

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**



**Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών**

**«Αντιμετώπιση εξαρτήσεων-εξαρτησιολογία»**

**Διπλωματική εργασία:**

**«Συννόσηση ψυχιατρικής διαταραχής και χρήσης  
ψυχοδραστικών ουσιών σε νοσηλευόμενους ασθενείς»**

**Αναστασία Ν. Κόκκαλη, Ψυχίατρος**

**Τριμελής επιτροπή**

Επιβλέπων Καθηγητής: Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Καθηγητής  
Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Μινέρβα-Μελπομένη Μαλλιώρα, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

Ηλίας Τζαβέλλας, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ

**Αθήνα 2019**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	10
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
1.1 Φάσμα σχιζοφρένειας/ψυχωτικές διαταραχές και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	13
1.2 Διπολική διαταραχή και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	18
1.3 Διαταραχές προσωπικότητας και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	20
1.4 Καταθλιπτικές διαταραχές και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	23
1.5 Αγχώδεις διαταραχές και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.....	24
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
2.1 Σκοπός της έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα.....	25
2.2 Σχεδιασμός της έρευνας.....	27
2.3 Κριτήρια εισαγωγής.....	28
2.4 Κριτήρια αποκλεισμού.....	29
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
3.1 Στατιστική ανάλυση.....	29
3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	30
3.3 Αποτελέσματα της έρευνας.....	36
3.4 Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων- Μελλοντικές κατευθύνσεις.....	104
3.5 Περιορισμοί της έρευνας.....	105
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>116</b>
<b>Παράρτημα Ι.....</b>	<b>126</b>

Παράρτημα II.....	129
Κατάλογος Πινάκων.....	137
Κατάλογος Γραφημάτων.....	140

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ πολύ τον επιβλέποντα της Διπλωματικής μου εργασίας, Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Θωμά Παπαρρηγόπουλο, για την πολύτιμη και ουσιαστική καθοδήγησή του στην εκπόνηση της μελέτης.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, κα Μινέρβα-Μελπομένη Μαλλιώρα, για την υποστήριξή της σε όλη την πορεία της μεταπτυχιακής μου εκπαίδευσης στον τομέα των εξαρτήσεων.

Ευχαριστώ πολύ τη Διευθύντρια-Ψυχίατρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Δρομοκαΐτειο, κα Αικατερίνη Καλογεροπούλου, για τη συμβολή της και τη στήριξη στην έναρξη και συνέχιση της μελέτης.

Ευχαριστώ την οικογένειά μου για τη στήριξη.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με διπλή διάγνωση εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για υποτροπή, ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, μόλυνση από τον ιό HIV και τον ιό της ηπατίτιδας C και συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

**Σκοπός:** Η παρούσα έρευνα σκοπό έχει να προσδιορίσει το βαθμό και τον τύπο της διπλής διάγνωσης σε νοσηλευόμενους ασθενείς σε δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αθήνας, να διερευνήσει τη συσχέτιση της διπλής διάγνωσης με δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τόπος διαμονής, εργασιακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση), και να μελετήσει τα είδη ουσιών, που χρησιμοποιούνται, ώστε να διευκολυνθεί ο σχεδιασμός και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε 320 ασθενείς, που έλαβαν φροντίδα, κατόπιν εκούσιας ή ακούσιας εισαγωγής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαϊττειο», για το έτος 2017. Οι ασθενείς, που συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν λάβει διαγνώσεις σχιζοφρένειας, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, διπολικής διαταραχής, συναισθηματικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψης), αγχωδών διαταραχών και ψυχικών διαταραχών λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (κοκαΐνης, κάνναβης, βενζοδιαζεπινών, βαρβιτουρικών, οπιοειδών, αμφεταμινών), σύμφωνα με το ICD-10. Για την ανάλυση, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Chi-Square  $\chi^2$ , Student's Test, Mann-Whitney και η λογαριθμική παλινδρόμηση: α) για τη σύγκριση των ασθενών με διπλή και μη διπλή διάγνωση, β) για τη σύγκριση ασθενών με διπολική διαταραχή και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης προς τους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης, γ) για τη σύγκριση ασθενών με ψυχική διαταραχή και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης προς τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση.

**Αποτελέσματα:** Το ποσοστό της διπλής διάγνωσης βρέθηκε στο 29.7%, με το ποσοστό της διπλής διάγνωσης στη σχιζοφρένεια να ανέρχεται στο 34.7%, στο ψυχωτικό φάσμα στο 33.9%, στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή στο 40%, στη διπολική συναισθηματική

διαταραχή στο 23.7% και στο 26.6% των ασθενών με άλλες συναισθηματικές διαταραχές. Οι ασθενείς με διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος έκαναν χρήση ινδικής κάνναβης (48,3%) και αλκοόλ (26.7%) σε υψηλά ποσοστά, ενώ παρόμοια ποσοστά διαπιστώθηκαν και στους ασθενείς με διπολική διαταραχή (κάνναβη στο 55.6 % και αλκοόλ στο 22.2%). Οι ασθενείς με διπλή διάγνωση είναι συνηθέστερα άνδρες, σε σύγκριση με τους ασθενείς με μη διπλή διάγνωση (OR=2.543, 95% CI 1.374-4.708,  $p<0.003$ ), όπως προκύπτει από την πολυπαραγοντική ανάλυση. Αυτοί, που διαμένουν στην Αθήνα, σε σχέση με αυτούς, που διαμένουν στην επαρχία, έχουν 49 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και ψύχωση, ανεξαρτήτως των υπολοίπων παραγόντων (OR=49.072,  $p\text{-value}<0.047$ ). Στη σύγκριση των ασθενών με διπλή διάγνωση προς τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση, από την μονοπαραγοντική ανάλυση, φάνηκε ότι η διπλή διάγνωση αφορά κυρίως άρρενες, μικρότερης διάμεσης ηλικίας, συσχέτιση, που έφτασε τη στατιστική σημαντικότητα μόνο για το φύλο, στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Φάνηκε ότι οι άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες, έχουν 3.112 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση (OR=3.112,  $p\text{-value}<0.001$ ). Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ χωρίς άλλες ψυχικές διαταραχές ευθύνεται για το 3.8% των νοσηλειών, με ποσοστό που ανεβαίνει στο 12.2% όταν συνυπολογιστούν τα άτομα με διπλή διάγνωση και κύρια ουσία χρήσης το αλκοόλ. Το 11.6% των ατόμων νοσηλεύτηκε αποκλειστικά λόγω ψυχικής διαταραχής από χρήση εθιστικών ουσιών. Το 20.9% των ασθενών με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών με ή χωρίς άλλη ψυχική διαταραχή ήταν πολυχρήστες νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, ενώ το 57.4% έκανε χρήση μόνο μίας ουσίας. Το ποσοστό των φορέων του αντισώματος της ηπατίτιδας C υπολογίστηκε στο 10.3%.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα, που βρέθηκαν, στην παρούσα έρευνα, συμβαδίζουν με τις υποθέσεις της έρευνας, καθώς και με τη βιβλιογραφία πάνω στη διπλή διάγνωση, παρέχοντας δεδομένα για ένα μεγάλο ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Διαφαίνεται σημαντική η διερεύνηση της ενδεχόμενης χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ειδικά σε νεαρούς

άρρενες ασθενείς, που προσέρχονται με μία ψυχική διαταραχή στο Γενικό ή Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Συννοσηρότητα, Διπλή διάγνωση, Ψυχοδραστικές ουσίες, Αλκοόλ, Ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης, Ψυχωτική διαταραχή.

## Abstract

Patients suffering from dual diagnosis are proved to be at high risk of relapse, hospital admission, infection from the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis C and utilize quite more often the Health Services.

**Objective:** This study aims to measure prevalence of dual diagnosis in a public Psychiatric Hospital in Athens, Greece and investigate the sociodemographic variables that might affect dual diagnosis and to study the types of substances used, so as to facilitate specialized services. The demographics were collected on gender, age, race, residence, employment status, marital status and education.

**Method:** In this retrospective study, we studied 320 formally and informally admitted patients in Attica Psychiatric Hospital “Dromokaiteio” in Greece during 2017, who were diagnosed with one of the following psychiatric diagnoses: schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, other affective disorders (e.g. depression), anxiety disorders and mental disorders due to harmful use/abuse of psychoactive drugs (cocaine, cannabis, benzodiazepines, barbiturates, opiates, amphetamines) according to ICD-10. Chi-Square  $X^2$ , Mann-Whitney, Student’s Test and logistic regression were used with a view to identifying correlations with specific sociodemographic variables: a) in patients with dual diagnosis compared to patients without dual diagnosis, b) in patients with bipolar disorder and substance-related mental disorder compared to patients with psychosis and substance-related mental disorder and c) in patients with mental disorder and substance-related mental disorder compared to patients without drug use psychopathology.

**Results:** Dual diagnosis was estimated at 29.7%; at 34.7% in patients presenting with schizophrenia, at 33.9% in patients diagnosed with a psychotic spectrum disorder, at 40% in those with a schizoaffective disorder diagnosis, at 23.7% in patients with bipolar disorder and at 26.6% in those diagnosed with other affective disorders. Patients with a psychotic spectrum disorder were frequent cannabis (48, 3%) and alcohol users (26.7%); likewise, patients with a bipolar disorder diagnosis presented with high cannabis and alcohol patterns of use (cannabis at 55.6 % and alcohol at 22.2%). The patients with a dual



diagnosis were more frequently male compared to patients without a dual diagnosis (OR=2.543, 95% CI 1.374-4.708,  $p<0.003$ ) in multivariate analysis. Those living in Athens compared to those living in the countryside had a higher risk of psychosis and drug induced mental disorder (OR=49.072,  $p\text{-value}<0.047$ ). In univariate analysis, the patients with a dual diagnosis were more frequently male, of lower median age compared to patients with mental disorder without a drug use disorder, an association that did reach statistical significance in the multivariate analysis only for the male sex as a risk factor. Male patients are at higher risk of a dual diagnosis compared to female (OR=3.112,  $p\text{-value}<0.001$ ). Admissions due to alcohol induced mental disorder without comorbid psychiatric disorder were 3.8%, elevated at 12.2% when dual diagnosis with alcohol as the predominant abused drug was taken into consideration. 11.6% of all admissions were conducted only due to substance induced mental disorders without comorbidity of mental disorders. Among patients with a mental disorder due to drug use with or without comorbid mental psychiatric disorder, 20.9% used multiple drugs-licit and illicit; whilst 57.4% used only one drug. 10.3% were positive with Hepatitis C virus antibodies.

**Conclusion:** These results provide evidence of dual diagnosis in a large Psychiatric Hospital in Athens and appear to be in accordance with worldwide literature. It is considerably vital to investigate any possible drug use especially in young, male patients, who are admitted in General or Psychiatric Hospitals, suffering from a psychiatric mental disorder.

**KEYWORDS:** Comorbidity; Dual diagnosis; Psychoactive drugs; Alcohol; Mental psychiatric disorder; Psychotic spectrum disorder.

## Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (ΠΟΥ, 1995) ως συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής, οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μίας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία, (WPA, 2012) ίδρυσε νέο Κλάδο για αυτό το ζήτημα και έχει επιλέξει τον όρο «διπλές διαταραχές ή διπλή παθολογία» (“dual disorders/pathology”).

Η συννοσηρότητα αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για μη συμμόρφωση στη θεραπεία, για υποτροπή, για ενδοноσοκομειακή νοσηλεία, σύντομη επανεισαγωγή μετά το εξιτήριο, overdose και έχει συσχετισθεί με τον ιό της ανοσοεπάρκειας HIV, με ηπατίτιδα, αλλά και με βία, επιθετικότητα και φυλάκιση. Παρόλα αυτά, η διπλή διάγνωση συχνά υποτιμάται, υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται με συνακόλουθη χαοτική πρόσβαση στο Τμήμα των Επειγόντων.

Σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της αυξημένης συννόησης διαταραχής χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και ψυχικών διαταραχών έχουν διατυπωθεί διάφορες υποθέσεις, όπως ότι: (α) αμφότερες αποτελούν διαφορετικές εκφράσεις μίας κοινής υποκείμενης βιολογικά/γενετικά καθοριζόμενης διαταραχής, (β) η χρήση ουσιών προσφέρει ανακούφιση από τη δυσφορία και το άγχος που συνεπάγονται οι ψυχικές διαταραχές, (γ) η χρήση δρα ως εκλυτικός παράγοντας προϋπάρχουσας «υποκλινικής» ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ευάλωτα άτομα και (δ) η εκδήλωση ψυχοπαθολογίας είναι το αποτέλεσμα της χρήσης ουσιών (δευτεροπαθής κλινική διαταραχή) (Τσακλακίδου Δ, Παπαρρηγόπουλος Θ, Λιάππας Ι, 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στο Διεθνές Ταξινομητικό Σύστημα Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, 10η Αναθεώρηση (ICD-10, 1993) προσδιορίζει ως διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών τις ακόλουθες:

- την οξεία τοξίκωση
- την επιβλαβή χρήση
- την εξάρτηση

- το σύνδρομο απόσυρσης
- το σύνδρομο απόσυρσης με ντελίριο
- την ψυχωτική διαταραχή (με παραισθήσεις, με ψευδαισθήσεις, μη προσδιοριζόμενη αλλιώς)
- την αμνησία
- την υπολειμματική και όψιμης έναρξης ψυχωτική διαταραχή
- άλλες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (με αγχώδη διαταραχή, με σεξουαλική δυσλειτουργία, με διαταραχή ύπνου)
- μη προσδιοριζόμενες αλλιώς ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, συντμ. DSM-5, 2013) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA) αναφέρει

1. στην κατηγορία των συνδεόμενων με ουσίες διαταραχών και εθιστικών διαταραχών
  - τη διαταραχή χρήσης ουσίας
  - την τοξίκωση από ουσία
  - τη στέρηση ουσίας,
  - άλλες προκαλούμενες από ουσία διαταραχές
  - την απροσδιόριστη συνδεόμενη με ουσία διαταραχή

όπου η ουσία προσδιορίζεται μεταξύ των

- αλκοόλ,
- κάνναβης,
- ψευδαισθησιογόνων,
- εισπνεόμενων ουσιών,

- οπιοειδών,
  - ηρεμιστικών, υπνωτικών, αγχολυτικών
  - διεγερτικών (κοκαΐνης, αμφεταμίνης)
  - νικοτίνης
  - άλλων (ή άγνωστων) ουσιών
2. στο Φάσμα της σχιζοφρένειας και των άλλων ψυχωτικών διαταραχών αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα ψυχωτική διαταραχή, με έναρξη στη διάρκεια της τοξίκωσης ή της στέρησης
  3. στην κατηγορία των διπολικών και συνδεόμενων διαταραχών αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα διπολική και συνδεόμενη διαταραχή
  4. στην κατηγορία των καταθλιπτικών διαταραχών αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα καταθλιπτική διαταραχή
  5. στην κατηγορία των αγχώδων διαταραχών αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα αγχώδης διαταραχή
  6. στην κατηγορία των ιδεοψυχαναγκαστικών και συνδεόμενων διαταραχών αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα ιδεοψυχαναγκαστική και συνδεόμενη διαταραχή
  7. στην κατηγορία των διαταραχών ύπνου-αφύπνισης αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα διαταραχή ύπνου
  8. στην κατηγορία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών αναφέρεται η
    - προκαλούμενη από ουσίες/φάρμακα σεξουαλική δυσλειτουργία

## Κεφάλαιο 1

### 1.1 Φάσμα σχιζοφρένειας/ψυχωτικές διαταραχές και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Από τις πρώτες αναφορές, το 1950-1951 μέχρι σήμερα, σχετικά με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και την εμφάνιση ψυχωτικών διαταραχών, αρκετά νεότερα δεδομένα έχουν εμπλουτίσει τις γνώσεις μας στο πεδίο των ψυχοδραστικών ουσιών και των κλινικά παρατηρούμενων εκδηλώσεων και διαταραχών. Το 1950-1 (Levin M. 1950 , Malzberg B. 1951,) γίνονται οι πρώτες αναφορές για χαμηλά ποσοστά ψυχώσεων, που προκαλούνται από βαρβιτουρικά, της τάξης του 3% από το σύνολο των πρώτων ψυχωτικών επεισοδίων, που χρειάστηκαν ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση. Το 1954 γίνεται αναφορά σε προκαλούμενη από αμφεταμίνες ψύχωση (Herman et al, 1954) και το 1955 δημοσιεύεται εργασία με προκαλούμενες από αλκοόλ ψυχώσεις (Singer et al, 1955).

Το 1991, δημοσιεύεται η πρώτη μελέτη προσπάθειας καταγραφής της διπλής διάγνωσης, όπως αυτή ορίζεται και σήμερα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (Kiesler et al 1991), σύμφωνα με την οποία το ποσοστό της διπλής διάγνωσης ανερχόταν στο 12% εκ των 208.000 νοσηλευόμενων σε γενικά νοσοκομεία. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στη μελέτη αυτή, προκαλεί η μέση διάρκεια παραμονής των ατόμων με διπλή διάγνωση στο νοσοκομείο, που ήταν μικρότερη σε σύγκριση με εκείνους, που νοσηλεύονταν λόγω μίας ψυχικής διαταραχής, μη οφειλόμενης σε εθιστικές ουσίες. Σε μελέτη του 1991, το ποσοστό της διπλής διάγνωσης, των προσερχόμενων σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, που πληρούσε τα κριτήρια με βάση το DSM III R ανερχόταν σε 39%, οι ασθενείς με ψυχική νόσο αποτελούσαν το 26%, και το 34% αντιπροσώπευε ασθενείς με διάγνωση ψυχικής διαταραχής οφειλόμενης σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. (Khalsa et al. 1991).

Τα ποσοστά της διπλής διάγνωσης, προϊόντος του χρόνου, εμφανίζουν διακυμάνσεις, που επηρεάζονται μεταξύ άλλων από το πολιτισμικό πλαίσιο της περιοχής μελέτης. Επίσης, η γεωγραφική διαφοροποίηση του επιπολασμού της κατάχρησης

ουσιών στην ψύχωση είναι χρήσιμη, ώστε να αξιολογηθεί σε ποιο βαθμό η συννόσηση αυτών είναι προϊόν μίας κοινωνίας και των συνθηκών της και σε ποιο βαθμό η ψύχωση ενισχύει την ευαλωτότητα στην εξάρτηση και τη χρήση.

Οι ψυχωτικές διαταραχές συνδέονται στενά με τη διαταραχή χρήσης ουσιών. Αρκετά συχνά συνυπάρχουν και αρκετές εθιστικές ουσίες έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν την ψυχωτική συμπτωματολογία είτε οξέως είτε για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους. (Ross et al. 2012).

Ένας στους 100 στο γενικό πληθυσμό θα νοσήσει από σχιζοφρένεια και περίπου οι μισοί από αυτούς θα αναπτύξουν μια διαταραχή χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Η παράλληλη χρήση φαίνεται ότι αυξάνει τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο, επιτείνει την επιθετικότητα, επιδεινώνει την αυτοκτονικότητα και σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση και αυξημένη θνητότητα των ασθενών με διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος, σε σχέση με ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή, που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Επίσης, η συννοσηρότητα φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερη συμμόρφωση στη θεραπεία, μικρότερη δέσμευση και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Η διπλή διάγνωση σε ασθενείς με σχιζοφρένεια περιπλέκει την κλινική εικόνα, και χρειάζεται οργανωμένη και στοχευμένη παρέμβαση για την αντιμετώπιση ενός διττού προβλήματος στην πορεία της νόσου. Σύμφωνα με τη ντοπαμινεργική υπόθεση της σχιζοφρένειας, υπάρχει αυξημένη νευρωνική ντοπαμινεργική δραστηριότητα σε υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου, όπως στην περιοχή του μεταιχμιακού συστήματος. Επίσης, όλα ανεξαιρέτως τα αντιψυχωσικά φάρμακα (κλασικά και άτυπα) ασκούν τη δράση τους μέσω του ντοπαμινεργικού αποκλεισμού ή της μείωσης της ντοπαμινεργικής νευροδιαβίβασης στους D2 υποδοχείς στο μετασυναπτικό νευρώνα. Εφόσον οι ομάδες των εθιστικών ψυχοτρόπων ουσιών, στην πλειονότητά τους, μοιράζονται ένα κοινό χαρακτηριστικό: την ευόδωση της ντοπαμινεργικής λειτουργίας στο “μεσοφλοιο-μεταιχμιακό σύστημα”, φαίνεται ότι η χρήση επιτείνει τα ψυχωσικά συμπτώματα ασθενών με σχιζοφρένεια.

Πρόσφατα, έχει προταθεί πως ο συνεχής και επαναληπτικός ερεθισμός του μεταιχμιακού ντοπαμινεργικού συστήματος από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως οι

ψυχοδραστικές ουσίες, το στρες, ο κοινωνικός αποκλεισμός, συνεισφέρουν σε υπερευαίσθητοποίηση του ντοπαμινεργικού μεταχιαμιακού συστήματος σε γενετικά ευαίσθητα άτομα, με αποτέλεσμα την ετοιμότητα του συστήματος για περαιτέρω ενεργοποίηση από επόμενες εκλυτικές ψυχοπρεστικές συνθήκες. Για παράδειγμα, σε εξαρτημένα από κοκαΐνη άτομα, αρκούν όλο και μικρότερες δόσεις για να εκλυθούν ψυχωτικά συμπτώματα. Ιδιαίτερη σημασία, ίσως, χρειάζεται να δοθεί στην ινδική κάνναβη, αφού ο σχετικός κίνδυνος νόσησης από ψύχωση είναι σχεδόν πενταπλάσιος σε άτομα ηλικίας κάτω των 16 ετών, που κάνουν συστηματική χρήση, με ηλικία πρώτης εκδήλωσης έως και 10 έτη μετά.

Η κοκαΐνη ως ψυχοδιεγερτικό είναι γνωστό ότι δύναται να προκαλέσει ψύχωση. Σε πρόσφατη μεταανάλυση, οι Newcomb et al αναφέρουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στους χρόνια εξαρτημένους από κοκαΐνη, κάτι που δεν παρατηρείται σε χρήστες με ηπιότερη χρήση ή χρήση μικρότερων ποσοτήτων κοκαΐνης. Οι Manschreck et al παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με ψυχωτικά συμπτώματα κατά την τοξίκωση με κοκαΐνη είχαν συννόσηση με άλλες μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές (ψύχωση, ΔΕΠΥ κ.ά.). Τα άτομα με παροδικά παρανοϊκά συμπτώματα, στην τοξίκωση από κοκαΐνη, εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο ψύχωσης σε σύγκριση με αυτούς, που δε βιώνουν ψυχωτικά συμπτώματα στο πλαίσιο της χρήσης. Γι' αυτό το λόγο, η κοκαΐνη θεωρείται ένας από τους παράγοντες κινδύνου για ψύχωση σε ευάλωτα άτομα, αν και υπάρχουν λιγότερες μελέτες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες μελέτες για την κάνναβη και τις αμφεταμίνες. Στον αντίποδα, οι ασθενείς με διάγνωση του ψυχωτικού φάσματος, έχουν συχνότερα ιστορικό χρήσης ουσιών, ιδιαίτερα κοκαΐνης και αμφεταμινών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η κοκαϊνική χρήση έχει συσχετισθεί με δυσμενέστερη πρόγνωση της ψυχωτικής διαταραχής, υψηλότερο ποσοστό υποτροπών, χειρότερη συμμόρφωση στη θεραπεία και πτωχότερη ανταπόκριση στη συμβατική αντιψυχωτική αγωγή (Ross et al. 2012).

Σε πρόσφατη μετα-ανάλυση της χρήσης διεγερτικών σε ομάδες ψυχωτικών ασθενών, για το διάστημα 1946-2013, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ψύχωση εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής χρήσης διεγερτικών ουσιών σε σχέση με

το γενικό πληθυσμό με ποικίλες, ωστόσο, διακυμάνσεις ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, τις υπηρεσίες υγείας και τις κλινικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ερευνών. Το ποσοστό διπλής διάγνωσης με διαταραχή χρήσης διεγερτικών ανερχόταν στο 8.9% (95% CI 7.4%, 10.5%). Υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στις μελέτες με συναισθηματικές ψυχώσεις, μελέτες με νοσηλευόμενους ασθενείς, μελέτες από τις ΗΠΑ και την Αυστραλία και μελέτες με υψηλότερα ποσοστά παράλληλης χρήσης ινδικής κάνναβης. Τα ποσοστά της διαταραχής χρήσης διεγερτικών παρέμεναν σχετικά σταθερά στο χρόνο και δεν επηρεάζονταν από το φύλο, την ηλικία, το στάδιο της ψύχωσης, τον υπότυπο της διεγερτικής ουσίας ή μεθοδολογικούς παράγοντες της εκάστοτε έρευνας. (Sara et al. 2015).

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία, ιδιαίτερος λόγος γίνεται για τη συχνή συσχέτιση της κάνναβης με την ψύχωση. Οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν τα δεδομένα τους, με τρόπο που δύο υποθέσεις θεωρούνται ως επικρατέστερες για τη μεταξύ τους σχέση. Η πρώτη πιθανή εξήγηση είναι ότι η κάνναβη αποτελεί εκλυτικό παράγοντα ψύχωσης. Η δεύτερη πιθανολογεί την εμφάνιση ψύχωσης σε ευάλωτα άτομα, που κάνουν χρήση κάνναβης.

Σε πρόσφατη ανασκόπηση του 2016, τα βιβλιογραφικά δεδομένα τείνουν να υποστηρίζουν ότι η κάνναβη από μόνη της δεν προκαλεί ψύχωση, αλλά η πρώιμη και η βαριά χρήση είναι πιθανό να προκαλέσουν ψύχωση σε ευάλωτα άτομα. (Ksir et al. 2016).

Μελέτη ασθενών-μαρτύρων του 2019 (Di Forti et al. 2019), συμπεριέλαβε 901 ασθενείς 18-64 ετών σε 11 περιοχές της Ευρώπης και της Βραζιλίας, που προσήλθαν στις ψυχιατρικές υπηρεσίες με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και 1237 υγιείς μάρτυρες από τις ίδιες περιοχές. Η καθημερινή χρήση κάνναβης είχε υψηλό σχετικό κίνδυνο για εμφάνιση ψυχωτικής διαταραχής σε σχέση με τους μη χρήστες (adjusted odds ratio [OR] 3,2 (95% CI: 2.2-4.1), αυξανόμενο σε 5πλάσιο κίνδυνο (4.8, 95% CI: 2.5-6.3), αν η καθημερινή χρήση αφορούσε κάνναβη υψηλής ισχύος, δηλαδή υψηλής περιεκτικότητας σε Δ<sup>9</sup>-τετραϋδροκανναβινόλη (THC>10%).



Πειραματικές έρευνες σε υγιείς ανθρώπους έδειξαν ότι η κάνναβη και το βασικό της συστατικό η Δ<sup>9</sup>-τετραϋδροκανναβινόλη (THC) μπορούν να προκαλέσουν παροδικά, δοσο-εξαρτώμενα ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά και γνωσιακά ελλείμματα, που μπορούν να ελαττωθούν από την κανναβιδιόλη (CBD). Μελέτες σε τρωκτικά επιβεβαιώνουν αυτά τα αποτελέσματα και δείχνουν ότι η έκθεση στην κάνναβη στην εφηβική ηλικία οδηγεί σε δομικές αλλαγές και επηρεάζει τη συναπτική νευροπλαστικότητα, κυρίως στο μετωπο-μεταιχμιακό σύστημα, που εμπλέκεται σε ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες. Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ωρίμανση του εγκεφάλου. Η υπερενεργοποίησή του από αγωνιστές του CB1 υποδοχέα (όπως η THC) στην εφηβεία και οι επαγόμενες αλλαγές στη νευροπλαστικότητα θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ωρίμανση του εγκεφάλου και να προκαλέσουν μόνιμες αλλαγές στον ενήλικο εγκέφαλο. Η συγκεκριμένη ανασκόπηση καταλήγει ότι η εφηβεία και η νεαρή ενήλικη ζωή είναι κρίσιμες περίοδοι αυξημένης ευαλωτότητας. (Krebs et al. 2019).

Πρόσφατες μελέτες σημειώνουν ένα επιπρόσθετο κίνδυνο, για τους ασθενείς με ψύχωση και παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Οι Potvin et al αναφέρουν, σε μετα-ανάλυση του 2009, ότι η χρήση εθιστικών ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο δυστονίας, ακαθυσίας και όψιμης δυσκινησίας. Στη συγκεκριμένη έρευνα, η κοκαΐνη ενοχοποιήθηκε, μεταξύ των άλλων ουσιών, για σημαντικότερη και συχνότερη επιδείνωση των εξωπυραμιδικών εκδηλώσεων (συμπεριλαμβανομένων ακαθυσίας, δυστονίας, δυσκινησίας και παρκινσονισμού) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, που ελάμβαναν αντιψυχωτική αγωγή. Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις για συσχέτιση της εμφάνισης ακαθυσίας με την κατάχρηση αλκοόλ (Hansen et al. 2013, Duke et al. 1994). Σε μελέτη, που έλαβε χώρα στο Λονδίνο το 1994 από τους Duke et al, τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνεύματος συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης δυσκινησίας στο πρόσωπο, υποδηλώνοντας ότι το αλκοόλ, πιθανόν, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση όψιμης δυσκινησίας. Η σοβαρότητα της ακαθυσίας συσχετίστηκε, επίσης, με την κατανάλωση οινοπνεύματος και υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του υποκειμενικού αισθήματος δυσφορίας από την ακαθυσία και το βαθμό της

κατάχρησης. Οι Hansen et al, μελετώντας εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες σε 70 ασθενείς με σχιζοφρένεια, αναφέρουν ότι το ιστορικό ή η πρόσφατη χρήση οινόπνεύματος δε συσχετίζονται με εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, ωστόσο η πρόσφατη χρήση αλκοόλ συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για ακαθυσία.

## **1.2 Διπολική διαταραχή και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών**

Οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή (ΔΔ) έχουν υψηλό, αν όχι το υψηλότερο ποσοστό διαταραχής χρήσης ουσιών από όλες τις ψυχικές διαταραχές. Μία από τις θεωρίες της αιτιοπαθογένειας της διπλής διάγνωσης στη διπολική διαταραχή (και σε άλλες ψυχικές διαταραχές) είναι ότι η μία διαταραχή μπορεί άμεσα να οδηγήσει στην άλλη, όπως η βαριά κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη στους εξαρτημένους από αλκοόλ ασθενείς. Η συννόσηση μπορεί να παρουσιαστεί και δευτερευόντως, για παράδειγμα, όταν οι ουσίες χρησιμοποιούνται σε μια προσπάθεια αυτοθεραπείας ή ανακούφισης από την ψυχική ένταση, που σχετίζεται με μία ψυχική νόσο, οδηγώντας συνακόλουθα στην εξάρτηση. Άλλες πιθανότητες περιλαμβάνουν αναπτυξιακούς, κοινωνικο-οικονομικούς και γενετικούς παράγοντες, όπως το χαμηλό οικονομικό status, το τραύμα στην παιδική ηλικία και κληρονομούμενα χαρακτηριστικά εντός της οικογένειας.

Τα υψηλά ποσοστά χρήσης, ίσως, οφείλονται σε πολιτισμικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, όπως η εύκολη πρόσβαση στις ουσίες σε κάποιες τοπικές κοινωνίες. Πρόσφατη μελέτη υποδεικνύει ότι η χρήση κάνναβης είναι υψηλή στη διπολική διαταραχή και μπορεί να πυροδοτήσει μανιακά συμπτώματα, επιταχύνοντας την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής σε μικρότερη ηλικία. Η ανίχνευση όσων βρίσκονται σε κίνδυνο για ανάπτυξη διαταραχής χρήσης ουσιών (ΔΧΟ) σε νεαρή ηλικία είναι σημαντική, γιατί η έναρξη της διπολικής διαταραχής συνηθέστερα προηγείται της ανάπτυξης ΔΧΟ, ώστε να υπάρχει ένα μικρό παράθυρο πρώιμης και έγκαιρης παρέμβασης.

Η συνύπαρξη ΔΔ και ΔΧΟ σχετίζεται με συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αποσταθεροποίηση της πορείας της ΔΔ, συνεισφέροντας σε πτωχή ανταπόκριση. Παρά τα υψηλά ποσοστά συννόσησης, η αιτιοπαθογένεια του φαινομένου παραμένει ασαφής, ενώ συχνά υποδιαγιγνώσκεται από κλινικούς, που ασκούνται στον ένα ή στον άλλο τομέα.

Σε επιδημιολογικές μελέτες, τα ποσοστά της διπλής διάγνωσης μπορούν να ερμηνευθούν με δύο τρόπους: ο επιπολασμός των ΔΧΟ μεταξύ των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή ή ο επιπολασμός των ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ των ασθενών με μία ΔΧΟ. Τα αντίστοιχα ποσοστά μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, ο επιπολασμός της χρήσης ουσιών σε ασθενείς με μανία ήταν περίπου 30%, ενώ ο επιπολασμός της μανίας σε ασθενείς με ΔΧΟ ήταν περίπου 5%. (Messer et al. 2017).

Σε πρόσφατη συστηματική μετα-ανάλυση, με επιδημιολογικά δεδομένα, που συλλέχθηκαν από το 1990 έως το 2015, φάνηκε ότι αν κι ο μέσος επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I ή II στο γενικό πληθυσμό είναι λιγότερο από 3%, ο μέσος επιπολασμός στη ΔΔ για διαταραχή χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ψυχοδραστικής ουσίας είναι 17%, για διαταραχή χρήσης από αλκοόλ είναι 24% και για διαταραχή χρήσης ουσιών είναι 33%. Η ισχυρότερη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ ΔΔ και χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών (OR 4.96 95% CI 3.98-6.17), ακολουθούμενη από τη ΔΔ και τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ (OR 4.09 95% CI 3.37-4.96). Η σύνδεση ήταν υψηλότερη για τη ΔΔ-I και τη χρήση παράνομων ουσιών σε σχέση με τη ΔΔ-II (ORs 7.48 versus 3.30), αλλά τα ORs για χρήση αλκοόλ δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ασθενών με ΔΔ-I και ΔΔ-II (ORs 3.78 versus 3.82).

Από τις παράνομες εθιστικές ουσίες, η κάνναβη είχε τον υψηλότερο επιπολασμό (μέσος 17%, SD 8.9), ακολούθως η κοκαΐνη με 6.6% και τα οπιοειδή με 4.3%. Υπήρχε αρκετή ετερογένεια ως προς τα ποσοστά επιπολασμού στις διάφορες μελέτες, που συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση, ώστε ο επιπολασμός, κατά μέσο όρο, να υπολογίζεται για τη διαταραχή χρήσης παράνομων ουσιών στο 17% (SD 10.3), για τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ στο 23.7% (SD 15.4) και για τη διαταραχή χρήσης οποιασδήποτε ουσίας στο 33.4% (SD 16.4).

