

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**  
**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ "ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ**  
**ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ"**



**Τίτλος Μεταπτυχιακής Εργασίας: «Ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές ως διαμεσολαβητές στη σχέση της χρήσης ουσιών με τις διατροφικές διαταραχές».**

**Φοιτήτρια: Κυριακίδου Ευδοξία**

**A.M.:201**

**Υπεύθυνος καθηγητής: Καραδήμας Ευάγγελος**

**Ρέθυμνο, 2017-2018**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Χρήση Ουσιών.....	7
1.1. Επιπτώσεις της χρήσης ουσιών.....	10
1.2. Αίτια της χρήσης ουσιών.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Διατροφικές Διαταραχές.....	14
2.1. Αίτια των διατροφικών διαταραχών.....	16
2.2. Επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Χρήση Ουσιών και Διατροφικές Διαταραχές.....	20
3.1. Συσχέτιση χρήσης ουσιών και διατροφικών διαταραχών.....	20
3.2. Αιτιολογία της σχέσης μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών.....	21
3.3. Παράγοντες που επιδρούν στη χρήση ουσιών και στις διατροφικές διαταραχές.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:	
Παρορμητικότητα.....	26
4.1. Παρορμητικότητα και χρήση ουσιών.....	26
4.2. Παρορμητικότητα και διατροφικές διαταραχές.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Οικογενειακή Λειτουργικότητα.....	30
5.1. Οικογενειακή Λειτουργικότητα και χρήση ουσιών.....	31
5.2. Οικογενειακή Λειτουργικότητα και διατροφικές διαταραχές.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Κατάθλιψη.....	35
6.1. Κατάθλιψη και χρήση ουσιών.....	35
6.2. Κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: Ανεργίας.....	38
7.1. Ανεργία και χρήση ουσιών.....	38

7.2. Ανεργία και διατροφικές διαταραχές.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	44
8.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία.....	44
8.2. Εργαλεία.....	45
8.3. Στατιστικές Μέθοδοι.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΕΝΑΤΟ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	49
9.1. Σχέση χρήσης ουσιών με τις διατροφικές διαταραχές αλλά και με τις μεταβλητές παρορμητικότητας, οικογενειακή λειτουργικότητα, κατάθλιψη και ανεργία.....	49
9.2. Επίδρασης του φύλου ως προς τις διατροφικές διαταραχές, στον κλινικό πληθυσμό και στο γυναικείο πληθυσμό.....	50
9.3. Διαμεσολάβηση της κατάθλιψης, της παρορμητικότητας και της οικογενειακής λειτουργικότητας στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών.....	50
9.3.1. Αλληλεπίδραση του πληθυσμού και της κατάστασης της εργασίας στα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών.....	52
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	5
5	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα εξετάζει τη σχέση της χρήσης ουσιών με τις διατροφικές διαταραχές, διερευνώντας τον πιθανό διαμεσολαβητικό ρόλο κάποιων συγκεκριμένων ψυχολογικών μεταβλητών, δηλαδή της κατάθλιψης, της παρορμητικότητας και της οικογενειακής λειτουργικότητας, αλλά και την πιθανή επίδραση μιας κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής, της ανεργίας, στα πλαίσια της ελληνικής κοινωνίας. Το δείγμα αποτελείτο από 160 άτομα, 80 χρήστες και 80 γενικό πληθυσμό. Βρέθηκε ότι η χρήση ουσιών δε σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές καθώς τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. Όμως φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της χρήσης ουσιών και των άλλων ψυχολογικών μεταβλητών. Ωστόσο δεν βρέθηκε να υπάρχει σχέση της χρήσης ουσιών και της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής, της ανεργίας. Ακόμη φάνηκε πως οι γυναίκες χρήστριες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών και από τους άντρες χρήστες και από τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού. Τέλος, βρέθηκε πως η κατάθλιψη και η οικογενειακή λειτουργικότητα διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών κάτι που δε συνέβη με τον παράγοντα της παρορμητικότητας. Όσον αφορά την ανεργία φάνηκε πως αλληλοεπιδρά με την χρήση ουσιών επηρεάζοντας έτσι τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών. Αυτά τα ευρήματα πιθανώς δείχνουν ότι στον ελληνικό πληθυσμό δεν επιβεβαιώνεται η σχέση της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών και ότι πιθανόν η παρέμβαση κάποιων άλλων μεταβλητών να σχετίζεται με την συνύπαρξή τους.

*Λέξεις κλειδιά:* χρήση ουσιών, διατροφικές διαταραχές, ανεργία, ψυχολογικές μεταβλητές

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, εμφανίζουν προβλήματα με το βάρος τους και δυσκολεύονται να φροντίσουν τόσο το σώμα όσο και την εξωτερική τους εμφάνιση. Η εστίαση και το ενδιαφέρον τους επικεντρώνεται αποκλειστικά και μόνο στην εύρεση της ουσίας τους με αποτέλεσμα να αδιαφορούν για οτιδήποτε άλλο, όπως είναι η διατροφή και η εικόνα του σώματος τους. Συνέπεια αυτών τους των διατροφικών συνηθειών και αυτής τους της μονόπλευρης εστίασης είναι να υποσιτίζονται, να εξαντλείται η ενέργεια τους, να παραμελούν εξολοκλήρου το σώμα και την εικόνα τους και τελικά να εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές (Cowan & Devine, 2008).

Παράλληλα άλλες έρευνες καταδεικνύουν πως τα άτομα με διατροφικές διαταραχές συχνά παρουσιάζονται να εμφανίζουν πρόβλημα και με κάποια ουσία. Η πιο συχνή ουσία που συνδέεται με τις διατροφικές διαταραχές παρατηρείται πως είναι το αλκοόλ. Αυτές λοιπόν οι έρευνες επισημαίνουν τον προβλεπτικό ρόλο των διατροφικών διαταραχών στη μετέπειτα εμφάνιση εξάρτησης από κάποια ουσία (Cassin & von Ranson, 2005. Vaz- Leal και συν., 2015. ).

Πλέον ποικίλες έρευνες και μελέτες έχουν υποδείξει πως μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών υπάρχει μια συσχέτιση χωρίς ωστόσο να έχουν ακόμη αποδείξει εάν η σχέση αυτή είναι αιτιακή ή τους παράγοντες που οδηγούν σε αυτήν τη συσχέτιση (Gadalla & Piran, 2007. Wolfe & Maisto, 2000). Υπάρχουν αναφορές που κάνουν λόγο για την ύπαρξη κάποιων κοινών χαρακτηριστικών ή κάποιων γενετικών παραγόντων που μπορεί να ευθύνονται για αυτή τη συσχέτιση χωρίς όμως να έχουν καταλήξει σε κάποιο συμπέρασμα (Brewerton, 2017. Vaz – Lead και συν., 2015). Αυτό που έχει αποδειχθεί πάντως είναι τα αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ αυτών των δύο συμπεριφορών αλλά και οι δυσμενέστερες επιπτώσεις και η αυξημένη δυσκολία της θεραπευτικής αντιμετώπισης όταν οι δύο αυτές συμπεριφορές συνυπάρχουν

Κρίνεται λοιπόν αναγκαίο να κατανοηθεί ο τρόπος συσχέτισης της χρήσης ουσιών με τις διατροφικές διαταραχές ώστε η γνώση αυτή να λειτουργήσει ως κινητήριο δύναμη για μια καλύτερη θεραπευτική πορεία με λιγότερες επιβλαβείς επιπτώσεις, υποτροπές και μεταπηδήσεις από τη μια συμπεριφορά στην άλλη. Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να ερευνηθεί εάν κάποιες σημαντικές από την υπάρχουσα βιβλιογραφία ψυχολογικές μεταβλητές που συνδέονται τόσο με τη χρήση ουσιών όσο και με τις διατροφικές διαταραχές, όπως η παρορμητικότητα, η κατάθλιψη και η οικογενειακή λειτουργικότητα και η κοινωνικο-οικονομική μεταβλητή ανεργία, μεσολαβούν στη ή αλληλοεπιδρούν με τη σχέση που ήδη έχει αποδειχθεί πως υπάρχει μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Δεδομένου λοιπόν ότι η χρήση ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές μοιράζονται κάποιες κοινές μεταβλητές προβλεψιμότητας υποστηρίζεται πως πιθανόν αυτές οι μεταβλητές είναι υπεύθυνες για τη συσχέτιση αυτών των διαταραχών, τονίζοντας έτσι την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα τους. Επίσης, θα γίνει σύγκριση μεταξύ ατόμων

που κάνουν χρήση ουσιών και ατόμων από το γενικό πληθυσμό ώστε να ερευνηθεί εάν τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε αυτές τις μεταβλητές σε σχέση με τα άτομα από τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, θα ερευνηθεί εάν άλλοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο, επηρεάζουν αυτή τη σχέση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι ψυχοδραστικές ουσίες αποτελούν ένα φαινόμενο που είναι γνωστό από την εποχή που οργανώθηκαν οι ανθρώπινες κοινωνίες. Ήδη στους αρχαίους πολιτισμούς καταγράφεται η ύπαρξη τους ως ένα αναπόσπαστο μέρος των τελετουργιών προς τους θεούς τους καθώς και ως ένας συνήθης τρόπος διασκέδασης (Λιάππας & Πομίни, 2004).

Με τον όρο ψυχοδραστικές ουσίες γίνεται αναφορά σε κάθε τεχνική ουσία η οποία λαμβάνεται από οποιαδήποτε οδό του σώματος και επηρεάζει σωματικά και ψυχικά το άτομο. Πολύ συχνά χρησιμοποιείται και ο όρος ναρκωτικά για να γίνει αναφορά σε ουσίες με διαφορετική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) με κοινή όμως ιδιότητα τη μεταβολή της σωματοψυχικής κατάστασης του ατόμου. Αξίζει να τονισθεί πως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) πιο δόκιμος θεωρείται ο όρος εξαρτησιογόνος ουσία (Λιάππας & Πομίни, 2004).

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες χωρίζονται συνήθως σε νόμιμες, όπως το αλκοόλ και το τσιγάρο και σε παράνομες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων η κάνναβη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη και οι αμφεταμίνες. Η πιο βασική κατηγοριοποίηση έχει να κάνει με τον τρόπο δράσης της κάθε ουσίας. Έτσι υπάρχουν τα κατασταλτικά που καταπραΰνουν τη συμπεριφορά, τη σκέψη και το συναίσθημα του ατόμου, τα διεγερτικά που προκαλούν αυξημένη ενεργητικότητα και βελτιωμένη διάθεση και τα ψυχεδελικά ή αλλιώς οι ψευδαισθησιογόνες ουσίες που μεταβάλλουν την αισθητηριακή αντίληψη του ατόμου (Barlow & Durand, 2001).

Ανάλογα με το βαθμό και τη συχνότητα λήψης μια εθιστικής ουσίας χρησιμοποιούνται συνήθως τρεις διαφορετικοί όροι: χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση ουσιών (Λιάππας & Πομίни, 2004). Ο όρος χρήση ουσιών αναφέρεται στην απλή και περιστασιακή λήψη μιας ουσίας που γίνεται με σκοπό τη δοκιμή και την κάλυψη της περιέργειας. Πολλές φορές χρησιμοποιείται και ο όρος κοινωνική χρήση ο οποίος αναφέρεται στη λήψη νόμιμων ουσιών, όπως το αλκοόλ, που γίνεται για λόγους διασκέδασης και χαλάρωσης στα πλαίσια της παρέας. Όταν αυτή η περιστασιακή χρήση μετατραπεί σε πιο συχνή και έντονη τότε χρησιμοποιείται ο όρος κατάχρηση ουσιών. Σημαντικό είναι πως αυτή η αλλαγή στον τρόπο και στη συχνότητα της χρήσης συνοδεύεται και από δυσκολία ελέγχου της χρήσης από το άτομο. Ο όρος εξάρτηση – εθισμός αναφέρεται στην ψυχαναγκαστική εμπλοκή του ατόμου για καθημερινή χρήση και στην αδυναμία του να τη διακόψει παρόλο των ποικίλων προβλημάτων που επιφέρει στη ζωή του (Αυδή & Ρούσση, 2010). Το εθισμένο άτομο παραμένει εγκλωβισμένο στην ακατάσχετη επιθυμία του να λαμβάνει την ουσία χωρίς να είναι ικανό να ελέγξει ούτε την χρήση ούτε και τον ίδιο τον εαυτό του (Βαρβαρήγος και συν., 2016). Αξίζει να τονισθεί πως η πορεία από την χρήση στην κατάχρηση και έπειτα στην εξάρτηση – εθισμό είναι μακράς συνήθως διάρκειας διαδικασία και πολλές φορές δεν είναι προκαθορισμένη ή συνεχόμενη καθώς μπορεί να υπάρχουν εναλλαγές σε αυτήν. Αυτό που

είναι βέβαιο είναι η επιρροή της από τρεις βασικούς παράγοντες: το ίδιο το άτομο, τις ιδιότητες της κάθε ουσίας και το κοινωνικό περιβάλλον (Λιάππας & Πομίνι, 2004). Μάλιστα ο Kielholz και ο Ladewig με την γνωστή απεικόνιση ενός τριγώνου, έδειξαν την αναγκαιότητα του συνδυασμού αυτών των τριών παραγόντων για το πέρασμα από την χρήση στην κατάχρηση και στην εξάρτηση (Βαρβαρήγος και συν., 2016).

Σύμφωνα πάντως με το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) για να υπάρξει διάγνωση της διαταραχής χρήσης ουσιών θα πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον 4 από τα εξής κριτήρια: 1) λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων κάποιας ουσίας ή για μεγαλύτερο διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου, 2) αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής ή τροποποίησης της λήψης κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, 3) σπατάλη σημαντικού χρόνου για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάρρωση από την επίδραση της χρήσης, 4) έντονη επιθυμία ή καταναγκασμός για λήψη κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας, 5) αδυναμία εκπλήρωσης υποχρεώσεων στην εργασία, στο σπίτι ή στο σχολείο εξαιτίας της χρήσης, 6) εξακολούθηση της χρήσης παρά τα προβλήματα που δημιουργεί στις σχέσεις με τους άλλους, 7) διακοπή σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης, 8) επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών παρά τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται, 9) εξακολούθηση της χρήσης παρά τη γνώση ύπαρξης σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος που προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από τη χρήση κάποιας ουσίας, 10) ανάγκη χρήσης αυξανόμενων ποσοτήτων ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος (ανοχή) και 11) εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης τα οποία ανακουφίζονται με τη λήψη μεγαλύτερης ποσότητας κάποιας ουσίας.

Τα τελευταία χρόνια λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών παρατηρείται μια παγκόσμια αυξανόμενη τάση εξάρτησης από διάφορες ουσίες, η οποία φαίνεται να ξεκινάει σε νεότερη ηλικία και να έχει παρατεταμένη διάρκεια. Έρευνες δείχνουν πως το 21% των αγοριών και το 15% των κοριτσιών έχουν δοκιμάσει παράνομες ουσίες τουλάχιστον 2 φορές στη ζωή τους. Η ηλικία μάλιστα της έναρξης της χρήσης ουσιών έχει σημειώσει σημαντική μείωση καθώς πλέον σηματοδοτείται κατά μέσο όρο στα 13 έτη αναφέροντας ως πιο συνήθης χρήση την κάνναβη, τα παραισθησιογόνα, κυρίως την ecstasy, τις αμφεταμίνες αλλά και το αλκοόλ (Hibell και συν., 2012). Τόσο η ηλικία έναρξης όσο και η προτίμηση της ουσίας φαίνεται πως επηρεάζονται σε καίριο βαθμό από το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο καθώς έρευνες δείχνουν πως σε χώρες, όπως η Ολλανδία, που η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως η κάνναβη, είναι αποδεκτή και νόμιμη πολύ μεγαλύτερο ποσοστό νεότερης ηλικίας αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης από αυτές τις ουσίες σε σχέση με άλλες χώρες, όπως στην Αμερική, που απαγορεύεται η χρήση τους (Murray, Morrison, Henquet, & Di Forti, 2007). Στην Ελλάδα το πρόβλημα της χρήσης ουσιών κορυφώθηκε τη δεκαετία του 1990 καθώς υπήρξε υπερδιπλασιασμός της χρήσης παράνομων ουσιών στους ανηλίκους, διπλασιασμός στους ενήλικους και έξαρση της χρήσης ηρωίνης (Λιάππας & Πομίνι,



2004). Τα τελευταία χρόνια πάντως στον ελλαδικό χώρο έχουν σημειωθεί αλλαγές καθώς έχει μειωθεί το ποσοστό χρήσης ηρωίνης, έχει αυξηθεί σημαντικά η χρήση κάνναβης και αλκοόλ και έχει μειωθεί η ηλικία έναρξης της χρήσης, αναφέροντας ως πιο συχνή τα 14 έτη (Βαρβαρήγος και συν., 2016).

Το αλκοόλ αν και νόμιμη ουσία συγκαταλέγεται μέσα στις ουσίες που παρουσιάζουν παγκόσμια μια αύξηση της χρήσης ή της εξάρτησης τους από όλο και νεότερο πληθυσμό και χαρακτηρίζεται ως μια ιδιαίτερα εξαρτητική ουσία με έντονα στερητικά συμπτώματα που μπορούν να θέσουν ακόμη και σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ατόμου (Shapiro, 2009). Περίπου το 40% των νέων φαίνεται να κάνει το λεγόμενο «bingedrinkng», δηλαδή περιστασιακή αμέτρητη κατανάλωση αλκοόλ, και το 25% του γενικού πληθυσμού να εμφανίζει εξάρτηση από το αλκοόλ (O'Malley & Johnston, 2002). Στην Ελλάδα παρατηρείται μια κατακόρυφη άνοδος της χρήσης αλκοόλ κατατάσσοντας την μάλιστα στην τρίτη θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης αλκοόλ από ανηλίκους. Συγκεκριμένα αναφέρεται πως το 19% των αγοριών και το 11% των κοριτσιών ηλικίας περίπου 16 χρονών καταναλώνουν πολύ συχνά μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών (Hibell και συν., 2012).

Η ηρωίνη που αποτελεί μια ημισυνθετική οπιοειδή ουσία της μορφίνης είναι μια εξαιρετικά εθιστική ουσία με ευφορική δράση. Λόγω αυτής της ευφορίας και της άμεσης ευχαρίστησης που προκαλεί στους χρήστες, γνωστό και ως «ανέβασμα» είναι αρκετά δύσκολη και η αντιμετώπιση της (Λιάππας & Πομίни, 2004). Οι χρήστες αυτής της ουσίας ως επί το πλείστον επικεντρώνονται στην εύρεση της ουσίας τους, παραμελώντας πολλούς άλλους τομείς της ζωής τους. Πάντως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που κάνουν χρήση ηρωίνης κάτι που ισχύει και για την Ελλάδα καθώς ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν πως μόλις 2,4 στα χίλια άτομα κάνουν χρήση ηρωίνης, ένα ποσοστό πολύ χαμηλότερο από προηγούμενες δεκαετίες (EMCDDA, 2014).

Αντίθετα η κάνναβη αποτελεί μια ουσία της οποίας η χρήση τα τελευταία χρόνια έχει τριπλασιαστεί και η ηλικία έναρξης της έχει μειωθεί μόλις στα 12 έτη (Johnston, O'Malley, Miech, Bachman, & Schulenberg, 2017). Υποστηρίζεται μάλιστα πως η πλειονότητα των νεαρών χρηστών ξεκινούν με την κάνναβη σε ποσοστό περίπου 70% από το οποίο το 17% συνεχίζει την χρήση κάνναβης σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Hibell και συν., 2012). Η δράση της κάνναβης έχει μελετηθεί αρκετά καθώς έχει φανεί πως σε μικρές δόσεις προκαλεί ευφορική και κατασταλτική δράση ενώ σε μεγάλες δόσεις οδηγεί και στην εμφάνιση παραισθήσεων (Λιάππας & Πομίни, 2004).

Η κοκαΐνη, ένα αλκαλοειδές που λαμβάνεται από τα φύλλα θάμνου *ErythroxylonCoca*, έχει δύο τρόπους δράσης: είτε έχει τοπική αναισθητική δράση είτε διεγερτική δράση στο Κ.Ν.Σ.. Η λήψη κοκαΐνης αρχικά προκαλεί ένα έντονο αίσθημα ευχαρίστησης και εφορίας το οποίο όμως γρήγορα μετουσιώνεται σε ένα έντονο συναίσθημα δυσφορίας, ανησυχίας και ευερεθιστότητας

(Λιάππας & Πομίни, 2004). Αν και στην Ευρώπη ο μέσος όρος χρήσης κοκαΐνης ατόμων ηλικίας 15-34 χρονών είναι 1,9%, στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό, σύμφωνα με παγκόσμια δεδομένα, είναι ιδιαίτερα χαμηλό καθώς φτάνει μόλις το 0,2% (EMCDDA, 2014).

Τα παραισθησιογόνα – ψευδαισθησιογόνα, όπως το LSD, το οποίο θεωρείται και κύριος εκπρόσωπος τους, χαρακτηρίζονται ως ναρκωτικά των νέων, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που κάνουν χρήση αυτών είναι μεταξύ της ηλικίας 16-25 χρονών. Επίσης, χαρακτηρίζονται ως ναρκωτικά των clubs και των πάρτι λόγω του ότι η κατανάλωση τους έχει ταυτιστεί με αυτά τα μέρη (Sharipo, 2009). Προκαλούν έντονη ευφορία, συναισθησία, «διάσχιση του εγώ» και οπτικές, συνήθως, ψευδαισθήσεις προκαλώντας πολλές φορές ένα έντονο συναίσθημα φόβου στους χρήστες. Μάλιστα κάποιες φορές τα ίδια τα συμπτώματα της χρήσης αυτών των ουσιών είναι που οδηγούν τα άτομα στη διακοπή της χρήσης λόγω των δυσάρεστων συναισθημάτων που τους προκάλεσαν (Λιάππας & Πομίни, 2004).

Τέλος, οι βενζοδιαζεπίνες είναι κατασταλτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται ως φάρμακα για την αντιμετώπιση του άγχους και της αϋπνίας. Στο παρελθόν χρησιμοποιούνταν κυρίως από τους χρήστες ηρωίνης ως παράλληλη ουσία με στόχο τη μείωση των δυσάρεστων στερητικών συμπτωμάτων. Τα τελευταία χρόνια οι βενζοδιαζεπίνες θεωρούνται η κύρια ουσία στην οποία εμφανίζει εξάρτηση ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και στην Ελλάδα καθώς, σύμφωνα με έρευνες, η κατάχρηση αγχολυτικών – υπνωτικών φαρμάκων σημειώνεται σε ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό του γενικού πληθυσμού (Tsiboukli, 2015).

Δεδομένου της χρήσης τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ουσιών από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού το βιβλιογραφικό ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στις επιπτώσεις που αυτή επιφέρει αλλά και στα αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση της.

### **1.1. Επιπτώσεις της χρήσης ουσιών**

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες, επηρεάζουν μια πληθώρα διαφόρων τομέων της ζωής του ατόμου επιφέροντας πολλές αρνητικές συνέπειες. Ένας από αυτούς τους τομείς είναι η σωματική υγεία του ατόμου καθώς η χρήση ουσιών πλήττει διάφορα ζωτικής σημασίας όργανα του ανθρώπινου οργανισμού. Μεταξύ των σωματικών προβλημάτων περιλαμβάνονται η καρδιακή προσβολή, η νεφρική βλάβη, η αναπνευστική ανεπάρκεια, η ξαφνική απώλεια των αισθήσεων, το κώμα ακόμη και ο θάνατος (Αυδή & Ρούσση, 2010). Η ενδοφλέβια μάλιστα χρήση ουσιών, κυρίως των οπιοειδών, συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά θανάτου και με αύξηση των μεταδιδόμενων και λοιμωδών νοσημάτων, όπως είναι η ηπατίτιδα Β και C, το AIDS και η φυματίωση κάτι που θέτει σε κίνδυνο και τη δημόσια υγεία (Burnam και συν., 2001. Hser, Anglin, & Powers, 1993). Επιστημονικά επίσης στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση ουσιών επηρεάζει αρνητικά αρκετές γνωστικές λειτουργίες καθώς υπάρχει μείωση της αντιληπτικής και νοητικής ικανότητας και απώλεια της βραχύχρονης μνήμης (Fried, Watkinson, James, & Gray, 2002. Pinel, 2009).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι εξίσου σημαντικές λόγω της ευμεταβλησίας που προκαλείται στη ψυχική κατάσταση των ατόμων και των επακόλουθων συναισθηματικών μεταπτώσεων που βιώνουν. Η ψυχική ευδιαθεσία που τους προκαλεί η αρχική λήψη της ουσίας και η πίστη τους πως αυτή θα καταφέρει να απαλύνει τις επώδυνες εσωτερικές ψυχικές διεργασίες και να διώξει τα δύσκολα εξωτερικά ερεθίσματα οδηγεί στη δημιουργία μιας έντονης ψυχικής εξάρτησης από τη λαμβανόμενη ουσία. Αυτή η εγκαθίδρυση της ψυχικής εξάρτησης τους μετουσιώνει σε άβουλα όντα που κινούνται, συμπεριφέρονται και σκέφτονται με γνώμονα μόνο τη λήψη της ουσίας τους καθώς θεωρούν πως μόνο τότε είναι ψυχικά ισορροπημένοι (Fried, Watkinson, James, & Gray, 2002). Πολλές φορές ακόμη είτε λόγω έλλειψης της ουσίας είτε λόγω της ίδιας της ουσίας εμφανίζουν έντονη ευερεθιστότητα, εκνευρισμό και μειωμένη διάθεση με αποτέλεσμα η συμπεριφορά τους και η συναισθηματική τους κατάσταση να παρουσιάζει συχνές εναλλαγές σαν να κινούνται μεταξύ δύο αντίθετων πόλων (Μάτσα, 2001). Επιπλέον, οι ψευδαισθήσεις – παραισθήσεις που προκαλούν κάποιες ουσίες, όπως η κάνναβη, διαταράσσουν ακόμη περισσότερο την ψυχική κατάσταση του ατόμου έχοντας ως απόρροια τον αποπροσανατολισμό και τη σύγχυση του (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Ως μια σοβαρή μάλιστα συνέπεια της εξάρτησης θεωρείται η σχέση που φαίνεται να έχει με διάφορες ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού, η διαταραχή άγχους (Αυδή & Ρούσση, 2010. Thaxton, 1982). Συγκεκριμένα, έρευνες δείχνουν πως το 30-50% ατόμων με εξάρτηση από κάποια ουσία εμφανίζει και κάποια άλλη ψυχική νόσο. Ιδιαίτερα φαίνεται πως η χρήση ουσιών σχετίζεται με την ανάπτυξη ή τη διατήρηση των συναισθηματικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψης, σε ποσοστό περίπου 20 με 60% (Charney, Palacios-Boix, Negrete, Dobkin, & Gill, 2005. EMCDDA, 2004. Westermeyer, Korpa, & Nugent, 1997). Εξαιρετικής σημασίας επίσης είναι τα ευρήματα που υποδεικνύουν τη σύνδεση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και στην εμφάνιση ψύχωσης καθώς φαίνεται πολλές φορές η χρήση κάνναβης να πυροδοτεί ψυχωσικά επεισόδια τα οποία πιθανόν χωρίς την ύπαρξη αυτής της ουσίας να μην είχαν εμφανιστεί (Murray και συν., 2017).

