



Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα

Μεταπτυχιακών Σπουδών

«ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών - Ζητήματα Βιοηθικής: Τα όρια της
θεραπείας της εγκύου χρήστριας»**

του Γιάννη Ζαχαρόπουλου

Κύρια επιβλέπουσα καθηγήτρια: κα Πετούση Βασιλική
Επιβλέποντες καθηγητές/καθηγήτριες: κος Κουκουζέλης Κωνσταντίνος
κα Δάγλα Μαρία

Μάρτιος 2024

Copyright © [Γιάννης Ζαχαρόπουλος, 12/02/2024]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι έννοιες της επαγγελματικής ηθικής και δεοντολογίας και της σύγκρουσης με το προσωπικό αξιακό πλαίσιο, της ευθύνης και του καταλογισμού μιας ιδιαίτερα ευάλωτης πληθυσμιακής ομάδας και οι πάντοτε παρούσες βασικές αρχές βιοηθικής: αυτονομία, ευεργεσία, μη βλάβη, δικαιοσύνη. Όλα τα παραπάνω δημιούργησαν ένα σύνθετο περιβάλλον προσέγγισης του ζητήματος της εγκυμοσύνης σε περιβάλλον τοξικοεξάρτησης. Ωστόσο η πολυπλοκότητά του ζητήματος κατέστησε ελκυστική την πραγμάτευσή του, σε μια προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα και ηθικά διλήμματα.

Φθάνοντας στην ολοκλήρωση της συγγραφής, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα κα Βασιλική Πετούση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στο τμήμα Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, η οποία με την καθοδήγηση και τις πάντοτε ουσιώδεις επισημάνσεις της συνέβαλε τα μέγιστα στην συγγραφή και την τελική μορφή της παρούσας εργασίας. Ιδιαίτερω, αισθάνομαι την ανάγκη να την ευχαριστήσω για την κατανόηση και την χωρίς προϋποθέσεις διαθεσιμότητά της καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και της μέχρι τώρα συνεργασίας μας. Επίσης, ευχαριστώ πολύ τους καθηγητές, κύριο Κωνσταντίνο Κουκουζέλη και κυρία Μαρία Δάγλα, οι οποίοι με τίμησαν με τη συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή αξιολόγησης και με διαφώτισαν με σχόλια και συμβουλές.

Δε θα μπορούσα να παραλείψω την πολύτιμη συνδρομή των συναδέλφων εργαζομένων στο ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ, οι οποίοι αποτέλεσαν το ερευνητικό δείγμα της έρευνάς μου επιδεικνύοντας επαγγελματισμό και θετική διάθεση στο όλο εγχείρημα. Επιπροσθέτως, θα ήθελα εγκάρδια να ευχαριστήσω την κυρία Σταυρούλα Τσινόρεμα, διευθύντρια σπουδών του ΔΠΜΣ «Βιοηθική» γιατί ήταν ο πρώτος άνθρωπος που φύτεψε μέσα μου τον σπόρο και την αγάπη για την βιοηθική και την αναζήτηση απαντήσεων σε ερωτήματα ηθικής φιλοσοφίας.

Το μεγαλύτερο ευχαριστώ απευθύνεται στην σύζυγό μου Ελευθερία και τα δύο μας παιδιά Γιώργη και Μιχαηλία, οι οποίοι τα τελευταία δύο χρόνια -όπως και πάντοτε άλλωστε- στάθηκαν δίπλα μου απόλυτα υποστηρικτικά και με περίσσια αισιοδοξία, όταν η δική μου έφθινε κατά περιόδους.

*«Τα καθήκοντα και οι ευθύνες μας ως ανθρώπινα όντα πρέπει να αποδειχθούν τόσο
αδιαμφισβήτητα, ώστε ακόμη και οι άθεοι να τα αναγνωρίζουν...»*

(Hans Jonas, “Η αρχή της ευθύνης”)

Περιεχόμενα

Περίληψη	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εγκυμοσύνη και Ουσιοεξάρτηση - Οριοθέτηση του ζητήματος.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Τι είναι εξάρτηση – Μερικά Δεδομένα.....	13
2.1 Η εικόνα της εξάρτησης παγκοσμίως.....	13
2.2 Η εικόνα της εξάρτησης στην Ελλάδα.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οι βασικές θεωρήσεις της εξάρτησης.....	16
3.1 Τοξικομανία, εθισμός ή εξάρτηση; Μια απόπειρα ορισμού.....	16
3.2 Η εξάρτηση ως ασθένεια (Brain Disease Model).....	18
3.3 Η εξάρτηση ως προσωπική επιλογή (Free-Will model).....	20
3.4 Τα βασικά μοντέλα θεραπείας της εξάρτησης.....	22
3.4.1 Το μοντέλο της φαρμακευτικής υποκατάστασης.....	23
3.4.2 Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο – Οι θεραπευτικές κοινότητες.....	24
3.4.3 Η θεραπεία εγκύων χρηστών – Ηθικά ζητήματα στην υποχρεωτική θεραπεία.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Το ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο υπό το πρίσμα της φιλοσοφίας.....	29
4.1 Ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο και φιλελεύθερη θεώρηση.....	30
4.2 Ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο και καντιανή θεώρηση.....	33
4.3 Ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο και αρεταϊκή ηθική.....	36
4.4 Η ηθική της φροντίδας.....	39
4.5 Το μοντέλο της μείωσης της βλάβης. Ηθική αιτιολόγηση και κριτική.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Εξαρτήσεις και εγκυμοσύνη – Βιοηθικές Προεκτάσεις.....	47

5.1 Εξάρτηση και μητρότητα	47
5.1.1 Οι κίνδυνοι για τη μητέρα και το παιδί	50
5.2 Η αυτονομία της εγκύου χρήστριας ουσιών – Ζητήματα αναπαραγωγικής ελευθερίας.....	52
5.3 Αυτονομία και ηθικό status του κυοφορούμενου.....	59
5.4 Τα εμπόδια στην αναζήτηση θεραπείας και οι ηθικές προκλήσεις του θεραπευτή/της θεραπεύτριας.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η Έρευνα.....	69
6.1 Στόχος της έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα.....	69
6.2 Μεθοδολογία της έρευνας – Δειγματοληψία.....	70
6.2.1 Ο πληθυσμός της έρευνας – Συλλογή δεδομένων.....	72
6.2.2 Δεοντολογία της έρευνας.....	73
6.3 Ανάλυση Δεδομένων – Θεματικές κατηγορίες.....	74
6.4 Ευρήματα – Βασικά Πορίσματα.....	75
6.4.1 Οι κύριες θεματικές κατηγορίες.....	75
6.4.2 Οι δευτερεύουσες θεματικές κατηγορίες.....	83
6.5 Σύνοψη ερευνητικών ευρημάτων.....	94
6.5.1 Περιορισμοί της έρευνας.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα – Συζήτηση.....	97
7.1 Οδηγίες προς τους/τις επαγγελματίες.....	99
7.2 Προτάσεις Πολιτικής.....	104
Βιβλιογραφία Ξενόγλωσση.....	109
Βιβλιογραφία Ελληνόγλωσση.....	124
Παράρτημα Α – Οδηγός Συνέντευξης.....	127
Παράρτημα Β – Έντυπο Ενημέρωσης.....	129

Περίληψη

Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ εξακολουθεί να αποτελεί στην σύγχρονη εποχή μία σημαντική πρόκληση για τους επιστήμονες που εργάζονται στο πεδίο της πρόληψης και της θεραπείας των εξαρτητικών συμπεριφορών σε παγκόσμιο επίπεδο. Μολονότι για κάποια χρονική περίοδο η κατάχρηση ουσιών συσχετίστηκε απλώς με συνθήκες φτώχειας και αποκλεισμού, εντούτοις το ζήτημα της εξάρτησης από ουσίες –νόμιμες ή παράνομες- αφορά πολλές ιστορικές περιόδους, επηρεάζει κάθε κοινωνικό στρώμα, φύλο και φυλή και οι έγκυες γυναίκες δεν θα μπορούσαν να αποτελέσουν εξαίρεση. Η φροντίδα των εγκύων γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών και των κυοφορούμενων τους τους παρουσιάζει πολύπλοκα νομικά και ηθικά ζητήματα και είναι ακόμη σε εξέλιξη η συζήτηση σχετικά με το κατά πόσον θα πρέπει να επιβάλλονται ποινικές κυρώσεις ή ποια είναι η καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση για μία γυναίκα που κάνει κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, ο επιστημονικός διάλογος σχετικά με τα δικαιώματα και τις επιθυμίες των εγκύων γυναικών έναντι των συμφερόντων των κυοφορούμενων τους δεν έχει καταλήξει σε βέβαια συμπεράσματα, με αποτέλεσμα αυτό να μεταφράζεται σε καθημερινά ηθικά διλήμματα και συγκρούσεις εντός του εργασιακού περιβάλλοντος του θεραπευτικού προσωπικού που απασχολείται σε φορείς απεξάρτησης.

Η παρούσα διπλωματική εργασία, που εκπονείται στα πλαίσια του *Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Βιοηθική»* του Πανεπιστημίου Κρήτης, έχει ως βασικό στόχο να διερευνήσει την σύγκρουση προσωπικής ηθικής και επαγγελματικής δεοντολογίας στους κόλπους του προσωπικού θεραπείας και το πώς αυτή επηρεάζει την καθημερινή επαγγελματική πρακτική ενός/μίας επαγγελματία παροχής υπηρεσιών φροντίδας στο πεδίο της απεξάρτησης. Ακόμη, αποσκοπεί –μέσω της έρευνας- να αναδείξει την ύπαρξη ή μη ορίων στην παρεχόμενη θεραπεία μίας εγκύου εξαρτημένης γυναίκας και εν τέλει να καταλήξει σε μία δέσμη καλών πρακτικών και κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες θα αφορούν την θεραπευτική διαχείριση γυναικών που κάνουν κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Στο *πρώτο κεφάλαιο* εισάγεται το υπό μελέτη ζήτημα των βιοηθικών προεκτάσεων της ταυτόχρονης ύπαρξης εγκυμοσύνης και ουσιοεξάρτησης σε περιβάλλον θεραπείας και γίνεται μια απόπειρα να οριοθετηθεί θεωρητικά, αναδεικνύοντας παράλληλα το μεγάλο ερευνητικό κενό που παρατηρείται, κυρίως στην χώρα μας, αλλά και παγκοσμίως.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* γίνεται μια απόπειρα να περιγραφεί μέσω αριθμητικών δεδομένων και επιδημιολογικών αναλύσεων η εικόνα του φαινομένου της εξάρτησης, όπως αυτή ισχύει σήμερα

στην χώρα μας, αλλά και παγκοσμίως. Οι δείκτες που παρατίθενται χρησιμοποιούνται διεθνώς ως σημεία αναφοράς του επιπολασμού της χρήσης ουσιών, όπως αυτός ορίζεται μέσω του ελληνικού και του ευρωπαϊκού παρατηρητηρίου (EKTEΠIN, EMCDDA), αλλά και του εθνικού ινστιτούτου για την κατάχρηση ουσιών στις Η.Π.Α (NIDA).

Το *τρίτο κεφάλαιο* παρουσιάζει τις κυρίαρχες θεωρήσεις του φαινομένου της εξάρτησης. Ως εκ τούτου, η εξάρτηση εξετάζεται ως ασθένεια (brain disease model), αλλά και ως προσωπική επιλογή, μέσω της ελεύθερης βούλησης του ατόμου (free will model), αναδεικνύοντας σε κάθε περίπτωση τις διαφορετικές ηθικές προεκτάσεις που το κάθε μοντέλο σκέψης επιφέρει. Στην συνέχεια, γίνεται παρουσίαση των βασικών και πιο διαδεδομένων μοντέλων θεραπείας της εξάρτησης –του μοντέλου της φαρμακευτικής υποκατάστασης και του ψυχοκοινωνικού μοντέλου- και αναλύονται οι δυσκολίες και τα επιμέρους ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από την υποχρεωτική θεραπεία των εγκύων χρηστών.

Στο *τέταρτο κεφάλαιο* γίνεται μια προσπάθεια να ιδωθεί η ουσιοεξάρτηση υπό το πρίσμα τριών βασικών σχολών σκέψης στην ηθική φιλοσοφία, δηλαδή της φιλελεύθερης θεώρησης, της καντιανής δεοντοκρατίας και της αριστοτελικής ηθικής, ενώ το εν λόγω κεφάλαιο κλείνει με μία παρουσίαση του μοντέλου της μείωσης βλάβης (harm reduction), ως δέσμη μέτρων και πολιτικών –εναλλακτικών της θεραπείας- για τις εξαρτήσεις, κάνοντας μια θεωρητική απόπειρα ηθικής αξιολόγησης και κριτικής, πάντοτε στα πλαίσια των θεμελιωδών βιοηθικών αρχών.

Στο *πέμπτο κεφάλαιο*, επί της ουσίας εισερχόμαστε στον πυρήνα του υπό διαπραγμάτευση ζητήματος της εργασίας, αυτό των βιοηθικών προεκτάσεων της συνύπαρξης εγκυμοσύνης και κατάχρησης ουσιών. Στο εν λόγω κεφάλαιο, εξετάζεται ο παράγων μητρότητα -ως έκφραση της ατομικής αυτονομίας της γυναίκας μέσω της άσκησης του αναπαραγωγικού της δικαιώματος- και πώς αυτός επιδρά στις αποφάσεις που καλείται να πάρει μια εξαρτημένη, ενώ παράλληλα αναλύονται οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν για την σωματική και διανοητική υγεία, τόσο της μητέρας όσο και του κυοφορούμενου εμβρύου σε ένα περιβάλλον εγκυμοσύνης και χρήσης ουσιών. Επιπρόσθετα, γίνεται μια προσπάθεια να παρουσιαστούν οι κυρίαρχες απόψεις αναφορικά με το ζήτημα της ύπαρξης ή μη ηθικής υπόστασης -συνεπώς και ευθύνης και καταλογισμού- στο έμβρυο και το κατά πόσο η όποια τοποθέτηση ορίζει την αυτονομία του ως οντότητα. Το κεφάλαιο συνεχίζεται με μία σύντομη αναφορά στην θεματική της ηθικής της φροντίδας, η οποία δεσπόζει σε όλα τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας και το πώς διαμορφώνει την στάση και τις αντιλήψεις του θεραπευτικού προσωπικού και κλείνει με μία συζήτηση γύρω από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που δυσχεραίνουν την αναζήτηση

θεραπευτικού πλαισίου από μια έγκυο χρήστρια, καθώς και τις ηθικές προκλήσεις και τις διλημματικές καταστάσεις που παρουσιάζονται στο έργο ενός/μίας θεραπευτή/θεραπεύτριας που καλείται να διαχειριστεί καθημερινά περιπτώσεις εξαρτημένων γυναικών που πρόκειται να γίνουν μητέρες, στην προσπάθειά του/της να σεβαστεί από τη μία τις αρχές επαγγελματικής δεοντολογίας και τις αρχές βιοηθικής και από την άλλη να συμπορευτεί με ό,τι το προσωπικό του/της αξιακό πλαίσιο αναφοράς επιτάσσει.

Στο *έκτο κεφάλαιο* βρίσκεται το ερευνητικό σκέλος της εργασίας. Εδώ, γίνεται παρουσίαση των κεντρικών στόχων της έρευνας, όπως αυτοί αποτυπώνονται μέσα από τα ερευνητικά ερωτήματα, αναλύεται η μεθοδολογία και οι λόγοι που επιλέχθηκε, το πώς προέκυψε το δείγμα από το οποίο συλλέχθηκαν τα ερευνητικά δεδομένα και ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας. Στην συνέχεια γίνεται η ανάλυση των δεδομένων, που προέκυψαν από τη θεματική ανάλυση του λόγου των απαντήσεων των συμμετεχόντων, τα βασικά ευρήματα στη βάση των ερευνητικών ερωτημάτων και κάποιες συμπερασματικές παρατηρήσεις.

Τέλος, στο *έβδομο κεφάλαιο* γίνεται αναφορά στην συμβολή και την χρησιμότητα της παρούσας εργασίας στο επιστημονικό πεδίο των εξαρτήσεων, αλλά και το ευρύτερο της βιοηθικής και παρουσιάζονται κάποιες βασικές οδηγίες που απευθύνονται στους επαγγελματίες που ασχολούνται με την θεραπευτική διαχείριση του ειδικού πληθυσμού των εξαρτημένων γυναικών στους διάφορους φορείς και δομές αντιμετώπισης των εξαρτήσεων.

Η εργασία ολοκληρώνεται με παράθεση των βιβλιογραφικών παραπομπών –ελληνόγλωσσων και ξενόγλωσσων- που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και τριών παραρτημάτων, προς διευκόλυνση του αναγνώστη. Το *παράρτημα Α* αφορά τον οδηγό της ημιδομημένης συνέντευξης και τους θεματικούς άξονες που χρησιμοποιήθηκαν κατά την συλλογή των δεδομένων, το *παράρτημα Β* τις πληροφορίες που συνέθεσαν το έντυπο ενημέρωσης των υποψήφιων συμμετεχόντων και το *παράρτημα Γ*, το έντυπο ενήμερης συγκατάθεσης στο οποίο συμφώνησε γραπτώς το σύνολο του ερευνητικού δείγματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εγκυμοσύνη και Ουσιοεξάρτηση - Οριοθέτηση του ζήτηματος

Το ζήτημα της χρήσης ουσιών κατά την χρονική στιγμή που μια γυναίκα πρόκειται να γίνει μητέρα είναι ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φορείς απεξάρτησης, παιδικής επιμέλειας και προστασίας, οι μαιευτικές κλινικές, οι δικαστικές αρχές, ακόμη και τα τμήματα γυναικών εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων, αλλά και οι φιλόσοφοι και επιστήμονες της βιοηθικής που ασχολούνται με το ζήτημα αυτό. Αν και η βιοηθική ως σταυροδρόμι διαφόρων επιστημονικών κλάδων έχει ασχοληθεί τόσο άμεσα όσο και έμμεσα με διάφορα ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και τον εθισμό, εντούτοις, μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται από την κατάχρηση ουσιών από έγκυες γυναίκες μας δείχνει ότι τελικά δεν έχουν γραφτεί αρκετά. Η μικρή προσοχή που έως τώρα έχει δοθεί στο ζήτημα θεωρούμε ότι οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους: Πρώτον, στο γεγονός ότι το ηθικό status του κυοφορούμενου παραμένει έως και σήμερα δύσκολα προσδιορίσιμο και αμφιλεγόμενο -περισσότερο αντικείμενο μυστηρίου παρά γνώσης- και δεύτερον, εξαιτίας της εξαιρετικά πολωμένης δημόσιας συζήτησης γύρω από την άμβλωση. Οι πρόσφατες εξελίξεις στις διαγνωστικές και απεικονιστικές τεχνικές μας επιτρέπουν να απεικονίσουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια το έμβρυο μέσα στη γυναικεία μήτρα και να έχουμε μια πληρέστερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ της προγεννητικής συμπεριφοράς της εγκύου και της διανοητικής και σωματικής κατάστασης με την οποία θα γεννηθεί τελικά ένα βρέφος.

Η ιδέα ότι μία έγκυος γυναίκα που κάνει κατάχρηση ουσιών ενδέχεται να βλάπτει το παιδί που κυοφορεί προκαλεί συναισθήματα που ξεκινούν από αμηχανία και φτάνουν έως τον θυμό, κυρίως αναφορικά με το τι οφείλει ένας επαγγελματίας υγείας, το οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου και το κοινωνικό σύνολο να κάνει για αυτό. Από την άλλη μεριά, εκτός από τη χρήση ουσιών υπάρχουν και άλλες συμπεριφορές που μπορεί να εκδηλώνει μια γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της και να είναι βλαπτικές για το κυοφορούμενο. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η πλημμελής φροντίδα της σωματικής υγείας, όλα αυτά δύναται να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες κυοφορούμενο. Ωστόσο, η ηθική αποδοκιμασία των γυναικών που κάνουν κατάχρηση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη είναι ουσιωδώς εντονότερη από οποιαδήποτε άλλη βλαπτική συμπεριφορά (Murray, 1987). Η παρούσα εργασία στοχεύει να αναζητήσει τις πηγές αυτής της αποδοκιμασίας, καθώς και την σύνδεση της ηθικής μας κρίσης και της δημόσιας πολιτικής που εφαρμόζεται.

Οι αντιδράσεις της κοινωνίας με στόχο την προστασία του κυοφορούμενου και μελλοντικού παιδιού από βλάβες που προκαλεί η κατάχρηση ουσιών από την εγκυμονούσα κατατάσσονται σε δύο γενικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία μέτρων αφορά εθελούσιες και μη τιμωρητικές πρακτικές, όπως είναι τα εκπαιδευτικά και θεραπευτικά προγράμματα για τις εξαρτήσεις και η δεύτερη δέσμη μέτρων περιλαμβάνει δράσεις τιμωρητικές και καταναγκαστικές, όπως είναι η ένταξη της εγκύου χρήστριας σε υποχρεωτική θεραπεία και η φυλάκιση. Όπως εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς, η κάθε πρακτική παρεμβαίνει με διαφορετικό τρόπο στα δικαιώματα της εγκύου και εγείρει διαφορετικές ηθικές ανησυχίες. Επίσης, ο προσδιορισμός της ικανότητας λήψης αποφάσεων ενός τοξικοεξαρτημένου προσώπου, όπως και η προστασία του δικαιώματος συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση έχουν σχέση με την συζήτηση αυτή, ιδίως στην περίπτωση του εξαναγκασμού και της ακούσιας θεραπείας.

Παράλληλα με το δικαίωμα της εγκύου χρήστριας να επιλέγει τις συμπεριφορές που θα ακολουθήσει, βρίσκεται το καίριο ζήτημα των επαγγελματικών-δεοντολογικών υποχρεώσεων ενός/μίας επαγγελματία υγείας που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας. Όταν μια έγκυος χρήστρια αρνείται την συνιστώμενη από τον φροντιστή/την φροντίστριά της θεραπεία (π.χ. ένταξη σε πρόγραμμα θεραπείας εσωτερικής διαμονής), η απόφασή της μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης στην ίδια και κατ' επέκταση στο κυοφορούμενο, γεγονός που δημιουργεί ηθικό δίλημμα στο θεραπευτικό προσωπικό. Δίλημμα ανάμεσα στην υποχρέωση που αναλαμβάνει ένας φροντιστής/μία φροντίστρια όταν τηρεί τις δεοντολογικές αρχές του επαγγέλματός του/της και σύμφωνα με αυτές διαφυλάττει την αυτονομία της εγκύου και σε αυτό που επιτάσσει το προσωπικό του/της αξιακό πλαίσιο, το οποίο ενδεχομένως να επεκτείνει το πεδίο προστασίας της υγείας από την έγκυο και στο αγέννητο ακόμη κυοφορούμενο. Εάν λοιπόν θεωρηθεί η χρήση ουσιών ως μία συμπεριφορά που απειλεί ένα κυοφορούμενο, τι οφείλει να κάνει ένας θεραπευτής ή μία θεραπεύτρια; Με άλλα λόγια, ποιες είναι οι ηθικές υποχρεώσεις ενός θεραπευτή ή μιας θεραπεύτριας όταν η συμπεριφορά μιας γυναίκας αποτελεί απειλή για το κυοφορούμενο, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της χρήσης ουσιών; Και ακόμη, πώς συγκρούονται η επαγγελματική δεοντολογία ενός θεραπευτή ή μιας θεραπεύτριας με την προσωπική του/της ηθική και με το πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων της εγκύου, ως λήπτριας υπηρεσιών φροντίδας; Η ερευνητική αυτή εργασία στόχο έχει –πλην άλλων- να προσφέρει καθοδηγητικούς άξονες και καλές πρακτικές σε κάθε έναν φροντιστή και κάθε μία φροντίστρια που ταλανίζεται από τέτοιου είδους ηθικές ανησυχίες και έρχεται αντιμέτωπος/αντιμέτωπη με τέτοιες προκλήσεις καθημερινά.

Τέλος, αυτό ακριβώς που αποπειράται η παρούσα εργασία να κάνει είναι να εξετάσει ένα ζήτημα δημόσιας υγείας -όπως είναι η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες- από την οπτική της ηθικής φιλοσοφίας και των θεμελιωδών αρχών της βιοηθικής. Όπως τονίζει άλλωστε ο Mercer, αν και η πολιτική φιλοσοφία έχει συνεισφέρει σημαντικά στο πεδίο της δημόσιας υγείας, δεν έχει συμβεί το ίδιο και με την ηθική φιλοσοφία (Mercer, 2013). Η προσπάθεια αυτή ευελπιστούμε να αναδείξει τα σημαντικά ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας που εγείρονται στην παροχή υπηρεσιών απεξάρτησης και δημόσιας υγείας στον πληθυσμό των τοξικοεξαρτημένων γενικά, αλλά και των ενεργών χρηστών σε εγκυμοσύνη ειδικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Τι είναι εξάρτηση – Μερικά Δεδομένα

2.1 Η εικόνα της εξάρτησης παγκοσμίως

Η προβληματική χρήση ουσιών, όπως αυτή ορίζεται από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά (EMCDDA, 2004), σε συνδυασμό με την εγκυμοσύνη αφορά ένα αρκετά μεγάλο τμήμα του πληθυσμού των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ευρώπη, αλλά και παγκοσμίως. Όπως υπολογίζεται από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο, ο επιπολασμός της επικίνδυνης χρήσης οπιοειδών στον ενήλικο πληθυσμό (15-64 ετών) εκτιμάται στο 0,35% για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε), ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1 εκατομμύριο προβληματικούς/προβληματικές χρήστες/χρήστριες οπιοειδών το 2019 (EMCDDA, 2021). Επιπλέον, το 20% των ατόμων που αιτούνται και εισέρχονται σε προγράμματα θεραπείας, όπως και το 22% των χρηστών/χρηστριών οπιοειδών είναι γυναίκες, οι περισσότερες εκ των οποίων σε αναπαραγωγική ηλικία (EMCDDA, 2021).

Κάθε χρόνο, επίσης, έχει υπολογισθεί ότι το 6,5-11% των προβληματικών χρηστών έχει ισχυρές πιθανότητες να κνοφορήσει (Gyarmathy et al., 2009), κάτι που με την σειρά του σημαίνει ότι περίπου 14.000-24.000 εγκυμοσύνες είναι πιθανόν να συμβούν ετησίως στον γυναικείο πληθυσμό που κάνει χρήση οπιοειδών ναρκωτικών, χωρίς να συνυπολογίζεται στον αριθμό αυτόν η χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών. Επιπροσθέτως, οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, έχει αποδειχθεί ότι σημειώνουν μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με τους άνδρες (Harris, 1998). Παράλληλα, έχει καταγραφεί ερευνητικά υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας τοξικοεξάρτησης και ψυχιατρικών διαταραχών σε πληθυσμό γυναικών, με την παρουσία ιστοριών που μιλούν για τραύμα και κακοποίηση να είναι ένα ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο ανάμεσά τους (Finkelstein, 1993).

Τα αντίστοιχα πρόσφατα ποσοτικά στοιχεία για την αντίπερα όχθη του Ατλαντικού δεν είναι πιο ενθαρρυντικά, καθώς το 2021, 26,6 εκατομμύρια γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω (20,4% του πληθυσμού) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση παράνομων ναρκωτικών τους τελευταίους 12 μήνες (SAMSHA, 2021). Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών των ΗΠΑ (NIDA) υπολογίζει ότι περισσότερο από το 5% των γυναικών που κυοφορούν και γεννούν ένα παιδί στις ΗΠΑ έχουν κάνει χρήση παρανόμων ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και το 19% περίπου έχει καταναλώσει αλκοόλ. Την προηγούμενη δεκαετία, το Αμερικανικό Ινστιτούτο για την κατάχρηση ουσιών και την ψυχική υγεία (SAMSHA) εκτίμησε ότι περίπου 400 χιλιάδες παιδιά κάθε χρόνο εκτίθενται στο αλκοόλ ή σε παράνομες ουσίες όσο βρίσκονται στην μήτρα της μητέρας τους (Young et. Al., 2009). Σύμφωνα με μια πρόσφατη ερευνητική δημοσίευση, η χρήση οπιοειδών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξήθηκε κατά 130% ανάμεσα στα έτη 2010-2017, όπως προκύπτει από δεδομένα που σχετίζονται με διαγνώσεις γυναικών κατά τον τοκετό (Hirai et. al., 2021). Επίσης, ένας σοβαρός αριθμός ερευνητικών δημοσιεύσεων επισημαίνει αύξηση στην συνταγογράφηση οπιοειδών σε γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία τεκνοποίησης (Ailes et. al., 2015), όπως επίσης και σε γυναίκες σε εγκυμοσύνη (Epstein et. al., 2013, Desai et. al., 2014).

Από τα παραπάνω, συνάγεται η υπόθεση πώς όσο αυξάνεται η χρήση οπιοειδών –συνταγογραφούμενων ή μη- από τις έγκυες χρήστριες, τόσο αυξάνεται και το ποσοστό των παιδιών που βιώνουν συμπτώματα συνδρόμου στέρησης αμέσως μετά τη γέννηση. Υπολογίζεται, μάλιστα, ότι το 2012 στις ΗΠΑ κάθε 25 λεπτά γεννιόταν ένα παιδί που βίωνε σύνδρομο στέρησης. Το επιπλέον κόστος νοσηλείας για τα παιδιά αυτά επιβάρυνε τον κρατικό προϋπολογισμό με ενάμιση δις δολάρια (Patrick et. al., 2015). Τέλος, σε μια αναφορά του SAMSHA (2020), αναφέρεται ο τετραπλασιασμός του αριθμού των γυναικών με διαταραχή χρήσης οπιοειδών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης από 1,5 σε 6,5 στις 1000 γεννήσεις νεογνών από το 1999 έως το 2014. Ομοίως, το ποσοστό των νεογέννητων παιδιών που εμφάνισαν νεογνικό σύνδρομο στέρησης (neonatal abstinence syndrome) ανάμεσα στα έτη 2004 και 2014 αυξήθηκε από 2,8 σε 14,4 στις 1000 γεννήσεις (SAMSHA, 2020).

2.2 Η εικόνα της εξάρτησης στην Ελλάδα

Η Ελλάδα την τελευταία δεκαπενταετία -κυρίως λόγω έλλειψης επαρκούς χρηματοδότησης- δεν έχει εκπονήσει καμία σχετική με τις εξαρτήσεις επιδημιολογική έρευνα στο γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου, δεν διαθέτει πρόσφατα δεδομένα για τον επιπολασμό της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στον γενικό πληθυσμό της χώρας, καθώς η τελευταία δημοσιευμένη επιδημιολογική

έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2004 από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ). Σύμφωνα, λοιπόν, με τα αποτελέσματά της, σε δείγμα 4.500 ανθρώπων γενικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών, το 8,6% αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία, ενώ οι άνδρες συμμετέχοντες παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες (13,3%, έναντι 3,9% στις γυναίκες). Πρόσφατη χρήση, δηλαδή χρήση μέσα στους 12 τελευταίους μήνες, δηλώνει ότι έχει κάνει το 4,8% του πληθυσμού ηλικίας 18-24 ετών και το 2,8% του πληθυσμού ηλικίας 25-35 ετών (ΕΠΠΨΥ, 2004). Από τα στοιχεία της εν λόγω έρευνας προκύπτει ότι στο γενικό πληθυσμό, η χρήση παράνομων ουσιών είναι μεγαλύτερη στην Αθήνα (12,4%) σε σύγκριση με τη Θεσσαλονίκη (7,8%), ενώ ακολουθούν οι αστικές περιοχές (7,3%), με τα χαμηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (5,8%) (ΕΠΠΨΥ, 2004).

Αναφορικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, η κάνναβη εμφανίζεται με 8,6% ως η περισσότερο διαδεδομένη παράνομη ουσία στον πληθυσμό και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες. Στους μαθητές ηλικίας 17-18 ετών, οι δύο στους δέκα (19,8%) αναφέρουν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για το ένα στα τέσσερα αγόρια αυτής της ηλικίας (26,4%). Εισπνεόμενες ουσίες αναφέρει ότι έχει χρησιμοποιήσει έστω και μία φορά το 13,4% των εφήβων ηλικίας 13-18 ετών, ενώ χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών χαπιών -χωρίς συνταγή ιατρού- αναφέρεται από το 3,9% των εφήβων, περισσότερο από τα κορίτσια. Αναβολικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1,3% των εφήβων, με τα αγόρια να υπερβαίνουν σε ποσοστό τα κορίτσια (2,2% και 0,5%, αντίστοιχα).

Η Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες -ευρωπαϊκές κυρίως, αλλά όχι μόνο- χώρες τόσο στο γενικό όσο και στο μαθητικό πληθυσμό, τοποθετείται χαμηλότερα σε σχέση με τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης παράνομων ουσιών. Στη χώρα μας το ποσοστό που εμφανίζεται να έχει έστω και μία φορά εμπειρία χρήσης στη ζωή του είναι χαμηλότερο του 10% στον πληθυσμό των εφήβων μέχρι 16 ετών, όταν σε χώρες όπως η Τσεχία, η Ιταλία, η Λετονία τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 29, 28 και 27 τοις εκατό (ESPAD, 2018). Παράλληλα με τους δείκτες επιπολασμού της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, γίνεται και η εκτίμηση του συνολικού αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου (high-risk drug users). Ο δείκτης αυτός, όπως έχει οριστεί από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (EMCDDA) περιλαμβάνει τα άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή μακροχρόνια χρήση οπιοειδών, κοκαΐνης ή αμφεταμινών και υπολογίζεται με την εφαρμογή της διεθνώς προτιμώμενης μεθόδου των πολλαπλών εγγραφών (multiple records ή capture-recapture).

Η συγκεκριμένη μεθοδολογία επιτρέπει την εκτίμηση και του μεγέθους του «κρυμμένου πληθυσμού» των χρηστών που δεν παρουσιάστηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά τη διάρκεια του έτους. Η πιο πρόσφατη έκθεση, λοιπόν, με στοιχεία του 2019, εκτιμά τον συνολικό αριθμό χρηστών υψηλού κινδύνου ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία τα οπιοειδή στους 14.753 (12.188 – 18.183, με 95% διάστημα εμπιστοσύνης). Σε σχέση με το μέγεθος του γενικού πληθυσμού αυτής της ηλικίας, αντιπροσωπεύει μία αναλογία 2,16 τοις χιλίοις (ΕΠΨΥ, 2020). Λαμβάνοντας υπόψη το σχετικά μεγάλο στατιστικό σφάλμα, η συνολική εκτίμηση φαίνεται να είναι στο ίδιο επίπεδο με τις αντίστοιχες εκτιμήσεις των προηγούμενων δύο ετών (13.513 το 2018 και 14.462 το 2017), οι οποίες ήταν λίγο χαμηλότερες από τις εκτιμήσεις της προηγούμενης τετραετίας 2013-2016. Τέλος, ο συνολικός αριθμός χρηστών φαίνεται να έχει μειωθεί αρκετά από τη μέγιστη εκτίμηση των 24.000 χρηστών του 2009 (ΕΠΨΥ, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Οι βασικές θεωρήσεις της εξάρτησης

3.1 Τοξικομανία, Εθισμός ή Εξάρτηση; Μια απόπειρα ορισμού

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών βεβαιώνεται από αρχαιοτάτων χρόνων, σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς. Από τα προϊστορικά χρόνια οι άνθρωποι συνήθιζαν να καταναλώνουν ψυχοτρόπες ουσίες, είτε με σκοπό την ανακούφιση από τους σωματικούς πόνους είτε με σκοπό την αναζήτηση της ευχαρίστησης (Davison & Neale, 1994). Σε πολλές κοινωνίες η χρήση ουσιών ήταν αρκετά διαδεδομένη και συχνή, ενώ σε κάποιες άλλες ήταν πιο περιορισμένη και συνδεόταν κυρίως με συγκεκριμένες θρησκευτικές ή πολιτιστικές τελετουργίες (Παπαδόπουλος, 2021). Η αυτόβουλη χρήση διαφόρων ψυχοτρόπων ουσιών με σκοπό την τροποποίηση των ψυχικών λειτουργιών είναι φαινόμενο το οποίο συναντάται στις απαρχές της ιστορίας του ανθρώπινου είδους (Μαρσέλος, 2021). Υπό μια απλουστευτική οπτική, με τον όρο «ναρκωτικά» είθισται να αποκαλούνται οι ουσίες οι οποίες επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες. Με άλλα λόγια, προκαλούν αλλαγές σε ψυχικές ιδιότητες του ανθρώπου, όπως η αντίληψη, η μνήμη, το συναίσθημα, η συμπεριφορά και η διάθεση και έχουν ως βασικό τους χαρακτηριστικό το γεγονός ότι προκαλούν στον χρήστη εθισμό/εξάρτηση και σύνδρομο στέρησης. Όπως αναφέρει η Μάτσα (2007), ο όρος *τοξικομανία* αναφέρεται στο πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Ο Μάρσελος, μάλιστα (2007), αναφέρει ότι πρέπει να προτιμάται ο όρος *ψυχοτρόπες ουσίες* από τον όρο *ναρκωτικά*, ως

φαρμακολογικά ορθότερος και κοινωνικά λιγότερο δηκτικός. Επιπρόσθετα, η ετυμολογία του όρου ναρκωτικά δείχνει ότι προέρχεται από τις λέξεις ναρκώνω και νάρκη και είναι γεγονός ότι αρχικά αναφερόταν σε ουσίες με αναλγητική ή κατασταλτική δράση, εντούτοις όπως σημειώνει ο Κωνσταντινίδης (2004), έχει φτάσει να εμπεριέχει σήμερα ακόμη και ουσίες που δεν ναρκώνουν-καταστέλλουν, αλλά διεγείρουν, όπως η κοκαΐνη ή η αμφεταμίνη. Οι Angel και Angel (2010) τονίζουν ότι η τοξικομανία ή τοξικοεξάρτηση δεν αναφέρεται μόνο αυτή καθαυτή στην εξάρτηση του ανθρώπου από μια χημική ουσία, αλλά αφορά την συνολική συγκρότηση της ψυχικής και κοινωνικής του ύπαρξης.

Ο πλέον καθιερωμένος και κοινά αποδεκτός όρος, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι *εξαρτησιογόνες ή εθιστικές ουσίες* και αυτό διότι η κοινή συνισταμένη όλων των χημικών ουσιών είναι ότι εγκαθιστούν στο υποκείμενο που τις χρησιμοποιεί ουσιοεξάρτηση, δηλαδή μία τάση για επαναλαμβανόμενη χρήση. Επίσης, να σημειωθεί εδώ ότι υπό αυτόν τον όρο συμπεριλαμβάνονται εκτός των παρανόμων και ουσίες, των οποίων η χρήση είναι κοινωνικά αποδεκτή, όπως το αλκοόλ, ο καπνός και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επίσης ορίζει την ουσιοεξάρτηση ως μια *χρόνια και υποτροπιάζουσα διαταραχή που χαρακτηρίζεται από:* α) την καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας, β) την απώλεια αυτοελέγχου αναφορικά με την λήψη της ουσίας και γ) την εμφάνιση αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης -με την μορφή της δυσφορίας ή της ανησυχίας- όταν η πρόσβαση στην εύρεση και λήψη της ουσίας δεν καθίσταται δυνατή, το λεγόμενο σύνδρομο στέρησης (withdrawal syndrome). Επιπρόσθετα, η εξάρτηση εκδηλώνεται με μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, τα οποία αποτυπώνονται στα διαγνωστικά κριτήρια της 5^{ης} έκδοσης της Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), στην οποία καθορίζεται -μεταξύ άλλων- και η βαρύτητα της διαταραχής από την χρήση κάποιας ουσίας. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, λοιπόν, στην παρούσα εργασία θα χρησιμοποιούνται οι όροι «εξαρτησιογόνες ουσίες» και «ουσιοεξάρτηση» ή «τοξικοεξάρτηση» έναντι οποιονδήποτε άλλων.

Η εξάρτηση εκτός από ένα πολυπαραγοντικό και πολυσύνθετο φαινόμενο, ορίζεται μέσα σε ένα ιδιαίτερα περίπλοκο βιολογικό και κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς. Ακόμη, φαίνεται ως έννοια –και αυτό θα γίνει περισσότερο κατανοητό στα κεφάλαια που ακολουθούν- να σχετίζεται άμεσα με την ανθρώπινη ηθική, τις ατομικές επιλογές και αποφάσεις, όπως και τον χαρακτήρα του ατόμου. Στις γραμμές που ακολουθούν θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τα δύο κυρίαρχα μοντέλα που εξηγούν την φύση και τις αιτίες της εξάρτησης. Το μοντέλο της *ψυχικής ασθένειας* και το μοντέλο

της ελεύθερης βούλησης, με στόχο να απαντήσουμε σε ερωτήματα, όπως: είναι το μοντέλο της ψυχικής ασθένειας ο μόνος τρόπος να από-ηθικοποιήσουμε την εξάρτηση και τον εξαρτημένο/την εξαρτημένη, να αποσυνδέσουμε το άτομο από την ευθύνη και τον καταλογισμό; Κι επίσης, το μοντέλο της ελεύθερης βούλησης και επιλογής δεν οδηγεί την κοινωνία σε μια ευκολότερη απόρριψη και σε έναν εντονότερο στιγματισμό του εξαρτημένου ατόμου, ως άτομο με σοβαρά ελαττώματα στον χαρακτήρα του, το οποίο κάνει την μία λάθος επιλογή μετά την άλλη;

3.2 Η εξάρτηση ως ασθένεια (Brain Disease Model)

Στην προσπάθεια για ευρύτερη κατανόηση του φαινομένου της εξάρτησης, η δημόσια συζήτηση τις περισσότερες φορές περιστρέφεται γύρω από το ερώτημα εάν η εξάρτηση αποτελεί ασθένεια ή όχι. Εάν πρόκειται δηλαδή για κάποιον παθολογικό καταναγκασμό, από τον οποίο το άτομο δεν μπορεί να διαφύγει ή αντιθέτως μιλάμε για ένα ζήτημα βούλησης, ελεύθερης επιλογής και αυτοελέγχου.

Το μοντέλο της ασθένειας χαρακτηρίζει εν γένει την εξάρτηση ως μια «σοβαρή, χρόνια διαταραχή χρήσης ουσιών, στην οποία υπάρχει μια ουσιώδης απώλεια του αυτοελέγχου, όπως επιβεβαιώνεται περισσότερο από την παθολογική χρήση ουσιών παρά από την επιθυμία για παύση της λήψης τους» (Volkow et., al., 2016). Στην ίδια λογική, το Εθνικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ για την κατάχρηση ουσιών (NIDA) χαρακτηρίζει την εξάρτηση ως: «μια χρόνια, υποτροπιάζουσα εγκεφαλική νόσο που χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκαστική αναζήτηση και χρήση ουσιών, παρά τις βλαβερές συνέπειες. Θεωρείται ασθένεια του εγκεφάλου επειδή οι ναρκωτικές ουσίες αλλάζουν τον εγκέφαλο, αλλάζουν τη δομή και τον τρόπο λειτουργίας του. Αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο μπορεί να είναι μακροχρόνιες και μπορεί να οδηγήσουν σε επιβλαβείς συμπεριφορές που παρατηρούνται σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών» (NIDA, 2007).

Οι ευρέως υποστηριζόμενες απόψεις που ακολουθούν το μοντέλο της ασθένειας θεωρούν ότι η εθιστική συμπεριφορά είναι ένας καταναγκασμός, ο οποίος βρίσκεται πέρα από τον συνειδητό έλεγχο και την ορθολογική κρίση του ατόμου, επισημαίνοντας τον αποδεδειγμένο ρόλο γενετικών ή νευροφυσιολογικών παραγόντων στον εθισμό. Στον χαρακτηρισμό της εξάρτησης ως ασθένεια έχουν ιδιαίτερη επιρροή οι νευροεπιστήμες και πιο συγκεκριμένα ο προσδιορισμός των νευρικών οδών και κυκλωμάτων που εμπλέκονται στον εθισμό, ιδίως του μεσολιμβικού συστήματος ανταμοιβής του εγκεφάλου (Lewis, 1993), ενώ δεν έχουν συμβολή οι επιστήμες της συμπεριφοράς, τα συναισθήματα και οι ηθικές αρχές.

Η πιο επιδραστική κριτική προς το μοντέλο της ασθένειας έχει διατυπωθεί από τον Lewis (2017). Ενόσω οι υποστηρικτές του μοντέλου της ασθένειας τονίζουν τις σοβαρές αλλαγές που υφίσταται ο εγκέφαλος εξαιτίας της χρήσης, ο Lewis (2017) τονίζει ότι η φύση του εγκεφάλου είναι να αλλάζει και να μην μένει στατικός και ότι οι εγκεφαλικές αλλοιώσεις δεν σημαίνουν απαραίτητα μια διαδικασία ασθένειας, καθότι μπορούν να είναι και απολύτως φυσιολογικές (Lewis, 2017). Επίσης, η κριτική αναφέρει ότι μια βασική συνέπεια του να θεωρούμε την εξάρτηση ως ασθένεια είναι ο στιγματισμός των τοξικοεξαρτημένων και ο περιορισμός του αυτοελέγχου και της αυτοπεποίθησής τους.

Πρόσφατες ερευνητικές αποδείξεις υποστηρίζουν ότι έχει σημασία ο τρόπος που μιλάμε και εκφραζόμαστε για την εξάρτηση. Με άλλα λόγια, ο τρόπος που χρησιμοποιούμε την γλώσσα, μέσω της οποίας αντιμετωπίζουμε την εξάρτηση ως ασθένεια ή ως ηθική αποτυχία έχει σημαντική επίδραση στην στάση που κρατούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα εξαρτημένα άτομα (Kelly & Westerhoff, 2010). Επίσης, υπάρχει εκτεταμένη ερευνητική βιβλιογραφία η οποία καταλήγει στο ότι όταν το ιατρικό προσωπικό φέρει πεποιθήσεις σχετικά με την εξάρτηση, οι οποίες στιγματίζουν το εξαρτημένο άτομο, τότε αυτό δημιουργεί πολλά εμπόδια στο να δοθεί επαρκής φροντίδα από τους φροντιστές και τις φροντίστριες. Ακόμη, οι έρευνες δείχνουν ότι όταν οι λήπτες/λήπτριες υπηρεσιών αντιλαμβάνονται αυτήν την στάση από τους θεραπευτές/τις θεραπεύτριες είναι λιγότερο πιθανό να εμφανιστούν ανοιχτού/ανοιχτές και ειλικρινείς στις πληροφορίες που μοιράζονται και αυτό δύναται να αποτελέσει αποτρεπτικό παράγοντα στην αναζήτηση θεραπείας εν γένει (Deehan et. al., 1998, Ray et. al., 2013, Lawrence et. al., 2013).

Στην προσπάθεια να αναζητηθεί εναλλακτική εξήγηση για την φύση της εξάρτησης πλην του νοσολογικού μοντέλου, γεννάται το ερώτημα μήπως η όποια οπτική της φύσης της εξάρτησης εκτός της ασθένειας ουσιαστικά ηθικοποιεί περισσότερο τον εθισμό; Οι βασικοί υποστηρικτές των εναλλακτικών της ασθένειας μοντέλων της εξάρτησης είναι οι Levy και Lewis. Ο Levy (2014) υποστηρίζει ότι αντί να θεωρούμε την εξάρτηση ως εγκεφαλική ασθένεια θα ήταν καλύτερα να την αντιληφθούμε ως μια διαταραχή ή αταξία της πεποίθησης (disorder of belief). Ο Levy (2003) φαίνεται να ενδιαφέρεται περισσότερο για τα ζητήματα ηθικής ευθύνης που περιβάλλουν την εξάρτηση, περιγράφοντας μια σύνθετη εικόνα των αιτιών της με ιδιαίτερη έμφαση στις κοινωνικές συνθήκες που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο του ατόμου και εντούτοις το επηρεάζουν. Στην ίδια λογική, ο Lewis (2015) δίνει προσοχή στις εγκεφαλικές αλλαγές που συμβαίνουν με τον εθισμό στις ουσίες, λέγοντας ότι αν λάβουμε σοβαρά υπόψη αυτές ως ένδειξη ασθένειας, θα πρέπει να κάνουμε το ίδιο και με συμπεριφορές όπως η συνάντηση με έναν/μία ερωτικό σύντροφο, κατά την

οποία προκαλούνται παρόμοιες δομικές και λειτουργικές αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία, εν προκειμένω στην ροή και την πρόσληψη ντοπαμίνης. Καταλήγοντας ότι η διαδικασία του να εθιστεί κάποιος/κάποια σε κάτι μπορεί να περιγραφεί ως μια διαδικασία βαθιάς μάθησης, η οποία τροφοδοτείται από μία επιθυμία και γίνεται εν τέλει συνήθεια (Lewis, 2015).

3.3 Η εξάρτηση ως προσωπική επιλογή (Free-Will model)

Στον αντίποδα της νοσολογικής οπτικής της εξάρτησης, μερίδα επιστημόνων υποστηρίζει ότι ο εθισμός είναι μία απόλυτα συνειδητή και εθελοντική συμπεριφορά, μια «*διαταραχή της επιλογής*» (Heyman, 2009). Σύμφωνα με αυτήν την οπτική, ο εθισμός, όπως και οι περισσότερες επιλογές που κάνει ένα άτομο επηρεάζεται από τις προτιμήσεις, τα κίνητρα και τους στόχους του. Οι υποστηρικτές του μοντέλου της επιλογής, αντιπαραβάλουν μάλιστα, επιδημιολογικές μελέτες μεγάλης κλίμακας, οι οποίες αναφέρουν υψηλά ποσοστά αυθόρμητης ανάρρωσης, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία (Morse, 2006) και αντιτίθενται σε όσους αντιλαμβάνονται τον εθισμό ως εγκεφαλική ασθένεια, επιχειρηματολογώντας ότι αν η εξάρτηση ήταν ασθένεια, όπως ο διαβήτης ή ο καρκίνος, δεν θα αρκούσε απλώς η απόφαση του εξαρτημένου ατόμου να σταματήσει την χρήση και να ξεκινήσει την αποχή, καθώς θα σήμαινε ότι και ένας/μία διαβητικός ή καρκινοπαθής μπορεί να ανακόψει την πορεία της νόσου με τρόπο φυσικό, όχι φαρμακευτικό, κάτι που φυσικά δεν συμβαίνει. Κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να παράγει περισσότερη φυσική ινσουλίνη ή να κάνει έναν καρκινικό όγκο να υποχωρήσει απλώς και μόνον επειδή το επιθυμεί και το αποφασίζει (Morse, 2006). Ένας από τους πιο φανατικούς υποστηρικτές του μοντέλου της επιλογής, ο Lewis (2015) -στο έργο του *The Biology Of Desire*- εξηγεί πώς η εξάρτηση αποτελεί μια ωθούμενη επαναληπτική πράξη, μια διαδικασία βαθιάς μάθησης.

