



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (αϋπνία, άγχος, κατάθλιψη) και στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων σε νοσηλευόμενους για διαταραχή χρήσης αλκοόλ”

Σανταμούρη Μαρία

20190320

Επιβλέπων:

Τζαβέλλας Ηλίας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Τζαβέλλας Ηλίας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Καφετζόπουλος Βασίλειος, Διδάκτωρ Ψυχοφαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Συνεργάτης Α' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Αθήνα,

Ιούνιος 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
Κεφάλαιο 1: Το φαινόμενο της εξάρτησης.....	7
Κεφάλαιο 2: Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ.....	7
2.1 Ορισμός – Διαγνωστικά κριτήρια.....	7
2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	8
2.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ – Αιτιοπαθογένεια.....	9
2.3.1 Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	9
2.3.2 Περιβαλλοντικοί – κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου.....	10
2.3.3 Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	10
Κεφάλαιο 3: Συννοσηρότητα.....	12
3.1 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....	11
3.2 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ και αγχώδης συμπτωματολογία.....	13
3.3 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ και διαταραχές ύπνου.....	14
Κεφάλαιο 4: Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων.....	15
4.1 Ορισμός – Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	15
4.2 Η θεωρητική προσέγγιση του Robert Plutchik: Η ψυχο-εξελικτική θεωρία των συναισθημάτων.....	15
4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και διαταραχή χρήσης αλκοόλ.....	18
4.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και καταθλιπτική συμπτωματολογία.....	19
4.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και αγχώδης συμπτωματολογία.....	20
4.6 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και διαταραχές ύπνου.....	20
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας.....	22
5.1 Συμμετέχοντες.....	22
5.2 Διαδικασία και μέσα συλλογής δεδομένων.....	22

5.3 Στατιστική ανάλυση.....	25
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα.....	27
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....	46
Βιβλιογραφία.....	56

Περίληψη

Εισαγωγή: Η διαταραχή χρήσης αλκοόλ (ΔΧΑ) συνιστά μια σοβαρή ψυχική νόσο με υψηλό επιπολασμό παγκοσμίως. Χαρακτηρίζεται από σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες και από υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, κυρίως με τις διαταραχές της διάθεσης, του άγχους και του ύπνου. Ο τρόπος που το άτομο προσλαμβάνει και αντιμετωπίζει ένα στρεσογόνο παράγοντα έχει φανεί ότι επιδρά στην εμφάνιση και την πορεία των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, υπό την έννοια ότι συγκεκριμένοι τρόποι απάντησης στο ερέθισμα μπορεί να αποσβέσουν ή να επιδεινώσουν τον αρνητικό αντίκτυπό του στην ψυχική υγεία του ατόμου.

Στόχος: Η παρούσα μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις συνοδές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, διαταραχές ύπνου) σε άτομα με ΔΧΑ, τα οποία νοσηλεύονται για αποτοξίνωση, και την επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων (ΣΑΠ) στη βαρύτητα της ΔΧΑ και τη συνοδό συμπτωματολογία.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 38 ατόμων, το οποίο προήλθε από ασθενείς που εισήχθησαν για αποτοξίνωση από το αλκοόλ σε ειδικό τμήμα της Α' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου κατά την περίοδο 2020-2021. Για την εκτίμηση της βαρύτητας της ΔΧΑ χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Βαρύτητας της Εξάρτησης από το Αλκοόλ (SADQ), ενώ για την εκτίμηση της καταθλιπτικής και αγχώδης συμπτωματολογίας και των διαταραχών ύπνου η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI), η Κλίμακα Άγχους του Hamilton (HAM-A) και η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS) αντίστοιχα. Για τη διερεύνηση των ΣΑΠ χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Προβλημάτων του Plutchik (AECOM-CSQ). Δημογραφικά δεδομένα αλλά και δεδομένα σχετικά με την ευρύτερη κατάσταση της ψυχικής υγείας των ασθενών (έναρξη νόσου, προηγούμενες νοσηλείες, ημερήσια τυπική κατανάλωση αλκοόλ) λαμβάνονταν από τον ιατρικό φάκελο των νοσηλευομένων και από ημιδομημένη συνέντευξη.

Αποτελέσματα: Η ημερήσια τυπική κατανάλωση και η αγχώδης συμπτωματολογία συνδέθηκε θετικά με τη βαρύτητα της ΔΧΑ ($\beta = .525, p < .001$; $\beta = .39, p = .001$) και τις διαταραχές ύπνου ($\beta = .338, p = .041$; $\beta = .448, p = .004$). Η ηλικία, τα έτη κατάχρησης αλκοόλ και η αγχώδης συμπτωματολογία προέβλεπαν αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($\beta = .731, p = .001$; $\beta = .451, p = .005$; $\beta = .297, p = .024$). Αναφορικά με τις ΣΑΠ, η στρατηγική της αντιστροφής συνδέθηκε αρνητικά με τη βαρύτητα της ΔΧΑ ($\beta = -.24, p = .028$) και η καταθλιπτική συμπτωματολογία αρνητικά με τη ΣΑΠ της ελαχιστοποίησης ($\beta = -.464, p = .001$) και θετικά με τη στρατηγική της ετερομομφής ($\beta = .437, p = .002$). Τέλος, η στρατηγική της αντικατάστασης προβλεπόταν αρνητικά από την ηλικία ($\beta = -.321, p = .009$) και την αγχώδη συμπτωματολογία ($\beta = -.321, p = .009$).

Συζήτηση: Τα ευρήματα της μελέτης υποδηλώνουν την ύπαρξη επίδραση των ΣΑΠ στη συνοδό ψυχιατρική συμπτωματολογία στα άτομα με ΔΧΑ, καθώς διαφορετικές στρατηγικές συνδέθηκαν με διαφορετικά ψυχοπαθολογικά προφίλ. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι η υιοθέτηση προσαρμοστικών στρατηγικών σχετίζεται με χαμηλότερες τιμές ως προς τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις ενώ η υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών με υψηλότερες τιμές. Η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης των στρατηγικών στα άτομα με ΔΧΑ μπορεί να οδηγήσει σε εξατομικευμένες θεραπευτικές εφαρμογές και παρεμβάσεις έχοντας ως αποτέλεσμα την καλύτερη πρόγνωση.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχή χρήσης αλκοόλ, κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία, στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων

Abstract

Introduction: Alcohol use disorder (AUD) is a severe mental disorder with high worldwide prevalence, which is characterized by serious subsequent psychosocial dysfunction and high rates of comorbidity, especially with affective and anxiety disorders and insomnia. It has been shown that the way people perceive and cope with stressors affects psychopathological manifestation, in the sense that particular ways of coping may reduce or maximize stressors' negative impact on individuals' mental health.

Aim: The present study aims to investigate the comorbid psychopathology (depression, anxiety, insomnia) in AUD people hospitalized for detoxification and the impact of coping styles on the severity of AUD and the comorbid psychopathology.

Methodology: A cross-sectional study was conducted on a sample of 38 individuals admitted to a specialized department for alcohol detoxification of Athens University Psychiatric Clinic at Eginition Hospital during the period 2020-2021. Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) was provided in order to assess severity of AUD, while depressive and anxiety symptomatology and insomnia were assessed through Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and Athens Insomnia Scale (AIS) respectively. Coping styles were assessed through Albert Einstein College of Medicine – Coping Style Questionnaire (AECOM-CSQ). Sociodemographic data and psychiatric history (disorder's onset, history of hospitalization, typical daily alcohol consumption) were received from medical records or through semi-structured interview.

Results: Typical daily alcohol consumption and anxiety symptoms were positively related to severity of AUD ($\beta = .525, p < .001$; $\beta = .39, p = .001$) and sleep disorders ($\beta = .338, p = .041$; $\beta = .448, p = .004$). Age, years of alcohol abuse and anxiety symptoms were predictive of increase in depressive symptoms ($\beta = .731, p = .001$; $\beta = .451, p = .005$; $\beta = .297, p = .024$). Due to coping styles, reversal was negatively associated with severity of AUD ($\beta = -.24, p = .028$). Minimization negatively predicted depressive symptoms ($\beta = -.464, p = .001$) and blame (others) positively ($\beta = .437, p = .002$). Finally, age and anxiety negatively predicted replacement ($\beta = -.321, p = .009$; $\beta = -.321, p = .009$).

Conclusions: Findings of the present study suggest the impact of coping styles on comorbid psychiatric symptomatology in AUD individuals, since different coping mechanisms were associated with different psychopathological profiles. More specifically, it has been shown that the use of adaptive coping styles was correlated with lower rates of psychopathology, while the use of maladaptive coping styles with higher rates. Further investigation in the field of coping in AUD may lead to individually tailored psychotherapeutic implications and interventions, which may result in better outcome.

Key-words: Alcohol use disorder, depression, anxiety, insomnia, coping styles

1. Το φαινόμενο της εξάρτησης

Το φαινόμενο της αυτόβουλης λήψης ουσιών με στόχο την παρέμβαση στις ψυχικές λειτουργίες χάνεται στις απαρχές της ανθρώπινης ιστορίας. Οι ουσίες αυτές επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες, καθώς μπορούν να

τροποποιήσουν την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του ατόμου (Μαρσέλος 2019).

Κατά την επαναλαμβανόμενη έκθεση στην ουσία το ντοπαμινεργικό σύστημα της ανταμοιβής προσαρμόζεται μειώνοντας της παραγωγή ντοπαμίνης και τους υποδοχείς της, αναπτύσσοντας τελικά ανοχή στην ψυχοτρόπο ουσία. Συνεπώς, για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ως προς την επίδραση της ουσίας καθίσταται απαραίτητη η αύξηση της ποσότητας και της συχνότητας της χρήσης ενώ, συγχρόνως, άλλοι ενισχυτές καθίστανται αναποτελεσματικοί ως προς την ενεργοποίηση του συστήματος ανταμοιβής (Saunders 2016).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ουσιοεξάρτησης συνίστανται στην καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη της ψυχοτρόπου ουσίας, στην απώλεια αυτοελέγχου σε σχέση με τη λήψη της ουσίας και στην εμφάνιση αρνητικών συναισθηματικών και σωματικών καταστάσεων όταν η πρόσβαση στην ουσία δεν είναι εφικτή (σύνδρομο στέρησης) (Παπαρρηγόπουλος 2019).

Η ουσιοεξάρτηση συνοδεύεται από σημαντικές επιπτώσεις σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, επιπτώσεις οι οποίες διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της ουσίας, τον τρόπο και τη συχνότητα χρήσης. Μεταξύ των εθιστικών ουσιών, το αλκοόλ προκαλεί τη βαρύτερη συνολική βλάβη (βλάβη σε εαυτό και βλάβη σε άλλους) (Nutt, King et al. 2010).

2. Διαταραχή χρήσης αλκοόλ

2.1 Ορισμός – Διαγνωστικά κριτήρια

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια προοδευτική νόσος. Η εγκαθίδρυσή της αποτελεί το τελικό στάδιο ενός συνεχούς που ξεκινά από την κοινωνική, συνήθη κατανάλωση και εξελίσσεται σε υπερβολική, επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση και κατάχρηση, έως τη βαριά κατάχρηση με σωματικά προβλήματα και τελικά την εξάρτηση (Παπαρρηγόπουλος 2019).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-V (American Psychiatric Association 2013), η ΔΧΑ ορίζεται ως το προβληματικό πρότυπο χρήσης αλκοόλ που οδηγεί σε κλινικά σημαντική δυσλειτουργία ή ψυχική δυσφορία, όπως εκδηλώνεται από τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω σε μια περίοδο δώδεκα μηνών:

1. Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
2. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή γίνονται ανεπιτυχείς προσπάθειες για να μειωθεί ή να ελεγχθεί η χρήση αλκοόλ.
3. Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες για την απόκτηση αλκοόλ ή για την ανάρρωση από τις επιπτώσεις του.
4. Υπάρχει σφοδρή επιθυμία ή λαχτάρα ή παρόρμηση για χρήση αλκοόλ.
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία εκπλήρωσης μειζόνων υποχρεώσεων σε εργασία, σχολείο ή σπίτι.
6. Συνέχιση της χρήσης παρά τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τη χρήση του αλκοόλ.

7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης του αλκοόλ.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνα.
9. Συνέχιση της χρήσης παρά την επίγνωση της ύπαρξης επίμονου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από το αλκοόλ.
10. Ανοχή, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:
 - i. Ανάγκη για εμφανώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ, ώστε να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.
 - ii. Αξιοσημείωτα μειωμένη επίδραση με συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.
11. Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:
 - i. Το χαρακτηριστικό σύνδρομο αποστέρησης αλκοόλ
 - ii. Το αλκοόλ (ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, όπως μία βενζοδιαζεπίνη) λαμβάνεται για ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης.

Ανάλογα με την ποσότητα των κριτηρίων που πληρούνται, η βαρύτητα της ΔΧΑ διακρίνεται σε ήπια (2-3 κριτήρια), μέτρια (4-5 κριτήρια) και σοβαρή (6-11 κριτήρια).

2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η ΔΧΑ είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές (Grant, Goldstein et al. 2015, Rehm, Anderson et al. 2015). Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization 2018), υπολογίζεται ότι παγκοσμίως 283 εκατομμύρια άνθρωποι άνω των 15 ετών πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΧΑ για το 2016 (5,1% του πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής κατηγορίας), με την Ευρωπαϊκή Ήπειρο να κατέχει το υψηλότερο ποσοστό ετήσιου επιπολασμού (8,8%).

Η χρήση αλκοόλ έχει βαρύτερες επιπτώσεις στη θνησιμότητα σε σύγκριση με τις επιπτώσεις της φυματίωσης, του HIV, του διαβήτη, της υπέρτασης, των παθήσεων του πεπτικού συστήματος, των τροχαίων δυστυχημάτων και της βίας. Για το 2016 οι αποδιδόμενοι στο αλκοόλ θάνατοι ήταν 3 εκατομμύρια παγκοσμίως (5,3% του συνόλου των θανάτων) ενώ στην κατανάλωση αλκοόλ αποδόθηκαν 132,6 εκατομμύρια DALYs (Disability Adjusted Life Years), τα οποία αντιπροσωπεύουν το 5,1% του συνόλου των DALYs για εκείνο το έτος (World Health Organization 2018). Σύμφωνα με δεδομένα που αφορούν στην Ευρώπη, η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με σοβαρές νευροψυχιατρικές διαταραχές, με γαστρεντερικές διαταραχές, με νεοπλασίες, με καρδιαγγειακές νόσους και με ακούσιους και εκούσιους αυτοτραυματισμούς και ετεροτραυματισμούς (Anderson 2006).

Αναφορικά με τα επιδημιολογικά δεδομένα της Ελλάδας, ο ετήσιος επιπολασμός της ΔΧΑ σε άτομα άνω των 15 ετών υπολογίζεται στο 6,1% με τους άνδρες να παρουσιάζουν τριπλάσιο ποσοστό από τις γυναίκες (9,4% έναντι 2,9% αντίστοιχα) (World Health Organization 2018).

2.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ – Αιτιοπαθογένεια

Η ΔΧΑ συνιστά ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο με την ύπαρξη βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραμέτρων να θεωρείται αδιαμφισβήτητη ως προς την αιτιολογία και τη φαινομενολογία του. Οι παράμετροι αυτές, οι οποίες αναφέρονται συχνά ως «παράγοντες κινδύνου», αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου στην εξάρτηση, για την εκδήλωση της οποίας συχνά απαιτείται η συνύπαρξη κ η αλληλεπίδραση τους (Καφετζόπουλος 2019).

2.3.1 Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου

Η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πολυγονιδιακή βάση και η ανάπτυξη και εξέλιξή της προκύπτει εν μέρει από γενετικούς παράγοντες, υπό την έννοια ότι ή ύπαρξή τους μπορεί να διαμορφώσει μια συνθήκη γενετικής ευαλωτότητας στο άτομο (Bierut 2011). Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η κληρονομησιμότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ υπολογίζεται περίπου στο 50% (Verhulst, Neale et al. 2015).

Η γενετική ευαλωτότητα στην εξάρτηση από το αλκοόλ έχει σχετιστεί με αρκετά γονίδια. Η συχνότερα μελετημένη συσχέτιση είναι αυτή με ορισμένα αλληλόμορφα των γονιδίων της αλκοολικής και αλδεϋδικής αφυδρογονάσης, των ενζύμων που εμπλέκονται στο μεταβολισμό της αιθυλικής αλκοόλης (Borras, Coutelle et al. 2000, Luo, Kranzler et al. 2006, Macgregor, Lind et al. 2009).

Με την παθογένεση της εξάρτησης φαίνεται, επίσης, ότι σχετίζονται γονίδια που εμπλέκονται στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, επηρεάζοντας τη δομή και τη λειτουργία του και, κατ' επέκταση, την ευαλωτότητα στην εξάρτηση. Έτσι, γονίδια των υποδοχέων της ντοπαμίνης (πχ. το A1 αλληλόμορφο του γονιδίου που κωδικοποιεί τον D2 υποδοχέα της ντοπαμίνης) (Noble 2000) ή γονίδια των ενζύμων που τη μεταβολίζουν (πχ. πολυμορφισμοί του γονιδίου COMT το οποίο είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό και τον έλεγχο των επιπέδων της ντοπαμίνης στον προμετωπιαίο φλοιό) έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ (Schellekens, Franke et al. 2012).

Τέλος, για την εξάρτηση από το αλκοόλ έχουν ενοχοποιηθεί γονίδια των υποδοχέων του γ – αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), καθώς σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι γονίδια του υποδοχέα GABA_A συνδέονται με κίνδυνο εμφάνισης αλκοολισμού (Enoch 2008, Soyka, Preuss et al. 2008).

2.3.2 Περιβαλλοντικοί – κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου

Πέραν των βιολογικών παραγόντων, κοινωνικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ως προς την επίδρασή τους στην έναρξη και την βαρύτητα χρήσης του αλκοόλ.

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου αναφορικά με την πρόωμη έναρξη χρήσης αλκοόλ φαίνεται να είναι η δομή της οικογένειας και η στάση της απέναντι στο

αλκοόλ (Donovan 2004). Πιο συγκεκριμένα, οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις (Sale, Sambrano et al. 2003, Kelly, Toumbourou et al. 2011), οι πεποιθήσεις του εφήβου σχετικά με τη γονεϊκή αποδοχή ή ανεκτικότητα ως προς τη χρήση (Donovan 2004, van der Vorst, Engels et al. 2006), ο ελλιπής γονεϊκός έλεγχος (Carroll, Heleniak et al. 2016) και η χρήση αλκοόλ από τους γονείς (Sale, Sambrano et al. 2003) σχετίζονται με πρόωμη έναρξη χρήσης αλκοόλ στην εφηβεία, η οποία συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης προβληματικής χρήσης.

Επιπρόσθετα, έναν από τους πιο ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες ως προς την πρόωμη έναρξη χρήσης αλκοόλ φαίνεται να συνιστά η στάση και οι συμπεριφορές της ομάδας συνομηλίκων και, συγκεκριμένα, η χρήση αλκοόλ από τους συνομηλίκους (Fowler, Shelton et al. 2007) και η πεποίθηση του εφήβου για τη στάση αποδοχής ως προς τη χρήση από τους συνομηλίκους (Donovan 2004, D'Amico and McCarthy 2006).

Τέλος, η αυξημένη διαθεσιμότητα του αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πρόωμης έναρξης χρήσης και επεισοδίων βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ (Hughes, Quigg et al. 2011, Karriker-Jaffe, Ohlsson et al. 2018).

2.3.3 Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου

Ένας από τους ψυχολογικούς παράγοντες που έχει μελετηθεί εκτενώς σε σχέση με την ανάπτυξη της ΔΧΑ είναι η προσωπικότητα και οι διαστάσεις της, χωρίς ωστόσο να έχει υπάρξει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών (Mulder 2002). Οι διαστάσεις που κυρίως έχουν διερευνηθεί είναι ο νευρωτισμός (άγχος, αποφυγή βλάβης, αρνητική συναισθηματικότητα), η εξωστρέφεια (κοινωνικότητα, δραστηριοποίηση, θετική συναισθηματικότητα) και η παρορμητικότητα (αναζήτηση ευχαρίστησης και καινοτομίας, επιθετικότητα, χαμηλή ευπροσηγορία και ευσυνειδησία) (Mulder 2002, Sher, Grekin et al. 2005).

Προοπτικές μελέτες υποδεικνύουν αυξημένη πιθανότητα έναρξης χρήσης αλκοόλ σε άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα “αναζήτησης καινοτομίας” (Jackson and Sher 2003) και χαμηλά επίπεδα “αποφυγής βλάβης” (Cloninger, Sigvardsson et al. 1988, Masse and Tremblay 1997) και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΔΧΑ σε άτομα που χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα (Pulkkinen and Pitkanen 1994, Rosenstrom, Torvik et al. 2018), παρορμητικότητα, αρνητική συναισθηματικότητα και νευρωτισμό (Chassin, Fora et al. 2004). Η σχέση επιθετικότητας, παρορμητικότητας και αρνητικής συναισθηματικότητας με τη ΔΧΑ είναι συμβατή με τα ευρήματα ως προς την ευαλωτότητα για ΔΧΑ ατόμων με οριακή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Merikangas, Mehta et al. 1998, Walter, Gunderson et al. 2009, Rosenstrom, Torvik et al. 2018).

Πέραν της προσωπικότητας, ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στο ρόλο των κινήτρων και των προσδοκιών αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο των Cox και Klinger (Cox and Klinger 1988), η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με τις προσδοκίες του ατόμου ως προς την επίδραση της ουσίας στη συναισθηματική του κατάσταση. Έτσι, η κατανάλωση αλκοόλ γίνεται αντιληπτή ως τρόπος αντιμετώπισης προβλημάτων (Kuntsche 2008) και ως προσπάθεια μείωσης αρνητικών συναισθημάτων και εσωτερικής έντασης (Sher, Grekin et al. 2005).

3. Συννοσηρότητα

3.1 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Η ΔΧΑ και οι καταθλιπτικές διαταραχές συνιστούν δύο ψυχιατρικές διαταραχές με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας (Hasin, Stinson et al. 2007, Boden and Fergusson 2011), με τις καταθλιπτικές διαταραχές να αποτελούν τη συχνότερη διαταραχή σε άτομα με ΔΧΑ (Grant, Stinson et al. 2004) ενώ, παράλληλα, άτομα με ιστορικό καταθλιπτικών διαταραχών

εμφανίζουν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής χρήσης ουσιών (Christie, Burke et al. 1988).

Ωστόσο, η φύση και η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ της ΔΧΑ και της καταθλιπτικής διαταραχής είναι δύσκολο να προσδιοριστεί (Davidson 1995). Από τη σύγχρονη βιβλιογραφία προκύπτει αφενός ότι υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη κοινών γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για τις δύο διαταραχές (Kendler, Heath et al. 1993, Wang, Hinrichs et al. 2004, Olvera, Bearden et al. 2011, Zhou, Polimanti et al. 2017) και αφετέρου ότι η ΔΧΑ και η μείζων κατάθλιψη διέπονται από μια αιτιακή σχέση με τη μια να συνιστά παράγοντα κινδύνου για την άλλη (Swendsen and Merikangas 2000).

Μία πιθανή κατεύθυνση αυτής της αιτιακής σχέσης είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΔΧΑ, καθώς πλήθος ερευνών επισημαίνουν το ρόλο των προσδοκιών και των κινήτρων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, η οποία λειτουργεί ως “αυτό – θεραπεία” της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Swendsen and Merikangas 2000, Turner, Mota et al. 2018). Επίσης, προοπτικές μελέτες υποδεικνύουν συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με πιο πρόωμη έναρξη και αύξηση της χρήσης αλκοόλ αλλά και με υψηλότερα ποσοστά βλάβης σχετιζόμενης με το αλκοόλ (Conner, Pinquart et al. 2009).

Η αντίστροφη κατεύθυνση της αιτιακής σχέσης σύμφωνα με την οποία η ΔΧΑ αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης θεωρείται ισχυρότερη (Boden and Fergusson 2011). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία προκύπτει λόγω της δυσλειτουργίας που η χρόνια κατάχρηση προκαλεί σε σημαντικούς τομείς της ζωής, όπως η υγεία, η κοινωνική ζωή και το επάγγελμα (Lynskey 1998, Foster, Powell et al. 1999). Μία άλλη εξήγηση αφορά στη φαρμακολογική επίδραση της παρατεταμένης έκθεσης στο αλκοόλ (McEachin, Keller et al. 2008, Sjöholm, Kovanen et al. 2010), καθώς η αλκοολική τοξίκωση συχνά συνοδεύεται από σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (McIntosh 2001).

Ωστόσο, το γεγονός ότι δεν έχει υπάρξει συμφωνία ως προς ένα σταθερό σχεσιακό μοτίβο αναφορικά με τη συννοσηρότητα των δύο διαταραχών οφείλεται, πιθανώς, στην ύπαρξη πολλαπλών αιτιακών μονοπατιών που μπορεί να συνυπάρχουν εντός του πληθυσμού (Swendsen and Merikangas 2000). Επί παραδείγματι, στην περίπτωση της επαγόμενης από τη χρήση αλκοόλ (ή αλλιώς, δευτερογενής) καταθλιπτικής διαταραχής, η οποία αποδράμει εντός των πρώτων εβδομάδων αποτοξίνωσης (Brown and Schuckit 1988, Terra, Figueira et al. 2004), η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των διαταραχών είναι αντίθετη από την περίπτωση συννοσηρότητας στην οποία η καταθλιπτική διαταραχή είναι πρωτογενής.

Έχει διαπιστωθεί ότι η συννοσηρότητα στις ψυχικές διαταραχές ασκεί σημαντική επίδραση στη διαγνωστική ταξινόμηση, την πορεία και την απόκριση στη θεραπεία (Merikangas and Kalaydjian 2007) ενώ αυξάνει τις πιθανότητες για πιο σοβαρή ψυχο-κοινωνική δυσλειτουργία (Swendsen and Merikangas 2000). Αντίστοιχα, η συνύπαρξη της ΔΧΑ με καταθλιπτικές διαταραχές έχει σχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ (Farrell, Howes et al. 2001, Burns, Teesson et al. 2005), με σημαντικότερη έκπτωση της λειτουργικότητας (Burns, Teesson et al. 2005), με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής (Glenn and Parsons 1991) και μεγαλύτερη αντίσταση στη θεραπεία (Brown, Inaba et al. 1995), αν και ορισμένες έρευνες δε βρίσκουν επίδραση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς το θεραπευτικό αποτέλεσμα της ΔΧΑ (Sellman and Joyce 1996, Davidson and Blackburn 1998). Τέλος, η προβληματική χρήση αλκοόλ έχει σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού ή

συμπεριφοράς σε άτομα με καταθλιπτική διαταραχή, ωστόσο τα ευρήματα δεν είναι καταληκτικά (Sullivan, Fiellin et al. 2005, Bolton, Cox et al. 2006).

