

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



*Διπλωματική Εργασία με θέμα:
Συσχέτιση Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων με συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ*

Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Καραδήμας Ευάγγελος

Επιμέλεια
Τσαλικογλου Ελευθερία

Ρέθυμνο, 2005

Αφιερωμένη στην οικογένειά μου,

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	
Πρόλογος	σελ.4-5
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰	
I. Διαταραχή της διάθεσης.....	σελ.6-11
Γενικά Στοιχεία-Ορισμός	
Ιστορική αναδρομή	
Κλινικά χαρακτηριστικά	
 II. Χρήση Αλκοόλ.....	σελ.12-20
Γενικά Στοιχεία	
Ιστορική Αναδρομή	
Κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά	
 III. Αλκοολισμός και διαταραχή της διάθεσης.....	σελ.21-36
Προβληματισμός σχετικά με την έναρξη των δύο διαταραχών	
Η διαταραχή της διάθεσης ως συνέπεια του αλκοολισμού	
Ο αλκοολισμός ως συνέπεια της διαταραχής διάθεση	
Ερευνητικά δεδομένα για την συσχέτιση κατάθλιψης και αλκοόλ	
Η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς	
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰	
Μέθοδος.....	σελ.37-39
Συμμετέχοντες	
Μεθοδολογικά Εργαλεία	
Διαδικασία	
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰	
Αποτελέσματα.....	σελ.40-54
Παράγοντες ρίσκου	
Συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ με παράγοντες ρίσκου	
Συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες ρίσκου	
Συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ	
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰	
Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	σελ.55-58
Βιβλιογραφία	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να μελετήσει κατά πόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Οι συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν 70 υποκείμενα κλήθηκαν να συμπληρώσουν δυο ψυχομετρικές δοκιμασίες η μία για την κατάθλιψη και η άλλη για το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες ανέφεραν με μεγαλύτερη συχνότητα ότι το αλκοόλ τους βοηθά να λύσουν τα προβλήματά τους σε σχέση με τις γυναίκες. Γίνονται προτάσεις για την μελέτη και άλλων μεταβλητών που μπορεί να σχετίζονται με την συνοσηρότητα κατάθλιψης και αλκοολισμού.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές αποτελεί η συνοσηρότητα που μπορεί να παρουσιάσουν. Με αφορμή αυτό στην παρούσα εργασία μελετάται η συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την κατανάλωση αλκοόλ και συγκεκριμένα με την συχνότητα κατανάλωσης. Αυτό το οποίο κρίθηκε σκόπιμο να μελετηθεί είναι κατά πόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνουν ή όχι την συχνότητα με την οποία το άτομο καταναλώνει αλκοόλ και το αντίστροφο. Αρκετές μελέτες έχουν γίνει μέχρι τώρα οι οποίες έχουν να παρουσιάσουν αρκετά ευρήματα τα οποία αναμφίβολα υποστηρίζουν πως η διαταραχή της διάθεσης και ο αλκοολισμός συνυπάρχουν.

Στην παρούσα εργασία η δομή των κεφαλαίων περιλαμβάνει *την εισαγωγή, την μέθοδο της έρευνας, τα αποτελέσματα και την συζήτηση-συμπεράσματα.*

Η *εισαγωγή* χωρίζεται σε τρία μέρη, την διαταραχή της διάθεσης, την χρήση αλκοόλ και την συσχέτιση ψυχοπαθολογίας και αλκοολισμού με ιδιαίτερα εκτενή αναφορά στην κατάθλιψη.

Όσον αφορά την διαταραχή της διάθεσης, αρχικά παρουσιάζονται κάποια γενικά στοιχεία και ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της κατάθλιψης. Έπειτα γίνεται μια ιστορική αναδρομή και παρατίθενται τα κλινικά χαρακτηριστικά για την διάγνωσή της.

Το δεύτερο μέρος της εισαγωγής αναφέρεται στη χρήση αλκοόλ όπου και εκεί παρουσιάζονται κάποια γενικά στοιχεία, γίνεται μια ιστορική αναδρομή σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ στην αρχαιότητα και τέλος τα κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά του αλκοολισμού.

Στο τρίτο μέρος της εισαγωγής όπως προαναφέρθηκε γίνεται αναφορά στην συσχέτιση αλκοολισμού και ψυχοπαθολογίας και συγκεκριμένα αλκοολισμού και

διαταραχή της διάθεσης. Τα επιμέρους τμήματα αναφέρονται στους προβληματισμούς σχετικά με την έναρξη των δυο διαταραχών, στην διαταραχή της διάθεσης ως συνέπεια του αλκοολισμού, στον αλκοολισμό ως συνέπεια της διαταραχής της διάθεσης, στα ερευνητικά δεδομένα για την συσχέτιση της διαταραχής της διάθεσης και του αλκοολισμού και το τέλος στο ότι η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Η μέθοδος της έρευνας περιλαμβάνει τους συμμετέχοντες, τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της και την διαδικασία της έρευνας.

Στα αποτελέσματα περιλαμβάνονται οι παράγοντες ρίσκου, η συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ με τους παράγοντες ρίσκου ενώ στο τέλος γίνεται συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

Στο τελευταίο μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στα συμπεράσματά της έρευνας μας, πού βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές από την σύγκριση των μεταβλητών, αν τα ευρήματα μας συμφωνούν ή όχι με την βιβλιογραφία, αναφορά στην αξιοπιστία της έρευνας και προτάσεις για νέες έρευνες.

Η συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ επιλέγει ως θέμα της παρούσας εργασίας γιατί θεώρησα ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετήσω τόσο θεωρητικά όσο και ερευνητικά την συσχέτιση αυτών των διαταραχών. Στα πλαίσια των προπτυχιακών μου σπουδών δεν δόθηκε η ευκαιρία να μελετηθούν εκτενέστερα οι συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές και έτσι η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας σε ένα θέμα το οποίο δεν γνωρίζει κανείς καλά αποτελεί συγχρόνως και μια μεγάλη πρόκληση...

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Τα προβλήματα του αλκοολισμού και της εξάρτησης από τα ναρκωτικά έχουν σχέση με την κατάθλιψη. Συχνά η αναζήτηση της ευφορίας αρχίζει σαν μια φυγή από την κατάπτωση που νιώθουμε»

(Nathan Kline, M.D)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Γενικά Στοιχεία- Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακολουθούσε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα.

Η σημασία της κατάθλιψης δεν έγκειται μόνο στο μεγάλο αριθμό ανθρώπων που υποφέρουν, αλλά και στον κίνδυνο της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που απορρέει από αυτήν την πάθηση, τις σοβαρές δυσκολίες για την δημιουργία και την διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, τις δυσκολίες επιτέλεσης ή διατήρησης επαγγελματικής δραστηριότητας, τις επιπτώσεις της σε όλη την οικογένεια και ιδιαίτερα στα παιδιά, τον αλκοολισμό, την κατάχρηση των ουσιών και τα τροχαία ατυχήματα (Χριστοδούλου ,1998).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, υπολογίζεται ότι περίπου εκατό εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν, ανά πάσα στιγμή, από κλινικά αναγνωρίσιμα επίπεδα κατάθλιψης, γεγονός που καθιστά τη διαταραχή αυτή ένα από τα πιο συχνά και πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας. Επιπλέον εκτιμάται ότι ένα ποσοστό, που

κυμαίνεται μεταξύ δέκα και είκοσι πέντε τοις εκατό, του γενικού πληθυσμού θα παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή του ξεκάθαρα συμπτώματα κατάθλιψης. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις μάλιστα ότι η συχνότητα των καταθλιπτικών διαταραχών παγκοσμίως παρουσιάζει αυξητική πορεία, που πιθανότατα σχετίζεται με την αύξηση του μέσου όρου ζωής και των χρόνιων διαταραχών που συνοδεύονται δευτερογενώς από κατάθλιψη και, τέλος, με τις απότομες ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συνοδεύονται με την έναρξη και τη διατήρηση της κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998).

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με την φύση της, ούτε έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Σε γενικές γραμμές η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί: *ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκοινωνικών και οργανικών διαδικασιών* (Κλεφτάρας, 1998).

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι η κατάθλιψη ως ψυχική νόσος χαρακτηρίζεται από πολυμορφία και ατυπία όσον αφορά την έκφρασή της κάτι το οποίο μπορεί να ξεγελάσει τον κλινικό. Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Έτσι μπορεί να αποτελεί α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα όπως στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, β) ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά συμπτώματα και τέλος γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο με το οποίο και θα ασχοληθούμε (Κλεφτάρας, 1998). Μπορεί να εκφραστεί με υποχονδριακά συμπτώματα, ανοϊκόμορφη συμπτωματολογία (καταθλιπτική ψευδοάνοια), σεξουαλική ανικανότητα,

παραπρωματική συμπεριφορά, ευερεθιστότητα, αϋπνία ή υπερϋπνια, ανορεξία ή πολυφαγία, ακόμη και με συμπτωματολογία όχι μόνο ασυμβίβαστη αλλά και αντίπολη με το βασικό της σύμπτωμα. (Χριστοδούλου ,1998)

Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη είχε περιγραφεί ήδη από την αρχαιότητα. Μπορούν να βρεθούν πολλά αρχαία κείμενα με περιγραφές αυτού που σήμερα ονομάζουμε διαταραχή της διάθεσης. Η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ, στην Παλαιά Διαθήκη, όπως και η ιστορία της αυτοκτονίας του Αίαντα, στην Ιλιάδα, περιγράφουν σύνδρομα κατάθλιψης. Ο Ιπποκράτης περίπου στα 400 π.Χ χρησιμοποίησε πρώτος τους όρους «μανία» και «μελαγχολία» προκειμένου να περιγράψει τις ψυχικές διαταραχές (Kaplan & Sadock's, 2000). Ωστόσο ο όρος μανία αντιστοιχούσε γενικώς στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία φαίνεται ότι αναφερόταν στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές εν γένει και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα. (Χριστοδούλου , 1998).

Η Ιπποκρατική ταξινομική αντίληψη για τη μελαγχολία και τη μανία διατηρήθηκε για πάρα πολλά χρόνια και είναι χαρακτηριστικό ότι ο Φίλιππος Pinel (1745-1826) χρησιμοποίησε ένα σύστημα ταξινόμησης, που, σε γενικές γραμμές, αντιστοιχεί στο Ιπποκρατικό σύστημα.

Οι Γάλλοι ψυχίατροι J.Falret και J.Baillarger στα μέσα του 19ου αιώνα, περιέγραψαν τη διπολική συναισθηματική νόσο και λίγο αργότερα, ο Γερμανός ψυχίατρος Kahlbaun (1882) περιέγραψε και αυτός τη διπολικής μορφή χρησιμοποιώντας τον όρο «κυκλοθυμία» (Χριστοδούλου , 1998).

Αυτός όμως που έπαιξε αποφασιστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών συνδρόμων ήταν ο πατέρας της Περιγραφικής Ψυχιατρικής Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin, ο οποίος οικοδομώντας επάνω στις γνώσεις των προηγούμενων Γάλλων και Γερμανών ψυχιάτρων, περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, η οποία κάλυπτε τα περισσότερα από τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι ψυχίατροι σήμερα, για να θέσουν την διάγνωση της διπολικής διαταραχής I. Με βάση το ότι η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση δεν οδηγούσε σε άνοια και αποδιοργάνωση, τη διαφοροποίησε από την πρόιμη άνοια (dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια και περιέγραψε την υποστροφική ή ευέλικτη μορφή μελαγχολίας, μια μορφή της οποίας η αυθύπαρκτη υπόσταση αμφισβητήθηκε από τις σύγχρονες κατατάξεις.

Η βασική συμβολή του Kraepelin, έγκειται στο ότι, βασιζόμενος και σε παρατηρήσεις προγενέστερων του, στήριξε την ταξινόμηση του όχι μόνο στην κλινική περιγραφή, αλλά και στην πορεία και στην πρόγνωση της μανιοκαταθλιπτικής νόσου ή διπολικής διαταραχής, διαχωρίζοντάς την σαφώς από την σχιζοφρένεια (Kaplan & Sadock, 2000).

Κλινικά χαρακτηριστικά για την διαταραχή της διάθεσης

Η κατάθλιψη όπως συμβαίνει και σε οποιαδήποτε άλλη νόσο, αποτελείται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία χαρακτηρίζονται και περιγράφονται στα διαγνωστικά κριτήρια των ταξινομικών συστημάτων που προτείνει η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (DSM-IV) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ICD-10)(Χριστοδούλου,1998)

Η φαινομενολογική προσέγγιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει αυτά τα σημεία και συμπτώματα, τα οποία οφείλονται κατά κύριο λόγο σε διαταραχή του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας και των γνωστικών λειτουργιών. Όλα τα συμπτώματα δεν πρέπει απαραίτητα να είναι παρόντα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Πολλά εξαρτώνται και από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους σε σχέση πάντα με τη συγκεκριμένη κλινική κατάσταση στην οποία αναφερόμαστε. (Χριστοδούλου,1998)

Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη διακατέχεται από ένα «αφόρητο ψυχικό άλγος» το οποίο είναι χειρότερο από οποιονδήποτε σωματικό πόνο. Παράλληλα, η δραστηριότητα και τα ενδιαφέροντα του έχουν μειωθεί στο έπακρο στο βαθμό μάλιστα που πολλοί καταθλιπτικοί φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπορ κ.α, και παράλληλα νιώθουν ότι τίποτα δεν τους ευχαριστεί. Επιπλέον η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται και συχνά αυτό συνοδεύεται από προβλήματα μνήμης ενώ τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης. Πολλοί καταθλιπτικοί δεν έχουν όρεξη και χάνουν βάρος, αρνούνται να φάνε ή τρώνε ελάχιστα. Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Έτσι παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους, εξάντληση και διάφορα οργανικά προβλήματα.. Έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα και συχνά δεν μπορούν να την ολοκληρώσουν Παρουσιάζουν επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνηση με αποτέλεσμα να μιλούν πολύ αργά και να αργούν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται. (Κλεφτάρας, 1998).

Αξιοσημείωτο είναι ότι μερικές φορές παρουσιάζουν τα καταθλιπτικά άτομα υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Ένα ποσοστό που κυμαίνεται

μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία. Ωστόσο δεν απουσιάζουν και τα αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, απαισιοδοξίας, απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, συχνά για ανύπαρκτη αιτία αλλά και οι επανερχόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας αποτελούν συνήθεις εκδηλώσεις της νόσου. Η αυτοκτονία αποτελεί την πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Βεβαίως, μόνο ένα ποσοστό καταθλιπτικών επιχειρεί να αυτοκτονήσει και αυτό συνήθως συμβαίνει 6 με 9 μήνες , μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενή. Τα συμπτώματα αυτά σε συνδυασμό και με άλλες, όπως η διαταραχή της υπνικής λειτουργίας, η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης αλλά και πολλών βιολογικών ρυθμών, έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της διαπροσωπικής, επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του πάσχοντος (Κλεφτάρας, 1998).

