

[ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ]

# [ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ]

[Ο ΟΚΑΝΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ  
ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ]

ΚΑΓΙΑΝΝΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ (Α.Μ. 15734)  
[ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΡ. ΤΣΟΥΡΑΜΑΝΗΣ]

ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ 2015

---

## Πρόλογος

---

Το ζήτημα της αντιμετώπισης των ναρκωτικών είναι ένα θέμα, το οποίο δικαιολογημένα απασχολεί, έντονα, κάθε σύγχρονη κοινωνία και μάλιστα, σε όλα, σχεδόν, τα επίπεδα: πολιτικό, κυβερνητικό, επιστημονικό, εξειδικευμένων φορέων και πολιτών, και πάνω απ' όλα όσων πλήττονται πιο άμεσα από το πρόβλημα, δηλαδή των ίδιων των εξαρτημένων και των οικογενειών τους (Βουγιούκα, 1977). Η πολιτική που ορίζεται, ως «πόλεμος ενάντια στα ναρκωτικά» και ξεκίνησε με επίκεντρο τις Η.Π.Α., τα τελευταία χρόνια, καταδεικνύει ακριβώς αυτή την προσπάθεια των κρατών, να διαχειριστούν το εν λόγω ζήτημα, συμβιβάζοντας τις ιδεατές λύσεις του προβλήματος, με τα μέσα που διατίθενται για την υλοποίηση αυτών.

Ο ΟΚΑΝΑ, από την ίδρυσή του έως σήμερα, επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο -αυτόν του εθνικού συντονιστικού φορέα και του φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών- στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την αντιμετώπιση στη χώρα μας των προβλημάτων που συνδέονται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Πολιτικής της οποίας βασικοί στόχοι είναι η πρόληψη, η θεραπεία και η κοινωνική ενσωμάτωση.

Τα ναρκωτικά αποτελούν μια μάστιγα της σημερινής εποχής η οποία ωστόσο μπορεί να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη πρόληψη και θεραπεία. Το θέμα στο οποίο θα εστιάσουμε στην παρούσα εργασία αποτελεί η θεραπεία των ατόμων που είναι εξαρτημένοι από διαφόρου τύπου εξαρτησιογόνες ουσίες. Η διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος πραγματοποιείται αναφορικά με την ανάδειξη της σημασίας του ρόλου των ιδρυμάτων που λειτουργούν προς την κατεύθυνση της απεξάρτησης των χρηστών.

Στην παρούσα εργασία θα αναλυθεί το πρόβλημα της τοξικό - εξάρτησης ενώ θα εστιάσουμε στον ΟΚΑΝΑ, το κέντρο απεξάρτησης που λειτουργεί στην Ελλάδα. Μέσα από την εργασία αυτή θα παρουσιαστεί η σημαντικότητα της λειτουργίας του εν λόγω ιδρύματος και θα αναλυθούν οι στρατηγικές και πολιτικές που ακολουθεί αναφορικά με την θεραπεία των χρηστών.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας γίνεται αναφορά στις εξαρτησιογόνες ουσίες και στις διακρίσεις τους. Διερευνώνται οι λόγοι βάσει των οποίων δημιουργούν εξάρτηση.

Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας θίγεται και μελετάται το θέμα των πολιτικών απεξάρτησης και αντιμετώπισης των ναρκωτικών. Αναλύονται τα μοντέλα και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές αλλά και οι στάσεις της κοινωνίας.

Εν τέλει,, στο τρίτο και κυριότερο μέρος της παρούσας εργασίας αναλύεται το έργο και οι λειτουργίες του ΟΚΑΝΑ. Ειδικότερα, διερευνάται το σύνολο των υπηρεσιών και πολιτικών που εφαρμόζονται από το συγκεκριμένο ίδρυμα αναφορικά με την εκτέλεση της αποστολής του.

## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος.....	2
Κεφάλαιο 1ο .....	6
Οι εξαρτησιογόνες ουσίες .....	6
1.1. Εισαγωγή .....	6
1.2. Διακρίσεις.....	7
1.2.1. Διεγερτικές ουσίες .....	7
1.2.2. Κατασταλτικές ουσίες .....	11
1.2.3. Παραισθησιογόνες ουσίες .....	13
1.3. Χρήση και εξάρτηση .....	16
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	19
Πολιτικές απεξάρτησης και αντιμετώπισης των ναρκωτικών.....	19
2.1. Εισαγωγή .....	19
2.2. Μοντέλα και πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών .....	20
2.3. Πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών .....	25
2.4. Οι Στάσεις της κοινωνίας και οι σύγχρονες εφαρμοζόμενες πολιτικές.....	29
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	31
Ο ΟΚΑΝΑ και η λειτουργία του ως κέντρο απεξάρτησης.....	31
3.1. Εισαγωγή .....	31
3.2. Η λειτουργία του ΟΚΑΝΑ.....	32
3.3. Υπηρεσίες και προσφορά του ΟΚΑΝΑ.....	34
3.3.1. Πρόληψη .....	34
3.3.2. Θεραπεία.....	35
3.3.3. Μείωση της βλάβης .....	39

3.3.4. Κοινωνική επανένταξη .....	46
3.4. Χάρτης των υπηρεσιών.....	48
Συμπεράσματα - Επίλογος.....	56
Αναφορές – Πηγές .....	56

---

## Κεφάλαιο 1ο

### Οι εξαρτησιογόνες ουσίες

#### 1.1. Εισαγωγή

---

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο όρος «ναρκωτικά», τόσο από ετυμολογική άποψη όσο και από επιστημονική, είναι λανθασμένος, διότι υποδηλώνει ουσίες που «ναρκώνουν», που θέτουν το άτομο σε «λήθαργο» (Κουτσελίνης, 2002). Οι ναρκωτικές όμως ουσίες αποτελούν ένα μέρος μόνο των ουσιών που αναφέρονται στα νομοθετικά κείμενα και περιλαμβάνονται στον όρο «ναρκωτικά».

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται στην καθομιλουμένη κυρίως για τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. Ορθότερο είναι να γίνεται λόγος για «τοξικές ουσίες», ουσίες οι οποίες έχουν τοξικές δυνατότητες, προκαλούν δηλαδή στο άτομο εξάρτηση από την οποία δεν μπορεί να απαλλαγεί χωρίς επίπονες προσπάθειες και χωρίς τη βοήθεια ειδικών, και στη χειρότερη περίπτωση είναι δυνατό να προκαλέσουν ακόμα και θάνατο (Kitsuse, 1964). Η διάκριση των ουσιών μπορεί να γίνει είτε ανάλογα με την επίδραση που ασκούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, είτε ανάλογα με την ανοχή του οργανισμού σε αυτές, σε συνάρτηση με την τοξικότητα που έχουν. Όσον αφορά την επίδραση των τοξικών ουσιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, μπορούν να διαιρεθούν σε διεγερτικές, σε κατασταλτικές και παραισθησιογόνες.

---

## 1.2. Διακρίσεις

### 1.2.1. Διεγερτικές ουσίες

---

Στις διεγερτικές ουσίες ανήκουν, μεταξύ άλλων, οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η καφεΐνη και η κάνναβη.

Οι αμφεταμίνες παρασκευάστηκαν για πρώτη φορά το 1887, αλλά οι θεραπευτικές τους ιδιότητες για το άσθμα και τη ναρκοληψία ανακαλύφθηκαν το 1927. Χρησιμοποιήθηκαν, μεταξύ άλλων, για τη θεραπεία των υπερκινητικών παιδιών, γνώρισαν μεγάλη διάδοση κατά τη διάρκεια του παγκοσμίου πολέμου καθώς και κατά τη δεκαετία του '60 στα νεανικά κινήματα της εποχής (Παρασκευόπουλος, 2010). Από τα τέλη της δεκαετίας του '70 δεν παρασκευάζονται πια φαρμακευτικά και βρίσκονται μόνο στην παράνομη αγορά.

Η μεθαμφεταμίνη είναι συνθετική ουσία και αποτελεί εξέλιξη της αμφεταμίνης. Για πρώτη φορά παρασκευάστηκε τέλος του 19ου αιώνα στην Ιαπωνία και χρησιμοποιήθηκε για φαρμακευτικούς λόγους (π.χ. θεραπεία άσθματος). Το παρασκεύασμα αυτό εγκρίθηκε από την Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ το 1944. Σύμφωνα με την επιτροπή, μπορούσε να θεραπεύσει αρκετές παθήσεις, μεταξύ των οποίων η ναρκοληψία, ο αλκοολισμός, η ήπια κατάθλιψη, ακόμα και οι εποχιακές αλλεργίες (Κουτσελίνης, 2002). Για μεγάλο χρονικό διάστημα, η χρήση της μεθαμφεταμίνης και ο εθισμός σε αυτήν ήταν βασικό πρόβλημα στις δυτικές ΗΠΑ. Σταδιακά όμως, άρχισε να εξαπλώνεται σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Νότου, στις Μεσοδυτικές πολιτείες των ΗΠΑ, στην Αφρική, στις ανατολικές περιοχές της Ευρώπης και στην Άπω Ανατολή. Η εξάπλωσή της στην Αφρική και στην ανατολική Ευρώπη οφείλεται και στο γεγονός, ότι οι λαθρέμποροι μπορούσαν εύκολα να προμηθευτούν τις δύο χημικές ουσίες που απαιτούνται για την παρασκευή της, την εφεδρίνη και την ψευδοεφεδρίνη (Jünger, 2003). Το 1970 πέρασε στις ΗΠΑ μία νέα νομοθεσία ελέγχου των ουσιών, η οποία απαγόρευε τη χρήση μεθαμφεταμίνης.

Η μάσηση των φύλλων του φυτού της κόκας ήταν μια διαδεδομένη συνήθεια μεταξύ των ιθαγενών των Άνδεων, επειδή τους βοηθούσε στην αναπνοή στα μεγάλα υψόμετρα όπου ο αέρας ήταν αραιός. Χρησιμοποιείτο ως φάρμακο κατά της πείνας, του κρύου, για να αυξήσει την αντοχή και τη δύναμή τους, κατά της νευρασθένειας, των εντερικών και στομαχικών ενοχλήσεων. Η συνήθεια αυτή υπήρχε και στους Ίνκας, η χρήση όμως περιοριζόταν στην άρχουσα τάξη (Παρασκευόπουλος, 2010).

Το 1855 ο γερμανός χημικός Friedrich Gaedcke απομόνωσε το ενεργό συστατικό της κόκας, την κοκαΐνη. Το 1884 ο Freud τη συνιστά σε μελέτες του για διάφορες ασθένειες, όπως το άσθμα, τις γαστρικές διαταραχές κλπ. Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται και ιατρικά ως τοπικό αναισθητικό (Mangione & Matoka, 2008). Το 1892 ιδρύεται στην Αμερική η Coca Cola Company, προωθώντας στην αγορά ένα ποτό που προερχόταν από εκχύλισμα κόκας και φυσικό αεριούχο νερό, παίρνοντας την ιδέα από ένα κρασί με απόσταγμα κόκας που κυκλοφορούσε στην Ευρώπη από έναν κορσικανό, ήδη στα τέλη του 19ου αιώνα. Το 1903 η κοκαΐνη τίθεται εκτός νόμου και έτσι η Coca Cola αναγκάζεται να την αντικαταστήσει με καφεΐνη (Jünger, 2003). Από το 1914 απαγορεύτηκε στα περισσότερα κράτη του κόσμου, ενώ στην ιατρική χρησιμοποιείται ως τοπικό αναισθητικό και ισχυρό παυσίπονο.

Το κρακ είναι η πιο δυνατή μορφή κοκαΐνης και η πιο επικίνδυνη, αλλά πολύ πιο φτηνή. Είναι 75% με 100% ανόθευτο, πολύ ισχυρότερο και πολύ δραστικότερο από την κοινή κοκαΐνη (Hitchcock, 1830). Το κρακ ήταν η «προσπάθεια του Χάρλεμ» να δημιουργήσει ένα φθηνότερο υποκατάστατο της κοκαΐνης τη δεκαετία του 1980. Αποτέλεσμα ήταν η εφεύρεση ενός από τα πιο καταστρεπτικά ναρκωτικά, καθώς κάποιος μπορεί να εθιστεί πολύ εύκολα σε αυτό. Η χρήση του κρακ παρουσιάζει ανοδική τάση σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και στις φτωχογειτονιές των ΗΠΑ. Έχει εξαπλωθεί με ραγδαίους ρυθμούς, αφού πωλείται στην αγορά σε τιμές φθηνότερες της (υδροχλωρικής) κοκαΐνης. Στις περισσότερες χώρες ζητείται κυρίως θεραπεία από τη χρήση κοκαΐνης, παρά από κρακ (υπάρχουν όμως και εξαιρέσεις: π.χ. στην Ολλανδία, όπου περίπου τα δύο τρίτα των αιτημάτων για θεραπεία από την κοκαΐνη, σχετίζονται με το κρακ) (Jünger, 2003). Σε αντίθεση με το κρακ, η κοκαΐνη έχει



συνδεθεί με το γόητρο και την κοινωνική επιτυχία. Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου οι χρήστες κοκαΐνης είναι συνήθως κοινωνικά ενσωματωμένοι νέοι ενήλικες (20-40 ετών) με ανώτερο του μέσου μορφωτικό ή/και επαγγελματικό επίπεδο.

Η καφεΐνη είναι νόμιμη εξαρτησιογόνος ουσία, η οποία απομονώθηκε για πρώτη φορά το 1820. Διαδόθηκε στην Ευρώπη μέσω της Αραβίας και της Τουρκίας από τη βορειοανατολική Αφρική. Ο καφές έγινε δημοφιλής στην Ευρώπη τον 17ο αιώνα. Τον 18ο αιώνα άρχισε να καλλιεργείται στην Ινδονησία και στις Δ. Ινδίες. Παρά το ότι η επικινδυνότητα της καφεΐνης για τον άνθρωπο επισημάνθηκε τη δεκαετία του '70, το εμπόριο του καφέ και του τσαγιού ανθούν μέχρι σήμερα.

Η κάνναβη είναι γνωστή από την αρχαιότητα, για θεραπευτικούς δε σκοπούς χρησιμοποιείται ήδη από το 2000 π.Χ. στην Κίνα και την Ινδία. Στην Ελλάδα γνωρίζουμε από τον Ηρόδοτο ότι η κάνναβη χρησιμοποιείτο για την κατασκευή υφασμάτων καθώς και για τελετές. Από τον 13ο έως και τον 19ο αιώνα η κάνναβη καλλιεργείται σε όλη σχεδόν την Ευρώπη και την Αμερική.

Στο τελευταίο τέταρτο του 19ου αιώνα, η Ελλάδα ήταν η μεγαλύτερη εξαγωγική χώρα σε χασίς (Jünger, 2003). Το 1906 ψηφίζεται νόμος «Περί φορολογίας της Ινδικής καννάβευς και περί τελωνειακών μέτρων κατά την εξαγωγήν αυτής εις την αλλοδαπήν». Από τα τέλη του 19ου αιώνα αρχίζει να απαγορεύεται η χρήση του χασίς στις αραβικές χώρες, έτσι ήκμασε το λαθρεμπόριο προς την Αίγυπτο. Ο φόρος που όφειλε ο έμπορος να καταβάλει, ως εγγύηση στον τόπο φόρτωσης, επιστρεφόταν όταν έπαιρνε βεβαίωση από τις προξενικές αρχές του κράτους στο οποίο παρεδίδετο το εμπόρευμα. Εφόσον όμως ήταν απαγορευμένο κάτι τέτοιο δεν ήταν εφικτό και έτσι το ελληνικό δημόσιο εισέπραττε πολλούς φόρους, ανεξάρτητα αν η εμπορία ήταν νόμιμη ή λαθραία.

Κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο οι αγρότες προτιμούν να καλλιεργήσουν σιτάρι παρά ινδική κάνναβη (η τιμή του σιταριού κατά τη διάρκεια του πολέμου είχε ανεβεί πολύ) (Hitchcock, 1830). Από τα 1919 όμως αρχίζει και πάλι η

καλλιέργεια της ινδικής κάνναβης. Το 1920 το Ελληνικό Κράτος παίρνει μια πολύ σημαντική απόφαση. Σύμφωνα με τον νόμο 2107 «Περί απαγορεύσεως της καλλιέργειας, της εμπορίας και της καταναλώσεως της ινδικής καννάβεως (χασίς)», «απαγορεύεται καθ' όλον το Κράτος η καλλιέργεια της ινδικής καννάβεως (χασίς), από 1ης δε Ιανουαρίου 1921 απαγορεύεται και η αγορά, πώλησις, κατοχή, μεταφορά αυτής ως και πάσα άλλη δικαιοπραξία επ' αυτής». Βέβαια για αρκετά χρόνια ακόμα, με νομοθετικές τροπολογίες, παρατείνεται η φορολόγηση των αγροτών παραγωγών χασίς, η επιβολή χρηματικών εγγυήσεων στους λαθρεμπόρους του χασίς, και η είσπραξη εσόδων.

Το 1932 με τον νόμο 5539 «Περί μονοπωλίου των ναρκωτικών φαρμάκων και του ελέγχου αυτών» κλείνει η αυλαία της νόμιμης και υπό το κράτος ενισχυόμενης καλλιέργειας ινδικής κάνναβης, παραγωγής και εξαγωγής χασίς. Καταγράφει ποιές ουσίες θεωρεί ο νόμος ως ναρκωτικά μεταξύ αυτών και η ινδική κάνναβη και ορίζει ότι «η καθ' άπαν το Κράτος εισαγωγή και πώλησις των εν τω άρθρω 1 καθοριζομένων ναρκωτικών είναι αποκλειστικόν δικαίωμα του Κράτους και ανήκει εις το Υπουργείο Υγιεινής» καθώς και ότι «η καλλιέργεια της ινδικής καννάβεως ως και η κατοχή αυτής εν Ελλάδι απαγορεύεται».

Η Αμερική, όπου η ζήτηση για την κάνναβη ήταν μεγαλύτερη, πρωτοστάτησε στην απαγόρευσή της. Η πληθώρα των πλεονεκτημάτων και οι πολυποίκιλες εφαρμογές καθιστούσαν την κάνναβη υπολογίσιμο ανταγωνιστή των προϊόντων πολλών βιομηχανικών κλάδων (πετρελαιοειδή, οινόπνευμα, καπνός, χημικά φάρμακα, χαρτοπολτός κ.α.), που συνεργάστηκαν στενά για να πετύχουν την απαγόρευσή της. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1930, η κάνναβη ήταν αδιαμφισβήτητα καθιερωμένη ως αξιόλογο και ακίνδυνο θεραπευτικό μέσο που συγκέντρωνε την επιδοκιμασία και την εκτίμηση του ιατρικού κόσμου (Hitchcock, 1830): Μέχρι το 1937, το βασικό Εγχειρίδιο Φαρμακοποιίας και το Εθνικό Συνταγολόγιο των ΗΠΑ, την αναφέρει ως ακίνδυνο φάρμακο κατάλληλο για ένα ευρύτατο φάσμα ασθενειών. Αλλά το 1937 θεσπίστηκε ο νόμος Marijuana Tax Act, με τον οποίον ουσιαστικά ποινικοποιήθηκε η καλλιέργεια, η κατοχή, η χρήση και η εμπορία της Ινδικής Κάνναβης και των παραγώγων της.

Η κρίσιμη περίοδος για την απαγόρευση της κάνναβης ήταν μεταξύ 1930-1937, που σηματοδοτήθηκε από τα παρακάτω γεγονότα. Το 1930 δημιουργήθηκε το «Ομοσπονδιακό Γραφείο Ναρκωτικών». Μέχρι το 1932 η φαρμακοβιομηχανία είχε τη δυνατότητα να παράγει μαζικά χημικά προϊόντα. Το 1933 έγινε η άρση της ποτοαπαγόρευσης και το αλκοόλ άρχισε και πάλι να πουλιέται ελεύθερα. Έγινε εφικτή η κατασκευή μηχανών για την παραγωγή χαρτιού από δασική ξυλεία. Τέλος την ίδια εποχή έγινε δυνατή η μαζική εισαγωγή στην αγορά των προϊόντων της πετροχημικής βιομηχανίας και του νάιλον (Hitchcock, 1830). Για όλους αυτούς τους λόγους η κάνναβη έπρεπε να βγει από την μέση κι έτσι απαγορεύτηκε ως «επικίνδυνο ναρκωτικό».

Η χρήση της (αλλιώς και μαριχουάνα) επιτρεπόταν στην Αμερική μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα. Το 1919, όμως, ο νόμος της Βιρτζίνια απαιτούσε από τους αγρότες το φυτό να καλλιεργείται στις φυτείες τους και κάθε ανυπακοή σήμαινε καταπάτηση του νόμου. Τη δεκαετία του '50 σχηματίστηκαν οι πρώτες ποινές για τους κατόχους μαριχουάνας με την δικαιολογία πως ήταν το πρώτο βήμα για τα σκληρά ναρκωτικά. Οι απαγορεύσεις όμως δεν εξοβέλισαν την κάνναβη από την αμερικανική κοινωνία, που πήρε την ρεβάνς της κατά τη δεκαετία του 1960 με το κίνημα των «χίπις».

### 1.2.2. Κατασταλτικές ουσίες

Στις κατασταλτικές ουσίες ανήκουν λχ. τα οπιούχα, τα βαρβιτουρικά και οι διαλύτες. Το όπιο προέρχεται από το φυτό «μήκων η υψιφόρος», μια παπαρούνα που καλλιεργείται σε διάφορες χώρες, κυρίως της Ασίας. Είναι γνωστό από την προϊστορική εποχή (20.000 π.Χ). Το χρησιμοποιούσαν ήδη από το 5.000 π.Χ. οι Ασσύριοι, οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι. Στην Ελλάδα υπάρχουν σχετικές αναφορές στον Όμηρο και τον Ιπποκράτη. Ο Γαληνός, γιατρός ελληνικής καταγωγής, το συνιστά κατά τον 2ο αιώνα μ.Χ. ως φάρμακο για πολλές ασθένειες. Τον 16ο αιώνα χρησιμοποιείται στη φαρμακευτική. Το 1729 θα απαγορευτεί, χωρίς αποτέλεσμα, για πρώτη φορά στην Κίνα, ενώ το 1799 η απαγόρευση γίνεται αυστηρότερη, με απειλή της θανατικής ποινής. Τον 19ο αιώνα το μονοπώλιο του εμπορίου οπίου θα προκαλέσει δύο πολέμους

μεταξύ Άγγλων και Κινέζων, που ονομάστηκαν «πόλεμοι του οπίου» (Julien, 2008).

Ένας τύπος αποξηραμένου χυμού από την παπαρούνα ήταν πολύ δημοφιλής κατά τον 19ο αιώνα. Το όπιο θεωρείτο καλό φαρμακευτικό προϊόν για τη θεραπεία των κραμπών και για τον πονόδοντο των μωρών. Στο τέλος του 19ου αιώνα το κάπνισμά του μεταδίδεται στην Αμερική από τους χιλιάδες κινέζους μετανάστες που δούλευαν στους σιδηροδρόμους. Το 1875 και το 1907 το όπιο απαγορεύθηκε σε Σαν Φρανσίσκο και Καλιφόρνια αντιστοίχως και το 1914 με τον νόμο του Francis Burton Harrison απαγορεύθηκε πλήρως, μπορούσε δε να διατεθεί μόνο με ιατρική συνταγή.

Είναι χαρακτηριστικό το ότι οι κυριότερες ουσίες οι οποίες απαντώνται σήμερα στα περισσότερα νομοθετήματα ως απαγορευμένες, ή στην καλύτερη περίπτωση χορηγούνται μόνο με ειδική ιατρική συνταγή, υπήρξαν απόλυτα νόμιμες την εποχή που έκαναν την πρώτη τους εμφάνιση και το χαρακτηριστικό τους γνώρισμα ήταν ότι κάθε μία από αυτές εμφανίστηκε για να καταπολεμήσει την εξάρτηση που δημιουργούσε κάποια προηγούμενη.

Ο γερμανός Friedrich Serturmer απομονώνει και περιγράφει τη μορφίνη το 1804. Το 1817 διαφημίζεται στο κοινό από αυτόν και την εταιρία του ως αναλγητικό και ως θεραπεία για την εξάρτηση από το όπιο και το αλκοόλ. Το 1832 παράγεται εκχύλισμα κωδεΐνης, ως φάρμακο για την εξάρτηση από το όπιο, για τον βήχα και τους πόνους, το οποίο προκαλεί εθισμό και τοξικομανία σε μικρότερο βαθμό από τη μορφίνη.

Το 1856 εμφανίζεται η ενέσιμη μορφίνη, ως ισχυρό αναλγητικό, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν μορφινομανείς. Αργότερα διαπιστώθηκε ότι προκαλούσε μεγαλύτερη εξάρτηση από το όπιο και το αλκοόλ, χρησιμοποιήθηκε δε κατά κόρον κατά τη διάρκεια του αμερικανικού εμφυλίου πολέμου, με αποτέλεσμα να φημολογείται ότι προέκυψαν πάνω από 400.000 άτομα τα οποία υπέφεραν από τη «νόσο των στρατιωτών», εθισμένοι στη μορφίνη (Julien, 2008).

Αν συνυπολογίσουμε ότι ακολούθησε η κοκαΐνη, όπως προαναφέρθηκε στις διεγερτικές ουσίες, για να καταπολεμήσει την εξάρτηση από την κωδεΐνη και αποτελούσε συγχρόνως φάρμακο για τους μορφινομανείς, στα τέλη του 19ου αιώνα έχουμε εξαρτημένους από την κωδεΐνη, τη μορφίνη και την κοκαΐνη. Ως παράγωγο της μορφίνης παρουσιάζει η Bayer το 1898 την ηρωΐνη, ως ουσία που θεραπεύει κάθε είδους εξάρτηση (Julien, 2008). Κυκλοφορεί ελεύθερα στην αγορά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ηρωϊνομανών.

Το 1943 η Hoechst προωθεί ελεύθερα στο εμπόριο τη μεθαδόνη, μια συνθετική ουσία, παράγωγο της μορφίνης, με παρόμοια δράση των οπιούχων, ως ισχυρό αναλγητικό. Χρησιμοποιείται για την απεξάρτηση από τα οπιούχα ή ως υποκατάστατό τους. Με τη σειρά της προκαλεί εθισμό, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μεθαδονομανών.

Τα βαρβιτουρικά φάρμακα παραγόμενα από το βαρβιτουρικό οξύ είναι καταπραϋντικά και «υπνωτικά», που ασκούν ηρεμιστική επίδραση στο άτομο, καθώς καταπιέζουν συγκεκριμένα κέντρα του νευρικού συστήματος (Jünger, 2003). Στη δεκαετία του 1950 και του 1960, όλο και περισσότερες αναφορές άρχισαν να δημοσιεύονται σχετικά με υπερβολική δόση βαρβιτουρικών και προβλήματα εξάρτησης, οι οποίες οδήγησαν τελικά την ένταξή τους στα ελεγχόμενα ναρκωτικά.

Οι διαλύτες, οι οποίοι προκαλούν νάρκωση, είναι υγρές χημικές ενώσεις ή μίγματα που επιτυγχάνουν τη διάλυση ουσιών αδιάλυτων στο νερό.

### 1.2.3. Παραισθησιογόνες ουσίες

Τέλος, στις παραισθησιογόνες ουσίες ανήκουν, μεταξύ άλλων, το LSD (χημική ουσία) και η μεσκαλίνη (φυσική ουσία) (Κουτσελίνης, 2002).

Το LSD παρασκευάστηκε για πρώτη φορά στις 16 Νοεμβρίου 1938 (Lysergsaurediethylamid διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος) από τον Ελβετό χημικό Albert Hofmann, στα εργαστήρια της φαρμακευτικής εταιρείας Sandoz στη Βασιλεία, στα πλαίσια ενός γενικού ερευνητικού προγράμματος για τη

μελέτη της ιατρικής χρήσης θεραπευτικών βοτάνων. Μεγάλος λάτρης της αρχαίας Ελλάδας και μελετητής των Ελευσίνιων μυστηρίων έφτασε στην ανακάλυψη και στη σύνθεση του LSD. Εκεί, κατέληξε ουσιαστικά παίρνοντας ερέθισμα από τα Ελευσίνια μυστήρια όπου χρησιμοποιούσαν εκχυλίσματα δημητριακών κατά τη διάρκεια των τελετών. Ο Hofmann απομόνωσε το μύκητα ερυσίβη από τα δημητριακά, τον ανασυνέταξε χημικά και προέκυψε το LSD.

Η παραισθησιογόνος δράση του διαπιστώθηκε πέντε χρόνια αργότερα τυχαία όταν μια μικρή ποσότητα χύθηκε στο χέρι του στη διάρκεια εργαστηριακού πειράματος στις 16 Απριλίου 1943 (Κουτσελίνης, 2002). Παίρνοντας ο ίδιος μια δόση από αυτήν την ανακάλυψη, αισθάνθηκε να πετάει από το παράθυρο του εργαστηρίου του, μέσα σε μια μεγάλη συνειδησιακή έκσταση, με το ποδήλατο. Από τότε έμεινε αυτό γνωστό ως «η μέρα του ποδηλάτου» καθώς και σε μερικές χώρες της Ευρώπης η έκφραση «ταξίδι με ποδήλατο» ή απλά «ποδήλατο».

Στη δεκαετία του 1960, η χρήση του προτάθηκε για τη θεραπεία νευρώσεων, ειδικά σε ασθενείς που αρνούσαν να ακολουθήσουν άλλες θεραπευτικές μεθόδους, καθώς και για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Ο Hofmann θεωρούσε ότι το LSD θα μπορούσε να χρησιμεύσει στην ανάλυση του τρόπου που λειτουργεί το μυαλό του ανθρώπου και πάντα είχε την ελπίδα ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών, όπως η σχιζοφρένια (Jünger, 2003). Γι' αυτό και το υπερασπίστηκε ακόμη και μετά την απαγόρευσή του τη δεκαετία του '60. Στη δεκαετία μεταξύ 1965 και 1975 η χρήση του LSD υπήρξε ιδιαίτερα διαδεδομένη, έγινε σημαία των «χίπις» ή ατόμων με τάσεις πειραματισμού τόσο στις ΗΠΑ όσο και στη Δυτική Ευρώπη και αποτέλεσε σύμβολο της ψυχεδελικής κουλτούρας της εποχής. Αυτό οδήγησε σε δυσμένεια την ουσία του LSD και σε απαγόρευση από το ψυχιατρικό κατεστημένο.

Η μεσκαλίνη προέρχεται από το peyote, είδος μη ακανθώδους κάκτου (ονομάζεται και mescal), ο οποίος φύεται κυρίως στο Μεξικό και στις νότιες περιοχές των ΗΠΑ. Γνωστός στις θρησκευτικές τελετές των λαών της Ν. Αμερικής, περιέχει στις ρίζες του παραισθησιογόνες ουσίες, η κυριότερη των

οποίων είναι η μεσκαλίνη. Η ουσία αυτή απομονώθηκε το 1896, μπορεί δε να παρασκευαστεί και συνθετικά. Σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ κρίθηκε παράνομη τις δεκαετίες του 1920 και 1930. Το 1970 απαγορεύτηκε σε όλη τη χώρα με τη νομοθεσία περί ελέγχου ουσιών που ψηφίστηκε από το Κογκρέσο.

Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι παράνομα, και κυρίως στο διαδίκτυο, κυκλοφορούν και τα συνθετικά ναρκωτικά, τα οποία παρασκευάζονται με ολοένα αυξανόμενους ρυθμούς, κυρίως στην Κίνα και την Ινδία, από χημική διαφοροποίηση ήδη υπαρχουσών ουσιών και διάφορες προσμίξεις, με παρόμοια, αλλά πολύ πιο επικίνδυνα, ψυχοδραστικά αποτελέσματα από τα αντίστοιχα που προκύπτουν από τις γνωστές εξαρτησιογόνες ουσίες (Κουτσελίνης, 2002). Επειδή πολλά από αυτά δεν είναι απαγορευμένα, θεωρούνται συχνά από τους χρήστες ως μη επιβλαβή, αγνοώντας τις καταστροφικές συνέπειες που μπορεί να έχουν. Όπως αναφέρεται στην ετήσια έκθεση για το 2012 της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον έλεγχο των ναρκωτικών, τα τελευταία χρόνια υπάρχει ραγδαία άνοδος στη χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών. Ειδικότερα στην Ευρώπη, ο αριθμός των ανακοινώσεων για την εμφάνιση νέων ουσιών έχει αυξηθεί από πέντε το χρόνο, όπως ήταν μεταξύ 2000 και 2005, σε περίπου 50 το 2011 και αυτές μόνο στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη (Bersani et al., 2013).

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA τα συνθετικά ναρκωτικά αλλάζουν σταδιακά το τοπίο της τοξικομανίας στην Ευρώπη. Παρατηρείται μείωση της χρήσης κάνναβης και ηρωίνης αλλά ολοένα ευρύτερη διάδοση συνθετικών ψυχοτρόπων ουσιών, ειδικά στους νέους. Η κάνναβη παραμένει το ευρύτερα διαδεδομένο ναρκωτικό στην Ευρώπη με δεύτερη την κοκαΐνη, αλλά η κατανάλωση αμφοτέρων δείχνει σημεία κάμψης. Η ηρωίνη βρίσκεται σαφώς σε ύφεση ως προς τη χρήση της αλλά εξακολουθεί να προκαλεί τον μεγαλύτερο αριθμό νεκρών. Συνολικά το 2011, έτος που καλύπτει η έκθεση, 23 εκατομμύρια ευρωπαίοι 1564 ετών έκαναν χρήση κάνναβης, ενώ 4 εκατομμύρια χρησιμοποίησαν κοκαΐνη, 2 εκατομμύρια Ecstasy, άλλα 2 εκατομμύρια αμφεταμίνες και περίπου 1,4 εκατομμύρια οπιοειδή (Bersani et al., 2013).

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία με τον όρο «ναρκωτικά», νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και σωματικής και ποικίλου βαθμού, καθώς και την ανακούφιση των χρονίως πασχόντων από τα συμπτώματα συγκεκριμένης νόσου, για την οποία αυτές κρίνονται ιατρικά επιβεβλημένες (Bersani et al., 2013). Με βάση τα διεθνώς κρατούντα στην επιστήμη προσδιορίστηκαν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ναρκωτικών, έτσι ώστε στον ορισμό να περιλαμβάνεται κάθε ουσία γνωστή ή άγνωστη στο εμπόριο, ως και άγνωστες συνθέσεις ουσιών, οι οποίες έχουν τις ιδιότητες των ναρκωτικών, ανεξάρτητα από την ονομασία τους.

### 1.3. Χρήση και εξάρτηση

Ο άνθρωπος συχνά είναι «εξαρτημένος» από διάφορες καταστάσεις στη ζωή του. Το αντικείμενο της εξάρτησης μπορεί να είναι οτιδήποτε δίνει τη δυνατότητα εγκαθίδρυσης μιας σχέσης κυριαρχίας πάνω στο «εγώ» του ατόμου, είτε πρόκειται για ουσία, είτε για πρόσωπο, κατάσταση, δραστηριότητα ή συνθήκη. Δυστυχώς η εξάρτηση δεν γίνεται αντιληπτή από την αρχή. Κάποια χρονική στιγμή όμως καταδυναστεύει το άτομο, αυτό όμως δεν είναι σε θέση με τις δικές του μόνο δυνάμεις να την κόψει (Kitsuse, 1964).

Οι συνέπειες είναι ποικίλες, ανάλογα με το αντικείμενο ή την κατάσταση από την οποία έχει εξαρτηθεί το άτομο, μπορεί όμως να οδηγήσει και σε μη αναστρέψιμες περιπτώσεις, οι οποίες πλήττουν κυρίως την ελευθερία του ατόμου και στη χειρότερη περίπτωση την υγεία του και τη διακινδύνευση και της ζωής του ακόμα. Μπορεί καταρχάς να αναφερθεί κανείς σε εξαρτήσεις από πρόσωπα. Επίσης από τον υπολογιστή και τις συναφείς ειδικότερες εφαρμογές, όπως τα video games. Έχουν αναφερθεί παθολογικές καταστάσεις ατόμων που περνούν ατέλειωτες ώρες χωρίς να απομακρυνθούν έστω και για λίγο από την οθόνη, μάλιστα μερικά έχουν χάσει και τη ζωή τους. Εξαρτήσεις έχουμε ακόμη και από τα κινητά τηλέφωνα τα οποία έχουν εισβάλει τα τελευταία χρόνια στην καθημερινότητά μας. Εξάρτηση μπορεί να υπάρξει και από το φαγητό, το



αλκοόλ, τον τζόγο και τα «ναρκωτικά». Στην προκειμένη περίπτωση μας ενδιαφέρει μόνο η εξάρτηση από το αλκοόλ και τις διάφορες απαγορευμένες ουσίες (Julien, 2008). Στην περίπτωση του αλκοολισμού η ειδοποιός διαφορά είναι ότι το αλκοόλ είναι απολύτως νόμιμο, ενώ η διακίνηση των λοιπών ουσιών είναι εγκληματοποιημένη συμπεριφορά.

Η απλή χρήση διαφέρει από την εξάρτηση. Μπορεί να γίνει μία ή μερικές φορές μόνο ή αντίστοιχα να είναι περιστασιακή, χωρίς να προκαλεί στο άτομο εθισμό, στάδιο κατά το οποίο ενσυνείδητα πλέον αναζητεί την εξαρτησιογόνο ουσία και αρχίζει να μην είναι σε θέση να ελέγχει τον εαυτό του (Bersani et al., 2013). Για να θεωρηθεί κάποιος εξαρτημένος από μια ψυχοτρόπο ουσία, θα πρέπει να παρουσιάζει κάποια από τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία να διαρκούν για ένα τουλάχιστον μήνα ή να επανεμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα (Kitsuse, 1964):

- Ανοχή στην ουσία, η οποία στην πράξη σημαίνει ότι με τη λήψη της ίδιας ποσότητας το αναμενόμενο αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται, γι' αυτό ο χρήστης νιώθει την ανάγκη ότι πρέπει να λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη ποσότητα από αυτήν.
- Αποτυχημένες προσπάθειες για να ελέγξει τη χρήση ή τη συμπεριφορά ή να διακόψει τη χρήση της ουσίας.
- Εξακολούθηση της χρήσης ακόμα κι αν το άτομο γνωρίζει ότι αυτό είναι καταστροφικό για τον εαυτό του, διότι δημιουργούνται προβλήματα από σωματική, ψυχική και κοινωνική άποψη.
- Καταστροφικές συνέπειες εξαιτίας της χρήσης τόσο στους ίδιους τους εθισμένους (μέθη και στερητικά συμπτώματα), όσο και στους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους (προβλήματα στη δουλειά ή το σχολείο, συγκρούσεις με τους ανθρώπους που βρίσκονται στο κοντινό περιβάλλον, αφιέρωση λιγότερου χρόνου για λοιπές δραστηριότητες).
- Σπατάλη χρόνου του χρήστη σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την απόκτηση της ουσίας.
- Συμπτώματα στερητικού συνδρόμου όταν το άτομο μειώνει απότομα ή διακόπτει τη λήψη της ουσίας.

- Συχνή χρήση της ουσίας ή υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς για τον περιορισμό των στερητικών συμπτωμάτων.
- Χρήση ουσιών πιο συχνή και σε μεγαλύτερες δόσεις απ' ό,τι σχεδιάζεται.

Η εξάρτηση εκδηλώνεται σωματικά, αλλά κυρίως ψυχικά. Η σωματική εξάρτηση εμφανίζεται όταν το σώμα του ανθρώπου έχει προσαρμοστεί στην ουσία και αναπτύσσει συμπτώματα όταν σταματήσει τη χρήση (το ονομαζόμενο στερητικό σύνδρομο). Αν ο χρήστης, δηλαδή, διακόψει τελείως ή μειώσει τη συγκεκριμένη γι' αυτόν δοσολογία της ουσίας, ή μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μειωθεί η δραστική ικανότητά της, ο χρήστης εμφανίζει ποικίλα δυσμενή σωματικά συμπτώματα, όπως λ.χ. ρίγη, ζάλη, ναυτία, εμετό, διαταραχές στο γαστρικό, αναπνευστικό ή νευρικό σύστημα (Julien, 2008). Τα συμπτώματα εξαφανίζονται μόλις γίνει ξανά χρήση αυτής της ουσίας, στην απαιτούμενη δοσολογία, γι' αυτό και ο χρήστης γίνεται από κάθε άποψη υποχείριο αυτής.

Η ψυχική εξάρτηση, σε σύγκριση με τη σωματική, είναι πιο σημαντική και είναι αυτή που απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπιστεί. Αναγκάζει το άτομο να οργανώσει όλη του τη ζωή γύρω από την ουσία, η οποία γίνεται αυτοσκοπός. Δεν μπορεί να φανταστεί τη ζωή του χωρίς τη χρήση της, γιατί μόνο με αυτή θεωρεί ότι θα αντεπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις (Bersani et al., 2013). Η ψυχική εξάρτηση επιμένει και διαρκεί περισσότερο από τη σωματική. Όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν ψυχική εξάρτηση, ενώ σωματική εξάρτηση προκαλούν ορισμένες από αυτές.

Για το πώς ο χρήστης μετατρέπεται σε εξαρτημένο υπάρχουν πολλές εκδοχές. Καταρχάς κάθε χρήση δεν μετατρέπεται σε εξάρτηση. Εξαρτάται από την ουσία, τις ιδιότητές της, αλλά κυρίως την προσωπικότητα του ατόμου. Αν κάποιος αντιμετωπίζει ποικίλα προβλήματα (οικονομικά, κοινωνικά) και έχει μία ευάλωτη προσωπικότητα και ανύπαρκτο κοινωνικό (οικογενειακό, συγγενικό, φιλικό) περιβάλλον το οποίο θα είναι σε θέση να τον στηρίξει για να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες, είναι ευκολότερο να μετατρέψει τη χρήση σε εξάρτηση. Σε αντίθετη περίπτωση, μπορεί ομαλά να ξεπεράσει την οποιαδήποτε

κατάσταση και να μείνει χωρίς τις εξαρτητικές συνέπειες (Julien, 2008). Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθούν συνταγογραφούμενες εξαρτησιογόνες ουσίες, οι οποίες χορηγούνται για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα νόμιμα για ιατρικούς λόγους, μετά τη λήξη της χρήσης των οποίων το άτομο με υγιές και υποστηρικτικό περιβάλλον δεν οδηγείται σε υποτροπή και περαιτέρω αναζήτηση στα πλαίσια του στερεητικού συνδρόμου.

Οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση, σύμφωνα με τη γνώμη των ειδικών, σχετίζονται με τη γενετική προδιάθεση, το περιβαλλοντικό στρες, τις κοινωνικές πιέσεις, τα ψυχιατρικά προβλήματα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τους συντάκτες του νέου νόμου για τα ναρκωτικά (4139/2013) ως εξάρτηση νοείται μία κατάσταση ψυχική ή και φυσική («σωματική»), που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της επίδρασης μιας ουσίας σε έναν ζωντανό οργανισμό και χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία εκδηλώσεων, μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται πάντοτε η διάθεση για τη συνέχιση λήψης της ουσίας με σκοπό την επανεκδήλωση των ψυχοδραστικών ενεργειών της ή αντίθετα την αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων, που μπορεί να εκδηλωθούν όταν δεν ληφθεί.

---

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>**

### **Πολιτικές απεξάρτησης και αντιμετώπισης των ναρκωτικών**

#### **2.1. Εισαγωγή**

---

Προκρίνοντας άλλες φορές πολιτικές πιο συντηρητικές και άλλοτε πιο φιλελεύθερες, οι τρόποι αντιμετώπισης, που αφορούν στο ζήτημα των ναρκωτικών, φαίνεται, να κινούνται μέσα σ'ένα αρκετά ευρύ συνεχές, που συνήθως επηρεάζεται από την κοινωνική πραγματικότητα. Το συνεχές, αυτό,

περιλαμβάνει, τόσο ακραίες απόψεις, σχετικά με τις πολιτικές για τα ναρκωτικά, όσο και ενδιάμεσες, περισσότερο, ευέλικτες απόψεις.

## 2.2. Μοντέλα και πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών

Οι δύο ακραίες απόψεις αφορούν στην επιλογή ανάμεσα στην απόλυτη απαγόρευση ή στην απόλυτη νομιμοποίηση και όπως συμβαίνει, συνήθως, φαίνεται να έχουν τους λιγότερους υποστηρικτές (Ζαραφονίτου, 2003). Αντίθετα, εκεί που επικεντρώνεται όλο το ενδιαφέρον, είναι στις ενδιάμεσες απόψεις, που κινούνται ανάμεσα σ' αυτό το δίπολο και παρουσιάζουν διαφορές, ως προς την ένταση, τις ουσίες, το εύρος της αλλαγής κ.α. Οι απόψεις, λοιπόν, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο γενικά μοντέλα: στο απαγορευτικό και στο αντιαπαγορευτικό μοντέλο. Στο πρώτο εντάσσεται η αυστηρή απαγόρευση με απόλυτη ρύθμιση από τον ποινικό νόμο και η ήπια απαγόρευση. Στο δεύτερο μοντέλο εντάσσονται οι πολιτικές της νομιμοποίησης και της αποποινικοποίησης, κάθε μία από τις οποίες έχει πιο απόλυτες και πιο διαλλακτικές μορφές της. Έτσι, η νομιμοποίηση χωρίζεται σε καθολική και σταδιακή, ενώ η αποποινικοποίηση σε πλήρη και μερική.

Συγκεκριμένα, το απαγορευτικό μοντέλο έχει ως βασική αρχή, ότι κάθε πράξη που συνδέεται με τα ναρκωτικά, από την παραγωγή και την πώληση, ως την χρήση, πρέπει να ελέγχεται και να καταστέλλεται από τον νόμο. Αυτό, στο οποίο το μοντέλο παρουσιάζει μια διαβάθμιση, είναι στο βαθμό και το είδος της ποινής, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από την απόλυτη καταστολή (π.χ. θανατική ποινή), ως την θεραπευτική παρέμβαση (π.χ. υποχρεωτική παρακολούθηση κάποιου προγράμματος απεξάρτησης) (Ζαραφονίτου, 2003). Όπως προαναφέρθηκε, σ' αυτό το μοντέλο εντάσσεται η αυστηρή απαγορευτική πολιτική, η οποία υποστηρίζει, ότι, μόνο, η απόλυτη εφαρμογή του νόμου και η αυστηρή επιβολή ποινών μπορεί, να οδηγήσει στην αποτροπή από την χρήση και συνεπώς, στην εξάλειψη των ναρκωτικών. Από την άλλη, περιλαμβάνεται η ήπια απαγορευτική πολιτική, στην οποία η συμβολή του νόμου για την αποτροπή από τα ναρκωτικά κρίνεται απαραίτητη αλλά πρέπει να συνδυαστεί με μια

γενικότερη κοινωνική πολιτική, για να λειτουργήσει αποδοτικά (Ηλιού-Δεδούση, 2002).

Σε πρακτικό επίπεδο, οι πολιτικές που, κατ'εξοχήν, εντάσσονται σε αυτό το μοντέλο είναι αυτές, που στο διεθνή χώρο έχουν επικρατήσει ως πολιτικές «μείωσης της προσφοράς» και πολιτικές «μείωσης της ζήτησης» (Ηλιού-Δεδούση, 2002). Σε πολύ γενικές γραμμές, οι πολιτικές «μείωσης της προσφοράς» στοχεύουν στον έλεγχο του εμπορίου και της διακίνησης ουσιών. Συνδέονται, κυρίως, με κατασταλτικές μεθόδους και επικεντρώνονται σε προσπάθειες ελέγχου των εισαγωγών και των εξαγωγών ναρκωτικών και των πρόδρομων ουσιών από τις χώρες παραγωγής, ελέγχου της συνταγογράφησης αυτών, το εκρίζωμα καλλιεργειών, την υψηλή φορολόγηση κ.α .

Οι πολιτικές αυτές υιοθετήθηκαν από πολλές χώρες, παγκοσμίως, οι οποίες επικεντρώθηκαν στην εξάρθρωση των δικτύων διακίνησης και της παραγωγής ουσιών. Μάλιστα, η παρουσία τους είναι κυρίαρχη στις διεθνείς συνθήκες, που αφορούν στον έλεγχο της διακίνησης, αλλά και στα Σχέδια Δράσης της Ε.Ε. .

Οι πολιτικές «μείωσης της ζήτησης», από την άλλη, στοχεύουν, αφενός στην πρόληψη της χρήσης και αφετέρου στον ίδιο τον χρήστη ναρκωτικών ουσιών. Η αποτροπή εισόδου νέων χρηστών, η παροχή κατάλληλης πληροφόρησης στις ομάδες υψηλού κινδύνου, αλλά και στον γενικότερο πληθυσμό και οι ρυθμίσεις σχετικά με την ποινική ή θεραπευτική αντιμετώπιση των ήδη χρηστών, είναι μερικές από τις βασικές κατευθύνσεις (Ηλιού-Δεδούση, 2002). Πιο συγκεκριμένα, οι πολιτικές «μείωσης της ζήτησης» ρυθμίστηκαν, σε διεθνές επίπεδο, από Συνθήκες (1961-1971) και Πρωτόκολλα (1972), τα οποία φαίνεται να στρέφουν το ενδιαφέρον τους στο χρήστη, αναγνωρίζοντας, μεν, τον εγκληματικό χαρακτήρα της χρήσης, αλλά επιλέγοντας, δε, μια αντιμετώπιση περισσότερο προνοιακού χαρακτήρα (θεραπεία και κοινωνική επανένταξη), εναλλακτικά των ποινικών μέτρων. Το τρίπτυχο, λοιπόν, πρόληψη, θεραπεία, επανένταξη είναι αυτό που πρωτοστατεί σ' αυτές τις πολιτικές.

Στον αντίποδα βρίσκεται το αντιπαγορευτικό μοντέλο , το οποίο προωθεί μια πιο ελαστική στάση, σχετικά με την εφαρμογή του νόμου, κυρίως όσον αφορά σε ορισμένα είδη ουσιών και σε ορισμένες πράξεις (Κίτσος, 2002). Σ' αυτό το μοντέλο εντάσσεται η πολιτική της νομιμοποίησης των ναρκωτικών, η οποία αφορά στη κατάργηση των ποινικών ρυθμίσεων, σχετικά με οποιαδήποτε ναρκωτική ουσία και πράξη, δηλαδή μπορούμε, να μιλάμε για διακίνηση των ουσιών σε καθεστώς νομιμότητας. Επίσης, εντάσσεται και η πολιτική της αποποινικοποίησης, η οποία αφορά στην κατάργηση των ποινικών περιορισμών και απαγορεύσεων του ζητήματος των ναρκωτικών, σχετικά με ορισμένες ουσίες και ορισμένες πράξεις και στη θέσπιση ενός συστήματος κανόνων, που, απλώς, θα ρυθμίζει τις σχετικές πράξεις, όπως συμβαίνει με άλλες ουσίες (αλκοόλ και καπνός).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στη νομιμοποίηση περιλαμβάνονται δύο τάσεις η καθολική και η σταδιακή. Στην πρώτη περίπτωση, υποστηρίζεται, ότι όλες οι ουσίες πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο, ο οποίος δεν θα πρέπει να είναι νομικός (Κίτσος, 2002). Όλο το ζήτημα των ναρκωτικών θεωρείται ένα ιατρικό ζήτημα, επομένως, είναι χωρίς ουσία οποιοσδήποτε απαγορεύσεις ποινικού χαρακτήρα και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να εκλείψουν οι νομικοί περιορισμοί (κατά οποιαδήποτε έννοια). Στη δεύτερη περίπτωση, οι υποστηρικτές της, επίσης, θεωρούν ότι η νομική αντιμετώπιση δεν είναι η κατάλληλη για το ζήτημα των ναρκωτικών, ωστόσο, προβάλλουν μια πιο συγκρατημένη άποψη για νομιμοποίηση, θεωρώντας, ότι κάτι τέτοιο πρέπει να γίνει σταδιακά, ξεκινώντας από ορισμένες, μόνο, ουσίες, όπως η κάνναβη, καθώς δεν έχουν όλες τα ίδια χαρακτηριστικά και τις ίδιες συνέπειες (Καράμπελας, 1988).

Όσον αφορά στην αποποινικοποίηση, διακρίνουμε, επίσης, δύο τάσεις την πλήρη και τη μερική. Στην πρώτη μιλάμε για την θεσμοθετημένη αποποινικοποίηση, στην οποία δεν υπάρχει κανένας ποινικός περιορισμός σε καμία ουσία και σχετική ενέργεια, παρά μόνο αυτοί που επιβάλλονται από το νόμο σε όλα τα προϊόντα της ελεύθερης αγοράς (Κίτσος, 2002). Στη δεύτερη το ζήτημα των ναρκωτικών ρυθμίζεται με την κατάργηση της ποινικής νομοθεσίας, σχετικά με ορισμένες πράξεις, όπως η κατοχή, η προμήθεια και η καλλιέργεια

για προσωπική χρήση, αλλά περιλαμβάνει διατήρηση των ποινικών ρυθμίσεων, σχετικά με πράξεις, όπως η εμπορία των ναρκωτικών, η διαφήμιση αυτών κ.α. και επιπλέον, γίνεται ένας διαχωρισμός στις ουσίες, στις οποίες εφαρμόζεται αυτή η πολιτική, ανάμεσα σε «σκληρά» και «μαλακά» ναρκωτικά. Στο επίκεντρο, όπως φαίνεται, αυτού του μοντέλου της μερικής αποποινικοποίησης τίθεται ο ίδιος ο εξαρτημένος και αναγνωρίζονται οι ανάγκες και τα δικαιώματα του, με βασικό γνώμονα την απομάκρυνση από τις ουσίες, χωρίς να υφίσταται τις επιπτώσεις του στιγματισμού.

Στο πλαίσιο αυτό αναφέρονται, ενδεικτικά, ορισμένες πολιτικές, που αποτελούν την πρακτική εφαρμογή της παραπάνω λογικής, όπως η πολιτική της συνταγογράφησης ναρκωτικών ουσιών, η πολιτική της συντήρησης, η πολιτικές «χαμηλού κατωφλίου» και οι πολιτικές που στηρίζονται σε συμμετοχικά μοντέλα.

Συνοπτικά, στις πολιτικές «μείωσης της βλάβης» αναγνωρίζεται το γεγονός, ότι υπάρχουν χρήστες, που δυσκολεύονται να διακόψουν τη χρήση, είτε λόγω χρόνιας εξάρτησης, είτε επειδή δεν το επιθυμούν. Για τον λόγο αυτό, στοχεύουν, σε πρώτο επίπεδο, στην μείωση των παρενεργειών και των υπόλοιπων επιβλαβών συνεπειών της χρήσης, όπως επιδείνωση της υγείας των χρηστών, μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, εξαθλίωση, αποκλεισμό, επιδείνωση της δημόσιας υγείας και σε δεύτερο επίπεδο, χωρίς σπασμωδικές και επίπονες παρεμβάσεις (Καράμπελας, 1988), στοχεύουν, μέσω ψυχοθεραπευτικής και συμβουλευτικής παρέμβασης, να αποτρέψουν την διαίονιση της κατάχρησης και τελικά, να οδηγήσουν στην επανένταξη των χρηστών. Τα προγράμματα αυτά, επιπλέον, συνεισφέρουν στην μείωση της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά. Προς επίρρωση αυτού παρατίθεται μια έρευνα (1999-2000), σύμφωνα με την οποία τα ποσοστά των ατόμων που εγκλημάτησαν, την περίοδο παρακολούθησης προγραμμάτων μεθαδόνης, ήταν μικρότερα απ' αυτών, που δεν ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα.

Όσον αφορά στα συμμετοχικά μοντέλα, τα οποία πριν μερικά χρόνια βρίσκονταν στο στάδιο της μελέτης και της πειραματικής εφαρμογής, ενώ σήμερα έχει, πλέον, αναγνωριστεί η σημασία που έχουν, επικεντρώνονται στον

τομέα της πρόληψης. Εστιάζονται στον ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης για τη διαχείριση κοινωνικών προβλημάτων (Καράμπελας, 1988). Τα Τοπικά Συμβούλια Πρόληψης της Εγκληματικότητας είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων μοντέλων, που καθιστούν τη συμμετοχή των πολιτών πρωτεύουσας σημασίας στην αντιμετώπιση κοινωνικών θεμάτων, όπως η εγκληματικότητα και η τοξικοεξάρτηση, τουλάχιστον σε τοπικό επίπεδο. Αναφορικά με την τοξικοεξάρτηση, η παρέμβαση των πολιτών, μπορεί να είναι πολύ σημαντική, τόσο για την πρόληψη, όσο και για τη μεταχείριση και επανένταξη των χρηστών και την αποφυγή του αποκλεισμού .

Κλείνοντας αυτή την ενότητα, θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί ο ρόλος που διαδραματίζουν τα Μ.Μ.Ε. στην αποδοχή ή την απόρριψη του ενός ή του άλλου μοντέλου και των ενδιάμεσων θέσεων (Κατερέλος, 2003). Έχει, ήδη, αναφερθεί, ότι ο σχεδιασμός μιας πολιτικής και η εφαρμογή της για την επίλυση κοινωνικών προβλημάτων είναι αποτέλεσμα της παρέμβασης των, κατά περίπτωση, στάσεων του κοινού ως προς ένα κοινωνικό ζήτημα, οι οποίες επηρεάζονται, σε μεγάλο βαθμό, απ'όσα προβάλλονται, καθώς αποτελούν βασική πηγή πληροφόρησης της κοινής γνώμης.

Είναι γεγονός, ότι σε διεθνές επίπεδο γίνονται προσπάθειες για την αλλαγή της νομοθεσίας προς μια κατεύθυνση πιο φιλελεύθερη, που προβάλλει περισσότερο την θεραπευτική αντιμετώπιση των ναρκωτικών, παρά τη νομική. Ωστόσο, τα Μ.Μ.Ε σε πολλές περιπτώσεις λειτουργούν ανασταλτικά προς αυτή την κατεύθυνση. Αφενός, η καθημερινή παρουσία στις εφημερίδες δημοσιευμάτων σχετικών με τη κατάσταση των ναρκωτικών και με τις «πρωτιές» της χώρας μας στους ρυθμούς αύξησης των θανάτων από ναρκωτικά και στην εξάπλωση της χρήσης, δίνουν την αίσθηση μιας ανεξέλεγκτης επέκτασης του προβλήματος στη χώρα μας. Αφετέρου, η συνεχής παρουσία μιας γενικότερης κινδυνολογίας σχετικά με τους χρήστες, που πολλές φορές οδηγεί στην επικράτηση ενός ηθικού πανικού (Κατερέλος, 2003), δημιουργούν, τελικά, μια αρνητική εικόνα για το ζήτημα των ναρκωτικών και ιδιαίτερα για την ομάδα των τοξικοεξαρτημένων, αποτρέποντας από οποιαδήποτε φιλελεύθερη αντιμετώπιση του. Επιπλέον, ο αποσπασματικός τρόπος παρουσίασης των επιχειρημάτων της πολιτικής αυτής, τα οποία δεν παραπέμπουν σε μια



συγκεκριμένη κοινωνική πραγματικότητα, η τοποθέτηση της επιχειρηματολογίας σ'ένα συντηρητικό πλαίσιο, αλλά και η αντιπαραθετική μορφή των επιχειρημάτων, τα οποία αν και μοιάζουν αυτονόητα, ωστόσο, δεν μπορούν να καλύψουν την συναισθηματική φόρτιση των πολιτών, υπονομεύει, εξ αρχής, την πιθανότητα αποδοχής της και συμβάλλει στην αποσιώπηση οποιασδήποτε προσπάθειας, να γίνει μια αξιολόγηση του υπάρχοντος νομικού πλαισίου, σχετικά με τα ναρκωτικά και στην ανάδειξη πολιτικών αποποινικοποίησης .

### 2.3. Πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών

Προς επίρρωση όσων έχουν ήδη αναφερθεί σχετικά με τις πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών, θα καταγραφούν δύο παραδείγματα ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, θα παρουσιαστεί η πολιτική που εφαρμόζεται στην Ολλανδία και στη Σουηδία. Η επιλογή αυτών των δύο χωρών δεν έγινε τυχαία, οφείλεται στο γεγονός, ότι αυτές οι δύο χώρες χρησιμοποιούν εντελώς διαφορετικά μοντέλα για να ελέγξουν το φαινόμενο των ναρκωτικών.

Οι πολιτικές που εφαρμόζουν αυτές οι δύο χώρες έχουν πολύ σημαντικές διαφορές, αλλά παρουσιάζουν και ορισμένες ομοιότητες (Κονταξής, 1998). Έτσι, η δημιουργία μιας ολοκληρωμένης και συμπαγούς πολιτικής ως προς τα ναρκωτικά, ανεξαρτήτως της κατεύθυνσης που προκρίνουν, η ανάπτυξη σε σημαντικό βαθμό των θεραπευτικών δομών που υποδέχονται εξαρτημένους, ως κυρίαρχο τρόπο μεταχείρισης, και η άσκηση, γενικότερα, μιας έντονα κοινωνικής πολιτικής που στηρίζεται στην πρόνοια αποτελούν βασικά σημεία σύγκλισης αυτών των χωρών.

Ξεκινώντας από το παράδειγμα της Ολλανδίας, ως μοντέλο αποποινικοποίησης, το οποίο προβάλλει μια φιλελεύθερη, ανεκτική στάση απέναντι στο ζήτημα των ναρκωτικών. Σε γενικές γραμμές, αντιμετωπίζει αυτό το κοινωνικό πρόβλημα ως κάτι φυσιολογικό και τους χρήστες, περισσότερο, ως ασθενείς, που έχουν ανάγκη από θεραπεία, παρά ως εγκληματίες, που χρειάζεται να τιμωρηθούν. Αυτή η πολιτική, ωστόσο, δεν ήταν εξ' αρχής η κυρίαρχη στην Ολλανδία. Υπήρξε μία διακύμανση που ξεκίνησε το 1919 αποδίδοντας μια

παράνομη διάσταση στα ναρκωτικά (Opium Act 1919), συνεχίστηκε με την αναγνώριση των ναρκωτικών ως κοινωνικό πρόβλημα (1960) και κατέληξε το 1976 με βασικό γνώμονα την προστασία της υγείας και της κοινωνίας γενικότερα δίνοντας βέβαια προτεραιότητα στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Σήμερα, λοιπόν, η πολιτική της Ολλανδίας για τα ναρκωτικά βασίζεται στα εξής (Γρίβας, 1997):

- ο ποινικός νόμος θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τον έλεγχο της διακίνησης ναρκωτικών,
- η κατανάλωση και η κατοχή ναρκωτικών για προσωπική χρήση δεν θα πρέπει να διώκεται,
- η παροχή βοήθειας προς τους χρήστες θα πρέπει να αφορά τόσο την απεξάρτηση όσο και την επιβίωση,
- ο ποινικός νόμος θα πρέπει να κάνει διάκριση ανάμεσα στα «σκληρά» και στα «μαλακά» ναρκωτικά και μάλιστα για τα δεύτερα προτείνεται ο νομικός και όχι ο ποινικός έλεγχος,
- θα πρέπει να ρυθμιστεί το ζήτημα για τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων (π.χ. μεθαδόνης) και
- θα πρέπει να ρυθμιστεί το ζήτημα της συνταγογράφησης ναρκωτικών σε εξαρτημένους χρήστες .

Βασικός άξονας, πάνω στον οποίο κινούνται όλες οι σχετικές ρυθμίσεις, είναι το μοντέλο «μείωσης της βλάβης». Η πεποίθηση, ότι αυτή η πολιτική είναι πιο αποτελεσματική, βασίζεται στο γεγονός, ότι οι βλάβες που προκαλούνται από τα ναρκωτικά είναι δύο ειδών (Κονταξής, 1998). Υπάρχουν αυτές που οφείλονται στην ίδια τη χρήση (πρωτογενείς) και αυτές που είναι αποτέλεσμα όσων ακολουθούν τη χρήση και την εμπλοκή με το σύστημα απονομής δικαιοσύνης (δευτερογενείς). Οι υποστηρικτές του Ολλανδικού συστήματος, μάλιστα, αναφέρουν, ότι η αμερικάνικη οπτική «πόλεμος ενάντια στα ναρκωτικά» επιφέρει περισσότερα προβλήματα στους χρήστες, παρά επιτυγχάνει την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Έτσι, μέσω της

μείωσης της βλάβης και της αποποινικοποίησης χρήσης επιχειρούν, να αποφύγουν τις συνέπειες του στιγματισμού, που επιφέρει η ενδεχόμενη καταδίκη και φυλάκιση του χρήστη, αλλά και να βελτιώσουν την δημόσια υγεία και την υγεία των χρηστών. Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο, πέτυχαν, οι εξαρτημένοι να είναι, περισσότερο, ορατοί στις αρμόδιες αρχές και να έρχονται, ευκολότερα, σε επαφή με θεραπευτικά προγράμματα, εφόσον δεν είναι νομική επιβολή η ένταξη τους σε αυτά, με τελικό αποτέλεσμα να ελέγχεται καλύτερα το φαινόμενο των ναρκωτικών.

Η ποινική καταστολή, στην πολιτική της Ολλανδίας, διατηρείται και μάλιστα, σε μεγάλο βαθμό, σε θέματα που αφορούν στην εισαγωγή, εξαγωγή και διακίνηση των ναρκωτικών. Η μόνη διαφοροποίηση, σε σχέση με άλλες χώρες, είναι η συσχέτιση της ποινικής μεταχείρισης, όσον αφορά σε αυτές τις πράξεις, με το είδος της ουσίας. Παρά τις διαφοροποιήσεις, όμως, οι πράξεις, που προαναφέρθηκαν, δεν παύουν να αποτελούν σοβαρά αδικήματα (Κουράκης, 1990).

Μια ακόμη πρωτοπορία, για την πολιτική της Ολλανδίας, αποτελεί το γεγονός, ότι προβαίνει στον διαχωρισμό των αγορών, μέσω της διαφοροποίησης ανάμεσα στα «σκληρά» και στα «μαλακά» ναρκωτικά. Σ' αυτό το διαχωρισμό συνηγείται η δημιουργία και η λειτουργία των coffee shops, στα οποία επιτρέπεται η πώληση και η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων κάνναβης (Γρίβας, 1997):. Με αυτό τον τρόπο, η χρήση της κάνναβης γίνεται σ' ένα ελεγχόμενο πλαίσιο, αποφεύγοντας τις συνέπειες που έχει η αναζήτηση του ναρκωτικού στους δρόμους και αποφεύγοντας την επαφή με πιο επικίνδυνα ναρκωτικά και κυκλώματα. Το καθεστώς, βέβαια, που επικρατεί σ' αυτά τα μαγαζιά, προσδιορίζεται από ορισμένους κανόνες, ωστόσο, αποτελεί μια παράδοξη κατάσταση ανάμεσα στη νομιμοποίηση και την απαγόρευση .

Η πολιτική της Ολλανδίας είναι αρκετά επιτυχημένη , καθώς, κατάφερε να κρατήσει σε χαμηλά επίπεδα τον αριθμό των εξαρτημένων, να περιορίσει την έκταση του προβλήματος, να κρατήσει χαμηλά τον δείκτη θνησιμότητας και μετάδοσης μολυνσμάτων ασθενειών και να περιορίσει την διάδοση της χρήσης, κυρίως στους νέους (Γρίβας, 1997). Παρ' όλα αυτά, η Ολλανδική

πολιτική δέχτηκε κριτική από πολλές χώρες, θεωρώντας απαράδεκτη την πολιτική που ακολουθεί και καταθέτοντας επίσημα την αδυναμία τους αν συνεργαστούν σε ένα τέτοιο φιλελεύθερο πλαίσιο. Ωστόσο, σήμερα πολλές είναι οι χώρες , που αρχίζουν να υιοθετούν τις προσεγγίσεις της ολλανδικής πολιτικής και να δίνουν έμφαση περισσότερο στις κοινωνικές ανάγκες.

Στον αντίποδα, έχουμε την πολιτική που εφαρμόζεται από την Σουηδία. Η πολιτική αυτή μπορεί να περιγραφεί, πολύ γενικά, από τον τελικό στόχο της, που είναι η δημιουργία μιας κοινωνίας εντελώς απαλλαγμένης από τα ναρκωτικά. Αυτή η πεποίθηση στηρίζεται στο γεγονός, ότι η έννοια του πολίτη είναι πολύ σημαντική και η ζωή ενός χρήστη ναρκωτικών έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την έννοια του σωστού πολίτη. Για τον λόγο αυτό, θεωρείται, ότι μια αυστηρή πολιτική ενάντια στα ναρκωτικά είναι απαραίτητη για την προστασία του γενικού πληθυσμού.

Πριν περιγράψουμε τους βασικούς άξονες της Σουηδικής πολιτικής, αξίζει να σημειώσουμε, ότι δεν ίσχυε πάντα αυτή η έντονα απαγορευτική διάθεση. Στις δεκαετίες του 60' και του 70' στη Σουηδία κυριαρχούσε μια πιο φιλελεύθερη πολιτική, που ήταν πιο κοντά στην πολιτική της Ολλανδίας . Όμως, η κατάσταση αλλάζει , ολοκληρωτικά απ'το 1980, όταν οποιοδήποτε περιστατικό, σχετιζόταν με παράνομα ναρκωτικά, απαιτούσε νομική διευθέτηση (Γρίβας, 1997). Έτσι, διαμορφώθηκε ο σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης των ναρκωτικών, που είναι, κυρίως, κατασταλτικός.

Συγκεκριμένα, η πολιτική της Σουηδίας δεν κάνει διαχωρισμό ανάμεσα στη μείωση της ζήτησης και στην μείωση της προσφοράς. Και οι δύο πολιτικές βρίσκονται στο επίκεντρο. Επίσης, δεν προβαίνει στον διαχωρισμό των χρηστών από τους εμπόρους. Και οι δύο κατηγορίες αντιμετωπίζονται με τον ίδιο αυστηρό τρόπο, γιατί μόνο έτσι θα απαλλαγθεί η κοινωνία από τα ναρκωτικά. Τέλος, δεν υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα στα «σκληρά» και στα «μαλακά» ναρκωτικά, καθώς ότι προβλήματα μπορούν να δημιουργήσουν η ηρωίνη και η κοκαΐνη, σωματικά και ψυχολογικά, τα ίδια δημιουργούν η κάνναβη και η μαριχουάνα.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της Σουηδικής πολιτικής είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, είναι πολύ πιο αποδοτικά από οποιασδήποτε άλλης χώρας στην Ευρώπη, με βάση τα στοιχεία που παρουσιάζονται από τις επίσημες στατιστικές. Από την άλλη, υπάρχουν και στατιστικές, που καταδεικνύουν την αποτυχία του Σουηδικού συστήματος (Γρίβας, 1997). Κριτική, λοιπόν, ασκήθηκε και στη Σουηδική πολιτική και συνίσταται στο γεγονός, ότι μια τέτοια πολιτική προσφέρει το κατάλληλο έδαφος για την ενίσχυση οργανωμένου εγκλήματος και λαθρεμπορίου, δεν προστατεύει από τους θανάτους των χρηστών, οδηγεί στον αποκλεισμό και απομακρύνεται από μία προοπτική ευημερίας και θεραπευτικής προσέγγισης, εφόσον προέχει ο επίσημος κοινωνικός έλεγχος.

#### **2.4. Οι Στάσεις της κοινωνίας και οι σύγχρονες εφαρμοζόμενες πολιτικές**

Η παρουσίαση των ερευνών στόχο έχει να καταδείξει πως υποδέχεται, σε παγκόσμιο επίπεδο, τις πολιτικές για αποποινικοποίηση και νομιμοποίηση των ναρκωτικών η ευρύτερη κοινωνία, πόσο διατεθειμένη είναι για ενεργό συμμετοχή στην επίλυση κοινωνικών ζητημάτων και κατά πόσο δέχεται νέες τάσεις, προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός και ο αποκλεισμός των τοξικοεξαρτημένων (Δημόπουλος, 1992). Αν και δεν είναι μεγάλος ο αριθμός των ερευνών, που επιχειρούν να αποτυπώσουν την εικόνα, που επικρατεί στο κοινό σε σχέση με αυτά τα ζητήματα και επιπλέον, είναι αρκετά δύσκολο να διαπιστωθούν οι στάσεις του κοινού, ενώ σε εθνικό επίπεδο εφαρμόζονται διαφορετικές πολιτικές, θα ήταν, ωστόσο, σημαντικό να αναφερθούν ορισμένα στοιχεία, που προκύπτουν από τις έρευνες.

Στην Ελλάδα, η ερευνητική δραστηριότητα, σχετικά με το ζήτημα των στάσεων των πολιτών απέναντι στα ναρκωτικά και συγκεκριμένα στους τρόπους αντιμετώπισης του ζητήματος, δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη (Δημόπουλος, 1992). Ωστόσο, έχουν γίνει κάποιες ερευνητικές προσπάθειες, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν μια βάση δεδομένων. Για παράδειγμα σε έρευνα του 2004 διαπιστώθηκαν τα εξής:

- ένας στους δύο θεωρεί ότι πρέπει να διώκεται ποινικά η χρήση και να τιμωρείται από τα δικαστήρια,
- το 25% ότι δεν πρέπει να τιμωρείται από τα δικαστήρια,
- το 19% ότι πρέπει να κρίνεται κατά περίπτωση και
- όσον αφορά στα μέτρα που λαμβάνει η Πολιτεία, το 75% θεωρεί ότι βοηθούν λίγο ή καθόλου στην αντιμετώπιση του προβλήματος και κρίνεται αναγκαία η συνεργασία μεταξύ φορέων απεξάρτησης.

Επίσης, σε μία, ακόμη, έρευνα, που περιλαμβάνει συγκρίσεις ανάμεσα σε τρεις χρονικές περιόδους, αναφέρονται τα εξής:

- ότι η κατοχή κάνναβης για προσωπική χρήση θα έπρεπε να είναι νόμιμη υποστηρίζεται από το 4,7% του πληθυσμού το 1984, από το 22,2% το 1998 και από το 13,8% το 2004 ,
- γενικά κυριαρχεί στον πληθυσμό η αντίληψη ότι η καλύτερη αντιμετώπιση των χρηστών είναι η επιβολή υποχρεωτικής θεραπείας και όχι τόσο η επιβολή ποινών στους χρήστες και
- σχετικά με την επιρροή των Μ.Μ.Ε, παρατηρείται μια μείωση της εμπιστοσύνης του κοινού προς την εικόνα, που παρουσιάζουν, για τα ναρκωτικά .

Τέλος, σε άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε το 2006 , τα βασικά συμπεράσματα ήταν τα εξής:

- όσον αφορά στη χρήση, 3/10 ερωτηθέντες τάσσονται υπέρ της αποποινικοποίησης της κάνναβης , ενώ αντίστοιχα το 57% είναι κατά αυτής της τάσης και
- όσον αφορά στο χρήστη, 9/10 πιστεύουν, ότι θα πρέπει να εφαρμόζονται εναλλακτικές ποινές εκτός της φυλάκισης.

Γενικά, αυτό που προκύπτει είναι, ότι μια σημαντική μερίδα του πληθυσμού είναι υπέρ του διαχωρισμού «μαλακών» και «σκληρών» ναρκωτικών, ένα σημαντικό ποσοστό είναι υπέρ της αλλαγής της υφιστάμενης πολιτικής, ωστόσο, ακόμη, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι υπέρ της διατήρησης

των παραδοσιακών τρόπων αντιμετώπισης της χρήσης και των χρηστών. Όσον αφορά στην επιρροή των στάσεων των πολιτών από τα Μ.Μ.Ε, διαφαίνεται και από αυτή την έρευνα, όπως και από προηγούμενες, ότι οι έντονα τιμωρητικές στάσεις εκφράζονται από τον πληθυσμό, εκείνο, που ως κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με τα ναρκωτικά, έχει την τηλεόραση (Δημόπουλος, 1992).

Συνολικά, αυτό που προκύπτει από τις έρευνες είναι ότι στην Ελλάδα, όπως και στην Ε.Ε., γενικότερα, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού τάσσεται υπέρ της ηπιότερης αντιμετώπισης των χρηστών και της αυστηρότερης αντιμετώπισης των εμπόρων, οι οποίοι αποτελούν τους κατεξοχόν εγκληματίες στις αντιλήψεις του κοινού.

---

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>**

### **Ο ΟΚΑΝΑ και η λειτουργία του ως κέντρο απεξάρτησης**

#### **3.1. Εισαγωγή**

---

Ο ΟΚΑΝΑ ιδρύθηκε το 1993 και έχει αναλάβει το σημαντικό έργο της πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής αποκατάστασης των ατόμων που ζητούν τις υπηρεσίες απεξάρτησης. Το έργο του συντελείται μέσα από την λειτουργία μιας πληθώρας προγραμμάτων μέσα από τα οποία δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία στους χρήστες και τα άτομα που καταφεύγουν στη λύση αυτή.

Ο ΟΚΑΝΑ, αναφορικά με το πεδίο της χάραξης της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, συνεργάζεται με φορείς της χώρας αλλά και με διάφορους ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς ενώ, για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

Αναφορικά με το πεδίο της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ, συνεργαζόμενος με την τοπική αυτοδιοίκηση, προχώρησε στην ανάπτυξη και εξέλιξη ενός εκτεταμένου δικτύου Κέντρων Πρόληψης στην επικράτεια της χώρας μας, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων.

### 3.2. Η λειτουργία του ΟΚΑΝΑ

Με το Νόμο 2161/1993 τοποθετείται η ίδρυση του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ε/ω η έναρξη της λειτουργίας του το 1995. Ο ΟΚΑΝΑ αποτελεί ένα και είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου αυτοδιοικούμενο και λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Βάσει των διατάξεων του ιδρυτικού του νόμου, ο ΟΚΑΝΑ είχε ως βασικότερους σκοπούς (ΟΚΑΝΑ, 2015):

- τις ουσιοεξαρτήσεις σε επίπεδο εθνικό, την παροχή έγκυρων και εμπειρισταωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- την εγκαθίδρυση της αποτελεσματικής λειτουργία των κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής-επαγγελματικής επανένταξης.
- το διυπουργικό συντονισμό, το σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων

Το Μάρτιο του 2013 Ο ΟΚΑΝΑ προσπάθησε να ανταποκριθεί στο δύσκολο ρόλο ως εθνικός συντονιστικός φορέας αλλά και ταυτόχρονα, ως φορέας ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. Με τον Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» οι σκοποί του Οργανισμού άλλαξαν (άρθρο 53), λόγω της θεσμοθέτησης του Εθνικού Συντονιστή (άρθρο 49). Σύμφωνα με τον νέο Νόμο οι σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι (ΟΚΑΝΑ, 2015):



➤ η ενημέρωση καθώς και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που έχει σκοπό τη συμμετοχή στην αντιμετώπιση του προβλήματος,

➤ η πρόταση και προώθηση αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών,

➤ η συμβολή στη μελέτη σε εθνικό επίπεδο του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτιών που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών, καθώς επίσης και η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης-Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα,

➤ η συμβολή στο σχεδιασμό, στην προώθηση, στην εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών και τη θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων,

➤ η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλους διεθνείς οργανισμούς, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις που αυτοί οργανώνουν, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής προς εκείνη των κοινοτικών και διεθνών φορέων,

➤ η σύνταξη εκθέσεων για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων.

---

### **3.3. Υπηρεσίες και προσφορά του OKANA**

---

Μέσα από τη δράση του συγκεκριμένου οργανισμού έχουν αναπτυχθεί διάφορες υπηρεσίες οι οποίες συνεχώς διευρύνονται, έτσι ώστε να καλυφθούν με την καλύτερη δυνατή μέθοδο οι πολύπλευρες ανάγκες όσον αφορά σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης. Το δίκτυο υπηρεσιών του OKANA συμπεριλαμβάνει (OKANA, 2015):

- Πρόληψη
- Θεραπεία
- Υπηρεσίες μείωσης της βλάβης
- Κοινωνική επανένταξη

---

#### **3.3.1. Πρόληψη**

---

Κατά τη διάρκεια, και πιο συγκεκριμένα στα μέσα της δεκαετίας του '80 τοποθετείται η εφαρμογή των πιλοτικών προγραμμάτων πρόληψης εντός των πλαισίων του σχολικού περιβάλλοντος και της περιβάλλουσας κοινότητας τα οποία και βασίζονται σε αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών της Ευρώπης. Τα συγκεκριμένα προγράμματα διαπνέονται από μια ευρύτερη προσέγγιση της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών. Η προσέγγιση αυτή δεν εστιάζεται στην ίδια τη χρήση και στους κινδύνους από αυτή ούτε και αποβλέπει σε άμεσα αποτελέσματα (OKANA, 2015). Επικεντρώνεται κυρίως στις αιτίες του προβλήματος, επιδιώκοντας την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων μέσα από μια αμιγή εκπαιδευτική διαδικασία η οποία έχει ως βάση της σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης.

Διάφορα προγράμματα πρόληψης εφαρμόζονται από τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας. Τα προγράμματα αυτά είναι βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, και επιδιώκουν την ευαισθητοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών, έχοντας ως στόχο τους την ενεργοποίησή

όσον αφορά στον αγώνα της πρόληψης. Τα προγράμματα τα οποία αναπτύσσουν τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται (OKANA, 2015):

- Σε γονείς
- Σε μαθητές και εφήβους
- Σε στρατευμένους
- Σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες
- Σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα
- Σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες
- Στην ευρύτερη κοινότητα

Έχοντας ως βασικό κριτήριο την ομάδα στην οποία απευθύνονται και τη διάρκεια της παρέμβασης, οι στόχοι τους είναι (OKANA, 2015):

- Η ενδυνάμωση αλλά και η υποστήριξη των νέων ατόμων έτσι ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και σε άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, διαδίκτυο κ.α).
- Η συμβουλευτική και υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας.
- Η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών -μαθητών.
- Η ενημέρωση των ενδιαφερομένων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα
- Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας

---

### 3.3.2. Θεραπεία

---

Στη χώρας μας, από τα τέλη της δεκαετίας του '70, έχει σημειωθεί μια σημαντική αύξηση στο επίπεδο του ποσοστού των εξαρτημένων, η οποία είχε

ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το συγκεκριμένο ποσοστό αύξησης καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος. Σε διεθνές επίπεδο, η κατάσταση αυτή, επιβαρυνόταν από την εμφάνιση του ιού του AIDS αλλά και από την ταχεία εξάπλωσή που έδειχνε να έχει ο ιός στους χρήστες ηρωίνης. Την ίδια στιγμή, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών και περισσότερο της ηρωίνης στη χώρα μας. Υπό τις παρούσες συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη αναφορικά με τη μεταβολή στη νομοθεσία, έτσι ώστε να γίνει δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από ηρωίνη μέσω της χορήγησης υποκατάστατων ναρκωτικών ουσιών.

Πιο συγκεκριμένα, με το Νόμο 2161/1993 προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης ενώ προσδιορίζονται οι προδιαγραφές αναφορικά με την ίδρυση και λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Το 1996 και πιο συγκεκριμένα τον Ιανουάριο, ο οργανισμός ξεκίνησε το πρώτο ΠΠΥ με τη χρήση μεθόδων χορήγησης μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης.

Αναφορικά με την τεχνική της υποκατάστασης, αυτή γνωρίζει καθολική εφαρμογή στα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική μέθοδος αυτή καλύπτει περίπου το ποσοστό των 2/3 των θέσεων θεραπείας (ΟΚΑΝΑ, 2015). Σε επίπεδο Ε.Ε. υπάρχει ομοφωνία αναφορικά με τα οφέλη που παρουσιάζει η συγκεκριμένη θεραπεία, εφόσον τα επιστημονικά δεδομένα που προέρχονται από τις άλλες χώρες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Παρ' όλα αυτά, η θεραπεία υποκατάστασης δεν αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για το σύνολο των εξαρτημένων από οπιούχες ουσίες ατόμων. Γι' αυτό το λόγο τίθενται και κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις αναφορικά με τη διαδικασία της αποδοχής ενός ατόμου άτομο στα πλαίσια της θεραπείας υποκατάστασης σε εθνικά πλαίσια, όπως η ηλικία και η προηγούμενη

προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα (OKANA, 2015). Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα, και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα.

Στα πλαίσια λειτουργίας και διαδικασιών του Προγράμματος Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία συνδυασμένη με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Κύρια σκέψη του προγράμματος αποτελεί η μείωση του επιπέδου της χρήσης ναρκωτικών αλλά και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση (OKANA, 2015).

Ο OKANA με τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης παρέχει μια θεραπεία ολοκληρωμένου τύπου σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Το γεγονός που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη (OKANA, 2015).

Τα συγκεκριμένα φάρμακα έχουν συμβάλει ουσιαστικά την προσπάθεια πολλών ατόμων αναφορικά με τον έλεγχο ή τη διακοπή της χρήσης της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά (ΟΚΑΝΑ, 2015):

- Έχουν περάσει από διάφορους ελέγχους και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose).
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών.
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κλπ).

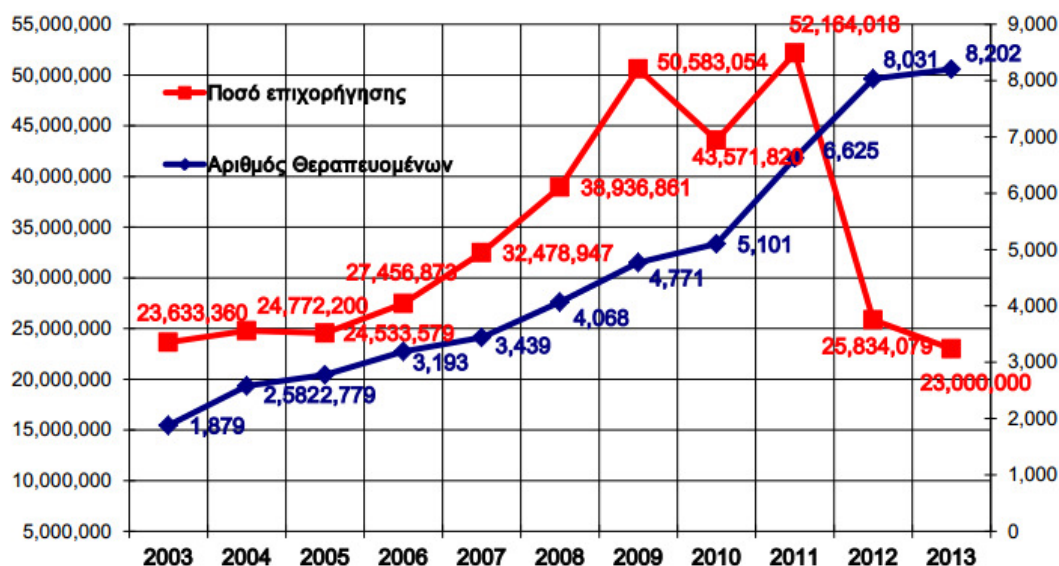
Στα πλαίσια της λειτουργίας των θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης, με την παράλληλη τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από διάφορους ψυχίατρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται (ΟΚΑΝΑ, 2015):

- Ιατρικές Υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
- Νομικές Υπηρεσίες: Συμβουλές νομικής φύσης.
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: Ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής

Στα πλαίσια της λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, τα οποία κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό»

θεραπευτικό πρόγραμμα.<sup>1</sup> Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης.

Γράφημα 1: Ποσό επιχορήγησης και αριθμός θεραπευμένων στο ΘΠΦΑΕ ανά έτος 2003-2013



Πηγή:

[https://www.eiseverywhere.com/file\\_uploads/860d4b102619091b46dc519760975da5\\_Kokkolis.pdf](https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/860d4b102619091b46dc519760975da5_Kokkolis.pdf)

### 3.3.3. Μείωση της βλάβης

Οι υπηρεσίες μείωσης της βλάβης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά (OKANA, 2015). Η

<sup>1</sup> Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, ακόμα και για αυτά που τελικά θα αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο»), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου, οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών. Στόχοι των υπηρεσιών μείωσης της βλάβης είναι (OKANA, 2015):

- Η ενθάρρυνση και η ενίσχυση της επαφής των χρηστών με το υγειονομικό σύστημα
- Η ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας ή η παραπομπή των χρηστών σε άλλες υπηρεσίες υγείας
- Η μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας
- Η προσπάθεια ανάπτυξης κινήτρου για την ένταξή τους στα θεραπευτικά προγράμματα
- Ο περιορισμός της βλάβης (πρόληψη της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και της μετάδοσής τους)

Στο πλαίσιο του στόχου της μείωσης της βλάβης, οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν και προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, δωρεάν διανομής προφυλακτικών και χορήγησης υποκαταστάτων. Σήμερα, η λειτουργία παρόμοιων υπηρεσιών είναι αρκετά εκτεταμένη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο OKANA, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης αντίστοιχων δομών στη χώρα μας, δημιούργησε το 1997 το Κέντρο Βοήθειας, που αργότερα μετονομάστηκε σε Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης, την πρώτη υπηρεσία που παρείχε πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ενεργούς χρήστες.

Σταδιακά σημειώνεται η ανάπτυξη και άλλων Υπηρεσιών, όπως είναι η υπηρεσία της τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης 1031 και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, στο πλαίσιο του οποίου λειτουργούν πλέον οι ομάδες «δουλειάς στο δρόμο» του OKANA. Στο χώρο της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης του OKANA λειτουργούν (OKANA, 2015):

- Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούν οι υπηρεσίες της Μονάδος Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης είναι παρεμβάσεις μείωσης



της βλάβης από τη χρήση ουσιών και στοχεύουν στην πρόληψη και την κάλυψη των άμεσων αναγκών υγείας καθώς και στην πρόληψη της διάδοσης νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, το AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

➤ Η MABY, με τα ειδικά εξοπλισμένα και στελεχωμένα ιατρεία της παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι έχουν ανάγκη από εξειδικευμένη περίθαλψη. Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών της Μονάδας είναι εξαιρετικά σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενεργοί χρήστες είναι ιδιαίτερα δύσκολοι ασθενείς και πολλές φορές είναι ανεπιθύμητοι στις υπηρεσίες παροχής υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια λειτουργίας της Μονάδας λειτουργούν (OKANA, 2015):

- ιατρικές υπηρεσίες: παθολογικό ιατρείο, οδοντιατρείο, μικροβιολογικό εργαστήριο
- κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών: αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ
- υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών: ανταλλαγή μεταχειρισμένων συριγγών με καινούργιες αποστειρωμένες
- υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας: συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη, κινητοποίηση για θεραπεία, παραπομπές χρηστών σε θεραπευτικά προγράμματα, ενημέρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες της MABY και άλλων υπηρεσιών υγείας, σεμινάρια για ασφαλή χρήση και συμπεριφορά
- υπηρεσία νομικής υποστήριξης: παροχή νομικής υποστήριξης και συμβουλευτικής στα θεραπευόμενα μέλη των μονάδων του OKANA.

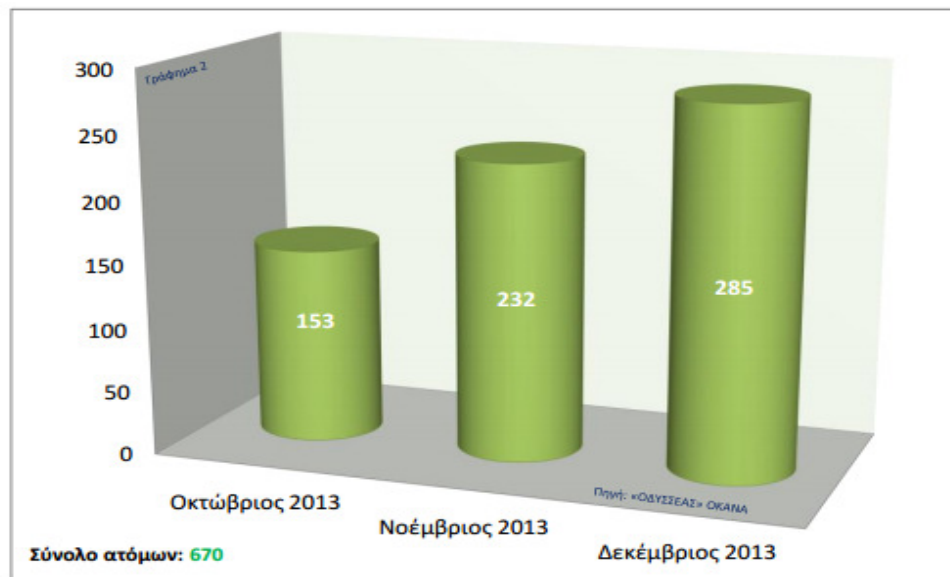
Ο «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» ο οποίος αποτελεί έναν εποπτευόμενος σταθμό αναφορικά με την προστασία της υγείας των ενεργών χρηστών, έγκαιρης

παρέμβασης για την αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας (overdose) και προετοιμασίας ένταξης στα προγράμματα θεραπείας.

Στις 3 Οκτωβρίου 2013 το τοποθετείται η αρχική προσπάθεια για τη λειτουργία του εποπτευόμενου Σταθμού «ΟΔΥΣΣΕΑΣ». Ο σταθμός αυτός είναι ο πρώτος εποπτευόμενος σταθμός χρήσης ουσιών σε εθνικό επίπεδο. Αποτελεί ένα πρόγραμμα πιλοτικό, το οποίο χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω ΕΣΠΑ, και έρχεται να καλύψει ανάγκες που, από πολλά χρόνια, έχουν εμφανιστεί στη χώρα. Ο εποπτευόμενος Σταθμός είναι μια ιατρική μονάδα πλήρως εξοπλισμένη με ιατρικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνική υπηρεσία, ψυχολογική υποστήριξη και εμψυχωτές - κοινωνιοθεραπευτές. Οι στόχοι του σταθμού «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» είναι (ΟΚΑΝΑ, 2015):

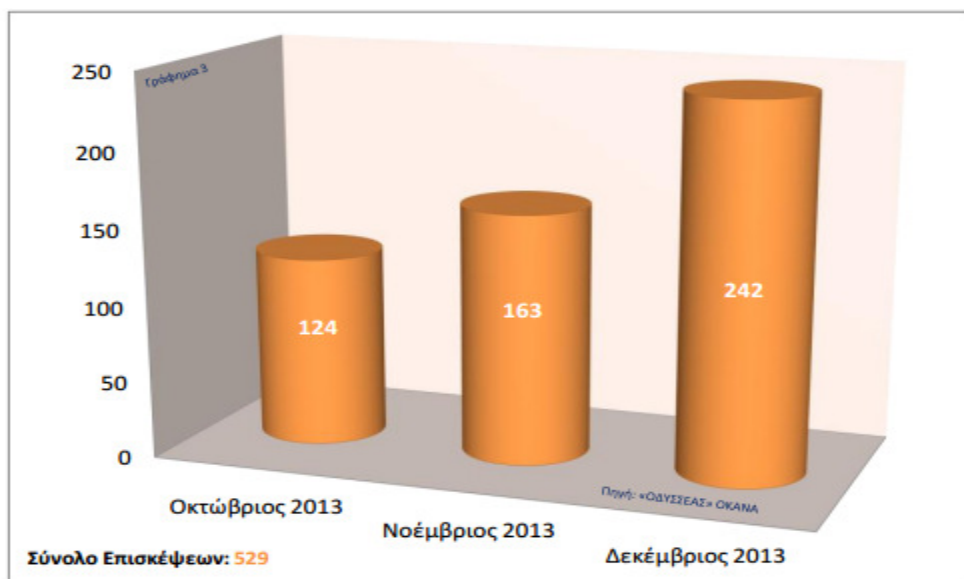
- Έγκαιρη παρέμβαση για την αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας (overdose) με στόχο τη μείωση των θανάτων από τη χρήση
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ενεργών χρηστών σε θέματα ψυχοκοινωνικής μέριμνας
- Μείωση της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων στην κοινότητα (ατομική συμβουλευτική, προμήθεια υλικού ασφαλέστερης χρήσης)
- Μείωση της όχλησης της κοινότητας από την ενέσιμη χρήση ουσιών σε δημόσιους χώρους, αναβαθμίζοντας έτσι περιοχές στο κέντρο της πόλης
- Προαγωγή της υγείας των ενεργών χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών, με απώτερο σκοπό τη μείωση της βλάβης και προώθηση των κανόνων υγιεινής
- Προστασία της ψυχικής υγείας ομάδων προσχολικής και σχολικής ηλικίας με τον περιορισμό της δημόσιας χρήσης
- Συμβουλευτική με σκοπό την κινητοποίηση των ενεργών χρηστών για ένταξη τους σε προγράμματα θεραπείας.

Γράφημα 2: Προσέγγιση του πληθυσμού – στόχου από τις δράσεις του ΟΔΥΣΣΕΑ



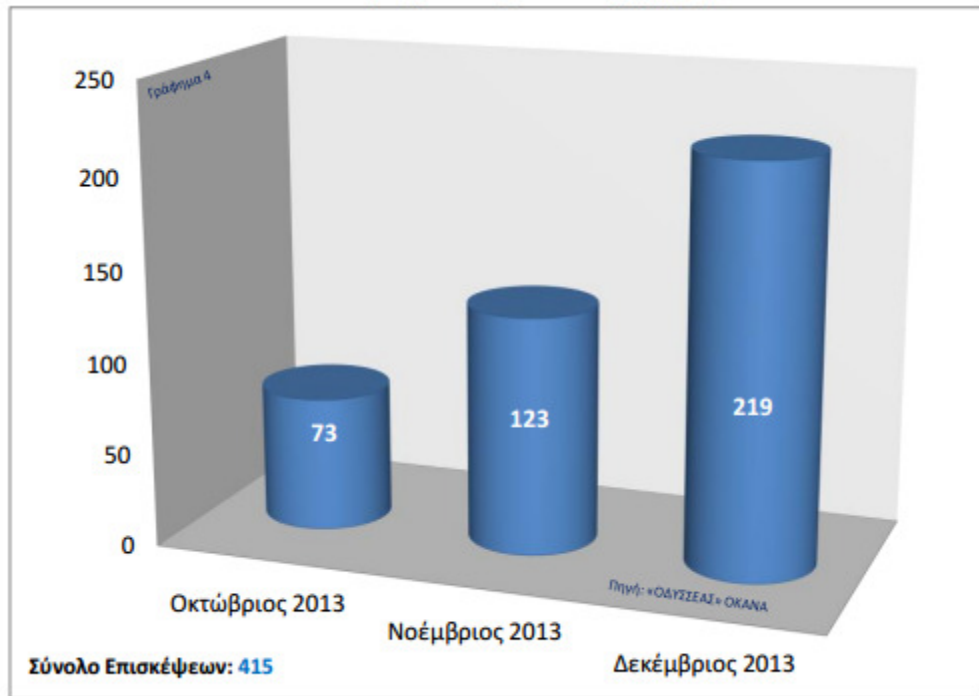
Πηγή: ΟΚΑΝΑ, 2015

Γράφημα 3: Σύνολο επισκέψεων στο σταθμό ΟΔΥΣΣΕΑΣ



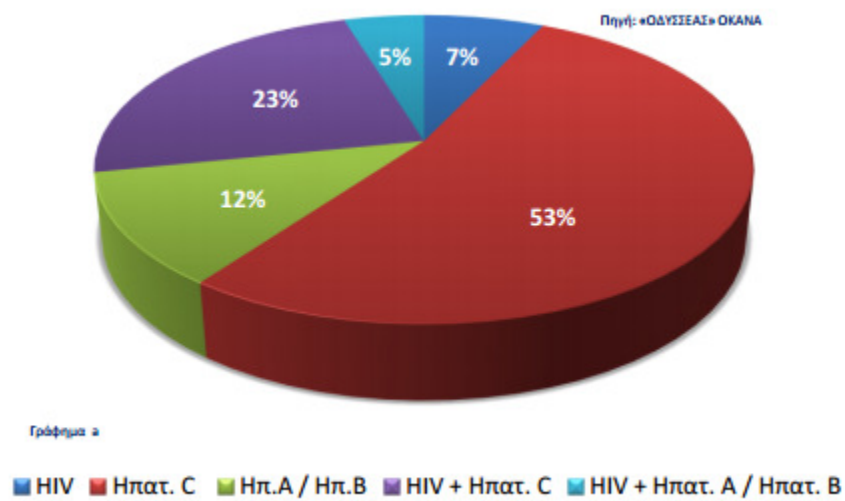
Πηγή: ΟΚΑΝΑ, 2015

Γράφημα 4: Επισκέψεις για ασφαλέστερη χρήση



Πηγή: OKANA, 2015

Γράφημα 5: Λοιμώδη νοσήματα εξυπηρετούμενων – σταθμός ΟΔΥΣΣΕΑΣ



Πηγή:

OKANA, 2015

Γράφημα 6: Περιστατικά υπερδοσολογίας/ καταστολής – σταθμός  
ΟΔΥΣΣΕΑΣ



Πηγή: ΟΚΑΝΑ, 2015

### 3.3.4. Κοινωνική επανένταξη

Φθάνοντας στο τελευταίο στάδιο των προσφερόμενων υπηρεσιών αναλύεται η κοινωνική επανένταξη των χρηστών. Το Σεπτέμβριο του 2000 ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία της η Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης του ΟΚΑΝΑ με οργανωμένο θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο.

Ο βασικότερος σκοπός της λειτουργίας της ομάδας αποτελεί και η συμβολή αυτής, μέσα από τη δράση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και στο πεδίο της προώθησης στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί (ΟΚΑΝΑ, 2015). Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 - 24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν να ενταχθούν και θεραπευόμενοι που συνεχίζουν να λαμβάνουν μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάσουν κάποιο βαθμό σταθερής συμμόρφωσης στο πρόγραμμα θεραπείας και έχει εκτιμηθεί ότι είναι ικανοί να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν εργασιακή θέση με στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξή τους.

Από τη Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης παρέχεται στα μέλη της η δυνατότητα ατομικής, ομαδικής αλλά και οικογενειακής ψυχοθεραπείας καθώς και συνεχούς παρακολούθησης της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους (ΟΚΑΝΑ, 2015). Κατά την παραμονή στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται τα ιατρικά προβλήματα των μελών με τη βοήθεια της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής ή/και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Η χορήγηση ναλτρεξόνης αποτελεί σημαντική για τα άτομα που την έχουν ανάγκη για να διατηρηθούν σε κατάσταση απεξάρτησης.

Στα πλαίσια της λειτουργίας της Μονάδας Κοινωνικής Επανένταξης, τα μέλη κινητοποιούνται με σκοπό τη συμμετοχή τους σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και στα προγράμματα που υλοποιούν τα Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης του ΟΚΑΝΑ. Εκτός των άλλων, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της Μονάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών» και

«Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων». Ενισχύεται τέλος, η συμμετοχή των μελών, σε δραστηριότητες που αναπτύσσουν πολιτιστικοί και αθλητικοί φορείς της ευρύτερης κοινότητας.

Εν συνεχεία, το 1998, το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΚΕΚ) του ΟΚΑΝΑ πιστοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης (ΕΚΕΠΙΣ) και το 2002, έλαβε νέα πιστοποίηση ως Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ). Παράλληλα με την έδρα του ΕΚΚΕΕ στην Αθήνα, ο ΟΚΑΝΑ δημιούργησε ένα παράρτημα στη Θεσσαλονίκη, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των απεξαρτημένων ή/και υπό απεξάρτηση ατόμων στη Βόρεια Ελλάδα (ΟΚΑΝΑ, 2015).

Ένας από τους βασικότερους στόχους λειτουργίας του Κέντρου αποτελεί η δυνατότητα της κατάρτισης και η εξειδίκευση σε ποικίλους επαγγελματικούς τομείς των υπό απεξάρτηση ή των απεξαρτημένων από ουσίες ατόμων, στοχεύοντας έτσι στην ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και την αγορά εργασίας.

Παράλληλα με την λειτουργία του κέντρου αναφορικά με την επαγγελματική κατάρτιση, στους καταρτιζόμενους παρέχονται και διάφορες άλλες υπηρεσίες προώθησης στα πλαίσια της αγοράς εργασίας όπως είναι η σύνδεση με εργοδοτικούς φορείς και η διαμεσολάβηση σε εργοδότες, η συμβουλευτική για τη δημιουργία, την οργάνωση και τη λειτουργία εταιρικών σχημάτων, η συμβουλευτική σε θέματα νομικά, ασφαλιστικά και οικονομοτεχνικής κάλυψης ατομικών και επιχειρηματικών δράσεων.

Αναφορικά με τη διευκόλυνση του όλου προγράμματος εντοπίζεται η ύπαρξη στενής συνεργασίας με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας και τους τοπικούς φορείς. Ειδικότερα, το ΕΚΚΕΕ παρέχει υπηρεσίες (ΟΚΑΝΑ, 2015):

- Δημιουργικά εργαστήρια
- Επαγγελματικής κατάρτισης
- Πρακτική Άσκηση Επαγγελματιών Υγείας

- Πρακτικής άσκησης
- Προκατάρτισης
- Προώθησης στην απασχόληση
- Συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών

Το πρόγραμμα αυτό έχει στη διάθεσή του κάποιες αίθουσες διδασκαλίας, άρτια εξοπλισμένες με σύγχρονα οπτικοακουστικά και τεχνικά μέσα για την επαγγελματική κατάρτιση των μελών σε διάφορους τομείς:

- Επαγγέλματα που αφορούν νέες τεχνολογίες: ηλεκτρονικοί υπολογιστές, τεχνικές λήψης φωτογραφίας και εισαγωγή στην ψηφιακή εικόνα, επεξεργασία εικόνας.
- Καλλιτεχνικά επαγγέλματα: σχεδιασμός και κατασκευή χειροποίητων κοσμημάτων, μεταξοτυπία, αγιογραφία, βιτρώ, σχεδίαση – μακέτα κοσμήματος με χρήση νέων τεχνολογιών, καλλιτεχνική βιβλιοδεσία, κατασκευή και πώληση διακοσμητικών ειδών, ανθοδετική, μουσική, δημοσιογραφική ομάδα και δημιουργική γραφή.
- Οικολογικά περιβαλλοντικά επαγγέλματα: τυποποίηση, συσκευασία και προώθηση βιολογικών και παραδοσιακών προϊόντων, βιολογικές καλλιέργειες.
- Τεχνικά επαγγέλματα: κηποτεχνική, τεχνίτες φυσικού αερίου, βοηθός ηλεκτρολόγου, βοηθός υδραυλικού, μηχανικοί αυτοκινήτων, μεταποίηση ενδυμάτων.

### 3.4. Χάρτης των υπηρεσιών

Οι περιοχές που μπορεί να πραγματοποιηθεί η παροχή των υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

Κέντρο Πρόληψης Δ. Ηλιούπολης, Δάφνης-Υμηττού
Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Εργάνη» (6ο Διαμέρισμα)



ΘΜΦΑΕ Ημαθίας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Δράμας "Δράση"
Κέντρο Πρόληψης Ν. Χανίων
Κέντρο Πρόληψης Ν. Βοιωτίας «Πρόταση Ζωής» (παράρτημα Θήβας)
ΘΜΦΑΕ Χανίων
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΧΑΝΙΩΝ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ρεθύμνου
Κέντρο Πρόληψης Δ. Νέας Ιωνίας «Ίριδα»
ΘΜΦΑΕ Ρεθύμνου
Κέντρο Πρόληψης Δ. Νέας Σμύρνης & Αγ. Δημητρίου «Ήλιος»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων-Καματερού, «Φαέθων»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Καλλιθέας, Μοσχάτου-Ταύρου, «Σταθμός»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Αιγάλεω, Αγίας Βαρβάρας, Χαϊδαρίου «Άρηξίς»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Παπάγου-Χολαργού, Αγίας Παρασκευής «Αργώ»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Αχαρνών «Διέξοδος»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Κηφισιάς «Προνόη»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Περιστερίου «Οδοιπορικό»
Κέντρο Πρόληψης Δ. Ζωγράφου
Κέντρο Πρόληψης Δ. Αλίμου, Ελληνικού- Αργυρούπολης, Γλυφάδας (παράρτημα Αλίμου)
Κέντρο Πρόληψης Δ. Αλίμου, Ελληνικού - Αργυρούπολης, Γλυφάδας (παράρτημα Γλυφάδας)
Κέντρο Πρόληψης Δ. Αλίμου, Ελληνικού - Αργυρούπολης, Γλυφάδας

Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Πολιάς» (5ο Διαμέρισμα)
Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Προναία» (3ο Διαμέρισμα) - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Αφαία» (4ο Διαμέρισμα)
Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Πρόμαχος» (2ο Διαμέρισμα)
Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Παλλάς Αθηνά» (1ο Διαμέρισμα) - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Πολύβουλος» (7ο Διαμέρισμα)
Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού (ΚΥΕΠ)
Κέντρο Πρόληψης Ν. Χίου
Κέντρο Πρόληψης Ν. Χαλκιδικής «Πνοή»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Φωκίδας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Φλώρινας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Φθιώτιδας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Τρικάλων
Κέντρο Πρόληψης Ν. Σερρών «Οασίς»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Σάμου «Φάρος»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ροδόπης «Ορφέας»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Πρέβεζας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Πιερίας «Ατρακτος»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Πέλλας «Όραμα»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ξάνθης «Έκφραση»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Μεσσηνίας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Μαγνησίας «Πρόταση Ζωής»

Κέντρο Πρόληψης Ν. Λευκάδας "Διάυλος"
Κέντρο Πρόληψης Ν. Λέσβου (Λήμνος) «Πολιόχνη»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Λέσβου (Μυτιλήνη) «Πνοή»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Λακωνίας "Διάυλος"
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κυκλάδων «Θησέας Κυκλάδων» (Πάρος)
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κυκλάδων «Θησέας Κυκλάδων» (Σύρος)
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κορινθίας «Διοκόες»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κοζάνης «Ορίζοντες»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κιλκίς «Νηρέας»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κεφαλληνίας & Ιθάκης «Απόπλους»
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Κέρκυρας «Νίκος Μώρος»
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν.Α. ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ – ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΕΕΣ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Καστοριάς «Διέξοδος»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Καρδίτσας
ΘΜΦΑΕ Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟ - ΘΜΦΑΕ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. Πειραιά ΤΖΑΝΕΙΟ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Καβάλας
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ιωαννίνων «Σχεδία»
ΘΜΦΑΕ Ε.Α.Ν. Πειραιά ΜΕΤΑΞΑ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Θεσσαλονίκης «Πυξίδα» (Δήμος Νεάπολης-Συκεών)
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. Νίκαιας ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

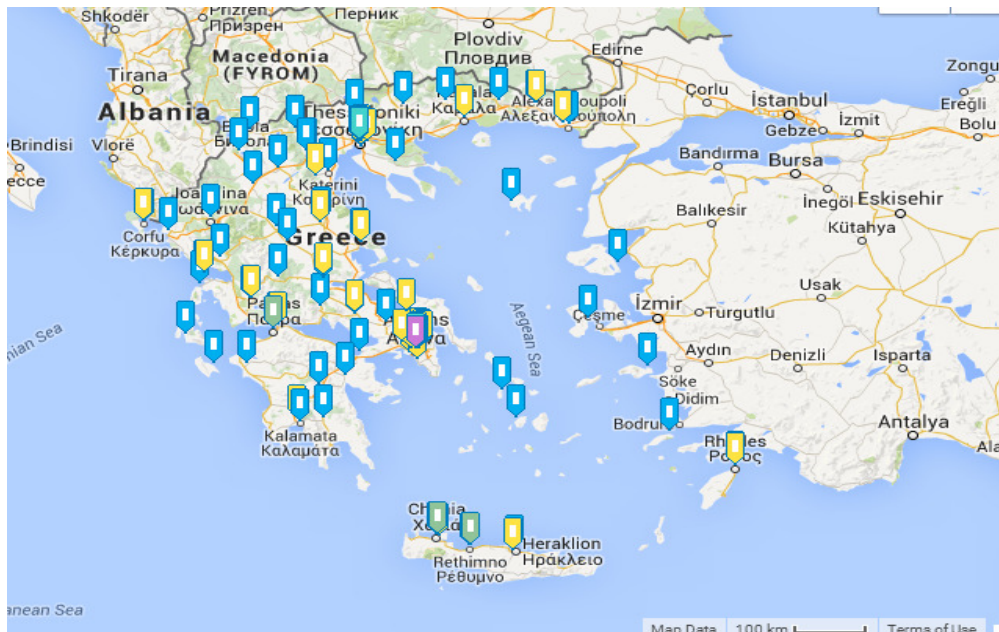
Κέντρο Πρόληψης Ν. Θεσσαλονίκης «Ελπίδα» (Δήμος Καλαμαριάς)
Κέντρο Πρόληψης Ν. Θεσσαλονίκης «Δίκτυο Άλφα» (Δήμος Αμπελοκήπων-Μενεμένης)
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. Ελευσίνας ΘΡΙΑΣΙΟ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Θεσσαλονίκης «Σείριος» (Δήμος Θεσσαλονίκης-Ανατολικός Τομέας)
ΘΜΦΑΕ Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν.Α. ΛΑΪΚΟ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Θεσσαλονίκης «Σείριος» (Δήμος Θεσσαλονίκης – Κεντρικός Τομέας)
Κέντρο Πρόληψης Ν. Θεσπρωτίας «Αριάδνη»
Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού Θεσ/νίκης (ΚΥΕΠΘ)
ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Θ. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ
ΘΜΦΑΕ ΣΤΡ. ΒΑΡΥΤΗ, ΓΟΥΔΗ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν.Α. ΕΛΠΙΣ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ηρακλείου
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ημαθίας «Πρόσβαση»
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. Αττικής ΚΑΤ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ηλείας «Παρεμβάσεις»
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ζακύνθου «Η Στοργή»
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ
ΘΜΦΑΕ Γ.Ν.Α. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ευρυτανίας «Αλκυόνη»







<b>ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. Μελισσίων ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Ευβοίας
<b>ΘΜΦΑΕ Γ.Ν.Α. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Έβρου «Ελπίδα»
<b>ΘΜΦΑΕ Α.Ο.Ν.Α. ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Δωδεκανήσου «Ιπποκράτης» (Κως)
Κέντρο Πρόληψης Ν. Δωδεκανήσου «Δίοδος» (Ρόδος)
<b>ΘΜΦΑΕ Γ.Ν. Ν. Ιωνίας ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Γρεβενών «Ορίζοντες»
<b>ΘΜΦΑΕ - 424 Γ.Σ.Ν.Ε.</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Βοιωτίας «Πρόταση Ζωής» (Λιβαδειά)
<b>ΘΜΦΑΕ Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ</b>
<b>ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Θ. ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Αχαΐας
<b>ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Θ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Άρτας
<b>ΘΜΦΑΕ - ΝΟΣ. ΕΙΑ. ΠΑΘ. ΘΕΣ/ΚΗΣ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Αρκαδίας "Ανέλιξη"
Κέντρο Πρόληψης Ν. Αργολίδας «Ελπίδα Ζωής»
<b>ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Αιτωλοακαρνανίας «Οδυσσέας»
<b>ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Θ. ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ</b>
Κέντρο Πρόληψης Ν. Λάρισας "Ορφέας"
<b>ΘΜΦΑΕ Πρέβεζας</b>

ΘΜΦΑΕ Κατερίνης
ΘΜΦΑΕ Βόλου
ΘΜΦΑΕ Λάρισας
ΘΜΦΑΕ Κέρκυρας
ΘΜΦΑΕ – Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ (Ε' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ)
ΘΜΦΑΕ - Δ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΘΜΦΑΕ - Β' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Θ. Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Γ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ)
Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας
Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ) Θεσ/νίκης
ΘΜΦΑΕ Ηρακλείου
ΘΜΦΑΕ Χαλκίδας
ΘΜΦΑΕ Ρόδου
ΘΜΦΑΕ Λιβαδειάς
ΘΜΦΑΕ Πατρών
ΔΙΚΤΥΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΑΤΡΑΣ "ΓΕΦΥΡΑ"
ΘΜΦΑΕ Αγρινίου
ΘΜΦΑΕ Καβάλας
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
ΘΜΦΑΕ Αθήνας (Ε' Μονάδα Υποκατάστασης)
ΘΜΦΑΕ - Γ.Ν.Ν.Θ.Α. ΣΩΤΗΡΙΑ (Δ' Μονάδα Υποκατάστασης)

Μονάδα Εφήβων/Νέων «Ατραπός»
Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Αθηνά»
Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (ΣΦΕΑ)
Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (ΜΑΒΥ)
Μονάδα Κοινωνικής Επένταξης Αττικής
Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ) Αθήνας
Εποπτευόμενος Σταθμός 'ΟΔΥΣΣΕΑΣ' για την προστασία της υγείας των ενεργών χρηστών
ΘΜΦΑΕ Λαμίας

Εικόνα 1: Χάρτης υπηρεσιών



- |   |                    |   |   |  |   |
|---|--------------------|---|---|--|---|
|  | Κέντρα Πρόληψης    |  | Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμτώπισης της Εξάρτησης |  | Στεγνά Θεραπευτικά Προγράμματα                  |
|  | Κοινωνική Επένταξη |  | Υπηρεσίες Μείωσης της Βλάβης                                  |  | Κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού |

Πηγή: ΟΚΑΝΑ, 2015

---

## Συμπεράσματα - Επίλογος

---

Από τη συγγραφή της παρούσας εργασίας προκύπτουν κάποια συγκεκριμένα συμπεράσματα αναφορικά με το υπό ανάλυση θέμα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, άρχισαν να είναι πλέον ορατές στην ελληνική κοινωνία και, ιδιαίτερα, σε ορισμένες περιοχές των μεγάλων αστικών κέντρων και στις πλέον ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, οι μεταβολές στα επιδημιολογικά δεδομένα και ειδικότερα η επιδημία HIV/AIDS στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην περιοχή της Αττικής, έκαναν επιτακτικό τον ανασχεδιασμό της πολιτικής του ΟΚΑΝΑ. Συγκεκριμένα οι προτεραιότητες για τον Οργανισμό ήταν:

- η ανάπτυξη και η αναδιάρθρωση του προγράμματος υποκατάστασης οπιοειδών για την εξάλειψη της λίστας αναμονής,
- η εντατικοποίηση των δράσεων μείωσης της βλάβης και προαγωγής της υγείας και
- η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών και στοχευμένων δράσεων για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, στο πλαίσιο προγραμμάτων με χρηματοδότηση από την ΕΕ.

Ο οργανισμός κατέβαλλε τεράστια προσπάθεια, εν μέσω δημοσιονομικής λιτότητας, προκειμένου να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες πρόληψης, θεραπείας και μείωσης της βλάβης με σημαντικά αποτελέσματα ήδη από το 2012. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής, ιδιαίτερα αποδοτική υπήρξε μέχρι σήμερα η δημιουργία δικτύου με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών για την ανάπτυξη συνεργασιών και κοινών δράσεων

Η αποτελεσματική ανταπόκριση του ιδρύματος στο πρόβλημα της εξάρτησης και των σχετιζόμενων με αυτή νοσημάτων μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα άμβλυνσης των αρνητικών συνεπειών της οικονομικής κρίσης στη δημόσια υγεία και την ευημερία σε αστικά περιβάλλοντα.



Λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των προαναφερθέντων στοιχείων τα οποία συλλέχθηκαν στα πλαίσια της δευτερογενούς έρευνας, καταλήγουμε στο γεγονός πως η παρουσία των κέντρων απεξάρτησης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την κοινωνία και τους χρήστες. Ειδικότερα, αναφορικά με το υπό ανάλυση ίδρυμα απεξάρτησης, τον OKANA, μέσα από το πλέγμα των λειτουργιών και υπηρεσιών του, φαίνεται πως προσφέρει στο άτομο μία εξ' ολοκλήρου νέα ευκαιρία για την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξή του. Το γεγονός αυτό προκύπτει άμεσα από την μελέτη των προγραμμάτων του ιδρύματος και γι' αυτό το λόγο θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση του παρόντος.

---

## Αναφορές – Πηγές

---

### Ξένη Βιβλιογραφία - Αρθρογραφία

- Bersani FS, Corazza O, Simonato P, Mylokosta A, Levari E, Lovaste R, Schifano F (2013). "Drops of madness? Recreational misuse of tropicamide collyrium; early warning alerts from Russia and Italy". *General Hospital Psychiatry* 35 (5): 571–3.
- Edward Hitchcock, American Temperance Society (1830). *An essay on alcoholic & narcotic substances, as articles of common use ...* J. S. & C. Adams and Co.
- Julien, Robert M. *A Primer of Drug Action*. 11th edition. Claire D. Advokat, Joseph E. Comaty, eds. New York: Worth Publishers: 2008.
- Jünger, Ernst. *Ναρκωτικά και μέθη / Ερνστ Γιούνγκερ · μετάφραση Κωστής Παπαγιώργης*. - Αθήνα : Ίνδικτος, 2003.
- Kitsuse J. I., (1964), "Societal Reaction to deviant behavior: Problems of Theory and Method", στο H. S. Becker (ed.), *The Other Side: Perspectives on Deviance*, Macmillan, New York, (87-102), σελ. 87 επ.
- Mangione MP, Matoka M: *Improving Pain Management Communication. How Patients Understand the terms "Opioid" and "Narcotic."* *Journal of General Internal Medicine* 2008; vol 23:9 1336-1338.

### Ξένη Βιβλιογραφία - Αρθρογραφία

- Βουγιούκα Κ., *Πρόληψη και καταστολή της χρήσεως ναρκωτικών ουσιών δια μη θεραπευτικούς σκοπούς*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1977
- Γρίβας Κ., , *Πλανητική κυριαρχία και ναρκωτικά, «Νέα Σύνορα» Εκδ. Αντ. Λιβάνη, Αθήνα, 1997*
- Δημόπουλος, Λ. *Η εγκληματολογική αντι-απαγόρευση της χρήσης*
- Ζαραφονίτου Χρ., *Η πρόληψη της εγκληματικότητας σε τοπικό επίπεδο*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2003

- Ζερβής Χρ., Ψυχοπαθολογία του ενήλικα, Π έκδοση, Εκδόσεις ηλεκτρονικές τέχνες, 2003
- Ηλιού-Δεδούση Κ., Απόψεις του θεραπευτικού προσωπικού για τους χρήστες εξαρτητικών ουσιών και τη θεραπευτική παρέμβαση, στο Τετράδια εγκληματολογίας, Ζαραφονίτου Χρ., Τσίγκανου Ι., Ναρκωτικά: Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2002
- Καράμπελας Λ., Ο τοξικομανής εγκληματίας, Τεύχος Α, Το πορτραίτο του Έλληνα τοξικομανούς εγκληματία, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1988
- Κατερέλος Γ., Συγχρονες έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία. Δυναμική των κοινωνικών αναπαραστάσεων., β' έκδοση, εκδ. Οδυσσεας, 2003
- Κίτσος Τ., Εγκληματικότητα των χρηστών ναρκωτικών ουσιών και κοινωνικός αποκλεισμός, στο Τετράδια εγκληματολογίας, Ζαραφονίτου Χρ., Τσίγκανου Ι., Ναρκωτικά: Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2002
- Κονταξής Α., Ποινικό δίκαιο και Ναρκωτικά, Δίκαιο και οικονομία Π.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 1998
- Κουράκης Ν., Ναρκωτικά και Ελληνική Πραγματικότητα, Εγκληματολογικοί Ορίζοντες, τόμος Β', Α. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 1990, σελ. 108-138
- Κουτσελίνης, Αντώνιος Σ. Εξαρτησιογόνες ουσίες (Ναρκωτικά) : Φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του / Αντ. Σ. Κουτσελίνη. - Αθήνα : Παρισιάνου Α.Ε., 2002.
- Λαμπροπούλου Ε., Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2001
- ναρκωτικών, 1992 σελ. 20 στο Πανούσης Ι., Δημόπουλος Λ., Καρύδης Β., Θυματολογικά κείμενα, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 1994
- Πανούσης Γ., Ναρκωτικά: η άλλη όψη του πραγματικού, Διογένης, Αθήνα, 1981
- Παρασκευόπουλος Ν. (2010), Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, γ' έκδ., Σάκκουλας, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, σελ. 72.

- Περαντζάκη-Καρατζογλου Ιωάννα, Ανομικές καταστάσεις και χρήση ναρκωτικών, Διατριβή, Π.Α.Σ.Π.Ε, 1989
- Χείλαρη Ε. (1995), «Εφηβος, γονέας, ομήλικος. Χρήση, κατάχρηση, εξάρτηση», στο: Το τρίγωνο της συνάντησης. Ουσία - Περιβάλλον - Προσωπικότητα. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, Ε.Ε.Τ.Α.Α., Αθήνα (34-53), σελ. 48.

#### **Διαδίκτυο**

- OKANA, 2015, <http://www.okana.gr/>
- WIKIPEDIA, 2015 <http://www.wikipedia.gr/>