3.2 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ και αγχώδης συμπτωματολογία

Η ΔΧΑ και οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν, επίσης, ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας (Kandel, Huang et al. 2001, Deas and Brown 2006, Jane-Llopis and Matytsina 2006), με τα άτομα που πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή να εμφανίζουν τουλάχιστον διπλάσιο κίνδυνο προβληματικής χρήσης αλκοόλ (Christie, Burke et al. 1988, Kushner, Abrams et al. 2000, Deas and Brown 2006), ενώ υψηλά είναι τα ποσοστά ύπαρξης αγχώδους συμπτωματολογίας στα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα (Schuckit, Irwin et al. 1990, Kessler, Crum et al. 1997).

Όπως και με τις καταθλιπτικές διαταραχές, υπάρχουν αρκετές υποθέσεις που επιδιώκουν να περιγράψουν και να εξηγήσουν τη συχνή συνύπαρξη της ΔΧΑ με τις αγχώδεις διαταραχές.

Σύμφωνα με την υπόθεση της “αυτο-θεραπείας”, η χρήση αλκοόλ προκύπτει ως προσπάθεια του ατόμου να μειώσει την ψυχική ένταση (tension – reduction hypothesis) ή να διαχειριστεί τα προβλήματα της καθημερινότητας (Schuckit, Irwin et al. 1990, Rutledge and Sher 2001), εύρημα το οποίο παρατηρείται τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στα άτομα με προβληματική χρήση αλκοόλ (Stockwell, Smail et al. 1984). Έτσι, η προσπάθεια μείωσης της αγχώδους συμπτωματολογίας είναι πιθανό να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης αλκοόλ σε συχνότητα και ποσότητα μέσω της αρνητικής ενίσχυσης (Willinger, Lenzinger et al. 2002, Turner, Mota et al. 2018). Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στην υπόθεση της “αυτο-θεραπείας” ως προς την αγοραφοβία και τη διαταραχή κοινωνικού άγχους ενώ άλλες τη συσχετίζουν και με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Kushner 1996, Kessler, Crum et al. 1997, Bolton, Cox et al. 2006). Ωστόσο, δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ευρημάτων των προοπτικών μελετών ως προς την επίδραση της αγχώδους συμπτωματολογίας στην ανάπτυξη προβληματικής χρήσης αλκοόλ (Schuckit and Hesselbrock 1994, Kushner, Sher et al. 1999, Kaplow, Curran et al. 2001, Savage, Kaprio et al. 2016).

Υπό μian άλλη οπτική για τη συννοσηρότητα, η αγχώδης συμπτωματολογία προκύπτει ως αποτέλεσμα της επίδρασης που η χρόνια χρήση και τα συμπτώματα αποστέρησης ασκούν σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο (George, Nutt et al. 1990, Schuckit 1996, Kushner, Abrams et al. 2000). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πρωτογενής ΔΧΑ σχετίζεται κυρίως με τη διαταραχή πανικού και τη γενικευμένη διαταραχή άγχους, σε αντίθεση με την κοινωνική φοβία και την αγοραφοβία που θεωρείται ότι συνήθως προηγούνται της ΔΧΑ (Brady and Lydiard 1993, Duka, Townshend et al. 2002, Liappas, Paparrigopoulos et al. 2002). Ωστόσο, είναι πιθανό η αγχώδης συμπτωματολογία να οφείλεται εν μέρει στην ψυχοτρόπο επίδραση του αλκοόλ ή στο συνδρόμου αποστέρησης, του οποίου τα συμπτώματα προσομοιάζουν με αυτά των αγχωδών διαταραχών (πχ. αίσθημα παλμών, ένταση, εφίδρωση) (Brady and Lydiard 1993, Liappas, Paparrigopoulos et al. 2002). Τα συμπτώματα αυτά υφίστανται σταδιακά – περίπου εντός 4 εβδομάδων-, ωστόσο προκαλούν δυσκολίες ως προς τη διάγνωση και την εκτίμηση της συννοσηρότητας (Schuckit, Irwin et al. 1990, Schuckit and Hesselbrock 1994).

Τέλος, οι δύο διαταραχές είναι πιθανό να μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου (Swendsen and Merikangas 2000). Έτσι, ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι τέτοιοι αιτιολογικοί

παράγοντες είναι δυνατόν να μεταβιβάζονται εντός της οικογένειας και ότι μπορεί να είναι γενετικοί, βιολογικοί και μη-βιολογικοί περιβαλλοντικοί (πχ. γονεϊκή παραμέληση) ή περιγεννητικοί παράγοντες (πχ. χρήση αλκοόλ κατά την κύηση) (Kushner, Abrams et al. 2000).

3.3 Διαταραχή χρήσης αλκοόλ και διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου αφορούν κυρίως στη δυσκολία επέλευσης και διατήρησης του νυκτερινού ύπνου αλλά και στην πρόωπη πρωινή αφύπνιση (Stein and Friedmann 2005, American Psychiatric Association 2013). Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και των διαταραχών ύπνου (Katz and McHorney 1998, Janson, Lindberg et al. 2001, Chakravorty, Chaudhary et al. 2016), ενώ η συνύπαρξή τους θεωρείται βασικός παράγοντας επιδείνωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΔΧΑ (Foster, Peters et al. 2002).

Λόγω της αγχολυτικής και κατασταλτικής του δράσης, το αλκοόλ αναφέρεται ως “αυτό-θεραπεία” των δυσκολιών του ύπνου τόσο από το γενικό πληθυσμό όσο και από τα άτομα με ΔΧΑ (Ancoli-Israel and Roth 1999, Brower, Aldrich et al. 2001, Inkelis, Hasler et al. 2020). Ωστόσο, η δράση αυτή του αλκοόλ είναι ανάλογη της ποσότητας και της συχνότητας κατανάλωσής του και παρατηρείται στους περιστασιακούς χρήστες. Έτσι, η συστηματική χρήση οδηγεί στην “ανοχή” ως προς την υπναγωγό δράση του αλκοόλ (Stein and Friedmann 2005, Roehrs and Roth 2018) αυξάνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης ΔΧΑ (Crum, Storr et al. 2004).

Στα άτομα με ΔΧΑ το ποσοστό των διαταραχών του ύπνου είναι σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Brower, Aldrich et al. 2001, Brower 2003), ποσοστό το οποίο σχετίζεται τόσο με τη χρόνια έκθεση στην ουσία όσο και με την απεξάρτηση από αυτή (Brower and Perron 2010, Thakkar, Sharma et al. 2015). Τα άτομα με ΔΧΑ είναι πιθανό να εμφανίσουν καθυστερημένη επέλευση του ύπνου, συχνές αφυπνίσεις, αναπνευστική δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια του ύπνου και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Ebrahim, Shapiro et al. 2013). Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης από το αλκοόλ οι δυσλειτουργίες του ύπνου εντείνονται και το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την επιμονή τους στο χρόνο, έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι οι διαταραχές ύπνου συνιστούν καθοριστικό παράγοντα κινδύνου για υποτροπή (Vitiello 1997, Brower 2003, Brower and Perron 2010). Το ότι έπειτα από μια περίοδο αποχής η χρήση αλκοόλ μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου συνηγορεί ως προς την παραπάνω υπόθεση (Vitiello 1997).

4. Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων

4.1 Ορισμός - Θεωρητικές Προσεγγίσεις

Με τον αγγλικό όρο “coping” νοείται η διαδικασία εκείνη που σε συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο στοχεύει στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων ή προσλαμβανόμενων ως στρεσογόνων καταστάσεων.

Μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας τοποθετεί την απαρχή της μελέτης του “coping” στην ψυχαναλυτική θεωρία του Freud και, συγκεκριμένα, στη θεωρία των μηχανισμών άμυνας, ιδιαιτέρως όπως αυτή αναδιαμορφώθηκε από την Anna Freud (Endler and Parker 1990, Snyder 1999, Aldwin 2007). Σύμφωνα με την Freud, οι μηχανισμοί άμυνας συνιστούν ψυχοδιανοητικές διεργασίες, όχι απαραίτητα παθολογικές, των οποίων η λειτουργία αφορά στην προστασία του ατόμου από το έντονο άγχος, είτε αυτό προέρχεται από εξωτερικά ερεθίσματα είτε από εσωτερικές ψυχικές καταστάσεις (Freud 1937). Υπό αυτή την έννοια, η θεωρία των μηχανισμών άμυνας προσέφερε το αρχικό θεωρητικό υπόβαθρο για την κατανόηση της έννοιας του “coping”, ωστόσο το τελευταίο αφορά σε διαδικασίες συνειδητές και με εμπρόθετο χαρακτήρα και στη βάση αυτού οι έννοιες διακρίνονται σαφώς (Cramer 1998).

Η έννοια του “coping” συναντάται πρώτη φορά ως όρος στη βιβλιογραφία το 1967 (Zeidner 1996) και για τις επόμενες δεκαετίες θα υπάρξει έντονο θεωρητικό και ερευνητικό ενδιαφέρον, χωρίς ωστόσο να υπάρχει συμφωνία ως προς τη θεωρητική προσέγγιση της έννοιας και, κατ’ επέκταση, ως προς τον τρόπο μέτρησης και αξιολόγησής της. Ωστόσο, κοινή βάση των διαφορετικών προσεγγίσεων συνιστά η αναγνώριση ότι υπάρχουν ατομικές διαφοροποιήσεις στις αντιδράσεις και τις επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων (Aldwin 2007).

Οι δύο αντιθετικές βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις για το “coping” αντιστοιχούν στους όρους “coping style/ strategy” και “coping process”, καθώς με τον όρο “coping style/ strategy” νοούνται οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων (στο εξής ΣΑΠ) ως σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά του ατόμου (Aldwin 2007), ενώ ως “coping process” νοούνται οι διεργασίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων, οι οποίες μεταβάλλονται ως απάντηση στις εξωτερικές συνθήκες, δίνοντας έμφαση στη γνωστική αξιολόγηση του στρεσογόνου παράγοντα και της εκάστοτε συνθήκης (Lazarus 1998).

4.2 Η θεωρητική προσέγγιση του Robert Plutchik:

Η ψυχο – εξελικτική θεωρία των συναισθημάτων

Σαφώς επηρεασμένος από την εξελικτική θεωρία και την ηθολογία, ο Plutchik διατυπώνει στην ψυχο – εξελικτική του θεωρία την ιδέα ότι τα συναισθήματα πρέπει να γίνονται αντιληπτά στο πλαίσιο της εξέλιξης, ότι σε κάποια μορφή τους τα συναντάμε σε κάθε έμβιο οργανισμό και ότι συνιστούν προσαρμοστικές συμπεριφορές, υπό την έννοια ότι διαμεσολαβούν μεταξύ του εξωτερικού ερεθίσματος και του οργανισμού με στόχο την επιβίωση και τη συνέχεια της ζωής. Καταλήγει σε οκτώ βασικά, πρωταρχικά συναισθήματα: φόβος, θυμός, χαρά, λύπη, αποδοχή, απέχθεια, προσδοκία (ή αναμονή) και έκπληξη (Plutchik 1980). Εξ αυτών θεωρεί πως προκύπτουν όλα τα υπόλοιπα (δευτερογενή) συναισθήματα που συνιστούν συνδυασμό των βασικών συναισθημάτων ή/και διαφορετικά επίπεδα έντασης αυτών (Plutchik 1989).

Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο του Plutchik, τα συναισθήματα σχετίζονται συστηματικά με έναν αριθμό παραγόντων, τους οποίους ονομάζει “παράγωγα των συναισθημάτων” (derivatives of emotions). Στην έννοια των παραγώγων αυτών περιλαμβάνονται τα στοιχεία της προσωπικότητας, οι μηχανισμοί άμυνας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων (ΣΑΠ).

Έτσι, τα στοιχεία προσωπικότητας γίνονται αντιληπτά ως συναισθήματα που εμφανίζονται συστηματικά σε ένα άτομο. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος, ο οποίος βιώνει συστηματικά συναισθήματα θυμού ή οργής χαρακτηρίζεται ως επιθετικός ή εριστικός (Plutchik 1988).

Αντίστοιχα, θεωρεί πως οι μηχανισμοί άμυνας, αν και ασυνείδητοι, λειτουργούν με στόχο να ελέγξουν ένα συναίσθημα και πως συγκεκριμένοι αμυντικοί μηχανισμοί ενεργοποιούνται ως προς συγκεκριμένα συναισθήματα. Έτσι, για παράδειγμα ο μηχανισμός της μετάθεσης ενεργοποιείται αναζητώντας κάποιο υποκατάστατο, ώστε να εκφραστεί το συναίσθημα του θυμού με μεγαλύτερη ασφάλεια (Plutchik 1989).

Η έννοια των ΣΑΠ προκύπτει στην ψυχο - εξελικτική θεωρία των συναισθημάτων του Plutchik ως ένα από τα παράγωγα των βασικών συναισθημάτων, θεωρώντας πως κάθε στρατηγική σχετίζεται με ένα συναίσθημα. Κατ' αναλογία, θεωρεί ότι κάθε στρατηγική σχετίζεται με έναν αμυντικό μηχανισμό ή πολύ περισσότερο ότι οι ΣΑΠ συνιστούν συνειδητές εκδηλώσεις των ασυνείδητων μηχανισμών άμυνας. Η σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και των παραγώγων τους συνοψίζεται στον παρακάτω πίνακα (Plutchik 1997):

Συναίσθημα	Χαρακτηριστικό προσωπικότητας	Αμυντικός μηχανισμός	Στρατηγική αντιμετώπισης προβλημάτων
φόβος	δειλός, παθητικός	απόθεση	αποφυγή
θυμός	επιθετικός, εριστικός	μετάθεση	υποκατάσταση
χαρά	κοινωνικός, στοργικός	αντιδραστικός σχηματισμός	αντιστροφή
λύπη	μελαγχολικός	αντιστάθμιση	αντικατάσταση
Αποδοχή/ εμπιστοσύνη	έμπιστος, μη επικριτικός	άρνηση	ελαχιστοποίηση
απέχθεια	εχθρικός, επικριτικός	προβολή	απόδοση ευθύνης
προσδοκία	απαιτητικός	διανοητικοποίηση	σχεδιασμός
έκπληξη/ Κατάπληξη	αναποφάσιτος	παλινδρόμηση	αναζήτηση βοήθειας

Οι ΣΑΠ περιγράφονται από τον Plutchik ως γενικές μέθοδοι που λειτουργούν ως επαναλαμβανόμενα μοτίβα και χρησιμοποιούνται από το άτομο για να διαχειριστεί προβλήματα, δυσκολίες και στρεσογόνους παράγοντες (Plutchik 1989). Συνιστούν συνειδητές και, λόγω αυτού, σχετικά ευέλικτες μεθόδους που όλοι οι άνθρωποι, σε κάποιο βαθμό, υιοθετούν, ώστε να διαχειριστούν καταστάσεις που προκαλούν εσωτερικές ή εξωτερικές συγκρούσεις, αισθήματα άγχους ή θυμού και ψυχική δυσφορία (Plutchik 2000).

Κατά τον Plutchik οι ΣΑΠ λειτουργούν διαμεσολαβητικά μεταξύ ερεθίσματος και συναισθηματικής απάντησης, υπό την έννοια ότι στοχεύουν στο μετασχηματισμό του συναισθήματος είτε μέσω γνωστικών διαδικασιών είτε μέσω συμπεριφορικών. Πιο συγκεκριμένα, εάν ένα ερέθισμα αξιολογηθεί ως δυσάρεστο από το άτομο μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα δυσφορίας, τα οποία με τη σειρά τους θα οδηγήσουν στην ενεργοποίηση κάποιας στρατηγικής, ώστε να ελεγχθεί ή να μειωθεί η αρνητικά φορτισμένη συναισθηματική κατάσταση. Η στρατηγική αυτή είτε θα στοχεύει στην αναδιαμόρφωση της

αρχικής αξιολόγησης του ερεθίσματος (πχ. ελαχιστοποίηση της βαρύτητας μιας αρνητικής συνθήκης) είτε θα ενεργοποιεί αντιρροπιστικές συμπεριφορές (πχ. αποφυγή μιας κατάστασης που προκαλεί φόβο).

Οι οκτώ ΣΑΠ περιγράφονται από τον Plutchik ως εξής (Plutchik 1988, Plutchik 2000):

Αποφυγή (suppression or avoidance)

Η συγκεκριμένη ΣΑΠ συνίσταται στην αποφυγή των καταστάσεων που προκαλούν στο άτομο αισθήματα άγχους, φόβου ή άλλης μορφής δυσφορία. Κατά τον Plutchik, όλοι οι άνθρωποι περιστασιακά χρησιμοποιούν την αποφυγή ως στρατηγική σε μεγαλύτερη ή μικρότερη ένταση και συχνότητα.

Υποκατάσταση (substitution)

Η στρατηγική της υποκατάστασης αναφέρεται στις έμμεσες και μη σχετικές με το πρόβλημα μεθόδους που το άτομο μπορεί να υιοθετήσει με στόχο να μειώσει την εσωτερική ένταση. Οι μέθοδοι κυμαίνονται από περισσότερο (πχ. σωματική άσκηση) σε λιγότερο υγιείς συμπεριφορές (πχ. χρήση αλκοόλ).

Αντιστροφή (reversal)

Με τον όρο “αντιστροφή” περιγράφεται η στρατηγική κατά την οποία το άτομο εκφράζεται και δρα αντιθετικά ως προς τα πραγματικά του συναισθήματα. Ωστόσο, δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως υποκριτική συμπεριφορά αλλά ως ένας κοινωνικά αποτελεσματικός τρόπος διαχείρισης συγκεκριμένων προβλημάτων (πχ. παρά την ανασφάλεια δρω αποφασιστικά, παρά την αντιπάθεια δρω με ευγένεια).

Αντικατάσταση (replacement)

Η αντικατάσταση αναφέρεται στην προσπάθεια βελτίωσης μιας κατάστασης που γίνεται αντιληπτή ως προβληματική, βρίσκοντας εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Ελαχιστοποίηση (minimization)

Η στρατηγική της ελαχιστοποίησης περιγράφεται ως προσπάθεια διαχείρισης μιας αρνητικής συνθήκης υποεκτιμώντας τη σημασία ή τη βαρύτητα της μη επιτρέποντας την έκλυση δυσφορικών συναισθημάτων.

Απόδοση ευθύνης (blame)

Η ευθύνη για την ύπαρξη ενός προβλήματος ή μιας δυσάρεστης κατάστασης αποδίδεται από το άτομο σε κάποιον άλλο ή στο “σύστημα” και, κατ’ επέκταση, δεν επιδιώκεται επίλυση αυτού.

Σχεδιασμός (mapping)

Στη στρατηγική του σχεδιασμού το άτομο επιδιώκει να λάβει όσο περισσότερες πληροφορίες είναι δυνατόν προτού δράσει για τη διαχείριση του προβλήματος, στοχεύοντας στην ουσία στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης.

Αναζήτηση βοήθειας (help – seeking)

Για την επίλυση ή διαχείριση ενός προβλήματος, το άτομο αναζητά με άμεσο ή έμμεσο τρόπο τη βοήθεια ή συμβουλή από κάποιον άλλο.

4.3 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και διαταραχή χρήσης αλκοόλ

Ο ρόλος των ΣΑΠ έχει μετρηθεί σε σχέση με πλήθος ψυχοπαθολογικών οντοτήτων δείχνοντας σημαντικές διαφορές μεταξύ των πληθυσμών με ψυχιατρική συμπτωματολογία και άνευ (Compas, Orosan et al. 1993, Hasking, Lyvers et al. 2011, Zimmer-Gembeck 2016, Laconi 2017).

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η χρήση αλκοόλ συνιστά μια διαδεδομένη δυσπροσαρμοστική στρατηγική διαχείρισης της ψυχικής δυσφορίας. Η τάση αυτή, όπως και η γενικότερη τάση υιοθέτησης στρατηγικών, έχει συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και κίνδυνο εμφάνισης ΔΧΑ στο γενικό πληθυσμό (Cooper, Russell et al. 1988, Laurent, Catanzaro et al. 1997, Hasking, Lyvers et al. 2011).

Σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την υιοθέτηση συγκεκριμένων ΣΑΠ παρατηρούνται ανάμεσα στα άτομα με προβλήματα αλκοόλ και στο γενικό πληθυσμό. Από τις μελέτες του Plutchik προκύπτει ότι τα άτομα με ΔΧΑ τείνουν να χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις στρατηγικές της αποφυγής, της υποκατάστασης, της ετερομομφής και της αναζήτησης βοήθειας. Προκύπτει, επομένως, ότι τα άτομα με ΔΧΑ έχουν την τάση να αποφεύγουν τα προβλήματά τους, να υιοθετούν έμμεσες συμπεριφορές επίλυσης προβλημάτων (όπως η κατανάλωση αλκοόλ) στοχεύοντας στη μείωση της έντασης και να κατηγορούν τους άλλους για τα προβλήματά τους ενώ, συγχρόνως, αναζητούν τη βοήθειά τους (Plutchik 1989, Conte, Plutchik et al. 1991, Paparrigopoulos 2007). Τείνουν, δηλαδή, να χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (emotion-focused coping), περισσότερο παθητικές και αποφευκτικές, αντί των εστιασμένων στο πρόβλημα στρατηγικών (problem-focused coping) που σχετίζονται με υψηλότερη λειτουργικότητα και προσαρμοστικότητα (Cooper, Russell et al. 1992, Feil 2008).

Διαφοροποιήσεις ως προς τις ΣΑΠ φαίνεται να υφίστανται και εντός της ομάδας των ατόμων με ΔΧΑ. Οι Μουσσάς και συνεργάτες, βασιζόμενοι στην τυπολογία του von Knorring (von Knorring, von Knorring et al. 1987), παρατηρούν ότι τα άτομα με ΔΧΑ τύπου I (καθυστερημένη έναρξη διαταραχής, μικρή γενετική συνεισφορά) τείνουν να χρησιμοποιούν κυρίως τις στρατηγικές της αντικατάστασης, της υποκατάστασης και του σχεδιασμού ενώ ο τύπος II (πρώιμη έναρξη διαταραχής, μεγάλη γενετική συνεισφορά, κοινωνική δυσπροσαρμοστικότητα) συνδέεται με στρατηγικές αποφυγής (Moussas, Dandouti et al. 2006).

Τέλος, το είδος των στρατηγικών φαίνεται να ασκεί κάποια επίδραση στην πορεία και την έκβαση της ΔΧΑ, καθώς δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές έχουν σχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα υποτροπής (Litman, Eiser et al. 1979, Billings and Moos 1983, Litman, Stapleton et al. 1984) ενώ στρατηγικές που εστιάζουν στην αλλαγή της στρεσογόνου κατάστασης σχετίζονται με διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ (Woodhead, Cronkite et al. 2014).

4.4 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα με καταθλιπτικές διαταραχές διαφέρουν ως προς τη γνωστική αξιολόγηση και τις στρατηγικές διαχείρισης των στρεσογόνων καταστάσεων σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία (Billings, Cronkite et al. 1983, Folkman and Lazarus 1986, Endler 1990, Paparrigopoulos 2007, Shao, He et al. 2020).

Πιο συγκεκριμένα, τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα έναντι των στρατηγικών ενεργούς επίλυσης προβλημάτων (Billings, Cronkite et al. 1983), μια διαφοροποίηση η οποία παρατηρείται και μεταξύ των εξαρτημένων και μη εξαρτημένων από το αλκοόλ (Feil 2008). Αναφορικά με τις ΣΑΠ όπως προκύπτουν από το θεωρητικό υπόβαθρο του Plutchik, τα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία υιοθετούν κυρίως τις στρατηγικές της αποφυγής και της ετερομομφής σε αντίθεση με τις στρατηγικές της ελαχιστοποίησης και της αντικατάστασης που παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό (Paparrigopoulos 2007).

Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρούνται και στα άτομα με ΔΧΑ, καθώς αποφευκτικού τύπου ΣΑΠ σχετίζονται θετικά με την ύπαρξη εντονότερης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ενώ εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικές σχετίζονται αρνητικά (Spangenberg 1999, Ribadier and Varescon 2019). Εντός του ίδιου πληθυσμού χαμηλότερες τιμές στη στρατηγική της αποφυγής έχουν συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά ψυχικής δυσφορίας και υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης (Billings and Moos 1983).

4.5 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και αγχώδης συμπτωματολογία

Σύμφωνα με τους Beck και Clark, η επίδραση ενός στρεσογόνου παράγοντα διαμεσολαβείται από τις στρατηγικές και την αποτελεσματικότητά τους, κατ' επέκταση, η αγχώδης συμπτωματολογία μπορεί να προκύπτει, εν μέρει, από τον τρόπο που το άτομο αξιολογεί και δρα ως προς ένα στρεσογόνο παράγοντα (Beck and Clark 1997).

Όπως και με τις καταθλιπτικές, έτσι και οι αγχώδεις διαταραχές σχετίζονται με συγκεκριμένες δυσπροσαρμοστικές ΣΑΠ. Μελέτες στο γενικό πληθυσμό υποστηρίζουν ότι οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές, δηλαδή η αποφυγή, η αντικατάσταση και η υποκατάσταση, σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη αγχώδους συμπτωματολογίας (Gomez 2006, Ablin, Cohen et al. 2008, Mahmoud, Staten et al. 2012) ενώ αντίθετα, οι προσαρμοστικές ΣΑΠ, οι οποίες είναι περισσότερο ενεργητικές και εστιάζουν στην άμεση επίλυση του στρεσογόνου παράγοντα, σχετίζονται αρνητικά με το άγχος (Whatley, Foreman et al. 1998, Shao, He et al. 2020).

