

Πρόλογος

Το φαινόμενο των εξαρτήσεων μοιάζει να είναι διαχρονικά επίκαιρο και χαρακτηρίζεται από διαρκείς μεταμορφώσεις και καινούργιες προκλήσεις που αντανακλούν την πολυπλοκότητά του. Πιθανώς τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι η εξάρτηση είναι στενά συνυφασμένη με την ίδια τη φύση του ανθρώπου, που επιδιώκει την ευχαρίστηση, την ηδονή και την ανταμοιβή, εμπλεκόμενος στην καταναγκαστική αναζήτησή τους παρά το γεγονός ότι με τον τρόπο αυτό διακινδυνεύει σε αρκετές περιπτώσεις να απολέσει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του και την ικανότητα διαχείρισης της προσωπικής του ζωής. Αναφερόμενοι σε εξαρτήσεις εννοούμε κατ' αρχήν τις εξαρτήσεις από εθιστικές ψυχοδραστικές ουσίες. Εντούτοις, τις τελευταίες δύο δεκαετίες το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί επιπλέον στους συμπεριφορικούς εθισμούς, οι οποίοι εκτείνονται σε πολλές πτυχές της ανθρώπινης δραστηριότητας και συμπεριφοράς (προβληματική σχέση με τη χρήση του διαδικτύου, τα τυχερά παιχνίδια, τη διατροφή, τη σεξουαλική δραστηριότητα, την υπερβολική σωματική άσκηση).

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για το έτος 2015, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι υπεύθυνη για περισσότερους από 450.000 θανάτους ετησίως και το φορτίο της νόσου που οφείλεται σε εθιστικές ουσίες αντιπροσωπεύει περίπου το 1,5% της συνολικής επιβάρυνσης νόσου. Επίσης, η επιβλαβής χρήση αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο 3,3 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως, σχετίζεται αιτιολογικά με τουλάχιστον 60 διαφορετικούς τύπους ασθενειών και επιπλέον επηρεάζει αρνητικά την υγεία και την ευημερία των ατόμων του περιβάλλοντος του προβληματικού πότη.

Αξιολογώντας τις καταστροφικές συνέπειες των διαφόρων εθισμών στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα, καθώς και τις τεράστιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις τόσο σε εθνική όσο και σε παγκόσμια κλίμακα, και με κύριο στόχο την ενίσχυση των δράσεων δημόσιας υγείας μέσω της ενίσχυσης των εταιρικών σχέσεων και της συνεργασίας μεταξύ οργανώσεων, δικτύων και ιδρυμάτων με γνώμονα τη δημόσια υγεία, το Τμήμα Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών του ΠΟΥ διοργάνωσε για πρώτη φορά «Παγκόσμιο Φόρουμ για το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και τους συμπεριφορικούς εθισμούς» (Ιούνιος 2017, Γενεύη).

Μέχρι και πριν από λίγες δεκαετίες, οι ουσιοεξαρτημένοι θεωρούνταν άτομα προβληματικής ηθικής υπόστασης και με ελαττωματική βούληση, και η αντιμετώπισή τους είχε κυρίως τιμωρητικό χαρακτήρα. Η σύγχρονη επιστημονική έρευνα άλλαξε άρδην τον τρόπο προσέγγισης των εθισμών και άνοιξε τον δρόμο για αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση. Σήμερα η επιστημονική κοινότητα θεωρεί ότι η εξάρτηση αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο του εγκεφάλου που καθορίζεται τόσο από περιβαλλοντικούς όσο και από φαρμακολογικούς και γενετικούς-βιολογικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν.

Αυτή τη σύγχρονη αντίληψη επιχειρεί να προωθήσει το παρόν εγχειρίδιο εκθέτοντας τις τρέχουσες επιστημονικές απόψεις για τις ουσιοεξαρτήσεις, αποφεύγοντας κάθε «δαιμονοποίηση». Η αρχική πρόθεση του εγχειρήματος ήταν εκπαιδευτική και απευθυνόταν στους νεαρούς φοιτητές της Ιατρικής. Στην πορεία θεωρήθηκε ότι η προσπάθεια αυτή θα μπορούσε να καλύψει και άλλους επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας, αλλά και να ενημερώσει υπεύθυνα το ευρύτερα ενδιαφερόμενο γενικό αναγνωστικό κοινό. Το τελικό «προϊόν» δεν φιλοδοξεί να καλύψει αναλυτικά το ευρύτατο επιστημονικό πεδίο της «Εξαρτησιολογίας». Αποσκοπεί, εντούτοις, να σκιαγραφήσει με τον πλέον εύληπτο, συνοπτικό αλλά και ολοκληρωμένο δυνατό τρόπο τις βασικές γνώσεις και τα κύρια σημεία του γνωστικού αντικειμένου, χωρίς να ενδίδει σε «επιστημονικές εκπώσεις», ώστε οι γνώσεις αυτές να είναι κατανοητές από ένα κοινό χωρίς εξειδικευμένη προπαιδεία. Η δομημένη παρουσίαση της θεματολογίας και η επισήμανση των κύριων σημείων κρίθηκε σημαντική για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Για την προσπάθεια αυτή ζητήθηκε αρωγή από καταξιωμένους επιστήμονες και επαγγελματίες του χώρου από ολόκληρη την Ελλάδα (κατά κύριο λόγο πανεπιστημιακούς δασκάλους, αλλά όχι αποκλειστικά), υπό τον συντονισμό του Εργαστηρίου Φαρμακολογίας (Χριστίνα Δάλλα) και της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής (Θωμάς Παπαρηγόπουλος) της Ιατρικής Σχολής

του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συνεχιζόμενη συνεργασία των παραπάνω πανεπιστημιακών δομών, με σκοπό την απαρτιωμένη προπτυχιακή εκπαίδευση στις ουσιοεξαρτήσεις, οφείλει πολλά στους αρχικούς εμπνευστές του εγχειρήματος, την αείμνηστη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας Ζέτα Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη και τον αφυπηρέτησαντα Καθηγητή Ψυχιατρικής Γιάννη Λιάππα. Ασφαλώς, η σύζευξη φαρμακολογίας - ψυχιατρικής αποτελεί προνομιακό πεδίο συνάντησης της νευροβιολογίας με το ψυχικό φαινόμενο και τη συμπεριφορά, που ελπίζουμε να αποτυπώνεται εντέλει σε ολόκληρο το βιβλίο.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης και ιδιαίτερα τον κ. Νίκο Κουμπιά και τους συνεργάτες του, που ανέλαβαν να στηρίξουν και να φέρουν σε πέρας το εγχείρημα αυτό, το οποίο εύχομαι να αποδειχτεί χρήσιμο στους αναγνώστες.

Θωμάς Παπαρρηγόπουλος
Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία που μου δίνεται μέσω αυτού του προλόγου θα ήθελα να ευχαριστήσω κατ' αρχάς τους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, διότι μας έδωσαν το κίνητρο για την έκδοση του παρόντος βιβλίου, το οποίο βασίστηκε εν πολλοίς στο πρόγραμμα διαλέξεων του κατ' επιλογήν μαθήματος «Ουσιοεξαρτήσεις: βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική προσέγγιση». Ο συντονισμός αυτού του μαθήματος ανατέθηκε στον Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Θωμά Παπαρρηγόπουλο και στην υπογράφουσα το 2014 από την αείμνηστη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας Ζέτα Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη και τον Καθηγητή Ψυχιατρικής Ιωάννη Λιάππα, κατά την αφυπηρέτησή τους. Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και τους δύο, τόσο επειδή ξεκίνησαν την εποικοδομητική συνεργασία της Φαρμακολογίας με την Ψυχιατρική όσο και γιατί μας εμπιστεύτηκαν να διδάξουμε στις επόμενες γενιές φοιτητών το θέμα της Εξάρτησης. Ειδικά η αείμνηστη Ζέτα Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη αποτελέσε για εμένα προσωπικά μέντορα και πρότυπο ακαδημαϊκού δασκάλου και αποτελεί τιμή μου να συνεχίζω το έργο της. Πολλοί από τους Έλληνες νευροεπιστήμονες και φαρμακολόγους που δραστηριοποιούνται πλέον ερευνητικά με επιτυχία στον τομέα της εξάρτησης είναι συγγραφείς κεφαλαίων στο παρόν βιβλίο

