

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση άγχους και κατάθλιψης σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ατόμων εξαρτημένων από ουσίες, τα οποία ζήτησαν βοήθεια από το Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης Τοξικομανών. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Για τη διεξαγωγή της έρευνας θεωρήθηκε ως καταλληλότερη η ποσοτική μέθοδος. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 79 άτομα, εξαρτημένα από ουσίες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, η κλίμακα μέτρησης του άγχους του Spielberger και η κλίμακα κατάθλιψης του A.T. Beck. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Οι αντίστοιχες επαγωγικές αναλύσεις έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το άγχος και την κατάθλιψη των υποκειμένων σε σχέση με το φύλο τους, τις ηλικιακές ομάδες που ανήκαν, την οικογενειακή τους κατάσταση και κυρίως το στάδιο θεραπείας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Φάνηκε ότι το Πρόγραμμα Ψυχικής Απεξάρτησης Τοξικομανών μπορεί να διαχειριστεί το αίτημα του εξαρτημένου από ουσίες ατόμου, να αντιμετωπίσει τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη.

Σε κάθε κοινωνία, η χρήση αλλά και ο τρόπος χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών αποτελούσε συστατικό στοιχείο οργάνωσης της κοινωνικής ζωής. Είχε πάντα ένα ιδιαίτερο κοινωνικό και πολιτιστικό νόημα, το οποίο προσδιόριζε και τον ειδικό ρόλο που διαδραμάτιζε η συγκεκριμένη ουσία στη ζωή των ανθρώπων αυτής της κοινωνίας.¹

Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ του κοινωνικού, πολιτιστικού περιβάλλοντος και των προβλημάτων της υγείας βρίσκει την πλέον χαρακτηριστική της έκφραση στην περίπτωση των νόσων που συσχετίζονται με την εξάρτηση από ουσίες. Είναι γνωστό ότι κοινωνικές συνθήκες δημιουργούν κοινωνικά προβλήματα ή καταστάσεις, τις οποίες οι παλαιότεροι κοινωνιολόγοι αποκαλούσαν κοινωνική παθολογία, όπως είναι ο αλκοολισμός και η εξάρτηση από άλλες ουσίες. Μέσα από αμοιβαίους μηχανισμούς, δηλαδή μια παραβατική συμπεριφορά εφήβων και νεαρών ενηλίκων, μπορεί να

επεκταθεί στη χρήση ουσιών, ενώ από την άλλη πλευρά, η χρήση ουσιών ενδέχεται να οδηγήσει σε παραβατική συμπεριφορά.²

Στη σύγχρονη κοινωνία, η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σοβαρό διεθνές πρόβλημα, που αφορά τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες του πλανήτη. Ο λόγος είναι ότι η χρήση/κατάχρηση των ουσιών έχει ως επακόλουθο πλήθος προβλημάτων σχετιζόμενων τόσο με την άμεση υγεία των χρηστών, όσο και με τον οικογενειακό, τον εργασιακό και τον ευρύτερο κοινωνικό τους χώρο.³ Το πρόβλημα των εξαρτήσεων εξακολουθεί να είναι μείζον για τη χώρα μας, με αμείωτη τη χρήση, αλλά και τους αντίστοιχους θανάτους που καταγράφονται από τη χρήση ουσιών. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη για εξάπλωση των δράσεων κατά των ναρκωτικών και του οίονοπνεύματος, δράσεις που

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(1):36-44
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(1):36-44

Κ. Θανοπούλου,¹
Ε. Καμπά,²
Μ. Τσιρώνη,¹
Σ. Τζιαφέρη,¹
Σ. Παπαπέτρου,¹
Β. Αλικάρη,¹
Σ. Ζυγά¹

¹Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

Investigation of anxiety and depression among individuals addicted to substances

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Εξάρτηση
Θεραπεία της εξάρτησης
Θεραπευτική κοινότητα
Κατάχρηση ουσιών
Συν-νοσηρότητα