Η ύπαρξη συνοδούς αγχώδους συμπτωματολογίας στα άτομα με ΔΧΑ έχει φανεί ότι σχετίζεται με συγκεκριμένες στρατηγικές (Madden, Hinton et al. 1995, Franken, Hendriks et al. 2001). Σε συμφωνία με τα ευρήματα που αφορούν στο γενικό πληθυσμό, οι αποφευκτικές στρατηγικές σχετίζονται με την ανάπτυξη ή την επιδείνωση αγχωδών διαταραχών σε αντίθεση με τις προσαρμοστικές στρατηγικές που συνιστούν προστατευτικό παράγοντα για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Sprangenberg 1999, Ribadier and Varescon 2019). Επιπρόσθετα, στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, οι οποίες στοχεύουν στη μείωση των επιπτώσεων του στρεσογόνου παράγοντα σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο, σχετίζονται θετικά με το άγχος στα άτομα με ΔΧΑ (Ribadier and Varescon 2019). Οι Franken και συνεργάτες έδειξαν ότι η ύπαρξη αγχωδών συμπτωμάτων συνδέεται με συχνότερη χρήση παθητικών αντί ενεργητικών στρατηγικών σε άτομα που βρίσκονται σε θεραπεία αποτοξίνωσης από το αλκοόλ και ότι, έπειτα από μια τρίμηνη περίοδο θεραπείας, η βελτίωση ως προς τη χρήση πιο αποτελεσματικών ΣΑΠ ήταν σημαντικά υψηλότερη στα άτομα χωρίς αγχώδη διαταραχή.

4.6 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων και διαταραχές ύπνου

Οι ΣΑΠ που υιοθετούνται από το άτομο με στόχο τη διαχείριση καθημερινών στρεσογόνων συνθηκών φαίνεται ότι ασκούν σημαντική επίδραση στην ποιότητα του ύπνου, υπό την έννοια της διαμεσολάβησης στη σχέση μεταξύ στρες και ύπνου (Pillai, Roth et al. 2014).

Σύμφωνα με τον Plutchik (Plutchik 1982), η γνωστική αξιολόγηση του στρεσογόνου παράγοντα, τον οποίο το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει, είναι καθοριστικής σημασίας για την επιλογή της εκάστοτε στρατηγικής αλλά και για την επίδραση που ο στρεσογόνος παράγοντας θα έχει στη ζωή του. Σχετικά με τις διαταραχές ύπνου, τα ευρήματα δείχνουν ότι τα άτομα με προβλήματα ύπνου τείνουν να αξιολογούν τη ζωή τους ως περισσότερο στρεσογόνο σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς, παρά το ότι δε διαφέρουν στη συχνότητα κατά την οποία βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις (Morin, Rodrigue et al. 2003), υποδεικνύοντας ότι η ευαλωτότητα ως προς τις διαταραχές ύπνου σχετίζεται κυρίως με την αξιολόγηση του προβλήματος και τον εκτιμώμενο έλεγχο που μπορεί να ασκηθεί σε αυτό.

Σε σύγκριση με τον πληθυσμό ελέγχου, τα άτομα με διαταραχές ύπνου τείνουν να υιοθετούν κυρίως στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (Morin, Rodrigue et al. 2003, Sadeh, Keinan et al. 2004), οι οποίες είναι πιθανό να αυξάνουν την εγρήγορση, να διαταράσσουν την ποιότητα και να μειώνουν την διάρκεια του ύπνου (Sadeh, Keinan et al. 2004). Άλλες δυσπροσαρμοστικές ΣΑΠ, όπως η χρήση ουσιών και οι αποφευκτικές στρατηγικές έχουν θεωρηθεί μηχανισμοί μέσω των οποίων η έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες μπορεί να επιταχύνει την ανάπτυξη διαταραχών ύπνου (Pillai, Roth et al. 2014). Αντίθετα, οι στρατηγικές

που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος έχουν συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδο κορτιζόλης κατά τη διάρκεια της ημέρας, συνιστώντας προστατευτικό παράγοντα (Harvey, Gehrman et al. 2014).

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των ΣΑΠ και των διαταραχών ύπνου, από όσο μπορούμε να γνωρίζουμε, δεν έχει διερευνηθεί σε πληθυσμό με ΔΧΑ.

5. Μεθοδολογία

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι αυτή της συγχρονικής μελέτης (cross-sectional survey).

5.1 Συμμετέχοντες

Η μελέτη διεξήχθη στην Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και, συγκεκριμένα, στο Τμήμα Παλαιολόγου. Η χρονική διάρκεια της μελέτης αφορούσε στη χρονική περίοδο 2020 – 2021.

Πρόκειται για μελέτη στην οποία έλαβαν μέρος 38 άτομα άνω των 18 ετών και των δύο φύλων με διάγνωση ΔΧΑ, τα οποία εισήχθησαν στο Τμήμα Παλαιολόγου για νοσηλεία αποτοξίνωσης την περίοδο του Μαΐου 2020 έως Φεβρουαρίου 2021. Κριτήρια αποκλεισμού συνέστησαν η άρνηση ή η αδυναμία ενημερωμένης συγκατάθεσης, η ενεργός ψυχωσική συμπτωματολογία και η μη δυνατότητα ενεργούς κατανόησης και χρήσης της ελληνικής γλώσσας.

5.2 Διαδικασία και μέσα συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και χορηγήθηκαν ατομικά, ενώ όλοι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί και συναινέσει ως προς το σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης αλλά και τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή.

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων απαιτούσε δύο συναντήσεις με τον κάθε συμμετέχοντα. Κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας στην ψυχιατρική κλινική χορηγούνταν τα ερωτηματολόγια: Beck Depression Inventory (BDI) για την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) για την εκτίμηση της αγχώδους συμπτωματολογίας και Athens Insomnia Scale (AIS) για την αξιολόγηση των διαταραχών ύπνου. Κατά τη δεύτερη συνάντηση, γινόταν η εκτίμηση της βαρύτητας της ΔΧΑ με το Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) ενώ για την υιοθέτηση των ΣΑΠ χορηγήθηκε το Albert Einstein College of Medicine – Coping Styles Questionnaire (AECOM – CSQ). Τα δημογραφικά δεδομένα αλλά και δεδομένα σχετικά με την ευρύτερη κατάσταση της ψυχικής υγείας των ασθενών (διάρκεια νόσου, συνοδές διαγνώσεις, προηγούμενες νοσηλείες) λαμβάνονταν από τον ιατρικό φάκελο των νοσηλευομένων και από ημιδομημένη συνέντευξη.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε προσπάθεια οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των νοσηλεύομένων να μετρούνται εντός του πρώτου 24ώρου από την εισαγωγή τους και με σημείο αναφοράς την τελευταία περίοδο μέχρι και την ημέρα εισαγωγής, έτσι ώστε η κλινική εικόνα να αφορά την περίοδο ακριβώς πριν την έναρξη της νοσηλείας και να μην επηρεαστεί, ει δυνατόν, από τυχόν όξυνση της ψυχοπαθολογίας λόγω του συνδρόμου αποστέρησης.

Beck Depression Inventory (BDI)

Η Κλίμακα Κατάθλιψης Beck δημιουργήθηκε από τον Aaron Beck το 1961 με στόχο την εκτίμηση της βαρύτητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς αποτελούμενο από 21 λήμματα, όπου κάθε ένα περιγράφει μια συγκεκριμένη εκδήλωση της κατάθλιψης (διάθεση, απαισιοδοξία, αίσθημα αποτυχίας, απώλεια ικανοποίησης, αίσθημα ενοχής, αίσθημα τιμωρίας, μίσος για τον

εαυτό, αυτομομφή, ευχές αυτοτιμωρίας, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, εικόνα σώματος, μείωση παραγωγικότητας, διαταραχές ύπνου, ευκοπωσία, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, υποχονδριακές ενασχολήσεις, απώλεια libido). Οι προτάσεις της κάθε κατηγορίας κατατάσσονται έτσι ώστε να εκφράζουν προοδευτικά την ένταση ή σοβαρότητα του συμπτώματος από την απουσία του μέχρι τη μέγιστη βαρύτητα (Beck, Ward et al. 1961).

Το ερωτηματολόγιο BDI έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα σε παγκόσμιο επίπεδο για την εκτίμηση της βαρύτητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ψυχιατρικό πληθυσμό αλλά και για την ανίχνευσή τους στο γενικό πληθυσμό με υψηλές τιμές αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Beck 1988). Αναφορικά με τον ελληνικό πληθυσμό, έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα για την ανίχνευση και την εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τόσο σε ψυχιατρικό πληθυσμό (Garyfallos, Lavrentiadis et al. 1993, Christodoulou, Michopoulos et al. 2010, Christodoulou, Efstathiou et al. 2017, Efstathiou, Papadopoulou et al. 2018, Katsigiannopoulos 2020), όσο και σε μη ψυχιατρικό (Lykouras, Oulis et al. 1998, Mystakidou, Tsilika et al. 2007, Mourikis, Antoniou et al. 2015, Parpa, Tsilika et al. 2019).

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

Η Κλίμακα Άγχους Hamilton, η οποία δημιουργήθηκε από τον Max Hamilton το 1959, συνιστά ένα εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της αγχώδους συμπτωματολογίας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο υποκειμενικό βίωμα του ατόμου. Αποτελείται από 14 λήμματα, τα οποία περιγράφουν είτε σωματικά είτε ψυχικά συμπτώματα άγχους. Οι επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας αφορούν συγκεκριμένα στην αγχώδη διάθεση, την ένταση, τις φοβίες, τον ύπνο, την καταθλιπτική διάθεση, τα γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά και στο μυϊκό σύστημα), τα καρδιαγγειακά, τα αναπνευστικά, τα γαστρεντερικά, τα ουρογεννητικά και τα συμπτώματα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ενώ το τελευταίο θέμα αφορά στη συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη. Η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων γίνεται σε κλίμακα από το 0 έως το 4, όπου το 0 αντιστοιχεί στην απουσία του συμπτώματος και το 4 στη βαρύτερη εκδήλωση αυτού (Hamilton 1959).

Πρόκειται για ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητικά μετρικά χαρακτηριστικά (Ginieri-Coccosis, Liappas et al. 2007, Serretti, Liappas et al. 2009, Karanikola, Giannakopoulou et al. 2016).

Athens Insomnia Scale (AIS)

Η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο σχεδιάστηκε για την εκτίμηση των υποκειμενικών προβλημάτων που σχετίζονται με τον ύπνο με βάση το εγχειρίδιο ICD-10. Αποτελείται από 8 λήμματα, εκ των οποίων τα 5 πρώτα αντιστοιχούν στο κριτήριο A της διάγνωσης της διαταραχής ύπνου του ICD-10 και αφορούν

στις δυσκολίες σχετικά με την ποιότητα και την ποσότητα του νυκτερινού ύπνου (επέλευση ύπνου, νυκτερινές αφυπνίσεις, τελική αφύπνιση, συνολική διάρκεια, ποιότητα). Τα επόμενα 3 λήμματα αφορούν στις συνέπειες των προβλημάτων ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας (αίσθημα ευεξίας, λειτουργικότητα και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας) και αντιστοιχούν στο κριτήριο Γ. Τα αναφερόμενα συμπτώματα πρέπει να έχουν ελάχιστη συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα και ελάχιστη διάρκεια 1 μήνα (κριτήριο Β) και η αξιολόγησή τους γίνεται σε κλίμακα από το 0 (κανένα πρόβλημα) έως το 3 (πολύ σοβαρό πρόβλημα)

Η κλίμακα είναι εύχρηστη τόσο στη χορήγηση όσο και στην αξιολόγησή της και αξιόπιστη ως προς τη μέτρηση της βαρύτητας των διαταραχών ύπνου (Soldatos, Dikeos et al. 2000, Soldatos, Dikeos et al. 2003).

Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)

Το Ερωτηματολόγιο Βαρύτητας της Εξάρτησης από το Αλκοόλ αναπτύχθηκε το 1983 από τον Tim Stockwell με στόχο τη μέτρηση της βαρύτητας της εξάρτησης από το αλκοόλ σε άτομα με προβληματική χρήση. Συνιστά ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 20 λημμάτων, τα οποία διακρίνονται σε 5 κατηγορίες που αφορούν στα σωματικά συμπτώματα της αποστερήσης (1), τα ψυχικά συμπτώματα αποστερήσης (2), την έντονη λαχτάρα και την κατανάλωση για ανακούφιση του συνδρόμου στέρησης (3), την τυπική καθημερινή κατανάλωση (4) και την επαναφορά των συμπτωμάτων έπειτα από μια περίοδο αποχής (5). Κάθε λήμμα βαθμολογείται σε μια 4-βαθμη κλίμακα συχνότητας που κυμαίνεται από το “σχεδόν ποτέ” έως το “σχεδόν πάντα” ενώ οι ερωτηθέντες καλούνται να εστιάσουν σε μία πρόσφατη περίοδο τυπικής βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ αναφορικά με τις απαντήσεις τους (Stockwell, Hodgson et al. 1979, Stockwell, Murphy et al. 1983, Potamianos, Gorman et al. 1984).

Albert Einstein College of Medicine – Coping Styles Questionnaire (AECOM – CSQ)

Για τη μέτρηση των ΣΑΠ χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αντιμετώπισης Προβλημάτων AECOM-CSQ, η οποία σχεδιάστηκε από τον Robert Plutchik βάσει του θεωρητικού του μοντέλου για τα συναισθήματα (Plutchik 1980). Σύμφωνα με το μοντέλο, υπάρχουν 8 θεμελιώδεις στρατηγικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει το άτομο σε μια προσπάθεια να μειώσει την ψυχική δυσφορία ή να διαχειριστεί προβλήματα της καθημερινής ζωής. Το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 87 λήμματα που αφορούν καταστάσεις της καθημερινής ζωής, στα οποία ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει πόσο συχνά ένιωσε ή έδρασε με τον τρόπο που περιγράφουν, απαντώντας σε μία 4-βαθμη κλίμακα συχνότητας από το “ποτέ” έως το “συχνά” (Plutchik 1989). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι οι εξής:

-Αποφυγή

(πχ. Αποφεύγω να σκέφτομαι δυσάρεστα πράγματα)

-Αναζήτηση βοήθειας

(πχ. Όταν έχω ένα πρόβλημα προσπαθώ να αφήνω τους άλλους να με βοηθούν)

-Αντικατάσταση

(πχ. Αν μια ασθένεια ή ένα ατύχημα με εμπόδιζε από το να κάνω τη συνήθη εργασία μου, θα έβρισκα εναλλακτικές λύσεις)

-Απόδοση ευθύνης

(πχ. Όταν τα πράγματα πηγαίνουν άσχημα για εμένα, το φταίξιμο είναι άλλου)

-Υποκατάσταση

(πχ. Παίρνω όσο περισσότερες πληροφορίες μπορώ, πριν πάρω μια απόφαση)

-Σχεδιασμός

(πχ. Προσπαθώ να συλλέγω όσο περισσότερες πληροφορίες μπορώ προτού πάρω μία απόφαση)

-Αντιστροφή

(πχ. Προσπαθώ να βλέπω την αστεία πλευρά των ανησυχητικών καταστάσεων)

-Ελαχιστοποίηση

(πχ. Δεν ανησυχώ προκαταβολικά, γιατί είμαι σίγουρος ότι στο τέλος όλα θα πάνε καλά)

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητικά μετρικά χαρακτηριστικά (Moussas, Dandouti et al. 2006, Paparrigoropoulos, Liappas et al. 2007).

5.3 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε αρχικά με τη δόμηση ενός μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής (stepwise multilinear regression model) για κάθε εξαρτημένη μεταβλητή, προκειμένου να αυτό να κατασκευαστεί με όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν ανά περίπτωση την εξαρτημένη.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκαν οι υποθέσεις των γραμμικών μοντέλων, και ειδικότερα η μη-πολύ-συγγραμμικότητα, η ανεξαρτησία των τιμών των σφαλμάτων, η κανονική κατανομή των σφαλμάτων και των υπολειπόμενων τιμών, η ομοιογένεια της μεταβλητότητας, η γραμμικότητα της μεταβλητότητας, καθώς και η μη-μηδενική μεταβλητότητα.

Όπου ανιχνεύθηκαν ακραίες τιμές, αυτές δεν αφορούσαν πουθενά κανονικοποιημένη υπολειπόμενη τιμή μεγαλύτερη των 3 σταθερών αποκλίσεων, ενώ η ανάλυση κατά Cook δεν ανέδειξε υπερβολική επίδραση αυτών στο μοντέλο, επομένως επιλέχθηκε αυτές να συμπεριληφθούν στην ανάλυση.

Στη συνέχεια δομήθηκε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της προσθήκης (multilinear regression model, enter method) για να εξεταστεί ο βαθμός και η στατιστική σημαντικότητα της επίδρασης τόσο του μοντέλου όσο και της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής ξεχωριστά.

Ο βαθμός σημαντικότητας τέθηκε στο .05 ενώ για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής επεξεργασίας Stata (Stata/MP 13.0, StataCorp LP, College Station, TX, USA) και η στατιστική γλώσσα προγραμματισμού R (4.1.0) (R Core Team 2021).

6. Αποτελέσματα

Το δείγμα μας αποτελούνταν από 38 άτομα, τα οποία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας νοσηλεύονταν για ΔΧΑ. Το 68,4% αποτελούνταν από άνδρες (N=26) ενώ το 31,6% από γυναίκες (N=12). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 52,4 (± 11,5) έτη και η μέση διάρκεια εκπαίδευσής τους τα 13,5 (± 3) έτη. Άγαμοι ήταν το 42,1% (N=16), έγγαμοι το 26,3%

(N=10) και διαζευγμένοι το 26,3% (N=10). Αναφορικά με την εργασία, 36,8% (N=14) ήταν άνεργοι, 36,8% (N=14) εργαζόμενοι και 21,1% (N=8).

Η μέση διάρκεια χρήσης αλκοόλ ήταν τα 31,5 ($\pm 9,8$) έτη και κατάχρησης τα 16,4 (± 11) έτη. Η μέση τιμή τυπικής ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ ήταν οι 23,9 ($\pm 9,4$) μονάδες ενώ η μέση βαθμολογία στην κλίμακα βαρύτητας της εξάρτησης ήταν 22,3 (± 10). Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν 21,5 ($\pm 10,6$), στην κλίμακα μέτρησης της αγχώδους συμπτωματολογίας ήταν 17,4 ($\pm 7,6$) και στην κλίμακα μέτρησης των διαταραχών ύπνου 7,7 ($\pm 5,2$).

Δείκτες πρόβλεψης για τις τιμές της δοκιμασίας SAD-Q

Αρχικά διενεργήθηκε μια ανάλυση παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να βρεθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που συγκροτούν το μοντέλο πρόβλεψης για τις τιμές του SAD-Q.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να διαπιστώσουμε την προβλεπτική ικανότητα για τη βαθμολογία της δοκιμασίας SAD-Q από τις μεταβλητές Years of Abuse, Years of Use, Employment Status, Units per Day, HAM-A score, και Reversal. Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο προσθήκης, βρέθηκε ότι οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβλητότητας στη δοκιμασία SAD-Q ($F_{(6, 28)} = 12.306, p < .001, R^2 = .725, R^2_{Adjusted} = .666$).

Συγκεκριμένα, η ανάλυση έδειξε ότι οι μεταβλητές Years of Abuse, HAM-A score, Reversal, Units per Day, Employment status, και Years of Use προέβλεπαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη βαθμολογία στη δοκιμασία SAD-Q (Γράφημα 1) ($\beta = .277, t_{(27)} = 2.26, p = .031$; $\beta = .39, t_{(27)} = 3.545, p = .001$; $\beta = -.24, t_{(27)} = -2.318, p = .028$; $\beta = .525, t_{(27)} = 4.612, p < .001$; $\beta = -.243, t_{(27)} = -2.182, p = .038$; και $\beta = -.321, t_{(27)} = -2.377, p = .025$ αντίστοιχα).

Διενεργήθηκε ανάλυση των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών για να ανιχνευτούν ακραίες τιμές, η οποία ανάλυση δεν ανέδειξε τέτοιες τιμές (Std. Residual Min = -1.941, Std. Residual Max = 1.867). Επίσης επαληθευόταν η υπόθεση της μη-πολυσυγγραμμικότητας (Years of Abuse, Tolerance = .658, VIF = 1.519; HAM-A, Tolerance = .813, VIF = 1.231; Reversal, Tolerance = .913, VIF = 1.095; Units per Day, Tolerance = .758, VIF = 1.319; Employment, Tolerance = .792, VIF = 1.262; Years of Use, Tolerance = .537, VIF = 1.861). Στα δεδομένα επαληθευόταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 2.138).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών ανέδειξε ότι τα δεδομένα περιείχαν κατά προσέγγιση κανονικά κατανομημένα σφάλματα, όπως και το γράφημα P-P των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών. Το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών έδειξε ότι τα δεδομένα πληρούσαν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για τη δοκιμασία Beck's Depression Index

Οικοδομήσαμε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν τις τιμές του BDI.

Χρησιμοποιήσαμε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να προβλέψουμε τις τιμές του BDI βασισμένη στις τιμές των μεταβλητών Years of Abuse, Years of Use, Age, Marital status, HAM-A score, Minimization και Blame. Βρήκαμε ότι οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της τιμής του BDI ($F_{(7, 27)} = 6.478, p < .001, R^2 = .627, R^2_{\text{Adjusted}} = .53$).

Πιο ειδικά, η ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές Years of Abuse, Years of Use, Age, Marital status, HAM-A score, Minimization και Blame προέβλεπαν τις τιμές του BDI (Γράφημα 2) ($\beta = .451, t_{(26)} = 3.085, p = .005; \beta = -.664, t_{(26)} = -3.127, p = .004; \beta = .731, t_{(26)} = 3.783, p = .001; \beta = -.305, t_{(26)} = -2.216, p = .035; \beta = .297, t_{(26)} = 2.399, p = .024; \beta = -.464, t_{(26)} = -3.758, p = .001; \text{ και } \beta = .437, t_{(26)} = 3.496, p = .002$ αντίστοιχα).

Τα δεδομένα δεν περιείχαν ακραίες τιμές (Std. Residual Min = -1.633, Std. Residual Max = 1.749). Επιπλέον, επαληθεύταν η υπόθεση της συγγραμικότητας διότι δεν ανευρέθηκε πολυσυγγραμικότητα (Years of Abuse, Tolerance = .645, VIF = 1.55; HAM-A, Tolerance = .903, VIF = 1.231; Minimization, Tolerance = .906, VIF = 1.103; Blame, Tolerance = .884, VIF = 1.131; Marital status, Tolerance = .728, VIF = 1.374; Years of Use, Tolerance = .306, VIF = 3.264; Age, Tolerance = .369, VIF = 2.713). Επίσης επαληθεύταν στα δεδομένα μας η υπόθεση των ανεξάρτητων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.868).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών κατέδειξαν ότι τα δεδομένα περιείχαν προσεγγιστικά κανονικά κατανομημένα σφάλματα και πληρούσαν τις υποθέσεις της ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας, αντίστοιχα.

Δείκτες πρόβλεψης για τις τιμές της δοκιμασίας Hamilton-Anxiety

Όπως παραπάνω, κατασκευάστηκε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις τιμές της δοκιμασίας HAM-A.

Συνεπώς, κατασκευάστηκε το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που προβλέπει τις τιμές της δοκιμασίας HAM-A βασισμένη στις τιμές των μεταβλητών Years of Abuse, SAD-Q, AIS, Years of Use, και Reversal. Πράγματι, οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της εξαρτημένης μεταβλητής, της τιμής στη δοκιμασία HAM-A ($F_{(5, 29)} = 7.053, p < .001, R^2 = .549, R^2_{\text{Adjusted}} = .471$).

Περαιτέρω ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές Years of Abuse, SAD-Q score, AIS score, Years of Use, and Reversal προβλέπουν στατιστικά σημαντικά τις μεταβολές στην τιμή της δοκιμασίας HAM-A (Γράφημα 3) ($\beta = -.324, t_{(28)} = -2.214, p = .035; \beta = .607, t_{(28)} = 4.363, p < .001; \beta = .456, t_{(28)} = 3.377, p = .002; \beta = .343, t_{(28)} = 2.222, p = .035; \text{ και } \beta = .350, t_{(28)} = 2.599, p = .015$ αντίστοιχα).

Τα δεδομένα περιελάμβαν 2 ακραίες τιμές που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση (Std. Residual Min = -1.626, Std. Residual Max = 2.268) και επαληθεύταν η υπόθεση της συγγραμικότητας, χωρίς εμφανή πολυσυγγραμικότητα (Years of Abuse, Tolerance = .676, VIF = 1.479; SAD-Q,

Tolerance = .75, $VIF = 1.334$; AIS, Tolerance = .796, $VIF = 1.256$; Years of Use, Tolerance = .607, $VIF = 1.647$; Reversal, Tolerance = .801, $VIF = 1.248$). Στα δεδομένα επαληθεύοταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.894).

Στη συνέχεια προχωρήσαμε στον έλεγχο του ιστογράμματος των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και του γραφήματος διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών, και αυτός ο έλεγχος ανέδειξε ότι τα δεδομένα έχουν κανονικά καταναμημένα σφάλματα και επαληθεύουν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για τις τιμές της δοκιμασίας AIS

Αρχικά διενεργήθηκε μια ανάλυση παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να βρεθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που συγκροτούν το μοντέλο πρόβλεψης για τις τιμές του AIS.

Στη συνέχεια διενεργήθηκε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να διαπιστώσουμε την προβλεπτική ικανότητα για τη βαθμολογία της δοκιμασίας AIS από τις μεταβλητές HAM-A score, Units per Day, Years of Use, και Years of Education. Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο προσθήκης, βρέθηκε ότι οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβλητότητας στη δοκιμασία AIS ($F_{(4, 30)} = 6.652$, $p = .001$, $R^2 = .47$, $R^2_{Adjusted} = .399$).

