

**Εξέταση της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες με τον εθισμό στη νικοτίνη: Μία έρευνα σε ενήλικο πληθυσμό**

Καρβελά Στυλιανή, 1550-38

Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

PSY220: Πτυχιακή Εργασία

Επόπτρια: Δρ. Αικατερίνη Φλωρά

Σεπτέμβριος, 2023

**Σημείωμα Συγγραφέα**

Η συγγραφέας επιβεβαιώνει πως το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και πως έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, σύμφωνα με το σύστημα αναφορών της APA (American Psychological Association) και τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

## Περίληψη

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε τη σχέση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες με την ένταση του εθισμού στο κάπνισμα, σε ενήλικο πληθυσμό. Επίσης, διερευνήθηκε η επιρροή των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα κατάθλιψης άγχους και στρες και του καπνίσματος. Στην έρευνα συμμετείχαν 558 ενήλικες καπνιστές και μη, που συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά το ερωτηματολόγιο, που εκτός των δημογραφικών στοιχείων, περιελάμβανε τη κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης, άγχους και στρες και τη κλίμακα Fagerström. Στην παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της έντασης του καπνίσματος και της κατάθλιψης, άγχους και στρες. Εντούτοις, η σχέση μεταξύ του αριθμού τσιγάρων και της εν λόγω κλίμακας είναι θετική. Βρέθηκε, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά στη σύγκριση των τιμών της κατάθλιψης, άγχους και στρες μεταξύ καπνιστών και μη. Φάνηκε, ακόμα, η αρνητική επίδραση της αποτυχημένης απόπειρας διακοπής του καπνίσματος στη ψυχική υγεία των καπνιστών. Ανάλογα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες συγκριτικά με τους άνδρες. Τα παραπάνω ευρήματα αποδεικνύουν, μεταξύ άλλων, την επίδραση του καπνίσματος στη ψυχική υγεία και την σημασία της πρόληψης ή και διακοπής της καπνιστικής συνήθειας.

*Λέξεις-Κλειδιά:* Κάπνισμα, Εθισμός, Κατάθλιψη, Άγχος, Στρες, Ψυχική υγεία και κάπνισμα

### **Abstract**

The present study investigated the relationship between symptoms of depression, anxiety, and stress and the intensity of smoking addiction in an adult population. It also investigated the influence of demographic characteristics on symptoms of depression anxiety and stress and smoking. The study involved 558 adult smokers and non-smokers who completed an electronic questionnaire, which, in addition to demographic data, included the depression, anxiety and stress measurement scale and the Fagerström scale. In the present study, no statistically significant relationship was found between smoking intensity and depression, anxiety, and stress. However, the relationship between the number of cigarettes and the depression, anxiety, and stress scale is positive. A statistically significant difference was also found in the comparison of depression, anxiety and stress scores between smokers and non-smokers. It also showed the negative effect of unsuccessful attempts to quit smoking on smokers' mental health. In this and a plethora of other studies, women have higher levels of anxiety and stress compared to men. These findings demonstrate the impact of smoking on mental health and the importance of preventing or even quitting the smoking habit.

## Πίνακας Περιεχομένων

|   |    |
|---|----|
| Περίληψη .....  | 2  |
| Abstract .....  | 3  |
| Πίνακας Περιεχομένων .....  | 4  |
| Εξέταση της Σχέσης Μεταξύ των Συμπτωμάτων Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες με τον Εθισμό στη Νικοτίνη: Μία Έρευνα σε Ενήλικο Πληθυσμό ..... | 6  |
| Εθισμός .....   | 7  |
| Διαγνωστικά Κριτήρια .....  | 8  |
| Εξάρτηση από τη Νικοτίνη .....  | 9  |
| Επιπολασμός .....   | 14 |
| Αίτια -Παράγοντες ανάπτυξης εθισμού στη νικοτίνη .....  | 14 |
| Θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη .....  | 16 |
| Καταθλιπτικές διαταραχές .....  | 20 |
| Κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5 .....  | 21 |
| Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα .....   | 22 |
| Επιπολασμός .....   | 24 |
| Παθογένεια .....  | 27 |
| Θεραπεία .....  | 29 |
| Αγχώδεις διαταραχές .....   | 32 |
| Γενικά .....  | 32 |
| Κριτήρια Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5 .....   | 33 |
| Το Άγχος Κατάστασης και το Άγχος ως Χαρακτηριστικό της Προσωπικότητας .....   | 35 |
| Επιπολασμός .....   | 36 |
| Συννοσηρότητα .....   | 38 |
| Παθογένεση .....  | 38 |
| Θεραπεία .....  | 41 |
| Στρες .....   | 43 |

|  |     |
|--|-----|
| Διάκρισης Άγχους και Στρες .....                       | 45  |
| Σύνδεση του στρες με ψυχικές διαταραχές.....           | 46  |
| Τεχνικές αντιμετώπισης του στρες .....                 | 46  |
| Στρες, Άγχος, Κατάθλιψη και Εθισμός στο κάπνισμα ..... | 48  |
| Ερευνητικά Δεδομένα.....                               | 48  |
| Ερευνητικό μέρος .....                                 | 54  |
| Μεθοδολογία.....                                       | 54  |
| Ερευνητικά ερωτήματα.....                              | 56  |
| Στατιστική ανάλυση.....                                | 57  |
| Περιγραφική Στατιστική ανάλυση.....                    | 58  |
| Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση .....                     | 69  |
| Συζήτηση.....  | 78  |
| Περιορισμοί .....                                      | 80  |
| Μελλοντικές Προοπτικές.....                            | 81  |
| Βιβλιογραφικές αναφορές.....                           | 82  |
| Ξένη Βιβλιογραφία .....                                | 82  |
| Ελληνική Βιβλιογραφία .....                            | 104 |
| Παράρτημα.....   | 106 |
| Τμήμα 1.....   | 106 |
| Τμήμα 2.....   | 108 |
| Τμήμα 3.....   | 110 |
| Τμήμα 4.....   | 111 |
| Τμήμα 5.....   | 112 |
| Τμήμα 6.....   | 113 |
| Τμήμα 7.....   | 119 |

## **Εξέταση της Σχέσης Μεταξύ των Συμπτωμάτων Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες με τον Εθισμό στη Νικοτίνη: Μία Έρευνα σε Ενήλικο Πληθυσμό**

Το κάπνισμα συνεχίζει να είναι η κύρια παγκόσμια αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί. Θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανθρώπους χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, καθώς σκοτώνει περισσότερους από 6.000.000 ανθρώπους χαμηλού και μεσαίου οικονομικού επιπέδου. Το κάπνισμα, θεωρείται πως είναι η αιτία για σημαντικό μέρος των καρκίνων, του διαβήτη και καρδιαγγειακών και πνευμονικών νοσημάτων (Jha, & Peto, 2014; World Health Organization, 2011). Η σύνδεση του καπνίσματος με τις ψυχικές διαταραχές είναι εδραιωμένη. Η κακή ψυχική υγεία, είναι προβλεπτικός παράγοντας της εξάρτησης από νικοτίνη (ενδεικτικά: Lopez-Quintero, και συν., 2011; Taylor et al., 2014; Taylor et al., 2019; Taylor, & Treur, 2022). Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι συνδεόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές, οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, και το στρες, αλλά και η μεταξύ τους σχέση. Έπειτα, γίνεται μία συνοπτική αναφορά στην μεταξύ τους σχέση. Το ερευνητικό μέρος της εργασίας εξετάζει, την σχέση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες με την ένταση του εθισμού στο κάπνισμα. Χρησιμοποιήθηκαν το Fagerström (Heatherton et al., 1991; Τζιάλλα και συν., το 2006) και το DASS-21 (Lovibond, & Lovibond, 1993; Lyrakos, και συν., 2011), που εξετάζουν την ένταση εθισμού στο κάπνισμα και τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες, αντίστοιχα.

## Εθισμός

Η έννοια του εθισμού αυτόματα συνδέεται με την κατάχρηση κάποιας ουσίας, όπως φαίνεται από πληθώρα ορισμών της έννοιας. Για παράδειγμα, ουσιοεξάρτηση ή εθισμός, σύμφωνα με τους Kring, Davison, Neale, και Johnson, είναι «η κατάχρηση μίας ουσίας που, μερικές φορές, συνοδεύεται από σωματική εξάρτηση από την ουσία, όπως αποδεικνύεται από την ύπαρξη ανοχής και στερητικών συμπτωμάτων» (2010, σ. 942). Αντίστοιχα «εθισμένοι θεωρούνται οι συστηματικοί χρήστες ουσιών, που εξακολουθούν να κάνουν χρήση της ουσίας, ανεξάρτητα από τις δυσμενείς επιπτώσεις στην υγείας τους, και στη κοινωνική τους ζωή και από τις επαναλαμβανόμενες προσπάθειές τους να σταματήσουν τη χρήση της» (Pinel, 2011, σ. 428). Εξαρτησιογόνες ουσίες είναι αυτές που «προκαλούν σωματική ή ψυχολογική εξάρτηση στον χρήστη και οδηγούν σε όλο και εντονότερη αναζήτηση και επιθυμία για χρήση» (Feldman, 2011).

Εντούτοις, ο εθισμός μπορεί να αφορά και κάποια συμπεριφορά που είναι δυνητικά εθιστική. Είναι σημαντικό, λοιπόν, να αποσαφηνιστούν οι όροι της εξάρτησης, που αποτελεί την μετάφραση στον αγγλικό όρο addiction και του εθισμού. Ο εθισμός είναι πιο ακριβής απόδοση του αγγλικού όρου (Bailey, 2005), που εμφανίστηκε στο τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα και αναφέρεται σε καταστάσεις σωματικής εξάρτησης σε μία ουσία, που συνοδεύεται με τα συμπτώματα της ανοχής και στέρησης (Walters, 1999). Εντούτοις, με το πέρασμα του χρόνου, η λέξη χρησιμοποιούνταν και πάλι για τη περιγραφή δραστηριοτήτων που δεν αφορούν αποκλειστικά ουσίες και προκαλούν εξάρτηση, όπως ο τζόγος και το σεξ (Akers, 1991). Συνεπώς, εξάρτηση είναι μία συμπεριφορά που προκαλεί στο υποκείμενο ευχαρίστηση, αποτελεί μέσο διαφυγής και πρόκειται για μία συμπεριφορά μη ελέγξιμη, που συνεχίζεται παρά τις αρνητικές επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου (Grant et al., 2010). Στο DSM-V, η ευρύτερη ενότητα που σχετίζεται στον εθισμό γενικότερα, ονομάζεται «Διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες και διαταραχές εθισμού», και τις διακρίνει σε δύο

ευρύτερες κατηγορίες, τις διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών και τις συμπεριφορικές εξαρτήσεις. Ο όρος εθισμός δεν χρησιμοποιείται σε κλινικά πλαίσια, και προτιμάται ο πιο ουδέτερος όρος «Διαταραχή Χρήσης Ουσιών». Ορισμένοι κλινικοί, βέβαια, τον χρησιμοποιούν σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις, αλλά δεν προτείνεται λόγω της αρνητικής χροιάς του και αόριστο ορισμό του (American Psychiatric Association, 2015).

### **Διαγνωστικά Κριτήρια**

Στο DSM-V η *Διαταραχή Χρήσης Νικοτίνης* βρίσκεται στην κατηγορία «Άλλες

Προκαλούμενες από Διεγερτικά Διαταραχές» και έχει τα ακόλουθα κριτήρια διάγνωσης:

A. Ένα προβληματικό πρότυπο χρήσης νικοτίνης που οδηγεί σε κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση όπως εκδηλώνεται από δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα που συμβαίνουν μέσα σε 12μηνη περίοδο:

1. Η νικοτίνη συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους σε σχέση με τη πρόθεση του ατόμου.
2. Υπάρχει έντονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακόψει ή α ελέγξει τη χρήση της νικοτίνης.
3. Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την απόκτηση ή τη χρήση της νικοτίνης.
4. Σφοδρή επιθυμία, ή έντονη επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση νικοτίνης.
5. Υποτροπιάζουσα χρήση νικοτίνης που έχει ως αποτέλεσμα αποτυχία επίτευξης μειζόνων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο, ή στο σπίτι (π.χ., παρεμβολές στην εργασία).
6. Συνέχιση της χρήσης νικοτίνης παρά τα επίμονα ή υποτροπιάζοντα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή



επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις της νικοτίνης (π.χ., λογομαχίες με άλλους για τη χρήση της νικοτίνης).

7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης νικοτίνης.
8. Υποτροπιάζουσα χρήση νικοτίνης σε καταστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνα (π.χ., κάπνισμα στο κρεβάτι).
9. Συνέχιση της χρήσης νικοτίνης παρά την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από τη χρήση της νικοτίνης.
10. Ανοχή, όπως ορίζεται από ένα από τα δύο:
  - a. Ανάγκη για εμφανώς αυξημένες ποσότητες νικοτίνης για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
  - b. Εμφανώς μειωμένη επίδραση με τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας νικοτίνης.
11. Στέρηση, όπως εκδηλώνεται από ένα από τα εξής:
  - a. Το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης για τη νικοτίνη (..)
  - b. Ο καπνός (ή μία στενά συνδεδεμένη ουσία, όπως η νικοτίνη) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης. (American Psychiatric Association, 2015, σσ. 274-275).

### **Εξάρτηση από τη Νικοτίνη**

Η νικοτίνη είναι η εθιστική ουσία του καπνού. Ενεργοποιεί τις νευρικές οδούς που διεγείρουν τις ντοπαμινεργικές οδούς του μεσομεταιχμιακού συστήματος, που φαίνεται ότι είναι υπεύθυνο για τις ενισχυτικές επιδράσεις των εθιστικών ουσιών (American Psychiatric Association, 2015; Benowitz, 2010; Henderson, & Lester, 2015; Kring, Davison, Neale, &

Johnson, 2010). Η εθιστική φύση του καπνού είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς πρόκειται για μία ουσία που χρησιμοποιείται σχεδόν διαρκώς από τους χρήστες (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Pinel, 2011; Feldman, 2011), αλλά η εξάρτηση αναπτύσσεται γρήγορα, με λίγα μόνο τσιγάρα, λόγω της γρήγορης προσαρμογής του εγκεφάλου στην ουσία (Benowitz, 2010). Ο καπνός αποτελείται από νικοτίνη, μονοξειδίο του άνθρακα, πίσσα, (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Pinel, 2011), και συνολικά από 7.000 ουσίες, 70 εκ των οποίων είναι γνωστά καρκινογόνα. Στις ΗΠΑ, το κάπνισμα αποτελεί τη πιο ανατρέψιμη αιτία θανάτου (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Παγκοσμίως, ενοχοποιείται για πάνω από 6.000.000 θανάτους (Jha, & Peto, 2014; World Health Organization, 2011) και αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόωρου θανάτου (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; World Health Organization, 2011).

Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις του καπνίσματος είναι καλώς εδραιωμένες (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Το σύνδρομο του καπνιστή περιλαμβάνει συμπτώματα όπως, πόνους στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή, λαχάνιασμα, βήχα και ευαισθησία στις λοιμώξεις του αναπνευστικού (Pinel, 2011; World Health Organization, 2011). Οι χρόνιοι καπνιστές δείχνουν ευαισθησία σε πληθώρα θανατηφόρων ασθενειών των πνευμόνων, όπως η πνευμονία, η βρογχίτιδα (Pinel, 2011; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; World Health Organization, 2011) και καρκίνου του πνεύμονα (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Pinel, 2011; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; World Health Organization, 2011). Ο τελευταίος είναι ο πιο θανατηφόρος από κάθε άλλη μορφή καρκίνου και το κάπνισμα ενοχοποιείται για 87% των περιστατικών (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Το κάπνισμα επίσης προκαλεί, πληθώρα άλλων καρκίνων (Feldman, 2011; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές, που δεν διακόπτουν το κάπνισμα, πεθαίνουν από νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα. (Pinel, 2011).

### ***Σωματική Επίδραση της Νικοτίνης***

Όταν ο καπνιστής εισπνέει τον καπνό, η νικοτίνη κινείται γρήγορα στα πνευμόνια, το αρτηριακό αίμα και τον εγκέφαλο σε 15 με 20 δευτερόλεπτα, όπου πραγματοποιούνται οι εθιστικές του δράσεις. Η ταχύτητα της επίδρασης στον εγκέφαλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα προτίμησης της εισπνεόμενης νικοτίνης έναντι άλλων μεθόδων χορήγησης. Η γρήγορη επίδραση της νικοτίνης είναι αποτέλεσμα της υψηλής αρτηριακής συγκέντρωσης και της ικανότητας του ατόμου να ελέγχει ευκολότερα τη ποσότητα ώστε να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Jha, & Peto, 2014; Kenny, 2011; Lewis, Miller, & Lea, 2007; Prochaska & Benowitz, 2019). Η νικοτίνη προσκολλάται στους υποδοχείς νικοτινικής ακετυλοχολίνης (nAChRs) στον εγκέφαλο, που βρίσκονται στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την επεξεργασία της επιβράβευσης, λήψης αποφάσεων και της αυτοσυγκράτησης (Benowitz, 2010; Jha, & Peto, 2014; Kenny, 2011; Lewis, Miller, & Lea, 2007; Prochaska & Benowitz, 2019). Η νικοτίνη επηρεάζει το μεσολυμβικό σύστημα ντοπαμίνης, που είναι σημαντικό για την νευροβιολογία του εθισμού (Jha, & Peto, 2014; Kenny, 2011; Prochaska & Benowitz, 2019) και προκαλεί δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο (Benowitz, 2010).

Η νικοτίνη μπορεί να αυξήσει την πίεση, τον σφυγμό και την αναπνοή, προκαλώντας διέγερση, ή να έχει αγχολυτική επίδραση στον χρήστη (Benowitz, 2010; Kenny, 2011; Prochaska & Benowitz, 2019). Ένας καπνιστής μπορεί να αποδώσει σε ένα τσιγάρο ευχαρίστηση, διέγερση, ρύθμιση διάθεσης, μείωση των επιπέδων στρες και άγχους, βελτίωση της εκτέλεσης ορισμένων έργων. Ταυτόχρονα, ο καπνιστής μπορεί να αποδίδει διαφορετικούς ρόλους σε κάθε τσιγάρο, διέγερση και ευχαρίστηση στο πρώτο, διέγερση και συγκέντρωση κατά τη προσπάθεια πραγματοποίησης ενός έργου και χαλάρωση σε καταστάσεις άγχους (Prochaska & Benowitz, 2019). Στη πραγματικότητα, η αιτία για την

βελτιωμένη απόδοση και την αυξημένη διάθεση, θεωρείται πως είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης (Benowitz, 2010; Lewis, Miller, & Lea, 2007)

Η εξάρτηση στην νικοτίνη φαίνεται να αυξάνεται από άλλα χημικά στον καπνό ενός τσιγάρου. Η ακεταλδεΐδη, σε έρευνες ζώων, συμβάλλει στην αύξηση της αυτοχορήγησης της νικοτίνης. Άλλα χημικά που εμπεριέχονται στον καπνό αναστέλλουν τη δραστηριότητα του ενζύμου μονοαμινοξειδάσης (MAO) που είναι υπεύθυνο για την διάσπαση της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης, όταν αυτές πλέον δεν χρειάζονται, συμβάλλοντας στην συσσώρευσή τους και συμβάλλοντας στην επίδραση στη διάθεση και την εθιστική δράση του καπνίσματος (Lewis, Miller, & Lea, 2007; Prochaska & Benowitz, 2019).

### ***Συμπεριφορική Εξάρτηση από τη Νικοτίνη***

Η συμπεριφορική εξάρτηση από τον καπνό, συμβάλλει σημαντικά στην συνέχεια της κατάχρησης της ουσίας. Τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης, έχουν περιορισμένη διάρκεια, εντούτοις, η επιθυμία για το τσιγάρο, έπειτα από διακοπή, σχετίζεται με τη συμπεριφορική εξάρτηση. Το κάπνισμα συνδέεται με συγκεκριμένες καταστάσεις, συναισθήματα και περιβαλλοντικές συνθήκες. Ανατρέπει την αρνητική διάθεση, το άγχος και την ευερεθιστότητα, που αποτελούν ερεθίσματα που γενικεύονται και δημιουργούν την ανάγκη για χρήση. Ερεθίσματα που αυξάνουν την επιθυμία για κάπνισμα μπορεί να είναι επίσης ο χειρισμός του τσιγάρου, η μυρωδιά και η γεύση και οι διαφημίσεις του καπνού (Lewis, Miller, & Lea, 2007; Prochaska & Benowitz, 2019), αλλά και ορισμένα περιβαλλοντικά σήματα (Benowitz, 2010).

### ***Στερητικά Συμπτώματα***

Η αντοχή στις επιδράσεις της νικοτίνης, πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας, καθώς η ευχαρίστηση από κάθε τσιγάρο, μειώνεται. Όσο μειώνονται τα επίπεδα νικοτίνης στον οργανισμό εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης, ανατρέποντας τις επιδράσεις του

καπνίσματος (Benowitz, 2010; Jha, & Peto, 2014; Kenny, 2011; Lewis, Miller, & Lea, 2007; Pinel, 2011; Prochaska & Benowitz, 2019). Πιο συγκεκριμένα, ορισμένα, από τα αντιληπτά από τον χρήστη, θετικά της νικοτίνης είναι αποτέλεσμα της μείωσης των συμπτωμάτων στέρησης. Για τους καθημερινούς χρήστες, πραγματοποιείται ένας φαύλος κύκλος κατά τον οποίο, αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα, πραγματοποιείται ανοχή, έπειτα μειώνονται τα επίπεδα νικοτίνης και το άτομο καπνίζει ώστε να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα στέρησης, επιστρέφοντας στο πρώτο στάδιο. Οι πιο εθισμένοι καπνιστές, λόγω του στερητικού, ορισμένες φορές ξυπνάνε κατά τη διάρκεια της νύχτας για να καπνίσουν. Ενώ, ορισμένοι μη καθημερινοί καπνιστές (ήπιοι και διαλείποντες) καπνίζουν ως αντίδραση σε ορισμένα ερεθίσματα, χωρίς να βιώνουν συμπτώματα στέρησης και θεωρείται ότι καπνίζουν μόνο για θετική ενίσχυση (Lewis, Miller, & Lea, 2007; Prochaska & Benowitz, 2019).

Ο εγκέφαλος και οι λειτουργίες του προσαρμόζονται στη χρήση της νικοτίνης και ομαλοποιούνται οι λειτουργίες και οι σχετικές συμπεριφορές. Όταν υπάρξει διακοπή στη χρήση, η λειτουργία του εγκεφάλου διαταράσσεται και τοποθετείται σε κατάσταση στέρησης, ενεργοποιώντας το σύστημα του Εκλυτικού Παράγοντα Κορτικοτροπίνης (Benowitz, 2010; Jha, & Peto, 2014; Kenny, 2011; Lewis, Miller, & Lea, 2007; Prochaska & Benowitz, 2019). Τα στερητικά συμπτώματα, μπορεί να είναι η ανησυχία, η καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα και άγχος (Benowitz, 2010; Hughes, 2006), η δυσκολία συγκέντρωσης, η αυξημένη επιθυμία για φαγητό, η αύξηση βάρους, οι δυσκολίες ύπνου, οι πονοκέφαλοι και η κούραση. Ακόμη, η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικής δυσφορίας (Hughes, 2006; Pinel, 2011), διαταραχών άγχους, στρες και κατάθλιψης (Prochaska & Benowitz, 2019; Pinel, 2011). Η προ-ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής μπορεί να συμβάλλει στη χειροτέρευση των συμπτωμάτων στέρησης και να αυξήσουν τις πιθανότητες υποτροπής (Hughes, 2006).

## **Επιπολασμός**

Στην Αμερική, ο επιπολασμός παραμένει υψηλός σε άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, στους εργατές και στους Αυτόχθονες Αμερικανούς, ενώ οι λευκοί είναι πιο πιθανό να καπνίζουν από τους Αφροαμερικανούς (Feldman, 2011; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ο εθισμός στη νικοτίνη είναι πιο συνήθης στην ηλικιακή ομάδα των 18-29, ενώ η ηλικιακή ομάδα των 30-44 είναι πιο πιθανό να εθιστούν σε παράνομες ναρκωτικές ουσίες (Lopez-Quintero, και συν., 2011). Ο μικρότερος επιπολασμός τοποθετείται σε αποφοίτους πανεπιστημίου και στα άτομα άνω των 75 ετών (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Το εκπαιδευτικό επίπεδο και το οικονομικό εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με την χρήση νικοτίνης, με τους λιγότερο εκπαιδευμένους και τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου να καπνίζουν περισσότερο (Lopez-Quintero, et al., 2011). Το κάπνισμα είναι περισσότερο διαδεδομένο στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες, αλλά στις ηλικίες 12-17 παρατηρείται ισοβαθμία (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Παρ' όλο που τα ποσοστά καπνίσματος των προπτυχιακών φοιτητών, έχουν μειωθεί από 30% σε 20%, οι άνδρες φοιτητές σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος συγκριτικά με τις γυναίκες, καθώς άνδρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση βλέπουν το κάπνισμα ως ευνοϊκή δραστηριότητα (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020).

## **Αίτια -Παράγοντες ανάπτυξης εθισμού στη νικοτίνη**

### ***Γενετικοί παράγοντες***

Έχει αποδειχθεί, σε έρευνες οικογενειών, πως οι συγγενείς ατόμων με ιστορικό κατάχρησης ουσιών, διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν εξάρτηση σε μία ουσία, όχι απαραίτητα στην ίδια ουσία (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Σε έρευνες διδύμων, παρατηρείται μεγαλύτερη συμπτωματικότητα στους μονοζυγωτικούς παρά στους διζυγωτικούς διδύμους, κυρίως τους άνδρες, στη κατάχρηση αλκοόλ, καφεΐνης, καπνίσματος, ακόμα και στη χρήση μαριχουάνας, αλλά και τη κατάχρηση ουσιών γενικότερα. Μελέτες διδύμων δείχνουν πως ο

εθισμός στη νικοτίνη έχει βιολογικό υπόβαθρο. Για παράδειγμα, άτομα με ανωμαλία στο γονίδιο CYP2A6, που σχετίζεται με τον μεταβολισμό της νικοτίνης, είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν εξάρτηση στη νικοτίνη και καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010), ενώ έρευνες στο γονίδιο CHRNA επίσης αποδεικνύουν τη βιολογική βάση της εξάρτησης από τη νικοτίνη (Prochaska & Benowitz, 2019).

### ***Κοινωνικά αίτια έναρξης στη νικοτίνη.***

Παρά την έντονη προσπάθεια της πολιτείας να ενημερώσει τον πληθυσμό για τους κινδύνους του καπνού και τους νόμους που έχει τοποθετήσει, περιορίζοντας τη χρήση, οι νέοι συνεχίζουν να καπνίζουν. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι διαφημίσεις των ΜΜΕ, ή η χρήση προϊόντων καπνού από ελκυστικούς ηθοποιούς, που συμβάλλει στην αντίληψη ότι το κάπνισμα είναι μία υψηλού επιπέδου δραστηριότητα (Feldman, 2011; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020) και η κοινωνική πίεση μεταξύ εφήβων (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020).