Αντίστροφα, στην ίδια ερευνητική εργασία, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με διαταραχή χρήσης αλκοόλ (κατάχρηση ή εξάρτηση) είχαν 4.1 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν ΔΔ σε σχέση με αυτούς χωρίς διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Ο σχετικός κίνδυνος ήταν ακόμη μεγαλύτερος για τους χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών (RR 5.0) σε σχέση με τους μη χρήστες. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι μεγαλύτερο κίνδυνο διέτρεχαν όσοι βρίσκονταν σε μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο (Hunt et al. 2016).

Σε άλλη μετα-ανάλυση του 2017 (Messer et al. 2017), το άρρεν φύλο (Odds ratio: 2.191(95%CI: 1.121–4.281), P:0.022), ο αριθμός των μανιακών επεισοδίων (P:0.001) και το προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικότητας (Odds ratio: 1.758 (95% CI: 1.156–2.674), P: 0.008) φαίνεται να σχετίζονται με διαταραχή χρήσης ουσιών σε ασθενείς με ΔΔ. Η διαταραχή χρήσης ουσιών δε συσχετιζόταν με την ηλικία, τον υπότυπο της ΔΔ, την ενδοκοκομειακή νοσηλεία και τη συνύπαρξη αγχωδών διαταραχών ή ψυχωτικών συμπτωμάτων.

### **1.3 Διαταραχές προσωπικότητας και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών**

Σε πολλές μελέτες, σε επίπεδο επίσημης διαταραχής με βάση τα διαγνωστικά εγχειρίδια των ψυχικών νόσων Ευρώπης και Αμερικής, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά οριακών (EUPD) και αντικοινωνικών (APD) διαταραχών προσωπικότητας σε ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σύγκριση προς το γενικό πληθυσμό και ακόμα υψηλότερα επίπεδα στην ομάδα των εξαρτημένων από οπιοειδή ασθενών.

Βασικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που ανιχνεύονται σε υψηλά ποσοστά σε άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών είναι ο μειωμένος έλεγχος επί των παρορμήσεων και η ανάγκη για καινοτομία ή η αναζήτηση καινοφανών ερεθισμάτων. Σε μία μελέτη (Milivojevic et al., 2012) διαπιστώθηκε ότι οι εξαρτημένοι από οπιοειδή ασθενείς εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά αναζήτησης καινοτομίας και υπέρβασης του εαυτού σε σύγκριση με εξαρτημένους από το οινόπνευμα ασθενείς, υποδεικνύοντας ότι ίσως είναι πιο επιρρεπείς σε πειραματισμούς και βαριούνται πιο εύκολα με τη ρουτίνα.

Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας (Emotionally Unstable Personality Disorder, EUPD) χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα, έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας λόγω των ασταθών διαπροσωπικών σχέσεων και της δυσκολίας ελέγχου του θυμού, και διαταραχή της ταυτότητας. Η EUPD σχετίζεται με αρνητικά επακόλουθα στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις και με αυτοκτονικότητα. Ιδιαίτερα ανησυχητικά φαίνεται να είναι τα υψηλά ποσοστά συννόησης της EUPD με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ, τη διαταραχή χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών και την κατάθλιψη. Για όσους πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της EUPD, σε πρόσφατη μελέτη, το ποσοστό συννόησης με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλες εθιστικές ουσίες υπολογίζεται στο 30.9%. Η λειτουργική έκπτωση σε διάφορους τομείς, που εμφανίζουν τα άτομα με EUPD μπορεί να αποδοθεί στη γενικότερη έκπτωση, που μοιράζονται αμφότερες η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας με την κατάχρηση ουσιών/αλκοόλ.

Διαχρονικές μελέτες με 10ετές follow up σε ασθενείς με EUPD διαπίστωσαν μείωση στα ποσοστά των συνυπαρχουσών ψυχικών διαταραχών στον άξονα I (διαταραχή χρήσης, διαταραχές πρόσληψης τροφής, συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές) με την πάροδο του χρόνου, αλλά τα ποσοστά παρέμειναν υψηλά σε σύγκριση με άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι ασθενείς με EUPD με ύφεση στο χρόνο εμφάνισαν μείωση των συνυπαρχουσών ψυχικών διαταραχών, ενώ όσοι δεν είχαν ύφεση στα EUPD χαρακτηριστικά τους, διατήρησαν σταθερά ποσοστά στις συνυπάρχουσες διαταραχές (Shah et al. 2018).

Στις επιμέρους ψυχοδραστικές ουσίες, οι διαταραχές στον Άξονα II συνυπάρχουν σε σημαντικό βαθμό στους εξαρτημένους από κοκαΐνη. Αρκετές μελέτες σημειώνουν επιπολασμό, που κυμαίνεται από 30 έως 70%, με κυρίαρχες την οριακή και την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Έχει προταθεί ως εύλογη υπόθεση ότι οι διεγερτικές ουσίες σε άτομα με παρορμητικά στοιχεία προσωπικότητας και μέσω πρόκλησης ψυχωτικών συμπτωμάτων συμμετέχουν στην ενίσχυση της αντίληψης ενός εχθρικού περιβάλλοντος και σε συμπεριφορικές αλλαγές με επιθετικές τάσεις. Αν και σε

μία μελέτη, δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στην πρόκληση ψυχωτικής διαταραχής από κοκαΐνη μεταξύ αυτών με και χωρίς διαταραχή προσωπικότητας, καταγράφεται σε αρκετές μελέτες υψηλή επικράτηση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας σε χρήστες κοκαΐνης με ιστορικό ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η πιθανή παρουσία της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας θα πρέπει να αξιολογείται ιδιαίτερα σε συνάρτηση με την κοκαΐνη.

Σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα (Κοκκέβη Α., Στεφανής Ν., 1998), σε ομάδα ασθενών, που αναζητούσαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας για προβληματική/εξαρτητική χρήση ουσιών, ο επιπολασμός των διαταραχών προσωπικότητας στον άξονα II ήταν 59.5% και η πλειοψηφία (61.2%) είχαν περισσότερες από μία διαταραχές προσωπικότητας. Το Cluster B ετέθη ως διάγνωση σχεδόν στα μισά άτομα (48.6%), με την Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας να αποτελεί τον επικρατέστερο τύπο σε ποσοστό 33.5%. Οι ασθενείς με Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας ξεκινούσαν τη χρήση σε μικρότερη ηλικία. Ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν και διαταραχή από τον άξονα I και τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μία συναισθηματική διαταραχή, σε σχέση με ασθενείς χωρίς διαταραχή προσωπικότητας (Nevid et al. 2019).

Σε άλλη ελληνική μελέτη (Hatzitaskos, Soldatos, Kokkevi, Stefanis, 1999) κατάχρηση μίας ή περισσότερων ουσιών αναφέρθηκε στο 76% των νοσηλευόμενων ασθενών με EUPD και στο 95% αυτών με APD. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο γκρουπ ως προς τη χρήση αλκοόλ, αλλά για συγκεκριμένες ουσίες (π.χ. βενζοδιαζεπίνες, αντιχολινεργικά, κάνναβη, και οπιοειδή) γινόταν κατάχρηση δύο φορές πιο συχνά στο γκρουπ των APD από το EUPD γκρουπ ασθενών. Οι APD ασθενείς ήταν δύο φορές πιθανότερο να είναι πολυχρήστες σε σχέση με τους EUPD ασθενείς. Στα άτομα με EUPD, ο αριθμός των χρησιμοποιούμενων ουσιών είχε αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη, ενώ στην APD υπήρχε θετική συσχέτιση με την κατάσταση άγχους. Και στα δύο γκρουπ ασθενών, δεν υπήρχε συσχέτιση στον αριθμό των ουσιών σε κατάχρηση με την εξωτερικευμένη ή εσωτερικευμένη εχθρότητα (Hatzitaskos et al. 1999).

## 1.4 Καταθλιπτικές διαταραχές και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Τις τελευταίες δεκαετίες, ένας μεγάλος αριθμός μελετών εξετάζει τη συννοσηρότητα μεταξύ διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Αρκετές από αυτές έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στη μελέτη της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και διαταραχής χρήσης αλκοόλ (ΔΧΑ). Πρόσφατη μετα-ανάλυση υπογραμμίζει ότι η παρουσία της μίας από τις δύο διαταραχές διπλασιάζει τον κίνδυνο για τη δεύτερη διαταραχή με pooled ORs, που κυμαίνονται από 2.00 έως 2.09. Τα επιδημιολογικά δεδομένα προτείνουν ότι υπάρχει μία αιτιώδης συσχέτιση μεταξύ τους, με επικρατέστερη τη θεωρία ότι η διαταραχή χρήσης αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη παρά το ανάποδο. Οι νευροφυσιολογικές και μεταβολικές αλλαγές, που επέρχονται ως αποτέλεσμα της έκθεσης στο αλκοόλ δύνανται να αποτελούν πιθανούς μηχανισμούς μίας τέτοιας αιτιώδους σχέσης (Joseph et al.2011).

Μία πρώτη εξήγηση της αμφίδρομης σχέσης κατάθλιψης και ΔΧΑ θα μπορούσε να είναι οι σοβαρές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ στην κοινωνική, οικονομική και νομική κατάσταση ενός ατόμου. Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ και πολύ συχνότερα, η κατάχρηση μπορούν να οδηγήσουν σε συγκρούσεις στην οικογένεια, αστάθεια στις κοινωνικές σχέσεις, δυσκολίες στην εργασία, νομικά προβλήματα και ευάλωτη σωματική υγεία. Ωστόσο, μελέτες, που έχουν γίνει προς αυτή την κατεύθυνση, υποστηρίζουν την παραμονή της αμφίδρομης σχέσης ακόμη και όταν εξαλειφθούν οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Μία δεύτερη, πιθανή, εξήγηση της υψηλής συσχέτισης ΔΧΑ και κατάθλιψης είναι ένα κοινό γενετικό υπόβαθρο, σε επίπεδο νευροδιαβίβασης, που θα μοιράζονται οι δύο διαταραχές. Πράγματι, υπάρχουν κάποιες έρευνες, που υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο ΔΧΑ και κατάθλιψης σε άτομα με συγκεκριμένους γονότυπους. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι συγκεκριμένες παραλλαγές του γονιδίου για το μουςκαρινικό υποδοχέα της ακετυλοχολίνης M2 (CRHM2) σχετίζονται με αυξημένη επίπτωση ΔΧΑ και κατάθλιψης.

Μία τρίτη, πιθανή, εξήγηση θα μπορούσε να αφορά τις μεταβολικές αλλαγές, που προκαλεί το αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό, και που ίσως επενεργούν για την εμφάνιση κατάθλιψης. Για παράδειγμα, οι McEachin et al (McEachin R. C et al. 2008) απέδειξαν ότι η έκθεση στο οινόπνευμα οδήγησε σε μείωση στην παραγωγή της MTHFR (methylentetrahydrofolate reductase), ενός ενζύμου που σχετίζεται με το μεταβολισμό του φυλλικού οξέος. Οι χαμηλές τιμές φυλλικού οξέος έχουν, με τη σειρά τους, συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, υποδεικνύοντας ως πιθανή αιτία της συνύπαρξης ΔΧΑ και κατάθλιψης τη χαμηλή παραγωγή MTHFR. Μία ακόμη μελέτη των Sjöholm et al (Sjöholm et al. 2010) διαπίστωσε ότι άτομα με συγκεκριμένο γονότυπο, που αφορά τον κερκαδιανό ρυθμό, βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση συγχρόνως ΔΧΑ και κατάθλιψης. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το αλκοόλ αλλάζει τον κερκαδιανό ρυθμό και το μεταβολικό προφίλ σε άτομα με το συγκεκριμένο γονότυπο, οδηγώντας, σε εύλογο χρόνο, σε κατάθλιψη.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της κάρναβης σε σχέση με την κατάθλιψη. Οι Marmonstein et al μελέτησαν 1252 άτομα νεαρής ηλικίας, τους οποίους εκτίμησαν στην ηλικία των 17, 20 και 24. Οι άμεσες επιπτώσεις της πρώιμης διαταραχής χρήσης κάρναβης στην εκπαίδευση (dropout από το σχολείο), στην εργασία (παρατεταμένη ανεργία) ή η ενδεχόμενη ώθηση στην εγκληματικότητα εξηγούν μερικώς, αλλά όχι πλήρως, τη μετέπειτα εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης (Marmonstein et al.).

## **1.5 Αγχώδεις διαταραχές και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών**

Οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές χρήσης ουσιών συχνά συνυπάρχουν, αλλά η ισχύς της συσχέτισης και η διαδοχή στην έναρξή τους διαφέρουν μεταξύ των διαφόρων μελετών.

Το 2011 η Marmonstein, σε μεγάλη συγχρονική μελέτη στις ΗΠΑ, υποστηρίζει ότι η κοινωνική φοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία συνδέονται θετικά με όλες τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Μεταξύ των ατόμων με διπλή διάγνωση, η χρονική διαδοχή διέφερε ανάλογα με τον υπότυπο της



αγχώδους διαταραχής. Η κοινωνική φοβία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων προηγούνται της διαταραχής χρήσης ουσιών. Η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία τείνουν να προηγούνται κάποιων διαταραχών χρήσης ουσιών και η γενικευμένη ανγχώδης διαταραχή φαίνεται να έπεται της έναρξης της διαταραχής χρήσης μίας τουλάχιστον ουσίας (Marmorstein et al. 2012).

## **Κεφάλαιο 2**

### **2.1. Σκοπός της έρευνας:**

#### **Ερευνητικά ερωτήματα:**

(1) Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης σε 320 νοσηλευόμενους ασθενείς, σε Κλινικές Οξέων Περιστατικών, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Δρομοκαΐτειο, για το έτος 2017, με υποερωτήματα τον επιπολασμό της διπλής διάγνωσης

- i. στη σχιζοφρένεια
- ii. στο ψυχωτικό φάσμα
- iii. στη διπολική διαταραχή
- iv. στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και
- v. στις συναισθηματικές διαταραχές (πλην της διπολικής διαταραχής)

(2) Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης, πλην του καπνού και της καφεΐνης, εφόσον συνυπάρχει ψυχική διαταραχή από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, στη

- i. στη σχιζοφρένεια
- ii. στο ψυχωτικό φάσμα
- iii. στη διπολική διαταραχή
- iv. στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και
- v. στις συναισθηματικές διαταραχές

τόσο τις τελευταίες 30 ημέρες, όσο και στο παρελθόν.

**(3)** Ποιες οι διαφορές των πασχόντων από ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και μία άλλη ψυχική διαταραχή σε σύγκριση με τους πάσχοντες από μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον τύπο της νοσηλείας.

**(4)** Ποιες οι διαφορές των πασχόντων από διπλή διάγνωση από τους ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση;

**(5)** Ποιες οι διαφορές των πασχόντων από διπολική διαταραχή και ψυχική διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών προς τους πάσχοντες από διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος και ψυχική διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τον τύπο της νοσηλείας και την ηπατίτιδα C.

**(6)** Η συχνότητα της διαταραχής χρήσης αλκοόλ (f10)

α) μόνη της, χωρίς άλλη ψυχική διαταραχή

β) με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή

γ) συνολικά στο δείγμα.

**(7)** Η συχνότητα της διαταραχής χρήσης αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών (f10-f19) χωρίς άλλη ψυχική διαταραχή.

**(8)** Το ποσοστό των φορέων των anti-HCV αντισωμάτων στο δείγμα.

**(9)** Στους πάσχοντες από ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (+/- άλλη ψυχική διαταραχή), ποιο είναι το

α) ποσοστό χρήσης μίας μόνο ουσίας

β) ποσοστό χρήσης 2 ουσιών

γ) ποσοστό πολυχρήσης (>2 ουσίες).

## 2.2 Σχεδιασμός της έρευνας

Η έρευνα έλαβε χώρα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο και ήταν αναδρομική.

Για το σκοπό της έρευνας, συλλέχθηκαν δεδομένα για 320 ασθενείς, που νοσηλεύθηκαν σε όλες τις Κλινικές οξέων περιστατικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής Δρομοκαΐτειο για το έτος 2017 (περίοδος 1/1/2017 έως 31/12/2017). Πρόκειται για 7 Κλινικές οξέων περιστατικών, που δέχονται ισάριθμες εισαγωγές για νοσηλεία σε κάθε εφημερία.

Ξεκινώντας την αναζήτηση των δεδομένων ασθενών, που πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής στην ερευνητική προσπάθεια, έγινε η τυχαία επιλογή τους από τους φακέλους ασθενών, που νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο στο χρονικό διάστημα του έτους 2017. Η μελέτη των φακέλων έγινε από την υποφαινόμενη, με καταχώρηση των δεδομένων από κάθε φάκελο στο ερευνητικό εργαλείο της έρευνας και αποκλείοντας μόνο όσους είχαν εξαρχής αποκλειστεί από τον πληθυσμό μελέτης, δηλαδή άτομα με

- Ηλικία κάτω των 16 ετών
- Ηλικία άνω των 65 ετών
- Οργανικά ψυχοσύνδρομα
- Άνοια
- Νοητική Υστέρηση
- Διαταραχές του αυτιστικού φάσματος,

καθώς και όσους ελάχιστους φακέλους ασθενών δεν είχαν συμπληρωθεί με ακρίβεια σε ότι αφορά τις πληροφορίες του ερευνητικού εργαλείου, που χρησιμοποιήθηκε. Η έρευνα ολοκληρώθηκε, όταν συμπληρώθηκαν με ακρίβεια τα στοιχεία ενδιαφέροντος για 320 ασθενείς στον υπό μελέτη πληθυσμό και για το υπό μελέτη χρονικό διάστημα. Σε ό,τι αφορά τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, χρησιμοποιήθηκε:

- ➔ η μέθοδος της αυτοαναφοράς των ασθενών για χρήση τον τελευταίο μήνα, και στη διάρκεια της ζωής τους,

- ➔ η τοξικολογική ούρων για την ανίχνευση οπιοειδών, κανναβινοειδών, αμφεταμινών, κοκαΐνης, βενζοδιαζεπινών και βαρβιτουρικών, στις περιπτώσεις, που οι πληροφορίες αυτές δεν παρέχονταν με ευκρίνεια ή αποκρύπτονταν από τους ίδιους και τους οικείους τους.

Στο τέλος της έρευνας, γνωρίζαμε με ακρίβεια όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες που ελάμβαναν, όσοι συμπεριελήφθησαν στην έρευνα.

Η διαταραχή σχετιζόμενη με τη χρήση ουσιών ετέθη ως διάγνωση, κατόπιν κλινικής συνέντευξης από έμπειρο ψυχίατρο, με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10.

Μέσω της κλινικής συνέντευξης και κατά περίπτωση, χρήσης και άλλων ψυχομετρικών εργαλείων, όπως το Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI), ετέθη η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών, λαμβάνοντας υπόψη, τόσο πληροφορίες από το συγγενικό και οικείο περιβάλλον των ασθενών, όσο και πληροφορίες από τον ιατρικό φάκελο, σε περίπτωση προγενέστερων νοσηλείων.

### **2.3 Κριτήρια εισαγωγής**

Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν τα δεδομένα ασθενών, για τους οποίους είχαν καταχωρηθεί με πληρότητα τα κάτωθι στοιχεία

- του φύλου
- της ηλικίας,
- του τόπου κατοικίας (πόλη, κωμόπολη, χωριό, εξωτερικό)
- της εθνικότητας,
- της εργασιακής κατάστασης,
- του εκπαιδευτικού επιπέδου,

- της αστικής κατάστασης (έγγαμος, άγαμος, χήρος, διαζευγμένος, σε διάσταση, άλλο)
- της διάγνωσης ή των διαγνώσεων του εξιτηρίου (κατά ICD-10)
- των ουσιών, που έχει χρησιμοποιήσει τις τελευταίες 30 ημέρες και στο παρελθόν
- την κύρια ουσία χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες
- την κύρια ουσία χρήσης στο παρελθόν
- τον τύπο της νοσηλείας (ακούσια ή εκούσια)
- την παρουσία ή όχι αντισωμάτων για τον ιό της ηπατίτιδας C (anti-HCV εξέταση)
- το αποτέλεσμα της τοξικολογικής εξέτασης ούρων (σε αμφεταμίνες, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, κοκαΐνη, οπιοειδή, κανναβινοειδή).

## **2.4 Κριτήρια αποκλεισμού**

Από την έρευνα αποκλείστηκαν ασθενείς

- ηλικίας κάτω των 16 ετών
- ηλικίας άνω των 65 ετών
- με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος,
- με νοητική υστέρηση
- με άνοια
- με οργανικά ψυχосύνδρομα.

## **Κεφάλαιο 3**

### **3.1 Επεξεργασία δεδομένων**

Τα δεδομένα της παρούσας επιδημιολογικής έρευνας αναλύθηκαν στατιστικά με το λογισμικό SPSS Statistics (version 22). Αρχικά, ελέγχθηκε εάν οι συνεχείς μεταβλητές πληρούν την υπόθεση της κανονικότητας, διότι τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα, καθώς και η στατιστική συμπερασματολογία καθορίζονται με βάση την ισχύ ή όχι της συγκεκριμένης υπόθεσης. Ο έλεγχος της υπόθεσης της κανονικότητας των μεταβλητών ανά ομάδα έγινε με τη χρήση του ελέγχου Kolmogorov - Smirnov, ένας έλεγχος κατάλληλος για δείγματα με μέγεθος μεγαλύτερο του 30 και με τη χρήση του Shapiro-Wilk, ένας έλεγχος κατάλληλος για δείγματα με μέγεθος μικρότερο του 30. Οι συνεχείς μεταβλητές, που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή παρουσιάζονται ως μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση (TA). Οι συνεχείς μεταβλητές, που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή παρουσιάζονται ως διάμεσος (25ο – 75ο εκατοστημόριο). Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (σχετικές, %) συχνότητες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής δύο δειγμάτων, που ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος Student's t-test. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής μεταβλητής δύο δειγμάτων, που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U-test. Πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Chi-square  $\chi^2$  του Pearson για να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Η προϋπόθεση, που απαιτείται από τον  $\chi^2$  έλεγχο ανεξαρτησίας είναι οι αναμενόμενες συχνότητες των κελιών να είναι τουλάχιστον ίσες με 5. Όταν αυτή η υπόθεση δεν ικανοποιείται, τότε κοιτάζουμε τα p-value που υπολογίζονται με βάση τον ακριβή έλεγχο του Fisher (Fisher's exact test). Τέλος, εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression), για τη σύγκριση πολλαπλών ανεξάρτητων μεταβλητών. Σε όλες τις αναλύσεις, ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

### **3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Στον πίνακα 1, περιγράφονται τα ατομικά χαρακτηριστικά για το σύνολο του δείγματος. Από τους συνολικά 320 ασθενείς, η πλειοψηφία ήταν άνδρες (N=209, 65.3%),

ενώ το 34.7% (N=111) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 41.13 χρόνια. Το 71.6% (N=229) του δείγματος διαμένει στην Αθήνα ενώ μόλις το 11.6% (N=37) διαμένει σε επαρχία-κωμόπολη, με το 84.7% (N=271) από το σύνολο να έχουν ελληνική εθνικότητα. Όσον αφορά την εργασιακή τους κατάσταση, το 56.3% (N=180) είναι άνεργοι και με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι ασθενείς, που έχουν σταθερή απασχόληση (14.4%), περιστασιακή απασχόληση (13.8%) και αυτοί, που είναι οικονομικά μη ενεργοί (12.8%). Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία των ασθενών είναι άγαμοι (61.9%, N=198), ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι παντρεμένοι (16.6%, N=53) και οι διαζευγμένοι (15.3%, N=49). Τέλος, το 39.4% (N=126) των ασθενών είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 31.6% (N=101) είναι απόφοιτοι Λυκείου, ενώ μόλις το 0.6% (N=2) είναι απόφοιτοι ΙΕΚ.

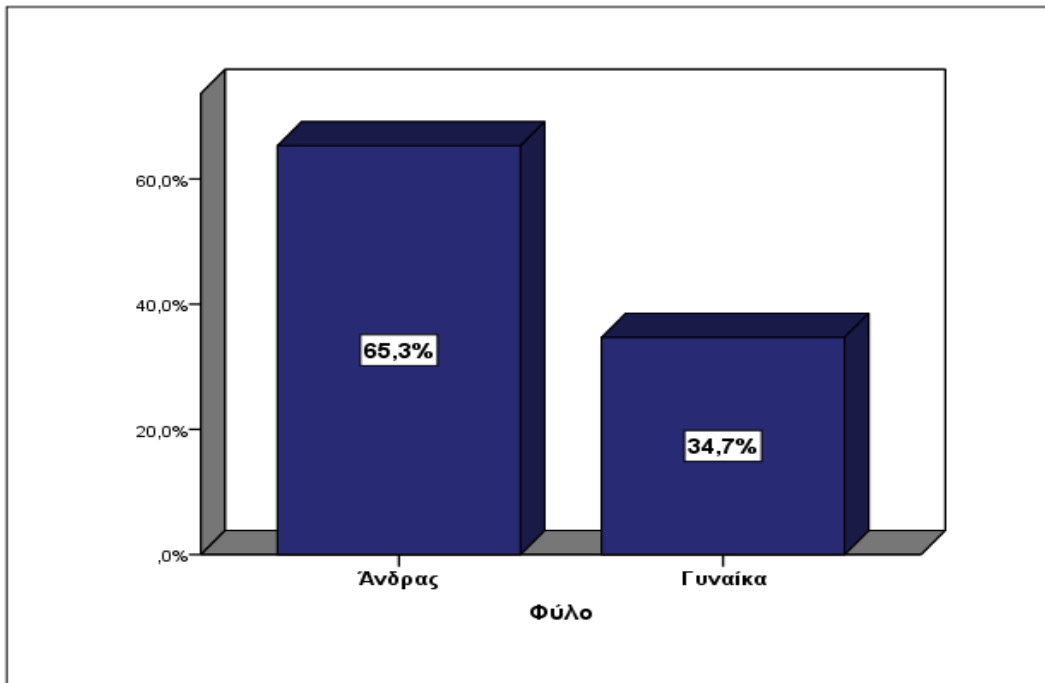
**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (N=320).

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>Άνδρας</i>	209	65.3
	<i>Γυναίκα</i>	111	34.7
<b>Ηλικία κατά τη νοσηλεία</b>	<i>Μέση τιμή</i>		41.13
	<i>Τυπική απόκλιση</i>		12.467
	<i>Ελάχιστη</i>		16
	<i>Μέγιστη</i>		65
<b>Τόπος διαμονής</b>	<i>Αθήνα</i>	229	71.6
	<i>Εξωτερικό-πόλη</i>	6	1.9
	<i>Επαρχία-κωμόπολη</i>	48	15.0

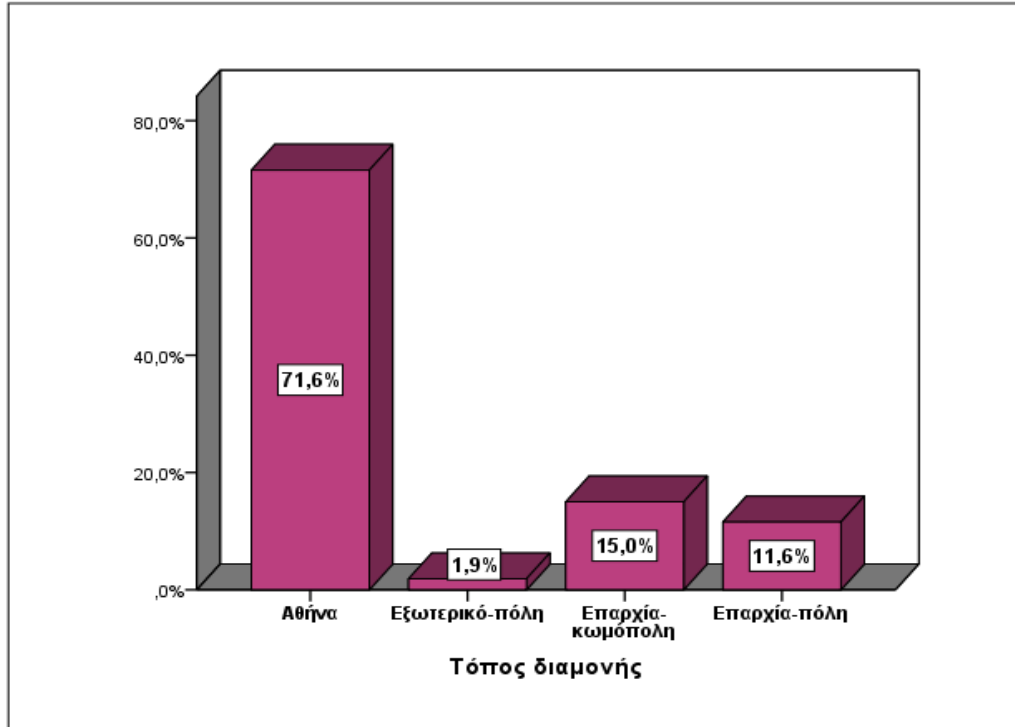
	<i>Επαρχία-πόλη</i>	37	11.6
Εθνικότητα	<i>Ελληνική</i>	271	84.7
	<i>Άλλο</i>	49	15.3
Εργασιακή κατάσταση	<i>Άνεργος</i>	180	56.3
	<i>Μαθητής</i>	9	2.8
	<i>Οικονομικά μη ενεργός</i>	41	12.8
	<i>Περιστασιακή απασχόληση</i>	44	13.8
	<i>Σταθερή απασχόληση</i>	46	14.4
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος</i>	198	61.9
	<i>Διαζευγμένος</i>	49	15.3
	<i>Παντρεμένος</i>	53	16.6
	<i>Σε διάσταση</i>	17	5.3
	<i>Χήρος</i>	3	0.9
Εκπαιδευτικό επίπεδο	<i>Δεν τελείωσε Δημοτικό</i>	2	0.6
	<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	51	15.9
	<i>Απόφοιτος Γυμνασίου</i>	126	39.4
	<i>Απόφοιτος Λυκείου</i>	101	31.6



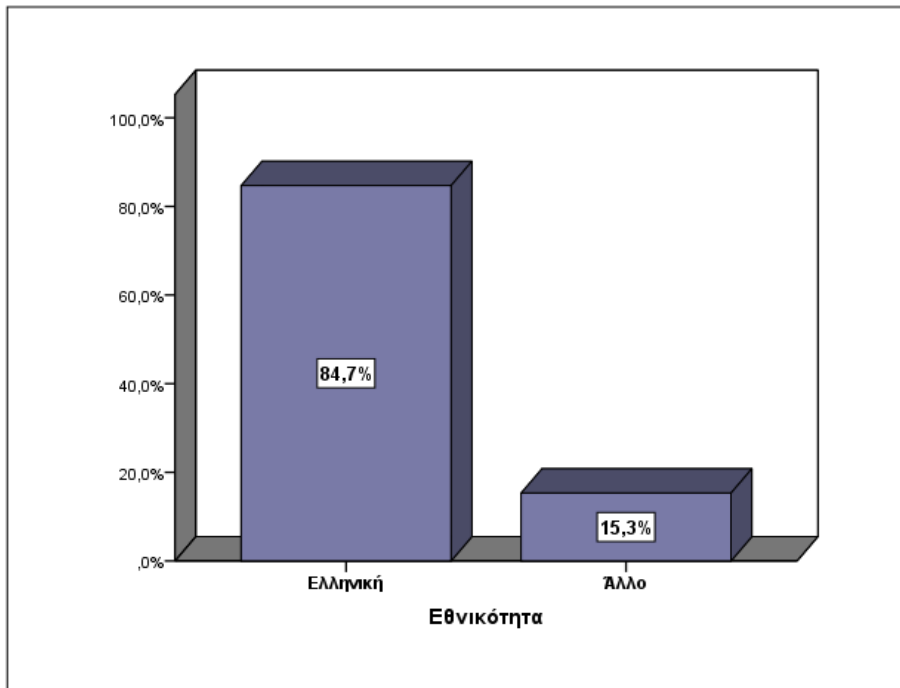
<i>Απόφοιτος ΙΕΚ</i>	2	0.6
<i>Απόφοιτος ΤΕΙ</i>	14	4.4
<i>Απόφοιτος ΑΕΙ</i>	24	7.5



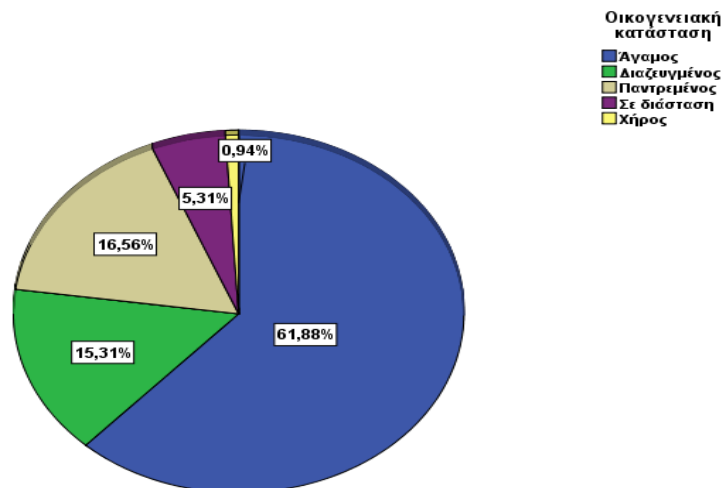
**Γράφημα 1.** Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο των ασθενών.



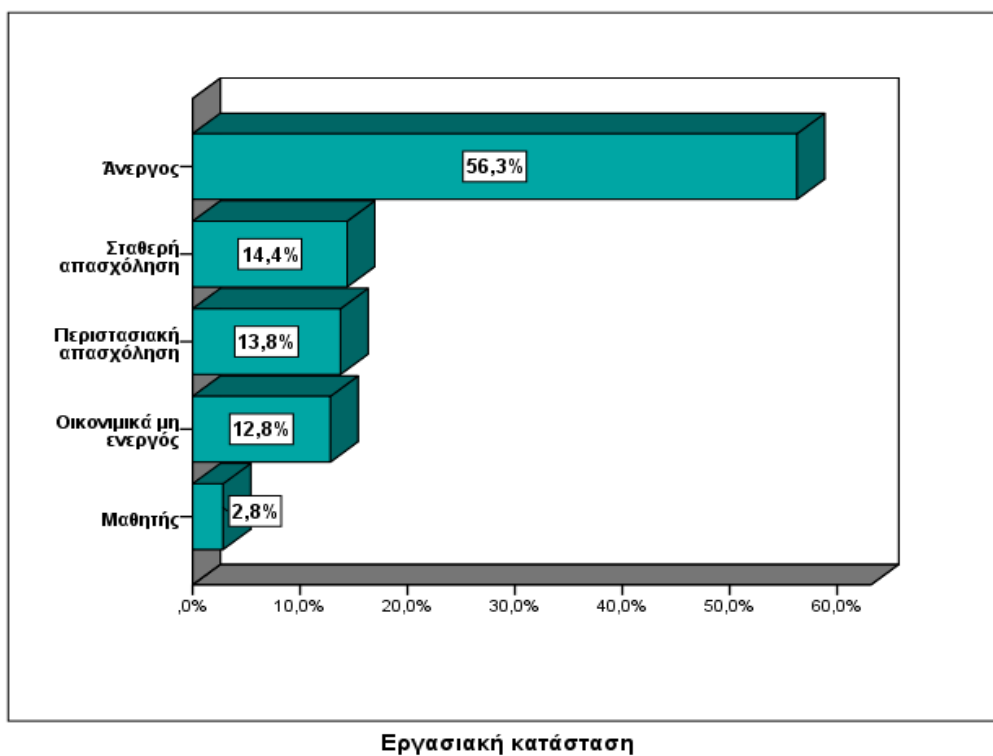
**Γράφημα 2.** Κατανομή δείγματος ως προς τον τόπο διαμονής των ασθενών.