Συγκεκριμένα, η ανάλυση έδειξε ότι οι μεταβλητές HAM-A score, Units per Day, Years of Use, και Years of Education προέβλεπαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τη βαθμολογία στη δοκιμασία AIS (Γράφημα 4) ($\beta = .448$, $t_{(29)} = 3.1$ $p = .004$; $\beta = .338$, $t_{(29)} = 2.121$, $p = .041$; $\beta = -.326$, $t_{(29)} = -2.319$, $p = .027$; και $\beta = .358$, $t_{(29)} = 2.396$, $p = .023$ αντίστοιχα).

Διενεργήθηκε ανάλυση των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών για να ανιχνευτούν ακραίες τιμές, η οποία ανάλυση δεν ανέδειξε τέτοιες τιμές (Std. Residual Min = -1.781, Std. Residual Max = 1.834). Επίσης επαληθεύοταν η υπόθεση της μη-πολυσυγγραμμικότητας (HAM-A, Tolerance = .658, $VIF = 1.519$; Unit per Day, Tolerance = .813, $VIF = 1.231$; Years of Use, Tolerance = .913, $VIF = 1.095$; Years of Education, Tolerance = .758, $VIF = 1.319$). Στα δεδομένα επαληθεύοταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 2.175).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών ανέδειξε ότι τα δεδομένα περιείχαν κατά προσέγγιση κανονικά καταναμημένα σφάλματα, όπως και το γράφημα P-P των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών. Το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών έδειξε ότι τα δεδομένα πληρούσαν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Αποφυγής

Οικοδομήσαμε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν τις τιμές της Αποφυγής (Suppression ή Avoidance).

Χρησιμοποιήσαμε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να προβλέψουμε τις τιμές της στρατηγικής Αποφυγή βασισμένη στις τιμές των μεταβλητών Replacement, Reversal, BDI, και Years of Use. Βρήκαμε ότι οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της μετρούμενης τιμής της Αποφυγής ($F_{(4, 30)} = 5.362, p = .002, R^2 = .417, R^2_{\text{Adjusted}} = .339$).

Πιο ειδικά, η ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές Replacement, Reversal, BDI, και Years of Use προέβλεπαν τις μετρούμενες τιμές της στρατηγικής Αποφυγής (Γράφημα 5) ($\beta = .587, t_{(26)} = 3.325, p = .002$; $\beta = -.346, t_{(26)} = -2.090, p = .045$; $\beta = .438, t_{(26)} = 2.976, p = .006$; και $\beta = .392, t_{(26)} = -2.732, p = .01$ αντίστοιχα).

Τα δεδομένα περιείχαν μία ακραία τιμή η οποία συμπεριελήφθη στην ανάλυση (Std. Residual Min = -1.373, Std. Residual Max = 2.919). Επιπλέον, επαληθεύταν η υπόθεση της συγγραμμικότητας διότι δεν ανευρέθηκε πολυσυγγραμμικότητα (Replacement, Tolerance = .625, VIF = 1.601; Reversal, Tolerance = .709, VIF = 1.41; BDI, Tolerance = .899, VIF = 1.112; Years of Use, Tolerance = .945, VIF = 1.058). Επίσης επαληθεύταν στα δεδομένα μας η υπόθεση των ανεξάρτητων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 2.051).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών κατέδειξαν ότι τα δεδομένα περιείχαν προσεγγιστικά κανονικά κατανομημένα σφάλματα και πληρούσαν τις υποθέσεις της ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας, αντίστοιχα.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Ελαχιστοποίησης

Όπως παραπάνω, κατασκευάστηκε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις τιμές της στρατηγικής Ελαχιστοποίησης (Minimization).

Συνεπώς, κατασκευάστηκε το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που προβλέπει τις τιμές της Ελαχιστοποίησης βασισμένη στις τιμές των μεταβλητών BDI score και Reversal. Πράγματι, οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της εξαρτημένης μεταβλητής, της τιμής της στρατηγικής Ελαχιστοποίησης ($F_{(2, 35)} = 15.523, p < .001, R^2 = .47, R^2_{\text{Adjusted}} = .45$).

Περαιτέρω ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές BDI score και Reversal προβλέπουν στατιστικά σημαντικά τις μεταβολές στην τιμή της Ελαχιστοποίησης (Γράφημα 6) ($\beta = -.302, t_{(34)} = -2.1, p = .044$ και $\beta = .634, t_{(34)} = 5.146, p < .001$ αντίστοιχα).

Τα δεδομένα περιείχαν 2 ακραίες τιμές οι οποίες συμπεριελήφθησαν στην ανάλυση (Std. Residual Min = -2.507, Std. Residual Max = 2.013) και επαληθεύταν η υπόθεση της συγγραμμικότητας, χωρίς εμφανή πολυσυγγραμμικότητα (BDI, Tolerance = .998, VIF = 1.002; Reversal, Tolerance = .998, VIF = 1.002). Στα δεδομένα επαληθεύταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.791).

Στη συνέχεια προχωρήσαμε στον έλεγχο του ιστογράμματος των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και του γραφήματος διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών, και αυτός ο έλεγχος ανέδειξε ότι τα δεδομένα έχουν κανονικά

κατανομημένα σφάλματα και επαληθεύουν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Αντιστροφής

Αρχικά διενεργήθηκε μια ανάλυση παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να βρεθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που συγκροτούν το μοντέλο πρόβλεψης για τις τιμές της στρατηγικής Αντιστροφής (Reversal).

Στη συνέχεια διενεργήθηκε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να διαπιστώσουμε την προβλεπτική ικανότητα στην Αντιστροφή από τις μεταβλητές Minimization, Substitution, και Replacement. Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο προσθήκης, βρέθηκε ότι οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβλητότητας στις τιμές της στρατηγικής Αντιστροφής ($F_{(3, 34)} = 15.466, p < .001, R^2 = .577, R^2_{Adjusted} = .54$).

Συγκεκριμένα, η ανάλυση έδειξε ότι οι μεταβλητές Minimization, Substitution, και Replacement προέβλεπαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις τιμές της στρατηγικής Αντιστροφής (Γράφημα 7) ($\beta = .456, t_{(33)} = 3.68, p = .001; \beta = .257, t_{(33)} = 2.195, p = .035; \text{αντίστοιχα } \beta = .303, t_{(33)} = 2.433, p = .02$ αντίστοιχα).

Διενεργήθηκε ανάλυση των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών για να ανιχνευτούν ακραίες τιμές, η οποία ανάλυση δεν ανέδειξε τέτοιες τιμές (Std. Residual Min = -1.681, Std. Residual Max = 1.812). Επίσης επαληθεύταν η υπόθεση της μη-πολυσυγγραμμικότητας (Minimization, Tolerance = .81, VIF = 1.234; Substitution, Tolerance = .91, VIF = 1.099; Replacement, Tolerance = .802, VIF = 1.247). Στα δεδομένα επαληθεύταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.7).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών ανέδειξε ότι τα δεδομένα περιείχαν κατά προσέγγιση κανονικά κατανομημένα σφάλματα, όπως και το γράφημα P-P των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών. Το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών έδειξε ότι τα δεδομένα πληρούσαν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική του Σχεδιασμού

Οικοδομήσαμε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν τις τιμές της στρατηγικής Σχεδιασμού (Mapping).

Χρησιμοποιήσαμε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να προβλέψουμε τις τιμές της στρατηγικής Σχεδιασμού βασισμένη στις τιμές των μεταβλητών Replacement και Substitution. Βρήκαμε ότι οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της τιμής του Σχεδιασμού ($F_{(2, 35)} = 12.399, p < .001, R^2 = .415, R^2_{Adjusted} = .381$).

Πιο ειδικά, η ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές Replacement και Substitution προέβλεπαν τις τιμές της στρατηγικής Σχεδιασμού (Γράφημα 8) ($\beta = .491$, $t_{(34)} = 3.664$, $p = .001$ και $\beta = .308$, $t_{(34)} = 2.298$, $p = .028$ αντίστοιχα).

Τα δεδομένα περιείχαν 2 ακραίες τιμές οι οποίες δεν αποκλείστηκαν (Std. Residual Min = -2.959, Std. Residual Max = 1.666). Επιπλέον, επαληθεύονταν η υπόθεση της συγγραμικότητας διότι δεν ανευρέθηκε πολυσυγγραμικότητα (Replacement, Tolerance = .932, VIF = 1.073; Substitution, Tolerance = .932, VIF = 1.073). Επίσης επαληθεύονταν στα δεδομένα μας η υπόθεση των ανεξάρτητων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 2.05).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών κατέδειξαν ότι τα δεδομένα περιείχαν προσεγγιστικά κανονικά κατανομημένα σφάλματα και πληρούσαν τις υποθέσεις της ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας, αντίστοιχα.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Υποκατάστασης

Όπως παραπάνω, κατασκευάστηκε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις τιμές της στρατηγικής Υποκατάστασης (Substitution).

Συνεπώς, κατασκευάστηκε το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που προβλέπει τις τιμές της στρατηγικής Υποκατάστασης βασιζόμενη στις τιμές των μεταβλητών Mapping, Illegal Substance Abuse, Minimization, Blame, Years of Use, και Help Seeking. Πράγματι, οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της εξαρτημένης μεταβλητής, της τιμής της στρατηγικής Υποκατάστασης ($F_{(6, 28)} = 5.877$, $p < .001$, $R^2 = .557$, $R^2_{\text{Adjusted}} = .463$).

Περαιτέρω ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές Mapping, Illegal Substance Abuse, Minimization, Blame, Years of Use, και Help Seeking προβλέπουν στατιστικά σημαντικά τις μεταβολές στην τιμή της Υποκατάστασης (Γράφημα 9) ($\beta = .499$, $t_{(27)} = 3.71$, $p = .001$; $\beta = .398$, $t_{(27)} = 2.714$, $p = .011$; $\beta = .285$, $t_{(27)} = 2.089$, $p = .046$; $\beta = -.395$, $t_{(27)} = -2.78$, $p = .01$; $\beta = .394$, $t_{(27)} = 2.673$, $p = .012$; και $\beta = .406$, $t_{(27)} = 3.004$, $p = .006$ αντίστοιχα).

Τα δεδομένα δεν περιελάμβαναν ακραίες τιμές (Std. Residual Min = -1.796, Std. Residual Max = 1.874) και επαληθεύονταν η υπόθεση της συγγραμικότητας, χωρίς εμφανή πολυσυγγραμικότητα (Mapping, Tolerance = .872, VIF = 1.146; Illegal Substance Abuse, Tolerance = .737, VIF = 1.358; Minimization, Tolerance = .849, VIF = 1.178; Blame, Tolerance = .783, VIF = 1.277; Years of Use, Tolerance = .728, VIF = 1.373; Help Seeking, Tolerance = .864, VIF = 1.157). Στα δεδομένα επαληθεύονταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.949).

Στη συνέχεια προχωρήσαμε στον έλεγχο του ιστογράμματος των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και του γραφήματος διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών, και αυτός ο έλεγχος ανέδειξε ότι τα δεδομένα έχουν κανονικά κατανομημένα σφάλματα και επαληθεύουν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Αντικατάστασης

Αρχικά διενεργήθηκε μια ανάλυση παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να βρεθούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που συγκροτούν το μοντέλο πρόβλεψης για τις τιμές της στρατηγικής Αντικατάστασης (Replacement).

Στη συνέχεια διενεργήθηκε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να διαπιστώσουμε την προβλεπτική ικανότητα για τις τιμές της στρατηγικής Αντικατάστασης από τις μεταβλητές Age, HAM-A score, Mapping, και Reversal. Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο προσθήκης, βρέθηκε ότι οι ανωτέρω ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβλητότητας στις τιμές της Αντικατάστασης ($F_{(4, 31)} = 11.377, p < .001, R^2 = .595, R^2_{\text{Adjusted}} = .543$).

Συγκεκριμένα, η ανάλυση έδειξε ότι οι μεταβλητές Age, HAM-A score, Mapping, και Reversal προέβλεπαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο τις τιμές της στρατηγικής Αντικατάστασης (Γράφημα 10) ($\beta = -.321, t_{(30)} = -2.771, p = .009$; $\beta = -.249, t_{(30)} = -2.146, p = .04$; $\beta = .392, t_{(30)} = 3.244, p = .003$; και $\beta = .413, t_{(30)} = 3.405, p = .002$ αντίστοιχα).

Διενεργήθηκε ανάλυση των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών για να ανιχνευτούν ακραίες τιμές, η οποία ανάλυση ανέδειξε 1 τέτοια τιμή (Std. Residual Min = -2.149, Std. Residual Max = 1.564). Επίσης επαληθευόταν η υπόθεση της μη-πολυσυγγραμμικότητας (Age, Tolerance = .974, VIF = 1.027; HAM-A, Tolerance = .972, VIF = 1.029; Mapping, Tolerance = .897, VIF = 1.114; Reversal, Tolerance = .89, VIF = 1.123). Στα δεδομένα επαληθευόταν επιπλέον η υπόθεση των ανεξαρτήτων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.863).

Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών ανέδειξε ότι τα δεδομένα περιείχαν κατά προσέγγιση κανονικά κατανομημένα σφάλματα, όπως και το γράφημα P-P των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών. Το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών έδειξε ότι τα δεδομένα πληρούσαν τις υποθέσεις την ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Απόδοσης Ευθύνης

Οικοδομήσαμε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν τις τιμές της στρατηγικής απόδοσης ευθύνης (Blame).

Χρησιμοποιήσαμε μία ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να προβλέψουμε τις τιμές της στρατηγικής Απόδοσης Ευθύνης βασισμένη στις τιμές των μεταβλητών Substitution, Mapping, Help Seeking, Minimization, Years of Abuse, Years of Use, Illegal Substance Abuse, και BDI score. Βρήκαμε ότι οι παραπάνω μεταβλητές εξηγούν ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της μεταβολής της τιμής της στρατηγικής Απόδοσης Ευθύνης ($F_{(8, 26)} = 4.924, p = .001, R^2 = .602, R^2_{\text{Adjusted}} = .48$).

Πιο ειδικά, η ανάλυση ανέδειξε ότι οι μεταβλητές Substitution, Mapping, Help Seeking, Minimization, Years of Abuse, Years of Use, Illegal Substance Abuse, και BDI score προέβλεπαν τις τιμές της στρατηγικής Απόδοσης Ευθύνης (Γράφημα 11) ($\beta = -.554, t_{(25)} = -3.368, p = .002$; $\beta = .502, t_{(25)} = 3.368, p = .002$; $\beta = .413, t_{(25)} = 3.41, p = .005$; $\beta = .441, t_{(25)} =$

3.07, $p = .005$; $\beta = -.367$, $t_{(25)} = -2.421$, $p = .023$; $\beta = .598$, $t_{(25)} = 3.576$, $p = .001$; $\beta = .461$, $t_{(25)} = 3.057$, $p = .005$; and $\beta = .494$, $t_{(25)} = 3.451$, $p = .002$ respectively).

Τα δεδομένα περιελάμβαναν 1 ακραία τιμή που συμπεριελήφθη στην ανάλυση (Std. Residual Min = -2.119, Std. Residual Max = 1.863). Επιπλέον, επαληθεύταν η υπόθεση της συγγραμμικότητας διότι δεν ανευρέθηκε πολυσυγγραμμικότητα (Substitution, Tolerance = .562, VIF = 1.779; Mapping, Tolerance = .678, VIF = 1.455; Help Seeking, Tolerance = .829, VIF = 1.207; Minimization, Tolerance = .749, VIF = 1.348; Years of Abuse, Tolerance = .665, VIF = 1.503; Years of Use, Tolerance = .547, VIF = 1.827; Illegal Substance Abuse, Tolerance = .674, VIF = 1.484; BDI score, Tolerance = .747, VIF = 1.339). Επίσης επαληθεύταν στα δεδομένα μας η υπόθεση των ανεξάρτητων σφαλμάτων (Durbin-Watson value = 1.988).

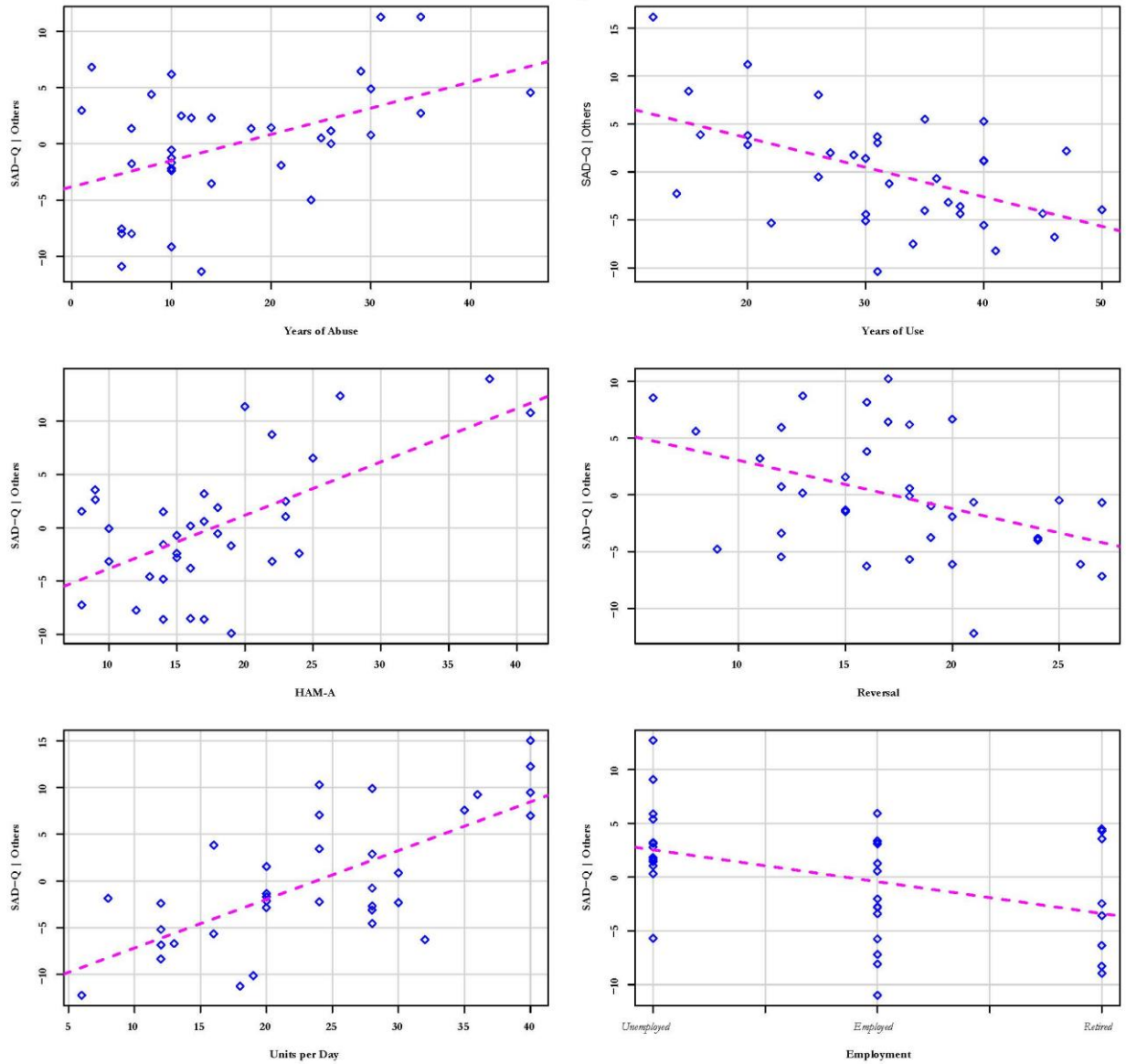
Το ιστόγραμμα των κανονικοποιημένων υπολειπόμενων τιμών και το γράφημα διασποράς των κανονικοποιημένων προβλεπόμενων τιμών κατέδειξαν ότι τα δεδομένα περιείχαν προσεγγιστικά κανονικά κατανομημένα σφάλματα και πληρούσαν τις υποθέσεις της ομοιογένειας της μεταβλητότητας και της γραμμικότητας, αντίστοιχα.

Δείκτες πρόβλεψης για την στρατηγική της Αναζήτησης Βοήθειας

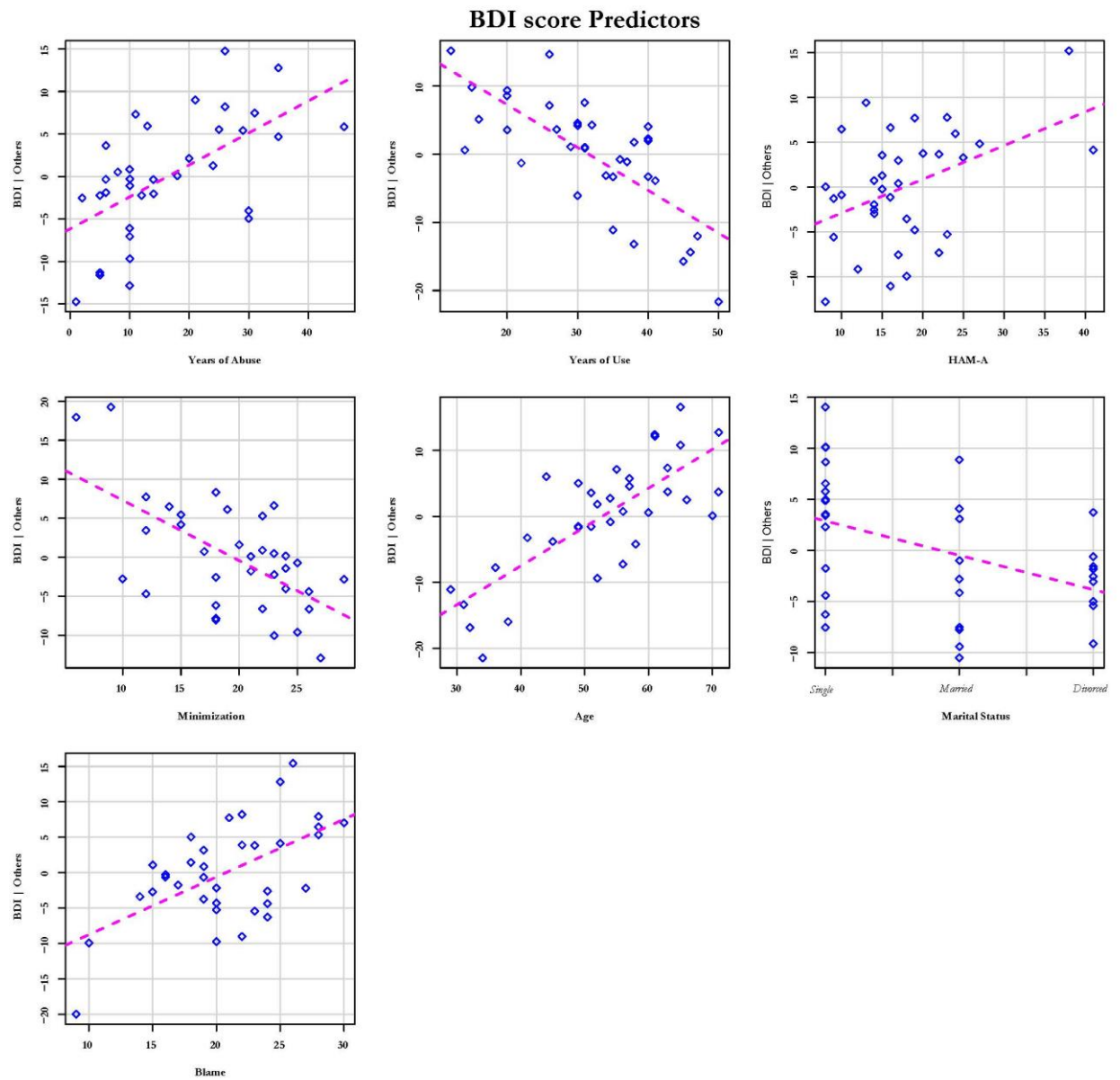
Δημιουργήθηκε ένα διερευνητικό μοντέλο παλινδρόμησης πολλαπλής προσαρμογής για να εντοπιστούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που προβλέπουν τις τιμές της στρατηγικής Αναζήτησης Βοήθειας (Help Seeking) το οποίο δεν ανέδειξε μεταβλητές πρόβλεψης για αυτήν την εξαρτημένη μεταβλητή (data not shown).

Τα δεδομένα επιπλέον επαλήθευαν την υπόθεση των μη-μηδενικών μεταβλητοτήτων (Years of Abuse, Variance = 125.012; HAM-A, Variance = 59.175; Reversal, Variance = 31.627; Units per Day, Variance = 88.65; Employment, Variance = .6; Years of Use, Variance = 97.079; SAD-Q, Variance = 102.069; BDI score, Variance = 112.575; Age, Variance = 133.285; Minimization, Variance = 35.892; Reversal, Variance = 31.627; Mapping, Variance = 14.549; Replacement, Variance = 32.564; Blame, Variance = 25.161; Help Seeking, Variance = 22.408; Substitution, Variance = 30.188; Marital status, Variance = .714; Illegal Substance Abuse, Variance = .178). Σε όλες τις ανωτέρω αναλύσεις, ο δείκτης α τέθηκε στο .05.

