



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος:**

**« Η σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και των ψυχοπαθολογικών  
κινδύνων σε φοιτητές »**

Στάθης Σταύρος

Γεωργακά Ιωάννα

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**

Δρ. Ρουμπελάκη Μαρία

Λέκτορας, ΕΛΜΕΠΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – 2020



## Περιεχόμενα

---

Περίληψη.....	8
Εισαγωγή.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : Ναρκωτικές ουσίες και ψυχοπαθολογικά προβλήματα.....	11
1.1 Ορισμός των ναρκωτικών ουσιών.....	11
1.2 Οπιούχα.....	12
1.3 Ανταγωνιστές των οπιούχων.....	20
1.4 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	24
1.5 Συμπαθητικομμητικές ή Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ..	33
1.6 Κανναβινοειδή.....	35
1.7 Νικοτίνη.....	37
1.8 Ψευδαισθησιογόνα.....	38
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Εξάρτηση και Κατάχρηση.....	42
2.1 Τα στάδια της εξάρτησης.....	42
2.2 Ανοχή.....	43
2.3 Στερητικό σύνδρομο.....	44
2.4 Αντίδραση πανικού.....	46
2.5 Αναδρομική εμβίωση (Flashback).....	47
2.6 Τοξική αντίδραση.....	47
2.7 Ψυχωσικού τύπου αντίδραση.....	49
2.8 Οργανικό ψυχοσύνδρομο.....	50
2.9 Συναισθηματικού τύπου διαταραχές.....	51
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Παράγοντες που οδηγούν στην χρήση.....	52
3.1 Ατομικοί Παράγοντες.....	52
3.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	53
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Μεθοδολογία Έρευνας.....	57
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Ανάλυση Έρευνας.....	58
4.1 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	58
4.2 Δημογραφικά- προσωπικά στοιχεία.....	58
4.3 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	67
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Τα αποτελέσματα σε σχέση με υπάρχουσες θεωρητικές προσεγγίσεις.....	88

Επίλογος .....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α .....	91
Βιβλιογραφία .....	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β .....	94
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	94

## Κατάλογος Πινάκων

---

<b>Πίνακας 3:</b> Μέθοδοι παραγωγής και περιεκτικότητα σε αλκοόλη των οينوπνευματωδών ποτών.....	26
<b>Πίνακας 4:</b> Αντιπροσωπευτικοί τύποι βαρβιτουρικών.....	29
<b>Πίνακας 5 :</b> Οι αντιπροσωπευτικότερες ψευδαισθησιογόνες ουσίες.....	39
<b>Πίνακας 6:</b> Ποσοστά.....	58
<b>Πίνακας 7 :</b> Ατομικά χαρακτηριστικά του 77,1% των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ.....	61
<b>Πίνακας 8 :</b> Ατομικά χαρακτηριστικά του 50,6% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι καπνίζουν.....	62
<b>Πίνακας 9 :</b> Ατομικά χαρακτηριστικά του 36,1% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών.....	62
<b>Πίνακας 10 :</b> Είδος παράνομων ουσιών που δήλωσε το 36,1% των ερωτηθέντων που κάνει χρήση αυτών των ουσιών.....	64
<b>Πίνακας 11 :</b> Ατομικά χαρακτηριστικά του 77,1% των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ ή του 36,1% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών.....	64
<b>Πίνακας 12 :</b> Ατομικά χαρακτηριστικά του 12% των ερωτηθέντων που απάντησε ότι πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο.....	64
<b>Πίνακας 13:</b> Προσωπικότητα.....	65
<b>Πίνακας 14 :</b> Αποτελεσματικές μέθοδοι αντιμετώπισης προβλήματος.....	66
<b>Πίνακας 15 :</b> Πόσο δύσκολο θα είναι για εσένα να βρεις το ακόλουθο στο επόμενο 24ωρό.....	66
<b>Πίνακας 16:</b> Ποιές εξαρτησιογόνες ουσίες χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους νέους.....	67
<b>Πίνακας 17 :</b> Χρήση παράνομων ουσιών και οικονομική κατάσταση.....	68
<b>Πίνακας 18 :</b> Οικονομικά ευκατάστατος και χρήση παράνομων ουσιών.....	69
<b>Πίνακας 19 :</b> Σχολή σπουδων και χρήση παράνομων ουσιών.....	70
<b>Πίνακας 20:</b> Χρήση παράνομων ουσιών και παρορμητικές σκέψεις.....	71

<b>Πίνακας 21</b> : Παρόρμηση για κάτι επιβλαβές .....	<b>71</b>
<b>Πίνακας 22</b> : Ύπαρξη συσχέτισης του παρορμητισμού με τη χρήση παράνομων ουσιών.....	<b>72</b>
<b>Πίνακας 23</b> : Συσχέτιση σχολής σπουδών .....	<b>73</b>
<b>Πίνακας 24</b> : Ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος .....	<b>74</b>
<b>Πίνακας 25</b> : Φύλο και χρήση παράνομων ουσιών .....	<b>75</b>
<b>Πίνακας 26</b> : Συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της χρήσης παράνομων ουσιών. ....	<b>76</b>
<b>Πίνακας 27</b> : Θρησκεία και χρήση παράνομων ουσιών .....	<b>77</b>
<b>Πίνακας 28</b> : Ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της θρησκείας και της χρήσης παράνομων ουσιών.....	<b>78</b>
<b>Πίνακας 29</b> : Προϋπάρχουσα ψυχιατρική νόσος και κατανάλωση αλκοόλ .....	<b>78</b>
<b>Πίνακας 30</b> : Ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της κατανάλωσης αλκοόλ.....	<b>79</b>
<b>Πίνακας 31</b> : Πάσχεις από νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο και χρήση παράνομων ουσιών.....	<b>80</b>
<b>Πίνακας 32</b> : Συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της κατανάλωσης αλκοόλ.....	<b>81</b>
<b>Πίνακας 33</b> : Σχέση ύπαρξης ή μη ψυχιατρικής νόσου και χρήση κάνναβης – κοκαΐνης, κατανάλωση αλκοόλ.....	<b>82</b>
<b>Πίνακας 34</b> : Χρήση παράνομων ουσιών και νόσος πριν ή μετα.....	<b>83</b>
<b>Πίνακας 35</b> : Μη ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της προϋπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της χρήσης παράνομων ουσιών.....	<b>84</b>
<b>Πίνακας 36</b> : Ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της προϋπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της χρήσης παράνομων ουσιών.....	<b>84</b>
<b>Πίνακας 37</b> : Γνωστικό επίπεδο νέων για τις παρενέργειες και τους κινδύνους χρήσης παράνομων ουσιών και πηγές πληροφόρησης.....	<b>86</b>
<b>Πίνακας 38</b> : Σε τι σημείο πιστεύεις ότι το ακόλουθο μπορεί να είναι επικίνδυνο για την υγεία κάποιου.....	<b>86</b>

## **Κατάλογος Εικόνων**

---

<b>Εικόνα 1:</b> Η χημική μορφή της μορφίνης.....	<b>16</b>
<b>Εικόνα 2:</b> Η χημική μορφή της ηρωΐνης.....	<b>17</b>
<b>Εικόνα 3:</b> Η χημική μορφή της μεθαδόνης .....	<b>18</b>
<b>Εικόνα 4:</b> Η χημική μορφή της πεθιδΐνης .....	<b>19</b>
<b>Εικόνα 6:</b> Αιθυλική αλκοόλη, Αλκοολική αφυδρογονάση, Οξεικό οξύ .....	<b>27</b>
<b>Εικόνα 7:</b> Η χημική ένωση της κοκαΐνης.....	<b>34</b>
<b>Εικόνα 8:</b> Η χημική ένωση της νικοτΐνης.....	<b>37</b>
<b>Εικόνα 9 :</b> Οικονομικά Ευκατάστατος.....	<b>69</b>
<b>Εικόνα 10 :</b> Σχολή Σπουδών .....	<b>70</b>
<b>Εικόνα 11 :</b> έντονη παρόρμηση να κάνεις κάτι επιβλαβές ή επικίνδυνο.....	<b>72</b>
<b>Εικόνα 12 :</b> Φόβος και παρορμητικές σκέψεις.....	<b>74</b>
<b>Εικόνα 14 :</b> ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος .....	<b>75</b>
<b>Εικόνα 15 :</b> Φύλο και χρήση παράνομων ουσιών .....	<b>76</b>
<b>Εικόνα 16 :</b> Θρησκεία και χρήση παράνομων ουσιών .....	<b>77</b>
<b>Εικόνα 17:</b> Σχέση ψυχικής διαταραχής και κατανάλωση αλκοόλ.....	<b>79</b>
<b>Εικόνα 18 :</b> Άτομα που πάσχουν από ψυχιατρική νόσο .....	<b>81</b>
<b>Εικόνα 19 :</b> Εμφάνιση ψυχιατρικής νόσου μετά την χρήση ή προϋπαρξη της .....	<b>83</b>
<b>Εικόνα 20 :</b> Ποσοστό ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο και ποια είναι αυτή.....	<b>85</b>

## Περίληψη

Το θέμα των ναρκωτικών και συγκεκριμένα η συσχέτιση της χρήσης τους με ψυχοπαθολογικούς κινδύνους σε φοιτητικό πληθυσμό ,αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα που αφορά την κοινωνία μας γενικότερα και τη νοσηλευτική ειδικότερα . Μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε πως , τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών αντιμετωπίζουν σωματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας . Τα αποτελέσματα στα οποία καταλήγει η έρευνα μας συνοψίζονται ακολούθως , αρχικά , όσον αφορά τα νεαρά σε ηλικία άτομα που κάνουν χρήση, μίας ή περισσότερων ουσιών, η έρευνα δείχνει πως ο κίνδυνος για την έναρξη της χρήσης κορυφώνεται κατά την περίοδο της φοιτητικής ζωής του ,φαίνεται να προτιμούν περισσότερο το αλκοόλ, τον καπνό, την κάνναβη και την κοκαΐνη συγκριτικά με άλλες ναρκωτικές ουσίες . Ένα μέρος της έρευνας μας προσπαθεί να σκιαγραφήσει το προφίλ του νεαρού χρήστη και τα αποτελέσματα διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την εκπαίδευση, την οικονομική κατάσταση, το οικογενειακό υπόβαθρο, τον κοινωνικό περίγυρο και τα ατομικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η ανάγκη των νέων για κοινωνική αποδοχή από τους συνομηλικούς τους φαίνεται να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την έναρξη της χρήσης ουσιών. Επίσης, η εκπαίδευση του ατόμου και η σχολή φοίτησης φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Επιπλέον, κάποια ανεξάρτητα ατομικά χαρακτηριστικά φαίνεται να αποτελούν κοινό δείκτη μεταξύ των χρηστών. Η ύπαρξη ήδη κάποιας διαταραχής στο άτομο αυξάνει τις πιθανότητες για χρήση κάποιας ουσίας. Ωστόσο, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν προϋπάρχει κάποια διαταραχή, υπάρχει υψηλός κίνδυνος το άτομο να εμφανίσει ψυχοπαθολογικά προβλήματα μετά την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.



## **Abstract**

The issue of drugs and specifically the correlation of their use with psychopathological risks in the student population, is a modern problem that concerns our society in general and nursing in particular. Through the search of the literature which has shown, that people who use substances, face physical and mental health problems. The results of our research are summarized below, initially, in the case of young people who use one or more substances, the research shows that the risk of starting the use peaks during the period of student life, it seems that students prefer alcohol, tobacco, cannabis and cocaine compare to other drugs. Part of our research tries to outline the profile of the young user and the results vary depending on gender, education, financial status, family background, social environment and individual characteristics. In particular, the need of young people for social acceptance by their peers seems to be one of the most important factors to start using substances. Also, the education of the student and the school of study seem to be an important factor. In addition, some independent individual features seem to be a common indicator among users. The presence of a disorder in the individual already increases the chances of using a substance. However, even in cases where there is no pre-existing disorder, there is a high risk that the person will develop psychopathological problems after using addictive substances.

## Εισαγωγή

Το θέμα της έρευνας αφορά στην εξέταση της σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στην χρήση ναρκωτικών ουσιών και τις ψυχοπαθολογικές μεταβλητές κινδύνου που εμφανίζονται στην πληθυσμιακή ομάδα των φοιτητών. Με τον όρο *ψυχοπαθολογικές μεταβλητές κινδύνου* αναφερόμαστε στις διάφορες νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι χρήστες ουσιών.

Η σημαντικότητα της εν λόγω έρευνας έγκειται στο γεγονός πως το ζήτημα των εξαρτησιογόνων ουσιών, νόμιμων και παράνομων, αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα τόσο στο γενικό πληθυσμό της χώρας μας όσο και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

Η διερεύνησή του εκτιμάται ότι θα προσφέρει μία εικόνα της διάστασης του προβλήματος σε νεαρά άτομα, θα εμπλουτίσει με πρόσφατα και νέα στοιχεία και δεδομένα την ήδη υπάρχουσα γνώση και θα συμβάλει στην βελτιστοποίηση των μέτρων πρόληψης, ώστε να επιτευχθεί ο περιορισμός του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : Ναρκωτικές ουσίες και ψυχοπαθολογικά προβλήματα

### 1.1 Ορισμός των ναρκωτικών ουσιών

Με τον όρο «ναρκωτικά» εννοούμε όλες εκείνες τις χημικές ουσίες που η χρήση τους οδηγεί σε μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου, και που έχουν εξαρτησιογόνες ιδιότητες. Κάθε ουσία, χρησιμοποιούμενη μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλει το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας, ή την εγκεφαλική λειτουργία ενός χρήστη (Λιάππας, 1991). Οι όροι «ναρκωτικά» και «ψυχοτρόπες ουσίες» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά με ταυτόσημο περιεχόμενο. Ο όρος «ψυχοτρόπες ουσίες» είναι προτιμότερος, επειδή είναι φαρμακολογικά ορθότερος και κοινωνικά ηπιότερος. Επίσης, η ευρύτητα του όρου μπορεί να συμπεριλάβει το τσιγάρο, το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά που χορηγούνται με συνταγή, των οποίων η χρήση είναι γενικά αποδεκτή από την κοινωνία. Κοινός παρανομαστής στη δράση όλων αυτών των χημικών ουσιών είναι το αίσθημα εξάρτησης του χρήστη, δηλαδή η τάση για επαναλαμβανόμενη χρήση (Μαρσέλος, 1997).

Υπάρχουν πολλοί πιθανοί τρόποι κατηγοριοποίησης των διαφόρων ουσιών, ανάλογα με τους σκοπούς που εξυπηρετούν, είτε είναι ερευνητικοί είτε φαρμακολογικοί. Παρακάτω αποτυπώνεται ο τρόπος ταξινόμησης του Λιάππας (1991) που έγινε με βάση τον κύριο τρόπο δράσης κάθε ουσίας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

**Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση των διαφόρων εθιστικών ουσιών**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΟΥΣΙΑΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Κατασταλτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος</li> </ul>	Οινόπνευμα Βαρβιτουρικά Βενζοδιαζεπίνες Ουσίες του τύπου της χλωράλης Βρομιούχα Παραλδεΐδη Μεπροβαμάτη Γλουταιθιμίδη Μεθακαλόνη

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Οπιοειδείς ουσίες</b></li> </ul>	Μορφίνη Ηρωίνη Κωδεΐνη Πεθιδίνη Παπαβερίνη  Μεθαδόνη
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος</b></li> </ul>	Αμφεταμίνη Μεθυλφαινιδίνη Κοκαΐνη
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης</b></li> </ul>	Μαριχουάνα Χασίς
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ψευδαισθησιογόνες ή Ψυχοσιομιμητικές ουσίες</b></li> </ul>	L.S.D. Ψιλοχυμβίνη Φαινσυκλιδίνη (P.C.P.) Άλλα
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Εισπνεόμενες - Πτητικές ουσίες</b></li> </ul>	Αεροζόλ Κόλλες Διαλύτες χρωμάτων
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Άλλες, μη κατηγοριοποιούμενες ουσίες</b></li> </ul>	Ατροπινούχα Ατροπινικής δράσης σκευάσματα

## 1.2 Οπιούχα

### 1.2.1 Ιστορική Προέλευση

Με τον όρο οπιούχα εννοούμε όλες τις ουσίες που έχουν φαρμακολογική δράση παρόμοια με της μορφίνης. Το όπιο είναι κηρώδης, εύπλαστη μάζα, σκούρου χρώματος και πικρής γεύσης. Η ουσία προκύπτει από τον χυμό που παίρνουμε από το χάραγμα της χλωρής κάψουλας της παπαρούνας *Papaver somniferum* (Μήκων η υπνοφόρος). Η υπνοφόρος μήκων είναι ετήσιο φυτό, ενδημικό της δυτικής Ασίας και της νοτιοανατολικής Ευρώπης.

Ο χυμός συλλέγεται με ειδικά εργαλεία, αρχικά είναι άσπρος και γαλακτώδης, αλλά στη συνέχεια γίνεται μία καφετιά μάζα με υπόπικρη γεύση. Το όνομά του οφείλεται στην ελληνική λέξη *οπός* που σημαίνει πηκτός χυμός (Μαρσέλος, 1997).

Το όπιο είναι ένα από τα αρχαιότερα φάρμακα που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος, καθώς σπόροι του φυτού έχουν βρεθεί σε παλαιολιθικούς οικισμούς της κεντρικής Ευρώπης οι οποίοι χρονολογούνται από το 4.000 π.Χ. Ήδη από τον 16<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα χρησιμοποιούνταν για ιατρικούς λόγους και συγκεκριμένα σε συνδυασμό με κορίανδρο, καρπούς κέθρου και μέλι ως φάρμακο για τις ημικρανίες. Το όπιο ως φάρμακο ήταν επίσης γνωστό και στους αρχαίους Έλληνες. Οι Έλληνες χρησιμοποιούσαν και το όπιο καθαυτό καθώς και το μηκόνιο, ένα είδος αφεψήματος που προερχόταν από το βράσιμο της κάψας. Γραπτές αναφορές της ιατρικής χρήσης και εφαρμογής του οπίου υπάρχουν σε έργα του Θεόφραστου, του Διοσκουρίδη και του Πλίνιου. Ο φιλόσοφος Διαγόρας της Μήλου εκφράζει τον 5<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα την επιφυλακτικότητά του για την χρήση του οπίου, επειδή κατά την άποψή του είναι προτιμότερο να αντέχει κανείς μία επώδυνη κατάσταση παρά να καταφεύγει σε γιατρικά. Επίσης, και ο Ιπποκράτης αναγνώριζε στο όπιο ιδιαίτερες θεραπευτικές ιδιότητες, αλλά συνιστούσε γενικώς την αποφυγή του. Οι ιστορικοί της Ιατρικής θεωρούν τις απόψεις αυτές ως πρώιμους υπαινιγμούς για την εξαρτησιογόνο δράση του οπίου (Μαρσέλος, 1997).

Η μεγάλη διάδοση του οπίου στην Ευρώπη ξεκινάει ουσιαστικά τον 7<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. αιώνα, με τους μωαμεθανούς Άραβες, που επηρεάζουν μία τεράστια έκταση του τότε γνωστού κόσμου, από τα Πυρηναία μέχρι τις Ινδίες. Οι Άραβες λόγω της απαγόρευσης της οινοποίησης από το Κοράνι οδηγήθηκαν στην αναζήτηση άλλων ψυχότροπων ουσιών. Με την εξάπλωση των Αράβων προς την Ανατολή, το όπιο διαδίδεται στην Κίνα και την Ινδία, όπου αρχικά χρησιμοποιήθηκε καθαρά για ιατρικούς σκοπούς. Την ίδια εποχή αποκτά ιδιαίτερη διάδοση και χρήση και στην δυτική Ιατρική επιστήμη. Παρά την ευρύτατη ιατρική χρήση του οπίου στην Ευρώπη, δεν αναφέρονται πολλά περιστατικά εξάρτησης. Αντίθετα, η εξάρτηση προσλαμβάνει ενδημικό χαρακτήρα στη Περσία, την Ινδία και την Κίνα, όπου η χρήση γίνεται καθαρά για λόγους αναψυχής, είτε με τη μορφή της οπιοφαγίας είτε με κάπνισμα σε ειδικά οπιοποτεία. Για την Ευρώπη το αποφασιστικό βήμα στη διάδοση των οπιούχων θα δώσουν δύο σημαντικά γεγονότα. Αρχικά, η συμβολή του Frederick Wilhelm Serturmer, βοηθού φαρμακοποιού, ο οποίος εξαιτίας των παραπόνων κάποιων γιατρών ότι το όπιο που προμηθεύονταν από το φαρμακείο δεν είχε πάντα το ίδιο αποτέλεσμα στους ασθενείς, άρχισε να αναρωτιέται σχετικά με το θέμα. Μετά από αρκετά πειράματα κατάφερε να απομονώσει με την προσθήκη αμμωνίας ένα λευκό κρυσταλλώσιμο ίζημα που απεδείχθη ότι είναι το βασικό συστατικό του οπίου. Η κρυσταλλική αυτή σκόνη ονομάστηκε αρχικά *principium* και αργότερα μετονομάστηκε σε *morhium* και *morphinum*, από τον Έλληνα θεό του ύπνου Μορφέα. (Μάτσα, 2013)

Το δεύτερο σημαντικό γεγονός για τη διάδοση του οπίου ήταν η εφεύρεση της υποδερμικής βελόνας και σύριγγας περί τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα που τελειοποιήθηκε το 1853 από τον Alexander Wood.

Η μορφίνη ήταν από τις πρώτες ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν για υποδόρια και ενδοφλέβια χορήγηση. Σε αντίθεση με τις διάφορες παυσίπονες συνταγές των παλαιότερων γιατρών, οι οποίοι περιείχαν σαν βασικό συστατικό το όπιο, η παρεντερική χορήγηση καθαρής μορφίνης ήταν ένα σημαντικό βήμα στην ιστορία της Ιατρικής επιστήμης που οδήγησε σε στρατιές οπιομανών. Η πρώτη προσπάθεια για έλεγχο της παράνομης διακίνησης οπίου ξεκινούν το 1906 στην Αγγλία και σταδιακά αποκτούν περισσότερο διεθνή χαρακτήρα. Η μεσολάβηση των δύο παγκοσμίων πολέμων αντί να καταστείλει αναζωπυρώνει την ανάγκη και το ενδιαφέρον για την μορφίνη, επειδή οι τραυματίες χρειάζονταν επειγόντως κάποιο αποτελεσματικό αναλγητικό φάρμακο (Μαρσέλος,1997, Λιάππας,1991).

Η καλλιέργεια υπνοφόρου μήκωνος εξακολουθεί να γίνεται για ιατρικούς καθαρά λόγους σε κάποιες χώρες, υπό τον έλεγχο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Το παραγόμενο όπιο πρέπει να παραμένει στις επιθυμητές ποσότητες, δηλαδή τις απαραίτητες για την παρασκευή μορφίνης ή άλλων οπιούχων ιατρικών σκευασμάτων. Για τον σκοπό αυτό ο ΟΗΕ καταβάλλει γενναίες αντισταθμιστικές εισφορές στις παραγωγούς χώρες προκειμένου να καταστρέφονται τα αποθέματα τυχόν υπερπαραγωγής. Παρόλα αυτά οι φυτείες μήκωνος , παρά τις όποιες προσπάθειες κρατικού ενδιαφέροντος για καταστολή, συνεχώς εξαπλώνονται. Άλλωστε σε κάποιες χώρες της Άπω Ανατολής, της βόρειας Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής είναι αδύνατος ο έλεγχος, καθώς οι παράνομες καλλιέργειες στηρίζουν ουσιαστικά την κρατική οικονομία (Μαρσέλος, 1997).

### **1.2.2 Χημική Προέλευση**

Η *υπνοφόρος μήκων* περιέχει 25 αλκαλοειδή, τα οποία είναι δυνατόν να διακριθούν σε παράγωγα του φαινανθρενίου και σε παράγωγα της βενζυλισκοκινολίνης. Δραστικά του Κ.Ν.Σ. είναι τα παράγωγα του φαινανθρενίου, με κύριους εκπροσώπους τη μορφίνη και την κωδεΐνη. Εκτός από τα φυσικά αυτά αλκαλοειδή, ορισμένες τροποποιήσεις του φαινανθρενικού δακτυλίου, με την προσθήκη χημικών ομάδων, οδηγούν σε άλλα εξίσου δραστικά φάρμακα, που χαρακτηρίζονται ως ημισυνθετικά οπιούχα με κυριότερη εκπρόσωπο την ηρωίνη. Θα μπορούσαμε συνοπτικά να χωρίσουμε τις οπιοειδείς ουσίες σε τρεις μεγάλες κατηγορίες σύμφωνα με την ταξινόμηση του Λιάππα (1991) :

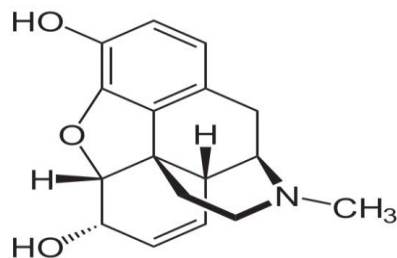
- Τα φυσικά αλκαλοειδή του οπίου, στα οποία υπάγονται η μορφίνη, η κωδεΐνη, η παπαβερίνη και η θηβαΐνη.
- Τα ημισυνθετικά παράγωγα, που προκύπτουν από μικρές χημικές μεταβολές στο βασικό χημικό τύπο της μορφίνης και τα οποία είναι η ηρωΐνη, η υδρομορφίνη και η οξυκωδόνη.
- Τα συνθετικά παράγωγα του οπίου, που αποτελούν η μεθαδόνη, η προποξυφαΐνη, η μεπεριδίνη και η πενταζοκίνη.

**Πίνακας 2: Οπιοειδείς Ουσίες**

<b>Φυσικά οπιοειδή</b>	Όπιο Μορφίνη Κωδεΐνη (Μεθυλομορφίνη) Παπαβερίνη Θηβαΐνη (Διμεθυλομορφίνη)
<b>Ημισυνθετικά οπιοειδή</b>	Ηρωΐνη (Διακετυλομορφίνη) Δεσμορφίνη Υδρομορφινόλη Διυδρομορφίνη Διυδροκωδεΐνη Υδρομορφίνη Οξυκωδόνη
<b>Συνθετικά οπιοειδή</b>	Πεθιδίνη (Μεπεριδίνη) Μεθαδόνη Δεξτρομοραμίδη Διπιπανόνη Δεξτροπροποξυφαΐνη
<b>Οπιοειδείς ανταγωνιστές</b>	Ναλορφίνη Λεβαλορφίνη Ναλοξόνη Ναλτρεξόνη Κυκλαζοκίνη Πενταζοκίνη Βουπρενορφίνη

### 1.2.3 Μορφίνη

Η μορφίνη είναι υδροχλωρικό ή θειικό άλας για αυτό το λόγο είναι λευκή, κρυσταλλική, εντόνως πικρή σκόνη, που διαλύεται με ευκολία στο νερό, αλλά παραμένει πρακτικά αδιάλυτη σε οργανικές ενώσεις. Συνήθως χορηγείται παρεντερικώς, με ενδομυϊκή, υποδόρια ή ενδοφλέβια ένεση.



**Εικόνα 1: Η χημική μορφή της μορφίνης**

Η δράση του φαρμάκου φτάνει τη μέγιστη αιχμή της 20 λεπτά μετά από ενδοφλέβια χρήση, ενώ χρειάζεται μισή έως μία ώρα για να εμφανιστεί το μέγιστο αποτέλεσμα μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια χρήση. Η δράση διαρκεί 4 έως 7 ώρες όπου το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ικανοποιητικής αναλγησίας και ευφορίας. Η από του στόματος χορήγηση έχει πιο αμυδρά αποτελέσματα τόσο από άποψη έντασης όσο και διάρκειας, επειδή το φάρμακο δεν απορροφάται σε ικανοποιητικό βαθμό (Μαρσέλος, 1997).

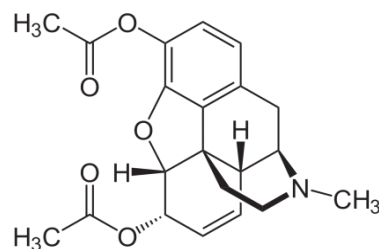
Η μορφίνη έχει έντονη δράση στο Κ.Ν.Σ. με ιδιαίτερη κατασταλτική ενέργεια σε πολλές εγκεφαλικές περιοχές. Σε μικρές δόσεις πρώτες επηρεάζονται οι ανώτερες πνευματικές λειτουργίες που είναι υπεύθυνες για τον αυτοέλεγχο του ατόμου, με αποτέλεσμα ευφορικό συναίσθημα και ελαφρή άρση των αναστολών, καταστάσεις που όμως είναι παροδικές. Έπειτα εμφανίζεται επιβράδυνση της σκέψης και άμβλυνση του συναισθήματος. Οι περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τον πόνο και την αναπνευστική λειτουργία είναι ιδιαίτερα κατεσταλμένες. Επίσης, η ουσία ερεθίζει το κέντρο του εμετού του εγκεφάλου και έτσι μπορεί να προκαλέσει ναυτία ή εμετό. Παράλληλα συνυπάρχει μικρός βαθμός υπνηλίας, έντονη συστολή



της κόρης του ματιού (μύση) και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Το άγχος και τυχόν άλλα δυσάρεστα συναισθήματα εξαφανίζονται. Πολύ υψηλές δόσεις μπορεί να οδηγήσουν σε σπασμούς, σε κωματώδη κατάσταση και να έχουν αποτέλεσμα τον θάνατο λόγω εγκεφαλικής καταστολής (Λιάππας,1991).

#### 1.2.4 Ηρωίνη

Η ηρωίνη είναι διακετυλιωμένη μορφίνη, γι' αυτό ονομάζεται και διαμορφίνη. Η ουσία παράχθηκε το 1874 και χρησιμοποιήθηκε στην κλινική πράξη το 1898 για την απεξάρτηση από το όπιο και τη μορφίνη, κάτι που επαναλήφθηκε και κάποια χρόνια αργότερα στην ιατρική επιστήμη. Αρχικά θεωρήθηκε ουσία χωρίς εθιστικές ιδιότητες, κάτι που στην συνέχεια αναθεωρήθηκε και άρχισαν οι απαγορεύσεις. Έπειτα χρησιμοποιήθηκε ως ισχυρό παυσίπονο, γιατί είχε μεγάλη αναλγητική ιδιότητα (Λιάππας,1991).



