

Διπλωματική εργασία

Του

Στέφανου Μπέλλου, ψυχιάτρου

Για το Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών:

«Αντιμετώπιση εξαρτήσεων – Εξαρτησιολογία» της Ιατρικής
σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Τίτλος:

"Επιδημιολογική μελέτη Συνοσηρότητας Διαταραχών Χρήσης
Αλκοόλ με την Κατάθλιψη και τις Αγχώδεις διαταραχές
στον ελληνικό πληθυσμό"

Επιβλέποντες:

Μελπομένη Μαλλιώρη, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Πέτρος Σκαπινάκης, Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν. Ιωαννίνων

Βενετσάνος Μαυρέας, Καθηγητής Ψυχιατρικής Παν. Ιωαννίνων

Ιωάννινα, Ιούνιος 2018

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συνοσηρότητα προβλημάτων χρήσης αλκοόλ με ψυχικές διαταραχές (“Διπλή Διάγνωση”, ΔΔ), παρουσιάζουν υψηλότερη έκπτωση στην λειτουργικότητα, χαμηλότερη ανταπόκριση στην θεραπεία και χειρότερη κλινική πρόγνωση σε σύγκριση με τους πάσχοντες από καθεμιά διαταραχή χωριστά. Περαιτέρω μελέτη της επιδημιολογίας της ΔΔ θα συμβάλει στην διερεύνηση των ιδιαίτερων θεραπευτικών αναγκών και προκλήσεων των ασθενών αυτών. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση του επιπολασμού και των συσχετίσεων που παρουσιάζουν οι ασθενείς με ΔΔ σε ένα αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού δείγμα

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα 5894 συμμετεχόντων συγκεντρώθηκε με την μέθοδο της τυχαίας διαστρωματοποιημένης δειγματοληψίας από τον γενικό πληθυσμό. Η παρουσία Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ) και η Επιβλαβούς Χρήσης Αλκοόλ (ΕΧΑ) προσδιορίστηκαν με το εργαλείο Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Η παρουσία ψυχιατρικής νοσηρότητας, διαγνώσεων (Κατάθλιψη, Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, Διαταραχή Πανικού και Φοβική Διαταραχή) και ψυχιατρικών συμπτωμάτων προσδιορίστηκαν με την ψυχιατρική συνέντευξη Composite Interview Schedule.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο επιπολασμός της ΔΔ είναι περίπου 1% και είναι υψηλότερος στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες.. Οι ΔΧΑ σχετίζονται ισχυρά με την παρουσία κλινικής διάγνωσης και κυρίως με διάγνωση αγχώδους διαταραχής.. Η ΕΧΑ σχετίζεται μόνο με την υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα και δεν σχετίζεται με την παρουσία κλινική διάγνωσης. Και τα 2 αυτά προβλήματα σχετίζονται πιο ισχυρά με τις κοινές ψυχικές διαταραχές στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι ασθενείς με ΔΔ παρουσιάζουν χειρότερους κλινικούς δείκτες και δείκτες ποιότητας ζωής και είναι πιο πιθανό να κατοικούν σε μη-αστικές περιοχές σε σύγκριση με τους πάσχοντες από καθεμιά διαταραχή ξεχωριστά. Οι ασθενείς με ΔΔ παρουσιάζουν επίσης μειωμένη χρήση υπηρεσιών υγείας και υψηλότερη απροθυμία να αναζητήσουν βοήθεια από μη-επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις Διαταραχές ή Κατάθλιψη. Τέλος, παρατηρούνται κάποιες διαφορές με πιθανή κλινική σημασία στην κατανομή των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στους πάσχοντες από συνοσηρότητα ΔΧΑ και κατάθλιψης ή Αγχωδών Διαταραχών σε σχέση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ασθενείς με ΔΔ αποτελούν έναν πληθυσμό με αυξημένες ακάλυπτες ανάγκες θεραπείας-φροντίδας. Οι ασθενείς με ΔΔ είναι πρόθυμοι στο να λάβουν θεραπείες από ειδικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Λέξεις-κλειδιά

Επιδημιολογία, Συνοσηρότητα, Αλκοόλ, Κατάθλιψη, Αγχώδεις διαταραχές, Διπλή διάγνωση, Ελλάδα

Epidemiological Study of the Comorbidity of Alcohol Use disorders with Depression and/or Anxiety Disorders in the Greek general population

INTRODUCTION

Patients suffering from comorbid alcohol-related problems and mental disorders (“Dual Diagnosis”, DD) present higher disability, lower responsiveness to treatment and poorer prognosis comparing to sufferers from each condition separately. Further study on the epidemiology of DD could contribute in the assessment of the special therapeutic needs and challenges of this group of patients. Aim of the current study is to assess the prevalence and associations of DD patients in a general population representative sample of Greek participants.

METHODS

5894 participants were selected using a stratified random sampling from the general Greek population. Alcohol Use Disorders (AUD) and Harmful Alcohol Consumption (HAC) were assessed using Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The presence of Psychiatric Morbidity, Diagnoses (Depression, GAD, Panic Disorder, OCD and Phobic Disorders) and psychiatric symptoms were assessed using the structured psychiatric Interview Composite Interview Schedule .

RESULTS

DD prevalence is about 1% and DD is more prevalent in males comparing to females. HAC is strongly associated only with the sub-threshold psychiatric morbidity and not with the presence of Psychiatric Diagnoses. AUDs are strongly associated with the presence of Psychiatric Diagnoses, and stronger with Anxiety Disorders comparing to depression. Both alcohol related problems are associated with common mental disorders stronger in males comparing to females. DD patients present worst clinical and quality of life indicators and are more possible to live in rural areas comparing to sufferers from each disorder separately (“non-comorbid” patients). Furthermore DD patients present lower use of health services and higher reluctance to ask for help from a non-mental health professional comparing to Depression or Anxiety disorders non-comorbid sufferers. Finally there are some differences in the distribution of psychiatric symptoms, which may imply clinical significance, in the DD patients comparing to patients presenting with non-comorbid Depression or Anxiety Disorders.

CONCLUSION

DD patients constitute a population with increased unmet needs for treatment. DD patients are not reluctant to receive treatment from specialized mental health services.

Keywords

Epidemiology, Comorbidity, Alcohol Use Disorders, Harmful Alcohol Consumption, Depression, Anxiety Disorders, Dual Diagnosis, Greece

Εισαγωγή

Η συνύπαρξη διαταραχών χρήσης αλκοόλης και ψυχικής διαταραχής ονομάζεται διπλή διάγνωση (dual diagnosis) στην διεθνή βιβλιογραφία (Kessler 2004). Οι πάσχοντες από διπλή διάγνωση παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση στην λειτουργικότητα και στην ποιότητα της ζωής (Grant et al, 2005, Burns & Teesson, 2002), χειρότερη πρόγνωση με περισσότερες υποτροπές, αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονίας (Kessler 2004, Conner & Duberstein, 2004, Bruce et al., 2005, Berglund & Ojehagen, 1998, Driessen et al 2001, Greenfield et al., 1998) και αυξημένα κόστη θεραπείας (Hoff, & Rosenheck, 1998, Sullivan et al, 2005) σε σχέση με τους πάσχοντες μόνο από διαταραχές χρήσης. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνονται και στον εφηβικό πληθυσμό (Rohde et al., 1996, Clark et al., 1997). Η ταυτόχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση και των 2 καταστάσεων ("intergrated model") είναι αποτελεσματικότερη της αντιμετώπισης καθεμιάς κατάστασης ξεχωριστά (Mueser 2003, Drake et al., 2001) με αποτέλεσμα η έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση του πληθυσμού των πασχόντων από διπλή διάγνωση να είναι καθοριστικής σημασίας από θεραπευτικής σκοπιάς.

Οι ελληνικές μελέτες μέτρησης του επιπολασμού της «διπλής διάγνωσης» προέρχονται από κλινικά δείγματα, τα οποία δεν δίνουν αντιπροσωπευτική εικόνα του γενικού πληθυσμού (Liakos et al 1980; Madianos et al., 1995). Η μέτρηση του επιπολασμού της Διπλής Διάγνωσης (ΔΔ) στον γενικό πληθυσμό απαιτεί δείγματα που συλλέγονται από τον γενικό πληθυσμό με ειδική μεθοδολογία, προκειμένου να εξασφαλίσουν υψηλή αντιπροσωπευτικότητα.

Εκτός από την έλλειψη δεδομένων για τον επιπολασμό, δεν είναι ξεκάθαρο αν οι πάσχοντες από «διπλή διάγνωση» παρουσιάζουν διαφορές με σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή ή διαταραχή χρήσης αλκοόλ στα δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή/επαγγελματική κατάσταση, αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, αστικότητα του τόπου διαμονής) και στην χρήση υπηρεσιών υγείας (Wu et al., 1999, Hasin et al, 2007). Η μελέτη των παραπάνω συσχετίσεων μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την κατανόηση της αιτιοπαθολογίας του φαινομένου και την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Τα προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ ("alcohol-related problems") μπορούν να διακριθούν στην Επιβλαβή Χρήση Αλκοόλ (EXA) ("harmful" use) και στην Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ) ("alcohol use disorders"), δυο καταστάσεις που αναφέρονται ξεχωριστά στον ICD-10 και μέχρι πρότινος στο DSM-IV, λόγω του ότι μπορεί να έχουν διαφορετικούς φαινότυπους, συνέπειες και προσδιοριστές (Peng et al., 2012, von der Pahlen et al., 2008, Doyle et al., 2007). Δεν υπάρχει συμφωνία στη βιβλιογραφία για τον τρόπο με τον οποίο οι δύο αυτές καταστάσεις σχετίζονται με την ψυχιατρική συνοσηρότητα και ειδικότερα για το εάν η EXA σχετίζεται με αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα (Hasin et al., 2007, Teesson et al., 2010). Τα ερωτήματα αυτά αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών σε πολιτισμούς με υψηλή ανοχή στην χρήση αλκοόλης, όπως ο ελληνικός, όπου το ποσοστό του πληθυσμού που κάνει

βαριά/επιβλαβή χρήση αλκοόλ χωρίς να πληρεί το εύρος εκείνο των κριτηρίων για Διαταραχή χρήσης Αλκοόλ, αναμένεται να είναι υψηλό. Παρόμοια ασυμφωνία στη βιβλιογραφία παρατηρείται επίσης γύρω από το ερώτημα για το αν οι πάσχοντες από διαταραχές χρήσης αλκοόλ εμφανίζουν διαφορές στην συνοσηρότητα μεταξύ κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών, πληροφορία που μπορεί να παρουσιάζει ενδιαφέρον στην καθημέρα κλινική πράξη (Boschloo et al., 2011, Schuckit et al., 1997, Burns & Teeson, 2002, Grant et al., 2004, Kranzler & Rosenthal, 2003). Τέλος, ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση της κλινικής εικόνας/φαινομενολογίας των πασχόντων από ΔΔ που μπορεί να προκύψει από την μελέτη των διαφορών στην κατανομή των συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι πάσχοντες από διπλή διάγνωση σε σύγκριση με τις κατανομές των συμπτωμάτων που παρουσιάζεται σε καθεμιά διαταραχή ξεχωριστά. Τέτοιου είδους μελέτες, παρόλο το κλινικό ενδιαφέρον που μπορεί να έχουν, δεν έχουν διενεργηθεί εκτενώς στην κλινική ψυχιατρική έρευνα.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Ποιος ο επιπολασμός της παρουσίας διπλής διάγνωσης στον ελληνικό πληθυσμό?
- 2) Ποια η διαφορά των πασχόντων από διπλή διάγνωση σε σύγκριση με τους πάσχοντες από καθεμιά διαταραχή ξεχωριστά ως προς μια σειρά μεταβλητών όπως: τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ποιότητα ζωής, η συνολική υγειακή επιβάρυνση, η αυτοκτονικότητα, η χρήση υπηρεσιών υγείας και η χρήση άλλων ουσιών?.
- 3) Ποια η συσχέτιση της παρουσίας «επιβλαβούς χρήσης» αλκοόλης και της «διαταραχής χρήσης αλκοόλης» με το φάσμα των αγχώδων διαταραχών ή την κατάθλιψη ;
- 4) Ποιες οι διαφορές στον κλινικό φαινότυπο (κατανομή συχνότητας συμπτωμάτων) των πασχόντων από διπλή διάγνωση σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Κατάθλιψη ή Αγχώδεις διαταραχές.

