



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συσχέτιση των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους με τη χρήση και τα κίνητρα χρήσης  
κάνναβης: ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας

Μποτζάκη Ιοκάστη

A.M. 7450352200017

**Επιβλέπων:** Μασδράκης Βασίλειος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

Μασδράκης Βασίλειος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Τζαβέλλας Ηλίας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Ψυχολόγος, PHD

ΑΘΗΝΑ,

Απρίλιος, 2024

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	4
ABSTRACT .....	6
Μέρος Α: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας .....	9
Κεφάλαιο 1: Κάνναβη .....	9
1.1 Τι είναι η κάνναβη – Βασικές ιδιότητες .....	9
1.2 Μηχανισμός δράσης - Φαρμακοκινητική & Φαρμακοδυναμική .....	10
1.3 Επιδράσεις : Βραχυπρόθεσμες & Μακροπρόθεσμες .....	11
1.4 Κάνναβη & Ψυχιατρικά συμπτώματα/διαταραχές .....	12
1.5 Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης .....	13
Κεφάλαιο 2: Κοινωνικό άγχος .....	15
2.1 Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους – Διαγνωστικά κριτήρια & Χαρακτηριστικά .....	15
2.2 Επιπτώσεις Κοινωνικού Άγχους .....	17
2.3 Συννοσηρότητα .....	17
Κεφάλαιο 3: Κάνναβη & Κοινωνικό άγχος .....	18
3.1 Θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης .....	18
3.2 Αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης .....	20
3.3 Θεωρητικά Μοντέλα ερμηνείας .....	20
3.3.1 Μοντέλα μείωσης έντασης – Υπόθεση αυτοθεραπείας .....	20
3.3.2 Μοντέλο κοινών αιτιολογικών παραγόντων .....	21
3.3.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο .....	22
3.3.4 Μοντέλα κινήτρων .....	22
3.4 Κίνητρα χρήσης κάνναβης & κοινωνικό άγχος .....	23
3.5 Ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας .....	24
3.6 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις .....	25
Μέρος Β: Ερευνητικό μέρος .....	27
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία .....	27
4.1 Συμμετέχοντες .....	27
4.2 Ερευνητική διαδικασία .....	27
4.3 Ερευνητικά εργαλεία .....	28
4.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας .....	29
4.5 Στατιστική ανάλυση .....	30
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα .....	31
5.1 Περιγραφική στατιστική .....	31
5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	31
5.1.2 Χρήση, προβλήματα και κίνητρα χρήσης κάνναβης, και κοινωνικό άγχος .....	33
5.2 Επαγωγική στατιστική .....	35

5.2.1 Συσχετίσεις μεταξύ χρήσης κάνναβης, προβλημάτων χρήσης κάνναβης, κινήτρων χρήσης κάνναβης και κοινωνικού άγχους.....	35
5.2.2 Συσχετίσεις με το φύλο .....	39
5.2.3 Συσχετίσεις με την ηλικία .....	40
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση .....	44
Βιβλιογραφία.....	47

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Το κοινωνικό άγχος έχει συνδεθεί συστηματικά με τη χρήση κάνναβης και ιδιαίτερα με την εξάρτηση από κάνναβη και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτήν. Ωστόσο, οι θεωρίες και τα εμπειρικά δεδομένα υποδεικνύουν τόσο πιθανές οδούς κινδύνου όσο και προστατευτικές. Ιδιαίτερη σημασία στη σχέση αυτή φαίνεται να έχουν και τα κίνητρα χρήσης κάνναβης, ενώ ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. **Σκοπός.** Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους με τη χρήση και τα κίνητρα χρήσης κάνναβης, αλλά και να εξετάσει το ρόλο του φύλου και της ηλικίας στα συμπτώματα κοινωνικού άγχους και στη χρήση, τα κίνητρα χρήσης και τα προβλήματα χρήσης κάνναβης.

**Μεθοδολογία.** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 340 ατόμων (116 ανδρών, 221 γυναικών) από τον γενικό πληθυσμό με μέσο όρο ηλικίας τα 33 έτη ( $SD= 14,202$ ). Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων έγινε μέσω Google Forms το διάστημα από το Νοέμβριο του 2023 έως το Μάρτιο του 2024 και οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τέσσερα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (Κλίμακα αναγνώρισης Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης, Κλίμακα Προβλημάτων Χρήσης Μαριχουάνας, Μέτρηση κινήτρων χρήσης Μαριχουάνας, Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης). **Αποτελέσματα.** Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το 21,7% των συμμετεχόντων έκανε επικίνδυνη χρήση κάνναβης και το 28,3% παρουσίαζε Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης. Με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson διαπιστώθηκε θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και προβλημάτων σχετιζόμενων με τη χρήση κάνναβης ( $r=0,412$ ,  $p=0,000$ ), ενώ δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης ( $p=0,130$ ). Με τη χρήση independent t-tests βρέθηκε ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος ανέφεραν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση κάνναβης συγκριτικά με τα άτομα χωρίς κοινωνικό άγχος ( $M=4,97$ ,  $SD=4,669$ ) ( $p=0,000$ ). Επίσης, ανέφεραν συχνότερα ως κίνητρα χρήσης εκείνα της αντιμετώπισης ( $p=0,001$ ), της συμμόρφωσης ( $p=0,000$ ) και της κοινωνικότητας ( $p=0,000$ ). Τέλος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, αλλά ούτε και μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, όσον αφορά το κοινωνικό άγχος, τη χρήση κάνναβης, τα κίνητρα χρήσης και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτήν. **Συμπεράσματα.** Τα ευρήματα που προκύπτουν καταδεικνύουν έναν βαθμό ευαλωτότητας των ατόμων που έχουν κοινωνικό άγχος στα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό και χρήσιμο για τις κλινικές πρακτικές πρόληψης και

θεραπευτικής αντιμετώπισης να μελετηθεί και να κατανοηθεί περαιτέρω αυτή η σχέση, όπως και ο ρόλος των κινήτρων στην έναρξη και διατήρηση της χρήσης κάνναβης από αυτή την ομάδα ατόμων.

**Λέξεις κλειδιά:** προβλήματα χρήσης κάνναβης, Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης, κοινωνικό άγχος, κίνητρα χρήσης κάνναβης

## ABSTRACT

**Introduction.** Social anxiety has been systematically linked to cannabis use and particularly to cannabis dependence and its associated problems. However, theories and empirical evidence suggest both potential risk and protective pathways. Motivation for cannabis use appears to be particularly relevant in this relationship, while the role of gender and age has not been well examined. **Aim.** The purpose of this study is to examine the association between social anxiety symptoms, cannabis use and motivation, and to evaluate the role of gender and age on social anxiety symptoms and cannabis use, motivation and problems. **Methodology.** A cross-sectional study was conducted in a sample of 340 subjects (116 men, 221 women) from the general population with a mean age of 33 years ( $SD = 14.202$ ). The data collection process was conducted via Google Forms between November 2023 and March 2024 and participants completed four self-report questionnaires (Cannabis Use Disorder Identification Scale, Marijuana Use Problems Scale, Marijuana Motives Measure, Social Interaction Anxiety Scale). **Results.** Statistical analysis showed that 21.7% of the participants engaged in hazardous cannabis use and 28.3% had Cannabis Use Disorder. Using Pearson's correlation coefficient, a positive and statistically significant correlation was found between social anxiety and cannabis use related problems ( $r=0.412$ ,  $p=0.000$ ), while no correlation was found between social anxiety and cannabis use ( $p=0.130$ ). Independent t-tests also indicated that people with social anxiety reported more cannabis use-related problems compared to people without social anxiety ( $M=4.97$ ,  $SD=4.669$ ) ( $p=0.000$ ) and that they more frequently reported coping ( $p=0.001$ ), conformity ( $p=0.000$ ) and social ( $p=0.000$ ) motives for use. Finally, no statistically significant differences were found between men and women, nor between different age groups, in terms of social anxiety, cannabis use, motivations for use and problems associated with cannabis use. **Conclusions.** The resulting findings demonstrate a degree of vulnerability of people with social anxiety to problems associated with cannabis use. Therefore, it is important and useful for clinical prevention and treatment practices to study and further understand this relationship, as well as the role of motivation in the initiation and maintenance of cannabis use by this group of individuals.

**Keywords:** cannabis use problems, Cannabis Use Disorder, social anxiety, cannabis use motivation

## Εισαγωγή

Είναι γνωστό ότι η κάνναβη αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη και συχνά χρησιμοποιούμενη ουσία παγκοσμίως. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, το 2022 η κάνναβη αναφέρθηκε ως η κύρια ουσία χρήσης, σε ποσοστό 37,5%, των ατόμων που προσέγγισαν το ΚΕΘΕΑ για συμβουλευτική ή θεραπεία (ΚΕΘΕΑ, 2023). Η χρήση της έχει συσχετιστεί τόσο με ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως άγχος, κρίσεις πανικού και παράνοια, όσο και με ψυχικές διαταραχές, όπως αγχώδεις (Crippa et.al, 2009; Kedzior & Laeber, 2014; Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018).

Συγκεκριμένα το κοινωνικό άγχος, που χαρακτηρίζεται από έντονο και επίμονο φόβο για κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο μπορεί να εκτεθεί σε έλεγχο ή κριτική από άλλους (APA, 2013), έχει συνδεθεί θετικά σε πληθώρα ερευνών με υψηλά ποσοστά προβληματικής χρήσης, εξάρτησης από κάνναβη αλλά και προβλημάτων που σχετίζονται με αυτήν (Buckner et.al., 2008, 2012) και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιαδήποτε άλλη αγχώδη διαταραχή (Agosti, Nunes & Levin, 2002). Σε γενικές γραμμές, το κοινωνικό άγχος τείνει να προηγείται χρονικά της χρήσης ή και εξάρτησης από κάνναβη (Buckner et.al., 2008; Buckner et.al., 2012) και να σχετίζεται με τη χρήση για αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων και μείωση κοινωνικών φόβων (Buckner et.al., 2007), σύμφωνα και με το θεωρητικό μοντέλο της μείωσης της έντασης (Conger, 1956). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν μια ενδεχόμενη αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης τουλάχιστον στην εφηβεία, με το κοινωνικό άγχος να λειτουργεί προστατευτικά ως προς αυτήν μέσω της περιορισμένης σχέσης αυτών των ατόμων με τους συνομηλίκους (Nelemans et.al., 2016).

Ιδιαίτερη σημασία στη σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης φαίνεται να έχουν τα κίνητρα της χρήσης και ιδιαίτερα εκείνα της αντιμετώπισης και της συμμόρφωσης (Buckner et.al., 2007). Ωστόσο, έχει δοθεί μικρότερη σημασία σε κοινωνικοπολιτισμικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ειδικά όσον αφορά το φύλο, έχει υποστηριχθεί πως στους άντρες το κοινωνικό άγχος έχει συνδεθεί με περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη (Buckner et.al., 2012), παρά το γεγονός πως οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους (Xu et.al., 2012).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω και με δεδομένο ότι κατά την ανασκόπηση δεν βρέθηκαν σχετικές έρευνες στην ελληνική βιβλιογραφία, στόχος είναι η διερεύνηση της συσχέτισης των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους με τη χρήση κάνναβης (προβληματική χρήση, διαταραχή χρήσης, προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη) και τα κίνητρα χρήσης κάνναβης και η εξέταση του ρόλου του φύλου και της ηλικίας, με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του φαινομένου.

Παρακάτω, ακολουθεί μία σύντομη αλλά περιεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία αποτελεί το πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά σε κάποια εισαγωγικά στοιχεία για την κάνναβη, τις βασικές της ιδιότητες και επιδράσεις και την Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στο κοινωνικό άγχος και, ειδικότερα, στην Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους, τα βασικά της χαρακτηριστικά και διαγνωστικά κριτήρια, καθώς και τις επιπτώσεις της. Στο τρίτο κεφάλαιο θα επιχειρηθεί η περιγραφή της συσχέτισης μεταξύ κοινωνικού άγχους και διάφορων παραμέτρων της χρήσης κάνναβης, όπως η προβληματική χρήση, η Διαταραχή Χρήσης και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης, ενώ θα γίνει αναφορά και στα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα ερμηνείας της συσχέτισης αυτής. Τέλος, θα γίνει μια σύντομη περιγραφή των κινήτρων χρήσης κάνναβης και της σχέση τους με το κοινωνικό άγχος και, κλείνοντας, θα περιγραφεί ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας στη συσχέτιση κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία και η στατιστική ανάλυση, ακολουθούμενη από τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, η παρούσα εργασία κλείνει με τη συζήτηση και τα τελικά συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την τρέχουσα έρευνα.



## **Μέρος Α: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας**

### **Κεφάλαιο 1: Κάνναβη**

Η κάνναβη αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη και συχνά χρησιμοποιούμενη εξαρτησιογόνο ουσία παγκοσμίως. Ενδεικτικά, η χρήση κάνναβης από τους κατοίκους της ΕΕ ηλικίας 15-34 ετών για το 2022 εκτιμάται σε ποσοστό 15,1 %, ενώ, περίπου το 1,3 % των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών (3,7 εκατομμύρια άτομα) εκτιμάται ότι είναι καθημερινοί ή σχεδόν καθημερινοί χρήστες κάνναβης (EMCDDA, 2023). Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, σύμφωνα με τον ετήσιο απολογισμό του ΚΕΘΕΑ για το 2022, η κάνναβη και τα συνθετικά κανναβινοειδή αναφέρονται ως η κύρια ουσία χρήσης των ατόμων που προσέγγισαν και ζήτησαν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ, με ποσοστό 37,5% (ΚΕΘΕΑ, 2023). Ταυτόχρονα, πραγματοποιούνται σε παγκόσμιο επίπεδο ραγδαίες αλλαγές στο νομικό καθεστώς, τις κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις, αλλά και τη διαθεσιμότητα της κάνναβης, τα οποία επηρεάζουν τις πιθανές επιπτώσεις της χρήσης της στη δημόσια υγεία. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι σε όλο και περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται μια αυξητική τάση τόσο στην ποικιλία των διαθέσιμων προϊόντων κάνναβης όσο και στη νόθευσή τους με συνθετικά κανναβινοειδή που συχνά εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους (EMCDDA, 2022).

#### **1.1 Τι είναι η κάνναβη – Βασικές ιδιότητες**

Το φυτό της κάνναβης, ή αλλιώς *Cannabis sativa*, είναι γνωστό από την αρχαιότητα και έχει χρησιμοποιηθεί από τον άνθρωπο τόσο για θεραπευτικούς όσο και για ψυχαγωγικούς ή θρησκευτικούς σκοπούς λόγω της ευφορικής του δράσης (Pertwee, 2014). Οι πλέον καλά τεκμηριωμένες θεραπευτικές της ιδιότητες έχουν φανεί χρήσιμες τόσο στην θεραπεία όσο και την ανακούφιση συμπτωμάτων αρκετών ασθενειών, καθιερώνοντας έτσι την ιατρική της χρήση. Ειδικότερα, χρησιμοποιείται στη χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση της ναυτίας (αντιεμετική δράση), σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας για τη μείωση της σπαστικότητας (αντισπασμωδική δράση) και σε ασθενείς με AIDS και καρκίνο για την ενεργοποίηση της όρεξης (ορεξιογόνος δράση) και την αντιμετώπιση του πόνου (αναλγητική δράση) (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018).