Συχνά τέλος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνονται παράλογα στους τρίτους. Το άτομο, για παράδειγμα που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανίκανο και αποτυχημένο μπορεί να φαίνεται στα μάτια των άλλων το ίδιο αποτελεσματικό όπως πριν την κατάθλιψη. Για το χρονικό διάστημα που οι φίλοι και η οικογένεια δεν μπορούν να καταλάβουν όλη αυτή την αρνητική διαδικασία την οποία βιώνει ο καταθλιπτικός και η οποία είναι τόσο διαβρωτική και διεισδυτική, τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται με αμηχανία και οι σκέψεις του φαίνονται άστοχες και παράλογες.

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι ένας στους πέντε ανθρώπους, σε κάποια στιγμή της ζωής του, θα αντιμετωπίσει μια μορφή κατάθλιψης. Σήμερα, δυο στα εκατό παιδιά και πέντε στους εκατό ενήλικες υποφέρουν από κατάθλιψη. Υπολογίζεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη σε ποσοστό διπλάσιο από αυτό των ανδρών. Άτομα άνω των 65 ετών έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με άτομα άλλων ηλικιών. (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002)

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Γενικά Στοιχεία

Κατά τη μακρόχρονη πορεία του πολιτισμού ο άνθρωπος έχει κάνει χρήση αλλά και κατάχρηση πολλών ουσιών με τοξικές ιδιότητες. Η μελέτη και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων που έχουν οι ουσίες αυτές και στον οργανισμό και στο κοινωνικό σύνολο απασχολεί επιστήμονες όλων των ειδικοτήτων. Η επιδημιολογία, οι ιατρικές επιστήμες, η κλινική ψυχολογία, η κοινωνιολογία είναι μερικές από τις επιστημονικές κατευθύνσεις που έχουν προσεγγίσει το κοινωνικό αυτό φαινόμενο.

Μεταξύ των ουσιών με τοξικές ιδιότητες περιλαμβάνεται και το *αλκοόλ* το οποίο μας απασχολεί στην παρούσα εργασία. Το κοινό σημείο των ουσιών αυτών είναι ότι μπορεί να οδηγήσουν στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση ή να προκαλέσουν βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό, ακόμα και τον θάνατο (Ποταμιάνος, 1991).

Το αλκοόλ περιλαμβάνεται στις ουσίες αυτές που χαρακτηρίζονται ουσίες εξάρτησης. Ωστόσο επειδή η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, το αλκοόλ είναι μια «νόμιμη» ουσία εξάρτησης.

Αφού γίνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή για το αλκοόλ στην παρούσα εργασία, στη συνέχεια γίνεται αναφορά στους κοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες που ωθούν στον αλκοολισμό, αναφέροντας επίσης κάποια επιδημιολογικά στοιχεία και κριτήρια για την διάγνωσή του αλκοολισμού.

Ιστορική αναδρομή

Το αλκοόλ είναι μια από τις πρώτες ουσίες που συνόδευσαν την εξέλιξη του πολιτισμού. Χρησιμοποιούνταν ευρέως σε όλη την διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας. Πρόσφατα οι επιστήμονες βρήκαν ενδείξεις για την ύπαρξη κρασιού ή μύρας σε κεραμικά κιούπια σε μια περιοχή των Σουμέριων στο Δυτικό Ιράν που χρονολογούνται 6.000 χρόνια πριν (Barlow & Durand, 1999).

Δεν υπάρχει Έλληνας και αργότερα Ρωμαίος ποιητής που να μην έχει υμνήσει τον οίνο. Ο Όμηρος στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια μας παρέχει πολύτιμες ενδείξεις για τα σπουδαιότερα αμπελουργικά κέντρα της Ελλάδας. Οι άνθρωποι στα χρόνια της Βίβλου έπιναν κρασί όχι μόνο για την προσωπική τους ευχαρίστηση, αλλά και για διαιτητικούς και φαρμακευτικούς λόγους. Στον Μεσαίωνα το αλκοόλ ήταν απαραίτητο συστατικό όλων των εκδηλώσεων (Τσαρούχας, 2000).

Για εκατοντάδες χρόνια, οι Ευρωπαίοι έπιναν μεγάλες ποσότητες κρασιού, μύρας ή άλλων πιο δυνατών ποτών. Όταν ήρθαν στη Βόρεια Αμερική στις αρχές της δεκαετίας του 1600, έφεραν μαζί τους τη δίψα για το αλκοόλ. Στις ΗΠΑ κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας του 1800, η κατανάλωση του αλκοόλ ξεπερνούσε τα 7 γαλόνια ετησίως για κάθε άτομο άνω των 15 ετών ποσοστό το οποίο είναι τρεις φορές μεγαλύτερο του σύγχρονου ποσοστού χρήσης αλκοόλ στις ΗΠΑ (Barlow & Durand, 1999).

Κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Το αλκοόλ για τους περισσότερους ανθρώπους που πίνουν, είναι μία ευχάριστη συνοδεία σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Μέτριες δόσεις- μέχρι δύο ποτά για τους άνδρες και ένα ποτό για τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους- δεν είναι επιβλαβές. Γενικά όταν καταναλώνουμε αλκοόλ, αισθανόμαστε ευφορία, οι αναστολές μας μειώνονται και γινόμαστε πιο ανοικτοί. Αυτό συμβαίνει επειδή η περιοχή της οποίας η λειτουργία αρχικά καταστέλλεται ή επιβραδύνεται είναι τα ανασταλτικά κέντρα του εγκεφάλου. Όμως με τη συνεχιζόμενη κατανάλωση, το αλκοόλ καταστέλλει τις λειτουργίες περισσότερων κέντρων του εγκεφάλου γεγονός που παρεμποδίζει τη σωστή λειτουργία του ατόμου (Barlow & Durand, 1999). Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (NIAA, 2001). Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί κατάχρηση και οδηγεί στον αλκοολισμό. Για την εκδήλωση του αλκοολισμού έχουν βρεθεί πολλοί υπεύθυνοι παράγοντες μερικοί από τους οποίους είναι :

- Η ύπαρξή του στην οικογένεια
- Πιθανό έντονο άγχος
- Το οικογενειακό περιβάλλον
- Η εθιστική φύση του οινοπνεύματος (Clinical Reference System, 1998)
- Η εργασία, η ψυχαγωγία και ο σύγχρονος τρόπος ζωής
- Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Ποταμιάνος, 1991)

Όσον αφορά το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα πρέπει να τονιστούν τα εξής: *Πρώτον*, ο κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες δεν οδηγεί αυτομάτως στον αλκοολισμό αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδηλώσεως αυτού του φαινομένου. *Δεύτερον*, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν

λειτουργούν ατομικά, αλλά συλλογικά, αλληλοεξαρτώνται και υπόκεινται σε συνεχή αλλαγή.

Ο αλκοολισμός είναι ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η επιδημιολογία παγκοσμίως κυμαίνεται περίπου από το 5% έως 15% του πληθυσμού της γης. Είναι η μόνη ουσία που χρησιμοποιείται νόμιμα στα περισσότερα κράτη και στους περισσότερους πολιτισμούς. Στη χρήση του παρεμβαίνουν πολλοί οικονομικοί παράγοντες που ωθούν τους ανθρώπους στην κατανάλωση του. Μολονότι οι άνδρες υποφέρουν πιο συχνά από αλκοολισμό, τα τελευταία χρόνια αρχίζει να είναι ιδιαίτερα συχνός στο γυναικείο πληθυσμό (Μάνος, 1997).

Σε μελέτες στην Αμερική έχει βρεθεί πως τα δημογραφικά στοιχεία που αναφέρονται στη χρήση αλκοόλ δείχνουν πως όσον αφορά το φύλο και την εθνικότητα, οι λευκοί ήταν σημαντικά πιθανότερο απ' ότι οι μαύροι και οι ισπανόφωνοι να έχουν χρησιμοποιήσει αλκοόλ τον τελευταίο μήνα. Επίσης οι κάτοικοι των μεγάλων και μικρών μητροπολιτικών περιοχών ήταν σημαντικά πιθανότερο να έχουν χρησιμοποιήσει αλκοόλ τον τελευταίο μήνα απ' ότι οι κάτοικοι των μη μητροπολιτικών περιοχών καθώς επίσης πιθανότερο να έχουν χρησιμοποιήσει αλκοόλ είναι και οι κάτοικοι των Βόρειων περιοχών σε αντίθεση με τους κατοίκους του Νότου (Kaplan & Sadock, 2001).

Ακόμη και ο πολιτισμός του κάθε λαού παίζει ρόλο για τον τύπο του αλκοόλ που θα καταναλωθεί από τα άτομα. Τα άτομα που έχουν την τάση για παγκοσμιοποίηση και τάση για ξενομανία τείνουν να καταναλώνουν εισαγόμενα ποτά, ενώ αντίθετα αυτοί που τηρούν πιστά τις παραδόσεις περιορίζονται στα τοπικά αλκοολούχα ποτά (Eide et al., 1998).

Σε έρευνες που έχουν γίνει στην Αμερική, οι συνδεδόμενες με το αλκοόλ διαταραχές παρατηρούνται σε άτομα όλων των κοινωνικοοικονομικών τάξεων.

Επιπλέον, οι συνδεόμενες με το αλκοόλ διαταραχές είναι συχνές σε άτομα που έχουν πραγματοποιήσει ανώτερες σπουδές και ανήκουν σε υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Karlan & Sadock's, 2001). Σε επιδημιολογικές μελέτες, έχει αναφερθεί πως η κατανάλωση αλκοόλ είναι πιο συχνή στις Δυτικές χώρες και αυτό γιατί, η συμπεριφορά ανάληψης κινδύνου που μπορεί να θεωρηθεί και η κατάχρηση αλκοόλ, ίσως μπορεί να σχετιστεί με το ότι στις Δυτικές κυρίως χώρες, τα άτομα τείνουν να πιστεύουν πως τα αρνητικά αποτελέσματα μιας συμπεριφοράς συμβαίνουν μόνο στους άλλους και όχι στους ίδιους, έχοντας έτσι ένα είδος υπερβολικής αισιοδοξίας (Chang, Sanna & Asakawa, 2001).

Οι καταστάσεις αντιπροσωπεύουν προφανώς μια ετερογενή ομάδα νοσογόνων διαδικασιών. Σε κάθε ατομική περίπτωση οι ψυχοκοινωνικοί – γενετικοί ή βιολογικοί παράγοντες μπορεί να είναι σημαντικότεροι από άλλους παράγοντες. Στην ίδια ομάδα παραγόντων – στους βιολογικούς παράγοντες οι συνδεόμενες με αλκοόλ διαταραχές όπως ουσιαστικά και όλες οι άλλες ψυχιατρικές για παράδειγμα –ένα στοιχείο (όπως το γονίδιο ενός νευροδιαβιβαστή υποδοχέα) μπορεί να συμμετέχει σημαντικά περισσότερο από ένα άλλο. Εκτός από ερευνητικούς λόγους δεν είναι απαραίτητο να ταυτοποιείται ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας, αφού η θεραπευτική προσέγγιση στη συνδεόμενη με αλκοόλ διαταραχή θα πρέπει να επιχειρεί οτιδήποτε είναι αποτελεσματικό ανεξάρτητα από τη θεωρία (Karlan & Sadock, 2001).

Το *DSM-IV* για όλες τις συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές χρησιμοποιεί τα ίδια κριτήρια για την εξάρτηση και την κατάχρηση. Όσον αφορά την αλκοολική εξάρτηση και την κατάχρηση, η ανάγκη καθημερινής χρήσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής λειτουργικότητα, η τακτική βαριά κατανάλωση αλκοόλ μόνο τα σαββατοκύριακα, όπως επίσης και οι μεγάλες περίοδοι εγκράτειας, στις οποίες παρεμβάλλονται ξεφαντώματα μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ που διαρκούν

εβδομάδες ή μήνες αποτελούν ισχυρές ενδείξεις μιας από αυτές τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Αυτά τα πρότυπα συνοδεύονται από συμπεριφορές όπως: 1) η αδυναμία περιορισμού ή διακοπής του ποτού, 2) οι επανειλημμένες προσπάθειες να ελεγχθεί ή να μειωθεί η υπερβολική κατανάλωση μην πίνοντας καθόλου (περίοδοι προσωρινής αποχής ή περιορίζοντας το ποτό σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας, 3) ξεφαντώματα (παραμένοντας σε τοξίκωση όλη την ημέρα για τουλάχιστον δύο ημέρες), 4) η σποραδική κατανάλωση 1/5 της πίντας οινοπνεύματος ή του ισοδύναμου του σε κρασί ή μύρα, 5) αμνησιακές περιόδους για συμβάντα σε κατάσταση τοξίκωσης (black-outs), 6) η συνέχιση της χρήσης παρά την ύπαρξη μιας σοβαρής σωματικής ασθένειας η οποία είναι γνωστό στο χρήστη πως επιδεινώνεται με τη χρήση αλκοόλ και 7) η κατανάλωση μη-πόσιμου αλκοόλ, όπως καύσιμο και εμπορικά προϊόντα που περιέχουν αλκοόλ.

Οι δράσεις της κάθε ψυχοτρόπου ουσίας εξαρτάται από τη δόση. Οτιδήποτε μπορεί να γίνει είτε δηλητήριο είτε ακίνδυνο συστατικό ανάλογα με τη δόση. Όσον αφορά το αλκοόλ, αυτό που έχει σημασία είναι η ποσότητα που εισέρχεται στο αίμα. Όσο πιο γρήγορα απορροφάται από το αίμα, τόσο πιο γρήγορο το αποτέλεσμα. Ο συνδυασμός φαγητό-αλκοόλ μειώνει την απορρόφηση του δεύτερου γι'αυτό και δεν προτιμάται από τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ (Goodwin , 1994).

Ανεξάρτητα βέβαια από την αιτιολογία η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερο κοινωνικό ενδιαφέρον και ποικιλομορφία. Ο ορισμός του αλκοολισμού παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, επειδή εξαρτάται από το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση οινοπνεύματος. Ωστόσο έχουν βρεθεί κάποιοι σηματοδότες για την κατάχρηση αλκοόλ που μερικοί από αυτούς είναι : μετρήσεις της καθημερινής δόσης, συχνότητα της έντονης χρήσης, συνήθης ποσότητα και συχνότητα και συνδυασμός όλων των παραπάνω (Dawson & Archer ,1993).

Για τον αλκοολισμό έχουν βρεθεί διάφοροι τύποι πέντε από τους οποίους είναι οι εξής: (Μάρσελος, 1997)

Τύπος-α : Ψυχολογική εξάρτηση που έχει σχέση με την ανάγκη του ατόμου για την καταπράυνση κάποιας ψυχικής έντασης. Τυχόν επιβλαβείς συνέπειες αφορούν μόνο την κοινωνική θέση του ίδιου του ατόμου.