Μείζονος σημασίας ακόμη είναι και οι κοινωνικές επιπτώσεις που υφίσταται ο χρήστης ουσιών καθώς παρατηρείται να απομονώνεται, να περιθωριοποιείται και να στιγματίζεται από τον κοινωνικό του περίγυρο (Petry, Bickel, & Arnett, 1998). Εκτός από τις κοινωνικές επιπτώσεις σημαντική είναι και η επίδραση που έχει η χρήση στις οικογενειακές σχέσεις του ατόμου καθώς τόσο αυτή καθαυτή όσο και οι επακόλουθες μεταβολές της συμπεριφοράς του ατόμου προκαλούν συγκρούσεις – εντάσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι αυξανόμενες αυτές εντάσεις εξαιτίας της χρήσης ουσιών συχνά οδηγούν και σε αυξανόμενα επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας (Potter-Efron, Potter-Efron, & Carruth, 2016). Επιπλέον, ο χρήστης, όπως και στην κοινωνία, λαμβάνει το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου με αποτέλεσμα να αποκόπτουν τα υπόλοιπα μέλη

της οικογένειας τις σχέσεις τους μαζί του βιώνοντας έτσι ο χρήστης αισθήματα απόρριψης, απομόνωσης και αποξένωσης. Από την άλλη ο ίδιος ο χρήστης, κυρίως νεότερης ηλικίας, μπορεί να απομακρυνθεί από την οικογένεια του και να τους αντιμετωπίζει σαν εχθρούς λόγω των προσπαθειών τους να τον αποκόψουν από την επιθυμητή για αυτόν ουσία. Πάντως και στις δύο περιπτώσεις η συνέπεια είναι οι οικογενειακοί δεσμοί να διαλύονται (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Η απόδοση στην εργασία ή αντίστοιχα στο σχολείο πλήττονται επίσης σημαντικά από την χρήση ουσιών καθώς λόγω αυτής το άτομο συχνά απουσιάζει από την εργασία – το σχολείο, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και παραμελεί τα καθήκοντα του. Αποτέλεσμα αυτών είναι οι χρήστες ουσιών να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας (Petry, Bickel, & Arnett, 1998). Αυτό, σε συνδυασμό και με τα μεγάλα ή τα συχνά ποσά που δαπανούν για την εύρεση της ουσίας τους, τους οδηγεί στην εμφάνιση σημαντικών οικονομικών προβλημάτων. Συχνά μάλιστα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οδηγούνται σε παράνομες δραστηριότητες, όπως κλοπές ή πορνεία, προκειμένου να εξασφαλίσουν την ουσία τους αλλά και να επιβιώσουν. Κατά συνέπεια υπάρχει μεγάλη σύνδεση της χρήσης, κυρίως οπιοειδών, με την εμφάνιση παραβατικής – εγκληματικής συμπεριφοράς κάτι που έχει ως απόρροια την ύπαρξη και νομικών προβλημάτων για τον χρήστη (Αυδή & Ρούσση, 2010). Τέλος, υπάρχει σημαντική επίπτωση της χρήσης ουσιών στις διατροφικές συνήθειες των ατόμων, κάτι για το οποίο θα γίνει εκτενής λόγος παρακάτω.

## **1.2. Αίτια της χρήσης ουσιών**

Όπως οι επιπτώσεις έτσι και τα αίτια της χρήσης ουσιών αποτελούν ένα πολυπαραγοντικό και πολυεπίπεδο φαινόμενο. Ποικίλες μελέτες τονίζουν τη σημασία της γενετικής προδιάθεσης στην εμφάνιση εξάρτησης από κάποια ουσία (Chassin, Pitts, DeLucia, & Todd, 1999. Tsuang και συν., 1998. Volkow & Li, 2005) ενώ άλλες αναφέρονται στη συμμετοχή συγκεκριμένων γονιδίων που παρέχουν προστασία ή αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εξάρτησης από κάποια ουσία (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν επίσης μελετηθεί αρκετά ώστε να εξηγηθεί το φαινόμενο της χρήσης ουσιών. Φαίνεται πως χαρακτηριστικά, όπως η αποπροσωποποίηση, η αποξένωση, η μοναξιά και η αλλοτρίωση των ανθρωπίνων σχέσεων, της ίδιας της κοινωνίας μέσα στην οποία εξελίσσεται το άτομο, επηρεάζουν καίρια την ανάπτυξη ή μη εξάρτησης από κάποια ουσία (Smart&Ogborne, 2000). Ταυτόχρονα και το πολιτισμικό πλαίσιο επηρεάζει άμεσα τη χρήση ή μη ουσιών καθώς η εύκολη πρόσβαση, η διαθεσιμότητα αλλά και το νομοθετικό πλαίσιο της κάθε κοινωνίας μπορεί να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί ή ως παράγοντες κινδύνου στην έναρξη της χρήσης ουσιών (Kokkevi & Stefanis, 1991. Smart&Ogborne, 2000).

Η πίεση από συνομηλίκους, η περιέργεια και η ανάγκη του «ανήκειν» αλλά και της αποδοχής οδηγούν πολύ συχνά τα άτομα, ιδιαίτερα στην εφηβικής ηλικίας, στην έναρξη της χρήσης ουσιών (Nilsen, Stone, & Burlison, 2013). Η ίδια μάλιστα η χρονική περίοδος της εφηβείας μπορεί

να είναι ένας ξεχωριστός παράγοντας κινδύνου καθώς είναι γνωστό πως ο μετωπιαίος φλοιός, η περιοχή δηλαδή που σχετίζεται με τη λήψη αποφάσεων, με την αναζήτηση νέων εμπειριών και με την παρορμητικότητα, αναπτύσσεται ακόμη στην εφηβεία κάνοντας έτσι τους νέους ιδιαίτερα ευάλωτους στη δοκιμή και μετέπειτα στην κατάχρηση ουσιών (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003). Η επιρροή επίσης των προτύπων στην εφηβική αλλά και γενικότερα στη ζωή του ατόμου σχετίζεται άμεσα με τη χρήση ουσιών καθώς τα άτομα μέσα από τη χρήση επιδιώκουν να ομοιάσουν ή να αποκτήσουν το προφίλ των προτύπων τους (Nilsen, Stone, & Burlson, 2013). Σε αυτό φαίνεται πως συμβάλλουν ιδιαίτερα τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) προβάλλοντας τη χρήση ουσιών (νόμιμων) ως δείγμα ανδρισμού, επιτυχίας και κύρους (Αυδή & Ρούσση, 2010).

Οι οικογενειακοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί. Η έλλειψη συναισθηματικής στήριξης και η απουσία αρμονικής συνύπαρξης με κυρίαρχο τον αμοιβαίο σεβασμό και την αλληλοκατανόηση μεταξύ των μελών της οικογένειας δρουν ως βασικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της χρήσης ουσιών. Η βία, με όποια μορφή και αν υπάρχει, κατέχει, σύμφωνα με τους ερευνητές, σημαντικό ρόλο στην κατάχρηση ουσιών τόσο από τους νέους όσο και από τους ενήλικες. Το άτομο ωθείται στην χρήση ουσιών χρησιμοποιώντας αυτές ως έναν αμυντικό μηχανισμό απέναντι στα δύσκολα συναισθήματα, στο άγχος και στην ένταση που βιώνει εξαιτίας της βίαιης συμπεριφοράς που δέχεται (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best, & Schnurr, 2000).

Τέλος, ψυχολογικοί και ατομικοί παράγοντες έχουν μελετηθεί για την αιτιολόγηση της χρήσης ουσιών. Έτσι φάνηκε πως κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως η αυξημένη παρορμητικότητα, η μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, η επίμονη επιθυμία ή το υψηλό επίπεδο αρνητικού συναισθήματος, είναι πιθανόν να ενισχύουν την καλλιέργεια ριψοκίνδυνων συμπεριφορών, όπως αυτή της χρήσης ουσιών (Murphey και συν., 2013). Από την άλλη διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, το άγχος ή η κατάθλιψη που βιώνει σε συνδυασμό με τις προσδοκίες που έχει για την επίδραση των ουσιών, μπορούν να το οδηγήσουν στη χρήση αυτών (Αυδή & Ρούσση, 2010). Επίσης, άτομα με αυξημένο ψυχικό πόνο και με επώδυνα συναισθήματα μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν σε αυτά καταφεύγουν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών προκειμένου να απαλλαγθούν από αυτά τα συναισθήματα (Murphey και συν., 2013).

Η χρήση ουσιών λοιπόν αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο στο οποίο η αλληλεπίδραση πολλών διαφορετικών μεταξύ τους παραγόντων ευνοεί την ανάπτυξη της, επιφέροντας μια πληθώρα αρνητικών επιπτώσεων που επηρεάζονται από το είδος και την ένταση της χρήσης και επηρεάζουν με τη σειρά τους, σε ατομικό αλλά σε και κοινωνικό επίπεδο, το άτομο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών ανιχνεύεται ήδη στους μεσαιωνικούς χρόνους όπου, σύμφωνα με αναφορές, θρησκευτικά δόγματα επιβάλλουν την ασιτία και την λιμοκτονία (Garner, 1993). Οι πρώτες κλινικές περιγραφές που ομοιάζουν περισσότερο σε αυτό που σήμερα αναφέρεται ως διατροφικές διαταραχές προέρχονται από τον Morton (1694) που περιέγραψε κλινικά περιστατικά με άρνηση λήψης τροφής, λιμοκτονία, έντονη απίσχαση και άρνηση για οποιαδήποτε βοήθεια. Η σημαντική ωστόσο εξέλιξη στην έρευνα των διατροφικών διαταραχών χρονολογείται από το 1980 όπου οι διατροφικές διαταραχές αναγνωρίζονται ως διακριτές κλινικές διαταραχές και καταγράφονται στα ταξινομητικά συστήματα διάγνωσης, το DSM και το ICD (Αυδή & Ρούσση, 2010. Garner, 1993).

Πλέον ο όρος διατροφικές διαταραχές αποδίδεται στις συμπεριφορές του ατόμου που χαρακτηρίζονται από την έντονη και επίμονη ενασχόληση του με το βάρος και την εικόνα του σώματος του και από τις ρισκοκίνδυνες συμπεριφορές που υιοθετεί προκειμένου να ελέγξει και να διατηρήσει το επιθυμητό για αυτό βάρος. Οι συμπεριφορές αυτές συνοδεύονται από ακανόνιστη, υπέρμετρη, ανεπαρκή ή χαοτική πρόσληψη τροφής (Fairburn & Harrison, 2003. Striegel-Moore, Tucker, & Hsu, 1990). Αξίζει να τονισθεί πως τα άτομα υιοθετούν αυτές τις συμπεριφορές με σκοπό μέσα από την εστίαση τους στο φαγητό να αποτρέψουν την ενασχόληση τους με επώδυνα συναισθήματα (Fairburn&Harrison, 2003).

Οι διατροφικές πρόσληψη τροφής εμφανίζονται συνήθως στην εφηβική ηλικία ή στην νεαρή ενήλικη ζωή, μεταξύ 14-24 χρονών, και φαίνεται πως πλήττουν ιδιαίτερα τις γυναίκες καθώς το ποσοστό εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στο γυναικείο πληθυσμό είναι τριπλάσιο από αυτό στον αντρικό πληθυσμό (Mehler & Andersen, 2017). Έρευνα στην Αμερική αναφέρει πως το 80% των γυναικών είναι δυσαρεστημένο με το σώμα του και πως υιοθετεί ισχνές δίαιτες προκειμένου να αλλάξει το βάρος και την εικόνα του σώματός του υποδεικνύοντας έτσι τον κίνδυνο που έχει ένα μεγάλος μέρος του γυναικείου πληθυσμού να αναπτύξει κάποια διατροφική διαταραχή (Levine, Smolak, & Schermer, 1996). Άλλες έρευνες δείχνουν πως ήδη από την ηλικία των 11-12 χρονών οι γυναίκες επιδίδονται σε συχνές δίαιτες αναφέροντας σε ποσοστό 42% ως λόγο την επιθυμία τους για πιο λεπτή σιλουέτα. Ταυτόχρονα φαίνεται πως οι γυναίκες που συχνά κάνουν δίαιτες είναι 12 φορές πιο ευάλωτες σε επεισόδια υπερφαγίας ή στη μετέπειτα εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής (Neumark – Sztainer, 2005). Στην Ελλάδα τα αποτελέσματα δείχνουν πως το 6% του πληθυσμού νοσεί από διατροφικές διαταραχές υποδεικνύοντας ως πιο συνήθεις τη ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία και πως κυρίως πλήττεται ο εφηβικός ή ο νεαρός ενήλικος πληθυσμός τονίζοντας πως το 1-2,2% των μαθητών – φοιτητών νοσούν από κάποια διατροφική διαταραχή (Gonidakis, Sigala, Varsou, & Papadimitriou, 2009).

Η διατροφικές διαταραχές, σύμφωνα με το DSM – V, διαχωρίζονται ανάλογα με τα

συμπτώματα και τις συμπεριφορές που υιοθετούνται σχετικά με τη λήψη τροφής στις εξής κατηγορίες: την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία, την επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating disorder, BED), τη διατροφική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς (FED-NEC), την εκκαθαριστική διαταραχή (purging disorder), τη διατροφική διαταραχή *pica*, τη νυχτερινή διατροφική διαταραχή (night eating disorder) και την ορθορεξία (American Psychiatric Association, 2013).

Η ψυχογενής ανορεξία είναι η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από απώλεια της όρεξης λόγω συναισθηματικών και όχι οργανικών θεμάτων και από την επιθυμία για μια ολοένα και πιο αδύνατη σιλουέτα. Τα άτομα επιδίδονται έτσι σε μια συνεχή και συνειδητή εκσεσημασμένη απώλεια βάρους χρησιμοποιώντας ποικίλες τεχνικές για να το επιτύχουν, όπως εντατική γυμναστική, χρήση κατασταλτικών της όρεξης ή πρόκληση εμετών (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007. Klump, Miller, Keel, McGue, & Iacono, 2001). Σύμφωνα με έρευνες το 3% των γυναικών και το 1% των ανδρών σε Ευρώπη και Αμερική πάσχει από ψυχογενή ανορεξία (Favaro, Ferrara, & Santonastaso, 2004). Παλαιότερες έρευνες ανέφεραν πως η συχνότητα εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας στις γυναίκες ήταν 8-9 φορές συχνότερη από ότι στους άντρες. Πλέον όμως έχει μειωθεί αυτή η αμβλυμμένη διαφορά καθώς φαίνεται πως και ένα μεγάλο μέρος του αντρικού πληθυσμού εμφανίζει διατροφικά προβλήματα (Cowan & Devine, 2008). Όσον αφορά την έναρξη της αυτή τοποθετείται στην εφηβεία όπου μετά από μια περίοδο δίαιτας ή μετά από μια στρεσογόνο κατάσταση οι νέοι εμφανίζουν αυτή την διαταραχή. Σε μια μελέτη ανασκόπησης φάνηκε πως από το 1930 και μετά η ψυχογενής ανορεξία εμφάνισε μείωση της ηλικιακής της έναρξης και αύξηση της συχνότητας ύπαρξης της αναφέροντας ως αίτιο τις ποικίλες αλλαγές που συνέβησαν στο πέρασμα των δεκαετιών (Hoek & Van Hoeken, 2003). Η θεραπευτική της πορεία θεωρείται ιδιαίτερα δύσκολη με μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας καθώς περίπου το 5-20% των ασθενών αυτών πεθαίνει λόγω επιπλοκών της νόσου (Hoek, 2006).

Μια άλλη εξίσου σημαντική διατροφική διαταραχή η οποία περιγράφηκε πρώτη φορά το 1979 από τον Russell, είναι η ψυχογενής βουλιμία η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας που ακολουθούνται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως εμετούς, έντονη σωματική άσκηση, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, προκειμένου να αποφευχθεί έτσι η αύξηση βάρους (Mehler & Andersen, 2017). Η διατροφική αυτή διαταραχή εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα από την ψυχογενή ανορεξία επηρεάζοντας ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Σε μια μελέτη ανασκόπησης φανερώθηκε πως από το 1988 μέχρι το 1993 η εμφάνιση ψυχογενούς βουλιμίας σε γυναίκες ηλικίας 14-39 ετών τριπλασιάστηκε (Hoek & Van Hoeken, 2003). Πιο πρόσφατες έρευνες αναφέρουν πως πλήττει το 3% του γυναικείου πληθυσμού και εμφανίζεται κυρίως στη διάρκεια της εφηβείας ή στις αρχές της ενήλικης ζωής (Hoek, 2006. Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Η θεραπευτική της πορεία θεωρείται καλύτερη από αυτή

της ψυχογενούς ανορεξίας καθώς έχει καλύτερα αποτελέσματα θεραπευτικής αντιμετώπισης και μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας σχετιζόμενα με αυτή τη νόσο (Hoek, 2006). Ωστόσο, σύμφωνα με έρευνες, μόνο το 6% των ατόμων με ψυχογενή βουλιμία λαμβάνει θεραπευτική βοήθεια ενισχύοντας έτσι την παραμονή της διαταραχής αυτής και την εγκαθίδρυση της ως μια συνεχιζόμενη συμπεριφορά (Hoek & Van Hoeken, 2003). Αναφορές επίσης, υποστηρίζουν πως υπάρχουν και διαστήματα που μπορεί να εναλλάσσονται συμπεριφορές μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και της βουλιμίας χωρίς να υπάρχει η διάγνωση της μιας ή της άλλης (Hoste και συν., 2012).

Η επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating disorder, BED) έγκειται στις διατροφικές διαταραχές και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα και ανεξέλεγκτα επεισόδια κατανάλωσης υπερβολικά μεγάλων ποσοτήτων τροφής μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (περίπου 2 ωρών) χωρίς να ακολουθούν μετά συμπεριφορές κάθαρσης (Mehler & Andersen, 2017). Η επεισοδιακή υπερφαγία είναι μια αρκετά συχνή διαταραχή καθώς σύμφωνα με έρευνες στο 25-55% των υπέρβαρων ανθρώπων που αναζητούν θεραπεία συναντώνται κριτήρια για διάγνωση αυτής της διαταραχής (Linde και συν., 2004). Μάλιστα στην Αμερική φαίνεται πως η επεισοδιακή υπερφαγία είναι από τις συνηθέστερες καθώς το 2,6% των ενηλίκων και το 1,3% των εφήβων εμφανίζουν αυτή τη διατροφική διαταραχή. Σε πρόσφατες έρευνες φάνηκε πως η επεισοδιακή υπερφαγία σχετίστηκε περισσότερο με μεγαλύτερους ηλικιακά και άντρες και γυναίκες (Striegel-Moore & Franko, 2003).

Η εκκαθαριστική διαταραχή (purging disorder) χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη αντιρροπιστικών συμπεριφορών, όπως πρόκληση εμετού ή χρήση καθαρτικών χωρίς όμως να υπάρχουν επεισόδια υπερφαγίας. Η διατροφική διαταραχή *pica* αναφέρεται στην έντονη επιθυμία για γλείψιμο ή κατάποση μη θρεπτικών συστατικών για ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από ένα μήνα. Η νυχτερινή διατροφική διαταραχή (night eating disorder) χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη επεισοδίων υπερφαγίας κατά τη νυχτερινή διάρκεια που τους προκαλούν έντονη δυσφορία. Τα άτομα παρατηρούνται να περιορίζουν τη λήψη τροφής την ημέρα παρουσιάζοντας μια εικόνα ανορεξίας και τη νύχτα να προχωρούν σε μια αδυσώπητη κατανάλωση τροφής (Mehler & Andersen, 2017). Η ορθορεξία αναφέρεται στη έμμονη προσπάθεια του ατόμου για έναν υγιεινό τρόπο διατροφής που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην ψυχογενή ανορεξία. Τις περισσότερες φορές αρχίζει ως μια προσπάθεια του ατόμου να ακολουθήσει ένα υγιεινό μοτίβο ζωής και οδηγείται εν τέλει σε υπερβολική ενασχόληση με την ποιότητα και το είδος της τροφής. Τέλος, η διατροφική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς (FED-NEC) δεν εμπίπτει σε καμιά από τις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές και περιλαμβάνει τους άτυπους τύπους της ψυχογενούς βουλιμίας και της ψυχογενούς ανορεξίας (Mehler & Andersen, 2017).

### **2.1. Αίτια των διατροφικών διαταραχών**



Η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών δεν εμπίπτει σε έναν μοναδικό παράγοντα αλλά συνυπάρχουν αρκετοί επιβαρυντικοί παράγοντες που ωθούν το άτομο στην ανάπτυξη τους. Η γενετική προδιάθεση θεωρείται ένας από τους βασικότερους καθώς φαίνεται πως υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής σε συγγενείς, κυρίως πρώτου βαθμού ή ασθενών με προβλήματα στην πρόσληψη τροφής (Klump και συν., 2001). Νευροβιολογικοί μηχανισμοί, όπως ο υποθάλαμος και τα ενδογενή οπιοειδή, έχουν επίσης μελετηθεί ως αίτια των διατροφικών διαταραχών (Bennett, 2010). Ακόμη, δύο σημαντικοί νευροδιαβιβαστές, η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόσληψη τροφής καθώς μειωμένα επίπεδα ντοπαμίνης σχετίζονται με την ύπαρξη επεισοδίων υπερφαγίας και μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται με την ύπαρξη ανορεξίας (Kaye, Gwirtsman, George, & Ebert, 1991).

Οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί άμεσα με τις διατροφικές διαταραχές και κυρίως με την ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία. Τα πρότυπα ομορφιάς που διέπουν ιδιαίτερα τις δυτικές κοινωνίες προβάλλουν συνεχώς το «τέλειο» σώμα και τις «ιδανικές» αναλογίες επηρεάζοντας έντονα τις γυναίκες κυρίως νεότερης ηλικίας και οδηγώντας τις πολλές φορές σε ακραίες συμπεριφορές, όπως η ανορεξία (Latino, 2002). Πληθώρα ερευνών έχει υποδείξει πως στις εκβιομηχανισμένες και δυτικές κοινωνίες το ποσοστό των γυναικών με διατροφικές διαταραχές είναι πολύ πιο υψηλό από ότι αυτό των αντρών αυτών των χωρών αντανακλώντας έτσι τις διαπολιτισμικές διαφορές σχετικά με το γυναικείο σώμα (Miller & Pumariega, 2001). Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) φαίνεται πως συμβάλλουν σε αυτή την επιρροή των γυναικών προβάλλοντας συχνά εικόνες υπερβολικά αδύνατων μοντέλων ως γυναίκες με εξάισια ομορφιά και επιτυχημένη ζωή (Lagoudis και συν., 2009).

Επίσης, το κοινωνικοοικονομικό και το εκπαιδευτικό status έχουν μελετηθεί αρκετά ως προδιαθετικοί παράγοντες ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Εάν και παλαιότερα θεωρούνταν πως οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο ακαδημαϊκής εκπαίδευσης και οικονομική ευχέρεια ήταν πιο ευάλωτες να αναπτύξουν κάποιο πρόβλημα με τη λήψη τροφής (Bruch, 2001) πλέον επικρατεί η αντίθετη άποψη (Mitchison & Hay, 2014). Ταυτόχρονα, η επίδραση της οικογένειας στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών έχει βρεθεί στο επίκεντρο των μελετητών καθώς φαίνεται να υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των οικογενειών ατόμων με διατροφικές διαταραχές. Πάντως η ύπαρξης αυτή καθαυτή κοινών χαρακτηριστικών δεν σημαίνει και την ύπαρξη μιας σχέσης αιτίου – αιτιατού της οικογένειας με τις διατροφικές διαταραχές (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014. Minuchin, Rosman, & Baker, 1978 ).

Επιπρόσθετα, ψυχολογικοί και ατομικοί παράγοντες μπορεί να θέσουν το άτομο σε κίνδυνο να αναπτύξει κάποια διατροφική διαταραχή. Έτσι παρατηρείται πως κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η έντονη παρορμητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η μειωμένη ανοχή

στη ματαίωση, η συναισθηματική αστάθεια και η τελειοθηρία, ενισχύουν την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών (Wonderlich, Connolly, & Stice, 2004). Από την άλλη διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, τα έντονα συναισθήματα μειονεξίας και κατωτερότητας, σε συνδυασμό με την ύπαρξη ενός έντονου στρεσογόνου και επικριτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, ωθούν στην καλλιέργεια αυτών των συναισθημάτων. Η ανάπτυξη λοιπόν των διατροφικών διαταραχών είναι η λύση που επιχειρείται από τα άτομα να δοθεί στην αντιμετώπιση αυτών των επώδυνων συναισθημάτων (Garner και συν., 1997). Επίσης, άτομα που δέχτηκαν παιδική κακοποίηση ή γενικότερα έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα φαίνεται πως εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής (Romans, Gendall, Martin, & Mullen, 2001).

Τέλος, η ύπαρξη κάποιων άλλων ψυχικών διαταραχών μπορεί να αποτελέσει προδιαθετικό παράγοντα για την ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής. Μάλιστα η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή κατάθλιψης πριν την εκδήλωση προβλημάτων με τη λήψη τροφής ή κατά την οξεία φάση της έγκειται στο 68%. Οι αγχώδεις διαταραχές και οι κοινωνικές φοβίες αποτελούν και αυτές συχνές διαταραχές που εντοπίζονται στα άτομα με διατροφικές διαταραχές ενώ και οι διαταραχές προσωπικότητας είναι επίσης συχνές σε αυτά τα άτομα σε ποσοστό 23-80% (Herzog και συν. 1992).