**Εικόνα 2: Η χημική μορφή της ηρωίνης**

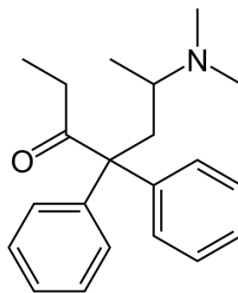
Η ηρωίνη είναι ισχυρότερο αναλγητικό φάρμακο αλλά δεν καθιστά πιο εύκολη ή γρήγορη την εξάρτηση από ό,τι η μορφίνη. Υπολογίζεται ότι έχει 2-4 φορές μεγαλύτερη ισχύ από την μορφίνη, όταν χρησιμοποιείται παρεντερικώς. Ουσιαστική διαφορά των δύο φαρμάκων αποτελεί ο χρόνος επίδρασης της ηρωίνης που είναι μικρότερος (5-6 ώρες) σε σχέση με την μορφίνη (6-12 ώρες). Αυτό σημαίνει ότι τα στερητικά συμπτώματα θα εμφανιστούν πιο γρήγορα μετά από την τελευταία δόση ηρωίνης (Μαρσέλος, 1997). Η ηρωίνη ταχύτατα μετατρέπεται μέσα στον οργανισμό σε μορφίνη και αποβάλλεται μέσω των νεφρών. Όταν χορηγείται ενδοφλεβίως προκαλεί μία ειδική ευχάριστη εμπειρία που ονομάζεται «φτιάξιμο» ή «άκουσμα» (high, rush) και η οποία ανακουφίζει από συναισθήματα όπως κατάθλιψη ή δυσφορία (Λιάππας,1991).

### 1.2.5 Κωδεΐνη

Η ουσία αυτή έχει λιγότερες εθιστικές ιδιότητες συγκριτικά με την μορφίνη. Χορηγείται από το στόμα για την καταστολή του βήχα, του πόνου και της διάρροιας. Ανήκει στα φυσικά αλκαλοειδή του οπίου, αν και συνήθως συντίθεται εργαστηριακά με απλή μεθυλίωση της μορφίνης. Επίσης, η μεγάλη δόση κωδεΐνης έχει διεγερτικές επιδράσεις έναντι των καταπραϋντικών επιδράσεων της μορφίνης. Το γεγονός ότι απορροφάται σχετικά εύκολα από το πεπτικό σύστημα (περίπου το 50% της δόσης) και ευνοεί την από του στόματος χρήση της καθιστά εύχρηστο καθημερινό φάρμακο, γεγονός που αυξάνει και τις δυνατότητες κατάχρησής της (Μαρσέλος, 1997).

### 1.2.6 Μεθαδόνη

Πρόκειται για συνθετικό παράγωγο των οπιοειδών, που παράχθηκε συνθετικά στη Γερμανία κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, όταν η χώρα βρισκόταν σε απομόνωση και υπήρχε μεγάλη έλλειψη οπιοειδών.



*Εικόνα 3: Η χημική μορφή της μεθαδόνης*

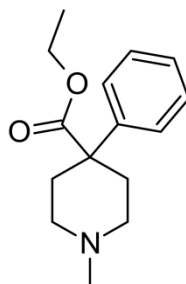
Πρόκειται για 2 περίπου φορές ισχυρότερο αναλγητικό από την ηρωίνη και 4 φορές ισχυρότερο από την μορφίνη. Απορροφάται εύκολα από το γαστρεντερικό σύστημα και καθώς συνδέεται με διάφορες πρωτεϊνικές ενώσεις στους διάφορους ιστούς όταν αποδεσμευτεί από αυτούς λειτουργεί ως παρακαταθήκη της ουσίας σε περίπτωση απότομης διακοπής της. Η ουσία χρησιμοποιήθηκε ιατρικά ως αντιβηχικό, σπασμολυτικό και παυσίπονο. Η ημιπερίοδος ζωής της είναι 15-20 ώρες

(ενώ της μορφίνης και της ηρωίνης 3-6 ώρες). Προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση, μετά από συστηματική χρήση, και η απότομη διακοπή της προκαλεί στερητικό σύνδρομο ποιοτικά παρόμοιο με αυτό της μορφίνης και της ηρωίνης, αλλά ελαφρώς ηπιότερο. Στις αρχές περίπου του 1960 η μεθαδόνη χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο για την απεξάρτηση από την ηρωίνη.

Με την χορήγηση μεθαδόνης σε επαρκείς δόσεις ελέγχονται τα στερητικά συμπτώματα των οπιοειδών και έπειτα μειώνεται προοδευτικά η ποσότητά της για μία περίοδο διάρκειας 10-20 ημερών (Λιάππας, 1991).

### 1.2.7 Πεθιδίνη (Μεπεριδίνη)

Πρόκειται για ημισυνθετικό αλκαλοειδές του οπίου, με ιδιότητες ανάλογες της μορφίνης. Η χρήση της ουσίας σε δόσεις μεγαλύτερες από τις θεραπευτικές μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες όπως διεγερτική συμπεριφορά, τρεμούλα των άκρων, μυϊκές συσπάσεις, μυδρίαση και μεμονωμένους σπασμούς. Επίσης, αναφέρεται και η πρόκληση ψευδαισθήσεων. Η πεθιδίνη δεν γίνεται συχνά αντικείμενο κατάχρησης, επειδή η συνεχής αύξηση της δόσης συνοδεύεται από τις παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες. Η πεθιδίνη δεν γίνεται συχνά αντικείμενο κατάχρησης, επειδή η συνεχής αύξηση της δόσης συνοδεύεται από τις παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες (Μαρσέλος, 1997).



*Εικόνα 4: Η χημική μορφή της πεθιδίνης*

### **1.2.8 Δεξτρομοραμίδη**

Η ουσία προκύπτει μετά από μικρή μετατροπή του μορίου της μεθαδόνης. Η συστηματική χρήση του φαρμάκου προκαλεί σωματική και ψυχολογική εξάρτηση και η απότομη διακοπή του έχει ως επακόλουθο στερητικό σύνδρομο παρόμοιο με το προκαλούμενο από οπιοειδή ουσία.

### **1.2.9 Διπιπανάνη**

Η ουσία αυτή είναι ένα άλλο παράγωγο της μεθαδόνης και σε συνδυασμό με ένα αντισταμινικό, την κυκλιζίνη, κυκλοφορούσε στο εμπόριο με το όνομα Diconal. Υπήρξε περίοδος που το σκεύασμα αυτό ήταν ιδιαίτερα δημοφιλές στη Μ. Βρετανία και η κατάχρησή του είχε πάρει μεγάλες διαστάσεις.

### **1.2.10 Προποξυφαίνη**

Η χημική δομή της είναι παρόμοια με της μεθαδόνης. Χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητική ουσία χορηγούμενη από το στόμα, μόνη της ή σε συνδυασμό με ασπιρίνη ή παρακεταμόλη. Μεγάλη δόση της προποξυφαίνης προκαλούν επιληπτοειδείς σπασμούς, παραληρηματική κατάσταση, ψευδαισθήσεις, θόλωση της συνείδησης, καταστολή της αναπνοής και πιθανόν πνευμονικό οίδημα. Η παρεντερική χρήση του φαρμάκου είναι επικίνδυνη. Η εξάρτηση αρχίζει με πρόκληση ευφορικού συναισθήματος.

## **1.3 Ανταγωνιστές των οπιούχων**

Η ανακάλυψη, το 1915, ότι η Ν-αλληλνορκωδεΐνη ανταγωνίζεται την κατασταλτική επίδραση της μορφίνης στην αναπνευστική λειτουργία οδήγησε και στην παρατήρηση ότι μερικές από τις επιδράσεις των οπιοειδών ουσιών θα μπορούσαν με φαρμακολογικό τρόπο να είναι αναστρέψιμες.

### 1.3.1 Ναλοφρίνη

Η ουσία αυτή ανταγωνίζεται την κατασταλτική επίδραση της μορφίνης και της ηρωίνης στην αναπνοή, και ως εκ τούτου χρησιμοποιήθηκε ως αντίδοτο στις περιπτώσεις υπερδοσολογίας οπιοειδών ουσιών . Επίσης, η ναλοφρίνη αναστέλλει την ευφορική δράση της μορφίνης και της ηρωίνης και επιτείνει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου σε άτομα με σωματική εξάρτηση από οπιοειδείς ουσίες. Εξαιτίας της ιδιότητάς της αυτής έχει χρησιμοποιηθεί και για τη διαφοροδιάγνωση της σωματικής εξάρτησης από οπιοειδή. Από την άλλη πλευρά η ναλοφρίνη έχει παρόμοιες δράσεις - αγωνιστική δράση- με τα οπιοειδή, ιδιαίτερα όταν χορηγηθεί σε άτομα μη εξαρτημένα, δηλαδή καταστέλλει την αναπνοή και τις λειτουργίες του Κ.Ν.Σ., προκαλεί μύση και σωματική εξάρτηση.

### 1.3.2 Λεβαλοφρίνη

Πρόκειται για έναν ακόμη ανταγωνιστή των οπιοειδών που χρησιμοποιήθηκε για να αναστρέψει την κατασταλτική δράση στην αναπνοή παρόμοιων φαρμάκων με τη μορφίνη. Στις περιπτώσεις όμως που η αναπνευστική καταστολή δεν οφείλεται σε οπιοειδή αλλά σε άλλες ουσίες, η χορήγηση λεβαλοφρίνης προκαλεί η ίδια καταστολή, παραδείγματος χάριν σε κώμα από βαρβιτουρικά. Η λεβαλοφρίνη προκαλεί και αυτή σωματική εξάρτηση. Χρησιμοποιείται συνήθως σε δόσεις 1mg ενδοφλεβίως.

### 1.3.3 Ναλοξόνη

Ο ανταγωνιστής αυτός θεωρείται ίσως η καταλληλότερη ουσία για την αντιμετώπιση της τοξικής κατάστασης που προκύπτει από την υπερδοσολογία οπιοειδών. Υποστηρίζεται ότι η ναλοξόνη δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση και ότι η κατασταλτική της δράση στην αναπνοή είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Η χορήγηση ναλοξόνης σε κώμα από οπιοειδή αναστέλλει και αναστρέφει τις ενέργειες των ουσιών αυτών και ταχύτατα ο χρήστης ανανήπτει. Η χρήση ναλοξόνης σε άτομα σωματικά εθισμένα σε οπιοειδείς ουσίες προκαλεί στερητικό σύνδρομο.

Πρακτικά η έλλειψη συναγωνιστικών ιδιοτήτων κάνει τη ναλοξόνη φάρμακο εκλογής για τη διάγνωση της σωματικής εξάρτησης από οπιοειδείς ουσίες. Η ναλοξόνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί και τοπικά. Ενστάλλαξη σταγόνων ναλοξόνης στο μάτι προκαλεί μυδρίαση σε άτομα σωματικά εθισμένα στα οπιοειδή. Με τον τρόπο αυτό τίθεται η διάγνωση της εξάρτησης και αποφεύγεται να βιώσει ο χρήστης και το παραμικρό στερητικού τύπου σύμπτωμα. Χρήσιμο θα ήταν να αναφερθεί ότι, παρά το γεγονός ότι η χρήση ναλοξόνης σε μικρές δόσεις επιτείνει τα στερητικά συμπτώματα σε σωματικά εξαρτημένους από οπιοειδή χρήστες, υπάρχουν συγγραφείς που υποστηρίζουν πως η χρήση μεγάλων δόσεων ναλοξόνης κατά την έναρξη του στερητικού συνδρόμου μπορεί να αναστείλει τη στερητική συμπτωματολογία, ενώ άλλοι ερευνητές δεν επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη.

#### **1.3.4 Ναλτρεξόνη**

Η δράση της ουσίας είναι σε γενικές γραμμές ανάλογη με την δράση της ναλοξόνης, αν και η ημιπερίοδος της ζωής της ουσίας είναι κατά πολύ μεγαλύτερη. Η ναλτρεξόνη έχει σχετικά ήπιες συναγωνιστικού τύπου ιδιότητες, αν και χορηγούμενη σε μη εξαρτώμενα άτομα προκαλεί νύστα, λογόρροια, ιδεόρροια και μεγαλύτερου βαθμού καταστολή συγκρινόμενη με τη ναλοξόνη. Και οι δύο αναστέλλουν την ευφορική δράση της ηρωίνης και έχουν χρησιμοποιηθεί στην πρόληψη υποτροπών της ουσιοεξάρτησης. Αναφέρεται ότι η χρόνια χρήση ναλτρεξόνης μπορεί να προκαλέσει δυσφορικού τύπου συναισθήματα.

#### **1.3.5 Κυκλαζοκίνη**

Και αυτός ο ανταγωνιστής εμφανίζει και συναγωνιστικού τύπου ιδιότητες. Αναστέλλει την ευφορική δράση της μορφίνης και της ηρωίνης και η χορήγησή του προκαλεί στερητικό σύνδρομο σε άτομα εξαρτημένα από τις ουσίες αυτές. Εάν η ουσία χρησιμοποιηθεί σε άτομο μη εξαρτημένο, προκαλεί γενική καταστολή ή και διεγερτικά συμπτώματα, με οπτικές παραισθήσεις, ακουστικές ψευδαισθήσεις και δυσκολία στον έλεγχο της σκέψης. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως σταματούν μετά την ανάπτυξη ανοχής στην ουσία. Η κυκλαζοκίνη είναι ουσία με εθιστικές ιδιότητες και η απότομη διακοπή της προκαλεί στερητικό σύνδρομο. Και αυτός ο ανταγωνιστής έχει χρησιμοποιηθεί για τον απεθισμό από την ηρωίνη (Λιάππας, 1991).

### 1.3.6 Πενταζοκίνη

Είναι ασθενέστερο αναλγητικό από τη μορφίνη, με ιδιότητες μερικού ανταγωνιστή. Χορηγείται μόνον παρεντερικώς. Η πενταζοκίνη εμφανίζει, εκτός από την αναλγησία, στοιχεία αγχώδους αντίδρασης και εφιαλτικών ψευδαισθήσεων. Παρόλα αυτά αποτελεί φάρμακο με σχετικά μεγάλη εξαρτησιογόνο ισχύ. Έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις κατάχρησης πενταζοκίνης, συνήθως όμως ως λύση ανάγκης όταν δεν μπορεί να βρεθεί ηρωίνη ή μορφίνη.

### 1.3.7 Βουπρενορφίνη

Πρόκειται για ημισυνθετικό φάρμακο, που προέρχεται από τη θηβαΐνη, ένα φυσικό αλκαλοειδές του οπίου. Είναι πολύ λιπόφιλη χημική ένωση, με αναλγητική ισχύ κατά 25-50 φορές μεγαλύτερη της μορφίνης. Ως αναλγητικό, χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση, η οποία παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα για διάστημα περίπου 6 ωρών. Με τη μορφή υπογλωσσίων δισκίων, δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα ως φάρμακο υποκατάστασης σε πρώην ηρωινομανείς. Επειδή διαθέτει ιδιότητες μερικού ανταγωνιστή των οπιούχων, η χορήγηση της βουπρενορφίνης ως φαρμάκου υποκατάστασης πρέπει να γίνεται μετά από τη φάση της αποτοξίνωσης. Σε διαφορετική περίπτωση, δηλαδή εάν χορηγηθεί σε κάποιον που εξακολουθεί να παίρνει ηρωίνη, μπορεί να προκαλέσει στερητικό σύνδρομο (Μαρσέλος, 1997).

Ως προς τον τρόπο δράσης των οπιοειδών ανταγωνιστών, αναφέρονται τρεις κυρίως πιθανές ερμηνείες:

α. Ο οπιοειδής ανταγωνιστής μπλοκάρει τους οπιοειδείς υποδοχείς στον εγκέφαλο, αποκλείοντας έτσι την εξωγενή οπιοειδή ουσία, με αποτέλεσμα η συναγωνιστική του δράση να είναι σχεδόν ανύπαρκτη ή πολύ ήπια συγκριτικά με τη δράση που θα προκαλούσε η εξωγενής οπιοειδής ουσία.

β. Πιθανόν να υπάρχουν διαφορετικού τύπου οπιοειδείς υποδοχείς, αντίστοιχα υπεύθυνοι για την ανταγωνιστική και την συναγωνιστική δράση της ουσίας.

γ. Ίσως κάθε οπιοειδής υποδοχέας να υφίσταται ως διπλός σχηματισμός, όπου η μία του μορφή να συνδέεται εκλεκτικά με την οπιοειδή ουσία, ενώ η εναλλακτική του μορφή να συνδέεται με μεγαλύτερη εκλεκτικότητα με την ανταγωνιστική ουσία.

Έτσι, ουσίες όπως οι οπιοειδείς ανταγωνιστές, που εμφανίζουν ταυτόχρονα συναγωνιστικές και ανταγωνιστικές ιδιότητες, μπορεί να απασχολήσουν τον οπιοειδή υποδοχέα με τη μία ή την άλλη τους ιδιότητα (Λιάππας, 1991).

## **1.4 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος**

### **1.4.1 Αιθυλική αλκοόλη**

Το οινόπνευμα έγινε πιθανότατα γνωστό στον άνθρωπο κατά την απαρχή της ιστορίας του, όταν τυχαία ανακάλυψε τη δράση διαφόρων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί ζύμωση. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια αμπελιών, κυρίως στη Μεσόγειο, ήδη από το 3500 π.Χ. Την ίδια εποχή έχουμε περιγραφές σε αιγυπτιακούς παπύρους, καθώς και σε επιγραφές ναών για τη φαρμακολογική επίδραση του κρασιού με συγκεκριμένη αναφορά στη μέθη.

Η δημιουργία κοινωνικών προβλημάτων από κατάχρηση οινόπνευματος αρχίζει τον 12ο αιώνα, με την ευρεία πλέον κατανάλωση αποστάγματος οίνου. Η τεχνική της απόσταξης του οινόπνευματος τοποθετείται περίπου στο 1100 μ.Χ. και θεωρείται αραβική επινοήση, η οποία αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε με την άνθιση της Αλχημείας. Τους πρώτους αιώνες μετά την εφεύρεση του αποστακτήρα, και μέχρι τον 16ο αιώνα, η χρήση του περιορίζεται συνήθως μέσα σε μοναστήρια. Πηγή της αιθυλικής αλκοόλης είναι ο χυμός του σταφυλιού μέχρι τον 17ο αιώνα, όταν διαπιστώνεται ότι μπορεί να παραχθεί καθαρό οινόπνευμα από χυλό δημητριακών. Το προϊόν αυτό αρωματίζεται συνήθως με καρπούς κέθρου. Επειδή το αρτυματικό αυτό φυτό λέγεται στα γαλλικά *geniervne*, το παρασκεύασμα πήρε το συντετμημένο όνομα *Gin*. Το *Gin* αποτέλεσε πατροπαράδοτο ολλανδικό προϊόν, το οποίο από τον 17ο αιώνα άρχισε να εξάγεται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Παράλληλα, έχουμε και τις πρώτες προειδοποιήσεις για τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την κατάχρηση *Gin*, *Brandy* και άλλων δυνατών οινόπνευματωδών ποτών. Έχουμε επίσης την απαρχή κρατικού ελέγχου στην χρήση του καθαρού οινόπνευματος, που επιδιώκεται με την επιβολή βαριάς φορολογίας. Παρά τα αυστηρά κατασταλτικά μέτρα, η απόσταξη καθαρού οινόπνευματος διατηρείται και εξαπλώνεται, επειδή μεταξύ των άλλων παρείχε και κάποια ασφαλή αξιοποίηση των δημητριακών προϊόντων. Κατά το πρώτο ήμισυ του 18ου αιώνα, η ευρεία χρήση οινόπνευματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατηρήσεις για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και



την υγεία των καταναλωτών. Παρόλα αυτά, ιδιαίτερη σημασία δίνεται κυρίως στις κοινωνικές επιπτώσεις από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Την εποχή της βρετανικής ποτοαπαγόρευσης (1736), ο Thomas Wilson δημοσιεύει μία πραγματεία για τις επιπτώσεις του οινοπνεύματος στους εργάτες. Στην Αγγλία, η γενικότερη αυτή στάση απέναντι στο θέμα του αλκοολισμού οδήγησε το 1751 στη θέσπιση ειδικού νόμου (Gin Act), που επέβαλε φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα, απαγόρευσε την ελεύθερη χρησιμοποίηση των αποστακτήρων, καθώς και την αποθήκευση οινοπνεύματος.

Οι ιστορικοί γνωρίζουν ότι τα αυστηρά αυτά νομοθετικά μέτρα μπορεί να περιόρισαν την εμπορική διακίνηση του καθαρού οινοπνεύματος, δεν περιόρισαν όμως την ευρεία κατανάλωσή του στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη. Την εποχή εκείνη, επικρατούσαν και ορισμένα κοινωνικά στερεότυπα σχετικά με το οινόπνευμα, που έχουν επιβιώσει μέχρι σήμερα. Για παράδειγμα, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων δυνατών ποτών θεωρείται ένδειξη ανδροπρέπειας. Η ευρεία κατανάλωση οινοπνεύματος από υποσιτιζόμενα άτομα οδήγησε σε πρώιμες παρατηρήσεις σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειές του στη διατροφή του ανθρώπου. Ο αλκοολισμός, ως νόσος, αναλύεται για πρώτη φορά το 1792, από τον Lettsom, ο οποίος περιγράφει συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες που συνοδεύουν την κατάχρηση οινοπνεύματος, όπως το πεπτικό έλκος, την πυλωρική στένωση και την καχεξία των αλκοολικών. Πληρέστερος κατάλογος των δυσμενών επιπτώσεων του αλκοολισμού στην υγεία δίνεται το 1804 από τον Trotter, ο οποίος αναγνωρίζει ορισμένες παθήσεις οι οποίες υπάρχουν μέχρι και σήμερα, όπως δυσπεψία, υδρωπικία, ανικανότητα, ηπατοπάθεια και ονειρικές καταστάσεις με τρομακτικό περιεχόμενο. Σε αυτόν οφείλεται και η πρώτη λεπτομερής περιγραφή της ανορεξίας των αλκοολικών. Η ιδεοληπτική κατανάλωση οινοπνεύματος περιγράφεται για πρώτη φορά με επιστημονική ακρίβεια από τον Bruhl-Cramer, το 1819 και χαρακτηρίζεται ως *διψομανία*. Στον γιατρό αυτόν οφείλεται η απαρχή της σύγχρονης επιστημονικής αντίληψης ότι ο αλκοολισμός έχει ψυχολογικά αίτια. (Μάτσα, 2013)

Η Ιατρική Επιστήμη του 19ου αιώνα χρησιμοποιεί επισήμως την αιθυλική αλκοόλη ως τονωτικό του νευρικού συστήματος. Με την πρόοδο της Ιατρικής δόθηκαν λεπτομερείς μελέτες για τις τοξικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος, αν και η ακριβής φύση της φαρμακολογίας και της τοξικολογίας της αιθυλικής αλκοόλης εξακολουθεί να παραμένει σε πολλά σημεία σκοτεινή. Στη σύγχρονη Φαρμακολογία, η αιθυλική αλκοόλη αναφέρεται συνήθως μαζί με τα αντισηπτικά (Μαρσέλος, 1997).

Η αιθανόλη είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης, που συνήθως γίνεται με την παρουσία σακχαρομυκήτων. Υπόστρωμα για τη ζύμωση αποτελούν ορισμένα φυσικά προϊόντα, όπως τα σταφύλια, το άμυλο των δημητριακών, τα σάκχαρα του σακχαροκαλάμου και πολλά άλλα. Το οινόπνευμα που αποστάζεται μετά από τη

ζύμωση αυτών των προϊόντων φτάνει συνήθως σε μέγιστη καθαρότητα 95%. Για την επίτευξη 100% καθαρού οινοπνεύματος απαιτείται η χημική επεξεργασία με ειδικές υγροσκοπικές ενώσεις, οι οποίες δεν στερούνται τοξικότητας. Στον παρακάτω πίνακα (Jaffe, Peterson & Hodgson 1981) φαίνονται οι μέθοδοι παραγωγής κάποιων οινοπνευματωδών ποτών:

**Πίνακας 3: Μέθοδοι παραγωγής και περιεκτικότητα σε αλκοόλη των οινοπνευματωδών ποτών**

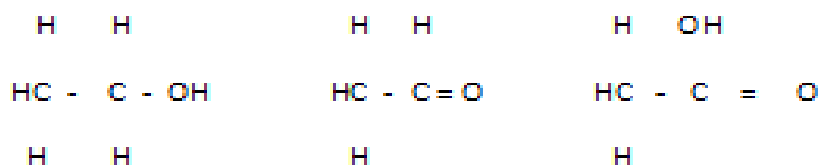
Είδος	Παραδείγματα Συγκεκριμένων ποτών	Περιεκτικότητα σε αλκοόλ % υ/υ	Μέθοδος παραγωγής
<b>Μπύρες</b>	Ξανθές Μαύρες	3-6 4-8	Ζύθος πριν τη βράση ζυμωμένος με μαγιά και χούμελη για άρωμα
<b>Επιτραπέζια Κρασιά</b>	Κόκκινα, Άσπρα και ροζέ  Σαμπανιζέ: σαμπάνια	8-14  12	Ζύμωση πατημένων σταφυλιών ή χυμού σταφυλιού  Δεύτερη ζύμωση με κατακράτηση του διοξειδίου του άνθρακα
<b>Γλυκά κρασιά και κοκτέιλ</b>	Τσέρι, Πορτό, Μαδέρα, Βερμούτ	15-20	Κοινά κρασιά με προσθήκη κονιάκ ή οινοπνεύματος υψηλής πυκνότητας και απόσταγμα φυτών για άρωμα
<b>Αποσταγμένα ποτά</b>	Κονιάκ  Ουίσκι  Ρούμι  Τζιν  Βότκα	40  37-40  40  37-40  37,5	Άμεση απόσταξη του σταφυλόζουμου μετά τη ζύμωση  Διπλή απόσταξη από ζύμωση πολτοποιημένου κριθαριού ή καλαμποκιού  Απόσταξη από ζύμωση μολασσών  Άγευστα αποστάγματα αρωματισμένα σε δεύτερη απόσταξη με μούρα, κλπ.  Απόσταξη σιταριού
<b>Λικέρ</b>	Βενεδικτίνη, Σαρτρέζ, Κιρς	20-55	Ουδέτερα οινοπνεύματα με προσθήκη αρωματικών ουσιών

Η αιθυλική αλκοόλη είναι υγρό άχρωμο, με μάλλον ευχάριστη οσμή και γεύση. Διαλύεται εύκολα στο νερό. Η ευρεία της κατανάλωση στη Φαρμακολογία και η μεγάλη της διάδοση με τη μορφή ποικίλων σκευασμάτων και παρασκευασμάτων, όπως και οινοπνευματωδών ποτών, οφείλεται στο γεγονός ότι το οινόπνευμα είναι

αφενός υδροδιαλυτό και αφετέρου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οργανικός διαλύτης λιποδιαλυτών ενώσεων (Michael Rock, 2001).

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται με μεγάλη ευκολία από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα. Η απορρόφηση του οινοπνεύματος από το πεπτικό σύστημα υπόκειται σε επίδραση ποικίλων παραγόντων, όπως η παρουσία τροφής, η οποία ως γνωστόν καθορίζει την ταχύτητα προώθησης του γαστρικού περιεχομένου προς το έντερο. Για την ολική απορρόφηση του οινοπνεύματος συνήθως αρκούν 2-6 ώρες. Η παρουσία τροφής με λιπαρά συστατικά επιβραδύνει την τελική απορρόφηση του οινοπνεύματος.

Η κατανομή της αιθυλικής αλκοόλης γίνεται ομοιόμορφα μέσα στην υδατική φάση του οργανισμού, με την κυκλοφορία του αίματος. Περίπου το 98% του οινοπνεύματος που εισέρχεται στον οργανισμό οξειδώνεται προς αλκοολική αφυδρογονάση και τελικώς προς οξικό οξύ, σύμφωνα με την αντίδραση:



**Εικόνα 6: Αιθυλική αλκοόλη, Αλκοολική αφυδρογονάση, Οξικό οξύ**

Το οινόπνευμα διαφέρει από τις περισσότερες ουσίες, επειδή ο μεταβολισμός του ακολουθεί κινητική μηδενικής τάξης και γίνεται με κάποιο σταθερό ρυθμό στη μονάδα του χρόνου. Το ποσό αυτό είναι σχετικά εύκολο να υπολογιστεί γιατί εξαρτάται από το βάρος του σώματος, συνάρτηση του οποίου είναι και η αφομοιωτική ικανότητα του οργανισμού. Κύριο σημείο μεταβολισμού του οινοπνεύματος είναι το ήπαρ, το οποίο ευθύνεται για την οξείδωση του 90% από το συνολικό ποσό που εισέρχεται στον οργανισμό. Για ένα δυνατό ποτό, όπως το ούζο, που έχει περιεκτικότητα οινοπνεύματος 45%, απαιτούνται 2-3 ώρες για να μεταβολισθεί το οινόπνευμα μίας συνηθισμένης δόσης των 30 ml.

Η σταθερή ταχύτητα με την οποία μεταβολίζεται το οινόπνευμα θέτει περιορισμούς στο συνολικό ποσό που μπορεί να καταναλωθεί, μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Έχει επίσης μεγάλη ιατροδικαστική σημασία, διότι είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με σχετική ακρίβεια το επίπεδο του οινοπνεύματος στο αίμα σε κάποια προηγούμενη χρονική στιγμή, ακόμη και αρκετές ώρες μετά.

Η αιθυλική αλκοόλη θεωρείται σχετικά ασθενές φάρμακο, δεδομένου ότι για να δράσει απαιτείται η κατανάλωση αρκετών γραμμαρίων. Στις βασικότερες ενέργειες της αιθανόλης περιλαμβάνονται εκείνες που αφορούν το ΚΝΣ. Συμπτώματα από το ΚΝΣ θα εμφανιστούν μετά από κατανάλωση ποσού που αντιστοιχεί σε δύο μπουκάλια μπύρας ή σε δύο δυνατά ποτά, επειδή η κατανάλωση αυτή οδηγεί σε δημιουργία επιπέδων περίπου 0,5%. Τα επίπεδα αυτά θεωρούνται οριακά επειδή ισοδυναμούν με την έναρξη των νευρολογικών συμπτωμάτων.

Η αντίληψη των φαρμακολόγων του περασμένου αιώνα, ότι η αιθανόλη ανήκει στα <<διεγερτικά φάρμακα>>, έχει σήμερα αποδειχθεί πλάνη διότι πρόκειται για αμιγώς κατασταλτικό φάρμακο, που προκαλεί φαινομενική ψυχοδιεγερτική δράση κατά τα αρχικά στάδια της μέθης, εξαιτίας της καταστολής των εγκεφαλικών λειτουργιών ανώτερης απαρτίωσης. Με την πρόοδο της μέθης επέρχεται καθολική εγκεφαλική καταστολή, που φτάνει μέχρι και την τοξική παράλυση των ζωτικών λειτουργιών. Οι επιπτώσεις της αιθανόλης στο ΚΝΣ χαρακτηρίζονται από σωματοαισθητηριακές διαταραχές που περιλαμβάνουν δυσαρθρία, ασυντόνιστες κινήσεις και επιβράδυνση των αντανακλαστικών. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται, καθώς ανεβαίνει το επίπεδο του οινοπνεύματος στο αίμα. Με συγκεντρώσει μεγαλύτερες του 1% είναι ιδιαίτερα έντονα, αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι η εκδήλωση των νευρολογικών συμπτωμάτων είναι θέμα προσωπικής αντοχής και συνήθειας στην κατανάλωση οινοπνεύματος. Η άνοδος του επιπέδου σε 2-3% έχει εμφανείς νευρολογικές επιπτώσεις σε όλους τους καταναλωτές, ιδιαίτερα όταν καλούνται να επιτελέσουν κάποιο λεπτό χειρισμό από άποψη συντονισμού κινήσεων. Στο όριο του 5% η μέθη είναι βαθιά και χαρακτηρίζεται από έντονες διαταραχές στο συντονισμό των κινήσεων, της ισορροπίας και του συνειρμού, που προοδευτικά μεταπίπτουν σε κατατονία. Αν το άτομο συνεχίσει να πίνει οινόπνευμα και μετά από αυτό το στάδιο, μπορεί να οδηγηθεί σε θανατηφόρα επίπεδα.