Μέθοδος - Δείγμα

A. Περιγραφή του δείγματος και της συλλογής δεδομένων

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη που αποτελεί μέρος της Έρευνας Ψυχιατρικής Νοσηρότητας 2009-2010 που διενεργήθηκε στην Ελλάδα με τη χρήση εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος ενήλικου πληθυσμού (18-70 ετών). Η μελέτη οργανώθηκε από το Υπουργείο Υγείας και διεξήχθη από το τμήμα ψυχιατρικής του Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ Σεπτεμβρίου 2009 και Φεβρουαρίου 2010. Επιλέξιμοι για συμμετοχή ήταν όλοι οι ενήλικες που ζούσαν σε νοικοκυριό εντός της Ελληνικής επικράτειας (από το δείγμα εξαιρέθηκαν για διαδικαστικούς λόγους και λόγους ευκολίας η Κρήτη και τα νησιά του Αιγαίου).

Σύμφωνα με την τελευταία Απογραφή Πληθυσμού (2001) ο πληθυσμός της έρευνας ήταν περίπου 7.200.000 άτομα. Χρησιμοποιήσαμε ένα σχέδιο δειγματοληψίας τριών σταδίων. Στο πρώτο στάδιο επιλέχθηκε τυχαίο δείγμα οικοδομικών τετραγώνων με διαστρωματοποιημένη δειγματοληψία ανάλογα με το μέγεθος και την αστικότητα του τόπου διαμονής που βασίστηκε στην απογραφή πληθυσμού του 2001. Στο δεύτερο στάδιο, τα νοικοκυριά εντός των επιλεγμένων μονάδων

επιλέχθηκαν χρησιμοποιώντας συστηματική δειγματοληψία (π.χ. κάθε 5ο -10ο- 15ο κατά σειρά σε κάθε οικοδομικό τετράγωνο). Στο τρίτο στάδιο, σε κάθε νοικοκυριό επιλέχθηκαν δυνητικά επιλέξιμα άτομα (ηλικίας 18-70 ετών που μιλούσαν άπταιστα ελληνικά) χρησιμοποιώντας απλή τυχαία δειγματοληψία (π.χ. όποιος έχει πιο κοντά γενέθλια στην ημερομηνία διεξαγωγής της συνέντευξης). Ο σχεδιασμός της δειγματοληψίας και η εργασία πεδίου πραγματοποιήθηκαν από μια εμπορική εταιρεία με μεγάλη εμπειρία σε δημογραφικές και κοινωνικές έρευνες στην Ελλάδα, η οποία εποπτεύονταν στενά από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Η συλλογή δεδομένων έγινε από 20 εκπαιδευμένους ερευνητές και 2 επόπτες ανά υγειονομική περιφέρεια. Όλα τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν διανεμήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή και οι απαντήσεις στις ερωτήσεις καταχωρήθηκαν απευθείας σε φορητό υπολογιστή. Ο μέσος χρόνος ολοκλήρωσης του συνόλου της συνέντευξης ήταν από 30 έως 45 λεπτά ανάλογα με την ψυχοπαθολογία που εμφάνιζε ο κάθε συμμετέχοντας ενώ περίπου το 35% των συμμετεχόντων εισήγαγε τα δεδομένα τους στο φορητό υπολογιστή χωρίς άλλη βοήθεια από τον ερευνητή μετά την πρώτη καθοδήγηση. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την επιτροπή ηθικής-δεοντολογίας του Υπουργείου Υγείας. Όλοι οι συμμετέχοντες παρείχαν προφορική συναίνεση για την ένταξή τους στη μελέτη μετά από κατάλληλη ενημέρωση. Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης στην μελέτη ήταν 54%, με εύρος 51% - 60% μεταξύ των περιφερειών. Οι αρνήσεις ήταν πιο συχνές στις γυναίκες και τους μεσήλικες συμμετέχοντες (40-55 ετών). Οι διαφορές μεταξύ του δείγματος και των στοιχείων της απογραφής του πληθυσμού το 2001 ήταν μικρές. Λεπτομέρειες των διαδικασιών δειγματοληψίας και της κατανομής δειγματοληψίας σε κάθε περιφερειακή υγειονομική αρχή διατίθενται από τις ειδικές τεχνικές εκθέσεις που υποβλήθηκαν στο Υπουργείο Υγείας.

B. Μετρήσεις

➤ Μέτρηση Ψυχιατρικής Νοσηρότητας

Η ψυχιατρική νοσηρότητα αξιολογήθηκε με την αναθεωρημένη κλινική συνέντευξη (CIS-R), μια πλήρως δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη που σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί από μη ειδικά εκπαιδευμένους ερευνητές (Lewis et al., 1992). Το CIS-R ήταν το κύριο εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στις εθνικές έρευνες ψυχιατρικής νοσηρότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο (Singleton et al., 2001) καθώς και σε αρκετές άλλες παρόμοιες έρευνες ανά τον κόσμο (Botega et al 1995, Araya et al., 2001, Liu et al., 2004, Pez et al., 2010). Η συνέντευξη έχει επίσης αναπτυχθεί και σε ηλεκτρονική έκδοση η οποία παρουσιάζει συγκρίσιμη αξιοπιστία με την πρόσωπο-με-πρόσωπο συνέντευξη (Lewis et al., 1988). Η CIS-R αξιολογεί την παρουσία και τη βαρύτητα 14 διαφορετικών κοινών ψυχιατρικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών (ψυχοσωματικά συμπτώματα, κόπωση, προβλήματα συγκέντρωσης/μνήμης, προβλήματα ύπνου, ευερεθιστότητα, ανησυχία για τη σωματική υγεία, καταθλιπτική διάθεση, άγχος-ανησυχία, φοβίες, πανικός, καταναγκασμούς και ιδεοληψίες). Δύο ερωτήσεις διαλογής (screening) για κάθε σύμπτωμα ελέγχουν την παρουσία του συμπτώματος κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Εφόσον το

σύμπτωμα είναι παρόν ακολουθεί λεπτομερής αξιολόγηση της συχνότητας, της διάρκειας και της σοβαρότητας του κάθε συμπτώματος κατά τις τελευταίες επτά ημέρες. Πρόσθετες ερωτήσεις επιτρέπουν τη διάγνωση έξι κοινών ψυχικών διαταραχών (καταθλιπτικό επεισόδιο, γενικευμένη διαταραχή άγχους, όλες οι φοβίες (συνδυασμένες), διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδη-καταθλιπτική διαταραχή) σύμφωνα με τα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια ICD-10, χρησιμοποιώντας ειδικούς αλγορίθμους στον υπολογιστή.

Η ελληνική έκδοση της CIS-R έχει επικυρωθεί και οι ψυχομετρικές της ιδιότητες έχουν δημοσιευθεί (Skaripnakis et al., 2013). Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται από το 0 έως το 4 (εκτός από τις καταθλιπτικές ιδέες που βαθμολογείται από το 0 έως το 5) ανάλογα με την συχνότητα, ένταση και το βαθμό που επηρεάζει την λειτουργικότητα και μια βαθμολογία 2 ή περισσότερο υποδηλώνει την παρουσία του συμπτώματος σε κλινικά σημαντικό βαθμό (Lewis et al., 1992). Η ψυχιατρική νοσηρότητα με την βοήθεια του CIS-R μπορεί να αξιολογηθεί είτε με διαστατικό (dimensional) τρόπο, χρησιμοποιώντας το συνολικό σκορ στο CIS-R (με την πρόσθεση του σκορ των 14 συμπτωμάτων) είτε σε κατηγορική (categorical) μορφή, χρησιμοποιώντας τις έξι προαναφερθείσες διαγνώσεις.

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας ως πάσχοντες από «Κατάθλιψη» ορίστηκαν οι πάσχοντες από Καταθλιπτικό επεισόδιο και ως πάσχοντες από «Αγχώδεις διαταραχές» οι πάσχοντες από γενικευμένη διαταραχή άγχους ή από οποιαδήποτε φοβική διαταραχή ή διαταραχή πανικού ή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η παρουσία αυτοκτονικών σκέψεων προσδιορίστηκε ως η παρουσία τουλάχιστον σκέψεων όπως “η ζωή δεν αξίζει” ή ευχών θανάτου για τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα κατά το τελευταίο διάστημα, μέσα από τις αντίστοιχες ερωτήσεις διαβαθμιζόμενης βαρύτητας που συμπεριλαμβάνονται σε ειδικό μέρος της κλινικής συνέντευξης CIS-R, στο πλαίσιο της διερεύνησης του συμπτώματος «καταθλιπτικές ιδέες» (Goldney et al., 2000; Watson et al., 2001, Dennis et al., 2007)

➤ **Μέτρηση διαταραχών χρήσης αλκοόλ**

Η κατανάλωση αλκοόλης και οι διαταραχές χρήσης αλκοόλης προσδιορίστηκαν με την χρήση του εργαλείου Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993) που αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε το 1993 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και θεωρείται το πιο αξιόπιστο εργαλείο για την διαλογή ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλης στον γενικό πληθυσμό και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αναφέρονται σε ποσοτικές και ποιοτικές παραμέτρους χρήσης αλκοόλ και χρησιμοποιεί σαν χρονική περίοδο αναφοράς το τελευταίο έτος. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 έως 4 έτσι ώστε αθροιζόμενες να μας κάνουν άθροισμα από 0 έως 40.

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από την ίδια βάση δεδομένων (Bellos et al 2018, under publication) και έχει βρεθεί να αποτελείται από 2 διαστάσεις:

- i) Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις του AUDIT που αφορούν την συχνότητα χρήσης, την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνεται κατά μέσο όρο κάθε φορά και την συχνότητα Binge Drinking (≥ 6 ποτά σε μια περίπτωση για τους άνδρες και ≥ 4 για τις γυναίκες) και οι οποίες αποτελούν το μέρος του εργαλείου που μετρά την κατανάλωση αλκοόλης [AUDIT-C (Consumption)] με συνολικό σκορ από 0 έως 12 (Bush et al., 1998; Dawson et al., 2005).
- ii) Οι υπόλοιπες 7 ερωτήσεις αφορούν συμπτώματα διαταραχής χρήσης αλκοόλ.

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ορίστηκαν αντίστοιχα 2 ειδών προβλήματα χρήσης αλκοόλ:

- 1) οι «διαταραχές χρήσης αλκοόλης» (ΔΧΑ) που ορίστηκαν ως συνολικό AUDIT-score ≥ 15 για τους άνδρες και ≥ 8 για τις γυναίκες και
- 2) η «επιβλαβής (βαριά) χρήση αλκοόλης» (ΕΧΑ) που ορίστηκε ως η παρουσία στο AUDIT-C score ≥ 6 για τους άνδρες και ≥ 4 για τις γυναίκες [σε όσους συμμετέχοντες δεν πληρούσαν τα κριτήρια για την κατηγορία 1 («διαταραχές χρήσης αλκοόλης» (ΔΧΑ)]. Τα cut-offs αυτά προέκυψαν με βάση δεδομένα από την διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει διαφορετικά επίπεδα ανοχής μεταξύ ανδρών και γυναικών στην χρήση αλκοόλης (Aalto et al., 2009, Reinert & Allen, 2007).

➤ **Διπλή Διάγνωση**

Ως «Διπλή Διάγνωση» ορίστηκε η ταυτόχρονη παρουσία «Καταθλιπτικού επεισοδίου» ή «Αγχώδους διαταραχής» (Βλέπε «μέτρηση Ψυχιατρικής Νοσηρότητας» στη παρούσα ενότητα) με οποιαδήποτε μορφή «Διαταραχής χρήσης Αλκοόλ» ή «Επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ», όπως ορίζονται στην προηγούμενη παράγραφο.

➤ **Λοιπές μεταβλητές**

Η τρέχουσα κατάσταση σε σχέση με το κάπνισμα και τη χρήση (κατά το παρελθόν έτος) κάνναβης αυτό-προσδιορίστηκαν από τους συμμετέχοντες με άμεση ερώτηση.

Η τρέχουσα κατάσταση υγείας αξιολογήθηκε με το EuroQoL EQ-5D, ένα διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής [The EuroQoL Group, 1990], που έχει επικυρωθεί στην Ελλάδα (Kontodimopoulos et al. 2008).

Η χρήση υπηρεσιών υγείας αξιολογήθηκε ζητώντας από τους συμμετέχοντες να προσδιορίζουν τον αριθμό των φορών κατά τους τελευταίους 12 μήνες που έχουν επισκεφθεί 1) οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας (πχ παθολόγο-γενικό γιατρό) 2) κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (είτε ψυχίατρο είτε ψυχολόγο), 3) κάποιον ιερωμένο ή πνευματικό για να μιλήσουν για κάποιο θέμα που αφορά την σωματική ή ψυχολογική τους υγεία.

Οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στην λήψη ψυχιατρικής θεραπείας προσδιορίστηκε με τις ερωτήσεις:

A. "Αν είχατε ψυχολογικές δυσκολίες (π.χ. στρες, άγχος, κατάθλιψη), σε τι είδους επαγγελματία υγείας θα επιλέγατε να μιλήσετε αν βλέπατε ότι τα προβλήματα επιμένουν;" με εναλλακτικές απαντήσεις 1) "σε ψυχίατρο ή ψυχολόγο" 2) "στον οικογενειακό μου γιατρό, σε νευρολόγο ή σε άλλο γιατρό ή στον φαρμακοποιό μου" 3) "Δεν θα μιλούσα σε κάποιον επαγγελματία. Θα μιλούσα σε κάποιο κοντινό φίλο ή συγγενή" 4) "Δεν θα μιλούσα σε κανέναν. Θα προσπαθούσα να το ξεπεράσω μόνος/η μου" ΚΑΙ

B) «Αν πάθαινα κατάθλιψη θα... 1) προσπαθούσαν να το ξεπεράσω μόνος ή με φίλους 2) έκανα ψυχοθεραπεία 3) έπαιρνα φαρμακοθεραπεία 4) θα έκανα συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας».

Οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στα ψυχιατρικά φάρμακα προσδιορίστηκαν με την χρήση του εργαλείου Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) (Horne et al., 1999) που περιλαμβάνει 7 δηλώσεις που η καθεμιά αντιστοιχεί σε μια κοινή αρνητική πεποίθηση του γενικού πληθυσμού για τις ψυχιατρικές θεραπείες (πχ «προκαλούν βλάβη στην υγεία» «είναι εθιστικά» κτλ). Το υψηλότερο score στην κλίμακα υποδηλώνει περισσότερες αρνητικές πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα

Η κατάσταση της σωματικής υγείας των συμμετεχόντων προσδιορίστηκε με ευθεία ερώτηση παρέχοντας ένα κατάλογο χρόνιων και σοβαρών ιατρικών καταστάσεων (καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο, χρόνιες πνευμονοπάθειες, διαβήτης, καρκίνο, νεφρική νόσο, αυτοάνοση συστηματική νόσο) και μια λίστα πιο ήπιων καταστάσεων (υπέρταση, χρόνιος καλοήθης πόνος, θερεοειδοπάθεια, προβλήματα με το στομάχι).

Οι συμμετέχοντες έδωσαν πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, τα εκπαιδευτικά τους προσόντα ενώ χωρίστηκαν ανάλογα με τον τόπο κατοικίας τους σε κατοίκους «αστικών» (>50 χιλ κατοίκους στην απογραφή 2001), «ημιαστικών» (10-50 χιλ κατοίκους) και «αγροτικών» περιοχών (<10 χιλ κατοίκους)

Γ. Επεξεργασία των δεδομένων - Στατιστική ανάλυση

Κατά την ανάλυση, τα δεδομένα σταθμίζονται ώστε να ληφθεί υπόψη ο σύνθετος σχεδιασμός της δειγματοληψίας και η άρνηση συμμετοχής στη μελέτη. Για το σκοπό αυτό θα χρησιμοποιηθούν οι «εντολές έρευνας» στην έκδοση Stata 10.0 ("svy"-commands, Stata Corporation, 2007) για να υπολογιστούν:

1) οι εκτιμήσεις του επιπολασμού και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) της διπλής διάγνωσης

2) οι λόγοι αναλογιών (Odds Ratios) και τα αντίστοιχα 95% ΔΕ για

i) την συσχέτιση των 2 μορφών προβλημάτων χρήσης αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές και

ii) τις διαφορές των πασχόντων από ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες από καθεμιά διαταραχή ξεχωριστά σε ότι αφορά τις κατανομές των κοινωνικοδημογραφικών και υγειακών μεταβλητών και της πιθανότητας παρουσίας καθενός από τα κοινά νευρωσικά συμπτώματα που μετρά η συνέντευξη CIS-R (βλέπε μετρήσεις)

Αποτελέσματα

Περιγραφή του δείγματος

Η περιγραφή του δείγματος φαίνεται στον Πίνακα 1. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ήταν παρόμοια με αυτά του Ελληνικού Πληθυσμού έτσι όπως προέκυψαν από την Απογραφή του 2001, κάτι που αναμένονταν λόγω του ότι η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε αναμένονταν να οδηγήσει σε δείγμα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Περίπου το **14% του δείγματος παρουσιάζει μέτριας (CISR score \geq 12) ή σοβαρής (CISR score \geq 18) βαρύτητας ψυχολογική επιβάρυνση**. Η συχνότερη διάγνωση στον γενικό πληθυσμό είναι η ΓΑΔ (4,1%) ακολουθούμενη από την κατάθλιψη (2,9%) και την Φοβική Διαταραχή (2,8%). Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και η Διαταραχή Πανικού είναι λιγότερο συχνές (1,7% και 1,9% αντίστοιχα), ενώ η Μικτή Αγχώδης-Καταθλιπτική Διαταραχή [που αποτελεί μια «αδιαφοροποίητη» διάγνωση που αποδίδεται στους συμμετέχοντες που εμφανίζουν τουλάχιστον ήπιας βαρύτητα κλινικά σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση (CISR score \geq 12), αλλά δεν πληρούν κριτήρια για καμία από τις παραπάνω αναφερόμενες ψυχιατρικές διαταραχές, παρουσιάζει επιπολασμό 2,7%.

Το 1,3% των ανδρών και το 0,9% των γυναικών στον γενικό πληθυσμό παρουσιάζει «Διπλή Διάγνωση», ταυτόχρονη παρουσία (συνοσηρότητα) Προβλημάτων Χρήσης Αλκοόλης και ψυχικής διαταραχής. Σε ότι αφορά τον επιπολασμό των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ που δεν συνυπάρχουν με ψυχικές διαταραχές το 11,6% των ανδρών και το 5,6% των γυναικών παρουσιάζει Επιβλαβή (βαριά) Χρήση Αλκοόλης (ΕΧΑ) ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τον επιπολασμό των Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλης (ΔΧΑ) είναι 4,4% και 2,2%. Το 8,9% των γυναικών και το 4,2% των ανδρών παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή χωρίς συνοσηρότητα προβλημάτων χρήσης αλκοόλης (Πίνακας 2Α).

Ο επιπολασμός της ΕΧΑ μεταξύ των πασχόντων από κοινές ψυχικές κυμαίνεται από 12,7%, στους πάσχοντες από κατάθλιψη έως 15,5% στους πάσχοντες από φοβική διαταραχή) (πίνακας 3). Αντίστοιχα τα ποσοστά των συμμετεχόντων που παρουσιάζουν ΔΧΑ κυμαίνονται από 6% στην ομάδα των πασχόντων από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή έως 10,9% στην ομάδα των πασχόντων από Διαταραχή Πανικού (πίνακας 4). Αντίστροφα, το 13,8% (95% CI : 8.9 – 18.8) των πασχόντων από ΔΧΑ παρουσιάζουν τουλάχιστον 1 ψυχική διαταραχή ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα των συμμετεχόντων που παρουσιάζουν ΕΧΑ είναι 8,4% (95% CI :6.2 – 10.6). Οι επιπολασμοί των ψυχικών διαταραχών στις ομάδες των συμμετεχόντων που παρουσιάζουν ΔΧΑ ή ΕΧΑ φαίνεται στον Πίνακα 2Α.

Σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλης με τις ψυχιατρικές διαταραχές

Η ΕΧΑ σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μόνο με την Μικτή Αγχώδη Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΑΚΔ), (αδιαφοροποίητη μορφή κλινικά σημαντικής συμπτωματολογίας) (πίνακας 3).

Από την άλλη πλευρά, οι ΔΧΑ συσχετίζονται ισχυρά πρωτίστως με την Διαταραχή Πανικού [OR = 3,91] και την Φοβική Διαταραχή [OR = 3,26] και δευτερευόντως με την Κατάθλιψη [OR = 2,47], την ΜΑΚΔ [OR = 2,23] και την ΓΑΔ [OR = 2,23]. Η συσχέτιση με την Κατάθλιψη, την ΜΑΚΔ και την ΓΑΔ παύει να είναι στατιστικά σημαντική όταν ληφθούν υπόψη άλλοι κοινωνικοδημογραφικοί και σχετικοί με την υγεία παράγοντες. Οι ΔΧΑ σχετίζονται λιγότερο ισχυρά με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (πίνακας 4).

Στους άνδρες, η ΕΧΑ σχετίζεται πιο ισχυρά με την ΓΑΔ και την ΜΑΚΔ και δεν σχετίζεται με την κατάθλιψη ενώ στις γυναίκες οι αντίστοιχες συσχετίσεις με την κατάθλιψη και την φοβική διαταραχή είναι ελαφρά πιο ισχυρές (Πίνακας 3). Σε ότι αφορά τις ΔΧΑ οι άνδρες παρουσιάζουν πιο ισχυρές συσχετίσεις με όλες της μελετώμενες ψυχικές διαταραχές σε σύγκριση με τις γυναίκες (πίνακας 4).

Διαφορές πασχόντων από «Διπλή Διάγνωση» σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Κατάθλιψη ή Αγχώδεις Διαταραχές

Οι πάσχοντες από Διπλή Διάγνωση (ΔΔ) έχουν μικρή διαφορά σε σχέση με τους πάσχοντες μόνο από Κατάθλιψη στην Ποιότητα ζωής και την σχετιζόμενη με ψυχική υγεία έκπτωση στην λειτουργικότητας ενώ δεν εμφανίζουν διαφορές σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από αγχώδεις διαταραχές. Σε ότι αφορά την αυτοκτονικότητα οι πάσχοντες από ΔΔ εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή (οι διαφορές είναι εντονότερες για την κατάθλιψη σε σύγκριση με τις αγχώδεις διαταραχές) που δεν φτάνουν όμως το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.

Οι πάσχοντες από ΔΔ παρουσιάζουν ελαφρώς μικρότερη πιθανότητα παρουσίας σοβαρής σωματικής συνοσηρότητας (κυρίως για την συνοσηρότητα με Αγχώδεις Διαταραχές) και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ήπιας σωματικής νόσου (κυρίως για την συνοσηρότητα με κατάθλιψη) σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή. Η πιθανότητα χρήσης καπνού είναι σαφώς αυξημένη στους πάσχοντες από ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές. Για την πιθανότητα χρήσης κάνναβης τα αποτελέσματα είναι ασαφή αλλά είναι πιθανόν να είναι υψηλότερη στους ασθενείς με ΔΔ κατάθλιψης σε σχέση με τους πάσχοντες μόνο από κατάθλιψη αλλά χαμηλότερη στους πάσχοντες από ΔΔ με Αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις διαταραχές.

Οι πάσχοντες από ΔΔ είναι στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να κατοικούν σε μη-αστικές περιοχές και δεν αναφέρουν περισσότερες οικονομικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχικές διαταραχές. Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο παρατηρείται ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα οι πάσχοντες από ΔΔ να μη έχουν Τριτοβάθμια εκπαίδευση σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις διαταραχές. Επίσης οι πάσχοντες από ΔΔ εμφανίζουν ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα να μην είναι παντρεμένοι σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή (κυρίως για την συνόηση με κατάθλιψη). Γενικά, οι διαφορές που παρατηρούνται στις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές είναι μικρές.

Διαφορές πάσχοντων από «Διπλή Διάγνωση» (ΔΔ) σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Διαταραχές χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ)

Οι πάσχοντες από ΔΔ (κυρίως κατάθλιψη) εμφανίζουν σημαντικά μειωμένη Ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα και αυξημένη αυτοκτονικότητα σε σύγκριση με τους πάσχοντες από ΔΧΑ. Επίσης, οι πάσχοντες από ΔΔ παρουσιάζουν σημαντικά μικρότερη πιθανότητα παρουσίας σωματικής συνοσηρότητας σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ (κυρίως για την σοβαρή σε σύγκριση με την ήπια σωματική νοσηρότητα και για τις αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με την κατάθλιψη). Η χρήση καπνού είναι πιθανότερη για τους πάσχοντες από ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ και αφορά κυρίως την συνόηση με κατάθλιψη. Αντίστοιχα, η χρήση κάνναβης είναι λιγότερο πιθανή στους πάσχοντες από ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ, κυρίως για την συνόηση με Αγχώδεις Διαταραχές. Η χρήση αλκοόλης είναι ελαφρώς πιο βαριά στην ομάδα των πασχόντων από ΔΧΑ σε σύγκριση με τους πάσχοντες από ΔΔ.

Σε ότι αφορά τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές οι ασθενείς με ΔΔ είναι λιγότερο πιθανό να κατοικούν σε αστικές περιοχές και να είναι έγγαμοι και περισσότερο πιθανό να αναφέρουν αρκετές ή πολλές οικονομικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ.

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και πεποιθήσεις για τις ψυχιατρικές θεραπείες

Οι πάσχοντες από ΔΔ κατάθλιψης –ΔΧΑ είναι (ελαφρώς) περισσότερο πιθανό να έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών σωματικής υγείας και λιγότερο πιθανό να έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από κατάθλιψη, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τους πάσχοντες από ΔΔ Αγχωδών Διαταραχών-ΔΧΑ σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις διαταραχές.

Σε ότι αφορά την χρήση υπηρεσιών για θέματα ψυχικής υγείας, οι πάσχοντες από ΔΔ είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μιλήσει στον οικογενειακό τους γιατρό ή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας για θέματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή ενώ δεν έχουν διαφορά στις πιθανότητες να έχουν μιλήσει σε πνευματικό για τα ψυχολογικά τους θέματα σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική διαταραχή. Εξάριση οι πάσχοντες από συνοσηρότητα ΔΧΑ με Αγχώδεις διαταραχές που δεν είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μιλήσει σε επαγγελματία ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους πάσχοντες από Αγχώδεις διαταραχές

Οι ασθενείς με ΔΔ είναι πιο πιθανό να έχουν κάνει χρήση οποιασδήποτε υπηρεσίας υγείας ή να έχουν μιλήσει για την ψυχολογική τους κατάσταση σε πνευματικό σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ.

Σε ότι αφορά την υποθετική ερώτηση «αν χρειαζόμουν βοήθεια για ψυχολογικά θέματα», οι πάσχοντες από ΔΔ κατάθλιψης –ΔΧΑ θα ήταν περισσότερο πιθανό να μην μιλήσουν σε κανένα (Vs να μιλήσουν σε κάποιον -επαγγελματία ή φίλο/συγγενή) ενώ μεταξύ αυτών που θα μιλούσαν θα ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν να μιλήσουν σε ψυχίατρο ή ψυχολόγο (Vs να μιλήσουν σε μη-ειδικό επαγγελματία ή σε φίλο/συγγενή) σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από κατάθλιψη ή ΔΧΑ. Αντίστοιχα οι πάσχοντες από ΔΔ Αγχωδών Διαταραχών δεν έχουν μικρότερη πιθανότητα να μην

μιλήσουν σε κανέναν αλλά έχουν ελαφρώς μικρότερη πιθανότητα να μιλήσουν σε κάποιον επαγγελματία (Vs να μιλήσουν σε φίλο/συγγενή) ή ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας (Vs να μιλήσουν σε μη-ειδικό επαγγελματία υγείας) σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις Διαταραχές.

Σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ η ομάδα των πασχόντων από ΔΔ ΔΧΑ-Αγχωδών διαταραχών είναι περισσότερο πιθανό να μιλούσε σε κάποιον (Vs να μην μιλούσε σε κανένα) και είναι πιο πιθανό να μιλούσε σε επαγγελματία υγείας ή σε ειδικό επαγγελματία υγείας (Vs να μιλούσε σε φίλο ή σε επαγγελματία υγείας μη ειδικό σε θέματα ψυχικής υγείας).

Σε ότι αφορά την υποθετική ερώτηση για την λήψη θεραπείας «αν πάθαινα κατάθλιψη» η ομάδα των πασχόντων από ΔΔ Κατάθλιψης-ΔΧΑ παρουσιάζει σημαντικά αυξημένη την πιθανότητα να μην λάβουν θεραπεία σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Κατάθλιψη και ελαφρώς μειωμένη την πιθανότητα να μην λάβουν θεραπεία σε σύγκριση με την ομάδα των πασχόντων από ΔΧΑ μόνο. Η ομάδα ΔΔ ΔΧΑ-Αγχωδών Διαταραχών παρουσιάζει αυξημένη πιθανότητα να μην ακολουθήσουν θεραπεία σε σχέση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις διαταραχές και μεγαλύτερη πιθανότητα να ακολουθήσουν θεραπεία σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ.

Τέλος οι πάσχοντες από ΔΔ παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερες αρνητικές πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ψυχική νόσο αλλά και σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από ΔΧΑ, αν και η διαφορά στην σύγκριση αυτή είναι μικρότερη..

Διαφορά στην συμπτωματολογία μεταξύ ασθενών με ΔΔ και ασθενών με Κατάθλιψη ή Αγχώδεις διαταραχές

Στους ασθενείς με ΔΔ κατάθλιψης-ΔΧΑ είναι πιο πιθανό να εμφανίζεται «υψηλής» επιβάρυνσης ψυχιατρική νοσηρότητα (CISR score>18) σε σύγκριση με τους πάσχοντες από κατάθλιψη μόνο. Τα συμπτώματα που είναι συχνότερα στους ασθενείς με ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες από κατάθλιψη είναι (κατά σειρά μεγέθους διαφοράς): Κόπωση, Καταθλιπτικές ιδέες, Διαταραχές μνήμης/συγκέντρωσης και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από κατάθλιψη οι ασθενείς με ΔΔ παρουσιάζουν: Κρίσεις πανικού, Άγχος και ανησυχία για την σωματική υγεία και Διαταραχές ύπνου.

Στους ασθενείς με ΔΔ Αγχωδών Διαταραχών -ΔΧΑ δεν εμφανίζεται διαφορά στην πιθανότητα εμφάνισης «υψηλής» ψυχιατρική επιβάρυνσης σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο από Αγχώδεις Διαταραχές. Τα συμπτώματα που είναι συχνότερα στους ασθενείς με ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες από Αγχώδεις Διαταραχές είναι (κατά σειρά μεγέθους διαφοράς) οι διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης και οι ιδεοληψίες/καταναγκασμοί, ενώ λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τους πάσχοντες μόνο με Αγχώδεις Διαταραχές είναι η κόπωση και η ανησυχία για την σωματική υγεία.

Συμπεράσματα

Κύρια ευρήματα

Από τα δεδομένα μας προκύπτει ότι η παρουσία ΔΧΑ σε έναν πάσχοντα από κοινή ψυχική διαταραχή (Κατάθλιψη ή Αγχώδης διαταραχή) σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας αυτοκτονικών σκέψεων, χρήσης καπνού και κάνναβης και διαμονής σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές. Αντίθετα η παρουσία ΔΧΑ σε ανθρώπους που πάσχουν από κοινή ψυχική διαταραχή δεν επηρεάζει ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής/έκπτωση στην λειτουργικότητα, και σχετίζεται ελαφρά με μειωμένη πιθανότητα έγγαμης ζωής (μόνο για την κατάθλιψη) ή ολοκλήρωσης τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (κυρίως για τις αγχώδεις διαταραχές) ενώ δεν φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία οικονομικών προβλημάτων.

Από την άλλη μεριά, η ανάπτυξη συνοσηρότητας με μια κοινή ψυχική διαταραχή σε έναν πάσχοντα από ΔΧΑ αλλάζει σημαντικά την πρόγνωση του προβλήματος, καθώς σχετίζεται ισχυρά με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας αυτοκτονικών σκέψεων, έκπτωσης στην λειτουργικότητα και επιδείνωσης της ποιότητας ζωής, παρουσίας οικονομικών δυσκολιών, διαμονής σε αστικές περιοχές αλλά και μειωμένης πιθανότητας παρουσίας οποιασδήποτε σωματικής νόσου. Επίσης η παρουσία κοινών ψυχολογικών διαταραχών σε ασθενείς με ΔΧΑ σχετίζεται με ελαφρώς μεγαλύτερη πιθανότητα καπνίσματος (για την κατάθλιψη) μικρότερης πιθανότητας χρήσης κάνναβης και έγγαμης κατάστασης.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτει έμμεσα το συμπέρασμα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έκπτωσης στη λειτουργικότητα, επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής και της συνολικής ψυχολογικής κατάστασης στους πάσχοντες από ΔΔ προκαλείται από το ψυχικό νόσημα και όχι από την ΔΧΑ. Επίσης στην περίπτωση της συνοσηρότητας ΔΧΑ με αγχώδεις διαταραχές δεν φαίνεται να προκαλείται σημαντική επιπλέον αύξηση της συνολικής ψυχολογικής επιβάρυνσης σε σύγκριση με την παρουσία μόνο αγχωδών διαταραχών. Τέλος, ένα σημαντικό εύρημα είναι η αυξημένη συχνότητα σωματικών προβλημάτων υγείας στους συμμετέχοντες με ΔΧΑ σε σύγκριση με τους πάσχοντες από ΔΔ. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από την (ελαφρά) αυξημένη χρήση αλκοόλης στους πάσχοντες από ΔΧΑ σε σύγκριση με την ομάδα των πασχόντων ΔΔ, από την αυξημένη συχνότητα χρήσης καπνού, τις αυξημένες οικονομικές δυσκολίες αλλά και από την μειωμένη χρήση υπηρεσιών υγείας που παρατηρείται στην ομάδα των πασχόντων από ΔΔ σε σύγκριση με τις άλλες 2 ομάδες, που μπορεί να οδηγεί σε έναν συνολικότερα ανθυγιεινό τρόπο ζωής.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι διαφορές που παρατηρούνται στην ομάδα της συνοσηρότητας σε σύγκριση με τις ομάδες των πασχόντων από κάθε διαταραχή ξεχωριστά στην χρήση υπηρεσιών υγείας και στις πεποιθήσεις/στάσεις απέναντι στη ψυχιατρική θεραπεία. Η συνόσηση με ΔΧΑ αυξάνει την πιθανότητα ένας πάσχοντας από Κατάθλιψη να κάνει αυξημένη χρήση υπηρεσιών σωματικής υγείας και μειωμένη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αν και παρουσιάζει αυξημένη επιθυμία να λάβει θεραπεία, να μιλήσει σε ειδικό επαγγελματία ψυχικής υγείας και παρουσιάζει λιγότερες αρνητικές πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα. Αντίθετα, η συνόσηση με ΔΧΑ σε έναν

πάσχοντα από Αγχώδεις διαταραχές σχετίζεται με ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μειωμένη πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών σωματικής υγείας (αλλά όχι για να μιλήσουν για ψυχολογικά θέματα). Παρόμοια με την περίπτωση της συνόησης ΔΧΑ-Κατάθλιψης, η συνόηση με ΔΧΑ στην περίπτωση των αγχωδών διαταραχών σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας («αν το χρειαζόταν...»), λιγότερες αρνητικές πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα αλλά, αντίθετα, μεγαλύτερη πιθανότητα να μιλήσουν για ψυχολογικά θέματα σε μη-ειδικό επαγγελματία ή φίλο.

Αντίστροφα, η συνόηση με κοινή ψυχική διαταραχή σε ασθενείς με ΔΧΑ αυξάνει την πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας (σωματικής και ψυχολογικής) αλλά και την επιθυμία/κινητοποίηση για θεραπεία ενώ δεν σχετίζεται με διαφορές στις πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα.

Η παραπάνω παρατήρηση ότι οι ασθενείς με ΔΔ κατάθλιψης δεν κάνουν χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ θα το ήθελαν, κυρίως με την μορφή του ψυχολόγου/ψυχιάτρου, υποδηλώνει πιθανόν την παρουσία εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας. Παρομοίως για στις ασθενείς με Αγχώδεις διαταραχές και ΔΧΑ, μολονότι δεν κάνουν λιγότερη χρήση υπηρεσιών υγείας ούτε φέρουν περισσότερες αρνητικές πεποιθήσεις για στις ψυχιατρικές θεραπείες είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν για τα προβλήματά στις σε ειδικό, ενώ θα προτιμούσαν να μιλήσουν σε κάποιο φίλο. Από την παρούσα μελέτη δεν φαίνεται τα εμπόδια αυτά να σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο, τις οικονομικές δυσκολίες ή τις πεποιθήσεις για στις ψυχιατρικές θεραπείες και τα φάρμακα. Ο μόνος παράγοντας που διαφέρει σημαντικά στις ασθενείς με ΔΔ σε σύγκριση με τους πάσχοντες από κάθε μια διαταραχή ξεχωριστά είναι η αστικότητα του τόπου διαμονής.

Τα δεδομένα αυτά θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην υπόθεση ότι η έλλειψη ειδικών υπηρεσιών ή εξειδικευμένων επαγγελματιών που να μπορούν να κατανοήσουν και να διαχειριστούν στις ανάγκες στις ομάδες των ασθενών με ΔΔ αποτελεί το βασικό εμπόδιο. Η αύξηση της χρήσης υπηρεσιών και η ενίσχυση του αιτήματος για θεραπεία που σχετίζεται με την παρουσία κοινής ψυχικής διαταραχής στις ασθενείς με ΔΧΑ πιθανότατα ερμηνεύεται σαν αποτέλεσμα του ότι η ΔΧΑ δεν προκαλεί άμεσα ενοχλητικά συμπτώματα στον πάσχοντα ενώ η παρουσία ψυχικής διαταραχής συνεπάγεται την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων υψηλότερης βαρύτητας που με την σειρά στις προκαλούν το αίτημα για αναζήτηση βοήθειας.

Από την μελέτη των διαφορών στην ψυχοπαθολογία που προκαλείται στους πάσχοντες από κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές από την συνόηση με ΔΧΑ προκύπτουν σημαντικές διαφορές για την συνόηση με την Κατάθλιψη, ενώ για την συνόηση με τις Αγχώδεις διαταραχές οι διαφορές είναι ελάχιστες. Η μειωμένη εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους αλλά και η αυξημένη παρουσία κόπωσης, καταθλιπτικού ιδεασμού και διαταραχών συγκέντρωσης ερμηνεύονται από την αγχολυτική βιολογική δράση του αλκοόλης και από τις παρενέργειες που μπορεί να έχει η υπερδοσολόγηση της, αντίστοιχα. Η μειωμένη παρουσία κόπωσης και η αύξηση των ιδεοληψιών που παρατηρούνται στην ομάδα των ασθενών με ΔΔ-Αγχωδών Διαταραχών θα μπορούσαν να ερμηνευτούν ως ατελή κατευναστική δράση στις αλκοόλης στην «υπερεγρήγορηση» που μπορεί να είναι μια παράμετρος του άγχους («ατελής αυτοθεραπεία») και στις ιδεοληψίες, των οποίων η βιολογική βάση είναι

διαφορετική από αυτή του άγχους, και ως εκ τούτου η αγχολυτική δράση στις αλκοόλης μπορεί να είναι αναποτελεσματική.

Η αυξημένη πιθανότητα συνοσηρότητα σε μη-αστικές περιοχές είναι πιθανόν να σχετίζεται με την περιορισμένη διαθεσιμότητα/προσβασιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή και πηγών θετικής εμπειρίας. Ο περιορισμός αυτός σε μέσα θεραπείας ή «αυτοθεραπείας» μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να γίνει χρήση αλκοόλης για αυτοθεραπευτικούς σκοπούς. Η ΔΧΑ επιβαρύνει σε μικρό ποσοστό σε σύγκριση με την ψυχική διαταραχή την συνολική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής του ατόμου που πάσχει από ΔΔ ενώ μπορεί να μειώνει την ένταση των ιδιαίτερα ενοχλητικών συμπτωμάτων του άγχους σε πάσχοντες από κοινές ψυχικές διαταραχές. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνεται από την υψηλότερη συσχέτιση των ΔΧΑ με στις αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με την κατάθλιψη και τις λιγότερες διαφορές που παρατηρούνται από την συνοσηρότητα με ΔΧΑ στους πάσχοντες από Αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με την συνόηση στη περίπτωση της κατάθλιψης. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να αποτελούν έμμεσες ενδείξεις υπέρ στις υπόθεσης της συχνότερης «αυτοθεραπευτικής» χρήσης στις αλκοόλης (Khantzian et al. 2003, Kessler et al., 2004) σαν υποκατάστατο στην έλλειψη θεραπείας για τα συμπτώματα άγχους στις μη αστικές περιοχές.

Σύγκριση με άλλες μελέτες

Ο επιπολασμός των κοινών ψυχικών διαταραχών στην ομάδα των πασχόντων από ΔΧΑ είναι ελαφρώς μειωμένος σε σχέση με δεδομένα στις διεθνούς βιβλιογραφίας που δείχνει ότι πάνω από το 1/5 των ασθενών που παρουσιάζουν κάποια διαταραχή χρήσης αλκοόλης θα αναπτύξουν και κάποια κοινή ψυχική διαταραχή (Hasin et al. 2007, Boschloo et al. 2011, Flensburg-Madsen et al., 2009) αλλά σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων μελετών του γενικού πληθυσμού που υπολογίζουν τον τρέχοντα επιπολασμό παρουσίας ΔΔ σε 1-1,5% (Stinson et al, 2005). Τα δεδομένα μας είναι σε συμφωνία με μελέτες που υποστηρίζουν ότι η παρουσία διπλής διάγνωσης αποτελεί δείκτη αυξημένης βαρύτητας προβλημάτων, κακής πρόγνωσης (Grant et al, 2005, Burns & Teesson, 2002, Kessler 2004, Conner & Duberstein, 2004, Bruce et al., 2005, Driessen et al 2001) και αυξημένης πιθανότητας αυτοκτονίας (Beghi et al. 2013, Kessler 2004, Conner & Duberstein, 2004).

Επίσης, σε συμφωνία με σημαντικό μέρος σχετικής βιβλιογραφίας είναι το εύρημα ότι η συσχέτιση των ΔΧΑ είναι πιο ισχυρή για στις αγχώδεις διαταραχές σε σύγκριση με την Κατάθλιψη (Kessler 2004, Zimmermann et al., 2003, Kushner et al., 1999; Costello et al., 2003, Carrigan & Randall, 2003) και πιο ισχυρή για τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (Burns & Teeson, 2002, Teesson et al., 2010). Η ισχυρότερη συσχέτιση των ΔΧΑ με στις αγχώδεις διαταραχές -και κυρίως για τους άνδρες- μπορεί να ερμηνευτεί από τον υψηλό επιπολασμό που παρουσιάζουν οι αγχώδεις διαταραχές στον ελληνικό πληθυσμό (Skaripakis et al., 2013) και η κοινωνική χρήση αλκοόλης στον ελληνικό πληθυσμό (Bellos et al., 2018, under review) σε σχέση με άλλες χώρες.

Ένα επίσης σημαντικό εύρημα της μελέτης που βρίσκεται σε συμφωνία με την διεθνή βιβλιογραφία είναι ότι η συνόηση με ΔΧΑ σχετίζεται σημαντικά με μειωμένη πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας σε σύγκριση με την νόσηση μόνο από κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές (Teesson et al 2010, Jacobi

et al. 2004). Φαίνεται από την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης ότι ο λόγος για την χαμηλότερη πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας δεν είναι η άρνηση των πασχόντων ή οι αρνητικές πεποιθήσεις για στις ψυχιατρικές θεραπείες. Μια πιθανή ερμηνεία, η οποία είναι σε συμφωνία με την διεθνή βιβλιογραφία, είναι η έλλειψη ειδικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στις πιο ιδιαίτερες ανάγκες των πασχόντων από ΔΔ (Drummond et al. 2011). Τέτοιες υπηρεσίες έχουν περιγραφεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία και ακολουθούν το μοντέλο στις «Ολοκληρωμένης» (“Intergrated”) Θεραπείας για στις πάσχοντες από ΔΔ, που προτείνει την ταυτόχρονη από την ίδια ομάδα επαγγελματιών αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών που προκύπτουν από την συνύπαρξη των προβλημάτων (Mueser et al. 2003).

Περιορισμοί της μελέτης

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη η οποία δεν μπορεί να προσδιορίσει αιτιολογική συνάφεια από τις παρατηρούμενες συσχετίσεις (πχ ΔΧΑ και ψυχικής νόσου ή Οικονομικών δυσκολιών/οικογενειακής κατάστασης και παρουσία συνοσηρότητας). Βέβαια, για κάποιες από τις παρατηρούμενες συσχετίσεις μπορεί να υποθεθεί και η αιτιολογική σχέση μεταξύ τους λόγω της προφανούς χρονικής αλληλουχίας που παρουσιάζουν μεταξύ τους (πχ συνοσηρότητα και αστικότητα τόπου διαμονής).

Παρά το σχετικά μεγάλο μέγεθος του δείγματος, η στατιστική ισχύς στις μελέτης ήταν σχετικά περιορισμένη ώστε να μπορεί να αποκλειστεί το τυχαίο σφάλμα σε πολλές από τις μελετούμενες συσχετίσεις, καθώς η παρουσία ΔΔ είναι σχετικά σπάνια στον πληθυσμό και ως εκ τούτου ο μικρός αριθμός παρατηρήσεων δεν οδήγησε σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε πολλές περιπτώσεις (πχ. στην ανά φύλο ανάλυση, στην σύγκριση των συμπτωμάτων ή στις συσχετίσεις με χαμηλής συχνότητα συμπεριφορές, όπως η χρήση κάναβης ή η χηρεία/διαζύγιο).

Επίλογος

Οι πάσχοντες από ΔΔ αποτελούν ένα σχετικά μικρό πληθυσμό πασχόντων που παρουσιάζει όμως υψηλή συνολική επιβάρυνση και έχει ιδιαίτερες θεραπευτικές ανάγκες. Οι πάσχοντες από ΔΔ δεν παρουσιάζουν χαμηλότερο αίτημα θεραπείας ούτε περισσότερο αρνητικές απόψεις/αντιλήψεις για τις ψυχιατρικές θεραπείες σε σύγκριση με τους πάσχοντες από κοινές ψυχικές διαταραχές. Τα δεδομένα αυτά καθιστούν αναγκαιότητα την ένταξη στο σύστημα ψυχικής υγείας, ειδικών υπηρεσιών για ασθενείς με ΔΔ στην λογική του “Intergraded Treatment” (Mueser 2013).

Επίσης πέρα από τις ιδιαίτερες ανάγκες θεραπείας που εγείρει η συνοσηρότητα με ΔΧΑ, η παθολογική χρήση αλκοόλης θα μπορούσε να αλλάξει την κλινική εικόνα/φαινομενολογία των κλινικών συνδρόμων σε καταστάσεις συνοσηρότητας. Περαιτέρω έρευνα πάνω στις αλλαγές στην κλινική εμφάνιση των ψυχιατρικών συνδρόμων που μπορεί να προκαλούνται από την ταυτόχρονη συστηματική χρήση αλκοόλης μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία για την καθημερινή κλινική πράξη και να διευκολύνουν την έγκαιρη ανίχνευση των πασχόντων από ΔΔ.

Οι διαφοροποιήσεις στα ποσοστά και στις συσχετίσεις που προκύπτουν από την δική μας μελέτη σε σύγκριση με τα δεδομένα άλλων χωρών δείχνουν ότι υπάρχει έντονη διαπολιτισμική συνιστώσα στις

σχετιζόμενες με το αλκοόλ συμπεριφορές. Για το λόγο αυτό είναι χρήσιμη η περαιτέρω μελέτη του φαινομένου και ο εμπλουτισμός της διεθνούς βιβλιογραφίας με μελέτες από πληθυσμούς με διαφορετικές νόρμες/κουλτούρα σε σχέση με την χρήση αλκοόλης. Ο ελληνικός πληθυσμός παρουσιάζει την ιδιαιτερότητα της υψηλής χρήσης αλκοόλης σε συνδυασμό με τον σχετικά χαμηλό επιπολασμό για τις κοινές ψυχικές διαταραχές και από την άποψη αυτή μπορεί να έχει ενδιαφέρον για τη διεθνή βιβλιογραφία η μελέτη των σχετιζόμενων με το αλκοόλ συμπεριφορών και προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Πίνακες

Πίνακας 1. Περιγραφή δείγματος 4894 συμμετεχόντων αντιπροσωπευτικού των κατοίκων της Ελληνικής επικράτειας

	N (%)
Φύλο	
Άνδρες	2425 (49.6%)
Γυναίκες	2469 (50.4%)
Ηλικιακή Ομάδα	
18-29	1226 (25.1%)
30-39	1032 (21.1%)
40-49	934 (19.1%)
50-59	802 (16.4%)
60-70	900 (18.4%)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Παντρεμένος/η	2995 (61.2%)
Άγαμος	1446 (29.6%)
Διαζευγμένος/Διάσταση	240 (4.9%)
Χηρεία	213 (4.3%)
Μορφωτικό επίπεδο	
Πρωτοβάθμια ή λιγότερο	926 (18.9%)
9ετής βασική	797 (16.3%)
12ετής βασική	2348 (48.0%)
ΤΕΙ	439 (9%)
Πανεπιστήμιο	384 (7.8%)
Εργασιακή Κατάσταση	
Πλήρους απασχόληση	2917 (59.6%)
Φροντίζει το σπίτι/δεν εργάζεται	691 (14.1%)
Άνεργος (αναζητά εργασία)	184 (3.8%)
Συνταξιούχος	577 (11.8%)
Άλλο	525 (10.7%)
Αστικότητα τύπου διαμονής	
Αστική	2682 (54.8%)
Ημιαστική	607 (12.4%)
Αγροτική	1605 (32.8%)
Αίσθηση οικονομικών δυσκολιών	
Καθόλου ή λίγες	3283 (67.1%)
Αρκετές ή πολλές	1611 (32.9%)
Παρουσία Χρόνιας Σωματικής Νόσου	
Όχι	4234 (86.5%)
Ναι	659 (13.5%)
Κάπνισμα	
Όχι	2955 (60.4%)
Ναι	1937 (39.6%)
Παρουσία ψυχικής διαταραχής	
Κατάθλιψη	142 (2.9%)
ΓΑΔ	201 (4.1%)
Δ/χη Πανικού	92 (1.9%)
Ιδεοψυχαναγκαστική Δ/χή	83 (1.7%)
Φοβική Δ/χή	137 (2.8%)
Μικτή ΑγχωδηςΚαταθλιπτική Δ/χη	131 (2.7%)
CIS-R score	
0-5	3484 (71.19%)
6-11	722 (14.75%)
12-17	332 (6.78%)
≥ 18	356 (7.27%)

Πίνακας 2Α. Εκτίμηση επιπολασμού ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών χρήσης αλκοόλης και διπλής διάγνωσης σε δείγμα 4894 συμμετεχόντων ηλικίας 18-65 αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού.

N, %	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
(95% CI)			
1. Καμία διαταραχή	1,910 78.60% (77,0 – 80,2)	2,035 82.32% (80,8 – 83,8)	3,945 80.48% (79.4 – 81.6)
2. Μόνο ψυχική διαταραχή (Κατάθλιψη + Αγχώδεις δ/χες)	96 4.16% (3,3 – 5)	218 8.94% (7.8 – 10.1)	314 6.57% (5.9 -7.3)
3. Μόνο επιβλαβής χρήση αλκοόλ	281 11,56% (10.2 – 12.8)	138 5,58% (4.6 – 6.5)	419 8,55% (7.8 – 9.3)
4. Μόνο Σοβαρή διαταραχή χρήσης αλκοόλ (ΔΧΑ) (Alcohol use disorder)	107 4,40% (3.6 – 5.2)	55 2,22% (1.6 – 2.8)	162 3,3% (2.8 – 3.8)
5. Κατάθλιψη + ΔΧΑ	5 0,21% (0,1-0.3)	4 0,16% (0,05 -0.3)	9 0,18% (0.06 – 0.3)
6. Αγχώδεις διαταραχές + ΔΧΑ	22 0,91% (0.05 – 0.1)	13 0,53% (0.02 – 0.1)	35 0,71% (0.04 – 0.9)
7. Συνοσηρότητα Κατάθλιψης + Αγχώδεις δ/χε + ΔΧΑς	4 0,16% (0.03 – 0.3)	6 0,24% (0.04 – 0.4)	10 0,2% (0.01 – 0.3)
Σύνολο	2.425 100%	2.469 100%	4894 100%

Πίνακας 2Β. Επιπολασμός κοινών ψυχικών διαταραχών μεταξύ συμμετεχόντων που παρουσιάζουν προβλήματα χρήσης αλκοόλ

Επιπολασμός (95% Διάστημα εμπιστοσύνης)	Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλης	Επιβλαβή χρήση Αλκοόλ
Κατάθλιψη	5.3% (2.1 -8.5)	2.9% (1.6 - 4.2)
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους	6.9% (3,8 – 10.5)	4.7% (3.0 - 6.3)
Διαταραχή Πανικού	5.3% (2.1 -8.5)	2.3% (1.1 - 3.4)
Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή	2.7% (0,4 - 5.0)	1.8% (0.7 - 2.8)
Φοβική Διαταραχή	6.4% (2.9 - 9.9)	3.2% (1.8 - 4.6)
Μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή	4.8% (1.7 7.8)	3.7 % (2.2 - 05.2)
Τουλάχιστον 1 από τις παραπάνω	13.8% (8.9 - 18.8)	8.4% (6.2 – 10.6)

Πίνακας 3. Ανά φύλο σχέση της «επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ» (EXA) με τη παρουσία ψυχικής διαταραχής

Λόγοι αναλογιών (95% ΔΕ) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης	N (%)	Σύνολο		ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
		OR1	OR2	OR1	OR2	OR1	OR2
Κατάθλιψη							
Όχι	603 (12.69%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	18 (12.68%)	1.24 (0.75-2.07)	0.97 (0.57 – 1.67)	1.10 (0.53-2.29)	0.83 (0.38-1.81)	1.46 (0.72 – 2.98)	1.20 (0.57 – 2.53)
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους							
Όχι	592 (12.61%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	29 (14.43%)	1.46 (0.97-2.21)	1.20 (0.78 – 1.84)	1.95 (1.10-3.45)	1.62 (0.89-2.96)	1.14 (0.62 – 2.10)	0.96 (0.51 – 1.80)
Διαταραχή Πανικού							
Όχι	607 (12.64%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	14 (15.22%)	1.52 (0.85-2.73)	1.25 (0.69 – 2.28)	1.60 (0.68-3.77)	1.47 (0.60-3.58)	1.52 (0.68 – 3.40)	1.29 (0.56 – 3.00)
Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή							
Όχι	610 (12.68%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	11 (13.25%)	1.24 (0.65-2.37)	1.04 (0.53 – 2.03)	1.77 (0.79-4.00)	1.24 (0.65-2.37)	0.73 (0.22 – 2.38)	0.62 (0.18 – 2.05)
Φοβική Διαταραχή							
Όχι	601 (12.61%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	20 (15.50%)	1.55 (0.94-2.53)	1.27 (0.76 – 2.12)	1.38 (0.65-2.91)	1.15 (0.52-2.54)	1.72 (0.90 – 3.31)	1.48 (0.75 – 2.93)
Μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή							
Όχι	598 (12.56%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	23 (17.56%)	1.77 (1.11-2.82)	1.63 (1.01 – 2.64)	2.40 (1.33-4.31)	2.51 (1.35-4.67)	1.08 (0.46 – 2.54)	0.99 (0.42 – 2.38)

OR: Λόγοι Αναλογιών (Odds Ratios) ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval)

OR1= OR προσαρμοσμένοι με βάση την ηλικία και το φύλο

OR2= OR προσαρμοσμένοι με βάση την ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, οικονομικές δυσκολίες, βαθμός αστικότητας περιοχής διαμονής, την παρουσία χρόνιων σωματικών προβλημάτων υγείας και το κάπνισμα

Πίνακας 4. Ανά φύλο σχέση της «διαταραχής χρήσης αλκοόλ» (ΔΧΑ) με τη παρουσία ψυχικής διαταραχής

Λόγοι αναλογιών (95% ΔΕ) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης	N (%)	Σύνολο		ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
		OR1	OR2	OR1	OR2	OR1	OR2
Κατάθλιψη							
Όχι	178 (3.75%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	10 (7.04%)	2.47 (1.26 – 4.83)	1.61 (0.78 – 3.30)	2.70 (1.12-6.49)	1.52 (0.58-4.01)	2.33 (0.82-6.65)	1.78 (0.59-5.37)
Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους							
Όχι	175 (3,73%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	13 (6.47%)	2,23 (1.23 – 4.03)	1.51 (0.81 – 2.81)	2.97 (1.38-6.39)	1.92 (0.84-4.38)	1.66 (0.65-4.24)	1.26 (0.47-3.37)
Διαταραχή Πανικού							
Όχι	178 (3.71%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	10 (10,87%)	3.91 (1.97 – 7.75)	2.87 (1.39 – 5.89)	5.14 (2.05-12.90)	4.87 (1.77-13.42)	3.11 (1.08-8.94)	2.42 (0.81-7.22)
Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή							
Όχι	183 (3.80%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	5 (6.02%)	1.91 (0.76 – 4.82)	1.42 (0.54 – 3.69)	2.90 (1.00-8.44)	2.32 (0.74-7.29)	0.84 (0.11-6.23)	0.66 (0.08 – 5.06)
Φοβική Διαταραχή							
Όχι	176 (3.69%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	912 (9.3%)	3.26 (1.75 – 6.08)	2.23 (1.15 – 4.35)	3.99 (1.73-9.21)	2.64 (1.02-6.82)	2.67 (1.03-6.91)	2.18 (0.81-5.85)
Μικτή αγχώδης-καταθλιπτική διαταραχή							
Όχι	179 (3.76%)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	9 (6.87%)	2.28 (1.13 – 4.59)	1.80 (0.87 – 3.71)	2.50 (1.04-5.99)	2.38 (0.95-5.95)	1,98 (0.60 – 6.53)	1,57 (0.46 – 5.38)

OR: Λόγοι Αναλογιών (Odds Ratios) ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval)

OR1= OR προσαρμοσμένοι με βάση την ηλικία και φύλο

OR2= OR προσαρμοσμένοι με βάση την ηλικία, φύλο μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, οικονομικές δυσκολίες, βαθμός αστικότητας περιοχής διαμονής και την παρουσία χρόνιων σωματικών προβλημάτων υγείας και κάπνισμα

Πίνακας 5. Διαφορές στους πάσχοντες από **Κατάθλιψη ή Αγχώδεις διαταραχές** σε σύγκριση με τους πάσχοντες από **συνοσηρότητα Κατάθλιψης ή Αγχωδών διαταραχών με Επιβλαβή Χρήση Αλκοόλ (ΕΧΑ) ή Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ)** στις μεταβλητές ποιότητας ζωής, συνολικής υγειακής επιβάρυνσης, χρήσης υπηρεσιών υγείας, κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και χρήση άλλων ουσιών

Λόγοι αναλογιών (λογιστική παλινδρόμηση) και συντελεστές συσχέτισης (γραμμική παλινδρόμηση) (95% Διαστ. Εμπιστοσύνης)	N=530			N=320			N=477		
	Διπλή Διάγνωση	Ψυχική διαταραχή (Κατάθλιψη ή Αγχώδης)	Σοβαρή ΔΧΑ AUDIT score >15 (άνδρες) >8 (γυναίκες)	Κατάθλιψη +ΔΧΑ	Κατάθλιψη	Σοβαρή ΔΧΑ	Αγχώδεις διαταραχές + ΔΧΑ	Αγχώδεις διαταραχές	Σοβαρή ΔΧΑ
Παράμετροι σχετιζόμενη με την Ψυχική Υγεία									
Ποιότητα Ζωής (ΜΟ) ¹	ref	-0.3 (-4.9 – 4.4)	10.0 (5.2 – 14.9)	ref	-2.2 (-10.2 – 5.8)	9.2 (1.5 – 16.8)	ref	-0.2 (-5.2 – 4.9)	10 (4.9 – 15.2)
Έκπτωση στην λειτουργικότητα ²	1.00	0.83 (0.45 - 1.55)	0.11 (0.05 – 0.25)	1.00	0.54 (0.19 - 1.50)	0.08 (0.03 – 0.23)	1.00	0.94 (0.48 – 1.84)	0.14 (0.08 – 0.30)
Αυτοκτονικότητα	1.00	0.53 (0.29 – 0.97)	0.08 (0.04 – 0.16)	1.00	0.41 (0.11 – 1.54)	0.03 (0.01 – 0.10)	1.00	0.64 (0.34 – 1.24)	0.13 (0.06 – 0.28)
Παρουσία σωματικής νόσου									
Σοβαρής	1.00	1.33 (0.63 – 2.79)	3.28 (1.45 – 7.39)	1.00	1.77 (0.53 – 5.93)	3.27 (1.01 – 10.68)	1.00	1.27 (0.58 – 2.80)	3.23 (1.39 – 7.52)
Ήπιας	1.00	0.65 (0.34 – 1.25)	2.52 (1.28 – 4.94)	1.00	0.78 (0.26 – 2.32)	2.33 (0.84 – 6.50)	1.00	0.65 (0.32 – 1.33)	2.56 (1.25 – 5.25)
Χρήση ουσιών									
Μ.Ο. AUDIT-SCORE	16.9 (16 -17.7)	1.8 (1.6 - 2.1)	16.4 (15.5 - 17.3)	12.1 (8.6 -15.5)	1.7 (1.3 - 2.2)	16.9 (16.0 - 17.7)	13.6 (11.3 - 15.9)	1.9 (1.6 - 2.2)	16.5 (15.6 - 17.4)
Κάπνισμα ³	1.00	0.31 (0.16 – 0.62)	0.94 (0.46 – 1.94)	1.00	0.15 (0.04 – 0.58)	0.49 (0.13 – 1.80)	1.00	0.36 (0.17 – 0.73)	1.09 (0.52 – 2.31)
Χρήση κάνναβης ⁴	1.00	0.51 (0.11 – 2.29)	1.85 (0.50 – 6.83)	1.00	0.14 (0.01 – 1.8)	0.87 (0.17 – 4.42)	1.00	1.51 (0.17 – 13.71)	4.85 (0.61 – 38.42)
1) με το εργαλείο EQ-5 Visual Analogue Scale, 2) να άφησαν τουλάχιστον 1 φορά την δουλειά τους για λόγους που αφορούν την ψυχική υγεία, 3) συστηματικοί καπνιστές (ref: περιστασιακοί, πρώην και μη-καπνιστές) 4) πάνω από μία φορά κατά τον τελευταίο χρόνο (ref: καθόλου ή 1 φορά κατά τον τελευταίο χρόνο)									

	Διπλή Διάγνωση	Μόνο Ψυχική διαταραχή	Μόνο Σοβαρή ΔΧΑ	Κατάθλιψη +ΔΧΑ	Κατάθλιψη	Σοβαρή ΔΧΑ	Αγχώδεις διαταραχές + ΔΧΑ	Αγχώδεις διαταραχές	Σοβαρή ΔΧΑ
Χρήση υπηρεσιών Υγείας*									
Γενικής υγείας ^{*1}	1.00	1.71 (0.89 – 3.30)	0.51 (0.25 – 1.04)	1.00	0.75 (0.25 – 2.19)	0.20 (0.07 – 0.58)	1.00	1.94 (0.95 – 3.97)	0.63 (0.30 – 1.34)
Ψυχικής υγείας ^{*2}	1.00	1.14 (0.57 – 2.24)	0.24 (0.10 – 0.55)	1.00	3.18 (0.84 – 12.05)	0.69 (0.18 – 2.63)	1.00	0.85 (0.42 – 1.73)	0.18 (0.07 – 0.42)
Γενικής υγείας για ψυχολογικό πρόβλημα ^{*2}	1.00	1.61 (0.84 – 3.06)	0.55 (0.27 – 1.11)	1.00	2.06 (0.67 – 6.36)	0.83 (0.27 – 2.53)	1.00	1.65 (0.82 – 3.33)	0.61 (0.29 – 1.30)
Άλλων (π.χ.Ιερωμένους) ^{*2}	1.00	0.95 (0.43 – 2.05)	0.68 (0.29 – 1.59)	1.00	1.03 (0.30 – 3.60)	0.74 (0.22 – 2.53)	1.00	1.14 (0.49 – 2.68)	0.76 (0.31 – 1.91)
Στάσεις απέναντι στην ψυχιατρική θεραπεία									
“Αν χρειαζόμουν βοήθεια για ψυχολογικά θέματα”:									
Δεν θα μιλούσα σε κανένα ^{▲1}	1.00	0.79 (0.36 – 1.75)	1.41 (0.64 – 3.09)	1.00	0.45 (0.14 – 1.40)	0.57 (0.20 – 1.67)	1.00	1.07 (0.41 – 2.80)	2.17 (0.85 – 5.53)
Θα μιλούσα σε επαγγελματία υγείας ^{▲2}	1.00	2.03 (1.11 – 3.75)	0.75 (0.40 – 1.40)	1.00	2.89 (1.01 – 8.21)	1.46 (0.53 – 3.97)	1.00	1.90 (0.97 – 3.70)	0.66 (0.34 – 1.28)
Θα μιλούσα σε ψυχίατρο-ψυχολόγο ^{▲3}	1.00	1.36 (0.54 – 3.50)	0.71 (0.26 – 1.93)	1.00	0.64 (0.07 – 5.85)	0.20 (0.02 – 1.83)	1.00	1.21 (0.44 – 3.28)	0.67 (0.23 – 1.91)
“Αν πάθαινα κατάθλιψη Θα προσπαθούσα να το ξεπεράσω μόνος ή με τους φίλους” ^{▲4}	1.00	0.40 (0.22- 0.73)	1.27 (0.68 – 2.37)	1.00	0.22 (0.08- 0.64)	0.72 (0.27 – 1.93)	1.00	0.46 (0.24 – 0.89)	1.44 (0.74 – 2.79)
Αρνητικές πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα ⁵	ref	1.42 (0.5 – 2.4)	0.7 (-0.3 – 1.7)	ref	2.0 (0.3 – 3.6)	1.0 (-0.6 – 2.6)	ref	1.4 (0.3 – 2.5)	0.7 (-0.3 – 1.8)
* ¹) > 2φορές τον τελευταίο χρόνο (ref: ≤2 φορές τον τελευταίο χρόνο), * ²) τουλάχιστον 1 φορά τον τελευταίο χρόνο (ref: καμία φορά τον τελευταίο χρόνο),									
▲ ¹ ref: θα μιλούσα σε κάποιο φίλο/συγγενή ή επαγγελματία υγείας ▲ ² ref: θα μιλούσα σε φίλο ή δεν θα μιλούσα σε κανέναν									
▲ ³ ref:θα μιλούσα σε μη-ειδικό επαγγελματία υγείας (γενικό γιατρό / παθολόγο/φαρμακοποιό) ▲ ⁴ ref :θα ακλουθούσα κάποιου είδους θεραπεία με ειδικό									
5) Πεποιθήσεις για τα ψυχιατρικά φάρμακα με το Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). Υψηλότερο σκορ σημαίνει περισσότερο αρνητικές πεποιθήσεις									