Υποβλήθηκε 30.6.2014

Εγκρίθηκε 16.7.2014

στοχεύουν τόσο στη θεραπεία όσο και στην πρόληψη.² Έρευνα που διεξήχθη από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) το 2004 και περιλάμβανε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού, ηλικίας 16–64 ετών, έδειξε ότι κατά το χρονικό διάστημα 1984–2004 διπλασιάστηκε ο αριθμός των ατόμων που ανέφεραν χρήση παράνομων ουσιών, έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, από 4% στο 8,6%. Ωστόσο, τα υψηλότερα ποσοστά στη διάρκεια της εικοσαετίας καταγράφηκαν το 1998, οπότε το ποσοστό της επικράτησης της χρήσης ανήλθε στο 12,2%.⁴

Η αναγνώριση δύο ταυτόχρονων διαταραχών σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι ένα από τα σημαντικότερα κλινικά επιτεύγματα των τελευταίων χρόνων. Εξειδικευμένες έρευνες τεκμηρίωσαν την υψηλή συν-νοσηρότητα της κατάχρησης ουσιών με άλλες ψυχικές διαταραχές.⁵ Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν καταφανώς ότι ο επιπολασμός συναισθηματικών διαταραχών, περιλαμβανομένης της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής, εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό στις εξαρτήσεις από ουσίες.⁶

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης ατόμων εξαρτημένων από ουσίες, τα οποία ζήτησαν βοήθεια από το πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης στα τρία στάδια της θεραπείας: (α) Όταν προσέρχονταν για θεραπεία, (β) κατά τη διάρκεια της θεραπείας και (γ) κατά τη διάρκεια της επανένταξης.

Σε σχέση με το σκοπό της ερευνητικής μελέτης, τα αντίστοιχα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, σε σχέση με το στάδιο θεραπείας κατά την έναρξη της θεραπείας, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και κατά τη διάρκεια της επανένταξης;
- Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, σε σχέση με το φύλο τους;
- Ποιος είναι ο βαθμός στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, όταν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα ζητήσουν βοήθεια από ένα εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, σε σχέση με την ηλικία τους;

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πληθυσμός της μελέτης

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 79 άτομα, εξαρτημένα

από ουσίες, τα οποία ζήτησαν βοήθεια από το πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης από τοξικές ουσίες σε κέντρο απεξάρτησης του νομού Αττικής. Κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στη μελέτη ήταν η διάγνωση της τοξικοεξάρτησης και η καλή γνώση/χρήση της ελληνικής γλώσσας. Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ενημερώνονταν από τους ερευνητές προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνο τα άτομα που έδωσαν την προφορική συγκατάθεσή τους για συμμετοχή. Η έρευνα διεξήχθη το Σεπτέμβριο–Δεκέμβριο του 2013.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων. Το πρώτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιείχε 7 συνολικά ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων.

Δόθηκε έγκριση διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.

Αξιολόγηση ψυχικής υγείας

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες (ψυχομετρικά εργαλεία): (α) Η κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, 1987)⁷ και (β) η κλίμακα κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI, 1961).⁸ Η κλίμακα μέτρησης άγχους του Spielberger είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 συνολικά θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας στο κάθε θέμα (καθόλου, κάπως, μέτρια, πάρα πολύ). Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν στο πώς αισθάνεται κάποιος τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση), ενώ τα υπόλοιπα 20 θέματα (21–40) απαντώνται με βάση το πώς αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Έτσι, στο ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger (STAI) διαχωρίζεται το άγχος ως κατάσταση (state) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait). Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε τετράβαθμη κλίμακα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου αυτοαναφερόμενου άγχους. Η κλίμακα προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Mystakidou et al και έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.⁹ Η κλίμακα κατάθλιψης του A.T. Beck (Beck Depression Inventory, BDI)⁸ περιλαμβάνει 21 θέματα, το καθένα από τα οποία, ανάλογα με τη σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (0–3). Τα θέματα αφορούν στη θλίψη (λύπη), στην απαισιοδοξία, στην αποθάρρυνση, στο αίσθημα αποτυχίας, στην έλλειψη ικανοποίησης, στην ενοχή, στην προσδοκία τιμωρίας, στην απέχθεια προς τον εαυτό, στην αυτομορφή, στις ιδέες αυτοκτονίας, στο κλάμα, στην ευερεθιστότητα, στην κοινωνική απόσυρση, στην αναποφασιστικότητα, στην εικόνα του σώματος, στην εργασιακή επιβράδυνση, στην αϋπνία, στην εύκολη κόπωση, στην ανορεξία, στην απώλεια βάρους, στη σωματική ενασχόληση, στην απώλεια της libido. Η κλίμακα προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Mystakidou et al και έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.¹⁰

Στατιστική ανάλυση

Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 , ενώ ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Για τη στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται ορισμένα γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και το στάδιο θεραπείας στο οποίο βρίσκονταν τα άτομα την περίοδο της μελέτης.

Σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης των ατόμων, φάνηκε ότι η πλειοψηφία (51,9%) ήταν σε «αρχή κατάθλιψης». Σχετικά με τα επίπεδα άγχους των ατόμων φάνηκε ότι η πλειοψηφία (79,7%) των ατόμων βίωνε το άγχος ως κατά-

σταση (state), ενώ μεγάλο ποσοστό (89,9%) βίωνε το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait). Σχετικά αποτελέσματα παρατίθενται στον πίνακα 2.

Συσχετίσεις

Σε σχέση με το στάδιο της θεραπείας

Όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και του σταδίου θεραπείας των υποκειμένων, φάνηκε ότι από το 51,9% των ατόμων με εξάρτηση από ουσίες που βρίσκονταν σε «αρχή κατάθλιψης», το 14,6% βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 39,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ το 46,3% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης. Επίσης, από το 41,8% των ατόμων που τελούσαν σε «κατάθλιψη», το 42,4% βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 36,4% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το 21,2% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης. Σε αντίθεση με τα παραπάνω,

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης.

	Συχνότητα (n=79)	Ποσοστό (%)	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Έως 30 ετών	21	26,6	26,6	26,6
31-40 ετών	54	68,4	68,4	94,9
>40 ετών	4	5,1	5,1	100,0
Άνδρας	48	60,8	60,8	60,8
Γυναίκα	31	39,2	39,2	100,0
Απόφοιτος Δημοτικού		5,1	5,1	5,1
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	19,0	19,0	24,1
Απόφοιτος Λυκείου	47	59,5	59,5	83,5
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ/μεταπτυχιακά	13	16,5	16,5	100,0
Άγαμος(η)	70	88,6	88,6	88,6
Έγγαμος(η)	4	5,1	5,1	93,7
Διαζευγμένος(η)	5	6,3	6,3	100,0
Χήρος(α)				
Άνεργος(η)	57	72,2	72,2	72,2
Ιδιωτικός υπάλληλος	14	17,7	17,7	89,9
Δημόσιος υπάλληλος	2	2,5	2,5	92,4
Ελεύθερος επαγγελματίας	4	5,1	5,1	97,5
Φοιτητής(τρια)	1	1,3	1,3	98,7
Άλλο	1	1,3	1,3	100,0
Έναρξη θεραπείας	20	25,3	25,3	25,3
Κατά τη διάρκεια της θεραπείας	29	36,7	36,7	62,0
Στην επανένταξη	30	38,0	38,0	100,0
Σύνολο	79	100,0	100,0	

Πίνακας 2. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων άγχους (ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) και κατάθλιψης.

		n=79	%	Σχετικό ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ως κατάσταση	Χαμηλός βαθμός	4	5,1	5,1	5,1
	Μέτριος βαθμός	63	79,7	79,7	84,8
	Υψηλός βαθμός	12	15,2	15,2	100,0
Ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	Χαμηλός βαθμός	4	5,1	5,1	5,1
	Μέτριος βαθμός	71	89,9	89,9	94,9
	Υψηλός βαθμός	4	5,1	5,1	100,0
Κατάθλιψη	Καθόλου κατάθλιψη	5	6,3	6,3	6,3
	Αρχή κατάθλιψης	41	51,9	51,9	58,2
	Ύπαρξη κατάθλιψης	33	41,8	41,8	100,0
	Σύνολο	79	100,0	100,0	

από το 6,3% των ατόμων που δεν εμφάνιζαν «κατάθλιψη», μηδενικό ποσοστό βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 20,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ το 80,0% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης (πίν. 3).

