



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**“Χρήση αλκοόλ και κοινές ψυχικές διαταραχές στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην κοινότητα”**

Στέφανος Μπέλλος
Ψυχίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**“Χρήση αλκοόλ και κοινές ψυχικές διαταραχές στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην κοινότητα”**

Στέφανος Μπέλλος
Ψυχίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343&32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)»

Ημερομηνία αίτησης του κ. Στέφανου Μπέλλου: 11-10-2005

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 567^α/29-11-2005

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Λιονής Χρήστος Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης

Σκαπινάκης Πέτρος Λέκτορας Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 20-12-2005

«Χρήση αλκοόλ και κοινές ψυχικές διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την κοινότητα».

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 775^α/17-3-2015

Μαυρέας Βενετσάνος	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Λιονής Χρήστος	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης
Δημολιάτης Ιωάννης	Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής με έμφαση στην Ιατρική Εκπαίδευση του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κονιτσιώτης Σπυρίδων	Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Παππάς Περικλής	Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σκαπινάκης Πέτρος	Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δαμίγος Δημήτριος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 31-3-2015

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μηνάς Πασχόπουλος

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

Η Γραμματέας του Τμήματος



ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

Ευχαριστίες

στον **Δάσκαλό μου, Πέτρο Σκαπινάκη** που με έμαθε να μαθαίνω, να αγαπώ την έρευνα και την επιστήμη με ανιδιοτέλεια και να κυνηγώ την Αριστεία. Χωρίς την συμβολή του δεν θα ήταν εφικτή η εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

στον **Δάσκαλό μου, Καθηγητή Βενετσάνο Μαυρέα** που σαν «πνευματικός πατέρας» είναι δίπλα μου σε κάθε στάδιο της ακαδημαϊκής μου ωρίμανσης.

στους **γονείς μου Αλέκο και Αμαλία**, που με έμαθαν να είμαι περίεργος και διαμόρφωσαν την προσωπικότητά μου έτσι ώστε να μπορώ να κάνω όσα θέλω

στην **σύντροφο της ζωής μου Δέσποινα**, που δίνει νόημα σε όλα όσα πετυχαίνω.

στην **αδερφή μου Κατερίνα** που με τον τρόπο ζωής της μου δείχνει πώς να σκέφτομαι «έξω από το κλουβί»

στον **Δάσκαλό μου Γιάνη Δημολιάτη** που «δηλητηριάζει» την σκέψη μου εδώ και 15 χρόνια και με υποστηρίζει πολυεπίπεδα.

στον καθηγητή μου **Χρήστο Λιονή** που με συνέπεια και διακριτικότητα με καθοδήγησε σε όλα τα στάδια της διατριβής

στην φίλη και συνεργάτιδά μου **Ελένη Μέγα**, για την ηθική υποστήριξη που δεν περιγράφεται με λόγια.

στον φίλο και παθολόγο **Γιάννη Γιαννακάκη**, για την αμέριστη και ανιδιοτελή υποστήριξη του σε πολύ κρίσιμη φάση στην αρχή της διατριβής μου.

στον Επ. Καθηγητή του Παιδαγωγικού **Δημήτρη Μαυρίδη**, που με καθοδήγησε στην παραγοντική ανάλυση που παρουσιάζεται στην διατριβή.

στους **ερευνητές και συντονιστές της WHO collaborative study in Psychological Problems in General Health Care** (Bellos et al., 2013) για την συγκέντρωση των δεδομένων στην ανάλυση των οποίων βασίστηκε η μισή διατριβή.

στο **Υπουργείο Υγείας που χρηματοδότησε την Πανελλήνια Επιδημιολογική μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων** στα δεδομένα της οποίας βασίστηκε η άλλη μισή διατριβή.

στα υπόλοιπα **μέλη της 7μελούς**, Σπύρο Κονιτσιώτη, Περικλή Παππά και Δημήτρι Δαμίγο που αποδέχτηκαν την συμμετοχή τους στην κρίση της διατριβής μου.

Στους **πότες φίλους μου**, που συζητώντας μαζί τους μου έδωσαν, εν αγνοία, τους χρήσιμες ιδέες για την παρούσα διατριβή.

Στην αδερφή μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.1. Αντί προλόγου	3
1.2. Το αλκοόλ ως ουσία	4
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
2.1 Η ανακάλυψη και η διάδοση του αλκοόλ.....	7
2.2 Το αλκοόλ στην αρχαία Ελλάδα.....	9
2.3 Το κρασί στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία.....	11
2.4 Αλκοόλ και θρησκείες	12
2.5 Το αλκοόλ την εποχή της αποικιοκρατίας	14
2.6 Η επιδημία του τζιν	16
2.7 το Αλκοόλ στην Αμερικάνικη επανάσταση	18
2.8 Το αλκοόλ στην βιομηχανική επανάσταση.....	20
2.9 Ποτοαπαγόρευση.....	22
2.10 Το αλκοόλ στους πολέμους.....	24
2.11 Η σύγχρονη δυτική κουλτούρα του αλκοόλ	25
3.1. Η ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	29
3.1.1 Βλάβες στην σωματική υγεία από την χρήση αλκοόλ.....	29
3.1.2 Ωφέλειες στην σωματική υγεία από την χρήση αλκοόλ.....	30
3.2 Η ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	32
3.2.1 Αλκοόλ και ταξινόμηση ψυχικών νόσων	32
3.2.2 Σχέση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας.....	34
3.2.3. Σχέσης ήπιας χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας.....	35
3.2.3.1. Συγχρονικές μελέτες.....	35
3.2.3.2. Διαχρονικές μελέτες.....	37
3.2.3.3. Η σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές.....	37
3.2.3.4. Διαφορές με βάση το φύλο	38
4. ΣΤΟΧΟΣ – ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	39
4.1 Στόχος.....	39
4.2 Πρωτοτυπίες σε σχέση με την διεθνή βιβλιογραφία	39
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	41
5.1 WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care	42
5.1.1. Επιλογή Δείγματος	42
5.1.2 Μετρήσεις	46

5.1.3. Κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων Κέντρων Υγείας ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ του πληθυσμού τους.....	51
5.2. Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων	53
5.2.1 Επιλογή Δείγματος	53
5.2.2. Μετρήσεις	54
5.3. Στατιστική Ανάλυση	57
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	61
6.1 Παραγοντική ανάλυση του AUDIT	61
6.1.1 Διερευνητική Παραγοντική ανάλυση (“ <i>Exploratory Factor Analysis</i> ”).....	61
6.1.2 Επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση (“ <i>Confirmatory Factor Analysis</i> ”)	62
6.2 WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care (PPGHC).....	68
6.2.1. Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	68
6.2.2. Χρήση αλκοόλ	70
6.2.3. Συγχρονική συσχέτιση χρήσης αλκοόλ με κατάθλιψη και ΓΑΔ	72
6.2.4 Διαχρονική συσχέτιση χρήσης αλκοόλ με κατάθλιψη και ΓΑΔ	74
6.2.5. Διαφορές ανάλογα με την κουλτούρα απέναντι στο αλκοόλ	76
6.2.6. Διαφορές ανάλογα με το φύλο στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας.....	79
6.3 Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων	82
6.3.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος	82
6.3.2. Χρήση αλκοόλ	84
6.3.3 Σχέση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας.....	88
6.3.4 Σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και την κατάσταση σωματικής υγείας των συμμετεχόντων.	96
6.3.5. Σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και ψυχικών διαταραχών	100
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	103
7.1 Κύρια ευρήματα.....	103
7.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες	108
7.3 Περιορισμοί.....	112
7.4 Τελικά συμπεράσματα – Προοπτικές για νέα έρευνα.....	114
7.5 Επίλογος	118
8. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	119
9. ABSTRACT.....	121
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123
11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	137

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Αντί προλόγου

Το αλκοόλ καταναλώνεται από τις απαρχές της ανθρώπινης ιστορίας και εξελίχθηκε παράλληλα με τον πολιτισμό μας. Λόγω της μακράς του παρουσίας και παράδοσης στην ανθρώπινη ιστορία η χρήση του είναι περισσότερο πολιτισμικά αποδεκτή σε σχέση με την χρήση άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και σε πολλές κοινωνίες αντιμετωπίζεται ως στοιχείο της καθημερινής διατροφής^{1,2}. Επίσης, με εξαίρεση συγκεκριμένες κουλτούρες και χρονικές περιόδους, η χρήση του αλκοόλ δεν έχει θεωρηθεί ποτέ τόσο βλαβερή ώστε να απαγορευθεί τελείως³.

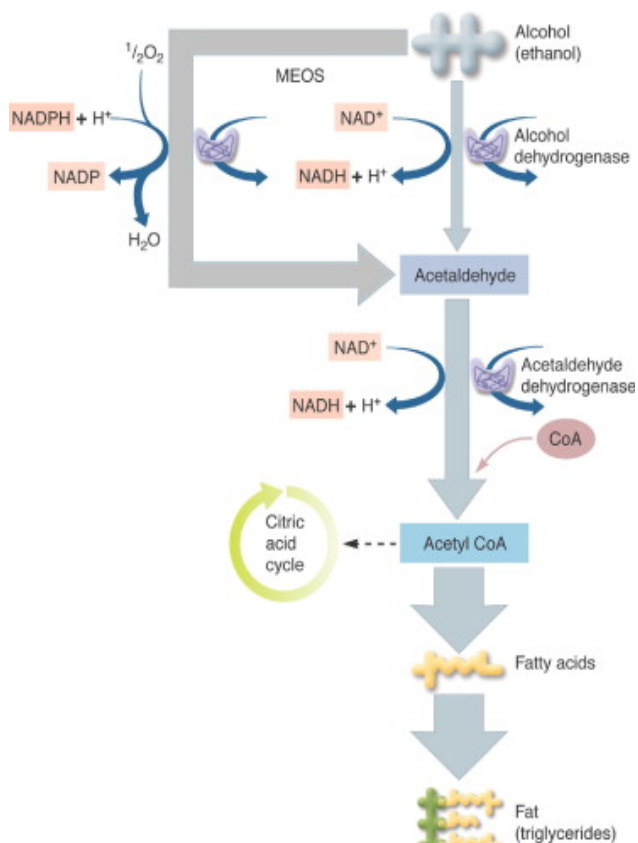
Αν και η προβληματική χρήση του αλκοόλ είναι πιο περιορισμένη από την κοινωνική ή ψυχαγωγική² εντούτοις η συνολική επιβάρυνση που προκαλείται από την χρήση του αλκοόλ είναι σημαντική⁴. Το αλκοόλ παρουσιάζεται παρόμοια εθιστικό με άλλες παράνομες ναρκωτικές ουσίες (κάνναβη, ηρωίνη, κοκαΐνη, LSD, ecstasy, κ.α.) ή ουσίες που χρησιμοποιούνται με προσοχή ως φάρμακα (βενζοδιαζεπίνες / αμφεταμίνες) και λόγω της μεγαλύτερης διαθεσιμότητάς του η συνολική επιβάρυνση σε επίπεδο πληθυσμού που προκαλείται από την προβληματική χρήση του είναι υψηλότερη σε όλους τους τομείς (σωματική/ψυχική/κοινωνική υγεία και βλάβη στους άλλους)^{5,6}.

Η σχέση σωματικής νοσηρότητας και κατανάλωσης αλκοόλ είναι δοσοεξαρτώμενη⁴ και πολύπλοκη. Το αλκοόλ μπορεί να είναι ευεργετικό όταν χρησιμοποιείται σε σχετικά μικρές ποσότητες και έχει βρεθεί ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων^{7,8} και να αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης^{9,10}. Σε ότι αφορά την επίδραση του αλκοόλ στη ψυχική υγεία, το μεγαλύτερο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας μελετά την προβληματική χρήση του αλκοόλ ενώ τα δεδομένα για την επίδραση που μπορεί να έχει η ήπια χρήση αλκοόλ στην ψυχική υγεία είναι λιγότερα και αντικρουόμενα¹¹.

1.2. Το αλκοόλ ως ουσία

Το αλκοόλ ή αλκοόλη ή αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη, προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης ως επί το πλείστον από ζυμομύκητες, είναι υγρό άχρωμο με χαρακτηριστική γεύση και οσμή, που εύκολα διαλύεται στο νερό και είναι επίσης οργανικός διαλύτης λιποδιαλυτών ενώσεων. Είναι ψυχοδραστική ουσία που επηρεάζει την αντίληψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά και μπορεί να προκαλέσει σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.

Τα μόρια της αιθανόλης απορροφώνται με ευκολία από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα. Η απορρόφηση της αλκοόλης από το πεπτικό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων η παρουσία τροφής, με τις λιπαρές τροφές να την μειώνουν, ενώ συνήθως αρκούν 2-6 ώρες για την πλήρη απορρόφησή της. Η κατανομή της αλκοόλης γίνεται ομοιόμορφα μέσα στην υδατινή φάση του οργανισμού με την κυκλοφορία του αίματος και η συγκέντρωσή της στον εγκέφαλο εξομοιώνεται ταχύτατα με την συγκέντρωση στο αίμα καθώς δεν παρεμποδίζεται από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Το 98% της αλκοόλης οξειδώνεται προς ακεταλδεύδη με το ένζυμο αλκοολική αφυδρογονάση και τελικώς σε οξεικό οξύ με την αλδεϋδική αφυδρογονάση ενώ σε περίπτωση υπερκορεσμού του βασικού μεταβολικού συστήματος των αφυδρογονασών πιθανότατα αναλαμβάνουν δράση άλλα μεταβολικά συστήματα με αποτέλεσμα ακόμα και σε περιπτώσεις κατανάλωσης μεγάλης ποσότητας αλκοόλης, μικρό μέρος της να αποβάλλεται αναλλοίωτο. Το μεγαλύτερο μέρος του μεταβολισμού



Εικόνα 2, Μεταβολισμός της αιθανόλης (Ferreira & Weems, 2008)

MEOS =microsomal ethanol oxidizing system

NAD⁺=Oxidized nicotinamide adenine dinucleotide.

NADH=Reduced nicotinamide adenine dinucleotide.

NADP=Nicotinamide adenine dinucleotide phosphate.

NADPH=Reduced NADP

της αλκοόλης λαμβάνει χώρα στο ήπαρ. Το αλκοόλ ακολουθεί κινητική μηδενικής τάξεως κάτι το οποίο θέτει περιορισμούς στην συνολική ποσότητα αλκοόλης που μπορεί να καταναλωθεί καθώς μεταβολίζεται με σταθερό ρυθμό αλλά καθιστά εφικτό τον προσδιορισμό της ποσότητας αλκοόλης σε προηγούμενη χρονική στιγμή με βάση την συγκέντρωση της αλκοόλης σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, ιδιότητα με ιδιαίτερο ιατροδικαστικό ενδιαφέρον. Τέλος το οξεικό οξύ μπορεί να εισέλθει σε φυσιολογικές μεταβολικές οδούς του οργανισμού όπως ο κύκλος του κιτρικού οξέος, αποδίδοντας για κάθε 1 gr περίπου 7 Kcal¹².

Η αλκοόλη θεωρείται γενικά ασθενές φάρμακο καθώς για να έχει επίδραση στον εγκέφαλο χρειάζεται ποσότητα αρκετών γραμμαρίων. Στον εγκέφαλο λειτουργεί κυρίως στους A-GABA υποδοχείς (*ενεργοποίηση*)^{13,14} καθώς και στους υποδοχείς N-methyl-D-aspartate (NMDA) (*αναστολή*)^{15,16}, στους νικοτινικούς υποδοχείς^{17,18} και στους σεροτονινεργικούς 5-HT₃ υποδοχείς^{19,20} με τρόπο που παραμένει σε μεγάλο βαθμό ασαφής. Σημαντικό μέρος της ψυχοτρόπου δράσης που έχει η κατανάλωση ειδικά μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλης οφείλεται στην αύξηση της συγκέντρωσης του μεταβολίτη της αλκοόλης ακεταλδεΐδη με μηχανισμούς που επίσης εν πολλοίς είναι άγνωστοι μέχρι σήμερα. Μάλιστα έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο αλκοολισμός θα μπορούσε να ονομάζεται και «ακεταλδεΐδισμός», υπονοώντας τον κεντρικό ρόλο που μπορεί να έχει ο μεταβολίτης της αιθυλικής αλκοόλης στην εξάρτηση από τα αλκοολούχα ποτά και στις αλλαγές της συμπεριφοράς που προκαλούνται στον αλκοολισμό¹².

Η ψυχοτρόπα δράση του αλκοόλ είναι άμεση και δόσοεξαρτώμενη:

Σε μικρές ποσότητες προκαλεί ευφορία, αίσθημα χαλάρωσης, τόνωση της αυτοπεποίθησης και αύξηση της εγρήγορης²¹. Βασικός μηχανισμός με τον οποίο το αλκοόλ προκαλεί αγχώλυση είναι αυτός της απόσπαση της προσοχής από αγχογόνες σκέψεις ή ερεθίσματα²². Οι αλλαγές στη συμπεριφορά που προκαλούνται από την κατανάλωση της αλκοόλ σε μη τοξικά επίπεδα εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από την βιολογική ιδιοσυγκρασία του ατόμου, την προσωπικότητά του, το πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η κατανάλωση αλκοόλ και τις προσδοκίες του ατόμου από την κατανάλωση του¹².

Εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων όπως δυσαρθρία, δυσκολία συντονισμού λεπτών κινήσεων και επιβράδυνση αντανακλαστικών έχουμε συνήθως όταν τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα φτάσουν το 0.05%, όριο πάνω από το οποίο στις πιο πολλές νομοθεσίες απαγορεύεται η οδήγηση. Με υψηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο πλάσμα και μέχρι του ορίου του 0.2-0.3% εμφανίζονται πιο έντονα συμπτώματα από το ΚΝΣ και

αλλαγές στην συμπεριφορά¹² όπως άρση των κοινωνικών αναστολών και υπερτιμημένη κοινωνική συμπεριφορά, ιδίως σε καταστάσεις έντονης συγκινησιακής φόρτισης²³, οφειλόμενη στη μείωση της ικανότητας επεξεργασίας πληροφοριών που σχετίζονται με την κοινωνική συμπεριφορά^{24,25}. Η κατάσταση αυτή όταν συνδυάζεται με μείωση των δεξιοτήτων που αφορούν την επικοινωνία ή όταν υπάρξει πρόκληση από περιβαλλοντικά ερεθίσματα μπορεί να προκαλέσει επιθετικότητα και θυμό^{26,27}. Επίσης η χρήση αλκοόλ αυξάνει κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο την επιθυμία για ανάληψη ρίσκου²⁸. Οι παραπάνω συμπεριφορές που εκδηλώνονται μετά από χρήση μεγαλύτερης ποσότητας αλκοόλ θεωρούνται σε σημαντικό βαθμό ανεξάρτητες από τις προσδοκίες που τρέφει το άτομο προ της χρήσης του²⁹. Η εμφάνιση των αλλαγών αυτών στην συμπεριφορά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την βιολογική αλλά και «συμπεριφορική αντοχή» που μπορεί να έχει αναπτύξει το άτομο με αποτέλεσμα για τα ίδια επίπεδα αλκοόλης στο αίμα να παρουσιάζονται μικρότερες αλλαγές στην συμπεριφορά σε ανθρώπους που κάνουν συχνότερη χρήση και έχουν συνηθίσει να μην επηρεάζονται από τις αρνητικές αλλαγές που προκαλεί στην ψυχολογία και την συμπεριφορά το αλκοόλ¹².

Η κατανάλωση ακόμα μεγαλύτερων ποσοτήτων αλκοόλ που έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του αίματος πάνω 0.5%, προκαλεί οξεία δηλητηρίαση από αλκοόλ (μέθη) που εκδηλώνεται με περαιτέρω καταστολή του συνόλου των γνωσιακών, εκτελεστικών και κινητικών λειτουργιών^{30,31} ενώ σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να χρειάζεται ιατρική υποστήριξη προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρές σωματικές επιπλοκές. Η συνέχιση της κατανάλωσης πέρα από αυτό το όριο (επίπεδα άνω του 0.6% στο αίμα) μπορεί να οδηγήσει στην λιποθυμία ή στην απώλεια αισθήσεων και σε κώμα, λόγω της καταστολής των κέντρων του αυτόνομου ΚΝΣ στον προμήκη μυελό³². Το όριο του 0.6% για την εμφάνιση θανατηφόρων επιπλοκών δεν είναι υψηλότερο στους αλκοολικούς καθώς η συχνή χρήση αλκοόλ κάνει «ατελή αντοχή»¹².

Λόγω της παραπάνω επίδρασης του αλκοόλ στον ψυχισμό η υπερκατανάλωσή του σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης τροχαίων ατυχημάτων^{33,34}, ενδοοικογενειακής βίας³⁵ και βίας σε δημόσιους χώρους³⁶, διενέργειας αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας³⁷ και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως το σεξ χωρίς προφυλάξεις³⁸.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1 Η ανακάλυψη και η διάδοση του αλκοόλ

Η ιστορία του αλκοόλ ξεκινάει ταυτόχρονα με την ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού, γύρω στο 10.000π.Χ. στην Μεσοποταμία με την έναρξη της «αγροτικής επανάστασης». Εικάζεται ότι η πρώτη μορφή μπίρας προέκυψε από την παρατήρηση ότι ο χυλός των σιτηρών σε νερό (η διάσπαση του άμυλου σε σάκχαρα από το νερό τα καθιστούσε γλυκά και άρα περιζήτητα σε μία εποχή που οι φυσικές πηγές ζάχαρης σπάνιζαν) όταν έμενε ανέγγιχτος για μερικές μέρες γινόταν ελαφρώς αφρώδης και ευχάριστα μεθυστικός¹.

Τα πρώτα σαφή ιστορικά στοιχεία για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών χρονολογούνται από το 7.000 π.Χ., προέρχονται από κεραμικά βάζα που ανακαλύφθηκαν στην Κίνα και περιέχουν ίχνη ενός ποτού που φτιαχνόταν από ρύζι, μέλι, σταφύλια και μούρα. Αντίστοιχες ανακαλύψεις έχουν γίνει στις περιοχές της σύγχρονης Γεωργίας, Βρετανίας, Γερμανίας, Μέσης Ανατολής, Αφρικής, Ινδίας, Νότιας Αμερικής, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι είτε ανεξάρτητα είτε μέσω της μετάδοσης γνώσεων από πολιτισμό σε πολιτισμό, μέχρι το 1.000π.χ. το αλκοόλ ήταν γνωστό σχεδόν σε κάθε περιοχή όπου οι άνθρωποι είχαν εγκατασταθεί σε κοινότητες². Την περίοδο αυτή, πολλοί λαοί χρησιμοποιούσαν το αλκοόλ ως κάτι πολύ περισσότερο από μια απλή μορφή τροφής: Οι Σουμέριοι είχαν την θεά *Νινκάσι*, που επέβλεπε την διαδικασία της ζυθοποιίας που εξασκούσαν σε μεγάλη κλίμακα, κατανάλωναν αλκοόλ στις θρησκευτικές γιορτές τους αλλά και σαν στοιχείο της καθημερινής τους διατροφής, οι βασιλιάδες συνήθιζαν σε ένδειξη πλούτου να προσφέρουν αλκοόλ στους υπηκόους τους, στα επικά τους ποιήματα οι χαρακτήρες τους έπιναν αλκοόλ ενώ έπιναν την μπίρα με καλαμάκια από το ίδιο δοχείο, για να υποδηλώσουν εμπιστοσύνη απέναντι στο άτομο που προσφέρει το ποτό. Στην αρχαία Αίγυπτο το κρασί ήταν το ποτό των αρχόντων της Αιγύπτου, όπως μαρτυρούν υπολείμματα από ταφικά ευρήματα, ενώ οι υπήκοοί τους έπιναν μπίρα, δημιουργώντας έτσι την πρώτη περίπτωση στην ιστορία όπου το αλκοόλ σφράγιζε έναν ταξικό διαχωρισμό ενώ υπάρχουν αναφορές ότι στους δούλους που έφτιαξαν τις Πυραμίδες χορηγούνταν ημερήσια ποσότητα σχεδόν πέντε λίτρων μπίρας^{1,2}.



Εικόνα 1 Αναπαράσταση από το 3150 π.Χ που δείχνει συγκομιδή σταφυλιών και καταμέτρηση βάζων με κρασί.

Στην βόρεια Σκωτία, οι κάτοικοι χρησιμοποιούσαν διάφορα τοπικά φυτά, για να φτιάχνουν παραισθησιογόνες μύρες, ενώ στις περισσότερες περιοχές της Ευρώπης

όπου είχε ξεκινήσει η αγροτική επανάσταση το αλκοόλ καλωσορίστηκε άμεσα ως ένας θεόσταλτος τρόπος για την δημιουργία εναλλακτικών καταστάσεων συνείδησης². Οι Σουμέριοι πίστευαν ότι η μέθη σχετίζεται με μεταφυσικές ιδιότητες, πεποίθηση η οποία ενδεχομένως σχετίζεται με την σημερινή συνήθεια συνοδείας της χρήσης αλκοόλ με ευχές για υγεία και ευτυχία ενώ για τους Αιγυπτίους η μέθη ήταν κατακριτέα και επιτρέπονταν μόνο σε συγκεκριμένο πλαίσιο¹. Τέλος το αλκοόλ ήταν μέσο καθημερινής συναλλαγής στα πλαίσια της ανταλλακτικής οικονομίας της εποχής μαζί με το σιτάρι και το ψωμί τόσο στην Αίγυπτο όσο και την Μεσοποταμία, ενώ στους πολιτισμούς αυτούς την 2^η και 3^η χιλιετία π.Χ. συναντώνται και οι πρώτες γραπτές αναφορές για την ιατρική χρήση παρασκευασμάτων που περιέχουν μύρα (για την δυσκοιλιότητα, την δυσπεψία και τον κοιλιακό πόνο)².

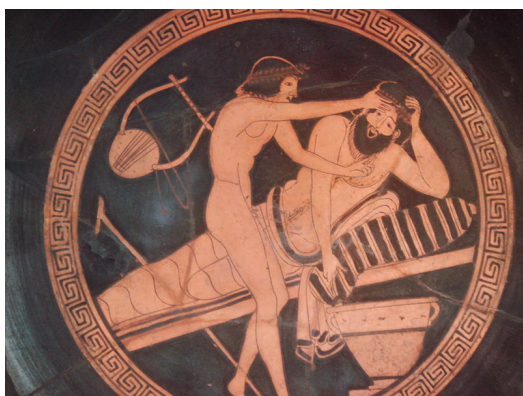
Εικόνα 2 Σύριος μισθοφόρος πίνει μύρα με την συνοδεία της γυναίκας και του παιδιού του (1300 π.Χ)



2.2 Το αλκοόλ στην αρχαία Ελλάδα

Στον αρχαίο κλασικό ελληνικό πολιτισμό πρώτη φορά απαντώνται σαφείς καταγραφές για το ρόλο του αλκοόλ στην ανθρώπινη δραστηριότητα. Το κρασί θεωρείται θεόσταλτο από το Διόνυσο ο οποίος λατρεύονταν επίσης ως ο θεός του παιχνιδιού, του θεάτρου και του γλεντιού, συμβολίζοντας επιπλέον την αντισυμβατική λειτουργία της ανθρώπινης φύσης¹. Στις Βάκχες του Ευριπίδη, ο θεός Διόνυσος επισκέπτεται την Θήβα και επιχειρεί να μυήσει τον πληθυσμό της στην λατρεία του. Ο βασιλιάς Πενθέας βλέπει τον Διόνυσο ως απειλή στην εξουσία του και στην προσπάθειά του να τον συλλάβει διαμελίζεται από το μυημένο στην λατρεία του θεού Διόνυσου πλήθος (μαινάδες) που μέσα στην μέθη τους τον πέρασαν για λιοντάρι².

Περίοπτη θέση επίσης κατείχε το κρασί στα διάσημα αρχαιοελληνικά συμπόσια όπου ένας από τους καλεσμένους επιφορτιζόταν με τον ειδικό ρόλο να καθορίζει την ποσότητα κρασιού που θα καταναλωθεί για καθένα από τους παραβρισκόμενους καθώς και στα διονυσιακά μυστήρια, όπου οι συμμετέχοντες επιδίδονταν σε οινοποσία με σκοπό να μεθύσουν. Η αριστοτελική φιλοσοφία του «μέτρου» που χαρακτήριζε τον αρχαίο κλασικό πολιτισμό συμπεριλάμβανε και την χρήση αλκοόλ: Η μέθη ήταν κατακριτέα, η καθημερινή χρήση αλκοόλ θεωρούνταν ανθρώπινη αδυναμία αλλά όχι κατακριτέα, ενώ οι απέχοντες από αλκοόλ θεωρούνταν άτομα χωρίς συναισθήματα, που δεν νοιάζονταν για τον πλησίον και που το σώμα τους μύριζε άσχημα, ενώ ακόμα και στις πιο ξέφρενες γιορτές οινοποσίας υπήρχαν κανόνες που προφύλασσαν από τα παρατράγουδα της μέθης, όπως το να μην παίρνει κανείς την άμαξα αφού έχει πιεί².



Εικόνα 3 Σκλάβος που βοηθά άνδρα σε συμπόσιο να κάνει εμετό

Ο Πλάτωνας και διάφοροι άλλοι φιλόσοφοι της περιόδου όπως ο Ερατοσθένης πίστευαν ότι το κρασί μπορεί να αποκαλύψει την αλήθεια και την πραγματική φύση του χαρακτήρα του συνομιλητή του. (*Ἐν οἴνω ἀλήθεια*) αλλά και να δοκιμάσει τον αυτοέλεγχό του. Επίσης ο Πλάτωνας στην «Πολιτεία» του απαγορεύει την χρήση αλκοόλ σε άτομα κάτω των 18 ετών και ο Ιπποκράτης αν και αποδέχονταν την χρήση του αλκοόλ, την θεωρούσε επιζήμια σε όσους είχαν νευρολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα².

Επίσης οι αρχαίοι έλληνες έπιναν το κρασί τους αραιωμένο με νερό (συνήθως 1 κρασί προς 3 νερό), μία συνήθεια που θεωρούσαν ως δείγμα πολιτισμού και αριστοκρατικής καταγωγής, σε αντίθεση με την συνήθεια των βαρβαρικών λαών να το πίνουν ανέρωτο. Το νέρωμα του κρασιού τους προφύλασσε από την μέθη και καθιστούσαν το νερό ασφαλές λόγω των αντιβακτηριδιακών ιδιοτήτων της αλκοόλης (αν και αυτό είναι κάτι που δεν ήταν τότε γνωστό). Επίσης χρησιμοποιούνταν για την περιποίηση τραυμάτων και ο Μαχάων, γιος του Ασκληπιού και γιατρός των Αχαιών στον Τρωικό πόλεμο, περιέθαλψε τον τραυματισμένο Ευρύπυλο με κρασί¹. Υπάρχουν πολλές αναφορές από την αρχαία Ελλάδα για τις συνέπειες της χρήσης ανέρωτου κρασιού στην υγεία, ενώ ο Σπαρτιάτης στρατηγός Κλεομένης θεωρείται ότι απέτυχε να κατακτήσει το Αργος εξαιτίας της συνήθειας του να πίνει το κρασί ανέρωτο. Τέλος η εμπορία κρασιού αποτέλεσε σημαντική συνιστώσα που συνετέλεσε στην ακμή του εμπορίου των Αθηναίων ενώ υπάρχουν πολλές αναφορές που δείχνουν ότι η προστασία των αμπελώνων ήταν κομβικής σημασίας στους πολέμους².



Εικόνα 4
Αναπαράσταση
αρχαιοελληνικού
συμποσίου

Ο βασιλιάς Φίλιππος ο Β' της Μακεδονίας ήταν βαρύς πότης και εκεί αποδιδόταν η βιαιότητά του και η αγάπη του για τον κίνδυνο. Εξίσου "βαρύ ποτήρι" ήταν και ο γιός του Αλέξανδρος, που έγινε γνωστός ως "ο Μέγας", και διάφορες πηγές αποδίδουν την δολοφονία του φίλου του Κλίτου αλλά και τον πρόωρο θάνατό του στην συνήθεια να πίνει, παρά το ότι ο δάσκαλός του Αριστοτέλης δίδασκε το «μέτρο». Σύμφωνα με μία εκδοχή, η κατακτημένη Περσέπολη κάηκε ολοσχερώς όταν οι επινίκιες Διονυσιακές γιορτές του Μεγάλου Αλεξάνδρου βγήκαν εκτός ελέγχου ενώ στους νεοκατακτημένους λαούς της Ινδίας οργάνωνε διαγωνισμούς οινοποσίας, μιμούμενος ίσως τους Ολυμπιακούς Αγώνες, κατά την διάρκεια των οποίων αρκετοί διαγωνιζόμενοι έχαναν την ζωή τους λόγω τοξίκωσης από αλκοόλ².

2.3 Το κρασί στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία

Οι ρωμαίοι υιοθέτησαν την ελληνική κουλτούρα της παρασκευής και κατανάλωσης κρασιού και την διέδωσαν σε όλες τις περιοχές όπου έφτασαν οι λεγεώνες τους. Σύντομα η αρχική καχυποψία απέναντι στην χρήση αλκοόλ που έρχονταν σε αντίθεση με την κουλτούρα πειθαρχίας και αυστηρότητας που επικρατούσε στην Ρώμη, αντικαταστάθηκε από τη πλήρη αποδοχή. Σε αυτό συνετέλεσε το ότι η καλλιέργεια της αμπέλου απέφερε κέρδη στους κατακτητές από την πώληση κρασιού στους λαούς των κατακτημένων περιοχών, εξασφαλίζοντας έτσι δυνατότητα επιβίωσης στους αναρίθμητους αποστρατευμένους λεγεωνάριους που καλούνταν να κατοικήσουν την αχανή Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία². Ο Γαληνός σύστηνε το κρασί για τις «κρύες και υγρές νόσους», βασισμένος στην θεωρία των «χυμών» του Ιπποκράτη, το χρησιμοποιούσε σαν διαλύτη για διάφορα άλλα φάρμακα που παρασκεύαζε, ενώ είχε συστήσει την κατανάλωση ειδικής ποικιλίας κρασιού για θεραπευτικούς λόγους στον Μάρκο Αυρήλιο¹.

Σύντομα η υπερβολική κατανάλωση κρασιού γενικεύτηκε και μαζί και τα προκαλούμενα προβλήματα. Η ενασχόληση με την παραγωγή κρασιού αποτέλεσε δείγμα πολυτέλειας και ηδονισμού και συνέβαλλε στην παρακμή της αυτοκρατορίας². Στα ρωμαϊκά συμπόσια (*convivium*), σε αντίθεση με ότι συνέβαινε στα αρχαιοελληνικά συμπόσια, οι καλεσμένοι δεν έπιναν από έναν κοινό κρατήρα αλλά σερβίρονταν διαφορετικά κρασιά η ποιότητα των οποίων εξαρτάτο από την κοινωνική θέση του καθενός, αντανακλώντας το ταξικό σύστημα της ρωμαϊκής κοινωνίας ενώ οι άρχοντες έπιναν ειδικές ποικιλίες κρασιού στις οποίες οι υπήκοοί τους δε είχαν καμία πρόσβαση¹. Επίσης σε αντίθεση με την αρχαιοελληνική κουλτούρα οι γυναίκες απαγορευόταν να πίνουν².

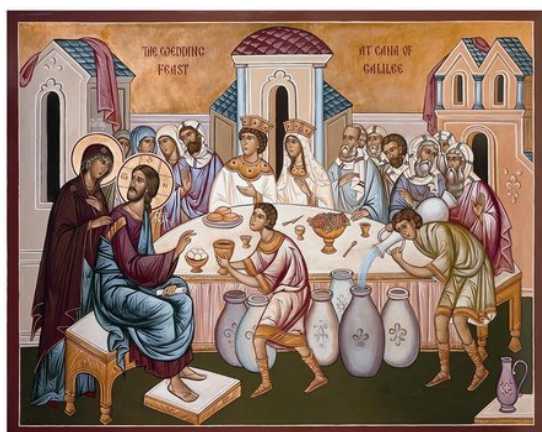
Οι γερμανικές φυλές όπως και οι Βίκινγκς που παρέμεναν έξω από την εξουσία της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας τηρούσαν δικά τους έθιμα κατά την ίδια περίοδο και έπιναν μύρα σε μεγάλες ποσότητες, ένα έθιμο που συχνά κατέληγε να διαμορφώνει τις εκβάσεις μαχών και το θάνατο των ηρώων τους. Παρόλα αυτά οι γερμανοί, όπως οι πέρσες της εποχής του Μεγάλου Αλεξάνδρου, θεωρούσαν ότι η μέθη είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την λήψη σημαντικών αποφάσεων παρερμηνεύοντας την θεωρία του Πλάτωνα σύμφωνα με την οποία το ποτό έκανε την ψυχή πιο ανοιχτή στην ειλικρίνεια. Σε αντίθεση οι Ούνοι δεν έδειξαν κανένα σεβασμό στους Ρωμαϊκούς αμπελώνες, καθώς κατά την περίοδο των επιδρομών τους δεν είχαν γνωρίσει το κρασί και έπιναν αλκοόλ με την μορφή ζυμωμένου γάλατος φοράδας (Kumis)².

2.4 Αλκοόλ και θρησκείες

Ο πολιτισμός της κλασικής αρχαιότητας που ανέπτυξαν οι έλληνες και συνέχισαν οι ρωμαίοι, περιείχε μία "κουλτούρα του αλκοόλ" η οποία δύσκολα θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή από τις δύο μεγάλες μονοθεϊστικές θρησκείες που επικράτησαν στον τότε γνωστό κόσμο: τον Χριστιανισμό και το Ισλάμ³.

Στο Χριστιανισμό το κρασί εμπεριέχεται με συμβολική σημασία, καθώς σύμφωνα με την Βίβλο το πρώτο θαύμα του Χριστού ήταν η μεταμόρφωση του νερού σε κρασί και στο Μυστικό Δείπνο πρόσφερε κρασί στους μαθητές κάτι του αποτέλεσε την βάση για το μυστήριο της Θείας Ευχαριστίας όπου ο οίνος συμβολίζει το αίμα του Χριστού. Επίσης ο Χριστός στο «θαύμα της Καννά» μετατρέπει νερό σε κρασί ενώ ο Απ. Παύλος συμβουλεύει τον Τιμόθεο να πίνει αλκοόλ όταν έχει στομαχικές διαταραχές¹.

Για τους πρώιμους χριστιανούς η κατανάλωση του αλκοόλ πέρα από κάποια αυστηρά όρια δαιμονοποιήθηκε. Ο Άγιος Κλημέντιος συμβούλευε τους χριστιανούς ότι οι νέοι και οι γυναίκες δεν θα έπρεπε να πίνουν καθόλου κρασί, οι μεσήλικες μόνο ένα ποτηράκι για το βραδινό κρύο ενώ οι ηλικιωμένοι θα έπρεπε να πίνουν καθημερινά για λόγους υγείας². Στην συνέχεια βέβαια η εκκλησία στον μεσαίωνα δεν επέβαλε ιδιαίτερους ηθικούς φραγμούς στην χρήση αλκοόλ με τα περισσότερα μοναστικά τάγματα στην μεσαιωνική Ευρώπη να ανέχονται ή να υποστηρίζουν την ήπια χρήση αλκοόλ, όπως στην περίπτωση των Βενεδικτίνων μοναχών, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζουν περιγραφές για την προσθήκη καρυκευμάτων ή άλλων συστατικών στα αλκοολούχα ποτά, ώστε η έντονη γεύση που δημιουργούνταν να αποτρέπει την υπερκατανάλωση¹².



Εικόνα 5 Ο Ιησούς μετατρέπει το νερό σε κρασί

Από την άλλη ο Μωάμεθ στην προσπάθειά του να απορρίψει όλα τα σύμβολα και έθιμα της παλιάς εποχής και να διαφοροποιήσει την νέα θρησκεία από το Χριστιανισμό, που ανέχονταν ή χρησιμοποιούσε συμβολικά το αλκοόλ, επιβάλει ανάμεσα στα καθήκοντα του πιστού μουσουλμάνου και την πλήρη αποχή από το αλκοόλ^{1,2}. Είναι πιθανό με τον τρόπο αυτό να προφύλαξε από τις παρενέργειες του αλκοόλ αρκετούς κατοίκους της μέσης ανατολής και

της Ασίας που παρατήρησε ότι μπορεί να είχαν ευαισθησία στην ανάπτυξη παρενεργειών από την χρήση αλκοόλ και ταυτόχρονα να αύξησε έτσι το αξιόμαχο των στρατευμάτων του. Μετέπειτα δεδομένα που τεκμηριώνουν την ευαισθησία στην χρήση αλκοόλ (λόγω μειωμένου μεταβολισμού), σε σημαντικό μέρος των κατοίκων των περιοχών όπου αρχικά διαδόθηκε ο Μωαμεθανισμός, επιβεβαιώνουν αυτή την υπόθεση³⁹. Παρόλες τις αυστηρές απαγορεύσεις η οινοποισία συνεχίστηκε σε πολλά μέρη της αυτοκρατορίας ιδιωτικά ενώ είναι πιθανό οι Άραβες να είναι οι πρώτοι που πέτυχαν την παραγωγή αλκοολούχου ποτού μέσω της διύλισης/απόσταξης, γνώση που με την απελευθέρωση των μουσουλμανικών κτήσεων, πέρασε στους ευρωπαίους και με την άνθιση της Αλχημείας διαδόθηκε ανάμεσα στον 10^ο και 11^ο αιώνα^{1,2}. Η απόσταξη αρχικά ελάμβανε χώρα κυρίως στα μεσαιωνικά μοναστήρια χρησιμοποιώντας ζυμωμένο χυμό σταφυλιών ως πρώτη ύλη, ενώ τον 17^ο αιώνα συναντάται η πρώτη επίσημη καταγραφή παραγωγής αλκοόλ από άλλες πηγές από τον καθηγητή της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου του Leyden, Sylvius (*Sylvius aqua vitae*), χρησιμοποιώντας τους καρπούς του φυτού κέθρος. Από την γαλλική ονομασία του φυτού αυτού (Genévrier) το ποτό το Sylvius ονομάστηκε Gin και γρήγορα διαδόθηκε εκτός Ολλανδίας¹².



Εικόνα 6. Το φυτό κέθρος
(*Juniperus Communis*)

2.5 Το αλκοόλ την εποχή της αποικιοκρατίας

Η δυνατότητα παραγωγής μέσω της διύλισης/απόσταξης αλκοολούχων ποτών με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη από αυτή του κρασιού και της μπύρας βοήθησε στην υπερατλαντική μεταφορά του καθώς τα νέα ποτά δεν ήταν τόσο ευαίσθητα όπως η μπύρα και το κρασί στο πέρασμα του χρόνου και χρειάζονταν λιγότερος χώρος για την αποθήκευση της ίδιας ποσότητας καθαρής αλκοόλης. Έτσι τα νέα υψηλής περιεκτικότητας αποστάγματα αλκοόλ έγιναν απαραίτητοι συνοδοί των θαλασσοπόρων του 15^{ου} και 16^{ου} αιώνα στα μεγάλα ταξίδια τους. Η επέκταση της καλλιέργειας του ζαχαροκάλαμου στις νέες αποικίες και η εκμετάλλευση της μελάσσας- ενός κατά τα άλλα άχρηστου υποπροϊόντος που προκύπτει κατά την παρασκευή της ζάχαρης - για την παραγωγή του ρουμιού οδήγησαν στο να καθιερωθεί το ρούμι, ως πιο μεθυστικό και ευκολότερο να παρασκευαστεί². Επίσης το βρετανικό ναυτικό είχε υιοθετήσει την συνήθεια να αραιώνεται το ρούμι με νερό και να προστίθεται ζάχαρη και λεμόνι με στόχο να μπορούν να πίνουν οι ναύτες το νερό, που αλλιώς είχε άσχημη γεύση λόγω της μακράς αποθήκευσης σε ακατάλληλες συνθήκες. Το νέο ποτό ονομάζονταν «grog» και λόγω του λεμονιού που περιείχε βοήθησε στην πρόληψη του σκορβούτο και ως εκ τούτου στην υπεροχή των Βρετανών έναντι των εχθρών τους, αν και ο ακριβής μηχανισμός που το «grog» βοήθησε την υγεία των πληρωμάτων έγινε γνωστός αρκετά αργότερα¹.

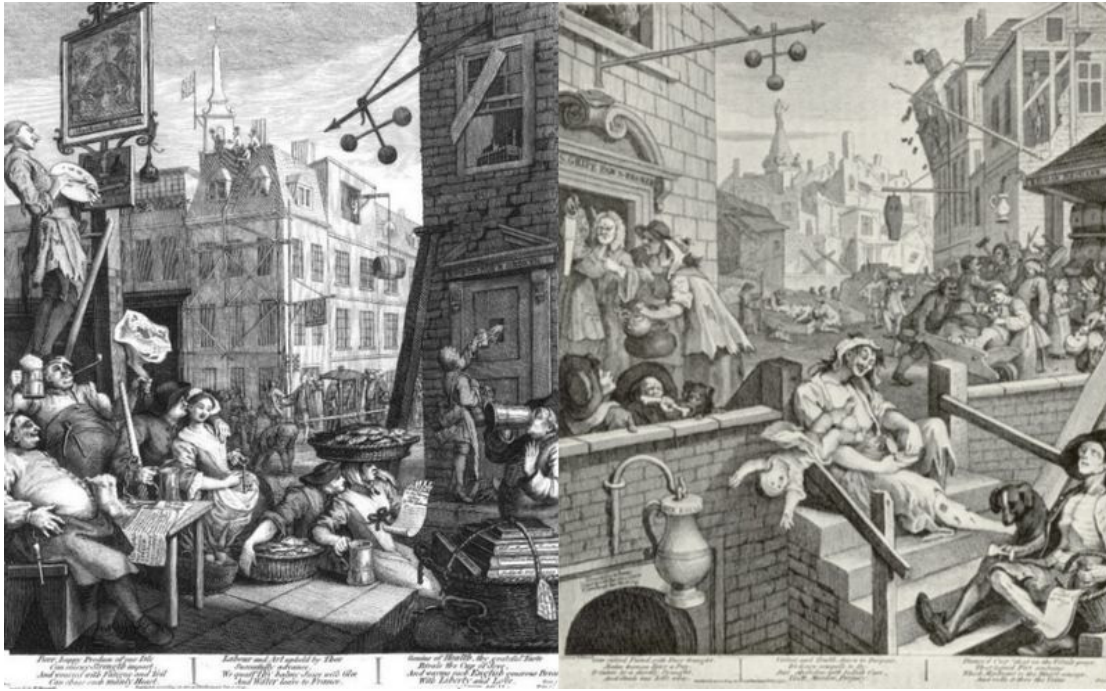
Το ρούμι αποτέλεσε βασική μορφή συναλλάγματος με τους αφρικανούς δουλεμπόρους - επέδειξαν ιδιαίτερη προτίμηση στην κατανάλωσή του η οποία αποτελούσε ένδειξη κύρους - επιτρέποντας έτσι στις φυτείες να επεκτείνουν το δυναμικό τους πληρώνοντας με ένα δικό τους προϊόν, που τους κόστιζε πολύ λιγότερο, συντελώντας με τον τρόπο αυτό στην ανάπτυξη του δουλεμπορίου. Στο κλίμα αυτό το νέο ποτό χρησιμοποιήθηκε επίσης και ως εργαλείο κοινωνικού ελέγχου και δινόταν στους σκλάβους που έφταναν στον "Νέο Κόσμο" για να τους βοηθήσει να αντέξουν τις απάνθρωπες συνθήκες στις οποίες δούλευαν, οδηγώντας τελικά στο εθισμό τους. Επίσης οι άποικοι φρόντισαν να εκμεταλλευτούν την άγνοια των ινδιάνων για το αλκοόλ και την παράδοση τους να χρησιμοποιούν άλλα ψυχοτρόπα καθώς πίστευαν ότι η μέθη σχετίζεται με υπερφυσικές ιδιότητες στις οποίες το άτομο μπορεί να αποκτήσει πρόσβαση μόνο εάν αφεθεί τελείως υπό την επιρροή της. Η συνέχιση αυτής της παράδοσης με το νέο ψυχοτρόπο που οι Ευρωπαίοι παρείχαν πλέον σε αφθονία είχε σαν αποτέλεσμα, κατ'αρχάς την ανάπτυξη ανοχής και την ανάγκη για ολοένα μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ προκειμένου να μεθύσουν που σε δεύτερο χρόνο οδηγούσε στον εθισμό τους^{1,2}.