Από άποψη φυσιολογικών λειτουργιών, το οινόπνευμα έχει σαφή επίδραση στο κυκλοφορικό, το πεπτικό και το ενδοκρινικό σύστημα, καθώς και στον διάμεσο μεταβολισμό του οργανισμού. Από το κυκλοφορικό σύστημα, παρατηρείται αγγειοδιαστολή στο δέρμα με το χαρακτηριστικό αναψοκοκκίνισμα του πότη. Μερικές φορές παρατηρείται έντονη εφίδρωση, ωχρότητα και απότομη πτώση της πίεσης, με τελική κατάληξη την λιποθυμία. Στο πεπτικό σύστημα η αιθανόλη ερεθίζει το γαστρικό βλεννογόνο, επειδή διεγείρει την έκκριση πεπτικών υγρών. Το φαινόμενο αυτό ξεκινά ως ήπια γαστρίτις και μπορεί να καταλήξει σε γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος. Επίσης, αυξάνεται η έκκριση παγκρεατικών υγρών και δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για ανάπτυξη χημικής παγκρεατίτιδας. Όσον αφορά το διάμεσο μεταβολισμό, η αιθανόλη είναι δυνατόν να προκαλέσει στην αρχή υπεργλυκαιμία, με την απελευθέρωση ενδογενών κατεχολαμινών, η οποία

αργότερα μεταπίπτει σε υπογλυκαιμία. Επίσης, επηρεάζει σημαντικά το μεταβολισμό των λιπιδίων, οδηγώντας σε οξεία υπερλιπιδαιμία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η επίδραση του οινοπνεύματος διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου. Η βασική ευφορική φαρμακολογική ενέργεια της αιθανόλης είναι δυνατόν να βιώνεται κατά διαφορετικό τρόπο, που υπαγορεύεται από την βασική δομή της προσωπικότητας του καταναλωτή. Υπάρχουν άτομα που αντιδρούν με υπερβολική αυτοπεποίθηση και φλυαρία, ενώ άλλα αντιδρούν με σιωπηλή απόλαυση της ευφορικής διάθεσης. Τέλος, σε μερικές περιπτώσεις αναδύονται ορισμένα απωθημένα δυσάρεστα συναισθήματα, επειδή δεν υπάρχει ο έλεγχος των ανώτερων κέντρων, με αποτέλεσμα το άτομο να διακατέχεται από κατήφεια και μελαγχολία (Μαρσέλος, 1997).

#### **1.4.2 Βαρβιτουρικά**

Το 1864 από τον Adolf von Bayer συνετέθη το βαρβιτουρικό οξύ. Η πρώτη ουσία της κατηγορίας αυτής που χρησιμοποιήθηκε για τις κατασταλτικές και υπνωτικές ιδιότητές της ήταν η βαρβιτάλη, που εισήχθη στην κλινική πράξη το 1903. Οι υπνωτικές και οι κατασταλτικές ιδιότητες των ουσιών αυτών τις έκαναν πολύ δημοφιλείς στη συνταγογραφία μέχρι και τη δεκαετία του 1960. Καθώς η γνώση σχετικά με τις εθιστικές τους ιδιότητες διευρύνθηκε και παράλληλα άλλα πιο ασφαλή σκευάσματα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, έγιναν διαθέσιμα, ο αρχικός ενθουσιασμός για τη χρήση τους μειώθηκε κατά πολύ, φέρνοντας σαν επακόλουθο την ελάττωση της διαθεσιμότητάς τους, και κατά συνέπεια της κατάχρησής τους. Μερικά είδη βαρβιτουρικών σκευασμάτων, κυρίως ταχείας και μέσης δράσης, χρησιμοποιούνται ακόμη στη γενική αναισθησία και στην αντιμετώπιση της επιληψίας. Τα βαρβιτουρικά δεν είναι υδροδιαλυτές ουσίες, αλλά τα νατρίου άλατά τους αποκτούν αυτή την ιδιότητα. Ανάλογα με την υδροδιαλυτότητα ή τη λιποδιαλυτότητα και την ταχύτητα δράσης τους, οι ουσίες αυτές χωρίζονται σε τρεις κύριες κατηγορίες, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα του Λιάππα (1991):

**Πίνακας 4: Αντιπροσωπευτικοί τύποι βαρβιτουρικών**

	<i>Χημική ονομασία</i>	<i>Εμπορική ονομασία</i>
<b>Ταχείας δράσης</b>	<b>Θειοπεντάλη</b>	<b>Pentothal</b>
<b>Μέσης δράσης</b>	<b>Πεντοβαρβιτάλη Σεκοβαρβιτάλη Αμοβαρβιτάλη</b>	<b>Nembutal Seconal Anytal</b>
<b>Μακράς δράσης</b>	<b>Φαινοβαρβιτάλη</b>	<b>Luminal</b>

Τα βαρβιτουρικά προκαλούν γενικευμένη καταστολή της νευρωνικής δραστηριότητας σε όλο το Κ.Ν.Σ., αν και κάθε νευρωνικό υποσύστημα δεν εμφανίζει τον ίδιο βαθμό ευαισθησίας στην ουσία. Ιδιαίτερα ευαίσθητοι θεωρείται ότι είναι οι νοραδρενεργικοί νευρώνες, οι πολυσυναπτικοί νευρικοί σχηματισμοί, ο δικτυωτός σχηματισμός του εγκεφαλικού στελέχους και ο φλοιός των ημισφαιρίων. Τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας είναι η εξασθένηση της προσοχής και της συγκέντρωσης, καθώς και η μείωση του άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης. Η διανοητική και η σωματική ικανότητα του χρήστη μειώνονται γενικά, η ομιλία γίνεται δυσαρθρική και η συναισθηματική απαντητικότητα του εξασθενεί. Στη συνέχεια, επηρεάζεται η οπτικοκινητική του συνεργία και το επίπεδο συνείδησης χαμηλώνει. Σε μικρές δόσεις τα βαρβιτουρικά βοηθούν στον ύπνο και σε μεγάλες ποσότητες οδηγούν σε καταστολή της αναπνοής, πτώση της πίεσης και τελικά σε κώμα, το οποίο δυνατόν να έχει θανατηφόρα έκβαση. Φαίνεται όμως ότι όλες οι ουσίες αυτού του τύπου χάνουν την υπνωτική τους αποτελεσματικότητα όταν χορηγηθούν για διάστημα μεγαλύτερο από δύο εβδομάδες. Ακόμη και μικρές δόσεις μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες σε παιδιά και ηλικιωμένους, εξαιτίας της ανωριμότητας του εγκεφάλου στα πρώτα και της ενδεχόμενης υποκλινικού τύπου οργανικότητας στους δεύτερους.

Από τις κατηγορίες των βαρβιτουρικών φαρμάκων, τα ταχείας δράσης, λόγω της μικρής τους ημιπεριόδου ζωής, σπανίως χρησιμοποιούνται από τους χρήστες ουσιών. Τα μέσης δράσης εμφανίζουν το μέγιστο της ενέργειάς τους σε 4 περίπου ώρες από τη λήψη τους, γεγονός που τα καθιστά «ιδανικά» για συνταγογράφηση και κατάχρηση, και ως εκ τούτου αποτελούν τις συνηθέστερες ουσίες εκλογής στον κόσμο των χρηστών. Τέλος, τα μακράς δράσης, λόγω του μεγάλου χρόνου που απαιτείται για την εμφάνιση της επίδρασής τους, σπανίως χρησιμοποιούνται ως ουσίες κατάχρησης αλλά είναι πολύ χρήσιμα στην αντιμετώπιση της επιληπτικής νόσου, καθώς και αποτελεσματικά στην θεραπευτική αγωγή των στερητικών συνδρόμων από τις ουσίες αυτής της κατηγορίας

### **1.4.3 Βενζοδιαζεπίνες**

Πρόκειται για αγχολυτικά φάρμακα του τύπου της χλωροδιαζεποξείδης και της διαζεπάμης. Τα νεότερα βενζοδιαζεπινικά φάρμακα είναι παράγωγα της 1,5-βενζοδιαζεπίνης και έχουν μικρές μόνο μεταβολές στη χημική τους δομή, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι φαρμακοκινητικές τους ιδιότητες και να έχουν ασφαλέστερη κλινική εφαρμογή (Μαρσέλος, 1997).

Η χορήγηση βενζοδιαζεπινών έχει ως αποτέλεσμα την αγχώλυση, την καταστολή, τον ύπνο, την κατατονία ή ακόμη και τον θάνατο, αναλόγως της δόσης. Μαζί με την

εξάλειψη του άγχους, που είναι επιθυμητή ενέργεια, παρατηρείται συχνά, επιθετικότητα, με στοιχεία παράνοιας και εμμονής.

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι φάρμακα που οδηγούν σε κατάχρηση, διότι προξενούν αγγόλυση, γεγονός το οποίο βιώνεται ως εξαιρετικά ευχάριστο. Ωστόσο, προκειμένου να προκληθεί φυσική εξάρτηση στον οργανισμό απαιτούνται μεγάλες δόσεις της ουσίας και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η μακροχρόνια χρήση δεν συνοδεύεται πάντα από σημαντική σωματική εξάρτηση, αντοχή ή από σύνδρομο στέρησης. Τα συνηθέστερα συμπτώματα της στέρησης είναι έντονο άγχος, ανησυχία και αϋπνία. Το στερητικό σύνδρομο συνήθως αντιμετωπίζεται μέσω υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. (Μεσημέρη,1981)

Άλλες χαρακτηριστικές ουσίες σύνθεσης βενζοδιαζεπινών σύμφωνα με τον Μαρσέλο (1997) είναι η :

Χλωροδιαζεποξείδη: ο παλαιότερος εκπρόσωπος της ομάδας. Η ενδομυϊκή χορήγηση είναι επικίνδυνη. Η από του στόματος λήψη δίνει την ακμή της ουσίας στις 4 ώρες. Ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου είναι 20-30 ώρες, η φαρμακολογική δράση του είναι μεγαλύτερη , μεταξύ 48-96 ώρες.

Διαζεπάμη: λιποδιαλυτή ουσία. Χορηγείται συχνά ενδοφλεβίως. Έχει χρόνο ημιζωής 20-50 ώρες και μεταβολίζεται στο ήπαρ. Κυκλοφόρησε με το εμπορικό όνομα Valium και αποτέλεσε ένα από τα πλέον συνταγογραφούμενα παγκοσμίως φαρμακευτικά προϊόντα. Η ανεπίσημη διακίνησή του σε παραϊατρικό επίπεδο, ελλείψει ειδικών νομικών διατάξεων περί ναρκωτικών ουσιών, συντέλεσε στη δημοτικότητά του ως αγχολυτικό και υπνωτικό φάρμακο.

Αλπραζολάμη: από τις νεότερες βενζοδιαζεπίνες. Έχει βραχεία δράση με κύρια έδειξη την αγχώδη νεύρωση. Έχει εγκριθεί στο εμπόριο με το σήμα Xanax, και έχει γνωρίσει ιδιαίτερη δημοτικότητα ως φάρμακο κατάχρησης λόγω της σύντομης δράσης του.

Βρωμαζεπάμη: αγχολυτικό φάρμακο, με ιδιότητες ανάλογες της διαζεπάμης. Το φάρμακο έχει εγκριθεί με το εμπορικό όνομα Lexotanil, που έχει γνωρίσει μεγάλη δημοτικότητα.

Λοραζεπάμη: χρήση από του στόματος, με διάρκεια δράσης πολύ βραχύτερη από της διαζεπάμης. Το φάρμακο έχει εγκριθεί με το όνομα Tavor, και ο βραχύς χρόνος ημιζωής κρύβει τον κίνδυνο αύξησης των πιθανοτήτων εγκατάστασης ισχυρής εξάρτησης.

Πραζεπάμη: χρήση από του στόματος. Έχει χρόνο ημιζωής 48-96 ώρες και παρουσιάζει τον κίνδυνο της άθροισης. Έχει εγκριθεί με το εμπορικό όνομα Centrac και έχει γίνει κατάχρησή της ως αγχολυτικό και ευφραντικό.

Τεμαζεπάμη: χρήση από του στόματος με αγχολυτικές και υπνωτικές ιδιότητες. Διαθέτει ισχυρή εξαρτησιογόνο ισχύ. Κυκλοφορεί με τον εμπορικό όνομα Normison.

Φθοριονιτραζεπάμη: βενζοδιαζεπίνη μεγάλης διάρκειας δράσης, η οποία χρησιμοποιείται κλινικά ως υπνωτικό φάρμακο. Έχει εγκριθεί με το όνομα Hipnosedon.

Χλωραζεπάμη: ο χρόνος ημιζωής του φαρμάκου είναι μεγάλος, 48-96 ώρες, γεγονός που προκαλεί τον κίνδυνο άθροισης, όπως συμβαίνει με την χλωροδιαζεποξείδη και τη διαζεπάμη. Κυκλοφορεί ως δικαλιούχο άλας με το εμπορικό όνομα Traxene.

#### **1.4.5 Άλλα Κατασταλτικά Φάρμακα**

Επιπροσθέτως, άλλα κατασταλτικά φάρμακα σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του Μαρσέλου (1997) είναι:

Διπεριδένη: ουσία με κεντρικές αντιχολινεργικές ιδιότητες, ως βοηθητική ουσία σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπαρκισονικά φάρμακα. Κυκλοφορεί με τον εμπορικό όνομα Akineton και προκαλεί συγχυτική καταστολή και διέγερση.

Διφαινυδραμίνη: αντισταμινικό φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλα υπνωτικά. Κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Mandrax.

Μεθακαλόνη: ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, το οποίο χορηγείται αυτούσιο ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα. Εμφανίζει ισχυρή ψυχολογική και σωματική εξάρτηση.

Μεπροβαμάτη: προκαλεί γρήγορη ψυχολογική και σωματική εξάρτηση, η χρήση της στις μέρες μας έχει εγκαταλειφθεί.

Τριεξυφαινιδύλη/ Βενζεξόλη: συγχυτική επίδραση του φαρμάκου. Κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Artane.

Υδροξυζίνη: έχει αντισταμινική και αντιχολινεργική δράση. Κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα Atarax. Προκαλεί συχνά περιφερική νευροπάθεια.



## 1.5 Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

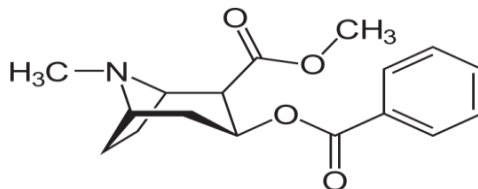
### 1.5.1 Αμφεταμίνη

Η σύνθεση της αμφεταμίνης έγινε το 1887 από τον Edeleano, αλλά την κλινική της εφαρμογή εισηγήθηκε το 1927 ο Alles όταν ανακάλυψε ότι η ουσία μπορούσε να εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση του βρογχικού άσθματος. Με τις πρώτες κλινικές εφαρμογές της αμφεταμίνης διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για ουσία με κεντρικές διεγερτικές ιδιότητες, που προκαλεί σημαντική εγρήγορση και παρατεταμένη αϋπνία. Αργότερα, οι Prinzmetal και Peoples εισάγουν στην θεραπευτική την αμφεταμίνη. Το 1930 αρχίζουν να εμφανίζονται οι πρώτες δημοσιεύσεις για κατάχρηση της αμφεταμίνης, γεγονός που αποδόθηκε αφενός στην ποτοαπαγόρευση και αφετέρου στην προσιτή τιμή της σε σύγκριση με την κοκαΐνη. Επίσης, κατά την διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη χρησιμοποιήθηκαν ως ψυχοδιεγερτικά καθημερινής χρήσης, για την αντιμετώπιση της κούρασης των στρατιωτών και την επέκταση των ορίων αντοχής του πέρα από το φυσιολογικό. Αποτέλεσμα αυτής της κατάχρησης είναι πιθανώς η μεγάλη μεταπολεμική εξάπλωση της ουσίας στην Αμερική, την Ευρώπη και την Ιαπωνία. Το 1958 δημοσιεύεται μία μονογραφία, όπου περιγράφει για πρώτη φορά με λεπτομέρειες την τοξική ψύχωση από αμφεταμίνες. Η σημερινή θεραπευτική δεν δίνει πλέον μεγάλο ρόλο τις αμφεταμίνες, με μόνες αποδεκτές εφαρμογές τη ναρκοληψία, το συνδυασμό με βαρβιτουρικά σε άτομα που παίρνουν χρονίως τέτοια φάρμακα (όπως οι επιληπτικοί) και το ονομαζόμενο σύνδρομο ελάχιστης εγκεφαλικής βλάβης (MBA, minimal brain damage) (Μαρσέλος, 1997).

Μητρική ένωση των αμφεταμινών είναι η dl-α-μεθυλ-φαινυλαιθυλαμίνη. Μεγάλη χημική συγγένεια με την αμφεταμίνη παρουσιάζει η μεθαμφεταμίνη. Ο χρήστης συνήθως ξεκινά με την από του στόματος χρήση επιδιώκοντας κάποιο ευχάριστο αποτέλεσμα, όπως η εξαφάνιση της κόπωσης, η ευεξία, η πνευματική διαύγεια και η ευφορία. Αρκετοί χρήστες καταφεύγουν στην ενδοφλέβια χρήση με σκοπό την αναζήτηση ενός ειδικού ευχάριστου αισθήματος που χαρακτηρίζεται ως οργασμική ανατριχίλα. Δεν υπάρχει όμως ομοφωνία σχετικά με την αφροδισιακή ενέργεια του φαρμάκου.

### 1.5.2 Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη βρίσκεται σε φυσική μορφή και βγαίνει από τα φύλλα του αμερικανικού θάμνου κόκα. Είναι λιποδιαλυτή και υδατοδιαλυτή ένωση με αποτέλεσμα αυτό να την κάνει εύκολα απορροφίσιμη από τον ανθρώπινο οργανισμό.



*Εικόνα 7: Η χημική ένωση της κοκαΐνης*

Συνήθως, εισπνέεται ή διαλύεται και χορηγείται ενέσιμα, στον ανθρώπινο οργανισμό (ενδοφλέβια,υποδόρια ή ενδομυϊκή) ,είτε απλά το κάπνισμα της σε μορφή τσιγάρου(κρακ) που δημιουργείται από την καθίζηση της σε αλκαλικό διάλυμα, πολύ συχνή είναι και η χρήση της δια στόματος .

Η κοκαΐνη δρα αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης και ντοπαμίνης, που έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερες συγκεντρώσεις αυτών των τριών νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Η βασική της εφαρμογή είναι στην οφθαλμολογία όπου η χρήση της βοηθάει στην τοπική αναισθησία. (Μαρσέλος ,1997)

Η κοκαΐνη επιδρά σε διαφορετικά σημεία του εγκεφάλου καταστέλλοντας τα σταδιακά. Κυρίως οδηγεί σε βραδυκαρδία και η μεγάλη αύξηση της δόσης σε ταχυκαρδία ,και οι υπέρμετρες δόσεις καταστέλλουν την σωστή λειτουργία του μυοκαρδίου. (Τζάφφη,1980)

Η κοκαΐνη δημιουργεί αισθήματα σθένους , πληρότητας ,αυτοπεποίθησης και ευφορίας. Η ενδοφλέβια όσο και η δια στόματος λήψη της βιώνονται από το άτομο ως οργασμική ηδονή για αυτό και θεωρείται από πολλούς αφροδιασιακό φάρμακο. Τα συμπτώματα της υπέρμετρης λήψης της μπορούν να διακριθούν στις παρακάτω κατηγορίες :

Ψυχική Διέγερση : αίσθημα πανικού ,ναυτία,εμετός

Υπερκινητικότητα: τρέμουλο , μυϊκές συσπάσεις, σπασμοί, άρρυθμη αναπνοή , ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Κατασταλτικά Φαινόμενα : αναισθησία, απώλεια αντανακλαστικών, ανεπάρκεια αναπνευστική και κυκλοφορική , θάνατος.

### 1.5.3 Μεθυλοξανθίνες

Είναι φυσικά συστατικά που απαντώνται σε διάφορα προϊόντα φυτικής προέλευσης όπως , η καφεΐνη , η θεοβρωμίνη και η αμινοφυλλίνη , οι οποίες εμπεριέχονται σε γνωστά βρώσιμα ροφήματα, όπως ο καφές , το κακάο και το τσάι. Η καθαρή μορφή των ουσιών αυτών δεν απομονώνεται πια από τα φυτά, αλλά παρασκευάζεται συνθετικώς στο εργαστήριο.

Η υπερβολική κατανάλωση προϊόντων που περιέχουν μεθυλοξανθίνες μπορεί να προκαλέσει αϋπνία , άγχος, προκάρδιους παλμούς , ταραχή , λιγγους και πονοκεφάλους. (Μαρσέλος ,1997)

## 1.6 Κανναβινοειδή

Τα κανναβινοειδή είναι μια ομάδα ουσιών που βρίσκονται στο φυτό κάνναβης. Το φυτό περιλαμβάνει τρία είδη, τα *cannabis sativa*, *Cannabis indica* και *Cannabis ruderalis* , πρόκειται για μικρούς θάμνους ή όπως συχνά χαρακτηρίζονται «δενδρύλλια». Οι δραστικές ουσίες του φυτού βρίσκονται στα φύλλα και από τα οποία εκκρίνεται η ρητίνη της κάνναβης , τόσο το είδος όσο και η καλλιέργεια του φυτού επηρεάζουν την ρητίνη . (Ροκ,2001)

### 1.6.1 Χασίς και Μαριχουάνα

Όταν τα φύλλα της κάνναβης δια της συμπίεσης με θερμότητα σχηματίζουν μαύρες πλάκες τότε δίνουν την ακατέργαστη ρητίνη του φυτού , το γνωστό χασίς , λόγω του χρώματος χαρακτηρίζεται και ως «μαύρο». Από την άλλη , όταν συλλεχθούν όλα τα μέρη του φυτού , τα άνθη , τα φύλλα και τα στελέχη του και ξεραθούν, τότε προκύπτει ο καπνός του, η γνωστή μαριχουάνα και είναι πράσινου χρώματος από το οποίο της έχουν δώσει το όνομα «χόρτο». Τα κυριότερα συστατικά της κάνναβης είναι τα τρία παρακάτω:

### 1.6.1.1 Δ - trans –Τετραϋδροκανναβινόλη (Δ-THC)

Συνετέθει το 1967 και είναι ένα παχύρρευστο υγρό ρητίνης που αφού διαλυθεί σε αιθανόλη με το πέρασμα του χρόνου οξειδώνεται σε Δ – THC. Η ουσία βρίσκεται τόσο στο νωπό χασίς όσο και στην μαριχουάνα.

### 1.6.1.2 Δ – Τετραϋδροκανναβινολικά οξέα Α και Β

Αδρανείς ενώσεις που καταλήγουν μέσω της πυρόλυσης κατά τη διάρκεια καπνίσματος του φυτού σε Δ- THC .

### 1.6.1.3 Κανναβινόλη

Είναι το αποτέλεσμα της οξείδωσης της Δ- THC είτε αν παραμείνει το προϊόν στο αέρα είτε στον οργανισμό σε οξειδωτικά ένζυμα που βρίσκονται στο ήπαρ.

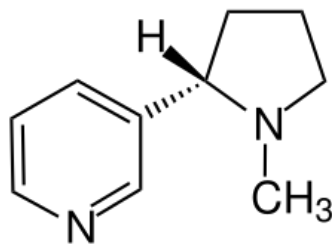
Τα κανναβινοειδή χρησιμοποιούνται τόσο σε άτομα με νευρική ανορεξία επειδή αυξάνουν την όρεξη και επίσης εφαρμόζονται προληπτικά για κρίσεις γλαυκώματος κλειστής γωνίας λόγω της βρογχοδιαστολής που επιφέρουν. Οι κύριες επιδράσεις της είναι ότι καταστέλλει τη συνθετάση των προσταγλανδινών , την αδενυλοκυκλάση , τους διαύλους ασβεστίου τύπου – L και ορισμένα ένζυμα του ήπατος.

Οι χρήστες κάνναβης εμφανίζουν κάποια επίδραση στη κινητική σφαίρα , μείωση των κινητικών ικανοτήτων , και ένα ελαφρύ αίσθημα ευφορίας. Μεγάλη ποσότητα λήψης, μπορεί να προκαλέσει διαφόρων ειδών διαταραχές στην όραση, όπως παραισθήσεις ,όξυνση των χρωμάτων , κατάσταση λήθαργου , επιβράδυνση του χρόνου ή σχεδόν στασιμότητα του και αυτό διότι προκαλείται μερική απώλεια μνήμης ή συμβάντων. Ακόμη, κατ' ανάλογο τρόπο επηρεάζει την αφή ,την όσφρηση και τη γεύση. (Μάτσα,2013)

Άλλες κεντρικές δράσεις των κανναβινοειδών είναι η αταξία, η εξασθένηση των αντανεκλαστικών, η ελαφριά υποθερμία και η ξηρότητα του στόματος, στην οποία αποδίδεται και η έντονη επιθυμία του χρήστη για κατανάλωση γλυκών . Σε κεντρική επίδραση , επίσης , αποδίδονται οι αλλαγές του ρυθμού της καρδιάς και της αρτηριακής πίεσης . Επιπρόσθετα, αναστέλλει την αντιδιουρητική ορμόνη με αποτέλεσμα ο χρήστης να έχει έντονη συχνουρία. Ακόμη, η μακροχρόνια χρήση της επιφέρει μεταβολές στη λίμπιντο και μείωση των σπερματοζωαρίων και ανάπτυξη γυναικομαστίας λόγω της οιστρογονικής δράσης της , στους άντρες, με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση της στη γονιμότητα. Όταν πλέον μιλάμε για κατάχρηση κάνναβης , τότε η κλινική εικόνα περιλαμβάνει πανικό , επιθετικότητα υπερδιέγερση ορθοστατική υπόταση όλα απόρροια της οξείας δηλητηρίασης .

## 1.7 Νικοτίνη

Τα πιο γνωστά είδη του φυτού νικοτιανή (*Nicotiana*) είναι τα *N. tabacum*, *N. angustifolia*, *N. latifolia*, *N. Microfolia*, *N. rustica* και *N. persica*. Ανήκει στα μονοετή φυτά της οικογένειας σολανωδών και αγγίζει τα 1-2 μέτρα ύψος. Η ποιότητα του καπνού εξαρτάται από τον χρόνο ξήρανσης και ως κύρια συστατικά του απαντώνται η νικοτυρίνη και τα αλκαλοειδή νικοτίνης. Από χημική άποψη είναι 1-μεθυλο-2(3-πυριδυλο)-πυρρολιδίνη, την χαρακτηρίζει η διαλυτότητα στο νερό και το άχρωμο αλκαλοειδές υγρό που έχει.



*Εικόνα 8: Η χημική ένωση της νικοτίνης*

Ως πρώτοι χρήστες του καπνού αναφέρονται οι Αζτέκοι, οι οποίοι εκτός από το να καπνίζουν το χρησιμοποιούσαν σε τελετές θρησκευτικού χαρακτήρα και σαν βότανο που βοηθούσε την ίαση ασθενειών.

Στην Ευρώπη και την Ασία έγινε γνωστό μετά το 1490 όταν ο Κολόμβος πρώτη φορά το αναφέρει σαν τρόπο καλωσορίσματος του στην Κούβα.

Μέσω της ναυτιλίας εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο, και στη βαλκανική χερσόνησο φτάνει τον 17<sup>ο</sup> αιώνα και μέχρι το 1880 η καλλιέργεια του είχε εξαπλωθεί στην Ελλάδα και κυρίως στη Θεσσαλία, τη Θράκη και τη Μακεδονία. Και μόνο μετά το 1950 αρχίζουν οι πρώτες μελέτες που αποδεικνύουν την αρνητική του επίδραση στην ανθρώπινη υγεία όταν καπνίζεται.

Με τη μέθοδο της πυρόλυσης εκτός των υπάρχοντων συστατικών που περιέχονται στα φύλλα του φυτού έρχονται και προσθέτονται και νέες ενώσεις τόσο σε αέρια όσο και σε στερεή φάση. Κατά την αέρια φάση αποτελείται από μονοξείδιο και διοξείδιο του άνθρακα, οξείδια азώτου, αμμωνία, πτητικές νιτροσαμίνες, θειοπαράγωγα και υδρογονάνθρακες, υδροκυάνιο, αλκοόλες, κετόνες, ακεταλδεΰδη, φορμαλδεΰδη και ακρολεΐνη. Σε στερεή φάση αποτελείται από σωματίδια του καπνού όπως νικοτίνη, νερό και πίσσα και με τον όρο αυτόν αναφερόμαστε σε συστατικά του καπνού όπως αρωματικές αμίνες, ιχνοστοιχεία, σελήνιο, ραδιενεργό πολώνιο, κάδμιο, αρσενικό κ.ά. Ακόμη εντοπίζονται και

διάφορα φυτοφάρμακα όπως το χλωροφαινοθάνιο και η φουρφουράλη .  
(Μαρσέλος,1997)

Μικρές δόσεις νικοτίνες διεγείρουν τα γάγγλια του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την έκκριση της νοραδρεναλίνης και της αδρεναλίνης που έχει σαν αποτέλεσμα την καταστολή των μετασυναπτικών υποδοχέων , κάτι που παρατηρείται τόσο στα επινεφρίδια , όσο και στις νευρομυϊκές συνάψεις, από την χρήση νικοτίνης . Διεγείρει τους τασεϋποδοχείς του δέρματος , των πνευμόνων και του πεπτικού συστήματος , ακόμη , τους υποδοχείς της γλώσσας κα του πόνου. Με αποτέλεσμα να προκαλείται αγγειοσύσπαση , ταχυκαρδία , αύξηση της αρτηριακής πίεσης, υπερκινητικότητα του πεπτικού σωλήνα , αύξηση της παραγωγής σιέλου και βρογχικών εκκρίσεων ως αναμενόμενο αποτέλεσμα τον ερεθισμό του στοματικού βλενογόνου .

Η νικοτίνη μπορεί να διεγείρει σε τέτοιο βαθμό το κεντρικό νευρικό σύστημα του χρήστη που να έχει σαν αποτέλεσμα σπασμούς ,ταχύπνοια σε σοβαρές καταστάσεις .Οι περισσότεροι χρήστες στην πλειοψηφία τους βιώνουν την εμπειρία ως ηρεμιστική , ως τρόπο χαλάρωσης και συγκέντρωσης .

Η κύρια και σοβαρότερη αρνητική ενέργεια της νικοτίνης είναι ο εθισμός που προκαλεί στο χρήστη. Και έχει συνδεθεί με πολλές σοβαρές παθήσεις όπως η στεφανιαία νόσος , η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος του πνεύμονος και ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης.

