

Χρήση νόμιμων ψυχοτρόπων ουσιών από τον γυναικείο πληθυσμό της Αθήνας

Χ. Στέκα

Εργαστήριο Πειραματικής Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ψυχιατρική 2004, 15:245-252

Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών, από το λεκανοπέδιο της Αττικής, οι οποίες έκαναν χρήση νόμιμων ψυχοτρόπων ουσιών για ίδια χρήση, με έμφαση στις βενζοδιαζεπίνες, τα υπνωτικά και τα αντικαταθλιπτικά, είτε με συνταγή του Νόμου 1729/87 είτε με απλή συνταγή. Γυναίκες οι οποίες έκαναν χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων εξαιρέθηκαν του δείγματος. Επίσης, διερευνήθηκε η σχέση των γυναικών αυτών με την αλκοόλη και τη νικοτίνη, καθώς και οι ατομικές και κοινωνικές παράμετροι που τις οδηγούν στη χρήση αυτών των ουσιών. Η έρευνα διεξήχθη σε φαρμακεία της μείζονος περιφέρειας Αθηνών στο διάστημα Μαρτίου - Μαΐου 2002, με τη μέθοδο της διανομής ερωτηματολογίων. Συγκεντρώθηκαν 344 ερωτηματολόγια. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν 50,2 έτη και το εύρος ηλικίας 22-72 έτη. Οι περισσότερες ήταν παντρεμένες με παιδιά, ενώ 74,7% ο ήσαν απόφοιτες μέσης και ανώτατης εκπαίδευσης. Ποσοστό 70% περίπου έκανε χρήση βενζοδιαζεπινών (κυρίως βραχείας δράσης) και ποσοστό 30% αντικαταθλιπτικών (κυρίως SSRIs). Ποσοστό 60% έκανε χρήση ψυχοφαρμάκων σε καθημερινή βάση, 65% έκανε συνεχή χρήση για διάστημα άνω του ενός έτους, ενώ 21 % για διάστημα άνω των δέκα ετών. Οι λόγοι που επικαλέσθηκαν για τη χρήση: άγχος, «μελαγχολία», αϋπνία, νεύρα, αίσθημα κοπώσεως, πονοκέφαλοι. Το 48% ήταν καπνίστριες. Η πιθανότητα να καπνίζουν οι γυναίκες κάτω των 60 ετών ήταν σχεδόν διπλάσια απ' ό,τι σε γυναίκες άνω των 60 ετών ($p < 0,001$). Οι διαζευγμένες γυναίκες είχαν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίζουν, συγκρινόμενες με τις μη διαζευγμένες ($p = 0,001$). Μεγαλύτερες πιθανότητες να καπνίζουν είχαν επίσης οι γυναίκες που έπασχαν από πονοκεφάλους ($p = 0,003$) και από «μελαγχολία» ($p = 0,012$).

Λέξεις ευρητηρίου: *χρήση βενζοδιαζεπινών, χρήση αντικαταθλιπτικών, χρήση νικοτίνης, γυναίκες περιφέρειας Αθηνών.*

Εισαγωγή

Στον διεθνή χώρο, κατά την τελευταία δεκαετία, αυξήθηκαν οι ανάγκες για πληρέστερη μελέτη, διερεύνηση και κατανόηση της ιδιαίτερης σχέσης των γυναικών με τις ψυχοτρόπες ουσίες. ~6 Επιδημιολογικές μελέτες σε ανεπτυγμένες χώρες έδειξαν πως, ενώ το προσδόκιμο ζωής των γυναικών είναι σταθερά ανώτερο από αυτό των αντρών, το επίπεδο υγείας τους είναι χαμηλότερο. Αυξημένα ποσοστά καρκίνου, καρδιακών νοσημάτων, ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονικών συμπεριφορών, κακοποιήσεων, χρήσης και κατάχρησης ψυχοφαρμάκων και αλκοόλης επιβεβαιώνουν το υψηλό ποσοστό νοσηρότητας του γυναικείου πληθυσμού. Επιπλέον, οι γυναίκες, εκδηλώνουν σωματικά συμπτώματα και φοβίες σε διπλάσια ποσοστά από τους άντρες, ενώ πάσχουν συχνότερα από κόπωση, κρίσεις πανικού, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, ψυχαναγκαστική και καταναγκαστική διαταραχή και κατάθλιψη. Τα τελευταία χρόνια, στη Βρετανία, τις ΗΠΑ και την Ελλάδα, έχει διαπιστωθεί πως οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στο κάπνισμα είναι ελάχιστες. Υπολογίζεται πως το 1994 σημειώθηκαν 152.000 Θάνατοι γυναικών από τις βλαβερές συνέπειες του καπνού. Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου (ACS), το 1998 ο καρκίνος των πνευμόνων ξεπέρασε τον καρκίνο μαστού ως πρωταρχική αιτία Θανάτου για τις γυναίκες.