### ***Επίδραση ψυχικών προβλημάτων***

Το κάπνισμα, συνυπάρχει με διάφορες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές εξάρτησης, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η μετατραυματική διαταραχή, και η σχιζοφρένεια. Μία θεωρία που επεξηγεί αυτή τη σχέση είναι αυτή της αυτοθεραπείας, που υποστηρίζει πως το κάπνισμα χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κάποιας υπάρχουσας διαταραχής. Υποστηρίζεται πως υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, και έρευνες δείχνουν πως η έναρξη, σε νεότερες ηλικίες, δημιουργεί τη προδιάθεση ανάπτυξης διαταραχών άγχους, κατάθλιψης και σχιζοφρένειας (Prochaska & Benowitz, 2019; Lopez-Quintero, και συν., 2011; Pinel, 2011; Taylor, & Treur, 2022).

Η έρευνα των Lopez-Quintero και συνεργατών (2011) αποδεικνύει πως το ιστορικό κάποιας ψυχικής διαταραχής, τόσο διάθεσης, άγχους, ψύχωσης και σχιζοφρένειας, αποτελεί

παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης εξάρτησης από την νικοτίνη. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη κάποιας διαταραχής εθισμού αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης κάποιας άλλης διαταραχής εθισμού (Lopez-Quintero, και συν., 2011), ευρήματα, που συμφωνούν και οι έρευνες των Taylor, & Treur, 2022; Taylor et al., 2019). Η υπόθεση αυτοθεραπείας, δημιουργεί ανησυχία ότι τα άτομα που επιχειρούν να διακόψουν το κάπνισμα, με τη διακοπή του αναπτύσσουν συμπτώματα ψυχικής ασθένειας (Prochaska & Benowitz, 2019 ;Taylor, & Treur, 2022; Taylor et al., 2019). Ενώ, νέες έρευνες δείχνουν ότι η διακοπή του καπνίσματος, είναι πιθανό να συμβάλλει στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, ψυχωτικών συμπτωμάτων, συναισθηματικής ανασφάλειας και μετατραυματικού στρες (Prochaska & Benowitz, 2019; Taylor et al., 2014).

### **Θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη**

Έπειτα από τη διακοπή του καπνίσματος, οι κίνδυνοι για την υγεία ελαττώνονται ταχύρρυθμα. Εντός πέντε χρόνων, ο κίνδυνος για την υγεία μειώνεται σημαντικά συγκριτικά με όσους συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ εντός 15 χρόνων, μειώνονται σταδιακά οι επιβλαβείς για την υγεία επιδράσεις, ώσπου φτάνουν σε φυσιολογικό επίπεδο. Η πλειονότητα των καπνιστών επιθυμούν να διακόψουν εντελώς το κάπνισμα, (Benowitz, 2010; Taylor et al., 2014; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020) και περίπου το 40% το διακόπτουν για τουλάχιστον μία ημέρα, ενώ οι έντονα εθισμένοι το επιτυγχάνουν για λίγες μόνο ώρες. Η πλειονότητα των πρώην καπνιστών υποτροπιάζουν μέσα σε ένα χρόνο, και μόνο το 3% διακόπτει επιτυχώς το κάπνισμα (Benowitz, 2010).

Παρ' όλο που υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις και τεχνικές για τη διακοπή του καπνίσματος, άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχουν ελάχιστα μεγαλύτερη επιτυχία από όσους προσπαθούν να κόψουν μόνοι τους το κάπνισμα. Η συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που πετυχαίνει να διακόψει το κάπνισμα το κάνει δίχως τη βοήθεια κάποιου ειδικού (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Σύμφωνα με τις



κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής των Η.Π.Α, η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, χρίζει πολύπλευρη θεραπευτική προσέγγιση (Prochaska & Benowitz, 2019), καθώς τα κίνητρα χρήσης αλλά και διακοπής του καπνού ποικίλλουν (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Η κάθε πλευρά του εθισμού, πρέπει να αντιμετωπιστεί από θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως φαρμακευτική για την εθιστική ουσία, η συμβουλευτική ή άλλα συμπεριφορικά προγράμματα για τη ψυχική και συμπεριφορική εξάρτηση του καπνίσματος (Prochaska & Benowitz, 2019).

Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, με μακροχρόνιες έρευνες να δείχνουν ποσοστά επιτυχίας περίπου 25%. Οι παθιασμένοι καπνιστές δυσκολεύονται περισσότερο να διακόψουν το κάπνισμα από εκείνους που καπνίζουν λιγότερο, το αντίστοιχο ισχύει για τους ηλικιωμένους συγκριτικά με τους νεότερους καπνιστές (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Στη συντριπτική πλειονότητα των πρώην καπνιστών, η διακοπή του καπνίσματος έγινε χωρίς τη βοήθεια από ειδικό. Παρά την ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι είναι πιο εύκολο για τους άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες να διακόψουν το κάπνισμα, δεν παρατηρείται κάποια διαφορά μεταξύ των φύλων (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

### ***Ψυχολογική Θεραπεία***

Για τη διακοπή του καπνίσματος πραγματοποιούνται πληθώρα τεχνικών. Ορισμένες, βασίζονται στο σκεπτικό ότι το κάπνισμα είναι δυσάρεστο ή ακόμα και αηδιαστικό, που φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές από τις ομάδες ελέγχου και σημειώνουν μικρότερα ποσοστά υποτροπής (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Αλλά, η πιο διαδεδομένη ψυχολογική θεραπεία πρόκειται για τη σύσταση του ιατρού στον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα. Η διατήρηση ή βελτίωση της υγείας του ατόμου, αποτελούν βασικό ενδιαφέρον του εξεταζόμενου, ειδικά αν υποφέρουν από υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις, πνευμονοπάθεια ή διαβήτη. Η συμβουλή ενός γιατρού, για τη διακοπή του καπνίσματος είναι

επιτυχής, τουλάχιστον προσωρινά, ιδιαίτερα αν η προσπάθεια συνοδεύεται από τσίγλες νικοτίνης (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Οι συμβουλές του γενικού ιατρού, σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, καταγράφονται ως τα 5Α (1-Ask) ερώτηση σχετικά με τη χρήση του καπνού, (2-Advice) η συμβουλή της διακοπής χρήσης προϊόντων καπνού, (3-Assess) αξιολόγηση της ικανότητας του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα, (4-Assist) βοήθεια στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, συμβουλευτική, παραπομπές, φαρμακευτική αγωγή και (5-Arrange) την περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενούς στο μέλλον. Η τακτική αυτή αυξάνει τη συμμετοχή των ασθενών στην θεραπεία, τις προσπάθειες αποχής και διακοπής χρήσης (Prochaska & Benowitz, 2019).

Γενικότερα, προτείνεται η συμβουλευτική είτε σε μορφή ατομικής ή ομαδικής θεραπείας, σε κλινικό, συμπεριφοριστικό ή κοινοτικό πλαίσιο. Η συμβουλευτική πρόκειται συνήθως για τη γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση (Prochaska & Benowitz, 2019; Taylor et al., 2014).

### ***Θεραπεία μέσω της Υποκατάστασης της Νικοτίνης***

Όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει κάποιος τόσο πιο δύσκολο να διακόψει τη χρήση. Αν η εθιστική ουσία παρέχεται με άλλο τρόπο τότε μειώνεται η επιθυμία, των καπνιστών για κάπνισμα. Η νικοτίνη, μπορεί να παρέχεται με τσίγλες, αυτοκόλλητα ή συσκευές εισπνοής. Οι εναλλακτικές μορφές αποσκοπούν στην ικανότητα του ατόμου να αντέξει το στερητικό σύνδρομο που επέρχεται της διακοπής καπνίσματος, η ένταση του οποίου όμως σχετίζεται ελάχιστα με την επιτυχία διακοπής του καπνίσματος από το άτομο (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Prochaska & Benowitz, 2019; Taylor et al., 2014), να μειωθούν οι επιδράσεις επιβράβευσης από το κάπνισμα, μπλοκάροντας ή απενευαισθητοποιώντας τους υποδοχείς νικοτίνης, και παρέχουν μία εναλλακτική πηγή χρήσης (Prochaska & Benowitz, 2019). Η υποκατάσταση της νικοτίνης, μπορεί να είναι τσίγλες, αυτοκόλλητο, ταμπλέτα (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Prochaska & Benowitz, 2019), ρινικό σπρέι (Kring,

Davison, Neale, & Johnson, 2010; Prochaska & Benowitz, 2019; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020), εισπνοές (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Prochaska & Benowitz, 2019), βαρενικιλίνη (φάρμακο που χρησιμοποιείται για την διακοπή του καπνίσματος, εξάρτησης από ουσίες), και βουπροπιόνη (αντικαταθλιπτική δράση) (Prochaska & Benowitz, 2019), όπως επίσης και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα. Τα τελευταία μπορούν να εφαρμοστούν στο πλαίσιο της προσπάθειας απεξάρτησης από τη χρήση προϊόντων καπνού, καθώς ο χρήστης εισπνέει την νικοτίνη, όμως δεν εμπλέκεται η καύση και η εισπνοή άλλων βλαβερών ουσιών. Χρησιμοποιούνται συνήθως για πολλούς μήνες ή χρόνια, ως ένα λιγότερο βλαβερό μέσο χρήσης νικοτίνης (Prochaska & Benowitz, 2019).

Η δράση της κάθε φαρμακευτικής προσέγγισης, διαφέρει ανάλογα με την πορεία δράσης, και την ταχύτητα απορρόφησης στο αίμα. Οι τσιγλες, ταμπλέτες, ρινικά σπρέι, και εισπνοές μεταφέρουν νικοτίνη πιο γρήγορα από τα αυτοκόλλητα που δρουν πιο αργά. Προτείνεται, ο συνδυασμός, μίας φαρμακευτικής προσέγγισης, μίας που δρα πιο γρήγορα και μίας που δρα πιο αργά (Prochaska & Benowitz, 2019).

Συμπερασματικά, τα υποκατάστατα νικοτίνης κατασκευάστηκαν ώστε να διευκολύνουν την διακοπή καπνίσματος καθώς αυτή αποτελεί την ουσία εθισμού στο κάπνισμα. Τα υποκατάστατα αυτά είναι αποτελεσματικά συγκριτικά με τα σκευάσματα εικονικού φαρμάκου, σε πληθώρα ελεγχόμενων ερευνών. Συνήθως, όμως πιο αποτελεσματικός θεωρείται ο συνδυασμός μεθόδων (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Παρ' όλα αυτά, φαίνεται οι συμπεριφορικές θεραπευτικές προσεγγίσεις να είναι αποτελεσματικότερες από τις φαρμακευτικές προσεγγίσεις, που σημειώνουν μόνο μερική επιτυχία (Mahajan, Homish, & Quisenberry, 2021).

### Καταθλιπτικές διαταραχές

Οι διαταραχές διάθεσης είναι από τις πιο συνηθισμένες ψυχιατρικές ασθένειες (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020, Kessler et al., 2005), με 16% δια βίου επιπολασμό (Kessler et al., 2005), με βασικό σύμπτωμα αυτό της κατάθλιψης (Bennet, 2010). Συνολικά, 322 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από κατάθλιψη παγκοσμίως και στην Ελλάδα σημειώνονται 593.136 περιστατικά, με ποσοστό 5,7% του πληθυσμού (World Health Organization, 2017). Στο DSM-IV-TR στις διαταραχές διάθεσης εντάσσονταν και οι διπολικές διαταραχές. Εντούτοις, στο DSM-V οι διπολικές και σχετικές διαταραχές διαχωρίζονται από τις καταθλιπτικές διαταραχές, που προηγουμένως εντάσσονταν στην ίδια κατηγορία των διαταραχών διάθεσης, δημιουργώντας δύο χωριστές κατηγορίες, καταθλιπτικές διαταραχές και διπολικές διαταραχές. Οι διπολικές διαταραχές τοποθετούνται μεταξύ των κεφαλαίων για τη σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, και τις καταθλιπτικές διαταραχές, ως τρόπος αναγνώρισης ότι οι διπολικές διαταραχές γεφυρώνουν τις δύο κατηγορίες, αναφορικά με τη συμπτωματολογία, τα γονίδια και το οικογενειακό ιστορικό (American Psychiatric Association, 2013).

Τυπικά η πορεία της κατάθλιψης είναι μακροχρόνια (World Health Organization, 2017) και υποτροπιάζουσα, καθώς το 75% των ασθενών εμφανίζει περισσότερα από ένα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης μέσα σε 10 χρόνια (Duval, Lebowitz, & Macher, 2006, World Health Organization, 2017). Η διάγνωση της κατάθλιψης, συνήθως, συνδυάζεται με μείωση του προσδόκιμου ζωής, όχι μόνο λόγω των ποσοστών αυτοκτονίας, αλλά και λόγω της ευαλωτότητας αυτού του πληθυσμού σε μείζονες ιατρικές διαταραχές, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και αποτελεί, επίσης, παράγοντα πρόβλεψης φτωχής ιατρικής έκβασης (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; Frerichs et al., 1982, World Health Organisation, 2021).

## **Κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5**

Στο DSM-V, οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη «Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο και Υποτροπιάζον επεισόδιο» (American Psychiatric Association, 2015, σσ. xv-xvi). Τα κριτήρια διάγνωσης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) όπως καταγράφονται στο DSM-5, μεταφρασμένο στην Ελληνική Γλώσσα από το Γκοτζαμάνη στο βιβλίο «Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5» (American Psychiatric Association, 2015). Τα κριτήρια διάγνωσης της ΜΚΔ είναι τα ακόλουθα:

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή στη προηγούμενη λειτουργικότητα: τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

**Σημείωση:** Μην συμπεριλαμβάνετε συμπτώματα που είναι σαφές πως ότι οφείλονται σε άλλη σωματική διαταραχή.

- 1) Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλίψη, κενό ή απελπισία) είτε με την παρατήρηση των άλλων (π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητος[-η]).  
(**Σημείωση:** Στα παιδιά και στους εφήβους, μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση).
- 2) Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με τη παρατήρηση των άλλων).
- 3) Σημαντική απώλεια βάρους ενώ δεν κάνει δίαιτα ή αύξηση του βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή ελάττωση ή

αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. (**Σημείωση:** Στα παιδιά, λάβετε υπόψη την αποτυχία στην αναμενόμενη αύξηση του βάρους).

- 4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
- 5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).
- 6) Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
- 7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομορφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής).
- 8) Ελαττωμένη ικανότητα να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί, ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με τη παρατήρηση των άλλων).
- 9) Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή απόπειρα αυτοκτονίας, ή συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει.

B. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Γ. Το επεισόδιο δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μίας ουσίας ή άλλης σωματικής κατάστασης.

**Σημείωση:** Τα κριτήρια A-Γ είναι αντιπροσωπευτικά του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. (American Psychiatric Association, 2015, σσ. 94-95)

### **Η κατάθλιψη ως σύμπτωμα**

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα (American Psychiatric Association, 2015; Friedman & Anderson, 2014). Στο DSM-V ως ένας

σχηματισμός συμπτωμάτων και ενδείξεων, που δείχνουν διαφοροποίηση στον ύπνο, την όρεξη, τις ψυχοκινητικές ικανότητες, νόσηση και τη διάθεση (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020). Η ποικιλία των συμπτωμάτων στην κατάθλιψη είναι εμφανής στη βιβλιογραφία. Τρία από τα κριτήρια της MKΔ αφορούν αντίθετα βιώματα (απώλεια ή αύξηση βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία και ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση), οδηγώντας σε μεγάλη ποικιλία συνδυασμών συμπτωμάτων (American Psychiatric Association, 2015; Fried & Nesse, 2015; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; World Health Organisation, 2021).

Σε ορισμένα πολιτισμικά πλαίσια, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να εκφραστεί μέσω σωματικών συμπτωμάτων, όπως πόνος, κόπωση, αδυναμία, που δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ιατρικής κατάστασης (World Health Organisation, 2021). Είναι σύνηθες κάποιος να βιώνει έντονη θλίψη και μελαγχολία, εντούτοις υπάρχουν άτομα που είναι πιο ευάλωτα στην θλίψη (Pinel, 2011; World Health Organisation, 2021; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Οι μη κλινικοί πληθυσμοί διαφέρουν από τους κλινικούς πληθυσμούς στο προφίλ της καταθλιπτικής διάθεσης. Ονομαστικά, έχουν μεγαλύτερη τάση για αρνητική διάθεση και σημειώνουν μεγαλύτερη ποικιλία διαθέσεων στο πέρασμα του χρόνου (Bylsma, Taylor-Clift, & Rottenberg, 2011; Jacobs et al., 2013; Pemberton, & Tyszkiewicz, 2016). Στα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνονται η μελαγχολία, η θλίψη και η ανηδονία. Η θλίψη που βιώνουν αποτελεί εμπόδιο στη καθημερινή λειτουργικότητά τους και τη διατήρηση κοινωνικών επαφών (Pinel, 2011; World Health Organisation, 2021; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; Fried & Nesse, 2015).

Τα άτομα με κατάθλιψη τείνουν να επικεντρώνονται στα ελαττώματα και ελλείματα του εαυτού, δυσκολεύονται αλλά και εξαντλούνται από την προσπάθεια να συγκεντρωθούν. Υιοθετούν αρνητική όψη για τη ζωή και τις καταστάσεις και έχουν χάσει ελπίδα για το μέλλον (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; World Health Organisation, 2021). Εκτός των ψυχολογικών συμπτωμάτων άτομα με κατάθλιψη

εμφανίζουν επίσης σωματικά συμπτώματα, όπως η κόπωση, η χαμηλή ενέργεια, οι σωματικές ενοχλήσεις, η εξάντληση, τα προβλήματα ύπνου (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020), η μείωση ή και αύξηση όρεξης για φαγητό (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Pinel, 2011; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020; World Health Organisation, 2021), η μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Ακόμη, σημειώνουν ορισμένα γνωστικά ελλείματα όπως η ανικανότητα λήψης πρωτοβουλίας, η προτίμηση να μένουν μόνοι και σιωπηλοί (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020), η επιβράδυνση ομιλίας και κίνησης, η μειωμένη ικανότητα να σκέφτονται και να λαμβάνουν αποφάσεις, η επιβράδυνση των διεργασιών της σκέψης, η υπερβολική ανησυχία, ο ιδεομηρυκασμός (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020).

Το 60% των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για ΜΚΔ, σύμφωνα με το DSM-V, δηλώνουν έντονη ή πολύ έντονη βλάβη στη λειτουργικότητα, που προκαλεί εμπόδια στην αυτό-φροντίδα και την ανεξαρτησία τους (Fried & Nesse, 2015). Ενώ, με την εμφάνιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι, επίσης σύνηθες, η απελπισία και η αποθάρρυνση να οδηγήσουν σε σκέψεις ή και απόπειρες αυτοκτονίας (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Άνω των 15% των ασθενών με σοβαρή κατάθλιψη πεθαίνουν από αυτοκτονία (Duval, Lebowitz, & Macher, 2006) και συνολικά περισσότεροι από 700.000 άτομα πεθαίνουν από αυτοκτονία κάθε χρόνο (World Health Organisation, 2021). Το ρίσκο αυτοκτονίας, πρέπει να εκτιμάται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, με αυξημένο ρίσκο τις δύο πρώτες εβδομάδες θεραπείας (Duval, Lebowitz, & Macher, 2006).

### **Επιπολασμός**

Οι πιθανότητες ανάπτυξης ΜΚΔ είναι περίπου 15% καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η ηλικία έναρξης της κατάθλιψης, συνεχώς μειώνεται, που επιβεβαιώνεται από τα δεδομένα που δείχνουν ότι έχουν αυξηθεί τα ποσοστά εισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές μεταξύ των εφήβων (Lam, 2018, World Health Organization, 2017). Η κατάθλιψη, παγκοσμίως



επηρεάζει περίπου 3,8% του πληθυσμού. Οι ενήλικες σημειώνουν ποσοστό 5,0% και άτομα άνω των 60 ετών επηρεάζονται κατά 5,7% (World Health Organisation, 2021). Μία σύγχρονη έρευνα που εξετάζει τον επιπολασμό της ΜΚΔ είναι αυτή των Greenberg και συνεργατών (2021) εξέτασε τον επιπολασμό της ΜΚΔ το 2018, και συνέκρινε τα αποτελέσματα με την προηγούμενη έρευνα που διεξήγαγαν το 2010. Οι ερευνητές βρήκαν σημαντική αύξηση στα ποσοστά ΜΚΔ. Το πλήθος των Αμερικανών ενηλίκων με ΜΚΔ αυξήθηκε κατά 12,9% (από 15,5 σε 17,5 εκατομμύρια). Βέβαια, η αύξηση των περιστατικών κατάθλιψης συνοδεύει την αύξηση του Αμερικανικού πληθυσμού από 228,5 εκατομμύρια σε 246,0. Βρέθηκε πως η αύξηση των περιστατικών ΜΚΔ δεν είναι ηλικιακά ομοιόμορφη, με τις ηλικίες 18 έως 34 ετών να αποτελούν το 47,5% των περιστατικών. Ταυτόχρονα με την αύξηση των περιστατικών αυξήθηκε και το ποσοστό εισαγωγής σε κάποια θεραπεία κατά 1.000.000 (Greenberg et al., 2021).

#### *Διαφορές των φύλων στη κατάθλιψη*

Εκτός συγκεκριμένων ομάδων, η κατάθλιψη εμφανίζεται δύο φορές πιο συχνά στις γυναίκες από τους άνδρες (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; Eid et al., 2019; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Marcus et al., 2005; Marcus et al., 2008; Martin et al., 2013; Pemberton, & Tyszkiewicz, 2016; World Health Organisation, 2017; World Health Organisation, 2021). Οι οι γυναίκες πάσχουν σε ποσοστό 5,1% και οι άνδρες κατά 3,6% (World Health Organisation, 2017). Σε αυτή τη διαφοροποίηση συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; Eid et al., 2019; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Lam, 2018; Marcus et al., 2005; Marcus et al., 2008; Martin et al., 2013; Pemberton, & Tyszkiewicz) όπως η γονιδιακή έκφραση, η νευροπλαστικότητα, το ανοσοποιητικό σύστημα (Eid et al., 2019; Labaka et al., 2018), το μονοαμινεργικό σύστημα, ορισμένες ορμόνες και νευροδιαβιβαστές (Labaka et al., 2018), αλλά και κάποιοι κοινωνικοί παράγοντες. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να κακοποιηθούν σεξουαλικά, να εσωτερικοποιήσουν

εδραιωμένους κοινωνικούς ρόλους και να βιώσουν κακοποίηση (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Έχει διαπιστωθεί ότι διαφοροποιούνται τα ποσοστά επιπολασμού με τους άνδρες με την έναρξη της έμμηνος ρύσης (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Martínez-Paredes, & Jácome-Pérez, 2017) Ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επιπτώσεις της εγκυμοσύνης και του τοκετού που επηρεάζει κυρίως το γυναικείο φύλο (Martínez-Paredes, & Jácome-Pérez, 2017; Ryan, Milis, & Misri, 2005; Vigod, Wilson, & Howard, 2016).

Η κατάθλιψη, σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, παρουσιάζεται διαφορετικά στα φύλα (Eid et al., 2019; Labaka, et al., 2018; Marcus et al., 2005; Marcus et al., 2008; Martin et al., 2013). Οι άνδρες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας, κατάχρησης ουσιών (Martin et al., 2013; Marcus et al., 2005; Marcus et al., 2008) και λήψης ρίσκων, τόσο ώστε σύμφωνα με την έρευνα των Martin και συνεργατών (2013), τα ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης, εξισορροπούνται μεταξύ των φύλων εάν συμπεριληφθούν στα διαγνωστικά κριτήρια τα παραπάνω (Martin et al., 2013). Αντίστοιχα, οι γυναίκες εμφανίζουν σημαντικότερη ένταση συμπτωμάτων, αύξηση βάρους, υπερ-υπνία, διαπροσωπική ευαισθησία, γαστρεντερικές ενοχλήσεις και σωματικές ενοχλήσεις και πόνους. Σημειώνουν μικρότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και ισάξια επίπεδα ευερεθιστότητας. Ως προς τις συννοσηρές διαταραχές, οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα βουλιμίας, αγχώδων διαταραχών, σωματομορφικές διαταραχές και περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίες, συγκριτικά με τους άνδρες (Marcus et al., 2008). Στην έρευνα των Marcus και συνεργατών (2005), οι γυναίκες σημείωσαν μικρότερη ηλικία έναρξης της ΜΚΔ. Συνολικά, οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης συγκριτικά με τους άνδρες (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; Eid et al., 2019; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Marcus et al., 2005; Marcus et al., 2008; Martin et al., 2013; Pemberton, & Tyszkiewicz, 2016; World Health Organisation, 2017; World Health Organisation, 2021).

## **Παθογένεια**

### ***Βιολογικοί και Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες***

Η ανάπτυξη της ΜΚΔ οφείλεται σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; World Health Organisation, 2021). Ενδεικτικά, το ιστορικό κατάθλιψης στην οικογένεια αυξάνει κατά 35% τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020). Πληθώρα μελετών αποδεικνύει πως η παρουσία της ΜΚΔ σε συγγενείς πρώτου βαθμού, αυξάνει κατά 15-20% τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής, και σημαντικό ρόλο διαδραματίζει, επίσης, η ηλικία έναρξης των καταθλιπτικών επεισοδίων και η υποτροπίαση των συγγενών του ατόμου (Lam, 2018). Επιπλέον, ορισμένες ιατρικές παθήσεις, το ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων και κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα εμφάνισης ή και επανεμφάνισης της κατάθλιψης (Fried & Nesse, 2015).

Βέβαια, οι παθολογικές ψυχικές διεργασίες με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, μπορεί να είναι αποτέλεσμα ψυχοπιεστικών περιστάσεων ζωής, δίχως να υπάρχει απαραίτητα βιολογικό υπόβαθρο (Οικονόμου και συν., 2018). Η επιρροή ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών φαίνεται να είναι σημαντική για την ανάπτυξη της καταθλιπτικής ψυχοπαθολογίας (Fried, & Nesse, 2015; Οικονόμου και συν., 2018) όπως το φύλο, η ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, το υποστηρικτικό πλαίσιο, το εισόδημα και η εργασιακή κατάσταση (Οικονόμου και συν., 2018).

Στους κοινωνικούς παράγοντες εμφάνισης της κατάθλιψης εντάσσονται, οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Οικονόμου και συν., 2018), όπως η κακοποίηση ή παραμέληση κατά τη νεαρή ηλικία, πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020) η φτώχεια (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; World Health Organisation, 2021; Οικονόμου και συν., 2018), η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και τα περιορισμένα

κοινωνικά δίκτυα, που μειώνουν την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται σε στρεσογόνες καταστάσεις, κάνοντάς το πιο ευάλωτο στη κατάθλιψη (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Οικονόμου και συν., 2018). Μία άλλη όψη είναι πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως η αρνητική θεώρηση για τον εαυτό και η αμφισβήτηση της θετικής ανατροφοδότησης, προκαλούν διαπροσωπικά προβλήματα. Επίσης, η υπερβολική αναζήτηση της θετικής ανατροφοδότησης μπορεί να οδηγήσει εν τέλει σε απόρριψη (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Συνεπώς, η ίδια η κατάθλιψη προκαλεί δυσλειτουργία και δυσκολεύει την καθημερινότητα και συμβάλλει στην ανάπτυξη των συμπτωμάτων της (World Health Organisation, 2021).