SAD-Q Predictors

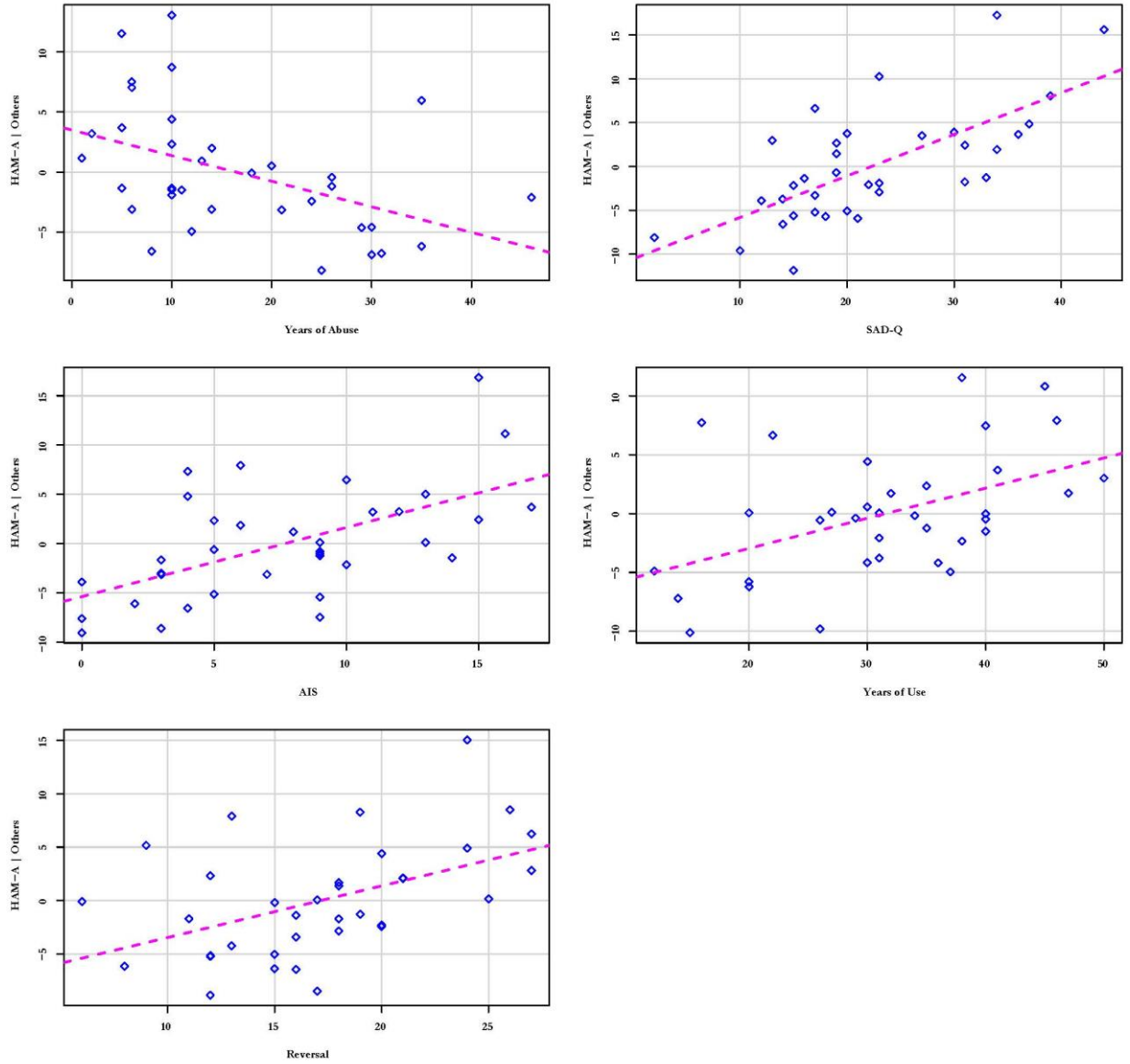


Γράφημα 1: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της βαθμολογίας στη δοκιμασία SAD-Q προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.



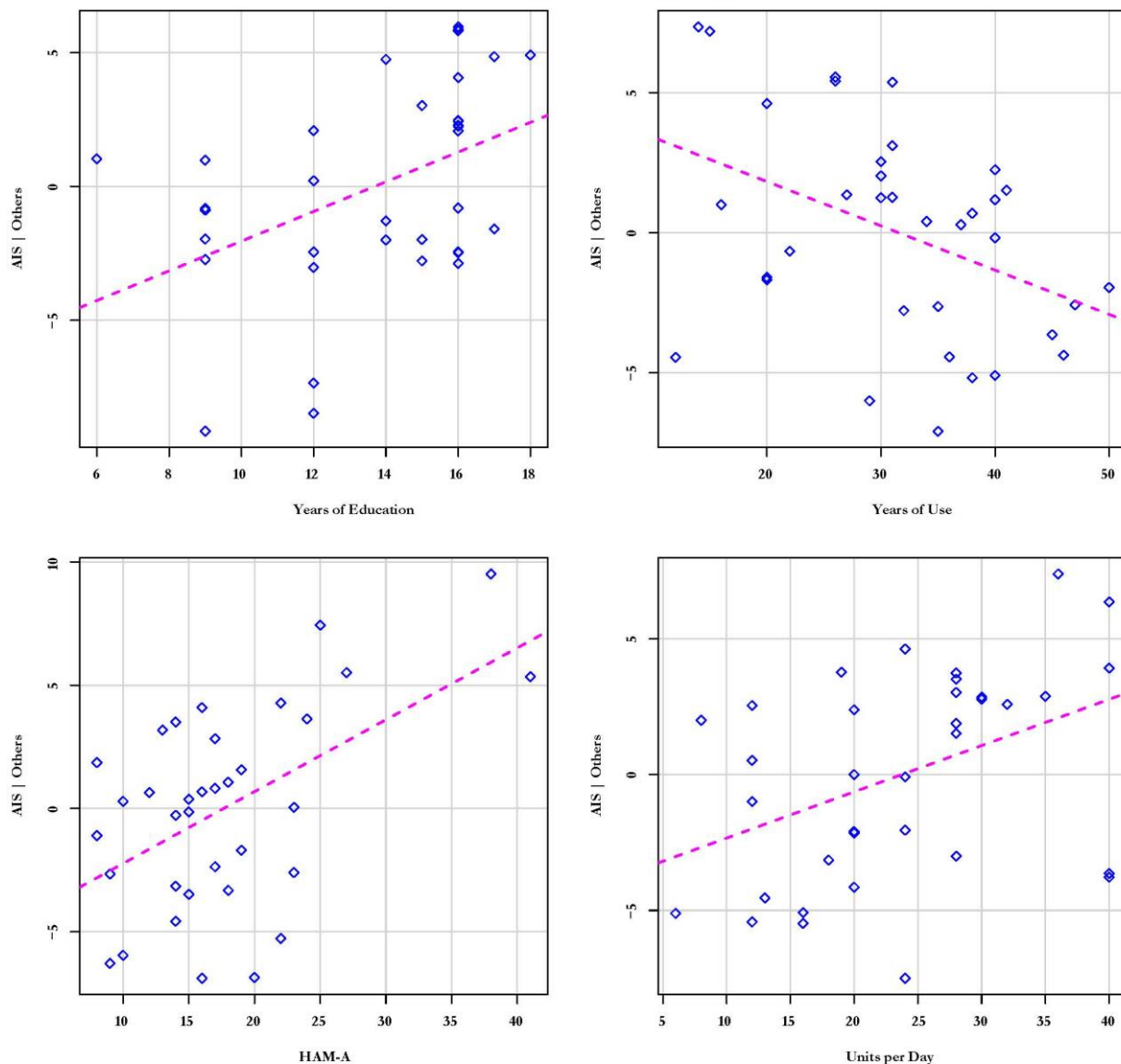
Γράφημα 2: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της βαθμολογίας στη δοκιμασία Beck's Depression Index προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

HAM-A score Predictors



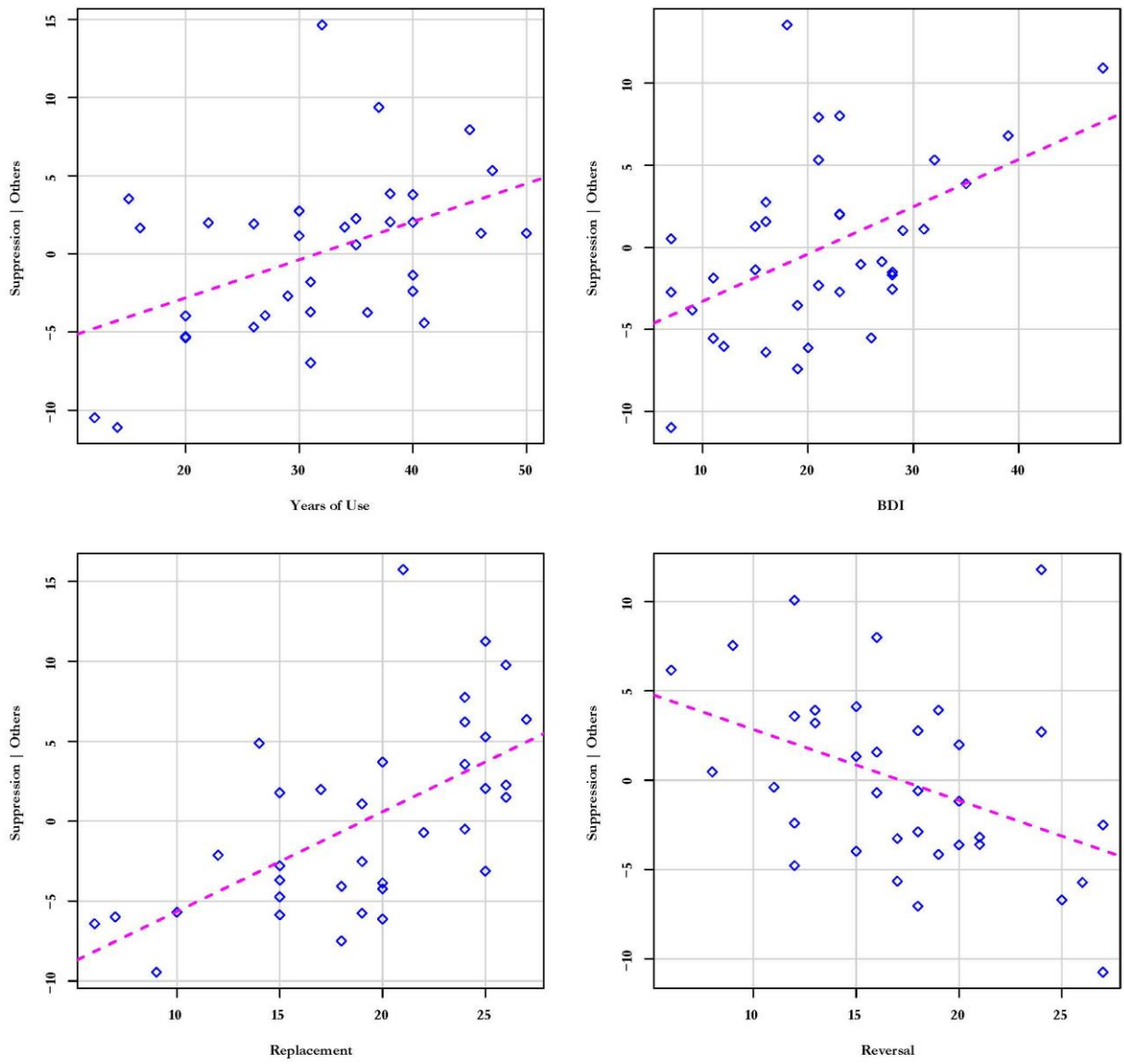
Γράφημα 3: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της βαθμολογίας στη δοκιμασία Hamilton-Anxiety προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

AIS score Predictors



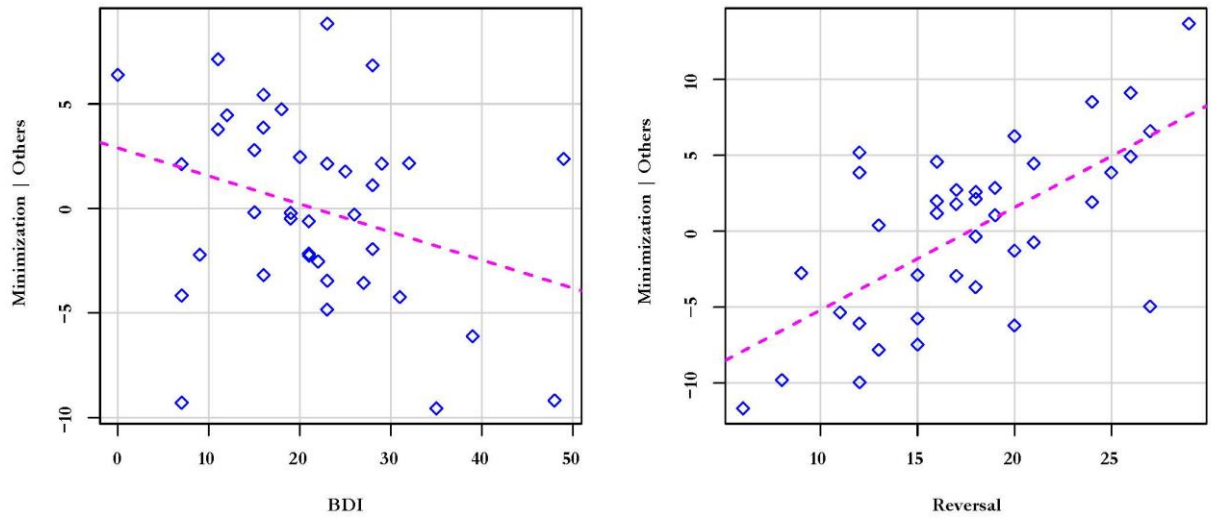
Γράφημα 4: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της βαθμολογίας στη δοκιμασία Athens Insomnia Scale προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

Suppression Predictors



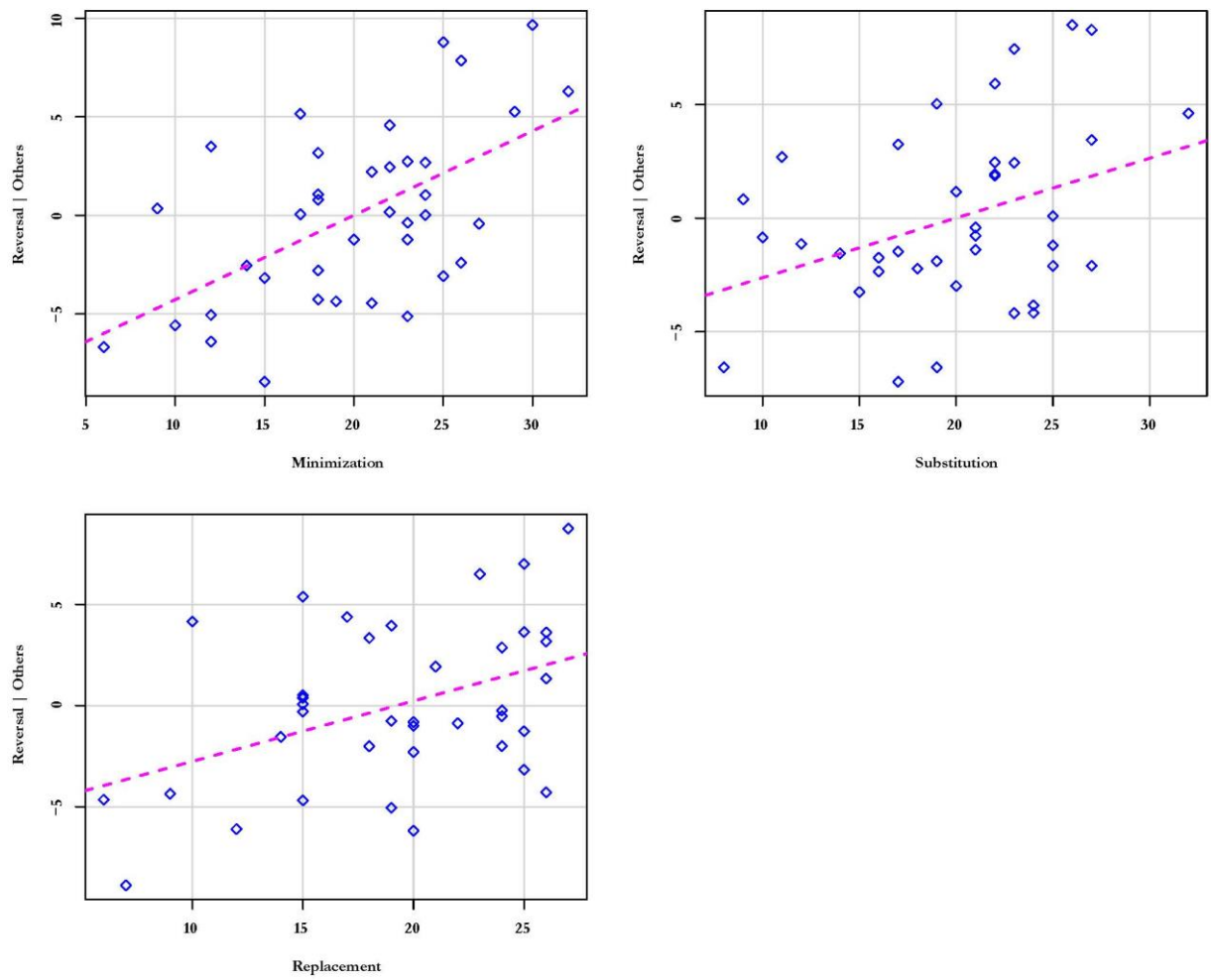
Γράφημα 5: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Αποφυγής προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

Minimization Predictors



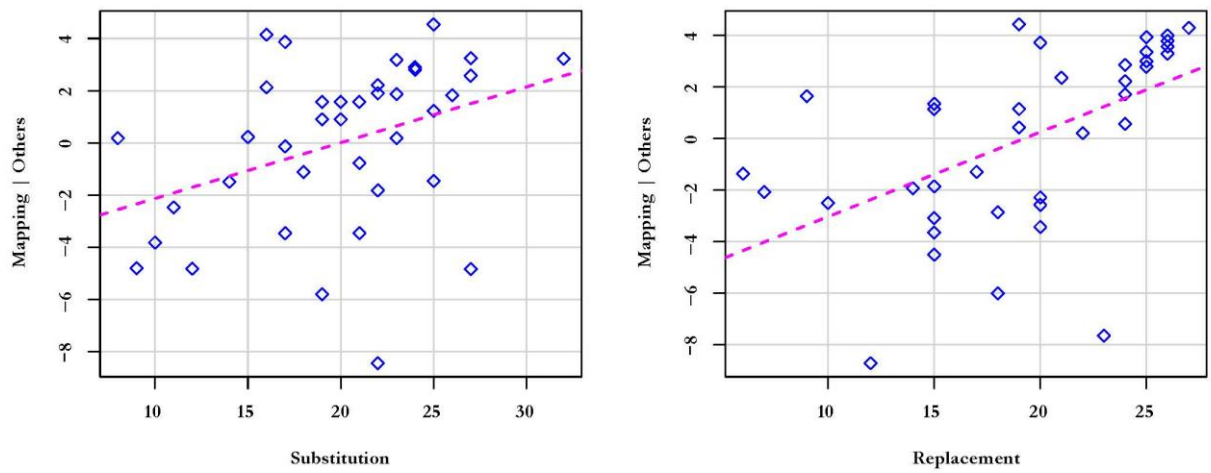
Γράφημα 6: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Ελαχιστοποίησης προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

Reversal Predictors



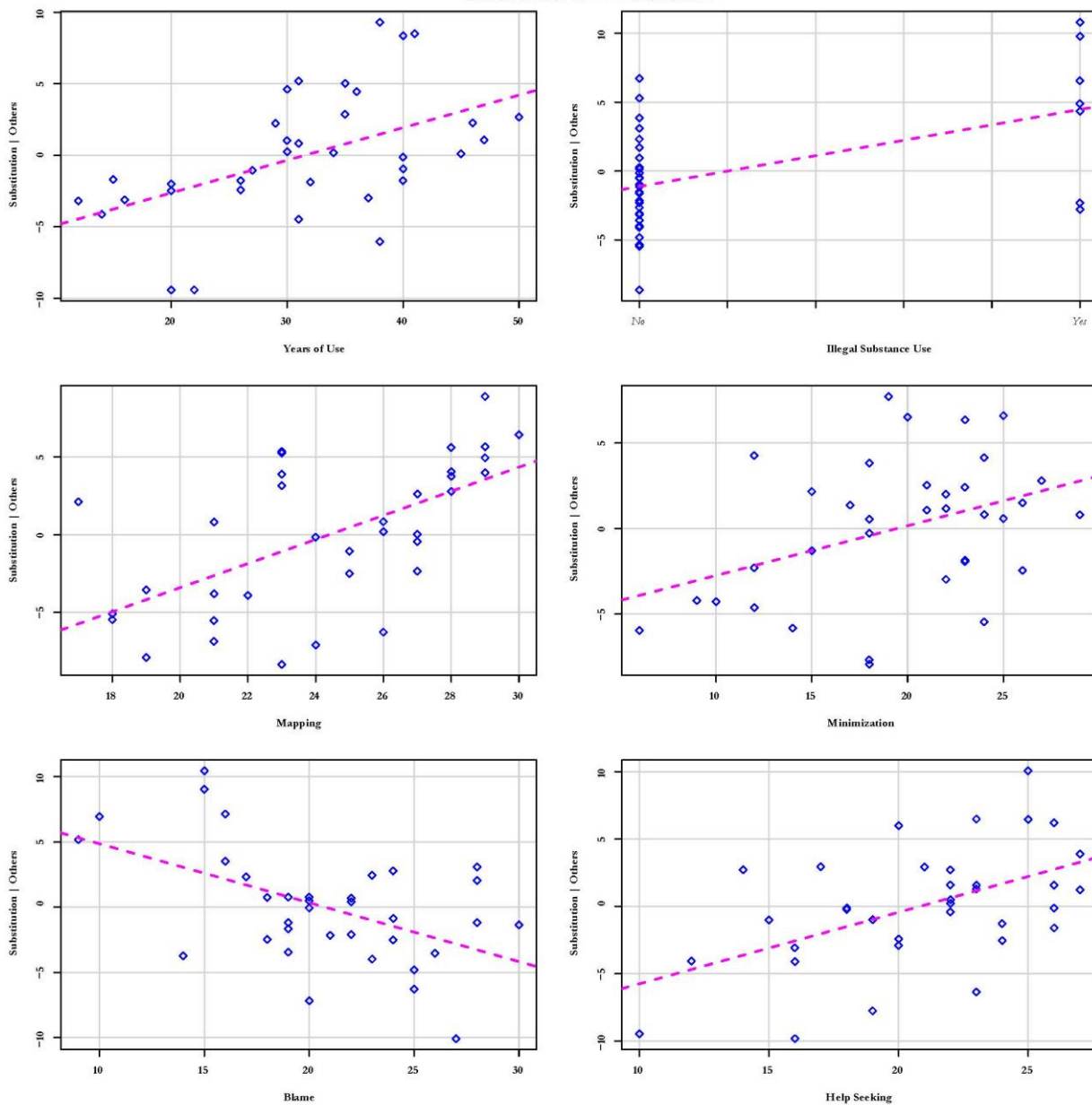
Γράφημα 7: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Αντιστροφής προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

Mapping Predictors



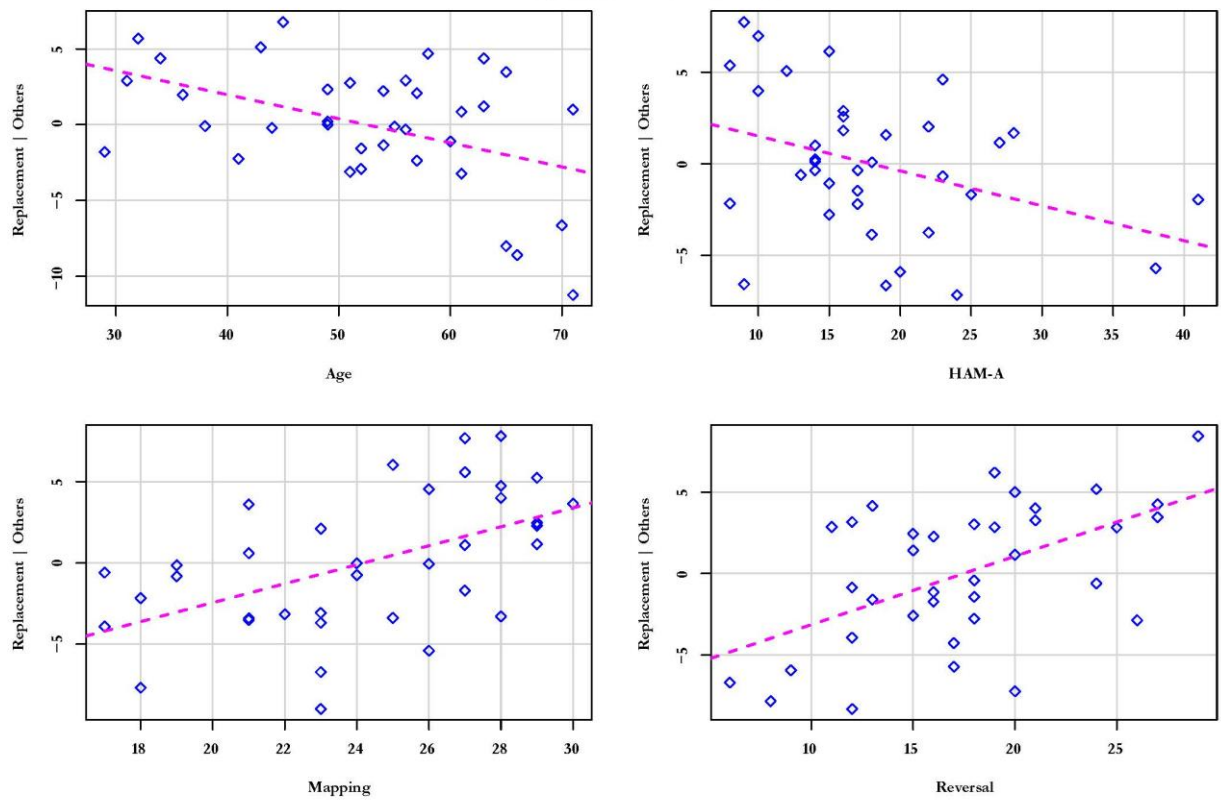
Γράφημα 8: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Σχεδιασμού προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

Substitution Predictors

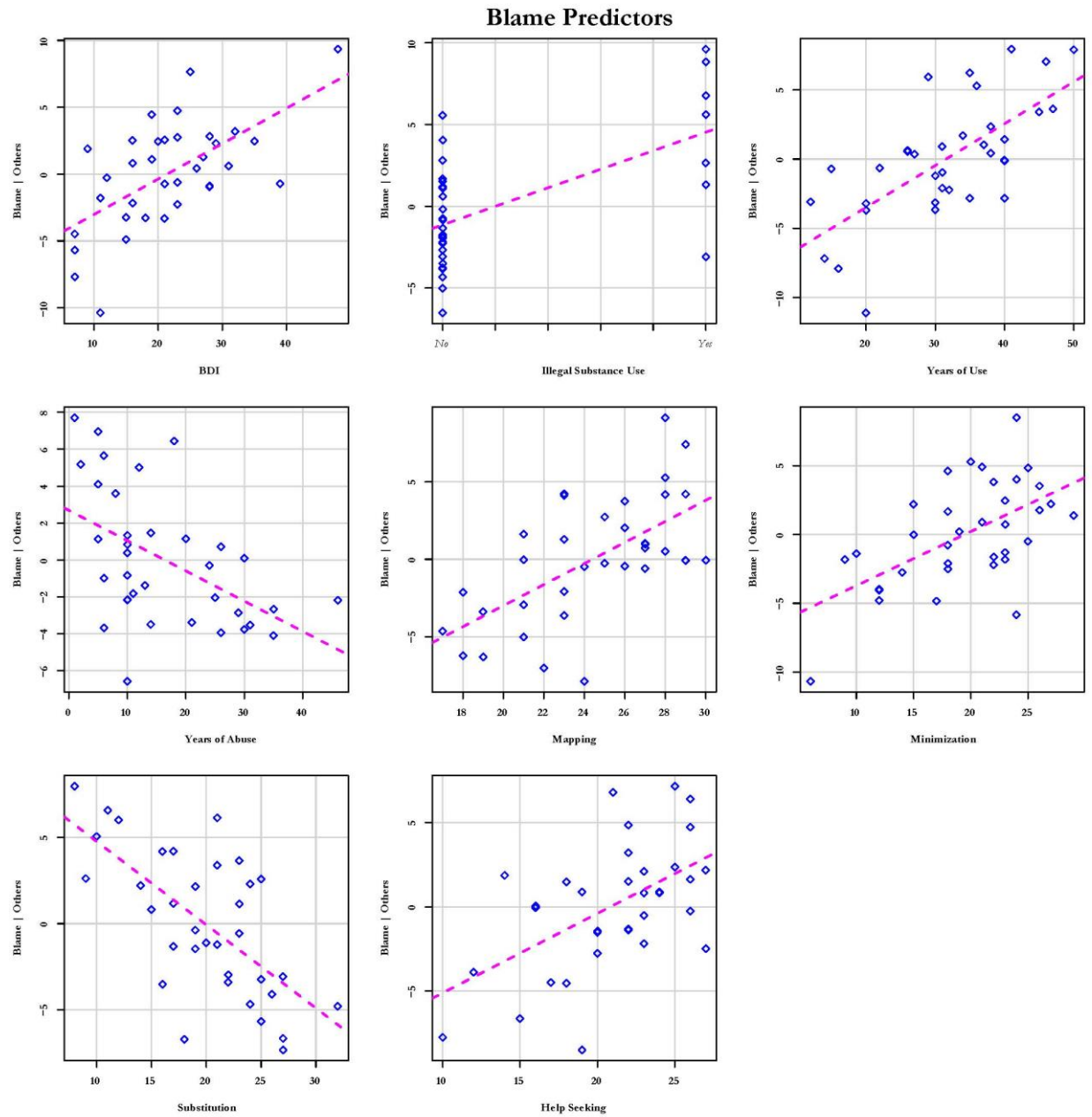


Γράφημα 9: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Υποκατάστασης προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

Replacement Predictors



Γράφημα 10: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Αντικατάστασης προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.