Σε ό,τι αφορά τις συναισθηματικές διαταραχές στις γυναίκες, η βιολογική βάση του φαινομένου εντοπίζεται κυρίως στις αλλαγές που παρατηρούνται στον ορμονικό κύκλο: εμμηνορρυσία, τοκετός, λοχεία, εμμηνόπαυση. Σύμφωνα με την κοινωνιολογική προσέγγιση, καθώς οι γυναίκες υφίστανται μία σειρά κοινωνικών διακρίσεων και ψυχολογικών πιέσεων, επιβεβαρημένες επιπλέον από τη μακρά περίοδο ανατροφής των παιδιών και πλημμελούς φροντίδας του εαυτού τους, συχνά ζουν υπό συνθήκες φτώχειας, κοινωνικά απομονωμένες και με χρονίζοντα ψυχολογικά προβλήματα. Πάντως, διαπιστώνεται πως αλλαγές στον τρόπο ζωής των ανδρών και των γυναικών κατά τα τελευταία πενήντα χρόνια, αλλαγές στο μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο, καθώς και η ανάληψη πολλαπλών κοινωνικών ρόλων έχουν επηρεάσει την επίπτωση ορισμένων ψυχικών ασθενειών και στα δύο φύλα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δώσει στη δημοσιότητα επίσημη έκθεση για τις διαφορές φύλου στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών. Υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν 400 εκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές και 340 εκατομμύρια που πάσχουν από διαταραχές της συμπεριφοράς. Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες, ενώ τα τρία τέταρτα εξ αυτών ζουν στις ανεπτυγμένες χώρες. Όσον αφορά στην κατάθλιψη, αυτή εμφανίζεται συχνότερα στις παντρεμένες γυναίκες και επιδεινώνεται με την ύπαρξη περισσότερων παιδιών στην οικογένεια, ενώ αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους παρουσιάζουν γυναίκες, οι οποίες έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση ή βιασμό είτε στην παιδική ηλικία είτε από τους συντρόφους τους σε κάποια δεδομένη στιγμή στη ζωή τους. Επίσης, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία) προσβάλλουν κατά κανόνα γυναίκες εφηβικής και νεαρής ηλικίας, συχνά αποδίδονται στην κατάθλιψη και εγγίζονται στις ΗΠΑ το 2% του πληθυσμού.

Τα τελευταία χρόνια διεξάγονται νέες έρευνες στον τομέα της νευροψυχοφαρμακολογίας, προκειμένου να εντοπισθούν οι βιολογικές διαφορές στη φαρμακοκινητική και τη φαρμακοδυναμική των ψυχοφαρμάκων, αλλά και στο επίπεδο των νευρομεταβιβαστών του εγκεφάλου. Διαφορές έχουν εντοπισθεί στους πολλαπλούς

μηχανισμούς που επηρεάζουν την απορρόφηση, τη βιοδιαθεσιμότητα, την κατανομή, τον μεταβολισμό και την απέκκριση των ψυχοφαρμάκων στα δύο φύλα.~9-21 Η επισήμανση βιολογικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στην ψυχοφαρμακολογία συνετέλεσε στη διερεύνηση των ιδιαίτερων παρενεργειών των ψυχοφαρμάκων στις γυναίκες κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, της εγκυμοσύνης και της εμμηνοπαύσεως.²² Τη δεκαετία του '70, η εκτεταμένη χρήση ηρεμιστικών με ιατρική συνταγή από τις γυναίκες, σε όλο τον Δυτικό κόσμο, συνδέθηκε με μεγαλύτερη συχνότητα διάγνωσης νευρωτικών διαταραχών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, καθώς και με αυξημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας από τις γυναίκες.²³ Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 1989 στη Βρετανία, ποσοστό 3% του συνολικού πληθυσμού (1,2 εκατομμύρια ενήλικες) έκαναν χρήση βενζοδιαζεπινών (4,2% των γυναικών και 2,1 % των αντρών).²⁴ Στην Αμερική, για το 1994, υπολογίζεται πως 1,2 εκατομμύρια γυναικών είχαν πάρει συνταγή για ηρεμιστικά για λόγο μη Θεραπευτικό.²⁵