### ***Θεωρία του Beck***

Ο ψυχίατρος Aaron Beck (1967), απέδωσε την κατάθλιψη σε αρνητικές σκέψεις, την αρνητική τριάδα, που αφορούν αρνητικές αντιλήψεις για τον κόσμο, τον εαυτό και το μέλλον. Τα αρνητικά αυτά σχήματα πρόκεινται για ένα επικείμενο σύνολο πεποιθήσεων που διαμορφώνουν τον τρόπο που το άτομο νοηματοδοτεί τις εμπειρίες του (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; LeMoult & Gotlib, 2019), αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τον κόσμο γύρω τους. Τα σχήματα αυτά παραμένουν παρόντα, αν και ανενεργά, ακόμα και εκτός καταθλιπτικών περιόδων και ενεργοποιούνται από αρνητικά γεγονότα (LeMoult & Gotlib, 2019). Από τη στιγμή που ενεργοποιούνται τα αρνητικά σχήματα προκαλούνται γνωστικές στρεβλώσεις, οι οποίες δημιουργούν τη τάση να επεξεργάζονται πληροφορίες με συγκεκριμένους αρνητικούς τρόπους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Τα σχήματα, μπορεί χαρακτηρίζονται από αποτυχία, μειωμένη αίσθησης αξίας, αλλά και απόρριψη, άσχημη αντίληψη του εαυτού του κόσμου και του μέλλοντος (LeMoult & Gotlib, 2019). Τα γνωστικά σφάλματα μπορεί να είναι «αυθαίρετα συμπεράσματα», «επιλεκτική αφαίρεση» και «υπεργενίκευση» (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

## **Θεραπεία**

Η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να λάβει τη μορφή της φαρμακοθεραπείας και της ψυχοθεραπείας (Beurel, Toups, & Nemeroff, 2020; Cuijpers, και συν., 2013; World Health Organisation, 2021). Πολλές έρευνες, όπως αυτή των Cuijpers και συνεργατών (2013) αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των προαναφερθέντων για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Εντούτοις, πολλά άτομα με κατάθλιψη δεν λαμβάνουν θεραπεία για τα συμπτώματά τους (Olfson, Blanco, & Marcus, 2016; World Health Organisation, 2021). Εμπόδια αποτελούν η έλλειψη πόρων, η απουσία εξειδικευμένων πάροχων υγείας και κοινωνικό στίγμα γύρω από τις ψυχικές διαταραχές (World Health Organisation, 2021). Η φαρμακοθεραπεία παρέχεται πιο συχνά συγκριτικά με τη ψυχοθεραπεία, ενώ δεύτερη παρέχεται πιο συχνά σε πιο σοβαρές παρά πιο ήπιες ψυχικές περιστάσεις. Η ψυχοθεραπεία, βέβαια μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική συγκριτικά με τη φαρμακοθεραπεία (Olfson, Blanco, & Marcus, 2016).

## **Ψυχοθεραπευτικές Μέθοδοι**

Υπάρχουν διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις στην θεραπεία της κατάθλιψης, με τις επικρατούσες να είναι η ΓΣΘ, η ΔΨΘ (Kumpula et al., 2019; World Health Organisation, 2021) και η Συμπεριφορική Ενεργοποίηση (ΣΕ) (World Health Organisation, 2021). Η δικτυακή μετα-ανάλυση των Cuijpers και συνεργατών (2021) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων στη κατάθλιψη. Εξέτασαν, μεταξύ άλλων τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ), τη Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (ΔΨΘ), τη Συμπεριφορική Ενεργοποίηση (ΣΕ), τη Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία (ΨΨ) και κατέληξαν πως όλες θεραπευτικές μέθοδοι είναι πιο αποτελεσματικές από τη μη συμμετοχή σε κάποια θεραπευτική μέθοδο. Οι ΓΣΘ και ΔΨΘ παρουσίασαν, με μικρή διαφορά, ισχυρότερα αποτελέσματα (Cuijpers, et al., 2021). Στην έρευνα των Kumpula και συνεργατών (2019), που εξέτασε τη θεραπεία του αυτοκτονικού ιδεασμού σε βετεράνους,

στις ΗΠΑ, κατέληξε πως η ΓΣΘ, η ΔΨΘ και η θεραπεία παρατεταμένης έκθεσης (PE) είναι αποτελεσματικές για τη μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού, με τη θεραπεία PE να παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα (Kumprula, και συν., 2019).

Ακόμη, είναι δυνατόν να συνδυάζονται κάποιες μέθοδοι σε κρίσιμα σημεία στη πορεία της θεραπείας. Ενδεικτικά στην πιλοτική μελέτη των Gunlicks-Stoessel και συνεργατών (2019) η προσθήκη της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ) ή της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΔΣΘ) στην Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (ΔΨΘ) ήταν αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε εφήβους. Βέβαια, η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διέφερε ανάλογα με τα κρίσιμα σημεία που επιλέχθηκαν να προστεθούν οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις στην διαδικασία θεραπείας. Ωστόσο, οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η βέλτιστη αλληλουχία των θεραπειών μπορεί να εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών, υπογραμμίζοντας τη σημασία των εξατομικευμένων και προσαρμόσιμων θεραπευτικών προσεγγίσεων (Gunlicks-Stoessel, et al., 2019).

### ***Φαρμακοθεραπεία***

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ποσοστό συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών. Για την θεραπεία περιστατικών με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας χρησιμοποιούνται αντιψυχωτικά, σταθεροποιητές διάθεσης, και αγχολυτικά. Τα αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται σε περίπτωση που τα αντικαταθλιπτικά δε προκαλούν τα θεμιτά αποτελέσματα. Τα αγχολυτικά ταυτόχρονα με τη χρήση αντικαταθλιπτικών μπορεί να μειώσουν τη πρόωρη διακοπή των τελευταίων ή να μειώσουν τα συμπτώματα του άγχους, καθώς το άγχος και η κατάθλιψη συνήθως συνυπάρχουν (Cuijpers, και συν., 2021; Olfson, Blanco, & Marcus, 2016).

Οι βασικές φαρμακολογικές θεραπείες για τη κατάθλιψη σχετίζονται με μονοαμινεργικούς στόχους λόγω της ανακάλυψης ότι τα φάρμακα που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη ή τον μεταβολισμό των μονοαμινεργικών νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη, ντοπαμίνη) διαθέτουν αντικαταθλιπτική δράση. Παρά τη διαδεδομένη χρήση τους, η αποτελεσματικότητά τους περιορίζεται λόγω της της καθυστερημένης θεραπευτικής δράσης τους, χαμηλά ποσοστά ύφεσης και μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία (Kadriu, και συν., 2019). Οι έρευνες με ομάδα ελέγχου (στην οποία δίνεται εικονικό φάρμακο) δείχνουν πως τα αντικαταθλιπτικά και τα εικονικά φάρμακα έχουν παρόμοια αποτελέσματα σε περιπτώσεις ήπιας ή λιγότερο σοβαρής κατάθλιψης. Άτομα με σοβαρή κατάθλιψη δείχνουν καλή ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά, ενώ η ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε άτομα με κατάθλιψη με πιο σοβαρά συμπτώματα (Olfson, Blanco, & Marcus, 2016).

Τα τελευταία χρόνια, αναπτύσσονται νέες θεραπευτικές στρατηγικές, βασιζόμενες στη σχέση των αυξημένων επιπέδων γλουταμινεργικού πλάσματος και των ψυχιατρικών διαταραχών, όπως των διαταραχών προσωπικότητας. Βάσει αυτής της θεωρίας κατασκευάστηκαν τα «αντικαταθλιπτικά ταχείας δράσης», όπως η κεταμίνη. Παραδειγματικά, η δράση της κεταμίνης εκτείνεται στην στη σημαντική και γρήγορη (εντός μίας έως τέσσερις ώρες) αντι-αυτοκτονική δράση, η αντικαταθλιπτική δράση της διαρκεί για 7 μέρες. Η επίδραση της κεταμίνης είναι παροδική, και η περίοδος ύφεσης είναι μικρή, με διάρκεια ημερών έως και εβδομάδων. Οι δυσμενείς επιδράσεις της κεταμίνης σημαίνουν την ανάγκη για ισχυρή και αποτελεσματική εναλλακτική λύση, και σε μεγάλο βαθμό ανάγκη για πιο βολικό μέσο χορήγησής της (Kadriu, et al., 2019).

### Αγχώδεις διαταραχές

Ο όρος «άγχος» (anxiety) χρησιμοποιήθηκε σε πληθώρα έργων του Sigmund Freud, που θεωρούσε πως το άγχος είναι μία εγγενής και διάχυτη πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης. Πρότεινε πως το άγχος είναι αποτέλεσμα ασυνείδητων συγκρούσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και ταυτόχρονα μπορεί να δρα προστατευτικά προς το άτομο, προειδοποιώντας το για πιθανούς κινδύνους. Εντούτοις, δίνει έμφαση στη στενή σχέση μεταξύ του άγχους και της νεύρωσης, όπου οι ανεπίλυτες συγκρούσεις και οι καταπιεσμένες επιθυμίες μπορούν να εκδηλωθούν ως νευρωτικά συμπτώματα και άγχος (Freud & Strachey, 1959). Το άγχος, στη ψυχαναλυτική θεωρία, ορίζεται, ως «μία οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία που ειδοποιεί ή θέτει σε επιφυλακή το Εγώ για κάποιον κίνδυνο» (Cervone & Pervin, 2013, σ. 733). Στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, ο Hans Selye έστρεψε το ενδιαφέρον στις φυσιολογικές πτυχές του άγχους, εξετάζοντας τον ρόλο του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στη φυσιολογική απόκριση του στρες και του άγχους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Selye, 1950).

### Γενικά

Οι αγχώδεις διαταραχές αναφέρονται σε μία ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από αισθήματα άγχους και φόβου (World Health Organization, 2017). Το άγχος και ο φόβος πρόκεινται για δύο συνήθεις συναισθηματικές καταστάσεις που βιώνουν οι άνθρωποι στη καθημερινότητά τους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; LeDoux, 2016; Mobbs et al., 2015). Σύμφωνα με τους συγγραφείς Kring, Davison, Neale, και Johnson (2010), το άγχος αποτελεί την «ανησυχία γύρω από ένα πρόβλημα που το άτομο προσδοκά ότι θα προκύψει» (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010, σ. 198), και μπορεί να είναι συνέπεια της αντίληψης ότι μία κατάσταση ότι είναι άνω των ικανοτήτων του και ακολούθως βιώνεται ως απειλή (Friedman, Clark, & Gershon, 1992). Το άγχος, όντας μία



προσαρμοστική απόκριση, αποσκοπεί στην παρατήρηση απειλών και τη προετοιμασία για μελλοντικές απειλές (American Psychiatric Association, 2013), με σωματικό σύμπτωμα την ένταση των μυών (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Ο φόβος, από την άλλη, είναι «η αντίδραση σε κάποιον άμεσο και παροντικό κίνδυνο που υπάρχει είτε στη πραγματικότητα είτε στην αντίληψη του ατόμου. Μπορεί να υπάρχει διέγερση, δηλαδή αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος» (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010, σσ. 951-952). Ο φόβος αποτελεί, επίσης, τη κινητήριο δύναμη των αμυντικών συμπεριφορών (Pinel, 2011). Ο φόβος πυροδοτεί το αίσθημα της «φυγής ή πάλης» (American Psychiatric Association, 2013), προκαλώντας μία διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος (American Psychiatric Association, 2013; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ο φόβος πρόκειται για μία υποκειμενική κατάσταση, για ένα συναίσθημα που κάποιος αισθάνεται όταν νιώθει πως απειλείται. Ο φόβος συνοδεύεται από πάγωμα, ιδιαίτερες εκφράσεις προσώπου, φυγή και αποφυγή, και τις ψυχολογικές αλλαγές που συνοδεύουν αυτές τις συμπεριφορές (LeDoux, 2016, Mobbs et al., 2015). Σύμφωνα με το DSM-5 ο φόβος είναι η συναισθηματική αντίδραση σε μία επικείμενη απειλή, ενώ το άγχος είναι η αναμονή – προσδοκία μίας μελλοντικής απειλής. Το άγχος και ο φόβος είναι εξελικτικά σημαντικά συναισθήματα, η λειτουργία των οποίων αλληλεπικαλύπτεται (American Psychiatric Association, 2013). Εντούτοις, και τα δύο στο πλαίσιο των αγχώδων διαταραχών δεν λειτουργούν σωστά, το άτομο βιώνει φόβο ενώ δεν υπάρχει κίνδυνος και υπερβολικό άγχος που αποβαίνει καταστροφικό (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Άτομα με αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν τη προδιάθεση να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σε αρνητικά ερεθίσματα (Daviu et al., 2019).

### **Κριτήρια Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-5**

Σύμφωνα με το DSM-5, οι αγχώδεις διαταραχές διακρίνονται σε 10 υποκατηγορίες.

Ονομαστικά, η Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, η Επιλεκτική Βωβότητα, η Ειδική Φοβία,

η Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή (Κοινωνική Φοβία), η Διαταραχή Πανικού, η Αγοραφοβία, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, η Προκαλούμενη από Ουσίες/Φάρμακα Αγχώδης Διαταραχή, η Αγχώδης Διαταραχή Οφειλόμενη σε Άλλη Σωματική Κατάσταση και η Απροσδιόριστη Αγχώδης Διαταραχή (American Psychiatric Association, 2015).

Ενδεικτικά θα αναφερθούμε στα διαγνωστικά κριτήρια της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, όπως καταγράφονται στην Ελληνική γλώσσα στο βιβλίο «Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5» με επιμέλεια της ελληνικής γλώσσας, του Γκοτζαμάνη (American Psychiatric Association, 2015, σσ. 122-123).

«Α. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία), που εμφανίζονται τις περισσότερες ημέρες μίας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών, για σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία και η σχολική επίδοση).

Β. Το άτομο αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.

Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον ορισμένα συμπτώματα να είναι παρόντα για τις περισσότερες μέρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών):

**Σημείωση:** Στα παιδιά απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα.

1. Νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή υπερένταση.
2. Αισθάνεται ασυνήθιστα ταραγμένος.
3. Δυσκολία συγκέντρωσης ή αίσθημα ότι το μυαλό αδειάζει.
4. Ευερεθιστότητα.
5. Μυϊκή τάση.
6. Διαταραχή του ύπνου (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου, ή ανήσυχος, μη ικανοποιητικός ύπνος).

Δ. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Ε. Η διαταραχή της δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις ουσίας (π.χ., ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή σε άλλη σωματική κατάσταση (π.χ., υπερθυρεοειδισμός).

*ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή...». (American Psychiatric Association, 2015, σσ. 122-123).*

### **Το Άγχος Κατάστασης και το Άγχος ως Χαρακτηριστικό της Προσωπικότητας**

Το άγχος διακρίνεται σε δύο είδη, στο άγχος κατάστασης και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η διάκριση των δύο βασίζεται στη διάρκεια (Daviu et al., 2019; Endler, & Kocovski, 2001, Knowles & Olatunji, 2019, Wilt, Oehlberg, & Revelle, 2011). Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι συνεχές, και εκφράζεται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και συνεπώς, κατηγοριοποιείται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του (Daviu et al., 2019; Endler, & Kocovski, 2001). Συνοδεύεται με άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως αρνητική συναισθηματική κατάσταση και νευρωτισμό, ενώ ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι έννοια ταυτόσημη του νευρωτισμού (Endler, & Kocovski, 2001, Knowles & Olatunji, 2019, Wilt, Oehlberg, & Revelle, 2011). Τα άτομα με άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, επεξεργάζονται και αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο τις καταστάσεις συγκριτικά με τα άτομα που δεν έχουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους. Συνδέεται με προκατάληψη της προσοχής προς την απειλή και ενισχυμένη μνήμη για απειλητικές πληροφορίες, ενώ παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα αναστολής σε διασπαστές προσοχής, ακόμα και υπό αγχώδεις συνθήκες, παρουσιάζουν μειωμένη γνωστική ευελιξία

και ικανότητα προσαρμογής. Επίσης, σημειώνουν ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες, στην λήψη αποφάσεων, ακόμα και σε καταστάσεις που δεν υπάρχει κάποια απειλή, κάτι που τη συνδέει με γνωστικές προκαταλήψεις στις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Endler, & Kocovski, 2001; Knowles & Olatunji, 2019; Wilt, Oehlberg, & Revelle, 2011).

Αντίθετα, το άγχος κατάστασης είναι μία οξεία απάντηση σε μία πιθανή απειλή, είναι χρήσιμη στην αποφυγή επικίνδυνων καταστάσεων και διευκολύνει την εδραίωση της μνήμης. Τα παραπάνω είδη άγχους δεν αλληλοαποκλείονται, ένα γεγονός μπορεί να προκαλέσει υψηλότερα επίπεδα άγχους κατάστασης, συγκριτικά με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Και τα δύο είναι εξελικτικά σημαντικά για την πρόβλεψη και την αποφυγή κινδύνου, και συνεπώς, δεν είναι πάντα παθολογική η έκφρασή τους. Βέβαια, το άγχος ως αποτέλεσμα μη απειλητικών καταστάσεων είναι δυσπροσαρμοστικό (Endler, & Kocovski, 2001; Knowles & Olatunji, 2019; Wilt, Oehlberg, & Revelle, 2011).

### **Επιπολασμός**

Οι αγχώδεις διαταραχές πρόκεινται για τον πιο συνηθισμένο τύπο ψυχιατρικής διάγνωσης (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010, Pinel, 2011). Υπολογίζεται πως το 2015, 3,6% του πληθυσμού έπασχε από κάποια αγχώδη διαταραχή, και είναι πιο συνηθισμένες στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες (World Health Organization, 2017). Η διάγνωση μίας αγχώδους διαταραχής συνοδεύεται με διαπροσωπικά προβλήματα, δυσκολίες και απουσία από την εργασία, και διπλάσιες ιατρικές δαπάνες από τον μέσο άνθρωπο (Greenberg et al., 1999, Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010, Wang et al., 2005) που δεν σχετίζονται με τη ψυχική υγεία (McLean et al., 2011).

### *Διαφορές των φύλων στις αγχώδεις διαταραχές*

Αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες είναι διπλάσια πιο πιθανό να υποφέρουν από κάποια αγχώδη διαταραχή (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018; Munir & Takon, 2022; World Health Organization, 2017). Συγκεκριμένα, σημειώνεται διαφοροποίηση στον επιπολασμό, τα κλινικά χαρακτηριστικά, και τη συννοσηρότητα, που περιπλέκουν τις εν λόγω διαταραχές (Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018; McLean et al., 2011). Η εμφάνιση και η έκφραση των αγχωδών διαταραχών διαφέρει μεταξύ των φύλων για ποικίλους λόγους που πληθώρα ερευνών επιχειρεί να εντοπίσει (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018; Munir & Takon, 2022; McLean et al., 2011). Μία πιθανή εξήγηση δίνεται από τους McLean και συνεργάτες (2011), που καταγράφουν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εσωτερικοποιήσουν τις διαταραχές συγκριτικά με τους άνδρες, και για αυτόν τον λόγο είναι πιο πιθανό να έχουν αυξημένα σωματικά συμπτώματα (McLean et al., 2011).

Επιπλέον, ένας σημαντικός όρος για την διαφορά της διαταραχής μεταξύ των φύλων είναι η ευαισθησία στο άγχος, ή ο φόβος των αισθήσεων που σχετίζονται με αυτό. Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν τα προβλήματα και συμπτώματά τους (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018; Munir & Takon, 2022). Είναι πιο πιθανό να περιγράψουν συμπτώματα όπως δύσπνοια, τάση για λιποθυμία, αίσθημα πνιγμού, και φόβο των σωματικών συμπτωμάτων του πανικού, ενώ οι άνδρες τείνουν να φοβούνται περισσότερο τις κοινωνικές συνέπειες του άγχους (Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018; McLean et al., 2011; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010). Ακόμη, τα φύλα διαφέρουν και στην ανάκληση ή θεώρηση κάποιων γεγονότων ως τραυματικά (Munir & Takon, 2022).

Οι γυναίκες παρουσιάζουν βιολογικές διαφορές στην αντίδραση του στρες και τη νευρολογική οργάνωση (Munir & Takon, 2022). Συνεπώς, η διαφοροποίηση αυτή μπορεί αν

είναι αποτέλεσμα δομικών διαφορών στον εγκέφαλο για παράδειγμα, τον προμετωπιαίο φλοιό, τον ιππόκαμπο, και το εκτεταμένο σύμπλεγμα αμυγδαλής. Τέλος, τραυματικές εμπειρίες κατά τη παιδική ηλικία, αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ορισμένων από τις αγχώδεις διαταραχές, στα οποία έχει κρίσιμο ρόλο η χρονική στιγμή που πραγματοποιούνται στις γυναίκες (McLean et al., 2011; Munir & Takon, 2022). Βέβαια, σημαντική διαφορά παρατηρείται μεταξύ των φύλων, ως προς την ανάκληση και τη θεώρηση κάποιων γεγονότων ως τραυματικά (Munir & Takon, 2022).

### **Συννοσηρότητα**

Είναι σύνηθες οι αγχώδεις διαταραχές να συνυπάρχουν (Goisman, Goldenberg & Vasile, 1995; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010; Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018; Munir & Takon, 2022). Για παράδειγμα, σύμφωνα με την έρευνα των Goisman, Goldenberg & Vasile, 1995, που βασίστηκε στο DSM-III, είναι εξαιρετικά συχνό ένα περιστατικό να παρουσιάζει συμπτώματα από περισσότερες από μία αγχώδεις διαταραχές. Η απλή διαταραχή πανικού φαίνεται να έχει το μικρότερο ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ των αγχωδών διαταραχών. Η διαταραχή πανικού που συνοδεύεται από αγοραφοβία και η αγοραφοβία έχουν κοινές συννοσηρές διαταραχές, την κοινωνική φοβία, την απλή φοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Οι αγοραφοβία που δεν συνοδεύεται από διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία και η ΓΑΔ ήταν συννοσηρές με τουλάχιστον άλλες δύο διαταραχές (Goisman, Goldenberg & Vasile, 1995).

### **Παθογένεση**

Σύμφωνα με το μοντέλο στρες-διάθεσης, η ανάπτυξη μίας αγχώδους διαταραχής είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, γενετικών, συμπεριφορικών, περιβαλλοντικών και η συναναστροφή τους (Simon et al., 2020).

### **Βιολογικά Αιτία**

Η φυσιολογία του άγχους δεν είναι γνωστή (Munir & Takon, 2022) και εμπίπτει τόσο σε βιολογικούς όσο σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν βιολογικό υπόβαθρο, με τους δείκτες να κυμαίνονται από 30-50% σε πληθώρα μελετών. Μελέτες σε μονοζυγωτικά δίδυμα και έρευνες οικογενειών, επίσης, επιβεβαιώνουν τη κληρονομικότητά τους (Hettema et al., 2001; Pinel, 2011; Smoller et al., 2019; 2005; Tambs et al., 2009).

Σημειώνεται σημαντική επίδραση της κληρονομικότητας στις αγχώδεις διαταραχές, με κάποιες διαταραχές να συνδέονται με μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ τους από άλλες. Συνεπώς, οι ερευνητές κατέληξαν πως οι αγχώδεις διαταραχές έχουν υποβόσκοντες παράγοντες που εξαρτώνται από τη κληρονομικότητα, και ταυτόχρονα επηρεάζονται από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (Hettema et al., 2001; Smoller et al., 2019; 2005; Tambs et al., 2009), ως προς τον χρόνο έναρξης και τον τύπο διαταραχής, (Hettema et al., 2001; Pinel, 2011).

Οι Hettema και συνεργάτες (2001), αποδεικνύουν την κληρονομικότητα των αγχώδων διαταραχών, με 20-39% για τις φοβίες, και 43% για τη διαταραχή πανικού, (Hettema et al., 2001) και στη διαταραχή κοινωνικού άγχους 10% ποσοστό κληρονομικότητας (Hettema et al., 2005). Τα ευρήματα της έρευνας των Hettema και συνεργατών (2001) δείχνουν πως η διαταραχή πανικού, γενικευμένης αγχώδης διαταραχής, φοβιών και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι γενετικά προσδιορισμένη (Hettema et al., 2001). Ο εντοπισμός των συγκεκριμένων γονιδίων που εμπλέκονται στην ανάπτυξή τους είναι δύσκολος λόγω της γενετικής και φαινοτυπικής πολυπλοκότητας των συγκεκριμένων διαταραχών (Smoller et al., 2008). Συνολικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι κληρονομικές κατά 30-40%, ποσοστό σημαντικά πιο χαμηλό συγκριτικά με άλλες διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, ή η διπολική διαταραχή (Hettema et al., 2001). Τα γονίδια συμβάλλουν σε αυτές τις διαταραχές, ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι επίσης σημαντικοί (Smoller et al., 2008).

Η νευρωνική αιτιολόγηση των αγχώδων διαταραχών βασίζεται στην αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών προσεγγίσεων. Πολλά αγχολυτικά είναι αγωνιστές των GABA<sub>A</sub> υποδοχέων, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, ή αγωνιστές των υποδοχέων της σεροτονίνης, όπως η βουσπιρόνη. Συνεπώς, έχει στραφεί το ενδιαφέρον στην GABAεργική ή σεροτονινεργική μεταβίβαση, ως αίτια των αγχώδων διαταραχών (Pinel, 2011). Τέλος, ο φόβος, που έχει στενή σχέση με το άγχος, θεωρείται πως είναι αποτέλεσμα του μεταιχμιακού συστήματος και συγκεκριμένα της αμυγδαλής (Fanselow & Poulos, 2005; Pellman & Kim, 2016; Tonote, Fadok, & Lüthi, 2015). Η βλάβη στην αμυγδαλή μπορεί να μειώσει την ευαισθησία στις απειλές (Pellman & Kim, 2016; Tonote, Fadok, & Lüthi, 2015) και, αντίθετα, οι αγχώδεις διαταραχές προκαλούν υπερβολική ενεργοποίηση της αμυγδαλής (Bruehl, Delsignore, Komossa & Weidt, 2014).

### ***Ψυχολογικά Αίτια***

Το άγχος μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυξημένων επιπέδων εσωτερικού και εξωτερικού στρες που υπερισχύει τις φυσιολογικές ικανότητες διαχείρισης ή μειώνει την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τις καταστάσεις. Σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική θεωρία, η δυσφορία του άγχους είναι αποτέλεσμα των συγκρούσεων των εσωτερικών νοητικών διεργασιών, των ενστίκτων και ορμών. Σύμφωνα με τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις, το άγχος είναι μία δυσπροσαρμοστική μαθημένη αντίδραση σε συγκεκριμένες παρελθοντικές εμπειρίες και καταστάσεις που γενικεύονται σε μελλοντικές παρόμοιες καταστάσεις (Shri, 2010).