Ως προς τη σχέση άγχους ως κατάσταση και σταδίου θεραπείας φάνηκε ότι από το 79,7% των ατόμων που παρουσίαζαν «μέτριο βαθμό» άγχους, το 27,0% βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 31,7% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ το 41,3% βρισκόταν στη φάση

της επανένταξης. Επίσης, από το 41,8% των ατόμων που παρουσίαζαν «υψηλό βαθμό» άγχους, το 25,0% βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 58,3% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ το 16,7% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 6,3% των ατόμων που παρουσίαζαν «χαμηλό βαθμό» άγχους, μηδενικό ποσοστό βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 50,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το 50,0% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης (πίν. 4).

Πίνακας 3. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων κατάθλιψης σε σχέση με το στάδιο θεραπείας των υποκειμένων.

	Έναρξη θεραπείας			Κατά τη διάρκεια			Επανένταξη			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**
Καθόλου κατάθλιψη	–	–	–	1	20	3,4	4	80	13,3	5	100	6,3
Αρχή κατάθλιψης	6	14,6	30	16	39	55,2	19	46,3	63,3	41	100	51,9
Ύπαρξη κατάθλιψης	14	42,4	70	12	36,4	41,4	7	21,2	23,3	33	100	41,8
Σύνολο	20	25,3	100	29	36,7	100	30	38	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=12,8-DF=4 - p<0,05$

* Σχετική συχνότητα, ** Αθροιστική συχνότητα

Πίνακας 4. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων άγχους ως κατάσταση σε σχέση με το στάδιο της θεραπείας των υποκειμένων.

	Έναρξη θεραπείας			Κατά τη διάρκεια			Επανένταξη			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**
Χαμηλός βαθμός	–	–	–	2	50	6,9	2	50	6,7	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	17	27	85	20	31,7	69	26	41,3	86,7	63	100	79,7
Υψηλός βαθμός	3	25	15	7	58,3	24,1	2	16,7	6,7	12	100	15,2
Σύνολο	20	25,3	100	29	36,7	100	30	38	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=4,9-DF=4 - p<0,05$

* Σχετική συχνότητα, ** Αθροιστική συχνότητα

Ως προς τη σχέση του άγχους ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας και του σταδίου θεραπείας, φάνηκε ότι από το 89,7% των ατόμων που παρουσίαζαν «μέτριο βαθμό» άγχους, το 26,8% βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 35,2% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το 38,0% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης. Επίσης, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «υψηλό βαθμό» άγχους, το 25,0% βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 50,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το 25,0% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «χαμηλό βαθμό» άγχους, μηδενικό ποσοστό βρισκόταν στην αρχή της θεραπείας, το 50,0% βρισκόταν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και το 50,0% βρισκόταν στη φάση της επανένταξης (πίν. 5).

Σε σχέση με το φύλο

Όσον αφορά στο άγχος ως κατάσταση, από το 79,7%

των ατόμων που παρουσίαζαν «μέτριο βαθμό» άγχους, τα 38 άτομα (ποσοστό 60,3%) ήταν άνδρες και τα 25 άτομα (39,7%) ήταν γυναίκες. Επίσης, από το 15,2% των ατόμων που παρουσίαζαν «υψηλό βαθμό» άγχους, τα 6 άτομα (ποσοστό 50,0%) ήταν άνδρες και τα 6 άτομα (50,0%) ήταν γυναίκες. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «χαμηλό βαθμό» άγχους, και τα 4 άτομα (100%) ήταν άνδρες. Όσον αφορά στο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, από το 89,7% των ατόμων που παρουσίαζαν «μέτριο βαθμό» άγχους, τα 42 άτομα (59,2%) ήταν άνδρες και τα 29 άτομα (40,8%) ήταν γυναίκες. Επίσης, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «υψηλό βαθμό» άγχους, τα 2 άτομα (50%) ήταν άνδρες και τα άλλα 2 άτομα (50,0%) ήταν γυναίκες. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «χαμηλό βαθμό» άγχους, και τα 4 από αυτά (100%) ήταν άνδρες (πίν. 6).

Από το 51,9% των ατόμων που βρίσκονταν σε «αρχή

Πίνακας 5. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε σχέση με το στάδιο της θεραπείας.