Εκτός από το να εξάγουν την δική τους κουλτούρα του αλκοόλ, οι ευρωπαίοι στην εποχή των μεγάλων θαλάσσιων ταξιδιών είχαν την ευκαιρία και να παρατηρήσουν τις συνήθειες άλλων πολιτισμών σε σχέση με την χρήση αλκοόλ: Οι ιθαγενείς της νότιας Αμερικής έφτιαχναν αλκοόλ από καρπούς, φρούτα, κάκτους, καλαμπόκι κ.α. προσθέτοντας πολλές φορές παραισθησιογόνους ουσίες και σε κάποιες περιπτώσεις είχαν γιορτές που η χρήση αλκοόλ επιβάλλονταν από όλους, ακόμα και από τα παιδιά. Οι Ιάπωνες και οι Κινέζοι έπιναν ένα είδος κρασιού από ρύζι και μπαχαρικά το οποίο ο Μάρκο Πόλο περιέγραψε ως ωραιότερο και δυνατότερο από όλα τα υπόλοιπα κρασιά. Επίσης το πρωτόκολλο των Ιαπώνων για την χρήση αλκοόλ σε κοινωνικές συνευρέσεις παρουσίαζε ομοιότητες με τις συνήθειες των αρχαιοελληνικών συμποσίων και τις πλατωνικές απόψεις για την σχέση αλκοόλ και ειλικρίνειας, παρόλο που οι 2 πολιτισμοί είναι πιθανόν να μην είχαν έρθει σε επαφή μέχρι τότε².

2.6 Η επιδημία του τζιν

Για τους ευρωπαίους οι μαζικές καταστάσεις μέθης των αυτοχθόνων αμερικάνων αποτελούσαν ένδειξη του πόσο πρωτόγονη και κατώτερη ήταν η κουλτούρα τους. Στο Λονδίνο, τη μεγαλύτερη πόλη των αρχών του 18^{ου} αιώνα, το αλκοόλ έρεε άφθονο ως ένδειξη ευημερίας, κυρίως με την μορφή κρασιού για την ανώτερη τάξη και μύρας για την κατώτερη. Τα δεδομένα άρχισαν να αλλάζουν όταν ο βασιλιάς της Αγγλίας πέρασε τον νόμο για την ενθάρρυνση της παρασκευής τζιν από σιτηρά από τους ιδιώτες. Στόχος ήταν να αυξηθεί η ζήτηση των σιτηρών προκειμένου να διατηρηθούν τα κέρδη για τους μεγαλοκτήμονες, καθώς μεγάλο μέρος των σιτηρών που είχαν παραχθεί εκείνη την περίοδο παρέμενε αδιάθετο προς πώληση².

Κάθε είδους άνθρωποι άρχισαν να ασχολούνται με την διύλιση του τζιν σε αυτοσχέδιους αποστακτήρες χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον τα χαλασμένα σιτηρά τα οποία δεν αγόραζαν οι φούρνοι και τα ζυθοποιία αλλά ήταν κατάλληλα για την παραγωγή τζιν. Αποστακτήρια τζιν ξεφύτρωσαν σε όλη την χώρα και σε κάποιες φτωχογειτονιές του Λονδίνου σχεδόν το ένα στα πέντε σπίτια έφτιαχνε και πουλούσε τζιν, η κατανάλωση του οποίου σύντομα ξέφυγε από κάθε όριο. Το τζιν ήταν ένας οικονομικότερος και ευκολότερος τρόπος να μεθύσει κανείς σε σχέση με την μύρα και σύντομα η βρετανική πρωτεύουσα ήρθε αντιμέτωπη με πρωτοφανή επίπεδα μέθης, βίας και εγκληματικότητας σε μια εποχή ταχείας αστικοποίησης με μεγάλα κοινωνικά προβλήματα και πολύ φτώχεια².



Εικόνα 7 Λιθογραφία του William Hogarth που απεικονίζει τα κακά του τζιν ενάντια στα καλά της μύρας στα πλαίσια καμπάνιας των παραγωγών μύρας ενάντια στο τζιν

Η κυβέρνηση, παραβλέποντας την επίδραση των συνθηκών διαβίωσης στην υγεία και της μαζικής αστικοποίησης στην εγκληματικότητα - για τις οποίες άλλωστε θα ήταν δύσκολο να κάνει και πολλά πράγματα - απέδωσε όλα τα προβλήματα στο ξέσπασμα αλκοολισμού - που η ίδια είχε δημιουργήσει - και πέρασε μια σειρά από νέους νόμους με σκοπό να περιορίσει την κατανάλωση τζιν υποστηριζόμενη από την εκκλησία, τους γιατρούς καθώς και τους ζυθοποιούς. Η αυστηρότητα των αρχικών νόμων (Gin Act, 1729) κατέστησε δύσκολη την εφαρμογή τους και δημιούργησε περισσότερα προβλήματα από όσα έλυσε καθώς η παραγωγή τζιν συνεχίστηκε στην παρανομία και έγινε αντικείμενο εγκλήματος. «Η επιδημία του τζιν» άρχισε να υποχωρεί με τον "Νόμο για το Τζιν" του 1751 με τον οποίο η παραγωγή του ποτού ελέγχθηκε μέσω αδειών που είχαν συγκεκριμένο ετήσιο κόστος². Στην εποχή της βιομηχανικής επανάστασης που ακολούθησε, η αποφυγή της μέθης προωθήθηκε ως πολύτιμη εργασιακή αρετή για την εργατική τάξη και τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα³.

2.7 το Αλκοόλ στην Αμερικάνικη επανάσταση

Καθώς η χρήση του ρουμιού άρχισε να εξαπλώνεται στους κατοίκους των αποικιών της Αμερικής οι έμποροι αποφάσισαν ότι αντί να εισάγουν ρούμι από τις Δυτικές Ινδίες της καραϊβικής θα ήταν καλύτερα να εισάγουν την μελάσα από τις Γαλλικές αποικίες - όπου απαγορευόταν η παραγωγή ρουμιού με στόχο την προώθηση της κατανάλωσης μπράντυ από την πλευρά της Γαλλικής κυβέρνησης - και να φτιάχνουν το ρούμι μόνοι τους. Το αποτέλεσμα μπορεί να υστερούσε σε ποιότητα σε σχέση με το ρούμι της καραϊβικής, αλλά κόστιζε λιγότερο και έτσι το ρούμι έγινε το πιο επικερδές προϊόν των βορειοαμερικανικών αποικιών και αποτέλεσε μεγάλο μέρος των εξαγωγών τους^{1,2}.

Η βρετανική κυβέρνηση ενοχλήθηκε από το γεγονός ότι οι αποικίες της ευνοούσαν το γαλλικό εμπόριο και υπό την πίεση των βρετανικών συμφερόντων καλλιέργειας ζαχαροκάλαμου εξέδωσε το "Νόμο για την Μελάσα" το 1733, τοποθετώντας έναν τεράστιο φόρο στις εισαγωγές γαλλικής μελάσας. Στην πράξη ο νόμος της μελάσας δεν εφαρμόστηκε καθώς τα βορειοαμερικάνικα αποστακτήρια είχαν εξαπλωθεί τόσο πολύ που η μελάσα που μπορούσαν να παράγουν οι βρετανικές κτήσεις δεν έφτανε για να καλύψει τις ανάγκες τους και αν ο νόμος εφαρμοζόταν θα έπρεπε να χαμηλώσει η παραγωγή ρουμιού και να ανεβούν θεαματικά οι τιμές.

Τα αποστακτήρια συνέχισαν να εισάγουν γαλλική μελάσα παράνομα και το μόνο που κατάφερε ο νόμος ήταν να δυσαρεστήσει τους αποίκους και να βάλει ένα σπόρο αμφισβήτησης της βρετανικής εξουσίας. Η αμφισβήτηση συνεχίστηκε απέναντι σε μια σειρά άλλων νόμων με τους οποίους οι άποικοι έπρεπε να πληρώνουν φόρους για τα αγαθά που παρήγαγαν σε μια μακρινή κυβέρνηση στο κοινοβούλιο της οποίας δεν είχαν καμία αντιπροσώπευση και κορυφώθηκε με την εκδήλωση της Αμερικάνικης Επανάστασης το 1775¹.

Αντίδραση προέκυψε επίσης όταν η νεοσύστατη αμερικάνικη κυβέρνηση επέβαλε φόρο στην παραγωγή αποσταγμένων ποτών για να καλύψει κάποια από τα έξοδα της επανάστασης αλλά και γιατί πίστευε ότι η μείωση της χρήσης αλκοόλ θα ωφελούσε την οικονομία, τα ήθη και την δημόσια υγεία. Τελικά η Εξέγερση του Ουίσκι^a

^a Το ρούμι αντικαταστάθηκε σταδιακά από το ουίσκι στις προτιμήσεις των Αμερικανών τόσο λόγω της σκοτσέζικης καταγωγή πολλών από τους καινούργιους μετανάστες αλλά και γιατί οι εισαγωγές μελάσας σταμάτησαν κατά την διάρκεια της επανάστασης και η αμερικάνικη ενδοχώρα ευνοούσε την καλλιέργεια σιτηρών

όπως ονομάστηκε διαλύθηκε γρήγορα και αναίμακτα με την παρέμβαση της πολιτοφυλακής αλλά η προσπάθεια φορολόγησης του ουίσκι απέτυχε¹.



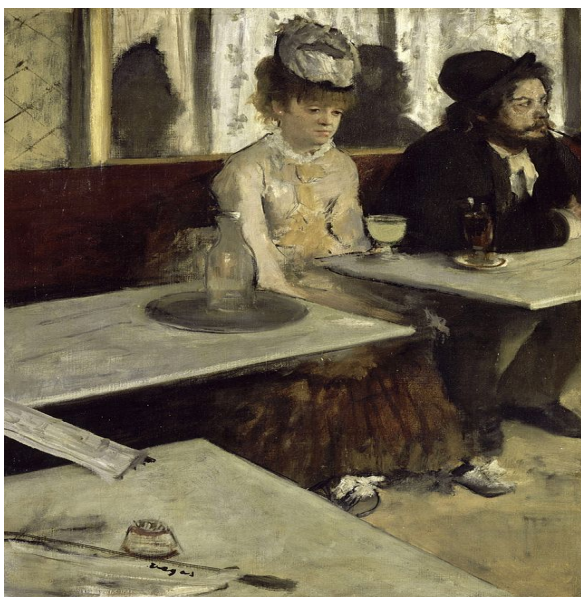
Εικόνα 8 Διαπόμπευση φοροεισπράκτορα κατά την επανάσταση του whiskey

2.8 Το αλκοόλ στην βιομηχανική επανάσταση

Με την έλευση του 19^{ου} αιώνα, η μέθη θεωρήθηκε ως απειλή για την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον βιομηχανικής ανάπτυξης και άρχισε να κριτικάρεται έντονα ενώ δημιουργήθηκαν κοινωνικές ομάδες που προωθούσαν την αποχή από το αλκοόλ μεταξύ των οποίων κυρίαρχο ρόλο είχε η προτεσταντική εκκλησία αναδεικνύοντας την αυτοπειθαρχία και την εργασία ως κυρίαρχες αρετές³. Την περίοδο αυτή η ιατρική επιστήμη θεωρούσε το αλκοόλ τονωτικό του νευρικού συστήματος και στα συγγράμματα φαρμακολογίας της εποχής περιγράφεται αναλυτικά και κατατάσσεται στα διεγερτικά φάρμακα (Remedia Excitantia) ενώ η νέο-αναπτυσσόμενη φαρμακοβιομηχανία το χρησιμοποιεί σαν διαλυτικό έκδοχο¹². Η μετα-αναγεννησιακή πλέον ιατρική ασχολείται πιο συστηματικά με τις επιδράσεις του. Το 1730 ο Mandeville περιγράφει την χαλαρωτική και κατασταλτική δράση του αλκοόλ ενώ το 1724 ο Cheyne το φαινόμενο της προοδευτικής ανάπτυξης ανοχής και τη συνεπακόλουθη εξάρτηση καθώς και τα συμπτώματα στέρησης. Ο Thomas Wilson το 1736 σε μια από τις πρώτες πραγματείες για τις κοινωνικές επιπτώσεις του αλκοόλ κατηγορεί τους εργάτες ότι «καταναλώνουν τον ελεύθερό τους χρόνο όχι στην ξεκούραση αλλά στην καταπόνηση του σώματός τους με το ισχυρό αυτό δηλητήριο». Το 1792 ο Lettsom, περιγράφει στην Ιατρική Εταιρία του Λονδίνου νοσολογικές οντότητες που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ ακολουθούμενος από τον Trotter το 1804 που εισάγει πρώτη φορά την έννοια του αλκοολισμού, που την περιγράφει σαν ψυχική νόσο οφειλόμενη στο σύγχρονο πολιτισμό και το «νευρωτικό ταμπεραμέντο» που αυτός προκαλεί και δημοσιεύει έναν πληρέστερο κατάλογο με τις αρνητικές του συνέπειες, που όμως έχει το στοιχείο της υπερβολής. Λίγο αργότερα ο Sutton δημοσιεύει περιγραφή του τρομάδους παραληρήματος και ο Bruhl-Cramer αναφέρεται στην καταναγκαστική επιθυμία λήψης αλκοόλ με την λέξη «διψομανία» κάνοντας έτσι την πρώτη αναφορά στα ψυχολογικά αίτια του αλκοολισμού. Ο Esquirol κατατάσσει τον αλκοολισμό στις «μονομανίες» ενώ ο Ross είναι ο πρώτος που εισάγει την κοινωνική διάσταση στον αλκοολισμό και εκφράζει την άποψη ότι είναι συνδυασμός σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων. Ο όρος «Αλκοολισμός» εισάγεται επίσημα από τον Σουηδό Huss ενώ την ίδια εποχή ξεκινά από τον Morell συζήτηση για πιθανή κληρονομικότητα^{12,40}.

Οι περιγραφές αυτές για τις τοξικές επιδράσεις του αλκοόλ καθώς και άλλες παρόμοιες και λεπτομερέστερες που ακολούθησαν με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης δεν οδήγησαν σε αποχή. Από την μία οι φτωχοί συνέχισαν να αναζητούν ανακούφιση από την μιζέρια της καθημερινότητάς τους στο αλκοόλ και από την άλλη

φιλόσοφοι, διανοούμενοι και καλλιτέχνες συνέχισαν να αναζητούν την έμπνευση στο ποτό, όπως έκαναν από την κλασική αρχαιότητα⁴¹. Την εποχή εκείνη κάνει την εμφάνιση του το αφέντι που αρχικά λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς του σε αλκοόλη (60% έως 90%), χρησιμοποιούνταν από τα γαλλικά στρατεύματα στην βόρεια Αφρική για το καθάρισμα του νερού και έγινε σύντομα δημοφιλές σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Το αλκοόλ ταυτίστηκε με το ανερχόμενο κίνημα των «μποέμ» στο Παρίσι του 19^{ου} αιώνα και την τέχνη καθώς ποιητές όπως ο Baudelaire, ο Rimbaud και ο Verlaine και ζωγράφοι όπως ο Manet, ο Degas και ο Toulouse-Lautrec το θεωρούσαν μέσο έμπνευσης, πολλές φορές ξεπερνώντας τα όρια της κατάχρησης².



Εικόνα 9 "The Absinthe Drinker", του Edouard Manet, 1859

Εικόνα 10 "L'Absinthe" του Edgar Degas, 1876

Η διάδοση του αφέντι, δεν αφορούσε μόνο τους καλλιτέχνες αλλά και τον υπόλοιπο κόσμο που χρησιμοποιούσε το ποτό σαν μέσο διασκέδασης μακριά από κοινωνικούς περιορισμούς ή σαν παρηγοριά στα προβλήματα του. Έτσι το Παρίσι θα βιώσει την δεύτερη επιδημία αλκοολισμού στην Ευρώπη, αντίστοιχα με την επιδημία του τζιν πριν έναν αιώνα στο Λονδίνο με αποτέλεσμα να απαγορευτεί το αφέντι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και στις Ηνωμένες Πολιτείες στις αρχές του 20^{ου} αιώνα².

2.9 Ποτοαπαγόρευση

Η χριστιανική ηθική ήταν και ο κυριότερος διώκτης των αλκοολούχων ποτών με το ξεκίνημα της βιομηχανικής επανάστασης. Προτεσταντικά δόγματα μαζί με ακραία συντηρητικούς πολίτες αρχίζουν να δημιουργούν ενώσεις που προπαγανδίζουν ενεργά την αποχή από το αλκοόλ, παρεμβαίνουν στην πολιτική σκηνή ενώ αναλαμβάνουν και πιο δυναμικές ενέργειες προκαλώντας καταστροφές σε σαλούν και μέρη όπου γίνονταν χρήση αλκοόλ. Επίσης δημιουργούν επιστημονική ένωση για την «προώθηση της εγκράτειας» στο σχολεία με στόχο την εκπαίδευση των μαθητών προς την πλήρη αποχή από το αλκοόλ και αντλούν χρηματοδότηση από τους υποστηρικτές τους. Φυσικά την απαγόρευση του αλκοόλ υποστήριζαν και οι έμποροι τσαγιού και των πρώτων αναψυκτικών που υπολόγιζαν ότι η απαγόρευση του αλκοόλ θα αύξανε τα κέρδη τους².

Το ίδιο το κίνημα της ποτοαπαγόρευσης στην Αμερική ισχυροποιείται και γενικεύεται τον 19^ο αιώνα οπότε και αρχίζει να αντιπροσωπεύεται από το Κόμμα της Ποτοαπαγόρευσης και το 1920 επιτυγχάνει την ψήφιση από το κογκρέσο της εφαρμογής της ποτοαπαγόρευσης σε όλη την αμερικάνικη επικράτεια². Μέσα σε ενάμιση αιώνα μία χώρα, που μεγάλο μέρος του πληθυσμού της καταναλώνει αλκοόλ και που η ιστορία της είναι τόσο ισχυρά συνδεδεμένη με το αλκοόλ, το απαγορεύει τελείως!

Η ποτοαπαγόρευση αποδείχθηκε αποτυχημένη ιδέα: η επιθυμία μεγάλης μερίδας του κόσμου για το αλκοόλ ήταν τέτοια που πολλοί συγκέντρωσαν μεγάλες προμήθειες ποτών για προσωπική κατανάλωση κατά την διάρκεια του 1919 πριν τεθεί σε ισχύ ο νέος νόμος (που επέτρεπε την κατανάλωση αλλά όχι την παραγωγή προς πώληση) και ο "τουρισμός του αλκοόλ" προς τον Καναδά, το Μεξικό και τα νησιά της Καραϊβικής άκμασε. Το οργανωμένο έγκλημα βρήκε ένα καινούργιο και εξαιρετικά επικερδές πεδίο ανάπτυξης των δραστηριοτήτων, ενώ όταν η κυβέρνηση διέταξε την προσθήκη δηλητηριωδών ουσιών στην βιομηχανική αιθανόλη ώστε έτσι να καταστεί ακατάλληλη για την παραγωγή παράνομου αλκοόλ, το αποτέλεσμα ήταν περίπου 10.000 θάνατοι από δηλητηρίαση μέχρι την κατάργηση της ποτοαπαγόρευσης⁴².

Επίσης το κόστος εφαρμογής της απαγόρευσης (η οποία όπως περιγράφηκε ήταν αδύνατο να εφαρμοστεί πλήρως) σε συνδυασμό με την έλλειψη των εσόδων από τους φόρους από την πώληση αλκοόλ και το πλήγμα που υπέστη η βιομηχανία του αλκοόλ δημιούργησαν σημαντικά προβλήματα στην αμερικάνικη οικονομία⁴². Υπό αυτές τις συνθήκες το 1933 μετά από αυτό το σύντομο πείραμα αποφασίστηκε η κατάργηση της ποτοαπαγόρευσης στις Η.Π.Α.

Στην Ευρώπη του μεσοπολέμου τα κινήματα εναντίον του αλκοόλ δεν ήταν ποτέ ιδιαίτερα δημοφιλή και προσπάθειες εφαρμογής ανάλογης νομοθεσίας εγκαταλείφθηκαν ως αποτυχημένες. Στην Γαλλία παρά την απαγόρευση του αψεντιού τα υπόλοιπα ποτά παρέμειναν εξαιρετικά δημοφιλή στην περίοδο του μεσοπολέμου και η αποχή από το ποτό δαιμονοποιήθηκε. Παρομοίως η βρετανική κοινωνία θεωρούσε χρήσιμη την λελογισμένη χρήση αλκοόλ αλλά έτρεφε ενός βαθμού περιφρόνηση για την μέθη. Στην Γερμανία των Ναζί αν και το κράτος άρχισε να παρεμβαίνει έντονα σε κάθε στοιχείο της προσωπικής και κοινωνικής ζωής των πολιτών, η κουλτούρα του αλκοόλ παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό ανέγγιχτη και σημαντικό μέρος της γερμανικής οικονομίας συνέχισε να στηρίζεται στην παραγωγή αλκοόλ. Παρόλ'αυτά οι Ναζί δεν αποδέχονταν την μέθη/κατάχρηση αλκοόλ και οι αλκοολικοί αντιμετωπίζονταν με βάση το νόμο για την «Πρόληψη Απογόνων με Κληρονομικές Ασθένειες» όπου οι περισσότεροι σοβαρές περιπτώσεις στερώνονταν υποχρεωτικά και οι λιγότερο σοβαρές κλείνονταν σε στρατόπεδα συγκέντρωσης για την «επιμόρφωση» τους μαζί με άλλες κατηγορίες πολιτών με «αποκλίνουσα συμπεριφορά» (ομοφυλόφιλοι, πολιτικοί κρατούμενοι, μέλη θρησκευτικών αιρέσεων)².

2.10 Το αλκοόλ στους πολέμους

Στην διάρκεια του Πρώτου και Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου το αλκοόλ μοιραζόταν στο μέτωπο μαζί με τα τρόφιμα και τα πυρομαχικά και στα 2 στρατόπεδα. Τα ποτά χορηγούνταν στους στρατιώτες ως ένα μέσο απόδρασης από την φρίκη του πολέμου μέσω του οποίου μπορούσαν να αντέξουν τις κακουχίες και την καθημερινή επαφή με τον θάνατο, αλλά και για να ανακουφίσουν τους τραυματίες και τους ετοιμοθάνατους από τον πόνο. Το αλκοόλ ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε από τους δεσμοφύλακες, τους αξιωματικούς των Ες-Ες και τους γιατρούς των στρατοπέδων συγκέντρωσης που καλούνταν να εγκλιματιστούν σε μια άνευ προηγουμένου εξόντωση αθώων ανθρώπων χωρίς να τρελαθούν^{2,43}.

Οι Σοβιετικοί είχαν ξεπεράσει προ πολλού την ποτοαπαγόρευση των πρώτων χρόνων του καθεστώτος των μπολσεβίκων και κατά την διάρκεια του πολέμου εφοδίαζαν τους στρατιώτες τους με άφθονο αλκοόλ με συνέπεια την δημιουργία κουλτούρας αλκοολισμού στον σοβιετικό στρατό. Το 1944 που μπήκαν στο γερμανικό έδαφος, η πειθαρχία των σοβιετικών στρατιωτών είχε καταρρεύσει σημαντικά εξαιτίας του αλκοόλ². Οι Γερμανοί γνωρίζοντας την αδυναμία των Σοβιετικών για το αλκοόλ άφησαν τα αποθέματα αλκοόλ ανέπαφα υποχωρώντας προσδοκώντας ότι η αποτελεσματικότητα του ρωσικού στρατού θα μειώνονταν λόγω της μέθης. Η υπεροπλία των Σοβιετικών όμως, ήταν τόσο μεγάλη που η γενικευμένη μέθη που ακολούθησε είναι πιθανόν να συνετέλεσε στους μαζικούς βιασμούς μετά την κατάληψη του Βερολίνου από του Σοβιετικούς².

Στην Ευρώπη διάσημες ζυθοποιίες και αμπελώνες καταστράφηκαν και πολλά από τα αποστακτήρια άρχισαν να παράγουν βιομηχανική αλκοόλη για τις ανάγκες του πολέμου ενώ στην Αμερική η παραγωγή του αλκοόλ αλλά και η τιμή του αυξήθηκε κατά την διάρκεια του Β' παγκοσμίου πολέμου ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης του².

Ο κατάλογος περιπτώσεων που το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε για να αυξήσει και να τροποποιήσει την αποτελεσματικότητα των στρατευμάτων σε διάφορους πολέμους συμπληρώνεται με τον πόλεμο της Γιουγκοσλαβίας το 1990, την γενοκτονία της Ρουάντα αλλά και τους πολέμους του Ιράκ και του Αφγανιστάν όπου στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων προσαγωγών στρατιωτών για εγκλήματα πολέμου συνοδεύεται από χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών⁴³.

2.11 Η σύγχρονη δυτική κουλτούρα του αλκοόλ

Η μεταπολεμική ευημερία του δυτικού κόσμου επέτρεψε στην χρήση αλκοόλ να ενταχθεί στην καθημερινότητα μεγάλου μέρους ανθρώπων χωρίς να δημιουργούνται ιδιαίτερα κοινωνικά προβλήματα από την προβληματική χρήση του, η οποία εμφανίζεται σαφώς πιο περιορισμένη από την ήπια χρήση⁴. Η χρήση αλκοόλ άρχισε να εξαπλώνεται στους νέους και να συνδέεται με την χειραφέτηση, την ελευθερία, την ανεξαρτησία και ωρίμανση ενώ συνδέθηκε με τα νέα ήδη μουσικής όπως το ροκ-εν-ρολ και το μπλουζ και κουλτούρες όπως της Ντόλτσε Βίτα στην Ιταλία και της ελευθεριακότητας του Παρισιού ενώ σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί πηγή έμπνευσης για το θέατρο και τον κινηματογράφο³. Η κατανάλωση αλκοόλ (με προβληματικό ή μη τρόπο) στη σύγχρονη εποχή επηρεάζεται σημαντικά από τις κοινωνικές νόρμες γύρω από την χρήση αλκοόλ^{44,45} οι οποίες μπορεί να διαφέρουν σημαντικά διαπολιτισμικά αλλά και σε υποομάδες εντός του ιδίου πολιτισμού.

Σήμερα η χρήση αλκοόλ είναι περισσότερο αυξημένη στις χώρες την Ανατολικής Ευρώπης ακολουθούμενη από την Ευρώπη και την Β. Αμερική, ενώ η χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ παρατηρείται στις περιοχές της Β. Αφρικής, της Μέσης Ανατολής και της Νοτιοανατολικής Ασίας (βλέπε εικόνα 1 στο Παράρτημα) και εξαρτάται από το βιοτικό επίπεδο για τις φτωχότερες χώρες. Η σχέση ανάμεσα στην μέση κατανάλωση αλκοόλ και το κατά κεφαλήν εισόδημα είναι αντιστρόφως ανάλογη για τις χώρες με κατά κεφαλήν εισόδημα έως 7.000\$. Όσο αυξάνεται το κατά κεφαλήν εισόδημα η σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ γίνεται γραμμική ενώ για αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος της χώρας πέραν των 10.000\$ δεν αυξάνεται περαιτέρω η μέση κατανάλωση αλκοόλ με την αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος⁴⁶. Τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ στις σύγχρονες κοινωνίες δεν αφορούν μόνο τις «δυτικού τύπου» κοινωνίες, αλλά και τις φτωχότερες κοινωνίες του πλανήτη, όπως η Λατινική Αμερική και η υποσαχάρια Αφρική⁴⁷. Τέλος, οι πιο πολλοί άνθρωποι στον πλανήτη απέχουν από το αλκοόλ και οι γυναίκες κάνουν χρήση μικρότερων ποσοτήτων αλκοόλ, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά αποχής και μικρότερη σχετιζόμενη με το αλκοόλ νοσηρότητα και θνητότητα σε σχέση με τους άνδρες⁴⁶.

Στα πλαίσια της πίεσης για βιομηχανική ανάπτυξη και ανοικοδόμηση μετά τον πόλεμο, η διαθεσιμότητα του ήδη διαδεδομένου στην Βρετανία αλκοόλ περιορίστηκε, η τιμή του αυξήθηκε και μπήκε ωράριο στις μπουραρίες. Οι περιορισμοί αυτοί οδήγησαν τους βρετανούς στο να «συμπυκνώνουν» την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ

σε μικρό χρονικό διάστημα, φαινόμενο που αργότερα περιγράφηκε ως binge drinking². Το binge drinking θα μπορούσε να μεταφραστεί ως "επεισοδιακή υπερ-κατανάλωση αλκοόλ" και οι ορισμοί του διαφέρουν μεταξύ των μελετών⁴⁸ με συχνότερο ορισμό την κατανάλωση 5 ή περισσότερων ποτών (50-60 γρ καθαρής αλκοόλης) σε μία περίπτωση, όριο που μπορεί να είναι ελαφρώς μικρότερο για τις γυναίκες και τους εφήβους. Είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος τρόπος κατανάλωσης αλκοόλ στις ΗΠΑ και στην Βόρεια Ευρώπη και υποδηλώνει την πρόθεση του χρήστη να μεθύσει⁴⁸. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες⁴⁹ αλλά κυρίως στους νέους με επιπολασμό που κυμαίνεται από 10% έως 40% ανάλογα με τους ορισμούς που χρησιμοποιούνται^{48,50-54}. Είναι πιο συχνό στους άνδρες αλλά εμφανίζει μια μικρή αυξητική τάση στις νέες γυναίκες τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ^{53,55}. Η παρουσία του binge drinking σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης αντικοινωνικής συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών στην εφηβεία⁵¹ και στην ενήλικη ζωή⁵² καθώς και αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης τροχαίων και άλλων ατυχημάτων⁵⁶⁻⁵⁹ με αποτέλεσμα αυξημένα κοινωνικά κόστη σε δαπάνες φροντίδας υγείας και αντιμετώπισης της σχετιζόμενης με το αλκοόλ βίας⁶⁰.

Επίσης, στις σύγχρονες κοινωνίες ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ σε πληθυσμούς που έρχονται αντιμέτωποι με διαφορετική κουλτούρα λόγω του φαινομένου της μετανάστευσης. Η διαδικασία υιοθέτησης μιας καινούριας κουλτούρας αυξάνει την επιθυμία επαφής με συμπεριφορές που υποδηλώνουν ένταξη στο κοινωνικό σύνολο που φέρει την εν λόγω κουλτούρα, όπως η χρήση ουσιών στην εφηβεία. Παράλληλα το άγχος και η κοινωνική πίεση που υφίσταται το άτομο που καλείται να προσαρμοστεί μπορεί να αυξήσει την ανάγκη εκτόνωσης ή αναζήτησης αυτοθεραπείας μέσω της χρήσης ουσιών. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την παρουσία κοινωνικοοικονομικών παραγόντων κινδύνου για χρήση ουσιών καθιστούν τους μετανάστες ακόμα πιο ευάλωτους⁶¹⁻⁶³. Επίσης σε χώρες όπου λαμβάνουν χώρα ραγδαίες κοινωνικές αλλαγές, όπως συνέβη στις πρώην σοβιετικές χώρες της ανατολικής Ευρώπης, παρουσιάζεται αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων⁴⁷ της θνητότητας και της εγκληματικότητας που οφείλεται στην χρήση αλκοόλ^{37,64,65}.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην διεθνή ταξινόμηση των νόσων (ICD-10) αναγνωρίζει 2 κατηγορίες προβλημάτων που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ: την «Εξάρτηση» από αλκοόλ και την «Επιβλαβή χρήση» αλκοόλ⁶⁶, προβλήματα που συμβάλουν ολοένα και περισσότερο στην θνητότητα και την νοσηρότητα του παγκόσμιου πληθυσμού με αυξητικές τάσεις για τα επόμενα χρόνια^{67,68}. Η «εξάρτηση» από αλκοόλ

σχετίζεται περισσότερο με ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, η «επιβλαβής χρήση» με τον κίνδυνο ατυχημάτων και τραυματισμών ενώ και οι δυο κατηγορίες προβλημάτων χρήσης αλκοόλ σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιων σωματικών νοσημάτων ή κοινωνικών και οικογενειακών προβλημάτων⁵⁹. Η διάκριση αυτή καταργείται στην πρόσφατη αναθεώρηση του DSM-5, όπου ορίζεται μια κοινή κατηγορία «Προβλημάτων χρήσης αλκοόλ» στην οποία συνυπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια που αφορούν τόσο την εξάρτηση όσο και την επιβλαβή χρήση (Πίνακας 1 και ενότητα 3.2.1). Τα προβλήματα από την χρήση του αλκοόλ στις σύγχρονες κοινωνίες σχετίζονται με αυξημένα κόστη που πρωτίστως προκύπτουν από την απώλεια παραγωγικότητας και δευτερευόντως από κόστη φροντίδας υγείας (για τις πιο πλούσιες χώρες) ή κόστη που σχετίζονται με το δικαστικό σύστημα και την προκαλούμενη από το αλκοόλ βία (κυρίως για τις φτωχότερες χώρες)⁶⁹.

3.1. Η ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1.1 Βλάβες στην σωματική υγεία από την χρήση αλκοόλ

Η βαριά χρήση αλκοόλ έχει σχετισθεί με όλο το φάσμα της ανθρώπινης παθολογίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι υπάρχουν πάνω από 200 υποκατηγορίες διαγνώσεων στο ICD-10 (διαγνώσεις «3^{ov} ψηφίων») όπου το αλκοόλ εμπλέκεται στην περιγραφή τους⁶⁹. Πιο χαρακτηριστικές είναι οι βλάβες που προκαλεί η χρόνια βαριά χρήση αλκοόλ στο ΚΝΣ με την εμφάνιση συμπτωμάτων τύπου άνοιας και αλλαγές στην φυσιολογία και ανατομία του εγκεφάλου, που σε μεγάλο βαθμό θεωρούνται αναστρέψιμες μετά την διακοπή του αλκοόλ⁷⁰ αλλά και στο περιφερικό νευρικό σύστημα με την εμφάνιση συμπτωμάτων πολυνευροπάθειας οφειλόμενη κυρίως στην έλλειψη βιταμίνης Β1. Πιο ειδικές καταστάσεις, αναστρέψιμες με την χορήγηση βιταμίνης Β1, είναι η εγκεφαλοπάθεια Wernicke και η ψύχωση Korsakoff. Η έλλειψη βιταμίνης β12 (λόγω της ατροφίας του γαστρικού βλεννογόνου) που παρατηρείται σε αλκοολικούς προκαλεί μεγαλοβλαστική αναιμία ενώ δεν είναι σπάνια και η μυοκαρδιοπάθεια στα πλαίσια μυοπάθειας που προκαλείται από την έλλειψη Β1 και την τοξική επίδραση του κοβάλτιου στους μύες, που παλιότερα χρησιμοποιούνταν σαν σταθεροποιητικό του αφρού της μπίρας. Επίσης τα έμβρυα των αλκοολικών γυναικών εμφανίζουν αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και πιθανότητα δυσμορφιών (Fetal alcohol syndrome)¹².

Η χρόνια ή συχνή κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης λιπώδους διήθησης και τελικά κίρρωσης ήπατος στο 10%-20%. Επίσης η συχνή χρόνια χρήση σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας, καρκίνων (γαστρεντερικού, στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, λάρυγγα και μαστού), υπέρτασης^{59,71,72}, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου⁷³ και φυματίωσης^{46,74}. Η σχέση αλκοόλ με τους προαναφερόμενους καρκίνους και την υπέρταση δεν ισχύει μόνο για την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλης αλλά είναι πιθανόν να ισχύει και για την ήπια χρήση αλκοόλ^{71,75} ενώ η χρήση μικρότερων ποσοτήτων (π.χ. <25 gr/day), φαίνεται να μην σχετίζεται με την εκδήλωση εγκεφαλικού επεισοδίου και έλκους στομάχου⁷¹.

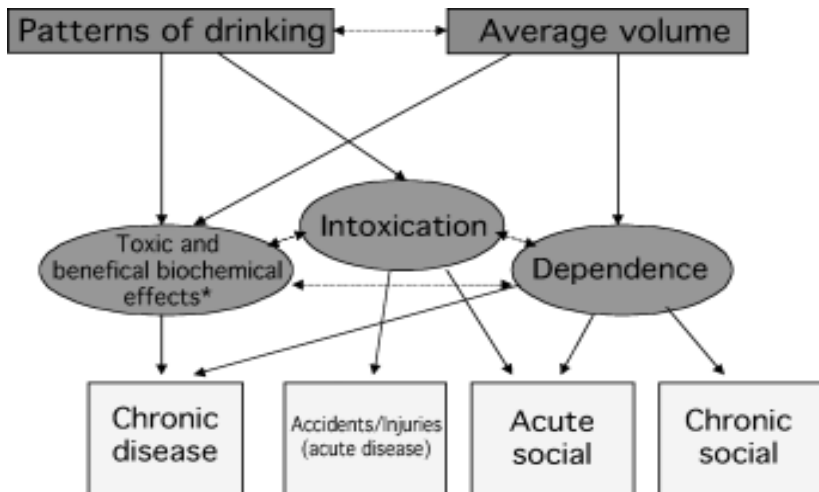
3.1.2 Ωφέλειες στην σωματική υγεία από την χρήση αλκοόλ

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η ήπια χρήση αλκοόλ σχετίζεται με καλύτερες εκβάσεις στην νοσηρότητα και την θνητότητα σε σχέση με την πλήρη αποχή (και ασφαλώς σε σχέση με την προβληματική χρήση)^{9,10}. Τέτοιες μελέτες έχουν κυρίως γίνει για την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα και δείχνουν μια μη-γραμμική σχέση μεταξύ αλκοόλ και καρδιαγγειακών νοσημάτων με δόσεις αλκοόλ από 20 έως και 40 gr/day να εμφανίζουν την μέγιστη προφυλακτική συσχέτιση^{7,8,76}. Επίσης υπάρχουν μελέτες τα τελευταία χρόνια που δείχνουν ότι η ήπια χρήση αλκοόλ συνδυάζεται με μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης μιας σειράς νοσημάτων σε σχέση με την πλήρη αποχή, όπως ο διαβήτης^{77,78}, η άνοια⁷⁹, η πιθανότητα εκδήλωσης ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου^{73,80} και η αναπηρία είτε με την μορφή αναρρωτικών αδειών από την εργασία είτε με την μορφή της απώλειας ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση⁸¹⁻⁸³. Ειδικά για τις καρδιαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη έχουν διεξαχθεί τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, όπου η χορήγηση αλκοόλης σε πειραματικές συνθήκες σχετίστηκε με καλύτερες εκβάσεις σε σύγκριση με την χορήγηση εικονικού φαρμάκου^{84,85}.

Οι παρατηρούμενες ωφέλειες από την χρήση αλκοόλ επιβεβαιώνονται για όλα τα αλκοολούχα ποτά, ανεξάρτητα από τη πρώτη ύλη που χρησιμοποιείται, με το κρασί να υπερέχει ελαφρώς σε ότι αφορά την προφύλαξη από καρδιαγγειακά συμβάντα, ίσως λόγω των αντιοξειδωτικών ιδιοτήτων των φλαβονοειδών που περιέχει^{86,87}. Είναι πιθανόν τα παραπάνω οφέλη από την χρήση του αλκοόλ να περιορίζονται σημαντικά όταν η κατανάλωση δεν γίνεται σε καθημερινή βάση αλλά συγκεντρώνεται σε επεισόδια βαριάς χρήσης (“binge drinking”), ακόμα και αν η συχνότητα των επεισοδίων και η κατανάλωση αλκοόλης σε καθένα από αυτά είναι τέτοια που η μέση εβδομαδιαία ποσότητα αλκοόλης να μην ξεπερνά τα όρια «ασφαλούς» χρήσης⁸⁸.

Παρ’όλα αυτά υπάρχει ένα μέρος της βιβλιογραφίας που θεωρεί τα δεδομένα αυτά αποτέλεσμα συστηματικών σφαλμάτων^{89,90}. Μεταξύ των κυριότερων σφαλμάτων που έχουν προταθεί ότι μπορεί να δημιουργούν μια πλασματική εικόνα συσχέτισης της ήπιας χρήσης αλκοόλ με την καλύτερη σωματική υγεία είναι α) το σφάλμα ταξινόμησης (misclassification bias), λόγω του οποίου στην κατηγορία των ατόμων που φαίνονται να απέχουν από το αλκοόλ συμπεριλαμβάνονται και άνθρωποι που έχουν διακόψει το

αλκοόλ γιατί τους δημιούργησε προβλήματα στο παρελθόν, με αποτέλεσμα η νοσηρότητα να παρουσιάζεται «τεχνητά» αυξημένη στην ομάδα των ανθρώπων που απέχουν από αλκοόλ («sick-quitter» effect)^{89,90} και β) πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες που δεν μπόρεσαν προβλεφθούν και να συνυπολογιστούν στα μοντέλα συσχέτισης μεταξύ αλκοόλ και καλής υγείας (residual confounding)⁹⁰, όπως επιβεβαιώνεται από την πρόσφατη ανακάλυψη της ύπαρξης γενετικού πολυμορφισμού που προδιαθέτει ταυτόχρονα στην χαμηλή ανοχή στο αλκοόλ και την παρουσία παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου⁹¹.



Εικόνα 11 Η σχέση μεταξύ μέσης καταναλούμενης ποσότητας και τρόπου χρήσης αλκοόλ με τα προβλήματα από την χρήση αλκοόλ.

Addiction
 Volume 98, Issue 9, pages 1209-1228, 27 AUG 2003 DOI: 10.1046/j.1360-0443.2003.00467.x
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2003.00467.x/full#f1>

3.2 Η ΣΧΕΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.2.1 Αλκοόλ και ταξινόμηση ψυχικών νόσων

Τα προβλήματα από την χρήση αλκοόλ αναγνωρίζονται σαν αυτοτελείς διαγνωστικά οντότητες στα ταξινομητικά συστήματα των ψυχικών διαταραχών. Στο ICD-10⁶⁶ υπάρχει η διαγνωστική κατηγορία με κωδικό F10 «Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στην χρήση Αλκοόλ» κατηγορία που μπορεί να διακριθεί στις παρακάτω υποκατηγορίες: οξεία τοξίκωση από αλκοόλ (F10.0), επιβλαβής χρήση (F10.1), εξάρτηση από αλκοόλ (F10.2), σύνδρομο απόσυρσης από αλκοόλ (F10.3), ντελίριο λόγω συνδρόμου απόσυρσης από αλκοόλ (F10.4) αλκοολική ψύχωση (F10.5), αμνησιακό σύνδρομο (F10.6), υπολειμματική και όψιμης έναρξης αλκοολική ψύχωση (F10.7) και άλλες / απροσδιόριστες διαταραχές οφειλόμενες σε αλκοόλ (F10.8 / F10.9). Αντίστοιχες διαγνωστικές κατηγορίες προβλέπονται στο ICD-10 και για την χρήση άλλων ψυχοδραστικών ουσιών όπως οπιοειδών (F11), καναβιδοειδών (F12), υπνωτικών χαπιών (F13), κοκαΐνης (F14) κ.α.

Στο DSM-5 αποφεύγεται η διάκριση που υπήρχε στο DSM-IV μεταξύ «επιβλαβούς χρήσης» και «εξάρτησης» από αλκοόλ και οι 2 καταστάσεις συμπεριλαμβάνονται υπό τον ενιαίο όρο «διαταραχή χρήσης αλκοόλ» με κριτήρια που αφορούν την οξεία τοξίκωση, την παρουσία στερεοτικών συμπτωμάτων κατά την απόσυρση της ουσίας καθώς και την ανάπτυξη επαγόμενων από την χρήση αλκοόλ κοινωνικών, ψυχολογικών ή οργανικών προβλημάτων. Η «διαταραχή χρήσης αλκοόλ» μπορεί να διακριθεί σε 3 υπο-κατηγορίες ανάλογα με την βαρύτητα, που προσδιορίζονται από τον αριθμό των κριτηρίων προβληματικής χρήσης που πληρούνται. Τα κριτήρια για την διαταραχή χρήσης αλκοόλ δεν έχουν αλλάξει σημαντικά στο DSM-5 σε σχέση με το DSM-IV, με εξαίρεση την αφαίρεση του κριτηρίου των νομικών συνεπειών από την χρήση αλκοόλ και την προσθήκη του κριτηρίου της «έντονης επιθυμίας» για χρήση αλκοόλ (βλέπε πίνακα 1).