### ***Κοινωνικά Αίτια***

Στους κοινωνικούς παράγοντες μπορούμε να εντάξουμε ορισμένα τραυματικά γεγονότα, όπως η κακοποίηση κατά τη παιδική ηλικία, το στρες και κάποια διαταραχή κατάχρησης ουσιών (Munir & Takon, 2022). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν κάθε αγχώδη διαταραχή διαφορετικά (Tambs et al., 2009). Η Shri (2010) συγκέντρωσε τα πιο συνηθισμένα κοινωνικά αίτια που μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη κάποιας αγχώδους διαταραχής.



Ενδεικτικά αναφέρει τις αρνητικές εμπειρίες ζωής, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το στρες εργασίας, την έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων, την αλλαγή αρχών, τη σύγκρουση με κοινωνικές νόρμες, τη τρομοκρατία, τις φυσικές καταστροφές, τις εμπειρίες ζωής, όπως ο θάνατος στην οικογένεια, διαζύγιο, επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στις καταστάσεις ζωής (Shri, 2020).

## **Θεραπεία**

### ***Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις***

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών μπορεί να είναι, και προτιμάται να είναι ψυχοθεραπευτική, τουλάχιστον αρχικά (Barkowski et al., 2020; Koen & Stein, 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Otte, 2022; Pinel, 2011). Στη θεραπεία των εν λόγω διαταραχών, μπορούν να εφαρμοστούν πληθώρα προσεγγίσεων, όπως η συμπεριφορική, η γνωστική συμπεριφορική, η ψυχοδυναμική (Barkowski et al., 2020; Shri, 2010) η οικογενειακή και εκπαίδευση γονέων (Shri, 2010), ενώ ακόμα και η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα (Barkowski et al., 2020). Η ΓΣΘ στις αγχώδεις διαταραχές είναι υψηλά αποτελεσματική (Olatunji, Cisler & Deacon, 2010) και σύμφωνα με την μετα-ανάλυση του Otte, η ΓΣΘ είναι μέχρι στιγμής η πιο σταθερά υποστηριζόμενη ψυχοθεραπευτική επιλογή στην θεραπεία των αγχωδών διαταραχών (Otte, 2022). Οι παρεμβάσεις της ΓΣΘ βασίζονται στις αρχές της επιστήμης. Η ΓΣΘ περιλαμβάνει μία ποικιλία των ακολούθων, αυτό-διαχείριση, παρακολούθηση των συμπτωμάτων, σωματικές ασκήσεις, γνωστική αναδόμηση, έκθεση (φαντασιακή ή πραγματική) στο φοβικό ερέθισμα (Arch & Craske, 2009). Ανάλογα με τη διάγνωση, κάθε μία από τις παραπάνω μεθόδους εφαρμόζεται διαφορετικά (Otte, 2022).

### ***Φαρμακευτικές προσεγγίσεις***

Η φαρμακοθεραπεία, προτείνεται από τους πάροχους υγείας έπειτα από μη ανταπόκριση του πελάτη στη ψυχοθεραπεία (Barkowski et al., 2020; Koen & Stein, 2022; National Institute for

Health and Care Excellence, 2014). Λόγω της εμπλοκής του συστήματος της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης, η θεραπεία των συμπτωμάτων των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνουν τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs – ΕΑΕΣ) και τους αναστολής επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRI) (Munir & Takon, 2022; Koen & Stein, 2022). Βέβαια χρησιμοποιούνται και τα τρικυκλικά, που δεν ενδείκνυνται λόγω της διεγερμένης δράσης τους τόσο στην νοραδρεναλίνη όσο και την επινεφρίνη και σε άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών, που εξηγεί την χαμηλή ανεκτικότητά τους. Έχουν πραγματοποιηθεί πληθώρα ποιοτικών ερευνών που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των προαναφερθέντων, με τα αποτελέσματα να είναι θετικά στη χρήση τους για την αγχολυτική τους δράση (Koen & Stein, 2022).

## Στρες

Το 1936 ο Hans Selye χρησιμοποίησε τον όρο *στρες* στη θεωρία του περί Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής, αναφερόμενος στη σωματική αντίδραση σε οποιαδήποτε μορφή επιβλαβούς ερεθίσματος (Lazarus & Folkman, 1984; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Προηγουμένως ο Cannon αναγνώρισε το συμπαθητικό μυελώδες σύστημα των επινεφριδίων, το οποίο σε κρίσιμες στιγμές οδηγεί τον οργανισμό εκτός ομοιοστατικής ισορροπίας. Με τα ευρήματά του, οδηγήθηκε στον όρο “fight or run” που μετέπειτα μετατράπηκε σε “fight or flight” («πάλη-φυγή»). Παρ’ όλο που πολλά από τα ευρήματά του έχουν διαψευσθεί, η συμβολή του στην έρευνα της αντίδρασης του στρες είναι πολύτιμη (McCarty, 2016). Στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι Lazarus και Folkman ανέπτυξαν ένα γνωστικό μοντέλο του στρες, που σχετίζεται με το πως η αποτίμηση του στρεσογόνου παράγοντα επηρεάζει την αντίδραση σε αυτόν (Lazarus & Folkman, 1984).

Θεωρητικοί αντιμετωπίζουν διαφορετικά την έννοια του στρες, ορισμένοι το αντιμετωπίζουν ως ένα «γεγονός-ερέθισμα που ενέχει δύσκολες απαιτήσεις», ενώ άλλοι το θεωρούν ως «αντίδραση της οργανικής διέγερσης που προκαλείται από ένα ενοχλητικό γεγονός» (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020, σ. 129). Σύγχρονοι ερευνητές, εντούτοις, θεωρούν πως το στρες πρόκειται για μία σχέση ερεθίσματος-αντίδρασης, κατά την οποία το άτομο βιώνει απειλή (Chrousos, 2009; Daviu et al., 2019; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Η απειλή αυτή μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, και απειλεί την ανάπτυξη, συμπεριφορά και μεταβολισμό του ατόμου (Chrousos, 2009), απειλώντας την σωματική ακεραιότητα, την μακροπρόθεσμη ασφάλεια, την υπόληψη ή τη ψυχική ηρεμία του ατόμου» (Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, φαίνεται να ευνοεί ιδιαίτερα διαταραχές σχετιζόμενες με το στρες (Chrousos, 2009).

Η αντίδραση του στρες, μπορεί να θεωρηθεί ως μία κατάσταση έκτακτης ανάγκης, στην οποία ο οργανισμός αντιδρά σωματικά και συμπεριφορικά (Chrousos, 2009; Daviu et

al., 2019; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Το στρες και το άγχος είναι ένα βασικά στοιχεία της ανθρώπινης φύσης και είναι υπεύθυνα για την επιβίωση, καθώς προκαλούν την αντίδραση «πάλης-φυγής». Η ζωή χωρίς τους μηχανισμούς άγχους και στρες, θα ήταν χαοτική (Pinel, 2011; Takagi et al., 2018). Βραχυπρόθεσμα το στρες προκαλεί αναγκαίες προσαρμοστικές αλλαγές, ενώ μακροπρόθεσμα είναι υπαίτιο για δυσπροσαρμοστικές αλλαγές (Bystritsky & Kronemyer, 2014; Chrousos, 2009; Pinel, 2011; Takagi et al., 2018).

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (SNS) είναι οι δύο κύριες οδοί αντίδρασης στο στρες. Ο άξονας HPA απελευθερώνει κορτιζόλη και το SNS αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη, που μπορεί να έχουν προστατευτικές ή επιβλαβείς επιδράσεις ανάλογα με τη διάρκεια και την ένταση του στρες. Το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία του άξονα HPA, επιδρώντας αρνητικά στην ψυχική και σωματική υγεία, καθώς θεωρείται υπαίτιο για τη κατάθλιψη, το άγχος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Chrousos, 2009; McEwen, 1998). Ως συνέπεια, ερευνητές διακρίνουν δύο μορφές στρες, το παθολογικό (distress) και το φυσιολογικό (eustress), που βλάπτει και βελτιώνει την υγεία αντίστοιχα (Chrousos, 2009; Pinel, 2011).

Το στρες είναι θέμα προσωπικής αντίληψης, καθώς κάθε άτομο διαφέρει στην εκτίμηση ενός γεγονότος ως στρεσογόνου (Lazarus & Folkman, 1984; McEwen, 1998; Pinel, 2011; Weiten, Dunn, & Hammer, 2020). Η θεωρία των Lazarus και Folkman διακρίνει την πρωτογενή και δευτερογενή αποτίμηση στις νοητικές διεργασίες που επηρεάζουν τον αντίκτυπο του στρες. Στη πρωτογενή αποτίμηση, ένα γεγονός γίνεται αντιληπτό ως (1) σχετικό για το ίδιο το άτομο και απειλητικό ή ως (2) άσχετο ή αβλαβές. Στην πρώτη περίπτωση ακολουθεί η δευτερογενής αποτίμηση, στην οποία το άτομο κρίνει αν διαθέτει αρκετούς πόρους αντιμετώπισης και τους κρίνει ως επαρκείς ή ανεπαρκείς. Αν κρίνονται ανεπαρκείς το άτομο βιώνει στρες. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις το άτομο δεν βιώνει στρες (Lazarus & Folkman, 1984).

## Διάκρισης Άγχους και Στρες

Οι όροι στρες και άγχος είναι ασαφείς και η ερμηνεία τους έχει προκαλέσει σύγχυση σε σημασιολογικό, φυσιολογικό, ψυχολογικό, ψυχιατρικό και συμπεριφορικό επίπεδο (Bystritsky, & Kronemyer, 2014; Daviu et al., 2019; Endler, & Kocovski, 2001). Οι συγγραφείς, Bystritsky και Kronemyer (2014) υποστηρίζουν ότι είναι αντίστοιχες έννοιες που εντάσσονται στον μηχανισμό του στρες/άγχους. Και οι δύο εμφανίζονται σε ένα φάσμα ή ένα συνεχές, είναι πιο λογικό να τα θεωρούμε ως παραλλαγές αυτού που ουσιαστικά είναι το ίδιο φαινόμενο και συστατικά της ίδιας απόκρισης (Bystritsky & Kronemyer, 2014).

Η έννοια της αναμονής είναι σημαντική για τη διάκριση των δύο όρων (Daviu et al., 2019; Endler, & Kocovski, 2001), καθώς το στρες δίνει έμφαση σε μία παροντική ή και παρελθοντική ένταση ή απειλή (Anderson & Adolphs, 2014; Bystritsky & Kronemyer, 2014) ενώ το άγχος αφορά μία απειλή που είναι επικείμενη, ή που αναμένεται να συμβεί στο κοντινό ή μακρινό μέλλον. Και στις δύο περιπτώσεις εντούτοις, το άτομο εστιάζει στο γεγονός σαν να συμβαίνει τώρα (Bystritsky & Kronemyer, 2014; Daviu et al., 2019; Endler, & Kocovski, 2001). Πιο συγκεκριμένα, το στρες ως αντίδραση σε ένα ερέθισμα, συνοδεύεται από συναισθηματική απόκριση που καθορίζεται εν μέρει από την αντίληψη του ατόμου για την απειλή (Bystritsky & Kronemyer, 2014; Endler, & Kocovski, 2001), και τη πίεση πόρων στο περιβάλλον του ατόμου (Daviu et al., 2019; Endler, & Kocovski, 2001; Lazarus & Folkman, 1984). Ενώ το άγχος πρόκειται για μία χρονικά διάχυτη συναισθηματική κατάσταση που είναι αποτέλεσμα μίας δυνητικά επιβλαβούς κατάστασης, με τη πιθανότητα ή την εμφάνιση της βλάβης να είναι χαμηλή ή αβέβαιη (Daviu et al., 2019). Συνοπτικά, το στρες και το άγχος δρουν μέσω παρόμοιων νευροβιολογικών μηχανισμών, αποτελούν μέρος μίας γενικής προσαρμοστικής απόκρισης σε περιβαλλοντικές συνθήκες (Bystritsky & Kronemyer, 2014; Chrousos, 2009; Takagi et al., 2018) και έχουν αμφικατευθυνόμενη σχέση (Takagi et al., 2018).

### **Σύνδεση του στρες με ψυχικές διαταραχές**

Τα συμπτώματα του άγχους είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν σε άτομα που έχουν υποστεί στρεσογόνα γεγονότα. Το στρες συνδέεται με την μετα-τραυματική διαταραχή, αγοραφοβία και ίσως την διαταραχή πανικού, αλλά η σχέση αίτιου-αποτελέσματος δεν έχει αποδειχθεί. Όπως, δεν έχει αποδειχθεί σχέση μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων ζωής και της ΓΑΔ (Friedman, Clark, & Gershon, 1992). Το στρες είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη της κατάθλιψης που μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια προσαρμοστικής ικανότητας (Bystritsky & Kronemyer, 2014). Η έρευνα των Saleh, Camart και Romo (2017) εξέτασε την αυτοεκτίμηση, την αυτοαποτελεσματικότητα, την αισιοδοξία, την ευημερία, το στρες, και την ψυχική δυσφορία, σε 483 φοιτητές ηλικίας 18-24 ετών. Βρέθηκε αρνητική σχέση μεταξύ του στρες και της αυτοεκτίμησης, της αυτοπεποίθησης και της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας, και θετική σχέση μεταξύ του στρες και της ψυχικής δυσφορίας (Saleh, Camart, & Romo, 2017).

### **Τεχνικές αντιμετώπισης του στρες**

Οι Lazarus και Folkman (1984) εντόπισαν αρκετούς μηχανισμούς αντιμετώπισης που μπορούν να εφαρμοστούν για τη διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων. Στο βιβλίο τους «Stress, appraisal, and coping» καταγράφουν ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, και τονίζουν τη σημασία της αντιστοιχίας μεταξύ της στρατηγικής και της φύσης του στρεσογόνου παράγοντα (Lazarus & Folkman, 1984). Η αντιμετώπιση του στρες μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία και είναι δυνατόν να μαθευτούν και να αναπτυχθούν με την πάροδο του χρόνου (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus & Folkman, 1984).

Οι Carver και Connor-Smith (2010) ομαδοποιούν σε τέσσερις κατηγορίες τις τεχνικές αντιμετώπισης του στρες, αντιμετώπιση με εστίαση στο πρόβλημα έναντι αντιμετώπισης εστιασμένης στο συναίσθημα, αντιμετώπιση μέσω δέσμευσης έναντι μέσω αποδέσμευσης,

αντιμετώπιση με εστίαση στο νόημα και προληπτική αντιμετώπιση. Οι συγγραφείς σημειώνουν επίσης ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να είναι προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές, ανάλογα με το πλαίσιο και τους στόχους του ατόμου. Για παράδειγμα, η αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα μπορεί να είναι προσαρμοστική σε καταστάσεις όπου υπάρχει ξεκάθαρη λύση στο πρόβλημα, αλλά δυσπροσαρμοστική σε καταστάσεις όπου το πρόβλημα είναι πέρα από τον έλεγχο του ατόμου. Ομοίως, η αποφυγή αντιμετώπισης μπορεί να είναι προσαρμοστική σε καταστάσεις όπου ένα άτομο χρειάζεται ένα διάλειμμα από το άγχος, αλλά δυσπροσαρμοστική εάν οδηγεί σε μακροχρόνια αποφυγή ή κοινωνική απομόνωση (Carver & Connor-Smith, 2010).

Μία άλλη κατηγοριοποίηση μπορεί να είναι αυτή που προτείνουν οι Cohen, Kessler, και Gordon (1997) σε δύο μεγάλους τύπους: αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα και αντιμετώπιση με επίκεντρο το συναίσθημα. Η αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα περιλαμβάνει τη λήψη μέτρων για την άμεση αντιμετώπιση της πηγής του στρες, όπως η επίλυση προβλημάτων ή η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης. Η αντιμετώπιση με επίκεντρο το συναίσθημα, από την άλλη πλευρά, περιλαμβάνει τη ρύθμιση των συναισθηματικών αντιδράσεων, όπως τη γνωστική επανεκτίμηση ή απόσπαση της προσοχής (Cohen, Kessler, & Gordon, 1997).

Αξίζει να σημειωθεί πως ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές για διαφορετικούς τύπους στρεσογόνων παραγόντων συγκριτικά με άλλες. Οι ατομικές διαφορές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα των στρατηγικών. Τέλος, κάθε προσέγγιση έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και περιορισμούς και ο συνδυασμός μεθόδων μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικός για την πλήρη κατανόηση της περίπλοκης διαδικασίας αντιμετώπισης του στρες (Carver & Connor-Smith, 2010; Cohen, Kessler, & Gordon, 1997; Lazarus & Folkman, 1984).

### **Στρες, Άγχος, Κατάθλιψη και Εθισμός στο κάπνισμα**

Το κάπνισμα αλλά και γενικότερα, η χρήση προϊόντων καπνού αποτελεί τη κύρια αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί. Άτομα με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές κατάχρησης ουσιών επηρεάζονται δυσανάλογα (Grant et al., 2004; Prochaska, Das, & Young-Wolff, 2017). Αυτό είναι εμφανές στα ποσοστά διακοπής καπνίσματος μεταξύ ατόμων με ψυχικές διαταραχές, από 28,8% σε 27,0%, και τυπικού πληθυσμού, από 19,5% σε 15,6%, στο διάστημα από το 2004 έως το 2011 (Lê Cook, και συν., 2014). Πληθώρα ερευνών έχει αποδείξει επανειλημμένα ότι η καπνιστική συνήθεια συνδέεται με τη ψυχική δυσφορία, τη κατάθλιψη (Dierker, et al., 2015; Grant, et al., 2004; Lê Cook, et al., 2014; Tsuang, et al., 2012), και τις αγχώδεις διαταραχές, όπως η ειδική φοβία, αλλά και διαταραχές προσωπικότητας, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική, αντικοινωνική και παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας (Grant et al., 2004).

Στις ΗΠΑ άτομα με τρέχουσα εξάρτηση στη νικοτίνη και τουλάχιστον μία συννοσηρή διαταραχή (7,1 του συνολικού πληθυσμού στις ΗΠΑ) καταναλώνουν το 34,2% των τσιγάρων που καπνίζονται συνολικά στις ΗΠΑ, ενώ οι εθισμένοι στη νικοτίνη χωρίς κάποια διαταραχή καπνίζουν χαμηλότερα ποσοστά τσιγάρων. Όσοι είχαν διαγνωστεί με ψυχιατρική διαταραχή αλλά όχι με εθισμό στη νικοτίνη κατανάλωναν το 12,1% του συνόλου. Άτομα με εξάρτηση από τη νικοτίνη και χωρίς κάποια ψυχιατρική διαταραχή κατανάλωναν το 23,3% του συνόλου. Οι καπνιστές χωρίς εξάρτηση από τη νικοτίνη ή κάποια διαταραχή κατανάλωναν το 30,4% του συνόλου (Grant et al., 2004).

### **Ερευνητικά Δεδομένα**

Έρευνες καταγράφουν ότι το κάπνισμα μπορεί να συμβάλλει στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, χωρίς να είναι πλήρως κατανοητή η αιτιακή τους σχέση (Boden, Fergusson, & Horwood, 2010; Kang & Lee, 2010, Glassman et al., 2001). Το κάπνισμα



μπορεί να χρησιμοποιείται ως μορφή αυτοθεραπείας ή στους μακροχρόνιους χρήστες να έχει μεταβάλλει τις νευρικές οδούς, ώστε αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η σχέση αυτή, λοιπόν, μπορεί να είναι αμφίδρομη, ή οι δύο μεταβλητές έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου (Trofor et al., 2020). Είναι αξιοσημείωτο πως οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος επικεντρώνονται σε τυπικό πληθυσμό χωρίς ιδιαίτερες προσπάθειες και αποτελεσματικότητα σε άτομα που παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές (Lê Cook, και συν., 2014). Παρ' όλο που η διακοπή του καπνίσματος μπορεί βελτιώσει τη ψυχική υγεία, άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή είναι περιθωριοποιημένα από τις εν λόγω προσπάθειες. Πιο συγκεκριμένα, η διακοπή του καπνίσματος, μειώνει τις απόπειρες αυτοκτονίας (Clarke, et al., 2010), και τα επίπεδα άγχους (McDermott et al., 2013).

Η διαχρονική έρευνα των Dierker και συνεργατών (2015), έδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και εθισμού στο κάπνισμα. Οι ερευνητές, χρησιμοποιώντας τη κλίμακα κατάθλιψης CES-D, εξέτασαν 941 καπνιστές μεταξύ εφηβείας και νεαρής ενηλικίωσης, για έξι χρόνια. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εξάρτησης από τη νικοτίνη (Dierker et al., 2015).

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης παραμένει ασαφής, αλλά η συννοσηρότητά τους έχει αποδειχθεί με συνέπεια (Dierker, et al., 2015; ; El-Sherbiny και Elsary, 2022; Grant et al., 2004; Lê Cook, et al., 2014; Tsuang et al., 2012). Στην εξέταση των περιστάσεων έναρξης του καπνίσματος η παρουσία συμπτωμάτων διαταραχών διάθεσης έχει αποδοθεί σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης συμπεριφορών καπνίσματος. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση των Tsuang και συνεργατών (2012) το κάπνισμα συνοδεύεται με κάποια διαταραχή διάθεσης κατά 35% έως 65%, όπως ορίζονται από τα DSM-III και DSM-IV. Συμπεριφορικές και μοριακές γενετικές μελέτες υποστηρίζουν την

υπόθεση ότι η εξάρτηση από το κάπνισμα/νικοτίνη και η κατάθλιψη μοιράζονται τουλάχιστον ορισμένα αιτιολογικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της κοινής γενετικής διακύμανσης (Tsuang et al., 2012).

Η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και του καπνίσματος εξετάστηκε, μεταξύ άλλων από την έρευνα των Kang και Lee (2010). Η έρευνά τους έδειξε πως το κάπνισμα προηγείται της κατάθλιψης, ενώ η αντίθετη σχέση, ότι το κάπνισμα προκαλεί κατάθλιψη δεν είναι στατιστικά σημαντική. Αντίθετα αποτελέσματα σημείωσε η διαχρονική μελέτη των Boden, Fergusson, και Horwood (2010). Αρχικά, οι ερευνητές βρήκαν σημαντικές ενδείξεις συννοσηρότητας μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της εξάρτησης από τη νικοτίνη, στους συμμετέχοντες 18, 21, και 25 ετών. Πρέπει να αναφερθεί πως το πιο αντιπροσωπευτικό μοντέλο ήταν μονοκατευθυντικό, με τη κατάθλιψη να παρουσιάζεται ως αποτέλεσμα της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Συλλογικά αυτά τα στοιχεία συνάδουν με το συμπέρασμα ότι υπάρχει σχέση αιτίου και αποτελέσματος μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης, όπου το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο συμπτωμάτων κατάθλιψης (Boden, Fergusson, & Horwood, 2010).

Αναφορικά με την επίδραση της διακοπής καπνίσματος στα συμπτώματα κατάθλιψης, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες, όπως αυτή των Glassman, Covey, Stetner, και Rivelli (2001). Η έρευνά τους έδειξε πως τα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν έως και 7,2 φορές υψηλότερα σε όσους διέκοψαν το κάπνισμα, συγκριτικά με αυτούς που συνέχισαν να καπνίζουν. Στην επανεξέταση, έξι μήνες έπειτα από τη διακοπή, 13 από τους 70 συμμετέχοντες εμφάνισαν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Καταλήγοντας πως ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων διαρκεί για τουλάχιστον έξι μήνες έπειτα από τη διακοπή του καπνίσματος (Glassman et al., 2001).

Οι καπνιστές συχνά αναφέρονται στις αγχολυτικές και αντικαταθλιπτικές ιδιότητες του καπνίσματος (Boden, Fergusson, & Horwood, 2010; Kang & Lee, 2010). Άτομα με αγχώδεις διαταραχές, συχνά, αναφέρουν το κάπνισμα ως μέσο μείωσης των αρνητικών συναισθημάτων και αντιμετώπισης της φυσιολογικής δυσφορίας, χρησιμοποιώντας το κάπνισμα ως μέσο αντιμετώπισης των καθημερινών στρεσογόνων γεγονότων (Tsuang et al., 2012). Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές υπερεκπροσωπώνται μεταξύ των καπνιστών, είναι λιγότερο πιθανό να σταματήσουν το καθημερινό κάπνισμα και κατά μέσο όρο καπνίζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι Lawrence, Considine, Mitrou και Zubrick (2010), σε ένα ενδεικτικό δείγμα 8,841 Αυστραλών, 18-85 ετών, εξέτασαν τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών μέσω της δομημένης συνέντευξης CIDI (3.0) και τις καπνιστικές συνήθειες. Στην έρευνά τους, περισσότεροι από το 1/5 των καπνιστών είχαν μία αγχώδη διαταραχή, με διάρκεια 12 μηνών. Η βαρύτητα της νόσου σχετίζεται θετικά με την ένταση καπνίσματος, αλλά ακόμα σε περιπτώσεις ήπιων αγχωδών διαταραχών η ένταση καπνίσματος είναι διπλάσια συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν ιστορικό κάποιας ψυχικής διαταραχής (Lawrence et al., 2010). Άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα και υποτροπιάζουν βιώνουν μέτρια αύξηση του άγχους μακροπρόθεσμα. Άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα, διαγνωσμένα με μία ψυχιατρική διαταραχή, παρουσίασαν σημαντικότερη μείωση του άγχους συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν διαγνωσθεί. Συνεπώς, η διακοπή του καπνίσματος έχει σημαντικότερα αποτελέσματα στη ψυχική υγεία του ατόμου, συγκεκριμένα στο βιωμένο άγχος του ατόμου (Grant et al., 2004). Άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα και υποτροπιάζουν βιώνουν μέτρια αύξηση του άγχους μακροπρόθεσμα. Άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα, διαγνωσμένα με μία ψυχιατρική διαταραχή, παρουσίασαν σημαντικότερη μείωση του άγχους συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν διαγνωσθεί. Συνεπώς, η διακοπή του καπνίσματος έχει σημαντικότερα αποτελέσματα στη ψυχική υγεία του ατόμου, συγκεκριμένα στο βιωμένο άγχος του ατόμου (Grant et al., 2004).