Τύπος-β : Δεν παρατηρείται ούτε ψυχολογική, ούτε σωματική εξάρτηση σε σημαντικό βαθμό, με αποτέλεσμα το άτομο να ελέγχει πλήρως την κατανάλωση του οινοπνεύματος. Παραβλάπτεται μόνον η σωματική υγεία του πότη.

Τύπος-γ : Προοδευτική σωματική εξάρτηση. Όταν το άτομο αρχίσει να πίνει, χάνει τον έλεγχο, με αποτέλεσμα να οδηγείται σε υπερβολική λήψη οινοπνεύματος. Τα άτομα αυτά μπορούν κατά κανόνα να διακόψουν τη συνήθεια του ποτού.

Τύπος-δ : Η εξάρτηση έχει όλους τους παραπάνω χαρακτήρες αλλά το άτομο αδυνατεί πλέον να αποδεσμευτεί από τη συνήθεια του ποτού.

Τύπος-ε : Είναι ο τύπος που έχει χαρακτηριστεί ως διψομανία. Περιλαμβάνει την περιστασιακή χρήση, καταχρηστική κατανάλωση οινοπνεύματος. Τον υπόλοιπο καιρό ο πότης πίνει πολύ λίγο ή και απέχει τελικώς από το οινόπνευμα.

Σύμφωνα με έρευνα οι τύποι α, γ, ε, απαντούν με μεγαλύτερη συχνότητα στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη, ενώ οι τύποι β και δ είναι συχνότεροι στις υπόλοιπες χώρες.

Ένας άλλος ερευνητής έχει προτείνει δυο άλλους τύπους αλκοολισμού, τον τύπο I περιοριζόμενης στον άνδρα αλκοολικής εξάρτησης που χαρακτηρίζεται από την όψιμη έναρξη, την παρουσία περισσότερο ψυχολογικής εξάρτησης, παρά σωματικής όπως και από την παρουσία αισθημάτων ενοχής που αφορούν την χρήση αλκοόλ. Ο τύπος II περιοριζόμενης στον άνδρα αλκοολικής εξάρτησης χαρακτηρίζεται από την έναρξη σε νεαρή ηλικία, την αυθόρμητη αναζήτηση αλκοόλ για κατανάλωση και από τις

κοινωνικές διαταρακτικές συμπεριφορές όταν το άτομο είναι σε τοξίκωση (Kaplan & Sadock's, 2001).

Τέλος, ένας ακόμη ερευνητής προσδιόρισε τέσσερις τύπους αλκοολισμού. *Πρώτον*, ο αντικοινωνικός αλκοολισμός χαρακτηρίζεται από την ανδρική επικράτηση, φτωχή πρόγνωση, πρόωμη έναρξη προβλημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ και στενή σύνδεση με την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. *Δεύτερον*, ο αναπτυξιακά μεγενθυόμενος αλκοολισμός αφορά μία πρωτογενή τάση κατάχρησης του αλκοόλ, η οποία μεγαλώνει με το χρόνο καθώς οι πολιτισμικές προσδοκίες προσθέτουν περισσότερες ευκαιρίες για χρήση. *Τρίτον*, ο αλκοολισμός αρνητικού συναισθήματος είναι συχνότερος στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα το αλκοόλ για ρύθμιση της διάθεσης και για βοήθεια στις κοινωνικές σχέσεις. *Τέτατον*, ο αναπτυξιακά περιοριζόμενος αλκοολισμός χαρακτηρίζεται από συχνά επεισόδια μέθης μετά από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Τα επεισόδια αυτά γίνονται όλο και λιγότερο συχνά όσο προχωρά η ηλικία αυτών των ατόμων και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες της κοινωνίας σε σχέση με την εργασία τους και τις οικογένειες τους (Kaplan & Sadock, 2001).

Στη σύγχρονη κοινωνία το θέμα του αλκοολισμού έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις, με προφανής επιπτώσεις στο άτομο και το κοινωνικό σύνολο. Το κόστος του αλκοολισμού είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, είτε υπολογιστεί ως απώλεια εργασίμων ωρών, είτε εκτιμηθεί ως κοινωνικό κόστος περίθαλψης για όλα τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από την υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος. Υπάρχουν σοβαρές παράμετροι στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος όπως ο αντίκτυπος στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, στην οικογενειακή του ζωή και στην εν γένει κοινωνική του προσφορά. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι τυπικό χαρακτηριστικό του

αλκοολικού με ποτέλεσμα τα άτομα αυτά να εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (8/1) (Μάρσελος, 1997).

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει κατά καιρούς οι οποίες δεν αφήνουν καμιά αμφιβολία ότι ο αλκοολισμός και η ψυχιατρική συμπτωματολογία τείνουν να συνυπάρχουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών (Ποταμιάνος, 1991). Οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις που σχετίζονται με αλκοόλ διαταραχές είναι οι συνδεόμενες με άλλες ουσίες διαταραχές όπως η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, οι αγχώδεις διαταραχές και η διαταραχή της διάθεσης (Kaplan & Sadock, 2001).

Επί παραδείγματι, σε μια έρευνα έχει βρεθεί πως η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιο συχνή ανάμεσα στα άτομα με υψηλό δείκτη αντικοινωνικής προσωπικότητας καθώς πιστεύουν πως η συμπεριφορά τους οφείλεται στην τύχη ή σε άλλα άτομα, αλλά σίγουρα όχι σε αυτούς. Επίσης, η εμφάνιση αλκοολισμού φαίνεται να είναι πιο συχνή στα άτομα που θεωρούν πως η κατανάλωση αλκοόλ τους ενεργοποιεί και τους κάνει ευδιάθετους. Κάποια προδιάθεση σε αγχώδεις διαταραχές μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε κατάχρηση αλκοόλ (Poikolainen, 1997). Κατά τη διάρκεια του αλκοολισμού το άτομο μπορεί να πάσχει από μία διαταραχή της διάθεσης. Περίπου το 30-40% των ατόμων με συνδεόμενη με αλκοόλ διαταραχή πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του (Kaplan & Sadock, 2001).

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Πολύ συχνά η κατάχρηση του αλκοόλ συνδέεται με ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο. Υπάρχει δραματική αύξηση όσον αφορά την συνοσηρότητα μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και χρήση ουσιών σε κλινικά και περαματικά ευρήματα (Gilman & Abraham, 2001).

Ένας λόγος γι' αυτό είναι ότι η κατάχρηση ουσιών μπορεί να θεωρηθεί ως μια ρισκοκίνδυνη συμπεριφορά και οι διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας ως μορφές συμπεριφοράς που χρησιμοποιούν τις πηγές του γνωστικού συστήματος. Έτσι σύμφωνα με τους Horswill & Mc Kenna, το άτομο όταν αποσπάται από τη φυσιολογική του λειτουργία και σπαταλά τις γνωστικές του λειτουργίες (ψυχοπαθολογία) τείνει να αναπτύσσει περισσότερες συμπεριφορές κινδύνου (αλκοολισμός) (Horswill & Mc Kenna 1999).

Ο αλκοολισμός μπορεί να συνδέεται με διάφορες άλλες διαταραχές με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα ο αλκοολισμός και η δεύτερη διαταραχή να παρουσιαστούν ταυτόχρονα και ξαφνικά, ή κάποια άλλη διαταραχή να προκαλέσει την εμφάνιση ή την σοβαρότερη μορφή του αλκοολισμού, και αντίστροφα, ο αλκοολισμός να προκαλέσει την εμφάνιση κάποιας άλλης διαταραχής. Επίσης μπορεί και ο αλκοολισμός και η άλλη διαταραχή να προκληθούν ξεχωριστά από κάποιον τρίτο παράγοντα ή τέλος η κατάχρηση του αλκοόλ ή η αποτοξίνωση από αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα μιας ανεξάρτητης ψυχιατρικής διαταραχής. Οι έρευνες που γίνονται για να μπορέσουν να συνδεθούν οι διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές με τον αλκοολισμό, βασίζονται κυρίως σε έρευνες με κλινικό πληθυσμό, δηλαδή σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία (NIAAA, 1991).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές που συνήθως συνδέονται με τον αλκοολισμό είναι η *αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, η βουλιμία, οι αγχώδεις διαταραχές και η διαταραχή της διάθεσης* για την οποία θα γίνει εκτενή αναφορά.

Προβληματισμοί σχετικά με την συνοσηρότητα των δύο διαταραχών

Η κατάθλιψη έχει αποδειχθεί πως είναι μία από τις ψυχιατρικές διαταραχές που συνυπάρχει με την αλκοολική εξάρτηση και είναι ευρέως αποδεκτό ότι η μείζονα κατάθλιψη υπάρχει περισσότερο στις αλκοολικές γυναίκες από ότι στους άνδρες. Η διαφορά στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες είναι ότι ο αλκοολισμός είναι μερικές φορές εμφανής της κατάθλιψης. Οι γυναίκες σαν σύνολο, αρχίζουν την κατανάλωση του αλκοόλ σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ότι οι άνδρες και αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώνεται η κατάθλιψη πριν από τον αλκοολισμό. Η κατάθλιψη μπορεί να προδιαθέτει την κατανάλωση του αλκοόλ στους άνδρες τόσο συχνά όσο εμφανίζεται και στις γυναίκες, αλλά επειδή οι άνδρες αρχίζουν την κατανάλωση του αλκοόλ σε μικρότερη ηλικία, είναι αδύνατο να προσδιοριστεί εάν η κατάθλιψη αποτελεί την αιτία ή είναι συνέπεια της κατανάλωσης αλκοόλ (Goodwin , 1994).

Στους ανθρώπους που πίνουν σε μεγάλο βαθμό είναι δύσκολο να διαπιστωθεί εάν ο αλκοολισμός ή η κατάθλιψη ξεκινάει πρώτο. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η επικράτηση στις Ηνωμένες Πολιτείες της μείζονος κατάθλιψης είναι 5% στους άνδρες και 19% στις γυναίκες οι οποίες είναι αλκοολικά εξαρτώμενες. Μερικά ποσοστά επικράτησης είναι υψηλά σύμφωνα με την National Comorbidity Study όπου πάνω από 32% από αυτούς που μελετήθηκαν με αλκοολική εξάρτηση είχαν επίσης ιστορικό μείζονας κατάθλιψης. Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι η κατάθλιψη είναι πιθανό να

εμφανιστεί σε ασθενείς με συνδεδεμένη με αλκοόλ διαταραχή με μεγάλη καθημερινή κατανάλωση και οικογενειακό ιστορικό αλκοολικής κατάχρησης (Pettinati , 2004).

Αυτά τα ευρήματα είναι πολύ σημαντικά, ακόμη και για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη και τον αλκοολισμό ως ξεχωριστά προβλήματα, ενώ στην πραγματικότητα το ένα σχετίζεται άμεσα με το άλλο. Πάρα πολλές έρευνες έγιναν στους αλκοολικά εξαρτώμενους ασθενείς με κατάθλιψη και χωρίς αλλά οι περισσότερες σύγκριναν αυτούς τους ασθενείς που δεν είχαν κατάθλιψη. Σχετικά λίγες έρευνες έχουν συγκρίνει τους καταθλιπτικούς ασθενείς με αλκοολική εξάρτηση με τους καταθλιπτικούς χωρίς αλκοολική εξάρτηση. Αυτές οι μελέτες έχουν αναφέρει πολυάριθμες σημαντικές διαφορές μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών με αλκοολική εξάρτηση και αυτών με κατάθλιψη μόνο. Η ομάδα των ασθενών με την συνοσηρότητα είχε σημειωθεί πως περιλάμβανε άτομα νεαρής ηλικίας οι οποίοι μπορεί να είναι άνδρες ανύπαντροι με μια πρώτογενή κατάθλιψη, χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας, χρήση ουσιών και τέλος με καταθλιπτική και βίαιη συμπεριφορά (Rae, Joyce, Luty & Mulder, 2002).

Για την συσχέτιση κατάθλιψης και αλκοολισμού, μία εξήγηση είναι ότι η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μέρος καταθλιπτικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν το αλκοόλ όταν ένα άτομο «πίνει». Ένας άλλος λόγος είναι το περιβάλλον στο οποίο το άτομο ζει, το οποίο μπορεί να προωθεί την ανάπτυξη και των δύο. Ωστόσο και γενετικοί παράγοντες μπορεί να καθιστούν ένα άτομο ευπαθή στην κατάθλιψη και τον αλκοολισμό (Gilman & Abraham, 2001). Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με την ηλικία, την εθνικότητα και με άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και μπορούν να συμβάλουν στην εκδήλωση και των δύο (Romach & Seller, 1998).

Κάθε μία από τις διαταραχές (κατάθλιψη-αλκοολισμός) κατέχει ένα σημαντικό ρίσκο για την ανάπτυξη της άλλης. Υπάρχει μια συνεργασία ανάμεσα στις δύο

διαταραχές και μάλιστα έχει αποδειχθεί πως υψηλά ποσοστά στη μία διαταραχή συνδέεται με υψηλά ποσοστά στην άλλη. Η αλκοολική εξάρτηση προμηνύει την εμφάνιση κατάθλιψης ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα που συνοδεύουν την αποχή από το αλκοόλ αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την επαναφορά στο αλκοόλ. Επιπρόσθετα, ενώ η κατάθλιψη φαίνεται να είναι απόρροια της αλκοολικής εξάρτησης, υπονοώντας την αιτιολογία, υπάρχει ωστόσο ένας κοινός παράγοντας για την κατάθλιψη και την αλκοολική εξάρτηση, όπως στρεσογόνοι παράγοντες, ψυχικά τραύματα και γενετική ευπάθεια η οποία οδηγεί σε συνύπαρξη των δύο διαταραχών χωρίς η μία να οδηγεί στην άλλη (Pettinati , 2004).

Τύποι αλληλεπίδρασης της διαταραχής της διάθεσης και του αλκοολισμού

Ο Schuckit όπως αναφέρεται στον Miller, ανακάλυψε ότι η σχέση μεταξύ αλκοολισμού και συναισθηματικών διαταραχών απεικονίζεται με πέντε τύπους αλληλεπίδρασης οι οποίοι μπορεί να ισχύουν και στην αλκοολική εξάρτηση: 1) Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα στον καθένα, 2) Ενδείξεις παροδικής κατάθλιψης μπορεί να ακολουθούν μακρά περίοδο κατανάλωση αλκοόλ, 3) Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αυξάνεται κατά τη διάρκεια άμεσων συναισθηματικών διαταραχών σε ορισμένους ασθενείς, 4) Καταθλιπτικά συμπτώματα δευτερεύοντα της αλκοολικής χρήσης μπορούν να συμβαίνουν συμπτωματικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και 5) Ένα μικρό τμήμα ασθενών εκδηλώνει ανεξάρτητο αλκοολισμό και συναισθηματικές διαταραχές.