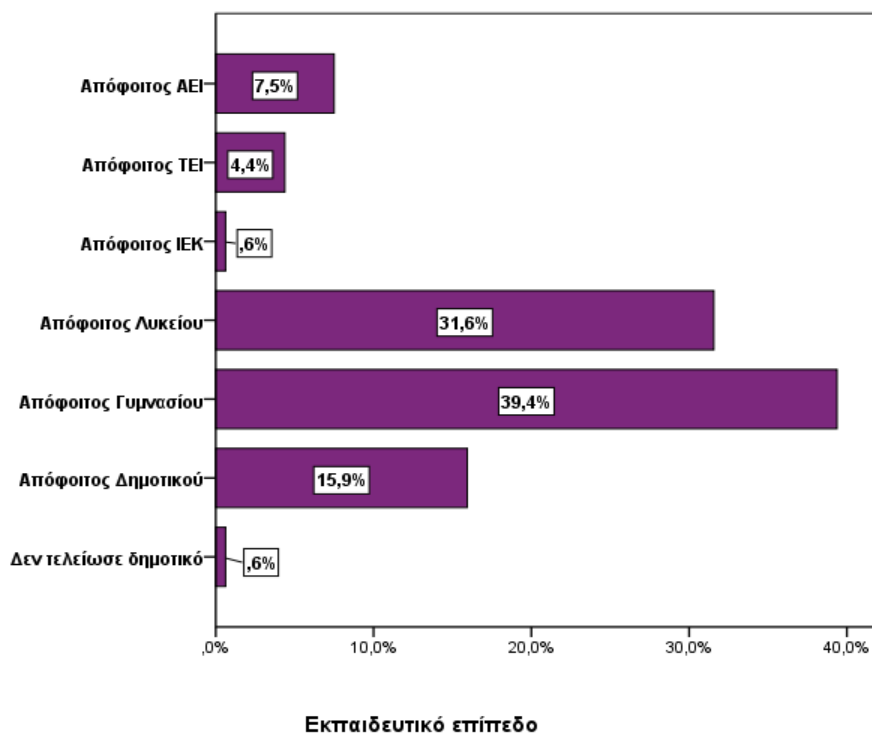
**Γράφημα 3.** Κατανομή δείγματος ως προς την εθνικότητα των ασθενών.



**Γράφημα 4.** Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.



**Γράφημα 5.** Κατανομή δείγματος ως προς την εργασιακή κατάσταση των ασθενών.



**Γράφημα 6.** Κατανομή δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών.

### 3.3 Αποτελέσματα της έρευνας

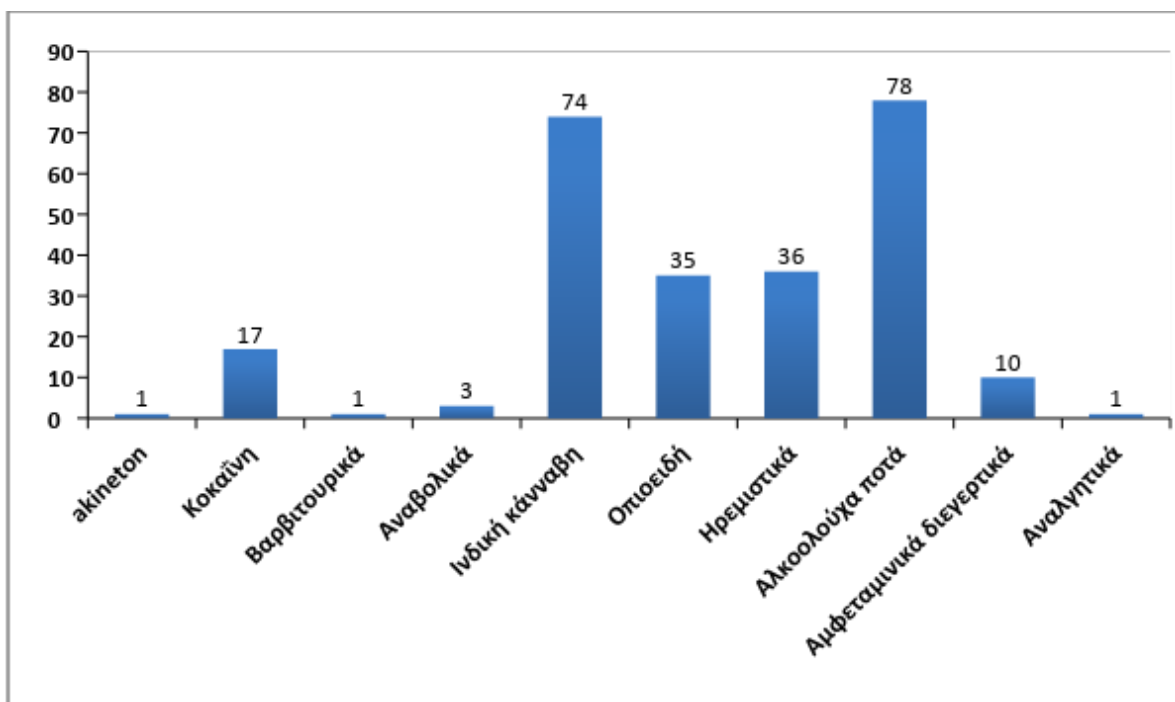
Στον πίνακα 2, περιγράφονται οι ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 μέρες. Το 15.6% (N=50) των ασθενών του δείγματος κατανάλωσε μόνο αλκοόλ τις τελευταίες 30 μέρες, ενώ το 11.4% (N=36) των ασθενών του δείγματος κατανάλωσε μόνο ινδική κάνναβη τις τελευταίες 30 μέρες. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες ουσίες, όπως τα ηρεμιστικά, τα αμφεταμινικά διεγερτικά, τα οπιοειδή, τα αναβολικά, η κοκαΐνη, τα βαρβιτουρικά, καθώς και συνδυασμοί αυτών των ουσιών.

**Πίνακας 2.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες.

N %

	<i>Αλκοολούχα ποτά , Ινδική κάνναβη</i>	5	1.7
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη , Οπιοειδή</i>	2	0.6
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά, Οπιοειδή</i>	1	0.3
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	2	0.6
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή</i>	1	0.3
Ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες συνδυαστικά	<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	50	15.6
	<i>Αλκοολούχα ποτά , Ινδική κάνναβη , Οπιοειδή</i>	1	0.3
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ινδική κάνναβη</i>	2	0.6
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά, Οπιοειδή</i>	1	0.3
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Οπιοειδή</i>	1	0.3
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
	<i>Ηρεμιστικά , Ινδική κάνναβη</i>	3	0.9
	<i>Ηρεμιστικά , Ινδική κάνναβη , akineton</i>	1	0.3
	<i>Ηρεμιστικά , Αναλγητικά</i>	1	0.3
	<i>Ηρεμιστικά , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
	<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή</i>	6	1.9

<i>Αλκοολούχα ποτά , Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	2	0.6
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά</i>	5	1.7
<i>Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Ινδική κάνναβη</i>	36	11.4
<i>Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	4	1,3
<i>Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά, Οπιοειδή</i>	1	0.3
<i>Οπιοειδή, Ηρεμιστικά, Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	1	0.3
<i>Οπιοειδή</i>	2	0.6
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αναβολικά, Ινδική κάνναβη</i>	2	0.6
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αναβολικά, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Βαρβιτουρικά, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά</i>	4	1.3
<i>Τίποτα</i>	166	51.9



**Γράφημα 7.** Κατανομή δείγματος ως προς τις ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες χωρίς συνδυασμούς.

Στον πίνακα 4, περιγράφονται οι ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν. Το 11.9% (N=38) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε μόνο αλκοόλ στο παρελθόν, το 10.9% (N=35) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε μόνο ινδική κάνναβη στο παρελθόν και το 4.4% (N=14) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε μόνο οπιοειδή στο παρελθόν. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες ουσίες, όπως τα ηρεμιστικά, τα αμφεταμινικά διεγερτικά, τα αναβολικά, η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα καθώς και συνδυασμοί αυτών των ουσιών.

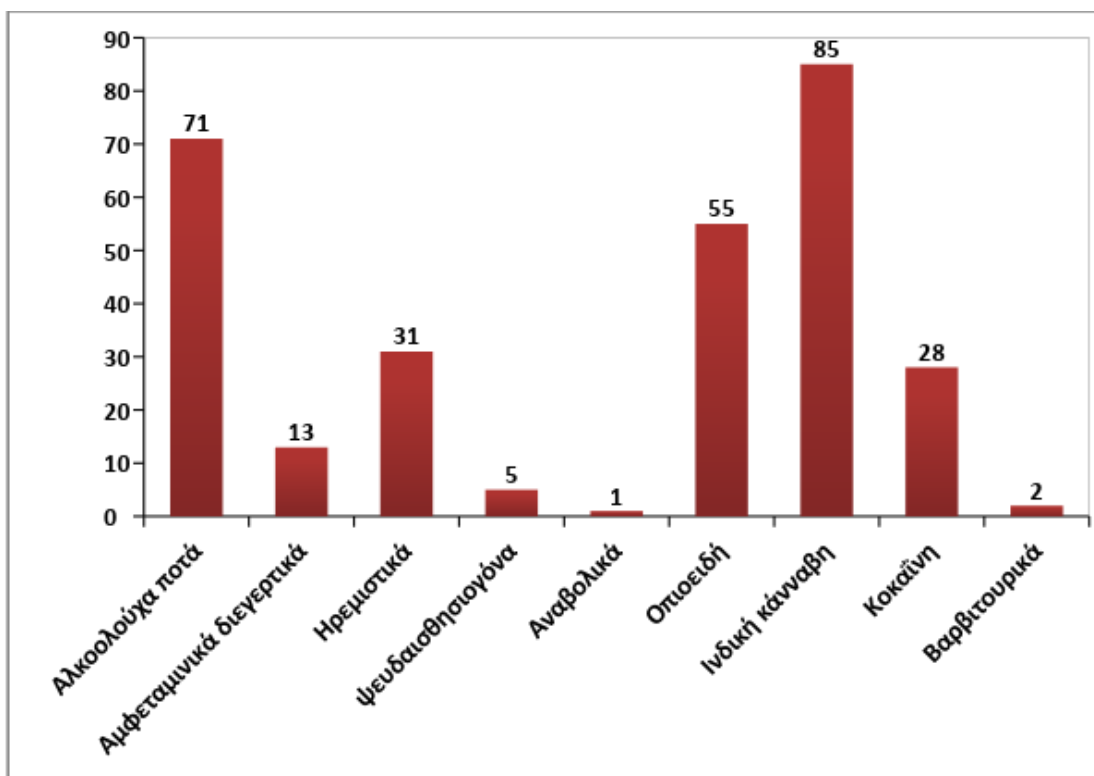
**Πίνακας 4.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν.

	N	%
<b>Ουσίες στο παρελθόν</b>		
Αλκοολούχα ποτά , Βαρβιτουρικά , Ινδική κάνναβη	1	0.3
Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά , Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη	1	0.3
Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά	3	0.9

<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή</i>	2	0.6
<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη , ψευδαισθησιογόνα</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	3	0.9
<i>Αλκοολούχα ποτά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	2	0.6
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	38	11.9
<i>Αλκοολούχα ποτά , Ινδική κάνναβη</i>	8	2.5
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ινδική κάνναβη , ψευδαισθησιογόνα</i>	1	0.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά , Οπιοειδή , Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη, Ψευδαισθησιογόνα</i>	1	0.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά</i>	1	0.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά , Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Οπιοειδή, Ηρεμιστικά</i>	2	0.6
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , ψευδαισθησιογόνα</i>	1	0.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Αναβολικά, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά , Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	2	0.6



<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή</i>	3	0.9
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	5	1.6
<i>Ηρεμιστικά</i>	2	0.6
<i>Ινδική κάνναβη , Βαρβιτουρικά, Ηρεμιστικά</i>	1	0.3
<i>Ινδική κάνναβη , Ηρεμιστικά , Οπιοειδή</i>	1	0.3
<i>Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη , ψευδαισθησιογόνα</i>	1	0.3
<i>Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	4	1.3
<i>Ινδική κάνναβη , Οπιοειδή</i>	5	1.6
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αμφεταμινικά διεγερτικά , Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Ινδική κάνναβη</i>	35	10.9
<i>Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη , Κοκαΐνη</i>	3	0.9
<i>Οπιοειδή, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Οπιοειδή</i>	14	4.4
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ηρεμιστικά , Οπιοειδή , Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Αμφεταμινικά διεγερτικά , Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά , Οπιοειδή, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά , Οπιοειδή</i>	1	0.3
<i>Αλκοολούχα ποτά , Ηρεμιστικά , Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Τίποτα</i>	158	49.4

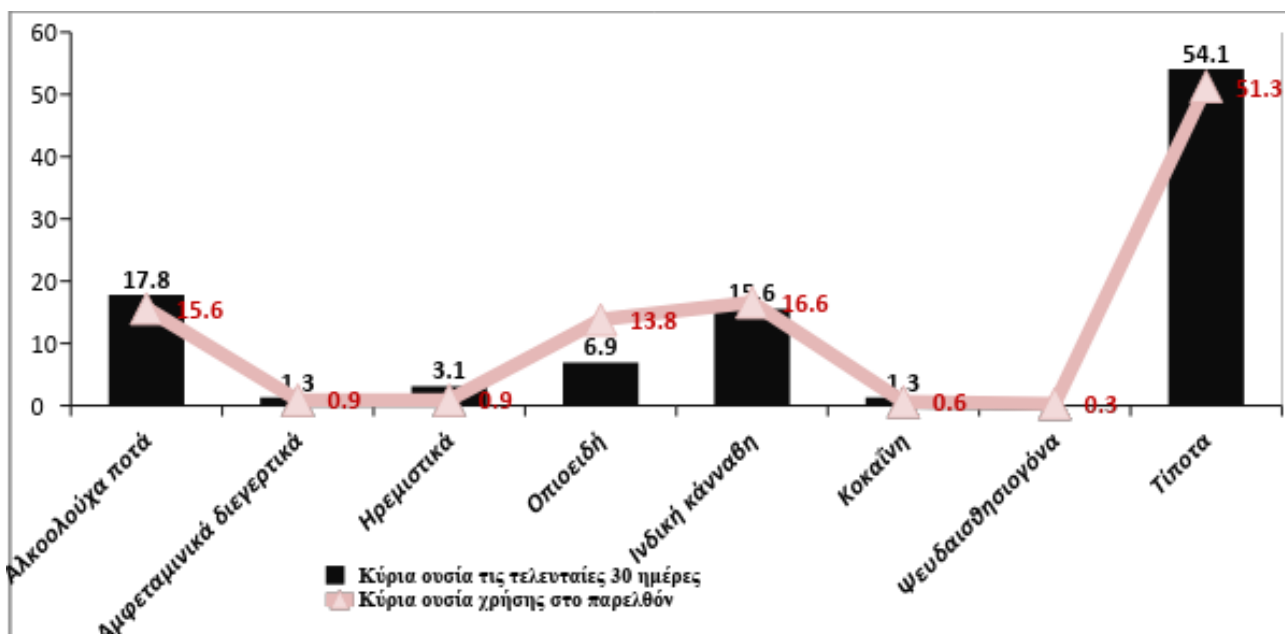


**Γράφημα 8.** Κατανομή δείγματος ως προς τις ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν χωρίς συνδυασμούς.

Στον πίνακα 6, παρουσιάζεται η κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες και στο παρελθόν. Όσον αφορά την κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες, το 17.8% (N=57) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε αλκοόλ, ενώ το 15.6% (N=50) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε ινδική κάνναβη. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες ουσίες, όπως τα ηρεμιστικά, τα αμφεταμινικά διεγερτικά, τα οπιοειδή και η κοκαΐνη. Όσον αφορά την κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν το 16.6% (N=53) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε ινδική κάνναβη, ενώ το 15.6% (N=50) των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε αλκοόλ.

**Πίνακας 6.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς την κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες και στο παρελθόν.

	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες</b>	<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	57	17.8
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	4	1.3
	<i>Ηρεμιστικά</i>	10	3.1
	<i>Οπιοειδή</i>	22	6.9
	<i>Ινδική κάνναβη</i>	50	15.6
	<i>Κοκαΐνη</i>	4	1.3
	<i>Τίποτα</i>	173	54.1
<b>Κύρια ουσία χρήσης στο παρελθόν</b>	<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	50	15.6
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	3	0.9
	<i>Ηρεμιστικά</i>	3	0.9
	<i>Οπιοειδή</i>	44	13.8
	<i>Ινδική κάνναβη</i>	53	16.6
	<i>Κοκαΐνη</i>	2	0.6
	<i>Ψευδαισθησιογόνα</i>	1	0.3
<i>Τίποτα</i>	164	51.3	



**Γράφημα 9.** Κατανομή δείγματος ως προς την κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες και στο παρελθόν.

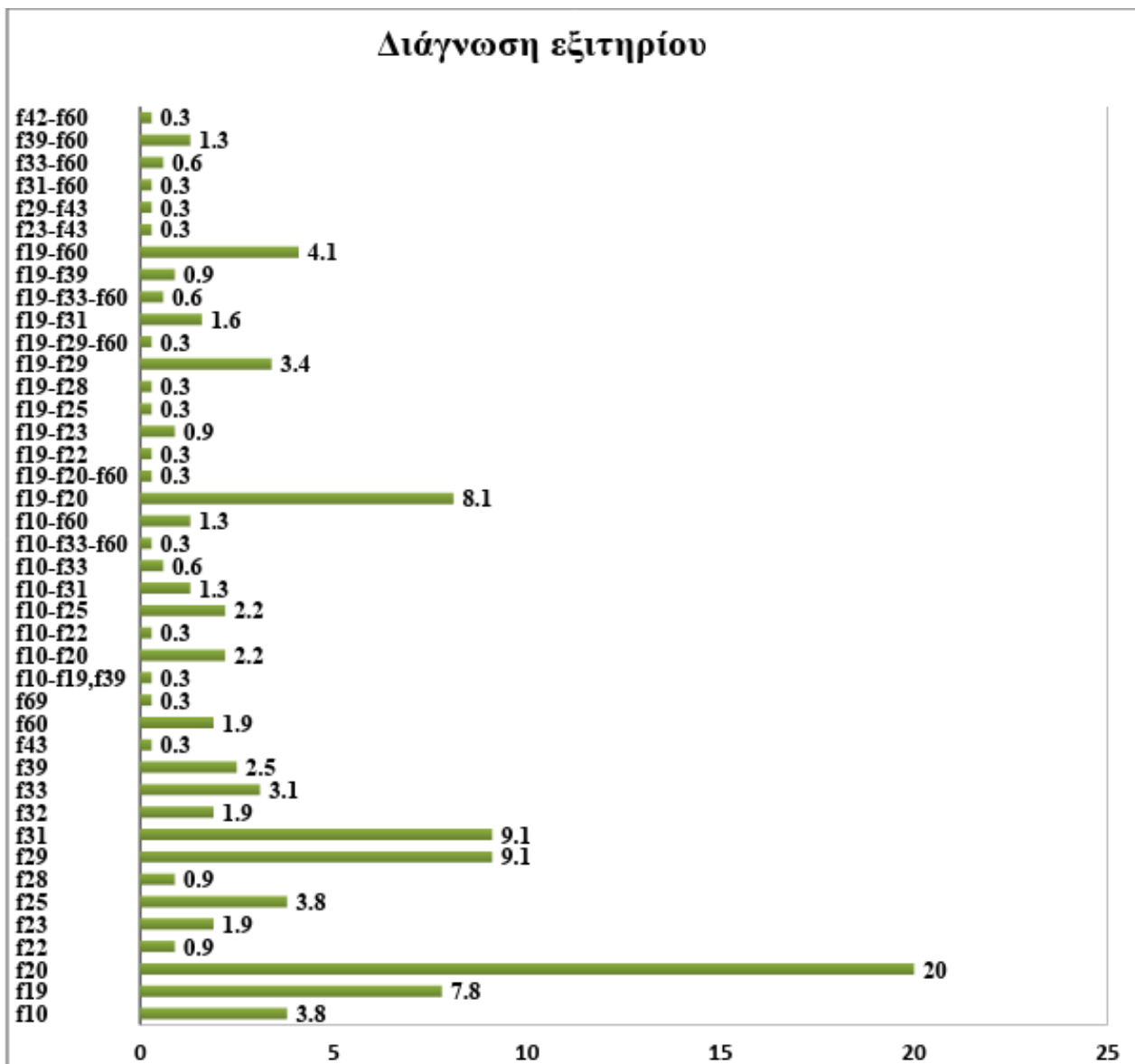
Σχετικά με τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία (20%, N=64) διεγνώσθη με "f20" και ακολούθησαν οι διαγνώσεις με "f29" και με "f31" με ποσοστό 9.1% (N=29). Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες διαγνώσεις (πίνακας 7).

**Πίνακας 7.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών.

Διάγνωση εξιτηρίου	N	%
<i>f10</i>	12	3.8
<i>f19</i>	25	7.8
<i>f20</i>	64	20
<i>f22</i>	3	0.9
<i>f23</i>	6	1.9
<i>f25</i>	12	3.8
<i>f28</i>	3	0.9

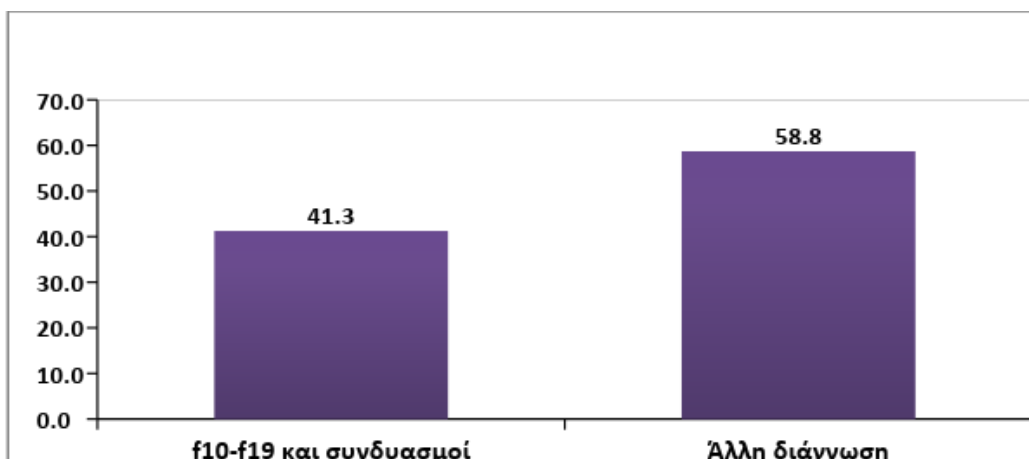
<i><b>f29</b></i>	29	9.1
<i><b>f31</b></i>	29	9.1
<i><b>f32</b></i>	6	1.9
<i><b>f33</b></i>	10	3.1
<i><b>f39</b></i>	8	2.5
<i><b>f43</b></i>	1	0.3
<i><b>f60</b></i>	6	1.9
<i><b>f69</b></i>	1	0.3
<i><b>f10-f19,f39</b></i>	1	0.3
<i><b>f10-f20</b></i>	7	2.2
<i><b>f10-f22</b></i>	1	0.3
<i><b>f10-f25</b></i>	7	2.2
<i><b>f10-f31</b></i>	4	1.3
<i><b>f10-f33</b></i>	2	0.6
<i><b>f10-f33-f60</b></i>	1	0.3
<i><b>f10-f60</b></i>	4	1.3
<i><b>f19-f20</b></i>	26	8.1
<i><b>f19-f20-f60</b></i>	1	0.3
<i><b>f19-f22</b></i>	1	0.3
<i><b>f19-f23</b></i>	3	0.9
<i><b>f19-f25</b></i>	1	0.3
<i><b>f19-f28</b></i>	1	0.3

<i>f19-f29</i>	11	3.4
<i>f19-f29-f60</i>	1	0.3
<i>f19-f31</i>	5	1.6
<i>f19-f33-f60</i>	2	0.6
<i>f19-f39</i>	3	0.9
<i>f19-f60</i>	13	4.1
<i>f23-f43</i>	1	0.3
<i>f29-f43</i>	1	0.3
<i>f31-f60</i>	1	0.3
<i>f33-f60</i>	2	0.6
<i>f39-f60</i>	4	1.3
<i>f42-f60</i>	1	0.3



**Γράφημα 10.** Κατανομή δείγματος ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών.

Στο γράφημα 11, παρουσιάζεται η ομαδοποίηση των διαγνώσεων εξιτηρίου των ασθενών σε δύο κατηγορίες, "f10-f19 και συνδυασμοί" και όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες. Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ασθενών, που διεγνώσθη με "f10-f19 και συνδυασμοί" ήταν 41.3% (N=132) και το ποσοστό των ασθενών, που διεγνώσθησαν με "άλλο" ήταν 58.8% (N=188).

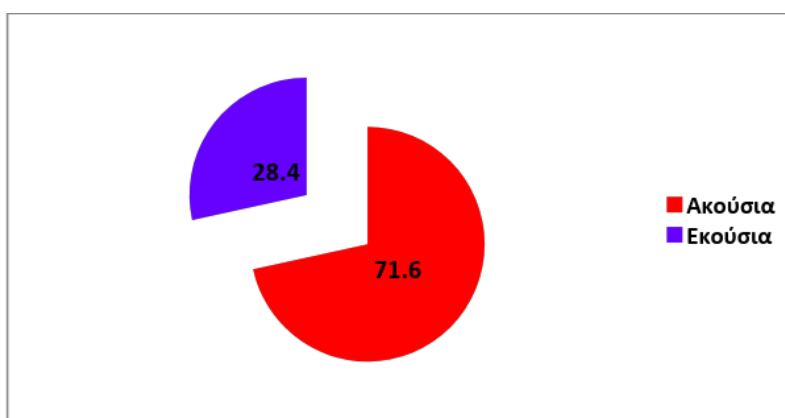


**Γράφημα 11.** Κατανομή δείγματος ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών ομαδοποιημένα.

Όσον αφορά τον τύπο νοσηλείας, το 71.6% των ασθενών (N=229) εισήλθε στο νοσοκομείο ακούσια, ενώ με μικρότερο ποσοστό ακολούθησαν οι ασθενείς, που εισήλθαν στο νοσοκομείο εκούσια (28.4%, N=91) (πίνακας 9).

**Πίνακας 9.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τον τύπο νοσηλείας των ασθενών.

	N	%	
Τύπος νοσηλείας	<b>Ακούσια</b>	229	71.6
	<b>Εκούσια</b>	91	28.4



**Γράφημα 12.** Κατανομή δείγματος ως προς τον τύπο νοσηλείας των ασθενών.

Από το σύνολο των ασθενών, για το 75.6% (N=242) δεν εστάλη τοξικολογική εξέταση ούρων, ενώ για το 24.4% (N=78) των ασθενών, που εστάλη τοξικολογική εξέταση, το 10.4% (N=33) δεν έδειξε να είχε λάβει τίποτα, το 6.9% (N=22) έδειξε ότι είχε

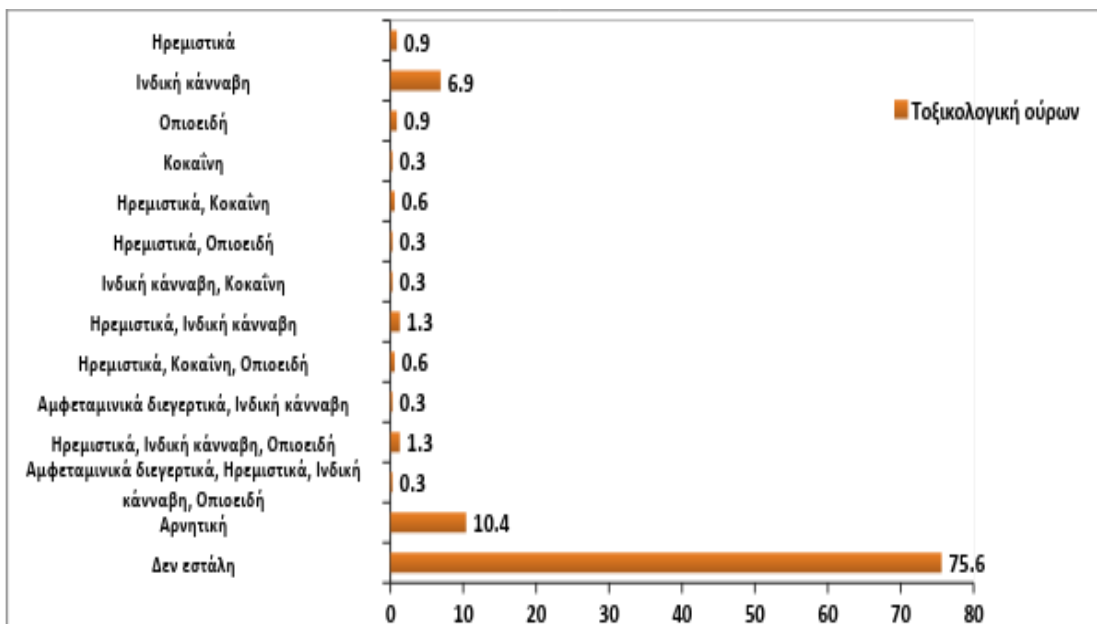


λάβει ινδική κάνναβη και το 1.3% (N=4) έδειξε ότι είχε λάβει "Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη" και "Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη, Οπιοειδή" αντίστοιχα. Με μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν οι ασθενείς, που είχαν λάβει άλλου είδους ουσίες (Πίνακας 10).

Επιπλέον, σχετικά με το Anti-HCV το 89.7% (N=287) των ασθενών ήταν αρνητικοί, ενώ το 10.3% (N=33) ήταν θετικοί (Πίνακας 11).

**Πίνακας 10.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς την τοξικολογική ούρων .

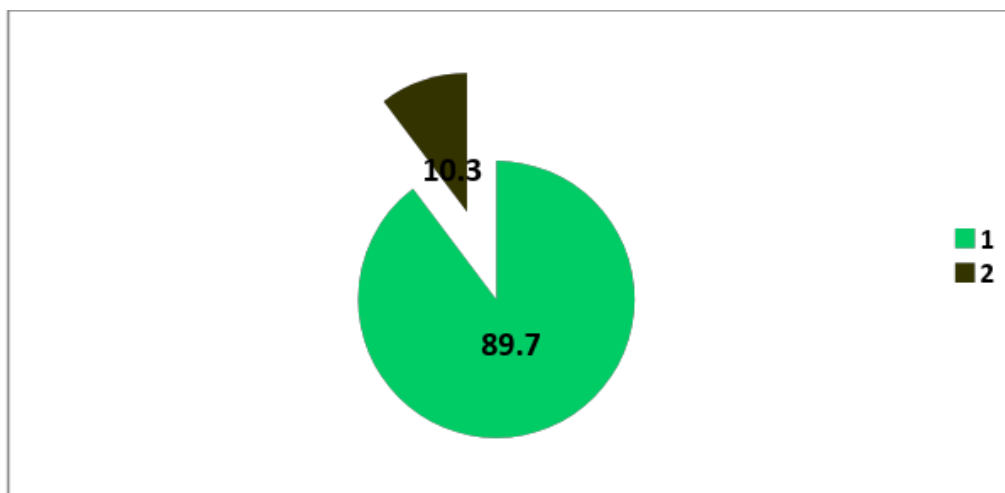
	N	%
<i>Ηρεμιστικά</i>	3	0.9
<i>Ινδική κάνναβη</i>	22	6.9
<i>Οπιοειδή</i>	3	0.9
<i>Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά, Κοκαΐνη</i>	2	0.6
<i>Ηρεμιστικά, Οπιοειδή</i>	1	0.3
<i>Ινδική κάνναβη, Κοκαΐνη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη</i>	4	1.3
<i>Ηρεμιστικά, Κοκαΐνη, Οπιοειδή</i>	2	0.6
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά, Ινδική κάνναβη</i>	1	0.3
<i>Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη, Οπιοειδή</i>	4	1.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά, Ηρεμιστικά, Ινδική κάνναβη, Οπιοειδή</i>	1	0.3
<i>Αρνητική</i>	33	10.4
<i>Δεν εστάλη</i>	242	75.6



**Γράφημα 13.** Κατανομή δείγματος ως προς την τοξικολογική ούρων.

**Πίνακας 11.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τους ασθενείς σε σχέση με το Anti-HCV.

	N	%	
Anti-HCV	Αρνητικό	287	89.7
	Θετικό	33	10.3



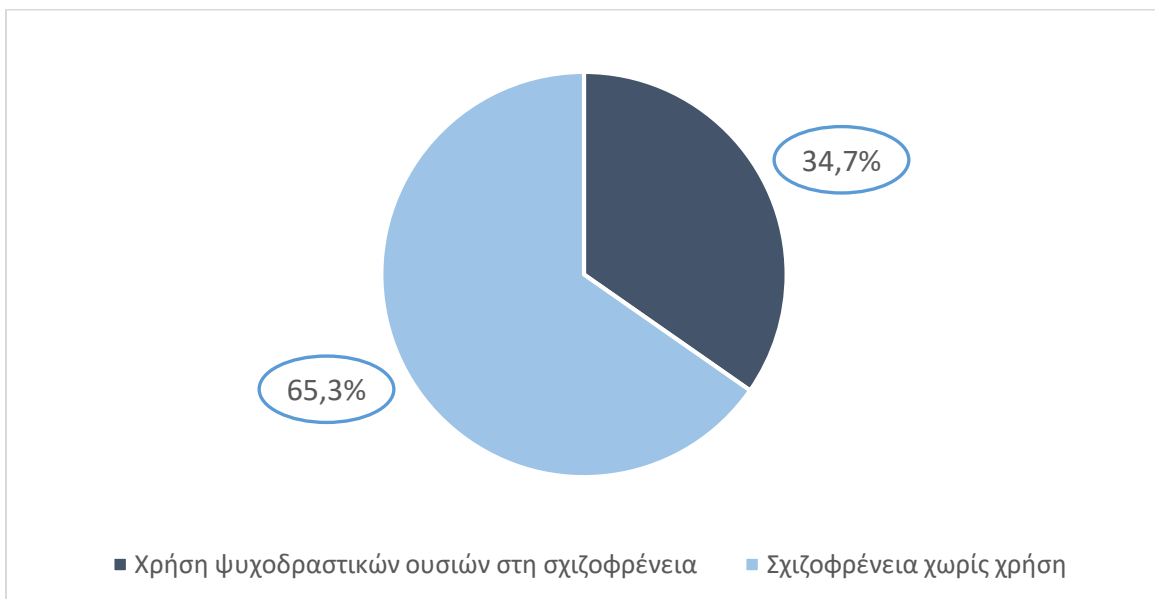
**Γράφημα 14.** Κατανομή δείγματος ως προς το Anti-HCV.