Ένας από τους κύριους στόχους της έρευνας ήταν να μελετηθούν τα χαρακτηριστικά των γυναικών που κάνουν χρήση νόμιμων ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και οι κοινωνικοί παράγοντες που τις οδηγούν στη χρήση και κατάχρηση αυτών των ουσιών, σύμφωνα με τα λεγόμενά τους. Προσπαθήσαμε, επίσης, να διερευνήσουμε εκείνους τους παράγοντες, με τους οποίους συσχετίζεται το κάπνισμα στις γυναίκες που κάνουν χρήση ψυχοφαρμάκων.

Υλικό και μέθοδος

Η μελέτη άρχισε με τη βασική παραδοχή ότι οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση νόμιμων ψυχοτρόπων ουσιών απ' ό,τι οι άντρες. Η αναλογία γυναικών προς άνδρες (περίπου 2:1) αποτελεί σταθερό εύρημα, τόσο σε μελέτες στον διεθνή χώρο όσο και σε επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα.²⁶⁻³⁰ Η συλλογή στοιχείων έγινε μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων που διαμορφώθηκαν ειδικά για τη μελέτη αυτή. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν τόσο προκωδικοποιημένες, όσο και ανοικτές, δηλαδή, χωρίς προκωδικοποίηση απαντήσεις. Κρίθηκε προτιμότερο το δείγμα των γυναικών αυτής της μελέτης να ληφθεί από τον γενικό πληθυσμό (community survey) για να διερευνήσουμε την έκταση του φαινομένου της χρήσης βενζοδιαζεπινών ή αντικαταθλιπτικών από τις γυναίκες του λεκανοπεδίου. Ζητήθηκε από τους φαρμακοποιούς τριάντα φαρμακείων της μείζονος περιφέρειας των Αθηνών, με βάση έναν ονομαστικό κατάλογο φαρμακείων Αττικής κατά δήμους, να διανείμουν ερωτηματολόγια στις είκοσι πρώτες γυναίκες, ηλικίας 20-70 ετών, που θα προσέρχονταν να αγοράσουν βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά και υπνωτικά στη διάρκεια τριών μηνών (Μάρτιος - Απρίλιος - Μάιος 2000). Το δείγμα των φαρμακείων επιλέχθηκε στη βάση των αξόνων Βορρά-Νότου και Ανατολής-Δύσεως, κατά τρόπο που να διασφαλίζεται η αντιπροσωπευτικότητα του γυναικείου πληθυσμού της μείζονος περιφέρειας των Αθηνών. Στην αρχή επελέγησαν 13 μονάδες από το κέντρο, ενώ οι υπόλοιπες 17 μονάδες από την περιφέρεια. Σε όσους φαρμακοποιούς δεν κατέστη δυνατόν να διανείμουν και τα είκοσι ερωτηματολόγια στη διάρκεια των τριών μηνών, τους ζητήθηκε να δώσουν όσα υπολείπονταν σε κάποιο γειτονικό φαρμακείο με το οποίο είχαν συνεργασία, ώστε και να μην αλλοιωθεί το δείγμα και να επιτευχθεί ο στόχος. Από τα 600 διανεμημένα ερωτηματολόγια κατέστη τελικά δυνατόν να συγκεντρωθούν 344 έγκυρα. Για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ επιμέρους μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια χ^2 και Fisher's exact test, όπου ήταν απαραίτητο. Τα κριτήρια χ^2 και Fisher's exact test χρησιμοποιήθηκαν, όταν και οι δύο ερωτήσεις αφορούσαν ποιοτικά χαρακτηριστικά. Για τις περιπτώσεις που διερευνήθηκε η συσχέτιση πολλών παραγόντων ταυτόχρονα (πολυπαραγοντική ανάλυση) με κάποια διχοτόμο μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης. Στην περίπτωση των στατιστικών ελέγχων, τα αποτελέσματα θεωρούντο ως στατιστικά σημαντικά για $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Πίνακας 1. Σχέση κάπνισματος με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση.