Άτομα που ανέπτυξαν μόνο ένα επεισόδιο κατάθλιψης νωρίς στη ζωή τους χωρίς να συνοδεύεται από κάποια επανάληψη και χρονιότητα των συμπτωμάτων της διάθεσης, δεν αναμένεται απαραίτητα αυξανόμενος κίνδυνος για αλκοολική εξάρτηση αργότερα. Η αλκοολική εξάρτηση η οποία είναι δευτερεύουσα της κατάθλιψης πιστεύεται ότι είναι

κλινικά και θεωρητικά παροδική μέσα σε μια άμεση συνύπαρξη με τις συναισθηματικές καταστάσεις (Crum & Storr & Chan, 2005).

Η Διαταραχή της διάθεσης ως συνέπεια του αλκοολισμού

Κατά τη διάρκεια του αλκοολισμού το άτομο μπορεί να παρουσιάσει μια διαταραχή της διάθεσης η οποία μπορεί να συμβεί τόσο κατά τη φάση της τοξίκωσης ή όσο και στη φάση του συνδρόμου στέρησης. Πολλοί αλκοολικοί γίνονται μετέπειτα καταθλιπτικοί. Οι αλκοολικοί χαρακτηρίζονται ευερέθιστοι, δεν μπορούν να κοιμηθούν, αισθάνονται μελαγχολικοί και κακόκεφοι, νιώθουν τύψεις και ενοχές, χάνουν κάθε ενδιαφέρον και σκέφτονται την αυτοκτονία (Goodwin , 1994).

Το μεγαλύτερο πρόβλημα στο θέμα του εθισμού είναι να διαγνώσει κανείς την πρωτογενή κατάθλιψη στην παρουσία ενός επεισοδίου αλκοολικής εξάρτησης. Τα κλινικά συμπτώματα της πρωτογενούς κατάθλιψης εμφανίζονται ακριβώς τα ίδια με αυτά της δευτερογενούς με μόνη διαφορά την προέλευση της κατάθλιψης. Ο μόνος τρόπος που χρησιμοποιείται για να πιστοποιηθεί η δευτερογενής κατάθλιψη είναι εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα προέρχονται από αιφνίδια αποχή από το αλκοόλ δηλαδή αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με την διακοπή της χρήσης αλκοόλ ή είναι αποτέλεσμα χρήσης φαρμάκων για την κατάθλιψη ή είναι αποτέλεσμα αποχής από μία πρόσφατα καταχρηστική χρήση του αλκοόλ. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της πρωτογενούς κατάθλιψης είναι η εμμονή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους απέχοντες αλκοολικούς (Pettinati , 2004).

Η δευτερογενής κατάθλιψη πληροί όλα τα διαγνωστικά κριτήρια της πρωτογενούς κατάθλιψης αλλά η παθογένεσή της σχετίζεται με την χρήση αλκοόλ. Μπορεί να θεωρηθεί παροδική ψυχική αντίδραση η οποία να σχετίζεται με την μέθη ή την αποχώρηση από το αλκοόλ ή να παραμένει εξαιτίας των αρνητικά σχετιζόμενων

συνεπειών που μπορεί να συμβαίνουν στους χρόνιους πότες (Pettinati, 2004). Επιπλέον η εμφάνιση της κατάθλιψη στο στάδιο του συνδρόμου στέρησης, μπορεί να αιτιολογηθεί, αφού στην κατάθλιψη έχει βρεθεί πως υπάρχει μειωμένη σεροτονεργική διαβίβαση όπως συμβαίνει και κατά το σύνδρομο στέρησης. Έτσι είναι αρκετά αναμενόμενο κατά το σύνδρομο στέρησης να εμφανιστούν καταθλιπτικά συμπτώματα (Carlson, 1997).

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των διανοητικών διαταραχών, DSM-IV (APA, 1994), καταθλιπτική διαταραχή είναι άμεση εάν αυτό είναι εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ, υπονοώντας ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να υπερσχύουν της χρήσης ή να διαρκούν κατά την διάρκεια περιόδων αποχής. Όλα τα άλλα επεισόδια κατάθλιψης κρίνονται δευτερεύοντα ή επηρεαζόμενα από την χρήση. Στην περίπτωση πρωτογενούς κατάθλιψης τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να επιμένουν ακόμη και μετά την θεραπεία της αλκοολικής εξάρτησης (Pettinati, 2004).

Ο αλκοολισμός ως συνέπεια της διαταραχής της διάθεσης

Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη είναι σαφές ότι βιώνουν μια συνεχή δυστυχία που τους κάνει να μην έχουν όρεξη για τίποτα. Μέσα στα πλαίσια αυτής της κατάστασης, τα άτομα αυτά σε μία προσπάθεια να βοηθήσουν τον εαυτό τους να συνέλθει από την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει, είναι πολύ πιθανόν να στραφούν στην άμεση λύση, την φαρμακοθεραπεία ως μια μορφή αυτοθεραπείας και είναι πραγματικά πολύ δύσκολο να πονάει κανείς πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να ζητήσει κάποιου είδους ανακούφιση από τον πόνο ανεξάρτητα από τον τρόπο που θα γίνει αυτό (Bloomfield & Mc Williams, 2001).

Ενώ είναι σημαντικό να ξέρουμε ότι ένα άτομο και είναι λυπημένο και πίνει, η κατάθλιψη δεν είναι μια επαρκής συνθήκη για την εκδήλωση συμπεριφοράς που ωθεί σε κατανάλωση αλκοόλ, καθώς είναι πιθανό για το ίδιο άτομο άλλοτε να είναι λυπημένο και

να μην πίνει και άλλοτε να πίνει όταν δεν είναι λυπημένο. Ακόμη και αν το συγκεκριμένο άτομο πίνει πάντα όταν είναι λυπημένο ή πίνει μόνο όταν είναι λυπημένο, μια χρήσιμη ανάλυση της συμπεριφοράς του πρέπει να περιγραφεί πώς προέκυψε αυτό το πλέγμα των σχέσεων, το να αποδώσουμε την κατανάλωση του αλκοόλ στην κατάθλιψη δεν εξηγεί ούτε γιατί είναι λυπημένο ούτε γιατί πίνει. Με άλλα λόγια, το γεγονός ότι πίνει όταν είναι λυπημένο δεν εξηγεί την κατανάλωση του αλκοόλ: αυτό αποτελεί ένα ενδιαφέρον και ίσως σημαντικό στοιχείο για τη συμπεριφορά του ατόμου, αλλά και ένα γεγονός που απαιτεί από μόνο του εξήγηση (Ρήγα, 2001).

Επιπρόσθετα, αθεράπευτες ψυχιατρικές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την χρήση και ίσως την προθυμία και την εμμονή του ατόμου να ψάχνει θεραπεία μέσω της χρήσης ουσιών (Kidorf, Disney, King, Neufeld, Beilenson & Brooner, 2004). Η στροφή του ατόμου στα φάρμακα παντός είδους, είναι δικαιολογημένη από την άποψη ότι η φαρμακοθεραπεία είναι πιθανό να βοηθήσει στην απόσπαση της προσοχής από το στρεσογόνο και δυσάρεστο συναίσθημα (Bloomfield & Mc Williams, 2001).

Όμως λόγω το ότι οι άνθρωποι συνήθως εξαντλούν όλους τους πιθανούς τρόπους αυτοθεραπείας πριν φτάσουν σε κάποιον ειδικό για βοήθεια, το πιο συχνό χρησιμοποιούμενο αναλγητικό φάρμακο κατά της κατάθλιψης, δεν είναι άλλο από το αλκοόλ το οποίο κάνει τους καταθλιπτικούς να αισθάνονται καλύτερα αλλά όχι για πολύ, είναι κοινωνικά αποδεκτό και χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή. Αξιοσημείωτο είναι ότι το αλκοόλ μπορεί από μόνο του να προκαλέσει κατάθλιψη. Έτσι, στα άτομα που πάσχουν ήδη από κατάθλιψη μετά από ένα προσωρινό αίσθημα ευφορίας, το αλκοόλ αυτό που προκαλεί είναι να χειροτερεύει τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ιδιαίτερα μετά από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων (Bloomfield & Mc Williams, 2001).

Συγκεκριμένα σε έρευνα έχει βρεθεί πως οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν μειωμένα επίπεδα 5-HIAA (μεταβολίτης σεροτονίνης που παράγεται όταν η SE καταστρέφεται από

την MAO). Μειωμένο 5-HIAA σημαίνει μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα με επακόλουθο τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Carlson, 1997). Όπως όμως είδαμε και πιο πάνω ως αίτια αλκοολισμού είναι η μειωμένη δραστηριότητα SE που σημαίνει πως οι δύο διαταραχές μπορούν να συνυπάρχουν ή να εκδηλωθεί η κατάθλιψη όταν σταματά η χρήση του αλκοόλ και συνεπώς πέφτουν κατακόρυφα τα επίπεδα της SE.

Κατ' αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να θεωρηθεί η κατάχρηση του αλκοόλ ως τρόπος αυτοθεραπείας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που μπορούν να επανέλθουν κατά τη διακοπή της χρήσης αλκοόλ.

Ερευνητικά Δεδομένα για την συσχέτιση κατάθλιψης και αλκοολισμού

Ο Lienbenlut et al.(1993) εξέτασε τη σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της αυτοχορηγούμενης χρήσης του αλκοόλ χρησιμοποιώντας ως δείγμα μία ομάδα εθελοντών και τέσσερις ομάδες εξωτερικών ασθενών του ψυχιατρείου, όπου το 75% αυτού ήταν γυναίκες. Για κάθε καταθλιπτικό σύμπτωμα που εξέτασε βρήκε ότι οι αλκοολικά εξαρτώμενοι ασθενείς ήταν πολύ πιθανό να πίνουν εις βάρος αυτών των συμπτωμάτων σε σχέση με τους μη αλκοολικά εξαρτώμενους και επίσης οι ίδιοι ανέφεραν πολύ συχνά από ότι οι άλλοι ασθενείς ότι το αλκοόλ τους ανακουφίζει από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μεταξύ των αλκοολικά εξαρτώμενων υποκειμένων αυτοί που δεν παρουσίαζαν μείζονα κατάθλιψη ήταν πολύ πιθανό όπως και οι ασθενείς με συνοσηρότητα να αναφέρουν την κατανάλωση αλκοόλ εις βάρος των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπρόσθετα τα αλκοολικά εξαρτώμενα υποκείμενα διακρινόταν από άλλα υποκείμενα στο βαθμό στον οποίο ανέφεραν ότι το ποτό ανακουφίζει από τον θυμό και το άγχος (Romach & Seller, 1998).

Σε μια ανασκόπηση ερευνών σε νοσοκομεία έχει βρεθεί ότι από το 8% έως το 53% των αλκοολικών έχουν σαν δεύτερη πιο συχνή ασθένεια τη διαταραχή της διάθεσης.

Επίσης σε κλινικές μελέτες που μετρούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε αλκοολικούς, η συχνότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμαίνεται από 16% έως 59%. Σε πιο πρόσφατες έρευνες έχει αναφερθεί πως το 33% έως 67% των θεραπευόμενων αλκοολικών υποφέρει από μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο (Swedsen & Merikangas, 2000). Το τελευταίο εύρημα, έχει αμφισβητηθεί αρκετά μιας και τα αποτελέσματα διαφόρων ερευνών συγκρούονται. Συγκεκριμένα, κάποιοι ερευνητές έχουν δείξει πως η διαγνωσμένη κατάθλιψη παραμένει για αρκετό καιρό στους αλκοολικούς ασθενείς, ενώ κάποιοι άλλοι αναφέρουν ότι σε έρευνες, με αλκοολικούς τα καταθλιπτικά συμπτώματα συχνά εξαφανίζονται μετά από δύο με τέσσερις εβδομάδες αποχής ή αποτοξίνωσης από το αλκοόλ. Αυτές οι διαφορές, οφείλονται εν μέρει στο ότι δεν υπάρχει βεβαιότητα για τη φύση αλλά και για την κατεύθυνση της σχέσης αλκοολισμού και κατάθλιψης και αποτελούν σημαντικές ενδείξεις για την ανάπτυξη μοντέλων θεραπείας που να καλύπτουν και τις δύο διαταραχές (Swedsen & Merikangas, 2000).

Μια απόδειξη των παραπάνω αποτελεσμάτων είναι μία έρευνα, στην οποία συγκρίθηκαν οι αλλαγές στα καταθλιπτικά συμπτώματα ανδρών οι οποίοι ήταν ασθενείς σε κλινικές. Οι ασθενείς αυτοί ήταν δυνατόν να παρουσιάζουν αλκοολική εξάρτηση μόνο, ή να έχουν ως προϋπάρχουσα διαταραχή την κατάχρηση ουσιών και με δεύτερη διαταραχή την κατάθλιψη (η κατάθλιψη εμφανίστηκε μετά τον αλκοολισμό), ή με προϋπάρχουσα διαταραχή την κατάθλιψη και δεύτερη τον αλκοολισμό και τέλος με συμπτώματα κατάθλιψης μόνο χωρίς αλκοολισμό. Τα συμπτώματα της άρχισαν να μειώνονται μετά από μια περίοδο αποχής τεσσάρων εβδομάδων στην ομάδα των αλκοολικών και των αλκοολικών με δεύτερη διαταραχή την κατάθλιψη, ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρέμειναν το ίδιο έντονα μετά τις τέσσερις εβδομάδες στις ομάδες των καταθλιπτικών χωρίς αλκοολισμό και των καταθλιπτικών με δεύτερη διαταραχή τον αλκοολισμό. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν πως ενώ σίγουρα υπάρχει

πολλές φορές συνύπαρξη των δύο διαταραχών, αυτές δεν παύουν να είναι ετερογενείς. Παρόλα αυτά φαίνεται πως για κάποιες ομάδες ασθενών στις οποίες υπάρχει συνύπαρξη των δύο διαταραχών, ο αλκοολισμός μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία, την ένταση των συμπτωμάτων και την σοβαρότητα της κατάθλιψης (Swedsen & Merikangas, 2000).

Στο αντίθετο άκρο, πολλές κλινικές μελέτες με αλκοολικούς που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν βρει ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται συνήθως δύο με τέσσερις εβδομάδες μετά την αποχή από αλκοόλ. Αυτό υποδεικνύει πως σε μερικά άτομα η κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται άμεσα με τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλ (Preisig & Fanton & Stevens & Merikangas, 2001).

Πιθανές πηγές για τη σχέση αλκοολισμού και διαταραχή της διάθεσης έχουν δείξει πως υπάρχουν δύο γενικοί μηχανισμοί με τους οποίους λειτουργεί αυτή η σχέση :1) μία από τις δύο διαταραχές μπορεί να προκαλεί την άλλη και 2) οι δύο διαταραχές να έχουν κοινό βιολογικό υπόστρωμα όπως προαναφέρθηκε.