## **2.2. Επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών**

Παρομοίως και οι επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών είναι ποικίλες και πολυεπίπεδες. Η πιο σοβαρή επίπτωση θεωρείται η άμεση σύνδεση που υπάρχει μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και της υψηλής θνησιμότητας αυτών των ασθενών λόγω της υπερβολικής τους αποχής από το φαγητό και των συνακόλουθων οργανικών προβλημάτων. Οι οργανικές επιπτώσεις που μπορούν να προκαλέσουν οι διατροφικές διαταραχές είναι ποικίλες και μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται γαστρεντερολογικές, καρδιακές, ενδοκρινολογικές και δερματολογικές επιπλοκές οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για το 50% των σχετιζόμενων με αυτές τις διατροφικές διαταραχές θανάτων. Πολλές επίσης γυναίκες που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή αντιμετωπίζουν προβλήματα και με τον έμμηνο κύκλο τους καθώς φαίνεται να περνούν πολλές και μεγάλες χρονικές περιόδους αμηνόρροιας (Mehler & Andersen, 2017).

Η σύνδεση των διατροφικών διαταραχών με άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η μανιοκατάθλιψη, οι διαταραχές προσωπικότητας και η χρήση ουσιών, έχει επίσης μελετηθεί και θεωρηθεί ως μια σημαντική επίπτωση τους. Ιδιαίτερα υπάρχει μεγάλη συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών και της κατάθλιψης καθώς το ποσοστό ατόμων με ψυχογενή βουλιμία ή ανορεξία και κατάθλιψη ανέρχεται περίπου στο 35%. Εξαιρετικά συχνή είναι

και η συσχέτιση τους με τη χρήση ουσιών, ιδιαίτερα του αλκοόλ, καθώς φαίνεται πως περίπου το 25-50% των βουλιμικών αντιμετωπίζουν πρόβλημα και με κάποια ουσία. Η συσχέτιση λοιπόν των διατροφικών διαταραχών με άλλες εξίσου σημαντικές διαταραχές όχι μόνο δυσκολεύει τη θεραπευτική αντιμετώπιση τους αλλά αυξάνει και τον κίνδυνο ύπαρξης σοβαρών σωματικών προβλημάτων (Mehler & Andersen, 2017).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών είναι εξίσου καίριες δεδομένου του ότι η ίδια η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών συνδέεται με την ύπαρξη χαμηλής αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης καθώς και με αισθήματα κατωτερότητας και απόρριψης. Κατά συνέπεια αυτές οι ψυχολογικές μεταβλητές συνεισφέρουν στην ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής και με τη σειρά τους οι διατροφικές διαταραχές διαιωνίζουν την ύπαρξη αυτών των ψυχολογικών παραγόντων εξασθενώντας έτσι και την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων αυτών (Everill&Waller, 1995). Η ήδη επιβαρυμένη λοιπόν ψυχική – συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γίνεται ακόμη πιο ευάλωτη καθώς οι διατροφικές διαταραχές δημιουργούν και συντηρούν ένα φαύλο κύκλο όπου η κακή ψυχολογική κατάσταση τρέφει την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών και ταυτόχρονα οι διατροφικές διαταραχές τρέφουν και βοηθούν στη διατήρηση αυτής της ψυχικής κατάστασης.

Οι διατροφικές διαταραχές επομένως ποικίλουν και εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα που τις διαχωρίζουν μεταξύ τους. Τόσο τα αίτια τους όσο και οι συνέπειες τους είναι πολυπαραγοντικές και ως έτσι χρειάζεται να αντιμετωπίζονται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

### 3.1. Συσχέτιση χρήσης ουσιών και διατροφικών

Είναι ευρέως αναγνωρισμένη η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών καθώς πληθώρα ερευνών και επιδημιολογικών μελετητών έχουν υποδείξει τα συχνά και υψηλά ποσοστά συνοσσηρότητας μεταξύ αυτών των δύο (Gadalla&Piran, 2007. Holderness, Brooks – Gunn, & Warren, 1994.Schroeder & Higgins, 2017.Umberg, Shader, Hsu, & Greenblatt, 2012).

Ήδη από το 1968 ο Crisp είχε παρατηρήσει τη σχέση μεταξύ της ανορεξίας και της βουλιμίας με την χρήση αλκοόλ τονίζοντας πως ασθενείς με αυτές τις διατροφικές διαταραχές, κυριαρχούμενοι από μια «στοματική συμπεριφορά», εμφάνιζαν πολύ συχνά και εξάρτηση από το αλκοόλ. Αργότερα αποτελέσματα πολλών ερευνών επιβεβαίωσαν αυτή την αρχική παρατήρηση καθώς έδειξαν πως το 24 με 50% των βουλιμικών ατόμων εμφάνιζαν σημαντικά προβλήματα και με κάποια ουσία. Συγκεκριμένα το 41% αυτών έκανε χρήση αλκοόλ και το 18% αυτών έκανε χρήση αμφεταμινών (Beary, Lacey, & Merry, 1986. Pyle, Mitchell, & Eckert, 1981).

Από την άλλη μελέτες ανέφεραν πως γυναίκες με εξάρτηση από κάποια ουσία είχαν υψηλό επιπολασμό διατροφικών διαταραχών αναφέροντας πως το 35% των αλκοολικών γυναικών και το 20% των γυναικών που είχαν εξάρτηση από την κοκαΐνη εμφάνιζαν συμπτώματα ύπαρξης και κάποιας διατροφικής διαταραχής (Beary, Lacey, & Merry, 1986. Jonas, Gold, Sweeney, & Pottash, 1987). Μάλιστα το 1994 ο Holderness και συνεργάτες του πραγματοποιώντας μια ανασκόπηση του θέματος, μελετώντας 51 έρευνες, βρήκαν πως το 10% των γυναικών με ανορεξία και το 41% των γυναικών με βουλιμία εμφάνιζε και εξάρτηση από κάποια ουσία φανερώνοντας και πάλι τη συσχέτιση αυτών των δύο διαταραχών (Holderness, Brooks – Gunn, & Warren, 1994). Σε πιο πρόσφατες μετααναλύσεις βρέθηκε και πάλι ισχυρή σύνδεση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών όμως τονίστηκε πως η σύνδεση αυτή υπήρξε μεταξύ της χρήσης ουσιών και κυρίως της βουλιμίας (Gadalla & Piran, 2007. Krug και συν., 2008).

Η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία πάντως συνεχίζει να επισημαίνει τη συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών καθώς αρκετές έρευνες δείχνουν υψηλά ποσοστά διατροφικών διαταραχών σε άτομα με εξάρτηση από ουσίες ενώ άλλες δείχνουν υψηλά επίπεδα χρήσης ουσιών σε άτομα με διατροφικές διαταραχές (Gadalla & Piran, 2007. Schroeder & Higgins, 2017. Umberg, Shader, Hsu, & Greenblatt, 2012). Συγκεκριμένα, έρευνες δείχνουν πως γυναίκες με διατροφικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης ουσιών – κυρίως αλκοόλ- από ότι οι γυναίκες του γενικού πληθυσμού. Μάλιστα το 5-14% των βουλιμικών γυναικών και το 9% των γυναικών με ανορεξία φαίνεται να εμφανίζουν εξάρτηση από κάποια ουσία (Corcos και συν., 2001). Αξίζει να αναφερθεί πως η ύπαρξη βουλιμίας φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με την χρήση αλκοόλ καθώς σημαντικά περισσότερα βουλιμικά άτομα παρουσιάζουν και υψηλά ποσοστά εξάρτησης από το

αλκοόλ και ύπαρξης ιστορικού κατάχρησης αλκοόλ. Το ποσοστό της συσχέτισης αυτών των δύο αγγίζει το 30-50% φανερώνοντας έτσι την ιδιαίτερη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ τους (Von Ranson, Iacono, & McGue, M. 2002). Επίσης, μελέτες συνηγορούν ότι η ψυχογενής βουλιμία και η αδηφαγική διαταραχή οδηγούν πιο συχνά στην εξάρτηση από κάποια ουσία από ότι η ψυχογενής ανορεξία, τονίζοντας πως αυτό οφείλεται στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν αυτές τις διαταραχές (Gadalla & Piran, 2007. Holderness, Brooks- Gunn, & Warren, 1994).

Από την άλλη έρευνες δείχνουν πως το 8-41% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες εμφανίζουν βουλιμία και το 2-10% εμφανίζει νευρική ανορεξία (Wolfe & Maisto, 2000). Πάντως το είδος της διατροφικής διαταραχής και το ποσοστό συσχέτισης της με την εξάρτηση εξαρτάται από την ουσία στην οποία είναι εθισμένο το άτομο. Έτσι έχει φανεί πως το 35% τουλάχιστον των αλκοολικών ατόμων πάσχει και από κάποια διατροφική διαταραχή. Ιδιαίτερα οι γυναίκες με πρόβλημα με το αλκοόλ εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα με τη διατροφή τους καθώς, όπως έχει αποδειχθεί, το αλκοόλ και τα συμπτώματα που αυτό έχει ύστερα από μεγάλη κατανάλωση, όπως ζαλάδα, στομαχικά προβλήματα, προκαλούν μείωση της όρεξης και συχνά αδυναμία κατανάλωσης οποιασδήποτε τροφής (Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish, & Kono, 1993. Umberg, Shader, Hsu, & Greenblatt, 2012). Επιπρόσθετα, κάποιες ουσίες, όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη, η αμφεταμίνη και τα παραισθησιογόνα, όπως το LSD και το MDMA, καταστέλλουν την όρεξη με αποτέλεσμα η εξάρτηση από αυτά να σχετίζεται άμεσα με τη μετέπειτα ύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας (Calero-Elvira, Krug, Davis, Lopez, Ferzunder-Aranda, & Treasure, 2009. Gadalla & Piran, 2007. Nappo, Tabach, Noto, Galduroz, & Carlini, 2002). Παρομοίως και η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται πως μειώνει την όρεξη των ατόμων όμως όχι σε τόσο σημαντικό βαθμό, όπως συμβαίνει με τις άλλες ουσίες (Robert, 2003). Υπάρχουν πάντως και ουσίες, όπως η κάνναβη, οι οποίες διεγείρουν την όρεξη και σχετίζονται αφενός με την αυξημένη επιθυμία του ατόμου να καταναλώσει πλούσιες θερμιδικές τροφές και αφετέρου με την εμφάνιση επεισοδίων υπερφαγίας (Schroeder & Higgins, 2017).

### **3.2. Αιτιολογία της σχέσης μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών**

Η ύπαρξη λοιπόν συσχέτισης μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών ανιχνεύεται εδώ και πολλές δεκαετίες και υποστηρίζεται από μια πληθώρα ερευνών και επιδημιολογικών μελετών. Διάφορες θεωρίες έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν το λόγο ύπαρξης αυτής της συσχέτισης και την κατεύθυνση που αυτή έχει. Σε αυτή την προσπάθεια έχουν διαμορφωθεί δύο διαφορετικές θεωρίες αιτιολόγησης. Η πρώτη είναι η θεωρία «κοινής αιτιολογίας» η οποία υποστηρίζει πως οι διατροφικές διαταραχές και η χρήση ουσιών έχουν κοινή γενετική προδιάθεση και κοινούς περιβαλλοντολογικούς παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη αυτών των δύο διαταραχών. Η άλλη θεωρία, η «αιτιώδης θεωρία», υποστηρίζει πως η ύπαρξη μιας

διαταραχής μπορεί να θέσει το άτομο σε κίνδυνο να αναπτύξει και μια άλλη διαταραχή (Baker, Mazzeo, & Kendler, 2007). Έτσι η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών, κυρίως της ανορεξίας και της βουλιμίας, έχει επιχειρηθεί να εξηγηθεί από μια αιτιώδη σκοπιά, προσδιορίζοντας τόσο την χρήση ουσιών ως παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών όσο και τις διατροφικές διαταραχές ως παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης εξάρτησης από κάποια ουσία (Beary, Lacey, & Merry, 1986. Vaz- Leal και συν., 2015). Έρευνες έχουν δείξει πως ο περιορισμός της λήψης τροφής και οι συχνές και εξαντλητικές δίαιτες οδηγούν σε μια αυξημένη ευαισθησία στην εμφάνιση εξάρτησης από κάποια ουσία ενώ έχουν υπάρξει έρευνες που δείχνουν το αντίστροφο κάνοντας έτσι δύσκολη την κατανόηση της κατεύθυνσης της σχέσης αυτής (Beary, Lacey, & Merry, 1986. Krahn, 1991). Δεν υπάρχει πάντως μεγάλη βιβλιογραφική αναφορά για αυτή τη θεωρία.

Όσον αφορά τη θεωρία «κοινής αιτιολογίας» των δύο διαταραχών, υποστηρίζεται πως κάθε διαταραχή μπορεί να είναι εναλλακτικές εκδηλώσεις του ίδιου γενετικού παράγοντα επισημαίνοντας με αυτό την ύπαρξη κοινής γενετικής προδιάθεσης (Baker, Mazzeo, & Kendler, 2007. Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish, & Kono, 1993. Sinha & O'Malley, 2000). Η άποψη αυτή ενισχύεται από ερευνητικά δεδομένα οικογενειακών μελετών σε άτομα με διατροφικές διαταραχές που φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά οικογενειακού ιστορικού αλκοολισμού και κατάχρησης άλλων ουσιών (Strober, 1995). Αντίστοιχα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν πως παιδιά αλκοολικών γονέων παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ύπαρξης κάποιας διατροφικής διαταραχής (Chandy, Harris, Blum, & Resnick, 1995).

Το ενδογενές οπιοειδές σύστημα έχει επίσης ενοχοποιηθεί για τη συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών. Το σύστημα αυτό σχετίζεται με τη ρύθμιση της κατανάλωσης τροφής και οίνοπνεύματος. Έτσι έχει φανεί πως η δυσλειτουργία αυτού του συστήματος σχετίζεται τόσο με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ όσο και με την παθολογική κατανάλωση τροφής (Sinha & O'Malley, 2000). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει πως τόσο στην ψυχογενή βουλιμία όσο και στην εξάρτηση ουσιών παρατηρείται μια ανωμαλία στη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - επινεφριδίων τονίζοντας και πάλι την ύπαρξη κοινού γενετικού υποβάθρου (Birketvedt, Drivenes, Agledahl, Sundsfjord, Olstad, & Florholmen, 2006).

Η χρήση ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές μοιράζονται και κοινά νευροβιολογικά χαρακτηριστικά. Σημαντικά συστήματα νευροδιαβιβαστών, όπως είναι η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται στη ρύθμιση τόσο της πρόσληψης τροφής όσο και της κατανάλωσης ουσιών (Sinha & O'Malley, 2000). Συγκεκριμένα το μεσομυϊκό ντοπαμινεργικό σύστημα φαίνεται να κατέχει σημαντικό ρόλο στις οξείες θετικές επιδράσεις ορισμένων επιβλαβών ερεθισμάτων, όπως είναι οι ουσίες και οι πλούσιες θερμιδικές τροφές. Η λήψη τέτοιων ουσιών προκαλεί αυξημένη απελευθέρωση ντοπαμίνης η οποία με τη σειρά της προκαλεί στο άτομο ένα αίσθημα

ευχαρίστησης και ευφορίας. Κατά συνέπεια αυτή η αυξημένη ντοπαμινική απελευθέρωση θεωρείται ως ένας κρίσιμος μηχανισμός για την ενίσχυση ανταμοιβόμενων ερεθισμάτων. Η ύπαρξη λοιπόν κοινού μηχανισμού που μεσολαβεί τις ενισχυτικές ιδιότητες των ναρκωτικών και των φυσικών ενισχυτών (όπως το φαγητό) οδηγεί στην άποψη πως συγκεκριμένα πρότυπα κατανάλωσης φαγητού μπορούν να επηρεάσουν συμπεριφορικά και νευροβιολογικά υποστρώματα με παρόμοιο τρόπο με τις εθιστικές ουσίες (Umberg, Shader, Hsu, & Greenblatt, 2012). Έρευνα που διεξήχθη με τρωκτικά που έλαβαν συγκεκριμένη διατροφή έδειξε αυτή την ύπαρξη αλλαγών στο μεσολομικό σύστημα ντοπαμίνης καθώς παρατηρήθηκε μειωμένη ύπαρξη υποδοχέων ντοπαμίνης D2. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως τα τρωκτικά συνέχισαν να αναζητούν τις συγκεκριμένες τροφές που λάμβαναν αρχικά παρά τις επακόλουθες αρνητικές συνέπειες (ηλεκτρισμό), όπως ακριβώς συμβαίνει και με τις εθιστικές ουσίες. Τέλος, ανέπτυξαν ανοχή και απόσυρση κατά όμοιο τρόπο με τις εξαρτητικές ουσίες. Αυτές λοιπόν οι ομοιότητες μεταξύ της κατανάλωσης τροφής και της κατανάλωσης ουσιών που αποδεικνύονται και μέσα από έρευνες με ζώα υποστηρίζουν την ύπαρξη ενός κοινού μηχανισμού ο οποίος ωθεί την ανάπτυξη τέτοιων εθιστικών συμπεριφορών και ο οποίος οφείλεται σε ανισορροπία στους χημικούς πομπούς των οδών επιβράβευσης (Calero - Elvira και συν., 2009. N Gearhardt, Phil, & R Corbin, 2011) Μάλιστα κάποιες έρευνες υποστηρίζουν πως οι διατροφικές διαταραχές και ο εθισμός στις ουσίες μοιράζονται δύο κοινούς μηχανισμούς δράσης με αποτέλεσμα να είναι εύκολη η μετάβαση από τη μια διαταραχή στην άλλη. Ο πρώτος κοινός μηχανισμός αναφέρεται στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου ενώ ο δεύτερος αναφέρεται στον τρόπο που ωθείται το άτομο στην καταναγκαστική κατανάλωση ουσιών – φαγητού (Filbey, Myers, & DeWitt, 2012). Ωστόσο αν και όλες αυτές οι θεωρίες και οι έρευνες δείχνουν την ύπαρξη κάποιων κοινών μηχανισμών δράσης δεν φαίνεται να είναι ικανοί να εξηγήσουν από μόνοι τους που οφείλεται η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών ή την κατεύθυνση αυτής της σχέσης (Filbey, Myers, & DeWitt, 2012. Harrop & Marlatt, 2010. Umberg, Shader, Hsu, & Greenblatt, 2012).

Άλλες θεωρίες για να εξηγήσουν αυτή τη συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών αντιμετωπίζουν τις διατροφικές διαταραχές ως συμπεριφορές εθισμού καθώς χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες και καταναγκαστικές ενέργειες που δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου (Corcos και συν., 2001. Holderness, Brooks – Gunn, & Warren, 1994. Krahn, 1991). Ο Rundolth μάλιστα χρησιμοποίησε τον όρο «εθισμός στο φαγητό» τονίζοντας πως η βουλιμία και η διαταραχή BED (binge eating disorder) έχουν αρκετά κοινά σημεία με τη διαταραχή εθισμού στο αλκοόλ (Cassin & von Ranson, 2007). Άλλες θεωρίες αναφέρονται στην ύπαρξη εθιστικής προσωπικότητας ως προδιαθετικό παράγοντα της ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών και χρήσης ουσιών (Brisman & Siegel, 1984). Εμπειρικές όμως μελέτες για την ύπαρξη εθιστικής συμπεριφοράς παραμένουν ασαφείς και τονίζουν πως ίσως πρόκειται απλά για ύπαρξη κάποιων

κοινών χαρακτηριστικών προσωπικότητας που κάνει τα άτομα πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη αυτών των δύο διαταραχών (Harrop & Marlatt, 2010. Holderness, Brooks – Gunn, & Warren, 1994). Μάλιστα υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν την ύπαρξη κάποιων βασικών παραγόντων που ευδοκιμούν στη συσχέτιση των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών, όπως είναι κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας, η ιδιοσυγκρασία και κάποιες διαταραχές προσωπικότητας (Vaz – Leal και συν., 2015). Όσον αφορά πάντως αυτή την άποψη χρήζει περαιτέρω μελέτης καθώς αν και φάνηκε πως τα άτομα με διατροφικές διαταραχές και τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα ωστόσο υπήρχαν άλλοι παράγοντες, όπως το ιστορικό χρήσης ουσιών, που συνδεόταν περισσότερο με την ύπαρξη μελλοντικών αντίστοιχων συμπτωμάτων (Harrop & Marlatt, 2010). Επίσης, οι έρευνες αυτές δεν συμπεράναν εάν η σχέση αυτή επηρεάζεται εν τέλει από κάποιους άλλους παράγοντες αλλά αυτό που φάνηκε είναι πως τόσο τα άτομα με βουλιμία όσο και τα αλκοολικά άτομα είχαν υψηλά ποσοστά κυρίως κατάθλιψης και απώλειας αυτοελέγχου (Forcano και συν., 2009. Vaz – Leal και συν., 2015).

Τέλος, υπάρχουν αναφορές που εξηγούν αυτή τη συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών ως διαφορετικές εκφράσεις του ίδιου υποκειμενικού προβλήματος, αφήνοντας να εννοηθεί η ύπαρξη άλλων παραγόντων, όπως ψυχολογικών ή οικογενειακών, που πιθανώς οδηγούν το άτομο στην υιοθέτηση τέτοιων αντισταθμιστικών συμπεριφορών (Krahn, 1991).

Συνεπώς όλες αυτές οι θεωρίες και οι έρευνες έχοντας αποδεχθεί την υφιστάμενη συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών προσπαθούν βασισμένοι σε διαφορετικές φιλοσοφίες και απόψεις να την εξηγήσουν. Ωστόσο δεν έχει επιτευχθεί αυτό καθώς τόσο οι λόγοι ύπαρξης της όσο και η κατεύθυνση της παραμένουν ασαφείς αφήνοντας όμως ενδείξεις για ύπαρξη άλλων παραγόντων που πιθανώς να διαμεσολαβούν αυτής της συσχέτισης (Harrop & Marlatt, 2010).

### **3.3. Παράγοντες που επιδρούν στη χρήση ουσιών και στις διατροφικές διαταραχές**

Έρευνες έχουν δείξει ότι η εξάρτηση από κάποια ουσία και οι διατροφικές διαταραχές έχουν κάποιους κοινούς παράγοντες – μεταβλητές που σχετίζονται με την έναρξη ή ακόμη και τη διατήρηση αυτών των διαταραχών. Μεταξύ λοιπόν αυτών των παραγόντων οι ισχυρότεροι είναι η παρορμητικότητα, η κατάθλιψη, η οικογενειακή λειτουργικότητα και η ανεργία (Cassin & von Ranson, 2005. Lyke & Matsen, 2013. Mossakowski, 2008. Schroeder & Higgins, 2017). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, όπως και οι χρήστες ουσιών, παρουσιάζονται να έχουν αυξημένα ποσοστά παρορμητικότητας σε σχέση με τα άτομα από το γενικό πληθυσμό καθώς φαίνεται να χαρακτηρίζονται από τη λήψη επιπόλαιων και ριψοκίνδυνων σκέψεων και συμπεριφορών και από την αδυναμία αυτοελέγχου που έχουν ως αποτέλεσμα την



υιοθέτηση συμπεριφορών, όπως αυτή της χρήσης ουσιών ή της υπερφαγίας-αφαγίας (Cassin & von Ranson, 2005. Dawe & Loxton, 2004. Lacey & Moureli, 1986).

Μια άλλη κοινή μεταβλητή φαίνεται πως είναι η κατάθλιψη, καθώς τόσο οι διατροφικές διαταραχές όσο και η χρήση ουσιών, κυρίως το αλκοόλ, περιγράφονται ως συνυφασμένες με αυτήν (Deykin, Levy, & Wells, 1987. Johnson, & Larson, 1982. Schroeder & Higgins, 2017). Η καταθλιπτική διάθεση, σύμφωνα με τις μελέτες, σχετίζεται τόσο με την έναρξη όσο και με τον τερματισμό των διαταραχών αυτών καθώς έρευνες δείχνουν πως μόλις αυτή η καταθλιπτική διάθεση εξασθενεί, εξαλείφεται ή μειώνεται και η ίδια η διατροφική διαταραχή ή αντίστοιχα η χρήση ουσιών (Paton, Kessler, & Kandel, 1977. Rogers & Smit, 2000).

Ακόμα, η οικογενειακή λειτουργικότητα παρουσιάζεται ως μια σημαντική μεταβλητή που μπορεί να ενισχύσει ή όχι την εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής ή την χρήση κάποιας ουσίας (Lyke & Matsen, 2013. Bulik, 1987). Η δομή της οικογένειας, ο τρόπος επικοινωνίας και σύνδεσης των μελών της και οι ρόλοι που υιοθετούνται μέσα σε αυτήν έχουν θεωρηθεί πως κατέχουν καίριο ρόλο στην ανάπτυξη της χρήσης ουσιών αλλά και των διατροφικών διαταραχών (Lyke & Matsen, 2013).

Τέλος, ένας κοινωνικοοικονομικός παράγοντας, η ανεργία, έχει φανεί πως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ή την παράταση της ύπαρξης τόσο της χρήσης ουσιών όσο και των διατροφικών διαταραχών. Περίπου το 12% των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και το 30% των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών αντιμετωπίζουν δυσκολία στην εύρεση εργασίας με αποτέλεσμα μεγάλα χρονικά διαστήματα να παραμένουν άνεργα (Clark, Parr, & Castelli, 1988. Crawford, Plant, Kreitman, & Latcham, 1987. Mossakowski, 2008).

Δεδομένου λοιπόν ότι η χρήση ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές μοιράζονται κάποιες κοινές μεταβλητές προβλεψιμότητας κάποιοι υποστηρίζουν ότι εν τέλει μπορεί αυτοί να είναι υπεύθυνοι για τη συσχέτιση αυτών των δύο διαταραχών τονίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα (Harrop & Marlatt, 2010. Holderness, Brooks – Gunn, & Warren, 1994).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η παρορμητικότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη κατασκευή μέσα στην οποία ενυπάρχουν και άλλες σχετικές διαστάσεις, όπως είναι η έλλειψη προνοητικότητα, η συμπεριφορά χωρίς σκέψη και η μη εκτίμηση των συνεπειών (Dawe & Loxton, 2004). Σύμφωνα με τον Rachlin και τον Green (1972) η παρορμητική συμπεριφορά ορίζεται ως η επιλογή μιας μικρής αλλά άμεσης ανταμοιβής αντί μιας πιο μεγάλης αλλά και πιο αργής ανταμοιβής. Στην προσπάθεια ορισμού της παρορμητικότητας συνέβαλε και ο Eysenck (1993) ο οποίος υπέδειξε τη σύνδεση μεταξύ της παρορμητικότητας και της έλλειψης αυτοσχεδιασμού, ενώ αργότερα τονίστηκε και η συσχέτιση της με άλλους παράγοντες, όπως η αυξημένη δραστηριότητα και η μειωμένη προσοχή (Patton & Stanford, 1995). Ένας από τους βασικότερους μελετητές της παρορμητικότητας, ο Barratt (1993) ήταν αυτός που πρώτη φορά ανέφερε και την αναγκαιότητα ένταξης ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στον ορισμό της, ορίζοντας έτσι την παρορμητικότητα ως ένα μέρος της συμπεριφοράς που είναι προδιατεθειμένο για άμεση αντίδραση χωρίς προσχεδιασμό και χωρίς εκτίμηση των επακόλουθων συνεπειών. Εάν και μέχρι σήμερα συνεχίζει να μην επικρατεί ένας ευρέως αποδεχτός ορισμός της παρορμητικότητας ωστόσο ολόκληρη η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί στην αντιμετώπιση της ως μιας πολυδιάστατης κατασκευής (Dawe & Loxton, 2004).