Η κριτική που ασκείται στο μοντέλο της επιλογής επικεντρώνεται στις ερευνητικές αποδείξεις που καταγράφονται στις νευροεπιστήμες και αναφέρουν ότι οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στην εξάρτηση είναι διαφορετικοί από τους κοινούς και συνηθισμένους μηχανισμούς επιλογών. Οι πολέμιοι του μοντέλου αυτού ισχυρίζονται ότι η επιλογή δεν εξηγεί επαρκώς το γιατί η εξάρτηση είναι μια «*χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος*», όπως χαρακτηρίζεται από τους θεσμικούς υγειονομικούς φορείς. Ωστόσο, αυτό που αδιαμφισβήτητα είναι ανάγκη να αποσαφηνιστεί -περισσότερο και από το εάν θεωρούμε ένα εξαρτημένο άτομο ικανό να δρα αυτόνομα ή όχι και να είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του- είναι η σχέση μεταξύ εξάρτησης και ηθικής. Πρέπει να είναι η εξαρτητική συμπεριφορά υποκείμενο ηθικής αξιολόγησης και ευθύνης; Και ακόμη, μήπως το μοντέλο της ασθένειας είναι τελικά ο μόνος ασφαλής και σίγουρος δρόμος για την αποσύνδεση

της εξάρτησης από την ηθική; Το γεγονός ότι παρά την επίσημη επικράτηση του μοντέλου της ασθένειας -στις θεσμικές αναφορές τουλάχιστον- η εξάρτηση συνεχίζει να συζητιέται με όρους ηθικής σημαίνει πιθανότατα ότι οι συμπεριφορές εξάρτησης γίνονται καλύτερα αντιληπτές ως συνδυασμοί ασθένειας και ηθικής αποτυχίας ή ακόμη ως την ασθένεια που προκαλεί η έλλειψη ηθικής. Είναι βέβαιο πως οι περισσότερες κοινωνίες τρέφουν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στα εξαρτημένα άτομα, τα οποία ως επί το πλείστον θεωρούν ανήθικα. Είναι επίσης ευρύτερα αποδεδειγμένο ότι την ίδια άποψη μοιράζονται και πολλοί επαγγελματίες παροχής υγειονομικής φροντίδας, κάτι που έχει αντίκτυπο και στις προσφερόμενες υπηρεσίες τους (Puhl et. al., 2001).

Η Gupta (2020) στο βιβλίο της *Medical Entanglements: Rethinking Feminist Debates about Healthcare* υποστηρίζει ότι αντί να προσδιορίζεται η αξία και η ανάγκη για ιατρική παρέμβαση με βάση την κατηγοριοποίηση κατά ασθένεια ή διαταραχή, θα πρέπει να υιοθετήσουμε μια προσέγγιση η οποία θα βλέπει εάν η ενδεχόμενη ιατρική παρέμβαση μπορεί να συμβάλει στην ευημερία του ατόμου μέσα στην κοινότητα και την ευρύτερη κοινωνία του. Το ίδιο και στην εξάρτηση. Υπάρχουν άτομα που βιώνοντας τον εθισμό χρειάζονται ιατρική παρέμβαση, διότι έχουν παθήσεις –σωματικές και ψυχικές- που απορρέουν από τη χρήση ουσιών και θα ωφελούνταν από τη διάγνωση και τη θεραπεία. Άλλα άτομα δεν έχουν καμία επιθυμία να αλλάξουν τις συνθήκες ζωής τους, εκφράζοντας την πεποίθηση ότι θα πρέπει να είναι ελεύθερα να ζήσουν τη ζωή τους με τους δικούς τους όρους. Μπορούμε να ισχυριστούμε ότι αυτοί οι άνθρωποι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς; Ίσως αντί να θέσουμε το ερώτημα θα μπορούσαμε να αναζητήσουμε τρόπους με τους οποίους η κοινωνία θα μπορούσε να μετατοπιστεί ώστε να προάγει καλύτερα την ευημερία τους, ανεξάρτητα από τις προσωπικές επιλογές και τις ηθικές προκλήσεις.

Τέλος, η συζήτηση για τον εθισμό με όρους καταναγκασμού ή ελεύθερης επιλογής έχει σημαντικό αντίκτυπο στο αν και σε ποιο βαθμό είναι ορθό να θεωρούμε τα εθισμένα άτομα ηθικά υπεύθυνα για τον εθισμό τους και για τις πράξεις τους γενικότερα. Με άλλα λόγια, ένα εξαρτημένο από ουσίες άτομο είναι ανήθικο και χρειάζεται σωφρονιστικού τύπου μέτρα ή είναι ένας ασθενής, ο οποίος χρειάζεται θεραπευτικού τύπου μέτρα; Αν ακολουθήσουμε το μοντέλο της ασθένειας ο έλεγχος της εξαρτητικής συμπεριφοράς φαντάζει αδύνατος και έτσι δεν μπορεί να καταλογιστεί ευθύνη στο εξαρτημένο άτομο, καθώς για να είναι ένα άτομο υπεύθυνο για τις πράξεις του, πρέπει να μπορεί και να τις ελέγχει. Αν επιλέξουμε το μοντέλο της επιλογής, ωστόσο, θα δούμε ότι τα εξαρτημένα άτομα χρησιμοποιούν τους ίδιους μηχανισμούς βούλησης όπως τα μη εξαρτημένα άτομα, γεγονός που υποδηλώνει ότι έχουν σε μεγάλο βαθμό τον έλεγχο των πράξεών τους, επομένως είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για την εξαρτητική τους συμπεριφορά (Sinnott-

Armstrong, 2013). Υπάρχει κάτι που να μπορεί να μας πείσει ότι τα δύο αυτά ενδεχόμενα είναι αλληλοαποκλειόμενα ή μήπως μπορεί το άτομο να είναι ταυτόχρονα και ασθενής και ανήθικος/ανήθικη, να διατηρεί ακέραιη την ευθύνη των πράξεών του και την ίδια στιγμή να έχει ανάγκη θεραπευτικής βοήθειας;

3.4 Τα βασικά μοντέλα θεραπείας της εξάρτησης

Ο τρόπος με τον οποίο κατασκευάζεται η θεώρηση της φύσης και αιτιολογίας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες φαίνεται να διαμορφώνει και την προσέγγιση που θα ακολουθηθεί στην προσπάθεια αντιμετώπισής της. Η παγκόσμια ερευνητική βιβλιογραφία συμφωνεί ότι οι βασικοί άξονες προσέγγισης του ζητήματος της εξάρτησης είναι δύο ειδών. Στην μία πλευρά βρίσκεται η *ιατροκεντρική* προσέγγιση, που συνδέει την εξάρτηση με βιολογικούς κυρίως παράγοντες και εν πολλοίς αναγνωρίζει την εξάρτηση ως νόσο, και στην άλλη πλευρά είναι η *ψυχοκοινωνική*, που κατανοεί την εξάρτηση ως την σύμπραξη πολλών πεδίων δυσλειτουργίας.

Η εξάρτηση από ουσίες είναι αποδεδειγμένο ερευνητικά ότι επηρεάζει πολλαπλούς εγκεφαλικούς νευρώνες και κυκλώματα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εμπλέκονται στο σύστημα ανταμοιβής, τα κίνητρα, τη μάθηση, τη μνήμη και τον ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς (NIDA, 2018). Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που η εξάρτηση θεωρείται από τις επίσημες θεσμικές αρχές ως ασθένεια του εγκεφάλου. Παρότι η αναζήτηση των αιτιών και της φύσης της εξάρτησης μπορεί να γίνεται είτε στο πεδίο της βιολογίας και της γενετικής, είτε σε αυτό της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των ατομικών επιλογών, εντούτοις, καμία θεραπευτική προσέγγιση για τις εξαρτήσεις δεν είναι κατάλληλη για όλους/όλες. Η θεραπευτική πρόταση ποικίλλει, ανάλογα με το είδος της ουσίας κατάχρησης και τα χαρακτηριστικά του κάθε χρήστη και της κάθε χρήστριας και είναι καίριας σημασίας η αντιστοίχιση της θεραπευτικής προσέγγισης με τα ιδιαίτερα προβλήματα και τις ανάγκες του κάθε ατόμου (NIDA, 2018).

Εξαιτίας λοιπόν του γεγονότος ότι η κατάχρηση ουσιών και ο εθισμός σε αυτές διαταράσσει πολλές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, η θεραπεία του τοξικοεξαρτημένου ατόμου δεν είναι μια απλή και εύκολη υπόθεση. Στις παραγράφους που ακολουθούν αναλύονται τα δύο βασικά μοντέλα θεραπείας για τις εξαρτήσεις, αυτό της *φαρμακευτικής υποκατάστασης* και το *ψυχοκοινωνικό μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων* και στόχος είναι να αναδειχθεί το πώς αυτές οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνεργάζονται για να παρέχουν στα εξαρτημένα άτομα δεξιότητες αντιμετώπισης της εξάρτησης, και τρόπους αναγνώρισης και αποφυγής καταστάσεων υψηλού

κινδύνου για υποτροπή. Οι συμπεριφορικές και οι φαρμακολογικές θεραπείες θεωρείται ότι λειτουργούν με διαφορετικούς, αλλά συμπληρωματικούς μηχανισμούς και είναι αποδεδειγμένο ότι μπορούν να έχουν προσθετικά αποτελέσματα.

3.4.1 Το μοντέλο της φαρμακευτικής υποκατάστασης

Η δημιουργία των προγραμμάτων φαρμακευτικής υποκατάστασης προέκυψε από την σύνδεση της αντίληψης της εξάρτησης ως νόσου και του εξαρτημένου ατόμου ως ασθενή. Αν και φαίνεται εκ πρώτης όψης ότι τα εν λόγω προγράμματα ερμηνεύουν την εξάρτηση μέσα από μια ιατρικού τύπου ερμηνεία και δρώντας απλουστευτικά συνδέουν την διαδικασία της απεξάρτησης με την φαρμακευτική αγωγή, εντούτοις στην πραγματικότητα η θεραπεία μέσω υποκαταστάτων χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με τη συμπεριφορική θεραπεία. Αυτά τα υποκατάστατα φάρμακα χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν καταρχάς στα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης, όπου αυτό υφίσταται, όπως επίσης και για να μειώσουν την επιθυμία της χρήσης της ουσίας (*craving*), καθώς και τις γενικότερες επιπτώσεις από την κατάχρηση ουσιών.

Οι κυριότερες ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα παγκοσμίως για αυτούς τους σκοπούς είναι η μεθαδόνη, η βουπρενορφίνη και η ναλτρεξόνη. Η πρόοδος στην έρευνα της δομής του εγκεφάλου και της εγκεφαλικής λειτουργίας ώθησε τους επιστήμονες να κατανοήσουν καλύτερα το πώς μεταδίδονται τα μηνύματα μέσω των νευροδιαβιβαστών προς τους υποδοχείς. Η νευροβιολογία, επίσης, μας επιτρέπει να γνωρίζουμε την δράση των οπιούχων και των οπιοειδών, η οποία προκαλείται από τη δέσμευση τριών βασικών κατηγοριών υποδοχέων (μ, κ, δ).

Τα οπιούχα που εισάγονται στον οργανισμό, ανάλογα με τον τρόπο που δρουν πάνω στους υποδοχείς, διακρίνονται σε πλήρεις ανταγωνιστές, σε μερικούς ανταγωνιστές και τέλος σε ανταγωνιστές (Γαζγαλίδης, 2003, Λιάππας, 2003). Υπό αυτή τη λογική τα προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων διακρίνονται σε προγράμματα με μεθαδόνη, προγράμματα που χρησιμοποιούν ναλτρεξόνη και προγράμματα που χορηγούν βουπρενορφίνη. Τα προγράμματα μεθαδόνης είναι τα περισσότερο διαδεδομένα ανά τον κόσμο. Η μεθαδόνη ως συνθετικό οπιοειδές παράγωγο παρήχθη για πρώτη φορά το 1941, στο πλαίσιο της κλινικής έρευνας των γερμανικών ενόπλων δυνάμεων και το 1945 η αμερικανική επιτροπή εμπορίου βρήκε εκεί τη νέα ουσία και μετά από έλεγχο, την κατοχύρωσε με το όνομα μεθαδόνη (*methadone*).

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70 παρατηρήθηκε σταδιακή εξάπλωση των προγραμμάτων υποκατάστασης αρχικά στις ΗΠΑ και στην συνέχεια στις ευρωπαϊκές χώρες, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του '80 αναπτύχθηκαν θεαματικά σε όλον τον κόσμο, εξαιτίας κυρίως της μεγάλης

αύξησης του αριθμού των χρηστών οπιοειδών, των θανάτων από υπερδοσολογία, καθώς και της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών όπως η ηπατίτιδα και το HIV. Να σημειώσουμε εδώ ότι την ευθύνη της λειτουργίας και της επιστημονικής εποπτείας των εν λόγω προγραμμάτων στη χώρα μας έχει ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ).

3.4.2 Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο – Οι θεραπευτικές κοινότητες

Από τα μέσα της δεκαετίας του '70, παράλληλα με τα προγράμματα φαρμακευτικής υποκατάστασης, αναπτύχθηκαν προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς την χρήση φαρμάκων, με κεντρικό στόχο τον συνδυασμό των διαφόρων μοντέλων θεραπευτικής παρέμβασης, από εντατικά καθημερινά προγράμματα που προσομοιάζουν με θεραπευτική κοινότητα μέχρι και χαμηλής έντασης ολιγόωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις υποστήριξης. Στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αξιολογηθεί και χρησιμοποιούνται συμπεριλαμβάνονται: γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT), τεχνικές ενίσχυσης κινήτρων και κινητοποίησης, ατομική και ομαδική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία, οικογενειακή υποστήριξη και ομάδες αυτοβοήθειας (θεραπεία των 12 βημάτων). Οι εν λόγω παρεμβάσεις καλύπτουν ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες και μολονότι παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές στην φιλοσοφία της θεραπείας, ωστόσο ανάγουν σε καίριας σημασίας στοιχείο την αναγνώριση και αποδοχή του προβλήματος από τον ίδιο τον εξαρτημένο και την εξαρτημένη, καθώς και την ενεργή συμμετοχή κατά την θεραπευτική διαδικασία. Σε αυτήν την κατεύθυνση δίνεται προσοχή στην ενίσχυση του ατομικού κινήτρου για θεραπεία, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες για διακοπή της θεραπευτικής πορείας (dropout).

Τα μοντέλα της ψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης της εξάρτησης χρησιμοποιούνται με μεγαλύτερη συχνότητα και επιδιώκουν να παράσχουν στο άτομο εργαλεία για να τροποποιήσει τις στάσεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση του, εξετάζοντας τις αιτίες που το οδήγησαν στον εθισμό, καθώς και τα κίνητρά του για αλλαγή. Συνάμα, τα μοντέλα συμπεριφοριστικής θεραπείας παρέχουν στο άτομο τις απαραίτητες δεξιότητες για μπορέσει να διαχειριστεί τους παράγοντες πίεσης και άγχους, οι οποίοι μπορεί να πυροδοτήσουν τη χρήση ουσιών (NIDA, 2018).

Η *θεραπευτική κοινότητα* (therapeutic community) αποτελεί ένα από τα βασικότερα μοντέλα των προγραμμάτων απεξάρτησης από τις ψυχοδραστικές ουσίες κι επίσης έναν συγκεκριμένο τύπο υπηρεσιών που απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών.

Οι ρίζες της θεραπευτικής κοινότητας ανάγονται αρκετά πίσω χρονικά, παρόλο που ιστορικά η σύγχρονη της εκδοχή τοποθετείται μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Είναι άξιο αναφοράς δε, ότι μολονότι ο όρος αυτός καθαυτός σήμερα τείνει να προσανατολίζει σχεδόν αποκλειστικά σε ένα δομημένο και οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών απεξάρτησης, για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την θεραπευτική πρακτική ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου στην Αγγλία (Main, 1946).

Η κοινότητα ως μέθοδος απεξάρτησης βασίζεται στην δουλειά σε ομάδες, εντός ενός περιβάλλοντος αλληλεξάρτησης, αλληλοβοήθειας και ασφάλειας, ενώ οργανώνεται μέσω συγκεκριμένων κανόνων συμπεριφοράς ομαδικής διαβίωσης. Πρόκειται για ένα δομημένο σύστημα ανταμοιβών και περιορισμών, συγκροτημένο με σαφείς αρχές, που προάγουν την ιδέα του κοινοτισμού ως τρόπου ζωής και προσωπικής ανάπτυξης μελών του.

Η οπτική της εξάρτησης εντός των θεραπευτικών κοινοτήτων –η οποία εξάρτηση γίνεται αντιληπτή ως σύμπτωμα μίας συνολικής αποκλίνουσας συμπεριφοράς σε πολλά επίπεδα ανάπτυξης της προσωπικότητας- τονίζει το γεγονός ότι η κατάχρηση ουσιών και η ενδεχόμενη αδυναμία αντιμετώπισής της, δεν είναι μια κατάσταση στατική αλλά μια διεργασία δυναμική, στην οποία συναντιούνται το άτομο ως βιοψυχοκοινωνικός οργανισμός, το κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και η ίδια η ουσία (De Leon, 1986). Υπό αυτήν την έννοια, στον κόσμο μιας θεραπευτικής κοινότητας απεξάρτησης –αντίθετα από ότι συμβαίνει σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης- η σωματική εξάρτηση ανάγεται σε ζήτημα δευτερεύουσας σημασίας σε σχέση με τις πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς και τους παράγοντες που την επηρεάζουν και την ελέγχουν. Έτσι, στον πυρήνα της θεραπευτικής αντιμετώπισης τοποθετούνται οι στάσεις, οι αντιλήψεις και οι επιλογές του ατόμου και όχι η φαρμακευτική ουσία. Την ευθύνη της λειτουργίας και επιστημονικής εποπτείας των θεραπευτικών κοινοτήτων (ανοικτών και διαμονής) στη χώρα μας έχει κατά κύριο λόγο το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α) και σε μικρότερη έκταση το ΕΣΥ μέσω των δύο ψυχιατρικών νοσοκομείων Αθήνας και Θεσσαλονίκης.

3.4.3 Η θεραπεία εγκύων χρηστριών - Ηθικά ζητήματα στην υποχρεωτική θεραπεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζοντας τις ουσιοεξαρτημένες γυναίκες που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη ως μια ομάδα ειδικού ενδιαφέροντος διατύπωσε το 2014 μια σειρά κατευθυντήριων οδηγιών, αναφορικά με την θεραπεία απεξάρτησής τους. Αρχικά, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2014) η χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής σε έγκυες γυναίκες πρέπει

να συνδυάζεται απαραίτητα με συμβουλευτική και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Έτσι, ακόμη και η χορήγηση υποκαταστάτων από μια έγκυο χρήστρια –πρακτική στην οποία η χρήστρια πρέπει να ενθαρρύνεται με κάθε τρόπο να ενταχθεί- χρειάζεται να συμπληρώνεται με ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες συμβουλευτικής. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν την επιλογή της σωματικής αποτοξίνωσης με ιατρική παρακολούθηση (detox) από την έναρξη της θεραπευτικής σχέσης και της παροχής συμβουλευτικής στην έγκυο χρήστρια. Ακόμη, οι έγκυες γυναίκες που είναι εξαρτημένες από οπιοειδή, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ξεκινούν την χρήση θεραπείας συντήρησης με οπιοειδή (βουπρενορφίνη, μεθαδόνη), εκεί όπου είναι διαθέσιμη, παρά να επιχειρήσουν αποχή από την χρήση και αποτοξίνωση.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Βρετανικής Ένωσης Νοσηλευτών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης η εξαρτημένη μητέρα και το παιδί της πρέπει να εντάσσονται και να παραμένουν μαζί στο θεραπευτικό σχήμα, εκτός εάν απαιτείται –για λόγους υγείας- η μεταφορά του βρέφους σε μονάδα νεογνών (ANSA, 2002). Σχετικά με τον θηλασμό, μετά την γέννηση του παιδιού, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών από την μητέρα δεν αντενδείκνυται στο να θηλάσει το παιδί της. Όπως σημειώνεται μάλιστα, η σωματική επαφή δέρμα με δέρμα κρίνεται ως απαραίτητη, ανεξάρτητα από τον τρόπο που σιτίζεται το βρέφος. Οι μητέρες –ειδικά αυτές που έχουν σταθεροποιηθεί στην θεραπεία συντήρησης, θα πρέπει να ενθαρρύνονται από τους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν στο θηλασμό, εκτός και αν οι κίνδυνοι υπερβαίνουν τα οφέλη.

Στην ίδια κατεύθυνση κινούνται και οι Μάτσα και Κερασιώτη (2012), οι οποίες σημειώνουν ότι το σχήμα της φαρμακευτικής συντήρησης αποτελεί συνήθως το πρώτο βήμα θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης για γυναίκες σε εγκυμοσύνη, αλλά όχι και το τελευταίο. Ένας πλήρης και ολοκληρωμένος θεραπευτικός σχεδιασμός θα πρέπει οπωσδήποτε –ύστερα από την σχετική φαρμακευτική σταθεροποίηση της γυναίκας- να περιλαμβάνει παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο θεραπείας για την εξάρτηση. Εκεί, θα διερευνηθούν και θα αντιμετωπιστούν οι βαθύτερες αιτίες του προβλήματος της εξάρτησης της μητέρας, εντός ενός οργανωμένου και προσαρμοσμένου στις ειδικές ανάγκες του πληθυσμού πλαισίου αναφοράς, με σεβασμό στην γυναικεία ταυτότητα και προσανατολισμό στην κατανόηση των προσωπικών και κοινωνικών αιτιών του προβλήματος και την αντιμετώπιση του στιγματισμού και των διακρίσεων, μέσω ατομικής και ομαδικής θεραπείας. Ένα τέτοιο πρόγραμμα στην χώρα μας είναι το Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών της Μονάδας Απεξάρτησης «18 Άνω» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, στο οποίο καλλιεργείται συστηματικά το υγιές πρότυπο της γονεϊκής φροντίδας,

αναπλασιώνεται ο μητρικός ρόλος μέσα από ατομικές και ομαδικές συναντήσεις και οδηγείται η μητέρα στο να κατανοήσει τις ανάγκες ενός παιδιού και το πώς το πρόβλημα της εξάρτησης επηρεάζει την σχέση τους.

Αν και το δίκαιο πολλών ευρωπαϊκών χωρών περιλαμβάνει σχετικούς κανονισμούς, η ελληνική νομοθεσία δεν προβλέπει κάποια ειδική ρύθμιση σχετικά με το ζήτημα της αναγκαστικής θεραπείας (*mandated/coerced treatment*) σε ουσιοεξαρτημένες γυναίκες. Εντούτοις, η αναγκαστική θεραπεία για την ουσιοεξάρτηση γενικά είναι μια διαθέσιμη επιλογή στους χώρους των σωφρονιστικών καταστημάτων και στην Ελλάδα (Ζιώγου, 2012). Στους φυλακισμένους χρήστες ναρκωτικών, ο νόμος παρέχει τη δυνατότητα ένταξης σε πρόγραμμα θεραπείας με υποκατάστατα ή σε «στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα», ως λύσεις εναλλακτικές της έκτισης της επιβληθείσας ποινής (*εν δυνάμει υποχρεωτική θεραπεία, quasi-compulsory treatment*). Ηθικά μιλώντας, η θεραπεία που προσφέρεται ως εναλλακτική λύση σε μία τιμωρία θα μπορούσε να είναι ηθικά αιτιολογημένη, κυρίως επειδή αυτή προσφέρεται ως επιλογή και κίνητρο για αλλαγή και όχι ως υποχρεωτική εντολή.

Αυτοί που προτείνουν την υποχρεωτική θεραπεία στις έγκυες εξαρτημένες γυναίκες θεωρούν ότι η πρότασή τους κινείται στην κατεύθυνση του κοινού καλού -εγκύου και κυοφορούμενου- άρα ηθικά είναι επαρκώς αιτιολογημένη. Έτσι, όταν κάποιος επιχειρηματολογεί υπέρ της υποχρεωτικής θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων, ουσιαστικά προβάλλει την αιτιολογία ότι με αυτόν τον τρόπο θα ωφεληθούν σημαντικά και τα ίδια, αλλά και η κοινωνία. Επίσης, ένας συνεπειοκράτης θα υποστήριζε ότι η απαίτηση από τις έγκυες χρήστριες ουσιών να εισέρχονται σε εγκαταστάσεις θεραπείας αιτιολογείται αν αναλογιστούμε το αυξημένο κόστος νοσηλείας και παραμονής του νεογνού στο νοσοκομείο μετά τη γέννηση λόγω του εμβρυϊκού συνδρόμου στέρησης (Manning et. al., 1989).

Ανεξάρτητα, όμως, από το όφελος, η έννοια της παράκαμψης της αυτονομίας ενός ατόμου και του εξαναγκασμού σε οποιοδήποτε είδους θεραπεία δεν είναι κάτι που μπορεί να γίνει εύκολα αποδεκτό. Ένα άτομο έχει το θεμελιώδες -και εδραιωμένο στην ιατρική δεοντολογία και τη νομοθεσία- ηθικό δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε αποδεδειγμένα ωφέλιμη για το ίδιο φροντίδα που του προσφέρεται, ακόμη και αν η άρνηση αυτή υπονομεύει την ίδια του τη ζωή (Dworkin, 2013). Και αυτό το δικαίωμα στην συναίνεση ή στην άρνηση συναίνεσης για θεραπεία αποτελεί το ηθικό θεμέλιο της ιατρικής περίθαλψης. Τι συμβαίνει όμως στην περίπτωση των εγκύων χρηστριών; Εάν θεωρηθούν επικίνδυνες για τις ζωές άλλων -των κυοφορούμενων τους- εξακολουθούν να διαθέτουν το δικαίωμα άρνησης θεραπείας;

Αν αναλογιστούμε τις περισσότερες από τις περιπτώσεις υποχρεωτικής θεραπείας που εφαρμόζονται στην ιατρική θα δούμε ότι αφορούν εκείνους που δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν στην θεραπεία (π.χ. ψυχικά ασθενείς) ή στοχεύουν στην προστασία τρίτων (π.χ. το μέτρο της καραντίνας σε μια πανδημική έξαρση ενός ιού), ή αφορούν τα άτομα που δεν μπορούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους (π.χ. ένα κυοφορούμενο ή ένα μωρό) (Barbera et. al., 2001). Εάν, λοιπόν, θεωρήσουμε ότι τα εξαρτημένα άτομα δεν διαθέτουν πλήρη ικανότητα αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού λόγω του εθισμού τους στην χρήση ουσιών, τότε θα μπορούσε να αιτιολογηθεί ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της θεραπείας, αλλά και πάλι με δεδομένη χρονική διάρκεια και με στόχο την αποκατάσταση της χαμένης αυτονομίας του ατόμου. Δηλαδή, ιδανικά, η ακούσια θεραπεία μίας εγκύου εξαρτημένης γυναίκας θα πρέπει να είναι μια προσωρινή κατάσταση, ή οποία θα πρέπει να επανεξετάζεται σε δεδομένη χρονική στιγμή, με δεδομένο ότι και η έλλειψη της αυτονομίας και της ικανότητας για αυτόνομες αποφάσεις σε ένα εξαρτημένο άτομο δεν αποτελεί μία μόνιμη κατάσταση, αλλά παρουσιάζει διακυμάνσεις. Στη βιοηθική συχνά ο εθισμός θεωρείται ότι αποτελεί μια μορφή εξαναγκασμού προς το άτομο, το οποίο οδηγείται από τους πόθους και τις επιθυμίες του, οι οποίες καθορίζουν απόλυτα τη συμπεριφορά του, χωρίς να μπορεί πραγματικά να ξεφύγει από αυτές. Με άλλα λόγια, ένα άτομο εθισμένο στις ψυχοτρόπες ουσίες, ενώ δεν είναι εμφανώς ανίκανο, βρίσκεται σε διαρκή πάλη με έναν εσωτερικό εξαναγκασμό, ο οποίος συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών (Rise & Halkjelsvik, 2019, Alavi et. al., 2012).

Ο πυρήνας του επιχειρήματος του προσωρινού εξαναγκασμού μέσω της υποχρεωτικής θεραπείας αντλείται επί της ουσίας από τον κύριο εκφραστή της σημασίας του σεβασμού της ατομικής ελευθερίας και των επιλογών John Stuart Mill. Ο Mill χρησιμοποίησε το παράδειγμα της βίαιης παρεμπόδισης ενός άνδρα που βαδίζει, χωρίς να γνωρίζει, προς την γέφυρα που έχει καταρρεύσει, ως μια περίπτωση όπου ο εξαναγκασμός είναι ηθικά δικαιολογημένος. Στο παράδειγμα αυτό ο Mill αναφέρει ότι επιτρέπεται να τον συγκρατήσουμε ακόμη και αν αυτός διαμαρτύρεται, επειδή αν πάει προς τα εκεί που θέλει -αγνοώντας τους επικείμενους κινδύνους- ουσιαστικά χάνει την αυτονομία του (Mill, 1859). Με άλλα λόγια, παρεμβαίνουμε στην αυτονομία του ακριβώς για να διασωθεί η αυτονομία, επειδή δεν προλαβαίνουμε να πράξουμε διαφορετικά. Τι συμβαίνει, όμως στο πεδίο συζήτησής μας; Υπάρχουν και εδώ καταστάσεις όπου η βραχυπρόθεσμη παραβίαση της αυτονομίας γίνεται ανεκτή στο όνομα της της μελλοντικής της αποκατάστασης; Και πώς μεταβάλλονται τα όρια της ανοχής όταν μεσολαβεί αρκετός χρόνος και σαφείς προειδοποιήσεις για την επαπειλούμενη βλάβη που πρόκειται να επέλθει; Υποχρεούμαστε και σε εκείνη την περίπτωση να παρέμβουμε;

Και καταλήγοντας, αν μία κοινωνία έχει την δυνατότητα να απαιτήσει από μια γυναίκα να πληροί συγκεκριμένα πρότυπα δέουσας φροντίδας προς το κυοφορούμενο, τότε θα πρέπει παράλληλα να προσφέρει και τις κοινωνικές εκείνες παροχές που θα το εξασφαλίζουν. Η βελτίωση των κοινωνικών παροχών είναι σίγουρα λιγότερο παρεμβατική ως μέθοδος συγκρινόμενη με την επιβολή ποινικών κυρώσεων και υποχρεωτικής απεξάρτησης και αναμένεται να είναι και περισσότερο αποτελεσματική. Ως εκ τούτου, πριν πριμοδοτήσουμε έναν καταναγκαστικό-τιμωρητικό μηχανισμό θεωρούμε πως θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία για εθελοντική ένταξη σε θεραπεία στην ίδια την έγκυο. Μία τέτοια πρόταση θα έδινε μια λογική απάντηση στο σύνθετο πρόβλημα του υπολογισμού των προγεννητικών βλαβών που μπορούν να προληφθούν, της διατήρησης του σεβασμού στην ελευθερία της εγκύου χρήστριας και τέλος, της προστασίας των συμφερόντων του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Το ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο υπό το πρίσμα της φιλοσοφίας

Η αιτιολόγηση και το σκεπτικό της ψήφισης των νόμων για τις ψυχοτρόπες ουσίες σε πολλές χώρες είναι ένα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο ζήτημα πρακτικής σημασίας, στο οποίο σίγουρα η εφαρμοσμένη φιλοσοφία μπορεί να συμβάλει αποσαφηνίζοντας τους όρους της δημόσιας συζήτησης. Στις παραγράφους που ακολουθούν θα γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστούν και να αναλυθούν τα διαφορετικά είδη ηθικών επιχειρημάτων, αναφορικά με το ζήτημα της ουσιοεξάρτησης, ώστε να γίνει πιο εύκολη η κατανόηση και η κριτική αξιολόγησή τους. Επίσης, θα χρησιμοποιηθούν τρία διαφορετικά ηθικά μοντέλα για να αναλυθεί η διαφορετικότητα του αξιακού πλαισίου αναφοράς μεταξύ: πρώτον, της προσέγγισης της *ολοκληρωτικής αποχής* (total abstinence), η οποία βασίζεται στη θεωρία του κοινωνικού ελέγχου (social control) και στην πεποίθηση ότι οι ισχυροί δεσμοί και η δομή του κοινωνικού δικτύου μπορούν να παρακινήσουν τα άτομα να εμπλακούν σε «ηθικά υπεύθυνες» συμπεριφορές, απέχοντας ολοκληρωτικά από τη χρήση ουσιών (Moos, 2007) και δεύτερον, της πολιτικής της *μείωσης της βλάβης* (harm reduction), η οποία βασίζεται κυρίως στον σεβασμό της ατομικής αυτονομίας (self control) και στην παραδοχή ότι τα άτομα είναι σε θέση να γνωρίζουν καλύτερα από οποιονδήποτε/οποιαδήποτε άλλο/άλλη τα συμφέροντά τους (Hawk et. al., 2017)

4.1 Ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο και φιλελεύθερη θεώρηση

Στις φιλελεύθερες κοινωνίες επικρατεί η γενική παραδοχή ότι ένα ενήλικο άτομο έχει το δικαίωμα «να ζει με όποιον τρόπο του φαίνεται καλύτερος» με την προϋπόθεση ότι δεν παραβιάζει με τις

πράξεις του τα δικαιώματα των άλλων (Mill, 1859). Ειδικότερα, ένα ενήλικο άτομο έχει το αναφαίρετο δικαίωμα να υποβάλλει την σωματική του και ψυχική του υγεία σε όποια δοκιμασία επιλέξει ελεύθερα, συμπεριλαμβανομένων επικίνδυνων και ανθυγιεινών πράξεων, πάντοτε με την προϋπόθεση ότι ο μόνος/η μόνη που τίθεται σε διακινδύνευση είναι ο ίδιος/η ίδια ο πράττων/η πράττουσα και κανείς/καμία άλλος/άλλη. Προεκτείνοντας αυτές τις σκέψεις, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ένα ενήλικο –ικανό για δικαιοπραξία και καταλογισμό- άτομο έχει το δικαίωμα να πράττει επικίνδυνα και ενδεχομένως βλαπτικά προς τον ίδιο του τον εαυτό, για παράδειγμα, καπνίζοντας, κάνοντας επικίνδυνα σπορ ή καταναλώνοντας αλκοόλ και ψυχοδραστικές ουσίες, ενώ παράλληλα, ένας ενδεχόμενος νόμος που θα απαγόρευε τέτοιες συμπεριφορές θα μπορούσε να ιδωθεί ως παραβίαση των ατομικών ελευθεριών αυτοέκφρασης και αυτοδιάθεσης, όπως περιγράφηκαν παραπάνω (Mill, 1859, κεφ.4).

Η ιδέα ενός δικαιώματος να χρησιμοποιώ ελεύθερα όποια επικίνδυνη και βλαπτική ουσία επιθυμώ πρέπει να αποσαφηνιστεί για να αποφεύγονται οι όποιες παρανοήσεις. Η ελεύθερη κατάχρηση ουσιών σε καμία περίπτωση δεν συνεπάγεται το δικαίωμά μου να βλάπτω τους άλλους/τις άλλες, για παράδειγμα οδηγώντας υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών, όπως και το να επιτίθεμαι σε άλλους/άλλες, σε περίπτωση που βρεθώ σε τοξίκωση σε έναν δημόσιο χώρο. Στις περιπτώσεις αυτές η κατάχρηση ουσιών γίνεται έμμεσα επιβλαβής για τους άλλους, μολονότι, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό αυτή καθαυτή η πράξη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν προκαλεί άμεση βλάβη στους άλλους -παρά μόνο στον/στην ίδιο/ίδια τον/την χρήστη/χρήστρια, με αξιοσημείωτη ίσως εξαίρεση αυτή της κατάχρησης ουσιών από μία έγκυο γυναίκα (Husak, 1994).

Η ελεύθερη βούληση μας παρέχει το δικαίωμα να κάνουμε ακόμη και πράξεις λανθασμένες βάσει κοινής ηθικής, όπως το να μην δίνουμε ελεημοσύνη σε έναν ζητιάνο ή το να δίνουμε ψεύτικες δικαιολογίες για να καλύψουμε την αργοπορία μας σε μια συνάντηση. Με τον ίδιο τρόπο η φιλελεύθερη θεώρηση επιτρέπει σε ένα ενήλικο άτομο -ο Mill πίστευε ότι η μόνο τα ενήλικα άτομα είναι σε θέση να ασκήσουν την ελευθερία τους με υπευθυνότητα- έχει το ηθικό δικαίωμα να βλάπτει τον εαυτό του μέσω της χρήσης ουσιών, κάτι που σίγουρα στην σφαίρα της δεοντοκρατίας θα αποτελούσε μια συμπεριφορά με αρνητικό ηθικό πρόσημο, ως παραβίαση καθήκοντος προς τον εαυτό του.

Σύμφωνα με το ωφελμιστικό επιχείρημα του Mill (1859), η ελευθερία δικαιολογείται μόνο εφόσον μεγιστοποιεί την ευτυχία και φτάνει στα όριά της όταν προκαλεί ή απειλεί να προκαλέσει με σαφή και αδιαμφισβήτητο τρόπο βλάβη στους άλλους. Με αυτόν τον τρόπο, η ατομική

ελευθερία μπορεί να αποτελέσει το κύριο συστατικό της ατομικής ευτυχίας, αφού συνεπάγεται προστασία του/της καθενός/καθεμιά από τυχόν βλαπτικές ενέργειες των γύρω του/της. Με άλλα λόγια, όλοι μας μπορούμε να επωφεληθούμε από την ελευθερία των άλλων, διότι αυτή μας επιτρέπει να ζούμε με τον υποκειμενικά καλύτερο δυνατό τρόπο, μακριά από την απειλή οποιασδήποτε βλάβης. Ελευθερία κατά τον Mill, σημαίνει ελευθερία σκέψης και ελευθερία εκδήλωσης αυτής της σκέψης μέσω πράξης, ακόμη και όταν αυτή η πράξη είναι αποκλίνουσα από τα κοινωνικώς αποδεκτά.

Στο ζήτημα της χρήσης ουσιών η αρχή αυτή μπορεί να εφαρμοστεί ως εξής: η ελευθερία επιτρέπει στα άτομα να ικανοποιούν τις δικές τους επιθυμίες (υπό την προϋπόθεση ότι είναι ενημερωμένα για τους πιθανούς κινδύνους) και επιτρέπει τον πειραματισμό σε επικίνδυνους και εκ πρώτης όψεως αυτό-προσβλητικούς τρόπους ζωής, με σαφές όριο τα δικαιώματα των άλλων. Ή ακόμη και με τον παρακάτω συλλογισμό: οι άνθρωποι διαφωνούν σχετικά με το ποιος είναι ένας αγαθός τρόπος ζωής, λόγω των διαφορετικών πεποιθήσεων και αξιών τους, κάτι που φαντάζει λογικό και μάλλον αναπόφευκτο. Δεδομένης, λοιπόν, της διαφωνίας σχετικά με το τι είναι και τι δεν είναι αγαθός τρόπος ζωής, οι άνθρωποι μπορούν να συμφωνήσουν στην αρχή της ελευθερίας να ζει κάποιος/κάποια σύμφωνα με τις δικές του/της αξιακές κρίσεις για το τι είναι καλό, και ταυτόχρονα στην ανοχή των διαφορετικών κρίσεων των άλλων και των συνακόλουθων διαφορετικών τρόπων ζωής. Κάτι που συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση των διαφορετικών και αντικρουόμενων θρησκευτικών πεποιθήσεων, καθώς και στο ζήτημα των σεξουαλικών προτιμήσεων (Barry, 1995).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι στις σύγχρονες φιλελεύθερες κοινωνίες οι άνθρωποι μπορούν να διαφωνούν για το αν η χρήση οποιουδήποτε συγκεκριμένου φαρμάκου ή εξαρτησιογόνου ουσίας είναι ηθικώς καλή ή κακή. Η χρήση ναρκωτικών ως πράξη αυτοπροσβολής αναφέρεται στο ατομικό δικαίωμα εξουσιάζσεως και αυτοδιαχείρισης του σώματος, το οποίο περιλαμβάνεται στο γενικότερο δικαίωμα για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5 Συντ.). Με αυτό το σκεπτικό ο καθένας/η καθεμιά μας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ή όχι την προσωπικότητά του/της, να προάγει ή να υποβιβάζει το σώμα του/της, εφόσον δεν προσβάλλει τους γύρω του/της και δεν αντιβαίνει στο Σύνταγμα και στα χρηστά ήθη (Μάνεσης, 1982, Μανωλεδάκης, 1994). Η χρήση ναρκωτικών, ως πράξη αυτοπροσβολής, αποτελεί μια συμπεριφορά εντός των ορίων της ατομικότητας –εφόσον δεν μιλάμε για έμμεση βλάβη που προκύπτει από την εκδήλωση επιθετικότητας σε καθεστώς τοξίκωσης ή για χρήση σε δημόσια θέα- και ως εκ τούτου δεν τιμωρείται από το νόμο. Όπως, άλλωστε σημειώνει ο Mill, «*το άτομο δεν είναι υπόλογο προς την κοινωνία για πράξεις που το αφορούν αποκλειστικά*» (Mill, 1859, σελ.156).

Για τον Mill η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών εμπίπτει στη δικαιοδοσία της ατομικής επιλογής και ακόμη και η προοπτική της «*συσσωρευτικής βλάβης*» (accumulative harm) δεν έχει αρκετή βαρύτητα για να δικαιολογήσει την απαγόρευσή τους. Επομένως, η κοινωνία δεν έχει ηθική εξουσιοδότηση να απαγορεύσει διά νόμου την διακίνηση και εν τέλει την χρήση τους. Μολονότι η *αρχή της βλάβης* (harm principle) αποτελεί κεντρικό δόγμα της πολιτικής φιλοσοφίας του Mill, εντούτοις δεν σχεδιάστηκε από τον Mill με κύριο στόχο να καθοδηγεί τις πράξεις των ατόμων, αλλά για να περιορίζει το πεδίο εφαρμογής του ποινικού δικαίου και των παρεμβάσεων της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας (Harcourt, 1999). Καθώς, λοιπόν, η κατάχρηση ουσιών από μόνη της δεν προκαλεί άμεση βλάβη στα συμφέροντα των άλλων -με εξαίρεση ίσως την περίπτωση της εγκύου χρήστριας- θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι ο Mill είναι, κατ' αρχήν, κατά της ποινικοποίησής της. Τι συμβαίνει όμως με την ποινικοποίηση των πράξεων που προσβάλλουν τους άλλους; Με δεδομένη την αρχή της βλάβης και την συνολική έκκλησή του για προστασία της προσωπικής αυτονομίας στο *Περί Ελευθερίας*, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι ο Mill θα υποστήριζε την ποινικοποίηση μόνο των πράξεων που προσβάλλουν τους άλλους;

Θέση της παρούσας εργασίας είναι ότι η αρχή της προσβολής δεν θα μπορούσε να αποτελέσει επαρκές και νόμιμο επιχείρημα για την ποινικοποίηση της χρήσης ουσιών. Ορισμένες ενέργειες που θα μπορούσαν να προσβάλλουν τους άλλους, όπως για παράδειγμα, η προσβλητική ομιλία, η χρήση ουσιών σε δημόσιο χώρο, η μυρωδιά που αναδύεται από το κάπνισμα της κάνναβης, το δυνατό γέλιο ανθρώπων που βρίσκονται σε κατάσταση μέθης κ.ο.κ., πιθανότατα συνδέονται με τη χρήση ουσιών, αλλά αυτό από μόνο του δεν παρέχει κανένα λόγο για την ποινικοποίηση των ουσιών καθαυτών. Εάν μια κοινωνία θεωρεί θεμιτή την ποινικοποίηση ενεργειών που θα μπορούσαν να προσβάλλουν τους άλλους, αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη χρήση άλλου είδους κανόνων δικαίου, όπως αυτοί που καλύπτουν τη δημόσια όχληση και τη δημόσια ευπρέπεια. Η λογική της προσβολής των άλλων θεωρούμε πως δεν παρέχει επαρκή αιτιολόγηση για την ποινικοποίηση των ουσιών και της χρήσης τους. Μάλιστα, δεν είναι λίγοι οι σχολιαστές που ταυτίζονται με την παραπάνω θέση (Turner, 2014, Harcourt, 1999), στο πλαίσιο, όμως, της παρούσας εργασίας δεν κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί περαιτέρω.

4.2 Ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο και Καντιανή θεώρηση

Ο Καντ ισχυρίζεται ότι ο τρόπος που ένας άνθρωπος συμπεριφέρεται προς τον εαυτό του, έχει την ίδια ηθική αξία με τον τρόπο που συμπεριφέρεται προς τους άλλους. Στην περίφημη *κατηγορική προσταγή* του -και συγκεκριμένα στην δεύτερη διατύπωσή της- ο φιλόσοφος κάνει αναφορά στο καθήκον του κάθε ανθρώπου για σεβασμό της ανθρώπινης ιδιότητας, της ορθολογικότητας και της αυτονομίας, όχι μόνο των άλλων, αλλά και του ίδιου: *«Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντοτε συγχρόνως ως σκοπό και ποτέ απλώς και μόνον ως μέσο»* (Kant, 1797/1996). Ακολουθώντας την καντιανή οπτική, η κατάχρηση ουσιών θα μπορούσαμε να πούμε ότι υποσκάπτει την ορθολογικότητα και την αυτονομία ενός ανθρώπου –στοιχεία πυρηνικά στον συλλογισμό του Καντ- υπονομεύει τον αυτοσεβασμό του και παράλληλα παραβιάζει ένα καθήκον προς τον ίδιο του τον εαυτό. Για τον Καντ άλλωστε, τα καθήκοντα προς τον εαυτό μας (duties to oneself) δεν έχουν να κάνουν με το ατομικό συμφέρον, αλλά με την αυτο-τελειοποίηση και το να είμαστε αντάξιοι της ανθρώπινης ιδιότητάς μας (Denis, 2001). Ο Καντ, στη *Μεταφυσική των Ηθών* τα διαχωρίζει σε *τέλεια* και *ατελή*, περιγράφοντας τα πρώτα ως περιοριστικά (αρνητικά) καθήκοντα που *«απαγορεύουν στον άνθρωπο να ενεργεί αντίθετα προς τον σκοπό της φύσης του και έτσι έχουν να κάνουν απλώς με την ηθική αυτοσυντήρησή του|* (Kant, 1797/1996, 6:419). Τα καθήκοντα αυτά διακρίνονται με τη σειρά τους σε εκείνα που απορρέουν από τη ζωική μας φύση και σε εκείνα που απορρέουν από την ηθική μας φύση (Kant, 1797/1996, 6:420). Στα καθήκοντα προς τον εαυτό μας σχετικά με τη ζωική μας φύση, ο Καντ περιλαμβάνει το καθήκον να διατηρούμε τη ζωή μας (και ως εκ τούτου την απαγόρευση της αυτοκτονίας), το καθήκον της απαγόρευσης της *«μόλυνσης του εαυτού μας από τη λαγνεία»* και το καθήκον της απαγόρευσης της *«αυτοκαταστροφής από το φαγητό και το ποτό»* (Kant, 1797/1996, 6: 422-427)

Τι είναι αυτό που απαιτεί η καντιανή ηθική θεωρία από εμάς σε σχέση με την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αν όχι την απόλυτη αποχή; Η δεοντοκρατική θεωρία του Καντ, άλλωστε, ισχυρίζεται ότι οι επιλογές, οι πράξεις και οι προθέσεις θα πρέπει να αξιολογούνται ηθικά με βάση τη συμμόρφωσή τους με τους ηθικούς νόμους και τις αρχές, οι οποίες δεν επιτρέπουν εξαιρέσεις. Και κατ' επέκταση, τι θέση έχουν οι προσεγγίσεις μείωσης της βλάβης, οι οποίες δεν απαιτούν αποχή από την χρήση; Η μείωση της βλάβης χωράει στο καντιανό διανοητικό σχήμα ή ανήκει περισσότερο στους συνεπειοκράτες και τους υποστηρικτές της αρεταϊκής ηθικής, όπως υποστηρίζει μια μερίδα επιστημόνων (Christie et. al., 2008, Mercer, 2013); Αν σκεφτούμε λίγο πιο προσεκτικά την ηθική θεωρία του Καντ θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε ότι το καντιανό

διανοητικό σχήμα δεν είναι καταρχάς ενάντια στην πρακτική της μείωσης της βλάβης και αυτό διότι οι αξίες που διατυπώνονται από όσους/όσες υποστηρίζουν το μοντέλο αυτό συνάδουν με την ηθική απαίτηση του σεβασμού της αυτονομίας που είναι θεμελιώδης στην καντιανή ηθική θεωρία.

Ο Καντ διατυπώνει ένα σύνθετο σύνολο ηθικών υποχρεώσεων τόσο προς τον εαυτό μας όσο και προς τους άλλους. Κάποιες από τις υποχρεώσεις αυτές αποτελούν τέλεια καθήκοντα, δηλαδή απαιτούν άμεσα συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις προς συγκεκριμένα πρόσωπα που έχουν αντίστοιχα δικαιώματα. Όταν, για παράδειγμα, δίνουμε μια υπόσχεση, τότε έχουμε ένα τέλειο καθήκον που το οφείλουμε στο συγκεκριμένο πρόσωπο, στο οποίο δώσαμε την υπόσχεση. Παράλληλα, σύμφωνα με τον Καντ έχουμε ηθικά καθήκοντα που είναι ατελή. Αυτό σημαίνει ότι, μολονότι υπαγορεύουν μια πράξη που είμαστε ηθικά υποχρεωμένοι/υποχρεωμένες να εκτελέσουμε, ωστόσο επιτρέπουν μια διακριτική ευχέρεια ως προς το τι ακριβώς θα πράξουμε, σε ποιόν χρόνο και απέναντι σε ποιο πρόσωπο θα απευθύνεται η πράξη μας. Κλασικό παράδειγμα ατελούς καθήκοντος είναι αυτό της ευεργεσίας, δηλαδή το ηθικό καθήκον *«να προάγει κανείς σύμφωνα με τα μέσα που διαθέτει την ευτυχία των άλλων, που το έχουν ανάγκη, χωρίς να ελπίζει σε αντάλλαγμα»* (Kant, 1797/1996). Κατά συνέπεια, κανένα συγκεκριμένο πρόσωπο δεν μπορεί να διεκδικήσει το δικαίωμά του στην δική μου φιλανθρωπία, αλλά παρ' όλα αυτά έχω ηθικό καθήκον να είμαι φιλάνθρωπος.

Αξίζει, βέβαια, να σημειώσουμε ότι σε περιβάλλον επείγουσας ή κρίσιμης κατάστασης το καθήκον της ευεργεσίας μπορεί να καταστεί τέλειο, οφειλόμενο σε συγκεκριμένο πρόσωπο, που απαιτεί άμεσα κάποια ενέργεια. Μπορούμε εύκολα να φανταστούμε ένα παιδί που αποτυγχάνει να κολυμπήσει σε μια πισίνα, το οποίο μπορούμε πολύ εύκολα να βοηθήσουμε και το οποίο εάν δεν επέμβουμε θα πνιγεί. Εδώ το καθήκον να βοηθήσουμε υπερβαίνει τον προαιρετικό τρόπο εκπλήρωσης του ατελούς καθήκοντος της ευεργεσίας και μεταμορφώνεται σε ένα τέλειο καθήκον που οφείλουμε απέναντι στο ίδιο το παιδί και την εξασφάλιση της επιβίωσής του.

Με δεδομένα τα παραπάνω, η μείωση της βλάβης προς έναν/μία τοξικοεξαρτημένο/τοξικοεξαρτημένη θα μπορούσε να δικαιολογηθεί ηθικά από την καντιανή θεωρία, μέσω του καθήκοντος της ευεργεσίας. Οι άνθρωποι που κάνουν συστηματική χρήση ουσιών χρειάζονται κατά καιρούς βοήθεια διαφόρων ειδών. Όσοι/όσες υποστηρίζουν τη μείωση της βλάβης παρέχουν αυτή τη βοήθεια και μπορούν έτσι να εκπληρώσουν το ατελές καθήκον της ευεργεσίας, όμως στην περίπτωση όπου ένα άτομο κάνει χρήση ουσιών και έχει οξεία ανάγκη από συγκεκριμένη βοήθεια η οποία θα μπορούσε εύκολα να παρασχεθεί (π.χ. παροχή πρώτων

βοηθειών, κλήση ασθενοφόρου σε περίπτωση υπερδοσολογίας) ο/η επαγγελματίας υγείας κάνει αυτό που απαιτεί το τέλειο καθήκον του/της.