Πίνακας 1, Κριτήρια κατά DSM-5 για την διάγνωση "Διαταραχή χρήσης αλκοόλ"

*1. Το αλκοόλ λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες και για μεγαλύτερες περιόδους παρά την αντίθετη πρόθεση του ατόμου	<p><i>Η ύπαρξη 2 ή περισσότερων από τα κριτήρια αυτά υποδηλώνει την παρουσία Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ</i></p> <p>Η Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ ανάλογα με την βαρύτητα μπορεί να διακριθεί σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ήπια: παρουσία 2-3 κριτηρίων • Μέτρια: παρουσία 4-5 κριτηρίων • Σοβαρή: Παρουσία ≥6 κριτηρίων
*2. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση αλκοόλ	
*3. Μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση, τη χρήση ή την ανάνηψη από την δράση του αλκοόλ	
***4. Ύπαρξη έντονης επιθυμίας ή παρόρμησης για κατανάλωση αλκοόλ	
**5. Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ που έχει σαν αποτέλεσμα αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων του ατόμου στην εργασία στο σχολείο ή το σπίτι.	
**6. Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από το αλκοόλ.	
*7. Περιορισμός σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ	
**8. Επαναλαμβανόμενη χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις στις οποίες είναι επικίνδυνο για την σωματική υγεία.	
**9. Συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ παρόλη την ύπαρξη μόνιμων ή υποτροπιάζοντων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις του αλκοόλ.	
*10. Ανοχή, παρουσία ενός τουλάχιστον από τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none"> α) ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή τοξίκωση, ή β) σαφώς μειωμένο αποτέλεσμα με την συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας αλκοόλ 	
*11. Στέρηση, εκδηλώνεται με ένα από τους ακόλουθους τρόπους: <ul style="list-style-type: none"> α) ως κλασσικό Στερητικό Σύνδρομο β) Με την λήψη της ουσίας ή άλλης παρόμοιας ουσίας (π.χ. βενζοδιαζεπίνες) για την ανακούφιση ή αποφυγή συμπτωμάτων στέρησης. 	

* Κριτήρια που στο DSM-IV αντιστοιχούν στην «εξάρτηση από αλκοόλ»

** Κριτήρια που στο DSM-IV αντιστοιχούν στην «κατάχρηση αλκοόλ»

***κριτήριο που δεν συμπεριλαμβάνεται στο DSM-IV

3.2.2 Σχέση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας

Λόγω των αρνητικών συνεπειών που μπορεί να έχει η προβληματική χρήση αλκοόλ στον ανθρώπινο ψυχισμό και την συμπεριφορά, η πλειοψηφία των επιδημιολογικών μελετών που ασχολούνται με την σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας περιορίστηκε κατά κύριο λόγο στον υπολογισμό των συνεπειών της προβληματικής χρήσης, κυρίως σε κλινικά δείγματα⁹²⁻⁹⁴ και εν μέρει έχει αγνοηθεί η μελέτη της επίδρασης που μπορεί να έχει στην ψυχολογική κατάσταση η ήπια χρήση αλκοόλ στην κοινότητα και την ΠΦΥ. Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες από όλο τον κόσμο εστιάστηκαν στην συσχέτιση που μπορεί να έχει η προβληματική χρήση αλκοόλ (η εξάρτηση ή η επιβλαβής χρήση αλκοόλ) με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, την εξάρτηση από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες ή τις διαταραχές προσωπικότητας⁹⁵⁻⁹⁹. Στις μελέτες αυτές τυπικά η χρήση αλκοόλ προσδιορίζονταν ως κατάσταση 2 κατηγοριών («προβληματική» Vs «μη-προβληματική» χρήση) κάνοντας αδύνατη την διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ αλκοόλ και ψυχικής υγείας κατά μήκος όλου του φάσματος της χρήσης αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης και της ήπιας χρήσης.

Στις περισσότερες διαχρονικές μελέτες για την σχέση αλκοόλ και κοινών ψυχικών διαταραχών, επίσης, δεν μελετήθηκε η σχέση των διαφόρων επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία⁹⁹⁻¹⁰³ ή η σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας θεωρήθηκε γραμμική¹⁰⁴. Από τα δεδομένα των ερευνών αυτών δεν προκύπτει συμφωνία σε ότι αφορά την συσχέτιση μεταξύ της προβληματικής ή υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ και της ανάπτυξης κατάθλιψης σε δεύτερο χρόνο^{98,99,105}. Η αντίστροφης αιτιότητας σχέση, δηλαδή η αύξηση της χρήσης αλκοόλ μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης (προσπάθεια «αυτοθεραπείας») είναι εξίσου συχνή^{102-104,106,107}. Άλλες μελέτες που εξετάζουν ταυτόχρονα τις 2 κατευθύνσεις αιτιότητας στην σχέση βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης υποστηρίζουν κυρίως την κατεύθυνση από τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ προς την ανάπτυξη κατάθλιψης^{101,108,109}, ενώ σε άλλες μελέτες υποστηρίζεται το αντίστροφο, ότι η κατάθλιψη προκαλεί προβλήματα χρήσης αλκοόλ^{100,110,111}.

Η ταξινόμηση της χρήσης αλκοόλ σε περισσότερες από 2 κατηγορίες θα μπορούσε να δώσει καλύτερα την πολύπλοκη και δοσοεξαρτώμενη σχέση του αλκοόλ με την ψυχική υγεία, επιτρέποντας με τον τρόπο αυτό να αναδειχθούν πιθανές μη-γραμμικές συσχετίσεις κατά μήκος του συνεχούς της κατανάλωσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία, όπως ήδη έχει αναφερθεί στις μελέτες της σχέσης αλκοόλ με τα καρδιαγγειακά νοσήματα^{7,8,76}. Οι

μελέτες της σχέσης των διαφορετικών επιπέδων κατανάλωσης αλκοόλ με την κατάθλιψη και το άγχος είναι λιγότερες σε σύγκριση με τις μελέτες εκβάσεων σωματικής υγείας για το διαβήτη και τα καρδιαγγειακά.

3.2.3. Σχέσης ήπιας χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας

3.2.3.1. Συγχρονικές μελέτες

Μεταξύ των μελετών που εξετάζουν την συσχέτιση που έχουν τα διάφορα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία οι περισσότερες είναι συγχρονικές, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για την αιτιολογική κατεύθυνση των παρατηρούμενων συσχετίσεων. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών είναι αντικρουόμενα, με κάποιες να υποστηρίζουν ότι η ήπια κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα από ότι η αποχή και η βαριά ή προβληματική χρήση αλκοόλ¹¹²⁻¹²⁷ ενώ κάποιες άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν αυτή την σχέση¹²⁸⁻¹³³. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας εξαρτάται από τον τρόπο που οι 2 μεταβλητές μετρούνται, καθώς βρίσκουν ότι η σχέση της ήπιας κατανάλωσης αλκοόλ με καλύτερη ψυχική υγεία υπολογίζεται ισχυρότερη, όταν στην μέτρηση της πρώτης δεν λαμβάνονται υπόψη οι προβληματικοί τρόποι κατανάλωσης^{59,134} ή όταν η ψυχική υγεία προσδιορίζεται από την τρέχουσα αυτοαναφερόμενη ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων και όχι από την παρουσία κλινικά σημαντικών ψυχικών διαταραχών¹³².

Στις περισσότερες από τις παραπάνω μελέτες η κατάσταση ψυχικής υγείας προσδιορίζεται ως συνεχής μεταβλητή με βάση κλίμακες αυτοαναφερόμενων συμπτωμάτων, μετρήσεις που προσεγγίζουν περισσότερο την τρέχουσα ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων παρά κλινικά σημαντικές καταστάσεις^{118,120,124}. Στις μελέτες που για τον προσδιορισμό της κατάστασης ψυχικής υγείας χρησιμοποιούνται αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια ανίχνευσης περιπτώσεων (case-finding instruments)^{116,121-123,125-127} τα ευρήματα έχουν μεγαλύτερη σημασία από κλινική σκοπιά, καθώς αναφέρονται στην παρουσία ή την απουσία κλινικά σημαντικών προβλημάτων και όχι στην καταγραφή της τρέχουσας ψυχολογικής κατάστασης. Οι μελέτες που η ψυχική υγεία έχει προσδιοριστεί από την παρουσία ψυχιατρικών διαγνώσεων με την διενέργεια σταθμισμένων ψυχιατρικών συνεντεύξεων, δίνουν πιο συντηρητικά αποτελέσματα για την σχέση της ήπιας/μέτριας χρήσης αλκοόλ με μικρότερο επιπολασμό διαγνώσεων^{119,135} ή

δεν επιβεβαιώνουν την προφυλακτική συσχέτιση του αλκοόλ με την παρουσία διαγνώσεων κατάθλιψης-άγχους^{129,131} υποστηρίζοντας ότι η όποια προφυλακτική σχέση μπορεί να αφορά μόνο την τρέχουσα ψυχολογική κατάσταση και δεν έχει κλινικούς χαρακτήρες. Παρομοίως, η μέτρηση της χρήσης αλκοόλ μπορεί να παρουσιάζει διαφορετικές συσχετίσεις με την ψυχική υγεία, ανάλογα με το αν ορίζεται μόνο ως κατανάλωση (μέσος όρος ποτών ανά εβδομάδα) ή σαν συνολικότερη χρήση αλκοόλ συμπεριλαμβανομένων της επεισοδιακής κατάχρησης, των προβλημάτων από την χρήση ή την εξάρτηση από αλκοόλ^{59,118,135,136}.

Επίσης σε πολλές από τις παραπάνω μελέτες δεν λαμβάνεται υπόψη η παρουσία πιθανών συγχυτικών παραγόντων, όπως οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και η σωματική υγεία^{114-116,118,124,125,127,132} που σε άλλες μελέτες έχει βρεθεί να επηρεάζουν σημαντικά την σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας^{123,130}. Επίσης κάποιες από τις μελέτες με μεγάλα δείγματα και καλή μεθοδολογία περιορίζονται σε ειδικούς πληθυσμούς (κυρίως νέους ενήλικες)^{120-122,130}, καθιστώντας αμφίβολη την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων τους στον γενικό πληθυσμό^{90,130}.

Όλες οι μελέτες που μέχρι σήμερα ασχολούνται με την σχέση των διαφορετικών επιπέδων χρήσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία χρησιμοποιούν δείγματα που, αν και έχουν προέλευση από διαφορετικές χώρες^{122,125-127}, αντιστοιχούν σε κοινό πολιτισμικό πλαίσιο σε σχέση με την «κουλτούρα αλκοόλ», που χαρακτηρίζεται από υψηλή ανοχή στην χρήση αλκοόλ, περιορίζοντας έτσι την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων τους σε άλλες κουλτούρες που η χρήση αλκοόλ δεν είναι ο κανόνας, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι οι κοινωνικές νόρμες γύρω από την χρήση αλκοόλ επηρεάζουν την εκδήλωση προβληματικών σε σχέση με το αλκοόλ συμπεριφορών^{44,45}. Επίσης όλες οι προηγούμενες μελέτες είναι σε δείγματα από την Κοινότητα με εξαίρεση αυτή των Kircher και συν. 2007¹³⁷, που είναι η μόνη δημοσιευμένη μελέτη για την σχέση των διαφόρων επιπέδων χρήσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία σε ασθενείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η γενικευσιμότητα και η κλινική σημασία των αποτελεσμάτων της μελέτης αυτής, περιορίζονται από το ότι το δείγμα αποτελείται από ανθρώπους μεγαλύτερους των 65 ετών και από το ότι η κατάσταση ψυχικής υγείας προσδιορίστηκε με το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο γενικών ψυχολογικών συμπτωμάτων GHQ-12, μέτρηση που μπορεί να στερείται κλινικής αξιοπιστίας, ενώ δεν ελήφθη υπόψη η κατάσταση σωματικής υγείας, η οικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες.

3.2.3.2. Διαχρονικές μελέτες

Οι διαχρονικές μελέτες που δεν εστίασαν μόνο στην βαριά προβληματική χρήση αλκοόλ αλλά διερεύνησαν τις σχέσεις των διαφόρων επιπέδων χρήσης αλκοόλ σε σχέση με την αποχή ή την ελάχιστη χρήση, στην πλειοψηφία τους υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και χαμηλότερης επίπτωσης άγχους-κατάθλιψης^{105,138-141} ή χαμηλότερης πιθανότητας υποτροπής μετά την θεραπεία¹⁴². Κάποιες όμως δεν υποστηρίζουν την χαμηλότερη επίπτωση των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των ήπιων χρηστών αλκοόλ σε σχέση με τους απέχοντες¹⁴³. Επίσης κάποιες μελέτες πάνω στη σχέση κατανάλωσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας, αν και προκύπτουν από δείγματα που μελετήθηκαν διαχρονικά, κάνουν αναλύσεις μόνο σε συγχρονικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας την διαχρονική φύση των δεδομένων μόνο για να υπολογίσουν το “sick-quitter” φαινόμενο και όχι για να προσδιορίσουν την αιτιολογική κατεύθυνση της συνολικότερης σχέσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας^{116,121,123,130}.

Όπως και στην περίπτωση των συγχρονικών μελετών, όλες οι διαχρονικές μελέτες των επιδράσεων της ήπιας χρήσης αλκοόλ στην ψυχική υγεία αφορούν δείγματα από την κοινότητα στα οποία η μέτρηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας έγινε με κλίμακες συμπτωμάτων που χρησιμοποιήθηκαν σαν συνεχείς μεταβλητές, με αποτέλεσμα η γενίκευση των αποτελεσμάτων τους να γίνεται με επιφυλάξεις σε κλινικά δείγματα και κλινικά σημαντικές περιπτώσεις^{105,138,141,143}. Στις μελέτες των Gea και συν. 2012¹⁴⁰ και Gea και συν. 2013¹³⁹ η ψυχιατρική νοσηρότητα προσδιορίστηκε με βάση τις αναφορές των συμμετεχόντων για λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ή την λήψη της διάγνωσης από κάποιο γιατρό δημιουργώντας αυξημένη πιθανότητα misclassification bias, ενώ δεν ελήφθη υπόψη στις αναλύσεις η κατάσταση της σωματικής υγείας των συμμετεχόντων.

3.2.3.3. Η σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές

Καμία από τις παραπάνω διαχρονικές μελέτες δεν συμπεριέλαβαν τις αγχώδεις διαταραχές μεταξύ των μελετώμενων ψυχικών διαταραχών. Μεταξύ των συγχρονικών μελετών χρήσης αλκοόλ που συμπεριέλαβαν τις αγχώδεις διαταραχές^{118,120,123,129,131,135} κάποιες δείχνουν ότι η σχέση είναι περισσότερο έντονη (τύπου «U») για τις αγχώδεις διαταραχές^{119,120}, κάποιες ότι είναι παρόμοια με την κατάθλιψη^{118,121,129}, ενώ σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε συσχέτιση της ήπιας χρήσης αλκοόλ με μικρότερο επιπολασμό

ΓΑΔ, αλλά όχι κατάθλιψη¹³⁵. Επίσης οι Skogen και συν. 2009¹²³, υποστηρίζουν ότι η ποσότητα αλκοόλ που σχετίζεται με μικρότερη ψυχολογική επιβάρυνση είναι μικρότερη για τα συμπτώματα άγχους και μεγαλύτερη για τα συμπτώματα κατάθλιψης.

3.2.3.4. Διαφορές με βάση το φύλο

Σε ότι αφορά τις διαφορές που μπορεί να εμφανίζονται μεταξύ ανδρών και γυναικών στις μελέτες που υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και καλύτερης ψυχικής υγείας δεν υπάρχει συμφωνία καθώς οι πιο πολλές δεν βρίσκουν διαφορά μεταξύ ανδρών-γυναικών^{116,122}, κάποιες υποστηρίζουν ότι μπορεί να είναι πιο εκσεσημασμένη για τις γυναίκες ειδικά όταν η ψυχική υγεία προσεγγίζεται με την παρουσία διαγνώσεων^{127,132} ενώ κάποιες άλλες υποστηρίζουν ότι η σχέση είναι πιο έντονη για τους άνδρες^{120,126,140,141}. Κάποιες μελέτες επιβεβαιώνουν την μεγαλύτερη ανοχή των ανδρών απέναντι στο αλκοόλ^{144,145} και τη διατήρηση της προστατευτικής σχέσης του αλκοόλ με την ψυχική υγεία σε μεγαλύτερες δόσεις στους άνδρες από ότι στις γυναίκες¹²⁵.

4. ΣΤΟΧΟΣ – ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΕΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

4.1 Στόχος

Στόχος της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη της σχέσης των διαφόρων επιπέδων χρήσης αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές του φάσματος άγχους και κατάθλιψης και του βαθμού που η σχέση αυτή επηρεάζεται από κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και παράγοντες σωματικής υγείας σε ένα διαπολιτισμικό δείγμα ασθενών ΠΦΥ συγχρονικά και διαχρονικά και σε ένα κοινοτικό πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα συγχρονικά.

4.2 Πρωτοτυπίες σε σχέση με την διεθνή βιβλιογραφία

Διαχρονική μελέτη της σχέσης μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και της ανάπτυξης Κατάθλιψης και Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ΓΑΔ) σε πολυπολιτισμικό δείγμα συμπεριλαμβανομένων χωρών με υψηλό ποσοστό αποχής από το αλκοόλ.

Η μελέτη για τον ρυθμιστικό (“buffering”) και αυτοθεραπευτικό (“self-medication”) ρόλο που μπορεί να έχει η χρήση αλκοόλ σε ανθρώπους που υφίστανται κοινωνικοοικονομική ή ψυχολογική πίεση.

Η συγκριτική μελέτη της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και της σωματικής υγείας στην σχέση αλκοόλ-ψυχικής υγείας.

Σύγκριση με κοινή μεθοδολογία της παραγοντικής δομής του εργαλείου AUDIT σε πληθυσμούς με κουλτούρα ανοχής απέναντι στο αλκοόλ και σε πληθυσμούς με κουλτούρα αποχής από το αλκοόλ.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την διερεύνηση της σχέσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν 2 επιμέρους δείγματα:

1) ένα διαπολιτισμικό δείγμα από ασθενείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), που είχε συγκεντρωθεί στα πλαίσια της μελέτης ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ του Π.Ο.Υ (WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care) όπου ένα μέρος των συμμετεχόντων παρακολούθηθηκε διαχρονικά για 1 έτος¹⁴⁶.

2) ένα ελληνικό κοινοτικό δείγμα, για τη επιλογή του οποίου ακολουθήθηκε εθνικά αντιπροσωπευτική δειγματοληψία στα πλαίσια της Επιδημιολογικής Μελέτης Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων που χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας το 2011.

Η επιλογή των δειγμάτων έγινε προκειμένου να εξεταστούν οι διαφορές στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας μεταξύ κλινικού πληθυσμού και κοινότητας, που δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς στην βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα το δείγμα ΠΦΥ λόγω της διαπολιτισμικής του φύσης δίνει την δυνατότητα να μελετηθούν με κοινή μεθοδολογία πιθανές διαφορές στη σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας σε πολιτισμούς που χαρακτηρίζονται από υψηλή ανοχή στην χρήση αλκοόλ και σε πολιτισμούς με χαμηλή ανοχή στην χρήση αλκοόλ. Ειδικότερα για το ελληνικό δείγμα οι μετρήσεις επιπολασμού των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και οι μελετούμενες συσχετίσεις θα μπορούν ευκολότερα να γενικευτούν στον ελληνικό πληθυσμό, λόγω της αντιπροσωπευτικής φύσης του δείγματος. Τέλος η αξιόπιστη μέτρηση της παρουσίας ψυχικών διαταραχών με την χρήση δομημένων ψυχιατρικών διαγνώσεων στα 2 δείγματα αυξάνει την κλινική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μας.

5.1 WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care

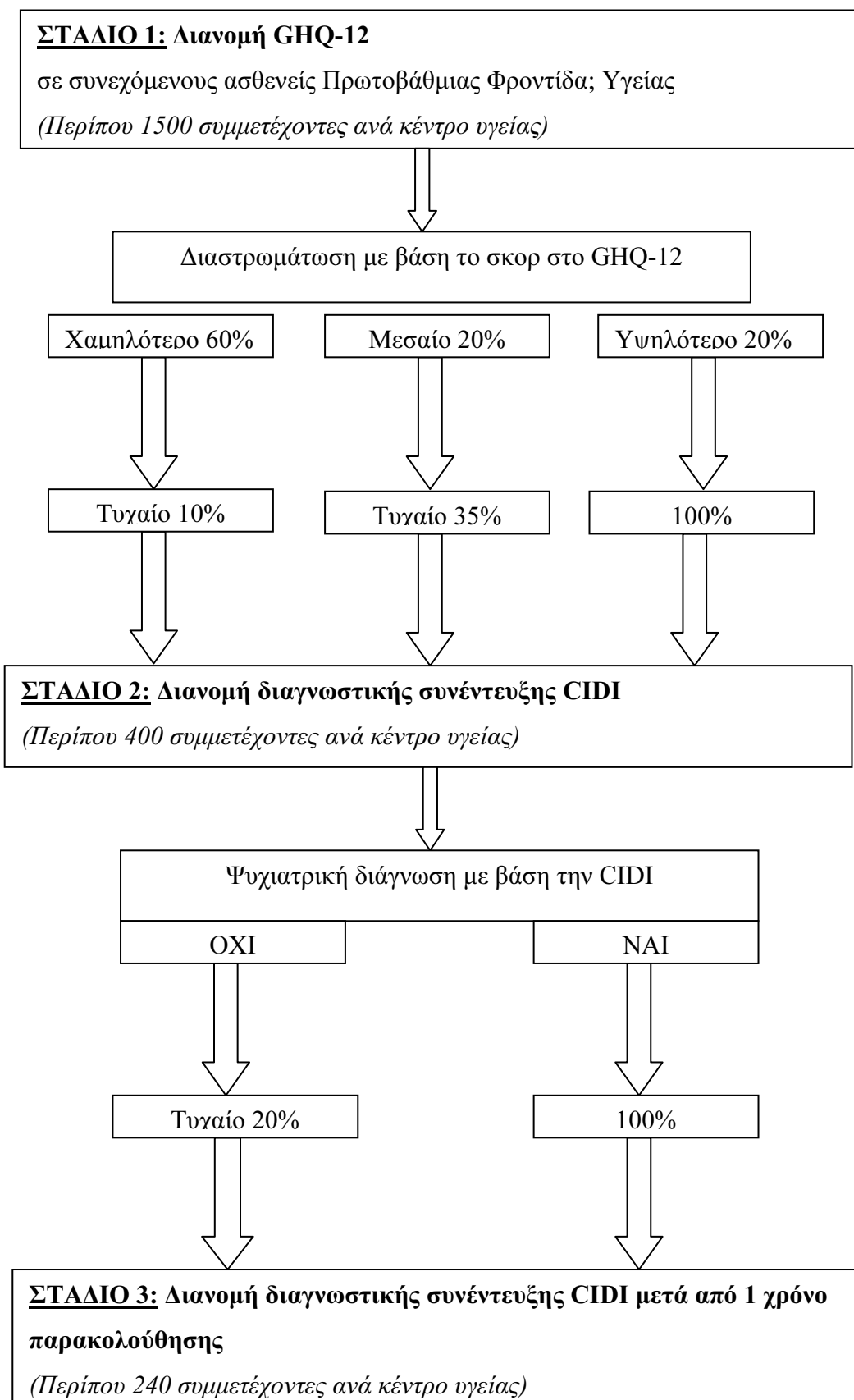
5.1.1. Επιλογή Δείγματος

Η μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) οργανώθηκε την δεκαετία του 1990 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για να μελετήσει τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις των αγχωδών και καταθλιπτικών ψυχικών διαταραχών και των κοινών σωματικών συμπτωμάτων στην ΠΦΥ σε 15 κέντρα υγείας από 14 χώρες¹⁴⁶ (βλέπε πίνακα 2). Τα κέντρα υγείας επελέγησαν με βάση το βαθμό που αντιπροσώπευαν την ΠΦΥ της χώρας από την οποία προέρχονται και την καταλληλότητα τους για να εκπονήσουν αξιόπιστη έρευνα πεδίου για την ψυχική υγεία. Για τη συλλογή του δείγματος των συμμετεχόντων ακολουθήθηκε δειγματοληψία 2 σταδίων:

Στο 1^ο στάδιο ελέγχθηκαν με το ερωτηματολόγιο 12 συμπτωμάτων γενικής ψυχολογικής κατάστασης¹⁴⁷ [General Health Questionnaire] 26969 ασθενείς ΠΦΥ ηλικίας 18 έως 65 ετών που επελέγησαν κατά σειρά προσέλευσης. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με προβλήματα επικοινωνίας ή επείγοντα προβλήματα και επισκέπτες που δεν έρχονταν οι ίδιοι για ιατρική εξέταση. Από αυτούς 25,916 άτομα συμφώνησαν να συμμετέχουν στην μελέτη [δείκτης ανταπόκρισης = 96%, με διακύμανση μεταξύ των κέντρων ΠΦΥ που συμμετείχαν από 91% (*Mainz*) έως 100% (*Ibadan*)]. Η επιλογή του δείγματος για την δεύτερη φάση μεταξύ των ατόμων που αρχικά συμφώνησαν να συμμετέχουν στην μελέτη έγινε με διαστρωματοποιημένη δειγματοληψία με βάση το σκορ στο GHQ-12 ως εξής: επιλέχθηκε το σύνολο (100%) των συμμετεχόντων που είχαν σκορ στο GHQ-12 που αντιστοιχούσαν στο υψηλότερο 20% της κατανομής του GHQ-12 σκορ σε κάθε κέντρο υγείας, το τυχαίο 35% αυτών με σκορ στο GHQ-12 αντιστοιχούσε στο αμέσως επόμενο 20% της ειδικής για το κέντρο κατανομής του σκορ στο GHQ-12 και τέλος το τυχαίο 10% των συμμετεχόντων με σκορ στο GHQ-12 που αντιστοιχούσε μέχρι το 60^ο εκατοστημόριο της ανά κέντρο υγείας κατανομής του σκορ στο GHQ-12 (Γράφημα 1). Το σκορ στο GHQ-12 που αντιστοιχεί στο 60^ο και 80^ο εκατοστημόριο της κατανομής του, διαφέρει μεταξύ των κέντρων υγείας και φαίνεται στον πίνακα 2. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η πιθανότητα επιλογής ανθρώπων με ψυχοπαθολογία στις δυο φάσεις της δειγματοληψίας, κάτι που αυξάνει την ισχύ της μελέτης στο να διερευνήσει επιδημιολογικές συσχετίσεις των κοινών ψυχικών διαταραχών¹⁴⁸. Η αυξημένη αυτή πιθανότητα επιλογής ανθρώπων με

περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα κατά την δειγματοληψία λαμβάνεται υπόψη στην ανάλυση και στον υπολογισμό του επιπολασμού των διαταραχών με την χρήση κατάλληλων «στατιστικών βαρών» (*weights*) (βλέπε Στατιστική Ανάλυση, στην συνέχεια).

Γράφημα 1, Τρόπος επιλογής του δείγματος στην μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ του Π.Ο.Υ¹⁴⁶.



Πίνακας 2. Κέντρα ΠΦΥ που συμμετείχαν στην μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ της ΠΟΥ και χαρακτηριστικά συμμετεχόντων ανά κέντρο
(Αντιγραφή από Gater και συν 1998)

Κέντρο ΠΦΥ	Περιγραφή	1 ^ο στάδιο δεγματοληψίας		GHQ-12 “cut- offs”**	2 ^ο στάδιο δεγματοληψίας		Τρέχοντα συμπτώματα (% των συμμετεχόντων)		Νοσηρότητα (% των συμμετεχόντων)	
		N	RR		N	RR	ψυχολογικά	σωματικά	Σωματικό νόσημα	Διάνοση ICD-10
Τουρκία (Αγκυρα)	Δημόσιο Κέντρο Υγείας (ΚΥ) σε ημιαστική περιοχή	1307	99.5	2 / 4	400	97.1	3	85	66	18
Ελλάδα (Αθήνα)	2 πολυδύναμα δημόσια ΚΥ σε ημιαστική περιοχή	1610	92.1	3 / 5	196	42.7	2	55	41	22
Ινδία (Μπανγκαλور)	3 ΚΥ δημόσια (2) και ιδιωτικά προσχρόνια από αστικές και αγροτικές (2) περιοχές	1366	99.4	3 / 7	398	83.4	1	53	48	24
Γερμανία (Βερολίνο)	Ιδιωτικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών σε πόλεις με ασφαλιστική κάλυψη	2364	92.2	2 / 5	400	43.1	4	68	67	25
Ολλανδία (Κρόνινγκεν)	Ιδιωτικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών σε πόλεις και ημιαστικές περιοχές με ασφαλιστική κάλυψη	1271	96.3	2 / 5	340	69.0	13	65	14	29
Νιγηρία (Ιμπαντάν)	Εξωτερικά ιατρεία 2 νοσοκομείων σε αστικές περιοχές ενός ιδιωτικού και ενός ιεραποστολικού	926	100.0	2 / 5	269	87.6	2	82	48	10
Γερμανία (Μάννζ)	Ιδιωτικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών σε πόλεις με ασφαλιστική κάλυψη	2460	91.0	2 / 5	400	36.8	4	79	75	31
Αγγλία (Μάντσεστερ)	Ιδιωτικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών σε πόλεις με ασφαλιστική κάλυψη	1523	94.0	2 / 4	428	71.1	9	67	40	26
Ιαπωνία (Ναγκαασάκι)	Εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου σε αστική περιοχή	1555	98.8	2 / 4	336	73.8	1	44	55	15
Γαλλία (Παρίσι)	Ιδιωτικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών και πολυιατρεία σε πόλεις με ασφαλιστική κάλυψη	2096	97.7	4 / 7	405	61.9	11	65	52	31
Βραζιλία (Ρίο)	Εξωτερικά ιατρεία πανεπιστημιακού νοσοκομείου	2795	99.7	3 / 5	393	46.2	8	59	57	38
Χιλή (Σαντιάγκο)	Δημόσια ΚΥ σε αστικές περιοχές	1453	99.8	5 / 7	274	46.0	13	50	72	54
ΗΠΑ (Σιάτλ)	Δημόσια πολυδύναμα ΚΥ σε αστικές περιοχές	1962	93.0	3 / 5	373	61.3	3	38	38	20
Κίνα (Σανγκάη)	2 αστικού τύπου δημόσια ΚΥ	1673	99.5	1 / 2 & 2 / 4	576	98.8	0.2	79	41	10
Ιταλία (Βερόνα)	Δημόσια ιατρεία οικογενειακών ιατρών	1555	95.7	4 / 6	250	54.7	6	52	62	12

N=αριθμός συμμετεχόντων , ** GHQ-score που αντιστοιχεί στο 60^ο και 80^ο εκατοστημόριο της κατανομής του GHQ score
RR (Response Rate)=% ποσοστό ανταποκρισιμότητας (αριθμός συμμετεχόντων που αποδέχτηκαν την συμμετοχή τους / αριθμό συμμετεχόντων που ζητήθηκε η συμμετοχή τους στη μελέτη)

5.1.2 Μετρήσεις

5.1.2.1. Ψυχιατρική Νοσηρότητα

Η ψυχιατρική νοσηρότητα μετρήθηκε με την τροποποιημένη για χρήση στην ΠΦΥ ψυχιατρική συνέντευξη Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Πρόκειται για αναλυτική συνέντευξη όπου οι ερωτήσεις της έχουν αντιστοιχηθεί στα κριτήρια του International Classification of Disease 10th edition (ICD-10) με αποτέλεσμα από την διενέργειά της να μπορούν να προκύψουν ψυχιατρικές διαγνώσεις κατά ICD-10 η αξιοπιστία των οποίων έχει μετρηθεί σε διαπολιτισμικές μελέτες¹⁴⁹.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι εξής διαγνώσεις α) «Κατάθλιψη» όπου συμπεριλαμβάνεται το καταθλιπτικό επεισόδιο (F 32) και η δυσθυμία (F 34), και β) γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, «ΓΑΔ» (F41.1). Όλες οι διαγνώσεις αναφέρονται στην διάρκεια του τελευταίου μήνα.

Για την ανάλυση των διαχρονικών δεδομένων ορίστηκε η 1-έτους επίπτωση της «Κατάθλιψης» ως το ποσοστό των συμμετεχόντων που πληρούσαν τα κριτήρια κατάθλιψης μετά από 1 έτος follow up και όχι κατά την αρχική αξιολόγηση ως προς το σύνολο των συμμετεχόντων που δεν πληρούσαν τα κριτήρια κατάθλιψης κατά την αρχική αξιολόγηση. Παρόμοια ορίστηκε και η επίπτωση της ΓΑΔ.

5.1.2.2. Χρήση Αλκοόλ

Η χρήση Αλκοόλ προσδιορίστηκε με το εργαλείο Ανίχνευσης Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ, AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), που αποτελείται από 10 ερωτήσεις με απαντήσεις σε κλίμακα 5 απαντήσεων που βαθμολογούνται από 0 έως 4 αθροϊζόμενες σε συνολικό σκορ που μπορεί να κυμαίνεται από 0 (πλήρης αποχή) έως 40¹⁵⁰ (βλέπε Παράρτημα, εικόνα 2). Το 8 στο συνολικό AUDIT-score για τους άνδρες και το 6 για τις γυναίκες θεωρούνται από τους δημιουργούς του εργαλείου ενδεικτικά χρήσης αλκοόλ που μπορεί να ελλοχεύει κινδύνους¹⁵⁰.

Οι 2 πρώτες ερωτήσεις του AUDIT αφορούν την συχνότητα χρήσης αλκοόλ και την μέση ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται σε μια συνηθισμένη περίσταση χρήσης αλκοόλ. Ο συνδυασμός των 2 αυτών ερωτήσεων μπορεί να μας δώσει ένα δείκτη «συχνότητας*ποσότητας»¹⁵¹ με την μορφή εύρους κατανάλωσης ποτών ανά εβδομάδα

που μπορεί αξιόπιστα να προσδιορίσει την μέση ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνεται εβδομαδιαία, καθώς εμφανίζει πολύ καλή συσχέτιση με μετρήσεις που προκύπτουν από ημερολόγια καταγραφής της καθημερινής διατροφής¹⁵².

Η τρίτη ερώτηση αφορά την συχνότητα του “binge drinking” (πάνω από 4 ποτά για τις γυναίκες και 6 για τους άνδρες σε μία περίπτωση). Όπως αναμένεται υπάρχει υψηλή συσχέτιση της 3^{ης} αυτής ερώτησης με τις 2 πρώτες και ειδικότερα με την 2^η ερώτηση για την συχνότητα χρήσης αλκοόλ¹⁵³. Λόγω της συσχέτισης αυτών των ερωτήσεων πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει και αξιολογήσει για την αξιοπιστία του ως εργαλείο διαλογής το άθροισμα του σκορ των 3^{ων} πρώτων ερωτήσεων σε ένα εργαλείο που έχουν ονομάσει AUDIT-C με σκορ που κυμαίνεται από 0 έως 12¹⁵⁴. Το AUDIT-C μετρά τον τρόπο χρήσης αλκοόλ (pattern of use) καθώς εκτός από την μέση εβδομαδιαία συνολική ποσότητα αλκοόλης περιλαμβάνει και τον τρόπο που αυτή καταναλώνεται.

Οι υπόλοιπες ερωτήσεις αφορούν συμπεριφορές κατά τον τελευταίο χρόνο (με εξαίρεση τις 2 τελευταίες που αφορούν την διάρκεια της ζωής) που μπορεί να υποδηλώνουν προβλήματα από την χρήση αλκοόλ όπως η «εξάρτηση» ή η «επιβλαβής χρήση» αλκοόλ. Έτσι το συνολικό σκορ στο AUDIT περιλαμβάνει την μέτρηση της συνολικής ποσότητας, του τρόπου χρήσης και των συνεπειών από την χρήση αλκοόλ.

Διάφορες μελέτες έχουν υποστηρίξει την ύπαρξη δυο υποκείμενων παραγόντων στο ερωτηματολόγιο AUDIT, την «κατανάλωση αλκοόλ» που αφορά τις 3 πρώτες ερωτήσεις και τα «προβλήματα από την χρήση αλκοόλ» που αφορά τις υπόλοιπες ερωτήσεις («εξάρτηση» – «επιβλαβής χρήση»)^{134,155}. Ειδικά για την διάσταση της «κατανάλωσης αλκοόλ» έχει προταθεί ότι η παραγοντική δομή της βελτιώνεται περαιτέρω αν οι 2 πρώτες ερωτήσεις θεωρηθούν ξεχωριστά¹³⁶ από την 3η.

Στην ανάλυσή μας χρησιμοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές για την χρήση αλκοόλ:

- 1) **ο δείκτης «συχνότητας*ποσότητας»**, που αντιστοιχεί στην μέση εβδομαδιαία ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ και υπολογίζεται ως εύρος κατανάλωσης ποτών / εβδομάδα¹⁵² από το συνδυασμό των απαντήσεων στις ερωτήσεις «συχνότητας» (φορές ανά εβδομάδα) και «ποσότητας» (αριθμός ποτών ανά φορά χρήσης) (Πίνακας 3).
- 2) **το συνολικό AUDIT-score** ως δείκτης που περιλαμβάνει την μέτρηση της ποσότητας, του τρόπου χρήσης και των συνεπειών από την χρήση αλκοόλ, και
- 3) **το score στο εργαλείο AUDIT-C** ως δείκτη του τρέχοντος τρόπου χρήσης αλκοόλ (εβδομαδιαία ποσότητα + συχνότητα binge drinking).

Πίνακας 2 Υπολογισμός Μέσου Όρου αριθμού ποτών ανά εβδομάδα (σύμφωνα με Shakeshaft και συν. 1999)

Συχνότητα (φορές που καταναλώνεται αλκοόλ) <i>Ποτέ</i>	Ποσότητα (αριθμός αλκοολούχων ποτών που καταναλώνονται συνήθως κάθε φορά)				
	1-2	3-4	5-6	7-9	>10
	0	0	0	0	0
<i>≤1 φορά το μήνα</i>	<2	<2	<2	<3	<3
<i>2-4 φορές το μήνα</i>	2	3	4	6	8
<i>2-3 φορές την εβδομάδα</i>	4	9	14	21	25
<i>4-7 φορές την εβδομάδα</i>	9	20	31	45	55

Λόγω δεδομένων από την διεθνή βιβλιογραφία ότι η σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας δεν είναι γραμμική και ότι οι συσχετίσεις με την ψυχική υγεία διαφέρουν κατά μήκος του φάσματος κατανάλωσης, από την αποχή έως την βαριά χρήση^{116,118,119,123}, θεωρήσαμε διαφορετικά επίπεδα αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ που κυμαίνονται από την αποχή ως την βαριά χρήση με τους εξής τρόπους:

1) Ο δείκτης «συχνότητας*ποσότητας» θεωρήθηκε σε 6 κατηγορίες αυξανόμενης βαρύτητας κατανάλωσης με βάση κατευθυντήριες οδηγίες οργανισμών¹⁵⁶ και προηγούμενες παρόμοιες δημοσιευμένες μελέτες^{157,158} ως εξής:

- (i) αποχή από το αλκοόλ
- (ii) περιστασιακή χρήση (μία φορά το μήνα ή και λιγότερο)
- (iii) ήπια χρήση (έως 14 ποτά/εβδομάδα για τους άνδρες και 7 για τις γυναίκες),
- (iv) μέτρια χρήση (έως 28 ποτά/εβδομάδα για τους άνδρες και 14 για τις γυναίκες)
- (v) βαριά χρήση (έως 42 ποτά/εβδομάδα για τους άνδρες και 28 για τις γυναίκες)
- (vi) πολύ βαριά χρήση (>42 ποτά/εβδομάδα για τους άνδρες και >28 για τις γυναίκες)

(Πίνακας 4).

Με τον όρο «ποτό» κατά την χρήση του AUDIT ορίζεται οποιαδήποτε αλκοολούχο ρόφημα σε τέτοια ποσότητα που να αντιστοιχεί σε 10gr «καθαρής» αλκοόλης, δηλαδή 25 ml ποτού που έχει 40% περιεκτικότητα σε αλκοόλη, 200 ml μύρας που περιέχει 5% αλκοόλη ή 80 ml κρασιού με περιεκτικότητα 12,5% σε αλκοόλη.

2) για το συνολικό AUDIT-score θεωρήθηκαν το 25^ο, 50^ο, 75^ο, 90^ο και 95^ο εκατοστημόριο ως «κατώφλια» (“*cut-offs*”) για την ομαδοποίηση των συμμετεχόντων σε 6 επίσης επίπεδα αυξανόμενου AUDIT score. Στον πίνακα 4 φαίνονται τα AUDIT-score που αντιστοιχούν σε καθένα από τα 6 διαστήματα εκατοστημορίων. Η κατηγοριοποίηση αυτή έγινε ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες για τα συγχρονικά δεδομένα της μελέτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) και ενιαία για όλους τους συμμετέχοντες (άνδρες και γυναίκες μαζί) για τα διαχρονικά δεδομένα, ώστε να εξετασθεί αν τα παρατηρούμενα αποτελέσματα επηρεάζονται από την θεώρηση διαφορετικών cut-offs μεταξύ ανδρών και γυναικών (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT και AUDIT-C και αντιστοιχία AUDIT και AUDIT-C score, ανά επίπεδο χρήσης αλκοόλ για την πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων και την μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ της ΠΟΥ

Πανελλήνια μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων

Χρήση Αλκοόλ με βάση το συνολικό AUDIT score	Ανδρες		Γυναίκες	
	Αντιστοιχία εκατοστημορίων	Εύρος τιμών στο AUDIT	Αντιστοιχία εκατοστημορίων	Εύρος τιμών στο AUDIT
Αποχή	0 – 12°	0	0 – 37°	0
Περιστασιακή	13° – 54°	1 – 3	38° – 64°	1
Ήπια - Μέτρια	55° – 90°	4 – 11	65° – 92°	2 – 4
Βαριά	91° – 100°	12 – 40	93° – 100°	5 – 27
Κατανάλωση Αλκοόλ με βάση το AUDIT-C score	Αντιστοιχία εκατοστημορίων	Εύρος τιμών στο AUDIT-C	Αντιστοιχία εκατοστημορίων	Εύρος τιμών στο AUDIT-C
Αποχή	0 – 12°	0	0 – 37°	0
Περιστασιακή	13° – 26°	1	38° – 66°	1
Ήπια - Μέτρια	27° – 83°	2 – 5	67° – 97°	2 – 5
Βαριά	84° – 100°	6 – 12	98° – 100°	6 – 11

Μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ της ΠΟΥ

Χρήση Αλκοόλ με βάση το συνολικό AUDIT score	Αντιστοιχία εκατοστημορίων	Εύρος τιμών στο AUDIT	Αντιστοιχία εκατοστημορίων	Εύρος τιμών στο AUDIT
Αποχή	0 – 24°	0	0 – 41°	0
Περιστασιακή	25° – 50°	1 – 2	42° – 72°	1
Ήπια	51° – 77°	3 – 7	73° – 77°	2
Μέτρια	78° – 90°	8 – 12	78° – 91°	3 – 5
Μέτρια προς βαριά	91° – 95°	13 – 16	92° – 95°	6 – 7
Βαριά	96° – 100°	17 – 34	96° – 100°	8 – 32

5.1.2.3. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και χρόνια νοσήματα/σωματική υγεία

Στοιχεία για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες συλλέχθηκαν συστηματικά: **(α)** η ηλικία χρησιμοποιήθηκε ως συνεχής μεταβλητή, **(β)** η οικογενειακή κατάσταση ομαδοποιήθηκε σε 5 κατηγορίες: παντρεμένος/η, μη-παντρεμένος/η, χήρος/α, διαζευγμένος/η και σε διάσταση, **(γ)** ο χρόνος εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκε ως συνεχής μεταβλητή, **(δ)** η εργασιακή κατάσταση κωδικοποιήθηκε σε 4 κατηγορίες: εργαζόμενοι, οικονομικά ανενεργοί (άνεργοι / φοιτητές / συνταξιούχοι / άτομα με ειδικές ανάγκες), οικιακά (φροντίδα του σπιτιού) και άλλο, **(ε)** αυτο-αναφερόμενες χρόνιες ιατρικές νόσοι από προκαθορισμένη λίστα νοσημάτων (ναι / όχι), και **(στ)** εκτίμηση των προβλημάτων σωματικής υγείας των συμμετεχόντων από το γιατρό ΠΦΥ κατά το χρόνο της επίσκεψης σε 3 κατηγορίες: 1) «χωρίς» προβλήματα υγείας 2) «μη -ειδικά συμπτώματα» έως «ήπια» προβλήματα υγείας 3) «μέτρια» έως «σοβαρά» προβλήματα υγείας.

5.1.3. Κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων Κέντρων Υγείας ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ του πληθυσμού τους.

Προκειμένου να μελετηθούν πιθανές διαπολιτισμικές διαφορές στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας, τα κέντρα ΠΦΥ κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το ποσοστό των ασθενών τους που δήλωσαν να απέχουν από το αλκοόλ σε κέντρα υγείας που ανήκουν σε πολιτισμό που υιοθετεί «κουλτούρα ανοχής» στο αλκοόλ (“*wet*”) και σε κέντρα υγείας από πολιτισμό με «κουλτούρα αποχής» (“*dry*”)¹⁵⁹. Ως κέντρα υγείας με «κουλτούρα αποχής» (Ankara, Bangalore, Ibadan, Santiago, Shanghai) κατηγοριοποιήθηκαν όσα το 50% του πληθυσμού που εξυπηρετούσαν απείχε από το αλκοόλ και αντίθετα ως κέντρα υγείας με «κουλτούρα ανοχής» (Athens, Berlin, Groningen, Mainz, Manchester, Nagasaki, Paris, Rio de Janeiro, Seattle, Verona) κατηγοριοποιήθηκαν όσα είχαν λιγότερους από το 1/3 των εξυπηρετούμενων ασθενών τους να απέχουν από το αλκοόλ (βλέπε πίνακα 5).

Πίνακας 5 Κατηγοριοποίηση των Κέντρων Υγείας με βάση την «κουλτούρα για το αλκοόλ» στην μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ της ΠΟΥ

<u>Κουλτούρα ανοχής στο αλκοόλ</u>		<u>Κουλτούρα αποχής από το αλκοόλ</u>	
<i>[< 50% του εξυπηρετούμενου πληθυσμού απέχει από το αλκοόλ]</i>	N (%)*	<i>[≥50% του εξυπηρετούμενου πληθυσμού απέχει από το αλκοόλ]</i>	N (%)*
Athens	66 (33.7%)	Ankara	344 (86%)
Berlin	107 (26.8%)	Bangalore	366 (92%)
Groningen	15 (4.4%)	Ibadan	177 (65.8%)
Mainz	71 (17.8%)	Santiago	158 (57.7%)
Manchester	65 (15.2%)	Shanghai	334 (58%)
Nagasaki	41 (12.2%)		
Paris	5 (1.2%)		
Rio de Janeiro	96 (24.4%)		
Seattle	56 (15%)		
Verona	23 (9.2%)		
<i>M.O. αποχής</i>	<i>15.5%</i>		<i>71.9%</i>

*Αριθμός συμμετεχόντων που απέχουν από το αλκοόλ και % ποσοστό του εξυπηρετούμενου πληθυσμού που απέχει.