Οι ίνες του φυτού περιέχουν πάνω από 400 χημικές ουσίες, από τις οποίες ξεχωρίζουν τα κανναβινοειδή που ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία των τερπενοφαινολικών ενώσεων. Το πιο γνωστό κανναβινοειδές, που αποτελεί και την κύρια ψυχοδραστική ουσία της κάνναβης, είναι η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη (Δ9-THC ή THC). Άλλες ενώσεις που έχουν βρεθεί και ταυτοποιηθεί είναι η Δ8-τετραϋδροκανναβινόλη (Δ8-THC), η κανναβιδιόλη (CBD), η κανναβιγκερόλη (CBG), η κανναβιχρόνη (CBC) και η κανναβινόλη (CBN) (El-Alfy et al., 2010). Η κάνναβη συναντάται είτε ως “μαριχουάνα”, η αποξηραμένη, δηλαδή, μορφή του φυτού, ή ως “χασίς”, η επεξεργασμένη ρητίνη που εκκρίνει το φυτό. Η περιεκτικότητα σε THC κυμαίνεται στο 1-3% στη μαριχουάνα και στο 8-15% στο χασίς. Το παχύρευστο υγρό που εκχυλίζεται από τα φύλλα του φυτού ονομάζεται “χασισέλαιο”.

## **1.2 Μηχανισμός δράσης - Φαρμακοκινητική & Φαρμακοδυναμική**

Η κάνναβη συνήθως καταναλώνεται σε μορφή τσιγάρου (καπνός ή ηλεκτρονικό τσιγάρο) ή μέσω ατμοποιητών, ενώ συχνή είναι και η κατανάλωση βρώσιμων παρασκευασμάτων κάνναβης (μπισκότα, καραμέλες, τσάι) (Μαρσέλος, 2005). Όταν καπνίζεται, τα αποτελέσματα γίνονται πολύ γρήγορα αισθητά, καθώς η THC περνά μέσα σε λίγα λεπτά από τους πνεύμονες στο αίμα και μετά στον εγκέφαλο και άλλα όργανα και διαρκούν από μία έως τρεις ώρες περίπου ανάλογα την ποσότητα. Όταν τρώγεται ή καταναλώνεται ως ρόφημα, απορροφάται πιο αργά και τα αποτελέσματα εμφανίζονται συνήθως μετά από μία ώρα. Η THC μεταβολίζεται και απενεργοποιείται μέσω υδροξυλίωσης στο ήπαρ και απέκκρισης στα ούρα και τη χολή (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018).

Γενικά η κάνναβη δρα αυξάνοντας έμμεσα την απελευθέρωση ντοπαμίνης στο μεσομεταιχμιακό σύστημα και, συγκεκριμένα, στον επικλινή πυρήνα, το κέντρο ελέγχου του συστήματος ανταμοιβής. Η THC προσδένεται στους πρωτεϊνικούς υποδοχείς CB1 και CB2 στον εγκέφαλο και στον νωτιαίο μυελό, όπου φυσιολογικά προσδένονται τα ενδοκανναβινοειδή (Martinez et al., 2023). Τα ενδοκανναβινοειδή αποτελούν ενδογενείς ουσίες που παράγονται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, έχουν παρόμοιες ιδιότητες με εκείνες της THC και συμμετέχουν σε πληθώρα εγκεφαλικών λειτουργιών, όπως η μνήμη και η μάθηση, η λήψη τροφής, η κινητική συμπεριφορά, ο πόνος, η ανταμοιβή και τα συναισθήματα

(Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018). Οι υποδοχείς κανναβινοειδών (CB1 και CB2) βρίσκονται σε μεγάλη συγκέντρωση σε διάφορες περιοχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και αυτό ερμηνεύει και την επίδραση της κάνναβης σε διάφορες εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως η όρεξη, η μνήμη, η σκέψη, ο συντονισμός των κινήσεων, το συναίσθημα και η αίσθηση του πόνου (Ashton, 2001).

### **1.3 Επιδράσεις : Βραχυπρόθεσμες & Μακροπρόθεσμες**

Σε γενικές γραμμές η κάνναβη έχει αγχολυτικές, ηρεμιστικές, αναλγητικές, αλλά και ψυχεδελικές ιδιότητες. Κάποια από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα που ακολουθούν την χρήση της είναι η αίσθηση ευφορίας και χαλάρωσης, η ιλαρότητα, η δυσκολία συγκέντρωσης και συντονισμού των κινήσεων, η οξύτερη αντίληψη του ήχου και του χρώματος, η αυξημένη όρεξη και η αλλοίωση της αίσθησης του χρόνου, η αίσθηση, δηλαδή, ότι ο χρόνος κυλάει πιο αργά. Η κάνναβη μπορεί επίσης να μειώσει την ικανότητα εκτέλεσης εργασιών που απαιτούν γρήγορες αντιδράσεις και να εξασθενήσει τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, ενώ κοινές αρνητικές αντιδράσεις που ενδέχεται να προκύψουν από τη χρήση της είναι μεταξύ άλλων το αυξημένο άγχος, οι κρίσεις πανικού, η απώλεια μνήμης και οι ψυχωσικές αντιδράσεις (Crippa et al, 2009; Panlilio et al., 2015). Ωστόσο, τέτοιου είδους αντιδράσεις είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν σε άπειρους χρήστες ή σε άτομα που χρησιμοποιούν προϊόντα κάνναβης με υψηλά επίπεδα THC. Ειδικότερα, η διαθεσιμότητα εκχυλισμάτων και βρώσιμων προϊόντων υψηλής περιεκτικότητας σε THC αποτελεί ιδιαίτερη ανησυχία και έχει συνδεθεί με περιπτώσεις οξείας τοξικότητας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων (EMCDDA, 2023). Σε σωματικό επίπεδο, μετά από οξεία χορήγηση κανναβινοειδών, παρατηρείται ταχυκαρδία, αγγειοδιαστολή στα μάτια, βρογχοδιαστολή και ξηρότητα στο στόμα και τον φάρυγγα (Ashton, 2001; NIDA, 2019). Παρόλα αυτά, η επίδραση της χρήσης κάνναβης έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία που διαφέρει κατά πολύ από άτομο σε άτομο και εξαρτάται συνοπτικά από τα λεγόμενα 5 “Π”: την προσωπικότητα του χρήστη, το περιβάλλον που γίνεται η χρήση, τις προσδοκίες που έχει από τη χρήση, την ποσότητα που χρησιμοποιεί και τις προηγούμενες εμπειρίες που ενδεχομένως έχει (Hall & Pacula, 2002).

Όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις, έχει φανεί πως η χρόνια χρήση κάνναβης, ιδιαίτερα όταν έχει ξεκινήσει από την εφηβεία, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον εγκέφαλο και, συγκεκριμένα, στις γνωστικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, η συγκέντρωση και

η προσοχή (Gruber et al., 2003; Volkow et al., 2014; Yucel et al., 2008). Από την άλλη πλευρά, έχουν αναφερθεί τόσο διαταραχές του ύπνου όσο και μείωση των σεξουαλικών επιδόσεων, ενώ η τακτική εισπνοή του καπνού της κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστικές διαταραχές και λοιμώξεις παρόμοιες με εκείνες που εμφανίζονται σε καπνιστές τσιγάρου (Ashton, 2001 ; Hall et al, 1995). Πιο συγκεκριμένα, οι τακτικοί χρήστες κάνναβης έχουν υψηλότερο κίνδυνο χρόνιας βρογχίτιδας και πιθανώς εξασθενημένης αναπνευστικής λειτουργίας (Hall & Degenhardt, 2014). Τέλος, η χρόνια χρήση κάνναβης, πέρα από τις διάφορες επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία, μπορεί να σχετίζεται και με κακή σχολική ή εργασιακή απόδοση, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την οικογένεια, οικονομικές δυσκολίες και νομικά προβλήματα (Crean et al., 2011).

#### **1.4 Κάνναβη & Ψυχιατρικά συμπτώματα/διαταραχές**

Η χρόνια χρήση και η εξάρτηση από κάνναβη έχει συνδεθεί με υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών συμπτωμάτων και διαταραχών, όπως ψύχωση, κατάθλιψη, κρίσεις πανικού και αγχώδεις διαταραχές (Crippa et al, 2009; Kedzior & Laeber, 2014; Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2018). Ιδιαίτερα όσον αφορά τα συμπτώματα ψυχωσικού τύπου, το DSM-5, η Πέμπτη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, επισημαίνει πως σε υψηλές δόσεις η κάνναβη ενδέχεται να προκαλέσει παροδικές ψυχωσικές αντιδράσεις ή διαταραχές, να λειτουργήσει ως εκλυτικός παράγοντας στην εκδήλωση σχιζοφρένειας ή να επιδεινώσει τα συμπτώματα σε άτομα που ήδη έχουν (APA, 2013). Τέτοιου είδους παροδικά συμπτώματα μπορεί να είναι η αποπροσωποποίηση, η αποπραγματοποίηση, το αίσθημα απώλειας ελέγχου, ο φόβος θανάτου, ο παράλογος πανικός και οι παρανοϊκές ιδέες (Thomas, 1993). Σύμφωνα με πλήθος ερευνητικών προσπαθειών πάλι, η προβληματική χρήση κάνναβης είναι πολύ υψηλότερη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της σχιζοφρένειας, των διαταραχών διάθεσης και άγχους, των διαταραχών προσωπικότητας και της διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Buckner et al., 2008; Bujarski et al., 2016; Charilaou et al. 2017; Lev-Ran et al., 2013). Τέλος, με τη μακροχρόνια και βαριά χρήση κάνναβης έχει συνδεθεί επίσης το λεγόμενο “σύνδρομο έλλειψης κινήτρων” (a-motivational syndrome), μια κατάσταση γενικής απάθειας, άμβλυνσης του συναισθήματος, απόσυρσης και απώλειας κινήτρων για τις καθημερινές υποχρεώσεις (Hall et al., 1995).

## 1.5 Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης

Μέχρι και την πρόσφατη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-5, η κάνναβη δεν συγκαταλεγόταν στις ουσίες που προκαλούν εξάρτηση (Gorelick et al., 2012). Στο DSM-5 αναγνωρίστηκε η ύπαρξη μιας ειδικής μορφής στερητικού συνδρόμου, που μπορεί να προκληθεί μετά από τον τερματισμό της βαριάς και παρατεταμένης κατανάλωσης σε χρόνιους χρήστες κάνναβης. Τα συμπτώματα αυτά, που υποδηλώνουν την εγκατάσταση σωματικής εξάρτησης, είναι συνήθως ήπια και περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, θυμό, άγχος, νευρικότητα, καταθλιπτική διάθεση, απώλεια όρεξης και βάρους, διαταραχές του ύπνου, σφοδρή επιθυμία (craving) για χρήση κάνναβης, εφίδρωση, ρίγη, τρέμουλο, κεφαλαλγίες και πυρετό (APA, 2013).

Η Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης (Cannabis Use Disorder - CUD) είναι ένας υποτιμημένος κίνδυνος της χρήσης κάνναβης που επηρεάζει περίπου το 10% των 193 εκατομμυρίων χρηστών κάνναβης παγκοσμίως (Connor et al., 2021). Όπως περιγράφεται στο DSM-5, συνδυάζει τους όρους “κατάχρηση” και “εξάρτηση” που υπήρχαν σαν δύο διαφορετικές κλινικές οντότητες στην προηγούμενη έκδοση (DSM-IV). Συνιστά ένα προβληματικό πρότυπο χρήσης, το οποίο οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία, που εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα διαγνωστικά κριτήρια που παρουσιάζονται στον πίνακα 1, οποτεδήποτε μέσα σε χρονικό διάστημα 12 μηνών (APA, 2013). Γενικότερα, παρατηρείται μία ασάφεια όσον αφορά την χρήση των όρων “επιβλαβής” “χρήση”, “κατάχρηση”, “εξάρτηση” και “διαταραχή χρήσης” και πρέπει να σημειωθεί ότι σε ορισμένες από τις έρευνες που περιλαμβάνονται στην παρούσα εργασία ενδεχομένως να έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικοί ορισμοί κατά τη συζήτηση των αποτελεσμάτων.

**Πίνακας 1.** Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5η Έκδοση, Διαγνωστικά Κριτήρια για την Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης

<b>1.</b> Η κάνναβη συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
<b>2.</b> Έντονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο της χρήσης κάνναβης.
<b>3.</b> Μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της κάνναβης, τη χρήση της ή την ανάνηψη από τη δράση της.

4. Έντονη ή σφοδρή επιθυμία (craving) ή παρόρμηση για χρήση κάνναβης.	
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση κάνναβης που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης μειζόνων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι.	
6. Συνεχιζόμενη χρήση κάνναβης παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις της κάνναβης.	
7. Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης κάνναβης.	
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση κάνναβης σε περιστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνες.	
9. Η χρήση κάνναβης συνεχίζεται παρά την επίγνωση ότι υπάρχει επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από την κάνναβη.	
10. Ανοχή (tolerance), όπως ορίζεται με ένα (1) από τα ακόλουθα: <b>α)</b> Ανάγκη για εμφανώς αυξημένες ποσότητες κάνναβης για επίτευξη τοξίκωσης ή του επιθυμητού αποτελέσματος, <b>β)</b> Εμφανώς μειωμένη επίδραση με τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας κάνναβης.	
11. Στέρηση (withdrawal), όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα: <b>α)</b> Χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης της κάνναβης (ερεθιστότητα, θυμός, άγχος, νευρικότητα, καταθλιπτική διάθεση, απώλεια όρεξης και βάρους, διαταραχές του ύπνου, σφοδρή επιθυμία (craving) για χρήση κάνναβης, εφίδρωση, ρίγη, τρέμουλο, κεφαλαλγίες και πυρετός ), <b>β)</b> Η κάνναβη (ή μια στενά συνδεδεμένη ουσία) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης.	
<p>Προσδιοριστές βαρύτητας:  <b>Ήπια:</b> 2-3 συμπτώματα, <b>Μέτρια:</b> 4-5 συμπτώματα, <b>Σοβαρή:</b> ≥6 συμπτώματα</p>	<p><b>Κριτήρια 1-4:</b> Απώλεια αυτοελέγχου,  <b>Κριτήρια 5-7:</b> Κοινωνική έκπτωση,  <b>Κριτήρια 8-9:</b> Επικίνδυνη χρήση,  <b>Κριτήρια 10-11:</b> Φαρμακολογικά κριτήρια.</p>

## **Κεφάλαιο 2: Κοινωνικό άγχος**

Το κοινωνικό άγχος αποτελεί μια από τις πιο γνωστές αγχώδεις διαταραχές των ενηλίκων και είναι η τρίτη στην κλίμακα των πιο συχνών ψυχιατρικών διαταραχών (APA, 2013). Οι συμπεριφορές των ατόμων που παρουσιάζουν την συγκεκριμένη διαταραχή, οι επιπτώσεις της αλλά και η συνύπαρξη της με άλλες διαταραχές, όπως για παράδειγμα τις διαταραχές χρήσης ουσιών, έχει υπάρξει αντικείμενο έρευνας πλήθους μελετών.