Ωστόσο τα αποτελέσματα από μελέτες με οικογένειες είναι αμφιλεγόμενα. Πολλές μελέτες έχουν βρεί πως υπάρχει κοινή αιτιολογία μεταξύ αλκοολισμού και κατάθλιψης, ενώ άλλες πρότειναν ανεξάρτητη αιτιολογία για το καθένα (Preisig, Fanton, Stevens & Merikangas, 2001).

Ομοίως, άλλες μελέτες σε οικογένειες με άτομα με μονοπολική και διπολική διαταραχή δεν απέδειξαν την ύπαρξη κοινής βάσης αλκοολισμού και διαταραχής της διάθεσης, ενώ κάποιες άλλες βρήκαν αυξημένο κίνδυνο αλκοολισμού στους άνδρες οι οποίοι είχαν συγγένεια με διπολικούς και καταθλιπτικούς ασθενείς, κυρίως γυναίκες.

Μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως ο αλκοολισμός συνυπάρχει μόνο με συγκεκριμένες διαταραχές της διάθεσης. Για παράδειγμα, έχει αναφερθεί αυξημένη συσχέτιση (π.χ αύξηση διαταραχών διάθεσης σε άτομα με αλκοολισμό και αντίστροφα)

του αλκοολισμού και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στους συγγενείς ασθενών, με πρόωρη έναρξη σε σύγκριση με τους συγγενείς ασθενών με καθυστερημένη έναρξη. Επίσης έχει αναφερθεί πως η κοινή αιτιολογία είναι πιθανότερο να υπάρχει στον αλκοολισμό και στην διπολική διαταραχή απ' ότι στον αλκοολισμό και στην μείζων καταθλιπτική διαταραχή με αντίστοιχα ποσοστά διαφόρων ερευνών που να υποστηρίζουν αυτή τη θεωρία (Preisig, Fentom, Stevens & Merikangas, 2001).

Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί πως η πιθανότητα εμφάνισης αλκοολισμού σε μανιακούς ασθενείς φτάνει το 5,4% ενώ στους ασθενείς με μείζων καταθλιπτική διαταραχή το 1,6%. Επιπρόσθετα η πιθανότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών για τους μανιακούς ασθενείς φτάνει το 10,7% ενώ για τους καταθλιπτικούς το 3,6%. Η συνύπαρξη της κατάχρησης ουσιών και της διπολικής διαταραχής μπορεί να προέρχεται από πολλούς παράγοντες, όπως η κοινή αιτιολογία, τα χαρακτηριστικά της μανίας που εμποδίζουν τις ανασταλτικές συμπεριφορές ή η προσπάθεια αυτοθεραπείας των συμπτωμάτων (Winokur, Turvey, Akisal, Coryel, Solomon & Leon, 1998).

Σε μια έρευνα επιδιώχθηκε η ανακάλυψη της σχέσης μεταξύ της κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ, της διπολικής διαταραχής, της μονοπολικής και μιας ομάδας ελέγχου. Μετά από διαχρονική έρευνα δέκα ετών βρέθηκε πως οι ομάδες των διπολικών και των μονοπολικών ασθενών παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ απ' ότι η ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, όπως φάνηκε, η σειρά εμφάνισης της κάθε διαταραχής έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ένταση της κατάχρησης. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που παρουσίαζαν ως πρώτη διαταραχή τη μονοπολική δεν είχαν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κατάχρησης ουσιών από την ομάδα σύγκρισης. Αντίθετα οι ασθενείς που παρουσίαζαν ως πρώτη διαταραχή τη διπολική, είχαν υψηλότερα ποσοστά αλκοολισμού, χρήση ψυχοδιεγερτικών και γενικά κατάχρησης απ' ότι η ομάδα των μονοπολικών ασθενών και της ομάδας ελέγχου (Winokur et al, 1998). Επίσης στην

ομάδα των διπολικών οι χρήστες ουσιών ήταν σημαντικά νεότεροι και εμφάνιζαν τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής νωρίτερα στην ηλικία. Τέλος υπήρχε μία σημαντική αύξηση πιθανότητας εμφάνισης μανίας στα συγγενικά άτομα ασθενών με κατάχρηση ουσιών σε σύγκριση με τους διπολικούς ασθενείς. Όλα τα παραπάνω, παραπέμπουν στο ότι ο αλκοολισμός και η κατάχρηση ουσιών εμφανίζονται πιο συχνά στους διπολικούς ασθενείς απ' ότι στους μονοπολικούς και υπάρχει μία πιθανότητα εμφάνισης μανίας στους συγγενείς των διπολικών οι οποίοι είναι χρήστες ουσιών (Winokur et al, 1998).

Σε ιδιαίτερα πρόσφατη έρευνα για τη σχέση διαταραχών της διάθεσης και του αλκοολισμού σε μια οικογένεια επιβεβαιώθηκε η σχέση αλκοολισμού και διαταραχών της διάθεσης σε ασθενείς και στους συγγενείς τους. Ωστόσο η μείζων καταθλιπτική, η μονοπολική και η διπολική διαταραχή σχετίζονται με διαφορετικό τρόπο με τον αλκοολισμό. Η σχέση μεταξύ αλκοολισμού και διπολικής διαταραχής ήταν μεγαλύτερη απ'ότι μεταξύ αλκοολισμού και μονοπολικής διαταραχής. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η μονοπολική σχετίζονται μόνο με αλκοολική εξάρτηση και όχι με αλκοολική κατάχρηση ενώ η διπολική διαταραχή σχετίζεται και με αλκοολική εξάρτηση και κατάχρηση.

Αποτελέσματα της έρευνας υποστηρίζουν τον πρώτο μηχανισμό δράσης ότι η μία διαταραχή προκαλεί την άλλη. Επίσης αναφέρεται ότι η σχέση αλκοολισμού και διπολικής είναι διαφορετική από τη σχέση αλκοολισμού και μονοπολικής διαταραχής. Σε πολλές επιδημιολογικές έρευνες έχει παρατηρηθεί μία έναρξη της κατάθλιψης έπειτα από τον αλκοολισμό. *Η έλλειψη κανονικής και αντίστροφης σχέσης αλκοολισμού και κατάθλιψης, η συνήθης πρόωμη έναρξη της κατάθλιψης σε σύγκριση με τον αλκοολισμό και η κλινική παρατήρηση ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται μετά από 2-4 εβδομάδες της απουσίας του αλκοόλ υποστηρίζεται ότι η χρόνια σχέση με το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει*

κατάθλιψη. Αντίθετα, το εύρημα ότι η έναρξη της διπολικής τείνει να προηγείται του αλκοολισμού είναι σύμφωνο με τα ευρήματα μελετών που δείχνουν πως ο αλκοολισμός είναι αποτέλεσμα παρά παράγοντας κινδύνου διπολικής διαταραχής. Οι διπολικοί ασθενείς χρησιμοποιούν αλκοόλ κατά τη διάρκεια μανιακών επεισοδίων, είτε σαν προσπάθεια της παράτασης της κατάστασής τους, είτε ως κατασταλτικό της εγρήγορσης που παρουσιάζεται στη μανία.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιείται για να απαλύνει την κατάθλιψη ή μπορεί να προκαλεί κατάθλιψη, ειδικά αν θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου γι' αυτή (Preisig et al., 2001).

Πάντως, σύμφωνα με όλες τις μελέτες ο αλκοολισμός και οι διαταραχές της διάθεσης φαίνεται πως έχουν κοινή αιτιολογική σχέση, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο αλλά η σχέση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με τη διαταραχή, όπως είδαμε.

Η Κατάθλιψη και ο Αλκοολισμός αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς

Τα άτομα με συνδεδεμένη με αλκοόλ διαταραχή και με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας και έχουν και διαγνώσεις διαταραχών συνδεδεμένων με άλλες ουσίες. Πολλοί ψυχαναλυτές πιστεύουν ότι ο αλκοολισμός και η μανιοκαταθλιπτική διαταραχή έχουν κοινή καταγωγή. Αθεράπευτη κατάθλιψη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πολλά προβλήματα συμπεριλαμβανομένων και την αυξημένη πιθανότητα για αυτοκτονία. (Pettinati, 2004). Αντί να αισθάνονται θυμωμένοι με τους άλλους νιώθουν θυμό με τον εαυτό τους. Η επιθετικότητα ενάντια στον εαυτό τους έχει αποδειχθεί ότι είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης και αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

Ο αλκοολισμός έχει ονομαστεί κατά καιρούς «*αργή αυτοκτονία*». Η κατάχρηση αλκοόλ και γενικότερα η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει συσχετιστεί με την απόπειρα αυτοκτονίας. Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι φορές που οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι δύο διαταραχές πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν ένας συνδυασμός πολλαπλών συμπεριφορικών προβλημάτων και τα διάφορα προγράμματα να μην εντοπίζονται μόνο στο συγκεκριμένο στόχο, π.χ. προσπάθεια αποφυγής χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά σε πολλαπλούς στόχους ώστε να επιτευχθεί η αποφυγή εμφάνισης της μίας από τις δύο διαταραχές που μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση ή αυτοκτονία (Garnefsky & De Wilde, 1998). Τα άτομα με κατάχρηση ουσιών είναι περίπου 20 φορές πιθανότερο να πεθάνουν αυτοκτονώντας από ότι ο γενικός πληθυσμός. Περίπου 15% των ατόμων με αλκοολική κατάχρηση ή εξάρτηση έχει αναφερθεί για απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτή η συχνότητα υπολείπεται μόνο της συχνότητας που παρατηρείται στους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Kaplan & Sadock, 2001).

Πέρα όμως από τη σχέση του αλκοολισμού και της κατάθλιψης, ο αλκοολισμός, έχει επίσης κατηγορηθεί ότι είναι παράγοντας επικινδυνότητας για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Έχει συσχετισθεί με απόπειρες αυτοκτονίας μιας και τα ποσοστά των αλκοολικών που υποστηρίζεται πως έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, κυμαίνονται από το 17% μέχρι το 29% (O' Boyle & Brandon, 1998) και ένα 7% τελικά καταφέρνει να αυτοκτονήσει (Grunebaum, 2001). Επιπλέον, οι αλκοολικοί αποπειραθέντες ή αυτόχειρες, φαίνεται πως έχουν μια σύνθετη διάγνωση απ' ότι οι αλκοολικοί χωρίς προσπάθεια αυτοκτονίας και μάλιστα με φτωχή πρόγνωση. Συνήθως οι αλκοολικοί που κάνουν απόπειρες, κάνουν χρήση πολλών ψυχοτρόπων ουσιών και όχι μόνο αλκοόλ, εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και κάποια χαρακτηριστικά αντικοινωνικής προσωπικότητας (O' Boyle & Brandon, 1998).

Επίσης, έχει προταθεί ότι οι αλκοολικοί με αυτοκτονική συμπεριφορά, εμφανίζουν αρκετά στοιχεία νευρωτισμού όπως φαίνεται από τις επιδόσεις τους σε διάφορα τεστ. Με τον όρο νευρωτισμό εδώ δεν εννοούμε ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζονται αγχώδη, καταθλιπτικά, ένοχα, με άσχημη διάθεση και πολύ συναισθηματικά. Η ταυτόχρονη ύπαρξη δε της καταθλιπτικής διάθεσης και του έντονου άγχους, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς (O' Boyle & Brandon, 1998).

Τα άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας συνήθως έχουν ιστορικό κατάχρησης περισσότερων ουσιών σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν κάνει απόπειρα. Επίσης, οι πιο σοβαρές απόπειρες έχουν γίνει από άτομα που φαίνεται να έχουν κάποια αυξημένη προτίμηση για τα κατασταλτικά φάρμακα που δρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ιδιαίτερα ο συνδυασμός τους, αυξάνουν τον κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπλέον σαν παράγοντας κινδύνου μπορεί να θεωρηθεί και η παρορμητική συμπεριφορά που εμφανίζουν πολλοί χρήστες ουσιών, και ιδιαίτερα οι πολυχρήστες που συνήθως παρουσιάζουν έντονα στοιχεία αντικοινωνικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (O' Boyle & Brandon, 1998).

Η σχέση αυτοκτονικού ιδεασμού και παρορμητικής συμπεριφοράς στους αλκοολικούς, αποδεκνύεται και από μια έρευνα που έδειξε πως τα άτομα που ασκούσαν βία στους άλλους είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αυτοκτονική συμπεριφορά και να κάνουν κάποια απόπειρα, ιδιαίτερα αν τα βίωναν μετά τη χρήση βίας την εγκατάλειψη κυρίως του συζύγου (Grunebaum, 2001).

Όμως εκτός από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους αλκοολικούς, έχουν αναφερθεί και κάποιοι άλλοι, όχι τόσο έντονοι όπως οι παραπάνω, αλλά που μπορούν να παίξουν σίγουρα κάποιο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι παράγοντες αυτοί είναι

η ανεργία του ατόμου ή η πρόσφατη απόλυση του, η έντονη και πρόσφατη αναφορά του ατόμου στην αυτοκτονία, η πρόσφατη αύξηση της κατάχρησης αλκοόλ, κάποια σοβαρή ιατρική ασθένεια, η μοναχική ζωή, η χαμηλή κοινωνική στήριξη και τέλος κάποιος χωρισμός που έγινε στο διάστημα των προηγούμενων έξι εβδομάδων από μία συναισθηματική σχέση. Συνήθως η ανεργία και η απώλεια μίας σχέσης είναι κυρίως παράγοντες κινδύνου για τις νεαρές ηλικίες, ενώ η σοβαρή ιατρική ασθένεια και η διαταραχή της διάθεσης είναι κυρίως παράγοντες κινδύνου στα ηλικιωμένα άτομα, κάτι που δείχνει πως οι προσπάθειες από τους ειδικούς για την αποφυγή απόπειρας αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν την ηλικία του ατόμου (Grunebaum, 2001).

Η προυπάρχουσα, μείζονα κατάθλιψη, όπως είπαμε είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς και η ύπαρξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς καθορίζει πολλές φορές την κατηγοριοποίηση των αλκοολικών σε καταθλιπτικούς, σε μη καταθλιπτικούς, και σε καταθλιπτικούς χωρίς αλκοολισμό. Όλα αυτά μας δείχνουν πως είναι ίσως καλό, όταν υπάρχει αυτοκτονική συμπεριφορά, να γίνεται προσπάθεια θεραπείας της κατάθλιψης έτσι ώστε να αποτραπεί η οποιαδήποτε απόπειρα αυτοκτονίας (Grunebaum, 2001).

