualized emotion profiling of performance states in top karate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16, 258-273.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social, development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction* 88, 791-804.
- Sher, L. (2006). Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *Sci World J*, 6, 1405-1411.
- Sher, K. J., Walitzer, K. S., Wood, P. K., & Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427-448.
- Sinyor, D., Brown, T., Rostant, L., & Seraganian, P. (1982). The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(3), 380-386.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (1995). The community reinforcement approach. In R. J. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 251-266. Boston: Allyn & Bacon.
- Spada, M.M., & Wells, A. (2005). Metacognitions, Emotion and Alcohol Use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 150-155.
- Spielberger, C. D., Johnson, E., Russell, S., Crane, R., Jacobs, G., & Worden, T. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In M. Chesney and R. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 5-30. Hemisphere: McGraw-Hill.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17, 35-47.
- Stevenson, J.S., & Masters, J.A. (2005). Predictors of alcohol misuse and abuse in older women. *J Nurs Scholarsh.*, 37(4), 329-35.

- Subramanian, S. V., Nandy, S., & Irving, M. (2005). Role of socioeconomic markers and state prohibition policy in predicting alcohol consumption among men and women in India: a multilevel statistical analysis. *Bulletin of the World Health Organization* **83**, 829–836.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, **100**, 195-201.
- Tkachuk, G. A., & Martin, G. L. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, **30**, 275–282.
- Tsukue, I., & Shohoji, T. (1981). Movement therapy for alcoholic patients. *Journal of Studies on Alcohol*, *42*(1), 144-149.
- Tudor- Locke, C., & Bassett, R. (2004). How many steps/ day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*, *34*(1), 1-8.
- Tuson, K.M. and Sinyor, D. (1993). On the effective benefits of acute aerobic exercise: Taking stock after twenty years of research. In *Exercise Psychology: The Influence of Physical Exercise on Psychological Processes* (edited by P. Seraganian), pp. 80± 121. New York: John Wiley.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control.
- Ussher, M. H., Sampuran, A. K., Doshi, R., West, R., & Drummond, D. C. (2004). Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges. *Addiction*, **99**, 1542-1547.
- Ussher, M. H., Taylor, A. H., West, R., & McEwen, A. (2000). Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction*, **95**, 199-208.
- Vickers, K.S., Patten, C.A., & Bronars, C. et al. (2004). Binge drinking in female college students: The association of physical activity, weight concern, and depressive symptoms. *J Am Coll Health*, **53**, 133-140.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, **54**, 1063-1070.
- Watson, D., Tellegen, A. 1985. Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, **98**, 219-235.
- Wechsler, H. Kuo, M. Lee, H., & Dowdall, G.W. (2000). Environmental correlates of underage alcohol use and related problems of college students. *Am J Prev Med.*, **19**, 24-29.

- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Werch, C.C., Moore, M., DiClemente, C.C., Owen, D.M., Jobli, E., & Bledsoe, R. (2003). A Sport- based intervention for preventing alcohol use and promoting physical activity among adolescents. *Journal of School Health*, 73 (10), 380-388.
- Wilson, G.T. (1988). Alcohol and anxiety. *Behavioural Research and Therapy*, 26(5), 369–381.
- Wilson, G.S., Pritchard, M.E., & Schaffer, J. (2004). Athletic status and drinking behavior in college students: the influence of gender and coping styles. *J Am Coll Health.*, 52, 269-273.
- Wipfli, B., Rethorst, C., & Landers, W. (2008). The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 30, 392-410.
- World Health Organization (2002) .The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. *World Health Organization*, Geneva, 65–67.
- World Health Organization (2005). Report on alcohol in the WHO European Region. Background paper for the framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (internet). Available at <http://www.euro.who.int/Document/RC55/ebd01.pdf>.
- World Health Organization (2007). The World Health Report 2007- A safer future: global public health security in the 21st century. *World Health Organization*, Geneva, 1-96.
- World Health Organization (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. *World Health Organization*, Geneva, 1-70.
- Ζερβάς, Γ. (1996). Άσκηση και ψυχική διάθεση. *Κινησιολογία*, 1, 19-29.
- Ζήσης, Τ. (2002). *Η κυβερνητική του εαυτού. Μια θεωρία για τον αλκοολισμό*. Αρχείο ΚΨΥ Δυτικού Τομέα Θεσ/νίκης. Φ. Τριανταφύλλου (Επιμ.).
- Ζουρμπάνος, Ν., Τζιαμούρτας, Α., Στάβερη, ΕΛ., Χατζηγεωργιάδης, Α., & Θεοδωράκης, Γ. (2011). Η φυσική άσκηση ως συμπληρωματική στρατηγική για την αντιμετώπιση της κατάχρησης αλκοόλ. *Hellenic Journal of Psychology*, in press.