### **2.1 Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους – Διαγνωστικά κριτήρια & Χαρακτηριστικά**

Το κοινωνικό άγχος δεν αναφέρεται σε κάποια τυχαία συνθήκη κοινωνικής συστολής και ντροπαλότητας, ή σε κάποιο γνώρισμα του χαρακτήρα, αλλά σε ένα έντονο άγχος και ανησυχία που επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και χαρακτηρίζει την κοινωνική του ζωή. Το γεγονός ότι πολλά άτομα εκδηλώνουν συμπεριφορές ντροπαλότητας και κοινωνικής αποφυγής παρόμοιες με εκείνες του κοινωνικού άγχους υποδηλώνει ότι η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους αποτελεί το ένα άκρο ενός συνεχούς άγχους με διακύμανση σοβαρότητας (Belzer et al., 2005).

Σύμφωνα με την Πέμπτη Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Social Anxiety Disorder-SAD) ταξινομείται ως αγχώδης διαταραχή και χαρακτηρίζεται από επίμονο φόβο ή άγχος για κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο μπορεί να εκτεθεί σε έλεγχο ή κριτική από άλλους. Ενώ η "Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους" θεωρούνταν προηγουμένως δευτερεύουσα ονομασία για την "κοινωνική φοβία", αναγνωρίζεται τώρα στο DSM-5 ως η κύρια ονομασία για τη διάγνωση αυτή, επειδή θεωρήθηκε ότι αποδίδει καλύτερα την αίσθηση του εύρους και της δυσλειτουργίας που συνδέεται με τη διαταραχή. Συνοπτικά, τα βασικά χαρακτηριστικά και κριτήρια της διαταραχής, όπως περιγράφονται από το DSM-5, είναι ο έντονος και επίμονος φόβος ή άγχος για μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις όπου το άτομο εκτίθεται σε πιθανό έλεγχο από τους άλλους (π.χ. συνομιλία, γνωριμία με άγνωστους ανθρώπους, παρατήρηση από άλλους ενώ τρώνε ή πίνουν, ομιλία ενώπιον ακροατηρίου), φόβος ο οποίος σχετίζεται συνήθως με την αρνητική αξιολόγηση, την αμηχανία ή τον εξευτελισμό. Οι

κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται ή υπομένονται με έντονο φόβο ή άγχος, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι ο φόβος και το άγχος είναι δυσανάλογα μεγαλύτεροι από την πραγματική απειλή που τίθεται από την κοινωνική κατάσταση, διαρκούν τουλάχιστον για έξι μήνες ή και περισσότερο και προκαλούν σημαντική δυσφορία ή έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Τέλος, ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγούνται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή Πανικού, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος). Επίσης, αν κάποια άλλη γενική ιατρική κατάσταση είναι παρούσα (π.χ. νόσος του Πάρκινσον), ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν σχετίζονται με αυτήν. Σε αντίθεση με το DSM-IV, την προηγούμενη έκδοση του εγχειριδίου, το οποίο απαιτούσε ότι το άτομο πρέπει να αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπερβολικός ή παράλογος, το DSM-5 απαιτεί ο φόβος να είναι απλά δυσανάλογος με την πραγματική απειλή και ενθαρρύνει την εξέταση του πολιτισμικού πλαισίου (APA, 2013).

Η διαταραχή αυτή είναι μία από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές, έχει πρώιμη ηλικία έναρξης, η οποία κυμαίνεται από την παιδική ηλικία έως την πρώιμη εφηβεία, και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για επακόλουθες διαταραχές διάθεσης (κυρίως καταθλιπτική διαταραχή) και χρήση και εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η διαταραχή εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 15 ετών (Lecrubier et al., 2000; Schneier et al., 1992; Stein & Stein, 2008; Stein et al., 2017). Το ποσοστό επικράτησής της εκτιμάται γύρω στο 4% παγκοσμίως, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να εμφανίζονται στις χώρες με υψηλό εισόδημα και την Αμερική. Όσον αφορά τα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά, παράγοντες κινδύνου για την Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους έχουν φανεί να είναι η πρώιμη ηλικία έναρξης, το γυναικείο φύλο, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Stein et al., 2017; Xu et al., 2012). Καθώς η έναρξη της διαταραχής υπολογίζεται στην εφηβεία και συγκεκριμένα γύρω στα 13 έτη (Kessler et al., 2005), ηλικία κατά την οποία το άτομο αρχίζει να περνάει περισσότερο χρόνο με τους φίλους και συνομηλίκους του και λιγότερο με την οικογένειά του, η αυξημένη ανάγκη για αποδοχή και θετική αξιολόγηση από εκείνους μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση του κοινωνικού άγχους (Brown & Larson, 2009). Σχετικά με το φύλο, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους και αναφέρουν πιο σοβαρή συμπτωματολογία συγκριτικά με τους άντρες, οι άντρες φαίνεται να αναζητούν πιο συχνά θεραπεία (Asher et al., 2017).



## 2.2 Επιπτώσεις Κοινωνικού Άγχους

Λόγω της υπερευαισθησίας τους στην αρνητική αξιολόγηση, τα άτομα με υψηλό δείκτη κοινωνικού άγχους βιώνουν ένα συναίσθημα υπερβολικού κινδύνου κατά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, γι'αυτό και τείνουν να τις αποφεύγουν (Rapee & Heimberg, 1997), ενώ είναι χαρακτηριστικό πως το άγχος εμφανίζεται τόσο σε πραγματικές όσο και σε φανταστικές καταστάσεις κοινωνικής έκθεσης (Vassilopoulos et al., 2013). Τα άτομα, δηλαδή, μπορεί να έχουν άγχος μόνο και μόνο στη σκέψη της κοινωνικής έκθεσης και της δυνητικής αρνητικής αξιολόγησης από τους άλλους. Οι δυσκολίες αυτές στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις έχουν ως αποτέλεσμα σημαντική έκπτωση σε όλες σχεδόν τις πτυχές της καθημερινής τους ζωής, συμπεριλαμβανομένων των διαπροσωπικών σχέσεων, της εργασίας και των σπουδών. Όπως έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες, συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν κοινωνικό άγχος, εκείνα που έχουν είναι πιο πιθανόν να εγκαταλείψουν πρόωρα το σχολείο, να έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, να είναι άνεργοι ή να διατηρούν θέσεις εργασίας κάτω από το επίπεδο των προσόντων τους και να έχουν χαμηλότερο εισόδημα (Katzelnick & Greist, 2001; Lecrubier et al. 2000). Όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, οι φτωχότερες κοινωνικές δεξιότητες που διαθέτουν συνήθως αυτά τα άτομα λειτουργούν ανασταλτικά στην ικανότητα ουσιαστικής σύνδεσης και σύναψης σχέσεων με άλλους, είτε αυτές είναι ερωτικές είτε φιλικές. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κοινωνικό άγχος, όπως είναι λογικό, προκαλούν δυσφορία (Vazquez et al., 2015), ενώ ταυτόχρονα έχουν ως αποτέλεσμα την απουσία υποστηρικτικών δικτύων. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μοναξιάς (Teo et al., 2013).

## 2.3 Συννοσηρότητα

Τέλος, πλήθος επιδημιολογικών ερευνών έχει επικεντρωθεί στη μελέτη της συννοσηρότητας, της συνύπαρξης δηλαδή της εν λόγω διαταραχής με άλλες στο ίδιο άτομο. Σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια και για άλλες αγχώδεις διαταραχές (Lecrubier et al., 2000; Stein et al. 2017). Παράλληλα, το κοινωνικό άγχος έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης διαταραχών διάθεσης, συμπεριλαμβανομένων της διπολικής διαταραχής και της

μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Kessler et al., 1999) και, μάλιστα, η συνύπαρξή τους έχει φανεί να συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας (Stein et al., 2001). Πέρα από τις διαταραχές διάθεσης, η έρευνα έχει εστιάσει και στις επιπτώσεις του κοινωνικού άγχους στην έναρξη και την πορεία διαταραχών χρήσης ουσιών, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη χρήση αλκοόλ και κάνναβης (Lecrubier et al, 2000; Schneier et al., 1992; Stein & Stein, 2008; Stein et al., 2017).

### **Κεφάλαιο 3: Κάνναβη & Κοινωνικό άγχος**

Γενικότερα η χρήση κάνναβης έχει συσχετισθεί θετικά με τη συμπτωματολογία άγχους (Kedzior & Laeber, 2014). Άτομα που κάνουν συχνή χρήση φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, χωρίς αυτά να αντιπροσωπεύουν απαραίτητα κάποια αγχώδη διαταραχή. Ωστόσο, η χρόνια χρήση κάνναβης έχει συνδεθεί και με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με αγχώδεις διαταραχές και ιδιαίτερα με τη Διαταραχή Πανικού και τη Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Crippa et al., 2009). Η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους έχει συσχετιστεί σε πληθώρα ερευνών τόσο με τη χρήση κάνναβης όσο και με την εξάρτηση από την κάνναβη, τη Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης, αλλά και τα προβλήματα που σχετίζονται με την κάνναβη.

#### **3.1 Θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης**

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνες των Buckner et al. (2008 & 2012), η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους φάνηκε να είναι πιθανότερο να σχετίζεται με εξάρτηση από κάνναβη παρά με κατάχρηση κάνναβης. Από την άλλη πλευρά, σε πιο σύγχρονη μελέτη, η σοβαρότητα της Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους συσχετίστηκε θετικά με τη συχνότητα χρήσης κάνναβης (σε εβδομαδιαία βάση και παραπάνω) και όχι με τη διάγνωση Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης το προηγούμενο έτος (Patel et al., 2023). Σύμφωνα με ευρήματα της Εθνικής Έρευνας Συννοσηρότητας (National Comorbidity Survey), το 29% των ατόμων με εξάρτηση από την κάνναβη πληρούσαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους τα κριτήρια για Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους, ενώ τα ποσοστά άλλων αγχωδών διαταραχών κυμαίνονταν από 6,9% (για τη Διαταραχή Πανικού) έως 18,5% (για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες /PTSD) (Agosti et al., 2002).

Σχετικά με το ζήτημα της χρονικής αλληλουχίας, η έναρξη της Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους τείνει να προηγείται χρονικά της έναρξης Διαταραχής Χρήσης Ουσιών. Ενδεικτικά, στη διαχρονική μελέτη των Buckner et al. (2008), η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους στην εφηβεία προέβλεψε υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από κάνναβη στην ηλικία των 30 ετών, ενώ, σύμφωνα με ερευνητικά στοιχεία εθνικής επιδημιολογικής μελέτης στην Αμερική (National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions - NESARC), η πλειοψηφία των ατόμων με συνυπάρχουσα Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους και Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης ανέφερε την έναρξη της πρώτης να προηγείται της δεύτερης (Buckner et al., 2012). Σύμφωνα με στοιχεία έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για την ψυχική υγεία, στο 79,7-80,9% των περιπτώσεων συννοσηρότητας η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους προηγείται των Διαταραχών Χρήσης Ουσιών γενικότερα (Stein et al., 2017). Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν τη λειτουργία του κοινωνικού άγχους ως πιθανό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη εξάρτησης από κάνναβη και προβλημάτων που σχετίζονται με αυτήν.

Στη διαχρονική μελέτη των Buckner et al. (2008) παρουσιάζεται επίσης και η αποκλειστικότητα της Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές ως παράγοντας κινδύνου για εξάρτηση από κάνναβη. Έφηβοι με Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους φάνηκε, συγκριτικά με τους εφήβους χωρίς, να έχουν σχεδόν 7 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν εξάρτηση από κάνναβη. Η σχέση αυτή φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική, ανεξάρτητα από την επίδραση θεωρητικά σχετικών με την εξάρτηση και το κοινωνικό άγχος μεταβλητών, όπως είναι οι διαταραχές διάθεσης, το φύλο, αλλά και άλλες αγχώδεις διαταραχές.

Όσον αφορά τα σχετιζόμενα με την κάνναβη προβλήματα, τόσο το αυξημένο κοινωνικό άγχος όσο και η ίδια η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους έχει συνδεθεί σημαντικά με μεγαλύτερα και περισσότερα τέτοιου είδους προβλήματα ανάμεσα σε χρήστες κάνναβης και μη, και ιδιαίτερα ανάμεσα στους άντρες (Buckner et al., 2007; 2008; 2012; 2013). Μάλιστα, ανάμεσα σε έφηβα αγόρια το κοινωνικό άγχος έχει συνδεθεί με γρηγορότερη μετάβαση από την πρώτη χρήση στην αντιμετώπιση προβλημάτων σχετιζόμενων με την κάνναβη (Marmorstein et al., 2010). Τα προβλήματα αυτά αφορούν διάφορους τομείς της ζωής του ατόμου, όπως είναι οι διαπροσωπικές του σχέσεις, η εργασία και η οικονομική του κατάσταση, η αυτοεκτίμησή του,

τα κίνητρα και η παραγωγικότητά του, η σωματική και η ψυχική του υγεία. Η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών προκαλεί ανησυχία και αποτελεί κίνητρο για διάφορες ερευνητικές προσπάθειες, καθώς τείνει να συνδέεται με μεγαλύτερη έκπτωση της λειτουργικότητας και περισσότερα προβλήματα συγκριτικά με την ύπαρξη της κάθε διαταραχής ξεχωριστά (Buckner et al., 2007; Buckner et al., 2008; Schneier et al., 1992).

### **3.2 Αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης**

Τέλος, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν μια ενδεχόμενη αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης τουλάχιστον στην εφηβεία, με το κοινωνικό άγχος να λειτουργεί προστατευτικά ως προς αυτήν μέσω της σχέσης με τους συνομηλίκους (Nelemans et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η κοινωνική δυσλειτουργία που συνοδεύει τα συμπτώματα του κοινωνικού άγχους ενδέχεται να περιορίζει την επαφή με τους συνομηλίκους, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο και την διαθεσιμότητα της ίδιας της κάνναβης και την έκθεση σε επιρροές ή πρότυπα συμπεριφορών των συνομηλίκων (Myers et al., 2003; Nelemans et al., 2016). Επιπλέον, προστατευτικά ενδέχεται να λειτουργούν και ορισμένα χαρακτηριστικά φόβου που είναι κεντρικά στο κοινωνικό άγχος, καθώς συχνά συνδυάζονται με μία τάση για υπερβολικό έλεγχο και φόβο εμπλοκής σε συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία, όπως η χρήση κάνναβης (Rapee & Coplan, 2010). Σε πιο πρόσφατη έρευνα των Garrison et al. (2021) βρέθηκε ότι το κοινωνικό άγχος μείωνε την προθυμία των συμμετεχόντων για χρήση κάνναβης σε κοινωνικές καταστάσεις, τουλάχιστον όταν τα κίνητρα χρήσης ήταν χαμηλά.

### **3.3 Θεωρητικά Μοντέλα ερμηνείας**

#### **3.3.1 Μοντέλα μείωσης έντασης – Υπόθεση αυτοθεραπείας**

Θεωρητικά, η πιο δημοφιλής και συχνά προτεινόμενη εξήγηση για τη σχέση ανάμεσα στα συμπτώματα κοινωνικού άγχους και τη χρήση κάνναβης είναι “η υπόθεση της αυτοθεραπείας” (Khantzian, 1997), σύμφωνα με την οποία άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους χρησιμοποιούν την κάνναβη προκειμένου να αντιμετωπίσουν και να ανακουφίσουν αυτά τα συμπτώματα ή επειδή προσδοκούν ότι υπό την επήρεια κάνναβης θα είναι ευκολότερο να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά (Nelemans et al., 2016). Η απαλλαγή από τα συμπτώματα άγχους ενισχύει, έτσι, την επανάληψη της χρήσης και ανάγει την κάνναβη σε

μέσο αντιμετώπισής τους. Ωστόσο, η επιλογή της χρήσης για την αντιμετώπιση του άγχους γίνεται εις βάρος άλλων λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισής του (Single et al., 2022). Η υπόθεση της αυτοθεραπείας εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο των μοντέλων μείωσης της έντασης (Conger, 1956) και των μοντέλων κινήτρων (Cox & Klinger, 1988). Πράγματι, σε συμφωνία με τα μοντέλα μείωσης της έντασης, το αυξημένο κοινωνικό άγχος έχει φανεί να προηγείται της χρήσης κάνναβης και να σχετίζεται με τη χρήση για την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων (Buckner et al., 2007) και τη διαχείριση του φόβου της αρνητικής αξιολόγησης (Buckner & Zvolensky, 2014). Επιπλέον, άτομα με συνυπάρχουσα Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης και Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους αναφέρουν ότι κάνουν χρήση προκειμένου να μειώσουν κοινωνικούς τους φόβους (Buckner, Heimberg, Schneier et al., 2012), ενώ το κοινωνικό άγχος έχει συνδεθεί με τη χρήση κάνναβης για την αντιμετώπιση κοινωνικών καταστάσεων και την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων, εάν η κάνναβη δεν είναι διαθέσιμη (Buckner et al., 2012). Αυτά τα δεδομένα είναι ενδεικτικά των κλινικών επιπτώσεων της συγκεκριμένης σχέσης και της αναγκαιότητας περαιτέρω διερεύνησής της. Ειδικότερα, η χρήση κάνναβης ως μέσο αυτοθεραπείας από άτομα που αντιμετωπίζουν συμπτώματα κοινωνικού άγχους είναι κάτι που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην κλινική πρακτική.

### **3.3.2 Μοντέλο κοινών αιτιολογικών παραγόντων**

Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο των κοινών αιτιολογικών παραγόντων υποστηρίζει ότι κοινοί βιολογικοί, ατομικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου και η αλληλεπίδραση μεταξύ τους ενδέχεται να δημιουργούν τις συνθήκες για την ανάπτυξη μιας κοινής ευαλωτότητας, η οποία διαμορφώνει τους όρους εμφάνισης τόσο αγχώδων διαταραχών όσο και διαταραχών χρήσης ουσιών ταυτόχρονα (Crippa et al., 2009; Windle & Wiesner, 2004). Πιο συγκεκριμένα, έχει φανεί πως οι παράγοντες που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές είναι παρόμοιοι με εκείνους που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών στον γενικό πληθυσμό. Ορισμένοι από αυτούς είναι η διαθεσιμότητα, το κόστος, η παρορμητικότητα και η αναζήτηση νέων εμπειριών και συγκινήσεων ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, η πλήξη, η ανάγκη διευκόλυνσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και η επιρροή των συνομηλίκων (Bonn-Miller et al., 2007; Buckner et al., 2006).

### 3.3.3 Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο των Buckner et al. (2013) για την συννοσηρότητα κοινωνικού άγχους και χρήσης ουσιών εστιάζει στην ίδια τη φύση του κοινωνικού άγχους και αντιλαμβάνεται το κοινωνικό άγχος ως έναν παράγοντα υψηλότερης τάξης αποτελούμενο από επιμέρους παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να σχετίζονται με το να συνεχίζει κανείς να κάνει χρήση ουσιών παρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Αυτοί οι επιμέρους παράγοντες συνοψίζουν στην πραγματικότητα τα βασικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού άγχους (χαμηλό θετικό συναίσθημα, υψηλό αρνητικό συναίσθημα, φόβοι αξιολόγησης, κοινωνική αποφυγή, αντιλαμβανόμενα κοινωνικά ελλείμματα) και μεταφράζονται ως διαφορετικά κίνητρα χρήσης. Έτσι, άτομα με Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους μπορεί να κάνουν χρήση ουσιών για (1) να διαχειριστούν τη φυσιολογική διέγερση που προκαλείται από το άγχος, (2) να αυξήσουν τα θετικά συναισθήματα, (3) να διευκολύνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, (4) να διαχειριστούν τους φόβους αρνητικής αξιολόγησης και (5) να αποφύγουν την αξιολόγηση μέσω της κοινωνικής συμμόρφωσης. Συνοψίζοντας, το μοντέλο αυτό υποστηρίζει πως η Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη Διαταραχής Χρήσης Ουσιών.

### 3.3.4 Μοντέλα κινήτρων

Τέλος, ορισμένες εξηγήσεις για τη σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και του κοινωνικού άγχους εμπλέκουν τα κίνητρα ή τους λόγους για τη χρήση ουσιών γενικότερα αλλά και της κάνναβης ειδικότερα. Τα μοντέλα κινήτρων για τη χρήση ουσιών υποστηρίζουν πως τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα από τη χρήση παρέχουν πληροφορίες για την έναρξη και τη διατήρησή της. Έτσι, η κατανόηση των κινήτρων που οδηγούν στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες υπό τις οποίες το άτομο θα κάνει χρήση, την ποσότητα που είναι πιθανό να καταναλώσει, τις πιθανές συνέπειες και τις ιδανικές στρατηγικές για την αλλαγή της εν λόγω συμπεριφοράς (Simons et al., 1998). Ειδικότερα για το κοινωνικό άγχος τώρα, έχει φανεί πως συγκεκριμένα είδη κινήτρων για τη χρήση κάνναβης αναφέρονται περισσότερο και πιο συστηματικά από άτομα με συμπτώματα κοινωνικού άγχους και συνδέονται περισσότερο με την εν λόγω διαταραχή (Buckner et al., 2007).

### 3.4 Κίνητρα χρήσης κάνναβης & κοινωνικό άγχος

Συγκεκριμένα για την κάνναβη, οι Simons, Correia, Carey και Borsari (1998) προσάρμοσαν το μοντέλο τεσσάρων (4) παραγόντων του Cooper (1994) για τα κίνητρα χρήσης αλκοόλ στη χρήση κάνναβης και κατέληξαν σε ένα μοντέλο πέντε (5) παραγόντων, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν πέντε διαφορετικά κίνητρα χρήσης κάνναβης: τα κίνητρα βελτίωσης, τα κοινωνικά κίνητρα, τα κίνητρα αντιμετώπισης, τα κίνητρα συμμόρφωσης και τα κίνητρα επέκτασης.

Τα τέσσερα είδη κινήτρων χρήσης από το αρχικό μοντέλο του Cooper (1994) χαρακτηρίζονται βάσει δύο διαστάσεων, της θετικής-αρνητικής ενίσχυσης και της εσωτερικής-εξωτερικής εστίασης (Anderson et al., 2015). Έτσι, τα κίνητρα βελτίωσης και τα κοινωνικά κίνητρα θεωρούνται κίνητρα θετικής ενίσχυσης, εσωτερικής και εξωτερικής εστίασης αντίστοιχα, για τη χρήση κάνναβης, καθώς αποτυπώνουν την επιθυμία για αύξηση της διασκέδασης ή διευκόλυνση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μέσω της χρήσης. Από την άλλη, τα κίνητρα αντιμετώπισης και συμμόρφωσης θεωρούνται κίνητρα αρνητικής ενίσχυσης, εσωτερικής και εξωτερικής εστίασης, αντίστοιχα. Τα κίνητρα αντιμετώπισης αναγνωρίζουν ως βασικό λόγο χρήσης την ανακούφιση και μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, ενώ τα κίνητρα συμμόρφωσης αποτυπώνουν την επιθυμία χρήσης κάνναβης με σκοπό την ένταξη σε κάποια ομάδα ή την μείωση της πίεσης των συνομηλίκων. Τέλος, τα κίνητρα επέκτασης, τα οποία δεν περιλαμβάνονταν στο μοντέλο του Cooper για τη χρήση αλκοόλ, αφορούν στη διεύρυνση της βιωματικής επίγνωσης και τη βίωση διαφορετικών καταστάσεων συνείδησης και αποτυπώνουν την επιθυμία χρήσης κάνναβης για ενίσχυση της αντιληπτικής και γνωστικής εμπειρίας (Simons et al., 1998).

Τα κίνητρα βελτίωσης και τα κοινωνικά κίνητρα είναι τα πιο συχνά αναφερόμενα κίνητρα για τη χρήση κάνναβης, ενώ τα κίνητρα βελτίωσης και αντιμετώπισης φαίνεται να συνδέονται περισσότερο με αυξημένη συχνότητα χρήσης (Cooper et al., 2016). Από την άλλη πλευρά, τα κίνητρα αντιμετώπισης και συμμόρφωσης είναι εκείνα που έχουν συνδεθεί περισσότερο με το κοινωνικό άγχος. Αυτό ενδέχεται να υποδεικνύει πως τα άτομα με συμπτώματα κοινωνικού άγχους είναι πιο ευάλωτα και τείνουν να κάνουν πιο συχνά χρήση κάνναβης προκειμένου είτε να ρυθμίσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα (κίνητρα αντιμετώπισης) είτε λόγω του φόβου της αρνητικής κοινωνικής αξιολόγησης και αποδοκιμασίας (κίνητρα συμμόρφωσης) (Buckner et al., 2007). Σε μελέτες των Buckner et al.

(2007, 2012) φάνηκε πως ανάμεσα σε άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης εκείνα που παρουσίαζαν κλινικά υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ως κίνητρο χρήσης κάνναβης την αντιμετώπιση και τη συμμόρφωση, ενώ τα κίνητρα αντιμετώπισης, η χρήση δηλαδή κάνναβης με σκοπό την ανακούφιση από αρνητικά συναισθήματα, φάνηκε ότι μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ του κοινωνικού άγχους και των προβλημάτων που σχετίζονται με την κάνναβη.

### 3.5 Ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας

Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης είναι το φύλο και ηλικία. Όσον αφορά το φύλο, φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών με κοινωνικό άγχος στα πρότυπα συμπεριφοράς χρήσης ουσιών γενικότερα. Δεδομένα από την εθνική επιδημιολογική μελέτη για το αλκοόλ και τις συναφείς παθήσεις (NESARC) έδειξαν ότι οι άνδρες με διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι πιθανότερο να πάσχουν από συννοσηρές διαταραχές εξωτερίκευσης, όπως διαταραχές συμπεριφοράς, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση και εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλες ουσίες, ενώ οι γυναίκες με διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι πιθανότερο να πάσχουν από συννοσηρές διαταραχές εσωτερίκευσης, όπως διαταραχές διάθεσης και άγχους (Xu et al., 2012). Τα δεδομένα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με ευρήματα από μελέτες των Buckner et al. (2011, 2012), οι οποίες υποδεικνύουν ότι οι άνδρες με κοινωνικό άγχος είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη, παρά το γεγονός πως οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους (Xu et al., 2012). Αντίστοιχα, διαφορές φύλου έχουν παρατηρηθεί και όσον αφορά τα κίνητρα χρήσης κάνναβης ατόμων με κοινωνικό άγχος. Ειδικότερα, στους άνδρες το κοινωνικό άγχος έχει συνδεθεί με τα κίνητρα συμμόρφωσης και αντιμετώπισης, ενώ στις γυναίκες με τα κοινωνικά κίνητρα (Buckner et al., 2012).

Από την άλλη πλευρά, η ηλικία αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που ενδέχεται να μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης. Αν και οι περισσότερες σχετικές με το θέμα ερευνητικές προσπάθειες εστιάζουν στη νεαρή ενήλικη ζωή, και συγκεκριμένα στις ηλικίες από 18 έως 30, αφήνοντας εκτός ένα μεγάλο, εξίσου σημαντικό, ηλικιακό εύρος, φαίνεται πως τόσο η χρήση κάνναβης όσο και τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους παρατηρούνται με μεγαλύτερη συχνότητα στην εν λόγω ηλικία συγκριτικά με άλλες.



Έτσι, η θετική συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους και προβλημάτων σχετιζόμενων με τη χρήση κάνναβης έχει βασικά φανεί ακριβώς και κυρίως στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, ενώ συγχρόνως έχει υποστηριχθεί πως στις μεγαλύτερες ηλικίες η σχέση αυτή μετριάζεται (Single et al., 2022).

### 3.6 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Εν κατακλείδι, ολοκληρώνοντας το πρώτο μέρος της εργασίας και λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία, γίνεται κατανοητό ότι η σχέση κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης αποτελεί ένα σύνθετο θέμα, το οποίο δεν έχει αποσαφηνιστεί επαρκώς. Η ύπαρξη μιας ισχυρής, θετικής συνάφειας μεταξύ του κοινωνικού άγχους και της χρήσης κάνναβης τεκμηριώνεται από τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών, ενώ ιδιαίτερη σημασία στη σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης φαίνεται να έχουν τα κίνητρα της χρήσης και ιδιαίτερα εκείνα της αντιμετώπισης και της συμμόρφωσης. Ωστόσο, έχει δοθεί μικρότερη σημασία σε κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά και στην επίδρασή τους στη σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους και κάνναβης. Παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, ενδέχεται να διαμεσολαβούν και να επηρεάζουν τη δυναμική της σχέσης.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω και με δεδομένο ότι κατά την ανασκόπηση δεν βρέθηκαν σχετικές έρευνες στην ελληνική βιβλιογραφία, σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να διερευνήσει τη συσχέτιση των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους με τη χρήση και τα κίνητρα χρήσης κάνναβης, αλλά και να εξετάσει τον ρόλο του φύλου και της ηλικίας στα συμπτώματα κοινωνικού άγχους και στη χρήση, τα κίνητρα χρήσης και τα προβλήματα χρήσης κάνναβης, με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη καταγραφή του φαινομένου.

Με βάση τους σκοπούς της έρευνας διαμορφώθηκαν συνοπτικά οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:

1. Τα άτομα με κοινωνικό άγχος έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν προβληματική χρήση κάνναβης ή να εμφανίσουν Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης συγκριτικά με εκείνα που δεν έχουν κοινωνικό άγχος.
2. Τα άτομα με κοινωνικό άγχος εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με την κάνναβη συγκριτικά με εκείνα που δεν έχουν κοινωνικό άγχος.
3. Ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης και έχουν κοινωνικό άγχος, οι άντρες

έχουν περισσότερες πιθανότητες προβληματικής χρήσης ή Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης και εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη συγκριτικά με τις γυναίκες.

4. Ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης και έχουν κοινωνικό άγχος, οι νεαροί ενήλικες (18-24) έχουν περισσότερες πιθανότητες προβληματικής χρήσης ή Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης και εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.
5. Τα άτομα που έχουν κοινωνικό άγχος αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό ως κίνητρα χρήσης κάνναβης τα κίνητρα αντιμετώπισης και συμμόρφωσης.

## **Μέρος Β: Ερευνητικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία**

Στο παρόν κεφάλαιο θα ακολουθήσει η περιγραφή του δείγματος, της ερευνητικής διαδικασίας και των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν ώστε να διεκπεραιωθεί η παρούσα έρευνα. Ακόμη, θα γίνει λόγος για τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και για τη στατιστική ανάλυση.

#### **4.1 Συμμετέχοντες**

Συνολικά, 340 άτομα συμμετείχαν στην έρευνα (116 άνδρες, 221 γυναίκες), ηλικίας 18 έως 74 ετών, με μέση ηλικία τα 33,01 έτη ( $SD= 14,202$ ). Οι βασικές προϋποθέσεις για να συμμετάσχει κάποιος στην έρευνα ήταν: α) να είναι ενήλικος, β) να έχει επαρκή ικανότητα κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας και γ) να έχει αποδεχτεί το έντυπο συγκατάθεσης. Αντίστοιχα, κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ήταν: α) η μη επαρκής κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, β) η μη αποδοχή του εντύπου συγκατάθεσης, γ) οι ηλικίες κάτω των 18 ετών.

#### **4.2 Ερευνητική διαδικασία**

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρονικό χαρακτήρα (cross-sectional survey) και τα μέσα συλλογής δεδομένων χορηγήθηκαν ηλεκτρονικά μέσω της εφαρμογής Google Forms. Η διαδικασία συλλογής του δείγματος πραγματοποιήθηκε ως εξής: η προσέλευση των συμμετεχόντων έγινε ύστερα από ανακοίνωση/ενημέρωση σε πλατφόρμες μέσω κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Instagram), όπου κοινοποιήθηκε εν συντομία ο σκοπός, οι βασικές πληροφορίες και ο σύνδεσμος της έρευνας, μέσω του οποίου μπορούσαν να ανακατευθυνθούν στην ηλεκτρονική φόρμα προς συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επίσης για τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου των πληροφοριών. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική χωρίς να δοθούν οικονομικά ή άλλου είδους κίνητρα. Για τη συγκέντρωση του απαιτούμενου δείγματος έγινε τακτικά υπενθύμιση μέσω της εκ νέου κοινοποίησης του συνδέσμου της έρευνας. Η έναρξη της διαδικασίας συλλογής του δείγματος πραγματοποιήθηκε τον Νοέμβριο του 2023 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2024.

### 4.3 Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων για την παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε κατόπιν συμπλήρωσης των παρακάτω ερωτηματολογίων:

*Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.* Περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και τόπο κατοικίας. Επιπλέον, περιλαμβάνει κάποιες πρόσθετες ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση κάνναβης και, πιο συγκεκριμένα, εάν το άτομο έχει κάνει ποτέ χρήση (ναι/όχι) και την ηλικία έναρξης της χρήσης.

*Κλίμακα αναγνώρισης Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης – (CUDIT-R) Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised (Adamson et.al, 2010).* Το εργαλείο αυτό αποτελεί τροποποίηση του Τεστ Αναγνώρισης Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ (AUDIT) (Saunders et al., 1993) και σύντομη εκδοχή του CUDIT-Cannabis Use Disorder Identification Test, στην οποία επιτεύχθηκε υψηλή ευαισθησία (91%) και ακρίβεια (90%). Περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης κάνναβης, τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης και την απόπειρα μείωσης ή διακοπής της το τελευταίο εξάμηνο. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν 3 επίπεδα χρήσης, τα οποία είναι η απουσία χρήσης ή ελάχιστη χρήση, η προβληματική χρήση και η πιθανή διαταραχή χρήσης της κάνναβης. Δεν υπάρχει διαθέσιμη επίσημη ελληνική εκδοχή, επομένως χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αντίστροφης μετάφρασης για την προσαρμογή του σε ελληνικά δεδομένα. Με τη χρήση του δείκτη Cronbach's  $\alpha$  εξετάστηκε η αξιοπιστία της κλίμακας στην παρούσα έρευνα και φάνηκε να είναι αρκετά υψηλή ( $\alpha=,823$ ).

*Κλίμακα Προβλημάτων Χρήσης Μαριχουάνας – (MPS) Marijuana Problems Scale (Stephens, Roffman & Curtin, 2000).* Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σχετικά με τους τομείς της ζωής του ατόμου που έχουν επηρεαστεί αρνητικά από τη χρήση κάνναβης. Περιλαμβάνει 19 στοιχεία που αντιπροσωπεύουν πιθανές αρνητικές επιπτώσεις από την χρήση κάνναβης τους τελευταίους 3 μήνες στις κοινωνικές του σχέσεις, την αυτοεκτίμησή του, τα κίνητρα και την παραγωγικότητά του, την εργασία και την οικονομική του κατάσταση, τη σωματική του υγεία, τη μνήμη και σε νομικά προβλήματα. Τα στοιχεία αθροίζονται για να δημιουργηθεί ένας συνολικός αριθμός των προβλημάτων που σχετίζονται με την κάνναβη. Αυτή η μέθοδος βαθμολόγησης έχει επιδείξει επαρκή εσωτερική συνοχή (Buckner, Ecker, & Cohen, 2010; Stephens et al., 2000; Stephens et al., 2004). Δεν υπάρχει διαθέσιμη επίσημη ελληνική εκδοχή, επομένως χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αντίστροφης μετάφρασης για την προσαρμογή του σε

ελληνικά δεδομένα. Στην παρούσα εργασία ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  υπολογίστηκε να είναι  $\alpha=,884$ .

*Μέτρηση κινήτρων χρήσης Μαριχουάνας – (MMQ) Marijuana Motives Measure (Simons et al., 1998).* Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 25 στοιχείων, που αξιολογεί σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει καπνίσει κάνναβη για τα ακόλουθα 5 κίνητρα: ενίσχυσης (π.χ. για να φτιαχτεί), αντιμετώπισης (π.χ. για να ξεχάσει τις ανησυχίες του), κοινωνικά (π.χ. για να απολαύσει ένα πάρτι), συμμόρφωσης (π.χ. για να ενταχθεί σε μια ομάδα που του αρέσει) και επέκτασης (π.χ. για να διευρύνει την αντίληψή του). Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε τετραβάθμια κλίμακα Likert (1=Σχεδόν Ποτέ/Ποτέ, 2=Μερικές φορές, 3=Συχνά, 4=Σχεδόν Πάντα/Πάντα). Δεν υπήρχε ελληνική εκδοχή του εργαλείου, γι' αυτό και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης για προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα. Ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  υπολογίστηκε να είναι  $\alpha=,892$  για την ενίσχυση,  $\alpha=,912$  για την αντιμετώπιση,  $\alpha=,865$  για την κοινωνικότητα,  $\alpha=,794$  για τη συμμόρφωση και  $\alpha=,835$  για την επέκταση.

*Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης - (SIAS) Social Interaction Anxiety Scale (Mattick & Clarke, 1998).* Η Κλίμακα Άγχους Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του κοινωνικού άγχους. Περιλαμβάνει 20 δηλώσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες δηλώνουν κατά πόσο τους χαρακτηρίζουν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά (Giaouzi & Giovanolias, 2015) και παρουσιάζει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν την ύπαρξη περισσότερων συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους. Στην παρούσα εργασία ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  υπολογίστηκε να είναι  $\alpha=,926$ .

#### **4.4 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν είναι εμπιστευτικές και τα δεδομένα διαθέσιμα μόνο στην ερευνήτρια. Η ερευνητική διαδικασία δεν ενείχε κινδύνους για τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εγγράφως για το αντικείμενο της έρευνας, για τον τρόπο χορήγησης των ερωτηματολογίων, καθώς και για το ενδεχόμενο ότι είναι ελεύθεροι να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να αναφέρουν τον λόγο.

Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας - αλλά και μετά την ολοκλήρωσή της - διασφαλίστηκε πλήρως η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η αδυναμία ταυτοποίησής τους με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Πριν την έναρξη της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δόθηκε στους συμμετέχοντες η περιγραφή της έρευνας, του σκοπού της και της διαδικασίας διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων και της ανωνυμίας τους, καθώς και η φόρμα συγκατάθεσης, όπου δήλωναν την συμμετοχή τους στην έρευνα πατώντας την επιλογή «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ». Επιπλέον, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια σε περίπτωση που χρειαζόνταν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα.

#### **4.5 Στατιστική ανάλυση**

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το λογισμικό IBM SPSS 25.0. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την καταγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων, καθώς και επαγωγική στατιστική για τον έλεγχο συσχετίσεων. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Αναλυτικότερα, ως προς την επαγωγική στατιστική, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests σε περιπτώσεις όπου η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ποιοτική και είχε 2 ομάδες και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ποσοτικές, one-way ANOVA σε περιπτώσεις όπου η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ποιοτική και είχε πάνω από 2 ομάδες και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ποσοτικές, και συσχετίσεις Pearson στην περίπτωση συσχετίσεων μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών. Σε όλες τις περιπτώσεις η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε ως sig < 0,05.

## Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

### 5.1 Περιγραφική στατιστική

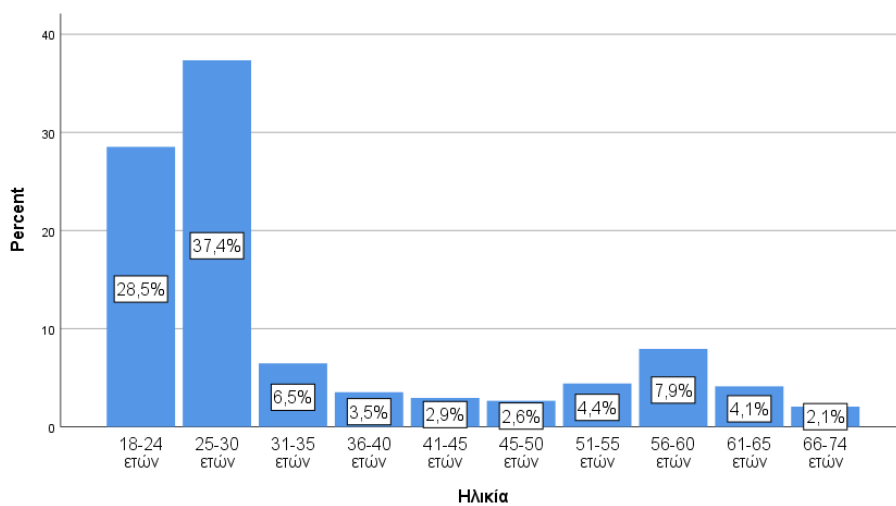
#### 5.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελούνταν από 116 άνδρες (34,1%) και 221 γυναίκες (65%). Επίσης, 3 συμμετέχοντες (0,9%) δήλωσαν την επιλογή «άλλο» (Πίνακας 2). Για την ακρίβεια, 2 από τα άτομα αυτά δήλωσαν πως είναι διεμφυλικά και 1 άτομο δήλωσε ότι έχει ρευστό φύλο. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν μεταξύ 18 και 74 ετών, με μέση ηλικία τα 33,01 έτη ( $SD=14,202$ ) και το 37,4% ( $n=127$ ) να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-30 ετών (Διάγραμμα 1). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, και συγκεκριμένα το 81,5% ( $n=277$ ) από αυτούς, διέμενε στην Αθήνα, ενώ όσον αφορά την εκπαίδευση, το 43,5% ( $n=148$ ) ήταν απόφοιτοι/ες/α ΑΕΙ/ΤΕΙ. Ακόμη, οι περισσότεροι, δηλαδή το 68,8% ( $n=234$ ), ήταν άγαμοι/ες/α και, τέλος, το 36,8% ( $n=125$ ) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

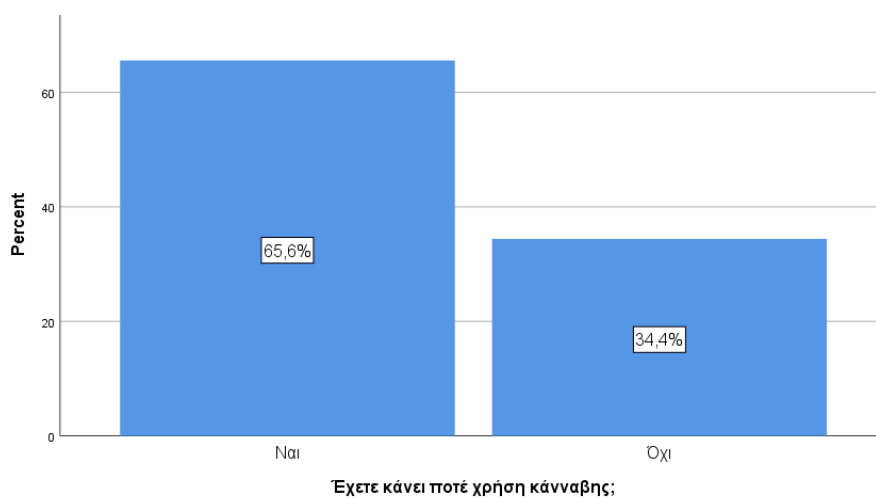
		N	%
Φύλο	Άνδρας	116	34,1
	Γυναίκα	221	65
	Άλλο	3	0,9
Τόπος κατοικίας	Αθήνα	277	81,5
	Θεσσαλονίκη	5	1,5
	Μεγάλο αστικό κέντρο	9	2,6
	Πόλη	22	6,5
	Χωριό	16	4,7
	Εξωτερικό	11	3,2
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1	0,3
	Γυμνάσιο	3	0,9
	Λύκειο	75	22,1
	Μεταλυκειακές σπουδές	31	9,1
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	148	43,5
	Μεταπτυχιακές σπουδές	80	23,5
	Διδακτορικό	2	0,6
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η/ο	234	68,8
	Έγγαμος/η/ο	59	17,4
	Συμβίωση	25	7,4
	Διαζευγμένος/η/ο	21	6,2

	Χήρος/α	1	0,3
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>	Άνεργος/η/ο	21	6,2
	Δημόσιος υπάλληλος	49	14,4
	Ιδιωτικός υπάλληλος	125	36,8
	Ελεύθερος επαγγελματίας	51	15
	Συνταξιούχος	18	5,3
	Οικιακά	3	0,9
	Φοιτητής/τρια	73	21,5



**Διάγραμμα 1.** Ηλικία

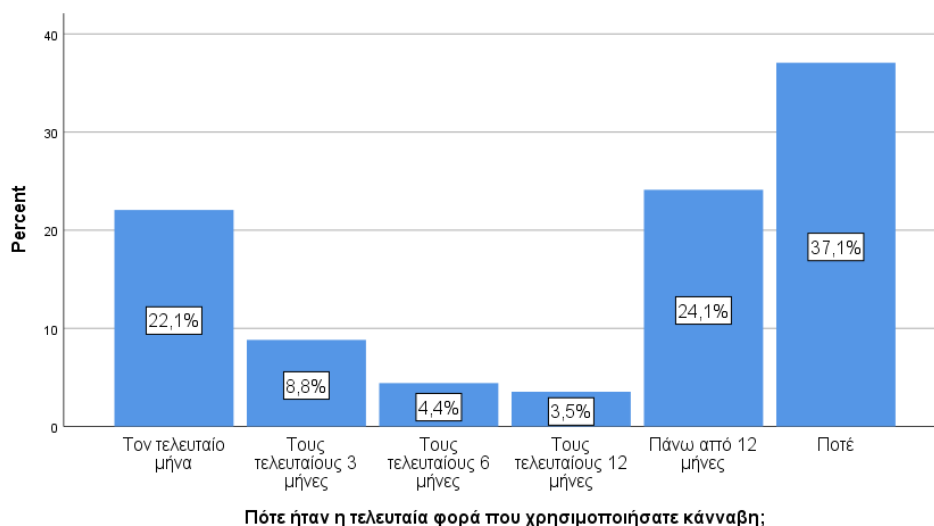
Στην ερώτηση σχετικά με το εάν οι συμμετέχοντες έχουν κάνει ποτέ χρήση κάνναβης το 65,6% του δείγματος (n=223) απάντησε θετικά (Διάγραμμα 2), ενώ όσον αφορά την ηλικία έναρξης χρήσης, αυτή κυμαινόταν μεταξύ 12 και 53 ετών με μέση ηλικία τα 18,55 έτη (SD= 4,396).



**Διάγραμμα 2.** Απαντήσεις συμμετεχόντων για το εάν έχουν κάνει ποτέ χρήση κάνναβης



Τέλος, στην ερώτηση που αφορούσε την τελευταία φορά που έκαναν χρήση κάνναβης, το 22,1% (n=75) απάντησε ότι έκανε χρήση τον τελευταίο μήνα, ενώ το 37,1% (n=126) δεν είχε κάνει ποτέ χρήση κάνναβης (Διάγραμμα 3).



**Διάγραμμα 3.** Τελευταία φορά που έγινε χρήση κάνναβης

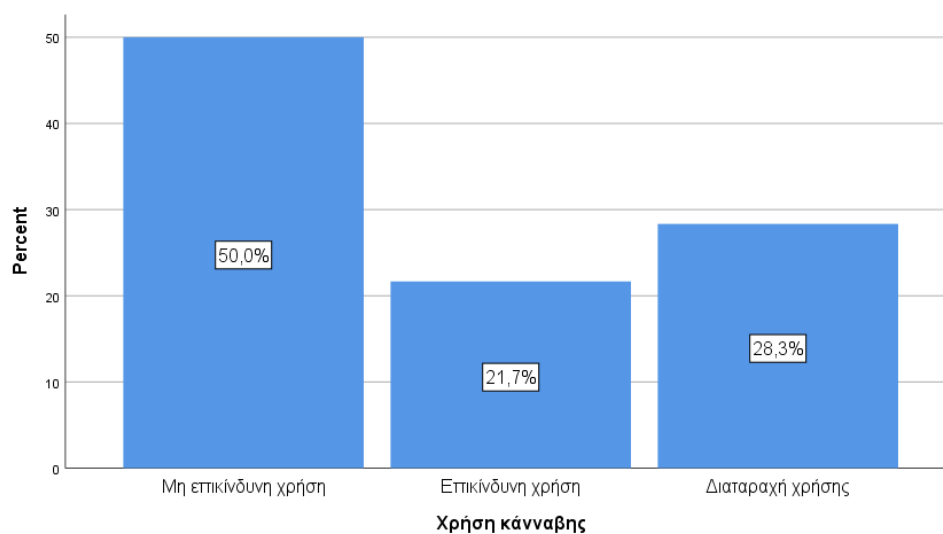
### 5.1.2 Χρήση, προβλήματα και κίνητρα χρήσης κάνναβης, και κοινωνικό άγχος

Με βάση το ερωτηματολόγιο CUDIT-R διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες σε γενικές γραμμές έκαναν επικίνδυνη χρήση κάνναβης ( $M= 9,18$ ,  $SD= 6,807$ ) (Πίνακας 3). Πιο συγκεκριμένα, το 21,7% (n=26) έκανε επικίνδυνη χρήση κάνναβης και το 28,3% (n=34) είχε Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης (Διάγραμμα 4). Από την άλλη, με βάση την κλίμακα MPS, διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες είχαν σε μέτριο βαθμό προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση κάνναβης ( $M= 6,27$ ,  $SD= 5,726$ ). Με βάση το MMQ, το οποίο αξιολογεί τα κίνητρα χρήσης κάνναβης, διαπιστώθηκε ότι η αντιμετώπιση ( $M= 8,66$ ,  $SD= 3,817$ ), η συμμόρφωση ( $M= 5,63$ ,  $SD= 1,561$ ), η κοινωνικότητα ( $M= 7,44$ ,  $SD= 3,066$ ), η ενίσχυση ( $M= 9,07$ ,  $SD= 3,788$ ) και η επέκταση ( $M= 7,24$ ,  $SD= 2,935$ ) λειτουργούσαν σε μικρό βαθμό ως κίνητρα για τη χρήση κάνναβης. Παρόλα αυτά, το κυριότερο κίνητρο φαίνεται πως ήταν η ενίσχυση, ενώ το λιγότερο σημαντικό η συμμόρφωση (Πίνακας 3). Τέλος, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες σαν σύνολο δεν είχαν κοινωνικό άγχος ( $M= 26,50$ ,  $SD= 15,799$ ) (Πίνακας 3). Για την ακρίβεια,

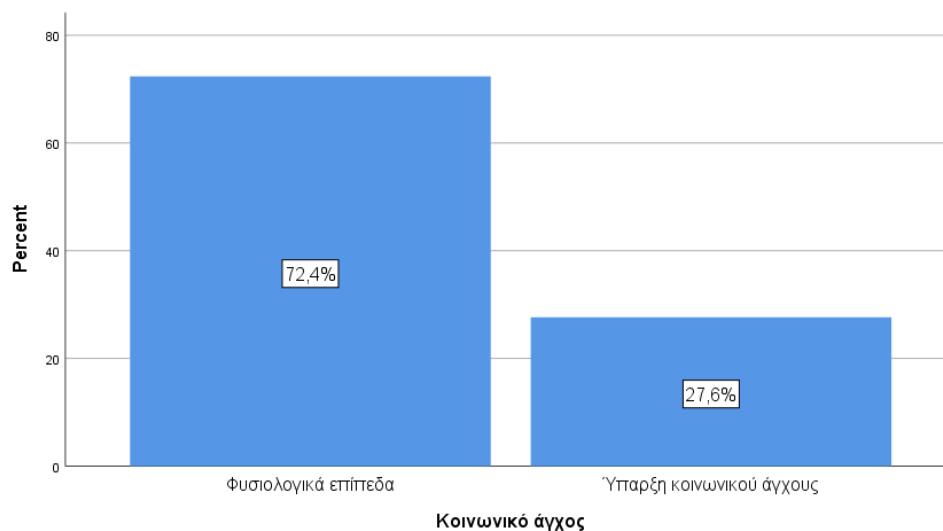
διαπιστώθηκε ότι το 27,6% των συμμετεχόντων (n=94) είχαν κοινωνικό άγχος (Διάγραμμα 5).

**Πίνακας 3.** Χρήση κάνναβης, προβλήματα χρήσης κάνναβης, κίνητρα χρήσης κάνναβης, και κοινωνικό άγχος

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Χρήση κάνναβης	1	26	9,18	6,807
Προβλήματα χρήσης κάνναβης	0	19	6,27	5,726
Αντιμετώπιση	5	20	8,66	3,817
Συμμόρφωση	5	15	5,63	1,561
Κοινωνικότητα	5	19	7,44	3,066
Ενίσχυση	5	20	9,07	3,788
Επέκταση	5	19	7,24	2,935
Κοινωνικό άγχος	0	74	26,50	15,799



**Διάγραμμα 4.** Χρήση κάνναβης



**Διάγραμμα 5.** Κοινωνικό άγχος

## 5.2 Επαγωγική στατιστική

### 5.2.1 Συσχετίσεις μεταξύ χρήσης κάνναβης, προβλημάτων χρήσης κάνναβης, κινήτρων χρήσης κάνναβης και κοινωνικού άγχους

Με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson διαπιστώθηκε ότι υπάρχει θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρήσης κάνναβης και προβλημάτων σχετιζόμενων με τη χρήση κάνναβης ( $r=0,574$ ,  $p=0,000$ ). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα προβλήματα χρήσης κάνναβης σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την αντιμετώπιση ως κίνητρο χρήσης κάνναβης ( $r=0,408$ ,  $p=0,000$ ), ενώ η αντιμετώπιση σχετιζόταν θετικά και στατιστικά σημαντικά και με τη χρήση κάνναβης ( $r=0,366$ ,  $p=0,000$ ). Από την άλλη, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συμμόρφωσης ως κίνητρο χρήσης κάνναβης και της χρήσης κάνναβης ( $p=0,416$ ) ούτε μεταξύ της συμμόρφωσης και των προβλημάτων χρήσης κάνναβης ( $p=0,361$ ). Παρόμοια, διαπιστώθηκε ότι η κοινωνικότητα ως κίνητρο χρήσης κάνναβης δεν σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη χρήση κάνναβης ( $p=0,503$ ) και τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $p=0,153$ ). Ωστόσο, η ενίσχυση, ως κίνητρο χρήσης κάνναβης, σχετιζόταν θετικά και στατιστικά σημαντικά με τη χρήση κάνναβης ( $p=0,000$ ) και τα σχετιζόμενα με τη χρήση κάνναβης προβλήματα ( $p=0,030$ ). Η επέκταση, ως κίνητρο χρήσης

κάνναβης, δεν σχετιζόταν με τη χρήση κάνναβης ( $p= 0,073$ ) αλλά σχετιζόταν θετικά και στατιστικά σημαντικά με τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $r=0,228$ ,  $p= 0,012$ ). Επιπλέον, το κοινωνικό άγχος δεν σχετιζόταν με τη χρήση κάνναβης ( $p= 0,130$ ), την ενίσχυση ( $p= 0,062$ ) και την επέκταση ( $p= 0,166$ ) ως κίνητρα χρήσης, αλλά σχετιζόταν θετικά και στατιστικά σημαντικά με τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $r= 0,412$ ,  $p= 0,000$ ), την αντιμετώπιση ( $r= 0,224$ ,  $p= 0,001$ ), τη συμμόρφωση ( $r= 0,248$ ,  $p= 0,000$ ) και την κοινωνικότητα ( $r= 0,174$ ,  $p= 0,011$ ) (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4.** Συσχετίσεις μεταξύ χρήσης κάνναβης, προβλημάτων χρήσης κάνναβης, κινήτρων χρήσης κάνναβης και κοινωνικού άγχους

		Χρήση κάνναβης	Προβλήματα χρήσης κάνναβης	Αντιμετώπιση	Συμμόρφωση	Κοινωνικότητα	Ενίσχυση	Διεύρυνση	Κοινωνικό άγχος
Χρήση κάνναβης	r								
	p								
Προβλήματα χρήσης κάνναβης	r	,574							
	p	,000							
Αντιμετώπιση	r	,366	,408						
	p	,000	,000						
Συμμόρφωση	r	-,075	,084	,268					
	p	,416	,361	,000					
Κοινωνικότητα	r	,062	,131	,588	,496				
	p	,503	,153	,000	,000				
Ενίσχυση	r	,320	,198	,716	,332	,624			
	p	,000	,030	,000	,000	,000			
Επέκταση	r	,165	,228	,483	,190	,485	,587		
	p	,073	,012	,000	,005	,000	,000		
Κοινωνικό άγχος	r	,139	,412	,224	,248	,174	,128	,095	
	p	,130	,000	,001	,000	,011	,062	,166	

Επιπρόσθετα, με τη χρήση του independent t-test διερευνήθηκε εάν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα προβλήματα χρήσης κάνναβης ανάλογα με το κοινωνικό άγχος. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος ( $M= 9,18$ ,  $SD= 6,789$ ) ανέφεραν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση κάνναβης συγκριτικά με τα άτομα χωρίς κοινωνικό άγχος ( $M= 4,97$ ,  $SD= 4,669$ ) ( $p= 0,000$ ) (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5.** Διαφορές στα προβλήματα χρήσης κάνναβης ανάλογα με το κοινωνικό άγχος

	<b>Κοινωνικό άγχος</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p</b>
<b>Προβλήματα χρήσης κάνναβης</b>	Φυσιολογικά επίπεδα	4,97	4,669	,000
	Ύπαρξη κοινωνικού άγχους	9,18	6,789	

Με τη χρήση των independent t-tests διερευνήθηκε, επίσης, εάν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα κίνητρα χρήσης κάνναβης ανάλογα με το κοινωνικό άγχος. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος ανέφεραν συχνότερα ως κίνητρα χρήσης κάνναβης την αντιμετώπιση ( $p= 0,001$ ), τη συμμόρφωση ( $p= 0,000$ ) και την κοινωνικότητα ( $p= 0,000$ ) (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6.** Διαφορές στα κίνητρα χρήσης κάνναβης ανάλογα με το κοινωνικό άγχος

	<b>Κοινωνικό άγχος</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p</b>
<b>Αντιμετώπιση</b>	Φυσιολογικά επίπεδα	8,04	3,49	,001
	Ύπαρξη κοινωνικού άγχους	9,90	4,154	
<b>Συμμόρφωση</b>	Φυσιολογικά επίπεδα	5,35	,958	,000
	Ύπαρξη κοινωνικού άγχους	6,21	2,243	
<b>Κοινωνικότητα</b>	Φυσιολογικά επίπεδα	6,91	2,767	,000
	Ύπαρξη κοινωνικού άγχους	8,50	3,381	
<b>Ενίσχυση</b>	Φυσιολογικά επίπεδα	8,65	3,547	,060
	Ύπαρξη κοινωνικού άγχους	9,93	4,127	
<b>Επέκταση</b>	Φυσιολογικά επίπεδα	7,05	2,753	,176
	Ύπαρξη κοινωνικού άγχους	7,63	3,254	

### 5.2.2 Συσχετίσεις με το φύλο

Για να διερευνηθεί εάν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη χρήση κάνναβης και στα προβλήματα χρήσης κάνναβης, στα κίνητρα χρήσης κάνναβης και στο κοινωνικό άγχος ανάλογα με το φύλο, πραγματοποιήθηκαν επίσης independent t-tests. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών ( $M=10,37$ ,  $SD= 7,418$ ) και γυναικών ( $M= 8,08$ ,  $SD= 6,006$ ) όσον αφορά τη χρήση κάνναβης ( $p= 0,068$ ). Παρόμοια, το φύλο δεν σχετιζόταν με τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $p= 0,083$ ), την αντιμετώπιση ( $p= 0,125$ ), τη συμμόρφωση ( $p= 0,886$ ), την κοινωνικότητα ( $p= 0,706$ ) και το κοινωνικό άγχος ( $p= 0,155$ ). Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι το φύλο σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την ενίσχυση ( $p= 0,023$ ) και την επέκταση ( $p= 0,003$ ) ως κίνητρα χρήσης κάνναβης. Διαπιστώθηκε πως οι άνδρες ανέφεραν περισσότερο από τις γυναίκες την ενίσχυση και την επέκταση ως κίνητρα χρήσης κάνναβης (Πίνακας 7).

Ειδικότερα, για να διερευνηθεί εάν ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης και έχουν κοινωνικό άγχος οι άντρες είχαν περισσότερες πιθανότητες προβληματικής χρήσης ή Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης και εμφάνιζαν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη συγκριτικά με τις γυναίκες, πραγματοποιήθηκαν και πάλι independent t-tests. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών ( $M=9,36$ ,  $SD= 7,285$ ) και γυναικών ( $M= 7,31$ ,  $SD= 5,259$ ) όσον αφορά τη χρήση κάνναβης ( $p= 0,101$ ). Παρόμοια, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών ( $M=7,55$ ,  $SD= 6,010$ ) και γυναικών ( $M= 5,35$ ,  $SD= 5,886$ ) όσον αφορά τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $p= 0,064$ ) (Πίνακας 8).

**Πίνακας 7.** Συσχετίσεις με το φύλο σε όλο το δείγμα ( $N=340$ )

	<b>Φύλο</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p</b>
<b>Χρήση κάνναβης</b>	Άνδρας	10,37	7,418	,068
	Γυναίκα	8,08	6,006	
<b>Προβλήματα χρήσης κάνναβης</b>	Άνδρας	7,27	5,635	,083
	Γυναίκα	5,44	5,739	
<b>Αντιμετώπιση</b>	Άνδρας	9,15	3,817	,125
	Γυναίκα	8,33	3,811	
<b>Συμμόρφωση</b>	Άνδρας	5,65	1,654	,886

	Γυναίκα	5,62	1,506	
<b>Κοινωνικότητα</b>	Ανδρας	7,51	2,941	,706
	Γυναίκα	7,35	3,175	
<b>Ενίσχυση</b>	Ανδρας	9,76	3,818	,023
	Γυναίκα	8,57	3,725	
<b>Επέκταση</b>	Ανδρας	7,94	3,149	,003
	Γυναίκα	6,75	2,681	
<b>Κοινωνικό άγχος</b>	Ανδρας	24,87	14,940	,155
	Γυναίκα	27,45	16,190	

**Πίνακας 8.** Συσχετίσεις με το φύλο για τα άτομα που έκαναν χρήση κάνναβης και είχαν κοινωνικό άγχος (N=105)

	<b>Φύλο</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p</b>
<b>Χρήση κάνναβης</b>	Ανδρας	9,36	7,285	,101
	Γυναίκα	7,31	5,269	
<b>Προβλήματα χρήσης κάνναβης</b>	Ανδρας	7,55	6,010	,064
	Γυναίκα	5,35	5,886	

### 5.2.3 Συσχετίσεις με την ηλικία

Για να διερευνηθεί εάν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη χρήση κάνναβης, στα προβλήματα χρήσης κάνναβης, στα κίνητρα χρήσης κάνναβης και στο κοινωνικό άγχος ανάλογα με την ηλικία, πραγματοποιήθηκαν one-way ANOVA. Διαπιστώθηκε ότι η ηλικία δεν σχετιζόταν με τη χρήση κάνναβης ( $p= 0,357$ ), τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $p= 0,991$ ), την αντιμετώπιση ( $p= 0,171$ ), τη συμμόρφωση ( $p= 0,371$ ), την κοινωνικότητα ( $p= 0,099$ ), την ενίσχυση ( $p= 0,126$ ), και την επέκταση ( $p= 0,266$ ) ως κίνητρα χρήσης κάνναβης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία σχετιζόταν με το κοινωνικό άγχος ( $p= 0,000$ ), με υψηλότερο κοινωνικό άγχος να έχουν τα άτομα 18-24 ετών ( $M= 32,09$ ,  $SD= 15,742$ ) και μικρότερο τα άτομα 45-50 ετών ( $M= 15,33$ ,  $SD= 7,810$ ) (Πίνακας 9).

Ειδικότερα, για να διερευνηθεί εάν ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης και έχουν κοινωνικό άγχος οι νεαροί ενήλικες (18-24) είχαν περισσότερες πιθανότητες προβληματικής χρήσης ή Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης και εμφάνιζαν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη συγκριτικά με άλλες ηλικιακές ομάδες, πραγματοποιήθηκαν και πάλι one-way ANOVA. Και στην περίπτωση αυτή, διαπιστώθηκε ότι



η ηλικία δεν σχετιζόταν με τη χρήση κάνναβης ( $p= 0,225$ ) ούτε με τα προβλήματα χρήσης κάνναβης ( $p= 0,977$ ) (Πίνακας 10).

**Πίνακας 9.** Συσχετίσεις με την ηλικία σε όλο το δείγμα ( $N=340$ )

	<b>Ηλικία</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p</b>
<b>Χρήση κάνναβης</b>	18-24 ετών	9,69	6,649	,357
	25-30 ετών	9,24	6,923	
	31-35 ετών	6,81	6,569	
	36-40 ετών	3,00		
	41-45 ετών			
	45-50 ετών	4,00		
	51-55 ετών	11,00		
	56-60 ετών	23,00		
	61-65 ετών	4,00		
	66-74 ετών			
<b>Προβλήματα χρήσης κάνναβης</b>	18-24 ετών	6,26	5,717	,991
	25-30 ετών	6,50	5,947	
	31-35 ετών	5,36	6,120	
	36-40 ετών	6,00		
	41-45 ετών			
	45-50 ετών	5,00		
	51-55 ετών	2,00		
	56-60 ετών	7,00		
	61-65 ετών	9,00		
	66-74 ετών			
<b>Αντιμετώπιση</b>	18-24 ετών	8,88	3,611	,171
	25-30 ετών	8,83	3,858	
	31-35 ετών	8,10	3,195	
	36-40 ετών	10,66	5,955	
	41-45 ετών	5,40	,894	
	45-50 ετών	14,00		
	51-55 ετών	6,40	2,190	
	56-60 ετών	7,62	4,405	
	61-65 ετών	10,00	6,000	
	66-74 ετών	5,00	,000	

<b>Συμμόρφωση</b>	18-24 ετών	5,55	1,351	,371
	25-30 ετών	5,68	1,636	
	31-35 ετών	5,73	1,758	
	36-40 ετών	7,16	3,371	
	41-45 ετών	5,00	,000	
	45-50 ετών	5,00		
	51-55 ετών	5,20	,447	
	56-60 ετών	5,00	,000	
	61-65 ετών	6,25	1,258	
	66-74 ετών	5,00	,000	
<b>Κοινωνικότητα</b>	18-24 ετών	7,76	2,605	,099
	25-30 ετών	7,21	3,086	
	31-35 ετών	6,89	2,157	
	36-40 ετών	10,16	4,792	
	41-45 ετών	5,00	,000	
	45-50 ετών	6,00		
	51-55 ετών	5,60	1,341	
	56-60 ετών	8,50	3,779	
	61-65 ετών	11,00	7,118	
	66-74 ετών	5,00	,000	
<b>Ενίσχυση</b>	18-24 ετών	9,44	3,564	,126
	25-30 ετών	9,16	3,888	
	31-35 ετών	9,05	3,807	
	36-40 ετών	10,83	3,970	
	41-45 ετών	5,00	,000	
	45-50 ετών	8,00		
	51-55 ετών	6,80	2,949	
	56-60 ετών	7,87	2,474	
	61-65 ετών	11,00	7,118	
	66-74 ετών	5,00	,000	
<b>Επέκταση</b>	18-24 ετών	7,16	2,206	,266
	25-30 ετών	7,60	3,261	
	31-35 ετών	7,36	3,562	
	36-40 ετών	6,50	2,810	
	41-45 ετών	5,20	,447	
	45-50 ετών	5,00		
	51-55 ετών	5,40	,547	
	56-60 ετών	6,12	2,100	
	61-65 ετών	9,25	5,678	

	66-74 ετών	5,00	,000	
<b>Κοινωνικό άγχος</b>	18-24 ετών	32,09	15,742	,000
	25-30 ετών	28,42	15,847	
	31-35 ετών	22,68	13,079	
	36-40 ετών	22,75	13,883	
	41-45 ετών	27,30	16,268	
	45-50 ετών	15,33	7,810	
	51-55 ετών	17,46	17,431	
	56-60 ετών	17,07	13,205	
	61-65 ετών	19,42	9,709	
	66-74 ετών	16,00	7,831	

**Πίνακας 10.** Συσχετίσεις με την ηλικία για τα άτομα που έκαναν χρήση κάνναβης και είχαν κοινωνικό άγχος (N=105)

	<b>Ηλικία</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>	<b>p</b>
<b>Χρήση κάνναβης</b>	18-24 ετών	9,55	6,655	,225
	25-30 ετών	8,06	6,376	
	31-35 ετών	4,33	2,598	
	36-40 ετών	3,00	.	
	41-45 ετών	4,00	.	
	45-50 ετών	4,00	.	
	51-55 ετών	6,31	5,771	
	56-60 ετών	6,54	6,337	
	61-65 ετών	4,88	6,735	
	66-74 ετών	6,00	.	
<b>Προβλήματα χρήσης κάνναβης</b>	18-24 ετών	5,00	.	,977
	25-30 ετών	9,00	.	
	31-35 ετών	9,55	6,655	
	36-40 ετών	8,06	6,376	
	41-45 ετών	4,33	2,598	
	45-50 ετών	3,00	.	
	51-55 ετών	4,00	.	
	56-60 ετών	4,00	.	
	61-65 ετών	6,31	5,771	
	66-74 ετών	6,54	6,337	

## Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους με τη χρήση και τα κίνητρα χρήσης κάνναβης και εξέτασε τον ρόλο του φύλου και της ηλικίας στα συμπτώματα κοινωνικού άγχους και στη χρήση, τα κίνητρα χρήσης και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης.

Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι το κοινωνικό άγχος δεν σχετιζόταν με τη χρήση και τη Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης, εύρημα το οποίο δεν επιβεβαιώνει την πρώτη ερευνητική υπόθεση και ταυτόχρονα έρχεται σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Προηγούμενες μελέτες έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη μιας ισχυρής θετικής συνάφειας μεταξύ χρήσης κάνναβης και κοινωνικού άγχους, δείχνοντας παράλληλα ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν προβληματική χρήση κάνναβης και, κυρίως, να έχουν Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης (Buckner & Schmidt, 2009; Elsaid et al., 2024; Single et al., 2022; Walukevich-Dienst, Lewis & Buckner, 2020). Μάλιστα, οι Agosti, Nunes και Levin (2002) έδειξαν ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος έχουν επτά (7) φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Από την άλλη πλευρά, σε συμφωνία με την παρούσα έρευνα, ο Garrison και οι συνεργάτες του (2021) διαπίστωσαν ότι το αυξημένο κοινωνικό άγχος μείωνε τη χρήση κάνναβης σε κοινωνικές καταστάσεις τουλάχιστον όταν τα κίνητρα χρήσης ήταν χαμηλά. Ακόμη, επιβεβαιώθηκε η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, καθώς διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κοινωνικού άγχους και προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης, και πιο συγκεκριμένα, διαφάνηκε ότι τα άτομα με κοινωνικό άγχος είχαν περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με την κάνναβη. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Buckner, Heimberg & Schmidt, 2011; Buckner & Schmidt, 2008; Buckner & Schmidt, 2009; Ecker & Buckner, 2014; Elsaid et al., 2024). Επιπρόσθετα, δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και προβληματικής χρήσης ή Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης, αλλά ούτε και προβλημάτων σχετιζόμενων με την κάνναβη. Δεν επιβεβαιώθηκε, επομένως, η τρίτη ερευνητική υπόθεση. Το εύρημα αυτό είναι αντίθετο με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπου έχει διαπιστωθεί ότι οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες τόσο προβληματικής χρήσης όσο και Διαταραχής Χρήσης Κάνναβης και τείνουν να εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη συγκριτικά με τις γυναίκες (Kroon et al., 2023; Marmorstein et al., 2010; Secades-Villa & Fernández-Artamendi, 2017). Όσον αφορά μελέτες στον ελλαδικό χώρο, ο Tsiridis και οι συνεργάτες του (2021) βρήκαν ότι δεν

υπήρχαν διαφορές στα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης και στη Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης ανάλογα με το φύλο των ατόμων, εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα μελέτη, ενώ από την άλλη πλευρά, η Γκρίτση (2021) διαπίστωσε ότι οι άνδρες είχαν συχνότερα Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης από τις γυναίκες. Οι διαφοροποιήσεις αυτές πιθανόν οφείλονται στους διαφορετικούς πληθυσμούς των ερευνών.

Παρόμοια με το προηγούμενο εύρημα, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία δεν σχετιζόταν με την προβληματική χρήση ή τη Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης, ούτε με τα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη. Δεν επιβεβαιώθηκε, λοιπόν, ούτε η τέταρτη ερευνητική υπόθεση. Και το εύρημα αυτό είναι αντίθετο με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπου έχει διαπιστωθεί ότι οι νέοι έχουν πιο συχνά προβληματική χρήση ή Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης και περισσότερα προβλήματα σχετιζόμενα με την κάνναβη (Mokrysz et al., 2016 ; Zeiger et al., 2019; ). Από την άλλη, ο Scott και οι συνεργάτες του (2017) διαπίστωσαν ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης αυξάνονται όσο μεγαλώνει και η ηλικία. Και στην περίπτωση αυτή οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται ενδέχεται να οφείλονται στους διαφορετικούς πληθυσμούς των ερευνών. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες έχουν εστιάσει σε εφήβους και νέους ενήλικες. Για παράδειγμα, σε ελληνικό δείγμα, η Γκρίτση (2021) διαπίστωσε ότι η ηλικία σχετιζόταν με τη Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης, ωστόσο, στο δείγμα της συμμετείχαν μόνο άτομα 18-30 ετών.

Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε η πέμπτη ερευνητική υπόθεση, καθώς βρέθηκε ότι το κοινωνικό άγχος σχετιζόταν με την αντιμετώπιση και τη συμμόρφωση ως κίνητρα χρήσης κάνναβης, και μάλιστα διαφάνηκε ότι τα άτομα που είχαν κοινωνικό άγχος ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό ως κίνητρα χρήσης κάνναβης τα κίνητρα αντιμετώπισης και συμμόρφωσης. Αυτό το εύρημα συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Buckner et al., 2007; Buckner et al., 2014; Agosti et al., 2002; Lynskey et al., 2002; Buckner et al., 2006; Garrison et al., 2021; Morris, Vargo & Buckner, 2024). Μάλιστα, τόσο η Garrison και οι συνεργάτες της (2021) όσο και η Buckner και οι συνεργάτες της (2007) έδειξαν ότι το κοινωνικό άγχος ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της αντιμετώπισης και της συμμόρφωσης ως κίνητρα χρήσης κάνναβης.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι, παρά το γεγονός ότι η παρούσα εργασία στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση της συσχέτισης μεταξύ κοινωνικού άγχους και χρήσης κάνναβης, παρουσιάζει παράλληλα και κάποιους περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας αποτελείται κυρίως από άτομα έως 30 ετών. Επομένως, μπορεί να ειπωθεί ότι δεν εξετάστηκε επαρκώς η χρήση κάνναβης και σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, πέραν του φύλου και της ηλικίας δεν πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις και με άλλα δημογραφικά

χαρακτηριστικά, όπως η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία έναρξης χρήσης κάνναβης.

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι το κοινωνικό άγχος δεν σχετίζεται με τη χρήση κάνναβης, αλλά σχετίζεται με αυξημένα προβλήματα λόγω της χρήσης κάνναβης, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός ενδέχεται να παρουσιάζει μια αυξημένη ευαλωτότητα στην εκδήλωση τέτοιου είδους προβλημάτων και βλαβών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που είχαν κοινωνικό άγχος ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό ως κίνητρα χρήσης κάνναβης τα κίνητρα αντιμετώπισης και συμμόρφωσης, και πιο συγκεκριμένα, την ανακούφιση και μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και την ένταξη σε κάποια ομάδα ή την μείωση της πίεσης των συνομηλίκων αντίστοιχα. Η εξέταση των κινήτρων που οδηγούν στη χρήση κάνναβης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες τόσο για τους λόγους έναρξης και διατήρησης της χρήσης όσο και για τις ιδανικές στρατηγικές αντιμετώπισης και αλλαγής της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Τέλος, μελλοντικές έρευνες προτείνεται να διερευνήσουν εάν η ηλικία έναρξης κάνναβης σχετίζεται με τη Διαταραχή Χρήσης Κάνναβης, τα κίνητρα χρήσης κάνναβης, τα προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση κάνναβης και την ύπαρξη κοινωνικού άγχους. Προτείνεται ακόμη η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ συχνότητας χρήσης κάνναβης και ύπαρξης κοινωνικού άγχους, ενώ εξίσου χρήσιμο θα ήταν να διερευνηθούν τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους σε άτομα που δεν κάνουν χρήση κάνναβης, ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που λειτουργούν προστατευτικά.

## Βιβλιογραφία

- Agosti, V., Nunes, E., & Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among U.S. Residents with lifetime cannabis dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 643–652. <http://dx.doi.org/10.1081/ADA-120015873>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, K. G., Sitney, M., & White, H. R. (2015). Marijuana motivations across adolescence: impacts on use and consequences. *Substance use & misuse*, 50(3), 292–301. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.977396>.
- Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101–106. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.2.101>
- Belzer, K. D., McKee, M. B., & Liebowitz, M. R. (2005). Social anxiety disorder: Current perspectives on diagnosis and treatment. *Primary Psychiatry*, 12(11), 35–48.
- Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2007). Marijuana use motives: Concurrent relations to frequency of past 30-day use and anxiety sensitivity among young adult marijuana smokers. *Addictive Behaviors*, 32(1), 49–62. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.018>
- Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. Στο R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (3rd ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002004>
- Buckner, J. D., Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2007). Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2238–2252. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.004>.
- Buckner, J. D., Ecker, A. H., & Cohen, A. S. (2010). Mental health problems and interest in marijuana treatment among marijuana-using college students. *Addictive Behaviors*, 35, 826–833. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.04.001>
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Matthews, R. A., & Silgado, J. (2012). Marijuana-related problems and social anxiety: The role of marijuana behaviors in social situations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 151–156. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025822>
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Liu, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The

- relationship between cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 128–134. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.023>
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Ecker, A. H., & Vinci, C. (2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use: Review: Biopsychosocial Model of SAD-SUD Comorbidity. *Depression and Anxiety*, 30(3), 276–284. <https://doi.org/10.1002/da.22032>
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., & Schmidt, N. B. (2011). Social anxiety and marijuana-related problems: The role of social avoidance. *Addictive Behaviors*, 36(1–2), 129–132. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.015>
- Buckner, J. D., Mallott, M. A., Schmidt, N. B., & Taylor, J. (2006). Peer influence and gender differences in problematic cannabis use among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1087–1102. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.002>
- Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2008). Marijuana effect expectancies: relations to social anxiety and marijuana use problems. *Addictive Behaviors*, 33(11), 1477–1483. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.017>
- Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2009). Social anxiety disorder and marijuana use problems: the mediating role of marijuana effect expectancies. *Depression and Anxiety*, 26(9), 864–870. <https://doi.org/10.1002/da.20567>
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.01.002>
- Buckner, J. D., & Zvolensky, M. J. (2014). Cannabis and related impairment: the unique roles of cannabis use to cope with social anxiety and social avoidance. *The American journal on addictions*, 23(6), 598–603. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12150>
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., Farris, S. G., & Hogan, J. (2014). Social anxiety and coping motives for cannabis use: The impact of experiential avoidance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 568–574. <https://doi.org/10.1037/a0034545>
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2012). Cannabis-related impairment and social anxiety: the roles of gender and cannabis use motives. *Addictive behaviors*, 37(11), 1294–1297. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.013>
- Bujarski, S. J., Galang, J. N., Short, N. A., Trafton, J. A., Gifford, E. V., Kimerling, R.,



- Vujanovic, A. A., McKee, L. G., & Bonn-Miller, M. O. (2016). Cannabis use disorder treatment barriers and facilitators among veterans with PTSD. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(1), 73–81. <https://doi.org/10.1037/adb0000131>
- Γκρίτση, Μ. (2021). *Στοιχεία προσωπικότητας στη χρήση αλκοόλ και κάνναβης σε νέους ηλικίας 18-30 ετών* (Διπλωματική εργασία). Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Charilaou, P., Agnihotri, K., Garcia, P., Badheka, A., Frenia, D., & Yegneswaran, B. (2017). Trends of cannabis use disorder in the inpatient: 2002 to 2011. *The American Journal of Medicine, 130*(6), 678-687.e7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.12.035>
- Conger J. J. (1956). Alcoholism: theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol, 17*(2), 296–305.
- Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 7*(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment, 6*(2), 117–128. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.117>.
- Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L., & Wolf, S. (2016). Motivational models of substance use: A review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana, and tobacco. In K. J. Sher (Ed.), *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (pp. 375–421). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199381678.013.017>
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(2), 168–180. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.168>
- Crean, R. D., Crane, N. A., & Mason, B. J. (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *Journal of addiction medicine, 5*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31820c23fa>
- Crippa, J. A., Zuardi, A. W., Martin-Santos, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Human psychopharmacology, 24*(7), 515–523. <https://doi.org/10.1002/hup.1048>
- Ecker, A. H., & Buckner, J. D. (2014). Cannabis use behaviors and social anxiety: the roles of perceived descriptive and injunctive social norms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,*

- 75(1), 74–82. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.74>
- El-Alfy, A. T., Ivey, K., Robinson, K., Ahmed, S., Radwan, M., Slade, D., Khan, I., ElSohly, M., & Ross, S. (2010). Antidepressant-like effect of delta9-tetrahydrocannabinol and other cannabinoids isolated from *Cannabis sativa* L. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 95(4), 434–442. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2010.03.004>
- Elsaid, S., Wang, R., Kloiber, S., Haines-Saah, R., Hassan, A.N., & Le Foll, B. (2024). Expectancies of the Effects of Cannabis Use in Individuals with Social Anxiety Disorder (SAD). *Brain Sciences*, 14(3), 246. <https://doi.org/10.3390/brainsci14030246>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), European Drug Report 2022: Trends and Developments, [https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), European Drug Report 2023:Trends and Developments, [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en)
- Garrison, E., Gilligan, C., Ladd, B. O., & Anderson, K. G. (2021). Social Anxiety, Cannabis Use Motives, and Social Context's Impact on Willingness to Use Cannabis. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4882. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094882>.
- Giaouzi, A., & Giovazolias, T. (2015). Remembered parental rejection and social anxiety: The mediating role of partner acceptance-rejection. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3170–3179. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0120-z>
- Gorelick, D. A., Levin, K. H., Copersino, M. L., Hershman, S. J., Liu, F., Boggs, D. L., & Kelly, D. L. (2012). Diagnostic criteria for cannabis withdrawal syndrome. *Drug and alcohol dependence*, 123(1-3), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.11.007>
- Gruber, A. J., Pope, H. G., Hudson, J. I., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Attributes of long-term heavy cannabis users: A case–control study. *Psychological Medicine*, 33(8), 1415–1422. <https://doi.org/10.1017/S0033291703008560>
- Hall, W. and Degenhardt, L. (2014), The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test. Analysis*, 6, 39-45. <https://doi.org/10.1002/dta.1506>
- Hall, W., & Pacula, R. L. (2002). *Cannabis use and dependence: Public health and public policy*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511470219>
- Hall, W., Solowij, N., & Lemon, N. (1995). *The health and psychological consequences of*

- cannabis use*. Australian Government Publishing Service
- Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 11-16.
- Kedzior, K. K., & Laeber, L. T. (2014). A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population-a meta-analysis of 31 studies. *BMC psychiatry*, *14*, 136. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-136>
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). (2023). Απολογισμός Έργου 2022, Αθήνα. Ανακτήθηκε από: <https://www.kethea.gr/nea/apologismos-kethea-strofi-stin-kannavi-kai-stin-koka%CE%90niepivarynsi-tis-psychikis-ygeias/>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H.-U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, *29*(3), 555–567. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008375>
- Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, *4*(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Kroon, E., Mansueto, A., Kuhns, L., Filbey, F., Wiers, R., & Cousijn, J. (2023). Gender differences in cannabis use disorder symptoms: A network analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *243*, 109733. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109733>
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, *15*(1), 5–16. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00216-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00216-9)
- Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, T. P., & Rehm, J. (2013). Cannabis use and cannabis use disorders among individuals with mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 589–598. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.021>
- Lynskey, M. T., Heath, A. C., Nelson, E. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Slutske, W. S., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2002). Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample. *Psychological Medicine*, *32*(2), 195–

207. <https://doi.org/10.1017/S0033291701005062>
- Marmorstein, N. R., White, H. R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(2), 211–224. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9360-y>
- Μαρσέλος, Μ. (2005), *Εξαρτησιογόνες ουσίες*, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Martinez Naya, N., Kelly, J., Corna, G., Golino, M., Abbate, A., & Toldo, S. (2023). Molecular and cellular mechanisms of action of cannabidiol. *Molecules*, 28(16), 5980. <https://doi.org/10.3390/molecules28165980>
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)
- Mokrysz, C., Freeman, T. P., Korkki, S., Griffiths, K., & Curran, H. V. (2016). Are adolescents more vulnerable to the harmful effects of cannabis than adults? A placebo-controlled study in human males. *Translational Psychiatry*, 6(11), e961–e961. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.225>
- Morris, P. E., Vargo, L. A., & Buckner, J. D. (2024). Social anxiety and cannabis-related problems: The serial roles of distress tolerance and cannabis use motives. *Substance Use & Misuse*, 59(7), 1133–1140. <https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2320400>
- Myers, M. G., Aarons, G. A., Tomlinson, K., & Stein, M. B. (2003). Social anxiety, negative affectivity, and substance use among high school students. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(4), 277–283. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.4.277>
- Nelemans, S. A., Hale, W. W., 3rd, Raaijmakers, Q. A., Branje, S. J., van Lier, P. A., & Meeus, W. H. (2016). Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *European child & adolescent psychiatry*, 25(5), 483–492. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0747-8>
- NIDA. 2019, December 24. Cannabis (Marijuana) DrugFacts. Ανακτήθηκε από: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/cannabis-marijuana>
- Panlilio, L. V., Goldberg, S. R., & Justinova, Z. (2015). Cannabinoid abuse and addiction: Clinical and preclinical findings. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 97(6), 616–627. <https://doi.org/10.1002/cpt.118>

- Patel, T. A., Schubert, F. T., Zech, J. M., & Cogle, J. R. (2023). Prevalence and correlates of cannabis use among individuals with DSM-5 social anxiety disorder: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, *163*, 406–412. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.079>
- Pertwee, R. G. (Ed.). (2014). *Handbook of cannabis*. Oxford University Press, USA. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199662685.001.0001>
- Rapee, R. M., & Coplan, R. J. (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. *New directions for child and adolescent development*, *127*, 17–31. <https://doi.org/10.1002/cd.260>
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(8), 741–756. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Sadock, B. J., & Kaplan, H. I. (2022). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. (Twelfth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (Audit): Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-ii. *Addiction*, *88*(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general psychiatry*, *49*(4), 282–288. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820040034004>
- Scott, J. C., Wolf, D. H., Calkins, M. E., Bach, E. C., Weidner, J., Ruparel, K., Moore, T. M., Jones, J. D., Jackson, C. T., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2017). Cognitive functioning of adolescent and young adult cannabis users in the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. *Psychology of Addictive Behaviors*, *31*(4), 423–434. <https://doi.org/10.1037/adb0000268>
- Secades-Villa, R., & Fernández-Artamendi, S. (2017). Gender differences in cannabis use disorders. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies: Biology, pharmacology, diagnosis, and treatment* (pp. 131–137). UK: Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800756-3.00015-6>
- Simons, J., Correia, C. J., & Carey, K. B. (2000). A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. *Addictive Behaviors*, *25*, 153–160. doi:10.1016/S03064603(98)00104-X.

- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. E. (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology, 45*(3), 265–273. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.265>.
- Single, A., Bilevicius, E., Ho, V., Theule, J., Buckner, J. D., Mota, N., & Keough, M.T. (2022). Cannabis use and social anxiety in young adulthood: A metaanalysis. *Addictive behaviors, 129*, 107275. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107275>.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry, 58*(3), 251-6. doi: 10.1001/archpsyc.58.3.251.
- Stein, D.J., Lim, C.C.W., Roest, A. M. et al. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med, 15*, 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet (London, England), 371*(9618), 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 898–908. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.898>
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., Fearer, S. A., Williams, C., Picciano, J. F., & Burke, R. S. (2004). The Marijuana Check-up: Reaching users who are ambivalent about change. *Addiction, 99*, 1323–1332. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00832.x>
- Teo, A. R., Lerrigo, R., & Rogers, M. A. M. (2013). The role of social isolation in social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(4), 353–364. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.010>
- Thomas, H. (1993). Psychiatric Symptoms in Cannabis Users. *British Journal of Psychiatry, 163*(2), 141–149. [doi:10.1192/bjp.163.2.141](https://doi.org/10.1192/bjp.163.2.141)
- Tsiridis, C. A., Holeva, V., Fountoulakis, N. K., Potoupni, V., & Diakogiannis, I. (2021). Cannabis use in a sample of Aristotle University of Thessaloniki students: a pilot cross-sectional study. *Hippokratia, 25*(4), 162–168.
- Vassilopoulos, S. P., Brouzos, A., & Moberly, N. J. (2015). The Relationships Between Metacognition, Anticipatory Processing, and Social Anxiety. *Behaviour Change, 32*(2), 114–126. [doi:10.1017/bec.2015.4](https://doi.org/10.1017/bec.2015.4)

- Vázquez, C., Rahona, J. J., Gómez, D., Caballero, F. F., & Hervás, G. (2015). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, *16*(1), 135–148. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9501-z>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, *370*(23), 2219–2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309>
- Walukevich-Dienst, K., Lewis, E. M., & Buckner, J. D. (2020). Cannabis-related impairment and social anxiety: The role of use to manage negative and positive affect in social situations. *Substance Use & Misuse*, *55*(2), 271–280. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1664590>
- WHO World Mental Health Survey Collaborators, Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., ... Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, *15*(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- Windle, M., & Wiesner, M. (2004). Trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood: predictors and outcomes. *Development and psychopathology*, *16*(4), 1007–1027. <https://doi.org/10.1017/s0954579404040118>
- Xu, Y., Schneier, F., Heimberg, R. G., Princisvalle, K., Liebowitz, M. R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.006>
- Yücel, M., Solowij, N., Respondek, C., Whittle, S., Fornito, A., Pantelis, C., & Lubman, D. I. (2008). Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Archives of General Psychiatry*, *65*(6), 694. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.694>
- Zeiger, J. S., Silvers, W. S., Fleegler, E. M., & Zeiger, R. S. (2019). Age related differences in cannabis use and subjective effects in a large population-based survey of adult athletes. *Journal of Cannabis Research*, *1*(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s42238-019-0006-9>