

Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών
Τμήμα Ιατρικής • Τμήμα Βιολογίας • Τμήμα Κοινωνιολογίας

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών Βιοηθική

Όνομα: Φωτόπουλος Δήμος

Τίτλος: Η ευθύνη του ατόμου στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών: ατομική επιλογή, νόσος, ή κοινωνικά προσδιορισμένη συμπεριφορά

Εξεταστική Επιτροπή:

Γκούνης Κώστας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης (επιβλέπων)
Μαραγκός Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Φιλοσοφικών και Κοινωνικών Σπουδών Πανεπιστημίου Κρήτης
Τζαβάρας Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Διπλωματική Εργασία για το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης

Φεβρουάριος 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΣΕΛ. 3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΕΛ. 5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΗΘΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ. 18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ	ΣΕΛ. 20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΝΟΣΟΣ	ΣΕΛ. 28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ Ο ΝΟΜΟΣ	ΣΕΛ. 38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΣΕΛ. 49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	ΣΕΛ. 54
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ. 60
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ΣΕΛ. 62
SUMMARY	ΣΕΛ. 67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛ. 69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι άνθρωποι φαίνεται ότι χρησιμοποιούσαν ψυχοτρόπες ουσίες σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας τους. Παραδείγματα έχουμε τόσο από την αρχαία Ελλάδα (διονυσιακές τελετές), όσο και από άλλες περιοχές του κόσμου (Νότια Αμερική, Ασία). Στη διάρκεια όμως του 20^{ου} αιώνα άλλαξε ο τρόπος που αυτές χρησιμοποιούνται. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του φυτού της κόκας: οι ευεργετικές δράσεις των φύλλων του αξιοποιούνταν για αιώνες από τους λαούς της Λατινικής Αμερικής, στις μέρες μας όμως καλλιεργείται μόνο για την παραγωγή κοκαΐνης, η οποία στη συνέχεια κατακλύζει τις αγορές του δυτικού κόσμου.

Η τοξικοεξάρτηση, ως φαινόμενο, απασχολεί σήμερα επιστήμονες από διαφορετικούς κλάδους: γιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, φιλοσόφους. Ο καθένας τους προσεγγίζει το φαινόμενο μέσα από τη δική του προοπτική, δημιουργώντας ταυτόχρονα τη δική του θεωρητική αναπαράσταση.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι το να εξετασθεί η ευθύνη του ατόμου για τη χρήση τοξικών ουσιών, σύμφωνα με τις διαφορετικές θεωρητικές αναπαραστάσεις του φαινομένου της εξάρτησης.

Δηλαδή, θα δούμε το κατά πόσο θεωρείται υπεύθυνο το άτομο για την εξάρτησή του, ανάλογα με το πως αντιλαμβάνονται οι ειδικοί το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα δώσουμε τον ιατρικό ορισμό της εξάρτησης, τα κριτήρια κατά DSM IV για την εξάρτηση, την κατάχρηση, τους προσδιοριστές της πορείας της εξάρτησης από ουσίες και την φυσική πορεία της εξάρτησης. Στη συνέχεια, θα γίνει η διάκριση των όρων addiction και dependence και θα δοθούν τα χαρακτηριστικά των εξαρτήσεων. Κατόπιν θα εξετασθεί το ζήτημα της ελευθερίας της βούλησης και της ευθύνης, καθώς και το ερώτημα της συμβατότητας, της ελευθερίας και του ντετερμινισμού. Τέλος θα διευκρινισθεί με ποιο τρόπο η εξάρτηση εμπλέκεται με βιοηθικά ερωτήματα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει σύντομη αναφορά στον ηθικό λόγο, την εξέλιξή του στη διαδρομή του χρόνου και στη θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας σήμερα. Επιπλέον, θα δούμε ως παράδειγμα πώς ο ηθικός λόγος παρεισφρεί στη θεραπεία στην περίπτωση των Ανώνυμων Αλκοολικών.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα δοθούν παραδείγματα για την εξάρτηση ως ατομική επιλογή. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην έννοια της επιλογής σε σχέση με την ορθολογικότητα, αλλά και το κατά πόσον η εξάρτηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα ορθολογικής επιλογής.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα εξετασθεί η εξάρτηση ως νόσος, αρχικά μέσα από την επικρατούσα ιατρική θέση, αλλά και μέσα από την κριτική που αυτή δέχεται. Θα συζητηθεί το πού βρίσκεται η έρευνα σήμερα, τα μοντέλα δράσης των ψυχοτρόπων ουσιών και τέλος θα υπάρξει σύντομη αναφορά στην ψυχοδυναμική προσέγγιση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα αναφερθούν τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της χρήσης ουσιών από τη σκοπιά των ατομικών δικαιωμάτων και από την ωφελιμιστική σκοπιά, το αν το κράτος πρέπει να παρεμβαίνει και το πού βρίσκεται ο φιλοσοφικός διάλογος σήμερα. Κατόπιν, θα συζητηθεί η εξάρτηση από τη νομική σκοπιά, καθώς και η περίπτωση της καταναγκαστικής θεραπείας.

Στο έκτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην κοινωνική επίδραση στη συμπεριφορά, στη εξάρτηση ως παρέκκλιση και κοινωνική κατασκευή, αλλά και στην ιατροποίηση του φαινομένου. Επίσης, θα μιλήσουμε για τις μορφές που παίρνει ο κοινωνικοθεραπευτικός λόγος.

Στα συμπεράσματα θα συζητηθεί πως οι αναπαραστάσεις για το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης αντανakλούν στην καθημερινή θεραπευτική πρακτική και με ποιο τρόπο επηρεάζουν τη χάραξη πολιτικής.

Τέλος, θα προσπαθήσουμε να ορίσουμε το πλαίσιο μέσα στο οποίο είναι δυνατόν να διεξαχθεί ο διάλογος μεταξύ των ειδικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

- *Ιστορική διαδρομή. Ο ορισμός της εξάρτησης.*

Ο άνθρωπος που θεωρείται υπεύθυνος για την “ανακάλυψη της εξάρτησης” είναι ο Benjamin Rush (1746-1813), Αρχίατρος στον Επαναστατικό Στρατό των ΗΠΑ και ένας από τους πατέρες του Αμερικανικού Έθνους που υπογράφουν τη Διακήρυξη της Ελευθερίας.

Ο Benjamin Rush:

...Πρώτον, ταυτοποίησε τον αιτιολογικό παράγοντα (αλκοολούχα ποτά), δεύτερον περιέγραψε την εικόνα των αλκοολικών, τρίτον δήλωσε ότι η κατάσταση αυτή είναι νόσος και τέταρτον καθόρισε ότι η πλήρης αποχή είναι ο μόνος τρόπος να θεραπευτεί ο αλκοολικός (Elster 1999: 131)

Στην Ευρώπη ο όρος “τοξικομανία” αρχίζει να χρησιμοποιείται το 1885 από τον Regnard, και επανεμφανίζεται το 1894 από τον Veisenburger. Στη Γερμανία χρησιμοποιήθηκε αρχικά ο όρος “μορφινομανία” από τον Edouard Levinstein, ο οποίος έκανε τη διάκριση μεταξύ μορφινομανίας (νοσηρής έξης για την ουσία) και μορφινισμού (χρόνιας δηλητηρίασης από τη μορφίνη). Ο Freud αναφερόταν στη “μορφινομανία” και στην “κοκαΐνομανία”, ήδη από το 1886. Το 1912 ο καθηγητής Dupre περιλαμβάνει την τοξικομανία στις “ενστικτώδεις διαστροφές”, εννοώντας ιδιοσυστασιακές ανωμαλίες του ατόμου, ενώ το 1914 ανευρίσκεται ο όρος στη Σύνοψη Ψυχιατρικής του Regis. Στην περίοδο του Μεσοπολέμου, το ενδιαφέρον του επιστημονικού κόσμου στρέφεται στις κοινωνικές αιτίες της τοξικομανίας, εξακολουθώντας, όμως, να αναφέρεται στην “τοξικομανιακή προσωπικότητα” και στον “κληρονομικό εκφυλισμό”. Το 1950 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει ως τοξικομανία “την κατάσταση η οποία οφείλεται στην περιοδική ή χρόνια δηλητηρίαση που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση ναρκωτικών, φυσικών ή συνθετικών” και το 1964 αποφασίζει να αντικαταστήσει τον όρο τοξικομανία με τον όρο εξάρτηση. (Μάτσα 2001: 66)

ΕΞΑΡΤΗΣΗ – ΟΡΙΣΜΟΙ

- *Ιατρικός ορισμός*

Η επίσημη ψυχιατρική ταξινόμηση (DSM IV και ICD 10) χρησιμοποιεί τους όρους εξάρτηση από ουσίες (substance dependence) και κατάχρηση ουσιών (substance abuse). Σύμφωνα με τα ψυχιατρικά εγχειρίδια:

[ο όρος] εξάρτηση αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία το άτομο χρειάζεται την ουσία για να λειτουργήσει σε κανονικά όρια και περιλαμβάνει συμπτώματα γνωσιακά, συμπεριφορικά και

φυσιολογικά. Η επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας συνήθως συνοδεύεται από ανοχή, συμπτωματολογία απόσυρσης και συμπεριφορά καταναγκαστικής λήψης.

Η κατάχρηση συνιστά παθολογικό τρόπο λήψης της ουσίας, που εκδηλώνεται με αρνητικά επακόλουθα λόγω της επαναλαμβανόμενης λήψης. (Αλεβίζος 2000: 220).

- *Κριτήρια κατά DSM IV εξάρτησης, κατάχρησης και οι προσδιοριστές πορείας της εξάρτησης.*

Εξάρτηση από Ουσίες

Ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν κάποια στιγμή στην ίδια 12μηνη περίοδο:

1. *ανοχή*, όπως ορίζεται με ένα από τα ακόλουθα:
 - (α) ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα
 - (β) σαφώς περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας της ουσίας
2. *στέρηση*, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:
 - (α) το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία (ανατρέξτε στα κριτήρια Α και Β των ομάδων κριτηρίων για τη στέρηση από τις επιμέρους ουσίες)
 - (β) η ίδια (ή παρόμοια ουσία) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.
3. συχνά η ουσία λαμβάνεται σε *μεγαλύτερες ποσότητες* ή για μεγαλύτερες περιόδους, σε σχέση με την *πρόθεση* του ατόμου
4. υπάρχει έμμονη *επιθυμία* ή *ανεπιτυχείς προσπάθειες* να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση της ουσίας.
5. ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας (π.χ. με επισκέψεις σε πολλούς γιατρούς ή διανύοντας μεγάλες αποστάσεις), για τη χρήση της ουσίας ή για την ανάνηψη από τη δράση της
6. εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, εξαιτίας της χρήσης της ουσίας
7. συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρ' όλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από την ουσία (π.χ. χρήση κοκαΐνης παρά την αναγνώριση της προκαλούμενης από κοκαΐνη κατάθλιψης ή συνέχιση της χρήσης αλκοόλ, παρά την αναγνώριση της επιδείνωσης υπάρχοντος έλκους από το ποτό)

Προσδιορίστε αν:

με σωματική εξάρτηση: ύπαρξη ανοχής ή στέρησης (δηλαδή είναι παρόντα, είτε το 1 είτε το 2)

χωρίς σωματική εξάρτηση: δεν υπάρχουν ανοχή ή στέρηση (δηλαδή δεν είναι παρόντα ούτε το 1, ούτε το 2)

Κατάχρηση Ουσιών.

A. Ένα *δυσπροσαρμοστικό* πρότυπο χρήσης ουσίας που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν μέσα σε μια 12μηνη περίοδο.

1. υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας που έχει ως αποτέλεσμα την *αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων* του ρόλου στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι (π.χ. επανειλημμένες απουσίες ή χαμηλή εργασιακή απόδοση που σχετίζονται με την χρήση της ουσίας, συνδεόμενες με τη χρήση ουσιών απουσίες, διακοπές ή αποβολές από το σχολείο, παραμέληση παιδιών ή νοικοκυριού)
2. υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας σε καταστάσεις, στις οποίες είναι *σωματικά επικίνδυνο* (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανής υπό την επήρεια της ουσίας)
3. υποτροπιάζοντα *προβλήματα με το νόμο* συνδεόμενα με τη χρήση ουσιών (π.χ. συλλήψεις για συνδεόμενη με τη χρήση ουσιών διατάραξη κοινής ησυχίας)
4. συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρ' όλη την ύπαρξη μόνιμων ή υποτροπιαζόντων *κοινωνικών ή διαπροσωπικών* προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις της ουσίας (π.χ. καβγάδες με το (τη) σύζυγο σχετικά με τις συνέπειες της τοξίκωσης, σωματικοί διαπληκτισμοί)

B. Τα συμπτώματα δεν πληρούσαν ποτέ τα κριτήρια της εξάρτησης από ουσία, γι' αυτή την τάξη ουσιών.

Προσδιοριστές Πορείας της Εξάρτησης από Ουσίες (Course Modifiers)

Πρώιμη πλήρης ύφεση

Πρώιμη μερική ύφεση

Συντηρούμενη πλήρης ύφεση

Συντηρούμενη μερική ύφεση

Σε θεραπεία με αγωνιστές

Σε ελεγχόμενο περιβάλλον

- *Η φυσική πορεία της εξάρτησης.*

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ξεκινά συνήθως στη διάρκεια της εφηβείας, σε πλαίσια πειραματισμού ή “πλάκας”. Μετά από μια περίοδο στην οποία δεν υπάρχουν σοβαρές συνέπειες από τη χρήση και η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί “μήνας του μέλιτος”, αρχίζει να εγκαθίσταται προοδευτικά η εξάρτηση. Ο χρήστης εμφανίζει συμπτώματα απόσυρσης, αλλάζουν οι προτεραιότητες της ζωής υπέρ της χρήσης ουσιών και ταυτόχρονα κυριεύεται από αισθήματα ενοχής για τον χρόνο και το χρήμα που δαπανάται στις ουσίες. Στη συνέχεια ακολουθεί μια περίοδος κατά την οποία η υγεία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προοδευτικά εκπίπτουν. Σε αυτή την περίοδο πολλοί εξαρτημένοι προσπαθούν να διακόψουν τη χρήση, αλλά συνήθως υποτροπιάζουν μετά από περιόδους αποχής. Η έκπτωση του εξαρτημένου συνήθως σταματά με τη δραματική διαπίστωση ότι η ζωή του έχει γίνει ανυπόφορη. Τη διαπίστωση αυτή ακολουθούν συναισθήματα ντροπής; “έπιασα πάτο”, αναπλαισίωση των επιλογών και συνειδητή επιλογή να σταματήσουν τη χρήση. (Heyman 2001: 105).

- *Τα σύνδρομα στην ψυχιατρική και οι ατέλειες τους (διαταραχές vs. νόσοι).*

Η ψυχιατρική διαφέρει από τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες στο ότι τα περισσότερα κλινικά ψυχιατρικά σύνδρομα δεν αποτελούν, προς το παρόν, νοσολογικές οντότητες (δηλαδή εκδηλώσεις με γνωστή αιτιοπαθογένεια, παθολογοανατομικές ή λειτουργικές βλάβες στο επίπεδο του βιολογικού υποστρώματος). Έτσι,

πολλά από τα σημεία και τα συμπτώματα (...) μπορούν να κατανοηθούν ως διαφορετικά σημεία σε ένα φάσμα συμπεριφοράς που εκτείνεται από το φυσιολογικό έως το παθολογικό. Είναι εξαιρετικά σπάνιο να έχουμε ένα παθολογικό σημείο στην ψυχιατρική. (Kaplan and Sadock 2003: 275)

Παρότι χρησιμοποιείται η έννοια του “φάσματος” συμπεριφοράς, η διάκριση μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού κάποια στιγμή γίνεται. Ο ψυχίατρος τελικά αποφασίζει με βάση τα consensus και τις guidelines (τις συναινέσεις μεταξύ των ειδικών και τις κατευθυντήριες γραμμές), την εμπειρία του, αλλά και με βάση την (ειδικότερη) εκπαίδευσή καθώς και τις ιδεολογικό - κοινωνικές απόψεις του. Τέτοιες αποφάσεις, ειδικά σε θέματα όπως η εξάρτηση, εμπεριέχουν (μοιραία) και έναν βαθμό αυθαιρεσίας:

Ο ορισμός μιας συγκεκριμένης εμπλοκής ως εξαρτητικής για ένα συγκεκριμένο άτομο εμπεριέχει και έναν βαθμό αυθαιρεσίας. (Peele 1985: 26)

- *Η χρήση των όρων addiction και addict σε σχέση με τον όρο dependence.*

Στη διεθνή βιβλιογραφία στον ελληνικό όρο εξάρτηση αντιστοιχούν οι όροι dependence και addiction. Για τη διάκρισή τους:

...ο Olievenstein έκανε τη διάκριση ανάμεσα στην addiction και την dependence, τονίζοντας ότι η addiction αναφέρεται σε συμπεριφορές εξάρτησης γενικά, συμπεριλαμβάνοντας βουλιμία, ψυχολογική

ανορεξία, σεξ, τζόγο, κ.α., αλλά ως έννοια δεν είναι ταυτόσημη με την τοξικομανία, που συνδέεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και αγκαλιάζει όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης, (Μάτσα 2001: 71)

Ενώ όμως γίνεται προσπάθεια να διαχωριστούν οι όροι dependence και addiction, τελικά συγχέονται περισσότερο, όταν γίνεται προσπάθεια από τους ψυχιάτρους να ερμηνευτούν τα φαινόμενα της εξάρτησης στη βάση κοινών μηχανισμών:

Κάπως σχετιζόμενες με τον όρο dependence είναι οι λέξεις addiction και addict. Η λέξη addict έχει αποκτήσει μια απαξιωτική δευτερεύουσα σημασία που δεν αφορά στην κατάχρηση ουσιών (substance abuse) ως ιατρική διαταραχή. Ο όρος addiction χρησιμοποιείται επιπόλαια, για παράδειγμα στις φράσεις TV addiction και money addiction. Παρότι αυτές οι δευτερεύουσες σημασίες βοήθησαν την επίσημη ορολογία να αποφύγει τη χρήση της λέξης addiction, εντούτοις υπάρχουν κοινά νευροχημικά και νευροβιολογικά υποστρώματα μεταξύ των εξαρτήσεων, είτε σε ουσίες, είτε σε χαρτοπαιξία, σεξ, κλοπή ή κατανάλωση φαγητού. (Kaplan and Sadock 2003: 275)

Στην ερμηνεία των εξαρτήσεων (dependence ή addiction) στη βάση κοινών νευροχημικών και νευροβιολογικών υποστρωμάτων στηρίζεται, όπως θα δούμε παρακάτω, το επιχείρημα της θέσης: η εξάρτηση ως νόσος.

Αυτές ακριβώς οι κοινές αλλαγές που προκαλούν οι εξαρτησιογόνες ουσίες στον εγκέφαλο, υποδηλώνουν κοινούς μηχανισμούς του εγκεφάλου για όλες τις εξαρτήσεις (Leshner 1997: 46)

Με αυτόν τον τρόπο όμως, επιχειρείται η αναγωγή (reduction) από τις εκδηλώσεις του ψυχολογικού επιπέδου (δηλαδή από τη φαινομενολογία της εξάρτησης) στο βιολογικό επίπεδο (σε κοινό νευροβιολογικό κριτήριο). Για να μπορεί να υπάρξει αναγωγή, θα πρέπει τόσο το ανάγον όσο και το αναγόμενο να έχουν τη δυνατότητα να αναπαρασταθούν με τη μορφή καθολικών εννοιών. Ωστόσο, είναι αμφίβολο αν η φαινομενολογία της εξάρτησης είναι ομοιογενής, ώστε να συνιστά καθολική έννοια¹. Ίσως λοιπόν, να βοηθούσε περισσότερο μια λειτουργική θεώρηση του φαινομένου.

¹ Στην ψυχιατρική είναι συνήθεις οι αναγωγές από τη φαινομενολογία στο επίπεδο των υποδοχέων: από την φαινομενολογία της σχιζοφρένειας (και των σχιζοφρενικής τάξεως συμπτωμάτων) στους υποδοχείς της ντοπαμίνης και από τη φαινομενολογία της κατάθλιψης στους υποδοχείς της σεροτονίνης.

Η αναγωγή αυτές τις περιπτώσεις έγινε, κατ αρχήν, εκ του αποτελέσματος: χορηγώντας ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης παρατηρούμε βελτίωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων και χορηγώντας ανταγωνιστές επαναπρόσληψης σεροτονίνης (δηλαδή ουσίες που αυξάνουν, τελικά, τη σεροτονίνη) παρατηρούμε αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα. Στη συνέχεια όμως, υπήρξαν ενδιάμεσα μοντέλα που εξηγούν τους επιμέρους μηχανισμούς (για τη σημασία των ενδιάμεσων μοντέλων, βλέπε και στη συνέχεια).

- Η λειτουργική θεώρηση: αναλογίες- ομολογίες:

Ενώ οι αναλογίες (analogies) δεν εκτείνονται πέρα από επιφανειακές ομοιότητες, οι ομολογίες (homologies), προκύπτουν από κοινούς αιτιολογικούς μηχανισμούς (βλέπε σχήμα 1).

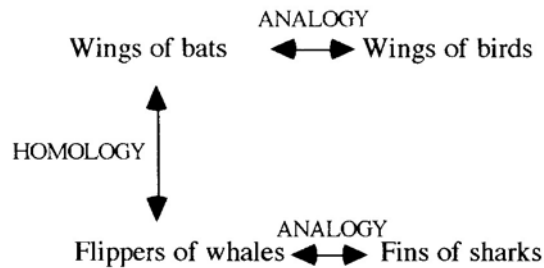


Figure 1

Ένα βασικό πρόβλημα στη μελέτη των εξαρτήσεων είναι το αν σχετίζονται η μια με την άλλη όπως οι νυχτερίδες με τα πουλιά και οι φάλαινες με τους καρχαρίες ή αν εννοποιούνται με έναν κοινό αιτιολογικό μηχανισμό. Μεθοδολογικά, αυτό που θέλουμε να τονίσουμε εδώ είναι το ότι ο ορισμός (definition) της εξάρτησης, τελικά, δεν μπορεί να διαχωριστεί από την εξήγηση (explanation) της εξάρτησης. Παρά το ότι μπορεί οι έννοιες “πλάσματα που πετάνε” ή “πλάσματα που ζουν στη θάλασσα” να είναι χρήσιμες, εντούτοις, οι έννοιες θηλαστικά και πτηνά είναι απαραίτητες για επιστημονικούς λόγους.

Έτσι, θεωρητικά θεμελιωμένοι ορισμοί των εξαρτήσεων χρειάζονται για την εξήγηση, τη θεραπεία, καθώς και για λόγους πολιτικής. Δεν είναι πολύ χρήσιμο να ορίσουμε τις εξαρτήσεις φαινομενολογικά, ως “craving στα οποία δεν μπορεί να αντισταθεί κανείς” εάν διαφορετικά craving προκύπτουν με διαφορετικούς τρόπους και μπορεί να τα αποφύγουμε ή να τα προλάβουμε με διαφορετικούς τρόπους. (Elster, Skog 1999: 2)

Επιπλέον, είναι δυνατόν σε πρώιμα στάδια χρήσης ουσιών να έχουμε διαφορετικούς μηχανισμούς, ενώ σε επόμενα στάδια χρήσης να υφίστανται κοινοί μηχανισμοί για τους εξαρτημένους. Για παράδειγμα, οι αλκοολικοί μπορεί να ξεκινήσουν να πίνουν για διαφορετικούς λόγους, αλλά να δυσκολεύονται να διακόψουν για τους ίδιους λόγους.

- Διάκριση των εξαρτήσεων (addiction)

Οι εξαρτήσεις (addiction) μπορούν να διακριθούν σε: α. εξαρτήσεις σε ουσίες ή β. εξαρτήσεις σε συμπεριφορά (π.χ. χαρτοπαιξία). Οι εξαρτήσεις σε ουσίες, με τη σειρά τους διακρίνονται σε α. τοξικές ουσίες ή και β. μη τοξικές ουσίες (π.χ. υπερφαγία).

Υπάρχουν δυο ακραίες θέσεις σχετικά με το τι μπορεί να είναι εξαρτησιογόνο: από τη μια πλευρά η θέση του Stanton Peele στο *The Meaning of Addiction*, όπου υποστηρίζει ότι: “εξάρτηση μπορεί να συμβεί με κάθε ισχυρή εμπειρία” (Peele 1985: 26) και από την άλλη η θέση του Avram Goldstein στο *Addiction*, ο οποίος περιορίζει τα εξαρτησιογόνα σε επτά συγκεκριμένες κατηγορίες (the seven drug families): νικοτίνη, αλκοόλ και κατασταλτικά, οπιούχα, ψυχοδιεγερτικά, κάνναβη, καφές και παραισθησιογόνα. (Goldstein 1994: 4)

- Χαρακτηριστικά των εξαρτήσεων.

Στην προσπάθειά να προσδιορίσουμε εννοιολογικά τις εξαρτήσεις, ας αρχίσουμε από τα χαρακτηριστικά τους:

1. Ευφορία και απόλαυση (pleasure) Η ευφορία μπορεί να διακριθεί σε ευφορική διέγερση (pleasurable stimulation) και ευφορική χαλάρωση (pleasurable relaxation). Η ευφορία και η απόλαυση είναι κοινά χαρακτηριστικά των εξαρτητικών βιωμάτων, εντούτοις οι οργανισμοί μπορεί να αποζητούν τις εξαρτητικές ουσίες ακόμα και αν δεν προσφέρουν καμιά ικανοποίηση. Υπάρχει διαφορετικό νευρωνικό σύστημα που μεσολαβεί στο craving των ουσιών. Το να επιθυμεί κανείς την ουσία (wanting), είναι διαφορετικό από την ικανοποίηση που λαμβάνει από την ουσία (liking).

2. Δυσφορία και Απόσυρση (withdrawal) Για να μπορέσουμε να περιγράψουμε τα συμπτώματα απόσυρσης χρησιμοποιούμε τους όρους: προ-εξαρτητική (preaddictive) κατάσταση δηλαδή πριν τη λήψη της ουσίας, εξαρτητική (addictive) κατάσταση δηλαδή στη διάρκεια της δράσης της ουσίας και μετά-εξαρτητική (postaddictive) κατάσταση δηλαδή μετά τη δράση της ουσίας. Εάν ορίσουμε τα συμπτώματα απόσυρσης αυστηρά, με βάση ότι η μετά-εξαρτητική κατάσταση είναι χειρότερη από την εξαρτητική, τότε οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ακόμα και η ασπιρίνη δημιουργεί συμπτώματα απόσυρσης (μετά τη δράση της ασπιρίνης χειρότερα, παρά στη διάρκεια δράσης της). Χρησιμοποιούμε λοιπόν, σωστότερα, έναν ευρύτερο ορισμό, όπου συμπτώματα απόσυρσης έχουμε όταν η μετά-εξαρτητική κατάσταση είναι χειρότερη από την προ-εξαρτητική κατάσταση. Βέβαια, με τον ευρύτερο ορισμό δεν καλύπτονται ουσίες που θεωρούνται επίσημα εξαρτησιογόνες (όπως τα παραισθησιογόνα).

3. Craving (αμετάφραστο στα ελληνικά για τους ειδικούς – θα μπορούσε να αποδοθεί ως “πεινά” για ουσίες) Εάν μιλήσουμε με ηδονιστικούς όρους, το craving περιλαμβάνει τόσο την έλξη (pull) προς την ευφορία όσο και την απώθηση (push) από τη δυσφορία. Ανάλογα με την ουσία, το craving για την κοκαΐνη αφορά στις θετικές ιδιότητες της φάσης τοξίκωσης, ενώ για τα οπιούχα και το αλκοόλ στις αρνητικές ιδιότητες που σχετίζονται με το σύνδρομο απόσυρσης.

4. Ανοχή (tolerance) Με την πάροδο του χρόνου, το άτομο χρειάζεται περισσότερη ουσία για να επιτύχει την ίδια υποκειμενική εμπειρία, ή η ίδια δόση έχει μειωμένο αποτέλεσμα. Σε ότι αφορά στις εξαρτήσεις σε συμπεριφορά (π.χ. χαρτοπαιξία) το θέμα της ανοχής δεν έχει μελετηθεί επαρκώς (για παράδειγμα, οι χαρτοπαίχτες μπορεί να παίζουν ολόένα και μεγαλύτερα ποσά ώστε να ξεπληρώσουν τα χρέη τους).

5. Νύξεις (Cue) του περιβάλλοντος Συχνά παρατηρούνται υποτροπές εξαιτίας ερεθισμάτων από το περιβάλλον που με κάποιο τρόπο σχετίζονται με την ουσία. Τοποθεσίες, ή αντικείμενα που σχετίστηκαν στο παρελθόν με τη χρήση μπορεί να οδηγήσουν σε craving.
6. Εξάρτηση από τιςπίστεις (Belief dependence) Το craving μπορεί να πυροδοτηθεί από την πίστη ότι η ουσία είναι διαθέσιμη. Δηλαδή δεν προκαλεί craving μόνο η απουσία, αλλά και η παρουσία της ουσίας.
7. Αντικειμενική βλάβη (Objective Harm) Αντικειμενικά η εξάρτηση καταστρέφει τη ζωή του εξαρτημένου.
8. Εξοβελισμός άλλων δραστηριοτήτων (Crowding Out) Οι περισσότερες εξαρτησιογόνες ουσίες έχουν την τάση να εξοβελίζουν τις υπόλοιπες δραστηριότητες του εξαρτημένου. Για παράδειγμα, η ζωή του εξαρτημένου από ηρωίνη οργανώνεται γύρω από το πώς θα “πιεί” την επόμενη δόση.
9. Μεταβολές στη διάθεση (Mood alteration) Η κοκαΐνη λειτουργεί ως ενισχυτής της διάθεσης, δηλαδή μια καλή διάθεση την κάνει ακόμα καλύτερη και μια κακή διάθεση χειρότερη.
10. Επιθυμία για διακοπή Η επιθυμία για διακοπή μπορεί να πάρει μια ισχυρή και μια ασθενή μορφή. Στην ασθενή μορφή ο εξαρτημένος εύχεται να μην είχε ξεκινήσει ποτέ, ενώ στην ισχυρή μορφή επιθυμεί να σταματήσει. Η ασθενής μορφή δεν συνεπάγεται την ισχυρή, πρώτον λόγω του συνδρόμου απόσυρσης (υψηλό κόστος για να μεταβεί από την εξάρτηση στη διακοπή) και δεύτερον επειδή η ζωή του εξαρτημένου έχει καταστραφεί τόσο, που να μην μπορεί να γίνει όπως πριν (σε αυτό το στάδιο, η καλύτερη επιλογή του να παραμείνει εξαρτημένος). Ο εξαρτημένος μπορεί να μην έχει καθόλου επιθυμία για διακοπή, αν δεν μπορεί να αναγνωρίσει ότι η χρήση βλάπτει το εαυτό του (βλέπε παρακάτω και το παράδειγμα της Ευρυδίκης).
11. Αδυναμία για διακοπή.
12. Άρνηση (denial) Οι εξαρτημένοι συνήθως αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα, μπερδεύοντας συχνά την αιτία με το αποτέλεσμα (για παράδειγμα οι αλκοολικοί λένε ότι πίνουν λόγω προβλημάτων στο γάμο τους, ενώ αντίθετα, το αλκοόλ τους οδηγεί σε προβλήματα σχέσεων).
13. Προσπάθεια για αυτοέλεγχο Υπάρχουν δυο αλληλοσυγκρουόμενες επιθυμίες: η επιθυμία για διακοπή και η επιθυμία για κατανάλωση. Αποτελεσματικότερες είναι οι προσπάθειες στις οποίες ο εξαρτημένος δεσμεύεται προκαταβολικά, θέτοντας προσωπικούς κανόνες.
14. Υποτροπή (relapse). (Elster 1999: 60-75)

ΕΥΘΥΝΗ – ΟΡΙΣΜΟΣ

- *Ελευθερία, ευθύνη και ντετερμινισμός*

Η ελευθερία

Για τον σύγχρονο άνθρωπο ελευθερία σημαίνει το να έχει τη δυνατότητα και τις ευκαιρίες να ικανοποιήσει τις περισσότερες επιθυμίες του, δηλαδή να μπορεί να ψηφίσει όποιον θέλει, να αγοράσει ό,τι επιθυμεί και να ακούσει ό,τι μουσική του αρέσει. Αυτές όμως, είναι μάλλον *επιφανειακές* μορφές ελευθερίας. Πως ορίζεται το *τι* επιθυμούμε, ή αλλιώς, πως ορίζεται η ελευθερία της βούλησής μας;

Ας υποθέσουμε, ότι η ικανότητά του ατόμου να επιθυμεί κάτι ελέγχεται από κάποιον άλλο. Σε μια τέτοια περίπτωση το άτομο θα ήταν ελεύθερο να *πράξει* αυτό που επιθυμεί, όμως η ελευθερία του θα ήταν σοβαρά επηρεασμένη.

Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων συναντάμε στα μυθιστορήματα: *Ο Θαυμαστός Καινούργιος Κόσμος* του A. Huxley και στο *Walden Two* του B. F. Skinner. Στις κοινωνίες που περιγράφονται σε αυτά τα μυθιστορήματα, τα άτομα μπορούν να πράξουν και να έχουν ό,τι επιθυμούν, *όμως* το *τι* επιθυμούν ή επιλέγουν ρυθμίζεται από νευροχημικούς ή από μηχανικούς συμπεριφοράς. Ο B. F. Skinner, ένας από τους σημαντικότερους συμπεριφοριστές, ισχυρίζεται μέσα από το μυθιστόρημά του *Walden Two* ότι ελευθερία της βούλησης στην πραγματικότητα δεν υπάρχει. Είμαστε προϊόντα της ανατροφής μας και άρα κοινωνικής ρύθμισης, όπως στην κοινωνία που περιγράφει, αν και θέλουμε να πιστεύουμε το αντίθετο. Η ελευθερία της βούλησης για τον Skinner είναι φενάκη.

Η ευθύνη

Ένας άλλος τρόπος να προσεγγίσουμε την ελευθερία, είναι με όρους ατομικής ευθύνης. Ας υποθέσουμε ότι παρακολουθούμε καθημερινά τη δίκη ενός νεαρού που κατηγορείται για ληστεία μετά φόνο. Στην αρχή, οργιζόμαστε με τον υπόδικο για ό,τι συνέβη, αλλά καθώς προχωρά η δίκη του, έρχεται στην επιφάνεια το παρελθόν του: κακοποίηση σε παιδική ηλικία, παραμέληση από τους γονείς του, άσχημα γονεϊκά πρότυπα. Το ερώτημα που τίθεται είναι: σε ποιο βαθμό ο νεαρός του παραδείγματος είναι υπεύθυνος για το τι άτομο έχει γίνει; Οι επιρροές που δέχτηκε είναι καθοριστικές ή έγινε το άτομο που είναι με την ελεύθερη θέλησή του;

Η ελευθερία της βούλησης και ο ντετερμινισμός

Ο ντετερμινισμός ιστορικά έχει πάρει διάφορες μορφές: θεολογική, φυσική, βιολογική, κοινωνική, αλλά η κεντρική ιδέα είναι πάντα η ίδια: κάθε γεγονός είναι καθορισμένο ή αλλιώς, το να συμβεί ένα γεγονός είναι *αναπόφευκτο* ή ακόμα και *αναγκαίο* σε δεδομένες συνθήκες.

Ο διάλογος σήμερα συνοψίζεται σε δυο ερωτήματα: πρώτον, το *ντετερμινιστικό ερώτημα* - είναι όλα τα γεγονότα (και η ανθρώπινη συμπεριφορά) καθορισμένα; (με βάση την απάντηση διακρίνουμε σε ντετερμινιστές ή σε όσους δεν δέχονται τον ντετερμινισμό) και δεύτερον, το *ερώτημα της συμβατότητας* - είναι η ελευθερία της βούλησης συμβατή με τον ντετερμινισμό; (με βάση την απάντηση διακρίνουμε σε υποστηρικτές της συμβατότητας (compatibilists) ή της ασυμβατότητας (incompatibilists)).

Το ντετερμινιστικό ερώτημα

Σήμερα, γνωρίζουμε ότι ο κόσμος μας δεν είναι σαφώς καθορισμένος, δηλαδή δεν είναι ντετερμινιστικός. Λόγω της δομής των στοιχειωδών σωματιδίων, με ιδιότητες τόσο σώματος, όσο και κύματος είναι αδύνατον να προβλέψουμε τη θέση ενός σωματιδίου (η αρχή της απροσδιοριστίας του Heisenberg) – η πρόβλεψη μπορεί να γίνει μόνο στατιστικά.

Υπάρχουν υποστηρικτές της άποψης ότι οι μη ντετερμινιστικές εξελίξεις της φυσικής απαντούν και στο ερώτημα της ελευθερίας της βούλησης, όμως:

Πρώτον, ο διάλογος συνεχίζεται γύρω από την κβαντική φυσική - αν είναι όντως μη ντετερμινιστική και από αν αποτελεί το έσχατο όριο της φυσικής γνώσης,

Δεύτερον, ακόμα και αν τα υποατομικά σωματίδια δεν είναι ντετερμινιστικά η επίδρασή τους στα μεγάλα συστήματα όπως το ανθρώπινο σώμα, είναι μάλλον αμελητέα. Οι ντετερμινιστές υποστηρίζουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι σε μεγάλο βαθμό καθορισμένη, ό,τι και αν ισχύει για τα στοιχειώδη σωματίδια,

Τρίτον, αν υποθέσουμε όμως, χάριν του επιχειρήματος, ότι η απροσδιοριστία στο υποατομικό επίπεδο έχει καθοριστική σχέση με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Πως αυτό θα συνέβαλλε στον προβληματισμό για την ελευθερία της βούλησης, εφόσον οι αποφάσεις θα λαμβάνονταν κατά τύχη, με τρόπο απρόβλεπτο και μη ελέγξιμο; Για τι είδος ελευθερίας επιλογής μιλάμε; Τέταρτον, ενώ στη φυσική ο ντετερμινισμός υποχώρησε στον 20^ο αιώνα, αντίθετα, η βιολογία, η ψυχιατρική, η ψυχολογία και οι κοινωνικές επιστήμες στον ίδιο αιώνα κινήθηκαν προς την αντίθετη κατεύθυνση.

Σε αντιστοιχία με την απροσδιοριστία του μικρόκοσμου, έχει χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα υπέρ της ελευθερίας του ανθρώπου και η πολυπλοκότητα του νευρικού συστήματος:

Η ασύλληπτη πολυπλοκότητα και η θαυμαστή πλαστικότητα του νευρικού συστήματος ξεπερνάει τα όρια του αντιληπτού, προκαλεί απέραντο δέος και διασφαλίζει τις βιολογικές προϋποθέσεις της απεριόριστης ελευθερίας του ανθρώπου. “Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου είναι η πιο σύνθετη δομή της δημιουργίας. Οι μηχανισμοί του είναι τόσο μυστηριώδεις όσο και οι μηχανισμοί του αστρικού μεγάκοσμου ή του ατομικού μικρόκοσμου (...) εμφανίζεται ένα τρίτο άπειρο, το άπειρο της πολυπλοκότητας, που είναι τόσο πραγματικό, όσο το απειροελάχιστο ή το απειρομέγιστο”. Χάρη στην ύπαρξη αυτού του τρίτου απείρου, του απείρου της πολυπλοκότητας του νευρικού συστήματος, “ο

άνθρωπος είναι βιολογικά προγραμματισμένος με τρόπο ώστε να μην υπόκειται σε κανένα προγραμματισμό και να έχει πάντοτε την ελευθερία της συνεχούς αναζήτησης νέων στόχων και σκοπών” (Γρίβας 2002: 66)

Η απάντηση στο επιχείρημα αυτό είναι, ότι η πολυπλοκότητα του ανθρώπινου νευρικού συστήματος είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη. Δηλαδή, το ότι *υπάρχει η δυνατότητα* για άπειρες επιλογές, λόγω της πολυπλοκότητας του νευρικού συστήματος, δεν σημαίνει και ότι *μπορούμε να τις ακολουθήσουμε*. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ανθρώπινη συμπεριφορά μοιάζει να είναι σε μεγάλο βαθμό καθορισμένη, γεγονός που φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τις εξελίξεις των επιστημών στον 20ο αιώνα.

Το ερώτημα της συμβατότητας

Θα μπορούσε λοιπόν η ελευθερία της βούλησης να συνδυάζεται με τον ντετερμινισμό; Οι υποστηρικτές της ασυμβατότητας καταθέτουν το *επιχείρημα της συνέπειας* (consequence argument): εάν ο ντετερμινισμός ισχύει, τότε οι πράξεις μας είναι το αποτέλεσμα των νόμων της φύσης και των γεγονότων του παρελθόντος. Όμως, δεν εξαρτάται από εμάς το τι συνέβη πριν από τη γέννησή μας, ούτε το ποιοι είναι οι νόμοι της φύσης. Άρα, οι συνέπειες των παραπάνω (συνεπώς και οι πράξεις μας) δεν εξαρτώνται από εμάς.

Η κριτική στο επιχείρημα βασίζεται στο τι σημαίνει “ου δύναται άλλως πράττειν”. Για τους κλασσικούς οπαδούς της συμβατότητας, είναι κανείς ελεύθερος από τη στιγμή που θα *μπορούσε να πράξει διαφορετικά* εάν το επιθυμούσε. Εφόσον υπάρχει απουσία εμποδίων (δεν είναι κανείς δεμένος, ούτε τον απειλεί κάποιος με όπλο) τότε είναι ελεύθερος να επιλέξει.
- Η ηθική ευθύνη και οι εναλλακτικές δυνατότητες

Οι σύγχρονοι οπαδοί της συμβατότητας αμφισβητούν ότι χρειάζεται η δυνατότητα να μπορεί κανείς να κάνει διαφορετικά προκειμένου να έχει την ευθύνη μιας πράξης και παραθέτουν το παράδειγμα του Λουθήρου, ο οποίος δήλωσε ότι δεν μπορεί να πράξει διαφορετικά. Με τη δήλωση αυτή ο Λούθηρος δεν αρνήθηκε την ευθύνη για τις πράξεις του σύμφωνα με την ελεύθερη βούλησή του, αντίθετα, η επιλογή του να σταθεί απέναντι στην Καθολική Εκκλησία ήταν η πιο υπεύθυνη πράξη της ζωής του.

Ένα παράδειγμα του Harry Frankfurt αναδεικνύει την ίδια θέση: έστω ότι ένα άτομο ονόματι Black μπορεί να ελέγξει τη συμπεριφορά ενός άλλου ατόμου ονόματι Jones με φάρμακα ή με ηλεκτρόδια στον εγκέφαλό του. Ας υποθέσουμε ότι ο Jones έχει τη δυνατότητα να ψηφίσει στις επόμενες εκλογές τον υποψήφιο Α ή τον υποψήφιο Β. Ο Black θέλει ο Jones να ψηφίσει τον υποψήφιο Α και θα τον αποτρέψει από το να ψηφίσει τον Β, όμως δεν θα παρέμβει παρά μόνο εάν ο Jones επιλέξει τον Β. Τελικά, ο Jones επιλέγει τον Α και ο Black δεν παρεμβαίνει καθόλου. Για τον Frankfurt, ο Jones είναι ηθικά υπεύθυνος για τις πράξεις του, ακόμα και αν δεν μπορούσε να κάνει διαφορετικά. Παραδείγματα αυτού του τύπου έχουν παίξει σημαντικό

ρόλο στο διάλογο σήμερα περί ευθύνης και ελευθερίας. Έτσι, κάποιοι από τους σύγχρονους στοχαστές διακρίνουν την ηθική ευθύνη από την ελευθερία και υποστηρίζουν ότι η ηθική ευθύνη δεν απαιτεί εναλλακτικές επιλογές και είναι συμβατή με τον ντετερμινισμό, ενώ η ελευθερία απαιτεί εναλλακτικές δυνατότητες και δεν είναι συμβατή με τον ντετερμινισμό. Αυτή η θέση ονομάζεται “semi- compatibilism”. (Kane 2002: 12)

- Η νομική έννοια της εξάρτησης και ο καταλογισμός..

Τα θέματα που αφορούν στην ελευθερία και την ευθύνη, βρίσκουν την πρακτική τους εφαρμογή στη νομική επιστήμη. Για του νομικούς λοιπόν, η απόδοση μομφής προς το δράστη ενός εγκλήματος για την πράξη του λέγεται *καταλογισμός*. Για να υφίσταται καταλογισμός πρέπει να υπάρχει υπαιτιότητα (άρθρο 26 Π.Κ.), δόλος (άρθρο 27 Π.Κ.) ή αμέλεια (άρθρο 28 Π.Κ.) και να μην συντρέχουν ορισμένες καταστάσεις που αίρουν τον καταλογισμό π.χ. διατάραξη των ψυχικών λειτουργιών (άρθρο 34 Π.Κ.). Σε ορισμένες περιπτώσεις ο καταλογισμός δεν αίρεται εντελώς, αλλά περιορίζεται (άρθρο 36 Π.Κ.). Στο άρθρο 36 του Π.Κ. αναφέρει: “Αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές διαταραχές που αναφέρονται στο άρθρο 34, δεν έχει εκλείψει εντελώς, *μειώθηκε* όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό που απαιτείται κατά το άρθρο αυτό, επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη.” (Λειβαδίτης 1994: 382)

Στοιχεία της νομικής έννοιας της εξάρτησης είναι: α) η χρήση ναρκωτικής ουσίας, β) η διάρκεια της χρήσης επί κάποιο χρονικό διάστημα, ώστε να γίνει έξη και γ) η αδυναμία του χρήστη να αποβάλει αυτοβούλως τη (σταθεροποιημένη πια) συνήθεια της χρήσης

Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 131 του ν.1729/1987, όπως ισχύει σήμερα, όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορούν να την αποβάλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση κατά τους όρους του νόμου αυτού.

Ο νομοθέτης λαμβάνει προφανώς υπόψη το “ανθρωπίνως μη φευκτόν της υπαιτιότητας του εξαρτημένου χρήστη” (Φαρσεδάκης - Συλίκος 1996: 242), ο οποίος έχει εμπλακεί σε μια φαυλοκυκλική διαδικασία και παρουσιάζει βιολογική αδυναμία διαμόρφωσης της συμπεριφοράς του κατά τρόπο συμβατό με τις επιταγές του νόμου. Είναι ευνόητο ότι η προσπάθεια του εξαρτημένου χρήστη να “αποφύγει τις δυσμενέστατες συνέπειες του συνδρόμου στέρησης δια της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και δια της κυκλοφορίας αυτών”, ώστε να εξασφαλίσει τα απαιτούμενα χρήματα για τη δόση του, δεν μπορεί να καταλογιστεί σε ενοχή του, αφού η ασθένειά του κατακερματίζει τις αντιστάσεις του και κατευθύνει απόλυτα τη βούλησή του. Μ' αυτό το σκεπτικό ο νόμος θεσπίζει την ευνοϊκή μεταχείριση του εξαρτημένου δράστη που είδαμε πιο πάνω (άρθρο 134 ν.1729/1987).

ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΟΡΙΣΜΟΣ

- *Ορισμός βιοηθικής.*

Ποιο είναι το αντικείμενο της βιοηθικής;

(...) αντικείμενό της αποτελεί η προσέγγιση των ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν από, ή σχετίζονται με, τις επιστήμες της ζωής και τη βιοτεχνολογία, τις ιατρικές εφαρμογές τους και, ευρύτερα, τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές επιπτώσεις τους.

(...) Η βιοηθική καλείται να επεξεργασθεί μια κριτική θεώρηση της σχέσης επιστήμης και ηθικής σήμερα, από τη σκοπιά όχι απλώς μιας ηθικής της επιστήμης και της τεχνολογίας, αλλά μιας *κοινωνικής και πολιτικής ηθικής*. Στο βαθμό που παραμένει *κανονιστική* διερεύνηση των ηθικών ζητημάτων που απορρέουν από τις βιοιατρικές καινοτομίες η μέθοδός της έλκεται από τους μεθοδολογικούς προβληματισμούς της ηθικής φιλοσοφίας (Τσινόρεμα 2006: 38).

- *Πως η εξάρτηση εμπλέκεται με βιοηθικά ερωτήματα;*

Γύρω από την εξάρτηση δημιουργούνται μια σειρά ζητημάτων: ιατρικά (είναι ασθενής όποιος χρησιμοποιεί ναρκωτικές ουσίες και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με βιολογικές θεραπείες;), κοινωνικά (είναι η εξάρτηση μορφή παρέκκλισης και είναι οι παρεκκλίσεις κοινωνικές κατασκευές;), νομικά (πρέπει ο νόμος να τιμωρεί τους εξαρτημένους; τι πρέπει να ισχύει για τους εξαρτημένους διακινητές;) αλλά και ηθικά ερωτήματα (είναι το άτομο υπεύθυνο για τη χρήση ουσιών ή από τη στιγμή που αγγίζει την ουσία σκλαβώνεται σε αυτήν;). Η κριτική θεώρηση σχέσης επιστήμης και ηθικής χρειάζεται στην περίπτωση της εξάρτησης επειδή ένα καθαρά *βιολογικό γεγονός* (την είσοδο μιας ουσίας στον ανθρώπινο οργανισμό και οι επιπτώσεις της) επενδύεται με ηθικά, κοινωνικά και πολιτικά νοήματα.

Η βιοηθική λοιπόν, αποτελεί τον χώρο εντός του οποίου μπορούν να συζητηθούν τέτοιου είδους θέματα, αλλά κυρίως εντός του οποίου μπορούν να *προβλεφθούν οι επιπτώσεις τους*. Είναι εύκολο για τον ιατρό να χορηγεί θεραπείες ή για τον νομικό να νομοθετεί, όμως οι πράξεις αυτές έχουν επιπτώσεις στην *αξιοπρέπεια* και στα *θεμελιώδη δικαιώματα* του ανθρώπου, οι οποίες δεν πρέπει να παραβλέπονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΗΘΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ (ΗΘΙΚΟΛΟΓΙΑ)

(Moral Vision)

- Ο ηθικός λόγος (ιστορικά)

Ο ηθικός λόγος, δηλαδή το ότι ο χρήστης εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ηθικά αδύναμος, φαύλος και διεστραμμένος αποτελεί ιστορικά την πρώτη προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου της εξάρτησης.

Παρά την προσπάθεια του Benjamin Rush (βλέπε εισαγωγή) να οριστεί το φαινόμενο της εξάρτησης ως νόσος, στις ΗΠΑ κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα κυριάρχησε το Κίνημα της Εγκράτειας (Temperance Movement). Προτεσταντικό κατά βάση, υιοθέτησε την ηθική άποψη για την εξάρτηση και αποτέλεσε ουσιαστικά την πρώτη κοινωνική φροντίδα για τους αλκοολικούς και τους εξαρτημένους. Ως αποκορύφωμα του Κινήματος της Εγκράτειας, εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ η Ποτοαπαγόρευση (1919 – 1933), η οποία όμως απέτυχε να πλησιάσει τους διακηρυγμένους στόχους της. Στη διάρκειά της οι προσπάθειες θεραπείας των αλκοολικών σταμάτησαν, ενώ μετά από 14 χρόνια αποτυχημένων προσπαθειών υλοποίησης το μόνο που άφησε πίσω της ήταν αυξημένη διαφθορά στη δημόσια ζωή.

Στα πλαίσια του ηθικού λόγου, το άτομο είναι *αποκλειστικά υπεύθυνο* για τη χρήση ουσιών και η λήψη της ουσίας συσχετίζεται με την ευχαρίστηση και την απόλαυση (όπως είδαμε προηγουμένως ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των εξαρτήσεων). Η θέση ότι το άτομο είναι ηθικά αδύναμο υποστηρίχθηκε κυρίως από την Εκκλησία (η εξάρτηση ως αμαρτία)².

Στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, από τον ηθικό λόγο περνάμε στον ιατρικό και τον κοινωνικοθεραπευτικό λόγο. Σήμερα, αν και η εξάρτηση θεωρείται ακόμα ηθικό ολίσθημα, η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας έχει προσαρμοσθεί στα νεώτερα δεδομένα:

² Παρότι στις ημέρες μας ο λόγος της Ορθόδοξης Εκκλησίας συμπεριλαμβάνει τους ειδικούς, ακόμα υπάρχουν φωνές που υποστηρίζουν ότι: “Θέλω κατ αρχήν να πω ότι για την εκκλησία μεγαλύτερη σημασία από την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, έχει η απεξάρτηση από την αμαρτία και η σωτηρία της ψυχής των ανθρώπων.” Επιπλέον: “Ας μη εστιάζουμε πάντως συνέχεια το πρόβλημα κυρίως στις θεραπευτικές κοινότητες. Η ίδια η εκκλησία είναι μια θεραπευτική κοινότητα γιατί όταν κανείς είναι πνευματικά όρθιος, δεν παραδίδεται σε οποιαδήποτε τυραννία, όπως είναι αυτή των ναρκωτικών. Εξ άλλου είναι γνωστό στους παροικούντας την Ιερουσαλήμ ότι ειδικά το Άγιον Όρος έχει γίνει για μεγάλο διάστημα το ασφαλές καταφύγιο πολλών εξαρτημένων και εκεί όταν συνάντησαν την αδελφική αγάπη και κατανόηση όλων των πατέρων κατάφεραν να μείνουν στεγνοί”. (από τον Παιδοψυχίατρο πατέρα Αντώνιο Στυλιανάκη στο <http://users.otenet.gr/~styliant/drugs98.htm>)

Γι' αυτό, με άφορμή τή σημερινή ημέρα, καλῶ τὰ πληγωμένα ἀπό τήν οὐσιοεξάρτηση παιδιά μας νά σηκώσουν τό κεφάλι, νά ζητήσουν τή βοήθεια τοῦ Θεοῦ, νά ἀπευθυνθοῦν καί στήν Ἐκκλησία γιά τό πρόβλημά τους (...) σέ κάθε Ἀρχιεπισκοπική Περιφέρεια ὑπάρχει κάποιος ἱερέας ὁ ὁποῖος, μέ τή συνδρομή ἐιδικῶν ἐπιστημόνων τῶν ἐπαγγελματίων υἰείας θά προσπαθήσει νά ὀδηγήσει τό ἐξαρτημένο ἄτομο σέ κάποιο ἐιδικό πρόγραμμα καί, παράλληλα, μέ τήν ἐιδική συμβουλευτική θά στηρίξει τούς γονεῖς καί τούς οἰκείους, ὥστε νά μποροῦν νά σταθοῦν σωστά καί ἀποτελεσματικά δίπλα στό χρήστη. (Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος 2001)³

- *Ο ἠθικός λόγος καί οἱ Ἀνώνυμοι Ἀλκοολικοί.*

Παράδοξα, ὁ ἠθικός λόγος παρειασφέρει στη θεραπεία, στην περίπτωση των Ἀνώνυμων Ἀλκοολικῶν (ΑΑ). Οἱ Ἀνώνυμοι Ἀλκοολικοί ἰδρύθηκαν το 1935 καί μέχρι σήμερα αποτελοῦν τήν κυρίαρχη πρόταση γιά τήν θεραπεία τοῦ αλκοολισμοῦ στις ΗΠΑ.

Για τους ΑΑ καί τα Δώδεκα Βήματα (τις βασικές θέσεις τους) ισχύει: “Παραδεχθήκαμε ὅτι εἴμαστε ἀνίσχυροι ἀπέναντι στο αλκοόλ καί ὅτι ἡ ζωή μας ἔχει ξεφύγει ἀπό τόν ἐλεγχό μας” (Πρῶτο βήμα), “Πιστέψαμε ὅτι μια Δύναμη μεγαλύτερη ἀπό ἐμάς μπορεῖ νά μας επαναφέρει στην ψυχική καί σωματική υγεία” (Δεύτερο βήμα), “Προβήκαμε σε μια διερευνητική καί ἀφοβη ἠθική ἐξέταση τοῦ εαυτοῦ μας” (Τέταρτο βήμα), “Εἴμαστε ἐντελῶς ἐτοιμοί νά ἀφήσουμε τόν Θεό νά ἀποσύρει ὅλα αὐτά τα ἐλαττώματα τοῦ χαρακτήρα μας” (Ἐκτο βήμα), “Ἐπιδιώξαμε μέ τήν προσευχή καί τήν αὐτοσυγκέντρωση, νά βελτιώσουμε τή συνειδητή μας ἐπαφή μέ τόν Θεό, ὅπως Τον αἰσθανόμαστε, προσευχόμενοι μόνον γιά νά μάθουμε τή θέλησή Του σχετικά γιά μας καί γιά ν’ ἀποκτήσουμε τή δύναμη νά τήν πραγματοποιήσουμε” (Ἐνδέκατο βήμα).

Βλέπουμε λοιπόν ὅτι, γιά τους ΑΑ, ἡ εὐθύνη τοῦ ἀτόμου συνίσταται στο νά ἀναγνωρίσει ὅτι ἡ ἐξάρτηση ἀπό τόν αλκοόλ οφείλεται σε ἀδυναμία ἐλέγχου των παρορμήσεων καί στο νά πιστέψει ὅτι μια ἀνώτερη δύναμη θά τόν βοηθήσει. Μέ τήν προσευχή τόν ἀτομό θά μάθει τή θέληση τοῦ Θεοῦ καί θά βρεῖ τή δύναμη νά τήν ἀκολουθήσει.⁴

³ http://www.ecclesia.gr/greek/archbishop/minimata/narcotics_2001.html

⁴ Ἡ κριτική που δέχονται οἱ Ἀνώνυμοι Ἀλκοολικοί κινεῖται γύρω ἀπό τόν ὅτι ὁ αλκοολικός πρέπει νά υποκαταστήσει τή δύναμη τοῦ αλκοόλ μέ τήν δύναμη τοῦ Θεοῦ, ὥστε νά μπορέσει νά ἀπεξαρτηθεῖ. Χειρίζονται δηλαδή τα σύμβολα στη ζωή τοῦ ἐξαρτημένου, ὥστε νά δώσουν μια νέα σπικὴ στη ζωή του (βλέπε καί Thune CE, Alcoholism and the Archetypal past: a Phenomenological Perspective of on Alcoholics Anonymous, *Journal of Studies on Alcohol*, 1977, 38, 75-88).

Από τον ηθικό λόγο, δηλαδή από τη θεώρηση της εξάρτησης ως ηθικής αδυναμίας, περνάμε στην ιατροκεντρική προσέγγιση (εξάρτηση ως νόσος) και στην κοινωνικοκεντρική προσέγγιση (εξάρτηση ως κοινωνικά προσδιορισμένη συμπεριφορά).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

Είναι η εξάρτηση ατομική επιλογή; Ας δούμε μερικά παραδείγματα.

1. Στην ταινία “Man with the Golden Arm” (1955), όπου ο Frank Sinatra ως Frankie διακόπτει τη χρήση:

Στις τελευταίες σκηνές του φιλμ ο Frankie κάνει μια ενέργεια που μεταμορφώνει τη ζωή του: ζητάει από τη φίλη του, την οποία υποδύεται η Kim Novak, να τον κλειδώσει σε ένα δωμάτιο, ώστε να αποφύγει να αγοράσει περισσότερη ηρωίνη. Κλειδωμένος σε ένα δωμάτιο, παρακαλάει να τον απελευθερώσουν, για να πάρει μια δόση. Η Novak όμως δεν υποχωρεί και ημέρες αργότερα εμφανίζεται στο προσκήνιο ήρεμος και ανέπαφος. (Satel 2001: 125)

2. Αντίστοιχη αναφορά υπάρχει και στην ελληνική ταινία “Κατάχρηση εξουσίας” (1970), όπου ο Νίκος Κούρκουλος ως “Σιόντης” κλείνεται αυτοβούλως σε ένα δωμάτιο, πετά το κλειδί κάτω από την πόρτα και μετά από ημέρες βγαίνει καθαρός.

Η ταινία αυτή έχει δημιουργήσει κοινωνικές στερεοτυπικές αναπαραστάσεις στις ελληνικές οικογένειες. Είναι συνηθισμένο, όταν οι γονείς μαθαίνουν ότι το παιδί τους κάνει χρήση τοξικών ουσιών, να το πιέζουν να κλειστεί σε ένα δωμάτιο για μερικές ημέρες, ώστε να απεξαρτηθεί.

3. Το παράδειγμα της Ευρυδίκης:

Η Ευρυδίκη παρουσιάστηκε στο συμβουλευτικό σταθμό του 18 ΑΝΩ το φθινόπωρο του 1990. Είναι εικοσιδύο χρονών και έχει ήδη επτά χρόνια στην ηρωίνη. Έμαθε για το πρόγραμμα από φίλους της, που βρίσκονται σε θεραπεία, και ήρθε μόνη της, χωρίς να έχει κλείσει ραντεβού.

Μπαίνοντας λέει στους ανθρώπους της γραμματείας ότι δεν πρόκειται να φύγει αν δεν με συναντήσει. Όλοι διαισθάνονται ότι αυτό που λέει το εννοεί και δεν πρόκειται να την μεταπείσουν. Κάθεται σε μια καρέκλα και περιμένει. Η παρουσία της έχει ήδη κυριαρχήσει στο χώρο. (Μάτσα 2006: 33)

4. Και τέλος το παράδειγμα της Jeannette σε ένα crack party, από το “The Neurobiology of Chemical Addiction” των E. Gardner και J. David:

Η Jeannette, άγαμη μητέρα δυο παιδιών, ζει με επιδότηση ενοικίου σε μια υποβαθμισμένη περιοχή μιας μεγάλης αμερικανικής πόλης. Εργάζεται ως βοηθός σε fast food και πληρώνεται το βασικό μισθό. Για να αντεπεξέλθει στα έξοδά της παίρνει επίδομα από το κράτος και επιπλέον τη βοηθά η μητέρα της που μένει

κοντά και η οποία εργάζεται ως καθαρίστρια. Μια Παρασκευή απόγευμα, αφού πληρώνεται από τη δουλειά της, δέχεται τηλεφώνημα από έναν φίλο της, που της λέει ότι μόλις παρέλαβε crack (free base cocaine) και ότι σκοπεύει να κάνει πάρτι με μπίρες και με μερικούς φίλους του. Η Jeannette είναι καλεσμένη να “περάσει από εδώ, να πιούμε μαζί και να περάσουμε καλά”. Μετά από μια στιγμή αναποφασιστικότητας, συμφωνεί να πάει στο πάρτι, όπου θα πρέπει “να φέρει και μερικά χρήματα για πληρώσει το crack που θα κάνει”. Η Jeannette μετρά προσεκτικά το μισθό της, υπολογίζει τα χρήματα που θα χρειασθεί για φαγητό, νοίκι και άλλα απαραίτητα και δεσμεύεται στον εαυτό της ότι θα ξοδέψει στο πάρτι μόνο χρήματα που δεν είναι εντελώς απαραίτητα για την επόμενη εβδομάδα. Δίνει τα παιδιά της σε μια φίλη της στο ίδιο κτίριο για να τα προσέχει το βράδυ και επιπλέον της δίνει όλα τα χρήματα που χρειάζονται για την επόμενη εβδομάδα, λέγοντάς της να μην της τα επιστρέψει πριν τη Δευτέρα, όσο και αν την παρακαλέσει. Η Jeannette πάει στο πάρτι και ξεκινάει να καπνίζει crack. Στην αρχή, προσπαθεί να ρυθμίσει τη χρήση, πίνοντας περισσότερη μπίρα, παρά crack. Όμως, η ικανοποίηση από κάθε φορά που κάνει crack την κυριεύει. Σε σύντομο χρονικό διάστημα η κατανάλωση κοκαΐνης αυξάνει δραματικά, ικετεύοντας για μερικές ρουφηξιές επιπλέον. Όταν τα χρήματά της τελειώνουν, επιστρέφει στο κτίριό της και παρακαλάει τη φίλη της για επιπλέον χρήματα – φωνάζοντας και απειλώντας όταν εκείνη αρνείται. Πηγαίνει στο διαμέρισμά της, αρπάζει πράγματα και τα πουλάει προκειμένου να αγοράσει crack. Πίσω στο πάρτι, η συμπεριφορά της γίνεται ολοένα και πιο αλλοπρόσαλλη. Είναι απόλυτα εστιασμένη στο να κάνει χρήση της επιθυμητής ουσίας. Όταν τα χρήματά της τελειώνουν, αρχίζει να κάνει σεξ για crack. Την ώρα που το πάρτι τελειώνει, έχει κάνει σεξ με παντελώς αγνώστους, ακόμα και για μια ρουφηξιά crack. (Gardner, David 1999: 93)

- *Διαφορετικές ερμηνείες της ίδιας συμπεριφοράς.*

Η ίδια (φαινομενολογικά) συμπεριφορά μπορεί να ερμηνευθεί με διαφορετικό τρόπο:

Ας πάρουμε το παράδειγμα του ανοιγοκλείσιματος των ματιών: το ανοιγοκλείσιμο από τη μια (“eye blinks”) και το “ματάκι” από την άλλη (“winks”).

Το ανοιγοκλείσιμο των ματιών (blinking) είναι μια “αυτόματη” συμπεριφορά, που προκαλείται όταν, για παράδειγμα, μια ριπή αέρα ασκήσει μια δύναμη στο μάτι (...) δεν επηρεάζεται από ανταμοιβές ή κίνητρα. (...) και μπορεί να θεωρηθεί ως αντανακλαστικό (...). Από την άλλη, το “ματάκι” (“winks”) παρότι τοπογραφικά όμοιο με το ανοιγοκλείσιμο (...) ενισχύεται, για παράδειγμα, από τη συντροφικότητα ή από ένα κοινό μυστικό (...) και μπορεί να επηρεασθεί ακόμα και από ασθενείς ανταμοιβές (weak rewards).

Έτσι λοιπόν, οι δυο συμπεριφορές διαφέρουν στο ότι το “ματάκι” (“winks”) επηρεάζεται από τις συνέπειες, ενώ η νευρολογική βάση του ανοιγοκλείσιματος (“eye blinks”) (...) δεν επηρεάζεται από τις συνέπειες. (...) Στην καθημερινή γλώσσα λέμε ότι ένα άτομο, ήθελε να κάνει “ματάκι”, (...) ότι το επέλεξε. (Heyman 2001: 102)

- *Η έννοια της επιλογής (concept of choice).*

Σε ότι αφορά την επιλογή, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι υπάρχουν τρία επίπεδα εκούσιας πράξης: α. πράξη χωρίς επιλογή (action without choice), β. ελάχιστη επιλογή (minimal choice) και γ. ορθολογική επιλογή (rational choice).

A. *πράξη χωρίς επιλογή* (πράξη που δεν είναι ευαίσθητη στις ανταμοιβές)

Ας υποθέσουμε ότι κάποιος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ της πράξης α και της πράξης β, έχει την απαραίτητη πληροφορία ότι οι συνέπειες της α είναι καταστροφικές σε σχέση με τις συνέπειες της β και όμως επιλέγει την α. Μπορούμε να αναρωτηθούμε κατά πόσον η πράξη αυτή είναι το αποτέλεσμα επιλογής.

Παράδειγμα του ναυαγού:

...Φανταστείτε έναν άνθρωπο σε σωστική λέμβο, που εξαιτίας της τρομερής του δίψας πίνει θαλασσινό νερό. Παρότι δεν γνωρίζει ότι το θαλασσινό νερό θα τον θανατώσει νωρίτερα από το αν δεν έπινε νερό, μπορούμε να υποθέσουμε ότι, ακόμα και αν ήταν σε θέση να το γνωρίζει, δεν θα ήταν δυνατόν να μην πει καθόλου νερό. Σε αυτή την περίπτωση μπορούμε να πούμε ότι η επιθυμία του είναι “ακαταμάχητη” ή ότι “δεν είχε επιλογή”. (Elster 1999: 136)

Όμως, για να μπορέσει ο ναυαγός να πει νερό χρειάζεται μια *ηθελημένη* κίνηση του σώματος, κάτι διαφορετικό από αυτό που θα ονομάζαμε “οιονεί”- πράξη (quasi-action), όπου κάποιος τελικά ενδίδει στην ανάγκη του να ουρήσει (η ούρηση θα συμβεί ακόμα και αν το άτομο αντισταθεί μέχρι την τελευταία στιγμή). Επιπλέον, το να μην μπορεί κανείς να αντισταθεί σε μια ισχυρή επιθυμία, δεν είναι το ίδιο με το να μην μπορεί να αντισταθεί κάτω από την πίεση του βάρους ενός τεράστιου βράχου.

Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι ως συνέπεια μιας επιθυμίας ή ενός craving το γνωστικό πεδίο (cognitive field) μπορεί να *συρρικνωθεί*. Κάποιες επιλογές καθώς και τα επακόλουθά τους εξαφανίζονται από το γνωστικό πεδίο, όπως σε ένα άλογο που φορά παρωπίδες.

B. Πράξη βασισμένη στην ελάχιστη επιλογή (minimal choice, που είναι ευαίσθητη στις ανταμοιβές)

Το ότι μια πράξη επηρεάζεται από ανταμοιβές, δεν σημαίνει και ότι είναι το αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής μεταξύ εναλλακτικών στη βάση των συνεπειών τους. Στο παράδειγμα του ναυαγού:

(...) ας υποθέσουμε ότι η μόνη διέξοδος προς το θαλασσινό νερό είναι μέσα από μια αγέλη ποντικών, στα οποία ο ναυαγός είναι φοβικός. (...) (Elster 1999: 137)

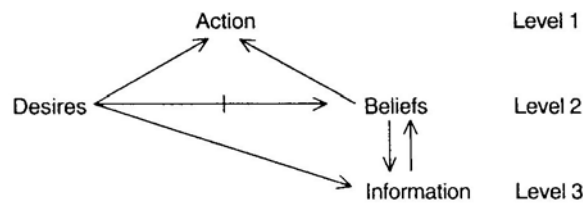
Σε αυτή την περίπτωση, δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ναυαγός *επιλέγει* να μην πει, εφόσον η δίψα του υπερνικάται από την ισχυρότερη φοβία των ποντικών.

Για να δούμε εκτενέστερα το: “πράξη ευαίσθητη στις ανταμοιβές”:

... ένα άτομο έχει δυο δυνατότητες επιλογής, την α και την β και επιλέγει την α. Έστω λοιπόν ότι κάνουμε ένα πείραμα, στο οποίο το άτομο έχει τις επιλογές α και β₁, β₂, β₃ ... όπου στο β_i αντιστοιχούν i δολάρια. Εάν υπάρχει ένας αριθμός n, για τον οποίο για όλα τα i < n το άτομο επιλέγει το α, παρά το β_i, ενώ για όλα τα i > n επιλέγει το β_i παρά το α, τότε η επιλογή είναι ευαίσθητη σε ανταμοιβές (reward-sensitive choice) (Elster 1999: 140)

Γ. Ορθολογική επιλογή (rational choice). Κατ’ αρχήν πρέπει να κάνουμε την υπόθεση ότι το άτομο είναι φορέας λογικής (χωρίς αυτή την παραδοχή δεν μπορούμε να προχωρήσουμε).

Το βασικό μοντέλο της ορθολογικής επιλογής απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα:



Το μοντέλο περιλαμβάνει *τρία διακριτά επίπεδα βελτίστου*.

Πρώτον: Μια πράξη είναι λογική όταν ικανοποιεί τις επιθυμίες του ατόμου στη βάση των πίστεών του (ασθενής ορισμός)

... εάν θέλω να σκοτώσω κάποιον και πιστεύω ότι ο καλύτερος τρόπος να το πράξω είναι κατασκευάζοντας ένα ομοίωμά του και τρυπώντας το με μια καρφίτσα, τότε με βάση τον παραπάνω ασθενή ορισμό, η πράξη μου είναι λογική. Το συμπέρασμα βέβαια δεν είναι ικανοποιητικό, όχι επειδή η δολοφονική μου επιθυμία είναι παράλογη (μπορεί να είναι ανήθικη, αλλά αυτό είναι άλλο θέμα), αλλά επειδή η πίστη μου είναι προφανώς βασισμένη σε λάθος πεποιθήσεις (Elster 1999: 142)

Το διεγραμμένο βέλος στο σχήμα δείχνει ότι δεν επιτρέπεται να επηρεάζονται απευθείας οιπίστεεις από τις επιθυμίες (όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση των ευσεβών πόθων – wishful thinking).

Δεύτερον: πρέπει να υποθέσουμε και ότι οιπίστεεις είναι έλλογες, με την έννοια ότι βασίζονται στις πληροφορίες που διαθέτει το άτομο. Στην πραγματικότητα όμως, οιπίστεεις αφορούν στις *ευκαιρίες* (opportunities) που διαθέτει το άτομο. Έτσι, σε μια απλοποιημένη εκδοχή, το ορθολογικό άτομο επιλέγει την περισσότερο επιθυμητή εναλλακτική επιλογή.

Συνοψίζοντας τη θεωρία της ορθολογικής επιλογής: *τα άτομα κάνουν ό,τι καλύτερο μπορούν* (people do as well as they can).

Πρέπει όμως να λάβουμε υπόψη μας ότι το άτομο δεν γνωρίζει όλες τις εναλλακτικές δυνατότητες που τον αφορούν (δεν μπορούμε να δούμε πέρα από τον ορίζοντά μας). Έτσι μπορούμε να πούμε: *τα άτομα κάνουν ό,τι καλύτερο με βάση ό,τι πιστεύουν και ό,τι επιθυμούν* (people do as well as they believe they can).

Τρίτον: το άτομο πρέπει να επενδύσει το βέλτιστο ποσό χρόνου και ενέργειας προκειμένου να συλλέξει την απαραίτητη πληροφορία. Όπως είναι παράλογο το να μην συλλέγει κανείς πληροφορία προκειμένου να αγοράσει ένα αυτοκίνητο ή ένα σπίτι έτσι κάποιες φορές είναι επικίνδυνο να συλλέγει πάρα πολλή πληροφορία π.χ. ένας γιατρός που κάνει πάρα πολλές εξετάσεις πριν να αποφασίσει για την κατάλληλη θεραπεία και ο ασθενής πεθαίνει στα χέρια του (η έννοια του “χρυσού κανόνα”).

Σε μια χρονική στιγμή βέβαια, το άτομο έχει συγκεκριμένη άποψη για το κόστος και τα οφέλη γύρω από τη συλλογή πληροφορίας. Έτσι η θεωρία της ορθολογικής επιλογής γίνεται: *τα*

άτομα κάνουν ό,τι καλύτερο από αυτά που έχουν (people make the most out of what they have).

Τέλος, οι πίστεις μπορεί να παγιδευτούν (belief traps), όπως στην περίπτωση των γυναικών που υφίστανται κλειτοριδεκτομή:

... στη φυλή των Bambara στο Μάλι πιστεύουν ότι η κλειτορίδα θα σκοτώσει το άντρα εάν έρθει σε επαφή με το πέος του κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Στη Νιγηρία κάποιες ομάδες πιστεύουν ότι εάν το κεφάλι του μωρού έρθει σε επαφή με την κλειτορίδα στον τοκετό, τότε το μωρό θα πεθάνει. Τις πίστεις αυτές τις αποκαλώ αυτό- ενισχυόμενες (self-enforcing): δεν μπορούν να αναθεωρηθούν, επειδή το πιθανό κόστος για να τις δοκιμάσει κανείς είναι πάρα πολύ μεγάλο. (Elster 1999: 147)

Συνοψίζοντας, οι κινήσεις του σώματος (bodily movements) μπορούν να ταξινομηθούν σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο είναι τα αντανακλαστικά (για τα οποία δεν έχουμε επίγνωση) και στο άλλο οι πράξεις, ως συνέπεια ορθολογικής επιλογής (που ικανοποιούν τα τρία σημεία που αναφέρθηκαν παραπάνω). Ενδιάμεσα, υπάρχουν δυο τουλάχιστον κατηγορίες: πιο κοντά στο ένα άκρο συμπεριφορές με πρόθεση, αλλά που δεν είναι ευαίσθητες στις ανταμοιβές (reward-insensitive) και πιο κοντά στο άλλο άκρο συμπεριφορές που είναι ευαίσθητες στις ανταμοιβές (reward-sensitive), αλλά όχι ορθολογικές. Στις αυτές ακριβώς, τις ενδιάμεσες κατηγορίες, καταστάσεις όπως ο πόνος, η δίψα, τα συναισθήματα και τα craving παίζουν σημαντικό ρόλο. (Elster 1999: 149)

Σε ό,τι αφορά στην ευθύνη του ατόμου, σε συνέχεια με τα παραπάνω: δεν είμαστε υπεύθυνοι για τα αντανακλαστικά μας, εφόσον δεν μπορούμε να τα ελέγξουμε, ενώ έχουμε πλήρη ευθύνη για τις πράξεις μας ως συνέπεια ορθολογικής επιλογής. Στις ενδιάμεσες καταστάσεις, μπορούμε να δεχθούμε την (προβληματική ούτως ή άλλως) έννοια του *συνεχούς*: μεγαλύτερη (αλλά όχι πλήρης) ευθύνη υπάρχει στις συμπεριφορές που είναι ευαίσθητες στις ανταμοιβές, ενώ μικρότερη (αλλά όχι καθόλου) στις συμπεριφορές που δεν είναι ευαίσθητες στις ανταμοιβές.

- *Επιλογή και εξάρτηση.*

Εάν θέλαμε να προχωρήσουμε στο πως σχετίζεται η εξάρτηση με την ορθολογική επιλογή θα μπορούσαμε να θέσουμε τρία κύρια ερωτήματα: πρώτον, κατά πόσον η εξάρτηση μπορεί να προκύψει από ορθολογική επιλογή (σημείο εισόδου), δεύτερον πως η εξάρτηση επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να παίρνει αποφάσεις και ειδικότερα ορθολογικές αποφάσεις και τρίτον, ποιος είναι ο ρόλος της επιλογής στο να ξεπεράσει το άτομο μια εξάρτηση (σημείο εξόδου).

Ας δούμε το κατά πόσον, το να εξαρτηθεί το άτομο μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ορθολογικής επιλογής. Θέτοντας υποθετικές ερωτήσεις και απαντώντας με τις θεωρίες που υπάρχουν:

A. Είναι λογικό το να κάνει το άτομο το x , όταν αυτή η επιλογή (εν αγνοία του) μπορεί (ή θα) τον οδηγήσει στην εξάρτηση;

Η απάντηση δίνεται από τους Richard Herrnstein και Drazen Prelec στη θεωρία της εξάρτησης του “μονοπατιού των σωματικών ηδονών” (primrose path), σύμφωνα με την οποία είναι λογικό να ακολουθήσει κανείς ένα μονοπάτι που θα τον οδηγήσει σε μη έλλογα αποτελέσματα, αν δεν μπορούσε να προβλέψει (με έλλογο τρόπο) την κατάληξή του. Η θεωρία προϋποθέτει άπειρους (naive) χρήστες και υποστηρίζει ότι οι επιλογές γύρω από την κατανάλωση ουσιών σε μια δεδομένη χρονική στιγμή επηρεάζουν την ευημερία του ατόμου σε μια μεταγενέστερη χρονική στιγμή. Όταν το άτομο αντιληφθεί ότι δεν έχει κάνει τη βέλτιστη επιλογή είναι ήδη αργά, αν ληφθεί υπόψη και το κόστος των στερητικών συμπτωμάτων.

B. Είναι λογικό το να κάνει το άτομο το x , όταν γνωρίζει ότι το x θα τον οδηγήσει στην εξάρτηση;

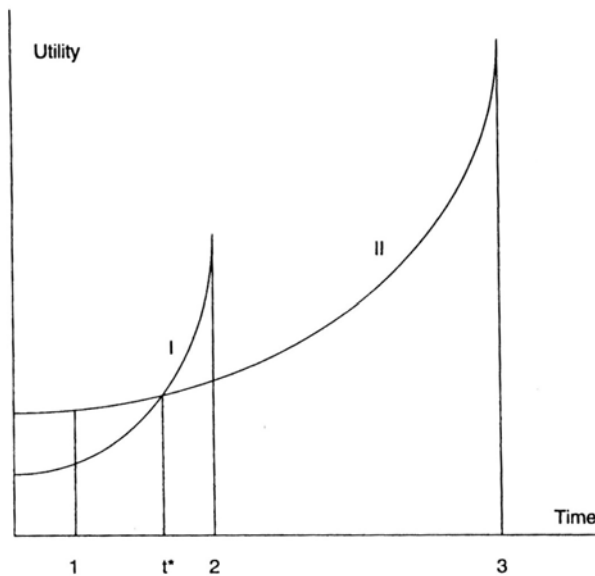
Οι Gary Becker και Kevin Murphy προτείνουν μια θεωρία που ισχυρίζεται το ακριβώς αντίθετο από τη θεωρία του “μονοπατιού των σωματικών ηδονών” (primrose path): ότι ο νέος (beginning) χρήστης ουσιών έχει *πλήρη συνείδηση* για τις αρνητικές συνέπειες της εξάρτησης. Βλέπουν την εξάρτηση ως μια μορφή λογικής “αυτοθεραπείας”, στην οποία το μελλοντικό κόστος της εξάρτησης βαραίνει λιγότερο από τη σημερινή απόλαυση της κατανάλωσης ουσιών.

Γ. Είναι λογικό το να κάνει το άτομο το x , όταν γνωρίζει ότι το x μπορεί να τον οδηγήσει στην εξάρτηση;

Ενδιάμεσα στις προηγούμενες θέσεις βρίσκεται η θεωρία του “υπολογισμένου παιχνιδιού” (calculated game) των Athanasios Orphanides και David Zervos. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το άτομο γνωρίζει από τις πληροφορίες που έχει, ότι είναι πιθανό να εξαρτηθεί από την τοξική ουσία (εάν είναι ευάλωτος τύπος – vulnerable type), αλλά και ότι είναι εξίσου πιθανόν να μην εξαρτηθεί ποτέ από αυτή (εάν είναι άνοσος τύπος – immune type) και να χρησιμοποιεί την ουσία μόνο για διασκέδαση. Έτσι, κάποια άτομα αποφασίζουν να διακινδυνεύσουν να βρουν σε ποιόν τύπο ανήκουν, ενώ κάποιοι άλλοι αποφασίζουν να απέχουν τελείως από τις ουσίες. Δυστυχώς για τους ευάλωτους (στη χρήση ουσιών), όταν το ανακαλύπτουν είναι ήδη πάρα πολύ αργά. Το μοντέλο αυτό, υπερτονίζει τον πειραματισμό ως πηγή απόκτησης πληροφορίας.

Η ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει ορθολογικές αποφάσεις μπορεί να επηρεαστεί από την εξάρτηση με τους εξής τρόπους:

A. Αναστροφή προτιμήσεως (preference reversal) εξαιτίας υπερβολοειδούς απαξίωσης (hyperbolic discounting) του μέλλοντος. Ο μηχανισμός φαίνεται στο παρακάτω σχήμα:



Στη χρονική στιγμή 1 το άτομο έχει την επιλογή ανάμεσα στη μικρή ανταμοιβή που θα είναι διαθέσιμη τη χρονική στιγμή 2 και στη μεγαλύτερη ανταμοιβή που θα είναι διαθέσιμη στη χρονική στιγμή 3. Οι καμπύλες του σχήματος δείχνουν πως οι μελλοντικές ανταμοιβές εκποιοούνται (σχηματικά, σε μια γεωμετρική υπερβολή) στην παρούσα τιμή, νωρίτερα. Πριν τη χρονική στιγμή t^* , όταν η τιμή της καμπύλης II είναι μεγαλύτερη από τη τιμή της καμπύλης I, το άτομο προτίθεται να επιλέξει τη μεγαλύτερη ανταμοιβή. Εντούτοις, μετά τη χρονική στιγμή t^* , η παρούσα τιμή της μικρότερης (τελικά) ανταμοιβής κυριαρχεί. Σύμφωνα με τον George Ainslie, ένα μεγάλο ποσοστό της αμφιθυμίας που παρατηρείται στην εξάρτηση οφείλεται σε αυτόν το μηχανισμό.

B. Αναστροφή προτιμήσεως (preference reversal) εξαιτίας ενός craving.

Γ. Αδυναμία της βούλησης (weakness of will), που είναι διαφορετική από την αναστροφή προτιμήσεως, σύμφωνα με τον Donald Davidson: ένα άτομο μπορεί να επιλέξει μεταξύ του x και του y, έχει λόγους να κάνει οποιοδήποτε από τα δύο, πιστεύει ότι έχει ισχυρότερους λόγους να πράξει το x και όμως πράττει εν γνώσει του το y.

Παράδειγμα: ένα άτομο που θέλει να διακόψει το αλκοόλ, μπορεί να δεχθεί ένα ποτό σε ένα πάρτι, γνωρίζοντας *τη στιγμή που το κάνει*, ότι δρα ενάντια στο συμφέρον του.

Το πρόβλημα στην άποψη του Davidson είναι ότι δυσκολευόμαστε να αποδείξουμε ότι το άτομο σκεφτόταν (τη στιγμή που το έκανε) ότι δεν πρέπει να δεχθεί το ποτό.

Δ. Διαφορετική είναι η περίπτωση του ατόμου που δεν έχει συναίσθηση των συνεπειών των πράξεών του, όπως περιγράφεται από τον Αριστοτέλη στα *Ηθικά Νικομάχεια*, εισάγοντας την έννοια της *ακρασίας*.

Ε. Και τέλος η άποψη του David Pears ότι οιπίστεις διαστρεβλώνονται μέσω των ευσεβών πόθων (wishful thinking) που επάγονται από τις ουσίες (αυτό που αποκαλεί αιτιολογημένο σχηματισμό πίστεων - motivated belief formation).

Τέλος, η επιλογή στο να ξεπεράσει το άτομο μια εξάρτηση: η λύση “απλώς εγκατέλειψε τη χρήση” είναι πάρα πολύ απλοποιημένη επειδή πρώτον τα νευρωνικά κυκλώματα ευχαρίστησης και ανταμοιβής έχουν αλλάξει λόγω της χρήσης και έχουν γίνει πάρα πολύ ευαίσθητα, δεύτερον αυτή η ευαισθητοποίηση ισχύει και για άλλα φάρμακα, στα οποία ίσως το άτομο δεν έχει εκτεθεί ποτέ και τρίτον λόγω της ευαισθησίας, τα νευρωνικά κυκλώματα μπορεί να πυροδοτηθούν όχι μόνο από άλλες ουσίες, αλλά και από καταστάσεις και παράγοντες στρες του περιβάλλοντος.

Επειδή λοιπόν είναι πάρα πολύ δύσκολο οι χρήστες να ξεπεράσουν άμεσα την εξάρτησή τους, χρησιμοποιούν έμμεσους τρόπους:

α. Ομαδοποίηση (bunching), όπου το άτομο δεσμεύεται αντιμετωπίζοντας κάθε υποτροπή ως προγνωστικό παράγοντα για επόμενες υποτροπές. Κατ’ αυτό τον τρόπο η επιλογή δεν είναι μεταξύ του: να πιει σήμερα ή να μην πιει σήμερα, αλλά μεταξύ του: να πιει σήμερα και σε κάθε άλλη δυνατή ευκαιρία - και του να μην πιει ούτε σήμερα, ούτε σε άλλη ευκαιρία. Έτσι το άτομο δομεί έναν προσωπικό κανόνα που τον προστατεύει από τον πειρασμό.

β. Εκλεπτυσμένη απαξίωση (Sophisticated discounting): ο χρήστης ακολουθεί το συλλογισμό “αφού θα υποτροπιάσω ούτως ή άλλως, ας το κάνω νωρίτερα”.

γ. Στρατηγικές προκαταβολικής δέσμευσης (precommitment strategies): ένας συνδυασμός τακτικών που χρησιμοποιεί ο εξαρτημένος, ώστε δεσμευόμενος προκαταβολικά να μπορέσει να ξεπεράσει τα εμπόδια που παρουσιάζονται. (Elster 1999:165-191)

Στο κεφάλαιο είδαμε την έννοια της πράξης ως επιλογή σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο βρίσκεται η ορθολογική επιλογή και στο άλλο τα αντανκλαστικά (ενδιάμεσα βρίσκονται πράξεις ευαίσθητες ή μη ευαίσθητες στις ανταμοιβές). Μπορούμε λοιπόν να θεωρήσουμε ότι η ευθύνη του ατόμου συνδέεται με το βαθμό της ορθολογικότητας: πλήρης ευθύνη σε ορθολογικές πράξεις και καμία ευθύνη στα αντανκλαστικά.

Επιπλέον, εξετάστηκε το κατά πόσον η εξάρτηση μπορεί να προκύψει από ορθολογική επιλογή (και αναπτύχθηκαν οι υπάρχουσες θεωρίες γύρω από το σημείο εισόδου), κατά πόσο η εξάρτηση επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει ορθολογικές αποφάσεις και τέλος, το πώς η ορθολογικότητα μπορεί να βοηθήσει στην έξοδο από τη χρήση ουσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΝΟΣΟΣ

(η ιατροκεντρική προσέγγιση)

Από τον ηθικό λόγο (που ιστορικά προηγείται) το πέρασμα στην εξάρτηση ως ασθένεια:

...στην περίπτωση του εξαρτημένου η μη συμμόρφωση προς τα κοινωνικώς καθιερωμένα δεν αποδίδεται στη θέλησή του, αλλά θεωρείται σχεδόν ακούσιο αποτέλεσμα μιας ασθένειας (...) εξηγείται με αναφορές στην ασθένεια της εξάρτησης, της οποίας τα συμπτώματα είναι η απώλεια του αυτοελέγχου και η εξασθένηση της ικανότητας του υποκειμένου να αναλαμβάνει τις κοινωνικές του υποχρεώσεις.

(Ανδριάκαινα 2005: 68)

Το “ακούσιο αποτέλεσμα” και η “απώλεια του αυτοελέγχου”, όπως θα δούμε στη συνέχεια, ορίζει την έλλειψη ευθύνης του ατόμου, ως πάσχοντος.

- Η επικρατούσα ιατρική θέση.

Η επικρατούσα ιατρική άποψη είναι ότι η εξάρτηση αποτελεί χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσο. Στη δεκαετία του '60 οι Dole και Nyswander (πρωτοπόροι της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη) υποστήριξαν ότι στους ηρωινομανείς υπάρχει μεταβολικό έλλειμμα στον εγκέφαλο, αντίστοιχο με το έλλειμμα ινσουλίνης στον σακχαρώδη διαβήτη. Θεωρήθηκε ότι τα άτομα με μειωμένη δραστηριότητα του συστήματος των ενδογενών οπιούχων (μειωμένες συγκεντρώσεις ενδορφινών) ή με αυξημένη δραστηριότητα των ενδογενών ανταγωνιστών των οπιούχων, βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν εξάρτηση από οπιούχα⁵.

Η θέση ότι η εξάρτηση είναι χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσος, υποστηρίζεται από το National Institute on Drug Abuse των ΗΠΑ. Ο Leshner, διευθυντής του NIDA, σε άρθρο του στο Science το 1997, “Addiction is a Brain Disease and it matters”, ισχυρίζεται ότι η παρατεταμένη χρήση τοξικών ουσιών προκαλεί αλλαγές (σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο, δομικές και λειτουργικές) στην εγκεφαλική λειτουργία, οι οποίες *εμμένουν* ακόμα και όταν το άτομο σταματήσει τη χρήση.

Ο εγκέφαλος του εξαρτημένου για τον Leshner είναι *διαφορετικός* από του μη-εξαρτημένου, όπως φαίνεται από αλλαγές στη εγκεφαλική μεταβολική δραστηριότητα, στη διαθεσιμότητα των υποδοχέων, στην έκφραση των γονιδίων και στην αντίδραση στις νύξεις του περιβάλλοντος (environmental cues). Κάποιες από αυτές τις αλλαγές (οι οποίες *εμμένουν*) είναι ειδικές για ορισμένες ουσίες, ενώ κάποιες άλλες είναι κοινές για διαφορετικές ουσίες. *Αυτές ακριβώς οι κοινές αλλαγές που προκαλούν οι εξαρτησιογόνες ουσίες στον εγκέφαλο,*

⁵ Dole V.P., Nyswander M.E. A medical treatment for diacetyl morphine (heroin) addiction, *Jour. Am. Med. Assoc.* 193: 646, 1965.

υποδηλώνουν κοινούς μηχανισμούς του εγκεφάλου για όλες τις εξαρτήσεις. Άρα, το ότι η εξάρτηση συνδέεται με αλλαγές στην εγκεφαλική δομή και λειτουργία, την κάνει, κατά βάση, μια εγκεφαλική νόσο.

Ένας μεταφορικός διακόπτης φαίνεται να γυρίζει στον εγκέφαλο σαν αποτέλεσμα της παρατεταμένης χρήσης τοξικών ουσιών. Αρχικά, η χρήση γίνεται εθελοντικά, αλλά όταν ο διακόπτης γυρίσει, το άτομο περνά στην κατάσταση της εξάρτησης (state of addiction), η οποία χαρακτηρίζεται από καταναγκαστική αναζήτηση και χρήση τοξικών ουσιών.

Έτσι λοιπόν, μείζον στόχος της θεραπείας πρέπει να είναι είτε να αντιστραφούν, είτε να εξουδετερωθούν οι αλλαγές στον εγκέφαλο, μέσω φαρμάκων ή συμπεριφορικών θεραπειών. Η αποσαφήνιση του βιολογικού υπόβαθρου πίσω από το μεταφορικό διακόπτη, είναι για τον Leshner το κλειδί για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών, κυρίως αντι-εξαρτησιογόνων φαρμάκων. (Leshner 1997: 46)

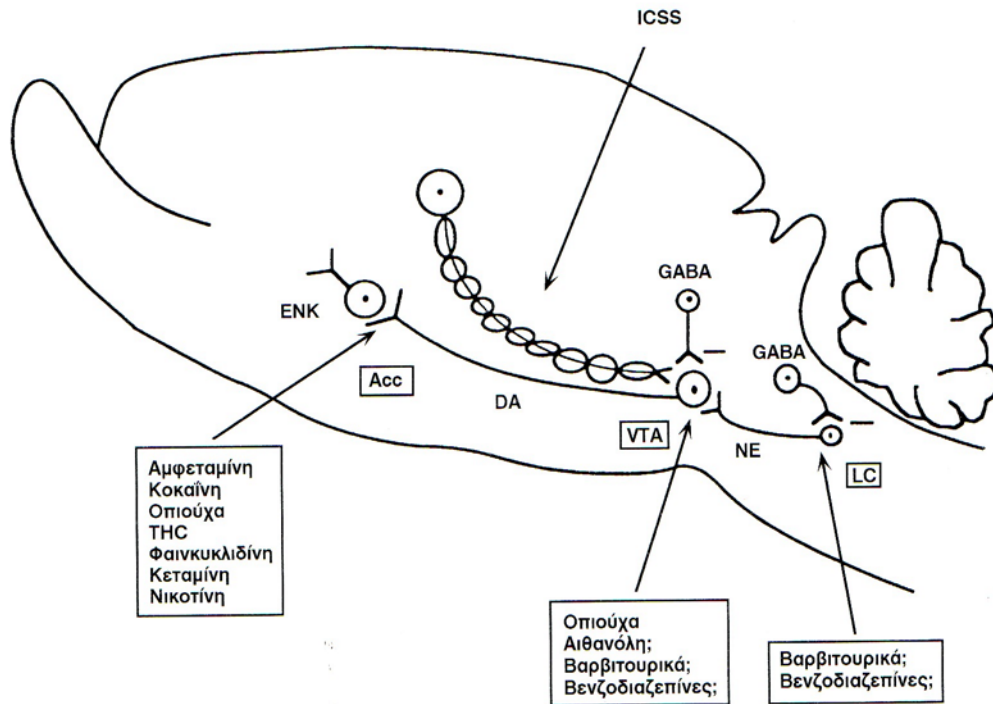
Στην ιστοσελίδα της NIDA (National Institute on Drug Abuse)⁶ μάλιστα, υπάρχει έτοιμη παρουσίαση PowerPoint με τίτλο: “Εξάρτηση: είναι νόσος του εγκεφάλου πέρα από κάθε βάσιμη αμφιβολία (Addiction: It's a Brain Disease Beyond a Reasonable Doubt) – μια ανασκόπηση της νευροβιολογίας της εξάρτησης, για όσους εργάζονται στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης και σε θεραπευτικά πλαίσια για κατάχρηση ουσιών. Εκεί υποστηρίζεται ότι η εξάρτηση είναι “θεραπεύσιμη νόσος” (treatable disease).

Στο βιολογικό υπόστρωμα του συστήματος ανταμοιβής εμπλέκονται ντοπαμινεργικοί νευρώνες⁷:

⁶ <http://www.nida.nih.gov/drugpages/cj.html>

⁷ Η αναφορά στους ντοπαμινεργικούς νευρώνες δεν είναι τυχαία. Η εξοικείωση των ψυχιάτρων με τα υποσυστήματα της ντοπαμίνης είναι μεγάλη, λόγω της εμπειρίας από τη σχιζοφρένεια. Κατ’ αυτό τον τρόπο, όπως στη σχιζοφρένεια το μεσολιμβικό σύστημα είναι υπεύθυνο για τα ψυχωτικά συμπτώματα, το μελαινοραβδωτό σύστημα για τα κινητικά συμπτώματα και το μεσοφλοιώδες σύστημα της ντοπαμίνης για τα γνωστικά ελλείμματα, έτσι υποτίθεται και ότι οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες της καλύπτρας (που εμπλέκονται στο σύστημα ανταμοιβής – reward system) είναι υπεύθυνοι για την εξάρτηση.

Η υπόθεση αυτή βέβαια στέκεται στον αέρα: δεν γνωρίζουμε αν η μεταβολή σε αυτούς τους νευρώνες, λόγω της δράσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, εμπλέκεται με την αιτιολογία της εξάρτησης (ως καταναγκαστική λήψη ουσιών) και σε ποιο βαθμό. Ενδιάμεσα μοντέλα (όπως αυτό του Redish που αναφέρεται παρακάτω) βοηθούν στο να διευκρινισθεί ποια ουσία είναι υπεύθυνη, για ποια δράση και με ποιο τρόπο.

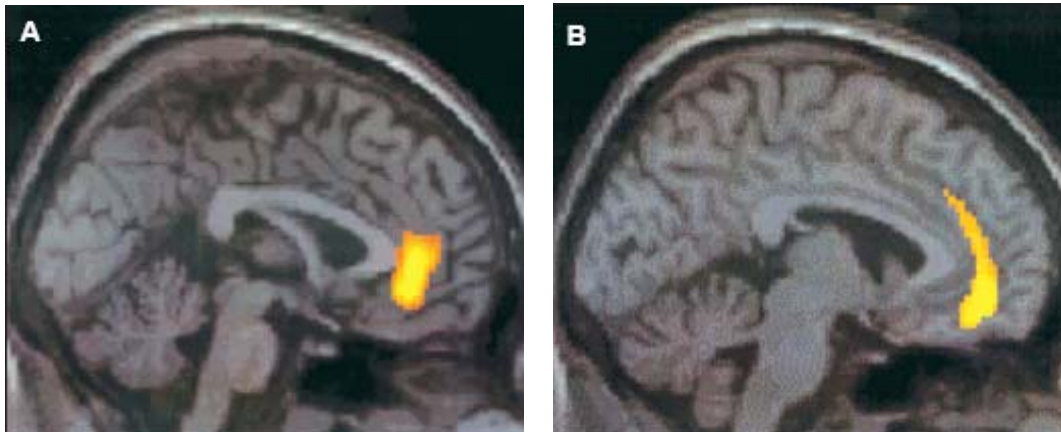


Οι μείζονες νευροδιαβιβαστές που ενδεχομένως εμπλέκονται στην ανάπτυξη της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης από ουσίες είναι τα συστήματα των οπιούχων, των κατεχολαμινών (ιδιαίτερα της ντοπαμίνης) και του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Ιδιαίτερης σημασίας είναι οι ντοπαμινεργικοί νευρώνες της κοιλιακής περιοχής της καλύπτρας που προβάλλονται στην περιοχή του φλοιού και του μεταχιακού συστήματος, ιδιαίτερα στον επικλινή πυρήνα. Αυτή η συγκεκριμένη οδός θεωρείται ότι συμμετέχει στην αίσθηση ανταμοιβής και ότι αποτελεί το μείζονα μεσολαβητή των δράσεων ορισμένων ουσιών, όπως της αμφεταμίνης και της κοκαΐνης. Ο υπομέλανας τόπος, η μεγαλύτερη ομάδα αδρενεργικών νευρώνων θεωρείται ότι συμμετέχει στη μεσολάβηση των δράσεων των οπιούχων...(Kaplan Sadock's 2000: 577)

Η εμπλοκή του νευρωνικού κυκλώματος της ντοπαμίνης στην εξάρτηση, αλλά και η σπουδαιότητα του στην αντιμετώπισή της, παρουσιάζεται σε μεγάλης κυκλοφορίας, μη επιστημονικά περιοδικά:

... Γιατί μερικοί άνθρωποι πέφτουν τόσο εύκολα στη σκλαβιά του αλκοόλ, της κοκαΐνης, της νικοτίνης και των άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών; Η απάντηση ίσως είναι πιο απλή από ό,τι θα τολμούσε κανείς να φανταστεί: ντοπαμίνη, το κύριο μόριο της εξάρτησης (...) η εξάρτηση είναι διαταραχή του εγκεφάλου όπως και οι άλλες ψυχικές νόσοι. (Addiction: How We Get Hooked" *Time*, May 5, 1997)

Νεώτερα μάλιστα δεδομένα από PET scan δείχνουν ότι μεσολαβεί και ο προμετωπιαίος φλοιός (ACC - anterior cingulate cortex).



When rewards go awry. The ACC (Brodmann areas 32 and 24) of cocaine-addicted patients has striking defects in both blood flow (perfusion) (A) and gray matter density (B) compared with controls (23, 24). Resting hypoperfusion was assessed by positron emission tomography with ^{15}O water as the blood-flow tracer; regions of reduced gray matter density were analyzed by voxel-based morphometry (27).

Εξαρτημένα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα που σχετίζονται με βλάβες στην ACC, ενώ νευροαπεικονιστικές μελέτες δείχνουν μειωμένη λειτουργικότητα και πυκνότητα των κυττάρων της ACC καθώς και των δομών που σχετίζονται με αυτήν. Είναι πιθανόν λοιπόν ότι οι εξαρτημένοι, όπως άλλα άτομα που πάσχουν από μειωμένη λειτουργικότητα αυτή της περιοχής, να είναι *ανίκανοι να βιώσουν φυσιολογικές συναισθηματικές αποκρίσεις σε μελλοντικά γεγονότα ή να ασκήσουν ηθελημένο έλεγχο σε πράξεις που αυξάνουν την ωφέλεια και μειώνουν τη βλάβη.* (Peoples 2002: 1623).

Έτσι, η *ευθύνη* του ατόμου για την επικρατούσα ιατρική θέση σταματά στην *εκούσια έναρξη* της χρήσης. Μόλις οι εξαρτησιογόνες ουσίες επηρεάσουν την εγκεφαλική λειτουργία και “γυρίσει” ο διακόπτης στον εγκέφαλο, το άτομο περνά στην *κατάσταση* της εξάρτησης, όπου ουσιαστικά κρίνεται ως ασθενής (συνεπώς ανεύθυνο για τις πράξεις του).

- Το *αντεπιχείρημα* στο άρθρο του Leshner και τα *επιστημολογικά σφάλματα*.

Η απάντηση στο επιχείρημα του Leshner είναι ότι: α. δεν έχει αποδειχθεί ότι η εξάρτηση, δηλαδή η καταναγκαστική λήψη ουσιών, *προκαλείται* από τις αλλαγές που επιφέρουν οι ουσίες στον εγκέφαλο και οι οποίες απεικονίζονται στο PET scan και β. γίνεται η υπόθεση, στη βάση μόνο προκαταρκτικών μελετών, ότι οι αλλαγές εμμένουν για χρόνια. (Satel 2001: 119)

Επιστημολογικά, το αδύνατο σημείο του μοντέλου, όπως περιγράφηκε από τον Leshner παραπάνω, είναι αφενός η αναγωγή της εξάρτησης (ως καταναγκαστική συμπεριφορά λήψης ουσιών), σε αλλαγές στους υποδοχείς και στη δραστηριότητα του εγκεφάλου και αφετέρου η

σύγχυση της αιτίας με το αποτέλεσμα (τη στιγμή που δεν γνωρίζουμε τι προηγείται χρονικά και τι έπεται).

Επιπλέον, γίνεται η υπόθεση ότι οι κοινές αλλαγές που προκαλούν οι εξαρτησιογόνες ουσίες στον εγκέφαλο, υποδηλώνουν κοινούς μηχανισμούς του εγκεφάλου για όλες τις εξαρτήσεις, ενώ δεν είναι γνωστό αν οι μηχανισμοί αυτοί ενοποιοούνται στην πορεία της εξάρτησης. Τέλος, η υπόθεση του (νοητού) διακόπτη που “γυρίζει” στην επαφή με τις ουσίες σε μια κατάσταση εξάρτησης, ορίζει (με βολικό τρόπο) τη γραμμή που λείπει στο “φάσμα συμπεριφοράς που εκτείνεται από το φυσιολογικό έως το παθολογικό”, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως.

Σε ό,τι αφορά στην αναγωγή, ο Richard Dawkins στο βιβλίο του “Ο τυφλός ωρολογοποιός” εισηγείται τον όρο ιεραρχικός αναγωγισμός, υιοθετώντας την άποψη ότι:

(...) μια πολύπλοκη οντότητα σε οποιοδήποτε επίπεδο της οργανωτικής ιεραρχίας [μπορεί να εξηγηθεί] με βάση οντότητες που βρίσκονται μόνο ένα επίπεδο κάτω στην ιεραρχία, οντότητες που κι αυτές είναι κατά πάσα πιθανότητα αρκετά πολύπλοκες ώστε να χρειάζονται περαιτέρω αναγωγή στα δικά τους συστατικά μέρη. (Dawkins 1994: 46)

Η ανθρώπινη συμπεριφορά, δηλαδή ένα πολύπλοκο φαινόμενο, δεν μπορεί να αναχθεί σε μια γενετικά προσδιορισμένη αιτία, επειδή μεταξύ της αλλαγής στο γονιδίωμα και της συμπεριφοράς μεσολαβούν πάρα πολλά επίπεδα. Για να μπορέσουμε να κάνουμε την αναγωγή, θα πρέπει να υπάρξουν *ενδιάμεσα μοντέλα* (αναγωγή σε ένα επίπεδο κάτω), όπως αυτό του Redish που αναφέρεται στις επόμενες σελίδες.

Μια ακόμα αντίρρηση για το ιατρικό μοντέλο και τη γενετική προδιάθεση, εγείρεται από το φαινόμενο της πολυτοξικομανίας:

Άλλωστε, το κατεξοχήν φαινόμενο της εποχής μας, η πολυτοξικομανία, χρήση δηλαδή από το ίδιο άτομο, την ίδια χρονική περίοδο πολλών ουσιών διαφορετικού τύπου, είναι εκείνη που καταρρίπτει τη θεωρία της γενετικής αιτιολογίας της τοξικομανίας (Μάτσα 2001: 28).

Το επιχείρημα της συγγραφέως είναι ότι η πολυτοξικομανία, δηλαδή η κατανάλωση *πολλών* ουσιών την ίδια περίοδο, δεν μπορεί να οφείλεται σε *μία* γενετικά προσδιορισμένη αιτία. Το επιστημολογικό λάθος όμως εδώ είναι ότι, πάλι ανάγεται η συμπεριφορά σε γενετικά αίτια, στην προσπάθεια να δειχθεί ότι αυτά δεν σχετίζονται με την εξάρτηση⁸.

- Το παράδειγμα της ναλτρεξόνης.

Ένα επιπλέον επιχείρημα για το ότι η εξάρτηση δεν είναι *μόνο* θέμα υποδοχέων, ότι δηλαδή δεν είναι τόσο απλό, είναι το παράδειγμα της ναλτρεξόνης:

⁸ Επιπλέον, από τη συγγραφέα γίνεται μια ακόμα αναγωγή, σε κοινωνικά αίτια αυτή τη φορά. Το επιχείρημα που χρησιμοποιείται εδώ είναι το: εφόσον η πολυτοξικομανία δεν μπορεί να ερμηνευτεί από αλλαγές σε γονίδια, η αιτιολογία της είναι κοινωνική.

... η αρχή πίσω από το υποτιθέμενο αποτέλεσμα, η συμπεριφορική “εξάλειψη”, ήδη χρησιμοποιείται στη ναλτρεξόνη, μια ουσία ανταγωνιστή των οπιούχων... [η ναλτρεξόνη δημιουργεί] μια κατάσταση στην οποία ο εξαρτημένος που λαμβάνει την παράνομη ουσία αισθάνεται ελάχιστα ή καθόλου τη δράση της. Η *αποδέσμευση* του επιθυμητού αποτελέσματος (να “φτιαχτεί”) από τη δράση που την προκαλεί (“βαράω”) ονομάζεται “εξάλειψη” και σύμφωνα με τη συμπεριφορική θεωρία, ο εξαρτημένος θα σταματήσει να κάνει χρήση εφόσον δεν επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Παρότι η ναλτρεξόνη είναι διαθέσιμη, οι εξαρτημένοι από την ηρωίνη προτιμούν τη μεθαδόνη, η οποία έχει μια ήπια ευφορική και κατευναστική δράση. Υπάρχουν όμως κάποιες ομάδες που λαμβάνουν ναλτρεξόνη με καλά αποτελέσματα: επαγγελματίες (γιατροί, δικηγόροι, νοσοκόμες) που κινδυνεύουν να χάσουν τις άδειές τους και παραβάτες του νόμου σε προγράμματα παρακολούθησης που παρακολουθούνται με τακτικές ουροληψίες. (Satel 2001: 131)

- *Η ομοιότητα χρονίως πασχόντων και εξαρτημένων.*

Για την επικρατούσα ιατρική θέση οι εξαρτημένοι μοιάζουν με τους πάσχοντες από χρόνιες νόσους:

... Η εξάρτηση πρέπει να προσεγγίζεται περισσότερο ως χρόνια νόσος, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση, παρά ως οξεία νόσος, όπως οι λοιμώξεις και τα κατάγματα. Το να θεωρούμε την εξάρτηση σαν χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσο σημαίνει ότι θεωρούμε ως καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα και λογική προσδοκία τη σημαντική μείωση της χρήσης ουσιών, με μεγάλες περιόδους αποχής και με περιστασιακές μόνο υποτροπές ... Θεραπευτική επιτυχία, όπως και σε άλλες χρόνιες νόσους είναι ο χειρισμός της νόσου και όχι η θεραπεία. (Leshner 1997: 46)

αλλά και το αντεπιχείρημα:

... αλλά οι ασθματικοί και οι διαβητικοί που αντιστέκονται στις οδηγίες των ιατρών τους μοιάζουν με τους εξαρτημένους, παρά οι εξαρτημένοι με αυτούς. (Satel 2001: 129).

Κοινή φαινομενολογία όμως δεν σημαίνει απαραίτητα και κοινοί μηχανισμοί (βλέπε και παραπάνω την αναφορά σε αναλογίες - analogy και ομολογίες - homology).

- *Προς ένα λειτουργικό μοντέλο.*

Σήμερα, γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί η εξάρτηση μέσα από τους μηχανισμούς δράσης των τοξικών ουσιών. Υποστηρίζεται λοιπόν, ότι η εξάρτηση αποτελεί εξελικτικό ατύχημα (evolutionary accident) εξαιτίας της κακής προσαρμογής (mismatch) μεταξύ των μηχανισμών εκείνων του ανθρώπου που καθορίζουν τη λήψη αποφάσεων και της άμεσα ανταποδοτικής δομής των εξαρτησιογόνων ουσιών.

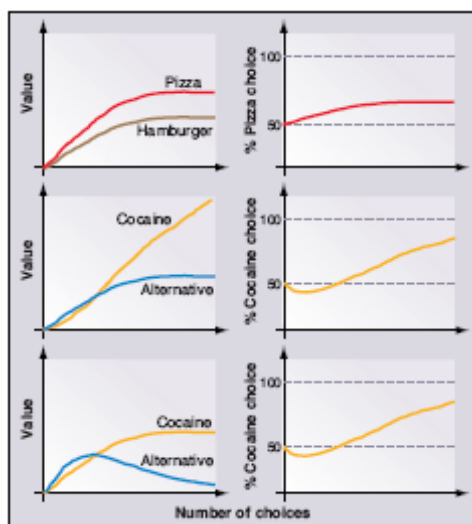
Παρά το ότι οι μηχανισμοί που καθορίζουν τη λήψη αποφάσεων στον άνθρωπο παρουσιάζουν με μυωπικό τρόπο τις διαθέσιμες εναλλακτικές δυνατότητες, συνήθως πετυχαίνουν (σχεδόν) βέλτιστα αποτελέσματα. Οι εξαρτησιογόνες όμως ουσίες έχουν ασυνήθεις ιδιότητες, που υπονομεύουν αυτούς τους μηχανισμούς. Έχουν άμεσα θετικά αποτελέσματα χωρίς να υπάρχει κορεσμός, δηλαδή χωρίς “φυσικό” φρένο στην κατανάλωσή τους.

Παίρνοντας ως παράδειγμα την κοκαΐνη: ο G. M. Heyman υποστηρίζει ότι η αυξημένη αξία της κοκαΐνης οφείλεται σε *αμβλυνση της ηδονικής απάντησης* (blunting hedonic reaction) των εναλλακτικών ερεθισμάτων - βλέπε γράφημα (3) στο παρακάτω σχήμα. Έτσι, οι εξαρτησιογόνες ουσίες έχουν την ιδιότητα να υποβαθμίζουν την ικανοποίηση που δίνουν άλλες, ανταγωνιστικές δραστηριότητες (devaluating alternative rewards), με αποτέλεσμα να τις εξοβελίζουν (crowding out) (Heyman 2001:108)

Από την άλλη πλευρά, πρόσφατα (2004) παρουσιάστηκε από τον A.D. Redish ένα μοντέλο, που παρουσιάζει την κοκαΐνη ως παράγοντα που προκαλεί *κατάρρευση του μηχανισμού λήψης αποφάσεων*, παρακάμπτοντας το νευρωνικό κύκλωμα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για τη μάθηση μέσω των ανταμοιβών.

Στην πραγματικότητα, αντίθετα με τις συνηθισμένες ανταμοιβές, η κοκαΐνη ενισχύει ευθέως τη δραστηριότητα της ντοπαμίνης (...) προκαλώντας λάθος στην προσδοκία για ανταμοιβή το οποίο δεν μπορεί να διορθωθεί με τη μάθηση. Ως αποτέλεσμα η αξία που αποδίδεται στην μελλοντική χρήση κοκαΐνης είναι αυξημένη, χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα της ουσίας (...) το μοντέλο αυτό εξηγεί τη χρήση της ουσίας ως αποτυχία των νευρώνων της ντοπαμίνης να προβλέψουν σωστά μεταβολές στις ανταμοιβές από την ουσία (...) η κοκαΐνη είναι ουσία. (Ahmed 2004: 1901)

Το γράφημα (2) στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζει την απόδοση αυξημένης αξίας στην κοκαΐνη, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως.



The dynamics of drug choice. (Left) Value learning during successive choices and (right) the percent choice of food or drug reward (50% represents the indifference level). (Top) Choice between two ordinary foods. During learning, the subject assigns progressively more value to the pizza—the consumption of which induces the greatest satisfaction—than to the hamburger, until a maximum, stable value is assigned to each option. This bounded, differential evaluation is reflected by the development of a nonexclusive preference for pizza consumption over hamburger consumption. (Middle) Choice between cocaine and a more rewarding, nondrug alternative, as extrapolated from Redish's computational model of addiction (4). During learning, the subject is hypothesized to initially assign greater value to the more rewarding alternative, which explains why the alternative is initially more likely to be chosen. However, due to an inability to correct the reward-error signal induced by cocaine, the value attributed to future cocaine use continues to increase above the maximum value assigned to the alternative. As a result, cocaine becomes the preferred choice. (Bottom) Choice between cocaine and a more rewarding nondrug alternative, as predicted by hedonic dysregulation hypotheses of addiction. As in (the middle panel), the subject begins to attribute more value to the alternative than to cocaine. However, with repeated drug use, the value of the alternative gradually decreases below the value of future cocaine use, thereby explaining the transition to excessive cocaine choice. In this last model, the value assigned to cocaine is finite.

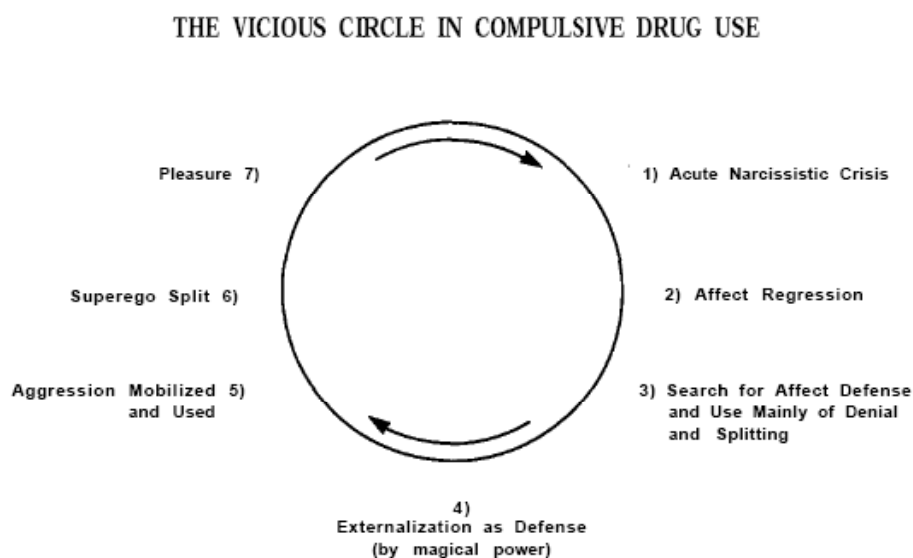
Βλέπουμε λοιπόν, ότι το ίδιο πρότυπο επιλογής της κοκαΐνης μπορεί να ερμηνευθεί διαφορετικά, ανάλογα με το αν δεχόμαστε ότι η ηδονική αντίδραση (hedonic reaction) παραμένει σταθερή ή όχι.

Το μοντέλο όπως αναφέρεται εδώ, περιπλέκεται περισσότερο όταν συνυπάρχουν σοβαρά ιατρικά και ψυχιατρικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τα μοντέλα δράσης της κοκαΐνης, όπως αναπτύχθηκαν εδώ, η εξάρτηση θεωρείται ως *εκούσια επιλογή* (η οποία *επηρεάζεται* βέβαια από την κοκαΐνη) και σε αντίθεση με το μοντέλο “εξάρτηση ως νόσος”, υπάρχουν *δυνατότητες αλλαγής* της συμπεριφοράς.

- Η ψυχοδυναμική προσέγγιση.

Τέλος, η ψυχοδυναμική προσέγγιση⁹:



Η κλασική ψυχοδυναμική προσέγγιση παρουσιάζεται από τον Leon Wurmser: ο φαύλος κύκλος της καταναγκαστικής χρήσης ουσιών (με ταυτόχρονες αφηγήσεις ασθενών του):

1. Ο κύκλος ξεκινά με “κάθε μεγάλο γεγονός – είτε πετύχω, είτε αποτύχω και έχει το ίδιο επακόλουθο: λύπη, απογοήτευση και μοναξιά”. Σε όλους τους ασθενείς παίρνει τη μορφή κάποιας απογοήτευσης, ρεαλιστικής ή φανταστικής. Ουσιαστικά, η ξαφνική αυτή πτώση της αυτοεκτίμησης αποτελεί μια *ναρκισσιστική κρίση*.
2. Το επόμενο βήμα είναι ότι τα συναισθήματα “γίνονται ακατανίκητα, αρχαϊκά, τα αισθάνεσαι στο σώμα σου, δεν μπορούν να αποδοθούν με λέξεις”. Οι ασθενείς περιγράφουν μια

⁹ Σήμερα υπάρχουν τρεις ψυχοδυναμικές οπτικές σε ό,τι αφορά στη θεραπεία της εξάρτησης:

- α. Πολλοί ψυχαναλυτές εμμένουν στην παραδοσιακή άποψη ότι οι εξαρτημένοι έχουν προνοσορή ψυχοπαθολογία που προδιαθέτει στην εξάρτηση (ως θεραπεία προτείνουν την κλασική ψυχαναλυτική θεραπεία),
- β. Άλλοι πάλι ψυχοδυναμικοί θεραπευτές υποστηρίζουν ότι η ψυχαναλυτική τεχνική πρέπει να συνδυάζεται με ιδέες από τις ειδικευμένες προσεγγίσεις για εξαρτημένους και τέλος
- γ. μια τρίτη ομάδα πιστεύει ότι ένα καινούργιο ψυχοδυναμικό μοντέλο χρειάζεται για την ολοκληρωμένη θεραπεία των εξαρτητικών συνδρόμων και των ψυχιατρικών διαταραχών (βλέπε και Yalisove 1997: 3).

εσωτερική, εκτός ελέγχου, αίσθηση θυμού, ντροπής ή απελπισίας κλπ. Πρόκειται για παλινδρόμηση των συναισθημάτων και κατάρρευση των συναισθηματικών αμυνών.

3. Το τι συμβαίνει στη συνέχεια είναι λιγότερο σαφές: το συναίσθημα εξαφανίζεται και παραμένει μόνο μια ακαθόριστη, αλλά αφόρητη *ένταση*, *μια αίσθηση ανησυχίας* ή ένα *craving*. Αντί για τα προηγούμενα συναισθήματα: “σκεφτόμουν για τον εαυτό μου σαν κάτι άλλο, σαν αντικείμενο, σαν χαρακτήρα ενός βιβλίου, ότι έφτιαχνα μια ιστορία για τον εαυτό μου, ένα μυθιστόρημα. Δεν φοβόμουν πια τον πόνο, δεν είσαι εσύ, είναι ένας χαρακτήρας σε ένα βιβλίο που δημιουργείς. Όλη μου η ζωή ήταν έτσι, ένα κομμάτι που ενεργούσε και ένα κομμάτι που παρατηρούσε”. Εδώ βλέπουμε τη *σχάση* (split), που συμβαίνει συχνά σε αυτούς τους ασθενείς. Τυπικά, η *σχάση* συμβαίνει μεταξύ των συναισθημάτων που καταστέλλονται και μιας ψευδαίσθησης ότι όλα είναι εντάξει.

4. Κατόπιν, μια άγρια κινητοποίηση για δράση, για αναζήτηση μιας *εξωτερικής χειροπιαστής λύσης* για την εσωτερική σύγκρουση: “ήταν ανυπόφορο, έπρεπε να κάνω κάτι για να αλλάξω την κατάσταση, άσχετα τι θα ήταν αυτό”. Βία, συλλήψεις, ναρκωτικά είναι η άμυνα μέσω μιας καθορισμένης δράσης που αλλάζει τη ζωή με έναν μαγικό τρόπο, και μόνο αυτό μετράει.

5. Στη συνέχεια, *αυτοκαταστροφή*: “ξαφνικά θέλω να ξεσπάσω, να καταστρέψω ό,τι έχω φτιάξει” και επιθετικότητα, που κατευθύνεται κυρίως ενάντια στον ίδιο τον εαυτό.

6. “Όταν κυριαρχεί η απελπισία, το να είναι κανείς έντιμος μοιάζει αστείο”. Έτσι, η αξιοπιστία, η εντιμότητα, οι δεσμεύσεις προς τους άλλους είναι χωρίς νόημα, δεν έχουν απολύτως καμιά σημασία. Εδώ παρατηρούμε την *πλήρη σχάση του υπερεγώ* (profound splitting of the superego).

7. “Όταν ξεσπάσω, υπάρχει τόση ικανοποίηση, που όλα μοιάζουν εντάξει. Τότε είμαι *ικανοποιημένος*: αισθάνομαι προστατευμένος...έχω πάρει κάτι από το τίποτα και το αξίζω”. Με την ικανοποίηση τερματίζει και ο κύκλος.

Ουσιαστικά, για την ψυχαναλυτική ματιά, οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από *ελλειμματικές άμυνες* προς τα συναισθήματα σε συνδυασμό με α. βαθιές, ευμετάβλητες *σχάσεις* (splits) και β. η μαζική χρήση της *εξωτερίκευσης μέσω της δράσης*. (Wurmser 1977: 42)¹⁰

¹⁰ Το άρθρο του Leon Wurmser με τίτλο Mr. Pecksniff's horse (Psychodynamics in Compulsive Drug Use), βρίσκεται στον τόμο *Psychodynamics of Drug Dependence* του National Institute on Drug Abuse με έτος έκδοσης το 1977. Εντύπωση ίσως προκαλεί εδώ, το ότι τέτοια κείμενα εκδίδονται από έναν οργανισμό με βασική θέση “εξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή”. Αυτό οφείλεται βέβαια στη μακρά ψυχαναλυτική παράδοση της αμερικανικής ψυχιατρικής – δεν είναι τυχαίο ότι εκδότης του τόμου είναι ο Kohut.

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάσαμε την εξάρτηση ως νόσο, αρχικά μέσα από την επικρατούσα ιατρική θέση, αλλά και μέσα από την κριτική που αυτή δέχεται. Έγινε αναφορά στο που κινείται η έρευνα σήμερα, στα μοντέλα δράσης των ψυχοτρόπων ουσιών και τέλος αναφέρθηκε σύντομα η ψυχοδυναμική προσέγγιση. Στη συνέχεια συζητηθεί η εξάρτηση από φιλοσοφική και νομική σκοπιά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ Ο ΝΟΜΟΣ

(φιλοσοφική και νομική προσέγγιση)

- Τα επιχειρήματα από την πλευρά των ατομικών δικαιωμάτων και την ωφελιμιστική σκοπιά.

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από φιλοσοφική σκοπιά, μπορεί να ειπωθεί μέσα από τα ατομικά δικαιώματα:

A. Επιχείρημα υπέρ του δικαιώματος στην ελεύθερη χρήση τοξικών ουσιών:

Οι ενήλικες έχουν το δικαίωμα να ζουν όπως φαίνεται καλό σε εκείνους (στα όρια βέβαια των δικαιωμάτων των άλλων). Έτσι, οι ενήλικες έχουν το δικαίωμα να κάνουν επικίνδυνα πράγματα, αρκεί να θέτουν σε κίνδυνο μόνο τον εαυτό τους. Η χρήση τοξικών ουσιών θέτει σε κίνδυνο μόνο τον χρήστη. Άρα, οι ενήλικες έχουν το δικαίωμα να χρησιμοποιούν ελεύθερα τοξικές ουσίες.¹¹

B. Επιχειρήματα κατά του δικαιώματος στην ελεύθερη χρήση τοξικών ουσιών

1. Η χρήση τοξικών ουσιών βλάπτει τους άλλους (επίκληση της αρχής της βλάβης - harm principle).

Ο νόμος πρέπει να απαγορεύει το να κάνει ένα άτομο κακό στους άλλους. Με το να κάνουν κακό στον εαυτό τους, έμμεσα οι χρήστες τοξικών ουσιών κάνουν κακό στους άλλους (οικογένεια, οικονομία, κοινωνία). Άρα, ο νόμος πρέπει να απαγορεύει τη χρήση τοξικών ουσιών.

Όμως: ούτε είναι πάντα λάθος το να κάνει κανείς κακό στους άλλους (π.χ. δικαιολογημένη τιμωρία), ούτε όλα τα λάθος πράγματα δίνονται ποινικά (π.χ. μοιχεία).

Επιπλέον, εάν ο νόμος έπρεπε να απαγορεύει την έμμεση βλάβη στους άλλους, τότε θα έπρεπε να απαγορεύονται το αλκοόλ (συνδέεται περισσότερο από κάθε άλλη ουσία με επεισόδια βίας) και ο καπνός.

¹¹ Το επιχειρήμα από τον J. S. Mill αναφέρεται στο "πεδίο δράσης που περιλαμβάνει εκείνη την πλευρά του ατόμου, που θίγει μόνο τον εαυτό του ή αν θίγει και τους άλλους, αυτό γίνεται μόνο με την ελεύθερη, εκούσια και άνευ πλάνης συναίνεση και συμμετοχή τους".

Στον χώρο αυτό απαιτείται ελευθερία ως προς τις ατομικές προτιμήσεις και επιδιώξεις μας, να διαμορφώνουμε τον τρόπο ζωής μας έτσι όπως ταιριάζει στον χαρακτήρα μας, να ενεργούμε έτσι όπως μας αρέσει, υφιστάμενοι τις συνέπειες που ενδέχεται να προκύψουν, χωρίς προσκόμματα από τους συνανθρώπους μας, εφόσον αυτό που κάνουμε δεν τους βλάπτει, ακόμα και αν αυτοί θεωρούν τη συμπεριφορά μας ανόητη, διεστραμμένη ή λαθεμένη". (Mill 1983/ 1859: 36)

2. Η χρήση τοξικών ουσιών βλάπτει τον ίδιο το χρήστη (επίκληση του νομικού πατερναλισμού - legal paternalism).

Ο νόμος θα έπρεπε να απαγορεύει την αυτοπροσβολή. Η χρήση τοξικών ουσιών ενέχει τον κίνδυνο του να κάνει κανείς κακό στον εαυτό του. Άρα, ο νόμος θα έπρεπε να απαγορεύει τη χρήση τοξικών ουσιών.

Όμως: θεωρείται απαράδεκτο από πολλούς, στα πλαίσια του κρατικού πατερναλισμού, το κράτος να συμπεριφέρεται στους χρήστες σαν μικρά παιδιά και επιπλέον, θα έπρεπε να απαγορεύσει και τις νόμιμες τοξικές ουσίες (καπνός, αλκοόλ).

3. Η χρήση τοξικών ουσιών είναι ανήθικη, ακόμα και αν είναι ακίνδυνη (επίκληση της νομικής ηθικολογίας - legal moralism).

Η χρήση τοξικών ουσιών είναι ανήθικη, άσχετα από το αν προκαλεί βλάβες. Ο νόμος θα έπρεπε να τιμωρεί την ανηθικότητα (ηθικολογία - legal moralism). Άρα, ο νόμος θα έπρεπε να τιμωρεί τη χρήση ουσιών.

Όμως: ο όρος “ακίνδυνη ανηθικότητα” είναι οξύμωρος. Η έλλειψη βλάβης παρέχει επαρκή ηθική δικαιολόγηση, ώστε να μην μπορεί να απαγορευτεί η χρήση ουσιών.

4. Το επιχείρημα του Kant για την καθήκον του ατόμου προς τον εαυτό του.

Στη δεύτερη διατύπωση της Κατηγορικής Προσταγής:

“Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα, τόσο στο πρόσωπό σου, όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο”

Ο Kant ισχυρίζεται ότι:

Πρώτον: σύμφωνα με την έννοια του αναγκαίου καθήκοντος απέναντι στον εαυτό μου, εκείνος που έχει κατά νου να αυτοκτονήσει θα πρέπει να αναρωτηθεί, ένα αυτή η πράξη του μπορεί να συμβιβαστεί με την ιδέα της ανθρωπότητας ως αυτοσκοπού (...) δεν μπορώ να διαθέσω τον άνθρωπο στο πρόσωπό μου, να τον ακρωτηριάσω, να τον φθείρω, ή να τον σκοτώσω. (Kant 1797/1984: 82)

Το άτομο λοιπόν έχει υποχρέωση να σέβεται όχι μόνο την αυτονομία και την αξιοπρέπεια των άλλων, αλλά και τη δική του. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες όμως υπονομεύουν την αυτονομία του ατόμου, έτσι το να χρησιμοποιεί κανείς εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ηθικά εσφαλμένο.

Όμως: Πρώτον, η ιδέα περί των ευθυνών που έχει το άτομο απέναντι στον εαυτό του μπορεί να αμφισβητηθεί, δεύτερον, το επιχείρημα ισχύει και για τις νόμιμες εκτός από τις παράνομες ουσίες, τρίτον, μπορεί κάποιος λογικά και αυτόνομα να επιλέξει να κάνει κάτι που να μειώνει ή ακόμα και να αναιρεί την αυτονομία του και τέταρτον, ακόμα και αν η αυτονομία στηρίζει την ανηθικότητα της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, αντιτίθεται στην απαγόρευσή τους.

5. Επιχείρημα από την ιδέα της ανθρώπινης αριστείας (επίκληση της νομικής τελειοκρατίας - legal perfectionism).

Βασισμένος στην ιδέα της ανθρώπινης αριστείας, ο νόμος θα έπρεπε να προάγει την αρετή και να απαγορεύει τη φαυλότητα (νομική τελειοκρατία - legal perfectionism)

Η χρήση τοξικών ουσιών είναι εξευτελιστική και κτηνώδης, άρα ο νόμος θα έπρεπε να την απαγορεύει.

Όμως: πρώτον, υπάρχουν διαφωνίες σχετικά με το τι αποτελεί ανθρώπινη αριστεία και δεύτερον, ακόμα και αν συμφωνήσουμε ότι οι τοξικές ουσίες δεν προάγουν το ευ ζην, δεν μπορεί να δικαιολογηθεί η απαγόρευσή τους. Ο νόμος επιβάλλει ένα *ελάχιστο* συμπεριφοράς και όχι την ιδανική ή ηθική συμπεριφορά.

6. Επιχείρημα από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής στην κοινότητα ή/ και τις αξίες της πλειοψηφίας (παραδοσιακός συντηρητισμός - traditional conservatism και κοινοτισμός - communitarianism).

Το κράτος πρέπει να διαφυλάξει τον παραδοσιακό τρόπο ζωής της κοινότητας και να ενδυναμώσει τις αξίες της πλειοψηφίας. Η χρήση ουσιών παρεκκλίνει από τον παραδοσιακό τρόπο και τις αξίες της πλειοψηφίας. Άρα, το κράτος πρέπει να απαγορεύσει τη χρήση ουσιών.

Όμως, προϋποθέτει ότι η παράδοση και οι αξίες της πλειοψηφίας είναι οι σωστές.

Κανένα λοιπόν από τα παραπάνω επιχειρήματα δεν μπορεί να δικαιολογήσει επαρκώς την απαγόρευση της χρήσης ουσιών από ενήλικες.

Τα επιχειρήματα για την απαγόρευση της χρήσης τοξικών ουσιών από την ωφελμιστική σκοπιά είναι:

A. Υπέρ της απαγόρευσης:

1. Η πολιτική που μειώνει τις βλάβες από τη χρήση των ουσιών είναι η σωστή πολιτική.
2. Η απαγόρευση μειώνει τη χρήση των ουσιών: α. Μειώνει τη διαθεσιμότητα, β. Αποτρέπει πολλούς από το να κάνουν χρήση, γ. αυξάνει την τιμή των ουσιών και δ. απαξιώνει τη χρήση ουσιών.

Το αντεπιχείρημα εδώ είναι: επιτρέπω δεν σημαίνει συνηγορώ υπέρ και το επιχείρημα (ξανά) επιτρέπω σημαίνει συγχωρώ.

3. Μειώνοντας τη χρήση των ουσιών, η απαγόρευση μειώνει τις βλάβες που σχετίζονται με αυτές, άρα

4. η απαγόρευση, μειώνοντας τις βλάβες από τη χρήση ουσιών είναι η σωστή πολιτική.

Ακόμα όμως και αν τα προαναφερθέντα 1. και 2. γίνουν αποδεκτά, δεν σημαίνει ότι μειώνοντας τη χρήση ουσιών μειώνουμε και τις βλάβες που σχετίζονται με αυτήν.

B. Τα ωφελμιστικά επιχειρήματα κατά της απαγόρευσης:

1. Η πολιτική που μειώνει τις βλάβες από τη χρήση ουσιών είναι η σωστή πολιτική.

2. Η απαγόρευση προκαλεί ή αυξάνει τις βλάβες που σχετίζονται με τις ουσίες:
- α. Η απαγόρευση προϋποθέτει ότι τα άτομα επιθυμούν τις ουσίες και αυτή η επιθυμία ματαιώνεται,
 - β. Η απαγόρευση μπορεί να κάνει τις ουσίες πιο ελκυστικές – αντεπιχείρημα: περισσότερα άτομα απωθούνται, παρά έλκονται από την παρανομία,
 - γ. Η απαγόρευση αποτυγχάνοντας να καταστείλει τη χρήση ουσιών, κάνει το νόμο ανυπόληπτο,
 - δ. Η απαγόρευση δημιουργεί ευκαιρίες για τους εγκληματίες και ωθεί το οργανωμένο έγκλημα να προμηθεύσει την αγορά,
 - ε. Η απαγόρευση αυξάνει τις τιμές, ωθώντας τους χρήστες στην κλοπή,
 - στ. Η απαγόρευση αυξάνει τις τιμές, ωθώντας τους χρήστες στην εμπορία,
 - ζ. Η απαγόρευση υπονομεύει την επαγγελματική και οικογενειακή ζωή κάποιων χρηστών,
 - η. Η απαγόρευση δίνει στο οργανωμένο έγκλημα τον έλεγχο της καθαρότητας και της ποιότητας,
 - ι. Η απαγόρευση διαστρεβλώνει την εκπαίδευση γύρω από τις ουσίες,
3. Έτσι, η απαγόρευση προκαλεί ή αυξάνει τις βλάβες που σχετίζονται με τις ουσίες, άρα είναι λάθος πολιτική.

Είναι δύσκολο να αποφύγει κανείς το συμπέρασμα ότι είτε με όρους ατομικών δικαιωμάτων, είτε με ωφελιμιστικούς όρους, είναι δύσκολο να δικαιολογηθούν οι νόμοι κατά των ναρκωτικών. (Smith 2002: 243)

- Πρέπει λοιπόν το κράτος να παρεμβαίνει; (δύο θέσεις)

Η ελευθεριακή άποψη (Libertarian view): η εφαρμογή των ατομικών δικαιωμάτων απαιτεί ελεύθερες αγορές και ελάχιστο κράτος. Στην περίπτωση των τοξικών ουσιών, η θέση αυτή μεταφράζεται σε ελεύθερες αγορές στα ναρκωτικά, με ελάχιστη ή καθόλου παρέμβαση από το νόμο και χωρίς πρόληψη ή θεραπεία από το κράτος. Οι ενήλικες έχουν το δικαίωμα να παίρνουν επικίνδυνες ουσίες, αλλά εάν το επιλέξουν, πρέπει να δεχθούν τις συνέπειες χωρίς κανένα δικαίωμα στη δημόσια υγεία¹².

Η φιλελεύθερη άποψη (Liberal view): η εφαρμογή των ατομικών δικαιωμάτων απαιτεί αγορές ναρκωτικών που ρυθμίζονται από το κράτος, όπως στην περίπτωση του καπνού και του

¹² Υπάρχουν δυο κατηγορίες υποστηρικτών της ελευθεριακής άποψης:

A. Οι θεωρητικοί των δικαιωμάτων (right theorists), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι κάθε μορφή ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, συμπεριλαμβανομένης και της αλληλεπίδρασης κράτους και πολίτη πρέπει να είναι εθελοντική. Ο εξαναγκασμός από οποιονδήποτε (ακόμα και το κράτος) συνιστά καταπάτηση της αρχής αυτής.

B. Οι συνεπειοκράτες (consequentialists), οι οποίοι υποστηρίζουν μόνο τις ενέργειες εξαναγκασμού που πιστεύουν ότι οδηγούν στο μέγιστο ευ ζήν για την κοινωνία.

αλκοόλ, αλλά και πρόνοια του κράτους για την πρόληψη και τη θεραπεία των εξαρτημένων.

(Smith 2002:235)

Στην πρώτη περίπτωση, οι υποστηρικτές του ελάχιστου κράτους υιοθετούν απόψεις που συγκλίνουν με τις αντιψυχιατρικές θέσεις (ή αλλιώς, πως ο Α. Ανδριανόπουλος συναντά τον Τ. Szasz):

...το τι κάνει κάποιος με το σώμα του αποτελεί προσωπική του υπόθεση. Εφ' όσον δεν παραβιάζει τα δικαιώματα κάποιου τρίτου, με ποια εξουσιοδότηση το κράτος, και ανεξάρτητα από το πόσο ασυνήθιστη είναι η συμπεριφορά του, παρεμβαίνει στην ιδιωτική του σφαίρα; (βλ. Th. Szasz, *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market*, 1992). Δεν υπάρχει ούτε μία εμπειρική μελέτη που να αποδεικνύει πως ο εθισμός αποτελεί μία κατάσταση εκτός ανθρώπινου ελέγχου. Αντιθέτως, δεκάδες έρευνες έχουν δείξει πως άνθρωποι έχουν εγκαταλείψει με τη δική τους θέληση και δίχως ιατρική βοήθεια την «εξάρτηση» από ηρωίνη και κοκαΐνη (λ.χ. βετεράνοι του Βιετνάμ ή υψηλόμισθα στελέχη μεγάλων εταιρειών) όταν οι συνθήκες στις οποίες ζούσαν (ανασφάλεια και τρομακτικές καθημερινές πιέσεις) μεταβλήθηκαν. Είναι οι άνθρωποι αυτοί άρρωστοι; αναρωτιούνται. Τότε ποιοι ακριβώς είναι οι υγιείς; Σε μια ανοιχτή κοινωνία η ελευθερία έχει κόστος. Και αυτό λέγεται ατομική ευθύνη. Η κάθε πράξη έχει συνέπειες, και ο καθένας έχει ευθύνη γι' αυτές. Κάθε διαφορετική αντίληψη ανατρέπει τη λογική της ελεύθερης κοινωνίας. Και ανοίγει τον δρόμο της εξάρτησης και της υποτέλειας. Όχι μόνον από αφεντικά και κυρίαρχους οικονομικά παράγοντες. Αλλά και από χημικές ουσίες και τεχνητούς παραδείσους. Δεν υπάρχουν ανεύθυνοι πολίτες. Η συμπεριφορά δεν μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια. Διότι έτσι νομιμοποιείται ιδεολογικά η κρατική καταπίεση και ο «κοινωνικός» έλεγχος πάνω στην προσωπική ζωή. Και κανένα βέβαια πρόβλημα δεν πρόκειται έτσι ποτέ να λυθεί... (Ανδριανόπουλος 2000)

Βέβαια, η απάντηση στο ερώτημα αν το κράτος πρέπει να παρεμβαίνει είναι πάντα πολιτική:

... η απάντηση παίρνει συχνά τη μορφή ενός διλήμματος ανάμεσα σε δυο αλληλοαποκλειόμενες πολιτικές επιλογές – της αγοραίας οικονομικής και της κρατικοπατερναλιστικής. Με την έννοια αυτή, η απάντηση στο ερώτημα δεν είναι δυνατόν να θεμελιωθεί ούτε στα πορίσματα της επιστήμης ούτε σε κάποια οικουμενική ηθική. Εφόσον συνδέεται με αξίες, συμφέροντα, προτεραιότητες και επιλογές, η εκάστοτε απάντηση είναι εν τέλει ζήτημα απόφασης, προκύπτει δηλαδή ως αποτέλεσμα ενός ιστορικά διαμορφωμένου συσχετισμού δυνάμεων, ως θεσμική αποκρυστάλλωση του ίδιου του φαινομένου της πολιτικής διαμάχης στις διάφορες εκφάνσεις του. (Ανδριάκαϊνα 2005: 39)

Σήμερα, ο διάλογος για το μέχρι που πρέπει να παρεμβαίνει το κράτος, γίνεται γύρω από τις θέσεις των φιλοσόφων Rawls και Dworkin. Ο John Rawls το 1992 διατύπωσε τη θέση ότι η διαφωνία στις θεμελιώδεις αντιλήψεις για την αξία και το νόημα της ζωής πρέπει να οδηγεί σε αλληλοκατανόηση. Έτσι, πρέπει να συμφωνήσουμε όλοι στη στεγανοποίηση ενός δημόσιου χώρου, που είναι ο χώρος της πολιτικής και των δικαϊκών θεσμών, μακριά από τις βαθύτερες πεποιθήσεις του καθενός μας και στο χώρο αυτό να δεχθούμε να χρησιμοποιούμε μόνο επιχειρήματα. Έτσι είναι δυνατή η συναίνεση μεταξύ έλλογων (reasonable) πολιτών. Μπορούμε λοιπόν να συμφωνήσουμε, όχι μόνο στους βασικούς θεσμούς και ρυθμίσεις του φιλελεύθερου δημοκρατικού συνταγματικού κράτους, αλλά και σε κάποιες καθολικής

αποδοχής εγγενείς αξίες. Αξίες όμως, που έρχονται σε σύγκρουση με τους βασικούς θεσμούς, δεν επιτρέπεται να τύχουν κρατικής προστασίας. (Σούρλας 2003:35)

Στην πράξη, ο φιλελευθερισμός, όπως εκφράζεται από τον John Rawls θα επέτρεπε τη ρύθμιση για τα ναρκωτικά, *μόνο στο βαθμό που μόνιμα θα επηρέαζαν την ικανότητά μας για λογική και ηθική ενέργεια*. Καμία εξαρτησιογόνα ουσία όμως δεν έχει τέτοια δράση στην πλειονότητα των χρηστών, άρα η χρήση ουσιών δεν μπορεί να απαγορευτεί. (Korrelman 2006: 279)

Ο Ronald Dworkin από την πλευρά του ισχυρίζεται ότι η στεγανοποίηση ενός αμιγούς πολιτικο-θεσμικού χώρου με τον τρόπο του Rawls δεν είναι δυνατή. Κανείς δεν μπορεί να παραιτηθεί από τις ενδόμυχες πεποιθήσεις που θεωρεί βασικές για τη ζωή του. Εκείνο όμως που μπορούμε να κάνουμε είναι να αναζητήσουμε πέρα από τις διαφωνίες, τις βαθύτερες συναινέσεις μας. Υπάρχουν όμως και θέσεις σε ένα χώρο βαθιά προσωπικό, στις οποίες δεν χωρεί κρατικός εξαναγκασμός. Αυτό είναι και το όριο πέρα από το οποίο δεν μπορεί να νομιμοποιηθεί η πολιτειακή παρέμβαση. (Σούρλας 2003:36)

Έτσι, οι πολιτικές της κυβέρνησης για τον Ronald Dworkin πρέπει να “είναι ουδέτερες στα θέματα ευζωίας ή σε ό,τι δίνει νόημα στη ζωή”. *Η φιλελεύθερη ουδετερότητα κάποιες φορές περιγράφεται ως γενίκευση της θρησκευτικής ελευθερίας*. Όπως το κράτος πρέπει να είναι ουδέτερο σε θρησκευτικά θέματα, έτσι πρέπει να είναι ουδέτερο σε θέματα αγαθού.

- Από την πλευρά των νομικών.

Σύμφωνα με τα νομικά εγχειρίδια η εξάρτηση από τα ναρκωτικά, είναι *ιδιάζουσα νοσολογική οντότητα*, που πρέπει να υπόκειται σε θεραπεία. Ο εξαρτημένος για τους νομικούς είναι ασθενής, που

... εμπλέκεται σε μια φαυλοκυκλική διαδικασία με μοναδικό και αποτελεσματικό σκοπό την πρόσκτηση, απόκτηση και χρήση της αναγκαίας “δόσης” ναρκωτικής ουσίας, ώστε να αποφευχθεί το αρνητικό λειτουργικό ισοδύναμο, δηλαδή η κρίση αποστέρησης. (Φαρσεδάκης, Συλίκος 1996: 242).

Τα κριτήρια της διάγνωσης αυτής τη ιδιάζουσας νοσολογικής οντότητας είναι ιατρικά, καθορίζονται μάλιστα από απόφαση του Υπουργείου Υγείας:

Τα κριτήρια διάγνωσης της εξάρτησης από τις ναρκωτικές ουσίες (...) είναι τα ακόλουθα [βλ. το άρθρο 2 της Υ.Α. Α2β / οικ. 3982 (Κοιν. Ασφαλίσεων) της 7.10/4.11.1987] (Φαρσεδάκης, Συλίκος 1996: 250).

Η διάγνωση γίνεται μέσω της διαδικασίας της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Ειδικότερα για την ευθύνη των εξαρτημένων, ο (πλέον πρόσφατος) Νόμος 3459/2006 προβλέπει ότι:

Αν οι πραγματογνώμονες αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση, πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική) και αν είναι δυνατόν το βαθμό της (...) και αν τους ζητείται ειδικώς με την παραγγελία, την επίδραση της εξάρτησης στον καταλογισμό.¹³

Ενώ όμως γίνεται προσπάθεια από το νομοθέτη να μείνει σε αυστηρά επιστημονικούς (ιατρικούς) όρους, μακριά από τον ηθικό λόγο, αυτό δεν είναι πάντα εύκολο. Στο Νόμο 3459 του 2006, η γλώσσα ολισθαίνει και γίνεται αναφορά στο “πάθος της τοξικομανίας”.¹⁴ Στον ελληνικό νόμο 1729/87 για πρώτη φορά γίνεται διάκριση ανάμεσα στη χρήση και τη διακίνηση:

Η χρήση ναρκωτικών υπάγεται σε επεικέστερη μεταχείριση – αναγνωρίζονται ελαφρυντικά. (Φαρσεδάκης, Συλίκος, 1996: 216)

Επικέστερη μεταχείριση βέβαια, γίνεται στα πλαίσια μειωμένης ικανότητας για καταλογισμό:

Σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα, το έγκλημα ορίζεται ως πράξη άδικη, για την επιμέτρηση της οποίας ο νόμος αναγνωρίζει μια σειρά περιπτώσεων μειωμένης ικανότητας για καταλογισμό – η εξάρτηση «αποτελεί λόγο μείωσης του καταλογισμού για οποιοδήποτε έγκλημα που επικεντρώνεται στην κίνηση της ναρκωτικής ουσίας». Ο χρήστης ναρκωτικών που χαρακτηρίζεται εξαρτημένος, θεωρείται ότι δεν ενεργεί ως ελεύθερο υποκείμενο διότι, εξαιτίας ακριβώς της εξάρτησης στερείται βούλησης και δυνατότητας επιλογής. Ο εξαρτημένος “ου δύναται αλλέως”, ως “ασθενής εμπλέκεται σε μια φαυλοκυκλική διαδικασία με μοναδικό και αποτελεσματικό σκοπό την πρόσκτηση, απόκτηση και χρήση”. Αιτία της πολύμορφης και πολυεπίπεδης εγκληματικότητας των εξαρτημένων χρηστών είναι ακριβώς η εξάρτηση από την τοξική ουσία. (Ανδριάκαινα 2005: 46-47)

Και επιπλέον, οι χρήστες διακρίνονται σε απλούς εξαρτημένους και εξαρτημένους διακινητές, τα λεγόμενα βαποράκια. (Παρασκευόπουλος 1997: 29).

Στους εξαρτημένους διακινητές (βαποράκια), δεν ισχύει η έλλειψη καταλογισμού, όπως στην περίπτωση των απλών εξαρτημένων:

Το σκεπτικό είναι ότι ο εξαρτημένος διακινητής, ακριβώς ως εξαρτημένος μπορεί να μην είναι ελεύθερος να σεβαστεί την απαγόρευση της χρήσης ουσιών, διαθέτει όμως την ικανότητα να αντισταθεί στην ιδέα διακίνησης ναρκωτικών και συνεπώς είναι υπεύθυνος για την πράξη του. (Ανδριάκαινα 2005: 37)

Πως όμως μπορεί να διακριθεί εάν ένας χρήστης είναι απλός εξαρτημένος ή εξαρτημένος διακινητής, τη στιγμή που η διακίνηση μικροποσοτήτων στην πραγματικότητα αποτελεί συνήθη πρακτική για μεγάλο ποσοστό εξαρτημένων; Ο νόμος βάζει ως κριτήριο διάκρισης την ποσότητα της ναρκωτικής ουσίας, γεγονός όμως που, μοιραία, οδηγεί σε αντιφάσεις:

Το κριτήριο διάκρισης του απλού εξαρτημένου από τον εξαρτημένο διακινητή είναι η «μικρή ποσότητα».

Τα όρια μεταξύ εξαρτημένου χρήστη και διακινητή είναι δυσδιάκριτα και λόγω του ότι η εμπλοκή ορισμένων χρηστών στο κύκλωμα της διακίνησης αποτελεί έναν από τους τρόπους εξασφάλισης χρημάτων για την αγορά ναρκωτικού. Όμως η αγορά ναρκωτικών δεν υπόκειται στις κανονικότητες του

¹³ Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμός φύλου 103, 25 Μαΐου 2006, σελίδα 1016

¹⁴ Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμός φύλου 103, 25 Μαΐου 2006, σελίδα 1018

εμπορίου των νομίμων εμπορευμάτων. Έτσι, ο συστηματικός χρήστης, αναλόγως των χρημάτων που διαθέτει, θα προνοήσει για το μέλλον αγοράζοντας μια ικανή ποσότητα – “καβάντζα”. (Ανδριάκαινα 2005: 43-44)

Επιπλέον, το ότι ο χρήστης είναι ασθενής ενισχύεται και μέσω της θεραπείας. Ο νόμος 1729/87 προέβλεπε τη δημιουργία νέων εξειδικευμένων θεσμών, όπου ο χρήστης δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως αντικοινωνικό και επικίνδυνο άτομο, αλλά ως ασθενής. Ακόμα παραπέρα, η θεραπεία επικυρώνει την εξάρτηση, δηλαδή εάν δεν υπάρξει θεραπεία, δεν υπάρχει εξάρτηση:

Ο χρήστης χαρακτηρίζεται εξαρτημένος και τυγχάνει της επιείκειας των νομικών αρχών μόνο εάν υποβληθεί σε θεραπεία, αφού ο απλός ισχυρισμός ότι έκανε χρήση ναρκωτικών επί μεγάλο διάστημα «δεν συνιστά αυτοτελή ισχυρισμό τοξικομανίας» - αντίθετα η δήλωση ότι κάποιος χρήστης ναρκωτικών ουσιών πέτυχε να απεξαρτηθεί από τη ναρκωτική ουσία χωρίς να υποβληθεί σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί “έννομη επιρροή αντένδειξης για την ιδιότητα του εξαρτημένου χρήστη” (Φαρσεδάκης – Συλίκος 1996: 243-4) (Ανδριάκαινα 2005: 67)

- Το κράτος όμως μέχρι που μπορεί να παρεμβαίνει;

Ένα υποθετικό σενάριο, για διδασκαλία στο Πανεπιστήμιο Utah¹⁵ και τα ερωτήματα που τίθενται. Ας υποθέσουμε ότι υπάρχει εμβόλιο κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών:

Linda, who is 26 years old, has entered a treatment program for an addictive drug following arrest for crimes related to her addiction. This is not Linda's first arrest, nor her first time in a treatment program. Because of this, the judge hearing Linda's case sentences her to receive the vaccination that has been developed against her drug of choice. Once vaccinated, Linda will not feel any effects from the drug, nor will she feel any effect from compounds similar to the drug (such as prescription pain killers).

Should the judge be allowed to require that Linda have the vaccination?

Directions:

Answer the following questions in the appropriate boxes on the *Bioethics Organizer* (optional).

1. What are the facts involved in this scenario?
2. Who are the stakeholders involved? Who will be affected by decisions that are made?
3. What are some ethical questions raised by this situation?
4. What are the values that play a role in the decision?
5. List at least three possible solutions to this problem.
6. What is your best solution?



¹⁵ <http://learn.genetics.utah.edu/units/addiction/issues/bioethics/Bioethics%20Scenario-Addiction%20Vaccine.pdf>

Το υποθετικό σενάριο που αναφέρθηκε προηγουμένως βάζει το θέμα της καταναγκαστικής θεραπείας, δηλαδή θεραπεία παρά τη θέληση του ατόμου.

Η καταναγκαστική θεραπεία (compulsory treatment) μπορεί να πάρει τις εξής μορφές:

- α. καταναγκαστική θεραπεία από το σύστημα υγείας, με την παρέμβαση του κράτους,
- β. καταναγκαστική θεραπεία σε εξαρτημένους παραβάτες του νόμου, που μεταφέρονται από το νομικό σύστημα στο σύστημα υγείας και
- γ. καταναγκαστική θεραπεία σε φυλακισμένους χρήστες τοξικών ουσιών.

Οι χρήστες τοξικών ουσιών έρχονται συνήθως νωρίτερα σε επαφή με το νομικό σύστημα, παρά με το σύστημα πρόνοιας ή υγείας. Έτσι, η περίοδος εμπλοκής ενός ατόμου με το νομικό σύστημα, μας δίνει τη δυνατότητα να εμπλέξουμε τα άτομα σε θεραπεία, *μικραίνοντας την “καριέρα” τους ως χρήστες και μειώνοντας ταυτόχρονα το έγκλημα που σχετίζεται με τις ουσίες.* (από την παρουσίαση της NIDA: Addiction, It's a Brain Disease beyond a Reasonable Doubt).

Ο στόχος της καταναγκαστικής θεραπείας είναι να δοθεί η ευκαιρία για θεραπεία σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών, με την ελπίδα ότι ένα ποσοστό από αυτούς, ακόμα και αν είναι μικρό, θα επιτύχει μια σταθερή ύφεση και ότι η πλειοψηφία θα αλλάξει τουλάχιστον τον τρόπο χρήσης της ουσίας προς το καλύτερο (Anokhina 2005: 69)

Η εμπειρία που έχουμε από την καταναγκαστική θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες:

Η ιστορία: Το πρόγραμμα της Πολιτείας της Καλιφόρνια για τους εξαρτημένους (CAP) ξεκίνησε το 1962. Απαιτούσε οι εξαρτημένοι να θεραπεύονταν σε πρόγραμμα εσωτερικής παραμονής για δύο χρόνια και στη συνέχεια να επιτηρούνταν από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό για άλλα πέντε χρόνια, με εβδομαδιαίες ουροληψίες. Οι περισσότεροι εξαρτημένοι παραπέμφθηκαν στο CAP για μη βίαια αδικήματα, κάποιοι άλλοι όμως επειδή οι εξαρτήσεις τους ήταν τόσο σοβαρές, που δεν μπορούσαν να φροντίσουν τους εαυτούς τους. Όσοι ανήκαν στη δεύτερη ομάδα παραπέμφθηκαν με τον ίδιο τρόπο που νοσηλεύονται οι πάσχοντες από σοβαρά ψυχικά νοσήματα.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας έδειξαν ποσοστά μείωσης της χρήσης ουσιών και βίαιας συμπεριφοράς αντίστοιχα ή και καλύτερα από εκείνα των εθελοντών ασθενών.

Ειδικά Δικαστήρια για ναρκωτικά (Drug Courts): τα ειδικά δικαστήρια δίνουν στους εξαρτημένους που δεν εμπλέκονται σε βίαια εγκλήματα τη δυνατότητα μειωμένης ποινής, αν αποδεχθούν την ενοχή τους και συμφωνήσουν να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα που παρακολουθείται από το Δικαστήριο.

Πρώιμα δεδομένα από περισσότερα από 80 Δικαστήρια δείχνουν ποσοστό μείωσης 71 τοις εκατό. Ακόμα και το μικρότερο ποσοστό που αναφέρεται, 31 τοις εκατό, ξεπερνά κατά πολύ το 10 με 15 τοις εκατό, που είναι το ποσοστό μείωσης χρήσης από ασθενείς σε δημόσια θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης.

Μια μελέτη του Urban Institute μελέτησε την επίδραση των κυρώσεων σε παραβάτες των Ειδικών Δικαστηρίων για ναρκωτικά, συγκρίνοντας τρεις εναλλακτικές: 1. τη μέθοδο των ποινών, όπου οι υποτροπές τιμωρούνταν με αυξανόμενα πρόστιμα (όπως μια ημέρα στη φυλακή), 2. τη μέθοδο της θεραπείας, όπου γινόταν εντατική θεραπεία στους υπότροπους για ώρες, ή ακόμα και για μια ημέρα και

3. η ομάδα μάρτυρας (control group). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα που ακολούθησε τη μέθοδο της θεραπείας ήταν δυο φορές πιθανότερο να απέχει από τις ουσίες σε σχέση με την ομάδα – μάρτυρα, ενώ όσοι ακολούθησαν τη μέθοδο των ποινών ήταν τρεις φορές πιθανότερο να μείνουν μακριά από ουσίες.. (Satel 2001:135-138)

Επίσης, δεδομένα για την καταναγκαστική θεραπεία υπάρχουν από την τέως Σοβιετική Ένωση:

...Στη Ρωσία όλες οι μορφές εξαναγκασμού (compelling and coercing) των ασθενών ώστε να λάβουν θεραπεία χρησιμοποιήθηκαν σε κάποιο βαθμό, κάποιες φορές με τις πιο ακραίες και καταπιεστικές μορφές (...) και το 1993, αυτό το σύστημα που λειτούργησε για 30 χρόνια (...) κατέρρευσε χωρίς να έχει πετύχει τους στόχους του (...) μελέτες που δημοσιεύτηκαν σε επιστημονικά περιοδικά έδειξαν ότι η συχνότητα και η ποιότητα των υφέσεων μετά την καταναγκαστική θεραπεία ήταν σημαντικά μικρότερη σε σχέση με τους ασθενείς που εθελοντικά έλαβαν θεραπεία (...) με την καταναγκαστική θεραπεία να προκαλεί επιπλέον κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα στην οικογένεια, την καθημερινή ζωή και την εργασία ... (Anokhina 2005: 69)

Τέλος, η περίπτωση της Σουηδίας (Swedish approach):

Η καταναγκαστική θεραπεία για ενήλικες εξαρτημένους έχει θεσπιστεί από το Σουηδικό Νόμο από το 1913 (...) και αναθεωρήθηκε το 1933 (...) το 1954 (...) και τέλος το 1982 με το Care of Abusers (Special Provisions) Act (LVM) όπου η δράση της Κοινωνικής Υπηρεσίας βασίζεται στο σεβασμό για τον αυτοκαθορισμό και την ακεραιότητα του ατόμου (...) και η καταναγκαστική θεραπεία εφαρμόζεται όταν: εκτίθεται η φυσική ή ψυχική υγεία σε σοβαρό κίνδυνο και όταν υπάρχει ο κίνδυνος αυτό- ή έτερο-καταστροφής (...) μελέτες έδειξαν ότι: αρχικά ο καταναγκασμός θωρήθηκε αρνητικός και προσβλητικός (...) εντούτοις η στάση αυτή μπορεί να άλλαζε με τον χρόνο σε κάποιες περιπτώσεις (...) ενώ για κάποιους άλλους λειτουργούσε αρνητικά στο κίνητρο για αλλαγή (...) μέχρι σήμερα η έρευνα στη Σουηδία για τα αποτελέσματα του LVM δεν έχει δείξει ότι η καταναγκαστική θεραπεία είχε θετικά αποτελέσματα. (Svedberg 2005: 75- 82)

Στην Ελλάδα, αρχικά, ο νόμος 1729/87 προέβλεπε την καταναγκαστική θεραπεία των εξαρτημένων, προσέκρουσε όμως σε μια βασική αρχή της θεραπείας απεξάρτησης: την εκούσια εισαγωγή. Τελικά η αναφορά στην υποχρεωτική θεραπεία καταργήθηκε και το συγκεκριμένο σημείο του νόμου τροποποιήθηκε “αν το επιθυμούν”. Όσον αφορά τα “βαποράκια”, ο νόμος τροποποιήθηκε ώστε να παρέχεται στον κατηγορούμενο η δυνατότητα να “επιλέξει” ανάμεσα στην ένταξή του σε θεραπευτική κοινότητα και την έκτιση της ποινής του στη φυλακή. (Ανδριάκαινα 2005: 62)

Στην περίπτωση της καταναγκαστικής θεραπείας το *ηθικό δίλημμα* που τίθεται είναι πότε παρεμβαίνει το κράτος, και μέχρι ποιο βαθμό: *πατερναλισμός έναντι αυτονομίας*. Ο πατερναλισμός μπορεί να διακριθεί σε ισχυρό και ασθενή πατερναλισμό. Ισχυρό πατερναλισμό έχουμε όταν κάποιος αποφασίζει για ένα μέτρο, προς όφελος ενός τρίτου ατόμου, άσχετα με το τι θέλει και σκέφτεται το άτομο. Ασθενής πατερναλισμός σημαίνει ότι κάποιος αποφασίζει για ένα μέτρο, για λογαριασμό ενός τρίτου ατόμου το οποίο δεν έχει τη

δυνατότητα (στην παρούσα φάση) να αποφασίσει τι είναι καλύτερο για τον εαυτό του. Στην καταναγκαστική θεραπεία ενός ατόμου, η κοινωνία παίρνει την ευθύνη με στόχο να αλλάξει τον τρόπο ζωής του ανθρώπου. Από τη στιγμή που το άτομο ξεπερνά ένα επίπεδο και αποκτά εναισθησία (insight), *το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού αποκαθίσταται.* (Svedberg 2005:86)
Για τους ψυχιάτρους στο χώρο των εξαρτήσεων το ερώτημα πατερναλισμός ή αυτονομία τίθεται συνεχώς:

... Η ψυχιατρική (και ειδικότερα η ψυχιατρική των εξαρτήσεων) είναι σε μεγάλο βαθμό κοινωνικά προσανατολισμένη (socially oriented) ιατρική ειδικότητα. Ένας ψυχίατρος που ασχολείται με εξαρτήσεις συχνά συναλλάσσεται με ασθενείς που συχνά παρουσιάζουν (...) αντικοινωνική συμπεριφορά. (...) οι ασθενείς διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό στην έκταση και την εκδήλωση των ψυχοπαθολογικών τους συμπτωμάτων. (...) Στο ένα άκρο του φάσματος βρίσκονται σοβαρά ασθενείς με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, που είναι ανίκανοι (incapable) (με την ευρεία έννοια του όρου) και δεν είναι αυτοδύναμοι στις αποφάσεις και τις πράξεις τους. Στο άλλο άκρο βρίσκονται σχετικά αυτόνομα άτομα με μέτρια ψυχοπαθολογικά προβλήματα.

Γι' αυτό το λόγο οι ψυχίατροι (και ειδικότερα οι ψυχίατροι που ασχολούνται με τις εξαρτήσεις) δεν θα εγκαταλείψουν τον πατερναλισμό στις σχέσεις με τους ασθενείς τους. Την ίδια στιγμή, χρησιμοποιούν ευρέως ένα μη πατερναλιστικό υπόδειγμα, βασισμένο στις σχέσεις μεταξύ εταίρων (partnership-based model), με την πλειοψηφία των ασθενών τους. Αυτά τα ηθικά μοντέλα εναλλάσσονται, ακολουθώντας τις αλλαγές της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Οι ψυχίατροι (και ειδικότερα οι ψυχίατροι που ασχολούνται με τις εξαρτήσεις) είναι πιθανότατα καταδικασμένοι στο να υπάρχουν σε αυτό το διπλής διάταξης ηθικό μοντέλο, ενώ προσπαθούν να αποφύγουν τις ηθικές παγίδες κάθε προσέγγισης. (Anokhina 2005: 70)

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρθηκαν τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της χρήσης ουσιών από τη σκοπιά των ατομικών δικαιωμάτων και από την ωφελιμιστική σκοπιά και είδαμε ότι είτε με όρους ατομικών δικαιωμάτων, είτε με ωφελιμιστικούς όρους είναι δύσκολο να δικαιολογηθούν οι νόμοι κατά των ναρκωτικών. Στη συνέχεια, έγινε αναφορά στο αν το κράτος πρέπει να παρεμβαίνει ανάλογα με την θέση που υιοθετεί κανείς: φιλελεύθερη ή ελευθεριακή. Τέλος, συζητήθηκε η εξάρτηση από τη νομική σκοπιά και η καταναγκαστική θεραπεία των εξαρτημένων.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εξαρτητική συμπεριφορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

(η κοινωνικοκεντρική προσέγγιση)

- Η κοινωνική επίδραση στη συμπεριφορά

Ξεκινώντας με την κοινωνική επίδραση στη συμπεριφορά, θα δούμε ότι υπάρχουν μηχανισμοί, με βάση τους οποίους η κατανάλωση εξαρτησιογόνων ουσιών από ένα άτομο αυξάνει την επιθυμία των άλλων για κατανάλωση (coordination equilibria – αποδίδεται ως ισορροπία συντονισμού). Στο μοντέλο του Karl O. Moene:

Η ικανοποίηση από την κατανάλωση εκφράζεται από το: $v=v(x,y)$, όπου το x δείχνει την επιλογή του ατόμου και το y το τι επιλέγουν οι άλλοι. Ας ορίσουμε ως D την κατανάλωση και ως N την αποχή.

Όταν οι άλλοι πίνουν το άτομο προτιμά να πίνει - $v(D,D)>v(N,D)$ (a.1)

και όταν οι άλλοι δεν πίνουν το άτομο προτιμά να απέχει - $v(N,N)>v(D,N)$ (a.2).

Εάν όλα τα υπόλοιπα είναι όμοια, οι πότες προτιμούν να σχετίζονται με άλλους πότες, παρά με μη πότες - $v(D,D)>v(D,N)$ (a.3)

και τα άτομα που δεν πίνουν προτιμούν να σχετίζονται με μη πότες, παρά με πότες $v(N,N)>v(N,D)$ (a.4).

Από τη μία, στους ανθρώπους αρέσει να μιμούνται ό,τι κάνουν οι άλλοι (a.1) και (a.2) και από την άλλη, στους ανθρώπους αρέσει να μιμούνται την συμπεριφορά τους (a.3) και (a.4).

Κατ' αυτόν τον τρόπο, ένα άτομο που μπαίνει σε ένα μπαρ εκτίθεται σε *τριπλή πίεση*: εάν ήταν πότης στο παρελθόν κινητοποιείται βλέποντας τους άλλους να πίνουν, η συμπεριφορά του καθορίζεται από το τι κάνουν οι άλλοι και οι άλλοι τον σαρκάζουν να πει. (Elster 1999: 116)

Με άλλους όρους, το μοντέλο του Karl O. Moene θεωρείται ως *πίεση του δικτύου των ομοτίμων*. Η πίεση των ομοτίμων (peer group) είναι πολύ σημαντική, γιατί αυτοί διαμορφώνουν τη στάση απέναντι στις ουσίες, διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές και μερικές φορές ενισχύουν τη συμπεριφορά χρήσης και κατάχρησης. Ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν από τις εργασίες των Oetting και Beauvais για εφήβους χρήστες ουσιών.

(Πουλόπουλος 2005: 48)

Επιπλέον, από τη στιγμή που το άτομο κάνει μια επιλογή, τείνει να την υποστηρίξει θερμότερα από ότι θα έκανε προτού την επιλέξει. Με βάση τη θεωρία της *γνωστικής δυσαρμονίας* (cognitive dissonance), αυτό συμβαίνει στην περίπτωση αντιτιθέμενων πεποιθήσεων, επειδή ο νους, προκειμένου να μειωθεί η μεταξύ τους ένταση, εξαναγκάζεται να υιοθετήσει νέες *πεποιθήσεις* ή να *τροποποιήσει* τις ήδη υπάρχουσες. Η θεωρία της γνωστικής δυσαρμονίας βασίζεται στα πειράματα των Festinger και Carlsmith και στην περίπτωση της χρήσης τοξικών

ουσιών εξηγεί πως το αρχικό δίλημμα (να κάνω / να μην κάνω χρήση ουσιών) μετατρέπεται σε προτίμηση προς τις ουσίες με την έναρξη της χρήσης¹⁶.

- Παρέκκλιση, χαρακτηρισμός και ιατροκοποίηση.

Με κοινωνιολογικούς όρους, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών θεωρείται μορφή παρέκκλισης. Σύμφωνα με τη θεωρία του δομολειτουργισμού (structural functionalism), ως βάση υπάρχει ένα μοντέλο κοινωνικής πολυπλοκότητας, σύμφωνα με το οποίο το συνολικό κοινωνικό σύστημα συντίθεται από επιμέρους ομάδες (υποσυστήματα). Η κανονική αναπαραγωγή του κοινωνικού συστήματος εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο τα υποσυστήματα ενσωματώνονται σε ένα καινούργιο, λειτουργικό σύνολο. Με μια τέτοια ματιά, ως παρέκκλιση ορίζεται η δυσπροσαρμοστικότητα, η αδυναμία των ομάδων να υπηρετήσουν τις λειτουργικές ανάγκες αναπαραγωγής του συνολικού συστήματος.

Με τη θεωρία της αλληλεπίδρασης, (επηρεασμένη από τη Σχολή της Συμβολικής Αλληλεπίδρασης – symbolic interactionism) αμφισβητείται για πρώτη φορά η αντικειμενική υπόσταση της παρέκκλισης. Βασική θέση στη θεωρία αυτή κατέχει η έννοια του εαυτού του Mead, που συγκροτείται από το “εμέ” (me) και το “εγώ” (I). Το “εμέ” είναι εκείνο το μέρος του εαυτού που αντιλαμβάνεται το δρων άτομο και συνίσταται στην εσωτερίκευση της οργανωμένης στάσης των άλλων, δηλαδή του γενικευμένου άλλου. Το “εγώ” είναι το μέρος του εαυτού που δεν αντιλαμβάνεται ο δρων, παρά μόνο όταν ολοκληρωθεί η πράξη. Ο εαυτός αποτελεί προϊόν της σχέσης ανάμεσα στο “εγώ” και το “εμέ” (Ritzer 1983/1996: 246).

Στο πλαίσιο της θεωρίας της αλληλεπίδρασης, ο Μπέκερ εισάγει τη θεωρία του χαρακτηρισμού (labeling theory), όπου η παρέκκλιση δεν είναι ιδιότητα της πράξης, αλλά αποτέλεσμα χαρακτηρισμού που της αποδίδεται.

Σύμφωνα με τον Μπέκερ:

Οι κοινωνικές ομάδες δημιουργούν την παρέκκλιση με το να θέτουν τους κανόνες των οποίων η παράβαση συνιστά παρέκκλιση, και με το να επιβάλλουν αυτούς τους κανόνες σε συγκεκριμένα άτομα και να τα ονομάζει περιθωριακά. Από αυτή τη σκοπιά, η παρέκκλιση δεν είναι ιδιότητα της πράξης του ατόμου, αλλά αντίθετα συνέπεια της επιβολής από άλλους κανόνων και κυρώσεων στους “παραβάτες”. Ο παρεκκλίνων είναι αυτός στον οποίο έχει επιβληθεί με επιτυχία αυτός ο χαρακτηρισμός και παρεκκλίνουσα είναι η συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται ως τέτοια. (Becker 1963/1973: 9)

Είναι λοιπόν ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως παρεκκλίνουσας αυτός που παράγει και τον προβληματικό χαρακτήρα του κινήτρου και όχι το αντίστροφο:

Ένα οποιοδήποτε κίνητρο, συνήθως η περιέργεια για το είδος της εμπειρίας που απορρέει από τη χρήση ναρκωτικών, μετασχηματίζεται σε καθορισμένη μορφή δράσης, διαμέσου της κοινωνικής ερμηνείας μιας φυσικής (physical) εμπειρίας που από μόνη της είναι ασαφής, διφορούμενη.

¹⁶ Festinger L., Carlsmith J., Cognitive Consequences of Forced Compliance, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203-10, 1959.

Εδώ αμφισβητείται η υπόθεση ότι τα κίνητρα απορρέουν από μια ιδιαίτερη συγκρότηση της προσωπικότητας του χρήστη ή από ένα προβληματικό κοινωνικό υπόστρωμα. Οι αιτιολογικές προσεγγίσεις είναι συνάρτηση της “παθολογικότητας” που προσδίδεται στο κίνητρο: ένα οποιοδήποτε κίνητρο ορίζεται ως παθολογικό συνδεδεμένο με συγκεκριμένες μορφές χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, στις οποίες προσδίδεται κοινωνικό νόημα, το οποίο παράγει τα αντίστοιχα στερεότυπα. (Κουκουτσάκη 2002: 56)

Έως τώρα όμως μιλήσαμε για την παρέκκλιση ως *κοινωνικό φαινόμενο*, μέσα από τις θεωρίες του δομολειτουργισμού και της αλληλεπίδρασης. Η μελέτη και η ερμηνεία του κοινωνικού αυτού φαινομένου με όρους υγείας και νόσου, δηλαδή η μεταφορά του από τον κοινωνικό στον ιατρικό χώρο αποτελεί τη μια πλευρά αυτού που αποκαλούμε *ιατρικοποίηση*. Η μεταφορά αυτή, κάνει το ζήτημα της εξάρτησης ακόμα πιο σχετικό με τη βιοηθική, πέρα από τη βιο-ιατρική ηθική και την αντιμετώπιση της εξάρτησης ως νόσο στην οποία αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Εάν θελήσουμε να δούμε πώς γίνεται η διάγνωση της εξάρτησης, θα διαπιστώσουμε ότι συνδέεται κατά κύριο λόγο με την απόσυρση του χρήστη από την άσκηση ενός συνόλου κοινωνικών ρόλων. Και η θεραπεία όμως αφορά: “τον περιορισμό των παράνομων δραστηριοτήτων που προκύπτουν από την ανάγκη ανεύρεσης ναρκωτικής ουσίας, την κινητοποίηση του χρήστη (...) για την ένταξή του στην κοινωνική διαδικασία και γενικότερα, την επίτευξη ενός κοινωνικά αποδεκτού τρόπου ζωής”.¹⁷ Έτσι, η εξάρτηση αναγνωρίζεται επίσης ως μια *ασθένεια*, η οποία συνδέεται όμως άμεσα με την έκπτωση από τους κοινωνικούς ρόλους, αναδεικνύοντας το χαρακτήρα της ιατρικής ως *μηχανισμό πειθαρχικού ελέγχου*.

Η άλλη πλευρά της ιατρικοποίησης, δηλαδή η μεταφορά των όρων υγεία και νόσος στο κοινωνικό σώμα, συνιστά αυτό που ο Φουκώ ονομάζει *διάχυση των πειθαρχικών μηχανισμών*:

Ενώ, από τη μια μεριά, τα πειθαρχικά ιδρύματα πολλαπλασιάζονται, οι μηχανισμοί τους δείχνουν μια ορισμένη τάση να “από-ιδρυματοποιούνται”, να βγαίνουν από τα κλειστά φρούρια όπου ως τότε λειτουργούσαν και να κυκλοφορούν “ελεύθερα” – τα μαζικά και συμπαγή πειθαρχικά συστήματα αποσυνθέτονται σε ευέλικτες μεθόδους ελέγχου, που μπορούν να μετατεθούν και να προσαρμοστούν (Φουκώ 1976: 278)

Έτσι, η νόσος συναρτάται με τη “δυσλειτουργία” ολόκληρου του “κοινωνικού σώματος”, ενώ η πρόληψη ανάγεται σε βασικό στόχο της κοινωνικής πολιτικής για την προστασία της δημόσιας υγείας ως κοινωνικού αγαθού. Η αποκατάσταση της υγείας θεωρείται ότι ολοκληρώνεται μόνο με τη λειτουργική προσαρμογή και την κοινωνική αποδοτικότητα των

¹⁷ Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμός φύλου 577, 4 Νοεμβρίου 1987, σελίδα 9

αποθεραπευομένων. Με αυτούς τους όρους, συμπεριφορές που θεωρείται ότι συντελούν στην αναπαραγωγή της κοινωνίας χαρακτηρίζονται φυσιολογικές, ενώ παθολογικές είναι οι δράσεις που φαίνεται ότι υπονομεύουν την εύρυθμη αναπαραγωγή του συνόλου. (Ανδριάκαϊνα 2005: 51-55).

- Από τον ηθικό λόγο στην κοινωνική δυσλειτουργία.

Το πέρασμα από τον ηθικό λόγο στον κοινωνικοθεραπευτικό λόγο βρίσκει την πρακτική του εφαρμογή στο μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Στο πλαίσιο του ηθικού λόγου, η χρήση θεωρείται χαρακτηριστικό σημάδι μιας περιθωριακής ομάδας της οποίας τα ήθη συνιστούν προσβολή του κυρίαρχου πολιτισμού και προκαλούν την αποστροφή της ευυπόληπτης κοινωνίας. Σύμφωνα με το *νέο παράδειγμα* ερμηνείας των ναρκωτικών, η χρήση εξηγείται με όρους κοινωνικής δυσλειτουργίας και ψυχικής ανωριμότητας. Θεμέλιο του κοινωνικοθεραπευτικού λόγου και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων υπήρξε η παραδοχή ότι το ζήτημα των ναρκωτικών αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα και εξηγείται με βάση κοινωνικούς παράγοντες. Εξάλλου, μέσω της αναφοράς σε κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος οι ειδικοί των θεραπευτικών κοινοτήτων διαχωρίζουν τη θέση τους από τους κύριους ανταγωνιστές στο πεδίο της απεξάρτησης, τους ψυχιάτρους. (Ανδριάκαϊνα 2005: 125)

- Οι δυο εκδοχές του κοινωνικοθεραπευτικού λόγου.

Στη διαδρομή του χρόνου όμως, ο κοινωνικοθεραπευτικός λόγος αλλάζει: από τη συγκρουσιακή εκδοχή, σε μια πιο λειτουργιστική εναλλακτική. Στη συγκρουσιακή εκδοχή, η οποία ήταν επικρατέστερη στη δεκαετία του '80, το φαινόμενο της εξάρτησης εξηγείται ως αποτέλεσμα της ακραίας αποξένωσης του ατόμου στη σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία, δίνοντας έμφαση στον "ατομικισμό" και την "αλλοτρίωση"¹⁸.

Από τη δεκαετία του '90 και μετά οι κοινωνικές καταγγελίες υποχωρούν και το θεραπευτικό εγχείρημα ορίζεται περισσότερο ως επάγγελμα, παρά ως ιστορική αποστολή, ενώ η έμφαση μετατοπίζεται από το όραμα αναμόρφωσης της συνολικής κοινωνίας στη θεραπεία των χρηστών. Έτσι, σε μια λειτουργιστική λογική, η χρήση εξηγείται με όρους ενός

¹⁸ Ο συγκρουσιακός λόγος χρησιμοποιήθηκε στην Ελλάδα κυρίως τη δεκαετία του '80 από τους ιδρυτές των Θεραπευτικών κοινοτήτων, σε μια προσπάθεια να τονίσουν τις κοινωνικές παραμέτρους του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, αλλά και να διαχωρίσουν τη θέση τους από το μοντέλο εξάρτησης ως νόσος. Οι ψυχίατροι που ενεπλάκησαν, αποποιούμενοι την ιδιότητά τους, δήλωναν μη-ψυχίατροι ή τέως ψυχίατροι (σε πλήρη αρμονία με το κίνημα της αποασυλοποίησης).

Σήμερα, ο συγκρουσιακός λόγος χρησιμοποιείται ακόμα από το προσωπικό του 18 ΑΝΩ, πάλι σε μια προσπάθεια να τονιστούν οι κοινωνικοί χαρακτήρες του φαινομένου, αλλά με ψυχιατρική υποστήριξη αυτή τη φορά. Έτσι, το 18 ΑΝΩ είναι το μοναδικό πρόγραμμα που αφενός χορηγεί φάρμακα για το στερεοτικό σύνδρομο (όχι υποκατάστατα) και που αφετέρου έχει τη δυνατότητα νοσηλείας εξαρτημένων με ψυχιατρική συννοσηρότητα (δηλαδή εξάρτηση μαζί με ψυχιατρική διαταραχή).

ουδέτερου, τεχνικού λεξιλογίου, ως αποτέλεσμα “προσωπικής ανεπάρκειας” και “οικογενειακής δυσλειτουργίας”. (Ανδριάκαινα 2005: 126-129).

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε στην κοινωνική επίδραση στη συμπεριφορά, στη εξάρτηση ως παρέκκλιση και κοινωνική κατασκευή, αλλά και στην ιατρικοποίηση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης. Τέλος, μιλήσαμε για τις μορφές που παίρνει ο κοινωνικοθεραπευτικός λόγος (συγκρουσιακή και λειτουργιστική εκδοχή).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

(εξάρτηση, ερμηνείες και η βιοηθική)

- Γιατί μας αφορά η ερμηνεία της εξάρτησης.

Στα προηγούμενα κεφάλαια είδαμε τον διαφορετικό τρόπο προσέγγισης της ευθύνης του ατόμου, σύμφωνα με το πώς προσλαμβάνεται το φαινόμενο της εξάρτησης από φιλοσοφική, ιατρική, νομική και κοινωνιολογική σκοπιά.

Γιατί μας αφορούν όμως οι θεωρητικές αναπαραστάσεις της τοξικοεξάρτησης;

Μας αφορούν επειδή, από τον τρόπο που προσεγγίζουμε το φαινόμενο αυτό, δηλαδή από το τι πιστεύουμε ότι είναι ο χρήστης τοξικών ουσιών, εξαρτάται και το πώς το αντιμετωπίζουμε.

Ας δούμε όμως στην πράξη, πως η άποψη που υπάρχει στους οργανισμούς αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης για τα αίτια της εξάρτησης αντανακλά στη θεραπεία της.

Ο ΟΚΑΝΑ: Ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών είναι, σύμφωνα με τον Ιδρυτικό του Νόμο του 1993, υπεύθυνος για το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Στη δύναμή του υπάρχουν τόσο θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, όσο και στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, αν και το κομμάτι των υποκατάστατων είναι μεγαλύτερο:

...Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.¹⁹

Παρότι η θέση της θεραπείας υποκατάστασης περιορίζεται σε άτομα που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν:

...Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του, από το να παίρνει ένα φάρμακο ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν

¹⁹ <http://www.okana.gr/therapeia.php?cat=3,19>

στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα...

η εξάρτηση ορίζεται ως νόσος, χρόνια, που μπορεί να συγκριθεί με άλλες χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης κ.α. :

Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς (π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένεια).

Για τα (λεγόμενα) στεγνά θεραπευτικά προγράμματα (δηλαδή προγράμματα που δεν χορηγούν υποκατάστατα):

Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.²⁰

Ενώ λοιπόν στα πλαίσια του Οργανισμού υπάρχουν τόσο στεγνά προγράμματα, όσο και προγράμματα υποκατάστασης, η εξάρτηση αντιμετωπίζεται κατά βάση με όρους νόσου, η θεραπεία υποκατάστασης απευθύνεται σε εξαρτημένους με “νευροβιολογικές συνιστώσες” και τα στεγνά προγράμματα για άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν ή πριν από τα προγράμματα υποκατάστασης.

ΤΟ ΚΕ.Θ.Ε.Α.: Η πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα Ιθάκη ιδρύθηκε το 1983 και το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ξεκίνησε να λειτουργεί βάσει του νόμου Ν.1729/1987.

Για τα αίτια της χρήσης στη ιστοσελίδα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. αναφέρεται ότι:

Η συστηματική χρήση ουσιών αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής προέλευσης. Τα άτομα χρησιμοποιούν τις ουσίες για να νιώθουν καλά ή, απλώς, φυσιολογικά. Η ανάγκη να εξασφαλίσουν τις ουσίες που καταναλώνουν βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής τους και καθορίζει τη δράση και τη συμπεριφορά τους.²¹

Ιστορικά, από τους ιδρυτές του ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει δοθεί ιδιαίτερο βάρος στα κοινωνικά αίτια της εξάρτησης (στη συγκρουσιακή εκδοχή του κοινωνικοθεραπευτικού λόγου)

...εμείς είπαμε ότι η κοινωνία είναι άρρωστη, τα αίτια της χρήσης ναρκωτικών βρίσκονται μέσα σε αυτήν και το αποτέλεσμα είναι ο χρήστης, αλλά αρνούμαστε να ασχοληθούμε μεμονωμένα με το αποτέλεσμα. Μέσα από την “Εναλλακτική Κοινότητα Παρέμβαση” θέλουμε να φέρουμε σε επαφή το “αποτέλεσμα” που είναι ο χρήστης, με το αίτιο που είναι η κοινωνία. (Ζαφειρίδης 1990: 215)

Η θεραπεία λοιπόν βασίζεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής, μέσα από την αρχή της αυτοβοήθειας:

Η οργάνωση και οι δραστηριότητες των θεραπευτικών κοινοτήτων έχουν σχεδιαστεί έτσι, ώστε να οδηγούν τα μέλη τους στην αναζήτηση των γενεσιουργών αιτιών της χρήσης και στη συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς.

Για να πετύχουν το στόχο τους, οι θεραπευτικές κοινότητες εφαρμόζουν την αρχή της αυτοβοήθειας. Κάθε

²⁰<http://www.okana.gr/therapeia.php?cat=3,19>

²¹<http://www.kethea.gr/pub/Category.asp?lang=gr&catid=2#therap>

μέλος της κοινότητας μαθαίνει πώς να βοηθάει τον εαυτό του με τη στήριξη των άλλων. Έτσι, οι θεραπευτικές κοινότητες μπορούν να οριστούν ως περιβάλλον όπου οι άνθρωποι συνυπάρχουν και συνδέονται λόγω του κοινού τους στόχου: την απεξάρτηση και την επανένταξη στην κοινωνία.²²

Το μοντέλο θεραπείας που ακολουθείται είναι της κοινωνικής μάθησης:

Η μέθοδος των θεραπευτικών κοινοτήτων (...) Αποτελεί ένα μοντέλο κοινωνικής μάθησης όπου το πλαίσιο της κοινότητας είναι το μέσο για την επίτευξη της αλλαγής σε επίπεδο στάσης, αξιών και συμπεριφοράς. (Πουλόπουλος 2005: 94)

Η κριτική που έχει ασκηθεί στο μοντέλο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι ότι απευθύνεται σε μικρό αριθμό εξαρτημένων, είναι πολυδάπανο και ότι άτομα που το παρακολουθούν μπορεί να αναπτύξουν φαινόμενα ιδρυματισμού. Επιπλέον, τα στερητικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται μόνο υποστηρικτικά εντός της κοινότητας, ενώ η ψυχιατρική συννοσηρότητα αγνοείται.

ΤΟ 18 ΑΝΩ: Το 18 ΑΝΩ είναι μονάδα απεξάρτησης που λειτουργεί στα πλαίσια του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

Για τους θεραπευτές του 18 ΑΝΩ:

Η τοξικομανία δεν είναι χρόνια εγκεφαλική νόσος. Είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο με παραμέτρους βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, ιδεολογικές, πολιτιστικές, οικονομικές και άλλες." (Μάτσα 2001: 120) και

Η τοξικομανία ως κοινωνικό φαινόμενο, αντιμετωπίζεται μόνο επεμβαίνοντας στους γενεσιουργούς παράγοντες, στο σύνολό τους...²³

Άρα και η θεραπεία:

Η θεραπεία απεξάρτησης ανάγεται σε ενιαία διαδικασία που θέτει στο επίκεντρο τον τοξικομανή ως πρόσωπο που πάσχει και ως μέρος ενός ευρύτερου συνόλου, οικογενειακού και κοινωνικού. (Μάτσα 2001: 120)

και επιπλέον:

"Η θεραπευτική προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου πρέπει να είναι πολυεστιάκη (άτομο, οικογένεια, ομάδα), παρεμβαίνοντας στη βάση ενός συνολικού πλάνου σε όλες τις παραμέτρους του προβλήματος."²⁴

Η θέση αυτή καθορίζει και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αντιμετωπισθεί ο εξαρτημένος:

"Η θεραπεία απεξάρτησης δεν μπορεί να είναι αναγκαστική, ούτε να γίνεται με ατομική παρακολούθηση στο ιατρείο του ψυχιάτρου ή του παθολόγου ούτε βέβαια στο Ψυχιατρείο, δημόσιο ή ιδιωτικό. Γίνεται σε ειδική Μονάδα, με το δικό της πρόγραμμα και τις δικές της υπηρεσίες. Η Πολιτεία πρέπει να εξασφαλίζει τη δυνατότητα λειτουργίας πολλών τύπων προγραμμάτων για κάθε τύπο τοξικομανούς."²⁵

Στο 18 ΑΝΩ λοιπόν, αν και λειτουργεί στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο και θα περίμενε κανείς να προηγείται το ιατρικό μοντέλο, η εξάρτηση

²²<http://www.kethea.gr/pub/Category.asp?lang=gr&catid=2#therap>

²³ <http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=26&langid=1>

²⁴ <http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=26&langid=1>

²⁵ <http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=26&langid=1>

θεωρείται κοινωνικό φαινόμενο και συνεπώς η θεραπεία επικεντρώνεται στο άτομο και την ομάδα.

Συμπερασματικά, βλέπουμε ότι *ανάλογα με το τι πιστεύει κανείς για την τοξικοεξάρτηση* (ποια θέση ακολουθεί στο “εξάρτηση ως-”) καθορίζεται και *η στάση που κρατά στη θεραπεία της*.

- *Είναι δυνατή μια συνολική θεώρηση του φαινομένου της εξάρτησης;*

Είναι άραγε δυνατή μια συνολικότερη θεώρηση του φαινομένου της εξάρτησης;

Στη γαλλική έκθεση του 1989-1990 για την τοξικομανία, αναφέρεται ότι:

Κατά κάποιον τρόπο, η επιτυχία στον αγώνα κατά της τοξικομανίας εξαρτάται όχι τόσο από τη θέληση και τα μέσα για αγώνα όσο από τη θέληση εξεύρεσης της ταυτότητας του αληθινού εχθρού και διεξαγωγή αγώνα εναντίον του. Είναι δύσκολο να φτάσει κανείς στην αντικειμενικότητα και την εξύψωση. Καθένας βλέπει μόνο ορισμένες απόψεις σε συνάρτηση με την προσωπική του ιστορία, την δική του ζωή, την απόφασή του της στιγμής εκείνης, τον τόπο στον οποίο βρίσκεται και γενικά προσπαθεί συνεχώς να επαληθεύει υποθέσεις. Η ανυπομονησία να κατανοήσει και να συλλάβει το φαινόμενο εκδηλώνεται με συμπεριφορές συστολής που απομακρύνουν τις αναζητούμενες λύσεις. Μόνο οπισθοχωρώντας θα μπορέσουμε να αντιληφθούμε και να κατανοήσουμε καλύτερα από πού προέρχεται το φαινόμενο, αυτό το οποίο είναι, που τοποθετείται, που πηγαιίνει και σε τι προτρέπει. (Φαρσεδάκης, Συλικός 1996:737)

Πόσο εύκολο είναι να “οπισθοχωρήσουμε”, ώστε να μπορέσουμε να “κατανοήσουμε καλύτερα από πού προέρχεται το φαινόμενο”;

Αλλιώς διατυπωμένο, το ερώτημα έχει ως εξής: είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε με ενιαίο τρόπο το φαινόμενο της εξάρτησης, τη στιγμή που υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους;

Στο μείζον αυτό επιστημολογικό ζήτημα ο Κuhn απαντά πως όχι - οι έννοιες δεν κατανοούνται με διαφορετικό τρόπο από τις ερμηνείες τους:

Οι επιστήμονες δε διδάσκονται ποτέ με αφηρημένο τρόπο και μεμονωμένα τις έννοιες, τους νόμους και τις θεωρίες. Αντίθετα, τα διανοητικά αυτά εργαλεία βρίσκονται από την αρχή ενσωματωμένα σε μια ενότητα, που προηγείται ιστορικά και παιδαγωγικά, και αποκαλύπτονται με συνάφεια και με τη μεσολάβηση των εφαρμογών τους (Kuhn 1962/2004: 115)

Με αυστηρά επιστημολογικά κριτήρια, κατά τον Κuhn, οι όροι των θεωριών έχουν διαφορετικές σημασίες στις διαφορετικές οπτικές. Ο όρος “Γη” π.χ. στη γεωκεντρική θεωρία του Πτολεμαίου παραπέμπει σε ένα αντικείμενο ακίνητο, που βρίσκεται στο κέντρο του Σύμπαντος. Η σημασία του όρου “Γη” αλλάζει όταν περνάμε στο ηλιοκεντρικό σύστημα του Κοπέρνικου, με αποτέλεσμα στις δυο θεωρίες να περιγράφει δυο διαφορετικά πράγματα. Σε αυτή την οπτική, ο όρος εξάρτηση έχει *διαφορετικό νόημα* για τον γιατρό (υποδοχείς, συμπτωματολογία, στερητικό σύνδρομο, ψυχοπαθολογία, ασθενής) απ’ ότι για τον κοινωνικό επιστήμονα (κοινωνική κατασκευή, χαρακτηρισμός, αλλοτρίωση, πελάτης). Η κάθε θεωρία

λοιπόν εκφράζεται στη *δική της γλώσσα*, χωρίς να υπάρχει καμία ελπίδα επικοινωνίας μεταξύ τους.

Ο αντίλογος στη θέση του Kuhn, βασίζεται στο επιχείρημα ότι δεν είναι υποχρεωτική η μετάφραση από τη μια θεωρία στην άλλη, δηλαδή ότι υπάρχει ασυμμετρία των θεωρητικών προσεγγίσεων (οπαδοί της *ασυμμετρίας*).

Στο θέμα των εξαρτήσεων, αυτό ακριβώς είναι και το ζητούμενο: είναι δυνατή η επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών Παραδειγμάτων;

Ξεκινώντας από την αλλαγή εντός των Παραδειγμάτων (ενδο-Παραδειγματικά) βλέπουμε ότι οι θέσεις “εξάρτηση ως-“, δεν μένουν σταθερές στη διαδρομή του χρόνου. Για την ιατρική άποψη βλέπουμε ότι από τον “μεταφορικό διακόπτη” του εγκεφάλου που “γυρίζει” ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης χρήσης ουσιών, περνάμε σε ένα πιο *λειτουργικό* μοντέλο. Σε αυτό, οι εξαρτησιογόνες ουσίες υπονομεύουν τους φυσιολογικούς μηχανισμούς του ανθρώπινου εγκεφάλου, εξοβελίζοντας άλλες δραστηριότητες. Αλλά και ο κοινωνικοθεραπευτικός λόγος περνά από την συγκρουσιακή του εκδοχή στη *λειτουργιστική* εναλλακτική της. Έτσι ο στόχος των κοινωνικών επιστημόνων, που ασχολούνται με την τοξικοεξάρτηση, μετατοπίζεται από την αναμόρφωση της συνολικής κοινωνίας στη θεραπεία των χρηστών.

Περνώντας στο *μεταξύ* των Παραδειγμάτων (δια-Παραδειγματικά), η επικοινωνία ανάμεσα στους επιστήμονες μπορεί να είναι προβληματική, αλλά δεν είναι αδύνατη. Κοινός πυρήνας είναι η εμπειρία τους με τους τοξικοεξαρτημένους, δηλαδή το τι *λειτουργεί* στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης.

Το τι λειτουργεί, όχι με μια έννοια συμπληρωματικότητας των παρεμβάσεων, η οποία ούτως ή άλλως σήμερα θεωρείται δεδομένη, αλλά με την έννοια της *κοινής εμπειρίας* και των στοιχείων που προκύπτουν από την αντιμετώπιση των εξαρτημένων.

- Η βιοηθική ως πλαίσιο διαλόγου για την εξάρτηση

Οι απόψεις από διαφορετικά Παραδείγματα μπορούν να συζητηθούν εντός του πλαισίου της βιοηθικής, επειδή βιοηθική, είναι ακριβώς αυτό: διεπιστημονικός λόγος και διάλογος (discourse).

Σε έναν τέτοιο διάλογο λαμβάνονται υπόψη τα πραγματικά δεδομένα και πορίσματα πολλών και διαφορετικών γνωστικών περιοχών των οποίων οι θέσεις και κυρίως οι εφαρμογές έχουν επιπτώσεις στην αξιοπρέπεια και τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, στις πνευματικές πεποιθήσεις της κοινωνίας και γενικώς στην ηθική ευαισθησία της κοινής γνώμης.

Η αναγκαιότητα της βιοηθικής προκύπτει από το πάντρεμα, αλλά και την αντιπαράθεση των βιοιατρικών επιστημών με τις επιστήμες του ανθρώπου, όπως είναι η ψυχολογία, η

κοινωνιολογία, η πολιτική επιστήμη, η ηθική, το δίκαιο και η θεολογία. (Δραγώνα Μονάχου 2002: 8)

Όπως λοιπόν συζητούνται θέματα που αφορούν στην αρχή (έκτρωση) ή στο τέλος της ζωής (ευθανασία) από ιατρική, φιλοσοφική, θεολογική και κοινωνιολογική σκοπιά, έτσι μπορούν να συζητηθούν και τα θέματα της εξάρτησης.

Πάνω από όλα όμως, η βιοηθική στον διάλογο μεταξύ των Παραδειγμάτων, λειτουργεί ως ασφαλιστική δικλείδα, για τη διασφάλιση του κορυφαίου ζητήματος στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης: της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να μεταφέρω την προσωπική μου εμπειρία γύρω από τα ότι τα θέματα που συζητήθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια.

Η εμπειρία μου αυτή ξεκινά όταν, ως ψυχίατρος ανέλαβα την ευθύνη ενός στεγνού (χωρίς υποκατάστατα) θεραπευτικού προγράμματος του ΟΚΑΝΑ για εφήβους χρήστες ουσιών. Τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής είναι εμπνευσμένα από το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων, δηλαδή ως επιστημονικό και ιδεολογικό τους υπόβαθρο έχουν τον κοινωνικοθεραπευτικό λόγο. Διαπίστωσα λοιπόν, ότι μου ήταν απείρως ευκολότερο το να βάλω μια ψυχιατρική διάγνωση και να χορηγήσω φαρμακευτική αγωγή, από το να πείσω έναν εξαρτημένο έφηβο να παρακολουθήσει το πρόγραμμα.

Στη συνέχεια, ως μεταπτυχιακός φοιτητής στο πρόγραμμα βιοηθικής, ήρθα σε επαφή με ανθρώπους άλλων επιστημονικών κλάδων, με τους οποίους κάποιες φορές νόμιζα ότι μιλούσαμε διαφορετική γλώσσα. Ίσως πιο κοντά να βρίσκoμουν στους κοινωνικούς επιστήμονες, λόγω της προηγούμενης εμπειρίας μου από τον κοινωνικοθεραπευτικό λόγο του θεραπευτικού προγράμματος.

Τέλος, παρακολουθώντας το μεταπτυχιακό σεμινάριο του ΚΕΘΕΑ “ Κοινωνικός Σχεδιασμός και Διοίκηση Μονάδων Τοξικοεξάρτησης” ήρθα σε καθημερινή επαφή με ανθρώπους που εργάζονταν στα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, δηλαδή ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Διαπίστωσα λοιπόν ότι η δυνατότητά μου να τους καταλάβω είχε αυξηθεί, σε σχέση πάντα με το πώς κατανοούσα τα φαινόμενα πριν από μια πενταετία. Από αυτή τη διαπίστωση ξεκινά και η ιδέα ότι σημαντικό δεν είναι το τι (κατά βάθος) πιστεύουμε, αλλά το τι *λειτουργεί* στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

Θα μπορούσε κανείς να αντιπείνει ότι όλα αυτά αφορούν μόνο τους ειδικούς, όμως σήμερα ο διάλογος για θέματα τοξικοεξάρτησης συνεχίζεται στην κοινωνία μας, πολλές φορές μάλιστα με όρους πολεμικής. Κοιτώντας τους τίτλους των εφημερίδων, βλέπουμε ότι τα θέματα αυτά “πουλάνε”: στεγνά προγράμματα εναντίον προγραμμάτων χορήγησης υποκαταστάτων, αναμονή στις λίστες χορήγησης μεθαδόνης και βουπρενορφίνης, θάνατοι από ναρκωτικά και παραβατικότητα. Πρόσφατα κυκλοφόρησε στην Αθήνα αφίσα με τίτλο: “Τα υποκατάστατα είναι η νόμιμη μαστούρα μιας ντοπαρισμένης κοινωνίας – Ποιους βολεύει η θεώρηση του τοξικοεξαρτημένου ως ασθενή;”

Οι καιροί αλλάζουν και μας ξεπερνούν, συνεχώς βρισκόμαστε μπροστά σε νέες προκλήσεις, για τις οποίες δεν έχουμε πειστική λύση (όπως για παράδειγμα, οι χρήστες κοκαΐνης).

Σήμερα η συμπληρωματικότητα στις μεθόδους αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης θεωρείται κοινός τόπος, αλλά όμως *δεν αρκεί*. Χρειάζεται κατά τη γνώμη μου *συνολικότερη θεώρηση του φαινομένου*, ώστε να δει κανείς τι μπορεί να κάνει *εντός* της θεραπευτικής μεθόδου του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετασθεί η ευθύνη του ατόμου για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, σύμφωνα με τις διαφορετικές θεωρητικές αναπαραστάσεις του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης.

Θέλουμε να εξετάσουμε δηλαδή, το κατά πόσο θεωρείται υπεύθυνο το άτομο για την εξάρτησή του, ανάλογα με τη ματιά με την οποία προσεγγίζουν οι ειδικοί (γιατροί, ψυχολόγοι νομικοί και φιλόσοφοι) το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης.

Ιστορικά, ο ηθικός λόγος ήταν η πρώτη προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου της εξάρτησης. Με αυτή τη ματιά, ο εξαρτημένος θεωρείται ηθικά αδύναμος, φαύλος και διεστραμμένος. Ο ηθικός λόγος αποτελούσε την κατεξοχήν προσέγγιση της Εκκλησίας για την τοξικοεξάρτηση, αν και στις ημέρες μας γίνεται αποδεκτή από τη θρησκεία και η θέση των ειδικών.

Παράδοξα, ο ηθικός λόγος παρεισφρεί στη θεραπεία, στην περίπτωση των Ανώνυμων Αλκοολικών. Εδώ, θεωρείται ότι το άτομο θα πρέπει να παραδεχθεί ότι η εξάρτηση από αλκοόλ οφείλεται σε αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων και να πιστέψει ότι μια ανώτερη δύναμη θα το βοηθήσει να απεξαρτηθεί.

Σε ό,τι αφορά στην *ατομική επιλογή*, οι κινήσεις του σώματός μας μπορούν να ταξινομηθούν σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο είναι τα αντανάκλαστικά μας, ενδιάμεσα συμπεριφορές με πρόθεση που δεν είναι όμως ευαίσθητες σε ανταμοιβές, κατόπιν συμπεριφορές ευαίσθητες στις ανταμοιβές χωρίς να είναι όμως ορθολογικές και τέλος στο άλλο άκρο, πράξεις ως συνέπεια ορθολογικής επιλογής.

Η εξάρτηση σχετίζεται με την ορθολογική επιλογή με τρεις τρόπους:

Πρώτον, στο κατά πόσον η εξάρτηση μπορεί να προκύψει από ορθολογική επιλογή (σημείο εισόδου). Για τους Herrnstein και Prelec, είναι λογικό το άτομο να ακολουθήσει ένα μονοπάτι που θα τον οδηγήσει σε μη λογικά αποτελέσματα (δηλαδή την εξάρτηση), αν δεν μπορούσε να προβλέψει την κατάληξή του (θεωρία του μονοπατιού των σωματικών ηδονών - *primrose path*). Αντίθετα για τους Becker και Murphy, ο νέος χρήστης έχει πλήρη επίγνωση για τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης και η εξάρτηση θεωρείται ως μορφή αυτοθεραπείας. Τέλος, για τους Orphanides και Zervos, το άτομο παίρνει το ρίσκο να κάνει χρήση και το αν θα εξαρτηθεί εξαρτάται από το πόσο ευάλωτο είναι.

Δεύτερον, πως η εξάρτηση επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να παίρνει αποφάσεις. Μέσω της υπερβολοειδούς απαξίωσης του μέλλοντος, ο χρήστης επιλέγει τώρα την ωφέλεια από τη

χρήση, παρά μια μεγαλύτερη ωφέλεια που θα έχει αργότερα από την αποχή. Οι προτιμήσεις του ατόμου μπορεί να αναστραφούν μέσω ενός craving, ενώ στη θεωρία της αδυναμίας της βούλησης του Davidson, το άτομο κάνει τη x πράξη έναντι της y, γνωρίζοντας τη στιγμή που το κάνει ότι δρα ενάντια στο συμφέρον του. Για τον Αριστοτέλη, η χρήση επηρεάζει την κρίση του ανθρώπου, οπότε δεν έχει επίγνωση για τις πράξεις του, ενώ για τον Pears οι πεποιθήσεις διαστρεβλώνονται μέσω των ευσεβών πόθων.

Τρίτον, ποιος είναι ο ρόλος της επιλογής στο να ξεπεράσει την εξάρτησή του (σημείο εξόδου). Οι εξαρτημένοι ομαδοποιούν τις συμπεριφορές προσπαθώντας να αποφύγουν την υποτροπή ή δεσμεύονται προκαταβολικά.

Σύμφωνα με την επίσημη *ψυχιατρική ταξινόμηση*, ως εξάρτηση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο χρειάζεται την ουσία για να λειτουργήσει σε κανονικά όρια και περιλαμβάνει συμπτώματα γνωσιακά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά. Ως κατάχρηση ορίζεται ο παθολογικός τρόπος χρήσης της ουσίας που εκδηλώνεται με αρνητικά επακόλουθα λόγω της επαναλαμβανόμενης λήψης.

Η ψυχιατρική όμως διαφέρει από τις υπόλοιπες ειδικότητες στο ότι τα περισσότερα κλινικά σύνδρομα δεν αποτελούν προς το παρόν νοσολογικές οντότητες, δηλαδή εκδηλώσεις με γνωστή αιτιοπαθογένεια και βλάβες στο βιολογικό υπόστρωμα. Έτσι, τα σημεία και τα συμπτώματα για τους ψυχιάτρους κατανοούνται ως διαφορετικά σημεία σε ένα φάσμα συμπεριφοράς, που εκτείνεται από το φυσιολογικό μέχρι το παθολογικό. Το γεγονός αυτό για την εξάρτηση σημαίνει, ότι το να ορίσεις μια συμπεριφορά ως εξαρτητική, για ένα συγκεκριμένο άτομο, εμπεριέχει έναν βαθμό αυθαιρεσίας.

Για την επικρατούσα *ιατρική θέση* η εξάρτηση αποτελεί χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσο. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν εμμένουσες αλλαγές στον εγκέφαλο. Ένας μεταφορικός διακόπτης φαίνεται να γυρίζει στον εγκέφαλο μόλις έρθει σε επαφή με τις ουσίες, οπότε και το άτομο περνά στην κατάσταση της εξάρτησης. Η αποσαφήνιση του βιολογικού υποβάθρου του μεταφορικού αυτού διακόπτη, φαίνεται να είναι το κλειδί για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπειών.

Σε μια τέτοια προοπτική βέβαια, η ευθύνη του ατόμου σταματά στην εκούσια έναρξη της ουσίας. Από τη στιγμή που γυρίσει ο νοητός διακόπτης στον εγκέφαλο, το άτομο περνά στην κατάσταση της εξάρτησης και συνεπώς θεωρείται ανεύθυνο για τις πράξεις του.

Επιστημολογικά, τα αδύνατα σημεία του επικρατούντος ιατρικού μοντέλου είναι αφενός η αναγωγή της φαινομενολογίας της εξάρτησης (ως καταναγκαστική συμπεριφορά λήψης ουσιών) σε αλλαγές στους υποδοχείς του εγκεφάλου (χωρίς επαρκή ενδιάμεσα μοντέλα) και αφετέρου η υπόθεση ότι κοινές αλλαγές που προκαλούνται στον εγκέφαλο από τις

εξαρτησιογόνες ουσίες, υποδηλώνουν κοινούς μηχανισμούς του εγκεφάλου για όλες τις εξαρτήσεις, συγχέοντας ουσιαστικά την αιτία με το αποτέλεσμα (εφόσον δεν γνωρίζουμε τι προηγείται και τι έπεται).

Σήμερα, γίνεται προσπάθεια να εξηγηθεί βιολογικά η εξάρτηση μέσα από τους μηχανισμούς δράσης των ουσιών. Υποστηρίζεται λοιπόν ότι η εξάρτηση αποτελεί εξελικτικό ατύχημα μεταξύ των μηχανισμών του ανθρώπου που καθορίζουν τη λήψη αποφάσεων και της άμεσα ανταποδοτική δομής των εξαρτησιογόνων ουσιών. Με τη θέση αυτή εξηγείται η αποτυχία στην αυτοκυριαρχία, αλλά η εξάρτηση θεωρείται ως εκούσια επιλογή, με δυνατότητα να αλλάξει. Με όρους *ελευθερίας της βούλησης* και ευθύνης, το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσον η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι καθορισμένη (ντετερμινισμός). Για τους ντετερμινιστές, ελευθερία της βούλησης στην πραγματικότητα δεν υπάρχει. Θεωρούν ότι είμαστε προϊόντα της ανατροφής μας ή αλλιώς, το να συμβεί ένα γεγονός είναι αναπόφευκτο ή ακόμα και αναγκαίο σε ορισμένες συνθήκες.

Εάν δεχθούμε όμως ότι η συμπεριφορά μας είναι καθορισμένη, σε ποιο βαθμό το γεγονός αυτό είναι συμβατό με την ελευθερία της βούλησης; Από τη μια μεριά, για τους οπαδούς της ασυμβατότητας, η ελευθερία της βούλησης δεν συνδυάζεται με τον ντετερμινισμό (το επιχείρημα της συνέπειας) και από την άλλη, για τους οπαδούς της συμβατότητας, το άτομο είναι ελεύθερο, από τη στιγμή που μπορούσε να κάνει διαφορετικά. Ενδιάμεσα στις δυο θέσεις βρίσκονται οι υποστηρικτές της ημι-συμβατότητας: η ηθική ευθύνη δεν απαιτεί εναλλακτικές και είναι συμβατή με τον ντετερμινισμό, ενώ η ελευθερία απαιτεί εναλλακτικές και δεν είναι συμβατή με τον ντετερμινισμό.

Για τους *νομικούς*, η εξάρτηση από ναρκωτικά είναι ιδιάζουσα νοσολογική οντότητα, η οποία πρέπει να υποβάλλεται σε θεραπεία. Ο νόμος αναγνωρίζει λόγο μείωσης του καταλογισμού για οποιοδήποτε έγκλημα επικεντρώνεται στην κίνηση της ναρκωτικής ουσίας επειδή στόχος του εξαρτημένου είναι η αποφυγή του στερητικού συνδρόμου. Επιπλέον, γίνεται διάκριση μεταξύ εξαρτημένου και εξαρτημένου διακινητή με κριτήριο την ποσότητα της ναρκωτικής ουσίας. Ανοικτό παραμένει το κατά πόσον το κράτος έχει το δικαίωμα να εξαναγκάσει σε θεραπεία τον εξαρτημένο σε υποχρεωτική θεραπεία, δηλαδή αν θα πρέπει να υπερισχύσει ο κρατικός πατερναλισμός ή η αυτονομία του ατόμου.

Για τους *κοινωνιολόγους*, σύμφωνα με τη θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης, η συμπεριφορά του ατόμου προσδιορίζεται ανάλογα με το κοινωνικό νόημα που της αποδίδεται. Έτσι, το άτομο δεν θεωρείται υπεύθυνο για τη χρήση, εφόσον η παρέκκλιση δεν είναι ιδιότητα της πράξης, αλλά το αποτέλεσμα χαρακτηρισμού. Ο Becker υποστήριξε ότι η παρέκκλιση είναι

κοινωνική κατασκευή και ο παρεκκλίνων χαρακτήρας της πράξης εδράζεται στον τρόπο με τον οποίο αυτή χαρακτηρίζεται δημόσια.

Επιπλέον, η διάγνωση της εξάρτησης συνδέεται κατά κύριο λόγο με την απόσυρση του χρήστη από μια σειρά κοινωνικών ρόλων. Εφόσον όμως ως υγεία δεν νοείται μόνο η απουσία νόσου, αλλά η θετική κατάσταση ψυχοσωματικής και κοινωνικής ευεξίας, το πλαίσιο ερμηνείας διαχέεται σε ολόκληρη την κοινωνία. Η διαδικασία αυτή ορίζεται ως ιατρικοποίηση. Στην παραδοχή ότι το ζήτημα των ναρκωτικών αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα και εξηγείται στη βάση κοινωνικών παραγόντων, βασίζεται ο κοινωνικοθεραπευτικός λόγος και το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Οι θεωρητικές αναπαραστάσεις του φαινομένου της εξάρτησης μας αφορούν, επειδή ανάλογα με το πόσο υπεύθυνο θεωρείται το άτομο για την εξάρτησή του, αντίστοιχα νομιμοποιείται και η θεραπευτική παρέμβαση. Για τα προγράμματα υποκατάστασης το άτομο θεωρείται ως ασθενής, σύμφωνα με την επικρατούσα ιατρική θέση, ενώ για θεραπευτικά προγράμματα που δεν χορηγούν υποκατάστατα προέχουν η ατομική επιλογή και οι κοινωνικοί παράγοντες της εξάρτησης. Στις ημέρες μας όμως, η συμπληρωματικότητα μεταξύ των θεραπευτικών προγραμμάτων θεωρείται δεδομένη. Θα ήταν άραγε δυνατή και μια συνολικότερη θεώρηση του φαινομένου της εξάρτησης;

Με αυστηρά επιστημολογικά κριτήρια, όχι, επειδή οι έννοιες δεν κατανοούνται με διαφορετικό τρόπο από τις ερμηνείες τους. Ο όρος εξάρτηση έχει διαφορετικό νόημα για τον γιατρό (υποδοχείς, συμπτωματολογία, στερητικό σύνδρομο, ψυχοπαθολογία, ασθενής) από ότι για τον κοινωνικό επιστήμονα (κοινωνική κατασκευή, χαρακτηρισμός, αλλοτρίωση, πελάτης). Η κάθε θεωρία λοιπόν εκφράζεται στη γλώσσα της, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα μετάφρασης μεταξύ τους.

Όμως, αν παρατηρήσουμε την αλλαγή εντός των θεωριών στη διαδρομή του χρόνου, θα δούμε ότι από ένα άκαμπο, θεωρητικό μοντέλο, περνάμε σε μια πιο λειτουργική εκδοχή του. Με τον ίδιο τρόπο *μεταξύ* των θεωριών, η επικοινωνία ανάμεσα στους επιστήμονες μπορεί να είναι προβληματική, δεν είναι όμως αδύνατη. Κοινός πυρήνας είναι η εμπειρία τους με τους τοξικοεξαρτημένους, δηλαδή *το τι λειτουργεί στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης*.

Η βιοηθική από την πλευρά της, έχοντας ως αντικείμενο την προσέγγιση ηθικών ζητημάτων που σχετίζονται με τις επιστήμες της ζωής, τις ιατρικές εφαρμογές και τις κοινωνικές επιπτώσεις τους, μπορεί να χρησιμεύσει ως *πλαίσιο* εντός του οποίου διεξάγεται ο διάλογος απόψεων από διαφορετικά Παραδείγματα.

Όπως λοιπόν συζητούνται θέματα που αφορούν στην αρχή (έκτρωση) ή στο τέλος της ζωής (ευθανασία) από ιατρική, φιλοσοφική, θεολογική και κοινωνιολογική σκοπιά, έτσι μπορούν να συζητηθούν και τα θέματα της εξάρτησης.

Τέλος, η βιοηθική στον διάλογο μεταξύ των Παραδειγμάτων, λειτουργεί ως ασφαλιστική δικλείδα, για τη διασφάλιση του κορυφαίου ζητήματος στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης: της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

SUMMARY

This essay examines the issue of personal responsibility in drug use, according to various theoretical representations of this phenomenon.

Historically, the first effort to understand addiction adopted a moral perspective. From this point of view, the addict is considered to be morally weak, vicious, or even wicked. This has been the church's main approach to addiction. Nowadays, this approach can be found in the therapeutic philosophy of the Alcoholics Anonymous.

Addiction is related to rational choice in three ways; first, regarding entry into drug use, whether addiction can be the result of rational choice; second, once 'inside' whether addiction affects the capacity to make rational choices; and third, the role of choice in overcoming addiction. According to contemporary medicine, addiction is a chronic, relapsing illness, characterized by compulsive drug-seeking and use. A metaphorical "switch" in the brain seems to be turned on as a result of prolonged drug use. Initially, drug use is a voluntary behavior, but when the switch is turned on, the individual moves into the state of addiction.

According to modern biological theories, addiction is believed to be an evolutionary accident due to a mismatch between the mechanisms that regulate human decision-making and the "immediately rewarding" structure of addictive substances. From this perspective, addiction is a choice considered to be voluntary, yet susceptible to change.

The main philosophical issue with respect to addiction is whether human behavior is determined. Determinists argue that freedom of will does not really exist. They believe that we are products of social upbringing. If we accept this view, the question is if freedom of will is actually compatible with determinism? The answers to this question can be classified into three groups: compatibilists, non-compatibilists and semi-compatibilists.

From the legal point of view, drug addiction is a distinct nosological entity subject to treatment. The law acknowledges diminished accountability for drug-handling associated crimes, because the addict's aim is to avoid the withdrawal syndrome. Whether the state has the right to obligate addicts to undergo compulsory treatment remains an open issue.

As far as sociologists are concerned, human behavior is shaped according to the social meaning ascribed to it (symbolic interaction theory). Thus, the deviant character of drug use is not a property of the action, but rather the result of labeling. In this respect, deviance is a social construction.

The degree of personal responsibility for addiction resulting from diverse theoretical representations justifies a corresponding therapeutic approach. Nowadays, the complementarity of different interventions is well accepted. However, is it still possible to have a holistic view of the addiction concept?

In strict epistemological terms, this is not possible, since concepts cannot be understood in isolation from their interpretations. The term addict has a different meaning for the physician (receptors, withdrawal syndrome, psychopathology, patient) than for the social scientist (social structure, labeling, and client). Each theory is expressed in its own language, translation being impossible. Nevertheless, when studying the change *within a certain paradigm*, a transition to a more “functional” model is observed. In the same way, *between paradigms*, scientists’ communication may be problematic, but not impossible. The scientists’ common ground is their experience with addicts, in other words, what is effective in addiction treatment.

Bioethics, ethical issues related to life sciences, can be used as a frame for dialogue between different disciplines, but also as a safe-keeper of human rights and human dignity.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ahmed 2004: Ahmed S. H. Addiction as compulsive reward prediction, *Science* 306, 1901-1904, 2004.
2. Anokhina 2005: Anokhina I., *Compulsory Treatment: the Russian Federation's approach, Drug addiction Ethical eye*, Council of Europe Publishing, 2005.
3. Becker 1973/1963: Becker H. *Outsiders*, New York: Free Press, 1973
4. Dawkins 1994: Dawkins R., *Ο τυφλός ωρολογοποιός*, Κάτοπτρο, 1994.
5. Elster 1999: Elster J., *Strong Feelings, Emotion, Addiction, and Human Behavior*, MIT Press, 1999.
6. Elster, Skog 1999: Elster J., Skog O. J. (ed), *Getting Hooked Rationality and Addiction*, Cambridge University Press, 1999.
7. Gardner, David 1999: Gardner E., David J., *The Neurobiology of Chemical Addiction στο: Elster J., Skog O. J. (ed), Getting Hooked Rationality and Addiction*, Cambridge University Press, 1999.
8. Goldstein 1994: Goldstein A. *Addiction From Biology to Drug Policy*, Freeman, 1994.
9. Heyman 2001: *Is addiction a Chronic Relapsing Disease?* στο Heyman, Brownsberger (ed.) *Drug Addiction and Drug Policy*, Harvard University Press, 2001.
10. Kane 2002: Kane R. (ed), *Free Will*, Blackwell, 2002.
11. Kant 1797/1984: Kant I, *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των ηθών*, Δωδώνη, 1984.
12. Kaplan and Sadock 2000: Kaplan and Sadock's *Ψυχιατρική*, Έβδομη Έκδοση, Λίτσας, 2000.
13. Kaplan and Sadock 2003: Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, Ninth Edition, 2003.
14. Koppelman 2006: Koppelman A., *Drug Policy and the Liberal Self*, *Northwestern University Law Review*, 2006 Vol 100, No 1, 279-294
15. Kuhn 1962/2004: Kuhn T., *Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, Σύγχρονα θέματα, 2004.
16. Leshner 1997: Leshner A., *Addiction is a brain disease and it matters*, *Science* 278, 45-49, 1997.
17. Mill 1838/ 1859: J.S. Mill, *Περί Ελευθερίας*, Επίκουρος, 1983.
18. Peele 1985: Peele, S., *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. Lexington: Lexington Books, 1985.
19. Peoples 2002: Peoples L. L., *Will, anterior Cingulate Cortex and Addiction*, *Science*, 296,1623-4, 2002.
20. Ritzer 1983/1996: Ritzer G., *Θεωρία των συμβολικών διαντιδράσεων στο: Σύγχρονη κοινωνιολογική θεωρία*, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, 1996.
21. Satel 2001: *Is drug Addiction a Brain Disease?* στο Heymann, Brownsberger (ed.) *Drug Addiction and Drug Policy*, Harvard University Press, 2001.
22. Schaler 2000: Schaler A. *Addiction is a choice*, *Open Court*, 2000.
23. Smith 2002: Smith P., *Drugs, Morality and the Law*, *Journal of Applied Philosophy*, Vol. 19, No 3, 2002.
24. Svedberg 2005: Svedberg E., *Compulsory treatment: the Swedish approach, Drug addiction Ethical eye*, Council of Europe Publishing, 2005.
25. Wurmser 1977: Wurmser L., *Mr. Pecksniff's horse (Psychodynamics in Compulsive Drug Use)*, *Psychodynamics of Drug Dependence*, National Institute on Drug Abuse, 1977.
26. Yalisove 1997: Yalisove D. (ed.) *Essential Papers on Addiction*, N.Y. University Press, N.Y. 1997.

27. Αλεβίζος 2000: Αλεβίζος Β. Διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στο Χριστοδούλου Γ. (εκδ.) Ψυχιατρική, Βήτα, 2000.
28. Ανδριάκαινα 2005: Ανδριάκαινα Ε., Παίζοντας με τα Όρια, Θεραπευτικές κοινότητες και χρήση ουσιών, Βιβλιόραμα, Αθήνα 2005.
29. Ανδριανόπουλος 2000: Ανδριανόπουλος Α., Επιλογή, όχι ασθένεια, ο εθισμός στα ναρκωτικά, Εφημερίδα "ΤΑ ΝΕΑ" Σάββατο 19 Αυγούστου 2000.
30. Γρίβας 2002: Γρίβας Κ., Οπιούχα: Εξάρτηση και Απεξάρτηση, Εγχειρίδιο Αυτοβοήθειας και Αυτοάμυνας, Ιανός, 2002.
31. Δραγώνα Μονάχου 2002: Δραγώνα Μονάχου Μ. Ηθική και Βιοηθική, Επιστήμη και Κοινωνία, Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας, τχ 8-9, 2002.
32. Ζαφειρίδης 1990: Ζαφειρίδης Φ., Η ελληνική εμπειρία, Οι θεραπευτικές κοινότητες: απάντηση στα ναρκωτικά, Εναλλακτικές Εκδόσεις "Κομμούνα", 1990.
33. Ζαφειρίδης 1992: Ζαφειρίδης Φ., Ναρκωτικά, απαγόρευση, αντιαπαγόρευση και μαθητεύομενοι μάγοι, Τα Νέα της Ιθάκης, Θεραπευτική Κοινότητα Ιθάκη, τχ. 81, 1992, σ. 17-24
34. Κουκουτσάκη 2002: Κουκουτσάκη Α., Χρήση Ναρκωτικών Ομοφυλοφιλία: Συμπεριφορές μη Συμμόρφωσης μεταξύ Ποινικού και Ιατρικού ελέγχου, Κριτική, 2002.
35. Λειβαδίτης 1994: Λειβαδίτης Μ., Ψυχιατρική και Δίκαιο, Παπαζήσης, 1994.
36. Μάτσα 2001: Μάτσα Κ., Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκίες, Το αίνιγμα της τοξικομανίας, Άγρα, 2001.
37. Μάτσα 2006: Μάτσα Κ., Η περίπτωση Ευριδίκη, Άγρα, 2006.
38. Παρασκευόπουλος 1997: Παρασκευόπουλος Ν., Η Καταστολή της Διάδοσης των Ναρκωτικών στην Ελλάδα, Θεσ/νική 1997.
39. Πουλόπουλος 2005: Πουλόπουλος Χ., Εξαρτήσεις Οι θεραπευτικές κοινότητες, Ελληνικά Γράμματα, 2005.
40. Τσινόρεμα 2006: Τσινόρεμα Σ., Τι είναι βιοηθική, Cogito, 2006.
41. Σούρλας 2003: Σούρλας Π., Δίκαιο, ηθική, βιοηθική, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Βιοηθικής Πανεπιστημίου Κρήτης, 2003.
42. Φαρσεδάκης - Συλίκος 1996: Φαρσεδάκης Ι., Συλίκος Γ., Ναρκωτικά, Νομική και Εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Αθήνα 1996.
43. Φουκώ 1976: Φουκώ Μ., Επιτήρηση και τιμωρία Η γέννηση της φυλακής, Ράππα, 1976.