Ιστοσελίδες

http://www.pe.uth.gr/cms/phocadownload/epeack/askisi_psychiki_ygeia/dialekseis/6.pdf

http://www.iatro.gr/psixologia/psychology/502-psyxiki-diathesi-26-somatiki_askisi.html).

<http://www.bestrong.org.gr/el/healthylife/alcoholrestriction/alcoholism/whatisalcoholism/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Συχνότητα και ποσότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών (Sher et al., 1991).

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και απαντήστε κυκλώνοντας την κατάλληλη απάντηση. Αλκοολούχο ποτό θεωρείται ένα μπουκάλι μύρα (περίπου 320ml), ή ένα ποτήρι κρασί (περίπου 120ml), ή ένα σφηνάκι λικέρ ή κάποιο κοκτέιλ.

1. Τον περασμένο μήνα πόσες φορές ήπιες κάποιο αλκοολούχο ποτό;

Δεν ήπια καθόλου αλκοόλ τον περασμένο μήνα	Ήπια μια φορά τον περασμένο μήνα	Ήπια 2-3 φορές τον περασμένο μήνα	Ήπια 1 ή 2 φορές την εβδομάδα	Ήπια 3 ή 4 φορές την εβδομάδα	Ήπια 5 ή 6 φορές την εβδομάδα	Έπινα σχεδόν κάθε μέρα	Έπινα κάθε μέρα
--	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------

2. Τον περασμένο μήνα πόσα αλκοολούχα ποτά συνήθως καταλάωνες κάθε φορά που έπινες;

Δεν ήπια καθόλου αλκοόλ τον περασμένο μήνα	1 ποτ ό	2 ποτ ά	3 ποτ ά	4 ποτ ά	5 ποτ ά	6 ποτ ά	7 ποτ ά	8 ποτ ά	9 ποτ ά	10 ποτ ά	11 ποτ ά	12 ποτ ά	13 ή και περισσότερα ποτά
--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------	----------	----------	---------------------------

3. Τον περασμένο μήνα πόσες φορές ήπιες από 5 αλκοολούχα ποτά και πάνω σε μια περίπτωση;

Δεν ήπια καθόλου αλκοόλ τον περασμένο μήνα	Ήπια μια φορά τον περασμένο μήνα	Ήπια 2-3 φορές τον περασμένο μήνα	Ήπια 1 ή 2 φορές την εβδομάδα	Ήπια 3 ή 4 φορές την εβδομάδα	Ήπια 5 ή 6 φορές την εβδομάδα	Έπινα σχεδόν κάθε μέρα	Έπινα κάθε μέρα
--	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Συχνότητα συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες «Leisure score index» (LSI) του «Godin Leisure Time Exercise Questionnaire» (GLTEQ; Godin & Shephard 1985; Godin, Jobin, & Bouillon, 1986) όπως προσαρμόστηκε στα Ελληνικά (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005).

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (πρόσφατα μιας εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;. (Γράψτε σε κάθε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό.)

	ΦΟΡΕΣ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
Α) έντονη άσκηση – η καρδιά κτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)	()
Β) μέτρια άσκηση –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)	()
Γ) ήπια άσκηση – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα).	()

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Συναισθήματα. PNA - 26 (Positive Negative Affect-26- PNA-26) του Hanin (1997, 2000) και Hanin και Παραϊοαννου (2001) που δημιουργήθηκε από Hanin (2000) από 10 γενικές κλίμακες διάθεσης (Watson & Tellegen, 1985).

Γενικά, πώς νοιώθεις αυτή τη στιγμή που συμπληρώνεις το ερωτηματολόγιο;

	μέγιστο δυνατό	πολύ	μέτρα	λίγο	Καθόλου							
ΗΡΕΜΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΧΑΛΑΡΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΗΣΥΧΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΕΠΑΝΑΠΑΥΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΚΑΛΜΑΡΙΣΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΑΤΑΡΑΧΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΦΟΒΙΣΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΑΝΑΣΦΑΛΗΣ	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΣΤΕΝΑΧΩΡΗΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΑΝΑΣΤΑΤΩΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΣΦΙΧΤΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΑΜΦΙΒΟΛΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΔΥΝΑΤΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΣΒΕΛΤΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΕΝΘΟΥΣΙΩΔΗΣ	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΕΜΠΝΕΥΣΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΣ/Α	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΤΣΙΤΩΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΕΧΘΡΙΚΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΑΔΙΣΤΑΚΤΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΒΙΑΙΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ΘΥΜΩΜΕΝΟΣ/Η	●	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.

Διάγνωση αλκοολισμού - The Alcohol Use Disorders Identification Test –AUDIT

ΗΛΙΚΙΑ: _____ ΦΥΛΟ: _____
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: _____ ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: _____

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				
Παρουσιάστε αυτή τη δομημένη συνέντευξη,				
ενημερώνοντας τον ασθενή ότι θα του κάνετε ερωτήσεις για την χρήση των αλκοολούχων ποτών τον προηγούμενο χρόνο.				
Βάλτε έναν κύκλο σε αυτό που προσεγγίζει καλύτερα την απάντηση του ασθενούς				
1. Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ				
(0) Ποτέ	(1) Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	(2) 2 με 4 φορές το μήνα	(3) 2-3 φορές την εβδομάδα	(4) 4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μια συνηθισμένη μέρα όταν πίνετε				
(0) 1 ή 2	(1) 3 ή 4	(2) 5 ή 6	(3) 7 με 9	(4) 10 ή περισσότερες
3. Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα				
(0) Ποτέ	(1) Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	(2) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα	(3) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
4. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώνετε ότι δεν είστε σε θέση να σταματήσετε να πίνετε άπα και αρχίσατε				
(0) Ποτέ	(1) Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	(2) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα	(3) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
5. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο δεν καταφέρατε να κάνετε αυτό που οι άλλοι περίμεναν από σας λόγω του ότι είχατε πει				
(0) Ποτέ	(1) Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	(2) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα	(3) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
6. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να πιείτε ένα ποτό το πρωί για να μπορείτε να λειτουργήσετε μετά από ένα βράδυ που είχατε πει πολύ				
(0) Ποτέ	(1) Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	(2) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα	(3) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
7. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, είχατε αισθήματα τύψεων και ενοχής μετά που είχατε πει πολύ				
(0) Ποτέ	(1) Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	(2) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα	(3) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
8. Πόσο συχνά μέσα στον τελευταίο χρόνο, δεν μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβη το προηγούμενο βράδυ γιατί είχατε πει				
(0) Ποτέ	(1) Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	(2) Τουλάχιστον μία φορά το μήνα	(3) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα	(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
9. Έχει τύχει εσείς ή κάποιος άλλος να τραυματισθεί λόγω του ότι είχατε πει				
(0) Όχι	(2) Ναι, αλλά όλα τον τελευταίο χρόνο		(4) Ναι, πέρυσι	
10. Υπάρχει κάποιος συγγενής, φίλος ή γιατρός ή που έχει ανησυχήσει για το πόσο πίνετε ή σας έχει συστήσει να το κόψετε				
(0) Όχι	(2) Ναι, αλλά όλα τον τελευταίο χρόνο		(4) Ναι, πέρυσι	

(Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grand, 1993).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Διάγνωση κατάθλιψης - Beck Depression Inventory- BDI (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Σημάδεψε με έναν σταυρό την πρόταση που διάλεξες. Αν νομίζεις ότι ισχύουν περισσότερες από μια προτάσεις της ίδιας ομάδας, σημάδεψε αυτές που νομίζεις ότι ισχύουν. Προτού διαλέξεις, φρόντισε να διαβάσεις όλες τις προτάσεις της κάθε ομάδας.

1	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω θλιμμένος . <input type="checkbox"/> Νιώθω θλιμμένος. <input type="checkbox"/> Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό. <input type="checkbox"/> Είμαι τόσο θλιμμένος ή δυστυχισμένος, που δεν μπορώ να το αντέξω.
2	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω καμία ιδιαίτερη αποθάρρυνση όσο αφορά στο μέλλον. <input type="checkbox"/> Νιώθω να μην έχω κουράγιο για το μέλλον. <input type="checkbox"/> Νιώθω πως δεν έχω να περιμένω τίποτα από το μέλλον. <input type="checkbox"/> Νιώθω πως δεν υπάρχει καμία ελπίδα για το μέλλον και πως τα πράγματα δεν πρόκειται να καλύτερέψουν.
3	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω αποτυχημένος . <input type="checkbox"/> Νιώθω πως είμαι περισσότερο αποτυχημένος από το μέσο όρο. <input type="checkbox"/> Όταν σκέπτομαι τη ζωή μου, το μόνο που βλέπω είναι μια σειρά από αποτυχίες. <input type="checkbox"/> Νιώθω ό,τι είμαι εντελώς αποτυχημένος σαν άτομο.
4	<input type="checkbox"/> Παίρνω από τα πράγματα την ίδια ικανοποίηση που έπαιρνα πάντοτε. <input type="checkbox"/> Δεν χαίρομαι με τα πράγματα έτσι όπως τα χαρμόμουνα. <input type="checkbox"/> Τίποτα δεν μου δίνει πραγματική ικανοποίηση. <input type="checkbox"/> Είμαι ανικανοποίητος με τα πάντα ή βαριέμαι τα πάντα.
5	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω καμία ιδιαίτερη ενοχή . <input type="checkbox"/> Νιώθω ένοχος κάμποσες φορές. <input type="checkbox"/> Νιώθω σχετικά ένοχος τον περισσότερο καιρό. <input type="checkbox"/> Νιώθω ένοχος συνέχεια.
6	<input type="checkbox"/> Δεν έχω την αίσθηση ό,τι τιμωρόμαι για κάτι. <input type="checkbox"/> Έχω την αίσθηση ό,τι ίσως να τιμωρόμαι. <input type="checkbox"/> Περιμένω πως θα τιμωρηθώ. <input type="checkbox"/> Νιώθω ό,τι τιμωρούμε.
7	<input type="checkbox"/> Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου. <input type="checkbox"/> Είμαι απογοητευμένος με τον εαυτό μου. <input type="checkbox"/> Ο εαυτός μου με αηδιάζει. <input type="checkbox"/> Μισώ τον εαυτό μου.
8	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω περισσότερο άσχημα απ' ό,τι ο οποιοσδήποτε άλλος. <input type="checkbox"/> Κριτικάρω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου. <input type="checkbox"/> Συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για όσα στραβά έχω. <input type="checkbox"/> Κατηγορώ τον εαυτό μου για καθετί κακό που συμβαίνει.
9	<input type="checkbox"/> Δεν μου περνά καμία σκέψη να σκοτωθώ . <input type="checkbox"/> Μου έρχονται σκέψεις να σκοτωθώ, αλλά δεν τις πραγματοποιώ. <input type="checkbox"/> Θα ήθελα να σκοτωθώ. <input type="checkbox"/> Θα σκοτωνόμουνα αν μου δίνονταν η ευκαιρία.
10	<input type="checkbox"/> Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο. <input type="checkbox"/> Τώρα κλαίω περισσότερο απ' ό,τι παλιότερα. <input type="checkbox"/> Τώρα κλαίω συνέχεια. <input type="checkbox"/> Κάποτε μπορούσα κι έκλαιγα, όμως τώρα δεν μπορώ να κλάω παρ' όλο που το θέλω.
11	<input type="checkbox"/> Δεν είμαι τώρα περισσότερο εκνευρισμένος απ' ό,τι είμαι συνήθως. <input type="checkbox"/> Ενοχλούμε ή εκνευρίζομαι πιο εύκολα απ' ό,τι είμαι συνήθως. <input type="checkbox"/> Τώρα συνεχώς νιώθω εκνευρισμένος. <input type="checkbox"/> Δεν με εκνευρίζουν διόλου τα πράγματα που κάποτε μ' εκνευρίζαν.
12	<input type="checkbox"/> Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους. <input type="checkbox"/> Ενδιαφέρομαι για τους άλλους λιγότερο απ' ό,τι ενδιαφερόμουν πριν. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.
13	<input type="checkbox"/> Παίρνω αποφάσεις περίπου το ίδιο καλά όσο πάντοτε. <input type="checkbox"/> Αναβάλλω τις αποφάσεις μου πιο συχνά απ' ό,τι τις ανέβαλλα πριν. <input type="checkbox"/> Δυσκολεύομαι περισσότερο στο να πάρω αποφάσεις σε σύγκριση με παλιότερα. <input type="checkbox"/> Δεν παίρνω πια καμία απόφαση.
14	<input type="checkbox"/> Δεν έχω την αίσθηση ό,τι έχω χειρότερη εμφάνιση απ' ό,τι παλιότερα. <input type="checkbox"/> Μ' ανησυχεί το ό,τι δείχνω γερασμένος ή όχι ελκυστικός. <input type="checkbox"/> Έχω την αίσθηση ό,τι η εμφάνισή μου άλλαξε οριστικά, έτσι που να μη δείχνω ελκυστικός. <input type="checkbox"/> Πιστεύω πως δείχνω άσχημος.
15	<input type="checkbox"/> Εργάζομαι το ίδιο καλά όσο πάντοτε. <input type="checkbox"/> Χρειάζεται να καταβάλλω επιπλέον προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι. <input type="checkbox"/> Αναγκάζομαι να πιέσω παρά πολύ τον εαυτό μου για να κάνω οτιδήποτε. <input type="checkbox"/> Δεν μπορώ να κάνω καμία απολύτως δουλειά.
16	<input type="checkbox"/> Μπορώ να κοιμάμαι το ίδιο καλά όπως συνήθως. <input type="checkbox"/> Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο κοιμόμουνα. <input type="checkbox"/> Ξυπνώ 2-3 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ. <input type="checkbox"/> Ξυπνώ πολλές ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο μου και μετά δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.

17	<input type="checkbox"/> Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' το συνηθισμένο. <input type="checkbox"/> Κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι κουραζόμουν πριν. <input type="checkbox"/> Κουράζομαι με σχεδόν ό,τι και αν κάνω. <input type="checkbox"/> Είμαι τόσο κουρασμένος που δεν κάνω τίποτα.
18	<input type="checkbox"/> Η όρεξη μου δεν είναι χειρότερη απ' ό,τι συνήθως. <input type="checkbox"/> Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο ήταν πριν. <input type="checkbox"/> Η όρεξη μου τώρα έχει χειροτερέψει. <input type="checkbox"/> Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
19	<input type="checkbox"/> Δεν έχω χάσει καθόλου (ή πολύ) βάρος τελευταία. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει περισσότερο από 3 κιλά. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει περισσότερο από 8 κιλά. Επίτηδες προσπαθώ να χάσω βάρος τρώγοντας λιγότερο: ναι όχι
20	<input type="checkbox"/> Η υγεία μου δεν μ' ανησυχεί περισσότερο από το συνηθισμένο. <input type="checkbox"/> Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα μου όπως πόνοι ή ανακατωμένο στομάχι δυσκολιότητα. <input type="checkbox"/> Μ' ανησυχούν πολύ τα σωματικά προβλήματα και δύσκολα σκέφτομαι κάτι άλλο έξω απ' αυτά. <input type="checkbox"/> Μ' ανησυχούν τα σωματικά μου προβλήματα τόσο πολύ που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.
21	<input type="checkbox"/> Δεν έχω παρατηρήσει πρόσφατα καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ . <input type="checkbox"/> Ενδιαφέρομαι για σεξ λιγότερο απ' όσο ενδιαφερόμουν πριν. <input type="checkbox"/> Τώρα ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για το σεξ.
Σ	

0 = απουσία του συμπτώματος, 1 = συμπτώματα ήπιου βαθμού, 2 = μέτριο, 3 = έντονο, 4 = πολύ έντονο σύμπτωμα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

Κλίμακα Επιθυμίας για αλκοόλ - Questionnaire of Alcohol Urges – QAU (Bohn, Krahn, & Staehler, 1995).

Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις που περιγράφουν τα συναισθήματά σας σχετικά με το ποτό. Οι λέξεις «πίνω» και «ποτό» αναφέρονται σε οποιοδήποτε ποτό περιέχει αλκοόλ, όπως η μπύρα, το κρασί, ή το λικέρ. Σας παρακαλώ να προσδιορίσετε πόσο **συμφωνείτε** ή **διαφωνείτε** με κάθε μία από τις παρακάτω δηλώσεις σημειώνοντας απλά ένα **X** (π.χ. : **X** : ___ : ___) κατά μήκος των διακεκομμένων γραμμών μεταξύ των **ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ** και **ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ**. Όσο πιο κοντά σημειώσετε το X στη μια ή στην άλλη άκρη τόσο θα δείχνετε το πόσο βρίσκεστε σε συμφωνία ή διαφωνία με τη δήλωση. Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε κάθε ερώτηση. **Ενδιαφερόμαστε να μάθουμε, πως σκέφτεστε ή αισθάνεστε αυτή τη στιγμή που συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο.**

1. Το μόνο που θέλω τώρα είναι ένα ποτό

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

2. Δεν χρειάζομαι τώρα ένα ποτό

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

3. Θα ήταν δύσκολο να πω όχι σε ένα ποτό τώρα

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

4. Αν έπινα αυτή τη στιγμή όλα θα φαίνονταν τέλεια

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

5. Θέλω να πω τόσο «πολύ» που σχεδόν το αισθάνομαι στο στόμα μου

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

6. Τίποτα δεν θα ήταν καλύτερο αυτή τη στιγμή από το να έπινα ένα ποτό

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

7. Αν μου δινόταν η ευκαιρία για ένα ποτό, δεν νομίζω ότι θα το έπινα

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

8. Πεθαίνω για ένα ποτό αυτή τη στιγμή

Διαφωνώ Απόλυτα: ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : ___ : Συμφωνώ Απόλυτα

Υπεύθυνη Δήλωση

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος-η (ονοματεπώνυμο - ΑΕΜ),
μεταπτυχιακός/διδασκτορικός-η φοιτητής -τρια του τμήματος του
προγράμματος

δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους παρακάτω όρους που αφορούν

(α) στα πνευματικά δικαιώματα της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας (ΜΔΕ)/
Διδακτορικής διατριβής μου με τίτλο

(β) στη διαχείριση των ερευνητικών δεδομένων που θα συλλέξω στην πορεία
εκπόνησής της:

1. Τα πνευματικά δικαιώματα του τόμου της μεταπτυχιακής ή διδακτορικής
διατριβής που θα προκύψει θα ανήκουν σε μένα. Θα ακολουθήσω τις οδηγίες
συγγραφής, εκτύπωσης και κατάθεσης αντιτύπων της διατριβής στα ανάλογα
αποθετήρια (σε έντυπη ή/και σε ηλεκτρονική μορφή).

2. Η διαχείριση των δεδομένων της διατριβής ανήκει από κοινού σε εμένα και
στον/στην κύριο επιβλέποντα -ουσα καθηγητή -τρια.

3. Οποιαδήποτε επιστημονική δημοσίευση ή ανακοίνωση (αναρτημένη ή
προφορική), ή αναφορά που προέρχεται από το υλικό/δεδομένα της εργασίας αυτής
θα γίνεται με συγγραφείς εμένα τον ίδιο, τον/την κύριο-α επιβλέποντα -ουσα ή/και
άλλους ερευνητές (πχ μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, συνεργάτες
κλπ), ανάλογα με τη συμβολή τους στην έρευνα και στη συγγραφή των ερευνητικών
εργασιών.

4. Η σειρά των ονομάτων στις επιστημονικές δημοσιεύσεις ή επιστημονικές
ανακοινώσεις θα αποφασίζεται από κοινού από εμένα και τον/την κύριο -α
επιβλέποντα -ουσα της εργασίας, πριν αρχίσει η εκπόνησή της. Η απόφαση αυτή θα
πιστοποιηθεί εγγράφως μεταξύ εμού και του/της κύριου-ας επιβλέποντος -ουσας.

**Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω τους κανόνες περί δεοντολογίας και περί
λογοκλοπής και πνευματικής ιδιοκτησίας και ότι θα τους τηρώ απαρέγκλιτα
καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης και κάλυψης των εκπαιδευτικών
υποχρεώσεων μου που προκύπτουν από το ΠΜΣ/τμήμα και καθ' όλη τη διάρκεια
των διαδικασιών δημοσίευσης που θα προκύψουν μετά την ολοκλήρωση των
σπουδών μου.**

[- ημερομηνία -]

Ο/Η δηλών -ούσα

(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή του/της υποψήφιου-ας μεταπτυχιακού/διδάκτορα)