➤ **Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης στη σχιζοφρένεια;**

Από τον πίνακα 12, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με σχιζοφρένεια, το 34.7% (N= 34) έκανε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

**Πίνακας 12.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σχιζοφρένεια</b>	34	34.7
<b>Σχιζοφρένεια χωρίς χρήση</b>	64	65.3



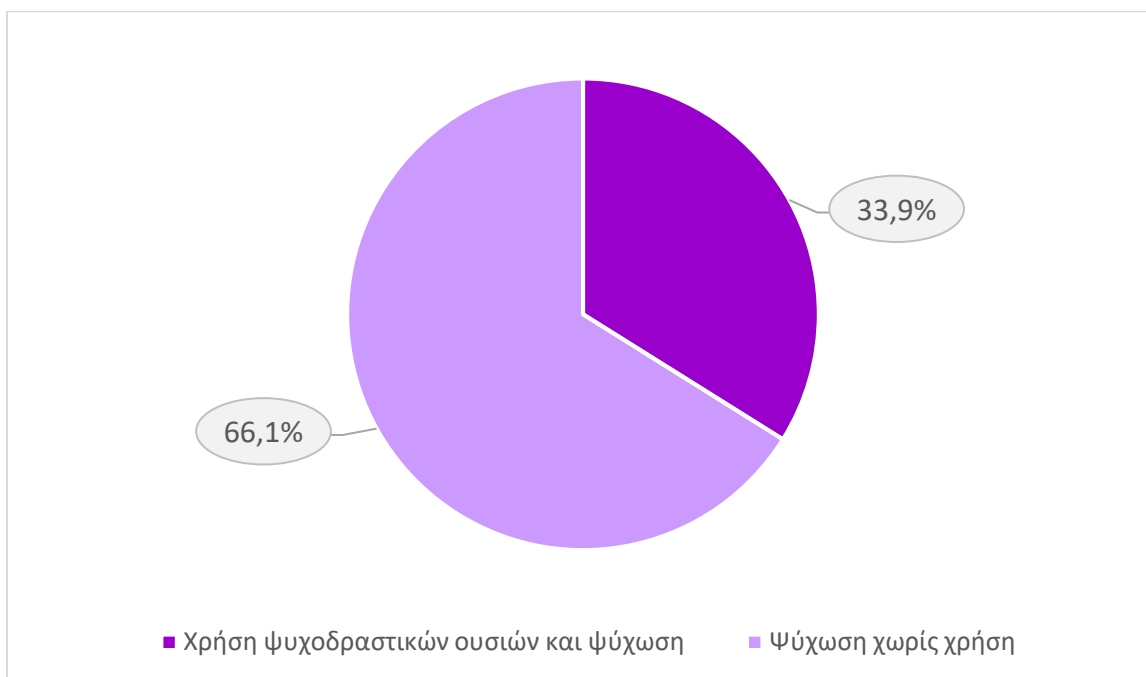
**Γράφημα 15.** Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

➤ **Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης στις διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος;**

Από τον πίνακα 13, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος, το 33.9% (N=60) έκανε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

**Πίνακας 13.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή.

	<i>N</i>	%
<b>Χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο ψυχωτικό φάσμα</b>	60	33.9
<b>Ψύχωση χωρίς χρήση</b>	117	66.1



**Γράφημα 16.** Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή.

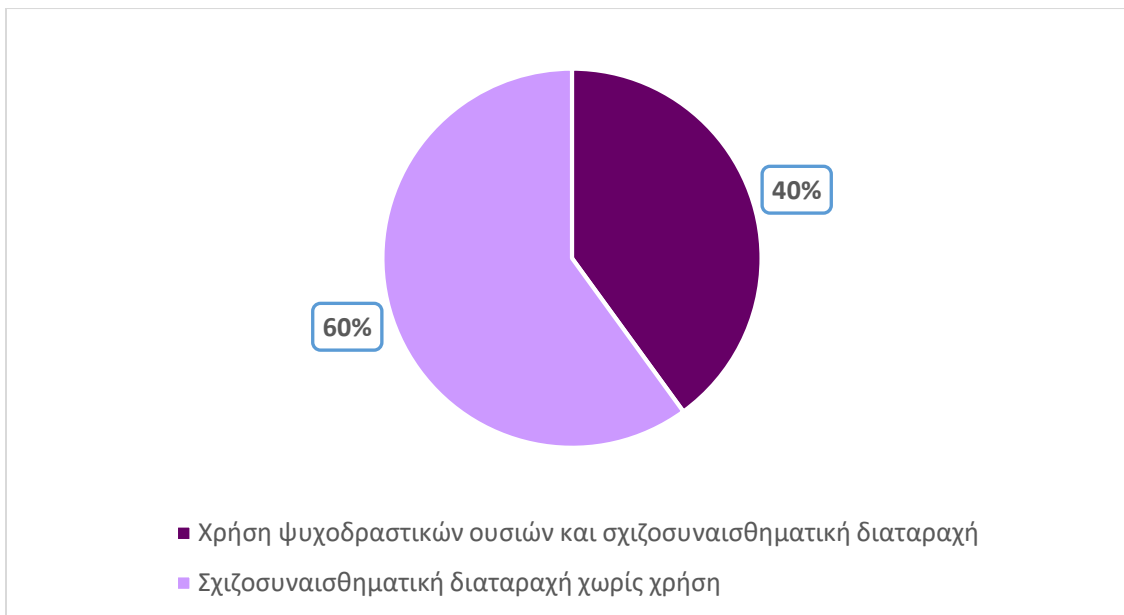
- **Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή;**

Από τον πίνακα 14, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, το 40% (N=8) έκανε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

**Πίνακας 14.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

*N* %

Χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή	8	40
Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή χωρίς χρήση	12	60



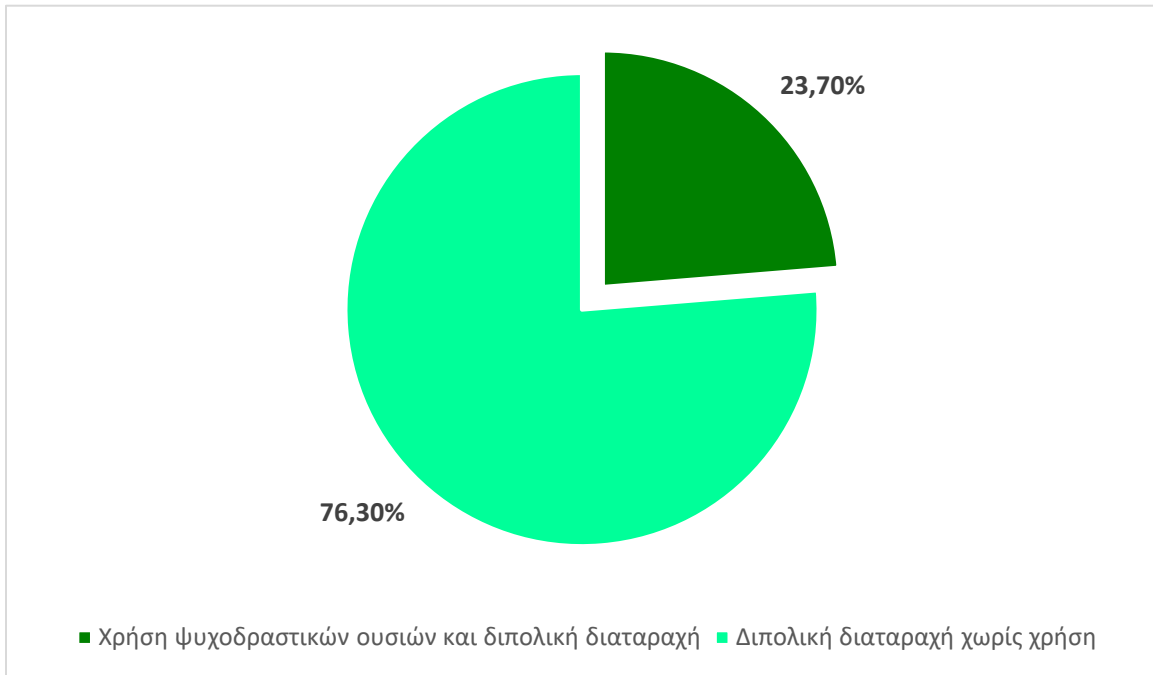
**Γράφημα 17.** Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

➤ **Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης στη διπολική διαταραχή;**

Από τον πίνακα 15, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με διπολική συναισθηματική διαταραχή, το 23.7% (N=9) έκανε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

**Πίνακας 15.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη διπολική συναισθηματική διαταραχή.

	N	%
Χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη διπολική συναισθηματική διαταραχή	9	23.7
Διπολική συναισθηματική διαταραχή χωρίς χρήση	29	76.3



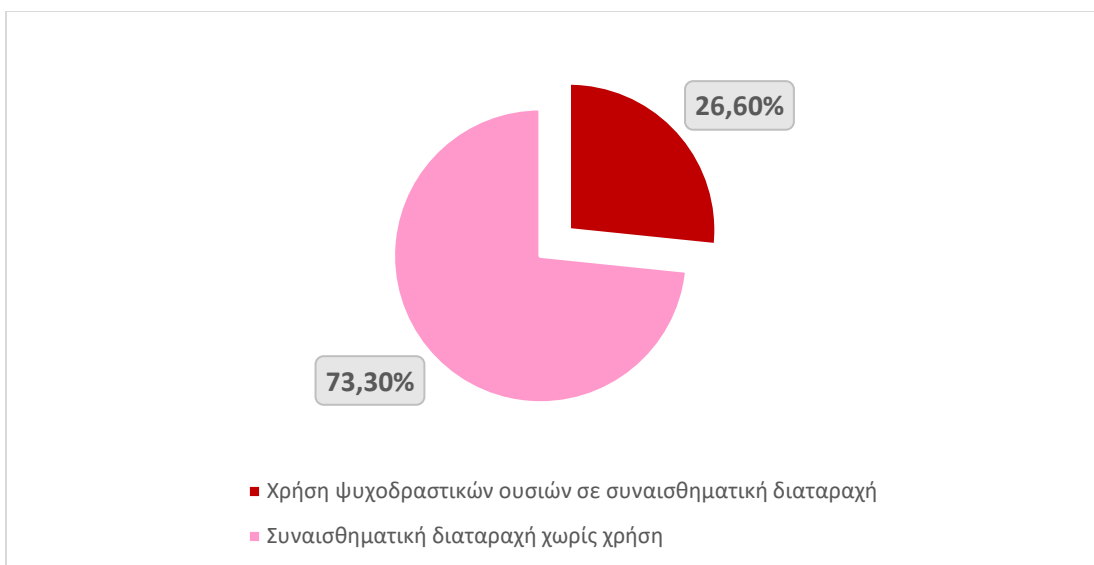
**Γράφημα 18.** Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή.

➤ **Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης στις συναισθηματικές διαταραχές;**

Από τον πίνακα 16, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με συναισθηματική διαταραχή, το 26.6% (N=8) έκανε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

**Πίνακας 16.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές.

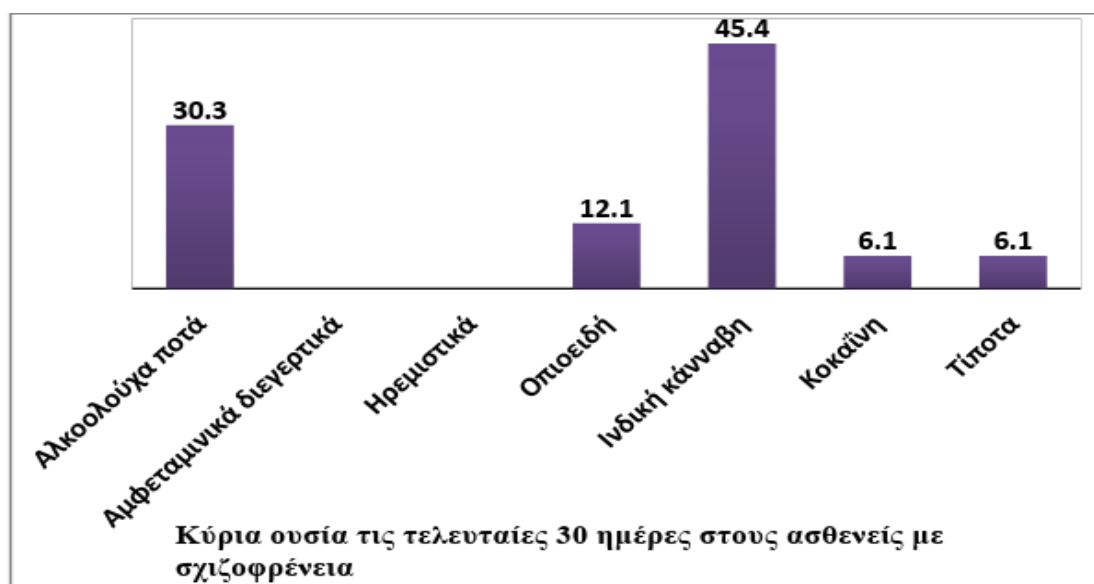
	N	%
<b>Χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στις συναισθηματικές διαταραχές</b>	8	26.6
<b>Συναισθηματικές διαταραχές χωρίς χρήση</b>	30	73.3



**Γράφημα 19.** Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στη σχιζοφρένεια τις τελευταίες 30 ημέρες;**

Στο γράφημα 20, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών, που πάσχουν από σχιζοφρένεια και κάνουν χρήση ουσιών, το 45.4% (N=15) έκανε χρήση ινδική κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες και το 30.3% (N=10) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι άλλες ουσίες.



**Γράφημα 20.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στη σχιζοφρένεια στο παρελθόν;**

Στο γράφημα 21, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών, που πάσχουν από σχιζοφρένεια και κάνουν χρήση ουσιών, το 42.5% (N=14) έκανε χρήση ινδική κάνναβης στο παρελθόν και το 27.3% (N=9) έκανε χρήση οπιοειδών. Με μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν οι άλλες ουσίες.

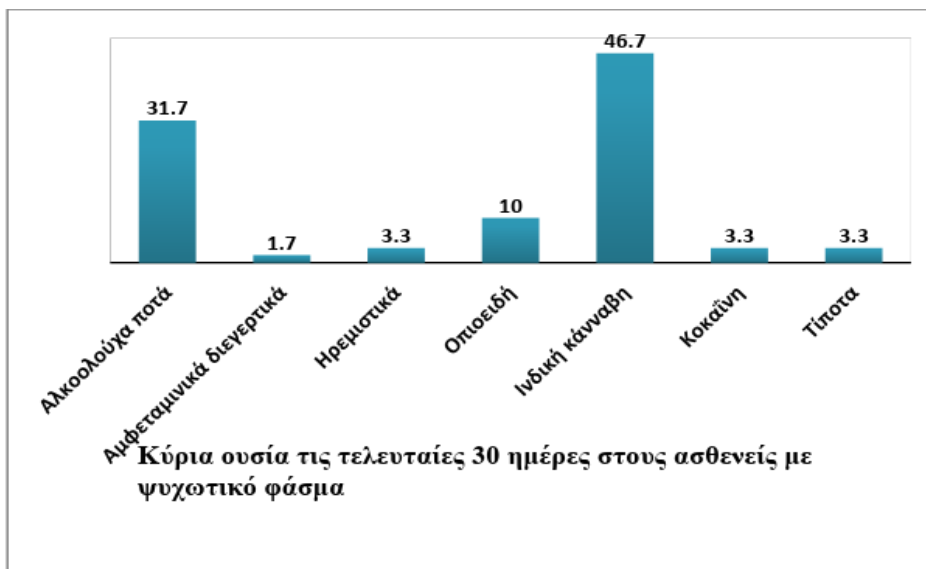


**Γράφημα 21.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στις διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος τις τελευταίες 30 ημέρες;**

Στο γράφημα 22, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος, που κάνουν χρήση ουσιών, το 46.7% (N=28) έκανε χρήση ινδική κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες και το 31.7% (N=19) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών. Με μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν οι άλλες ουσίες.





**Γράφημα 22.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με ψύχωση και χρήση ουσιών.

- **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στις διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος στο παρελθόν;**

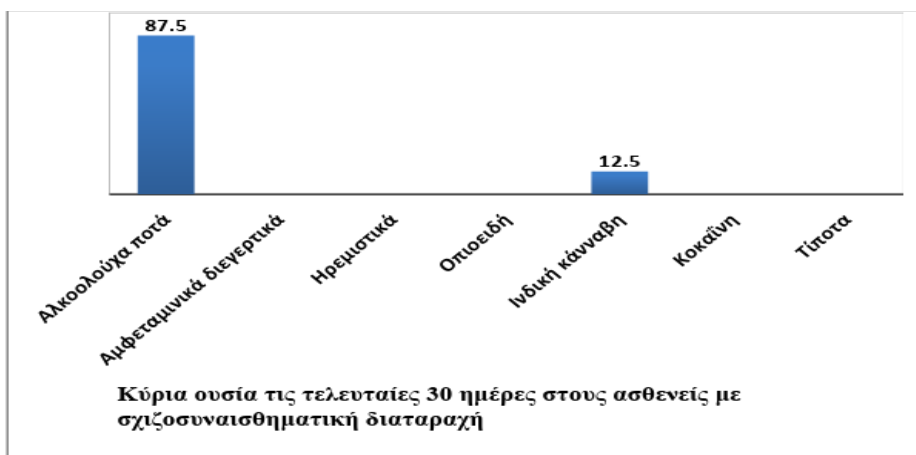
Στο γράφημα 23, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος, που κάνουν χρήση ουσιών, το 48.3% (N=29) έκανε χρήση ινδικής κάνναβης στο παρελθόν και το 26.7% (N=16) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών. Με μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν οι άλλες ουσίες.



**Γράφημα 23.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με ψύχωση και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή τις τελευταίες 30 ημέρες;**

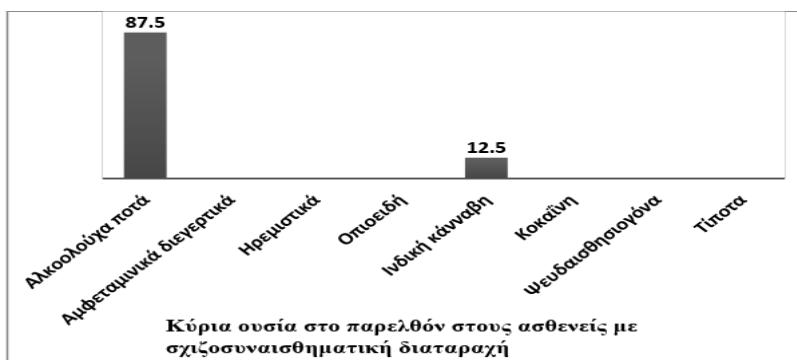
Στο γράφημα 24, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών, το 87.5% (N=7) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών τις τελευταίες 30 ημέρες και το 12.5% (N=1) έκανε χρήση ινδική κάνναβης.



**Γράφημα 24.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή στο παρελθόν;**

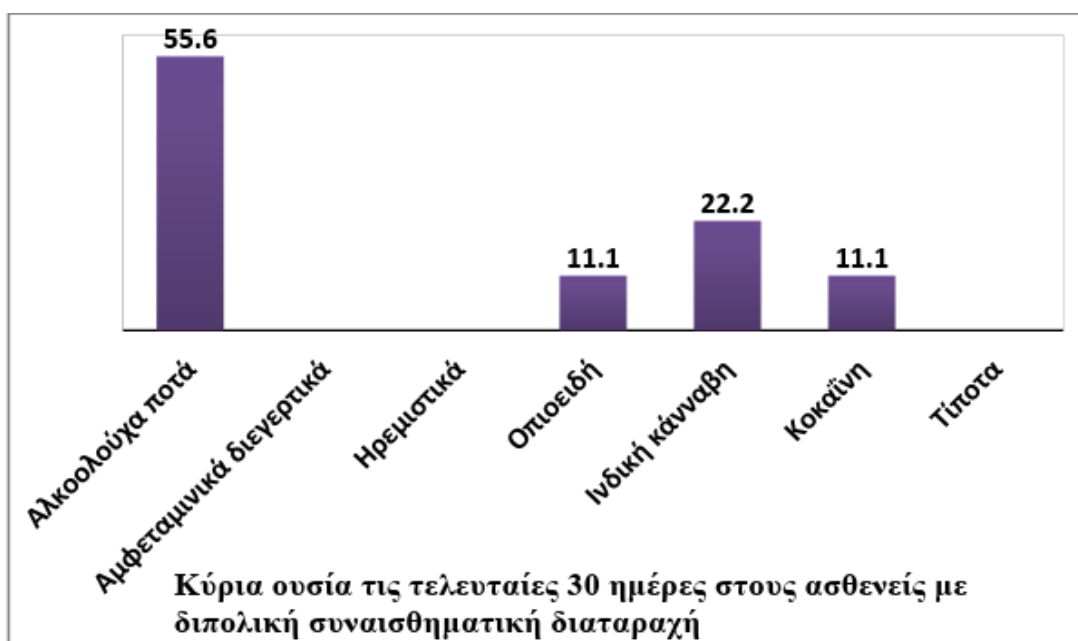
Στο γράφημα 25, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση, το 87.5% (N=7) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών στο παρελθόν και το 12.5% (N=1) έκανε χρήση ινδική κάνναβης.



**Γράφημα 25.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στη διπολική διαταραχή τις τελευταίες 30 ημέρες;**

Στο γράφημα 26, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με διπολική συναισθηματική διαταραχή, που κάνουν χρήση ουσιών, το 55.6 % (N=5) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών τις τελευταίες 30 ημέρες και το 22.2 % (N=2) έκανε χρήση ινδική κάνναβης. Οι υπόλοιπες ουσίες ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά.



**Γράφημα 26.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στη διπολική διαταραχή στο παρελθόν;**

Στο γράφημα 27, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών, το 55.6% (N=5) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών στο παρελθόν και το 22.2% (N=2) έκανε χρήση ινδική κάνναβης. Οι υπόλοιπες ουσίες ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά.



**Γράφημα 27.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.

- Ποιες είναι οι κύριες ουσίες χρήσης στις συναισθηματικές διαταραχές τις τελευταίες 30 ημέρες;

Στο γράφημα 28, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών με συναισθηματικές διαταραχές, που κάνουν χρήση ουσιών, το 33.3% (N=3) έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών τις τελευταίες 30 ημέρες και χρήση ηρεμιστικών. Οι υπόλοιπες ουσίες ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά.



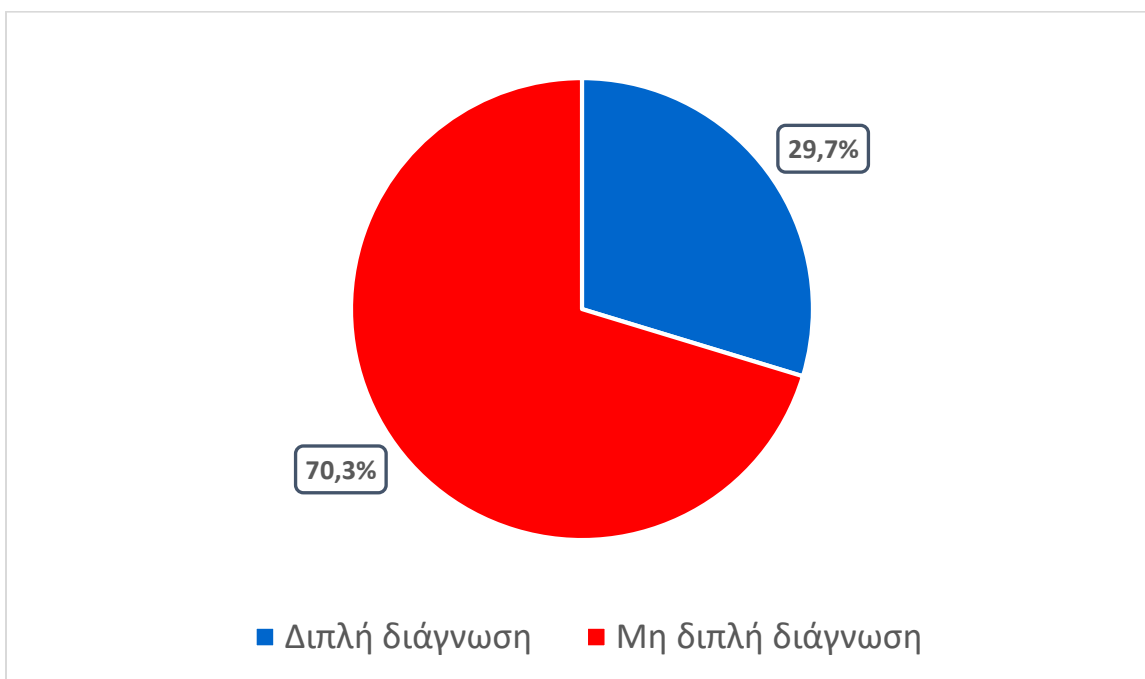
**Γράφημα 28.** Κατανομή δείγματος ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και χρήση ουσιών.

➤ **Ποιος είναι ο επιπολασμός της διπλής διάγνωσης;**

Από τον πίνακα 26, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών το 29.7% (N=95) εμφάνισε διπλή διάγνωση.

**Πίνακας 26.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς την εμφάνιση διπλής διάγνωσης.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Διπλή διάγνωση</b>	95	29.7
<b>Μη διπλή διάγνωση</b>	225	70.3



**Γράφημα 29.** Κατανομή δείγματος ως προς την εμφάνιση διπλής διάγνωσης.

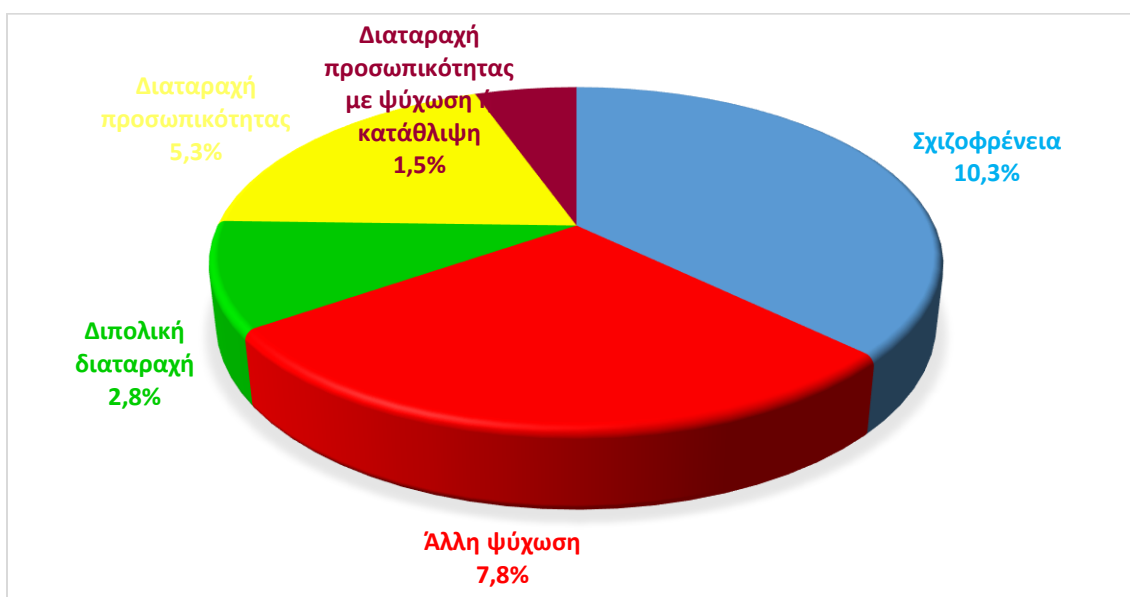
Από τον πίνακα 27, παρατηρούμε ότι στους ασθενείς με διπλή διάγνωση,

- το 10.3% είχε συννόσηση με σχιζοφρένεια
- το 7.8% με άλλη ψύχωση
- το 2.8% με διπολική συναισθηματική διαταραχή
- το 5.3% με διαταραχή προσωπικότητας (Cluster B)

- ενώ με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι διπλές διαγνώσεις με συνυπάρχουσα διαταραχή προσωπικότητας και είτε ψύχωση είτε κατάθλιψη.

**Πίνακας 27.** Κατανομή συχνοτήτων διπλής διάγνωσης ως προς τις επιμέρους διαγνώσεις.

	N	%
Σχιζοφρένεια	33	10,3
Άλλες ψυχωτικές διαταραχές	25	7,8
Διπολική διαταραχή	9	2,8
Διαταραχή προσωπικότητας	17	5,3
Διαταραχή προσωπικότητας και είτε ψύχωση είτε κατάθλιψη	5	1,5
Σύνολο	95	29,7



**Γράφημα 30.** Κατανομή συχνοτήτων διπλής διάγνωσης ως προς τις επιμέρους διαγνώσεις.

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διπλή διάγνωση

Στον πίνακα 28, περιγράφονται τα ατομικά χαρακτηριστικά για το σύνολο των ασθενών με διπλή διάγνωση. Από τους συνολικά 95 ασθενείς, η πλειοψηφία ήταν

άνδρες (N=76, 80%), ενώ το 20% (N=19) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 39.05 χρόνια. Το 72.6% (N=69) του δείγματος διαμένει στην Αθήνα, ενώ μόλις το 11.6% (N=11) διαμένει σε επαρχία-πόλη, με το 82.1% (N=78) από το σύνολο να έχουν ελληνική εθνικότητα. Όσον αφορά την εργασιακή τους κατάσταση, το 58.9% (N=56) είναι άνεργοι και με μικρότερα ποσοστά, ακολουθούν οι ασθενείς, που έχουν περιστασιακή απασχόληση (18.9%), που είναι οικονομικά μη ενεργοί (10.5%) και αυτοί που έχουν σταθερή απασχόληση (9.5%). Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία των ασθενών είναι άγαμοι (69.5%, N=66), ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι διαζευγμένοι (12.6%, N=12) και οι παντρεμένοι (11.6%, N=11). Τέλος, το 41.1% (N=39) των ασθενών είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 29.5% (N=28) είναι απόφοιτοι Λυκείου, ενώ μόλις το 1.1% (N=1) δεν τελείωσε το Δημοτικό.

**Πίνακας 28.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με διπλή διάγνωση (N=95).

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>Άνδρας</i>	76	80
	<i>Γυναίκα</i>	19	20
<b>Ηλικία κατά τη νοσηλεία</b>	<i>Μέση τιμή</i>		39.05
	<i>Τυπική απόκλιση</i>		11.17
	<i>Ελάχιστη</i>		16
	<i>Μέγιστη</i>		65
<b>Τόπος διαμονής</b>	<i>Αθήνα</i>	69	72.6
	<i>Εξωτερικό-πόλη</i>	1	1.1
	<i>Επαρχία-κωμόπολη</i>	14	14.7
	<i>Επαρχία-πόλη</i>	11	11.6
<b>Εθνικότητα</b>	<i>Ελληνική</i>	78	82.1
	<i>Άλλο</i>	17	17.9
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	<i>Άνεργος</i>	56	58.9
	<i>Μαθητής</i>	2	2.1
	<i>Οικονομικά μη ενεργός</i>	10	10.5
	<i>Περιστασιακή απασχόληση</i>	18	18.9
	<i>Σταθερή απασχόληση</i>	9	9.5
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Άγαμος</i>	66	69.5
	<i>Διαζευγμένος</i>	12	12.6
	<i>Παντρεμένος</i>	11	11.6
	<i>Σε διάσταση</i>	6	6.3
	<i>Χήρος</i>	0	0

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν τελείωσε Δημοτικό	1	1.1
	Απόφοιτος Δημοτικού	17	17.9
	Απόφοιτος Γυμνασίου	39	41.1
	Απόφοιτος Λυκείου	28	29.5
	Απόφοιτος ΙΕΚ	0	0
	Απόφοιτος ΤΕΙ	6	6.3
	Απόφοιτος ΑΕΙ	4	4.2

➤ **Ποιες οι διαφορές των πασχόντων από διπλή διάγνωση από τους πάσχοντες από μη διπλή διάγνωση;**

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression), με στόχο τον προσδιορισμό των δημογραφικών παραγόντων «Φύλο», «Ηλικία», «Τόπος διαμονής», «Εκπαίδευση», «Οικογενειακή κατάσταση», «Εθνικότητα» και «Εργασιακή κατάσταση», που οδηγούν σε ασθενείς με διπλή διάγνωση ή σε ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 29. Το συνολικό μοντέλο έδειξε να μην είναι στατιστικά σημαντικό ( $\chi^2(13) = 20.66$ ,  $p\text{-value} = 0.08 > 0.05$ ) σε σχέση με το μηδενικό μοντέλο με το μοντέλο να εξηγεί το 6% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Cox & Snell  $R^2 = 0.063$ ).

**Το μοντέλο μπορεί να γραφτεί ως εξής:**

$$\begin{aligned} & \log(\text{odds ratio}) \\ & = \beta_0 + \beta_1 * \text{φύλο}_{\text{άντρας}} + \beta_2 * \text{ηλικία} + \beta_3 * \text{τόπος διαμονής}_{\text{επαρχία}} + \beta_4 \\ & * \text{εκπαίδευση}_{\text{ΙΕΚ-ΤΕΙ-ΑΕΙ}} + \beta_5 * \text{οικογενειακή κατάσταση}_{\text{παντρεμένος}} \\ & * \text{εθνικότητα}_{\text{άλλο}} + \beta_6 * \text{εργασιακή κατάσταση}_{\text{σταθερή απασχόληση}} \end{aligned}$$

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν 2.543 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση σε σχέση με το να είναι



ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση, ανεξαρτήτως των υπολοίπων παραγόντων (OR=2.543, p-value<0.003).

**Πίνακας 29.** Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τους ασθενείς με διπλή διάγνωση ή με τους ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση με την enter μέθοδο.