Ακόμη , έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια κατάχρηση της νικοτίνης οδηγεί σε εξασθένηση της μνήμης , στην πρώιμη εμφάνιση ρυτίδων και στη μείωση της οπτικής οξύτητας. (Μαρσέλος, 1997)

## **1.8 Ψευδαισθησιογόνα**

Οι ουσίες αυτής της κατηγορίας επιδρούν στις πνευματικές λειτουργίες και ταξινομούνται αυθαίρετα σε αυτή την κατηγορία , κυρίως με βάση την επίδραση που έχουν .Μια από τις πιο αντιπροσωπευτικές ουσίες η οποία ανήκει σε αυτή την κατηγορία είναι τα LSD .Ο Πίνακας 5 παρακάτω , αναφέρει τις αντιπροσωπευτικότερες ουσίες της κατηγορίας αυτής .

**Πίνακας 5 : Οι αντιπροσωπευτικότερες ψευδαισθησιογόνες ουσίες**

<b>ΙΝΔΟΛΙΑΛΚΥΛΑΙΜΙΝΕΣ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Διαιθυλαμίδη του λυσεργικού οξέος (LSD),</li> <li>2. Ψιλοχυμβίνη,</li> <li>3. Διμεθυλτρυπταμίνη (DMT),</li> <li>4. Διαιθυλτρυπταμίνη (DET),</li> <li>5. Διπροπυλτρυπταμίνη (DPT) ,</li> <li>6. 5-Μεθοξυ DMT (MDMT) ,</li> <li>7. Χαρμαλίνη</li> </ol>
<b>ΦΑΙΝΥΛΑΙΘΥΛΑΜΙΝΕΣ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Μεσκαλίνη (Peyote) 3,4,5 -τριμεθοξυφαινυλαιθυλαμίνη</li> </ol>
<b>ΦΑΙΝΥΛΙΣΟΠΡΟΠΥΛΑΜΙΝΕΣ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3,4 Μεθυλενοδιοξυαμφεταμίνη (MDA),</li> <li>2. 3,4 Μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MMDA),</li> <li>3. 3-μεθόξυ-4,5 μεθυλενοδιοξυαμφεταμίνη (MMDA),</li> <li>4. 4-βρομο-2,5διμεθοξυαμφεταμίνη (DOB),</li> <li>5. 4-μεθύλ-2,5-διμεθοξυαμφεταμίνη (DOM,STP)</li> </ol>
<b>ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Φαινσυκλιδίνη (PCP),</li> <li>2. Μυριστικήνη (Nutmeg)</li> </ol>

Ο κύριος τρόπος με τον οποίο δρουν οι ουσίες αυτές δεν έχει γίνει απόλυτα κατανοητός και για το λόγο αυτό δίνεται έμφαση περισσότερο στο πόσο μοιάζουν χημικά με τους εγκεφαλικούς νευρομεταβιβαστές όπως τη 5-υδροξυτρυπταμίνη (σεροτονίνη).

Κατά την διάρκεια της χρήσης το άτομο βιώνει έντονη αισθητηριακή αντίληψη, εσφαλμένη αίσθηση ότι βρίσκεται σε αυξημένο βαθμό διανόησης , διαφορετική αντίληψη της σωματικής του κατάστασης , ψευδαισθήσεις και ασαφή αντίληψη του χώρου και των ορίων που τον περιβάλλουν σε σχέση με το χώρο, ακόμη, οι χρήστες βιώνουν αισθήματα αδρεναλίνης , με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν διαστολή της κόρης του οφθαλμού ,κοκκίνισμα του προσώπου, αύξηση τόσο του σακχάρου και της αρτηριακής πίεσης όσο και της θερμοκρασίας του σώματος , εφίδρωση , ναυτία και εμετοί . Τα ανωτέρω συμπτώματα διαφέρουν στην ένταση τους από χρήστη σε χρήστη , καθώς , σημαντικό ρόλο έχουν τόσο το περιβάλλον υπό το οποίο έγινε η χρήση όσο και η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρισκόταν ο χρήστης. (Λιάππας,1992)

### **1.8.1 Διαιθυλαμίδη του Λυσεργικού Οξέος (LSD)**

Η ουσία απορροφάται από το γαστρεντερικό σύστημα , οι επιδράσεις της με την πάροδο του χρόνου γίνονται όλο και πιο έντονες και διαρκούν περίπου ένα

δωδεκάωρο . Οι κύριες παραισθήσεις που δημιουργούνται είναι χρώματος ,χώρου ,αντικειμένων, ψευδαισθήσεις σε συνδυασμό με αισθήματα φόβου και άλλες φορές πληρότητας και ευχαρίστησης. Άλλες διαταραχές έντονες είναι η έκσταση , η ευφορία , το άγχος κα η μεταβλητότητα της ψυχολογικής κατάστασης και η κατάθλιψη . Πρόκειται για μια πολύ δραστική ουσία η οποία σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να προκαλέσει ψευδαισθήσεις. Η ουσία προς χρήση είναι σε μορφή σκόνης ,κάψουλας , διαλύματος ή χαπιού , είναι άχρωμη και άγευστη . Αναφορές έχουν γίνει για την τοξική επίδραση που μπορεί να έχει στα χρωμοσώματα και στην διαταραχή της αφηρημένης σκέψης. (Λιάππας,1992)

### **1.8.2 Μεσκαλίνη (Peyote)**

Ουσία που προέρχεται από τους κόκκους του κάκτου Peyote και αποτελεί την δεύτερη πιο συχνή σε κατάχρηση παραισθησιογόνο ουσία. Έχει πολλές χημικές ομοιότητες με τους κατεχολαμινικούς νευρομεταβιβαστές , την ντοπαμίνη και τη νοραδρεναλίνη. Η ουσία έχει πολύ πιο ήπια επίδραση από ότι το LSD και στις παρενέργειες της συγκαταλέγονται οι ναυτία και οι εμετοί .

### **1.8.3 MDA, MDMA, MMDA, DOM, DOB**

Έχουν παραχθεί πάρα πολλά παράγωγα των αμφεταμινών και πολύ λίγα έχουν ερευνηθεί για τις επιδράσεις στον άνθρωπο. Η MDA και MDMA αποτελούν τις πιο δημοφιλείς από αυτές και αρχικά εισήχθησαν στην αγορά ως ανορεκτικά φάρμακα το 1960 και αποτέλεσαν φάρμακο ευρείας κατάχρησης.

Στις υποκείμενες εμπειρίες που αναφέρουν οι χρήστες περιλαμβάνονται αύξηση της ευαισθησίας και ενδυνάμωσης της αισθητικής απόλαυσης , αίσθημα ευφορίας και αισθητήρια αντίληψης και ήπια διέγερση.

Κυρίως χρησιμοποιούνται ως βοηθητικά φάρμακα στην ψυχοθεραπεία , παρότι έχουν νευροτοξική επίδραση παρόμοια με αυτή του LSD πολύ πιο ήπια όμως . Η πιο συχνή διαταραχή είναι η αντίδραση πανικού και αναγκάζει πολλούς χρήστες να απευθυνθούν σε επείγουσα νοσοκομειακή βοήθεια.



#### 1.8.4 Φαινουκλιδίνη (PCP)

Αποτελεί διεγερτική , κατασταλτική ουσία με επιδράσεις στον εγκέφαλο κυρίως ψευδαισθήσεις και αναισθητική δράση και είναι μια κατηγορία μόνο του. Ως σωματικά συμπτώματα αναφέρονται η αύξηση της αρτηριακής πίεσης , του καρδιακού ρυθμού, της αναπνοής και των τενόντιων αντανάκλαστικών , με αποτέλεσμα την μυϊκή σύσπαση. Ακόμη , στα συμπτώματα περιλαμβάνονται η εφίδρωση, η κολλώδης ομιλία , η ζάλη , η αύξηση της παραγωγής σιέλου , η ρυθρότητα του προσώπου και ο νυσταγμός , τα οποία αποτελούν συμπτώματα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα συμπτώματα διαφέρουν στον βαθμό επιρροής στον κάθε χρήστη επειδή εξαρτώνται από τη βιοχημεία του κάθε χρήστη και με βάση αυτό απαντώνται περιστατικά με ήπια συμπτώματα άλλοτε ευθυμίας και άλλοτε κατάθλιψης , και περιστατικά αυτοκτονιών και ο τρόπος αυτοχειρίας να είναι άκρως βάνουσος , λόγω της αναισθησίας που προκαλεί η ουσία.

Αυτά τα αντικρουόμενα συμπτώματα ίσως να οφείλονται στο ότι το μόριο της φαινουκλιδίνης στο ένα άκρο του έχει συμπαθητικομιμητικού τύπου ιδιότητες και στο άλλο άκρο του αναισθητικού τύπου .

Η φαινουκλιδίνη απορροφάται σε μεγάλο βαθμό από το γαστρεντερικό και αναπνευστικό βλεννογόνο και εγκαθίσταται στους ιστούς και για αυτό το λόγο έχει μεγάλη διάρκεια ζωής.

#### 1.8.5 Μυριστικήνη (Nutmeg)

Αποτελεί ψυχοσιομιμητική ουσία που περιέχεται στο φυτό μοσχοκάρυδο. Εισπνέεται και προκαλεί κυρίως μεταβολές στο επίπεδο της συνείδησης, με έντονα συμπτώματα διέγερσης , ανησυχίας , ψευδαισθήσεων , μυϊκής δύναμης , ερυθρότητας , αποπροσωποποίησης , ταχυκαρδίας , ξηρότητα στοματικής κοιλότητας και έντονο αίσθημα δίψας. (Λιάππας, 1992)

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Εξάρτηση και Κατάχρηση

### 2.1 Τα στάδια της εξάρτησης

Κατάχρηση καλείται η κατάσταση κατά την οποία τα άτομο λαμβάνει ποσότητες από μια ψυχοτρόπο ουσία , πολύ μεγαλύτερες από τις αποδεκτές από ιατρικής και κοινωνικής σκοπιάς , με αποτέλεσμα αυτή η κατάχρηση να οδηγεί το άτομο σε εξάρτηση από την εκάστοτε ουσία . (Μεσημέρη ,1981)

Παλαιότερα θεωρούσαν ότι η εξάρτηση είναι μόνο σωματικής φύσεως , ότι δημιουργεί στο άτομο βιολογικές αλλαγές έτσι όταν το άτομο σταματά να κάνει χρήση της ουσίας να έχει αισθήματα αποστέρησης, με σοβαρότερο το σύνδρομο της εξάρτησης, με αποτέλεσμα , να επικρατεί μια σύγχυση όσον αφορά παραδείγματος χάρη, τους χρήστες οι οποίοι καπνίζουν, και έπειτα το σταματούν, να μην εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα στέρησης όπως χρήστες κοκαΐνης ή ηρωίνης . Για αυτό το λόγο, διακρίνουμε εκείνες τις ουσίες οι οποίες όταν δοθούν στον χρήστη, συνεχόμενα σε μεγάλες ποσότητες, δημιουργούν το σύνδρομο αποστέρησης όταν διακοπή η χρήση τους. Συνεπώς , η σωματική εξάρτηση δεν σημαίνει τοξικομανία ή ψυχολογική εξάρτηση .Ενώ ουσίες όπως οπιούχα , δημιουργούν βιολογικές αλλαγές που οδηγούν στη σωματική εξάρτηση από την πρώτη κιόλας δόση. (Τζάφφη,1980)

Για τη διάγνωση της εξάρτησης από μια ψυχοτρόπο ουσία θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον κάποια από τα παρακάτω κριτήρια, καθώς επίσης και τα συμπτώματα αυτά να έχουν διάρκεια ή να επανεμφανίζονται για ένα μήνα τουλάχιστον :

- Χρήση της ουσίας σε αυξημένες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Ο χρήστης να έχει προσπαθήσει να διακόψει την ουσία αρκετές φορές χωρίς αποτέλεσμα
- Διάθεση του περισσότερου χρόνου στην απόκτηση της ουσίας
- Ο χρήστης να βρίσκεται πολύ συχνά σε κατάσταση μέθης και έντονων στερητικών συμπτωμάτων
- Ο χρήστης παρόλα τα προβλήματα που του δημιουργεί σε εργασιακό , κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο να συνεχίζει τη χρήση .
- Ανάπτυξη ανοχής όλο και πιο γρήγορα , με αποτέλεσμα να αναζητά μεγαλύτερες ποσότητες της ουσίας
- Με την διακοπή της ουσίας να βιώνει πολύ έντονα συμπτώματα στέρησης

- Καταφυγή στην χρήση της ουσίας για να απομακρύνει τα αισθήματα στέρησης ώστε να ανακουφιστεί

Συνεπώς , η εξάρτηση από την ουσία πλέον με την γνώση που έχουμε, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως η έντονη ανάγκη για χρήση της ουσίας σε συνεχή και περιοδική συχνότητα, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης την ίδια την δράση που του επιφέρει ή να αποφύγει την κατάσταση στέρησης σε περίπτωση αρκετής ώρας από την τελευταία χρήση .Επομένως, η εξάρτηση είναι σωματική , ψυχολογική ή και τα δύο μαζί , αφού ένας χρήστης μπορεί να εμφανίζει εξάρτηση σε περισσότερες από μια ουσίες. (Lempriere,1995)

### **2.1.1 Ψυχολογική εξάρτηση**

Καλείται η κατάσταση κατά την οποία και μόνο η σκέψη της λήψης της ουσίας δημιουργεί αισθήματα ευχαρίστησης και είναι συχνή σε όλες τις περιπτώσεις εξάρτησης. Με αποτέλεσμα , να αυξάνεται η επιθυμία να γίνει λήψη της ουσίας ξανά, ώστε ο χρήστης να «γευτεί» την δράση της ή να γίνει χρήση με σκοπό την αποφυγή της δυσφορίας που θα επιφέρει αν την στερηθεί. (Lempriere,1995)

### **2.1.2 Σωματική εξάρτηση**

Η κατάσταση κατά την οποία ο χρήστης εμφανίζει σωματικά και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όταν λαμβάνει πολύ λιγότερη δόση της ουσίας , με τους νευροχημικούς μηχανισμούς να έχουν καταλυτικό ρόλο σε κάθε κατηγορία ουσίας. (Lempriere,1995)

## **2.2 Ανοχή**

Καλείται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει ανάγκη την λήψη όλο και περισσότερης δόσης της καταχρώμενης ουσίας, ώστε να φτάσει στην επιθυμητή κατάσταση ή τα εξασθενημένα αποτελέσματα μετά την πάροδο της χρήσης της ουσίας σε συγκεκριμένη ποσότητα . Το φαινόμενο της ανοχής φαίνεται να προκύπτει ως αποτέλεσμα βιολογικών μηχανισμών , όπως μηχανισμοί ομοιόστασης, ιστοχημικού τύπου , μεταβολές στα κύτταρα του νευρικού ιστού και μεταβολικού .

Οι μηχανισμοί ομοιοστατικού τύπου στα συστήματα σε φυσιολογικά σώματα και δεν επηρεάζονται από τη δράση της ουσίας και κινητοποιούνται με κύριο σκοπό να αντιμετωπίσουν την δράση που έχει η ουσία στους ιστούς του νευρικού συστήματος. Τα κύτταρα του νευρικού ιστού δέχονται ιστοχημικού τύπου μεταβολές και ως επακόλουθο την ελάττωση της αντίδρασης τους όταν η ουσία είναι παρούσα και η προσπάθεια να μειωθεί η ποσότητα της ουσίας που συγκεντρώνεται .

## 2.3 Στερητικό σύνδρομο

Καλείται η κατάσταση κατά την οποία αναπτύσσονται σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όταν διακοπεί με απότομο τρόπο η ουσία στην οποία το άτομο εμφανίζει σωματικό εθισμό . Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι συνήθως τα αντίθετα από αυτά που προκαλεί η ουσία κατά τη διάρκεια της χρήσης της. Μετά τη διακοπή των κατασταλτικών ουσιών του κεντρικού νευρικού συστήματος , εμφανίζεται άγχος, υπερκινητικότητα , και σπασμοί επιληπτικού τύπου , ανησυχία και αϋπνία .(Lempriere,1995)

Επίσης , μπορούμε να ισχυριστούμε ότι στις περιπτώσεις των οπιοειδών και των κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι δυνατόν να υπάρξει στερητικού τύπου συμπτωματολογία και μετά τη χορήγηση μίας μόνο δόσης . Με το να απέχει το άτομο από την χρήση μερικές μέρες , φαίνεται να βοηθάει στο να υποχωρούν τα έντονα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου , ενώ στην περίπτωση κατά την οποία το άτομο εμφανίζει ηπιότερα συμπτώματα , αυτά είτε είναι σωματικού είτε ψυχολογικού τύπου , θα παραμείνουν για μερικές εβδομάδες μέχρι να υποχωρήσουν .

Όσο αναφορά του παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την διαμόρφωση του στερητικού συνδρόμου , φαίνεται πως οι ψυχολογικού τύπου παράγοντες , όπως η προσωπικότητα , η ψυχολογική κατάσταση του χρήστη , το περιβάλλον και οι προσδοκίες του , παίζουν σημαντικό ρόλο , καθώς επίσης, μαθησιακοί παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. (Τζαφφη,1983)

### 2.3.1 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Στερητικό σύνδρομο

Το στερητικό σύνδρομο είναι πιθανό να εμφανιστεί μετά από εβδομάδες συστηματικής χρήσης της ουσίας , ειδικά εξαρτημένα άτομα σε μεγάλες δόσεις κατασταλτικών ουσιών του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες , λόγω της γρήγορης ανοχής που προκαλούν οι ουσίες αυτές ,

είναι εύκολο να προκαλούν σωματική και ψυχική εξάρτηση , με αποτέλεσμα η ημερήσια δόση να αυξάνεται όλο και πιο σύντομα , και η απότομη αποχή από τις ουσίες αυτές να εμφανίζει έντονα στερητικά επεισόδια με καταστάσεις με αυξημένη την αίσθηση και την αισθητήρια αντιληπτικότητα . Ως αποτέλεσμα , ο χρήστης βιώνει συμπτώματα υπερακουσίας ,φωτοφοβία ,παραισθήσεις , υπεραισθησία , αϋπνία και διαταραχές ύπνου ,ίλιγγος , ταχυκαρδίες , γαστρεντερικές διαταραχές , και αντιδράσεις πανικού. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα του στερητικού συνδρόμου , από τη χρήση βαρβιτουρικών, είναι η ανάπτυξη πυρετικής κίνησης έως και 70 ώρες μετά την τελευταία χρήση της ουσίας και η κατάσταση αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε υπερπυρεξία διάρκειας έως και μίας εβδομάδας και να έχει θανατηφόρα κατάληξη για τον χρήστη .

### **2.3.2 Οπιούχα , διεγερτικές ουσίες του ΚΝΣ, Κανναβινοειδή και Στερητικό σύνδρομο**

Τα στερητικά σύνδρομα που προκαλούνται από οπιούχα ,τις διεγερτικές ουσίες και τις κανναβινοειδείς ουσίες , σε σχέση με αυτά που προκαλούνται από τα κατασταλτικά του ΚΝΣ δεν είναι θανατηφόρα για την ανθρώπινη ζωή. Η ένταση των συμπτωμάτων εξαρτάται από την ποσότητα της χρήσης και την χρονική διάρκεια χρήσης της ουσίας, τα συμπτώματα που εμφανίζουν συχνά οι χρήστες είναι ένα συνονθύλευμα συναισθημάτων συμπεριφορικών και παθολογικών σωματικών εκδηλώσεων. Μετά την απότομη διακοπή την ηρωίνης ή της μορφίνης , η διακοπή αυτή υπολογίζεται στις 6-12 ώρες μετά τη τελευταία χρήση , ο χρήστης εμφανίζει συμπτώματα ευερεθιστότητας ,άγχους , ρινόρροιας , υπερκινητικότητας του εντέρου , σιελόρροια , εφίδρωση , μυδρίαση , τρέμουλο, πόνοι στην κοιλιά και μυϊκοί σπασμοί, διακυμάνσεις στη θερμοκρασία , εμετοί , αγγειοκινητικές διαταραχές , εκσπερμάτωση ή οργασμός , διάρροια , ρίγος , αφυδάτωση , κέτωση , λευκοκυττάρωση και αϋπνία. Ενώ , η μεθαδόνη χαρακτηρίζεται από ηπιότερα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από ότι η ηρωίνη και η μορφίνη όσον αφορά τους μυϊκούς σπασμούς , τη ναυτία και τον εμετό ,αλλά προκαλεί συμπτώματα μεγαλύτερης διάρκειας.Όσον αφορά την κοκαΐνη και τις αμφεταμίνες αναπτύσσονται συχνά έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τη διακοπή της ουσίας , ενώ η χρήστες κάνναβης και παράγωγων της εμφανίζουν ήπια υπόταση , εφίδρωση , μυϊκούς πόνους , ανησυχία , και αϋπνία .

Η οξεία στερητική φάση ακολουθεί συνήθως μια πολύ πιο ήπια κατάσταση ελαφρών συμπτωμάτων η οποία χωρίζεται σε δύο φάσεις , η πρώτη διαρκεί από 4 έως 10 ώρες και εκδηλώνεται με ήπια αύξηση ,της αρτηριακής πίεσης και της θερμοκρασίας του σώματος , ελαφρά ταχύπνοια και μυδρίαση και αύξηση του REM ύπνου.

Η κλινική εξέταση δείχνει ότι ο χρήστης εμφανίζει ταχύπνοια , ταχυκαρδία , άγχος, ελαφρά μυδρίαση και αύξηση της αρτηριακής πίεσης . Η δεύτερη φάση μπορεί να έχει διάρκεια έως και 8 μήνες με πολύ πιο ήπια συμπτώματα της πρώτης φάσης .

### **2.3.3 Ψυχοτρόπες Ουσίες και Στερητικό σύνδρομο**

Τα δεδομένα από την παγκόσμια βιβλιογραφία δεν αναφέρουν σοβαρά συμπτώματα εκτός από το ότι έπειτα από την διακοπή της χρήσης , οι χρήστες νιώθουν ληθαργικοί , θέλουν να κοιμούνται συχνά , συγκεκριμένα αναφέρουν επιβράδυνση της σκέψης , διαταραχές στη μνήμη και στη συγκέντρωση, σκέψεις κι ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας.

Γενικά , οι ψυχολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση και την ένταση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου, καθώς επίσης η ποσότητα και η χρονική διάρκεια χρήσης της ουσίας συμβάλλουν αρκετά στον τρόπο έκφρασης του συνδρόμου.

## **2.4 Αντίδραση πανικού**

Εκδηλώνεται ως μια κατάσταση κατά την οποία αμέσως μετά την χρήση της ουσίας και δράσης της ο χρήστης νιώθει έντονα φόβο ότι η χρήση του προκάλεσε ανεπανόρθωτο κακό στον οργανισμό , έχει το αίσθημα της απώλειας της ικανότητας ελέγχου του μυαλού και καταφεύγει για βοήθεια στην αστυνομία ή στο γιατρό . Την αντίδραση πανικού την βιώνουν κυρίως πρωτόπειροι χρήστες και κυρίως χρήστες που κάνουν χασίς, ψευδαισθησιογόνα ή τα διεγερτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Όσον αφορά τις διεγερτικές ουσίες και τα παράγωγα της κάνναβης ,είναι δυνατόν να προκαλέσουν αντίδραση πανικού με δύο κλινικές εκφράσεις. Κατά την πρώτη , ακόμα και όταν γίνεται μικρή χρήση δόσης της ουσίας από τον χρήστη να εκδηλώνει προκάρδιους παλμούς , δημιουργείται νευρικότητα , υπέρπνοια , άγχος , πόνος στο στήθος και δίνεται η εντύπωση στο χρήστη ότι πάσχει από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα. Ενώ στη δεύτερη ο χρήστης νιώθει ότι η χρήση του προκάλεσε ανεπανόρθωτο κακό στον οργανισμό και τον συντροφεύει ένας φόβος πάνω σε αυτό. Η κατάσταση αυτή περνάει μετά από κάποιες ώρες χωρίς κάποια ιατρική βοήθεια. Όσο αφορά τις ψυχοτρόπες ουσίες , ο χρήστης έχει ψευδαισθήσεις , είναι φοβισμένος γιατί νιώθει ότι δεν έχει τον έλεγχο του μυαλού του και η κατάσταση αυτή μπορεί να βιωθεί μετά από μια άσχημη εμπειρία χρήσης είτε από την

υπερβολική χρήση της ουσίας. Μπορεί να έχει διάρκεια 2-4 ώρες για χρήστες μεσκαλίνης και 12 περίπου για χρήστες LSD.

## 2.5 Αναδρομική εμπίωση (Flashback)

Συνήθως αναφέρεται από άτομα τα οποία κάνουν συχνή χρήση κάνναβης ή παραισθησιογόνων ουσιών στο παρελθόν , ενώ κατά την εμφάνιση της αναδρομικής εμπίωσης το άτομο δεν έχει κάνει χρήση ώστε να δικαιολογείται το σύνδρομο. Το άτομο βιώνει οπτικές πανοραμικές ψευδαισθήσεις φωτεινών χρωμάτων και γεωμετρικών σχημάτων συνήθως όταν νυχτώνει ή πριν τον ύπνο. Η κλινική εικόνα σε χρήστες κάνναβης παρουσιάζει αυτόματη επανεμφάνιση βιωμάτων και συναισθημάτων που ο χρήστης είχε ζήσει σε παλιότερη εμπειρία μέθης με χασίς και είναι πιθανό να συμβεί τόσο σε άπειρους όσο και σε έμπειρους χρήστες . Ακόμη , χαρακτηρίζεται από βραδύτητα σκέψης , έλλειψη αίσθησης του χρόνου και της αντίληψης .

Από την άλλη , οι χρήστες ψευδαισθησιογόνων ουσιών απευθύνονται σε κάποια υπηρεσία για να ζητήσουν βοήθεια λόγω του ότι θεωρούν ότι η ουσία έχει κάνει ανεπανόρθωτο κακό στον οργανισμό τους. Οι χρήστες τέτοιων ουσιών βιώνουν την αναδρομική εμπίωση ως την ψευδή βίωση καταστάσεων στο παρόν , ενώ παράλληλα , ο χρήστης νιώθει λύπη και άγχος με παρανοϊκού τύπου ιδεασμό. Οι ψευδαισθήσεις είναι συνήθως χρώματα και γεωμετρικά σχήματα που συνοδεύονται συναισθήματα ευφορίας και αποσύνδεσης από το περιβάλλον και μπορούν να έχουν διάρκεια από λίγα λεπτά έως και μερικές ώρες.

Η αναδρομική εμπίωση συνοδεύεται από την αντίδραση πανικού και ποικίλει ανάλογα με τον τρόπο αντίδρασης του κάθε χρήστη στην αναδρομική εμπίωση. Σε αυτή την περίπτωση , οι ιατροί προσπαθούν να αποκλείσουν σε κάθε περίπτωση πιθανή εγκεφαλική βλάβη από άλλη αιτία, μέσω νευρολογικής εξέτασης και ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος.

## 2.6 Τοξική αντίδραση

Αποτελεί την κατάσταση κατά την οποία πέφτει ο χρήστης μετά από υπερβολική δόση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας , την οποία είναι αδύνατο να αντέξει ο οργανισμός . Η τοξική αντίδραση , είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν χρήστες ουσιών αφού απειλεί την ζωή του ατόμου με άμεσο θάνατο.

Οι συνηθέστερες ουσίες οι οποίες προκαλούν τοξική αντίδραση έπειτα από χρήση υπερβολικής δόσης για τον ανθρώπινο οργανισμό είναι τα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος και τα οπιοειδή . Σε αυτές τις περιπτώσεις ο χρήστης χρειάζεται άμεση ενδοσοκονομειακή αντιμετώπιση και φροντίδα , στα πλαίσια της επείγουσας ιατρικής. Η κλινική εικόνα διαφέρει ανάλογα με τη χρήση :

### **2.6.1 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Τοξική αντίδραση**

Προκύπτει είτε από την κατάχρηση βαρβιτουρικών μαζί με οινόπνευμα , σε ποσότητες μεγάλες , είτε ως τρόπος από πολλούς για αυτοκτονία. Η τοξική αντίδραση είναι αποτέλεσμα πτώσης του επιπέδου της συνείδησης και καταστολή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας .Η δηλητηρίαση από βαρβιτουρικά είναι σοβαρή κατάσταση και η κλινική εξέταση του αρρώστου πρέπει να γίνεται πολύ προσεκτικά, η κατάσταση και η κλινική εικόνα του χρήστη χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση.

### **2.6.2 Οπιούχα και Τοξική αντίδραση**

Αποτελεί μια οξεία και απειλητική για την ζωή κατάσταση, κατά την οποία το άτομο πέφτει σε κωματώδη κατάσταση και τις περισσότερες φορές έχει προηγηθεί λίγο πριν χρήση μεγάλης ποσότητας ουσία , η οποία είναι ικανή να καταστείλει πλήρως την αναπνοή και να επέλθει θάνατος. Η κλινική εικόνα του χρήστη παρουσιάζει καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας , κυάνωση των χειλιών , έντονη μύση ,όταν η χρήση της ουσίας έχει γίνει από την μύτη τότε παρατηρείται υπεραιμία του βλεννογόνου της μύτης, τραύματα από τρυπήματα λόγω της βελόνας , το συχνότερο που γίνεται αντιληπτό σε χρήστες οπιούχων ουσιών είναι το πνευμονικό οίδημα, καρδιακή αρρυθμία ,σπασμούς και μια γενική κατάσταση σοκ. Με αποτέλεσμα ο θάνατος να επέρχεται έπειτα από τον συνδυασμό της καταστολής του αναπνευστικού και του πνευμονικού συστήματος ή και εγκεφαλικού οιδήματος .

### **2.6.3 Κάνναβης και Τοξική αντίδραση**

Η κατάσταση η οποία επέρχεται μετά από οξεία χρήση μεγάλων δόσεων ινδικής κάνναβης, και χαρακτηρίζεται από άγχος , πανικό, σύγχυση , συσκότιση των διανοητικών λειτουργιών, ενώ παράλληλα, συνοδεύεται από παρανοϊκό ιδεασμό , ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις . Η κλινική εικόνα αυτή του χρήστη υποχωρεί μετά το πέρασμα κάποιων ωρών από μόνη της .



## 2.7 Ψυχωσικού τύπου αντίδραση

Προκαλείται έπειτα από χρήση συχνή και μεγάλων δόσεων από ψευδαισθησιογόνες ουσίες , διεγερτικές ουσίες και κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος .

Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως απότομη και η γενική κλινική εικόνα είναι οξύτατη με τον χρήστη να βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης ,απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας , οπτικές ψευδαισθήσεις , παραλήρημα , ταχυκαρδία , ιδρώτα , ταχύπνοια και αυξημένη αρτηριακή πίεση, με αποτέλεσμα να οδηγείται πολλές φορές στο νοσοκομείο.