5.2. Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων

5.2.1 Επιλογή Δείγματος

Η Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων οργανώθηκε από το Υπουργείο Υγείας με την επιστημονική επιμέλεια του τμήματος ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η συγκέντρωση δεδομένων έγινε με την υποστήριξη εταιρείας διενέργειας δημοσκοπήσεων και ακολούθησε μεθοδολογία συλλογής εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος 4894 ατόμων από 7.200.000 περίπου ενήλικες που κατέγραψε η Εθνική Στατιστική υπηρεσία το 2001 στην ελληνική επικράτεια. Αναλυτικότερα ακολουθήθηκε δειγματοληψία 3^{ων} σταδίων: στο 1^ο στάδιο επελέγησαν περιοχές με βάση τους Ταχυδρομικούς Κώδικες (TK), στο 2^ο επελέγησαν με τυχαίο τρόπο σπίτια εντός των περιοχών που αντιστοιχούσαν στον ίδιο TK και στο 3^ο στάδιο επιλέγει με τυχαίο τρόπο ένα άτομο από την οικογένεια που διαμένει στο σπίτι.

Η επιλογή των TK έγινε με διαστρωματοποιημένη δειγματοληψία χωρίζοντας τις περιοχές εκτός Αθηνών-Θεσσαλονίκης σε 3 στρώματα (strata) (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές), την περιοχή Θεσσαλονίκης σε 9 στρώματα και της Αττικής σε 39. Η δειγματοληψία που σχεδιάστηκε στόχευε να επιλεγούν 9800 συμμετέχοντες για να ζητηθεί η συμμετοχή τους στην μελέτη. Η πιθανότητα επιλογής στο δείγμα ήταν ίδια σε όλα τα στρώματα που χρησιμοποιήθηκαν και ίση με 0.085% για τον κάθε κάτοικο.

Στο δεύτερο στάδιο το δείγμα των νοικοκυριών επιλέχθηκε με συστηματικό τρόπο (π.χ. κάθε 10^ο νοικοκυριό) ξεκινώντας τυχαία από κάποιο σημείο του χάρτη της περιοχής που ορίζεται από έναν TK. Η τυχαία δειγματοληψία με συστηματικό τρόπο είναι παρόμοια με την τυχαία δειγματοληψία, καθώς κάθε στοιχείο (νοικοκυριό) έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί.

Στο τρίτο στάδιο επιλέγει με τυχαίο τρόπο ένα από τα μέλη του νοικοκυριού ηλικίας 18 έως 70 ετών για να ζητηθεί η συναίνεσή του να συμμετέχει στην μελέτη.

Ο συνολικός δείκτης ανταπόκρισης στην μελέτη ήταν 54% και κυμαίνονταν από 51% έως 60% μεταξύ των περιοχών. Οι αρνήσεις ήταν συχνότερες στις γυναίκες και στην ηλικιακή ομάδα 40-55 ετών. Συνολικά 20 εκπαιδευμένοι συνεντευκτές πραγματοποίησαν τις συνεντεύξεις με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή που επέτρεπε την συμπλήρωση της συνέντευξης χωρίς αλληλεπίδραση με τον συνεντευκτή και την απευθείας

καταχώρηση των απαντήσεων ως δεδομένα σε ηλεκτρονική μορφή. Η διάρκεια της συνέντευξης κυμαίνονταν από 30 έως 45 λεπτά, ανάλογα με τον βαθμό παρουσίας ψυχοπαθολογίας. Το 35% περίπου των συμμετεχόντων συμπλήρωσε την συνέντευξη σε ηλεκτρονική μορφή χωρίς βοήθεια ενώ το υπόλοιπο 65% χρειάστηκε ενός βαθμού υποβοήθηση από τον συνεντευκτή.

5.2.2. Μετρήσεις

5.2.2.1. Ψυχιατρική Νοσηρότητα

Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε με την διαγνωστική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule – Revised» (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη)¹⁶⁰, μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη η οποία έχει σχεδιαστεί κατά τέτοιον τρόπο ώστε να μπορεί να χορηγηθεί ακόμα και από συνεντευκτές, που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Για τον λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό σε όλον τον κόσμο¹⁶¹⁻¹⁶³. Η συνέντευξη έχει αξιολογηθεί για την εγκυρότητά της στην ελληνική γλώσσα¹⁶⁴ ενώ η χορήγησή της σε ηλεκτρονική μορφή δεν υστερεί έναντι της διενέργειάς της πρόσωπο-με-πρόσωπο¹⁶⁵.

Η συνέντευξη διερευνά την παρουσία, κατά τις τελευταίες επτά ημέρες 14 κοινών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά είναι κατά σειρά διερεύνησης τα εξής: σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για την σωματική υγεία, κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις σκέψεις (ανησυχίες), άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται με ένα σκορ από 0 έως 4, εκτός από την κατάθλιψη που έχει μέγιστο σκορ 5. Έτσι η συνολική βαθμολογία στην συνέντευξη μπορεί να κυμαίνεται από μηδέν έως 57, παρέχοντας μια «διαστατική» (“dimensional”) προσέγγιση της συνολικής ψυχολογικής επιβάρυνσης μέσω της μέτρησης συμπτωμάτων ενώ σκορ πάνω από 12 θεωρείται ενδεικτικό κλινικής περίπτωσης^{160,166}. Πέρα από την δυνατότητα μέτρησης της ψυχολογικής επιβάρυνσης με μια συνεχή μεταβλητή (συνολικό σκορ), η συνέντευξη CISR δίνει δυνατότητα και «κατηγορικής» (“categorical”) προσέγγισης με την δυνατότητα εκτίμησης της παρουσίας διαγνώσεων κοινών ψυχιατρικών διαταραχών με την εφαρμογή ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας⁶⁶. Η εφαρμογή των

αλγορίθμων γίνεται με την βοήθεια ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή και οι διαγνωστικές κατηγορίες που μπορούν να εκτιμηθούν είναι οι ακόλουθες: κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ), φοβικές διαταραχές (ειδικές φοβίες και κοινωνική φοβία), διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κατά ICD-10 και η μικτή αγχώδης / καταθλιπτική διαταραχή (ΜΑΚΔ), διάγνωση που αποδίδεται στους συμμετέχοντες που σημειώνουν score ≥ 12 και δεν αντιστοιχούνται σε κάποια από τις προαναφερόμενες διαγνώσεις που μπορούν να εξαχθούν από την συνέντευξη, αντιπροσωπεύοντας την υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα (“sub-threshold morbidity”). Η δυνατότητα που παρέχεται μέσω της CIS-R για ταυτόχρονη μέτρηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης με «διαστατικό» και «κατηγορικό» τρόπο καθώς και η απλότητα της, αποτελούν τα βασικά πλεονεκτήματα της κλινικής αυτής συνέντευξης.

5.2.2.2. Χρήση Αλκοόλ

Η χρήση Αλκοόλ προσδιορίστηκε με το εργαλείο Ανίχνευσης Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ, AUDIT (βλέπε Παράρτημα, εικόνα 2). Περιγραφή του AUDIT έχει προηγηθεί στην υποενότητα «μέτρηση αλκοόλ» κατά την περιγραφή των μεθόδων της μελέτης του ΠΟΥ. Το AUDIT είχε ήδη μελετηθεί για την αξιοπιστία του στον ελληνικό πληθυσμό¹⁶⁷.

Στην περίπτωση του ελληνικού δείγματος ακολουθήθηκαν οι εξής μετρήσεις της χρήσης αλκοόλ:

- 1) Για το **δείκτη «ποσότητας*συχνότητας»** υπολογίστηκε η μέση ποσότητα αλκοόλ / εβδομάδα που καταναλώνεται και κατηγοριοποιήθηκε σε 6 κατηγορίες αυξανόμενης βαρύτητας, όπως περιγράφηκε στην προαναφερόμενη ενότητα της μέτρησης χρήσης αλκοόλ στην διαπολιτισμική μελέτη της ΠΟΥ¹⁵², και
- 2) Για το **συνολικό AUDIT-score** ακολουθήθηκε η κατηγοριοποίηση σε 4 κατηγορίες με βάση τα cut-offs που ορίζονται από το 25^ο, 75^ο και 90^ο εκατοστημόριο, ξεχωριστά για τα δύο φύλα. Αυτό σημαίνει ότι άνδρες και γυναίκες κατηγοριοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας διαφορετικά cut-offs (μικρότερα για τις γυναίκες), καθώς η κατανομή του συνολικού score στο AUDIT διέφερε σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών (πίνακας 4).
- 3) για το **score του AUDIT-C**¹⁵⁴ με παρόμοιο τρόπο θεωρήθηκαν το 25^ο, 75^ο και 90^ο εκατοστημόριο, ξεχωριστά για τον πληθυσμό ανδρών και γυναικών.

- 4) η συχνότητα της **επεισοδιακής βαριάς χρήσης αλκοόλ** (“binge-drinking”) υπολογίστηκε από την ερώτηση 3 του AUDIT, οι απαντήσεις στην οποία κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: *α)* «ποτέ/λιγότερο από μία φορά το μήνα», *β)* «μία φορά το μήνα» και *γ)* «1 φορά την εβδομάδα ή συχνότερα».
- 5) Η **επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ** ορίστηκε με βάση την μεταβλητή AUDIT-C, (βλέπε προηγούμενη ενότητα μέτρησης της χρήσης αλκοόλ στην μελέτη του ΠΟΥ) ως AUDIT-C score ≥ 6 για τους άνδρες και ≥ 4 για τις γυναίκες. Τα “κατώφλια” αυτά (cut-offs) επελέγησαν για τα 2 φύλα με βάση τα αποτελέσματα σε προηγούμενες μελέτες ευαισθησίας και ειδικότητας του AUDIT-C στον γενικό πληθυσμό^{154,168,169}.
- 6) Τέλος, η **εξάρτηση από αλκοόλ** ορίστηκε με την χρήση διπλού κριτηρίου, του συνολικού AUDIT-score και του score στις ερωτήσεις 4, 5 & 6 (υποενότητα «εξάρτησης» του εργαλείου AUDIT, “AUDIT-DEP”) ως εξής: για τους άνδρες συνολικό **AUDIT-score ≥ 12 + AUDIT-DEP ≥ 2** και για τις γυναίκες **AUDIT-score ≥ 8 + AUDIT-DEP ≥ 2** , σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες ευαισθησίας και ειδικότητας του AUDIT για την ανίχνευση της εξάρτησης από αλκοόλ στην ΠΦΥ^{170,171}.

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα συμπεράσματά μας επηρεάζονται αν χρησιμοποιηθούν διαφορετικοί ορισμοί της «εξάρτησης» από αλκοόλ, οι αναλύσεις μας διενεργήθηκαν προσδιορίζοντας επίσης την εξάρτηση και με βάση μόνο το συνολικό AUDIT-score (score ≥ 15 για τους άνδρες και score ≥ 13 για τις γυναίκες).

5.2.2.3. Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Μετρήθηκαν επίσης οι παρακάτω κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες:

Ηλικία, ως συνεχής μεταβλητή

Μορφωτικό επίπεδο σε 5 κατηγορίες: *α)* Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή λιγότερο, *β)* 3 έτη δευτεροβάθμια (γυμνάσιο), *γ)* 6 έτη δευτεροβάθμια (λύκειο), *δ)* τεχνική-επαγγελματική εκπαίδευση, *ε)* τριτοβάθμια εκπαίδευση,

Οικογενειακή κατάσταση σε 4 κατηγορίες: *α)* ποτέ παντρεμένος, *β)* παντρεμένος, *γ)* διαζευγμένος/σε διάσταση και *δ)* χήρος),

Βαθμός αστικοποίησης ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας σε 3 κατηγορίες: α) αστικές, β) ημιαστικές, γ) αγροτικές περιοχές

Εργασιακή κατάσταση σε 5 κατηγορίες: α) εργαζόμενος, β) άνεργος (χωρίς εργασία και αναζήτηση εργασίας κατά τον τελευταίο μήνα), γ) οικιακά (φροντίδα σπιτιού), δ) συνταξιούχος, ε) άλλες κατηγορίες μη εργαζομένων (δεν έχουν δουλειά και δεν έχουν ψάξει τον τελευταίο μήνα, φοιτητές, ΑΜΕΑ, διακοπές, εισοδηματίες κ.α.).

Αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, όπου οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν αισθάνονται να αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες όπως η πληρωμή λογαριασμών, διδάκτρων, ενοικίου, αποπληρωμή δανείων κτλ. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε 4 κατηγορίες α) καθόλου, β) λίγες, γ) αρκετές, δ) πολλές και ομαδοποιήθηκαν για την ανάλυση σε 2 κατηγορίες: «χαμηλού βαθμού» οικονομικές δυσκολίες (απαντήσεις α & β) και «υψηλού βαθμού» οικονομικές δυσκολίες (απαντήσεις γ & δ).

5.2.2.4 Κάπνισμα και χρόνια νοσήματα

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν πόσα τσιγάρα καπνίζουν κατά μέσο όρο την ημέρα κατά τον τελευταίο μήνα και πώς θα χαρακτήριζαν τον εαυτό τους σε σχέση με το κάπνισμα (πρώην καπνιστή, ποτέ καπνιστή, περιστασιακό καπνιστή, συστηματικό καπνιστή). Όσοι απάντησαν ότι καπνίζουν κατά Μ.Ο. >2 τσιγάρα την ημέρα ή χαρακτήρισαν τον εαυτό τους περιστασιακό ή συστηματικό καπνιστή τουλάχιστον, χαρακτηρίστηκαν ως «καπνιστές» κατά την τρέχουσα περίοδο.

Επίσης οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το αν πάσχουν από κάποιο σοβαρό πρόβλημα σωματικής υγείας όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου και του εγκεφαλικού επεισοδίου, χρόνιων παθήσεων των πνευμόνων, διαβήτη, οποιαδήποτε κακοήθεια, χρόνια νεφρική νόσο κ.α.

5.3. Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα STATA S.E. 10¹⁷². Υπολογίστηκαν οι λόγοι αναλογιών (Odds Ratios, OR) του επιπολασμού ή της επίπτωσης ψυχικών διαταραχών και το αντίστοιχο 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval, CI) για κάθε επίπεδο αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ θεωρώντας την ομάδα των απεχόντων ως ομάδα αναφοράς. Οι OR υπολογίστηκαν από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης προσαρμοσμένα για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (Multivariate

Logistic Regression Models). Με παρόμοιο τρόπο υπολογίστηκαν οι OR για την παρουσία προβλημάτων χρήσης αλκοόλ σε διάφορα επίπεδα έκθεσης των ανεξάρτητων μεταβλητών (κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών, παρουσία σωματικής ή ψυχιατρικής νοσηρότητας), θεωρώντας το χαμηλότερο επίπεδο έκθεσης (ή την μη-έκθεση) στις εξαρτημένες μεταβλητές ως ομάδα αναφοράς. Για τα συγχρονικά δεδομένα των μελετών υπολογίστηκε η σχέση της ψυχιατρικής νοσηρότητας με το συνολικό AUDIT-score (συνεχής μεταβλητή) και το τετράγωνό του σε μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης προκειμένου να προσδιοριστούν πιθανές μη-γραμμικές σχέσεις μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και ψυχιατρικών διαταραχών (μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων).

Ειδικά για την μελέτη Ψυχολογικών Προβλημάτων στην ΠΦΥ του Π.Ο.Υ. τα δεδομένα μας θεωρήθηκαν ομαδοποιημένα (clustered) καθώς οι συμμετέχοντες από το ίδιο κέντρο υγείας αναμένεται να μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους από ότι με τους συμμετέχοντες από άλλα κέντρα υγείας^{173,174}. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων (1^ο επίπεδο: κέντρο υγείας, 2^ο επίπεδο: συμμετέχοντες) (Generalized estimating equation logistic regression models) χρησιμοποιώντας την εντολή “gllamm” στο STATA (<http://www.gllamm.org/>)¹⁷⁴. Στην ανάλυση σε υπο-ομάδες, ο μικρός αριθμός παρατηρήσεων σε κάποιες κατηγορίες «έκθεσης-έκβασης» δεν επέτρεπε την ανάλυση 2 επιπέδων και για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε ανάλυση με τις “survey commands” του STATA, (“svy”) θεωρώντας και πάλι ως 1^ο επίπεδο το κέντρο υγείας και ως 2^ο επίπεδο ατομικά τον κάθε συμμετέχοντα (<http://www.stata.com/manuals13/svy.pdf>). Επίσης σε όλες τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν στην βάση δεδομένων από την μελέτη Ψυχολογικών Προβλημάτων στην ΠΦΥ του Π.Ο.Υ. χρησιμοποιήθηκαν δειγματοληπτικά βάρη (“weighted analysis”) για κάθε παρατήρηση, που αντιστοιχούν στην πιθανότητα επιλογής κάθε συμμετέχοντα λαμβάνοντας υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων καθώς και τους δείκτες ανταποκρισιμότητας για κάθε κέντρο στις φάσεις της δειγματοληψίας και στο follow up. Τα ποσοστά επιπολασμού που παρουσιάζονται στην μελέτη αυτή είναι «ζυγισμένα» (“weighted percentages”) με βάση τα δειγματοληπτικά αυτά βάρη.

Η παραγοντική δομή του AUDIT ελέγχθηκε με διερευνητική (Exploratory Factor Analysis, EFA) και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (Confirmatory Factor Analysis, CFA). Η EFA διεξήχθη με την χρήση της μεθόδου principal factor για να διερευνηθεί τις διαστάσεις που απαιτούνται για να εξηγηθεί η μεταβλητότητα των απαντήσεων στο σύνολο του δείγματος αλλά και σε υποομάδες με βάση το φύλο, την ηλικία και την κουλτούρα σε σχέση με το αλκοόλ (για το διαπολιτισμικό δείγμα ΠΦΥ). Αρχικά επετράπη

να εξαχθούν ελεύθερα όλοι οι δυνατοί παράγοντες και τα eigenvalues απεικονίστηκαν σε σχέση με τον αριθμό των παραγόντων σε scree plots (Εικόνα 3). Καθότι από τις απεικονίσεις των scree plots δεν είναι ξεκάθαρο αν υπερέχει η λύση των 2 ή 3^{ων} παραγόντων, υπολογίστηκαν οι φορτίσεις (“factor loadings”) των ερωτήσεων σε καθένα από τα 2 μοντέλα μετά την ορθογώνια αναστροφή των μοντέλων (“orthogonal rotation”) και τα “uniqueness” values της κάθε ερώτησης του AUDIT για τα μοντέλα 2-παραγόντων και 3-παραγόντων. Ερωτήσεις που φορτίζουν λιγότερο από 0,4 θεωρούνται ότι υποδηλώνουν πτωχή συνάφεια με τις θεωρούμενες υποκείμενες διαστάσεις του εργαλείου ενώ μεταβολή του uniqueness κάθε ερώτησης μεταξύ των 2 μοντέλων <10% θωρήθηκε ότι δεν υποδηλώνει καλύτερο “fitness” του μοντέλου των 3 παραγόντων. Η CFA χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί εάν οι 3 υποκείμενες διαστάσεις [«κατανάλωση» (ερωτήσεις 1-3), «εξάρτηση» (ερωτήσεις 4-6) και «επιβλαβής χρήση» (ερωτήσεις 7-10) αλκοόλ] που προτείνονται από την αρχική μελέτη ανάπτυξης του AUDIT¹⁵⁰ ή οι 2 υποκείμενες διαστάσεις που προτείνονται από την πρόσφατη αναθεώρηση του DSM-5 και από το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας [«κατανάλωση» (ερωτήσεις 1-3), και «διαταραχές χρήσης αλκοόλ» (ερωτήσεις 4-10)]^{155,175-179,180-182} εξηγεί καλύτερα τις εσωτερικές σχέσεις (inter-relationships) μεταξύ των 10 ερωτήσεων του AUDIT στα 2 δείγματα της μελέτης μας και σε υποπληθυσμούς με βάση το φύλο και την κουλτούρα απέναντι στην χρήση αλκοόλ. Η EFA πραγματοποιήθηκε με το Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ενώ η CFA με τη μέθοδο «underlying variable approach» (UVA) και το στατιστικό πακέτο LISREL¹⁸³.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Παραγοντική ανάλυση του AUDIT

6.1.1 Διερευνητική Παραγοντική ανάλυση (*“Exploratory Factor Analysis”*)

Η θεώρηση 3 υποκείμενων παραγόντων στην δομή του AUDIT φαίνεται να μην δίνει καλύτερες τιμές για την μοναδικότητα (“uniqueness”) της κάθε ερώτησης σε σχέση με όταν θεωρούνται 2 παράγοντες (Πίνακας 6). Η παρατήρηση αυτή ισχύει και για τα 2 δείγματα της μελέτης μας όπως και για τις υποομάδες με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα (Πίνακες 7 & 8). Το ποσοστό μεταβλητότητας του uniqueness μεταξύ των 2 μοντέλων (μοντέλο 2-παραγόντων και μοντέλο 3-παραγόντων) είναι σε όλες τις ερωτήσεις < 10%. Για το λόγο αυτό θεωρούμε ότι η θεώρηση 2 υποκείμενων παραγόντων εξηγεί ικανοποιητικά την δομή του AUDIT και ότι η θεώρηση 3 παραγόντων δεν είναι απαραίτητη. Στον 1ο παράγοντα που αντιστοιχεί στην «κατανάλωση» αλκοόλ υψηλότερες φορτίσεις (“factor loadings”) παρουσιάζουν οι ερωτήσεις 1 έως 3, και στον 2ο παράγοντα, που αντιστοιχεί στις «διαταραχές χρήσης» αλκοόλ υψηλότερα «φορτίζουν» οι ερωτήσεις 4-8.

Για την υποομάδα των συμμετεχόντων από πολιτισμούς με υψηλή αποχή από το αλκοόλ (“dry”), η δομή 3 υποκείμενων παραγόντων φαίνεται να δίνει περισσότερη πληροφορία σε σχέση με τη δομή 2 παραγόντων. Ειδικότερα, στον παράγοντα «κατανάλωση» αντιστοιχούν οι 3 πρώτες ερωτήσεις και η ερώτηση 10 («σύσταση διακοπής του αλκοόλ»), ενώ ο ενιαίος παράγοντας «διαταραχές χρήσης αλκοόλ» (ερωτήσεις 4-9) που επιβεβαιώθηκε στο δείγμα χωρών με υψηλή κατανάλωση αλκοόλ εδώ φαίνεται να είναι καταλληλότερο να χωριστεί σε 2 επιμέρους παράγοντες: έναν που αντιστοιχεί θεωρητικά στην «εξάρτηση» όπου περισσότερο φορτίζουν οι ερωτήσεις 4-6 και έναν που αντιστοιχεί στα «επιβλαβή χρήση» αλκοόλ όπου φορτίζουν περισσότερο οι ερωτήσεις 7-9 (Πίνακας 6). Οι ερωτήσεις 9 (ατυχήματα) & 10 (σύσταση διακοπής) εμφανίζουν σχετικά πτωχή συνάφεια (φόρτιση<0.5) με όλους τους θεωρούμενους παράγοντες και στα 2 δείγματα και τους θεωρούμενους υποπληθυσμούς, (πίνακες 6, 7 και 8) με εξαίρεση την ερώτηση 10 που φορτίζει ικανοποιητικά στον παράγοντα «κατανάλωση» στο μοντέλο 3-παραγόντων για τις χώρες με υψηλή αποχή από το αλκοόλ.

Η θεώρηση 3 παραγόντων στην παραγοντική δομή του AUDIT φαίνεται να είναι περιττή επίσης όταν η ανάλυση γίνεται ξεχωριστά για άνδρες/γυναίκες (Πίνακας 7),

νεότερους/μεγαλύτερους ηλικιακά (Πίνακας 8) και συμμετέχοντες από την κοινότητα/ΠΦΥ (Πίνακας 6), επιβεβαιώνοντας την διατήρηση σταθερής παραγοντικής δομής του AUDIT στους υποπληθυσμούς αυτούς.

6.1.2 Επιβεβαιωτική Παραγοντική ανάλυση (“*Confirmatory Factor Analysis*”)

Όλες οι ερωτήσεις παρουσιάζουν παρόμοιες φορτίσεις είτε χρησιμοποιηθεί το μοντέλο με 2 είτε με 3 παράγοντες, τόσο στο σύνολο του κοινοτικού δείγματος όσο και στην υποομάδα των συμμετεχόντων από κουλτούρες με ανοχή στο αλκοόλ (“wet”) του διαπολιτισμικού δείγματος, καθώς και στις υποομάδες με βάση το φύλο (Πίνακας 9). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το AUDIT μπορεί να θεωρηθεί σαν δομή 2 παραγόντων εξίσου καλά όσο και σαν δομή 3 παραγόντων και ότι η περαιτέρω θεώρηση του 2ου παράγοντα («διαταραχές χρήσης αλκοόλ») σε 2 υπο-παράγοντες δεν βελτιώνει την παραγοντική δομή του AUDIT

Στην υποομάδα των συμμετεχόντων από κέντρα υγείας με κουλτούρα αποχής από το αλκοόλ (“dry”) του διαπολιτισμικού δείγματος, από την σύγκριση του μοντέλου 2- και 3- παραγόντων προκύπτει ότι οι ερωτήσεις 4-6 φορτίζουν ελαφρώς καλύτερα αν θεωρηθούν ως ένας ξεχωριστός υπο-παράγοντας στα πλαίσια ενός μοντέλου 3-παραγόντων (ποσοστό αύξησης της φόρτισης από το μοντέλο 2-παραγόντων στο μοντέλο 3-παραγόντων μεταξύ 6% και 10%). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την διερευνητική παραγοντική ανάλυση περί υπεροχής του μοντέλου 3-παραγόντων έναντι του μοντέλου των 2-παραγόντων, όπου ο διαχωρισμός του ενιαίου παράγοντα «διαταραχών χρήσης αλκοόλ» στους υπο-παράγοντες α) «εξάρτηση» (ερωτήσεις 4-6) και β) «επιβλαβής χρήση αλκοόλ» (ερωτήσεις 7-10) μπορεί να βελτιώνει ελαφρώς την παραγοντική δομή του AUDIT σε κουλτούρες με υψηλή αποχή από το αλκοόλ.

Στο σύνολο των δειγμάτων και σε όλες τις υποομάδες που θεωρήθηκαν, στον παράγοντα «κατανάλωση» φορτίζει περισσότερο η 3η ερώτηση («binge drinking») ακολουθούμενη από την 2η («μέση ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται») και στην συνέχεια από την 1η («συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ»), υποδηλώνοντας έμμεσα την σχετική συνεισφορά των τριών αυτών παραμέτρων κατανάλωσης στην συνολική (εβδομαδιαία) κατανάλωση αλκοόλης.

Στους πληθυσμούς με ανοχή στην χρήση αλκοόλ (“wet”) οι ερωτήσεις 4 («αδυναμία να σταματήσει»), 5 («αποτυχία εκπλήρωσης στόχων»), 7 («ενοχές») και 8 («black-outs»)

φορτίζουν υψηλότερα από την 6 («αλκοόλ κατά την αφύπνιση») και την 10 («συμβουλή διακοπής»), ενώ η 9η ερώτηση («πρόκληση ατυχήματος») φορτίζει σε σχετικά χαμηλά επίπεδα και ειδικότερα στο πανελλήνιο δείγμα (φορτίσεις <0.4).

Στους πληθυσμούς με υψηλή αποχή από την χρήση αλκοόλ (“dry”) όλες οι ερωτήσεις φορτίζουν ικανοποιητικά στον παράγοντα που η καθεμιά αντιστοιχεί (φορτίσεις >0.5).

Στην διάσταση της «εξάρτησης» η ερώτηση 4 φορτίζει περισσότερο από τις ερωτήσεις 5 και 6 ενώ στην διάσταση «επιβλαβής χρήση αλκοόλ» οι ερωτήσεις 7 και 8 φορτίζουν περισσότερο από τις ερωτήσεις 9 και 10 (Πίνακας 9).

Πίνακας 6, Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του AUDIT σε πανελλήνιο δείγμα κοινοτικής προέλευσης και διαπολιτισμικό δείγμα ασθενών ΠΦΥ

Ερώτηση	Μοντέλο 2 παραγόντων			Μοντέλο 3 παραγόντων			
	Παράγ. 1	Παράγ. 2	Uniqueness	Παράγ. 1	Παράγ. 2	Παράγ. 3	Uniqueness
Πανελλήνια Κοινοτική Μελέτη							
1	0.16	0.56	0.668	0.15	0.55	0.09	0.666
2	0.31	0.72	0.390	0.31	0.72	0.04	0.388
3	0.31	0.78	0.291	0.32	0.78	0.04	0.289
4	0.63	0.40	0.430	0.64	0.40	0.03	0.424
5	0.66	0.36	0.441	0.66	0.36	0.05	0.437
6	0.51	0.21	0.689	0.51	0.21	0.07	0.689
7	0.57	0.41	0.508	0.57	0.40	0.09	0.508
8	0.61	0.34	0.512	0.61	0.33	0.10	0.512
9	0.36	0.18	0.840	0.33	0.17	0.22	0.813
10	0.39	0.45	0.643	0.36	0.44	0.22	0.621
Διαπολιτισμική μελέτη ΠΦΥ (10 κέντρα υγείας με κουλτούρα ανοχής στο αλκοόλ, "wet")							
1	0.59	0.11	0.644	0.59	0.12	-0.12	0.629
2	0.76	0.23	0.369	0.76	0.23	0.05	0.367
3	0.83	0.26	0.249	0.83	0.26	0.02	0.249
4	0.36	0.66	0.438	0.36	0.66	0.06	0.437
5	0.22	0.63	0.553	0.23	0.63	0.02	0.553
6	0.16	0.58	0.644	0.15	0.58	-0.08	0.633
7	0.34	0.56	0.570	0.34	0.57	-0.10	0.555
8	0.37	0.58	0.529	0.37	0.57	0.20	0.500
9	0.32	0.36	0.771	0.32	0.35	0.20	0.737
10	0.39	0.45	0.644	0.39	0.45	-0.08	0.633
Διαπολιτισμική μελέτη ΠΦΥ (5 κέντρα υγείας με κουλτούρα αποχής από το αλκοόλ, "dry")							
1	0.74	0.14	0.437	0.74	0.14	0.08	0.423
2	0.81	0.27	0.268	0.79	0.19	0.27	0.268
3	0.86	0.24	0.208	0.85	0.19	0.19	0.203
4	0.39	0.71	0.345	0.36	0.58	0.44	0.343
5	0.18	0.62	0.578	0.20	0.65	0.13	0.527
6	0.18	0.71	0.464	0.20	0.72	0.18	0.415
7	0.44	0.58	0.474	0.37	0.35	0.59	0.397
8	0.39	0.43	0.671	0.33	0.25	0.45	0.623
9	0.36	0.38	0.726	0.31	0.23	0.40	0.692
10	0.60	0.26	0.575	0.60	0.25	0.12	0.561

Πίνακας 8, Ανά ηλικιακή ομάδα διερευνητική παραγοντική ανάλυση του AUDIT σε διαπολιτισμικό δείγμα ασθενών ΠΦΥ και πανελλήνιο δείγμα κοινοτικής προέλευσης

18-40 ετών

Φορτίσεις

Ερώτηση	Μοντέλο 2 παραγόντων			Μοντέλο 3 παραγόντων		
	Παρ. 1	Παρ. 2	Uniqueness	Παρ. 1	Παρ. 2	Παρ. 3
Διαπολιτισμική μελέτη ΠΦΥ						
1	0.68	0.14	0.524	0.67	0.13	0.15
2	0.77	0.24	0.349	0.78	0.25	0.02
3	0.85	0.26	0.206	0.85	0.26	0.06
4	0.38	0.70	0.368	0.38	0.69	0.11
5	0.25	0.58	0.598	0.26	0.58	0.05
6	0.16	0.58	0.639	0.17	0.59	-0.02
7	0.36	0.54	0.581	0.35	0.52	0.19
8	0.40	0.55	0.544	0.40	0.55	0.04
9	0.34	0.36	0.754	0.32	0.34	0.20
10	0.42	0.44	0.631	0.40	0.40	0.30

41-65 ετών

Ερώτηση	Μοντέλο 2 παραγόντων			Μοντέλο 3 παραγόντων		
	Παρ. 1	Παρ. 2	Uniqueness	Παρ. 1	Παρ. 2	Παρ. 3
Διαπολιτισμική μελέτη ΠΦΥ						
1	0.61	0.08	0.621	0.61	0.01	-0.06
2	0.80	0.24	0.317	0.79	0.22	0.11
3	0.83	0.25	0.263	0.83	0.24	0.10
4	0.32	0.65	0.487	0.32	0.63	0.15
5	0.19	0.69	0.501	0.18	0.67	0.13
6	0.18	0.62	0.582	0.18	0.64	-0.02
7	0.36	0.60	0.512	0.36	0.61	0.07
8	0.34	0.57	0.561	0.33	0.50	0.37
9	0.32	0.36	0.776	0.23	0.29	0.35
10	0.44	0.39	0.669	0.44	0.39	0.05
Πανελλήνια Κοινοτική Μελέτη						
1	0.13	0.56	0.669	0.13	0.56	0.07
2	0.34	0.74	0.343	0.35	0.73	0.05
3	0.34	0.78	0.286	0.35	0.78	0.05
4	0.68	0.43	0.354	0.69	0.42	0.06
5	0.67	0.34	0.436	0.66	0.33	0.13
6	0.53	0.23	0.661	0.52	0.22	0.15
7	0.55	0.41	0.534	0.57	0.41	-0.03
8	0.63	0.33	0.505	0.63	0.32	0.04
9	0.32	0.18	0.861	0.29	0.16	0.28
10	0.37	0.47	0.641	0.34	0.47	0.22

6.2 WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care (PPGHC)

6.2.1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ του ΠΟΥ φαίνονται στο πίνακα 10. Το δείγμα που τελικά επιλέχθηκε αποτελούνταν περισσότερο από γυναίκες (61.9%), με μέση ηλικία τα 40.5 έτη (S.E.=0.4) χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 φύλων. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν κατά μέσο όρο 11.7% (95% CI: 10.8%–12.6%, 8.2% για τους άνδρες και 13.6% για τις γυναίκες) και της ΓΑΔ 7.9% (95% CI: 7.1%–8.8%, 5.7% για τους άνδρες και 9.3% για τις γυναίκες). Οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στον επιπολασμό της κατάθλιψης δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των 15 κέντρων ΠΦΥ που συμμετείχαν στην μελέτη ενώ οι διαφορές στον επιπολασμό της ΓΑΔ μεταξύ ανδρών/γυναικών είναι μεγαλύτερες μεταξύ των συμμετεχόντων κέντρων ΠΦΥ, υποδηλώνοντας μεγαλύτερη επίδραση του πολιτισμικού παράγοντα στις διαφορές φύλου που παρατηρούνται στην ΓΑΔ σε σχέση με τις αντίστοιχες διαφορές που παρατηρούνται στην κατάθλιψη¹⁸⁴.

Το 60% των συμμετεχόντων ανέφερε την παρουσία κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας ενώ για το 15% των συμμετεχόντων η κατάσταση της σωματικής τους υγείας χαρακτηρίστηκε από τους γιατρούς τους ως «σοβαρή». Οι άνδρες παρουσιάζουν σε ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό αυτοαναφερόμενα και αναφερόμενα από το γιατρό προβλήματα υγείας σε σχέση με τις γυναίκες. Οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να είναι παντρεμένες, χωρισμένες ή σε διάσταση σε σχέση με τους άνδρες οι οποίοι ήταν πιο συχνό να μην έχουν παντρευτεί ποτέ, αλλά οι διαφορές δεν ήταν σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα. Τέλος οι άνδρες ήταν πιο πιθανό να δηλώνουν «εργαζόμενοι» ή «άνεργοι» σε σύγκριση με τις γυναίκες οι οποίες ήταν πολύ συχνότερο να ασχολούνται με την φροντίδα του σπιτιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (εργασιακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) διέφεραν σημαντικά μεταξύ των συμμετεχόντων που προέρχονται από κέντρα ΠΦΥ με χαμηλά ποσοστά αποχής από το αλκοόλ (“wet”) και αυτών που προέρχονται από κέντρα ΠΦΥ με υψηλά ποσοστά αποχής από το αλκοόλ (“dry”), αντανakλώντας τις διαφορές στο επίπεδο διαβίωσης και στο κατά κεφαλήν εισόδημα των κατοίκων μεταξύ των 2 αυτών κατηγοριών κέντρων ΠΦΥ. Αντίθετα, οι διαφορές στις μεταβλητές υγείας ήταν μη στατιστικά σημαντικές μεταξύ των συμμετεχόντων από τις 2 ομάδες κέντρων ΠΦΥ (κουλτούρας «αποχής από το αλκοόλ» *VS* «κουλτούρα ανοχής» στο αλκοόλ) (πίνακας 10).

Πίνακας 10, Δημογραφικά χαρακτηριστικά και κατάσταση υγείας συμμετεχόντων στην μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ της ΠΟΥ ανά φύλο (Αναπαγωγή από Bellos και συν 2013)

	Σύνολο	Ανδρες n = 1919 (38.1%)	Γυναίκες n = 3519 (61.9%)	Κουλτούρα	
				«ανοχής στο αλκοόλ» (n= 3521)	«αποχής από το αλκοόλ» (n=1917)
Μέση ηλικία, (S.E.)	40.5 (0.4)	40.1 (0.6)	40.7 (0.3)	41.5 (0.4)	38.6 (0.4)
Διάγνωση ICD-10 N (%)					
Κατάθλιψη	1287 (11.7%)	348 (8.2%)	939 (13.8%)	837 (11.1%)	450 (12.7%)
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)	705 (7.9%)	207 (5.7%)	498 (9.3%)	519 (9.1%)	186 (5.6%)
Αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιας νόσου, N (%)					
Όχι	2018 (39.3%)	704 (38.1%)	1314 (40.0%)	1329 (39.6%)	689 (38.6%)
Ναι	3420 (60.7%)	1215 (61.9%)	2205 (60.0%)	2192 (60.4%)	1228 (61.4%)
Εκτίμηση σωματικής υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ, N (%)					
Υγιής / κάποια συμπτώματα χωρίς νόσο	2493 (48.6%)	826 (44.3%)	1667 (51.3%)	1631 (49.6%)	862 (46.9%)
Ήπιος νόσος	1889 (35.9%)	696 (38.9%)	1193 (34.1%)	1152 (34.9%)	737 (37.7%)
Μέτριας/σοβαρής βαρύτητας νόσος	931 (15.5%)	363 (16.8%)	568 (14.6%)	636 (15.5%)	295 (15.4%)
Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης (έτη), (S.E.)	9.4 (0.1)	10.4 (0.1)	8.9 (0.1)	11.0 (0.1)	6.5 (0.2)
Οικογενειακή κατάσταση, N (%)					
Παντρεμένος	3331 (62.2%)	1161 (59.8%)	2170 (63.7%)	1960 (57.1%)	1371 (71.7%)
Χήρος/α	243 (4.6%)	27 (2.2%)	216 (6.1%)	127 (3.9%)	116 (6.0%)
Διαζευγμένος/η	347 (5.3%)	101 (4.5%)	246 (5.8%)	324 (7.8%)	23 (0.7%)
Σε διάσταση	219 (4.0%)	51 (3.2%)	168 (4.5%)	166 (4.4%)	53 (3.2%)
Ποτέ παντρεμένος	1284 (23.9%)	576 (30.3%)	708 (19.9%)	938 (26.8%)	346 (18.4%)
Εργασιακή κατάσταση, N (%)					
Άνεργος/φοιτητής/συνταξιούχος/ ανικανότητα για εργασία	1711 (32.2%)	735 (37.0%)	976 (29.3%)	1141 (33%)	570 (30.8%)
Εργαζόμενος	2442 (44.2%)	1061 (56.5%)	1381 (36.7%)	1717 (49.7%)	725 (34.2%)
Φροντίδα σπιτιού	944 (16.7%)	4 (0.4%)	940 (26.7%)	480 (12.4%)	464 (24.5%)
Άλλο	341 (6.9%)	119 (6.1%)	222 (7.4%)	183 (4.9%)	158 (10.5%)

N= πραγματικός αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά που παρουσιάζονται είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματολημία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε

6.2.2. Χρήση αλκοόλ

Η αποχή και η ήπια χρήση αλκοόλ είναι πολύ συχνότερες από ότι η προβληματική χρήση (πίνακας 11). Αναλυτικότερα, οι μισοί περίπου συμμετέχοντες απέχουν από το αλκοόλ ή καταναλώνουν αλκοόλ περιστασιακά (όχι συχνότερα από 1 φορά το μήνα) ποσοστό που για τους άνδρες υπολογίστηκε στο 48.7% (22.7% απέχουν πλήρως και 26% κάνει περιστασιακή χρήση) και για τις γυναίκες στο 74.7% (34.2% και 30.7% αντίστοιχα). Αντίθετα σε ότι αφορά τα όρια της «ήπιας» χρήσης που ορίστηκαν έως τα 280gr καθαρής αλκοόλης/εβδομάδα για τους άνδρες και τα 140gr καθαρής αλκοόλης/εβδομάδα για τις γυναίκες, το 7.5% των ανδρών καταναλώνει αλκοόλ πάνω από τα όρια αυτά (4% καταναλώνει >420gr καθαρής αλκοόλης την εβδομάδα) και το 4.7% των γυναικών (2% καταναλώνει πάνω από 280gr καθαρής αλκοόλης την εβδομάδα). Επίσης τα όρια επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ, που προσδιορίστηκαν από την παρουσία AUDIT-score>8 ήταν πολύ συχνότερα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Οι προαναφερόμενες διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι στατιστικά σημαντικές ($p<0.001$, *designed-based F statistic*).

Επίσης, όπως αναμένεται, οι συμμετέχοντες από τα κέντρα ΠΦΥ με κουλτούρα «αποχής από το αλκοόλ» εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ήπιας (έως 280gr καθαρής αλκοόλης/εβδομάδα για τους άνδρες και 140gr για τις γυναίκες) και βαριάς/επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες από τα κέντρα ΠΦΥ με «κουλτούρα ανοχής» απέναντι στο αλκοόλ (πίνακας 11).

Πίνακας 11 Κατανάλωση και χρήση αλκοόλ στους 5438 συμμετέχοντες στην μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ της ΠΟΥ

A. Δείκτης «ποσότητας*συχνότητας»		Σύνολο ^α	κοιλούρα «ανοχής στο αλκοόλ» (n= 3521)		Κοιλούρα «αποχής από το αλκοόλ» (n=1917)	
			Άνδρες*	Γυναίκες*	Άνδρες*	Γυναίκες*
Αποχή (καθόλου τον τελευταίο χρόνο)		N (%)^α 1905 (34.2%)	97 (7.4%)	430 (17.9%)	379 (53.0%)	999 (82.4%)
Περιστασιακή (μια φορά το μήνα ή λιγότερο)		1699 (30.7%)	325 (25.1%)	992 (43.5%)	173 (27.8%)	209 (16.0%)
Ήπια χρήση (έως 140 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 70 για τις γυναίκες)		1119 (22.1%)	503 (42.7%)	521 (23.8%)		17 (1.2%)
Μέτρια χρήση (έως 280 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 140 για τις γυναίκες)		428 (8.4%)	172 (15.5%)	237 (10.6%)		
Επικίνδυνη Χρήση (έως 420 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 280 για τις γυναίκες)		150 (2.7%)	61 (4.4%)	70 (3.2%)		
Βαριά χρήση (Περισσότερα από 420 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 280 για τις γυναίκες)		137 (2.0%)	74 (5.0%)	39 (1.1%)	38 (3.8%)	5 (0.4%)
B.Εκαστοτήμωρια κατανομής AUDIT-score^b		N (%)^α	Άνδρες*	Γυναίκες*	Άνδρες*	Γυναίκες*
≤25°		1924 (34.6%)	478 (22.7%)	1446 (41.9%)		
26° –50°		1602 (29.2%)	493 (26.0%)	1109 (31.1%)		
51°–75°		679 (13.6%)	518 (28.7%)	161 (4.3%)		
76°–90°		762 (15.2%)	245 (14.2%)	517 (15.7%)		
91° –95°		224 (3.9%)	93 (4.8%)	131 (3.4%)		
≥96°		247 (3.6%)	92 (3.7%)	155 (3.6%)		
C. Επικίνδυνη χρήση αλκοόλ^c		716 (12.9%)	430 (22.6%)	286 (7.0%)		

* *όλες οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι στατιστικά σημαντικές (p < 0.01, designed-based F statistic).*

^α N= αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά (%) είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.

^β ειδικά ανά φύλο εκατοστημωρια. ^c συνολικό AUDIT- score: ≥8 για τους άνδρες ≥6 για γυναίκες.

6.2.3. Συγχρονική συσχέτιση χρήσης αλκοόλ με κατάθλιψη και ΓΑΔ

Η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με την κατάθλιψη με μη-γραμμικό τρόπο. Ειδικότερα η ομάδα των συμμετεχόντων που κάνει ήπια ή μέτρια κατανάλωση αλκοόλ εμφανίζει μικρότερο επιπολασμό κατάθλιψης σε σχέση με την ομάδα πλήρους αποχής από αλκοόλ, ενώ η ομάδα που κάνει πολύ βαριά κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει σε μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψη σε σχέση με την ομάδα πλήρους αποχής. Οι συμμετέχοντες που κάνουν χρήση αλκοόλ που ξεπερνά τα όρια της ασφαλούς χρήσης αλλά δεν φτάνουν στην πολύ βαριά χρήση δεν εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με την ομάδα που απέχει από το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια και όταν αντί για την κατανάλωση αλκοόλ (που μετράται ως μέσος όρος αλκοολούχων ποτών ανά εβδομάδα) θεωρήσουμε το συνολικό score στο AUDIT (που συμπεριλαμβάνει επιπλέον και την μέτρηση των προβλημάτων από την χρήση αλκοόλ και το binge drinking). Η μέτρηση της χρήσης αλκοόλ ως κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για την σχέση μεταξύ ήπιας κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης ενώ η μέτρηση της χρήσης αλκοόλ ως συνολικό score στο AUDIT αναδεικνύει καλύτερα την σχέση βαριάς χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης. Ο συνυπολογισμός πιθανών συγχυτικών παραγόντων (κοινωνικοδημογραφικών και παραγόντων σωματικής υγείας) στην ανάλυσή μας τροποποιεί ελαφρώς τις παρατηρούμενες αδρές (crude) συσχετίσεις μειώνοντας την ένταση της αντίστροφης («προφυλακτικής») συσχέτισης που παρατηρείται μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και επιπολασμού της κατάθλιψης και ενισχύοντας την θετική σχέση που παρατηρείται μεταξύ βαριάς χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης («negative confounding»). (Πίνακας 12).

