

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων
θεραπείας με υποκατάστατα**

Μετέχουσες Σπουδάστριες:

Γιαννέα Στέλλα

Μπάκα Αλεξάνδρα

Εισηγήτρια :

Βαλσάμη Ουρανία

Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΠΑΤΡΑ 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1 σελ
1.2 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	2 σελ
1.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ.....	4 σελ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ.....	6 σελ
2.2 ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	12 σελ
2.2.1 ΝΟΜΙΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	13 σελ
2.2.2 ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ).....	15 σελ
2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....	24 σελ
2.3.1 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.....	27 σελ
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	30 σελ
2.4.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	35 σελ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ3: Η ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ	
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	37 σελ
3.2 ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	40 σελ
3.3 ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	43 σελ
3.4 ΦΟΡΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	46 σελ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	
4.1 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ.....	51 σελ
4.1.1 ΜΕΘΑΔΟΝΗ-ΒΟΥΠΡΕΝΟΜΟΡΦΙΝΗ.....	53 σελ

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΦΟΡΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ.....	55 σελ
4.2.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	59 σελ
4.2.2 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ:ΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	63 σελ
4.2.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	68 σελ
4.2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ-ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ.....	72 σελ
4.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΤΩΝ.....	82 σελ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	84 σελ
ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ.....	86 σελ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88 σελ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	92 σελ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε την επόπτρια μας κα. Βαλσάμη Ουρανία κοινωνική λειτουργό και καθηγήτρια του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Δυτικής Ελλάδας, η οποία μας βοήθησε στην προσπάθεια μας αυτή για την περάτωση της εργασίας με την καθοδήγηση, την βοήθεια και την συμπαράσταση της σε αυτή.

Ευχαριστούμε επίσης τους βιβλιοθηκονόμους των βιβλιοθηκών. Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας, Τ.Ε.Ι Καλαμάτας, Πανεπιστημίου Πατρών, Ανοιχτού Πανεπιστημίου.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση τους καθ' όλη η διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εργασία αυτή έχει ως βασικό σκοπό την μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας με υποκατάστατά, έτσι όπως ορίζονται μέσα από τα πλαίσια λειτουργίας των μονάδων αυτών.

Αρχικά θα ξεκινήσουμε με την παράθεση κάποιων βασικών εννοιών που θα μας βοηθήσουν στην ανάγνωση της μελέτης. Θα συνεχίσουμε με την ανάλυση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης με την παράθεση της ιστορικής αναδρομής της ουσιοεξάρτησης στο πέρασμα των χρόνων, της αναφοράς όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών νόμιμων και παράνομων, στα χαρακτηριστικά των χρηστών τέτοιων ουσιών, των παραγόντων τόσο στην χρήση όσο και στην εξάρτηση από ουσίες ή ναρκωτικά και στη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου των χρηστών.

Θα ασχοληθούμε με την απεξάρτηση όπως υφίσταται στην Ελλάδα καθώς και των θεραπευτικών της προγραμμάτων που λειτουργούν. Σε αυτό το κομμάτι ξεκινήσουμε με μία ιστορική αναδρομή της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα, με το ποια είναι η Διεθνής και η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά και για τους φορείς των θεραπευτικών προγραμμάτων που είναι πρεσβευτές της απεξάρτησης από τις ναρκωτικές ουσίες. Τέλος θα ασχοληθούμε με την θεραπεία με υποκατάσταση και με τις συνθήκες λειτουργίας των θεραπευτικών αυτών προγραμμάτων.

Με ένα ακόμα κομμάτι που θα ασχοληθούμε είναι την θεραπεία υποκατάστασης και με τις συνθήκες λειτουργίας των θεραπευτικών αυτών προγραμμάτων. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από της παράθεση και την ανάλυση της εμφάνισης και εξέλιξης της θεραπείας με υποκατάστατα, τα οποία είναι η μεθαδόνη, η βουπρενομορφίνη και οι άλλοι ανταγωνιστές. Επίσης θα γίνει η καταγραφή και η ανάλυση των ελληνικών φορέων που εφαρμόζουν την θεραπεία υποκατάστασης, το νομοθετικό πλαίσιο, το οργανόγραμμα: Διοίκηση, αρμοδιότητες των Επαγγελματιών Υγείας και εγκαταστάσεις-εξοπλισμοί, τις θεραπευτικές Παρεμβάσεις και την Πρόληψη, τη Μείωση Βλάβης και την Κοινωνική Επανάταξη.

ABSTRACT

This work has as its primary objective the study of the operating conditions of substitution treatment units, as defined within the operating framework of these units.

Initially we will start by listing some key concepts that will help us in reading the study. We will continue with the analysis of the phenomenon of addiction with the presentation of the historical background of addiction over the years, the reporting of all addictive substances both legal and illegal, the user characteristics of such substances, so many factors in use and substance dependence and high-risk behavior of users.

We will deal with the detox as it exists in Greece and therapeutic programs that work. In this piece begin with a history of addiction in Greece, with what the International and the National Drugs Strategy and operators of treatment programs that are ambassadors of withdrawal from drugs. Finally we will deal with the treatment by substitution and the operating conditions of these treatment programs.

With another piece that will address is the replacement therapy and the operating conditions of these treatment programs. This will be achieved through the juxtaposition and analysis of substitution treatment and progression, which is methadone, the vouprenomorfini and other competitors. It will also become the recording and analysis of Greek entities applying the substitution therapy, the legislative framework, the organization chart: Management, responsibilities of Health Professionals and-equipment installations, therapeutic interventions and Prevention, Reduction Harm and Social Reintegration.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώτες αναφορές για τη χρήση του οπίου γίνεται το 4.000 π.Χ. σε παλαιολιθικούς οικισμούς της κεντρικής Ευρώπης. Το συμπέρασμα που βγαίνει από την προηγούμενη πρόταση είναι ότι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών δεν πρόκειται για μια κατάσταση, που έχει ξεκινήσει στην νεότερη ιστορία των ανθρώπων, αλλά είναι μια κατάσταση που υπάρχει από τους αρχαίους χρόνους. Μάλιστα θα μπορούσε να αναφερθεί ότι πολλές φορές η χρήση εξαρτησιογόνων ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με αυτούς, καθώς η χρήση τους γινόταν στο πλαίσιο των θρησκευτικών τελετών για την λατρεία των θεών ή χρησιμοποιούνταν για την αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας. Ωστόσο από τότε είχε αρχίσει να τονίζεται η εθιστική τους δράση. Η χρήση πολλών εξαρτησιογόνων ουσιών ως «φάρμακα» ήταν ευρέως διαδεδομένη μέχρι και λίγο μετά από την λήξη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες αυτές χωρίζονται στις νόμιμες και στις παράνομες. Οι παράνομες ουσίες είναι γνωστές στον ευρύ πληθυσμό και τον όρο ναρκωτικά, η χρήση ή κατοχή και το εμπόριο ναρκωτικών είναι παράνομο και διώκεται ποινικά από το νόμο.

Παρότι τα ναρκωτικά είναι παράνομα, το φαινόμενο της χρήσης ναρκωτικών είναι κάτι που συνεχίζει να υφίσταται σε αρκετά μεγάλες διαστάσεις. Για να κατανοήσουμε καλύτερα το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης θα πρέπει να κατανοήσουμε τον λόγο για τον οποίο ένα άτομο θα ξεκινήσει τη χρήση κάποιας ουσίας, που εκ των προτέρων γνωρίζει ότι υπάρχει ο κίνδυνος της εξάρτησης από αυτή. Για να φτάσει κανείς από την χρήση στην εξάρτηση θα πρέπει να διανύσει έναν πολύ μακρύ δρόμο, βέβαια είναι στη διάθεση του κάθε ατόμου για το αν θα συνεχίσει στο δρόμο της χρήσης ή θα σταματήσει να διανύει αυτό το δρόμο και θα επιλέξει την απεξάρτηση.

Η απεξάρτηση από τις ουσίες είναι σημαντικό εγχείρημα, για όποιον επιλέξει το δύσκολο δρόμο της απεξάρτησης. Για αυτό το λόγο υπάρχει Διεθνής και η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά που πρεσβεύεται μέσω των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης. Τα

προγράμματα απεξάρτησης στην Ελλάδα χωρίζονται σε «στεγνά» προγράμματα και προγράμματα υποκατάστασης, στα οποία χορηγείται στον εξαρτημένο χρήστη μεθαδόνης ή βουπρενομορφίνης. Το κάθε ένα από τα προγράμματα αυτά έχει τους υποστηρικτές του και τους αντίμαχους του.

1.2 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετήσουμε και να μάθουμε πόσες μονάδες θεραπείας για την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά υπάρχουν στην Ελλάδα και ποιες από αυτές χορηγούν ουσίες υποκατάστασης. Επιπλέον θα μελετήσουμε τις συνθήκες λειτουργίας των μονάδων θεραπείας με υποκατάστατα ώστε να δούμε αν υπάρχουσες συνθήκες είναι σύμφωνες έτσι όπως ορίζονται μέσα από την νομοθεσία και το πλαίσιο λειτουργία αυτών των μονάδων.

1.3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Εξαρτησιογόνες ουσίες (Ναρκωτικά)

Θεωρούνται όλες οι ουσίες συνθετικές ή φυσικές, νόμιμες ή παράνομες, οι οποίες δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και στον εγκέφαλο του ατόμου που τις λαμβάνει, με αποτέλεσμα να προκαλούνται διεγερτικές ή κατασταλτικές αλλαγές, καθώς και αλλαγές στη διάθεση, στη συμπεριφορά, στη φυσική λειτουργία του σώματος, την αντίληψη και στο συναίσθημα. Στις ουσίες αυτές δεν περιλαμβάνονται μόνο οι παράνομες ουσίες (ινδική κάνναβη, ηρωίνη κοκαΐνη, ψυχοτρόπαμανιτάρια, το χάπι «έκσταση»), αλλά και οι νόμιμες ουσίες καθώς και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπου η κατάχρησή τους μπορεί να οδηγήσει στην εξάρτηση από αυτές. Τέτοιες ουσίες είναι το αλκοόλ, ο καπνός, τα αγχολυτικά, υπνωτικά και ηρεμιστικά χάπια, τα εισπνεόμενα όπως σπρέι, βενζίνη, κόλλες, αέριο από γκαζάκι βουτανίου. (Γρίβας, 2002)

Χρήση και κατάχρηση ουσιών

Η χρήση ουσιών θεωρείται η απλή δοκιμή καθώς και η περιστασιακή χρήση οποιασδήποτε εξαρτησιογόνας ουσίας νόμιμης ή παράνομης. Ωστόσο με τον όρο χρήση αναφερόμαστε στην περιστασιακή ή ψυχαγωγική χρήση των ουσιών. Σε αυτή την περίπτωση ο χρήστης υφίσταται οξείες ή άμεσες επιδράσεις από την εξαρτησιογόνα ουσία και η τοξικότητα μπορεί είναι σημαντική. Στην περίπτωση που η εξαρτησιογόνα που χρησιμοποιείται είναι παράνομη τότε υπάρχει ο κίνδυνος των νομικών κυρώσεων που θα πρέπει να απασχολούν το χρήστη. Επίσης, υφίσταται ο κίνδυνος της συνέχισης της χρήσης της ουσίας που μπορεί να οδηγήσει στην κατάχρηση της καθώς και στην εξάρτηση του χρήστη από αυτή με την πάροδο του χρόνου.

Η κατάχρηση συνήθως περιλαμβάνει και την έννοια της εξάρτησης, χωρίς όμως να υπάρχει ταύτιση μεταξύ τους. Η κατάχρηση μιας ή και περισσότερων ουσιών είναι ένα πιο σοβαρό πρόβλημα καθώς το άτομο κάνει χρήση μεγαλύτερων ποσοτήτων της ουσίας καθώς και πιο συστηματική χρήση. Σε αυτό το σημείο αρχίζουν να εμφανίζονται οι πρώτες αρνητικές επιπτώσεις της κατάχρησης στην ζωή του χρήστη. Επίσης εάν ο χρήστης συνεχίσει την κατάχρηση της ουσίας είναι πολύ πιθανό να αρχίσει να βγαίνει εκτός ελέγχου και να εξαρτηθεί από αυτή. Για παράδειγμα το οινόπνευμα έχει, αφού μπορεί να συνοδεύσει και να εμπλουτίσει ένα γεύμα. Η λήψη όμως οινοπνεύματος σε τέτοιες ποσότητες, ώστε να λειτουργήσει σαν ψυχοτρόπος ουσία, για να μας αλλάξει καθοριστικά την ψυχική διάθεση, αποτελεί κατάχρηση. Το ίδιο ισχύει και για την κατάχρηση φαρμάκων (ηρεμιστικών, αγχολυτικών κ.τ.λ.), όταν

αυτά δεν λαμβάνονται για την καταπολέμηση κάποιου συγκεκριμένου συμπτώματος, αλλά για την αλλαγή της ψυχικής διάθεσης του χρήστη. (DSMIV-TR 2000)

Εθισμός ή εξάρτηση

Εθισμός ή εξάρτηση από μια ουσία υφίσταται όταν το άτομο χαρακτηρίζεται από μια έντονη και συνεχή ανάγκη για τη λήψη μιας συγκεκριμένης ουσίας, παρά τις αρνητικές συνέπειες που βιώνει το άτομο στην ζωή του. Η ουσιοεξάρτηση χωρίζεται σε σωματική και ψυχολογική. Σωματική θεωρείται όταν το σώμα του ατόμου δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς τη λήψη της ουσίας με αποτέλεσμα η μη λήψη της να οδηγεί το άτομο στη βίωση στερητικού συνδρόμου. Η ψυχολογική εξάρτηση υφίσταται όταν το άτομο ορμώμενο από μια άποψη ότι χωρίς τη λήψη της συγκεκριμένης ουσίας δεν μπορεί να καταφέρει να ελέγξει κάποιους ψυχολογικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα είναι το άγχος, η χαρά, η λύπη. Εθισμός ή εξάρτηση υφίσταται όταν ο χρήστης δαπανά σημαντικό χρονικό διάστημα για την εύρεση και την λήψη της ουσίας, λαμβάνει περισσότερη από την επιδιωκόμενη ουσία, οι προσπάθειες του για το σταμάτημα της χρήσης αποτυγχάνουν και αναπτύσσει το άτομο **ανοχή** στην ουσία, που είναι η δημιουργία της ανάγκης του χρήστη για τη λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων της ουσίας. (Γρίβας, 2002)

Στερητικό σύνδρομο

Θεωρείται η κατάσταση που βιώνει ο τοξικομανής ύστερα από την διακοπή ή τη μείωση λήψης της εξαρτησιογόνου ουσίας, την οποία λάμβανε συστηματικά για μεγάλο χρονικό διάστημα (από έξι μήνες και άνω). Ο χρήστης εμφανίζει μια οργανική και ψυχολογική συμπτωματολογία που είναι πιθανόν να διαφέρει ανάλογα με το είδος του ναρκωτικού που συνήθιζε να λαμβάνει καθώς και με το χρονικό διάστημα που λάμβανε την ουσία. Η συμπτωματολογία αυτή είναι υπεύθυνη για την σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της λειτουργικότητας του χρήστη στην ζωή του (κοινωνική, επαγγελματική). (DSMIV-TR, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Με τη λέξη ναρκωτικά αναφερόμαστε στις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ), στον εγκέφαλο καθώς και στους νευρώνες του χρήστη και προκαλούν μεταβολές στη αντίληψη και στη διάθεση του. Ωστόσο υπάρχουν και οι νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες που η κατάχρησή τους μπορεί να προκαλέσει εξίσου εξάρτηση τον χρήστη που κάνει κατάχρηση αυτών. (Sinicola -Strickland, 2008). Όταν αναφερόμαστε σε ουσίες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν καταχρηστικά υπάρχουν πολλές διαφορετικές ομάδες των εξαρτησιογόνων ουσιών. Αυτές είναι οι εξής, η νικοτίνη, τα κατευναστικά όπως το αλκοόλ, τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα εισπνεόμενα όπως αναθυμιάσεις από κόλλα, οι οπιούχες ουσίες όπως η ηρωίνη και η μορφίνη, ψυχοδιεγερτικά όπως κοκαΐνη, αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη, η μαριχουάνα, τα παραισθησιογόνα, η καφεΐνη τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που μπορεί να γίνει κατάχρησή τους, περιλαμβάνουν συνήθως ουσίες από τις προηγούμενες κατηγορίες. (DSMIV- TR, 2000)

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών δεν είναι κοινωνικό πρόβλημα το οποίο κάνει την εμφάνισή του τώρα στον 21^ο αιώνα, αλλά έχει τις ρίζες στην αρχαιότητα. Σύμφωνα μάλιστα την Επιτροπή των Ναρκωτικών των Ηνωμένων Εθνών το εμπόριο ναρκωτικών βρίσκεται στη δεύτερη θέση μετά το εμπόριο όπλων όσον αφορά το παράνομο εμπόριο. Επίσης είναι ένα φαινόμενο που γίνεται εντονότερο σε περιόδους κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής αστάθειας, όπως παραδείγματος χάρη σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, πολέμων. (Μαρσέλος, 2005)

Η κατάχρηση και η εξάρτηση ναρκωτικών ουσιών εμφανίζεται αρκετά συχνά σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Σε όλα τα κοινωνικά στρώματα η κατάχρηση καθώς και η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία έντονων προβλημάτων κοινωνικού αποκλεισμού, παρουσίαση παραβατικών συμπεριφορών και επικίνδυνων συμπεριφορών που σχετίζονται με την αύξηση και τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, όπως είναι το AIDS, το οποίο προκαλείται από τη μόλυνση στον ιό του HIV, ή ηπατίτιδας. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι οι χρήστες ξαναχρησιμοποιούν ήδη χρησιμοποιημένες σύριγγες από άλλους χρήστες, για τη λήψη της ουσίας. Επιπλέον είναι συχνόι οι θάνατοι λόγω υπερβολικής δόσης (overdose) μιας ναρκωτικής ουσία καθώς και ο θάνατος προκαλούμενος από νοθευμένη ουσία, λόγω του χαμηλού κόστους απόκτησης. Ωστόσο η χρήση ναρκωτικών που παρουσιάζεται στις ανώτερες κοινωνικά τάξεις, φαίνεται να μην παρουσιάζουν τόσο έντονα προβλήματα με το νόμο καθώς η πρόσβασή τους στα ναρκωτικά είναι πιο εύκολη λόγω της

ύπαρξης διαθέσιμων πόρων για την απόκτηση τους. Επίσης η μετάδοση μολυσματικών ασθενειών καθώς και το φαινόμενο του θανάτου είναι μειωμένα λόγω της πιο εύκολης πρόσβασης τους σε καθαρότερες ναρκωτικές ουσίες και στην πιο ασφαλή λήψη της δόσης. (Μάτσα, 2013)

Παρόλα αυτά η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι μια κατάσταση, η οποία έχει τις ρίζες τις βαθιά μέσα στην ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού. Το όπιο πρόκειται για μια από τις παλαιότερες εξαρτησιογόνες ουσίες που έκανε και κάνει μέχρι και σήμερα χρήση ο άνθρωπος. Βέβαια η χρήση του οπίου στην αρχαιότητα γινόταν για καθαρά θεραπευτικούς λόγους και χρησιμοποιούταν ως φάρμακο. (Μαρσέλος, 2005)

Το όπιο προέρχεται από την οπιούχου παπαρούνας *Papaver somniferum* (Μήκων ή υπνοφόρος μήκων). Πρόκειται για ένα φυτό που για να ευδοκιμήσει χρειάζεται τροπικά ή ημιτροπικά κλίματα. Για αυτό το λόγο οι πρώτες κοιτίδες παραγωγής οπίου βρισκόντουσαν στην δυτική Ασία καθώς στην νοτιοανατολική Ευρώπη. Το όπιο εξάγεται από τα κώδια της παπαρούνας , τα κώδια βρίσκονται στην νωπή σάρκα της κάψας. Το όπιο εξάγεται ύστερα από τη χάραξη της κάψας της οπιούχου παπαρούνας, όπου βγαίνει από αυτή ένας χυμός, ο οποίος έχει γαλακτώδη χρώμα και μαζεύεται με ειδικά εργαλεία σε «μπάλες» οπίου. (Μαρσέλος, 2005)

Οι πρώτες αναφορές για τη χρήση του οπίου γίνεται το 4.000 π. Χ. σε παλαιολιθικούς οικισμούς της κεντρικής Ευρώπης. Το 16^ο π. Χ. σε έναν αιγυπτιακό πάπυρο γίνεται η αναφορά του για τις θεραπευτικές ιδιότητες που είχε σε συνδυασμό με άλλα βότανα, καρπούς. Στην αρχαιότητα η χρήση του οπίου γινόταν για καθαρά θεραπευτικούς λόγους και ως φάρμακο, επειδή έχει την ιδιότητα του αναλγητικού. Όμως από τότε είχαν γίνει νύξεις για την εθιστικότητα του. Τον 5^ο αιώνα π. Χ. γίνεται η πρώτη αναφορά από τον Ιπποκράτη που προτείνει την αποφυγή της χρήσης του, παρότι μπορεί είναι ένα δραστικό φάρμακο. (Μαρσέλος, 2005)

Η μεγάλη διάδοση του οπίου στην Ευρώπη γίνεται κατά τη διάρκεια του 7^{ου} αιώνα μ.Χ. ξεκινάει από τους Άραβες και φτάνει μέχρι τις Ινδίες και την Κίνα, στην αρχή η χρήση του οπίου γίνεται για καθαρά θεραπευτικούς λόγους. Τον 17^ο αιώνα το όπιο έχει αποκτήσει τη φήμη, του φαρμάκου που θεραπεύει όλες τις αρρώστιες, από τους ιατρούς της Δυτικής Ευρώπης με αποτέλεσμα η χρήση του να γίνει ευρεία διαδεδομένη. Παρά όλα αυτά δεν γίνεται αναφορά για πολλά περιστατικά εξάρτησης. Η χρήση του οπίου όμως αρχίζει και παίρνει ενδημικό χαρακτήρα στην Περσία, την Ινδία και την Κίνα, όπου εκεί η χρήση του οπίου δεν χρησιμοποιείται μόνο ως φάρμακο αλλά παίρνει και ψυχαγωγικό χαρακτήρα. Το 1839-1842 και το 1856-1860 διαδραματίστηκαν οι δυο (επεκτατικοί) πόλεμοι που εξαπέλυσε η Αγγλία στην Κίνα, οι οποίοι έμειναν στην ιστορία ως « οι πόλεμοι του οπίου». Η διάδοση