### 2.7.1 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Ψυχωσική αντίδραση

Ψυχωσική χαρακτηρίζεται η αντίδραση κατά την οποία η επαναλαμβανόμενη χρήση μεγάλων δόσεων βαρβιτουρικών και βενζοδιαζεπινών προκαλούν ψυχωσικού τύπου κλινική εικόνα με οξεία έναρξη , διαυγή συνείδηση , ακουστικές ψευδαισθήσεις και διωκτικού τύπου παραλήρημα . Η κλινική αυτή εικόνα μπορεί να έχει διάρκεια έως και 15 ημερών χωρίς αγωγή , τα συμπτώματα αυτά παρατηρούνται τόσο όταν ο χρήστης έχει λάβει υπερβολική δόση της ουσίας όσο και όταν την έχει στερηθεί.

### 2.7.2 Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Ψυχωσική αντίδραση

Η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονο παρανοϊκό ιδεασμό και διωκτικό παραλήρημα και είναι αποτέλεσμα μιας εκσεσημασμένης κατάχρησης διεγερτικών ουσιών . Η κλινική εικόνα του χρήστη παρουσιάζει μερικές φορές οξεία μορφή και έστω και μια μόνο χρήση μεγάλη ποσότητα ουσίας , ενώ άλλες φορές τα συμπτώματα αυξάνονται σε ένταση με το πέρασμα των ημερών και μπορούν να διαρκέσουν βδομάδες. Το διωκτικό παραλήρημα συνοδεύεται από οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις , συναισθηματική ευμεταβλητότητα και συχνά στερεοτυπικού τύπου συμπεριφορές. , προκαλώντας πανικό στον χρήστη με πλήρη έλλειψη εναισθησίας, με αποτέλεσμα ο χρήστης να έχει βίαιη και επιθετική συμπεριφορά περισσότερο σε χρήστες κοκαΐνης από ότι αμφεταμίνη. (Λιάππας,1997)

### 2.7.3 Ψευδαισθησιογόνες ουσίες και Ψυχωσική αντίδραση

Στην περίπτωση των χρηστών ψευδαισθησιογόνων ουσιών , κυριαρχούν ψυχωσικές συνδρομές που χαρακτηρίζονται από οπτικές ψευδαισθήσεις και εξαφανίζονται συνήθως ώρες ή μέρες μετά την διακοπή της ουσίας , εκτός από την περίπτωση χρήσης DOM, που παραμένουν μερικές εβδομάδες. Πολύ συχνά οι χρήστες αυτών των ουσιών προβαίνουν σε εγκληματικές ενέργειες ,ενώ και σε αυτή την περίπτωση η κλινική εικόνα του χρήστη μοιάζει με αυτή ενός παρανοϊκού τύπου σχιζοφρενική ψύχωση.

Συνεπώς , είναι μια κλινική κατάσταση η οποία παρουσιάζει μεγάλη ομοιότητα με την σχιζοφρένεια και είναι πάντα αποτέλεσμα κατάχρησης και όχι στέρησης μιας ουσίας . Σημεία που την διαφοροποιούν από την σχιζοφρένεια είναι η μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους , η υψηλή αρτηριακή πίεση , η υπερθερμία , καθώς και σημάδια από ενδοφλέβια χρήση ή εισπνοή της ουσίας .

## 2.8 Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Αποτελεί μια κλινική κατάσταση κατά την οποία ο χρήστης παρουσιάζει σύγχυση διαταραχές ως προς τον προσανατολισμό , και μείωση των διανοητικών λειτουργιών και προκαλείται όταν γίνει υπερβολική χρήση δόσης μιας ουσίας , επίσης η συνύπαρξη μιας υπάρχουσας εγκεφαλικής βλάβης, η μακροχρόνια χρήση οινόπνευματος υποβοηθούν την εκδήλωση του συνδρόμου.

### 2.8.1 Οπιούχα, κανναβινοειδή , ψευδαισθησιογόνα και Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Αποτελεί μια όχι και τόσο συχνή περίπτωση για χρήστες οπιούχων ουσιών , παρόλα αυτά , όταν αυτό συμβεί αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές καταστάσεις με κλινική εικόνα του ασθενή όπως αναφέρθηκε παραπάνω .

Στην περίπτωση χρηστών κανναβινοειδών ουσιών προκύπτει ως αποτέλεσμα μεγάλων δόσεων χρήσης από μια ουσία με κύριο αντίκρισμα τις διαταραχές των ανωτέρων διανοητικών λειτουργιών και κύρια επίδραση στον εγκεφαλικό ιστό, και η κατάσταση αυτή τις περισσότερες φορές υποχωρεί μετά από λίγο .

Έπειτα , στην περίπτωση χρηστών ψευδαισθησιογόνων ουσιών παρουσιάζει την ίδια κλινική εικόνα ,με άξιο σημείο αναφοράς ότι το σύνδρομο για τους χρήστες αυτών των ουσιών, όπως και για τους χρήστες χασίς , το σύνδρομο να χαρακτηρίζεται από χρόνια απάθεια , έλλειψη κοινωνικών στόχων και κινήτρων ,

επιβράδυνση της σκέψης και των διανοητικών λειτουργιών , καθώς και μείωση της αυτογνωσίας και των γνωστικών μηχανισμών.

### **2.8.2 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Οργανικό ψυχοσύνδρομο**

Η κατάσταση αυτή προκύπτει ως το αποτέλεσμα υπερβολικής πρόσληψης δόσης μιας ουσίας ή η κατάσταση που δημιουργείται όταν ο χρήστης έχει στερηθεί την ουσία.

Η κλινική εικόνα του χρήστη παρουσιάζει συμπτώματα όπως σύγχυση, διαταραχές προσανατολισμού , ελάττωση της νοητικής απόδοσης και δυσκολίες μνημονικού τύπου. Η κατάσταση παρομοιάζεται με κατάσταση μέθης και είναι πιθανό να προκληθεί ύστερα και από χρήση μικρής δόσης.

### **2.8.3 Διεγερτικές ουσίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και Οργανικό ψυχοσύνδρομο**

Αποτελεί τοξικού τύπου κατάσταση κατά την οποία ο χρήστης εμφανίζει έντονη σύγχυση , διαταραχές προσανατολισμού , παρανοϊκό παραλήρημα , ψευδαισθήσεις , μη συνειρμική σκέψη και συμπεριφερολογικές διαταραχές στερεοτυπικού τύπου. Συχνά εμφανίζει , τριγμό των δοντιών , λόγω της αρτηριακής υπέρτασης που δημιουργείται έπειτα από την κατάχρηση διεγερτικών ουσιών , αιμορραγίες τόσο υπαραχνοειδείς αλλά και ενδοεγκεφαλικές , αγγειακές βλάβες και υποσκληρίδια αιματώματα .

## **2.9 Συναισθηματικού τύπου διαταραχές**

Σε αυτόν τον τύπο διαταραχών αναφέρονται όλα τα είδη των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που αφορούν τη συναισθηματική λειτουργία , όπως η κατάθλιψη , το άγχος , η ευερεθιστότητα και η δυσφορία, η μανία , οι οποίες είναι πολύ κοινές σε άτομα ουσιοεξαρτόμενα. Η συναισθηματική διαταραχή άλλοτε είναι αποτέλεσμα της χρήσης και άλλοτε συνοδεύει με οξύ ή χρόνια τρόπο τα στερητικά σύνδρομα.

Από το μεγάλο αριθμό ψυχοπαθολογικών διαταραχών , οι καταθλιπτικού τύπου είναι οι συχνότερες , και επίσης συνδέεται μέσω ευθείας και αναλογικής σχέσης ,η ύπαρξη ενός καταθλιπτικού συνδρόμου με την χρήση κάποια ουσίας. Η εμφάνιση αυτών είναι πολύ συχνή σε χρήστες οινόπνευματος ,σε χρήστες οπιοειδών και LSD.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Παράγοντες που οδηγούν στην χρήση

Πολλές θεωρίες και διαφορετικές απόψεις έχουν διατυπωθεί για τα αίτια που οδηγούν στην ουσιοκατάχρηση , οι οποίες έχουν συνεισφέρει αρκετά στην κατανόηση του όλου θέματος. Η πορεία προς την κατάχρηση φαίνεται πως είναι μακροχρόνια και εξατομικευμένη για κάθε χρήστη , με τους παράγοντες που επιδρούν κατά τη διάρκεια αυτής να είναι πολλοί και να διαμορφώνουν ξεχωριστές στιγμές έως το τελικό αποτέλεσμα.

Στο παρελθόν πολλοί ήταν αυτοί που υποστήριζαν πως οι παράγοντες που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση είναι γενετικοί , βιολογικοί και κοινωνιογενείς με πολλούς να διαφωνούν με αυτό, με αποτέλεσμα οι διαμάχες αυτές να οδηγήσουν σε αδιέξοδο τους διάφορους ερευνητές. Στις μέρες μας τα πράγματα έχουν αλλάξει κατά πολύ , και έχουν καταλήξει οι ερευνητές μεταξύ τους ότι η προσπάθεια ερμηνείας και προσέγγισης των παραγόντων που συμβάλουν στην ουσιοκατάχρηση πρέπει να είναι πολυπαραγοντική και από ποικίλους τομείς , όπως εσωτερικές ,διαπροσωπικές και να περιβαλλοντικές επιδράσεις φαίνεται να επηρεάζουν την εξέλιξη του φαινομένου. Παράλληλα πολλοί υποστηρίζουν ότι νομικές και κοινωνικές παράμετροι μπορεί να παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο με ψυχολογικούς παράγοντες και γίνεται μια γενική κατηγοριοποίηση όπως αναφέρεται παρακάτω :

### 3.1 Ατομικοί Παράγοντες

#### 3.1.1 Γενετικοί

Στους γενετικούς παράγοντες και το ρόλο που παίζει η κληρονομικότητα, με την οποία φαίνεται να σχετίζεται μόνο ο αλκοολισμός , με κυρίως τις παρατηρήσεις των ερευνών να κινούνται πάνω σε γενετικά κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά , όπως η αχρωματοψία , ομάδες αίματος κ.α , καθώς επίσης και σε νευροφυσιολογικούς παράγοντες .

#### 3.1.2 Μαθησιακοί

Η συμπεριφορά του ατόμου προς όλες τις φάσεις της ζωής του λαμβάνονται υπόψη ώστε να υπάρχει μια πλήρη εικόνα προς την δημιουργία της κατάχρησης . Είναι βέβαια δύσκολο να ερμηνευθούν και να αποδοθούν αίτια που να έχουν ως πηγή την πρώιμη μαθησιακή ζωή του χρήστη , με επίκεντρο όμως στη διατήρηση και στη συμπεριφορά κατάχρησης παρά στη γέννηση της .

Επιπλέον ,ένας χρήστης σωματικά εθισμένος σε μία ουσία μαθαίνει να χρησιμοποιεί την ουσία στην προσπάθεια του να αποφύγει το σύνδρομο στέρησης της και η ανακούφιση που επιφέρει η χρήση της ουσίας γίνεται θετικός ενισχυτικός παράγοντας , ο οποίος ενθαρρύνει έναν χρήστη. Ακόμη , μερικά στερητικά συμπτώματα , αλλά και το πόσο εύκολο είναι να βρει το άτομο την ουσία αποτελούν βασικούς παράγοντες στην χρήση της αλλά επίσης αποτελεί και τον λόγο υποτροπής του χρήστη .Επομένως , σε σχέση με όλα τα παραπάνω , γίνεται κατανοητό ότι μερικοί άνθρωποι στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν δυσάρεστα - κυρίως συναισθηματικού τύπου - ερεθίσματα , καταβάλλονται από το συναίσθημα και αναπτύσσουν συμπεριφορές χρήσης και κατάχρησης χημικών προϊόντων και ουσιών , και ιδιαίτερα όταν μια τέτοια συμπεριφορά εγκρίνεται τόσο από τον προσωπικό περίγυρο του ατόμου αλλά και των διάφορων πολιτισμικών ομάδων από τις οποίες το άτομο επιθυμεί την αποδοχή του .

## 3.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

### 3.2.1 Οικογένεια

Φαίνεται να αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που οδηγεί στην ουσιοκατάχρηση . Η όχι και τόσο λειτουργική οικογένεια και ο λάθος τρόπος διαπαιδαγώγησης συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικών συμπεριφορών στα παιδιά και έτσι είναι πολύ εύκολο να εμφανιστούν τα πρώτα δείγματα κατάχρησης παράνομων ουσιών από την εφηβική ηλικία .Στις οικογένειες των χρηστών είναι συχνότερο να βρεθούν γονείς οι οποίοι πάσχουν από ψυχολογικά προβλήματα οή να είναι και οι ίδιοι χρήστες ψυχότροπων ουσιών. Ακόμη , οι συμπεριφορές και οι απόψεις που κυριαρχούν στον οικογενειακό περίγυρο αλλά και στην ίδια την οικογένεια φαίνεται υιοθετούνται από τα ίδια τα παιδιά.

Σημαντική έμφαση δίνεται στο ότι στην εξέλιξη ενός χρήστη σημαντικότερο ρόλο έχει η αντίληψη την οποία διαμόρφωσε ο χρήστης απέναντι στις ουσίες ως απόρροια της γονικής τοποθέτησης πάνω στην χρήση παράνομων ουσιών και μη . Βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι η διαταραγμένη οικογένεια ή παιδιά τέτοιων οικογενειών όπου ένας από τους δυο γονείς ή και οι δύο ήταν χρήστες , θα κάνουν κατάχρηση ουσιών , απλά έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ροπή προς αυτές, εξάλλου σημαντικό ρόλο παίζει και η ίδια η ψυχосύνθεση κάθε παιδιού και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα που δέχεται .

### 3.2.2 Προσωπικότητα

Η ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τον τρόπο που θα διαχειριστεί ένα άτομο καταστάσεις και τα διαφορετικά γεγονότα στη ζωή του.

Προβλήματα συναισθηματικού τύπου τα οποία προέρχονται , πιθανότατα , από γενετικούς παράγοντες και επιδράσεις που δέχτηκε το άτομο κατά την παιδική του ηλικία φαίνεται να διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός μελλοντικού ουσιοεξαρτώμενου χρήστη. Άλλωστε η αντικοινωνική προσωπικότητα αποτελεί κοινή και πολύ συχνή διάγνωση ανάμεσα στους χρήστες ουσιών χωρίς οι ανάμεσα τους σχέση να είναι πλήρως τεκμηριωμένη . Οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές , η χαμηλή αυτοεκτίμηση , η κακή σχολική επίδοση , η σχολική περιθωριοποίηση , το χαμηλό επίπεδο φιλοδοξίας για το μέλλον και η παραπτωματική συμπεριφορά φαίνεται να είναι σημαντικής σημασίας στο θέμα της ουσιοεξάρτησης .

Παράλληλα , χρήστες οι οποίοι είναι νευρωτικοί και παρουσιάζουν περισσότερο άγχος από ότι άλλοι, φαίνεται να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στην οικογένεια τους , στην παιδική και σχολική τους ζωή , στον εργασιακό χώρο , και πολύ συχνά να είχαν αυτοκαταστροφικές τάσεις και μόνιμο το φόβο της αποτυχίας όταν δεν έκαναν χρήση κάποιας ουσίας . Για το λόγο αυτό , η προσωπικότητα του κάθε χρήστη φαίνεται να δείχνει και την προτίμηση του στο ποια θα είναι η ουσία προς κατάχρηση από τον ίδιο ενώ ακόμη στους παράγοντες που ωθούν σε μια συγκεκριμένη ουσία συμπεριλαμβάνονται η μόδα και η διαθεσιμότητα του προϊόντος. Κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συχνά απαντώνται ανάμεσα σε χρήστες ουσιών είναι το άγχος , η κατάθλιψη , η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση , η έλλειψη τάσης για συμμόρφωση , η συναισθηματική αστάθεια , η επιθετικότητα και η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων .

### 3.2.3 Ευρύτερο Κοινωνικό Περιβάλλον

Τις περισσότερες φορές η έναρξη της χρήσης ουσιών συμβαίνει στην εφηβική ηλικία και μετά την ενθάρρυνση των φίλων του χρήστη ώστε να γίνει αποδεκτός από αυτούς , άλλωστε είναι η ηλικία κατά την οποία οι έφηβοι πειραματίζονται δοκιμάζοντας διάφορες ουσίες . Στην ηλικία αυτή είναι έντονη η επίδραση των συναναστροφών και η περιέργεια για το άγνωστο και η διαθεσιμότητα των ουσιών διευκολύνει κατά πολύ την πρόσβαση σε αυτές.

Η απόψεις που έχει ο κοινωνικός περίγυρος διαμορφώνουν την αντίληψη του χρήστη για τις ουσίες, ειδικά κατά την περίοδο όπου πλέον η γονική επίδραση εξασθενεί και την θέση της λαμβάνουν οι πεποιθήσεις του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος κατευθύνουν το έφηβο προς την χρήση ουσιών ως τον τρόπο ένδειξης, πολλές φορές, της ενηλικίωσης, του ανδρισμού και της αποδοχής του ως μέλος μιας ομάδας.

Συχνά, τα άτομα περιθωριακών ή αντικομφορμιστικών ομάδων κάνουν χρήση καθολικά μιας ουσίας ως τρόπου δήλωσης ότι ανήκουν σε αυτή, αφού τις περισσότερες φορές η χρήση μιας ουσίας θεωρείται ιδιαίτερο προσόν και δείγμα δύναμης, απελευθέρωσης και αντίδρασης στην κοινωνία η οποία τα απαγορεύει, δίνοντας τους ακόμα μεγαλύτερο γόητρο, θεωρούν ότι γεύονται κάτι απαγορευμένο και γίνονται οι ίδιοι «επαναστάτες», αδιαφορώντας για τις καταστροφικές επιδράσεις και συνέπειες που έχουν οι ουσίες στον οργανισμό.

Συνεπώς, θα λέγαμε πως οι συναναστροφές με διάφορες ομάδες ανηλίκων αλλά και ενηλίκων είναι δυνατόν να επιδράσουν μεταβάλλοντας την αυτοεκτίμηση, τον προσανατολισμό και τις απόψεις των μελών μιας ομάδας όταν το άτομο αυτό έχει ανάγκη από αποδοχή και αναγνώριση.

### **3.2.4 Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις**

Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις του κάθε ατόμου διαμορφώνονται από τις αντιλήψεις που έχει η κοινωνία της οποίας αποτελεί μέλος. Επίσης τα εκάστοτε επικρατούντα πολιτεύματα και τα πολιτισμικά δεδομένα φαίνεται να είναι καθοριστικά για τις απόψεις που υιοθετούνται από τα άτομα κάθε κοινωνικής ομάδας. Άλλωστε, υπάρχουν πάρα πολλά τέτοια παραδείγματα από την πρόσφατη ιστορία που το επιβεβαιώνουν, όπως ότι οι κοινωνίες στις οποίες οι εθιστικές ουσίες ήταν κοινωνικά αποδεκτές και διαθέσιμες, οι ουσίες αυτές πέρα από το ότι χρησιμοποιούνταν ευρέως και η χρήση τους γρήγορα συνδέθηκε με τα αρνητικά τόσο ατομικά και κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούσαν. Τέτοια παραδείγματα είναι της Κίνας όπου το 1858 έγινε η απαγόρευση του εμπορίου του οπίου και μέχρι το 1900 υπήρχε ακόμα μεγάλο ποσοστό εθισμένων στη χώρα, ώστε μόνο μετά από πολύ αυστηρά μέτρα, τουλάχιστον μισού αιώνα, ώστε να απαλλαγεί τελικά η χώρα από την ουσία.

Ακόμη, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και το πώς αυτές διαμορφώνουν τα πιστεύω των πιστών τους έχουν πολύ σημαντικό ρόλο μεταξύ των θρησκευτικών ομάδων. Ένα τέτοιο παράδειγμα, είναι αυτό της Μ. Βρετανίας όταν το 1981 – 1982 ενώ η αύξηση της ηρωίνης είχε φτάσει στο έπακρο άτομα και κυρίως νέοι με καταγωγή από τις Δυτικές Ινδίες είχαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό κατανάλωσης της και αυτό γιατί η ηρωίνη στις κοινωνίες και στη πολιτισμικοθρησκευτική άποψη αυτών

αντιπροσωπεύει το κακό , κάτι που δεν συμβαίνει με το χασίς το οποίο θεωρείται ακίνδυνο και αποδεκτό. Ως αποτέλεσμα η χρήση της κάνναβης από αυτές τις ομάδες να ήταν πολύ πιο διαδεδομένη.

Στους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση μιας ουσίας είναι η διαθεσιμότητα της. Για παράδειγμα στην Ταϊλάνδη όπου η ουσία είναι πολύ εύκολο να αποκτηθεί, ο αριθμός των ουσιοεξαρτημένων ατόμων είναι πολύ υψηλός. Ακόμη ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί και αυτό του Βιετνάμ όπου η ηρωίνη είναι πολύ εύκολα διαθέσιμη , οι Αμερικανοί στρατιώτες πηγαίνοντας στον πόλεμο κατέληγαν να είναι εξαρτημένοι ,και μόνο αφότου γύρισαν πίσω στις ΗΠΑ κατάφεραν να σταματήσουν την χρήση της.

### **3.2.5 Υπάρχοντα ψυχοπαθολογικά προβλήματα**

Η χρήση μιας ουσίας δεν φαίνεται να αποτελεί τυχαία επιλογή , αφού η ουσία αυτή είναι συνήθως εκείνη που επιδρά ρυθμιστικά πάνω στα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα του χρήστη . Για αυτό το λόγο πολύ συχνά παρατηρείται ότι οι χρήστες οπιούχων αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και παρανοϊκή συμπεριφορά, επίσης άτομα με παθολογικές σωματικές καταστάσεις οι οποίες προκαλούν χρόνιους πόνους , δυσφορικές συναισθηματικές καταστάσεις και ψυχιατρικές συνδρομές εμφανίζουν μια προδιάθεση για ουσιοεξάρτηση.

Επομένως , η κοκαΐνη χρησιμοποιείται από χρήστες που βασανίζονται από την κατάθλιψη , τη μανία και την υπερδραστηριότητα αφού επιδρά και ανακουφίζει τέτοιες καταστάσεις. Ενώ, τα οπιοειδή επιλέγονται επειδή καταστέλλουν τα απειλητικά συναισθήματα οργής και επιθετικότητας που βιώνει ο χρήστης. Συνεπώς , από την πρώτη κιόλας χρήση , επέρχεται ανακούφιση και αυτό γίνεται ενισχυτικός παράγοντας για την επανάληψη .



## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία Έρευνας

Η έρευνα διεξαχθεί σε δύο πόλεις της Ελλάδας, στο Ηράκλειο της Κρήτης και την Αθήνα και συγκεκριμένα στον φοιτητικό πληθυσμό. Το δείγμα ήταν 83 φοιτητές που σπουδάζουν στα ΤΕΙ και ΑΕΙ των δύο πόλεων. Τα κριτήρια με τα οποία καθορίστηκε το δείγμα είναι : το άτομο να είναι φοιτητής, να έχει κάνει χρήση τουλάχιστον μίας ναρκωτικής .

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της έρευνας είναι η συλλογή των δεδομένων με αυτοσυμπληρούμενο ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις είναι δημογραφικές, κυρίως κλειστού τύπου, κάποιες ερωτήσεις διηθητικές (ή ερωτήσεις φίλτρο) και ελάχιστες ανοικτού τύπου. Έχει γίνει πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε δείγμα 20 ατόμων και ο χρόνος συμπλήρωσής του υπολογίστηκε από 5 έως 7 λεπτά. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων είχε διάρκεια δύο μηνών . Η επεξεργασία, η ανάλυση και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το ειδικό λογισμικό SPSS.

Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Ανάλυση Έρευνας

### 4.1 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει ερωτήσεις δημογραφικών και προσωπικών χαρακτηριστικών, ερωτήσεις σχετικά με την προσωπικότητα – τον αθλητισμό, την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση παράνομων ουσιών. Επίσης, περιέχονται ερωτήσεις σχετικά με την ενημέρωση για τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες καθώς για τις μέθοδοι περιορισμού του προβλήματος των ναρκωτικών.

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από φοιτητές που σπουδάζουν κυρίως σε ΑΕΙ και ΤΕΙ του Ηρακλείου Κρήτης και της Αθήνας τη χρονική περίοδο του Μαΐου του 2019. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Για την ανάλυση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά μέτρα για ποιοτικές μεταβλητές (συχνότητες και ποσοστά) και ραβδογράμματα. Επιπλέον, κατά την περαιτέρω ανάλυση και προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα θα χρησιμοποιηθούν οι έλεγχοι Chi – squaretest καθώς οι μεταβλητές μας είναι ποιοτικές και όπου δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του ανωτέρω ελέγχου χρησιμοποιήθηκε Fisher' sexacttest.

### 4.2 Δημογραφικά- προσωπικά στοιχεία

Παρακάτω παρατίθεται πίνακας ποσοστών αναφορικά με τα δημογραφικά προσωπικά στοιχεία και τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα. Σε ορισμένες μεταβλητές προβήκαμε σε κωδικοποίηση κατηγοριών ώστε να είναι δυνατή η περαιτέρω ανάλυση (π.χ μεταβλητή ηλικιακή ομάδα, σχολή σπουδών κλπ)

**Πίνακας 6: Ποσοστά**

Μεταβλητές		Κατηγορίες	Ποσοστά
Δημογραφικά- προσωπικά στοιχεία	Φύλο	<b>Άνδρας</b>	<b>59%</b>
		Γυναίκα	41%
	Ηλικιακή ομάδα	18 έως 21 ετών	38,6%
		<b>22 έως 25 ετών</b>	<b>57,8%</b>
		26 έως 28 ετών	3,6%
	Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	<b>ΑΕΙ</b>	<b>47%</b>
		ΤΕΙ	44,6%
		Άλλο	8,4%
	Σχολή σπουδών	<b>Θετική (Οικονομικό, Μαθηματικό, Χημικό, Φυσικό, Πολυτεχνείο)</b>	<b>30,1%</b>
		Θεωρητική (Γεωπονική, Φιλολογία,	20,5%

		Κοινωνική Εργασία, Νομική, Λογοθεραπεία, Δημοσιογραφία, Κοινωνιολογία)	
		Επιστήμες Υγείας (Ιατρική, Φαρμακευτική, Νοσηλευτική, Βιολογία)	26,5%
		Τεχνολογική (Πληροφορική, OSD, Επιστήμη Υλικών, Επιστήμη Υπολογιστών, Τεχνολογία τροφίμων)	10,8%
		Άλλο (ΙΕΚ, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΦΑΑ)	12%
	Πόλη κατοικίας	<b>Ηράκλειο</b>	<b>47,6%</b>
		Αθήνα	41,5%
		Άλλο	9,8%
	Είσαι οικονομικά ευκατάστατος/η;	Καθόλου	29,6%
		<b>Λίγο</b>	<b>50,6%</b>
		Πολύ	19,8%
	Διαμονή με γονείς	<b>Ναι</b>	<b>51,2%</b>
		Όχι	48,8%
	Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	6,3%
		<b>Άγαμος/η</b>	<b>83,5%</b>
		Διαζευγμένος/η	3,8%
		Άλλο	6,3%
	Είσαι γονέας;	Ναι	7,4%
		<b>Όχι</b>	<b>92,6%</b>
	Είσαι θρησκευόμενος;	Ναι	35%
		<b>Όχι</b>	<b>65%</b>
Ατομικά Χαρακτηριστικά	Χαρακτηρισμός εαυτού	<b>Αισιόδοξος/η</b>	<b>26,5%</b>
		Οξύθυμος/η	13,3%
		Ευαίσθητος/η	15,7%
		Απαισιόδοξος/η	4,8%
		Επιθετικός/η, Ευερέθιστος/η, Εσωστρεφής	1,2%
		Αγχώδης	7,2%
		Εξωστρεφής	10,8%
		Δραστήριος/α	13,3%
	Ασχολία με αθλητισμό	<b>Καθόλου</b>	<b>38,5%</b>
		Λίγο	32,1%
		Πολύ	29,5%
	Είδος αθλητικής δραστηριότητας	<b>Γυμναστήριο</b>	<b>18,5%</b>
		Τρέξιμο	13,6%
		Στίβος	8,6%
		Κολύμβηση	4,9%
		Πολεμικές τέχνες	7,4%
		Ποδηλασία	2,5%
		Χορός	3,7%
		Άλλο	6,2%
	<b>Δεν ασχολούμαι με αθλητικές δραστηριότητες</b>	<b>34,6%</b>	
Κατανάλωση	<b>Ναι</b>	<b>77,1%</b>	

	αλκοόλ	Όχι	21,7%
	Γονείς καπνιστές	<b>Ναι</b>	53%
		Όχι	45,8%
	Καπνιστής ερωτώμενος	<b>Ναι</b>	50,6%
		Όχι	49,4%
	Χρήση παράνομων ουσιών ερωτώμενοι	Ναι	36,1%
		<b>Όχι</b>	<b>63,9%</b>
	Χρήση παράνομων ουσιών γονείς ερωτώμενων	Ναι	11,3%
		Όχι	38,7%
		<b>Δεν γνωρίζω</b>	<b>50%</b>
	Έπασχες ή πάσχεις από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο	Ναι	12%
		<b>Όχι</b>	<b>88%</b>
	Χρήση αγχολυτικών	Ναι	4,1%
		<b>Όχι</b>	<b>94,6%</b>
		Δεν απαντώ	1,4%
	Χρήση αντικαταθλιπτικών	Ναι	2,7%
		<b>Όχι</b>	<b>97,3%</b>
	Ανεύρεση πληροφοριών για παράνομες ουσίες	Φίλοι	22,8%
		Γονείς	4,1%
Συγγενείς		1,4%	
<b>Ίντερνετ</b>		<b>37,9%</b>	
Επαγγελματίες Υγείας		15,2%	
Κοινωνικοί Λειτουργοί		9%	
Χρήστες Ουσιών		6,9%	
Άλλο		2,8%	

Το προφίλ του ερωτώμενου που συμμετείχε στην έρευνα αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία είναι: άνδρας (59%) ηλικίας από 22 έως 25 ετών (57,8%) που σπουδάζει σε ΑΕΙ (47%) με σπουδές κατά κύριο λόγο θετικής κατεύθυνσης (30,1%), μένει στο Ηράκλειο της Κρήτης (47,6%), δηλώνει ότι έχει μέτρια οικονομική κατάσταση (50,6%), μένει με τους γονείς του (51,2%), είναι άγαμος (83,5%), δεν είναι γονέας (92,6%) αλλά ούτε και θρησκευόμενος (65%).

Το προφίλ του ερωτώμενου που συμμετείχε στην έρευνα αναφορικά με τα ατομικά του χαρακτηριστικά έχει ως εξής: χαρακτηρίζει τον εαυτό του αισιόδοξο (26,5%), δεν ασχολείται με τον αθλητισμό (38,5%) αν και από όσους δήλωσαν ότι ασχολούνται λίγο (32,1%) και πολύ (29,5%) με τον αθλητισμό που αθροιστικά φτάνουν σε ποσοστό το 61,6%, κατά κύριο λόγο πηγαίνει γυμναστήριο (18,5%). Καταναλώνει αλκοόλ σε ποσοστό 77,1%, έχει καπνιστές γονείς (53%), είναι ο ίδιος καπνιστής (50,6% σε χαμηλότερο ποσοστό από τους γονείς), δεν έχει κάνει χρήση παράνομων ουσιών (63,9%), δεν γνωρίζει αν οι γονείς του έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών (50%), δεν πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο (88%), δεν κάνει χρήση αγχολυτικών ούτε αντικαταθλιπτικών (94,6% και 97,3% αντίστοιχα).