	Έναρξη θεραπείας			Κατά τη διάρκεια			Επανένταξη			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**
Χαμηλός βαθμός	–	–	–	2	50	6,9	2	50	6,7	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	19	26,8	95	25	35,2	86,2	27	38	90	71	100	89,9
Υψηλός βαθμός	1	25	5	2	50	6,9	1	25	3,3	4	100	5,1
Σύνολο	20	25,3	100	29	36,7	100	30	38	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=1,8-DF=4 - p>0,05$

* Σχετική συχνότητα, **Αθροιστική συχνότητα

Πίνακας 6. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και ως κατάσταση σε σχέση με το φύλο.

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**

Ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας

Χαμηλός βαθμός	4	100	8,3	–	–	–	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	42	59,2	87,5	29	40,8	93,5	71	100	89,9
Υψηλός βαθμός	2	50	4,2	2	50	6,5	4	100	5,1
Σύνολο	48	60,8	100	31	39,2	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=2,8-DF=2 - p<0,05$

Ως κατάσταση

Χαμηλός βαθμός	4	100	8,3	–	–	–	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	38	60,3	79,2	25	39,7	80,6	63	100	79,7
Υψηλός βαθμός	6	50	12,5	6	50	19,4	12	100	15,2
Σύνολο	48	60,8	100	31	39,2	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=3,1-DF=2 - p<0,05$

*Σχετική συχνότητα, **Αθροιστική συχνότητα

κατάθλιψης», τα 27 άτομα (65,9%) ήταν άνδρες και τα 14 άτομα (34,1%) ήταν γυναίκες. Επίσης, από το 41,8% των ατόμων που βρίσκονταν σε «κατάθλιψη», τα 18 άτομα (54,5%) ήταν άνδρες και τα 15 άτομα (45,5%) ήταν γυναίκες. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 6,3% των ατόμων που δεν εμφάνιζαν «κατάθλιψη», 3 άτομα (60,0%) ήταν άνδρες και 2 άτομα (20%) ήταν γυναίκες (πίν. 7).

Σε σχέση με την ηλικία

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 8, από το 51,9% των ατόμων που βρίσκονταν σε «αρχή κατάθλιψης», το 22,0% είχε ηλικία «έως 30 ετών», το 73,2% ήταν ηλικίας «31–40 ετών» και το 4,9% είχε ηλικία «41 ετών και άνω». Επίσης, από το 41,8% των ατόμων που βρίσκονταν σε «κατάθλιψη», το 27,3% είχε ηλικία «έως 30 ετών», το 66,7% ήταν ηλικίας «31–40 ετών» και το 6,1% είχε ηλικία «>41 ετών». Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 6,3% των ατόμων που δεν εμφάνιζαν «κατάθλιψη», το 60,0% είχε ηλικία «έως 30 ετών» και το 40,0% ήταν ηλικίας «31–40 ετών». Επίσης, μηδενικό ποσοστό είχε ηλικία «>41 ετών».

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 9, από το 89,9% των ατόμων που παρουσίαζαν «μέτριο βαθμό» άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το 23,9% είχε ηλικία «έως 30 ετών», το 71,8% ήταν ηλικίας «31–40 ετών» και

το 4,2% είχε ηλικία «>41 ετών». Επίσης, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «υψηλό βαθμό» άγχους, το 25,0% είχε ηλικία «έως 30 ετών», το 75,0% ήταν ηλικίας «31–40 ετών» και μηδενικό ποσοστό είχε ηλικία «>40 ετών». Σε αντίθεση με τα παραπάνω, από το 5,1% των ατόμων που παρουσίαζαν «χαμηλό βαθμό» άγχους, μηδενικό ποσοστό ήταν ηλικίας «31–40 ετών», 75,0% είχε ηλικία «έως 30 ετών» και μόνο το 25,0% είχε ηλικία «>41 ετών».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Επίσης, φάνηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σημεία καταθλιπτικής νόσου, σε αντίθεση με τους νεότερους, οι οποίοι εμφάνιζαν σημεία της νόσου.

Η σχέση ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης, όπως φάνηκε στην εν λόγω μελέτη, είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η ψυχοπαθολογία γίνεται σε πολλές περιπτώσεις το έδαφος πάνω στο οποίο μπορεί να εγκατασταθεί η τοξικομανία.

Από μια μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που αφορούσε σε 4.778 νέους, ηλικίας 18–30 ετών διαπιστώθηκε ότι ο

Πίνακας 7. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων κατάθλιψης σε σχέση με το φύλο.

	Άνδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**
Καθόλου κατάθλιψη	3	60	6,3	2	40	6,5	5	100	6,3
Αρχή κατάθλιψης	27	65,9	56,3	14	34,1	45,2	41	100	51,9
Ύπαρξη κατάθλιψης	18	54,5	37,5	15	45,5	48,4	33	100	41,8
Σύνολο	48	60,8	100	31	39,2	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=0,9$ –DF=2 – $p>0,05$

*Σχετική συχνότητα, **Αθροιστική συχνότητα

Πίνακας 8. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων κατάθλιψης σε σχέση με την ηλικία.

	Έως 30 ετών			31–40 ετών			>41 ετών			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**
Καθόλου κατάθλιψη	3	60	14,3	2	40	3,7	–	–	–	5	100	6,3
Αρχή κατάθλιψης	9	22	42,9	30	73,2	55,6	2	4,9	50	41	100	51,9
Ύπαρξη κατάθλιψης	9	27,3	42,9	22	66,7	40,7	2	6,1	50	33	100	41,8
Σύνολο	21	26,6	100	54	68,4	100	4	5,1	100	79		100

Δεν απάντησαν $\chi^2=3,4$ –DF=4 – $p<0,05$

*Σχετική συχνότητα, **Αθροιστική συχνότητα

Πίνακας 9. Αποτελέσματα μέτρησης επιπέδων άγχους σε σχέση με την ηλικία.

	Έως 30 ετών			31–40 ετών			>40 ετών			Σύνολο		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**
<i>Ως κατάσταση</i>												
Χαμηλός βαθμός	3	75	14,3	–	–	–	1	25	25	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	15	23,8	71,4	45	71,4	83,3	3	4,8	75	63	100	79,7
Υψηλός βαθμός	3	25	14,3	9	75	16,7	–	–	–	12	100	15,2
Σύνολο	21	26,6	100	54	68,4	100	4	5,1	100	79		100
Δεν απάντησαν $\chi^2=10,3-DF=4 - p<0,05$												
<i>Ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας</i>												
Χαμηλός βαθμός	3	75	14,3	–	–	–	1	25	25	4	100	5,1
Μέτριος βαθμός	17	23,9	81	51	71,8	94,4	3	4,2	75	71	100	89,9
Υψηλός βαθμός	1	25	4,8	3	75	5,6	–	–	–	4	100	5,1
Σύνολο	21	26,6	100	54	68,4	100	4	5,1	100	79		100
Δεν απάντησαν $\chi^2=10,0-DF=4 - p<0,05$												

*Σχετική συχνότητα, **Αθροιστική συχνότητα

κίνδυνος κατάχρησης ουσιών είναι διπλάσιος όταν έχει προηγηθεί της χρήσης κάποιο επεισόδιο αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής.¹¹ Κατά τον Hendriks, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 50%.¹² Κατά τους Στεφανή και Κοκκέβη, το 25% των τοξικομανών εμφανίζει στη ζωή του κάποια διαταραχή συναισθηματικού τύπου.¹³ Τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά για τους εφήβους. Αναφέρονται καταθλιπτικά συμπτώματα σε ποσοστό 47% των εφήβων τοξικομανών, αυτοκτονικός ιδεασμός στο 18% και κρίσεις πανικού στο 43%.¹⁴

Σε μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά και διήρκεσε 12 μήνες, η επίπτωση της κατάθλιψης ήταν τρεις φορές υψηλότερη σε άτομα με εξάρτηση απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό.¹⁵ Επί πλέον, αξιοσημείωτη συν-νοσηρότητα έχει παρατηρηθεί σε πολλές άλλες χώρες, όπως στην Ολλανδία,^{16,17} στην Αγγλία¹⁸ και στη Φινλανδία.¹⁹

Σε εθνική μελέτη που εκπονήθηκε στη Σουηδία, μόνο το 25% των υπό θεραπεία ασθενών έπασχαν από ψυχιατρική διαταραχή. Από τους ασθενείς αυτούς, το 47% είχε ψυχιατρική διαταραχή μη σχετιζόμενη με τη χρήση ουσιών, το 34% έπασχε από αγχώδη διαταραχή, το 25% από κατάθλιψη και το 22% από διαταραχή προσωπικότητας.²⁰