Η σχέση μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και επιπολασμού ΓΑΔ είναι παρόμοια με αυτή που προαναφέρθηκε στην κατάθλιψη ενώ η βαριά χρήση αλκοόλ δεν σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό ΓΑΔ σε σύγκριση με τους απέχοντες από το αλκοόλ με καμιά από τις 2 χρησιμοποιούμενες μετρήσεις. Η σχέση μεταξύ αλκοόλ και ΓΑΔ υφίσταται παρόμοια με την περίπτωση της κατάθλιψης μικρή τροποποίηση από την παρουσία πιθανών συγχυτικών παραγόντων (κοινωνικοδημογραφικών και σωματικής υγείας) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Συγχρονική συσχέτιση διαφορετικών επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με την Κατάθλιψη και την ΓΑΔ σε διαπολιτισμικό δείγμα 5438 συμμετεχόντων από την ΠΦΥ

Χρήση αλκοόλ	Κατάθλιψη			Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή		
	N ^a (%)	OR ^b (95% CI)		N ^a (%)	OR ^b (95% CI)	
		Αδρoί	Προσαρμοσμένοι ^c		Αδρoί	Προσαρμοσμένοι ^c
Α. Χρήση με βάση το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας»						
Αποχή	473 (13.4%)	1.0	1.0	237 (7.8%)	1.0	1.0
Περιστασιακή	431 (12.6%)	0.79* (0.66–0.95)	0.89 (0.68–1.17)	246 (9.2%)	0.67* (0.51–0.88)	0.75* (0.58–0.99)
Ήπια	227 (8.7%)	0.49* (0.37–0.63)	0.66* (0.47–0.92)	122 (6.6%)	0.49* (0.33–0.71)	0.71* (0.51–0.99)
Μέτρια	82 (7.8%)	0.41* (0.31–0.53)	0.53* (0.38–0.75)	57 (6.9%)	0.51* (0.37–0.70)	0.68* (0.49–0.94)
Επικίνδυνη	27 (8.6%)	0.54* (0.31–0.93)	0.72 (0.42–1.23)	24 (7.7%)	0.74 (0.44–1.22)	1.06 (0.64–1.76)
Βαριά	47 (23.4%)	1.54* (1.02–2.35)	1.68* (1.05–2.67)	19 (9.4%)	0.66 (0.32–1.37)	0.74 (0.39–1.40)
Β. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-score ^d						
≤25°	476 (13.3%)	1.0	1.0	238 (7.8%)	1.0	1.0
26°–50°	385 (11.9%)	0.79* (0.64–0.98)	0.91 (0.67–1.24)	235 (9.5%)	0.71* (0.57–0.88)	0.77* (0.62–0.96)
51°–75°	104 (6.6%)	0.43* (0.30–0.60)	0.66 (0.42–1.04)	58 (5.1%)	0.39* (0.28–0.54)	0.59* (0.40–0.88)
76°–90°	156 (8.6%)	0.53* (0.29–0.97)	0.63* (0.44–0.92)	88 (6.6%)	0.54* (0.34–0.87)	0.66* (0.44–0.99)
91°–95°	61 (12.2%)	0.64 (0.31–1.32)	0.77 (0.32–1.83)	38 (8.1%)	0.56 (0.29–1.07)	0.73 (0.38–1.44)
≥96°	105 (27.0%)	1.80 (0.75–4.30)	1.87* (1.03–3.40)	48 (12.1%)	0.87 (0.49–1.55)	0.99 (0.63–1.57)
¥ AUDIT score			0.889*			0.954
¥ AUDIT score ²			1.008*			1.002

* $p < 0.05$

a) αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.

b) Λόγοι Αναλογιών (OR, odds ratios) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων με gllamm analysis.

c) προσαρμοσμένα κατά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, χρόνια εκπαίδευσης, αξιολόγηση τρέχουσας κατάστασης υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ και αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιων νόσων

d) ειδικά ανά φύλο εκατοστημόρια ¥ συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient)

6.2.4 Διαχρονική συσχέτιση χρήσης αλκοόλ με κατάθλιψη και ΓΑΔ

Η ήπια χρήση αλκοόλ σχετίζεται με μικρότερη επίπτωση κατάθλιψης και ΓΑΔ σε σχέση με τους απέχοντες από αλκοόλ μετά από 1 έτος παρακολούθησης. Η χαμηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης εμφανίζεται για τους συμμετέχοντες που ανήκουν στον 3^ο τεταρτημόριο του συνεχούς της χρήσης αλκοόλ (AUDIT-score 2-4) ενώ η χαμηλότερη επίπτωση της ΓΑΔ εμφανίζεται για την ομάδα των συμμετεχόντων που κάνουν ελαφρώς βαρύτερη χρήση αλκοόλ (AUDIT score: 5-8). Η βαριά χρήση αλκοόλ (συμμετέχοντες που τοποθετούνται στο «βαρύτερο» 5% του συνεχούς της χρήσης αλκοόλ με βάση το συνολικό AUDIT-score) σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης σε σχέση με τους απέχοντες από αλκοόλ (*fully adjusted* OR=3.2, 95% CI:1.4 –7.1) ενώ η επίπτωση της ΓΑΔ είναι λιγότερο αυξημένη στην κατηγορία βαριάς χρήσης και μη-στατιστικά σημαντική (*fully adjusted* OR=1.5, 95% CI:0.5 – 4.7). (Πίνακας 13)

Πίνακας 13. Διαχρονική συσχέτιση διαφορετικών επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με την Κατάθλιψη και την ΓΑΔ σε διαπολιτισμικό δείγμα 3201 συμμετεχόντων από την ΠΦΥ που παρακολούθηθηκαν για ένα έτος

Επίπτωση μετά από ένα έτος

Χρήση Αλκοόλ κατά την στιγμή t0	Κατάθλιψη (2372 συμμετέχοντες που δεν έπασχαν την στιγμή t0 από κατάθλιψη)		Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (2676 συμμετέχοντες που δεν έπασχαν την στιγμή t0 από ΓΑΔ)	
	N (%)	OR (95% CI) Μοντέλο 1	N (%)	OR (95% CI) Μοντέλο 2
Εκατοστημότητα κατανομής AUDIT-score ^c	AUDIT-score			
0	70 (5.7%)	1.0	74 (4.5%)	1.0
1	48 (4.5%)	0.7 (0.4 – 1.2)	40 (2.8%)	0.7 (0.3 – 1.3)
2-4	22 (2.6%)	0.3* (0.1 – 0.7)	26 (2.2%)	0.5* (0.3 – 0.8)
5-8	21 (3%)	0.5* (0.3 – 0.9)	11 (1%)	0.2* (0.1 – 0.4)
9-12	11 (2.8%)	0.7 (0.4 – 1.4)	8 (2.7%)	1.4 (0.9 – 2.2)
≥96°	13 (9.9%)	3.5* (1.6 – 7.7)	8 (4.2%)	1.6* (1.1 – 2.3)

* $p < 0.05$

a) αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.

b) Λόγοι Αναλογιών (OR, odds ratios) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων με «glmam analysis». Προσαρμοσμένα κατά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, χρόνια εκπαίδευσης, αξιολόγηση τρέχουσας κατάστασης υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ και αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιων νόσων

c) εκατοστημότητα κοινά και για τα δυο φύλα

6.2.5. Διαφορές ανάλογα με την κουλτούρα απέναντι στο αλκοόλ

Η διαχρονική μελέτη της σχέσης ανάμεσα στην χρήση αλκοόλ και της επίπτωσης κατάθλιψης και ΓΑΔ μετά από 1 έτος παρακολούθησης εμφανίζει χαμηλή ερευνητική ισχύ (*study power*), λόγω της σχετικά μικρής 1-έτους επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στην συνέχεια αφορούν τους συμμετέχοντες στο συγχρονικό κομμάτι της μελέτης, όπου η στατιστική ισχύς είναι μεγαλύτερη, καθώς οι ψυχικές διαταραχές προσδιορίζονται από τον επιπολασμό τους, που είναι σαφώς μεγαλύτερος από την 1-έτους επίπτωση.

Η μη-γραμμική σχέση αλκοόλ και κατάθλιψης είναι περισσότερο προφανής για το δείγμα συμμετεχόντων από κέντρα ΠΦΥ με «κουλτούρα ανοχής» από το αλκοόλ σε σύγκριση με το δείγμα από κέντρα με «κουλτούρα αποχής», όπως προκύπτει από την εφαρμογή της μεθόδου των ελαχίστων τετραγώνων. Η σχέση της ήπιας/μέτριας χρήσης αλκοόλ με χαμηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης είναι παρόμοια τόσο στα κέντρα που αντιστοιχούν σε “κουλτούρα αποχής” από το αλκοόλ, όσο και στα κέντρα που αντιστοιχούν σε “κουλτούρα ανοχής” στην χρήση αλκοόλ και ισχυρότερη όταν η χρήση αλκοόλ προσδιορίζεται με τον δείκτη «ποσότητας*συχνότητας» (σε σχέση με όταν προσδιορίζεται με το συνολικό AUDIT-score). Αντίθετα, η σχέση της βαριάς χρήσης με υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης είναι ισχυρότερη όταν η χρήση αλκοόλ προσδιορίζεται με το συνολικό score στο εργαλείο AUDIT και πιο ισχυρή στην ομάδα των συμμετεχόντων που προέρχονται από κέντρα με «κουλτούρα αποχής» από το αλκοόλ. (Πίνακες 14A & 14B).

Στην περίπτωση της σχέσης αλκοόλ - ΓΑΔ τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν σχέση «τύπου U» για το δείγμα των συμμετεχόντων που προέρχονται από κέντρα με «κουλτούρα ανοχής» στο αλκοόλ όπου η ομάδα της ήπιας χρήσης εμφανίζει μικρότερο επιπολασμό ΓΑΔ και η ομάδα βαριάς χρήσης αλκοόλ παρόμοιο επιπολασμό με την ομάδα των συμμετεχόντων που απέχει από το αλκοόλ. Για τους συμμετέχοντες από κέντρα με «κουλτούρα αποχής» από το αλκοόλ, τα αποτελέσματα είναι παρόμοια (αλλά μη-στατιστικά σημαντικά) και καμία κατηγορία χρήσης αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης και αυτής της βαριάς χρήσης, δεν σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό ΓΑΔ (Πίνακες 14A & 14B).

Πίνακας 14 Α. Συγχρονική συσχέτιση χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης ή ΓΑΔ στους συμμετέχοντες με προέλευση από τα 10 κέντρα ΠΦΥ όπου <50% των συμμετεχόντων απέχει από το αλκοόλ

Κουλτούρα ανοχής	Κατάθλιψη			Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή		
	N (%) ^a	OR (95% CI) ^b		N (%) ^a	OR (95% CI) ^b	
Χρήση αλκοόλ		Αδρού	Προσαρμοσμένοι ^c		Αδρού	Προσαρμοσμένοι ^c
Α. Χρήση με βάση το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας»						
Αποχή	133 (13.0%)	1.0	1.0	103 (13.3%)	1.0	1.0
Περιστασιακή	345 (12.7%)	0.81 (0.58 – 1.15)	0.83 (0.58 – 1.17)	202 (10.1%)	0.67* (0.50 – 0.92)	0.72 (0.51 – 1.02)
Ήπια	219 (9.2%)	0.55* (0.40 – 0.75)	0.68* (0.48 – 0.98)	118 (7.1%)	0.53* (0.36 – 0.76)	0.76 (0.53 – 1.10)
Μέτρια	78 (7.6%)	0.41* (0.29-0.57)	0.50* (0.35 – 0.70)	55 (6.8%)	0.50* (0.38 – 0.66)	0.67* (0.46 – 0.98)
Επικίνδυνη	21 (7.9%)	0.48* (0.26 – 0.87)	0.61 (0.33 – 1.16)	22 (8.1%)	0.73 (0.41 – 1.31)	1.05 (0.60 – 1.86)
Βαριά	41 (23.9%)	1.56 (0.89 – 2.70)	1.45 (0.85 – 2.47)	19 (10.8%)	0.73 (0.35 – 1.56)	0.86 (0.44 – 1.70)
Β. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-score ^d						
≤25°	196 (11.0%)	1.0	1.0	146 (11.4%)	1.0	1.0
26° –50°	302 (11.8%)	0.97 (0.76 – 1.24)	0.90 (0.68—1.20)	183 (9.8%)	0.84 (0.65 – 1.07)	0.80 (0.64 – 1.01)
51°–75°	127 (6.8%)	0.52* (0.40 – 0.67)	0.50* (0.36—0.69)	79 (6.0%)	0.56* (0.40 – 0.78)	0.58* (0.39 – 0.86)
76°–90°	100 (11.3%)	0.82 (0.54 – 1.23)	0.89 (0.59—1.32)	51 (7.8%)	0.65* (0.45 – 0.94)	0.81 (0.62 – 1.05)
91° –95°	40 (16.0%)	1.12 (0.87 – 1.45)	1.01 (0.84—1.23)	29 (10.5%)	0.95 (0.46 – 2.03)	1.21 (0.57 – 2.59)
≥96°	72 (29.3%)	2.62* (1.28 – 5.32)	2.07* (1.01—4.23)	31 (12.3%)	1.08 (0.52 – 2.22)	1.10 (0.66 – 1.83)
¥ AUDIT score			0.877*			0.961
¥ AUDIT score ²			1.009*			1.003

* $p < 0.05$

a) αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.

b) Λόγοι Αναλογιών (OR, odds ratios) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων με τα survey commands του STATA

c) προσαρμοσμένοι κατά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, χρόνια εκπαίδευσης, αξιολόγηση τρέχουσας κατάστασης υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ και αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιων νόσων και την παρουσία της άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (κατάθλιψη ή ΓΑΔ)

d) μη-ειδικά ανά φύλο εκατοστημόρια, ¥ συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient)

Πίνακας 14 Β Συγχρονική συσχέτιση χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης ή ΓΑΔ στους συμμετέχοντες με προέλευση από τα 5 κέντρα ΠΦΥ όπου >50% των συμμετεχόντων απέχει από το αλκοόλ.

Χρήση αλκοόλ	Κατάθλιψη			Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή		
	N (%) ^a	OR (95% CI) ^b		N (%) ^a	OR (95% CI) ^b	
		Αδρού	Προσαρμοσμένοι ^c		Αδρού	Προσαρμοσμένοι ^c
Α. Χρήση με βάση το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας»						
Αποχή	340 (13.5%)	1.0	1.0	134 (5.8%)	1.0	1.0
Περιστασιακή	86 (12.3%)	0.81* (0.68 – 0.97)	1.06 (0.72 – 1.58)	44 (6.4%)	0.76 (0.52 – 1.11)	0.96 (0.56 – 1.65)
Ήπια / Μέτρια	12 (4.5%)	0.27* (0.12 – 0.60)	0.35* (0.17 – 0.71)	6 (2.4%)	0.29 (0.05 – 1.64)	0.27 (0.07 – 1.00)
Επικίνδυνη / Βαριά	12 (17.3%)	2.15 (0.83 – 5.58)	3.48* (1.11 – 10.93)	2 (2.5%)	0.47 (0.16 – 1.43)	0.53 (0.15 – 1.87)
Β. Εκατοστημώρια κατανομής AUDIT-score ^d						
≤50°	341 (13.5%)	1.0	1.0	132 (5.7%)	1.0	1.0
51°–75°	72 (10.8%)	0.76* (0.62 – 0.94)	0.89 (0.62 – 1.26)	40 (5.9%)	0.73 (0.47 – 1.13)	1.01 (0.60 – 1.69)
76°–90°	15 (9.0%)	0.97 (0.26 – 3.57)	1.43 (0.32 – 6.43)	5 (4.4%)	0.92 (0.23 – 3.66)	1.12 (0.28 – 4.51)
91°–95°	9 (7.3%)	0.35 (0.05 – 2.63)	0.44 (0.09 – 2.23)	5 (5.1%)	0.40 (0.07 – 2.19)	0.56 (0.18 – 1.71)
≥96°	13 (25.5%)	2.04 (0.89 – 4.70)	3.07* (1.60 – 5.87)	4 (6.7%)	0.82 (0.26 – 2.62)	0.99 (0.43 – 2.29)
* AUDIT score			0.937		0.962	
* AUDIT score ²			1.004		0.999	

* $p < 0.05$

a) αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.

b) Λόγοι Αναλογιών (OR, odds ratios) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων με τα survey commands του STATA

c) προσαρμοσμένα κατά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, χρόνια εκπαίδευσης, αξιολόγηση τρέχουσας κατάστασης υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ και αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιων νόσων

d) ειδικά ανά φύλο εκατοστημώρια κ συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient)

6.2.6. Διαφορές ανάλογα με το φύλο στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας

Στα συγχρονικά δεδομένα της μελέτης η προφυλακτική σχέση της ήπιας/μέτριας χρήσης αλκοόλ με χαμηλότερο επιπολασμό ΓΑΔ και κατάθλιψης είναι ισχυρότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και με τους 2 δείκτες μέτρησης της χρήσης αλκοόλ (δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» και συνολικό AUDIT-score) (Πίνακας 15). Η βαριά χρήση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό κατάθλιψης μόνο στους άνδρες και κυρίως όταν η χρήση αλκοόλ μετράται με το συνολικό AUDIT-score. Επίσης δεν μπορεί να τεκμηριωθεί από τα δεδομένα μας σχέση της βαριάς χρήσης αλκοόλ με αυξημένο επιπολασμό ΓΑΔ για κανένα από τα 2 φύλα (Πίνακας 15). Τα συμπεράσματά μας δεν τροποποιούνται αν αντί του δείκτη «ποσότητας*συχνότητας» χρησιμοποιηθεί το εργαλείο AUDIT-C (*δεδομένα που δεν παρουσιάζονται*).

Από τα διαχρονικά δεδομένα της μελέτης (πίνακας 16) για την επίπτωση της κατάθλιψης επιβεβαιώνεται η σχέση τύπου “J” με την χρήση αλκοόλ χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 φύλων. Σε ότι αφορά την επίπτωση της ΓΑΔ, για τις γυναίκες καμία κατηγορία χρήσης αλκοόλ αρχικά δεν σχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης ΓΑΔ μετά από 1 έτος follow-up, ενώ η μέτρια προς βαριά χρήση (75° - 90° εκατοστημόριο) μπορεί να σχετίζεται και με χαμηλότερη επίπτωση σε σχέση με την αποχή. Αντίθετα, για τους άνδρες καμία κατηγορία χρήσης αλκοόλ αρχικά δεν σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα επίπτωσης ΓΑΔ σε σχέση με τους απέχοντες, ενώ η πιο βαριά χρήση αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης ΓΑΔ μετά από ένα έτος παρακολούθησης. Υπενθυμίζεται ότι στην ανάλυση των διαχρονικών δεδομένων της μελέτης δεν χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά κατώφλια του συνολικού AUDIT-score μεταξύ ανδρών και γυναικών για τον προσδιορισμό των διαφόρων επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ.

Πίνακας 15, Συγχρονική συσχέτιση διαφόρων επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με την κατάθλιψη και την ΓΑΔ, ανά φύλο στην διαπολιτισμική μελέτη.

Επιπολασμός								
Χρήση αλκοόλ	Κατάθλιψη				Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή			
	Ανδρες		Γυναίκες		Ανδρες		Γυναίκες	
	N (%)	OR (95% CI)	N (%)	OR (95% CI)	N (%)	OR (95% CI)	N (%)	OR (95% CI)
A. Χρήση αλκοόλ με βάση το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας»								
Αποχή	89 (9%)	1.0	384 (14.8%)	1.0	44 (4.9%)	1.0	193 (8.8%)	1.0
Περιστασιακή	97 (8.8%)	1.12 (0.72-1.81)	334 (14.4%)	0.87 (0.64-1.21)	63 (6.6%)	1.13 (0.61-2.08)	183 (10.5%)	0.71* (0.55-0.92)
Ήπια / Μέτρια	127 (6.6%)	0.78 (0.59-1.03)	182 (10.7%)	0.66* (0.48-0.89)	79 (5.4%)	0.90 (0.57-1.42)	100 (8.3%)	0.70 (0.46-1.08)
Επικίνδυνη / Βαριά	35 (8.2%)	1.66 (0.82-3.39)	39 (17.2%)	1.11 (0.63-1.94)	21 (7.1%)	1.01 (0.48 – 2.13)	22 (10.5%)	1.03 (0.56-1.88)
B. Εκατοστημώρια κατανομής AUDIT-score ^d								
≤25°	89 (9.0%)	1.0	387 (14.7%)	1.0	43 (4.6%)	1.0	195 (8.9%)	1.0
26° - 50°	78 (7.7%)	0.98 (0.64–1.49)	301 (14.2%)	0.89 (0.66 – 1.21)	54 (6.4%)	1.30 (0.67 – 2.54)	174 (10.8%)	0.71* (0.55 – 0.91)
51°–75°	43 (7.2%)	0.74 (0.45–1.22)	70 (9.9%)	0.63 (0.33 – 1.20)	25 (5.5%)	0.93 (0.53 – 1.62)	39 (8.8%)	0.52 (0.22 – 1.23)
76°–90°	37 (4.7%)	0.81 (0.47–1.42)	75 (9.1%)	0.62* (0.46 – 0.83)	24 (4.4%)	1.04 (0.54 – 2.01)	35 (5.5%)	0.57 (0.34 – 0.97)
91° –95°	52 (6.4%)	0.73 (0.23–2.3)	80 (16.8%)	1.12 (0.66 – 1.88)	38 (6.0%)	0.94 (0.36 – 2.44)	43 (9.9%)	0.93 (0.41– 2.08)
≥96°	49 (29.7%)	5.12* (2.92–8.97)	26 (53.4%)	1.28 (0.69 – 2.36)	23 (12%)	1.15 (0.39 – 3.41)	12 (27.4%)	1.16 (0.86 – 1.56)
‡AUDIT score		0.883*		0.883*		0.958		0.933
‡AUDIT score ²		1.008*		1.011*		1.002		1.004*

* $p < 0.05$

a) αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.

b) Λόγοι Αναλογιών (OR, odds ratios) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων με τα survey commands του STATA

c) προσαρμοσμένα κατά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, χρόνια εκπαίδευσης, αξιολόγηση τρέχουσας κατάστασης υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ και αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιων νόσων

d) ειδικά ανά φύλο εκατοστημώρια ‡ συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient)

Πίνακας 16, Διαχρονική συσχέτιση διαφόρων επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με την κατάθλιψη και την ΓΑΔ, ανά φύλο στην διαπολιτισμική μελέτη.

Χρήση αλκοόλ	Επίπτωση μετά από ένα έτος							
	Κατάθλιψη				Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή			
	Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες	
	N (%)	OR (95% CI)	N (%)	OR (95% CI)	N (%)	OR (95% CI)	N (%)	OR (95% CI)
Εκατοστημώρια κατανομής AUDIT-score ^d								
≤25°	11 (2.3%)	1.0	59 (7.1%)	1.0	8 (1.7%)	1.0	66 (5.6%)	1.0
26° - 50°	15 (5.8%)	2.1 (0.5 – 8.9)	33 (4%)	0.6 (0.4 – 1.2)	10 (1.8%)	2.1 (0.4 – 12.1)	30 (3.2%)	0.7 (0.4 – 1.6)
51°–75°	3 (0.6%)	0.2 (0.1 – 1.5)	19 (3.5%)	0.4 (0.1 – 1.1)	7 (1.3%)	1.9 (0.3 – 12.2)	19 (2.6%)	0.9 (0.4 – 2.3)
76°–90°	10 (1.5%)	0.7 (0.2 – 3.0)	11 (6.2%)	1.1 (0.4 – 2.9)	4 (0.6%)	0.9 (0.1 – 6.2)	7 (1.6%)	0.4 (0.1 – 1.2)
91° –95°	9 (3.2%)	2 (0.6 – 7)	2 (1.7%)	0.2 (0.1 – 1.3)	7 (2.5%)	3.8 (0.8 – 17.9)	1 (3.1%)	0.8 (0.1 – 9.4)
≥96°	9 (9.3%)	2.4 (0.3 – 21.3)	4 (17.2%)	3.3 (0.7 – 14.8)	6 (4.1%)	2.5 (0.1 – 41.3)	2 (5.5%)	0.7 (0.1 – 3.9)

* $p < 0.05$

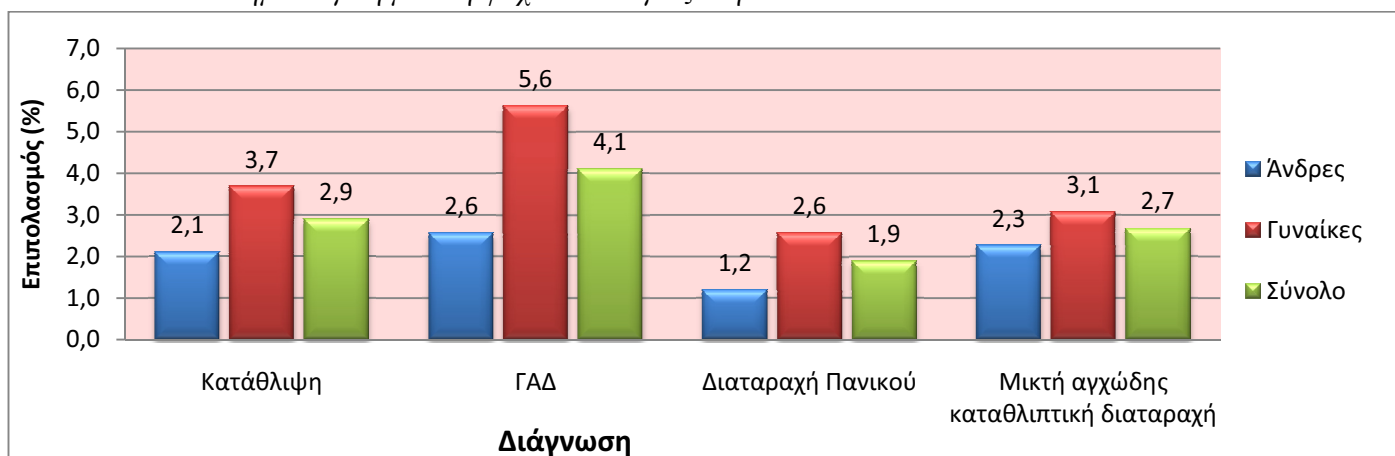
- a) αριθμός παρατηρήσεων, τα ποσοστά είναι σταθμισμένα με «στατιστικά βάρη» που λαμβάνουν υπόψη την δειγματοληψία 2 σταδίων που ακολουθήθηκε.
- b) Λόγοι Αναλογιών (OR, odds ratios) από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης 2 επιπέδων με τα survey commands του STATA
- c) προσαρμοσμένα κατά φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, χρόνια εκπαίδευσης, αξιολόγηση τρέχουσα κατάσταση υγείας από τον ιατρό ΠΦΥ, αυτοαναφερόμενη παρουσία χρόνιων νόσων και την παρουσία της άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (κατάθλιψη ή ΓΑΔ)
- d) μη-ειδικά ανά φύλο εκατοστημώρια

6.3 Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων

6.3.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος

Η κατανομή των βασικών δημογραφικών μεταβλητών στο δείγμα μας δεν διέφερε από την κατανομή που οι μεταβλητές αυτές παρουσιάζουν στον ελληνικό πληθυσμό, βάσει της τελευταίας απογραφής το 2001, κάτι που αναμένονταν καθώς η δειγματοληψία έγινε κατά τρόπο τέτοιο που να οδηγεί σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα. Συνολικά 4894 ενήλικες συμμετείχαν στην μελέτη (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 54.2%, βλέπε μεθόδους για λεπτομέρειες). Οι γυναίκες αποτελούσαν το 50.4% του τελικού δείγματος και η μέση ηλικία ήταν 42 έτη (τυπική απόκλιση=15 έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι (61.2%), εργαζόμενοι (59.6%), είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (48%) και ζούσαν σε αστικό περιβάλλον (54.8%). Οι άνεργοι («δεν εργάζονται και αναζήτησαν δουλειά κατά τον τελευταίο μήνα») αποτελούσαν το 3.8% του δείγματος, οι άλλες κατηγορίες μη-οικονομικά ενεργών συμμετεχόντων το 10.7%, ενώ η φροντίδα του σπιτιού αποτελούσε την αποκλειστική απασχόληση για το 14.1% των συμμετεχόντων (κυρίως γυναίκες). Το 13.5% έπασχε κατά δήλωσή του από κάποιο χρόνιο νόσημα. (Πίνακας 17). Ο επιπολασμός διαγνώσεων Κατάθλιψης, ΓΑΔ, Δ/χης Πανικού και ΜΑΚΔ φαίνεται στο Γράφημα 2. Με εξαίρεση την ΜΑΚΔ (υποουδική νοσηρότητα) οι υπόλοιπες διαταραχές παρουσιάζουν διπλάσια περίπου συχνότητα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

Γράφημα 2, Επιπολασμός κοινών ψυχικών διαταραχών στην πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων



(Αναπαραγωγή από Skarlinakis, Bellos και συν., 2013)

Πίνακας 17, Περιγραφή του δείγματος της πανελλήνιας επιδημιολογικής μελέτης ψυχοπαθολογίας ενηλίκων (n=4894).

	N	%
Φύλο		
άνδρες	2425	49.55 %
γυναίκες	2469	50.45 %
Ηλικία		
18-29	1226	25.05 %
30-39	1032	21.09 %
40-49	934	19.08 %
50-59	802	16.39 %
60-70	900	18.39 %
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένος/η	2995	61.20 %
Ποτέ παντρεμένος/η	1,446	29.55 %
Διαζύγιο / σε διάσταση	240	4.90 %
Χήρος/α	213	4.35 %
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Κανένα / Πρωτοβάθμια	926	18.92 %
Δευτεροβάθμια (3τάξιο Γυμνάσιο)	797	16.28 %
Δευτεροβάθμια (6τάξιο Γυμνάσιο ή Λύκειο)	2348	47.98 %
Επαγγελματική εκπαίδευση (ΤΕΙ ή Ανώτατη Τεχνική σχολή)	439	8.97 %
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	384	7.85 %
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενος/η (Full-time / part-time)	2917	59.60 %
Φροντίδα σπιτιού	691	14.12 %
Άνεργος/η	184	3.76 %
Συνταξιούχος	577	11.79 %
Άλλη κατηγορία	525	10.73 %
Περιοχή Κατοικίας		
Αστική	2682	54.80 %
Ημιαστική	607	12.40 %
Αγροτική	1605	32.80 %
Παρουσία χρόνιων σωματικών νοσημάτων		
Όχι	4235	86.53 %
Ναι	659	13.47 %

(Αναπαράγωγή από Skaripnakis, Bellos και συν., 2013)

6.3.2. Χρήση αλκοόλ

Η πλειοψηφία των γυναικών απέχει από το αλκοόλ (37%) ή καταναλώνει περιστασιακά (32,8%) ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες είναι 12,7% και 18,6%. Η πλειοψηφία των ανδρών (57%) και σημαντικό μέρος των γυναικών (29,5%), καταναλώνει έως 140gr αλκοόλης/εβδομάδα, ποσότητα που χαρακτηρίζεται ως “ήπια” για τους άνδρες και “μέτρια” για τις γυναίκες με βάση διεθνείς ερευνητικούς οργανισμούς¹⁵⁶. Το 5% των ανδρών και το 0,7% των γυναικών θεωρείται ότι κάνει υψηλή κατανάλωση αλκοόλ (>280gr αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 140gr για τις γυναίκες). Επιβλαβής χρήση αλκοόλ, έτσι όπως ορίζεται με βάση το εργαλείο AUDIT-C, υπολογίζεται στο 16,7% των ανδρών και στο 8.5% των γυναικών. Η παρουσία εξάρτησης υπολογίζεται από το εργαλείο AUDIT με 2 τρόπους, όπως εξηγήθηκε στην ενότητα των μεθόδων και κυμαίνεται μεταξύ 5,1% και 6,4% για τους άνδρες και 1,2% και 1,3% για τις γυναίκες, ανάλογα με τον ορισμό (πίνακας 18).

Η πρόκληση προβλημάτων από την χρήση αλκοόλ κατά τον τελευταίο χρόνο ή παλαιότερα υπολογίστηκε με βάση τις ερωτήσεις 9 («αν προκλήθηκε τραυματισμός εξαιτίας του ότι είχατε πιει αλκοόλ») και 10 («αν κάποιος οικείος ή γιατρός ανησύχησε για το πόσο πίνετε ή σας συνέστησε να κόψετε το αλκοόλ») του AUDIT, που έγιναν σε όλους τους συμμετέχοντες, ακόμα και αυτούς που δήλωσαν ότι απέχουν από το αλκοόλ κατά το τελευταίο διάστημα. Η παρουσία προβλημάτων χρήσης αλκοόλ κατά το παρελθόν αυξάνεται κατά τρόπο γραμμικό όσο αυξάνεται η τρέχουσα κατανάλωση. Ειδικά για τους απέχοντες από το αλκοόλ κατά την τρέχουσα περίοδο μόνο το 2,1% παρουσιάζει ιστορικό προβλημάτων χρήσης κατά το παρελθόν ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για όσους κάνουν τρέχουσα υψηλή κατανάλωση αλκοόλ είναι 33,1%. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η πιθανότητα η πλήρης αποχή από το αλκοόλ να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ύπαρξης προβλημάτων από την χρήση αλκοόλ κατά το παρελθόν (“sick-quitter” effect), είναι μικρή (Πίνακας 19).

Πίνακας 18 Κατανάλωση και χρήση αλκοόλ στους 4894 συμμετέχοντες στην πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων

N (%) ^a	Ανδρες	Γυναίκες
A. Δείκτης «ποσότητας*συχνότητας»		
Αποχή (καθόλου τον τελευταίο χρόνο)	308 (12.7%)	913 (37%)
Περιστασιακή (μια φορά το μήνα ή λιγότερο)	451 (18.6%)	810 (32.8%)
Ήπια χρήση (έως 140 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 70 για τις γυναίκες)	1383 (57.0%)	619 (25.1%)
Μέτρια χρήση (έως 280 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 140 για τις γυναίκες)	162 (6.7%)	109 (4.4%)
Βαριά Χρήση (έως 420 γρ αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 280 για τις γυναίκες)	121 (5%)	18 (0.7%)
B. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-score		
Αποχή (AUDIT=0)	290 (12%)	904 (36.6%)
έως 75°	1030 (42.5%)	677 (27.4%)
76°–90°	869 (35.8%)	708 (28.7%)
≥91°	236 (9.7%)	180 (7.3%)
Γ. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-C score		
Αποχή (AUDIT=0)	308 (12.7%)	913 (37%)
έως 75°	320 (13.2%)	705 (28.6%)
76°–90°	1386 (57.2%)	804 (32.6%)
≥91°	411 (17%)	47 (1.9%)
Δ. Βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (“binge drinking”) (≥6 ποτά για τους άνδρες και ≥4 για τις γυναίκες σε μία περίπτωση)		
Ποτέ ή λιγότερο από 1 φορά το μήνα	2044 (84.3%)	2411 (97.7%)
Μία φορά το μήνα τουλάχιστον	173 (7.1%)	40 (1.6%)
Μία φορά την εβδομάδα τουλάχιστον	208 (8.6%)	18 (0.7%)
Ε. Διαταραχές χρήσης αλκοόλ		
Επιβλαβής χρήση αλκοόλ [AUDIT_C score ≥6 για τους άνδρες και ≥4 για τις γυναίκες]	411 (16.7%)	210 (8.5%)
Εξάρτηση από αλκοόλ (1) [AUDIT score ≥12 για τους άνδρες ή ≥8 για τις γυναίκες και score στις ερωτήσεις 4,5 και 6 ≥ 2 και για τα 2 φύλα]	156 (6.4%)	33 (1.3%)
Εξάρτηση από αλκοόλ (2) [AUDIT score ≥15 για τους άνδρες ή ≥11 για τις γυναίκες]	124 (5.1%)	30 (1.2%)

Πίνακας 19, Κατανομή συχνότητας προβλημάτων χρήσης αλκοόλ κατά το παρελθόν ανά κατηγορία τρέχουσας κατανάλωσης στην πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων

Τρέχουσα κατανάλωση αλκοόλ με βάση τον δείκτη «ποσότητας*συχνότητας»	Προβλήματα με την χρήση αλκοόλ κατά το παρελθόν* N (%)	
	Ναι	Όχι
Αποχή	25 (2.1%)	1194 (97.9%)
Περιστασιακή	53 (4.2%)	1208 (95.8%)
Ήπια	200 (10%)	1802 (90%)
Μέτρια	55 (20.3%)	216 (79.7%)
Υψηλή	46 (33.1%)	93 (66.9%)

***Οποιαδήποτε στιγμή κατά την διάρκεια της ζωής:**

1)να έχει τραυματιστεί κάποιος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ

ή

2) κάποιος οικείος ή ο γιατρός να έχει εκφράσει την ανησυχία του για την χρήση αλκοόλ ή να έχει προταθεί η διακοπή του αλκοόλ

6.3.3 Σχέση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας

Η περιστασιακή, ήπια και μέτριας βαρύτητας χρήση αλκοόλ, με όποιο τρόπο και αν μετρηθεί (δείκτης «ποσότητας*συχνότητας», συνολικό AUDIT-score ή AUDIT-C), δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά [ούτε θετικά («επιβαρυντικά») ούτε αρνητικά («προφυλακτικά»)] με κανέναν από τους μελετώμενους δείκτες ψυχικής υγείας στο σύνολο του δείγματος. Η ήπια και περιστασιακή χρήση αλκοόλ σχετίζεται με ελαφρώς μειωμένο επιπολασμό κλινικά σημαντικών διαγνώσεων (Κατάθλιψη, Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, Διαταραχή πανικού) και με ελαφρώς αυξημένο επιπολασμό υπο-ουδικής ψυχιατρικής νοσηρότητας (Μικτή Αγχώδης Καταθλιπτική διαταραχή), αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά στην πλειονότητα των περιπτώσεων (Πίνακας 20).

Η βαριά χρήση αλκοόλ σχετίζεται με ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης σε σχέση με τους απέχοντες, μόνον όταν μετράται με το συνολικό AUDIT-score, ενώ όταν η χρήση αλκοόλ μετράται σαν ποσότητα αλκοόλ που καταναλώθηκε (δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» και AUDIT-C) δεν φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη για κανένα επίπεδο κατανάλωσης. Για τις αγχώδεις διαταραχές, η σχέση της βαριάς χρήσης αλκοόλ είναι λιγότερο ισχυρή με την ΓΑΔ σε σχέση με την κατάθλιψη ενώ ισχυρότερη εμφανίζεται για την διαταραχή πανικού, όταν η βαριά χρήση αλκοόλ προσδιορίζεται με το συνολικό AUDIT-score (OR= 2.2, 95% CI: 1.1-4.5). Η συνολική ψυχιατρική επιβάρυνση (CISR score \geq 12) παρουσιάζεται αυξημένη στην κατηγορία βαριάς χρήσης αλκοόλ, όταν προσδιορίζεται με το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας» (OR= 2.2, 95% CI: 1.2-4.2,) ή το συνολικό AUDIT-score (OR= 2.5, 95% CI: 1.7-3.9). Η υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα είναι αυξημένη στην ομάδα βαριάς χρήσης αλκοόλ και ειδικότερα στο 5% των συμμετεχόντων με το υψηλότερο συνολικό AUDIT-score σε σύγκριση με τους απέχοντες από το αλκοόλ (OR= 2.6, 95% CI: 1.2-6.0) (Πίνακας 20).

Η συχνότητα της επεισοδιακής βαριάς χρήσης αλκοόλ (binge drinking) δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση όταν ταυτόχρονα ληφθεί υπόψη η συνολική εβδομαδιαία ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται, με εξαίρεση τις αγχώδεις διαταραχές, όπου η μηνιαία συχνότητα binge drinking σχετίζεται με διπλάσια πιθανότητα παρουσίας ΓΑΔ (OR= 2.2, 95% CI: 1.1-4.2) ή Δ/χης Πανικού (OR= 1.8, 95% CI: 0.7-5.1), σε σχέση με την μικρότερης συχνότητας παρουσία binge drinking. Το ότι η υψηλότερη συχνότητα binge drinking σχετίζεται λιγότερο με την παρουσία ψυχοπαθολογίας όταν λαμβάνεται υπόψη η συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται, οφείλεται στην υψηλή συσχέτιση μεταξύ υψηλής συχνότητας binge drinking και υψηλής συνολικής ποσότητας κατανάλωσης αλκοόλ (“over-adjustment”) (Πίνακας 20).

Πίνακας 20, Συγχρονική συσχέτιση διαφορετικών επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές σε πανελλήνια αντιπροσωπευτικό δείγμα 4894 συμμετεχόντων

Λόγοι Αναλογιών ± (95% Δ.Ε.)	CISR score \geq 12	Κατάθλιψη	ΓΑΔ	Διαταραχή Πανικού	ΜΑΚΑ
Χρήση αλκοόλ					
A1) δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» §					
Αποχή	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Περιστασιακή	1.1 (0.9 - 1.4)	0.9 (0.5 - 1.4)	1.1 (0.8 - 1.6)	1.1 (0.6 - 1.8)	1.1 (0.7 - 1.8)
Ήπια	1.1 (0.8 - 1.4)	0.9 (0.5 - 1.4)	0.8 (0.5 - 1.3)	0.8 (0.4 - 1.5)	1.6 (0.99 - 2.7)
Μέτρια	1.3 (0.8 - 1.9)	1.4 (0.6 - 2.9)	1.1 (0.6 - 2.1)	0.8 (0.3 - 2.2)	1.5 (0.6 - 3.5)
Βαριά	2.2* (1.2 - 4.2)	1.1 (0.3 - 4.1)	1.3 (0.4 - 3.9)	1.4 (0.3 - 6.0)	1.6 (0.4 - 6.1)
A2) «Binge drinking» §					
Ποτέ ή < 1 φορά /μήνα	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
μηνιαία	1.2 (0.8 - 1.8)	1.2 (0.5 - 2.9)	2.2 (1.1 - 4.2)	1.8 (0.7 - 5.1)	1.2 (0.5-2.8)
εβδομαδιαία	0.7 (0.4 - 1.2)	0.6 (0.2 - 2.0)	0.9 (0.4 - 2.5)	1.4 (0.4 - 5.2)	1.0 (0.3 - 3.1)
B. Εκατοστημώρια κατανομής AUDIT-score					
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.0 (0.8 - 1.2)	0.9 (0.5 - 1.4)	0.8 (0.6 - 1.3)	0.8 (0.4 - 1.4)	1.0 (0.6 - 1.7)
51° –75°	1.1 (0.8 - 1.4)	1.0 (0.6 - 1.8)	1.1 (0.7 - 1.7)	0.9 (0.4 - 1.8)	1.3 (0.7 - 2.3)
76° – 90°	1.6* (1.2 - 2.1)	1.1 (0.6 - 2.0)	1.3 (0.8 - 2.1)	1.9* (1.0 - 3.7)	1.9* (1.1 - 3.5)
91° – 95°	1.3 (0.9 - 2.0)	1.2 (0.5 - 2.5)	1.4 (0.7 - 2.6)	1.4 (0.6 - 3.7)	1.7 (0.7 - 3.8)
≥96°	2.5* (1.7 - 3.9)	1.4 (0.6 - 3.3)	1.8 (0.9 - 3.5)	3.5* (1.5 - 7.9)	2.6* (1.2 - 6)
¥AUDIT-score	1.043	1.022	1.046	1.070	1.085
¥AUDIT-score ²	1.000	0.999	1.000	1.000	0.999
C. Εκατοστημώρια κατανομής AUDIT-C score					
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.0 (0.8 - 1.3)	0.9 (0.5 - 1.4)	0.9 (0.6 - 1.4)	0.9 (0.5 - 1.6)	1.2 (0.7 - 1.9)
51° –75°	1.0 (0.7 - 1.3)	0.9 (0.6 - 1.6)	1.2 (0.7 - 1.8)	0.8 (0.4 - 1.6)	1.2 (0.7 - 2.2)
76° – 90°	1.6* (1.2 - 2.1)	1.1 (0.6 - 2)	1.1 (0.7 - 1.9)	1.5 (0.7 - 3.0)	1.9* (1.01 - 3.6)
91° – 95°	1.4 (1.0 - 2.2)	1.0 (0.4 - 2.2)	0.8 (0.4 - 1.8)	0.7 (0.2 - 2.3)	2.1 (1.0 - 4.6)
≥96°	1.2 (0.8 - 1.8)	0.8 (0.3 - 1.8)	1.3 (0.7 - 2.4)	1.8 (0.8 - 4.2)	1.2 (0.5 - 3.0)
¥ AUDIT-C- score	1.067	1.025	1.009	0.916	1.171
* AUDIT-C- score ²	0.996	0.995	1.003	1.017	0.989

* $p < 0.05$

± Προσαρμοσμένοι κατά φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, βαθμός αστικοποίησης, εργασιακή κατάσταση, αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, κάπνισμα και χρόνια νοσήματα

§ Συμπεριλαμβάνονται ταυτόχρονα στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

≈ ειδικά ανά φύλο εκατοστημώρια ¥ συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient)

6.3.3.1 Διαφορές με βάση το φύλο στη σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας

Οι διαφορές στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι ελάχιστες και δεν φτάνουν τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας στο δείγμα μας. Ειδικότερα, η μη-ειδική κλινικά σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα (CISR score ≥ 12 , όπου συμπεριλαμβάνεται και η υπο-ουδική συμπτωματολογία) εμφανίζεται ελαφρώς υψηλότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, όταν η χρήση αλκοόλ μετράται με το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας» αλλά όχι όταν η χρήση αλκοόλ μετράται με το AUDIT-C ή με το συνολικό AUDIT-score. Η παρουσία κατάθλιψης σχετίζεται ισχυρότερα με την βαριά χρήση αλκοόλ στις γυναίκες (με όλους τους τρόπους μέτρησης), ενώ παρατηρείται μια δυσερμήνευτα αυξημένη πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης στην ομάδα των ανδρών που πίνει μέτρια με βάση το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας». Αντίθετα, η παρουσία ΓΑΔ είναι υψηλότερη σε όλες τις κατηγορίες χρήσης αλκοόλ στους άνδρες σε σχέση με την αποχή ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα παρουσίας ΓΑΔ για όλα τα επίπεδα χρήσης αλκοόλ σε σχέση με την αποχή. Παρομοίως η παρουσία διαταραχής πανικού είναι συχνότερη στην κατηγορία της βαριάς χρήσης αλκοόλ στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες, για τις οποίες υπάρχει μια μη-στατιστικά σημαντική συσχέτιση με μικρότερο επιπολασμό διαταραχής πανικού για την περιστασιακή χρήση αλκοόλ, που δεν επιβεβαιώνεται για τους άνδρες (Πίνακας 21).