Σκοπός της έρευνας

Σύμφωνα με τις βασικές θέσεις που διατυπώνονται και τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά καιρούς για την ύπαρξη συννοσηρότητας της διαταραχής της διάθεσης και του αλκοολισμού, κρίθηκε σκόπιμο η παρούσα έρευνα να μελετήσει τις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις: α) κατά πόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνουν την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και β) εάν η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μελετώντας τις παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις έγιναν συγχρόνως και συσχετίσεις δημογραφικών στοιχείων με τις μεταβλητές κατάθλιψη και αλκοόλ για την εξαγωγή χρήσιμων αποτελεσμάτων.

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες

Το δείγμα αποτελείται από 70 υποκείμενα από τους οποίους το 20% ήταν άνδρες και το 80% γυναίκες, φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης και συγκεκριμένα των τμημάτων των Κοινωνικών Επιστημών και της Φιλοσοφικής Σχολής, ηλικίας 18 έως 38 ετών. Άξιο αναφοράς κρίνεται το γεγονός ότι από το συνολικό δείγμα 2,9% ήταν έγγαμοι και 97,1% άγαμοι κάτι το οποίο ήταν αναμενόμενο εφόσον η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές ενώ σχετικά με την απασχόλησή τους το 42,9% δεν είχαν εργαστεί ποτέ, το 34,3% δήλωσαν μόνιμη απασχόληση και ημι-απασχόληση και το 22,9% είχαν απασχοληθεί στο παρελθόν σε καφέ-μπαρ. Επιπλέον ένα 15,7% του δείγματος ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα και το 84,3% όχι. Στο ερώτημα για το είδος του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν το 5,7% ανέφερε κάποια χρόνια ασθένεια μη επικίνδυνη για τη ζωή, το 2,9% ανέφερε χρόνια ασθένεια επικίνδυνη για τη ζωή και το 7,1 δήλωσε περιστασιακά συμπτώματα. Τέλος, στην ερώτηση αν θεωρούν ότι είναι άρρωστοι το τελευταίο διάστημα το 12,9% του συνολικού δείγματος απάντησε ναι και το υπόλοιπο 87,1% όχι. Τα δεδομένα θα πρέπει να σημειωθεί ότι συλλέχθηκαν στα πλαίσια της πλήρωσης των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων από τους φοιτητές.

Μεθοδολογικά Εργαλεία

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν δύο ψυχομετρικές δοκιμασίες οι οποίες περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις γενικής υγείας, κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιξης. Συγκεκριμένα έγινε μια σύνθεση των δημογραφικών στοιχείων

(πως το φύλο, η ηλικία, πιθανή απασχόληση στο παρελθόν, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο μητέρας-πατέρα) με 3 ερωτήσεις υγείας όπως: πόσο καλή θεωρεί το υποκείμενο ότι είναι η υγεία του, αν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα-τι είδους πρόβλημα είναι και αν θεωρεί ότι είναι άρρωστος το τελευταίο διάστημα, προκειμένου να διερευνηθεί στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων πιθανή συσχέτιση της κάθε μίας από αυτές τις μεταβλητές με την χρήση αλκοόλ και την κατάθλιψη.

Στο ερωτηματολόγιο χρήσης αλκοόλ κρίθηκε σκόπιμο και από τον επιβλέπων καθηγητή να διατυπωθούν ερωτήσεις οι οποίες να μετράνε την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τα υποκείμενα και αυτό γιατί σκοπός αυτής της έρευνας είναι να μετρήσει κατά πόσο η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζεται με τα καταθλιπτικά συναισθήματα του ατόμου και το αντίστροφο. Η κλίμακα περιλάμβανε 4 ερωτήσεις και συγκεκριμένα αναφερόταν: στο πόσο συχνά θεωρεί το άτομο ότι το αλκοόλ βοηθά να λύσει τα προβλήματά του, πόσες ημέρες έκανε χρήση αλκοόλ και πόσα ποτά κατανάλωσε την τελευταία εβδομάδα και τέλος πόσο συχνά ζαλίζετε μετά την κατανάλωση του αλκοόλ βάζοντας X στην αντίστοιχη επιλογή.

Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) μεταφρασμένη και σταθμισμένη στα ελληνικά από τον κ.R.Mellon. Το επί δημοσίευση κείμενο αποτελείται από 20 ερωτήσεις τύπου Likert οι οποίες στόχο είχαν να διερευνήσουν την πιθανή διάρκεια συγκεκριμένων συναισθημάτων και συμπεριφορών των υποκειμένων την περασμένη εβδομάδα από την χορήγηση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων ερωτήσεων είναι: Ενοχλήθηκα από πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν, Δεν ένιωθα την επιθυμία να φάω, Ένιωθα θλίψη κ.α. Έτσι τα υποκείμενα κλήθηκαν να απαντήσουν για κάθε πρόταση αν βίωσαν συγκεκριμένες καταστάσεις Σπάνια ή Καθόλου, Μερικές φορές, Αρκετές φορές ή Σταθερά τις περισσότερες φορές

επιλέγοντας 0,1,2,3 και 4 αντίστοιχα. Και πάλι σκοπός της χρήσης αυτού του ερωτηματολογίου είναι η εύρεση δεδομένων που να δίνουν στοιχεία συσχέτισης κατάθλιψης και χρήσης αλκοόλ.

Διαδικασία

Η παρούσα έρευνα ολοκληρώθηκε σε τέσσερις εβδομάδες. Οι δύο κλίμακες είχαν συνολικά 32 ερωτήσεις. Τα υποκείμενα ήταν αρκετά πρόθυμα για την συμπλήρωσή τους δείχνοντας μεγάλο ενδιαφέρον για το θέμα της έρευνας. Η συμπλήρωση ήταν ολιγόλεπτη ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη φάση της συμπλήρωσής οι συμμετέχοντες διατύπωναν ερωτήσεις διευκρίνισης κυρίως στα θέματα για πιθανή απασχόληση στο παρελθόν και στο ερώτημα για την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ όπου οι πιθανές επιλογές- απαντήσεις δεν αντιπροσώπευαν υποκείμενα τα οποία δεν είχαν καταναλώσει καθόλου αλκοόλ το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παράγοντες ρίσκου

Στην διαδικασία διεξαγωγής των αποτελεσμάτων στην παρούσα εργασία έγιναν στατιστικές αναλύσεις και συσχετίσεις δημογραφικών στοιχείων με την κατάθλιψη και το αλκοόλ τα οποία θα αναλύσουμε παρακάτω.

Συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τους παράγοντες ρίσκου

Στην συνέχεια των στατιστικών αναλύσεων προσπαθήσαμε να βρούμε κατά πόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα διαφοροποιούνται σε κάθε ένα από τους παράγοντες ρίσκου. Τα δεδομένα μας έχουν ως εξής, στον παράγοντα απασχόληση η τιμή της $f(2,67)=1,050$, $p>0,05$ άρα δεν είναι στατιστικώς σημαντική η διαφορά στους μέσους όρους των δυο μεταβλητών. Έπειτα στους παράγοντες μορφωτικό επίπεδο μητέρας-πατέρα η $f(3,66)=1,654$ και $f(3,66)=1,313$, $p>0,05$ όπου και στις δυο περιπτώσεις και συνεπώς δεν παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά. Επιπρόσθετα στην συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με κάποιο πρόβλημα υγείας η τιμή της $f(1,68)=2,988$, $p>0,05$ όπου δεν υποδηλώνει την ύπαρξη συνάφειας όπως και με τον παράγοντα αρρώστια αφού βρέθηκε $f(1,68)=7,373$, $p>0,05$.

Για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων παρατίθενται πίνακες της κατάθλιψης με τους παράγοντες ρίσκου.

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
,00	30	13,4333	7,0304
1,00	24	13,3333	8,1703
2,00	16	16,8125	10,4895
Συνολικά	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 1: Μέσοι όροι των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς την απασχόληση

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
1,00	15	17,133	10,5212
2,00	11	13,3636	5,9207
3,00	21	11,333	6,6733
4,00	23	15,2174	8,6337
Συνολικά	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 2: Μέσοι όροι των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς το μορφωτ. επίπεδο μητέρας

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
1,00	20	16,6500	10,8786
2,00	14	14,9286	8,5076
3,00	13	13,8462	6,3619
4,00	23	11,7391	6,1068
Συνολικά	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 3: Μέσοι όροι των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς το μορφωτ. επίπεδο πατέρα

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
1,00	11	18,0909	11,4145
2,00	59	13,4407	7,4977
Συνολικά	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 4: Μέσοι όροι των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς το πρόβλημα υγείας

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
1,00	9	20,8889	13,7062
2,00	61	13,1803	6,8252
Συνολ	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 5: Μέσοι όροι των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς πιθανή αρρώστια

Συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ με τους παράγοντες ρίσκου

Θεωρήθηκε σκόπιμη η συσχέτιση των ερωτήσεων που αναφερόταν στην συχνότητα κατανάλωσης του αλκοόλ όπως: πόσο συχνά θεωρεί το άτομο ότι το αλκοόλ βοηθά να λύσει τα προβλήματά του και πόσο συχνά ζαλίζετε μετά την κατανάλωση αλκοόλ με τους εξής παράγοντες: φύλο, απασχόληση, μορφωτικό επίπεδο μητέρας-πατέρα, με κάποιο πρόβλημα υγείας και με πιθανή αρρώστια που έχει το άτομο. Συγκριμένα βρέθηκε για τον παράγοντα φύλο στην πρώτη μεταβλητή η τιμή $f(1,68) = 0,007$, $p < 0,05$ και είναι στατιστικώς σημαντική η διαφορά ενώ στην δεύτερη η $f(1,68)=16,852$, $p > 0,05$ είναι στατιστικώς ασήμαντη η διαφορά των μέσων όρων των δυο αυτών μεταβλητών. Στον παράγοντα απασχόληση βρέθηκε ότι για την πρώτη μεταβλητή η τιμή της $f(2,67) = 2,246$ όπου $p > 0,05$ και στην δεύτερη μεταβλητή βρέθηκε η τιμή της $f(2,67)=1,994$ με $p > 0,05$ άρα στατιστικώς ασήμαντη η διαφορά στους μέσους όρους αυτών των μεταβλητών με τον παράγοντα

απασχόληση. Στον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο μητέρας η $f(3,66) = 0,227, p > 0,05$ και $f(3,66) = 0,241, p > 0,05$ άρα στατιστικώς ασήμαντη και στις δύο μεταβλητές. Στον παράγοντα μορφωτικό επίπεδο πατέρα η $f(3,66) = 0,265, p > 0,05$ για την πρώτη και $f(3,66) = 1,245, p > 0,05$ για την δεύτερη μεταβλητή. Στον παράγοντα πρόβλημα υγείας δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην πρώτη μεταβλητή όπου η $f(1,68) = 0,252, p > 0,05$ και στην δεύτερη η $f(1,68) = 5,486, p > 0,05$. Τέλος στον παράγοντα αρρώστια η $f(1,68) = 2,181, p > 0,05$ στην πρώτη και $f(1) = 2,120, p > 0,05$ στην δεύτερη όπου και στις δύο περιπτώσεις δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στους μέσους όρους των υπό μελέτη μεταβλητών.

		Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
Σ.Λ.Π	1,00	14	,5714	,7559
	2,00	56	,5536	,7366
	Συνολικά	70	,5571	,7350
Σ.ΖΑΛ	1,00	14	,6429	,6333
	2,00	56	1,7679	,9722
	Συνολικά	70	1,5429	1,0170

Πίνακας 6: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το φύλο

		Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
Σ.Λ.Π	,00	30	,7667	,8172
	1,00	24	,3750	,5758
	2,00	16	,4375	,7274
	Συνολικά	70	,5571	,7350
Σ.ΖΑΛ	,00	30	1,5333	,8604
	1,00	24	1,2917	,9991
	2,00	16	1,9375	1,2366
	Συνολικά	70	1,5429	1,0170

Πίνακας 7: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς την απασχόληση

		Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
Σ.Λ.Π	1,00	15	,4667	,8338
	2,00	11	,4545	,5222
	3,00	21	,6190	,8646
	4,00	23	,6087	,6564
	Συνολ.	70	,5571	,7350
Σ.ΖΑΛ	1,00	15	1,4667	1,3020
	2,00	11	1,3636	1,0269
	3,00	21	1,6667	,9661
	4,00	23	1,5652	,8958
	Συνολ.	70	1,5429	1,0170

Πίνακας 8: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το μορφ.επίπεδο μητέρας

		Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
Σ.Λ.Π	1,00	20	,5000	,7609
	2,00	14	,7143	,9945
	3,00	13	,5385	,5189
	4,00	23	,5217	,6653
	Συνολικά	70	,5571	,7350
Σ.ΖΑΛ	1,00	20	1,3000	1,1743
	2,00	14	1,9286	1,2688
	3,00	13	1,6923	,6304
	4,00	23	1,4348	,8435
	Συνολικά	70	1,5429	1,0170

Πίνακας 9: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς μορφ.επίπεδο πατέρα

		Δείγμα	Μέσος όρος	Τυπ.Απόκλιση
Σ.Λ.Π	1,00	11	,4545	,6876
	2,00	59	,5763	,7475
	Total	70	,5571	,7350
Σ.ΖΑΛ	1,00	11	2,1818	1,3280
	2,00	59	1,4237	,9136
	Total	70	1,5429	1,0170

Πίνακας 10: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς πιθανό πρόβλημα υγείας

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
Σ.Λ.Π	1,00	9	,2222
	2,00	61	,6066
Συνολικά		70	,5571
Σ.ΖΑΛ	1,00	9	2,0000
	2,00	61	1,4754
Συνολικά		70	1,5429

Πίνακας 11: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς πιθανή αρρώστια

Στη συνέχεια αναλύσαμε τις ημέρες όπου τα άτομα κάνανε χρήση αλκοόλ και την ποσότητα κατανάλωσης με τους παράγοντες ρίσκου.

Κατά την συσχέτιση των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ με τους παράγοντες ρίσκου βρέθηκαν τιμές χ^2 εφόσον θέλαμε να συγκρίνουμε θεωρητικές-αναμενόμενες συχνότητες με πραγματικές. Στον παράγοντα φύλο το $\chi^2(3) = 0,986$, $p > 0,05$, στον παράγοντα απασχόληση η τιμή του $\chi^2(6) = 4,180$, $p > 0,05$ και επομένως και στα δυο δεν παρατηρείται κάποιου είδους συνάφεια. Στο μορφωτικό επίπεδο μητέρας και πατέρα βρέθηκαν αντίστοιχα οι τιμές $\chi^2(9) = 10,711$, $p > 0,05$ και $\chi^2(9) = 7,189$, $p > 0,05$ όπου δεν έδειξαν κάποια συνάφεια επίσης. Τέλος για τον παράγοντα πρόβλημα υγείας η τιμή του $\chi^2(3) = 1,830$, $p > 0,05$ και στον παράγοντα αρρώστια το $\chi^2(3) = 2,260$, $p > 0,05$ όπου δεν αποδεικνύεται η ύπαρξη συνάφειας και με αυτούς τους παράγοντες.