**Πίνακας 7 : Ατομικά χαρακτηριστικά του 77,1% των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ**

Μεταβλητές	Κατηγορίες	Ποσοστά
Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ	Τουλάχιστον ένα ποτό την ημέρα	12,5%
	<b>1-2 ποτά την εβδομάδα</b>	<b>41,3%</b>
	1-2 ποτά τον μήνα	20%
	1-2 ποτά τον χρόνο	5%
	Δεν πίνω	21,3%
Αισθάνθηκες ποτέ ότι πρέπει να σταματήσεις να καταναλώνεις αλκοόλ	Ναι	16,2%
	<b>Όχι</b>	<b>83,8%</b>
Σε ενόχλησε ποτέ η κριτική που δέχτηκες από ανθρώπους επειδή πίνεις	Ναι	30,9%
	<b>Όχι</b>	<b>69,1%</b>
Έχεις νιώσει ποτέ ενοχές ή άσχημα επειδή πίνεις	Ναι	19,4%
	<b>Όχι</b>	<b>79,1%</b>
Έχεις καταναλώσει ποτέ αλκοόλ για να αισθανθείς καλύτερα	<b>Ναι</b>	<b>58,2%</b>
	Όχι	41,8%
Οι κοντινοί σου άνθρωποι παραπονιούνται για αυτή σου τη συνήθεια	Ναι	18,2%
	<b>Όχι</b>	<b>81,8%</b>
Συνήθως δυσκολεύεσαι να θυμηθείς τις πράξεις ή τα λόγια σου μετά την χρήση αλκοόλ	Ναι	19,7%
	<b>Όχι</b>	<b>78,8%</b>
Ηλικία 1ης χρήσης αλκοόλ	Κάτω από 14 ετών	2,5%
	<b>14 έως 16 ετών</b>	<b>38,8%</b>
	17 έως 19 ετών	23,8%
	20 ετών και πάνω	-
	Δεν θυμάμαι	35,0%

Από το 77,1% των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ, οι περισσότεροι (41,3%) καταλώνουν 1-2 ποτά την εβδομάδα. Επιπλέον, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι έκαναν πρώτη φορά χρήση αλκοόλ από 14 έως 16 ετών(38,8%).

Από το 77,1% των ατόμων που δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ, το 83,8% αυτών δεν αισθάνθηκε ποτέ ότι πρέπει να σταματήσει να καταναλώνει αλκοόλ, το 69,1% δεν το ενόχλησε ποτέ η κριτική που δέχτηκε από ανθρώπους επειδή πίνει, το 79,1% δεν έχει νιώσει ποτέ ενοχές ή άσχημα επειδή πίνει, το 81,8% δήλωσε ότι οι κοντινοί του άνθρωποι δεν παραπονιούνται για αυτή τους τη συνήθεια και τέλος το 78,8% δήλωσε ότι συνήθως δεν δυσκολεύεται να θυμηθεί τις πράξεις ή τα λόγια του μετά την χρήση αλκοόλ. Η μόνη κατηγορία στην οποία η θετική απάντηση παρουσιάζει οριακά μεγαλύτερο ποσοστό (58,2% Ναι έναντι 41,8% Όχι) αφορά το γεγονός ότι οι

ερωτώμενοι δήλωσαν πως έχουν καταναλώσει αλκοόλ για να αισθανθούν καλύτερα.

**Πίνακας 8 : Ατομικά χαρακτηριστικά του 50,6% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι καπνίζουν.**

Μεταβλητές	Κατηγορίες	Ποσοστά
Συχνότητα χρήσης καπνού	1-5 τσιγάρα εβδομαδιαίως	<b>43,5</b>
	6-15 τσιγάρα εβδομαδιαίως	8,1
	περισσότερα από 15 τσιγάρα εβδομαδιαίως	1,6
	<b>1-5 τσιγάρα ημερησίως</b>	30,6
	περισσότερα από 15 τσιγάρα ημερησίως	16,1

Από το 50,6% των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι κάνουν χρήση καπνού, το 43,5% αυτών δήλωσε ότι καπνίζει 1-5 τσιγάρα εβδομαδιαίως.

**Πίνακας 9 : Ατομικά χαρακτηριστικά του 36,1% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών**

Μεταβλητές	Κατηγορίες			
	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Παραμελείς την εμφάνισή σου	34,6%	<b>38,5%</b>	19,2%	7,7%
Είσαι ασυνεπής όσον αφορά την σχολή σου	-	<b>50,0%</b>	38,5%	11,5%
Χαρακτηρίζεσαι από επιθετικότητα, βίαια ξεσπάσματα ή ευερεθιστικότητα	26,9%	<b>53,8%</b>	19,2%	-
Έχεις αποξενωθεί από το οικογενειακό ή φιλικό σου περιβάλλον	26,9%	<b>46,2%</b>	19,2%	7,7%
Δυσκολεύεσαι να φέρεις εις πέρας ακόμη και τις πιο απλές καθημερινές σου υποχρεώσεις	28%	<b>60%</b>	8%	4%
Έχεις συχνά διαταραγμένο ύπνο	19,2%	<b>50%</b>	26,9%	3,8%
Έχεις συχνά απότομες διακυμάνσεις στο βάρος σου	<b>43,5%</b>	34,8%	21,7%	-

Από το 36,1% των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών, το 38,5% παραμελεί λίγο την εμφάνισή του, το 50% είναι λίγο ασυνεπής όσον αφορά την σχολή του, το 53,8% δηλώνει ότι χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα, βίαια ξεσπάσματα ή ευερεθιστικότητα σε μικρό βαθμό, το 46,2%

έχει αποξενωθεί λίγο από το οικογενειακό ή φιλικό του περιβάλλον, το 60% δυσκολεύεται λίγο να φέρει εις πέρας ακόμη και τις πιο απλές καθημερινές σου υποχρεώσεις, το 50% έχει διαταραγμένο ύπνο σε μέτριο βαθμό και το 43,5% δεν έχει καθόλου απότομες διακυμάνσεις στο βάρος του.

Ηλικία 1 <sup>ης</sup> χρήσης παράνομων ουσιών	Κάτω από 16 ετών	1,3%
	16 έως 18 ετών	16,5%
	19 έως 21 ετών	19%
	22 ετών και πάνω	3,8%
	<b>Δεν θυμάμαι</b>	<b>59,5%</b>
Συχνότητα χρήσης παράνομων ουσιών	Καθημερινά	2,5%
	1-2 φορές την εβδομάδα	6,2%
	1-2 φορές τον μήνα	12,3%
	<b>1-2 φορές το χρόνο</b>	<b>79,0%</b>
Ενημέρωση σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση Π.Ο	Ναι	25,6%
	Όχι	24,4%
	<b>Δεν ξέρω/Δεν απαντώ</b>	<b>50%</b>
Από ποιους έχεις ενημερωθεί σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση Π.Ο	Φίλοι	18,8%
	Γονείς	6,3%
	Συγγενείς	-
	Καμπάνιες ενημέρωσης	18,8%
	<b>Ίντερνετ</b>	<b>40,6%</b>
	Τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας	9,4%
	Αστυνομία	-
	Σχολείο	-
	Άλλο	6,3%

Από το 36,1% των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών, οι περισσότεροι (59,9%) δεν θυμούνται πότε έκαναν πρώτη φορά χρήση αυτών των ουσιών. Ωστόσο, από τους υπόλοιπους το 16,5% δήλωσε ότι έκανε την πρώτη χρήση στις ηλικίες από 16 έως 18 ετών. Οι περισσότεροι (79%) δηλώνουν ότι κάνουν χρήση 1-2 φορές το χρόνο. Το 25,6% δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση παράνομων ουσιών και το 40,6% δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί από το Ίντερνετ σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση Π.Ο.

**Πίνακας 10 : Είδος παράνομων ουσιών που δήλωσε το 36,1% των ερωτηθέντων που κάνει χρήση αυτών των ουσιών**

	Percent of Cases
<b>Χρήση_KANNABΗΣ</b>	<b>39,8%</b>
Χρήση_KOKAΙΝΗΣ	10,8%
Χρήση_ΗΡΩΙΝΗΣ	1,2%
Χρήση_LSD	3,6%
Χρήση_MDMA	2,4%
Χρήση_ECSTASY	4,8%

Οι περισσότεροι χρήστες παράνομων ουσιών δηλώνουν ότι κάνουν χρήση κάνναβης.

**Πίνακας 11 : Ατομικά χαρακτηριστικά του 77,1% των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ ή του 36,1% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών**

	Ποσοστό περιπτώσεων
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_βαρεμάρας	19,4%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_στενοχώριας	25,8%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_χαράς	41,9%
<b>Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_παρέας</b>	<b>64,5%</b>
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_συντρόφου	17,7%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_άγχους	30,6%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_παρότρυνσης	11,3%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_έκθεσης_σε_αυτά	24,2%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_οικον_κατάστασης	12,9%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_αισ_μέρους_παρέας	9,7%
Χρήση_A_ή_ΠΟ_λόγω_εξαναγκασμού	1,6%

Όσοι καταναλώνουν αλκοόλ ή κάνουν χρήση παράνομων ουσιών δηλώνουν ότι το κάνουν αυτό λόγω παρέας (64,5%)

**Πίνακας 12 :Ατομικά χαρακτηριστικά του 12% των ερωτηθέντων που απάντησε ότι πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο**

Μεταβλητές	Κατηγορίες	Ποσοστά
<b>Είδος νόσου</b>	<b>Αγχώδης διαταραχή</b>	<b>50% (5)</b>
	Κατάθλιψη	40% (4)
	Μανιοκατάθλιψη	10% (1)
<b>Εμφάνιση νόσου πριν ή μετά</b>	Πριν την χρήση	33,3%



τη χρήση	Μετά την χρήση	66,6%
Χρήση αγχολυτικών	Ναι	4,1%
	Όχι	94,6%
	Δεν απαντώ	1,4%
Χρήση αντικαταθλιπτικών	Ναι	2,7%
	Όχι	97,3%

Το 50% των ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο έχουν αγχώδη διαταραχή. Το 66,6% δήλωσε ότι η νόσος εμφανίστηκε μετά τη χρήση ουσιών. Τέλος η συντριπτική πλειοψηφία αυτών που στην έρευνα δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο δεν κάνουν χρήση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών (94,6% και 97,3% αντίστοιχα).

### Πίνακας 13: Προσωπικότητα

Μεταβλητές	Κατηγορίες	
	Ναι	Όχι
Η διάθεσή σου έχει συχνά απότομες διακυμάνσεις	38,6%	<b>61,4%</b>
Δυσκολεύεσαι να παίρνεις αποφάσεις	28,9%	<b>71,1%</b>
Δυσκολεύεσαι να εισέλθεις σε έναν χώρο με πολύ κόσμο	14,5%	<b>85,5%</b>
Δυσκολεύεσαι να διατηρείς τον έλεγχο των σκέψεών σου	16,9%	<b>83,1%</b>
Βρίσκεις δύσκολα ευχαρίστηση με το να κάνεις πράγματα	25,3	<b>74,7%</b>
Σου αρέσει η ιδέα του να συναναστρέφεσαι με καινούργιους ανθρώπους	<b>63,9%</b>	36,1%
Προτιμάς να μείνεις στο σπίτι σου από το να βγεις με την παρέα σου	24,7%	<b>75,3%</b>
Συχνά νιώθεις άβολα όταν οι άνθρωποι σε αγγίζουν	25,6%	<b>74,4%</b>
Συχνά νιώθεις ότι τίποτα δεν έχει νόημα γύρω σου και όλα είναι μάταια	15,9%	<b>84,1%</b>
Συχνά νιώθεις έναν απροσδιόριστο φόβο για όλα/όλους γύρω σου	11%	<b>89%</b>

Αναφορικά με τις ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα των ερωτώμενων το 61,4% αυτών δηλώνει ότι η διάθεσή του δεν έχει συχνά απότομες διακυμάνσεις, το 71,1% δεν δυσκολεύεται να παίρνει αποφάσεις, το 85,5% δεν δυσκολεύεται να εισέλθει σε έναν χώρο με πολύ κόσμο, το 83,1% δεν δυσκολεύεται να διατηρήσει τον έλεγχο των σκέψεών του, το 74,7% βρίσκει εύκολα ευχαρίστηση με το να κάνει πράγματα, στο 63,9% αρέσει η ιδέα του να συναναστρέφεται με καινούργιους ανθρώπους, το 75,3% προτιμά να μη μένει στο σπίτι του αλλά να βγαίνει με την παρέα του, το 74,4% δε νιώθει άβολα όταν οι άνθρωποι το αγγίζουν, το 84,1% δε νιώθει ότι τίποτα δεν έχει νόημα γύρω του και όλα είναι μάταια και το 89% δε νιώθει έναν απροσδιόριστο φόβο για όλα/όλους γύρω του

<u>ΟΥΣΙΑ</u>	<b>Πολύ εύκολο</b>	<b>Εύκολο</b>	<b>Δύσκολο</b>	<b>Πολύ Δύσκολο</b>	<b>Δεν απαντώ</b>
--------------	------------------------	---------------	----------------	-------------------------	-----------------------

### Προσωπικότητα

Μεταβλητές	Κατηγορίες	
	Ναι	Όχι
Θα ήθελες οι άνθρωποι να σε αντιμετωπίζουν διαφορετικά	30,5%	<b>69,5%</b>
Μερικές φορές νιώθεις μία έντονη παρόρμηση να κάνεις κάτι επιβλαβές ή επικίνδυνο	23,2%	<b>76,8%</b>
Έχεις σκεφτεί να κάνεις κακό στον εαυτό σου ή σε άλλους	17,1%	<b>82,9%</b>
Συχνά έχεις την ανάγκη να σπάσεις ή να καταστρέψεις κάποιο αντικείμενο	36,6%	<b>63,4%</b>
Μερικές φορές οι σκέψεις σου είναι τόσο ισχυρές που σχεδόν τις ακούς	11,1%	<b>88,9%</b>
Μερικές φορές έχεις νιώσει μία κακή παρουσία γύρω σου, παρόλο που δεν μπορούσες να την δεις	22%	<b>78%</b>
Έχεις σκεφτεί πως διαθέτεις μία ιδιαίτερη, σχεδόν μαγική δύναμη	6,1%	<b>93,9%</b>
Μερικές φορές κάποιες παρορμητικές σκέψεις σου μοιάζουν τόσο πραγματικές που σε τρομάζουν	11%	<b>89%</b>
Συχνά νιώθεις ότι όλοι οι άνθρωποι συνωμοτούν εναντίον σου και θέλουν να σε βλάψουν	6,1%	<b>93,9%</b>
Συχνά νιώθεις ότι οι άνθρωποι σε παρακολουθούν	3,7%	<b>96,3%</b>

### Πίνακας 14 : Αποτελεσματικές μέθοδοι αντιμετώπισης προβλήματος

	Ποσοστό περιπτώσεων
<b>ΣΜΕΘΟΔΟΙ<sup>α</sup></b>	
ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	37,8%
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΜΠΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ</b>	<b>69,5%</b>
ΔΡΑΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ	23,2%
ΜΕΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ	36,6%
ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	13,4%
ΜΕΙΩΣΗ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΕΙΑΣ	41,5%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9,8%

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών είναι, κατά την άποψη των συμμετεχόντων στην έρευνα, η λήψη δραστικών μέτρων ενάντια στους εμπόρους και τη διακίνηση σε ποσοστό 69,5%.

### Πίνακας 15 : Πόσο δύσκολο θα είναι για εσένα να βρεις το ακόλουθο στο επόμενο 24ωρό

Εξαρτησιογόνες ουσίες	Ποσοστό περιπτώσεων
Κατανάλωση_ακλόλ	92,8%
Χρήση καπνού	60,9%
Χρήση_KANNABΗΣ	47,8%
Χρήση_KOKAΙΝΗΣ	13,0%
Χρήση_ΗΡΩΙΝΗΣ	1,4%
Χρήση_LSD	4,3%

Η ανεύρεση αλκοόλ είναι πολύ εύκολη για τους ερωτώμενους σε ποσοστό 81,7% ενώ η ανεύρεση κάνναβης εύκολη σε ποσοστό 34,1%. Πολύ δύσκολο να ανευρεθούν είναι η ηρωίνη, το έκσταση, το MDMA, το LSD, η μεθαμφεταμίνη και η κοκαΐνη με ποσοστά 62.2%, 56.1%, 52.4%, 62.2%, 73.2% και 47.6% αντίστοιχα.

### 4.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα επιμέρους ερωτήματα στα οποία θα απαντήσει η εν λόγω έρευνα είναι τα εξής:

- Ποιές εξαρτησιογόνες ουσίες χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους νέους;
- Ποιοί παράγοντες σχετίζονται με τη χρήση ουσιών;
- Ποιές ουσίες συνδέονται περισσότερο με την ψυχοπαθολογία;
- Πόσο πιθανό είναι ένα υγιές νέο άτομο να εμφανίσει κάποια ψυχιατρική νόσο μετά την χρήση;
- Ποιές είναι οι ψυχιατρικές νόσοι που πλήττουν πιο συχνά τους νεαρούς χρήστες;
- Ποιά είναι η σοβαρότητα των νόσων αυτών και σε τι βαθμό επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου;
- Ποιό είναι το γνωστικό επίπεδο των νέων για τις επικίνδυνες επιπτώσεις των ναρκωτικών ουσιών;

#### 4.3.1 Ποιές εξαρτησιογόνες ουσίες χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους νέους

**Ποιές εξαρτησιογόνες ουσίες χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους νέους**

Χρήση_MDMA	2,9%
Χρήση_ECSTASY	5,8%

#### 4.3.2 Ποιοί παράγοντες σχετίζονται με τη χρήση ουσιών;

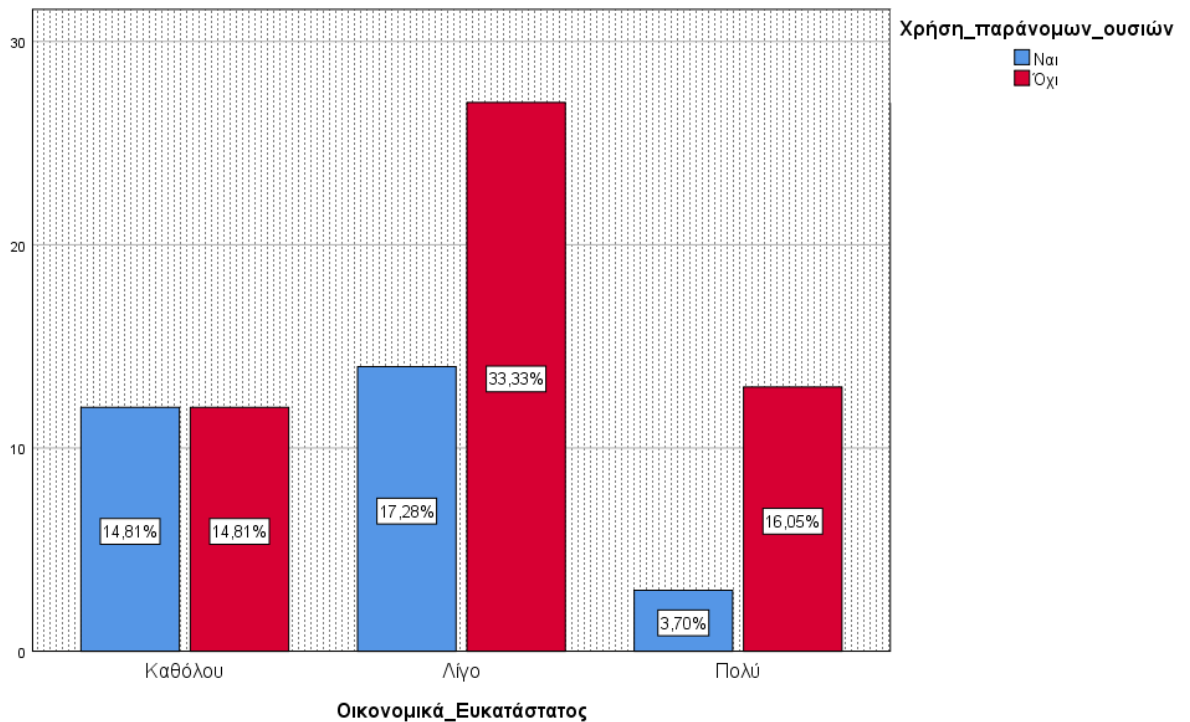
##### 4.3.2.1 Οικονομική κατάσταση και χρήση

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 33,3% των ατόμων που δηλώνουν μέτρια οικονομική κατάσταση δεν κάνουν χρήση παράνομων ουσιών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η καλή οικονομική κατάσταση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα χρήσης. Στο δείγμα μας μόνο το 3,7% των χρηστών δηλώνουν ότι είναι πολύ οικονομικά ευκατάστατοι.

**Πίνακας 17 : Χρήση\_παράνομων\_ουσιών \* Οικονομικά\_Ευκατάστατος**

#### Crosstabulation

		Οικονομικά_Ευκατάστατος			Total	
		Καθόλου	Λίγο	Πολύ		
Χρήση_παράνομων_ουσιών	Ναι	Count	12	14	3	29
		Expected Count	8,6	14,7	5,7	29,0
		% of Total	14,8%	17,3%	<b>3,7%</b>	35,8%
	Όχι	Count	12	27	13	52
		Expected Count	15,4	26,3	10,3	52,0
		% of Total	14,8%	<b>33,3%</b>	16,0%	64,2%
Total	Count	24	41	16	81	
	Expected Count	24,0	41,0	16,0	81,0	
	% of Total	29,6%	50,6%	19,8%	100,0%	



**Εικόνα 9 : Οικονομικά Ευκατάστατος**

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, και διαπιστώνοντας ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της χρήσης παράνομων ουσιών το αποτέλεσμα  $\chi^2(2) = 4.178, p=0.124$  μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών (οικονομική κατάσταση και της χρήση παράνομων ουσιών).

**Πίνακας 18 : Οικονομικά ευκατάστατος συσχέτιση**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,178 <sup>a</sup>	2	,124
Likelihood Ratio	4,311	2	,116
Linear-by-Linear Association	4,126	1	,042
N of Valid Cases	81		

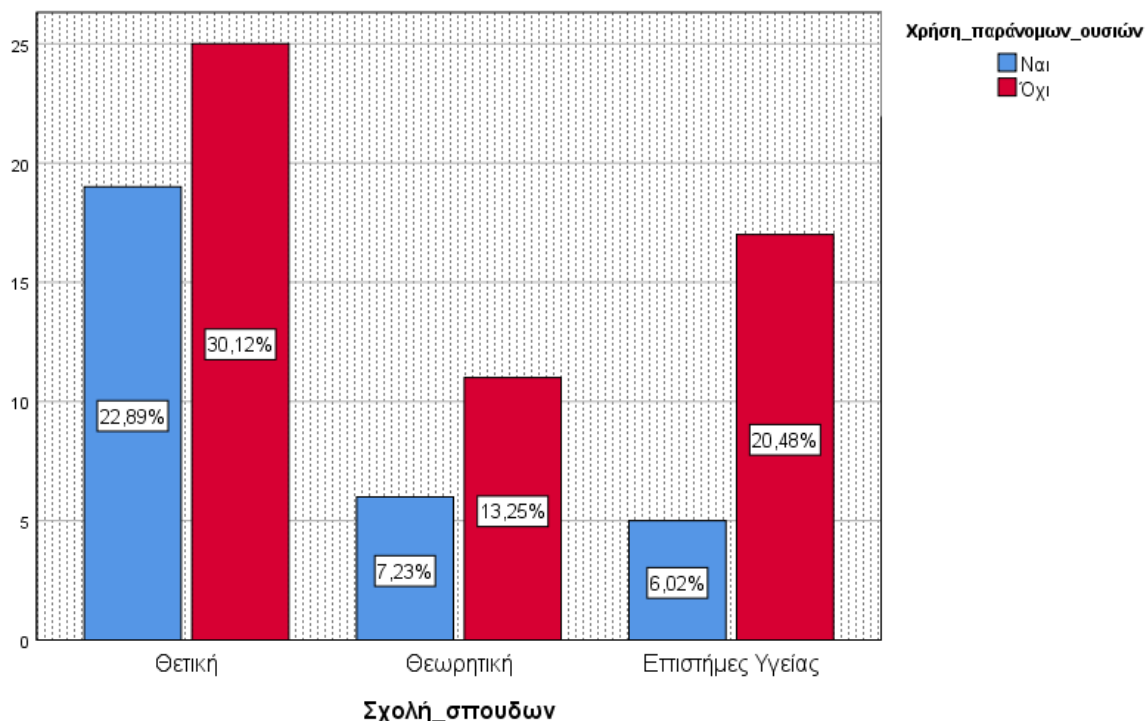
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,73.

#### 4.3.2.2 Σχολή φοίτησης και χρήση

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 30,1% των ατόμων που φοιτούν σε σχολές θετικής κατεύθυνσης δεν είναι χρήστες παράνομων ουσιών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι φοιτητές ιατρικών και παραϊατρικών σχολών σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Στο δείγμα μας μόνο το 6% των χρηστών φοιτούν σε σχολές σχετικές με τις επιστήμες υγείας.

**Πίνακας 19 : Σχολή σπουδών και χρήση παράνομων ουσιών**

Σχολή_σπουδων_cat			Χρήση_παράνομων_ουσιών		Total
			Ναι	Όχι	
Σχολή_σπουδων_cat	Θετική	Count	19	25	44
		Expected Count	15,9	28,1	44,0
		% of Total	22,9%	<b>30,1%</b>	53,0%
	Θεωρητική	Count	6	11	17
		Expected Count	6,1	10,9	17,0
		% of Total	7,2%	13,3%	20,5%
	Επιστήμες Υγείας	Count	5	17	22
		Expected Count	8,0	14,0	22,0
		% of Total	<b>6,0%</b>	20,5%	26,5%
Total	Count	30	53	83	
	Expected Count	30,0	53,0	83,0	
	% of Total	36,1%	63,9%	100,0%	



**Εικόνα 10 : Σχολή Σπουδών**

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, και αφού έγινε συγχώνευση κατηγοριών καθώς δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, το αποτέλεσμα  $\chi^2(2) = 2.665, p=0.264$  για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της σχολής φοίτησης και της χρήσης παράνομων ουσιών μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών (σχολή φοίτησης και χρήσης παράνομων ουσιών).

**Πίνακας 20: Συσχέτιση σχολής σπουδών**

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,665 <sup>a</sup>	2	,264
Likelihood Ratio	2,772	2	,250
Linear-by-Linear Association	2,602	1	,107
N of Valid Cases	83		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,14.

#### 4.3.2.3 Ατομικά χαρακτηριστικά και χρήση

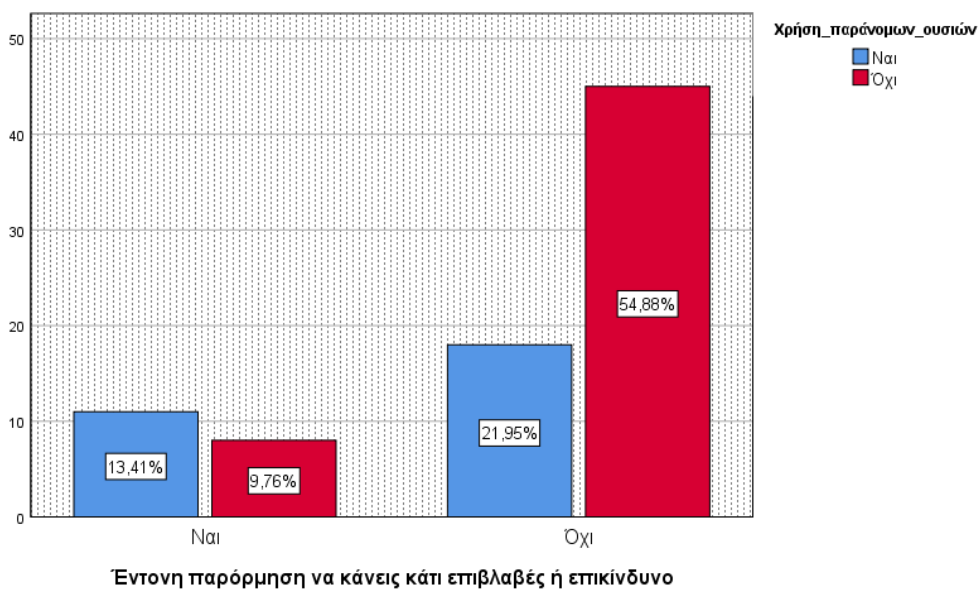
Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 54,9% των ατόμων που νιώθουν μία έντονη παρόρμηση να κάνουν κάτι επιβλαβές ή επικίνδυνο δεν είναι χρήστες παράνομων ουσιών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ατομικά χαρακτηριστικά όπως η παρορμητικότητα αποτελούν κοινό δείκτη μεταξύ των χρηστών. Στο δείγμα μας μόνο το 13,4% των χρηστών νιώθει μία έντονη παρόρμηση να κάνει κάτι επιβλαβές ή επικίνδυνο.

**Πίνακας 21 : Παρόρμηση για κάτι επιβλαβές και χρήση παράνομων ουσιών**

		Χρήση_παράνομων_ουσιών		Total	
		Ναι	Όχι		
Παρόρμηση_για_κάτι_επιβλαβές_21_2	Ναι	Count	11	8	19
		Expected Count	6,7	12,3	19,0
		% of Total	<b>13,4%</b>	9,8%	23,2%
	Όχι	Count	18	45	63
		Expected Count	22,3	40,7	63,0
		% of Total	22,0%	<b>54,9%</b>	76,8%
Total	Count	29	53	82	
	Expected Count	29,0	53,0	82,0	
	% of Total	35,4%	64,6%	100,0%	

**Πίνακας 22 :** Ύπαρξης συσχέτισης του παρορμητισμού με τη χρήση παράνομων ουσιών

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
--	-------	----	-----------------------------------	----------------------	----------------------



**Εικόνα 11 :** Έντονη παρόρμηση να κάνεις κάτι επιβλαβές ή επικίνδυνο

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, και διαπιστώνοντας ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, το αποτέλεσμα  $\chi^2(1) = 5.491, p=0.019$  για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της παρορμητικότητας και της χρήσης παράνομων ουσιών μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παρορμητισμού σαν χαρακτηριστικό προσωπικότητας του ατόμου και της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.