Η έρευνα των Grant και συνεργατών (2004) που εξέτασε την συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών με τις καπνιστικές συνήθειες, κατέληξε πως στο συγκεκριμένο δείγμα, η μείζονα κατάθλιψη και η ειδική φοβία, είναι πιο διαδεδομένες (από τις καταθλιπτικές και αγχώδεις) διαταραχές μεταξύ των εξαρτημένων από νικοτίνη συμμετεχόντων (Grant et al., 2004). Επιπρόσθετα, οι Mojtabai και Crum (2013), σε δείγμα 34.500 συμμετεχόντων, συμπέραναν πως το τακτικό κάπνισμα σχετίζεται με την εμφάνιση διαταραχής διάθεσης και άγχους. Στους συμμετέχοντες 18 έως 49 ετών η σχέση αυτή ήταν στατιστικά σημαντική, ενώ στους άνω των 49 ετών συμμετέχοντες, η σχέση δεν ήταν στατιστικά σημαντική και μικρότερη. Συνολικά, οι τακτικοί καπνιστές, ειδικά όσοι καπνίζουν μεγαλύτερη ποσότητα τσιγάρων, είχαν 2 έως 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να πληρούν, δια βίου, τα κριτήρια διαταραχών διάθεσης, άγχους και εξάρτησης από άλλες ουσίες, εκτός της νικοτίνης (Mojtabai & Crum, 2013).

Επιπλέον, η έρευνα των Pietras και συνεργατών (2011) εξέτασε πως το άγχος, οι καταθλιπτικές αντιδράσεις, και οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων σχετίζονται με τη κλινική παρουσίαση του εθισμού. Στην έρευνα οι συμμετέχοντες που παρουσίαζαν εθισμό στη νικοτίνη σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, φάνηκε πως προτιμούν τεχνικές αντιμετώπισης βασισμένες στο συναίσθημα ή απόσπασης προσοχής, για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων (Pietras et al., 2011). Τέλος, η συγχρονική μελέτη των El-Sherbiny και Elsary, (2022) που συμπεριέλαβε 2000 ενήλικες Αιγύπτιους, χρησιμοποίησε πολυεπίπεδη δειγματοληψία. Η έρευνα αυτή, σημείωσε θετική συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες που μετρήθηκαν από τη κλίμακα DASS-21 και της έντασης του καπνίσματος που μετρήθηκε με τη κλίμακα Fagerström. Επιπλέον, η ηλικία είχε αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη και θετική σχέση με το άγχος και το στρες (El-Sherbiny & Elsary, 2022).

Ανάλογα με την έρευνα των El-Sherbiny και Elsary, (2022), η παρούσα έρευνα ακολούθησε παρόμοια μεθοδολογία. Συγκεκριμένα, για την εξέταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DASS-21 και για την εκτίμηση της έντασης εθισμού στο κάπνισμα, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Fagerström. Παρακάτω, παρουσιάζεται, εκτενώς, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε, στο διάστημα Δεκεμβρίου 2022 έως τον Φεβρουάριο του 2023 , ως προς τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα.

## Ερευνητικό μέρος

### Μεθοδολογία

#### *Ερευνητικό πλαίσιο – Σκοπός και υποθέσεις*

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην εξέταση της σχέσης που έχουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, άγχους και στρες με την ένταση του εθισμού στο κάπνισμα. Η σχέση του καπνίσματος με τα παραπάνω επιμέρους συμπτώματα, και τις διαταραχές που τα χαρακτηρίζουν, έχουν εξετασθεί εκτενώς, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω. Τα ερευνητικά ερωτήματα που σχημάτισαν την έρευνα, είναι τα ακόλουθα. Υπόθεση 1: Αναμένεται ότι οι καπνιστές θα παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ στη κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες, συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Υπόθεση 2: Αναμένεται ότι η εξάρτηση στην νικοτίνη θα συσχετίζεται με τα συμπτώματα κατάθλιψης, του στρες και του άγχους δηλαδή, όσο εντονότερη η εξάρτηση στην νικοτίνη τόσο περισσότερα τα συμπτώματα κατάθλιψης, του στρες και του άγχους. Υπόθεση 3: Αναμένεται ότι η εξάρτηση στην νικοτίνη θα συσχετίζεται αρνητικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, δηλαδή όσο μεγαλύτερο το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο πιο μικρή η εξάρτηση στην νικοτίνη.

#### *Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων*

Η παρούσα έρευνα, εξετάζει ενήλικες, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 έως 66 ετών, καπνιστές και μη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν διαδικτυακά, τα ψυχομετρικά εργαλεία, μέσω του Google Forms, που δημιουργήθηκε για τον σκοπό της έρευνας. Η ποσοτική έρευνα ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2022 και ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του 2023.

## ***Εργαλεία***

### *Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες*

Η κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale [DASS-21]) κατασκευάστηκε το 1993 από τον τους Lovibond και Lovibond. Η κλίμακα προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti και Kostopanagioutou και μεταφράστηκε με τη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας, συνολικά, είναι Cronbach's  $\alpha=0,965$ . Τέλος, η εγκυρότητα περιεχομένου και δομής είναι καλή (Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti & Kostopanagioutou, 2011). Η κλίμακα DASS-21 αποτελείται από τρεις υπό-κλίμακες αυτοαναφοράς, που έχουν σχεδιαστεί για την μέτρηση των συναισθηματικών καταστάσεων της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες. Η κλίμακα αποσκοπεί στην μέτρηση κλινικά σημαντικών συναισθηματικών καταστάσεων, που περιγράφονται ως κατάθλιψη, άγχος και στρες. Η κλίμακα αποτελείται από 21 προτάσεις, τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν πόσο τους αντιπροσωπεύουν στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Η διαβάθμιση τοποθετείται σε κλίμακα Likert 4 διαβαθμίσεων, που κυμαίνεται από το 0 (Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα), ως το 3 (Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές), και δεν υπάρχει χρονικό όριο στην συμπλήρωση της, εντούτοις, οι συμμετέχοντες καθοδηγούνται να μην ξοδέψουν πολύ χρόνο στην συμπλήρωση οποιασδήποτε δήλωσης. Η κλίμακα Κατάθλιψης εξετάζει τη δυσφορία, την απάθεια, την υποτίμηση της ζωής. Η κλίμακα άγχους εξετάζει την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και η κλίμακα του στρες, εξετάζει την νευρικότητα και την ευερεθιστότητα.

### ***Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)***

Για την αξιολόγηση της έντασης εξάρτησης από την νικοτίνη χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο FTND-Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Η μετάφραση της κλίμακας πραγματοποιήθηκε από τους Τζιάλλα και συνεργάτες, το 2006, σύμφωνα με τις

οδηγίες της International Society for Quality-of-Life (ISQOL) (Κουράκος, Καυκιά & Φραδέλος, 2016). Η κλίμακα αποτελείται από έξι ερωτήσεις, η συνολική βαθμολογία των οποίων υποδεικνύει το μέγεθος της εξάρτησης. Βαθμολογία μικρότερη των 4 βαθμών δείχνει μικρή εξάρτηση, 4-6 βαθμοί δείχνουν μέτρια εξάρτηση και βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 7 δείχνει έντονη εξάρτηση (Κουράκος, Καυκιά & Φραδέλος, 2016; Heatherton et al., 1991).

### **Δημογραφικά Δεδομένα**

Η συμπλήρωση των δύο κλιμάκων που περιεγράφηκαν, προηγείται την απάντηση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων που κρίθηκαν απαραίτητα για την ολοκλήρωση της έρευνας.

Αναφορικά, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση. Έπειτα, οι συμμετέχοντες, κλήθηκαν να απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις, που σχετίζονται με τις καπνιστικές συνήθειες τους, συγκεκριμένα, αν έχουν γονείς/φροντιστές που καπνίζουν, αν είναι οι ίδιοι καπνιστές, και αν έχουν αποπειραθεί να διακόψουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές, καλούνται να απαντήσουν κάποιες πρόσθετες ερωτήσεις σχετικά με το πότε εκκίνησαν το κάπνισμα, πόσο καιρό καπνίζουν και το βασικό κίνητρο έναρξης καπνίσματος.

### **Ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός της έρευνας αποτελεί να εξετασθεί η σχέση της κατάθλιψης, άγχους και στρες με τον εθισμό στο κάπνισμα. Η σχέση του καπνίσματος με τα παραπάνω επιμέρους συμπτώματα, και τις διαταραχές που τα χαρακτηρίζουν, έχουν εξετασθεί εκτενώς, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που σχημάτισαν την έρευνα, είναι τα ακόλουθα.

Υπόθεση 1: Αναμένεται ότι οι καπνιστές θα παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ στη κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες, συγκριτικά με τους μη καπνιστές.



Υπόθεση 2: Αναμένεται ότι η εξάρτηση στην νικοτίνη θα συσχετίζεται με τα συμπτώματα κατάθλιψης, του στρες και του άγχους δηλαδή, όσο εντονότερη η εξάρτηση στην νικοτίνη τόσο περισσότερα τα συμπτώματα κατάθλιψης, του στρες και του άγχους.

Υπόθεση 3: Αναμένεται ότι η εξάρτηση στην νικοτίνη θα συσχετίζεται αρνητικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, δηλαδή όσο μεγαλύτερο το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο πιο μικρή η εξάρτηση στην νικοτίνη.

Έπειτα, από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν εξετάστηκαν επίσης τα ερωτήματα που θα αναφερθούν.

- I. Ποια είναι η σύνδεση της προσπάθειας/ απόπειρας διακοπής του καπνίσματος με τα συμπτώματα: α) κατάθλιψης, β) άγχους και γ) στρες σε ενήλικες, καθώς και δ) την ένταση εθισμού στο κάπνισμα;
- II. Ποια από τα κίνητρα έναρξης του καπνίσματος συνδέεται περισσότερο με τον βαθμό εξάρτησης στη νικοτίνη και πώς αυτά συνδέονται με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες σε ενήλικες;
- III. Ποια είναι η σύνδεση της εξάρτησης στην νικοτίνη με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ;
- IV. Τέλος, επηρεάζουν οι καπνιστικές συνήθειες των γονέων/ φροντιστών (των συμμετεχόντων) την έναρξη του καπνίσματος των συμμετεχόντων; (σύγκριση «αριθμού γονέων καπνιστών» με «είστε καπνιστής/τρια»);

### **Στατιστική ανάλυση**

Έπειτα από την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, κωδικοποιήθηκαν τα δεδομένα και εισήχθησαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (ver. 29). Για την περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (std. deviation) και οι ελάχιστες/μέγιστες τιμές (minimum/maximum). Για την περιγραφική

ανάλυση των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές συχνότητες και τα ποσοστά τους. Ο έλεγχος κανονικής κατανομής στις ποσοτικές μεταβλητές έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov.

Ο έλεγχος t-test (Independent-Samples-T-Test), και ο μη παραμετρικός Mann-Whitney, χρησιμοποιήθηκαν για την σύγκριση των μέσων τιμών των ποσοτικών μεταβλητών σε δύο ομάδες ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τη σύγκριση μέσων τιμών ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τριών ή παραπάνω ομάδων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ANOVA και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis.

Ο μη παραμετρικός έλεγχος σημαντικότητας για τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient) χρησιμοποιήθηκε για ώστε να διερευνηθεί το είδος αλλά και η ένταση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ δύο ή περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών. Η εσωτερική εγκυρότητα (internal consistency) των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε με τον συντελεστή Cronbach'alpha (0,742).

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα (Sig. 2-tailed) και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων και η στατιστική τους επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με την χρήση του SPSS (ver.26,0).

## **Περιγραφική Στατιστική ανάλυση**

### ***Δημογραφικά χαρακτηριστικά***

Όπως φαίνεται και στον πίνακα Συχνοτήτων (Πίνακας 1) το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται κατά πλειοψηφία από γυναίκες (71,0%) και ακολουθούν οι άνδρες (28,4%). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων συμπλήρωσαν ως τόπο κατοικίας τις πόλεις, με άνω 10.000 κατοίκους, και οι υπόλοιπες επιλογές σημειώνουν χαμηλά ποσοστά. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από αποφοίτους λυκείου (40,2%) και έπονται οι πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, με ποσοστό 30,1%, και τέλος οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού, κατά 15,9%. Η

πλειονότητα του δείγματος, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, δήλωσε πως είναι έγγαμο, και άγαμο δήλωσε το 34,9%. Επιπρόσθετα, στην εργασιακή κατάσταση η πλειονότητα του δείγματος δήλωσε πως εργάζεται με πλήρη απασχόληση, κατά 47,2%, έπειτα ακολουθούν οι φοιτητές/τριες (30,1%), και οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης (11,1%) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Πίνακας Συχνοτήτων που παρουσιάζει τη κατανομή του δείγματος ως προς τα κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά

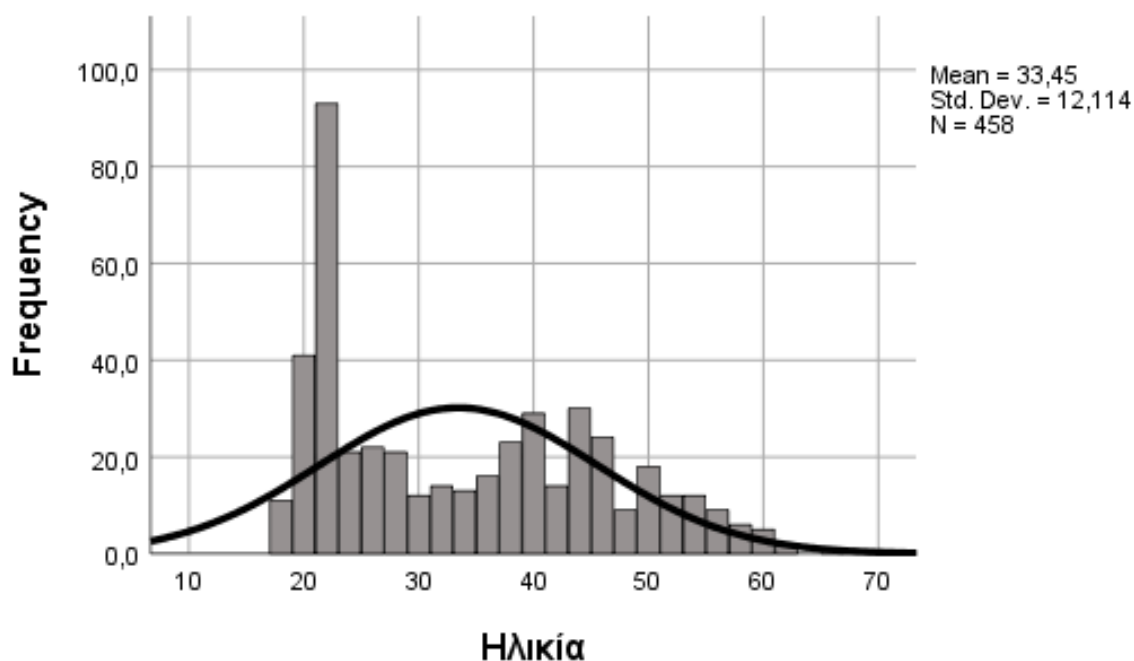
| <b>Φύλο</b>   | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Γυναίκα   | 325      | 71,0     |
| Ανδρας  | 130      | 28,4     |
| Άτομο με ρευστή ή/και εναλλασσόμενη ταυτότητα φύλου | 2        | 0,4      |
| Μη δυαδικό άτομο                                    | 1        | 0,2      |
| <b>Τόπος Διαμονής</b>                               |          |          |
| Πόλη (τουλάχιστον 10.000 κάτοικοι)                  | 355      | 77,5     |
| Κωμόπολη (>3.000)                                   | 44       | 9,6      |
| Χωριό (<3.000)                                      | 55       | 12,0     |
| Άλλο  | 4        | 0,9      |
| <b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>                          |          |          |
| Απόφοιτος Δημοτικού                                 | 2        | 0,4      |
| Απόφοιτος Γυμνασίου                                 | 7        | 1,5      |
| Απόφοιτος Λυκείου                                   | 184      | 40,2     |
| Απόφοιτος ΙΕΚ                                       | 52       | 11,4     |
| Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ                                 | 138      | 30,1     |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού                               | 73       | 15,9     |
| Κάτοχος Διδακτορικού                                | 2        | 0,4      |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>                       |          |          |
| Άγαμος/η  | 265      | 57,9     |
| Έγγαμος/η   | 160      | 34,9     |
| Διαζευγμένος/η                                      | 24       | 5,2      |
| Άλλο  | 9        | 2,0      |
| <b>Επαγγελματική κατάσταση</b>                      |          |          |
| Εργασία πλήρους απασχόλησης                         | 216      | 47,2     |
| Εργασία μερικής απασχόλησης                         | 51       | 11,1     |
| Φοιτητής/τρια                                       | 138      | 30,1     |
| Άνεργος/η   | 40       | 8,7      |
| Συνταξιούχος  | 7        | 1,5      |
| Αδυναμία εργασίας                                   | 2        | 0,4      |
| Άλλο  | 4        | 0,9      |

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 33,45 έτη, και κυμαίνεται μεταξύ των 18 και 66 ετών.

Πίνακας 2. Περιγραφική στατιστική, ηλικία του δείγματος

| Ηλικία | Minimum | Maximum | Mean  | Std.Deviation |
|--------|---------|---------|-------|---------------|
|        | 18      | 66      | 33,45 | 12,114        |

Γράφημα 1. Γράφημα συχνοτήτων της ηλικίας του δείγματος



### **Καπνιστικές συνήθειες**

Στη κατηγορία «καπνιστικές συνήθειες» οι συμμετέχοντες, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, συμπλήρωσαν πως είχαν, κατά 41,3% έναν τουλάχιστον γονέα/φροντιστή καπνιστή, ενώ το 37,1% έχει/είχε δύο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, του αριθμού των γονέων/ φροντιστών και της έναρξης καπνίσματος. Επιπλέον, το δείγμα αποτελείται από 50,4% καπνιστές/τριες, ενώ ποσοστό 41,5% έχει αποπειραθεί να διακόψει το κάπνισμα, χωρίς να το έχει επιτύχει (Πίνακας 3).

Πίνακας 3.

Κατανομή δείγματος ως προς τις καπνιστικές συνήθειες των ίδιων και των φροντιστών τους.

| Αριθμός γονέων/φροντιστών καπνιστών | N   | %    |
|-------------------------------------|-----|------|
| 0                                   | 99  | 21,6 |
| 1                                   | 189 | 41,3 |

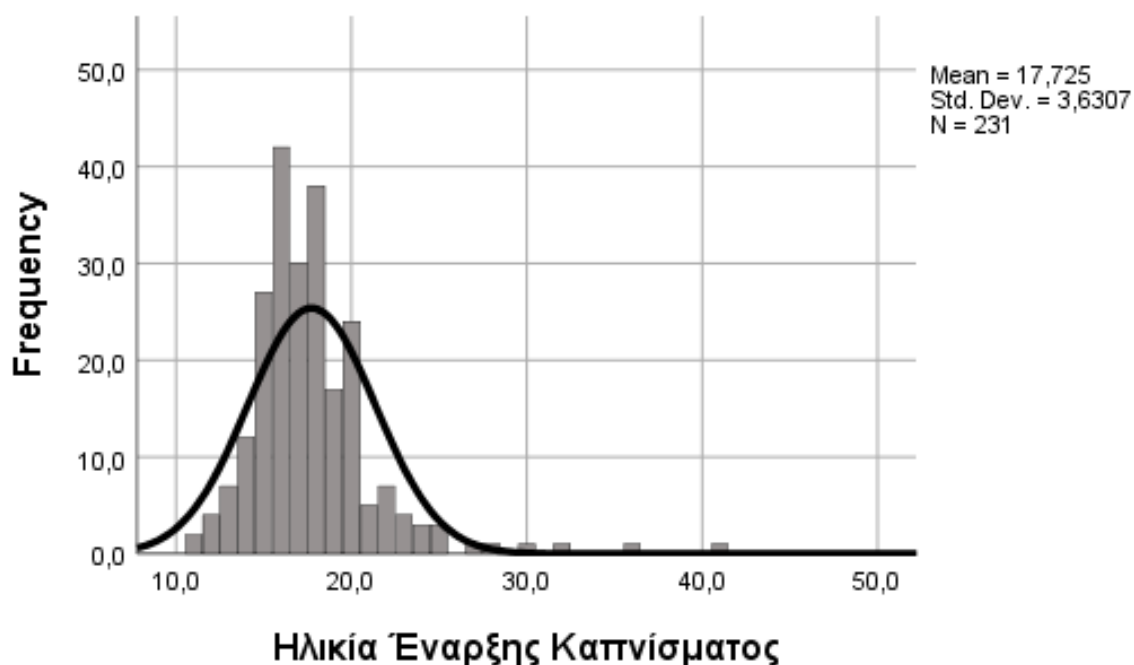
|  |     |      |
|--|-----|------|
| 2  | 170 | 37,1 |
| <b>Είστε καπνιστής/τρια;</b>                       |     |      |
| Ναι  | 231 | 50,4 |
| Όχι  | 227 | 49,6 |
| <b>Έχετε αποπειραθεί να διακόψετε το κάπνισμα;</b> |     |      |
| Ναι, με επιτυχία                                   | 85  | 28,4 |
| Ναι, ανεπιτυχώς                                    | 124 | 41,5 |
| Όχι  | 90  | 30,1 |

Η μέση ηλικίας έναρξης του καπνίσματος, στο παρόν δείγμα, είναι 17,725 έτη και η ηλικία έναρξης του καπνίσματος κυμαίνεται μεταξύ των 11 και 41 ετών, ενώ το μέσο χρονικό διάστημα καπνίσματος των συμμετεχόντων είναι 209,32 μήνες (17,5 περίπου έτη), και κυμαίνεται μεταξύ των 3 και 576 μηνών (Πίνακας 4).

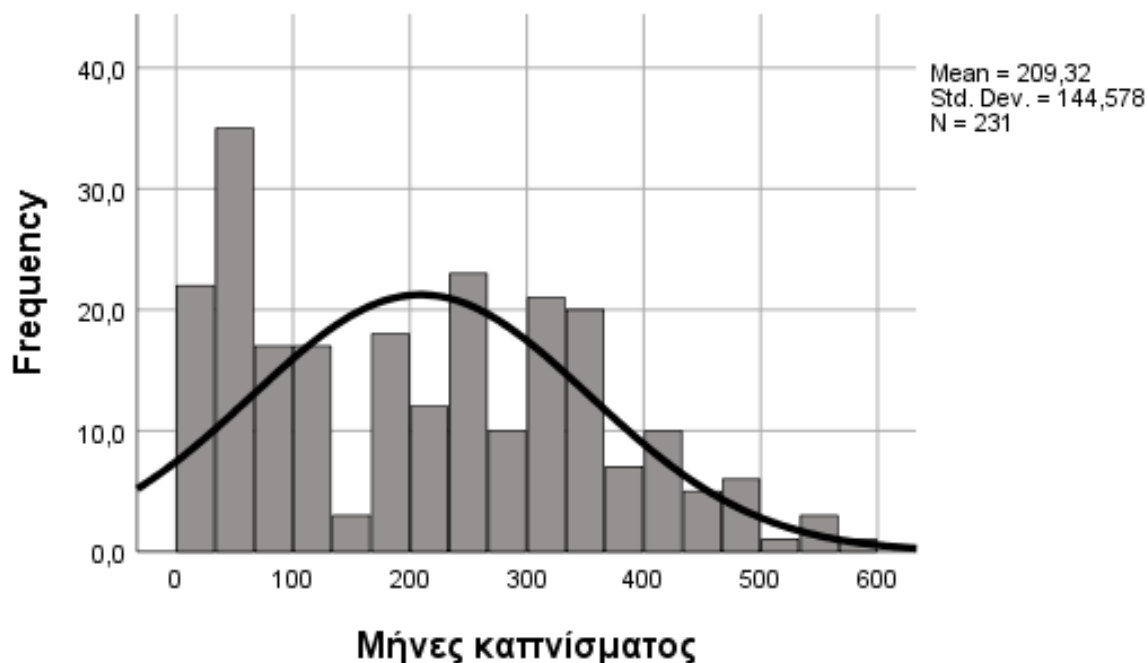
Πίνακας 4. Πίνακας συχνοτήτων που παρουσιάζει την κατανομή των καπνιστών του δείγματος (N=231) ως προς την ηλικία έναρξης και το χρονικό διάστημα καπνίσματος.

|   | Minimum | Maximum | Mean   | Std.Deviation |
|---|---------|---------|--------|---------------|
| <b>Ηλικία έναρξης καπνίσματος (έτη)</b>     | 11      | 41      | 17,725 | 3,630         |
| <b>Χρονικό διάστημα καπνίσματος (μήνες)</b> | 3       | 576     | 209,32 | 144,578       |

Γράφημα 2. Γράφημα που παρουσιάζει την ηλικία έναρξης του καπνίσματος



Γράφημα 3. Γράφημα που παρουσιάζει τη συχνότητα των μηνών που καπνίζουν οι καπνιστές του δείγματος.