Στον αντίποδα, οι αντιρρήσεις που έχουν διατυπωθεί αναφέρουν ότι η φροντίδα που προσφέρεται στον χρήστη/στην χρήστρια ουσιών δεν μπορεί να αιτιολογηθεί ηθικά μέσω του προηγούμενου συλλογισμού. Και αυτό συμβαίνει διότι ο/η ενήλικος/ενήλικη χρήστης/χρήστρια ουσιών δεν είναι το αβοήθητο παιδί που δεν γνωρίζει κολύμπι. Επίσης, σε αντίθεση με την κολύμβηση, η χρήση ναρκωτικών δεν είναι μια ηθικά ουδέτερη και καθόλα επιτρεπτή δραστηριότητα. Ως εκ τούτου, το ατελές καθήκον της ευεργεσίας δεν μπορεί να εκπληρωθεί βοηθώντας άτομα να διαπράττουν ανήθικες πράξεις. Με άλλα λόγια, αν υπάρχει τέλειο καθήκον να απέχει κανείς από τη λήψη ναρκωτικών και τη μέθη, το καθήκον της ευεργεσίας δεν μπορεί να εκπληρωθεί βοηθώντας κάποιον/κάποια να συνεχίσει να κάνει χρήση. Πράγματι, ο Καντ ανάγει την εξάρτηση σε μια ηθικά ανεπίτρεπτη πράξη. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ «δεν είναι απλώς απερίσκεπτη λόγω της βλάβης ή του σωματικού πόνου που ο άνθρωπος προκαλεί στον εαυτό του με αυτό» (Kant, 1797/1996), αλλά εξαιτίας της παραβίασης του καθήκοντος προς τον εαυτό του. Και αυτό επειδή «είναι κατάχρηση των μέσων διατροφής που περιορίζει ή εξαντλεί την ικανότητά μας να τα χρησιμοποιούμε έξυπνα» (Kant, 1797/1996).

Τέλος, ας δούμε μια αναλογία. Θα εξετάσουμε την αναλογία μεταξύ του ύπνου και της μέθης. Σε μια κατάσταση ύπνου, ένα άτομο είναι ανίκανο και δεν μπορεί να ασκήσει τις σωματικές ή έλλογες διανοητικές του ικανότητες. Το ίδιο συμβαίνει και στη κατάσταση υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Αν η καντιανή ηθική όριζε ότι δεν πρέπει ποτέ να επιλέγουμε να μεθύσουμε, επειδή με αυτόν τον τρόπο θέτουμε τον εαυτό μας σε κατάσταση ανικανότητας, τότε η επιλογή να κοιμηθούμε θα αποκλειόταν εξίσου ως παραβίαση ενός τέλειου καθήκοντος. Κάτι τέτοιο όμως θα φάνταζε ανοησία. Μπορούμε, πράγματι να επιλέξουμε να κοιμηθούμε, αλλά για τους ορθούς λόγους. Το να επιλέξουμε να κοιμηθούμε προκειμένου να γίνουμε ανίκανοι/ανίκανες θα ήταν παραβίαση του καθήκοντός μας, αλλά το να επιλέξουμε να κοιμηθούμε επειδή χρειαζόμαστε ξεκούραση όχι. Αντιστοίχως, μπορούμε να επεκτείνουμε τον συλλογισμό αυτό και στην περίπτωση της κατάχρησης ουσιών, καταλήγοντας ότι η καντιανή ηθική μπορεί να αποκλείσει την λήψη ψυχοτρόπων ουσιών εάν η βούληση –το αρχικό κίνητρο της πράξης- είναι να γίνει προσωρινά σωματικά και διανοητικά ανίκανος/ανίκανη, αλλά δεν μπορεί να την αποκλείσει εντελώς.

4.3 Ουσιοεξαρτημένο υποκείμενο και αρεταϊκή ηθική

Η συζήτηση περί αρετής, όπως διατυπώνεται μέσω της βιβλιογραφίας, αναζωπυρώθηκε στην σύγχρονη ηθική φιλοσοφία ως μια εναλλακτική πρόταση απέναντι στην διαμάχη δεοντοκρατίας και συνεπειοκρατίας (Christie et. al., 2008, Mercer, 2013). Είναι, βέβαια, γνωστό ότι η αρεταϊκή ηθική έχει συνδεθεί κυρίως με το έργο του Αριστοτέλη. Η αριστοτελική ηθική δεν εστιάζει τόσο σε μια μεμονωμένη πράξη, όσο στον χαρακτήρα του/της αυτουργού της πράξης, αναδεικνύοντας αρετές όπως η τιμιότητα, η συμπόνοια, η ευγένεια, η δικαιοσύνη. Ο Αριστοτέλης, παράλληλα, δεν διαχωρίζει την ηθική από την πολιτική. Η πολιτική κατά τον Αριστοτέλη πρέπει να στοχεύει στα κοινωνικά σύνολα που απαρτίζονται από άτομα καλού ηθικού χαρακτήρα. Επιπρόσθετα, ο Αριστοτέλης ισχυρίζεται ότι η ηθική της αρετής λογίζεται ως το θεωρητικό μοντέλο που λαμβάνει υπόψη ταυτόχρονα και το πλαίσιο και τα αποτελέσματα μιας πράξης, χωρίς να υποβαθμίζει την αξία της ηθικής και να καταπιάνεται με ήσσονος αξίας γεγονότα όπως η προώθηση της ευχαρίστησης, η αποφυγή του πόνου ή το να πράττεις κάτι από καθήκον, όπως κάνουν οι συνεπειοκράτες και οι δεοντοκράτες αντίστοιχα.

Η αριστοτελική ηθική διαφέρει ριζικά και από την δεοντοκρατία και από τον ωφελιμισμό διότι δίνει περισσότερη έμφαση στον ανθρώπινο χαρακτήρα και όχι στους κανόνες ή τις συνέπειες. Ο χαρακτήρας αναδεικνύεται σε στοιχείο κλειδί της ηθικής σκέψης του Αριστοτέλη, η οποία μπορεί να γίνει κατανοητή στο πλαίσιο του σκοπού, του *τέλους*, της ανθρώπινης *ευδαιμονίας* και εν τέλει της αρετής (Morell, 2012). Η αρεταϊκή ηθική είναι κυρίως και κατά βάση τελεολογική επειδή εστιάζει στην διάκριση της παρούσας κατάστασης ενός ατόμου και στην κατάσταση στην οποία μπορεί να φτάσει, ως τον τελικό του σκοπό.

Το *τέλος*, ο απώτερος σκοπός, για τον Αριστοτέλη είναι η *ευδαιμονία*. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι και στην θεραπεία απεξάρτησης (recovery) ομοίως τίθεται ένας τελικός στόχος; Η θεραπεία ως διαδικασία –και αναφέρομαι κυρίως στην θεραπεία όπως αυτή εφαρμόζεται μέσα από το ψυχοκοινωνικό μοντέλο και την θεραπευτική κοινότητα- νοείται ως το σύνθετο αυτό ταξίδι, το οποίο ενσωματώνει την ίδια την εξάρτηση, αλλά και τον εξαρτημένο/την εξαρτημένη, μειώνει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, βελτιώνει την υγεία και μετατρέπει τον εξαρτημένο/την εξαρτημένη σε ένα παραγωγικό μέλος της κοινωνίας (NTA, 2012). Με αυτό το σκεπτικό, η ολοκληρωτική αποχή από την χρήση ουσιών θα μπορούσε να ιδωθεί ως η αρετή, μέσω της οποίας ένα εξαρτημένο άτομο θα μπορέσει να στοχεύσει στον τελικό σκοπό της θεραπείας και να φτάσει στην ευδαιμονία; Θέση της παρούσας εργασίας είναι ότι η αριστοτελική ηθική εμφανίζει αδυναμίες ως προς αυτό, διότι μια ηθική που βασίζεται στην αρετή μπορεί να παρέχει την

θεμελίωση για ορισμένες πολιτικές μείωσης βλάβης, χωρίς να καταφεύγει σε ωφελμιστικές οδούς, αλλά δεν εξηγεί το πώς ανακτάται η αυτονομία του/της ουσιοεξαρτημένου/ουσιοεξαρτημένης, που είναι το ζητούμενο στις πρακτικές μείωσης της βλάβης.

Μεταφέροντας την συζήτηση στις πρακτικές μείωσης της βλάβης, θα αναρωτηθεί κανείς/κάποια το πώς θα μπορούσε, για παράδειγμα, η διανομή καθαρών συρίγγων και ενέσιμου υλικού ή η συνταγογράφηση υποκαταστάτων να προσεγγιστούν μέσα από το πρίσμα της αρεταϊκής ηθικής. Αναμφίβολα, μολυσματικές ασθένειες όπως η ηπατίτιδα C και ο ιός HIV αποτελούν σοβαρά εμπόδια για έναν/μία ενεργό χρήστη/χρήστρια ουσιών –τον πληθυσμό στόχο των παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης- στον δρόμο για την ευδαιμονία. Από την άλλη πλευρά, η ενδεχόμενη κατάργηση των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης, όπως η ανταλλαγή ενέσιμου υλικού και οι χώροι ελεγχόμενης χρήσης συνεπάγονται περισσότερους θανάτους από υπερδοσολογία, υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού στις μολυσματικές ασθένειες και αύξηση των εγκληματικών συμπεριφορών από ενεργούς/ενεργές χρήστες/χρήστριες. Η βιβλιογραφία γύρω από τις παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης καθιστά σαφές ότι οι πρακτικές αυτές δεν οδηγούν σε αύξηση της χρήσης και σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν σε μονοπάτια θεραπείας και επανένταξης. Ο Kleinig (2008) αναφέρει ότι όταν μια υπηρεσία ανταλλαγής ενέσιμου υλικού *«αποτυγχάνει να απαντήσει στα βαθύτερα ερωτήματα των εξαρτημένων η ηθική αιτιολόγηση καθίσταται δύσκολη»*. Ως εκ τούτου, ο όρος «μείωση της βλάβης» με το αριστοτελικό σκεπτικό θα μπορούσε να αντικατασταθεί από έναν όρο όπως «βελτίωση της υγείας» (Mercer, 2013).

Στο ίδιο πλαίσιο της παρούσας συζήτησης, χρειάζεται να αναρωτηθούμε για το τι είδους παρεμβάσεις και πολιτικές για τις εξαρτήσεις χωρούν στην ηθική σκέψη περί αρετής. Θα πρέπει να προκρίνονται αυτές της μείωσης βλάβης ή μήπως οι πολιτικές που βασίζονται στην ολοκληρωτική αποχή από την χρήση; Αναφερόμενοι στον ανθρώπινο χαρακτήρα, που όπως είπαμε αποτελεί τον πυρήνα της αρεταϊκής ηθικής σκέψης, ένα θετικό χαρακτηριστικό του χαρακτήρα που μπορεί να συνδεθεί με την πρακτική μείωσης της βλάβης θα μπορούσε να είναι η συμπόνοια (compassion), η οποία σαφώς συγκαταλέγεται στις ανθρώπινες αρετές. Και είναι αλήθεια ότι στους κόλπους των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης αναπτύσσεται το σκεπτικό της μείωσης του ανθρώπινου πόνου και της δυστυχίας και λαμβάνουν χώρα συμπεριφορές συμπόνιας εκ μέρους του θεραπευτικού προσωπικού. Εύκολα όμως αναδύεται το ερώτημα του πόσο συμπονετικός/συμπονετική οφείλει να είναι ο/η επαγγελματίας υγείας απέναντι στον/στην εξυπηρετούμενό/εξυπηρετούμενή του, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος υπερβολικής ή και

ανεπαρκούς συμπόνοιας. Μπορεί να μετρηθεί –άρα και να αξιολογηθεί επαρκώς- η εκφρασμένη θεραπευτική συμπόνοια και είναι από μόνη της αρκούντως αποτελεσματική ως προς τους θεραπευτικούς στόχους; Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι η συμπόνοια εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά, αλλά πιθανότατα μόνο εφόσον έχει τεθεί ο θεραπευτικός στόχος ως καθήκον, ως αυτό που πρέπει να γίνει (δέον). Και ένα τέτοιο καθήκον δεν μπορεί να το θέσει η αρεταϊκή ηθική.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, η ηθική της αρετής τροφοδοτεί την δημόσια συζήτηση με μία νέα προσέγγιση της ηθικής της δημόσιας υγείας. Μέχρι σήμερα, τα περισσότερα ηθικά διλήμματα στα επαγγέλματα υγείας ψάχνουν απαντήσεις με βάση τις τέσσερις θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής και πάντοτε εντός μιας συνεπειοκρατικής σκέψης, χωρίς όμως να λαμβάνουν υπόψη τη σημασία του συναισθηματικού στοιχείου της ανθρώπινης εμπειρίας, στο οποίο εστιάζει η ηθική της αρετής (Gardiner, 2003). Παράλληλα, φέρνει και νέες προκλήσεις αφού αμφισβητεί την μακρόχρονη ωφελμιστική οπτική που κυριαρχεί στις πολιτικές δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Το παράδειγμα της αρεταϊκής ηθικής μπορεί να παράσχει το πλαίσιο ανασυγκρότησης των προγραμμάτων και των παρεμβάσεων ανεξάρτησης, αλλά και τους όρους για μια ευρύτερη συζήτηση σχετικά με την πολιτική για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, χωρίς όμως να καταφέρνει να υπηρετήσει έναν ηθικό πλουραλισμό, στον οποίο το κάθε ουσιοεξαρτημένο άτομο θα αντιλαμβανόταν την ευτυχία του και μια ζωή αγαθή με διαφορετικό τρόπο. Για να μπορέσει να ιδωθεί η θεραπεία της ανεξάρτησης ως το ταξίδι που έχει τελικό προορισμό την *«οικοδόμηση μιας ζωής γεμάτης νόημα, όπως μπορεί να προσδιοριστεί από τον ίδιο τον χρήστη και η οποία περιλαμβάνει την συμμετοχή στα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις, τους ρόλους και της ευθύνες της κοινωνίας»* (UKDPC, 2008) φαίνεται πώς δεν μπορούμε να αποφύγουμε την συζήτηση γύρω από καθήκοντα και υποχρεώσεις. Και αυτός ο τελικός σκοπός δεν φαίνεται να συμπίπτει με τον αριστοτελικό.

Για το τέλος, ένα μεθοδολογικό ζήτημα: η αριστοτελική ηθική διατυπώνεται με όρους του τι είναι καλό για το φυσιολογικό, τυπικό, ορθά λειτουργικό μέλος ενός είδους. Το ερώτημα είναι πώς εξάγονται ασφαλή συμπεράσματα ώστε να ισχύουν και για όσους, είτε προσωρινά είτε μόνιμα, αδυνατούν να λειτουργήσουν με αυτόν τον τρόπο, όπως είναι ένα ουσιοεξαρτημένο άτομο ή ένα άτομο με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Η προσήλωση σε ένα αντικειμενικό πρότυπο ευημερίας φαίνεται δύσκολη και μάλλον αδιάφορη όταν πρόκειται για ανθρώπους που είτε προσωρινά είτε μόνιμα αδυνατούν να ασκήσουν οποιαδήποτε από εκείνες τις ικανότητες που θεωρούμε σημαντικές για την ανθρώπινη ευημερία.

4. 4 Η ηθική της φροντίδας

Είναι αρκετά διαδεδομένο στον ιατρικό κόσμο ότι ο/η ιατρός-θεραπευτής/θεραπεύτρια οφείλει να ενεργεί σύμφωνα με την ηθική του/της συνείδηση (Επιβατιανός, 1984). Ανατρέχοντας στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και στο άρθρο 2, παρ.4 διαβάζουμε: «Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις» (Ν.3418/2005 Κ.Ι.Δ). Εκ πρώτης όψεως λοιπόν, τίθεται το ερώτημα εάν ο/η κοινωνικός/κοινωνική επιστήμονας-θεραπευτής/θεραπεύτρια που παρέχει υπηρεσίες ανεξάρτησης εμπίπτει στην ίδια μεταχείριση όπως ο/η ιατρός και εάν ναι, τι είναι αυτό που προσδίδει ειδικά στην συνείδηση των ιατρών τέτοια βαρύτητα, ώστε να αιτιολογεί τις αποφάσεις τους;

Το ιατρικό και νοσηλευτικό θεραπευτικό προσωπικό έρχεται καθημερινά σε επαφή με πολλά ηθικά προβλήματα κατά την άσκηση των καθηκόντων του. Η υπακοή στις εντολές της προσωπικής συνείδησης του/της κάθε ιατρού-θεραπευτή/θεραπεύτριας επαρκεί για να επιλύονται τέτοιου είδους ηθικοί προβληματισμού ή μήπως τα οποιαδήποτε ηθικά ζητήματα δεν θα έπρεπε να έχουν θέση στην καθημερινή ιατρική πρακτική της φροντίδας ανθρώπων; Ακόμη, μπορεί ένας/μία επαγγελματίας που εργάζεται στην φροντίδα εξαρτημένων ατόμων να διακόψει την παρεχόμενη φροντίδα επικαλούμενος/επικαλούμενη λόγους προσωπικής ηθικής και αξιακού πλαισίου; Και εν τέλει, μπορεί –και πρέπει– ένας/μία επαγγελματίας θεραπευτής/θεραπεύτρια να υπακούει στις εντολές της προσωπικής του/της ηθικής συνείδησης, όταν αυτές αντιτίθενται σε γενικώς παραδεδεγμένες επαγγελματικές αρχές και κώδικες δεοντολογίας; Αυτό αποτελεί, κατά κάποιον τρόπο, και τον πυρήνα του προβληματισμού της παρούσας εργασίας.

Η ηθική της φροντίδας θα λέγαμε ότι δεν χαρακτηρίζεται από μία συγκεκριμένη σχολή ηθικής σκέψης. Όπως αναφέρουν οι Beauchamp και Childress (2001), η ηθική της φροντίδας μοιράζεται προτάσεις της ηθικής του κοινοτισμού (communitarian ethics), συμπεριλαμβανομένων κάποιων αντιρρήσεων στα κεντρικά χαρακτηριστικά του φιλελευθερισμού, καθώς και μια έμφαση στα χαρακτηριστικά των διαπροσωπικών σχέσεων, όπως η συμπάθεια, η συμπόνοια, η εμπιστοσύνη και η αγάπη. Το να φροντίζεις κάποιον/κάποια απαιτεί συναισθηματική δέσμευση και προθυμία να πράττεις υπέρ αυτού/αυτής. Ως εκ τούτου, οι καντιανοί ηθικοί καθολικοί νόμοι, όπως και οι αμερόληπτοι ωφελμιστικοί υπολογισμοί δεν δύναται να έχουν κυρίαρχη θέση στην ηθική επιχειρηματολογία της φροντίδας. Η προσέγγιση της ηθικής της φροντίδας θέτει ως σημείο εκκίνησης της ηθικής δράσης όχι τις καθολικές αρχές όπως η αυτονομία και η ευεργεσία, αλλά την πραγματική ζωή των ανθρώπων, τις αδυναμίες τους και τις προσωπικές τους ανάγκες (Tronto,

1993). Οι καθολικές αρχές παρουσιάζουν τους ανθρώπους ως αυτόνομους και αυτοκαθοριζόμενους, ενώ η ηθική της φροντίδας έρχεται αυτό να το αμφισβητήσει, αναδεικνύοντας τους ανθρώπους ως ευάλωτους, συνδεδεμένους και απόλυτα εξαρτημένους από τους γύρω τους, με συνέπεια να μην προάγει μία επιχειρηματολογία που θα βασίζεται στα ατομικά δικαιώματα και τα συμφέροντα, αλλά στην σχέση. Επιπλέον, κατανέμει την συνολική ευθύνη μιας πράξης και δεν την τοποθετεί αποκλειστικά σε συγκεκριμένα άτομα.

Αυτό σημαίνει –στην περίπτωση που εξετάζουμε- ότι δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε τους εξαρτημένους γονείς ως απλώς υπεύθυνους απέναντι στα παιδιά τους για την ενδεχόμενη αποτυχία να αναζητήσουν βοήθεια, χωρίς να εξετάσουμε εάν συγκεκριμένοι παράγοντες –όπως το κοινωνικό στίγμα, η κακή οικονομική κατάσταση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση δυσχεραίνουν την θεραπευτική τους προσπάθεια (Jessup et. al., 2003, Matthews et. al., 2007). Με αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, δημιουργείται ένα δεοντολογικό πλαίσιο φροντίδας, το οποίο εστιάζει, τόσο στις σχέσεις μεταξύ του θεραπευόμενου/της θεραπευόμενης και του φροντιστή/της φροντίστριας, όσο και μεταξύ του θεραπευόμενου/της θεραπευόμενης και του οικογενειακού του/της περιβάλλοντος.

Η ηθική της φροντίδας μπορεί εκ πρώτης όψεως να προσομοιάζει αρκετά στο αριστοτελικό σκεπτικό και την ηθική της αρετής, που παραθέσαμε προηγουμένως. Όμως αν κοιτάξουμε πιο προσεκτικά, τα δύο θεωρητικά σχήματα παρουσιάζουν αξιοσημείωτες διαφορές. Η ηθική της αρετής αναπτύσσει μια συλλογιστική, η οποία περιλαμβάνει τον αλτρουισμό, την ευεργεσία, την ειλικρίνεια και την ακεραιότητα και θεωρείται ότι προωθεί την επαγγελματική συμπεριφορά όταν εφαρμόζεται στην πράξη. Η ηθική της φροντίδας στον πυρήνα της είναι σχεσιακή (Held, 2006, Tronto, 1993) και ως εκ τούτου διαφέρει από την ηθική της αρετής όπου η φροντίδα μπορεί να είναι μια αρετή που τα άτομα επιδιώκουν να ενισχύσουν (Leget, 2019). Στο πλαίσιο που συζητούμε για υγειονομικές υπηρεσίες, η ηθική της φροντίδας αναγνωρίζει ότι η φροντίδα λαμβάνει χώρα σε άνισες σχέσεις, στις οποίες ο ένας είναι πιο ευάλωτος και λαμβάνει φροντίδα. Συνολικά, η φροντίδα περιγράφεται ως συν-συνθετική (Leget, 2019), με την ηθική συλλογιστική να λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο των σχέσεων μεν, ενσωματώνοντας ωστόσο και το συναίσθημα. Ως ηθικό πλαίσιο, το κεντρικό της μέλημα δεν είναι η ανάπτυξη μιας συστηματικής ηθικής θεωρίας με γενικεύσιμους κανόνες και καθήκοντα -κι εδώ μας θυμίζει την αρεταϊκή ηθική θεωρία- αλλά στον πυρήνα της δίνει έμφαση στην ανθρώπινη αλληλεξάρτηση και την ανισότητα στις σχέσεις φροντίδας (Delgado et. Al., 2020). Επιπρόσθετα, αυτό που φαίνεται να είναι ουσιώδες σε μια ηθική της φροντίδας δεν είναι η εστίασή της στους ιδιαίτερα ευάλωτους, αλλά η υπενθύμιση ότι όλοι είμαστε ευάλωτοι στη φυσική και κοινωνική μας εξάρτηση. Αυτό που αναδεικνύει ως

πολύτιμο μία σχέση φροντίδας δεν είναι η ασύμμετρη σχέση δύο μερών, αλλά ο άμεσος αλτρουισμός.

Η ηθική συνείδηση ενός ατόμου αναφέρεται στο εάν μια πράξη είναι ηθικά ορθή ή όχι (Broad, 1952). Αυτό σημαίνει ότι μας ενδιαφέρει τα κίνητρα που ωθούν την πράξη να είναι ηθικά και το άτομο να μην δρα με αποκλειστικό κριτήριο το προσωπικό του συμφέρον. Η ενδεχόμενη απόφαση ενός θεραπευτή/μιας θεραπεύτριας να μην συνεχίσει την παροχή φροντίδας σε μια χρήστρια ουσιών που βρίσκεται σε εγκυμοσύνη θα μπορούσε να αιτιολογηθεί με όρους προσωπικής –και όχι επαγγελματικής– συνείδησης; Είναι αλήθεια ότι κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος αναδύονται ζητήματα τα οποία δεν καλύπτονται ή δεν δύναται να προβλεφθούν από νομοθετικούς ή δεοντολογικούς κανόνες, προβλήματα τα οποία χρειάζονται ηθική αντιμετώπιση. Όπως σημειώνει μάλιστα ο Παιονίδης: *«η σφαίρα του δικαίου και η σφαίρα της ηθικής τέμνονται, αλλά δεν ταυτίζονται»* (Παιονίδης, 2007). Επίσης, πολλοί αναφέρουν ότι τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στον ευρύτερο χώρο των επαγγελματιών υγείας είναι συχνά δισεπίλυτα και ότι η απόλυτη ηθική ορθότητα στην κάθε απόφαση είναι αδύνατη (Πουλής, 2016). Με αυτό το σκεπτικό αδιαμφισβήτητα ο ηθικός προβληματισμός έχει σαφή θέση στην ιατρική –θεραπευτική πρακτική, παρά το γεγονός ότι υπάρχει νομοθετικό και δεοντολογικό πλαίσιο αναφοράς. Σε κάθε περίπτωση, όμως, αυτό που φαίνεται περισσότερο έγκυρο όσο και εύλογο είναι να μην επικαλείται απλώς ο/η επαγγελματίας την φωνή της συνείδησής του/της, αλλά να χρησιμοποιεί μια δομημένη ηθική επιχειρηματολογία, η οποία θα τεκμηριώνει την απόφασή του/της και θα την καταστήσει –αν και ανοιχτή στην κριτική– γενικώς αποδεκτή. Αυτά τα δύο χαρακτηριστικά, η δυνατότητα αμφισβήτησης και η αποδεξιμότητα (καθολικός γνώμονας) σίγουρα προσομοιάζουν σε μια καντιανού τύπου προσέγγιση. Τέλος, φαίνεται ότι μέχρι σήμερα το πλαίσιο δεοντολογίας της φροντίδας έχει κερδίσει τη θέση του σε πολλούς τομείς της βιοηθικής, ωστόσο όμως, δεν χρησιμοποιείται επαρκώς στην συζήτηση σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας μιας οικογένειας με εξαρτημένους γονείς. Θα άξιζε λοιπόν τον κόπο να αναδειχθεί περισσότερο το πλαίσιο αναφοράς της ηθικής της φροντίδας προκειμένου να αποτελέσει οδηγό και βασικό εργαλείο στην διαδικασία λήψης επαγγελματικών αποφάσεων στον ευρύτερο χώρο των επαγγελματιών υγείας.

4.5 Το μοντέλο της μείωσης της βλάβης. Ηθική αιτιολόγηση και κριτική

Ο όρος *μείωση της βλάβης* (Harm Reduction) είναι ένας ευρύτατα οικείος όρος στους/στις επαγγελματίες που απασχολούνται στο πεδίο των εξαρτήσεων. Επί της ουσίας αποτελεί μία δέσμη

μέτρων και πρακτικών, η οποία έχει ως βασικό στόχο την μείωση των κινδύνων και των δυσμενών συνεπειών που προκύπτουν από επικίνδυνες ανθρώπινες συμπεριφορές, όπως είναι η κατάχρηση ουσιών και η προβληματική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ αποτελεί την εναλλακτική πρόταση απέναντι στην πρακτική της «μηδενικής ανοχής» (zero tolerance) ή την πλήρη απαγόρευση (abstinence-based) ορισμένων συμπεριφορών ή τρόπων ζωής (Miller, 2008). Η μείωση της βλάβης όσον αφορά την χρήση παράνομων ναρκωτικών έχει οριστεί ως οποιαδήποτε πολιτική, διαδικασία, ή παρέμβαση με πρωταρχικό στόχο τη μείωση των δυσμενών υγειονομικών, κοινωνικών ή οικονομικών συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών χωρίς απαραίτητα να μειώνεται η κατανάλωση ναρκωτικών (Marlatt, 1996), ενώ το καθοριστικό της χαρακτηριστικό είναι η εστίαση στην πρόληψη της βλάβης και όχι στην πρόληψη της ίδιας της χρήσης ναρκωτικών.

Ανοίγοντας εδώ μια παρένθεση, να πούμε ότι σύμφωνα με μία θεωρητική ασυμμετρία ανάμεσα στις έννοιες της βλάβης και της ωφέλειας, ο ηθικός λόγος του να μην προκαλείς την οποιαδήποτε βλάβη είναι ισχυρότερος από τον λόγο του να προσφέρεις μια ίσου μεγέθους ωφέλεια. Με άλλα λόγια θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εξασφάλιση εκπλήρωσης της αρχής της μη-βλάβης (non-maleficence) υπερτερεί της αντίστοιχης εκπλήρωσης της αρχής της ωφέλειας (beneficence). Έτσι, το να βλάπτεις ένα άτομο είναι -ηθικά μιλώντας- περισσότερο μεμπτό και απαράδεκτο από το να μην το ωφελήσεις σε ίσο βαθμό, και κατά συνέπεια το να μειώνεις τις ενδεχόμενες βλάβες που μπορεί να υποστεί κάποιος υπερέχει -αν δεν ισούται απλά- με το να τον ευεργετείς ή να τον ωφελείς με τις ενέργειές σου.

Η μείωση της βλάβης ως πρακτική αναγνωρίζει -στο θεωρητικό της υπόβαθρο- ότι οι άνθρωποι πάντοτε επέλεξαν και θα επιλέγουν επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση αλκοόλ ή ακόμη και η σεξουαλική δραστηριότητα, μολονότι ενέχουν συνέπειες βλαπτικές ως προς τους δρώντες. Καθώς η μείωση της βλάβης παρέχει καθοδήγηση στην ιατρική περίθαλψη των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών, μπορούμε να πούμε ότι εμπίπτει στην αρμοδιότητα της κλινικής δεοντολογίας. Επίσης, καθώς η μείωση της βλάβης παρέχει καθοδήγηση στον σχεδιασμό πολιτικών και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι εμπίπτει και στο πεδίο της ηθικής της δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, μια ολοκληρωμένη ηθική ανάλυση της μείωσης της βλάβης απαιτεί μια σύνθεση των ηθικών αναλύσεων από την οπτική γωνία της ιατρικής ηθικής και της δημόσιας υγείας.

Υπάρχουν πολλά είδη παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης, τα οποία εφαρμόζονται και υλοποιούνται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τους διαφορετικούς στόχους που τίθενται κάθε φορά. Έτσι στην φαρέτρα των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης θα συναντήσουμε

προγράμματα ανταλλαγής ή απλής διανομής συρίγγων και ενέσιμου εξοπλισμού, εποπτευόμενους χώρους ενέσιμης χρήσης, προγράμματα υποκατάστασης και συνταγογράφησης οπιούχων, κέντρα άμεσης πρόσβασης, υπηρεσίες παροχής σίτισης και ιματισμού. Αυτό που είναι σημαντικό να τονιστεί είναι το ότι δεν έχουν όλες οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης την ίδια ηθική αιτιολόγηση. Για παράδειγμα, τα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων, όπως και οι χώροι ελεγχόμενης ενέσιμης χρήσης αποδέχονται, καταρχάς, την ιδέα της χρήσης ουσιών και βοηθούν τα άτομα που έχουν ήδη εμπλακεί σε αυτήν την δραστηριότητα να μειώσουν τις επικείμενες βλάβες που συνεπάγεται η ενέσιμη χρήση. Επίσης, ένα πρόγραμμα ανταλλαγής ενέσιμου υλικού, το οποίο προμηθεύει με καθαρό εξοπλισμό ενέσιμης χρήσης με την απαραίτητη προϋπόθεση της επιστροφής αντίστοιχου χρησιμοποιημένου, διαφέρει από ένα αντίστοιχο πρόγραμμα διανομής. Και αυτό διότι εκκινεί από διαφορετική ηθική αφετηρία. Δεν παρέχει απλώς καθαρό εξοπλισμό με στόχο την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη χρήση, αλλά εκπαιδεύει τον χρήστη/την χρήστρια σε συμπεριφορές που ωφελούν –εκτός από τον ίδιο/την ίδια- το περιβάλλον και την δημόσια υγεία, ελαφρύνοντας τον δημόσιο χώρο από χρησιμοποιημένες -και κατ' επέκταση εν δυνάμει μολυσμένες- βελόνες που θα μπορούσαν να μολύνουν έναν άνθρωπο που απρόσεκτα θα τις πατήσει. Αντιστοίχως, ένα πρόγραμμα υποκατάστασης ή ένας εποπτευόμενος χώρος ενέσιμης χρήσης παρέχει στον χρήστη/στην χρήστρια τις συνθήκες ασφάλειας που παρέχει μια υγειονομική μονάδα φροντίδας, με την παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της χρήσης, αλλά σε καμία από τις προαναφερόμενες δύο περιπτώσεις η παρέμβαση δεν περιλαμβάνει την προμήθεια της ουσίας. Αντιλαμβάνεται κανείς ότι στην αντίθετη περίπτωση, η ηθική αιτιολόγηση θα ήταν διαφορετική. Η επισήμανση αυτής της διαφοράς δεν σημαίνει ότι υπάρχει κάτι ηθικά προβληματικό με την συνταγογράφηση ενός οπιούχου για παράδειγμα, απλώς αναγνωρίζεται η διαφορετική ηθική αφετηρία.

Ο εθισμός εξ' ὀρισμού εμπεριέχει το στοιχείο της απώλειας του ελέγχου από τον/την αυτουργό, την αμφισβήτηση της αυτονομίας του/της. Όπως αναλύθηκε στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διαταραχές χρήσης ουσιών αναφέρουν τους διάφορους τρόπους με τους οποίους ο εθισμός μπορεί να ελέγξει τη ζωή ενός ατόμου. Οι υποστηρικτές της μείωσης της βλάβης τονίζουν ότι αυτή η δέσμη μέτρων ουσιαστικά επιδιώκει να επαναφέρει την αυτονομία στο άτομο σε αντίθεση με τις στρατηγικές που βασίζονται στην τιμωρία ή την υποχρεωτική ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα, όταν ένας υποστηρικτής/μία υποστηρίκτρια της τιμωρητικής προσέγγισης της χρήσης ναρκωτικών μπορεί να υποστηρίξει ότι το άτομο αποφάσισε αυτόνομα να αρχίσει να παίρνει ναρκωτικά και, επομένως, είναι υπεύθυνο για τις συνέπειες της πράξης του αυτής. Εύλογα εδώ βέβαια, γεννάται το ερώτημα: Τα άτομα που κάνουν χρόνια χρήση

ψυχοδραστικών ουσιών μπορούμε να ισχυριστούμε ότι ενεργούν εντελώς αυτόνομα ή μήπως οι αποφάσεις και οι επιλογές τους επηρεάζονται από την εξάρτηση, τον εθισμό ή και άλλους φυσικούς ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες;

Δεν είναι λίγοι οι μελετητές/μελετήτριες που καταγράφουν ότι στο πλαίσιο της εξάρτησης, η χρήση ναρκωτικών είναι καταναγκαστική και η αυτονομία περιορισμένη (Kinsella, 2017, Levy, 2016). Η αρχή της αυτονομίας και η αξιολόγηση των προϋποθέσεων για αυτόνομες επιλογές από τον χρήστη/την χρήστρια σε ένα περιβάλλον εθισμού, αποτελούν σίγουρα κρίσιμο στοιχείο στην θεραπεία της εξάρτησης καθώς και στην εξέτασή της από βιοηθική σκοπιά και χρήζει ενδελεχούς ανάλυσης, η οποία εδώ μόνο ακροθιγώς λαμβάνει χώρα. Ωστόσο, αυτό που φαίνεται στην πράξη είναι το γεγονός ότι οι προσεγγίσεις μείωσης της βλάβης αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τους χρήστες/τις χρήστριες ουσιών να χρησιμοποιήσουν τον εθισμό τους με τρόπους που δεν υπονομεύουν την αυτονομία τους και είναι λιγότερο επιβλαβείς ως προς την ικανότητα ορισμού του σκοπού τους. Έτσι, η αποτελεσματικότητα των προσεγγίσεων μείωσης της βλάβης αποδεικνύεται ηθικά σημαντική ακόμη και για έναν υποστηρικτή/μία υποστηρίκτρια της καντιανής δεοντοκρατίας.

Εάν κάνουμε μια απόπειρα να συνδέσουμε την εν λόγω πρακτική με τις θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές (Beauchamp & Childress, 2001), μπορούμε να πούμε ότι ο γενικός στόχος της ελαχιστοποίησης της βλάβης είναι σύμφωνος με τις βιοηθικές αρχές της ευεργεσίας (beneficence), της συνακόλουθης μη-βλάβης (non-maleficence) και της δικαιοσύνης (justice).

Η ευεργεσία, ή με άλλα λόγια η προαγωγή της ευημερίας ενός/μίας ασθενούς, αποτελεί την κινητήρια δύναμη της κλινικής ιατρικής. Οι επαγγελματίες υγείας στοχεύουν στο να λαμβάνουν θετικά μέτρα για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ασθενών και όχι απλώς να αποφεύγουν την πρόκληση βλάβης. Η μείωση της βλάβης μεγιστοποιεί την ευεργεσία μέσω μιας αλλαγής παραδείγματος: από το να κάνουμε το καλύτερο για τον/την ασθενή μετακινούμαστε στο να κάνουμε το καλύτερο για τον/την ασθενή εντός των ορίων του τι είναι έτοιμος/έτοιμη ή πρόθυμος/πρόθυμη να κάνει ο ίδιος/η ίδια, όταν παράλληλα, οι θεραπείες για τα ναρκωτικά που βασίζονται στην αποχή αποτυγχάνουν να εξυπηρετήσουν τα άτομα που δεν είναι σε θέση ή δεν επιθυμούν να σταματήσουν τη χρήση παράνομων ναρκωτικών, περιορίζοντας έτσι την έκταση της ευεργεσίας. Στο πλαίσιο του εθισμού που εγκαθιστά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχουμε να κάνουμε με μια συμπεριφορά που ενέχει καταναγκασμό και περιορισμένη αυτονομία. Παράλληλα, συνάγεται από ότι αναφέρθηκε παραπάνω ότι η προώθηση της αυτονομίας αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για τη θεραπεία του εθισμού (Kinsella, 2017). Φαίνεται, λοιπόν, ότι το πρώτο

βήμα για την προώθηση της αυτονομίας είναι να μην επιβάλλεται η εφαρμογή προγραμμάτων θεραπείας ναρκωτικών ή η ολοκληρωτική αποχή, αλλά παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης. Με άλλα λόγια, η μείωση της βλάβης δίνει το χώρο και το χρόνο για την πλήρη ανάκτηση της αυτονομίας, μειώνει δηλαδή την εμφάνιση εμποδίων που θα ακύρωναν πλήρως την αυτονομία, όπως για παράδειγμα ένας πιθανός θάνατος από μία μολυσματική ασθένεια. Το βασικό ηθικό πλεονέκτημα, είναι ότι το καθήκον της ανάκτησης της αυτονομίας παραμένει ως στόχος και η μείωση της βλάβης δεν γίνεται αυτοσκοπός, αλλά εργαλείο προς την πλήρη επανάκαμψη, κάτι που η αρεταϊκή ηθική με την εκδήλωση μιας ασαφούς και εν πολλοίς αόριστης συμπόνοιας ενέχει τον κίνδυνο να μετατρέψει τη μείωση της βλάβης σε διαιώνιση της εξάρτησης. Ο Caplan (2008), μάλιστα, ισχυρίζεται κάτι εξαιρετικά ενδιαφέρον: Αν υπάρχει ένα φάρμακο/μία ουσία που μπορεί να ανατρέψει τη δύναμη του εθισμού επαρκώς, ώστε να αποκαταστήσει την προσωπική αυτονομία, τότε η εντολή χρήσης του μπορεί να είναι ηθικά δικαιολογημένη. Η δημόσια πολιτική υγείας, οι οικογένειες ή οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να επιβάλουν τη θεραπεία στο όνομα της αυτονομίας. Εάν μία ουσία όπως η ναλτρεξόνη –η οποία εμφανίζεται ασφαλής και αποτελεσματική για όσους είναι εθισμένοι στα οπιοειδή και πιθανότατα στα διεγερτικά και το αλκοόλ (Comer et. al., 2006, Krystal et. al., 2001)- είναι ικανή να εμποδίσει την τοξίκωση από το αλκοόλ, την ηρωίνη ή την κοκαΐνη, τότε μπορεί να απελευθερώσει τον/την εξαρτημένο/εξαρτημένη από τις καταναγκαστικές διαστάσεις της εθιστικής συμπεριφοράς, ενισχύοντας έτσι την ικανότητα του ατόμου να είναι αυτόνομο και αποτελώντας με αυτόν τον τρόπο το ηθικό επιχείρημα που θα αιτιολογούσε την επιβολή της θεραπείας.

Αναφορικά με την αρχή της δικαιοσύνης, θα λέγαμε ότι οι πολιτικές της μείωσης βλάβης την προάγουν. Και αυτό συμβαίνει διότι παρέχονται βασικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες σε έναν πληθυσμό που υποφέρει από τη χρήση και τις συνακόλουθες αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την κοινωνία και αποτελεί τον πλέον απομονωμένο πληθυσμό από την πρόσβαση σε υγειονομικούς και κοινωνικούς πόρους. Τα εμπόδια στην πρόσβαση περιλαμβάνουν γεωγραφικά εμπόδια, όπως η έλλειψη μεταφορικών μέσων προς τις δομές φροντίδας και παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οικονομικά εμπόδια, όπως η αδυναμία πληρωμής ιατρικών επισκέψεων, καθώς και κοινωνικά εμπόδια, όπως ο στιγματισμός των τοξικοεξαρτημένων, που αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο. Επιπλέον, οι διαταραχές χρήσης ουσιών συσχετίζονται με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και η διπολική διαταραχή (Mueser et. al., 2016). Μεταξύ των χρηστών/χρηστριών οπιοειδών, περίπου οι μισοί/μισές έχουν κάποια ψυχιατρική ασθένεια, δημιουργώντας ένα πρόσθετο εμπόδιο στην πρόσβαση και εντείνοντας τον

στιγματισμό τους. Ακόμη, ένα μέτρο μείωσης της βλάβης όπως η παροχή ενέσιμου υλικού σε χρήστες/χρήστριες, αποτελεί εύκολα προσβάσιμη και δωρεάν παροχή υγειονομικού υλικού. Όπως ένας διαβητικός ή μία διαβητική θα πρέπει να έχει το δικαίωμα σε καθαρές σύριγγες για την χορήγηση της ινσουλίνης που χρειάζεται καθημερινά, έτσι και τα άτομα που είναι εξαρτημένα έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε καθαρό ενέσιμο εξοπλισμό χρήσης δωρεάν -μολονότι σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται η ανταλλαγή χρησιμοποιημένων συριγγών με καθαρές- ενώ πολλά προγράμματα παροχής καθαρών συριγγών προσφέρουν πρόσθετες παροχές, όπως εξετάσεις για τον HIV και την ηπατίτιδα C, συμβουλευτική και νομική υποστήριξη. Αξίζει να σημειώσουμε εδώ, ότι το σημείο το οποίο χρειάζεται πρόσθετη τεκμηρίωση αφορά την ψυχαγωγική χρήση και το κατά πόσον μια κοινωνία οφείλει να παρέχει καθαρά σύνεργα χρήσης σε μια τέτοια περίπτωση, δεδομένου του ότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο μερικές φορές, να γίνει διάκριση μεταξύ ψυχαγωγικής και καταναγκαστικής χρήσης ουσιών.

Στον αντίποδα, οι πρακτικές μείωσης της βλάβης εγείρουν μια σειρά από ηθικές ανησυχίες. Η σημαντικότερη, ίσως, από αυτές σχετίζεται με μία –θα μπορούσαμε να πούμε- αξιακή κρίση, καθώς στους κόλπους της αναδεικνύεται ως πιο σημαντικό το να μειωθούν οι βλάβες που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών παρά να μειωθεί ή να απαγορευθεί ολοκληρωτικά η ίδια η χρήση. Οι επικριτές/επικρίτριες της μείωσης της βλάβης υποστηρίζουν ότι επί της ουσίας ενθαρρύνεται η χρήση ουσιών, στέλνοντας ένα αμφιλεγόμενο και ανάμεικτο ηθικό μήνυμα. Ορισμένοι/ορισμένες, μάλιστα, φοβούνται ότι αποτελεί τον προθάλαμο για τη νομιμοποίηση των ναρκωτικών (Weatherburn, 2009). Ωστόσο, υπάρχει σημαντικός όγκος της βιβλιογραφίας, που υποστηρίζει ότι οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης δεν αυξάνουν ούτε ενθαρρύνουν την χρήση ναρκωτικών, αλλά αντιθέτως ερευνητικές προσπάθειες έχουν αποδείξει ότι ορισμένοι/ορισμένες ασθενείς, οι οποίοι/οποίες δεν θα αναζητούσαν αλλιώς θεραπεία, τελικά αναζητούν θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων που βασίζονται στην αποχή, ως αποτέλεσμα της χρήσης των υπηρεσιών μείωσης της βλάβης (Tyndall et al., 2005, Hagan, McGough, & Thiede, 2000).

Στην συνέχεια, οι επικριτές/επικρίτριες της μείωσης βλάβης εγείρουν ηθικές ανησυχίες βάσει του μοντέλου της *ομοιόστασης του κινδύνου* και της πιθανής αύξησης της χρήσης ναρκωτικών (MacCoun, 1998). Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό μοντέλο, η μείωση του κινδύνου έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές σε διάφορα περιβάλλοντα (π.χ. οι βελτιώσεις στην τεχνολογία ασφάλειας των αυτοκινήτων έχουν οδηγήσει σε αύξηση της επικίνδυνης οδηγικής συμπεριφοράς). Με βάση την αντισταθμιστική συμπεριφορά, λοιπόν, είναι

πιθανό είτε περισσότερα άτομα να κάνουν χρήση ναρκωτικών, είτε τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών να κάνουν βαρύτερη ή συχνότερη χρήση, εφόσον μειώνονται οι ενδεχόμενες βλάβες. Με άλλα λόγια, όσο η πολιτική της μείωσης βλάβης θα οδηγεί σε βελτίωση των επιμέρους δεικτών δημόσιας υγείας, τόσο πιθανότερο θα είναι και το ενδεχόμενο αύξησης της ατομικής εμπλοκής σε επιβλαβείς συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών, μολονότι οι διαθέσιμες έρευνες δεν επιβεβαιώνουν τον συλλογισμό (Kerr et. al., 2007, Hedrich et. al., 2004).

Τέλος, ένα περαιτέρω ζήτημα που προκύπτει είναι το εάν η μείωση της βλάβης μπορεί να αποτελέσει έναν αυτούσιο και αυτοδύναμο στόχο που αξίζει να προσπαθούμε να τον επιτύχουμε. Και αυτό διότι έχει υποστηριχτεί η πεποίθηση ότι άτομα όπως οι χρόνιοι χρήστες/χρήστριες ουσιών δεν θα πρέπει να προστατεύονται από τις συνέπειες των πράξεών τους, οι οποίες θα πρέπει να αποτελούν την κατάλληλη τιμωρία για αυτούς/αυτές (Meyers & Wolfe, 2004). Σύμφωνα με το σκεπτικό αυτό, οι πρακτικές της μείωσης βλάβης συνήθως αντιμετωπίζουν αυτό που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως φυσική συνέπεια μιας ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς (π.χ. μία μόλυνση, ένα επεισόδιο υπερδοσολογίας, μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη). Το ερώτημα, λοιπόν, είναι εάν θα πρέπει ο/η αυτουργός να προστατεύεται από τις συνέπειες των δικών του/της επικίνδυνων πράξεων ή είναι ορθότερο –ηθικά και πρακτικά- να αφήνεται να υποστεί τις φυσικές συνέπειες – με εξαίρεση ίσως αυτές που προκαλούν θάνατο- της κατάχρησης ουσιών, καθώς με αυτόν τον τρόπο το άτομο κινητοποιείται ευκολότερα ώστε να αναζητήσει θεραπεία; Με άλλα λόγια, μπορεί να αναζητηθεί ακόμη και θεραπευτική αξία στην ίδια την βλάβη; Θεωρούμε ότι η απάντηση και σε αυτό το ερώτημα έγκειται στην σημασία που πρέπει να αποδοθεί στο καθήκον της πλήρους αποκατάστασης της αυτονομίας του/της αυτουργού μέσω των πρακτικών μείωσης βλάβης, όπως αυτό περιγράφηκε αναλυτικά στις προηγούμενες παραγράφους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Εξαρτήσεις και εγκυμοσύνη – Βιοηθικές Προεκτάσεις

5.1 Εξάρτηση και μητρότητα

Καμία γυναίκα δεν γεννιέται με την ιδιότητα της μητέρας. Η κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα στην τεκνοποίηση -άρα και στην μητρότητα- και το εάν θα ασκήσει τελικά αυτό το δικαίωμα εξαρτάται από πολλούς εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού έχουν χαρακτηριστεί από πολλούς επιστήμονες ως περίοδοι μεγάλων αλλαγών στην σωματική, ψυχική και κοινωνική σφαίρα μιας γυναίκας. Οι εξαρτημένες γυναίκες που γίνονται μητέρες έχουν συχνά μεγαλώσει σε οικογένειες με αρκετά προβλήματα, έντονες

ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, έχουν βιώσει έλλειψη αγάπης και φροντίδας κατά την παιδική τους ηλικία, μην κατορθώνοντας εν τέλει να συνάψουν έναν σταθερό και αναγκαίο δεσμό εμπιστοσύνης με τους γονείς τους και τους σημαντικούς άλλους (Simonelli et. al., 2014, Webb et. al., 2022). Η Μάτσα (2011), μάλιστα σημειώνει πως αυτό που λείπει στην πρώιμη σχέση εξαρτημένης μητέρας-παιδιού είναι ο ενθουσιασμός και η αμοιβαία απόλαυση αυτής της μοναδικής σχέσης, στοιχεία που παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού.

Η κατάχρηση ουσιών είναι ένα σύνθετο, πολύπλευρο ζήτημα, το οποίο συχνά έχει ως αποτέλεσμα σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες, τόσο για την ίδια την μητέρα-χρήστρια, όσο και για το παιδί της. Η μητέρα-χρήστρια συνήθως επιδεικνύει ανικανότητα στην φροντίδα του εαυτού της, πριν, κατά την διάρκεια, αλλά και μετά τον τοκετό. Επιπρόσθετα, ελλοχεύει ο κίνδυνος της παραμέλησης τέκνου εξαιτίας κυρίως του επισφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο οι μητέρες αυτές συχνά ζουν (Wightman, 1991). Η καθημερινότητα των τοξικοεξαρτημένων γυναικών που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη συνυπάρχει με επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης, καθώς πολλές από αυτές δηλώνουν άστεγες ή με προσωρινή στέγη, όπως επίσης και με κακές συνθήκες διατροφής, αφού οι περισσότερες σιτίζονται ανεπαρκώς. Επιπρόσθετα, παραμελούν την ατομική τους καθαριότητα και υγιεινή, ενώ παράλληλα εκθέτουν το σώμα τους σε σεξουαλικές επαφές χωρίς μέτρα προφύλαξης, μολονότι ενυπάρχει ο σοβαρός κίνδυνος να επιμολυνθούν από διάφορες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (DHIDA, 2007, Γαζγαλίδης, 2005). Ακόμη, οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών είναι πιθανότερο να έχουν ξεκινήσει την πορεία τους στην χρήση μέσω ενός άνδρα συντρόφου, ο οποίος είναι επίσης χρήστης ή αυτός που προμηθεύει τις ουσίες στην γυναίκα ή φέρει και τις δύο ιδιότητες ταυτόχρονα (Gomberg, 1981, Eldred & Washington, 1975). Σε ένα άλλο επίπεδο, το οικονομικό κόστος που απαιτείται για την πρόσθετη παροχή υγειονομικής φροντίδας στα νεογέννητα βρέφη που γεννιούνται από εξαρτημένες μητέρες είναι κάτι που θα πρέπει να μας απασχολήσει σοβαρά. Σε μια έρευνα του 1991 (Phibbs et al.) αποδείχθηκε ότι η νοσηλεία των νεογνών κόστιζε κατά μέσο όρο 5.200 δολάρια περισσότερο από την νοσηλεία των νεογνών χωρίς έκθεση σε ουσίες.