Pearson Chi-Square	<b>5,491<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,019</b>		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,283	1	,038		
Likelihood Ratio	5,302	1	,021		
Fisher's Exact Test				,028	,021
Linear-by-Linear Association	5,424	1	,020		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,72.

b. Computed only for a 2x2 table

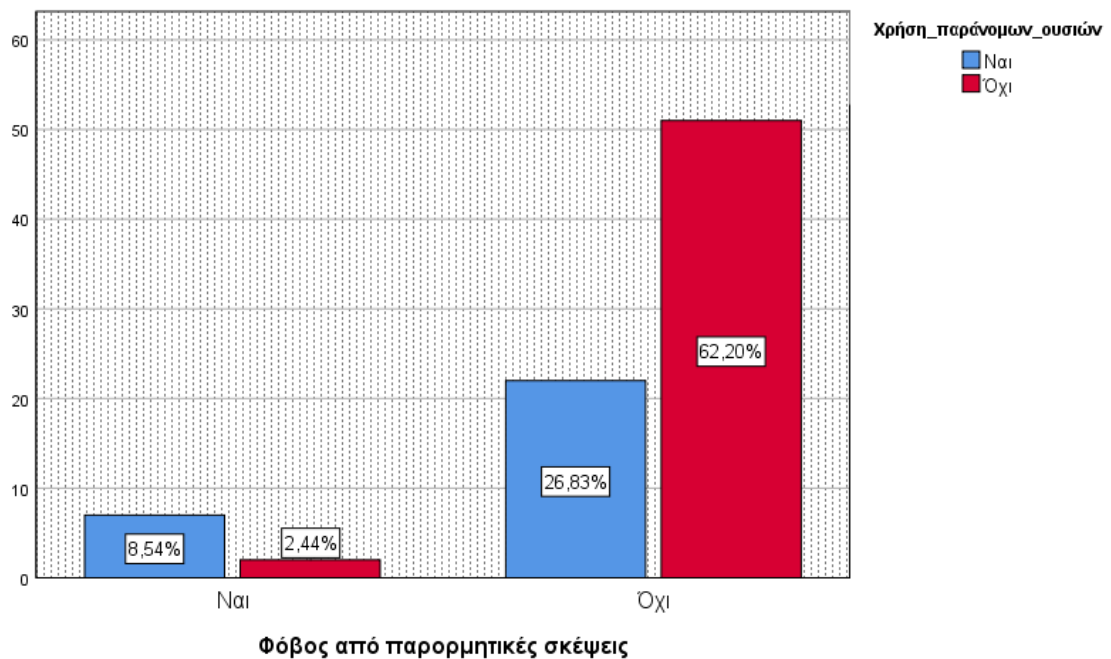
Το ίδιο διαπιστώνουμε και στον έλεγχο συσχέτισης μια άλλης ερώτησης – μεταβλητής του ερωτηματολογίου που έχει να κάνει με στοιχεία προσωπικότητας παρορμητισμού. Συγκεκριμένα από τον έλεγχο Chi-Square, και διαπιστώνοντας ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, το αποτέλεσμα  $\chi^2(1) = 7.955$ ,  $p=0.005$  μας οδηγεί στο ίδιο συμπέρασμα ύπαρξης συσχέτισης του παρορμητισμού με τη χρήση παράνομων ουσιών.

**Πίνακας 23** : ύπαρξης συσχέτισης του παρορμητισμού με τη χρήση παράνομων ουσιών.

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	<b>7,955<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,005</b>		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,008	1	,014		
Likelihood Ratio	7,658	1	,006		
Fisher's Exact Test				,008	,008
Linear-by-Linear Association	7,858	1	,005		
N of Valid Cases	82				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,18.

b. Computed only for a 2x2 table



**Εικόνα 12 : Φόβος και παρορμητικές σκέψεις**

#### 4.3.2.4 Φύλο και κατανάλωση αλκοόλ – χρήση καπνού

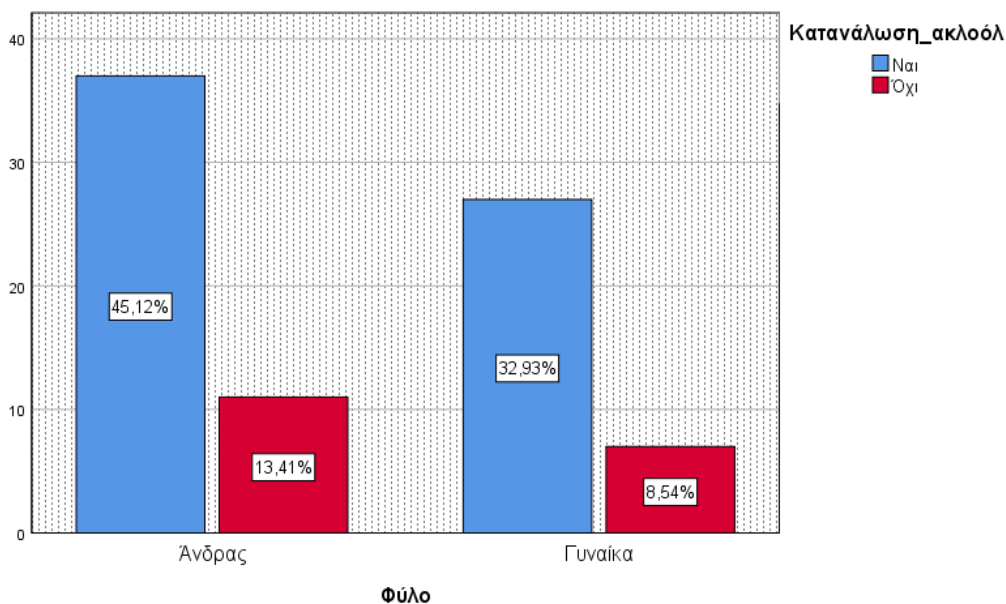
Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το φύλο δεν παίζει κανένα ρόλο όταν πρόκειται για ουσίες όπως ο καπνός και το αλκοόλ.

Από την εκτέλεση του στατιστικού κριτηρίου Chi-square ( $\chi^2$ ) για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και του καπνίσματος και δεδομένου ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, προκύπτει ο παρακάτω πίνακας:

**Πίνακας 24 :** ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος

Μεταβλητές	Αποτελέσματα
Φύλο – Κατανάλωση αλκοόλ	$\chi^2 (1) = 0.063, p = 0.802$
Φύλο – Χρήση καπνού	$\chi^2 (1) = 3.524, p = 0.06$

Από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ ή του καπνίσματος.



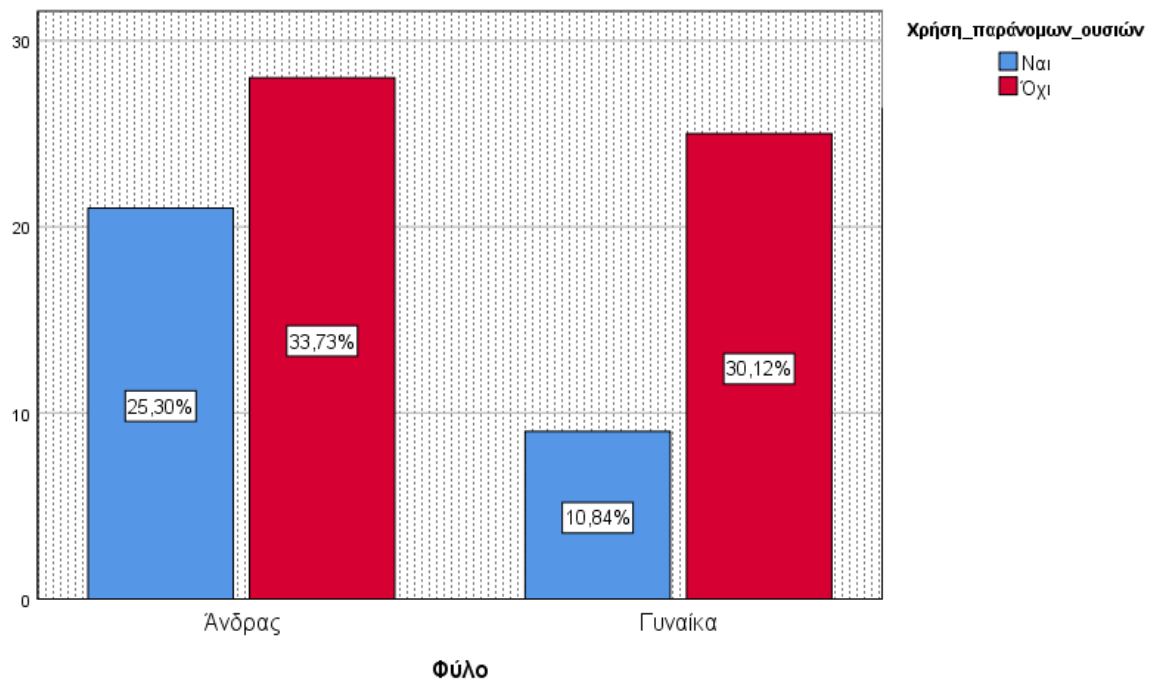
**Εικόνα 14 :** Υπαρξης συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος

#### 4.3.2.5 Φύλο και χρήση παράνομων ουσιών

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 33,7% των αρρένων φοιτητών δεν κάνουν χρήση παράνομων ουσιών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το φύλο παίζει ρόλο στη χρήση παράνομων ουσιών και συγκεκριμένα οι άρρενες φοιτητές σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης. Στο δείγμα μας μόνο το 25,3% των ανδρών είναι χρήστες παράνομων ουσιών. Οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερο ποσοστό χρήσης (10,8%).

**Πίνακας 25 :** Φύλο και Χρήση\_παράνομων\_ουσιών

Φύλο		Χρήση_παράνομων_ουσιών		Total
		Ναι	Όχι	
Ανδρας	Count	21	28	49
	Expected Count	17,7	31,3	49,0
	% of Total	<b>25,3%</b>	<b>33,7%</b>	59,0%
Γυναίκα	Count	9	25	34
	Expected Count	12,3	21,7	34,0
	% of Total	10,8%	30,1%	41,0%
Total	Count	30	53	83
	Expected Count	30,0	53,0	83,0
	% of Total	36,1%	63,9%	100,0%



**Εικόνα 15 : Φύλο και χρήση παράνομων ουσιών**

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, και διαπιστώνοντας ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, το αποτέλεσμα  $\chi^2(1) = 2.335, p=0.126$  μας οδηγεί στο συμπέρασμα μη ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του φύλου και της χρήσης παράνομων ουσιών.

**Πίνακας 26 : συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της χρήσης παράνομων ουσιών.**

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	<b>2,335<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,126</b>		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,679	1	,195		
Likelihood Ratio	2,381	1	,123		
Fisher's Exact Test				,165	,097
Linear-by-Linear Association	2,307	1	,129		
N of Valid Cases	83				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,29.

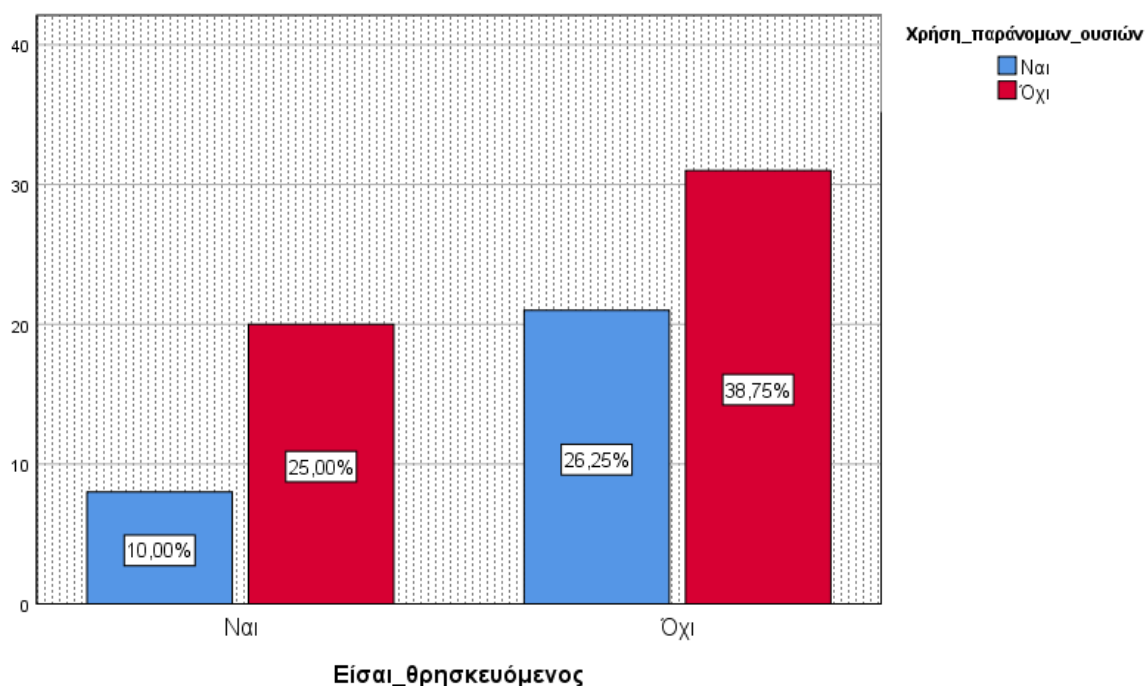
b. Computed only for a 2x2 table

#### 4.3.2.6 Θρησκεία και χρήση

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 38,8% των μη χρηστών δηλώνουν μη θρησκευόμενοι. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η θρησκεία συνδέεται με χαμηλά επίπεδα χρήσης. Στο δείγμα μας όντως το χαμηλότερο ποσοστό χρήσης 10% εμφανίζεται σε όσους δηλώνουν θρησκευόμενοι. Για να ελέγξουμε αν αυτή η διαπίστωση ισχύει θα εκτελέσουμε το Chi-Square Test.

**Πίνακας 27 : Είσαι\_θρησκευόμενος \* Χρήση\_παράνομων\_ουσιών**

		Χρήση_παράνομων_ουσιών		Total	
		Ναι	Όχι		
Είσαι_θρησκευόμενος	Ναι	Count	8	20	28
		Expected Count	10,1	17,8	28,0
		% of Total	<b>10,0%</b>	25,0%	35,0%
	Όχι	Count	21	31	52
		Expected Count	18,9	33,2	52,0
		% of Total	26,3%	<b>38,8%</b>	65,0%
Total	Count	29	51	80	
	Expected Count	29,0	51,0	80,0	
	% of Total	36,3%	63,7%	100,0%	



**Εικόνα 16 : Θρησκεία και χρήση παράνομων ουσιών**

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, και διαπιστώνοντας ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου, το αποτέλεσμα  $\chi^2(1) = 1.099, p=0.294$  μας

Πίνακας 28: συσχέτιση μεταξύ της θρησκείας και της χρήσης παράνομων ουσιών

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	<b>1,099<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>,294</b>		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,647	1	,421		
Likelihood Ratio	1,120	1	,290		
Fisher's Exact Test				,338	,211
Linear-by-Linear Association	1,085	1	,298		
N of Valid Cases	80				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,15.

b. Computed only for a 2x2 table

οδηγεί στο συμπέρασμα μη ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της θρησκείας και της χρήσης παράνομων ουσιών.

#### 4.3.2.7 Σχέση ψυχικής διαταραχής και κατανάλωση αλκοόλ

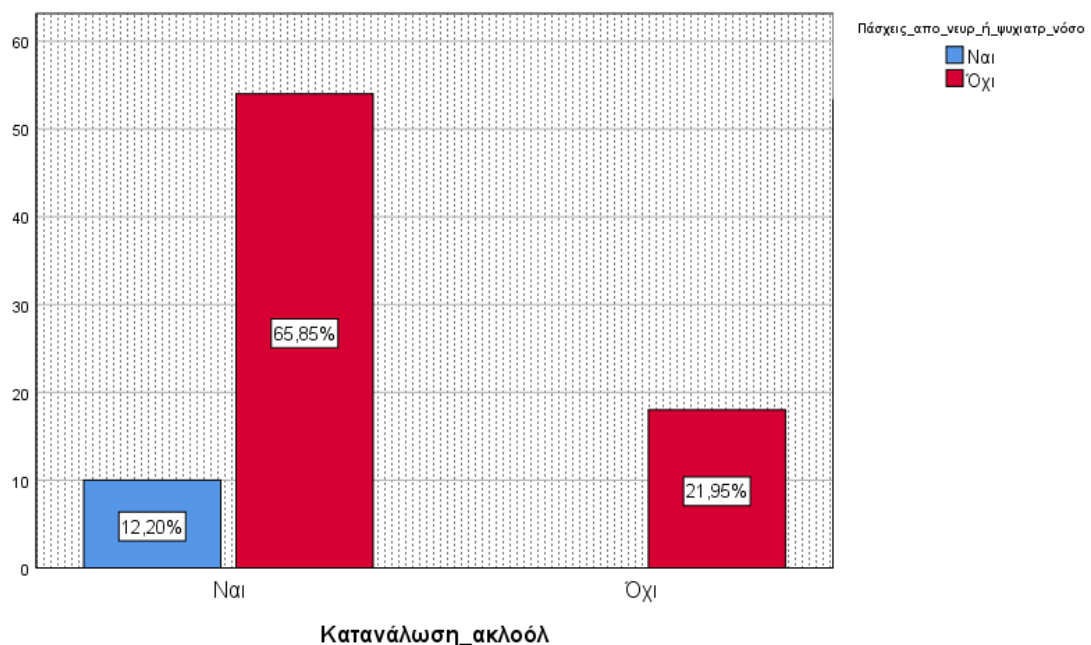
Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 65,9% των ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ δεν πάσχουν από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με την ύπαρξη κάποιας νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου. Στο δείγμα μας το 12,2% των ατόμων που δηλώνει ότι καταναλώνει αλκοόλ παράλληλα πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο. Για να ελέγξουμε αν αυτή η διαπίστωση της βιβλιογραφίας ισχύει στην έρευνα μας θα εκτελέσουμε το Chi-Square Test.

Πίνακας 29 : Πάσχεις\_απο\_νευρ\_ή\_ψυχιατρ\_νόσο και Κατανάλωση\_ακλόλ

		Κατανάλωση_ακλόλ		Total	
		Ναι	Όχι		
Πάσχεις_απο_νευρ_ή_ψυχιατρ_νόσο	Ναι	Count	10	0	10
		Expected Count	7,8	2,2	10,0
		% of Total	<b>12,2%</b>	0,0%	12,2%
	Όχι	Count	54	18	72
		Expected Count	56,2	15,8	72,0
		% of Total	<b>65,9%</b>	22,0%	87,8%
Total	Count	64	18	82	
	Expected Count	64,0	18,0	82,0	
	% of Total	78,0%	22,0%	100,0%	

**Πίνακας 30 : συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της κατανάλωσης αλκοόλ**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,203 <sup>a</sup>	1	,073		



**Εικόνα 17: Σχέση ψυχικής διαταραχής και κατανάλωση αλκοόλ**

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, διαπιστώνεται ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου. Ο επόμενος έλεγχος που χρησιμοποιούμε σε περίπτωση παραβίασης των προϋθέσεων σε 2x2 πίνακες είναι Fisher' sexact test μερ=0.108. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα μη ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της κατανάλωσης αλκοόλ.

Continuity Correction <sup>b</sup>	1,910	1	,167		
Likelihood Ratio	5,335	1	,021		
Fisher's Exact Test				,108	,071
Linear-by-Linear Association	3,164	1	,075		
N of Valid Cases	82				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

b. Computed only for a 2x2 table

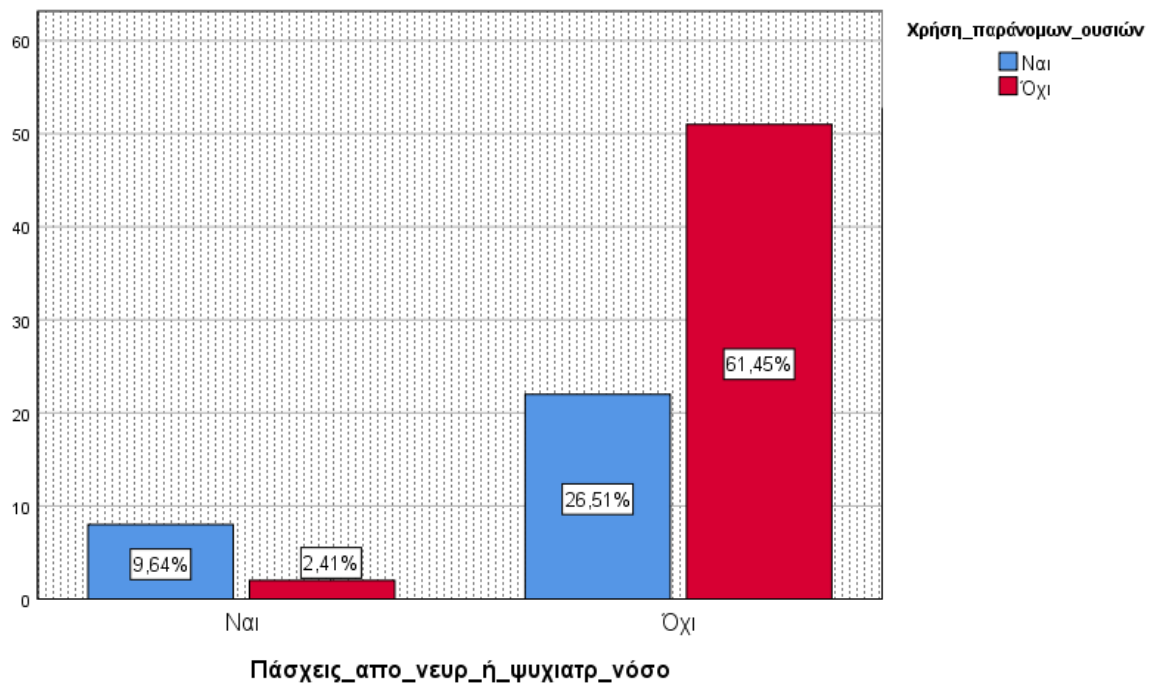
#### 4.3.2.8 Σχέση ψυχικής διαταραχής και χρήση παράνομων ουσιών

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 61,4% των ατόμων που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών δεν πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχει σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Στο δείγμα μας μόνο το 9,6% των χρηστών παράλληλα πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο. Για να ελέγξουμε αν αυτή η διαπίστωση της βιβλιογραφίας ισχύει στην έρευνα μας θα εκτελέσουμε το Chi-Square Test.

**Πίνακας 31 : Πάσχεις\_απο\_νευρ\_ή\_ψυχιατρ\_νόσο και χρήση\_παράνομων\_ουσιών**

		Χρήση_παράνομων_ουσιών		Total	
		Ναι	Όχι		
Πάσχεις_απο_νευρ_ή_ψυχιατρ_νόσο	Ναι	Count	8	2	10
		Expected Count	3,6	6,4	10,0
		% of Total	<b>9,6%</b>	2,4%	12,0%
	Όχι	Count	22	51	73
		Expected Count	26,4	46,6	73,0
		% of Total	26,5%	<b>61,4%</b>	88,0%
Total	Count	30	53	83	
	Expected Count	30,0	53,0	83,0	
	% of Total	36,1%	63,9%	100,0%	





**Εικόνα 18 : Άτομα που πάσχουν από ψυχιατρική νόσο**

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, διαπιστώνεται ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου. Ο επόμενος έλεγχος που χρησιμοποιούμε σε περίπτωση παραβίασης των προϋθέσεων σε 2x2 πίνακες είναι Fisher' sexacttest μερ=0.004. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της κατανάλωσης αλκοόλ.

**Πίνακας 32 : συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της κατανάλωσης αλκοόλ**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,475 <sup>a</sup>	1	,002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7,437	1	,006		
Likelihood Ratio	9,242	1	,002		
Fisher's Exact Test				<b>,004</b>	,004
Linear-by-Linear Association	9,360	1	,002		
N of Valid Cases	83				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,61.

b. Computed only for a 2x2 table

### 4.3.3 Ποιές ουσίες συνδέονται περισσότερο με την ψυχοπαθολογία;

#### 4.3.3.1 Σχέση ύπαρξης ή μη ψυχιατρικής νόσου και χρήση κάνναβης – κοκαΐνης, κατανάλωση αλκοόλ

Από την εκτέλεση του στατιστικού κριτηρίου Chi-square ( $\chi^2$ ) για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της ψυχικής διαταραχής και της χρήσης κάνναβης και κοκαΐνης και αλκοόλ διαπιστώθηκε ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου. Ωστόσο επειδή πρόκειται για 2x2 πίνακες το p – value του Fisher's exact test θα μας βοηθήσει στην εξαγωγή συμπεράσματος:

**Πίνακας 33 : Σχέση ύπαρξης ή μη ψυχιατρικής νόσου και χρήση κάνναβης – κοκαΐνης, κατανάλωση αλκοόλ**

Μεταβλητές	Αποτελέσματα
Ψυχιατρική νόσος – Χρήση κάνναβης	Fisher's p – value = <b>0.012</b>
Ψυχιατρική νόσος – Χρήση κοκαΐνης	Fisher's p – value = 0.073
Ψυχιατρική νόσος – κατανάλωση αλκοόλ	Fisher's p – value = 0.108

Από τα ευρήματα της έρευνας διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής. Για τη σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και χρήσης κοκαΐνης ή κατανάλωσης αλκοόλ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

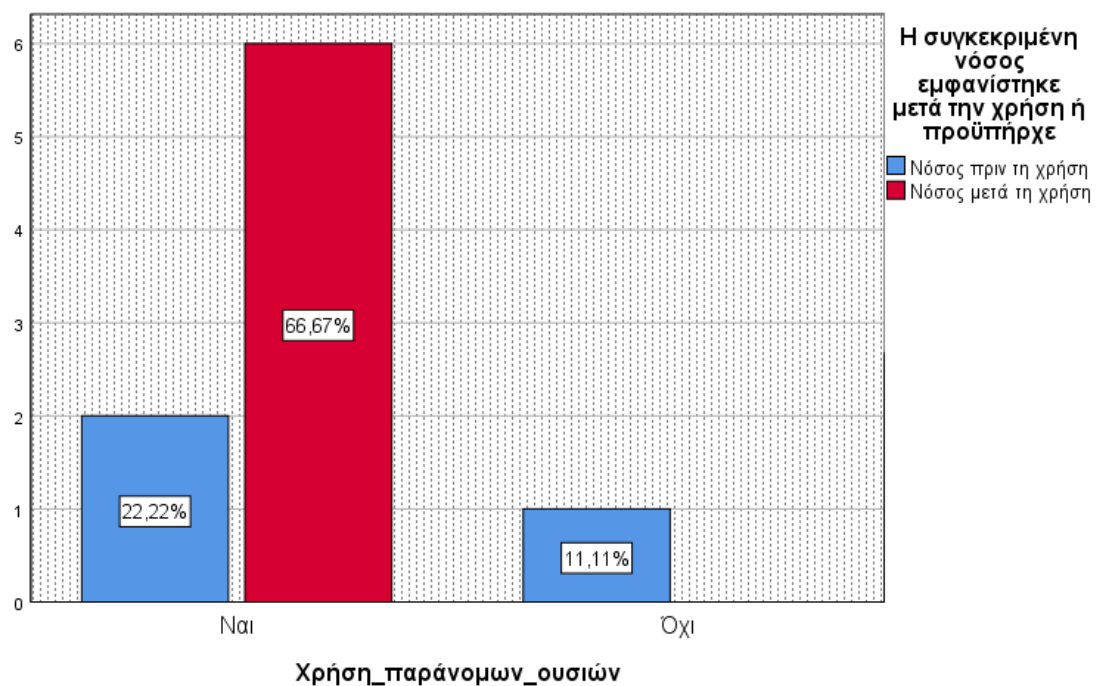
### 4.3.4 Πόσο πιθανό είναι ένα υγιές νέο άτομο να εμφανίσει κάποια ψυχιατρική νόσο μετά την χρήση;

#### 4.3.4.1 Σχέση προϋπαρξης ή μη ψυχιατρικής διαταραχής και χρήση παράνομων ουσιών

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 66,7% των χρηστών παράνομων ουσιών εμφάνισε την ψυχική διαταραχή μετά τη χρήση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ύπαρξη ήδη κάποιας διαταραχής στο άτομο αυξάνει τις πιθανότητες για χρήση κάποιας ουσίας. Στο δείγμα μας το 22,2% των χρηστών παράνομων ουσιών είχε εμφανίσει τη νόσο πριν τη χρήση τους. Για να ελέγξουμε αν αυτή η διαπίστωση της βιβλιογραφίας ισχύει στην έρευνα μας θα εκτελέσουμε το Chi-Square Test.

Πίνακας 34 : Χρήση\_παράνομων\_ουσιών και Νόσος\_πριν ή μετα\_cat

			Νόσος_πριν_μετα_cat		Total
			Νόσος πριν τη χρήση	Νόσος μετά τη χρήση	
Χρήση_παράνομων_ουσιών	Ναι	Count	2	6	8
		Expected Count	2,7	5,3	8,0
		% of Total	22,2%	66,7%	88,9%
	Όχι	Count	1	0	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		% of Total	11,1%	0,0%	11,1%
Total	Count	3	6	9	
	Expected Count	3,0	6,0	9,0	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	



Εικόνα 19 : Εμφάνιση ψυχιατρικής νόσου μετά την χρήση ή προϋπαρξη της

Από την εκτέλεση του ελέγχου Chi-Square, διαπιστώνεται ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις ισχύος του κριτηρίου. Ο επόμενος έλεγχος που χρησιμοποιούμε σε περίπτωση παραβίασης των προϋθέσεων σε 2x2 πίνακες είναι Fisher' sexacttest μερ=0.333. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα μη ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της προϋπαρξης νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της χρήσης παράνομων ουσιών.

**Πίνακας 35 : μη ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της προϋπαρξής νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της χρήσης παράνομων ουσιών.**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,250 <sup>a</sup>	1	,134		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,141	1	,708		
Likelihood Ratio	2,460	1	,117		
Fisher's Exact Test				<b>,333</b>	<b>,333</b>
Linear-by-Linear Association	2,000	1	,157		
N of Valid Cases	9				

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

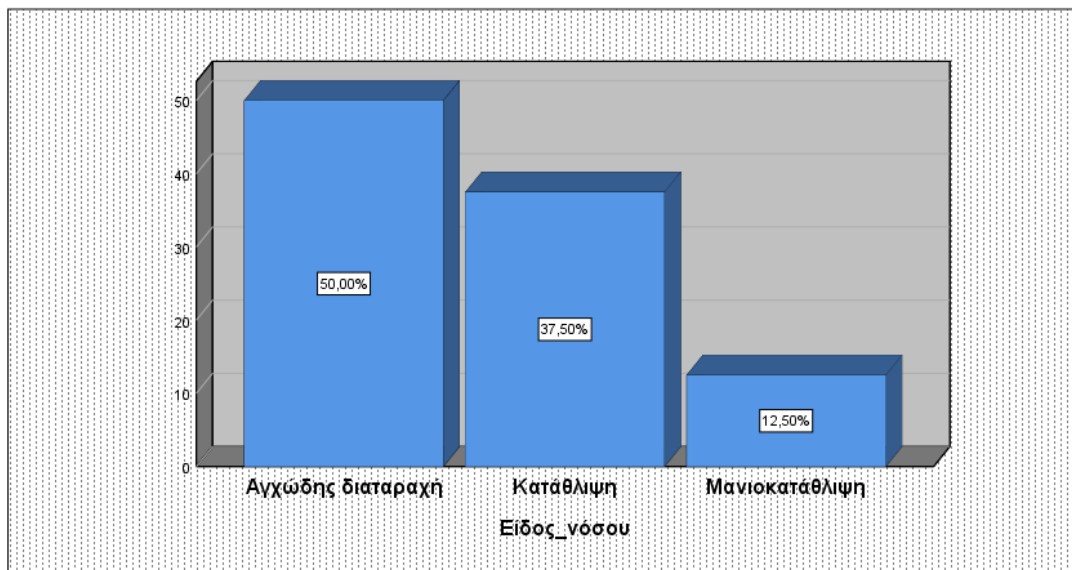
b. Computed only for a 2x2 table

#### 4.3.5 Ποιές είναι οι ψυχιατρικές νόσοι που πλήττουν πιο συχνά τους νεαρούς χρήστες;

**Πίνακας 36 : Ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της προϋπαρξής νευρολογικής ή ψυχιατρικής νόσου και της χρήσης παράνομων ουσιών.**

		Συχνότητα	Ποσοστό
Valid	Αγχώδης διαταραχή	4	50,0%
	Κατάθλιψη	3	37,5%
	Μανιοκατάθλιψη	1	12,5%
	Total	8	100,0%

Το 50% των ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο εμφανίζει αγχώδη διαταραχή, το 37,5% κατάθλιψη και το 12,5% μανιοκατάθλιψη.