Σύμφωνα με τον πίνακα συχνοτήτων (Πίνακας 5) παρακάτω, Το βασικό κίνητρο έναρξης του καπνίσματος αποτελεί η περιέργεια/πειραματισμός, με ποσοστό 57,5%, και ακολουθεί η περιστασιακή/κοινωνική χρήση με ποσοστό 39,6%, η διαχείριση του άγχους κατά 21,7%. Έπειτα, ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά η θλίψη και τα οικογενειακά προβλήματα, με ποσοστά 13,2% και 7,9 αντίστοιχα, ενώ το πένθος (5,8%), το εργασιακό άγχος (4,5%) και η κοινωνική απομόνωση (3,5%) σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Πίνακας συχνοτήτων που παρουσιάζει το βασικό κίνητρο έναρξης του καπνίσματος, όπως συμπληρώθηκε από τους καπνιστές του δείγματος.

| <b>Βασικό κίνητρο έναρξης καπνίσματος</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| Περιστασιακή/Κοινωνική χρήση              | 90       | 39,6     |
| Διαχείριση Άγχους                         | 49       | 21,7     |
| Εργασιακό Άγχος                           | 10       | 4,5      |
| Οικογενειακά προβλήματα                   | 18       | 7,9      |
| Πένθος                                    | 13       | 5,8      |
| Θλίψη                                     | 30       | 13,2     |
| Κοινωνική απομόνωση                       | 8        | 3,5      |
| Περιέργεια/Πειραματισμός                  | 130      | 57,5     |
| Άλλο                                      | 9        | 4,0      |

### **Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerström)**

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων των ερωτήσεων της «Κλίμακας Εκτίμησης Βαθμούς Εξάρτησης από το Κάπνισμα» (Κλίμακα Fagerström). Στο δείγμα αυτό, η πλειοψηφία των καπνιστών, (37,2%) καπνίζει το πρώτο τσιγάρο αφού ξυπνήσει μέσα στα πρώτα 6-30 λεπτά, ενώ το 20,3% των καπνιστών δήλωσε πως καπνίζουν το πρώτο τσιγάρο της ημέρας στα πρώτα 5 λεπτά της ημέρας.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (53,2%) δήλωσαν πως δεν δυσκολεύονται να μην καπνίσουν σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, όμως η πλειοψηφία (55,4%) επίσης δήλωσε πως δυσκολεύεται να μην καπνίσει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας. Η κλίμακα Fagerström, επίσης, εξετάζει το πλήθος των ημερήσιων τσιγάρων, και σημαντικό μέρος των καπνιστών του δείγματος 40,3% καπνίζουν 11-20 τσιγάρα ημερησίως, και 39,4% καπνίζει 10 ή λιγότερα τσιγάρα ημερησίως. Επιπλέον, 59,7% δήλωσε πως δεν καπνίζει περισσότερο το πρωί από το απόγευμα, και 53,2% του δείγματος καπνίζει ακόμα και όταν μία ασθένεια το αναγκάζει να μείνει στο κρεβάτι (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Πίνακας συχνότητων απαντήσεων της κλίμακας που εξετάζει την ένταση του εθισμού στο κάπνισμα, και συμπληρώθηκε μόνο από τους καπνιστές του δείγματος (N=231).

| <b>Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;</b>           | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Μετά τα 60'  | 60       | 2,6      |
| Μέσα στα πρώτα 31-60'  | 38       | 16,5     |
| Μέσα στα πρώτα 6-30'   | 86       | 37,2     |
| Μέσα στα πρώτα 5'  | 47       | 20,3     |
| <b>Είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται;</b> |          |          |
| Ναι  | 108      | 46,8     |
| Όχι  | 123      | 53,2     |
| <b>Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;</b>               |          |          |
| Το πρώτο της ημέρας  | 128      | 55,4     |
| Οποιοδήποτε άλλο   | 103      | 44,6     |
| <b>Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;</b>                                     |          |          |
| 10 ή λιγότερα  | 91       | 39,4     |
| 11-20  | 93       | 40,3     |
| 21-30  | 36       | 15,6     |
| 31 ή περισσότερα   | 11       | 4,8      |
| <b>Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα;</b>                           |          |          |

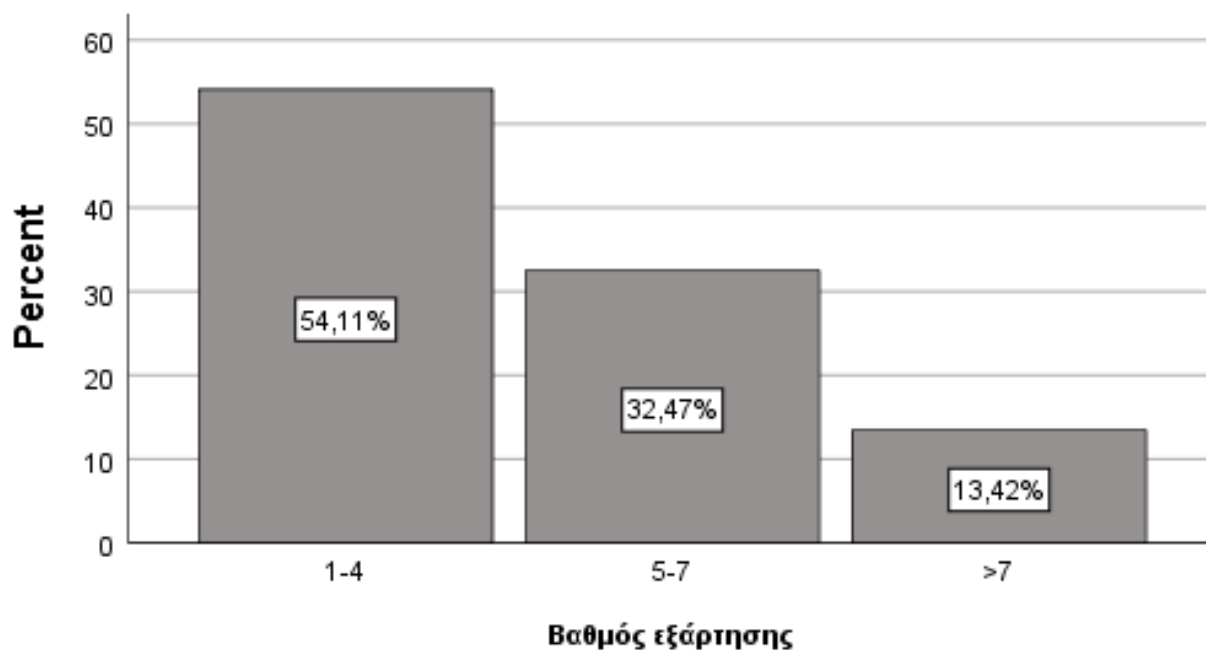
|  |     |      |
|--|-----|------|
| Ναι  | 93  | 40,3 |
| Όχι  | 138 | 59,7 |
| <b>Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;</b> |     |      |
| Ναι  | 123 | 53,2 |
| Όχι  | 108 | 46,8 |

Σύμφωνα με τη συνολική βαθμολογία του δείγματος, οι συμμετέχοντες σύμφωνα με την κλίμακα Fagerström, στη πλειονότητά τους (54,1%) έχουν μικρή εξάρτηση στο κάπνισμα, μέτρια εξάρτηση σημείωσε το 32,5% του δείγματος, και μεγάλη εξάρτηση, σημείωσε, το υπόλοιπο 13,45% (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Συχνότητες Επικρατούσας Κατηγορίας (Cumulative Frequencies) που δείχνουν την κατανομή της έντασης του εθισμού στο δείγμα. Η μικρή εξάρτηση σημειώνουν όσοι έχουν βαθμολογία 1-4, μέτρια εξάρτηση όσοι έχουν 5-7 και μεγάλη εξάρτηση όσοι σημειώνουν υψηλότερη από 7 μονάδες βαθμολογία.

|                                | N   | %    |
|--------------------------------|-----|------|
| <b>Μικρή εξάρτηση (1-4)</b>    | 125 | 54,1 |
| <b>Μέτρια εξάρτηση (5-7)</b>   | 75  | 32,5 |
| <b>Μεγάλη εξάρτηση (&gt;7)</b> | 31  | 13,4 |

Γράφημα 4. Διάγραμμα ποσοστών που απεικονίζει τη κατανομή του βαθμού εξάρτησης των καπνιστών του δείγματος





***Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)***

Ο πίνακας 8, που παρατίθεται παρακάτω, παρουσιάζει τις συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21). Σύμφωνα με την υποκλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης (που αποτελείται από τις ερωτήσεις 3,5,10,13,16,17, και 21) η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως οι συγκεκριμένες προτάσεις δεν τους αντιπροσώπευαν, συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 10,417 μονάδες.

Παρομοίως, τα αποτελέσματα της υποκλίμακας μέτρησης του Άγχους (που αποτελείται από τις ερωτήσεις 2,4,7,9,15,19 και 20), καθώς και σε αυτή την περίπτωση η πλειοψηφία των συμμετεχόντων η πλειοψηφία δήλωσε πως δεν τους αντιπροσωπεύουν οι δηλώσεις αυτές, με μέση βαθμολογία 9,038 μονάδες.

Εντούτοις, η υποκλίμακα μέτρησης του Στρες (όπου αποτελείται από τις ερωτήσεις 1,6,8,11,12,14, και 18) δείχνει διαφορετικά αποτελέσματα, καθώς στις δηλώσεις 8 και 11 το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δήλωσε πως οι δηλώσεις αυτές ισχύουν σε έναν ορισμένο βαθμό, συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 13,124 μονάδες.

Πίνακας 8. Πίνακας κλιμακοποιημένων απαντήσεων της κλίμακας DASS-21

|   | N (%)         |               |               |              |
|---|---------------|---------------|---------------|--------------|
|   | 0             | 1             | 2             | 3            |
| 1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου  | 167<br>(36,5) | 159<br>(34,7) | 93<br>(20,3)  | 39 (8,5)     |
| 2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό  | 263<br>(57,4) | 105<br>(22,9) | 60<br>(13,1)  | 30 (6,6)     |
| 3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα   | 243<br>(53,1) | 111<br>(24,2) | 68<br>(14,8)  | 36 (7,9)     |
| 4. Δυσκολευόμουν να ανασάνω   | 262<br>(57,2) | 111<br>(24,2) | 49<br>(10,7)  | 36 (7,9)     |
| 5. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα                                  | 215<br>(46,9) | 135<br>(29,5) | 73<br>(15,9)  | 35 (7,6)     |
| 6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα                                  | 161<br>(35,2) | 136<br>(29,7) | 100<br>(21,8) | 61<br>(13,3) |
| 7. Αισθάνθηκα τρεμούλα  | 296<br>(64,6) | 85<br>(18,6)  | 49<br>(10,7)  | 28 (6,1)     |
| 8. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα  | 147<br>(32,1) | 159<br>(34,7) | 92<br>(20,1)  | 60<br>(13,1) |
| 9. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους | 238<br>(52,0) | 97<br>(21,2)  | 71<br>(15,5)  | 52<br>(11,4) |
| 10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον  | 239<br>(52,2) | 114<br>(24,9) | 59<br>(12,9)  | 46<br>(10,0) |
| 11. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος   | 138<br>(30,1) | 169<br>(36,9) | 94<br>(20,5)  | 57<br>(12,4) |
| 12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω  | 144<br>(31,4) | 142<br>(31,0) | 91<br>(19,9)  | 81<br>(17,7) |
| 13. Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος  | 171<br>(37,3) | 125<br>(27,3) | 79<br>(17,2)  | 83<br>(18,1) |
| 14. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα                     | 235<br>(51,3) | 128<br>(27,9) | 73<br>(15,9)  | 22 (4,8)     |
| 15. Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό   | 268<br>(58,5) | 80<br>(17,5)  | 63<br>(13,8)  | 47<br>(10,3) |
| 16. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό  | 246<br>(53,7) | 101<br>(22,1) | 66<br>(14,4)  | 45 (9,8)     |
| 17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο  | 270<br>(59,0) | 87<br>(19,0)  | 54<br>(11,8)  | 47<br>(10,3) |

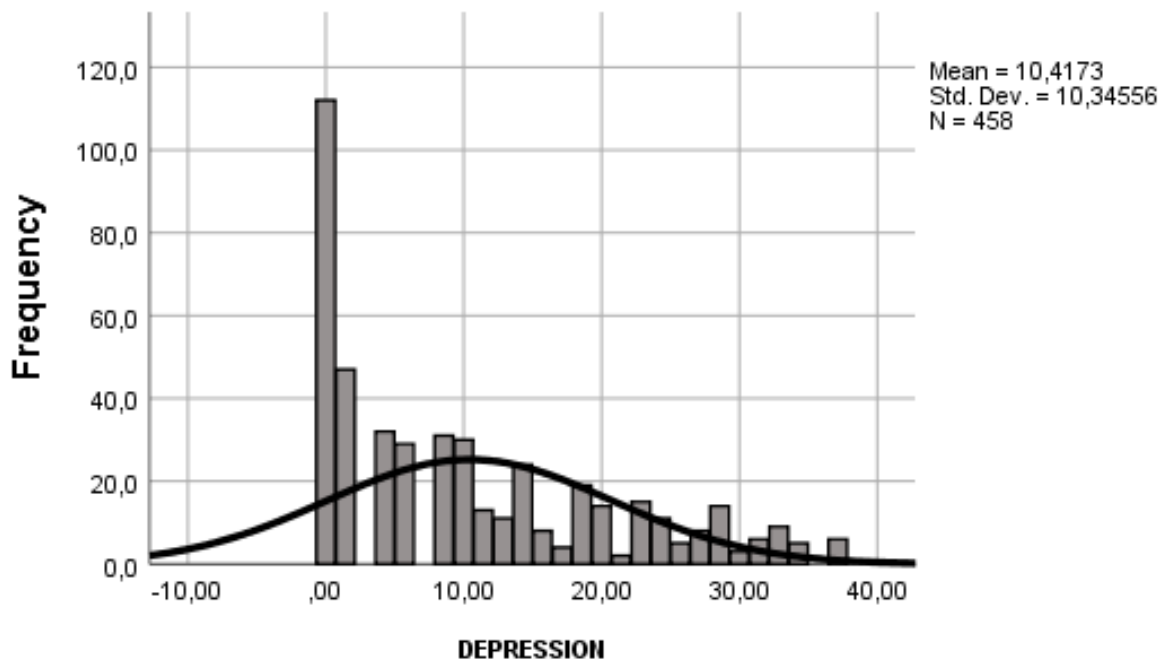
|  |               |               |              |              |
|--|---------------|---------------|--------------|--------------|
| 18.Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευρέθιστος   | 181<br>(39,5) | 143<br>(31,2) | 79<br>(17,2) | 55<br>(12,0) |
| 19.Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση | 239<br>(52,2) | 109<br>(23,8) | 58<br>(12,7) | 52<br>(11,4) |
| 20.Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος                                       | 266<br>(58,1) | 94<br>(20,5)  | 54<br>(11,8) | 44 (9,6)     |
| 21.Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα  | 311<br>(67,9) | 61<br>(13,3)  | 49<br>(10,7) | 37 (8,1)     |

Συνολικά, η βαθμολογία της κλίμακας DASS-21, δηλώνει πως ο βαθμός κατάθλιψης των συμμετεχόντων είναι ήπιος καθώς συγκεντρώνει μέση βαθμολογία 10,417 (εύρος 10-13). Ο βαθμός άγχους, είναι επίσης ήπιος με μέση βαθμολογία 9,038 (εύρος 8-9) και του στρες φυσιολογικό, συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 13,124 (εύρος 0-14).

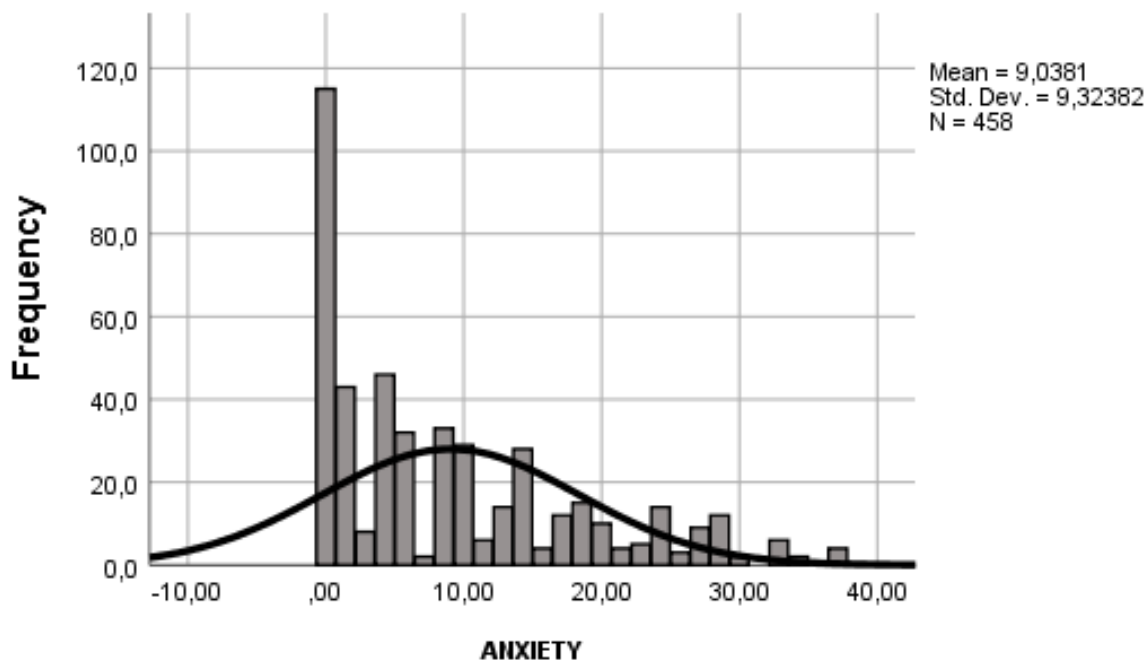
Πίνακας 9. Πίνακας Στατιστικών Χαρακτηριστικών (Descriptive Statistics) της κλίμακας DASS-21

|                   | Minimum | Maximum | Mean   | Std.Deviation |
|-------------------|---------|---------|--------|---------------|
| <b>Depression</b> | 0,0     | 36,86   | 10,417 | 10,345        |
| <b>Anxiety</b>    | 0,0     | 36,86   | 9,038  | 9,323         |
| <b>Stress</b>     | 0,0     | 36,86   | 13,124 | 10,181        |

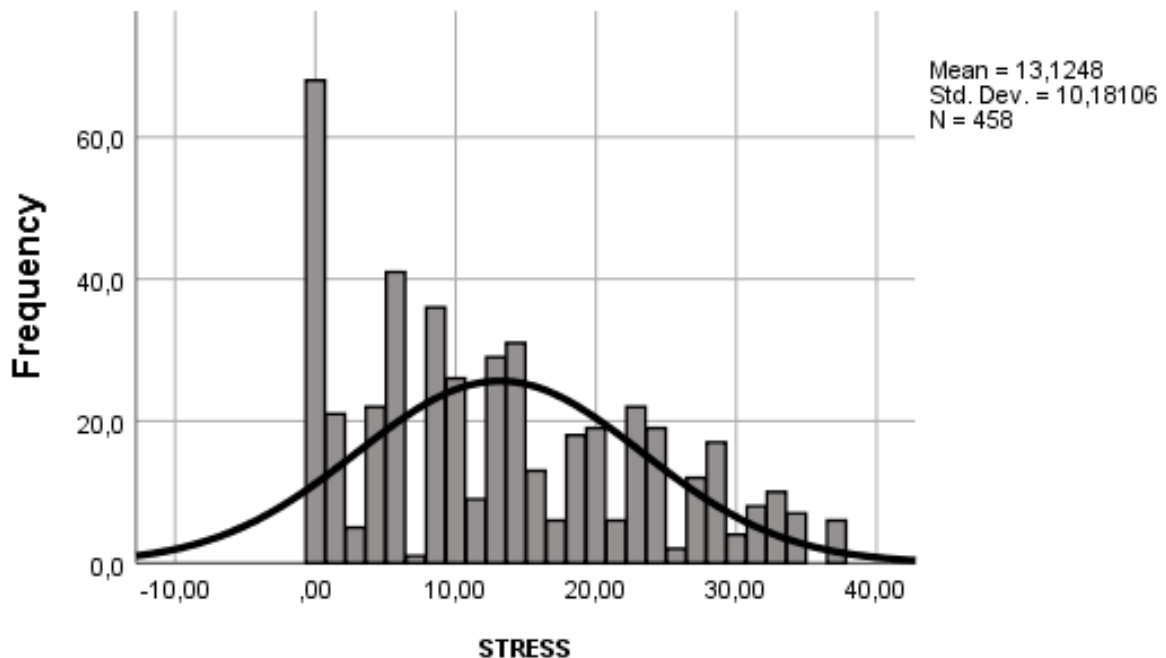
Γράφημα 5. Διάγραμμα ποσοστών που απεικονίζει τη κατανομή των απαντήσεων στην υποκλίμακα της κατάθλιψης του DASS-21.



Γράφημα 6. Διάγραμμα ποσοστών που απεικονίζει τη κατανομή των απαντήσεων στην υποκλίμακα του άγχους του DASS-21.



Γράφημα 7. Διάγραμμα ποσοστών που απεικονίζει τη κατανομή των απαντήσεων στην υποκλίμακα του στρες του DASS-21.



### Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση

#### *Κλίμακα εκτίμησης βαθμού από το κάπνισμα (Fagerström) και Δημογραφικά*

##### *Χαρακτηριστικά*

Σε αυτή την ενότητα εξετάζουμε πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την βαθμολογία στην κλίμακα εκτίμησης του βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (κλίμακα Fagerström). Συγκεκριμένα, εξετάστηκε πως το φύλο, η ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων επηρεάζει τον βαθμό εξάρτησης στο κάπνισμα, χρησιμοποιώντας τους ελέγχους t-test και ANOVA. Για τις ανάγκες της έρευνας η ηλικία των συμμετεχόντων χωρίστηκε σε 4 ηλικιακές ομάδες (18-25 ετών, 26-35 ετών, 36-45 ετών και άνω των 46 ετών) και το εκπαιδευτικό επίπεδο σε 3 κατηγορίες (Απόφοιτοι Α/βάθμιας και Β/βάθμιας Εκπαίδευσης, Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ και Κάτοχοι Μεταπτυχιακών/Διδακτορικών Τίτλων Σπουδών). Επιπλέον, από τη μεταβλητή φύλο

εξαιρέθηκαν οι συμμετέχοντες που είχαν δηλώσει "άτομο με ρευστή ή/και εναλλασσόμενη ταυτότητα φύλου" και "μη δυαδικό άτομο".

Από τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 10 διαπιστώνεται πως η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων καπνιστών επιδρά στο βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, προέκυψε πως τα άτομα που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 36-45 ετών και άνω των 46 ετών έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της κλίμακας εξάρτησης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 18-25 ετών (4,452 και 4,559 έναντι 2,931). Ωστόσο, οι υπόλοιπες μεταβλητές (φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο) δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές καθώς  $p.value > 0,05$ .

Πίνακας 10. Έλεγχος t-test και Kruskal-Wallis που εξετάζουν τη σχέση του βαθμού εξάρτησης στο κάπνισμα και τα δημογραφικά δεδομένα

| <b>Βαθμός εξάρτησης καπνίσματος</b> | <b>N</b> | <b>Mean</b> | <b>Std.Deviation</b> | <b>P.Value</b> |
|-------------------------------------|----------|-------------|----------------------|----------------|
| <b>Φύλο</b>                         |          |             |                      |                |
| Άνδρας                              | 72       | 3,882       | 2,448                | 0,991*         |
| Γυναίκα                             | 157      | 3,878       | 2,392                |                |
| <b>Ηλικιακή ομάδα</b>               |          |             |                      |                |
| 18-25                               | 65       | 2,931       | 2,228                | <b>0,001**</b> |
| 26-35                               | 47       | 3,670       | 2,411                |                |
| 36-45                               | 66       | 4,452       | 2,317                |                |
| >46                                 | 53       | 4,559       | 2,322                |                |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>         |          |             |                      |                |
| Απόφοιτοι Α/Βάθμιας Εκπαίδευσης     | 85       | 3,492       | 2,473                | 0,076**        |
| Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ             | 100      | 3,943       | 2,273                |                |
| Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού  | 46       | 4,507       | 2,426                |                |

\*T-test \*\*Kruskal-Wallis

### ***Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21) και Δημογραφικά***

#### ***Χαρακτηριστικά***

Προκειμένου να εξεταστεί η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στη βαθμολογία της Κλίμακας μέτρησης της Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis (Πίνακας 11, Πίνακας 12 και Πίνακας 13). Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της κατάθλιψης μεταξύ των συμμετεχόντων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-25 ετών και αυτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 36-45 ετών ( $p.value < 0,05$ ). Ειδικότερα, οι

συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 18-25 ετών καταγράφουν μέση τιμή στην κλίμακα της κατάθλιψης 14,795 μονάδες ενώ οι συμμετέχοντες ηλικίας από 36 έως 45 ετών 9,588 μονάδες. Ακόμη, βάσει των αποτελεσμάτων της ανάλυσης Kruskal-Wallis το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δεν επιδρά στη βαθμολογία της κλίμακας της κατάθλιψης καθώς δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοράς μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ( $p.value > 0,05$ ) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Έλεγχος Kruskal-Wallis μεταξύ του φύλου, της ηλικιακής ομάδας, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της κατάθλιψης

| Κατάθλιψη                          | N   | Mean   | Std.Deviation | P.Value        |
|------------------------------------|-----|--------|---------------|----------------|
| <b>Φύλο</b>                        |     |        |               |                |
| Ανδρας                             | 72  | 10,861 | 10,493        | 0,112**        |
| Γυναίκα                            | 157 | 13,195 | 10,877        |                |
| <b>Ηλικιακή ομάδα</b>              |     |        |               |                |
| 18-25                              | 65  | 14,795 | 10,337        | <b>0,020**</b> |
| 26-35                              | 47  | 12,194 | 11,005        |                |
| 36-45                              | 66  | 9,588  | 10,085        |                |
| >46                                | 53  | 13,445 | 11,538        |                |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>        |     |        |               |                |
| Απόφοιτοι Α/Βάθμιας Εκπαίδευσης    | 85  | 13,435 | 11,373        | 0,577**        |
| Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ            | 100 | 12,014 | 9,909         |                |
| Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού | 46  | 11,671 | 11,720        |                |

\*\*Kruskal-Wallis

Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας της Κλίμακα μέτρησης Άγχους και των δημογραφικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis. Σχετικά με την Κλίμακα μέτρησης Άγχους παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των δυο φύλων ( $p.value < 0,05$ ). Από τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 12 διαπιστώνεται πως οι γυναίκες καταγράφουν μέση τιμή άγχους 12,123 μονάδες έναντι 9,222 των ανδρών. Οι μεταβλητές ηλικιακή ομάδα και εκπαιδευτικό επίπεδο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές καθώς  $p.value > 0,05$ .

Πίνακας 12. Έλεγχος Kruskal-Wallis μεταξύ του φύλου, της ηλικιακής ομάδας, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της κατάθλιψης.

| Άγχος                 | N   | Mean   | Std.Deviation | P.Value        |
|-----------------------|-----|--------|---------------|----------------|
| <b>Φύλο</b>           |     |        |               |                |
| Ανδρας                | 72  | 9,222  | 10,876        | <b>0,002**</b> |
| Γυναίκα               | 157 | 12,123 | 9,328         |                |
| <b>Ηλικιακή ομάδα</b> |     |        |               |                |

|                                    |     |        |        |         |
|------------------------------------|-----|--------|--------|---------|
| 18-25                              | 65  | 13,160 | 9,681  | 0,134** |
| 26-35                              | 47  | 10,194 | 9,502  |         |
| 36-45                              | 66  | 10,116 | 10,374 |         |
| >46                                | 53  | 11,126 | 9,976  |         |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>        |     |        |        |         |
| Απόφοιτοι Α/Βάθμιας Εκπαίδευσης    | 85  | 11,862 | 11,055 | 0,536** |
| Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ            | 100 | 11,560 | 9,683  |         |
| Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού | 46  | 9,298  | 8,074  |         |

\*\*Kruskal-Wallis

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου προέκυψε και στη μέση τιμή της βαθμολογίας μέτρησης Στρες, καθώς από τα αποτελέσματα του ελέγχου που διεξήχθη συμπεραίνεται πως οι γυναίκες καταγράφουν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο σκορ σε σχέση με τους άνδρες (17,031 έναντι 13,940). Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα στρες παρουσιάζουν και οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 18-25 ετών σε σχέση με τους συμμετέχοντες ηλικίας από 36-45 ετών με τις αντίστοιχες μέσες τιμές να κυμαίνονται στις 18,593 και 13,649 μονάδες ( $p.value < 0,05$ ). Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δεν επιδρά στη βαθμολογία της κλίμακας μέτρησης του στρες καθώς δεν πρόκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ( $p.value > 0,05$ ) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Έλεγχος Kruskal-Wallis μεταξύ του φύλου, της ηλικιακής ομάδας, του εκπαιδευτικού επιπέδου και του στρες.

| Στρες                              | N   | Mean   | Std.Deviation | P.Value        |
|------------------------------------|-----|--------|---------------|----------------|
| <b>Φύλο</b>                        |     |        |               |                |
| Άνδρας                             | 72  | 13,940 | 10,600        | <b>0,014**</b> |
| Γυναίκα                            | 157 | 17,031 | 9,801         |                |
| <b>Ηλικιακή ομάδα</b>              |     |        |               |                |
| 18-25                              | 65  | 18,593 | 8,533         | <b>0,013**</b> |
| 26-35                              | 47  | 14,571 | 9,740         |                |
| 36-45                              | 66  | 13,649 | 10,644        |                |
| >46                                | 53  | 17,245 | 11,026        |                |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>        |     |        |               |                |
| Απόφοιτοι Α/Βάθμιας Εκπαίδευσης    | 85  | 16,568 | 9,645         | 0,521**        |
| Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ            | 100 | 16,225 | 10,209        |                |
| Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού | 46  | 14,726 | 11,007        |                |

\*\*Kruskal-Wallis

### **Συσχέτιση Βαθμού Εξάρτησης Καπνίσματος με Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)**

Προκειμένου να διερευνηθεί το είδος αλλά και η ένταση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ του βαθμού εξάρτησης καπνίσματος και της κλίμακας μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες



(DASS-21) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος σημαντικότητας για το συντελεστή συσχέτισης του Spearman, καθώς οι μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's rank correlation coefficient) είναι ουσιαστικά ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, υπολογιζόμενος όμως όχι στις δειγματικές τιμές των μεταβλητών αλλά στις σχετικές θέσεις (ranks) αυτών των τιμών. Είναι ανεξάρτητος μονάδων και το εύρος των δυνατών τιμών του είναι το διάστημα  $[-1,1]$ . Τιμές κοντά στο  $|1|$  προκύπτουν όταν υπάρχει πλήρης συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών ενώ αντιθέτως αν οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης είναι 0 τότε δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δυο εξεταζόμενων μεταβλητών.