και η χρήση του οπίου έλαβε μεγάλες διαστάσεις στην Κίνα ύστερα από την απαγόρευση του καπνού από τον αυτοκράτορα, με αποτέλεσμα ο λαός να αρχίσει την εκτεταμένη χρήση του οπίου. Τότε το 1729 προχώρησαν στην απαγόρευση της χρήσης του οπίου. Ωστόσο οι Άγγλοι συνέχιζαν την παράνομη εισαγωγή φθηνού οπίου στα λιμάνια της Κίνας. (Thio, 2008)

Το 1810 ο κινέζος αυτοκράτορας Τζιατζινγκ προχώρησε στην απαγόρευση της διάθεσης του οπίου σε όλη την επικράτεια. Οι Άγγλοι όμως συνέχισαν την εισαγωγή οπίου στην Κίνα καθώς τα κέρδη που λάμβαναν από αυτό ήταν αρκετά μεγάλα. Το 1838 παρατηρώντας οι κινέζικες αρχές ότι ο εθισμός των ντόπιων κατοίκων από το όπιο δεν μειωνόταν αλλά αυξανόταν, τότε πάρθηκε η απόφαση για την λήψη αυστηρότερων μέτρων. Έτσι προχώρησαν στην απαγόρευση καθώς και στον αποκλεισμό της εισαγωγής του από όλα τα μεγάλα λιμάνια της Κίνας και με την καταδίκη σε θάνατο των ντόπιων εμπόρων που πιάνονταν να κάνουν παράνομες εισαγωγές οπίου. Το αποτέλεσμα ήταν μέσα σε 100 χρόνια το παράνομο είχε δεκαπλασιάσει τα κέρδη του καθώς και είχε δημιουργήσει πολλούς νέους οπιομανείς, προκειμένου να μπορέσουν να διασφαλίσουν τα κέρδη τους. Παρ όλα αυτά οι Άγγλοι αρνιόντουσαν την συμμόρφωση με τους νόμους, επειδή το παράνομο εμπόριο οπίου απέφερε σε αυτούς σημαντικά υψηλά κέρδη. (Μάτσα, 2013) Οι κινέζικες αρχές προχώρησαν τότε στο να απαιτήσουν από τους Άγγλους να τους παραδώσουν όλες τις αποθηκευμένες ποσότητες οπίου που βρισκόταν στα λιμάνια της Κίνας καθώς και στην υπογραφή συνθηκών όπου θα ορίζουν τους όρους των εμπορικών τους συναλλαγών. Η απάντηση των Άγγλων στην απαίτηση αυτή της Κίνας ήταν η κήρυξη του Α' «πολέμου για το όπιο» το 1839 που έληξε το 1842 με την νίκη των Άγγλων και την επιβολή στους ηττημένους της υπογραφής της συνθήκης του Νάκινγκ, η οποία περιλάμβανε αρκετά υποτιμητικούς όρους για την Κίνα. Ο Β' «πόλεμος για το όπιο» ξεκίνησε το 1856 και έληξε το 1860 με νικητές για μια ακόμα φορά τους Άγγλους και με την υπογραφή της συνθήκης του Πεκίνο. (Μαρσέλος, 2005)

Το 1806 ο Γερμανός βοηθός φαρμακοποιού, Friedrich Wilhelm Adam Sertürner, δημοσίευσε την ανακάλυψη του για μια νέα ουσία την μορφίνη. Πρόκειται για μια ουσία που ανήκει στην ομάδα των οπιούχων και προέρχεται ύστερα από την επεξεργασία του οπίου. Η παρασκευή της επιτυγχάνεται με την απομόνωση της, με την προσθήκη αμμωνίας που δημιουργείται μια λευκή κρυσταλλική σκόνη, η οποία είναι άοσμη, πικρή, έχει 10 φορές πιο ισχυρή δράση από το όπιο και κατατάσσεται στις αναλγητικές οπιούχες Εξαρτησιογόνες ουσίες. Ο Sertürner την ονόμασε έτσι από τον Μορφέα, που ήταν ο θεός του ύπνου, λόγω της ιδιότητας της να προκαλεί υπνηλία στον χρήστη. Η χρήση της μορφίνης γινόταν κυρίως για ιατρικούς και θεραπευτικούς λόγους, πολύ γρήγορα όμως έγινε

αντιληπτή η εξαρτησιογόνα φύση της καθώς και διαπιστώθηκε η θανατηφόρα δράση της σε περίπτωση υπερβολικής δόσης(overdose). (Thio, 2008)Για την διάδοση της εξάρτησης από την μορφίνη είναι υπεύθυνα δυο σημαντικά γεγονότα που έλαβαν χώρο εκείνη την εποχή. Το πρώτο είναι η ανακάλυψη και η τελειοποίηση της της υποδόριας βελόνας και την ενδοφλέβιας ένεσης, με τους οποίους γινόταν η λήψη της μορφίνης . Το δεύτερο γεγονός ήταν ο εμφύλιος πόλεμος στην Αμερική το 1861 έως το 1865, όπου κατά τη διάρκεια του δημιουργήθηκαν χιλιάδες νέοι μορφινομανείς. Η χρήση της μορφίνης κατά τη διάρκεια του πολέμου γινόταν για την ανακούφιση των στρατιωτών από τα τραύματα τους. (Μαρσέλος, 2005)

Το 1898 ένας Γερμανός, ο Heinrich Dresser ύστερα από την επεξεργασία του οπίου, ανακάλυψε μια νέα ουσία την ηρωίνη. Ο σκοπός της ηρωίνης ήταν να αντικαταστήσει την μορφίνη και το όπιο, με μια άλλη ουσία η οποία να παρέχει εξίσου τα ίδια αποτελέσματα ως φάρμακο με το όπιο και τη μορφίνη αλλά να μην είναι εξαρτησιογόνα. Η φαρμακευτική της ιδιότητα ήταν « αναλγητικό και αντιβηχικό». Ύστερα όμως από τη δοκιμή της διαπιστώθηκε ότι ήταν πιο εθιστική ουσία από ότι η μορφίνη και έτσι αφαιρέθηκε η χρήση του ως φάρμακο. (Μαρσέλος, 2005)

Η χρήση της μορφίνης λαμβάνει και πάλι μεγάλες διαστάσεις κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου (1939-1945), η χρήση της οποίας γινόταν από τους στρατιώτες. Ο σκοπός ήταν η άμεση ανακούφιση τους από τα τραύματα του πολέμου. Το αποτέλεσμα ήταν όλο και περισσότεροι στρατιώτες να εθίζονται σε αυτή. (Μάτσα, 2013)

Εκτός από το όπιο και τα παράγωγά του (μορφίνη, ηρωίνη) ένα ακόμα παραισθησιογόνο φυτό που γινόταν η χρήσης του από αρχαίους πολιτισμούς κατά τη διάρκεια θρησκευτικών τελετών αλλά και για λόγους επιβίωσης ήταν τα φύλλα κόκας. Παραδείγματος χάρη οι αρχαίες φυλές των Ίνκας μασούσαν φύλλα κόκας προκειμένου να επιταχύνουν την αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αναπνοή τους για να εξισορροπήσουν τις επιπτώσεις που προκαλούσε η έλλειψη οξυγόνου, στα υψηλά υψόμετρα που συνήθιζαν να διαβιώνουν. Το 1880 απομονώθηκε από τα φύλλα της κόκας, η κοκαΐνη και χρησιμοποιήθηκε ως φάρμακο για την καταπολέμηση της μορφινομανίας, εκείνη την περίοδο ξεκίνησε να χρησιμοποιείται από την ιατρική κοινότητα. Ο ψυχαναλυτής Sigmund Freud ήταν χρήστης κοκαΐνης και μάλιστα την θεωρούσε τονωτικό για τη θεραπεία από την κατάθλιψη και τη σεξουαλική ανικανότητα. Για αυτό το λόγο την συνταγογραφούσε σε στενούς του φίλους και στους ασθενείς του. Ευρέως γνωστή έγινε το 1886 όταν ο John Stith Pemberton συμπεριέλαβε τα φύλλα κόκας ως συστατικό στο καινούργιο αναψυκτικό που δημιούργησε, το επονομαζόμενο κόκα κόλα. Από το 1850 έως τις αρχές του 20 αιώνα η χρήση της κοκαΐνης ήταν πολύ διαδεδομένη ως τονωτικό και το

χρησιμοποιούσαν άνθρωποι όλων των κοινωνικών τάξεων. Το 1903 η εταιρία κόκα κόλα αναγκάστηκε να αφαιρέσει την κοκαΐνη από τα αναψυκτικά της. Η εισπονή κοκαΐνης μέχρι το 1905 είχε γίνει δημοφιλής τρόπος λήψης της συγκεκριμένης ουσίας. Το 1922 στις ΗΠΑ απαγορεύτηκε η χρήση της. Από το 1970 έως τα μέσα του 1980 ραγδαία η χρήση της, επιπλέον το 1970 επειδή οι ποσότητες που έμπαιναν λαθραία στην Αμερική ήταν τεράστιες, έπεσε η τιμή της κοκαΐνης περίπου κατά 80% με αποτέλεσμα προκειμένου οι έμποροι για να αυξήσουν τα κέρδη τους μετέτρεψαν τη σκόνη σε κρακ, μια στερεά μορφή που μπορούσε να καπνιστεί και μπορούσε να πουληθεί σε μικρότερες ποσότητες σε περισσότερους χρήστες και με μεγαλύτερο κέρδος καθώς ήταν φθηνή και απλή στην παραγωγή της και στην χρήση. (Thio, 2008)

Η Ινδική κάνναβη πρόκειται για ένα φυτό, το οποίο από το 13ο έως το 19ο αιώνα καλλιεργείται σε όλη την Ευρώπη και την Αμερική. Στις αρχές του 20ου αιώνα αρχίζει η απαγόρευση της χρήσης της και η καλλιέργεια της. Στην Ελλάδα το 1920 απαγορεύεται το εμπόριο, η καλλιέργεια και η χρήση της. (Γρίβας, 1993)

Η Αμφεταμίνη δημιουργήθηκε στην Γερμανία το 1887 ενώ η μεθαμφεταμίνη στην Ιαπωνία το 1919. Η ευρεία χρήση της αμφεταμίνης έλαβε χώρο κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου καθώς το χρησιμοποιούσαν από τους στρατιώτες για να παραμένουν ξύπνιοι και σε εγρήγορση. Το 1950 χρησιμοποιήθηκαν ως διαιτητικά και αντικαταθλιπτικό. Έτσι πέρασε στον πληθυσμό ως διεγερτικό και το χρησιμοποιούσαν οι σπουδαστές των κολλεγίων, οι αθλητές και οι οδηγοί φορτηγών. Το 1970 ποινικοποίηση της χρήσης της. Το 1990 άρχισε η ευρεία διάδοση της στην Ευρώπη. Σήμερα οι μεγαλύτερες ποσότητες παράγονται στην Ταϊλάνδη, Μιανμάρ και στην Κίνα και βρίσκονται διαθέσιμα στην Ασία. (FoundationforaDrug- FreeWorld, 2009)

Κατά τη δεκαετία του 1960 και 1970 κάνει την εμφάνιση της μια καινούργια ουσία, ψυχεδελικού τύπου, επονομαζόμενη LSD. Η χρήση LSD ήταν διαδεδομένη μεταξύ των εφήβων και εμφανιζόταν να γίνεται μεγάλη χρήση από τα άτομα που ακολουθούσαν την «ρέιβ» κουλτούρα. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2003)

Την σημερινή εποχή οι χώρες παραγωγού μεγάλων ποσοτήτων οπίου βρίσκονται στο γνωστό «χρυσό τρίγωνο», το οποίο περιλαμβάνει τη Νοτιοανατολική Ασία (που περιλαμβάνει τις εξής χώρες Βιρμανία, Ταϊλάνδη και Λάος), το «χρυσό Μουσουλμανικό Τόξο» της Νότιας Ασίας (που περιλαμβάνει το Πακιστάν, το Αφγανιστάν και το Ιράν) καθώς και την Κολομβία και το Μεξικό. Αυτές είναι οι κυρίως χώρες παραγωγού οπίου, που προμηθεύουν παράνομα με όπιο τις υπόλοιπες χώρες τις Αμερικής και της Ευρώπης. Επιπλέον, η πλειοψηφία (το 90%) των φυτών της κόκας καλλιεργούνται στα βουνά του

Περου και στη Βολιβία. Ωστόσο η επεξεργασία των φυτών αυτών για την παραγωγή κοκαΐνης γίνεται στην Κολομβία και από εκεί εισάγεται παράνομα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες .(Thio, 2008)

Σήμερα στα παράνομα ναρκωτικά υπάρχει η νομική απαγόρευση καθώς και νομικές κυρώσεις τόσο για την χρήση, την κατοχή και το εμπόριο αυτών των ουσιών. Ο σκοπός τους είναι αποτροπή των ατόμων από την χρήση τους. Ωστόσο υφίστανται και νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες (νόμιμα ναρκωτικά), των οποίων η χρήση και η κατάχρηση τους έχει τα ίδια αποτελέσματα με τα παράνομα ναρκωτικά. Μάλιστα έρευνες έχουν δείξει ότι τα νόμιμα ναρκωτικά είναι πιο επικίνδυνα για τον χρήστη καθώς, είναι ευρύτατα διαδεδομένα, κοινωνικά αποδεκτά και ο χρήστης μπορεί να έχει άμεση και εύκολη πρόσβαση σε αυτά. Παραδείγματος χάρη το αλκοόλ , είναι μια από τις νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες. Η πρόσβαση σε αυτή την ουσία είναι εύκολη καθώς ο χρήστης μπορεί να την αποκτήσει με την αγορά ενός μπουκαλιού κρασιού από κάποιο μαγαζί, αφού πρόκειται για μια νόμιμη ουσία. Το αλκοόλ και ο καπνός προκαλούν ετήσιος περισσότερους θανάτους, ασθένειες, οικονομικές απώλειες και συνεπώς και περισσότερα κοινωνικά προβλήματα, από ότι τα παράνομα ναρκωτικά. Παραδείγματος χάρη στην Αμερική η χρήση καπνού παραμένει η κορυφαία αιτία θανάτου με αποτέλεσμα 443.000 θανάτους ετησίως. Επίσης στην Αμερική τα 2/3 του ενήλικου πληθυσμού κάνει χρήση αλκοόλ και το 5% κάνει κατάχρηση αλκοόλ, με τις γυναίκες να πίνουν περισσότερα από επτά ποτά την εβδομάδα και οι άνδρες πίνουν κατά μέσο όρο περισσότερα από δεκατέσσερα ποτά την εβδομάδα. (United States 1991-1992)

2.2 ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Με τον όρο εξαρτησιογόνες ουσίες περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι ουσίες που δρουν στους νευρώνες του Κ.Ν.Σ. καθώς και στον εγκέφαλο και προκαλούν εξάρτηση από αυτές είτε σωματική είτε ψυχολογική ή και τα δυο. Σε αυτές περιλαμβάνονται τόσο οι νόμιμες όσο και οι παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. Οι παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες είναι γνωστές στον ευρύ πληθυσμό ως ναρκωτικά. Τα ναρκωτικά λοιπόν διακρίνονται ανάλογα με τη δράση τους στο χρήστη χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: στα διεγερτικά, τα κατευναστικά και τα παραισθησιογόνα.

A. Στα διεγερτικά ανήκουν οι ουσίες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του χρήστη και δημιουργούν ένα προσωρινό αίσθημα εγρήγορσης και διέγερσης. Με αποτέλεσμα να εξαφανίζονται για εκείνη την περίοδο, ύστερα από τη λήψη της ουσίας, τα συμπτώματα της κούρασης και της νωθρότητας. Ουσίες με τέτοιου είδους συμπτώματα είναι η κοκαΐνη, το κράκ, η νικοτίνη, η καφεΐνη.

B. Στα κατευναστικά (ηρεμιστικά) ανήκουν οι ουσίες εκείνες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του χρήστη και του προκαλούν χαλάρωση των μυών, ανακούφιση από το άγχος, υπνηλία και εφοριακή διάθεση, ύστερα από της λήψη της ουσίας. Οι ουσίες που έχουν τέτοιου είδους συμπτώματα είναι τα απιοειδή, όπως η ηρωίνη, η μορφίνη, το PCP, το αλκοόλ.

Γ. Στα παραισθησιογόνα (ψυχεδελικά) που δρουν στους νευρώνες του εγκεφάλου του χρήστη προκαλώντας αλλαγές στην αντίληψη του χρήστη για την πραγματικότητα. Τέτοιου τύπου ουσίες είναι το LSD, MDMA, τα μαγικάμανιτάρια.

Δ. Η Ινδική κάνναβη πρόκειται για ένα ναρκωτικό, το οποίο μπορεί να καταταχθεί και στις τρεις προηγούμενες κατηγορίες ανάλογα με τον χρήστη. (Thio, 2008)

Η ένταση των συμπτωμάτων που θα παρουσιάσει ο χρήστης, ύστερα από τη λήψη της εξαρτησιογόνας ουσίας σχετίζονται, από την ποσότητα (δόση) της, όσο μεγαλύτερη είναι η δόση τόσο πιο γρήγορα καταφέρνει ο χρήστης την τοξίκωση. Επίσης εξαρτάται και από την καθαρότητα της ουσίας, η τυχόν ανάμιξη δυο ή και περισσότερων ουσιών, τότε τα συμπτώματα θα είναι συνδυαστικά και περισσότερα από ότι θα ήταν αν λαμβάνονται η μια χωρίς την άλλη ή τις άλλες. Επιπλέον σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος λήψης της ουσίας παραδείγματος χάρι η τοξίκωση επιτυγχάνεται αμεσότερα και γρηγορότερα με την χρήση ενδοφλέβιας, ενδομυϊκή ένεσης, καπνίζοντας την ή με την εισπνοή της ουσίας από τη μύτη. Οι περιστασιακοί χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών έχουν ισχυρότερα συμπτώματα, από ότι οι χρόνιοι χρήστες. Αυτό συμβαίνει επειδή οι δεύτεροι από ένα σημείο και μετά

εμφανίζουν συμπτώματα ανοχής στην ουσία. Το αποτέλεσμα είναι να χρειάζονται όλο και μεγαλύτερες δόσεις της εκάστοτε ουσίας προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τα τρία πιο διαδεδομένα ναρκωτικά είναι η ινδική κάνναβη, η ηρωίνη, η κοκαΐνη και το κρακ. (Bennett, 2010)

2.2.1 ΝΟΜΙΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

ΑΛΚΟΟΛ

Το αλκοόλ θεωρείται μια κατευναστική ουσία που δρα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του χρήστη. Η υπερβολική κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων, ποτών με μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ οδηγεί στην οξεία Τοξίκωση ή αλλιώς στη μέθη. Υπό την επήρεια της μέθης ο χρήστης είναι πιθανόν να υιοθετήσει επικίνδυνες συμπεριφορές τόσο για τον ίδιο όσο και για το κοινωνικό του περιβάλλον, παραδείγματος χάρη να οδηγεί υπό την επήρεια αλκοόλ. (Bennett, 2010) Η μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ προκαλεί την ανοχή στην ουσία και στην σωματική και ψυχική εξάρτηση από αυτή. Όταν ο χρήστης προσπαθήσει τη μείωση ή τη διακοπή της ουσίας θα παρουσιάσει στερητικό σύνδρομο, το οποίο προκαλεί στο χρήστη εφίδρωση, ταχυπαλμία, ναυτία, εμετό, ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις οπτικοακουστικές, τρέμουλο στα χέρια. Η χρόνια κατάχρηση είναι υπεύθυνη για την πρόκληση του συνδρόμου korsakoff (προκαλείται από την έλλειψη της Βιταμίνης Β1 (θειαμίνης) στον εγκέφαλο, στην κίρρωση του ήπατος σοβαρή και μη αναστρέψιμη βλάβη του συκωτιού, καρδιαγγειακά νοσήματα. (DSMIV-TR, 2000)

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Πρόκειται για μια από τις νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες, η οποία λαμβάνεται μέσω του στόματος με την κατάποση του καπνού ή πάνω από το δέρμα, διαδερμικά. Η νικοτίνη περιέχεται σε διάφορες μορφές καπνού (τσιγάρα, ταμπάκο, πίπες, πούρα και καπνός για μάσημα) καθώς και σε συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως τσίχλες νικοτίνης και αυτοκόλλητο. Τα άτομα που κάνουν χρήση της νικοτίνης πιθανότατα θα εμφανίσουν εξάρτηση σε αυτή καθώς και στέρηση. Η εξάρτηση της χρήσης νικοτίνης να υφίσταται με σωματική εξάρτηση ή ψυχολογική εξάρτηση ή μπορεί να εμφανίζονται και τα δυο στον εξαρτημένο χρήστη. Η χρήση του καπνού αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για αύξηση του καρκίνου των πνευμόνων , του στόματος , και άλλων τύπων καρκίνου, τα καρδιαγγειακά και αγγειακά εγκεφαλικά προβλήματα, χρόνιες ασθένειες που σχετίζονται με τους πνεύμονες , επιπλοκές στην εγκυμοσύνη. (DSMIV-TR, 2000)

ΚΑΦΕΪΝΗ

Η καφεΐνη λαμβάνεται κυρίως από τον βραστό καφέ αλλά υφίσταται και σε άλλα προϊόντα όπως είναι το τσάι, τα αναψυκτικά (τύπου coca cola), τα αναλγητικά χάπια και τα χάπια για το κρυολόγημα, τα βοηθήματα για την απώλεια βάρους καθώς στην σοκολάτα και το κακάο, τα οποία έχουν μικρότερη περιεκτικότητα σε καφεΐνη. Οι χρήστες που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες καφεΐνης μπορεί να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα της εξάρτησης, παρόλα αυτά τα συμπτώματα αυτά δεν μπορούν να σχετιστούν με μια κλινικά σημαντική ανεπάρκεια και για αυτό το λόγο είναι αδύνατο να πληρούν όλα τα κριτήρια για τις Διαταραχές της χρήσης ουσιών. Ωστόσο, η κατάχρηση σχετίζεται με την ανάπτυξη ή την επιδείνωση του άγχους και με σωματικά συμπτώματα. (DSMIV-TR, 2000)

ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ – ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ – ΥΠΝΩΤΙΚΑ

Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα διαχωρίζονται με βάση την ουσία που εμπεριέχουν. Χωρίζονται λοιπόν σε Βαρβιτουρικά (Ηρεμιστικά) και Βενζοδιαζεπίνες (Αγχολυτικά και Υπνωτικά). Επιπλέον τα ηρεμιστικά χωρίζονται σε δυο κατηγορίες τα μείζονα, τα οποία δίδονται με σκοπό την αντιμετώπιση σοβαρών ψυχιατρικών περιπτώσεων και τα ελάσσονα, που δίδονται στο χρήστη με σκοπό την καταπολέμηση του άγχους, του στρες, της αϋπνίας. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ουσίες εκείνες που δρουν κατασταλτικά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του χρήστη. Αυτές οι ουσίες βρίσκονται υπό τη μορφή χαπιού και παρέχονται στο χρήστη, ύστερα από συνταγή ιατρού. Η χρήση μεγαλύτερων δόσεων, από τι συνιστάμενες από τον ιατρό μπορούν να προκαλέσουν υπνηλία καθώς και η λήψη υπερβολικής δόσης από αυτά τα χάπια μπορεί να οδηγήσει το χρήστη σε κώμα και στον θάνατο. Η μακροχρόνια λήψη αυτών των χαπιών προκαλούν στον χρήστη ανοχή στις ουσίες τους και οδηγούν στην σωματική αλλά και ψυχολογική εξάρτηση από αυτά. Η προσπάθεια του χρήστη για τη μείωση ή τη διακοπή των ουσιών που εμπεριέχονται στα συγκεκριμένα σκευάσματα, επιφέρει στον χρήστη το στερητικό σύνδρομο. (Sinicola- Strickland, 2008)

2.2.2 ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ)

ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ – ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

Πρόκειται για χημικές ουσίες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η λήψη τους γίνεται με τη μορφή χαπιού ή κάψουλας, αλλά στο παράνομο εμπόριο είναι πιθανόν να υπάρχουν με τη μορφή σκόνης σε πολλά χρώματα καθώς και σε μικρά συμπαγή κομμάτια. Οι αμφεταμίνες έχουν την ίδια επίδραση που έχει και η κοκαΐνη στο χρήστη, δηλαδή δρουν στο ΚΝΣ προκαλώντας στον χρήστη το αίσθημα της διέγερσης και βρίσκονται σε ισχύει για περίπου 6 ώρες. Ο πιο συχνός τρόπος λήψης των αμφεταμινών είναι δια μέσω του στόματος με τη μορφή χαπιού ή κάψουλας. Επίσης μπορεί να ληφθούν και με την εισπνοή δια μέσω της μύτη (σνιφάρισμα), όταν αυτές βρίσκονται υπό τη μορφή σκόνης καθώς και να καπνιστούν με την ανάμιξη τους με καπνό. Με την διάλυση των αμφεταμινών με νερό, ο χρήστης μπορεί να τις λάβει και με ενέσιμη μορφή. (FoundationforaDrug- FreeWorld, 2009)

Τοξίκωση από Αμφεταμίνες

Ύστερα από τη λήψη αμφεταμινών χρειάζονται περίπου 15 με 30 λεπτά μέχρι να αρχίσουν να δρουν στον χρήστη και η δράση τους είναι σε ισχύει για 6 ώρες. Μετά τη χρήση αμφεταμινών υφίστανται αλλαγές στο άτομο τόσο στην συμπεριφορά όσο και στην ψυχολογία του χρήστη (παραδείγματος χάρη δημιουργείται στον χρήστη ένα αίσθημα ευφορίας, υπάρχουν αλλαγές στην κοινωνικότητα του, πρόκληση άγχους, θυμού, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου, αμβλύ συναίσθημα). Τα σωματικά συμπτώματα είναι: ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία, μυδρίαση, αυξημένη ή μειωμένη αρτηριακή πίεση, εφίδρωση ή ρίγη, ναυτία ή εμετούς, εμφανή απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, αναπνευστική καταστολή, θωρακικούς πόνους ή καρδιακές αρρυθμίες, δυστονίες, διαστολή της κόρης, λογόρροια και έχουν επιθετική συμπεριφορά. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας εμφανίζονται συμπτώματα όπως σύγχυση, συγκεχυμένο λεξιλόγιο, άγχος, ανησυχία καθώς και υπάρχει ο κίνδυνος να επέλθει στον χρήστη συγκοπή, πόνος στο θώρακα και κώμα. (DSMIV-TR, 2000)

Εξάρτηση και σύνδρομο στέρησης από Αμφεταμίνες

Η μακροχρόνια και συστηματική χρήση αμφεταμινών έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται στον χρήστη ανοχή στην ουσία αυτή καθώς επίσης προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση. Σε περίπτωση που ο εξαρτημένος χρήστης προσπαθήσει τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης της, μετά τα πέρασμα πολλών ημερών κάνει την εμφάνιση του το στερητικό σύνδρομο. Τα συμπτώματα του

στερητικού συνδρόμου είναι το άτομο να αισθάνεται κόπωση, την βίωση «ζωντανών» δυσάρεστων ονείρων, αϋπνία ή υπεραϋπνία, αυξημένη όρεξη, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση. Επίσης είναι πιθανή η εμφάνιση του κινδύνου το άτομο να αποκτήσει αυτοκαταστροφικές τάσεις όπως είναι η αυτοκτονία. Είναι πολύ πιθανό ο χρήστης να εμφανίσει συμπτώματα ψύχωσης, παρανοειδής ψυχωσική διαταραχή με παραληρητικές ιδέες, ψυχωσική διαταραχή με ψευδαισθήσεις οπτικές ή ακουστικές, διαταραχές της διάθεσης, αγχώδης διαταραχή, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχή του ύπνου. (DSMIV-TR, 2000)

ΚΟΚΑΪΝΗ

Πρόκειται για μια ουσία που δρα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του χρήστη προκαλώντας του διέγερση. Ύστερα από την επεξεργασία των φύλων κόκας παράγεται η υδροχλωρική κοκαΐνη, η οποία είναι μια λευκή κρυσταλλική άοσμη σκόνη. Θεωρείται ένα από τα «ψυχαγωγικά ναρκωτικά». Ο πιο συνηθισμένος τρόπος λήψης της κοκαΐνης είναι εισπνεόμενη από τη μύτη, αλλά μπορεί να διαλυθεί προκειμένου να ληφθεί ενέσιμα. Ένας ακόμα τρόπος λήψης κοκαΐνης είναι με την ανάμιξή της με ηρωίνη (speedball), ο οποίος είναι ένας αρκετά επικίνδυνος συνδυασμός καθώς είναι υπεύθυνος για πολλούς θανάτους μεταξύ των χρηστών κοκαΐνης (κοκαΐνη – αλκοόλ). Δεν έχουν αναφερθεί πληροφορίες για την πρόκληση σωματικής εξάρτησης, ωστόσο πρόκειται για μια ουσία που προκαλεί ισχυρή ψυχική εξάρτηση. Είναι πολύ πιθανό σε μακροχρόνια χρήση κοκαΐνης το άτομο να αναπτύξει το φαινόμενο της «αντίστροφης ανοχής», το οποίο έχει τα ακριβώς αντίθετα συμπτώματα από αυτά που προκαλεί η ανοχή στην ουσία. Η εισπνοή από τη μύτη προκαλεί χρόνια φλεγμονή, που μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. (FoundationforaDrug- FreeWorld 2009)

Τοξίκωση από κοκαΐνη

Η δράση της κοκαΐνης εξαρτάται από τη συναισθηματική κατάσταση, τη δόση που θα πάρει ο χρήστης και η καθαρότητα της ουσίας. Η διάρκεια και ο χρόνος δράσης της ουσίας εξαρτάται από τον τρόπο λήψης της. Ύστερα από την χορήγηση της ουσίας προκαλείται στο χρήστη μια έντονη και βραχύβια ευφορία, που προκαλείται από την απελευθέρωση μιας νευροχημικής ουσίας που ονομάζεται ντοπαμίνη. Πέρα από τα ασυνήθιστα αισθήματα διέγερσης, οι χρήστες αισθάνονται υπερβολικά τολμηροί και ομιλητικοί. Επίσης αναπτύσσονται και συμπτώματα όπως: ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία, μυδρίαση, αυξημένη ή μειωμένη αρτηριακή πίεση, εφίδρωση ή ρίγη, ναυτία ή εμετοί, εμφανής απώλεια βάρους, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, μυϊκή αδυναμία, αναπνευστική καταστολή, θωρακικοί πόνοι ή καρδιακές αρρυθμίες, σύγχυση, σπασμοί, δυσκινησίες, δυστονίες. Η λήψη ενός ή δυο γραμμαρίων από το στόμα ή τα 750- 800 ενδοφλέβια μπορεί να επιφέρουν το θάνατο.

Παρόλα αυτά δεν είναι σίγουρο ότι μόνο οι συγκεκριμένες δόσεις μπορούν να επιβούν μοιραίες για το άτομο είναι διαφορετικές από χρήστη σε χρήστη. (Thio, 2008)

Εξάρτηση και σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη

Η κοκαΐνη είναι μια ουσία χαμηλή σε τοξικότητα και σπάνια αναφέρονται περιστατικά που έχουν overdose. Τα θανατηφόρα περιστατικά που έχουν παρατηρηθεί ύστερα από το συνδυασμό της με άλλες ουσίες όπως η ανάμιξη κοκαΐνης με αλκοόλ και κοκαΐνης με ηρωίνη, ο χρήστης πεθαίνει από την πρόκληση αναπνευστικής ή καρδιακής προσβολής. Η μακροχρόνια χρήση προκαλεί στον χρήστη το φαινόμενο της « αντίστροφης ανοχής». Επίσης το άτομο που κάνει χρήση κοκαΐνης είναι πιθανόν να εμφανίσει διαταραχές όπως: ψυχωσική διαταραχή με παραληρητικές ιδέες, ψυχωσική διαταραχή με ψευδαισθήσεις, διαταραχή της διάθεσης, αγχώδης διαταραχές, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές του ύπνου. Η διακοπή ή μείωση της συγκεκριμένης ουσίας, στην οποία γινόταν «βαριά» και παρατεταμένη χρήση προκαλεί τα εξής συμπτώματα: κόπωση, ζωντανά δυσάρεστα όνειρα, αυπνία ή υπεραυπνία, αυξημένη όρεξη, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση. Η εισπνοή από τη μύτη προκαλεί χρόνια φλεγμονή, η οποία μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – Ο.ΚΑ.ΝΑ. ,2003)

ΚΡΑΚ

Πρόκειται για μια μορφή free-base κοκαΐνης, της οποίας η διαδικασία παραγωγής του είναι σχετικά εύκολη. Είναι μια πιο φθηνή ουσία και αυτό είναι που την καθιστά πιο προσιτή στον ευρύτερο πληθυσμό. Διατίθεται σε κομμάτια συμπυκνωμένης σκόνης με ακαθόριστο σχήμα που ονομάζονται rocks(βραχάκια). Το κρακ καπνίζεται αναμιγμένο με καπνό σε ειδικές γυάλινες πίπες. Ονομάστηκε έτσι λόγω του θορύβου που κάνει όταν ζεσταθεί. Είναι πιο δυνατό, πιο εθιστικό και πιο φθηνό από την κοκαΐνη. Ύστερα από την λήψη του προκαλεί στον χρήστη ένα πιο έντονο αίσθημα ευφορίας αλλά διαρκεί πιο λίγο από την κοκαΐνη και για αυτό το λόγω ο χρήστης κρακ έχει την ανάγκη για όλο πιο συχνή επανάληψη της δόσης. Έχει τα ίδια συμπτώματα τοξίκωσης, εξάρτησης και στερητικών με την κοκαΐνη. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2003)

ΙΝΔΙΚΗ ΚΑΝΝΑΒΗ

Το ψυχοδραστικό συστατικό της ινδικής κάνναβης είναι η THC- τετραϋδροκανναβινόλη. Διατίθεται στον χρήστη σε πολλές μορφές όπως σε μορφή τριμμάτων των φύλλων των λουλουδιών και

των στελεχών του φυτού (μαριχουάνα), σε πλάκα σκουρόχρωμου αποξηραμένου ρετσινιού(χασίς), σε μορφή παχύρευστου και κολλώδους υγρού(χασισέλαιο). (Thio, 2008) Οι τρόποι χρήσης της ινδική κάνναβης είναι διάφοροι, μπορεί να καπνιστεί σκέτη ή με την ανάμιξή της με καπνό, μπορεί να φαγωθεί συνήθως μέσα σε γλυκό και με την κατάποση της με τη μορφή ροφήματος. (Γρίβας, 1993)

Τοξίκωση από ινδική κάνναβη

Η δράση της διαφέρει από χρήστη σε χρήστη, σημαντικό ρόλο παίζει και ο τρόπος λήψης καθώς και αν είναι αναμιγμένη η ινδική κάνναβη με κάποια άλλη ουσία (όπως παραδείγματος χάρη με ηρωίνη). Η λήψη ινδική κάνναβης προκαλεί στον χρήστη αλλαγές στην συμπεριφορά, στη ψυχολογία και παρουσιάζεται έκπτωση στη νοητική λειτουργία του χρήστη. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της χρήσης ή λίγο μετά είναι οι διασταλμένες κόρες του ματιού , η αυξημένη όρεξη, η ξηροστομία και η ταχυκαρδία. (DSMIV-TR, 2000)

Εξάρτηση και σύνδρομο στέρησης από ινδική κάνναβη

Η κάνναβη δεν προκαλεί ανοχή ή σωματική εξάρτηση, αλλά προκαλεί σοβαρή ψυχική εξάρτηση. Δεν έχουν αναφερθεί θάνατοι από υπερβολική δόση κάνναβης. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης είναι η δυσκολία στην κριτική ικανότητα, η διαταραχή της προσοχής, ασθενέστερη μνήμη και διανοητική ικανότητα από αυτούς που δεν κάνουν χρήση. Τα άτομα – χρήστες κάνναβης παρουσιάζουν το «Σύνδρομο έλλειψης κινήτρων», απάθεια. Ωστόσο στο σύνδρομο στέρησης δεν παρουσιάζονται σωματικά συμπτώματα, αλλά παρουσιάζονται ψυχικά συμπτώματα τα οποία ποικίλουν ανάλογο με τον εξαρτημένο χρήστη.(Thio, 2008)

ΟΠΙΟΥΧΑ – ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Τα οπιούχα είναι ημισυνθετικές ουσίες που προέρχονται απευθείας από την κατεργασία του οπίου (κατόπιν επεξεργασίας του παρασκευάζονται η μορφίνη, η ηρωίνη και άλλα ενώ τα οπιοειδή πρόκειται για συνθετικές ουσίες που μιμούνται τη δράση των οπιούχων, αλλά παρασκευάζονται σε εργαστήρια παραδείγματος χάρη πεθιδίνη, μεθαδόνη. (Γρίβας, 2002)

ΜΟΡΦΙΝΗ

Είναι μια ουσία που έχει 10 φορές ισχυρότερη δράση από το όπιο, βρίσκεται στη μορφή λευκής κρυσταλλικής σκόνης και χρησιμοποιείται για ιατρικούς λόγους ως ισχυρό παυσίπονο, διατίθεται στο κοινό σε δισκία και σε ενέσιμες αμπούλες. Η παρατεταμένη χρήση μορφίνης προκαλεί στον χρήστη

ανοχή στην ουσία καθώς ψυχική και σωματική εξάρτηση. Η υπερβολική δόση μορφίνης μπορεί να επιφέρει στον χρήστη τον θάνατο άπνοια, κατασταλτική επίδραση στο κέντρο της αναπνοής. ((Γρίβας, 2002)

ΚΩΔΕΪΝΗ

Είναι μια ουσία που παρασκευάζεται ύστερα από την επεξεργασία της μορφίνης ή της θηβαΐνης και χρησιμοποιείται ως ένα είδος ελαφρύ παυσίπονο. Οι ιδιότητες του ως παυσίπονο είναι κατασταλτικό του βήχα, αντιδιαρροϊκό, αναλγητικό. Σε μικρό ποσοστό βρίσκεται στα αντιβηχικά σιρόπια αλλά διατίθεται σε καθαρή μορφή (δισκία- σιρόπια- ενέσιμες αμπούλες) η συστηματική χρήση για μεγάλο διάστημα προκαλεί στον χρήστη ανοχή στην ουσία με αποτέλεσμα να προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση. (Μαρσέλο, 2005)

ΗΡΩΪΝΗ

Πρόκειται για μια παράνομη ουσία παράγωγο της μορφίνης, που δρα στον εγκέφαλο του χρήστη. Όταν είναι καθαρή είναι μια άσπρη σκόνη, αλλά μπορεί να βρεθεί και σε διάφορους χρωματισμούς όπως ροζ, γκρι, καφέ ή μαύρο, οι οποίοι υποδηλώνουν την αραίωση της με κάποια άλλη ουσία. Οι τρόποι λήψης της ηρωΐνης είναι με ένεση, με το κάπνισμα ή με την εισπνοή της ουσίας από τη μύτη. Πρόκειται για ένα από τις πιο θανατηφόρες εξαρτησιογόνες ουσίες καθώς μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο είτε από υπερβολική δόση είτε από τη μόλυνση του χρήστη από κάποια λοιμώδης ασθένεια όπως παραδείγματος χάρι το aids. (Γρίβας, 2002)

Τοξίκωση από οπιούχα και οπιοειδή

Η δράση των οπιούχων και των οπιοειδή εμφανίζεται λίγα δευτερόλεπτα με λεπτά ύστερα από τη λήψη της ουσίας. Τα συμπτώματα είναι αλλαγές στη συμπεριφορά, στην ψυχολογία του χρήστη. Ο χρήστης υφίσταται στην αρχή ένα αίσθημα ευφορίας το οποίο ακολουθείται από απάθεια, δυσφορία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του. επίσης εκδηλώνονται και άλλα συμπτώματα όπως υπνηλία, δυσαρθρική ομιλία, έκπτωση της προσοχής ή της μνήμης. (Bennett, 2010)

Επιπλέον ο χρήστης ηρωΐνης εμφανίζει ένα έντονο αίσθημα ευφορίας, ηρεμίας και ικανοποίησης. Ο σωματικός ή ψυχικός πόνος που μπορεί να αισθάνεται ο χρήστης εξαφανίζεται, ωστόσο οι νοητικές ικανότητες παραμένουν ανεπηρέαστες. Ο χρήστης επίσης παρουσιάζει συστολή της κόρης του ματιού, δυσκοιλιότητα, ιδρώτα, καταρροή και στις πρώτες φορές λήψης της ουσίας παρουσιάζει συμπτώματα ναυτίας και εμετού. (Bennett, 2010)

Εξάρτηση από ηρωίνη

Προκαλείται ανοχή στην ουσία ψυχική και σωματική εξάρτηση, υπάρχει στο άτομο έντονη η ανάγκη για συχνή επανάληψη της χρήσης, η οποία μπορεί να κυμαίνεται κάθε 4 με 6 ώρες (ο ενδιάμεσος χρόνος ανάμεσα στις δόσεις σπαταλιέται για την εύρεση της επόμενης δόσης. Τα συμπτώματα που προκαλεί η εξάρτηση από ηρωίνη είναι η υπόταση, η ανορεξία, η υποθερμία, η δυσκοιλιότητα, αναπνευστικά προβλήματα και σεξουαλική ανικανότητα, για τις γυναίκες είναι πιθανή η διακοπή της εμμηνορροίας και η μειωμένη πιθανότητα σύλληψης εμβρύου καθώς και οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αποβολές. Επίσης είναι πολύ πιθανός κάποιος που κάνει χρήση ηρωίνης να κολλήσει ή να μεταδώσει μολύνσεις από την κοινή χρήση συρίγγων όπως είναι η ηπατίτιδα, το aids, ενδοκαρδίτιδες, τέτανο και φυματίωσης (Sinicola- Strickland 2008)

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΔΟΣΗ (OVERDOSE)

Οφείλεται σε

- Καθαρότητα της ουσίας
- Μειωμένη ανοχή του οργανισμού μετά την αποτοξίνωση
- Μεθυσμένος χρήστης
- Ο χρήστης παρουσιάζει μελάνιασμα (κυάνωση) στο πρόσωπο και στα χείλια του από την έλλειψη οξυγόνου. Το άτομο παρουσιάζει μειωμένα ή και καθόλου αντανακλαστικά, πτώση της θερμοκρασίας του σώματος καθώς και η πίεση του αίματος πέφτει και συνήθως ακολουθεί το κώμα και ο θάνατος από παράλυση του κέντρου αναπνοής ή από πνευμονικό οίδημα. Οι θάνατοι που οφείλονται στο συνδυασμό ηρωίνης με άλλες ουσίες, συχνότερη αιτία είναι ο συνδυασμός της καταστολής της αναπνοής και του πνευμονικού οιδήματος που προκαλείται από οξεία αλλεργική αντίδραση είτε στο ίδιο το οπιούχο είτε στις ουσίες που χρησιμοποιούνται στο «κόψιμο της ηρωίνης» (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – Ο.ΚΑ.ΝΑ. ,2003)

Σύνδρομο Στέρησης από οπιούχα και οπιοειδή

Κάνει την εμφάνισή του στον εξαρτημένο χρήστη ύστερα από την προσπάθεια του για διακοπή ή μείωση της δόσης. Εμφανίζεται μετά το πέρασμα 6 έως 8 ωρών μετά τη λήψη της τελευταίας λήψης της ουσίας. Το στερητικό σύνδρομο έχει τα συμπτώματα μιας βαριάς εμπύρετης γρίπης δηλαδή το άτομο αισθάνεται «κομμάρες», νυσταγμό, σπασμούς και κράμπες σε όλο το σώμα. Δεν είναι επικίνδυνο και έχει μεταβλητή βαρύτητα ανάλογα με την ουσία, την ημερήσια δόση και την

προσωπικότητα του χρήστη. Δυσφορική διάθεση, ναυτία, εμετοί, μυϊκοί πόνοι, δακρύρροια, ρινόρροια, μυδρίαση, ανόρθωση τριχών, εφίδρωση, διάρροια, χασμουρητό, πυρετός, αϋπνία. (Bennett, 2010)

ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ – ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ

Πρόκειται για φυσικές ουσίες όπως είναι παραδείγματος χάρη τα «μαγικά μανιτάρια» ή χημικές όπως για παραδείγματος χάρη το LSD,MDMA, οι οποίες προκαλούν στον χρήστη διατάραξη της ψυχικής σφαίρας καθώς και αντιληπτικές διαταραχές όπως οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις. (FoundationforaDrug- FreeWorld, 2009)