Παρακάτω παρατίθενται οι πίνακες όπου το 0 δηλώνει Καμία ημέρα, το 1 Μία ημέρα, το 2 Δύο-τρεις ημέρες και το 3 Πάνω από τρεις ημέρες την τελευταία εβδομάδα.

		ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά
		,00	1,00	2,00	3,00	
ΦΥΛΟ						
Ανδρες	ως προς ΦΥΛΟ	35,7%	35,7 %	21,4%	7,1%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	25,0%	22,7 %	14,3%	14,3%	20,0%
	Συνολικά	7,1%	7,1%	4,3%	1,4%	20,0%
Γυναίκες	ως προς ΦΥΛΟ	26,8%	30,4 %	32,1%	10,7%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	75,0%	77,3 %	85,7%	85,7%	80,0%
	Συνολικά	21,4%	24,3 %	25,7%	8,6%	80,0%
Συνολικά	ως προς ΦΥΛΟ	28,6%	31,4 %	30,0%	10,0%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%
	Συνολικά	28,6%	31,4 %	30,0%	10,0%	100,0%

Πίνακας 12: Συχνότητα των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το φύλο

		ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά
		,00	1,00	2,00	3,00	
ΑΠΑΣΧ..						
	ως προς ΑΠΑΣΧ.	33,3%	30,0%	30,0%	6,7%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	50,0%	40,9%	42,9%	28,6%	42,9%
	Συνολικά	14,3%	12,9%	12,9%	2,9%	42,9%
1,00						
	ως προς ΑΠΑΣΧ.	25,0%	41,7%	25,0%	8,3%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	30,0%	45,5%	28,6%	28,6%	34,3%
	Συνολικά	8,6%	14,3%	8,6%	2,9%	34,3%
2,00						
	ως προς ΑΠΑΣΧ.	25,0%	18,8%	37,5%	18,8%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	20,0%	13,6%	28,6%	42,9%	22,9%
	Συνολικά	5,7%	4,3%	8,6%	4,3%	22,9%
Συνολικά						
	ως προς ΑΠΑΣΧ.	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%
	ως προς Η.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Συνολικά	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%

		ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά
		,00	1,00	2,00	3,00	
MOP.E.M	1,00					
	ως προς MOP.E.M	26,7%	53,3%	13,3%	6,7%	100,0%
	ως προς H.K.A	20,0%	36,4%	9,5%	14,3%	21,4%
	Συνολικά	5,7%	11,4%	2,9%	1,4%	21,4%
	2,00					
	ως προς MOP.E.M	36,4%	27,3%	36,4%		100,0%
	Ως προς H.K.A	20,0%	13,6%	19,0%		15,7%
	Συνολικά	5,7%	4,3%	5,7%		15,7%
	3,00					
	ως προς MOP.E.M	19,0%	19,0%	47,6%	14,3%	100,0%
	ως προς H.K.A	20,0%	18,2%	47,6%	42,9%	30,0%
	Συνολικά	5,7%	5,7%	14,3%	4,3%	30,0%
	4,00					
	ως προς MOP.E.M	34,8%	30,4%	21,7%	13,0%	100,0%
	ως προς H.K.A	40,0%	31,8%	23,8%	42,9%	32,9%
	Συνολικά	11,4%	10,0%	7,1%	4,3%	32,9%
Συνολικά	ως προς MOP.E.M	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%
	ως προς H.K.A	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Συνολικά	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%

Πίνακας 13: Συχνότητα των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ ως προς την απασχόληση

Πίνακας 14: Συχνότητα των ημερών κατανάλωσης ως προς το μορφωτ. επίπ. μητέρας

		ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ				Συνολικά	
		,00	1,00	2,00	3,00		
ΠΡΟΒΛ.ΥΓ.	1,00	ως προς ΠΡΟΒΛ.ΥΓ.	36,4%	27,3%	36,4%	100,0%	
		ως προς Η.Κ.Α	20,0%	13,6%	19,0%	15,7%	
		Συνολικά	5,7%	4,3%	5,7%	15,7%	
	2,00	ως προς ΠΡΟΒΛ.ΥΓ	27,1%	32,2%	28,8%	11,9%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	80,0%	86,4%	81,0%	100,0%	84,3%
		Συνολικά	22,9%	27,1%	24,3%	10,0%	84,3%
	Συνολικά	ως προς ΠΡΟΒΛ.ΥΓ	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%
ως προς Η.Κ.Α		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Συνολικά		28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%	

Πίνακας 15: Συχνότητα των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ ως προς πρόβλημα υγείας

		ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά	
		,00	1,00	2,00	3,00		
ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	1,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	40,0%	40,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	40,0%	36,4%	9,5%	28,6%	28,6%
		Συνολικά	11,4%	11,4%	2,9%	2,9%	28,6%
	2,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	21,4%	28,6%	35,7%	14,3%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	15,0%	18,2%	23,8%	28,6%	20,0%
		Συνολικά	4,3%	5,7%	7,1%	2,9%	20,0%
	3,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	15,4%	30,8%	46,2%	7,7%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	10,0%	18,2%	28,6%	14,3%	18,6%
		Συνολικά	2,9%	5,7%	8,6%	1,4%	18,6%
	4,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	30,4%	26,1%	34,8%	8,7%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	35,0%	27,3%	38,1%	28,6%	32,9%
		Συνολικά	10,0%	8,6%	11,4%	2,9%	32,9%
Συνολικά	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%	
	ως προς Η.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Συνολικά	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%	

Πίνακας 16: Συχνότητα των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ ως προς μορφωτ. επίπ.πατέρα

		ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά	
		,00	1,00	2,00	3,00		
ΑΡΡΩΣΤ	1,00	ως προς ΑΡΡΩΣΤ	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%	
		ως προς Η.Κ.Α	20,0%	9,1%	14,3%	12,9%	
		Συνολικά	5,7%	2,9%	4,3%	12,9%	
	2,00	ως προς ΑΡΡΩΣΤ	26,2%	32,8%	29,5%	11,5%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	80,0%	90,9%	85,7%	100,0%	87,1%
		Συνολικά	22,9%	28,6%	25,7%	10,0%	87,1%
	Συνολικά	ως προς ΑΡΡΩΣΤ	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%
		ως προς Η.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Συνολικά	28,6%	31,4%	30,0%	10,0%	100,0%

Πίνακας 17: Συχνότητα των ημερών κατανάλωσης αλκοόλ ως προς πιθανή αρρώστια

Έπειτα αναλύσαμε την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ την τελευταία εβδομάδα πριν την χορήγηση με τους παράγοντες ρίσκου. Βρέθηκε λοιπόν ότι δεν υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στους παράγοντες ρίσκου και την ποσότητα κατανάλωσης. Για τον παράγοντα φύλο η τιμή του $\chi^2(3)=2,109$, $p>0,05$ και για τον παράγοντα απασχόληση το $\chi^2(6)=4,824$, $p>0,05$. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο μητέρας-πατέρα οι τιμές του $\chi^2(9)=11,127$, $p>0,05$ και $\chi^2(9)=11,821$ αντίστοιχα όπου και εδώ το $p>0,05$. Τέλος, στην συσχέτιση πιθανών προβλημάτων υγείας και αρρώστιας με την παραπάνω μεταβλητή οι τιμές του $\chi^2(3)=1,034$, $p>0,05$ και $\chi^2(3)=0,685$, $p>0,05$ αντίστοιχα.

Στους πίνακες που παρατίθενται παρακάτω το 0 δηλώνει 1-5 ποτά, το 1 5-10, το 2 10-15 και το 3 πάνω από 15 την τελευταία εβδομάδα.

		ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά
		,00	1,00	2,00	3,00	
ΦΥΛΟ	1,00	ως προς ΦΥΛΟ	85,7%	7,1%	7,1%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	21,1%	11,1%	50,0%	20,0%
		Συνολικά	17,1%	1,4%	1,4%	20,0%
		2,00				

	ως προς ΦΥΛΟ	80,4%	14,3%	3,6%	1,8%	100,0%
	ως προς Π.Κ.Α	78,9%	88,9%	100,0%	50,0%	80,0%
	Συνολικά	64,3%	11,4%	2,9%	1,4%	80,0%
Συνολικά						
	ως προς ΦΥΛΟ	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%
	ως προς Π.Κ.Α	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Συνολικά	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%

Πίνακας 18: Συχνότητα της ποσότητας κατανάλωσης ως προς το φύλο

		ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά		
		,00	1,00	2,00	3,00			
ΑΠΑΣΧ.	,00	ως προς ΑΠΑΣΧ.	83,3%	10,0%	3,3%	3,3%	100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	43,9%	33,3%	50,0%	50,0%	42,9%	
		Συνολικά	35,7%	4,3%	1,4%	1,4%	42,9%	
	1,00	ως προς ΑΠΑΣΧ.	87,5%	8,3%	4,2%		100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	36,8%	22,2%	50,0%		34,3%	
		Συνολικά	30,0%	2,9%	1,4%		34,3%	
	2,00	ως προς ΑΠΑΣΧ.	68,8%	25,0%		6,3%	100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	19,3%	44,4%		50,0%	22,9%	
		Συνολικά	15,7%	5,7%		1,4%	22,9%	
	Συνολικά		ως προς ΑΠΑΣΧ.	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%
			ως προς Π.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Συνολικά	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%

Πίνακας 19: Συχνότητα ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ ως προς την απασχόληση

		ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά		
		,00	1,00	2,00	3,00			
ΠΡΟΒΛ.ΥΓ.	1,00	ως προς ΠΡΟΒΛ.ΥΓ.	81,8%	18,2%			100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	15,8%	22,2%			15,7%	
		Συνολικά	12,9%	2,9%			15,7%	
	2,00	ως προς ΠΡΟΒΛ.ΥΓ.	81,4%	11,9%	3,4%	3,4%	100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	84,2%	77,8%	100,0%	100,0%	84,3%	
		Συνολικά	68,6%	10,0%	2,9%	2,9%	84,3%	
	Συνολικά		ως προς ΠΡΟΒΛ.ΥΓ.	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%
			ως προς Π.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Συνολικά	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%

Πίνακας 20: Συχνότητα της ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ ως προς πρόβλημα υγείας

		ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά	
		,00	1,00	2,00	3,00		
ΜΟΡ.Ε.Μ.	1,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.Μ	86,7%	13,3%		100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	22,8%	22,2%		21,4%	
		Συνολικά	18,6%	2,9%		21,4%	
	2,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.Μ	100,0%			100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	19,3%			15,7%	
		Συνολικά	15,7%			15,7%	
	3,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.Μ	61,9%	23,8%	9,5%	4,8%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	22,8%	55,6%	100,0%	50,0%	30,0%
		Συνολικά	18,6%	7,1%	2,9%	1,4%	30,0%
	4,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.Μ	87,0%	8,7%		4,3%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	35,1%	22,2%		50,0%	32,9%
		Συνολικά	28,6%	2,9%		1,4%	32,9%
Συνολικά	ως προς ΜΟΡ.Ε.Μ	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%	
	ως προς Π.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Συνολικά	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%	

Πίνακας 21: Συχνότητα της ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ ως προς μορφωτ. επίπ.μητέρας

		ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικά	
		,00	1,00	2,00	3,00		
ΑΡΡ	1,00	ως προς ΑΡΡΩΣΤΙΑ	88,9%	11,1%		100,0%	
		ως προς Π.Κ.Α	14,0%	11,1%		12,9%	
		Συνολικά	11,4%	1,4%		12,9%	
	2,00	ως προς ΑΡΡΩΣΤΙΑ	80,3%	13,1%	3,3%	3,3%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	86,0%	88,9%	100,0%	100,0%	87,1%
		Συνολικά	70,0%	11,4%	2,9%	2,9%	87,1%
	Συνολικά	ως προς ΑΡΡΩΣΤΙΑ	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Συνολικά	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%

Πίνακας 22: Συχνότητα της ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ ως προς πιθανή αρρώστια

		ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ				Συνολικ ά	
		,00	1,00	2,00	3,00		
ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	1,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	85,0%		10,0%	5,0%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	29,8%		100,0%	50,0%	28,6%
		Συνολικά	24,3%		2,9%	1,4%	28,6%
	2,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	71,4%	28,6%			100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	17,5%	44,4%			20,0%
		Συνολικά	14,3%	5,7%			20,0%
	3,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	84,6%	15,4%			100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	19,3%	22,2%			18,6%
		Συνολικά	15,7%	2,9%			18,6%
	4,00	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	82,6%	13,0%		4,3%	100,0%
		ως προς Π.Κ.Α	33,3%	33,3%		50,0%	32,9%
		Συνολικά	27,1%	4,3%		1,4%	32,9%
Συνολικά	ως προς ΜΟΡ.Ε.ΠΑ	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%	
	ως προς Π.Κ.Α	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Συνολικά	81,4%	12,9%	2,9%	2,9%	100,0%	

Πίνακας 23: Συχνότητα της ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ ως προς μορφωτ.επίπ.πατέρα

Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την κατανάλωση αλκοόλ

Τα ευρήματα από την συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με, τις ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ, την ποσότητα κατανάλωσης, την συχνότητα με την οποία τα άτομα επιλύουν τα προβλήματά τους με την κατανάλωση αλκοόλ, το πόσο συχνά ζαλίζονται και τον παράγοντα υγεία έχουν ως εξής: κατά την συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ και την ποσότητα κατανάλωσης την τελευταία εβδομάδα πριν την μέτρηση η τιμή της $f(3,66)=0,114$,

$p > 0,05$ και $f(3,66) = 0,058$, $p > 0,05$ αντίστοιχα κάτι το οποίο δεν δηλώνει την ύπαρξη συνάφειας στους μέσους όρους αυτών των μεταβλητών.

Τέλος, κατά την συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα κατανάλωσης και με το πόσο συχνά ζαλίζονται χρησιμοποιήσαμε τον δείκτη συνάφειας Pearson r ο οποίος δείχνει την συνάφεια που υπάρχει ανάμεσα σε αριθμητικές μεταβλητές. Η τιμή του Pearson r για την συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα που το άτομο θεωρεί ότι το αλκοόλ βοηθά να λύσει τα προβλήματά του είναι $r = 0,214$, $p > 0,05$ και για στην συσχέτιση των ιδίων με την συχνότητα που τα άτομα ζαλίζονται η τιμή του $r = 0,39$, $p > 0,01$. Από την άλλη δεν παρατηρήθηκε η ύπαρξη συνάφειας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με την υγεία αφού $r = -0,055$, όπου $p > 0,05$.