Επίσης, όταν οι τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αυξάνουν όσο αυξάνουν και οι αντίστοιχες τιμές της άλλης μεταβλητής η τιμή του  $r$  είναι θετική και οι μεταβλητές χαρακτηρίζονται θετικά συσχετιζόμενες. Στην αντίστροφη περίπτωση, όπου οι τιμές της μίας μεταβλητής ελαττώνονται όσο οι τιμές της άλλης αυξάνονται ο συντελεστής συσχέτισης  $r$  παίρνει αρνητικές τιμές και οι δυο μεταβλητές χαρακτηρίζονται αρνητικά συσχετιζόμενες.

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητας για το συντελεστή συσχέτισης του Spearman που παρουσιάζονται στον Πίνακα 14 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της Κλίμακας μέτρησης της εξάρτησης και της Κλίμακας μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες, καθώς το  $p.value > 0,005$ . Ωστόσο, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τριών διαστάσεων της Κλίμακας DASS-21 (Κατάθλιψη, Άγχους και Στρες) γεγονός που αποδεικνύει ότι υψηλές τιμές της μίας κλίμακας αντιστοιχούν σε υψηλές τιμές της άλλης και αντίστροφα.

---

Πίνακας 14. Συντελεστής συσχέτισης του Spearman για την σχέση μεταξύ της έντασης εθισμού στο κάπνισμα (σύμφωνα με την κλίμακα Fagerström) και των υποκλιμάκων της κατάθλιψης, άγχους και στρες του DASS-21

|                             |                 | <b>Βαθμός<br/>εξάρτησης</b> | <b>Κατάθλιψη</b> | <b>Άγχος</b> | <b>Στρες</b> |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------|--------------|--------------|
| <b>Βαθμός<br/>εξάρτησης</b> | Spearman's rho  | 1                           | 0,054            | 0,081        | 0,084        |
|                             | Sig. (2-tailed) |                             | 0,412            | 0,220        | 0,204        |
|                             | N               | 231                         | 231              | 231          | 231,         |
| <b>Κατάθλιψη</b>            | Spearman's rho  | 0,054                       | 1                | 0,695        | 0,773        |
|                             | Sig. (2-tailed) | 0,412                       |                  | 0,000        | 0,000        |
|                             | N               | 231                         | 231              | 231          | 231          |
| <b>Άγχος</b>                | Spearman's rho  | 0,081                       | 0,695            | 1            | 0,802        |
|                             | Sig. (2-tailed) | 0,220                       | 0,000            |              | 0,000        |
|                             | N               | 231                         | 231              | 231          | 231          |
| <b>Στρες</b>                | Spearman's rho  | 0,084                       | 0,773            | 0,802        | 1            |
|                             | Sig. (2-tailed) | 0,204                       | 0,000            | 0,000        |              |
|                             | N               | 231                         | 231              | 231          | 231          |

***Σύγκριση Καπνιστών-Μη καπνιστών με την Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)***

Για να διερευνηθεί η υπόθεση ότι οι καπνιστές θα σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα DASS-21 συγκριτικά με τους μη καπνιστές πραγματοποιήθηκαν t-test. Από τα στοιχεία του Πίνακα 15 διαπιστώνεται πως οι καπνιστές καταγράφουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία και στις τρεις διαστάσεις της Κλίμακας DASS-21 σε σχέση με τους μη καπνιστές (Πίνακας 15).

Ειδικότερα, η μέση τιμή της βαθμολογίας της Κλίμακας μέτρησης της κατάθλιψης είναι 12,468 για τους καπνιστές και 9,419 για τους μη καπνιστές ( $p.value=0,000$ ). Σχετικά με την κλίμακα μέτρησης του άγχους οι καπνιστές καταγράφουν μεγαλύτερη μέση τιμή κατά 3,126 μονάδες σε σχέση με τους μη καπνιστές (11,221 έναντι 8,0947), ενώ η μέση τιμή της βαθμολογίας της κλίμακας μέτρησης του στρες είναι 16,053 για τους καπνιστές και 9,332 για τους μη καπνιστές.

Πίνακας 15. Έλεγχος t-test που συγκρίνει τις βαθμολογίες των υποκλιμάκων του DASS-21 μεταξύ των καπνιστών και μη καπνιστών.

|           | Καπνιστές |        |               | Μη καπνιστές |        |               | P.Value       |
|-----------|-----------|--------|---------------|--------------|--------|---------------|---------------|
|           | N         | Mean   | Std.Deviation | N            | Mean   | Std.Deviation |               |
| Κατάθλιψη | 231       | 12,468 | 10,814        | 227          | 8,329  | 9,419         | <b>0,000*</b> |
| Άγχος     | 231       | 11,221 | 9,934         | 227          | 6,816  | 8,0947        | <b>0,000*</b> |
| Στρες     | 231       | 16,053 | 10,149        | 227          | 10,145 | 9,332         | <b>0,000*</b> |

\*T-test

**Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerström) και Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)-Αριθμός τσιγάρων ημερησίως**

Επιπλέον, εξετάστηκε αν ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες ημερησίως επιδρά στο βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα και στην κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και στρες, χρησιμοποιώντας τον έλεγχο ANOVA. Από τα αποτελέσματα των ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν προέκυψε πως ο αριθμός τσιγάρων/ημερησίων επιδρά στη διαμόρφωση του βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα ( $p.value < 0.05$ ). Όπως είναι αναμενόμενο, όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει ένα άτομο ημερησίως τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός εξάρτησης καθιστώντας το κάπνισμα μια εξαιρετικά εθιστική συνήθεια.

Η κλίμακα μέτρησης Κατάθλιψης και Στρες δεν προέκυψε να επηρεάζονται από τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως καθώς τα αποτελέσματα των ελέγχων δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά ( $p.value > 0,05$ ). Ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε στα επίπεδα άγχους ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες ημερησίως, με τους καπνιστές άνω των 31 τσιγάρων/ημερησίως να καταγράφουν μέση τιμή 19,558 έναντι των συμμετεχόντων που καπνίζουν 11-20 και 21-30 τσιγάρα ημερησίως, όπου οι μέσες τιμές της κλίμακας είναι 10,617 και 9,698 αντίστοιχα (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis που εξετάζει τη σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων του DASS-21 και του αριθμού τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες.

|                                   | N  | Mean  | Std.Deviation | P.Value        |
|-----------------------------------|----|-------|---------------|----------------|
| <b>Αριθμός τσιγάρων ημερησίως</b> |    |       |               |                |
| 10ή λιγότερα                      | 91 | 1,778 | 1,744         | <b>0,000**</b> |

|   |    |        |        |                |
|---|----|--------|--------|----------------|
| 11-20                                       | 93 | 4,813  | 1,504  |                |
| 21-30                                       | 36 | 5,731  | 1,484  |                |
| 31 ή περισσότερα                            | 11 | 7,515  | 1,031  |                |
| <b>Αριθμός τσιγάρων ημερησίως Κατάθλιψη</b> |    |        |        |                |
| 10ή λιγότερα                                | 91 | 11,782 | 10,022 | 0,063**        |
| 11-20                                       | 93 | 12,153 | 11,377 |                |
| 21-30                                       | 36 | 12,492 | 11,068 |                |
| 31 ή περισσότερα                            | 11 | 20,753 | 9,242  |                |
| <b>Αριθμός τσιγάρων ημερησίως Άγχος</b>     |    |        |        |                |
| 10ή λιγότερα                                | 91 | 11,431 | 9,582  | <b>0,016**</b> |
| 11-20                                       | 93 | 10,617 | 9,575  |                |
| 21-30                                       | 36 | 9,698  | 11,056 |                |
| 31 ή περισσότερα                            | 11 | 19,558 | 9,146  |                |
| <b>Αριθμός τσιγάρων ημερησίως Στρες</b>     |    |        |        |                |
| 10ή λιγότερα                                | 91 | 15,899 | 9,964  | 0,089**        |
| 11-20                                       | 93 | 15,394 | 10,208 |                |
| 21-30                                       | 36 | 15,571 | 9,562  |                |
| 31 ή περισσότερα                            | 11 | 24,467 | 10,674 |                |

\*\*Kruskal-Wallis

### *Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerström) και*

### *Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)-Απόπειρα διακοπής καπνίσματος*

Τέλος, εξετάστηκε αν η απόπειρα διακοπής του καπνίσματος επιδρά στη βαθμολογία της Κλίμακας Fagerström και DASS-21, χρησιμοποιώντας τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως οι καπνιστές που διέκοψαν με επιτυχία το κάπνισμα καταγράφουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή στη κλίμακα εξάρτησης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είτε αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα ανεπιτυχώς είτε δεν προσπάθησαν καν (2,542 έναντι 4,227 και 4,125 αντίστοιχα).

Η απόπειρα διακοπής του καπνίσματος δε φαίνεται να επιδρά τη βαθμολογία της κατάθλιψης καθώς ο έλεγχος δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικός ( $p.value > 0,05$ ). Ωστόσο, από του στοιχεία του Πίνακα 17 προκύπτει πως οι καπνιστές που αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς επιτυχία καταγράφουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στα επίπεδα άγχους και στρες σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κατάφεραν να διακόψουν

το κάπνισμα (12,857 έναντι 8,694 για την κλίμακα άγχους και 17,929 έναντι 12,058 για την κλίμακα στρες).

Πίνακας 17. Μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis μεταξύ της απόπειρας διακοπής του καπνίσματος και τις κλίμακες Fagerström και τις υποκλίμακες κατάθλιψη, άγχους και στρες του DASS-21.

|                                 | N   | Mean                    | Std.Deviation | P.Value        |
|---------------------------------|-----|-------------------------|---------------|----------------|
| <b>Απόπειρα<br/>καπνίσματος</b> |     | <b>Βαθμός εξάρτησης</b> |               |                |
| Ναι, με επιτυχία                | 44  | 2,542                   | 2,0633        | <b>0,000**</b> |
| Ναι, ανεπιτυχώς                 | 121 | 4,227                   | 2,433         |                |
| Όχι                             | 65  | 4,125                   | 2,238         |                |
|                                 |     | <b>Κατάθλιψη</b>        |               |                |
| Ναι, με επιτυχία                | 44  | 9,467                   | 10,105        | 0,094**        |
| Ναι, ανεπιτυχώς                 | 121 | 13,400                  | 10,881        |                |
| Όχι                             | 65  | 12,514                  | 10,846        |                |
| <b>Απόπειρα<br/>καπνίσματος</b> |     | <b>Άγχος</b>            |               |                |
| Ναι, με επιτυχία                | 44  | 8,694                   | 9,314         | <b>0,024**</b> |
| Ναι, ανεπιτυχώς                 | 121 | 12,857                  | 10,485        |                |
| Όχι                             | 65  | 9,811                   | 8,854         |                |
| <b>Απόπειρα<br/>καπνίσματος</b> |     | <b>Στρες</b>            |               |                |
| Ναι, με επιτυχία                | 44  | 12,058                  | 9,676         | <b>0,003**</b> |
| Ναι, ανεπιτυχώς                 | 121 | 17,929                  | 10,219        |                |
| Όχι                             | 65  | 15,160                  | 9,607         |                |

\*\*Kruskal-Wallis

## Συζήτηση

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων καπνιστών επιδρά στο βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα, καθώς τα άτομα ηλικίας 36-45 ετών, και άνω των 46 ετών σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα Fagerström συγκριτικά με τη μικρότερη ηλικιακή ομάδα της έρευνας (18-25 ετών). Αποτελέσματα, παρόμοια με την έρευνα του CDC (2020) η οποία έδειξε επίσης, πως η μικρότερη ηλικιακή ομάδα σημειώνει τα μικρότερα ποσοστά εξάρτησης (5,3%), ενώ τα υψηλότερα ποσοστά σημειώνουν οι ομάδες των 25-44 ετών (12,6%) και 45-64 ετών (14,9%) (CDC, 2020). Βέβαια στη έρευνα των (Villarroel & Terlizzi, 2020) η ηλικιακή ομάδα των 18-29 ετών σημείωσε τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης κατά 21,0%, έπειτα η ομάδα 45-64, μετά η 65+, και τέλος, αυτοί που έχουν ηλικία 30-44 (Villarroel & Terlizzi, 2020)

Αντίθετα με τη πλειονότητα των ερευνών που εξετάζουν την επίδραση του φύλου στη κατάθλιψη, όπου οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τους άνδρες (ενδεικτικά: Pemberton, & Tyszkiewicz, 2016; World Health Organisation, 2017; World Health Organisation, 2021, Villarroel & Terlizzi, 2020), η έρευνα μας δεν βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων. Όμως, στην εν λόγω έρευνα, σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών στα επίπεδα άγχους, κάτι ευρέως καταγεγραμμένο στην σχετική βιβλιογραφία (Ενδεικτικά: Jalnapurkar, Allen, & Pigott, 2018, Munir & Takon, 2022, World Health Organization, 2017). Για παράδειγμα, η έρευνα των (Maeng & Milad, 2015) δείχνει πως οι γυναίκες είναι δυο φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν διαταραχές άγχους και στρες. Ενώ η έρευνα των Altemus et al., (2014) καταλήγει πως οι γυναίκες βιώνουν τα συμπτώματα μίας αγχώδους διαταραχής πιο έντονα, συγκριτικά με τους άνδρες (Altemus et al., 2014).

Ακόμη, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του βαθμού εξάρτησης και της κατάθλιψης, άγχους και στρες, εύρημα που δεν συμφωνεί με την πλειονότητα της βιβλιογραφίας (ενδεικτικά: Brook, Brook, & Zhang, 2014, Fergusson, Goodwin, & Horwood, 2003, Maslowsky, Schulenberg & Zucker, 2014, van Gool, et al., 2003), που βρήκαν συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης. Η έρευνα των Breslau και συνεργατών (1998), βρήκε πως το ιστορικό κατάθλιψης, αυξάνει τις πιθανότητες εξέλιξης σε καθημερινό κάπνισμα, και το ιστορικό καθημερινού καπνίσματος, αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης (Breslau, et al., 1998). Εντούτοις, η έρευνα μας βρήκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες ημερησίως. Δηλαδή, οι καπνιστές που καπνίζουν περισσότερα από 31 τσιγάρα την ημέρα σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από όσους καπνίζουν 11 έως 20 και 21-30 τσιγάρα. Επιγραμματικά, στις έρευνες των Patten et al., 2003, και O'Loughlin et al., 2009, βρέθηκε πως η κατάθλιψη μειώνει την ένταση του καπνίσματος. Τέλος, η έρευνα των Beal και συνεργατών (2014), συμφωνεί με τα ευρήματά μας, πως δεν σημειώνεται κάποια σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης.

Στην έρευνα αυτή, διαπιστώθηκε πως οι καπνιστές καταγράφουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία και στις τρεις διαστάσεις της Κλίμακας DASS-21 σε σχέση με τους μη καπνιστές. Για παράδειγμα, η έρευνα των Maxson, Edwards, Ingram & Miranda (2012), που εξέτασε έγκυες γυναίκες καπνίστριες και μη, έδειξε πως οι καπνίστριες σημείωναν περισσότερα αρνητικά ψυχοκοινωνικά συμπτώματα συγκριτικά με τις μη καπνίστριες. Η έρευνα τους, επίσης έδειξε πως οι καπνίστριες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και οι μη καπνίστριες είναι λιγότερο νευρωτικές και πιο θετικές (Maxson et al., 2012). Οι καπνιστές και οι πρώην καπνιστές, στην έρευνα των Thornton και συνεργατών, δήλωσαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και έντασης συγκριτικά με τους μη καπνιστές (Thornton, Lee, & Fry, 1994). Παρόμοια με την έρευνας μας, η έρευνα της Lee

(2020) κατέληξε πως οι καπνιστές, μεταξύ των μεταβλητών που εξέτασε είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τους μη καπνιστές (Lee, 2020).

Τέλος, στην έρευνά μας, οι καπνιστές που διέκοψαν με επιτυχία το κάπνισμα καταγράφουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή στη κλίμακα εξάρτησης σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είτε αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα ανεπιτυχώς είτε δεν προσπάθησαν καν. Η απόπειρα διακοπής του καπνίσματος δεν φάνηκε να επιδρά στην βαθμολογία της κατάθλιψης. Ωστόσο, προέκυψε πως οι καπνιστές που αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς επιτυχία να καταγράφουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στα επίπεδα άγχους και στρες σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα. Στην βιβλιογραφία φαίνεται πως όσοι διακόπτουν το κάπνισμα σημειώνουν μείωση στα επίπεδα άγχους, ενώ όσοι επιχειρήσαν να διακόψουν το κάπνισμα, ανεπιτυχώς, σημείωσαν μικρή αύξηση μακροπρόθεσμα (McDermott, et al., 2013). Ενώ, οι έρευνες των Cohen, & Lichtenstein, (1990) και Hajek, Taylor & McRobbie, (2010) δείχνουν αντίστοιχα ευρήματα για τα επίπεδα στρες. Συνολικά, η βιβλιογραφία επισημαίνει πως η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τη ψυχική υγεία των υποκειμένων (Taylor, & Munafò, 2018; Wootton et al., 2018; Vermeulen et al., 2019).

### **Περιορισμοί**

Η έρευνα υπόκειται στους μεθοδολογικούς περιορισμούς που συνοδεύουν τις διαδικτυακές έρευνες. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από άτομα που έχουν πρόσβαση στο ίντερνετ και απέκλεισε κοινωνικές ομάδες που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτό. Ακόμη, είναι πιθανό, το ερωτηματολόγιο να μην έγινε πλήρως κατανοητό, και η απουσία ενός υπεύθυνου που μπορεί να λύσει απορίες να εντείνει τη σύγχυση και να μην συμπληρωθεί με τον σωστό τρόπο το ερωτηματολόγιο. Ακόμη, δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί, αν οι συμμετέχοντες απαντούν με ειλικρίνεια, στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ή αν έδωσαν την αρμόζουσα προσοχή στην κατανόηση και συμπλήρωσή του. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν είναι γενικεύσιμα λόγω



της μεθόδου δεδομένων που επιλέχθηκε (τυχαία δειγματοληψία), και συνεπώς το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού (χαμηλή εξωτερική εγκυρότητα). Τα ερωτηματολόγια, που συμπληρώθηκαν, είναι αυτοαναφοράς και συνεπώς, τα υποκείμενα μπορεί να απάντησαν ψευδώς, λόγω της επιθυμίας τους να δώσουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Τα υποκείμενα, επίσης, μπορεί να μην μπορούν να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά και τα συμπτώματά τους επακριβώς.

### **Μελλοντικές Προοπτικές**

Η έρευνα αυτή, παρά τους περιορισμούς της, καταγράφει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των συμπτωμάτων που εξετάζει η κλίμακα DASS-21, στο δείγμα. Μελλοντική έρευνα, θα ήταν ιδανικό να επικεντρωθεί στις νευρικές οδούς που εξετάζουν τη σχέση της συμπτωματολογία των ψυχικών διαταραχών και του καπνίσματος. Ακόμη, η έρευνα δείχνει αντικρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με την αιτιακή σχέση των μεταβλητών που διερευνήθηκαν και χρειάζεται να εξεταστεί εκτενώς ώστε να βελτιωθούν οι προσεγγίσεις διακοπής του καπνίσματος. Μελλοντικές έρευνες, είναι σημαντικά, λοιπόν, να εξετάσουν, χρησιμοποιώντας ποικιλόμορφες μεθοδολογίες την σχέση που έχει το κάπνισμα με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

### Ξένη Βιβλιογραφία

Akers, R. L. (1991). Addiction: The troublesome concept. *Journal of Drug Issues*, 21(4), 777-793. <https://doi.org/10.1177/002204269102100407>

Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5η εκδ.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2015). *Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5* (1η εκδ.). (Κ. Γκοτζαμάνης, Επιμ., & Κ. Γκοτζαμάνης, Μεταφρ.) Αθήνα, Ελλάδα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

American Psychological Association. (n.d.). Anxiety. Ανακτήθηκε από <https://dictionary.apa.org/anxiety>

American Psychological Association. (n.d.). Stress. Ανακτήθηκε από: <https://dictionary.apa.org/stress>

Anderson, D. J., & Adolphs, R. (2014). A framework for studying emotions across species. *Cell*, 157(1), 187-200. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.03.003>

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line treatment: A critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 525-547. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.001>
- Bailey, L. (2005). Control and desire: The issue of identity in popular discourses of addiction. *Addiction Research & Theory*, 13(6), 535-543. <https://doi.org/10.1080/16066350500338195>
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Beal, S. J., Negriff, S., Dorn, L. D., Pabst, S., & Schulenberg, J. (2014). Longitudinal associations between smoking and depressive symptoms among adolescent girls. *Prevention science*, 15, 506-515. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0402-x>
- Bennet, P. (2010). *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. (Α. Καλαντζη-Αζίζη, & Γ. Ευσταθίου, Επιμ.) Αθήνα: Πεδίο.
- Benowitz, N. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295-2303. doi: <https://10.1056/NEJMra0809890>
- Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. (2020). The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. *Neuron*, 107(2), 234-256.

- Boden, J., Fergusson, D., & Horwood, L. (2010). Cigarette smoking and depression: Tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(6), 440-446. <https://10.1192/bjp.bp.109.065912>
- Breslau, N., Peterson, E. L., Schultz, L. R., Chilcoat, H. D., & Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking: A longitudinal investigation. *Archives of general psychiatry*, *55*(2), 161-166. Ανακτήθηκε από: <https://jamanetwork.com/>
- Brook, D. W., Brook, J. S., & Zhang, C. (2014). Joint trajectories of smoking and depressive mood: associations with later low perceived self-control and low well-being. *Journal of addictive diseases*, *33*(1), 53-64. <https://doi.org/10.1080/10550887.2014.882717>
- Bruehl, A. B., Delsignore, A., Komossa, K., & Weidt, S. (2014). Neuroimaging in social anxiety disorder—a meta-analytic review resulting in a new neurofunctional model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *47*, 260-280. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.003>
- Bylsma, L. M., Taylor-Clift, A., & Rottenberg, J. (2011). Emotional reactivity to daily events in major and minor depression. *Journal of abnormal psychology*, *120*(1), 155. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0021662>
- Bystriksy, A., & Kronemyer, D. (2014). Stress and anxiety: counterpart elements of the stress/anxiety complex. *Psychiatric Clinics*, *37*(4), 489-518. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.08.002>
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*(61), 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>

Cervone, D., & Pervin, L. (2013). *Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές*. (Α. Μπρούζος, Επιμ., Α. Αλεξανδροπούλου, & Β. Κομπορόζος, Μεταφρ.) Εκδόσεις Gutenberg.

CDC. (2020). Current cigarette smoking among adults in the United States. *Centers for Disease Control and Prevention*.

Clarke, D., Eaton, W., Petronis, K., Ko, J., Chatterjee, A., & Anthony, J. (2010). Increased risk of suicidal ideation in smokers and former smokers compared to never smokers: evidence from the Baltimore ECA follow-up study. *Suicide and life-threatening behavior*, 40(4), 307-318. <https://doi.org/10.1521%2Fsuli.2010.40.4.307>

Cohen, S., Kessler, R., & Gordon, L. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. Στο S. Cohen, R. Kessler, & L. Gordon, *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 3-26. New York, United States of America: Oxford University Press.

Cohen, S., & Lichtenstein, E. (1990). Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychology*, 9(4), 466. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.9.4.466>

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews endocrinology*, 5(7), 374-381.

Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., . . . Furukawa, T. (2021). Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283-293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>

- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Andersson, G., Beekman, A., & Reynolds III, C. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, *12*(2), 137-148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- Cuijpers, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, *7*(11), 925-927. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30036-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30036-5)
- Daviu, N., Bruchas, M., Moghaddam, B., Sandi, C., & Beyeler, A. (2019). Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiology of stress*, *11*, pp. 100-191. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100191>
- Dierker, L., Rose, J., Selya, A., Piasecki, T., Hedeker, D., & Mermelstein, R. (2015). Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.004>
- Duffy, F., Sharpe, H., & Schwannauer, M. (2019). The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression—a systematic review and meta-analysis. *Child and adolescent mental health*, *24*(4), 307-317. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.032>
- Duval, F., Lebowitz, B., & Macher, J. (2006). Treatments in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/fduval>

- El-Sherbiny, N., & Elsary, A. (2022). Smoking and nicotine dependence in relation to depression, anxiety, and stress in Egyptian adults: A cross-sectional study. *Journal of Family & Community Medicine*, 29(1), 8-16. [https://doi.org/10.4103%2Fjfcem.jfcem\\_2](https://doi.org/10.4103%2Fjfcem.jfcem_2)
- Eid, R. S., Gobinath, A. R., & Galea, L. A. (2019). Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in neurobiology*, 176, 86-102. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2019.01.006>
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00060-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00060-3)
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., . . . Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological medicine*, 48(9), 1560-1571. <https://10.1017/S0033291717003336>
- Fanselow, M. S., & Poulos, A. M. (2005). The neuroscience of mammalian associative learning. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 207-234. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070213>
- Feldman, R. (2011). Η σωματική και η γνωστική ανάπτυξη στην εφηβική ηλικία. Στο Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Εξελικτική Ψυχολογία: Δια βίου Ανάπτυξη* (Ζ. Αντωνοπούλου, & Μ. Κουλεντιανού, Μεταφρ., 456-493). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

- Fergusson, D. M., Goodwin, R. D., & Horwood, L. J. (2003). Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychological medicine*, *33*(8), 1357-1367. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008596>
- Frerichs, R. R., Aneshensel, C. S., Yokopenic, P. A., & Clark, V. A. (1982). Physical health and depression: an epidemiologic survey. *Preventive Medicine*, *11*(6), 639-646. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0091-7435(82)90026-3)
- Freud, S., & Strachey, J. (1959). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Τόμ. XX). (A. Strachey, & A. Tyson, Μεταφρ.) London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Fried, E., & Nesse, R. (2015). Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC medicine*, *13*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0325-4>
- Friedman, E., & Anderson, I. (2014). *Handbook of Depression* (2η Έκδοση εκδ.). London: Springer Healthcare.
- Friedman, E., Clark, D., & Gershon, S. (1992). Stress, anxiety, and depression: Review of biological, diagnostic, and nosologic issues. *Journal of anxiety disorders*, *6*(4), 337-363. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90005-R](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90005-R)
- Glassman, A., Covey, L., Stetner, F., & Rivelli, S. (2001). Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *The Lancet*, *357*(9272), 1929-1932. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)05064-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)05064-9)



- Grant, B., Hasin, D., Chou, S., Stinson, F., & Dawson, D. (2004). Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, *61*(11), 1107-1115.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.11.1107>
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *36*(5), 233-241.  
<https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. H., & Kessler, R. C. (2021). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). *Pharmacoeconomics*, *39*(6), 653-665.  
<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4>
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of clinical psychiatry*, *60*(7), 427-435.
- van Gool, C. H., Kempen, G. I., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beekman, A. T., & van Eijk, J. T. (2003). Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age and ageing*, *32*(1), 81-87.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/32.1.81>
- Gunlicks-Stoessel, M., Mufson, L., Bernstein, G., Westervelt, A., Reigstad, K., Klimes-Dougan, B., . . . Vock, D. (2019). Critical Decision Points for Augmenting Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: A Pilot Sequential Multiple

Assignment Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 80-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.032>

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>

Hajek, P., Taylor, T., & McRobbie, H. (2010). The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, 105(8), 1466-1471. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02979.x>

Henderson, B. J., & Lester, H. A. (2015). Inside-out neuropharmacology of nicotinic drugs. *Neuropharmacology*, 96, 178-193. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2015.01.022>

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 182-189. <https://10.1001/archpsyc.62.2.182>

Hughes, J. (2006). Clinical significance of tobacco withdrawal. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(2), 153-156. <https://doi.org/10.1080/14622200500494856>

- IsHak, W., Wen, R., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., . . . Louy, C. (2018). Pain and depression: a systematic review. *Harvard review of psychiatry*, 26(6), 352-363. <https://10.1097/HRP.000000000000198>
- Jacobs, N., Menne-Lothmann, C., Derom, C., Thiery, E., van Os, J., & Wichers, M. (2013). Deconstructing the familiarity of variability in momentary negative and positive affect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 318-327. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01924.x>
- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*, 370(1), 60-68.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *J Psychiatry Depress Anxiety*, 4(12), 3-16. <http://doi.org/10.24966/PDA-0150/100012>
- Kadriu, B., Musazzi, L., Henter, I., Graves, M., Popoli, M., & Zarate Jr, C. (2019). Glutamatergic neurotransmission: pathway to developing novel rapid-acting antidepressant treatments. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(2), 119-135. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy094>
- Kang, E., & Lee, J. (2010). A longitudinal study on the causal association between smoking and depression. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 43(3), 193-204. <https://10.3961/jpmp.2010.43.3.193>

- Kenny, P. J. (2011). Tobacco dependence, the insular cortex and the hypocretin connection. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 97(4), 700-707.  
<https://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.08.015>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Knowles, K., & Olatunji, B. (2019). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
- Koen, N., & Stein, D. J. (2022). Pharmacotherapy of anxiety disorders: a critical review. *Dialogues in clinical neuroscience*.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/nkoen>
- Kring, A., Davison, G., Neale, J., & Johnson, S. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. (Ε. Αυδή, Π. Ρούσση, Επιμ., & Θ. Καραμπά, Μεταφρ.) Αθήνα: Gutenberg.
- Kumpula, M., Wagner, H., Dedert, E., Crowe, C., Day, K., Powell, K., . . . Kimbrel, N. (2019). An evaluation of the effectiveness of evidence-based psychotherapies for depression to reduce suicidal ideation among male and female veterans. *Women's health issues*, 29(1), S103-S111. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.013>

- Labaka, A., Goñi-Balentziaga, O., Lebeña, A., & Pérez-Tejada, J. (2018). Biological sex differences in depression: a systematic review. *Biological research for nursing*, 20(4), 383-392. <https://doi.org/10.1177/1099800418776082>
- Lam, R. (2018). *Depression*. Oxford University Press.
- Lawrence, D., Considine, J., Mitrou, F., & Zubrick, S. R. (2010). Anxiety disorders and cigarette smoking: results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 520-527. <https://doi.org/10.3109/00048670903571580>
- Lazarus, R. (1993). Why we should think of stress as a subset of emotion. Στο L. Goldberger, & S. Breznitz (Επιμ.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2η Έκδοση εκδ.). Νέα Υόρκη: Free Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Νέα Υόρκη: Springer.
- Lê Cook, B., Wayne, G., Kafali, E., Liu, Z., Shu, C., & Flores, M. (2014). Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA*, 311(2), 172-182. <https://10.1001/jama.2013.284985>
- LeDoux, J. (2016). *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. Penguin.
- Lee, E. J. (2020). Correlations among pain, depressive symptoms, constipation, and serotonin levels in smokers and non smokers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4).

- LeMoult, J., & Gotlib, I. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>
- Lewis, A., Miller, J. H., & Lea, R. A. (2007). Monoamine oxidase and tobacco dependence. *Neurotoxicology*, 28(1), 182-195. <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2006.05.019>
- Lopez-Quintero, C., de los Cobos, J., Hasin, D., Okuda, M., Wang, S., Grant, B., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and alcohol dependence*, 115(1-2), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>
- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G., & DiFranza, J. (2009). Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *American journal of epidemiology*, 170(5), 585-597. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp179>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1996). Depression Anxiety and Stress Scales. *Behaviour Research and Therapy*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t39835-000>
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731-1731. [https://10.1016/S0924-9338\(11\)73435-6](https://10.1016/S0924-9338(11)73435-6)

Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2015). Sex differences in anxiety disorders: interactions between fear, stress, and gonadal hormones. *Hormones and behavior*, 76, 106-117.

<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.04.002>

Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2017). Depression in pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 48(1), 58-65.

<https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.07.002>

Maslowsky, J., Schulenberg, J. E., & Zucker, R. A. (2014). Influence of conduct problems and depressive symptomatology on adolescent substance use: developmentally proximal versus distal effects. *Developmental psychology*, 50(4), 1179.

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0035085>

Maxson, P. J., Edwards, S. E., Ingram, A., & Miranda, M. L. (2012). Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addictive behaviors*, 37(2), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.08.011>

Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*, 70(10), 1100-1106.

<https://10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>

Marcus, S. M., Young, E. A., Kerber, K. B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., ... & Rush, A. J. (2005). Gender differences in depression: findings from the STAR\* D study. *Journal of affective disorders*, 87(2-3), 141-150.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.09.008>

- Marcus, S. M., Kerber, K. B., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A., Balasubramani, G. K., ... & Trivedi, M. H. (2008). Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Comprehensive psychiatry*, 49(3), 238-246. McCarty, R. (2016). The fight-or-flight response: A cornerstone of stress research. Στο *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. Academic Press, 33-37. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00004-2>
- McDermott, M., Marteau, T., Hollands, G., Hankins, M., & Aveyard, P. (2013). Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 62-67. <https://10.1192/bjp.bp.112.114389>
- McEwen, B. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179. <https://10.1056/NEJM199801153380307>
- McEwen, B., & Gianaros, P. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 190-222. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x>
- Mahajan, S., Homish, G., & Quisenberry, A. (2021). Multifactorial etiology of adolescent nicotine addiction: a review of the neurobiology of nicotine addiction and its implications for smoking cessation pharmacotherapy. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.664748>



Mobbs, D., Hagan, C. C., Dalgleish, T., Silston, B., & Prévost, C. (2015). The ecology of human fear: survival optimization and the nervous system. *Frontiers in neuroscience*, 9, 55. <https://10.3389/fnins.2015.00055>

Mojtabai, R., & Crum, R. (2013). Cigarette smoking and onset of mood and anxiety disorders. *American journal of public health*, 103(9), 1656-1665. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300911>

Moylan, S., Gustavson, K., Karevold, E., Karevold, E., Øverland, S., Jacka, F., . . . Berk, M. (2013). The Impact of Smoking in Adolescence on Early Adult Anxiety Symptoms and the Relationship between Infant Vulnerability Factors for Anxiety and Early Adult Anxiety Symptoms: The TOPP Study. *PLoS ONE*, 8(5), e63252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063252>

Munir, S., & Takov, V. (2022). Generalized Anxiety Disorder. *StatPearls*.

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *American psychologist*, 61(1), 10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.61.1.10>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Anxiety disorders. Quality standard.

- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 557-577. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.002>
- Olfson, M., Blanco, C., & Marcus, S. C. (2016). Treatment of adult depression in the United States. *JAMA internal medicine*, 176(10), 1482-1291. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5057>
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte>
- Patten, C. A., Hurt, R. D., Offord, K. P., Croghan, I. T., Gomez-Dahl, L. C., Kottke, T. E., ... & Joseph Melton, L. (2003). Relationship of tobacco use to depressive disorders and suicidality among patients treated for alcohol dependence. *American Journal on Addictions*, 12(1), 71-83. <https://doi.org/10.1080/10550490390143385>
- Pellman, B. A., & Kim, J. J. (2016). What can ethobehavioral studies tell us about the brain's fear system?. *Trends in neurosciences*, 39(6), 420-431. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.04.001>
- Pemberton, R., & Tyszkiewicz, M. D. F. (2016). Factors contributing to depressive mood states in everyday life: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 200, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.023>
- Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Szemraj, J., & Górski, P. (2011). Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Medical*

*science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 17(5), CR272–CR276. <https://doi.org/10.12659%2FMSM.881767>

Pinel, J. (2011). *Βιοψυχολογία* (1η εκδ.). (Σ. Γιακουμάκη, Α. Καστελλάκης, Δ. Τατά, Επιμ., & Γ. Κρομμύδας, Μεταφρ.) Αθήνα: Έλλην.

Prochaska, J. (2010). Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction? *Drug and alcohol dependence*, 110(3), 177-182. <https://doi.org/10.1016%2Fj.drugalcdep.2010.03.002>

Prochaska, J. J., & Benowitz, N. L. (2019). Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. *Science advances*, 5(10), eaay9763. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aay9763>

Prochaska, J., Das, S., & Young-Wolff, K. (2017). Smoking, mental illness, and public health. *Annual review of public health*, 38, 165-185. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>

Prochaska, J., Hall, S., & Bero, L. (2008). Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 555-567. <https://10.1093/schbul/sbm117>

Ramón-Arбуés, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>

- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51(8), 1087-1093.
- Saridi, M., Nanou, A., Vasilopoulos, C., Kourakos, M., Skliros, E., Toska, A., & Souliotis, K. (2017). Smoking Habits among Greek University Students after the Financial Crisis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(5), 1329–1335.  
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.5.1329>
- Saleh, D., Camart, N., & Romo, L. (2017). Predictors of stress in college students. *Frontiers in psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00019>
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383-1392. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Shri, R. (2010). Anxiety: causes and management. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), 100-118. Ανακτήθηκε από: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/2205>
- Simon, N., Hollander, E., Rothbaum, B. O., & Stein, D. J. (Eds.). (2020). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Anxiety, Trauma, and OCD-Related Disorders*. American Psychiatric Pub.
- Smoller, J. W., Andreassen, O. A., Edenberg, H. J., Faraone, S. V., Glatt, S. J., & Kendler, K. S. (2019). Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular psychiatry*, 24(3), 409-420. <https://doi.org/10.1038/s41380-017-0010-4>

- Stringaris, A. (2017). What is depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(12), 1287-1289. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12844>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Kahl, K. G., Mitchell, A. J., Lin, P. Y., ... & Koyanagi, A. (2017). Depression and physical health multimorbidity: primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low-and middle-income countries. *Psychological medicine*, 47(12), 2107-2117. <https://10.1017/S0033291717000551>
- Takagi, Y., Sakai, Y., Abe, Y., Nishida, S., Harrison, B. J., Martínez-Zalacaín, I., ... & Tanaka, S. C. (2018). A common brain network among state, trait, and pathological anxiety from whole-brain functional connectivity. *Neuroimage*, 172, 506-516. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.01.080>
- Tambs, K., Czajkowsky, N., Neale, M. C., Reichborn-Kjennerud, T., Aggen, S. H., Harris, J. R., & Kendler, K. S. (2009). Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM–IV anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 195(4), 301-307. <https://10.1192/bjp.bp.108.059485>
- Taylor, G. M., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 348.
- Taylor, G. M., & Munafò, M. R. (2019). Does smoking cause poor mental health?. *The Lancet Psychiatry*, 6(1), 2-3. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30459-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30459-0)

- Taylor, G. M., Itani, T., Thomas, K. H., Rai, D., Jones, T., Windmeijer, F., ... & Taylor, A. E. (2019). Prescribing prevalence, effectiveness, and mental health safety of smoking cessation medicines in patients with mental disorders. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(1), 48-57. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz072>
- Taylor, G. M., & Treur, J. L. (2022). An application of the stress-diathesis model: A review about the association between smoking tobacco, smoking cessation, and mental health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(1), 100335. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100335>
- Thornton, A., Lee, P., & Fry, J. (1994). Differences between smokers, ex-smokers passive smokers and non-smokers. *Journal of clinical epidemiology*, 47(10), 1143-1162. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90101-5](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90101-5)
- Tovote, P., Fadok, J. P., & Lüthi, A. (2015). Neuronal circuits for fear and anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(6), 317-331. <https://doi.org/10.1038/nrn3945>
- Trofor, L., Radu, C., Elisabeta, C., Milena, A., & Bogdan, C. (2020). Evaluation of oxidative stress in smoking and non-smoking patients diagnosed with anxious-depressive disorder. 68(1), 82-89. <https://doi.org/10.31925/farmac.2020.1.12>
- Tsuang, M., Francis, T., Minor, K., Thomas, A., & Stone, W. (2012). Genetics of smoking and depression. *Human Genetics*, 131, 905-915. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1170-6>
- Tziallas, D., Kastanioti, C. K., Alevizatou, A., Katsaraki, A., & Skapinakis, P. (2006). The value of nicotine dependence rate measurement in coronary artery disease patients.

- Vermeulen, J., Schirmbeck, F., Blankers, M., van Tricht, M., Van Den Brink, W., De Haan, L., ... & van Winkel, R. (2019). Smoking, symptoms, and quality of life in patients with psychosis, siblings, and healthy controls: a prospective, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(1), 25-34. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30424-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30424-3)
- Vigod, S. N., Wilson, C. A., & Howard, L. M. (2016). Depression in pregnancy. *Bmj*, 352. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1547>
- Villarroel, M. A., & Terlizzi, E. P. (2020). *Symptoms of depression among adults: United States, 2019* (pp. 1-8). Hyattsville, MD, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Walters, G. D. (1999). The addiction concept: Working hypothesis or self-fulfilling prophesy?.
- Weissman, M., & Markowitz, J. (2002). Interpersonal psychotherapy for depression. Στο B. Wolberg, & G. Stricker (Επιμ.), *Depressive Disorders* (404-421). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Weiten, W., Dunn, D., & Hammer, E. (2020). *Ψυχολογία εφαρμοσμένη στη σύγχρονη ζωή. Προσαρμογή στον 21ο αιώνα*. (12η εκδ.). (Ε. Συγκολλίτου, Επιμ., Σ. Μπισκανάκη, & Π. Τάγκας, Μεταφρ.) Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Wootton, R. E., Richmond, R. C., Stuijzand, B. G., Lawn, R. B., Sallis, H. M., Taylor, G. M., ... & Munafò, M. R. (2018). Causal effects of lifetime smoking on risk for

depression and schizophrenia: Evidence from a Mendelian randomisation study. *Biorxiv*, 381301. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291719002678>

World Health Organization. (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.

World Health Organisation. (2021, Σεπτέμβριος 13). *Depression*. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wilt, J., Oehlberg, K., & Revelle, W. (2011). Anxiety in personality. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 987-993.

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 629-640. <https://10.1001/archpsyc.62.6.629>

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου, Α. Ε., Διέτη, Ε., & Σουλιώτης, Κ. (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(Συμπλ.1), 17-26.



Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., & Φραδέλος, Ε. (2016). Εξάρτηση από τη Νικοτίνη και  
Στρατηγικές Διακοπής Καπνίσματος. Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής  
Επιστήμης, 9(1), 8–16. Ανακτήθηκε από: <http://hdl.handle.net/11642/143>

## Παράρτημα

Το παράρτημα παραθέτει το ερωτηματολόγιο, εξ ολοκλήρου, που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους συμμετέχοντες σε μορφή Google-Forms.

### Τμήμα 1

#### **Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καπνίσματος και συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε ενήλικο πληθυσμό.**

Περιγραφή της παρούσας εργασίας:

Το παρόν ερωτηματολόγιο γίνεται στο πλαίσιο των πτυχιακών εργασιών των Αντωνίου Γεωργία και Καρβελά Στυλιανή, φοιτητριών του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, με έδρα τη Φλώρινα. Επόπτρια της έρευνας και των πτυχιακών εργασιών είναι η Δρ. Αικατερίνη Φλωρά.

Σκοπός της έρευνας είναι εξέταση της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, με την εξάρτηση από το κάπνισμα. Οι συμμετέχοντες/ουσες, πρέπει να είναι ενήλικες καπνιστές/τριες και μη, καθώς θα πραγματοποιηθεί σύγκριση μεταξύ των δύο υπο-ομάδων. Οι καπνιστές συμμετέχοντες να καπνίζουν συμβατικά τσιγάρα.

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά σας στοιχεία, έπειτα ορισμένα στοιχεία για τις καπνιστικές συνήθειες σας (απαντάτε εάν λαμβάνετε μέρος σε αυτές). Τέλος, θα συμπληρώσετε δύο κλίμακες την κλίμακα Fagerström, που αξιολογεί το βαθμό εθισμού στο κάπνισμα και έπειτα την κλίμακα DASS-21, που αφορά τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης που βιώσατε τη τελευταία εβδομάδα.

#### **Προστασία προσωπικών δεδομένων**

Η συμμετοχή στη συγκεκριμένη έρευνα είναι εθελοντική. Παρακάτω, σας ζητείτε να συναινέσετε στη συμμετοχή και τη χρήση των δεδομένων σας για την έρευνα, όπως περιγράφηκε παραπάνω. Η συνέχεια στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου προϋποθέτει την συγκατάθεσή σας. Μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή από το ερωτηματολόγιο. Ο μόνος τρόπος που θα λάβουμε τις απαντήσεις σας είναι εάν επιλέξετε το "submit" στο τέλος του ερωτηματολογίου, ενώ στην ίδια σελίδα σας δίνεται η επιλογή να διαγράψετε τις απαντήσεις σας. Επίσης, αν επιθυμείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας, εγγυόμαστε την ανωνυμία σας και την διαγραφή όλων των προσωπικών δεδομένων

Η συμπλήρωση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου είναι **πλήρως ανώνυμη** και η διάρκειά της κυμαίνεται κατά προσέγγιση στα 5-10 λεπτά. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και δεν ενέχουν διαγνωστικό χαρακτήρα.

### **Εμπιστευτικότητα**

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα στην έρευνα τυγχάνουν επεξεργασίας από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας (Υπεύθυνος Επεξεργασίας), με έδρα στην Τοπική Κοινότητα Κοίλων του Δήμου Κοζάνης και στοιχεία επικοινωνίας 24610 - 56201 και [rector@uowm.gr](mailto:rector@uowm.gr). Το Π.Δ.Μ. έχει ορίσει ως Υπεύθυνο

Προστασίας Δεδομένων με διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [dpo@uowm.gr](mailto:dpo@uowm.gr). Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα προορίζονται για τον σκοπό διεξαγωγής επιστημονικής έρευνας με τίτλο: «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξάρτησης στη νικοτίνη και συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης σε ενήλικο πληθυσμό». Στο πλαίσιο αυτό η ερευνητική δραστηριότητα περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου όπου η καταγραφή των απαντήσεων είναι ανώνυμη και δεν μπορεί να υποδείξει την πηγή προέλευσης. Τα συλλεγόμενα δεδομένα θα είναι προσβάσιμα μόνο από τους ερευνητές και τον επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας και θα διαφυλαχθούν από οποιαδήποτε εξωτερική

πρόσβαση. Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών για τον ανωτέρω σκοπό και η συμμετοχή στην έρευνα δεν συνεπάγονται δικαίωμα αποζημίωσης ή οικονομικά οφέλη οποιασδήποτε μορφής. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας διενεργείται, εφόσον την παράσχετε, με τη ρητή συγκατάθεσή σας κατ' άρθρο 6 § 1 περίπτωση α' του Κανονισμού (ΕΕ) για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ), την οποία δικαιούστε να ανακαλέσετε οποτεδήποτε και αζημίως, εκτός αν αυτό καθιστά αδύνατη ή παρακωλύει σοβαρά την έρευνα. Μπορείτε να ασκείτε τα δικαιώματά σας αποστέλλοντας σχετικό αίτημα προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Πανεπιστημίου στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [dpo@uowm.gr](mailto:dpo@uowm.gr). Παράλληλα, αν θεωρείτε ότι η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορά παραβαίνει τον ΓΚΠΔ, έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)) ή στην εποπτική αρχή του κράτους μέλους της ΕΕ όπου διαμένετε ή εργάζεστε ή στην εποπτική αρχή του τόπου της εικαζόμενης παράβασης.

### **Επικοινωνία:**

Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση και απορία σχετικά με την έρευνά μας ή του παρόντος ερωτηματολογίου παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας στα  
mail: [antwnioygewrgia17@gmail.com](mailto:antwnioygewrgia17@gmail.com) και [psy00038@uowm.gr](mailto:psy00038@uowm.gr).

Η συμβολή σου είναι πολύτιμη σε αυτήν την ερευνητική προσπάθεια.

Σε ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Δίνω συγκατάθεση ότι θέλω να συμμετέχω στην έρευνα

Ναι

### **Τμήμα 2**

Δημογραφικά Στοιχεία

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία

### Φύλο

- Γυναίκα
- Ανδρας
- Μη δυαδικό άτομο
- Άτομο με ρευστή ή/και εναλλασσόμενη ταυτότητα φύλου

### Ηλικία

(πληκτρολογήστε)

### Τόπος Διαμονής

- Πόλη (τουλάχιστον 10.000 κάτοικοι)
- Κωμόπολη (>3.000)
- Χωριό (<3.000)

### Επίπεδο Εκπαίδευσης

- Απόφοιτος Δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΙΕΚ
- Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ
- Κάτοχος μεταπτυχιακού
- Κάτοχος διδακτορικού

### Οικογενειακή Κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η

Επαγγελματική κατάσταση (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μία επιλογές)

- Εργασία Πλήρους Απασχόλησης
- Εργασία Μερικής Απασχόλησης
- Εργασία Μερικής Απασχόλησης
- Άνεργος/η
- Συνταξιούχος
- Αδυναμία να εργαστώ λόγω ψυχικών ή και σωματικών περιορισμών

### **Τμήμα 3**

Καπνιστικές συνήθειες

Οι παρακάτω ερωτήσεις απαντώνται από όλους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες στην έρευνα. Αν επιλέξετε πως ΔΕΝ καπνίζετε θα παραληφθούν αυτόματα δύο ενότητες που συμπληρώνονται μόνο από τους/τις καπνιστές/τριες συμμετέχοντες/ουσες.

Αριθμός Γονέων/φροντιστών Καπνιστών (κάποια στιγμή στη ζωή του/ης)

- 0
- 1
- 2

Είστε καπνιστής/τρια;

- Ναι

-Όχι

Έχετε αποπειραθεί να διακόψετε το κάπνισμα (Μόνο για τους/τις Καπνιστές/τριες ή και πρώην Καπνιστές/τριες)

-Ναι, με επιτυχία

-Ναι, ανεπιτυχώς

-Όχι

#### **Τμήμα 4**

Οι παρακάτω ερωτήσεις συμπληρώνονται ΜΟΝΟ από τους/τις καπνιστές/τριες συμμετέχοντες/ουσες.

Ηλικία Έναρξης Καπνίσματος (Για τους/τις Καπνιστές/τριες)

(Πληκτρολογήστε)

Χρονικό Διάστημα Καπνίσματος (Για τους/τις Καπνιστές/τριες) Διευκρινίστε χρόνια ή μήνες

(Πληκτρολογήστε)

Βασικό Κίνητρο Έναρξης του Καπνίσματος (Για τους/τις Καπνιστές/τριες)

-Περιστασιακή/ Κοινωνική χρήση

-Διαχείριση άγχους

-Εργασιακό άγχος

-Οικογενειακά προβλήματα

-Πένθος

-Θλίψη

-Κοινωνική απομόνωση

-Περιέργεια/ Πειραματισμός

### **Τμήμα 5**

Κλίμακα Εκτίμησης Βαθμού Εξάρτησης από το κάπνισμα (Heatherton, et al., 1991) [ΚΛΙΜΑΚΑ FAGERSTROM]

[Μετάφραση: Tziallas, Kastanioti, Alevizatos, Katsaraki, & Skapinakis, (2006)]

Παρακαλώ η παρακάτω κλίμακα να συμπληρωθεί ΜΟΝΟ από τους/τις Καπνιστές/τριες συμμετέχοντες/ουσες.

Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

-Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά

-Μέσα στα πρώτα 6-30 λεπτά

-Μέσα στα πρώτα 31-60 λεπτά

-Μετά τα 60 λεπτά

Είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται;

-Ναι

-Όχι

Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;

-Το πρώτο της ημέρας

-Οποιοδήποτε άλλο

Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

-10 ή λιγότερα

-11-20



-21-30

-31 ή περισσότερα

Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα;

-Ναι

-Όχι

Καπνίζετε ακόμη και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;

-Ναι

-Όχι

## **Τμήμα 6**

Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες (Lovibond & Lovibond, 1995) [DASS-21]

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή

ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0: Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1: Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2: Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3: Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου

0

1

2

3

Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό

0

1

2

3

Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα

0

1

2

3

Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)

0

1

2

3

Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα

0

1

2

3

Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα

0

1

2

3

Αισθάνθηκα τρεμούλα (π.χ. στα χέρια)

0

1

2

3

Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα

0

1

2

3

Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους

0

1

2

3

Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον

0

1

2

3

Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος

0

1

2

3

Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω

0

1

2

3

Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος

0

1

2

3

Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα

0

1

2

3

Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό

0

1

2

3

Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό

0

1

2

3

Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο

0

1

2

3

Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος

0

1

2

3

Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)

0

1

2

3

Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος

0

1

2

3

Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα

0

1

2

3

### **Τμήμα 7**

**Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας στην έρευνα.**

#### **Επικοινωνία:**

Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση και απορία σχετικά με την έρευνά μας ή το παρόν ερωτηματολόγιο παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας στα

mail: [antwnioygewrgia17@gmail.com](mailto:antwnioygewrgia17@gmail.com) και [stellakarvela2000@gmail.com](mailto:stellakarvela2000@gmail.com)