LSD

Προέρχεται από έναν μύκητα, την ερυσιβώδη ολύρα, το οποίο είναι ένα παράσιτο της σίκαλης και άλλων δημητριακών. Είναι μια άσπρη διαλυτή κρυσταλλική σκόνη απίστευτα δραστική πράγμα που την καθιστά απαραίτητη την αραίωση της. Μικρές ποσότητες LSD τοποθετούνται επάνω σε χάπια, κάψουλες, κύβους ζάχαρης, στυπόχαρτο ή σε αυτοκόλλητα με σχέδια που διαφοροποιούν το είδος τους. Ο τρόπος λήψης αυτής της ουσίας είναι είτε με την κατάποση της στη μορφή χαπιού είτε καπνίζοντας την. Η δράση του ξεκινάει μια ώρα μετά τη λήψη του και φτάνει στο απόγειο του μετά από δυο έως τρεις ώρες και διαρκεί γύρω στις 12 με 15 ώρες. Τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να προβλεφθούν μιας και εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του χρήστη, από την εμπειρία του, τις προσδοκίες του και το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. (FoundationforaDrug- FreeWorld, 2009)

Τοξίκωση από LSD

Τα συμπτώματα της τοξίκωσης από LSD είναι η αύξηση του ρυθμού της καρδιάς, της πίεσης, συστολή της κόρης των ματιών και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Τα ψυχολογικά αποτελέσματα είναι πιο έντονα και περιλαμβάνουν αλλοιώσεις στο σχήμα και στο μέγεθος των αντικειμένων, η έντονη αίσθηση των χρωμάτων. Επίσης υφίστανται αλλοιώσεις στην ακοή, μεταβάλλεται η αίσθηση του χώρου και του χρόνου. Παρουσιάζονται συναισθηματικές μεταβολές που μπορεί να είναι τρομακτικές, ευχάριστες ή δυσάρεστες, οι οποίες μπορούν να εναλλάσσονται. Υπό την επήρεια του LSD ο χρήστης είναι πιθανό να δράσει ασυλλόγιστα και να προκαλέσει βλάβες τόσο στον ίδιο όσο και σε άλλους νομίζοντας ότι η εμπειρία της ουσίας ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Υπάρχει επίσης πιθανότητα η μελαγχολία και το άγχος να διαρκέσουν και 24 ώρες ύστερα από την λήψη της ουσίας, με αποτέλεσμα να έγκειται ο κίνδυνος ο χρήστης να προβεί σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όπως είναι παραδείγματος χάρη η αυτοκτονία. (Thio, 2008)

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ FLASHBACK

Είναι η αναβίωση της εμπειρίας του «ταξιδιού» ύστερα από τη διακοπή της χρήσης του LSD. Διαρκεί λίγα λεπτά ή μερικές ώρες και τα συμπτώματα αναδύονται συνήθως όταν το άτομο μπαίνει σε σκοτεινό περιβάλλον. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2003)

ΜΑΓΙΚΑ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ

Είναιμανιτάρια που έχουν παραισθησιογόνες ιδιότητες και έχουν παρόμοια δράση με αυτή το LSD. Η χρήση των μαγικώνμανιταριών όπως και του LSD γίνονται για «ψυχαγωγικό» σκοπό. Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο έντονα όσο του LSD και είναι τα εξής η ευφορία, χαρά και η πρόκληση ακουστικών ή οπτικών παραισθήσεων. Η δράση ξεκινάει μετά από μισή ώρα από την λήψη τους και διαρκεί 4 με 9 ώρες. Αναπτύσσεται γρήγορα ανοχή στα «μαγικά»μανιτάρια. Δεν είναι διαπιστωμένη η πρόκληση σωματικής εξάρτησης αλλά δημιουργείται ψυχική εξάρτηση. Τα άσχημα «ταξίδια» περιλαμβάνουν κρίσεις πανικού, επιθετικότητα, αίσθημα αποπροσωποποίησης, άγχος και μερικές φορές ο χρήστης μπορεί να εμφανίσει αντιδράσεις ψυχωσικού τύπου. (Bennett, 2010)

PCP (ΦΑΙΝΣΥΚΛΙΔΙΝΗ)

Πρόκειται για μια συνθετική ουσία που έχει παραισθησιογόνες ιδιότητες και ψυχοτρόπα δράση. Έχει κατασταλτική ή διεγερτική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του χρήστη ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του. Διατίθεται σε χάπια κάψουλες και χρωματιστή σκόνη. Η λήψη της μπορεί να γίνει διαμέσου του στόματος και της μύτης όπου είναι και οι πιο συχνοί τρόποι λήψης της. Ωστόσο αν διαλυθεί μπορεί να ληφθεί και με ενέσιμο τρόπο. Χρησιμοποιείται στη μαριχουάνα, την έκσταση και το LSD.

Τοξίκωση από PCP

Η Φαινσυκλιδίνη προκαλεί στον χρήστη αίσθημα ευφορίας, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, αίσθηση ευχάριστης απομόνωσης, ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις, αλλοιωμένη εικόνα του σώματος, του χώρου, του χρόνου, υφίσταται αποπροσανατολισμός της σκέψης, υπέρταση, νυσταγμός, δυσαρρυθμία, εφίδρωση, μείωση στην αίσθηση του πόνου, πυρετό και ανακοπή. Διαρκεί γύρω στις 4 με 6 ώρες αλλά τα συμπτώματα μπορεί να συνεχίσουν για αρκετές μέρες. Την επόμενη περίοδο από την χρήση μπορεί ο χρήστης να παρουσιάσει αυτοκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά. (DSMIV-TR, 2000)

ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Προέρχονται από την χημική διαφοροποίηση των ήδη υπαρχόντων ουσιών που κυκλοφορούν στο εμπόριο (η χημική δομή έχει διαφοροποιηθεί) (Sinacola- Strickland, 2008)

2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Σύμφωνα με την Μάτσα, ο λόγος που κάποιος εξαρτάται από ουσίες είναι γιατί θεωρεί πως δεν έχει λόγους να στρέψει το βλέμμα σε κάτι άλλο. Είναι βέβαιο πως κανείς δεν γίνεται κατά τύχη τοξικομανής, πολλοί είναι οι παράγοντες που οδηγούν το άτομο σε αυτή η την επιλογή και δεν είναι για όλους οι ίδιοι. Η ιδιαιτερότητα και προσωπικότητα του εκάστοτε ατόμου, είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη στην θεραπεία του. Εξαρτημένοι από ουσίες δεν έγιναν όλοι όσοι δοκίμασαν ναρκωτικά, η ψυχολογική, ατομική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του ατόμου παίζουν στο να αποφευχθεί αυτό ή όχι. (ΜΑΤΣΑ, 2013)

Η προσπάθεια ανακάλυψης και κατανόησης των αιτιών που οδηγούν στην εξάρτηση έχει δυο κατηγορίες, την ψυχοκοινωνική και τη νευροβιολογική. Στη βιολογική θεώρηση, γίνεται προσπάθεια έρευνας για τη σχέση των ψυχοτρόπων ουσιών με το σύστημα των νευροδιαβιβαστών. Εξετάζει τις επιπτώσεις της χρήσης στον οργανισμό και πως λειτουργεί αυτός ο μηχανισμός και σε κάποιες των περιπτώσεων καταλήγει σε εξάρτηση. Ταυτόχρονα οι ψυχοκοινωνικές μελέτες επικεντρώνονται στην προσωπικότητα του ατόμου. Η έρευνα τους έχει ως αντικείμενο τον ρόλο των οικογενειακών, τα κοινωνικών, δημογραφικών, διαπροσωπικών χαρακτηριστικών, σε συγκεκριμένο χρόνο και τόπο. Σε πολλές περιπτώσεις, κάποιες προσεγγίσεις εξετάζουν το θέμα μονοδιάστατα και όχι ως έναν συνδυασμό παραγόντων. (Πουλόπουλος, 2010)

Επιπλέον, πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με το θέμα της «ιδιοσυγκρασίας» του ατόμου, πέραν των υπολοίπων παραγόντων. Αυτή απαρτίζεται από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, την νοητική υπόσταση και τον τύπο της εκάστοτε προσωπικότητας. Στην ουσία θεωρείται πως κατά τις επιρροές της βρεφικής ηλικίας, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της συμπεριφοράς κάθε ατόμου, τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που έχουν αποκτηθεί από το παρελθόν, μπορούν να επηρεαστούν από κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. (Πουλόπουλος, 2010)

Για να γίνει πιο συγκεκριμένος ο ρόλος που παίζει η παιδική ηλικία και η επιρροές που γίνονται δεκτές κατά την διάρκεια της, σύμφωνα με την Μάτσα, προδιάθεση στην χρήση ναρκωτικών ουσιών, μπορεί να έχουν τρεις (3) κατηγορίες παιδικής ηλικίας:

1. Η συναισθηματική ή πραγματική εγκατάλειψη που βίωσε το παιδί και προβλήματα στον ψυχισμό που έχει δημιουργήσει

2. Τα παιδιά που βίωσαν, χωρισμό γονέων, θανάτους, σοβαρά θέματα υγείας μέσα στην οικογένεια, έχουν ελλείμματα σε σχέση με την σχέση τους με τους άλλους ανθρώπους και αισθάνονται αδικία για αυτό

3. Καταστάσεις όπως προαναφέρθηκαν σε συνδυασμό με άλλα σοβαρά προβλήματα.

Στη σχέση του με τα ναρκωτικά αυτό το άτομο ψάχνει να βρει όσα λείπουν από τη ζωή του, συντροφιά, θαλπωρή, ηρεμία, ασφάλεια, επικοινωνία. Εκείνο που βρίσκει βέβαια είναι το αντίθετο, το απόλυτο κενό, το έσχατο της μοναξιάς. Το βασικό λοιπόν χαρακτηριστικό του χρήστη ψυχοτρόπων ουσιών είναι η ελλειμματική ταυτότητα καθώς και η ελλειμματικός του ψυχισμός. (Μάτσα, 2008)

Με τον όρο ταυτότητα ορίζεται η αντίληψη που έχει ο κάθε ένας για τον εαυτό του και ο τρόπος συναισθηματικής συμπεριφοράς απέναντι σε αυτόν. Οι ρόλοι και οι λειτουργίες που έχει η προσωπική ταυτότητα του καθενός, τον κάνουν να γίνεται αποδεκτός ή όχι από το κοινωνικό σύνολο στο οποίο ανήκει. Πιο συγκεκριμένα ο τοξικομανής αισθάνεται ότι δεν γίνεται αποδεκτός από τους γύρω του ούτε από τον εαυτό του. Στο εξαρτημένο άτομο από ναρκωτικά η διαδικασία των ταυτίσεων με ιδιότητες και λειτουργίες, είναι δύσκολη και ελλειμματική, καθώς δεν μπορεί να αναλάβει ευθύνες απέναντι σε πρόσωπα και να χτίσει διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ελλείμματα που υπάρχουν στην ταυτότητα του τοξικομανή τον κάνουν παθητικό, χωρίς όρια, να μην μπορεί να προσαρμοστεί σε δύσκολες συνθήκες και παρορμητικό. Στην ουσία αυτό το κενό των ελλείψεων είναι που επιδιώκει να καλύψει το άτομο με την χρήση ναρκωτικών. (ΜΑΤΣΑ, 2008) Αναφορικά με τον ψυχισμό του εξαρτημένου, η εξήγηση του όρου ξεκινά από την βρεφική κιόλας ηλικία και από ελλείμματα που τυχόν να είχαν δημιουργηθεί στο άτομο. Για παράδειγμα η σχέση μητέρας – παιδιού, η οποία αποφέρει συναισθηματική σταθερότητα και ισορροπία, ενώ η απουσία της παρουσιάζει απουσία συναισθηματικών και σωματικών φροντίδων. Συχνά οι σχέσεις που μπορεί να συνάψει ο χρήστης είναι κατά βάση προσκόλλησης και εξάρτησης. (ΜΑΤΣΑ 2013). Συχνά παρουσιάζουν ψυχολογική αστάθεια και είναι συχνό φαινόμενο της παρουσίας βίαιης συμπεριφοράς. Διακατέχονται από καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, δηλαδή έχουν έντονα αισθήματα απόγνωσης, έλλειψη της χαράς, της απόγνωσης και της δυστυχίας. Είναι άτομα που έχουν μια παθητικότητα, είναι νωθρά και αδιάφορα για το οτιδήποτε που μπορεί να συμβαίνει. Επίσης αισθάνονται μια μόνιμη θλίψη και ανημποριά να αλλάξουν την κατάσταση της χρήσης, στην οποία βρίσκονται. Συνήθως πρόκειται για άτομα που διαβιώνουν μόνα τους, η σεξουαλική τους ζωή είναι συνήθως υποτυπώδες αν όχι ανύπαρκτη. Δεν δημιουργούν εύκολα διαπροσωπικές ή ερωτικές σχέσεις και όταν δημιουργούν συνήθως είναι ρηχές και επιφανειακές. (Thio, 2008)

Παρόλα αυτά τους εξαρτημένους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί να τους ξεχωρίσει κανείς από τους μη χρήστες, επειδή έχουν επίσης και κάποια συγκεκριμένα κοινωνικά και κοινωνικοψυχολογικά χαρακτηριστικά. Συνήθως πρόκειται για άνδρες παρά από γυναίκες. Είναι άτομα που βρίσκονται σε όλες τις ηλικιακές βαθμίδες, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης βρίσκεται μεταξύ των ηλικιών 18 έως 25. (Thio, 2008). Η πρώτη τους επαφή με παράνομες ουσίες είχε γίνει στην εφηβική ηλικία, με πρώτη ουσία κατάχρησης την ινδική κάνναβη και εν συνεχεία περίπου τριών τεσσάρων χρόνων η ουσία κατάχρησης έγινε η ηρωίνη, σύμφωνα με έρευνα του ΚΕ.Θ.Ε.Α ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ για το προφίλ του Έλληνα χρήστη. (ΚΕ.Θ.ΕΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ). Είναι άτομα που στον στενό τους οικογενειακό κύκλο ή στο φιλικό τους υπάρχουν άτομα που κάνουν χρήση κάποιας ψυχοτρόπος ουσίας. Επίσης παρουσιάζουν ελλειπείς δεσμούς με τους κοινωνικούς θεσμούς, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο. (Μάτσα, 2008)

2.3.1 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΩΣ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες θεωρείται πλέον ως μια «χρόνια και υποτροπιάζουσα ασθένεια του εγκεφάλου» σύμφωνα με το DSMIVTR. Πρόκειται για μια ασθένεια του εγκεφάλου καθώς συμβάλλει στη μεταβολή της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου. (DSMIV- TR 2000)

Παρότι η αρχική λήψη της ουσίας από έναν χρήστη είναι εθελούσια με το πέρασμα του χρόνου η χρήση αυτή από εθελούσια μεταβάλλεται σε μια «καταναγκαστική αναζήτηση και χρήση» της εξαρτησιογόνου ουσίας προκειμένου το άτομο να αισθανθεί καλά ή για να νιώσει απλά «φυσιολογικός», παρόλο που ο χρήστης γνωρίζει τις επιβλαβείς συνέπειες που έχει τόσο στη συμπεριφορά όσο και στην σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη. (Μάτσα, 2013)

Σε μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου σε εξαρτημένους χρήστες, που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν δείξει ότι οι εξαρτημένοι χρήστες εμφανίζουν αλλαγές στις περιοχές του εγκεφάλου που είναι κρίσιμες για τις αποφάσεις και σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων, τη μνήμη, τη μάθηση και τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Με αυτά τα στοιχεία οι επιστήμονες καταλήγουν οι αλλαγές αυτές που προέρχονται από την χρήση ουσιών, μεταβάλλουν τον τρόπο που ο εγκέφαλος λειτουργεί και ίσως είναι ένα βοηθητικό στοιχείο για την επεξήγηση της καταναγκαστικής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του εθισμού. (Kuhar, 2011)

Ο εγκέφαλος είναι το κέντρο ελέγχου των βασικών λειτουργιών του σώματος του ανθρώπου (της σκέψης, της μνήμης, των συναισθημάτων, της ομιλίας) καθώς και όλων των ακούσιων και εκούσιων δραστηριοτήτων του. Πρόκειται για ένα επικοινωνιακό κέντρο που περιέχει δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα ή νευρώνες, όπου μέσω των δικτύων των νευρώνων λαμβάνουν και στέλνουν μηνύματα μπρος και πίσω στις δομές του εγκεφάλου, της σπονδυλικής στήλης και του περιφερειακού νευρικού συστήματος. Τα νευρικά αυτά δίκτυα είναι υπεύθυνα για τον συντονισμό και τη ρύθμιση σε ότι αισθανόμαστε, πιστεύουμε και κάνουμε. Τα νευρικά κύτταρα ή νευρώνες επικοινωνούν μεταξύ τους με μηνύματα με τη μορφή χημικών ενώσεων. Οι χημικές αυτές ενώσεις περιέχουν χημικές ουσίες που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την μετάδοση των μηνυμάτων μεταξύ των νευρώνων. Ο νευροδιαβιβαστής προσκολλάται σε μια εξειδικευμένη θέση στο κύτταρο αποδέκτη που ονομάζεται υποδοχέας. Ο νευροδιαβιβαστής με τον υποδοχέα λειτουργούν ακριβώς όπως λειτουργεί το κλειδί στην κλειδαριά, διασφαλίζοντας ότι κάθε υποδοχέας θα διαβιβάσει το κατάλληλο μήνυμα μόνο ύστερα από την αλληλεπίδραση του με το σωστό νευροδιαβιβαστή. (Sinacola – Strickland, 2008)

Τα περισσότερα ναρκωτικά στοχεύουν στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου με τον κατακλυσμό του κυκλώματος με ντοπαμίνη. Τα ναρκωτικά είναι χημικές ουσίες που εργάζονται στον εγκέφαλο πατώντας πάνω στο σύστημα επικοινωνίας του εγκεφάλου και παρεμβαίνει στον τρόπο που τα νευρικά κύτταρα κανονικά στέλνουν, λαμβάνουν και επεξεργάζονται τις πληροφορίες. Μερικές από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως η μαριχουάνα και η ηρωίνη, μπορούν να ενεργοποιήσουν τους νευρώνες επειδή η χημική τους δομή μιμείται εκείνη ενός φυσικού νευροδιαβιβαστή. Αυτή η ομοιότητα στη δομή των υποδοχέων επιτρέπει στις εξαρτησιογόνες ουσίες να κλειδώσουν και να ενεργοποιήσουν τα νευρικά κύτταρα. Παρά το γεγονός ότι αυτά τα ναρκωτικά μιμούνται τις χημικές ουσίες του εγκεφάλου, δεν ενεργοποιούν τα νευρικά κύτταρα με τον ίδιο τρόπο όπως ο φυσικό νευροδιαβιβαστής και οδηγούν σε ανώμαλα μηνύματα που μεταδίδονται μέσω του δικτύου. (Kuhar, 2011)

Άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες όπως αμφεταμίνη και η κοκαΐνη μπορούν να προκαλέσουν τα νευρικά κύτταρα για να απελευθερώσουν μεγάλες ποσότητες φυσικών νευροδιαβιβαστών ή να εμποδίσουν την κανονική ανακύκλωση αυτών των χημικών ουσιών του εγκεφάλου. Αυτή η διαταραχή παράγει ένα πολύ ενισχυμένο μήνυμα, που στο τέλος διαταράσσει τα κανάλια επικοινωνίας.(Kuhar, 2011)

Οι περισσότερες όμως εξαρτησιογόνες ουσίες πως προαναφέρθηκε στοχεύουν στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου με την κατάκλιση του κυκλώματος με ντοπαμίνη. Πρόκειται για ένα νευροδιαβιβαστή που υπάρχει σε περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τη ρύθμιση της κίνησης, των συναισθημάτων, της γνωστικής λειτουργίας, των κινήτρων και των αισθημάτων ευχαρίστησης. Η υπερδιέγερση του συστήματος αυτού, το οποίο επιβραβεύει τις φυσικές μας συμπεριφορές, παράγει τα ευφορικά αποτελέσματα που αναζητούν οι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση ουσιών και τους «μαθαίνει» να επαναλαμβάνουν πάλι αυτή τη συμπεριφορά. (Sinacola – Strickland, 2008)

Ο εγκέφαλός μας είναι υπεύθυνος για τη διασφάλιση των επαναλήψεων αυτών που σχετίζονται με τη διατήρηση των ζωτικών δραστηριοτήτων του οργανισμού για την επιβίωση του, σχετίζοντας τες με την ευχαρίστηση ή την ανταμοιβή. Κάθε φορά που ενεργοποιείται το κύκλωμα ανταμοιβής ο εγκέφαλος σημειώνει ότι κάτι σημαντικό συμβαίνει που θα πρέπει να το θυμόμαστε και μας «διδάσκει» να το κάνουμε ξανά και ξανά, χωρίς να το σκεφτόμαστε. Επειδή τα ναρκωτικά χρησιμοποιούν το ίδιο το κύκλωμα, μαθαίνουμε να κάνουμε κατάχρηση ναρκωτικών με τον ίδιο τρόπο που μαθαίνουμε να τρώμε. (Sinacola – Strickland, 2008)

Ορισμένες από τις εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να απελευθερώσουν 2 έως 10 φορές την ποσότητα της ντοπαμίνης που απελευθερώνουν κανονικά οι φυσικές ανταμοιβές. Ως φυσικές ανταμοιβές μπορούν να θεωρηθούν παραδείγματος χάρη το σεξ, η ευχάριστη από ένα γευστικό φαγητό. Επιπλέον οι επιδράσεις των ναρκωτικών μπορούν να διαρκέσουν περισσότερο από ότι εκείνες που παράγονται από τις φυσικές ανταμοιβές. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν για το κύκλωμα του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ευχαρίστηση επισκιάζουν εκείνα που παράγονται από τις φυσικές συμπεριφορές ανταμοιβής όπως το φαγητό και το σεξ. Έτσι οι επιδράσεις μιας τόσο ισχυρής ανταμοιβής, όπως είναι αυτή των ναρκωτικών, παρακινεί έντονα τους ανθρώπους να επαναλάβουν ξανά και ξανά τη χρήση. Αυτός είναι και ο λόγος που οι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι «η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι κάτι που μαθαίνουμε να το κάνουμε πάρα πολύ καλά». (Kuhar, 2011)