Είναι αρκετά συχνό φαινόμενο η εγκυμοσύνη να γίνεται αντιληπτή από την εξαρτημένη γυναίκα όταν αυτή βρίσκεται ήδη σε προχωρημένο στάδιο. Αυτό συμβαίνει είτε λόγω της αμηνόρροιας, είτε λόγω της εσφαλμένης πεποίθησης ότι όσο κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες, είτε λόγω της έκθεσης του σώματός της σε σεξουαλικές επαφές χωρίς αντισυλληπτικές προφυλάξεις (Glick et. al., 2021). Σε ένα περιβάλλον τοξικοεξάρτησης η

εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού συνήθως αντιμετωπίζονται από την ίδια την μητέρα είτε ως ένα απρόβλεπτο γεγονός, είτε ως ατύχημα (Badcock, 2008, Bernadi et al., 1989) και σε καμία περίπτωση ως μια συνειδητή, έλλογη απόφαση (Negri, 2011). Με δεδομένη την απουσία οικογενειακού προγραμματισμού η επικείμενη γέννηση ενός παιδιού και οι σύννοδες ευθύνες ανατροφής δημιουργούν ένα ηθικό βάρος στην εξαρτημένη μητέρα, αρκετά δυσβάσταχτο για αυτήν (EMCDDA, 2012, Ornoy et al., 1996). Επιπρόσθετα, όταν μιλάμε για εξάρτηση και εγκυμοσύνη αυτό που μπορεί να αποδεικνύεται καλό και να ωφελεί την έγκυο χρήστρια, μπορεί την ίδια στιγμή να αποδειχθεί βλαβερό έως και καταστροφικό για το κυοφορούμενο και το αντίστροφο. Η προσπάθεια να συγκριθεί η αυτονομία και η ελευθερία της γυναίκας από τη μία και το δικαίωμα του κυοφορούμενου να μην γεννηθεί με δυσλειτουργίες, όπως το νεογνικό σύνδρομο στέρησης που αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα για τους/τις επιστήμονες, θεωρητικούς και κλινικούς.

Ως απάντηση στις συνεχιζόμενες προκλήσεις που επηρεάζουν την κοινωνία και την οικογένεια σχετικά με την κατάχρηση ουσιών την περίοδο της εγκυμοσύνης, η κοινωνία αναλαμβάνοντας όλο και περισσότερο έναν ρόλο προστάτη των πλέον ευάλωτων μελών της, όπως τα παιδιά, έχει επεκτείνει τα τελευταία χρόνια, αυτήν την προσπάθεια στις έγκυες γυναίκες και τα κυοφορούμενά τους, φέρνοντας στο επίκεντρο την αλληλεπίδραση μεταξύ των εγκύων γυναικών, των επαγγελματιών υγείας, καθώς και της ίδιας της κοινωνίας. Δεδομένα λοιπόν, προκύπτει σύγκρουση μητέρας-κυοφορούμενου, όταν το συμφέρον μιας εγκύου γυναίκας όπως το ορίζει η ίδια -στην προκειμένη περίπτωση η χρήση ή κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών- συγκρούεται με το συμφέρον του κυοφορούμενού της, το οποίο είναι να γεννηθεί υγιές με τις καλύτερες δυνατές πιθανότητες επιβίωσης. Παράλληλα, η φροντίδα της εγκύου γυναίκας έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει αρκετές ηθικές προκλήσεις και συγκρούσεις μεταξύ των δικαιωμάτων της μητέρας και των δικαιωμάτων του κυοφορούμενου. Η σύγκρουση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι αν και υποθετικά υπάρχουν δύο ασθενείς –η έγκυος γυναίκα και το κυοφορούμενο- η ύπαρξη του κυοφορούμενου εξαρτάται άμεσα από την ευημερία και τις ενέργειες της μητέρας. Γεννιέται λοιπόν ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον ερώτημα, το οποίο θα επεξεργαστούμε και στο ερευνητικό σκέλος της εργασίας: Μπορεί η μητρότητα ως κατάσταση να αποτελέσει αφορμή και αναγκαία συνθήκη για να οδηγήσει μια γυναίκα έξω από τον κόσμο της εξάρτησης; Με άλλα λόγια, ο μετασχηματισμός της γυναίκας σε μητέρα –αυτός και μόνο- είναι ικανός να αποτελέσει ένα ισχυρό κίνητρο θεραπείας, έναν οδηγό καθοδήγησης προς την λήψη ηθικών αποφάσεων με γνώμονα το καλό της ίδιας, αλλά και του παιδιού;

Και τέλος, οφείλουμε να εξισώνουμε την ενδεχόμενη ηθική υποχρέωση της μητέρας ως προς το κυοφορούμενο με αυτήν του βιολογικού πατέρα; Θα πρέπει οι υποχρεώσεις της μητέρας ως προς το κυοφορούμενο να έχουν μεγαλύτερη ηθική ισχύ από τα καθήκοντα του πατέρα; Η απάντηση πιθανότατα είναι αρνητική, διότι ένας λογικός συλλογισμός θα ήταν ένας πατέρας να οφείλει να έχει τις ίδιες ηθικές υποχρεώσεις προς το κυοφορούμενο όπως συμβαίνει και απέναντι στα γεννημένα παιδιά του. Μπορεί να ισχυριστεί κάποιος/κάποια ότι οι διατροφικές συνήθειες ή οι καταχρηστικές συμπεριφορές του πατέρα δεν επηρεάζουν την υγεία του κυοφορούμενου όπως συμβαίνει με τη μητέρα- αλλά υπάρχουν πολλοί τρόποι που οι πράξεις του πατέρα επηρεάζουν μακροπρόθεσμα το μέλλον του κυοφορούμενου. Εάν, λόγου χάρη, η κατανάλωση αλκοόλ ή η λήψη ψυχοτρόπων ουσιών οδηγούν τον πατέρα στο να γίνει βίαιος προς την έγκυο σύντροφό του ή να ενθαρρύνει την έγκυο γυναίκα του να κάνει και η ίδια χρήση ουσιών –ένα μοτίβο συμπεριφοράς που καταγράφεται συχνά- σίγουρα στοιχειοθετείται ηθική ευθύνη του πατέρα για αυτές του τις πράξεις. Το ίδιο συμβαίνει και όταν αρνείται να συνεισφέρει οικονομικά στην προγεννητική φροντίδα του κυοφορούμενου.

5.1.1 Οι κίνδυνοι για τη μητέρα και το παιδί

Αν και οι κίνδυνοι από τη χρήση ουσιών έχουν μελετηθεί εκτενώς και έχουν γραφτεί πολλά, ωστόσο δεν είναι σίγουρο ότι κάθε γυναίκα που είναι έγκυος και συνεχίζει την χρήση ουσιών θα αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα –σοβαρό ή μη- κατά την κύηση (EMCDDA, 2012). Η συζήτηση γύρω από τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά τη φροντίδα μιας εξαρτημένης εγκύου ή μιας εξαρτημένης μητέρας απαιτεί την κατανόηση των αντικτύπων της προγεννητικής έκθεσης σε χημικές ουσίες στη γυναίκα, στο κυοφορούμενο και αργότερα στο παιδί, στη λειτουργία της οικογένειας, καθώς και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Τα αποτελέσματα της έρευνας του αμερικανικού κυβερνητικού οργανισμού για την κατάχρηση ουσιών και την ψυχική υγεία το 2006 αποκάλυψαν ότι το 10% των μη εγκύων γυναικών στις ηλικίες 15 έως 44 ετών παραδέχτηκαν τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Μεταξύ των εγκύων γυναικών, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4%. Εκτιμάται ότι 11,8% των εγκύων γυναικών, ηλικίας 15 έως 44 ετών, ανέφεραν τρέχουσα χρήση αλκοόλ, ενώ το 2,9% ανέφερε βαριά και προβληματική κατανάλωση αλκοόλ (SAMSHA, 2006).

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί βιβλιογραφικά εκτενώς με επιβλαβείς συνέπειες τόσο προς την μητέρα, όσο και προς παιδί, είτε ως κυοφορούμενο, είτε και ως βρέφος, από την στιγμή που έρχεται στην ζωή. Η συστηματική λήψη

τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες να προκληθεί πρόωρος τοκετός, καθώς και την πιθανότητα να γεννηθεί το βρέφος όχι επαρκώς ανεπτυγμένο σε σχέση με την ηλικία κύησης (Leggate, 2008). Τα κυοφορούμενα που εκτίθενται σε παράνομες, αλλά και νόμιμες ψυχοτρόπες ουσίες ενώ βρίσκονται στη μήτρα της μητέρας τους, έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο μακροχρόνιων σωματικών, συμπεριφορικών και γνωστικών δυσχερειών (Muhuri et al., 2009), είναι πιθανότερο να χρειαστούν εξειδικευμένη θεραπεία μετά τη γέννηση, κατά πάσα πιθανότητα θα περάσουν κάποιον χρόνο στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) (Miles et al., 2020) και επίσης υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι θα αναπτύξουν συμπτώματα νεογνικού συνδρόμου στέρησης (NAS – Neonatal Abstinence Syndrome) (Best et al., 2009). Επιπλέον, τυχόν έκθεση του βρέφους στην κοκαΐνη και τα παράγωγά της, την νικοτίνη και τα οπιούχα συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Kuczkowski, 2007, Shankaran et al., 2007).

Παράλληλα, οι έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών έχει καταγραφεί ότι αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, όπως και όταν απευθύνονται σε δομές υποστήριξης της μητρότητας (Miles, Francis, & Charman, 2010). Είθισται να απευθύνονται στον γυναικολόγο τους για έναρξη της προγεννητικής φροντίδας σε προχωρημένο στάδιο της κύησης -πολλές φορές και κατά τον τοκετό- και η αποκάλυψη από πλευράς τους της χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας δεν αποτελεί ρεαλιστικό σενάριο (Miles et al., 2010). Χωρίς την κατάλληλη φροντίδα πριν και μετά τον τοκετό, οι έγκυες γυναίκες που δυσκολεύονται να απέχουν από την χρήση παράνομων ουσιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να απωλέσουν το δικαίωμα να φροντίσουν οι ίδιες τα παιδιά τους, τα οποία πιθανότατα θα απομακρυνθούν από τη μητρική επιμέλεια. Ακόμη, συχνά καταγράφονται ιατρικές επιπλοκές, όπως πρόωρη απώλεια της εγκυμοσύνης, περιορισμοί στην ανάπτυξη του κυοφορούμενου, αποκόλληση του πλακούντα, αυξημένη αρτηριακή πίεση, θρόμβοι στο αίμα, πρόωρο τοκετό και αιμορραγία μετά από αυτόν (Finnegan, 2013).

Όπως σημειώνει σχετική έκθεση των Ηνωμένων Εθνών, οι γυναίκες που κάνουν χρήση παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών -σε σύγκριση με τους άνδρες- έχουν λιγότερες διαθέσιμες πηγές εσόδων, περισσότερες πιθανότητες να συμβιώνουν με έναν σύντροφο που κάνει χρήση ουσιών, αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες στο να ενταχθούν σε κάποιο θεραπευτικό σχήμα κι επίσης αναφέρουν αυξημένα περιστατικά κακοποίησης, βίας και τραύματος (United Nations - Office on Drugs and Crime, 2004). Επιπρόσθετα, όπως αναφέρουν οι Οικονομίδου, Κλήμη και Βιβιλάκη

(2012), οι έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών συχνά εμφανίζουν ιστορικό σωματικών προβλημάτων υγείας, συνυπάρχουσα ψυχική ασθένεια, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν ή και στην παρούσα φάση της ζωής τους, κακή διατροφή, έλλειψη ασφαλούς και κατάλληλης στέγασης, σοβαρά προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης.

Ακόμη, αναφορικά με το στίγμα, και τον κίνδυνο στιγματισμού, ο Goffman (2001) ισχυρίζεται ότι η ταυτότητα του στίγματος δεν αφορά μόνο την μητέρα τοξικοεξαρτημένη, αλλά χαρακτηρίζει και το παιδί που γεννιέται από αυτήν, δίνοντας στην στιγματιστική διαδικασία μια περισσότερο ηθική –θα λέγαμε- διάσταση. Το κοινωνικό σύνολο, λοιπόν, που υποδέχεται στους κόλπους του ένα παιδί με εξαρτημένη μητέρα διατηρεί ως επί το πλείστον μια στάση έντονης κριτικής και αμφισβήτησης.

Κλείνοντας, χρειάζεται να γνωρίζουμε αυτό που σημειώνει σε σχετική του έκθεση το EMCDDA (2012). Το γεγονός ότι όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων του αλκοόλ, του καπνού και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε μία έγκυο, στο κυοφορούμενο και στο νεογνό. Ωστόσο, η κάθε ουσία επιδρά με διαφορετικό τρόπο και οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται και σε άλλους παράγοντες εκτός της χρήσης, όπως είναι η κακή σωματική υγεία της εγκύου και η ελλιπής διατροφή.

5.2 Η αυτονομία της εγκύου χρήστριας ουσιών – Ζητήματα αναπαραγωγικής ελευθερίας

Είναι αλήθεια πως η στροφή που επέφερε η νεωτερικότητα στην ηθική σκέψη -και είναι περισσότερο εμφανής τις τελευταίες δεκαετίες- κορυφώθηκε με τον τονισμό της ηθικής σημασίας της αυτονομίας και κατ' επέκταση της προστασίας των ατομικών δικαιωμάτων. Παράλληλα, είναι επίσης εμφανές στην καντιανή ηθική φιλοσοφία ότι ο συνδεδετικός κρίκος της ηθικής του αγαθού και της ηθικής του ορθού είναι η αρχή της αυτονομίας. Όπως σημειώνει ο Σούρλας (2020), *«αυτονομία είναι η ικανότητα αυτοκαθορισμού της δράσης του προσώπου βάσει των ορθών λόγων προς το πράττειν»*, δηλαδή βάσει της έλλογης ανθρώπινης ικανότητας και όχι βάσει μιας παρόρμησης ή ακόμη και της τύχης. Κατά τον Kant, οι έλλογοι αυτοί κανόνες είναι καθολικεύσιμοι με ορθολογικό τρόπο, μπορούν να γενικευθούν προς όλα τα ανθρώπινα όντα και με αυτόν τον τρόπο να ισχύουν για όλους ανεξαιρέτως. Πώς συγκρούεται όμως η έννοια της ατομικής αυτονομίας μιας γυναίκας, με το δικαίωμα στην αναπαραγωγή και την γέννηση ενός παιδιού;

Η δημιουργία ενός παιδιού από έναν άνθρωπο αξιολογείται στις πλείστες των περιπτώσεων ως ένα γεγονός μοναδικό και θαυμάσιο. Παράλληλα η ιδέα ότι μπορεί να αποτελέσει ηθικό ατόπημα να φέρουμε έναν καινούριο άνθρωπο στον κόσμο, είναι τουλάχιστον παράξενη, σε σημείο που να απαιτείται ηθική τεκμηρίωση μόνο για πράξεις αντίθετες προς την αναπαραγωγή, όπως η άμβλωση, ή ακόμη και η αποχή από την αναπαραγωγή. Ωστόσο, η σκέψη ότι η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να είναι πράγματι άδικη και ηθικά λανθασμένη και όχι απλά άβολη και ενοχλητική για τους γονείς δεν είναι καινούργια. Ο Mill έγραψε αυτό που εξακολουθεί μέχρι σήμερα να είναι η σαφέστερη ίσως δήλωση για το ποιο μπορεί να είναι αυτό το λάθος στο δοκίμιό του *Περί ελευθερίας*, στο οποίο αναφέρει: «*Ακόμα δεν έχει αναγνωριστεί ότι το να φέρεις ένα παιδί στη ζωή χωρίς μια δίκαιη προοπτική να είσαι ικανός να του παρέχεις όχι μόνο τροφή για το σώμα του αλλά και διδασκαλία για το μυαλό του, είναι ηθικό έγκλημα, τόσο κατά του άτυχου απογόνου όσο και κατά της κοινωνίας*» και συνεχίζει: «*Εάν ο γονέας δεν εκπληρώνει αυτή την υποχρέωση, το κράτος οφείλει να φροντίσει για την εκπλήρωσή της, κατά την ευθύνη, στο μέτρο του δυνατού, του γονέα*» (Mill, 1859, κεφάλαιο 5, σελίδα 166). Η ισχυρή, όσο και καινοτόμα σκέψη που εισήγαγε ο Mill περιλαμβάνει την ιδέα ότι κάποιος/κάποια μπορεί να βλάψει τους ανθρώπους απλώς και μόνο φέρνοντάς τους στην ζωή. Μπορούμε, όμως σήμερα να υποστηρίξουμε μια τέτοια δήλωση; Υπάρχει άδικη και ηθικά λανθασμένη γέννηση ανθρώπινης ζωής; Οι απαντήσεις βρίσκονται σε ένα ιδιαίτερο πεδίο βιοηθικού προβληματισμού, τις περιπτώσεις *wrongful life* (αδικημένης ζωής). Στις περιπτώσεις που εξετάζει η παρούσα εργασία, μας απασχολεί το ηθικό-φιλοσοφικό ερώτημα αν η ανθρώπινη ύπαρξη και ζωή έχει εγγενή αξία, ακόμη και αν γεννήθηκε με σοβαρό σωματικό ή/και ψυχικό πρόβλημα. Με άλλα λόγια, μπορούμε να θεωρήσουμε μια σοβαρά επιβαρυνμένη ζωή ως ζημία μόνο και μόνο από το γεγονός της ύπαρξής της ή πιο συγκεκριμένα, αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού από εξαρτημένη μητέρα περίπτωση αδικημένης ζωής;

Στην περίπτωση μιας εξαρτημένης εγκύου, αυτό που φαίνεται να τίθεται υπό έλεγχο είναι ένα ηθικό καθήκον. Ένα καθήκον –που εκτείνεται βέβαια και στους δύο βιολογικούς γονείς- να μην γεννηθεί ένα τέκνο, του οποίου η ζωή δεν θα είναι αξιοβίωτη, δεν θα ικανοποιεί ένα αξιοπρεπές ελάχιστο (*decent minimum standard*) (Κουκουζέλης, 2019). Αυτές οι γεννήσεις, όμως, αφορούν ζωές με ιδιαίτερα σοβαρές αδυναμίες/αναπηρίες ή με ασθένειες μη θεραπεύσιμες, κάτι που δεν έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι ισχύει στα παιδιά που γεννιούνται από έναν ή /και δύο εξαρτημένους γονείς. Τι γίνεται, όμως με το αναπαραγωγικό δικαίωμα μιας γυναίκας; Υπάρχουν όρια στην αξίωσή του και πώς αυτό διαμορφώνει τους όρους άσκησης της ατομικής αυτονομίας;

Ας ξεκινήσουμε τον προβληματισμό μας κάνοντας κάποιες γενικές παραδοχές. Σύμφωνα με αυτές, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή αποτελεί εκδήλωση του ατομικού δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, αλλά και την αναγκαία προϋπόθεση για την αξίωση του δικαιώματος δημιουργίας οικογένειας (Παπαχρίστου, 2017, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2007). Παράλληλα, το δικαίωμα στην αυτονομία και την αυτοδιάθεση του σώματος αποτελεί την ηθική βάση για πολλά άλλα συνταγματικά δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να αρνείται κάποιος μια ιατρική θεραπεία που του προτείνεται και του δικαιώματος στην ενήμερη συναίνεση. Όπως αναφέρει μάλιστα ο Dworkin (2013), στην μονογραφία του *Η Επικράτεια της Ζωής*, ο κάθε άνθρωπος έχει το θεμελιώδες δικαίωμα, καλά εδραιωμένο στην ιατρική και κλινική ηθική, όπως και σε κανόνες δικαίου, να αρνηθεί οποιαδήποτε φροντίδα και θεραπεία του προσφέρεται, όσο βοηθητική και ωφέλιμη και αν είναι, ακόμη και εάν με αυτήν του την απόφαση θέτει σε κίνδυνο την ίδια του την ζωή. Η Ο' Neill (2011, σελ.89), ωστόσο, τονίζει ότι η έναρξη της οικογενειακής ζωής για έναν άνθρωπο σηματοδοτεί αυτομάτως τον περιορισμό της ατομικής του αυτονομίας. Και για αυτόν, κυρίως, τον λόγο δεν μπορεί η ατομική αυτονομία της μητέρας να αιτιολογήσει ηθικά τις αναπαραγωγικές της αποφάσεις.

Στο πλαίσιο του ελληνικού Συντάγματος, ο έλεγχος της αναπαραγωγής κατοχυρώνεται με τη διάταξη του γενικού δικαιώματος στην ιδιωτική ζωή (άρθρο 9, παρ. 1 εδ. β'). Αξίζει να αναφερθεί ότι το εν λόγω δικαίωμα περιλαμβάνει –μεταξύ άλλων- την ελευθερία της γυναίκας να δέχεται ή όχι την ανάπτυξη ενός άλλου σώματος –του κυοφορούμενου- εντός του δικού της, με δεδομένη την προσαρμογή των βιολογικών της λειτουργιών (Βιδάλης, 2007, σελ.180).

Επιστρέφοντας στην συζήτηση γύρω από την αυτονομία μιας εγκύου γυναίκας, αυτή δεν μπορεί να μην περιλαμβάνει το ζήτημα της ελευθερίας άσκησης του αναπαραγωγικού της δικαιώματος, καθώς και με ποιους όρους αυτό αξιώνεται στην περίπτωση μιας εγκύου χρήστριας, όπου ο κίνδυνος της ζωής του κυοφορούμενου παίζει καθοριστικό ρόλο στις όποιες αποφάσεις πρόκειται να παρθούν. Χρειάζεται, βέβαια, εδώ να επισημάνουμε τον διπλό χαρακτήρα του αναπαραγωγικού δικαιώματος, ως απλής βιολογικής δυνατότητας να γίνει μία γυναίκα, μητέρα και γονέας, αλλά και ως μια περισσότερο «κοινωνικού ενδιαφέροντος» όψη της αυτονομίας μίας γυναίκας, όπως είναι η δημιουργία οικογένειας. Κατ' επέκταση, η ενδεχόμενη αδυναμία άσκησης της γονικής μέριμνας από μία εξαρτημένη μητέρα, αποτελεί ένα ζήτημα ανεξάρτητο της βιολογικής αυτονομίας της και μπορεί να αποδειχθεί τελικώς μόνον εκ των υστέρων και όχι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Βιδάλης, 2007). Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ισχύει η εξής συνθήκη: κάθε προσβολή του κυοφορούμενου διέρχεται εκ της κυοφορούσας μητέρας του και αντίστοιχα,

κάθε προσβολή της κυοφορούσας επιδρά αυτομάτως και στην βιολογική οντότητα που αυτή φέρει στη μήτρα της. Μπορούμε, λοιπόν, να ισχυριστούμε ότι η εγκυμονούσα γυναίκα οφείλει να είναι συνεπής σε οποιοδήποτε καθήκον επιμέλειας του σώματός της κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της; Ο Βιδάλης (2007, σελ.181) ισχυρίζεται πώς όχι, διότι –σε αντίθεση με οποιοδήποτε τρίτο πρόσωπο- κάθε προσβολή του κυοφορούμενου, ασχέτως εάν η τελική βλάβη επήλθε στο νεογνό μετά τον τοκετό, αποτελεί συνέπεια ατιμώρητης –κατά το ισχύον δίκαιο- αυτοπροσβολής ή αυτοδιακυνδύνευσης. Με άλλα λόγια, εφόσον δεν τιμωρείται η πράξη της αυτοπροσβολής, αντίστοιχα δεν δύναται να θεμελιωθεί υποχρέωση της γυναίκας να προσέχει το σώμα της και να μην προκαλεί βλάβες σε αυτό εκούσια ή ακούσια όσο αυτή είναι έγκυος.

Ο Robertson, ίσως ο πιο γνωστός θεωρητικός, υπέρμαχος της αναπαραγωγικής ελευθερίας, ισχυρίζεται ότι το να απαγορεύουμε τις επικίνδυνες τεχνολογίες αναπαραγωγής *«εξαιτίας της ανησυχίας μας για το καλό των νεογέννητων, δεν βγάζει κανένα νόημα»* (Robertson, 1994). Ωστόσο, η προσπάθεια να προστατεύσουμε ένα νεογέννητο παιδί αποτρέποντας την γέννησή του θα φάνταζε παράλογη. Και αυτό διότι, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η αποτροπή μίας γέννησης -εφόσον επιτρέπεται από το νόμο- δεν ωφελεί κάποιον/κάποια, αφού αυτός/αυτή ο/η κάποιος/κάποια απλώς δεν θα υπάρχει για να ωφεληθεί (Parfit, 1984). Ακόμη και αν θεωρήσουμε ότι με αυτόν τον τρόπο αποτρέπεται η πρόκληση βλάβης, κάτι τέτοιο δεν ισχύει, καθώς αυτή θα εκδηλωθεί μόνο όταν το παιδί θα γεννηθεί, άρα θα είναι πρόσωπο. Επί της ουσίας αυτό που συμβαίνει σήμερα είναι κάθε κοινωνική ομάδα ή επιτροπή εμπειρογνομόνων που ασχολείται με το ζήτημα να παίρνει ως δεδομένο το ότι οι αναμενόμενες επιδράσεις στο νεογέννητο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν αποφασίζεται η έγκριση ή μη μιας τεχνολογίας αναπαραγωγής προς την μητέρα. Για παράδειγμα, η πράξη της βρετανικής επιτροπής για την ανθρώπινη γονιμοποίηση και εμβρυολογία του 1990 το επιβεβαιώνει, αναφέροντας ότι *«δεν θα πρέπει να προσφέρεται σε μία γυναίκα οποιαδήποτε υπηρεσία θεραπείας εάν δεν ληφθεί υπόψη το καλό οποιουδήποτε παιδιού που ίσως γεννηθεί ως αποτέλεσμα της συγκεκριμένης θεραπείας»* (Morgan et.al., 1991).

Η Ο' Neill (2011, σελ.87) στη μονογραφία της *Αυτονομία και εμπιστοσύνη στη βιοηθική*, σχολιάζοντας την αναπαραγωγική αυτονομία των γυναικών αναφέρει ότι μπορεί για τον περισσότερο κόσμο το γεγονός του να μένει έγκυος μια εξαρτημένη γυναίκα να αξιολογείται ως κάτι κακό, τόσο για την ίδια όσο και για το παιδί της, εντούτοις δεν μπορούμε ως κοινωνία να αποτρέψουμε με καταναγκαστικό τρόπο την σύλληψη ούτε να επιβάλουμε τον τερματισμό της, διότι αυτό θα αποτελούσε σοβαρή παραβίαση των βασικών της ατομικών ελευθεριών. Και

συνεχίζοντας, τονίζει ότι η οποιαδήποτε καταναγκαστική παρέμβαση αιτιολογείται ηθικά μόνο μετά τη γέννηση και όταν διαπιστώνεται παραμέληση ή κακοποίηση.

Στον αντίποδα, ο Robertson (1994) τονίζει ότι η αναπαραγωγική ελευθερία των ατόμων μπορεί να περιοριστεί μόνο όταν οι ενδεχόμενες βλάβες θα μπορούσαν να προκαλέσουν τη δημιουργία μιας *αδικημένης ζωής* (wrongful life). Εάν το παιδί πρόκειται να έχει μία ζωή άξια να βιωθεί, ανεξαρτήτως των όποιων μειονεκτημάτων μπορεί να έχει, αυτή η ζωή δεν μπορεί να ιδωθεί ως μια βλάβη ή μια πράξη με ηθική απαξία προς το παιδί. Ο συλλογισμός αυτός μπορεί να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε το πώς μια γέννηση κάτω από μειονεκτικές συνθήκες μπορεί λογικά να ιδωθεί ως μία βλάβη προς το παιδί και εάν στο υπόδειγμα που εξετάζει αυτή η εργασία –την επικείμενη γέννηση ενός παιδιού από εξαρτημένη μητέρα– μπορεί να βρει εφαρμογή αυτό το σκεπτικό. Μια άλλη θεωρητικός, η Steinbock σχολιάζει ότι: « *μια ζωή με σοβαρές βλάβες δεν μπορεί να είναι χειρότερη από την καθόλου ζωή*» (Steinbock, 1986). Η φιλόσοφος προσπαθεί να αποφύγει την αμηχανία που προκαλεί η σύγκριση της ύπαρξης με την ανυπαρξία και αναζητά το πότε μπορούμε να πούμε ότι η ζωή ενός ατόμου είναι τόσο τρομερή και άδικη, που η συνέχιση της θα μπορούσε να είναι χειρότερη από το θάνατο και ένα άτομο να μπορεί θεωρηθεί ότι έχει αδικηθεί με το να έρθει στην ζωή. Το πρόβλημα λοιπόν έγκειται στο να αξιολογηθούν οι βλάβες και τα τραύματα που αποκτά με την γέννησή του ένα παιδί από εξαρτημένη μητέρα και κατά πόσον αυτά μπορούν να είναι ικανά να συστήσουν μια αδικημένη ζωή.

Σύμφωνα με τον Harris (1992), για να βλάψεις κάποιον/κάποια αρκεί να είσαι υπεύθυνος/υπεύθυνη αιτιολογικά και ηθικά για την βλάβη στην οποία υπόκειται. Ο Harris (1992), λοιπόν, συνδέει αιτιακά τις πράξεις της μητέρας με την βλάβη στο κυοφορούμενο. Ερχόμενοι στο παράδειγμά μας, η εξαρτημένη μητέρα που συνεχίζει να κάνει χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, ενώ γνωρίζει πώς η συμπεριφορά αυτή ενέχει σοβαρούς κινδύνους για το κυοφορούμενο, το βλάπτει ευθέως και είναι ηθικά υπεύθυνη –με απόλυτο τρόπο– για την βλαπτική αυτή ενέργεια. Σύμφωνα με το διανοητικό σχήμα του Harris (1992), αυτό θα συνέβαινε και στην περίπτωση που η εξάρτηση από ουσίες ενός ατόμου ήταν αποτέλεσμα γενετικής προδιάθεσης (βλ. σχετικά το κεφάλαιο 3). Στην περίπτωση αυτή, η απόφαση για γέννηση του παιδιού, γνωρίζοντας την σοβαρή πιθανότητα να γεννηθεί και το ίδιο το παιδί με συμπτώματα εξάρτησης, καθιστά την μητέρα ηθικά υπεύθυνη για την πράξη της, η οποία επί της ουσίας και πάλι προκαλεί βλάβη στο παιδί. Η εξίσωση των δύο περιπτώσεων από τον Harris (1992) φαίνεται εκ πρώτης ανάγνωσης λανθασμένη, καθώς η μόνη περίπτωση όπου μία εξαρτημένη μητέρα θα μπορούσε να προστατεύσει το παιδί της από το να γεννηθεί με συμπτώματα συνδρόμου στέρησης είναι να μην

μείνει εξαρχής έγκυος σε αυτό, με ό,τι αυτό μπορεί να σημαίνει για το αναπαραγωγικό της δικαίωμα ή να επιλέξει να προχωρήσει σε άμβλωση κατά την εγκυμοσύνη. Επίσης, το σκεπτικό του φιλοσόφου εμμέσως υπαινίσσεται ότι επί της ουσίας όλοι/όλες μας βλάπτουμε τα παιδιά μας, επειδή όλοι/όλες μας μεταφέρουμε σε αυτά γονίδια τα οποία συνδέονται με κάποιου είδους μειονεκτικά χαρακτηριστικά – αν και όχι απειλητικά για την ζωή- όπως είναι η προδιάθεση για ανάπτυξη μυωπίας, ακμής και διαφόρων ειδών αλλεργίας. Η προκλητική αυτή θέση οφείλεται κυρίως στον Benatar (2006), ο οποίος υποστήριξε ότι κάθε ύπαρξη αποτελεί βλάβη για το πρόσωπο που γεννιέται, εφόσον η ίδια η ζωή χαρακτηρίζεται από πόνο και δυσχέρειες, τα οποία δεν αντισταθμίζονται από τα υπόλοιπα οφέλη που ενέχει. Το σκεπτικό του καταλήγει ότι μέσω της ανυπαρξίας αποφεύγουμε κάθε πιθανότητα βλάβης και συνεπώς θα πρέπει να προτιμάται από την ζωή που αναπόφευκτα περιλαμβάνει πόνο και δυστυχία.

Στις περιπτώσεις, λοιπόν, των τοξικοεξαρτημένων εγκύων, δίνεται η ευκαιρία στις γυναίκες να πληροφορηθούν τυχόν σωματικές ή ψυχικές επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει στο κυοφορούμενο η συνέχιση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών από την πλευρά της, με την προϋπόθεση ότι δεν παραβιάζεται από το θεραπευτικό προσωπικό το καθήκον της ενημέρωσης προς την έγκυο. Υφίσταται, με άλλα λόγια, πάντοτε, η δυνατότητα της μητέρας να διακόψει την κύηση -όταν πληρούνται οι προϋποθέσεις που θέτει ο νόμος- με σκοπό να αποφευχθούν οι επικείμενες βλάβες που θα συνοδεύσουν τη γέννηση του μελλοντικού παιδιού.

Αν εφαρμόσουμε το παραπάνω σκεπτικό στην βασική προβληματική μας, η μητέρα που γνωρίζει τις πιθανές βλάβες που θα προκύψουν στο παιδί της -και συνδέονται άμεσα με την εξαρτητική της συμπεριφορά- και παρόλα αυτά συνεχίζει την χρήση ουσιών είναι αιτιακά, αλλά και ηθικά υπεύθυνη απέναντί του. Και αυτό διότι θα μπορούσε σταματώντας την κατάχρηση να ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες να γεννηθεί το παιδί της με σοβαρές σωματικές και διανοητικές δυσλειτουργίες. Ή, με άλλα λόγια: *«είναι λάθος (ηθικά) να γεννήσω ένα παιδί σε κατάσταση βλάβης όταν είναι πιθανό και εφικτό να γεννήσω ένα παιδί χωρίς να είναι σε αυτήν την κατάσταση»* (Peters, 1989). Ο Peters το αποκαλεί αυτό αρχή της αποφυγής της βλάβης μέσω αντικατάστασης ή απλούστερα *αρχή της αντικατάστασης*. Αποτελεί ηθική απαίτηση για τα άτομα που αντιμετωπίζουν αναπαραγωγικά διλήμματα να μην φέρνουν στην ζωή άτομα που πρόκειται να υποφέρουν αρκετά ή θα έχουν περιορισμένες ευκαιρίες ή σοβαρή απώλεια της ευτυχίας, όταν μπορούν να αποφύγουν τέτοιες καταστάσεις, χωρίς παράλληλα να προκαλούν βλάβες στους εαυτούς τους ή σε τρίτους (Buchanan et. al., 2000). Χρειάζεται, βέβαια, να πούμε ότι η έννοια της σοβαρής η/και διαρκούς βλάβης έχει αρκετά ανοιχτό περιεχόμενο και πως μια τέτοια ασάφεια θα μπορούσε να ξεπεραστεί

εφόσον ο επαγγελματίας υγείας κάνοντας χρήση των ενδεδειγμένων επιστημονικών κριτηρίων αξιολογούσε και βεβαίωνε ρητώς το τι θα σημαίνει η βλάβη αυτή για την μετέπειτα ζωή της μητέρας αλλά και του παιδιού (Βιδάλης, 2007, σελ.198). Στην περίπτωση αυτή η μητέρα διαπιστώνει και κατανοεί τις επικείμενες συνέπειες, διατηρώντας με αυτόν τον τρόπο την αυτονομία της. Επίσης, δεν θεωρούμε ότι η αξιολόγηση της σημασίας μιας πάθησης ή μιας αδυναμίας για τη ζωή μπορεί να έχει αντικειμενικό χαρακτήρα. Για τον μελλοντικό γονέα -και την εξαρτημένη μητέρα φυσικά- η οποιαδήποτε σωματική ή ψυχική ιδιομορφία είναι πιθανό να μην συνιστά καν αναπηρία και να μην επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του παιδιού, καθώς το αντίθετο θα συνιστούσε μια πρακτική ευγονικής. Είναι απαραίτητο, πάραυτα, να απαντηθεί το ερώτημα του εάν είναι οι περιπτώσεις γέννησης παιδιού από εξαρτημένη μητέρα μια ακραία περίπτωση wrongful life. Και αυτό, όσο δύσκολο και αν φαίνεται, χρειάζεται να γίνει με όρους αντικειμενικούς, χωρίς παράλληλα να ξεχνάμε ότι η όποια βλάβη στο κυοφορούμενο στην περίπτωσή μιας εγκύου χρήστριας επέρχεται αποκλειστικά με θετικές ενέργειες της ίδιας, λόγω της ενεργούς χρήσης ουσιών.

Τέλος, να σημειώσουμε εδώ ότι δεν θα αναλύσουμε την περίπτωση που η μη-ύπαρξη, το να μην συλληφθεί εξαρχής το κυοφορούμενο, προκρίνεται ως ηθικά καλύτερη λύση για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, διότι θεωρούμε πως η κατάσταση της μη-ύπαρξης (non-existence) δεν μπορεί να συγκριθεί με καμία κατάσταση ύπαρξης –έστω και αδικημένης ή μειονεκτούσας- καθώς το να μη βρίσκεται κάποιος στην ζωή δεν δύναται να αποτελέσει κατάσταση εν γένει, άρα και συγκρίσιμο μέγεθος με οτιδήποτε άλλο και δεύτερον, διότι αναπόδραστα θα οδηγηθούμε στο φιλοσοφικό ζήτημα της *ελλείπουσας ταυτότητας* (non-identity problem), το οποίο εισήγαγε με το έργο του ο Parfit (1984) και απαιτεί ειδική και αναλυτική μνεία, κάτι που σίγουρα δεν ανήκει στους βασικούς προβληματισμούς της εργασίας μας.

Η αυτονομία μίας εγκύου χρήστριας ουσιών δοκιμάζεται από το δίλημμα που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με την υποχρεωτική ή μη ένταξη της εγκύου σε θεραπεία για την εξάρτησή της. Η επιχειρηματολογία υπέρ της υποχρεωτικής ένταξης σε θεραπεία μιας εξαρτημένης γυναίκας, όσο πατερναλιστική και αν ακούγεται, εντούτοις εκκινεί από την ενδεχόμενη βλάβη που υφίσταται το έμβρυο. Η αιτιολόγηση της εν μέρει πατερναλιστικής πρακτικής της υποχρεωτικής θεραπείας εδράζεται σε δύο υποθέσεις: Πρώτον στην ανικανότητα ενός χρήστη/μιας χρήστριας για αυτόνομες επιλογές και συναίνεση και δεύτερον στην ικανότητα των επαγγελματιών να αποφασίζουν αντί του εξαρτημένου ατόμου. Όπως αναφέρει ο Carlan (2006 & 2008), η αναγκαστική θεραπεία μπορεί να ιδωθεί ως η απαραίτητη αντίρροπη δύναμη ως

προς την πίεση και τον εξαναγκασμό που φέρει η ίδια η εξάρτηση και μπορεί να αιτιολογηθεί ως το μέσον για να επανεγκατασταθεί στο εξαρτημένο άτομο η ελευθερία της επιλογής και των ατομικών αποφάσεων, μολονότι εκ πρώτης όψεως αυτές παραβιάζονται από την φύση της υποχρεωτικότητας της ένταξης σε θεραπεία.

Οι θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής μας διδάσκουν ότι το κάθε άτομο έχει το αναφαίρετο δικαίωμα να συναινεί ή όχι στην προσφερόμενη θεραπεία. Πολλοί, μάλιστα, συμφωνούν ότι το πιο σημαντικό επίτευγμα της βιοηθικής τις τελευταίες δεκαετίες ήταν η αντικατάσταση του πατερναλιστικού μοντέλου της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου με αυτό που ανάγει την αυτονομία του θεραπευόμενου σε κανονιστικό θεμέλιο της πράξης, άρα και της σχέσης (Carlan, 2008). Αυτό είναι και το ηθικό θεμέλιο της ιατρικής περίθαλψης εν γένει. Το ζήτημα της επάρκειας ενός τοξικοεξαρτημένου ατόμου να αποφασίζει για τον εαυτό του και να συγκατατίθεται αυτόνομα σε ένα προσφερόμενο θεραπευτικό σχήμα δύσκολα απαντάται με ένα ναι ή ένα όχι. Ας σκεφτούμε το εξής ερώτημα: Μπορούν τα εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες άτομα να είναι αυτόνομα όταν είναι α) εξαρτημένα, β) όταν βρίσκονται σε αποτοξίνωση, ή γ) όταν έχουν εθιστεί, παρόλα αυτά είναι καθαρά και νηφάλια για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο; Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται κυρίως για ένα ζήτημα διαβάθμισης, το οποίο παρουσιάζει διακυμάνσεις από την μία χρονική στιγμή στην άλλη, μία κατάσταση δυναμική και όχι στάσιμη και μόνιμη. Με αυτό το σκεπτικό ένας τοξικοεξαρτημένος ή μια τοξικοεξαρτημένη χάνει την δυνατότητα να αποφασίζει ελεύθερα όταν βρίσκεται σε τοξίκωση, όμως τις στιγμές που βιώνει νηφαλιότητα αποκτά πλήρη ικανότητα να δρα αυτόνομα (Nilssen, 2005). Ένα από τα ζητήματα που μελετάται στην σύγχρονη βιβλιογραφία της βιοηθικής είναι ότι ο εθισμός μπορεί στην πραγματικότητα να είναι μια μορφή εξαναγκασμού, και συνεπώς, το άτομο, το οποίο οδηγείται από την επιθυμία για χρήση, η οποία καθορίζει απόλυτα την συμπεριφορά του, αντιμετωπίζει έναν ισχυρό εσωτερικό εξαναγκασμό. Μολονότι η γνωστική και διανοητική επάρκεια –άρα και ικανότητα για αυτόνομες επιλογές- ενός εξαρτημένου ατόμου δεν αποτελεί βασική θεματική της εργασίας μας, ωστόσο αυτό που μας απασχολεί εδώ είναι η ηθική αιτιολόγηση για την επιβολή αναγκαστικής θεραπείας ακόμη και ως ένα μέτρο εναλλακτικό της φυλάκισης.

5.3 Αυτονομία και ηθικό status του κνοφορούμενου

Στην ιατρική κοινότητα έχει καθιερωθεί και ισχύει το δικαίωμα ενός ατόμου να αρνείται -για λογαριασμό του εαυτού του- την ιατρική περίθαλψη που του προσφέρεται και να συμπεριφέρεται όπως το ίδιο επιλέγει, ανεξάρτητα από τον ενδεχόμενο αντίκτυπο που θα έχει στην υγεία του αυτή

του η απόφαση. Στην κατάσταση, όμως μιας εγκυμοσύνης, η ζωή και η υγεία της εγκύου και του κυοφορούμενου είναι άμεσα συνδεδεμένες και αλληλοεξαρτώμενες. Έτσι, οι αποφάσεις του τρόπου ζωής της εγκύου, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής της χρήσης ουσιών πριν από τη σύλληψη και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στο έμβρυο και αργότερα στο παιδί. Εάν υποθέσουμε ότι ένα κυοφορούμενο έχει δικαιώματα, ανεξάρτητα από τα δικαιώματα της εγκύου μητέρας του -και εφόσον η βασική οπτική μας ως προς το κυοφορούμενο ταυτίζεται με την οπτική προς έναν/μία ασθενή- αυτομάτως στο επίκεντρο της προσοχής μας έρχεται το ζήτημα του ηθικού status και το κατά πόσο ένα κυοφορούμενο μπορεί να έχει ανεξάρτητο ηθικό καθεστώς από αυτό της μητέρας του. Όπως σημειώνει ο Κατρούγκαλος (1993), η πλειονότητα των δικαστηρίων ανά τον κόσμο αρνείται να αναγνωρίσει ότι το κυοφορούμενο είναι υποκείμενο συνταγματικών δικαιωμάτων, όπως είναι και το δικαίωμα στην ζωή, δεδομένου ότι λόγω του απόλυτου χαρακτήρα αυτού του δικαιώματος οποιαδήποτε άλλη επιλογή θα οδηγούσε στην ολοκληρωτική απαγόρευση των αμβλώσεων οποιασδήποτε αιτιολογίας. Η δυνατότητα των κυοφορούμενων να έχουν συμφέροντα εγείρει τόσο πραγματικά όσο και εννοιολογικά ερωτήματα. Το πραγματικό ζήτημα αφορά το πότε εμφανίζονται συνειδητές νοητικές καταστάσεις, με άλλα λόγια το πότε ακριβώς τα κυοφορούμενα αποκτούν συνείδηση, κάτι το οποίο φαίνεται από τη δημόσια συζήτηση να είναι αμφιλεγόμενο και ίσως όχι εύκολα προσδιορίσιμο.

Όπως σημειώνει ο Βιδάλης (2003), τα ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με το status του κυοφορούμενου είναι κυρίως νομικής φύσης. Τέτοιο είναι το αν η ιδιοσυστασία του κυοφορούμενου, καθώς και η φύση της σταδιακής του ανάπτυξης και μορφοποίησής του σε ολοκληρωμένο άνθρωπο δικαιολογεί το να επιβάλλονται αυστηροί όροι στη μητέρα αναφορικά με την προστασία του όσο αυτό κυοφορείται. Τέτοιοι όροι μπορεί να είναι για παράδειγμα η αλλαγή περιβάλλοντος διαμονής και εργασίας, καθώς και η αλλαγή συνηθειών όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Κι επίσης, το αν η μητέρα μπορεί να κάνει χρήση του δικαιώματος της άμβλωσης, ανεξάρτητα από την κατάσταση του κυοφορούμενου και το χρονικό στάδιο της εγκυμοσύνης. Από την άλλη μεριά, μπορούμε να θεωρήσουμε πως υπάρχει ένα μίνιμουμ προφυλάξεων που κάθε μητέρα πρέπει να εξασφαλίζει όσο κυοφορεί και αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή ανάπτυξη του κυοφορούμενου; Εάν ναι, τότε η ιατρική επιστήμη οφείλει να το ορίσει και να το περιγράψει επαρκώς.

Η συζήτηση γύρω από τα δικαιώματα του κυοφορούμενου περιέχει δύο βασικές αντίθετες προοπτικές, δύο κυρίαρχες απόψεις: Η μία άποψη προτείνει ότι στο κυοφορούμενο πρέπει να

αναγνωρίζεται ανεξάρτητο ηθικό καθεστώς, ενώ η αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι το κυοφορούμενο δεν έχει ανεξάρτητο -αλλά εξαρτημένο- ηθικό status (Chervenak & McCullough, 1995). Οι υποστηρικτές της ύπαρξης ανεξάρτητου ηθικού status θεωρούν ότι ένα κυοφορούμενο έχει εγγενή χαρακτηριστικά, μοναδικά από οποιοδήποτε άλλο κυοφορούμενο, τα οποία του προσδίδουν πλήρη ηθική αξία και ως κυοφορούμενο αλλά και ως μελλοντικό παιδί. Συνεπώς, το κυοφορούμενο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένας/μία ξεχωριστός/ξεχωριστή ασθενής, με τα δικά του συμφέροντα που πρέπει να τύχουν προστασίας και με δικαιώματα που πρέπει να γίνονται σεβαστά και να αναδεικνύονται. Ο Dworkin μάλιστα, στην σχετική μονογραφία του, μας μεταφέρει τον ηθικό προβληματισμό γύρω από την άμβλωση. Κατά τον ίδιο, το ηθικό ζήτημα των αμβλώσεων αφορά την εγγενή αξία της ανθρώπινης ζωής και όχι τόσο το ηθικό status του κυοφορούμενου. Ανεξαρτήτως, λοιπόν, του αν το κυοφορούμενο αποτελεί πρόσωπο ή όχι η άμβλωση θέτει ευθέως ένα ζήτημα νοήματος της ζωής, ζήτημα υπαρξιακό, άρα για τον Dworkin, ουσιαδώς θρησκευτικό (Dworkin, 2013).

Η εναλλακτική προοπτική, περιγράφει το κυοφορούμενο ως μια οντότητα με εξαρτημένο ηθικό καθεστώς, χωρίς ανεξάρτητα δικαιώματα, πλήρως εξαρτημένο από την έγκυο μητέρα του για την συνέχιση της ζωής του και εν τέλει για την ίδια του την ύπαρξη. Στην ίδια κατεύθυνση, της αλληλεξάρτησης δηλαδή μητέρας και κυοφορούμενου, προκύπτουν ανησυχίες όχι μόνο στο πλαίσιο μιας ενδεχόμενης προγεννητικής έκθεσης σε ουσίες, αλλά και υπό συνθήκες υπό τις οποίες η υγεία -και κατ' επέκταση η ζωή- της μητέρας και του κυοφορούμενου μπορεί να τεθούν σε κίνδυνο, όπως σε περιπτώσεις καρκίνου της μητέρας ή μόλυνσης από τον ιό HIV ή όταν το κυοφορούμενο διαγιγνώσκεται με μια δυνητικά περιοριστική για τη ζωή πάθηση.

Ένα άλλο, τρίτο πλαίσιο, στο οποίο μπορεί να εξεταστεί το κατά πόσον ένα κυοφορούμενο πρέπει να θεωρείται ότι έχει ανεξάρτητη ηθική υπόσταση είναι η έννοια της προσωπικότητας. Στο σημείο αυτό η διαμάχη αφορά τις εγγενείς ιδιότητες που απαιτούνται για να δοθεί πλήρης ηθική υπόσταση στο κυοφορούμενο. Από τη μία πλευρά, κάποιοι υποστηρίζουν ότι δεν μπορεί κανείς να επιτύχει πλήρη ηθική υπόσταση (προσωπικότητα) χωρίς να διαθέτει την ικανότητα να σκέφτεται (Warren, 2003), ενώ από την άλλη, οι αντίθετες απόψεις ισχυρίζονται ότι η προσωπικότητα επιτυγχάνεται όταν υπάρχουν βιολογικές ανθρώπινες ιδιότητες, κάτι που συμβαίνει ακριβώς από την στιγμή της σύλληψης. Μια τρίτη άποψη που βασίζεται σε μια κυρίως αναπτυξιακή προοπτική είναι ότι η προσωπικότητα εγκαθίσταται μόνο ύστερα από την ζωντανή γέννηση ενός βρέφους επαρκώς ώριμου για να επιβιώσει εκτός της μητρικής μήτρας. Με άλλα λόγια, ένα κυοφορούμενο δεν έχει ηθική υπόσταση μέχρι να είναι ικανό να επιβιώνει -χωρίς άλλη μηχανική υποστήριξη- εκτός της

μήτρας της μητέρας του. Πολλοί μάλιστα επιστήμονες της ηθικής, καθώς και γιατροί, που υποστηρίζουν αυτού του είδους το διαβαθμισμένο ηθικό καθεστώς του κυοφορούμενου, ισχυρίζονται ότι η προσωπικότητα μπορεί να αποδοθεί όταν το κυοφορούμενο φτάσει στη βιωσιμότητα, ακόμη και αν το κυοφορούμενο παραμένει στη μήτρα (Gamble, 2005, Warren, 1997).