	<b>B</b>	<b>Adjusted OR</b>	<b>95% C.I. for Adjusted OR</b>		<b>p-value</b>
			<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	
<b>Σταθερός όρος</b>	-1.873	0.154			0.033
<b>Φύλο</b>					
<i>Αντρας</i>	0.933	2.543	1.374	4.708	<b>0.003</b>
<i>Γυναίκα</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Ηλικία</b>	-0.007	0.993	0.970	1.016	0.549
<b>Τόπος Διαμονής</b>					0.789
<i>Αθήνα</i>	0.155	1.168	0.657	2.076	0.598
<i>Εξωτερικό/Πόλη</i>	-0.376	0.686	0.068	6.976	0.750
<i>Επαρχία</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Εκπαίδευση</b>					0.953
<i>Δεν τελείωσε δημοτικό/Απόφοιτος δημοτικού</i>	0.266	1.305	0.489	3.485	0.596
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου</i>	0.237	1.268	0.531	3.028	0.593
<i>Απόφοιτος Λυκείου</i>	0.183	1.201	0.49	2.943	0.689
<i>Απόφοιτος ΙΕΚ / ΤΕΙ / ΑΕΙ</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					0.748
<i>Άγαμος</i>	0.323	1.381	0.600	3.180	0.448
<i>Διαζευγμένος / Σε διάσταση / Χήρος</i>	0.217	1.242	0.499	3.093	0.641
<i>Παντρεμένος</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Εθνικότητα</b>					
<i>Ελληνική</i>	-0.347	0.707	0.341	1.465	0.351
<i>Άλλο</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>					0.456
<i>Άνεργος</i>	0.335	1.397	0.576	3.39	0.459
<i>Μαθητής/Οικονομικά μη ενεργός</i>	0.473	1.605	0.564	4.567	0.375
<i>Περιστασιακή απασχόληση</i>	0.788	2.200	0.783	6.184	0.135
<i>Σταθερή απασχόληση</i>	Κατηγορία αναφοράς				

OR=Odds Ratio, CI=Διάστημα εμπιστοσύνης

\*p<0.05

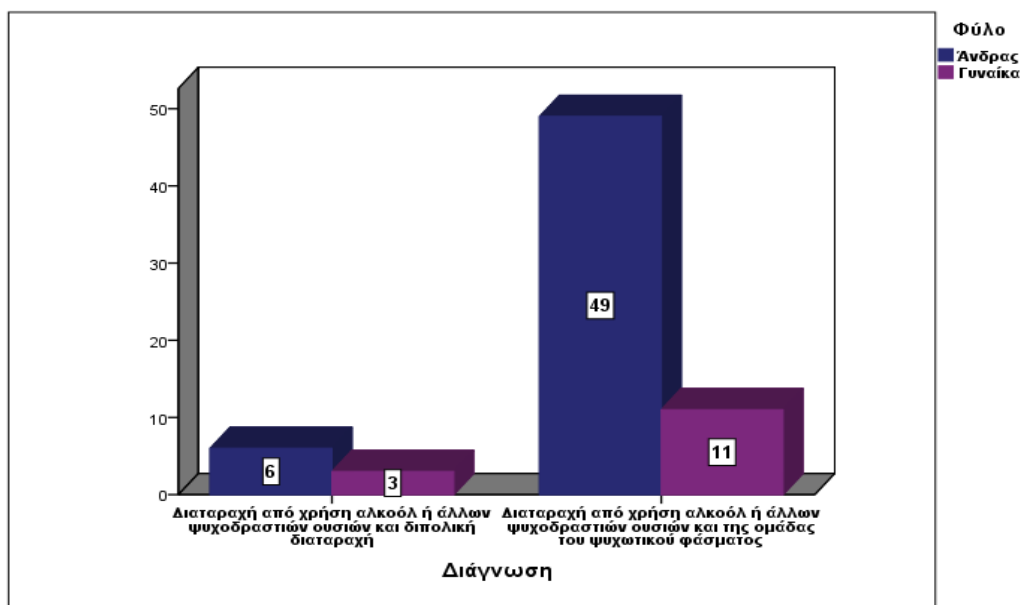
- **Ποιες οι διαφορές των πασχόντων από διπολική διαταραχή και ψυχική διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών προς τους πάσχοντες από διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος και ψυχική διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κύρια ουσία χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες, τον τύπο της νοσηλείας και τα αντισώματα Anti-HCV;**

Στον Πίνακα 30, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με το φύλο. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 29, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και το φύλο ( $p$ -value =0.261).

**Πίνακας 30.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.

	Φύλο				X2 p-value
	Άνδρας		Γυναίκα		
	N	%	N	%	
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</i>				0.261*
	6	66.7	3	33.3	
	<i>Διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</i>				
	49	81.7	11	18.3	

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 31.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.

Για τη σύγκριση των μέσων τιμών της ηλικίας με την διάγνωση εξιτηρίου που χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος Student's t-test. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 31, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ηλικία και στις δύο ομάδες (p-value =0.114).

**Πίνακας 31.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την ηλικία.

Διάγνωση εξιτηρίου	N	Mean	Std. Deviation	t	df	p-value
<b>Διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</b>						
Ηλικία	9	37.89	10.86	-0.044	67	0.965
<b>Διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</b>						
	60	38.07	11.25			

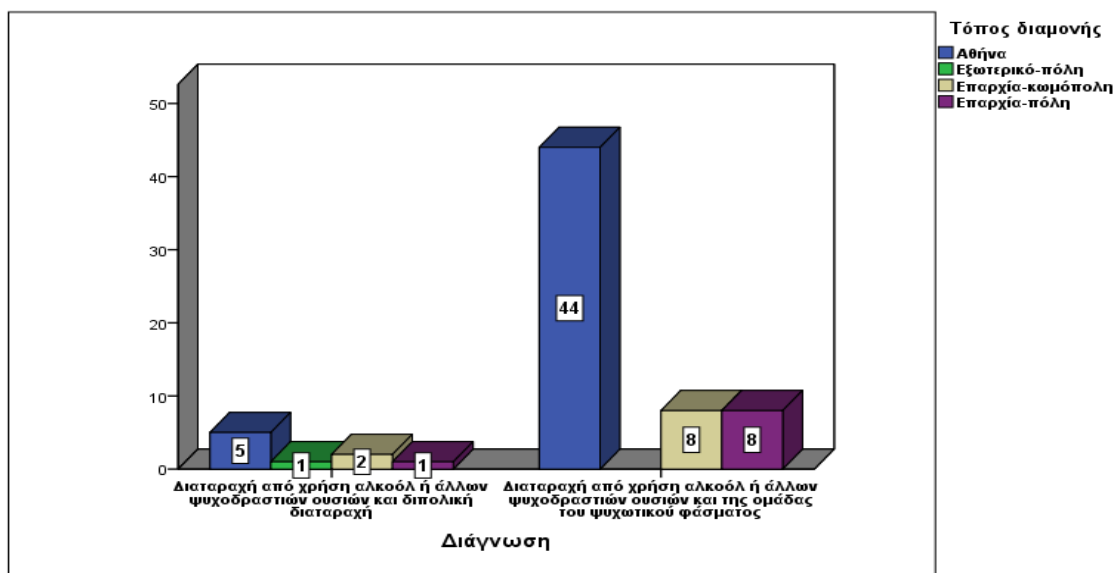
Στον Πίνακα 31, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική

διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 32, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και τον τόπο διαμονής (p-value =0.114).

**Πίνακας 32.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.

	Τόπος διαμονής								Χ2 value	p-
	Αθήνα		Εξωτερικό- πόλη		Επαρχία- κωμόπολη		Επαρχία-πόλη			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</i>									
	5	55.6	1	11.1	2	22.2	1	11.1	0.114*	
	<i>Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</i>									
	44	73.3	0	0	8	13.3	8	13.3		

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.



**Γράφημα 32.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.

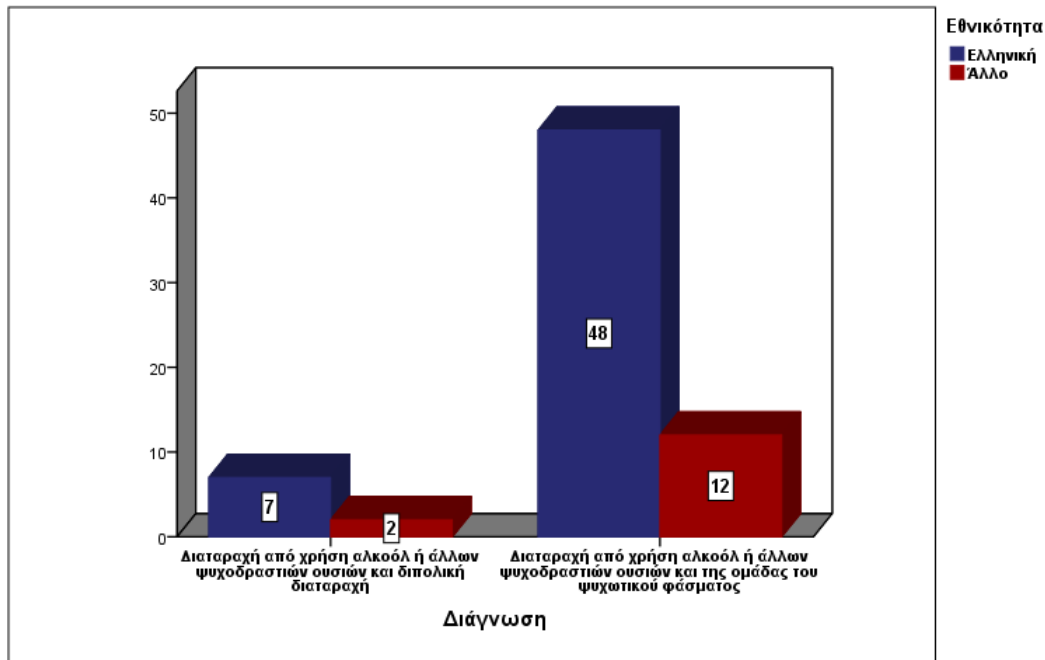
Στον Πίνακα 33, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με την εθνικότητα. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 33, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και την εθνικότητα ( $p$ -value =0.877).

**Πίνακας 33.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.

Διάγνωση εξιτηρίου	Εθνικότητα	Εθνικότητα				X2 p-value
		Ελληνική		Άλλο		
		N	%	N	%	
Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή		7	77.8	2	22.2	0.877

**Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος**

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 33.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.

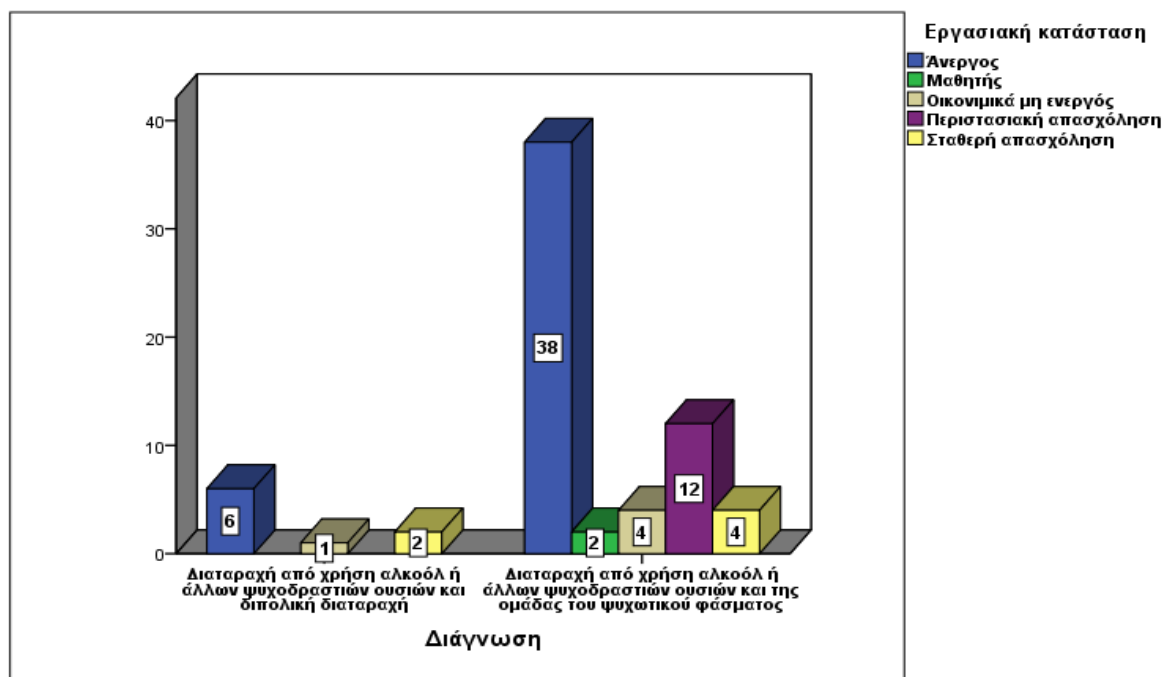
Στον Πίνακα 34, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με την εργασιακή κατάσταση. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 34, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και την εργασιακή κατάσταση ( $p\text{-value} = 0.241$ ).

**Πίνακας 34.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.

**Εργασιακή κατάσταση**

	Άνεργος		Μαθητής		Οικονομικά μη ενεργός		Περιστασιακή απασχόληση		Σταθερή απασχόληση		Χ2 value	p-
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</i>											
	6	66.7	0	0	1	11.1	0	0	2	22.2	0.241*	
<i>Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</i>												
	38	63.3	2	3.3	4	6.7	12	20	4	6.7		

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 34.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.

Στον Πίνακα 35, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 35, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και την οικογενειακή κατάσταση ( $p$ -value =0.507).

**Πίνακας 35.** Συγκρίσεις για την διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.

Διάγνωση	Οικογενειακή κατάσταση										Σε διάσταση	Χ2	p-value
	Άγαμος		Διαζευγμένος		Παντρεμένος		Σε διάσταση		Χ2				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων	6	66.7	2	22.2	1	11.1	0	0	0	0	0.507*		

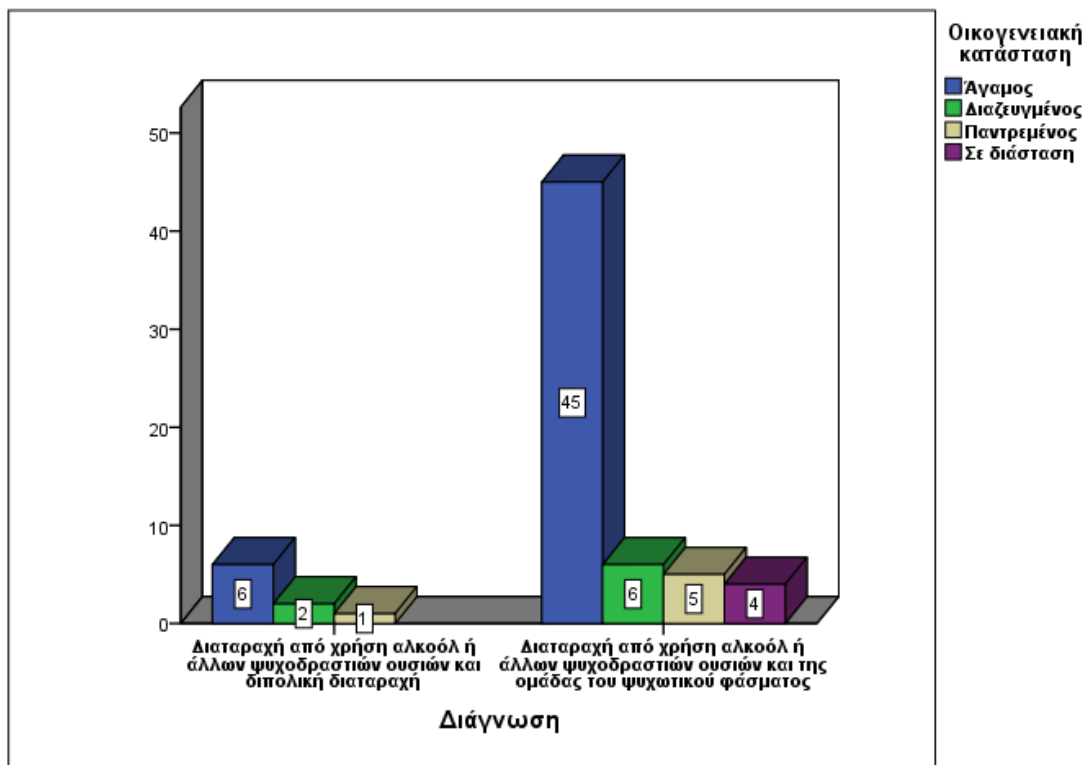


**ψυχοδραστικών ουσιών  
και διπολική διαταραχή**

**Μία διαταραχή χρήσης  
αλκοόλ ή άλλων**

**ψυχοδραστικών ουσιών 45 75 6 10 5 8.3 4 6.7  
και της ομάδας του  
ψυχωτικού φάσματος**

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 35.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.

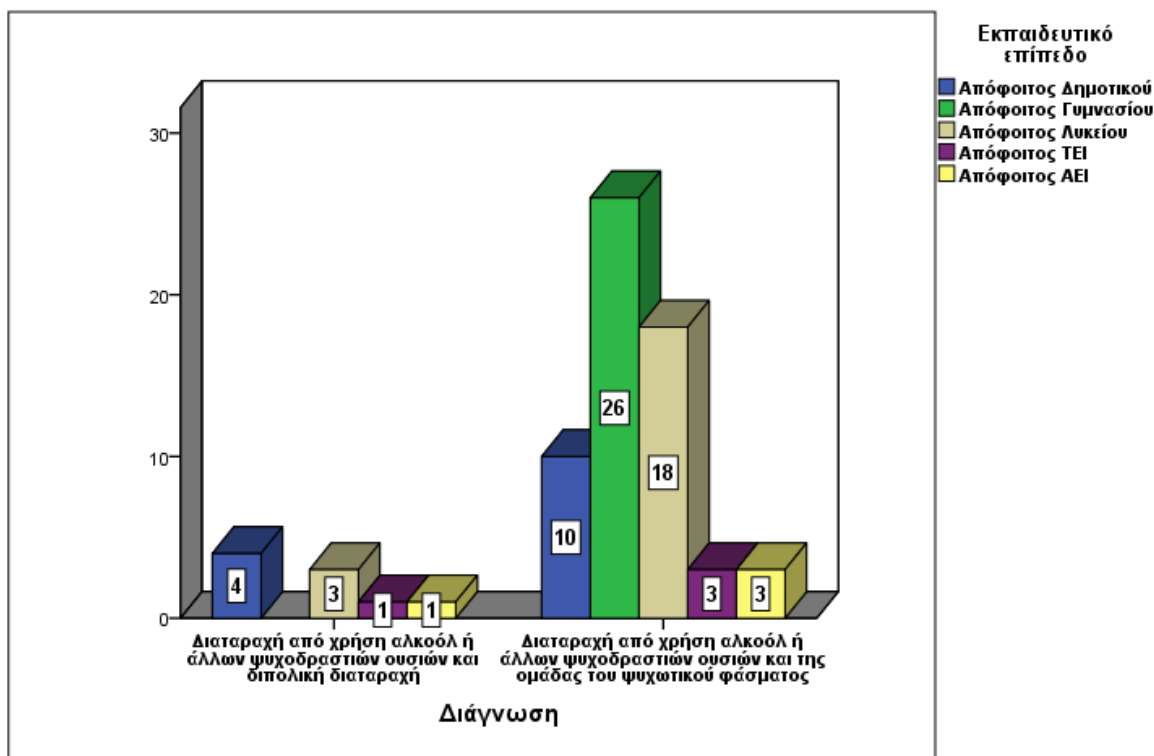
Στον Πίνακα 36, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών

ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 36, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p$ -value =0.025). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς, που διαγνώστηκαν με διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος είναι συνηθέστεροι απόφοιτοι Γυμνασίου και απόφοιτοι Λυκείου.

**Πίνακας 36.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.

	Εκπαιδευτικό επίπεδο										X2	p-value
	Απόφοιτος Δημοτικού		Απόφοιτος Γυμνασίου		Απόφοιτος Λυκείου		Απόφοιτος ΤΕΙ		Απόφοιτος ΑΕΙ			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</i>											
	4	44.4	0	0	3	33.3	1	11.1	1	11.1	0.025*	
	<i>Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</i>											
	10	16.7	26	43.3	18	30	3	5	3	5		

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 36.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.

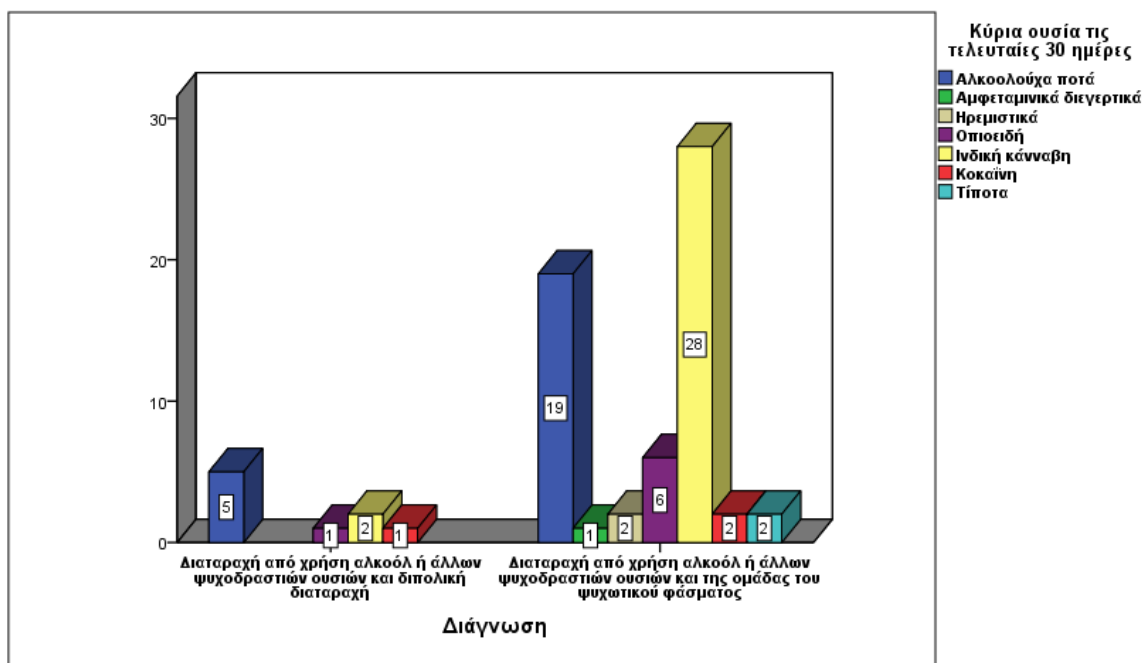
Στον Πίνακα 37, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 37, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και τις κύριες ουσίες που έλαβαν τις τελευταίες 30 ημέρες ( $p$ -value =0.514).

**Πίνακας 37.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τις κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες.

Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες

	Αλκοολούχα ποτά		Αμφεταμινικά διεγερτικά		Ηρεμιστικά		Οπιοειδή		Ινδική κάνναβη		Κοκαΐνη		Τύποτα		Χ2 value	p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<i>Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</i>	5	55.6	0	0	0	0	1	11.1	2	22.2	1	11.1	0	0	0.514*	
<i>Διάγνωση εξιτηρίου Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</i>	19	31.7	1	1.7	2	3.3	6	10.0	28	46.7	2	3.3	2	3.3		

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 37.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου, με βάση τη κύρια ουσία που πήραν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες.

Στον Πίνακα 38, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με τον τύπο νοσηλείας. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 38, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και τον τύπο νοσηλείας ( $p$ -value =0.757).

**Πίνακας 38.** Συγκρίσεις για την διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

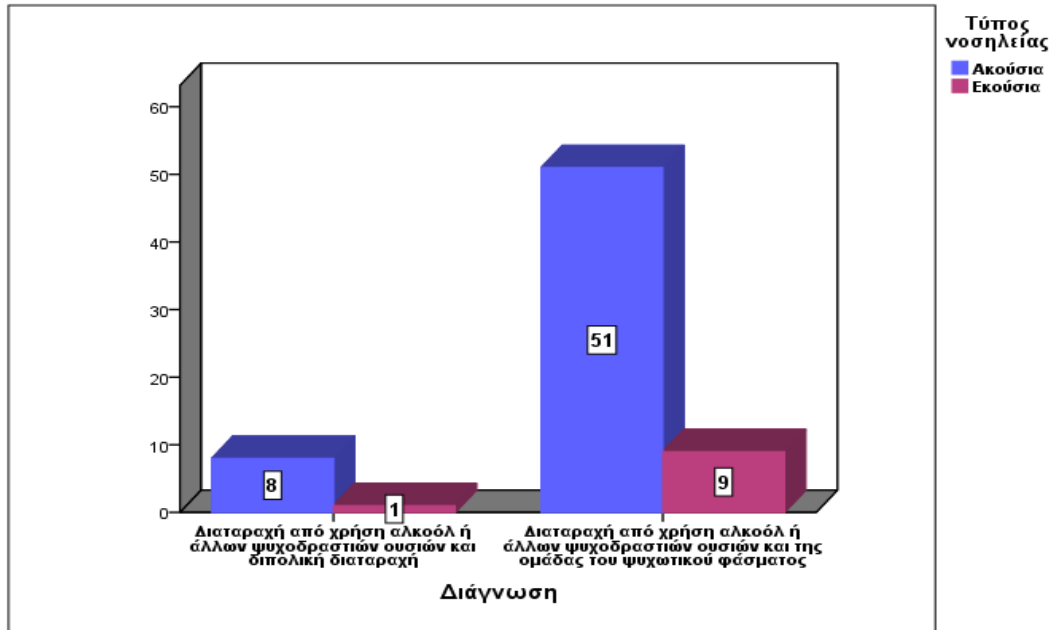
Διάγνωση	Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή	Τύπος νοσηλείας				X2 p-value
		Ακούσια		Εκούσια		
		N	%	N	%	
Εξιτηρίου	Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή	8	88.9	1	11.1	0.757

*Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων*

*ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του 51 85 9 15*

*ψυχωτικού φάσματος*

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 38.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

Στον Πίνακα 39, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή και β) των ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος σε σχέση με το Anti-HCV (+). Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 39, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και το Anti-HCV (+) (p-value =0.161).

**Πίνακας 39.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).

Anti-HCV (+)

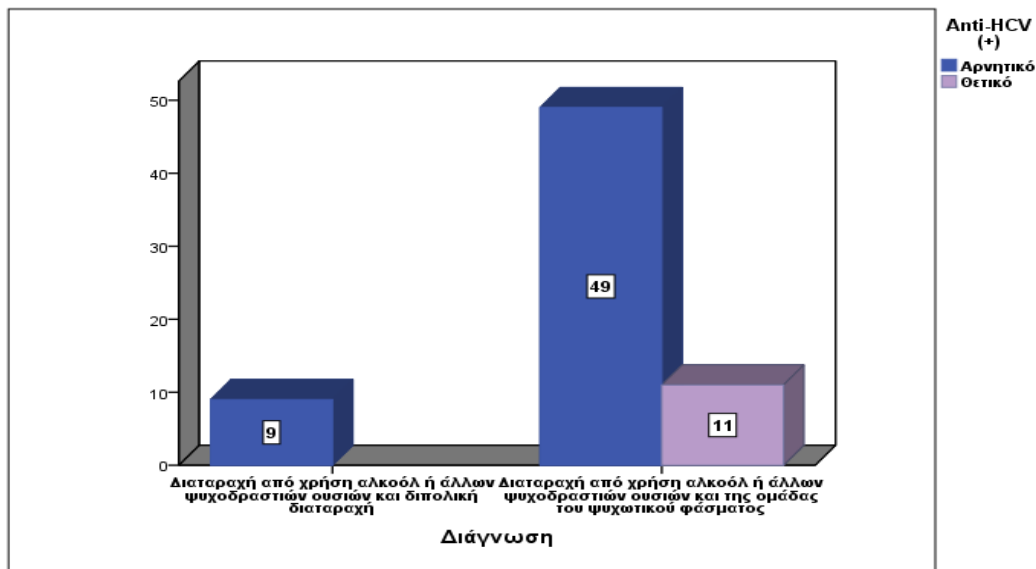
Αρνητικό

Θετικό

$\chi^2$  p-value

		N	%	N	%	
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και διπολική διαταραχή</i>	9	100	0	0	0.161
	<i>Μία διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και της ομάδας του ψυχωτικού φάσματος</i>	49	81.7	11	18.3	

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 39.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).

Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression), με στόχο τον προσδιορισμό των δημογραφικών παραγόντων «Φύλο», «Ηλικία», «Τόπος διαμονής», «Εκπαίδευση», «Οικογενειακή κατάσταση», «Εθνικότητα» και «Εργασιακή κατάσταση», που οδηγούν σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και διπολική διαταραχή ή σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος, τα

αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 40. Το συνολικό μοντέλο έδειξε να είναι στατιστικά σημαντικό ( $\chi^2(13) = 26.08$ ,  $p\text{-value} = 0.02 < 0.05$ ) σε σχέση με το μηδενικό μοντέλο με το μοντέλο να εξηγεί το 31% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Cox & Snell  $R^2 = 0.315$ ).

**Το μοντέλο μπορεί να γραφτεί ως εξής:**

$$\begin{aligned} & \log(\text{odds ratio}) \\ & = \beta_0 + \beta_1 * \text{φύλο}_{\text{άντρας}} + \beta_2 * \text{ηλικία} + \beta_3 * \text{τόπος διαμονής}_{\text{επαρχία}} + \beta_4 \\ & * \text{εκπαίδευση}_{\text{IEK-TEI-AEI}} + \beta_5 * \text{οικογενειακή κατάσταση}_{\text{παντρεμένος}} \\ & * \text{εθνικότητα}_{\text{άλλο}} + \beta_6 * \text{εργασιακή κατάσταση}_{\text{σταθερή απασχόληση}} \end{aligned}$$

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, αυτοί, που διαμένουν στην Αθήνα σε σχέση με αυτούς, που διαμένουν στην επαρχία έχουν 49 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και ψύχωση, ανεξαρτήτως των υπολοίπων παραγόντων (OR=49.072,  $p\text{-value} = 0.047$ ).

**Πίνακας 40.** Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων, που σχετίζονται με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και διπολική διαταραχή ή με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος με την enter μέθοδο.

	<b>B</b>	<b>Adjusted OR</b>	<b>95% C.I. for Adjusted OR</b>		<b>p-value</b>
			<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	
<b>Σταθερός όρος</b>	-1.543	0.214			0,727
<b>Φύλο</b>					
<i>Άντρας</i>	1.027	2.792	0.256	30.439	0.400
<i>Γυναίκα</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Ηλικία</b>	0.04	1.041	0.941	1.153	0.435
<b>Τόπος Διαμονής</b>					0.138
<i>Αθήνα</i>	3.893	49.072	1.06	2272.12	<b>0.047</b>
<i>Εξωτερικό/Πόλη</i>	-40.878	0	0		0.999



Επαρχία	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Εκπαίδευση</b>					0.900
<i>Δεν τελείωσε δημοτικό/Απόφοιτος δημοτικού</i>	-0.945	0.389	0.017	9.05	0.556
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου</i>	37.361	1.6816E16	0	-	0.996
<i>Απόφοιτος Λυκείου</i>	0.148	1.16	0.063	21.408	0.920
<i>Απόφοιτος ΙΕΚ / ΤΕΙ / ΑΕΙ</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					0.885
<i>Άγαμος</i>	18.977	174508270.975	0		0.997
<i>Διαζευγμένοι / Σε διάσταση / Χήρος</i>	18.221	81913946.762	0		0.997
<i>Παντρεμένος</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Εθνικότητα</b>					
<i>Ελληνική</i>	-2.522	0.080	0.003	2.216	0.136
<i>Άλλο</i>	Κατηγορία αναφοράς				
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>					0.85
<i>Άνεργος</i>	-19.409	0	0		0.997
<i>Μαθητής/Οικονομικά μη ενεργός</i>	-17.285	0	0		0.997
<i>Περιστασιακή απασχόληση</i>	2.464	11.755	0		1.000
<i>Σταθερή απασχόληση</i>	Κατηγορία αναφοράς				

- **Ποιες οι διαφορές των πασχόντων από ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και μία άλλη ψυχική διαταραχή (διπλή διάγνωση) σε σύγκριση με τους πάσχοντες από μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τον τύπο της νοσηλείας και τα αντισώματα Anti-HCV;**

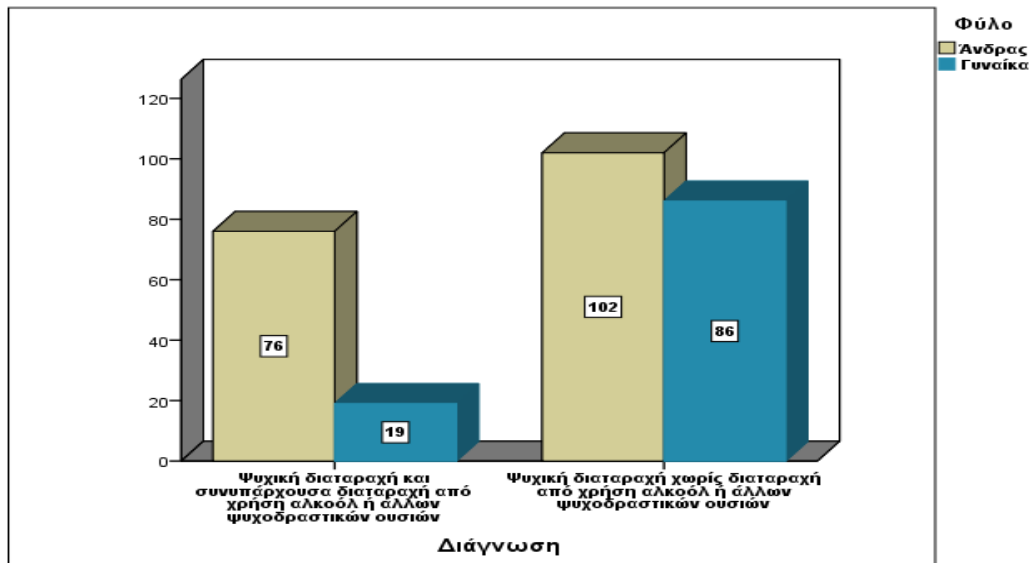
Στον Πίνακα 41, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με το φύλο. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 41, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και το φύλο (p-value <0.001). Ειδικότερα, οι

ασθενείς με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες είναι συνηθέστερα άνδρες.

**Πίνακας 41.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.

	Φύλο				X2 p-value
	Άνδρας		Γυναίκα		
	N	%	N	%	
<b>Διάγνωση εξιτηρίου</b> Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	76	80	19	20	<0.001*
Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	102	54.3	86	45.7	

\*Fisher's exact test, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



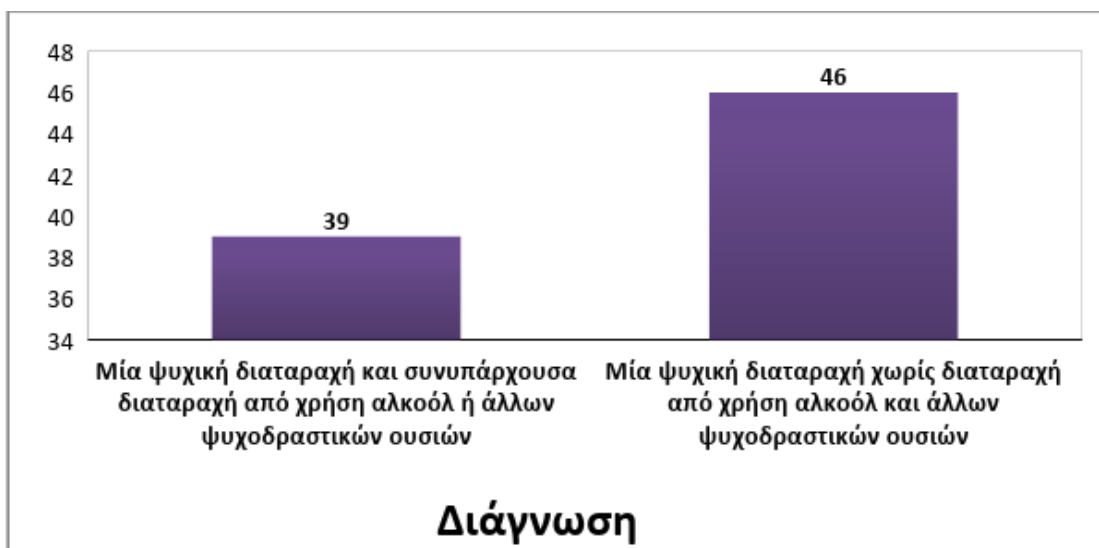
**Γράφημα 40.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.