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Επεξήγηση της χρήσης – κατάχρησης – εξάρτησης

Πριν αναφερθούμε στους παράγοντες που οδηγούν στην κατάχρηση και την εξάρτηση ψυχοτρόπων ουσιών, είναι πολύ σημαντικό να γίνει ένας σαφής διαχωρισμός μεταξύ της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών που οδηγεί στην εξάρτηση. Ένα άτομο που θα δοκιμάσει κάποια ψυχοτρόπα ουσία δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα εξαρτηθεί και από αυτή. Η δοκιμή είναι πιθανόν να οδηγήσει κάποια άτομα στην εξάρτηση ή στην ελεγχόμενη χρήση της ουσίας ή και στη μη χρήση της. Πριν το άτομο οδηγηθεί στην εξάρτηση περνάει από κάποια στάδια, τα οποία είναι ο πειραματισμός, η περιστασιακή χρήση, η συστηματική χρήση και η εξάρτηση. Δεν θεωρείται δεδομένο ότι το άτομο θα ακολουθήσει μια εξελικτική πορεία αυτών των σταδίων, μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακόψει την πορεία αλλά μπορεί να περάσει από όλα τα στάδια και να φτάσει στην εξάρτηση. (Thio, 2008)

- Το πρώτο στάδιο είναι ο πειραματισμός. Το άτομο έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με κάποια εξαρτησιογόνα ουσία. Η ουσία αυτή συνήθως προσφέρεται στο άτομο από κάποιον άλλον ή άλλους. Αυτός άλλος μπορεί να προέρχεται από τον κοινωνικό, σχολικό ή οικογενειακό περίγυρο του ατόμου. Σε αυτή τη φάση της δοκιμής κάποιας ουσίας καθοριστικό ρόλο παίζουν η περιέργεια του ατόμου καθώς και η πίεση από τον περίγυρο, που θα λειτουργήσει ενισχυτικά για την δοκιμή. Η λειτουργικότητα του ατόμου στους βασικούς τομείς της ζωής του δεν θα επηρεαστούν. (Sinacola – Strickland, 2008)
- Το δεύτερο στάδιο είναι η περιστασιακή χρήση της ουσίας (μια φορά τη βδομάδα ή και λιγότερο). Σε αυτό το στάδιο το άτομο έχει αρχίσει να αναζητά να κάνει λήψη της ουσίας με σκοπό την αλλαγή της διάθεσης του. Η χρήση της ουσίας είναι περιστασιακή. Το άτομο ξεκινάει να συναναστρέφεται με χρήστες ουσιών. Υφίσταται μικρή πτώση της λειτουργικότητας του σε βασικούς τομείς της ζωής όπως η υγεία, η εργασία ή το σχολείο και επίσης έχει και μικρές επιπτώσεις και στα οικονομικά του. (Sinacola – Strickland, 2008)
- Το τρίτο στάδιο είναι η συστηματική χρήση της ουσίας (μια φορά τη μέρα ή και περισσότερο). Σε αυτό το στάδιο το άτομο εμφανίζει σημαντική αύξηση της αρχικής ποσότητας της ουσίας. Επίσης το άτομο παρουσιάζει ανοχή στην ουσία με αποτέλεσμα να κάνουν την εμφάνισή τους

η ψυχική και η σωματική εξάρτηση. Υφίσταται σημαντικές μειώσεις στα οικονομικά του για την αγορά της ουσίας. Εμφανίζει ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, θέτοντας τον εαυτό του και τους άλλους σε σοβαρούς κινδύνους. Επίσης παρουσιάζονται προβλήματα στην σωματική και στην ψυχική του υγεία, η αποδοτικότητα του πέφτει σημαντικά, οι σχέσεις με την οικογένεια, τους σημαντικούς άλλους και τους γύρο του διαταράσσονται με αποτέλεσμα το άτομο να αρχίσει να απομονώνεται. (Sinacola – Strickland, 2008)

- Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο είναι η εξάρτηση. Πλέον η καθημερινότητα του εξαρτημένου χρήστη επικεντρώνεται στην εύρεση και στην χρήση της ουσίας. Υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα της εμπλοκής του χρήστη με την δικαιοσύνη. Αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου του χρήστη καθώς και λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες δόσεις προκειμένου να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Υφίσταται πολύ σοβαρά προβλήματα στην σωματική και ψυχική του υγεία και στην κοινωνικότητα του και οι φίλοι τους είναι κυρίως άλλοι χρήστες ουσιών. (Sinacola – Strickland, 2008)

Οι παράγοντες κινδύνου για την χρήση – κατάχρηση – εξάρτηση

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω όσα άτομα δοκιμάσουν κάποια στιγμή της ζωής τους κάποια ουσία δεν συνεπάγεται ότι θα εξαρτηθούν από αυτή. Βέβαια υπάρχουν και τα άτομα που ύστερα από τη δοκιμή της ουσίας θα ακολουθήσουν μια εξελικτική πορεία μέχρι την εξάρτηση. Αυτό που καθορίζει ως ένα βαθμό αν ένα άτομο εξαρτηθεί ή όχι από μια ουσία είναι οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες. (Γιαννούσης, 2008) Η ύπαρξη παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων είναι αυτοί που καθορίζουν σε ένα βαθμό αν κάποιο άτομο θα εξαρτηθεί από μια ουσία, ή όχι ύστερα από την δοκιμή της. Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται εκείνοι που καθιστούν το άτομο ευάλωτο και δυσλειτουργικό λόγω σοβαρών ελλείψεων που αντιμετωπίζει σε ατομικό οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Οι προστατευτικοί παράγοντες θεωρούνται αυτοί που ενδυναμώνουν και προστατεύουν το άτομο από την υιοθέτηση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, όπως η χρήση ουσιών και σε αυτό το κομμάτι σημαντικό ρόλο παίζει πάλι το ατομικό, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. (NIDA, 2003)

Παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της χρήσης ουσιών είναι:

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ: Οι επιστήμονες εκτιμούν οι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση στο άτομο εθισμού σε κάποια ουσία σε ποσοστό 40% με 60%. Σημαντικό επίσης παίζει και το φύλλο, η ηλικία του ατόμου, παραδείγματος χάρη οι έφηβοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την

κατάχρηση και τον εθισμό από μια εξαρτησιογόνα ουσία, όπως και τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. (N.I.D.A, 2003)

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ: Αυξημένο κίνδυνο για την κατάχρηση και τον εθισμό από μια ουσία εμφανίζουν τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, έχουν χαμηλή ανοχή στο άγχος και τις ματαιώσεις. Επίσης διακατέχονται από έντονο αίσθημα απελπισίας, αδιεξόδου και έλλειψη κινήτρων και φιλοδοξιών για το μέλλον. Συνήθως παρουσιάζονται να έχουν θετικές στάσεις και αντιλήψεις για την χρήση ουσιών. (Thio, 2008)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ: Πρόκειται για έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας κινδύνου ή ως προστατευτικός παράγοντας (όπως και οι υπόλοιποι) αλλά είναι αυτός που παίζει πιο καθοριστικό ρόλο για την εμπλοκή ενός παιδιού με την κατάχρηση και την εξάρτηση. Οι οικογενειακοί μπορεί να λειτουργήσουν ως παράγοντες κινδύνου αν υπάρχουν τα εξής προβλήματα στην οικογένεια:

- Η ύπαρξη δυσκολίας στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας, όταν πρόκειται για γονείς που λειτουργούν αυταρχικά ή είναι υπερανεκτικοί στις διάφορες συμπεριφορές των παιδιών.
- Η ύπαρξη κάποιας μορφής κακοποίησης ή παραμέλησης μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- Η οικογένεια αντιμετωπίζει χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, παραδείγματος χάρη λόγω της ανεργίας του ενός ή των δυο γονέων.
- Επίσης η έλλειψη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος που να υπάρχει η στήριξη, ενδυνάμωση και έλεγχος (των παιδιών μέσα σε θεμιτά πλαίσια πάντα).
- Καθοριστικό ρόλο για την επικείμενη ή μη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τα παιδιά έχει η στάση και οι αντιλήψεις των γονέων ως προς τις ουσίες.
- Σημαντικό ρόλο για την έναρξη της χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας από το παιδιά έχει το αν γίνεται χρήση κάποιας ουσίας από τους γονείς. (NIDA, 2003)

ΣΧΟΛΙΚΟΙ: Το σχολικό περιβάλλον είναι ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης των αντιλήψεων για τον κόσμο του παιδιού και του εφήβου. Οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην έναρξη της χρήσης ενός παιδιού η εφήβου είναι η βίωση του παιδιού της ακαδημαϊκής αποτυχίας, το αρνητικό ή το ελλειμματικό ψυχοκοινωνικό κλίμα μέσα στο σχολείο, η κακή ενσωμάτωση του παιδιού στο σχολείο, παραδείγματος χάρη η παραβίαση των κανονισμών του σχολείου με αποτέλεσμα τις συνεχείς τιμωρίες, συχνές αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο. Η ύπαρξη μη ξεκάθαρων κανόνων και πολιτικής του σχολείου. Οι χαμηλές προσδοκίες των καθηγητών από τους

μαθητές ή κάποιους από τους μαθητές. Η επικράτηση ενός κλίματος εκφοβισμού, στιγματισμού και περιθωριοποίησης μεταξύ των μαθητών και η μη παρέμβαση των δασκάλων ή των καθηγητών για την αλλαγή αυτού του κλίματος. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2011)

ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ: Τα παιδιά και οι έφηβοι επηρεάζονται αρκετά από τις συναναστροφές που έχουν με τις παρέες των συνομηλίκων τους ή τους φίλους τους και πολλές φορές είναι πιθανό να υιοθετήσουν τις συμπεριφορές της παρέας τους ακόμα και όταν αυτές είναι αυτοκαταστροφικές όπως παραδείγματος χάρη η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Επίσης η συναναστροφή με φίλους ή παρέες που προάγουν λανθασμένα πρότυπα συμπεριφοράς, όπως η παραβατική, η θετική άποψη για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και η χρήση ουσιών μπορούν να οδηγήσουν τα παιδιά και τους έφηβους να υιοθετήσουν και εκείνοι αυτές τις ίδιες. Ένας ακόμα επιλήψιμος λόγος της χρήσης ουσιών είναι ο αποκλεισμός του παιδιού από τις παρέες των συνομηλίκων, που με αυτό τον τρόπο προάγεται ο κοινωνικός αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση αυτών με αποτέλεσμα να καταφύγουν σε παρέες που δεν συμβάλλουν με την ηλικία τους και την εισαγωγή τους στον κόσμο των ουσιών και της προβατικής συμπεριφοράς. (Ν.Ι.Δ.Α, 2003)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ: Σημαντικές επιρροές λαμβάνει το παιδί και ο έφηβος από το ευρύτερο περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται σωματικά, πνευματικά και κοινωνικά. Η στάση του κοινωνικού υποστηρίζουν την χρήση είναι πιθανό το άτομο να επηρεαστεί από αυτές τις αντιλήψεις. Επίσης στις κοινωνίες εκείνες που υπάρχει μεγάλη φτώχεια και εγκληματικότητα στον πληθυσμό είναι πιθανό το άτομο να στραφεί προς τη χρήση ουσιών για να ξεχαστεί για λίγο από τα προβλήματα. Συναντάμε πολλούς χρήστες ουσιών σε περιοχές με υψηλό δείκτη επικράτησης και διαθεσιμότητας των ουσιών, αυτό συμβαίνει επειδή βρίσκονται συνεχώς εκτεθειμένα στις ουσίες Τα άτομα που αντιμετωπίζουν ελλειμματική κοινωνικοποίηση ή κοινωνικό αποκλεισμό και περιθωριοποίηση είναι πιο πιθανό να προσφύγουν στην χρήση ουσιών προκειμένου να αισθανθούν «καλά». Τα ΜΜΕ προβάλλουν πολύ τη χρήση ουσιών μέσα από τις διαφημίσεις δίνοντας την εντύπωση ότι σε κάνουν να δείχνεις πιο « κούλ», παραδείγματος χάρη οι διαφημίσεις για το αλκοόλ δίνουν την εντύπωση ότι πίνοντας το τάδε ποτό δείχνεις πιο θελκτικός. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2011)

Παρόλο που η ύπαρξη ενός από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου σε ένα παιδί ή έφηβο δεν συνεπάγεται ότι θα γίνει χρήστης ουσιών. Αντισταθμιστικό ρόλο στην περίπτωση ύπαρξης κάποιων από τους παράγοντες κινδύνου παίζουν οι προστατευτικοί παράγοντες, οι οποίοι και αυτοί μπορεί να εκφράζονται μέσα από την οικογένεια, το σχολείο, την ομάδα των συνομηλίκων, την κοινωνία ή το περιβάλλον καθώς και από το ίδιο το άτομο.(ΝΙΔΑ, 2010) Ωστόσο, όσο περισσότερους παράγοντες

κινδύνου έχει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ότι η λήψη ναρκωτικών μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό. Τέλος, στην αναφορά για τους παράγοντες κινδύνου της κατάχρησης και της εξάρτησης από ουσίες, δίνεται έμφαση γύρω από τα παιδιά και τους εφήβους, επειδή η έναρξη της χρήσης είναι συχνότερη σε αυτές τις ηλικίες, αυτό συμβαίνει γιατί οι έφηβοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές , συμπεριλαμβανομένων προσπαθειών κατάχρησης ναρκωτικών. (Κοκκέβη, 2008)

2.4.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι κίνδυνοι σε έναν χρήστη ναρκωτικών για μια συμπεριφορά ή κατάσταση υψηλού κινδύνου όπως χαρακτηρίζεται, μπορεί να προέρχονται με διάφορους τρόπους οι οποίοι σε πολλές των περιπτώσεων ρισκάρουν την ζωή του ή ακόμα την φέρνουν και πολύ κοντά στον θάνατο. Τέτοιες μπορεί να είναι, η αυτοκτονικότητα, η υπερβολική δόση ουσιών (overdose), τα ατυχήματα που μπορεί να γίνουν υπό την επήρεια αλκοόλ και ναρκωτικών, η συννοσηρότητα, οι κίνδυνοι που προέρχονται από λοιμώξεις, όπως για παράδειγμα ηπατίτιδα, AIDS. Ο τοξικομανής δεν αναζητά τον θάνατο αλλά την κατάργηση των ορίων ανάμεσα στην ζωή και στον θάνατο. (Μάτσα, 2013)Ακόμα, το ερωτηματολόγιο για το Δείκτη Αίτησης Θεραπείας που χρησιμοποιούν στην Ευρώπη οι υπηρεσίες για απεξάρτηση, με σκοπό την παρακολούθηση του φαινομένου σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Σε αυτό λοιπόν το ερωτηματολόγιο, στο κεφάλαιο που αφορά την συμπεριφορά υψηλού κινδύνου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται, στην ενέσιμη χρήση και την συχνότητα της, στην κοινή χρήση σύριγγας με άλλον χρήστη, καθώς επίσης και στην ύπαρξη λοιμωδών νοσημάτων, όπως ηπατίτιδα. Ενώ υπάρχουν και ερωτήσεις που αφορούν την πολλαπλή χρήση ουσιών, την ψυχική υγεία και τις συνθήκες της σεξουαλικής ζωής του ατόμου που κάνει αίτηση για θεραπεία. Αυτά τα στοιχεία μπορούν να οδηγήσουν στον εντοπισμό της συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου σε κάποιο χρήστη. (Οδηγός συμπλήρωσης TDI, 2013)

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η πιθανότητα του χρήστη ναρκωτικών ουσιών να αυτοκτονήσει είναι είκοσι φορές μεγαλύτερη από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό, ενώ και το ποσοστό των θανάτων από υπερβολική δόση (overdose) είναι πολύ υψηλό. (Μάτσα 2013)Η κάθε αυτοκτονία συμβαίνει για πολύ συγκεκριμένους λόγους και γι' αυτό δεν μπορεί να συμπεριληφθεί ή να προσπεραστεί σαν ένα τυχαίο γεγονός. Κάποιες από τις αιτίες που οδηγούν στην αυτοκτονία έχουν άμεση σχέση με ψυχικές διαταραχές ή και διαταραχές που προκαλούνται ως αποτέλεσμα της κατάχρησης και της εξάρτησης από το αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Μεγάλο ποσοστό ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών, όπως είναι η κοκαΐνη, προβαίνουν σε αυτή τη διαδικασία προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα αισθήματα κατάθλιψης ή άλλων παραγόντων. Ωστόσο αυτό όχι μόνο δε βοηθάει στην αντιμετώπιση του προβλήματος αντιθέτως, το επιδεινώνει και αυξάνει το άγχος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Επιπλέον, οι άνθρωποι που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης από την

ηρωίνη παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονικών τάσεων. Η συνύπαρξη κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων στα ουσιοεξαρτημένα άτομα, όπως για παράδειγμα η απόλυση από την δουλεία, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, μπορούν να οδηγήσουν στην αυτοκτονία. (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2009)

Διαταραχές Συννοσηρότητας χαρακτηρίζονται οι διαταραχές τις οποίες εμφανίζει ένα άτομο το οποίο έχει μία ψυχική διαταραχή και ένα πρόβλημα χρήσης ουσιών. Παραδείγματος χάρη ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια και είναι χρήστης ινδικής κάνναβης πάσχει από διαταραχή συννοσηρότητας. Όσοι πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές συχνά δεν τους γίνεται διάγνωση από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας καθώς είναι πολύ δύσκολη. Έχει παρατηρηθεί ότι, σε σχέση με άτομα του γενικού πληθυσμού, τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν και από διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Ταυτόχρονα το ίδιο συμβαίνει και σε άτομα με κάποια εξάρτηση, έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να έχουν και ψυχική διαταραχή σε σχέση με άτομα του γενικού πληθυσμού. (Μάτσα, 2013)

ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ένας χρήστης μπορεί να μεταδώσει τον HIV, τον ιό που προκαλεί το AIDS, με την κοινή χρήση σύριγγας ενός ναρκωτικού σε κάποιον άλλο. Οι περισσότεροι χρήστες ναρκωτικών ουσιών που πάσχουν από AIDS, είναι εθισμένοι στην ηρωίνη και μολύνθηκαν καθώς έκαναν κοινή χρήση σύριγγας με άλλους χρήστες που είχαν μολυνθεί. Η σχέση που συνδέει τον ιό αυτό με την χρήση ναρκωτικών είναι ιδιαίτερα δυνατή στις Ηνωμένες Πολιτείες καθώς το ποσοστό που πάσχει και κάνει χρήση ναρκωτικών ανέρχεται στο 40%. (Thio 2008) Οι λοιμώξεις από τους ιούς της ηπατίτιδας και του HIV έχουν τις πιο δαπανηρές συνέπειες καθώς έχουν μεγάλο αντίκτυπο στους χρήστες και στα συστήματα υγείας και τους φορείς που ασχολούνται με την απεξάρτηση. Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, είναι μεταξύ άλλων, η πρώτη ομάδα μετάδοσης μολύνσεων από τον HIV και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, οι λοιμώξεις που συνδέονται με την χρήση ναρκωτικών έχουν μειωθεί σε μεγάλο ποσοστό τα τελευταία χρόνια στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με διάφορες δράσεις και σχέδια παρέμβασης, όμως κάποιες χώρες της Ε.Ε. εξακολουθούν να έχουν υψηλά ποσοστά μετάδοσης του ιού του AIDS. (E.M.C.D.D.A, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3: Η ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Με σκοπό την εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των φορέων που ασχολούνται με την απεξάρτηση στην Ελλάδα, θα γίνει αναλυτική περιγραφή, μέσα από προσωπική μας εμπειρία, για το πως λειτουργεί ένας τέτοιου είδους φορέας και ποιες είναι οι ανάγκες του για τη ορθή λειτουργία του. Το πρόγραμμα που είχαμε την ευκαιρία να έχουμε προσωπική εμπειρία ήταν πρόγραμμα του ΚΕ.Θ.Ε.Α, στο οποίο λειτουργεί Συμβουλευτικό Κέντρο και Θεραπευτική Κοινότητα.

Αρχικά, στο συμβουλευτικό κέντρο, έρχονται σε επαφή μαζί του εξαρτημένα άτομα που θέλουν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα, γονείς, σύντροφοι, σύζυγοι ή άτομα που θέλουν να πληροφορηθούν για το πως λειτουργεί το πρόγραμμα και θέλουν να βοηθήσουν ένα δικό τους πρόσωπο που είναι εξαρτημένο από τα ναρκωτικά. Εάν επιθυμούν μπορούν να συμμετάσχουν στις προγραμματισμένες συναντήσεις και ομάδες που γίνονται για τρόπους διαχείρισης του προβλήματος. Το εξαρτημένο άτομο έρχεται με την θέληση σε έναν τέτοιο φορέα δεν μπορεί να συμμετάσχει αν δεν έχει αποφασίσει ο ίδιος πως θέλει να ξεφύγει από τα ναρκωτικά. Για αυτό τον λόγο υπάρχει ένα κλίμα απόδοχής και προσπάθειας ενίσχυσης της απόφασης του αυτής. Οι θεραπευτές προσπαθούν να κατανοήσουν και να εκτιμήσουν την κατάσταση του κάθε ατόμου, τα προβλήματα που μπορεί το κάθε άτομο να αντιμετωπίζει και λειτουργούν βάση αυτού. Οι θεραπευτές καθώς έχουν και άλλα λειτουργικά θέματα να διευθετήσουν όπως για παράδειγμα, την οργάνωση μιας εκστρατείας ενημέρωσης, σίγουρα με περισσότερα άτομα προσωπικό κάποια λειτουργικά θέματα θα γίνονταν πιο γρήγορα, χωρίς αυτό να σημαίνει μέσα από την επαφή μας με το πρόγραμμα, ότι παρατηρήσαμε ότι δεν λειτουργεί σωστά, αντιθέτως γίνεται πολύ μεγάλη προσπάθεια από τους επαγγελματίες να λειτουργούν όλοι οι τομείς όπως προτάσσουν οι αρχές λειτουργίας ενός τέτοιου προγράμματος.