Μερικοί ασθενείς με εξάρτηση αναφέρουν ότι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης προηγούνταν της κατάχρησης ουσιών. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό ενδεχομένως σημαίνει ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα προκάλεσαν την κατάχρηση ουσιών.²¹ Σε άλλες περιπτώσεις, η ηλικία εμφάνισης των ψυχιατρικών διαταραχών είναι μικρότερη της ηλικίας

χρήσης ουσιών.²² Άλλοι ερευνητές τονίζουν ότι μερικά από τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών που προκαλούνται από κατάχρηση ουσιών είναι προσωρινά.²³

Η συν-νοσηρότητα φαίνεται να είναι συχνότερα ο κανόνας απ' ό,τι η εξαίρεση. Στο σχεδιασμό της θεραπείας θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη τα ακόλουθα: Η σοβαρότητα της κατάστασης, αν οι παθήσεις που προκαλούνται οφείλονται στην κατάχρηση ουσιών ή είναι ανεξάρτητες, αν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χωριστά, διαδοχικά ή ολοκληρωμένα, καθώς και η εύρεση κέντρων εξειδικευμένης θεραπείας. Μια επαρκής διάγνωση είναι απαραίτητη για τη συγκεκριμένη διαδικασία.

Θα πρέπει, λοιπόν, να συνειδητοποιηθεί το μέγεθος του προβλήματος και να υπάρξει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει και να παρέμβει και ο(η) νοσηλευτής ως μέλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ενημέρωση της κοινωνίας, μέσα στην οποία ανήκει, και της οικογένειας σχετικά με τα συμπτώματα, την πιθανή εξέλιξη και του τι είναι η κατάθλιψη μπορεί να συνδράμει στην πρόωπη αναγνώριση και στην άμεση αντιμετώπισή της στα άτομα με εξάρτηση από ουσίες. Πρέπει να ενθαρρύνονται τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες να συναναστρέφονται με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Άλλωστε, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα και τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες. Έτσι, το άτομο ξεφεύγει από τη μοναξιά και αποβάλλει τις άσχημες σκέψεις που τυχόν υπάρχουν (αναξιότητα, υποτίμηση του Εγώ). Επί πλέον, η στήριξη της οικογένειας (ψυχολογική

υποστήριξη, ενημέρωση) είναι πολύ σημαντική, έτσι ώστε να είναι σε θέση αφ' ενός να στηρίξει ψυχολογικά τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες και αφ' ετέρου να μην τα θέσει στο περιθώριο. Είναι ουσιαστικό για τα άτομα με εξάρτηση από ουσίες να αισθάνονται χρήσιμα και ότι δεν αποτελούν βάρος για τους δικούς τους ανθρώπους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε πραγματικά να ευχαριστήσουμε το προσωπικό του Προγράμματος Ψυχικής Απεξάρτησης Τοξικομανών, καθώς και τους θεραπευόμενους για τη συνδρομή τους και την προθυμία τους να βοηθήσουν στη διεξαγωγή της έρευνας.

ABSTRACT

Investigation of anxiety and depression among individuals addicted to substances

K. THANOPOULOU,¹ E. KABA,² M. TSIRONI,¹ S. TZIAFERI,¹ S. PAPAPETROU,¹ V. ALIKARI,¹ S. ZYGA¹

¹Department of Nursing, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, University of the Peloponnese, Sparta, ²Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(1):36–44

OBJECTIVE Investigation of the levels of anxiety and depression among individuals addicted to substances who requested help from a Mental Health Rehabilitation Program. **METHOD** To conduct this study quantitative methodology was considered appropriate. The study sample consisted of 79 individuals addicted to substances, who completed an anonymous, self-administered questionnaire recording the sociodemographic data and Spielberger's Anxiety Scale and Beck's Depression Scale. **RESULTS** Inductive analysis revealed statistically significant variations in stress and depression of the subjects in relation to gender, age, family situation and in particular the stage of treatment. **CONCLUSIONS** It is apparent that a Mental Health Rehabilitation Program for addicts should meet the demands of substance-dependent individuals for treatment of both anxiety and depression.