Η συχνότητα binge drinking σε μηνιαία βάση σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας ΓΑΔ και διαταραχής πανικού σε σχέση με την μικρότερης συχνότητας διενέργεια binge drinking, κυρίως για τους άνδρες. Η σχέση binge drinking και ψυχολογικής επιβάρυνσης επηρεάζεται σημαντικά από την συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται και στα 2 φύλα. Η συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται επηρεάζει την σχέση του binge drinking με την κατάθλιψη περισσότερο στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (Πίνακας 21).

Μέρος των διαφορών με βάση το φύλο μπορεί να ερμηνεύεται από τα υψηλότερα «κατώφλια» (“cut-offs”) χρήσης που εφαρμόστηκαν για τους άνδρες.

Πίνακας 21, *Ανά φύλο συγχρονική συσχέτιση διαφορετικών επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές σε πανελλήνια αντιπροσωπευτικό δείγμα*

Λόγοι Αναλογιών ± (95% Δ.Ε.)	CISR score ≥ 12		Κατάθλιψη		ΓΑΔ		Διαταραχή Πανικού	
	άνδρες	γυναίκες	άνδρες	γυναίκες	άνδρες	γυναίκες	άνδρες	γυναίκες
A1) Δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» §								
Αποχή	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Περιστασιακή	1.3 (0.8-2.0)	1.0 (0.8-1.4)	0.9 (0.4-2.5)	0.8 (0.5-1.4)	2.1 (0.8-5.7)	0.8 (0.5-1.4)	2.0 (0.6-7.1)	0.9 (0.5-1.7)
Ήπια	0.8 (0.5-1.3)	1.3 (0.9-1.8)	1.0 (0.4-2.3)	0.9 (0.5-1.7)	1.4 (0.6-3.6)	0.9 (0.5-1.7)	0.8 (0.2-2.6)	1.1 (0.5-2.2)
Μέτρια	1.0 (0.5-2.0)	1.5 (0.9-2.6)	2.3 (0.7-7.8)	1.0 (0.4-3.0)	2.5 (0.7-8.5)	1.0 (0.4-3.0)	1.5 (0.3-8.7)	0.5 (0.1-2.2)
Βαριά	1.5 (0.7-3.3)	5.1 (1.4-18.9)	1.2 (0.2-6.5)	2.4 (0.3-16.1)	2.4 (0.5-11.0)	2.4 (0.3-16)	2.7 (0.4-20.8)	0.8 (0.1-11.4)
A2) «Binge drinking» §								
Ποτέ ή < 1 φορά /μήνα	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
μηνιαία	1.3 (0.8-2.2)	1.2 (0.5-2.7)	1.5 (0.5-4.3)	0.5 (0.1-4.6)	1.9 (0.8-4.5)	3.3* (1.2-9.2)	1.3 (0.3-6.0)	3.5 (0.8-14.1)
εβδομαδιαία	1.0 (0.5-1.8)	0.2 (0.03-1.1)	0.4 (0.1-1.7)	2.1 (0.3-13.1)	0.9 (0.3-2.7)	0.8 (0.1-7.5)	1.1 (0.2-5.5)	2.3 (0.2-25.6)
B. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-score ≈								
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	0.8 (0.5-1.2)	1.0 (0.7-1.3)	1.0 (0.4-2.5)	0.7 (0.4-1.4)	1.2 (0.5-3.1)	0.7 (0.4-1.4)	1.4 (0.4-5.6)	0.5 (0.2-1.2)
51°-90°	1.0 (0.6-1.5)	1.5 (1.1-2.0)	1.0 (0.4-2.5)	1.2 (0.7-2.0)	1.9 (0.7-5.0)	1.2 (0.7-2.0)	1.4 (0.3-5.6)	1.6 (0.8-3.0)
≥91°	1.7 (1.0-2.8)	1.6 (1.0-2.4)	1.1 (0.4-3.3)	1.4 (0.6-3.4)	3.1 (1.1-8.9)	1.4 (0.6-3.4)	4.1 (1.0-17.4)	2.0 (0.8-4.9)
C. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-C- score ~								
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.0 (0.6-1.5)	1.0 (0.7-1.3)	1.0 (0.4-2.5)	0.7 (0.4-1.4)	1.5 (0.6-4.0)	0.7 (0.4-1.4)	1.4 (0.4-4.9)	0.7 (0.3-1.5)
51°-90°	1.0 (0.6-1.5)	1.3 (1.0-1.8)	1.1 (0.5-2.7)	1.0 (0.5-1.8)	2.0 (0.8-5.1)	1.0 (0.5-1.8)	1.1 (0.3-3.8)	1.2 (0.6-2.4)
≥91°	1.2 (0.7-2.1)	1.3 (0.9-2.0)	0.6 (0.2-2.0)	1.1 (0.5-2.5)	2.0 (0.7-6.1)	1.1 (0.5-2.5)	1.6 (0.4-6.7)	1.3 (0.5-3.2)

* $p < 0.05$

± Προσαρμοσμένοι κατά φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, βαθμός αστικοποίησης, εργασιακή κατάσταση, αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, κάπνισμα και χρόνια νοσήματα σε μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

§ Συμπεριλαμβάνονται ταυτόχρονα στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

≈ ειδικά ανά φύλο εκατοστημόρια

6.3.3.2 Διαφορές με βάση την ηλικία στην σχέση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας

Όλοι οι μετρούμενοι δείκτες ψυχολογικής επιβάρυνσης είναι υψηλότεροι για όλες τις κατηγορίες χρήσης αλκοόλ σε σχέση με την αποχή στην ομάδα των νεότερων συμμετεχόντων (18-39 ετών) σε σύγκριση με την ομάδα των μεγαλύτερων σε ηλικία συμμετεχόντων (40-65) κυρίως για την κατηγορία της βαριάς χρήσης. Ειδικά για την υπο-ουδική ψυχιατρική νοσηρότητα το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται μόνον όταν η χρήση αλκοόλ υπολογίζεται με το δείκτη «ποσότητας*συχνότητας» και όχι όταν υπολογίζεται σαν συνολικό AUDIT-score ή σαν AUDIT-C. Το binge drinking σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας κλινικά σημαντικών κοινών ψυχικών διαταραχών στην ομάδα των νεότερων συμμετεχόντων σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Αντίθετα η διενέργεια binge drinking σχετίζεται θετικά μόνο με την παρουσία υπο-ουδικής νοσηρότητας (ΜΑΚΔ) στην ομάδα των μεγαλύτερων σε ηλικία συμμετεχόντων. Η σχέση αυτή επηρεάζεται σημαντικά από την συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται (Πίνακας 22).

Πίνακας 22, *Ανά ηλικιακή ομάδα, συγχρονική συσχέτιση διαφορετικών επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές σε πανελλήνια αντιπροσωπευτικό δείγμα*

Λόγοι Αναλογιών ± (95% Δ.Ε.)	CISR score ≥ 12		Κατάθλιψη		ΓΑΔ		Διαταραχή Πανικού		ΜΑΚΔ	
	≤40	>40	≤40	>40	≤40	>40	≤40	>40	≤40	>40
Χρήση αλκοόλ										
A1) Δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» §										
Αποχή	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Περιστασιακή	1.2 (0.8-1.9)	1.1 (0.8-1.4)	1.3 (0.4-4.2)	.8 (0.5-1.3)	1.9 (0.9-4.1)	.9 (0.6-1.4)	1.4 (0.5-3.9)	1.0 (0.5-1.9)	0.7 (0.2-2.6)	1.1 (0.7-2.0)
Ήπια	1.1 (0.7-1.7)	1.0 (0.8-1.4)	1.4 (0.5-4.4)	0.8 (0.4-1.4)	1.0 (0.5-2.3)	0.8 (0.5-1.4)	1.0 (0.3-3.0)	0.9 (0.4-1.9)	3.0 (1.0-8.9)	1.2 (0.7-2.3)
Μέτρια	1.8 (0.9-3.6)	1.0 (0.6-1.7)	1.6 (0.3-8.0)	1.3 (0.5-3.2)	2.1 (0.7-6.6)	0.8 (0.3-2.1)	1.9 (0.4-9.1)	0.3 (0.01-2.2)	4.3 (0.9-21.2)	1.0 (0.3-2.8)
Βαριά	3.2* (1.1-9.3)	1.8 (0.8-4.0)	2.0 (0.2-17.2)	1.1 (0.2-6.4)	1.3 (0.2-0.6)	1.3 (0.3-5.1)	2.3 (0.2-25.0)	1.7 (0.2-14.5)	14.5* (1.2-167.4)	0.7 (0.1-3.7)
A2) «Binge drinking» §										
Ποτέ ή < 1 φορά /μήνα	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
μηνιαία	1.6 (0.9-3.0)	0.8 (0.4-1.5)	3.5* (1.1-10.9)		2.3 (0.9-5.6)	1.6 (0.6-4.6)	3.0 (0.9-10.8)	0.7 (0.2-9.4)	0.2 (.02-1.9)	2.0 (0.7-5.4)
εβδομαδιαία	0.6 (0.3-1.6)	0.7 (0.3-1.4)	0.6 (0.1-4.1)	0.6 (0.1-2.8)	0.7 (0.1-3.5)	1.1 (0.3-3.9)	0.8 (0.1-5.8)	1.2 (0.1-5.8)	0.2 (.02-2.3)	1.6 (0.4-5.6)
B. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-score ~										
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.1 (0.7-1.8)	0.9 (0.7-1.2)	1.6 (0.5-5.9)	0.7 (0.4-1.3)	1.5 (0.7-3.3)	0.6 (0.4-1.1)	1.3 (0.4-4.2)	0.6 (0.3-1.3)	0.7 (0.2-2.7)	1.1 (0.6-1.9)
51° –90°	1.4 (0.9-2.2)	1.2 (0.9-1.6)	1.6 (0.5-5.4)	1.0 (0.6-1.8)	1.4 (0.6-2.9)	1.2 (0.7-1.9)	1.2 (0.4-3.6)	1.6 (0.8-3.2)	2.5 (0.9-7.1)	1.2 (0.6-2.1)
≥91°	1.9* (1.1-3.3)	1.5 (1.0-2.3)	3.0 (0.8-11.5)	0.7 (0.3-1.7)	2.2 (0.9-5.3)	1.4 (0.7-2.8)	4.1* (1.2-13.2)	1.2 (0.4-3.6)	1.3 (0.3-5.3)	2.2* (1.1-4.6)
C. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-C- score ≈										
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.2 (0.8-2.0)	1.0 (0.7-1.3)	1.5 (0.4-4.9)	0.7 (0.4-1.3)	1.7 (0.8-3.7)	0.7 (0.4-1.2)	1.1 (0.3-3.4)	0.8 (0.4-1.7)	1.0 (0.3-3.5)	1.2 (0.7-2.0)
51° –90°	1.1 (0.7-1.8)	1.2 (0.9-1.6)	1.5 (0.5-4.5)	1.0 (0.5-1.7)	1.5 (0.7-3.1)	1.1 (0.7-1.8)	1.2 (0.4-3.4)	1.1 (0.5-2.3)	2.3 (0.8-6.7)	1.2 (0.7-2.1)
≥91°	1.6* (1.0-2.8)	1.0 (0.7-1.6)	1.8 (0.5-6.5)	0.5 (0.2-1.4)	1.6 (0.6-3.9)	0.9 (0.5-1.9)	2.4 (0.8-7.6)	0.6 (0.2-2.0)	1.7 (0.5-6.3)	1.5 (0.7-3.2)

*p < 0.05

± Προσαρμοσμένοι κατά φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, βαθμός αστικοποίησης, εργασιακή κατάσταση, αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, κάπνισμα και χρόνια νοσήματα σε μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

§ Συμπεριλαμβάνονται ταυτόχρονα στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

≈ ειδικά ανά φύλο εκατοστημόρια

6.3.3.3 Διαφορές με βάση το βαθμό οικονομικών δυσκολιών στην σχέση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας

Η παρουσία ψυχικών διαταραχών είναι σαφώς υψηλότερη σε όλες τις κατηγορίες χρήσης αλκοόλ σε σχέση με την αποχή για τη ομάδα των συμμετεχόντων που αντιμετωπίζει από «καθόλου» έως «λίγες» οικονομικές δυσκολίες σε σύγκριση με την ομάδα που αντιμετωπίζει «αρκετές» ή «πολλές» οικονομικές δυσκολίες. Ειδικότερα για την ομάδα υψηλού επιπέδου οικονομικών δυσκολιών, ακόμα και υψηλότερα επίπεδα χρήσης αλκοόλ μπορεί να σχετίζονται με χαμηλότερη πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης και κυρίως ΓΑΔ σε σχέση με τους απέχοντες. Για την υπο-ουδική νοσηρότητα (ΜΑΚΔ) οι διαφορές στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας είναι μικρότερες μεταξύ των υποομάδων με βάση τον βαθμό των οικονομικών δυσκολιών. Αντίθετα η βαριά χρήση αλκοόλ σχετίζεται ισχυρότερα με μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας ΜΑΚΔ στην ομάδα «υψηλών οικονομικών δυσκολιών» σε σύγκριση με την ομάδα «χαμηλών οικονομικών δυσκολιών» (Πίνακας 23).

Η διενέργεια binge drinking σε εβδομαδιαία βάση σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης για την ομάδα «χαμηλών οικονομικών δυσκολιών» και με μικρότερη για την ομάδα «υψηλών οικονομικών δυσκολιών» σε σχέση με την μικρότερης συχνότητας διενέργεια binge drinking. Στη ΓΑΔ δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάλογα με την συχνότητα διενέργειας binge drinking στις υποομάδες με βάση το επίπεδο οικονομικών δυσκολιών. Η σχέση binge drinking και κατάθλιψης επηρεάζεται ισχυρότερα από την συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται στην ομάδα των «υψηλών οικονομικών δυσκολιών» σε σχέση με την ομάδα των «χαμηλών οικονομικών δυσκολιών». Η σχέση binge drinking και ΓΑΔ επηρεάζεται παρόμοια από την συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται και στις 2 υπο-ομάδες (Πίνακας 23).

Πίνακας 23 Ανά επίπεδο αίσθησης οικονομικών δυσκολιών, συγχρονική συσχέτιση διαφορετικών επιπέδων αυξανόμενης χρήσης αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές σε πανελλήνια αντιπροσωπευτικό δείγμα

Λόγοι Αναλογιών ± (95% Δ.Ε.)	CISR score ≥ 12		Κατάθλιψη		ΓΑΔ		ΜΑΚΔ	
	χαμηλό*	υψηλό*	χαμηλό*	υψηλό*	χαμηλό*	υψηλό*	χαμηλό*	υψηλό*
A1) δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» §								
Αποχή	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Περιστασιακή	1.4* (1.0-2.0)	0.9 (0.6-1.2)	1.3 (0.6-2.8)	0.7 (0.4-1.3)	2.1* (1.2-3.7)	0.6 (0.3-1.1)	1.6 (0.8-3.3)	0.6 (0.3-1.4)
Ήπια	1.4* (1.0-2.0)	0.8 (0.6-1.2)	1.0 (0.4-2.6)	0.8 (0.4-1.4)	1.5 (0.8-2.8)	0.5 (0.2-0.9)	1.6 (0.8-3.4)	1.8 (0.9-3.7)
Μέτρια	2.1* (1.2-3.6)	0.7 (0.4-1.3)	1.8 (0.4-7.3)	1.2 (0.5-2.8)	2.3 (0.9-5.6)	0.6 (0.3-1.6)	1.6 (0.5-5.4)	1.3 (0.4-4.4)
Βαριά	4.8* (2.0-11.5)	1.2 (0.5-2.9)	1.3 (0.1-12.6)	1.2 (0.2-6.3)	2.1 (0.4-11.0)	0.9 (0.2-3.9)	2.3 (0.4-14.0)	1.1 (0.1-8.5)
A2) «Binge drinking» §								
Ποτέ ή < 1 φορά /μήνα	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
μηνιαία	1.6 (0.9-2.7)	0.8 (0.4-1.6)	1.0 (0.1-8.3)	1.3 (0.5-3.6)	2.2 (0.9-5.1)	1.9 (0.6-5.5)	1.9 (0.7-5.2)	0.4 (.01-3.2)
εβδομαδιαία	0.6 (0.3-1.6)	0.7 (0.3-1.5)	3.0 (0.5-19.6)	0.3 (0.1-1.4)	0.9 (0.2-4.3)	0.9 (0.3-3.4)	0.9 (0.2-5.0)	1.1 (0.3-4.7)
B. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-score ~								
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.2 (0.9-1.7)	0.7 (0.5-1.0)	1.3 (0.6-3.0)	0.6 (0.4-1.2)	1.7 (0.9-3.1)	0.4* (0.2-0.8)	1.5 (0.7-2.9)	0.6 (0.3-1.3)
51° –90°	1.8* (1.3-2.6)	0.9 (0.6-1.2)	1.3 (0.5-3.2)	1.0 (0.5-1.7)	2.3* (1.2-4.1)	0.6 (0.4-1.1)	1.8 (0.9-3.7)	1.4 (0.7-2.9)
≥91°	2.6* (1.6-4.1)	1.2 (0.8-1.9)	2.1 (0.6-7.1)	1.0 (0.4-2.1)	3.1* (1.4-6.7)	0.8 (0.4-1.7)	1.8 (0.7-5.1)	2.3 (0.9-5.4)
C. Εκατοστημόρια κατανομής AUDIT-C- score ~								
Αποχή (AUDIT=0)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
έως 50°	1.3 (0.9-1.9)	0.8 (0.6-1.1)	1.2 (0.5-2.6)	0.7 (0.4-1.2)	1.8 (1.0-3.2)	0.5* (0.3-0.9)	1.8 (0.9-3.6)	0.5 (0.2-1.3)
51° –90°	1.5* (1.1-2.1)	0.9 (0.7-1.3)	1.0 (0.4-2.5)	0.9 (0.5-1.7)	2.1* (1.2-3.8)	0.6 (0.4-1.1)	1.5 (0.7-3.1)	1.6 (0.8-3.4)
≥91°	2.5* (1.6-3.9)	0.7 (0.4-1.1)	2.7 (0.9-7.9)	0.5 (0.2-1.1)	2.1 (0.9-4.7)	0.6 (0.3-1.2)	1.6 (0.6-4.4)	1.6 (0.7-3.8)

* $p < 0.05$

± Προσαρμοσμένοι κατά φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, βαθμός αστικοποίησης, εργασιακή κατάσταση, αίσθηση οικονομικών δυσκολιών, κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, κάπνισμα και χρόνια νοσήματα σε μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

§ Συμπεριλαμβάνονται ταυτόχρονα στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

~ ειδικά ανά φύλο εκατοστημόρια

* «χαμηλό»= «καθόλου» ή «λίγες» οικονομικές δυσκολίες
 * «υψηλό»= «αρκετές» ή «πολλές» οικονομικές δυσκολίες

6.3.4 Σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και την κατάσταση σωματικής υγείας των συμμετεχόντων.

Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ είναι λιγότερο συχνή στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, στους συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους νεότερους, στους έχοντες υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, σε όσους ασχολούνται με την φροντίδα του σπιτιού σε σύγκριση με τους εργαζόμενους, στους κατοίκους αστικών περιοχών σε σχέση με τους κατοίκους αγροτικών και ημιαστικών πληθυσμών, στους έγγαμους και στους χήρους σε σχέση με τους διαζευγμένους και τους μη-παντρεμένους, στους μη-καπνίζοντες σε σχέση με τους καπνίζοντες και στους έχοντες αυξημένη αίσθηση οικονομικών δυσκολιών σε σχέση με όσους αντιμετωπίζουν καθόλου ή λίγες οικονομικές δυσκολίες ($p < 0.05$). Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντικά αυξημένη πιθανότητα επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ στους ανέργους, σε όσους αναφέρουν την παρουσία χρόνιων νοσημάτων καθώς και στους πάσχοντες από 1 ή περισσότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις του φάσματος άγχους-κατάθλιψης σε σχέση με τους μη-πάσχοντες, αν ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν. (Πίνακας 24).

Αντίστοιχα, **η εξάρτηση από αλκοόλ** είναι λιγότερο συχνή στην ηλικιακή ομάδα >60 ετών, στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και μειώνεται γραμμικά με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου. Η πιθανότητα εξάρτησης είναι αντίθετα αυξημένη στους διαζευγμένους σε σχέση με τους παντρεμένους, στους πάσχοντες από χρόνιες σωματικές νόσους ή από 1 ή περισσότερες ψυχιατρικές διαγνώσεις και στους καπνίζοντες. Η πιθανότητα εξάρτησης από αλκοόλ δεν διαφέρει ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση ούτε ανάλογα με τον βαθμό αστικότητας του τόπου διαμονής των συμμετεχόντων. Επίσης για τους έχοντες αρκετές ή πολλές οικονομικές δυσκολίες, αν και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εξάρτησης από αλκοόλ, οι λόγοι αναλογιών παύουν να είναι στατιστικά σημαντικοί, όταν ληφθούν υπόψη οι πιθανοί συσχετικοί παράγοντες (Πίνακας 25).

Η σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ (επιβλαβούς χρήσης ή εξάρτησης) με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες δεν επηρεάζεται σημαντικά από την παρουσία του παράγοντα της σωματικής υγείας. Παρόμοια, η σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ με την σωματική υγεία δεν επηρεάζεται σημαντικά, όταν ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και η ψυχιατρική νοσηρότητα. Γενικά η επίδραση των συγχυτικών παραγόντων στη σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και μεταβλητές σωματικής ή ψυχικής υγείας είναι μικρές, τόσο για την εξάρτηση όσο και για την επιβλαβή χρήση αλκοόλ (Πίνακας 24 & 25).

Πίνακας 24. Σχέση επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες στην πανελλήνια μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων (μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης)

		Επιβλαβής χρήση αλκοόλ			
		AUDIT-C score ≥ 6 για τους άνδρες και ≥ 4 για τις γυναίκες			
Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές	N (%)±	Λόγοι Αναλογιών (95% Δ.Ε.)			
		Μοντέλο1	Μοντέλο2	Μοντέλο3	
Φύλο					
Ανδρες	411 (17.0%)		1.0	1.0	
Γυναίκες	210 (8.5%)		0.5 (0.4-0.6)	0.6 (0.5-0.7)	
Ηλικία					
18-29	182 (14.9%)		1.0	1.0	
30-39	143 (13.9%)		0.1 (0.8-1.3)	1 (0.7-1.3)	
40-49	128 (3.7%)		1.0 (0.7-1.4)	1 (0.7-1.4)	
50-59	104 (13.0%)		0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.3)	
60-70	64 (7.1%)		0.4 (0.3-0.7)	0.5 (0.3-0.7)	
Οικογενειακή Κατάσταση					
Έγγαμος	334 (11.2%)	1.0	1.0	1.0	
Άγαμος	233 (16.1%)	1.2 (0.9-1.5)	1.4 (1.1-1.9)	1.5 (1.1-1.9)	
Διαζευγμένος / διάσταση	44 (18.3%)	1.8 (1.3-2.6)	1.7 (1.2-2.5)	1.5 (1.1-2.2)	
Χήρος	10 (4.7%)	0.6 (0.3-1.1)	0.6 (0.3-1.1)	0.6 (0.3-1.1)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης					
Καμία / Πρωτοβάθμια	117 (12.6%)	1.0	1.0	1.0	
Κατώτερη Δευτεροβάθμια	121 (15.2%)	0.9 (0.7-1.2)	0.8 (0.6-1.1)	0.8 (0.6-1.03)	
Ανώτερη Δευτεροβάθμια	297 (12.7%)	0.6 (0.5-0.7)	0.6 (0.4-0.8)	0.6 (0.4-0.8)	
Τεχνική Επαγγελματική	44 (10.0%)	0.5 (0.3-0.7)	0.4 (0.3-0.7)	0.4 (0.3-0.7)	
Τριτοβάθμια	42 (10.9%)	0.6 (0.4-0.8)	0.5 (0.4-0.8)	0.6 (0.4-0.9)	
Επαγγελματική κατάσταση					
Πλήρης / Μερική	435 (14.9%)	1.0	1.0	1.0	
Οικιακά	44 (6.4%)	0.7 (0.5-0.96)	0.6 (0.4-0.9)	0.7 (0.5-1.03)	
Άνεργος	36 (19.6%)	1.5 (1.02-2.2)	1.3 (0.8-1.9)	1.2 (0.8-1.9)	
Συνταξιούχος	48 (8.3%)	0.7 (0.5-0.96)	0.9 (0.6-1.4)	1 (0.7-1.6)	
Άλλη οικονομικά ανενεργή	58 (11.1%)	0.7 (0.5-0.9)	0.7 (0.5-0.9)	0.8 (0.6-1.1)	
Περιοχή κατοικίας					
Αστική	270 (10.1%)	1.0	1.0	1.0	
Ημιαστική	92 (15.2%)	1.6 (1.2-2.1)	1.6 (1.2-2)	1.6 (1.2-2.1)	
Αγροτική	259 (16.1%)	1.7 (1.5-2.1)	1.6 (1.4-2)	1.7 (1.4-2.1)	
Αίσθηση οικονομικών δυσκολιών					
Καθόλου έως λίγες	372 (11.3%)	1.0	1.0	1.0	
Μέτριες έως πολλές	249 (15.5%)	1.5 (1.3-1.8)	1.4 (1.2-1.7)	1.3 (1.1-1.6)	
Χρόνια νοσήματα					
Όχι	78 (11.8%)	1.0		1.0	
Ναι	543 (12.8%)	1.2 (0.9-1.5)		1.2 (0.9-1.6)	
Κάπνισμα					
Όχι	234 (7.9%)	1.0		1.0	
Ναι	387 (20.0%)	2.5 (2.1-3.0)		2.4 (2-2.9)	
Συνοσηρότητα					
Χωρίς διάγνωση	572 (12.6%)	1.0		1.0	
1 διάγνωση	23 (11.7%)	1.1 (0.7-1.8)		1 (0.6 - 1.5)	
2 διαγνώσεις	19 (20.2%)	2.1 (1.3-3.6)		1.7 (0.96 - 2.9)	
3 ή περισσότερες	7 (10.8%)	1.1 (0.5-2.5)		0.9 (0.4 - 2)	

Μοντέλο 1 οι μελετούμενοι παράγοντες θεωρούνται ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπόψη φύλο και ηλικία
Μοντέλο 2 οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη ταυτόχρονα,
Μοντέλο 3 όλοι οι μελετούμενοι παράγοντες (κοινωνικο-δημογραφικοί, κάπνισμα,

Πίνακας 25. Σχέση εξάρτησης από αλκοόλ με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες στην πανελλήνια μελέτη ψυχοπαθολογίας ενηλίκων (μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης).

		Εξάρτηση από αλκοόλ					
Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές	N (%)	Λόγοι Αναλογιών (95% Δ.Ε.)					
		Μοντέλο1		Μοντέλο2		Μοντέλο3	
Φύλο						Μοντέλο 1 οι μελετούμενοι παράγοντες θεωρούνται ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπόψη φύλο και ηλικία Μοντέλο 2 οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη ταυτόχρονα, Μοντέλο 3 όλοι οι μελετούμενοι παράγοντες (κοινωνικο-δημογραφικοί, κάπνισμα, χρόνιες παθήσεις και ψυχιατρική συνοσηρότητα) λαμβάνονται υπόψη ταυτόχρονα	
Ανδρες	156 (6.4%)			1.0			1.0
Γυναίκες	33 (1.3%)			0.2 (0.1-0.3)			0.2 (0.1-0.4)
Ηλικία							
18-29	57 (4.7%)			1.0			1.0
30-39	38 (3.7%)			0.9 (0.5-1.4)			0.9 (0.5-1.4)
40-49	46 (4.9%)			1.2 (0.7-1.9)			1.1 (0.6-1.9)
50-59	36 (4.5%)			0.9 (0.5-1.7)			0.9 (0.5-1.6)
60-70	12 (1.3%)			0.2 (0.1-0.5)			0.2 (0.1-0.4)
Οικογενειακή Κατάσταση							
Έγγαμος	94 (3.1%)	1.0		1.0			1.0
Άγαμος	72 (5.0%)	0.9 (0.6-1.5)		1.3 (0.8-2.1)			1.4 (0.9-2.3)
Διαζευγμένος / διάσταση	19 (7.9%)	2.8 (1.7-4.8)		2.6 (1.5-4.5)			2.2 (1.3-3.9)
Χήρος	4 (1.9%)	1.3 (0.5-3.7)		1.5 (0.5-4.5)			1.4 (0.5-4.1)
Επίπεδο Εκπαίδευσης							
Καμία / Πρωτοβάθμια	34 (3.7%)	1.0		1.0			1.0
Κατώτερη Δευτεροβάθμια	40 (5.0%)	1.0 (0.6-1.6)		0.8 (0.5-1.4)			0.8 (0.5-1.4)
Ανώτερη Δευτεροβάθμια	97 (4.1%)	0.6 (0.4-1.0)		0.6 (0.4-0.99)			0.6 (0.4-1.01)
Τεχνική Επαγγελματική	13 (3.0%)	0.5 (0.2-0.9)		0.5 (0.2-0.9)			0.5 (0.2-1.02)
Τριτοβάθμια	5 (1.3%)	0.2 (0.1-0.6)		0.2 (0.1-0.6)		0.3 (0.1-0.7)	
Επαγγελματική κατάσταση							
Πλήρης / Μερική	135 (4.6%)	1.0		1.0		1.0	
Οικιακά	7 (1.0%)	0.7 (0.3-1.7)		0.8 (0.3-1.8)		0.9 (0.4-2.3)	
Άνεργος	9 (4.9%)	1.3 (0.7-2.7)		0.9 (0.4-1.9)		0.9 (0.4-1.8)	
Συνταξιούχος	14 (2.4%)	0.6 (0.3-1.2)		1.4 (0.6-2.9)		1.2 (0.6-2.6)	
Άλλη οικονομικά ανενεργή	24 (4.6%)	1.1 (0.7-1.7)		1.0 (0.6-1.6)		1.1 (0.7-1.8)	
Περιοχή κατοικίας							
Αστική	95 (3.5%)	1.0		1.0		1.0	
Ημιαστική	19 (3.1%)	0.9 (0.5-1.4)		0.8 (0.5-1.4)		0.8 (0.5-1.4)	
Αγροτική	75 (4.7%)	1.3 (0.98-1.8)		1.2 (0.9-1.7)		1.2 (0.9-1.7)	
Αίσθηση οικονομικών δυσκολιών							
Καθόλου έως λίγες	112 (3.4%)	1.0		1.0		1.0	
Μέτριες έως πολλές	77 (4.8%)	1.6 (1.2-2.1)		1.4 (0.99-1.9)		1.2 (0.9-1.7)	
Χρόνια νοσήματα							
Όχι	36 (5.5%)	1.0				1.0	
Ναι	153 (3.6%)	2.2 (1.4-3.3)				2.3 (1.5-3.6)	
Κάπνισμα							
Όχι	50 (1.7%)	1.0				1.0	
Ναι	139 (7.2%)	3.5 (2.5-4.8)				3.1 (2.2-4.4)	
Συνοσηρότητα							
Χωρίς διάγνωση	165 (3.6%)	1.0				1.0	
1 διάγνωση	9 (4.6%)	1.8 (0.9-3.6)				1.3 (0.6-2.7)	
2 διαγνώσεις	11 (11.7%)	4.9 (2.5-9.7)				3.2 (1.6-6.6)	
3 ή περισσότερες	4 (6.4%)	2.9 (1.02-8.4)				1.8 (0.6-5.5)	

6.3.5. Σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και ψυχικών διαταραχών

Η επιβλαβής χρήση αλκοόλ δεν σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα με καμία από τις μελετώμενες διαγνώσεις (Κατάθλιψη, ΓΑΔ, Δ/χη Πανικού, ΓΨΔ ή Φοβική διαταραχή). Εξαιρέση αποτελεί η Μικτή Αγχώδης Καταθλιπτική διαταραχή (υπο-ουδική νοσηρότητα), η παρουσία της οποίας σχετίζεται με την επιβλαβή χρήση αλκοόλ (ORπροσαρμοσμένο για όλους τους υπό μελέτη συγχυτικούς παράγοντες = 1.63 (95% CI: 1.01-2.64)). Η παρουσία των κοινωνικοδημογραφικών και σχετιζόμενων με την σωματική και ψυχική υγεία πιθανών συγχυτικών παραγόντων αποδυναμώνουν σε παρόμοιο βαθμό την σχέση επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ και παρουσίας κοινών ψυχικών διαταραχών (Πίνακας 26).

Αντίθετα, **η εξάρτηση** από αλκοόλ σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την παρουσία ΓΑΔ, δ/χης πανικού, φοβικής διαταραχής και ΜΑΚΔ ακόμα και αφού ληφθούν υπόψη πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες. Η εξάρτηση από αλκοόλ δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικά υψηλότερη παρουσία κατάθλιψης ή ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στο δείγμα μας. Όταν λαμβάνονται υπόψη ταυτόχρονα η Κατάθλιψη, η ΓΑΔ και η Δ/χη πανικού τότε η προαναφερόμενη σχέση της εξάρτησης από αλκοόλ με τις 2 τελευταίες διαταραχές χάνει την στατιστική σημαντικότητα, υποδηλώνοντας ότι η παρουσία συνοσηρής κατάθλιψης επηρεάζει σημαντικά την σχέση εξάρτησης από αλκοόλ με την ΓΑΔ και την Δ/χή Πανικού. Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν μέτρια και εξίσου με τις μεταβλητές σωματικής και ψυχιατρικής συνοσηρότητας την σχέση εξάρτησης από αλκοόλ με τις κοινές ψυχικές διαταραχές (Πίνακας 27).

Πίνακας 26, Σχέση επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ με την ψυχιατρική νοσηρότητα στην πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη ψυχιατρικής νοσηρότητας ενηλίκων

		Επιβλαβής χρήση αλκοόλ AUDIT-C score ≥ 6 για τους άνδρες και ≥ 4 για τις γυναίκες			
ICD-10 διαγνώσεις	N (%)	Λόγοι Αναλογιών (95% Δ.Ε.) \pm			
		Μοντέλο1	Μοντέλο2	Μοντέλο3	Μοντέλο4
Κατάθλιψη					
Όχι	603 (12.7%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	18 (12.7%)	1.2 (0.75-2.07)	1.05 (0.62-1.79)	0.98 (0.57-1.67)	0.92 (0.53-1.59)
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή					
Όχι	592 (12.6%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	29 (14.4%)	1.46 (0.97-2.21)	1.30 (0.86-1.98)	1.20 (0.78-1.84)	1.17 (0.73-1.87)
Διαταραχή Πανικού					
Όχι	607 (12.6%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	14 (15.2%)	1.52 (0.85-2.73)	1.37 (0.75-2.48)	1.25 (0.69-2.28)	1.17 (0.60-2.27)
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή					
Όχι	610 (12.7%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	11 (13.3%)	1.24 (0.65-2.37)	1.10 (0.57-2.13)	1.04 (0.53-2.03)	
Φοβική διαταραχή					
Όχι	601 (12.6%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	20 (15.5%)	1.55 (0.94-2.53)	1.37 (0.83-2.28)	1.27 (0.76-2.12)	
Μικτή Αγχώδης Καταθλιπτική Διαταραχή					
Όχι	598 (12.6%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	23 (17.6%)	1.77* (1.11-2.82)	1.72* (1.07-2.78)	1.63* (1.01-2.64)	

Μοντέλο 1 προσαρμοσμένο κατά φύλο και ηλικία

Μοντέλο 2 προσαρμοσμένο κατά φύλο, ηλικία και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.

Μοντέλο 3 προσαρμοσμένο κατά φύλο, ηλικία, κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, κάπνισμα και χρόνιες παθήσεις

Μοντέλο 4 προσαρμοσμένο κατά φύλο, ηλικία, κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, κάπνισμα, χρόνιες παθήσεις και παρουσία άλλης ψυχικής διαταραχής

* $p < 0.05$

Πίνακας 27. Σχέση εξάρτησης από αλκοόλ με την ψυχιατρική νοσηρότητα στην πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη ψυχιατρικής νοσηρότητας ενηλίκων

ICD-10 διαγνώσεις	Εξάρτηση από αλκοόλ				
	N (%)	Λόγοι Αναλογιών (95% Δ.Ε.) ±			
		Μοντέλο1	Μοντέλο2	Μοντέλο3	Μοντέλο4
Κατάθλιψη					
Όχι	181 (3.81%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	8 (5.63%)	2.13* (1.01-4.50)	1.53* (0.70-3.32)	1.25 (0.57-2.75)	0.97 (0.43-2.19)
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή					
Όχι	174 (3.71%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	15 (7.46%)	3.17* (1.80-5.62)	2.68* (1.50-4.81)	2.16* (1.19-3.93)	1.68 (0.83-3.37)
Διαταραχή Πανικού					
Όχι	180 (3.75%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	9 (9.78%)	4.13* (1.99-8.61)	3.57* (1.69-7.56)	2.99* (1.39-6.44)	2.22 (0.91-5.37)
Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή					
Όχι	185 (3.85%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	4 (4.82%)	1.64 (0.58-4.62)	1.29 (0.45-3.71)	1.12 (0.39-3.25)	
Φοβική διαταραχή					
Όχι	177 (3.71%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	12 (9.30%)	3.89* (2.06-7.37)	3.28* (1.70-6.34)	2.62* (1.32-5.20)	
Μικτή Αγχώδης Καταθλιπτική Διαταραχή					
Όχι	178 (3.74%)	1.0	1.0	1.0	1.0
Ναι	11 (8.40%)	3.09* (1.60-5.97)	2.74* (1.40-5.35)	2.48* (1.26-4.87)	

Μοντέλο 1 προσαρμοσμένο κατά φύλο και ηλικία

Μοντέλο 2 προσαρμοσμένο κατά φύλο, ηλικία και κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.

Μοντέλο 3 προσαρμοσμένο κατά φύλο, ηλικία, κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, κάπνισμα και χρόνιες παθήσεις

Μοντέλο 4 προσαρμοσμένο κατά φύλο, ηλικία, κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, κάπνισμα, χρόνιες παθήσεις και παρουσία άλλης ψυχικής διαταραχής

* $p < 0.05$

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1 Κύρια ευρήματα

Η προβληματική χρήση αλκοόλ είναι λιγότερο συχνή από την αποχή ή την μέτρια χρήση, τόσο στην Ελλάδα όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ στον ελληνικό πληθυσμό αφορούν κυρίως τους άνδρες και τους νεότερους σε ηλικία ανθρώπους και είναι συχνότερα στους έχοντες κοινωνικές δυσκολίες (διαζευγμένους, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οικονομικά προβλήματα).

Όμως, η σχέση μεταξύ των διαφόρων επιπέδων χρήσης αλκοόλ και της ψυχικής υγείας μπορεί να είναι μη-γραμμική και δοσοεξαρτώμενη:

Υπάρχουν ενδείξεις από την μελέτη μας ότι **η ήπια χρήση** μπορεί να σχετίζεται με ελαφρώς μειωμένη πιθανότητα παρουσίας και ανάπτυξης κατάθλιψης ή ΓΑΔ. Η σχέση αυτή φαίνεται να είναι εντονότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, στους μεγαλύτερους ηλικιακά σε σχέση με τους νεότερους, σε όσους αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες και σε όσους ζουν σε πολιτισμικό πλαίσιο με υψηλά επίπεδα ανοχής στην χρήση αλκοόλ. Τα συγχρονικά δεδομένα από την χώρα μας δείχνουν ότι η σχέση ήπιας χρήσης αλκοόλ με μικρότερο επιπολασμό ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα είναι μικρή και λιγότερο ισχυρή από αυτή που παρατηρείται στο δείγμα των ασθενών από χώρες με κουλτούρα υψηλής ανοχής στο αλκοόλ.

Η βαριά χρήση αλκοόλ σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα παρουσίας και ανάπτυξης κοινών ψυχικών διαταραχών κυρίως όταν συνοδεύεται με εξάρτηση ή προβλήματα από την χρήση του. Είναι πιθανόν η κατανάλωση αλκοόλ που δεν δημιουργεί συνοδά προβλήματα, να μην σχετίζεται από μόνη της με την παρουσία ψυχικών διαταραχών, ακόμα και όταν ξεφεύγει από όρια που θεωρούνται ασφαλή. Στο διαπολιτισμικό δείγμα συμμετεχόντων από την ΠΦΥ η βαριά χρήση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό και επίπτωση κατάθλιψης και ΓΑΔ (η επίπτωση είναι αυξημένη μόνο στην περίπτωση των ανδρών). Αντίθετα στην Πανελλήνια συγχρονική μελέτη η σχέση της βαριάς χρήσης αλκοόλ ήταν πιο εκσεσημασμένη για την ΓΑΔ (παρόμοια και για τα 2 φύλα) και την Δ/χή πανικού (κυρίως για τους άνδρες) και λιγότερο για την κατάθλιψη (κυρίως για τις γυναίκες). Μέρος των παρατηρούμενων διαφορών μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι στην Ελλάδα ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών παρουσιάζεται αυξημένος και της κατάθλιψης μειωμένος σε σχέση με τον πανευρωπαϊκό μέσο όρο και άλλες διαπολιτισμικές μελέτες¹⁶⁶. Από το **συνδυασμό συγχρονικών και**

διαχρονικών δεδομένων μπορεί να γίνουν σε κάποιες περιπτώσεις έμμεσες υποθέσεις για την **αιτιολογική κατεύθυνση** των παρατηρούμενων συσχετίσεων: Για τις γυναίκες φαίνεται ότι ενώ η υψηλή χρήση αλκοόλ δεν σχετίζεται με την εμφάνιση νέων περιπτώσεων ΓΑΔ διαχρονικά, εντούτοις οι δύο καταστάσεις συνυπάρχουν σε σημαντικό βαθμό συγχρονικά, καθιστώντας την αντίστροφη αιτιότητα δηλ. η παρουσία ΓΑΔ να προκαλεί αυξημένη χρήση αλκοόλ, πιο πιθανή. Η αντίστροφη παρατήρηση ισχύει για τους άνδρες, όπου η σχέση είναι ισχυρότερη στα διαχρονικά δεδομένα υποδηλώνοντας ότι η κατεύθυνση της αιτιολογικής συσχέτισης από την βαριά χρήση αλκοόλ προς την ανάπτυξη ΓΑΔ είναι πιο ισχυρή από την αντίστροφη. Για την κατάθλιψη οι σχέσεις με την βαριά χρήση αλκοόλ είναι εξίσου ισχυρές σε συγχρονικό και διαχρονικό επίπεδο, κάτι που εν μέρει επιβεβαιώνει αιτιότητα κατεύθυνσης από την χρήση αλκοόλ προς την ανάπτυξη κατάθλιψης χωρίς να μπορεί να αποκλειστεί και η αντίστροφη αιτιότητα. Τέλος, η «προφυλακτική» σχέση της ήπιας χρήσης αλκοόλ με την κατάθλιψη είναι πιο έντονη στα διαχρονικά δεδομένα σε σχέση με τα συγχρονικά δεδομένα, μειώνοντας την πιθανότητα να ισχύει η αντίστροφης αιτιότητας κατεύθυνση, δηλ. η απουσία διαγνώσεων κατάθλιψης και άγχους να προδιαθέτει περισσότερο στην ήπια χρήση αλκοόλ παρά στην αποχή ή την κατάχρηση. Στην περίπτωση της ΓΑΔ, αυτό επιβεβαιώνεται μόνο για τις γυναίκες, ενώ στους άνδρες δεν φαίνεται η ήπια χρήση αλκοόλ να διαφέρει από την αποχή ως προς τον επιπολασμό και την επίπτωση της ΓΑΔ.

Μέρος των διαφορών μεταξύ των 2 φύλων μπορεί να οφείλεται και στον ορισμό χαμηλότερων κατωφλιών (“cut-offs”) για την κατηγοριοποίηση της χρήσης αλκοόλ στις γυναίκες σε όλες τις αναλύσεις (με εξαίρεση την διαχρονική ανάλυση, όπου χρησιμοποιήθηκαν κοινά “cut-offs”, χωρίς τα αποτελέσματα να διαφέρουν). Υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα για το αν η εφαρμογή μικρότερων “cut-offs” χρήσης αλκοόλ για τις γυναίκες που υποστηρίζεται από σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας¹⁶⁸ είναι λιγότερο αναγκαία σε περιβάλλοντα με κουλτούρα υψηλής ανοχής στο αλκοόλ^{159,170,185} όπως είναι και η ελληνική, καθώς οι διαφορές στα αποτελέσματα της χρήσης της ίδιας ποσότητας αλκοόλ μεταξύ των 2 φύλων φαίνεται να επηρεάζονται όχι μόνο από βιολογικούς-εγγενείς παράγοντες αλλά ίσως περισσότερο από τις πολιτισμικές συνθήκες και τον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας^{145,159,186,187}. Στην κατεύθυνση αυτή, η πρόκληση ατυχημάτων υπό την επήρεια αλκοόλ (ερώτηση 9 του AUDIT) στις γυναίκες φαίνεται να κατέχει ξεχωριστή θέση στην παραγοντική ανάλυση σε σχέση με τα υπόλοιπα προβλήματα χρήσης αλκοόλ,

αντανακλώντας πιθανά διαφορές στις προσδοκίες ή στα επίπεδα κοινωνικής ανοχής για την πρόκληση ατυχημάτων λόγω αλκοόλ από γυναίκες¹⁴⁵.

Στην ομάδα των συμμετεχόντων που αντιμετωπίζει αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες, όλα τα επίπεδα χρήσης αλκοόλ σχετίζονται με μικρότερη πιθανότητα παρουσίας κοινών ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με την ομάδα των συμμετεχόντων που δεν αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Ειδικότερα στην ομάδα των συμμετεχόντων που αντιμετωπίζει αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες, η περιστασιακή χρήση αλκοόλ σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης, ΓΑΔ και υπο-ουδικής ψυχιατρικής νοσηρότητας, σε σχέση με την αποχή, ενώ η ΓΑΔ παρουσιάζεται μειωμένη και για υψηλότερα επίπεδα χρήσης αλκοόλ. Επίσης στην ομάδα των συμμετεχόντων με πολλές οικονομικές δυσκολίες, η βαριά χρήση αλκοόλ δεν σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης και ΓΑΔ, ενώ η ΜΑΚΔ παρουσιάζεται ελαφρώς αυξημένη, μόνο όταν η βαριά χρήση αλκοόλ μετράται με τα εργαλεία AUDIT και AUDIT-C. Η μη-προβληματική χρήση αλκοόλ στους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες μπορεί ως ένα βαθμό να σχετίζεται με χαμηλότερο επιπολασμό κλινικά σημαντικών ψυχικών δυσκολιών ενώ η υπο-ουδική νοσηρότητα είναι αυξημένη, κυρίως όταν συνοδεύεται με προβλήματα από την χρήση αλκοόλ.