Στην συνέχεια, δεν μπορούμε να μην αναφερθούμε στο ότι το πρόγραμμα παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον μακριά από τα ναρκωτικά, με δημιουργικές δραστηριότητες αλλά και ατομική και ομαδική θεραπεία. Αναφορικά με την θεραπευτική κοινότητα η οποία λειτουργούσε με 25 περίπου άτομα, όπου τα άτομα που θέλουν να απεξαρτηθούν διαμένουν εκεί για περίπου έναν χρόνο, συμμετάσχουν σε καθημερινές δραστηριότητες και σε ομάδες που στόχο έχουν την συναισθηματική

ενδυνάμωση και την κατανόηση του προβλήματος της χρήσης ναρκωτικών και της αποχής από αυτά. Οι επαγγελματίες ήταν λίγοι σε αυτή την φάση του προγράμματος που απαιτεί εγρήγορση και συνεχή παρακολούθηση της πορείας των ατόμων, ενώ κάποιες θέσεις όπως για παράδειγμα διδασκαλία χορού καλυπτόταν από εθελοντές.

Στην τελευταία φάση, της κοινωνικής επανένταξης πραγματοποιούνται ομάδες επαγγελματικού προσανατολισμού, συνεχίζονται οι θεραπευτικές ομάδες με άτομα που βρίσκονται στην ίδια φάση. Οι επαγγελματίες τόνισαν πως είναι πολύ σημαντική η κοινωνική επανένταξη γιατί πλέον το άτομο δεν βρίσκεται σε μόνιμο προστατευμένο περιβάλλον και οι κίνδυνοι υποτροπής είναι πολλοί, για αυτό δίνεται έμφαση κατά την διάρκεια του προγράμματος στην πρόληψη υποτροπής.

Σε ένα γενικό πλαίσιο μέσα από την εμπειρία μας αυτή μπορέσαμε να κατανοήσουμε πως λειτουργεί ένα τέτοιου είδους πρόγραμμα, ποια είναι τα λειτουργικά του θέματα, πως εργάζονται οι επαγγελματίες, είδαμε τους χώρους, η οποίοι ήταν σε πολύ καλή κατάσταση. Τέλος, μέσα από κάποιες ελλείψεις που υπάρχουν, παρατηρήσαμε πως γίνεται μεγάλη προσπάθεια από τους επαγγελματίες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στην σωστή κάλυψη των αναγκών της δομής.

Η ιστορία δείχνει ότι κάθε κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο περί ναρκωτικών παρουσιάζει κάποια ανοχή στην χρήση και την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, που φαίνεται να ποικίλλει από χώρα σε χώρα και από εποχή σε εποχή. Συνήθως, οι νομικές ρυθμίσεις είναι κατασταλτικές και ευμετάβλητες. Ενώ, έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις, η φαρμακευτική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αμβλύνει την επιφυλακτικότητα του καταναλωτή, προδιαθέτει τη χρήση και πραγματοποιεί σε κάποιες περιπτώσεις την αποποινικοποίηση ορισμένων από αυτών, με την ένταξη τους στα θεραπευτικά χρήσιμα φάρμακα, κάτι το οποίο εγκρίνει την "νόμιμη" παρασκευή και την διακίνηση των ουσιών αυτών. (Μαρσέλος, 2005)

Εάν γίνει μια μικρή αναδρομή στην ελληνική νομοθεσία τότε θα δείξει ότι οι διαβαθμίσεις ανάμεσα στο πταίσμα, το πλημμέλημα και το κακούργημα διαμορφώνονται και αλλάζουν σύμφωνα με τις κοινωνικοπολιτικές συγκυρίες, δηλαδή ανάλογα με την γενικότερη στάση απέναντι στο κοινωνικό φαινόμενο της κατάχρησης. Άλλωστε έχει παρατηρηθεί ότι κατά καιρούς η προσοχή στρέφεται είτε κατά της εμπορίας, είτε στην καταπολέμηση και καταστολή της χρήσης. (Μαρσέλος, 2005)

Υπάρχουν περιγραφές αναφορικά με την χρήση της κάνναβης στην Ελλάδα, με διάφορους τρόπους, από τα αρχαία χρόνια, χαρακτηριστική αυτή του Ηροδότου στην οποία καταγράφεται ότι οι Σκύθες (αρχαίοι κάτοικοι της Θράκης), την χρησιμοποιούσαν για την κατασκευή υφασμάτων καθώς

επίσης και σε διάφορες τελετές λόγω του αισθήματος ευφορίας που τους προσέφερε. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ, Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2003)

Στα τέλη του περασμένου αιώνα, χρησιμοποιούνταν στα νοσοκομεία το χασισέλαιο, ως ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο, ενώ ταυτόχρονα υπήρχαν και τεράστιες εκτάσεις φυτειών κάνναβης, στην Ελλάδα, που χρησιμοποιούνταν για την βιομηχανική εκμετάλλευση των ινών του φυτού, με σκοπό την κατασκευή σχοινιών. Την εποχή εκείνη το χασίς ήταν ευρέως διαδεδομένο στα μεγάλα λιμάνια της Ερμούπολης και του Πειραιά. Ο πρώτος νόμος που συντάσσεται για την ινδική κάνναβη γίνεται το 1906, του οποίου στόχος είναι ο καθορισμός φόρου ανά στρέμμα καλλιέργειας κάνναβης, δηλαδή δεν είχε να κάνει με την καταστολή της εμπορίας, ούτε με τον περιορισμό του καπνίσματος χασίς. Η χρήση της κάνναβης για ηδονιστικούς λόγους, τράβηξε την κρατική προσοχή το 1919, όπου απαγορεύτηκε η χρήση, η διάδοση και η πώληση του χασίς. Μετά από ένα χρόνο ρυθμίζονται με λεπτομέρειες στον νόμο η απαγόρευση της καλλιέργειας, της εμπορίας και της κατανάλωσης της ινδικής κάνναβης, ωστόσο συνεχίζει να επιτρέπεται η καλλιέργεια κλωστικής κάνναβης. Στην πραγματικότητα, βέβαια, πρόκειται για το ίδιο φυτό (*Cannabis sativa*), οι διαφορετικοί όροι κλωστική και ινδική, αποτελούν τέχνασμα του νόμου για την παράνομη καλλιέργεια του φυτού και την νόμιμη.

Από την εποχή του μεσοπολέμου, υπάρχει κάποια διάσταση στα νομοθετικά πλαίσια ανάμεσα στην αντιμετώπιση του εμπόρου και του καταναλωτή, πιο συγκεκριμένα, για εμπόρους προβλέπονταν ποινές φυλάκισης έως και ένα χρόνο και χρηματικές αποζημιώσεις έως και δυο χιλιάδων δραχμών (2.000), ενώ για τον καταναλωτή ποινή φυλάκισης έως και τριάντα ημέρες. Το 1920 δημιουργούνται και συμπεριλαμβάνονται οι πρώτες διατάξεις αναφορικά με την εμπορία του οπίου, της μορφίνης, της κοκαΐνης και της ηρωΐνης, όπου σε αυτές τις ουσίες δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα σε καταναλωτές, εισαγωγείς και εμπόρους και οι ποινές φυλάκισης που προβλέπονται είναι πολύ αυστηρές και οι χρηματικές αποζημιώσεις είναι πολύ μεγάλες. Μέσα από αυτή την ιστορική αναδρομή γίνεται ξεκάθαρη η πολυπλοκότητα της ελληνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά ενώ αξίζει να σημειωθεί πως η τελική εφαρμογή του νόμου του 1920, άρχισε αρκετά χρόνια αργότερα, το 1936, αφού μέχρι τότε φαίνεται να γίνεται χρήση χασίς ακόμα και σε κεντρικά σημεία της Αθήνας, με την ανοχή της αστυνομίας, όπου λειτουργούσαν τεκέδες. Αξίζει επίσης να τονιστεί πως οι νομοθετικές ρυθμίσεις και ειδικά για το χασίς, δείχνουν πως γινόταν χρήση στην Ελλάδα και πριν την Μικρασιατική καταστροφή, κάτι το οποίο αποδεικνύει την εσφαλμένη άποψη πως η χρήση χασίς και η συνήθεια αυτή έκανε την εμφάνισή της μαζί με τους πρόσφυγες. (Μαρσέλος, 2005)

3.2 ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Σημαντικά σημεία της εξέλιξης αναφορικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι οι συμβάσεις και οι κινητοποιήσεις που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν μεταξύ χωρών έτσι ώστε να υπάρξει μια πιο αποτελεσματική και μεγαλύτερη σε έκταση αντιμετώπιση του προβλήματος. Η κάθε χώρα παρατηρώντας και καταγράφοντας τον αυξανόμενο κίνδυνο, θέσπιζε μέτρα τα οποία θεωρούσε αποτελεσματικότερα σύμφωνα με τις δικές τις συνθήκες και ανάγκες.

Αρχικά, υπεγράφη από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, η Διεθνής Σύμβαση, στην Βιέννη, στις 20 Δεκεμβρίου του 1988, εναντίον της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, η οποία τέθηκε σε ισχύ το 1990. Η σύμβαση αυτή έχει ως σημαντικότερο κομμάτι της την διεθνή συνεργασία σε σχέση με την παράνομη διακίνηση και κατανάλωση των ναρκωτικών. Σταδιακά συμμετείχαν όλο και περισσότερες χώρες, κάτι που είχε σαν αποτέλεσμα την βελτίωση των μέτρων που λαμβάνονταν για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Πιο συγκεκριμένα, τα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε. είχαν ως στόχο να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο για την καταπολέμηση της διεθνούς μαφίας των ναρκωτικών ουσιών, επικεντρώνοντας τις ενέργειες τους σε θέματα όπως, η έκδοση εμπορών ναρκωτικών, η κατάσχεση παράνομων κερδών, η άρση του τραπεζικού απορρήτου, η διεθνής συνεργασία, ενημέρωση και η αμοιβαία δικαστική συνδρομή. Επιπλέον, επισημάνθηκε η ανάγκη, πρώτον, επιβολής αυστηρότερων ποινών στους δράστες και δεύτερον, για φροντίδα των ατόμων που κάνουν χρήση. (Αβραμίδης, 1994)

Οι υποχρεώσεις που τέθηκαν να εκπληρωθούν στόχευαν στο να είναι σύμφωνες με τα νομοθετικά, διοικητικά μέτρα και τις θεμελιώδεις διατάξεις των αντίστοιχων νομοθετικών συστημάτων τους. Θα εφαρμόζονταν σύμφωνα με τις αρχές της κυριαρχικής ισότητας και εδαφικής ακεραιότητας των κρατών, καθώς και την μη επέμβαση στις εσωτερικές υποθέσεις των άλλων κρατών. (Φ.Ε.Κ Α' τεύχος/16-12-1991)

Μια ακόμη σημαντική πρωτοβουλία ήταν η Διεθνής Διάσκεψη Κορυφής του Λονδίνου, η οποία διοργανώθηκε από την Βρετανική κυβέρνηση σε συνεργασία με τα Ηνωμένα Έθνη, η θεματολογία ήταν η μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών και καταπολέμηση της απειλής από την κοκαΐνη. Επιπρόσθετα συζητήθηκαν, η μείωση της ζήτησης μέσα από μορφωτικά προγράμματα, η ατομική ευθύνη του χρήστη, η θεραπεία και η αποκατάσταση. Συμφωνήθηκαν οι Εθνικές Στρατηγικές, οι Κοινοτικές

Πρωτοβουλίες, οι Εκπαιδευτικές Στρατηγικές, οι Εκστρατείες μέσω των Μ.Μ.Ε. και η πραγματοποίηση έρευνα με σκοπό την διερεύνηση των αιτιών και της επιδημιολογίας των ναρκωτικών. (Αβραμίδης ,1994)

Η Διεθνής Επιτροπή για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (INCB) ιδρύθηκε το 1968, βάσει της Ενιαίας Σύμβασης για τα Ναρκωτικά του 1961, στην οποία έχει προσχωρήσει το σύνολο σχεδόν των κρατών, και αντανακλά τη δέσμευση των κυβερνήσεων στην αρχή της επιμερισμένης ευθύνης για την εξασφάλιση της διαθεσιμότητας φαρμάκων με ναρκωτική δράση για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς, καθώς και για την πρόληψη της εκτροπής και της κατάχρησής τους. Προς αντιμετώπιση των προκλήσεων που θα επακολουθήσουν στον τομέα ελέγχου των ναρκωτικών, όπως η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και η ανάγκη για ταυτόχρονη διασφάλιση της διαθεσιμότητάς τους για ιατρικούς σκοπούς, καθώς και η χρήση χημικών ουσιών στην παράνομη παραγωγή ναρκωτικών και ψυχοδραστικών ουσιών και η διακίνηση των ναρκωτικών. Για αυτούς τους λόγους τα κράτη διαπραγματεύτηκαν και δημιούργησαν τις δύο άλλες συμβάσεις για τον έλεγχο των ναρκωτικών που ισχύουν σήμερα, α) τη Σύμβαση για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες του 1971 και β) τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών κατά της Παράνομης Διακίνησης Ναρκωτικών Φαρμάκων και Ψυχοτρόπων Ουσιών του 1988. Η συμμετοχή και η προσχώρηση των κρατών και στις δύο αυτές συμβάσεις είναι σχεδόν καθολική.

Για το έλεγχο όσων προαναφέρθηκαν συστάθηκε Επιτροπή, της οποίας αρμοδιότητες της καθορίζονται από αυτές τις τρεις διεθνείς συμβάσεις για τον έλεγχο των ναρκωτικών. Πρόκειται για ένα ανεξάρτητο δικαστικό όργανο, για την παρακολούθηση και την προώθηση της εφαρμογής των συμβάσεων των Ηνωμένων Εθνών για τον έλεγχο των ναρκωτικών, απαρτίζεται από 13 μέλη τα οποία εκλέγονται από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο (ECOSOC) ως πρόσωπα και όχι ως εκπρόσωποι κυβερνήσεων. Τρία μέλη με πείρα στους τομείς της ιατρικής, της φαρμακολογίας ή της φαρμακευτικής εκλέγονται από μια λίστα ατόμων που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και δέκα (10) μέλη εκλέγονται από έναν κατάλογο ατόμων που προτείνονται από τις κυβερνήσεις. (ΚΕ.Θ.Ε.Α ,2014)

Προσφάτως δημοσιεύθηκαν εθνικές ή περιφερειακές στρατηγικές, από την Αυστραλία, τη Ρωσία, τις ΗΠΑ και τον Οργανισμό Αμερικανικών Κρατών (Ο.Α.Κ). Μέσα από την ανάγνωση των στρατηγικών αυτών εγγράφων αποκαλύπτεται ο βαθμός στον οποίο άλλες χώρες συμμερίζονται και υιοθετούν κάποια χαρακτηριστικά της προσέγγισης της Ε.Ε. Πιο αναλυτικά, οι ΗΠΑ με την στρατηγική τους για τον έλεγχο των ναρκωτικών του 2010 σηματοδοτεί μια νέα κατεύθυνση της πολιτικής για τα

ναρκωτικά, η οποία θεωρεί τη χρήση ναρκωτικών κυρίως ως πρόβλημα δημόσιας υγείας. Δίνει πολύ μεγάλη προσοχή στην πρόληψη, τη θεραπεία και την απεξάρτηση και κάνει έκκληση για θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικομανίας παρόμοια με αυτήν άλλων χρόνιων διαταραχών. Η στρατηγική των ΗΠΑ απηχεί και η στρατηγική του ΟΑΚ για τα ναρκωτικά. Η Ρωσία διατύπωσε την πρώτη της στρατηγική (2010–2020), η οποία έχει ως αφετηρία την παραδοχή της κλίμακας του προβλήματος των ναρκωτικών, το οποίο χαρακτηρίζεται από την αύξηση της χρήσης ναρκωτικών και τη συμβολή της στην εξάπλωση λοιμωδών νοσημάτων. Η Αυστραλιανή στρατηγική για τα ναρκωτικά (2010–2015) καλύπτει κάθε ψυχοδραστική ουσία δυνάμενη να προκαλέσει εξάρτηση και προβλήματα υγείας. Γενικότερα, φαίνεται να παρατηρείται μια σχετική άτυπη συνεννόηση των στρατηγικών για τα ναρκωτικά διεθνώς. (Ε.Κ.Τ.Π.Ν, 2011)

3.3 ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η στρατηγική τοποθέτησης του Ελληνικού Σχεδίου Δράσης αποδέχεται ότι το πρόβλημα των εξαρτήσεων αποτελεί πολυσύνθετο κοινωνικό πρόβλημα που έχει άμεση συνάρτηση με τη διαστρωμάτωση της κοινωνίας μας και το σύγχρονο τρόπο ζωής. Ωστόσο, η μονοδιάστατη «ψυχιατροποίηση» του προβλήματος δεν μπορεί να οδηγήσει σε λύσεις και πολιτικές που στοχεύουν στις ρίζες του προβλήματος, στη συνολική απεξάρτηση και στην κοινωνική επανένταξη. Καθώς και η ανάγκη καταπολέμησης του κοινωνικού στιγματισμού στην πράξη, κατοχυρώνουν το δικαίωμα των χρηστών ουσιών για ισότιμη, ποιοτική και εξειδικευμένη φροντίδα από τις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2008) Το πρόβλημα δεν είναι δυνατόν να λύνεται με αστυνομικά, κατασταλτικά ή ψυχιατρικά μέσα όπως αναφέρεται ότι γινόταν στο παρελθόν, δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίζονται οι τοξικομανείς ως αντικοινωνικά στοιχεία και είναι αδιανόητο η κοινωνία να θεωρεί τα ναρκωτικά υπόθεση της αστυνομίας. (Σιάμος, 1992)

Στην Ελλάδα με την αλλαγή της κυβέρνησης, το 2010, εμφανίστηκαν νέες πρωτοβουλίες στο χώρο των ναρκωτικών και εμπλουτίστηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Η σημαντικότερη πρόταση που υλοποιήθηκε είναι ο ορισμός Εθνικού Συντονιστή για τα Ναρκωτικά και η δημιουργία της Διυπουργικής Επιτροπής Συντονισμού Καταπολέμησης Εξαρτήσεων. Η Επιτροπή αυτή συντονίζεται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ ενώ την σύνθεση της Επιτροπής αποτελούν δέκα (10) Υπουργεία (Υγείας, Παιδείας, Δικαιοσύνης, Προστασίας του Πολίτη, Εθνικής Άμυνας, Εργασίας, Εσωτερικών, Οικονομικών, Πολιτισμού και Εξωτερικών), οι φορείς Θεραπείας και το ΕΚΤΕΠΝ. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2011)

Το Ελληνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά έχει συνταχθεί και προσαρμοστεί σύμφωνα με το Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2013-2016 το οποίο αποτελείται από πέντε (5) άξονες: 1) Μείωση της ζήτησης (πρόληψη, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση, έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση, μείωση της βλάβης, θεραπεία, κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση), 2) Μείωση της προσφοράς, 3) Συντονισμός, 4) Εκπαίδευση, παρακολούθηση, έρευνα, αξιολόγηση και 5) Διεθνείς συνεργασίες. Κάθε Άξονας περιλαμβάνει μια σειρά από Δράσεις, για καθεμία από τις οποίες προβλέπεται δείκτης παρακολούθησης και αξιολόγησης. Σύμφωνα με το άρθρο 50 του νόμου 4139/13 η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών υποχρεούται να υποβάλλει σε ετήσια βάση μία Έκθεση στο Κοινοβούλιο για την εφαρμογή και την αξιολόγηση του Σχεδίου Δράσης.

Μετά την ολοκλήρωση της περιόδου εφαρμογής του Σχεδίου Δράσης προβλέπεται η εξωτερική

του αξιολόγηση, στο οποίο ως στόχοι τίθενται οι εξής:

- η μείωση του ποσοστού της χρήσης παράνομων ουσιών και των επιπτώσεών της
- η πρόληψη της χρήσης και η έγκαιρη παρέμβαση σε πρώιμα στάδια
- η αύξηση της διαθεσιμότητας όλων των τύπων θεραπείας και η αύξηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων
- η ενίσχυση κοινωνικής επανένταξης
- η μείωση των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης και της εξάρτησης στην σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη όπως για παράδειγμα οι μολυσματικές ασθένειες και η σωματική και ψυχιατρική συννοσηρότητα, καθώς και στην κοινωνική του ζωή
- η μείωση των συνεπειών της χρήσης και της εξάρτησης στην κοινωνία
- η εφαρμογή της νομοθεσίας για τη διακίνηση, το εμπόριο και την παραγωγή παράνομων ουσιών και η καίρια καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος
- η συνεργασία και ο συντονισμός όλων των δράσεων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των ναρκωτικών
- η αναλυτική και λεπτομερής διερεύνηση του φαινομένου της χρήσης και της εξάρτησης
- η βελτίωση της παρακολούθησης όλων των πτυχών και των εκτάσεων του προβλήματος

Η έγκριση της Εθνικής Στρατηγικής και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, σύμφωνα με τον νόμο 4139 (άρθρο 48), είναι αρμοδιότητα της Διυπουργικής Επιτροπής για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών, η οποία συγκροτήθηκε το 2014 με την υπουργική απόφαση ΥΑ Υ 485. Στην Επιτροπή προεδρεύει ο Πρωθυπουργός και παρίσταται ο Εθνικός Συντονιστής για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2014)

Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις λαμβάνουν χώρα στα εξής πεδία, καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης, ενδεδειγμένες και επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης. Λειτουργούν τηλεφωνικές γραμμές, φορείς που εφαρμόζουν θεραπεία υποκατάστασης και "στεγνά" προγράμματα θεραπείας, ενώ έχουν δημιουργηθεί και συμβουλευτικοί σταθμοί. Άλλες μονάδες έχουν αναλάβει τα πεδία της σωματικής αποτοξίνωσης, της προαγωγής αυτοβοήθειας, της αντιμετώπισης σωματικών και ψυχικών

προβλημάτων, της πρόληψης μολυσματικών ασθενειών, τις παρεμβάσεις για άλλα σωματικά προβλήματα, της ψυχιατρικής συννοσηρότητας και της κοινωνικής επανένταξης. Επιπρόσθετες υπηρεσίες είναι υποστήριξη και φροντίδα, νομική στήριξη, στεγαστική βοήθεια και μεταθεραπευτική φροντίδας.(Υπουργείο Υγείας, 2012)

3.4 ΦΟΡΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ)

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει δημιουργήσει έναν ειδικό φορέα για την καταπολέμηση των ναρκωτικών στην χώρα, τον Οργανισμό για την Καταπολέμηση των Ναρκωτικών, του οποίου σκοποί είναι:

- Ο σχεδιασμός, συντονισμός και η εφαρμογή της Εθνικής Πολιτικής αναφορικά με την πρόληψη, την έκταση και διάδοση των ναρκωτικών και την θεραπεία.
- Η μελέτη για το πρόβλημα των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο
- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης
- Η έγκριση και χρηματοδότηση θεραπευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων πρόληψης, καθώς επίσης και η ίδρυση θεραπευτικών προγραμμάτων από τον ίδιο τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., τα οποία εφαρμόζονται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.(Σταθόπουλος, 2005)
- Η συνεργασία με αντίστοιχους Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς φορείς και οργανισμούς, με στόχο την μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η συμμετοχή σε συναντήσεις που αφορούν την καταπολέμηση των ναρκωτικών και εκτός των εθνικών συνόρων.
- Την δημιουργία και σύνταξη εκθέσεων για την εξέλιξη των εθνικών ερευνών, την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και την αξιολόγηση αυτών με στόχο τη λήψη μέτρων που απαιτούνται.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση έχει δημιουργήσει ένα ευρύ δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την χώρα και ταυτόχρονα αναπτύσσει προγράμματα που αφορούν τον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

Στόχος του συγκεκριμένου προγράμματος μέσα από την θεραπεία είναι να ανακαλύψει και να αντιμετωπίσει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση της εξάρτησης. Ακολουθείται η ψυχοκοινωνική κατεύθυνση και δεν χορηγούνται φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αυτά τα θεραπευτικά προγράμματα το εξαρτημένο άτομο συμμετάσχει ενεργά σε αυτά. Η συμμετοχή είναι εθελοντική και ο θεραπευόμενος διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει την παρακολούθηση σε όποια φάση του προγράμματος αυτός θελήσει. Πραγματοποιούνται καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες, ενώ η θεραπευτική παρέμβαση του συγκεκριμένου προγράμματος παρέχει τις εξής υπηρεσίες:

- Ενημέρωση
- Μείωσης της βλάβης
- Συμβουλευτική υποστήριξη
- Φροντίδα υγείας
- Ψυχική απεξάρτηση
- Οικογενειακή θεραπεία
- Εκπαίδευση
- Νομική στήριξη
- Κοινωνική και εργασιακή επανένταξη

Σκοπός είναι η εξ' ολοκλήρου αποχή από τη χρήση ουσιών και η δημιουργία μιας νέας στάσης ζωής με ισότιμη ένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν προς όσους τις ζητούν και παρέχονται χωρίς κανενός είδους διακρίσεις. (ΚΕΘΕΑ, 2012)

Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)

Το πρόγραμμα είναι εθελοντικό, δηλαδή απευθύνεται σε όλους τους χρήστες που διατυπώνουν το αίτημα της ένταξής τους σε αυτό υπογράφοντας σχετικό συμβόλαιο. Οι ειδικότητες που το απαρτίζουν είναι ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, πρώην χρήστες οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί για τέτοιου είδους θεραπευτικό πλαίσιο και διαρκεί ενάμιση χρόνο περίπου και χωρίζεται σε τρεις φάσεις.