Για τη σύγκριση των μέσων τιμών της ηλικίας με την διάγνωση εξιτηρίου, που χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney, λόγω του ότι η ηλικία δεν ακολουθεί κανονική κατανομή και στις δύο κατηγορίες της διάγνωσης. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 42, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ηλικία και στις δύο ομάδες ( $p\text{-value} = 0.015$ ). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες έχουν μικρότερη διάμεση ηλικία.

**Πίνακας 42.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την ηλικία.

Διάγνωση εξιτηρίου	N	Διάμεσος	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	95	39	125.36	7349	<b>0.015</b>
Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	60	46	11.25		

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 41.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την ηλικία.

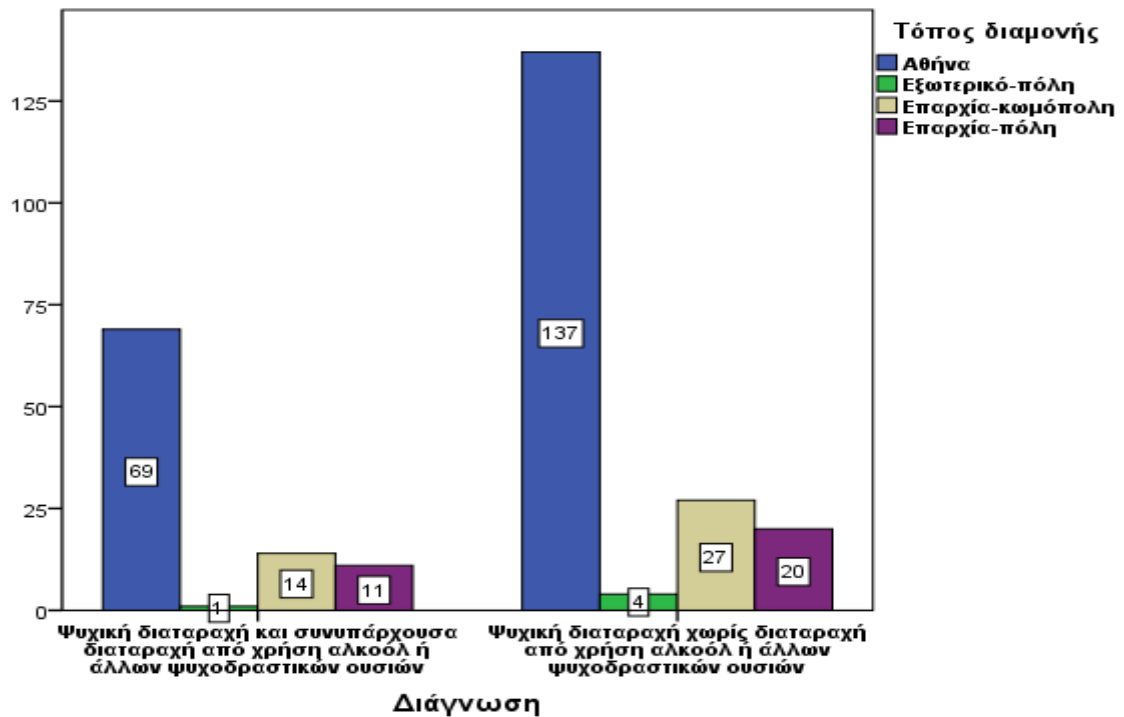
Στον Πίνακα 43, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με τον τόπο διαμονής. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 43, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και τον τόπο διαμονής ( $p$ -value =0.925).

**Πίνακας 43.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.

	Τόπος διαμονής								$\chi^2$ p-value
	Αθήνα		Εξωτερικό-πόλη		Επαρχία-κωμόπολη		Επαρχία-πόλη		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών</i>								
	69	72.6	1	1.1	14	14.7	11	11.6	0.925
	<i>Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων</i>								
	137	72.9	4	2.1	27	14.4	20	10.6	

**ψυχοδραστικώ  
ν ουσιών**

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 42.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.

Στον Πίνακα 44, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με την εθνικότητα. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 44, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και την εθνικότητα ( $p$ -value =0.368).

**Πίνακας 44.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.

**Εθνικότητα**

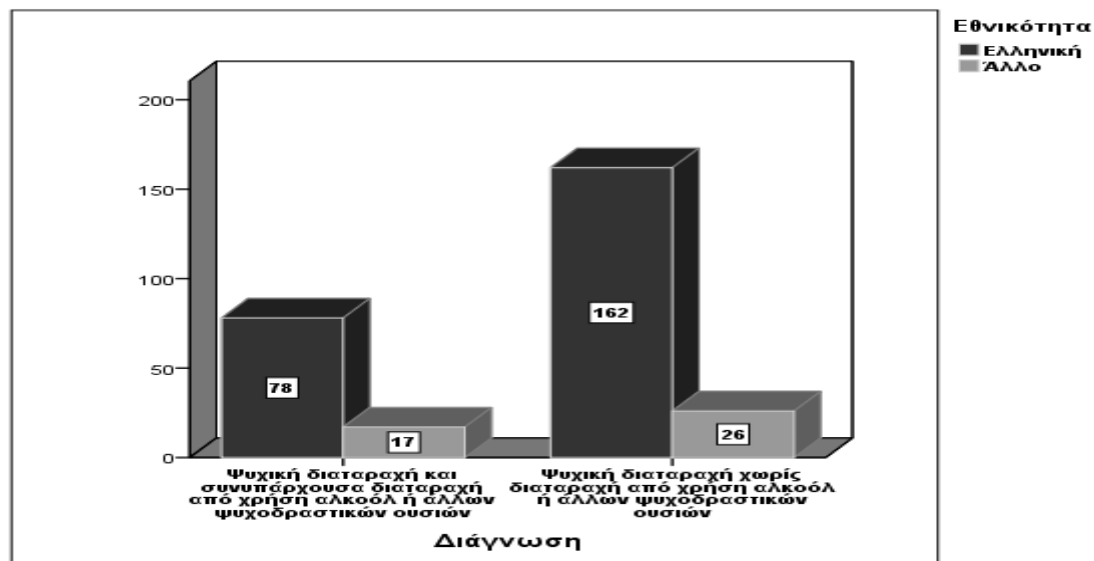
Ελληνική

Άλλο

$\chi^2$  p-value

		N	%	N	%	
Διάγνωση εξιτηρίου	Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	78	82.1	17	17.9	0.368
	Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	162	86.2	26	13.8	

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 43.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.

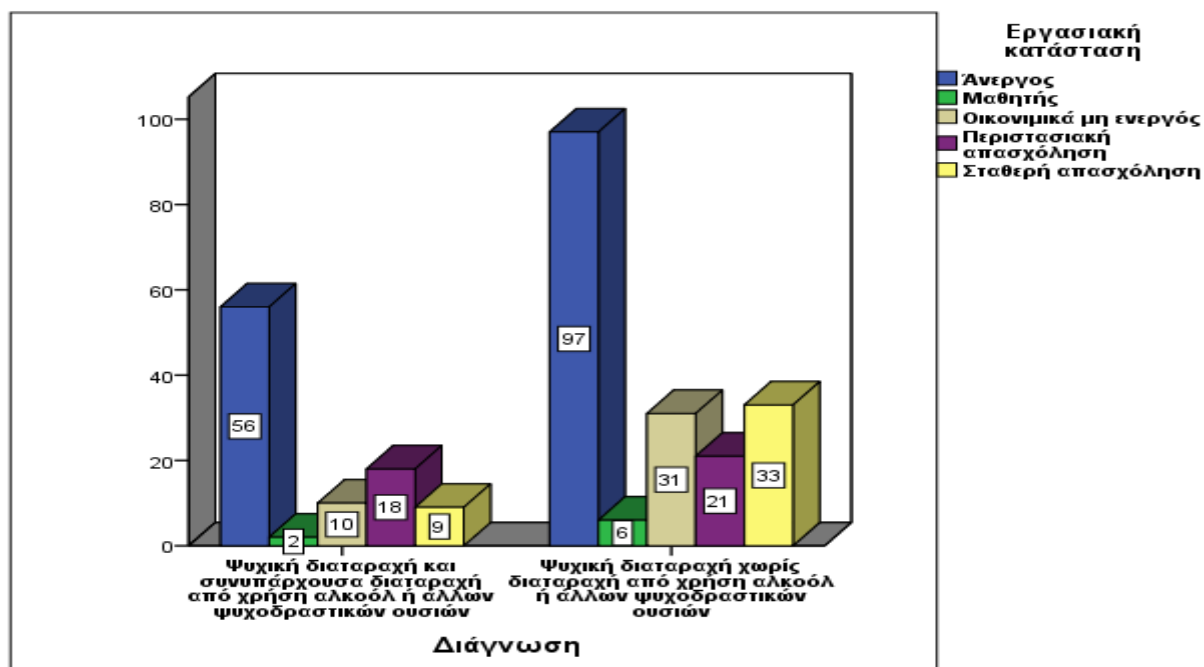
Στον Πίνακα 45, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με την εργασιακή κατάσταση. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 45, δε βρέθηκαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και την εργασιακή κατάσταση (p-value =0.092).

**Πίνακας 45.** Συγκρίσεις για την διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.

		Εργασιακή κατάσταση										Χ2 p-value
		Άνεργος		Μαθητής		Οικονομικά μη ενεργός		Περιστασιακή απασχόληση		Σταθερή απασχόληση		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Διάγνωση εξιτηρίου	Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	56	58.9	2	2.1	10	10.5	18	18.9	9	9.5	0.092
	Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	97	51.6	6	3.2	31	16.5	21	11.2	33	17.6	

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 44.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.

Στον Πίνακα 46, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 46, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και την οικογενειακή κατάσταση ( $p$ -value = 0.238).

**Πίνακας 46.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.

**Οικογενειακή κατάσταση**

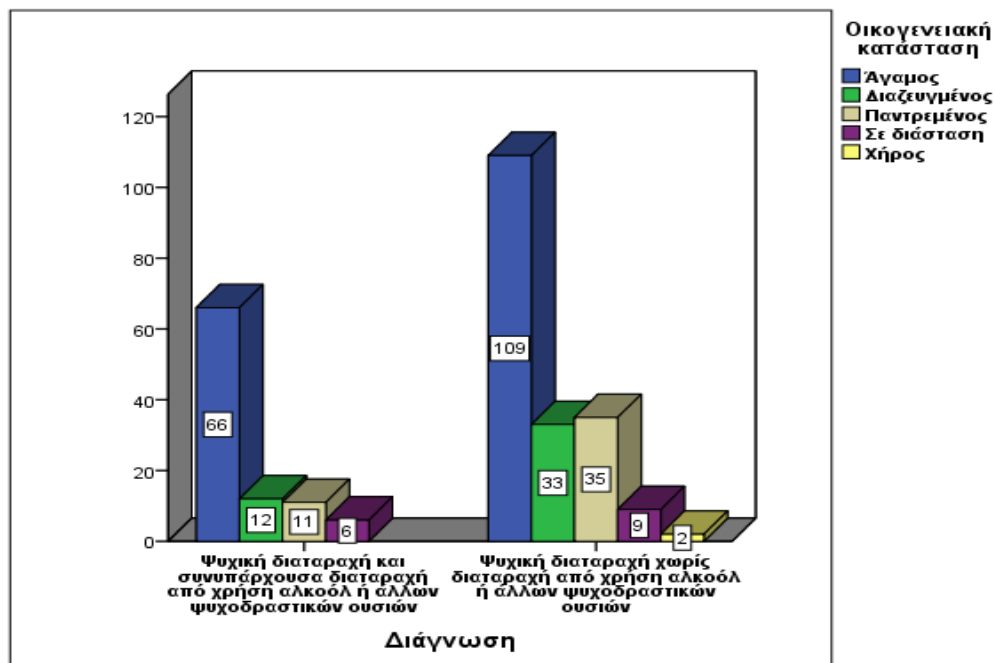
Άγαμος		Διαζευγμένος		Παντρεμένος		Σε διάσταση		Χήρος		X2 p-value
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	



Μία ψυχική  
 διαταραχή και  
 συνυπάρχουσα  
 Διάγνωση διαταραχή από 66 69.5 12 12.6 11 11.6 6 6.3 0 0 0.238  
 εξιτηρίου χρήση αλκοόλ ή  
 άλλων  
 ψυχοδραστικών  
 ουσιών

Μία ψυχική  
 διαταραχή χωρίς  
 διαταραχή από  
 χρήση αλκοόλ και 109 58 33 17.6 35 18.6 9 4.8 2 1.1  
 άλλων  
 ψυχοδραστικών  
 ουσιών

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



Γράφημα 45. Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.

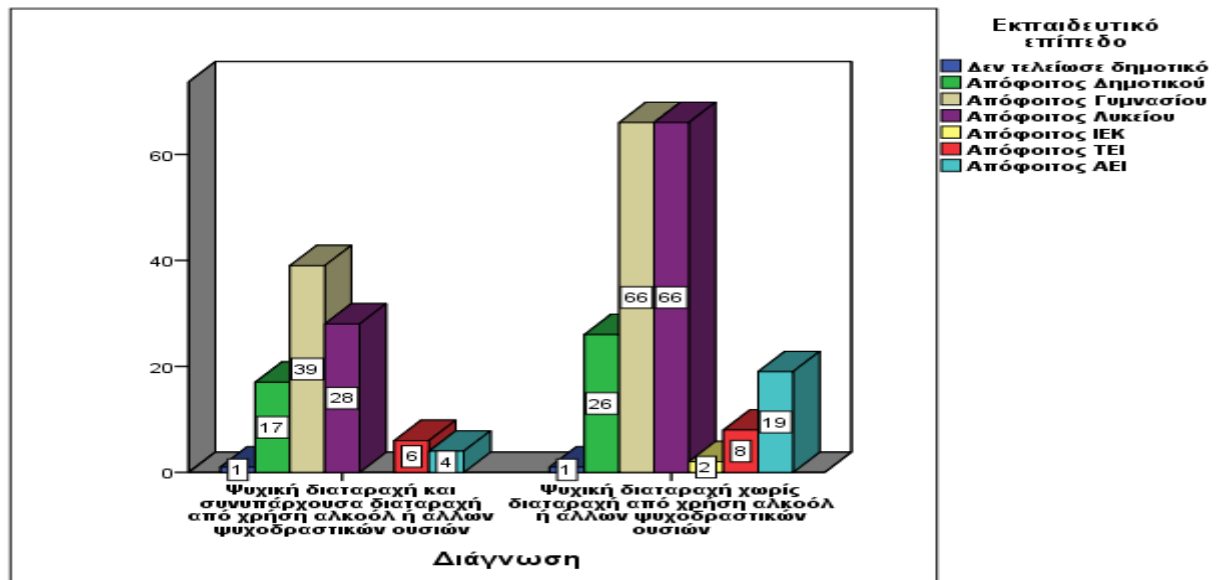
Στον Πίνακα 47, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 47, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και το εκπαιδευτικό επίπεδο ( $p$ -value =0.382).

**Πίνακας 47.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.

		Εκπαιδευτικό επίπεδο												Χ <sup>2</sup>	p-value
		Δεν τελείωσε δημοτικό		Απόφοιτος Δημοτικού		Απόφοιτος Γυμνασίου		Απόφοιτος Λυκείου		Απόφοιτος ΙΕΚ		Απόφοιτος ΤΕΙ			
Διάγνωση εξιτηρίου	Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
				1	1.1	17	17.9	39	41.1	28	29.5	0	0	6	6.3

στικών  
 ουσιών  
  
 Μία  
 ψυχική  
 διαταραχ  
 ή χωρίς  
 διαταραχ  
 ή από  
 1 0.5 26 13.8 66 35.1 66 35.1 2 1.1 8 4.3 19 10.1  
 χρήση  
 αλκοόλ  
 και άλλων  
 ψυχοδρα  
 στικών  
 ουσιών

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 46.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.

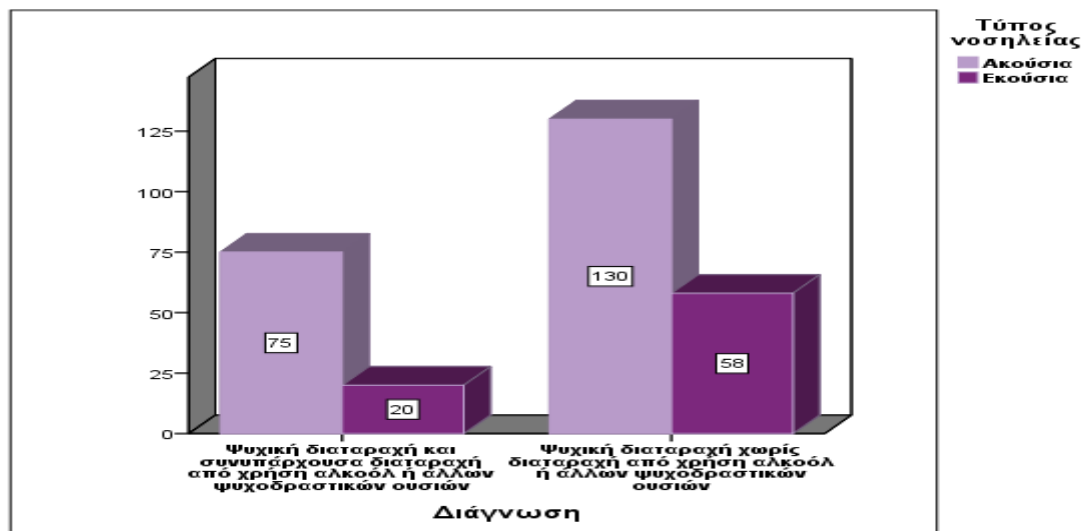
Στον Πίνακα 48, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των

ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με τον τύπο νοσηλείας. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 48, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και τον τύπο νοσηλείας (p-value =0.081).

**Πίνακας 48.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

Διάγνωση εξιτηρίου	Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	Τύπος νοσηλείας				Χ <sup>2</sup> p-value
		Ακούσια		Εκούσια		
		N	%	N	%	
	Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών	75	78.9	20	21.1	0.081
	130	69.1	58	30.9		

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



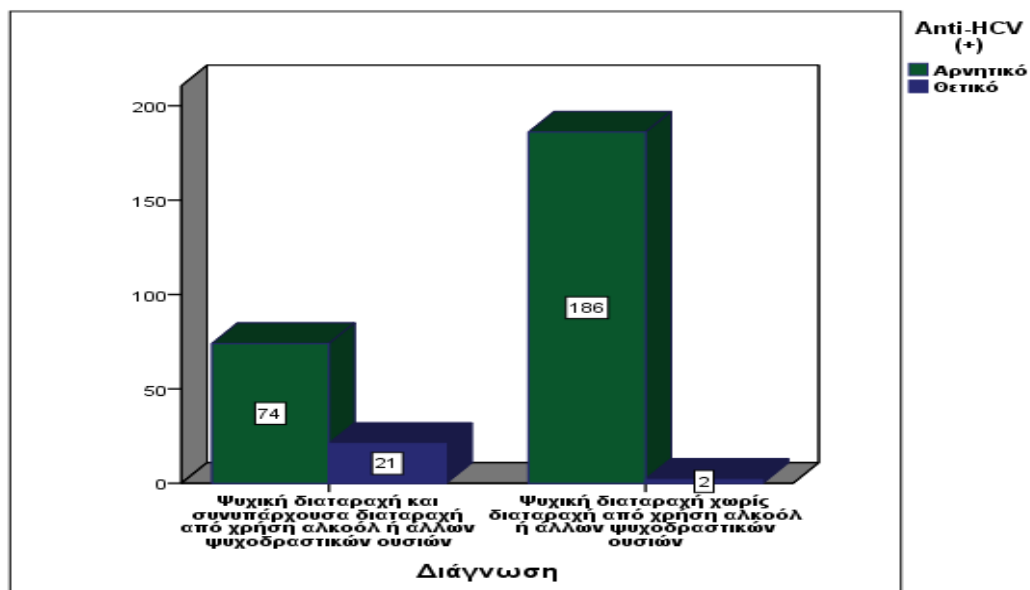
**Γράφημα 47.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

Στον Πίνακα 49, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Chi-square  $\chi^2$ , ο οποίος πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ α) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και β) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών σε σχέση με το Anti-HCV. Όπως παρατηρείται από τον Πίνακα 49, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες και το Anti-HCV (+) ( $p$ -value <0.001). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών είναι αρνητικοί στο Anti-HCV.

**Πίνακας 49.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).

	Anti-HCV (+)				X2 p-value
	Αρνητικό		Θετικό		
	N	%	N	%	
Διάγνωση εξιτηρίου	<i>Μία ψυχική διαταραχή και συνυπάρχουσα διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών</i>				
	74	77.9	21	22.1	<0.001
	<i>Μία ψυχική διαταραχή χωρίς διαταραχή από χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών</i>				
	186	98.9	2	1.1	

\*στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Γράφημα 48.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).

Μετά από την μονοπαραγοντική ανάλυση των επιμέρους δημογραφικών παραγόντων σε Α) ασθενείς με μία ψυχική διαταραχή και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης (διπλή διάγνωση) και σε Β) ασθενείς με μία ψυχική διαταραχή χωρίς ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης, από την οποία προκύπτει ότι οι ασθενείς της ομάδας Α είναι συνηθέστερα άνδρες, μικρότερης διάμεσης ηλικίας εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression), με στόχο τον προσδιορισμό των δημογραφικών παραγόντων «Φύλο» και «Ηλικία», που οδηγούν σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης και μία άλλη ψυχική διαταραχή ή σε ασθενείς με ψυχική διαταραχή χωρίς ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 50. Το συνολικό μοντέλο έδειξε να μην είναι στατιστικά σημαντικό ( $\chi^2(2) = 20.99$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) σε σχέση με το μηδενικό μοντέλο, με το μοντέλο να εξηγεί το 7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (Cox & Snell  $R^2 = 0.072$ ).

**Το μοντέλο μπορεί να γραφτεί ως εξής:**

$$\log(\text{odds ratio}) = \beta_0 + \beta_1 * \text{φύλο}_{\text{άντρας}} + \beta_2 * \text{ηλικία}$$

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες, έχουν 3.112 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης και μία άλλη ψυχική διαταραχή, δηλαδή διπλή διάγνωση, ανεξαρτήτως των υπολοίπων παραγόντων (OR=3.112, p-value<0.001).

**Πίνακας 50.** Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης και μία άλλη ψυχική διαταραχή ή με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή χωρίς ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης με την enter μέθοδο.

	B	Adjusted OR	95% C.I. for Adjusted OR		p-value
			Lower	Upper	
Σταθερός όρος	-0.835	0.434			0.115
<b>Φύλο</b>					
<i>Άντρας</i>	1.135	3.112	1.727	5.608	<0.001
<i>Γυναίκα</i>					
<b>Ηλικία</b>	-0.015	0.985	0.965	1.006	0.153

OR=Odds Ratio, CI=Διάστημα εμπιστοσύνης

\*p<0.05

➤ **Ποια είναι η συχνότητα της διαταραχής χρήσης αλκοόλ (f10)**

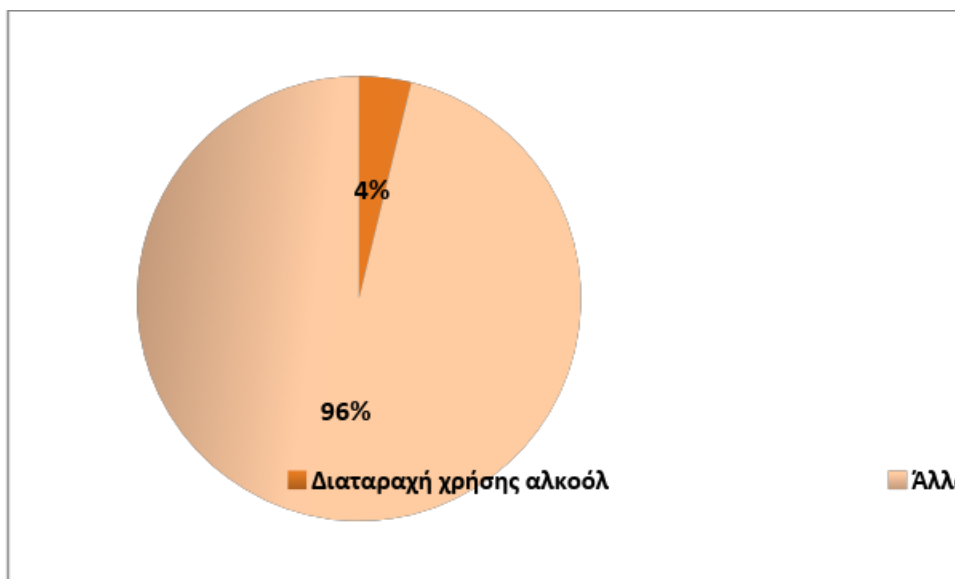
**χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή;**

Από τον πίνακα 51, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών, το 3.8% (N=12) είχε διαταραχή χρήσης αλκοόλ (f10).

**Πίνακας 51.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ.

N            %

Διαταραχή χρήσης αλκοόλ χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή	12	3.8
Άλλο	308	96.3



**Γράφημα 49.** Κατανομή δείγματος ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

- **Ποιος είναι ο τύπος της νοσηλείας στους πάσχοντες από διαταραχή χρήσης αλκοόλ χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή;**

Από τον πίνακα 52, παρατηρούμε ότι το 66.7% (N=8) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ νοσηλεύτηκαν ακούσια, ενώ μόλις το 33.3% (N=4) των ασθενών με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ νοσηλεύτηκαν εκούσια.

**Πίνακας 52.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

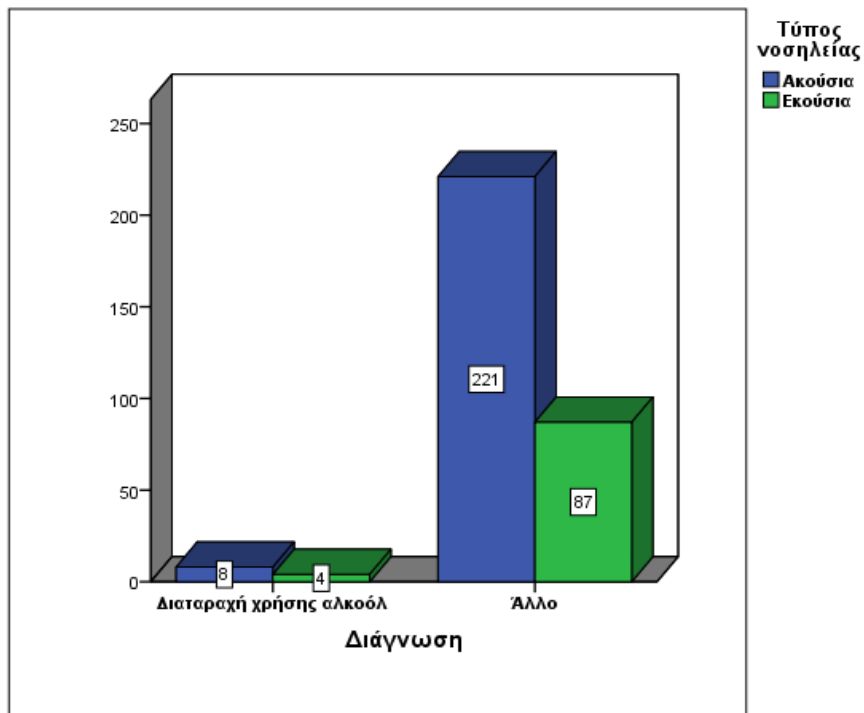
Διάγνωση εξιτηρίου	Διαταραχή χρήσης αλκοόλ χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή	Τύπος νοσηλείας			
		Ακούσια		Εκούσια	
		N	%	N	%
		8	66.7	4	33.3



Άλλο

221 71.8

87 28.2



**Γράφημα 50.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

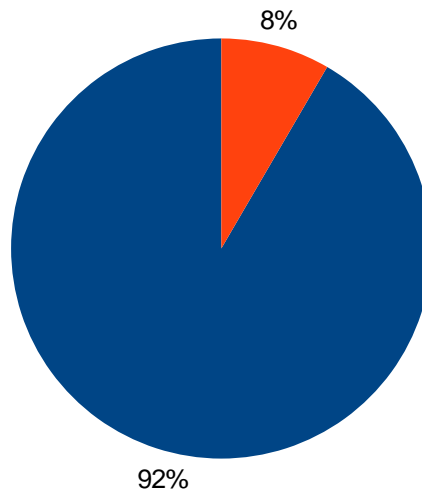
➤ Ποια είναι η συχνότητα της διαταραχής χρήσης αλκοόλ (f10),

με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή;

Από τον πίνακα 53, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών, το 8.4% (N=27) εμφάνισε διπλή διάγνωση, με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και μία άλλη ψυχική διαταραχή.

**Πίνακας 53.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

	N	%
<b>Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή</b>	27	8.4
<b>Άλλο</b>	293	91.6



■ Άλλο

■ Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή

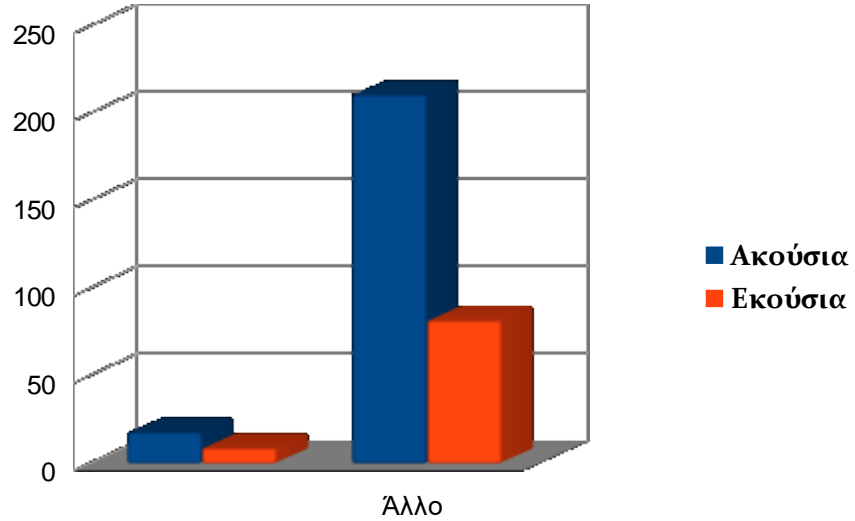
**Γράφημα 51.** Κατανομή δείγματος ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

➤ **Ποιος είναι ο τύπος της νοσηλείας στη διπλή διάγνωση με διαταραχή χρήσης αλκοόλ;**

Από τον πίνακα 54, παρατηρούμε ότι το 66.7% (N=18) των ασθενών με διπλή διάγνωση, με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και μία άλλη ψυχική διαταραχή, νοσηλεύτηκαν ακούσια, ενώ μόλις το 33.3% (N=9) των ασθενών με διπλή διάγνωση, με διαταραχή χρήσης αλκοόλ και μία άλλη ψυχική διαταραχή, νοσηλεύτηκαν εκούσια.

**Πίνακας 54.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

Διάγνωση εξιτηρίου	Τύπος νοσηλείας	Τύπος νοσηλείας			
		Ακούσια		Εκούσια	
		N	%	N	%
Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή		18	66.7	9	33.3
Άλλο		211	72	82	28



Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή

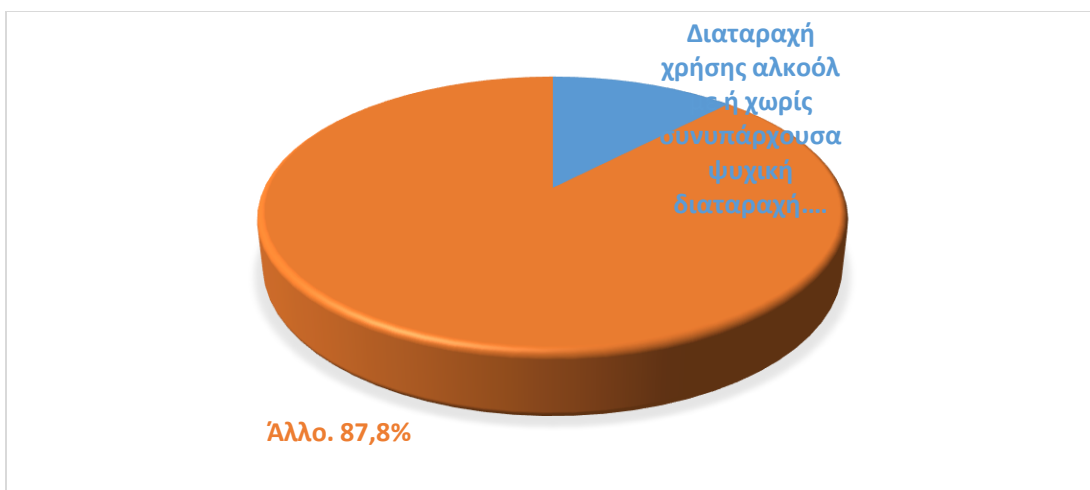
**Γράφημα 52.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

- **Ποια είναι η συχνότητα της διαταραχής χρήσης αλκοόλ (f10), συνολικά στο δείγμα;**

Από τον πίνακα 55, παρατηρούμε ότι, από το σύνολο των ασθενών, το 12.2% (N=39) είχε διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

**Πίνακας 55.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή</b>	39	12.2
<b>Άλλο</b>	281	87.8



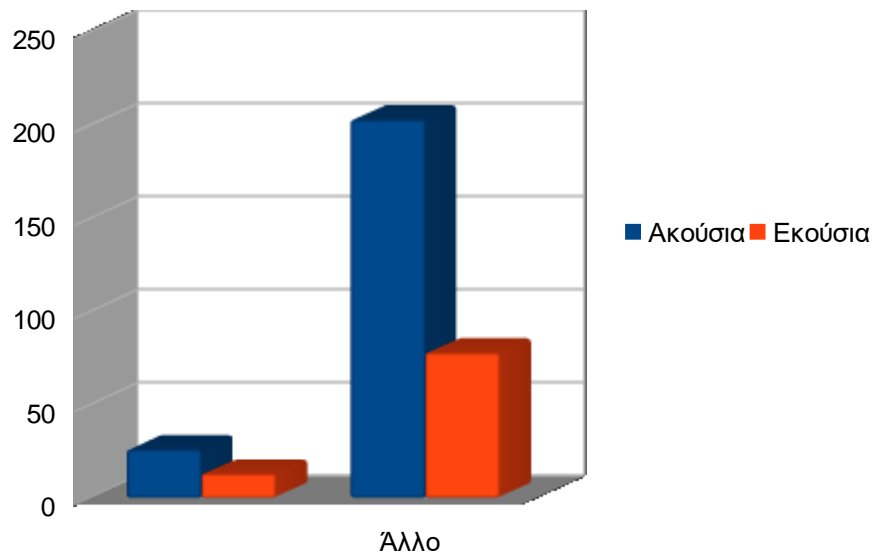
**Γράφημα 53.** Κατανομή δείγματος ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

- **Ποιος είναι ο τύπος της νοσηλείας στην ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή;**

Από τον πίνακα 56, παρατηρούμε ότι το 66.7% (N=26) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ, με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή νοσηλεύτηκαν ακούσια, ενώ μόλις το 33.3% (N=13) των ασθενών με μία ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή νοσηλεύτηκαν εκούσια.