	Κάπνισμα		p
	Ναι	Όχι	
Ηλικία (έτη)			
< 60	146 (56,4%)	113 (43,6%)	< 0,001
> 60	18 (21,2%)	67 (78,8%)	
Οικογενειακή κατάσταση			
Διεζευγμένες	40 (67,8%)	19 (32,2%)	< 0,001
Μη διεζευγμένες	124 (43,5%)	161 (56,5%)	

Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών ήταν 50,2 (11,3) έτη και το εύρος της ηλικίας 22-72 έτη. Σε ποσοστό 52,6% ήταν παντρεμένες και σε ποσοστό 72,1 % είχαν παιδιά. Το 38,1 % ήταν εργαζόμενες, το 28,8% συνταξιούχες και το 27,3% νοικοκυρές. Η μεγάλη πλειονότητα (74,7%) είχε μέση ή ανωτάτη παιδεία. Μόνον 29,9% δήλωσαν πως το εισόδημά τους ήταν αρκετό, για να καλύπτει τις ανάγκες τους. Ποσοστό 70% έκανε χρήση βενζοδιαζεπινών (κυρίως βραχείας δράσης) και 30% αντικαταθλιπτικών (κυρίως SSRIs). Τις βενζοδιαζεπίνες συνταγογραφούσαν κυρίως οι παθολόγοι και τα αντικαταθλιπτικά οι νευρολόγοι-ψυχίατροι. Ποσοστό 38,7% συνήθιζε να λαμβάνει μικρότερες δόσεις από τις συνιστώμενες από τον ιατρό, ενώ 53,5% αποπειράθηκε να διακόψει τη χρήση χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού. Εξ αυτών, μόνον 10,9% δήλωσαν πως δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα (σωματικό ή ψυχολογικό), όταν τα διέκοψαν. Ποσοστό 60,2% έκανε καθημερινή χρήση ψυχοφαρμάκων και 26,5% όταν νόμιζε πως τα έχει ανάγκη. Ποσοστό 20,6% έκανε χρήση

για διάστημα μεγαλύτερο των δέκα ετών, ενώ 65% για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Οι λόγοι που τις οδήγησαν στη χρήση ψυχοφαρμάκων, σύμφωνα με τα λεγόμενά τους, ήσαν κατά σειρά προτεραιότητας οι εξής: άγχος, «μελαγχολία», αϋπνία, νεύρα, κρίσεις πανικού, αίσθημα κοπώσεως και πονοκέφαλοι. Απέδωσαν την αιτία των προβλημάτων τους στα εξής: μοναξιά, έλλειψη επικοινωνίας με τον σύντροφό τους, πένθος, οικονομικά προβλήματα, εμμηνόπαυση και κακοποίηση. Ποσοστό 75% δεν είχε κάνει ποτέ ψυχοθεραπεία και εξ αυτών 52% περίπου δήλωσαν πως δεν το είχαν καν σκεφθεί. Τα ποσοστά γυναικών που έχουν κάνει ψυχοθεραπεία αυξάνονται όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,021$) και όσο μειώνεται η ηλικία τους. Ποσοστό 70% δεν είχε δοκιμάσει άλλες εναλλακτικές μορφές Θεραπείας, ενώ 11 % δήλωσαν πως είχαν προσφύγει στην ομοιοπαθητική και 10% στον ιερέα της ενορίας για την παροχή συμβουλών.

Καταγράψαμε, επίσης, τις καπνιστικές συνήθειες των γυναικών του δείγματος και προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τους παράγοντες, με τους οποίους συσχετίζεται το κάπνισμα στις γυναίκες που κάνουν χρήση ψυχοφαρμάκων. Το δείγμα μας παρουσιάστηκε μοιρασμένο σε 48% καπνίστριες και σε 52% μη καπνίστριες. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών (47%) άρχισε να καπνίζει για πρώτη φορά στην ηλικία μεταξύ 18 και 25 ετών. Περισσότερες από τις μισές κάπνιζαν μέχρι 20 τσιγάρα ημερησίως. Εάν μάλιστα θεωρήσουμε ως βαρύ κάπνισμα την κατανάλωση άνω των 20 τσιγάρων ημερησίως, η μόνη περίπτωση όπου εντοπίστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ήταν μεταξύ εργαζομένων και συνταξιούχων: οι πρώτες είχαν σχεδόν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι βαριές καπνίστριες σε σύγκριση με τις δεύτερες (Odds Ratio=2,42, $p=0,041$).

Συγκρίθηκαν οι καπνίστριες προς τις μη καπνίστριες του δείγματος ως προς συστοιχία μεταβλητών που κάλυπταν τόσο δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) όσο και λόγους, για τους οποίους αναζήτησαν ιατρική βοήθεια (Πίνακες 1 και 2).