Η παρορμητικότητα δεν αποτελεί εξ ορισμού ένα αρνητικό στοιχείο της προσωπικότητας αλλά περισσότερο ένα δυσλειτουργικό χαρακτηριστικό, λόγω της σύνδεσής της με εγκληματικές και βίαιες συμπεριφορές. Στην άποψη αυτή συμβάλλουν οι επιπτώσεις της παρορμητικότητας στη ζωή του ατόμου αλλά και γενικότερα στη κοινωνία (Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008). Η βασικότερη επίπτωση σχετίζεται με το γεγονός ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα παρορμητικότητας υιοθετούν επικίνδυνες – ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, χωρίς να αναλογίζονται τις επακόλουθες συνέπειες. Μια πτυχή αυτής της δράσης τους είναι ο πειραματισμός με παράνομες ουσίες ή η εμπλοκή τους σε παράνομες δραστηριότητες (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Έρευνα μάλιστα έδειξε πως άτομα που είχαν εμπλακεί σε παράνομες δραστηριότητες είχαν υψηλά σκορ σε κλίμακα μέτρησης της παρορμητικότητας (Mitchell, 1999).

Επίσης, η παρορμητικότητα έχει αποδειχθεί πως είναι ένα από τα βασικά και ιδιαίτερης σημασίας συμπτώματα σε διάφορες ψυχικές νόσους, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών προσωπικότητας, των συναισθηματικών διαταραχών, των διαταραχών ελλειμματικής προσοχής και διάσπασης, των διαταραχών σχετιζόμενων με ουσίες και των διατροφικών διαταραχών. Η ύπαρξη της εντοπίζεται πολύ συχνά και σε αυτοκαταστροφικές ή ετεροκαταστροφικές συμπεριφορές καθώς φαίνεται πως ενισχύει την εξέλιξη μιας επικίνδυνης σκέψης σε συμπεριφορά (Dawe & Loxton, 2004).

### 4.1. Παρορμητικότητα και χρήση ουσιών

Η παρορμητικότητα έχει στοχοποιηθεί ως ένας καίριος παράγοντας για την ύπαρξη κατάχρηση-εξάρτησης από κάποια ουσία υποστηρίζοντας πως η χρήση και η μετέπειτα κατάχρηση/εξάρτηση ουσιών αντικατοπτρίζει μια σειρά παρορμητικών επιλογών (Schroeder & Higgins, 2017. Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008). Τα αρχικά στάδια της ψυχαγωγικής-περιστασιακής λήψης μιας ουσίας επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από την ύπαρξη παρορμητικής συμπεριφοράς των ατόμων καθώς μπορούν να προτρέψουν ή να αποτρέψουν την αρχική αυτή δοκιμή μιας διαθέσιμης ουσίας. Η ύπαρξη επομένως αυτού του επαρκούς ή μη ανασταλτικού ελέγχου σε μια απόκριση που παρέχει άμεση ενίσχυση υποδεικνύει την άμεση σύνδεση της παρορμητικότητας με την έναρξη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Παρομοίως η παρορμητική συμπεριφορά φαίνεται να κυριαρχεί στη συνέχεια και στη διατήρηση της χρήσης ουσιών καθώς και πάλι επιδιώκονται οι άμεσες ανταμοιβές, όπως το «ανέβασμα» που προκαλεί η ουσία ή η αποφυγή των αρνητικών ή των στερητικών συμπτωμάτων που δημιουργούνται από την απόσυρση της ουσίας, έναντι των πιο βραχυπρόθεσμων αλλά βέλτιστων συνεπειών, όπως η βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων και η κοινωνική και οικογενειακή τους αποδοχή (Madden, Petry, Badger, & Bickel, 1997. Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008).

Χαρακτηριστικό της ύπαρξης παρορμητικής συμπεριφοράς σε όλες τις φάσεις της χρήσης ουσιών είναι το γεγονός ότι στους χρήστες ουσιών η υποκειμενική αξία που αποδίδεται στις βραχυπρόθεσμες συνέπειες εκπίπτει λόγω της δυσκολίας τους να τις αναλογιστούν αλλά και της ανάγκης τους, σωματικής και ψυχολογικής, να λάβουν την άμεση ανταμοιβή. Η έκπτωση μάλιστα αυτή είναι ιδιαίτερη υψηλή στους χρήστες, σε σχέση με τα άτομα από τον γενικό πληθυσμό, και συνδέεται άμεσα με την ύπαρξη πολύ αυξημένων επιπέδων παρορμητικότητας σε αυτούς (Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008). Ενδιαφέρουσα επίσης είναι η σταθερά μεγαλύτερη προτίμηση ενός μεγάλου μέρους των ατόμων με εξάρτηση από κάποια ουσία, κυρίως από αλκοόλ ή οπιοειδή, για μικρές και άμεσες ανταμοιβές έναντι μεγαλύτερων αλλά πιο αργών ανταμοιβών σε σχέση με τα άτομα που δεν κάνουν χρήση ουσιών (Green & Myerson, 2004. Madden, Petry, Badger, & Bickel, 1997).

Ποικίλες έρευνες επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ της παρορμητικότητας και της λήψης ουσιών τονίζοντας πως η ανίχνευση υψηλών επιπέδων παρορμητικότητας οδηγεί συχνά στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και σχετίζεται θετικά με τη δημιουργία εξάρτησης από αυτές αλλά και με την ύπαρξη πολλών υποτροπών (Moeller και συν., 2001. Schroeder & Higgins, 2017). Έρευνα στην οποία μελετούνταν η εξάρτηση από κοκαΐνη και η ύπαρξη παρορμητικότητας κατέδειξε τη σύνδεση των υψηλών επιπέδων παρορμητικότητας με την έναρξη της χρήσης κοκαΐνης, κάτι που δε βρέθηκε να ισχύει για τη μετέπειτα εξάρτηση από την κοκαΐνη (Belin, Mar, Dalley, Robbins, & Everitt, 2008).

Ακόμη και μεταξύ των χρηστών φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές ως προς τα επίπεδα

παρορμητικότητας. Σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα που είναι εξαρτημένα από πολλές και διαφορετικές ουσίες (πολυχρήστες) είναι πιο παρορμητικά από τα άτομα που έχουν σταθερά μια προτιμώμενη ουσία. Αυτή η αυξημένη παρορμητικότητα θεωρήθηκε μάλιστα πως ωθεί τα άτομα σε μεγαλύτερη έκθεση σε ψυχοτρόπους ουσίες κάνοντας τους πιο ευάλωτους στη δημιουργία πολλαπλής εξάρτησης (McCOWN, 1988. Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008).

Η ύπαρξη λοιπόν παρορμητικότητας ως στοιχείο της προσωπικότητας των ατόμων σχετίζεται άμεσα με την έκθεση τους στη χρήση ουσιών και πιθανόν με τη μετέπειτα δημιουργία εξάρτησης από αυτήν. Ωστόσο υπάρχουν αναφορές οι οποίες υποστηρίζουν πως άτομα που δεν είχαν υψηλά επίπεδα παρορμητικότητας, μετά την έναρξη της χρήσης ουσιών άρχισαν να εκδηλώνουν μια πιο παρορμητική συμπεριφορά γεγονός που δείχνει πως η χρήση ουσιών είναι αυτή που κάνει τα άτομα πιο παρορμητικά και όχι το αντίθετο (Moeller και συν., 2001). Πάντως και σε αυτή την άποψη τονίζεται η άμεση σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και της παρορμητικότητας.

#### **4.2. Παρορμητικότητα και διατροφικές διαταραχές**

Η ύπαρξη παρορμητικής συμπεριφοράς ως ένα σύνηθες χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων με κάποια διατροφική διαταραχή έχει υποστηριχθεί εδώ και πολλές δεκαετίες. Ήδη το 1986 ο Lacey και ο Evans τόνισαν την αναγνωρισμένη και υφιστάμενη ύπαρξη παρορμητικότητας σε διάφορες διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών διαταραχών. Η σχέση μάλιστα αυτών των διαταραχών και της παρορμητικής συμπεριφοράς θεωρήθηκε εξαιρετικής σημασίας με αποτέλεσμα να δοθεί σε αυτές ο όρος «μονοπαρορμητικές διαταραχές» (uni-impulsivedisorders) (Lacey&Evans, 1986).

Πλέον πληθώρα ερευνών δείχνει τη θετική σχέση μεταξύ της παρορμητικότητας και των διατροφικών διαταραχών η οποία, όπως αναφέρεται, βασίζεται στην προδιάθεση των ατόμων αυτών να δράσουν ραγδαία απέναντι σε οποιαδήποτε αρνητική επίδραση κινούμενοι υπό την ανάγκη τους για άμεση ανταμοιβή (Fischer, Smith, & Anderson, 2003). Η ξαφνική κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού ή ο μανιώδης περιορισμός της λήψης τροφής χωρίς αναλογισμό των επιπτώσεων θεωρείται πως πιθανόν αντικατοπτρίζει μια ιδιοσυγκρασία των ατόμων που χαρακτηρίζεται από μια αυξημένη ανάγκη άμεσης ανταμοιβής το οποίο, όπως έχει αναφερθεί, αποτελεί μια διάσταση της παρορμητικότητας (Dawe & Loxton, 2004).

Η έλλειψη προκαταρκτικής σκέψης και η αδυναμία αντίληψης και εξέτασης των πιθανών κινδύνων είναι επίσης διαστάσεις της παρορμητικότητας που φαίνεται να εμφανίζονται στα άτομα με διατροφικές διαταραχές. Χαρακτηριστικό εμφάνισης αυτών των διαστάσεων της στα άτομα αυτά είναι η ξαφνική απόφαση πλήρους περιορισμού της κατανάλωσης φαγητού, οι προσπάθειες κάθαρσης και η κατανάλωση υπερβολικών ποσοτήτων φαγητού, συμπεριφορές δηλαδή οι οποίες γίνονται αυθόρμητα από τα άτομα έχοντας ανάγκη για άμεση αντίδραση χωρίς όμως να

λαμβάνονται υπόψη οι αρνητικές συνέπειες, όπως η δυσφορία ή οι φυσικοί κίνδυνοι, που πιθανόν να επέρχονται (Cassin & von Ranson, 2005).

Υπάρχουν αναφορές οι οποίες υποστηρίζουν πως η παρορμητικότητα δεν προηγείται των διατροφικών διαταραχών αλλά αποτελεί συνέπεια αυτών. Ωστόσο, σύμφωνα με μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας, η πλειοψηφία των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, κυρίως των γυναικών με ψυχογενή βουλιμία, αναφέρουν ιστορικό ύπαρξης παρορμητικής συμπεριφοράς γεγονός που υποδεικνύει πως η παρορμητικότητα προϋπάρχει των διατροφικών διαταραχών (Nagata, Kawarada, Kiriiike, & Iketani, 2000).

Η παρορμητικότητα ως βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων με διατροφικές διαταραχές υποστηρίζεται και από αποτελέσματα ερευνών τα οποία συγκρίνοντας άτομα με διατροφικές διαταραχές, κυρίως ψυχογενή βουλιμία, με άτομα από το γενικό πληθυσμό βρίσκουν υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας στα άτομα του κλινικού πληθυσμού (Bulik και συν., 2004). Σε σύγκριση όμως και με ομάδες κλινικού πληθυσμού, όπως με άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, φαίνεται πάλι τα επίπεδα της παρορμητικότητας να είναι υψηλότερα στην ομάδα με τις διατροφικές διαταραχές (Moeller και συν., 2001).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εύρεση υψηλότερης παρορμητικότητας στα άτομα με ψυχογενή βουλιμία και με εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με τα άτομα που εμφανίζουν ψυχογενή βουλιμία αλλά όχι και πρόβλημα με κάποια ουσία. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν πως η ύπαρξη υψηλών επιπέδων παρορμητικότητας είναι πιθανόν να σχετίζεται με τη συσχέτιση – συννοσηρότητα κάποιων διαταραχών, όπως αυτών των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών (Vaz-Leal και συν., 2015). Επίσης, η παρατήρηση πολλών κοινών διαστάσεων της παρορμητικότητας μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών ενισχύουν την άποψη περί πιθανής εξήγησης της υφιστάμενης συσχέτισης αυτών των δύο διαταραχών (Dawe & Loxton, 2004).

Επομένως, οι διατροφικές διαταραχές, όπως και η χρήση ουσιών, φαίνεται να συνδέονται άμεσα με την ύπαρξη υψηλών επιπέδων παρορμητικότητας. Καίριο σημείο αποτελούν τα αποτελέσματα ερευνών που τονίζουν τη συμβολή της παρορμητικότητας ως παράγοντα κατανόησης της σχέσης μεταξύ αυτών των δύο επιβεβαιώνοντας έτσι την υπόθεση περί διαμεσολάβησης των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών από άλλους παράγοντες, όπως αυτός της παρορμητικότητας. Ωστόσο υπογραμμίζεται η ανάγκη για μεγαλύτερη διερεύνηση αυτής της απόψεως (Schroeder & Higgins, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Η οικογενειακή λειτουργικότητα αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική συνθήκη του οικογενειακού συστήματος η οποία έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας εδώ και πολλές δεκαετίες. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ικανότητα κάλυψης των βιοτικών και συναισθηματικών αναγκών των μελών της οικογένειας αλλά και την ικανότητα επίτευξης και άλλων συνθηκών, όπως της δημιουργίας ισχυρών δεσμών μεταξύ των μελών, της μετάδοσης κανόνων και αξιών στα νεότερα μέλη, της ύπαρξης υγιών ρόλων και προτύπων μέσα στο οικογενειακό σύστημα (Δασκαλάκης, 2009).

Μέχρι σήμερα πάντως δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος και σαφής ορισμός της. Ωστόσο φαίνεται πως υπάρχουν επτά διαστάσεις που ενυπάρχουν μέσα σε αυτή και που ουσιαστικά η ύπαρξή τους ή μη υποδηλώνει και την ύπαρξη της οικογενειακής λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα, η πρώτη διάσταση είναι η γενική λειτουργικότητα η οποία αναφέρεται στη γενικότερη υγεία του οικογενειακού συστήματος. Μια άλλη διάσταση της είναι η επίλυση των προβλημάτων, η ικανότητα δηλαδή της οικογένειας να αντιμετωπίζει τα εκάστοτε προβλήματα χωρίς όμως να διαταράσσεται η υπόλοιπη λειτουργικότητα της (Lyke & Matsen, 2013). Η επικοινωνία και η αλληλεπίδραση των μελών της οικογένειας αποτελεί μια ακόμη συνιστώσα της οικογενειακής λειτουργικότητας καθώς η μειωμένη επαφή και ανταλλαγή συναισθημάτων και σκέψεων μεταξύ των μελών της οικογένειας διαταράσσει το σύστημα αυτό. Οι ρόλοι και τα πρότυπα που δημιουργούνται μέσα σε κάθε οικογενειακό σύστημα έχουν επισημανθεί ως μια ακόμη διάσταση της καθώς φαίνεται πως όταν οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια είναι συγκεχυμένοι και παγιωμένοι επιφέρουν αναταράξεις στο σύνολο της οικογενειακής συνοχής (Lyke & Matsen, 2013). Η συναισθηματική απόκριση, δηλαδή ο βαθμός που το κάθε άτομο μπορεί να βιώσει την κατάλληλη επίδραση και η συναισθηματική εμπλοκή, δηλαδή ο βαθμός που το κάθε μέλος ενδιαφέρεται και προσδίδει αξία στις διάφορες δραστηριότητες της οικογένειας, έχουν επίσης συσχετιστεί με την ύπαρξη ή μη της οικογενειακής λειτουργικότητας. Τέλος, ο τρόπος διατήρησης και έκφρασης ποικίλων προτύπων συμπεριφοράς αποτελεί και αυτός μια διάσταση της που βοηθάει να αναγνωριστεί η ύπαρξη της μέσα σε ένα οικογενειακό πλαίσιο (Lyke & Matsen, 2013).

Η πολυεπίπεδη λοιπόν αυτή λειτουργία της οικογένειας έχει βρεθεί στο επίκεντρο της επιστημονικής κοινότητας καθώς σχετίζεται άμεσα με την ψυχική υγεία των ατόμων ( McPherson, Boyne, & Willis, 2017. Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005). Αναφέρεται δηλαδή πως όταν κάποια ή κάποιες λειτουργίες της οικογένειας δεν πραγματοποιούνται σωστά τότε όχι μόνο επηρεάζεται η λειτουργικότητα και η συνοχή της οικογένειας αλλά επηρεάζεται και η λειτουργικότητα του κάθε μέλους ξεχωριστά (Δασκαλάκης, 2009. Glick, Berman, & Clarkin, 2003).

Εκτός από την επίδραση στη ψυχική κατάσταση των ατόμων, φαίνεται πως συμβάλλει στην

έναρξη και στη διατήρηση διαφόρων ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών διαταραχών, των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν την ενθάρρυνση ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών εξαιτίας της ύπαρξης μειωμένης οικογενειακής συνοχής και λειτουργικότητας τονίζοντας πως άτομα με ψυχική διαταραχή αναφέρουν μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργικότητα (Lyke & Matsen, 2013). Συγκεκριμένα, η απουσία συνοχής και οργάνωσης μέσα στο οικογενειακό σύστημα, η δυσκολία εγγύτητας και συναισθηματικής έκφρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας και οι αλληλοσυγκρουόμενες σχέσεις ανάμεσα τους, έχουν περιγραφεί ως συνήθη χαρακτηριστικά των οικογενειών των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή, υποδεικνύοντας έτσι την άμεση σύνδεση μεταξύ της οικογενειακής λειτουργικότητας και της ανάπτυξης κάποιας ψυχικής διαταραχής (Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005).

Δεδομένου λοιπόν του ότι η οικογενειακή λειτουργικότητα, η συνοχή και ο τρόπος επικοινωνίας των μελών της διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία συνθηκών που σχετίζονται με την εμφάνιση και την ανάπτυξη σημαντικών ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η χρήση ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές, έχει τονισθεί η ανάγκη για περαιτέρω μελέτης της συσχέτισης τους (Deas & Thomas, 2001).

### **5.1. Οικογενειακή λειτουργικότητα και χρήση ουσιών**

Ο ρόλος της οικογενειακής συνοχής και λειτουργικότητας έχει καταδειχθεί ως καίριος στην ανάπτυξη και στην διατήρηση της χρήσης ουσιών. Μελέτες φανερώνουν την ύπαρξη μιας σειράς επαναλαμβανόμενων δυσλειτουργικών μοτίβων στις οικογένειες των ατόμων με εξάρτηση από κάποια ουσία υποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο την άμεση σύνδεση αυτών των δύο παραγόντων (Μάτσα, 2001. McPherson, Boyne, & Willis, 2017).

Η οικογενειακή συστημική προσέγγιση η οποία έχει ερευνήσει σημαντικά τη σχέση μεταξύ της οικογενειακής λειτουργικότητας και της χρήσης ουσιών υποστηρίζει πως η χρήση αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της παθολογικής ομοιόστασης της οικογενειακής λειτουργίας η οποία αν και επιφέρει ποικίλα προβλήματα τόσο στο σύνολο όσο και στο κάθε μέλος, ωστόσο διατηρείται και προστατεύεται. Χαρακτηριστικό είναι πως κάθε προσπάθεια αλλαγής ή τροποποίησης αυτής της οικογενειακής ομοιόστασης αντιμετωπίζεται ως εξωτερική απειλή που θα ταραξεί το οικογενειακό σύστημα (Μάτσα, 2001).

Η ομοιόσταση μάλιστα που παρουσιάζουν οι οικογένειες των ατόμων με εξάρτηση φαίνεται να είναι παρόμοια. Παρατηρείται δηλαδή, σύμφωνα με την συστημική θεωρία, να υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών των ατόμων γεγονός που υποδεικνύει την άμεση σχέση της μορφής και της λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος με την εμφάνιση της χρήσης ουσιών. Συγκεκριμένα, το οικογενειακό πλαίσιο των ατόμων με εξάρτηση ουσιών περιγράφεται συνήθως ως κλειστό και συγκεχυμένο με απροσπέλαστα όρια και με ακαμψία κανόνων.

Ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται από αδυναμία κάλυψης των συναισθηματικών αναγκών και από μια γενικότερη δυσκολία ενισχυτικής αλληλεπίδρασης των μελών. Η εξάρτηση έτσι θεωρείται πως αναπτύσσεται ως απάντηση στο δίλημμα του ατόμου για παραμονή ή για φυγή του από το πλαίσιο αυτό, η οποία ωστόσο διατηρείται από αυτήν του την προσκόλληση (Kaufman & Yoshioka, 2005).

Οι οικογένειες επίσης αυτές χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη χαμηλής συνοχής και εκφραστικότητας, υψηλής συγκρουσιακής κατάστασης και μειωμένης επικοινωνίας. Μάλιστα η επικοινωνία τους φαίνεται πολλές φορές όχι μόνο να μην είναι πολύ συχνή αλλά και όταν υπάρχει να είναι επιφανειακή ή ακόμη να ενέχει αρνητικά σχόλια και έντονη επικριτικότητα. Έτσι η ύπαρξη αυτών των χαρακτηριστικών έχει ως αποτέλεσμα να διαταράσσονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών και να δημιουργούνται έντονες εντάσεις μεταξύ τους, κυρίως μεταξύ γονέων και παιδιών. Αυτή μάλιστα η αποστασιοποιημένη και συγκρουσιακή σχέση και η έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας ανάμεσα τους υποστηρίζεται πως είναι η βασική υπεύθυνη για την είσοδο των ουσιών στη ζωή του ατόμου αλλά και γενικότερα του οικογενειακού συστήματος (Glick, Berman, & Clarkin, 2003. Klagsbrun & Davis, 1977). Έρευνα στην Ελλάδα επιβεβαιώνει τις διαταραγμένες σχέσεις αυτών των οικογενειών και τη συσχέτιση τους με την ύπαρξη της χρήσης ουσιών καθώς φανερώνει πως οι οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη συχνών και έντονων συγκρούσεων και από την απουσία συναισθηματικής έκφρασης μεταξύ των μελών (Μάτσα, 1997).

Παράδοξο των ανωτέρων, δηλαδή της μειωμένης σχέσης, των εντάσεων και των συγκρούσεων, είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη εξαρτητικής σχέσης μεταξύ των μελών αυτών των οικογενειακών συστημάτων από την οποία το άτομο επιχειρεί να ξεφύγει και να διακόψει αυτούς τους ισχυρούς δεσμούς μέσω της εξάρτησης. Όμως η συμπεριφορά του αυτή τον οδηγεί σε μια εξίσου εξαρτητική σχέση καθώς από τη μία το ίδιο το άτομο λόγω της χρήσης είναι αδύναμο να φροντίσει τον εαυτό του και από την άλλη τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας θεωρούν το άτομο εξαιτίας της χρήσης μη ικανό να αυτονομηθεί και να λάβει την ευθύνη του εαυτού του. Έτσι η χρήση ουσιών βοηθάει στη διατήρηση της εξαρτητικής σχέσης μεταξύ των μελών με τη διαφορά ότι επιφέρει και ρήξη στις διαπροσωπικές τους σχέσεις καθώς υπάρχουν έντονες συγκρούσεις και εντάσεις για αυτή τη συμπεριφορά του ατόμου (Kaufman & Yoshioka, 2005. Μάτσα, 2001).

Πληθώρα λοιπόν ερευνών και θεωριών αποδεικνύουν τη σημασία της οικογενειακής λειτουργικότητας και συνοχής στην έναρξη αλλά και στη συνέχεια της χρήσης ουσιών. Το γεγονός μάλιστα ότι φαίνεται να ομοιάζουν οι οικογένειες αυτές στον τρόπο λειτουργίας, επικοινωνίας και οργάνωσης τους καθιστά ακόμη πιο φανερή την άμεση σύνδεση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων.

## **5.2. Οικογενειακή λειτουργικότητα και διατροφικές διαταραχές**

Η σχέση μεταξύ της οικογενειακής λειτουργικότητας και της ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών έχει μελετηθεί και αναγνωριστεί από όλες τις θεωρητικές προσεγγίσεις. Ωστόσο η



συστημική οικογενειακή θεραπεία λόγω της επικέντρωσης της στα συστήματα, συμπεριλαμβανομένου και αυτό της οικογένειας, έχει αναδείξει κάποια κυρίαρχα μοτίβα οικογενειακής λειτουργικότητας που σχετίζονται άμεσα με την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών. Ήδη από τη δεκαετία του 1950 επισήμανε την ύπαρξη κάποιων κοινών χαρακτηριστικών των οικογενειακών συστημάτων των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο τη συμβολή τους στην εμφάνιση τους. Υπέδειξε δηλαδή την ύπαρξη ενός τρόπου λειτουργίας και οργάνωσης της οικογενειακής δομής που ενισχύει και διατηρεί τα μοτίβα διατροφικών διαταραχών. Μάλιστα υποστηρίζεται πως όσο κυριαρχεί αυτή η οικογενειακή δομή και αυξάνεται έτσι η οικογενειακή δυσλειτουργία τόσο εντείνεται και η ύπαρξη των διατροφικών αυτών συνηθειών γεγονός που και πάλι υποδεικνύει τη συσχέτιση αυτών των δύο παραγόντων (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

Το 1975 ο Minuchin υποστήριξε αυτή την άποψη χρησιμοποιώντας για πρώτη φορά τον όρο «ψυχοσωματική οικογένεια», σύμφωνα με τον οποίο ένα συγκεκριμένο οικογενειακό σύστημα είναι αναγκαίο ώστε να αναπτυχθεί μια διατροφική διαταραχή. Μάλιστα τα βασικά χαρακτηριστικά της δομής αυτού του οικογενειακού συστήματος, σύμφωνα με τον Minuchin (1975), που ενισχύουν την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών είναι η υπερεμπλοκή, η υπερπροστασία, η αυστηρότητα και η αποφυγή επίλυσης των συγκρούσεων.

Η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει την ύπαρξη αυτών των κοινών οικογενειακών χαρακτηριστικών καθώς οι οικογένειες των ατόμων με διατροφικές διαταραχές φαίνεται να υιοθετούν συγκεκριμένους ρόλους, να υπερεμπλέκονται ο ένας στη ζωή του άλλου και γενικότερα να υιοθετούνται συμπεριφορές που δεν ικανοποιούν όλα τα μέλη της οικογένειας. Ακόμη παρουσιάζονται να έχουν μειωμένη ικανότητα επίλυσης δυσκολιών και στρεσογόνων καταστάσεων, φτωχότερη επικοινωνία και συναισθηματική απόκριση αλλά και εμπλοκή μεταξύ τους (Glick, Berman, & Clarkin, 2003. Lyke&Matsen, 2013). Αποτελέσματα έρευνας επιβεβαιώνουν την ύπαρξη αυτών των στοιχείων στις οικογένειες των ατόμων με διατροφικές διαταραχές καθώς αναφέρουν πως τα άτομα αυτά εκλαμβάνουν τις οικογένειες τους ως λιγότερο συνεκτικές και προσαρμοστικές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Vidonić και συν., 2005).

Κυρίαρχο επίσης σε αυτές τις οικογένειες φαίνεται να είναι το αίσθημα της δυσφορίας μεταξύ των μελών, όπως αποδεικνύουν και συγκριτικές μελέτες με οικογένειες γενικού πληθυσμού. Το αίσθημα αυτό είναι απόρροια του τρόπου λειτουργίας και συνοχής της οικογένειας καθώς τα νεότερα κυρίως μέλη διακατέχονται από μια έντονη πίεση η οποία, όπως έχει αποδειχθεί, μεταφράζεται από αυτούς ως δυσφορία (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014). Το δυσφορικό αυτό συναίσθημα πολλές φορές εντείνεται και από την ιδιαίτερη σημασία που δίνεται από αυτές τις οικογένειες στην εξωτερική εμφάνιση και στο σχήμα του σώματος. Αυτή μάλιστα η έντονη ενασχόληση και αξία που δίνεται στην εξωτερική εμφάνιση αποτελεί ένα βασικό

μοτίβο αυτών των οικογενειών και θεωρείται ως κύριος επιβαρυντικός παράγοντας ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής (Lyke&Matsen, 2013).

Δεδομένου όλων αυτών των κοινών οικογενειακών χαρακτηριστικών θεωρητική παραδοχή αποτελεί η άποψη πως οι διατροφικές διαταραχές υπηρετούν συνήθως ένα ομοιοστατικό και σταθεροποιητικό ρόλο μέσα στο οικογενειακό σύστημα καθώς φαίνεται να υποβόσκει ένα αλληλοσυνδεόμενο σύστημα στήριξης μεταξύ της οικογενειακής υπόστασης και των διατροφικών διαταραχών (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Από την άλλη υποστηρίζεται πως το άτομο μπορεί να υιοθετεί κάποια διατροφική διαταραχή ως ένα τρόπο έκφρασης της δυσλειτουργίας που υπάρχει μέσα στο οικογενειακό σύστημα λόγω της αδυναμίας των μελών να εκφράσουν με άλλο τρόπο την εναντίωση τους σε αυτή τη μορφή λειτουργίας της οικογένειας (Vidonić και συν., 2005). Επομένως, το ενυπάρχον οικογενειακό σύστημα μεταφράζεται από τα νεότερα μέλη ως απειλητικό, μη στοργικό και δυσλειτουργικό με αποτέλεσμα να αποτελεί ένα ισχυρό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών (Fassino και συν., 2003).

Συμπερασματικά, οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται άμεσα με τη λειτουργία και τη συνοχή της οικογένειας, όπως άλλωστε και η χρήση ουσιών. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι πως σε περιπτώσεις που υπάρχει και χρήση ουσιών και διατροφικές διαταραχές η οικογενειακή λειτουργικότητα φαίνεται να είναι πολύ χαμηλότερη από ότι στις περιπτώσεις που υπάρχει μόνο η μια από τις δύο διαταραχές (Harrrop&Marlatt, 2010). Αυτό το εύρημα υποδηλώνει πιθανόν πως η σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών σχετίζεται με τον παράγοντα οικογένεια. Ωστόσο αυτό χρειάζεται περαιτέρω έρευνα ώστε να επιβεβαιωθεί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων καθώς μπορεί να αποτελεί είτε μια διακύμανση στη διάθεση ή στο συναίσθημα, όπως για παράδειγμα μετά από μια απώλεια, είτε ένα σύμπτωμα ως μια μορφή αντίδρασης σε άλλες καταστάσεις, είτε ακόμη μια ψυχοπαθολογική διαταραχή, όταν υπάρχουν κριτήρια για διάγνωση της. Σύμφωνα με το DSM – V για να υπάρξει διάγνωση της χρειάζεται να εμφανίζονται για δύο τουλάχιστον εβδομάδες πέντε ή και περισσότερα από τα εξής συμπτώματα: βαθιά θλίψη, απουσία ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος, μειωμένη ενέργεια και όρεξη, δυσκολία συγκέντρωσης - προσοχής, αισθήματα απαισιοδοξίας, ενοχής και άγχους, διαταραχές στον ύπνο και στην κατανάλωση φαγητού, μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα ή επιθυμία, παραμέληση του εαυτού και μια γενικότερη κοινωνική απόσυρση. Σε ακραίες περιπτώσεις υπάρχουν και έντονες αυτοκτονικές σκέψεις (American Psychiatric Association, 2013).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης με άλλες ψυχικές διαταραχές καθώς, όπως αναφέρεται, το 60-70% των ατόμων με κατάθλιψη πάσχει και από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (Γαρύφαλλος, 2007). Κυρίως φαίνεται να συνυπάρχει με τις αγχώδεις διαταραχές και συγκεκριμένα με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή πανικού (Jacobson & Newman, 2017). Επίσης, εμφανίζει υψηλή συνοσηρότητα με τις διατροφικές διαταραχές, κυρίως την ψυχογενή ανορεξία, και με τη χρήση ουσιών, κυρίως το αλκοόλ (Γαρύφαλλος, 2007. Meehan, Loeb, Roberto, & Attia, 2006). Τα ποσοστά μάλιστα συνοσηρότητας των διατροφικών διαταραχών με την κατάθλιψη κυμαίνονται μεταξύ 41-80% ενώ της χρήσης ουσιών με την κατάθλιψη κυμαίνονται ανάμεσα στο 35-64% (Pathak, Ojha, & Sharma, 2017).

### 6.1. Κατάθλιψη και χρήση ουσιών

Η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης-των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της χρήσης ουσιών έχει αναδειχθεί από μια πληθώρα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών καθώς φανερώνουν πως περίπου το 32-54% των ατόμων με καταθλιπτική διαταραχή ή καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζει εξάρτηση από κάποια ουσία (Boden & Fergusson, 2011. Brady & Sinha, 2007. Clark, Power, Le Fauve, & Lopez, 2008). Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν πως ο κίνδυνος έναρξης της χρήσης ουσιών είναι διπλάσιος όταν έχει προϋπάρξει καταθλιπτική συμπτωματολογία ή διαταραχή, υποδεικνύοντας έτσι την υψηλή σχέση που υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και της χρήσης ουσιών (Markou, Kosten, & Koob, 1998).

Ιδιαίτερα υψηλή φαίνεται πως είναι η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της χρήσης αλκοόλ καθώς παρατηρείται πως συνήθως τα άτομα με κατάθλιψη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία οδηγούνται στη χρήση αλκοόλ και όχι κάποιας άλλης ουσίας (Brady & Sinha, 2007). Πληθώρα ερευνών επιβεβαιώνει αυτή την άποψη αναφέροντας πως περίπου το 51% των ατόμων με

κατάθλιψη εμφανίζει και εξάρτηση από το αλκοόλ (Boden, & Fergusson, 2011. Dickey, Normand, Weiss, Drake, & Azeni, 2002). Επίσης, έρευνα σε φοιτητές υποστηρίζει αυτή τη σχέση αναφέροντας πως το 48% των ατόμων με κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ, εμφανίζει και καταθλιπτική συμπτωματολογία ή καταθλιπτική διαταραχή (Davis, Uezato, Newell, & Frazier, 2008).

Αξίζει να επισημανθεί πως η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπεριφοράς συνδέεται με όλες τις φάσεις της χρήσης ουσιών (Bolton, Robinson, & Sareen, 2009). Παρατηρείται δηλαδή πως πολλές φορές τα άτομα, κυρίως νεότερης ηλικίας, σε μια προσπάθεια τους να μειώσουν κάποια βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η θλίψη, η ευερεθιστικότητα, η αϋπνία, σε συνδυασμό με τις προσδοκίες που έχουν για την επίδραση των ουσιών, οδηγούνται αρχικά στην περιστασιακή χρήση ουσιών (Αυδή & Ρούσση, 2010). Η ύπαρξη δηλαδή καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κάνει τα άτομα πιο ευάλωτα και επιρρεπή να αναπτύξουν αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών, με βασικό στόχο να μειώσουν τον ψυχικό πόνο που βιώνουν. Έτσι σταδιακά η συμπεριφορά αυτή αρχίζει να εγκαθιδρύεται με αποτέλεσμα τα άτομα να οδηγούνται στην εξάρτηση. Επομένως σταδιακά δημιουργείται μια πολύ πιο στενή σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της χρήσης ουσιών (Park & Levenson, 2002).

Η ύπαρξη λοιπόν καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή διαταραχής σχετίζεται άμεσα με την έναρξη της χρήσης ουσιών αλλά και τη μετέπειτα εξάρτηση από αυτήν. Ωστόσο υπάρχουν και αναφορές οι οποίες υποστηρίζουν πως άτομα που δεν είχαν καταθλιπτική συμπεριφορά, μετά την έναρξη της χρήσης ουσιών άρχισαν να εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης γεγονός που δείχνει πως η χρήση ουσιών είναι αυτή που οδηγεί στην κατάθλιψη και όχι το αντίθετο (Foster, Powell, Marshall, & Peters, 1999). Πάντως και σε αυτή την περίπτωση τονίζεται η άμεση σχέση αυτών των δύο διαταραχών.

## **6.2. Κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές**

Η σχέση της κατάθλιψης και των διατροφικών διαταραχών αποδεικνύεται σταθερά εδώ και πολλές δεκαετίες (Godart και συν., 2007. Johnson & Larson, 1982. Ivanova και συν., 2015. Pyle, Mitchell, & Eckert, 1981). Πληθώρα ερευνών τονίζει τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού αυτών των δύο διαταραχών αναφέροντας πως περίπου το 35% των ατόμων που έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ή διαταραχή εμφανίζουν και κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής (Herpertz-Dahlmann, Hebebrand, Müller, Herpertz, Heussen, & Remschmidt, 2001. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt, 1993).

Τα ποσοστά αυτά επιπολασμού της κατάθλιψης με τις διατροφικές διαταραχές επηρεάζονται από το είδος της διατροφικής διαταραχής. Συγκεκριμένα, μελέτες δείχνουν πως η κατάθλιψη και ιδιαίτερα η μείζων καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται άμεσα με την ψυχογενή ανορεξία, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 31% έως και 88% (Fornari, Kaplan, Sandberg,

Matthews, Skolnick, & Katz, 1992). Η υψηλή αυτή σχέση αυτών των δύο διαταραχών αποδεικνύεται και από μελέτες σε γυναίκες στις οποίες φανερώνεται πως το 50% των γυναικών με ψυχογενή ανορεξία πάσχει και από κατάθλιψη (Wade, Bulik, Neale, & Kendler, 2000). Εξίσου υψηλά είναι και τα ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης με την ψυχογενή βουλιμία καθώς έρευνες αναφέρουν πως η συνοσηρότητα αυτών των δύο ποικίλει ανάμεσα στο 24% με 90%. Αυτή η διαφορά εκτίμησης του ποσοστού επιπολασμού τους οφείλεται στις μεθοδολογικές διαφορές των ερευνών. Πάντως σε κάθε περίπτωση η σχέση της κατάθλιψης και της ψυχογενούς βουλιμίας υποστηρίζεται από όλες τις επιδημιολογικές μελέτες (Godart και συν., 2007).

Η ύπαρξη της καταθλιπτικής διαταραχής ή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας δημιουργεί μια συναισθηματική κατάσταση στο άτομο που ενισχύει την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Θεωρείται έτσι πως οι διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως ένα μέσο αντιμετώπισης ή διαφυγής από τα δυσάρεστα συναισθήματα και τις αρνητικές σκέψεις που τους κατακλύζουν (Ivanova και συν., 2015). Ωστόσο τονίζεται πως η διατήρηση της ύπαρξης κάποιας διατροφικής διαταραχής δεν σχετίζεται μόνο με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου αλλά με μια σειρά πολλών παραγόντων (Rogers & Smit, 2000). Υπάρχουν πάντως και αναφορές που υποστηρίζουν πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή η καταθλιπτική διαταραχή είναι συνέπεια των φυσιολογικών και των ψυχολογικών διαστρεβλώσεων που η ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών προκαλεί (Holderness, Brooks-Gunn, & Warren, 1994). Όποια κατεύθυνση πάντως και εάν ακολουθεί αυτή η σχέση αυτό που τονίζεται είναι η αδιαμφισβήτητη ύπαρξη της.

Συμπερασματικά λοιπόν είναι σαφές πως η σχέση της κατάθλιψης με τις διατροφικές διαταραχές, όπως συμβαίνει και με τη χρήση ουσιών, είναι ισχυρή. Το γεγονός μάλιστα πως η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που εντοπίζεται τόσο στη χρήση όσο και στις διατροφικές διαταραχές οδήγησε κάποιους να υποστηρίζουν πως πιθανόν η κατάθλιψη σχετίζεται με τη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών (Sinha και συν, 1996). Ωστόσο αυτή η άποψη χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΑΝΕΡΓΙΑ

Η ανεργία αποτελεί μια συνθήκη η οποία περιγράφει την κατάσταση στην οποία το άτομο δεν εργάζεται παρόλο την επιθυμία και τις προσπάθειες του για αναζήτηση εργασίας. Το φαινόμενο αυτό ακμάζει τα τελευταία είκοσι περίπου χρόνια καθώς όχι μόνο αυξάνεται με ταχύτετους ρυθμούς αλλά παρουσιάζει μια ανθεκτικότητα η οποία διατηρείται σε υψηλά επίπεδα (Fryer & Stambe, 2015). Έρευνες αναφέρουν πως παγκοσμίως περίπου σαράντα εκατομμύρια άνθρωποι είναι άνεργοι. Εξίσου υψηλά είναι και τα ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα καθώς, σύμφωνα με μελέτες, το ποσοστό των ανέργων ανέρχεται στο 24,7% (Drydakis, 2015).

Ως μακρο-οικονομικό και κοινωνικό πρόβλημα η ανεργία επιφέρει ποικίλες συνέπειες στο άτομο, όπως δυσμενέστερες οικονομικές συνθήκες, κοινωνική εξάρθρωση, οικογενειακές τριβές και εντάσεις και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Classen & Dunn, 2012. Καμπέρης, 2001). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα ευρήματα που φανερώνουν την υψηλή συσχέτιση της ανεργίας με τη μείωση της ψυχικής υγείας αλλά και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Kiely & Butterworth, 2013. Kim, Muntaner, Shahidi, Vives, Vanroelen, & Benach, 2012. Maynard & Feldman, 2011. Murphy & Athanasou, 1999). Ήδη από το 1930 είχαν περιγραφεί οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία των ατόμων καθώς παρατηρήθηκε πως η απώλεια της εργασίας οδηγεί σε μειωμένα επίπεδα ψυχικής ευημερίας (Ezzy, 1993). Από την άλλη άτομα με ψυχικά προβλήματα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία εύρεσης εργασίας και εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα απόλυσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό κάτι που πάλι αναδεικνύει τη συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και της ψυχικής υγείας (Paul & Moser, 2009). Η επιδείνωση επομένως της ψυχικής κατάστασης του ατόμου εξαιτίας της ανεργίας σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση κάποιων ψυχικών διαταραχών. Ιδιαίτερα οι αγχώδεις διαταραχές, οι συναισθηματικές διαταραχές, κυρίως η κατάθλιψη, οι διατροφικές διαταραχές και οι διαταραχές χρήσης ουσιών αναφέρονται ως οι πιο συχνές συσχετιζόμενες με την ανεργία διαταραχές λόγω των υψηλών ποσοστών επιπολασμού τους (Kiely & Butterworth, 2013. Kim και συν., 2012).

### 7.1. Ανεργία και χρήση ουσιών

Η σχέση της ανεργίας με την έναρξη και τη διατήρηση της χρήσης ουσιών έχει μελετηθεί από μια πληθώρα ερευνών (π.χ. Ásgeirsdóttir, Corman, Noonan, Ólafsdóttir, & Reichman, 2014. Hammer, 1992. Saridi, Karra, Kourakos, & Souliotis, 2016). Τα ποσοστά επιπολασμού μεταξύ αυτών των δύο συνθηκών ανέρχονται στο 33%, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό. Διαχρονική μάλιστα μελέτη που διεξήχθη από το 1970 μέχρι το 2007 σε 26 ευρωπαϊκές χώρες, επιβεβαιώνει την άμεση σχέση μεταξύ της ανεργίας και της διαταραχής της χρήσης ουσιών, κυρίως της χρήσης αλκοόλ, αναφέροντας πως την περίοδο της ανεργίας υπάρχει όχι μόνο αύξηση της χρήσης ουσιών αλλά και ραγδαία αύξηση των θανάτων από τη χρήση ουσιών. Αυτό υποδηλώνει πως η ανεργία δεν οδηγεί μόνο στην έναρξη της χρήσης ουσιών αλλά και εντατικοποιεί την ήδη υπάρχουσα χρήση (Stuckler,

Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009). Υπάρχουν πάντως και αναφορές οι οποίες τονίζουν πως η χρήση ουσιών οδηγεί στην ανεργία και στη δυσκολία εύρεσης εργασίας καθώς μειώνει την παραγωγικότητα του ατόμου (Popovici & French, 2013).

Όποια κατεύθυνση πάντως και αν έχει η συσχέτιση τους, αυτό που φανερώνεται είναι η αδιαμφισβήτητη ύπαρξη της. Αξίζει να αναφερθεί όμως πως η σχέση της ανεργίας παρατηρείται να είναι πολύ πιο ισχυρή με την χρήση αλκοόλ καθώς σχετίζεται τόσο με την έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ όσο και με την αύξηση της ήδη υπάρχουσας χρήσης. Αντίθετα στις παράνομες ουσίες, φαίνεται πως δεν υπάρχει συσχέτιση της ανεργίας με την έναρξη τους αλλά υπάρχει μόνο με την αύξηση της ήδη υφιστάμενης χρήσης (Hammer, 1992). Ωστόσο και στις δύο περιπτώσεις υποδηλώνεται η άμεση σχέση της ανεργίας με την αύξηση της χρήσης ουσιών.

Υπάρχουν όμως και αντικρουόμενες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν πως η ανεργία δεν αυξάνει αλλά αντίθετα μειώνει τη χρήση όλων των ουσιών (Dee, 2001. Ettner, 1997). Κεντρικό επιχείρημα αυτής της άποψης είναι πως η ανεργία ακολουθείται από μείωση του εισοδήματος κάτι που με τη σειρά του οδηγεί στη μείωση των χρημάτων που χρησιμοποιεί το άτομο για τη χρήση ουσιών του (Dee, 2001). Ωστόσο ασκείται κριτική σε αυτή την άποψη τονίζοντας πως αυτό ισχύει μόνο για τα άτομα που κάνουν περιστασιακή ή κοινωνική (για το αλκοόλ) χρήση ουσιών και όχι για τα άτομα με κατάχρηση ή εξάρτηση από τις ουσίες (Popovici & French, 2013). Επίσης, υπογραμμίζεται πως η ανεργία δεν υποδηλώνει σίγουρα οικονομική δυσχέρεια καθώς μπορεί λόγω άλλων παραγόντων, όπως αποταμίευσης, αποζημίωσης, οικογενειακού εισοδήματος, να συνεχίζουν τα άτομα και κατά την περίοδο της ανεργίας να μην αντιμετωπίζουν οικονομικό πρόβλημα (Khan, Murray, & Barnes, 2002).

Σε μια προσπάθεια απάντησης σε αυτές τις αντικρουόμενες απόψεις αναφέρεται πως το είδος της επίδρασης της ανεργίας στη χρήση ουσιών εξαρτάται από τη χρονική διάρκεια της ανεργίας. Υπογραμμίζεται δηλαδή πως η βραχυπρόθεσμη ανεργία συνδέεται με μείωση της χρήσης ουσιών ενώ αντίθετα η μακροπρόθεσμη ανεργία σχετίζεται με αύξηση της χρήσης (Khan, Murray, & Barnes, 2002). Πάντως και στις δύο απόψεις αυτό που αδιαμφισβήτητα φανερώνεται είναι η σχέση της ανεργίας με τη χρήση ουσιών.

Στην προσπάθεια εξήγησης αυτής της σχέσης οι μελέτες εστιάζουν κυρίως στη φύση της ανεργίας η οποία είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα με αποτέλεσμα να ωθεί τα άτομα να είναι εξαιρετικά ευάλωτα στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων, όπως άγχους, φόβου και θλίψης. Η χρήση λοιπόν θεωρείται πως αναπτύσσεται ως μια στρατηγική αντιμετώπισης αυτών των συναισθημάτων που προκαλούνται από τη συνθήκη της ανεργίας. Τα άτομα δηλαδή επιχειρούν να βρουν διέξοδο από την ανεργία και από τις συνακόλουθες κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές της επιπτώσεις μέσω της υιοθέτησης ριζοκίνδυνων συμπεριφορών, όπως αυτή της χρήσης ουσιών (Catalano και συν., 2011. Mossakowski, 2008. Popovici & French, 2013). Επιπρόσθετα, η ανεργία εκτός από

έντονο άγχος που προκαλεί στο άτομο, το απογυμνώνει από το κοινωνικό του δίκτυο και το κοινωνικό του ρόλο. Έτσι το άτομο αποδιοργανωμένο και χωρίς ταυτότητα υιοθετεί τη χρήση ουσιών ως μια προσπάθεια επιβίωσης (Kawachi & Wamala, 2006).

## 7.2. Ανεργία και διατροφικές διαταραχές

Η σχέση της ανεργίας με την εμφάνιση ή και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών δεν έχει μελετηθεί εκτενώς. Ωστόσο μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας εμμέσως υποδηλώνει την σχέση αυτών των δύο αναφέροντας την ύπαρξη υψηλών ποσοστών ανεργίας των ατόμων που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή. Παρουσιάζεται δηλαδή η πλειοψηφία του κλινικού δείγματος να αποτελείται από ανέργους γεγονός που υποδεικνύει την πιθανή σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της ανεργίας (Bland, Stebelsky, Orn, & Newman, 1988. Eckert, Halmi, Marchi, Grove, & Crosby, 1995. Keski-Rahkronen, Raevuori, Bulik, Hoek, Rissanen, & Kaprio, 2014. Varela, 1999).

Πρόσφατη μάλιστα βιβλιογραφία αναφέρει πως τρεις παράγοντες, ένας εκ των οποίων είναι η ανεργία, είναι αυτοί που σχετίζονται με τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών, κυρίως της ψυχογενούς ανορεξίας. Αυτό το εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει με μεγαλύτερη σαφήνεια την άποψη περί σημαντικής σχέσης της ανεργίας και των διατροφικών διαταραχών (Keski-Rahkronen και συν., 2014). Επίσης, έρευνες που τονίζουν τη σχέση της ανεργίας με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών φανερώνουν πως οι κυρίαρχες διαταραχές που συνδέονται με την ύπαρξη της ανεργίας είναι η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές κάτι που και πάλι υπογραμμίζει τη σχέση μεταξύ αυτών των δύο (Kiely & Butterworth, 2013. Kim και συν., 2012).

Σε αυτές τις αναφορές υποστηρίζεται πως οι διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται ως μια συμπεριφορά στρατηγικής απέναντι στο έντονο στρες που προκαλεί η συνθήκη της ανεργίας. Η ανεργία δηλαδή αποτελεί μια ιδιαίτερα στρεσογόνα και απειλητική συνθήκη την οποία τα άτομα πολλές φορές προσπαθούν να την αντιμετωπίσουν υιοθετώντας λανθασμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως αυτή των διατροφικών διαταραχών (Catalano και συν., 2011). Ιδιαίτερα αυτό φαίνεται να ισχύει για τη βουλιμία και την επεισοδιακή διαταραχή καθώς η ανεξέλεγκτη κατανάλωση φαγητού φαίνεται να αποτελεί μια προσπάθεια διαχείρισης του υπερβολικού άγχους, που προκαλείται και από τη συνθήκη της ανεργίας (Fairburn & Harrison, 2003).

Ο φόβος της ανεργίας επίσης φαίνεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη κάποιων διατροφικών διαταραχών. Παρατηρείται δηλαδή σε κάποια επαγγέλματα, όπως στις αθλήτριες και στις χορεύτριες, στα οποία υπάρχει αυξημένη πίεση για το βάρος και το σώμα, να υπάρχει έντονος φόβος απόλυσης ο οποίος συνδέεται με το σχήμα του σώματος και το βάρος. Αυτό λοιπόν έχει ως αποτέλεσμα να ωθείται η ανάπτυξη κάποιας διατροφικής διαταραχής, ιδιαίτερα της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας, καθώς έτσι αισθάνονται τα άτομα ότι προστατεύονται από την πιθανότητα απόλυσης (Baum, 2005). Ακόμη αναφέρεται πως λόγω της ανεργίας τα άτομα μπορεί



να αντιμετωπίζουν οικονομική δυσχέρεια η οποία να έχει αντίκτυπο και στις διατροφικές προτιμήσεις τους. Μάλιστα πολλές φορές λόγω της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης που επιφέρει υπάρχει σημαντική μείωση όχι μόνο των θρεπτικών τροφών αλλά και των γευμάτων των ατόμων που γίνεται είτε λόγω μείωσης των εξόδων είτε λόγω πλήρης οικονομικής εξάντλησης. Πάντως τονίζεται πως αυτή η κατάσταση συνδέεται κυρίως με την αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες και όχι τόσο με την εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής (Ludwig & Pollack, 2009).

Πάντως υπάρχουν και αναφορές οι οποίες υποστηρίζουν πως η σχέση μεταξύ της ανεργίας και των διατροφικών διαταραχών ακολουθεί διαφορετική κατεύθυνση. Αναφέρεται δηλαδή πως η ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών είναι αυτή που οδηγεί στην ανεργία και όχι το αντίθετο (Fairburn & Harrison, 2003). Όποια κατεύθυνση όμως και εάν ακολουθεί η σχέση μεταξύ της ανεργίας και των διατροφικών διαταραχών αυτό που υπογραμμίζεται είναι η ύπαρξη αυτής της συσχέτισης και η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα της.

Η σχέση λοιπόν μεταξύ της ανεργίας και των διατροφικών διαταραχών, εάν και δεν έχει μελετηθεί πλήρως ωστόσο φαίνεται πως είναι ισχυρή. Αξίζει να τονισθεί πως το γεγονός ότι η ανεργία αποτελεί έναν κοινό παράγοντα που συνδέεται με την εμφάνιση διαφορετικών ψυχικών διαταραχών οι οποίοι όμως σχετίζονται και μεταξύ τους, όπως των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών, ίσως υποδηλώνει την εμπλοκή της στην ανάπτυξη της συσχέτισης αυτής. Ωστόσο αυτό χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ**

Οι έρευνες που παρουσιάστηκαν παραπάνω υποδεικνύουν πως αφενός υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών και αφετέρου πως ίσως η συσχέτιση τους αυτή εμφανίζει υψηλή σχέση με κάποιους άλλους παράγοντες. Παρόλο όμως που τονίζεται η συμβολή κάποιων μεταβλητών ως παράγοντες κατανόησης της σχέσης μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών ωστόσο δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες που να το εξετάζουν αυτό. Χρειάζεται λοιπόν να κατανοηθεί ο τρόπος συσχέτισης της χρήσης ουσιών με τις διατροφικές διαταραχές ώστε η γνώση αυτή να λειτουργήσει ως κινητήριο δύναμη για μια καλύτερη θεραπευτική πορεία με λιγότερες επιβλαβείς επιπτώσεις, υποτροπές και μεταπηδήσεις από τη μια συμπεριφορά στην άλλη. Η παρούσα λοιπόν έρευνα στοχεύει να διερευνήσει εάν κάποιες σημαντικές από την υπάρχουσα βιβλιογραφία ψυχολογικές μεταβλητές που συνδέονται τόσο με τη χρήση ουσιών όσο και με τις διατροφικές διαταραχές, δηλαδή η παρορμητικότητα, η κατάθλιψη και η οικογενειακή λειτουργικότητα και η κοινωνικο-οικονομική μεταβλητή ανεργία, μεσολαβούν στη σχέση ή αλληλοεπιδρούν στη σχέση που ήδη έχει αποδειχθεί πως υπάρχει μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Επίσης, γίνεται σύγκριση μεταξύ ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών

και ατόμων από το γενικό πληθυσμό ώστε να ερευνηθεί εάν τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε αυτές τις μεταβλητές σε σχέση με τα άτομα από τον γενικό πληθυσμό. Τέλος διερευνάται εάν άλλοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο, επηρεάζουν αυτή τη σχέση.

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση είναι ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών θα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών και πιο αυξημένα επίπεδα παρορμητικότητας, οικογενειακής δυσλειτουργικότητας, κατάθλιψης και ανεργίας από τα άτομα που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Η υπόθεση αυτή προκύπτει από μια πληθώρα ερευνών οι οποίες υποδεικνύουν την υψηλή συσχέτιση της χρήσης ουσιών με την έναρξη και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών (Schroeder&Higgins, 2017. Umberg, Shader, Hsu, &Greenblatt, 2012) αλλά και με την ύπαρξη κάποιων άλλων παραγόντων, όπως αυτών της παρορμητικότητας, της κατάθλιψης, της οικογενειακής δυσλειτουργικότητας και της ανεργίας (Cassin & von Ranson, 2005. Lyke & Matsen, 2013. Mossakowski, 2008. Schroeder & Higgins, 2017). Επιχειρείται λοιπόν να φανεί εάν η παραπάνω εκτίμηση ισχύει και στον ελληνικό πληθυσμό.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση αφορά στο φύλο. Υποθέτουμε ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών θα έχουν υψηλότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών και από τους άντρες που κάνουν χρήση ουσιών και από τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού. Η υπόθεση αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι όλη η βιβλιογραφική ανασκόπηση τονίζει τόσο την άμεση επίδραση του φύλου στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών (Mehler & Andersen, 2017) όσο και τον υψηλό επιπολασμό των γυναικών χρηστών ουσιών με την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών (Corcos και συν., 2001). Υποθέτεται λοιπόν ότι παρόμοια θα είναι τα αποτελέσματα και για τις γυναίκες του ελληνικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με τη τρίτη ερευνητική υπόθεση, η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών θα διαμεσολαβείται από τις εξής μεταβλητές: την παρορμητικότητα, την κατάθλιψη και την οικογενειακή λειτουργικότητα. Δεδομένου δηλαδή ότι, όπως έχει αναφερθεί, τόσο η χρήση ουσιών όσο και οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συσχέτισης με κάποιους κοινούς παράγοντες (Harrop&Marlatt, 2010. Schroeder & Higgins, 2017.Sinha και συν, 1996) υποθέτεται ότι αυτοί οι παράγοντες θα διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών. Έτσι η παρούσα έρευνα υποθέτει πως η χρήση ουσιών θα σχετίζεται με μεγαλύτερη παρορμητικότητα η οποία με τη σειρά της θα σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Παρομοίως υποθέτεται ότι η χρήση ουσιών θα σχετίζεται με μεγαλύτερη οικογενειακή δυσλειτουργικότητα η οποία με τη σειρά της θα σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών και τέλος ότι η χρήση ουσιών θα σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης τα οποία με τη σειρά τους θα σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.

Τέλος, υποθέτεται ότι η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών θα επηρεάζεται από μια άλλη μεταβλητή, την ανεργία. Δεδομένου δηλαδή ότι, όπως έχει αναφερθεί, τόσο η χρήση ουσιών όσο και οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συσχέτισης με την ανεργία (Keski-Rahkronen και συν., 2014. Saridi, Karra, Kourakos, & Souliotis, 2016) θεωρείται πως θα αλληλεπιδρά στη σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών. Υποθέτεται δηλαδή ότι θα υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάστασης της ανεργίας και του πληθυσμού όσον αφορά τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών εκτιμώντας πως η ανεργία και η χρήση ουσιών θα επηρεάσουν τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα αναμένεται τα άτομα που είναι άνεργα και κάνουν και χρήση ουσιών να έχουν υψηλότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών από τα άτομα που είναι εργαζόμενα και δεν κάνουν χρήση ουσιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 8.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 160 άτομα εκ των οποίων τα 80 ανήκαν στον γενικό πληθυσμό και τα άλλα 80 ήταν χρήστες νόμιμων (αλκοόλ) ή παράνομων ουσιών. Από τους 80 χρήστες ουσιών, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΟΚΑΝΑ, οι 55 έκαναν χρήση αλκοόλ και οι 25 παράνομων ουσιών. Τα 80 άτομα του γενικού πληθυσμού, εκτός από 4 γυναίκες και 1 άντρα είχαν βαθμολογία <8 και αντίστοιχα <15 στα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ύπαρξης ή όχι κατάχρησης από τις ουσίες ή αντίστοιχα από το αλκοόλ κάτι που δείχνει ότι δεν αντιμετώπιζαν τέτοιες δυσκολίες. Η ηλικία τόσο των ατόμων από το γενικό όσο και από τον κλινικό πληθυσμό κυμαίνονταν από 20 έως 40 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 29,1 έτη (Τ.Α.=7.94 έτη). Μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι (N=137, 85.6%) και άνεργοι (N=83, 51.9%) με μέσο διάστημα ανεργίας 30.49 μήνες (Τ.Α.=38.36 μήνες). Το μέσο βάρος τους ήταν 70.93 kg. (Τ.Α.= 16.44 kg.) και το μέσο ύψος τους 173.42 cm (Τ.Α.=7.94 cm). Από τούς εν συνόλω συμμετέχοντες, οι 82 ήταν γυναίκες (51,2%) και οι 78 άντρες (48.8%). Συγκεκριμένα, από το σύνολο των 82 γυναικών οι 36 ανήκαν στο κλινικό πληθυσμό και οι 46 στο γενικό, ενώ από το σύνολο των 78 αντρών οι 44 ανήκαν στον κλινικό πληθυσμό και οι 34 στο γενικό. Τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Τα άτομα του κλινικού πληθυσμού προέρχονται από τρεις μονάδες απεξάρτησης του ΟΚΑΝΑ, το πρόγραμμα «Αθηνά», την «Ατραπό» και το νοσοκομείο «Ελενα» όμως βασική προϋπόθεση ήταν να κάνουν ακόμη χρήση ουσιών. Όσοι δεν έκαναν χρήση ουσιών την χρονική περίοδο που διεξαγόταν η έρευνα αποκλείονταν από αυτήν. Παράλληλα αποκλείονταν όσοι, τόσο από τον κλινικό όσο και από το γενικό πληθυσμό, ήταν κάτω των 20 ετών και άνω των 40. Η επιλογή του κατώτερου ηλικιακού ορίου έγινε για να αποκλειστούν άτομα που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία (15-20) έτσι ώστε η συσχέτιση κάποιων μεταβλητών να μην επηρεάζεται από τις νευροφυσιολογικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές που συντελούνται στην εν λόγω ηλικιακή φάση. Τέλος από την έρευνα αποκλείονταν όσοι ήταν διαγνωσμένοι με κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν από το Νοέμβριο του 2017 έως το Μάρτιο του 2018 και προήλθαν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που αναφέρονται παρακάτω. Η επιλογή του δείγματος από το γενικό πληθυσμό έγινε με τρόπο συμπτωματικό. Η επιλογή του δείγματος του κλινικού πληθυσμού έγινε από τα άτομα που βρίσκονταν στις τρεις δομές απεξάρτησης του ΟΚΑΝΑ και τηρούσαν τις προαναφερθέντες προϋποθέσεις συμμετοχής.

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν εντύπως αλλά και προφορικών για τους στόχους και τις προϋποθέσεις της έρευνας, την εθελοντική συμμετοχή, την ανωνυμία και τον χρόνο συμπλήρωσης, που υπολογίζονταν περίπου στα 30 λεπτά.

Εφόσον συναινούσαν ξεκινούσε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που αναφέρονται παρακάτω.

Η διαφύλαξη της ανωνυμίας και του απορρήτου διασφαλίστηκε με την ανωνυμία των ερωτηματολογίων, τη φύλαξη τους σε απόρρητο φάκελο προσβάσιμο μόνο από την ερευνήτρια και τη φύλαξη των υπογεγραμμένων εντύπων ενημερης συγκατάθεσης σε ξεχωριστό απόρρητο φάκελο.

## Πίνακας 1

Με τα δημογραφικά στοιχεία

	Κλινικός	Γενικός	
			$\chi^2=1.23, df=1, p=0.27$
Εργαζόμενοι	35	42	
Άνεργοι	45	38	
			$\chi^2=2.50, df=1, p=0.11$
Άνδρες	44	34	
Γυναίκες	36	46	
			$\chi^2=6.14, df=1, p=0.01$
Παντρεμένοι	17	6	
Ανύπαντροι	63	74	

## 8.2. Εργαλεία

Όλα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή την έρευνα ήταν μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα και συμπληρώθηκαν και από το γενικό και από τον κλινικό πληθυσμό. Στο πρώτο φύλλο των ερωτηματολογίων συμπληρώνονταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση.

Οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων μετρήθηκαν από την κλίμακα “Eating Disorders Examination Questionnaire – EDE-Q” (Fairburn & Beglin, 1994) η οποία έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στην ελληνική γλώσσα (Giovanoulis, Tsaousis, & Vallianatou, 2013). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με το οποίο αξιολογούνται στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων που σχετίζονται με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις και βαθμολογούνται τόσο το συνολικό σκορ και οι 4 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (περιορισμός, ανησυχία για τη διατροφή, ανησυχία για το σχήμα του σώματος, ανησυχία για το βάρος του σώματος) όσο και η συχνότητα εμφάνισης επεισοδίων 6 τύπων διαταραγμένης συμπεριφοράς διατροφής (όπως η κατανάλωση ασυνήθιστα μεγάλης ποσότητας τροφής και η καταναγκαστική άσκηση). Οι τιμές των συντελεστών Cronbach’s alpha στο συνολικό σκορ είναι υψηλές (δείκτης Cronbach  $\alpha = 0.95$ ) υποδεικνύοντας υψηλή εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου. Η βαθμολόγηση γίνεται σε μια τετραβάθμια κλίμακα Likert από το 0=καμιά μέρα έως το 6=κάθε μέρα

Για την παρορμητικότητα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα παρορμητικότητας του Barratt “Barratt Impulsiveness Scale / BIS – 11” (Patton & Stanford, 1995) στην ελληνική της έκδοση (Πάπλος, Χαβάκη-Κονταξάκη, Κονταξάκης, & Χριστοδούλου, 2002). Οι τιμές των συντελεστών Cronbach’s alpha στο συνολικό σκορ είναι υψηλές (δείκτης Cronbach  $\alpha = 0.95$ ) κάτι που αποδεικνύει πως έχει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία. Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις που ελέγχουν τη δραστηριότητα, την προσοχή και την ικανότητα σχεδιασμού του κάθε συμμετέχοντα. Τα άτομα καλούνται να απαντήσουν στα στοιχεία της κλίμακας δηλώνοντας τον βαθμό που τους αντιπροσωπεύει κάθε μια από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1=σπανίως/ ποτέ, 2=περιστασιακά, 3=συχνά, 4=πάντα/σχεδόν πάντα).

Η οικογενειακή λειτουργικότητα και συνοχή αξιολογήθηκε από την κλίμακα “The McMaster Family Assessment Device – FAD” (Miller, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985). Η προσαρμογή αυτού του ερωτηματολογίου στα ελληνικά έχει γίνει από την Ομάδα του Ιατρείου Οικογένειας και Ζεύγους της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, όπως χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα των Diaremekai συν., 2006. Η κλίμακα θεωρείται έγκυρη ενώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε υψηλή (δείκτης Cronbach  $\alpha = 0.70$ ). Το FAD αποτελεί ένα αυτοσυμπληρούμενο από το άτομο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις εξής επτά συνθήκες της οικογενειακής λειτουργίας: γενική λειτουργία, επίλυση προβλημάτων, επικοινωνία μελών, ρόλοι μέσα στην οικογένεια, συναισθηματική απόκριση, συναισθηματική εμπλοκή και πρότυπα συμπεριφοράς. Το ερωτηματολόγιο δίνει ένα συνολικό σκορ το οποίο χρησιμοποιήσαμε στην παρούσα έρευνα. Η βαθμολόγηση γίνεται σε μια τετραβάθμια κλίμακα Likert από το 1= Συμφωνώ απόλυτα ως το 4= Διαφωνώ απόλυτα.

Η κατάθλιψη των ατόμων μετρήθηκε με την κλίμακα “Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS” (Zigmond & Snaith, 1983) η οποία έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στα ελληνικά (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, Galanos, & Vlahos, 2004). Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι έγκυρο και αξιόπιστο καθώς έχει υψηλή εσωτερική συνοχή (0.94). Η κλίμακα HADS που συμπληρώνεται από το συμμετέχοντα έχει σχεδιαστεί για να μετράει τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη. Έτσι από τα 14 συνολικά λήμματα από τα οποία αποτελείται, τα 7 λήμματα μετρούν τα άγχος και τα άλλα 7 την κατάθλιψη, με διακύμανση βαθμολογίας από 0 έως 21. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μόνο το σκορ της κατάθλιψης (δείκτης Cronbach  $\alpha = 0.81$ ). Η βαθμολόγηση γίνεται σε μια τετραβάθμια κλίμακα Likert από το 0 έως 3.

Για να ελεγχθεί ότι στο γενικό πληθυσμό δεν υπήρχε εξάρτηση από κάποια ουσία χρησιμοποιήθηκαν το “Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT” και το Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT”. Συγκεκριμένα για τη μέτρηση της χρήσης παράνομων ουσιών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της κλίμακας “Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT” (Berman, Bergman, Palmstierna, & Schlyter, 2005). Η κλίμακα περιλαμβάνει 11

προτάσεις κάθε μία από τις οποίες μετράει τη συχνότητα και την ποσότητα της κατανάλωσης διαφόρων παράνομων ουσιών. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα καθώς έχει υψηλή εσωτερική συνοχή (δείκτης Cronbach  $\alpha = 0.92$ ).

Για τη μέτρηση της χρήσης νόμιμων ουσιών (αλκοόλ) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT” (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente & Grant, 1993) στην ελληνική της έκδοση και παρουσιάζει αυξημένη τιμή εσωτερικής συνάφειας (δείκτης Cronbach  $\alpha = 0.95$ ) και υψηλή εγκυρότητα (Moussas et al., 2010). Το ερωτηματολόγιο AUDIT περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, που βαθμολογούνται με μια τετραβάθμια κλίμακα Likert από 0 έως 4. Από το σύνολο των 10 ερωτήσεων, τρεις αφορούν στη χρήση του αλκοόλ, τέσσερις στην εξάρτηση και τρεις στα προβλήματα που προκαλούνται από την χρήση του αλκοόλ. Συνολική βαθμολογία  $\geq 8$  αποτελεί ένδειξη για πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη του 15 για τους άντρες και μεγαλύτερη του 13 για τις γυναίκες υποδηλώνει εξάρτηση, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών του.

Τέλος, η μεταβλητή ανεργία μετρήθηκε μέσα από την συμπλήρωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (επαγγελματική κατάσταση) όπου συμπληρωνόταν και η χρονική διάρκεια της ανεργίας.

### 8.3. Στατιστικές αναλύσεις

Η παρουσίαση των ποιοτικών δεδομένων (πληθυσμός, φύλο, κατάσταση εργασίας, οικογενειακή κατάσταση) γίνεται με πίνακες συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%). Για τις συνεχείς μεταβλητές της έρευνας μας (Παρορμητικότητα, Διατροφικές Διαταραχές, Κατάθλιψη, Οικογενειακή Λειτουργικότητα, Χρήση Ουσιών και Χρήση Αλκοόλ) παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και δείκτης εσωτερικής συνάφειας). Για να φανούν τα αποτελέσματα της επίδρασης των δύο ομάδων του Πληθυσμού ως προς τις διατροφικές διαταραχές, την παρορμητικότητα, την οικογενειακή λειτουργικότητα και την κατάθλιψη, έγινε η χρήση του παραμετρικού ελέγχου *t-test*, ακόμη, για να φανούν εάν τα ποσοστά ανεργίας, οικογενειακής κατάστασης και του φύλου διαφοροποιούνται ανάλογα με τον Πληθυσμό κάναμε τη χρήση του ελέγχου  $\chi^2$ . Για να φανεί εάν η Οικογενειακή Λειτουργικότητα, η Παρορμητικότητα, και η Κατάθλιψη, διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του πληθυσμού, χρησιμοποιήσαμε την *ανάλυση διαμεσολάβησης (mediation analysis)*, όπως αυτή προτάθηκε από τους Baron και Kenny (1986) και τους Judd και Kenny (1981). Τέλος, χρησιμοποιείται το SobelTest, για να ελεγχθεί ο βαθμός σημαντικότητας της διαμεσολάβησης. Το SobelTest, είναι ένας έλεγχος *ttest* το οποίο μας παρέχει μια μέθοδο για να μπορέσουμε να δούμε το κατά πόσον η αλλαγή στο βαθμό της σχέσης μεταξύ της ανεξάρτητης και της εξαρτημένης μεταβλητής, μετά από την προσθήκη της διαμεσολαβητικής μεταβλητής στην ανάλυση της παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντική, και έτσι, κατά πόσον η διαμεσολάβηση είναι στατιστικώς σημαντική

(Sobel1982).Η διαδικασία του Sobel έγινε με την βοήθεια ενός εργαλείου που παρέχεται δωρεάν στο διαδίκτυο, όπου εκεί τοποθετεί κανείς τις εκτιμήσεις που έχει από τις αναλύσεις παλινδρόμησης και παίρνει τα αποτελέσματα του SobelTest. <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>. Τέλος, για να φανεί εάν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάστασης της ανεργίας και του πληθυσμού όσον αφορά τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών κάναμε τη χρήση του ελέγχου *Two-WayANOVA*. Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0.05$  (ή 5%). Για την Στατιστική Ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικής εργαλείο SPSSv21.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με την χρήση των ερωτηματολογίων που αξιολογούν την χρήση αλκοόλ και αντίστοιχα την χρήση ουσιών βρέθηκε ότι στον γενικό πληθυσμό τηρούσαν τα κριτήρια ύπαρξης προβληματικής χρήσης ουσιών μόνο τρεις γυναίκες και προβληματικής χρήσης αλκοόλ, μία γυναίκα και ένας άντρας. Όλοι οι υπόλοιποι δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα με κάποια ουσία. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2

*Ποσοστά χρήσης ουσιών και αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό*

ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		N (%)
ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΓΕΝΙΚΟ ΣΚΟΡ		
Ανδρες	>15	1 (1.25%)
	≤15	33 (41.25%)
Γυναίκες	>13	1 (1.25%)
	≤13	45 (56.25%)
ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΓΕΝΙΚΟ ΣΚΟΡ		
Ανδρες	>6	3 (3.75%)
	≤6	31 (38.75%)
Γυναίκες	>8	0 (0.00%)
	≤8	45 (57.50%)

### 9.1. Σχέση χρήσης ουσιών με τις διατροφικές διαταραχές και με τις λοιπές μεταβλητές.

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης, βρέθηκε πως ο κλινικός πληθυσμός έχει υψηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας ( $t=4.17$ ,  $df=158$ ,  $p<.001$ ), υψηλότερα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας από το γενικό πληθυσμό ( $t=6.42$ ,  $df=158$ ,  $p<.001$ ) και πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης από το γενικό πληθυσμό ( $t=5.01$ ,  $df=158$ ,  $p<.001$ ).

Να σημειωθεί πως δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον κλινικό και το γενικό πληθυσμό ως προς τις διατροφικές διαταραχές ( $t=0.70$ ,  $df=158$ ,  $p=.49$ ), και τα ποσοστά ανεργίας ( $\chi^2=1.23$ ,  $df=1$ ,  $p=.27$ ). Τα αποτελέσματα φαίνονται στους Πίνακες 3 & 4 αντίστοιχα.

Πίνακας 3

*Αποτελέσματα της επίδρασης του Πληθυσμού ως προς τις διατροφικές διαταραχές, την*

παρορμητικότητα, την οικογενειακή λειτουργικότητα και την κατάθλιψη

	M.O.	T.A.	t	p
Διατροφικές Διαταραχές			0.70	0.49
Κλινικός	32.71	33.56		
Γενικός	29.39	26.56		
Παρορμητικότητα			4.17	<0.001
Κλινικός	69.75	9.44		
Γενικός	63.10	10.71		
Οικογενειακή Λειτουργικότητα			6.42	<0.001
Κλινικός	2.43	0.42		
Γενικός	2.04	0.34		
Κατάθλιψη			5.01	<0.001
Κλινικός	7.01	3.55		
Γενικός	4.38	3.10		

Πίνακας 4

Ποσοστά ανεργίας ανάλογα με τον πληθυσμό (πίνακας συνάφειας)

	Εργαζόμενοι	Άνεργοι	Σύνολο
Κλινικός	35	45	80
	43.8%	56.2%	100.0%
Γενικός	42	38	80
	52.5%	47.5%	100.0%
Σύνολο	77	83	160

## 9.2. Επιδράσεις του φύλου στις διατροφικές διαταραχές, στον κλινικό πληθυσμό και στο γυναικείο πληθυσμό

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης βρέθηκε πως στον κλινικό πληθυσμό, οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από τους άνδρες ( $t = -4.81$ ,  $df = 49.40$ ,  $p < .001$ ). Επίσης, βρέθηκε πως οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών έχουν υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από τις γυναίκες που δεν κάνουν χρήση ουσιών ( $t = -2.99$ ,  $df = 60.34$ ,  $p < .001$ ).

Πίνακας 5

Αποτελέσματα της επίδρασης του Φύλου ως προς τις διατροφικές διαταραχές στον κλινικό πληθυσμό

	M.O.	T.A.	t	p
Διατροφικές Διαταραχές			-4.81	<.001
Γυναίκες	51.17	38.07		
Άνδρες	17.61	19.24		

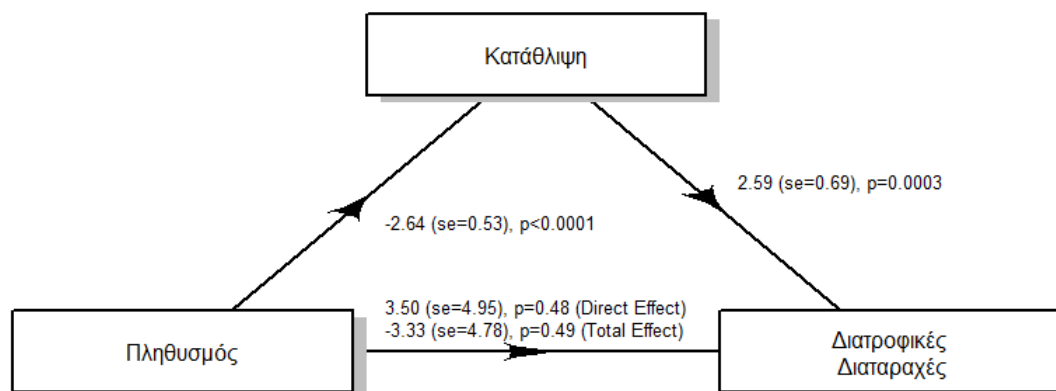
Πίνακας 6

Αποτελέσματα της επίδρασης του Πληθυσμού ως προς τις διατροφικές διαταραχές για τις γυναίκες

	M.O.	T.A.	t	p
Διατροφικές Διαταραχές			-2.99	.004
Κλινικού πληθυσμού	51.17	38.07		
Γενικού πληθυσμού	28.83	26.79		

### 9.3. Διαμεσολάβηση της κατάθλιψης, της παρορμητικότητας και της οικογενειακής λειτουργικότητας στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών

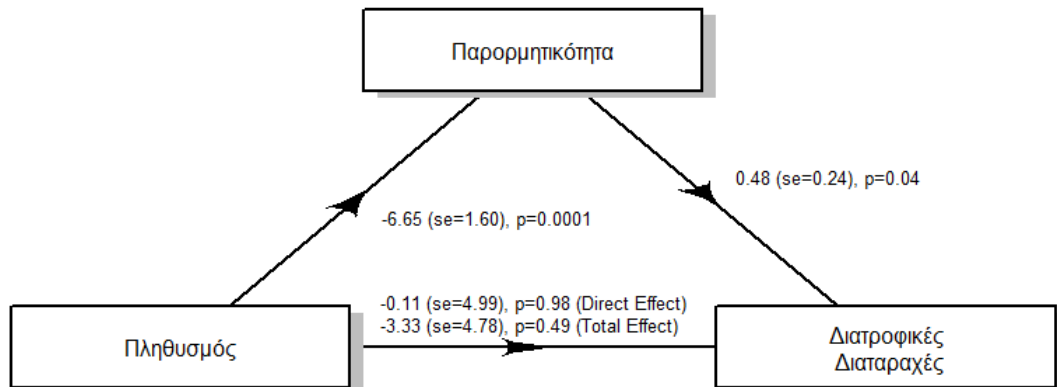
Η κατάθλιψη είναι η πρώτη μεταβλητή, που εξετάστηκε εάν διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα από τις παλινδρομήσεις παρουσιάζονται στο Γράφημα 1. Βρέθηκε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης διαφοροποιούνται ανάλογα με τον πληθυσμό και με αυτό εννοείται πως τα άτομα του γενικού πληθυσμού έχουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τα άτομα του κλινικού πληθυσμού ( $b = -2.64$ ,  $p < .0001$ ). Επίσης, όταν η κατάθλιψη αυξάνεται κατά μια μονάδα τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών αυξάνονται κατά 2.59 για ίδιες ομάδες πληθυσμού ( $b = 2.59$ ,  $p = .0003$ ). Ο συντελεστής του πληθυσμού από -3.33 ( $p = .49$ , ns) διαμορφώθηκε μετά την προσθήκη της κατάθλιψης στο μοντέλο παλινδρόμησης σε 3.50 ( $p = .48$ , ns), αλλά η τιμή του Sobeltest ήταν -2.99,  $p = .0003$ , δείχνοντας πως υπάρχει διαμεσολάβηση.



Γράφημα 1. Αποτελέσματα παλινδρομήσεων με διαμεσολαβητική μεταβλητή την κατάθλιψη.

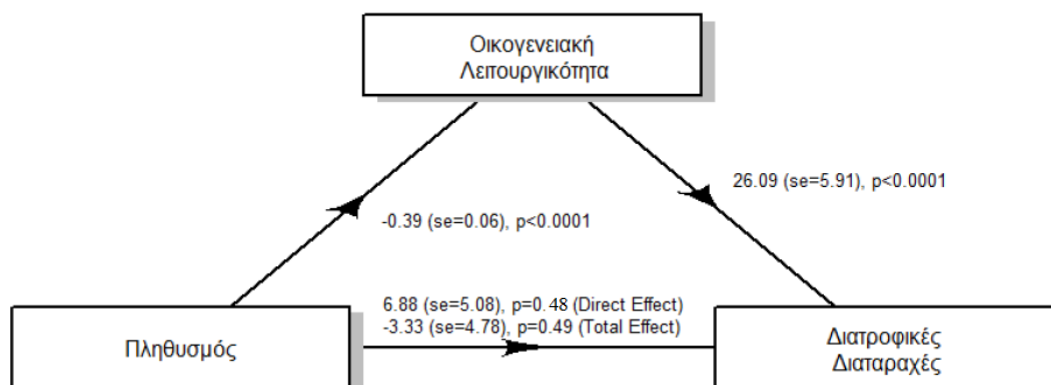
Έπειτα, η παρορμητικότητα είναι η μεταβλητή, που εξετάστηκε εάν διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα από τις παλινδρομήσεις παρουσιάζονται στο Γράφημα 2. Τα επίπεδα της παρορμητικότητας διαφοροποιούνται ανάλογα με τον πληθυσμό και με αυτό εννοείται πως τα άτομα του γενικού πληθυσμού έχουν χαμηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας από τα άτομα του κλινικού πληθυσμού ( $b = -6.65$ ,  $p < .001$ ). Επιπλέον όταν η παρορμητικότητα αυξάνεται κατά μια μονάδα, τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών αυξάνονται κατά 0.48, για ίδιες ομάδες πληθυσμού ( $b = 0.48$ ,  $p = .04$ ). Ο

συντελεστής του πληθυσμού από  $-3.33$  ( $p=.49$ , ns) μειώθηκε μετά την προσθήκη της παρορμητικότητας στο μοντέλο παλινδρόμησης σε  $-0.11$  ( $p=.98$ , ns), και η τιμή του Sobeltest ήταν  $-1.80$ ,  $p=.07$ , δείχνοντας πως δεν υπάρχει διαμεσολάβηση.



Γράφημα 2. Αποτελέσματα παλινδρομήσεων με διαμεσολαβητική μεταβλητή την παρορμητικότητα.

Τέλος, η οικογενειακή λειτουργικότητα είναι η τελευταία μεταβλητή, που εξετάστηκε εάν διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα από τις παλινδρομήσεις παρουσιάζονται στο Γράφημα 3. Τα επίπεδα η οικογενειακής λειτουργικότητας διαφοροποιούνται ανάλογα με τον πληθυσμό και με αυτό εννοείται πως τα άτομα του γενικού πληθυσμού έχουν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής δυσλειτουργικότητας από τα άτομα του κλινικού πληθυσμού ( $b= -0.39$ ,  $p<.0001$ ). Επίσης, όταν η οικογενειακή λειτουργικότητα αυξάνεται κατά μια μονάδα, τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών αυξάνονται κατά  $26.09$ , για ίδιες ομάδες πληθυσμού ( $b= 26.09$ ,  $p<.0001$ ). Ο συντελεστής του πληθυσμού από  $-3.33$  ( $p=.49$ , ns) διαμορφώθηκε μετά την προσθήκη της οικογενειακής λειτουργικότητας στο μοντέλο παλινδρόμησης σε  $6.88$  ( $p=.48$ , ns), και η τιμή του Sobeltest ήταν  $-3.65$ ,  $p=.0002$ , δείχνοντας πως υπάρχει διαμεσολάβηση.



Γράφημα 3. Αποτελέσματα παλινδρομήσεων με διαμεσολαβητική μεταβλητή την οικογενειακή

λειτουργικότητα.

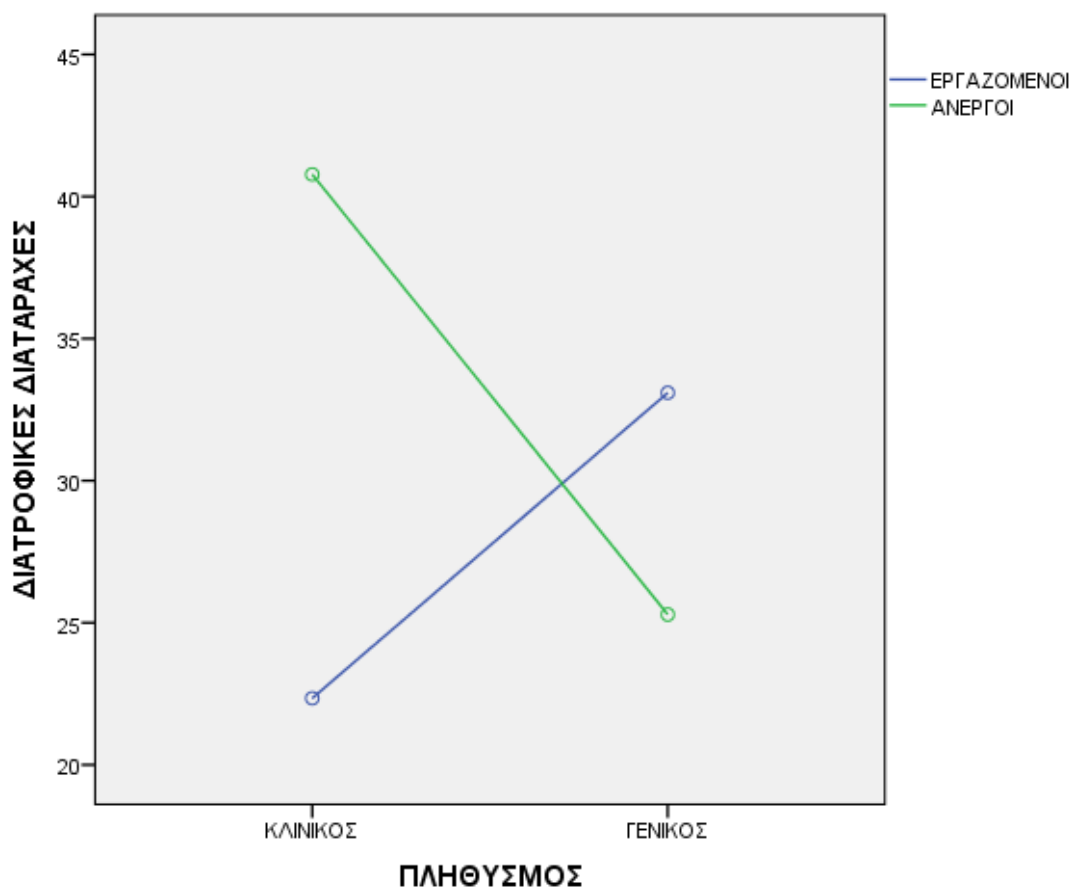
### 9.3.1 Αλληλεπίδραση του πληθυσμού και της κατάστασης της εργασίας ως προς τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών

Από την Ανάλυση Διασποράς με δύο παράγοντες (twowayANOVA) βρέθηκε πως ούτε ο πληθυσμός [ $F(1,156)=0.253$ ,  $\eta^2=0.002$ ,  $p=.615$ ] αλλά ούτε και η κατάσταση εργασίας [ $F(1,156)=1.277$ ,  $\eta^2=0.008$ ,  $p=.260$ ] έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών. Όμως, η αλληλεπίδραση των δύο παραγόντων είναι στατιστικά σημαντική [ $F(1,156)=7.782$ ,  $\eta^2=0.048$ ,  $p=.006$ ], κάτι που φαίνεται και στο Γράφημα 4. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7

*Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης για την επίδραση του Πληθυσμού και της Κατάστασης Εργασίας στις Διατροφικές Διαταραχές.*

Μεταβλητές	df	F	p	$\eta^2$
Πληθυσμός	1	0.253	0.615	0.002
Κατάσταση Εργασίας	1	1.277	0.260	0.008
Πληθυσμός* Κατάσταση Εργασίας	1	7.782	0.006	0.048
Σφάλμα	156			



Γράφημα 4: Επίπεδα διατροφικών διαταραχών με βάση τον πληθυσμό και την κατάσταση εργασίας.

Από το παραπάνω γράφημα φαίνεται πως στους άνεργους, ο κλινικός πληθυσμός έχει υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από το γενικό πληθυσμό, με την εικόνα αυτή να αλλάζει στους εργαζόμενους με τον γενικό πληθυσμό αυτή τη φορά να έχει υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από τον κλινικό πληθυσμό.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχέση της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών είναι καταλυτικής σημασίας καθώς φαίνεται πως η συνύπαρξή τους είναι πολύ συχνή και ισχυρή (Gadalla&Piran, 2007. Holderness, Brooks – Gunn, & Warren, 1994.Schroeder & Higgins, 2017.Umberg, Shader, Hsu, & Greenblatt, 2012).Αυτή η υψηλή συσχέτιση τους και η μη ύπαρξη σαφούς αιτιολογίας αυτής οδήγησε στην αναζήτηση κάποιων άλλων παραγόντων προκειμένου να εξηγηθεί. Ωστόσο η αναζήτηση αυτή εκτός του περιορισμένου εύρους της είχε και αρκετούς περιορισμούς με αποτέλεσμα να μη μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο ασφαλές συμπέρασμα (Harrop & Marlatt, 2010). Η παρούσα λοιπόν έρευνα επιχείρησε να εξετάσει το διαμεσολαβητικό ρόλο αλλά και την επίδραση κάποιων συγκεκριμένων παραγόντων στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών.

Συγκεκριμένα, αρχικά εξετάστηκε εάν ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών από τα άτομα που δεν κάνουν χρήση. Η υπόθεση δηλαδή ήταν ότι θα υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Αυτή δεν επιβεβαιώθηκε καθώς δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Εάν και το εύρημα αυτό δε συνάδει με το μεγαλύτερο μέρος της υπάρχουσας βιβλιογραφίας η οποία υποστηρίζει την υψηλή συσχέτιση

αυτών των δύο μεταβλητών (Schroeder&Higgins, 2017. Umberg, Shader, Hsu, &Greenblatt, 2012) ωστόσο συμφωνεί με τα αποτελέσματα ενός μικρού μέρους ερευνών που αναφέρουν ότι άτομα με διατροφικές διαταραχές δεν εμφανίζουν εξάρτηση από κάποια ουσία υποδηλώνοντας έτσι τη μη συσχέτιση αυτών των δύο μεταβλητών (Dunn, Larimer, & Neighbors, 2002.Stock, Goldberg, Corbett, & Katzman, 2002). Μάλιστα και η θεωρία έχει αναφέρει πως είναι πιθανόν να μην υφίσταται η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών εάν δεν υπάρχουν κάποιοι άλλοι παράγοντες (Krahn, 1991). Επίσης, έρευνα έχει τονίσει πως οι πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες επηρεάζουν το βαθμό της συνοσηρότητας της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών (Granner, Abood, & Black, 2001). Επομένως, ίσως στον ελληνικό πληθυσμό να μην εμφανίζεται τόσο συχνά ή τόσο έντονα αυτή η συσχέτιση κάτι που χρήζει περαιτέρω έρευνας.

Ακόμη εξετάστηκε εάν ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών εμφανίζουν και πιο αυξημένα επίπεδα παρορμητικότητας, οικογενειακής δυσλειτουργικότητας, κατάθλιψης και ανεργίας από τα άτομα που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Η χρήση ουσιών λοιπόν συσχετίστηκε θετικά μόνο με την παρορμητικότητα, την οικογενειακή δυσλειτουργικότητα και την κατάθλιψη υποδηλώνοντας έτσι πως αποτελούν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ή και διατήρησης της χρήσης ουσιών. Η θεωρία άλλωστε έχει αναδείξει τη συμμετοχή αυτών των παραγόντων ως καίριας σημασίας τόσο της έναρξης όσο της διατήρησης της χρήσης ουσιών καθώς οι χρήστες ουσιών περιγράφονται να έχουν ανάγκη για άμεσες ανταμοιβές χωρίς να αναλογίζονται τις μακροπρόθεσμες συνέπειες, να έχουν έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως θλίψη, αϋπνία, μειωμένη ενεργητικότητα, και να έχουν κατακερματισμένες ή συγκρουσιακές σχέσεις με την οικογένεια τους (Boden & Fergusson, 2011. McPherson, Boyne, & Willis, 2017. Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008).

Αντίθετα η χρήση ουσιών δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την κατάσταση της ανεργίας κάτι που υπονοεί πως τόσο η συνθήκη της εργασίας όσο και η συνθήκη της ανεργίας εγείρουν την ίδια επικινδυνότητα της έναρξης της χρήσης ουσιών. Αυτό το αποτέλεσμα ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης η δυσκολία εύρεσης εργασίας και το μεγάλο χρονικό διάστημα της ανεργίας δεν συνδέεται με την ύπαρξη της χρήσης ουσιών, όπως αναμενόταν ότι θα συμβεί με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αλλά επηρεάζεται από τη γενικότερη συνθήκη που επικρατεί στον ελλαδικό χώρο πλήττοντας εξίσου όλο τον πληθυσμό (Ευθυμίου, Αργαλία, Κασκαμπά & Μακρή, 2013).

Επίσης, η έρευνα εξέταζε την επίδραση του φύλου εκτιμώντας πως οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών θα έχουν υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από τους άντρες χρήστες ουσιών αλλά και από τις γυναίκες που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε καθώς βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες οι οποίες επισημαίνουν την επίδραση του φύλου στην



ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών (Levine, Smolak, & Schermer, 1996. Mehler & Andersen, 2017) αλλά και την επιβάρυνση που υπάρχει όταν ενυπάρχει και η χρήση ουσιών (Beary, Lacey, & Merry, 1986. Corcos και συν., 2001. Jonas, Gold, Sweeney, & Pottash, 1987). Ιδιαίτερα η φεμινιστική θεωρία έχει καταδείξει την επίδραση του φύλου τονίζοντας πως η διαταραγμένη διατροφή που παρατηρείται στους/ις χρήστες/τριες ουσιών σχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα με την κατάχρηση ουσιών των εφήβων κοριτσιών και των γυναικών. Αναφέρει δηλαδή ότι οι γυναίκες τόσο στην εφηβεία όσο και στην μετέπειτα ζωή τους στρέφονται πολλές φορές στην χρήση ψυχοτρόπων ουσιών σε μια προσπάθεια τους να εναρμονίσουν την εικόνα του σώματος αλλά και του εαυτού τους με τις ιδέες και τις αντιλήψεις που προβάλλει η κοινωνία, όπως είναι η εικόνα της τέλειαις γυναικείας σιλουέτας. Έτσι με βάση τις κυρίαρχες απόψεις για την στάση, τα χαρακτηριστικά, την εμφάνιση αλλά και γενικότερα για το ρόλο της γυναίκας, οι γυναίκες εγκλωβίζονται στην προσπάθεια τους να εναρμονιστούν με αυτές τις αντιλήψεις και στην δόμηση της ταυτότητας του εαυτού τους. Αποτέλεσμα λοιπόν αυτών των συνθηκών είναι οι γυναίκες να στρέφονται στην χρήση – κατάχρηση ουσιών και στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες συνθήκες που τους επιβάλλει η κοινωνία (Latino, 2002).

Βασική υπόθεση της έρευνας ήταν ακόμη να αποδειχθεί ότι η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών θα διαμεσολαβείται από τρεις ψυχολογικές μεταβλητές, την παρορμητικότητα, την κατάθλιψη και την οικογενειακή δυσλειτουργικότητα και θα επηρεάζεται από μια κοινωνικοοικονομική μεταβλητή, την ανεργία. Όσον αφορά την πρώτη ψυχολογική μεταβλητή, στόχος ήταν να διερευνηθεί εάν η παρορμητικότητα διαμεσολαβεί τη σχέση ανάμεσα στη χρήση ουσιών και στις διατροφικές διαταραχές. Η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε καθώς η παρορμητικότητα δεν αποδείχθηκε διαμεσολαβητής ανάμεσα στη σχέση της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Επομένως η συσχέτιση της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών δεν οφείλεται στην ύπαρξη υψηλών επιπέδων παρορμητικότητας. Το εύρημα αυτό δε συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες οι οποίες από τη μια υπογραμμίζουν την υψηλή συσχέτιση της παρορμητικότητας με την ύπαρξη αυτών των δύο μεταβλητών ξεχωριστά (Fischer, Smith, & Anderson, 2003. Schroeder & Higgins, 2017) και από την άλλη αναφέρουν την εύρεση υψηλής παρορμητικότητας στα άτομα με εξάρτηση από κάποια ουσία και με διάγνωση κάποιας διατροφικής διαταραχής (Vaz-Lead και συν., 2015).

Όσον αφορά την κατάθλιψη, αναμενόταν πως η κατάθλιψη θα διαμεσολαβεί τη σχέση ανάμεσα στη χρήση ουσιών και στις διατροφικές διαταραχές. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε καθώς βρέθηκε πως η χρήση ουσιών επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τις διατροφικές διαταραχές διαμέσου της κατάθλιψης κάτι που επομένως δείχνει τη διαμεσολαβητική επίδραση. Συνεπώς αυτό που υποδηλώνεται είναι πως λόγω της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που

προκαλεί η χρήση ουσιών εμφανίζονται οι διατροφικές διαταραχές. Το εύρημα αυτό συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία η οποία αναφέρει πως δεδομένης της υψηλής σχέσης της κατάθλιψης τόσο με την χρήση ουσιών (Pathak, Ojha, & Sharma, 2017) όσο και με τις διατροφικές διαταραχές (Ivanova και συν., 2015) πιθανόν η παρουσία της κατάθλιψης να σχετίζεται με τη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών (Sinha και συν., 1996).

Η τελευταία ψυχολογική μεταβλητή που ερευνήθηκε ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών ήταν η οικογενειακή λειτουργικότητα. Η υπόθεση δηλαδή ήταν ότι η οικογενειακή δυσλειτουργικότητα θα διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε καθώς η χρήση ουσιών βρέθηκε πως επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τις διατροφικές διαταραχές διαμέσου της οικογενειακής λειτουργικότητας και συνεπώς φάνηκε πως υπάρχει διαμεσολαβητική επίδραση. Άρα η οικογενειακή δυσλειτουργικότητα που προκαλείται εξαιτίας της χρήσης ουσιών έχει ως απόρροια την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Αυτό το εύρημα συνάδει με προηγούμενες έρευνες οι οποίες τονίζουν την υψηλή συσχέτιση της οικογενειακής δυσλειτουργικότητας τόσο με τη χρήση ουσιών (Μάτσα, 2001. McPherson, Boyne, & Willis, 2017) όσο και με τις διατροφικές διαταραχές (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978. Schaumberg και συν., 2017). Επίσης, το σημαντικότερο είναι ότι υπογραμμίζουν πως στις περιπτώσεις συνύπαρξης αυτών των δύο διαταραχών τα επίπεδα της οικογενειακής λειτουργικότητας είναι πολύ χαμηλότερα από τις περιπτώσεις ύπαρξης μόνο της μιας από τις δυο διαταραχές (Harrop & Marlatt, 2010).

Τέλος, διερευνήθηκε και η επίδραση της κοινωνικοοικονομικής μεταβλητής, της ανεργίας, στη σχέση ανάμεσα στη χρήση ουσιών και στις διατροφικές διαταραχές. Αυτό που αναμενόταν ήταν ότι θα υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάστασης της ανεργίας και του πληθυσμού όσον αφορά τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών εκτιμώντας πως η ανεργία και η χρήση ουσιών θα επηρεάσουν τα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε καθώς εάν και δεν υπήρχε επίδραση ούτε της χρήσης ουσιών ούτε της κατάστασης της ανεργίας στα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών ωστόσο βρέθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση αυτών των δύο μεταβλητών στα επίπεδα των διατροφικών διαταραχών. Δηλαδή βρέθηκε πως η ταυτόχρονη ύπαρξη της συνθήκης της ανεργίας και της εξάρτησης από κάποια ουσία μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων οδηγώντας έτσι στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών. Το εύρημα αυτό της αλληλεπίδρασης συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία καθώς τονίζει πως το γεγονός ότι η ανεργία αποτελεί έναν κοινό παράγοντα που συνδέεται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών και της χρήσης ουσιών, δύο παραγόντων που σχετίζονται και μεταξύ τους, ίσως υποδηλώνει την εμπλοκή της στην ανάπτυξη της συσχέτισης αυτής, κάτι που επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι η παρατήρηση πως στους άνεργους, ο κλινικός πληθυσμός έχει υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από το γενικό

πληθυσμό, με την εικόνα αυτή να αλλάζει στους εργαζόμενους με τον γενικό πληθυσμό αυτή τη φορά να έχει υψηλότερα επίπεδα διατροφικών διαταραχών από τον κλινικό πληθυσμό.

Ίσως αυτό το μη αναμενόμενο αποτέλεσμα στο γενικό πληθυσμό να οφείλεται στις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στον ελλαδικό χώρο, όπως το αυξημένο ωράριο, το έντονο άγχος, η συναισθηματική εξασθένηση, που έχουν ως αποτέλεσμα την επιρροή των διατροφικών συνηθειών αλλά και την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Η θεωρία μάλιστα της «εργασιακής εξουθένωσης» η οποία αναφέρεται στην αρνητική συναισθηματική διάθεση του ατόμου απέναντι στην εργασία του τονίζει από τη μία ότι οι συνθήκες που ενισχύουν την ύπαρξη της εργασιακής εξουθένωσης είναι οι ανταγωνιστικές συνθήκες εργασίας, η μεγάλη αύξηση της ανεργίας και η οικονομική κρίση, συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, καθώς οδηγούν στην ολοένα και αυξανόμενη έλλειψη κατάλληλων συνθηκών εργασίας και ταυτόχρονα στην κατακόρυφη αύξηση του εργασιακού άγχους. Από την άλλη αναφέρει ότι μια από τις σημαντικές επιπτώσεις της εργασιακής εξουθένωσης είναι η σύνδεση που φαίνεται να έχει με την έναρξη κάποιων διατροφικών διαταραχών καθώς τόσο άμεσα μέσα από την επίδραση που έχει στις διατροφικές συνήθειες των ατόμων όσο και έμμεσα μέσα από την συναισθηματική εξασθένηση που προκαλεί οδηγεί στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007. Koutedakis, 2000). Επομένως ίσως και στην Ελλάδα το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης να υφίσταται και να επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων με αποτέλεσμα τα άτομα του γενικού πληθυσμού που είναι εργαζόμενα να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διατροφικών διαταραχών από τα άτομα που είναι άνεργα.

Συμπερασματικά, η έρευνα δείχνει πως πιθανόν το προφίλ των χρηστών ουσιών στον ελληνικό πληθυσμό να έχει αλλάξει με αποτέλεσμα η χρήση ουσιών να μην εμφανίζει συνοσηρότητα με τις διατροφικές διαταραχές. Μάλιστα φάνηκε πως η ύπαρξη κάποιων άλλων σημαντικών παραγόντων, της κατάθλιψης και της οικογενειακής δυσλειτουργίας, είναι αυτή που σχετίζεται με τη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Συνεπώς τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία και μειωμένη οικογενειακή λειτουργικότητα κάτι που επιφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Ενώ τέλος και η ανεργία σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών των ατόμων φάνηκε πως αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης των διατροφικών διαταραχών. Αυτά τα αποτελέσματα φαίνεται πως έρχονται να επιβεβαιώσουν λοιπόν αυτό που και η θεωρία πολλές φορές στην προσπάθεια της να εξηγήσει αυτή τη συσχέτιση κατέληγε στο συμπέρασμα πως πιθανόν η ύπαρξη άλλων παραγόντων, όπως ψυχολογικών ή οικογενειακών, οδηγεί το άτομο στην υιοθέτηση τέτοιων αντισταθμιστικών συμπεριφορών (Krahn, 1991) υποδεικνύοντας έτσι την παρέμβαση κάποιων άλλων μεταβλητών στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών.