**Πίνακας 56.** Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

	Τύπος νοσηλείας				
		Ακούσια		Εκούσια	
		N	%	N	%
Διάγνωση εξιτηρίου	Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή	26	66.7	13	33.3
	Άλλο	203	72.2	78	27.8



Διαταραχή χρήσης αλκοόλ με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή

**Γράφημα 54.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.

- **Ποια είναι η συχνότητα της ψυχικής διαταραχής λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή και ποιος ο τύπος της νοσηλείας;**

Από τον πίνακα 57, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ασθενών του δείγματος, το 11,5% (N=37) εμφάνισε ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή και από αυτούς το 64.9% (N=24) νοσηλεύτηκε ακούσια και το 35.5% (N=13) εκούσια.

**Πίνακας 57.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.

	N	%
<b>Διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή</b>	37	11,5

Άλλο	283	88,5
------	-----	------

- *Στους πάσχοντες από ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (+/- άλλη ψυχική διαταραχή), ποιο είναι το*

*α) ποσοστό χρήσης μίας μόνο ουσίας*

*β) ποσοστό χρήσης 2 ουσιών*

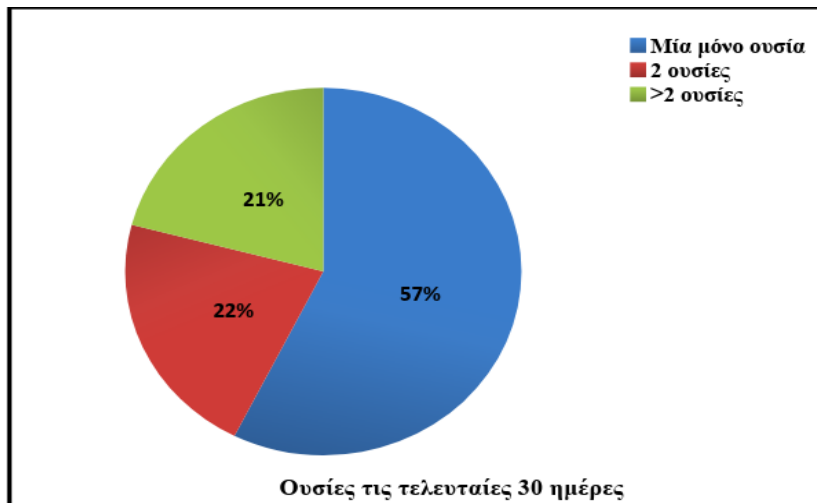
*γ) ποσοστό πολυχρήσης (>2 ουσίες),*

*τις τελευταίες 30 ημέρες;*

Από τον πίνακα 58, παρατηρούμε ότι το 57.4% (N=66) των ασθενών με μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (+/- άλλη ψυχική διαταραχή) έκανε χρήση μίας μόνο ουσίας τις τελευταίες 30 μέρες, ενώ παρόμοια είναι τα ποσοστά των ασθενών, που έκαναν χρήση δύο ή περισσότερό από δύο ουσιών (21.7% και 20.9%).

**Πίνακας 58.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ουσιών τις τελευταίες 30 ημέρες.

		<b>f10/f19 (+/- άλλη ψυχική διαταραχή)</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες</b>	<b>Μία μόνο ουσία</b>	66	57.4
	<b>2 ουσίες</b>	25	21.7
	<b>&gt;2 ουσίες</b>	24	20.9



**Γράφημα 55.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με τη χρήση ουσιών τις τελευταίες 30 ημέρες.

➤ **Στους πάσχοντες από ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (+/- άλλη ψυχική διαταραχή), ποιο είναι το**

**α) ποσοστό χρήσης μίας μόνο ουσίας**

**β) ποσοστό χρήσης 2 ουσιών**

**γ) ποσοστό πολυχρήσης (>2 ουσίες),**

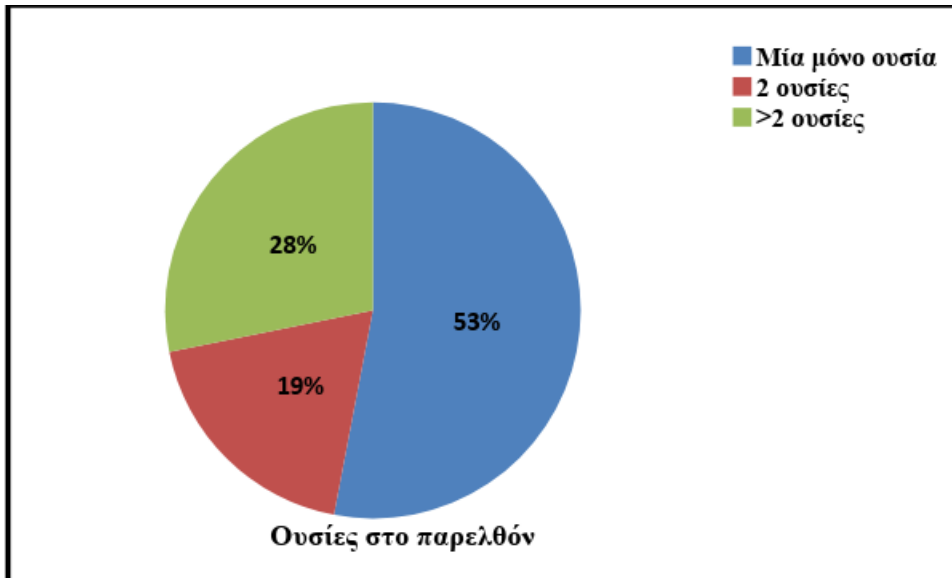
**στο παρελθόν;**

Από τον πίνακα 59, παρατηρούμε ότι το 53% (N=62) των ασθενών με μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (+/- άλλη ψυχική διαταραχή) έκανε χρήση μίας μόνο ουσίας στο παρελθόν, το 28.2% (N=33) έκανε χρήση περισσότερων από δύο ουσιών στο παρελθόν, ενώ το 18.8% (N=22) έκανε χρήση μόνο δύο ουσιών στο παρελθόν.

**Πίνακας 59.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.

		f10/f19 (+/- άλλη ψυχική διαταραχή)	
		N	%
Ουσίες στο παρελθόν	Μία μόνο ουσία	62	53
	2 ουσίες	33	28.2
	>2 ουσίες	22	18.8

2 ουσίες	22	18.8
>2 ουσίες	33	28.2



**Γράφημα 56.** Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.

### 3.4 Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων-μελλοντικές κατευθύνσεις

Το ποσοστό συννόησης των διαταραχών λόγω χρήσης ουσιών και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών είναι υψηλό. Ο πληθυσμός των νοσούντων από τη λεγόμενη διπλή διάγνωση είναι αρκετά ετερογενής και ο επιπολασμός της διαφοροποιείται αισθητά ανάλογα με τη διαγνωσμένη συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή (Khalsa et al. 1991, Dixon et al. 1999).

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει το βαθμό και τον τύπο της διπλής διάγνωσης σε νοσηλευόμενους ασθενείς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο για το έτος 2017. Τα αποτελέσματα φαίνεται να επιβεβαιώνουν τα δεδομένα, που υποστηρίζουν σημαντική ετερογένεια στους πάσχοντες ασθενείς, καθώς και τα υψηλά ποσοστά συννόησης.



Σε συμφωνία με τα δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, το ποσοστό της διπλής διάγνωσης, στην παρούσα μελέτη, ανήλθε σε 29.7%. Τα ποσοστά της διπλής διάγνωσης, παγκοσμίως κυμαίνονται σε σχετικά υψηλά επίπεδα και διαφοροποιούνται ανάλογα με τη μεθοδολογία κάθε έρευνας, τον υπό μελέτη πληθυσμό και τις μεθοδολογικές δυσκολίες, όπως ο τρόπος αξιολόγησης της χρήσης ουσιών, τα διαγνωστικά κριτήρια και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Παρόμοια, οι Xafenias et al, σε 313 νοσηλευόμενους ασθενείς του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ενός ολόκληρου έτους, υπολόγισαν τη συχνότητα διπλής διάγνωσης στο 32.3% (2008). Σε μία από τις πιο πρόσφατες μετα-αναλύσεις (Hunt et al. 2018), το ποσοστό της διπλής διάγνωσης σε ένα πληθυσμό 165.811 ασθενών με σχιζοφρένεια ή πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, ανήλθε στο 41.7%. Να σημειωθεί ωστόσο, ότι στη μετα-ανάλυση αυτή, συμπεριελήφθησαν νοσηλευόμενοι και μη νοσηλευόμενοι ασθενείς και ο υπό εξέταση πληθυσμός αφορούσε ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή. Φάνηκε ότι οι ασθενείς, που έκαναν χρήση, εμφάνιζαν πρωιμότερη έναρξη σχιζοφρένειας.

Στην παρούσα έρευνα, η πρώτη διάγνωση ήταν μία ψυχική διαταραχή οφειλόμενη στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (πλην καφεΐνης και καπνού) και η δεύτερη διαταραχή ήταν μία από τις ακόλουθες: σχιζοφρένεια, άλλη ψύχωση, διπολική διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας και σε ένα ποσοστό 1.5% συνυπήρχαν της διαταραχής λόγω χρήσης αλκοόλ/ουσιών και της διαταραχής προσωπικότητας είτε η κατάθλιψη είτε η ψύχωση. Εκ του 29.7%, το 10.3% αντιπροσώπευε ασθενείς με συνυπάρχουσα σχιζοφρένεια, το 7.8% ασθενείς με άλλη ψύχωση, το 2.8% ασθενείς με διπολική διαταραχή και το 5.3% ασθενείς με διαταραχή προσωπικότητας από το Cluster B. Σε παρόμοια αποτελέσματα, οδηγήθηκαν οι Xafenias et al, που προσδιόρισαν τις διαγνώσεις «Άλλη Ψυχωτική Διαταραχή» και «Διαταραχές προσωπικότητας Cluster B», ως τις επικρατέστερες στους ασθενείς με συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών (2008).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι ότι το ποσοστό των ασθενών, που διεγνώσθη με "ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ/ουσιών με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική

διαταραχή" ήταν 41.3% (N=132) και το ποσοστό των ασθενών, που διεγνώσθησαν με "άλλο" ήταν 58.8% (N=188).

Το 15.6% των ασθενών του δείγματος κατανάλωσε μόνο αλκοόλ τις τελευταίες 30 μέρες, ενώ το 11.4% των ασθενών του δείγματος κατανάλωσε μόνο ινδική κάνναβη τις τελευταίες 30 μέρες. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες ουσίες, όπως τα ηρεμιστικά, τα αμφεταμινικά διεγερτικά, τα οπιοειδή, τα αναβολικά, η κοκαΐνη, τα βαρβιτουρικά, καθώς και συνδυασμοί αυτών των ουσιών.

Στο παρελθόν, το 11.9% των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε μόνο αλκοόλ, το 10.9% των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε μόνο ινδική κάνναβη και το 4.4% των ασθενών του δείγματος κατανάλωνε μόνο οπιοειδή. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες ουσίες, όπως τα ηρεμιστικά, τα αμφεταμινικά διεγερτικά, τα αναβολικά, η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα καθώς και συνδυασμοί αυτών των ουσιών.

Όσον αφορά την κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες, το 17.8% των ασθενών κατανάλωνε αλκοόλ, ενώ το 15.6% των ασθενών κατανάλωνε ινδική κάνναβη. Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι υπόλοιπες ουσίες όπως τα ηρεμιστικά, τα αμφεταμινικά διεγερτικά, τα οπιοειδή και η κοκαΐνη. Όσον αφορά την κύρια ουσία, που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν το 16.6% των ασθενών κατανάλωνε ινδική κάνναβη, ενώ το 15.6% των ασθενών κατανάλωνε αλκοόλ.

Από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, το 34.7% εμφάνιζε και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Παρόμοια, στους ασθενείς με ψύχωση το 33.9% εμφάνιζε και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Η διπλή διάγνωση σχιζοφρένειας και διαταραχής λόγω χρήσης παρατηρείται όχι μόνο στη χρόνια νόσο. Σε μερικές μελέτες, έχουν αναφερθεί ποσοστά ως 53% για ψυχική διαταραχή από χρήση κάνναβης σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, η χρήση της κάνναβης έχει συσχετισθεί με πρωιμότερη ηλικία έναρξης σχιζοφρένειας, η υψηλή περιεκτικότητα στη δραστική ουσία Δ<sub>9</sub>-τετραϋδροκανναβινόλη και η συχνότητα χρήσης σε νεαρά, ευάλωτα άτομα έχουν συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για ψύχωση ακόμα και 10 έτη μετά την ηλικία χρήσης, καθώς επίσης έχουν καταγραφεί υψηλότερα ποσοστά υποτροπής μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου (Hawkes et al 2019, Krebs et al. 2019,

Ksir et al. 2016). Οι στρατηγικές μείωσης της χρήσης ουσιών, τόσο στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, όσο και στη χρόνια νόσο, θεωρούνται θεμελιώδεις για τη βελτιστοποίηση της πορείας και των θεραπευτικών αποτελεσμάτων ασθενών με σχιζοφρένεια.

Στην ομάδα ασθενών με σχιζοφρένεια και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, οι κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες ήταν η κάνναβη (45.4%), ακολουθούμενη από το αλκοόλ (30.3%). Στο παρελθόν, οι δύο κύριες ουσίες χρήσης ήταν η κάνναβη (42.5%), ακολουθούμενη από τα οπιοειδή (27.3%). Με μικρότερα ποσοστά, ακολούθησαν οι άλλες ουσίες. Παρόμοια ήταν τα ποσοστά στους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή εν γένει. Το 46.7% έκανε χρήση ινδική κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες και το 31.7% έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών, ενώ, στο παρελθόν, από το σύνολο των ασθενών με ψύχωση το 48.3% έκανε χρήση ινδικής κάνναβης και το 26.7% έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών. Τα δεδομένα της διπλής διάγνωσης, όσο και το είδος της χρήσης συμφωνούν με την πιο πρόσφατη μετα-ανάλυση των Hunt et al (2018), σύμφωνα με την οποία ο επιπολασμός για χρήση οποιασδήποτε ψυχοδραστικής ουσίας υπολογίστηκε στο 41.7% σε δείγμα 165.811 ασθενών με σχιζοφρένεια, είτε νοσηλευόμενων είτε εξωτερικών ασθενών σε παρακολούθηση. Πρώτη, σε σειρά χρήσης, βρέθηκε η κάνναβη (26.2%), ακολούθως το αλκοόλ (24.3%) και τα διεγερτικά (7.3%).

Σε ό,τι αφορά τη θεραπεία, δεδομένα από μικρές μελέτες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία με κλοζαπίνη και άλλα άτυπα αντιψυχωτικά μπορεί να σχετίζονται με μείωση της χρήσης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Αν και τα δεδομένα είναι περιορισμένα, η ευνοϊκή απάντηση σε αυτούς τους φαρμακολογικούς παράγοντες συμβαδίζει με τη θεωρία της δυσλειτουργίας του συστήματος ανταμοιβής στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, που υποστηρίζεται από κάποιους κλινικούς και ερευνητές, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς με σχιζοφρένεια καθίστανται περισσότερο ευάλωτοι στις εξαρτήσεις. Τα τυπικά αντιψυχωτικά λειτουργούν ως ανταγωνιστές των D2 ντοπαμινεργικών υποδοχέων. Αν και ο αποκλεισμός τους μπορεί αρχικά να μειώνει τις ευφοριολογικές ιδιότητες μερικών εθιστικών ουσιών, η χρόνια λήψη της αλοπεριδόλης μπορεί να δρα ενισχυτικά στις ευφορικές ιδιότητες των εκάστοτε ουσιών. Μελέτες σε ποντίκια έδειξαν ότι η χρόνια χορήγηση αλοπεριδόλης ενίσχυε τη δράση της κοκαΐνης,

πιθανότερα λόγω «ρύθμισης προς τα πάνω» των μετασυναπτικών ντοπαμινεργικών υποδοχέων, συνέπεια του χρόνιου αποκλεισμού τους από την αλοπεριδόλη. Σε αντίθεση, τα άτυπα αντιψυχωτικά, όπως η κλοζαπίνη, έχουν λιγότερο εκλεκτικούς μηχανισμούς δράσης, εμφανίζουν πολλαπλή δράση σε νευροδιαβιβαστικά συστήματα και μικρότερο D2 αποκλεισμό. Είναι πιθανό ότι τα άτυπα αντιψυχωτικά (Second Generation Antipsychotics, SGAs) επαναφέρουν την ικανότητα του μεσοφλοιώδους-μεταιχμιακού συστήματος να ανιχνεύει ικανοποιητικά επίπεδα ανταμοιβής, εξηγώντας εν μέρει τη μειωμένη χρήση ουσιών (Kosten et al. 1994, Noordsy et al. 2003).

Στις λίγες υπάρχουσες μελέτες, προτείνεται η χρήση άτυπων αντιψυχωτικών, η γενναιότερη και συχνότερη χρήση της κλοζαπίνης μεταξύ αυτών, η προσεκτική παρακολούθηση της συμμόρφωσης με τη θεραπεία σε ασθενείς με συνυπάρχουσα διαταραχή λόγω χρήσης και σχιζοφρένεια. Σημειώνεται, επίσης, η πρόταση, που καταγράφεται από τις ίδιες μελέτες, για τη χρήση της βουπροπιόνης στη διακοπή του καπνίσματος σχιζοφρενικών ασθενών.

Στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, το 40% εμφάνιζε και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Από αυτούς, το 87.5% έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών τις τελευταίες 30 ημέρες και το 12.5% έκανε χρήση ινδική κάνναβης. Παρόμοια, το 87.5% έκανε χρήση αλκοολούχων ποτών στο παρελθόν και το 12.5% έκανε χρήση ινδική κάνναβης.

Στους ασθενείς με διπολική διαταραχή, το 23.7% εμφάνιζε και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Σε αυτούς, οι κύριες ουσίες χρήσης για τον τελευταίο μήνα, αλλά και το παρελθόν ήταν τα αλκοολούχα ποτά (55.6%), ακολουθούμενα από την κάνναβη (22.2%). Η υψηλή συχνότητα χρήσης παράνομων και μη ουσιών από ασθενείς με διπολική διαταραχή επιβεβαιώνεται από πολλές μελέτες και δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις (Hunt et al. 2016, Messer et al. 2017), αν και στη μετα-ανάλυση των Hunt et al, πρώτη ουσία κατάχρησης αναδεικνύεται η κάνναβη και έπεται το αλκοόλ.

Στους ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή, το 26,6% εμφάνιζε και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών. Οι ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές έκαναν

κυρίως χρήση αλκοόλ, ηρεμιστικών και δευτερευόντως, κάνναβης και οπιοειδών. Παρόμοια ποσοστά καταγράφονται στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες (Kessler et al. 1994, Sjoholm et al. 2010, Marmonstein et al. 2011, Joseph et al. 2011), επισημαίνοντας τον υψηλότερο κίνδυνο, που εμφανίζουν τα άτομα με κατάθλιψη να κάνουν χρήση ουσιών, αλλά και αντίστροφα, τονίζουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα των εξαρτημένων ατόμων να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα στη διάρκεια της ζωής τους. Οι Boden et al, σε συστηματική ανασκόπηση του 2010, αναφέρουν ότι η μείζονα κατάθλιψη διπλασιάζει το σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής χρήσης αλκοόλ, αλλά και το αντίστροφο (2010). Οι Davis et al υπολόγισαν ότι το 1/3 των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν συννόσηση με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, αυξάνοντας τον κίνδυνο για αυτοκτονία και προκαλώντας μεγαλύτερη έκπτωση στην κοινωνικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις των ασθενών, σε σύγκριση με ασθενείς με κατάθλιψη χωρίς εξάρτηση από εθιστικές ουσίες (2008).

Στη σύγκριση της ομάδας με διπλή διάγνωση προς την ομάδα με μη διπλή διάγνωση, μετά από εφαρμογή πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό των δημογραφικών παραγόντων («Φύλο», «Ηλικία», «Τόπος διαμονής», «Εκπαίδευση», «Οικογενειακή κατάσταση», «Εθνικότητα» και «Εργασιακή κατάσταση»), που οδηγούν στη μία ή στην άλλη διάγνωση, το συνολικό μοντέλο έδειξε να μην είναι στατιστικά σημαντικό. Ωστόσο, φάνηκε ότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν 2.543 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με διπλή διάγνωση σε σχέση με το να είναι ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση, ανεξαρτήτως των υπολοίπων παραγόντων (OR=2.543, p-value<0.003). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν και άλλες παρόμοιες μελέτες, που ωστόσο, επισημαίνουν και τη νεαρή ηλικία, ως έναν επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου-εκτός από το άρρεν φύλο-για την εμφάνιση διπλής διάγνωσης. Οι Sher et al, μελετώντας τη διπλή διάγνωση σε κοινοτική δομή Ψυχικής Υγείας στη Μελβούρνη της Αυστραλίας, που παρακολουθούσε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς με ψυχικές νόσους, υπολογίζουν τη συχνότητα διπλής διάγνωσης στο 15.5% και αναφέρουν ότι οι ασθενείς με διπλή διάγνωση του δείγματος ήταν συνηθέστερα άνδρες, μικρότερης ηλικίας σε σχέση με τους μη πάσχοντες από διπλή

διάγνωση (2017). Οι Xafenias et al, σε μελέτη νοσηλευόμενων ασθενών το 2008, αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά διπλής διάγνωσης σε νεαρούς άρρηνες ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (2008). Από τα ως άνω αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας, φαίνεται ότι και άλλοι παράγοντες φαίνεται να υπεισέρχονται στην εμφάνιση διπλής διάγνωσης, πλην του φύλου, που θα μπορούσαν να μελετηθούν σε μελλοντικές ανάλογες μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό.

Στη σύγκριση μεταξύ της ομάδας με διπολική διαταραχή και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και της ομάδας με ψύχωση και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, μετά από στατιστική ανάλυση με Student's Test ως προς την ηλικία και με Chi-Square  $X^2$  για το φύλο, την εθνικότητα, τον τόπος διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση, την κύρια ουσία χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες, τον τύπο της νοσηλείας (ακούσια/εκούσια), την ύπαρξη Anti-HCV αντισωμάτων στον ορό του αίματος δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Όμως, μετά από εφαρμογή πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό των ακόλουθων δημογραφικών παραγόντων («Φύλο», «Ηλικία», «Τόπος διαμονής», «Εκπαίδευση», «Οικογενειακή κατάσταση», «Εθνικότητα» και «Εργασιακή κατάσταση»), που οδηγούν στη μία ή στην άλλη διάγνωση, φάνηκε ότι αυτοί, που διαμένουν στην Αθήνα, σε σχέση με αυτούς, που διαμένουν στην επαρχία, έχουν 49 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, ανεξαρτήτως των υπόλοιπων παραγόντων (OR=49.072, p-value<0.047). Ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει με κατεύθυνση τη σύγκριση της σχιζοφρένειας ή της διπολικής διαταραχής με συνυπάρχουσα χρήση. Οι συγκρίσεις αφορούσαν κυρίως τη θνησιμότητα ή άλλες μεταβλητές, αλλά όχι τους δημογραφικούς παράγοντες. (Hjorthoj et al., 2015). Για να κατανοήσει κανείς την υψηλότερη συχνότητα των ψυχώσεων σε ασθενείς, που διαμένουν στην Αθήνα σε σχέση με την επαρχία (μικρότερες πόλεις, κωμοπόλεις, νησιά, χωριά), όπως προκύπτει από τη μελέτη, θα μπορούσε να ανατρέξει στους αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς της σχιζοφρένειας, στους οποίους μεταξύ άλλων περιλαμβάνεται η αστικοποίηση. Ως όψιμος περιβαλλοντικός παράγοντας κινδύνου για σχιζοφρένεια, τουλάχιστον

διπλασιάζει το σχετικό κίνδυνο σε άτομα, που γεννήθηκαν ή μεγάλωσαν στην πόλη σε σχέση με άτομα, που γεννήθηκαν ή μεγάλωσαν σε αγροτικές περιοχές. Οι λόγοι αυτού του φαινομένου, που συναντάται σε πολλές δυτικοευρωπαϊκές χώρες, είναι εν πολλοίς άγνωστοι. Υποθέσεις περιλαμβάνουν την ευκολότερη περιγεννητική μόλυνση και άλλους μολυσματικούς παράγοντες, σχετιζόμενους με το συνωστισμό στα μεγάλα αστικά κέντρα, την επιλεκτική μετανάστευση στις μεγάλες πόλεις ατόμων με αυξημένη προδιάθεση ψυχικής νόσου, αλλά και τη διαφορά -ποιοτική και ποσοτική- των παρεχόμενων ψυχιατρικών υπηρεσιών μεταξύ αστικών και επαρχιακών περιοχών. Και πάλι η υπόθεση της αστικοποίησης στη διαφορά των πασχόντων από σχιζοφρένεια και χρήσης προς του πάσχοντες από διπολική διαταραχή και χρήση, χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση και αντίστοιχες μελέτες, που θα επιβεβαιώνουν το ίδιο αποτέλεσμα.

Στη σύγκριση της ομάδας (A) με μία ψυχική διαταραχή και ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, δηλαδή διπλή διάγνωση, προς την ομάδα (B) με μία ψυχική διαταραχή χωρίς συνυπάρχουσα διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών, μετά από στατιστική ανάλυση με μη-παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney για την ηλικία και Chi-Square  $\chi^2$  για το φύλο, την εθνικότητα, τον τόπος διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση, τον τύπο της νοσηλείας (ακούσια/εκούσια), την ύπαρξη Anti-HCV αντισωμάτων στον ορό του αίματος, βρέθηκε ότι οι ασθενείς της ομάδας της διπλής διάγνωσης είναι συνηθέστερα άνδρες με μικρότερη διάμεση ηλικία. Επίσης, ήταν συνηθέστερα φορείς αντισωμάτων για τον ιό της Ηπατίτιδας C. Μετά από εφαρμογή πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό των δημογραφικών παραγόντων «Φύλο» και «Ηλικία», που οδηγούν στη μία ή στην άλλη κατηγορία ασθενών, φάνηκε ότι οι άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες, έχουν 3.112 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης και μία άλλη ψυχική διαταραχή (διπλή διάγνωση), ανεξαρτήτως των υπόλοιπων παραγόντων (OR=3.112, p-value<0.001). Παρόμοια, οι Rodríguez Jiménez R. et al, σε μελέτη σε νοσηλευόμενους ασθενείς Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου στη Μαδρίτη της Ισπανίας υπολογίζουν τη διπλή διάγνωση στο 24.9%, και στη σύγκριση με ψυχική διαταραχή χωρίς χρήση κάνουν λόγο για στατιστικά σημαντική



υπεροχή των ανδρών, με μικρότερη ηλικία κατά την εισαγωγή, ως προς τους ασθενείς χωρίς διαταραχή λόγω χρήσης (2008).

Από το σύνολο των ασθενών, που έλαβαν φροντίδα, αφού εισήχθησαν στο Νοσοκομείο, το 11.5% εμφάνιζε μόνο ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης αλκοόλ ή άλλων παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών και από αυτούς το 35.5% νοσηλεύτηκε εκούσια, ενώ οι υπόλοιποι ακούσια. Οι πάσχοντες από ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης οινόπνεύματος χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή ανήλθαν στο 3.8% του υπό μελέτη δείγματος.

Το 57.4% των ασθενών με μία διαταραχή από χρήση αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες με ή χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή έκανε χρήση μίας μόνο ουσίας τις τελευταίες 30 μέρες, ενώ παρόμοια είναι τα ποσοστά των ασθενών, που έκαναν χρήση δύο ή περισσότερό από δύο ουσιών (21.7% και 20.9%).

Το 10.3% των ασθενών ήταν θετικοί σε αντισώματα για την ηπατίτιδα C, όταν ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας υπολογίζεται στο 1-2% (Πηγή ΕΚΤΕΠΝ 2018). Η τοξικολογική εξέταση ούρων εστάλη στο 24.4%, εκ των οποίων το 10.4% δεν έδειξε να είχε λάβει κάτι. Γνωρίζοντας ότι ο κύριος τρόπος μετάδοσης της Ηπατίτιδας C στον αναπτυσσόμενο κόσμο είναι η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, το σημαντικά υψηλό ποσοστό των φορέων θετικών αντισωμάτων εγείρει ανησυχίες ως προς τους ασθενείς και τους εξαρτημένους, που υποκύπτουν στην ενδοφλέβια χρήση. Η θετικοποίηση των αντισωμάτων προϋποθέτει τη λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, ψυχιατρικού ιστορικού ως προς τον τύπο της χρήσης και τη διερεύνηση περαιτέρω με έλεγχο αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR) για την ανίχνευση RNA του ιού. Μετά από θετική PCR, στο πλαίσιο αξιολόγησης της HCV λοίμωξης στην κλινική πράξη, θα πρέπει να ακολουθεί η ενημέρωση του ασθενούς και η ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας, η εκτίμηση της επιθυμίας και της δυνατότητας έναρξης και ολοκλήρωσης anti-HCV θεραπείας, για να ακολουθήσει η anti-HCV θεραπεία στην πράξη. Καθίσταται σαφές ότι χρειάζεται ολοκληρωμένη κάλυψη με παθολόγο-ηπατολόγο, δυνατότητα των αντίστοιχων διαγνωστικών, μοριακών ελέγχων και δυνατότητα χορήγησης της ενδεικνυόμενης θεραπείας.



Πολύ συχνά, η ψυχική διαταραχή, λόγω χρήσης ουσιών, αγνοείται εκκωφαντικά και υποδιαγιγνώσκεται, ενώ είναι σαφές ότι δυσκολεύει τη θεραπευτική παρέμβαση και ευνοεί τη μη συμμόρφωση και την υποτροπή. Λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα της έρευνας, κρίνεται σκόπιμο και χρήσιμο σε νοσηλείες εντός Ψυχιατρικών Κλινικών να διερευνάται με ενδιαφέρον η όποια χρήση ουσιών, ιδιαίτερα σε νεαρούς, μικρής ηλικίας ασθενείς, που προσέρχονται με μία ψυχική διαταραχή. Οι εθιστικές ουσίες μπορεί να ανακουφίζουν τα συμπτώματα της νόσου και να εντάσσουν το νεαρό άτομο σε μία άλλη ομάδα με μικρότερο κοινωνικό στίγμα και άλλοτε άλλου βαθμού αποδοχή, στην ομάδα της ουσιοεξάρτησης.

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με διπλή διάγνωση υποθεραπεύονται από ένα διασπασμένο μοντέλο θεραπευτικής αντιμετώπισης, είτε πρόκειται για το μοντέλο της αλληλοδιαδοχής είτε για το παράλληλο μοντέλο. Αμφότερα έχουν δεχθεί έντονη κριτική. Στο μοντέλο της αλληλοδιαδοχής, γίνεται διαδοχική παροχή υπηρεσιών υγείας αρχικά για τη μία διαταραχή και έπειτα για τη δεύτερη. Το ποιο είδος θεραπείας παρέχεται πρώτο εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Το πρόγραμμα αυτό υστερεί, καθότι αγνοεί τη συνύπαρξη και την αναπόφευκτη αλληλεπίδραση των δύο νόσων. Στο παράλληλο μοντέλο, η φροντίδα του ασθενή παρέχεται ταυτόχρονα από δύο είδη υπηρεσιών, αυτών για την ψυχική υγεία και αυτών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Ωστόσο, σε αυτό το μοντέλο, η επικοινωνία μεταξύ των δύο υπηρεσιών υγείας πολλές φορές καθίσταται δυσχερής ή αναποτελεσματική, πιθανόν και εξαιτίας διαφορετικής φιλοσοφίας και προσέγγισης (Leonidaki V., Malliori MM. 2009).

Θεραπευτικά και σε εθνικό επίπεδο, η αντιμετώπιση παραμένει προβληματική, καθότι αν και συχνά νοσηλεύονται άτομα με διπλή διάγνωση σε Ψυχιατρικές Κλινικές και Νοσοκομεία, όπως φαίνεται στην παρούσα έρευνα, από τα σχετικά υψηλά ποσοστά διπλής διάγνωσης, η μετέπειτα παρακολούθηση παραμένει διασπασμένη ως προς την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, από τη μία, σε ανεξάρτητα συνήθως Ιατρεία, και της ψυχικής διαταραχής λόγω χρήσης σε ανεξάρτητες δομές, από την άλλη. Ελάχιστες δομές καλύπτουν στην Ελλάδα τη διπλή διάγνωση και η συντριπτική τους πλειοψηφία, εδράζεται στην Αθήνα.

Αν και θεωρητικά, η προσέγγιση στα θεραπευτικά προγράμματα των εξαρτήσεων και στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας της κοινότητας μπορεί να διαφέρουν, οι ασθενείς με διπλή διάγνωση πρέπει να λαμβάνουν το ίδιο μήνυμα από όλους τους κλινικούς υγείας για τη σπουδαιότητα της θεραπείας αμφότερων των παθήσεων τους (Mueser et al. 2003). Το πιο ενδεδειγμένο θεραπευτικό πλάνο φαίνεται να είναι αυτό, που περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και συμβουλευτική στη χρήση ουσιών σε ένα μοναδικό πλαίσιο. Τα απαρτιωμένα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις, εξατομικευμένες στο στάδιο αλλαγής που βρίσκεται ο εξυπηρετούμενος (π.χ. συνέντευξη κινητοποίησης και τεχνικές κινητοποίησης για την ενίσχυση του κινήτρου για απεξάρτηση), καθώς και μία μακροπρόθεσμη προοπτική παρακολούθησης με ενίοτε συχνές υποτροπές. Πρόκειται για το μοντέλο της «Ολοκληρωμένης» (Integrated) Θεραπείας, που προτείνει την αντιμετώπιση από την ίδια ομάδα επαγγελματιών υγείας των αναγκών, που προκύπτουν στους πάσχοντες από διπλή διάγνωση. Σε αυτή τη θεραπευτική πολιτική, τονίζεται η ανάγκη εύκολης πρόσβασης σε υπηρεσίες πλησίον του τόπου κατοικίας των εξυπηρετούμενων.