Ο προβληματισμός γύρω από την ύπαρξη ή όχι ηθικού status στο κυοφορούμενο συμπυκνώνεται στο ερώτημα του γιατί θα πρέπει το status του κυοφορούμενου –ηθικό, νομικό, ακόμη και οντολογικό- να εξαρτάται από την ικανότητά του να ζει ανεξάρτητα. Ένας αιτιολογικός ισχυρισμός θα μπορούσε να είναι ο εξής: Όσο το κυοφορούμενο δεν μπορεί να επιβιώσει ανεξάρτητα από την μητέρα του, τότε αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του μητρικού σώματος, όπως συμβαίνει με όλα τα ζωτικά όργανα. Σε αντίθεση, ένα κυοφορούμενο που έχει εξασφαλίσει την βιωσιμότητά του εντός του μητρικού σώματος, άρα μπορεί ανά πάσα στιγμή να γεννηθεί και να επιβιώσει, δεν αποτελεί απλά μέρος αυτού -αφού κανένα όργανο δεν είναι ικανό να επιβιώσει μόνο του έξω από το ανθρώπινο σώμα- αλλά αυθύπαρκτο οργανισμό, ο οποίος δύναται να αποσπαστεί από το σώμα της μητέρας του και να παραμείνει ζωντανός. Συνεπώς, δύναται να αξιώνει δικαιώματα και να έχει συμφέροντα όπως οποιοσδήποτε άνθρωπος αποκτά με την γέννησή του.

Ακόμη, από μία περισσότερο κοινωνική, θα λέγαμε, σκοπιά και ανεξάρτητα από τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το βαθμό ανεξάρτητης ηθικής κατάστασης που μπορεί να έχει ένα κυοφορούμενο, θα μπορούσε να θεωρήσει κάποιος/κάποια πως από την στιγμή που μια έγκυος γυναίκα αποφασίσει να μην τερματίσει μια εγκυμοσύνη, το κυοφορούμενο την ίδια στιγμή μετατρέπεται σε ασθενή (Warren, 1989). Μετατρέπεται σε έναν λήπτη υπηρεσιών φροντίδας με συμφέροντα και δικαιώματα, τα οποία πρέπει να τυγχάνουν προστασίας από το κράτος, το οποίο υποχρεούται βάσει συντάγματος να προστατεύει το ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, αλλά και από τους/τις κρατικούς/κρατικές λειτουργούς -τους/τις επαγγελματίες υγείας- ως τους/τις κύριους/κύριες εκφραστές της υποχρέωσης αυτής. Αν όμως με το ίδιο σκεπτικό που το κυοφορούμενο περιέρχεται στην κατάσταση ενός ασθενή/μιας ασθενούς -λήπτη/λήπτριας υπηρεσιών υγείας, δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε και την μητέρα ως άτομο που λαμβάνει υπηρεσίες υγείας, με πλήρη ηθική υπόσταση και ανεξάρτητα δικαιώματα από αυτά της βιολογικής οντότητας που κυοφορεί; Και όταν αναφέρουμε δικαιώματα, εννοούμε για παράδειγμα το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή, την σωματική ακεραιότητα και το δικαίωμα να αποφασίζει εκ μέρους του παιδιού που φέρει στη μήτρα της. Ακριβώς όπως οι γονείς τεκμαίρεται ότι είναι στη βέλτιστη

θέση να αποφασίζουν τι είναι προς το συμφέρον του παιδιού τους, έτσι και η έγκυος γυναίκα θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι βρίσκεται στη βέλτιστη θέση να αποφασίσει τι είναι προς το συμφέρον του κυοφορούμενού της.

Ως δυνητικά πρόσωπα, τα κυοφορούμενα θα μπορούσαμε να πούμε πως έχουν μια συμβολική αξία, η οποία αποτρέπει την χρήση τους σε πειράματα χωρίς ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον ή σε αμιγώς εμπορική χρήση. Ωστόσο, αυτή η συμβολική αξία είναι λιγότερο ηθικά σημαντική από τα πραγματικά δικαιώματα των γεννημένων ανθρώπων, το δικαίωμα στην ζωή και την υγεία. Μολονότι τα κυοφορούμενα –ως μη πρόσωπα κατά το δίκαιο- δεν δύναται να έχουν δικαιώματα, εντούτοις αυτά εγκαθίστανται και αξιώνονται από την πρώτη στιγμή της γέννησής τους ή ακόμη και από το χρονικό εκείνο σημείο της εγκυμοσύνης όπου μπορούν να αισθάνονται πόνο μέσω του νευρικού τους συστήματος. Παράλληλα, ελλοχεύει ο κίνδυνος τα μελλοντικά τους συμφέροντα να καταπατηθούν από πράξεις και γεγονότα που συμβαίνουν όσο αυτά βρίσκονται στη μητρική μήτρα ή ακόμη και πριν την σύλληψη. Όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από μία γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέονται άμεσα με σοβαρές βλάβες προς το κυοφορούμενο, οι οποίες είναι βέβαιο ότι θα είχαν αποφευχθεί εάν απουσίαζαν οι επικίνδυνες αυτές συμπεριφορές. Άρα, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το κυοφορούμενο -που θα γίνει νεογέννητο παιδί μελλοντικά- έχει ηθικές αξιώσεις ως προς την μητέρα του εξαιτίας των επιλογών και των συμπεριφορών της οι οποίες προκαλούν βλάβες ως προς αυτό; Με άλλα λόγια, η γυναίκα από την στιγμή που αποφασίζει να γεννήσει ένα παιδί εμπίπτει σε μια σειρά συγκεκριμένων ηθικών καθηκόντων και υποχρεώσεων ως προς αυτό –όσο το κυοφορεί- υποχρεώσεων που θα μπορούσαν να γίνουν και νομικές;

Τέλος, η κουβέντα περί απόδοσης ή όχι ηθικού status στο κυοφορούμενο διέρχεται αναπόφευκτα από το πεδίο ηθικού ενδιαφέροντος που αφορά τα μελλοντικά πρόσωπα και τις μελλοντικές γενιές και το κατά πόσο οι παρούσες γενιές είναι ηθικά υπεύθυνες για ενέργειες που κάνει στο παρόν και ενδέχεται να έχουν αντίκτυπο στο μέλλον (Parfit, 1984). Στο πλαίσιο αυτό, η Roberts παρουσιάζει μια εκδοχή συνεπειοκρατίας βασισμένη στο άτομο (person-based consequentialism). Σύμφωνα με το σκεπτικό της, τα απλώς πιθανά άτομα, τα άτομα δηλαδή που θα μπορούσαν να υπάρξουν, αλλά δεν έχουν τελικά υπάρξει ούτε τώρα ούτε στο σχετικά άμεσο μέλλον δεν συμπεριλαμβάνονται στην ηθική μας κρίση (Roberts, 2002 & 2004). Με άλλα λόγια, η μη-ύπαρξη έχει ουδέτερη ηθική αξία, ούτε θετική, ούτε αρνητική και συνεπώς σε πιθανώς μελλοντικά άτομα δεν τεκμηριώνεται ηθική υποχρέωση της παρούσας γενιάς. Να σημειώσουμε βέβαια, ότι στην

περίπτωση της εγκύου χρήστριας υπάρχει ένα κυοφορούμενο, το οποίο βάσει φυσικής διαδικασίας θα αναπτύξει σίγουρα -σε κάποια δεδομένη χρονική στιγμή της εγκυμοσύνης- συνείδηση και αίσθηση του πόνου. Δεν μιλάμε λοιπόν στην περίπτωσή μας για άτομα που πιθανώς θα υπάρξουν στο μέλλον. Το γεγονός ότι στερούνται συνείδησης και διανοητικών ικανοτήτων για χρονικό διάστημα κάποιων εβδομάδων, μας επιτρέπει να τα βλάπτουμε; Και τι γίνεται στην περίπτωση που η πράξη μας αποσκοπεί στην ωφέλεια; Αποτελεί κι εδώ η ύπαρξη συνείδησης το κριτήριο της ηθικής αξίας ή απαξίας της πράξης μας;

5.4 Τα εμπόδια στην αναζήτηση θεραπείας και οι ηθικές προκλήσεις του θεραπευτή/της θεραπεύτριας

Οι τοξικοεξαρτημένες γυναίκες, στην προσπάθεια για αναζήτηση θεραπευτικού πλαισίου, έρχονται συχνά αντιμέτωπες με πρόσθετα εμπόδια και δυσκολίες. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν ζητήματα, όπως η περιορισμένη πρόβλεψη ή ακόμη και η παντελής απουσία πρόβλεψης προγραμμάτων παροχής φροντίδας σε γυναίκες μαζί με τα παιδιά τους –είτε αυτά έχουν γεννηθεί, είτε πρόκειται να γεννηθούν-, καθώς η παραμονή των παιδιών μαζί με τις μητέρες έχει αποδειχθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις διευκολύνει την θεραπευτική εξέλιξη της μητέρας, ενώ σε κάποιες άλλες περιπλέκει και δυσκολεύει την συνεπή παρακολούθηση του θεραπευτικού σχήματος. Μια πρόσθετη δυσκολία που βιώνουν οι γυναίκες αφορά τον φόβο για την απώλεια της επιμέλειας και της φροντίδας των παιδιών τους, όταν παρουσιάζονται σε προγράμματα απεξάρτησης ή δομές παροχής υγειονομικής φροντίδας, κατάσταση την οποία σπανιότερα βιώνει ένας άνδρας με θεραπευτικό αίτημα (Howell et. al., 1999). Η γυναίκα που προσέρχεται σε μία δομή παροχής υπηρεσιών απεξάρτησης, αποδεχόμενη καταρχάς την εξάρτηση και την ιδιότητα της εξαρτημένης, κινδυνεύει να στιγματιστεί και να χαρακτηριστεί από το θεραπευτικό προσωπικό ως ακατάλληλη για φροντίδα τόσο του κυοφορούμενου προγεννητικά, όσο και του παιδιού της μετά την γέννησή του.

Αξίζει να αναφερθεί εδώ ότι το στίγμα ως εμπόδιο στην θεραπεία δεν είναι μία έννοια καινούρια στο πεδίο της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Έχει μελετηθεί ευρύτατα σε εργασίες γύρω από την ψυχική υγεία και τις στάσεις του προσωπικού θεραπείας και μπορεί να διακριθεί σε τρεις υποκατηγορίες: α) το προσωπικό στίγμα, β) το κοινωνικό στίγμα και γ) το δομικό στίγμα (Livingston et. al., 2011). Το προσωπικό στίγμα αναφέρεται στην αυτοπεποίθηση και στην αυτό-αξιολόγηση των ατομικών πράξεων, ενώ το κοινωνικό είναι παρόν όταν κοινωνικές ομάδες επιδοκιμάζουν τα κοινά στερεότυπα και θέτουν στο περιθώριο άλλες κοινωνικές ομάδες. Σε ένα

περιβάλλον όπως αυτό της εξάρτησης και της επικείμενης μητρότητας, το προσωπικό και το κοινωνικό στίγμα δρουν σε σύνδεση με τον φόβο της γυναίκας για εγκλεισμό και απώλεια της επιμέλειας του παιδιού (Radcliffe, 2009). Το δομικό στίγμα, τέλος, γίνεται ορατό μέσω των πολιτικών δημόσιας υγείας και των διαδικασιών που εφαρμόζει ένας φορέας απεξάρτησης, τα οποία επί της ουσίας περιορίζουν την προσφερόμενη βοήθεια και τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας σε άτομα που έχουν χαρακτηριστεί μέλη μιας περιθωριοποιημένης ομάδας (Livingston et. al., 2011). Πολύ συχνά μάλιστα, το δομικό στίγμα αντανakλάται και στις στάσεις και συμπεριφορές του θεραπευτικού προσωπικού, ζήτημα το οποίο αποτελεί ένα από τα κεντρικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας.

Ο σεβασμός στην αυτονομία (autonomy), η ωφέλεια (beneficence), η συμπόνια (compassion), η ειλικρίνεια (honesty) και η δικαιοσύνη (justice) είναι θεμελιώδεις ηθικές και δεοντολογικές αρχές, οι οποίες οριοθετούν και χαρακτηρίζουν την φροντίδα των ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών. Η εφαρμογή αυτών των αρχών μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ηθικών διλημάτων που είναι εγγενή στην διαχείριση περιστατικών εθισμού. Και είναι γεγονός πως οι περισσότερες από τις ηθικά περίπλοκες καταστάσεις που ανακύπτουν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της κατάχρησης ουσιών συμβαίνουν εξαιτίας συγκρούσεων στην εφαρμογή αυτών των αρχών.

Μία έγκυος γυναίκα που καταναλώνει συστηματικά αλκοόλ ή κάνει χρήση ουσιών βάζει ισχυρές ηθικές προκλήσεις στο έργο ενός/μίας επαγγελματία υγείας. Ηθικά ζητήματα όπως η εμπιστευτικότητα και η τήρηση του απορρήτου της πληροφορίας, αλλά και θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές, όπως η ωφέλεια, η αυτονομία και η δικαιοσύνη δοκιμάζονται κατά τη διάρκεια της φροντίδας αυτών των γυναικών και είναι γεγονός ότι η ενδεχόμενη σύγκρουση μεταξύ των αρχών της αυτονομίας από τη μία και της ωφέλειας από την άλλη είναι ο πυρήνας του ηθικού διλήμματος του/της επαγγελματία θεραπευτή/θεραπεύτριας. Εάν, λοιπόν, θελήσουμε να αναλύσουμε τους ηθικούς προβληματισμούς του προσωπικού θεραπείας δεν είναι αναγκαίο να πάρουμε θέση στο δίλημμα εάν το κυοφορούμενο ανήκει στην ηθική κοινότητα ή όχι, αυτό ίσως αποτελεί μέρος άλλης συζήτησης. Το ερώτημα είναι εάν θα πρέπει να μας αρκεί το γεγονός ότι το κυοφορούμενο έχει συμφέροντα –όπως αυτό της επιβίωσης- ούτως ώστε η αρχή της μη βλάβης να μπορεί να βρει εφαρμογή και πριν από τον τοκετό.

Η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση από χημικές ουσίες επηρεάζουν αποδεδειγμένα την ικανότητα της εγκύου να κάνει αυτόνομες επιλογές, με συνέπεια ο/η επαγγελματίας υγείας να μην είναι σε θέση να βεβαιώσει ότι η έγκυος χρήστρια σκέφτεται και αποφασίζει με έλλογο τρόπο. Οι βασικές βιοηθικές αρχές και η προσπάθεια για τήρησή τους, σχηματίζουν ένα πλέγμα

υποχρεώσεων προς το προσωπικό που απασχολείται σε δομές απεξάρτησης, οι οποίες μπορούν να ιδωθούν και ως ηθικές επαγγελματικές προκλήσεις. Αρχικά, η αρχή της ωφέλειας υποχρεώνει το προσωπικό θεραπείας να προωθεί την υγεία και την ποιότητα ζωής των εγκύων ταυτόχρονα με την υγεία του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί, ελαχιστοποιώντας τις πιθανές βλάβες και στους δύο. Παράλληλα, η αρχή του σεβασμού στην αυτονομία του ατόμου δίνει στον λήπτη/στην λήπτρια μιας υπηρεσίας την εξουσία να αποφασίζει ελεύθερα σχετικά με την υγειονομική φροντίδα που λαμβάνει, ασχέτως εάν μιλούμε για κατάσταση εγκυμοσύνης ή όχι. Υπό αυτήν την συνθήκη, το θεραπευτικό προσωπικό υποχρεούται να σεβαστεί αυτές τις αποφάσεις, υποβαθμίζοντας σε πολλές περιπτώσεις τις προσωπικές του αξίες, με στόχο να ενισχύσουν την απόφαση του ανθρώπου που έχουν απέναντί τους. Η αρχή της δικαιοσύνης απαιτεί οι άνθρωποι να αντιμετωπίζονται ισότιμα και να μην καταπατάται η ελευθερία τους εκτός πολύ σοβαρού και ουσιαστικού λόγου. Μια κοινωνία που λειτουργεί δίκαια θα πρέπει να παρέχει το μίνιμουμ των αναγκαίων υπηρεσιών που χρειάζεται μία έγκυος για την προστασία της υγείας της ίδιας, του κυοφορούμενου και του μελλοντικού της παιδιού. Εντούτοις, αντίθετα προς την μη έγκυο γυναίκα, η γυναίκα σε εγκυμοσύνη θα πρέπει να αποφασίζει με γνώμονα την υποχρέωση ωφέλειας που έχει ως προς το κυοφορούμενο. Ακόμη, το γεγονός ότι γνωρίζουμε το ότι μία γυναίκα έχει ηθικό καθήκον ως προς το κυοφορούμενό της δεν αιτιολογεί αυτομάτως μια τιμωρητικού τύπου δημόσια πολιτική, η οποία θα την εξαναγκάσει να εκπληρώσει αυτό το καθήκον (Murray, 1987).

Μέρος της αιτιολόγησης ενδεχομένως να βρίσκεται στη διάχυτη αίσθηση ότι μία χρήστρια ουσιών δεδομένα παραμελεί το παιδί της εξαιτίας της κατάχρησης ή θέτει το κυοφορούμενο σε κίνδυνο να υποστεί σοβαρές βλάβες. Παράλληλα, μια μεγάλη μερίδα του προσωπικού θεραπείας –αλλά και της κοινωνίας συνολικά- αντιλαμβάνεται την εξάρτηση από ουσίες ως μια εθελοντική –και εν πολλοίς δυνητικά ελεγχόμενη- συμπεριφορά και όχι ως μια ψυχική ασθένεια (βλ. σχετικά τα κεφάλαια 3.2, 3.3 της παρούσας), μεταφέροντας το κύριο ηθικό βάρος στην ατομική απόφαση και τις ανθρώπινες επιλογές. Οι επαγγελματίες θεραπευτές/θεραπεύτριες θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την πιθανή άρνηση της εγκύου χρήστριας να σταματήσει την βλαπτική συμπεριφορά της χρήσης ουσιών, η οποία εκτός από την ίδια, θέτει σε κίνδυνο την υγεία και την ζωή και του κυοφορούμενου. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η αρχή της βλάβης θα δικαιολογούσε την παρέμβαση του θεραπευτή/της θεραπεύτριας ενάντια στην ελεύθερη βούληση του ατόμου. Πρέπει, ωστόσο, να αποφασίσουμε εάν το κυοφορούμενο οφείλει να αντιμετωπίζεται ως πρόσωπο με ηθικό status, ως μέλος της ηθικής κοινότητας. Το κυοφορούμενο, το οποίο πρόκειται να γεννηθεί –άρα επίκειται ο χαρακτηρισμός του ως πρόσωπο- έχει συμφέροντα όσο είναι στη μήτρα της μητέρας του, εφόσον είναι δέκτης όλων των βλαπτικών της συμπεριφορών

κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης; Κι επίσης, είναι ηθικά ορθό να βάζει ένας θεραπευτής/μία θεραπεύτρια στην ζυγαριά της κρίσης του/της από τη μία την υποχρέωση που ορίζει η επαγγελματική του/της δεοντολογία να προστατεύει το συμφέρον του αγέννητου παιδιού και από την άλλη τον σεβασμό στην ελευθερία της προσωπικής επιλογής της εγκύου χρήστριας;

Επιπρόσθετα, η επαγγελματική συμπεριφορά στην φροντίδα των ατόμων με κάποιου είδους εξάρτηση, φέρνει αντιμέτωπους/αντιμέτωπες τους/τις επαγγελματίες υγείας με τις κοινωνικές, αλλά και τις προσωπικές τους στάσεις και αντιδράσεις απέναντι στις συμπεριφορές και τις προφανείς επιλογές των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών. Αντιδράσεις οι οποίες μπορεί να προέρχονται ή να καθορίζονται από την ύπαρξη στίγματος, τις ατομικές πεποιθήσεις του θεραπευτή σχετικά με τον ηθικό ρόλο του ατόμου που συνεχίζει συστηματικά να κάνει χρήση ουσιών και από την προβολή των ανησυχιών του/της ίδιου/ίδιας του/της φροντιστή/φροντίστριας σχετικά με τις ιδιαιτερότητες του ευρύτερου περιβάλλοντος εργασίας στην απεξάρτηση. Είναι, άλλωστε, εξαιρετικά σύνηθες το φαινόμενο ένας θεραπευτής/μία θεραπεύτρια που εργάζεται στην απεξάρτηση -στην προσπάθειά του/της να ανταποκριθεί στο θεραπευτικό του/της καθήκον απέναντι στους θεραπευόμενους του/της και τις θεραπευόμενες του/της- να διαπιστώνει ότι πρέπει να αντιμετωπίζει τις εντάσεις μεταξύ της εξυπηρέτησης των αναγκών ενός εξυπηρετούμενου/μιας εξυπηρετούμενης και της ενδεχόμενης σύγκρουσης του προσωπικού του/της πλαισίου ηθικών αξιών με τους κανόνες επαγγελματικής ηθικής και δεοντολογίας. Εντάσεις, οι οποίες μπορεί να βιωθούν ακόμη και ως απειλή για την προσωπική και επαγγελματική ακεραιότητα του/της επαγγελματία, αλλά και ως εμπόδιο στην οικοδόμηση υγιούς και αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Ο Brown, για παράδειγμα, υποστηρίζει ότι το να μην γίνεται σεβαστή η αυτονομία της εγκύου μπορεί υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις να ιδωθεί ως αθέτηση της δεοντολογικής και ηθικής υποχρέωσης του θεραπευτή/της θεραπεύτριας να μην βλάψει την θεραπευόμενη του (Brown, 2008). Ακόμη, σε μια έρευνα των Abel και Krueger σε δείγμα γυναικολόγων, παιδιάτρων και οικογενειακών ιατρών ανέφερε ότι περίπου οι μισοί/μισές συμμετέχοντες/συμμετέχουσες συνδέουν ευθέως την χρήση παρανόμων ουσιών κατά την εγκυμοσύνη με την παιδική κακοποίηση, ενώ λιγότεροι/λιγότερες από ένας/μία στους/στις τρεις συμμετέχοντες/συμμετέχουσες δήλωναν υπέρ του ποινικού εγκλεισμού της εγκύου γυναίκας που θα διαπιστωθεί ότι κάνει κατάχρηση παρανόμων εξαρτησιογόνων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Abel & Krueger, 2002). Οφείλει όμως ένας/μία θεραπευτής/θεραπεύτρια να νοιάζεται και για το κυοφορούμενο, εκτός από την θεραπευόμενη του/της; Αν και το συγκεκριμένο ερώτημα αποτέλεσε βασική υπόθεση εργασίας της έρευνας που ακολουθεί, ωστόσο, μπορούν να γίνουν κάποιες θεωρητικές διαπιστώσεις.

Η φροντίδα του κυοφορούμενου καθίσταται προβληματική όταν οι ενέργειες που απαιτούνται για να ωφεληθεί το ένα μέλος της δυάδας προκαλεί απαράδεκτη βλάβη στο άλλο, όταν με άλλα λόγια οι βιοηθικές αρχές της ωφέλειας και της μη βλάβης έρχονται σε σύγκρουση. Η γενική παραδοχή ότι μητέρα και κυοφορούμενο είναι βιολογικά συνδεδεμένοι οδηγεί στο συμπέρασμα ότι και οι δύο θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο, άρα το κυοφορούμενο δεν μπορεί να εννοηθεί ως ανεξάρτητη μονάδα μέριμνας, παρά μόνο ως μέρος της κυοφορούσας μητέρας του. Θα ήταν, λοιπόν, ανήθικο να εφαρμόσουμε μια θεραπεία για το κυοφορούμενο χωρίς η θεραπεία αυτή να είναι ιατρικά ενδεδειγμένη και για τη μητέρα, κάτι που τερματίζεται με τη γέννηση, όπου η θεραπεία μπορεί να απευθυνθεί στο νεογνό, ως ξεχωριστό ασθενή, πλέον. Επίσης, όταν μια έγκυος γυναίκα αρνείται μια θεραπεία που της προτείνεται, χρειάζεται να μην ξεχνάμε την γενική ηθική απαγόρευση να βλάπτεται μια οντότητα για να ωφεληθεί μία άλλη. Ως εκ τούτου, όταν αναφερόμαστε στη φροντίδα εγκύων γυναικών, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη του την υγεία δύο ληπτών/ληπτριών υπηρεσιών, οι οποίοι/οποίες συνδέονται βιολογικά με άμεσο τρόπο.

Καταλήγοντας, όπως φαίνεται από τα προαναφερόμενα, το κυρίαρχο ηθικό δίλημμα που αναδεικνύεται είναι αυτό ανάμεσα στον σεβασμό της αυτονομίας της εγκύου χρήστριας και στην ωφέλεια –μέσω της αποφυγής οποιασδήποτε άμεσης ή έμμεσης βλάβης- του αγέννητου παιδιού. Είναι αλήθεια πώς έχουν γραφτεί αρκετά πάνω σε αυτό το θέμα με μια μερίδα μελετητών/μελετητριών να συνηγορεί προς μία πιο προστατευτική στάση απέναντι στο κυοφορούμενο, σύμφωνα με την οποία καλείται η μητέρα-εξαρτημένη να εκπληρώσει την ηθική υποχρέωση προστασίας της υγείας του παιδιού, που της επιβάλει ο μητρικός της ρόλος, ενώ μία άλλη ομάδα επιστημόνων εκφράζει τη θέση της προστασίας της αυτονομίας ως προς τις αποφάσεις αυτοδιάθεσης και αυτοδιαχείρισης του γυναικείου σώματος, ακόμη και εάν μια τέτοια συμπεριφορά θα μπορούσε δυνητικά να βλάψει την υγεία ή και την ζωή ενός κυοφορούμενου (Chervenak et. al., 1997). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό το ευρέως διαδεδομένο μοντέλο της μείωσης βλάβης (αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο), το οποίο εφαρμόζεται παγκοσμίως με στόχο την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών –βάσει αναγκών- και θεραπευτικής φροντίδας στις έγκυες χρήστριες και παράλληλα την ελαχιστοποίηση των βλαβών προς το κυοφορούμενο, σε αντίθεση προς το τιμωρητικό μοντέλο, το οποίο φαντάζει αντιπαραγωγικό και αναποτελεσματικό. Ιδανικά, τα προγράμματα μείωσης της βλάβης, όπου αυτά εφαρμόζονται, καταγράφουν τις ατομικές ανάγκες μιας εγκύου χρήστριας που βρίσκεται σε ενεργό χρήση ουσιών, ενσωματώνοντας τις προσωπικές ιστορίες κακοποίησης και ψυχικού τραύματος που οι γυναίκες έχουν να αφηγηθούν και εμπεριέχοντας τις τρέχουσες κοινωνικές, οικογενειακές και

περιβαλλοντικές συνθήκες που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών, όπως και την πιθανή συνύπαρξη εξάρτησης και ψυχιατρικής διαταραχής (συννοσηρότητα – διπλή διάγνωση). Οι πρακτικές της μείωσης βλάβης, λοιπόν, ενδέχεται να αποτελούν την τρίτη επιλογή στο δίπολο θεραπεία ή τιμωρία και να βοηθήσουν το θεραπευτικό προσωπικό να βρει απαντήσεις στα ηθικά ερωτήματα και λύσεις στα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν στην επαγγελματική του πραγματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η Έρευνα

6.1 Στόχος της έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα

Διαπιστώνοντας το μεγάλο ερευνητικό κενό που παρατηρείται στην ελληνική βιβλιογραφία, η παρούσα έρευνα έχει ως βασικό της στόχο να μελετήσει σε βάθος τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φροντιστών/φροντιστριών και των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως θεραπευτικό προσωπικό σε ένα δημόσιο φορέα απεξάρτησης, αναφορικά με τα όρια της παρεχόμενης φροντίδας προς τις έγκυες χρήστριες ουσιών, τον σεβασμό της αυτονομίας και του αυτοπροσδιορισμού μιας εγκύου χρήστριας, την ενδεχόμενη συσχέτιση του παράγοντα φύλου με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς και την σύγκρουση του προσωπικού τους ηθικού πλαισίου αναφοράς με τον κώδικα επαγγελματικής ηθικής και δεοντολογίας, πάντοτε εντός του ευρύτερου πλαισίου παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα θα διερευνηθούν επιμέρους ερωτήματα όπως:

Πρώτον, και με δεδομένη την αρχή της μη βλάβης, ο θεραπευτής/η θεραπεύτρια –ως πάροχος φροντίδας προς τον εξαρτημένο/την εξαρτημένη- έχει δικαίωμα να αρνηθεί θεραπεία προς την έγκυο εξαρτημένη, υπακούοντας στο δικό του/της ηθικό πλαίσιο αναφοράς;

Δεύτερον, πώς διαφυλάσσεται η αρχή της αυτονομίας ενός εξαρτημένου ατόμου σε σχέση με το δικαίωμα στην τεκνοποίηση και την μητρότητα, στα πλαίσια της θεραπείας που λαμβάνει για την ουσιοεξάρτηση;

Τρίτον, σχετίζεται με οποιονδήποτε τρόπο η εμπειρία απόκτησης τέκνων από τον θεραπευτή/την θεραπεύτρια στην διαμόρφωση των στάσεων και των αντιλήψεών του/της απέναντι στην έγκυο χρήστρια;

Τέταρτον, ο παράγοντας φύλο του θεραπευτή/της θεραπεύτριας, αλλά και του θεραπευόμενου/της θεραπευόμενης, παίζει ρόλο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας;

Πέμπτον, εγείρεται ηθικό καθήκον παρέμβασης για το θεραπευτή/τη θεραπεύτρια στις περιπτώσεις εγκύων που κάνουν χρήση η οποία ενδεχομένως να βλάψει το κυοφορούμενο; Αν ναι, ποιο είναι το περιεχόμενο αυτού του καθήκοντος και ποια τα όριά του;

Έχει αποδειχθεί πως οι έγκυες χρήστριες ναρκωτικών διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από αιματογενώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις σε σχέση με τις έγκυες γυναίκες που δεν κάνουν χρήση ναρκωτικών (Gyarmathy et al., 2009). Επιπλέον, επηρεάζονται επίσης από μια σειρά σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων υγείας. Με το σκεπτικό αυτό, το ζήτημα της εγκυμοσύνης μια εξαρτημένης από ουσίες γυναίκας, μπορεί να ιδωθεί γενικώς ως ένα πολυπαραγοντικό θέμα, αλλά και ειδικότερα χρειάζεται να αντιμετωπιστεί από τους ειδικούς ως θέμα δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου, η θεραπεία και η φροντίδα των εγκύων χρηστών ναρκωτικών θα πρέπει να περιλαμβάνει συντονισμένες, διεπιστημονικές παρεμβάσεις σε τομείς όπως: πρόληψη/έγκαιρη παρέμβαση, έλεγχος και θεραπεία λοιμωδών νοσημάτων, ψυχική υγεία, ατομική φροντίδα, κοινωνική πρόνοια, γυναικολογική/μαιευτική περίθαλψη, θεραπεία για την κατάχρηση ουσιών. Ως απώτερος, λοιπόν, στόχος της παρούσας έρευνας θα μπορούσε να τεθεί ο καθορισμός ειδικών κατευθυντήριων γραμμών (guidelines) προς το θεραπευτικό προσωπικό, οι οποίες θα πλαισιώνουν και θα ορίζουν την παρεχόμενη φροντίδα προς την ειδική αυτή ομάδα πληθυσμού, σεβόμενη ταυτόχρονα τις βιοηθικές αρχές της αυτονομίας, της μη βλάβης και της αλληλεγγύης.

6.2 Μεθοδολογία της έρευνας - Δειγματοληψία

Η έρευνα που διεξήχθη στα πλαίσια της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία μικρής εμβέλειας ποιοτική έρευνα με την μορφή της μελέτης περίπτωσης (Becker, 1992, Stake, 2003), αφού διενεργήθηκε σε μέλη του θεραπευτικού προσωπικού του προγράμματος μείωσης της βλάβης ΕΞΕΛΙΞΙΣ του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α). Οι θεραπευτές και οι θεραπεύτριες που συμμετείχαν είχαν μικρότερη ή μεγαλύτερη βιωμένη επαγγελματική εμπειρία και επαφή με πληθυσμό ουσιοεξαρτημένων γυναικών σε ενεργό χρήση και ως εκ τούτου αυξημένη πιθανότητα να έχουν εμπλακεί θεραπευτικά στην επαγγελματική τους πορεία με γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Να σημειώσουμε ότι η συνθήκη της σύναψης θεραπευτικής σχέσης με έγκυες χρήστριες δεν αποτέλεσε κριτήριο ένταξης στο ερευνητικό δείγμα, καθώς η έρευνα μελετά τις προσωπικές στάσεις και αναπαραστάσεις του θεραπευτικού προσωπικού ανεξαρτήτως βιωμένων εμπειριών. Ο βασικός λόγος επιλογής της ποιοτικής μεθοδολογίας είναι το γεγονός ότι προσφέρει με μοναδικό τρόπο τα εφόδια για την

διερεύνηση σε βάθος των γνωστικών περιοχών και των κοινωνικών εμπειριών του υπό μελέτη πληθυσμού. Η επιλογή των επαγγελματιών, μελών του θεραπευτικού προσωπικού ενός όχι κλασικού προγράμματος θεραπείας, αλλά αμιγώς μείωσης της βλάβης δεν ήταν τυχαία. Εκτός από την ευκολία πρόσβασης του δείγματος, η επιλογή έγινε στην βάση της ανάγκης για μελέτη ενός ερευνητικού πεδίου στο οποίο καταγράφεται μεγάλο ερευνητικό κενό στην χώρα μας, αλλά και ενός πεδίου του ευρύτερου χώρου των εξαρτήσεων –αυτό της θεραπείας εγκύων γυναικών σε ενεργό χρήση ουσιών- όπου βιβλιογραφικά καταγράφονται συγκρούσεις ηθικού και δεοντολογικού χαρακτήρα (βλ. σχετικά το κεφάλαιο 5.4). Για τους παραπάνω λόγους, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό τα πορίσματα της έρευνας δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να γενικευθούν στο σύνολο των επαγγελματιών που εργάζονται σε φορείς απεξάρτησης στην Ελλάδα.

Η εις βάθος ποιοτική συνέντευξη αποτελεί ίσως την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές και εκπαιδευτικές έρευνες. Η επιλογή και χρήση της εν λόγω μεθοδολογίας βασίζεται σε μια προσέγγιση που συμπεριλαμβάνει *«τις εμπειρίες, τις απόψεις, τις ερμηνείες και τις διαδράσεις των ανθρώπων ως σημαντικές διαστάσεις της κοινωνικής πραγματικότητας»* (Ισαρη & Πουρκός, 2015). Στην εις βάθος συνέντευξη ο ερευνητής/η ερευνήτρια εμπλέκεται σε μια διαδραστική σχέση με τον/την ερωτώμενο/ερωτώμενη, ακούγοντάς τον/την και ταυτόχρονα δίνοντάς του/της την ευκαιρία να αφηγηθεί τις εμπειρίες του/της δίνοντας την προσωπική του/της ερμηνεία και νοηματοδότηση. Να σημειώσουμε εδώ ότι ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης διαθέτει το πλεονέκτημα της ευελιξίας, τόσο ως προς την πιθανή τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων -ακόμη και πρόσθεση ή αφαίρεση θεματικών αξόνων- όσο και ως προς την εμβάθυνση σε κάποια συγκεκριμένη θεματική ενότητα (Ισαρη & Πουρκός, 2015).

Οι βιωμένες εμπειρίες των μελών του θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ καταγράφηκαν στην βάση ενός αρκετά δομημένου οδηγού συνέντευξης (βλ. Παράρτημα Α), ο οποίος αποτέλεσε την πυξίδα για τις εις βάθος συζητήσεις (in-depth interviews) που έλαβαν χώρα. Να τονίσουμε, εδώ, ότι ο οδηγός που διαμορφώθηκε ήταν δομημένος μόνο ως προς την ακολουθία των θεμάτων που τέθηκαν, ενώ παράλληλα επέτρεπε την παρέμβαση -περιορισμένη σε κύρια βάση- του/της ερευνητή/ερευνήτριας με στόχο την αποφυγή μεθοδολογικών ολισθημάτων και την ομαλή διεξαγωγή των συνεντεύξεων.

6.2.1 Ο πληθυσμός της έρευνας – Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω 11 εις βάθος συνεντεύξεων, οι οποίες διεξήχθησαν κατά τους μήνες Ιούλιο – Αύγουστο του 2023 με την συμμετοχή έξι (6) γυναικών και πέντε (5) ανδρών, μελών θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ σύμφωνα με τον οδηγό συνέντευξης που είχε σχεδιαστεί (βλ. Παράρτημα Α). Η σκόπιμη δειγματοληψία εξασφάλισε ότι οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες που εργάζονται σε ένα πρόγραμμα μείωσης της βλάβης θα είχαν αυξημένες πιθανότητες να έχουν συνάψει στο παρελθόν θεραπευτική σχέση με γυναίκες, ενεργές χρήστριες ουσιών που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη ή που είναι ήδη μητέρες.

Οι εις βάθος ατομικές συνεντεύξεις έλαβαν χώρα εντός του προγράμματος σε ουδέτερο χώρο του τμήματος έρευνας και τεκμηρίωσης, ώστε να εξασφαλιστεί η αναγκαία ιδιωτικότητα, και είχαν διάρκεια από 23 η μικρότερη έως 42 λεπτά η μεγαλύτερη (μ.ο διάρκειας: 28,5 λεπτά). Πραγματοποιήθηκαν πιλοτικές συνεντεύξεις με δύο συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Η χρησιμότητα των πιλοτικών συνεντεύξεων έγκειται στον εντοπισμό ενδεχόμενων σφαλμάτων, αδυναμιών ή περιορισμών σε σχέση με τον ερευνητικό σχεδιασμό (Kvale, 2007). Η πιλοτική εφαρμογή της ατομικής συνέντευξης δίνει στον/στην ερευνητή/ερευνήτρια την ευκαιρία να πραγματοποιήσει αλλαγές στον οδηγό συνέντευξης πριν από την ευρύτερη εφαρμογή του στο επιλεγμένο δείγμα συμμετεχόντων. Όλες οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν αυτολεξεί και διασταυρώθηκαν ως προς την ακρίβεια και την ποιότητά τους.

Ως προς τις ειδικότητες των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών, πέντε (5) ήταν ψυχολόγοι, δύο (2) κοινωνικοί λειτουργοί, δύο (2) νοσηλεύτριες, ένας (1) κοινωνιολόγος και ένας (1) ειδικός θεραπευτής. Οι ηλικίες τους κυμαίνονται από τα 27 έως τα 52 έτη (μ.ο. ηλικίας: 37,9 έτη) και η επαγγελματική εμπειρία σε φορείς απεξάρτησης που καταγράφηκε ήταν από 1 έτος έως 22 έτη. Έγγαμοι/έγγαμες δήλωσαν 3 στους 11 συμμετέχοντες/συμμετέχουσες (δηλ. 27,3% του συνόλου) και 8 άγαμοι/άγαμες, ενώ την στιγμή της συνέντευξης δήλωναν γονείς 4 από τους 11 συμμετέχοντες/συμμετέχουσες (ποσοστό 36,4%). Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται αναλυτικά η κατανομή του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα:

Πίνακας 1: Κατανομή του ερευνητικού δείγματος

Κωδικός	Φύλο	Ηλικία	Ειδικότητα	Εργασιακή Εμπειρία (Ετη)	Οικογενειακή Κατάσταση	Τέκνα
Σ1	Γυναίκα	45	Ψυχολόγος	18	Έγγαμη	ΝΑΙ
Σ2	Άνδρας	35	Ψυχολόγος	1	Άγαμος	ΟΧΙ
Σ3	Άνδρας	27	Κοιν. Λειτ.	2,5	Άγαμος	ΟΧΙ
Σ4	Άνδρας	48	Ψυχολόγος	22	Έγγαμος	ΝΑΙ
Σ5	Γυναίκα	31	Ψυχολόγος	1,5	Άγαμη	ΟΧΙ
Σ6	Γυναίκα	40	Νοσηλεύτρια	4,5	Άγαμη	ΝΑΙ
Σ7	Άνδρας	52	Κοινωνιολόγος	20	Άγαμος	ΟΧΙ
Σ8	Γυναίκα	35	Κοιν. Λειτ.	1,5	Άγαμη	ΟΧΙ
Σ9	Γυναίκα	32	Νοσηλεύτρια	7	Άγαμη	ΟΧΙ
Σ10	Γυναίκα	38	Ψυχολόγος	14	Άγαμη	ΟΧΙ
Σ11	Άνδρας	34	Ειδ. Θερ.	1	Έγγαμος	ΝΑΙ

6.2.2 Δεοντολογία της έρευνας

Η ποιοτική έρευνα έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης (Αριθμός Απόφασης 97-10/07/2023), και από τον Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ, με τον οποίο

συνάφθηκε σχετικό πρωτόκολλο συνεργασίας. Επίσης, υπογράφηκε γραπτή συγκατάθεση μετά από ενημέρωση από όλους τους/τις συμμετέχοντες/συμμετέχουσες (βλ. Παράρτημα Β). Οι συμμετέχοντες/συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για τη δυνατότητα να αποσυρθούν από την έρευνα ανά πάσα στιγμή χωρίς οικονομικό ή ηθικό κόστος, ενώ η εμπιστευτικότητα κατοχυρώθηκε μέσω της διαδικασίας ψευδωνυμοποίησης των ονομάτων των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών (βλ. Παράρτημα Γ).

6.3 Ανάλυση δεδομένων – Θεματικές Κατηγορίες

Τα δεδομένα που προέκυψαν από τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις αναλύθηκαν μέσω της θεματικής ανάλυσης περιεχομένου (Braun & Clarke, 2006, Braun et. al., 2019) με τη χρήση του ψηφιακού λογισμικού NVivo, ένα πρόγραμμα ανάλυσης ποιοτικών ερευνητικών δεδομένων, το οποίο βοήθησε στην οργάνωση και την διαχείριση των δεδομένων. Να σημειώσουμε ότι όλα τα δεδομένα ψευδωνυμοποιήθηκαν πριν από τη χρήση του λογισμικού NVivo και αποθηκεύτηκαν με ασφάλεια σε κλειδωμένα συρτάρια αρχειοθέτησης και σε υπολογιστές που προστατεύονται με κωδικό πρόσβασης, τον οποίο έχει στην κατοχή του μόνο ο κύριος ερευνητής.

Η κωδικοποίηση βασίστηκε στις απαντήσεις των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών -και όχι αποκλειστικά και μόνο στον οδηγό συνέντευξης- με στόχο να διασφαλιστεί ότι οι σημαντικές απαντήσεις δεν παραλείπονται. Το πλαίσιο κωδικοποίησης προσαρμόστηκε μόλις η ανάλυση λόγου αποκάλυψε νέες γνώσεις από τα δεδομένα και τη σύνδεσή τους με τα θέματα. Μόλις ολοκληρώθηκε η κωδικοποίηση στο NVivo, όλοι οι κωδικοί και τα αντίστοιχα αποσπάσματα αντιγράφηκαν και επικολλήθηκαν σε έγγραφα του Word όπου τα δεδομένα συγκρίθηκαν και αντιπαρατέθηκαν. Διερευνήθηκαν οι ομοιότητες και οι διαφορές. Αυτό στη συνέχεια οδήγησε στην ομαδοποίηση των κωδικών σε *κατηγορίες* και στη συνέχεια σε *θέματα*. Όπως γίνεται αντιληπτό στην ανάλυση των ευρημάτων που ακολουθεί, τα θέματα χωρίζονται σε *κύρια* και *δευτερεύοντα*. Τα κύρια θέματα έχουν ως βάση αναφοράς τα ερευνητικά ερωτήματα, όπως αυτά τέθηκαν εξ αρχής από τον ερευνητή και αποτέλεσαν τον πυρήνα του ερευνητικού ενδιαφέροντος, ενώ τα δευτερεύοντα θέματα προέκυψαν κατά την ανάλυση του λόγου των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών, χωρίς να επαληθεύουν ή να απορρίπτουν απαραίτητα κάποιο από τα ερευνητικά ερωτήματα, εντούτοις παρουσιάζουν ερευνητικό ενδιαφέρον και συμβάλλουν στην γενική συζήτηση γύρω από την θεματική της εργασίας.

6.4 Ευρήματα – Βασικά Πορίσματα

Από την ποιοτική έρευνα και τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις προέκυψε ένα εξαιρετικά πλούσιο υλικό, το οποίο εκτείνεται σε πολλές σελίδες μεταγραμμένου κειμένου. Τα κύρια θέματα που προέκυψαν ήταν τρία (3) και ταυτίζονται με τις εννοιολογικές κατηγορίες, οι οποίες προέκυψαν από την *θεματική ανάλυση* (thematic analysis) του λόγου των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών και διαμορφώθηκαν με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας. Στην συνέχεια, παρατίθενται και τέσσερις (4) δευτερεύουσες θεματικές κατηγορίες που προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση, οι οποίες δεν προκύπτουν ως απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα, αλλά από την ανάλυση περιεχομένου (content analysis) του λόγου των ερευνητικών υποκειμένων.

6.4.1 Οι κύριες θεματικές κατηγορίες

Σύγκρουση προσωπικής και επαγγελματικής ηθικής και τα όρια της παρεχόμενης φροντίδας

Στην βιβλιογραφία διαπιστώνεται ότι υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους μια θεραπευτική σχέση μπορεί να τερματιστεί. Ένα εξυπηρετούμενο πρόσωπο που λαμβάνει υπηρεσίες φροντίδας μπορεί να διακόψει τη θεραπεία ανά πάσα στιγμή για οποιονδήποτε λόγο, καθώς αυτό αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του/της και απόλυτη έκφραση της αυτονομίας του (Taylor, 2013), μολονότι οφείλουμε να σκεφτούμε εάν ένας ενεργός χρήστης ή μία ενεργή χρήστρια ψυχοδραστικών ουσιών βρίσκεται σε θέση, ή με άλλα λόγια έχει την ικανότητα να λάβει μια τέτοια απόφαση. Στο πεδίο των ιατρικών πράξεων, η *ικανότητα* (capacity) είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν ένας/μία ασθενής αρνείται την προσφερόμενη φροντίδα, καθώς χρησιμοποιείται για να γίνει διάκριση μεταξύ κάποιου/κάποιας που η λήψη αποφάσεων μπορεί να είναι μειωμένη και κάποιου/κάποιας που ασκεί το δικαίωμά του/της στην αυτονομία, πιστοποιώντας την ικανότητά του/της με σαφή και πειστικά στοιχεία. Πρέπει οι χρόνιοι χρήστες και χρόνιες χρήστριες ψυχοτρόπων ουσιών να ανήκουν στην πρώτη κατηγορία, εκείνων δηλαδή με μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων (Buchanan, 2004);

Ιδανικά, ο τερματισμός γίνεται όταν ο/η εξυπηρετούμενος/εξυπηρετούμενη και ο/η θεραπευτής/θεραπεύτρια συμφωνήσουν ότι οι στόχοι της θεραπείας έχουν επιτευχθεί ή έχει σημειωθεί επαρκής πρόοδος, ώστε ο/η λήπτης/λήπτρια της υπηρεσίας να μην χρειάζεται επιπλέον υπηρεσίες. Ωστόσο, μπορεί να υπάρχουν λόγοι για τους οποίους η σχέση θεραπευτή/θεραπεύτριας-εξυπηρετούμενου/εξυπηρετούμενης μπορεί να τερματιστεί πριν από την

ολοκλήρωσή της; Και είναι δεοντολογικά ορθό κάτι τέτοιο; Ανατρέχοντας στα δεοντολογικά κείμενα των βασικών ειδικοτήτων που απασχολούνται στους φορείς απεξάρτησης στην χώρα μας, αλλά και παγκοσμίως (ιατρών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών) διαπιστώθηκε ότι μόνο στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας προβλέπεται η αιτιολόγηση της διακοπής της παροχής υπηρεσιών. Συγκεκριμένα στην παράγραφο 4 του άρθρου 9 (*Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή*) αναφέρεται ρητά: «*Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου*» (Ν.2418/2005, ΚΙΔ). Το ερώτημα που η παραπάνω διατύπωση αφήνει ανοιχτό είναι το αν ο προσωπικός ηθικός κώδικας του/της κάθε επαγγελματία υγείας εμπίπτει στους προσωπικούς λόγους, όπως αυτοί αναφέρονται. Μπορεί, με άλλα λόγια το αξιακό πλαίσιο αναφοράς ενός/μίας θεραπευτή/θεραπεύτριας να αιτιολογήσει την διακοπή της παροχής φροντίδας και τον τερματισμό της θεραπευτικής σχέσης και αν ναι με ποιους όρους; Και επίσης, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι ανάμεσα στα δύο πλαίσια αναφοράς –την προσωπική ηθική και τον κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας- υπάρχει κάποιου είδους ιεραρχική διαβάθμιση του ενός έναντι του άλλου;

Το ζήτημα της σύγκρουσης προσωπικών και επαγγελματικών ηθικών αρχών φαίνεται να απασχολεί το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και διατρέχει όλες σχεδόν τις συνεντεύξεις. Σε δύο εξ' αυτών οι απαντήσεις επί της ουσίας ταυτίζουν το προσωπικό αξιακό πλαίσιο με τους επαγγελματικούς κώδικες ηθικής και δεοντολογίας, αναφέροντας ότι τα δύο αυτά πλαίσια δεν μπορούν παρά να συνάδουν και να συμπορεύονται στο μυαλό και την καθημερινή πρακτική ενός/μίας επαγγελματία:

«Θεωρώ ότι η επαγγελματική μου ταυτότητα είναι διαμορφωμένη από το προσωπικό αξιακό μου σύστημα, με την έννοια ότι δεοντολογικά και ηθικά θεωρώ ότι πρέπει με έναν τρόπο κάπως να συγκλίνουν αυτά (...) θεωρώ ότι το ένα επηρεάζει το άλλο και πρέπει να επηρεάζει το ένα το άλλο, γιατί δεν μπορώ να λειτουργήσω ηθικά και δεοντολογικά, επαγγελματικά αν σε προσωπικό επίπεδο έχω ακραίες συντηρητικές απόψεις...» (Σ8)

«Νομίζω οδηγός είναι η προσωπική μου ηθική περισσότερο. Και πάντα, επειδή συνδέονται... δηλαδή επαγγελματικά δεν έχεις το δικαίωμα να πάψεις (...) μπορεί να ένιωθα μία ματαίωση, να μην προσπαθούσα το ίδιο σθεναρά όπως στην αρχή, αλλά η παροχή φροντίδας σε έναν άνθρωπο δεν είναι δικαίωμα να την αρνηθείς, δεν έχεις δικαίωμα να την αρνηθείς επαγγελματικά. Σίγουρα ταυτίζεται και η προσωπική μου ηθική σε αυτό». (Σ6)

Μια ακόμη τάση που αναδεικνύεται από τα λεγόμενα δύο ατόμων από το ερευνητικό δείγμα είναι η αιτιολόγηση της πιθανής διακοπής της θεραπευτικής σχέσης. Οι λόγοι που θα μπορούσαν να αιτιολογήσουν ηθικά τη μη συνέχιση της φροντίδας συνοψίζονται στην επαγγελματική ψυχική εξουθένωση, τη μη εκπλήρωση της αρχής της ωφέλειας για τον/την εξυπηρετούμενο/εξυπηρετούμενη, καθώς και η επικράτηση της επαγγελματικής ηθικής έναντι των προσωπικών αξιών:

«...θα το σταμάταγα αν έβλεπα ότι διαλύει εμένα. Τώρα μιλάω σαν άνθρωπος. Εάν εμένα αυτό πλέον με κατέτρωγε και άρχιζα να πέφτω κι εγώ και να αρχίσω κι εγώ να είμαι σε μια τέτοια κατάσταση (...) άρα εκεί, ναι. Αυτό στην ψυχολογία είναι βασικό, πρώτα φροντίζεις εσένα και μετά φροντίζεις τον άλλο». (Σ5)

«Θα το σκεφτόμουν στην περίπτωση που βοηθούσα ένα άτομο κι έβλεπα ότι στην ουσία δεν το βοηθάω». (Σ11)

«Δεν ξέρω αν θα την διέκοπτα, αλλά θα ήθελα να την διακόψω. Δεν ξέρω αν θα το έκανα όμως. Πάλι λόγω πλαισίου. Αν δούλευα μόνος μου, θα την είχα διακόψει, ναι. Αν ο οργανισμός ήταν δικός μου ναι, θα διέκοπτα». (Σ7)

Σε κάθε περίπτωση ο τερματισμός της θεραπευτικής σχέσης από την πλευρά του/της επαγγελματία δεν συνεπάγεται οριστική διακοπή του συνεχούς της φροντίδας, καθώς όπως φαίνεται από κάποιες απαντήσεις είναι δεοντολογικά ορθό η παροχή των υπηρεσιών να συνεχίζεται από άλλο θεραπευτικό πλαίσιο, μέσω παραπομπής, με στόχο πάντοτε το μέγιστο δυνατό όφελος του εξυπηρετούμενου/της εξυπηρετούμενης:

«...αν μου συμβεί αυτό θα κάνω παραπομπή, θα ψάξω να βρω είτε έναν άλλο συναδέλφο ή συναδέλφισα, είτε ένα άλλο πλαίσιο που θα είναι καλύτερο από το δικό μου για εκείνη, που αυτή μπορεί να δουλέψει καλύτερα, κατά την γνώμη μου, θα το συζητούσα πολύ μαζί της». (Σ10)

«...ότι ίσως ας πούμε πχ ο τάδε θεραπευτής να μπορούσε να τον βοηθήσει, να έχει τον τρόπο να ταιριάζει αυτό το άτομο με τον τάδε καλύτερα...» (Σ11)

Τέλος, από το σύνολο των απαντήσεων φαίνεται να υπάρχει και μία μικρή ομάδα ατόμων που τάσσεται καθαρά και άνευ όρων κατά της διακοπής της παροχής φροντίδας στις εγκύους εξαρτημένες, ενδεχομένως και εξαιτίας της αυξημένης ευαλωτότητας της συγκεκριμένης ομάδας:

«Όχι. Μπορεί να είμαι λίγο πιο θυμωμένη...θα είμαι θυμωμένη...όχι δεν θα διέκοπτα, τώρα να...να είμαι πιο αυστηρή στα όρια, αλλά και πάλι, το παραμικρό να μου έδινε πίσω, θα το συνέχιζα.». (Σ1)

«Σε μία έγκυο; Όχι, θα συνέχιζα». (Σ2)

Φύλο και παροχή φροντίδας

Στην βιβλιογραφία έχει σημειωθεί ότι παράγοντες όπως η προσωπικότητα του/της ασθενούς, η σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής και η αρχική διάγνωση μπορούν να επηρεάσουν την στάση του θεραπευτικού προσωπικού απέναντι στην ποιότητα και την ένταση της παρεχόμενης φροντίδας (Dazzi et. al., 2021, Picardi et. al., 2017). Αντιθέτως, δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η σχέση μεταξύ του φύλου του θεραπευτή/της θεραπεύτριας και του αποδέκτη/της αποδέκτριας με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας, καθώς και με τις στάσεις και τις υποκειμενικές εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας συνολικότερα. Στο μέγεθος, πάντως, που βιβλιογραφικά έχει καταγραφεί δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση της αντιστοίχισης φύλου (θεραπευτή/θεραπεύτριας-θεραπευόμενου/θεραπευόμενης) και της ποιότητας των υπηρεσιών θεραπείας (Cottone, Drucker, & Javier, 2002, Nelson, 1993).

Στις συνεντεύξεις της έρευνάς μας, αναζητήθηκε εν πρώτοις η ενδεχόμενη σύνδεση του φύλου του θεραπευτικού προσωπικού με το φύλο των ληπτών/ληπτριών υπηρεσιών φροντίδας, αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, και δεύτερον η πιθανότητα μία έγκυος χρήστρια να προσεγγιστεί με μεγαλύτερη συμπάθεια από έναν/μία επαγγελματία και ως εκ τούτου να εξυπηρετηθεί κατά προτεραιότητα, αντανακλώντας έτσι μια διακριτική στάση και μεταχείριση.

Ως προς το πρώτο σκέλος, το φύλο του θεραπευτικού προσωπικού –είτε αυτό εξετάστηκε ως μεμονωμένος παράγοντας, είτε συνδυαστικά με τον παράγοντα *γονεϊκότητα*- δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, ούτε να διαμορφώνει διακριτική μεταχείριση προς τον/την αποδέκτη υπηρεσιών του ιδίου φύλου. Μολονότι περίπου οι μισές απαντήσεις αναφέρονται στην εξέταση του θεραπευτικού αιτήματος από μια γυναίκα κατά προτεραιότητα σε σχέση με το αίτημα ενός άνδρα, ωστόσο αυτό δεν συσχετίζεται με την

μεταβλητή του φύλου του επαγγελματία, γίνεται ισότιμα από άνδρες θεραπευτές και γυναίκες θεραπεύτριες κι αιτιολογείται ηθικά μέσω της αυξημένης ευαλωτότητας των γυναικών χρηστριών που προσεγγίζονται:

«Ναι, γιατί καταρχάς είναι λιγότερες, γνωρίζουμε ότι είναι πιο δυσκολεμένες έξω στην πιάτσα, γνωρίζουμε ότι έρχονται από πιο δύσκολα περιβάλλοντα, όντας στον δρόμο τέλος πάντων (...) οπότε η δικιά μου αίσθηση είναι ότι είμαι λίγο πιο κοντά στο να βοηθήσω μια γυναίκα από ότι έναν άνδρα». (Σ1, Γυναίκα με παιδιά)

«Βλέπω μεγαλύτερη ευαλωτότητα στην έγκυο, σίγουρα. Μπορεί να της πιάσω την συζήτηση χωρίς να έρθει αυτή να με προσεγγίσει, να την προσεγγίσω εγώ». (Σ3, Άνδρας χωρίς παιδιά)

«Ναι, ναι...γιατί γνωρίζω –τουλάχιστον στην πραγματικότητα που ζούμε- ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες, έτσι κι αλλιώς, και κοινωνικά είναι πιο εκτεθειμένες και ειδικά οι χρήστριες διατρέχουν περισσότερους κινδύνους, ειδικά οι χρήστριες, κινδύνους από την εξάρτηση, οπότε με αυτήν την έννοια σίγουρα δείχνω μεγαλύτερη ευαισθησία». (Σ4, Άνδρας, με παιδιά)

«Λαμβάνοντας υπόψη πρωτίστως το φύλο, το οποίο μπορεί να είναι και θετική διάκριση, θα λάβω υπόψη περισσότερο το ότι μία γυναίκα κινδυνεύει περισσότερο και δη μια γυναίκα που είναι χρήστρια (...) θεωρώ ότι είναι περισσότεροι οι κίνδυνοι που αφορούν το φύλο της» (Σ8, Γυναίκα χωρίς παιδιά)

Το πόρισμα αυτό συμφωνεί και με την μέχρι τώρα ερευνητική βιβλιογραφία (Valencia et. al., 2020, Shirley-Beavan et. al., 2020, Ayon et. al., 2018), στην οποία καταγράφεται ότι παρά τις σαφείς ενδείξεις ότι οι άνδρες κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών περισσότερο και από μικρότερη ηλικία από ότι οι γυναίκες, εντούτοις μία γυναίκα στην ενεργό χρήση βιώνει πολύ πιο συχνές και έντονες εμπειρίες διαπροσωπικής βίας, σεξουαλικής κακοποίησης και τραύματος, από ό, τι ένας άνδρας, αναδεικνύοντας την ευαλωτότητα των γυναικών ως κεντρικό ζήτημα της δημόσιας υγείας, αλλά και του δημοσίου λόγου για τις εξαρτήσεις. Παράλληλα, στην ελληνική βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι εξαρτημένες γυναίκες βιώνουν στίγμα και πολλαπλούς αποκλεισμούς σε διάφορες πτυχές της κοινωνικής ζωής (Μάτσα και Σφηκάκη, 2008).

Χρειάζεται βέβαια να σημειώσουμε, ότι σε μία άλλη σημαντική μερίδα απαντήσεων αναφέρεται η ισότιμη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξυπηρετούμενων ανεξαρτήτως φύλου από το θεραπευτικό προσωπικό:

«Όχι, λόγω φύλου, όχι. Δεν έχω πιάσει τον εαυτό μου...» (Σ9, Γυναίκα χωρίς παιδιά)

«Όχι, δεν το έχω αυτό. Δίνω επί ίσοις όροις βοήθεια και στους δύο». (Σ11, Άνδρας με παιδιά)

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι εκτός από το φύλο του/της επαγγελματία, καμία άλλη μεταβλητή, όπως τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, η επιστημονική ειδίκευση ή η εμπειρία απόκτησης τέκνων από τους/τις συμμετέχοντες/συμμετέχουσες δεν φαίνεται να συνδέεται με διακριτική μεταχείριση των χρηστριών έναντι των χρηστών, ούτε να επιδρά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως άλλωστε αποτυπώνεται και στις απαντήσεις που συλλέχθηκαν. Ως προς το δεύτερο σκέλος του ερευνητικού ερωτήματος -το αν δηλαδή υπάρχει πιθανότητα μία έγκυος χρήστρια να προσεγγιστεί με μεγαλύτερη συμπάθεια από έναν/μία επαγγελματία, γεγονός που θα συνιστούσε διακριτική στάση και μεταχείριση- εικόνα είναι εντελώς διαφορετική. Μέσα από την συντριπτική πλειοψηφία των απαντήσεων (10 από τις 11) διαγράφεται με τρόπο καθαρό και αναντίρρητο ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να προσεγγίζεται μια έγκυος χρήστρια από το θεραπευτικό προσωπικό ενός προγράμματος θεραπείας ή μείωσης της βλάβης. Ως εκ τούτου μία έγκυος χρήστρια αντιμετωπίζεται ως άτομο ειδικής αντιμετώπισης, το οποίο οφείλει ένας/μία επαγγελματίας να προσεγγίζει κατά προτεραιότητα:

«Ε, ναι, ακόμα περισσότερο. Έχει πιο πολύ ανάγκη, θα προτρέξω κι όλες. Αν είχα μία ώρα διαθέσιμη στην έγκυο θα την έδινα». (Σ4, Άνδρας)

«Συμπάθεια σίγουρα όχι (...) αλλά το να δω ποιος είναι, να αξιολογήσω το ρίσκο, νομίζω αυτό είναι το risk assessment που κάνεις, δηλαδή μόνο εκεί μπορεί να υπάρξει διαλογή...ποιος μπορεί να είναι σε πιο άμεση ανάγκη παρέμβασης λόγω ρίσκου για την ζωή, οπότε η έγκυος». (Σ5, Γυναίκα)

*«Ναι, είναι πιο ευάλωτη και θέλει περισσότερη φροντίδα. Αν τα αξιολογήσω δηλαδή, θα βάλω πρώτα την έγκυο, μετά τη γυναίκα και μετά τον άνδρα»
(Σ6, Γυναίκα)*

*«Στην έγκυο. Γιατί είναι σε κρίση, είναι σε πιο έκτακτη κατάσταση, είναι πιο ευάλωτη, θα πρέπει να διερευνήσουμε και τι γίνεται με την εγκυμοσύνη».
(Σ11, Άνδρας)*

Σε κάποιες μάλιστα απαντήσεις, αντικατοπτρίζεται η ηθική-δεοντολογική ευθύνη του θεραπευτικού προσωπικού για το κυοφορούμενο, επεκτείνοντας το πεδίο της ευθύνης πέρα από τη γυναίκα με την οποία έχει συναφθεί η θεραπευτική σχέση και στο μελλοντικό άτομο:

«Ναι, η ηθική μου μέσα μου λέει ότι...έχω να βοηθήσω δύο ανθρώπους (...) αν πρέπει να συγκρίνω, εδώ πέρα θα κερδίσει η έγκυος. Νιώθω ότι με χρειάζονται δύο άτομα εκείνη την στιγμή» (Σ9, Γυναίκα)

Η ευθύνη προς το κυοφορούμενο

Πολλοί/πολλές επαγγελματίες υγείας –διαφορετικών ειδικοτήτων- συμμετέχουν στη φροντίδα μιας εγκύου γυναίκας που βρίσκεται σε ενεργό χρήση ουσιών και οι ηθικές υποχρεώσεις και τα δεοντολογικά καθήκοντα που εγείρονται στην καθημερινή τους πρακτική χαρακτηρίζονται από έντονη πολυπλοκότητα. Η δημόσια συζήτηση που βιβλιογραφικά καταγράφεται (Beauchamp & Childress, 2001, McCullough & Chervenak, 1994, Fletcher, 1981) αφορά κυρίως ερωτήματα γύρω από το ποιες είναι οι ηθικές υποχρεώσεις αυτών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης προς την έγκυο γυναίκα, το έμβρυο και το βρέφος που θα γεννηθεί και εάν αυτές αλλάζουν και εξελίσσονται κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό. Επιπλέον, εάν δεχτούμε ότι μία έγκυος γυναίκα έχει de facto ηθικές υποχρεώσεις προς το κυοφορούμενο, αυτό συνεπάγεται ότι και ο/η επαγγελματίας υγείας που φροντίζει την έγκυο υποχρεούται ηθικά να μεριμνά για την ευζωία του κυοφορούμενου και του μελλοντικού παιδιού και άρα να παρέμβαίνει ακόμη και για να διακόψει η έγκυος την χρήση, εάν αυτό βαίνει προς όφελος της σωματικής και ψυχικής υγείας του αναπτυσσόμενου κυοφορούμενου; Και αν ναι, αυτές οι υποχρεώσεις –και της εγκύου και του/της επαγγελματία- μεταβάλλονται προς κάποια κατεύθυνση μετά τη γέννηση του παιδιού;

Το εν λόγω ζήτημα έγινε μια προσπάθεια να προσεγγιστεί θεωρητικά στο κεφάλαιο 5.3 της παρούσας εργασίας, εκεί όπου εξετάσαμε την αυτονομία και την ηθική κατάσταση του

κυοφορούμενου. Στην έρευνά μας, το ζήτημα εξετάστηκε μέσω ενός συγκεκριμένου άξονα της συνέντευξης, ο οποίος ρωτούσε τα ερευνητικά υποκείμενα εάν η φροντίδα που παρέχουν στην έγκυο χρήστρια οφείλει να απευθύνεται –εκτός της ίδιας- και στο κυοφορούμενο. Με άλλα λόγια, εάν ο/η επαγγελματίας υγείας φροντίζοντας την έγκυο αισθάνεται ότι -και επιδιώκει να- φροντίζει και το κυοφορούμενο.

Περισσότερες από τις μισές απαντήσεις αναγνωρίζουν ηθική-δεοντολογική υποχρέωση φροντίδας του κλινικού θεραπευτή/της κλινικής θεραπεύτριας προς το κυοφορούμενο, κάτι που θα μπορούσε να μας οδηγήσει στην υπόθεση ότι αναγνωρίζεται ανεξάρτητο ηθικό status στο κυοφορούμενο. Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις, στο μυαλό του/της επαγγελματία η ευημερία ενός κυοφορούμενου συνδέεται με ευθύ και απόλυτο τρόπο με την διατήρηση της υγείας της μητέρας του. Επίσης, αναγνωρίζεται ένα ισχυρό καθήκον παροχής φροντίδας σε έναν οργανισμό που πρόκειται να έρθει στην ζωή χωρίς αυτό να αποτελεί δική του επιλογή, αλλά απόφαση κάποιου άλλου ατόμου (της μητέρας του):

«Σίγουρα βλέπεις και το έμβρυο, το βέλτιστο που μπορείς (...) και στα πλαίσια της μείωσης βλάβης και στα πλαίσια της θεραπείας της απεξάρτησης, γιατί βοηθώντας τη μητέρα πάντα βοηθάς και το έμβρυο και το ένα συνεπάγεται το άλλο, οπότε σίγουρα θα είχα στο μυαλό μου και το έμβρυο». (Σ2, Άνδρας)

«Σίγουρα έχω μια μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στο έμβρυο σε σχέση με τη μητέρα. Η λογική είναι ότι το παιδί αυτό δεν έχει καμία επιλογή. Θα έρθει, θα γεννηθεί σε μία κατάσταση, στο οποίο δεν φέρει καμία απολύτως ευθύνη (...) νιώθω πολύ μεγάλο βάρος όταν έχω να φροντίσω ένα αγέννητο μωρό, ξέροντας πως ό,τι και να κάνω δεν θα το βοηθήσω στο βαθμό που του αρμόζει και του αξίζει. Ξέρω ότι η ζωή του θα είναι δύσκολη, όπως και να έχει». (Σ6, Γυναίκα)

«...εάν η γυναίκα η οποία θα ζητήσει τις υπηρεσίες, η οποία είναι έγκυος, θέλει η ίδια να προστατεύσει, δεν αντιλαμβάνεται, αλλά θέλει να συνεχίσει να κυοφορεί και να γεννήσει αυτό το έμβρυο, οι υπηρεσίες απευθύνονται και στους δύο και στο έμβρυο και στην εγκυμονούσα. Πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη, εφόσον η ίδια θέλει να αποφασίσει να κυοφορεί ότι πλέον εξετάζουμε και το συμφέρον του εμβρύου». (Σ8, Γυναίκα)

«...ίσως είναι πιο σημαντικό το έμβρυο. Γιατί συνήθως η μάνα δεν θέλει κάποια φροντίδα ή αποφεύγει, κάνει την επιλογή της (...) το έμβρυο δεν έχει κάποια επιλογή». (Σ11, Άνδρας)

Μολονότι δεν εξετάστηκε στην έρευνά μας, ωστόσο αξίζει να αναφέρουμε ότι ανεξαρτήτως της βάσης ή της πηγής προέλευσης, η απόδοση πλήρους ηθικού status σε ένα κυφορούμενο συνεπάγεται αυτόματα μια σειρά συμφερόντων και δικαιωμάτων, όπως το δικαίωμα στην ζωή και το συμφέρον στην σωματική και ψυχική ακεραιότητα, άρα επιτάσσει και την προστασία αυτών από τους/τις γύρω του και από την πολιτεία συνολικότερα. Σε αυτήν την περίπτωση το κυφορούμενο όσο κυφορείται θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ως ασθενής, με όποια δικαιώματα συνεπάγεται αυτή η ιδιότητα. Αυτή η άποψη, η οποία έχει υποστηριχθεί βιβλιογραφικά (McCullough & Chervenak, 1994, Fletcher, 1981) θα μπορούσε να αποτελέσει μια λύση στο φιλοσοφικό αδιέξοδο ύπαρξης ή μη ανεξάρτητου ηθικού status στο κυφορούμενο. Με άλλα λόγια, όταν το κυφορούμενο αντιμετωπίζεται ως ασθενής, αναγνωρίζεται η σχέση εξάρτησης από την μητέρα του –εφόσον η βιωσιμότητά του εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αποφάσεις που αυτή θα πάρει- και κατ' επέκταση ο/η επαγγελματίας υγείας και η έγκυος έχουν αμφοτέρω ηθικές υποχρεώσεις προς αυτό, οι οποίες βασίζονται στην αρχή της ευεργεσίας (beneficence), χωρίς να χρειάζεται να ληφθεί θέση για το εάν το κυφορούμενο έχει ανεξάρτητο ηθικό status ή όχι.

6.4.2 Οι δευτερεύουσες θεματικές κατηγορίες

Οι αντιλήψεις του θεραπευτικού προσωπικού για την αιτιολογία της εξάρτησης

Είναι γεγονός ότι τα ουσιοεξαρτημένα άτομα μέχρι και πριν από μερικές δεκαετίες θεωρούνταν άτομα μειωμένης ή προβληματικής ηθικής, η οποία σε συνδυασμό με την έκπτωση σε γνωστικές και νοητικές λειτουργίες στις οποίες υπόκεινται, δικαιολογούσε την εφαρμογή μέτρων κυρίως τιμωρητικού χαρακτήρα από την εκάστοτε πολιτεία. Όμως, τα τελευταία 25 χρόνια έχει σημειωθεί πρόοδος στην κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και συγκυριακών (κοινωνικών και περιβαλλοντικών) παραγόντων κινδύνου, με αποτέλεσμα σήμερα η επιστημονική κοινότητα να θεωρεί την εξάρτηση ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο του εγκεφάλου, η οποία είναι αποτέλεσμα τόσο γενετικών-βιολογικών, όσο και κοινωνικών-περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Heilig et. al., 2021, Kotyuk et. al., 2019)

Οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες, μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, έδειξαν να προβληματίζονται ιδιαίτερα σχετικά με την αιτιολογία της εξάρτησης, καθώς και με την προσωπική τους τοποθέτηση στο δίλημμα ασθένεια του εγκεφάλου ή ζήτημα προσωπικών

επιλογών. Χρειάζεται, βέβαια, να αναφέρουμε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων και ερωτηθεισών αποτελεί εργατικό δυναμικό του ΚΕΘΕΑ, ενός οργανισμού, του οποίου η φιλοσοφία και η προσέγγιση απέναντι στα εξαρτημένα άτομα διέπεται από την αποδοχή μιας πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των εξαρτήσεων, η οποία μεταφράζεται και σε μια πολλαπλού τύπου αντιμετώπιση του φαινομένου μέσω ενεργοποίησης και του ίδιου του εξαρτημένου ατόμου, αλλά και του άμεσου οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των απαντήσεων (10 από τις 11) που συγκεντρώθηκαν αναφέρει ότι η εξάρτηση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα ζήτημα που συνδυάζει τον βιολογικό με τον συμπεριφοριστικό παράγοντα, την γενετική προδιάθεση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες μέσα στους οποίους γεννιέται και μεγαλώνει ένα άτομο, ενώ μόλις μία απάντηση τέθηκε εμφανώς υπέρ της βιολογικής αιτιολογίας και της ασθενοκεντρικής θεώρησης της εξάρτησης:

«Είναι συνδυαστικό. Έχει να κάνει και με την κοινωνική πραγματικότητα που έχει βιώσει ο κάθε άνθρωπος, τις επιλογές του, την οικογενειακή του κατάσταση μεγαλώνοντας, τα βιώματά του, το μέρος που έχει μεγαλώσει, την κουλτούρα στην οποία έχει μεγαλώσει, σε συνδυασμό με τις προσωπικές του επιλογές, την πιθανή ψυχοπαθολογία, την προσωπικότητά του». (Σ2)

«...με αυτήν την έννοια λέω δεν είναι στην χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, αλλά θεωρώ ότι είναι ασθένεια με την ευρεία έννοια. Είναι μια διαταραχή βιοψυχοκοινωνική. Δηλαδή, περιέχει μεταβλητές και από τα τρία πεδία (βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό) σε μία συνύπαρξη χρονική και στο άτομο του δημιουργεί αυτό το πρόβλημα και το εγκαθιστά». (Σ4)

Στις απαντήσεις των συμμετεχόντων και συμμετεχουσών αναγνωρίζεται επίσης και η σύνδεση της αιτιολογίας της εξαρτητικής συμπεριφοράς με μια ηθική αξιολόγηση της εξάρτησης ως πράξης, αλλά και του ίδιου του εξαρτημένου ατόμου ως αυτουργού της πράξης:

«Δεν είναι ούτε το ένα, ούτε το άλλο στο μυαλό μου. Αν πούμε ότι κάποιος έχει μία ασθένεια είναι σαν να του βγάζεις εντελώς την ευθύνη, είναι σαν να γεννιέται ένας άνθρωπος χωρίς χέρι και να πεις ότι δεν μπορεί να κρατήσει το ποτήρι. Οπότε είναι σαν να λέμε ότι αυτός ο άνθρωπος δεν ευθύνεται καθόλου για αυτό που του συμβαίνει. Από την άλλη, δεν είναι μόνο και οι επιλογές που κάνεις στην ζωή σου, δηλαδή είναι κάτι ενδιάμεσα θεωρώ». (Σ3)

«Δεν θα το έβαζα στις λάθος επιλογές και στον χαρακτήρα, καθόλου. Δηλαδή, υπάρχουν διαταραχές προσωπικότητας που κάνουν κάποιον πιο δυσάρεστο και μπορούν να συσχετιστούν, αλλά δεν θα έλεγα ηθικοπλαστικά ας πούμε ότι είσαι κακός άνθρωπος και άρα επιλέγεις κακά πράγματα και θες να είσαι έτσι». (Σ5)

Ακόμη, στον λόγο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα αναγνωρίζουμε το στίγμα της ουσιοεξάρτησης και του ουσιοεξαρτημένου ατόμου, όπως και το πώς αυτό επιδρά στο χτίσιμο της ατομικής, αλλά και κοινωνικής ταυτότητας, όπως αναδείχθηκε ως διεργασία κυρίως στο έργο του Goffman (2001). Η συμπεριφορά εθισμού συνήθως συνοδεύεται από αίσθημα ντροπής και αυτό-στιγματισμού. Ο εν λόγω αυτό-στιγματισμός, πιθανότατα προκύπτει από τον δημόσιο στιγματισμό που υφίσταται ένα εξαρτημένο άτομο, μέσω της διαδικασίας εσωτερίκευσης της κοινωνικής δυσμένειας που συνδέεται με τα αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με τον εθισμό, με τρόπο ώστε να καταλήγει το στίγμα να εμφανίζεται ως βασικό συστατικό της διαδικασίας διαμόρφωσης και εγκατάστασης του ίδιου του εθισμού (Jang et. al., 2023, Matthews et. al., 2017).

«...η κοινωνία φταίει, εννοώ ότι η κοινωνία δεν είναι μια γενική έννοια, είναι οι άνθρωποι που την απαρτίζουν. Αυτοί οι άνθρωποι λοιπόν υπάρχουν σε αυτήν την ζωή με έναν τρόπο πολιτικά και κοινωνικά γύρω τους που γεννά διακρίσεις, γεννά στίγμα...» (Σ5)

«Ναι, θα έχει στίγμα. Το παιδί που θα είναι το παιδί της χρήστριας...πολύ άσχημο το ξεκίνημά του. Όχι προβάδισμα, ίσα-ίσα πάει και πολύ πίσω. Οπότε, σίγουρα όχι, η κοινωνία θα τον περιθωριοποιήσει, όσο και αν λέμε ότι έχουμε προχωρήσει σε κάποια κομμάτια, όχι θα είναι πάντα το παιδί...και μετά αν η μαμά τα έχει καταφέρει, θα λένε που ήταν χρήστρια τότε και τα λοιπά». (Σ10)

Η εγκυμοσύνη ως παράγοντας κινητοποίησης για θεραπεία

Για τις έγκυες γυναίκες με διαταραχή χρήσης ουσιών η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται ως μία περίοδος υψηλής ευαλωτότητας. Μια συστηματική χρήστρια ψυχοτρόπων ουσιών όταν μένει έγκυος αποκτά ένα πρόσθετο κοινωνικό στίγμα (Klaman et al., 2019, Kvaale et al., 2013). Παρά ταύτα όμως, η περίοδος της εγκυμοσύνης μπορεί επίσης να αποτελέσει μια μοναδική ευκαιρία στην ζωή της γυναίκας για να εξετάσει σοβαρά το ενδεχόμενο να φροντίσει την υγεία της –κατ' επέκταση και αυτήν του βρέφους- και να ενταχθεί σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα ώστε να αντιμετωπίσει την εξάρτησή της από τις ουσίες. (Javanmardi et. al., 2022, Frazer et. al, 2019). Με άλλα λόγια, η επικείμενη μητρότητα, παρά τις συνοδές δυσκολίες που επιφέρει σε μία ενεργή χρήστρια ουσιών, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να λειτουργήσει ως παράγοντας κινητοποίησης για

θεραπεία, αναδεικνύοντας τη δυνατότητα αλλαγής ενός υποδείγματος ζωής, που είναι θεμελιωμένο στην εξάρτηση και τη χρήση (Δρόσου, 2017). Αυτό φαίνεται να αναγνωρίζεται και στις απαντήσεις του θεραπευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην έρευνα. Το ζήτημα της κινητοποίησης μέσω της εγκυμοσύνης εμφανίζεται σε 7 από τις 11 συνεντεύξεις:

«Μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες, ένα ισχυρότερο κίνητρο για θεραπεία, για απεξάρτηση». (Σ2, Άνδρας)

«Κι επειδή υπάρχουν πολλά περιστατικά που μια εγκυμοσύνη έχει κινητοποιήσει γυναίκες και έχουν διακόψει την χρήση κι έχουν κατορθώσει να μεγαλώσουν τα παιδιά τους, οφείλω να έχω φροντίδα απέναντι και στους δύο» (Σ6, Γυναίκα)

«Η εγκυμοσύνη είναι μια κατάσταση κρίσης και στα κρίσιμα γεγονότα γίνονται, υπάρχει έδαφος για μετασχηματισμό, οπότε μπορεί να είναι κάτι που να την κινητοποιήσει και την ίδια για τον εαυτό της. Αυτό που λέμε ότι έχω να φροντίσω κάποιον, άρα δεν είμαι μόνο εγώ πλέον στο πλάνο και να βάλει κι άλλες προτεραιότητες στην ζωή της, με βάση το παιδί, άρα και η ίδια να προχωρήσει λίγο...κίνητρο για την θεραπεία ναι, κίνητρο και για τους γύρω, γιατί και οι γύρω θα ασχοληθούν πιο πολύ και το περιβάλλον της και οι επαγγελματίες...» (Σ5, Γυναίκα)

«...στο ΙΔΑΝΩ κυρίως, στο Πρόγραμμα Μητέρων, που έτσι λίγο είχα μια γνώση στο μεταπτυχιακό, έχει φανεί ότι πολλές γυναίκες έχουν κινητοποιηθεί μέσω της εγκυμοσύνης τους να εγκαταλείψουν τη χρήση. Βέβαια, δεν είναι αυτό που συμβαίνει πάντα, δεν είναι κανόνας. Πολλές γυναίκες απλά το θεωρούν ένα βάρος, γεννούν, ανακουφίζονται και συνεχίζουν στην ίδια κατάσταση, αλλά έχει φανεί ότι έχει κινητοποιήσει ανθρώπους η εγκυμοσύνη». (Σ6, Γυναίκα)

«Ναι, μπορεί να την κινητοποιήσει να πάρει φροντίδα και πριν και μετά κι επίσης εγώ και πρόσφατα άκουγα γυναίκες, οι οποίες είναι πολύ μεγαλύτερες αυτήν την στιγμή μητέρες, οι οποίες είπαν ότι αν δεν είχα το παιδί δεν θα έκανα τίποτα και ότι αυτό με βοήθησε να είμαι σε μία θεραπεία...». (Σ10, Γυναίκα)

Περί της υποχρεωτικότητας της ένταξης σε θεραπεία

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουμε δει σε κάποια κράτη ότι η προγεννητική χρήση ουσιών αποτελεί αντικείμενο της ποινικής δικαιοσύνης, όπως φαίνεται από την αυξανόμενη χρήση ποινικών κυρώσεων για τις εξαρτημένες από ουσίες μητέρες. Η σχετική βιβλιογραφία μας δείχνει ότι οι

έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών, ιδίως οι περισσότερο κοινωνικά περιθωριοποιημένες (έγχρωμες, αλλοδαπές, σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα) αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα σύλληψη, ποινική δίωξη, καταδίκη ή ακόμη και απομάκρυνση του παιδιού τους (Banwell & Bammer, 2006, Murphy & Rosenbaum, 1999). Είναι εξίσου σημαντικό να αναφέρουμε ότι στα κανονιστικά κείμενα δικαίου των περισσότερων ευρωπαϊκών κρατών δεν προβλέπεται ρητώς η υποχρεωτική ένταξη της εγκύου χρήστριας σε θεραπεία ως ένα μέτρο εναλλακτικό της ποινής της φυλάκισης. Υπάρχουν κράτη, όπως η Φινλανδία και η Σουηδία για παράδειγμα, όπου η εγκυμοσύνη αποτελεί κριτήριο το οποίο μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία για αίτηση θεραπείας υποκατάστασης, στην περίπτωση της χρήσης οπιοειδών. Σε κάθε περίπτωση αυτό συμβαίνει ύστερα από έγγραφη συγκατάθεση της μητέρας και ποτέ εξαναγκαστικά (UNICRI, 2013). Να αναφέρουμε, βέβαια πως αυτό συμβαίνει και στην χώρα μας, αλλά όχι με δομημένο και συστηματικό τρόπο. Άξιο μνείας είναι επίσης ότι και στις δύο σκανδιναβικές αυτές χώρες έχει ξεκινήσει ευρεία συζήτηση και προτάσεις για την αλλαγή του νομικού καθεστώτος προς την κατεύθυνση της υποχρεωτικής ένταξης σε θεραπεία (UNICRI, 2013). Ακόμη, στην Ολλανδία, η αναγκαστική θεραπεία παίρνει την μορφή της επίβλεψης προγεννητικά και ενεργοποιείται με την προϋπόθεση ότι η έγκυος έχει ολοκληρώσει κύηση 24 εβδομάδων. Ποια είναι όμως η γνώμη όσων συμμετείχαν στην έρευνα για την υποχρεωτική ένταξη της εγκύου χρήστριας σε θεραπευτικό σχήμα; Βρίσκει σύμφωνο το θεραπευτικό προσωπικό η πρακτική της αναγκαστικής θεραπείας για τον πληθυσμό που μελετούμε;

Από την ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων, φαίνεται ότι οι απόψεις δίστανται. Η πλειοψηφία των απαντήσεων (6 στους 11 επαγγελματίες) τάσσεται κατά της αναγκαστικής θεραπείας των εγκύων χρηστριών, επικαλούμενη κυρίως λόγους νομικού-ηθικού καταλογισμού της χρήστριας, αυτόνομων επιλογών της γυναίκας και αμφίβολης αποτελεσματικότητας του μέτρου. Ένα επιπλέον στοιχείο εδώ είναι ότι οι 5 στις 6 απαντήσεις δόθηκαν από γυναίκες:

«Αρχικά θεωρώ πως το στιδήποτε εξαναγκαστικό, ειδικά αν κάποιος έχει καταλογισμό, άρα δεν μπορείς να πεις ότι είναι ένας άνθρωπος που δεν καταλαβαίνει καν δεν μπορεί να πάρει μια απόφαση, οδηγεί –δηλαδή το τιμωρητικό- απομακρύνει τους ανθρώπους από το σύστημα (...) κι επίσης νομίζω ότι και νομικά η γυναίκα είναι η ασθενής, η γυναίκα αποφασίζει, ο επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος να πει τι θα πάθει το έμβρυο, τι θα πάθει η γυναίκα, να τα ξέρει όλα, να είναι ενήμερη, αλλά από εκεί και πέρα δεν μπορεί να την εξαναγκάσει κανένας, νομίζω νομικά...στην Ελλάδα σε τίποτα γιατί θεωρείται ότι έχει καταλογισμό. Μόνο αν δεν έχει συνείδηση, ακριβώς, να πάρει απόφαση...οπότε, ναι, δε νομίζω να ένιωθα πολύ άνετα με αυτό κι

επίσης νομίζω πως το έμβρυο δεν έχει νομική υπόσταση, δεν ξέρω...στον ένατο μήνα αν έχει...αλλά γενικά νομίζω δεν έχει. Άρα η γυναίκα πρωτεύει». (Σ5, Γυναίκα)

«Είναι μια καταπιεστική πρακτική, η οποία δεν λαμβάνει υπόψη την αυτοδιάθεση της εγκύου, ακόμα και αν συντρέχουν λόγοι (...) θεωρώ ότι οι αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία συγκεκριμένα που δεν λαμβάνουν υπόψη το τί θέλει ο άνθρωπος είναι αποτυχημένες, καταπιεστικές και θεωρώ ότι δεν έχουν αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα. Οπότε σε κάθε περίπτωση είμαι αντίθετη». (Σ8, Γυναίκα)

«Σε καμία περίπτωση για κανέναν άνθρωπο δεν θα υποστήριζα την αναγκαστική λήψη θεραπείας (...) στην περίπτωση της εγκύου, λοιπόν, όχι δεν είμαι υπέρ της αναγκαστικής σε καμία περίπτωση, αλλά θα προσπαθούσα ελλείψει θεραπείας ή ένταξης σε ένα πρόγραμμα...με κάθε τρόπο να την κινητοποιήσω για να πάρει θεραπεία (...) όχι, αναγκαστικά δεν θα μπορούσα για κανέναν άνθρωπο να το κάνω αυτό, θα προσπαθούσα όμως σίγουρα μέσα από την κινητοποιητική συνέντευξη, μέσα από όποιον τρόπο να την βοηθήσω να αποφασίσει να πάρει μια βοήθεια και όποια και αν είναι αυτή, έτσι ώστε να είναι ασφαλέστερη η κύηση και όλα τέλος πάντων, όλη η διαδικασία». (Σ10, Γυναίκα)

«...δεν ξέρω, χωρίς να θέλεις, δηλαδή με το ζόρι...δεν συμφωνώ, όχι (...) δεν νομίζω να προστατεύει αυτό την ίδια και το παιδί, οπότε δεν συμφωνώ τόσο. Μιλάμε όχι για φροντίδα υγείας, μιλάμε για απεξάρτηση...δεν συμφωνώ με το κομμάτι της απεξάρτησης. Με την αναγκαστική-υποχρεωτική φροντίδα υγείας, εκεί, θα το άκουγα, αλλά την απεξάρτηση νομίζω δεν συμφωνώ». (Σ3, Άνδρας)

Η δεύτερη ομάδα επαγγελματιών (5 στους 11) κρίνει ως απαραίτητη και αποτελεσματική την εν λόγω πρακτική. Υπέρ της υποχρεωτικής ένταξης σε θεραπεία δηλώνουν κατά κύριο λόγο άνδρες (4 στις 5 απαντήσεις) και ψυχολόγοι (3 στις 5 απαντήσεις). Ως αιτιολογικά επιχειρήματα προβάλλονται η προστασία του αγέννητου παιδιού, ο μειωμένος καταλογισμός της χρήστριας, καθώς και μια ωφελιμιστική θεώρηση του θέματος, τύπου κόστους-οφέλους:

«...επειδή είναι προσωπική επιλογή η χρήση...αλήθεια είναι ότι το παιδί δεν φταίει σε κάτι και το να γεννηθεί, να αρχίσει την ζωή του ήδη αντιμετωπίζοντας ένα σωρό προβλήματα σωματικά που θα το ακολουθήσουν σε όλη του την ζωή είναι κάπως άδικο, είναι λίγο δύσκολο γιατί μπαίνει το θέμα της ελεύθερης επιλογής...μπορεί να θεωρούσα ότι υπάρχει λογική σε αυτήν την επιβολή, απλά θα έπρεπε να δω λίγο και τις λεπτομέρειες, το πως γίνεται, αλλά δεν είμαι αρνητικός σε ένα τέτοιου είδους μέτρο». (Σ2, Άνδρας)

«Κλείνω προς το ναι, αν και έχω σημεία που άπτονται πιο πολύ στο ηθικό κομμάτι, αλλά έχοντας υπόψη κυρίως επιβαρυνμένες περιπτώσεις, που έχουν μια δυσλειτουργικότητα πιστεύω ότι θα ήταν χρήσιμο έως και ευεργετικό και για τις δύο πλευρές (μητέρας και βρέφους), βλέποντας κυρίως προς το αποτέλεσμα (...) τώρα, έχω ηθικούς ενδοιασμούς όσον αφορά στις ελευθερίες του ατόμου και τα δικαιώματα, αλλά...ο σκοπός αγιάζει τα μέσα, δηλαδή θεωρώ ότι τα οφέλη σε αυτήν την περίπτωση θα είναι περισσότερα από το ζήτημα των ελευθεριών». (Σ4, Άνδρας)

«Θα συμφωνούσα, ναι. Θα συμφωνούσα γιατί κι από την εμπειρία μου που έχω δουλέψει με πολλές γυναίκες που είναι έγκυες στο δρόμο τείνουμε...να αντιμετωπίζουμε την έγκυο ως χρήστρια και όχι ως έγκυο. Το οποίο σημαίνει κοιτάμε λίγο την έγκυο και όχι τα δικαιώματα ενός παιδιού το οποίο κακοποιείται σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οπότε νομίζω εκεί μιλάμε για έγκλημα (...) αλλά ναι, είμαι υπέρ του να...μία γυναίκα η οποία είναι έγκυος και δεν δύναται...δεν ξέρω αν έχει σώας τας φρένας, οι πιο πολλές περιπτώσεις δείχνουν ότι δεν έχουν σώας τας φρένας, για να γεννήσει ένα παιδί και να προσφέρει σε αυτήν την ζωή. Δεν ξέρουμε αν είναι ψυχικά ασθενής, είναι έγκυος και χρήστρια. Ως χρήστρια δεν έχει καταλογισμό...». (Σ7, Άνδρας)

«...με δυσκολεύει το υποχρεωτικό, αλλά κατά βάση θα συμφωνούσα, βασικά δεν συμφωνώ με το ότι ένα αγέννητο παιδί δεν έχει κάποιο δικαίωμα, όπως συμβαίνει τώρα (...) οπότε θα συμφωνούσα πιστεύω, ναι. Θεωρώ ότι δεν είναι σωστό ένα αγέννητο παιδί να μην έχει δικαίωμα, να μην μπορεί να το προστατεύσει κάποιος. Και με αυτό το σκεπτικό λέω ναι, όπως το ακούω». (Σ11, Άνδρας)

Πρόκληση βλάβης στο κυοφορούμενο και το ζήτημα της επιμέλειας

Έχει γίνει, θεωρούμε, κατανοητό από όσα μέχρι τώρα έχουν αναφερθεί, ότι οι ενέργειες των εγκύων γυναικών μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στα μελλοντικά τους παιδιά και για αυτό το λόγο αποκτούν ιδιαίτερη ηθική και πρακτική βαρύτητα (Wilkinson et. al., 2016). Ωστόσο, ακόμη και αν η πιθανή βλάβη είναι σοβαρή και πιθανό να συμβεί, ο νόμος σε γενικές γραμμές δεν παρεμβαίνει, σεβόμενος την αυτοδιάθεση της εγκύου και τις αυτόνομες αποφάσεις της. Παράλληλα, ένα έμβρυο μέσα στην μητρική μήτρα –ως μη πρόσωπο- δεν μπορεί να αξιώσει κανένα νομικό δικαίωμα προστασίας, γεγονός που αλλάζει άρδην όταν αυτό γεννηθεί ζωντανό.

Πώς βλέπουν όμως το ζήτημα της υποψίας πρόκλησης βλάβης στο κυοφορούμενο οι επαγγελματίες υγείας; Στην περίπτωσή τους εγείρεται νομική ή ηθική υποχρέωση να παρέμβουν για να προστατεύσουν την ευημερία του κυοφορούμενου και του μελλοντικού παιδιού, όταν

διαπιστώνουν ότι οι ενέργειες και οι συνθήκες διαβίωσης μία εγκύου που εξακολουθεί να κάνει συστηματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ενέχουν τον κίνδυνο σοβαρής βλάβης στο κυοφορούμενο; Αναφορικά με το ζήτημα της πρόκλησης βλάβης στο κυοφορούμενο οι απαντήσεις δίνουν μια ξεκάθαρη και αδιαμφισβήτητη εικόνα. Οι ερωτώμενοι/ερωτώμενες συνδέουν με απόλυτο τρόπο την ουσιοεξάρτηση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης με ευθεία κακομεταχείριση του βρέφους, συνεπώς με πρόκληση σοβαρής βλάβης σε αυτό. Και οι 11 απαντήσεις συνοψίζουν το ότι η χρήση ουσιών από μία έγκυο συνεπάγεται ανεύθυνη στάση και συμπεριφορά εκ μέρους της, η οποία προκαλεί –χωρίς πολλές φορές η ίδια να το αντιλαμβάνεται ή να το προκαλεί με δόλο– άμεσες και έμμεσες ζημιές στην σωματική και ψυχική υγεία του κυοφορούμενου:

«Είναι μια άμεση βλάβη, είναι μια μόνιμη βλάβη, είναι μια βλάβη που φαίνεται αργότερα. Θα μου πεις πάει στην ποινικοποίηση από εκεί και πέρα, αλλά ναι (, ...) εμένα μου είχε κάνει τρομερή εντύπωση ότι δεν είχε δικαίωμα το αγέννητο παιδί και ότι ήταν έρμαιο της μάνας του το αγέννητο παιδί, ότι θα γεννιότανε και θα είχε όλα τα προβλήματα υγείας γιατί αυτή ήταν χρήστρια». (Σ1)

«Ναι, είναι ένα είδος κακομεταχείρισης. Το να κάνει χρήση ενώ είναι έγκυος είναι μια μορφή παραμέλησης». (Σ2)

«Πώς μπορεί να μην είναι; Αυτό σκέφτομαι... δηλαδή, κάνει κακό στον εαυτό της και κατ' επέκταση και στο μωρό. Ναι, σκέφτομαι ότι είναι κακομεταχείριση (...) παραμελεί πρώτα τον εαυτό της και κατ' επέκταση το παιδί. Δεν το βλέπω ότι παραμελεί πρώτα το παιδί, αλλά ναι, είναι μέσα το παιδί σε κίνδυνο. Δεν το κάνει όμως επειδή θέλει να βλάψει το παιδί». (Σ3)

Ανάμεσα στις απαντήσεις διακρίνονται και κάποιες που αναδεικνύουν τον παράγοντα της ενδεχόμενης απουσίας ηθικού καταλογισμού της εγκύου εξαιτίας της συστηματικής και χρόνιας χρήσης και της έκπτωσης των νοητικών και ψυχικών λειτουργιών που αυτή συνεπάγεται και εν τέλει την αδυναμία διακοπής της χρήσης, χωρίς βέβαια αυτό να αποκλείει την αντικειμενική κακοποίηση που το κυοφορούμενο υφίσταται:

«Ναι. Είναι, το γνωρίζει. Άσχετα αν δεν έχει την προσωπική επιλογή να το διακόψει μερικές φορές. Γνωρίζει όμως ότι προκαλεί βλάβη σε έναν άνθρωπο. Είναι ευθεία κακομεταχείριση». (Σ6)

«Ναι φυσικά, ναι. Είναι ευθεία κακομεταχείριση παιδιού. Δεν το κάνουν επίτηδες όμως. Αλλά ναι, ένα παιδί, μαθηματικά, κακοποιείται. Αυτό δεν είναι δική μου άποψη, είναι ότι το παιδί κακοποιείται, ένα παιδί που κάνεις χρήση. Εστιάζω στο παιδί και ένα παιδί κακοποιείται. Μπορεί να είναι μία γυναίκα η οποία να έχει μία νοητική υστέρηση και να είναι έγκυος. Πάλι κακοποιείται το παιδί και δεν είναι εγκληματίας, είναι νοητικά υστερημένη».
(Σ7)

Μολονότι οφείλουμε να λάβουμε υπόψη τις συνθήκες ανάπτυξης του εμβρύου -όσο αυτό κυοφορείται- και τις επιπτώσεις που επιφέρει η μη διακοπή της χρήσης από την μητέρα σε αυτό, ωστόσο δεν θα πρέπει να λείπει από την συζήτηση και το ζήτημα της γονικής μέριμνας και της απόδοσης επιμέλειας του παιδιού από την στιγμή που θα γεννηθεί. Ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο οι γυναίκες δεν αποκαλύπτουν την χρήση ναρκωτικών και δεν αναζητούν θεραπεία είναι το γεγονός ότι ανησυχούν ότι τα παιδιά τους θα απομακρυνθούν από το σπίτι και εκείνες θα απωλέσουν την επιμέλειά τους. Να σημειώσουμε δε, ότι αυτός ο φόβος δεν είναι εντελώς αβάσιμος, καθώς είναι αρκετές οι πολιτείες στις Η.Π.Α, όπου έχουν θεσπιστεί νόμοι που επιτρέπουν την απομάκρυνση ενός παιδιού από το σπίτι όταν επιβεβαιωθεί η αναφορά για χρήση ναρκωτικών εντός της οικίας ή όταν η τοξικολογική εξέταση κατά την στιγμή της γέννησης πιστοποιήσει ενεργό χρήστρια ουσιών (Lester et. al., 2004).

Ως εκ τούτου, τα ερωτήματα που εγείρονται είναι διάφορα και χωρίς εύκολες απαντήσεις: Είναι η βιολογική του μητέρα το πρόσωπο που αυτομάτως οφείλει να λαμβάνει την επιμέλεια του παιδιού της, ή μήπως οι συνθήκες ζωής μιας ενεργούς χρήστριας είναι ακατάλληλες για την υγιή και ασφαλή ανατροφή του; Και αν υποθέσουμε ότι θα πρέπει αυτομάτως να αφαιρείται η επιμέλεια από την μητέρα, με ποιόν τρόπο και ποια διαδικασία θα αναζητείται το πιο κατάλληλο περιβάλλον για να μεγαλώσει το παιδί μιας μητέρας χρήστριας ουσιών; Είναι αρμοδιότητα πρωτίστως της πολιτείας και των θεσμών της ή του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού;

Στην έρευνά μας, αναφορικά με το ζήτημα της επιμέλειας του παιδιού που θα γεννηθεί η πλειοψηφία των απαντήσεων (6 στις 11) τάσσεται υπέρ της αυτόματης –χωρίς συναίνεση- αφαίρεσης της επιμέλειας του παιδιού από τη βιολογική του μητέρα και επανεξέταση του αιτήματος υπό την προϋπόθεση ένταξης της μητέρας σε θεραπευτικό πλαίσιο. Η άποψη αυτή σχηματίζεται κυρίως από άνδρες ερωτώμενους (4 στις 6 απαντήσεις):

«Όταν είναι ενεργή χρήστρια, μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο, ότι σταματάει την χρήση, πάει σε πρόγραμμα, ε ναι, να μην έχει την επιμέλεια του παιδιού. Ναι, θα πρέπει να πάει θεραπεία, αλλιώς δεν παίρνει το παιδί» (Σ1)

«...ναι, σε περιπτώσεις, τώρα, βαριάς χρήσης είναι λογικό η επιμέλεια να τεθεί ή στις κοινωνικές υπηρεσίες είτε σε κάποιο συγγενικό πρόσωπο για το βέλτιστο καλό του παιδιού (...) δεν θα την ρωτήσεις για να πάρεις το παιδί –δεν την ρωτάνε, νομίζω, όταν είναι να πάρουν το παιδί- οι υπηρεσίες λόγω χρήσης ουσιών, δεν τις ρωτάνε, υπάρχει και μια λογική σε αυτό». (Σ2)

«Ναι συμφωνώ σε αυτό, συμφωνώ σε αυτό, γιατί μια γυναίκα σε χρήση δεν είναι ικανή να μεγαλώσει ένα παιδί. Η δυσκολία είναι τεράστια για έναν άνθρωπο που δεν κάνει χρήση, πόσο μάλλον να είσαι...σίγουρα θα υπάρξει παραμέληση. Δεν μπορεί να φροντίσει ο ίδιος τον εαυτό του, πόσο μάλλον να φροντίσει έναν άνθρωπο που έχει 24ωρη ανάγκη. Θα το παραμελήσει, θα το κακοποιήσει, πιθανά εγκαταλείποντάς το, μπορεί να το πάρει μαζί του στην πιάτσα –το έχουμε δει και αυτό να συμβαίνει- δεν είναι περιβάλλον αυτό για ένα βρέφος. Δεν θεωρώ ότι έχει την ικανότητα μια γυναίκα όσο είναι σε χρήση να μεγαλώνει παιδί. Άρα θεωρώ ότι είναι δίκαιο να της αίρεται η επιμέλεια, μέχρις ότου εκείνη μπορεί να το αναθρέψει. Θεωρώ ότι πρέπει οπωσδήποτε να επιστρέφει το παιδί σε εκείνη όταν οι συνθήκες το επιτρέψουν». (Σ6)

Από την άλλη πλευρά οι απαντήσεις που προέρχονται από γυναίκες επαγγελματίες τοποθετούνται στο φάσμα της μη αυτόματης άρσης της επιμέλειας του παιδιού, αλλά της εξατομικευμένης διερεύνησης μέσω των θεσμών κοινωνικής πρόνοιας των συνθηκών πριν την οριστική απόφαση:

«Όχι αυτόματα. Υπάρχει ζήτημα που πρέπει να διερευνηθεί από τις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, που έτσι κι αλλιώς αυτό γίνεται και ανάλογα με τις συνθήκες να εφαρμόζεται το κατάλληλο μέτρο. Εκ των πραγμάτων δεν είναι για μένα σωστό να αίρεται η επιμέλεια από το γεγονός και μόνο της χρήσης, της εξάρτησης. Μπορεί να είναι εξάρτηση, μπορεί να είναι κατάχρηση, οπότε αυτό θέλει να τα διακρίνεις, να τα μελετήσεις, να δεις ποιες είναι οι συνθήκες». (Σ4)

«Νομίζω ότι η μεγαλύτερη πιθανότητα είναι...να μην μπορέσουν να ανταποκριθούν σε όλα αυτά που χρειάζεται ένα παιδί, αλλά επειδή είναι κάτι τόσο σημαντικό κι αυτός ο δεσμός θα πρέπει πρώτα...να είναι μια διαδικασία δηλαδή πρώτα να ληφθούν όλα τα μέτρα τα πρόσφορα που μπορεί να ευδοκιμήσει αυτή η σχέση και μετά εάν με επισκέψεις π.χ. κοινωνικών λειτουργών και τα λοιπά υπάρχουν σημάδια ότι δεν, τότε να υπάρχει μια διαδικασία πολύ συγκεκριμένη, όχι αυτόματη» (Σ5)

«Όχι δεν συμφωνώ. Και δεν συμφωνώ γενικά με τη βιαιότητα που έχει το να άρουμε την επιμέλεια ενός γονέα ή μιας μητέρας και δη, ας πούμε, μιας χρήστριας εγκυμονούσας μελλοντικής μητέρας, γιατί παίρνοντας την επιμέλεια από μία γυναίκα είναι σα να μην βλέπουμε αυτή τη γυναίκα μπροστά μας (...) δηλαδή, ακόμα κι όταν μια γυναίκα βρίσκεται σε χρήση, εάν λαμβάνει τις κατάλληλες υπηρεσίες, εάν είναι κατάλληλα ενημερωμένη, εάν φροντίζει για τη δικιά της την υγεία και την υγεία του εμβρύου της και εάν της δοθεί η επιλογή να έχει πρόσβαση σε θεραπεία ώστε να μπορέσει να φροντίσει μετέπειτα και να έχει το παιδί μαζί της και να το μεγαλώσει (...) θεωρώ ότι είναι πάρα πολύ σύνθετο το να πούμε ότι είμαστε υπέρ του να παίρνεται η επιμέλεια από μια γυναίκα γιατί δεν λαμβάνουμε υπόψη όλο το υπόλοιπο πλαίσιο». (Σ8)

Τέλος, στο ερώτημα που τέθηκε στο ερευνητικό δείγμα, όσον αφορά στο πλέον κατάλληλο πλαίσιο που θα αναλάβει την επιμέλεια του παιδιού, εφόσον αυτή αφαιρεθεί από την βιολογική του μητέρα, οι περισσότερες απαντήσεις αναφέρουν το άμεσο ή έμμεσο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, υπό την προϋπόθεση ότι θα προηγηθεί διερεύνηση των συνθηκών, της επιθυμίας και της διαθεσιμότητας μέσω των κρατικών θεσμών κοινωνικής πρόνοιας. Ως έσχατη λύση, προτείνεται η επιμέλεια του παιδιού να ασκείται από σχετικούς κρατικούς φορείς προστασίας, οι οποίοι στην χώρα μας είναι ιδρυματικού τύπου (π.χ. Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα»):

«Το οικογενειακό περιβάλλον τον γονέων, αλλά με μία διερεύνηση. Πρώτα στο φυσικό περιβάλλον, αλλά να υπάρξει πρώτα μια έρευνα κοινωνική του περιβάλλοντος αυτού». (Σ2)

«Προσωρινή αφαίρεση επιμέλειας, διερεύνηση στο οικογενειακό περιβάλλον, μέχρι τότε στο νοσοκομείο –ούτως ή άλλως πρέπει να περάσει και τα στερητικά- και μετά συνεχίζει στο νοσοκομείο μέχρι να γίνει γρήγορα η έρευνα –όσο γρήγορα μπορεί να γίνει- στο οικογενειακό περιβάλλον». (Σ3)

«Θεωρώ ότι οποιαδήποτε οικογένεια είναι καλύτερη από ένα ίδρυμα. Με προϋποθέσεις πάντα, όχι μια κακοποιητική οικογένεια, να αξιολογεί το κράτος. Θα αξιολογείται η οικογένεια, το κοντινό περιβάλλον, αν είναι ικανή και αν έχουν την επιθυμία –γιατί και αυτό είναι μια παράμετρος- αν και οι ίδιοι επιθυμούν και είναι προτιμότερη μια οικογένεια από ένα οποιοδήποτε ίδρυμα». (Σ6)

6.5 Σύνοψη ερευνητικών ευρημάτων

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα της μελέτης μας, φαίνεται αρχικά ότι το ζήτημα της σύγκρουσης προσωπικών και επαγγελματικών ηθικών αρχών απασχολεί έντονα το θεραπευτικό προσωπικό. Δικαιολογητικοί λόγοι που θα μπορούσαν να αιτιολογήσουν ηθικά τη μη συνέχιση της φροντίδας αναδεικνύονται η επαγγελματική εξουθένωση, η μη εκπλήρωση της αρχής της ωφέλειας για τον/την εξυπηρετούμενο/εξυπηρετούμενη, καθώς και η επικράτηση της επαγγελματικής ηθικής έναντι των προσωπικών αξιών, όμως σε κάθε περίπτωση ο τερματισμός της θεραπευτικής σχέσης από την πλευρά του/της επαγγελματία δεν συνεπάγεται οριστική διακοπή του συνεχούς της φροντίδας, αλλά προϋποθέτει παραπομπή σε άλλο, διαθέσιμο κι ενδεχομένως καταλληλότερο θεραπευτικό πλαίσιο.

Επίσης, παράγοντες όπως το φύλο του θεραπευτικού προσωπικού και η γονεϊκότητα δεν φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης, ούτε να προκρίνουν διακριτική μεταχείριση προς το θεραπευόμενο/την θεραπευόμενη του ίδιου φύλου. Η ενδεχόμενη εξέταση του θεραπευτικού αιτήματος μίας γυναίκας κατά προτεραιότητα σε σχέση με το αίτημα ενός άνδρα δείχνει να αιτιολογείται ηθικά εξαιτίας της αυξημένης ευαλωτότητας των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών και σε κάθε περίπτωση δεν συσχετίζεται με το φύλο του επαγγελματία υγείας ούτε με μεταβλητές όπως τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας και η επαγγελματική ειδικότητα. Επιπρόσθετα, από τα δεδομένα της ποιοτικής έρευνας προκύπτει με καθαρό και αδιαμφισβήτητο τρόπο ότι μία έγκυος χρήστρια πρέπει αντιμετωπίζεται ως άτομο ειδικής αντιμετώπισης, ως εκ τούτου ένας/μία επαγγελματίας οφείλει να προσεγγίζει κατά προτεραιότητα.

Αναφορικά με το ζήτημα της επέκτασης του πεδίου ευθύνης από την έγκυο χρήστρια και στο κυοφορούμενο, τα δεδομένα αναγνωρίζουν ηθική-δεοντολογική υποχρέωση φροντίδας του κλινικού θεραπευτή/της κλινικής θεραπεύτριας προς το κυοφορούμενο, κάτι που θα μπορούσε ενδεχομένως να μας οδηγήσει στην υπόθεση ότι αναγνωρίζεται ανεξάρτητο ηθικό status στο κυοφορούμενο. Η πλειοψηφία των απαντήσεων μας δείχνει ότι για έναν θεραπευτή/μία θεραπεύτρια η ευημερία ενός κυοφορούμενου συνδέεται με ευθύ και απόλυτο τρόπο με την διατήρηση της υγείας της μητέρας του κι επίσης αναγνωρίζεται ένα ισχυρό καθήκον παροχής φροντίδας σε έναν μελλοντικό ανθρώπινο οργανισμό.

Στην συνέχεια, τα δεδομένα σχηματίζουν την εικόνα ενός δείγματος ιδιαίτερα προβληματισμένου σχετικά με την αιτιολογία της εξάρτησης, το οποίο δυσκολεύεται να τοποθετηθεί με σαφήνεια στο δίλημμα ασθένεια του εγκεφάλου ή ζήτημα προσωπικών επιλογών. Ως εκ τούτου, η πλειοψηφία των απαντήσεων καταγράφει υψηλή συμφωνία με το γεγονός ότι η εξάρτηση θα πρέπει να

αντιμετωπίζεται ως ένα ζήτημα που συνδυάζει τον βιολογικό με τον συμπεριφοριστικό παράγοντα, ένα ζήτημα που επηρεάζεται ταυτόχρονα και από την γενετική προδιάθεση και από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Παράλληλα, φαίνεται να αναγνωρίζεται μία σύνδεση της αιτιολογίας της εξαρτητικής συμπεριφοράς με μια ηθική αξιολόγηση της εξάρτησης ως πράξης, αλλά και του ίδιου του ουσιοεξαρτημένου υποκειμένου ως ηθικού αυτουργού της πράξης.

Από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων/συμμετεχουσών διακρίνεται το στίγμα της ουσιοεξάρτησης και του ουσιοεξαρτημένου ατόμου, καθώς και το πώς αυτό επιδρά στον σχηματισμό και την εγκατάσταση της ατομικής και κοινωνικής ταυτότητας, σε σημείο που ο στιγματισμός να αναδεικνύεται σε βασικό συστατικό της διαδικασίας διαμόρφωσης και εγκατάστασης του ίδιου του εθισμού. Όσον αφορά στην σύνδεση μητρότητας και κατάχρησης ουσιών φαίνεται ότι η προοπτική της μητρότητας για μία γυναίκα, παρά τις συνοδές δυσκολίες που επιφέρει σε μία ενεργή χρήστρια ουσιών, έχει πολύ αυξημένες πιθανότητες να λειτουργήσει ως κινητοποιητικός παράγοντας και εν τέλει να οδηγήσει μία γυναίκα χρήστρια σε εγκυμοσύνη στην πόρτα ενός θεραπευτικού προγράμματος.

Στο ζήτημα της υποχρεωτικής ένταξης μίας εγκύου χρήστριας σε θεραπεία για την εξάρτηση, οι απαντήσεις από τις γυναίκες επαγγελματίες διαμορφώνουν μία τάση κατά της αναγκαστικής θεραπείας, επικαλούμενες κυρίως λόγους νομικού-ηθικού καταλογισμού της χρήστριας, αυτόνομων επιλογών της γυναίκας και αμφίβολης αποτελεσματικότητας του μέτρου. Από την άλλη μεριά, οι άνδρες συμμετέχοντες αξιολογούν ως απαραίτητη και αποτελεσματική την εν λόγω πρακτική, με βασικά επιχειρήματα την προστασία του αγέννητου παιδιού και το μειωμένο καταλογισμό της χρήστριας, αναπτύσσοντας μία ωφελμιστική θεώρηση του θέματος, τύπου κόστους-οφέλους.

Ακόμη, σχετικά με το ζήτημα της πρόκλησης βλάβης στο κυοφορούμενο οι απαντήσεις συνδέουν με απόλυτο τρόπο την ουσιοεξάρτηση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης με κακομεταχείριση του κυοφορούμενου, συνεπώς με πρόκληση βλάβης σε αυτό. Όπως φαίνεται από την ανάλυση των συνεντεύξεων, οι επαγγελματίες υγείας χαρακτηρίζουν τη χρήση ουσιών από μία έγκυο ως ανεύθυνη συμπεριφορά εκ μέρους της, η οποία προκαλεί άμεσες και έμμεσες βλάβες στην σωματική και ψυχική υγεία του κυοφορούμενου. Εδώ, βέβαια, τονίζεται ότι αυτό συμβαίνει στις περισσότερες των περιπτώσεων χωρίς η ίδια η έγκυος να το αντιλαμβάνεται ή να επιδιώκει να το προκαλέσει. Ανάμεσα στις απαντήσεις διακρίνεται μια τάση που αναδεικνύει τον παράγοντα της ενδεχόμενης απουσίας ηθικού καταλογισμού της εγκύου εξαιτίας της συστηματικής και χρόνιας

χρήσης, η οποία με την σειρά της αποδεδειγμένα έχει ως αποτέλεσμα μειωμένες νοητικές και ψυχοσυναισθηματικές λειτουργίες και εν τέλει την αδυναμία διακοπής της χρήσης.

Τέλος, αναφορικά με το ζήτημα της επιμέλειας του παιδιού που θα γεννηθεί από τα στοιχεία της έρευνάς μας διακρίνεται μια σαφής τοποθέτηση υπέρ της χωρίς την συναίνεση της μητέρας αφαίρεσης της επιμέλειας του παιδιού από αυτήν. Σε δεύτερο χρόνο το αίτημα της επιμέλειας θα μπορεί να εξετάζεται εκ νέου, υπό την προϋπόθεση ένταξης της μητέρας σε θεραπευτικό πλαίσιο. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η άποψη αυτή αφορά κυρίως τους άνδρες ερωτώμενους. Στον αντίποδα, οι απαντήσεις που προέρχονται από γυναίκες επαγγελματίες τοποθετούνται στο φάσμα της μη αυτόματης άρσης της επιμέλειας του παιδιού, αλλά της εξατομικευμένης διερεύνησης των συνθηκών διαβίωσης του παιδιού μέσω των κρατικών θεσμών κοινωνικής πρόνοιας. Στον προσδιορισμό του κατάλληλου πλαισίου ανάληψης της επιμέλειας του παιδιού, οι περισσότερες απαντήσεις αναφέρουν το άμεσο ή έμμεσο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, υπό την προϋπόθεση ότι θα προηγηθεί διερεύνηση των συνθηκών, της επιθυμίας και της διαθεσιμότητας μέσω των κρατικών θεσμών κοινωνικής πρόνοιας.

6.5.1 Περιορισμοί της έρευνας

Τα ευρήματα αυτής της μικρής έκτασης, διερευνητικής μελέτης έχουν σημαντικούς περιορισμούς. Και αυτό διότι η παρούσα έρευνα παρουσιάζει τις στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών που εργάζονται σε ένα πρόγραμμα μείωσης της βλάβης του ΚΕΘΕΑ, ενός οργανισμού που υπηρετεί το ψυχοκοινωνικό μοντέλο θεραπείας. Εφόσον ο στόχος είναι η πλήρης κατανόηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών σε υπηρεσίες απεξάρτησης είναι ανάγκη να μελετηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού που απασχολούνται σε ένα φορέα που εφαρμόζει το μοντέλο θεραπείας μέσω υποκαταστάτων, όπως είναι ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. Μία πιθανή μελλοντική έρευνα, λοιπόν, οφείλει να ενσωματώσει τις προοπτικές των επαγγελματιών που εργάζονται και σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια, όπως η υποκατάσταση, η θεραπεία εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων ή ακόμη τα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης (detox), ώστε να καταστεί δυνατή –μέσω της ανάλυσης κοινών σημείων, αλλά και αποκλίσεων- η περιγραφή της ολοκληρωμένης εικόνας της εξεταζόμενης θεματικής στο σύνολο των υπηρεσιών που υλοποιούν την εθνική στρατηγική για τις εξαρτήσεις στην χώρα μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Συμπεράσματα - Συζήτηση

Η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται ως μια περίοδος ευαλωτότητας για τις γυναίκες, η οποία εντείνεται στις έγκυες που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες, ανησυχώντας για τον πιθανό στιγματισμό, μπορεί να καθυστερήσουν ή ακόμη και να αποφύγουν την προγεννητική φροντίδα (Herburn, 1990, Jacobson et al., 1991). Περισσότερες από το 5% του συνόλου των κυήσεων παγκοσμίως επηρεάζονται από την προγεννητική κατάχρηση ουσιών (Fogray, 2016), αναδεικνύοντας ένα ζήτημα δημόσιας υγείας που συνδέεται με διάφορες επιβλαβείς συνέπειες για τη μητέρα και το κυοφορούμενο, οι οποίες κυμαίνονται από το νεογνικό στερητικό σύνδρομο (NAS), τη μειωμένη προσοχή και τις χειρότερες σχολικές επιδόσεις, έως τη νοητική καθυστέρηση, διαταραχές της συμπεριφοράς και νευρολογικά ελλείμματα (Warner et. al., 2014). Η προγεννητική έκθεση του κυοφορούμενου σε ψυχοτρόπες ουσίες προκαλεί επίσης μακροχρόνιες νοσηλείες για τα μωρά και υψηλό οικονομικό κόστος (Phibbs et. al., 2022).

Σε πολλές χώρες, η στάση που τηρείται είναι καθαρά κατά της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στην εγκυμοσύνη και αυτό οδήγησε σε πολλές περιπτώσεις στην καταδίκη των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών με την πεποίθηση ότι δεν αξίζουν εξίσου την παροχή φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης (Anderson et al., 2011). Μία αποδοκιμασία, η οποία απευθύνεται ιδιαίτερα στις γυναίκες χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και συγκεκριμένων εθνοτικών ομάδων (Hans, 1999). Μολονότι έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι η υποχρεωτική ένταξη σε θεραπεία μιας εγκύου χρήστριας -εκτός από παραβίαση της αυτονομίας της- συνιστά και μια πρακτική η οποία έχει τα αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που επιδιώκει (Stone, 2015, DeVille et. al., 1998) εντούτοις οι διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες για τη χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη δεν είναι πολλές και αφορούν κυρίως την συμβουλευτική μέσω της χρήσης της συνέντευξης κινητοποίησης (Osterman et. al., 2014, Rendall-MKosi et. al., 2013), τις πρακτικές μείωσης της βλάβης και την θεραπεία μέσω υποκαταστάτων (Dooley et. al., 2016).

Οι θεωρητικοί της ηθικής εντοπίζουν την επιτακτική ανάγκη δύο διακριτών, όσο και βιολογικά συνδεδεμένων ασθενών στην προγεννητική φροντίδα, της γυναίκας και του κυοφορούμενου. Η δυνατότητα του/της επαγγελματία υγείας να δώσει προτεραιότητα στην ευημερία του κυοφορούμενου είναι γνωστό ότι έχει άμεσο αντίκτυπο στην προθυμία και την δέσμευση ορισμένων γυναικών να προσέλθουν και να παραμείνουν συνεπείς στο προγεννητικό σχήμα φροντίδας που τους προτείνεται (Kruske et. al., 2013). Από την άλλη, εάν ένας/μία επαγγελματίας φροντιστής/φροντίστρια παρακάμψει την αυτονομία της γυναίκας προς το συμφέρον του κυοφορούμενου, υπακούοντας στο προσωπικό του αξιακό πλαίσιο, θα έχει ως αποτέλεσμα την

σύγκρουση με τις επαγγελματικές του/της αξίες και τον κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας (Fasouliotis & Schenker, 2000). Ακόμη, εάν θέλουμε να μεγιστοποιήσουμε τα ευεργετικά αποτελέσματα για ένα κυοφορούμενο, αλλά και την γυναίκα που βρίσκεται σε κατάσταση κατάχρησης ουσιών, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τους τρέχοντες κοινωνικούς παράγοντες και το στίγμα που ενδέχεται να επιβάλλουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στις ίδιες και τις οικογένειές τους. Ο/Η πάροχος φροντίδας θα πρέπει να εξισορροπήσει τα δικά του/της συναισθήματα και τις πεποιθήσεις σχετικά με την κατάχρηση ουσιών από μία έγκυο γυναίκα, ενώ ταυτόχρονα καλείται να παράσχει την κατάλληλη και επιστημονικά ενδεδειγμένη υποστήριξη στη γυναίκα και το κυοφορούμενο, εντός ενός συχνά πιεστικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Εκκινώντας από μια θεωρητική προσέγγιση του ουσιοεξαρτημένου υποκειμένου μέσω των βασικών σχολών φιλοσοφικής σκέψης (φιλελευθερισμός, δεοντοκρατία, ηθική της αρετής), η εργασία καταλήγει στην ανάγκη για ενίσχυση των πρακτικών μείωσης της βλάβης, ως τη μόνη οδό μέσω της οποίας δύναται να αποκατασταθεί η χαμένη αυτονομία ενός χρήστη/μίας χρήστριας. Στην συνέχεια, αναδείχθηκε η προοπτική της μητρότητας εντός του εξαρτητικού περιβάλλοντος και πώς μπορεί να αποτελέσει σημαντικό κινητοποιητικό παράγοντα στην προσπάθεια για θεραπεία. Συζητήθηκαν ζητήματα σχετικά με την αυτονομία της εγκύου χρήστριας, όπως εκφράζεται μέσω του αναπαραγωγικού της δικαιώματος, αλλά και το πώς αυτή συγκρούεται με την αυτονομία του κυοφορούμενου, αφού όπως παρουσιάστηκε εκτενώς σε μία κατάσταση εγκυμοσύνης η ζωή και η υγεία της εγκύου και του κυοφορούμενου είναι άμεσα συνδεδεμένες και αλληλοεξαρτώμενες. Έπειτα, παρουσιάστηκαν τα εμπόδια και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει μια τοξικοεξαρτημένη γυναίκα στην προσπάθεια για αναζήτηση θεραπευτικού πλαισίου, όπως είναι το στίγμα και η περιορισμένη πρόβλεψη προγραμμάτων παροχής φροντίδας σε γυναίκες μαζί με τα παιδιά τους –πριν και μετά τη γέννησή τους- και οι ηθικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει ένας/μία επαγγελματίας πάροχος φροντίδας που συνάπτει θεραπευτική σχέση με μια έγκυο χρήστρια ουσιών, όπως η εμπιστευτικότητα, η τήρηση του απορρήτου της πληροφορίας και του καθήκοντος για ενημέρωση, αλλά και η σύγκρουση μεταξύ των αρχών της αυτονομίας από τη μία και της ωφέλειας από την άλλη, η οποία εμφανίζεται ως ο πυρήνας του ηθικού προβληματισμού ενός/μίας επαγγελματία θεραπευτή/θεραπεύτριας.

Στο ερευνητικό σκέλος της παρούσας επιχειρήθηκε μέσω ποιοτικής μεθοδολογίας η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων έντεκα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως προσωπικό θεραπείας σε ένα δημόσιο οργανισμό απεξάρτησης. Μελετήθηκαν ερωτήματα σχετικά με τα όρια της παρεχόμενης φροντίδας προς τις έγκυες χρήστριες ουσιών, τον σεβασμό της αυτονομίας και

του αυτοπροσδιορισμού μιας γυναίκας που είναι έγκυος και ταυτόχρονα ενεργή χρήστρια, καθώς και την ενδεχόμενη συσχέτιση διαφόρων παραγόντων, όπως η γονεϊκότητα και το φύλο με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επίσης, έγινε μια προσπάθεια να αναδειχθεί η σημασία της σύγκρουσης του προσωπικού ηθικού πλαισίου αναφοράς ενός/μίας επαγγελματία θεραπευτή/θεραπεύτριας με τον κώδικα επαγγελματικής ηθικής και δεοντολογίας, πάντοτε εντός του ευρύτερου πλαισίου παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας, επιχειρώντας να καλυφθεί εν μέρει το σημαντικό ερευνητικό κενό που καταγράφεται στην χώρα μας. Απώτερος σκοπός της παρούσας εργασίας και σε συνέργεια με τα ευρήματα που ανέδειξε η έρευνα, είναι να καταλήξει σε μια σειρά από ειδικές κατευθυντήριες γραμμές (guidelines) οι οποίες θα απευθύνονται στο θεραπευτικό προσωπικό και στους/στις επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στον χώρο της απεξάρτησης και φροντίδας εγκύων χρηστριών και οι οποίες θα πλαισιώνουν και θα ορίζουν την παρεχόμενη φροντίδα προς την ειδική αυτή ομάδα πληθυσμού, σεβόμενη ταυτόχρονα τις βιοηθικές αξίες της αυτονομίας, της μη βλάβης και της αλληλεγγύης. Παράλληλα, και γνωρίζοντας πως ασχολούμαστε με ένα ζήτημα δημόσιας υγείας, ως επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είχαν προβλεφθεί από το ερευνητικό σχέδιο οι αναγκαίες προτάσεις πολιτικής προς εφαρμογή. Ως εκ τούτου, οι βασικές μας θέσεις μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

7.1 Οδηγίες προς τους/τις επαγγελματίες

Η παρούσα ανάλυση παρέχει μια επισκόπηση των ζητημάτων που αντιμετωπίζει το θεραπευτικό προσωπικό ενός φορέα παροχής υπηρεσιών απεξάρτησης και μείωσης της βλάβης, όταν διαπραγματεύεται την αιτιολογία του φαινομένου της εξάρτησης, την τήρηση των κανόνων επαγγελματικής δεοντολογίας, την διαφύλαξη της αυτονομίας της εγκύου αναφορικά με την άσκηση του αναπαραγωγικού της δικαιώματος, την συζήτηση γύρω από την ύπαρξη ή μη ηθικής υπόστασης στο κυοφορούμενο, όπως επίσης την θέσπιση ορίων στην παρεχόμενη φροντίδα και το μέτρο της υποχρεωτικής ένταξης των εξαρτημένων εγκύων γυναικών σε θεραπευτικό σχήμα.

Από όσα αναφέρθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, αλλά και προέκυψαν από το αμιγώς ερευνητικό σκέλος της εργασίας, μπορούμε να πούμε με κάποια βεβαιότητα ότι οι έγκυες γυναίκες που κάνουν κατάχρηση ουσιών τοποθετούνται στο σημείο επαφής μεταξύ δύο συστημάτων, της δημόσιας υγείας και της ποινικής δικαιοσύνης. Ο αντίκτυπος της χρήσης ουσιών στην σωματική και ψυχική τους υγεία, όπως και στην υγεία των κυοφορούμενων τους, εκτός από ζήτημα δημόσιας υγείας, δικαιωμάτων και συμφερόντων, εγείρει και ζητήματα ηθικής, αν σκεφτούμε ότι οι επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών θεραπείας και φροντίδας στοχεύοντας βάσει της

επαγγελματικής τους ηθικής στη βελτίωση των δεικτών υγείας έρχονται αντιμέτωποι πολλές φορές με το γεγονός ότι πρέπει να επιλέξουν ανάμεσα στη βελτίωση της υγείας της μητέρας και αυτής του κυοφορούμενου και στην συνέχεια του βρέφους. Πολλές φορές λοιπόν, ο σεβασμός και η προστασία των δικαιωμάτων του ενός επιφέρει αναπόδραστα περιορισμό της αυτονομίας του άλλου.

Είναι αλήθεια πως ο πληθυσμός των εγκύων χρηστριών συνιστά μια ειδική ομάδα, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, η οποία χρήζει ειδικής και διεπιστημονικής μεταχείρισης. Η διαχείριση του προβλήματος της χρήσης ουσιών κατά την εγκυμοσύνη μιας γυναίκας απαιτεί την συνεργασία επαγγελματιών από διάφορα επιστημονικά αντικείμενα, ενώ οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού, να έχουν σαφή εικόνα του αριθμού των εγκύων χρηστριών, οι οποίες αναζητούν βοήθεια, να είναι εξειδικευμένες, όσο και εξατομικευμένες και εύκολα προσβάσιμες από μια ομάδα πληθυσμού που ούτως ή άλλως βιώνει πολλαπλά εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας (Choi et. al., 2022, Eggertson, 2013).

Πρόληψη και προγεννητική φροντίδα – Υπηρεσίες θεραπείας και μείωσης της βλάβης

Η πρόληψη, η μείωση ή ακόμη και η διακοπή της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την περίοδο μετά τον τοκετό αποτελούν βασικές συνιστώσες για τη βελτίωση των δεικτών υγείας και την ευημερία των γυναικών και των παιδιών τους. Η προσπάθεια αυτή απαιτεί από τους/τις επαγγελματίες συνεχή και πολύπλευρη πληροφόρηση προς την έγκυο σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους για την ίδια, το έμβρυο και το νεογνό από την χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη και παράθεση των διαθέσιμων υποστηρικτικών πλαισίων και επιλογών, στην κατεύθυνση μιας ενιαίας στρατηγικής πρόληψης. Η συνέντευξη κινητοποίησης (motivational interview) και η σύντομη παρέμβαση και όχι η επικριτική ή τιμωρητική στάση της ομάδας θεραπευτικού προσωπικού είναι πιο πιθανό να επιφέρουν θετική αλλαγή συμπεριφοράς στην έγκυο.

Η ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης από τις δομές απεξάρτησης και φροντίδας χρειάζεται να περιλαμβάνει και επιμέρους δράσεις που θα στοχεύουν στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, με έμφαση σε αυτές που ασκούν σεξεργασία, οι οποίες κατά κύριο λόγο δεν τηρούν τα μέτρα προφύλαξης και ασφαλούς σεξ, ώστε να προληφθεί η ύπαρξη μελλοντικών εγκύων γυναικών σε

περιβάλλον τοξικοεξάρτησης και ενδεχομένως επισφαλών συνθηκών στέγασης. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, οι περισσότερες γυναίκες που βρίσκονται σε ενεργό χρήση δεν αντιλαμβάνονται την κύηση εγκαίρως, καθώς η αμηνόρροια είναι συνήθης κατάσταση για μία συστηματική χρήστρια οπιοειδών και η αποχή από τη χρήση μμείται συχνά τα συμπτώματα της κύησης στα πρώιμα στάδιά της (DHDA, 2007). Επομένως, είναι σοβαρό το ενδεχόμενο να φτάσουν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα καθυστερημένα, όταν η κύηση θα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι ακόμη και στην περίπτωση που ο εμμηνορροϊκός κύκλος των χρηστριών δεν είναι φυσιολογικός ή ακόμη και ανύπαρκτος για ένα χρονικό διάστημα, εντούτοις είναι δυνατόν να καταστούν έγκυες (NZMH, 2008). Ακόμη, μπορεί να γνωρίζουν ή να υποσιάζονται ότι είναι έγκυες αλλά εξαιτίας των εν γένει αποδιοργανωμένων συνθηκών ζωής τους να μην αναζητούν προγεννητική φροντίδα, με αποτέλεσμα να μη γνωρίζουν σε ποιο στάδιο κύησης βρίσκονται (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2013). Συνεπώς, συνίσταται όλες οι γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και έχουν πρόσφατο ιστορικό χρήσης να κάνουν τεστ εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ώστε να είναι δυνατός ο θεραπευτικός προγραμματισμός κατά τα πρώτα στάδια της κύησης.

Τα μέχρι τώρα διαθέσιμα εμπειρικά στοιχεία, σχετικά με το ποια είναι η πλέον κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος για τις έγκυες ή μητέρες χρήστριες δεν παρέχουν σαφείς και αδιαμφισβήτητες πληροφορίες. Σε αυτό συμβάλλει η περιορισμένη έρευνα, η οποία οφείλεται εν πολλοίς στο μικρό διαθέσιμο δείγμα που προσεγγίζει τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς και στην έλλειψη ομάδων ελέγχου. Ως εκ τούτου, οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα θεραπευτικά προγράμματα έχουν περιγραφικό χαρακτήρα (Lester, 2004). Εντούτοις, σε αρκετές χώρες -όπως και στην Ελλάδα- η θεραπεία μέσω υποκαταστάτων συστήνεται σε οποιαδήποτε στιγμή της εγκυμοσύνης, ως η πλέον κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, ενώ η πλήρης αποχή από την χρήση συστήνεται να αποφεύγεται, ειδικά κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης (UNICRI, 2013). Επίσης, αν μια έγκυος γυναίκα ενεργή χρήστρια αποφασίσει να τερματίσει την κύηση ή αποβάλει, συνιστάται πολύ περισσότερο να διατηρήσει την θεραπεία υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της χρήσης μέχρι την πλήρη ανάρρωσή της και αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να φτάσει ως πληροφορία σε όλες τις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές. Ο καλός συντονισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών είναι αναγκαίος, ώστε να τεθούν από κοινού θεραπευτικοί στόχοι και να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υποστήριξης για την έγκυο κι επίσης οι επαγγελματίες υγείας είναι σκόπιμο να λαμβάνουν εκπαίδευση σχετική με τις ιατρικές και τις κοινωνικές ανάγκες των εγκύων χρηστριών.

Ακριβώς όπως συμβαίνει και με άλλους πληθυσμούς που κάνουν χρήση ναρκωτικών, η δέσμη μέτρων και πρακτικών μείωσης της βλάβης έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τους δείκτες υγείας και στον περιγεννητικό πληθυσμό. Όσο οι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης εφαρμόζονται, τόσο αυξάνεται η εμπλοκή και η παραμονή της εξαρτημένης γυναίκας στις υπηρεσίες προγεννητικού ελέγχου, η κατάσταση υγείας των εμβρύων ελέγχεται σταθερά, με αποτέλεσμα λιγότερες πρόωρες γεννήσεις και αυξημένη πιθανότητα τα νεογέννητα βρέφη να παίρνουν εξιτήριο στο σπίτι μαζί με τη μητέρα. Ακόμη, οι πρακτικές μείωσης της βλάβης έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τα ποσοστά θηλασμού και διευκολύνουν την πρώιμη προσκόλληση και την υγιή ανάπτυξη της παιδικής ηλικίας. (National Harm Reduction Coalition, 2020).

Τέλος, παράλληλα με τις θεραπευτικές μεθόδους και τα θεραπευτικά εργαλεία, ένα ζήτημα συναφές, το οποίο μπορεί να λειτουργήσει προς την κατεύθυνση του οφέλους του εν λόγω πληθυσμού είναι να κατανοήσει η κοινωνία τον εθισμό ως ένα χρόνια, υποτροπιάζον πρόβλημα ψυχικής –πολλές φορές και σωματικής- υγείας, τις συνέπειες της προγεννητικής έκθεσης στις ψυχοτρόπες ουσίες για την ανάπτυξη του παιδιού και την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων θεραπειών. Κάτι που μέχρι τώρα δεν φαίνεται να έχει φτάσει ως γνώση στο ευρύτερο σύνολο πολιτών ή και στους/στις χαράσσοντες δημόσια πολιτική. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από το στίγμα που περιβάλλει την χρήση ουσιών γενικά, αλλά και ειδικότερα κατά την εγκυμοσύνη, γεγονός που ανάγει το πρόβλημα από ιατρικό και σε κοινωνικό. Αρκεί να σκεφτούμε ότι οι έγκυες γυναίκες δεν τυγχάνουν της συμπάθειας και της συμπνετικής αντιμετώπισης που συνήθως επιδεικνύει το κοινωνικό σύνολο απέναντι σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ψυχικές ή σωματικές.

Εξασφάλιση της πρόσβασης

Όλες οι έγκυες γυναίκες και το οικογενειακό τους περιβάλλον θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες και παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας που παρέχονται με ιδιαίτερη προσοχή στο απόρρητο, την ισχύουσα νομοθεσία και τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα προγράμματα απεξάρτησης θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν και να αντιμετωπίζουν τη χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη το συντομότερο δυνατό και να προσφέρεται ποιοτική, δωρεάν και εύκολα προσβάσιμη θεραπεία. Ακόμη, οι υπηρεσίες φροντίδας για γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες φροντίδας και των παιδιών των γυναικών όταν εξετάζουν την προσβασιμότητα των υπηρεσιών τους. Στην χώρα μας, τα περισσότερα προγράμματα δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα για να συμπεριλάβουν

βρέφη και παιδιά εξαρτημένων μητέρων, με εξαίρεση το πρόγραμμα εξαρτημένων μητέρων του 18ΑΝΩ. Η έλλειψη υπηρεσιών ταυτόχρονης παρουσίας μητέρας και παιδιού συνεπάγεται απροθυμία της μητέρας να ενταχθεί σε πρόγραμμα θεραπείας, κυρίως λόγω του χρόνου που θα χρειαστεί να περάσει μακριά από το παιδί της, ενώ η ταυτόχρονη συνύπαρξη μητέρας και παιδιού εντός του θεραπευτικού πλαισίου αποτελεί ισχυρό κίνητρο θεραπείας για τη μητέρα (Finkelstein, 1993).

Επίσης, οι χρήστριες ουσιών που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη –σε σχέση με τις έγκυες γυναίκες που δεν κάνουν χρήση ουσιών- διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης αιματογενώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Παράλληλα, όπως αναλύθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας, ο εν λόγω πληθυσμός επηρεάζεται από μια σειρά ζητημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας. Ως εκ τούτου, οι υπηρεσίες που προσανατολίζονται στον γενικό πληθυσμό εξαρτημένων θα πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να καλύπτουν και τις ανάγκες των εγκύων χρηστριών.

Οι εξειδικευμένες υπηρεσίες που απευθύνονται σε προβληματικούς χρήστες είναι αναγκαίο να προσεγγίσουν μέσω της δουλειάς στο πεδίο (outreach work) και των κινητών μονάδων «δουλειάς στο δρόμο» (streetwork mobile units) τις χρήστριες που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη και δεν προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα ή τις δομές μείωσης της βλάβης. Παράλληλα, χρειάζεται να εξασφαλιστεί η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, των μαιευτικών κλινικών και των εργαστηρίων ώστε πιθανές εισαγωγές εγκύων χρηστριών στις δομές αυτές να μπορούν να παραπέμπονται άμεσα για έναρξη θεραπείας απεξάρτησης, έχοντας πάντοτε στο νου βέβαια τις απαραίτητες διαδικασίες ενημέρωσης και ενήμερης συναίνεσης.

Η θεραπεία και η φροντίδα των εγκύων χρηστριών είναι σημαντικό να παρέχεται από διεπιστημονικές ομάδες προσωπικού και να περιλαμβάνει πεδία όπως: α) η πρόληψη β) η εκτίμηση της κατάστασης της σωματικής υγείας αναφορικά με τις μολυσματικές ασθένειες και η διασύνδεση με την αντίστοιχη μονάδα ειδικών λοιμώξεων γ) η αποτύπωση και φροντίδα της ψυχικής υγείας και της πιθανής συννοσηρότητας δ) ο γυναικολογικός και εν γένει σωματικός έλεγχος ε) οι δείκτες ατομικής και κοινωνικής ευημερίας (Terplan et. Al., 2007, Doggett et. al., 2005). Ο γενικός στόχος και το κύριο ζητούμενο πίσω από την ανάγκη για συνεργασία γυναικολόγων, συμβούλων εξαρτήσεων, κοινωνικών λειτουργών και ειδικών δημόσιας υγείας είναι η μείωση των κινδύνων και η σύνδεση της θεραπείας για την εξάρτηση με τις άλλες παρεμβάσεις που στοχεύουν βελτίωση της σωματικής και της ψυχικής υγείας (Wright et. Al.,

2007). Τέλος, τα κίνητρα της μητέρας για αλλαγή και την επιθυμία της να κρατήσει ή να επανενωθεί με το μωρό της, θα πρέπει να αξιοποιούνται, ενώ παράλληλα θα πρέπει όλοι/όλες οι εμπλεκόμενοι/εμπλεκόμενες επαγγελματίες να εργάζονται στο πλαίσιο της ετοιμότητάς της για αλλαγή, συμπεριλαμβανομένης της ενδεχόμενης συννοσηρότητας εξάρτησης και ψυχικής διαταραχής.

7.2 Προτάσεις πολιτικής

Το κράτος, όταν παρεμβαίνει στην ζωή των πολιτών πρέπει να έχει έναν σαφώς καθορισμένο στόχο. Αυτός ο στόχος πρέπει να συνδέεται με έννοιες όπως η δημόσια υγεία, η ασφάλεια και η ευημερία και η οποιαδήποτε σχεδιαζόμενη παρέμβαση επιλέξει να εφαρμόσει το κράτος οφείλει να σχετίζεται με την επίτευξη των προαναφερθέντων στόχων. Πρέπει επίσης να υπάρχει ένας σχετικός βαθμός βεβαιότητας ότι η παρέμβαση θα είναι αποτελεσματική για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Με άλλα λόγια, εάν τα θεμελιώδη δικαιώματα ενός ατόμου παραβιάζονται εξαιτίας μιας πολιτικής, τότε το κράτος θα πρέπει να αποδείξει ότι η παρέμβαση είναι εύλογη, αρκετά συγκροτημένη και ότι δεν υπάρχει λιγότερο παρεμβατικός τρόπος για την επίτευξη του στόχου (Nelson, 1998). Η δημόσια πολιτική, εν τέλει πρέπει να λάβει υπόψη της το γεγονός ότι μιλώντας για εξαρτήσεις αναφερόμαστε ταυτόχρονα τόσο σε βιολογικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν, μέσα σε μία διαδικασία δυναμική με αυξομειώσεις στην ένταση κατά περιόδους (Yoshikawa & Hsueh, 2001).

Η σύγχρονη επιστημονική τεκμηρίωση αναδεικνύει ολοένα και περισσότερο ένα σκεπτικό κατά της ποινικοποίησης της τοξικοεξάρτησης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Είναι πάρα πολλοί οι επαγγελματικοί σύλλογοι και οι οργανώσεις φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης και παιδικής πρόνοιας που τοποθετούνται κατά της ποινικοποίησης με το σκεπτικό ότι είναι αντίθετη προς το συμφέρον τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού και επί της ουσίας μετασχηματίζει έναν/μία επαγγελματία υγείας σε αστυνομικό που απλώς τηρεί το νόμο απέναντι στους εξυπηρετούμενους και στις εξυπηρετούμενες του. Αποδεδειγμένα, η ποινικοποίηση δεν έχει να επιδείξει αποτελέσματα στη βελτίωση της υγείας των βρεφών ή στην αποτροπή της κατάχρησης ουσιών από τις έγκυες γυναίκες. Αντιθέτως, αποτρέπει την έγκυο γυναίκα από το να αναζητήσει την απαραίτητη προγεννητική φροντίδα από φόβο μήπως απωλέσει την επιμέλεια των παιδιών της ή μήπως συλληφθεί, ενώ παράλληλα δημιουργεί αστήρικτες νομικές και δεοντολογικές υποχρεώσεις στους/στις παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου, η οποιαδήποτε νομοθετική πρόταση θα πρέπει να γίνει στην κατεύθυνση του κοινού οφέλους μητέρας και παιδιού και όχι της τιμωρίας της «ανήθικης» γυναίκας που εξακολουθεί να κάνει χρήση ουσιών ενώ είναι έγκυος. Οι νομοθετικές παρεμβάσεις της πολιτείας θα πρέπει να δημιουργούν κατευθυντήριες γραμμές στους/στις επαγγελματίες αναφορικά με έναν στοχευμένο και βάσει συγκεκριμένων ιατρικών κριτηρίων έλεγχο της χρήσης ουσιών στην εγκυμοσύνη, αποτρέποντας από την λογική της «κλινικής υποψίας» και των διαφορούμενων κριτηρίων, τα οποία οδηγούν σε διακρίσεις και στιγματισμό.

Ένα κυοφορούμενο θα πρέπει να θεωρείται ότι έχει εκτεθεί σε ψυχοτρόπες ουσίες και ότι χρειάζεται κάποιου επιπέδου παρέμβαση εάν η μητέρα δηλώνει ότι έχει κάνει χρήση παράνομων ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή εάν αυτό δείχνουν οι τοξικολογικές εξετάσεις του νεογνού μετά την γέννηση. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να αφαιρείται από την επιμέλεια των γονέων του μόνο εάν οι βιολογικοί του γονείς δεν είναι σε θέση να προστατεύσουν και να φροντίσουν το βρέφος, είτε οι υποστηρικτικές υπηρεσίες δεν επαρκούν για τη διαχείριση αυτού του κινδύνου, είτε οι γονείς έχουν ρητώς αρνηθεί την ευθύνη αυτή. Αυτό προϋποθέτει κοινωνική έρευνα στο άμεσο και έμμεσο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού πριν από οποιαδήποτε απόφαση, αλλά και θεσμοθέτηση ενός μηχανισμού επανεξέτασης της κατάστασης σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα. Η εκτεταμένη παρακολούθηση θα πρέπει να θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας. Ας μην ξεχνούμε ότι η κακομεταχείριση περιλαμβάνει τόσο την κακοποίηση όσο και την παραμέληση, παρά το γεγονός ότι η κακοποίηση είναι πιο ορατή, ευκολότερα διαγνώσιμη και λιγότερο διακριτική από την παραμέληση (Lester, 2004). Χρειάζεται να αναφέρουμε ακόμη, ότι προς το παρόν, κανένα κράτος δεν έχει καταστήσει την εξάρτηση των εγκύων από τα ναρκωτικά παράνομη, αυτή καθαυτή. Αντ' αυτού, τα κράτη έχουν εφαρμόσει νόμους που αφορούν την κακοποίηση παιδιών, την επίθεση, τη διακίνηση ναρκωτικών σε ανήλικο από έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών.

Αναμόρφωση των δεοντολογικών κειμένων

Η έννοια της ηθικής υποχρέωσης σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον δεν είναι κάτι το αφηρημένο. Ως εκ τούτου, συνδέεται άμεσα με επαγγελματικούς ρόλους και ευθύνες και περιγράφεται στα κείμενα επαγγελματικής ηθικής-δεοντολογίας, όπου αυτά υπάρχουν και εφαρμόζονται. Η επαγγελματική ηθική των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, συμβούλων ψυχικής υγείας, ειδικών θεραπειών/θεραπευτριών κ.α.) στην οποία οφείλει να συμπορευτεί ένας/μία επαγγελματίας συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως ο σεβασμός στην αυτονομία του λήπτη/της

λήπτριας της υπηρεσίας και των αποφάσεών του/της, εφαρμογή επιστημονικών πρωτοκόλλων και μεθόδων, διασφάλιση του απορρήτου της πληροφορίας και πολλές άλλες ακόμη. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι/εργαζόμενες σε υπηρεσίας φροντίδας και περίθαλψης δεν ορίζονται μόνο από το επάγγελμά τους. Είναι ηθικά υποκείμενα και αυτουργοί (agents) των πράξεών τους και, όπως και οι ασθενείς τους, δεσμεύονται από ποικίλες πολιτιστικές, θρησκευτικές και φιλοσοφικές παραδόσεις και πεποιθήσεις. Μπορεί για ορισμένους/ορισμένες επαγγελματίες, το επαγγελματικό τους κάλεσμα να είναι συνυφασμένο με τις θεμελιώδεις προσωπικές τους πεποιθήσεις, αλλά δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στην κλινική πρακτική όπου η επιταγή για σεβασμό των προτιμήσεων και των επιλογών ενός εξυπηρετούμενου/μιας εξυπηρετούμενης βρίσκεται σε σύγκρουση με την ανάγκη του/της επαγγελματία να διατηρήσει την ηθική του/της ακεραιότητα, τόσο στην προσωπική όσο και την επαγγελματική του/της ζωή. Υπάρχουν μελετητές που υποστηρίζουν ότι ένας/μία πάροχος φροντίδας δεν θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αρνείται να παράσχει τις υπηρεσίες του/της εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων (Bassett, 2001). Από την άλλη μεριά, άλλοι/άλλες τάσσονται υπέρ της επέκτασης των λεγόμενων ρητρών άρνησης, υπερασπιζόμενοι/υπερασπιζόμενες τη δυνατότητα άρνησης συμμετοχής στη φροντίδα, όταν αυτή αντιτίθενται στην προσωπική τους συνείδηση (Pellegrino, 1994).

Όπως φάνηκε καθαρά και στην ποιοτική έρευνα της εργασίας, η σύγκρουση προσωπικής και επαγγελματικής ηθικής παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη λήψη επαγγελματικών αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία των εξαρτημένων εγκύων. Αυτό που αναδεικνύεται ως ανάγκη είναι η αναμόρφωση των δεοντολογικών κανονιστικών κειμένων, στα οποία ανατρέχει ένας/μία επαγγελματίας που απασχολείται στο επιστημονικό αντικείμενο της απεξάρτησης. Η προσωπική συνείδηση και το δικαίωμα διαφύλαξης της από έναν/μία επαγγελματία στο πεδίο των εξαρτήσεων είτε περιγράφεται αμυδρά, είτε δεν περιγράφεται καθόλου στους αντίστοιχους κώδικες δεοντολογίας. Η χρονική συγκυρία που βρισκόμαστε επιβάλλει οι κώδικες επαγγελματικής ηθικής να συμπεριλάβουν ζητήματα λήψης αποφάσεων, όταν η προσωπική και η επαγγελματική ηθική συγκρούονται, με παράθεση πραγματικών περιπτώσεων (case studies) από την κλινική πρακτική και στόχο την επίλυση όσο το δυνατόν περισσότερων ασαφειών. Για παράδειγμα, ένας κώδικας δεοντολογίας του θεραπευτικού προσωπικού θα μπορούσε να προβλέπει το δικαίωμα άρνησης ενός/μιας επαγγελματία να συνάψει θεραπευτική σχέση, μόνο όταν παραβιάζονται τα κοινώς αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα και όχι οι προσωπικές ή θρησκευτικές τους απόψεις περί του φαινομένου της εξάρτησης και των εξαρτημένων ειδικότερα. Ή ακόμη, σύμφωνα με μία άλλη διατύπωση, ένας/μία επαγγελματίας θα μπορεί να εφαρμόζει στην καθημερινή του/της πρακτική τα προσωπικά του/της πιστεύω, μόνο εφόσον αυτά δεν αντιτίθενται στην κείμενη νομοθεσία, δεν

οδηγούν σε άνιση ή άδικη μεταχείριση του εξυπηρετούμενου/της εξυπηρετούμενης, δεν του/της προκαλούν ψυχική δυσφορία και πίεση και δεν έχουν ως συνέπεια την άρνηση από την πλευρά του/της επαγγελματία κοινώς παραδεδεγμένες επιστημονικές πρακτικές σχετικές με την θεραπεία του λήπτη/της λήπτριας των υπηρεσιών.