Γράφημα 11: Γραφήματα διασποράς των μερικών υπολειπόμενων τιμών της στρατηγικής Απόδοσης Ευθύνης προς την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή του μοντέλου.

7. Συζήτηση

Παράγοντες που σχετίζονται με τη βαρύτητα της ΔΧΑ (SADQ)

Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση, η ανεργία σχετίστηκε με υψηλότερες τιμές ως προς τη βαρύτητα της ΔΧΑ, ενώ η συνταξιοδότηση με χαμηλότερες. Η θετική σχέση μεταξύ ανεργίας και προβληματικής χρήσης αλκοόλ έχει απασχολήσει αρκετά τη βιβλιογραφία, χωρίς, ωστόσο, καταληκτικά συμπεράσματα για το αιτιολογικό μονοπάτι μεταξύ τους (Tomkins, Saburova et al. 2007, Lundin, Backhans et al. 2012).

Στο δείγμα μας, τα έτη χρήσης (κοινωνική κατανάλωση) αλκοόλ φάνηκε ότι προβλέπουν αρνητικά τη βαρύτητα της εξάρτησης σε αντίθεση με τα έτη κατάχρησης που την προέβλεπαν θετικά. Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι όσο περισσότερα είναι τα χρόνια κοινωνικής κατανάλωσης αλκοόλ κι όσο λιγότερα είναι τα χρόνια κατάχρησης, τόσο μικρότερη είναι η βαρύτητα της ΔΧΑ.

Επιπρόσθετα, θετικά σχετίστηκαν οι μονάδες τυπικής ημερήσιας κατανάλωσης με τη βαρύτητα της εξάρτησης, φάνηκε δηλαδή ότι η αναφερόμενη τυπική ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ προβλέπει τη βαρύτητα της ΔΧΑ. Παρά το ότι η συχνότητα και η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ δε συνιστά πλέον κριτήριο για τη διάγνωση της ΔΧΑ, προκύπτει ότι η ποσότητα κατανάλωσης διαδραματίζει έναν ρόλο στα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διαταραχή, κυρίως αναφορικά με την επιθυμία για αλκοόλ και το στερητικό σύνδρομο.

Σε μία πρόσφατη μελέτη, όπου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SADQ, φάνηκε ότι οι διαστάσεις της κλίμακας που αφορούν στα σωματικά συμπτώματα αποστέρησης και στην κατανάλωση αλκοόλ για ανακούφιση των στερητικών συμπτωμάτων σχετίζονται θετικά με την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Coriale, Battagliese et al. 2019), ενώ και άλλες έρευνες συνδέουν την ποσότητα και τη συχνότητα κατανάλωσης με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων αποστέρησης (Maldonado, Sher et al. 2014).

Αναφορικά με την ψυχιατρική συννοσηρότητα, θετική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της αγχώδους συμπτωματολογίας και της βαρύτητας της εξάρτησης, με τη μία μεταβλητή να συνιστά προβλεπτικό παράγοντα για την άλλη.

Αρχικά θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι, ως ένα βαθμό, τα υψηλά επίπεδα της αγχώδους συμπτωματολογίας που παρατηρήθηκαν στα άτομα που νοσηλεύονταν για σοβαρή εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανό να σχετίζονται με την ψυχοτρόπο δράση της ουσίας και το σύνδρομο αποστέρησης. Εάν λάβουμε υπ' όψιν ότι η κλίμακα SADQ μετρά τη βαρύτητα κυρίως αναφορικά με τα συμπτώματα κατά την αποστέρηση (συμπτώματα το πρωί έπειτα από βαριά κατανάλωση αλκοόλ), μία υπόθεση που θα μπορούσε να προταθεί είναι το ότι τα άτομα με υψηλότερες τιμές στην κλίμακα βαρύτητας της ΔΧΑ βιώνουν και εντονότερα συμπτώματα υπερδραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, τα οποία είναι ως ένα βαθμό κοινά στις αγχώδεις διαταραχές και στο σύνδρομο αποστέρησης. Σε αυτή την περίπτωση, η αγχώδης συμπτωματολογία αποδράμει έπειτα από μία περίοδο αποχής από το αλκοόλ. Άλλωστε, θεωρείται ότι μόνο το 1/3 με 1/2 των διαταραχών άγχους που παρατηρούνται στα άτομα με ΔΧΑ συνιστούν ανεξάρτητα (πρωτογενή) σύνδρομα (American Psychiatric Association 2013).

Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανό τα υψηλά επίπεδα της αγχώδους συμπτωματολογίας να δρουν επιβαρυντικά στη ΔΧΑ, υπό την έννοια ότι το άτομο αυξάνει την ποσότητα ή τη συχνότητα κατανάλωσης με στόχο την ανακούφιση του άγχους (Schneider, Altmann et al. 2001).

Τέλος, ως προς την ένταση των αγχωδών συμπτωμάτων, αρνητικά μπορεί να επιδράσουν οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες για απεξάρτηση και οι υποτροπές αλλά και η ίδια η νοσηλεία, καθώς συνιστά μία σημαντικά στρεσογόνο συνθήκη (Liappas, Paparrigopoulos et al. 2002).

Θα μπορούσαμε, επομένως, να ισχυριστούμε ότι η θετική σχέση μεταξύ βαρύτητας της ΔΧΑ και αγχώδους συμπτωματολογίας περιγράφει από τη μία πλευρά την αγχώδη συμπτωματολογία που προκύπτει από την τοξίκωση ή την αποστέρηση από το αλκοόλ και από την άλλη μια αγχώδη διαταραχή, είτε πρωτογενή που οδήγησε στην κατάχρηση αλκοόλ, σύμφωνα με την υπόθεση της “αυτό-θεραπείας” είτε δευτερογενή, η οποία προέκυψε από στρεσογόνους παράγοντες, όπως η έκπτωση της λειτουργικότητας σε σημαντικούς τομείς της ζωής (Schneider, Altmann et al. 2001).

Ως προς τις ΣΑΠ, στο δείγμα μας βρέθηκε ότι η στρατηγική της αντιστροφής συνιστά αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα ως προς τη βαρύτητα της εξάρτησης, το οποίο συνεπάγεται ότι η μειωμένη χρήση της αντιστροφής επιδρά στην αύξηση της βαρύτητας της ΔΧΑ.

Η αντιστροφή περιγράφεται ως η στρατηγική κατά την οποία το άτομο εκφράζεται και δρα αντιθετικά ως προς τα πραγματικά του συναισθήματα στην προσπάθεια να διαχειριστεί μια στρεσογόνο συνθήκη, για παράδειγμα “Προσπαθώ να βλέπω τη θετική πλευρά των ανησυχητικών καταστάσεων” ή “Είμαι το είδος του ανθρώπου που δεν παραπονιέται”. Η αντιστροφή δε συνιστά μια υποκριτική στρατηγική αλλά έναν κοινωνικά αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία. Είναι μία στρατηγική, επομένως, που εστιάζει στο πρόβλημα και την επίλυσή του (πχ. Παρά την ανασφάλεια, δρω αποφασιστικά).

Η αντιστροφή συνιστά μια, γενικά, προσαρμοστική στρατηγική που έχει σχετιστεί με την εξωστρέφεια, το αίσθημα ικανοποίησης και τη δυνατότητα του ατόμου να εστιάζει στη θετική οπτική (Rim 1987, Rim 1993). Αντίθετα, τα χαμηλά επίπεδα ως προς την υιοθέτηση της αντιστροφής έχουν σχετιστεί με την αυτοκτονικότητα (Botsis, Soldatos et al. 1994, Horesh, Rolnick et al. 1996) και το άγχος (Plutchik 1989). Ωστόσο, αναφορικά με την εξάρτηση από το αλκοόλ, προηγούμενες έρευνες δεν έχουν εντοπίσει διαφοροποιήσεις στη χρήση της αντιστροφής μεταξύ των τύπων I και II της ΔΧΑ, σύμφωνα με την τυπολογία του von Knorring (Moussas, Dandouti et al. 2006), ούτε μεταξύ εξαρτημένων και υγιών μαρτύρων (Plutchik, 1989, Paparrigopoulos, Liappas et al. 2007). Αναφορικά με τον έμφυλο παράγοντα, έχει βρεθεί ότι οι άνδρες εξαρτημένοι από το αλκοόλ υιοθετούν περισσότερο την αντιστροφή σε σύγκριση με τις γυναίκες (Conte, Plutchik et al. 1991).

Η στρατηγική της αντιστροφής, κατ’ αναλογία με το μηχανισμό άμυνας του αντίστροφου σχηματισμού, σύμφωνα με το θεωρητικό υπόβαθρο του Plutchik (Plutchik 1990), προϋποθέτει από το άτομο έναν σχετικά ώριμο ψυχισμό και με δυνατότητα για κοινωνική προσαρμοστικότητα, υπό την έννοια ότι το άτομο καταφέρνει να δράσει με στόχο την επίλυση του προβλήματος και παρά τα αρνητικά ή δυσφορικά του συναισθήματα. Θα μπορούσαμε, επομένως, να υποθέσουμε ότι η μειωμένη ικανότητα διαχείρισης της συναισθηματικής

δυσφορίας ή έντασης και η αυξημένη παρορμητικότητα που συνεπάγεται η χαμηλή τιμή της αντιστροφής, είναι πιθανό να εξηγεί τη βαρύτητα της εξάρτησης.

Παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (BDI)

Στην παρούσα μελέτη, η ηλικία των εξαρτημένων από το αλκοόλ ασθενών αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όσο αυξανόταν δηλαδή η ηλικία τους τόσο αυξανόταν η τιμή της κλίμακας για την κατάθλιψη.

Η αύξηση της ηλικίας έχει σημαντικές επιδράσεις στην ανθρώπινη λειτουργικότητα σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, αλλαγές οι οποίες έχουν σχετιστεί με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Harvey, Reichenberg et al. 2006). Η επιβάρυνση αυτή, σε συνδυασμό με την επιβάρυνση που προκύπτει από τη χρόνια παθολογική χρήση του αλκοόλ (Foster, Powell et al. 1999), είναι πιθανό να εξηγεί την προοδευτική αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα εξαρτημένα άτομα.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένοι εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους έγγαμους και άγαμους, ενώ οι άγαμοι τα υψηλότερα επίπεδα, το οποίο πιθανώς συνιστά ένδειξη της επιβαρυντικής επίδρασης της απουσίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος στη βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Παρά το ότι η βαρύτητα της ΔΧΑ δε φάνηκε να προβλέπει την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως αναμενόταν βάσει της βιβλιογραφίας (Boden and Fergusson 2011), στον υπό μελέτη πληθυσμό παρατηρήθηκε ότι τα έτη κατάχρησης αλκοόλ προβλέπουν την αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, επιβεβαιώνοντας την καταθλιπτικογόνο δράση του αλκοόλ.

Οι πιθανές εξηγήσεις για το παραπάνω εύρημα μπορούν να ιδωθούν από την οπτική του βιολογικού, του ψυχολογικού και του κοινωνικού παράγοντα αλλά και την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών.

Αρχικά, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ως ένα βαθμό τα υψηλά επίπεδα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που παρατηρήθηκαν στα άτομα που νοσηλεύονταν για σοβαρή ΔΧΑ είναι πιθανό να οφείλονται στην παρατεταμένη έκθεση και στην τοξίκωση και να αποδράμουν έπειτα από μία περίοδο αποχής από το αλκοόλ (επαγόμενο από το αλκοόλ καταθλιπτικό επεισόδιο).

Επιπλέον, η προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας που συχνά παρατηρείται κατά τη βαριά και χρόνια κατανάλωση αλκοόλ είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης ζωής με αποτέλεσμα την όξυνση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τέτοιοι τομείς είναι, συνήθως, η σωματική και ψυχική υγεία, η ποιότητα του ύπνου, η εργασία και οι κοινωνικοί δεσμοί (Foster, Powell et al. 1999). Η παρατεταμένη επιβάρυνση σε κάποια από αυτά τα πεδία είναι πιθανό να οδηγήσει σε αισθήματα αβοηθητότητας, ανικανότητας και απαισιοδοξίας εντείνοντας το καταθλιπτικό συναίσθημα του ατόμου.

Αντίθετα, τα έτη χρήσης (κοινωνικής κατανάλωσης) αλκοόλ φάνηκε να συνιστούν προστατευτικό παράγοντα ως προς την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, υπό την έννοια ότι όσο περισσότερα είναι τα χρόνια που το άτομο παρέμεινε στην κοινωνική κατανάλωση και, άρα, δεν προχώρησε στην παθολογική χρήση τόσο ελαφρύτερη η καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος, η ένταση των αγχωδών εκδηλώσεων φάνηκε να προβλέπει την αύξηση τη βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, χωρίς να ισχύει το αντίστροφο. Η σχέση αυτή, ίσως, καταδεικνύει την επιβάρυνση που προκύπτει από τις ψυχικές και σωματικές εκδηλώσεις του άγχους στη διάθεση των εξαρτημένων από το αλκοόλ ασθενών.

Ως προς τις ΣΑΠ, η στρατηγικής της ελαχιστοποίησης και η καταθλιπτική συμπτωματολογία φάνηκε να εξηγούν η μία την άλλη με έναν αρνητικό τρόπο, καθώς η μείωση του ενός παράγοντα εξηγεί την αύξηση του άλλου.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναδειχθεί στην βιβλιογραφία, με τη μειωμένη χρήση της ΣΑΠ της ελαχιστοποίησης να έχει σχετιστεί με την αυτοκτονικότητα (Horeish, Rolnick et al. 1996), την παρορμητικότητα (Botsis, Soldatos et al. 1994), τη ΔΧΑ, την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Paparrigopoulos, Liappas et al. 2007) και το μειωμένο αίσθημα ευημερίας (Cherkil 2010). Σύμφωνα με τις προαναφερόμενες έρευνες, η ελαχιστοποίηση αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ως προς την ψυχική υγεία. Αντίθετα, η μειωμένη χρήση της στρατηγικής γίνεται αντιληπτή ως αδυναμία διαχείρισης του αντίκτυπου του στρεσογόνου παράγοντα και συνδέεται με διάφορες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.

Η ελαχιστοποίηση είναι μία στρατηγική εστιασμένη στο συναίσθημα, υπό την έννοια ότι συνίσταται στην προσπάθεια διαχείρισης μιας αρνητικής συνθήκης υποεκτιμώντας τη σημασία ή τη βαρύτητα της, μη επιτρέποντας την έκλυση δυσφορικών συναισθημάτων (πχ. Αισθάνομαι ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο άσχημα όσο φαίνονται στους άλλους ή όσο άσχημα κι αν φαίνονται τα πράγματα δεν τα αφήνω να με αναστατώνουν).

Εκλαμβάνοντας τις ΣΑΠ ως σταθερές μεθόδους που λειτουργούν ως επαναλαμβανόμενα μοτίβα, μια πιθανή εξήγηση ως προς την αρνητική σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ελαχιστοποίησης προκύπτει από τις μελέτες του Rim, ο οποίος συνδέει τη στρατηγική της ελαχιστοποίησης με την εξωστρέφεια, όπως ορίστηκε από τον Eysenck αναφορικά με τα βασικά στοιχεία προσωπικότητας και της οποίας βασικό χαρακτηριστικό είναι η θετική συναισθηματικότητα (Rim 1987). Ο Rim παρατηρεί ότι τα άτομα με χαμηλή εξωστρέφεια τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο τη ΣΑΠ της ελαχιστοποίησης. Κατ' επέκταση, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι στο δείγμα μας η μειωμένη χρήση της στρατηγικής της ελαχιστοποίησης σχετίζεται με δομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία ίσως προδιαθέτουν σε μια ευαλωτότητα ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ωστόσο, είναι πιθανό η αρνητική σχέση μεταξύ καταθλιπτικών εκδηλώσεων και ελαχιστοποίησης να εξηγείται και από το ότι η καταθλιπτική διάθεση και η απαισιοδοξία μπορεί να επιδρούν αρνητικά στη δυνατότητα των ατόμων να μειώνουν τη σημασία του στρεσογόνου παράγοντα ή τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει στην ψυχική τους κατάσταση. Με άλλα λόγια, είναι πιθανό η γνωστική αξιολόγηση του στρεσογόνου παράγοντα να επηρεάζεται και να διαμεσολαβείται από το καταθλιπτικό συναίσθημα. Πολύ περισσότερο, γνωρίζουμε ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία συχνά συνοδεύεται από έναν ιδεομηρυκασμό πεσιμιστικού περιεχομένου, ο οποίος έρχεται σε αντίθεση με τη στρατηγική

της ελαχιστοποίησης, όπου ο τρόπος σκέψης και αντιμετώπισης είναι περισσότερο αισιόδοξος ή/ και ευέλικτος.

Πέραν της ελαχιστοποίησης, στα άτομα με ΔΧΑ του δείγματός μας παρατηρήθηκε θετική σχέση μεταξύ της στρατηγικής της ετερομομφής και των καταθλιπτικών εκδηλώσεων, με την αύξηση των τιμών του ενός παράγοντα να εξηγούν την αύξηση των τιμών του άλλου.

Συνεπώς με το παραπάνω εύρημα είναι τα ευρήματα από τη βιβλιογραφία, όπου η εξωτερική απόδοση ευθύνης έχει σχετιστεί με έναν αριθμό ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, όπως το άγχος (Plutchik 1988), η εξάρτηση από το αλκοόλ (Conte, Plutchik et al. 1991), η κατάθλιψη (Martin and Dahlen 2005) και η αυτοκτονικότητα (Horesh, Rolnick et al. 1996). Έτσι, γίνεται αντιληπτό ότι η τάση αποφυγής του στρεσογόνου παράγοντα μεταθέτοντας την ευθύνη εξωτερικά, ιδιαίτερα όταν αυτό γίνεται σταθερά και παρατεταμένα (Horesh, Rolnick et al. 1996), οδηγεί σε αύξηση τελικά του στρες και της ψυχικής δυσφορίας και, πιθανώς, σε ευαλωτότητα ως προς την εμφάνιση ή την επιδείνωση ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης.

Η εξωτερική απόδοση ευθύνης ή, αλλιώς, ετερομομφή συνίσταται σε μία στρατηγική εστιασμένη στο συναίσθημα, η οποία περιγράφεται ως “απόδοση της ευθύνης για την ύπαρξη ενός προβλήματος ή μιας δυσάρεστης κατάστασης από το άτομο σε κάποιον εξωτερικό άλλο ή στο σύστημα”. Πρόκειται, επομένως, για μία δυσπροσαρμοστική στρατηγική αποφευκτικού χαρακτήρα, καθώς η ευθύνη μετακυλιέται και η επίλυση του προβλήματος καθίσταται δευτερεύουσας σημασίας.

Σύμφωνα με την ψυχο-εξελικτική θεωρία του Plutchik για τα συναισθήματα, η ετερομομφή συνιστά τη συνειδητή έκφραση και έκφραση του αμυντικού μηχανισμού της προβολής. Μια πιθανή εξήγηση της σχέσης που παρατηρήθηκε μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της ετερομομφής μπορεί να προκύψει, εάν η ετερομομφή ιδωθεί με όρους προβολής των συναισθημάτων αυτομομφής που συχνά παρατηρείται στην καταθλιπτική διάθεση. Όσο περισσότερο, δηλαδή, το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό του, τόσο αυξάνει η αναγκαιότητα να κατευθύνει αυτά τα εχθρικά συναισθήματα προς τα έξω σε μία προσπάθεια να μειώσει την ψυχική δυσφορία και να διατηρήσει την αυτό-εικόνα του (Laxer 1964).

Η υιοθέτηση της ετερομομφής φαίνεται να συνδέεται, επίσης, με μειωμένη δυνατότητα προσαρμοστικότητας αλλά και με την αίσθηση απώλειας ελέγχου αναφορικά με τις διάφορες συνθήκες της ζωής και της καθημερινότητας του ατόμου (Plutchik 1988). Έτσι, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι το άτομο δεν αναλαμβάνει δράση ως προς την αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα αλλά συνεχίζει να υπόκειται σε αυτόν, μία συνθήκη η οποία είναι πιθανό να επιδρά εντείνοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Παράγοντες που σχετίζονται με την αγχώδη συμπτωματολογία (HAM-A)

Παρά το ότι η βαρύτητα της εξάρτησης από το αλκοόλ συνδέθηκε θετικά με την αγχώδη συμπτωματολογία (βλ. σελ. 45), τα έτη κατάχρησης αλκοόλ φάνηκε να συνιστούν αρνητικό

προβλεπτικό παράγοντα, όσο αυξανόταν, δηλαδή, η χρονιότητα της εξάρτησης τόσο μειωνόταν η αναφερόμενη αγχώδης συμπτωματολογία. Το παραπάνω εύρημα ίσως μπορεί να ιδωθεί από την οπτική της μειωμένης επίγνωσης (insight) του εαυτού και του περιβάλλοντος, η οποία έχει συνδεθεί με τη χρόνια βαριά χρήση αλκοόλ (Raftery, Kelly et al. 2020). Επιπλέον, μια άλλη πιθανή εξήγηση προκύπτει από τη συναισθηματική άμβλυνση και τη δυσλειτουργία στη συναισθηματική απόκριση που συχνά παρατηρείται στους ασθενείς με χρόνια ΔΧΑ (Le Berre 2019).

Αντίθετη, ωστόσο, παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ ετών χρήσης (κοινωνική χρήση αλκοόλ) και αγχώδων εκδηλώσεων, με τα έτη χρήσης αλκοόλ να συνιστούν θετικό προβλεπτικό παράγοντα ως προς το άγχος.

Γενικά, η στρατηγική της αντιστροφής θεωρείται μια προσαρμοστική στρατηγική, η οποία έχει σχετιστεί με την αισιοδοξία (Rim 1993) και το μειωμένο άγχος (Plutchik 1989), ενώ στην παρούσα έρευνα παρατηρήσαμε ότι η μειωμένη χρήση της προσαρμοστικής στρατηγικής της αντιστροφής επιδρά στην αύξηση της βαρύτητας της ΔΧΑ. Ωστόσο, αναφορικά με την αγχώδη συμπτωματολογία στο δείγμα μας, παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν η τιμή της αντιστροφής τόσο αυξάνονταν οι εκδηλώσεις άγχους.

Η αντιστροφή περιγράφει την προσπάθεια του ατόμου να μειώσει ή να ελέγξει τη συναισθηματική δυσφορία που προκύπτει από κάποιον στρεσογόνο παράγοντα, δρώντας αντίθετα από το πως νιώθει (πχ. παρά την ανασφάλεια, δρω αποφασιστικά). Είναι, συνεπώς, μια στρατηγική που εστιάζει στην επίλυση του προβλήματος και χαρακτηρίζεται από κοινωνική προσαρμοστικότητα. Στη βάση αυτή, η ευρεθείσα σχέση μεταξύ αντιστροφής και άγχους στο δείγμα μας ήταν μη αναμενόμενη και μη συμβατή με τη βιβλιογραφία. Μια πιθανή εξήγηση που θα μπορούσαμε να δώσουμε είναι το ότι η αντιστροφή είναι κατάλληλη και ευεργετική σε συγκεκριμένες περιστάσεις, ωστόσο η παρατεταμένη χρήση της πιθανώς συνεπάγεται ότι το άτομο συστηματικά καταπιέζει και δεν εκδηλώνει ή δε διαχειρίζεται την πραγματική του συναισθηματική κατάσταση, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε υπερένταση, ευερεθιστότητα ή ψυχοσωματικές εκδηλώσεις.