και θα ήθελα να τους ευχαριστήσω ιδιαίτερα, και ειδικά τη Δρα Φωτεινή Δελή για τις εύστοχες παρατηρήσεις της στο σύνολο του βιβλίου. Συγγραφείς όμως είναι και πολλοί ψυχίατροι, οι οποίοι επίσης δραστηριοποιούνται ενεργά στο πεδίο αυτό είτε μέσω της εκπαίδευσης είτε μέσω της κλινικής έρευνας και παρέμβασης. Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω, διότι και η δική τους συμβολή στη συγγραφή ήταν πολύτιμη. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Νίκο Κουμπιά, αλλά και όσους από τους συνεργάτες των Πανεπιστημιακών Εκδόσεων Κρήτης συνέβαλαν σε αυτή την έκδοση, για τον επαγγελματισμό τους και την αρτιότητα της δουλειάς τους, αλλά και για τις ενδιαφέρουσες συζητήσεις κατά τη διάρκεια συγγραφής του βιβλίου.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, η επιμέλεια της έκδοσης του παρόντος βιβλίου καθιστά εφικτή την περαιτέρω εποικοδομητική συνεργασία της Φαρμακολογίας με την Ψυχιατρική, που έχει σκοπό την εκπαίδευση των φοιτητών και την έρευνα. Επίσης, ελπίζω ότι το βιβλίο θα προωθήσει περαιτέρω την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για το ιδιαίτερο και επίκαιρο ζήτημα της Εξάρτησης. Ο απώτερος σκοπός βέβαια είναι η πρόληψη, η ενημέρωση και η βοήθεια των εξαρτημένων ατόμων, των οικογενειών τους και ευρύτερα της ελληνικής κοινωνίας. Γι' αυτό, έχει γίνει προσπάθεια ώστε οι παρεχόμενες πληροφορίες να είναι προσαρμοσμένες κατά το δυνατόν στην ελληνική πραγματικότητα. Ελπίζω να βρείτε το βιβλίο χρήσιμο, αλλά και ενδιαφέρον, όσο το βρήκαμε κι εμείς κατά τη συγγραφή του!

Χριστίνα Δάλλα
*Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας-Ψυχοφαρμακολογίας,
Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας για τις Νευροεπιστήμες*

Εισαγωγή

Μάριος Μαρσέλος

Το φαινόμενο της αυτόβουλης λήψης διαφόρων ουσιών με σκοπό την παρέμβαση στις ψυχικές λειτουργίες χάνεται στις απαρχές της ανθρώπινης ιστορίας. Αρχικά αναπτύχθηκε μέσα σε ένα αυστηρό και ελεγχόμενο πλαίσιο θρησκευτικών τελετών με βότανα. Με την πάροδο του χρόνου, εξελίχθηκε στη σημερινή του εκδοχή, που χαρακτηρίζεται από την ατομική χρήση καθαρών χημικών ουσιών και μάλιστα με επικίνδυνες πρακτικές, όπως είναι η λήψη με ενδοφλέβια ένεση.

Ως «ναρκωτικά» παλαιότερα ονομάζονταν όσες ουσίες επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες, δηλαδή μπορούν να τροποποιήσουν την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του ατόμου, και προκαλούν εθισμό/εξάρτηση ή αντοχή και σύνδρομο στέρησης. Ο όρος «ψυχοτρόπες ουσίες», που χρησιμοποιείται με ταυτόσημο εννοιολογικό περιεχόμενο, είναι μεν φαρμακολογικά ορθότερος και κοινωνικά ηπιότερος, μπορεί χάρη στην ευρύτητά του να συμπεριλάβει τον καπνό, το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά φάρμακα, η χρήση των οποίων είναι κοινωνικά αποδεκτή, συμπεριλαμβάνει όμως και κάποια φάρμακα (π.χ. αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά), τα οποία δεν προκαλούν εξάρτηση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο ορθός και καθιερωμένος πλέον όρος είναι «εξαρτησιογόνες ή εθιστικές ουσίες», επειδή κοινός παρονομαστής στη δράση όλων αυτών των χημικών ουσιών είναι η εγκατάσταση ουσιοεξάρτησης, δηλαδή η τάση για επαναλαμβανόμενη χρήση τους.

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί να είναι «απλή δοκιμαστική» ή «περιστασιακή», φαινόμενο αρκετά συνηθισμένο, που δεν σχετίζεται υποχρεωτικά με μια εξελικτική πορεία προς συμπεριφορά κατάχρησης. Υπάρχει επίσης η καλούμενη «κοινωνική χρήση» διαφόρων αποδεκτών ψυχοτρόπων ουσιών, όπως η νικοτίνη, η καφεΐνη και το αλκοόλ, οι οποίες χρησιμοποιούνται συνήθως κατά τη διάρκεια κοινωνικών συναναστροφών. Σε ορισμένες

περιπτώσεις, κυρίως με το αλκοόλ, η κοινωνική χρήση μπορεί να ξεφύγει από το πλαίσιο της χαλάρωσης και της διασκέδασης και να καταλήξει σε περιστασιακή κατάχρηση.

Η εγκατάσταση ουσιοεξάρτησης οδηγεί σε ψυχαναγκαστική χρήση, με συναισθηματικά στοιχεία τα οποία αναγνωρίζει ο χρήστης αλλά δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Η ψυχαναγκαστική χρήση και κατάχρηση γίνεται στη λογική της διατήρησης κάποιας ψυχικής ισορροπίας για το άτομο, η οποία διαταράσσεται από την έλλειψη της ουσίας, με την εμφάνιση νευρικότητας και άγχους.

Για ορισμένες ουσίες η ψυχαναγκαστική χρήση θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια στην εγκατάσταση και οργανικής ανάγκης, δηλαδή θα οδηγήσει σε «σωματική» ή «φυσική» εξάρτηση. Στις περιπτώσεις αυτές, εκτός από τον ψυχολογικό παράγοντα, η χρήση είναι επιβεβλημένη προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση δυσάρεστων οργανικών στερητικών συμπτωμάτων.

Είναι προφανές ότι τα φαινόμενα που σχετίζονται με τη χρήση, την κατάχρηση ή την τελική εγκατάσταση σωματικής εξάρτησης είναι πολύπλοκα και εξαρτώνται τόσο από το κοινωνικό περιβάλλον και την προσωπικότητα του ατόμου όσο και από τη φύση της εξαρτησιογόνου ουσίας της οποίας γίνεται κατάχρηση.

Η επιστημονική έρευνα έχει καταλήξει σε σημαντικά συμπεράσματα ως προς το βιολογικό υπόστρωμα του φαινομένου της εξάρτησης. Φαίνεται ότι κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η διέγερση του ντοπαμινεργικού νευρωνικού κυκλώματος ανταμοιβής, το οποίο ευοδώνει την ικανότητα αντίληψης της ηδονής και την κοινωνικότητα. Τα ευχάριστα αυτά αισθήματα χαρακτηρίζουν το φαρμακολογικό αποτέλεσμα και οδηγούν τον χρήστη σε επαναληπτική αναζήτηση της εμπειρίας. Δηλαδή, στη γλώσσα των χρηστών, το άτομο έχει έντονη επιθυμία «να την ακούσει» ή «να φτιαχτεί».

Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι εξ ορισμού όλες οι ουσίες έχουν την ικανότητα να μεταβάλλουν τις ιδιότητες ενός βιολογικού υποστρώματος. Από την άλλη μεριά, όταν η επίδραση της ουσίας επαναλαμβάνεται, το βιολογικό υπόστρωμα έχει επίσης την ικανότητα προσαρμογής. Ειδικά για το νευρικό σύστημα, η ικανότητα αυτή είναι αξιοσημείωτη και έχει χαρακτηριστεί ως «πλαστικότητα». Έτσι, όταν ο χρήστης παίρνει την ουσία συνεχώς, το ντοπαμινεργικό σύστημα ανταμοιβής προσαρμόζεται με δύο κυρίως μηχανισμούς: α) με την παραγωγή λιγότερης ντοπαμίνης και β) με τη μειορύθμιση των υποδοχέων της. Με την πάροδο του χρόνου, επειδή μειώνεται το ευφραντικό αποτέλεσμα, ο χρήστης αναγκάζεται να αυξάνει τις δόσεις τόσο σε ποσότητα όσο και σε συχνότητα.

Παράλληλα, η μακροχρόνια χρήση επηρεάζει σημαντικά και άλλα νευρρικά κυκλώματα, τα οποία σχετίζονται με ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, όπως η μάθηση, η μνήμη, η βούληση, η ευθυκρισία, η συνολική συμπεριφορά, καθώς και η ικανότητα ανταπόκρισης σε καταστάσεις έντονης συναισθηματικής πίεσης. Ο χρήστης έχει συναίσθηση όλων αυτών των μεταβολών, αλλά αδυνατεί να σταματήσει. Αυτό ακριβώς το γεγονός αποτελεί και τον πυρήνα του προβλήματος της εξάρτησης, καταδεικνύοντας ότι πρόκειται για νοσηρή κατάσταση με συγκεκριμένο βιολογικό υπόστρωμα και με σαφή παθολογία.

Από την άλλη, εξακολουθεί να παραμένει αναπάντητο το ερώτημα γιατί διαφέρει η συμπεριφορά διαφόρων ατόμων απέναντι στην ίδια ουσία, όταν δεν υπάρχουν φανερές διαφορές σε άλλες παραμέτρους (εθνική καταγωγή, κοινωνική τάξη, ηλικία κ.λπ.). Δηλαδή, γιατί ορισμένοι αποκτούν εξάρτηση από κάποια ουσία ακόμη και μετά από μία απλή δοκιμή, ενώ άλλοι μπορούν και παραμένουν στο στάδιο της σποραδικής χρήσης; Οι μελέτες δείχνουν ότι η μετάπτωση της απλής δοκιμής σε εξάρτηση είναι μια πολυπαραγοντική διαδικασία, δηλαδή δεν μπορεί να ερμηνευτεί με απλούς όρους αιτίου/αποτελέσματος. Φαίνεται ότι υπεισέρχονται επιδράσεις από το γονιδιακό υπόστρωμα του οργανισμού, από το φύλο, από τις κοινωνικές και εθνοτικές καταβολές του ατόμου, καθώς και από τις κρίσιμες περιόδους κατά την ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη. Παρά το γεγονός ότι η πρώτη δοκιμή είναι εξίσου ριψοκίνδυνη σε κάθε ηλικία, τα νεαρά άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να μεταπέσουν σε εξαρτημένη χρήση.

Επιπρόσθετα, δεν πρέπει να υποτιμάται η επίδραση του οικογενειακού ή του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Η γονική φροντίδα και η ορθή καθοδήγηση αποτελούν αποτρεπτικούς παράγοντες στη χρήση, ενώ αντίθετα θα επιδράσουν τυχόν ενδοοικογενειακά προβλήματα κατάχρησης (π.χ. αλκοολισμός), καθώς και η έλλειψη ενδιαφέροντος και ενασχόλησης από τους γονείς. Παράλληλα, το σχολείο και οι στενοί φίλοι έχουν μεγάλη πιθανότητα να ασκήσουν σημαντικό ρόλο, είτε προς τη μία είτε προς την άλλη κατεύθυνση (ενδοσχολική βία, προβολή προτύπων, αλληλεπίδραση μέσα στην παρέα κ.ά.). Μελέτες στις ΗΠΑ από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ουσιοεξάρτηση (National Institute on Drug Abuse, NIDA) έχουν αναδείξει τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης σε επίπεδο οικογένειας, σχολείου και κοινότητας. Επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα, μεταξύ τελειοφοίτων του λυκείου και φοιτητών, έδειξαν ότι μεγάλο ρόλο διαδραματίζει το ενδιαφέρον για τη χρήση και η πρόθεση πειραματισμού. Συνεπώς, η σωστή ενημέρωση των εφήβων για τους κινδύνους της χρήσης και της κατάχρησης μπορεί να περιορίσουν τις διαστάσεις του προβλήματος.

Σχετικά με την αντιμετώπιση της εξάρτησης, όπως συμβαίνει με όλες τις χρόνιες παθήσεις (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, πνευμονοπάθειες ή καρδιοπάθειες), η ουσιοεξάρτηση μπορεί να αντιμετωπιστεί, αλλά είναι δύσκολο να ιαθεί πλήρως. Οι πρώην χρήστες διατρέχουν πάντοτε αυξημένο κίνδυνο υποτροπής, ακόμη και για όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Υπάρχουν μελέτες που συνηγορούν υπέρ της συνδυασμένης φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης. Σε κάθε ασθενή η προσέγγιση οφείλει να είναι εξατομικευμένη. Εκτός από την ουσία κατάχρησης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τυχόν συνυπάρχοντα ψυχιατρικά και κοινωνικά προβλήματα.

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ουσιοεξάρτηση είναι μια χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκαστική αναζήτηση μιας ή περισσότερων εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Στην πορεία της χρήσης επισυμβαίνουν μεταβολές στη λειτουργία του εγκεφάλου, οι οποίες ενισχύουν την εξαρτημένη συμπεριφορά.
- Φαίνεται ότι η μετάπτωση από την απλή δοκιμή στη συστηματική χρήση και στην εξάρτηση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, στο οποίο συμμετέχουν γενετικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες.
- Η ουσιοεξάρτηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορες προσεγγίσεις. Αποτελεσματικότερες είναι οι μέθοδοι που εξατομικεύουν τη θεραπεία, ανάλογα με τα δεδομένα κάθε χρήστη.
- Πολλές επιδημιολογικές μελέτες συνηγορούν υπέρ της πρόληψης, η οποία οφείλει να είναι έγκυρη και να απευθύνεται στην πρώιμη εφηβική ηλικία, όταν δεν έχουν αρχίσει ακόμη οι πειραματισμοί με τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μαρσέλος, Μ. (1997), *Εξαρτησιογόνες ουσίες – Φαρμακολογία, τοξικολογία, ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Ιατρική Σειρά Νο 1, Gutenberg, Αθήνα.
- Μαρσέλος, Μ., Β. Κούτρας, Θ. Υφαντής, Ε. Καφετζόπουλος, Χ. Φραγκίδης & Μ. Μάλαμας (1988), «Χρήση και κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές της μέσης εκπαίδευσης», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών* 71, σ. 102-124.
- Marselos, M., K. Boutsouris, H. Liapi, M. Malamas, M. Kateri & T. Papaioannou (1997), «Epidemiological aspects on the use of cannabis among university students in Greece», *European Addiction Research* 3, σ. 184-191.
- «Understanding Drug Use and Addiction», Drug Facts, National Institute of Drug Abuse, August 2016, www.drugabuse.com.

1

Ιστορική αναδρομή

Γιώργος Παπαδόπουλος

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι βεβαιωμένη από τα αρχαιότατα χρόνια και σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς. Οι περιγραφές για τους τρόπους χρήσης αλλά και για τα αποτελέσματα από τη χρήση διαφέρουν σημαντικά στις διάφορες κοινωνίες. Πάντως, υπάρχουν ουσίες των οποίων η χρήση σε πολλές κοινωνίες (όχι σε όλες) ήταν πλατιά διαδεδομένη και συχνή (π.χ. οινοπνευματώδη, καπνός, κόκα, όπιο, κάνναβη), ενώ η χρήση άλλων (διάφορα παραισθησιογόνα) ήταν περιορισμένη και συνδεόταν με καθορισμένες τελετουργίες.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι συνήθως σε τέτοιες κοινωνίες η χρήση ουσιών ήταν αποδεκτή και ελεγχόμενη και δεν παρουσιάζονταν σοβαρά προβλήματα, ακόμη και με τη χρήση ουσιών που σήμερα θεωρούνται επικίνδυνες (π.χ. οπιοειδή). Προβλήματα («κρίσεις») παρουσιάζονται είτε με την αιφνίδια εισβολή άγνωστων μέχρι τότε ουσιών είτε με την επιβολή νέων κοινωνικών σχέσεων (π.χ. όταν οι έποικοι στη Λατινική Αμερική άρχισαν να χρησιμοποιούν το φυτό κόκα ως μέσο «επιβράβευσης» και «ενίσχυσης» των ιθαγενών, τους οποίους υποχρέωναν να δουλεύουν σε δυσμενείς συνθήκες).

Στην αρχαία Ελλάδα πολύ διαδεδομένη ήταν, όπως είναι γνωστό, η κατανάλωση (και η απόλαυση) του κρασιού (σε άλλους λαούς, όπως στους Αιγύπτιους, η χρήση της μπίρας). Επαναλαμβάνονται βέβαια συχνά οι συμβουλές και οι προειδοποιήσεις για τους κινδύνους από την υπερβολική και αλόγιστη κατανάλωση. Από την άλλη μεριά όμως υπάρχουν στα ιπποκρατικά έργα λεπτομερείς οδηγίες για το πώς πρέπει να χρησιμοποιείται το κρασί για τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη (ή και θεραπεία) ασθενειών: σε τι ποσότητα και πόσο συχνά πρέπει να καταναλώνεται, αν πρέπει (και πόσο) να νερώνεται κ.λπ. — οδηγίες που σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία κάθε ατόμου, την ηλικία, την εποχή του έτους, το περιβάλλον κ.λπ. Το κρασί δηλαδή, εκτός από ευφραντικό ή ευφορικό μέσο, είχε και τους ρόλους που αποδίδονται συνήθως στις τροφές και στα φάρμακα. Επίσης, η χρήση του

οπίου φαίνεται πως ήταν πολύ διαδεδομένη. Στα αρχαιοελληνικά ιατρικά συγγράμματα (όπως αυτά του Διοσκουρίδη και του Γαληνού) περιγράφονται με λεπτομέρειες οι επεξεργασίες του καρπού της μήκωνος της υπνοφόρου (γνωστή ως παπαρούνα) για τη λήψη του χυμού και τη χρήση του ως φαρμάκου. Από την άλλη μεριά, δεν μπορούμε να πούμε πολλά πράγματα για τη χρήση του οπίου ως ευφορικού στην αρχαία Ελλάδα. Το ίδιο ισχύει και για την κάνναβη, η οποία ήταν γνωστή ως φάρμακο. Ο Ηρόδοτος όμως αναφέρει ότι οι Σκύθες έκαigan κάνναβη και «μεθυσμένοι» από τους καπνούς χόρευαν (τελετουργικούς ή άλλους χορούς).

Σχετικά με τα κοινωνικά προβλήματα που έχουν προκληθεί σε κάποιες περιόδους από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, θεωρείται ότι δεν υπάρχει σχεδόν καμία τέτοια ουσία που να μην έχει χαρακτηριστεί κάποτε επικίνδυνη και να μην έχει επισύρει απαγορεύσεις, ποινές και καταδίωξεις. Ο καφές, που ήρθε στην Ευρώπη από τον ισλαμικό κόσμο κατά τα μέσα του 17ου αιώνα, αντιμετώπισε γρήγορα έντονη κριτική μαζί με απαγορεύσεις και ποινές. Τα καφενεία στην Αγγλία αναφέρονται ως «πανεπιστήμια της πεντάρας», ο καφές ως το «ριζοσπαστικότερο ποτό του κόσμου» ή ως «ποτό της δημοκρατίας». Το 1675 ο Κάρολος Β΄ της Αγγλίας προσπάθησε να κλείσει τα καφενεία γιατί ήταν τόποι «όπου συναντιούνται οι δυσαρεστημένοι και διαδίδουν περιγραφές σκανδάλων για τη μεγαλειότητά του και τους υπουργούς του». Η απόφασή του αυτή φαίνεται να επηρεάστηκε και από τους εμπόρους της μπίρας, οι οποίοι έβλεπαν να μειώνονται τα έσοδά τους από τη διάδοση του νέου ποτού. Αντίθετα στη Γαλλία, παρόλο που ο καφές κατηγορήθηκε σαν βλαβερός για την υγεία, δεν υπήρξαν απαγορεύσεις, αφού δεν συνδέθηκε με τους «εχθρούς του καθεστώτος». Ακόμη και το τσάι, το οποίο φαίνεται να ξέφυγε από τέτοιες απαγορεύσεις στην Ευρώπη μετά την εισαγωγή του, δεν απέφυγε τους μύδρους της κριτικής. Το 1777 ο πολυταξιδεμένος Άγγλος έμπορος και φιλόanthρωπος Jonas Hanway έγραφε για το τσάι: «Η τεράστια κατανάλωση και οι βλαβερές συνέπειες του τσαγιού φαίνεται να απειλούν τώρα, όπως έκανε άλλοτε το τζιν, τη ζωή των ανθρώπων», καθώς τότε υπολογιζόταν ότι το 90% των Εγγλέζων έπιναν τσάι δύο φορές την ημέρα.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Περισσότερο εκτεταμένες «κρίσεις» εμφανίζονται σε διάφορες χώρες της Ευρώπης από τον 16ο αιώνα και συνδέονται με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Τα ποτά αυτά αναφέρονται σε πολλά κείμενα της εποχής ως «μεγάλη πληγή», ενώ διάφοροι άρχοντες επέβαλλαν ποινές και κλείσιμο

των χώρων όπου συγκεντρώνονταν οι πότες. Ένας λόγος για την εμφάνιση της «κρίσης» θα μπορούσε να είναι η διάδοση των οινοπνευματωδών αποσταγμάτων με αυξημένη περιεκτικότητα σε αλκοόλ (40-50%). Η τεχνική της απόσταξης είχε έρθει νωρίτερα από τον αραβικό κόσμο (το αργότερο τον 13ο αιώνα), αλλά η παραγωγή στοίχιζε ακριβά — εξάλλου, αρχικά τα αποστάγματα χρησιμοποιούνταν ως φάρμακα. Τον 16ο αιώνα το κόστος παραγωγής αποσταγμάτων μειώθηκε σημαντικά και έτσι αυτά έγιναν πιο προσιτά στο ευρύ κοινό. Από την άλλη μεριά όμως, αρκετοί συγγραφείς της εποχής κατακρίνουν ρητά το κρασί και την μπίρα (και όχι τα αποστάγματα) ως υπεύθυνα για τα φαινόμενα κατάχρησης.

Τον 18ο αιώνα εκδηλώνεται στην Αγγλία μια περισσότερο εντυπωσιακή κρίση, η «τρέλα του τζιν». Ήδη στις αρχές του αιώνα το τζιν είχε γίνει πλέον φθινό εμπόρευμα. Κόστιζε λιγότερο να μεθύσει κανείς με τζιν παρά με μπίρα. Η κατανάλωση, ενώ το 1685 ήταν 567.000 γαλόνια, έφτασε το 1714 τα 2.000.000 γαλόνια και το 1750 ξεπέρασε τα 11.000.000 γαλόνια. Η εικόνα που προκύπτει από τις περιγραφές της εποχής είναι πως επρόκειτο για ένα φαινόμενο με τρομακτικές διαστάσεις και συνέπειες. Ο Ιρλανδός ιστορικός W. E. H. Lecky γράφει: «Η χρήση του τζιν απλώθηκε με την ταχύτητα και τη βιαιότητα επιδημίας. Όσο μικρή κι αν είναι η θέση που καταλαμβάνει το γεγονός αυτό στην ιστορία της Αγγλίας, ήταν κατά πάσα πιθανότητα, αν λάβουμε υπόψη όλες τις συνέπειές του, το πιο βαρυσήμαντο γεγονός του 18ου αιώνα — ασύγκριτα πιο σημαντικό από οποιοδήποτε άλλο γεγονός που αναφέρεται στα στρατιωτικά ή πολιτικά χρονικά της χώρας». Πολλά αφεντικά πλήρωναν τους εργάτες με τζιν, ενώ άλλοι εργάτες κατανάλωναν όλη την αμοιβή τους για να αγοράσουν το ποτό, με αποτέλεσμα να μη μένει σχεδόν τίποτα για το φαγητό της οικογένειας. Όπως έγραφε ένας συγγραφέας της εποχής, «φαίνεται ότι η μισή πόλη [του Λονδίνου] δεν υπάρχει για κανέναν άλλο λόγο, παρά για να τροφοδοτεί την άλλη μισή με τζιν». Το 1751 αναφέρθηκε στη Βουλή ότι κάθε χρόνο πέθαιναν στο Λονδίνο 10.000 παιδιά εξαιτίας του τζιν. Την ίδια χρονιά η κυβέρνηση (με απροθυμία) νομοθέτησε αρκετά ήπια μέτρα για περιστολή της χρήσης (ήπια φορολογία, κανονισμοί για την πώληση, υποχρεωτική απόκτηση άδειας για τους πωλητές κ.λπ.). Χωρίς να είναι προφανές αν βοήθησαν αυτά τα μέτρα, η «κρίση» υποχώρησε αθόρυβα μέσα σε λίγα χρόνια, καθώς η κατανάλωση έπεσε κάτω από τα 2.000.000 γαλόνια.

Τον 19ο και τον 20ό αιώνα η χρήση των οινοπνευματωδών (σε διάφορες μορφές) είναι πολύ διαδεδομένη σε πολλές χώρες και παρουσιάζει, ειδικότερα στις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες, σταθερά ανοδική πορεία. Εξαιρε-

ση αποτελούν βέβαια οι ισλαμικές χώρες, στις οποίες η χρήση απαγορεύεται για θρησκευτικούς λόγους. Παράλληλα, με την επέκταση των παθολογοανατομικών ερευνών, η κατανάλωση οινοπνευματωδών συσχετίζεται με σοβαρές βλάβες σε διάφορα όργανα (ήπαρ, εγκέφαλο κ.λπ.), χωρίς να είναι διαπιστωμένο αν οι βλάβες αυτές οφείλονται στο ίδιο το αλκοόλ ή αν συνδέονται με άλλους παράγοντες που συνοδεύουν τη ζωή των αλκοολικών (π.χ. κακή διατροφή). Πάντως, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αρχίζει να θεωρείται πολύ σοβαρό πρόβλημα για την υγεία των ανθρώπων. Παρ' όλα αυτά, δεν επιβάλλονται απαγορεύσεις ή σοβαροί περιορισμοί. Εξαιρεση αποτελεί η ποτοαπαγόρευση στις ΗΠΑ, η οποία ξεκίνησε, μέσα σε αρκετά ιδιόρρυθμες συνθήκες, το 1919 και συνεχίστηκε μέχρι το 1933, οπότε κατέληξε σε απόλυτο φιάσκο, με αποτέλεσμα την άρση της.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΟΠΙΟΥ

Η χρήση του οπίου και των παραγώγων του συνεχίζεται από την αρχαιότητα, διαχρονικά, σε μεγάλη έκταση. Οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται ως αναλγητικά αλλά και ως φάρμακα για διάφορες ασθένειες. Δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί η έκταση της χρήσης τους ως ευφορικών — ιδιαίτερα αφού επρόκειτο για ουσίες πασίγνωστες και εύκολα διαθέσιμες. Περισσότερα στοιχεία υπάρχουν για την κατάσταση που επικρατούσε σχετικά με τη χρήση αυτών των ουσιών τον 19ο αιώνα, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Αγγλία και οι ΗΠΑ, κατάσταση η οποία σήμερα φαίνεται σχεδόν απίστευτη. Οι ουσίες αυτές πωλούνταν ελεύθερα, όχι μόνο σε φαρμακεία αλλά και σε μπακάλικα, καταστήματα ψιλικών και κάθε είδους μικρομάγαζα. Μόλις το 1868 ψηφίστηκε νόμος που επέτρεπε την πώληση μόνο από φαρμακεία, χωρίς συνταγή βέβαια. Ο Σκωτσέζος ιατρός Sir Robert Christison έγραφε το 1832 στο ιατρικό περιοδικό *Lancet*: «Σ' αυτή τη χώρα η συνηθισμένη δράση της δόσης που παίρνει ο "οπιοφάγος" είναι απλώς να απομακρύνει τη βαρεμάρα και την κατήφεια — να τον κάνει ζωηρό στη δουλειά του και ευπροσήγορο στις συναναστροφές του· με λίγα λόγια, να προκαλεί μια τέτοια κατάσταση της ψυχής και του σώματος που κανένας, οπωσδήποτε κανένας που δεν ξέρει για τη συνήθειά του αυτή, δεν θα υπέθετε ότι συμβαίνει κάτι ασυνήθιστο στην κατάστασή του εκείνη τη στιγμή. [...] Συχνά δεν διαφέρει από ένα κανονικό άτομο, δραστήριο, με χαρούμενη διάθεση και με ζωντανές ιδέες». Ανάμεσα στα 1840 και 1868, πέντε-έξι άτομα ανά εκατομμύριο πληθυσμού πέθαιναν κάθε χρόνο στην Αγγλία από χρήση παραγώγων του οπίου. Παράλληλα, ενώ το 1868 ο συνολικός αριθμός θανάτων από όπιο στην Αγγ-

γλία ήταν 140, την ίδια χρονιά 281 ενήλικοι πέθαναν ενώ κολυμπούσαν και 400 παιδιά πέθαναν από ασφυξία στο κρεβάτι τους. Επιπλέον, οι ανατομές σε πτώματα ανθρώπων που ήταν γνωστό ότι έκαναν μεγάλη χρήση οπίου δεν διαπίστωναν οποιεσδήποτε αλλοιώσεις σε όργανά τους — αντίθετα με ό,τι διαπιστωνόταν σε βαρείς πότες. Σε όλες τις συζητήσεις που γίνονταν στην Αγγλία την εποχή εκείνη η εξάρτηση δεν αναφέρεται καν σαν πρόβλημα — κάτι μάλλον εύλογο, αφού οι ουσίες αυτές ήταν εντελώς προσιτές. Μόνο κατά το τελευταίο τέταρτο του αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται τέτοιες τάσεις, πιθανώς λόγω προσδιορισμού της «τοξικομανίας» ως νόσου.

Λίγο νωρίτερα οι Βρετανοί είχαν διεξαγάγει δύο διαδοχικούς πολέμους με την Κίνα (Πόλεμοι του Οπίου, 1839-1842 και 1856-1860) για να την αναγκάσουν να άρει την απαγόρευση εισαγωγής οπίου από την Ινδία μέσω της Εταιρείας Ανατολικών Ινδιών — απαγόρευση που είχε επιβληθεί επειδή οι αρχές της Κίνας ανησυχούσαν για τη μεγάλη εξάπλωση της κατανάλωσης οπίου μεταξύ των Κινέζων και για τις επιπτώσεις τις οποίες φοβούνταν ότι θα είχε. Οι πόλεμοι ήταν νικηφόροι για τους Βρετανούς και η εισαγωγή οπίου στην Κίνα συνεχίστηκε.

Η τάση για την επιβολή απαγορεύσεων στη χρήση τέτοιων ουσιών, με τη μορφή που ξέρουμε σήμερα, εκδηλώνεται κυρίως στην Αμερική προς το τέλος του 19ου αιώνα. Αλλά και εκεί έλαβε κυρίως τη μορφή δραστηρίων οργανώσεων κατά του αλκοολισμού. Οι αντιδράσεις στο όπιο αφορούσαν κυρίως τα «καπνιστήρια», όπου σύχναζαν οι φτωχοί Κινέζοι μετανάστες και κάπνιζαν όπιο. Αρκετοί Αμερικανοί ανησυχούσαν (ή υποψιάζονταν) ότι νέα παιδιά καλών οικογενειών (και, ακόμη χειρότερο, κορίτσια) θα επισκέπτονταν τους χώρους αυτούς και θα καταστρέφονταν ηθικά. Έτσι άρχισε το κύμα των απαγορεύσεων.

Το 1914 τέθηκε σε ισχύ στις ΗΠΑ ο Νόμος Harrison (Harrison Narcotics Tax Act), ο οποίος ήλεγχε την παραγωγή, διανομή, συνταγογράφηση και χρήση του οπίου και της κοκαΐνης. Τη δεκαετία του 1920 ψηφίστηκαν ακόμη αυστηρότεροι νόμοι, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες όσοι έκαναν χρήση οπίου, ηρωΐνης ή μορφίνης. Τη δεκαετία του 1930 οι απαγορεύσεις επεκτάθηκαν στην κάνναβη.

Οι προσπάθειες για διεθνή έλεγχο αυτών των ουσιών εγκαινιάστηκαν το 1909 με τη Διάσκεψη της Σαγκάης, που αφορούσε το όπιο και τα παράγωγά του, για να ακολουθήσει, το 1912, η υπογραφή της Διεθνούς Σύμβασης για το Όπιο στη Χάγη. Πέρα από το όπιο και τη μορφίνη περιλάμβανε και δύο ακόμη ουσίες που αποδείχτηκαν προβληματικές, την ηρωΐνη και την κοκαΐνη. Στη συνέχεια, υπό την αιγίδα της Κοινωνίας των Εθνών, ιδρύθηκε

το 1925 η διεθνής υπηρεσία ελέγχου των ναρκωτικών (Permanent Central Narcotics Board). Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ιδρύθηκε από τον ΟΗΕ η Επιτροπή για τον Διεθνή Έλεγχο των Ναρκωτικών (International Narcotics Control Board, INCB).

Η ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΝΕΟΤΕΡΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ

Η ιστορία των ψυχοδραστικών ουσιών στο νεότερο ελληνικό κράτος παρακολουθεί σε γενικές γραμμές την πορεία των διεθνών εξελίξεων. Στο νεοσυσταθέν ελληνικό κράτος, μετά την Επανάσταση του 1821, η κανναβοκαλλιέργεια για εμπορικούς σκοπούς είναι διαδεδομένη και η κλωστική κάνναβη παράγεται και εξάγεται συστηματικά. Παρόλο που από το 1919 με διαδοχικούς νόμους «ποινικοποιείται» η χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών, ουσιαστικά η απαγόρευση επιβάλλεται επί δικτατορίας Μεταξά. Μέχρι τότε η «χασισοποτία» στους «τεκέδες» ήταν διαδεδομένη σε περιθωριοποιημένα τμήματα του πληθυσμού, όπως οι ρεμπέτες. Έτσι, το χασίς συνδέθηκε με τον υπόκοσμο, την αλητεία, αλλά και με την πολιτισμική παράδοση (ρεμπέτικο τραγούδι) που προερχόταν από τους πρόσφυγες της Μικράς Ασίας, όπου η χρήση κάνναβης είχε και ψυχαγωγικό χαρακτήρα. Συνεπώς, για αρκετές δεκαετίες του 20ού αιώνα, η χρήση της κάνναβης, αν και εθεωρείτο πταίσμα, ήταν κοινωνικά ανεκτή. Σχετικά με τις υπόλοιπες ψυχοδραστικές ουσίες (μορφίνη, ηρωίνη, κοκαΐνη), μέχρι τη δεκαετία του 1980 τα στοιχεία είναι περιορισμένα, καθώς αυτές δεν απασχολούν ιδιαίτερα τον κρατικό μηχανισμό και η χρήση τους φαίνεται να περιορίζεται σε άτομα που είχαν στενή σχέση με τις ουσίες αυτές (γιατροί, στρατιωτικοί, ναυτικοί). Εντούτοις, καταγραφές εξαρτημένων από ηρωίνη χρονολογούνται ήδη από το 1901, αλλά η συστηματική εμφάνιση και έξαρση του φαινομένου καταγράφεται μετά τη δεκαετία του 1970.

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Σχέσεις διαφόρων κοινωνιών με ψυχοτρόπες ουσίες.
- Από την ιστορία του αλκοόλ.
- Από την ιστορία του οπίου.
- Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο νεότερο ελληνικό κράτος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Brecher, E. M. and the Editors of Consumer Reports (1972), *Licit and Illicit Drugs*, Little Brown & Co.

Inglis, B. (1975), *The Forbidden Game. A Social History of Drugs*, Hodden & Stoughton.

Porter, R. (1997), *Drugs and Narcotics in History*, Cambridge Univ. Press.

Υφαντής, Δ. (2017), *Τοξικομανία δι' ηρωίνης – Η χρήση ουσιών στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου*, Άγρα, Αθήνα.

2

Διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα της εξάρτησης

Θωμάς Παπαρηγόπουλος

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Ως «ναρκωτικά» παλαιότερα θεωρούνταν όσες ουσίες επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες, δηλαδή μπορούν να τροποποιήσουν την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του ατόμου, και οι οποίες προκαλούν εθισμό/εξάρτηση ή αντοχή και σύνδρομο στέρησης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο ορθός και καθιερωμένος πλέον όρος είναι «εξαρτησιογόνος ή εθιστική ουσία».

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες ανάλογα με τη χημική δομή τους και τη δράση τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, που μπορεί να είναι από διεγερτική μέχρι κατασταλτική, μεταβάλλουν τη σωματική και την ψυχική κατάσταση του ατόμου και μπορούν να προκαλέσουν σωματική ή/και ψυχική εξάρτηση διαφορετικής φύσεως και ποικίλου βαθμού. Στις εξαρτησιογόνες ουσίες δεν περιλαμβάνονται αποκλειστικά παράνομες ουσίες, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη και η κάνναβη, αλλά και νόμιμες ουσίες, όπως το αλκοόλ και η νικοτίνη, των οποίων η χρήση είναι ενταγμένη στην κοινωνική ζωή, η κατάχρησή τους όμως μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή εξάρτηση. Η κατάχρηση ηρεμιστικών και αγχολυτικών φαρμάκων, που νόμιμα συνταγογραφούνται για θεραπευτικούς σκοπούς, επίσης μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

Η ουσιοεξάρτηση θεωρείται μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή που χαρακτηρίζεται από: α) την καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας, β) την απώλεια αυτοελέγχου σε σχέση με τη λήψη της ουσίας και γ) την εμφάνιση αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης

(π.χ. δυσφορία, ανησυχία, εκνευρισμός) όταν η πρόσβαση στην ουσία δεν είναι δυνατή (σύνδρομο στέρησης).

Η περιστασιακή και περιορισμένη χρήση εθιστικών ουσιών, που είναι αρκετά συνήθης και δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά μετάπτωση σε συμπεριφορά κατάχρησης ή εξάρτησης, αποτελεί σαφώς κλινικά διακριτή κατάσταση από την κλιμακούμενη χρήση της ουσίας, την απώλεια του ελέγχου της χρήσης και τελικά την εκδήλωση χρόνιας καταναγκαστικής αναζήτησης της ουσίας, η οποία χαρακτηρίζει την ουσιοεξάρτηση.

Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν πλέον ότι η ουσιοεξάρτηση αποτελεί «ιατρικό» πρόβλημα που εκδηλώνεται με συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως και τα άλλα νοσήματα. Θεωρείται ότι είναι νόσος του εγκεφάλου (ακριβέστερα, εκδήλωση της παρατεταμένης φαρμακολογικής δράσης της ουσίας στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου), η οποία καθορίζεται τόσο από περιβαλλοντικούς όσο και από φαρμακολογικούς και γενετικούς-βιολογικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν.

ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Η εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την έντονη προσήλωση ενός ατόμου σε κάποια ουσία ή κάποια συμπεριφορά (για την περίπτωση συμπεριφορικών εξαρτήσεων ή συμπεριφορικών εθισμών, βλ. Κεφάλαιο 13: «Συμπεριφορικές εξαρτήσεις») που αποκτά προεξάρχουσα σημασία στη ζωή του, με αποτέλεσμα αυτό το άτομο να κυριαρχείται από την έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας ή για επανάληψη της συμπεριφοράς. Λόγω της σφοδρής επιθυμίας (craving) / παρόρμησης για την ουσία υπάρχει μειωμένη δυνατότητα αυτοελέγχου και συνεπώς γίνονται επανειλημμένες ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο της ουσίας. Αντίστοιχα, μειωμένος αυτοέλεγχος παρατηρείται και στους μη χημικούς ή συμπεριφορικούς εθισμούς, όπως είναι ο εθισμός στα τυχερά παιχνίδια, στο διαδίκτυο, στο φαγητό και στο σεξ, η καταναγκαστική εμπλοκή με αγορές και η υπερβολική σωματική άθληση. Η απώλεια του αυτοελέγχου και η παρορμητικότητα αποτελούν πυρηνικά χαρακτηριστικά της εξάρτησης και υποδηλώνουν μειωμένη ικανότητα ελέγχου από τα ανώτερα επιτελικά κέντρα του εγκεφάλου, που αφορούν συνειδητές νοητικές διεργασίες, πάνω στα αυτοματικά και ασυνείδητα λειτουργούντα κέντρα, που σχετίζονται με την άδηλη μνήμη και τις μαθημένες συμπεριφορές.

Η εξάρτηση εκδηλώνεται τόσο με σωματικά όσο και με ψυχολογικά συμπτώματα. Η σωματική εξάρτηση εμφανίζεται όταν ο οργανισμός του ατό-

μου έχει προσαρμοστεί στην ουσία με αποτέλεσμα μειωμένη απάντηση στη φαρμακολογική δράση της μετά από συνεχή χρήση, που ωθεί το άτομο σε συνεχώς αυξανόμενες δόσεις για να βιώσει το ίδιο επιθυμητό αποτέλεσμα (φαινόμενο ανοχής ή ανοχής). Η ανοχή αποτελεί ένα από τα σημαντικά κριτήρια της σωματικής εξάρτησης και οφείλεται στη διαταραχή των μηχανισμών ομοιόστασης, σε ιστοχημικού τύπου μεταβολές των κυττάρων του νευρικού συστήματος και σε μεταβολικούς μηχανισμούς. Εφόσον διαταραχθεί η παθολογική προσαρμογή του οργανισμού στην εθιστική ουσία, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις μείωσης της δόσης ή απότομης διακοπής της ουσίας, τότε εκδηλώνονται συμπτώματα *συνδρόμου στέρησης* ή *στερητικού συνδρόμου* με λιγότερο ή περισσότερο θορυβώδη χαρακτηριστικά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, ανάλογα με το είδος της ουσίας και τον τρόπο, τη διάρκεια και τον βαθμό κατάχρησης (βλ. και σ. 37). Ο βαθμός της σωματικής εξάρτησης εκτιμάται κυρίως από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης, του οποίου η έναρξη και η πορεία έχουν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια. Συνήθως, τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι αντίθετα από αυτά που προκαλεί η δράση της ουσίας. Τα έντονα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου υποχωρούν με την αποχή μερικών ημερών από τη χρήση της ουσίας, ενώ ηπιότερα συμπτώματα παραμένουν συνήθως για μερικές εβδομάδες. Τα συμπτώματα της σωματικής εξάρτησης και η ανάγκη για ανακούφιση από τη σωματική και ψυχολογική δυσφορία που προκαλούν ανατροφοδοτούν την εξάρτηση και συντείνουν στην αποκαλούμενη αρνητική ενίσχυση της εξαρτητικής συμπεριφοράς.

Η ψυχολογική εξάρτηση ή εθισμός από την άλλη πλευρά, ενώ δεν εκδηλώνεται με τόσο θορυβώδη τρόπο, εμφανίζεται όταν το άτομο έχει ανάγκη να χρησιμοποιήσει την ουσία για να ξεφύγει από τη δυσφορία, να αντιμετωπίσει το άγχος και την ψυχική πίεση, καθώς και για να νιώθει φυσιολογικό ώστε να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Ο εθισμός είναι σημαντικότερος σε σύγκριση με τη σωματική εξάρτηση, διότι είναι αυτός που κυρίως διαιωνίζει το πρόβλημα και απαιτεί τη μεγαλύτερη προσπάθεια για να αντιμετωπιστεί. Σημειώνεται ότι δεν προκαλούν όλες οι ουσίες και τις δύο μορφές εξάρτησης. Εφόσον η κατάσταση της εξάρτησης παρατείνεται και επιδεινώνεται, παρά τις αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία και τα επιδεινούμενα κοινωνικοοικονομικά και διαπροσωπικά προβλήματα, επέρχεται σημαντική παρεμβολή της παθολογικής συμπεριφοράς στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Όλα τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά αποτυπώνονται στα διαγνωστικά κριτήρια της πρόσφατης 5ης έκδοσης της Ταξινόμησης των Ψυχικών

Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), όπου καθορίζεται και η βαρύτητα της διαταραχής από τη χρήση κάποιας ουσίας (βλ. Πίνακα 2.1).

Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση εθιστικών ουσιών και η κατάχρησή τους σπάνια είναι αποτέλεσμα ενός μόνου αιτιολογικού παράγοντα. Οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της εξάρτησης αναπτύσσονται συνήθως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, οι οποίες αποτελούν μια αναπτυξιακή περίοδο που καθορίζεται άμεσα από την οικογένεια, το σχολείο αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Είναι γνωστό ότι στην εμφάνιση της χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης σε κάποια εθιστική ουσία συντείνουν πολλοί και σύνθετοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν και μπορούν να διακριθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες, με διαφορετικό βαθμό συμμετοχής της καθεμιάς στην κάθε περίπτωση: α) σε περιβαλλοντικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, δηλαδή στο οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο, β) σε βιολογικούς παράγοντες και στην προσωπικότητα του ατόμου, και γ) στην καθαυτή φαρμακολογική δράση της ουσίας.

Σε αυτό το αιτιοπαθογενετικό πλαίσιο, η πορεία προς την εξάρτηση περιλαμβάνει μια διαδικασία διαδοχικών σταδίων. Αρχικά, στη φάση του πειραματισμού, το άτομο μπορεί να ξεκινήσει τη χρήση με διαφορετικά κίνητρα, όπως είναι η μείωση της δυσφορίας, το αίσθημα της διαφορετικότητας (μοναξιά, ανεπάρκεια, ανησυχία κ.λπ.), η αναζήτηση νέων εμπειριών, η αναζήτηση ευχαρίστησης κ.ά. Η αρχική εμπειρία μπορεί να βιωθεί ως εξαιρετικά θετική και ελκυστική, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά να ανατροφοδοτηθεί θετικά. Η φάση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην ενεργή αναζήτηση (2η φάση) και στην ενασχόληση με την ουσία (3η φάση), οπότε και παρουσιάζεται σημαντική αύξηση της χρήσης (παρόλο που συχνά αντλείται μειωμένη ευχαρίστηση από τη χρήση) και κάνουν την εμφάνισή τους η ψυχική ή/και η σωματική εξάρτηση. Στο στάδιο αυτό επηρεάζεται η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί σε πολλούς τομείς της ζωής του. Στην τελική 4η φάση της εξάρτησης, η χρήση είναι πλέον το επίκεντρο της ζωής του ατόμου και εκδηλώνονται πολλά συμπτώματα στην υγεία (σωματική – διανοητική – ψυχική – κοινωνική). Η διαδοχή των σταδίων αυτών συνοδεύεται από ολοένα αυξανόμενες αρνητικές επιπτώσεις στις οικογενειακές, κοινωνικές και εργασιακές σχέσεις, καθώς και στις εκπαιδευτικές επιδόσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 Διαγνωστικά κριτήρια Διαταραχής Χρήσης Ουσίας (Κατάχρηση & Εξάρτηση) (DSM-5, APA, 2013)

Ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης κάποιας ουσίας, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία που εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω, οποτεδήποτε μέσα σε χρονικό διάστημα 12 μηνών:

- 1 Η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από όσο υπήρχε πρόθεση.
- 2 Επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο της χρήσης.
- 3 Μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας, για τη χρήση της ουσίας ή για την ανάνηψη από τη δράση της.
- 4 Σφοδρή επιθυμία (craving) ή παρόρμηση για χρήση της ουσίας.
- 5 Επαναλαμβανόμενη χρήση που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης μειζόνων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή το σπίτι.
- 6 Συνεχιζόμενη χρήση παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται ή επιδεινώνονται από τη δράση της ουσίας.
- 7 Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης.
- 8 Επαναλαμβανόμενη χρήση σε περιστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνες.
- 9 Συνεχιζόμενη χρήση παρά την επίγνωση ότι υπάρχει επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή να έχει επιδεινωθεί από την ουσία.
- 10 Αντοχή (tolerance) που χαρακτηρίζεται από: α) ανάγκη για σημαντική αύξηση της ποσότητας της ουσίας για επίτευξη τοξίκωσης ή του επιθυμητού αποτελέσματος, β) σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας.
- 11 Στέρηση (χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης για την ουσία).

Προσδιοριστές βαρύτητας της διαταραχής

Ήπια παρουσία 2-3 κριτηρίων	Μέτρια παρουσία 4-5 κριτηρίων	Σοβαρή παρουσία ≥ 6 κριτηρίων
Κριτήρια 1-4: απώλεια αυτοελέγχου	Κριτήρια 5-7: κοινωνική έκπτωση	
Κριτήρια 8-9: επικίνδυνη χρήση	Κριτήρια 10-11: φαρμακολογικά κριτήρια	

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι τα άτομα μπορεί να κάνουν την αναφερόμενη ως «περιστασιακή, ελεγχόμενη ή κοινωνική χρήση» κάποιας ουσίας και να παραμείνουν σε αυτήν ή να εμπλακούν σταδιακά στην «επικίνδυνη χρήση», την «επιβλαβή χρήση» και τελικά στην εξάρτηση από κάποια ουσία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η επικίνδυνη χρήση, σε αντίθεση με την επιβλαβή χρήση, αναφέρεται σε τρόπους χρήσης που έχουν σημασία για τη δημόσια υγεία, ακόμη και αν κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο δεν παρατηρούνται διαταραχές στην υγεία του χρήστη, ενώ η επιβλαβής χρήση (σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων ICD-10) αφορά έναν τρόπο χρήσης που προκαλεί βλάβη είτε στη σωματική (π.χ. ηπατίτιδα) είτε στην ψυχική υγεία του χρήστη (π.χ. κατάθλιψη που προκύπτει δευτερογενώς από μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος).

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Η κλινική εικόνα που χαρακτηρίζει τα ουσιοεξαρτημένα άτομα ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό και καθορίζεται από το είδος της ουσίας που χρησιμοποιείται, την ποσότητα (δοσολογία), τη διάρκεια και συχνότητα της χρήσης, τον τρόπο χρήσης, τον χρόνο από την τελευταία λήψη ή διακοπή, την εξατομικευμένη ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση του κάθε ατόμου καθώς και από άλλους παράγοντες (π.χ. προϋπάρχουσα πρωτοπαθή ψυχική διαταραχή). Ας σημειωθεί ότι πολλοί χρήστες ουσιών χρησιμοποιούν περισσότερα από ένα είδη ουσιών (πολυχρήστες), παρόλο που συχνότατα υπάρχει κάποια προτιμώμενη ουσία, ή ότι η κύρια χρήση συνοδεύεται από την παράλληλη κατανάλωση νόμιμων εθιστικών ουσιών (όπως το αλκοόλ, ο καπνός, συνταγογραφούμενα φάρμακα), πρακτικές που μπορεί να διαφοροποιήσουν σημαντικά τα τυπικά αναμενόμενα κλινικά συμπτώματα.

Οξεία τοξίκωση είναι η κατάσταση που ακολουθεί τη λήψη ψυχοδραστικής ουσίας (μπορεί και σε υπερβολική δόση) και οδηγεί, ανάλογα με το είδος της ουσίας, σε διαταραχές του επιπέδου συνείδησης (ντελίριο, υπνηλία, απώλεια συνείδησης ή κώμα, αποσυνδεδετικά φαινόμενα), των νοητικών λειτουργιών (παραληρητικές, παρανοϊκές ιδέες, ιδέες δίωξης, ιδέες συσχέτισης, ιδέες αναφοράς, διαταραχές του συνειρμού, άλλες διαταραχές της σκέψης, διαταραχές της μνήμης), της αντίληψης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις), της κριτικής ικανότητας, του συναισθήματος (άγχος, κατάθλιψη, ευφορία, απάθεια), της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς (έντονη ανησυχία, διέγερση, βίαιη ή επιθετική συμπεριφορά, παρανοϊκή συμπεριφορά, νωθρότητα) ή άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών και αντιδράσεων (κόρες των οφθαλμών

σε μυδρίαση, σε μύση ή μη αντιδρώσες κόρες, εφίδρωση, διαταραχές θερμορρύθμισης, δύσπνοια ή εργώδης αναπνοή, ρηχή αναπνοή, ταχύπνοια, καρδιοαγγειακές διαταραχές, γαστρεντερικές διαταραχές, σπασμοί, τρόμος, ασυνέργεια-αταξία κινήσεων). Η εμφάνιση τοξικώσης συνήθως εξαρτάται από τη λαμβανόμενη δόση αλλά και από το κοινωνικό πλαίσιο της χρήσης, και αποτελεί κατ' αρχήν παροδικό φαινόμενο. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα μπορεί να είναι απρόβλεπτα (π.χ. κάνναβη και παραισθησιογόνα). Επιπλέον, πολλές ψυχοδραστικές ουσίες μπορούν να προκαλέσουν διαφορετικό αποτέλεσμα σε διαφορετικές δόσεις (π.χ. το αλκοόλ σε χαμηλότερες δόσεις μπορεί να διαθέτει τονωτική δράση, αυξανόμενης της δόσης μπορεί να οδηγήσει σε διέγερση και επιθετικότητα και τελικά, σε υψηλές συγκεντρώσεις, να οδηγήσει σε καταστολή).

Στερητικό σύνδρομο εκδηλώνεται μετά από μείωση της δόσης ή απότομη διακοπή της χρησιμοποιούμενης ουσίας, οπότε εμφανίζονται χαρακτηριστικά συμπτώματα στέρησης, στα οποία περιλαμβάνονται ανάλογα με το είδος της ουσίας: διάχυτοι πόνοι, κοιλιακές κράμπες, διάρροια, ναυτία και έμετοι, κρύος ιδρώτας, ρίγος, τρόμος, σπασμοί, έντονη ψυχοκινητική ανησυχία ή διέγερση, ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, φόβος, άγχος, κατάθλιψη, ψυχωσικά συμπτώματα, διαταραχές του ύπνου (συχνά αϋπνία) και του κύκλου ύπνου-εγρήγορης, νοητικές διαταραχές, σύγχυση και ντελίριο. Τα σωματικά συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη ουσία και συχνότατα αντικατοπτρίζουν την αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Στερητικό σύνδρομο προκαλούν όλες οι εθιστικές ψυχοδραστικές ουσίες πλην των ψευδαισθησιογόνων και των εισπνεόμενων (βλ. Πίνακα 2.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 Κατηγορίες εθιστικών ψυχοδραστικών ουσιών

-
- Αλκοόλ
 - Καφεΐνη
 - Κάνναβη (κανναβινοειδή)
 - Ψευδαισθησιογόνα
 - Εισπνεόμενα (πτητικοί διαλύτες)
 - Οπιοειδή
 - Κατασταλτικά-υπνωτικά και αγχολυτικά φάρμακα
 - Διεγερτικά (κοκαΐνη / αμφεταμίνες)
 - Νικοτίνη
 - Άλλες ουσίες (μη γνωστές)
-

Ας σημειωθεί ότι οι παρατηρούμενες διαταραχές που εκδηλώνονται στο πλαίσιο είτε της τοξίκωσης είτε της στέρησης από κάποια ουσία κατά κανόνα υποχωρούν πλήρως μέσα σε χρονικό διάστημα ενός μήνα από τη διακοπή της ουσίας. Εξαιρέση αποτελούν ορισμένες επιμένουσες διαταραχές, όπως οι προκαλούμενες από αλκοόλ, από κατασταλτικά-υπνωτικά-αγχολυτικά και οι προκαλούμενες από εισπνεόμενα νευρογνωστικές διαταραχές, καθώς και η προκαλούμενη από ψευδαισθησιογόνα επιμένουσα αντιληπτική διαταραχή («flashbacks»). Είναι προφανές ότι η διάκριση των προκαλούμενων από ουσίες ψυχικών διαταραχών από τις παρόμοιες πρωτοπαθείς ψυχικές διαταραχές έχει ιδιαίτερη προγνωστική και θεραπευτική σημασία.

Μερικές γενικεύσεις μπορούν να γίνουν σχετικά με τις διάφορες κατηγορίες ουσιών ικανών να προκαλούν κλινικά σημαντικές ψυχικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές, τα φάρμακα με τη μεγαλύτερη δράση (κατασταλτικά, υπνωτικά, αγχολυτικά ή και το αλκοόλ) μπορούν να προκαλέσουν εμφανή και κλινικά σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης, ενώ αγχώδεις εκδηλώσεις είναι πιθανό να παρατηρηθούν κατά τη διάρκεια του συνδρόμου στέρησης από αυτές τις ουσίες. Επίσης, κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης, οι πλέον διεγερτικές ουσίες (π.χ. αμφεταμίνες και κοκαΐνη) είναι πιθανό να επάγουν ψυχωσικές διαταραχές αλλά και διαταραχές άγχους, ενώ κατά τη φάση της διακοπής τους μπορούν να εκδηλωθούν μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Τόσο οι πλέον κατασταλτικές όσο και οι πλέον διεγερτικές ουσίες είναι πιθανό να προκαλέσουν προσωρινά σημαντικές διαταραχές του ύπνου και σεξουαλικές διαταραχές.

Σύμφωνα με την DSM-5 ταξινόμηση, στις ουσιο-επαγόμενες ψυχικές διαταραχές, είτε κατά την τοξίκωση είτε κατά τη διακοπή κάποιας ουσίας, περιλαμβάνονται: ψυχωσικές διαταραχές σχιζοφρενικού ή σχιζοφρενικόμορφου τύπου (μπορούν να προκληθούν από όλες τις ουσίες πλην της καφεΐνης, του καπνού και των οπιοειδών), διπολικές διαταραχές (μπορούν να προκληθούν από όλες τις ουσίες πλην της καφεΐνης, του καπνού, της κάνναβης και των εισπνεόμενων), καταθλιπτικές διαταραχές (μπορούν να προκληθούν από όλες τις ουσίες πλην της καφεΐνης, του καπνού και της κάνναβης), αγχώδεις διαταραχές (μπορούν να προκληθούν από όλες τις ουσίες πλην του καπνού), ιδεοψυχαναγκαστικές και σχετιζόμενες διαταραχές (μπορούν να προκληθούν από τα διεγερτικά του ΚΝΣ και άλλες ουσίες), διαταραχές του ύπνου (μπορούν να προκληθούν από όλες τις ουσίες πλην των ψευδαισθησιογόνων και των εισπνεόμενων), σεξουαλικές δυσλειτουργίες (μπορούν να προκληθούν από το αλκοόλ, τα κατασταλτικά, τα οπιοειδή, τα διεγερτικά και άλλες ουσίες), ντελίριο (μπορεί να προκληθεί από

όλες τις ουσίες πλην της καφεΐνης και του καπνού) και νευρογνωστικές διαταραχές (μπορούν να προκληθούν από το αλκοόλ, τα κατασταλτικά, τα εισπνεόμενα και άλλες ουσίες).

Τα κλινικά σύνδρομα και οι διαταραχές που συνοδεύουν τη χρήση των διαφόρων ψυχοδραστικών εθιστικών ουσιών περιγράφονται αναλυτικά στην τελευταία 5η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-5, όπου οι διάφορες ψυχοδραστικές εθιστικές ουσίες ταξινομούνται σε δέκα κατηγορίες (Πίνακας 2.2).

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ουσιοεξάρτηση θεωρείται μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου η οποία καθορίζεται τόσο από περιβαλλοντικούς όσο και από φαρμακολογικούς και γενετικούς-βιολογικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν.
- Η ουσιοεξάρτηση χαρακτηρίζεται από την καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας, την απώλεια αυτοελέγχου σε σχέση με τη λήψη της ουσίας και την εμφάνιση αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης όταν η πρόσβαση στην ουσία δεν είναι δυνατή, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί σε πολλούς τομείς της ζωής του.
- Η εξάρτηση εκδηλώνεται τόσο με σωματικά όσο και με ψυχολογικά συμπτώματα.
- Η σωματική εξάρτηση εκδηλώνεται με το φαινόμενο της ανοτοχής και το σύνδρομο στέρησης, που διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος της χρησιμοποιούμενης ουσίας.
- Η ψυχολογική εξάρτηση ή εθισμός χαρακτηρίζεται από την ακαταμάχητη επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση της ουσίας και την καταναγκαστική ενασχόληση με αυτή. Ο εθισμός διαιωνίζει το πρόβλημα και απαιτεί μεγάλη προσπάθεια για να αντιμετωπιστεί.
- Η οξεία τοξίκωση, ανάλογα με το είδος της ουσίας, χαρακτηρίζεται από διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, της αντίληψης, του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς και άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών του ατόμου.
- Το σύνδρομο στέρησης εκδηλώνεται μετά από μείωση της δόσης ή απότομη διακοπή της χρησιμοποιούμενης ουσίας και συνήθως χαρακτηρίζεται από συμπτώματα αντίθετα από αυτά που προκαλεί η δράση της ουσίας.
- Η χρήση ουσιών μπορεί να επάγει, είτε κατά την τοξίκωση είτε κατά την απόσυρση, ποικίλες νευροψυχιατρικές διαταραχές, που πρέπει να διαφοροποιούνται από τις πρωτοπαθείς ψυχικές διαταραχές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5η έκδ. (DSM-5), Ουάσινγκτον.
- Latt, N., K. Conigrave, J. Saunders, J. Marshall & D. Nutt (2009), *Addiction Medicine* (Oxford Specialist Handbooks), Oxford University Press Inc., Νέα Υόρκη.
- World Health Organization (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, WHO, Γενεύη.