Key words: Co-morbidity, Dependence, Substance abuse, Therapeutic community, Treatment of addiction

Βιβλιογραφία

- GOODMAN J, LOVEJOY PE, SHERRATT A. *Consuming habits. Drugs in history and anthropology*. 1st ed. Routledge, London & New York, 1995:12–15
- BRADY KT, HALLIGAN P, MALCOLM RJ. Dual diagnosis. In: Galanter M, Kleber HD (eds) *Textbook of substance abuse treatment*. 2nd ed. American Psychiatric Press, Washington, 1999:475–483
- DAVINDSON KM, RITSON BE. The relationship between alcohol dependence and depression. *Alcohol Alcohol* 1993, 28:147–155
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ – ΕΚΤΕΠΝ. Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα
- ΥΑΛΟΜ Ι. Το ιστορικό πλαίσιο: Οι κοινωνικές ρίζες των κλινικών προβλημάτων. Στο: Υαλομ Ι (Επιμ.) *Αλκοόλ. Από την εξάρτηση στη θεραπεία*. ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ, Αθήνα, 2011:24–26
- ΛΙΑΠΠΑΣ Ι. Συν-νοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και κατάχρησης οιοπνεύματος. Στο: Λιάππας ΙΑ, Μέλλος ΕΔ, Πομίσι Β (Επιμ.) *Κατάχρηση και εξάρτηση από το οιοπνευμα*. Εκδόσεις ΙΤΑΚΑ – Ελληνικό τμήμα, Αθήνα, 2006
- SPIELBERGER CD. *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography*. 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1989
- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561–571
- MYSTAKIDOU K, TSILIKA E, PARPA E, SAKKAS P, VLAHOS L. The psychometric properties of the Greek version of the State-Trait Anxiety Inventory in cancer patients receiving palliative care. *Psychol Health* 2009, 24:1215–1228
- MYSTAKIDOU K, TSILIKA E, PARPA E, SMYRNIOTIS V, GALANOS A, VLAHOS L. Beck Depression Inventory: Exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007, 16:244–250
- CHRISTIE KA, BURKE JD Jr, REGIER DA, RAE DS, BOYD JH, LOCKE BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988, 145:971–975
- HENDRIKS VM. Psychiatric disorders in a Dutch addict population: Rates and correlates of DSM-III diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 1990, 58:158–165
- KOKKEVI A, STEFANIS C. Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry* 1995, 36:329–337
- CHATLOS JC. Adolescent dual diagnosis: A 12-step transformational model. *J Psychoactive Drugs* 1989, 21:189–201
- CURRIE SR, PATTEN SB, WILLIAMS JV, WANG J, BECK CA, EL-GUEBALY N ET AL. Comorbidity of major depression with substance use disorders. *Can J Psychiatry* 2005, 50:660–666
- DE GRAAF R, BIJL RV, TEN HAVE M, BEEKMAN AT, VOLLEBERGH WA.

- Pathways to comorbidity: The transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. *J Affect Disord* 2004, 82:461–467
17. DE GRAAF R, BIJL RV, SMIT F, VOLLEBERGH WA, SPIJKER J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002, 159:620–629
 18. FARRELL M, HOWES S, BEBBINGTON P, BRUGHHA T, JENKINS R, LEWIS G ET AL. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 2001, 179:432–437
 19. AALTO-SETÄLÄ T, MARTTUNEN M, TUULIO-HENRIKSSON A, POIKOLAINEN K, LÖNNQVIST J. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychol Med* 2001, 31:791–801
 20. GRÅWE RWRT. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF Helse; 2006. Ref Type: Report
 21. MARKOU A, KOSTENTR, KOOB GF. Neurobiological similarities in depression and drug dependence: A self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 1998, 18:135–174
 22. KESSLER RC, AMMINGER GP, AQUILAR-GAXIOLA S, ALONSO J, LEE S, USTÜN TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:359–364
 23. BROWN SA, INABA RK, GILLIN JC, SCHUCKIT MA, STEWART MA, IRWIN MR. Alcoholism and affective disorder: Clinical course of depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 1995, 152:45–52
- Corresponding author:*
- V. Alikari, 25 Glykerias street, GR-132 31 Petroupolis, Greece
e-mail: vicalikari@gmail.com
-