Η επεισοδιακή βαριά χρήση αλκοόλ (binge drinking) δεν σχετίζεται ισχυρά με την παρουσία ψυχικών διαταραχών, αν ληφθεί υπόψη η συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται. Αν και η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και η διενέργεια binge drinking πολύ συχνά συνυπάρχουν, φαίνεται ότι η μεγάλη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται σχετίζεται περισσότερο με προβλήματα ψυχικής υγείας από ότι η διενέργεια binge drinking από μόνη της. Η συχνότητα του binge drinking από μόνη της (ανεξάρτητα από την συνολική εβδομαδιαία ποσότητα αλκοόλ) σχετίζεται λιγότερο με την παρουσία κοινών ψυχικών διαταραχών στην ομάδα των νεότερων ηλικιακά συμμετεχόντων, σε αυτούς που αντιμετωπίζουν περισσότερες οικονομικές δυσκολίες και στους άνδρες (για την περίπτωση της κατάθλιψης), υπο-ομάδες στις οποίες ίσως η διενέργεια binge drinking είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή ή εξυπηρετεί περισσότερο «αυτοθεραπευτικούς» σκοπούς, αντισταθμίζοντας πιθανόν έτσι την αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης προβλημάτων χρήσης αλκοόλ.

Μεταξύ των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ η επιβλαβής χρήση, που αφορά περισσότερο την υψηλή κατανάλωση, σχετίζεται περισσότερο με την υπο-ουδική

ψυχιατρική νοσηρότητα ενώ η εξάρτηση από αλκοόλ σχετίζεται περισσότερο με κλινικά σημαντικές διαταραχές. Το σύνδρομο εξάρτησης από αλκοόλ σχετίζεται περισσότερο με την παρουσία διαγνώσεων αγχωδών διαταραχών (ΓΑΔ, δ/χή πανικού και φοβική διαταραχή) ή υπο-ουδικής ψυχιατρικής νοσηρότητας (ΜΑΚΔ) και λιγότερο με την παρουσία κατάθλιψης και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Αν και η σχέση εξάρτησης από αλκοόλ και κατάθλιψης παύει να είναι στατιστικά σημαντική, αν ληφθούν υπόψη πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες (κοινωνικοδημογραφικοί και σχετιζόμενοι με την υγεία), η συνοσηρότητα της κατάθλιψης με την ΓΑΔ ή την δ/χη πανικού φαίνεται να αποτελεί σημαντικό μέρος της σχέσης που παρατηρείται μεταξύ των αγχωδών αυτών διαταραχών και της εξάρτησης από αλκοόλ.

Η παρουσία μιας μη-γραμμικής συσχέτισης μεταξύ αλκοόλ και ψυχικής υγείας επιβεβαιώνεται με 2 διαφορετικές μετρήσεις της χρήσης αλκοόλ, τον δείκτη «ποσότητας*συχνότητας», που αντιστοιχεί στην μέση εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, και το συνολικό AUDIT-score, που συμπεριλαμβάνει όχι μόνο την κατανάλωση αλλά και τους τρόπους κατανάλωσης και τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ, καθιστώντας λιγότερο πιθανό τα αποτελέσματά μας να εξαρτώνται από τον τρόπο που η χρήση αλκοόλ μετράται¹³². Παρόλα αυτά ο δείκτης «ποσότητας*συχνότητας» είναι καταλληλότερος για να αναδείξει την σχέση της ήπιας/μέτριας χρήσης με την ψυχιατρική νοσηρότητα ενώ το συνολικό AUDIT-score είναι καταλληλότερο για την μελέτη των σχέσεων της βαριάς χρήσης αλκοόλ. Το εργαλείο AUDIT-C, που λειτουργεί σαν μια «ενδιάμεση» μέτρηση μεταξύ της κατανάλωσης και των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ, δεν φαίνεται να δίνει περισσότερες πληροφορίες για την σχέση της χρήσης αλκοόλ με τις διαταραχές κατάθλιψης-άγχους σε σύγκριση με την συνδυαστική χρήση του δείκτη «ποσότητας*συχνότητας» με την συχνότητα του binge drinking ή το συνολικό AUDIT-score.

Η διαφορά μεταξύ της διάστασης «κατανάλωσης αλκοόλ» και της διάστασης «διαταραχές χρήσης αλκοόλ» επιβεβαιώνεται διαπολιτισμικά από την παραγοντική ανάλυση του AUDIT, δείχνοντας ότι ανεξάρτητα από το βαθμό εξοικείωσης των κοινωνιών με το αλκοόλ η κατανάλωση αλκοόλ είναι κάτι διαφορετικό από τα «διαταραχές χρήσης» αλκοόλ και πρέπει να μελετώνται χωριστά. Η χαμηλή φόρτιση που παρατηρείται για τις ερωτήσεις 9 και 10 στους 2 αυτούς παράγοντες σημαίνει ότι οι ερωτήσεις αυτές δεν συμμετέχουν ισχυρά στην παραγοντική δομή του AUDIT και θα μπορούσαν να εξαιρεθούν από την μέτρηση των υπό μελέτη διαστάσεων του εργαλείου

(με εξαίρεση την χρήση του AUDIT σε συμμετέχοντες από χώρες με υψηλά ποσοστά ανοχής στο αλκοόλ, όπου η ερώτηση 10 φαίνεται να συμμετέχει στην διάσταση της «κατανάλωσης»).

Σε ότι αφορά τις «διαταραχές χρήσης αλκοόλ» φαίνεται ότι μπορεί να έχουν διαφορετική έκφραση και χαρακτηριστικά ανάλογα με το βαθμό ανοχής και την κουλτούρα χρήσης αλκοόλ του πολιτισμικού πλαισίου μέσα στο οποίο αναπτύσσονται. Με ενδιαφέρον παρατηρείται ότι όσο πιο εξοικειωμένη είναι μια κοινωνία με την χρήση αλκοόλ τόσο πιο πιθανό είναι οι διαστάσεις «εξάρτησης» και «επιβλαβής χρήση» αλκοόλ να μοιάζουν, ενώ όσο λιγότερο εξοικειωμένη είναι μια κοινωνία με την χρήση αλκοόλ (“dry”) τόσο περισσότερο η «εξάρτηση» διαφέρει και σχετίζεται λιγότερο με την «επιβλαβή χρήση» αλκοόλ.

Τα προβλήματα «εξάρτησης» και «επιβλαβούς χρήσης» αλκοόλ έχουν διαφορετικούς συντελεστές και μηχανισμούς με τους οποίους αναπτύσσονται, ενώ ειδικά για την εξάρτηση εμπλέκονται και γενετικοί παράγοντες. Είναι πιθανόν οι προσδιοριστές αυτοί να επενεργούν τόσο στις κουλτούρες υψηλής όσο και χαμηλής κατανάλωσης αλκοόλ με αποτέλεσμα οι 2 διαταραχές χρήσης αλκοόλ να αναπτύσσονται κατ’ αρχάς ως ένα βαθμό ξεχωριστά και στις 2 κουλτούρες με παρόμοια πιθανότητα. Στις κοινωνίες με υψηλή διαθεσιμότητα αλκοόλ όσοι αναπτύξουν μία από τις 2 διαταραχές χρήσης αλκοόλ είναι πιο πιθανόν να αναπτύξουν και την άλλη⁹⁸ με αποτέλεσμα οι 2 αυτές κατηγορίες προβλημάτων να συνυπάρχουν και να είναι δύσκολο να διαχωριστούν στην συνέχεια. Αντίθετα στις κοινωνίες όπου η διαθεσιμότητα αλκοόλ και η ανοχή στα προβλήματα χρήσης αλκοόλ είναι μικρότερη η παρουσία μιας εκ των διαταραχών συνεπάγεται μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης άλλης κατηγορίας προβλημάτων χρήσης αλκοόλ.

7.2 Σύγκριση με άλλες μελέτες

Η «προφυλακτική» ή «μη-επιβαρυντική» σχέση της ήπιας χρήσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία έχει υποστηριχθεί σε μια σειρά μελέτες, κυρίως συγχρονικές¹¹²⁻¹²⁷ αλλά και διαχρονικές^{105,138-141}. Αντίθετα, άλλες μελέτες, κυρίως συγχρονικές, υποστηρίζουν ότι η παρατηρούμενη σχέση μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και καλύτερης ψυχικής υγείας είναι προϊόν σφαλμάτων ταξινόμησης (“sick-quitter” effect) ή συγχυτικών παραγόντων¹²⁸⁻¹³³. Τα αποτελέσματά μας είναι εν μέρει, σε αντίθεση με την μελέτη των Paljanri και συν. 2009¹⁴³ που έδειξαν ότι το binge drinking σχετίζεται προοπτικά με την εμφάνιση κατάθλιψης, ανεξάρτητα από την συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται και ειδικότερα στους μεγαλύτερους ηλικιακά συμμετέχοντες σε σχέση με τους νεότερους¹⁸⁸. Επίσης το συμπέρασμά μας ότι η σχέση υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης διαμεσολαμβάνεται από την παρουσία προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και εξάρτησης από αλκοόλ ή απώλειας του κοινωνικού υποστηρικτικού πλαισίου¹⁸⁹ έχει επιβεβαιωθεί από σημαντικό κομμάτι της βιβλιογραφίας^{125,127,134-136,190,191}.

Η **συνύπαρξη προβληματικής χρήσης αλκοόλ με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές** επιβεβαιώνεται από τα δεδομένα μας σε συμφωνία με την βιβλιογραφία^{97,98,103,191,192}. Επίσης, τα ευρήματα από το διαχρονικό κομμάτι της μελέτης μας, ότι η βαριά χρήση αλκοόλ σχετίζεται περισσότερο με τις αγχώδεις διαταραχές παρά με την κατάθλιψη είναι σε συμφωνία με μελέτες που δείχνουν υψηλότερα ποσοστά αυτοθεραπευτικής χρήσης αλκοόλ στους πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές^{193,194}. Επίσης τα αποτελέσματά μας είναι σε μερική συμφωνία με μελέτες που δεν υποστηρίζουν προοπτικά αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης άγχους και κατάθλιψης για όσους κάνουν βαριά χρήση αλκοόλ^{99,103,195} και σε μερική αντίθεση με άλλες διαχρονικές μελέτες που υποστηρίζουν ισχυρή σχέση μεταξύ διαταραχών χρήσης αλκοόλ και ανάπτυξης κατάθλιψης^{101,105,191}. Σε γενικές γραμμές η ύπαρξη κοινού αιτιοπαθογενετικού παράγοντα που να προδιαθέτει τόσο στην ανάπτυξη κατάθλιψης όσο και διαταραχών χρήσης αλκοόλ και η αμφίδρομη αιτιολογική σχέση μεταξύ τους, αποτελεί την επικρατέστερη ερμηνεία στην βιβλιογραφία^{59,108,189}.

Οι πιθανοί **συγχυτικοί παράγοντες** (κοινωνικοδημογραφικοί, σωματική υγεία) φαίνεται να διαδραματίζουν μικρότερο ρόλο στην σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας στην μελέτη μας σε σχέση με άλλες παρόμοιες μελέτες^{106,120,123,130,133,196}, αν και στις περισσότερες από τις μελέτες αυτές η εκτίμηση της ψυχικής υγείας δεν γίνεται με κλινικά σημαντικές εκβάσεις όπως η παρουσία ψυχιατρικών διαγνώσεων^{106,133,196}. Άλλες μελέτες

υποστηρίζουν ότι οι πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες επηρεάζουν την σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας σε τέτοιο βαθμό που να ευθύνονται αποκλειστικά για την όποια διαφορά παρατηρείται στα επίπεδα ψυχικής υγείας μεταξύ αποχής και μέτριας χρήσης^{90,130}.

Ο **ρυθμιστικός ρόλος (“buffering role”)** του αλκοόλ μεταξύ κοινωνικής πίεσης και ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών έχει υποστηριχθεί παλαιότερα^{112,138,197} και έχει επιβεβαιωθεί με μελέτες που υποστηρίζουν τα ευρήματα αυτά και σε πιο ειδικούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες όπως το εργασιακό στρες¹⁹⁸ ή ο κοινωνικός αποκλεισμός¹⁹⁹. Η μείωση της συχνότητας της ήπιας χρήσης αλκοόλ έχει υποστηριχθεί ότι ακολουθείται από μείωση του επιπέδου γενικής υγείας²⁰⁰. Οι περισσότερες σχετικές μελέτες βέβαια θεωρούν την αύξηση της χρήσης αλκοόλ ως ένα από τα προβλήματα της κοινωνικοοικονομικής πίεσης και όχι σαν πιθανή προσπάθεια «ρύθμισης»/εξισορρόπησης των ψυχοπαιστικών παραγόντων^{201,202}. Επίσης κάποιες διαχρονικές μελέτες απορρίπτουν έμμεσα την υπόθεση του «ρυθμιστικού ρόλου» για το αλκοόλ κυρίως για τους άνδρες²⁰³ και υποστηρίζουν ότι η παρουσία κοινωνικής πίεσης ή τα προβλήματα υγείας σχετίζονται με μείωση ή μη σημαντική αύξηση της συχνότητας της ήπιας χρήσης αλκοόλ²⁰⁴.

Η μελέτη μας είναι η πρώτη μεγάλη μελέτη που συγκρίνει την **παραγοντική δομή του AUDIT** σε πληθυσμούς με διαφορετικές κουλτούρες ως προς την χρήση αλκοόλ¹⁵⁹. **Στις κοινωνίες με χαμηλά ποσοστά αποχής από το αλκοόλ (“wet”)** τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης δείχνουν ότι το AUDIT μπορεί να θεωρηθεί με 2 υποκείμενους παράγοντες δηλ. «κατανάλωση» αλκοόλ και «διαταραχές χρήσης αλκοόλ» σε συμφωνία με την πλειοψηφία της βιβλιογραφίας^{134,175-182,205-207}. Οι 2 επιμέρους διαστάσεις της «εξάρτησης» και «επιβλαβούς χρήσης» αλκοόλ αναγνωρίζονται μεν ως ξεχωριστοί παράγοντες, σχετίζονται όμως τόσο ισχυρά μεταξύ τους που μπορούν να θεωρηθούν σαν ένας παράγοντας, σε συμφωνία με άλλες παραγοντικές αναλύσεις των ερωτήσεων του AUDIT^{176,177,179,182} και των διαγνωστικών κριτηρίων των διαταραχών χρήσης αλκοόλ^{208,209}. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την κατάργηση του διαχωρισμού των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ σε «εξάρτηση» και «επιβλαβή χρήση» που έλαβε χώρα στην πρόσφατη αναθεώρηση του DSM-5 και την αντικατάστασή τους από μια ενιαία κατηγορία «Διαταραχών χρήσης αλκοόλ», με διαβαθμίσεις ως προς την σοβαρότητα.

Αντίθετα, στις κοινωνίες με υψηλά ποσοστά αποχής από το αλκοόλ (“dry”) φαίνεται να υπάρχει δυνατότητα διαχωρισμού της διάστασης «διαταραχές χρήσης αλκοόλ» σε «εξάρτηση» και «επιβλαβή χρήση» αλκοόλ αναγνωρίζοντας 3 παράγοντες συνολικά σε συμφωνία με ένα μικρότερο μέρος της βιβλιογραφίας^{136,210} και τους αρχικούς σχεδιαστές

του εργαλείου AUDIT¹⁵⁰. Στους πληθυσμούς αυτούς, ο περαιτέρω διαχωρισμός των προβλημάτων χρήσης σε προβλήματα «εξάρτησης» και «επιβλαβούς χρήσης» είναι δόκιμος και η θεώρησή τους σε ενιαίο συνεχές είναι πιθανόν να στερεί πληροφορία.

Σε προηγούμενες μελέτες έχει υποστηριχθεί ότι οι παραγοντικές ιδιότητες του AUDIT και των κριτηρίων διάγνωσης διαταραχών χρήσης αλκοόλ αλλάζουν ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τον επιπολασμό και την βαρύτητα των προβλημάτων χρήσης αλκοόλ^{136,178,180,211}. Τα αποτελέσματά μας είναι σε μερική αντίθεση με τις αναλύσεις αυτές, καθώς παρά την διαφορετική παραγοντική δομή του AUDIT σε πολιτισμούς με διαφορετική κουλτούρα ως προς την χρήση αλκοόλ, η μονοδιάστατη θεώρηση των «διαταραχών χρήση αλκοόλ» φαίνεται να διατηρείται σε υποπληθυσμούς με σημαντικές διαφορές ως προς τον επιπολασμό και την βαρύτητα των διαταραχών χρήσης αλκοόλ όπως οι υποπληθυσμοί ανδρών και γυναικών, νεότερων και μεγαλύτερων σε ηλικία συμμετεχόντων καθώς και συμμετεχόντων από την ΠΦΥ ή την κοινότητα.

Οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερη και συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ που συνεπάγεται και υψηλότερο επιπολασμό προβλημάτων χρήσης αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες σε συμφωνία με τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Σε ότι αφορά την διαφορά μεταξύ των 2 φύλων στην σχέση της χρήσης αλκοόλ με την ψυχική υγεία τα διαφορετικά συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε από τις 2 βάσεις δεδομένων, αντανακλούν την ασυμφωνία στην διεθνή βιβλιογραφία γύρω από το θέμα αυτό. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πιο ισχυρή συσχέτιση της βαριάς χρήσης αλκοόλ/εξάρτησης με την ανάπτυξη κατάθλιψης για τις γυναίκες, σε μερική συμφωνία με τα αποτελέσματα των δικών μας μελετών^{103,111,120,141,212,213} ενώ κάποιες άλλες υποστηρίζουν ισχυρότερες σχέσεις μεταξύ προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης για τους άνδρες^{104,214}. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η αντίστροφη αιτιότητα είναι ισχυρότερη στις γυναίκες δηλ. η παρουσία κατάθλιψης να προκαλεί την αυξημένη χρήση αλκοόλ/εξάρτηση^{104,111,215}, άλλες στους άνδρες¹⁰⁰ ενώ κάποιες άλλες μελέτες δεν υποστηρίζουν σημαντικές διαφορές με βάση το φύλο στην αμφίδρομη σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης^{101,109}. Τέλος για τη σχέση ήπιας χρήσης αλκοόλ και χαμηλότερου επιπολασμού καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι είναι πιο έντονη για τις γυναίκες^{118,127,132,141} σε συμφωνία εν μέρει με τα δικά μας αποτελέσματα, ενώ άλλες επιβεβαιώνουν πιο έντονη προφυλακτική σχέση για τους άνδρες^{126,140}. Οι διαφοροποιήσεις αυτές δείχνουν έμμεσα ότι πέρα από τους βιολογικούς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, κυρίως πολιτισμικοί παράγοντες που αφορούν την κοινωνική θέση της

γυναίκας ή σχετίζονται με τις προσδοκίες από τη χρήση αλκοόλ, που διαμεσολαβούν στην σχέση προβλημάτων χρήσης αλκοόλ και κατάθλιψης^{145,216} και ενδέχεται να είναι διαφορετικοί για τα 2 φύλα²¹⁷.

Τέλος, το εύρημά μας ότι η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με χαμηλότερη παρουσία ψυχικών διαταραχών στην ηλικιακή ομάδα 41-65 ετών σε σύγκριση με τους νεότερους ηλικιακά συμμετέχοντες είναι σε συμφωνία με τον Marmorstein 2009²¹⁵, ενώ άλλες μελέτες που συγκρίνουν απευθείας τις διαφορές στις συσχετίσεις μεταξύ αλκοόλ και ψυχικής υγείας μεταξύ νεότερων και μεγαλύτερων ηλικιακά συμμετεχόντων είναι αντικρουόμενες^{121,218}.

7.3 Περιορισμοί

Τα ευρήματά μας πρέπει να θεωρηθούν υπό τα πρίσμα των ακόλουθων περιορισμών:

1) Μελέτες στο πεδίο της σωματικής υγείας έχουν δείξει ότι ο διαχωρισμός των ανθρώπων που έπιναν στο παρελθόν και τώρα διέκοψαν (“sick-quitter”) από τους ανθρώπους που πάντα απείχαν από το αλκοόλ (“lifelong abstainers”) μπορεί να τροποποιήσει σημαντικά τα εκτιμώμενα οφέλη από τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ^{9,89}. Στην διαπολιτισμική μελέτη ψυχολογικών προβλημάτων στην ΠΦΥ δεν υπήρξε δυνατότητα διαχωρισμού όσων απέχουν από το αλκοόλ με βάση το ιστορικό προβλημάτων χρήσης αλκοόλ κατά το παρελθόν. Στην πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη όπου υπήρχε η δυνατότητα προσδιορισμού της προβληματικής χρήσης αλκοόλ κατά το παρελθόν (από τον τρόπο που ετέθησαν οι 2 τελευταίες ερωτήσεις του AUDIT) για όλους τους συμμετέχοντες, φαίνεται ότι υπάρχει μια γραμμική σχέση μεταξύ του ιστορικού προβλημάτων χρήσης και της τρέχουσας κατανάλωσης. Η ομάδα που απέχει από το αλκοόλ κατά το παρόν διάστημα παρουσιάζει την μικρότερη συχνότητα προβλημάτων χρήσης αλκοόλ κατά το παρελθόν από όλες τις υπόλοιπες ομάδες χρήσης αλκοόλ μειώνοντας έτσι την πιθανότητα οι παρατηρούμενες διαφορές να οφείλονται στα προβλήματα χρήσης αλκοόλ κατά το παρελθόν στην ομάδα των απεχόντων. Το εύρημα αυτό είναι σε συμφωνία με άλλες μελέτες που υποστηρίζουν ότι το “φαινόμενο sick-quitter” δεν επηρεάζει σημαντικά την παρατηρούμενη μη-γραμμική σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας^{116,120,121,132,157}.

2) Στην παρατηρούμενη σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας από τα συγχρονικά δεδομένα δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για πιθανές αιτιολογικές συσχετίσεις καθώς δεν προσδιορίζεται η κατεύθυνση της αιτιότητας. Η επιβεβαίωση της σχέσης σε διαχρονικά δεδομένα αποκλείει εν μέρει την περίπτωση αντίστροφης αιτιότητας, καθώς η προοπτική συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ γίνεται σε συμμετέχοντες που δεν έχουν ψυχιατρικές διαγνώσεις κατά την αρχική μέτρηση της χρήσης αλκοόλ. Εν τούτοις δεν μπορεί να αποκλεισθεί πλήρως η πιθανότητα αντίστροφης αιτιότητας λόγω της παρουσίας υποκλινικών μορφών κατάθλιψης και ΓΑΔ κατά την αρχική μέτρηση που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης αλκοόλ στα πλαίσια αυτοθεραπείας, όπως αναφέρεται και αλλού¹⁴⁰. Επίσης η διάρκεια παρακολούθησης 1 έτους θεωρείται μικρή για την διερεύνηση πιο μακροχρόνιων συνεπειών της χρήσης αλκοόλ.

3) Η σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας μπορεί να επηρεάζεται από συγχυτικούς παράγοντες όπως η προσωπικότητα^{106,120}, η φυσική άσκηση²¹⁹ και οι κοινωνικές σχέσεις-υποστηρικτικό πλαίσιο^{121,123,157} που δεν προσδιορίστηκαν στην μελέτη μας. Παρόμοιες με την δική μας μελέτες για την σχέση αλκοόλ και καρδιαγγειακών εκβάσεων ανέδειξαν γενετικούς πολυμορφισμούς που επηρεάζουν ταυτόχρονα και ανεξάρτητα την πιθανότητα αποχής από το αλκοόλ και την παρουσία παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου⁹¹, χωρίς κάτι αντίστοιχο να έχει αποδειχθεί αλλά ούτε και να μπορεί να αποκλειστεί στην περίπτωση της σχέσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας. Παρ'ολ'αυτά για την εξαγωγή των συμπερασμάτων μας ελήφθη υπόψη ένας σημαντικός αριθμός συγχυτικών παραγόντων που δεν φάνηκε να επηρεάζουν ουσιαστικά τα αποτελέσματα των παρατηρούμενων σχέσεων σε σύγκριση με τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, όπου δεν ελήφθησαν υπόψη συγχυτικοί παράγοντες (crude models).

4) Τα δεδομένα της μελέτης Ψυχολογικών Προβλημάτων στην ΠΦΥ στη ΠΟΥ συλλέχθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90 και η μελέτη δεν είχε σχεδιαστεί ειδικά για να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ αλκοόλ και ψυχιατρικών διαταραχών. Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να έχει αλλάξει σε πολλές χώρες κατά τα τελευταία 20 χρόνια, επηρεάζοντας έτσι την κουλτούρα γύρω από την χρήση αλκοόλ στις συγκεκριμένες χώρες που συνέβησαν αλλαγές και κατά συνέπεια και την σχέση της με τις κοινές ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, κύριος στόχος μας ήταν να μελετηθεί η σχέση μεταξύ χρήσης αλκοόλ και ψυχικών διαταραχών σε διαφορετικές κουλτούρες σε σχέση με το αλκοόλ και όχι σε συγκεκριμένες χώρες. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα μας μπορούν να γενικευτούν σε πολιτισμούς με υψηλή (“wet”) και χαμηλή (“dry”) κατανάλωση αλκοόλ, ακόμη και εάν οι επιμέρους χώρες έχουν μετακινηθεί μεταξύ των 2 αυτών πολιτισμών κατά τα τελευταία χρόνια.

7.4 Τελικά συμπεράσματα – Προοπτικές για νέα έρευνα

Η επικράτηση του αλκοόλ σε όλα τα στάδια της ιστορίας του ανθρώπου έως τη σύγχρονη εποχή και η ανεξάρτητη χρήση του σε πολλές κουλτούρες με πολλαπλούς σκοπούς¹⁵⁹, γεννά την υπόθεση ότι το αλκοόλ, υπό προϋποθέσεις, μπορεί να μην είναι βλαβερό για την υγεία. Αν και η ψυχιατρική βιβλιογραφία έχει εστιάσει κυρίως στις συνέπειες και την θεραπεία της βαριάς και προβληματικής χρήσης αλκοόλ, επιδημιολογικά δεδομένα από το γενικό πληθυσμό και την ΠΦΥ δείχνουν ότι τα διαφορετικά επίπεδα χρήσης αλκοόλ δεν έχουν την ίδια επίδραση στην ψυχική υγεία.

Η ήπια χρήση μπορεί να έχει και ωφέλιμες επιδράσεις στην ψυχική υγεία ενώ η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να σχετίζεται ισχυρά με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας κοινών ψυχικών διαταραχών μέσω του μονοπατιού της εξάρτησης ή της προβληματικής χρήσης. Τα «προβλήματα χρήσης αλκοόλ» διαφέρουν από την «κατανάλωση αλκοόλ» και η έκφρασή τους εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τις αξίες του πολιτισμικού πλαισίου που συνοδεύουν την χρήση αλκοόλ. Οι επιδράσεις της επεισοδιακής βαριάς χρήσης αλκοόλ (binge drinking) στην ψυχική υγεία εμφανίζουν ετερογένεια και εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από την συνολική ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται, ενώ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του ατόμου και το πολιτισμικό-κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται το binge drinking.

Αν και η μη-γραμμική δόσοεξαρτώμενη σχέση τύπου «J» μεταξύ αλκοόλ και ψυχικής υγείας επιβεβαιώνεται διαπολιτισμικά και για τα 2 φύλα με μικρές διαφορές, η ηλικιακή ομάδα >40 ετών, οι ασθενείς της ΠΦΥ και οι έχοντες οικονομικές δυσκολίες φαίνεται να καρπώνονται περισσότερο από τα οφέλη της ήπιας χρήσης και να παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα από την βαριά χρήση. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν έμμεσα ένα μέρος από την θεωρία της «αυτοθεραπείας»²²⁰ και της «ρυθμιστικής ικανότητας» (“buffering capacity”)¹³⁸ που μπορεί να έχει το αλκοόλ βοηθώντας στην απόσβεση της επίδρασης ψυχοπαιστικών παραγόντων στον ανθρώπινο ψυχισμό. Συνθήκες που το αλκοόλ συνήθως χρησιμοποιείται «ρυθμιστικά» είναι οι οικονομικές δυσκολίες, τα τραυματικά γεγονότα¹³⁸ και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων^{112,221} ενώ προσπάθεια αυτοθεραπείας μπορεί να γίνεται σε περιπτώσεις παρουσίας συμπτωμάτων σοβαρής ψυχικής νόσου ή χαρακτηριστικών προσωπικότητας^{220,222} ή σωματικών συμπτωμάτων, όπως ο πόνος²²³⁻²²⁶. Η μη-επιβεβαίωση της σχέσης μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και χαμηλότερου επιπολασμού

κοινών ψυχικών διαταραχών σε σχέση με την αποχή στο ελληνικό κοινοτικό δείγμα θα μπορούσε να ερμηνευτεί στα πλαίσια της θεωρία της «αυτοθεραπείας» ως εξής: 1) οι συμμετέχοντες στο δείγμα ΠΦΥ που κάνουν ήπια χρήση αλκοόλ είναι πιθανό να έχουν μεγαλύτερα περιθώρια ωφέλειας λόγω των περισσότερων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό 2) η ελληνική μελέτη διεξήχθη λίγο πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, εποχή όπου η ελληνική κοινωνία ζούσε σε συνθήκες σχετικής ευημερίας, διαθέτοντας διάφορα μέσα εκτόνωσης-«ρύθμισης» των ψυχοπαιστικών παραγόντων. Αντίθετα σε κοινωνίες με λιγότερη ευημερία, όπου και τα διαθέσιμα «αυτοθεραπευτικά» μέσα είναι λιγότερα, το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιείται συχνότερα ως «ρυθμιστής» της επίδρασης των ψυχοπαιστικών παραγόντων.

Αν και δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από την Ελλάδα για την κατανάλωση αλκοόλ μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, τα δεδομένα από την διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι σε περιπτώσεις μεγάλης κοινωνικής πίεσης η χρήση αλκοόλ και τα σχετιζόμενα με την χρήση προβλήματα αυξάνονται^{64,65,227}. Στην περίπτωση αυτή παραμένει άγνωστο το μέχρι ποιού σημείου αύξησης των οικονομικών δυσκολιών και της κοινωνικής πίεσης, διατηρείται η ωφέλιμη «ρυθμιστική ικανότητα» του αλκοόλ.

Είναι πιθανόν σε καταστάσεις συσσωρευόμενης «πίεσης» και προβλημάτων, από κάποιο σημείο και μετά η «αυτοθεραπευτική» / «συναισθηματο-ρυθμιστική» δράση του αλκοόλ για ολοένα και μεγαλύτερα κομμάτια του πληθυσμού να μην αρκεί, με αποτέλεσμα κατ'αρχάς την αύξηση της κατανάλωσης με την προσδοκία αύξησης του αυτοθεραπευτικού αποτελέσματος βραχυπρόθεσμα²¹⁴. Αυτή η αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, μακροπρόθεσμα, θα έχει σαν συνέπεια όχι μόνο την μείωση της ικανότητας επίλυσης των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων αλλά και την πρόκληση νέων προβλημάτων σχετιζόμενων με την χρήση αλκοόλ. Την υπόθεση αυτή έμμεσα επιβεβαιώνουν ευρήματα που δείχνουν ισχυρότερη «προφυλακτική» συσχέτιση της ήπιας χρήσης αλκοόλ για εκβάσεις υγείας που αφορούν συμπτώματα της τρέχουσας ψυχολογικής κατάστασης σε σχέση με περισσότερο κλινικά σημαντικές εκβάσεις όπως η παρουσία ψυχιατρικών διαγνώσεων¹³². Η χρήση αλκοόλ με την προσδοκία διαχείρισης/αντιμετώπισης προβλημάτων της καθημερινότητας (coping) έχει επιβεβαιωθεί ως ισχυρός παράγοντας και προγνωστικός δείκτης ανάπτυξης ψυχολογικών δυσκολιών²²⁸⁻²³⁰.

Σε όσους, από την άλλη πλευρά, αρκούνται στην «αυτοθεραπευτική» δράση της ήπιας χρήσης αλκοόλ ή αυξάνουν την ποσότητα μέχρι εκεί που δεν προκαλούνται προβλήματα από την χρήση, είναι πιθανόν να μην εμφανίζονται αρνητικές εκβάσεις,

ακόμα και με υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ^{100,105,125,127,134,231}. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω οι ωφέλιμες και επιβλαβείς συνέπειες της χρήσης αλκοόλ βρίσκονται πολύ κοντά και διαμεσολαβούνται από ένα πολύ μικρό μεταβατικό δοσολογικό εύρος, που βρίσκεται λίγο πάνω από την μέτρια κατανάλωση, εντός του οποίου οι ωφέλιμες συνέπειες είναι σε μια ενδεχομένως προσωρινή ισορροπία με τις αρνητικές.

Τα όρια της ωφέλιμης ή μη-επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ μπορούν να προσδιοριστούν σε επίπεδο πληθυσμών από την διεξοδική μελέτη της σχέσης που τα διάφορα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να εμφανίζουν με την σωματική και ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής σε διαφορετικές υποομάδες και υποπληθυσμούς με ιδιαίτερα πολιτισμικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά. Τα δοσολογικά όρια της ωφέλιμης χρήσης, ακόμα και αν προσδιοριστούν με μεγαλύτερη σαφήνεια σε πληθυσμιακό επίπεδο, αναμένεται να βρίσκονται πολύ κοντά με τα όρια της επιβλαβούς χρήσης, όπως ήδη έχει αναφερθεί. Η διαπίστωση αυτή υποδηλώνει πιθανή ετερογένεια οφειλόμενη σε ατομικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την μετάβαση από την «ωφέλιμη» στην «επιβλαβή» χρήση. Η μέχρι σήμερα ασυμφωνία για την υιοθέτηση διεθνώς αποδεκτών ορίων ήπιας χρήσης²³² είναι ενδεικτική της πολυπλοκότητας και της εξάρτησης από ιδιοσυγκρασιακούς και πολιτισμικούς παράγοντες που μπορεί να παρουσιάζει η επίδραση της αλκοόλης στον ανθρώπινο ψυχισμό.

Μέρος αυτής της πολυπλοκότητας αφορά την πιθανότητα μετάβασης από την ήπια κατανάλωση, που είναι ο κανόνας σε πολλές κουλτούρες, στην υψηλή κατανάλωση και από την υψηλή κατανάλωση στην ανάπτυξη προβλημάτων χρήσης αλκοόλ²³³. Αν και σε μεγάλο βαθμό είναι ασαφές το ποιοι παράγοντες υποδηλώνουν αυξημένη πιθανότητα υπέρβασης αυτού του ορίου, μέχρι σήμερα έχουν μελετηθεί η χαμηλή ανοχή στο αλκοόλ (“low level of response”)²³⁴ ή άλλες ουσίες^{119,236}, το περιβάλλον των συνομηλίκων²³⁷, η χρήση αλκοόλ κατά την εφηβεία²³⁸, χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η αναζήτηση απόλαυσης (“sensation seeking”), η χαμηλή ανοχή στο stress και η παρορμητικότητα²³⁹⁻²⁴⁴, οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες του ατόμου από την χρήση, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης για την αντιμετώπιση προβλημάτων ή ψυχολογικών συμπτωμάτων^{242,245,246} και γενετικοί/γονιδιακοί παράγοντες²⁴⁷⁻²⁴⁹.

Η περαιτέρω μελέτη τέτοιων παραγόντων θα μπορούσε να βοηθήσει στον προσδιορισμό των ατόμων για τους οποίους η ήπια κατανάλωση αλκοόλης είναι πιθανότερο να είναι ωφέλιμη για την ψυχική υγεία συν-υπολογίζοντας τους πιθανούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας εκτροπής από την ήπια-ωφέλιμη

χρήση αλκοόλ και ανάπτυξης «διαταραχών χρήσης αλκοόλ». Μια τέτοια δυνατότητα πολυπαραγοντικής προσέγγισης της σχέσης οφέλους/κινδύνου από την χρήση αλκοόλ θα βοηθούσε στον πιο εξατομικευμένο καθορισμό των επιπέδων της ωφέλιμης χρήσης^{142,250}. Σε κάθε περίπτωση με τα μέχρι σήμερα δεδομένα δεν μπορεί να υποστηριχθεί η αλλαγή της κατεύθυνσης της συμβουλευτικής για θέματα αλκοόλ προτείνοντας καθολικά την ήπια χρήση, αλλά από την άλλη η καθολική συμβουλή για πλήρη αποχή από το αλκοόλ δεν μπορεί να θεωρηθεί βάσιμη. Σίγουρα σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού όπως οι έχοντες ιστορικό εξάρτησης ή προβληματικής χρήσης ουσιών η συμβουλευτική υπέρ της αποχής είναι μονόδρομος, ενώ σε άλλες ομάδες όπως οι πάσχοντες από διαβήτη η χορήγηση ήπιας ποσότητας αλκοόλ φαίνεται να υπερέχει της χορήγησης εικονικού φαρμάκου στις καρδιαγγειακές εκβάσεις και την ρύθμιση του σακχάρου^{84,85}. Για τη υπόλοιπη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού η συμβουλευτική για την χρήση αλκοόλ πρέπει να γίνει εξατομικευμένα, λαμβάνοντας υπόψη την πολυπαραγοντική σχέση χρήσης αλκοόλ και υγείας και σε κάθε περίπτωση καθιστώντας το άτομο ενήμερο και υπεύθυνο για την ορθολογική χρήση της αλκοόλης.

Τέλος, η έρευνα γύρω από τις επιδράσεις της μη-παθολογικής χρήσης αλκοόλης στην υγεία, ανοίγει το δρόμο για αντίστοιχες μελέτες και σε άλλες φυσικές ουσίες που η χρήση τους χάνεται στα βάθη αιώνων τοπικών παραδόσεων και που σήμερα είναι σε σημαντικό βαθμό ενταγμένες στις συνήθειες των σύγχρονων κοινωνιών, όπως η υπερικίνη²⁵¹, το χαμομήλι^{252,253}, το φυτό ΚΑΒΑ στον ειρηνικό²⁵⁴ και το Ginkgo Bloca στην Κίνα²⁵⁵. Η αδυναμία κερδοφορίας σε ευρεία βάση από την εμπορική εκμετάλλευση τους και ίσως η ταύτισή τους με ένα τρόπο άσκησης της ιατρικής που δεν αποδέχεται το πείραμα ως μέσο απόκτησης τεκμηρίωσης, αποτελούν βασικούς λόγους που η έρευνα γύρω από την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες της χρήσης τους δεν έχει προχωρήσει. Η διεξοδική μελέτη της χρήσης αυτών των ουσιών είναι χρήσιμη αφενός μεν για να προσδιοριστεί τυχόν αποτελεσματικότητά τους σε μια σειρά καταστάσεις οι οποίες είναι πολύ συχνές και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτή θεραπεία όπως π.χ. στην δυσθυμία, ή την ήπια κατάθλιψη και αφετέρου, για να αποκαλυφθούν πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις που μπορεί να υποκρύπτει η χρήση τους, όπως π.χ. η αναστολή του μεταβολισμού άλλων συγχορηγούμενων φαρμάκων που προκαλείται από την υπερικίνη^{256,257}, που μπορεί να παραβλέπονται εξαιτίας της λανθασμένης ταύτισης της έννοιας «φυσικός» με την έννοια «ακίνδυνος» και της αίσθησης ασφάλειας που προκύπτει από την εμπειρία παραδοσιακής χρήσης.

Κλείνοντας, πρέπει να επισημανθεί ότι οι συσχετίσεις του αλκοόλ με την παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών που παρουσιάζονται στην παρούσα διατριβή δεν σημαίνουν απαραίτητα και την αιτιολογική τους συνάφεια. Προκειμένου να αποδειχτεί η σχέση αιτίας-αιτιατού μεταξύ ήπιας χρήσης αλκοόλ και μικρότερης πιθανότητας εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών θα πρέπει να πληρούνται και μεταξύ άλλων οι εξής προϋποθέσεις: επιβεβαίωση της σχέσης σε διαφορετικά πλαίσια και με διαφορετικές μεθοδολογίες, δόσοεξαρτώμενο αποτέλεσμα στην σχέση, βιολογική – θεωρητική επεξήγηση των παρατηρούμενων συσχετίσεων και ασφαλώς, πειραματική επιβεβαίωση με την ενεργό κατανομή του υπό μελέτη παράγοντα σε συνθήκες τυχαιοποίησης²⁵⁸. Δεδομένου ότι προς το παρόν και μεσοπρόθεσμα τουλάχιστον η διενέργεια πειραματικών μελετών με την μακροχρόνια χορήγηση αλκοόλης σε συνθήκες τυχαιοποίησης είναι δύσκολη έως ανέφικτη, για ηθικούς κυρίως λόγους, οι πληροφορίες μας γύρω από την πιθανή αιτιολογική συνάφεια ήπιας χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας θα πρέπει να βασιστεί σε μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης όπου με διεξοδικές μεθόδους και συχνές μετρήσεις θα αξιολογείται η σχέση της ήπιας χρήσης αλκοόλ με διάφορους δείκτες ψυχικής υγείας σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, λαμβάνοντας υπόψη πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες, όπως παράγοντες προσωπικότητας ή γενικότερου τρόπου ζωής ή γενετικούς παράγοντες που να προδιαθέτουν ταυτόχρονα στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών και την χαμηλή ανοχή στη χρήση αλκοόλ.

7.5 Επίλογος

Το αλκοόλ είναι η πλέον διαδεδομένη και πολυσήμαντη ψυχοδραστική ουσία τόσο σήμερα όσο και ιστορικά. Η διεξοδική μελέτη των επιδράσεων που μπορεί να έχει στην ψυχική υγεία αποτελεί θέμα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την πλευρά της δημόσιας υγείας, μεταξύ άλλων ειδικά για τους εξής λόγους:

1) Η πλειοψηφία του παγκόσμιου πληθυσμού δεν καταναλώνει αλκοόλ και μεγάλο μέρος μπορεί να άλλαζε την συμπεριφορά του αυτή αν γνώριζε ότι η ήπια χρήση ωφελεί.

2) είναι καλά αποδεδειγμένο ότι η ήπια χρήση βοηθά σε κάποιες καταστάσεις σωματικής υγείας π.χ. διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα

3) μολονότι η μεγάλη πλειοψηφία όσων καταναλώνουν αλκοόλ δεν αντιμετωπίζει προβλήματα από την χρήση του, η μειοψηφία που θα αναπτύξει προβλήματα χρήσης αλκοόλ θα υποφέρει σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα και σοβαρά προβλήματα υγείας.

4) τα όρια μεταξύ ωφέλιμης και επιβλαβούς χρήσης είναι ασαφή, βρίσκονται κοντά και επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες.

8. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αλκοόλ είναι παρόν σε όλα τα στάδια εξέλιξης του ανθρώπινου πολιτισμού, εδώ και τουλάχιστον 10000 χρόνια, αποτελώντας την πλέον διαδεδομένη ψυχοδραστική ουσία. Η επίδραση του αλκοόλ στην σωματική υγεία φαίνεται να είναι δόσοεξαρτώμενη και μη-γραμμική, “σχήματος-U”. Σε ότι αφορά την σχέση του αλκοόλ με την ψυχική υγεία η πλειονότητα των μελετών εστιάζεται στις καταστροφικές συνέπειες της βαριάς/προβληματικής χρήσης αλκοόλ ενώ τα δεδομένα που αφορούν την ήπια χρήση είναι περιορισμένα και αντικρουόμενα.

ΣΤΟΧΟΣ της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων επιπέδων χρήσης αλκοόλ με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές.

ΔΕΙΓΜΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε α) δείγμα ασθενών ΠΦΥ από 14 χώρες που προσδιορίστηκε με διαστρωματοποιημένη δειγματοληψία (N=5438), ένα μέρος του οποίου, παρακολουθήθηκε διαχρονικά για ένα έτος (N=3201) και β) πανελλήνια αντιπροσωπευτικό δείγμα από την κοινότητα (N=4894). Η κατανάλωση αλκοόλ και τα προβλήματα από την χρήση αλκοόλ μετρήθηκαν με το εργαλείο AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Η ψυχιατρική νοσηρότητα προσδιορίστηκε με την βοήθεια δομημένων ψυχιατρικών συνεντεύξεων [Composite International Diagnostic Interview (CIDI) και Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R), αντίστοιχα για κάθε δείγμα].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ήπια έως μέτρια χρήση αλκοόλ, που ορίζεται έως 280 γρ. καθαρής αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και 140 γρ. για τις γυναίκες, είναι συχνότερη από την αποχή ή την προβληματική χρήση. Η ήπια έως μέτρια χρήση αλκοόλ δεν σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε σχέση με την αποχή, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να προφυλάσσει από την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων μεσοπρόθεσμα. Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και παρουσίας κατάθλιψης ή αγχωδών διαταραχών διαμεσολαμβάνεται σε σημαντικό βαθμό από την πρόκληση «προβλημάτων χρήσης αλκοόλ» ή συνδρόμου «εξάρτησης». Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ από μόνη της, όταν δεν προκαλεί «διαταραχές χρήσης αλκοόλ», δεν σχετίζεται με αυξημένη παρουσία κοινών ψυχικών διαταραχών. Οι κοινωνικοδημογραφικοί και σχετιζόμενοι με την σωματική υγεία παράγοντες, επηρεάζουν ελαφρά την σχέση αλκοόλ και ψυχικής υγείας. Τα διάφορα επίπεδα χρήσης αλκοόλ σχετίζονται με μικρότερη πιθανότητα παρουσίας ψυχικών διαταραχών στους έχοντες οικονομικές δυσκολίες σε σχέση με όσους δεν αναφέρουν

σημαντικές οικονομικές δυσκολίες, στους μεγαλύτερους ηλικιακά συμμετέχοντες (>40 ετών) και στους ασθενείς ΠΦΥ σε σχέση με τους συμμετέχοντες από την κοινότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα προβλήματα από την χρήση αλκοόλ (και όχι η βαριά κατανάλωση) σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχιατρικών διαταραχών αλλά η ήπια χρήση μπορεί να είναι ωφέλιμη για κάποιους ανθρώπους. Η εντονότερη αντίστροφη συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ με την παρουσία ψυχικών διαταραχών, στις ομάδες των ανθρώπων με περισσότερα οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας, δείχνει έμμεσα ότι η χρήση αλκοόλ μπορεί να λειτουργεί «ρυθμιστικά» σε περιπτώσεις εξωτερικής πίεσης. Περαιτέρω διαχρονική έρευνα είναι απαραίτητη για να προσδιοριστούν τα δοσολογικά όρια της πιθανής ωφέλιμης χρήσης και δείκτες ή παράγοντες κινδύνου που υποδηλώνουν αυξημένη πιθανότητα μετάπτωσης από την ήπια χρήση αλκοόλ στην βαριά και ανάπτυξης προβλημάτων χρήσης αλκοόλ. Σε κάθε περίπτωση τα οφέλη στην ψυχική υγεία από την ήπια χρήση αλκοόλ πρέπει να σταθμιστούν σε σχέση με τον κίνδυνο ανάπτυξης «προβλημάτων χρήσης αλκοόλ» σε κάποιους από τους ήπιους χρήστες.

9. ABSTRACT

INTRODUCTION: Alcohol is present in all stages of development of human civilization, constituting the most widely used psychoactive substance. Alcohol effects on physical health are dose related and non linear, simulating a “U-shape” association. Considering alcohol-mental health association, the majority of relevant studies has focused on the harmful effects of heavy/problematic alcohol consumption, while studies about moderate alcohol consumption are limited and present controversial results.

AIM: The current thesis aims to study is to study the association between varying levels of alcohol consumption and depressive/anxiety disorders.

METHODS: 2 samples are used a) a cross-cultural sample of primary care attenders from 14 countries (N=5438), a subset of which was followed-up for 1 year (N=3201) and b) a nationally representative cross-sectional sample from Greece (N=4894). Alcohol consumption and related problems were measured with AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Depression and anxiety disorders were assessed using structured clinical interviews [Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R), for each sample respectively].

RESULTS: Mild to moderate alcohol consumption (up to 280gr/week of pure alcohol for men and 140gr/week for women) is more common than alcohol abstinence or harmful alcohol consumption. Mild to moderate alcohol consumption is not associated with higher prevalence of common mental disorders compared to abstinence, while there is some evidence that it may be protective regarding a new onset of depression or generalized anxiety disorder. The association between heavy alcohol consumption and depression/anxiety is strongly mediated by the development of alcohol related problems or alcohol dependence. The association between alcohol consumption and mental health is mildly mediated by socioeconomic and physical health related factors. Alcohol consumption is associated with lower prevalence of common mental disorders in subgroups of participants facing severe financial difficulties compared to participants with less financial difficulties, and in older comparing to younger (<40 years old) participants as well as in participants from primary care compared to those from the community.

CONCLUSION: Alcohol related problems (and not heavy alcohol consumption per se) are associated with higher prevalence of common mental disorders while moderate alcohol

consumption may be beneficial for some people. The stronger association of moderate alcohol consumption with lower prevalence of common mental disorders in the subgroups of participants with more severe financial difficulties or physical health problems indirectly shows that alcohol use may play a “buffering” role between external psychosocial stressors and the development of common mental disorders. Further evidence from observational studies should be yielded to determine more specifically the dose-range of beneficial alcohol consumption and identify possible risk factors for developing alcohol use disorders. In any case, the potentially beneficial effects of moderate alcohol consumption on mental health should be balanced against the risks of developing alcohol use disorders and related problems among moderate users.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Standage, T. (2006). A history of the world in six glasses. Atlantic Books.
2. Gately I. (2009). Drink: a cultural history of alcohol. Gotham Books.
3. Μαρτινίδης, Γ., Τούνα, Ε. (2011). «Η ιστορία της χρήσης και της κατάχρησης του αλκοόλ.» Σύναψις1(7): 64-74.
4. Room R, Babor T & Rehm J (2005). Alcohol and public health. The lancet, 365(9458), 519-530.
5. Nutt D, King LA, Saulsbury W & Blakemore C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. The Lancet Medical Journal, 369: 1047-1053.
6. Nutt D, King LA, Phillips LD, et al (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, The Lancet, Volume 376, Issue 9752, 6–12, 1558-1565,
7. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, et al (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis, Addiction 95 pp. 1505–1523.
8. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, et al (2010) Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol Mar 30;55(13):1339-47.
9. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, et al (2006) Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. Arch Intern Med. 2006 Dec 11-25;166(22):2437-45.
10. Klatsky AL, Udaltsova N. (2007) Alcohol drinking and total mortality risk. Ann Epidemiol 17(suppl):S63–S67
11. Bellos S, Skapinakis P, Rai D, et al (2013). Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: Secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Drug and alcohol dependence, 133(3), 825-831
12. Μαρσέλος Μ, (1997) Εξαρτησιογόνες ουσίες, Εκδ. Τυπωθήτω
13. Davies M. (2003). The role of GABAA receptors in mediating the effects of alcohol in the central nervous system. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 28(4), 263.
14. Kumar S, Porcu P, Werner DF, et al (2009). The role of GABAA receptors in the acute and chronic effects of ethanol: a decade of progress. Psychopharmacology, 205(4), 529-564.
15. Allgaier C. (2002). Ethanol sensitivity of NMDA receptors. Neurochemistry international, 41(6), 377-382.
16. Krystal JH, Petrakis IL, Mason G, et al (2003). "N"-methyl-d-aspartate glutamate receptors and alcoholism: reward, dependence, treatment, and vulnerability. Pharmacology & therapeutics, 99(1), 79-94.
17. Ehringer MA, Clegg HV, Collins AC, et al (2007). Association of the neuronal nicotinic receptor $\beta 2$ subunit gene (CHRNA2) with subjective responses to alcohol and nicotine. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 144(5), 596-604.
18. Hurst R, Rollema H & Bertrand D (2013). Nicotinic acetylcholine receptors: from basic science to therapeutics. Pharmacology & therapeutics, 137(1), 22-54.
19. Enoch MA, Gorodetsky E, Hodgkinson C, et al (2010). Functional genetic variants that increase synaptic serotonin and 5-HT3 receptor sensitivity predict alcohol and drug dependence. Molecular psychiatry, 16(11), 1139-1146.
20. Seneviratne C, Franklin J, Beckett K, et al (2013). Association, interaction, and replication analysis of genes encoding serotonin transporter and 5-HT3 receptor subunits A and B in alcohol dependence. Human genetics, 132(10), 1165-1176.
21. Martin CS, Earleywine M, Musty RE, et al (1993). Development and validation of the biphasic alcohol effects scale. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17(1), 140-146

22. Josephs RA & Steele CM (1990). The two faces of alcohol myopia: attentional mediation of psychological stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(2), 115.
23. Steele CM & Southwick L (1985). Alcohol and social behavior: I. The psychology of drunken excess. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 18.
24. MacDonald TK, Fong GT, Zanna MP & Martineau AM (2000). Alcohol myopia and condom use: Can alcohol intoxication be associated with more prudent behavior?. *Journal of personality and social psychology*, 78(4), 605.
25. George WH & Stoner SA. (2000). Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annual review of sex research*, 11(1), 92-124.
26. Giancola PR (2000). Executive functioning: a conceptual framework for alcohol-related aggression. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 8(4), 576.
27. Bègue L, & Subra B (2008). Alcohol and aggression: Perspectives on controlled and uncontrolled social information processing. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 511-538.
28. Lane SD, Cherek DR, Pietras CJ & Tcheremissine OV (2004). Alcohol effects on human risk taking. *Psychopharmacology*, 172(1), 68-77.
29. Hull JG & Bond CF (1986). Social and behavioral consequences of alcohol consumption and expectancy: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 99(3), 347.
30. Peterson JB, Rothfleisch J, Zelazo PD & Pihl RO (1990). Acute alcohol intoxication and cognitive functioning. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 51(2), 114.
31. Schweizer TA, Vogel-Sprott M, Danckert J, et al (2005). Neuropsychological profile of acute alcohol intoxication during ascending and descending blood alcohol concentrations. *Neuropsychopharmacology*, 31(6), 1301-1309.
32. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, et al (2008). Acute alcohol intoxication. *European Journal of Internal Medicine*, 19(8), 561-567.
33. Gjerde H, Normann PT, Christophersen AS, et al (2011). Alcohol, psychoactive drugs and fatal road traffic accidents in Norway: a case-control study. *Accident Analysis & Prevention*, 43(3), 1197-1203.
34. Bogstrand ST, Gjerde H, Normann PT, et al (2012). Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents-a case-control study. *BMC public health*, 12(1), 73
35. Foran HM & O'Leary KD (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1222-1234.
36. Hughes K, Anderson Z, Morleo M & Bellis MA (2008). Alcohol, nightlife and violence: the relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*, 103(1), 60-65.
37. Pridemore WA & Chamlin MB. (2006). A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956-2002*. *Addiction*, 101(12), 1719-1729
38. Rehm J, Shield KD, Joharchi N & Shuper PA (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 107(1), 51-59
39. Li D, Zhao H, & Gelernter J (2011). Strong Association of the Alcohol Dehydrogenase 1B Gene ("ADH1B") with Alcohol Dependence and Alcohol-Induced Medical Diseases. *Biological psychiatry*, 70(6), 504-512.
40. Μαυρέας Β, (2005) Περιγράφοντας τον Αλκοολισμό: υγρά» και «ξηρά» πολιτισμικά περιβάλλοντα, *Σύναψις* 1α, 58-63
41. Peele S. (1985) *The meaning of addiction: an unconventional view*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
42. Thornton, M. (1991). Alcohol prohibition was a failure. *Policy Analysis*, 157.

43. Olusanya, O (2013). Armed forces, alcohol abuse and responsibility for war-time violence: applying the attention-allocation model. *Psychiatry, Psychology and Law*, 20(1), 105-122.
44. Ahern J, Galea S, Hubbard A, et al (2008). "Culture of drinking" and individual problems with alcohol use. *American journal of epidemiology*, 167(9), 1041-1049.
45. Barrientos-Gutierrez T, Gimeno D, Mangione TW, et al (2007) Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 worksites. *Occup Environ Med* 64:602-8.
46. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, et al (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*, 9(1), 450.
47. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2224-2260.
48. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, et al (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41(suppl 1), i8-i18.
49. Blazer D & Wu LT (2009). The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1162-1169.
50. Kuntsche E, Rehm J, & Gmel G (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social science & medicine*, 59(1), 113-127.
51. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD & Jones SE (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1), 76-85.
52. Viner RM, & Taylor B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 61(10), 902-907.
53. Grucza RA., Norberg E & Bierut, LJ (2009). Binge drinking among youths and young adults in the United States: 1979–2006. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(7), 692-702.
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Vital signs: binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults-United States, 2010. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 61(1), 14.
55. Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, et al (2003). Binge drinking among US adults. *Jama*, 289(1), 70-75.
56. Connor J, Norton R, Ameratunga S & Jackson, R (2004). The contribution of alcohol to serious car crash injuries. *Epidemiology*, 15(3), 337-344.
57. Valencia-Martín JL, Galan I, & Rodríguez-Artalejo F. (2008). The joint association of average volume of alcohol and binge drinking with hazardous driving behaviour and traffic crashes. *Addiction*, 103(5), 749-757.
58. Shield KD, Gmel G, Patra J & Rehm J (2012). Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption. *Popul Health Metr*, 10(9).
59. Rehm J, Room R, Graham K, et al (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.
60. Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, et al (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the US, 2006. *American journal of preventive medicine*, 41(5), 516-524.
61. Zemore SE (2007). Acculturation and alcohol among Latino adults in the United States: a comprehensive review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(12), 1968-1990.
62. Lara M, Gamboa C, Kahramanian MI, et al (2005). Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 367-397.

63. Vaeth PA, Caetano R & Rodriguez LA (2012). The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): The association between acculturation, birthplace and alcohol consumption across Hispanic national groups. *Addictive behaviors*, 37(9), 1029-1037
64. Popova S, Rehm J, Patra J & Zatonski W. (2007). Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and alcoholism*, 42(5), 465-473.
65. Pomerleau J, McKee M, Rose R, et al (2008). Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol and Alcoholism*, 43(3), 351-359.
66. ICD-10. World Health Organization, 2001
67. Mathers CD & Loncar D (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
68. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360(9343), 1347-1360.
69. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
70. Oscar-Berman M & Marinković K (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology review*, 17(3), 239-257.
71. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A & La Vecchia C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive medicine*, 38(5), 613-619.
72. Moskal A, Norat T, Ferrari P & Riboli E. (2007). Alcohol intake and colorectal cancer risk: A dose-response meta-analysis of published cohort studies. *International journal of cancer*, 120(3), 664-671.
73. Reynolds K, Lewis B, Nolen JDL, et al (2003). Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *Jama*, 289(5), 579-588.
74. Lönnroth K, Williams BG, Stadlin S, et al (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis—a systematic review. *BMC public health*, 8(1), 289.
75. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al (2013). Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Annals of oncology*, 24(2), 301-308.
76. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, et al (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. Feb 22;342:d671.
77. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN (2004) Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med* 140(3):211–219.
78. Koppes LL, Dekker JM, Hendriks et al. (2005). Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes care*, 28(3), 719-725.
79. Letenneur, L. (2004). Risk of dementia and alcohol and wine consumption: a review of recent results. *Biological research*, 37(2), 189-193.
80. Patra J, Taylor B, Irving H, et al (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types-a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10(1), 258.
81. Upmark M, Möller J & Romelsjö A, (1999). Longitudinal, population-based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *Journal of epidemiology and community health*, 53(4), 223-229.
82. Karlamangla AS, Sarkisian CA, Kado DM, et al (2009) Light to moderate alcohol consumption and disability: variable benefits by health status. *Am J Epidemiol.* an 1;169(1):96-104.
83. Skogen JC, Knudsen AK, Mykletun A, et al (2012). Alcohol consumption, problem drinking, abstinence and disability pension award. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Addiction*, 107(1), 98-108.
84. Shai I, Wainstein J, Harman-Boehm I, et al (2007) Glycemic effects of moderate alcohol intake among patients with type 2 diabetes: a multicenter, randomized, clinical intervention trial. *Diabetes Care*. Dec;30(12):3011-6. Epub 2007 Sep 11.

85. Marfella R, Cacciapuoti F, Siniscalchi M, et al (2006) Effect of moderate red wine intake on cardiac prognosis after recent acute myocardial infarction of subjects with Type 2 diabetes mellitus *Diabet Med.* 23(9):974-81.
86. Rimm EB, Klatsky A, Grobbee D & Stampfer MJ (1996). Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits?. *Bmj*, 312(7033), 731-736.
87. Tresserra-Rimbau A, Rimm EB, Medina-Remón A, et al (2014). Polyphenol intake and mortality risk: a re-analysis of the PREDIMED trial. *BMC Medicine*, 12(1), 77.
88. Bagnardi V, Zatonski W, Scotti L, et al (2008). Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*, 62(7), 615-619.
89. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, et al (2007) Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann Epidemiol.* May;17(5 Suppl):S16-23. Review.
90. Ng Fat L & Shelton N. (2012). Associations between self-reported illness and non-drinking in young adults. *Addiction*, 107(9), 1612-1620
91. Holmes, MV, Dale CE, Zuccolo L, et al (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*, 349, g4164.
92. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E & Christodoulou G (2002). Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug and alcohol dependence*, 68(2), 215-220.
93. Sullivan LE, Fiellin DA & O'Connor PG (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American journal of medicine*, 118(4), 330-341.
94. Ogiati P, Liappas I, Malitas P, et al (2006). Depression and social phobia secondary to alcohol dependence. *Neuropsychobiology*, 56(2-3), 111-118.
95. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
96. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, et al (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893-907.
97. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.
98. Grant BF, Goldstein RB, Chou SP, et al (2008). Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular psychiatry*, 14(11), 1051-1066.
99. Haynes JC, Farrell M, Singleton N, et al (2005). Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 544-551.
100. Bulloch A, Lavorato D, Williams J & Patten S (2012). Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. *Depression and anxiety*, 29(12), 1058-1064.
101. Fergusson DM, Boden JM & Horwood LJ (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 260-266.
102. Gilman SE, Abraham HD (2001) A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression, *Drug and Alcohol Dependence* 63 277–286
103. Wang J & Patten S, (2001). Alcohol consumption and major depression: findings from a follow-up study. *Can J Psychiatry*, 46, 632-638.

104. Hartka E, Johnstone B, Leino EV, et al. (1991) A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time. *Br J Addict.* 86(10):1283-98.
105. Perreira KM & Sloan FA (2002). Excess alcohol consumption and health outcomes: a 6-year follow-up of men over age 50 from the health and retirement study. *Addiction*, 97(3), 301-310.
106. Mackie CJ, Castellanos-Ryan N & Conrod PJ (2011). Personality moderates the longitudinal relationship between psychological symptoms and alcohol use in adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(4), 703-716.
107. Bell S & Britton A (2014). An exploration of the dynamic longitudinal relationship between mental health and alcohol consumption: a prospective cohort study. *BMC medicine*, 12(1), 91.
108. Boden JM & Fergusson DM (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914.
109. Crum RM, Storr CL & Chan YF (2005). Depression syndromes with risk of alcohol dependence in adulthood: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*, 79(1), 71-81.
110. Kuo PH, Gardner CO, Kendler KS, Prescott CA. The temporal relationship of the onsets of alcohol dependence and major depression: using a genetically informative study design. *Psychol Med* 2006; 36: 1153–1162.
111. Zilberman ML, Tavares H, Blume SB & el-Guebaly, N. (2003). Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian journal of psychiatry*, 48(1), 5-13.
112. Neff JA, Husaini BA (1982) Life events, drinking patterns and depressive symptomatology. *J. Stud. Alcohol* 43, 301–318.
113. Bell RA, Keeley KA, Buhl JM (1977). Psychopathology and life events among alcohol users and nonusers. In: Seixas, F.A. (Ed.), *Currents in Alcoholism*, Vol. 2. Grune and Stratton, New York, pp. 103–123.
114. Roberts R, Brunner E, Marmot M (1995). Psychological factors in the relationship between alcohol and cardiovascular morbidity. *Soc. Sci. Med.* 41, 1513–1516.
115. Vaillant G.E, 1995. *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge, MA, Harvard University Press
116. Power C, Rodgers B & Hope S (1998). U-shaped relation for alcohol consumption and health in early adulthood and implications for mortality. *The Lancet*, 352(9131), 877.
117. Peele S, Brodsky A (2000) Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug Alcohol Depend.* Nov 1;60(3):221-47. Review.
118. Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, et al (2000). Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30(02), 421-432.
119. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M (2001) Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*. Nov;96(11):1603-14
120. Caldwell TM, Rodgers B, Jorm AF, et al. (2002) Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*. May;97(5):583-94
121. Alati R, Lawlor DA, Najman JM, et al (2005) Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes. *Addiction*. May;100(5):643-51.
122. O'Donnell K, Wardle J, Dantzer C, Steptoe A (2006) Alcohol consumption and symptoms of depression in young adults from 20 countries. *J Stud Alcohol* 67(6):837-40,
123. Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, et al (2009). Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. *Addiction*, 104(9), 1519-1529.

124. Mathiesen EF, Nome S, Eisemann M & Richter J (2012). Drinking patterns, psychological distress and quality of life in a Norwegian general population-based sample. *Quality of Life Research*, 21(9), 1527-1536.
125. Bell S, Britton A, Kubinova R, et al (2014). Drinking pattern, abstention and problem drinking as risk factors for depressive symptoms: evidence from three urban Eastern European populations. *PloS one*, 9(8), e104384.
126. Noh JW, Juon HS, Lee S, & Kwon YD (2014) Atypical Epidemiologic Finding in Association between Depression and Alcohol Use or Smoking in Korean Male: Korean Longitudinal Study of Aging. *Psychiatry investigation*, 11(3), 272-280.
127. Coelho CL, Laranjeira RR, Santos JL, et al (2014). Depressive symptoms and alcohol correlates among Brazilians aged 14 years and older: a cross-sectional study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 29.
128. Neff JA, (1993) Life stressors, drinking patterns, and depressive symptomatology: Ethnicity and stress-buffer effects of alcohol. *Addict. Behav.* 18, 373–387.
129. Sareen J, McWilliams L, Cox B, Stein MB (2004). Does a U-shaped relationship exist between alcohol use and DSM-III-R mood and anxiety disorders? *J. Affect. Disord.* 82, 113–118
130. Paschall MJ, Freisthler B, Lipton RI (2005) Moderate alcohol use and depression in young adults: findings from a national longitudinal study. *Am J Public Health.* Mar;95(3):453-7.
131. Goldstein BI, Levitt AJ (2006). Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality? Results from a pilot community survey. *Compr Psychiatry.* 2006 Sep-Oct;47(5):330-3. Epub 2006 Apr 21
132. Graham K., Massak A., Demers A., Rehm J. (2007) Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured? *Alcohol Clin Exp Res* 31: 78–88.
133. Saarni SI, Joutsenniemi K, Koskinen S, et al (2008). Alcohol consumption, abstaining, health utility, and quality of life—a general population survey in Finland. *Alcohol and alcoholism*, 43(3), 376-386.
134. Smith GW, Shevlin M, Murphy J & Houston JE (2010). An assessment of the demographic and clinical correlates of the dimensions of alcohol use behaviour. *Alcohol and alcoholism*, 45(6), 563-572.
135. Smith GW & Shevlin M (2008). Patterns of alcohol consumption and related behaviour in Great Britain: a latent class analysis of the alcohol use disorder identification test (AUDIT). *Alcohol and alcoholism*, 43(5), 590-594.
136. Rist F, Glöckner-Rist A & Demmel R (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test revisited: establishing its structure using nonlinear factor analysis and identifying subgroups of respondents using latent class factor analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1), 71-82.
137. Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, et al (2007) Alcohol consumption among older adults in primary care *J Gen Intern Med*, 22 (2007)
138. Lipton RI (1994) The effect of moderate alcohol use on the relationship between stress and depression. *American Journal of Public Health*, 84(12), 1913-1917.
139. Gea A, Beunza JJ, Estruch R, et al (2013). Alcohol intake, wine consumption and the development of depression: the PREDIMED study. *BMC medicine*, 11(1), 192.
140. Gea A, Martinez-Gonzalez MA, Toledo E, et al (2012). A longitudinal assessment of alcohol intake and incident depression: the SUN project. *BMC public health*, 12(1), 954.
141. Tait RJ, French DJ, Burns R & Anstey KJ. (2012). Alcohol use and depression from middle age to the oldest old: gender is more important than age. *International Psychogeriatrics*, 24(08), 1275-1283.
142. Maisto SA, Clifford PR, Stout RL & Davis CM (2007). Moderate Drinking in the First Year After Treatment as a Predictor of Three-Year Outcomes [corrected]. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(3), 419.

143. Paljärvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, et al (2009). Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction*, 104(7), 1168-1178.
144. Mumenthaler MS, Taylor JL, O'Hara R & Yesavage JA (1999) Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol research and health*, 23(1), 55-64.
145. Holmila M & Raitasalo K (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist?. *Addiction*, 100(12), 1763-1769.
146. Üstün TB & Sartorius N (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons.
147. Goldberg DP, Williams P (2000). *General Health Questionnaire (GHQ)*. nferNelson, Swindon, Wiltshire, UK.
148. Dunn G, Pickles A & Tansella M. (1999). Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *The British Journal of Psychiatry*, 174(2), 95-100.
149. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, et al (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *The British Journal of Psychiatry*, 159(5), 645-653.
150. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
151. Sobell LC, Sobell MB 1995. Alcohol consumption measures. In: Allen, J.P., Colubmus, M. (Eds.), *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*, NIAAA, Bethesda
152. Shakeshaft AP, Bowman JA & Sanson-Fisher RW (1999). A comparison of two retrospective measures of weekly alcohol consumption: diary and quantity/frequency index. *Alcohol and Alcoholism*, 34(4), 636-645.
153. Bergman H & Källmén H (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and alcoholism*, 37(3), 245-251
154. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory care quality improvement project (ACQUIP). alcohol use disorders identification test. *Arch Intern Med* 158:1789-1795.
155. Shevlin M & Smith GW (2007). The factor structure and concurrent validity of the alcohol use disorder identification test based on a nationally representative UK sample. *Alcohol and Alcoholism*, 42(6), 582-587.
156. National Health and Medical Research Council, 2009. *Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol*. Canberra
157. Lucas N, Windsor TD, Caldwell TM & Rodgers B (2009). Psychological distress in non-drinkers: associations with previous heavy drinking and current social relationships. *Alcohol and alcoholism*, agp080.
158. Rodgers B, Parslow R & Degenhardt L (2007). Affective disorders, anxiety disorders and psychological distress in non-drinkers. *Journal of affective disorders*, 99(1), 165-172.
159. Room R, Mäkelä K (2000). Typologies of the cultural position of drinking J. *Stud. Alcohol*, 61 pp. 475-483.
160. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G (1992) Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med*, 22:465-486.
161. Patton GC, Coffey C, Posterino M, et al (1999) A computerised screening instrument for adolescent depression: population-based validation and application to a two-phase case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Mar;34(3):166-72.
162. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 178:228-233.

163. Pez O, Gilbert F, Bitfoi A, et al (2010) Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45:1149-1159
164. Skapinakis P, Anagnostopoulos F, Bellos S, et al (2011) An empirical investigation of the structure of anxiety and depressive symptoms in late adolescence: cross-sectional study using the Greek version of the revised clinical interview schedule. *Psychiatry Res* 2011, 186:419-426.
165. Lewis G, Pelosi AJ, Glover E, et al (1988) The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychol Med*, (18):737-745.
166. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, et al (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, 13(1), 163.
167. Moussas G, Dadouti G, Douzenis A, et al (2009). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Reliability and validity of the Greek version. *Annals of general psychiatry*, 8(1), 11.
168. Reinert DF, Allen JP (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 31:185-199.
169. Aalto M, Alho H, Halme JT, Seppd K, (2009). AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey *Drug Alcohol Depend*, 103:25-29.
170. Johnson JA, Lee A, Vinson D, & Seale JP (2013). Use of AUDIT-Based Measures to Identify Unhealthy Alcohol Use and Alcohol Dependence in Primary Care: A Validation Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(s1), E253-E259.
171. Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, et al, (2010). Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug and alcohol dependence*, 108(1), 29-36.
172. Stata Corporation: *Stata Reference Manual*, release 10.0. College Station, Texas: Stata Press; 2007.
173. Goldstein H. (1995). *Multilevel Statistical Models*, Edward Arnold, London
174. Skrondal A & Rabe-Hesketh S (2008). Multilevel and related models for longitudinal data. In *Handbook of multilevel analysis* (pp. 275-299). Springer New York.
175. Chung T, Colby SM, Barnett NP & Monti PM (2002). Alcohol use disorders identification test: Factor structure in an adolescent emergency department sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 223-231.
176. Gmel G, Heeb JL, & Rehm J. (2001). Is frequency of drinking an indicator of problem drinking? A psychometric analysis of a modified version of the alcohol use disorders identification test in Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2), 151-163.
177. Kelly TM & Donovan JE (2001). Confirmatory factor analyses of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) among adolescents treated in emergency departments. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62(6), 838.
178. Shields AL, Guttmanova K & Caruso JC (2004). An examination of the factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test in two high-risk samples. *Substance use & misuse*, 39(7), 1161-1182
179. Doyle SR, Donovan DM & Kivlahan DR (2007). The factor structure of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 474.
180. Pahlen BVD, Santtila P, Witting K, et al (2008). Factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for men and women in different age groups. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(4), 616.
181. Peng CZ, Wilsnack RW, Kristjanson AF, et al (2012). Gender differences in the factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test in multinational general population surveys. *Drug and alcohol dependence*, 124(1), 50-56.

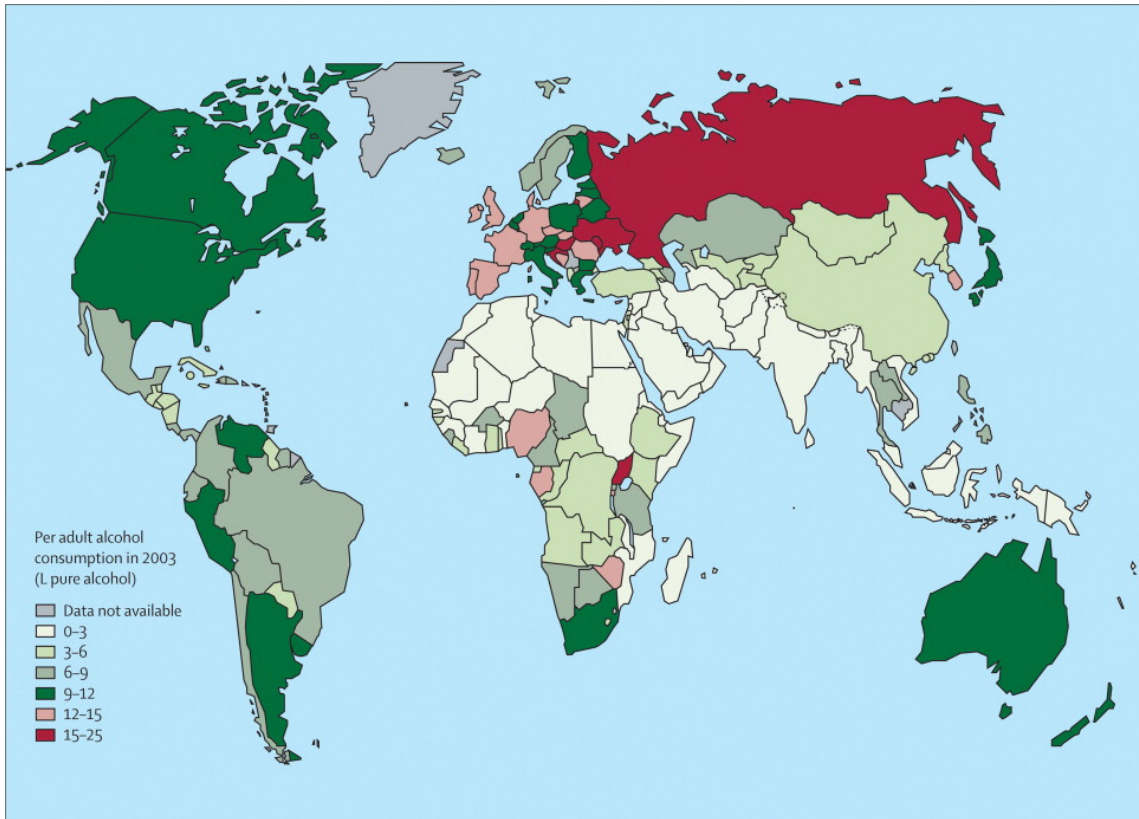
182. Hallinan P, McGilloway S, Dempster M & Donnelly M (2011). Factor structure and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a sample of mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 586-602.
183. Jöreskog KG & Sörbom D, (1996). LISREL 8 user's reference guide. Scientific Software.
184. Gater R, Tansella M, Korten A, et al (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 405-413
185. Gache P, Michaud P, Landry U, et al (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 29(11), 2001-2007.
186. Lyons AC, & Willott SA. (2008). Alcohol consumption, gender identities and women's changing social positions. *Sex roles*, 59(9-10), 694-712.
187. Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC & Harris TR (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
188. Manninen L, Poikolainen K, Vartiainen E, & Laatikainen T. (2006). Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 293-299.
189. Peirce RS, Frone MR, Russell, M, et al (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19(1), 28.
190. Hasin, DS, Goodwin RD, Stinson FS & Grant, BF (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097-1106.
191. Hasin, DS & Grant, BF (2002). Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 794-800.
192. Dixit AR & Crum RM (2000). Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 751-758.
193. Bolton J, Cox B, Clara I & Sareen, J. (2006). Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(11), 818-825.
194. Bolton JM, Robinson J & Sareen J (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of affective disorders*, 115(3), 367-375.
195. Wium-Andersen MK, Ørsted DD, Tolstrup JS & Nordestgaard BG (2014). Increased alcohol consumption as a cause of alcoholism, without similar evidence for depression: a Mendelian randomization study. *International Journal of Epidemiology*, dyu220.
196. Vanheusden K, Lenthe FJV, Mulder CL, et al (2007). Patterns of association between alcohol consumption and internalizing and externalizing problems in young adults. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(1), 49.
197. Krause N. (1995). Stress, alcohol use, and depressive symptoms in later life. *The Gerontologist*, 35(3), 296-307.
198. Marchand A, Demers A, Durand P & Simard M. (2003). The moderating effect of alcohol intake on the relationship between work strains and psychological distress. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 64(3), 419.
199. Boardman JD & Alexander KB (2011). Stress trajectories, health behaviors, and the mental health of black and white young adults. *Social science & medicine*, 72(10), 1659-1666.
200. Powers JR & Young AF (2008). Longitudinal analysis of alcohol consumption and health of middle-aged women in Australia. *Addiction*, 103(3), 424-432.

201. Veenstra, MY, Lemmens PH, Friesema IH, et al (2007). Coping style mediates impact of stress on alcohol use: a prospective population-based study. *Addiction*, 102(12), 1890-1898.
202. Veenstra MY, Lemmens PH, Friesema IH, et al (2006). A literature overview of the relationship between life-events and alcohol use in the general population. *Alcohol and Alcoholism*, 41(4), 455-463.
203. Sacco P, Bucholz KK & Harrington D (2014). Gender Differences in Stressful Life Events, Social Support, Perceived Stress, and Alcohol Use Among Older Adults: Results From a National Survey. *Substance use & misuse*, 49(4), 456-465.
204. Dawson DA, Grant BF & Ruan WJ (2005). The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 453-460.
205. Karno M, Granholm E & Lin A (2000). Factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a mental health clinic sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61(5), 751.
206. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, et al (2005). Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*, 40(6), 584-589.
207. dos Santos, WS, Gouveia VV, Fernandes DP et al (2012). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *J Bras Psiquiatr*, 61(3), 117-23.
208. Saha TD, Chou SP, Grant BF (2006) Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions *Psychol. Med.*, 36 pp. 931–941
209. Proudfoot H, Baillie AJ, Teesson M (2006) The structure of alcohol dependence in the community *Drug Alcohol Depend*, 81, pp. 21–26
210. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, et al (2000). An empirical investigation of the factor structure of the AUDIT. *Psychological Assessment*, 12(3), 346
211. Steppan M, Piontek D & Kraus L (2014). The effect of sample selection on the distinction between alcohol abuse and dependence. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 2.
212. Grant BF & Harford TC (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 39(3), 197-206.
213. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 313-321.
214. Aneshensel CS & Huba GJ (1983) Depression, alcohol use, and smoking over one year: a four-wave longitudinal causal model. *Journal of Abnormal Psychology* 92, 134–150.
215. Marmorstein NR (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(1), 49-59.
216. Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review*, 24(8), 981-1010.
217. Prescott CA, Aggen SH & Kendler KS (2000). Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 803-811.
218. Moos RH, Schutte KK, Brennan PL & Moos BS (2009). Older adults' alcohol consumption and late-life drinking problems: a 20-year perspective. *Addiction*, 104(8), 1293-1302
219. Alati R, Dunn N, Purdie DM, et al (2007). Moderate alcohol consumption contributes to women's well-being through the menopausal transition. *Climacteric*, 10(6), 491-499.
220. Khantzian EJ (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
221. Stewart SH (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120, 83–112.

222. Mueser KT, Drake RE & Wallach MA (1998) Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23, 717-734
223. Riley JL & King C (2009). Self-report of alcohol use for pain in a multi-ethnic community sample. *The Journal of Pain*, 10(9), 944-952.
224. Brennan PL, Schutte KK, & Moos RH (2005). Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*, 100(6), 777-786.
225. Swendsen JD, Tennen H, Carney MA, et al (2000). Mood and alcohol consumption: an experience sampling test of the self-medication hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 109(2), 198.
226. Khantzian EJ (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
227. Shaw BA, Agahi N & Krause N (2011). Are changes in financial strain associated with changes in alcohol use and smoking among older adults?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(6), 917.
228. Moos RH, Schutte K, Brennan P & Moos BS (2004). Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction*, 99(7), 829-838.
229. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, et al (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: a 10-year model. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 159.
230. Carpenter KM & Hasin, DS (1999). Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: A test of three alternative explanations. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60(5), 694.
231. Song TM, An JY, Hayman LL, et al (2014). Stress, depression, and lifestyle behaviors in Korean adults: A latent means and multi-group analysis on the Korea health panel data. *Behavioral Medicine*, (ahead-of-print), 1-10.
232. Furtwaengler NA & Visser RO (2013). Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. *Drug and alcohol review*, 32(1), 11-18
233. Rodriguez-Artalejo F, Andrés Manzano B, Guallar-Castillón P, et al (1999). Association of moderate consumption of alcohol with rates of heavy drinking and abstinence in Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(9), 1502-1506.
234. Schuckit MA & Smith TL (2000). The relationships of a family history of alcohol dependence, a low level of response to alcohol and six domains of life functioning to the development of alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61(6), 827.
235. Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, et al (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 973-979.
236. Sartor CE, Lynskey MT, Heath AC, et al (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102(2), 216-225.
237. Timberlake DS, Hopfer CJ, Rhee SH, et al (2007). College attendance and its effect on drinking behaviors in a longitudinal study of adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(6), 1020-1030.
238. Grant JD, Scherrer JF., Lynskey, MT, et al (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychological medicine*, 36(01), 109-118.
239. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, et al (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review*, 20(2), 235-253.
240. Comeau N, Stewart SH, & Loba P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive behaviors*, 26(6), 803-825.
241. Kendler KS, Kuo PH, Todd Webb B, et al (2006). A joint genomewide linkage analysis of symptoms of alcohol dependence and conduct disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(12), 1972-1977.

242. Howell AN, Leyro TM, Hogan J, et al (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive behaviors*, 35(12), 1144-1147.
243. Dick DM, Smith G, Olausson P, et al (2010). Review: understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction biology*, 15(2), 217-226.
244. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, & Tomasi D (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 52, 321
245. Fromme K, Wit H, Hutchison KE, et al (2004). Biological and behavioral markers of alcohol sensitivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(2), 247-256.
246. Schuckit MA & Smith TL (2006). An evaluation of the level of response to alcohol, externalizing symptoms, and depressive symptoms as predictors of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67(2), 215.
247. Bierut LJ, Agrawal A, Bucholz KK, et al (2010). A genome-wide association study of alcohol dependence. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(11), 5082-5087.
248. Kendler KS, Chen X, Dick D, et al (2012). Recent advances in the genetic epidemiology and molecular genetics of substance use disorders. *Nature neuroscience*, 15(2), 181-189.
249. Agrawal A., Freedman ND, Cheng YC, et al (2012). Measuring alcohol consumption for genomic meta-analyses of alcohol intake: opportunities and challenges. *The American journal of clinical nutrition*, 95(3), 539-547.
250. O'Keefe JH, Bybee KA & Lavie CJ (2007). Alcohol and Cardiovascular HealthThe Razor-Sharp Double-Edged Sword. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(11), 1009-1014.
251. Whiskey E, Werneke U & Taylor D, (2001). A systematic review and meta-analysis of *Hypericum perforatum* in depression: a comprehensive clinical review. *International clinical psychopharmacology*, 16(5), 239-252.
252. Amsterdam JD, Li Y, Soeller I, et al (2009). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral *Matricaria recutita* (chamomile) extract therapy of generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 29(4), 378.
253. Amsterdam, JD, Shults J, Soeller I, et al (2012). Chamomile (*Matricaria recutita*) May Have Antidepressant Activity in Anxious Depressed Humans-An Exploratory Study. *Alternative therapies in health and medicine*, 18(5), 44.
254. Sarris J, Stough C, Bousman CA, et al (2013). Kava in the treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(5), 643-648.
255. Sarris J, Panossian A, Schweitzer I, et al (2011). Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: a review of psychopharmacology and clinical evidence. *European Neuropsychopharmacology*, 21(12), 841-860.
256. Borrelli F & Izzo AA (2009). Herb–drug interactions with St John's wort (*Hypericum perforatum*): an update on clinical observations. *The AAPS journal*, 11(4), 710-727.
257. Markowitz JS, Donovan JL, DeVane CL, et al (2003). Effect of St John's wort on drug metabolism by induction of cytochrome P450 3A4 enzyme. *Jama*, 290(11), 1500-1504.
258. Hill AB, (1965). The environment and disease: association or causation?. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58(5), 295.

11. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



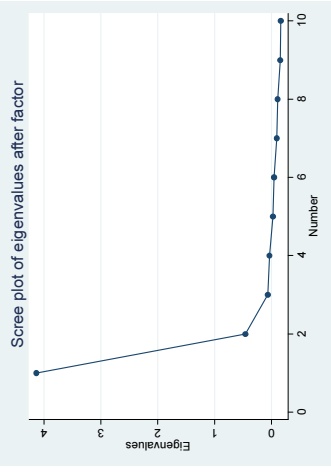
Εικόνα 1 Μέση κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ (Πηγή Rehm και συν 2009)

Εικόνα 2, το εργαλείο AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) στην ελληνική του έκδοση

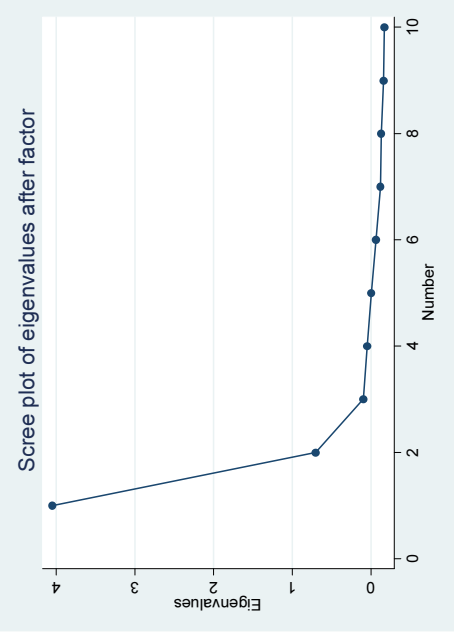
Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης: Έκδοση συνέντευξης Διαβάστε τις ερωτήσεις, όπως είναι γραμμένες. Καταγράψτε προσεκτικά τις απαντήσεις. Ξεκινήστε το AUDIT λέγοντας «Τώρα πρόκειται να σας θέσω ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου». Εξηγείστε τι εννοείτε με τον όρο «αλκοολούχα ποτά», χρησιμοποιώντας κατά τόπους παραδείγματα μπύρας, κρασιού, βότκας κλπ. Κωδικοποιήστε τις απαντήσεις σε «τυποποιημένες μονάδες κατανάλωσης». Τοποθετήστε το σωστό αριθμό της απάντησης στο τετράγωνο δεξιά.	
1. Πόσο συχνά πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλη. (0) Ποτέ [Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9-10] (1) Μία φορά το μήνα ή λιγότερο (2) 2 ως 4 φορές το μήνα (3) 2 ως 3 φορές την εβδομάδα (4) 4 φορές την εβδομάδα ή περισσότερο <input type="checkbox"/>	6. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο χρειαστήκατε ένα πρώτο ποτό το πρωί, προκειμένου να συνέλθετε μετά από κατάχρηση αλκοόλ. (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα <input type="checkbox"/> (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλη καταναλώνετε σε μια τυπική ημέρα όταν πίνετε. (0) 1 ή 2 (1) 3 ή 4 (2) 5 ή 6 <input type="checkbox"/> (3) 7, 8 ή 9 (4) 10 ή περισσότερα	7. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο νιώσατε ενοχή ή τύψεις αφού ήπιατε. (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση. (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9 και 10, αν η συνολική βαθμολογία για τις ερωτήσεις 2 και 3 = 0 <input type="checkbox"/>	8. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ήταν δυνατό να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα, επειδή πίνετε. (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά <input type="checkbox"/>
4. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώσατε ότι δεν ήταν δυνατό να σταματήσετε να πίνετε αφού αρχίσατε. (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	9. Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ από εσάς. (0) Όχι (2) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο (4) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο <input type="checkbox"/>
5. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξαιτίας του ποτού να κάνετε αυτό που οι άλλοι φυσιολογικά θα περίμεναν από εσάς. (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα <input type="checkbox"/> (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	10. Έχει εκφράσει κάποιος συγγενής ή φίλος σας ή γιατρός ή κάποιος άλλος από το χώρο της υγείας ανησυχία για το ποτό σας ή έχει προτείνει να το κόψετε. (0) Όχι (2) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο (4) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο <input type="checkbox"/>
Καταγράψτε το σύνολο των επιμέρους στοιχείων εδώ <input type="checkbox"/> Αν το σύνολο είναι μεγαλύτερο από το συνιστώμενο όριο, συμβουλευτείτε τον Οδηγό Χρήσης	

Εικόνα 3. Scree plot του αριθμού των ελεύθερα εξαρτώμενων παραγόντων μετά την διενέργεια Διαφοροποιητικής Παραγοντικής Ανάλυσης και των αντίστοιχων τιμών Eigenvalues,

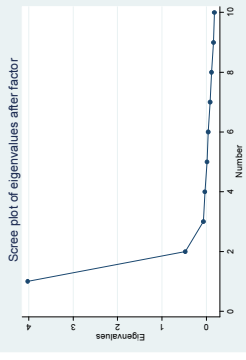
Πανελλήνιο κοινοτικό δείγμα



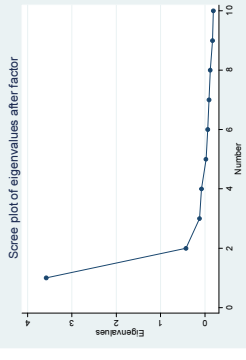
Διαπολιτισμικό δείγμα ασθενών ΠΦΥ



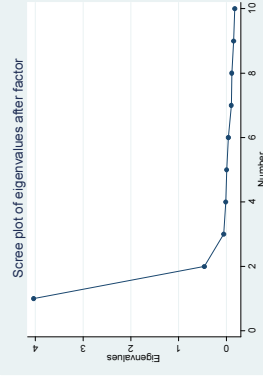
Ανδρες



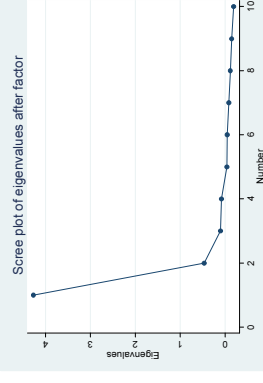
Γυναίκες



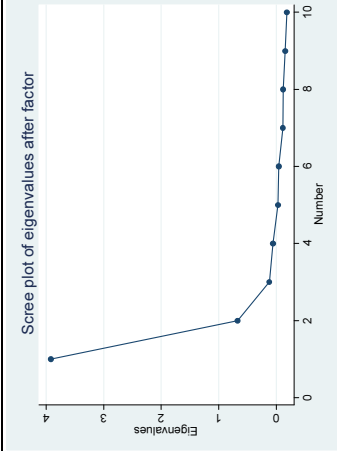
18-40 ετών



41-65 ετών



Κουλτούρα ανοχής στο αλκοόλ ("WET")



Κουλτούρα αποχής από το αλκοόλ ("DRY")