Χρειάζεται πάντως να επισημανθεί ότι η έρευνα αυτή έχει κάποιους περιορισμούς. Αρχικά το δείγμα είναι σχετικά μικρό καθώς ο πληθυσμός που απευθυνόταν η έρευνα είχε αρκετούς περιορισμούς, όπως συνοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να δυσκολέψει τη μεγαλύτερη περισυλλογή δείγματος. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες του κλινικού πληθυσμού προέρχονταν από συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, τον OKANA, οπότε τα αποτελέσματα δεν μπορούν να είναι γενικευμένα. Ακόμη δε μπορεί να υποστηριχτεί με βεβαιότητα ότι όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν με ειλικρίνεια τα ερωτηματολόγια ούτε να απορριφθεί η πιθανότητα τυχαίας απάντησης. Μια ακόμη δυσκολία της έρευνας ήταν ότι η εξέταση της ύπαρξης ή μη των διατροφικών διαταραχών γινόταν μόνο μέσα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου “Eating Disorders Examination Questionnaire – EDE-Q” με αποτέλεσμα κάποιες φορές οι απαντήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο να μην ανταποκρινόταν, σύμφωνα με την ερευνήτρια, στην υπάρχουσα εικόνα του ατόμου. Πιθανόν η χρήση και κάποιων ποιητικών μεθόδων, όπως η χρήση κάποιων ανοικτών ερωτήσεων, θα μπορούσε να αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα και να παρέχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για το εάν όντως τα άτομα είχαν ή όχι διατροφικές διαταραχές.

Σημαντικός ακόμη περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι η έρευνα είναι συγχρονική και επομένως βασίζεται στις παρατηρήσεις που αντιπροσωπεύουν μόνο ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούμε να καταλήξουμε στην ύπαρξη χρονικής αιτιότητας μεταξύ των μεταβλητών. Εάν η έρευνα ήταν διαχρονική θα περιλάμβανε δεδομένα που θα αντλούνταν από διαφορετικά χρονικά διαστήματα και έτσι θα μπορούσε να αποδειχθεί η χρονική συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες της παρούσας έρευνας (Ρούσσο & Τσαούσης, 2002). Τέλος, στην ανάλυση των αποτελεσμάτων για τον έλεγχο της διαμεσολαβητικής επίδρασης χρησιμοποιήθηκε το Sobeltest, το οποίο εάν και είναι ιδιαίτερα αξιόπιστο ωστόσο θεωρείται πως είναι αρκετά «αυστηρό» (Preacher&Leonardelli, 2001). Επομένως ίσως εάν είχε χρησιμοποιηθεί κάποιο άλλο, όπως τα διαστήματα εμπιστοσύνης, μπορεί να υποδεικνύονταν διαφορετικά αποτελέσματα δείχνοντας πιθανόν τη διαμεσολαβητική επίδραση και των άλλων παραγόντων.

Μελλοντικές λοιπόν έρευνες θα μπορούσαν να αποφύγουν αυτούς του περιορισμούς και να επικεντρωθούν ιδιαίτερα στο διαμεσολαβητικό ρόλο και κάποιων άλλων πιθανών σημαντικών μεταβλητών, όπως του φύλου που αναφέρθηκε παραπάνω, στη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών. Επίσης, το γεγονός ότι στην έρευνα αυτή δεν επαληθεύτηκαν κάποιες από τις αρχικές υποθέσεις σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, μπορεί να αποτελέσει βασικό κίνητρο για περαιτέρω έρευνα επί του θέματος.

Κλείνοντας, η παρούσα έρευνα εκτός από το κίνητρο που παρέχει για περαιτέρω έρευνα θέτει τα θεμέλια για τη βαθύτερη κατανόηση της σχέσης της χρήσης ουσιών και των διατροφικών διαταραχών στον ελληνικό πληθυσμό τονίζοντας για πρώτη φορά το διαμεσολαβητικό ρόλο κάποιων συγκεκριμένων μεταβλητών. Πέραν όμως της ερευνητικής της σημασίας, η συμβολή της

στο κλινικό τομέα είναι καταλυτικής σημασίας καθώς παρέχει καίριες πληροφορίες οι οποίες βοηθάνε στην αναγνώριση των κινδύνων και στην υιοθέτηση στοχευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα προστατεύουν το άτομο από την εμφάνιση αυτών των δύο διαταραχών. Έτσι μπορεί μια θεραπευτική παρέμβαση βασισμένη στα στοιχεία που προέρχονται από την παρούσα έρευνα να αλλάξει το θεραπευτικό της πλάνο, στοχεύοντας πλέον στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή της καταθλιπτικής διαταραχής, στη βελτίωση της οικογενειακής λειτουργικότητας και στην παροχή βοήθειας ή στην κινητοποίηση του ατόμου για εύρεση εργασίας. Η θεραπευτική εστίαση σε αυτές τις μεταβλητές μπορεί να επιτύχει στα άτομα που έχουν μόνο διαταραχή σχετιζόμενη με τις ουσίες να μην εμφανίσουν και διατροφικές διαταραχές αλλά και στα άτομα που εμφανίζουν και τις δύο αυτές διαταραχές να έχουν μια καλύτερη θεραπευτική πορεία. Συμπερασματικά λοιπόν η εν λόγω έρευνα συμβάλει στην εξέλιξη του ερευνητικού, του κλινικού αλλά και του τομέα πρόληψης της εμφάνισης δύο εξαιρετικά σημαντικών ψυχικών διαταραχών.

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- American Psychiatric Association. (2013).*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014).A systematic review of family caregiving in eating disorders.*Eating Behaviors, 15*(3), 464-477.
- Anderson, D. A., Simmons, A. M., Martens, M. P., Ferrier, A. G., & Sheehy, M. J. (2006). The relationship between disordered eating behavior and drinking motives in college-age women.*Eating Behaviors, 7*(4), 419-422.
- Ásgeirsdóttir, T. L., Corman, H., Noonan, K., Ólafsdóttir, Þ.,& Reichman, N. E. (2014). Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors.*Economics & Human Biology, 13*, 1-19.

- Αυδή, Ε. & Ρούσση, Π. (επιμ.) (2010). *Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Baker, J. H., Mazzeo, S. E., & Kendler, K. S. (2007). Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: Common genetic and environmental influences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 673-678.
- Βαρβαρήγος, Β., Βαρδαβάς, Κ., Ζηκίδου, Σ., Κλημόπουλος, Α., Λιοζίδου, Α., & Μπεχράκη, Β. (2016). *Εκπαιδευτικό υλικό αγωγής υγείας: Εγχειρίδιο για τον εκπαιδευτικό της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*.
- Barlow, D. & Durand, V. (2001). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση* (μτφρ. Μ. Μπαρπάτση). Αθήνα: Έλλην.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 39-56). Washington: American Psychological Association.
- Baum, A. L. (2005). Suicide in athletes: a review and commentary. *Clinics in Sports Medicine*, 24(4), 853-869.
- Beary, M. D., Lacey, J. H., & Merry, J. (1986). Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *Addiction*, 81(5), 685-689.
- Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320(5881), 1352-1355.
- Benjamin, L., & Wulfert, E. (2005). Dispositional correlates of addictive behaviors in college women: Binge eating and heavy drinking. *Eating Behaviors*, 6(3), 197-209.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22-31.

- Birketvedt, G. S., Drivenes, E., Agledahl, I., Sundsfjord, J., Olstad, R., & Florholmen, J. R. (2006). Bulimia nervosa—a primary defect in the hypothalamic–pituitary–adrenal axis. *Appetite*, *46*(2), 164-167.
- Bland, R. C., Stebelsky, G., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Psychiatric disorders and unemployment in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *77*(338), 72-80.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, *106*(5), 906-914.
- Bolton, J. M., Robinson, J., & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Affective Disorders*, *115*, 367–75.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2007). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Focus*, *5*(2), 229-239.
- Brisman, J., & Siegel, M. (1984). Bulimia and alcoholism: Two sides of the same coin. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *1*(2), 113-118.
- Brewerton, T. D. (2017). Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-7.
- Bruch, H. (2001). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press.
- Clark, K. L., Parr, R. B., & Castelli, W. P. (1988). *Evaluation and management of eating disorders*. Life Enhancement Publications.
- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., ...& Mitchell, J. E. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Burnam, M. A., Bing, E. G., Morton, S. C., Sherbourne, C., Fleishman, J. A., London, A. S., ...& Shapiro, M. F. (2001). Use of mental health and substance abuse treatment services among adults with HIV in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *58*(8), 729-

736.

- Calero- Elvira, A., Krug, I., Davis, K., López, C., Fernández- Aranda, F., & Treasure, J. (2009). Meta- analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 17*(4), 243-259.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2007). Is binge eating experienced as an addiction?. *Appetite, 49*(3), 687-690.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review, 25*(7), 895-916.
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K., & Anderson, E. (2011). The health effects of economic decline. *Annual Review of Public Health, 32*, 431-450.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1041-1052.
- Chandy, J. M., Harris, L., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1995). Female adolescents of alcohol misusers: Disordered eating features. *International Journal of Eating Disorders, 17*(3), 283-289.
- Charney, D. A., Palacios-Boix, J., Negrete, J. C., Dobkin, P. L., & Gill, K. J. (2005). Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment. *Psychiatric Services, 56*(8), 927-933.
- Chassin, L., Pitts, S. C., DeLucia, C., & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(1), 106.
- Clark, H. W., Power, A. K., Le Fauve, C. E., & Lopez, E. I. (2008). Policy and practice implications of epidemiological surveys on co-occurring mental and substance use disorders. *Journal of*



*Substance Abuse Treatment*, 34(1), 3-13.

Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass- layoffs and unemployment duration. *Health Economics*, 21(3), 338-350.

Corcos, M., Nezelof, S., Speranza, M., Topa, S., Girardon, N., Guilbaud, O., ...& Perez-Diaz, F (2001). Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2(1), 27-38.

Crawford, A., Plant, M. A., Kreitman, N., & Latham, R. W. (1987). Unemployment and drinking behaviour: some data from a general population survey of alcohol use. *Addiction*, 82(9), 1007-1016.

Crisp, A. H. (1997). Anorexia nervosa as flight from growth: assessment and treatment based on the model. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 248-277.

Crisp, A. H. (1968). Primary anorexia nervosa. *Gut*, 9(4), 370.

Dansky, B. S., Brewerton, T. D., & Kilpatrick, D. G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 180-190.

Dare, C., & Crowther, C. (1995). Psychodynamic models of eating disorders. In G. I. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research* (pp. 125-139). Oxford, England: JohnWiley&Sons.

Δασκαλάκης, Δ. (2009). *Εισαγωγή στη σύγχρονη κοινωνιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Davis, L., Uezato, A., Newell, J. M., &Frazier, E. (2008).Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 14-18.

Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004).The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders.*Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343-351.

- DeBate, R. D., Plichta, S. B., Tedesco, L. A., & Kerschbaum, W. E. (2006). Integration of oral health care and mental health services: dental hygienists' readiness and capacity for secondary prevention of eating disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *33*(1), 113-125.
- Dee, T. S. (2001). Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross- sections of individual- level data. *Health economics*, *10*(3), 257-270.
- Diareme, S., Tsiantis, J., Kolaitis, G., Ferentinos, S., Tsalamaniotis, E., Paliokosta, E., ...& Romer, G. (2006). Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *15*(6), 309-318.
- Dickey, B., Normand, S. L. T., Weiss, R. D., Drake, R. E., & Azeni, H. (2002). Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatric Services*, *53*(7), 861-867.
- Doris, E., Shekriladze, I., Javakhishvili, N., Jones, R., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2015). Is cultural change associated with eating disorders? A systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*(2), 149-160.
- Dunn, E. C., Larimer, M. E., & Neighbors, C. (2002). Alcohol and drug- related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *32*(2), 171-178.
- Drydakis, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine*, *128*, 43-51.
- Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological medicine*, *25*(1), 143-156.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, *13*(5), 482-488.

- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Ettner, S. L. (1997). Measuring the human cost of a weak economy: does unemployment lead to alcohol abuse?. *Social Science & Medicine*, 44(2), 251-260.
- Ευθυμίου, Κ., Αργαλία, Ε., Κασκαμπά, Ε., & Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος*, (5), 22-30.
- Eysenck, H. J. (1993). The nature of impulsivity. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 57-69). Washington: American Psychological Association.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health: a critical review. *Social Science & Medicine*, 37(1), 41-52.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, (361), 407-416.
- Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2004). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*, 65, 701-708.
- Filbey, F. M., Myers, U. S., & DeWitt, S. (2012). Reward circuit function in high BMI individuals with compulsive overeating: similarities with addiction. *Neuroimage*, 63(4), 1800-1806.
- Forcano, L., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Bulik, C., Granero, R., Gratacòs, M., ...& Saus, E. (2009). Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*, 24(2), 91-97.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D. E., Matthews, M., Skolnick, N., & Katz, J. L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 21-29.
- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-

dependent subjects—a review. *Quality of Life Research*, 8(3), 255-261.

Fried, P., Watkinson, B., James, D., & Gray, R. (2002). Current and former marijuana use: preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *Canadian Medical Association Journal*, 166(7), 887-891.

Fryer, D., & Stambe, R. (2015). Unemployment and mental health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, (2), 733-737.

Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of women's mental health*, 10(4), 133-140.

Garner, D. M. (1993). *Pathogenesis of anorexia nervosa*. *The Lancet (USA)*.

Garner, D., Vituse, K., Pirke, K. (1997). *Cognitive-behavioral Therapy for Anorexia Nervosa* In: Garner D, Garfinkel P (Eds) *Handbook of treatment for Eating Disorders*. The Guilford Press.

Γαρούφαλλος, Γ. (2007). Κατάθλιψη και συνοσσηρότητα: Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry General Hospital*, 5, 37-43.

Glick, I. D., Berman, E. M., & Clarkin, J. F. (2003). *Marital and family therapy*. American Psychiatric Publishing.

Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jemmet, P., & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97(1), 37-49.

Gonidakis, F., Sigala, A., Varsou, E., & Papadimitriou, G. (2009). A study of eating attitudes and related factors in a sample of first-year female nutrition and dietetics students of Harokopion University in Athens, Greece. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(2-3), 121-127.

Granner, M. L., Abood, D. A., & Black, D. R. (2001). Racial differences in eating disorder

attitudes, cigarette, and alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 25(2), 83-99.

Green, L., & Myerson, J. (2004). A discounting framework for choice with delayed and probabilistic rewards. *Psychological Bulletin*, 130(5), 769.

Hammer, T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Addiction*, 87(11), 1571-1581.

Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35(5), 392-398.

Herpertz-Dahlmann, B., Hebebrand, J., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., & Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 603-612.

Herpertz-Dahlmann, B., & Remschmidt, H. (1993). Depression in anorexia nervosa at follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 163-169.

Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J., & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-818.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report. *Substance Use Among Students in*, 36, 123-134.

Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., Parrish, K., & Kono, H. (1993). Alcoholics with eating disorders: prevalence and clinical course. A study from Japan. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3), 403-406.

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.

- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Powers, K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 577-584.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1155.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2017). Demographic subgroup trends among adolescents in the use of various licit and illicit drugs, 1975-2016. *Monitoring the Future Occasional*, 88.
- Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44(4), 341-351.
- Jonas, J. M., Gold, M. S., Sweeney, D., & Pottash, A. L. (1987). Eating disorders and cocaine abuse: A survey of 259 cocaine abusers. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Jones, H. E., & Johnson, R. E. (2001). Pregnancy and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(3), 187-193.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D., & Bissada, H. (2015). Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: A test of the interpersonal model. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 133-138.

- Καμπέρης, Ν. (2001). *Κοινωνικές Αναπαραστάσεις των Νέων Εργαζομένων για την Εργασία και Εκπαίδευση*. Αθήνα: ΕλληνικάΓράμματα.
- Kaufman, E., & Yoshioka, M. (2005). Substance Abuse Treatment and Family Therapy. A Treatment Improvement Protocol. *Department of Health and Human Services Publications*.
- Kawachi, I. & Wamala, I. (2006). *Globalization and Health*. New York: Oxford University Press.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., & Ebert, M. H. (1991). Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior?. *Archives of General Psychiatry*, 48(6), 556-562.
- Keski- Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2014). Factors associated with recovery from anorexia nervosa: A population- based study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 117-123.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Khan, S., Murray, R. P., & Barnes, G. E. (2002). A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addictive Behaviors*, 27(3), 405-423.
- Kiely, K. M., & Butterworth, P. (2013). Social disadvantage and individual vulnerability: A longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 654-666.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Shahidi, F. V., Vives, A., Vanroelen, C., & Benach, J. (2012). Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. *Health Policy*, 104(2), 99-127.

- Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine, 31*(4), 737-740.
- Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(2), 239.
- Kokkevi, A., & Stefanis, C. (1991). The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. *American Journal of Public Health, 81*(1), 48-52.
- Koutedakis, Y. (2000). Burnout in dance. The Psychological viewpoint. *Journal of Dance Medicine and Science, 4*, 122-127.
- Krahn, D. D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. *Journal of Substance Abuse, 3*(2), 239-253.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Di Bernardo, M., ... & Ricca, V. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug & Alcohol Dependence, 97*(1), 169-179.
- Lacey, J. H., & Evans, C. D. H. (1986). The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Addiction, 81*(5), 641-649.
- Lacey, J. H., & Moureli, E. (1986). Bulimic Alcoholics: some features of a clinical sub-group. *Addiction, 81*(3), 389-393.
- Latino, R. F. (2002). Adolescent girls and addiction. In S. L. A. Straussner, & S. Brown (Eds.), *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp.229-251). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Levine, M. P., Smolak, L., & Schermer, F. (1996). Media analysis and resistance by elementary school children in the primary prevention of eating problems. *Eating Disorders, 4*(4), 310-322.



- Λιάππας, Ι. Α. & Πομίνι, Β. (επιμ.) (2004). *Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα*. Αθήνα: ΙΤΑΑ-Ελληνικό Τμήμα.
- Ludwig, D. S., & Pollack, H. A. (2009). Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *Jama*, 301(5), 533-535.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14(4), 497-499.
- Madden, G. J., Petry, N. M., Badger, G. J., & Bickel, W. K. (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control patients: Drug and monetary rewards. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5(3), 256.
- Markou, A., Kosten, T. R., & Koob, G. F. (1998). Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 18(3), 135.
- Martyn- Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor- Friedrich, B., & Bryant, F. B. (2009). The relationships among self- esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 96-109.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιάς. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (1997). Από το ατομικό και στο συλλογικό και αντίστροφα. *Η πρόληψη της υποτροπής*. Τετράδια Ψυχιατρικής, (59), 61-62.
- Maynard, D. C., & Feldman, D. C. (Eds.). (2011). *Underemployment: Psychological, economic, and social challenges*. Springer Science & Business Media.
- McCOWN, W. G. (1988). Multi- impulsive Personality Disorder and Multiple Substance Abuse: evidence from members of self- help groups. *Addiction*, 83(4), 431-432.
- McPherson, C., Boyne, H., & Willis, R. (2017). The role of family in residential treatment patient retention. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 933-941.

- Meehan, K. G., Loeb, K. L., Roberto, C. A., & Attia, E. (2006). Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 587-589.
- Mehler, P. S., & Andersen, A. E. (2017). *Eating disorders: A guide to medical care and complications*. Johns Hopkins University Press.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(4), 345-356.
- Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(2), 93-110.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Mitchell, S. H. (1999). Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers. *Psychopharmacology*, 146(4), 455-464.
- Mitchison, D., & Hay, P. J. (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, 6, 89.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Mossakowski, K. N. (2008). Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking?. *Social Science & Medicine*, 67(6), 947-955.
- Moussas, G., Dadouti, G., Douzenis, A., Poulis, E., Tselebis, A., Bratis, D., ...& Lykouras, L. (2009). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Reliability and validity of the Greek version. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 11.
- Murphey, D., Barry, M., Vaughn, B., Guzman, L., & Terzian, M. (2013). Adolescent health

highlight: use of illicit drugs. *Child Trends*, 1-8.

Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(1), 83-99.

Murray, R. M., Englund, A., Abi-Dargham, A., Lewis, D. A., Di Forti, M., Davies, C., ... & D'Souza, D. C. (2017). Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology*, 124, 89-104.

Murray, R. M., Morrison, P. D., Henquet, C., & Di Forti, M. (2007). Cannabis, the mind and society: the hash realities. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(11), 885.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Supportive Care in Cancer*, 12(12), 821-825.

Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N., & Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research*, 94(3), 239-250.

Nappo, S. A., Tabach, R., Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., & Carlini, E. A. (2002). Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eating Behaviors*, 3(2), 153-165.

Neumark-Sztainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 220-227.

N Gearhardt MS, A., Phil, M., & R Corbin, W. (2011). The role of food addiction in clinical research. *Current Pharmaceutical Design*, 17(12), 1140-1142

Nilsen, S. L., Stone, W. L., & Burleson, S. L. (2013). Identifying Medical–Surgical Nursing Staff Perceptions of the Drug-Abusing Patient. *Journal of Addictions Nursing*, 24(3), 168-172.

Oliva, F., Dalmotto, M., Pirfo, E., Furlan, P. M., & Picci, R. L. (2014). A comparison of thought

- and perception disorders in borderline personality disorder and schizophrenia: psychotic experiences as a reaction to impaired social functioning. *BMC psychiatry*, 14(1), 239.
- O'Malley, P. M. & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement* (14), 23-39.
- Πάπλος, Κ. Γ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. Ι., Κονταξάκης, Β. Π., & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2002). Παρορμητικότητα και ψυχικές διαταραχές. *Ψυχιατρική*, 13, 209-221.
- Park, C. L., & Levenson, M. R. (2002). Drinking to cope among college students: prevalence, problems and coping processes. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(4), 486-497.
- Pathak, N., Ojha, S. P., & Sharma, V. D. (2017). Prevalence of depressive symptoms among the clients maintained in methadone maintenance treatment programme at Tribhuvan University Teaching Hospital. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*, 4(2), 16-19.
- Paton, S., Kessler, R., & Kandel, D. (1977). Depressive mood and adolescent illicit drug use: a longitudinal analysis. *The Journal of Genetic Psychology*, 131(2), 267-289.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 264-282.
- Petry, N. M., Bickel, W. K., & Arnett, M. (1998). Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. *Addiction*, 93(5), 729-738.
- Pinel, J. P. J. (2009). *Biopsychology*. Από την Σ. Γιακουμάκη (Επιμελ.), Η βιοψυχολογία των ψυχιατρικών διαταραχών (σελ. 515-520). Αθήνα: Εκδόσεις έλλην
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., & Gunderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: a phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 23-30.

- Popovici, I., & French, M. T. (2013). Does unemployment lead to greater alcohol consumption?. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 52(2), 444-466.
- Preacher, K. J., & Leonardelli, G. J. (2001). Calculation for the Sobel test. Retrieved January, 20.
- Potter-Efron, R., Potter-Efron, P., & Carruth, B. (2016). *Aggression, family violence and chemical dependency*. Routledge.
- Ρούσσος, Π., & Τσαούσης, Γ. (2002). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1981). Bulimia: a report of 34 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Rachlin, H., & Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 17(1), 15-22.
- Rogers, P. J., & Smit, H. J. (2000). Food craving and food "addiction": a critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 66(1), 3-14.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 380-392.
- Rubinsky, A. D., Chen, C., Batki, S. L., Williams, E. C., & Harris, A. H. (2015). Comparative utilization of pharmacotherapy for alcohol use disorder and other psychiatric disorders among US Veterans Health Administration patients with dual diagnoses. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 150-157.
- Saridi, M., Karra, A., Kourakos, M., & Souliotis, K. (2016). Assessment of alcohol use in health professionals during the economic crisis. *British Journal of Nursing*, 25(7), 396-405.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development

of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption- II. *Addiction*, 88(6), 791-804.

Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn- Chernoff, M. A., ...& Hardaway, A. J. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450.

Schroeder, R. D., & Higgins, G. E. (2017). You are what you eat: the impact of nutrition on alcohol and drug use. *Substance Use & Misuse*, 52(1), 10-24.

Seo, D. C., & Jiang, N. (2009). Associations between smoking and extreme dieting among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(10), 1364.

Shapiro, H. (2009) Drugs. Ένας πλήρης οδηγός για τις νόμιμες και τις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, (μτφρ. Α. Τσαγκαράτου). Αθήνα: Ερευνητές – ΚΕ.Θ.Ε.Α

Sinha, R., & O'Malley, S. S. (2000). Alcohol and eating disorders: implications for alcohol treatment and health services research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(8), 1312-1319.

Sinha, R., Robinson, J., Merikangas, K., Wilson, G. T., Rodin, J., & O'Malley, S. (1996). Eating pathology among women with alcoholism and/or anxiety disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(7), 1184-1191.

Smart, R. G., & Ogborne, A. C. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors*, 25(3), 455-460.

Stock, S. L., Goldberg, E., Corbett, S., & Katzman, D. K. (2002). Substance use in female adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 176-182.

Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1).

Striegel-Moore, R. H., Tucker, N., & Hsu, J. (1990). Body image dissatisfaction and

disordered eating in lesbian college students. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 493-500.

Strober, M. (1995). Family-genetic perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders and Obesity*, 212-218.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.

Thaxton, L. (1982). Physiological and psychological effects of short-term exercise addiction on habitual runners. *Journal of Sport Psychology*, 4(1), 73-80.

Tsiboukli, A. (2015). Greek crisis: Impact on drug treatment services, research and population. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(3), 333-337.

Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T., Eisen, S. A., Goldberg, J., ...& Eaves, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of General Psychiatry*, 55(11), 967-972.

Varela, N. M. (1999). Unemployment and mental health in Galicia, Spain. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 72, 14.

Vaz- Leal, F. J., Ramos- Fuentes, M. I., Rodríguez- Santos, L., Flores- Mateos, I. S., Franco- Zambrano, A., Rojo- Moreno, L., & Beato- Fernández, L. (2015). Neurobiological and clinical variables associated with alcohol abuse in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(3), 185-192.

Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777-810.

Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*,

13(1), 19-28.

- Volkow, N. D., & Li, T. K. (2005). Drugs and alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 108(1), 3-17.
- Von Ranson, K. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2002). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 389-403.
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469-471.
- Westermeyer, J., Kopka, S., & Nugent, S. (1997). Course and severity of substance abuse among patients with comorbid major depression. *The American Journal on Addictions*, 6(4), 284-292.
- Wolfe, W. L., & Maisto, S. A. (2000). The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 617-631.
- Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 172-182.
- Yager, J. (1982). Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.