**Εικόνα 20 : Ποσοστό ατόμων που δήλωσε ότι πάσχει από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο και ποια είναι αυτή.**

#### **4.3.6 Ποιά είναι η σοβαρότητα των νόσων αυτών και σε τι βαθμό επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου;**

Για την απάντηση αυτής της ερώτησης εκτελέσαμε τον έλεγχο Chi-Square για τις κατηγορίες:

(α) Δυσκολεύεσαι να φέρεις εις πέρας ακόμη και τις πιο απλές καθημερινές σου υποχρεώσεις – είδος νόσου

(β) Έχεις συχνά διαταραγμένο ύπνο - είδος νόσου

(γ) Έχεις συχνά απότομες διακυμάνσεις στο βάρος σου - είδος νόσου

Ωστόσο σε κανένα από τους ελέγχους αυτούς δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις ισχύος ούτε για το Chi-Square ούτε για το Fisher's exact test και γι αυτό δεν μπορούμε να βγάλουμε συμπέρασμα. Ο πιθανότερος λόγος είναι το μικρό δείγμα ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή (8 στους 83)

#### 4.3.7 Ποιό είναι το γνωστικό επίπεδο των νέων για τις επικίνδυνες επιπτώσεις των ναρκωτικών ουσιών;

**Πίνακας 37 : Γνωστικό επίπεδο νέων για τις παρενέργειες και τους κινδύνους χρήσης παράνομων ουσιών και πηγές πληροφόρησης**

		Ποσοστό περιπτώσεων
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	Πληροφορίες_από_ΦΙΛΟΥΣ	<b>39,8%</b>
	Πληροφορίες_από_ΓΟΝΕΙΣ	7,2%
	Πληροφορίες_από_ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	2,4%
	Πληροφορίες_από_INTEPNET	66,3%
	Πληροφορίες_από_ΕΠΑΓΓ.ΥΓΕΙΑΣ	26,5%
	Πληροφορίες_από_KOIN.ΛΕΙΤΟΥΡ	15,7%
	Πληροφορίες_από_ΧΡΗΣΤΕΣ	12,0%
	Πληροφορίες_από_ΑΛΛΟ	4,8%

Οι ερωτώμενοι που έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών έχουν αντλήσει πληροφορίες σχετικά με τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση τους από φίλους (39,8%)

Σε έχουν ενημερώσει τον <u>τελευταίο χρόνο</u> για τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών	Ναι	45%
	Όχι	<b>55%</b>
Έχεις ενημερωθεί για τις παρενέργειες και τους κινδύνους των ναρκωτικών που έκανες χρήση.	Ναι	25,6%
	Όχι	24,4%
	<b>Δεν έχω κάνει χρήση</b>	<b>50%</b>

**Πίνακας 38 : Σε τι σημείο πιστεύεις ότι το ακόλουθο μπορεί να είναι επικίνδυνο για την υγεία κάποιου**

Εξαρτησιογόνος ουσία	Συχνότητα χρήσης							
	Τακτική				Μη τακτική			
	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ	Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
Κάναβη	4,8%	25,3%	<b>41%</b>	28,9%	<b>39,8%</b>	36,1%	19,3%	4,8%
Έκσταση		3,6%	34,9%	<b>61,4%</b>	12%	27,7%	<b>34,9%</b>	25,3%
Αλκοόλ	6%	34,9%	<b>41%</b>	18,1%	<b>74,7%</b>	16,9%	3,6%	4,8%
Κοκαΐνη		2,4%	28,9%	<b>68,7%</b>	9,6%	28,9%	<b>34,9%</b>	26,5%

Ηρωίνη			7,2%	<b>92,8%</b>	4,8%	4,8%	32,5%	<b>57,8%</b>
Μεθαμφεταμίνη			13,3%	<b>86,7%</b>	6%	9,6%	33,7%	<b>50,6%</b>
MDMA			24,1%	<b>75,9%</b>	7,2%	22,9%	27,7%	<b>42,2%</b>
LSD		2,4%	16,9%	<b>80,7%</b>	6%	15,7%	38,6%	<b>39,8%</b>
Κάπνισμα	4,8%	34,9%	<b>39,8%</b>	20,5%	<b>65,4%</b>	19,8%	3,7%	11,1%

Οι ερωτώμενοι, σύμφωνα με την ανάλυση του παραπάνω πίνακα, δήλωσαν ότι η τακτική χρήση κάνναβης, αλκοόλ και καπνίσματος είναι πολύ επικίνδυνη για την υγεία κάποιου (41%, 41% και 39,8% αντίστοιχα). Επίσης η τακτική χρήση έκστασης, κοκαΐνης, ηρωίνης, μεθαμφεταμίνης, MDMA και LSD είναι πάρα πολύ επικίνδυνη για την υγεία κάποιου (61.4%, 68.7%, 92.8%, 86.7%, 75.9%, 80.7% αντίστοιχα).

Όταν η συχνότητα χρήσης των ουσιών (παράνομων ή μη) δεν είναι τακτική τότε τα ποσοστά αλλάζουν. Συγκεκριμένα, η μη τακτική χρήση κάνναβης, αλκοόλ και καπνίσματος κατά τους ερωτώμενους δεν είναι καθόλου επικίνδυνες για την υγεία κάποιου (39.8%, 74.7% και 65.4% αντίστοιχα). Επίσης, η μη τακτική χρήση έκστασης και κοκαΐνης είναι πολύ επικίνδυνη για την υγεία κάποιου σύμφωνα με την άποψη των ερωτώμενων (34.9%). Τέλος, η μη τακτική χρήση ηρωίνης, μεθαμφεταμίνης, MDMA και LSD είναι πάρα πολύ επικίνδυνη για την υγεία σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων (57.8%, 50.6%, 42.2% και 39.8% αντίστοιχα).

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Τα αποτελέσματα σε σχέση με υπάρχουσες θεωρητικές προσεγγίσεις

Τα αποτελέσματα στα οποία καταλήγει η διεθνής βιβλιογραφία και στην οποία είναι σύμφωνη σε πολλά σημεία η έρευνα μας παρουσιάζεται παρακάτω. Όσον αφορά τα νεαρά σε ηλικία άτομα που κάνουν χρήση, μίας ή περισσότερων ουσιών, έχουν γίνει διάφορες έρευνες προκειμένου να διερευνηθούν οι αιτίες και οι παράγοντες που επιδρούν, καθώς και οι συνέπειες στην ποιότητα της ζωής τους. Πιστεύεται πως ο κίνδυνος για την έναρξη της χρήσης κορυφώνεται κατά την περίοδο της φοιτητικής ζωής του ατόμου (Tavolacci et al. 2013) κάτι που βρίσκει σύμφωνους και εμάς. Οι νεαροί χρήστες φαίνεται να προτιμούν περισσότερο το αλκοόλ, τον καπνό, την κάνναβη και την κοκαΐνη συγκριτικά με άλλες ναρκωτικές ουσίες (Silva et al. 2006, Kračmarová et al. 2011, Tavolacci et al. 2013, Montes et al. 2013). Ένα μεγάλο μέρος των μελετών στοχεύει στο να σκιαγραφήσει το προφίλ του νεαρού χρήστη και τα αποτελέσματα διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την εκπαίδευση, την οικονομική κατάσταση, το οικογενειακό υπόβαθρο, τον κοινωνικό περίγυρο και τα ατομικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η ανάγκη των νέων για κοινωνική αποδοχή από τους συνομηλίκους τους φαίνεται να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την έναρξη της χρήσης ουσιών. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η χρήση καπνού, όπου σε αυτή την περίπτωση δεν έχουμε να κάνουμε με κανονικό χρήστη, αλλά με μία κατάστασή που περιγράφεται «ως κοινωνικό κάπνισμα, καθώς γίνεται περισσότερο για λόγους κοινωνικής αλληλεπίδρασης» (Tavolacci et al. 2013). Ακόμη, η καλή οικονομική κατάσταση συχνά συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα χρήσης (Silva et al. 2006) και πάλι σε όλα τα παραπάνω τα αποτελέσματα της έρευνας μας συμπίπτουν.

Επίσης, η εκπαίδευση του ατόμου και η σχολή φοίτησης φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Ενδεικτικά αναφέροντας, οι φοιτητές ιατρικών και παραϊατρικών σχολών, παρά το αντικείμενο των σπουδών τους, σημειώνουν εξίσου υψηλά επίπεδα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ( Voigt et al. 2009, Barbouni et al. 2009, Alexopoulos et al. 2010, Papazisis et al. 2017, Papazisis, Tsakiridis & Sifafis 2018).



Επιπλέον, κάποια ανεξάρτητα ατομικά χαρακτηριστικά φαίνεται να αποτελούν κοινό δείκτη μεταξύ των χρηστών, όπως η παρορμητικότητα και η αναζήτηση εμπειριών και συναισθημάτων έντονων, ποικίλων και επικίνδυνων (Negreiros και Pompidou Group 2006). Επιπροσθέτως, τα αποτελέσματα δεν είναι απόλυτα και τις περισσότερες φορές είναι αντικρουόμενα, όταν πρόκειται για χρήστες διαφορετικών ουσιών.

Για παράδειγμα, ο Silva et al. (2006) σε έρευνα σε φοιτητές διαπιστώνει ότι το φύλο δεν παίζει κάποιο ρόλο όταν πρόκειται για ουσίες όπως το αλκοόλ και ο καπνός. Τα δεδομένα όμως αλλάζουν όταν πρόκειται για παράνομες ουσίες, όπου σε αυτήν την περίπτωση οι άρρενες φοιτητές σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης. Ενίοτε εμφανίζονται αντιφατικά αποτελέσματα μεταξύ των ερευνών που διεξάγονται για συγκεκριμένα θέματα.

Για παράδειγμα, σε κάποια δείγματα νέων χρηστών φαίνεται πως η θρησκεία συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα χρήσης (Silva et al. 2006) ενώ σε άλλες έρευνες παρατηρείται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση αυτών των δύο (Petioianu et al. 2010) όπως και στη δική μας έρευνα τα αποτελέσματα συμπίπτουν.

Ακόμη μας βρίσκουν σύμφωνους στα αποτελέσματα όπου αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και της εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Brook et al. 2002, Montes et al. 2013). Η ύπαρξη ήδη κάποιας διαταραχής στο άτομο αυξάνει τις πιθανότητες για χρήση κάποιας ουσίας. Επί παραδείγματι, παρατηρείται πως τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές κάνουν μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές, εθισμό στο διαδίκτυο και υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά (Tavolacci et al. 2013).

Ωστόσο, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν προϋπάρχει κάποια διαταραχή υπάρχει υψηλός κίνδυνος (4.5 φορές υψηλότερος) το άτομο να εμφανίσει ψυχοπαθολογικά προβλήματα μετά την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ενδεικτικά, το αλκοόλ συνδέεται κυρίως με την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Η κάνναβη συνδέεται με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας, όπως η παρουσία ψευδαισθήσεων, η σύντηξη της πραγματικότητας και η ανηδονία. Ομοίως, η κοκαΐνη συνδέεται με την σύντηξη της αντίληψης, την ανηδονία και σε μικρότερο βαθμό με την σχιζοφρένεια. Σχεδόν όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες φέρουν επιπτώσεις είτε σωματικές είτε ψυχικές (Montes et al. 2013).

## Επίλογος

Στη πτυχιακή αυτή έρευνα μελετήσαμε τη σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και των ψυχοπαθολογικών κινδύνων σε φοιτητές . Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα βασίστηκε στις απαντήσεις που δόθηκαν από τα ερωτηματολόγια που απάντησαν οι φοιτητές τόσο σε Αθήνα όσο και στο Ηράκλειο και διαπιστώθηκε ότι η υπάρχουσα βιβλιογραφία εστιασμένη στο συγκεκριμένο θέμα, συμπίπτει με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας μας , με βάση τα εργαλεία και τις μεθόδους που αναλύσαμε στο κεφάλαιο 4 , τα αποτελέσματα που δόθηκαν από αυτή, συμφωνούν κατά πολύ .

Τα αποτελέσματα στα οποία καταλήγει η έρευνα μας αφορούν τα νεαρά σε ηλικία άτομα που κάνουν χρήση, η έναρξη της χρήσης φαίνεται να είναι τα φοιτητικά χρόνια και οι χρήστες φαίνεται να προτιμούν περισσότερο το αλκοόλ, τον καπνό, την κάνναβη και την κοκαΐνη . Τα χαρακτηριστικά του χρήστη διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την εκπαίδευση, την οικονομική κατάσταση, το οικογενειακό υπόβαθρο, τον κοινωνικό περίγυρο και τα ατομικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η ανάγκη των νέων για κοινωνική αποδοχή από τους συνομηλίκους τους φαίνεται να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την έναρξη της χρήσης ουσιών. Επίσης, η εκπαίδευση του ατόμου και η σχολή φοίτησης φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα.

Τέλος , η ύπαρξη ήδη κάποιας διαταραχής στο άτομο αυξάνει τις πιθανότητες για χρήση κάποιας ουσίας. Επί παραδείγματι, παρατηρείται πως τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές κάνουν μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν προϋπάρχει κάποια διαταραχή υπάρχει υψηλός κίνδυνος το άτομο να εμφανίσει ψυχοπαθολογικά προβλήματα μετά την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Σχεδόν όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες φέρουν επιπτώσεις είτε σωματικές είτε ψυχικές .

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### Βιβλιογραφία

*Alexopoulos EC, Jelastopulu E, Aronis K, Dougenis D. Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students. Environ Health Prev Med. 2010, 15(2): 115–120.*

*Barbouni A, Hadjichristodoulou C, Merakou K, Antoniadou E, Kourea K, Miloni E et al. Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Among Health Professions Students: Greek Data from the Global Health Professions Student Survey. Int J Environ Res Public Health. 2012, 9(1): 331–342.*

Benyamina A, Blech L, Karila L, Lafaye G. Cannabis, cannabinoids and health, Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741114/> (14/06/2020)

*Brook DW, Brook JS, Zhang S, Cohen P, Whiteman M. Drug Use and the Risk of Major Depressive Disorder, Alcohol Dependence and Substance Use Disorders. Arch Gen Psychiatry 2002, 59: 1039-1044.*

*Heather N, Partington S, Partington E, Longstaff F, Allsop S, Jankowski M et al. Alcohol Use Disorders and Hazardous Drinking among Undergraduates at English Universities. Alcohol and Alcoholism, 2011, 46(3): 270–277.*

*Kračmarová L, Klusoňová H, Petrelli F, Grappasonni I. Tobacco, alcohol and illegal substances: experiences and attitudes among Italian university students. Rev. Assoc. Med. Bras. 2011, 57(5).*

*Montes GMG, Basurto FZ, Montoya MM, Cubos PF. Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. Psicothema 2013, 25(4): 433-439.*

Negreiros G, Pompidou Group. *Psychological drug research: current themes and future developments*. Strasbourg, Council of Europe, 2006.

Papazisis G, Tsakiridis I, Koulas I, Siafis S, Daqklis T, Kouvelas D. Prevalence of illicit drug use among medical students in Northern Greece and association with smoking and alcohol use. *Hippokratia*. 2017, 21(1): 13–18.

Papazisis G, Tsakiridis I, Siafis S. Nonmedical Use of Prescription Drugs among Medical Students and the Relationship With Illicit Drug, Tobacco, and Alcohol Use. *Subst Abuse*. 2018, 12.

Petroianu A, Reis DNF, Cunha BDS, Souza DM. Prevalence of alcohol, tobacco and psychotropic drug use among medical students at the Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010, 56 (5).

Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Factors associated with drug and alcohol use among university students. *Rev. Saúde Pública* 2006, 40 (2).

Squeglia LM, Pulido C, Wetherill RR, Jacobus J, Brown GG, Tapert SF. Brain Response to Working Memory Over Three Years of Adolescence: Influence of Initiating Heavy Drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012. 73(5): 749–760.

Tavolacci MP, Ladner J, Griqioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France. *BMC Public Health* 2013, 13: 724.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017). *World Drug Report 2017*. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: [https://www.unodc.org/wdr2017/\\_field/WDR\\_2017\\_presentation\\_lauch\\_version.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/_field/WDR_2017_presentation_lauch_version.pdf) (28/11/18)

Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. 2009, 9: 219.

World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization, 2018: 44-45.

Μαρσέλος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα : τυπωθήτω

Λιάππας, Γ.Α. (1991). *Ναρκωτικά : εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα : Πατάκη

Μεσημέρης, Σ.Α. (1981). *Η ψυχολογία των ναρκωμανών*. Αθήνα : Ταμασος

Γρίβα, Κ. (1981). *Αποδιοπομπαίος τράγος: ψυχική «αρρώστια» και τοξικομανία*. Αθήνα: Μαλλιάρης –Παιδεία

Ροκ , Μ.(1995). Η αλήθεια για τα «ναρκωτικά». Αθήνα : Κέδρος

Μάτσα , Κ. (). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...: Το αίνιγμα της τοξικομανίας.  
Αθήνα: Αργα

Τζάφφη , Τ. & Πήτερσον ,Ρ.& Χόντσον ,Ρ.(1986). Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ :  
Προβλήματα και απαντήσεις . Αθήνα : Ψυχογίος

Lempriere, T. & Feline, A. & Συνεργάτες . (1995).Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων :  
Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Αθήνα : Παπαζήση

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο:  
 ΑΝΔΡΑΣ  ΓΥΝΑΙΚΑ
2. Πόσο ετών είσαι;  
 .....
3. Σε τι ίδρυμα σπουδάζεις;  
 Α.ΤΕΙ  ΑΕΙ  ΑΛΛΟ
4. Σε ποιο έτος σπουδών βρίσκεσαι ;  
 .....
5. Σε ποια σχολή σπουδάζεις;  
 .....
6. Σε ποια πόλη κατοικείς;  
 ΗΡΑΚΛΕΙΟ  ΑΘΗΝΑ  ΑΛΛΟ
7. Είσαι οικονομικά ευκατάστατος;  
 ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ
8. Μένεις με τους γονείς σου;  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ
9. Εργάζεσαι;  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ
10. Είσαι :  
 έγγαμος/η  
 άγαμος/η  
 διαζευγμένος/η  
 άλλο
11. Είσαι γονέας;  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ
12. Είσαι θρησκευόμενος;  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ
13. Πώς θα χαρακτήριζες τον εαυτό σου;  
 Αισιόδοξος/η       Απαισιόδοξος/η       Εξωστρεφής       Εσωστρεφής   
 Οξύθυμος/η       Επιθετικός/η       Δραστήριος/α       Ράθυμος/η   
 Ευαίσθητος/η       Αγχώδης       Ευερέθιστος/η       Ψύχραιμος/η
- 14.α. Ασχολείσαι με τον αθλητισμό;  ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ
- β. Με τι είδους αθλητικές δραστηριότητες ;  
 ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ  ΤΡΕΞΙΜΟ  ΣΤΙΒΟ  ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ  ΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ  
 ΠΟΔΗΛΑΣΙΑ  ΧΟΡΟ  ΑΛΛΟ  ΔΕΝ ΑΣΧΟΛΟΥΜΑΙ ΜΕ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
- 15.α. Καταναλώνεις αλκοόλ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- β. Αν ναι, ποιο από τα παρακάτω ισχύει για εσένα;  
 1.  Τουλάχιστον ένα ποτό την ημέρα  1-2 ποτά την εβδομάδα  
 1-2 ποτά τον μήνα  1-2 ποτά τον χρόνο  Δεν πίνω
2. Αισθάνθηκες ποτέ ότι πρέπει να σταματήσεις να καταναλώνεις αλκοόλ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
3. Σε ενόχλησε ποτέ η κριτική που δέχτηκες από ανθρώπους επειδή πίνεις;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
4. Έχεις νιώσει ποτέ ενοχές ή άσχημα επειδή πίνεις;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
5. Έχεις καταναλώσει ποτέ αλκοόλ για να αισθανθείς καλύτερα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
6. Οι κοντινοί σου άνθρωποι παραπονιούνται για αυτή σου τη συνήθεια;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
7. Συνήθως δυσκολεύεσαι να θυμηθείς τις πράξεις ή τα λόγια σου μετά την χρήση αλκοόλ.  ΝΑΙ  ΟΧΙ
16. α. Είναι οι γονείς σου καπνιστές;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
- β. Είσαι καπνιστής;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ
- γ. Αν είσαι καπνιστής, ποιο από τα παρακάτω ισχύει για εσένα;  
 1-5 τσιγάρα εβδομαδιαίως  6-15 τσιγάρα εβδομαδιαίως  περισσότερα από 15 τσιγάρα εβδομαδιαίως  
 1-5 τσιγάρα ημερησίως  1-5 τσιγάρα ημερησίως  περισσότερα από 15 τσιγάρα ημερησίως
- 17.α. Έχεις κάνει τον τελευταίο χρόνο χρήση παράνομων ουσιών ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- β. Αν ναι, σε τι βαθμό ισχύουν τα παρακάτω για εσένα ;
1. Παραμελείς την εμφάνισή σου;  
 ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
2. Είσαι ασυνεπής όσον αφορά την σχολή σου ;  
 ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

3. Χαρακτηρίζεσαι από επιθετικότητα, βίαια ξεσπάσματα ή ευερεθιστικότητα ;

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

4. Έχεις αποξενωθεί από το οικογενειακό ή φιλικό σου περιβάλλον;

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

5. Δυσκολεύεσαι να φέρεις εις πέρας ακόμη και τις πιο απλές καθημερινές σου υποχρεώσεις;

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

6. Έχεις συχνά διαταραγμένο ύπνο;

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

7. Έχεις συχνά απότομες διακυμάνσεις στο βάρος σου;

ΚΑΘΟΛΟΥ  ΛΙΓΟ  ΠΟΛΥ  ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

18. Σε τι ηλικία έκανες πρώτη φορά χρήση αλκοόλ;

α. .... ετών  β. ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ

19. Σε τι ηλικία έκανες πρώτη φορά χρήση παράνομων ουσιών;

α. .... ετών  β. ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ

20. Έχουν κάνει οι γονείς σου χρήση παράνομων ουσιών;

ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

21. Πότε είναι πιθανότερο να κάνεις χρήση αλκοόλ ή ουσιών γενικότερα;

1. Όταν βαριέμαι και δεν έχω να κάνω κάτι καλύτερο.
2. Όταν κάτι με στεναχωρήσει ή νιώθω λυπημένος.
3. Όταν είμαι χαρούμενος ή αισιόδοξος.
4. Όταν κάνει όλη μου η παρέα.
5. Όταν κάνει ο/η σύντροφός μου.
6. Όταν είμαι πιεσμένος ή αγχωμένος.
7. Όταν κάποιος με παροτρύνει.
8. Κάθε φορά που είμαι εκτεθειμένος σε αλκοόλ ή ουσίες.
9. Όταν μου το επιτρέπει η οικονομική μου κατάσταση.
10. Όταν θέλω να νιώσω μέρος μίας ομάδας ή παρέας.
11. Όταν κάποιος με εξαναγκάσει.
12. Δεν κάνω χρήση ουσιών.
13. Δεν καταναλώνω αλκοόλ.

22.α. Έπασχες ή πάσχεις από κάποια νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

β. Αν ναι, από τι είδους νόσο/ους ;

.....

γ. Η συγκεκριμένη νόσος εμφανίστηκε μετά την χρήση ή προϋπήρχε;

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ  ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ

δ. Κάνεις χρήση αγχολυτικών ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

ε. Κάνεις χρήση αντικαταθλιπτικών;  ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

23.α. Σε ποιες εξαρτησιογόνες ουσίες έχεις προβεί ;

ΚΑΝΝΑΒΗ  ΚΟΚΑΙΝΗ  ΗΡΩΙΝΗ  ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ  LSD  MDMA  ECTASY

β. Πόσο συχνά κάνεις χρήση ουσιών;

καθημερινά  1-2 φορές την εβδομάδα  1-2 φορές τον μήνα  1-2 φορές το χρόνο

24. Ποια από τα παρακάτω ισχύουν για εσένα;

1. Η διάθεσή σου έχει συχνά απότομες διακυμάνσεις.  ΝΑΙ  ΟΧΙ
2. Δυσκολεύεσαι να παίρνεις αποφάσεις.  ΝΑΙ  ΟΧΙ
3. Δυσκολεύεσαι να εισέλθεις σε έναν χώρο με πολύ κόσμο.  ΝΑΙ  ΟΧΙ
4. Δυσκολεύεσαι να διατηρείς τον έλεγχο των σκέψεών σου.  ΝΑΙ  ΟΧΙ
5. Βρίσκεις δύσκολα ευχαρίστηση με το να κάνεις πράγματα.  ΝΑΙ  ΟΧΙ
6. Σου αρέσει η ιδέα του να συναναστρέφεις με καινούργιους ανθρώπους.  ΝΑΙ  ΟΧΙ

7. Προτιμάς να μείνεις στο σπίτι σου από το να βγεις με την παρέα σου.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 8. Συχνά νιώθεις άβολα όταν οι άνθρωποι σε αγγίζουν.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 9. Συχνά νιώθεις ότι τίποτα δεν έχει νόημα γύρω σου και όλα είναι μάταια.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 10. Συχνά νιώθεις έναν απροσδιόριστο φόβο για όλα/όλους γύρω σου.  ΝΑΙ  ΟΧΙ

25. Αν ήθελες να αντλήσεις πληροφορίες για παράνομες ναρκωτικές ουσίες που θα απευθυνόσουν ;

- ΦΙΛΟΥΣ  ΓΟΝΕΙΣ  ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ  ΙΝΤΕΡΝΕΤ  ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ  ΧΡΗΣΤΕΣ ΟΥΣΙΩΝ  ΑΛΛΟ

26. Σε έχουν ενημερώσει τον τελευταίο χρόνο για τις παρενέργειες και τους κινδύνους από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών ;

- ΝΑΙ  ΟΧΙ

27.α. Έχεις ενημερωθεί για τις παρενέργειες και τους κινδύνους των ναρκωτικών που έκανες χρήση ;

- ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

β. Αν ναι, από ποιους έχεις ενημερωθεί;

- ΦΙΛΟΥΣ  ΓΟΝΕΙΣ  ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ  ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ  ΙΝΤΕΡΝΕΤ  
 ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ  ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ  ΣΧΟΛΕΙΟ  ΑΛΛΟ

28. Ποια από τα παρακάτω ισχύουν για εσένα;

1. Θα ήθελες οι άνθρωποι να σε αντιμετωπίζουν διαφορετικά.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 2. Μερικές φορές νιώθεις μία έντονη παρόρμηση να κάνεις κάτι επιβλαβές ή επικίνδυνο.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 3. Έχεις σκεφτεί να κάνεις κακό στον εαυτό σου ή σε άλλους.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 4. Συχνά έχεις την ανάγκη να σπάσεις ή να καταστρέψεις κάποιο αντικείμενο.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 5. Μερικές φορές οι σκέψεις σου είναι τόσο ισχυρές που σχεδόν τις ακούς.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 6. Μερικές φορές έχεις νιώσει μία κακή παρουσία γύρω σου, παρόλο που δεν μπορούσες να την δεις.  ΝΑΙ  
 ΟΧΙ  
 7. Έχεις σκεφτεί πως διαθέτεις μία ιδιαίτερη, σχεδόν μαγική δύναμη.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 8. Μερικές φορές κάποιες παρορμητικές σκέψεις σου μοιάζουν τόσο πραγματικές που σε τρομάζουν.  ΝΑΙ  
 ΟΧΙ  
 9. Συχνά νιώθεις ότι όλοι οι άνθρωποι συνωμοτούν εναντίον σου και θέλουν να σε βλάψουν.  ΝΑΙ  ΟΧΙ  
 10. Συχνά νιώθεις ότι οι άνθρωποι σε παρακολουθούν.  ΝΑΙ  ΟΧΙ

29. Σε τι σημείο πιστεύεις ότι το ακόλουθο μπορεί να είναι επικίνδυνο για την υγεία κάποιου ;

- |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Χρήση κάνναβης μια, δύο φορές το χρόνο .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ | Χρήση κάνναβης τακτικά.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ |
| • Έκσταση μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ         | Έκσταση τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ       |
| • Αλκοόλ μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ          | Αλκοόλ τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ        |
| • Κοκαΐνη μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ         | Κοκαΐνη τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ       |
| • Ηρωίνη μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ          | Ηρωίνη τακτικά.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ         |
| • Μεθαμφεταμίνη μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ   | Μεθαμφεταμίνη τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ |
| • MDMA μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ            | MDMA τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ          |
| • LSD μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ             | LSD τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ           |
| • Κάπνισμα μια, δυο φορές το χρόνο.<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ        | Κάπνισμα τακτικά .<br><input type="checkbox"/> ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/> ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ      |



30. Ποιές πιστεύεις ότι θα είναι οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι για τις κοινωνικές αρχές στο να

<u>ΟΥΣΙΑ</u>	Πολύ εύκολο	Εύκολο	Δύσκολο	Πολύ Δύσκολο	Δεν απαντώ
<i>KANNABH</i>					
<i>ΑΛΚΟΟΛ</i>					
<i>ΗΡΩΙΝΗ</i>					
<i>ΕΚΣΤΑΣΗ</i>					
<i>MDMA</i>					
<i>LSD</i>					
<i>ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ</i>					
<i>ΚΟΚΑΪΝΗ</i>					

περιορίσουν το πρόβλημα

των ναρκωτικών ;

- |                                                               |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ  | <input type="checkbox"/> ΔΡΑΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΜΠΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ |
| <input type="checkbox"/> ΔΡΑΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ | <input type="checkbox"/> ΜΕΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ                      |
| <input type="checkbox"/> ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ                         | <input type="checkbox"/> ΜΕΙΩΣΗ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΡΓΕΙΑΣ                           |
| <input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ                                 | <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ                                    |

31. Πόσο δύσκολο θα είναι για εσένα να βρεις το ακόλουθο στο επόμενο 24ωρό:

