



## ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

# “Ναρκωτικά: βιολογικές κοινωνικές & πολιτικές διαστάσεις”

## 23 Ιουνίου 2017

Πνευματικό Κέντρο Δ. Αθηναίων  
Αμφιθέατρο «Αντώνης Τρίτσης»

Με την υποστήριξη



ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ  
ΑΣΘΛΤΙΣΜΟΥ & ΝΕΟΛΑΙΑΣ



Αβέρωφ 21  
10433 Αθήνα  
210-8898200  
210-8253760  
okana@okana.gr  
<http://www.okana.gr>





Πρακτικά Ημερίδας

# “Ναρκωτικά: βιολογικές, κοινωνικές και πολιτικές διαστάσεις”

*Συνδιοργάνωση:* ΟΚΑΝΑ & Ίδρυμα Γληνού

Με την υποστήριξη του Δήμου Αθηναίων, ΟΠΑΝΔΑ

*Επιμέλεια έκδοσης:*  
Ε. Καφετζόπουλος

Εκδοτική Παραγωγή



**ΕΠΤΑΛΟΦΟΣ Α.Β.Ε.Ε.**

Αρδηττού 12-16, 116 36 Αθήνα  
Τηλ.: 210.921.7513, 210.921.4820 • Fax: 210.923.7033  
[www.eptalofos.gr](http://www.eptalofos.gr) • e-mail: [info@eptalofos.gr](mailto:info@eptalofos.gr)

Πρόλογος <i>Γιώργος Κωστόπουλος</i>	<b>5</b>
Εισαγωγή <i>Ευάγγελος Καφετζόπουλος</i>	<b>11</b>
Εισήγηση για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών <i>Ανδρέας Γληνός</i>	<b>17</b>
Ανάμεσα στους μύθους και την πραγματικότητα <i>Γιάννης Πανούσης</i>	<b>21</b>
Είναι η Εξάρτηση Ασθένεια ή Επιλογή; <i>Κωνσταντίνος Κοκκώλης</i>	<b>27</b>
Δημόσια υγεία και περιορισμοί της απόλαυσης <i>Γεράσιμος Παπαναστασάτος</i>	<b>43</b>
Η εξέλιξη των αντι«ναρκωτικών» πολιτικών. Από το κυνήγι της ουτοπίας στην επιδίωξη του εφικτού <i>Κωνσταντίνος Γαζγαλίδης</i>	<b>51</b>
Πολιτικές διαστάσεις της αντιμετώπισης και της θεραπείας <i>Γιώργης Οικονομόπουλος</i>	<b>55</b>
Ναρκωτικά και πολιτικές απαγόρευσης στην Ελλάδα και τον πλανήτη» <i>Αποστόλης Καπαρουδάκης</i>	<b>59</b>

α  
β  
γ  
δ  
ε  
ς  
ζ  
η  
θ  
ι  
κ  
λ  
μ  
ν  
ξ  
ο  
π  
ρ  
σ  
τ  
υ  
φ  
χ  
ψ  
ω



## Πρόλογος

Γιώργος Κωστόπουλος

*Πρόεδρος του Δ.Σ. του Ιδρύματος Γληνού,  
Ομότιμος καθηγητής του Πανεπιστημίου  
Πατρών*

**Α**πό το 1987 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών αποφάσισε να ορίσει την 26η Ιουνίου ως παγκόσμια μέρα ενάντια στα ναρκωτικά,<sup>1</sup> για τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση και την παράνομη διακίνησή εξαρτησιογόνων ουσιών, προκειμένου να ευαισθητοποιήσει την παγκόσμια κοινή γνώμη όσον αφορά τις επιπτώσεις από τη χρήση των ναρκωτικών.<sup>2</sup> Οι περίπου 200.000 θάνατοι κάθε χρόνο σε όλον τον κόσμο με αίτιο τα ναρκωτικά είναι μόνο μια παράμετρος, που δείχνει την έκταση του προβλήματος. Στο πλαίσιο αυτό, στις 23 Ιουνίου 2017 οργανώθηκε στην Αθήνα η ημερίδα με θέμα «Ναρκωτικά: Βιολογικές, κοινωνικές και πολιτικές διαστάσεις», με πρωτοβουλία του Ευάγγελου Καφετζόπουλου, Προέδρου του Δ.Σ. του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (OKANA) και μέλους του Δ.Σ. του Ιδρύματος Γληνού, και με τη συνεργασία του Ιδρύματος Γληνού. Ο παρών τόμος περιλαμβάνει τα πρακτικά εκείνης της ημερίδας, που είχε για στόχο τη βέλτιστη ενημέρωση του κοινού και το στοχασμό μας πάνω στη φύση του μεγάλου αυτού κοινωνικού προβλήματος και την αντιμετώπισή του.

Επειδή ο ρόλος του OKANA στην ημερίδα αυτή είναι προφανής, αντί προλόγου θα απαντήσω πολύ σύντομα στο «τι είναι και τι

θέλει» στη σύμπραξη αυτή το Ίδρυμα Γληνού. Το Ίδρυμα Γληνού συστάθηκε το 1990 από τον καθηγητή Ανδρέα Γληνό (1918-1990), διεθνώς αναγνωρισμένο βιολόγο-ερευνητή, με μεγάλη συμβολή στην κατανόηση του γενετικού μηχανισμού αναγέννησης του ήπατος και του καρκίνου. Όπως είχε επισημάνει ο Harry V. Gelboin, επικεφαλής άλλοτε του Laboratory of Molecular Carcinogenics του National Cancer Institute στο National Institutes of Health (NIH), ο Ανδρέας Γληνός υπήρξε ένας μεγάλος ανθρωπιστής επιστήμονας, βιολόγος, που αναζητούσε την αλήθεια, τόσο στο στενά επιστημονικό επίπεδο της βασικής έρευνας, όσο και στο ευρύτερο φιλοσοφικό η δουλειά του στο πεδίο της κατανόησης των μηχανισμών ελέγχου των βιολογικών διεργασιών υπήρξε στην εποχή του «κλασική».<sup>3</sup> Ο Ανδρέας Γληνός ήταν γιος του Δημήτρη Γληνού (1882-1943), του γνωστού μαρξιστή διανοούμενου, πολιτικού και αναμορφωτή του εκπαιδευτικού μας συστήματος. Το Ίδρυμα Γληνού, που το συνέστησε με την ενεργό υποστηρικτική αρωγή της συζύγου του Λόνης Βαλλσούτσκι-Γληνού (Loni Wallschutsky), είναι ένα κοινωφελές ίδρυμα που στεγάζεται στην παραδοσιακή οικία της οικογένειας Γληνού, στην Κηπούπολη Κυπριάδου, στα Άνω Πατήσια. Το Ίδρυμα δι-

αθέτει πλούσια βιβλιοθήκη, όλο το δημοσιευμένο έργο του Δημήτρη και του Ανδρέα Γληνού, τα προσωπικά αρχεία τους με ανέκδοτα κείμενα, χειρόγραφες σημειώσεις και τεκμήρια προσωπικής αλληλογραφία, καθώς και σημαντικό υλικό για την ιστορία της εκπαίδευσης, τη μελέτη των πολιτικών εξελίξεων στη χώρα μας, καθώς και την επιστημολογία στη τομή των κοινωνικών και βιολογικών επιστημών.<sup>4</sup>

Η σύντομη απάντηση στο ερώτημα «τι θέλει» σε αυτή την ημερίδα το Ίδρυμα Γληνού είναι ότι ο ιδρυτικός στόχος μας είναι η προώθηση της συνθετική μελέτης ζητημάτων που προκύπτουν από δυναμική διαπλοκή και κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων. Για να γίνει αυτός ο στόχος πιο σαφής, ας μου επιτραπεί μια πολύ σύντομη εισαγωγή στις ιδέες και τα έργα των Γληνών, πατρός και υιού.

Ο Δημήτρης Γληνός<sup>5</sup> γεννήθηκε στη Σμύρνη τον Αύγουστο του 1882. Σπούδασε φιλοσοφία στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και στα γερμανικά πανεπιστήμια της Ιένας και της Λειψίας παιδαγωγικά, φιλοσοφία και πειραματική ψυχολογία (κοντά στον ιδρυτή της τελευταίας, Wilhelm Wundt). Εκεί γνωρίστηκε με τον προπάτορα του ελληνικού μαρξισμού, τον γιατρό και κοινωνιολόγο Γεώργιο Σκληρό από την Τραπεζούντα, ο οποίος τον έφερε σε επαφή με τη σοσιαλιστική ιδεολογία. Επιστρέφοντας στην Ελλάδα, ο Γληνός συνεργάστηκε με τον Εκπαιδευτικό Όμιλο, με το γλωσσολόγο Μανώλη Τριανταφυλλίδη και τον παιδαγωγό Αλέξανδρο Δελμούζο, συγκροτώντας την περίφημη «τριανδρία της γλωσσοεκπαιδευτικής μεταρρύθμισης». Υπέβαλε στη βενιζελική κυβέρνηση του 1913 προτάσεις εκπαιδευτικής αναμόρφωσης, που περιλάμβαναν την δημοτική ως γλώσσα της εκπαίδευσης, νέα δομή του εκπαιδευτικού συστήματος, εκσυγχρονισμό στο περιεχόμενο και στη μεθοδολογία της εκπαίδευσης, την επιμόρφωση των δασκάλων και την αναβάθμιση της εκπαίδευσης των κοριτσιών. Η υλοποίηση των προτάσεων αυτών άρχισε το 1917 όταν διορίστηκε από

τον Ελευθέριο Βενιζέλο γενικός γραμματέας του Υπουργείου Παιδείας, προσπάθεια όμως που αναιρέθηκε τελικά επί κυβερνήσεως Θεόδωρου Πάγκαλου το 1925. Απογοητευμένος από τις δυνατότητες εκπαιδευτικής μεταρρύθμισης μέσα από τους κρατικούς θεσμούς, ο Γληνός στράφηκε στο εξής ανοικτά προς το σοσιαλισμό και τους κοινωνικούς αγώνες. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1920 πλησίασε καθαρότερα το μαρξισμό και το ΚΚΕ, με το οποίο τελικά εκλέχτηκε βουλευτής το 1936.

Κατά τη δικτατορία του Μεταξά ο Δημ. Γληνός εξορίστηκε και φυλακίστηκε, παράλληλα όμως αφιερώθηκε σε σημαντικές μελέτες και κορυφώθηκε το μεταφραστικό και συγγραφικό του έργο. Η εισαγωγή του στο *Σοφιστή* του Πλάτωνα, καρπός εκείνης της συγγραφικά γόνιμης περιόδου του, θεωρείται ως ένα από τα σπουδαιότερα μνημεία της νεοελληνικής γραμματείας.<sup>6</sup> Στη διάρκεια της Κατοχής ο Δημ. Γληνός συνέβαλε στη σύσταση του ΕΑΜ και έγραψε το περίφημο μανιφέστο της οργάνωσης *Τι είναι και τι θέλει το Εθνικό Απελευθερωτικό Μέτωπο*, που πρωτοκυκλοφόρησε παράνομα το 1942. Πέθανε το Δεκέμβριο του 1943, από τις επιπλοκές μιας εγχείρησης. Υπήρξε ευρυμαθής, δραστήριος και πολυγραφότατος, και είναι ένας ιδιαίτερα αναγνωρισμένος διανοούμενος διεθνώς.<sup>7</sup>

Ο Ανδρέας Γληνός (1918-1990)<sup>8</sup> σπούδασε ιατρική στην Αθήνα, κατόπιν στο Παρίσι και μετά στην Αμερική, στο Πανεπιστήμιο Harvard. Το 1953 ανέλαβε Διευθυντής στο Τμήμα Αναπτυξιακής Φυσιολογίας του στρατιωτικού ιατρικού ιδρύματος Walter Reed της Ουάσινγκτον. Από το 1963 μέχρι το 1976 διετέλεσε Διευθυντής του Τομέα Μοριακής Φυσιολογίας του ίδιου ινστιτούτου. Το 1977 διορίστηκε καθηγητής στο Πανεπιστήμιο George Washington, αλλά προτίμησε να επιστρέψει στην Ελλάδα, προκειμένου αναλάβει τη διεύθυνση του Ερευνητικού Κέντρου Παπανικολάου του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου. Παραιτήθηκε το 1983 για να προετοιμάσει τη σύστα-



ση του Ιδρύματος Γληνού, το οποίο ιδρύθηκε μερικούς μήνες πριν τον απροσδόκητο θάνατό του, στις 17 του Νοέμβρη 1990. Η έρευνα του Ανδρέα Γληνού, που υπήρξε πρωτοποριακή στο επίπεδο του κυττάρου, ξεκίνησε από την ανακάλυψη ουσιών που εκκρίνει το αναγενώμενο ήπαρ, η οποία επέτρεψε τη μελέτη των γενετικών μηχανισμών της ηπατογένεσης και, γενικότερα, της ανάπτυξης των κυττάρων, αλλά και του καρκίνου.

Ο Ανδρέας Γληνός είδε πίσω από τις ιστοκαλλιέργειες το μεγάλο ερώτημα «τί είναι ζωή» με τις φιλοσοφικές προεκτάσεις του, που εισήγαγαν ένα νέο κριτικό και συχνά πρωτότυπο προβληματισμό στη μαρξιστική (*διαλεκτικοϋλιστική*, όπως προτιμούσε ο ίδιος) ανάλυση. Η επιστημονική έρευνα δεν υπήρξε γι' αυτόν ένας περιοριστικός, επαγγελματικός αυτοσκοπός. «Στην άκρη του μικροσκοπίου του έβλεπε κύτταρα», όμως «πίσω από τα κύτταρα έψαχνε τους όρους και τη μεθοδολογία της απελευθέρωσης της ζωής από τις εξαρτήσεις όχι μόνο της αρρώστιας, αλλά και της προϊστορίας του ανθρώπου, από τα "ένστικτα της κυριαρχικής επιβολής του εγώ"». <sup>9</sup> Τα σχετικά κείμενα του Ανδρέα Γληνού συνιστούν παραδείγματα ενός επιστημονικού ήθους, μιας ολοκληρωμένης εντιμότητας και διαύγειας που χαρακτήριζε και όλη του τη ζωή.

Ο διττός προσανατολισμός του Ανδρέα Γληνού, στη βιολογία και στη φιλοσοφία, δεν υπήρξε τυχαίος. Όπως ο ίδιος σημειώνει σε χειρόγραφο του «ήταν προϊόν μακρών φιλοσοφικοεπιστημονικών συζητήσεων με τον πατέρα μου. [...] [Π]ροσανατολίστηκα νεώτατος προς την επιστημονική κοσμοθεώρηση που ονομάζουμε διαλεκτικό υλισμό [...] Το πρόβλημα του τι είναι ζωή άσκησε πάνω μου μια ισχυρότατη έλξη και αποφασίσαμε ότι δεν πρόκειται να λυθεί με παραπέρα φιλοσοφικό στοχασμό, αλλά επιστημονικά, στο εργαστήριο. Έτσι έγινε το ξεκίνημα». <sup>10</sup> Ο προβληματισμός του επικεντρώθηκε στο σχετικό βάρος των βιολογικών παραγόντων στον καθορισμό

της προσωπικότητας και της κοινωνικής συμπεριφοράς του ανθρώπου. Μελέτησε τα βιολογικά κίνητρα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και επιχείρησε μια κριτική των επιπτώσεων που είχε η παράβλεψη των βιολογικών επικαθορισμών στην ιστορία της διαλεκτικής σκέψης.

Αυτή η διερεύνηση της σχέσης βιολογικής και κοινωνικής φύσης του ανθρώπου είναι και ο βασικός σκοπός του *Ιδρύματος Γληνού*, όπως διατυπώνεται και στον καταστατικό του οργανισμού: «Κύριος σκοπός του ιδρύματος είναι η διεπιστημονική έρευνα, επικεντρωμένη στις βιολογικές και κοινωνικές επιστήμες και η φιλοσοφική θεώρηση και σύνθεση των ευρημάτων των επιμέρους αυτών επιστημών, με στόχο την προοδευτική επιστημονική ταυτοποίηση και περιγραφή των συγκεκριμένων παραγόντων που καθορίζουν την ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς» -με τον αυτονόητο, φυσικά, γενικό στόχο της βελτίωσής τους. «Σκοπός του *Ίδρυματος Γληνού* είναι, επίσης, η συγκέντρωση, οργάνωση, συντήρηση και μόνιμη στέγαση των Αρχείων και της βιβλιοθήκης Γληνού [...] έτσι, ώστε το υλικό αυτό να είναι προσιτό σε όλους τους ενδιαφερόμενους μελετητές», <sup>11</sup> δηλαδή να υποστηρίζει το *Ίδρυμα βιβλιογραφικά* τις προσπάθειες διεπιστημονικής έρευνας και φιλοσοφικής σύνθεσης.

Η προκείμενη συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με το *Ίδρυμα Γληνού* στηρίζεται σε σημαντική *αλληλοεπικάλυψη στόχων*. Είναι έκδηλο ότι το πολυδιάστατο του προβλήματος των ναρκωτικών, στο οποίο εστιάζει ο τίτλος της ημερίδας, αποτελεί προνομιακό πεδίο επιδίωξης των στόχων του *Ίδρυματος*. Συγκεκριμένα: Μια ουσιαστική πτυχή της φιλοσοφικής θεώρησης της ζωής, κατά τον Ανδρέα Γληνό, είναι η πολυεπίπεδη οργάνωσή της από το βιολογικό επίπεδο μέχρι το κοινωνικό και το πολιτικό. Διερευνώνται (α) η δομή που καθορίζει τις ιδιότητες κάθε επιπέδου, (β) οι διεργασίες ανάδυσσης του επαγωγικά ανώτερου επιπέδου και

(γ) οι πολύπλοκες διαδράσεις ανάμεσα στα τρία επίπεδα. Επειτα, επέμενε στο προφανές, αλλά συχνά διαφεύγον της υπεράσπισής μας, του καθαρού φυσικού περιβάλλοντος, που είναι ότι η φύση βρίσκεται και μέσα μας, στο εσωτερικό περιβάλλον, η ομοιόσταση του οποίου επηρεάζει γονίδια, εγκέφαλο και άλλες βιολογικές δομές πρωταρχικής σημασίας για τη κοινωνική ζωή. Η πρώιμη έκθεση των παιδιών στο θαυμαστό κόσμο του σώματος, και ιδιαίτερα του εγκεφάλου, μας ίσως βοηθήσει στο να μη θελήσουν να μολύνουν αυτό το υπέροχο εσωτερικό περιβάλλον με εξαρτησιογόνες ουσίες, δηλαδή ίσως να συμβάλλει στη επιζητούμενη πρόληψη.

Τέτοιες πολυδιάστατες, πολυεπίπεδες μελέτες της εξάρτησης είναι αναμενόμενο να χαρακτηρίζονται από πρωτοτυπία και τολμηρή προβολή νέων ιδεών, που κάποιες φορές συγκλίνουν αναπάντεχα. Για παράδειγμα, ο πολύ σημαντικός φιλόσοφος και βιολόγος Francisco Varela είδε τα εξαρτημένα άτομα ως αυτοάνοση νόσο της κοινωνίας, υπό την έννοια ότι μέλη της τείνουν να τη καταστρέψουν, διακόπτοντας τους θεμελιώδεις για μια κοινωνία ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς συνδέσμους.<sup>12</sup> Παράλληλα, είναι γνωστό ότι στην εξάρτηση, τα δίκτυα που συνδεουν συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες πιθανά ενέχονται σε συμπεριφορές εξάρτησης (π.χ. δίκτυα ανταμοιβής), υφίστανται σημαντικές αλλαγές.<sup>13</sup> Υπάρχει δηλαδή και εδώ πρόβλημα συνδετικότητας, σε διαφορετικό επίπεδο βέβαια, που πρέπει να αποκατασταθεί. Επιπλέον, προκύπτει το ερώτημα μιας πιθανής αντιστοιχίας ανάμεσα σε κάποιες αλλαγές της συνδετικότητας στον εγκέφαλο, με εκείνες στη κοινωνία. Ένα τέτοιο ερώτημα θα μπορούσε να ξεπεράσει την αντίθεση ανάμεσα σε βιολογικά και κοινωνικά αίτια της εξάρτησης και να εξετάσει τη δυνατότητα σύνθεσής τους.

Αν όμως η συζήτηση των νευροεπιστημόνων με τους κοινωνιολόγους έγινε πλέον

κάπως εφικτή, εκείνη με τους φορείς χάραξης πολιτικής είναι ακόμη πολύ δύσκολη.<sup>14</sup> Πιστεύουμε ότι ακολουθώντας τη διαλεκτική σκέψη του Δημήτρη Γληνού και τις συνθετικές προσεγγίσεις του Ανδρέα Γληνού θα μπορούσαν, ίσως, να προσεγγιστούν καλύτερα σημαντικά ερωτήματα της ζωής και της κοινωνίας, μεταξύ αυτών και η μάστιγα των εξαρτήσεων. Τις σημαντικές και πολλές παραμέτρους του προβλήματος της εξάρτησης, αλλά και τα αίτια και τους τρόπους αντιμετώπισης, συζήτησαν επίλεκτοι ομιλητές τους οποίους και ευχαριστώ θερμά για την πολύτιμη συμμετοχή τους και στην ημερίδα και στη συγγραφή αυτού του τόμου. Αφού ευχαριστήσω τον Πρόεδρο του OKANA για τη πρωτοβουλία και την οργάνωση αυτής της ημερίδας<sup>15</sup>, σας καλωσορίζω στα κείμενα των πρακτικών της ημερίδας εκ μέρους του Ιδρύματος Γληνού.

### Σημειώσεις

1. Βλ. «International Day against drug abuse and illicit trafficking, 26 June», στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.un.org/en/events/drugabuseday/background.shtml>

2. Προφανώς ο όρος «ναρκωτικά» δεν είναι ιατρικά δόκιμος. Η κύρια δράση των εξαρτησιογόνων ουσιών δεν είναι η απώλεια των ασθήσεων και η υπνηλία, παραταύτα ο όρος χρησιμοποιείται λόγω της γενικευμένης επικράτησής του.

3. Βλ. Χάρρυ Γκελμπόιν: «Καθηγητής Ανδρέας Γληνός. Εις μνήμην», διαθέσιμο στον ιστότοπο του Ιδρύματος Γληνού, στη διεύθυνση: [http://www.glinos.gr/v1/public/image/files/61\\_original.pdf](http://www.glinos.gr/v1/public/image/files/61_original.pdf)

4. Για περισσότερα, βλ. στον ιστότοπο του Ιδρύματος Γληνού: <http://www.glinos.gr>.

5. Για τις βασικές βιογραφικές πληροφορίες του Δημ. Γληνού, βλ. πρόχειρα: Γιώργος Δ. Μπουμπούς, «Δημήτρης Γληνός», διαθέσιμο στη διεύθυνση: <http://www.glinos.gr/v1/glnos/dimitrisglinos>. Επίσης, του ίδιου, «Γληνός, Δημήτρης», λήμμα στο: *Εγκυκλοπαίδεια του ελληνικού Τύπου, 1784-1974*, επιμ. Λουκία Δρούλια, Γιούλα Κουτσοπανάγου, τόμ. Α', Αθήνα: Ινστιτούτο Νεο-



ελληνικών Ερευνών/Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, 2008, σ. 442-443.

6. Άννα Φραγκουδάκη, «Η αρχαιότητα ως κοινωνική ιστορία», *Τα Νέα*, 26 Οκτωβρίου 1999, σ. Ρ-3,

7. Το International Bureau of Education της UNESCO συμπεριλαμβάνει το Δημήτρη Γληνό ανάμεσα στους 100 σπουδαιότερους παιδαγωγούς παγκοσμίως. Βλ. <http://www.ibe.unesco.org/en/document/thinkers-education>

8. Βλ. το βιογραφικό σημείωμα: Γιώργος Δ. Μπουμπούς, «Ανδρέας Γληνός», διαθέσιμο στη διεύθυνση: <http://www.glinos.gr/v1/glnhos/andreasglnhos>, απ' όπου και οι πληροφορίες για τη ζωή του Ανδ. Γληνού που ακολουθούν.

9. Βάσιος Τσοκόπουλος, «Ιππότης του αγώνα», *Ριζοσπάστης*, 20 Νοεμβρίου 1990, σ. 32.

10. Ανδρέας Δ. Γληνός, *Βιολογία και κοινωνία: μελέτες, άρθρα, γραπτά*, Αθήνα: Ίδρυμα Γληνού & Εκδόσεις Δελφίνι, 1994, σ. 89.

11. ΦΕΚ 188 Β'/21-03-1990, σ. 3591.

12. Francisco Varela, «The emergent self», στο: John Brockman (επιμ.), *The Third Culture:*

*Beyond the Scientific Revolution*, Νέα Υόρκη: Simon & Schuster, 1995, σσ. 209-222.

13. Βλ. Hada Fong-ha Jeong & Zhen Yuan, «Abnormal resting-state functional connectivity in the orbitofrontal cortex of heroin users and its relationship with anxiety: a pilot fNIRS study», *Scientific Reports*, 2017 April 19, 7:46522 (doi: 10.1038/srep46522). επίσης: Ning Ma, Ying Liu, Nan Li, Chang-Xin Wang, Hao Zhang, Xiao-Feng Jiang, Hu-Sheng Xu, Xian-Ming Fu, Xiaoping Hu & Da-Ren Zhang, «Addiction related alteration in resting-state brain connectivity», *Neuroimage* **49**: 738-744 (doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.08.037).

14. Gianluca Quaglio, Mairead McGuinness, Paul Rübiger, Davis Nutt, Theodoros Karapiperis, Massimo Pandolfo & Thomas Christian Südhof, «Building bridges between neuroscientific evidence and policy», *The Lancet Neurology* **14**: 242-245 (doi: 10.1016/S1474-4422(15)70014-1)

15. Ευχαριστώ θερμά τον Γιώργο Μπουμπού και τον Βαγγέλη Καφετζόπουλο για τις πολύτιμες παρατηρήσεις τους στο παρόν κείμενο.





## Εισαγωγή

Ευάγγελος Καφετζόπουλος

Νευρολόγος-Ψυχίατρος

Πρόεδρος Δ.Σ.

Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

**Η** εξάρτηση από τα ναρκωτικά αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο με σαφή κοινωνικά χαρακτηριστικά αλλά και γνωστούς βιολογικούς καθορισμούς. Ανάμεσα στους προδιαθεσικούς παράγοντες της εξάρτησης περιλαμβάνονται τόσο περιβαλλοντικά αίτια όσο και ψυχολογικά και βιολογικά, περιλαμβανομένων και γενετικών-κληρονομικών προδιαθέσεων. Η επιστημονική έρευνα εξάλλου έχει προσδιορίσει τα τελευταία χρόνια με σχετική ακρίβεια τους μοριακούς, κυτταρικούς και εγκεφαλικούς μηχανισμούς της εξάρτησης, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους με το περιβάλλον, καταλήγοντας σε μια μάλλον ολοκληρωμένη και πλήρη θεωρία με τη μορφή ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου της εξάρτησης.<sup>1</sup>

Αν και στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων αναγνωρίζεται ως ισχυρός, οι επιστήμες του ανθρώπου δεν διαθέτουν μια ενιαία αντίστοιχη θεωρία για την αλληλεπίδραση κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων στην εξάρτηση αλλά και τη συμπεριφορά του ανθρώπου γενικότερα. Η κοινωνιολογία ιδιαίτερα, ακολουθεί το δόγμα που εκφράστηκε από τον ιδρυτή της Auguste Comte (1798-1857), ότι δηλαδή αίτια κάθε κοινωνικού φαινομένου είναι ένα άλλο κοινωνικό φαινόμενο. Η άπο-

ψη αυτή διευρύνθηκε από τον άλλο μεγάλο Γάλλο κοινωνιολόγο Emile Durkheim (1858-1917), που υποστήριξε ότι τα κοινωνικά γεγονότα μπορούν να αποτελέσουν αιτιακούς παράγοντες της ατομικής συμπεριφοράς, όπως προσπάθησε να δείξει στο βιβλίο του «Η αυτοκτονία».<sup>2</sup> Έτσι η κοινωνιολογική έρευνα απορρίπτει κάθε βιολογικό προσδιορισμό στη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, αναζητώντας στην εξάρτηση μόνο κοινωνικά ή κοινωνικο-οικονομικά αίτια.

Η κοινωνιολογία, ωστόσο, πέρα από κάποιου γενικού τύπου θεωρήσεις από τη μαρξιστική εκδοχή της, όπως «η αιτία των ναρκωτικών είναι οι καπιταλιστικές σχέσεις παραγωγής» που έχει αξιωματικό χαρακτήρα και δεν αποδεικνύεται επαγωγικά, δεν διαθέτει μια ενιαία, αποδεδειγμένη και γενικά αποδεκτή θεωρία για την εξάρτηση και τα ναρκωτικά. Έχουν διατυπωθεί διάφορες επί μέρους θεωρίες, όπως η θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς των Jessor, η θεωρία της μειωμένης αυτοεκτίμησης του Kaplan, η θεωρία της αιτιακής δράσης του Ajzen, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης των Akers και Bandura, η θεωρία του κοινωνικού ελέγχου του Hirschi, το μοντέλο της ενιαίας παραβατικότητας του Elliott, η θεωρία της κοινωνικής

ανάπτυξης των Hawkins, Weis και Catalano, η θεωρία της τριαδικής επίδρασης των Flay και Petraitis, η θεωρία της πολιτισμικής ταυτότητας του Anderson, η θεωρία της κοινωνικής σύγκρουσης των Currie και Levine, η θεωρία της ανομίας του Merton.

Αποτέλεσμα αυτής της πολυθεωρητικής προσέγγισης είναι όχι μόνο η ασυμφωνία ανάμεσα σε κοινωνιολόγους, κοινωνικούς ψυχολόγους και ανθρωπολόγους για τα αίτια της εξάρτησης, αλλά και η αδυναμία συγκρότησης μιας κοινής γλώσσας ανάμεσα στους θετικούς και τους κοινωνικούς επιστήμονες για την περιγραφή του φαινομένου. Ειδικότερα από τη μεριά των θετικών επιστημόνων υπάρχει η ένσταση ότι οι κοινωνικοί επιστήμονες αγνοούν τα επιστημονικά δεδομένα της ψυχολογίας, της βιολογίας και της ιατρικής στη μελέτη του ανθρώπου.

Χωρίς ενιαία γλώσσα περιγραφής η σύγκρουση βιολογικών και κοινωνικών επιστημών είναι αναπόφευκτη. Η εξάρτηση μάλιστα από τα ναρκωτικά αποτελούσε και αποτελεί έναν «προνομιακό» χώρο αυτής της σύγκρουσης βιολογικών και κοινωνικών απόψεων για την ανθρώπινη φύση, που συχνά, υπό την επίδραση δογματικών απόψεων, παίρνει το χαρακτήρα «άσπρο/μαύρο». Είναι κοινωνικό ή βιολογικό φαινόμενο; Οφείλεται σε γενετικούς-βιολογικούς παράγοντες ή σε κοινωνικές σχέσεις και επιδράσεις; Οι επιστημονικές περιγραφές της εξάρτησης σε βιολογικό ή ψυχολογικό επίπεδο έχουν σχέση με τις κοινωνικές πτυχές του φαινομένου ή τις ασκούμενες πολιτικές;

Ο Ανδρέας Γληνός, πεπεισμένος για την ανάγκη της σύνθεσης των βιολογικών και των κοινωνικών επιστημών, συμμετείχε το 1989 στο Συνέδριο «Ναρκωτικά: ένα πρόβλημα, πολλές λύσεις», που πραγματοποιήθηκε στο Ζάππειο Μέγαρο, στις 18-19 Νοεμβρίου 1989 και διοργανώθηκε από την Ε.Σ.Ε.Α.Ν. (Επιτροπή για τη Σωστή Ενημέρωση και Αντιμετώπιση Ναρκωτικών) και την LIA (Διεθνής

Αντιαπαγορευτική Ένωση). Η συμμετοχή του σε αυτό το Συνέδριο δείχνει την πολιτική και την επιστημονική του ακεραιότητα. Μέσα από μια προβληματική αυστηρά επιστημονική, δεν διστάζει να πάρει θέση άμεση, ρητή και ριζοσπαστική σε ένα ζήτημα με έντονες, αν όχι κυρίαρχες, ιδεολογικές και πολιτικές διαστάσεις. Στην ομιλία του φαίνεται σε όλη της την ισχύ η δυνατότητα του «επιστημονικού» να έχει δικό του αυτόνομο και άμεσα πολιτικό λόγο. Και μάλιστα σε συνθήκες εκρηκτικές, γιατί δυο χρόνια πριν, το 1987, ο ιδρυτής της Ε.Σ.Ε.Α.Ν. γιατρός Γιώργης Οικονομόπουλος πρόεβη συμβολικά στη δημόσια χρήση ινδικής κάνναβης, προκειμένου να υποστηρίξει την επιστημονική του άποψη ότι η κάνναβη δεν είναι ναρκωτικό και να ζητήσει το διαχωρισμό της από τις εξαρτησιογόνες και ναρκωτικές ουσίες.

Ο δημόσιος διάλογος για την αποποινικοποίηση ναρκωτικών είχε ξεκινήσει από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν η Ε.Σ.Ε.Α.Ν. έθεσε τα αιτήματά της για αποποινικοποίηση της χρήσης των οπιούχων (ηρωίνης κ.ά.), της χορήγησης υποκατάστατων στους τοξικομανείς (μεθαδόνη) και της νομιμοποίησης της χρήσης ινδικής κάνναβης γιατί, σύμφωνα με την άποψή της, δεν είναι ναρκωτικό και δεν προκαλεί εξάρτηση.

Στην ομιλία του στο παραπάνω Συνέδριο, η οποία εμπεριέχεται σε αυτόν τον τόμο, ο Ανδρέας Γληνός υπερασπίστηκε την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών και κατήγγειλε τις απαγορευτικές και κατασταλτικές πολιτικές, βασιζόμενος σε αυστηρά επιστημονικά δεδομένα και όχι σε ιδεολογικές θέσεις ή αξιολογικές κρίσεις, που συνήθως κυριαρχούν στη σχετική συζήτηση. Η θέση αυτή του Γληνού παραπέμπει άμεσα στη λειτουργία και την αξία των επιστημών στη διαμόρφωση του τρέχοντος κοσμοειδώλου, και αυτό ισχύει τόσο για τις φυσικές όσο και για τις κοινωνικές επιστήμες.

Ο επιστημονικός λόγος και οι επιστημονικές



προτάσεις, ωστόσο, στηρίζονται σε θεωρίες, οι οποίες διαμορφώνονται για την ερμηνεία των δεδομένων και έχουν έναν «προσωρινό» χαρακτήρα, σε αντίθεση με τις «ακλόνητες» μεταφυσικές προτάσεις ή τις μακροβιότερες αξιολογικές κρίσεις. Τα δεδομένα αλλάζουν, εμπλουτίζονται, ανακαλύπτονται νέα, με αποτέλεσμα οι θεωρίες να προσαρμόζονται ή και να αντικαθίστανται από νεώτερες και πληρέστερες, οι οποίες όχι μόνο «σώζουν τα φαινόμενα», αλλά και τα ερμηνεύουν σε συνεχώς πληρέστερο και ευρύτερο πλαίσιο.

Η επιστημονική άποψη του Γληνού αντανακλούσε την κυρίαρχη τότε και τώρα θεωρία ότι η δράση των ναρκωτικών στηρίζεται σε φυσιολογικούς και όχι παθολογικούς βιολογικούς μηχανισμούς, άποψη που είχε πρόσφατα ενισχυθεί μετά την ανακάλυψη του συστήματος ανταμοιβής και του ενδογενούς ενδορφινικού συστήματος, αλλά η θεωρία για τη μη τοξική δράση των ναρκωτικών έχει αλλάξει. Σήμερα γνωρίζουμε ότι όλες οι ναρκωτικές ουσίες προκαλούν σημαντικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, οι οποίες ευθύνονται για την απώλεια του ελέγχου και την παρορμητικότητα που αποτελούν τα βασικά συμπτώματα της εξάρτησης. Η κατάχρηση κάνναβης, επίσης, σε κάποια άτομα με ιδιαίτερα γενετικά χαρακτηριστικά, μπορεί να προκαλέσει μόνιμα και σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα.<sup>3</sup>

Γεννιέται λοιπόν το ερώτημα αν η αλλαγή της επιστημονικής άποψης για την τοξική δράση των ναρκωτικών ενισχύει αντί να καταγγέλει τις έννοιες της απαγόρευσης και της καταστολής ή αν αυτές οι έννοιες αποτελούν αξιολογικές, ιδεολογικές ή πολιτικές κρίσεις που δεν μπορούν να επικυρωθούν από επιστημονικές προτάσεις, όχι μόνον επειδή οι επιστημονικές θεωρίες έρχονται και παρέρχονται αλλά επειδή ο επιστήμονας θα πρέπει, κατά το δυνατό, να είναι απαλλαγμένος από την επιρροή, ή τυχόν επιρροή, των προσωπικών του αξιών και «πιστεύω», όταν κάνει επιστήμη. Αυτό είναι ένα δύσκολο θέμα, γιατί οι

επιστήμονες είναι άνθρωποι και, οπωσδήποτε, έχουν κάποιες προτιμήσεις, αξίες, οράματα, τα οποία όμως δεν πρέπει να επηρεάζουν την επιστημονική διαδικασία. Η αξιολογική ουδετερότητα πρέπει να ισχύει τόσο στις φυσικές όσο και στις κοινωνικές επιστήμες. Η πρώτη σαφής οριοθέτηση του προβλήματος των αξιολογικών κρίσεων στις κοινωνικές επιστήμες έγινε από τον David Hume, η μεγάλη συζήτηση, ωστόσο, ξεκίνησε στην αρχή του 20ου αιώνα και συνδέθηκε με το όνομα του Max Weber, ο οποίος υποστήριξε με ισχυρά επιχειρήματα τον γνωστικό χαρακτήρα της επιστήμης και τον αποκλεισμό των αξιολογικών κρίσεων από τον επιστημονικό χώρο.<sup>4,5</sup>

Έτσι λοιπόν το «είναι», η περιγραφή της αντικειμενικής πραγματικότητας από την επιστήμη, δεν μπορεί να καθορίσει το «δέον», αξίες και ηθικές στάσεις που έχουν άλλη πηγή και προέλευση. Η περιγραφή ωστόσο μιας αντικειμενικής πραγματικότητας ανεξάρτητης από στάσεις, αξίες και πεποιθήσεις, αμφισβητήθηκε έντονα από τον Tomas Kuhn,<sup>6</sup> ο οποίος ισχυρίστηκε ότι οι διαφορετικές θεωρίες που υιοθετούν οι επιστήμονες για το εκάστοτε προς μελέτη αντικείμενο μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικές εκδοχές της πραγματικότητας, οι οποίες ενδέχεται να είναι αντικρουόμενες. Επίσης, θεώρησε ότι δεν υπάρχουν ουδέτερα εργαλεία και μέθοδοι για την ανάλυση της αντικειμενικής πραγματικότητας. Παρόμοιες σχετικιστικές απόψεις υποστηρίζει και ο Paul Feyerabend, σύμφωνα με τον οποίο η επιστήμη αποτελεί έναν εναλλακτικό τρόπο πρόσληψης της πραγματικότητας.

Θα έπρεπε λοιπόν η επιστήμη να είναι αξιολογικά ουδέτερη, αυτό όμως δεν είναι εφικτό γιατί πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που δεν είναι η αντικειμενική φυσική πραγματικότητα. Το είδωλο της πραγματικότητας, το *κοσμοείδωλο*, προσλαμβάνεται από τον επιστήμονα μέσα από φακούς επιλογών και προδιαθέσεων που στρεβλώνουν το πραγματικό

«είναι» (π.χ. η επιλογή μελέτης, οι περιορισμοί και οι αδυναμίες της μεθοδολογίας, χρήσεις και καταχρήσεις μέσω, κλπ.).

Όλος αυτός ο προβληματισμός για την αξιολογική ουδετερότητα και τους περιορισμούς της θέτει το ερώτημα αν οι επιλογές και οι πολιτικές για τα ναρκωτικά και την αντιμετώπισή τους μπορούν να επωφεληθούν από την επιστημονική πρόοδο, οφείλουν να παρακολουθούν τις επιστημονικές εξελίξεις ή πρέπει να παραμένουν σε έναν αξιακό χώρο όπου κυριαρχούν οι έννοιες της ελευθερίας, της ηθικής, του καθήκοντος, των δικαιωμάτων, κλπ.

Και οι δυο αυτές προσεγγίσεις έχουν τα προβλήματά τους, ιδιαίτερα όταν σπρώχνονται στα όριά τους. Η δογματική προσκόληση στην ηθική κρίση «τα ναρκωτικά είναι κακά» μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικούς στιγματισμούς αλλά και σε κατασταλτικές πολιτικές που έχει αποδειχθεί ότι ενισχύουν και δεν περιορίζουν το πρόβλημα. Από την άλλη πλευρά, η δογματική προσκόληση στην ιατρική επιστημονική πρόταση «η εξάρτηση είναι ασθένεια του εγκεφάλου» ή στην κοινωνική επιστημονική πρόταση «η εξάρτηση είναι κοινωνικό φαινόμενο» μπορεί να οδηγήσει σε μια μοιρολατρική αντιμετώπιση με λανθασμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ιδιαίτερα όταν συζητάμε προβλήματα που σχετίζονται με το ευρύτερο θέμα της εξάρτησης, όπως η δημόσια υγεία, η μεταχείριση του χρήστη από το ποινικό σύστημα, η αποποινικοποίηση ή η απελευθέρωση της χρήσης, μπαίνουν ζητήματα ελεύθερης επιλογής και διάθεσης, δικαιωμάτων του ανθρώπου και κοινωνικού αποκλεισμού, που εξ ορισμού ανήκουν στη σφαίρα των αξιολογικών και πολιτικών επιλογών. Πρέπει η επιστήμη να παραμείνει ουδέτερη απέναντι σε αυτές τις επιλογές; Αν ένα ναρκωτικό αποδειχθεί επιστημονικά επικίνδυνο έχει μεγαλύτερη βαρύτητα η φωνή του επιστήμονα ή του ατόμου που επιμένει στο δικαίωμα της προσωπικής

επιλογής και αυτοδιάθεσης; Και το αλκοόλ είναι επικίνδυνο, έχει επικρατήσει ωστόσο η άποψη του δικαιώματος της προσωπικής επιλογής στη χρήση του.

Ο αναμφισβήτητος κοινωνικός χαρακτήρας του φαινομένου των ναρκωτικών όπως εμφανίζεται στη σύγχρονη κοινωνία σημαίνει ότι τα αίτια του πρέπει να αναζητηθούν αποκλειστικά σε κοινωνικούς παράγοντες και οι βιολογικές προσεγγίσεις είναι λανθασμένες ή ανεπαρκείς; Ζητήματα προστασίας της δημόσιας υγείας ή ζητήματα που σχετίζονται με την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών ή την άρση των απαγορεύσεων είναι ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν **και** επιστημονικά ή αποτελούν καθαρά αξιολογικές κρίσεις, ιδεολογικές ή πολιτικές τοποθετήσεις; Στην τελευταία περίπτωση ποια είναι η πηγή του ηθικού και του αξιακού τους περιεχομένου;

Με αυτά τα ερωτήματα το Ίδρυμα Γληνού και ο ΟΚΑΝΑ διοργάνωσαν το 2017 την Ημερίδα «Ναρκωτικά: βιολογικές, κοινωνικές και πολιτικές διαστάσεις» και απευθύνθηκαν σε ορισμένους επιστήμονες να εκθέσουν τις απόψεις τους για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών, για το ερώτημα αν η εξάρτηση είναι ασθένεια ή επιλογή, για τις ιδεολογικές και πολιτικές διαστάσεις του προβλήματος των ναρκωτικών. Οι ομιλίες των εισηγητών παρατίθενται σε αυτόν τον τόμο, που αποτελεί εκδοτική συνεργασία ανάμεσα στον ΟΚΑΝΑ και το Ίδρυμα Γληνού. Την Ημερίδα συντόνισε ο Ευρωβουλευτής και δημοσιογράφος Στέλιος Κούλογλου.

Αρχικά παρατίθεται **η ομιλία του Ανδρέα Γληνού** στο Συνέδριο της Ε.Σ.Ε.Α.Ν., στην οποία, όπως είπαμε, υπερασπίζεται την άποψη ότι ο μόνος τρόπος για την αποτελεσματική καταπολέμησή του προβλήματος των ναρκωτικών είναι η νομιμοποίηση της χρήσης τους, η νόμιμη χορήγησή τους, με ιατρική επίβλεψη, σ' αυτούς που τα έχουν ανάγκη. Έτσι, θα εξαλειφθεί το παράνομο εμπόριο των ναρκωτικών –το κύριο, δηλαδή, αίτιο

της δημιουργίας των ατόμων που, επίμονα και παραπλανητικά, κυβερνήσεις και κατασταλτικές εξουσίες εξακολουθούν να ονομάζουν με τον υποβιβαστικό, εξευτελιστικό όρο «τοξικομανείς». Την άποψή του αυτή ο Γληνός τη στηρίζει στην επιστημονική άποψη ότι τα ναρκωτικά είναι από τα ελάχιστα φάρμακα που στερούνται χρόνιας βιολογικής τοξικότητας, ότι η δράση τους στηρίζεται σε φυσιολογικούς και όχι παθολογικούς βιολογικούς μηχανισμούς.

Στην εισήγησή του «**Ανάμεσα στους μύθους και την πραγματικότητα**», ο **Γιάννης Πανούσης**, αφού συζητήσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ιατρικοποίησης της εξάρτησης, ορίζει τα 4 «α», δηλαδή τις έννοιες της απεγκληματοποίησης, της αποποινικοποίησης, της αποδικαστηριοποίησης και της αποφυλακοποίησης όπως χρησιμοποιούνται στη νομική αλλά και την καθημερινή γλώσσα. Τελειώνει τις σκέψεις του με μια απαισιόδοξη πρόβλεψη ότι η πρόοδος της επιστήμης οικοδομεί έναν νέον άνθρωπο, έναν «μετάνθρωπο» που θυσιάζει την ανθρώπινη ουσία του στη βιολογική του φύση.

Στην εισήγησή του «**Βιολογικές και περιβαλλοντικές (κοινωνικές) παράμετροι της εξάρτησης: Είναι η εξάρτηση ασθένεια ή επιλογή;**», ο **Κων/νος Κοκκώλης**, παρουσιάζει τη σύγχρονη άποψη ότι η εξάρτηση αποτελεί ασθένεια του εγκεφάλου διότι παρά τη σύνθετη και πολυπαραγοντική αιτιολογία της, η χρήση και η κατάχρηση ουσιών αλλοιώνει και τροποποιεί εγκεφαλικούς μηχανισμούς, οι οποίοι σχετίζονται κυρίως με τις επιλογές και τον έλεγχο των παρορμήσεων.

Στην εισήγησή του «**Δημόσια υγεία και περιορισμοί της απόλαυσης**», ο **Γεράσιμος Παπαναστασάτος** συζητά τη χρήση των ναρκωτικών από τρεις διαφορετικές αλλά αλληλένδετες πλευρές, αυτές της δημόσιας υγείας, της κατανάλωσης και της απόλαυσης. Αναγνωρίζει το γενικευμένο περιορισμό τόσο στο επίπεδο της κατανάλωσης, όσο και

της απόλαυσης με στόχο την εξυπηρέτηση της δημόσιας υγείας, προβάλλει τα ηθικά και δικαιωματικά ζητήματα των απαγορεύσεων και αναζητά αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος χωρίς απλουστεύσεις και σε συνεχή διαπάλη με τις επιπτώσεις τους.

Στην εισήγησή του «**Η εξέλιξη των αντιναρκωτικών πολιτικών: Από το κυνήγι της ουτοπίας στην επιδίωξη του εφικτού**», ο **Κων/νος Γαζγαλίδης** παρουσιάζει μια ιστορική αναδρομή των πολιτικών για τη μείωση προσφοράς και της ζήτησης των ναρκωτικών ουσιών και αναφέρεται στην ομολογημένη αποτυχία του «πολέμου κατά των ναρκωτικών» και των κατασταλτικών πολιτικών των τελευταίων 100 ετών. Διαπιστώνει ωστόσο μια θετική εξέλιξη τα τελευταία χρόνια, καθώς η ανάδυση των αντιαπαγορευτικών απόψεων διαμορφώνει έναν διάλογο για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων προσανατολισμένο στη θεραπεία και τη δημόσια υγεία και όχι στην απαγόρευση και την καταστολή.

Στην εισήγησή του «**Πολιτικές διαστάσεις της αντιμετώπισης και της θεραπείας**», ο **Γιώργης Οικονομόπουλος** αναλύει την ιστορία και τη φιλοσοφία των απαγορευτικών πολιτικών, εστιάζοντας στην κριτική και τους μύθους για τη χρήση και την κατάχρησή της και παρουσιάζοντας ενδείξεις για τη φαρμακευτική της χρήση σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Τέλος, στην εισήγησή του «**Ναρκωτικά και πολιτικές απαγόρευσης στην Ελλάδα και τον πλανήτη**», ο **Αποστόλης Καπαρουδάκης** αναφέρεται στις απαγορευτικές και αντιαπαγορευτικές πολιτικές όπως εκφράστηκαν στον κόσμο και την Ελλάδα και εστιάζει στο ζήτημα της αποποινικοποίησης της κριτικής και της ιατρικής της χρήσης με στόχο τη συγκρότηση μιας σύγχρονης γλώσσας που θα αντικαταστήσει τον επίσημο λόγο των διεθνών θεσμών της απαγόρευσης.

## Βιβλιογραφία

1. Παπάντος Δ., Καφετζόπουλος Ε. Το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο της εξάρτησης, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, **36**, υπό δημοσίευση, 2019.
2. Durkheim E. *Le Suicide*. Paris: P.U.F., 1985.
3. Burns JK. Pathways from Cannabis to Psychosis: A Review of the Evidence. *Frontiers in Psychiatry*, **4**:128, 2013. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00128>
4. Weber M. *Science as Vocation*, NY: Free Press, 1919/1946. (Η επιστήμη ως επάγγελμα: Εισαγωγή και μετάφραση Ι. Συκουτρή. Αθήνα: Μέλισσα, 1933).
5. Weber M. *The Methodology of the Social Sciences*, NY: Free Press, 1949. (Η Μεθοδολογία των Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα: Παπαζήσης, 1991).
6. Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions*. International Encyclopedia of Unified Science, Chicago: University of Chicago Press, 1962.



# Εισήγηση για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών

Ανδρέας Γληνός

Ιατρός

Research Professor Πανεπιστημίου Μαίρυλαντ  
ιδρυτής Ιδρύματος Γληνού

*Εισήγηση στο Συνέδριο «Ναρκωτικά: ένα πρόβλημα, πολλές λύσεις».  
Ζάππειο Μέγαρο, 18-19 Νοεμβρίου 1989, Διοργάνωση Ε.Σ.Ε.Α.Ν. και ΛΙΑ.*

Δημοσίευση:

Γληνός Α. (1994) Εισήγηση για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών.  
Στο *Βιολογική επιστήμη και κοινωνία*, Ίδρυμα Γληνού,  
Εκδ. Δελφίνι, Αθήνα, σελ. 67-70.

**Ε**υχαριστώ πολύ το Προεδρείο για την καλοσύνη του να μου επιτρέψει να θέσω υπόψη του σημαντικού αυτού συνεδρίου ορισμένα ευρήματα της σύγχρονης ιατροβιολογικής έρευνας που έχουν άμεση σχέση με το θέμα που συζητιέται εδώ. Το ότι μερικά από αυτά που θα πω έχουν ήδη καλυφθεί από προηγούμενους ομιλητές επιβεβαιώνει τη βασική θέση που θα πάρω. Νομίζω, όμως, ότι δεν μειώνει την πληροφοριακή σημασία, για το ακροατήριο αυτό, των ευρημάτων της έρευνας στα οποία θα αναφερθώ.

Θα ήθελα, λοιπόν, να αρχίσω εξετάζοντας μία έννοια την οποία, κατά τη γνώμη μου, οι κυβερνήσεις από υποκρισία, και το πλατύ κοινό από παραπληροφόρηση, θεωρούν ως επιστημονικά αποδεδειγμένη αλήθεια. Η έννοια αυτή προβάλλεται ως το αξίωμα που δικαιώνει την ύπαρξη της απαγορευτικής, της κατασταλτικής πολιτικής για την καταπολέμηση

των ναρκωτικών. Η έννοια αυτή αφορά τη θεώρηση των ναρκωτικών ουσιών ως ουσιών τοξικών, δηλαδή ουσιών που η χρόνια χρήση τους επιφέρει την καταστροφή ορισμένων κυττάρων και ιστών του οργανισμού, όπως η χρόνια χρήση αλκοολούχων ποτών επιφέρει την καταστροφή των ηπατικών και νευρικών κυττάρων, έτσι που δικαιολογημένα μιλάμε για ηπατοτοξικότητα και νευροτοξικότητα της αλκοόλης. Ενώ, όμως, δεν υπάρχει απαγορευτική και κατασταλτική πολιτική κατά των οινοπνευματωδών ποτών, και ούτε χρησιμοποιούνται οι όροι «τοξικομανία» και «τοξικομανείς» γι' αυτούς που κάνουν όχι μόνο χρήση, αλλά και κατάχρηση οινοπνευματωδών, αλλά και του τσιγάρου, του οποίου η τοξικότητα, σήμερα, δεν χρειάζεται πρόσθετο τονισμό, χρησιμοποιούνται οι όροι αυτοί –«τοξικομανία», «τοξικομανείς»- για τους χρήστες π.χ. των αλκαλοειδών του οπίου, της μορφίνης και

της ηρωίνης. Θα φανεί παράδοξο, ίσως και σε πολλούς σ' αυτήν την αίθουσα, το γεγονός ότι θα πρέπει να ψάξει κανείς πολύ σ' ένα σύγχρονο εγχειρίδιο φαρμακολογίας ή τοξικολογίας για να βρει, από τις απειράριθμες ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα ως φάρμακα, κάποιες με τη σχεδόν παντελή έλλειψη τοξικότητας που η σύγχρονη έρευνα αποκάλυψε ότι χαρακτηρίζει τη χρόνια χρήση των αλκαλοειδών του οπίου. Και αυτό, έστω κι αν λόγω του φαινομένου της ανοχής, η επιθυμητή για τη δημιουργία της ευφορίας δόση πρέπει να αυξηθεί προοδευτικά, ώσπου να φτάσει στο επίπεδο συντήρησης, όπως ονομάζεται, και που διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Η ευφορία για την οποία μίλησα έχει αποδειχθεί από τη σύγχρονη ιατροβιολογική επιστήμη ότι αντιπροσωπεύει μια ποσοτικά αυξανόμενη έκφραση ή εκδήλωση της λειτουργίας, όχι παθολογικών, αλλά εντελώς φυσιολογικών διαδικασιών της λειτουργίας του εγκεφάλου μας. Ο οργανισμός μας, πράγματι, παράγει ουσίες με ευφορική δράση ποσοτικά απaráλλαχτη με αυτήν της μορφίνης, οι οποίες έχουν ονομαστεί για το λόγο αυτό, δηλαδή από τη σύντμηση των δύο λέξεων «ενδογενείς μορφίνες» (*endorphins*). Η παραγωγή των ουσιών αυτών αποτελεί αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού κατά του πόνου (μην ξεχνάμε ότι η μορφίνη και η ηρωίνη είναι τα ισχυρότερα αναλγητικά φάρμακα που διαθέτουμε), αλλά και κατά του στρες γενικά, είτε αυτό είναι σωματικό, με τη μορφή κόπωσης, είτε ψυχολογικό, με τη μορφή άγχους. Εκμεταλλευόμενοι τη σχέση αυτή, μπορούμε να αυξήσουμε την παραγωγή ενδορφινών και συνεπώς την αγχώλυση, προκαλώντας κόπωση μέσω της σωματικής άσκησης. Τυπικό παράδειγμα γι' αυτές τις παρατηρήσεις και τους συσχετισμούς είναι αυτοί που καθημερινά χρησιμοποιούν ως άσκηση τη διαδρομή αποστάσεων πολλών χιλιομέτρων με βραδύ τροχάδην. Η ευφορία που αισθάνονται οι δρομείς αυτοί των μεγάλων αποστάσεων, όπως

αποκαλούνται, περιγράφεται από τους ίδιους με τα ζωηρότερα χρώματα, όπως με τα μελάνοτερα χρώματα περιγράφονται το άγχος και η κατάθλιψη που τους καταβάλλουν αν, για κάποιο λόγο και για κάποιο χρονικό διάστημα, δεν ασκηθούν.

Με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια, λοιπόν, αν θέλουμε να χρησιμοποιήσουμε την τρέχουσα ορολογία, και οι δρομείς των μεγάλων αποστάσεων είναι εξαρτημένοι τοξικομανείς. Νομίζω ότι αρκεί αυτή η σύγκριση για να καταρρεύσει ολόκληρο το αντιεπιστημονικό, ανορθολογικό, υποκριτικό σκεπτικό πάνω στο οποίο, τάχα, στηρίζεται η απαγορευτική, κατασταλτική πολιτική για τα ναρκωτικά, ενώ οι πραγματικοί λόγοι αναφέρονται στα ασύλληπτα υπερκέρδη του παράνομου εμπορίου των ναρκωτικών, όπως τόσο πειστικά αναλύθηκαν από τους χθεσινούς ομιλητές.

Έχοντας δείξει ότι τα ναρκωτικά είναι από τα ελάχιστα φάρμακα που στερούνται χρόνιας βιολογικής τοξικότητας, ότι η δράση τους στηρίζεται σε φυσιολογικούς, και όχι παθολογικούς βιολογικούς μηχανισμούς, θα τελειώσω με μια παρατήρηση που αναφέρεται στην κοινωνική αδρανοποίηση των χρηστών των ουσιών αυτών. Υπάρχει και εδώ τεράστια παρανόηση: η λειτουργία των ενδορφινών διαφέρει από άτομο σε άτομο, και η αποτελεσματικότητά τους στην καταπολέμηση του άγχους διαφέρει επίσης στο ίδιο άτομο ή σε διάφορες χρονικές περιόδους ανάλογα με το βαθμό του άγχους που οι συνθήκες της κοινωνικής του διαβίωσης του προκαλούν. Η ιατρικά επιβλεπόμενη χρήση εξωγενούς μορφίνης για την αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων δεν διαφέρει από οποιαδήποτε χρήση άλλων ψυχοφαρμάκων. Αντί να αδρανοποιεί το άτομο, η αγχώλυση, αντίθετα, αυξάνει τη δραστηριότητα και τη δημιουργικότητά του, όπως στην περίπτωση του διάσημου καθηγητή της Παθολογίας William Osler, του Πανεπιστημίου John Hopkins, του οποίου η συμβολή στην ιατρική επιστήμη, στις αρχές του αιώνα

μας, ήταν τέτοια, που το υπερμοντέρνο σημερινό κτίριο του Πανεπιστημίου, το οποίο στεγάζει το Τμήμα Παθολογίας, έχει ονομαστεί προς τιμή του Κτίριο Osler. Χρήστης της μορφίνης, όπως αναφέρεται ακόμη στα εγχειρίδια φαρμακολογίας, ο Osler ονόμαζε τη μορφίνη «το φάρμακο του ίδιου του Θεού (God's own medicine, Goodman and Gillman, σελ. 253, 1970).

Όπως για όλα τα φάρμακα, για όλες τις βιολογικά δραστικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένης και της τροφής μας, υπάρχει χρήση, υπάρχει και κατάχρηση: η τελευταία με αναπόφευκτα βλαβερά αποτελέσματα, βιολογικά ή ψυχολογικά. Η κατάχρηση των ναρκωτικών ουσιών οδηγεί στην κοινωνική αδρανοποίηση του ατόμου και επιβάλλει, με όλα τα μέσα που αναφέρθηκαν χθες, τα παράνομο εμπόριο

των ναρκωτικών, για να πραγματοποιούνται τα κολοσσιαία υπερκέρδη. «Τοξικομανία», για να γυρίσουμε εκεί από όπου αρχίσαμε, δεν υπάρχει ως όρος στην ιατροβιολογική βιβλιογραφία της αγγλικής γλώσσας, αλλά μόνο «φαρμακευτική κατάχρηση» (drug abuse), κατάχρηση που ο μόνος τρόπος για την αποτελεσματική καταπολέμησή της είναι η νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών, η νόμιμη χορήγησή τους, με ιατρική επίβλεψη, σ' αυτούς που τα έχουν ανάγκη, για τους λόγους που αναφέραμε πιο πάνω. Έτσι, θα εξαλειφθεί το παράνομο εμπόριο των ναρκωτικών –το κύριο, δηλαδή, αίτιο της δημιουργίας των ατόμων που, επίμονα και παραπλανητικά, κυβερνήσεις και κατασταλτικές εξουσίες εξακολουθούν να ονομάζουν με τον υποβιβαστικό, εξευτελιστικό όρο «τοξικομανείς».





## Ανάμεσα στους μύθους και την πραγματικότητα

Γιάννης Πανούσης

Καθηγητής Εγκληματολογίας ΕΚΠΑ

**Κ**αταρχήν ευχαριστώ τον κ. Καφετζόπουλο και τον ΟΚΑΝΑ, με τον οποίο συνδεόμαστε με ιστορικές σχέσεις και φιλίες, καθώς τον κ. Κούλογλου, με τον οποίον έχουμε μια χημεία εκρηκτική που ελπίζω να μην εμφανιστεί στη συνέχεια αυτής της εκδήλωσης.

Κατά την ομιλία μου θα κάνω πρώτον μια γενική διαπίστωση.

Δεύτερον, θα μπω λίγο στο βιολογικό, το κοινωνικό και το ψυχολογικό επίπεδο, όπως παίζουν αυτά κατά τη δική μου εγκληματολογική εκτίμηση, θα αναφερθώ στη συνέχεια στα 4 «α», απεγκληματοποίηση, αποποινικοποίηση, αποδικαστηριοποίηση και αποφυλακοποίηση, και θα τελειώσω με μια προσωπική σκέψη σχετικά με το μέλλον του ανθρώπου.

Επειδή έχω ασχοληθεί πολλά χρόνια με τα ναρκωτικά (αν και μερικοί που βλέπω εδώ είναι ειδικότεροι εμού), θέλω να ξεκινήσω με τη διαπίστωση ότι έχουμε «ζαλίσει» τον κόσμο. Αν πας να μιλήσεις με νέους, δεν καταλαβαίνουν τίποτα, δεν καταλαβαίνουν για τι τους μιλάς. Διότι άλλοι μιλάνε για αποποινικοποίηση, άλλοι για νομιμοποίηση κι άλλοι για μαγικές λύσεις, διαχωρισμό σε σκληρά, μαλακά, στεγνά, υποκατάστατα, κλπ. Έχει ζαλιστεί το σύστημα...

Και η επιστήμη πραγματικά δε μπορεί να δώσει λύση σε αυτά τα ζητήματα, δεν είναι η δουλειά της άλλωστε. Κι όταν δίνει, δίνει κακές λύσεις, όπως θα δείξω παρακάτω.

Τι συμβαίνει λοιπόν; Στην ιστορία έχουμε δει διάφορα φαινόμενα. Δημοκρατίες που τα ναρκωτικά τις υπονόμευσαν. Στρατοκρατικά ή δικτατορικά καθεστώτα αλλά και επαναστατικά κινήματα που στηρίχθηκαν πάνω στα ναρκωτικά.

Πρώτη διαπίστωση λοιπόν, τα ναρκωτικά αποτελούν ένα παγκόσμιο πολιτισμικό φαινόμενο το οποίο θα ενισχυθεί περισσότερο από την παγκοσμιοποίηση, αφού θα πέσουν τα όποια αναχώματα θα μπορούσε ένα κράτος ή έθνος να έχει δημιουργήσει.

Δεύτερη διαπίστωση, η διεθνής υποκρισία. Στην πραγματικότητα, το διεθνές κατεστημένο, αν δεν στηρίζει, τουλάχιστον καλύπτει τα κράτη, τους αρχηγούς, τους πολιτικούς, τους οικονομικούς παράγοντες που διαπλέκονται με ναρκωτικά.

Οι διεθνείς οργανισμοί αρκούνται στο να εξορκίζουν λεκτικά το φαινόμενο και να ενθαρρύνουν πολυποίκιλους φορείς για να χειριστούν τις βλαπτικές συνέπειες. Έτσι όπως πάει αυτός ο μανιακός καπιταλισμός, στον

οποίο δυστυχώς και η χώρα μας έχει προσχωρήσει παρά τα όποια λεγόμενα, σε λίγο θα πουλάμε κι επισήμως ναρκωτικά κι από τα κέρδη θα χρηματοδοτούμε κέντρα αποτοξίνωσης τοξικομανών.

Τρίτη διαπίστωση, η καταστολή. Η καταστολή σε όλες τις μορφές και τις εκδοχές της (που καμιά φορά της δίνουμε κι έναν χαρακτήρα ανθρωπιστικό, το κάνουμε «για το καλό τους»), όχι μόνο δε βελτιώνει σε τίποτα τα ατομικά προβλήματα, αλλά χειροτερεύει γενικότερα τους όρους της μαύρης αγοράς, της εγκληματικότητας, της κλιμάκωσης και της διεύρυνσης του κοινωνικού φαινομένου, άρα, θεωρητικά προέχει μια παιδαγωγική της πρόληψης και μια κοινωνική αλληλεγγύη.

Το πρόβλημα όμως στην Ελλάδα είναι ότι χρησιμοποιούμε τους ίδιους όρους αλλά εννοούμε άλλα πράγματα. Και θα έρθω στα τρία βασικά ερωτήματα.

Κατ' αρχάς το ψευτοδίλημμα «κοινωνικές ή βιολογικές αιτίες», όπως εμφανίζεται τουλάχιστον στην εγκληματογέννεση, αλλά και στη χρήση ουσιών ή σε παρόμοια φαινόμενα. Δεν υπάρχουν πεδία αντιπαράθεσης, από τη μια μεριά το κοινωνικό και από την άλλη το βιολογικό, αλλά ούτε και ταυτότητα. Υπάρχει όμως μια ενότητα. Δηλαδή το κοινωνικό κατά κάποιο τρόπο μεσολαβεί, αλλάζει κι αναπτύσσει το βιολογικό στον άνθρωπο. Δεν είναι μόνο του. Ο άνθρωπος είναι και βιολογικό ον, δε φτιάχνεται κοινωνικά και μόνο, δεν γεννιέται κοινωνικά. Διότι με την ίδια έννοια που καταγγέλλουμε ένα βιολογικό ντετερνισμό, και θα έρθω σε αυτό, πρέπει να καταγγείλουμε κι έναν κοινωνικό ντετερνισμό. Δεν καταλαβαίνω δηλαδή, γιατί ο γεννημένος εγκληματίας του Λομπρόζο είναι κακό πράγμα, ενώ ο κατασκευασμένος εγκληματίας μέσα από ένα σύστημα παρέμβασης του DNA είναι καλό πράγμα. Άρα λοιπόν, υπάρχει μια σχέση. Υπάρχει, προφανώς, από κάποιους μια μείωση του βιολογικού υπέρ του κοινωνικού, αλλά δε μπορεί το κοινωνικό να μετακινήσει ολοκληρωτικά το

βιολογικό. Το βιολογικό υπάρχει και μάλιστα παίρνει διάφορες μορφές.

Υπάρχουν λοιπόν βιολογικά προαπαιτούμενα, είτε το θέλουμε ή όχι. Προφανώς όμως όταν πεις ότι υπάρχουν βιολογικές προδιαθέσεις κινδυνεύεις να σε πουν ρατσιστή. Όμως στο γνωστό ερώτημα κληρονομικότητα ή περιβάλλον, η απάντηση είναι κληρονομικότητα και περιβάλλον. Προφανώς και τα δυο παίζουν το ρόλο τους. Βέβαια ανάμεσά τους υπεισέρχονται οι ψυχολογικοί παράγοντες, η συνείδηση, άλλες δηλαδή παράμετροι που μετατρέπουν το βιολογικό σε κοινωνικό και πιθανόν και σε αντικοινωνικό. Επίσης αιτήματα που έχουν να κάνουν με αξίες, με πεποιθήσεις και εδώ μπαίνει λίγο η κοινωνική πρόληψη και η κοινωνική πολιτική. Αλλά τελευταία έχουμε από άλλη μερίδα επιστημόνων ένα ζήτημα της θεοποίησης της βιολογίας και του αλάθητου DNA, τα περίφημα γονίδια που επικαθορίζουν τα πάντα, το χαμένο κρίκο της εξέλιξης. Αυτό καταλήγει σε μια κοινωνιοβιολογία, που έχει σκοπό την αναζήτηση της καθαρής, αγαθής ή πονηρής ανθρώπινης φύσης. Άρα καταλήγει σε ρατσιστικές διακρίσεις.

Έτσι λοιπόν ακούμε και διαβάζουμε από επιστήμονες και όχι μόνο από δημοσιογράφους, για γονίδια που φταίνε για την κατάθλιψη, για τη λήμπιντο, τη γοητεία, την τσιγκουνιά, τη γέννηση των διδύμων, το νανισμό, την απιστία, την ομοφυλοφιλία, αριστερό γονίδιο, πολιτικοποιημένο γονίδιο, ευτυχισμένο γονίδιο και ότι άλλο μπορείτε να φανταστείτε.

Αλλά εμείς οι άνθρωποι δεν είμαστε μόνο γονίδια, είμαστε κάτι πάνω από τα γονίδιά μας, κι αυτό είναι αναμφισβήτητο. Ο βιολογικός θετικισμός όμως που αμφισβητεί αυτήν την αλήθεια, οδηγεί σε μια μεταμόρφωση του δαρβινισμού, που από τη φυσική επιλογή μπαίνει στο χώρο του γενετικού καλού ή κακού, δηλαδή γεννιέσαι καλός ή γεννιέσαι κακός. Και το χειρότερο είναι ότι αν γεννηθείς κακός θα σε κάνουν καλό. Πώς θα σε κάνουν καλό;

Πρώτη λύση η ιατρικοποίηση. Εγώ έχω γράψει συχνά για τον κίνδυνο μιας θεραπευτικής τυραννίας. Η ιατρική ιδεολογία ως μορφή τυπικού κοινωνικού ελέγχου, μας έχει οδηγήσει σε ακρότητες του τύπου της δραπετομανίας (19ος αιώνας), μιας αρρώστιας κύριο σύμπτωμα της οποίας ήταν οι δούλοι να θέλουν να το σκάσουν από τους αφέντες. Ή σε αρρώστιες που κατέληγαν σε εγκλεισμό των διαφωνούντων σε ψυχιατρικά καταστήματα.

Η ιατρικοποίηση ωστόσο έχει μια σκοτεινή και μια φωτεινή πλευρά.

Η φωτεινή πλευρά είναι ο ανθρωπισμός. Ο αλκοολικός ή ο χρήστης, για παράδειγμα, δεν διαπράττει αμαρτία ή έγκλημα. Έτσι η τιμωρία έχει αντικατασταθεί από τη θεραπεία. Η άποψη αυτή οδηγεί και στον αποστιγματισμό: τα «κακά παιδιά», αφού είναι πάσχοντα δεν στιγματίζονται. Γιατί η αρρώστεια είναι ηθικά ουδέτερη, ενώ το έγκλημα ή η παρέκκλιση δεν είναι. Η μεταχείριση του αποκλίνοντα, του χρήστη, ως άρρωστου, έχει μια αισιόδοξη πλευρά γιατί επιτρέπει και στον ίδιο να πιστέψει ότι μπορεί να ιαθεί. Αντίθετα ο βεβαρυσμένος βιολογικά «εγκληματίας» (υπήρχε μια θεωρία τον 19ο αιώνα «Το έγκλημα ως πεπρωμένο») δεν τη γλιτώνει. Και βέβαια, με την ηθικοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος, οι γιατροί θεωρούνται οιωνεϊ θεοί, αφού μπορούν να σε σώσουν ή να αναστείλουν το θάνατο. Αυτό οδηγεί τελικά σε μια ελαστικότητα και μια αποτελεσματικότητα που δεν έχει ο νομικός έλεγχος.

Ας δούμε τώρα τις δυο σκοτεινές πλευρές της ιατρικοποίησης. Η πρώτη είναι η άρση του αισθήματος ευθύνης. Ο άνθρωπος, ως ασθενής, θεωρείται ανεύθυνος και ως ανεύθυνος δε νιώθει άνθρωπος. Αυτή είναι η θεωρία του ακαταλόγιστου, που έχει οδηγήσει σε τόσες δικαστικές περιπέτειες.

Η δεύτερη είναι η αποδοχή της ηθικής ουδετερότητας της ιατρικής, η κυριαρχία του ελέγχου και της εξουσίας των ειδικών, η εξατομίκευση των κοινωνικών προβλημάτων

(τα αίτια βρίσκονται στο άτομο κι όχι στην κοινωνία), η αποπολιτικοποίηση της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, η εκρίζωση του κακού, που οδηγεί βέβαια σε γενοκτονίες και στρατόπεδα συγκέντρωσης.

Έτσι λοιπόν, από τη διαταραχή και την αρρώστια ως τη μετατροπή του γιατρού και της ιατρικής σε όργανο ελέγχου, η απόσταση δεν είναι πολύ μεγάλη. Η ιατρική μπορεί να ξέφυγε από τα δίχτυα της φιλοσοφίας και της θεολογίας, αλλά οι γιατροί συχνά προσπαθούν ηθικολογώντας και ασκώντας εξουσία να αγγίξουν τις αξίες και τη συμπεριφορά των ανθρώπων.

Ας έρθουμε τώρα στα τέσσερα «α»: εδώ θα πρέπει να συνεννοηθούμε λιγάκι, γιατί υπάρχει γενικά μια θολούρα, μια σύγχυση.

Πρώτον, *απεγκληματοποίηση*. Η έννοια της απεγκληματοποίησης είναι λάθος να ταυτίζεται με την αποποινικοποίηση από τυπικής πλευράς. Απεγκληματοποίηση σημαίνει δεν είναι έγκλημα, δεν έχει τυποποιηθεί σε έγκλημα. Αφού λοιπόν δεν είναι έγκλημα, η συζήτηση θα σταματούσε εδώ. Γιατί δεν είναι έγκλημα; Γιατί δεν κατακρίθηκε. Γιατί δεν κατακρίθηκε παράνομο από τους νομοθέτες και τα δικαστήρια.

*Αποποινικοποίηση* σημαίνει ότι είναι έγκλημα αλλά για διάφορους λόγους δεν ασκείται ποινή. Έτσι, ενώ στην απεγκληματοποίηση έχουμε άρση του εγκληματικού χαρακτήρα της πράξης, στην αποποινικοποίηση έχουμε μη άσκηση ποινής ή μείωση της προβλεπόμενης ποινής. Η δικαστική αποποινικοποίηση βάζει τα κατώτερα όρια, ενώ υπάρχει και η σωφρονιστική αποποινικοποίηση (υπό όρους απόλυση κλπ.).

Άρα απεγκληματοποίηση σημαίνει απουσία εγκλήματος ενώ αποποινικοποίηση σημαίνει μη ποινή ή μικρή ποινή. Η αποποινικοποίηση υπάρχει σ' ένα βαθμό και στο σημερινό δικαστικό μας σύστημα, αλλά φαίνεται ότι η διάκριση είναι μικρή ή μη κατανοητή, με αποτέλεσμα μια σύγχυση στην ελληνική

κοινωνία, που όταν ακούει τέτοια πράγματα ανησυχεί. Πιστεύει ότι η αποποινικοποίηση θα αυξήσει την «εγκληματική» παρεκκλίνοσα συμπεριφορά, ενώ η απεγκληματοποίηση οδηγεί σε μια έλλειψη εμπιστοσύνης στο ποινικό σύστημα, σα να έχουμε βάλει ένα νυχτοφύλακα που δεν κάνει καλά τη δουλειά του, πράγματα που δεν έχουν αποδειχτεί ούτε επιστημονικά ούτε ερευνητικά. Είναι συναισθηματικές αντιδράσεις πολιτών, πολλώ μάλλον όταν η χρήση είναι ένα έγκλημα χωρίς θύμα, αφού είναι μια επιλογή.

Ερχόμαστε τώρα στην *αποδικαστηριοποίηση*. Αφού δε μπορέσαμε να φτάσουμε στην απεγκληματοποίηση, θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε και να αναζητήσουμε ένα όργανο καταλληλότερο να κρίνει το «έγκλημα». Όχι ότι δεν έχουμε εμπιστοσύνη στους δικαστές, αλλά θα μπορούσε να υπάρχει μια υποβοήθηση του έργου τους. Όχι μόνο στο συγκεκριμένο επίπεδο αλλά και σε άλλα παρόμοια «εγκλήματα», όπου θα ήταν δυνατόν να υποστηριχθούν από συγκεκριμένες ομάδες ειδικών και εμπειρογνομόνων.

Και τελειώνουμε με την *αποφυλακοποίηση*. Αυτό το θεωρώ σχεδόν αυτονόητο, διότι δεν έχει καμία έννοια να κλείνεις ένα χρήστη μέσα στις φυλακές, όχι μόνο με την έννοια του συγχρωτισμού, αλλά επειδή ο εγκλεισμός δεν εντάσσεται σε κανένα μοντέλο αποτρεπτικό, θεραπευτικό ή οποιουδήποτε άλλου προσανατολισμού.

Η έννοια της *νομιμοποίησης* που ακούγεται συχνά είναι κάτι διαφορετικό από όλα τα προηγούμενα. Σημαίνει να δώσεις τη δυνατότητα σε κάποιους ανθρώπους που είναι χρήστες, να μπορούν νομίμως να προμηθεύονται από το κράτος την αναγκαία για αυτούς δόση. Εδώ, έχω μια επιφύλαξη που συνίσταται στο ερώτημα για το ποιο κράτος μιλάμε. Διότι φοβάμαι πάρα πολύ, ότι στην Ελλάδα, αν πάμε σε μια μη οργανωμένη νομιμοποίηση, χωρίς δηλαδή αυστηρές αρχές και κανόνες για το ποιος χορηγεί, τότε χορηγεί, σε ποιους

χορηγεί, θα καταλήξουμε να φτιάξουμε μια καινούρια μαύρη αγορά και όχι να καταργήσουμε την προηγούμενη. Άρα το πώς θα λειτουργήσει αυτή η διαδικασία σε ένα δημόσιο νοσοκομείο ή αν θα εμπλακούν ιδιώτες γιατροί ή άλλοι φορείς, θα ήθελε πάρα πολλή σκέψη στην οργάνωση και την εφαρμογή της. Δεν έχει σημασία αν συμφωνούμε ή δεν συμφωνούμε με μια συγκεκριμένη κουλτούρα, ή ποιο ρόλο θα μπορούσε να παίξει μια πιθανή νομιμοποίηση. Αλλά θα είχε ενδιαφέρον να εξετάσουμε πώς θα μπορούσε να γίνει.

Δεν έχω αντιληφθεί (κι αυτή είναι η προτελευταία μου επισήμανση) τι σημαίνει η έννοια *φιλελευθερισμός*, που ακούγεται συχνά σε σχέση με τα ναρκωτικά. Ο φιλελευθερισμός, συνήθως, ενώ έχει αρνητική σημειολογία, στη συζήτηση για τα ναρκωτικά εμφανίζεται ως θετική έννοια. Αλλά τι θέλουμε να πούμε ακριβώς, δεν το έχω καταλάβει. Το δικαίωμα και την ελευθερία στην αυτοδιάθεση; Προφανώς. Βασική αρχή του Συντάγματος και βασική αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι ο αυτοπροσδιορισμός και η αυτοδιάθεση. Τι είναι όμως ο φιλελευθερισμός στα ναρκωτικά, είναι μη κρατικός παρεμβατισμός, προστατευτισμός, δεν έχω καταλάβει ακριβώς γιατί κάποιοι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο, που δημιουργεί σύγχυση χωρίς να δηλώνει κάτι συγκεκριμένο.

Και βέβαια είναι δεδομένο ότι το προστατευόμενο αγαθό δεν είναι η έννομη τάξη και η κοινωνία, είναι η υγεία και η ζωή του ανθρώπου.

Έχουμε λοιπόν τα μοντέλα μας, πρόληψη, θεραπεία, επανένταξη, είπαμε για την καταστολή ότι δε βοηθά σε τίποτα, έχουμε ένα ιδεολογικό διακύβευμα αξιών και κράτους ποινικού ελέγχου κι έχουμε κι ένα ζήτημα πανικού των ΜΜΕ και γενικά της κοινωνίας. Έχουμε και το γνωστό υπαρξιακό ζήτημα, γιατί κάποιος, ανεξάρτητα από τους όρους της αγοράς, προσφεύγει στα ναρκωτικά. Τι είναι αυτό δηλαδή που σε κάνει να πας σ' αυτά; Κι όχι αν τα βρίσκεις ή τι γίνεται μετά.



Τελειώνω με μια ματιά στο μέλλον. Η γενετική θεωρείται μια hard επιστήμη ενώ η κοινωνιολογία είναι μια soft επιστήμη. Αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα και η επαλήθευση της πρώτης, της γενετικής, διακρίνονται από σαφήνεια και από σταθερότητα, ενώ της δεύτερης από ρευστότητα. Πού πάμε όμως τώρα; Ο νέος «άνθρωπος» δεν θα δημιουργηθεί, όπως φανταζόταν η γενιά μας, μέσα στις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες. Ο νέος άνθρωπος γεννιέται μέσα στα εργαστήρια της χημείας, της φυσικής, της πληροφορικής, της βιολογίας. Και γεννιέται με μια θεωρία της μετατροπής του πλάσματος σε πλάστη. Δηλαδή ενώ ο άνθρωπος φτιάχτηκε, τώρα θα φτιάξει αυτός τον μετα-άνθρωπο. Και θα φτιάξει τον μετα-άνθρωπο με μια σύνθεση πρωτοπλάσματος, τρανζίστορ και chips. Ο βιονικός άνθρωπος έρχεται, υπάρχει. Ο βιονικός άνθρωπος και όλη αυτή η ιστορία της παρέμβασης στο DNA, που θεωρείται κάτι καλό και χρήσιμο γιατί πιθανόν να αντιμετω-

πίσει κάποιες σοβαρές αρρώστιες, έχει κάτι κακό, διότι δημιουργεί νέες σχέσεις δουλείας. Σκεφτείτε τις συνέπειες αν κάποιος μέσα από το γενετικό σου υλικό διαβάσει την πορεία της υγείας σου δεν σε προσλαμβάνει για δουλειά. Σκεφτείτε ακόμη πως κάποιιοι θεωρούν ότι μπορούν να βρουν μια σπασμένη κλίμακα για να εντοπίσουν τον εκ γενετής εγκληματία. Εν πάσει περιπτώσει ζούμε μια εργαλειοποίηση του εγκεφάλου, της βιολογίας. Πας να μιλήσεις κάπου και σου μιλούν για γονίδια και νευροεπιστήμες, τίποτα άλλο, όλα τα άλλα δεν έχουν καμιά σημασία. Μόνο για τη διάκριση των γονιδίων σε χρήσιμα και μη και τον κατακερματισμό της ανθρώπινης ύπαρξης ως όλου.

Φοβάμαι λοιπόν ότι και η ιστορία των ναρκωτικών, όπως και πολλά άλλα ζητήματα, θα μπουν σε αυτή τη λογική ενός γονιδιώματος που θα μας πει τι είναι ο άνθρωπος και όχι βέβαια τι σημαίνει άνθρωπος.

Ευχαριστώ πολύ.



## Είναι η Εξάρτηση Ασθένεια ή Επιλογή;

Κωνσταντίνος Κοκκώλης

Ψυχίατρος

Αναπληρωτής Διευθυντής Εφαρμογής

Προγραμμάτων OKANA

**Ε**ίναι η εξάρτηση ασθένεια ή επιλογή; Πρόκειται για ερώτημα για το οποίο αρκετοί άνθρωποι έχουν ήδη έτοιμη μια απάντηση. Άλλωστε μοιάζει προφανές: η ανάπτυξη εθισμού ή εξάρτησης σε μία ή περισσότερες ουσίες ή συμπεριφορές, προϋποθέτει την, συνήθως οικιοθελή, αρχική επαφή με τις εν λόγω ουσίες ή συμπεριφορές. Και ως εκ τούτου το ερώτημα απαντάται αβασάνιστα και σχεδόν ταυτολογικά. Εάν δεν δοκιμάσεις την ουσία ή την συμπεριφορά (τζόγο, ηλεκτρονικά παιχνίδια, πορνογραφία κλπ), δεν πρόκειται να εθιστείς ή να εξαρτηθείς. Ως εκ τούτου ο εθισμός και η εξάρτηση δεν μπορεί παρά να προκύπτουν ως αποτέλεσμα προσωπικής επιλογής, σύμφωνα με το σκεπτικό αυτό.

Εάν ωστόσο ελέγξουμε σχολαστικά τον συλλογισμό αυτό, ανακλύπτει μια λογική πλάνη του τύπου *post hoc ergo propter hoc*. Καθώς, αν και πράγματι η αρχική έκθεση φαίνεται να προκύπτει οικιοθελώς (και αυτό θα μας απασχολήσει στη συνέχεια), η χρήση μιας ουσίας ή μιας εθιστικής συμπεριφοράς δεν οδηγεί πάντοτε σε εθισμό ή εξάρτηση. Αυτό είναι ευρύτερα γνωστό από τις προσωπικές εμπειρίες όλων μας με το αλκοόλ ή τον τζόγο, αλλά ισχύει και όταν πρόκειται για ουσίες που θεωρούνται εξαιρετικά εθιστικές και εξαρτησιογόνες. Η

αθροιστική πιθανότητα εξάρτησης ανέρχεται στο 67.5% για τους χρήστες νικοτίνης, 22.7% για τους χρήστες αιθυλικής αλκοόλης, 20.9% για τους χρήστες κοκαΐνης και μόνο 8.9% για τους χρήστες κάνναβης, σύμφωνα με μία σχετικά πρόσφατη μελέτη.<sup>1</sup> Μόνο το 6% των ανθρώπων που έλαβαν συνταγογραφούμενα οπιοειδή για μία ημέρα συνέχιζαν τη χρήση μετά από ένα έτος (2.9% μετά από τρία έτη), ενώ και όταν αυτά συνταγογραφούνταν για μεγάλο χρονικό διάστημα, η πιθανότητα χρήσης μετά από ένα έτος δεν ξεπέρασε το 27.3% και μετά από 3 έτη το 20.5%, σύμφωνα με μια άλλη πρόσφατη μελέτη.<sup>2</sup> Ανάλογα ευρήματα έχουν και όλες οι παλαιότερες σχετικές έρευνες. Άρα η έκθεση σε μία ουσία, οικιοθελής ή μη, δεν συνεπάγεται απαραίτητως εξάρτηση από αυτή και κατ' επέκταση, ακόμη και η οικιοθελής χρήση δεν οδηγεί τις περισσότερες φορές (με την εξαίρεση της υπερεθιστικής νικοτίνης) σε εξάρτηση.

Το δεύτερο σκέλος του διλήμματος λοιπόν καταρρέει μάλλον εύκολα. Το εάν όμως ο εθισμός ή η εξάρτηση είναι ασθένεια ίσως είναι δυσχερέστερο να απαντηθεί. Προκειμένου να προσεγγίσουμε το αντικείμενο θα πρέπει να διευκρινίσουμε τι είναι η εξάρτηση και τι η ασθένεια.



*Η εκστρατεία «Just Say No» της Πρώτης Κυρίας Nancy Reagan τις δεκαετίες του '80 και '90, βασίζεται στην ιδέα πως ο εθισμός και η εξάρτηση αποτελούν ζητήματα προσωπικής επιλογής. (Πηγή: Wikipedia)*

Οι έννοιες του εθισμού και της εξάρτησης ορίζονταν στο DSM IV,<sup>3</sup> αλλά αντικαταστάθηκαν από την έννοια των Διαταραχών Χρήσης Ουσιών στην επόμενη ταξινόμηση DSM V.<sup>4</sup> Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, διατηρεί στην 10η έκδοση του International Classification of Diseases, της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) την έννοια της εξάρτησης, μαζί με την τοξίκωση, την επιβλαβή χρήση, την κατάσταση απόσυρσης, την κατάσταση απόσυρσης με παραλήρημα, την ψυχωτική διαταραχή, το αμνησιακό σύνδρομο, την υπολειμματική και καθυστερημένης έναρξης ψυχωτική διαταραχή και άλλες ή αδιευκρίνιστες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές<sup>5</sup>. Παρόμοια γενική ταξινόμηση ακολουθείται

και στην 11η έκδοση (ICD –MMS), όπου ταξινομούνται το επεισόδιο επιβλαβούς χρήσης, το πρότυπο επιβλαβούς χρήσης, η εξάρτηση, η τοξίκωση, η απόσυρση και άλλες, διαταραχές.<sup>6</sup> Καθώς δεν έχουν πάψει να χρησιμοποιούνται στην Ελληνική καθημερινότητα του χώρου, θα χρησιμοποιείται στο κείμενο αυτό η κλασική συνθετική έννοια της εξάρτησης ως διαταραχής χρήσης ουσιών, με τις δύο συνιστώσες της, τη σωματική που αντιστοιχεί στο dependence (καθεαυτό εξάρτηση) και την ψυχολογική ή συμπεριφορική που αντιστοιχεί στο addiction (εθισμός) του DSM IV.

Ο Γιάννης Τούντας, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής Παν/μίου Αθηνών, ορίζει πως η αρρώστια αποτελεί είτε παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους, είτε παρουσία καθορισμένων παθολογικών αλλοιώσεων. Ο προσδιορισμός της γίνεται με τρία κλασικά ιατρικά κριτήρια. Το πρώτο αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου (Συμπτωματολογία), το δεύτερο τον εντοπισμό μιας βλάβης (συνήθως σε επίπεδο οργάνου, Αιτιολογία), και το τρίτο το σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μια αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα (Παθολογία). Οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτιολογία, την παθολογία και τη συμπτωματολογία είναι άμεσες και σαφώς αιτιακές. Αυτές οι άμεσες αιτιακές σχέσεις καθορίζουν το περιεχόμενο της έννοιας της αρρώστιας, η οποία αναγνωρίζεται και ταξινομείται αναφορικά με τα όργανα και τα συμπτώματα του ανθρώπινου σώματος. Ξεπερνώντας το ιατροκεντρικό μοντέλο, θεωρείται πως οι εκδηλώσεις της αρνητικής υγείας μπορεί να αφορούν όχι μόνο το οργανικό επίπεδο, αλλά και το λειτουργικό και το κοινωνικό επίπεδο, αποτελώντας παροδικές διαταραχές διαδικασίας, ή διαταραχές στατικές και εμμένουσες. Έτσι, διαταραχή της διαδικασίας στο οργανικό επίπεδο αποτελεί η **νόσος (disease)**, στο λειτουργικό επίπεδο η **αρρώστια (illness)** και στο κοι-

νωνικό επίπεδο η **ασθένεια (sickness)**. Οι δε στατικές και εμμένουσες διαταραχές στο οργανικό επίπεδο συνιστούν κατάσταση μειονεκτικότητας (impairment), στο λειτουργικό επίπεδο κατάσταση ανικανότητας (disability) και στο κοινωνικό επίπεδο κατάσταση αναπηρίας (handicap).<sup>7</sup>

Έτσι, θα μπορέσουμε να ορίσουμε την εξάρτηση ως ασθένεια, εφόσον την προσεγγίσουμε στα επίπεδα της Συμπτωματολογίας, της Αιτιολογίας και της Παθολογίας. Σύμφωνα μάλιστα με το Stedman's Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing,<sup>8</sup> ασθένεια είναι μία νοσηρή οντότητα που χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερα εκ των κάτωθι κριτηρίων: (1) αναγνωρισμένος αιτιολογικός παράγων (Αιτιολογία), (2) ταυτοποιήσιμη ομάδα σημείων και συμπτωμάτων (Συμπτωματολογία) και (3) σταθερές ανατομικές αλλοιώσεις (Παθολογία), άρα απαιτούνται μόνο δύο κριτήρια από την τριάδα ώστε να καθορισθεί εάν η εξάρτηση είναι ασθένεια.

Θα μπορούσαμε φυσικά να παρακάμψουμε την έννοια της **ασθένειας** και να χρησιμοποιήσουμε τον ορισμό της υγείας, η οποία είναι μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας,<sup>9</sup> σύμφωνα με τον οποίο η εξάρτηση δεν μπορεί να ανταποκρίνεται σε μία υγιή κατάσταση. Άλλωστε, το γεγονός ότι η εξάρτηση και οι εν γένει διαταραχές χρήσης ουσιών συμπεριλαμβάνονται και στα δύο ταξινομητικά συστήματα, DSM και ICD, δείχνει πως για τους οργανισμούς που τα παρήγαγαν, την American Psychiatric Association και την World Health Organization, το δίλημμα δεν υφίσταται στην πραγματικότητα. Σεβόμενοι πάντως το γεγονός αυτό καθώς και τον ορισμό της WHO για την υγεία, θα προχωρήσουμε στην περαιτέρω διερεύνηση της συσχέτισης εξάρτησης και ασθένειας.

Ιστορικά η θεώρηση της εξάρτησης ως ασθένειας συνδέεται με την ίδρυση των Ανω-

νύμων Αλκοολικών (Alcoholics Anonymous) από τον Bill Wilson (Bill W.) και τον Robert Smith (Dr Bob) το 1935, στο Acron του Ohio. Αν και η συνεισφορά του χειρουργού Smith μπορεί να φαίνεται ως προς αυτό καθοριστική, ο Wilson ήταν εκείνος που δέχθηκε την επιρροή του William Duncan Silkworth, Διευθυντή του Charles B. Towns Hospital for Drug and Alcohol Addictions στην Νέα Υόρκη, όπου εισήχθη για θεραπεία σε τρεις ξεχωριστές περιπτώσεις. Ο Wilson, όπως και ο Smith, μέσω επιρροής από τις συζύγους τους Lois Wilson και Anne Smith, είχαν αρχικά υιοθετήσει μέρος των απόψεων του Franklin Nathaniel Daniel Buchman, ιδρυτή της Ομάδας της Οξφόρδης και του Moral Rearmament, σύμφωνα με τις οποίες ο αλκοολισμός ήταν εκδήλωση κάποιας ηθικής αδυναμίας. Κατά τον Silkworth ωστόσο, ειδικό σε θέματα αλκοολισμού, υπήρχε κάποια παθολογική βάση, όπως και σε όλες τις άλλες ασθένειες. Παρόμοιες απόψεις μετέφεραν στον Wilson οι αλκοολικοί Edwin Thacher (Ebby T.) και Rowland Hazard III (Rowland H.), του οποίου Rowland προσωπικός ιατρός υπήρξε ο Carl Gustav Jung. Ο James Kinnon (Jimmy K.) μετέφερε τις ιδέες αυτές στους Ανωμότους Ναρκωμανείς (Narcotics Anonymous, NA) το 1953, περίπου την εποχή που ο Elvin Jellinek και ο Vincent Dole ανέπτυσαν θεωρίες για την παθολογική φύση των εξαρτήσεων.<sup>10, 11, 12</sup>

Η υιοθέτηση του μοντέλου της ασθένειας από τους AA βοήθησε στην εκλαϊκευση της θεώρησης αυτής, υπήρχε ωστόσο σημαντική βιβλιογραφία ως προς το θέμα αυτό για περισσότερο από έναν αιώνα.<sup>13-25</sup> Ακόμη πρωτότερα, υπάρχουν αναφορές για «τρέλα του ποτού» από Αρχαία Αίγυπτο και Ελλάδα, με τον Ηρόδοτο (5ος αιώνας πχ) να περιγράφει τη μέθη ως ασθένεια του σώματος και της ψυχής, τον Αριστοτέλη να ορίζει την ακολασία ως λειτουργικής, ενώ τη μέθη ως οργανικής φύσεως, θεωρώντας την μεν ακολασία μόνιμη, ενώ τη μέθη ιάσιμη,<sup>26</sup> ενώ σύμφωνα με τον Σένεκα η μέθη είναι κατάσταση εσκεμ-



*Η παραδοχή του ότι κάποιος είναι ανίσχυρος ως προς τον εθισμό του και του ότι η ζωή του είχε γίνει ακυβέρνητη, αποτελεί το πρώτο από τα 12 βήματα των ΑΑ και ΝΑ. (Πηγή: ΑΙ-Ανον)*

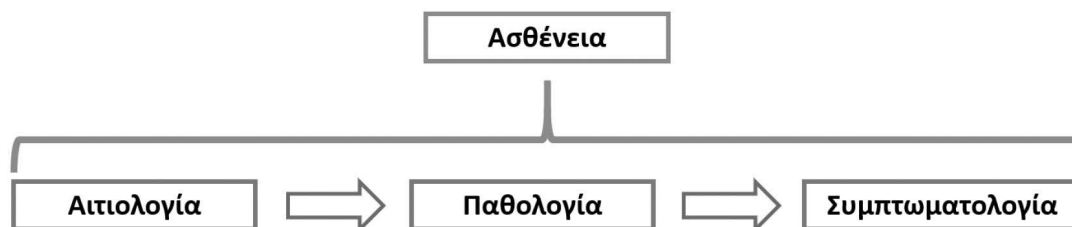
μένης παραφροσύνης, συνδυάζοντας το στοιχείο της επιλογής με εκείνο της ασθένειας.<sup>27</sup>

Προχωρώντας προς το σήμερα, αμέσως μετά την ίδρυση των ΝΑ, η American Medical Association (AMA) όρισε τον αλκοολισμό ως ασθένεια το 1956, για να υιοθετήσει το 1991 τη διπλή ταξινόμηση του International Classification of Diseases (ICD) ως ταυτόχρονα ψυχιατρική και γενική ιατρική κατάσταση.<sup>28</sup> Το 1997, ο τότε διευθυντής του National Institute on Drug Abuse (NIDA), Alan Leshner, σε ένα άρθρο του στο Science δηλώνει πως ο εθισμός είναι μία εγκεφαλική νόσος, αλλά όχι μόνο μια εγκεφαλική νόσος<sup>29</sup> και πιο πρόσφατα, η τρέχουσα διευθύντρια του NIDA, σε συνεργασία με τον George Koob και τον Thomas McLellan παραθέτουν τα νεότερα δεδομένα, συσχετίζοντας τα ευρήματα από τη μελέτη της δυσλειτουργίας του εγκεφάλου επί τριών κλινικών συνδρόμων, τα οποία αναφέρουν ως βουλμία και τοξίκωση, απόσυρση και δυσφορία, εμμονή και προσδοκία.<sup>30</sup> Η ίδια η Volkow επεκτείνει τον αφορισμό του Leshner, δηλώνοντας πως ο εθισμός είναι μία εγκεφαλική νόσος, η οποία μπορεί να θεραπευτεί.<sup>31</sup>

Υπάρχει ωστόσο και ο αντίλογος, ο οποίος βρίσκει έδαφος κατ' εξοχήν σε βιβλία εκλαϊκευμένης επιστήμης,<sup>32-35</sup> ενώ συγκεντρωμένα σχετικά άρθρα, μεταξύ των οποίων και ένα περιπεκτικό ως προς το προαναφερθέν άρθρο του Leshner<sup>36</sup> μπορεί να βρει κάποιος στην έκδοση Νοεμβρίου του 2015 του *Frontiers in Psychiatry*.<sup>37</sup> Το ερώτημα παραμένει επίκαιρο, καθώς, χωρίς απαραίτητα να είναι αυτή η πρόθεση των αρνητών του μοντέλου της ασθένειας, ενώ το μοντέλο αυτό καταδεικνύει ως απάντηση στο φαινόμενο της εξάρτησης την περαιτέρω ενίσχυση της πρόληψης και της θεραπείας, τόσο ερευνητικά, όσο και κλινικά (μείωση της ζήτησης), το μοντέλο της προσωπικής επιλογής εμπεριέχει ηθικές συνιστώσες, οι οποίες δεν απέχουν και πολύ από τις ιδέες του Buchman και διευκολύνουν τη γιγάντωση των μεθόδων καταστολής (μείωση της προσφοράς), οι οποίες έχουν ήδη οδηγήσει παγκοσμίως σε ένα αναγνωρισμένο και πολυέξοδο σε ζωές και χρήμα αδιέξοδο, η περιγραφή του οποίου ξεφεύγει από τους σκοπούς αυτού του άρθρου.

Όπως προαναφέρθηκε, η εξάρτηση είναι





εφικτό να προσεγγισθεί ως ασθένεια, εφόσον αναγνωρισθούν ή περισσότερα εκ των κάτωθι κριτηρίων: (1) αναγνωρισμένος αιτιολογικός παράγων (Αιτιολογία), (2) ταυτοποιήσιμη ομάδα σημείων και συμπτωμάτων (Συμπτωματολογία) και (3) σταθερές ανατομικές αλλοιώσεις (Παθολογία).

Ως προς την **αιτιολογία**, δεν έχει μέχρι σήμερα ταυτοποιηθεί ένας αποκλειστικός αιτιολογικός παράγοντας στην εξάρτηση και η γενική εντύπωση είναι πως το φαινόμενο είναι πολυπαραγοντικό. Πράγματι έχει αναγνωρισθεί ένα σημαντικό πλήθος προδιαθεσικών παραγόντων ή παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι ταξινομούνται σε όλα τα επίπεδα του βιοψυχοκοινωνικού προτύπου.<sup>38, 39</sup> Γενετικοί παράγοντες, το φύλο, η ηλικία, η σεξουαλικότητα, η γενική ιατρική κατάσταση, η θρέψη, λοιμώδη νοσήματα, τραύματα, αναπηρίες, η ειδική δράση κάθε ουσίας στο σώμα και το ΚΝΣ, ο τρόπος χρήσης της ουσίας, η προσωπικότητα και σχετικές συμπεριφορές, το IQ, ψυχιατρικές διαταραχές, η αυτοεκτίμηση, το stress, οι στάσεις, πεποιθήσεις και προσδοκίες, οι εμπειρίες και συναφείς μνημονικές εγγραφές, οι κοινωνικές εμπειρίες και η μάθηση, οι κάθε είδους δεξιότητες, ο στιγματισμός, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η μοναξιά, η ανεργία, η αστεγία, η πίεση των ομοτίμων, ειδικά περιβάλλοντα όπως το σχολείο, ο στρατός, η φυλακές, τα γκέτο, οι οικογενειακές σχέσεις και περιστάσεις, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι πολιτισμικές παραδόσεις, έχουν όλα συσχετισθεί με το φαινόμενο της εξάρτησης ή και με ειδικότερα σχετικά σύνδρομα.<sup>40-45</sup>

Αν και οι ψυχοκοινωνικής φύσης προδιαθεσικοί παράγοντες αναγνωρίστηκαν σχετικά πρώιμα και είναι ευρύτερα γνωστοί και δημοφιλείς, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν ωστόσο οι γενετικοί παράγοντες που αποκαλύπτονται με την ακατάσχετη πρόοδο της επιστήμης της γενετικής, καθώς ενισχύουν τις υποθέσεις εσωτερικής αιτιοκρατίας. Η υπόθεση της ανεπάρκειας ανταμιοιβής στον αλκοολισμό παρουσία του A1 αλληλόμορφου του Taq1A πολυμορφισμού του D2R υποδοχέα, η συσχέτιση του 7L αλληλόμορφου του DRD4 υποδοχέα (αντί 4L) με τη συμπεριφορά αναζήτησης καινοτομίας και τη ΔΕΠΥ, η έλλειψη του Htr1b υποδοχέα 5HT και η συσχέτιση με διαταραχές χρήσης αλκοόλ και κοκαΐνης, τα ανόμοια αντίγραφα (ALDH\*2) του γονιδίου του ενζύμου της αλδεϋδικής αφυδρογονάσης (ALDH) επί διαταραχής χρήσης αλκοόλ, η αυξημένη έκφραση γονιδίου Mpdz που σχετίζεται με λιγότερα στερητικά κατόπιν εξάρτησης από ηρεμιστικά και βαρβιτουρικά, η έλλειψη γονιδίου του υποδοχέα των κανναβινοειδών Cnr1 που σχετίζεται με μικρότερη απάντηση στη μορφίνη, η συσχέτιση χαμηλών επιπέδων νευροπεπτιδίου Υ με την κατανάλωση αλκοόλ, η «ανοσία» στην κοκαΐνη επί αδυναμίας σύνθεσης τυραμίνης, η «ανοσία» στη μορφίνη επί ελλείψεως του γονιδίου Creb, η ύπαρξη του γονιδίου CYP2A6 που σχετίζεται με ναυτία και ζάλη μετά το κάπνισμα σε μη καπνιστές, η συσχέτιση του αλληλόμορφου 158 Val/Val της COMT με σχιζοφρένεια επί χρήσης κάνναβης και του 158 Met/Met με χρήση αλκοόλ, το γεγονός πως τα άτομα με

γονότυπο MAOA-L παρουσιάζουν διαταραχή αγωγής, αντικοινωνική προσωπικότητα και βία ή εγκληματική συμπεριφορά ως έφηβοι ή ενήλικες σε σύγκριση με παιδιά με τον γονότυπο MAOA-H, συμπληρώνουν σταδιακά ένα γιγαντιαίο puzzle κατανόησης της αλληλεπίδρασης του βιολογικού υποστρώματος με τις εξαρτησιογόνες ουσίες.<sup>46-55</sup>

Η σημασία του τρίτου παράγοντα του τριγώνου της εξάρτησης, του περιβάλλοντος, αποκαλύπτεται σε άλλες μελέτες, οι οποίες καταδεικνύουν πως η κληρονομικότητα της χρήσης αλκοόλ είναι χαμηλότερη στις παντρεμένες παρά στις ανύπαντρες γυναίκες, τόσο σε μικρές όσο και σε μεγάλες ηλικίες,<sup>56</sup> πως η ανατροφή σε θρησκευόμενο περιβάλλον συνδέεται με μικρότερη κληρονομικότητα της άρσης των αναστολών,<sup>57</sup> πως αυξήθηκε η κληρονομικότητα του καπνίσματος στις γυναίκες όσο το κάπνισμα γινόταν ολοένα και πιο αποδεκτό κοινωνικά, αλλά όχι στους άνδρες,<sup>58</sup> πως οι γενετικές επιδράσεις της χρήσης αλκοόλ στους έφηβους είναι σημαντικά μεγαλύτερες σε αστικές περιοχές με πολλούς νέους ενήλικες και με αυξημένη μεταναστευτική τάση,<sup>59</sup> ενώ στην πορεία της ζωής του ατόμου φαίνεται πως οι γενετικοί και οι οικογενειακοί παράγοντες επιδρούν καθ' υπερβολή σε διαφορετικά στάδια.<sup>60</sup> Οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να μην επιδρούν άμεσα αλλά έμμεσα, μέσω ενός νευροφυσιολογικού, βιοχημικού, ενδοκρινολογικού, νευροανατομικού, γνωσιακού ή νευροψυχολογικού ενδοφαινοτύπου, με αποτύπωση στη συμπεριφορά του ατόμου.<sup>61</sup>

Ως προς τη **συμπτωματολογία**, δεν υπάρχουν πλέον αμφιβολίες για τη κλινική εμφάνιση της διαταραχής χρήσης ουσιών και των διαφόρων συναφών συνδρόμων (τοξίκωση, στέρηση, κλπ.) και αυτά ορίζονται με αρκετή σαφήνεια και με τρόπο που η διάγνωση να είναι συνήθως ευχερής. Σύμφωνα με το DSM V, απαιτούνται τουλάχιστον 2 από τα κάτωθι κριτήρια κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12

μηνών, για να διαγνωσθεί μία διαταραχή χρήσης ουσιών:<sup>62</sup>

1. Η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες δόσεις ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο από όσο σκόπευε το άτομο
2. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση
3. Σημαντικός χρόνος σπαταλείται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την προμήθεια της ουσίας, τη χρήση της ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματά της.
4. Λαχτάρα, ή σφοδρή επιθυμία χρήσης της ουσίας.
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία ανταπόκρισης σε μείζονες υποχρεώσεις στην δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι.
6. Συνεχιζόμενη χρήση παρόλα τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από χρήση της ουσίας
7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή ελαττώνονται εξ αιτίας της χρήσης.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνη.
9. Συνεχιζόμενη χρήση παρόλη τη γνώση ύπαρξης ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο μπορεί να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί εξαιτίας της ουσίας.
10. Ανοχή, όπως ορίζεται από οποιοδήποτε από τα εξής:
  - (α) μια ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα
  - (β) σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα

με συνεχιζόμενη χρήση ίδιας ποσότητας της ουσίας

11. Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα εξής :

(α) το χαρακτηριστικό για την ουσία σύνδρομο απόσυρσης επί μείωσης της ποσότητας ή διακοπής της χρήσης της ουσίας

(β) ή ίδια (ή μία συναφής) ουσία λαμβάνεται για να ανακουφισθούν ή αποφευχθούν τα συμπτώματα του συνδρόμου απόσυρσης

\* Δεν ισχύουν για όσους λαμβάνουν τις ουσίες κάτω από στενή ιατρική παρακολούθηση.  
Βαρύτητα: Ήπια: 2-3 κριτήρια, Μέση: 4-5 κριτήρια, Βαρεία: 6 ή περισσότερα κριτήρια.

Η ανάγκη εξακρίβωσης δύο μόνο κριτηρίων για να εδραιωθεί η διάγνωση αντανάκλα τη μεγάλη ευαισθησία των κριτηρίων, η οποία είναι συγκρίσιμη με εκείνη των κριτηρίων της 4ης έκδοσης, DSM IV.<sup>63, 64</sup>

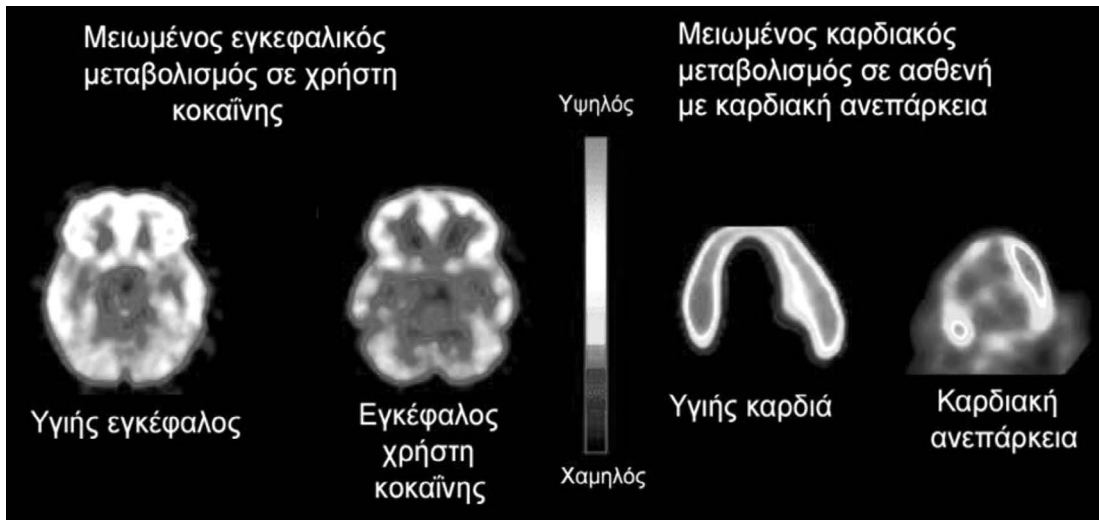
Ως προς την **παθολογία**, διανύουμε μία περίοδο κατά την οποία οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι και οι υπόλοιπες τεχνολογικές εξελίξεις δίνουν τη δυνατότητα να κατανοηθούν καλύτερα οι αλλαγές του βιολογικού υποστρώματος κατά τα διάφορα στάδια από την πρώτη επαφή με την ουσία έως τη βαρεία χρόνια εξάρτηση. Οι αλλαγές αυτές μπορούν να θεωρηθούν υπό το πρίσμα της αλλόστασης.<sup>65</sup> Ο οργανισμός αρχικά προσπαθεί να εξουδετερώσει τις επιδράσεις της ουσίας, κινητοποιώντας ομοιοστατικούς μηχανισμούς και προκαλώντας κατά την προσπάθεια αυτή το φαινόμενο της ανοχής. Με την παρατεταμένη επαναληπτική χρήση όμως, ο οργανισμός αντιδρά αξιοποιώντας τις πλαστικές ιδιότητες του νευρικού συστήματος, τροποποιώντας το βιολογικό υπόστρωμα και ενσωματώνοντας την σχεδόν αδιάλειπτη παρουσία της ουσίας στον τρόπο λειτουργίας του, με αποτέλεσμα μία παθολογική φυσιολογία κατά την οποία προκύπτει στέρηση επί απόσυρσης της ουσίας.

Με άλλα λόγια, αφού με την επαναληπτική χρήση δεν δίνονται άλλα περιθώρια, η αλλόσταση αντικαθιστά την ομοιόσταση και ο οργανισμός μαθαίνει να ζει με την ουσία.<sup>66</sup>

Ουσιαστικά, δεν υπάρχει σχετική έρευνα κατά την οποία να μην ανευρίσκονται σταθερές νευροβιολογικές ή νευροανατομικές διαφορές μεταξύ των εγκεφάλων των εξαρτημένων ατόμων και των υγιών ομάδων ελέγχου, δηλαδή οι σταθερές ανατομικές αλλοιώσεις που απαιτούνται για τον ορισμό της εξάρτησης ως ασθένειας. Θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε οποιαδήποτε από αυτές τις έρευνες και ειδικά εκείνες που δείχνουν μειωμένο εγκεφαλικό μεταβολισμό<sup>67-70</sup> για να ορίσουμε την εξάρτηση ως ασθένεια, κατ' αναλογία με τον ορισμό της καρδιακής ανεπάρκειας ως ασθένειας, κατόπιν απόδειξης του ελαττωμένου μεταβολισμού του μυοκαρδίου.<sup>71</sup> Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η αποτύπωση της ακατανίκητης επιθυμίας χρήσης της ουσίας των εξαρτημένων ατόμων, η οποία φαίνεται να προκύπτει ασυνείδητα και αυτοματικά κατόπιν –ακόμη και υποουδικής για την αντίληψη- έκθεσης σε σχετικό ερέθισμα.<sup>72-74</sup>

Έτσι, ως μία νοσηρή οντότητα που χαρακτηρίζεται από ταυτοποιήσιμη ομάδα σημείων και συμπτωμάτων και σταθερές ανατομικές αλλοιώσεις, **η εξάρτηση μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια**, ακόμη και επί απουσίας αναγνωρισμένου αιτιολογικού παράγοντα (χωρίς να παραβλέπουμε το πλήθος παραγόντων κινδύνου που χαρακτηρίζει και άλλες ασθένειες ή σύνδρομα για τα οποία δεν έχει αναγνωρισθεί ένας και μόνο αιτιολογικός παράγων).

Οι λειτουργικές και ανατομικές διαφορές του εγκεφάλου των εξαρτημένων ατόμων αναγνωρίζονται σε αρκετές διαφορετικές περιοχές, οι οποίες φαίνεται πως σχετίζονται με διαφορετικές πτυχές του φαινομένου της εξάρτησης, κεντρικό ωστόσο ρόλο διαδραματίζει πάντοτε το ντοπαμινεργικό «κύκλωμα ανταμοιβής».<sup>75</sup> Η ανακάλυψή του συμπλήρωσε ήδη περισσότερο από μισό αιώνα,<sup>76-79</sup>

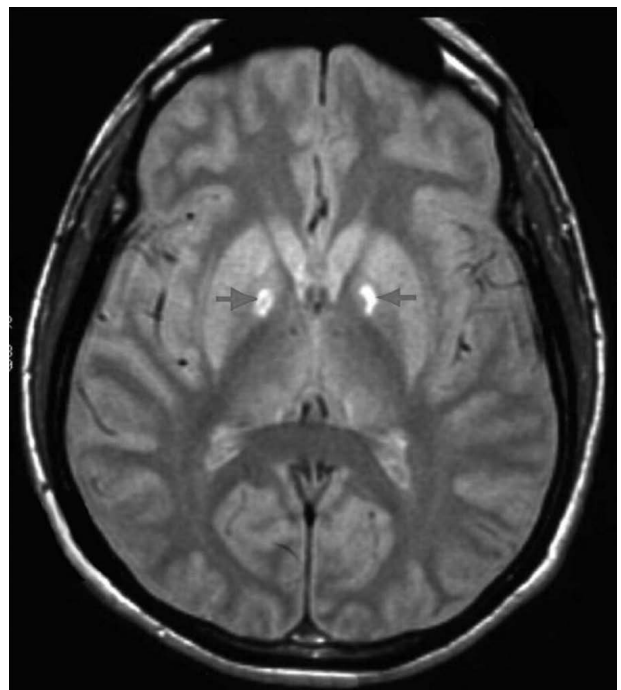


Πηγή: *National Institute on Drug Abuse, NIH, από τα εργαστήρια των Dr N. Volkow και H Schelbert*

ενώ και η λειτουργία του στον άνθρωπο έχει εδραιωθεί.<sup>80</sup> Η αμφίπλευρη καταστροφή της ωχράς σφαίρας (η οποία μεσολαβεί σε μία αναδραστική οδό μεταξύ επικλινούς πυρήνα και κοιλιακής καλυπτρικής περιοχής) προκάλεσε πλήρη και ανηδονία, με οριστική οικειοθελή διακοπή της χρήσης των ψυχοδραστικών σε μία περίπτωση,<sup>81</sup> διαλύοντας κάθε αμφιβολία για τον ουσιώδη ρόλο του κύκλωματος στη ρύθμιση των κινήτρων μέσω της αρχής της ηδονής, *Lustprinzip* κατά τον S. Freud.<sup>82</sup> Το κύκλωμα αυτό ανήκει στο μεταχιαμικό σύστημα του εγκεφάλου, τον παλαιόφλοιό,<sup>83</sup> οι λειτουργίες του οποίου είναι εν γένει αυτοματικές και ασυνείδητες.

Το κύκλωμα κοιλιακής καλυπτρικής περιοχής, επικλινούς πυρήνα και κοιλιακής ωχράς σφαίρας λειτουργεί σε συνδυασμό με άλλες περιοχές του εγκεφάλου, όπως τον προμετωπιαίο φλοιό, την πρόσθια έλικα του προσαγωγίου, τον κογχομετωπιαίο φλοιό, τον υποτυλώδη φλοιό (συνειδητές περιοχές του νεοφλοιού, οι οποίες ρυθμίζουν τις ενορμήσεις ασκώντας εν γένει ανασταλτικό έλεγχο στο κύκλωμα), καθώς και τον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή που το τροφοδοτούν με μνημονικές καταγραφές για την ταξινόμηση

και σημασιοδότηση ενός εξωγενούς ερεθίσματος.<sup>85</sup> Έτσι, αν και οι μηχανισμοί της ηδονής είναι ασυνείδητοι, λαμβάνουν βουλευτικό έλεγχο από ανώτερες συνειδητές περιοχές και θα μπορούσε να υποθέσει κανείς πως η άρση



*MRI Εγκεφάλου του, 33χρονου το 2006, Mr A, όπου φαίνονται οι βλάβες στην ωχρά σφαίρα, άμφω. Πηγή: <http://scienceblogs.com/purepedantry/2006/07/09/selective-brain-lesion-results/>*

της αναστολής επί ενός ερεθίσματος που θα μπορούσε να οδηγήσει στη χρήση είναι οικειοθελής επιλογή.

Ωστόσο φαίνεται πως και σε αυτήν την περίπτωση ο εγκέφαλος των εξαρτημένων ατόμων λειτουργεί διαφορετικά, με τις ασυνείδητες περιοχές να υπερλειτουργούν εις βάρος των συνειδητών προκαλώντας μια συμπεριφορά που γίνεται αντιληπτή ως παρορμητική επιδίωξη της μέγιστης ικανοποίησης, αδιαφορώντας για τις δυσμενείς επιπτώσεις, η πιθανότητα των οποίων αναστέλλει τα υγιή άτομα,<sup>86-87</sup> μια κατάσταση που περιγράφεται και ως υπερίσχυση του αντιδραστικού συστήματος ανταμοιβής (το οποίο περιλαμβάνει την αμυγδαλή, έναντι του ανακλαστικού (το οποίο περιλαμβάνει τις φλοιώδεις περιοχές) στους εξαρτημένους, ακριβώς αντίστροφα από την λειτουργία τους επί υγιών ατόμων.<sup>88</sup> Υπάρχουν επίσης αποδείξεις διαταραχής στην επίγνωση του εαυτού (ενόραση), συμπεριλαμβάνοντας την ικανότητα αναγνώρισης εσωτερικών ψυχικών καταστάσεων, όπως είναι τα συναισθήματα, επιθυμίες, ικανότητες, που θέτουν σοβαρές αμφιβολίες για το κατά πόσο οικειοθελής μπορεί να είναι η συνέχιση της χρήσης.<sup>89</sup>

Με άλλα λόγια, το ήδη εξαρτημένο άτομο αντιδρά στα ερεθίσματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών με τρόπο που μπορεί να θεωρηθεί παρορμητικός, μηχανικός, αυθόρμητος, αυτόματος και ασυνείδητος, άρα όχι οικειοθελής. Αυτό φυσικά συμβαίνει όταν έχει ήδη εγκατασταθεί η εξάρτηση. Η αρχική (ιατρική, πειραματική ή και ψυχαγωγική) χρήση και κατόπιν η περιστασιακή χρήση, η οποία συνήθως πυκνώνει σταδιακά κάτω από την πίεση του φαινομένου της ανοχής για μετατραπεί σε τακτική, βουλιμική ή και επικίνδυνη κατάχρηση, οδηγώντας στον εθισμό και την εξάρτηση, δεν είναι οικειοθελής; Ως προς την ιατρογενή χρήση τουλάχιστον, αυτή προφανώς και δεν είναι δυνατόν να θεωρείται οικειοθελής. Και αυτή όμως η πειραματική και ψυ-

χαγωγική χρήση λαμβάνει χώρα σε ιδιαίτερες ψυχοκοινωνικές συνθήκες και κάτω από την πίεση των ομοτίμων, με τέτοιον τρόπο που θα πρέπει να αναλυθεί διεξοδικά πριν αποδοθεί συνειδητός καταλογισμός στο άτομο που την ξεκινά. Το ίδιο το φαινόμενο της ανοχής, το οποίο συνεισφέρει ισχυρά στην κλιμάκωση της χρήσης προς την κατάχρηση μιας ουσίας, αλλά και την προσθήκη νέων ουσιών στο μενού, είναι ασυνείδητο, δημιουργώντας ερωτηματικά για το κατά πόσο η συναφής συμπεριφορά υπόκειται σε βουλευτικό έλεγχο. Η αναφερόμενη ως «καμπύλη του Jellinek»,<sup>90</sup> υπονοεί πως το πέρασμα από το ένα στάδιο προς το άλλο είναι αυτόματο και μη οικειοθελές, ενώ νεότερες μελέτες προσπαθούν να τεκμηριώσουν τους υποκείμενους μηχανισμούς που εξωθούν ένα άτομο αρχικά σε χρήση, κατόπιν σε κλιμάκωση και, τέλος, σε απώλεια του ελέγχου.<sup>91</sup>

Ωστόσο, ας προσέξουμε πότε ακριβώς ξεκινά αυτή η πειραματική ή ψυχαγωγική χρήση. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, ήδη στην ηλικία των 16 ετών, το 66.2% των Ελλήνων έχει ήδη δοκιμάσει αλκοόλ και το 10.2% μία τουλάχιστον παράνομη ψυχοδραστική ουσία.<sup>92</sup> Τα ποσοστά είναι παρόμοια σε όλον τον δυτικό κόσμο. Για παράδειγμα, 11.2% έχει δοκιμάσει ήδη μία τουλάχιστον παράνομη ψυχοδραστική ουσία στην ηλικία των 16-17 ετών στις ΗΠΑ, 8% στην ηλικία των 14-15 και 2.9% στην ηλικία των 12-13 ετών, με το 90% των χρηστών νομίμων και παρανόμων ουσιών να έχουν ξεκινήσει τη χρήση πριν την ηλικία των 18 ετών,<sup>93</sup> ηλικία η οποία στις χώρες αυτές θεωρείται το νομικό όριο ενηλικίωσης, όπως ακριβώς συμβαίνει και στην Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο 127 του Αστικού Κώδικα.<sup>94</sup> Άρα, η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών ξεκινά τη χρήση πριν την ηλικία του πλήρους καταλογισμού των πράξεών της και προοδεύοντας προς την ενηλικίωση μεγάλο μέρος αυτών εξαρτάται,<sup>95</sup> καθώς εγκαθίστανται τα φαινόμενα της

αλλόστασης που περιγράψαμε παραπάνω, κατόπιν των οποίων επέρχεται απώλεια του βουλητικού ελέγχου.

Φυσικά, ο νομικός ορισμός της ενηλικίωσης δεν συμβαδίζει απαραίτητως με την υφιστάμενη πραγματικότητα, ιδίως στο σύγχρονο υπερπροστατευτικό περιβάλλον με τη παρατεταμένη εκπαιδευτική περίοδο και την καθυστερημένη είσοδο στην αγορά εργασίας. Επειδή όμως τα φαινόμενα αυτά είναι ευμετάβλητα και σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και την ιδιοκουλτούρα, είναι προτιμότερο να εστιάσουμε στο πότε ωριμάζει βιολογικά ο οργανισμός και συγκεκριμένα ο ίδιος ο εγκέφαλος. Η διαδικασία αυτή, η οποία φαίνεται πως σχετίζεται με την μυελίνωση και την ανάπτυξη συνάψεων που συνδέουν τα διάφορα λειτουργικά συστήματα του εγκεφάλου, αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζεται και μετά την ηλικία των 21 ετών, με διάφορες περιοχές του μετωπιαίου φλοιού (και ιδίως τον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό που σχετίζεται με την αναλυτική σκέψη και τις εκτελεστικές λειτουργίες) να ωριμάζουν τελευταίες και πάντοτε αργότερα από τις φυλογενετικά αρχαιότερες περιοχές.<sup>96</sup> Σε αυτές τις φυλογενετικά αρχαιότερες περιοχές ανήκει και το μεταχιακό σύστημα (του οποίου η ωρίμανση αρχίζει ήδη από την ηλικία των 10-12 ετών) και έτσι εξηγείται σε μεγάλο βαθμό η συμπεριφορά του εφήβου, ο οποίος λαμβάνει συνήθως παρορμητικές αποφάσεις με συναισθηματικά κίνητρα και εκφράζει ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, που συχνά δεν μπορεί να εξηγήσει πλήρως (αφού πηγάζει από ασυνείδητες λειτουργίες) και την οποία αδυνατούν να αναστείλουν οι ακόμη ανώριμες φλοιώδεις εγκεφαλικές περιοχές.<sup>97-100</sup> Ανάλογα φαινόμενα έχουν τεκμηριωθεί και σε πειραματόζωα.<sup>101-104</sup>

Άλλωστε, οι ίδιοι οι έφηβοι ουδέποτε αναφέρουν πως δοκιμάζουν νόμιμες ή παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες με σκοπό να εξαρτηθούν. Συνήθως αναφέρουν πως το κά-

νουν για να νιώσουν καλά, για να νιώσουν καλύτερα, για να αποδώσουν καλύτερα ή από περιέργεια και μιμητισμό.<sup>105</sup> Εφόσον η πρόθεση δεν είναι η εξάρτηση αλλά μάλλον τα βραχυπρόθεσμα φαινόμενα θετικής ενίσχυσης, οι προσδοκίες για τα οποία αρχικά επιβεβαιώνονται άριστα, πως μπορεί να θεωρείται η εξάρτηση αποτέλεσμα επιλογής;

Ακόμη και για το 10% των περιπτώσεων που η χρήση ξεκινά μετά την ηλικία των 18 ετών και αν υποθέσουμε πως στην ηλικία που αυτή ξεκινά έχει ήδη ολοκληρωθεί η ωρίμανση του εγκεφάλου (κάτι που φαίνεται να συμβαίνει μεταξύ 21 και 25 ετών για την πλειοψηφία των περιπτώσεων), η υψηλή συσχέτιση ψυχιατρικών διαταραχών, ορισμένες εκ των οποίων ελαττώνουν την δικαιοπραξία και τον καταλογισμό, με τις διαταραχές χρήσης ουσιών, θέτει αμφιβολίες για το κατά πόσον η έναρξη χρήσης ουσιών είναι οικειοθελής πράξη ακόμη και μετά την ενηλικίωση.<sup>106-109</sup>

Επιστρέφοντας, τέλος, στους αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου για την εξάρτηση, είναι εμφανές πως η συντριπτική πλειοψηφία αυτών δεν υπόκειται σε βουλητικό έλεγχο. Για παράδειγμα, δεν είναι δυνατό να επιλέξει κανείς το γενετικό του υλικό, το φύλλο του, τους γονείς του και τον τρόπο ανατροφής του, την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και τη διαμονή του στην παιδική τουλάχιστον ηλικία και την εφηβεία και τις περισσότερες ψυχικές ασθένειες, ενώ ελάχιστα πράγματα μπορεί να κάνει ένα παιδί για να αποφύγει την παραμέληση, την κακοποίηση, τα ψυχικά τραύματα και το εν γένει stress που του προκαλείται από το περιβάλλον. Εφόσον δεν αποτελούν προϊόν επιλογής μας οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου, πως μπορεί κανείς να πει πως είναι σκόπιμη η χρήση στην οποία εκείνοι ακουσίως συνεισφέρουν ή μας οδηγούν;

Συμπερασματικά και λαμβάνοντας υπ' όψη όλα τα προαναφερθέντα, πιστεύουμε πως η αντίληψη της εξάρτησης ως ασθένειας,



η οποία προκαλείται, μέσω μιας σειράς βιολογικών μηχανισμών, κατόπιν πρώιμης και εκ των υστέρων κρινόμενης ως λανθασμένης επιλογής, σε ηλικία ή κατάσταση ελαττωμένου καταλογισμού, είναι σήμερα επαρκώς τεκμηριωμένη.

### Βιβλιογραφία

1. Lopez-Quintero C, de los Cobo JP, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, Blanco C. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)\*. *Drug Alcohol Depend.* 2011, **115**: 120–130.
2. Shah A, Hayes CJ, Martin BC. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use - United States, 2006–2015. *Weekly / March 17, 2017*, **66**: 265–269
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC, 2000.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, 2013.
5. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Nonserial Publication, 1992.
6. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2018.
7. Τούντας Γ. Νόσος- Αρρώστια- Ασθένεια, 2002, <http://neaigeia.gr/page.asp?p=609>
8. Stedman's Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing, 7th Edition. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
9. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 1948.
10. Wilson B. Alcoholics Anonymous Big Book (1939), 4th edition, 2001.
11. Jellinek EM. The Disease Concept of Alcoholism, New Haven: Hillhouse, 1960.
12. Dole VP, Nyswander ME. Heroin addiction—A metabolic disease. *Arch Intern Med.* **120**:19–24, 1967.
13. Kain JH. On Intemperance Considered as a Disease and Susceptible of Cure. *Am J Med Sci.* **2**:291-295, 1828.
14. Huss Magnus. Alcoholismus Chronicus, 1849.
15. Foote GF. Inebriety and Opium Eating: In Both Cases a Disease. Method of Treatment and Conditions of Success. Portland, Maine, 1877.
16. Brownson WG. The disease theory of intemperance. *Proc Conn Med Soc.* **4**:60-72, 1890.
17. Enfield A. Alcoholism. A Disease. *J Am Med Ass.* **18**:287-289, 1892.
18. Keeley L. Drunkenness, a curable disease. *Am J Polit.* **1**:27-43, 1892.
19. Crothers TD. The Disease of Inebriety from Alcohol, Opium and Other Narcotic Drugs, 1893.
20. Mattison J, Modern and humane treatment of morphine disease. *Med Rec.* **44**:804-806, 1893.
21. Taylor C. Alcoholism: The treatment and cure of the disease. *Therapy Gazette.* **10**:238-240, 1894.
22. Bishop E. Narcotic addiction - A systemic disease, *J Am Med Ass.* February 8, 1913.
23. Laase CF. Practical application of the Facts of Narcotic Addiction Disease. *Medical Record*, August 9, 1919.
24. Towns C. Drug and Alcohol Sickness. New York: M.M. Barbour Company. In Grob G (ed.), 1981. The Medical Professions and Drug Addiction. New York: Arno Press, 1932.
25. White W. The Combined addiction disease chronologies of William White, Ernest Kurtz, and Caroline Acker, <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2001Addiction%20as%20Disease%20Chronology.pdf>.
26. Αριστοτέλης, Συμπόσιον ή Περί Μέθης, σε Περί μέθης. Περί αρετών και κακιών. Περί κόσμου. Αθήνα: Ζήτρος, 2006.
27. Σενέκας, Επιστολές στον Λουκίλιο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1996.
28. Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism, The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition

- and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. *J Am Med Ass.* **268**:1012-1214, 1992.
29. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science.* **278**:45-47, 1997.
  30. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D. Addiction Circuitry in the Human Brain. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* **52**:321-336, 2012.
  31. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains and Behavior, The Science of Addiction, NIH, 4th revision, 2014.
  32. Fingarette H. Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease. Berkeley: University of California Press, 1988.
  33. Schaler JA. Addiction Is a Choice. Chicago: Open Court Publishing, 2002.
  34. Heyman GM. Addiction: A Disorder of Choice. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2009.
  35. Lewis M. The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease. Public Affairs Ed, 2016.
  36. Levy N. Addiction is not a brain disease (and it matters). *Front Psychiatry.* **4**:24, 2013. doi: 10.3389/fpsy.2013.00024
  37. Pickard H, Serge AH, Foddy B. Alternative Models of Addiction, *Frontiers in Psychiatry*, 2015. doi: 10.3389/fpsy.2015.00020
  38. Meyer A. The Collected Papers of Adolf Meyer, Baltimore: John Hopkins University Press, 1952.
  39. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat.* **137**:535-544, 1980.
  40. Verebey K, Gold MS. From coca leaves to crack: the effects of dose and routes of administration in abuse liability. *Psychiatr Ann.* **18**:513-520, 1988.
  41. Hawkins J, Catalano R, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav.* **27**:951-76, 2002.
  42. Ruiz P, Strain E (eds). Lowinson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Fifth Edition. NY: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
  43. National Institute on Drug Abuse (NIDA). A research-based guide for parents, educators and community leaders. 2nd ed. Bethesda, Maryland: NIDA; 2010.
  44. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains and Behavior, The Science of Addiction, NIH, 4th revision, 2014.
  45. Chakravarthy B, Shah S, Lotfipour S. Adolescent drug abuse - Awareness and prevention. *Ind J Med Res.* **137**:1021-1023, 2013.
  46. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science.* **297**: 851-854, 2002.
  47. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addiction: uncovering the genes. *Nat Rev Genet.* **6**:521-532, 2005.
  48. Koob GF. A role for brain stress systems in addiction. *Neuron.* **59**:11-34, 2008.
  49. Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Phil Trans R Soc B.* **363**:3125-3135, 2008.
  50. Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiat.* **65**:674-682, 2008.
  51. Anton RF, Oroszi G, O'Malley S, Couper D, Swift R, Pettinati H, et al. An evaluation of  $\mu$ -opioid receptor (OPRM1) I as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiat.* **65**:135-144, 2008.
  52. Bevilacqua L, Goldman D. Genes and Addictions, *Clin Pharmacol Ther.* **85**:359-361, 2009.
  53. Reed B, Butelman ER, Yuferov V, Randesi M, Kreek MJ. Genetics of opiate addiction, *Curr Psychiatry Rep.* **16**:504, 2014.
  54. Szalavitz M. Genetics: No more addictive personality. *Nature.* **522**:S48-9, 2015.
  55. Egervari G, Ciccocioppo R, Jentsch JD, Hurd YL. Shaping vulnerability to addiction - the contribution of behavior, neural circuits and molecular mechanisms, *Neurosci Biobehav Rev.* **85**:117-125, 2017.
  56. Grant JD, Agrawal A, Bucholz KK, et al. Alcohol consumption indices of genetic risk for alcohol dependence. *Biol Psychiat.* **66**:795-800, 2009.
  57. Boomsma DI, de Geus EJ, van Baal GC, Koopmans JR. A religious upbringing

- reduces the influence of genetic factors on disinhibition: evidence for interaction between genotype and environment on personality. *Twin Res.* **2**:115-125, 1999.
58. Kendler KS, Thornton LM, Pedersen NL. Tobacco Consumption in Swedish Twins Reared Apart and Reared Together. *Arch Gen Psychiat.* **57**:886-892, 2000.
  59. Dick DM, Aliev F, Krueger RF, et al. Genome-wide association study of conduct disorder symptomatology, *Mol Psychiatry.* **6**:800-808, 2011.
  60. Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiat.* **65**:674-682, 2008.
  61. Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intention, *Am J Psychiat.* **160**:636-645, 2003.
  62. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, 2013.
  63. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC, 2000.
  64. Hasin DS, O'Brien, Auriacombe M, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and rationale, *Am J Psychiat.* **170**:834-851, 2013.
  65. Sterling P, Eyer J. "Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology". In Fisher S, Reason JT (eds). *Handbook of life stress, cognition, and health.* Chicester, NY: Wiley, 1988
  66. Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis, *Neuropsychopharmacology.* **24**(2):97-129, 2001.
  67. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, et al. Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers, *Synapse.* **14**:169-177, 1993.
  68. Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP. Limbic Activation During Cue-Induced Cocaine Craving. *Am J Psychiat.* **156**:11-18, 1999.
  69. Fowler JS, Volkow ND, Kassed CA, Chang L. Imaging the addicted human brain. *Sci Pract Perspect.* **3**:4-16, 2007.
  70. Volkow ND, Fowler JS, Wang CJ, Baler R, Telang F. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction, *Neuropharmacology.* **56**(Suppl 1): 3-8, 2009.
  71. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Drugs, Brains and Behavior, The Science of Addiction,* NIH, 4th revision, 2014.
  72. Garavan H, Pankiewicz J, Bloom A, et al. Cue-induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli. *Am J Psychiatry.* **157**:1789-1798, 2000.
  73. Adinoff B. Neurobiologic processes in drug reward and addiction, *Harv Rev Psychiat.* **12**:305-32, 2004.
  74. Childress AR, Ehrman RN, Wang Z, et al. Prelude to passion: limbic activation by "unseen" drug and sexual cues, *PLoS One.* Jan 30, 3(1), 2008.
  75. Ruiz P, Strain E (eds). *Lowinson and Ruiz's Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Fifth Edition.* NY: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
  76. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol.* **47**:419-427, 1954.
  77. Heath RG. Electrical self-stimulation of the brain in man. *Am J Psychiat.* **120**:571-577, 1963.
  78. Heath RG. Pleasure and brain activity in man. Deep and surface electroencephalograms during orgasm. *J Nerv Ment Dis.* **154**:3-18, 1972.
  79. Gardner EL. What we have learned about addiction from animal models of drug self-administration. *Am J Addict.* **9**:285-313, 2000.
  80. Dackis C, O'Brien C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. *Nat Neurosci.* **8**:1431-1436, 2005.
  81. Miller JM, Vorel SR, Tranguch AJ, Kenny ET, Mazzoni P, van Gorp WG, Kleber HD. Anhedonia after a selective bilateral lesion of the globus pallidus. *Am J Psychiat.* **163**:786-788, 2006.
  82. Carlson NR, Heth, CD. *Psychology - the science*

- of behaviour. Pearson Education Canada, 2007.
83. MacLean PD, The triune Brain in Evolution, 1960, NY: Springer, 1990 Edition.
  84. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D. Addiction circuitry in the human brain. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* **52**:321-336, 2012.
  85. Martin EM, Bechara A. Decision-making and drug of choice in substance-dependent individuals: A preliminary report. *Biol Psychiat.* **53**:97S-97S, 2003.
  86. Volkow ND, Fowler JS, Wang G. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology.* **47**(Suppl 1):3-13, 2004.
  87. Gupta P, Kosciak TP, Bechara A, Tranel D. The amygdala and decision making, *Neuropsychologia.* **49**:760-766, 2011.
  88. Srahl S, Stahl's Essential Psychopharmacology, Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition. NY: Cambridge University Press, 2013.
  89. Goldstein RZ, Craig AD, Bechara A, Garavan H, Childress AR, et al. The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci.* **13**:372-380, 2009.
  90. Swegan WE, The Psychology of Alcoholism, Hindsfoot/iUniverse, 2011.
  91. Piazza PV, Deroche-Gamonet V, A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology (Berl).* **229**:387-413, 2013.
  92. Κοκκέβη Α και συν, Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2016.
  93. SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
  94. Αστικός Κώδικας, Άρθρο 127, 23.02.1946, Δικαιοπρακτική Ικανότητα, όπως αντικαταστάθηκε από 18.02.1983 με το άρθρο 3 Ν. 1329/1983 (ΦΕΚ Α' 25).
  95. Belcher HM, Shinitzky HE, Substance abuse in children: prediction, protection and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **152**:952-960, 1998.
  96. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood, *Proc Natl Acad Sci U S A.* **101**:8174-8179, 2004.
  97. Winters KC, Arria A. Adolescent Brain Development and Drugs. *Prev Res.* **18**:21-24, 2011.
  98. Mills KL, Goddings AL, Clasen LS, Giedd JN, Blakemore SJ. The developmental mismatch in structural brain maturation during adolescence. *Dev Neurosci.* **36**:147-160, 2014.
  99. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains and Behavior, The Science of Addiction, NIH, 4th revision, 2014.
  100. Giedd J. The Amazing Teen Brain A mismatch in the maturation of brain networks leaves adolescents open to risky behavior but also allows for leaps in cognition and adaptability. *Scientific American*, 2016.
  101. Collins SL, Izenwasser S. Cocaine differentially alters behavior and neurochemistry in periadolescent versus adult rats. *Brain Res Dev Brain Res.* **138**:27-34, 2002.
  102. Levin ED, Rezvani AH, Montoya D, Rose JE, Swartzwelder HS. Adolescent-onset nicotine self-administration modeled in female rats. *Psychopharmacology (Berl).* **169**:141-149, 2003.
  103. Collins SL, Izenwasser S. Chronic nicotine differentially alters cocaine-induced locomotor activity in adolescent vs. adult male and female rats. *Neuropharmacology.* **46**:349-362, 2004.
  104. Schramm-Sapyta NL, Walker QD, Caster JM, Levin ED, Kuhn CM, Are adolescents more vulnerable to drug addiction than adults? Evidence from animal models. *Psychopharmacology (Berl).* **206**:1-21, 2009.
  105. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains and Behavior, The Science of Addiction, NIH, 4th revision, 2014.

106. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and Mental Illness. A Population-Based Prevalence Study. *JAMA*. **284**:2606-2610, 2000.
107. Conway et al. Alcohol Alert 70, October 2006, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2006.
108. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC. Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. **105**:1117-1128, 2010.
109. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Comorbidity: Addiction and other Mental Illnesses, Research Report Series, 2008, revised 2010.





## Δημόσια υγεία και περιορισμοί της απόλαυσης

Γεράσιμος Παπαναστασάτος

Κοινωνιολόγος – Εγκληματολόγος,  
Υπεύθυνος Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ

**Τ**ο παρόν κείμενο διαπραγματεύεται εκ παραλλήλου τρεις έννοιες αναζητώντας την αλληλεπίδραση που ασκούν μεταξύ τους και που έχουν σημαντικό ρόλο στην οργάνωση της καθημερινότητας μας και την κοινωνική ζωή.

Οι τρεις έννοιες που τίθενται στη συζήτηση, δημόσια υγεία, κατανάλωση και απόλαυση, θα μπορούσαν να θεωρηθούν και ως εξαιρετικά ανόμοια πεδία συστηματικής οργάνωσης. Η κατανάλωση, για παράδειγμα, αναφέρεται συχνά και γίνεται αντιληπτή ως μια συμπεριφορά στο πλαίσιο της οικονομικής οργάνωσης ή συστήματος. Δεδομένου, ωστόσο, ότι το σύγχρονο παράδειγμα οικονομίας, που κυριαρχεί εδώ και αιώνες στο δυτικό πολιτισμό θεμελιώνεται στην κατανάλωση, φαίνεται να καθορίζει την οικονομία ως θεωρητικό σύστημα<sup>1</sup>. Από την άλλη οι τρεις έννοιες συνδέονται μεταξύ τους ως αλληλένδετη ακολουθία υπηρετώντας κατά περίπτωση η μια την άλλη. Η κατανάλωση, γενικευμένα, νομιμοποιείται ως μέσο για την απόλαυση, η απόλαυση εξαρτάται από την οργάνωση της δημόσιας υγείας, αλλά, επίσης, η κατανάλωση καθορίζει συχνά τις πολιτικές υγείας. Επιπλέον, και οι τρεις αυτές έννοιες διατέμνονται ως πεδία υλοποίησης πολιτικών από το ζήτημα που αποτελεί την κεντρική αφορμή των αναζητήσεων της

πρόσκλησης του διαλόγου που βρίσκεται σε εξέλιξη και σήμερα διαπραγματευόμαστε. Ο καθένας από τη θέση του.

Η δημόσια υγεία (ΔΥ) είναι ένα συλλογικό αγαθό και η ενίσχυσή του αποτελεί κρίσιμο μέγεθος των σύγχρονων δημοκρατικών κοινωνιών. Στο όνομα της δημόσιας υγείας, ωστόσο, συχνά οικοδομούνται κατασκευάσματα προφάσεων που με προσχηματικά επιχειρήματα στοχεύουν στη συστηματική χειραγώγηση συμπεριφορών μέσω των μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου.

Στην εισαγωγική επεξήγηση είναι σημαντικό να διαχωριστεί η υγεία από τη δημόσια υγεία υπό την έννοια ότι ο όρος υγεία φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με τον ιατρικό έλεγχο και την ιατρική παρέμβαση, ενώ η δημόσια υγεία αποτελεί μια ευρύτερη σύνθεση παραγόντων και αναγκών ρύθμισης. Προκύπτει, επομένως από τις πολιτικές αναδιανομής και βελτίωσης για παράδειγμα των υποδομών, κυρίως στην κατοικία και την υγιεινή.

Οι ρίζες απαρχής της συγκρότησης πολιτικών της ΔΥ χρειάζεται να αναζητηθούν στο Μεσαίωνα και την εποχή μετά το Διαφωτισμό. Η προσπάθεια οργάνωσης του κράτους και η πρώιμη προσπάθεια δόμησης ως διαδικασία, αναδεικνύει ανάγκες κατανόησης αυτής της εξέλιξης σε επίπεδο πολιτικής, αλλά και πρα-

κτικών. Το θεμελιώδες πεδίο που εδράζει ο διάλογος για τη ΔΥ, ως εκ τούτου, προϋποθέτει την παραδοχή του πρωτογενούς αξιώματος που συνδέεται με το «θεμελιακό αίτημα» των επαγγελματιών ΔΥ: «η ορθή επιλογή είναι αυτή που παράγει το μεγαλύτερο κέρδος» ή, με περισσότερο συγγενή διατύπωση στη ΔΥ, *ό,τι περιορίζει περισσότερο την επίπτωση μιας ασθένειας*<sup>2</sup>. Δεν είναι έκπληξη η αναγωγή αυτού του αξιώματος στην αντίληψη που ανέπτυξε ο Bentham για την επίπτωση των αποφάσεων στο ευ ζην για όσο περισσότερους, αλλιώς «περισσότερη ευτυχία για περισσότερους»<sup>3</sup>, ό,τι ορίζεται δηλαδή ωφέλεια, και ως διαδικασία ωφελιμισμός που επικεντρώνεται στον «ηδονικό υπολογισμό» για την προστιθέμενη αξία που έχει η σχέση ανάμεσα στην απόλαυση και τον πόνο κάθε δραστηριότητας.

Σ' αυτό έγκειται ιστορικά η τοποθέτηση της «γέννησης της βιοπολιτικής», όπως την ονομάζει ο Foucault, τον νεωτεριστικό τρόπο, δηλαδή, εξορθολογισμού προβλημάτων που έθεταν στη διακυβερνητική πρακτική φαινόμενα που σχετίζονταν με τον πληθυσμό των κοινοτήτων, όπως η υγεία, η υγιεινή, η γεννητικότητα, το προσδόκιμο ζωής με έμφαση στη διαμίκυνση της ζωής. Βασικά διακυβεύματα που τέθηκαν στο κέντρο της πολιτικής και κυρίως οικονομικού παραδείγματος παραγωγής και ανάπτυξης από το 19<sup>ο</sup> αιώνα και συνεχίζουν να αποτελούν μέχρι σήμερα μείζονα ζητήματα της ΔΥ<sup>4</sup>.

Οι περισσότερο αποδεχτές προσπάθειες ορισμού της δημόσιας υγείας φαίνεται να συγκλίνουν στο ότι πρόκειται για «την επιστήμη και τις πρακτικές (science and art) που στοχεύουν στην πρόληψη της νόσου, στην επιμήκυνση της ζωής και την προαγωγή της ανθρώπινης υγείας μέσω οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας». Στον ορισμό αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι είναι κρίσιμη η ενημέρωση, η πληροφορία και η εκπαίδευση για τις επιλογές των κοινωνιών, των οργανισμών ιδιωτικών και δημόσιων, της κοινότητας και των πολιτών. Είναι μάλλον κοινός τόπος πως ο γενικός στρατηγικός

στόχος της δημόσιας υγείας έγκειται περισσότερο στο να εμποδίσει τον υγιή να αρρωστήσει παρά να θεραπεύσει την ασθένεια με μέτρα δύο κατηγοριών που έχουν συγγενείς αφετηρίες και κατεύθυνση: ενέργειες πρόληψης και περιορισμό των ανθυγιεινών συμπεριφορών που εν τέλει βελτιώνουν το συνολικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού<sup>5</sup>.

Η προαναφερόμενη ωστόσο οργάνωση δεν είναι αυτοπροσδιοριζόμενη και αυτονόητη. Προκύπτει, όπως είναι λογικό, από πολιτικές προσέγγισης και φιλοσοφικές αξίες που την οικοδομούν. Δεδομένου ότι η ΔΥ, παρόλο που μπορεί να εστιάζει στον άτομο και την προστασία του, ενδιαφέρεται συνολικότερα για την υγεία του πληθυσμού, καθίστανται περισσότερο πολύπλοκες και αντικρουόμενες θεμελιώδεις αρχές της, όπως η αυτονομία, η αυτοδιάθεση και ο αυτοπροσδιορισμός. Υπό την έννοια αυτή, οι αρχές δεοντολογίας, που διέπουν το πολιτικό πλαίσιο που αναπτύσσεται η οργάνωση της ΔΥ, δεν είναι καθολικές, σταθερές και δεδομένες στο χρόνο και την ιστορία.

Αν και στο ζήτημα αργότερα θα γίνει μια πιο συγκεκριμένη αναφορά ταξινόμησης των προσεγγίσεων από τις οποίες ορίζεται η ΔΥ, είναι δόκιμο να επανέλθει η υπενθύμιση ότι η γένεση και η ανάπτυξη της βιοπολιτικής συνδέεται με δύο κεντρικά πεδία: τη διακυβέρνηση και την αγορά. Διακυβέρνηση και αγορά βρίσκονται σε μια αλληλένδετη σχέση με ζητούμενα τον αυτοπεριορισμό η πρώτη και την αυτορρύθμιση η δεύτερη. Οι διαδικασίες αυτές όμως δεν είναι αυτόματες, προκύπτουν από τη δυναμική εξέλιξης των κοινωνιών. Στην εξέλιξη αυτής της δυναμικής παρατηρείται μια προσπάθεια συστηματικού περιορισμού της ισχύος. Άλλοτε εξαιτίας του «επαναστατικού αξιωματισμού» που επιβάλλει η αναγνώριση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μετά την ίδρυση της κυρίαρχης εξουσίας. Άλλοτε μέσω του «ριζοσπαστικού ωφελιμισμού» που περιορίζει τη διακυβερνητική πρακτική θέτοντας όρια διακυβέρνησης και διεκδικώντας την ανεξαρτησία των ατόμων<sup>4</sup>.

Κρίσιμα, λοιπόν, στοιχεία στη συζήτηση κατανόησης της οργάνωσης της ΔΥ αποτελούν το εύρος της αποδοχής της ισχύος της αρχής που τη σχεδιάζει και την υλοποιεί και η συναίνεση για την εγκαθίδρυση και την επιβολή μέτρων που εντέλει νομιμοποιεί αυτή τη διαδικασία. Τα κρίσιμα αυτά στοιχεία προκύπτουν ως συνισταμένη από τη συνεχή αναμέτρηση δύο κεντρικών στρατηγικών που συνυπάρχουν στην οργάνωση του πλαισίου της ΔΥ: ενέργειες που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας και περιορισμοί της ατομικής ελευθερίας που στοχεύουν στην προστασία της υγείας του πληθυσμού.

Επιπλέον, όμως, δύο αρχές συνυπάρχουν στην ανάπτυξη των πολιτικών της ΔΥ: η προσέγγιση της *προφύλαξης* και το κριτήριο της *αναλογικότητας* στους περιορισμούς της παρέμβασης. Η έννοια της *προφύλαξης* που συνδέεται με την εκτίμηση και τη διαχείριση κινδύνων που συγκεντρώνει στοιχεία απειλής για την υγεία - και όχι μόνο - και σχετίζεται με τη δυναμική αντιμετώπισης κάποιου επιφανόμενου κινδύνου. Για την ενεργοποίηση του μηχανισμού αντιμετώπισης, η ΕΕ απομονώνει πέντε κύρια σημεία που θεωρεί κρίσιμα για την τεκμηρίωση του κάθε πακέτου μέτρων: την επιστημονική αξιολόγηση κινδύνου, αναγνωρίζοντας την αβεβαιότητα που μπορεί να ενυπάρχει και διαχειρίζεται η νέα γνώση, τη δικαιοσύνη και τη σταθερότητα, την αξιολόγηση κόστους και οφέλους, τη διαφάνεια και την αναλογικότητα<sup>5</sup>. Η ενεργοποίηση των μέσων παρέμβασης σχετίζεται, λοιπόν, με την εκτίμηση της σοβαρότητας μιας πιθανής απειλής και το επείγον που υποβάλει, χωρίς να υποβαθμίζεται το γεγονός ότι ένα πρόβλημα μπορεί να χαρακτηρίζεται σοβαρό, αλλά όχι επείγον (που συνήθως συνδέεται με χρόνιες συμπεριφορές, όπως η παχυσαρκία, για παράδειγμα, ή η χρήση ναρκωτικών).

Από την άλλη, είναι σημαντικό για τη νομιμοποίηση της κάθε απόφασης παρέμβασης, η καταλληλότητα της πολιτικής για την αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης να εκτιμάται με κριτήρια *ισορροπίας*,

*χρησιμότητας* και *αναγκαιότητας* για οποιαδήποτε παρέμβαση. Και αυτά τα στοιχεία συγκροτούνται από την αρχή της αναλογικότητας.

Οι δύο αυτές αρχές, που συγκροτούν τη νομιμοποίηση των μέτρων που επιβάλλονται από τις πολιτικές ΔΥ, εγγυώνται ότι λαμβάνεται υπόψη και γίνεται σεβαστή η ατομική επιλογή και η αυτονομία, αν και συχνά οι δύο αυτές έννοιες είναι αντιφατικές υπό το πρίσμα των απαιτήσεων της πολιτικής ΔΥ. Και αυτό γιατί τόσο η ατομική επιλογή όσο και η αυτονομία συχνά επηρεάζονται από παράγοντες που αντιτίθεται στα προαναφερόμενα χαρακτηριστικά ή τις απαιτήσεις της ΔΥ. Οι ανισότητες, που σχετίζονται με την εκπαίδευση, την πρόσβαση, την οικονομική δυνατότητα, την ενημερότητα, την πολιτισμική και κοινωνική ταυτότητα, καθορίζουν πολλαπλώς και διαφορετικά τις συμπεριφορές και τις επιθυμίες των ατόμων. Αυτό συμβαίνει είτε μέσω της υποβολής των μηχανισμών της αγοράς που κατευθύνουν, ή τουλάχιστον το επιδιώκουν, τη μαζική χειραγώγηση συμπεριφορών μέσω, ας πούμε, των στρατηγικών διαφήμισης προϊόντων και υπηρεσιών - παρά τους ρυθμιστικούς κανονισμούς που συχνά επιβάλλονται από την κεντρική διοίκηση - είτε από την πληθώρα επιλογών που διατίθενται. Έτσι, ακόμα και ενημερωμένοι και κριτικοί καταναλωτές παρασύρονται στην επιλογή ικανοποίησης της επιθυμίας που δεν συμπίπτει πάντα με την καλύτερη πιθανή επιλογή.

Έτσι, παρά τη σημαντική ανισότητα στις επιλογές, είναι δύσκολο να γίνει κατανοητός ο περιορισμός που συχνά οι ρυθμίσεις που απορρέουν από τις εφαρμογές στρατηγικών προστασίας της ΔΥ επιβάλλουν, χωρίς μια νέα βασική παράμετρο να προστίθεται στη συζήτηση: την κατανάλωση. Η κατανάλωση νοείται ως η κεφαλαιώδης συμπεριφορά του κυρίαρχου ιστορικά οικονομικού παραδείγματος (ανάγκες, απόλαυση, σεξ, ναρκωτικά, λαιμαργία πρότυπα).

Το μεγαλύτερο μέρος των θεωρητικών της οικονομίας συγκλίνουν στην αντίληψη

της «κυριαρχίας του καταναλωτή» (*consumer sovereignty*) υπό την έννοια ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του καταναλωτή καθορίζουν τη μορφή όλων των οικονομικών δραστηριοτήτων<sup>6</sup>. Με άλλα λόγια, η κατανάλωση είναι ο κύριος σκοπός και στόχος της παραγωγής και η ευημερία του παραγωγού είναι απολύτως εξαρτημένη από την ικανοποίηση του καταναλωτή<sup>7</sup>.

Η εξέλιξη αυτού του οικονομικού παραδείγματος, ωστόσο, καθορίζοντας την παραγωγική διαδικασία και την ιδέα της διαρκούς ανάπτυξης της σύγχρονης οικονομίας, υποστηρίζεται από το ήθος του καταναλωτισμού που αναθέτει δύο ρόλους ταυτόχρονα στο σύγχρονο άνθρωπο: να εστιάζει στην απόλαυση και να διεκδικεί την ικανοποίηση των ατομικών του επιθυμιών<sup>7</sup>. Η διαρκής αναζήτηση εκπλήρωσης του διττού αυτού στόχου διαμορφώνει ένα μεγάλο άγχος που σχετίζεται με τα ίδια τα όρια αυτού του οικονομικού παραδείγματος που σχετίζεται με την κοινωνία των ανισοτήτων. Οι οικονομικές ανισότητες που διακρίνουν τόσο περιοχές του κόσμου όταν η ανάλυση είναι οικουμενική όσο και την κοινωνική διαστρωμάτωση όταν εξετάζεται η δυνατότητα πρόσβασης σε μικροεπίπεδο. Αυτό εξηγείται από το ότι στις ΗΠΑ ένας στους δύο κατοίκους είναι επιβάτης αυτοκινήτου και στην Ευρώπη ένας στους τρεις, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες μετράμε ένα επιβάτη αυτοκινήτου για κάθε 49 κατοίκους<sup>8</sup>. Επιπλέον, οι μελετητές των ανισοτήτων επισημαίνουν ότι μεγαλύτερη ανισότητα μεταξύ περιοχών συνδέεται με αύξηση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας, σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα και αύξηση της παραβατικότητας και της βίας<sup>8</sup>. Η καταναλωτική αυτή συμπεριφορά, διαμορφωμένη από τη δίψα ικανοποίησης της επιθυμίας που εμπεδώνεται ως ανάγκη, είναι ατέρμονη και μάλλον αντιφατική: το ένα τρίτο των συμμετεχόντων με εισόδημα μεταξύ 75.000 και 100.000 δολαρίων (με μέσο κατά κεφαλήν την περίοδο της έρευνας<sup>9</sup> 35.000 δολάρια) στις ΗΠΑ δήλωσαν ότι δεν

είναι ικανοί «να αγοράσουν ό,τι πραγματικά χρειάζονται» και ότι ξόδεψαν «όλα τους τα χρήματα για τις βασικές ανάγκες της ζωής» τους. Το 27% μάλιστα με εισόδημα πάνω από 100.000 δολάρια, επίσης, δήλωσαν ότι αδυνατούν «να αγοράσουν ό,τι πραγματικά χρειάζονται»<sup>10</sup>.

Το πώς διαμορφώνεται η επιθυμία που καθορίζει τελικά την ανάγκη αποτελεί ένα ακόμα ενδιαφέρον πεδίο συζήτησης που ανοίγει πολλά ζητήματα και θέτει ερωτηματικά για τη αλληλεπίδραση παραγόντων σε συμπεριφορές που αφορούν τη σχέση ΔΥ και κατανάλωσης και καθορίζουν τα επίπεδα της απόλαυσης. Πάλι στις ΗΠΑ, η δαπάνη της διαφήμισης υπερβαίνει τη δημόσια δαπάνη (ομοσπονδιακές, πολιτειακές και κοινοτικές) για την αστυνομία, τους φυσικούς πόρους και την ανώτερη εκπαίδευση μαζί. Το 2004, το σύνολο της διαφημιστικής δαπάνης εκτιμήθηκε σε 263 δις δολάρια, που αντιστοιχούν σε 903 δολάρια για κάθε Αμερικανό. Τον ίδιο ο οποίος εκτίθεται σε περίπου 3.000 διαφημιστικά μηνύματα την ημέρα. Είναι προφανές ότι η διαφήμιση συμβάλλει στη διαμόρφωση μοντέλων συμπεριφοράς που συνδέονται με διάφορες διαταραχές: μοντέλα διατροφής, ένδυσης, διασκέδασης, ψυχαγωγίας, «σχετίζεσθαι», προσπορισμού.

Οι προσωπικές επιλογές που καθορίζουν την ατομική συμπεριφορά δεν είναι επομένως κατ' εξοχήν αυτόνομες. Περισσότερο μοιάζουν ως η συνδυασμένη επίπτωση πολλών συνιστωσών που συνθέτουν την εμπέδωση της συμπεριφοράς που εστιάζει στην υγεία και περιλαμβάνουν ατομικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο), είδος κοινωνικής και κοινοτικής δικτύωσης, συνθήκες εργασίας και ζωής και ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες<sup>11</sup>. Αυτοί οι παράγοντες ευθύνονται για την καλούμενη «διαταραχή από τον τρόπο ζωής» (*life style disease*) της οποίας η μελέτη δεν επιτρέπει εφησυχασμό. Ο ΠΟΥ επισημαίνει την αύξηση της επικράτησης του πληθυσμού που αναπτύσσει διαβήτη II, προβάλλοντας το διπλασιασμό των

θανάτων εξαιτίας του το 2030<sup>12</sup>. Ο διαβήτης τύπου II έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις, συνδέεται με την αύξηση της παχυσαρκίας και παρουσιάζεται να «αποτελεί ένα ζήτημα ταπείνωσης των μέτρων για τη δημόσια υγεία»<sup>13</sup>. Η υπερκατανάλωση έρχεται να συμπληρώσει τον τρόπο αναζήτησης, ικανοποίησης και απόλαυσης επιφέροντας σημαντικές αλλαγές στις συλλογικές συμπεριφορές που μπορούν να χαρακτηρισθούν επικίνδυνες.

Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτός ο κίνδυνος συνδέεται μεθοδολογικά με δύο τουλάχιστον προσεγγίσεις που αλληλοσυνδέονται και βαραινούν στο αποτέλεσμα. Η πρώτη, η προσέγγισή «στατιστικής», αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο ως το γινόμενο της πιθανότητας να συμβεί ένα γεγονός πολλαπλασιασμένο με το συντελεστή βαρύτητας των επιπτώσεων που μπορεί να έχει. Η δεύτερη, η προσέγγιση της «κοινωνικής κατασκευής», όπως είναι αναμενόμενο, ορίζει τον κίνδυνο μέσα από την προσωπική/ατομική μεροληψία επικεντρώνοντας σε συγκεκριμένους κινδύνους ή τύπους κινδύνου που τους αξιολογεί σοβαρότερα από ότι άλλους. Αυτό προκύπτει από το πώς οι κοινωνικές ομάδες μπορούν να αποδεχτούν τη σοβαρότητα του κινδύνου ή να τον καταστήσουν μια συνολικά κοινωνικά χαρακτηρισμένη επικίνδυνη κατάσταση.

Στο ενδιάμεσο διάστημα, η ατομική επιλογή, που συχνά μέσω της μοντελοποίησης παίρνει διαστάσεις συλλογικής συμπεριφοράς, δικαιώνει την εξυπηρέτηση της απόλαυσης. Η απόλαυση, ωστόσο, αποτελεί ένα «παράδοξο γιατί μαζί με την ευχαρίστηση, την ικανοποίηση, την εκπλήρωση και τη χαρά παραμένει πηγή σημαντικών διαφωνιών και επίμονης δυσαρέσκειας», όπως υποστηρίζει ο Luik. Η απόλαυση, επισημαίνει, αποτελεί εννοιολογικά μια περίπλοκη σύλληψη που συμπαρασύρει, αν δεν συμπεριλαμβάνει, σημαντικά στοιχεία, όπως το καλό και το κακό, τη φύση του ανθρώπου, τις ρυθμιστικές και κανονιστικές νόρμες των αρχών, τη διάσταση της αλήθειας, τις θρησκευτικές πα-

ραδοχές, τις επιστημονικές συστάσεις· όλα ως περιορισμοί της αυτοδιάθεσης και της ατομικής ελευθερίας<sup>14</sup>. Η απόλαυση, έτσι, δεν αποτελεί μια αυθύπαρκτη έννοια, αυτοπροσδιοριζόμενη. Οφείλει να είναι επιπλέον δίκαιη και αποδεκτή, αφού στην ουσία δεν εκλαμβάνεται ως εγγενής και καθολική υπόσταση. Απαιτεί, ιστορικά, τεκμηρίωση και νομιμοποίηση. Με λίγα λόγια η απόλαυση προαπαιτεί άδεια ικανότητας χρήσης.

Είναι επομένως φανερή η αλληλεπίδραση των εκδοχών της ΔΥ, της κατανάλωσης και της πρόθεσης βίωσης της απόλαυσης. Στη βάση όλων των προηγούμενων προβληματισμών, οι πολιτικές για τη ΔΥ με στόχο την προστασία της υγείας του πολίτη και της κοινότητας, η κατανάλωση ως θεμελιώδης και κυρίαρχη οικονομική συμπεριφορά που σχετίζεται με τη δύναμη διαχείρισης και ικανοποίησης αναγκών αρκετές φορές με πολύ σημαντικές επιπτώσεις (στην υγεία για παράδειγμα, στο περιβάλλον ή και στην κοινωνική συνοχή) και η προσπάθεια βίωσης της απόλαυσης, στο πλαίσιο των ενδεχόμενων περιορισμών που την κάνουν αποδεκτή, διαπλέκονται και αναζητούν μια ισορροπία ρύθμισης που συνθέτει συχνά αντιφατικές ιδέες γνώμες ή πρακτικές.

Η κατανόηση της αλληλεξάρτησης των τριών διαφορετικών νοητικών πεδίων που βρίσκονται σε συζήτηση γίνεται περισσότερο εμφανής, παρόλο που ταυτόχρονα επιβεβαιώνεται η πολυπλοκότητα σύνθεσης μπροστά σε πρακτικές αποφάσεις, με την επίκληση των τριών, κυρίως, συστημάτων σκέψης που επηρεάζουν σημαντικά τη δυναμική οριστικοποίησης των τελικών ρυθμίσεων: την αντίληψη του ωφελιμισμού, το σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και το κοινοτικό συμφέρον. Το κάθε σύστημα σκέψης, αν και όχι απολύτως αμιγές, αφού διακρίνονται σημαντικές αποχρώσεις διαφοροποίησης στην εσωτερική συγκρότηση του καθενός, αντιλαμβάνεται με διαφορετικές προτεραιότητες την αλληλεξάρτηση ΔΥ, κατανάλωσης και απόλαυσης. Η μεν ωφελιμιστική αντίληψη προτείνει την ατομική εμπειρία ως το μοναδι-

κό συντελεστή ορισμού της ευημερίας, αν και εκπρόσωποι της ίδιας αντίληψης αναζητούν περισσότερο αντικειμενικά κριτήρια για να καθορίσουν το ευ ζην. Σε κάθε περίπτωση, η βασική εστίαση, με αρκετές αντιφάσεις, συγκλίνει στην υπερεκτίμηση των επιπτώσεων είτε πρόκειται για την ανάλυση κινδύνου είτε για την υιοθέτηση πρακτικών (είναι σημαντικό το δίλημμα αν θα έχουν πρόσβαση, για παράδειγμα σε πολύ ακριβή θεραπεία βαριά άρρωστοι, ή αν θα χρησιμοποιείται η καραντίνα για τον περιορισμό μιας μεταδοτικής ασθένειας). Η δεύτερη αντίληψη που εστιάζει στα ανθρώπινα δικαιώματα συγκροτείται από το ρεύμα του φιλελευθερισμού που εκτιμά ότι μόνο τα αρνητικά δικαιώματα χρειάζονται προστασία (από τις αρχές) ώστε να είναι εγγυημένη η ατομική ελευθερία και να μην παραβιάζεται η προσωπική επιλογή (βασικές επιλογές πρακτικής ως παραδείγματα είναι η προστασία της περιουσίας, και η άρνηση περιορισμών στη χρήση ουσιών, στην άμβλωση, στην επιβολή κανόνων προστασίας μέσω του κράτους ή της ζώνης ασφαλείας). Και οι δύο αντιλήψεις συγκλίνουν στον ατομικό κόσμο και η αντιπαράθεση που έχουν δεχτεί εστιάζει στο ότι υποτιμούν βασικές παραμέτρους της κοινωνικής οργάνωσης και των αρχών της κοινότητας. Αντίθετα, η τρίτη προσέγγιση βασίζεται στην αρχή ότι κάθε κοινωνία αναπτύσσει τους κανόνες με τους οποίους ρυθμίζει την κοινωνική ζωή και ως εκ τούτου θέτει κανονιστικούς όρους για όσους διαβιούν στο πλαίσιο της με στόχο το κοινό καλό.

Παρόλο που οι βασικές αυτές αντιλήψεις παρουσιάζονται ιδιαίτερα συνοπτικά, γίνεται φανερό το πώς μπορούν να αξιοποιηθούν οικοδομώντας στρατηγικές αντιμετώπισης σοβαρών κινδύνων. Και οι επιλογές που βασίζονται ή προκύπτουν από την κάθε μια είναι, επίσης, φανερό ότι έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στο κανονιστικό πλαίσιο αντίδρασης απέναντι στην κάθε απόκλιση. Από την άρνηση φροντίδας σε κάποιον που έχει ανάγκη, αλλά δεν έχει τα μέσα να την αποκτήσει, μέχρι την καραντίνα και την ποι-

νικοποίηση της κάθε φορά απόκλισης.

Το ζήτημα της κατάχρησης ουσιών, που μπορεί να θεωρηθεί συμπεριφορά που ενέχει κινδύνους, αντιμετωπίζεται, εν προκειμένω, διατέμνοντας τόσο το σύστημα οργάνωσης της ΔΥ, συνδέεται με την κατανάλωση και τους τρόπους που μπορεί να το καθορίσει ως φαινόμενο με προβληματικές διαστάσεις είτε ως μοντέλο για τρόπο ζωής, είτε ως επίπτωση της – ακόμα και αθέλητης – επιλογής υπερχατανάλωσης με αρχικό στόχο την απόλαυση. Τα διλήμματα που συσσωρεύει μπορούν εύκολα να κατηγοριοποιηθούν στις τρεις προσεγγίσεις ανάλυσης που προαναφέρθηκαν, μέσω των οποίων εξηγείται και η συστηματική οργάνωση της αντίδρασης στην προβληματική χρήση. Κοινή συνισταμένη ο γενικευμένος περιορισμός τόσο στο επίπεδο της κατανάλωσης, όσο και της απόλαυσης με στόχο την εξυπηρέτηση της ΔΥ.

Στο δίλημμα ποια είναι η ορθότερη επιλογή πρακτικής ο G. Edwards είναι κρίσιμος σύμμαχος. Το πρόβλημα των ναρκωτικών δεν είναι ένα, ενιαίο, αμιγές και εύκολα περιγράψιμο, ακόμα και περιορίζοντάς το στις επιπτώσεις του τα τελευταία πενήντα-εκατό χρόνια. Είναι πολύπλευρο και συνεχώς εναλλασσόμενο. Οι απλουστεύσεις, επομένως, που ισοπεδώνουν και αποδυναμώνουν τη διαρκή εγρήγορση όσων επιχειρούν να το αντιμετωπίσουν με εύκολες συνταγές, υποτιμούν τον έκδηλο χαρακτήρα της επείγουσας απαίτησης για συνεχή διαπάλη με τις επιπτώσεις του. Μόνο που η στρατηγική που συγκροτεί την τακτική της στάσης μας απέναντι στα προβλήματα – πλέον – των ναρκωτικών οφείλει να ελέγχεται ως προς τη ηθική της. Και μιας και τα αξιακά συστήματα δεν είναι πολλά, εν προκειμένω χρειάζεται η τοποθέτησή μας να είναι καθαρή:

*Η φιλελεύθερη ηθική δεν αναγνωρίζει το δικαίωμα περιορισμών παρά μόνον αν η δράση είναι επιθετική και προκαλεί κίνδυνο ή βλάβη στους άλλους και την κοινωνία. Η επιλογή ανήκει στο ίδιο το άτομο παρόλο που αναγνωρίζει συχνά την*



έκπτωση στην ελευθερία επιλογής που μπορεί να επιφέρει η εξάρτηση.

Η ηθική της αγοράς συνδέεται με τη μετατροπή κάθε αγαθού σε ανταλλάξιμο καταναλωτικό αγαθό που χωρίς όρια και φραγμό αποτελεί αντικείμενο συναλλαγής. Η χειραγώγηση πάντως της καταναλωτικής συμπεριφοράς με εκλεπτυσμένες τεχνικές αποδείχτηκε ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία των πολιτών και την κοινωνική συνοχή.

Η ηθική της δημόσιας υγείας στοχεύει πρωτίστως και αναγκαστικά στην υγεία των πολιτών. Το παράδοξο είναι πως αρκετά συχνά φαίνεται να εξαναγκάζει τους πολίτες στην υγεία περιορίζοντας ως προς αυτό ελευθερίες. Θα ήταν πάντως κακόβουλη η αποδοχή της θέσης ότι δεν φροντίζει να εκπαιδεύσει στην υποστήριξη και ότι δεν επιχειρεί να ενισχύσει κατατοπίζοντας ελεύθερους πολίτες για την επιλογή των λιγότερο επικίνδυνων για την υγεία τους συμπεριφορές.

Η ηθική της κοινωνικής συνοχής και της αλληλεγγύης δεν έχει διλήμματα τούτισης.

Αυτή είναι και η πολύτιμη παρακαταθήκη του Edwards<sup>15</sup>.

### Σημειώσεις και βιβλιογραφία

1. Goodwin N, Nelson JA, Axkerman F, Weisskopf T. Consumption and Consumer Society, Global Development and Environmental Institute, Tufts University. Reading based on M. E. Sharpe Microeconomics in Context, 2008, <http://ase.tufts.edu/gdae>.

2. Roberts JM, Reich RM. Ethical analysis in public health. *The Lancet*. 359:1055-1059, 2002.

3. Bentham J. The Principles of morals and legislation. Oxford: Clarendon Press, 1996.

4. Foucault M. Naissance de la Biopolitique. Cours au College de France, 1978-1979. Paris: Seuil/Gallimard, 2004. Ελληνική έκδοση Η Γέννηση της Βιοπολιτικής, Παραδόσεις στο Κολλέγιο της Γαλλίας (1978-1979), Αθήνα: Πλέθρον, 2012.

5. European Commission, Communication from the Commission on the Precautionary Principle, 2000, στο

[http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/library/pub/pub07\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/library/pub/pub07_en.pdf).

6. Nuffield Council on Bioethics. Public Health: ethical issues. Cambridge: Cambridge Publishers Ltd, 2007.

7. Smith A. The Wealth of Nations, Modern Library edition, 1937.

8. Wilkinson RG. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London, England: Routledge, 1996.

9. Στοιχεία από το γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ στο <https://www.census.gov/prod/2/pop/p60/p60-193.pdf>.

10. Έρευνα του 1995 από την Juliet Schor το 1995, στο Goodwin N., Nelson J. A., Axkerman F. and Weisskopf T.: Consumption and Consumer Society, Global Development and Environmental Institute, Tufts University. Reading based on M. E. Sharpe Microeconomics in Context, 2008, <http://ase.tufts.edu/gdae>.

11. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1998. <http://archive.oficial-document.co.uk/document/doh/ih//ih.htm>.

12. World Health Organization (WHO). Diabetes Fact Sheet No 312, January 2011, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.

13. Editorial. Type 2 diabetes – time to change our approach. *The Lancet* 375:2193, 2010.

14. Luik J. Wardens, Abbots, and Modest Hedonists: The Problem of Permission for Pleasure in a Democratic Society. In Peele S, Grant M (eds) Alcohol and pleasure – A health Perspective. International Center for Alcohol Policies, Series on Alcohol in Society, Philadelphia: Brunner/Mazel, pp 25-36, 1999.

15. Edwards G. Matters of Substance. Drugs: Is legalization the right answer – or the wrong question? London: Penguin Books, 2004. Ελληνική μετάφραση 2010, Αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών. Σωστή απάντηση ή λάθος ερώτηση; Αθήνα: Ερευνητές – ΚΕΘΕΑ, 2010.



# Η εξέλιξη των αντι«ναρκωτικών» πολιτικών. Από το κυνήγι της ουτοπίας στην επιδίωξη του εφικτού

Κωνσταντίνος Γαζγαλίδης

Νευρολόγος – Ψυχίατρος

Συντονιστής Μονάδων και Υπηρεσιών ΟΚΑΝΑ  
Βορείου Ελλάδος

**Ν**αρκωτικά υπάρχουν από τότε που υπάρχει Φύση και οι άνθρωποι τα χρησιμοποιούν από τότε που αρχίζουν να αναγνωρίζουν τις ιδιότητές τους ως ευφορικά μέσα, μέσα διαβίωσης και φάρμακα.

Επί χιλιάδες χρόνια, η χρήση (φυσικών) ουσιών αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο που συνοδεύει την ανθρωπότητα στην εξέλιξή της και υποτάσσεται σε αυτορυθμιστικούς κοινωνικούς μηχανισμούς.

Από την εκατονταετία, που ο E. Hobsbawm διακρίνει σε «Εποχή των Επαναστάσεων» και «Εποχή του Κεφαλαίου», 1789-1900 περίπου, οι κοινωνίες μεταλλάσσονται και μετατρέπονται σταδιακά σε ένα θερμοκήπιο ανάπτυξης του συγκεκριμένου φαινομένου, και την εμφάνιση ενός κοινωνικού προβλήματος πλέον, όπου όλο και μεγαλύτερες ομάδες ανθρώπων εμφανίζουν εξαρτητικές συμπεριφορές και συμπεριφέρονται διαφορετικά από το - κοινωνικά ορθώς - αναμενόμενο. Επικουρικά στην αρνητική αυτή εξέλιξη επιδρούν και η ανακάλυψη, με τη βοήθεια της χημείας, νέων

ισχυρότερων ουσιών (πχ. μορφίνη αντί λάβδανου περίπου από το 1800) και νέων τρόπων χρήσης τους (πχ. χρήση σύριγγας από το 1850 περίπου).

Μπροστά στο διαρκώς ογκούμενο πρόβλημα, από τις αρχές του 20ου αιώνα, οι οργανωμένες πολιτείες, αναγνωρίζοντας τον διεθνή χαρακτήρα του προβλήματος, προσπαθούν να συντονιστούν γύρω από κοινές πολιτικές για την αντιμετώπισή του.

Διακρίνω δύο φάσεις στην εξέλιξη αυτών των πολιτικών. Μία πρώτη φάση «στοιχημένη» πίσω από τον ουτοπικό και γι' αυτό αναποτελεσματικό, αλλά και βασανιστικό για τους εξαρτημένους, στόχο της εξάλειψης όλων των «ναρκωτικών» και της αποθεραπείας όλων των χρηστών.

Και μία δεύτερη φάση, τη σημερινή, όπου οι στόχοι ρεαλιστικοποιούνται και συνοψίζονται στη μείωση των νέων ανθρώπων που εισέρχονται στην εξάρτηση (πρόληψη), στην αύξηση του αριθμού αυτών που επιτυγχάνουν απεξάρτηση (θεραπεία), στη μείωση

των βλαβών στην υγεία των χρηστών και στην από-περιθωριοποίησή τους (Μείωση Βλάβης και Θεραπεία) και τέλος, στη μείωση της εγκληματικότητας και την προστασία της Δημόσιας Υγείας (Καταστολή και Μείωση Βλάβης).

Θα επιχειρήσω μια ανάλυση αυτής της εξέλιξης, που είναι ακόμη «εν τω γίνεσθαι» και μετακινεί το κέντρο βάρους των συντονισμένων προσπαθειών από την πανταχού παρούσα Απαγόρευση και Καταστολή, προς την Πρόληψη, τη Θεραπεία και τη Μείωση της Βλάβης.

Ο γνωστός ως Νόμος του Harrison εγκρίθηκε από την αμερικάνικη Γερουσία το Δεκέμβρη του 1914. Προβλήθηκε ως αναγκαίοτητα που προέκυπτε από την υποχρέωση προσαρμογής των Η.Π.Α. στη Συμφωνία της Χάγης (στην οποία πρωτοστάτησαν το 1912 και είχε ως στόχο την επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονταν με το όπιο στην Άπω Ανατολή και κυρίως στην Κίνα) και ως προϊόν προβληματισμού της κοινωνίας για τα προβλήματα εθισμού που την απασχολούσαν. Ήταν, όπως συμβαίνει συνήθως με τη νομοθεσία, μια συντηρητική κωδικοποίηση των κυρίαρχων απόψεων, με ρητό στόχο να διασφαλιστεί η ομαλή εμπορία των παραγώγων των φυτών μήκων η υπνοφόρος (όπιο, μορφίνη-ηρωίνη) και ερυθρόξυλον κόκα (κοκαΐνη). Ο ίδιος βασικός νόμος, μέσα από εξελικτική διαδικασία ερμηνειών και δεδικασμένων που κράτησε χρόνια, κατέληξε να απαγορεύει τη χρήση όλων σχεδόν των σήμερα γνωστών ως ναρκωτικών ουσιών, ακόμη και με συνταγή γιατρού. Αποτέλεσε, στη συνέχεια, προνομιούχο εργαλείο επιβολής πολιτικών (όχι μόνο σχετικών με τα ναρκωτικά) από πλευράς Η.Π.Α., που αναδυόταν ως παγκόσμια υπερδύναμη, καθώς και «οδηγό» της πρώτης παγκοσμιοποιημένης αντιναρκωτικής πολιτικής, της καταστολής.

Τις επόμενες δεκαετίες σταδιακά στοιχίσθηκαν οι εθνικές πολιτικές για τα ναρκωτικά

πίσω από την αντίληψη ότι η κατάχρηση (κάποιων) ουσιών και οι εξαρτήσεις αποτελούν έναν κίνδυνο για τις κοινωνίες τέτοιο, που δικαιολογεί μέτρα καταστολής που μπορούν και να υπερβαίνουν το νομοθετικό (διωκτικό-σωφρονιστικό) και θεραπευτικό πολιτισμό μας. Έτσι, επιγραμματικά, η καταστολή αποτελεί και σήμερα βασικό πυλώνα των αντιναρκωτικών πολιτικών, τόσο στον τομέα της μείωσης της παραγωγής και της διαθεσιμότητάς τους, όσο και στον τομέα της μείωσης της ζήτησής τους.

Λίγο πιο αναλυτικά. **Στον τομέα των πολιτικών για τη μείωση της παραγωγής, της διακίνησης και της γενικότερης διαθεσιμότητας των ναρκωτικών**, αυτές κυμάνθηκαν από τους υπερσυντηρητικούς «πολέμους κατά των ναρκωτικών» που εκπορεύονταν από τις Η.Π.Α. με παταγώδη αποτυχία, έως τις προσπάθειες περιορισμού της παραγωγής και της επεξεργασίας πρώτων υλών για την παρασκευή ναρκωτικών μέσα από ένα συνδυασμό απαγορεύσεων, κατασταλτικής δράσης και παροχής αντικινήτρων για την καλλιέργεια τέτοιων φυτών, κυρίως στις χώρες της Λατινικής Αμερικής και της Χρυσής Ημισελήνου, που συνοδεύτηκε επίσης από αστοχία, διότι ποτέ δεν μπόρεσαν τα κρατικά οικονομικά αντικίνητρα να ανταγωνιστούν τα αντίστοιχα κίνητρα κέρδους που παρείχε το λαθρεμπόριο ναρκωτικών.

Έτσι, απόμεινε σήμερα ως ενεργή και παγκοσμιοποιημένη πολιτική για τη μείωση της προσφοράς των ναρκωτικών μόνο η καταστολή της παραγωγής, επεξεργασίας, διασυνοριακής διακίνησης προς τις καταναλώτριες χώρες, καθώς και του ξεπλύματος του ναρκω-χρήματος. Στα θετικά της αποτελέσματα θα πρέπει να πιστώσουμε την επισήμανση της κοινωνικής απαξίας της παραγωγής, άρα και της χρήσης των ναρκωτικών, καθώς και τη σύλληψη του 10% των παραγόμενων τέτοιων, ενώ στα αρνητικά της να χρεώσουμε τη διαθεσιμότητα του υπόλοιπου 90% στις

αγορές και τη δημιουργία τεράστιων κυκλωμάτων μαύρης αγοράς που ενσωματώνουν με άνεση κάθε απώλεια και επιδιώκουν διαρκώς τη διεύρυνση του «κύκλου εργασιών τους», έξω από κάθε θεσμικό έλεγχο.

Η διαχείριση της ουσιαστικής αντιπαγορευτικής πρότασης των δεκαετιών '80 - '90 κινήθηκε σε ένα επίπεδο ανταλλαγής επιχειρημάτων κοινής λογικής, υποκειμενικής άγνωσης της ιστορίας των εξαρτήσεων, και στερήθηκε (υποχρεωτικά λόγω του καθεστώτος απαγόρευσης) μιας πλατειάς επιστημονικής μελέτης των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων (απαγόρευσης και αντιπαγορευσης) που είναι απαραίτητη. Κατά τη γνώμη μου, η αντιπαγορευτική συζήτηση είχε πολύ μικρή επίπτωση στη διαμόρφωση των πολιτικών μείωσης της προσφοράς των ναρκωτικών, σημαντική, όμως, στη διαμόρφωση των σύγχρονων πολιτικών για τη μείωση της ζήτησής τους.

**Αλλά και στις πολιτικές για τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών**, από τους Νόμους του Harrison μέχρι και σήμερα, η απαγόρευση και η καταστολή αποτελούν βασικό πυλώνα, μαζί με την πρόληψη, τη μείωση της βλάβης και τη θεραπεία.

Η απαγόρευση και η καταστολή είναι μία πολιτική επιλογή που θεωρεί ότι η χρήση ναρκωτικών είναι τόσο απαράδεκτη και κοινωνικά βλαπτική, που δικαιολογείται πειστικά η επιδίωξη της εξάλειψής της μέσα από την κανονιστική θεωρία του κράτους. Η ποινικοποίηση της χρήσης και της κατοχής ναρκωτικών (ακόμη και μικροποσοτήτων για προσωπική χρήση) υπογραμμίζει, άλλη μία φορά, την κοινωνική τους απαξία και τη σθεναρή αντίθεση της πολιτείας και επιδιώκει την εξάλειψη της χρήσης ουσιών. Ο στόχος δεν επιτυγχάνεται, τουλάχιστον όχι στον επιθυμητό βαθμό. Σε βάθος δεκαετιών, αντί για εξάλειψη, έχουμε αύξηση της χρήσης κι επιπλέον την εγκατάσταση και διόγκωση ενός πλέγματος βίας και εγκληματικότητας γύρω από τη χρήση ουσιών.

Η αντιπαγορευτική άποψη, ξεκινώντας από τη ριζοσπαστική πρόταση της νομιμοποίησης των ναρκωτικών (που έθετε σε αμφισβήτηση συνολικά την κρατούσα παγορευτική αντίληψη που διαμορφώθηκε από τους Νόμους του Harrison μέχρι σήμερα), μετακινήθηκε σταδιακά σε μερικότερες προτάσεις όπως η αποποινικοποίηση της χρήσης, ο διαχωρισμός σε «μαλακά» και «σκληρά», η αποποινικοποίηση της κάνναβης. Υπάρχει αναπόφευκτα ένα έλλειμμα τεκμηριωμένης γνώσης, άρα και επιχειρηματολογίας, για τις πιθανές επιπτώσεις των αντιπαγορευτικών απόψεων στη συχνότητα χρήσης. Θα μειωθεί; Θα σταθεροποιηθεί ή θα αυξηθεί; Και σε πιθανή αύξηση, θα μπορεί το τελικό αποτέλεσμα να έχει θετικό πρόσημο από την αναμενόμενη μείωση της βίας και της εγκληματικότητας, τη μείωση του κερδοσκοπικού ενδιαφέροντος και την ενδεχόμενη μείωση της μετακίνησης των πληθυσμών προς την κατάχρηση άλλων νόμιμων ουσιών;

Τα ερωτήματα αυτά προφανώς δεν τίθενται σήμερα με την προ 20 -30 ετών ένταση. Κι αυτό διότι οι αντιπαγορευτικές απόψεις είχαν σημαντική θετική επιρροή στη διαμόρφωση των πολιτικών για τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών τις τελευταίες δεκαετίες. Κατέδειξαν την περιορισμένη αποτελεσματικότητα της καταστολής, ανέδειξαν τις αρνητικές της επιπτώσεις στην ποινικοποίηση της ζωής και την έκπτωση της ποιότητας της ζωής των χρηστών (και του περιβάλλοντός τους), καθώς και στη δημόσια υγεία. Συνέβαλαν στην αλλαγή της αντιμετώπισης του χρήστη από ποινικό σε χρήζοντα βοήθειας πάσχοντα άνθρωπο. Αναβάθμισαν την πρόληψη και τη θεραπεία και πρόσθεσαν τη μείωση της βλάβης στους βασικούς και πιο αποτελεσματικούς πυλώνες των αντιναρκωτικών πολιτικών. Κατέστησαν, ίσως, το αίτημα της αποποινικοποίησης της χρήσης λιγότερο επιτακτικό.

Σε αυτό το κλίμα παρακολουθώντας και

τον Έλληνα νομοθέτη της σύγχρονης εποχής, από τον Νόμο 4729/87, στον 2161/93 έως τον 4139/13 παρατηρούμε μία σταθερή προσπάθειά του, από τη μία να διατηρήσει τον στιγματισμό της χρήσης ναρκωτικών και από την άλλη να μειώσει το «ποινικό κόστος» αυτού του στιγματισμού για τον χρήστη. Παρατηρούμε επίσης μία σταθερή (αν και αργή) μετακίνηση του κέντρου βάρους των πολιτικών από την καταστολή προς την πρόληψη, τη θεραπεία και τη μείωση της βλάβης.

Αυτή η αναμφίβολα θετική εξέλιξη, σε μεγάλο βαθμό, είναι αποτέλεσμα και του διαλόγου ανάμεσα στις κατεστημένες με τις αντιπαγορευτικές απόψεις. Ο διάλογος αυτός για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων παραμένει ανοικτός και η αντιπαγορευτική άποψη αποτελεί τον έναν πόλο του. Η μονοδρομική υιοθέτηση των απαγορευτικών και η ολική άρνηση (σε βαθμό ηθικολογικής απαγόρευσης) των αντιπαγορευτικών απόψεων δεν προάγουν ούτε την επιστήμη ούτε τις πολιτικές των εξαρτήσεων.

## Πολιτικές διαστάσεις της αντιμετώπισης και της θεραπείας

Γιώργης Οικονομόπουλος

Γιατρός

Πριν 3 χρόνια (το 2014) έκλεισε ένας αιώνας από την έναρξη της Απαγόρευσης για το όπιο, την coca και τα παράγωγά τους (ηρωίνη, κοκαΐνη) με το νόμο Harrison στις ΗΠΑ το 1914. Μέχρι τον 19ο αιώνα, οι ψυχοτρόπες ουσίες κυκλοφορούσαν ελεύθερα και η χρήση τους αυτορυθμιζόταν. Η χρήση τους από τον άνθρωπο γινόταν για θεραπεία και ευφορία. Για την απαλλαγή από τον πόνο, την κούραση, την ένταση, τις αρρώστιες, για ψυχική και σωματική ανακούφιση, για να εργάζεται περισσότερο, για να μπορεί να κοιμάται, για να διασκεδάσει... Η ύπαρξη αυτών των ουσιών και η χρήση τους δεν ήταν απειλή για την υγεία και για την κοινωνία ούτε έγκλημα.

Με την ανάπτυξη, όμως, της φαρμακοβιομηχανίας, σιγά-σιγά τα φυσικά θεραπευτικά μέσα έγιναν ανταγωνιστικά σ' αυτήν και άρχισαν να εξοβελίζονται από την αγορά. Τα φυσικά θεραπευτικά μέσα που δε μπορούν να μονοπωληθούν είναι ανταγωνιστές των εργαστηριακών φαρμάκων, τα οποία, για να έχουν το μονοπώλιο, ενεργούν για τον εξοβελισμό των φυσικών προϊόντων. Η αρχή έγινε με το όπιο για κάπνισμα στις ΗΠΑ. Οι εκατοντάδες χιλιάδες Κινέζοι μετανάστες που πήγαν στην Αμερική έφεραν και το όπιο για κάπνισμα. Όταν τελείωσαν οι κατασκευ-

ές των δυτικών σιδηροδρόμων, οι Κινέζοι αποτέλεσαν ένα περισσευούμενο εργατικό δυναμικό που ανταγωνιζόταν τους λευκούς εργάτες, έριχνε τις αμοιβές εργασίας και έπρεπε να περιοριστεί. Το 1881 η πολιτεία της Καλιφόρνια απαγόρευσε τη χρήση οπίου για κάπνισμα. Από το 1830 κυκλοφορούσε η μορφίνη (10 φορές πιο ισχυρή από το όπιο). Το 1898 κυκλοφόρησε η ηρωίνη (2,5 φορές πιο ισχυρή από τη Μορφίνη).

Η εκτόπιση του φυσικού οπίου από την εργαστηριακή μορφίνη και ηρωίνη, πέρα από εμπορικούς-οικονομικούς λόγους, ενίσχυσε τον έλεγχο των Κινέζων μεταναστών και των μειονοτήτων γενικότερα. Το 1901 η Γερουσία θέσπισε νόμο: *«Απαγορεύεται η πώληση οπίου και αλκοόλ στις πρωτόγονες και απολίτιστες ράτσες, όπως οι Ινδιάνοι, οι κάτοικοι της Χαβάης και της Αλάσκας, οι εργάτες σιδηροδρόμων και οι μετανάστες»*, ή όπως ανακοίνωσε το 1902 η Αμερικανική Φαρμακευτική Εταιρία: *«Αν οι Κινέζοι δε μπορούν να ζήσουν χωρίς το όπιο, εμείς μπορούμε να ζήσουμε χωρίς τους Κινέζους»* και το 1902 έγινε πλήρης απαγόρευση της μετανάστευσης των Κινέζων στις ΗΠΑ.

Ο έλεγχος των «ναρκωτικών» έγινε γρήγορα ένα μέσο ελέγχου των μειονοτήτων και



των ξένων. Η κοκαΐνη προπαγανδίστηκε σαν «αιτία της επιθετικότητας των νέγων», η ηρωίνη σαν «συνωμοσία (αρχικά) του Κάζερ (των Γερμανών)» και μετά σαν «κομμουνιστική συνωμοσία».

Όπως έγραφε ο διευθυντής του Ομοσπονδιακού Γραφείου Ναρκωτικών Harry Anslinger «οι Αμερικανοί πολίτες πρέπει να προστατευθούν από τη χρήση των ναρκωτικών, η οποία είναι πολιτικό όπλο των κομμουνιστών που θα μπορούσαν να καταστήσουν τα ναρκωτικά όπλο για να καταστρέψουν στόχους στην πορεία τους προς την κατάκτηση του κόσμου».<sup>1</sup>

Η πρώτη εφαρμογή της «απειλής των ναρκωτικών» για πολιτικούς λόγους έγινε το 1905 από τις ΗΠΑ στις Φιλιππίνες. Έχοντας πάρει από τους Ισπανούς τις Φιλιππίνες το 1898, οι ΗΠΑ δεν έδωσαν την ανεξαρτησία σε αυτή τη χώρα μέχρι το 1961 επικαλούμενες τον κίνδυνο του οπίου, το οποίο απαγόρευαν στις Φιλιππίνες το 1905. Η επίκληση του «κινδύνου των ναρκωτικών» σαν μέσο για πολιτικές πιέσεις και στρατιωτικές επεμβάσεις, αξιοποιήθηκε από τις ΗΠΑ μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και ιδιαίτερα μετά το 1970. Όπως ανέφερε δημόσια ο στρατηγός Paul Gorman, τ. αρχηγός Γεν. Επιτελείου Αμερικανικής Στρατιάς, «*Αν θέλεις να αναμιχθείς σε αντι-ανατρεπτικές ή υπονομευτικές επιχειρήσεις, να συλλέξεις πληροφορίες και να διαθέσεις όπλα, είσαι υποχρεωμένος να συνεργάζεσαι με διακινητές ναρκωτικών*».<sup>2</sup> Είναι γνωστή η συνεργασία της CIA με τοπικούς πολέμαρχους του Αφγανιστάν, που παρήγαγαν τεράστιες ποσότητες οπίου και ταυτόχρονα πολεμούσαν τους Ρώσους. Το 1989, η Ερευνητική Επιτροπή για την Τρομοκρατία και τα Ναρκωτικά, υπό την προεδρία του γεροσιαστή John Kerry, έδωσε στη δημοσιότητα την έκθεσή της με την οποία αποδεικνυόταν η σχέση των δεξιών ανταρτών Contras στη Νικαράγουα και της διακίνησης κοκαΐνης με τη βοήθεια και κάλυψη των Αμερικανικών μυστικών υπηρεσιών. Η

αξιοποίηση των αντι-ναρκωτικών επιχειρήσεων για πολιτικούς στόχους έκανε τη CIA –όπως διαπίστωσε η ερευνητική επιτροπή του Αμερικανικού κοινοβουλίου (Επιτροπή Rockefeller)– να προωθήσει πράκτορες της στο Ομοσπονδιακό Γραφείο Ναρκωτικών για να εκτελέσουν αποστολές αντικατασκοπίας.<sup>3</sup>

Στρατιωτικές εισβολές με πρόφαση τα ναρκωτικά έγιναν σε ανεξάρτητα κράτη (Γρενάδα, Παναμάς). Ειδικά στον Παναμά, για τη σύλληψη του υψηλόβαθμου πράκτορα της CIA και διακινητή Κοκαΐνης, Προέδρου Νοριέγκα, είχαμε πάνω από 10.000 νεκρούς. Αντίθετα, στη Τζαμάικα, όπου η κυβέρνησή της ήταν αναμειγμένη με διακίνηση κάνναβης υπήρξε ανοχή, διότι «*Δεν θέλουμε να πιέσουμε την κυβέρνηση της Τζαμάικα να κάνει ορισμένα πράγματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εκλογική νίκη της αριστεράς: τα ναρκωτικά είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Αλλά ο κομμουνισμός είναι ένα πολύ σοβαρότερο*».<sup>4</sup>

Αυτή η υποκριτική στάση δήθεν αντιμετώπισης των ναρκωτικών είχε τα ανάλογα αποτελέσματά της: «Μέσα σε 3 χρόνια (1978-1980) από την υπογραφή των ειδικών συμφωνιών για τον έλεγχο των ναρκωτικών, που σύναψαν οι ΗΠΑ με χώρες όπως η Βολιβία, η Κολομβία, το Περού και το Πακιστάν, που θεωρούνται οι μεγαλύτεροι παραγωγοί αυτών των ουσιών, η παγκόσμια παραγωγή του οπίου αυξήθηκε κατά 50%, της κόκας κατά 40% και της κάνναβης κατά 20%».<sup>5</sup> Αυτό το φαινόμενο, η Απαγόρευση κάποιων ψυχοτρόπων ουσιών, να πολλαπλασιάζει τη χρήση τους, έγινε πολύ χαρακτηριστικό την περίοδο της Ποτοαπαγόρευσης. Στα χρόνια της απαγόρευσης: «*Η τοπική βιομηχανία παραγωγής αλκοόλ αυξήθηκε κατά 300% μέσα σε 3 χρόνια [...] ενώ οι τιμές του στη μαύρη αγορά δεκαπλασιάστηκαν*».<sup>6</sup> «*Το 1917 υπήρχαν 1734 διυλιστήρια στις ΗΠΑ. Το 1920 κατασχέθηκαν 20.000 διυλιστήρια και το 1930 αυξήθηκαν σε 282.000*».<sup>7</sup>

Οι συνέπειες της Απαγόρευσης, που φάνηκαν καθαρά με την Ποτοαπαγόρευση,

ήταν θάνατοι και διαταραχές υγείας (από τη νοθεία), καταδίκες και γέμισμα των φυλακών (αύξηση 880%) δημιουργία εγκληματικών οργανώσεων όπως της Μαφίας, και κυρίως η Διαφθορά: «Στα πρώτα 11 χρόνια της Ποτοαπαγόρευσης, εξαναγκάστηκαν σε παραίτηση ή διώχτηκαν με την κατηγορία της διαφθοράς 14.000 από τους συνολικά 18.000 πράκτορες των υπηρεσιών για το κυνήγι του Αλκοόλ». Δηλαδή το 77,7%!<sup>8</sup> Και η διαφθορά συνεχίστηκε με τη Δίωξη Ναρκωτικών: Το 1968, ο υπουργός Δικαιοσύνης των ΗΠΑ Ramsey Clark έστειλε στον εισαγγελέα ή στη συνταξιοδότηση το 80% των αξιωματούχων της Δίωξης Ναρκωτικών, με την κατηγορία της διαφθοράς και της συμμετοχής σε διακίνηση.<sup>9</sup> Όπως αποφάνθηκε η επιτροπή Knapp για τη διαφθορά στην αστυνομία: «Η διαφθορά είχε διαβρώσει σε μεγαλύτερο βαθμό την ίδια τη διεύθυνση της Αστυνομίας»,<sup>10</sup> ή όπως έχει ειπωθεί «στις μεγάλες ποσότητες ναρκωτικών, ο διώκτης γίνεται συνήθως συνέταιρος του διωκόμενου». Μια ατμόσφαιρα τρομοκρατίας και ανηθικότητας, με προαγωγή του χαφιεδισμού, φίλων, συγγενών και γονέων –ακόμα– από τα παιδιά τους, άρχισε να χτίζεται, ειδικά στις ΗΠΑ που κήρυξαν τον «Πόλεμο κατά των Ναρκωτικών». «Η καταγγελία των γονέων που χρησιμοποιούν απαγορευμένες ουσίες από τα παιδιά τους δεν είναι κατάδοση, αλλά πράξη γνήσιας νομιμοφροσύνης και φιλίας» διακήρυξε ο «τσάρος» (υπεύθυνος) των ναρκωτικών επί προεδρίας Bush.<sup>11</sup>

Αυτό το «ήθος» της απαγορευτικής πολιτικής στηρίχτηκε από την αρχή σε μια επαναλαμβανόμενη ψευδολογία, σε μια απόκρυψη στοιχείων, σε μια διαστρέβλωση γεγονότων, που το πιο χαρακτηριστικό της παράδειγμα, αποτελεί η πολεμική ενάντια στην KANNABH.

Η κάνναβη, καλλιεργήσιμο φυτό χιλιάδες χρόνια τώρα, τόσο για τα παραγόμενα αγαθά –ένδυση, σχοινιά, πανιά, χαρτί, φωτισμός, διατροφή, κ.α., όσο και για θεραπευτική χρή-

ση, μέχρι το 1937 (έτος απαγόρευσής της στις ΗΠΑ αρχικά και μετά σε όλο τον πλανήτη) δεν εθεωρείτο απειλή για την υγεία, αντίθετα ευστήνεται σαν αποτελεσματικό φάρμακο για πάμπολλες διαταραχές. Ακόμα και στο νόμο της απαγόρευσής της του 1937 (Marijuana Tax Act) αναγνωριζόταν σαν χρήσιμο φάρμακο, αλλά επιβαλλόταν δυσβάσταχτος φόρος στους γιατρούς, στους φαρμακοποιούς και τους γεωργούς που θα συνδέονταν με τη συνταγογράφηση, διάθεση και παραγωγή της κάνναβης. Όπως λέει ο G. Nahas, κύριος υποστηρικτής της απαγόρευσης της κάνναβης: «Η κάνναβη μπήκε στον κατάλογο των απαγορευμένων ουσιών όχι για λόγους ιατρικούς αλλά για λόγους κοινωνικούς».<sup>12</sup>

«Αν το αποκρουστικό τέρας Φρανκενστάιν ερχόταν αντιμέτωπο με το τέρας Μαριχουάνα, θα παρέλυε από το φόβο» ήταν τα λόγια του διευθυντή του γραφείου Ναρκωτικών Harry Anslinger, ο οποίος συνήθιζε να αποκαλεί την κάνναβη «το δηλητήριο των μαύρων ενάντια στους λευκούς». Ο ίδιος ο Anslinger, σε ερώτηση στις ακροάσεις της Βουλής των Αντιπροσώπων, αν οι χρήστες της μαριχουάνας οδηγούνται στη χρήση ηρωίνης, οπίου ή κοκαΐνης, απάντησε: «Όχι κύριε, ποτέ δεν άκουσα για μια τέτοια περίπτωση. Οι χρήστες της μαριχουάνας δεν ακολουθούν αυτό το δρόμο».<sup>13</sup>

Τα δυο βασικότερα ψεύδη για την κάνναβη: Το ένα ότι προξενεί βλάβες στην υγεία και το άλλο ότι αποτελεί «προθάλαμο», κατασκευάστηκαν στη συνέχεια και δεν ήταν από τους λόγους της καταδίωξης της κάνναβης. Οι λόγοι, εκείνη την εποχή, ήταν τα οικονομικά συμφέροντα ενός συνόλου βιομηχανιών: 1) παραγωγής χαρτιού από τη δασική ξυλεία (μέχρι τότε φτιαχνόταν από κάνναβη), 2) προϊόντων πετροχημικής βιομηχανίας και νάιλον (τα προϊόντα νάιλον αντικατέστησαν τα προϊόντα από κάνναβη, 3) συνθετικών φαρμάκων μαζικής παραγωγής... βιομηχανιών που η κάνναβη ανταγωνιζόταν τα προϊόντα τους. Η λήξη της Ποτοαπαγόρευσης, εξάλλου,

επέβαλε νέους τρόπους κοινωνικού ελέγχου και δίωξης και η απαγόρευση της κάνναβης ήταν ο πιο πρόσφορος τρόπος.

Τι και αν ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος διαμαρτυρήθηκε; Τι κι αν το Αμερικανικό Περιοδικό Ψυχιατρικής έγραφε το 1942: «Η παρατεταμένη χρήση της μαριχουάνας δεν οδηγεί σε φυσικό, νοητικό ή ηθικό εκφυλισμό, ούτε παρατηρήσαμε μια διαρκή δηλητηριώδη επίδραση από τη συνεχή χρήση της. Αντίθετα, η κάνναβη και τα παράγωγά της έχουν δυνητικά αξιοσημείωτες θεραπευτικές εφαρμογές που δικαιούνται έρευνας»;<sup>14</sup> Η απαγόρευση κράτησε μέχρι τις αρχές του 21ου αιώνα. Τη δεκαετία 1990 έγινε η μεγάλη ανακάλυψη που έκανε την αλλαγή: Η ανακάλυψη του Ενδοκανναβινοειδούς Συστήματος (ECS). Ενόσυστήματος με «κλειδαριές» (υποδοχείς) και «κλειδιά» (ενδοκανναβινοειδή) που ρυθμίζει την εισαγωγή, τη μεταφορά, το μεταβολισμό και την αποθήκευση των θρεπτικών στοιχείων, την προστασία ζωτικών οργάνων (καρδιάς, νευρικού συστήματος) από τις διαταραχές και όλο του σώματος από τις φλεγμονές και τους όγκους.

Στον άνθρωπο τα ενδοκανναβινοειδή μειώνουν την αρτηριακή πίεση, μειώνουν τους μυϊκούς σπασμούς και τους πόνους, τη ναυτία και τους έμετους, δρουν κατευναστικά στην κατάθλιψη και το άγχος και προκαλούν ευφορία. Οι υποδοχείς των ενδοκανναβινοειδών –«οι κλειδαριές»– είναι πολλοί, με βασικότερους δύο: τον CB1, κύρια στο νευρικό σύστημα και τον CB2, στο ανοσοποιητικό. Αυτές οι κλειδαριές ξεκλειδώνονται όμως και από τα «αντικλειδιά» της φύσης: τα φυτοκανναβινοειδή! Και με τα ίδια αποτελέσματα! Για αυτό και χιλιάδες χρόνια τώρα, η κάνναβη, ένα φυτό με την ίδια χημική σύσταση, δρούσε θεραπευτικά σε τόσο διαφορετικές διαταραχές, όπως έμετοι, πόνοι, φλεγμονές, σπασμοί, υπέρταση, ανορεξία, αϋπνία, κατάθλιψη, κ.α., γεγονός ανερμήνευτο... Με την ανακάλυψη του ECS, όλα εξηγήθηκαν. Τα φυτοκαννα-

βινοειδή μιμούνται και ενισχύουν τη δράση του ECS με τις ίδιες λειτουργικές επιδράσεις: δρουν αντισπασμωδικά, αναλγητικά, αντιεμετικά, αντιφλεγμονωδώς και αντικαρκινικά! Επιληψία και σκλήρυνση κατά πλάκας, γλαύκωμα και σακχαρώδης διαβήτης, νόσος του Κρον και αρθρίτιδα, είναι μερικές μόνο από τις διαταραχές που τα φυτοκανναβινοειδή προκαλούν ύφεση έως σταμάτημα.

Σήμερα, μετά την ανακάλυψη του ECS, η κάνναβη για θεραπεία έχει νομιμοποιηθεί σε 30 πολιτείες των ΗΠΑ, σε 16 χώρες της Ε.Ε, στο Ισραήλ, σε χώρες της Λατινικής Αμερικής και συνεχώς όλο και περισσότερες χώρες σε όλο τον πλανήτη αποβάλλουν την τρομοκρατική μυθολογία και προχωρούν στην αποκατάσταση του φυτού, που «μας κάνει να τρώμε, να κοιμόμαστε, να ξεχνάμε και μας προστατεύει»... Και στα δικά μας!

### Σημειώσεις

1. Anslinger H. The Murderers, NY: Farrar, Straus and Cudahy, 1962, σ. 294-5.
2. Latin America Weekly Report 23/3/1984.
3. Rockefeller Report σ. 233-4, New York Times 11/7/1975.
4. New York Times, 10/9/1984.
5. New York Times, 15/9/1984.
6. Duke S, Gross A. America's Longest War: Rethinking Our Tragic Crusade against Drugs. New York: Tarcher/Putnam, 1993, σ. 87.
7. Ostrowski J. The Moral and Practical Case for Drug Legalization, Hofstra Law Review Association, 1990, σ. 646.
8. J. Ostrowski, ο.π., σ. 645.
9. Γρίβας Κ. Πλανητική Κυριαρχία και Ναρκωτικά, Αθήνα: Λιβάνης, 1997, σ. 211.
10. Knapp Commission: Report on Police Corruption N.Y. G. Braziller, 1973.
11. Los Angeles Times, 18/5/1989.
12. Nahas G. Keep off the Grass, Vermont: Eriksson Publ., 1990, σ.35.
13. Solomon D. The Marijuana Papers, New York: Bobbs-Merril, 1966, σ.24.
14. American Journal of Psychiatry, Sept. 1942.

## Ναρκωτικά και πολιτικές απαγόρευσης στην Ελλάδα και τον πλανήτη

**Η** κοινωνία μας γαλουχήθηκε στον εξορκισμό «των ναρκωτικών». Οι «θεσμοί», οι νόμοι, οι πολιτικοί, οι δικαστές, τα ΜΜΕ, συχνά και οι γιατροί, ομιλούν μια δύστροπη καθαρεύουσα όταν αναφέρονται στο θέμα.

Με αφορμή το πλέον δημοφιλές «ναρκωτικό», την κάνναβη, και την αποποινικοποίηση της χρήσης της για ιατρικούς σκοπούς σε μεγάλο μέρος του πλανήτη, σκιαγραφούμε την αντίστιξη ανάμεσα «στη γλώσσα» που ανά καιρούς μίλησαν οι ακτιβιστές της νομιμοποίησης της χρήσης της και στη γλώσσα που μίλησαν «οι θεσμοί» που επέβαλαν την απαγόρευσή της.

Καλησπέρα σας εκ μέρους του CannabisNewsGr και σας ευχαριστούμε για την πρόσκληση. Μιας και η εκδήλωση συνδιοργανώνεται και από το Ίδρυμα που φέρει το όνομα του Δημήτρη Γληνού, του επιστήμονα που, εκτός των άλλων, άλλαξε την ελληνική γλώσσα, ας κοιτάξουμε λίγο τις διαφορών ειδών «γλώσσες» (σχηματικά μιλώντας) που ομιλήθηκαν από τους απλούς πολίτες και τους φορείς της εξουσίας σε σχέση με τα «ναρκωτικά». Κι έπειτα ας δούμε ξανά με νέο βλέμμα «τη γλώσσα», που μιλάνε σήμερα όσοι, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, αναφέ-

Αποστόλης Καπαρουδάκης

Δημοσιογράφος

ρονται σε αυτά. Η σημερινή, άλλωστε, ημερίδα γίνεται με αφορμή το κείμενο του Ανδρέα Γληνού του 1989 το οποίο μας μεταφέρει ένα σαφές μήνυμα και για την ίδια τη γλώσσα που χρησιμοποιούμε όταν μιλάμε για το θέμα.

### Ένα φυτό... που κάποτε αντιμετωπιζόταν ως φυτό

Από τα πλέον ενδιαφέροντα παραδείγματα επιβολής μιας «επίσημης γλώσσας» για την κάνναβη είναι αυτό της Βεγγάλης τον 19ο αιώνα. Τότε αλλάζουν τα πράγματα για τους κατοίκους της ευρύτερης περιοχής μιας και ο Τοποτηρητής των Συμφερόντων του Βασιλείου της Αγγλίας στην Ινδία ενδιαφέρεται να επιβάλει φόρο κατανάλωσης στο φυτό που χρησιμοποιούν. Ζητάει μάλιστα ο φόρος αυτός να αγγίζει *“το υψηλότερο δυνατό ύψος”*, ώστε *“να αποτραπεί το λαθρεμπόριο της κάνναβης”*. Έτσι και η έννοια «λαθρεμπόριο» σε σχέση με την κάνναβη, αποκτά κι αυτή περιεχόμενο μόνο μετά την έλευση του Αυτοκρατορικού Τοποτηρητή.

Ο Ευρωπαίος άποικος δεν ενδιαφέρεται για τις θεραπευτικές ή τις ευφορικές ιδιότητες του φυτού ή για τη χρήση του στις ιεροτελεστίες των ιθαγενών. Κάνει μια απλή σκέψη: αφού έχει

για αυτούς χρηστική αξία, μπορεί κάλλιστα για εμάς να αποτελέσει πηγή εσόδων.

Έκτοτε, τη γλώσσα “των θεσμών” την ομιλούν κυβερνήσεις και νομοθέτες, βασιλείες και δικαστές, αντιμετωπίζοντας την κάνναβη και ως εργαλείο επιβολής φόρων και αποκομιδής κερδών. Και τη γλώσσα της αντιαπαγόρευσης την ομιλούν όσοι για τον έναν ή τον άλλον λόγο ζουν ζωή αντίθετη με εκείνα που οι θεσμοί αυτοί επιβάλλουν.

## Ο προηγούμενος αιώνας στην Αμερική και την Ελλάδα

Με αυτή τη λογική, όταν στις αρχές του 20ου αιώνα οι Αμερικανικές κυβερνήσεις αποφασίζουν ότι προτιμότερη πηγή φόρων αποτελεί το αλκοόλ -το οποίο, εκτός των άλλων, εκπροσωπείται κι από μια δυναμική παρέα βιομηχάνων της εποχής-, δεν είναι περίεργο ότι η κάνναβη γίνεται παράνομη.

Η Ελλάδα, που ήταν σπαρμένη με κάνναβη μέχρι πριν 70 χρόνια, διέθετε κανναβουργεία και έκανε εξαγωγές κάνναβης, για λόγους ανάλογους με εκείνους της Αγγλίας και της Αμερικής, τα χωράφια ξεριζώνονται και “η χασισοποτεία” αρχίζει να αναφέρεται ως μάλιστα επικίνδυνη. Στην πρωτοπόρο Αμερική, μιας και οι θεσμοί δεν μπορούν να ανακοινώσουν επίσημα την απόφασή τους να βοηθήσουν τη βιομηχανία του αλκοόλ, προσπαθούν να πείσουν ότι η κάνναβη είναι επικίνδυνη, κάτι σαν τον Εωσφόρο με φύλλα και ανθούς.

## Παγκοσμιοποίηση και Πόλεμος κατά των Ναρκωτικών

Καθώς ο καπιταλισμός ζει την παγκοσμιοποίησή του, τα κράτη συμπληρώνουν τις πτυχές των πολιτικών τους. Όχι μόνο συμπυκνώνουν σε νόμους και διατάξεις την πολιτική της απαγόρευσης, αλλά τη μετατρέπουν σε δεσπόζουσα κουλτούρα μέσω και της σχετικής προπαγάνδας.

Κι όπως πριν δύο αιώνες ο κάτοικος της Βεγγάλης αισθάνθηκε «το ενδιαφέρον και τη ζεστασιά» του Ευρωπαίου αποίκου, σήμερα οι πολίτες «του Δυτικού Κόσμου» αισθάνονται τη ζεστασιά του Κράτους-Αποίκου:

Ως ιθαγενείς πρέπει να κόψουμε κάποιες κακές συνήθειες με το ζόρι, ενώ είμαστε ελεύθεροι, αν θέλουμε, να ακολουθήσουμε κάποιες άλλες, όπως για παράδειγμα εκείνη του αλκοόλ ή του καπνού που είναι αποδεδειγμένα καταστροφικότερες της κάνναβης.

Το κράτος δημιουργεί μηχανισμούς ελέγχου και επιβολής των νόμων του, τους ενισχύει και καταδιώκει αμείλικτα τους παραβάτες τους. Και η ζωή συνεχίζεται... με την Αμερική να πρωτοστατεί στον «Πόλεμο κατά των Ναρκωτικών». «Οι θεσμοί» στον πόλεμο αυτόν μεγαλουργούν στον κύκλο της αυτοαναφορικότητας: “Η κάνναβη είναι επικίνδυνη... γιατί είναι επικίνδυνη”. Χτίζουν κουλτούρες και δημιουργούν στην κοινωνία τη σχετική συνείδηση. Πετυχαίνουν οι χρήστες ουσιών να είναι παράνομοι, κάποιες φορές και κοινωνικά μειάσματα, τα «παραδείγματα προς αποφυγή». Και βέβαια αποτυγχάνουν παταγωδώς να σταματήσουν την εξάπλωση κάθε είδους παράνομης ουσίας.

Πετυχαίνουν όμως τη διακοπή των ερευνών γύρω από τις θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης μιας και είναι εξ ορισμού “κακή και επικίνδυνη”. Μας στερούν δηλαδή από ένα φάρμακο για μια σειρά ασθένειες.

Στις μέρες μας η “επιτυχία” της απαγορευτικής πολιτικής για τα «ναρκωτικά» είναι ανάλογη εκείνης «του πολέμου κατά της τρομοκρατίας»: Εκατόμβες θυμάτων και απόλυτη αδυναμία διεξόδου μέσω της επιβολής αστυνομικών ή στρατιωτικών μέτρων.

## Αντιαπαγορευτικά κινήματα στον πλανήτη

Καθώς η δράση φέρνει αντίδραση και η λογική “με βολεύει έτσι, θα υποχρεώσω τους

πάντες να το κάνουν έτσι" δεν αποτελεί πάντοτε τον καλύτερο τρόπο να πείσεις τους ανθρώπους για κάτι, αναπτύσσονται μια σειρά από πυρήνες εκφοράς του «άλλου λόγου».

Τέτοιοι είναι το Woodstock στην Αμερική, αλλά και το αντιπολεμικό κίνημα κατά τη διάρκεια του πολέμου του Βιετνάμ. Τέτοιος είναι και ο Μάης του '68 στην Ευρώπη. Τέτοιο είναι, όμως, και το κίνημα της αμφισβήτησης που βρίσκει το καλλιτεχνικό του αντίστοιχο στο rock, τέτοια είναι και η κουλτούρα της reggae.

Στα κινήματα αυτά, η χρήση της κάνναβης και το αίτημα για «αποποινικοποίησή της» έχουν συχνά χαρακτήρα εμβληματικό.

Ενώ και σε μικρότερου βεληνεκούς, «επιμέρους κουλτούρες», όπως τα νέγρικα μπλουζ και τα ελληνικά ρεμπέτικα που ανά καιρούς αναβιώνουν, η απαγόρευση προσδίδει στη χρήση της κάνναβης χαρακτηριστικά συμβόλου και διακριτικού γνωρίσματος συμμετοχής σε μια αντισυμβατική ομάδα, ανατροφοδοτώντας έτσι τον μύθο της.

## Η "λογική του φόβου" και το ελληνικό αντι-απαγορευτικό κίνημα

Το αντιαπαγορευτικό κίνημα στην Ελλάδα τα περασμένα 30 χρόνια αρθρώνεται μέσω του επιστημονικού λόγου, όπως στο κείμενο του Ανδρέα Γληνού που αποτέλεσε την αφορμή και της σημερινής συζήτησης.

Αρθρώνεται και από ένα μείγμα επιστημονικού και πολιτικού λόγου, κάποιες φορές και πολιτικού ακτιβισμού, όπως εκείνου στον οποίο προέβη ο συν-εισηγητής στη σημερινή Ημερίδα ιατρός, Γιώργης Οικονομόπουλος, πριν 30 χρόνια καπνίζοντας δημόσια ένα τσιγάρο με κάνναβη.

Στην Ελλάδα αποκτήσαμε και κόμμα (την Ριζοσπαστική Αντιαπαγορευτική Κίνηση) που στις εκλογές του 1999 έλαβε 22 χιλιάδες ψήφους με μοναδικό αίτημα την αποποινικοποίηση της κάνναβης.

Ενώ, σε επίπεδο πολιτισμού, ζήσαμε από τις αντι-απαγορευτικές συναυλίες των Άσημου, Σιδηρόπουλου και Πουλικάκου στα Προπύλαια το 1986, μέχρι την τρίτη και τέταρτη, κατά σειρά, αναβίωση των ρεμπέτικων και των χασικλίδικων τραγουδιών.

Με τα χρόνια φάνηκε να υποχωρεί στο δημόσιο λόγο το «προωθημένο αίτημα» της ολικής απελευθέρωσης των «ναρκωτικών» και να υπερισχύουν «μικρότερης έντασης» αιτήματα, όπως «ο διαχωρισμός σκληρών και μαλακών» και η «νομιμοποίηση της κάνναβης για ψυχαγωγικούς σκοπούς». Έχουμε, άλλωστε, εδώ και 10 χρόνια και Αντιαπαγορευτικό Φεστιβάλ με αίτημα την αποποινικοποίηση της κάνναβης για ψυχαγωγική χρήση, το οποίο πραγματοποιείται με επιτυχία.

## Η γλώσσα των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια σε όλες τις παραπάνω «μη θεσμικές γλώσσες» για τα ναρκωτικά ήρθαν να προστεθούν και εκείνες των βαριά ασθενών (καρκινοπαθών, ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας, και γονέων παιδιών με αυτισμό) που βρήκαν στην κάνναβη ένα φάρμακο αναγκαίο ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους.

Δεν υπάρχει σχήμα πιο οξύμωρο και γλώσσα «πιο περίεργη», αυτή τη στιγμή, από αυτήν που ομιλούν τόσο στα Μέσα Κοινωνικής δικτύωσης όσο και ανοικτά στον Τύπο οι ασθενείς αυτοί.

Το να έχει δαιμονοποιηθεί ένα φυτό τόσο ώστε αυτός που το χρειάζεται ως φάρμακο να αισθάνεται (και να είναι μιας και δεν έχει ακόμη αλλάξει ο νόμος<sup>1</sup>) παράνομος, είναι το πρώτο που κανείς δυσκολεύεται να κατανοήσει.

Το να ωθούνται οι ασθενείς στην παρανομία για να γιατρευτούν συμπληρώνει την παράλογη, για μια κοινωνία που σέβεται τον

1. Λίγες ημέρες μετά την Ημερίδα ανακοινώθηκε από τον Πρωθυπουργό η νομιμοποίηση της χρήσης της ιατρικής κάνναβης.

εαυτό της, εικόνα. Εν έτει 2017, η γλώσσα που μιλάνε οι ασθενείς αυτοί έχει έντονα τα στοιχεία της απόγνωσης και της αγωνίας, του φόβου και της ενοχής του στιγματισμού από την κοινωνία. Ασθενείς με βαριές αρρώστιες συνομιλούν με άλλους ασθενείς ζητώντας συμβουλές για την κατ' οίκον και εν κρυπτώ ιδιοπαρασκευή φαρμάκων. Η ιατρική τίθεται υπό αμφισβήτηση, οι νόμοι επίσης. Φυσικά και αυτοί που κατασκευάζουν νόμους...

Κι όλα αυτά για την κάνναβη, που είναι ένα φυτό. Ένα φυτό το οποίο σχεδόν στο μισό πλανήτη είναι πλέον νόμιμο ως φάρμακο και συχνά και ως ψυχαγωγικό μέσο.

Αν ζητούμενο είναι μια κοινωνία στην οποία οι άνθρωποι μετέχουν χωρίς την αγωνία της εξάρτησης από ουσίες κι αφού «οι θεσμοί» απέτυχαν παταγωδώς να μας σώσουν από τους εθισμούς, ήρθε προφανώς η στιγμή να γίνει η αρχή από την κάνναβη στη δημιουργία μιας άλλης λογικής για την αντιμετώπιση των «τοξικομανών», που όπως έλεγε

και ο Ανδρέας Γληνός στην εισήγησή του πριν τριάντα χρόνια “δεν είναι και δεν πρέπει να λέγονται έτσι”.

Ας ξαναδούμε με προσοχή την άποψη του Ανδρέα Γληνού ότι “μόνος τρόπος για την αποτελεσματική καταπολέμησή της «φαρμακευτικής κατάχρησης» είναι η νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών, η νόμιμη χορήγησή τους, με ιατρική επίβλεψη, σ' αυτούς που τα έχουν ανάγκη”.

Οι εκφραστές των θεσμών και δημιουργοί των νόμων θα πρέπει να δημιουργήσουν σύντομα «μια νέα γλώσσα», να βρουν την ισορροπία τους με τις αγωνίες της κοινωνίας που θα ήθελαν να εκφράζουν. Ακόμη καλύτερα θα πρέπει με μοχλούς την Παιδεία, την ανεκτικότητα και τα συμπεράσματα της επιστήμης να συντελέσουν στην απομυθοποίηση των ουσιών βοηθώντας έτσι την κοινωνία να εξελιχθεί στηριγμένη στην αλήθεια και στη γνώση και όχι στο φόβο και την απαγόρευση.

Σας ευχαριστούμε.