Παράγοντες που σχετίζονται με τις διαταραχές ύπνου (AIS)

Αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες, θετική προβλεπτική επίδραση φάνηκε να έχει η μεταβλητή που αφορούσε στα έτη εκπαίδευση, όσο περισσότερα δηλαδή ήταν τα έτη τόσο εντονότερες οι διαταραχές ύπνου. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, όπου οι διαταραχές ύπνου και η επαγόμενη δυσλειτουργία συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης (Morin, Kowatch et al. 1989, Gellis, Lichstein et al. 2005).

Σύμφωνα με τις αρχικές μας υποθέσεις, οι διαταραχές ύπνου θα σχετίζονταν με τη βαρύτητα της ΔΧΑ, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία (Brower 2003, Ebrahim, Shapiro et al. 2013). Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη οι διαταραχές ύπνου σχετίστηκαν σημαντικά με τις μονάδες ημερήσιας τυπικής κατανάλωσης αλκοόλ αλλά όχι με τη βαρύτητα της ΔΧΑ. Το ότι η αναφερόμενη τυπική ημερήσια κατανάλωση προβλέπει τις διαταραχές στον ύπνο μπορεί να εξηγηθεί από το ότι οι διαταραχές στον ύπνο επηρεάζονται κυρίως από τη συγκέντρωση του

αλκοόλ στο αίμα (Hu, Ma et al. 2020) και όχι τόσο από τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα της εξάρτησης όπως μετρήθηκαν από την κλίμακα SADQ.

Ως προς τη συνοδό ψυχοπαθολογία, στο δείγμα μας παρατηρήθηκε ότι οι αγχώδεις εκδηλώσεις και η αϋπνία σχετίζονταν θετικά, με τη μία μεταβλητή να επιδρά στην άλλη. Η συσχέτιση αυτή ήταν σχετικά αναμενόμενη, καθώς μια από τις βασικές εκδηλώσεις των αγχωδών διαταραχών είναι ο διαταραγμένος ύπνος, κάτι το οποίο παρατηρούμε ότι ισχύει και στα άτομα με ΔΧΑ. Επιπρόσθετα, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η ύπαρξη συνοδών διαταραχών ύπνου στη ΔΧΑ συνιστά παράγοντα επιδείνωσης της ποιότητας ζωής των εξαρτημένων ατόμων (Foster, Peters et al. 2002), δημιουργώντας πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση ή την αύξηση της έντασης των αγχωδών συμπτωμάτων.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη στρατηγική “αποφυγή” (suppression or avoidance)

Στο δείγμα μας, ο ψυχοπαθολογικός δείκτης της κατάθλιψης φάνηκε ότι προβλέπει την υιοθέτηση της στρατηγικής της αποφυγής, δηλαδή η υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σχετιζόταν με αυξημένη τιμή στη ΣΑΠ της αποφυγής.

Η στρατηγική της αποφυγής περιγράφεται ως η προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει καταστάσεις που προκαλούν αισθήματα άγχους, φόβου ή άλλου τύπου δυσφορία. Γενικά, θεωρείται μια δυσπροσαρμοστική στρατηγική, σε αντιστοιχία με το μηχανισμό άμυνας της απόθησης, που έχει συνδεθεί με αρκετές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και με τη ΔΧΑ (Conte, Plutchik et al. 1991, Amir, Kaplan et al. 1997). Επιπρόσθετα, τα άτομα με συναισθηματικές διαταραχές, και κυρίως με καταθλιπτικές διαταραχές, τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, όπως η αποφυγή, έναντι των στρατηγικών ενεργούς επίλυσης προβλημάτων (Billings, Cronkite et al. 1983), στρατηγικές, δηλαδή, οι οποίες στοχεύουν στο μετριασμό της ψυχικής δυσφορίας. Αυτό πιθανώς εξηγείται ως μία προσπάθεια να “προφυλάξουν” τη συναισθηματική τους κατάσταση αποφεύγοντας την επιπρόσθετη επιβάρυνση του στρεσογόνου περιβάλλοντος.

Αναφορικά με τις ΣΑΠ, η στρατηγική της αντιστροφής προβλέπει αρνητικά την αποφυγή, δηλαδή η μειωμένη τάση να δρα το άτομο παραβλέποντας ή “ελέγχοντας” τη συναισθηματική μου δυσφορία συνδέεται με αυξημένη τάση αποφυγής των καταστάσεων που προκαλούν δυσφορία ή στρες. Προσθετικά, η ΣΑΠ της αντικατάστασης προέβλεπε θετικά την αποφυγή, σύμφωνα με το οποίο προκύπτει ότι η δυνατότητα εύρεσης εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης ενός προβλήματος συνδέεται με την αποφυγή του δυσφορικού συναισθήματος ή του στρεσογόνου εξωτερικού παράγοντα.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη στρατηγική “αντικατάσταση” (replacement)

Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο του Plutchik, η ΣΑΠ της αντικατάστασης ορίζεται ως η δυνατότητα βελτίωσης μιας κατάστασης που γίνεται αντιληπτή ως προβληματική, βρίσκοντας εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης (πχ. Αν μια ασθένεια ή ένα ατύχημα με εμπόδιζε από

το να κάνω τη συνήθη εργασία μου, θα έβρισκα εναλλακτικές λύσεις). Υπό την οπτική αυτή, θα μπορούσαμε, επομένως, να υποστηρίξουμε ότι η αντικατάσταση συνιστά μία προσαρμοστική στρατηγική και ότι τα άτομα που την υιοθετούν χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ευελιξία ως προς την αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης των προβλημάτων ή των στρεσογόνων παραγόντων.

Εντός του δείγματός μας, η ΣΑΠ της αντικατάστασης σχετίστηκε αρνητικά με την ηλικία, δηλαδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν μειωμένη τάση υιοθέτησης της συγκεκριμένης ΣΑΠ. Μία πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι το ότι η μικρότερη ηλικία συνεπάγεται μεγαλύτερη ευελιξία και ευπροσαρμοστικότητα, κάτι το οποίο είναι πιθανό να ισχύει και στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η απουσία ομάδας ελέγχου δε μας επιτρέπει να επιβεβαιώσουμε ή να απορρίψουμε την παραπάνω υπόθεση.

Αναφορικά με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, η στρατηγική της αντικατάστασης συσχετίστηκε αρνητικά με την αγχώδη συμπτωματολογία, δηλαδή μεταξύ των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων, όσο αυξάνονταν τα επίπεδα άγχους τόσο μειωνόταν η χρήση της στρατηγικής της αντικατάστασης.

Η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται τόσο από το θεωρητικό πλαίσιο όσο και από μελέτες που συνδέουν τη μειωμένη ικανότητα για αντικατάσταση με τις αγχώδεις διαταραχές και κυρίως με τη μετατραυματική διαταραχή στρες, όπου συχνά παρατηρείται ακαμψία και μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Amir, Kaplan et al. 1997). Γενικότερα, στη βιβλιογραφία η ΣΑΠ της αντικατάστασης περιγράφεται ως ευεργετική προσέγγιση, η οποία επιλέγεται κυρίως από τις ομάδες των υγείων μαρτύρων (Plutchik 1989), ενώ η μειωμένη ικανότητα για αντικατάσταση έχει σχετιστεί με την αυτοκτονικότητα, την παρορμητικότητα (Botsis, Soldatos et al. 1994) και το αυξημένο στρες (Cherkil 2010).

Η αντικατάσταση, ως στρατηγική εστιασμένη στο πρόβλημα, συνεπάγεται την εύρεση εναλλακτικού τρόπου διαχείρισης του ως απάντηση σε μια αρνητική συνθήκη. Ωστόσο, η υιοθέτηση μιας τέτοιας στρατηγικής θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι προϋποθέτει μια ψύχραιμη γνωστική και συναισθηματική επεξεργασία, η οποία είναι πιθανό να παρεμποδίζεται όταν το άτομο υποφέρει από έντονα αγχώδη συμπτώματα. Έτσι, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι τα χαμηλότερα επίπεδα άγχους στα άτομα με ΔΧΑ δημιουργούν καταλληλότερες συνθήκες ως προς την υιοθέτηση της στρατηγικής της αντικατάστασης σε σύγκριση με υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Αναφορικά με τις ΣΑΠ, ο σχεδιασμός και η αντιστροφή φαίνεται να συνιστούν θετικό προβλεπτικό παράγοντα για τη στρατηγική της αντικατάστασης στα άτομα με ΔΧΑ, μία σχέση αναμενόμενη, καθώς και οι τρεις τρόποι αντιμετώπισης θεωρούνται προσαρμοστικοί και, με ψυχοδυναμικούς όρους, ώριμοι. Έτσι, προκύπτει ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ευελιξία ως προς την ανεύρεση εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης ενός στρεσογόνου παράγοντα (αντικατάσταση), τείνουν να αναζητούν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες πριν από τη δράση (σχεδιασμός) αλλά και να παραμερίζουν πιθανόν δυσφορικά συναισθήματα στοχεύοντας στην επίλυση (αντιστροφή).

Παράγοντες που σχετίζονται με τη στρατηγική “υποκατάσταση” (substitution)

Αναφορικά με τη στρατηγική της υποκατάστασης, τα έτη χρήσης αλκοόλ (κοινωνική χρήση) και το ιστορικό χρήσης παράνομων ουσιών φάνηκε να συνιστούν θετικό προβλεπτικό προβλέποντας την αυξημένη τάση για χρήση της συγκεκριμένης ΣΑΠ.

Η υποκατάσταση ως στρατηγική ορίζεται ως η προσπάθεια ή η τάση του ατόμου να μειώνει τη συναισθηματική δυσφορία ή σύγκρουση εμπλεκόμενο σε μη σχετικές με το πρόβλημα δραστηριότητες, οι οποίες είναι λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικές (πχ. αθλητισμός, αλκοόλ) (Plutchik, 1988). Είναι, επομένως, μια έμμεση στρατηγική επίλυσης που επικεντρώνεται στο συναίσθημα και τη μείωση της έντασης παρά στην επίλυση του προβλήματος. Η χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών έχει σχετιστεί βιβλιογραφικά με την προσπάθεια των ανθρώπων να μειώσουν την ψυχική ένταση (tension-reduction theory) (Rutledge and Sher, 2001). Επομένως, συνδέονται ευθέως με την υποκατάσταση, υπό την έννοια ότι συνιστούν αμιγώς συμπεριφορές υποκατάστασης, οι οποίες όμως χαρακτηρίζονται ως δυσπροσαρμοστικές. Έτσι, είναι αναμενόμενο η χρόνια χρήση αλκοόλ και η χρήση παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών να σχετίζεται με αυξημένη τάση υιοθέτησης της στρατηγικής της υποκατάστασης στα άτομα με ΔΧΑ.

Επιπρόσθετα, με την υποκατάσταση σχετίστηκαν θετικά οι ΣΑΠ της ελαχιστοποίησης και της αναζήτησης βοήθειας και αρνητικά η ΣΑΠ της ετερομομφής. Παρατηρήθηκε, δηλαδή, μια σχέση μεταξύ της αυξημένης τάσης να αναζητά εξωτερική βοήθεια, να μειώνει τη σημασία του προβλήματος και να εμπλέκεται σε δραστηριότητες μη σχετικές με το πρόβλημα και της μειωμένης τάσης για εξωτερική απόδοση ευθύνης. Θα μπορούσαμε, ίσως, να υποστηρίξουμε ότι κοινό στοιχείο που χαρακτηρίζει τις παραπάνω στρατηγικές είναι το ότι συνιστούν έμμεσες συμπεριφορές απέναντι σε μία στρεσογόνο συνθήκη, που εστιάζουν κυρίως στην ελάττωση της δυσφορίας. Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι δύο από τις στρατηγικές που προέβλεπαν την υποκατάσταση, η αναζήτηση βοήθειας και η ετερομομφή (η μειωμένη χρήση της) περιγράφουν μία τάση εξάρτησης από άλλα άτομα, ένα χαρακτηριστικό το οποίο έχει συνδεθεί με την ουσιοεξάρτηση.

Συμπεράσματα

Η ΔΧΑ συνιστά μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το προφίλ συννόσησης των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων κατά την εισαγωγή τους για αποτοξίνωση και το κατά πόσο οι ΣΑΠ συνιστούν προβλεπτικούς παράγοντες.

Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι εντός του δείγματός μας, στο οποίο προεξάρχουσα διαταραχή ήταν η ΔΧΑ, υπήρξε διαφοροποίηση ως προς το είδος αλλά και τη διαβάθμιση της έντασης της συνοδούς συμπτωματολογίας (άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία). Η υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών ή η μειωμένη χρήση προσαρμοστικών στρατηγικών

αντιμετώπισης των στρεσογόνων ερεθισμάτων φάνηκε ότι προβλέπουν την εκδήλωση συνοδών ψυχικών διαταραχών με διαφορετικό τρόπο μεταξύ τους.

Τα ευρήματα που προέκυψαν αλλά και η περαιτέρω μελέτη της επίδρασης των ΣΑΠ στη συννοσηρότητα στα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα μπορεί να οδηγήσει σε εξατομικευμένες θεραπευτικές εφαρμογές και παρεμβάσεις εστιασμένες στις ΣΑΠ οδηγώντας σε καλύτερη πρόγνωση, συμβάλλοντας στη μείωση του ποσοστού συννοσηρότητας ή της έντασης της συμπτωματολογίας και, κατ' επέκταση, στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας των ασθενών. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να παίζει έναν θετικό ρόλο στη μείωση του ποσοστού εγκατάλειψης της θεραπείας (drop out) και των υποτροπών, υπό την έννοια ότι η συννοσηρότητα έχει βρεθεί ότι αυξάνει το ρίσκο αυτών (Coriale, Battagliese et al. 2019).

Περιορισμοί

Ένας από τους βασικούς περιορισμούς της μελέτης ήταν ο μικρός αριθμός του δείγματος, κάτι που είναι πιθανό να συνεπάγεται περιορισμένη ισχύ της μελέτης. Αναφορικά με το δείγμα, ένας επιπλέον περιορισμός συνίσταται στην αδυναμία γενίκευσης των ευρημάτων στα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, λόγω μη αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος, καθώς προήλθε αποκλειστικά από τους νοσηλεύομενους μίας ψυχιατρικής κλινικής.

Επιπρόσθετα, το ότι τα ευρήματά μας βασίστηκαν σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, εγείρει ζητήματα αξιοπιστίας στη βάση του ότι οι ερωτηθέντες είναι πιθανό να φίλτραραν τις απαντήσεις τους με κριτήριο την κοινωνική αποδοχή, κάτι που είναι σύνηθες σε ζητήματα που αφορούν τις εξαρτήσεις (social desirability bias) (Coriale, Battagliese et al. 2019).

Τέλος, το είδος της μελέτης (συγχρονική) δε μας επιτρέπει να διερευνήσουμε το αιτιολογικό μονοπάτι μεταξύ των ΣΑΠ και της ψυχοπαθολογίας, το κατά πόσο δηλαδή οι ΣΑΠ συνιστούν σταθερά ή ιδιοσυγκρασιακά μοτίβα συμπεριφοράς, τα οποία επιδρούν στην ψυχιατρική συμπτωματολογία ή η ψυχική κατάσταση του ατόμου διαφοροποιεί τις στρατηγικές που υιοθετούνται. Περαιτέρω απαντήσεις σε αυτό το ερώτημα θα μπορούσαν να εξαχθούν με την επαναχορήγηση των ερωτηματολογίων έπειτα από μία περίοδο αποχής από το αλκοόλ, οπότε και αναμένεται διαφοροποίηση της κλινικής εικόνας.

Βιβλιογραφία

Ablin, J. N., H. Cohen, L. Neumann, Z. Kaplan and D. Buskila (2008). "Coping styles in fibromyalgia: effect of co-morbid posttraumatic stress disorder." Rheumatol Int **28**(7): 649-656.

Aldwin, C. M. (2007). Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective. New York, The Guilford Press.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Arlington, American Psychiatric Association.

Amir, M., Z. Kaplan, R. Efroni, Y. Levine, J. Benjamin and M. Kotler (1997). "Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients." Personality and Individual Differences **23**(3): 399-405.

Anderson, P., Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. United Kingdom, Institute of Alcohol Studies.

Ancoli-Israel, S. and T. Roth (1999). "Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I." Sleep **22 Suppl 2**: S347-353.

Beck, A. T. and D. A. Clark (1997). "An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes." Behav Res Ther **35**(1): 49-58.

Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation." Clinical Psychology Review **8**(1): 77-100.

Beck, A. T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock and J. Erbaugh (1961). "An inventory for measuring depression." Arch Gen Psychiatry **4**: 561-571.

Bierut, L. J. (2011). "Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence." Neuron **69**(4): 618-627.

Billings, A. G., R. C. Cronkite and R. H. Moos (1983). "Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed controls." J Abnorm Psychol **92**(2): 119-133.

Billings, A. G. and R. H. Moos (1983). "Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and program evaluators." Addict Behav **8**(3): 205-218.

Boden, J. M. and D. M. Fergusson (2011). "Alcohol and depression." Addiction **106**(5): 906-914.

Bolton, J., B. Cox, I. Clara and J. Sareen (2006). "Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample." J Nerv Ment Dis **194**(11): 818-825.

Borras, E., C. Coutelle, A. Rosell, F. Fernandez-Muixi, M. Broch, B. Crosas, L. Hjelmqvist, A. Lorenzo, C. Gutierrez, M. Santos, M. Szczepanek, M. Heilig, P. Quattrocchi, J. Farres, F. Vidal, C. Richart, T. Mach, J. Bogdal, H. Jornvall, H. K. Seitz, P. Couzigou and X. Pares

- (2000). "Genetic polymorphism of alcohol dehydrogenase in europeans: the ADH2*2 allele decreases the risk for alcoholism and is associated with ADH3*1." Hepatology **31**(4): 984-989.
- Botsis, A. J., C. R. Soldatos, A. Liossi, A. Kokkevi and C. N. Stefanis (1994). "Suicide and violence risk. I. Relationship to coping styles." Acta Psychiatr Scand **89**(2): 92-96.
- Brower, K. J. (2003). "Insomnia, alcoholism and relapse." Sleep Med Rev **7**(6): 523-539.
- Cherkil, S. (2010). "Coping Styles, Stress Tolerance, and Wellbeing and their Correlations in the Women Spouses of the Mentally Ill." Indian J Psychol Med **32**(2): 99-103.
- Brower, K. J., M. S. Aldrich, E. A. Robinson, R. A. Zucker and J. F. Greden (2001). "Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism." Am J Psychiatry **158**(3): 399-404.
- Brower, K. J. and B. E. Perron (2010). "Prevalence and correlates of withdrawal-related insomnia among adults with alcohol dependence: results from a national survey." Am J Addict **19**(3): 238-244.
- Brower, K. J. and B. E. Perron (2010). "Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances." Med Hypotheses **74**(5): 928-933.
- Brown, S. A., R. K. Inaba, J. C. Gillin, M. A. Schuckit, M. A. Stewart and M. R. Irwin (1995). "Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms." Am J Psychiatry **152**(1): 45-52.
- Brown, S. A. and M. A. Schuckit (1988). "Changes in depression among abstinent alcoholics." J Stud Alcohol **49**(5): 412-417.
- Burns, L., M. Teesson and K. O'Neill (2005). "The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes." Addiction **100**(6): 787-796.
- Carroll, H. A., C. Heleniak, K. Witkiewitz, M. Lewis, D. Eakins, J. Staples, C. Andersson, M. Berglund and M. E. Larimer (2016). "Effects of parental monitoring on alcohol use in the US and Sweden: A brief report." Addict Behav **63**: 89-92.
- Chakravorty, S., N. S. Chaudhary and K. J. Brower (2016). "Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders." Alcohol Clin Exp Res **40**(11): 2271-2282.
- Chassin, L., D. B. Foras and K. M. King (2004). "Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: the effects of familial alcoholism and personality." J Abnorm Psychol **113**(4): 483-498.
- Christie, K. A., J. D. Burke, Jr., D. A. Regier, D. S. Rae, J. H. Boyd and B. Z. Locke (1988). "Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults." Am J Psychiatry **145**(8): 971-975.
- Christodoulou, C., V. Efstathiou, P. Ferentinos, A. Poullos, A. Papadopoulou and A. Douzenis (2017). "Comparative study of hostility in depressive patients with and without a suicide attempt history." Psychol Health Med **22**(7): 866-871.
- Christodoulou, C., J. Michopoulos, K. Tournikioti, A. Douzenis, G. Bouras, D. Seretis, V. Kontaxakis and L. Lykouras (2010). "Hospital anxiety and depression scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects." Psychiatriki **21**(4): 279-286.

- Cloninger, C. R., S. Sigvardsson and M. Bohman (1988). "Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults." Alcohol Clin Exp Res **12**(4): 494-505.
- Compas, B. E., P. G. Orosan and K. E. Grant (1993). "Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence." J Adolesc **16**(3): 331-349.
- Conner, K. R., M. Pinquart and S. A. Gamble (2009). "Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders." J Subst Abuse Treat **37**(2): 127-137.
- Conte, H. R., R. Plutchik, S. Picard, M. Galanter and J. Jacoby (1991). "Sex differences in personality traits and coping styles of hospitalized alcoholics." J Stud Alcohol **52**(1): 26-32.
- Cooper, M. L., M. Russell and W. H. George (1988). "Coping, expectancies, and alcohol abuse: a test of social learning formulations." J Abnorm Psychol **97**(2): 218-230.
- Cooper, M. L., M. Russell, J. B. Skinner, M. R. Frone and P. Mudar (1992). "Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies." J Abnorm Psychol **101**(1): 139-152.
- Coriale, G., G. Battagliese, F. Pisciotta, M. L. Attilia, R. Porrari, F. De Rosa, M. Vitali, V. Carito, M. P. Messina, A. Greco, M. Fiore and M. Ceccanti (2019). "Behavioral responses in people affected by alcohol use disorder and psychiatric comorbidity: correlations with addiction severity." Ann Ist Super Sanita **55**(2): 131-142.
- Cox, W. M. and E. Klinger (1988). "A motivational model of alcohol use." J Abnorm Psychol **97**(2): 168-180.
- Cramer, P. (1998). "Coping and defense mechanisms: What's the difference?" Journal of Personality, **66**(6): 919-946.
- Crum, R. M., C. L. Storr, Y. F. Chan and D. E. Ford (2004). "Sleep disturbance and risk for alcohol-related problems." Am J Psychiatry **161**(7): 1197-1203.
- Crum, R. M., J. E. Helzer and J. C. Anthony (1993). "Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry." Am J Public Health **83**(6): 830-837.
- Cunningham, J. A. and J. McCambridge (2012). "Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?" Addiction **107**(1): 6-12.
- D'Amico, E. J. and D. M. McCarthy (2006). "Escalation and initiation of younger adolescents' substance use: the impact of perceived peer use." J Adolesc Health **39**(4): 481-487.
- Davidson, K. M. (1995). "Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status." Br J Psychiatry **166**(2): 199-204.
- Davidson, K. M. and I. M. Blackburn (1998). "Co-morbid depression and drinking outcome in those with alcohol dependence." Alcohol Alcohol **33**(5): 482-487.
- Deas, D. and E. S. Brown (2006). "Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities." J Clin Psychiatry **67**(7): e02.
- de Visser, R. O. and E. J. McDonnell (2012). "'That's OK. He's a guy': a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use." Psychol Health **27**(5): 618-639.

- Donovan, J. E. (2004). "Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors." J Adolesc Health **35**(6): 529 e527-518.
- Duka, T., J. M. Townshend, K. Collier and D. N. Stephens (2002). "Kindling of withdrawal: a study of craving and anxiety after multiple detoxifications in alcoholic inpatients." Alcohol Clin Exp Res **26**(6): 785-795.
- Ebrahim, I. O., C. M. Shapiro, A. J. Williams and P. B. Fenwick (2013). "Alcohol and sleep I: effects on normal sleep." Alcohol Clin Exp Res **37**(4): 539-549.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A (1990). "State and trait anxiety, depression and coping styles." Australian Journal of Psychology **42**(2): 207-220.
- Endler, N. S. and J. D. Parker (1990). "Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation." J Pers Soc Psychol **58**(5): 844-854.
- Enoch, M. A. (2008). "The role of GABA(A) receptors in the development of alcoholism." Pharmacol Biochem Behav **90**(1): 95-104.
- Ferentinos, C. Papageorgiou and A. Douzenis (2018). "The Relationship between Hopelessness and Clinical Characteristics of Hospitalized Patients with Recent Suicide Attempt." Issues Ment Health Nurs **39**(10): 876-882.
- Farrell, M., S. Howes, P. Bebbington, T. Brugha, R. Jenkins, G. Lewis, J. Marsden, C. Taylor and H. Meltzer (2001). "Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey." Br J Psychiatry **179**: 432-437.
- Feil, J., Hasking, P. (2008). "The relationship between personality, coping strategies, and alcohol use." Addiction Research and Theory **16**(5): 526-537.
- Folkman, S. and R. S. Lazarus (1986). "Stress-processes and depressive symptomatology." J Abnorm Psychol **95**(2): 107-113.
- Foster, J. H., J. E. Powell, E. J. Marshall and T. J. Peters (1999). "Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review." Qual Life Res **8**(3): 255-261.
- Foster, J. H., T. J. Peters and P. Kind (2002). "Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction." Addict Biol **7**(1): 55-65.
- Fowler, T., K. Shelton, K. Lifford, F. Rice, A. McBride, I. Nikolov, M. C. Neale, G. Harold, A. Thapar and M. B. van den Bree (2007). "Genetic and environmental influences on the relationship between peer alcohol use and own alcohol use in adolescents." Addiction **102**(6): 894-903.
- Franken, I. H., V. M. Hendriks, P. M. Haffmans and C. W. van der Meer (2001). "Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change." J Clin Psychol **57**(3): 299-306.
- Freud, A. (1937). The Ego and th Mechanisms of Defence. New York, Routledge.
- Garyfallos, G., G. Lavrentiadis, D. Amoutzias, K. Monas and N. Manos (1993). "Negative symptoms of schizophrenia and the dexamethasone suppression test." Acta Psychiatr Scand **88**(6): 425-428.

Gellis, L. A., K. L. Lichstein, I. C. Scarinci, H. H. Durrence, D. J. Taylor, A. J. Bush and B. W. Riedel (2005). "Socioeconomic status and insomnia." J Abnorm Psychol **114**(1): 111-118.

George, D. T., D. J. Nutt, B. A. Dwyer and M. Linnoila (1990). "Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence?" Acta Psychiatr Scand **81**(2): 97-107.

Ginieri-Coccosis, M., I. A. Liappas, E. Tzavellas, E. Triantafillou and C. Soldatos (2007). "Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100." In Vivo **21**(1): 99-106.

Glenn, S. W. and O. A. Parsons (1991). "Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics." Int J Addict **26**(2): 237-254.

Gomez, R., McLaren, S. (2006). "The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models." Personality and Individual Differences **40**(6): 1165-1176.

Grant, B. F., R. B. Goldstein, T. D. Saha, S. P. Chou, J. Jung, H. Zhang, R. P. Pickering, W. J. Ruan, S. M. Smith, B. Huang and D. S. Hasin (2015). "Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III." JAMA Psychiatry **72**(8): 757-766.

Grant, B. F., F. S. Stinson, D. A. Dawson, S. P. Chou, M. C. Dufour, W. Compton, R. P. Pickering and K. Kaplan (2004). "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." Arch Gen Psychiatry **61**(8): 807-816.

Hamilton, M. (1959). "The assessment of anxiety states by rating." Br J Med Psychol **32**(1): 50-55.

Harvey, C. J., P. Gehrman and C. A. Espie (2014). "Who is predisposed to insomnia: a review of familial aggregation, stress-reactivity, personality and coping style." Sleep Med Rev **18**(3): 237-247.

Harvey, P. D., A. Reichenberg and C. R. Bowie (2006). "Cognition and aging in psychopathology: focus on schizophrenia and depression." Annu Rev Clin Psychol **2**: 389-409.

Hasin, D. S., F. S. Stinson, E. Ogburn and B. F. Grant (2007). "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." Arch Gen Psychiatry **64**(7): 830-842.

Hasking, P., M. Lyvers, C. Carpio and A. Raber (2011). "The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour." Addict Behav **36**(5): 479-487.

Horesh, N., T. Rolnick, I. Iancu, P. Dannon, E. Lepkifker, A. Apter and M. Kotler (1996). "Coping styles and suicide risk." Acta Psychiatr Scand **93**(6): 489-493.

Hu, N., Y. Ma, J. He, L. Zhu and S. Cao (2020). "Alcohol consumption and incidence of sleep disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies." Drug Alcohol Depend **217**: 108259.

Hughes, K., Z. Quigg, L. Eckley, M. Bellis, L. Jones, A. Calafat, M. Kosir and N. van Hasselt (2011). "Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention." Addiction **106 Suppl 1**: 37-46.

Inkelis, S. M., B. P. Hasler and F. C. Baker (2020). "Sleep and Alcohol Use in Women." Alcohol Res **40**(2): 13.

Jackson, K. M. and K. J. Sher (2003). "Alcohol use disorders and psychological distress: a prospective state-trait analysis." J Abnorm Psychol **112**(4): 599-613.

Jane-Llopis, E. and I. Matytsina (2006). "Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs." Drug Alcohol Rev **25**(6): 515-536.

Janson, C., E. Lindberg, T. Gislason, A. Elmasry and G. Boman (2001). "Insomnia in men-a 10-year prospective population based study." Sleep **24**(4): 425-430.

Kandel, D. B., F. Y. Huang and M. Davies (2001). "Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes." Drug Alcohol Depend **64**(2): 233-241.

Kaplow, J. B., P. J. Curran, A. Angold and E. J. Costello (2001). "The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use." J Clin Child Psychol **30**(3): 316-326.

Karanikola, M. N., M. Giannakopoulou, M. Kalafati, C. P. Kaite, E. Patiraki, M. Mpouzika, E. E. Papathanassoglou and N. Middleton (2016). "Anxiety symptoms and quality of interaction among oncology nurses: a correlational, cross-sectional study." Rev Esc Enferm USP **50**(5): 800-807.

Karriker-Jaffe, K. J., H. Ohlsson, K. S. Kendler, W. K. Cook and K. Sundquist (2018). "Alcohol Availability and Onset and Recurrence of Alcohol Use Disorder: Examination in a Longitudinal Cohort with Cosibling Analysis." Alcohol Clin Exp Res **42**(6): 1105-1112.

Katsigiannopoulos, K., Stiga, M., Nikolaou, K., Theodorides, N., Kazantzidou, E., Georganaki, A., Kioseoglou, V., Alagiozidou, E., Sgourou, K., Dyntsikou, D., Papazisis, G., Rongotis, C. (2020). "Depression in addicted patients in different therapeutic units in greece." European Psychiatry **22**(1).

Katz, D. A. and C. A. McHorney (1998). "Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness." Arch Intern Med **158**(10): 1099-1107.

Kelly, A. B., J. W. Toumbourou, M. O'Flaherty, G. C. Patton, R. Homel, J. P. Connor and J. Williams (2011). "Family relationship quality and early alcohol use: evidence for gender-specific risk processes." J Stud Alcohol Drugs **72**(3): 399-407.

Kendler, K. S., A. C. Heath, M. C. Neale, R. C. Kessler and L. J. Eaves (1993). "Alcoholism and major depression in women. A twin study of the causes of comorbidity." Arch Gen Psychiatry **50**(9): 690-698.

Kessler, R. C., R. M. Crum, L. A. Warner, C. B. Nelson, J. Schulenberg and J. C. Anthony (1997). "Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey." Arch Gen Psychiatry **54**(4): 313-321.

Kuntsche, E., von Fischer, M., Gmel, G (2008). "Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives." Personality and Individual Differences **45**(8): 796-800.

- Kushner, M. G. (1996). "Relationship between alcohol problems and anxiety disorders." Am J Psychiatry **153**(1): 139-140.
- Kushner, M. G., K. Abrams and C. Borchardt (2000). "The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings." Clin Psychol Rev **20**(2): 149-171.
- Kushner, M. G., K. J. Sher and D. J. Erickson (1999). "Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders." Am J Psychiatry **156**(5): 723-732.
- Laconi, S., Vigouroux, M., Lafuente, C., & Chabrol, H. (2017). "Problematic Internet Use, Psychopathology, Personality, Defense and Coping." Computers in Human Behavior **73**: 47-54.
- Laurent, J., S. J. Catanzaro and M. K. Callan (1997). "Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences: a replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model." J Stud Alcohol **58**(6): 644-651.
- Laxer, R. M. (1964). "Relation of Real Self-Rating to Mood and Blame and Their Interaction in Depression." J Consult Psychol **28**: 538-546.
- Lazarus, R. S. (1998). Coping Theory and Research: past, present, and future. Fifty Years of the Research of R. S. Lazarus New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Le Berre, A. P. (2019). "Emotional processing and social cognition in alcohol use disorder." Neuropsychology **33**(6): 808-821.
- Liappas, J., T. Paparrigopoulos, E. Tzavellas and G. Christodoulou (2002). "Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms." Drug Alcohol Depend **68**(2): 215-220.
- Litman, G. K., J. R. Eiser, N. S. Rawson and A. N. Oppenheim (1979). "Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors." Behav Res Ther **17**(2): 89-94.
- Litman, G. K., J. Stapleton, A. N. Oppenheim, M. Peleg and P. Jackson (1984). "The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival." Br J Addict **79**(3): 283-291.
- Lundin, A., M. Backhans and T. Hemmingsson (2012). "Unemployment and hospitalization owing to an alcohol-related diagnosis among middle-aged men in Sweden." Alcohol Clin Exp Res **36**(4): 663-669.
- Luo, X., H. R. Kranzler, L. Zuo, S. Wang, N. J. Schork and J. Gelernter (2006). "Diplotype trend regression analysis of the ADH gene cluster and the ALDH2 gene: multiple significant associations with alcohol dependence." Am J Hum Genet **78**(6): 973-987.
- Lykouras, L., P. Oulis, D. Adracha, E. Daskalopoulou, N. Kalfakis, N. Triantaphyllou, K. Papageorgiou and G. N. Christodoulou (1998). "Beck Depression Inventory in the detection of depression among neurological inpatients." Psychopathology **31**(4): 213-219.
- Lynskey, M. T. (1998). "The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications." Drug Alcohol Depend **52**(3): 201-209.
- Macgregor, S., P. A. Lind, K. K. Bucholz, N. K. Hansell, P. A. Madden, M. M. Richter, G. W. Montgomery, N. G. Martin, A. C. Heath and J. B. Whitfield (2009). "Associations of ADH and

ALDH2 gene variation with self report alcohol reactions, consumption and dependence: an integrated analysis." Hum Mol Genet **18**(3): 580-593.

Madden, C., E. Hinton, C. P. Holman, S. Mountjouris and N. King (1995). "Factors associated with coping in persons undergoing alcohol and drug detoxification." Drug Alcohol Depend **38**(3): 229-235.

Mahmoud, J. S., R. Staten, L. A. Hall and T. A. Lennie (2012). "The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles." Issues Ment Health Nurs **33**(3): 149-156.

Maldonado, J. R., Y. Sher, J. F. Ashouri, K. Hills-Evans, H. Swendsen, S. Lolak and A. C. Miller (2014). "The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome." Alcohol **48**(4): 375-390.

Martin, R. and E. Dahlen (2005). "Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger." Personality and Individual Differences **39**(7): 1249-1260.

Masse, L. C. and R. E. Tremblay (1997). "Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence." Arch Gen Psychiatry **54**(1): 62-68.

McEachin, R. C., B. J. Keller, E. F. Saunders and M. G. McInnis (2008). "Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach." BioData Min **1**(1): 2.

McIntosh, C., Ritson, B. (2001). "Treating depression complicated by substance misuse." Advances in Psychiatry Treatment **7**(5): 357-364.

Merikangas, K. R. and A. Kalaydjian (2007). "Magnitude and impact of comorbidity of mental disorders from epidemiologic surveys." Curr Opin Psychiatry **20**(4): 353-358.

Merikangas, K. R., R. L. Mehta, B. E. Molnar, E. E. Walters, J. D. Swendsen, S. Aguilar-Gaziola, R. Bijl, G. Borges, J. J. Caraveo-Anduaga, D. J. DeWit, B. Kolody, W. A. Vega, H. U. Wittchen and R. C. Kessler (1998). "Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology." Addict Behav **23**(6): 893-907.

Morin, C. M., R. A. Kowatch and J. B. Wade (1989). "Behavioral management of sleep disturbances secondary to chronic pain." J Behav Ther Exp Psychiatry **20**(4): 295-302.

Morin, C. M., S. Rodrigue and H. Ivers (2003). "Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia." Psychosom Med **65**(2): 259-267.

Mourikis, I., M. Antoniou, E. Matsouka, E. Vousoura, C. Tzavara, C. Ekizoglou, G. N. Papadimitriou, N. Vaidakis and I. M. Zervas (2015). "Anxiety and depression among Greek men with primary erectile dysfunction and premature ejaculation." Ann Gen Psychiatry **14**: 34.
Moussas, G., G. Dandouti, A. Botsis and L. Lykouras (2006). "Coping styles of type I and type II alcohol-dependent men undergoing treatment." Compr Psychiatry **47**(1): 63-68.

Mulder, R. T. (2002). "Alcoholism and personality." Aust N Z J Psychiatry **36**(1): 44-52.

Mystakidou, K., E. Tsilika, E. Parpa, V. Smyrniotis, A. Galanos and L. Vlahos (2007). "Beck Depression Inventory: exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients." Eur J Cancer Care (Engl) **16**(3): 244-250.

Noble, E. P. (2000). "Addiction and its reward process through polymorphisms of the D2 dopamine receptor gene: a review." Eur Psychiatry **15**(2): 79-89.

Nutt, D. J., L. A. King, L. D. Phillips and D. Independent Scientific Committee on (2010). "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis." Lancet **376**(9752): 1558-1565.

Olvera, R. L., C. E. Bearden, D. I. Velligan, L. Almasry, M. A. Carless, J. E. Curran, D. E. Williamson, R. Duggirala, J. Blangero and D. C. Glahn (2011). "Common genetic influences on depression, alcohol, and substance use disorders in Mexican-American families." Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet **156B**(5): 561-568.

Paparrigopoulos, T., J. Liappas, E. Tzavellas and C. Soldatos (2007). "Coping styles of alcohol-dependent individuals: Comparison with depressed patients and controls." Social Behavior and Personality: An international journal **35**(5): 599-614.

Parpa, E., E. Tsilika, A. Galanos, M. Nikoloudi and K. Mystakidou (2019). "Depression as mediator and or moderator on the relationship between hopelessness and patients' desire for hastened death." Support Care Cancer **27**(11): 4353-4358.

Pillai, V., T. Roth, H. M. Mullins and C. L. Drake (2014). "Moderators and mediators of the relationship between stress and insomnia: stressor chronicity, cognitive intrusion, and coping." Sleep **37**(7): 1199-1208.

Plutchik, R. (1980). A General Psychoevolutionary Theory of Emotion Emotion. Theory, Research, and Experience. New York, Academic Press. **Theories of Emotion**.

Plutchik, R. (1982). "A psychoevolutionary theory of emotions." Social Science Information **21**(4-5): 529-553.

Plutchik, R. (1988). Emotions and Psychopathology. New York, Springer Science and Business.

Plutchik, R. (1988). The nature of emotion: Clinical implications. Emotions and psychopathology. M. Clynes and J. Panksepp. Boston, Springer: 326.

Plutchik, R. (1989). Measuring emotions and their derivatives. Emotion: Theory, research, and experience. The measurement of emotions. **4**: 1-35.

Plutchik, R. (1990). Emotion, psychopathology and psychotherapy. Emotion: Theory, research and experience. R. Plutchik and H. Kellerman. San Diego, California, Academic Press Limited. **5**.

Plutchik, R. (2000). Emotions, Deception, Ego Defenses, and Coping Styles. Emotions in the Practice of Psychotherapy: Clinical Implications of Affect Theories. Washington, DC, American Psychological Association.

Plutchik, R., Conte, H. R. (1997). Circumplex Models of Personality and Emotions. Washington, DC, American Psychological Association.

Plutchik, R., Kellerman, H. (1989). Measuring Emotions and their Derivatives. Emotion, Theory, Research, and Experience. California, Academic Press. **The Measurement of Emotions**.

Potamianos, G., D. M. Gorman, S. W. Duffy and T. J. Peters (1984). "The use of the Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) on a sample of problem drinkers presenting at a district general hospital." Alcohol **1**(6): 441-445.

Pulkkinen, L. and T. Pitkanen (1994). "A prospective study of the precursors to problem drinking in young adulthood." J Stud Alcohol **55**(5): 578-587.

R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria.

Raftery, D., P. J. Kelly, F. P. Deane, A. L. Baker, I. Ingram, M. C. W. Goh, D. I. Lubman, G. Carter, A. Turner, O. M. Dean, B. L. Sinclair and R. McKetin (2020). "Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature." Addict Behav **111**: 106549.

Rehm, J., P. Anderson, J. Barry, P. Dimitrov, Z. Elekes, F. Feijao, U. Frick, A. Gual, G. Gmel, Jr., L. Kraus, S. Marmet, J. Raninen, M. X. Rehm, E. Scafato, K. D. Shield, M. Trapencieris and G. Gmel (2015). "Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe." Eur Addict Res **21**(1): 6-18.

Ribadier, A. and I. Varescon (2019). "Anxiety and depression in alcohol use disorder individuals: the role of personality and coping strategies." Subst Use Misuse **54**(9): 1475-1484.
Roehrs, T. and T. Roth (2018). "Insomnia as a path to alcoholism: tolerance development and dose escalation." Sleep **41**(8).

Rim, Y. (1987). "A comparative study of two taxonomies of coping styles, personality and sex." Personality and Individual Differences **8**(4): 521-526.

Rim, Y. (1993). "Happiness and coping styles." Personality and Individual Differences **14**(4): 617-618.

Rosenstrom, T., F. A. Torvik, E. Ystrom, N. O. Czajkowski, N. A. Gillespie, S. H. Aggen, R. F. Krueger, K. S. Kendler and T. Reichborn-Kjennerud (2018). "Prediction of alcohol use disorder using personality disorder traits: a twin study." Addiction **113**(1): 15-24.

Rutledge, P. C. and K. J. Sher (2001). "Heavy drinking from the freshman year into early young adulthood: the roles of stress, tension-reduction drinking motives, gender and personality." J Stud Alcohol **62**(4): 457-466.

Sadeh, A., G. Keinan and K. Daon (2004). "Effects of stress on sleep: the moderating role of coping style." Health Psychol **23**(5): 542-545.

Sale, E., S. Sambrano, J. F. Springer and C. W. Turner (2003). "Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model." J Drug Educ **33**(1): 91-105.

Saunders, J., Conigrave, K., Latt, N., Nutt, D., Marshall, J., Ling, W., Higuchi, S. (2016). Addiction Medicine (Oxford Specialist Handbooks). New York, Oxford University Press.

Savage, J. E., J. Kaprio, T. Korhonen, L. Pulkkinen, R. J. Rose, B. Verhulst and D. M. Dick (2016). "The effects of social anxiety on alcohol and cigarette use across adolescence: Results from a longitudinal twin study in Finland." Psychol Addict Behav **30**(4): 462-474.

Schellekens, A. F., B. Franke, B. Ellenbroek, A. Cools, C. A. de Jong, J. K. Buitelaar and R. J. Verkes (2012). "Reduced dopamine receptor sensitivity as an intermediate phenotype in alcohol dependence and the role of the COMT Val158Met and DRD2 Taq1A genotypes." Arch Gen Psychiatry **69**(4): 339-348.

Schneider, U., A. Altmann, M. Baumann, J. Bernzen, B. Bertz, U. Bimber, T. Broese, A. Broocks, W. Burtscheidt, K. F. Cimander, P. Degkwitz, M. Driessen, H. Ehrenreich, E. Fischbach, H. Folkerts, H. Frank, D. Gurth, U. Havemann-Reinecke, W. Heber, J. Heuer, A. Hingsammer, S. Jacobs, H. Krampe, W. Lange, T. Lay, M. Leimbach, M. R. Lemke, M. Leweke, A. Mangholz, W. Massing, R. Meyenberg, J. Porzig, T. Quattert, C. Redner, G. Ritzel, J. D. Rollnik, R. Sauvageoll, D. Schlafke, G. Schmid, H. Schroder, U. Schwichtenberg, D. Schwoon, J. Seifert, I. Sickelmann, C. F. Sieveking, C. Spiess, H. H. Stiegemann, R. Stracke, H. D. Straetgen, P. Subkowski, R. Thomasius, H. Tretzel, L. J. Verner, J. Vitens, T. Wagner, S. Weirich, I. Weiss, T. Wendorff, T. Wetterling, B. Wiese and J. Wittfoot (2001). "Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany." Alcohol Alcohol **36**(3): 219-223.

Schuckit, M. A. (1996). "Alcohol, Anxiety, and Depressive Disorders." Alcohol Health Res World **20**(2): 81-85.

Schuckit, M. A. and V. Hesselbrock (1994). "Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship?" Am J Psychiatry **151**(12): 1723-1734.

Schuckit, M. A., M. Irwin and S. A. Brown (1990). "The history of anxiety symptoms among 171 primary alcoholics." J Stud Alcohol **51**(1): 34-41.

Sellman, J. D. and P. R. Joyce (1996). "Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence?" Aust N Z J Psychiatry **30**(5): 573-578.

Serretti, A., I. Liappas, L. Mandelli, D. Albani, G. Forloni, P. Malitas, C. Piperi, A. Politis, E. O. Tzavellas, Z. Papadopoulou-Daifoti, A. Zisaki, F. Prato, S. Batelli, L. Polito, D. De Ronchi and A. Kalofoutis (2009). "TPH2 gene variants and anxiety during alcohol detoxification outcome." Psychiatry Res **167**(1-2): 106-114.

Shao, R., P. He, B. Ling, L. Tan, L. Xu, Y. Hou, L. Kong and Y. Yang (2020). "Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students." BMC Psychol **8**(1): 38.

Sher, K. J., E. R. Grekin and N. A. Williams (2005). "The development of alcohol use disorders." Annu Rev Clin Psychol **1**: 493-523.

Sjoholm, L. K., L. Kovanen, S. T. Saarikoski, M. Schalling, C. Lavebratt and T. Partonen (2010). "CLOCK is suggested to associate with comorbid alcohol use and depressive disorders." J Circadian Rhythms **8**: 1.

Sliedrecht, W., R. de Waart, K. Witkiewitz and H. G. Roozen (2019). "Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review." Psychiatry Res **278**: 97-115.

Snyder, C. R. (1999). Coping: The psychology of what works. New York, Oxford University Press.

Soldatos, C. R., D. G. Dikeos and T. J. Paparrigopoulos (2000). "Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria." J Psychosom Res **48**(6): 555-560.

- Soldatos, C. R., D. G. Dikeos and T. J. Paparrigopoulos (2003). "The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale." J Psychosom Res **55**(3): 263-267.
- Soyka, M., U. W. Preuss, V. Hesselbrock, P. Zill, G. Koller and B. Bondy (2008). "GABA-A2 receptor subunit gene (GABRA2) polymorphisms and risk for alcohol dependence." J Psychiatr Res **42**(3): 184-191.
- Spangenberg, J. J., Campbell, M. E. (1999). "Anxiety, depression and coping strategies in recently detoxified alcoholics." Alcoholism Treatment Quarterly **17**(3).
- Stein, M. D. and P. D. Friedmann (2005). "Disturbed sleep and its relationship to alcohol use." Subst Abus **26**(1): 1-13.
- Stockwell, T., R. Hodgson, G. Edwards, C. Taylor and H. Rankin (1979). "The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence." Br J Addict Alcohol Other Drugs **74**(1): 79-87.
- Stockwell, T., D. Murphy and R. Hodgson (1983). "The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity." Br J Addict **78**(2): 145-155.
- Stockwell, T., P. Smail, R. Hodgson and S. Canter (1984). "Alcohol dependence and phobic anxiety states. II. A retrospective study." Br J Psychiatry **144**: 58-63.
- Sullivan, L. E., D. A. Fiellin and P. G. O'Connor (2005). "The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review." Am J Med **118**(4): 330-341.
- Swendsen, J. D. and K. R. Merikangas (2000). "The comorbidity of depression and substance use disorders." Clin Psychol Rev **20**(2): 173-189.
- Terra, M. B., I. Figueira and H. M. Barros (2004). "Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients." Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo **59**(4): 187-192.
- Thakkar, M. M., R. Sharma and P. Sahota (2015). "Alcohol disrupts sleep homeostasis." Alcohol **49**(4): 299-310.
- Tomkins, S., L. Saburova, N. Kiryanov, E. Andreev, M. McKee, V. Shkolnikov and D. A. Leon (2007). "Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25-54 years in Izhevsk, Russia." Addiction **102**(4): 544-553.
- Turner, S., N. Mota, J. Bolton and J. Sareen (2018). "Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature." Depress Anxiety **35**(9): 851-860.
- van der Vorst, H., R. C. Engels, W. Meeus and M. Dekovic (2006). "The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior." J Child Psychol Psychiatry **47**(12): 1299-1306.
- van Oers, J. A., I. M. Bongers, L. A. van de Goor and H. F. Garretsen (1999). "Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status." Alcohol Alcohol **34**(1): 78-88.
- Verhulst, B., M. C. Neale and K. S. Kendler (2015). "The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies." Psychol Med **45**(5): 1061-1072.

- Vitiello, M. V. (1997). "Sleep, alcohol and alcohol abuse." Addict Biol **2**(2): 151-158.
- von Knorring, L., A. L. von Knorring, L. Smigan, U. Lindberg and M. Edholm (1987). "Personality traits in subtypes of alcoholics." J Stud Alcohol **48**(6): 523-527.
- Walter, M., J. G. Gunderson, M. C. Zanarini, C. A. Sanislow, C. M. Grilo, T. H. McGlashan, L. C. Morey, S. Yen, R. L. Stout and A. E. Skodol (2009). "New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study." Addiction **104**(1): 97-103.
- Wang, J. C., A. L. Hinrichs, H. Stock, J. Budde, R. Allen, S. Bertelsen, J. M. Kwon, W. Wu, D. M. Dick, J. Rice, K. Jones, J. I. Nurnberger, Jr., J. Tischfield, B. Porjesz, H. J. Edenberg, V. Hesselbrock, R. Crowe, M. Schuckit, H. Begleiter, T. Reich, A. M. Goate and L. J. Bierut (2004). "Evidence of common and specific genetic effects: association of the muscarinic acetylcholine receptor M2 (CHRM2) gene with alcohol dependence and major depressive syndrome." Hum Mol Genet **13**(17): 1903-1911.
- Whatley, S. L., A. C. Foreman and S. Richards (1998). "The relationship of coping style to dysphoria, anxiety, and anger." Psychol Rep **83**(3 Pt 1): 783-791.
- Willinger, U., E. Lenzinger, K. Hornik, G. Fischer, G. Schonbeck, H. N. Aschauer, K. Meszaros and g. European fluvoxamine in alcoholism study (2002). "Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients." Alcohol Alcohol **37**(6): 609-612.
- Woodhead, E. L., R. C. Cronkite, R. H. Moos and C. Timko (2014). "Coping strategies predictive of adverse outcomes among community adults." J Clin Psychol **70**(12): 1183-1195.
- World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organization.
- Zeidner, M., Endler, N. S. (1996). Handbook of Coping. Theory, Research, Applications. New York, John Willey
- Zhou, H., R. Polimanti, B. Z. Yang, Q. Wang, S. Han, R. Sherva, Y. Z. Nunez, H. Zhao, L. A. Farrer, H. R. Kranzler and J. Gelernter (2017). "Genetic Risk Variants Associated With Comorbid Alcohol Dependence and Major Depression." JAMA Psychiatry **74**(12): 1234-1241.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Skinner, E. A. (2016). "The development of coping and regulation: Implications for psychopathology and resilience." Developmental Psychopathology **4**: 485-544.
- Καφετζόπουλος, Ε. (2019). Παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση. Οι εξαρτήσεις. Π. Ε. Κρήτης. Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης: 41-62.
- Μαρσέλος, Μ. (2019). Εισαγωγή. Οι εξαρτήσεις. Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2019). Διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα της εξάρτησης. Οι εξαρτήσεις. Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Παπαρρηγόπουλος, Θ., Κόκρας, Ν. (2019). Αλκοόλ. Οι εξαρτήσεις. Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης: 75-86.