Τα απαρτιωμένα θεραπευτικά προγράμματα αναμένονται να έχουν αποτελέσματα, όταν συνδυάζουν ψυχοθεραπευτικές και φαρμακοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της ψύχωσης ή όποιας ψυχικής διαταραχής και της χρήσης ουσιών με έναν κατανοητό τρόπο για τον ασθενή, που θα προσαρμόζεται στις ανάγκες του. Τέτοιες θεραπείες προτείνεται να παρέχονται την ίδια στιγμή, στο ίδιο πλαίσιο και από τους ίδιους θεραπευτές. Το επιτυχημένο ενιαίο (ολοκληρωμένο) πρόγραμμα συνήθως περιλαμβάνει κινητοποιητική συνέντευξη, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία στοχευμένη στην ψυχική νόσο και στην εξάρτηση και παρεμβάσεις, που στοχεύουν στη μείωση και διακοπή της χρήσης, όπως πρόληψη υποτροπής και οικογενειακές παρεμβάσεις (Torrens et al. 2012).

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο παρόντων και μελλοντικών ερευνών, που θα συνεισέφερε στην πληρέστερη κατανόηση της διπλής ψυχοπαθολογίας βάσει ICD-10, είναι η διερεύνηση της μοριακής βιολογίας, των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων και

των νευρωνικών κυκλωμάτων, που εμπλέκονται στο φαινόμενο της διπλής διάγνωσης. Συνακόλουθα, με καλύτερη κατανόηση των βιολογικών μηχανισμών της υψηλής συνύπαρξης δύο διαγνώσεων, εκ των οποίων η μία αφορά και σχετίζεται με την εξάρτηση, θα μπορούσε να δώσει μία πιο ελπιδοφόρα προσέγγιση σε επίπεδο πρόληψης, αλλά και θεραπείας.

### **3.5 Περιορισμοί**

Η ανάλυση της αιτιοπαθογένειας της διπλής διαταραχής ξεφεύγει από τους στόχους της παρούσας μελέτης. Λόγω της αναδρομικής φύσης της έρευνας, δε γίνεται διάκριση μεταξύ πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς ψυχιατρικής διαταραχής, οφειλόμενης στη χρήση ουσιών.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association, APA. (2013). DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013. Athens. Greece.
2. Arias F., Szerman N., Vega P., Mesias B., Basurte I., Morant C., Babín F. (2013). Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones*, 25, 118–27.
3. Arndt S, Tyrrell G, Flaum M, Andreasen NC. Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. *Psychol Med*. 1992 May;22(2):379-88.
4. Boden J. M., Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106, 906–914.
5. Bornovalova MA, Verhulst B, Webber T, McGue M, Iacono WG, Hicks BM. Genetic and environmental influences on the co-development among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Dev Psychopathol*. 2018 Feb;30(1):49-65.
6. Bradizza CM, Stasiewicz PRJ. Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. *J. Subst Abuse Treat*. 1997 Mar-Apr.
7. Brady K. T., Sinha R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1483–1493.
8. Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol*. 1992 Dec;60(6):835-44.
9. Brunette MF., Mueser KT., Xie H., Drake RE. Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Jan.
10. Brunette MF., Mueser KT., Babbin S., Meyer-Kalos P., Rosenheck R., Correll CU., Cather C, Robinson DG, Schooler NR, Penn DL, Addington J, Estroff SE, Gottlieb J., Glynn SM., Marcy P., Robinson J., Kane JM. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2018 Apr.
11. Carra G, Johnson S, Bebbington P, et al. The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012; 262:607–616.

12. Cantor-Graaea E., NordstroÈmb L.G., McNeil T.F. Substance abuse in schizophrenia: a review of literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia Research* 48 (2001).
13. Davis L., Uezato A., Newell J. M., Frazier E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 14–18.
14. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H, Rodriguez V, Jongsma HE, Ferraro L, La Cascia C, La Barbera D, Tarricone I, Berardi D, Szöke A, Arango C, Tortelli A, Velthorst E, Bernardo M, Del-Ben CM, Menezes PR, Seltén JP, Jones PB, Kirkbride JB, Rutten BP, de Haan L, Sham PC, van Os J, Lewis CM, Lynskey M, Morgan C, Murray RM. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. EU-GEI WP2 Group. *Lancet Psychiatry*. 2019 Mar 19. pii: S2215-0366(19)30048-3.
15. Dixon L., Haas G., Weiden PJ., Sweeney J., Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 1991 Feb;148(2):224-30.
16. Dixon L: Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 1999; 35(suppl): S93–S100.
17. Duke PJ, Pantelis C, Barnes TR. South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry*. 1994 May;164(5):630-6.
18. EMCDDA. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Co-morbidity. Available at: [http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index\\_34901EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index_34901EN.html). Published 2004. Accessed March 14, 2014.
20. Farris, C., Brems, C., Johnson, M.E., Wells, R., Burns, R., Kletti, N., 2003. A comparison of schizophrenic patients with or without coexisting substance use disorder. *Psychiatr. Q.* 74, 205–222.
21. Florentin S., Raskin S. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: Etiological theories and challenges in Israel. *Harefuah*. 2017 Nov.

22. Fowler I.L, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1998.
23. Giuseppe Carra, Francesco Bartoli, Giulia Brambilla, Cristina Crocamo, and Massimo Clerici. Comorbid Addiction and Major Mental Illness in Europe: A Narrative Review. *Subst Abus.* 2015; 36(1):75-81.
24. Green A.I., Drake R.E., Brunette M.F., Noordsy D.L., 2007. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am. J. Psychiatry* 164, 402–408.
25. Hansen LK, Nausheen B, Hart D, Kingdon D. Movement disorders in patients with schizophrenia and a history of substance abuse. *Human Psychopharmacol.* 2013 Mar;28(2):192-7.
26. Hatzitaskos P, Soldatos CR, Kokkevi A, Stefanis CN. Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry.* 1999 Jul-Aug;40(4):278-82.
27. Hawkes N. Daily and high potency cannabis are linked to higher rates of psychosis, study finds. *BMJ.* 2019 Mar 20;364:l1290.
28. Herman M, Nagler SH. Psychoses due to amphetamine. *J Nerv Mental Dis,* 1954 Sep-Oct.
29. Hjorthøj C et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry.* 2015 Sep;2(9):801-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00207-2. Epub 2015 Aug 12.
30. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Dec; 206:321-330.
31. Hunt G.E, Malhi G.S, Cleary .M, Lai H.M, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Dec; 206:331-349.
32. Hunt GE, Large MM, Cleary M., Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Oct.

33. Joseph M. Boden & David M. Fergusson. Alcohol and depression. *Addiction*, 106, 906–914. 2011.
34. Kamali M., Kelly L., Gervin M., Browne S., Larkin C., O’Callaghan E., 2000. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 101, 452–456.
35. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen H-U, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8–19.
36. Khalsa HK, Shaner A, Anglin MD, Wang JC. Prevalence of substance abuse in a psychiatric evaluation unit. *Drug Alcohol Depend.* 1991 Oct;28(3):215-23.
37. Kiesler CA, Simpkins CG, Morton TL. Prevalence of dual diagnoses of mental and substance abuse disorders in general hospitals. *Hosp Community Psychiatry.* 1991 Apr;42(4):400-3.
38. Kivimies K, Repo-Tiihonen E, Kautiainen H, Tiihonen J. Comorbid opioid use is undertreated among forensic patients with schizophrenia. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2018 Nov 6.
39. Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulou E., Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav.* 1998 Nov-Dec;23(6):841-53.
40. Kosten TA, Nestler EJ: Clozapine attenuates cocaine conditioned place preference. *Life Sci* 1994; 55:PL9–PL14.
41. Krause M., Huhn M., Schneider-Thoma J., Bighelli I., Gutsmedl K., Leucht S. Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2018 Nov 21.
42. Krebs MO, Kebir O, Jay TM. Exposure to cannabinoids can lead to persistent cognitive and psychiatric disorders. *Eur J Pain.* 2019 Feb 21.

43. Ksir C, Hart CL. Cannabis and Psychosis: A Critical Overview of the Relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Feb;18(2):12.
44. Kutcher S, Kachur E, Marton P, Szalai J, Jaunkalns R. Substance abuse among adolescents with chronic mental illnesses: a pilot study of descriptive and differentiating features. *Can J Psychiatry.* 1992 Aug;37(6):428-31.
45. Lai H.M.X., Cleary M., Sitharthan T., Hunt G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.
46. Landheim A. S., Bakken K., Vaglum P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six-year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry*, 6, 44.
47. Leonidaki V., Malliori M. Comorbidity of substance use with mental disorders, *Psychiatriki* 2009 Jan; 20:17–34.
48. Levin M. The frequency of drug psychoses. 1950.
49. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Symptoms of depression, suicidal behaviour and use of substances in Greece: A nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89:155–166
50. Malzberg B. Frequency of drug psychoses. 1951.
51. Mallard TT, Harden KP., Fromme K. Genetic risk for schizophrenia is associated with substance use in emerging adulthood: an event-level polygenic prediction model. *Psychol Med.* 2018 Oct 12:1-9.
52. Manschreck TC, Laughery JA, Weisstein CC, Allen D, Humblestone 38. B, Neville M, et al. Characteristics of freebase cocaine psychosis. *Yale J Biol Med.* 1988;61(2):115-22.
53. Marmorstein NR. Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2012 Jan;26(1):88-94.
54. Marmorstein NR. Associations between subtypes of major depressive episodes and substance use disorders. *Psychiatry Res.* 2011 Apr 30;186(2-3):248-53.



55. Marmorstein NR1, Iacono WG. Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: a test of the psychosocial failure model. *Addict Behav.* 2011 Jul;36(7):773-6.
56. McEachin R. C., Keller B. J., Saunders E. F., McInnis M. G. Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach. *BioData Min* 2008; 1: 2.
57. McGovern MP, Xie H., Segal SR., Siembab L., Drake RE. Addiction treatment services and co-occurring disorders: Prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *J Subst Abuse Treat.* 2006.
58. Mellos E., Liappas I., Paparrigopoulos T. Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo.* 2010 Sep-Oct;24(5):761-9. Review.
59. Messer T, Lammers G, Müller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2017 Jul; 253:338-350.
60. Moggi F. Epidemiology, etiology and treatment of patients with psychosis and co-morbid substance use disorder. *Ther Umsch.* 2018 Jun.
61. Moussas G., Fanouraki I., Pachi A., Asomatou A., Drylli O., Paschalakis G., Tselebis A., Giotakis K., Bratis D., Dermatis G., Malliori M. Comorbid Psychopathology and Alcohol Use Patterns among Methadone Maintenance Treatment Patients. *J Addict.* 2015;2015:197652.
62. Mueser K.T., Yarnold P.R., Bellack A.S., 1992. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *ActaPsychiatr. Scand.* 85, 48–55.
63. Mueser K, Drake R, Wallach M. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 1998, 23: 717–34.
64. Nestler E.J., Carlezon W.A. (2006). The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biological Psychiatry.*
65. Nesvag R., Knudsen G.P., Bakken I.J., Hoye A., Ystrom E., Suren P., Reneflot A., Stoltenberg C., Reichborn-Kjennerud T., 2015. Substance use disorders in schizophrenia, bipolar

- disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 50, 1267–1276.
66. Nevid JS, Gordon AJ, Barris A, Sperber JE, Haggerty G. Personality profiles of patients with alcohol use disorder and opioid use disorder in an inpatient treatment setting. *J Subst Abuse Treat.* 2019 Feb; 97:91-96.
  67. Newcomb MD, Bentler PM, Fahy B. Cocaine use and psychopathology: associations among young adults. *Int J Addict.* 1987;22(12):1167-88.
  68. Noordsy DL, Green AI: Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2003; 5:340–346.
  69. Pettinati HM, Pierce JD, Belden PP., Meyers K. The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *Am J Addict* 8: 136-147, 1999.
  70. Pettinati H.M., O'Brien C.P., Dundon W.D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 23–30.
  71. Potvin S, Blanchet P, Stip E. Substance abuse is associated with increased extrapyramidal symptoms in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2009 Sep;113(2-3):181-8.
  72. Potvin S., Stip E., Roy JY. Schizophrenia and addiction: An evaluation of the self-medication hypothesis. *Encephale*, 2003 May-Jun.
  73. Prior K, Mills K, Ross J, Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug Alcohol Rev.* 2017 May; 36(3):317-324.
  74. Reeves LE, Gaudio BA., Metrik J., Guzman Holst C., Morena A., Sydnor VJ., Weinstock LM., Epstein-Lubow G. Comorbid cannabis and tobacco use disorders in hospitalized patients with psychotic-spectrum disorders. *J Dual Diagn*, 2018 Sep 28.
  75. Reilly J., McDermott B., Dillon J. Standardized drug and alcohol questions at admission to an acute adult mental health unit: clarifying the burden of dual diagnoses across a five-year period. *Australas Psychiatry.* 2018 Nov .

- 76.** Riper H., Andersson G., Hunter S. B., de Wit J., Berking M., Cuijpers P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction*, 109, 394-406.
- 77.** Rodríguez-Jiménez R. et al. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics. *Invest Clin*. 2008 Jun;49(2):195-205.
- 78.** Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Miner CR. Integrated services for treatment of schizophrenic substance abusers: demographics, symptoms, and substance abuse patterns. *Psychiatr Q*. 1992 Spring;63(1):3-26.
- 79.** Ross S., Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol*. 2012 Sep-Oct;35(5):235-43.
- 80.** Samet S., Fenton M.C., Nunes E., Greenstein E., Aharonovich E., Hasin D. (2013). Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction*, 108, 115–123.
- 81.** Sara GE, Large MM, Matheson SL, Burgess PM, Malhi GS, Whiteford HA, Hall WD. Stimulant use disorders in people with psychosis: a meta-analysis of rate and factors affecting variation. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Feb;49(2):106-17.
- 82.** Sara G.E., Burgess P.M., Malhi G.S., Whiteford H.A., Hall W.C. Stimulant and other substance use disorders in schizophrenia: prevalence, correlates and impacts in a population sample. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2014.
- 83.** Schuckit M.A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101, 76-88.
- 84.** Schuckit M.A., Smith T.L., Kalmijn J. (2013). Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related problems over 30 years in 397 families. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74, 271–279. Soyka M. Addiction and schizophrenia. Nosological, clinical and therapeutic questions. 1. Alcoholism and schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 1994 Jun.
- 85.** Searby A, Maude P, McGrath I. Prevalence of co-occurring alcohol and other drug use in an Australian older adult mental health service. *Int J Ment Health Nurs*. 2016 Apr;25(2):151-8.
- 86.** Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 Dec; 41(4):583-593.

87. Singer et al. Pathological alcoholic intoxications and acute alcoholic psychoses. 1955 Starsb Med.
88. Singh S, Balhara YPS. A review of Indian research on co-occurring cannabis use disorders & psychiatric disorders. Indian J Med Res. 2017 Aug;146(2):186-195.
89. Sjöholm L. K., Kovanen L., Saarikoski S. T., Schalling M., Lavebratt C., Partonen T. CLOCK is suggested to associate with comorbid alcohol use and depressive disorders. J Circad Rhythms 2010; 8: 1.
90. Soyka M. Addiction and schizophrenia. Nosological, clinical and therapeutic questions. Substance dependence and schizophrenia. Fortschr Neurol Psychiatr. 1994 Jun.
91. Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1993; 242(6):362-72.
92. Subodh BN, Hazari N, Elwadhi D, Basu D. Prevalence of dual diagnosis among clinic attending patients in a de-addiction centre of a tertiary care hospital. Asian J Psychiatr. 2017. Feb;25:169-174.
93. Swofford CD., Scheller-Gilkey G., Miller AH, Woolwine B., Mance Ram. Double jeopardy: schizophrenia and substance use. J Drug Alcohol Abuse. 2000 Aug.
94. Thoma P, Daum I. Comorbid substance use disorder in schizophrenia: a selective overview of neurobiological and cognitive underpinnings. Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Sep.
95. Toftdahl N.G., Nordentoft M., Hjorthoj C., 2016. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 51, 129–140.
96. Torrens M., Martin-Santos R., Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. Neurotox Res. 2006 Dec;10(3-4):253-61.
97. Torrens M., Gilchrist G., Domingo-Salvany A. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. Drug and Alcohol Dependence, 113, 147–156.

- 98.** Torrens M., Rossi P. C., Martinez-Riera R., Martinez-Sanvisens D., Bulbena A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system. *Substance Use and Misuse*, 47, 1005–1014.
- 99.** Tsaklakidou D, Paparrigopoulos T, Liappas I. Νευροψυχιατρικές διαταραχές και συννόσηση στο πλαίσιο χρήσης εθιστικών-ψυχοτρόπων ουσιών. Σύγχρονη Ψυχιατρική. 2013. P919
- 100.** Verma S.K., Subramaniam M., Chong S.A., Kua E.H. Substance abuse in schizophrenia. A Singapore perspective. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2002.
- 101.** Watkins K.E., Hunter S.B., Hepner K.A., Paddock S.M., de la Cruz E., Zhou A.J., Gilmore J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, 68, 577–584.
- 102.** Wettig J. Schizophrenia and addiction. A frequent psychiatric dual diagnosis. *MMW Fortschr Med.* 2001 May 28.
- 103.** Wise R.A. (1989). Opiate reward: Sites and substrates. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 13, 129–133.
- 104.** Xafenias A., Diakogiannis I., Iacovides A., Fokas K., Kaprinis G., 2008a. Factors affecting hospital length of stay: is substance use disorder one of them? A study in a Greek public psychiatric hospital. *Am. J. Addict.* 17, 447–451.
- 105.** Xafenias, A., Diakogiannis, I., Iacovides, A., Fokas, K., Kaprinis, G., 2008b. Investigation of the comorbidity of psychiatric disorder and substance use disorder among inpatients of a public psychiatric hospital in an urban area in Greece. *Ment. Health Sub. Use* 1, 125–134.

## Παράρτημα Ι

Πρόκειται για το ερευνητικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε και περιλαμβάνει το σύνολο των πληροφοριών που καταχωρήθηκαν για κάθε ασθενή, ο οποίος συμπεριλήφθηκε στην παρούσα μελέτη.

1. **Φύλο:** 1. Άνδρας                      2. Γυναίκα
2. **Ηλικία κατά τη νοσηλεία:**
3. **Τόπος διαμονής (πόλη, κωμόπολη, χωριό):**
4. **Εθνικότητα:**
5. **Εργασιακή κατάσταση:**
  - Σταθερή απασχόληση
  - Περιστασιακή απασχόληση
  - Οικονομικά μη ενεργός (συνταξιούχος, νοικοκυρά)
  - Άνεργος/η
  - Φοιτητής/μαθητής
  - Άλλο
  - Άγνωστο

### 6. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/-η
- Χήρος
- Παντρεμένος/-η
- Σε διάσταση
- Διαζευγμένος
- Άλλο
- Άγνωστο

### 7. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

- Δεν τελείωσε Δημοτικό
- Απόφοιτος Δημοτικού

- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Λυκείου/εξατάξιου Γυμνασίου
- Απόφοιτος Ανώτερης Τεχνικής Σχολής
- Απόφοιτος Πανεπιστημίου (Ανώτατης Σχολής)
- Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
- Άγνωστο

**8. Ουσίες που έχει χρησιμοποιήσει (αυτοαναφορά ή/και τοξικολογική ούρων)**

**α. τις τελευταίες 30 ημέρες**

**β. στο παρελθόν:**

**9. Κύρια ουσία χρήσης τον τελευταίο μήνα:**

Αλκοολούχα ποτά (μπύρα, κρασί, κ.ά.)
Ινδική κάνναβη (μαριχουάνα, χασίς, κ.ά.)
Κοκαΐνη (κρακ, κοκαΐνη, κ.ά.)
Αμφεταμινικά διεγερτικά (speed, ecstasy, διαιτητικά χάπια, κ.ά.)
Εισπνεόμενα (κόλλα, βενζίνη, μπογιά, κ.ά.)
Ηρεμιστικά ή υπναγωγά χάπια (Stedon, Vulbegal, Hipnosedon κ.ά.)
Ψευδαισθησιογόνα (LSD, μανιτάρια, PCP, Special K, κ.ά.)
Οπιοειδή (ηρωίνη, μορφίνη, μεθαδόνη, κωδεΐνη κ.ά.)

**10. Κύρια ουσία χρήσης στο παρελθόν:**

Αλκοολούχα ποτά (μπύρα, κρασί, κ.ά.)
Ινδική κάνναβη (μαριχουάνα, χασίς. κ.ά.)
Κοκαΐνη (κρακ, κοκαΐνη. κ.ά.)
Αμφεταμινικά διεγερτικά (speed, ecstasy, διαιτητικά χάπια. κ.ά.)
Εισπνεόμενα (κόλλα, βενζίνη, μπογιά, κ.ά.)
Ηρεμιστικά ή υπναγωγά χάπια (Stedon, Vulbegal, Hipnosedon κ.ά.) για χρήση μη ιατρική
Ψευδαισθησιογόνα (LSD,μανιτάρια, PCP, Special K, κ.ά.)
Οπιοειδή (ηρωίνη, μορφίνη, μεθαδόνη, κωδεΐνη κ.ά.)
Βαρβιτουρικά

**11. Διάγνωση/-εις εξιτηρίου (κατά ICD-10):**

**12. Τοξικολογική ούρων (αμφεταμίνες, κοκαΐνη, οπιοειδή, κανναβινοειδή, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες):**

- α. θετική
- β. αρνητική
- γ. δεν εστάλη

**13. Νοσηλεία:** Εκούσια

Ακούσια

**14. Ηπατίτιδα C (anti HCV):** θετικό

Αρνητικό



## Παράρτημα II

**Πίνακας 3.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες, που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες χωρίς συνδυασμούς.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Αλκοολούχα ποτά</b>	<b>Όχι</b>	242	75.6
	<b>Ναι</b>	78	24.4
<b>Αμφεταμινικά διεγερτικά</b>	<b>Όχι</b>	310	96.9
	<b>Ναι</b>	10	3.1
<b>Ηρεμιστικά</b>	<b>Όχι</b>	284	88.8
	<b>Ναι</b>	36	11.3
<b>Ουσίες που έλαβαν τις τελευταίες 30 ημέρες</b>	<b>Οπιοειδή</b>		
	<b>Όχι</b>	285	89.1
	<b>Ναι</b>	35	10.9
<b>Ινδική κάνναβη</b>	<b>Όχι</b>	246	76.9
	<b>Ναι</b>	74	23.1
<b>Κοκαΐνη</b>	<b>Όχι</b>	303	94.7
	<b>Ναι</b>	17	5.3

<b>Αναλγητικά</b>	<b>Όχι</b>	319	99.7
	<b>Ναι</b>	1	0.3
<b>Αναβολικά</b>	<b>Όχι</b>	317	99.1
	<b>Ναι</b>	3	0.9
<b>Βαρβιτουρικά</b>	<b>Όχι</b>	319	99.7
	<b>Ναι</b>	1	0.3
<b>Akineton</b>	<b>Όχι</b>	319	99.7
	<b>Ναι</b>	1	0.3

**Πίνακας 5.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν χωρίς συνδυασμούς.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Αλκοολούχα ποτά</b>	<b>Όχι</b>	249	77.8
	<b>Ναι</b>	71	22.2
<b>Αμφεταμινικά διεγερτικά</b>	<b>Όχι</b>	307	95.9
	<b>Ναι</b>	13	4.1
<b>Ηρεμιστικά</b>	<b>Όχι</b>	289	90.3

	<i><b>Ναι</b></i>	31	9.7
	<i><b>Όχι</b></i>	315	98.4
<b>Ψευδαισθησιογόνα</b>	<i><b>Ναι</b></i>	5	1.6
	<i><b>Όχι</b></i>	319	99.7
<b>Αναβολικά</b>	<i><b>Ναι</b></i>	1	0.3
	<i><b>Όχι</b></i>	265	82.8
<b>Οπιοειδή</b>	<i><b>Ναι</b></i>	55	17.2
	<i><b>Όχι</b></i>	235	73.4
<b>Ινδική κάνναβη</b>	<i><b>Ναι</b></i>	85	26.6
	<i><b>Όχι</b></i>	292	91.3
<b>Κοκαΐνη</b>	<i><b>Ναι</b></i>	28	8.8
	<i><b>Όχι</b></i>	318	99.4
<b>Βαρβιτουρικά</b>	<i><b>Ναι</b></i>	2	0.6

**Πίνακας 8.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών σε ομαδοποιήσεις.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Διάγνωση εξιτηρίου</b>	<i>f10-f19 και συνδυασμοί</i>	132	41.3
	<i>Άλλη διάγνωση</i>	188	58.8

**Πίνακας 17.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες</b>	<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	10	30.3
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
	<i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
	<i>Οπιοειδή</i>	4	12.1
	<i>Ινδική κάνναβη</i>	15	45.4
	<i>Κοκαΐνη</i>	2	6.1
	<i>Τίποτα</i>	2	6.1

**Πίνακας 18.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Κύρια ουσία στο παρελθόν</b>	<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	8	24.2
	<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
	<i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
	<i>Οπιοειδή</i>	9	27.3
	<i>Ινδική κάνναβη</i>	14	42.5

<i>Κοκαΐνη</i>	1	3
<i>Ψευδαισθησιογόνα</i>	0	0
<i>Τίποτα</i>	1	3

**Πίνακας 19.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	19	31.7
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	1	1.7
<i>Ηρεμιστικά</i>	2	3.3
Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες <i>Οπιοειδή</i>	6	10.0
<i>Ινδική κάνναβη</i>	28	46.7
<i>Κοκαΐνη</i>	2	3.3
<i>Τίποτα</i>	2	3.3

**Πίνακας 20.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με ψυχωτική διαταραχή και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	16	26.7
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
Κύρια ουσία στο παρελθόν <i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
<i>Οπιοειδή</i>	12	20
<i>Ινδική κάνναβη</i>	29	48.3

<i>Κοκαΐνη</i>	1	1.7
<i>Ψευδαισθησιογόνα</i>	0	0
<i>Τίποτα</i>	2	3.3

**Πίνακας 21.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	7	87.5
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
<i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες <i>Οπιοειδή</i>	0	0
<i>Ινδική κάνναβη</i>	1	12.5
<i>Κοκαΐνη</i>	0	0
<i>Τίποτα</i>	0	0

**Πίνακας 22.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	7	87.5
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
Κύρια ουσία στο παρελθόν <i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
<i>Οπιοειδή</i>	0	0
<i>Ινδική κάνναβη</i>	1	12.5

<i>Κοκαΐνη</i>	0	0
<i>Ψευδαισθησιογόνα</i>	0	0
<i>Τίποτα</i>	0	0

**Πίνακας 23.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	5	55.6
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
<i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες <i>Οπιοειδή</i>	1	11.1
<i>Ινδική κάνναβη</i>	2	22.2
<i>Κοκαΐνη</i>	1	11.1
<i>Τίποτα</i>	0	0

**Πίνακας 24.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης στο παρελθόν στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	5	55.6
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
Κύρια ουσία στο παρελθόν <i>Ηρεμιστικά</i>	0	0
<i>Οπιοειδή</i>	1	11.1
<i>Ινδική κάνναβη</i>	2	22.2

<i>Κοκαΐνη</i>	1	11.1
<i>Ψευδαισθησιογόνα</i>	0	0
<i>Τίποτα</i>	0	0

**Πίνακας 25.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και χρήση.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Αλκοολούχα ποτά</i>	3	33.3
<i>Αμφεταμινικά διεγερτικά</i>	0	0
<i>Ηρεμιστικά</i>	3	33.3
Κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες <i>Οπιοειδή</i>	1	11.1
<i>Ινδική κάνναβη</i>	2	22.3
<i>Κοκαΐνη</i>	0	0
<i>Τίποτα</i>	0	0



## Πίνακες

Πίνακας 1: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.....	31
Πίνακας 2: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες που έλαβαν τις τελευταίες 30 ημέρες.....	36
Πίνακας 3: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες που έλαβαν τις τελευταίες 30 ημέρες χωρίς συνδυασμούς.....	129
Πίνακας 4: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν.....	39
Πίνακας 5: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις ουσίες που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν χωρίς συνδυασμούς.....	130
Πίνακας 6: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς την κύρια ουσία που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες και στο παρελθόν.....	42
Πίνακας 7: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών.....	44
Πίνακας 8: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών σε ομαδοποιήσεις.....	131
Πίνακας 9: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τον τύπο νοσηλείας των ασθενών.....	48
Πίνακας 10: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς την τοξικολογική ούρων.....	49
Πίνακας 11: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τους ασθενείς σε σχέση με το Anti-HCV.....	50
Πίνακας 12: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σχιζοφρένεια.....	51
Πίνακας 13: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο ψυχωτικό φάσμα.....	51
Πίνακας 14: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	52
Πίνακας 15: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη διπολική συναισθηματική διαταραχή.....	53

Πίνακας 16: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στις συναισθηματικές διαταραχές.....	54
Πίνακας 17: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση.....	132
Πίνακας 18: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση.....	132
Πίνακας 19: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με ψύχωση και χρήση.....	133
Πίνακας 20: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με ψύχωση και χρήση.....	133
Πίνακας 21: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση.....	134
Πίνακας 22: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή κα χρήση.....	134
Πίνακας 23: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση.....	133
Πίνακας 24: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση.....	135
Πίνακας 25: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τις κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και χρήση.....	136
Πίνακας 26: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς την εμφάνιση διπλής διάγνωσης.....	61
Πίνακας 27: Κατανομή συχνότητας διπλής διάγνωσης ως προς τις επιμέρους διαγνώσεις.....	62
Πίνακας 28: Δημογραφικά χαρακτηριστικά στη διπλή διάγνωση.....	63
Πίνακας 29: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τους ασθενείς με διπλή διάγνωση ή με ασθενείς χωρίς διπλή διάγνωση.....	65
Πίνακας 30: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.....	66
Πίνακας 31: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την ηλικία.....	67

Πίνακας 32: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.....	68
Πίνακας 33: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.....	69
Πίνακας 34: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.....	70
Πίνακας 35: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	72
Πίνακας 36: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	74
Πίνακας 37: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τις κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες.....	75
Πίνακας 38: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	77
Πίνακας 39: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).....	78
Πίνακας 40: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και διπολική διαταραχή ή με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης ουσιών και διαταραχή του ψυχωτικού φάσματος.....	80
Πίνακας 41: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.....	82
Πίνακας 42: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την ηλικία.....	83
Πίνακας 43: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.....	84
Πίνακας 44: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.....	85
Πίνακας 45: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.....	87
Πίνακας 46: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	88
Πίνακας 47: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	90
Πίνακας 48: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	92
Πίνακας 49: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).....	93
Πίνακας 50: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης και μία άλλη ψυχική διαταραχή ή με τους ασθενείς με ψυχική διαταραχή χωρίς ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης.....	95
Πίνακας 51: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ.....	96

Πίνακας 52: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	96
Πίνακας 53: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ μαζί με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.....	97
Πίνακας 54: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	98
Πίνακας 55: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ μόνο του και μαζί με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.....	99
Πίνακας 56: Συγκρίσεις για τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	100
Πίνακας 57: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών χωρίς συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή.....	101
Πίνακας 58: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ουσιών τις τελευταίες 30 ημέρες.....	102
Πίνακας 59: Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.....	103

## Γραφήματα

Γράφημα 1: Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο των ασθενών.....	33
Γράφημα 2: Κατανομή δείγματος ως προς τον τόπο διαμονής των ασθενών.....	34
Γράφημα 3: Κατανομή δείγματος ως προς την εθνικότητα των ασθενών.....	34
Γράφημα 4: Κατανομή δείγματος ως προς την εργασιακή κατάσταση των ασθενών.....	35
Γράφημα 5: Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.....	35
Γράφημα 6: Κατανομή δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών.....	36
Γράφημα 7: Κατανομή δείγματος ως προς τις ουσίες που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες χωρίς συνδυασμούς.....	39
Γράφημα 8: Κατανομή δείγματος ως προς τις ουσίες που έλαβαν οι ασθενείς στο παρελθόν χωρίς συνδυασμούς.....	42

Γράφημα 9: Κατανομή δείγματος ως προς την κύρια ουσία που έλαβαν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες και στο παρελθόν.....	44
Γράφημα 10: Κατανομή δείγματος ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών.....	47
Γράφημα 11: Κατανομή δείγματος ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου των ασθενών ομαδοποιημένα.....	48
Γράφημα 12: Κατανομή δείγματος ως προς τον τύπο νοσηλείας των ασθενών.....	48
Γράφημα 13: Κατανομή δείγματος ως προς την τοξικολογική ούρων.....	50
Γράφημα 14: Κατανομή δείγματος ως προς το Anti-HCV.....	50
Γράφημα 15: Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σχιζοφρένεια.....	51
Γράφημα 16: Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο ψυχωτικό φάσμα.....	52
Γράφημα 17: Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	53
Γράφημα 18: Κατανομή δείγματος ως προς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στη διπολική συναισθηματική διαταραχή.....	54
Γράφημα 19: Κατανομή δείγματος ως προς την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στις συναισθηματικές διαταραχές.....	55
Γράφημα 20: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση ουσιών.....	55
Γράφημα 21: Κατανομή δείγματος ως προς ως προς κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και χρήση ουσιών.....	56
Γράφημα 22: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με ψύχωση και χρήση ουσιών.....	57
Γράφημα 23: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με ψύχωση και χρήση ουσιών.....	57
Γράφημα 24: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.....	58

Γράφημα 25: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.....	58
Γράφημα 26: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.....	59
Γράφημα 27: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες στο παρελθόν στους ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή και χρήση ουσιών.....	60
Γράφημα 28: Κατανομή δείγματος ως προς κύριες ουσίες τις τελευταίες 30 ημέρες στους ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και χρήση ουσιών.....	60
Γράφημα 29: Κατανομή δείγματος ως προς την εμφάνιση διπλής διάγνωσης.....	61
Γράφημα 30: Κατανομή συχνοτήτων διπλής διάγνωσης ως προς τις επιμέρους διαγνώσεις.....	62
Γράφημα 31: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.....	67
Γράφημα 32: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.....	69
Γράφημα 33: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.....	70
Γράφημα 34: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.....	72
Γράφημα 35: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	73
Γράφημα 36: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	75
Γράφημα 37: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τη κύρια ουσία που πήραν οι ασθενείς τις τελευταίες 30 ημέρες.....	77
Γράφημα 38: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	78
Γράφημα 39: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).....	79
Γράφημα 40: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το φύλο.....	82

Γράφημα 41: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την ηλικία.....	83
Γράφημα 42: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τόπο διαμονής.....	85
Γράφημα 43: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εθνικότητα.....	86
Γράφημα 44: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την εργασιακή κατάσταση.....	88
Γράφημα 45: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	89
Γράφημα 46: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	91
Γράφημα 47: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	92
Γράφημα 48: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση το Anti-HCV (+).....	94
Γράφημα 49: Κατανομή δείγματος ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ.....	96
Γράφημα 50: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	97
Γράφημα 51: Κατανομή δείγματος ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ μαζί με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.....	98
Γράφημα 52: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	99
Γράφημα 53: Κατανομή δείγματος ως προς τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ μόνο του και μαζί με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.....	100
Γράφημα 54: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με βάση τον τύπο νοσηλείας.....	101
Γράφημα 55: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με τη χρήση ουσιών τις τελευταίες 30 ημέρες.....	103

Γράφημα 56: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τη διάγνωση εξιτηρίου με τη χρήση ουσιών στο παρελθόν.....104