Όταν αναφερόμαστε σε επαγγέλματα παροχής περίθαλψης και φροντίδας, θεωρούμε ότι η εξασφάλιση της αρχής της ωφέλειας και της συνεπαγόμενης αρχής της μη-βλάβης θα πρέπει να είναι η πρωταρχική αποστολή του/της επαγγελματία υγείας. Οποιαδήποτε προσωπική, θρησκευτική ή ηθική πεποίθηση οφείλει να λαμβάνεται υπόψη, αλλά στο τέλος θα πρέπει να υποτάσσεται στις δηλωμένες ανάγκες του ατόμου που αιτείται θεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο τα συμφέροντα ενός εξυπηρετούμενου/μιας εξυπηρετούμενης, τοποθετούνται πάνω από τα αντίστοιχα συμφέροντα ενός/μίας επαγγελματία, υπό την έννοια της ανισότητας ρόλων που χαρακτηρίζει την σχέση θεραπευτή/θεραπεύτριας-θεραπευόμενου/θεραπευόμενης. Ακόμη, στα δεοντολογικά κείμενα, θα πρέπει να προβλέπεται ρητά ότι η επαγγελματική συμβουλευτική οφείλει να είναι απόρροια κλινικών, ερευνητικών δεδομένων και επαγγελματικών προτύπων και όχι της προσωπικής θέσης του/της καθενός/καθεμιάς για το ζήτημα. Η προσέγγιση αυτή δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει χώρος για τους/τις επαγγελματίες υγείας να εγείρουν ζητήματα προσωπικής συνείδησης, αλλά ότι οι περιστάσεις λήψης απόφασης βάσει προσωπικού αξιακού πλαισίου θα πρέπει να είναι σπάνιες, και με απόλυτη κατανόηση από τον/την εκάστοτε επαγγελματία των συνεπειών που αυτή επιφέρει στην ασφάλεια και την υγεία των ληπτών/ληπτριών φροντίδας.

Παράλληλα με τα παρπάνω, εκτιμούμε πως οποιαδήποτε ευθύνη η καταλογισμός επιβάλλεται σε έναν/μία επαγγελματία υγείας θα πρέπει να προκύπτει από την αναγωγή στα standards του εκάστοτε επαγγέλματος, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στο ιατρικό επάγγελμα. Με άλλα λόγια, κάθε επαγγελματία υγείας -οποιασδήποτε ειδικεύσης- οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο επίπεδο ποιότητας, ακολουθώντας τα πρότυπα ενδεδειγμένης πράξης και συμπεριφοράς που περιγράφονται στον επαγγελματικό κώδικα που τον/την αφορά. Ως εκ τούτου, επιμελής θα είναι ο/η επαγγελματίας που θα πράττει σύμφωνα με την ενδεδειγμένη επαγγελματική πρακτική που αποσκοπεί στην ωφέλεια των ληπτών/ληπτριών των υπηρεσιών του/της και ως επαγγελματική αμέλεια θα εννοείται η απόκλιση προς τα κάτω από το περιγεγραμμένο πρότυπο ποιότητας (Φουντεδάκη, 2004).

Σε αυτήν την κατεύθυνση, η επαγγελματική εκπαίδευση που παρέχουν οι σχολές εκπαίδευσης, θα πρέπει να ενθαρρύνεται από την θεσμική πολιτική και να επιβεβαιώνεται από την κείμενη

νομοθεσία και τους επαγγελματικούς κώδικες δεοντολογίας. Παράλληλα, με αυτό το σκεπτικό θα ενισχυθεί η εμπιστοσύνη του/της εξυπηρετούμενου/εξυπηρετούμενης προς τον/την επαγγελματία υγείας, εφόσον θα είναι εμφανές ότι το πρωταρχικό καθήκον ενός/μίας επαγγελματία είναι η προαγωγή της υγείας του εξυπηρετούμενου/της εξυπηρετούμενης του/της.

Καταλήγοντας, η κατανόηση των επιπτώσεων της προγεννητικής χρήσης ουσιών από την ίδια τη γυναίκα χρήστρια, αλλά και από τον/την επαγγελματία υγείας συνεπάγεται αλλαγές σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η πολιτική για την απεξάρτηση, η έρευνα, αλλά και η κλινική πρακτική. Η φτώχη, όσο και ελλιπής ερευνητική αποτύπωση του φαινομένου της κατάχρησης ουσιών κατά την εγκυμοσύνη, αλλά και η ανάγκη για πλήρέστερη κατανόηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών σε υπηρεσίες απεξάρτησης αναδεικνύει την αδιαμφισβήτητη ανάγκη να προκύψουν νέες ερευνητικές πρωτοβουλίες σε διαφορετικού τύπου θεραπευτικά πλαίσια, με στόχο την συγκριτική μελέτη των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στην απεξάρτηση συνολικά, καθώς και την αναμόρφωση των διαθέσιμων κειμένων που αποτελούν τους κώδικες δεοντολογίας των επαγγελμάτων φροντίδας και τα οποία σήμερα παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις και ασάφειες.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη δείχνει ότι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο της εξάρτησης και την κατάχρηση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη δεν ταυτίζονται απαραίτητα με τους κώδικες ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελμάτων υγείας και σαφώς μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ένταξη και την πορεία μιας γυναίκας χρήστριας εντός ενός θεραπευτικού προγράμματος. Είναι όμως μία από τις ελάχιστες έρευνες που υλοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, για ένα ζήτημα που εκτιμούμε ότι η επιστημονική κοινότητα οφείλει να δει εκτενέστερα. Όπως ειπώθηκε πολλάκις στις προηγούμενες σελίδες, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών κατά την εγκυμοσύνη δεν αποτελεί μόνο θεωρητικό, φιλοσοφικό ή νομικό ζήτημα. Αντιθέτως, πρόκειται κυρίως για ένα θέμα δημόσιας υγείας και ως τέτοιο θα πρέπει να το αντιμετωπίσουμε.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Abel, E. L. & Kruger, M. (2002). Physician attitudes concerning legal coercion of pregnant alcohol and drug abusers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 768–772.

Ailes, E.C., Dawson, A.L., Lind, J.N., et. al. (2015). Centers for Disease Control and Prevention. Opioid prescription claims among women of reproductive age - United States, 2008-2012. *MMWR. Morb Mortal Wkly Rep.*;64(2):37–41

Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290–294.

Anderson, M., Richardson, J., McKie, J., Iezzi, A., & Khan, M. (2011). The relevance of personal characteristics in health care rationing: What the Australian public thinks and why. *American Journal of Economics and Sociology*, 70, 131–151.

ANSA. (2002). *Substance Use-Guidance on Good Clinical Practice for Nurses, Midwives and Health Visitors: Working with Maternal Health*. UK: Association of Nurses in Substance Abuse.

Ayon, S., Ndimbii, J., Jeneby, F., Abdulrahman, T., Mlewa, O., Wang, B., Ragi, A., & Mburu, G. (2018). Barriers and facilitators of access to HIV, harm reduction and sexual and reproductive health services by women who inject drugs: role of community-based outreach and drop-in centers. *AIDS care*, 30(4), 480–487. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1394965>

Babcock, M. (2008). Substance-using mothers: Bias in culture and research. *Journal of Addictions Nursing*, 19, 87-91.

Banwell, C., & Bammer, G. (2006). Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use. *International Journal of Drug Policy*, 17(6), 504–513.

Barbera, J., Macintyre, A., Gostin, L., et al. (2001). Large scale quarantine following biological terrorism in the United States. *Journal of the American Medical Association*. 286. 2711– 2717

Barry, B. (1995). *Justice as Impartiality*. Oxford, Clarendon Press

Bassett, W. (2001). Private Religious Hospitals: Limitations Upon Autonomous Moral Choices in Reproductive Medicine. *Journal of Contemporary Health Law and & Policy*. 455.

Available at: <https://scholarship.law.edu/jchlp/vol17/iss2/6>

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press
- Becker, H.S. (1992). Cases, causes, conjunctures, stories and imagery. In: Ragin, C., & Becker, H. (1992). *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Benatar, D. (2006). *Better never to have been: the harm of coming into existence*. New York : Oxford University Press.
- Bernadi, E., Jones, M. & Tennant, C. (1989). Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts. *British Journal of Psychiatry*, 54, 677-682
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Braun, V., Clarke, V., Hayeld, N., & Terry, G. (2019). Thematic analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences*. Singapore: Springer.
- Broad, C. D. (1952). *Ethics and the History of Philosophy: Selected Essays*. Westport, Ct.: Routledge.
- Brown, S.D. (2008). The “fetus as a patient”: a critique. *The American Journal of Bioethics*. 8 (7):47-50
- Buchanan, A., Brock, D.W., Daniels, N., & Wikler, D. (2000). *From Chance to Choice: Genetics and Justice*. Cambridge University Press.
- Buchanan, A. (2004). Mental capacity, legal competence and consent to treatment. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(9), 15–420. <https://doi.org/10.1177/014107680409700902>
- Caplan, A. L. (2006). Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 31(2), 117–120. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.009>
- Caplan, A. (2008). Denying autonomy in order to create it: the paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(12), 1919–1921. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02369.x>
- Chervenak, F. A., McCullough, L.B. (1995). What is obstetric ethics? *J Perinat Med*; 23:331–41.

- Chervenak, F. A., McCullough, B.L. (1997). Ethics in obstetrics and gynecology: An overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 75. Issue 1:91-94
- Christie, T., Groark, L., & Sweet, W. (2008). Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. *International Journal of Drug Policy*, 19(1),52–58.
- Choi, S., Rosenbloom, D., Stein, M. D., Raifman, J., & Clark, J. A. (2022). Differential Gateways, Facilitators, and Barriers to Substance Use Disorder Treatment for Pregnant Women and Mothers: A Scoping Systematic Review. *Journal of addiction medicine*, 16(3), e185–e196. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000909>
- Comer, S. D., Sullivan, M. A., Yu, E., Rothenberg, J. L., Kleber, H. D., Kampman, K., Dackis, C., & O'Brien, C. P. (2006). Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 63(2), 210–218. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.210>
- Cottone, J. G., Drucker, P., & Javier, R. A. (2002). Gender differences in psychotherapy dyads: Changes in psychological symptoms and responsiveness to treatment during 3 months of therapy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*. 39,297–308.
- Davison, G. C, & Neale, J. N. (1994). *Abnormal psychology (6th ed.)*. New York:Wiley.
- Dazzi, F., Fonzi, L., Pallagrosi, M., Duro, M., Biondi, M., & Picardi, A. (2021). Relationship Between Gender and Clinician's Subjective Experience during the Interaction with Psychiatric Patients. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 17, 190–197. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010190>
- Denis, L. (2001). *Moral Self-Regard: Duties to Oneself In Kant's Moral Theory*. New York: Garland
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, (2013). American Psychiatric Association
- De Leon, G. (1986). The therapeutic community for substance abuse: Perspective and approach. In F. De Leon and J. Ziegenfuss (eds.) *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 5-19.

- Debbaut, S. (2022). The legitimacy of criminalizing drugs: Applying the ‘harm principle’ of John Stuart Mill to contemporary decision-making. *International Journal of Law, Crime and Justice*. Volume 68. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2021.100508>
- Deehan, A., Marshall, E. J., & Strang, J. (1998). Tackling alcohol misuse: opportunities and obstacles in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 48(436), 1779–1782.
- DeVille, K. A., & Kopelman, L. M. (1998). Moral and social issues regarding pregnant women who use and abuse drugs. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 25(1), 237–254. [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70367-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70367-3)
- DHDA, (2007). Department of Health (England) and the devolved Administrations. *Drug Misuse and Dependence: U.K.: Guidelines on clinical management* Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive
- Doggett, C., Burrett, S., Osborn, D.A. (2004). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev*; (4):CD004456.
- Dooley, J., Gerber-Finn, L., Antone, I., Guilfoyle, J., Blakelock, B., Balfour-Boehm, J., Hopman, W. M., Jumah, N., & Kelly, L. (2016). Buprenorphine-naloxone use in pregnancy for treatment of opioid dependence: Retrospective cohort study of 30 patients [Utilisation de la buprénorphine-naloxone durant la grossesse pour traiter la dépendance aux opiacés]. *Canadian Family Physician*, 62(4), e194–e200.
- Economidou, E., Klimi, A., & Vivilaki, V. (2012). Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. *Health Science Journal*, 6(1), 161–169.
- Eldred CA, Washington MN. (1975). Female heroin addicts in a city treatment program: the forgotten minority. *Psychiatry*. Feb;38(1):75-85. doi:10.1080/00332747.1975.11023836.
- EMCDDA. (2004). *Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use*. Lisbon. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_65522_EN_Guidelines_Prevalence%20Revision%20280704%20b-1.pdf
- EMCDDA (2012). *Pregnancy, childcare, and the family: Key issues for Europe’s response to drugs-Selected Issue*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>

- EMCDDA. (2021). European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report: Trends and Developments. Lisbon. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en
- EMCDDA, (2022). European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. *Statistical Bulletin*. Lisbon. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022_en
- EMCDDA, (2012). European Motoring Centre of Drugs and Drug Addiction. *Pregnancy, childcare, and the family: key issues for Europe's response to drugs-selected issue*. Lisbon
- Epstein, R.A., Bobo, W.V., Martin, P.R., et. al., (2013). Increasing pregnancy-related use of prescribed opioid analgesics. *Ann Epidemiol.* ;23(8):498–503
- ESPAD, (2018). Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Available at: http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf
- Fasouliotis, S. J., & Schenker, J. G. (2000). Maternal-fetal conflict. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 89, 101–107.
- Finnegan, L. (2013). *Licit and illicit drug use during pregnancy: Maternal, neonatal and early childhood consequences*. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Finkelstein, N. (1993). Treatment programming for alcohol and drug dependent pregnant women. *Int JAddict.* 28:1275– 310
- Fletcher, J.C. (1981). The fetus as patient; ethical issues. *JAMA.*; 246:772-773.
- Frazer, Z., McConnell, K., & Jansson, L. M. (2019). *Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers*. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107652. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107
- Forray A. (2016). Substance use during pregnancy. *F1000Research*, 5, F1000 Faculty Rev-887. <https://doi.org/10.12688/f1000research.7645.1>
- Gamble, D. (2005). Potentialism and the Value of an Embryo. *Public Affairs Quarterly*, 19(4), 265–299. <http://www.jstor.org/stable/40441418>
- Gardiner, P. (2003). A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine. *Journal of medical ethics*, 29(5), 297–302. <https://doi.org/10.1136/jme.29.5.297>
- Glick, I., Kadish, E., & Rottenstreich, M. (2021). Management of Pregnancy in Women of Advanced Maternal Age: Improving Outcomes for Mother and Baby. *International journal of women's health*, 13, 751–759. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S283216>

- Gomberg, E. S. (1981). Women, sex roles, and alcohol problems. *Professional Psychology*, 12(1), 146–155. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.12.1.146>
- Gupta, K. (2020). *Medical Entanglements: Rethinking Feminist Debates about Healthcare*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press
- Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., Wiessing, L. (2009). Drug use and pregnancy – challenges for public health. *Euro Surveill.* 14(9):pii=19142. <https://doi.org/10.2807/ese.14.09.19142-en>
- Hagan, H., McGough, J. P., Thiede, H., et al. (2000). Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 247–252.
- Hans, S. L. (1999). Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clinics in Perinatology*, 26, 55–74.
- Harcourt, B. E. (1999). The Collapse of the Harm Principle. *The Journal of Criminal Law and Criminology (1973-)*, 90(1), 109–194. <https://doi.org/10.2307/1144164>
- Harris, E.C, Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173:11 – 53.
- Harris, J. (1990). The Wrong of Wrongful Life. *Journal of Law and Society*, 17(1), 90–105. <https://doi.org/10.2307/14099577>
- Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm reduction journal*, 14(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>
- Hedrich, D. (2004). *European Report On Drug Consumption Rooms*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. M. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715–1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*. Oxford Scholarship Online. <https://doi.org/10.1093/0195180992.001.0001>.

Hepburn, M. (1990). Social problems. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 4, 149–168

Heyman, G.M. (2009). *Addiction: a disorder of choice*. Cambridge: Harvard University Press.

Hirai, A. H., Ko, J. Y., Owens, P. L., Stocks, C., & Patrick, S. W. (2021). Neonatal abstinence syndrome and maternal opioid-related diagnoses in the US, 2010–2017. *JAMA*, 325(2), 146–155.

Howell, E.M., Heiser, N, Harrington, M. (1999). A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *J Subst Abuse Treat*. 16:195–219.

Husak, D.N. (1992). *Drugs and Rights*. Cambridge University Press

Jacobson, S.W., Jacobson, J. L., Sokol, R. J., Martier, S. S., Ager, J.W., & Kaplan, M. G. (1991). Maternal recall of alcohol, cocaine, and marijuana use during pregnancy.

Neurotoxicology and Teratology, 13, 535–540

Jang, K. W., Lee, H. K., Park, B. J., Kang, H. C., Lee, S. K., Kim, C. H., Nam, S. K., & Roh, D. (2023). Social Stigma and Discrimination Toward People With Drug Addiction: A National Survey in Korea. *Psychiatry investigation*, 20(7), 671–680. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0065>

Jaudes, P.K., Ekwo, E., VanVoorhis, J. (1995). Association of drug abuse and child abuse. *Child AbuseNegl*. 19: 1065–75. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00068-j](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00068-j)

Javanmardi, M., Noroozi, M., Mostafavi, F., & Ashrafi-Rizi, H. (2022). Exploring the Motivations of Pregnant Women to Seek Health Information: A Qualitative Study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(5), 446–451. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_327_21

Jessup, M. A., Humphreys, J. C., Brindis, C. D., & Lee, K. A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*, 33(2),285–304

Kant, I. (1797/1996). *The Metaphysics of Morals*. ed. and trans. M. Gregor. Cambridge, England: Cambridge University Press

Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *The International journal on drug policy*, 21(3), 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>

Kerr, T., Tyndall, M.W., Zhang, R., Lai, C., Montaner, J.S., Wood, E. (2007). Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health*. 97:1228–1230.

Kinsella, M. (2017). Fostering client autonomy in addiction rehabilitative practice: the role of therapeutic “presence”. *J Theor Philos Psychol* . 37:91.

Klaman, S. L., Isaacs, K., Leopold, A., Perpich, J., Hayashi, S., Vender, J., Campopiano, M., & Jones, H. E. (2017). Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. *Journal of addiction medicine*, 11(3), 178–190. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000308>

Kleinig, J., (2008). Harm Reduction: The Ethics of Harm Reduction. *Substance Use & Misuse* 43: 1–16.

Kotyuk, E., Farkas, J., Magi, A., Eisinger, A., Király, O., Vereczkei, A., Barta, C., Griffiths, M. D., Kökönyei, G., Székely, A., Sasvári-Székely, M., & Demetrovics, Z. (2019). The psychological and genetic factors of the addictive behaviors (PGA) study. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(1), e1748. <https://doi.org/10.1002/mpr.1748>

Krystal, J. H., Cramer, J. A., Krol, W. F., Kirk, G. F., Rosenheck, R. A., & Veterans Affairs Naltrexone Cooperative Study 425 Group (2001). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *The New England journal of medicine*, 345(24), 1734–1739. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa011127>

Kruske, S., Young, K., Jenkinson, B., & Catchlove, A. (2013). Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 84.

Kuczkowski, K. (2007). The effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 19:578–85.

Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, 33(6), 782–794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>

Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London, England: SAGE

- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D., & Curlin, F. A. (2013). Physicians' Beliefs about the nature of addiction: a survey of primary care physicians and psychiatrists. *The American journal on addictions*, 22(3), 255–260. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00332.x>
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 26(1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Leggate, J. (2008). Improving pregnancy outcomes: mothers and substance misuse. *British Journal of Midwifery*, 16(3), 160–165. doi:10.12968/bjom.2008.16.3.286
- Lester, B.M., Andreozzi, L. & Appiah, L. (2004). Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research. *Harm Reduct J* 1, 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-1-5>
- Levy, N. (2003). Self-Deception and Responsibility for Addiction. *Journal of Applied Philosophy*, 20(2), 133–142. <http://www.jstor.org/stable/24355018>
- Levy N. (2014). Addiction as a disorder of belief. *Biology & philosophy*, 29(3), 337–355. <https://doi.org/10.1007/s10539-014-9434-2>
- Levy N. (2016). Addiction, Autonomy, and Informed Consent: On and Off the Garden Path. *The Journal of medicine and philosophy*, 41(1), 56–73. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhv033>
- Lewis, D.C. (1993). A disease model of addiction. In: *Principles of addiction medicine*, ed. N. Miller, 1–7. American Society on Addiction Medicine: Chevy Chase
- Lewis, M. (2015). *The Biology of Desire. Why addiction is not a disease*. Public Affairs. New York
- Lewis, M. (2017). Addiction and the Brain: Development, Not Disease. *Neuroethics*, 10(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9293-4>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- MacCoun, R.J. (1998). Toward a psychology of harm reduction. *Am Psychol*. 53:1199.
- MacCullough, L.B., Chervenak, F.A. (1994). *Ethics in Obstetrics and Gynecology*. New York, NY, Oxford
- Main, T. (1946). The hospital as therapeutic institution. *Bulletin Of the Meninger Clinic*, Vol.10, 16-17

- Manning, WG., Keeler, J.P. Newhouse, E.M. Sloss, and J. Wasserman (1989). The Taxes of Sin: Do Smokers Pay Their Way? *Journal of the American Medical Association* 261:1604-9.
- Marlatt, G.A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 21:779–788
- Matthews, S., Dwyer, R., & Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma In addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275–286.
- Mercer, T. (2013). Aristotle on Drugs. *The New Bioethics*, 19(2), 84–96.
- Meyers, R. J., & Wolfe, B. L. (2004). *Get your loved one sober: alternatives to nagging, pleading, and threatening*. Hazelden
- Miles, M., Francis, K., & Chapman, Y. (2010). Challenges for midwives: Pregnant women and illicit drug use. *Australian Journal of Advance Nursing*, 28(1), 83–90.
- Mill, J.S., (1859). *On Liberty*. various editions
- Miller, W. (2008). The ethics of harm reduction. In: Cynthia M. A. Geppert & Laura Weiss Roberts (eds.), *The Book of Ethics: Expert Guidance for Professionals Who Treat Addiction*. Hazelden
- Moos R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 88(2-3), 109–121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.010>
- Morgan, D.M., & Lee, R. (1991). Blackstone's guide to the Human Fertilisation and Embryology Act, 1990: Abortion and embryo research, the new law.
- Morrell, K., (2012). *Organization, Society and Politics: An Aristotelian Perspective*. London: Palgrave Macmillan.
- Morse, S.J.(2006). Addiction, genetics, and criminal responsibility. *Law & Contemp Probs* 69: 165
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. (2016). *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders* . Serious mental illness
- Muhuri, P.K., Gfroerer, J.C. (2009). Substance use among women: associations with pregnancy, parenting, and race/ethnicity. *Matern Child Health J*;13(3):376–85. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-008-0375-8>
- Murphy, S, & Rosenbaum, M. (1999). *Pregnant women on drugs*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Murray, T. H. (1987). Moral obligations to the not-yet born: the fetus as patient. *Clinics in perinatology*, 14(2), 329–343.
- National Harm Reduction Coalition. (2020). Pregnancy and substance use: A Harm reduction toolkit. Available at: <https://harmreduction.org/issues/pregnancy-and-substance-use-a-harm-reduction-toolkit/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2010). *Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, available at: <http://www.nice.org.uk/nice-media/live/13167/50822/50822.pdf>
- NIDA. (2007). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Drug Abuse and Addiction. <https://www.drugabuse.gov>
- NIDA. (2018). *Drugs, Principles of Drug Addiction Treatment: A research based guide (3rd edition)*. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-scienceaddiction/drug-abuse-addiction>.
- Nelson, M. L. (1993). A current perspective on gender differences: Implications for research in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 200–209.
- Nelson, L. (1998). A Legal Analysis of State-Compelled Loss of Liberty As an Intervention to Reduce the Harm of Perinatal Substance Abuse and Drug Addiction. *Substance Abuse Policy Research Program*
- New Zealand Ministry of Health (NZMH) (2008). *Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health. Available at: <http://www.health.govt.nz/publication/practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-new-zealand-2008>
- Nilssen, E. (2005). Coercion and Justice: A Critical Analysis of Compulsory Intervention Towards Adult Substance Abusers in Scandinavian Social Law. *International Journal of Social Welfare*. 14. 134 - 144. 10.1111/j.1369 6866.2005.00350.x.
- NTA (National Treatment Agency), (2012). *Medications in Recovery: Re-orientating Drug Dependence Treatment*. London: Department of Health.

- Ornoy, A., Michailevskaya V, Lukashov I, Bar-Hamburger R, Harel S. (1996). The development outcome of children born to heroin dependent mothers, raised at home or adopted. *Child Abuse Negl.* 20, 85-96.
- Osterman, R. L., Carle, A. C., Ammerman, R. T., & Gates, D. (2014). Single-session motivational intervention to decrease alcohol use during pregnancy. *Journal of substance abuse treatment*, 47(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.009>
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford, GB: Oxford University Press.
- Patrick, S.W., Davis, M.M., Lehmann, C.U., Cooper, W.O. (2015). Increasing incidence and geographic distribution of neonatal abstinence syndrome: United States 2009 to 2012. *J Perinatol.*;35(8):650–655
- Pellegrino, E. D. (1994). Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. *The Journal of contemporary health law and policy*, 10, 47–68.
- Peters, P. G. (1989). Protecting the unconceived: nonexistence, avoidability, and reproductive technology. *Arizona law review*, 31(3), 487–548.
- Phibbs, C. M., Kozhimannil, K. B., Leonard, S. A., Lorch, S. A., Main, E. K., Schmitt, S. K., & Phibbs, C. S. (2022). The effect of severe maternal morbidity on infant costs and lengths of stay. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 42(5), 611–616. <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01343-3>
- Phibbs, C.S., Bateman, D.A., Schwartz, R.M. (1991). The Neonatal Costs of Maternal Cocaine Use. *JAMA*. 266(11):1521–1526. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470110067035>
- Picardi, A., Pallagrosi, M., Fonzi, L., & Biondi, M. (2017). Psychopathological dimensions and the clinician's subjective experience. *Psychiatry research*, 258, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.079>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788–805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Radcliffe, P. (2009). Drug use and motherhood: strategies for managing identity. *Drugs and Alcohol Today*. Vol. 9 No. 3. pp. 17-21. <https://doi.org/10.1108/17459265200900026>
- Ray, M. K., Beach, M. C., Nicolaidis, C., Choi, D., Saha, S., & Korhuis, P. T. (2013). Patient and provider comfort discussing substance use. *Family medicine*, 45(2), 109–117

- Rendall-Mkosi, K., Morojele, N., London, L., Moodley, S., Singh, C., & Girdler-Brown, B. (2013). A randomized controlled trial of motivational interviewing to prevent risk for an alcohol-exposed pregnancy in the Western Cape, South Africa. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(4), 725–732. <https://doi.org/10.1111/add.12081>
- Rise, J., & Halkjelsvik, T. (2019). Conceptualizations of Addiction and Moral Responsibility. *Frontiers in psychology*, 10, 1483. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01483>
- Roberts, M. A., (2002). A New Way of Doing the Best That We Can: Person-Based Consequentialism and the Equality Problem. *Ethics*, 112(2), 315–350. <https://doi.org/10.1086/324321>
- Roberts, LW., Dunn, L.B. (2003). Ethical considerations in caring for women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 200. Sep;30(3):559-82. [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(03\)00071-8](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(03)00071-8)
- Roberts, M.A. (2004). Person-Based Consequentialism And The Procreation Obligation. In: Tännsjö, T., Ryberg, J. (eds) *The Repugnant Conclusion. Library Of Ethics And Applied Philosophy*, vol 15. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-2473-3_7
- Robertson, J.A. (1994). *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies*. Princeton: Princeton University Press.
- Shankaran, S., Lester, B.M., Das, A., Bauer, C.R., Bada, H.S., LaGasse, L., Higgins, L. (2007). Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Semin Fetal Neonatal Med.* 12:143–50.
- Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C., & Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm reduction journal*, 17(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-5>
- Simonelli, A., Pasquali, C. E., & De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: from explicative models to gender-oriented treatments. *European journal of psychotraumatology*. v.5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>
- Sinnott-Armstrong, Walter. (2013). Are addicts responsible? In *Addiction and self-control: perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience*, ed. Neil Levy, 122–142. Oxford: Oxford University Press.

- Stake, R. (2003). Case studies. In: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (2nd Ed.) (pp. 134 - 164). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Steinbock, B. (1986). The Logical Case for “Wrongful Life.” *The Hastings Center Report*, 16(2), 15–20. <https://doi.org/10.2307/3563085>
- Stone R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3, 2. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMSHA), (2021). *National Survey of Drug Use and Health*. Available at: <https://www.samhsa.gov/data/release/2021-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMSHA), (2020), *National Survey on Drug Use and Health: Annual Detailed Tables, 2018-2019*. Available at: <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>
- Substance Abuse and Mental Health services Administration. (SAMSHA), (2006). *Results from the 2006 national survey on drug use and health: national findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, NSDUH Series H-32, DHHS Publication No. SMA 07-4293, 2007
- Taylor R. M. (2013). Ethical principles and concepts in medicine. *Handbook of clinical neurology*, 118, 1–9. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00001-9>
- Terplan, M, Lui, S. (2007). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev*;(4):CD006037.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York, NY: Routledge.
- Tyndall, M. W., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J. G., & Wood, E. (2005). Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America’s first supervised injection facility. *Drug Alcohol Dependence*, 6(238), 51–54.
- UKDPC (United Kingdom Drug Policy Commission), (2008). *A Vision of Recovery*. London: UKDPC
- United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, (UNICRI). (2013). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. n.104. Turin

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. Retrieved from: https://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1.pdf
- Valencia, J., Alvaro-Meca, A., Troya, J., Gutiérrez, J., Ramón, C., Rodríguez, A., Vázquez-Morón, S., Resino, S., Moreno, S., & Ryan, P. (2020). Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PloS one*, *15*(3), e0230886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230886>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *The New England journal of medicine*, *374*(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>
- Warner, T. D., Roussos-Ross, D., & Behnke, M. (2014). It's not your mother's marijuana: effects on maternal-fetal health and the developing child. *Clinics in perinatology*, *41*(4), 877–894. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2014.08.009>
- Warren, M. (1989). The Moral Significance of Birth. *Hypatia*, *4*(3), 46–65.
- Warren, M. (2003). On the moral and legal status of abortion. In: Beauchamp TL, Walters L, eds. *Contemporary issues in bioethics*, 6th ed. Belmont, CA: Thomson Wadsworth Learning, 2003:298–307.
- Warren, M., (1997). *Moral Status*. Oxford: Clarendon Press
- Weatherburn, D. (2009). Dilemmas in harm minimization. *Addiction*. 104:335–339.
- Webb, L., Fox, S., Skårner, A., & Messas, G. (2022). Editorial: Women and substance use: Specific needs and experiences of use, others' use and transitions towards recovery. *Frontiers in psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1078605>
- Wilkinson, D., Skene, L., De Crespigny, L., & Savulescu, J. (2016). Protecting Future Children from In-Utero Harm. *Bioethics*, *30*(6), 425–432. <https://doi.org/10.1111/bioe.12238>
- World Health Organization. (WHO). (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva: World Health Organization
- Wightman MJ. (1991). Criteria for placement decisions with cocaine-exposed infants. *Child Welfare*. Nov-Dec;70(6):653-63. PMID: 1769246.

Wright, A., Walker, J. (2007). Management of women who use drugs during pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med*;12(2):114-8.

Young, N., Gardner, S, Otero, C, et. al. (2009). *Substance-exposed infants: state responses to the problem*. HHS Publication SMA09-4369. Available at: <https://ncsacw.samhsa.gov/files/Substance-Exposed-Infants.pdf>. Accessed: August 9, 2023

Ελληνόγλωσση

Angel, S. & Angel, P. (2010). *Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειές τους: Μια συστημική προσέγγιση*. Αθήνα: University Studio Press.

Dworkin, R. (2013). *Η Επικράτεια της Ζωής: Αμβλώσεις, ευθανασία και ατομική ελευθερία*. Αθήνα: Εκδόσεις Αρσενίδη.

Goffman, E. (2001). *Στίγμα. σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

O' Neill, O. (2011). *Αυτονομία και εμπιστοσύνη στη βιοηθική*. Εκδόσεις Αρσενίδη

Βιδάλης, Τ. (2007). *Βιοδίκαιο. Πρώτος τόμος: Το Πρόσωπο*. Εκδόσεις Σάκκουλα

Βιδάλης, Τ. (2003). *Ζωή χωρίς πρόσωπο. Το σύνταγμα και η χρήση του ανθρώπινου γενετικού υλικού*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα

Γαζγαλίδης, Κ. (2005). *«Ναρκωτικά»: εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης*. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). *Ηρωίνη: Θεραπείες υποκαταστάτων και ανταγωνιστών*. Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Δρόσου, Γ. (2017). Διερεύνηση της γέννησης παιδιού ως παράγοντα διακοπής της χρήσης σε μητέρες χρήστριες. *Εξαρτήσεις*. τεύχος 28

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. (2007). *Θέσεις για σύγχρονα προβλήματα*. Κείμενα 2000-2007. Εθνικό Τυπογραφείο

Επιβατιανός, Π. (1984). *Ιατρικό Δίκαιο. Δεοντολογία και προβληματική*. University Studio Press

ΕΠΙΨΥ. (2004). *Πανελλήνια έρευνα για την υγεία & τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό*. Αθήνα

- ΕΠΙΨΥ. (2020). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια έκθεση 2019*. Αθήνα
- Ζιώγου, Π. (2012). *Η αναγκαστική θεραπεία ουσιοεξαρτημένων εγκύων γυναικών*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Βιοηθική.
- Ίσαρη, Φ., Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στην ψυχολογία και στην εκπαίδευση*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Διαθέσιμο στο: www.kallipos.gr
- Κατρούγκαλος, Γ. (1993). *Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*. Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλας
- Κερασιώτη, Α., Μπιζά, Σ., Πολυχρονοπούλου, Γ., Σφήκα, Δ. (2012). Μητρότητα στην εξάρτηση: ευκαιρία για αλλαγή ή καταδίκη/βάρος; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 118, 34-38.
- Κουκουζέλης, Κ. (2019). *Wrongful Life: Μεταξύ διορθωτικής και διανεμητικής δικαιοσύνης*. Μνήμη Θανάση Κ. Παπαχρίστου, Σάκκουλας, Τόμος Ι.
- Κωνσταντινίδης, Γ. (2004). *Ο μίτος της Αριάδνης*. Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι
- Λιάππας, Α.Γ. (2003). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Εκδόσεις Πατάκη, Ε΄ έκδοση, Αθήνα
- Μάνεσης, Α. (1982). *Ατομικές ελευθερίες*, 4^η έκδοση. εκδόσεις Σάκκουλα. Θεσσαλονίκη
- Μανωλεδάκης, Ι. (1994). *Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο; Υπεράσπιση*. Σάκκουλας: Αθήνα, Κομοτηνή
- Μάρσελος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες Ουσίες – Φαρμακολογία, τοξικολογία, ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία*. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Μαρσέλος, Γ. (2021). Εισαγωγή. Στο: Παπαρρηγόπουλος, Θ., Δάλλα, Χρ. (επιμ.) *Οι εξαρτήσεις: Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης. Σειρά: Ιατρική και Κοινωνία
- Μάτσα, Αικ. (2011). Παιδιά εξαρτημένων γονέων. Ο γονεϊκός δεσμός και οι «σημαντικοί άλλοι». *Τετράδια Ψυχιατρικής*. 115, 20-25
- Μάτσα, Αικ. (2007). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα

- Μάτσα, Α. & Σφηκάκη, Μ. (2008). Η εξαρτημένη γυναίκα: μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα προβλήματα ή μήπως ένα παραμελημένο πρόβλημα που αναζητά τη λύση του; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, (101), 154-159
- Negri, R. (2001). *Το νεογνό στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Ένα νευροψυχαναλυτικό μοντέλο πρόληψης*. Μετάφραση –Επιμέλεια: Βασιλική Παπαδοπούλου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Νόμος 3418/2005, ΦΕΚ Α 287/28.11.2005 - *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*
- Ο.ΚΑ.ΝΑ, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. (2013). *Κύηση και χρήση ουσιών*. Αθήνα
- Παιονίδης, Φ. (2007). *Υπερ του δέοντος. Δοκίμια πρακτικής φιλοσοφίας*, Αθήνα: Εκκρεμές
- Παπαδόπουλος, Γ. (2021). Ιστορική αναδρομή. Στο Παπαρρηγόπουλος, Θ., Δάλλα, Χρ. (επιμ.) *Οι εξαρτήσεις: Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης. Σειρά: Ιατρική και Κοινωνία
- Παπαχρίστου, Θ. (2017). Το δικαίωμα στην απόκτηση απογόνων και οι περιορισμοί του. Στο: Τσινόρεμα, Στ., Κίτσος, Α. (επιμ.) *Θέματα Βιοηθικής. Η ζωή, η κοινωνία και η φύση μπροστά στις προκλήσεις των βιοεπιστημών*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Πουλής Ι. & Βλάχου Ε., (2016). *Βιοηθική. Δεοντολογία και Νομοθεσία στις Επιστήμες της Υγείας*. Αθήνα: Κωνσταντάρας
- Σούρλας, Π. (2020). *Ρυθμίζοντας τα του βίου. Ο νομοθέτης και η βιοηθική*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης
- Φουντεδάκη, Κ. (2004). Θέματα Αστικής Ιατρικής Ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία (wrongful life). *Digesta*. 471-483

Παράρτημα Α – Οδηγός Συνέντευξης

Μέρος Πρώτο

Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: _____ 2. Ηλικία: _____
3. Εργασιακή εμπειρία σε φορείς απεξάρτησης (έτη): _____
4. Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος / Άγαμος Με / Χωρίς Παιδιά

Μέρος Δεύτερο

Άξονες Συνέντευξης

Άξονας Α – Το πρόβλημα της εξάρτησης

1. Η χρόνια χρήση ναρκωτικών ουσιών πρέπει να αντιμετωπίζεται κυρίως ως ασθένεια ή ως ζήτημα λάθος προσωπικών επιλογών;
2. Ποια είναι η άποψή σας για την αναγκαστική/υποχρεωτική θεραπεία μιας εγκύου χρήστριας. Θα συμφωνούσατε με μια τέτοια πρακτική;
3. Θεωρείτε ότι το παιδί μιας χρήστριας ουσιών έχει αυξημένες πιθανότητες να γίνει και το ίδιο συστηματικός/ή χρήστης/χρήστρια ουσιών κάποια στιγμή στο μέλλον; Εάν ναι, γιατί;

Άξονας Β – Δικαιώματα και Υποχρεώσεις

1. Μια εξαρτημένη γυναίκα που μένει έγκυος θεωρείτε πως διαπράττει κάποιο αδίκημα και οφείλει να τιμωρηθεί για αυτό;
2. Είναι δικαίωμα μιας εξαρτημένης γυναίκας να τεκνοποιεί όσα τέκνα η ίδια επιθυμεί;
3. Η γέννηση παιδιών από εξαρτημένους γονείς θεωρείτε ότι βλάπτουν το κοινωνικό σύνολο με οποιονδήποτε τρόπο;
4. Θα συμφωνούσατε με την πρακτική της ποινικοποίησης της ουσιοεξάρτησης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ως μέτρο αποτροπής της εγκύου στο πλαίσιο της προστασίας του εμβρύου από ενδεχόμενες βλάβες;

Άξονας Γ – Ο θεραπευτής και τα όρια της θεραπείας

1. Η θεραπεία που παρέχει ένας θεραπευτής σε μια έγκυο χρήστρια απευθύνεται κυρίως στην ίδια την έγκυο ή στο έμβρυο που κυοφορεί;
- 2α. Θεωρείτε ότι οι θεραπευτές βλέπουν με μεγαλύτερη συμπάθεια μια γυναίκα χρήστρια που αιτείται θεραπείας από έναν άνδρα χρήστη;
- 2β. Θα βλέπατε με μεγαλύτερη συμπάθεια μία έγκυο χρήστρια ουσιών που ζητάει βοήθεια από μια χρήστρια που δεν είναι έγκυος;
- 3α. Θα διακόπτατε ποτέ την παροχή θεραπείας σε έγκυο χρήστρια εάν η ίδια δεν ήταν συνεπής στο θεραπευτικό σχήμα που αφορά την εξάρτησή της ή την επιμέλεια της σωματικής της υγείας, όπως και αυτής του εμβρύου (τακτικός γυναικολογικός και ιατρικός έλεγχος);
- 3β. Θα διακόπτατε ποτέ την παροχή θεραπείας σε έγκυο χρήστρια επειδή σας το επιτάσσει το προσωπικό σας ηθικό/αξιακό πλαίσιο αναφοράς;
4. Πιστεύετε ότι η απόφαση της εγκύου χρήστριας να τερματίσει την εγκυμοσύνη της ή να γεννήσει τελικά το παιδί που κυοφορεί οφείλει να γίνεται σεβαστή από τον/την θεραπευτή/τριά της;

Άξονας Δ – Επιμέλεια και Κοινωνική Πρόνοια

1. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείτε ότι αποτελεί παραμέληση/κακομεταχείριση παιδιού, υπό την έννοια της πρόκλησης βλάβης στο έμβρυο;
2. Οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει αυτομάτως να χάνουν την επιμέλεια των παιδιών τους;
3. Πιστεύετε ότι η πολιτεία/το κράτος οφείλει να επιμελείται την φροντίδα των παιδιών εξαρτημένων γονέων ή αυτό πρέπει να αποτελεί ευθύνη αποκλειστικά των φυσικών γονέων και του ευρύτερου οικογενειακού τους περιβάλλοντος;
4. Τι συνέπειες έχει η τεκνοποίηση μιας γυναίκας χρήστριας ουσιών για: α) την ίδια, β) το παιδί που φέρνει στον κόσμο γ) την ευρύτερη κοινωνία;



Πανεπιστήμιο Κρήτης

**Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική»
Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων/ουσών**

Τίτλος: «Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών - Ζητήματα Βιοηθικής: Τα όρια της θεραπείας της εγκύου χρήστριας»

Ερευνητής: Ζαχαρόπουλος Ιωάννης: Κοινωνιολόγος/Κοινωνικός Ερευνητής – Τελειόφοιτος Φοιτητής ΔΠΜΣ Βιοηθικής

Χρηματοδότης: Η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται από τον κ. **Ζαχαρόπουλο Ιωάννη, τελειόφοιτο φοιτητή του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική»**, στα πλαίσια της διπλωματικής του εργασίας για την ανάληψη του τίτλου.

Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα.

Σας παρακαλούμε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να το διαβάσετε, να το σκεφτείτε και να κάνετε όποιες ερωτήσεις θέλετε είτε τώρα είτε κάποια άλλη στιγμή. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε αυτό το έντυπο και θα λάβετε ένα αντίγραφο.

1. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η μελέτη των στάσεων και αντιλήψεων του θεραπευτικού προσωπικού που εργάζεται σε δημόσιο φορέα απεξάρτησης (ΚΕ.Θ.Ε.Α) αναφορικά με το ζήτημα της εγκυμοσύνης και της παράλληλης χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται σε σχέση με τα όρια της παρεχόμενης φροντίδας στον εν λόγω πληθυσμό, καθώς και την ενδεχόμενη σύγκρουση με τα προσωπικά ηθικά-αξιακά τους πλαίσια.

2. ΠΟΙΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; ΓΙΑΤΙ ΕΧΩ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ;

Έχετε προσκληθεί να συμμετέχετε στην έρευνα αυτή γιατί εργάζεστε ως θεραπευτικό προσωπικό στο ΚΕ.Θ.Ε.Α και είστε άνω των 18 ετών.

3. ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΘΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; ΤΙ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας θα χρειαστεί να συμμετέχετε σε μια εις βάθος ατομική συνέντευξη, διάρκειας 30-40 λεπτών με τον ερευνητή βάσει συγκεκριμένων προκαθορισμένων αξόνων. Παράλληλα, στα πλαίσια της έρευνας θα χρειαστεί να καταγραφούν κάποια βασικά κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό σας επίπεδο και η εργασιακή σας εμπειρία.

4. ΠΟΙΟΣ ΩΦΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; Ή ΕΧΩ ΚΑΠΟΙΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα επωφεληθούν σε ατομικό επίπεδο, τόσο μέσω της κατανόησης των στάσεων και αντιλήψεών τους σχετικά με ζητήματα γύρω από την εγκυμοσύνη και την χρήση ουσιών, καθώς και της ενδεχόμενης σύγκρουσης του προσωπικού τους ηθικού-αξιακού πλαισίου με την επαγγελματική τους ηθική. Παράλληλα, θα έχουν την ευκαιρία να διερευνήσουν τα όρια του επαγγελματικού τους ρόλου αναφορικά με την παρεχόμενη φροντίδα στον πληθυσμό των εξαρτημένων εγκύων χρηστών και να συμμετέχουν στην συγγραφή καλών πρακτικών και κατευθυντήριων γραμμών στην θεραπεία εξαρτημένων γυναικών σε εγκυμοσύνη.

5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΙΝΔΥΝΟΙ (Η ΚΟΣΤΟΣ/ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ) ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Ο ερευνητής θεωρεί πως δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι που να σχετίζονται με αυτήν την έρευνα. Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή οικονομική επιβάρυνση για εσάς, εκτός από τον χρόνο που απαιτείται και πρέπει να εξασφαλιστεί για την ολοκλήρωση της ατομικής συνέντευξης.

6. ΥΠΟΧΡΕΟΥΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία, είτε πριν είτε κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Αν όμως δεχτείτε να συμμετάσχετε σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο που έχετε στα χέρια σας, να το κρατήσετε και να υπογράψετε το διακριτό έντυπο συναίνεσης που θα σας δοθεί.

Ακόμη και όταν δεχτείτε να συμμετάσχετε μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία και χωρίς καμία συνέπεια (ηθική ή οικονομική) για εσάς. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας και να μην συμπεριληφθούν στα συνολικά αποτελέσματα της έρευνας.

Τα προσωπικά σας δεδομένα μπορούν να διαγραφούν ανά πάσα στιγμή. Στην περίπτωση που επιθυμείτε να διαγραφούν τα προσωπικά σας δεδομένα ή οι πληροφορίες που μας δώσατε μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον κ. **Ζαχαρόπουλο Ιωάννη** στο: research@kethea-exelixis.gr.

7. ΠΩΣ ΘΑ ΔΙΑΦΥΛΑΧΘΕΙ Η ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΟΥ;

Στην εν λόγω έρευνα προστατεύεται η ανωνυμία σας, καθώς δεν θα σας ζητηθεί ονοματεπώνυμο ή άλλα στοιχεία που να σας ταυτοποιούν άμεσα ή έμμεσα. Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος θα συγκεντρώσουμε τα παρακάτω δεδομένα που αφορούν το πρόσωπό σας, όπως: *φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και εργασιακή εμπειρία*.

Θα συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε με τη χρήση ημι-δομημένου *ερωτηματολογίου* και θα τις καταγράψουμε σε αρχεία ψηφιακά, από όπου θα προκύψει η επεξεργασία τους και η ερευνητική ανάλυση.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα ανωνυμοποιηθούν και θα κωδικοποιηθούν με την χρήση αριθμητικού κωδικού με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε τρίτους, αλλά και στους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην έρευνα. Επίσης, η ταυτότητά σας δεν θα αποκαλυφθεί σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προκύψουν από τη συγκεκριμένη μελέτη.

Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα σας θα φυλάσσονται στο γραφείο του επιστημονικού υπεύθυνου του έργου σε κλειδωμένο συρτάρι. Τα αρχεία της έρευνας θα φέρουν έναν κωδικό. Ένα κύριο κλειδί που συνδέει τα ονόματα και τους κωδικούς θα διατηρείται σε ξεχωριστή και ασφαλή τοποθεσία στο γραφείο του επιστημονικού υπευθύνου. Υπενθυμίζεται ότι μπορείτε να έχετε πλήρη πρόσβαση στα δεδομένα σας -ύστερα από γραπτό αίτημα- ανά πάσα στιγμή, κατά την διάρκεια του έργου, αλλά και μετά την ολοκλήρωσή του.

Όλα τα ηλεκτρονικά αρχεία (συμπεριλαμβανομένων όλων των τύπων ηλεκτρονικών αρχείων που χρησιμοποιούνται, όπως βάσεις δεδομένων, υπολογιστικά φύλλα κ.λπ.) που περιέχουν αναγνωρίσιμες πληροφορίες θα προστατεύονται με κωδικό πρόσβασης. Οποιοσδήποτε υπολογιστής φιλοξενεί τέτοια αρχεία θα έχει επίσης προστασία με κωδικό πρόσβασης για να εμποδίσει την πρόσβαση από μη εξουσιοδοτημένους χρήστες. Μόνο ο ερευνητής θα έχει πρόσβαση στους κωδικούς πρόσβασης.

Τα δεδομένα που αφορούν το πρόσωπό σας (κοινωνικο-δημογραφικά), θα φυλαχθούν για χρονικό διάστημα δύο (2) ετών, μετά το πέρας του οποίου θα καταστραφούν, με ευθύνη του ερευνητή.

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που θα μας δώσετε μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε παρόμοια έρευνα/παρουσίαση. Σε κάθε, όμως, περίπτωση ο ερευνητής θα έρθει σε επαφή μαζί σας -με κάθε δυνατό τρόπο- ώστε να εξασφαλίσει εκ νέου την γραπτή συγκατάθεσή σας για δευτερογενή χρήση των δεδομένων σας.

8.ΘΑ ΛΑΒΩ ΚΑΠΟΙΑ ΑΜΟΙΒΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ;

Δεν προβλέπεται κάποια αμοιβή (υλική ή οικονομική) για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

9. ΠΟΙΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η έρευνα αυτή χρηματοδοτείται αποτελεί μέρος της διπλωματικής εργασίας του ερευνητή στα πλαίσια του **Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική»** και δεν χρηματοδοτείται από κανέναν δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα.

10.ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΓΚΡΙΝΕΙ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η έρευνα έχει λάβει έγκριση από την Ειδική Επιτροπή Σπουδών του ΔΠΜΣ, την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης (ΑΡ.ΑΠΟΦ.: 97/10.07.2023) όπως επίσης και από τον Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ, με τον οποίο έχει συναφθεί ερευνητικό πρωτόκολλο.

11. ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΩ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον κ. Ζαχαρόπουλο Ιωάννη, Κοινωνιολόγο – Κοινωνικό Ερευνητή στο email : research@kethea-exelixis.gr

12. ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΩ ΠΑΡΑΠΟΝΑ Η ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΕΣ;

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να προσφύγετε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης στην ηλεκτρονική διεύθυνση: ehde@uoc.gr

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στον υπεύθυνο/στην υπεύθυνη επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Κρήτης και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr)



Πανεπιστήμιο Κρήτης

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική»

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος έργου :

«Εγκυμοσύνη και χρήση ουσιών - Ζητήματα Βιοηθικής: Τα όρια της
θεραπείας της εγκύου χρήστριας»

Ερευνητική Ομάδα:

Ζαχαρόπουλος Ιωάννης: Κοινωνιολόγος/Κοινωνικός Ερευνητής –
Τελειόφοιτος Φοιτητής ΔΠΜΣ Βιοηθικής

Χρηματοδότης:

Η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
Πληροφόρησης

Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω
σε **ΝΑΙ** αυτή τη συζήτηση **ΟΧΙ**

Έχω λάβει
ικανοποιητικές

εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών **ΝΑΙ** μου δεδομένων και του γενετικού/βιολογικού μου υλικού

ΟΧΙ

Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να **ΝΑΙ** αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια.

ΟΧΙ

Κατανόω ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα **ΝΑΙ** καταστραφούν.

ΟΧΙ

Κατανόω ότι μπορώ να ζητήσω να καταστραφούν οι πληροφορίες που **ΝΑΙ** έδωσα στο πλαίσιο της έρευνας ανά πάσα στιγμή, μέχρι και 3 έτη μετά την λήξη αυτής

ΟΧΙ

Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες **ΝΑΙ** πληροφορίες για την έρευνα

Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Γνωρίζω σε ποιόν μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:	
Υπογραφή:	Ημερομηνία:
Όνοματεπώνυμο ερευνητή:	
Υπογραφή:	Ημερομηνία: