

Aurkezpena

Adikzioen Psikologia eta Osasuna izeneko liburu hau, Euskal Herriko Unibertsitateko Psikologiako eta Kriminologiako graduetan droga-mendekotasunaren dimentsio psikologiko eta klinikoak aztertzen dituen irakasgaiari dagokio. Zehatzago, irakasgaiaren gaitegi teorikoa jorratzen da hemen. Liburua zortzi atal nagusitan banatzen da: oinarrizko kontzeptuak, adikzioen etiologia, adikzioak eta nortasuna, drogen sailkapena, portaeraren adikzioak, droga-mendekotasunen ebaluazioa, tratamendu eta esku-hartzeak droga-mendekotasunetan eta prebentzioa.

Lehenengo gaian, droga-mendekotasunen historiaren zertzelada batzuk ematen dira, droga-kontsumoaren erabilera deskribatuz lehen zibilizazioetatik hasita gaur arte, non drogen debekua eta legeztapenaren arteko eztabaidan sartuta gauden. Gainera, droga kontzeptuaren oinarrizko definizioaz gain, arlo honetako kontzeptu ohikoena deskribatzen dira: saritze-sistema, tolerantzia, abstinentsia, adikzioa eta abar.

Bigarren gaian, droga-mendekotasunen etiologiaren gaia aztertzen da. Gai oso eztabaidatua da, eta egun argudio gehien jaso duten eredu oinarriak eskaintzen dira: eredu tradizionala, garun-gaixotasunaren eredu, eredu biopsikosoziala, automedikazioaren hipotesia, droga-mendekotasunaren gaineko teoria psikologikoak, adikzioa hautu pertsonal gisa eta droga-mendekotasunaren ikuspegi konstruktibista.

Hirugarren gaian, nortasunaren gaia lantzen da. Maila klinikoan, nortasuna eta droga-mendekotasuna elkarrekin agertu ohi diren bi kontzeptu dira. Historikoki pentsatu da droga-mendekoei nortasun berezi bat zutela, «nortasun adiktiboa», gaur egun oso zalantzan jarri dena. Horretaz gain, adikzioekin erlazionatu izan diren nortasun-dimentsio garrantzitsuenak deskribatzen dira: sentsazio-bilaketa, inpulsibotasuna, sariaren atzerapena eta Cloninger-en sailkapena.

Laugarren gaian, drogen sailkapen sinple bat deskribatzen da: droga depresoreak, estimulagarriak eta psikodelikoak. Eta bosgarren gaian, azken hamarkadetan sortu den multzo berri bat aztertzen da: portaeraren adikzioak, non adikzioa ez dagokion substantzia bati, portaera bati baizik. Joko patologikoa, online jokoaren adikzioa eta portaeraren beste hainbat adikzio deskribatzen dira.

Seigarren gaian, droga-mendekotasunen ebaluazioaren oinarriak aurkezten dira. Mendekotasun-nahasmenduak egoki tratatu ahal izateko, aldez aurretik ebaluazio-metodo eta bitarteko egokiak garatu behar dira. Atal honetan metodo eta tresna inportanteenak deskribatuko dira.

Zazpigarren atalean, droga-mendekotasunei zuzendutako tratamenduak aztertzen dira. Alde batetik, psikologia klinikoaren oinarrizko ikuspegiak —psikoanalisi, eredu kognitibo-konduktuala, psikologia humanista-existenziala eta terapia sistemikoa— zeresana izan dute droga-mendekotasunaren tratamenduan. Horretaz gain, toxikomanien arloan bertan hainbat ikuspegi terapeutiko garatu dira —elkarrizketa motibazionala, komunitate terapeutikoak eta elkarrekiko laguntza-taldeak, besteak beste—, eta horiek ere laburki deskribatzen dira.

Zortzigarren eta azken gaian, prebentzioaren oinarriak aztertzen dira. Prebentzio mota nagusiak —unibertsala, selektiboa eta egokia— azaldu ondoren, prebentzioaren oinarrizko kontzeptuak deskribatzen dira: esku-hartze prebentiboen testuinguruak, prebentzioaren eredu teorikoak eta arrisku-faktoreak.

Testu hau ez da droga-mendekotasunei buruzko liburu orokor bat, estu xamar jarraitzen zaiolako gaitegi teoriko hori duen Psikologia eta Kriminologiako irakasgai bati. Nolanahi ere, uste dugu adikzioen gaia jasotzen duten beste gradu batzuetarako ere balio dezakeela: esate baterako, Erizaintzako, Gizarte Laguntzako edo Medikuntzako graduatarako. Era berean, uste dugu gaian interesa duen edozein irakurlerentzat ere interesgarria izan daitekeela.

1. Oinarrizko kontzeptuak droga-mendekotasunean

Droga-salerosketak, kontsumoak eta horrek sortutako albo-ondorioek lehen mailako mundu-arazoa osatzen dute. Nazio Batuen Erakundearen (NBE) Delituaren eta Drogaren kontrako Bulegoak (UNODC, ingelesezko laburduragatik) argitaratutako 2021eko txostenean kalkulatu da 275 milioi pertsonak kontsumitu zutela drogaren bat 2019an (2010ean baino % 22 gehiago). Txosten horren arabera ere, 36 milioi pertsonak droga-kontsumoak sortutako osasun-arazoak dituzte —fisikoak zein psikologikoak—. Era berean, drogen kontsumoak eta abusuak 18 milioi bizitza-urte¹ galarazi zituzten. Ikerketa epidemiologiko garrantzitsu batek droga-abusua eta nahasmendu mentalak bosgarren heriotza-kausa gisa kokatzen ditu mundu-mailan, eta osasun-arazo kroniko gehien sortzen duena, hiesaren, tuberkulosiaren, diabetesaren eta auto-istripuen aurretik (Whiteford *et al.*, 2013).

1.1. DROGEN ERABILERAREN HISTORIA LABURRA

Bizitzaren hastapenetan, gizakiak agertu baino askoz ere lehenago, landare batzuek harraparietarako kaltegarriak ziren substantzia batzuk garatu zituzten. Substantzia horiek harrapariaren nerbio-sistema zentralean (NSZ) eragiten zuten. Alabaina, denboraren poderioz, animalia batzuek efektu kaltegarri horretatik babesten ikasi zuten eta areago, gustu edo erakarpen bat sentitzen hasi ziren jatorriz pozoitsu ziren substantzia horiekiko. Aldaketa hori ebolutiboki egokitzailea zenez, animalien kode genetikoa txertatu zen, eta gizakia sortu zenerako bere garunean bazeraman landareek sortzen zituzten zenbait substantziatarako berezko joera bat (Nutt, 2012).

Lehen ehiztari-biltzaileen talde horietan, gainera, identitate kulturala droga psikoaktibo baten laguntzaz indartu ohi zen (eta indartzen da gaur egun ere gelditzen diren tankera horretako gizataldeetan). Bestetik, lehen garai horietan ere, gaixotasuna, zigorra eta zikinkeria gauza bera ziren, eta jainkoen barkamena lortzeko jainkozkoa uste den zerbait jaten zen. Kultura horietan, medikua, apeza eta magoa rol bakar batean biltzen ziren: xamana. Xamanak droga psikoaktiboak erabiliz pertsonak laguntzen zituen estualdietan (Escohotado, 2005).

Historian aurrera eginez, Antzinateko zibilizazio guztietan drogen erabileraren aztarnak aurkitu dira. Afrikako iparraldeko —Egipto Zaharrean— eta Asia Txikiko

1. «Galdutako bizitza-urteak» epidemiologian erabiltzen den unitate bat da, ustekabeko gertakari larri baten ondorioz —gaixotasun bati lotutako heriotza, krimena edo gerra, esaterako— galdutako bizitza-urteak kalkulatzeko.

kulturetan —Mesopotamia, Persia— opioa droga nagusia izan zen, erabilera anitzekin. Txinan, k.a. 4000 urte baino lehenago jada kalamua erabiltzen zuten, eta Indian ere kalamuaren erabilera oso zaharra da. Erregistro arkeologikoen arabera, Europan ere landare psikoaktibo ugari erabili ziren, bereziki landare solanazeoak: erabelarra, datura, belaikia edo mandragora, besteak beste. Ameriketara, tabakoaz gain, propietate psikodeliko indartsuko landare anitz erabili zuten kontinente osoan (Escohotado, 1998).

Mozkortasuna —eta ez bakarrik alkoholarena— ez da beti gaizki ikusia izan antzinaroan; areago, bilatua izan da kultura gehienetan. Escohotadok (1998) bi mozkortasun mota bereizten ditu antzinaroan: edukitzezkoa eta bidaiakoa. Lehenengoan, pertsona bahitua da drogaren efektuengatik, eta kontzientzia kritikoa desagertzen da; alkohola mozkortasun honen adibide nabarmena da. Bigarrenean, ordea, bidaiaria-mozkortasunak zentzumenak areagotzen ditu eta memoria ez da desagertzen. Lehenengoan pertsonaren desagertzea kontzientzia bilatzen da, eta bigarrenean kontrakoa, psikearen sakonetara bidaiatzea; kasu horretan droga psikodelikoak erabili izan dira.

Grezia eta Erroma zaharretan, alkohola, kalamua eta opioa kontsumitu ziren, batzuetan testuinguru erlijiosoetan eta beste batzuetan aisialdiko testuinguruetan, gaur egun bezala. Erdi Aroan, pertsona batzuek antzinaroko belarrei lotutako jakintza gorde eta praktikatzeko zuten, eta jendea laguntzeko zuten osasun-arazoekin, sarri droga psikotropikoak erabiltzen zituzten. Elizak pertsona horiek belagile edo sorgin akusatu eta gogorki zigortu zituen, bai pertsonak bai haien antzinako ezagutzak (Escohotado, 1998). Errenazimentutik aurrera, gizakien mugikortasun gero eta handiagoaren ondorioz, drogak munduan zehar bidaiatzen hasi ziren. Adibidez, Ekialdetik tea iritsi zen Europara eta kafea Afrikatik.

Gizakien kuriositatearen ondorioz, pixkanaka-pixkanaka eta mendeetako ezagutza bilduz, substantzia horiek garunera iritsarazteko gero eta modu eraginkorragoak bilatu ziren: tabakoaren hosto lehorrak erre, kafearen fruitua erre eta eho, lo-belarraren lore-begien erretxina jaso... Prozesu hauek guztiak ez dira begi-bistakoak: milaka urtetan zehar gizakiak bildutako ezagutzak dira. Horrela, drogak askotariko moduetan erabiliz, gizakiek kontzientzia-egoera aldatuak berariaz sortzen ikasi zuten.

XIX. mendean, kimikaren garapenak landareen printzipio aktiboen isolamendua ahalbidetu zuen. 1817. urtean, Friedrich Sertürner kimikari alemaniarrek lo-belarraren landaretik morfina isolatu zuen. Horrela, posible bihurtu zen jatorrizko landareak baino askoz ere indartsuagoak izango ziren botikak —drogak— sortzea. Behin molekula horien izaera eta funtzionamendua ulertutakoan, egingarri bihurtu zen laborategian sintetikoki sortzea. Esate baterako, anfetamina efedrinaren —efedra landarearen printzipio aktiboa— baliokide sintetikoa da.

1.2. DROGA-KONTSUMOAREN LEGEZKO EGOERAREN EZTABAIDA

Egungo drogen inguruko diskurtso ofizialak —alegia, mundu-mailako osasunerakunde ofizialen diskurtsoa— ez du ontzat ematen legez kanpoko drogen kontsumoa, eta gero eta gehiago dira legezko zenbait drogaren kontsumoa —esaterako, tabakoaren kontsumoa— gaizki ikusten dutenak. Diskurtso ofizialaren arabera, beraz, drogak banakoaren osasunerako txarrak dira, eta gizarteari ere ez diote onik egiten (Biurrun, 1999).

Aldi berean, drogen kontsumoaren inguruko beste ikuspegi batzuk indarra hartzen ari dira. Alde batetik, zenbait drogaren —kalamua eta droga psikodeliko batzuk— erabilera medikoa aldarrikatu da: kimioterapiak sortutako goragaleak tratatzeko, apetitua sustatzeko, esklerosi anizkoitzaren min neuropatikorako, min kroniko ez onkologikorako, onkologiako zainketa aringarrien osagarri eta haur-epilepsiaren tratamendurako, besteak beste (OEDT, 2018).

Zalantzan jarri da, orobat, drogen inguruko beste ideia hedatu bat: drogak ezin direla kontrolatu, eta behin kontsumitzen hasiz gero, pertsonak nahitaez drogamendekotasunean amaituko duela. Alabaina, egunerokoan jende gehiena ondo moldatzen da alkoholarekin, ikuspuntu zientifiko doi batetik droga hagitz kaltegarria eta arriskutsua. «Droga-kontsumo kontrolatua» kontzeptuaren bitartez adierazten da baldintza egokiak emanez gero, droga-kontsumoak ez duela zertan adikzioan amaitu (Amigó Borrás, 2012).

Psikoterapiaren esparru zehatzagoan, hainbat adituk droga psikodelikoen erabileraren berreskurapena proposatu dute. Izan ere, aurreko mendeko 40ko hamarkadatik 80ko hamarkadaraino, LSDa eta MDMA elementu laguntzaile gisa erabili ziren arrakasta handiz (Amigó Borrás, 2012). Gaur egun droga psikodelikoen hainbat erabilera terapeutiko berri proposatu dira: esate baterako, ketaminaren erabilera depresio nagusiaren tratamendurako edo kannabinoideen erabilera epilepsia-krisien kontrolerako (Abdallah *et al.*, 2019; Perucca, 2017; Tullis, 2021).

Horrela, droga-kontsumoaren inguruan bi jarrera nagusitu dira gizartean: drogen debekua mantentzearen aldekoa, «prohibizionismoa» deitu izan dena, eta drogen legeztapenaren aldekoa. Laburki azalduko dira bi posizio nagusi horiek. Horretaz gain, NBE Nazio Batuen Erakundeak drogen erabilerarako ezarritako irizpideak eta horiek sortu dituzten kontraesanak aztertuko dira.

1.2.1. Prohibizionismoa versus drogen legezapena

Grezia eta Erroma Zaharreko garaietatik, droga-kontsumoaren inguruko jarrera kontrajarriak izan dira. Funtsean, bi jarrera kontrajarri daude: batetik, droga-kontsumoa debekatzearen aldeko jarrera eta, bestetik, droga-kontsumoa legeztatzearen aldekoa. Antonio Escohotado drogen historialariaren arabera, antzinaroan ez zegoen gaur egun horren nabarmena den drogen kontrako jarrera. Egungo droga «onargarri»en eta droga «onartezin»en arteko desberdintasuna ez omen zegoen horren markatua: kulturaren eta une historikoaren arabera, droga batzuk hobetsi ziren eta beste batzuk debekatu. Antza, Erdi Aroan iritsi zen drogen kontrako lehen gurutzada, sorginek eta Elizaren beste etsai batzuek drogak erabiltzen zituztelako beren errituetan (Escohotado, 1998). Jarraian laburki deskribatuko dira historikoki drogak debekatzearen aldeko jarrera sustatu zuen prohibizionismoaren ideologia, eta ñabardurak ñabardura, drogak onartzearen edo legeztatzearen aldeko ikuspuntua.

1.2.1.1. Prohibizionismoa

Aipatu Erdi Aroko drogen kontrako garaien ondotik, XIX. mendean —AEB Amerikako Estatu Batuetan bereziki—, droga-kontsumoaren kontrako jarrerak bizialdi berri bat izan zuen. Escohotadoren arabera, XIX. mendearen hasieran, droga guztiak —morfina, heroina edo kokaina, besteak beste— eskuragarri ziren botika eta drogerietan, Amerikan zein Europan. Substantzia desberdinen adiktoak egon arren, horrek ez zuen arazo sozial bat sortzen, eta orokorrean droga-kontsumoak ez zuen arretarik sortzen jendartean.

Haatik, droga batzuen kontsumoa talde sozial eta etniko desberdinekin hasi zen lotzen, bereziki AEBn: opioa txinatarrekin, kokaina beltzekin, kalamua mexikarrekin eta alkohola irlandarrekin eta juduekin (Escohotado, 1998). 1869an, herrialde horretan «Prohibition Party» delakoa sortu zen, ebanjelismo kristaua lagun zuela. Apur bat beranduago, Amerikako Elkarte Medikoak eta Amerikako Elkarte Farmazeutikoak bat egin zuten prohibizionistekin. Horrela, jada XX. mendean, erlijioak eta zientziak elkar harturik, drogen debekatzearen aldeko kanpaina sutsuak egin zituzten. Gainera, AEBk mundu-mailan itzal eta menderakuntza handiagoa lortu ahala, ikuspegi prohibizionista inposatuz joan ziren nazioarteko erakundeetan. 1919an bi lege prohibizionista garrantzitsu onartu ziren lurralde horretan: «Harrison Legea» eta «Lege lehorra», azken hori liburu eta pelikula askoren bitartez ezaguna egin dena. Garai horretan, opioaren deribatuen erabilera medikoa ere debekatu zen. Pazienteen minak morfinaz edo heroinaz tratatzeagatik kartzela-zigorra ekarri zieten mediku askori (Hari, 2015).

Bitartean, Europan ere, prohibizionismoak bere bidea egin zuen. Hagan eta Genevan nazioarteko bilerak egin ziren, eta apurka-apurka drogen inguruko ikuspegi prohibizionista hedatuz joan zen. 1936an Genevan egindako bilera batean, droga-salerostetagatik ezarriko ziren zigorrak onartu ziren Europako lurralde gehienetan.

50eko eta 60ko hamarkadetan zehar, prohibizionismoak estamentu medikoaren eta pentsalari askoren errefusa ekarri zuen, bereziki medikuntzaren eta drogen arteko erlazioari buruz: ez zen onartzen drogen kontsumoaren nazioarteko erregulazioek ez jasotzea osasun-ikuspeirik. Horrela, 1961. urtean, Vienan egindako substantzia psikotropikoen inguruko hitzarmenean, debekatutako substantzien zerrendak proposatu ziren, eta haien erabilera mediko eta zientifikorako irizpideak. Hurrengo urteetan, munduko 175 herrialde batuko ziren; Espainiako estatua 1967an bildu zen hitzarmenera (Usó eta Markez, 2015).

1.2.1.2. Legeztapenaren aldeko ikuspuntua

Esan daiteke azken hamarkadetan prohibizionismoa drogen inguruko ideologia «ofiziala» izan dela. Azken urteotan, ordea, egoera hori apurka-apurka aldatzen hasi da. Nazioartean, drogen legeztapenaren aldeko aldarria gero eta nabarmenagoa da. Latinoamerikan, esaterako, zazpi lurraldek onartu dute kalamua helburu medikoekin, eta Uruguai eta Kanadak kalamuaren aisialdiko erabilera ere onartuta dute. 2020an, AEBko 50 estatuetatik 11k kalamuaren aisialdiko erabilera onartu dute, 16k deskriminalizatu dute, eta geratzen diren 23 estatuetatik, 2 ez beste guztiek kalamuaren erabilera medikoren bat onartu dute (DeVylder *et al.*, 2021). Europan, Portugal izan zen bide urratzailea esparru honetan, drogen despenalizazioaren aitzindaria izanik.

Orokorrean, drogen legeztapenaren atzean argudio orokor batzuk biltzen dira. Alde batetik, 1970ean AEBko Richard Nixon presidenteak hasitako «drogen kontrako gerra» erabateko porrota izan dela aldarrikatzen da. Berrogeita hamar urteren ondotik eta milioika dolar gastatu ondoren, drogen kontrako gerra irabazi beharrean, gero eta galduago dagoela dirudi.

Prohibizionismoak droga-kontsumoaren eta droga-abusuaren dimentsio kriminala azpimarratzen du; legeztapenaren aldeko ikuspuntuak, ordea, droga-kontsumoa eta -abusua arazo sozial eta osasunekotzat jotzen du (Arana eta Markez, 2015; Hari, 2015).

Gainera, legeztapenaren aldeko ikuspegiaren arabera, prohibizionismoak droga-kontsumoa baino larriagoa den beste arazo bat sortu du: drogen merkatu beltza eta hari loturiko kriminalitatea. Legeztapenaren aldekoen arabera, drogen legeztapenak amaiera emango lioke merkatu beltz horri. Drogen legeztapenak, gainera, osasun-zerbitzu publikoen drogen kalitatearen kontrola ekarriko luke, gaindosiei eta gisako arazoei amaiera emanez ere, edo behintzat gutxituz. Maila politikoan, narkotrafikoak garapen-bidean daude lurralde askoren politikagintza usteldu du, eta demokraziaren galera ekarri. Proposatu da, orobat, drogen legeztapenak gutxiagotuko lukeela arazo hori (Husak eta Varela, 2003).

1.2.2. Drogak eta delinkuentzia

Droga-abusua eta delinkuentzia sarri batera agertzen dira, delitu mota askotan. *Delinkuentzia funtzionalean*, delitua egiten da droga kontsumitzeko behar den dirua lortzeko, eta *delinkuentzia induzitan* delituaren ekintza droga baten intoxikaziopean egiten da. Espainiako zigor-kodean onartzen da inposatutako zigorra bete gabe uztea, baldin eta delitua egiterakoan pertsona mendekotasun baten eraginpean bazegoen (San Juan eta Vozmediano, 2018).

Arlo honetan egin diren ikerketek alkoholaren eta legez kanpoko drogen arteko bereizketa egiten dute, bien gaineko debekuak nabarmenki desberdinak direlako. Ikerketa-lerro batean, alkoholaren kontsumoa eta kriminalitatean berrerortzea aztertu da. Orokorrean, alkoholaren kontsumoa eta delituen errepikatzea erlazioan daudela aurkitu da, baina erlazio hori baxu xamarra da —% 10 ingurukoa— (DeMatteo *et al.*, 2015).

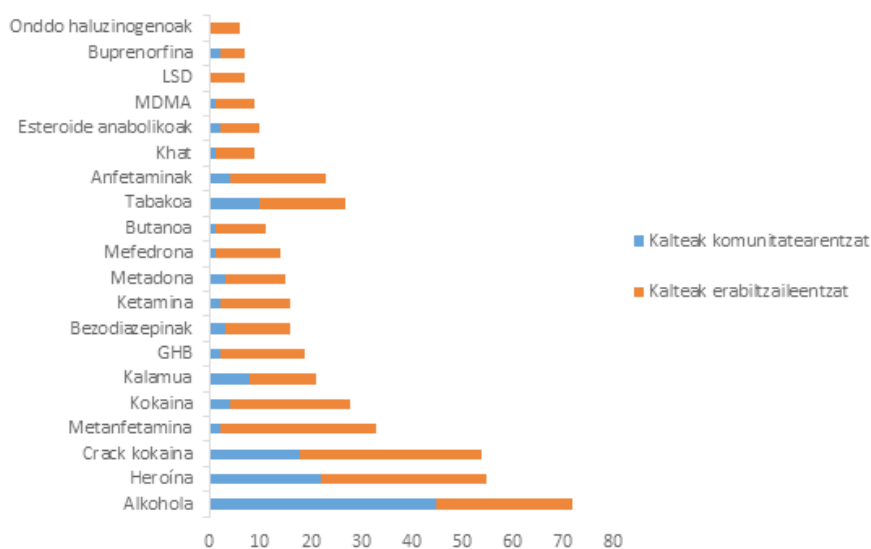
Beste ikerketa-lerro batean ikerketa esperimentalak erabili dira droga-kontsumoaren eta portaera antisozialaren arteko erlazioa aztertzeko. Ikerketa batean parte-hartzaileei sinetsarazi zitzaion beste parte-hartzaile baten kontra ari zirela ordenagailuaren aurreko lan batzuetan (DeMatteo *et al.*, 2015). Irabazten zuen bakoitzean, parte-hartzaileari baimentzen zitzaion parte-hartzaile aurkariari deskarga elektriko bat ematea —erabat faltsua zena, ez baitzegoen inongo beste parte-hartzailearik—, hark nahi zuen intentsitatekoa. Esperimentu mota horren beste aldaera batean, parte-hartzaileek deskarga bat eman behar zioten beste parte-hartzaile bati agindutako lanaren aurrean kale egiten zuen bakoitzean —azken hori ere faltsua, esperimentuan laguntzen ari zen antzezlea baitzen—, dena alkohol kantitate desberdinak kontsumitu ondoren. Emaitzetan aurkitu zuten parte-hartzaileek zenbat eta alkohol kantitate handiagoak edan, orduan eta deskarga elektriko indartsuagoak ematen zituztela (DeMatteo *et al.*, 2015).

Legez kanpoko drogen eta kriminalitatearen arteko erlazioa ere ikertu da. Kriminalitatean berrerortzeari dagokionez, legez kanpoko drogen kontsumoaren eta kriminalitatean berrerortzearen arteko erlazioa alkoholarekikoa baino intentsuagoa da: alkoholaren kasuan % 10ekoa zen, eta legez kanpoko drogekin % 20 ingurukoa (DeMatteo *et al.*, 2015). Gaiaren inguruko metanalisi batean, zera aurkitu zuten: legez kanpoko drogak kontsumitu zituzten pertsonak kontsumitu ez zituztenek baino berrerortzeko 2,79 probabilitate gehiago zituztela (Bennett *et al.*, 2008).

1.2.3. NBEren zerrendak eta drogen arriskugarritasuna

Legez kanpoko drogak legezkoak baino kaltegarriagoak direlako ideia oso hedatua da Mendebaldeko lurraldeetan. Legezko eta ez-legezko drogen arteko bereizketa Nazio Batuen Erakundearen lanaren ondorio da. Gorago esan bezala, 1971n egindako bilera batean aditu talde batek lau droga multzo edo zerrenda osatu zituen. Lehenengo zerrendan, osasun publikorako oso arriskutsuak ziren drogak

taldekatu zituzten. Zerrenda horretako drogekin ezin zen inolako erabilerarik egin, ezta ikerketa zientifikorik ere. Lehen zerrenda horretan, heroinarekin batera, LSDa, MDMA (estasia) eta kalamua² sailkatu zituzten. Bigarren zerrendako substantziak osasun publikoarentzat kaltegarritzat jo zituzten, baina osasun-profesionalen gain-begiratzeaz hartuak izateko baimena eman zuten. Beste batzuen artean, multzo horretan daude, esate baterako, morfina eta anfetaminak. Hirugarren eta laugarren zerrendetan barbiturikoak, hipnotikoak eta zenbait analgesiko biltzen dira, eta printzipioz arrisku gutxiagokoak izan arren, libreki ezin direnak erabili, baina bai errezeta medikoa eskuratuz edo ikerketarako. Ikusi ahal denez, alde garrantzitsuena lehenengo eta beste hiru zerrenden artean dago, lehenengo zerrendako substantziak erabat debekatuta daudelako, ikerketarako bada ere. Beste aspektu deigarri bat da alkohola edo tabakoa, mendekotasun eta albo-ondorio larriak eraginin ere, ez daudela inongo zerrendatan.



1.1. irudia. Arriskuen arabeko drogen sailkapena.
Nutt (2012) lanetik moldatua.

Egoera hau ikusita, David Nutt psikofarmakologoak drogen arriskugarritasunari buruzko ikerketa bat burutu zuen. Drogen arriskugarritasuna edo eragiten duten kaltea droga bakoitzarentzat bi modu desberdinetan neurtu zuen: alde batetik, kontsumitzaileari egiten dion kaltea (hilkortasun zuzena eta zeharkakoa, kalte fisiko zuzenak eta zeharkakoak, mendekotasuna, kalte psikologiko zuzena eta zeharkakoa, galera ekonomikoak, eta harremanen galerak) eta, bestetik, komunitateari egiten dion kaltea (min fisikoa, kriminalitatea, kalteak inguruneari, nazioarteko kaltea, kalte ekonomikoa eta kalteak komunitateari). Emaitzak ikus daitezke 1.1. irudian

2. 2019an kalamua zerrenda honetatik kendu zuten, nahiz eta droga kaltegarriaren izendapena mantendu.

(Nutt, 2012). Kontsumitzaileari egindako kalteari dagokionez, droga kaltegarriena *crack* delakoa da, heroinak eta metanfetaminak gertutik jarraituz. Baina jendarteari egindako kalteari dagokionez, droga kaltegarriena alkohola da, gertutik heroina duela. Kalte osoa begiratuta, droga kaltegarriena alkohola da, eta hurrengo biak heroina eta *crack*-a. Interesgarria ere bada tabakoa seigarren posizioan dagoela. Erabat legez kanpoko, 1. zerrendan eta kartzela-zigor gogorrekin erlazionatuta dauden LSDa edo MDMA, Nutten zerrendaren amaieran daude, alegia, arriskugarritasun gutxieneko posizioetan. Zehaztu behar da, halere, Nuttek onartzen duela erabileraren maiztasuna sailkapen honen eragin inportante bat izan daitekeela; alegia, droga bat gero eta gehiago erabili, orduan eta haren kalteak nabarmenagoak izan daitezkeela (Nutt, 2012).

1.3. OINARRIZKO KONTZEPTUAK DROGA-MENDEKOTASUNETAN

Jarraian droga-mendekotasunetan inportanteak diren hainbat kontzeptu azalduko dira. Kontzeptu horietariko batzuk drogek garunaren fisiologian eragiten dituzten aldaketei dagozkie, eta beste batzuek, ordea, droga-kontsumoari lotutako prozesu psikopatologikoak deskribatzen dituzte.

1.3.1. Zer da droga bat?

Drogaren kontzeptua eta definizioa nahasiak dira, hitzok esanahi bat baino gehiago dutelako. Alde batetik, droga hitzak gaixotasunak tratatzeko erabiltzen ziren substantziei egiten zien erreferentzia —egun botika ere esaten dioguna—. Substantzia bat onuragarria edo kaltegarria izatea sarri hartutako kantitatean datza. Horren adibide da greziera klasikoan «pozoia» eta «botika» hitz berberaz adierazten zirela: *pharmakon* (φάρμακον).

OMEk emandako drogaren definizioa da: «Organismo bizidun baten funtzio bat edo gehiago alda dezakeen edozein substantzia» (Kramer eta Cameron, 1975: 13). Beraz, droga edo botika bat funtzio biologiko bat aldatzen duen substantzia kimikoa da, eta erabiltzen dira gaixotasunak tratatu edo prebenitzeko. Substantzia batek garunean eragiten duenean —aldartea, prozesu mentalak edo portaerak aldatuz— *psikoaktiboa* dela esaten da. Droga psikoaktiboek ez dute zertan erakargarri izan; esate baterako, botika psikiatrikoak botika psikoaktiboak dira, eta askotan ez dira batera atseginak hartzeko, albo-ondorioak direla medio.

Substantzia psikoaktiboen artean, badira batzuk ezaugarri berezi bat daukatenak: erabiltzaileek gero eta kantitate handiagoetan hartu nahi dituzte. Mota honetako drogek sortzen duten plazeraren ondorioz, ekintza indartzaile positiboa dute. Gainera, kontsumoa eteteen ondoez fisiko eta psikologiko handia sortzen da; alegia, mendekotasuna sortzen dute. Droga hauei *abusuzko drogak* edo *droga adiktiboak* esaten zaie (Becoña, 2016).

Aurreko ezaugarriak kontuan hartuta, droga adiktiboaren honako definizioa proposatu da: ekintza indartzaile positiboa duten substantzia psikoaktiboak dira, mendekotasun fisiko eta psikologikoa sortzeko gaitasuna dutenak, eta kasu anitzetan, narriadura psikoorganikoa eta soziala dakartzatenak (Lorenzo *et al.*, 2009).

Arestian aipatutako definizioek badute amankomunean aspektu inportante bat: droga substantzia kimiko behagarria da. Haatik, azken urteotan gero eta ikertzaile gehiagok onartzen dute portaera jakin batzuek (janaria, sexua, jokia eta abar) droga baten modura joko dezaketela (Albanese eta Shaffer, 2012). Kasu horietan, ez dago droga fisikoki behagarri bat, izaera adiktiboa duen portaera bat baizik. Horrela, drogen definizioa konplexuagoa egiten da, drogen definizioan pertsonentzako potentzialki adiktiboak izan daitezkeen portaerak sartzen direlako.

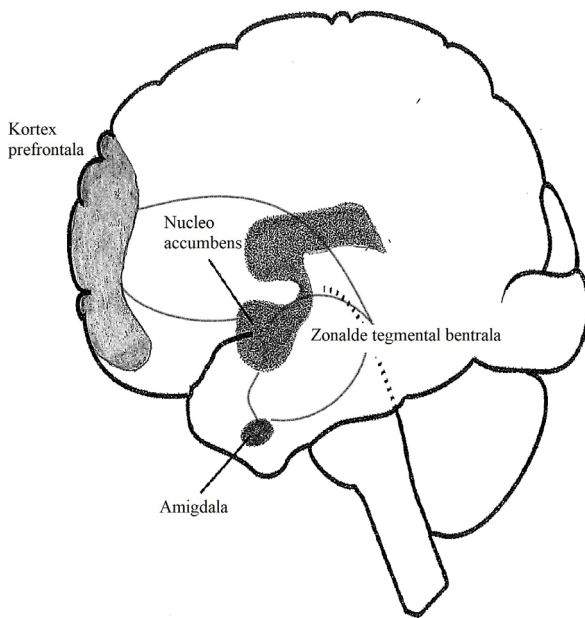
1.3.2. Saritze-sistema

Saritze-sistema adikzioekin erlazionatzen den garun-egitura da. Anatomikoki, saritze-sistemak *sistema dopaminergiko mesolinbiko*arekin egiten du bat. Dopamina da sistema horren askotariko osagaiak kateatzen dituen neurotransmisorea (1.2. irudia ikusi). Sistema dopaminergikoaren alde batean *zona tegmental ventrala* dago, zeinetik neuronak abiatuko diren bai zuzenean garun-azalera bai *accumbens nukleoa* deritzon beste gune batera, hortik garun-azal aurrefrontalera abiatzeko ere —erabakiak hartzen diren lekura, hain zuzen ere—. Zona tegmental ventraleko neuronak estimulatu dira banakoaren zein espeziearen biziraupenerako beharrezkoak diren portaeren bitartez (janaria, edaria, sexua...), eta jarraian neurona horiek *accumbens nukleoan* eta garun-azalean —kortex orbitofrontalean eta kortex aurrefrontal dortsolateralean— dopamina kantitate handien jariaketa eragingo dute. Dopamina kantitate handi horiek kontzientzian ongizate eta plazer aurreratu bezala hautemango dira.

Oso egitura zaharra izanik —ugaztunetan duela 60 bat milioi urte agertu zen—, banakoaren eta espeziearen biziraupenerako funtsezkoak diren portaerak saritzeko funtzioa du. Garun-egitura horiek sarien inguruko kognizioen, motibazioen eta plazerrezko sentipenen zein igurikapenen erantzule dira (Berridge eta Kringelbach, 2015). Saritze-sistemaren ondorioz, banakoaren edota espeziearen biziraupenerako egokiak diren portaerak garatzen direnean, banakoak plazera sentitzen du. Portaera horrekin erlazionatutako ingurune-seinaleak antzematean, portaera saritzailearen eta plazerrezkoaren aurreikuspena eratzen da, eta portaera hori garatzeko aukera errepikatzen denean, saritze-sistemak banakoa bultzatuko du portaera hori betetzera. Horrela, portaera horiek errepikatuak izateko probabilitatea areagotzen da.

Nola erlazionatzen da saritze-sistema drogen abusuarekin? Ikerketak frogatu duenez, abusuzko droga askok saritze-sistema martxan jartzen dute: garunak hartutako droga banakoaren eta espeziearen biziraupenerako portaerekin «nahasten» du. Gainera, abusuzko droga batzuek estimula dezakete saritze-sistema gauza natural

gehienek ezin duten modu indartsuan. Alegia, eguneroko bizitzaren ekintza positibo edo atseginek nekez pareka dezakete abusuzko drogen kontsumoak eragiten duen saritze-sistemaren aktibazioa.



1.2. irudia. Saritze-sistemaren eskema. Egileek osatutako irudia.

1.3.3. Tolerantzia

Drogak behin eta berriz hartzearen ondorioz, efektu desiratuenak lortzeko behar den kantitatearen handiagotze graduala da tolerantzia. Substantzia ezezagun bat kontsumitzen denean NSZaren funtzionamenduan eragiteko moduan, organismoak substantzia horretaz babestu nahi du, haren eragina gutxituz, autodefentsarako oinarritzko mekanismo baten gisa (Goldstein, 2005). Organismoa saiaturiko da droga horren eragina berdintzen, barne-oreka mantentzeko eta horretarako beharrezkoak diren aldaketa neurofisiologikoak eginez.

Droga guztiek ez dute tolerantzia sortzen. Tolerantziaren fenomeno oso nabarmena da droga depresoreetan —esate baterako, alkoholean, opiazeotan edo benzodiazepinetan— eta droga estimulagarrietan ere —anfetaminetan edo kokainan—. Droga psikodeliko gehienek, ordea, ez dute apenas tolerantziarik sortzen, ez behintzat aurrekoen tankerakorik.

Tolerantzia aldatu egingo da substantziaren arabera, kontsumo-patroiaren arabera, banakoaren ezaugarrien arabera —haren osasun-egoera, egituraketa genetikoak, bizi-baldintzak— eta substantzia adiktiboak NSZan eragiten dituen efektuen arabera. Denbora luzea pasatu baldin bada tolerantzia sortuta zuen droga

bat kontsumitu gabe, berriro kontsumitzean tolerantzia azkarrago garatzea espero daiteke.

Tolerantzia motak bi ikuspegi orokorren arabera sailkatzen dira: a) substantziaren ikuspegitik eta b) banakoaren ikuspegitik (Lorenzo *et al.*, 2009).

a) Substantziaren ikuspegitik

Droga beraren ikuspegitik, tolerantzia akutua, tolerantzia alderantzizkoa eta tolerantzia gurutzatua bereizten dira. *Tolerantzia akutua* gertatzen da droga jakin bat behin eta berriz hartzen denean denbora-tarte labur batean (Lorenzo *et al.*, 2009). Gehitzen den dosi bakoitzarekiko erreakzioa gero eta txikiagoa da kontsumo-denboran zehar. Bestetik, *tolerantzia alderantzizko* edo *sentsibilizazioan*, droga jakin bat behin eta berriz hartzeak droga horrekiko tolerantzia sortu beharrean kontrako efektua sortzen du, alegia, zenbat eta droga kantitate txikiagoekin gero eta efektu handiagoak. Azkenik, *tolerantzia gurutzatuan*, droga-mendeko batek inoiz probatu ez baina mendekotasuna duen drogarekiko antzekotasun kimiko handia duen droga batekiko izan dezakeen tolerantzia da (esate baterako, heroinarekiko mendekotasuna duen pertsona batek morfinarekiko tolerantzia oso azkar garatuko du, bi substantzian antzekotasun kimikoaren ondorioz).

b) Banakoaren ikuspegitik

Banakoaren ikuspegitik bi tolerantzia mota bereizten dira: *jaiotzetiko tolerantzia* eta *tolerantzia hartua*. *Jaiotzetiko tolerantzian* drogarekiko sentikortasun gutxiagotu bat ematen da lehenengo administrazioetik, eta arrisku-faktorea da adikzio goiztiarraren garapenerako. *Tolerantzia hartua*, aldiz, hiru azpimotatan bereizten da: *tolerantzia farmakozinetikoa*, *tolerantzia farmakodinamikoa* eta *tolerantzia ikasia*.

Tolerantzia farmakozinetikoa edo *fisiologikoa* administrazio errepikatuen ondorioz drogaren metabolismoan sortzen diren aldaketek osatzen dute. Gibela saiatuko da droga azkarrago metabolizatzen, eta horren ondorioz drogaren kontzentrazioa odolean baxuagoa izango da eta subjektuak efektu berbera lortzeko droga kantitate handiagoa beharko du. *Tolerantzia farmakodinamiko* edo —«prozesu aurkaria» deitu izan dena ere— drogaren kontsumo errepikatuak bide dopaminergikoen amaieran dauden neuronen sentikortasuna gutxituko du, dopaminaren hartzaile neuronalen kopurua gutxituz. Horrela, gero eta substantziaren kantitate handiago bat beharko da efektu bera lortzeko (Ahmed *et al.*, 2003).

Tolerantzia ikasia zer den ulertzeko, giza hautematearen eta motibazioaren oinarrizko aspektu batzuk ulertu behar dira. Gizakiak arreta ematen die gertakari berriei, identifikatu arte arriskutsuak diren ala ez, saritze-sistemaren bide dopaminergiko berberak erabiliz. Estimulu jakin bat ez baldin bada arriskutsua, garunak automatikoki arreta gutxiago emango dio. Droga bat hartzen denean gauza

bera gertatzen da: lehen aldian, garunak arreta handia jarriko dio, baina esperientzia errepikatzean eta arrisku-pertzepzioa gutxitzen den neurrian, garunak gero eta arreta gutxiago jarriko dio estimulu horri, eta horren ondorioz efektuen gutxiagotze bat gertatuko da.

Animaliekin egindako esperimentuetan frogatu denez, ez diote soilik erantzuten drogaren estimulari, droga horrekin batera eskaintzen den testuinguru osoari baizik (Healy, 2006). Giza eremura eramanik, errutinazko alkohol-kontsumo batek —lanetik irtendakoa egunero auzoko tabernan egiten dena, esate baterako— gero eta tolerantzia-maila altuagoa sor dezake, testuingurua segurua delako eta garunak alkohol-kontsumoari eta inguruneari ematen dien arreta gero eta txikiagoa delako. Alabaina, tentsioz betetako lan-bilera baten ondoren eguerdian hartutako garagardo bakarra askoz ere azkarrago igoko da burura, alkohol-kontsumoa eta ingurunea ezohikoak direlako.

1.3.4. Abstinentzia

Abstinentzia kantitate handietan eta denbora luzean kontsumitutako substantzia adiktibo baten kontzentrazioa odolean edo ehunetan gutxitzen denean sortzen den portaera-aldaketa ez-egokitzaila eta desatsegina da (Becoña, 2016). Portaera-aldaketa hori abstinentzia-sintomen agerpenaren bidez ematen da, eta sintomak desagerrarazteko, mendekotasuna sorrarazi duen substantzia berriro kontsumitu behar da. Substantzia adiktiboaren kontsumoaren erabateko murrizketa mantentzen bada, sintoma multzo bat agertuko da, *abstinentzia-sindromea* deritzona, substantzia bakoitzarekiko espezifikoa dena. Abstinentzia-sindromeak ondoez klinikoki adierazgarria eta lan- eta jendarte-jardueretan narriadura dakar.

Abstinentziaren ezaugarriak droga-familia batetik bestera dezente aldatzen dira. Substantzia lasaigarrietan oso nabarmenak dira. Substantzia estimulatzaileetan ere, baina izaera desberdina dute eta ez dira horren deigarriak, eta substantzia psikodelikoekin abstinentzia ez da oso fenomeno garbia.

1.3.5. Craving-a

Craving-a droga kontsumitzeko konpulsiozko desioa da. *Craving*-a fenomeno psikologiko gisa ulertu izan da, pertsonen arazo psikologiko sakonekin erlazionatzen dena. Abstinentzia-sindromearen gogorra gaingitu eta kontsumoan berreroritako mendeko bati galdetzen bazaio zergatik hasi den kontsumitzen berriro, sarri droga-kontsumitzeko antsia edo *craving*-a aipatuko du. Historikoki, erantzun horrek mendekoak psikologikoki pertsona bereziki ahulak zirela pentsarazi zien askori, ikertzaileak barne, droga-mendekotasuna nolabaiteko gaixotasun morala bihurtuz. Ikerketak, ordea, gero eta gehiago frogatzen ari dira *craving*-eko egoerek oinarri neurologiko oso erreala dutela, eta nolabait mendekotasun fisikoaren beste aspektu konplexu bat osatuko lukeela (Healy, 2006).

1.3.6. Droga-mendekotasuna edo adikzioa³

Adikzioa edo droga-mendekotasuna banakoaren egoera psikofisiologiko aldatua da, azaleratzen dena banakoak ezin dionean droga bat kontsumitzeari utzi abstinentziarik nozitu gabe. Egoera hau lotzen da drogaren kontsumo errepikatuak garunean eragingo lituzkeen neuro-egokitzapenarekin, hots, garuneko aldaketa zelular eta neuroplastikoekin (Kalivas, 2010).

Adikzioaren oinarrizko ezaugarriak dira: a) *craving*-a edo droga bilatzeko eta hartzeko konpultsioa; b) drogaren kontsumoa mugatu edo eteteko ezintasuna; eta c) abstinentzia edo egoera emozional negatibo baten agerpena droga kontsumitzen ez denean (Koob, 2006).

Beraz, pertsona batek droga baten kontsumoari dagokionez hiru irizpideok betetzen baditu, esan dezakegu pertsona horrek adikzio bat duela. Adituen artean arazo gehien sortu du drogaren kontsumoa mugatu edo eteteko ezintasunaren bigarren irizpideak, ezin baita modu objektibo batean irizpide hori neurtu (Albanese eta Shaffer, 2012).

1.3.6.1. Mendekotasun fisikoa eta psikologikoa

Adikzioaren kontzeptuan bi alde desberdindu izan dira: mendekotasun fisikoa eta mendekotasun psikologikoa. *Mendekotasun fisikoa* organismoaren neuro-egokitzapen egoera da, non mendekoak substantzia baten kopuru jakin bat behar duen funtzionamendu normala mantentzeko, eta substantzia horren administrazioa etenez gero, abstinentziarekin erlazionatzen diren egoera fisiko eta psikologiko desatseginak jasango diren.

Mendekotasun fisikoa eta psikologikoa ez dira halaberharrez batera agertzen. Esate baterako, pertsona askok benzodiazepina (BDZ) bat hartu behar dute gauero lo egiteko, eta mendekotasun fisikoa dute, adikziorik izan gabe: BDZa hartu behar dute gauero bai ala bai lo egingo badute, baina ez dute BDZak hartzeko antsiarik, ez dute gero eta gehiago hartu nahi, eta ez daude egun osoan horretan pentsatzen.

Bestetik, *mendekotasun psikologikoa* pertsonak droga erabiltzeko duen premia psikologiko edo emozionala da, ez fisikoa. Mendekotasun psikologikoa ager daiteke mendekotasun fisikorik gabe: imajina dezagun pertsona bat edaten duena soilik asteburuetan, oso modu gehiegizkoan, kontrolik gabe eta antsia handiz, nahiz eta arazo edo ondorio negatiboak ekarri (borrokak, zauriak, trafiko-isunak, lan-absentismoa...). Pertsona horrek nabarmenki adikzioa du, baina ez fisikoa, psikologikoa baizik. Mendekotasun psikologikoaren beste adibide argigarri bat nikotina-partxteen bidezko tabakismoaren tratamendua da. Tratamendu horietan organismoa jasotzen ari da behar duen nikotina guztia, eta farmakologikoki egoera oso ondo kontrolatuta dago. Alabaina, soilik pazienteen % 17,7k lortzen dute

3. Testu honetan droga-mendekotasuna, toxikomania eta adikzioa modu sinonimoan erabiliko dira.

tabakoari uztea partxeen bitartez, eta % 82,3k erretzeari ekiten diote berriro, nahiz eta nikotina-hornikuntza ezin egokiagoa izan. Adikzioa fenomeno fisiko hutsa balitz, gisa horretako tratamenduek % 100eko arrakasta izango lukete (Hari, 2015). Pazienteen % 17,7ri laguntzen dien tratamendu bat eraginkortzat jo behar baldin bada ere, honakoa pentsatzera darama: tabakismoaren adikzioan —mendekotasun fisiko ikertuenetako bat—, adikzio psikologikoa ere oso inportantea dela.

1.3.7. Portaeraren adikzioak

Tabakismoaren adibidea ikusita, zera pentsa liteke: adikzioa, substantzia baten irenstearen ondorioz sortzen den fenomeno neurofisiologikoa objektiboa da ala osagai psikologikoagoak edo subjektiboagoak ditu? Historikoki, substantzia kimiko sendo eta behagarri bat izan da adikzioa sortzen duena, fenomenologikoki plazerezko egoera sortuz eta biokimikoki garunaren neuro-egokitzapena bultzatuz. Nolanahi ere, aditu batzuen arabera edozer gauzak adikziorako potentziala izan lezake, baldin eta egoera eta une jakin batean, banako baten egoera subjektiboa aldatzeko gaitasuna badu (Albanese eta Shaffer, 2012).

Gogora dezagun tolerantzia definitzerakoan esan dela tolerantzia ez dela soilik substantziaren ondorioa, substantzia kontsumitzen den egoera osoarena baizik. Ikuspegi horretatik, ez tolerantzia eta ez adikzioa ez dira substantzia fisiko baten ondorio hutsa: banakoaren hautemate eta interpretazio kognitiboaren beharra dute. Horrela, droga psikoaktibo batzuek banakoaren egoera subjektiboa aldatzeko gaitasuna duten bezala, hainbat portaerarekin gauza bera gertatuko litzateke (esate baterako, zorizko jokoeekin).

1.3.8. Kontsumoa, abusua eta adikzioa

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) argitaratu baino lehenago, eskuliburu zientifiko eta klinikoetan droga-mendekotasunaren eta droga-abusuaren arteko berezitasuna egiten zen. Abusua, subjektuak substantzia jakinen kontsumo gehiegizkoa egiteari esaten zitzaion, bere bizitzan ondorio negatibo nabarmenekin, eta mendekotasuna, berriz, arestian ikusi ditugun abstinentziak, tolerantziak gehi beste irizpide batzuek osatzen zuten (ikus 1.3. irudia).

Irudian ikus daitekeen bezala, substantzia batekiko mendekotasuna diagnostikatzeko hiru mendekotasun-irizpide edo gehiago bete behar ziren. Mendekotasun-diagnostikorik ez zutenen artean abusua diagnostikatu ahal zen, abusu-irizpideren bat edo gehiago betez gero. Bi alterazioren arteko banaketa kategoriko honen arabera, bi fenomeno (mendekotasuna eta abusua) ezberdinen aurrean aurkitzen ginen eta bien arteko harremana onartzen zen arren, DSM-IVren arabera abusua ez zen diagnostikatu behar mendekotasuna izanez gero (egitura hierarkikoa zuten beraz).

	DSM-IV Abusua	DSM-IV Mendekotasuna	DSM-5 Substantzien erabilera nahasmendua	
Erabilera arriskutsua	X		X	
Kontsumoarekin loturiko arazoak harremanetan edo lan arloan	X	} Irizpide ≥1	X	} Irizpide ≥2
Betebeharrak alde batera utzi kontsumitzeko	X		X	
Arazo legalak	X		-	
Abstinentzia			X	
Tolerantzia		X	X	
Geroz eta kantitate gehiago edo denbora gehiago kontsumitu		X	X	
Kontsumoa kontrolatzeko edo uzteko garaian porrota		X	X	
Denbora gehiegi kontsumitzen		X	X	
Kontsumoarekin loturiko Arazo fisiko/psikologikoak		X	X	
Beste ekintzak alde batera utzi		X	X	
Craving-a			X	

1.3. irudia. Abusuaren, mendekotasunaren eta nahasmenduaren kontzeptuen bilakaera. Hasin eta besteak (2013) lanetik moldatua.

Adikzio eta abusuarekin bat, garrantzitsua da *kontsumoaren* kontzeptua. Egunero, gehienok droga oso arriskutsuak kontsumitzen ditugu —esate baterako, alkohola—, horrek arazo handirik sortu gabe. Droga kontsumitzearen ondorioz problemak sortzen direnean agertzen da arazoa, hots abusua ematen denean. Horregatik kontsumoa definitu da ondorio negatiborik ez dakarren erabilera bezala. Abusuan, ordea, droga-kontsumoak ondorio negatiboak ekartzen ditu kontsumitzailearentzat. Kontsumoa eta abusua fenomeno desberdinak izan arren, ezin ditugu kategoria independentetzat hartu, *continuum* bateko bi mutur bezala baizik, non beti ez den erraza ebaketa-puntua ezartzea: baldintzapen kulturalak eta sozialak handiak dira eremu honetan.

Gaur egungo DSM-5en, «substantziekin erlazionatutako nahasmenduak eta nahasmendu adiktiboak» kategoria bakarra proposatu da, aurreko mendekotasun/abusu bereizketa ezabatuz. *Craving*-aren irizpidea gehitu da, DSM-IVn eta aurrekoetan jasotzen ez zena. Eta muga 11 irizpidetatik bi edo gehiago betetzean ezarri da.

Aipatutako kategoria orokor hau 9 substantzia desberdinetara aplikatzen da: alkohola, kalamua, haluzinogenoak, inhalagarriak, opiazeoak, lasaigarriak, estimulagarriak, tabakoa eta beste substantzia batzuk.

1.3.9. Adikzioen 7 dimentsioak

Historikoki, DSM, GNS eta adikzioen beste sailkapen psikiatrikoetan, adikzioari kategoria-izaera ematen zaio, hau da, «bai ala ez» gisako fenomeno bat bezala ulertzen da: pertsona batek adikzioa du, edo ez du. Nolanahi ere, DSM-

5en adikzioen definizio kategorialerako joera hau aldatu egin da pixka bat, aipatu larritasun-mailak ezarrita.

Edonola ere, DSM-5en adikziorako irizpideak berdin-berdin betetzen dituzten bi pertsona oso desberdinak izan daitezke: batek izan dezake substantzia batekiko adikzioa —kokaina—, eta besteak portaera batekikoa —kirola—; baten adikzioak ez du zertan ageriko ondorioz eragiten —esate baterako, tabakismoa— eta beste batenak, ordea, hurrengo egunerako pertsona erabat hondatuta utz dezake —esate baterako alkohola—; baten adikzioak hondamendi ekonomikoa dakar, eta beste batena fisikoa, eta abar.

Aldakortasun horren ondorioz, proposatu da DSM eta bestelako irizpide diagnostikoez gain, adikzioak sailka daitezkeela zazpi dimentsioren arabera: kontsumoa, problemak, mendekotasun fisikoa, mendekotasun psikologikoa, narriadura kognitiboa, osasun-kalteak eta aldaketarako motibazioa (Miller *et al.*, 2019). Ikus dezagun laburki dimentsio bakoitza.

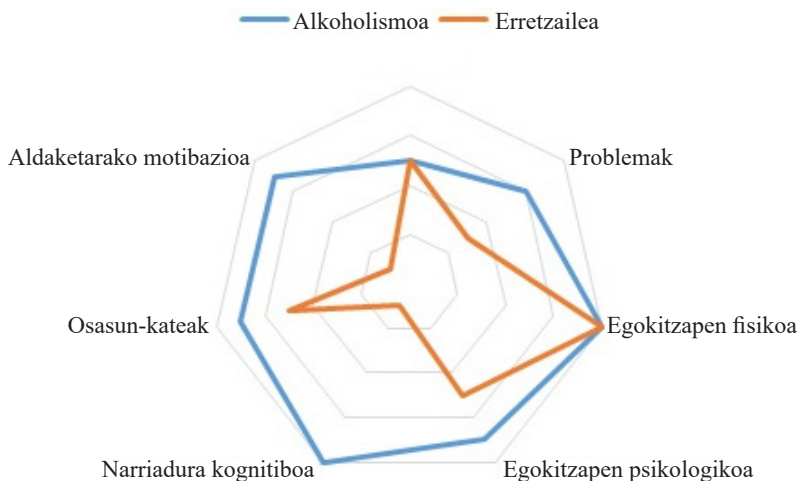
1. *Kontsumoa*. Erabilera deskribatu ohi da kopuruetan (zenbat?), maiztasunean (zenbat alditan?) eta egonkortasunean (kontsumo egonkorra versus aldizkakoa). Portaeraren adikzioak aldagai hauen arabera ere deskriba daitezke.
2. *Problemak*. Kontsumo hutsaren deskribapenak ez du adierazten adikzio horrek noraino eragiten dion pertsona horri (nahiz eta harremana egon badagoen). Bi pertsonak egin dezakete alkoholaren kontsumo pareko bat, baina baten kasuan ondorio oso negatiboak eduki. Ondorio kaltegarri horiek izan daitezke lanean, eskolan, familian, beste harreman batzuekin, finantzetan, legezko arazoetan eta abar.
3. *Mendekotasun fisikoa*. Gorago adierazi denez, substantzia bat —eta portaerekin antzekoa izan daiteke— zenbat eta gehiago kontsumitu, orduan eta kantitate handiagoak behar dira efektu berak lortzeko, alegia, desiratutako intoxikazio-maila lortzeko. Denborarekin, egokitzapen fisiologiko bat ematen da, eta organismoaren funtzionamendu normala drogaren presentzian egiten da. Kontsumoa eteten bada, abstinentziaren sintomak agertzen dira. Alkoholaren kasuan, esate baterako, intoxikazioak hainbat funtzio inhibitzen ditu, eta abstinentziak funtzio horien gainaktibazioa dakar; substantzia estimulagarriekin prozesuak kontrakoak dira.
4. *Mendekotasun psikologikoa*. Adikzioan kontsumoak pixkanaka-pixkanaka gero eta rol zentralago bat hartzen du pertsonaren bizitzan, lehen beste jarduerak betetzen zuten lekua hartuz. Pertsonaren gero eta denbora, energia eta baliabide gehiago jarri behar dira kontsumoaren zerbitzura, substantzia edo portaera hori lortzeko, kontsumitzeko eta efektuetatik berreskuratzen. Pertsonak erabil dezake droga funtzio zehatzetarako, esate baterako, egoera emozional edo fisiko zehatzak hobeto eramateko.

5. *Narriadura kognitiboa*. Substantzia psikoaktiboek izan ditzakete efektuak funtzionamendu kognitiboan, gaitasun mentaletan eta adimenean, eta efektu horiek gainera akutuak izan daitezke —behin-behinekoak— zein kronikoak. Droga depresoreek, intoxikazioak irauten duen bitartean, narriadurak eragin ditzakete oroimenean, arretan, erreakzio-denboran eta ikaskuntza-gaitasunetan. Epe luzeko erabileren ondorioz, kalte horiek itzulezin bihur litezke.
6. *Osasun-kalteak*. Droga anitzek osasuna kaltetu dezakete. Batzuetan kalteak kontsumoaren efektu akutuekin batera doaz —arriskuak hartu, agresioak, gaindosiak—, eta beste batzuetan kalteak kontsumoaren efektu kronikoekin batera doaz —minbizia, gaixotasun kardiobaskularrak, hepatikoak, eta abar—. Zeharka, substantzien kontsumoak kalte egin ahal dio osasunari autozaintza gutxituz, nutrizio eta elikatze egokia alde batera utziz eta arreta eskatzen duten gaixotasun kronikoen zaintza zalantzan jarriz.
7. *Aldaketarako motibazioa*. Aldaketarako motibazioa elementu inportantea da adikzioetatik berreskuratzeko. Zailtasunak mendekotasunaren aferari aurre egiteko arazo arrunta izaten dira droga-mendekotasunen tratamenduan. Historikoki, pentsatu da banakoak «behea jo» behar zuela eta nahikoa sufrimendu jasan aldatzeko prest egon baino lehenago. Gaur egun, ordea, tresna ugari daude aldatzeko motibazioa areagotzeko behea jo baino askoz ere lehenago (Miller eta Rollnick, 2015).

1.1. taula. Adikzioen zazpi dimentsio jarraituen azterketa.

Baxua	Kontsumoa	Altua
Baxua	Problemak	Altua
Baxua	Egokitzapen fisikoa	Altua
Baxua	Egokitzapen psikologikoa	Altua
Baxua	Narriadura kognitiboa	Altua
Baxua	Osasun-kalteak	Altua
Baxua	Aldaketarako motibazioa	Altua

Dimentsio horietako bakoitzak aldakortasun handia du banako batetik bestera. Gainera, dimentsiook ez daude erlazionaturik: dimentsio batean gertatzen denak ez digu gauza askorik esaten beste dimentsioei buruz. Horregatik interesgarria izan daiteke ebaluatzea pertsona dimentsio bakoitzean, pertsonak duen problemaren irudi osatuago bat lortzeko (ikus 1.1. taula). Desberdintasun hauek agerikoagoak egiteko 1.4. irudian dimentsioetan zehar alkoholismoaren eta tabakismoaren arteko desberdintasunak adierazten dira.



1.4. irudia. Adikzioen 7 dimentsioen adibide bi. Egileek osatutako irudia.

1.3.10. Intoxikazioa

Gorputzaren egoera iragankorra da, substantzia psikoaktibo bat irentsi ondoren hautematean, kontzientzian, afektuan, portaeran eta psikofisiologian aldaketak ekartzen dituena. Intoxikazioaren intentsitatea hartutako dosiaren arabera da, eta denbora aurrera egin ahala gutxituz doa, baldin eta substantzia psikoaktiboaren kontsumoaren errepikapenik egiten ez bada. Normalean leheneratzea osoa da, garunehunetan edo beste gorputz-atalen batean zauririk izan ez bada.

1.3.11. Errefortzu positibo eta negatiboak

Dakigunez, errefortzu positibo bat esperientzia fenomenologikoki positibo edo plazerezkoa da, bere agerpenaren bitartez portaeraren maiztasuna handiagotzen duena. Errefortzu negatiboak, bestetik, esperientzia fenomenologikoki negatibo edo desatseginaren desagertzea dakar, eta horren ondorioz portaeraren maiztasuna areagotzen da.

Kontzeptu hauek aplikatu izan zaizkie droga-mendekotasunaren fenomenoari eta haren tratamenduari. Horrela, drogaren kontsumoaren aspektu hedonikoek edo plazerezkoek errefortzu positibo baten gisa jokatzan dute, eta abstinentsia-sindromeak, aldiz, errefortzu negatibo gisa. Sarri, droga-mendekotasuna ezarrita dagoenean, droga-kontsumoak funtsean abstinentsiaren sintomatologiaren errefortzu negatiboa desagerrarazteko portaera gisa jokatzan du.

1.3.12. Errefortzurako potentziala

Errefortzurako potentziala deritzo droga baten gaitasunari kontsumo- edo bilaketa-portaeraren maiztasuna mantentzeko zein igotzeko. Kontzeptu hau animaliekin egindako esperimentuetatik dator. Adibidez, kokainaren aurrean tximuek droga hartzearen egon daitezke oso denbora luzez jan edo edan gabe, droga noiz jasoko zain. Nikotinaren aurrean, ordea, animalien «gogoia» droga hartzeko ez da horren indartsua eta ez dira horrenbeste denbora egoten drogaren zain. Horrela, kokainaren errefortzurako potentziala nikotinarena baino handiagoa dela esan dezakegu, segurtasun osoz tximuetan eta litekeenez ere gizakietan (Healy, 2006). Lehenago aipatu diren beste kontzeptuen antzera, errefortzurako potentzialak ere banakoen arteko aldakortasun handia du.

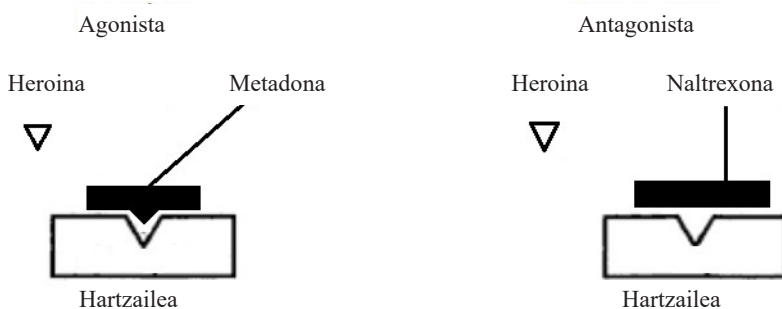
1.3.13. Substantzia agonistak, antagonistak eta agonista partzialak

Droga-mendekotasunen esku-hartzearen tratamendu farmakologikoari dagozkion kontzeptu inportanteak dira substantzia agonistak, antagonistak eta agonista partzialak.

Drogen eragina garunean gauzatzen da haiei «egokitutako» hartzaille neuronalekin bat egiten dutenean: hartzaille neuronalarekin bat egitean, droga-molekula zelularen barrenera sar daiteke eta efektu askotarikoak eragin. Droga-mendekotasunen tratamendu farmakologikoetan, substantzia agonistak erabiltzen dira abusuzko drogarekin lehia daitezen. Substantzia agonistak drogen hartzaille neuronal jakinak okupatzeko lehiatzen dira. Helburu terapeutikoekin erabiltzen den substantzia agonista bat dagokion hartzaille neuronalean kokatzen bada, haren efektua garatuko da eta ez abusuzko drogarena. Erabilitako substantzia terapeutikoak ez dira abusuzko drogak bezain toxikoak eta osasun-arrisku baxuagoak dauzkate pazientearentzat. Esate baterako, helburu horrekin oso erabilia izan da *metadona* heroinaren substantzia agonista gisa (Grijalvo eta Insúa, 2000).

Substantzia antagonistek, bestetik, abusuzko droga jakin baten hartzaille neuronala okupatzen badute, ez dute ondorio edo efekturik gauzatzen: neurona hori inongo eraginik gabe geratuko da. Substantzia antagonistak gaindosi kasuetan erabiltzen dira, egoera larria sortu duen drogaren efektua gutxiagotzen joateko. Opiazeoen kasuan, *naltrexona* da botika antagonista ezagun bat.

Azkenik, agonista partzialak leku edo hartzaileengatik lehiatzen dira, baina lortzen duten efektu edo eragina baxua da. Esate baterako, opiazeo baten efektuari gehitzen bazaio agonista partzial batena, haren efektua baxuagoa izango da. Agonista partzial ezagun bat da *buprenorfina*.



1.5. irudia. Substantzia agonisten eta antagonisten ekintza-mekanismoak. Egileek osatutako irudia.

1.3.14. Drogen efektu bateratuak: sinergismoa eta antagonismoa

Droga-kontsumitzaileek sarri droga bat baino gehiago hartzen dute aldi berean. Horregatik, inportantea da droga desberdinen elkarrekintza-efektuei erreparatzea. Prozesu sinergiko batean, substantzia kimiko baten efektua beste substantzia kimiko batenari gehitzen zaio. Neurologikoki, bi substantzion efektu bateratua ez da izango bi efektu multzoen batura, bi substantzion efektuen batura baino gehiago baizik. Adibidez, alkohola (substantzia depresorea) eta kalamua (substantzia depresorea) elkarren segidan hartuz gero, NSZaren depresio-eragina droga bien batura baino handiagoa da.

Antagonismoa gertatzen da bi drogaren efektu bateratua bi substantzion efektuen batura baino gutxiago denean. Hau gertatu ohi da substantzia bakoitzaren efektu nagusia bestearen kontrakoa denean. Adibidea: alkoholaren efektu depresorea gehi kokainaren efektu estimulatzailea.

1.3.15. Bigarren mailako efektuak edo albo-ondorioak

Bigarren mailako efektuak dira drogen, botiken eta medikamentuen kontsumoak ekartzen dituen ondorio desatseginak edo ez bilatuak. Ez da ezagutzen bigarren mailako ondoriorik ez duen drogarik. Arestian esan den bezala, droga hitzak etimologikoki «sendagai» zein «pozoi» esanahiak ditu. Beraz, substantziek osatzeko zein gaixotzeko gaitasunak dituzte; ondorio bat edo bestea, neurri handi batean, dosiaren, administrazio-bidearen eta kontsumo moduaren arabera agertuko da.

Gainera, normalean drogek ez dute efektu bakar bat eragiten. Esaterako, morfinak anestesia eta euforia eragiten ditu; baina gonbitoak ere kasu gehienetan. Morfinaren erabileran efektu analgesikoa bila daiteke, baina ez euforiazkoa edo gonbitoena, esate baterako (Lorenzo *et al.*, 2009).

1.3.16. Nahasmendu duala

Nahasmendu duala deritzo droga-mendekotasunarekin batera beste nahasmendu psikopatologiko bat agertzen denean. Sarri, bi nahasmendu desberdinen sintomak gainjartzen dira; diagnostiko zuzena, beraz, afera inportantea da eremu honetan.

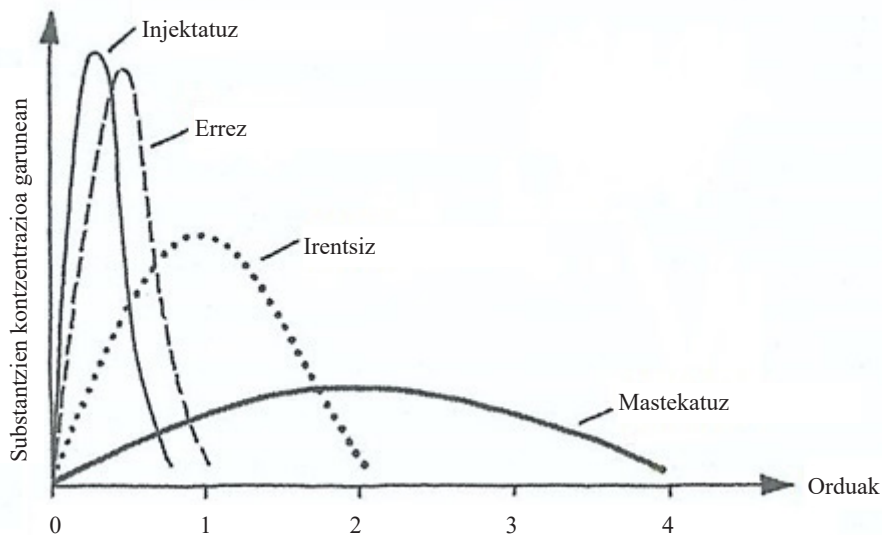
Modu oso sendo batean aurkitu izan da droga-mendekotasunaren eta hainbat psikopatologiaren arteko komorbilitatea. Ikerketa batzuetan aurkitu izan da paziente psikiatrikoen % 40-60an substantzien abusua (Fields, 2010). Portaera antisoziala, nahasmendu afektiboak —bereziki depresio nagusia—, fobiak eta nahasmendu sexualak izan dira toxikomaniekin komorbilitate gehien erakutsi duten nahasmenduak. Generoari dagokionez, aurkitu izan da generoaren eta nahasmendu dualaren elkarrekintza berezia nahasmendu bipolarren dagokionez: gizonezko alkoholikoetan nahasmendu bipolarren intzidentzia populazio arruntaren aldean hiru aldiz handiagoa da, baina emakumezko alkoholikoetan hamar aldiz handiagoa (Fields, 2010).

Nahasmendu hauen eta droga-mendekotasunen arteko erlazioa konplexua da. Batzuetan erlazioa ausazkoa dela esan da (EMCDDA, 2015). Beste batzuetan arazo psikopatologiko bat adikzio baterako arrisku-faktorea izan daiteke, eta kontrakoa ere bai: adikzioaren ondorioz, hainbat disfunzio psikopatologiko martxan jar daitezke edo okerragotu. Nahasmendu psikopatologiko hauek, gainera, jarrai dezakete nahiz eta mendekotasuna gainditu.

1.3.17. Administrazio moduak

Drogak garunera iritsarazteko sei bide diferente existitzen dira: 1) ahozkoa (ingestioz, murtzikaketaz edo mingain azpikoaz); 2) birikez (inhalatua edo errea); 3) sudurrezkoa; 4) zain barnekoa; 5) gihar barnekoa edo larruazalpekoa; eta 6) uzki bidezkoa.

Administrazio modua drogaren efektuen azkartasunarekin oso erlazionatua dago, eta, aldi berean, efektuen azkartasuna mendekotasuna agertzeko probabilitatearekin (ikus 1.6. irudia). Erreakzio bizkorrena inhalazioz gertatzen da, adibidez tabakoa erretzen denean: nikotina 10-20 segundotan iristen da garunera. Hurrengo erreakzio azkarrena zain barnekoa da (10-20 segundo) eta hirugarrena gihar barnekoa (3-5 minutu). Sudurrezko bidean ere drogak 3-5 minutu behar ditu garunera iristeko. Ahozkoa mantsoena da; drogak ordu-erdi inguru behar izaten du garunera iristeko. Murtzikaketan denbora hori luzatzen da ordubete/ordu pare batera (ikus 1.6. irudia).



1.6. irudia. Administrazio-bideak eta substantzien efektuak.
Nutt (2012) lanetik moldatua.

Inhalazio eta zain barneko bideek antzeko denbora behar badute ere (10-20 segundo), bada bi bideen arteko desberdintasun nagusi bat. Droga bat zain barneko bidez kontsumitzen denean, lehenik bihotzeko eskuin aldera iritsiko da, eta hor gorputzeko beste atal batzuetatik datorren odolarekin nahastuko da, kontzentrazioa galduz; ondoren biriken zirkulaziora bidaliko da, bihotzera itzuliko da berriro eta azkenik gorputz osora eta garunera joango da. 16 bat segundotan, droga diluituago iritsiko da garunera. Bestetik, droga bera erretzen bada, biriketarik odolera igaroko da eta hortik bihotzera, eta bihotzetik zuzenean garunera joango da. Beraz, administrazio modu honetan, droga gutxiago galtzen da prozesuan, garunerako bidea azkarragoa eta laburragoa delako. Droga errez, kontzentrazio handiagoa azkarrago irits daitekeenez garunera, mendekotasuna sortzeko probabilitate handiagoak egongo dira. Tabakoaren mendekotasun indartsua izan daiteke horren adibide bat.

ERREFERENTZIAK

- Abdallah, C. G.; Averill, L. A.; Collins, K. A.; Geha, P.; Schwartz, J.; Averill, C.; ...
Murrough, J. W. (2017): «Ketamine treatment and global brain connectivity in major depression», *Neuropsychopharmacology*, 42(6), 1210-1219. doi:10.1038/npp.2016.186
- Ahmed, S.; Lin, D.; Koob, G. F. eta Parsons, L. (2003): «Escalation of cocaine self-administration does not depend on altered cocaine-induced nucleus accumbens dopamine levels», *Journal of Neurochemistry*, 86, 102-113.

- Albanese, M. J. eta Shaffer, H. J. (2012): «Addiction: The genesis and evolution of an idea and its consequences», in H. J. Shafer; D. A. LaPlante eta S. E. Nelson (Edk.), *APA Addiction Syndrome Handbook, Vol.1: Foundations, Influences, and Expressions of Addiction*, American Psychological Association, 3-25.
- American Psychiatric Association (2013): *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Association.
- Amigó Borrás, S. (2012): *Cómo las drogas pueden mejorar nuestras vidas: Manual de ayuda*, Madril: Amargord.
- Arana, X. eta Markez, I. (2015): «¿Es posible una política alternativa ante el fenómeno social de las drogas?», in I. Markez (Ed.), *Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, Madril, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 511-536.
- Becoña, E. (2016): *Trastornos adictivos*, Madril: Síntesis.
- Bennett, T.; Holloway, K. eta Farrington, D. (2008): «The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis», *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118. doi:10.1016/j.avb.2008.02.001
- Berridge, K. eta Kringelbach, M. (2015): «Pleasure systems in the brain», *Neuron*, 86(3), 646-664. doi
- Biurrun, J. (1999): *Los caballos con números. discursos y sistemas del fármaco psicotrópico*, Irun: Iralka.
- DeMatteo, D.; Filone, S. eta Davis, J. (2015): «Substance use and crime», in B. L. Cutler eta P. A. Zapf (Edk.), *APA handbook of forensic psychology: Vol. 1. Individual and situational influences in criminal and civil contexts*, Washington DC: American Psychological Association, 325-349.
- DeVylder, J. E.; Mittal, V. A. eta Schiffman, J. (2021): «Balancing the public health costs of psychosis vs mass incarceration with the legalization of cannabis», *JAMA Psychiatry*, 78(3), 246-247. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2591
- EMCDDA (2015). *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*, Lisboa: EMCDDA.
- Escohotado, A. (1998): *Historia de las drogas*, Madril: Alianza.
- , (2005): *Historia elemental de las drogas*, Bartzelona: Anagrama.
- Fields, R. (2010): *Drugs in perspective*, New York: McGraw-Hill International Edition.
- Goldstein, A. (2005): *Adicción*, Bartzelona: Ediciones en Neurociencias.
- Grijalvo, J. eta Insúa, P. (2000): «Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias», *Papeles Del Psicólogo*, 77, 33-45.
- Hari, J. (2015): *Tras el grito: Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*, Bartzelona: Paidós.
- Hasin, D. S.; O'Brien, C. P.; Auriacombe, M.; Borges, G.; Bucholz, K.; Budney, A.; ... Grant, B. F. (2013): «DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale». *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>

- Healy, D. (2006): *Psychiatric drugs explained*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Husak, D. N. eta Varela Marcos, A. (2003): *¡Legalización ya!: Argumentos a favor de la despenalización de las drogas*, Madrid: Foca.
- Kalivas, P. W. (2010): «Neurocircuitry of Addiction» *Psychoneuropharmacology Reviews*, 3, 19-21.
- Koob, G. F. (2006): «The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis», *Addiction*, 101(1), 23-30.
- Kramer, J. F. eta Cameron, D. C. (1975): *A manual on drug dependence*, Geneva: World Health Organization.
- Lorenzo, P.; Ladero, J. M.; Leza, J. C. eta Lizasoain, I. (2009): *Drogodependencias*, Buenos Aires: Panamericana.
- Miller, W. R.; Forcehimes, A. eta Zweben, A. (2019): *Treating addiction: A guide for professionals* (2nd ed.), New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R. eta Rollnick, S. (2015): *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*, Bartzelona: Paidós.
- Nutt, D. (2012): *Drugs without the hot air*, Cambridge: UIT Cambridge.
- OEDT (2018): *Uso médico del cannabis y los cannabinoides*, Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Perucca, E. (2017): «Cannabinoids in the treatment of epilepsy: Hard evidence at last?», *Journal of Epilepsy Research*, 7, 61-76. doi:10.14581/jer.17012
- San Juan, C. eta Vozmediano, L. (2018): *Psicología criminal*, Madrid: Editorial Síntesis.
- Tullis, P. (2021): «The rise of psychedelic psychiatry», *Nature*, 589, 506-509. doi:10.1038/d41586-021-00187-9
- UNODC (2021): *World Drug Report 2021*, Geneva: Switzerland.
- Usó, J. C. eta Markez, I. (2015): «La creación de un “problema de drogas” en el estado español: Un origen centenario», in I. Markez (Ed.), *Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 43-56.
- Whiteford, H. A.; Degenhardt, L.; Rehm, J.; Baxter, A. J.; Ferrari, A. J.; Erskine, H. E.; ... Vos, T. (2013): «Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010», *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.