Από τους πιο πάνω παράγοντες, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, στην πολυπαραγοντική ανάλυση με μοντέλο πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, στατιστικώς σημαντικοί παρέμειναν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η «μελαγχολία», οι πονοκέφαλοι και ο τρόπος που αντιδρούν οι γυναίκες - χρήστριες στη μεγάλη στενοχώρια.

Η πλειονότητα, δηλαδή το 86% των γυναικών, δήλωσε πως είτε δεν πίνει ποτέ οινοπνευματώδη ποτά είτε πίνει σπανίως, στα πλαίσια κοινωνικών συναναστροφών, κυρίως τα Σαββατοκύριακα.

Πίνακας 2. Σχέση καπνίσματος με πένθος, πονοκεφάλους και «μελαγχολία» (ως λόγων που αναζήτησαν βοήθεια από τον ιατρό).

	Κάπνισμα		p
	Ναι	Όχι	
<i>Αίτιο προβλημάτων</i>			
Πένθος	43 (53,7%)	37 (46,3%)	0,214
Όχι πένθος	121 (45,8%)	143 (54,2%)	
<i>Πρόβλημα που αναφέρθηκε στον ιατρό</i>			
Πονοκέφαλος	34 (66,7%)	17 (33,3%)	< 0,003
Όχι πονοκέφαλος	130 (44,4%)	163 (55,6%)	
«Μελαγχολία»	83 (55,3%)	67 (44,7%)	< 0,012
Όχι μελαγχολία	81 (41,7%)	113 (58,3%)	

Πίνακας 3. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης.

Παράγων	Odds ratio	95% διάστημα εμπιστοσύνης	p
Ηλικία (> 60, ≥ 60)	0,21	(0,12, 0,39)	< 0,001
Οικογενειακή κατάσταση			
Διεζευγμένες	2,13	(1,12, 4,04)	0,020
Μη διεζευγμένες			
Αίτιο των προβλημάτων κατά τη γνώμη της ερωτώμενης			
Πένθος (Ναι/Όχι)	1,80	(1,02, 3,18)	0,043
Πονοκέφαλος (Ναι/Όχι)	2,41	(1,22, 4,75)	0,011
«Μελαγχολία» (Ναι/Όχι)	1,83	(1,14, 2,96)	0,013
Αντίδραση σε μεγάλη στενοχώρια — Κλάμα, φωνές (Ναι/Όχι)	0,61	(0,36, 1,00)	0,051

Συζήτηση

Όπως φαίνεται από την έρευνα, 70% των γυναικών του δείγματος κάνουν χρήση βενζοδιαζεπινών (κυρίως βραχείας δράσης) και 30% αντικαταθλιπτικών (κυρίως SSRIs). Ποσοστό 60% κάνει καθημερινή χρήση, ενώ 21% κάνει χρήση για περισσότερα από 10 χρόνια. Επισκέπτονται τον ιατρό τους κυρίως όταν χρειάζεται να εφοδιασθούν με συνταγή. Στην προσπάθειά τους να διακόψουν τη χρήση χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού, από τον φόβο εξάρτησης ή παρενεργειών, μόνον 10% δεν αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα σωματικό ή ψυχολογικό. Οι ίδιες αποδίδουν μεγάλη σημασία σε κοινωνικής φύσεως προβλήματα που αντιμετωπίζουν και που τις οδηγούν στον ιατρό. Απευθύνονται δηλαδή στην ιατρική, αναζητώντας απεγνωσμένα τεχνικές λύσεις για ζητήματα υπαρξιακά. Η αυξημένη δυσφορία που εκφράζουν οφείλεται στην ψυχική πίεση που υφίστανται εξαιτίας του περιχαρακωμένου τρόπου ζωής, του φόρτου εργασίας που επιβάλλουν οι ρόλοι που καλούνται να εκπληρώσουν στον ιδιωτικό και επαγγελματικό τομέα, των οικονομικών προβλημάτων, της μοναξιάς, της έλλειψης επικοινωνίας με τον σύντροφό τους, της εμμηνόπαυσης. Η ανάγκη να ανταποκριθούν με επιτυχία στα καθήκοντά τους μεταφράζεται σε πόνο, άγχος, φοβίες, αϋπνία, αίσθημα αποτυχίας, κατάθλιψη. Ο «απαιτητής» που υφίσταται στην άλλη καλούνται, ανταποκρινόμενοι στο αίτημα των γυναικών, να δώσουν λύση στο πλαίσιο μιας επίσκεψης, της οποίας η κατάληξη είναι μια συνταγή ψυχοφαρμάκων. Στη Βρετανία, έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί ιατροί καταφεύγουν στη συνταγογράφηση ηρεμιστικού στις γυναίκες, χωρίς να προβούν καν στη φυσική εξέτασή τους, ακόμη και όταν δεν πληρούν τα αναγκαία κριτήρια για τη διάγνωση ψυχικής ασθένειας, ενώ σπανίως γίνεται απόπειρα εγγραφής της ασθένειας στην προσωπική τους ιστορία. Είναι ενδεχόμενο και χρήζει περαιτέρω διερευνήσεως οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να συνταγογραφούν ψυχοφάρμακα - κυρίως βενζοδιαζεπίνες - με μεγάλη ευκολία και να παραπέμπουν σπανίως στις υπηρεσίες των επαγγελματιών του τομέα της ψυχικής περίθαλψης. Η αγωγή αυτή, ωστόσο, μπορεί μεν προσωρινά να επιδρά αποτελεσματικά στα συμπτώματα που παρουσιάζουν, πλην όμως δεν αποτελεί ισόδυναμο θεραπείας και αδυνατεί να αντιμετωπίσει τα διαπροσωπικά και κοινωνικά προβλήματα που επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση της πάσχουσας. Επιπλέον, εγκυμονεί πάντα τον κίνδυνο εξάρτησης, αν η χρήση ψυχοφαρμάκων γίνει χρόνια και χωρίς στενή ιατρική παρακολούθηση.

Το κάπνισμα για τις γυναίκες λειτουργεί τόσο ως ανάγκη όσο και ως πολυτέλεια, ελλείπει εναλλακτικών μορφών ψυχαγωγίας. Ένας τρόπος για να απαλύνουν το stress και να τα βγάλουν πέρα με τα προβλήματα της μητρότητας, τον διπλό ρόλο τους, τη μοναξιά και τις συνέπειες της φτώχειας. Σε ό,τι αφορά το δείγμα μας, φαίνεται πως οι γυναίκες χρήστριες ψυχοτρόπων ουσιών άρχισαν να καπνίζουν σε μεγαλύτερες ηλικίες, εν συγκρίσει με ό,τι καταγράφεται σε διεθνείς έρευνες και επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι άρχισαν το κάπνισμα μεταγενέστερα ως μορφή αυτοθεραπείας (coping mechanism), όταν εντάθηκαν τα ψυχολογικά προβλήματά τους, αφού συχνά οι καπνιστές περιγράφουν την επίδραση της νικοτίνης ως ηρεμιστική. Αυξημένη χρήση καπνού έχει, άλλωστε, καταγραφεί σε διεθνείς έρευνες από άτομα τα οποία πάσχουν από κατάθλιψη και άτομα τα οποία κάνουν χρήση και κατάχρηση συνταγογραφημένων ψυχοφαρμάκων και καφεΐνης.³¹ Στις περιπτώσεις αυτές, το κάπνισμα βελτιώνει τη λανθάνουσα ψυχοπαθολογία του ατόμου, αυξάνει τη δυνατότητα αυτοσυγκέντρωσης, μειώνει το άγχος και αμβλύνει τις παρενέργειες των άλλων φαρμάκων.^{32-3α} Οι γυναίκες του δείγματός μας, οι οποίες έπασχαν από πονοκεφάλους, πιθανώς λόγω της αγγειοσυσπάσεως την οποία προκαλεί η νικοτίνη, έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερο. Επίσης, καπνίζουν περισσότερο οι διεξευγμένες γυναίκες και εκείνες οι οποίες πάσχουν από μοναξιά και πένθος. Ειδικότερα στις γυναίκες, ο φόβος αύξησης του βάρους τους λειτουργεί ανασταλτικά στη διακοπή του καπνίσματος.

Σε ό,τι αφορά τη χρήση αλκοόλης, μόνον οι μισές δήλωσαν πως κάνουν χρήση και μάλιστα σπανίως, ενώ οι υπόλοιπες τα Σαββατοκύριακα στα πλαίσια κοινωνικών συναναστροφών. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε λόγους που σχετίζονται με τη συνέργια αλκοόλης και ψυχοφαρμάκων είτε στο γεγονός πως η χρήση αλκοόλης, ειδικότερα για τις γυναίκες, παραμένει κοινωνικά στιγματισμένη και τις απέτρεψε από το να απαντήσουν θετικά.