	Διπλή Διάγνωση	Μόνο ψυχική διαταραχή	Μόνο Σοβαρή ΔΧΑ	Κατάθλιψη +ΔΧΑ	Κατάθλιψη	Σοβαρή ΔΧΑ	Αγχώδεις διαταραχές + ΔΧΑ	Αγχώδεις διαταραχές	Σοβαρή ΔΧΑ
Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές									
Αστικότητα									
Αστικές (ref: Ημιαστικές/Αγροτικές)	1.00	2.52 (1.35 – 4.71)	1.74 (0.91 – 3.33)	1.00	2.43 (0.87 – 6.79)	1.56 (0.58 – 4.19)	1.00	2.54 (1.28 – 5.08)	1.98 (0.98 – 4.04)
Μορφωτικό επίπεδο									
Τριτοβάθμια (ref: Δευτεροβάθμια ή λιγότερο)	1.00	1.56 (0.57 – 4.27)	1.20 (0.42 – 3.46)	1.00	1.03 (0.20 – 5.33)	1.00 (0.21 – 4.80)	1.00	1.48 (0.49- 4.52)	1.23 (0.39 – 3.88)
Οικονομικές δυσκολίες									
Αρκετές/πολλές (ref: Λίγες/καθόλου)	1.00	0.94 (0.51 – 1.71)	0.41 (0.22 – 0.77)	1.00	1.01 (0.34 – 2.95)	0.27 (0.01 – 0.76)	1.00	1.07 (0.56 – 2.06)	0.52 (0.27 – 1.02)
Οικογενειακή κατάσταση (ref: όλες οι άλλες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης)									
Έγγαμος	1.00	1.14 (0.48 – 2.69)	1.88 (0.78 – 4.51)	1.00	1.18 (0.28 – 4.93)	1.67 (0.45 – 6.16)	1.00	0.97 (0.38 – 2.51)	1.72 (0.66 – 4.44)
Ποτέ παντρεμένος	1.00	0.75 (0.40 – 1.43)	0.74 (0.38 – 1.43)	1.00	0.47 (0.16 – 1.41)	0.77 (0.27 – 2.16)	1.00	0.84 (0.42 – 1.70)	0.80 (0.39 – 1.62)
Διαζευγμένος / Χήρος	1.00	0.98 (0.42 – 2.29)	0.82 (0.33 – 2.04)	1.00	1.31 (0.34 – 5.05)	0.76 (0.20 – 2.90)	1.00	0.96 (0.39 – 2.38)	0.83 (0.32 – 2.14)

Οι λόγοι αναλογιών και οι συντελεστές συσχέτισης που παρουσιάζονται είναι προσαρμοσμένοι κατά φύλο και ηλικία

Πίνακας 5 Συμπτώματα Κατάθλιψης και Αγχωδών διαταραχών σε ασθενείς με συνοσηρότητα Διαταραχών Χρήσης αλκοόλ (ΔΧΑ)

Λόγοι αναλογιών (95% ΔΕ) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης	Κατάθλιψη + ΔΧΑ	Κατάθλιψη	Αγχώδεις Διαταραχές + ΔΧΑ	Αγχώδεις Διαταραχές
CISR score >18 (υψηλή ψυχολογική επιβάρυνση)	1.00	0.10 (0.01 – 0.86)	1.00	1.09 (0.56 – 2.15)
Συμπτώματα (Score CIS-R Συμπτώματος ≥ 2)				
• ψυχοσωματικά	1.00	0.36 (0.11 – 1.14)	1.00	0.99 (0.50 – 1.99)
• κόπωση	1.00	0.18 (0.02 – 1.53)	1.00	2.02 0.98 – 4.15
• διαταραχές μνήμης/συγκέντρωσης	1.00	0.34 (0.12 – 1.04)	1.00	0.60 (0.29 – 1.24)
• προβλήματα ύπνου	1.00	1.37 (0.49 – 3.88)	1.00	1.10 (0.56 – 2.16)
• ευερεθιστότητα	1.00	0.83 (0.27 – 2.59)	1.00	0.92 (0.46 – 1.83)
• ανησυχία για την σωματική υγεία	1.00	1.70 0.51 – 5.64	1.00	1.52 (0.69 – 3.33)
• Καταθλιπτικές ιδέες	1.00	0.31 (0.04 – 2.49)	1.00	0.92 (0.47 – 1.81)
• Άγχος	1.00	1.82 0.59 – 5.65	1.00	0.89 (0.44 – 1.78)
• Φοβίες	1.00	1.06 0.35 – 3.20	1.00	0.78 (0.40 – 1.52)
• Κρίσεις πανικού	1.00	2.41 0.48 – 11.89	1.00	0.78 (0.38 – 1.57)
• Καταναγκασμοί & Ιδεοληψίες	1.00	0.74 0.25 – 2.10	1.00	0.53 (0.27 – 1.04)

Τα συμπτώματα «καταθλιπτικό συναίσθημα» και «ανησυχία» δεν συμπεριλαμβάνονται στον πίνακα καθώς δεν ήταν δυνατός ο υπολογισμός λόγω αναλογιών, λόγω μικρού αριθμού παρατηρήσεων σε κάποια από τις κατηγορίες.

Οι λόγοι αναλογιών είναι προσαρμοσμένοι κατά φύλο, ηλικία και για την παρουσία σωματικών προβλημάτων υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aalto M, Alho H, Halme JT, Seppd K: AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug Alcohol Depend.* 2009, 103: 25-29.
2. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acu AJ, Lewis G: Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry.* 2001, 178: 228
3. Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1725.
4. Bellos S., Skapinakis P., Mavreas, V. Factor Analysis and normative score of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a general population representative Greek sample, *Under Review, June 2018*
5. Berglund, M., & Ojehagen, A. (1998). The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(S7).
6. Boschloo, L., Vogelzangs, N., Smit, J. H., van den Brink, W., Veltman, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*, 131(1), 233-242.
7. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia CJR, Zomignani MA: Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995, 30: 127-131.
8. Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187.
9. Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and alcohol dependence*, 68(3), 299-307.
10. Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and alcohol dependence*, 68(3), 299-307.
11. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory care quality improvement project (ACQUIP). alcohol use disorders identification test. *Arch Intern Med.* 1998, 158: 1789-1795.
12. Carrigan MH, Randall CL (2003): Self-medication in social phobia: A review of the alcohol literature. *Addict Behav* 28:269 –284
13. Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T., & Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1195-1203.
14. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003): Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60:837– 844.
15. Dawson, D. A., Grant, B. F., & Stinson, F. S. (2005). The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Comprehensive psychiatry*, 46(6), 405-416.
16. Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., & Meltzer, H. (2007). The spectrum of suicidal ideation in Great Britain: comparisons across a 16–74 years age range. *Psychological medicine*, 37(6), 795-805.
17. Doyle, S. R., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (2007). The factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 474–479.
18. Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., ... & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 52(4), 469-476.
19. Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W., & Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with

- and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 36(3), 249-255.
20. Drummond C, Gual A, Goos C, Godfrey C, Deluca P, Von Der Goltz C, Gmel G, Scafato E et al (2011) Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction* 106(Suppl 1):31–36
 21. Flensburg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbaek M (2009) Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. *Compr Psychiatry* 50(4):307–314
 22. Goldney, R. D., Wilson, D., Dal Grande, E., et al (2000) Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 98-106
 23. Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.
 24. Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L. R., & Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of general psychiatry*, 55(3), 259-265.
 25. Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
 26. Hoff, R. A., & Rosenheck, R. A. (1999). The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 50(10), 1309-1315., R. A. (1999). The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 50(10), 1309-1315.
 27. Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and health*, 14(1), 1-24.
 28. Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4), 597-611.
 29. Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730-737.
 30. Khantzian, E. J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 10(9), 47-54.
 31. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Yfantopoulos J, Dimitrakaki C, Tountas Y: Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value Health*. 2008, 11: 1162-1169.
 32. Kranzler, H. R., & Rosenthal, R. N. (2003). Dual Diagnosis: Alcoholism and Co-Morbid Psychiatric Disorders. *The American journal on addictions*, 12(s1).
 33. Kushner MG, Sher KJ, Erickson DJ (1999): Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 156:723–732
 34. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G: Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med*. 1992, 22: 465-486.
 35. Lewis G, Pelosi AJ, Glover E, Wilkinson G, Stansfeld SA, Williams P, Shepherd M: The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychol Med*. 1988, 1988 (18): 737-745.
 36. Liakos, A., Madianos, M., & Stefanis, C. (1980). Alcohol consumption and rates of alcoholism in Greece. *Drug and alcohol dependence*, 6(6), 425-430.
 37. Liu SI, Mann A, Cheng A, Tjung JJ, Hwang LC: Identification of common mental disorders by general medical doctors in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004, 26: 282-288.
 38. Madianos, M. G., Gefou-Madianou, D, & Stefanis, C. (1995). Patterns of alcohol consumption and related problems in the general population of Greece. *Addiction*, 90(1), 73-85
 39. Mueser, K. T. (Ed.). (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. Guilford Press

40. Peng, C. -Z., Wilsnack, R. W., Kristjanson, A. F., Benson, P., & Wilsnack, S. C. (2012). Gender differences in the factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test in multinational general population surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1-2), 50– 56
41. Pez O, Gilbert F, Bitfoi A, Carta MG, Jordanova V, Garcia-Mahia C, Mateos-Alvarez R, Prince M, Tudorache B, Blatier C, Kovess-Masfety V: Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010, 45: 1149-1159
42. Reinert DF, Allen JP: The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007, 31: 185-199.
43. Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 101-109.
44. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M: (1993) Development of the alcohol Use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption–II. *Addiction.*, 88: 791-804.
45. Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bucholz, K. K., Nurnberger, J. I., Hesselbrock, V. M., Crowe, R. R., & Kramer, J. (1997). The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*, 92(10), 1289-1304.
46. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H: Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households. 2001, London: The Stationery Office
47. Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, 13(1), 163.
48. Stata Corporation: Stata Reference Manual, release 10.0. 2007, College Station, Texas: Stata Press
49. Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug & Alcohol Dependence*, 80(1), 105-116.
50. Sullivan, L. E., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American journal of medicine*, 118(4), 330-341.
51. Teesson, M., Hall, W., Slade, T., Mills, K., Grove, R., Mewton, L., ... & Haber, P. (2010). Prevalence and correlates of DSM-IV alcohol abuse and dependence in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 105(12), 2085-2094
52. The EuroQol Group: EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990, 16: 199-208.
53. von der Pahlen, B., Santtila, P., Witting, K., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., & Sandnabba, N. K. (2008). Factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for men and women in different age groups. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 616–621
54. Watson, D., Goldney, R., Fisher, L., et al (2001) The measurement of suicidal ideation. *Crisis*, 22, 12 - 14
55. Wu, L. T., Kouzis, A. C., & Leaf, P. J. (1999). Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1230-1236.
56. Zimmermann P, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R (2003) Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med* 33(7):1211–1222