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
,00	20	14,4500	8,7025
1,00	22	14,7727	10,2397
2,00	21	13,3333	6,4057
3,00	7	14,0000	6,8069
Συνολ	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 24: Συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς τις ημέρες κατανάλωσης

Κατάθλιψη

	Δείγμα	Μέσος Όρος	Τυπ.Απόκλιση
,00	57	14,3684	8,7150
1,00	9	13,4444	7,2820
2,00	2	13,0000	8,4853
3,00	2	13,0000	1,4142
Total	70	14,1714	8,3092

Πίνακας 25: Συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς την ποσότητα κατανάλωσης

		Σ.Λ.Π	Σ.ΖΑΛ	ΚΑΤΑΘΛΙΨ Η	ΥΓΕΙΑ
Σ.Λ.Π	Pearson Correlation	1,000	,288(*)	,214	,010
	Sig. (2-tailed)	,	,016	,075	,934
	N	70	70	70	70
Σ.ΖΑΛ	Pearson Correlation	,288(*)	1,000	,397(**)	-,162
	Sig. (2-tailed)	,016	,	,001	,181
	N	70	70	70	70
ΚΑΤΑΘΛΙΨ Η	Pearson Correlation	,214	,397(**)	1,000	-,055
	Sig. (2-tailed)	,075	,001	,	,649
	N	70	70	70	70
ΥΓΕΙΑ	Pearson Correlation	,010	-,162	-,055	1,000
	Sig. (2-tailed)	,934	,181	,649	,
	N	70	70	70	70

Πίνακας 26: Συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς την συχνότητα κατανάλωσης και την υγεία

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια μελέτης της συνοσηρότητας της διαταραχής διάθεσης και του αλκοολισμού σε θεωρητικό και ερευνητικό επίπεδο. Όπως προαναφέρθηκε ο αλκοολισμός και οι διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές συνδέονται με ποικίλους τρόπους καθώς η κατάχρηση ουσιών θεωρείται ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, όπως η διαταραχή της διάθεσης. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι τόσο η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι αποτέλεσμα της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ όσο και ο αλκοολισμός απόρροια των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία και μελετά η παρούσα έρευνα.

Κατά τον μεθοδολογικό χειρισμό, που περιλάμβανε την συμπλήρωση δυο ψυχομετρικών δοκιμασιών λάβαμε δεδομένα τα οποία και αναλύσαμε στατιστικά. Έτσι έγιναν συσχετίσεις της κατάθλιψης και του αλκοόλ με τους παράγοντες ρίσκου (φύλο, απασχόληση, μορφωτικό επίπεδο μητέρας-πατέρα, πιθανό πρόβλημα υγείας και αν το άτομο θεωρεί ότι είναι άρρωστο) όπως και συσχέτιση της κατάθλιψης με το αλκοόλ με σκοπό την εύρεση δεδομένων τα οποία να συμφωνούν ή όχι με την βιβλιογραφία Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι οι άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες ανέφεραν ότι θεωρούν πως το αλκοόλ τους βοηθά να λύσουν τα προβλήματά τους πιο συχνά σε σχέση με τις γυναίκες. Σε αυτό το σημείο δεν μπορεί να ειπωθεί με ακρίβεια ότι το παραπάνω εύρημα συμφωνεί απόλυτα με την βιβλιογραφία και αυτό γιατί στην βιβλιογραφία δεν γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένο φύλο. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με τον Bloomfield & Williams ο οποίος αναφέρει ότι τα άτομα σε μια προσπάθεια να βοηθήσουν τον εαυτό τους σε μια κατάσταση πριν απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό για βοήθεια είναι πολύ πιθανό να στραφούν σε μια μορφή αυτοθεραπείας χρησιμοποιώντας ένα αναλγητικό φάρμακο όπως το αλκοόλ.

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρήθηκε να συσχετίζονται η συχνότητα με την οποία το άτομο ζαλίζεται μετά την κατανάλωση αλκοόλ, οι ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ και η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ με το γένος, την απασχόληση, το μορφωτικό επίπεδο μητέρας-πατέρα, πιθανό πρόβλημα υγείας και με αρρώστια. Ούτε και η συχνότητα με την οποία θεωρούν ότι το αλκοόλ βοηθά να λύσουν τα προβλήματά τους φαίνεται να συσχετίζονται με τους υπόλοιπους παράγοντες ρίσκου εκτός από το γένος. Ωστόσο δεν παρατηρήθηκε στο δείγμα κάποια σύνδεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ το οποίο αποτελεί και την ερευνητική μας υπόθεση όπως και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τους υπό μελέτη παράγοντες ρίσκου.

Όλα αυτά σημαίνουν ότι η χρήση αλκοόλ δεν καθορίζεται από το φύλο, την απασχόληση, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, το πιθανό πρόβλημα υγείας και την αρρώστια (αν εξαιρεθεί βέβαια ότι η συχνότητα με την οποία τα άτομα θεωρούν ότι το αλκοόλ βοηθά να λύσουν τα προβλήματά τους καθορίζεται όπως αποδείχθηκε στην έρευνά μας από το φύλο). Όσον αφορά την συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ τα ερευνητικά μας δεδομένα διαφωνούν με την βιβλιογραφία και αυτό λόγω των περιορισμών που αναφέρονται παρακάτω με κύριο στοιχείο το ότι η έρευνα δεν πραγματοποιήθηκε σε κλινικό πληθυσμό. Επιπλέον στην βιβλιογραφία γίνεται αναφορά ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άνδρες σύμφωνα με τον Νέστορος & Ζγαντζούρη κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώνεται στην έρευνά μας.

Ένα αδύνατο σημείο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε το μικρό δείγμα και η άνιση κατανομή των ανδρών και των γυναικών. Έτσι τα αποτελέσματα που αφορούν τις διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών θα πρέπει να μελετηθούν με προσοχή. Η άνιση κατανομή οφείλεται στο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών του

Πανεπιστημίου Κρήτης είναι γυναίκες. Επίσης η φύση της έρευνας, που έγινε σε ακαδημαϊκά πλαίσια όπου ο χρόνος ήταν περιορισμένος. Αξιοσημείωτη είναι και η χρονική περίοδος που πραγματοποιήθηκε η έρευνα η οποία δεν ήταν και τόσο ουδέτερη όσον αφορά την κατανάλωση του αλκοόλ λόγω των Αποκριών. Επίσης, όλες οι προηγούμενες μελέτες πραγματοποιήθηκαν σε κλινικό πληθυσμό ενώ στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτελούνταν από φοιτητές γιατί δεν ήταν εφικτή η πρόσβαση σε ανάλογες δομές. Σε αυτό ίσως να οφείλεται το γεγονός ότι δεν επιβεβαιώνονται πλήρως οι ερευνητικές μας υποθέσεις. Παρόλα αυτά η αξιοπιστία ήταν αρκετά υψηλή για τους παράγοντες που μελετήθηκαν, γεγονός που μας επιτρέπει να θεωρήσουμε τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων αξιόπιστα.

Θα ήταν χρήσιμο, οι μελλοντικές έρευνες να είναι πληρέστερες όσον αφορά το δείγμα και την κατανομή του φύλου και να στηριχθούν σε αντικειμενικότερες μεθόδους. Επίσης θα ήταν σημαντικό να διερευνηθούν και άλλες μεταβλητές της χρήσης αλκοόλ που μπορεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη ώστε να μπορεί να σχηματιστεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για το πόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος ένα σημαντικό βήμα θα ήταν οι ερευνητές να ξεφύγουν από τον φοιτητικό πληθυσμό και να μελετήσουν την σχέση Κατάθλιψης και Αλκοόλ σε κλινικό πληθυσμό και σε κατάλληλη χρονική περίοδο. Θα ήταν σημαντικό να γίνει γνωστό πώς τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται με τον αλκοολισμό καθώς και ο αλκοολισμός με την κατάθλιψη, αφού μια τέτοια γνώση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να απαγκιστρωθούν από τις λανθασμένες επιλογές. Περαιτέρω έρευνες ίσως είναι χρήσιμο να επιδεικνύουν δεδομένα που να παρουσιάζουν τα πρώιμα σημάδια των δυο καταστάσεων, έτσι ώστε η φύση της σχέσης να κατανοηθεί καλύτερα.

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συμφοιτητές μου, φοιτητές του Τμήματος Ψυχολογίας οι οποίοι με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και υποστήριξη δέχθηκαν πρόθυμα την συμπλήρωση των ψυχομετρικών δοκιμασιών. Ωστόσο, πολύ σημαντική και πολύτιμη κρίνεται η βοήθεια και καθοδήγηση του επιβλέποντος καθηγητή μου κ. Καραδήμα Ευάγγελο Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας ο οποίος με ιδιαίτερη χαρά συνεργαζόταν μαζί μου και έδινε τις απαιτούμενες οδηγίες κάθε φορά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Κλεφτάρας Γιώργος, (1998), *Η Κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή-διάγνωση-θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Μάνος Ν., (1997), *Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press
- Μάρσελος Μ.,(1997), *Εξαρτησιογόνες Ουσίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθύτω
- Νέστορος Ι.Ν. & Ζγαντζούρη Κ.Α. (2002 υπό έκδοση).Περί ψυχωσικών εκδηλώσεων. Στο Μ. Καΐλα (επιμέλεια), *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός
- Ποταμιάνος Γρηγόρης,(1991), *Μόνιμες Ουσίες Εξάρτησης-Αλκοόλ*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Ρήγα Α. Β, (2001), *Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, ομάδες και άτομα, Θεωρία, έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Τσαρούχας Κώστας, (2000), Β΄ έκδοση, *Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγκυρα
- Χριστοδούλου Γ.Ν., (1998), Β΄ έκδοση, *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ
- American Psychiatric Association,(2004), *Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR* Washington D.C: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Bloomfield H. & Mc Williams P., (2001), *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη*,(Επιμέλεια στα Ελληνικά- Νέστορος Ι.Ν.), Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι
- Brewin C., (1998), *Depression*, Constance Hammen, University of California, Los Angeles: Psychology Press
- Cadoret, R.J. (1995), Familiar Transmission of Psychiatric Disorders Associated with Alcoholism. In Begleiter H. & Kissim B. (Eds) *The Genetics of Alcoholism*, New York Oxford: Oxford University Press
- Carlson N.R, (1998), *Physiology of Behavior*, New York : Allyn & Bacon,
- Chang E.C. & Asakawa K. & Sanna L.J., (2001), Cultural orientation in optimistic and pessimistic bias: Do easterns really expect the worst and Westerns really expect the best when predicting future life events? *Journal of personality and social Psychology*, 81, 476-491
- Clinical Reference System: Adult Health Advisor, (1998), Alcohol dependence (Alcoholism). *Clinical Reference System*

- Crum R. & Brown C. & Eaton K., & William, (2001), The association of depression and problem drinking-Analyses from the Baltimore ECA follow-up study, *Addictive Behaviors*, 26 , 765-773
- Crum R. & Storr C. & Chan Y.F., (2005), Depression syndromes with risk of alcohol dependence in adulthood: a latent class analysis, *Addictive Behaviors*
- Dawson D.A. & Archer L.D., (1993), Relative frequency of heavy drinking and the risk of alcohol dependence, *Addiction*
- Eide A.H. & Acuda S.W.& Rousamb E., (1998), Cultural orientation and alcohol-type preference among adolescents in four sociocultural subgroups in Zimbabwe, *Journal of cross-cultural Psychology*, 29, 343-355
- Flash F. M.D, (1974), *Κατάθλιψη-Η μυστική της δύναμη*, Αθήνα: Εκδόσεις Δίοδος
- Galanter M., & Kleber H., (1994), *Textbook of Substance abuse treatment*, Copyright by American Psychiatric Press
- Gilman S. & Abraham H., (2001), A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression, *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 277-286
- Gransefsky N. & De Wilde E.J.,(1998), Addiction- risk behaviors and suicide attempts in adolescents, *Journal of Adolescents*, 21, 135-142
- Goodwin D., (1994), *Alcoholism: The facts*, New York Oxford: Oxford University Press
- Horsil M.S., & Mc Kenna F.P., (1999), The effect of interference on dynamic risk-taking judgments, *British Journal of Psychology*, 90, 189-199
- Kaplan H. & Sadock B.J. & Grebb J.A.,(2001), Έβδομη έκδοση, *Ψυχιατρική*, τόμος β, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Kidorf M. & Disney E. & King V. & Neufeld K. & Beilenson P. & Brooner R., (2004), Prevalence of psychiatric and substance abuse disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program, *Drug and Alcohol Dependence*, 74,.115-122
- Kumpulainen K. & Roine S., (2002), Depressive symptoms at the age of 12 years and future heavy alcohol use, *Addictive Behaviors*, 27, 425-436
- Labbate L. & Sonne S. & Randal C. & Anton R. & Brady K., (2004), Does Comorbid Anxiety or Depression Affect Clinical Outcomes in Patients With Post-traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders? *Comprehensive Psychiatry*,45, 304-310
- Loo H. et P. (2000), *Η κατάθλιψη*, Μετάφραση Ζέφη Κόλλια, Αθήνα: Εκδόσεις Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος ΑΕ

- Merikangas K.R. & Mehta R.L. & Molnar B. & Walters B. & Swedsen J.D. & Aguilar-Gaziola S. & Bizil R. & Borges G. & Garaveo-Anduaga J.J. & Dewit D.J. & Kolody B. & Vega W.A. & Wittchen H.U. & Kessler Ronald, (1998), Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders, Results of the international consortium in psychiatric epidemiology, *Addictive behavior*, 23, 893-907
- Merikangas K. & Gelernter C., (1990), Comorbidity for Alcohol and Depression, *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 613-632
- Miller N., (1995), Treatment of the Addictions: Applications of Outcome Research for clinical Management, New York: Haworth Press
- NIAAA, (1991), Alcoholism and Co-occurring Disorders, *NIH Publications*, 14
- O'Boyle M. & Brandon E., (1998), Suicide Attempts, Substance Abuse and Personality, *Journal of Substance abuse treatment*, 15, 353-356
- Palmer K., (2000), Depression Associated with Medical Illness, Auckland Philadelphia: Adis International
- Pettinati H.M., (2004), Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence, *Biological Psychiatry*, 56, 785-792
- Poikolainen K., (1997), Risk factors for alcohol dependence : a questionnaire survey, Alcoholism, *Clinical and experimental research*, 21, 957-961
- Preisig M. & Fentom B.T. & Stevens D.E. & Merikangas K.R.,(2001), Familiar relationship between mood disorders and alcoholism, *Comprehensive Psychiatry*, 42, 87-95
- Rae A. & Joyce P. & Luty S. & Mulder R., (2002), The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression, *Journal of Affective Disorders*, 70, 281-290
- Romach & Seller, (1998), Alcohol Dependence: Women, Biology and Pharmakotherapy, In Mc Cance-Katz & Kosten. (Eds) *New Treatments for Chemical Addictions*, Washigton: American Psychiatric Press
- Swedsen J.& Merikangas K.R., (2000), The comorbidity of depression and substance use disorder, *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189
- Winokur G. & Turvey C. & Akisal H. & Coryel W. & Solomon D. & Leon A. & Mueller T. & Endicott J. & Maser J. & Keller M., (1998), Alcoholism and drug abuse in three groups –bipolar I, unipolars and their acquaintances, *Journal of affective disorders*, 50, 81-89