- Ευαισθητοποίηση είναι η πρώτη φάση του προγράμματος, στην οποία τίθενται ως στόχοι, η κατανόηση του προβλήματος, η ισχυροποίηση της απόφασής του, η συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξη του στο πλαίσιο. Πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις με την ομάδα υποδοχής και δίνει ούρα για τοξικολογικό έλεγχο δύο φορές την εβδομάδα. Η φάση αυτή διαρκεί περίπου τρεις μήνες.
- Ψυχολογική απεξάρτηση είναι η δεύτερη φάση του προγράμματος ,κλειστή, κατά την οποία τα μέλη δεν έχουν επαφή με κανέναν άλλον εκτός από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να επικεντρωθούν στην θεραπεία τους. Η θεραπεία πραγματοποιείται μέσα από ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία αλλά διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες. Διαρκεί περίπου έξι με επτά μήνες.
- Κοινωνική Επανένταξη είναι η τρίτη φάση στην οποία τα μέλη προετοιμάζονται για την επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο αντιμετωπίζοντας πολλές δυσκολίες, είναι πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης και λειτουργούν ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία και άλλες δραστηριότητες, ενώ η διάρκειά της είναι περίπου δέκα με δώδεκα μήνες . (Υπουργείο Υγείας, 2011)

Τμήμα Αποκατάστασης Τοξικοεξαρτημένων ΙΑΝΟΣ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)

Το θεραπευτικό πρόγραμμα, απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είναι "κλειστό" πρόγραμμα και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται έχουν ως στόχο τη δυνατότητα των προσωπικών επιλογών έτσι ώστε να επέλθει ο σκοπός της για πάντα αποχής από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και τις ανάλογες συμπεριφορές. Στεγάζεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Τα

στάδια του προγράμματος για την υλοποίηση αυτών των θεραπευτικών στόχων είναι :

- Πολυδύναμο Συμβουλευτικό Σταθμό Εξαρτημένων θεραπευτικού χαρακτήρα

Στον Πολυδύναμο Συμβουλευτικό Σταθμό παρέχονται ενημέρωση και συνεργασία με άλλους φορείς, ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες γονέων, συγγενών και συζύγων των εξαρτημένων ατόμων. Η απόφαση του εξαρτημένου χρήστη είναι οικειοθελής . Ενώ γίνεται προσπάθεια αναγνώρισης των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, με κύριο συστατικό τον σεβασμό στις ιδιαιτερότητες της κάθε προσωπικότητας.

- Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (Detox).

Η σωματική αποτοξίνωση γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένη κλινική, όπου στεγάζεται στο ΨΝΘ όπου γίνεται η προετοιμασία για το επόμενο στάδιο, δηλαδή το κλειστό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας. Η παραμονή στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης, διαρκεί περίπου από 20 έως 30 ημέρες.

- Κλειστό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας Καρτερών.

Η θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές της "θεραπείας περιβάλλοντος", σε ένα πρόγραμμα χωρίς υποκατάστατα. Πέρα από το καθημερινό πρόγραμμα των θεραπευτικών δραστηριοτήτων στο πρόγραμμα της κοινότητας περιλαμβάνονται επιπλέον δραστηριότητες όπως το θερμοκήπιο, το μικρό αγρόκτημα, το φωτογραφικό και εικαστικό εργαστήριο, το γυμναστήριο.

- Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης
- Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης λειτουργεί ως επιπρόσθετη στήριξης των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας και προώθησης των κοινωνικών δεξιοτήτων. Στοχεύει στον αποχωρισμό από τη θεραπευτική κοινότητα στην κοινωνική, επαγγελματική επανάταξη. Από 12 έως 24 μήνες περίπου διαρκεί η παραμονή σε αυτή την φάση του προγράμματος.(Υπουργείο Υγείας, 2011)

Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΑΡΓΩ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)

Το πρόγραμμα ΑΡΓΩ είναι ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και εντάσσεται στις υπηρεσίες

του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα και διαθέτει Σταθμό Καθοδήγησης με δυνατότητα χορήγησης ανταγωνιστών οπιούχων, Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης, Θεραπευτικό Κέντρο, Μονάδα Κοινωνικής Επαναδραστηριοποίησης, Ξενώνα Φιλοξενίας, και Ομάδα Πρόληψης - Ενημέρωσης κατά των Εξαρτήσεων. Ενώ λειτουργεί και Μονάδα Σχολικής Εκπαίδευσης.

Οι **στόχοι** που κατευθύνουν τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος είναι: η αναδόμηση της συμπεριφοράς δηλαδή η αλλαγή στάσεων ζωής και συμπεριφορών των μελών, η ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων τους, η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου τους, η εναλλακτική έκφραση και επικοινωνία, η αντιμετώπιση της ψυχοβιολογικής διάστασης της εξάρτησης, μέσα από την ατομική άθληση, ομαδική άθληση, ομάδες γνωριμίας σώματος, η συνεργασία με την οικογένεια και τα «σημαντικά» πρόσωπα του κάθε μέλους.

Ακόμα, δεν εστιάζει στον εξαρτησιογόνο παράγοντα αλλά μάχεται την εξάρτηση από όπου και αν αυτή προέρχεται. Ένα εξαρτημένο άτομο μπορεί να συμμετάσχει στο συγκεκριμένο πρόγραμμα αν, είτε είναι γονέας ανήλικων παιδιών και πρέπει να ανταπεξέλθει στις γονικές του υποχρεώσεις εφόσον έχει διακόψει την χρήση. Είτε έχει ενεργή επιχειρηματική δράση και είναι αδύνατον να την σταματήσει ή να την αναβάλει, ή κατέχει μόνιμη εργασία σε κάποιο Δημόσιο φορέα ή Ιδιωτική επιχείρηση και η παρουσίαση του προβλήματος του μπορεί να τον οδηγήσει στην απόλυση του ή στην κοινωνική του απαξίωση. Επιπλέον, στο πρόγραμμα μπορεί να συμμετάσχει κάποιος που έχει σπουδαστική εκκρεμότητα την οποία δεν μπορεί να αναβάλει, είτε κάποιος που έχει υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον το οποίο μπορεί να τον στηρίζει για την περίοδο που δεν καλύπτεται από το πρόγραμμα. (Υπουργείο Υγείας, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

4.1 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ

Η άποψη ότι η εξάρτηση είναι μια κατάσταση η οποία δεν θεραπεύεται, είχε επικρατήσει μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, παρ' όλα αυτά η άποψη σιγά σιγά άλλαξε την δεκαετία του '60, σε αυτή την αλλαγή έπαιξαν σημαντικό ρόλο δυο γεγονότα. Το πρώτο ήταν η δημιουργία θεραπευτικών κοινοτήτων βάση του μοντέλου του Synanon (οργανισμός που ιδρύθηκε στην Καλιφόρνια το 1958) και το δεύτερο ήταν η ανάπτυξη προγραμμάτων υποκατάστασης. Η συμμετοχή και η είσοδος σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης τότε είχε ως στόχο την πλήρη αποχή από ναρκωτικές ουσίες, έχοντας υπόψη όμως και θεωρώντας ότι η υποτροπή είναι σύμπτωμα της ασθένειας που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. (Πουλόπουλος, 2010)

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη ήταν ιδιαίτερα δύσκολη στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου συγκρούονταν τα όσα πρέσβευε η φαρμακευτική θεραπεία με τα όσα πρέσβευε το ηθικό μοντέλο, το οποίο θεωρούσε την εξάρτηση αδυναμία της θέλησης του ατόμου και όχι ως νόσο. Σύμφωνα με την αμερικανική βιβλιογραφία σχετικά με την μεθαδόνη αποδεικνύεται ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη και οι μεγαλύτερες ποσότητες σε δόσεις της έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. (Παπαχριστόπουλος – Σαμαρτζή, 2009)

Η εμφάνιση της θεραπείας υποκατάστασης έγινε στην Ευρώπη μεταξύ της δεκαετίας του 1970 και 1980. Αναφορικά με αυτού του είδους την θεραπεία η κάθε Ευρωπαϊκή χώρα καλείται να πάρει επίσημη θέση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών καθώς επίσης και τους τρόπους συνταγογράφησης της μεθαδόνης και των άλλων αγωνιστικών οπιούχων. Κατά πόσο δηλαδή γίνεται έλεγχος των υπεύθυνων από αρμόδιους φορείς λήψης αποφάσεων που έχουν ψηφιστεί από τον νόμο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να εξετασθούν με κάθε λεπτομέρεια οι σκοποί, τα κριτήρια επιλεξιμότητας και η αποτελεσματικότητα του κάθε προγράμματος σε κάθε χώρα της Ευρώπης.(EMCDDA, 2000)

Στην Ευρώπη η αρχή της λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης έγινε μετά την εισαγωγή της ηρωίνης σε διάφορες χώρες της, ενώ εφαρμόστηκε στην Αγγλία, την Ολλανδία και την

Δανία. Τα ολλανδικά μοντέλα έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών και σε άλλες χώρες. Τα συγκεκριμένα μοντέλα προσπάθησαν να εφαρμόσουν μια σειρά από προοδευτικές μειώσεις των δόσεων, αντίθετα με τα αμερικανικά που εφαρμόζαν πρακτικές συντήρησης. (Παπαχριστόπουλος – Σαμαρτζή, 2009)

Μετά το 1998 προτάθηκαν σε περίπου 45 νομικά κείμενα και από 18 χώρες της Ευρώπης η τροποποίηση του νομοθετικού πλαισίου των προγραμμάτων θεραπείας υποκατάστασης. Σε αυτές τις διατάξεις σε κάποιες περιπτώσεις ο νόμος περιορίζει το δικαίωμα συνταγογράφησης υποκατάστατων στους γιατρούς των κέντρων απεξάρτησης συχνά όμως επιτρέπεται και η συνταγογράφηση από άλλους γιατρούς. (EMCDDA, 2009)

Αναφορικά με τα προγράμματα μεθαδόνης στην Ελλάδα εφαρμόστηκαν και δημιουργήθηκαν αργά σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το 1996, στο πλαίσιο των προγραμμάτων υποκατάστασης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών, ενώ αργότερα εντάχθηκε και νέο υποκατάστατο των οπιοειδών που γίνεται χρήση στην χώρα, η βουπρενομορφίνη. Η Ελλάδα επίσης είναι από τις χώρες που επικρατεί "λίστεα" αναμονής για την εισαγωγή σε προγράμματα μεθαδόνης, κάτι το οποίο είναι πρόβλημα πολιτικής και όχι θεραπευτικής βάσης. (Παπαχριστόπουλος – Σαμαρτζή, 2009)

Σύμφωνα με έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι στα προγράμματα υποκατάστασης μειώνεται η παράνομη χρήση ουσιών, βελτιώνεται η σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και προωθούν την κοινωνική ενσωμάτωση. Ακόμα, είναι ξεκάθαρη η σχέση μεταξύ του χρόνου παραμονής και θετικών αποτελεσμάτων στην κοινωνική ζωή του ατόμου, ενώ ο μειωμένος χρόνος παραμονής οδηγεί συνηθέστερα στην επιστροφή προβληματικής χρήσης ουσιών. (Κωνσταντίνου-Παπαδοπούλου, 2014)

Ακόμα, η συνηθέστερη θεραπεία επιλογής μαζί με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι η θεραπεία υποκατάστασης σύμφωνα με το EMCDDA. Παρατηρείται από τα στοιχεία που συγκεντρώνονται ότι οι ασθενείς παραμένουν σε τέτοιου είδους θεραπεία, μειώνουν την χρήση παράνομων οπιοειδών, απομακρύνονται από επικίνδυνες συμπεριφορές, παρουσιάζεται μείωση της βλάβης και της θνησιμότητας εξαιτίας των ναρκωτικών. (EMCDDA, 2015)

Η μεθαδόνη χορηγείται στο 69% των χρηστών που συμμετέχουν σε προγράμματα υποκατάστασης στις χώρες της Ευρώπης, στο 28% συνταγογραφείται η βουπρεμορφίνη. Ακόμα, η μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης ή διακετυλμορφίνη (ηρωίνη) έχει ποσοστό 3% ως ουσία υποκατάστασης και χορηγείται σπάνια στην Ευρώπη.(EMCDDA, 2009)

4.1.1 ΜΕΘΑΔΟΝΗ-ΒΟΥΠΡΕΝΟΜΟΡΦΙΝΗ

ΜΕΘΑΔΟΝΗ

Το 1938 ανακαλύφθηκε η μεθαδόνη στα εργαστήρια μιας γερμανικής φαρμακευτικής εταιρείας, ως προϊόν έρευνας για την ανακάλυψη ανάλογων ουσιών με την πεθιδίνη. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 δυο ερευνητές κατέβαλαν προσπάθειες σταθεροποίησης ατόμων εξαρτημένων από οπιοειδή σε μορφίνη, όμως παρατήρησαν ότι ήταν απαραίτητο να αυξάνονται συνεχώς οι δόσεις της. Έτσι στράφηκαν στην χορήγηση μεθαδόνης και πέτυχαν την σταθεροποίηση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Πλέον τα εξαρτημένα άτομα ήταν πιο δραστήρια κάτι που με την χρήση μορφίνης δεν πραγματοποιούνταν.

Είναι η μεθαδόνη μια ουσία η οποία δρα στους εγκεφαλικούς υποδοχείς των οπιούχων για 24 (είκοσι τέσσερις) ώρες, μπλοκάροντας της ευφορική εφόρμηση της ηρωίνης. Το εξαρτημένο άτομο με την δόση της συμπεριφέρεται φυσιολογικά και δεν επιζητεί συνεχώς την επόμενη δόση του όπως θα έκανε με την χρήση ηρωίνης. Το βασικό μειονέκτημα βέβαια αυτής της ουσίας είναι η φυσική εξάρτηση που είναι το ίδιο ισχυρή με αυτή της ηρωίνης.(Παπαχριστόπουλος-Σαμαρτζή, 2012)Ενώ και το στερητικό της σύνδρομο είναι ηπιότερο αλλά διαρκεί περισσότερο και είναι πιο βασανιστικό. Ακόμα, έχει μορφή καφεκίτρινου σιροπιού, ενώ διατίθεται σε δισκία αλλά και με ενέσιμη χρήση.(ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ, 2003)

Η μεθαδόνη είναι ένα συνθετικό παράγωγο των οπιοειδών, το οποίο παρασκευάστηκε κατά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ως υποκατάστατο της μορφίνης, στην Γερμανία. Το 1965, στην Αμερική εφαρμόστηκε το πρώτο πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη. Τέτοιου είδους προγράμματα απευθύνονται αποκλειστικά σε άτομα εξαρτημένα από οπιοειδή και όχι για άλλες ψυχότροπες ουσίες. Με την συμμετοχή του ατόμου σε ένα πρόγραμμα υγείας που γίνεται χρήση της ουσίας μεθαδόνης, τίθενται ως στόχοι, η διακοπή ή η μείωση παράνομων ουσιών, η αποχή από παράνομες δραστηριότητες, η διακοπή ενδοφλέβιας χρήσης έτσι ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών.

Σε προγράμματα μεθαδόνης γίνεται ένας πολύ σημαντικός διαχωρισμός σε αυτά της υποκατάστασης που έχουν ως στόχο την αλλαγή και σε αυτά της συντήρησης που έχουν ως στόχο την μείωση της βλάβης. Επιπλέον, σε προγράμματα που στοχεύουν στην μείωση της βλάβης είναι λιγότερο

αυστηρά και ο χρήστης ακόμα και αν κάνει παράλληλη χρήση ουσιών δεν απομακρύνεται ούτε διακόπτεται η συμμετοχή του στο πρόγραμμα. Ωστόσο, φαίνεται ότι τέτοιου είδους προγράμματα λειτουργούν αποτελεσματικά για μερικούς ανθρώπους αλλά από την άλλη πλευρά κατηγορούνται ότι αντικαθιστούν τις παράνομες ουσίες με νόμιμες. (Πουλόπουλος, 2010)

ΒΟΥΠΡΕΝΟΜΟΡΦΙΝΗ

Η βουπρενορφίνη άρχισε να χρησιμοποιείται ως αναλγητικό τη δεκαετία του 1980. Η χρήση της σε θεραπείες υποκατάστασης εγκρίθηκε το 2002 στις Ηνωμένες Πολιτείες από το Food and Drug Administration (FDA, 2002). Η βουπρενομορφίνη είναι μια ουσία η οποία αποτελεί ανταγωνιστή των οπιοειδών και συνδέεται με την μορφίνη. Δρα στους υποδοχείς του εγκεφάλου με τον ίδιο τρόπο που δρουν και τα οπιούχα όμως έχει μικρότερη ένταση. Η χρήση της γίνεται κατά κύριο λόγο για την σωματική αποτοξίνωση και την συντήρηση. Ακόμα, στην Αμερική τα τελευταία χρόνια επιτράπηκε σε ιδιώτες γιατρούς η συνταγογράφηση της υπό προϋποθέσεις όπως η ταυτόχρονη συμμετοχή σε υπηρεσίες συμβουλευτικής. Η συγκεκριμένη ουσία είναι γνωστή σε μορφή χαπιών (Subutex, Suboxone). (Πουλόπουλος, 2010)

Χορηγείται με τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας σε προγράμματα υποκατάστασης είναι χάπι που δεν το καταπίνουμε ή το μασάμε, αλλά το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα για μερικά λεπτά, η δράση του φαίνεται μετά από 30 λεπτά και διαρκεί, έως και τρεις ημέρες ανάλογα πάντα με την δόση. (OKANA, 2012) Για την αποφυγή κακής χρήσης της βουπρενομορφίνης είναι απαραίτητο να μην υποχορηγείται στον ασθενή καθώς είναι πιθανό να εμφανίσει ανεξέλεγκτα σύνδρομα στέρησης σε συνδυασμό ταυτόχρονης χρήσης οπιοειδή ή βενζοδιαζεπίνες. Ακόμα, είναι απαραίτητο να τηρούνται οι συχνές επισκέψεις της κλινικής παρακολούθησης και η μεγάλη προσοχή στην ποσότητα των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων. (Ε.Ο.Φ)

ΝΑΛΤΡΕΞΟΝΗ

Αξίζει ωστόσο να υπάρξει αναφορά και στα προγράμματα ναλτρεξόνης, τα οποία δεν εφαρμόζονται στην Ελλάδα, στα οποία εφαρμόζεται η εξωτερική παρακολούθηση και ξεκινούν με την σωματική αποτοξίνωση είτε με την παραμονή σε ένα πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης. Η ουσία αυτή λειτουργεί ανταγωνιστικά στους υποδοχείς του εγκεφάλου, ενώ συχνά όσοι κάνουν χρήση της

οδηγούνται σε υποτροπή, για αυτό απαιτείται η ταυτόχρονη παρακολούθηση ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών. (Πουλόπουλος, 2010)

4.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΦΟΡΕΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ

Ο.ΚΑ.ΝΑ

Υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έλαβε χώρα ο ιδρυτικός νόμος 2161/1993 για τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ) στην Ελλάδα. Με την υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95,ΦΕΚ 254 Β΄) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης. Η νομική του μορφή είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ). Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο οι κυριότεροι λόγοι ίδρυσης και ύπαρξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι ο σχεδιασμός, η προώθηση και η εφαρμογή εθνικής πολιτικής και ο διυπουργικός συντονισμός που έχουν να κάνουν με την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την διάδοση των ναρκωτικών, επίσης μια από τις κύριες ασχολίες του είναι η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για το θέμα. Επιπλέον, σκοπός του οργανισμού μεταξύ των άλλων είναι η ίδρυση, έγκριση και χρηματοδότηση θεραπευτικών μονάδων και κέντρων πρόληψης τα οποία εφαρμόζονται από την τοπική αυτοδιοίκηση και κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς. (Σταθόπουλος, 2005) Συγκεκριμένα έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων σε διάφορες πόλεις της χώρας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Αρχικά το 1995 ξεκίνησε ως πιλοτικό πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης βραχείας διάρκειας με πρωταρχικό στόχο του την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες. Κατά τη λειτουργία του προγράμματος έγινε σαφές ότι ο στόχος της απεξάρτησης επιτυγχάνεται σε μια μειονότητα των εξαρτημένων από οπιούχα, περίπου στο 10%, ενώ στην πλειονότητα των ασθενών είναι αναγκαία η συντήρηση μέσα από την μακροχρόνια χορήγηση του υποκατάστατου. Το 1996 λειτούργησε το πρώτο Π.Π.Υ με μεθαδόνη στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη. (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012) Στην συνέχεια ήρθε η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συντονιστή και οι σκοποί οργανισμού άλλαξαν κάποια σημεία και προστέθηκαν κάποια άλλα, αυτά που προστέθηκαν είναι τα εξής: η συνεργασία με αντίστοιχους εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς συντονιστικούς φορείς, η δημιουργία εκθέσεων για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και η πορεία των εθνικών ερευνών. Ακόμα, σημαντικός κομμάτι των σκοπών που παρέμεινε και ενισχύθηκε με τον νέο νόμο είναι η προώθηση αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και

άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Οι βασικοί στόχοι του Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι:

- η μείωση της χρήσης ναρκωτικών, καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων(κοινωνικών και υγείας),
- η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών,
- η παροχή υποστήριξης σε άτομα τα οποία επιθυμούν να απεξαρτηθούν από τις ουσίες.
- βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων,
- εκπαίδευση -κατάρτιση, εργασία και επαγγελματική αποκατάσταση. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Οι φορείς συνεργασίας, σε πολλά επίπεδα, του οργανισμού για τη χάραξη εθνικής πολιτικής, είναι τα υπουργεία που έχουν αρμοδιότητες που αφορούν το θέμα, θεραπευτικά προγράμματα, η τοπική αυτοδιοίκηση, τα πανεπιστημιακά ιδρύματα και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ). Επιπλέον, η συνεργασία ενισχύεται με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς όπως είναι το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA), Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, Ομάδα Ροθρίδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

Οι θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης του οργανισμού διακρίνονται σε δύο βασικούς τύπους, βάση της κύριας φαρμακευτικής ουσίας που χορηγείται **1)** στις μονάδες που εφαρμόζουν θεραπεία υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης τη **μεθαδόνη** και **2)** στις μονάδες που χορηγούν **βουπρενορφίνη** ως υποκατάστατο. Ωστόσο λειτουργούν και προγράμματα μη φαρμακευτικά εντός του Ο.ΚΑ.ΝΑ και είναι τα εξής:

- Η Θεραπευτική Κοινότητα «Γέφυρα» στην Πάτρα η οποία χρειάζεται να διερευνήσει και να κωδικοποιήσει τις δυνατότητες συνεργασίας της με τις όμορες Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, προκειμένου να αξιοποιηθεί η εμπειρία της και αλλού.
- Η Μονάδα Εφήβων «Ατραπός», η οποία απαιτείται να ανακοινώσει τα πορίσματα της πιλοτικής εφαρμογής προγράμματος σωματικής αποτοξίνωσης, προκειμένου να αξιοποιηθεί και αυτή η εμπειρία. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με τις δραστηριότητες που έχει αναλάβει να υλοποιήσει, θέτει ως στόχους στον **τομέα της Θεραπείας** α) προγράμματα υποκατάστασης, β) στεγνά προγράμματα (εφήβων και ενηλίκων), γ) προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης νέων ενηλίκων και στον **τομέα της Πρόληψης** α) την ίδρυση, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, Κέντρων Πρόληψης σε επίπεδο νομού, β) τον συντονισμό και διευκόλυνση στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης σε επαγγελματικές και άλλες ομάδες πληθυσμού, γ) τις επικοινωνιακές παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης.

Το πρόγραμμα σύμφωνα με τις νέες ανάγκες του, θέτει επιπλέον στόχο την δημιουργία νέων δομών που θα εμπλουτίσουν τις ήδη υπάρχουσες. Οι δομές του ολοκληρωμένου προτεινόμενου πλαισίου είναι οι εξής:

- **Υπηρεσία Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού.** Ενημέρωση και υποδοχή εκείνων που επιθυμούν να συμμετάσχουν και παροχή αιτήσεων συμμετοχής στα θεραπευτικά προγράμματα του οργανισμού, ευαισθητοποίηση, διαχείριση της λίστας και των κριτηρίων προτεραιότητας για το πρόγραμμα.
- **Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.** Δηλαδή η κύρια φάση των θεραπευτικών υπηρεσιών, η οποία είναι βασισμένη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Η ουσία που χρησιμοποιείται είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.
- **Κοινωνική Επανάταξη.** Επιδιώκεται εντός των μονάδων ολοκληρωμένης θεραπείας και έχει τρεις βασικούς πυλώνες την εκπαίδευση, την στέγαση και την επαγγελματική αποκατάσταση.
- **Δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.** Η δυνατότητα ιατρικής συνταγογράφησης κατά την φάση ιατρικής συντήρησης στα πλαίσια δομών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- **Εξωτερικές Δομές.** Η δυνατότητα δηλαδή οργάνωσης ενός μηχανισμού παραπομπών για όσους ασθενείς με ήδη υπάρχουσες δομές μη φαρμακευτικών θεραπειών που λειτουργούν στη χώρα αλλά και εκτός αυτής. (OKANA, 2012)
- Αθήνα διεύθυνση: Αβέρωφ 21,
- Τ.Κ. 104 33, Αθήνα
- Τηλέφωνο: 210 8898200
- Fax: 210 8253760

- E-mail: okana@okana.gr
- Ιστοσελίδα: www.okana.gr
- Μέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέρα – Παρασκευή, 8.00–15.30. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

4.2.1 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Ο.ΚΑ.ΝΑ

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο, η οικονομική κρίση και οι συνέπειες που επιφέρει, δημιουργούν μεγάλη ιστορική μεταβολή μιας ολόκληρης εποχής. Αν η κοινωνία, η κοινωνική πολιτική και σταθούν στις προεκτάσεις του παρελθόντος και δεν στρέψουν το βλέμμα προς το παρόν και το μέλλον, τότε σίγουρα δεν θα κατανοήσουν τα νέα χαρακτηριστικά και την τάση των νέων σήμερα γι' αυτά, τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν επαρκώς με την παλιά βιβλιογραφία. (Παρασκευόπουλος, 2013)

Βασικά στοιχεία για το νομοθετικό πλαίσιο του οργανισμού είναι αρχικά ότι ο Ο.ΚΑ.ΝΑ με Υπουργική απόφαση (ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1)- ΦΕΚ 2773/Β/2.12.2011) άρχισε να μεταφέρει την λειτουργία των θεραπευτικών μονάδων του σε χώρους νοσοκομείων, διαμορφωμένους γι' αυτό το σκοπό. Οι μονάδες στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη έχουν συνεργασία με αυτόνομες και υποστηρικτικές μονάδες της επαρχίας. Στεγάζονται σε νοσοκομειακούς χώρους, αλλά και μονάδες ενός κεντρικού σημείου της πόλης ή μιας γειτονιάς, απαιτείται να είναι μεγάλης χωρητικότητας και με το ελάχιστο αναγκαίο προσωπικό και χωρητικότητα περίπου 100- 150 ασθενών. Οι χώροι δύναται να είναι σε αδόμητους χώρους ή σε παραχωρούμενα κτίρια των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., Μονάδων Υγείας του Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., Στρατιωτικών Νοσοκομείων και χώρων και υποδομών των Ενόπλων Δυνάμεων. (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2012)

Λειτουργούν σήμερα πενήντα τέσσερις (54) μονάδες ολοκληρωμένης θεραπείας ως προς την ουσία υποκατάστασης, μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη. Με αυτή την απόφαση, παρέχεται η δυνατότητα σε άτομα που επιθυμούν να παρακολουθούν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα κοντά στην περιοχή όπου διαμένουν. Επιπλέον, τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα με ωράριο το οποίο είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους. (Μαντζάνα-Μπελλάλη, 2015)

Την αποκλειστική αρμοδιότητα και την ευθύνη εγκατάστασης, διοικητικής οργάνωσης, διοίκησης, λειτουργίας, διάθεσης, πρόσληψης, εκπαίδευσης και στελέχωσης με το αναγκαίο ιατρικό, νοσηλευτικό, θεραπευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό, τη χάραξη και το σχεδιασμό της πολιτικής, τον προγραμματισμό των δράσεων και την εποπτεία του επιτελούμενου έργου των παραπάνω Θεραπευτικών Μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ., έχει ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. Οι δαπάνες για τη λειτουργία αυτών των Μονάδων βαρύνουν τον προϋπολογισμό του.(Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2012)

Οι σκοποί του Ο.ΚΑ.ΝΑ ορίστηκαν και σε κάποια σημεία άλλαξαν και είναι οι εξής μετά τον

Μάρτιο του 2013 με τον Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» (άρθρο 53):

- Η συμμετοχή του οργανισμού σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σε επίπεδο πρόληψης, διάδοσης και θεραπείας της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών.
- Η μελέτη αιτιών που οδηγούν κυρίως τους νέους στην χρήση ναρκωτικών και η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό επίπεδο.
- Η εφαρμογή συντονισμένων κινήσεων για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς επίσης και η εποπτεία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
- Η προώθηση νομοθετικών και κοινωνικών μέτρων για την καταστολή του προβλήματος.
- Η ανταλλαγή πληροφοριών και ενημέρωσης μέσα από την συνεργασία με άλλους φορείς που ασχολούνται με το πρόβλημα των ναρκωτικών είτε στην Ευρωπαϊκή Ένωση, είτε σε διεθνές επίπεδο.
- Η δημιουργία και παροχή εκθέσεων για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας με σκοπό μέσα από την αξιολόγηση την λήψη των αναγκαίων μέτρων για την δυνατή βελτίωση της κατάστασης. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

ΑΡΘΡΟ 4

<<Πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ>>

Τις κύριες πηγές εσόδων του οργανισμού αποτελούν η επιχορήγηση του κράτους, οι δωρεές από τρίτους, τα κέρδη από δραστηριότητες που οργανώνει καθώς επίσης και επιχορηγήσεις από οργανισμούς που βρίσκονται υπό την εποπτεία του κράτους. Αναφορικά με την διαχείριση του Ο.ΚΑ.ΝΑ, αυτή γίνεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τέλος, ο συγκεκριμένος οργανισμός κάνει χρήση των ίδιων φορολογικών απαλλαγών που προβλέπονται για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. (ΦΕΚ Α' 119-1993)

Άρθρο 46

<<Προγράμματα υποκατάστασης για εξαρτημένους χρήστες από μείζονες αποιεδείς ουσίες >>

Με το άρθρο αυτό εγκρίνεται η ίδρυση προγραμμάτων υποκατάστασης και οι ουσίες που θα χορηγείται σε αυτά, οι οποίες είναι η μεθαδόνη και η βουπρενομορφίνη, με βασική αντίληψη ότι ο εξαρτημένος είναι σε μια κατάσταση ψυχικής κοινωνικής και σωματικής δυσλειτουργίας.

Άρθρο 48

<<Στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης>>

Με το άρθρο αυτό του νόμου ορίζονται οι στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης όπου αρχικά τίθεται η δημιουργία κινήτρων στο εξαρτημένο άτομο έτσι ώστε να προσπαθήσει να απέχει από την χρήση, η ενημέρωση και εξέταση για αποφυγή προσβολής από μολυσματικές ασθένειες καθώς και η μείωση της παραβατικότητας. Σημαντικό βέβαια είναι και η προσπάθεια βελτίωσης των κοινωνικών, οικογενειακών σχέσεων και η επαγγελματική κατάρτιση. Σε επίπεδο απεξάρτησης της θεραπευτικής διαδικασίας, ο νόμος θέτει ως στόχους, την αποχή από την χρήση οπιοειδών και από άλλου είδους ναρκωτικά, από την κατάχρηση αλκοόλ, η εξεύρεση εργασίας, η υγεία και η αποφυγή παραβατικότητας.

Άρθρο 49

<<Γενικές αρχές λειτουργίας προγραμμάτων υποκατάστασης >>

Με το άρθρο αυτό ορίζονται οι γενικές αρχές που διέπουν την λειτουργία των προγραμμάτων απεξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα, ότι θα λειτουργούν καθημερινά με ωράριο που θα προσαρμόζεται στις ανάγκες των ατόμων που παρακολουθούν το πρόγραμμα σε εξωτερική βάση. Ακόμα, ο θεραπευόμενος μπορεί να συμμετάσχει στο πρόγραμμα μετά από αίτηση του με βάση τον αριθμό πρωτοκόλλου που δίνεται κατά τον χρόνο κατάθεσης της αίτησης. Τέλος, το εξαρτημένο άτομο που αποφασίζει να συμμετάσχει στο εκάστοτε πρόγραμμα του οργανισμού προσέρχεται στις μονάδες σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε προγράμματος που παρακολουθεί.

Η απόφαση αυτή περιγράφει την «τυπική» Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας, καταγράφοντας σημαντικές τεχνικές παραμέτρους της λειτουργίας της. Όλες οι διαδικασίες των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης επιβάλλεται να είναι συμβατές με το Προεδρικό Διάταγμα 148/2007 - ΦΕΚ 191/Α'/ 10.8.2007 «Κωδικοποίηση των διατάξεων κανονιστικών διαταγμάτων και κανονιστικών υπουργικών αποφάσεων της εθνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά». Οι σκοποί και στόχοι των Προγραμμάτων Υποκατάστασης που υλοποιούνται εντός των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας, καθώς και διάφορα λειτουργικά θέματα, περιγράφονται στην Υπουργική

Απόφαση Αριθμ. Υ5γ/Γ.Π.οικ.100847 - ΦΕΚ 1343/ Β'/14.10.2002 περί «Άδειας χορήγησης ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης από τον Οργανισμό Καταπολέμησης Ναρκωτικών» όπου περιγράφονται ως εξής (ΦΕΚ Α' 191-2007 Κεφάλαιο Ι')

4.2.2 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ:ΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Η διοίκηση του Ο.ΚΑ.ΝΑ αποτελείται από 15 (δεκαπέντε) μέλη, τα οποία διορίζει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκ των οποίων είναι απαραίτητο τα 4 (τέσσερα) πρόσωπα να έχουν επιστημονικό υπόβαθρο, έναν εκπρόσωπο την ελληνικής εκκλησίας και ένα πρόσωπο που θα αντιπροσωπεύει το Υπουργείο Υγείας, Παιδείας, Δημόσιας Τάξης, τα οποία προτείνονται από τους εκάστοτε υπουργούς, έναν εκπρόσωπο της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε και έναν εκπρόσωπο από τις κοινότητες αποθεραπείας.

Ο Γενικός Διευθυντής του οργανισμού μπορεί να συμμετάσχει στις συναντήσεις του Διοικητικού Συμβουλίου χωρίς το δικαίωμα ψήφου για την λήψη αποφάσεων. Ο τρόπος αμοιβής του Προέδρου και των μελών του Δ.Σ., καθορίζεται μετά από απόφαση συνεργασίας των Υπουργείων Οικονομίας και Υγείας, ενώ ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ο τρόπος που λαμβάνεται η απόφαση για τον Πρόεδρο του Δ.Σ. είναι με πρόταση του Υπουργείου Υγείας, από το Υπουργικό Συμβούλιο. . (ΦΕΚ Α' 119-1993)

Η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου του οργανισμού την παρούσα περίοδο έχει ως εξής

Πρόεδρος: Καφετζόπουλος Ευάγγελος, Νευρολόγος και Ψυχίατρος

Αντιπρόεδρος: Φωτόπουλος Δήμος, Ψυχίατρος

5 Τακτικά Μέλη: Κούμπουλας Παναγιώτης, Πρόεδρος Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης Ναρκωτικών, Υφαντής Θωμάς, Ψυχίατρος, Λαϊνάς Σωτήριος, Ψυχολόγος και Διδάκτορας Ψυχολογίας, Χαμτζούδης Νικόλαος, Δικηγόρος στον Άρειο Πάγο, Κωνσταντίνος Ασκούνης, Πρόεδρος Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδος

5 Αναπληρωτές: Φωτόπουλος Δήμος, Ψυχίατρος, Σταματόπουλος Γεώργιος, Αναπληρωτής Πρόεδρος Σ.Ο.Δ.Ν, Μπότση Χρυσούλα, Ιατρός Πνευμονολόγος, Ζαβογιάννη Ηρώ, Πολιτικός Επιστήμονας και κάτοχος μεταπτυχιακού ειδίκευσης στην Πολιτική Επιστήμη & Κοινωνιολογία, Βερροίου Αθηνά, Δικηγόρος, Εμμανουήλ Σκουλάκης, Εκπρόσωπος ΚΕΔΕ

Γενικός Διευθυντής: Δημήτριος Πλατανιάς, Οικονομολόγος

(OKANA)

Τα Διοικητικά Συμβούλια σύμφωνα με του βασικούς τομείς ολοκληρωμένης πολιτικής λειτουργίας του οργανισμού, οι οποίοι είναι αρχικά η πρωτογενής πρόληψη, η δευτερογενής πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση στα νεαρά άτομα. Επιπλέον, η θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων και η προετοιμασία για επαγγελματική, κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων που έκαναν απεξάρτηση.(Κοκκέβη, 2004) Η Διοίκηση έχει αναλάβει δράση τα τελευταία χρόνια λειτουργίας του οργανισμού εξετάζει και ψηφίζει πολλά θέματα προς βελτίωση και αποτελεσματικότητα λειτουργίας. Κάποια από τα βασικά ζητήματα που εξετάζονται είναι τα εξής:

- Αναδιάρθρωση διοικητικών υπηρεσιών
- Αναδιάρθρωση οικονομικών υπηρεσιών
- Εξέταση και διαχείριση με σκοπό να μην γίνονται άσκοπες δαπάνες
- Παροχή χρημάτων σε δομές που υπολείπονται σε εξοπλισμό και τεχνολογική υποστήριξη
- Συμπλήρωση ελλείψεων σε επίπεδο προσωπικού με στόχο την αναβάθμιση και τις καλύτερες προσφερόμενες υπηρεσίες
- Βάση της Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας που έχει υπογραφεί να υπάρχει καλή συνεργασία σε επίπεδο επαγγελματικών σχέσεων
- Εισηγήσεις και προτάσεις για ίδρυση νέων δομών στους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, έτσι ώστε να καλύπτει μεγαλύτερο εύρος εξαρτημένων ατόμων ή και να προλαμβάνει την εξάρτηση (OKANA, 2006)

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όλο το προσωπικό για να λειτουργήσει ορθά και αποτελεσματικά μια μονάδα είναι απαραίτητο να έχει ψυχίατρο, παθολόγο ή γενικό γιατρό, νοσηλευτές, κλινικό ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, υπάλληλο γραμματείας, φαρμακοποιό, φύλακες ασφαλείας, υπάλληλο καθαριότητας, προγραμματιστές, εκπαιδευτές προσωπικού, συνεργείο καθαριότητας, εθελοντές και εκπαιδευόμενους προπτυχιακούς φοιτητές και συνεργείο συντήρησης. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας απαιτείται να έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

- **Ψυχίατρος:** οι αρμοδιότητες έχουν να κάνουν κυρίως με το φαρμακευτικό μέρος της θεραπείας

της υποκατάστασης, ενώ του ανατίθεται η αρμοδιότητα του διοικητικά και επιστημονικά υπεύθυνου της ομάδας των επαγγελματιών. Όμως, μέρος της εργασίας του είναι να λειτουργεί και ως πρόσωπο αναφοράς για κάποιο αριθμό ασθενών καθώς επίσης και η αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία. Αν ο ψυχίατρος έχει γνώσεις πάνω στην ψυχοθεραπεία μπορεί να χρειαστεί να προσφέρει αυτές του τις υπηρεσίες.

- **Παθολόγος ή Γενικός Ιατρός:** προσφέρει τις υπηρεσίες του σχετικά με την ιατρική φρονίδα των ασθενών, ωστόσο, μπορεί να χρειαστεί να είναι αυτός ο επιστημονικά και διοικητικά υπεύθυνος της μονάδας, μόνο εάν εργάζεται καθημερινά στην εκάστοτε μονάδα και δεν χρειάζεται να επισκέπτεται περισσότερες.
- **Νοσηλεύτες:** χρειάζεται να είναι παραπάνω από έναν και υποχρέωση τους είναι να χορηγούν στους ασθενείς τα φάρμακα υποκατάστασης και τον τοξικολογικό έλεγχο. Σε περίπτωση που ένας από την νοσηλευτική ομάδα έχει Πανεπιστημιακή εκπαίδευση ή και επιστημονικές γνώσεις στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, τότε πιθανότατα να αναλάβει την θέση του υπεύθυνου την ομάδας αυτής με σκοπό τον συντονισμό και την καλή λειτουργία της.
- **Κλινικός Ψυχολόγος:** είναι το πρόσωπο αναφοράς για κάποιο αριθμό ασθενών και έχει να ασχοληθεί με την συμβουλευτική και την ψυχολογική αξιολόγηση των ασθενών. Ακόμα, προσφέρει τις υπηρεσίες του εφαρμόζοντας τεχνικές γνωσιακές/ συμπεριφορικές τεχνικές και ομαδικής ή συστημικής θεραπείας, αν έχει εμπειρία και εκπαίδευση για αυτό.
- **Κοινωνικός Λειτουργός:** χρειάζεται να αναλαμβάνει την ενημέρωση και διεκπεραίωση προνοιακών θεμάτων καθώς επίσης και ασχολείται με τα κοινωνικά, επαγγελματικά θέματα των ασθενών. Λειτουργεί και ο ίδιος ως πρόσωπο αναφοράς για ορισμένο αριθμό ασθενών. Προσφέρει επίσης υπηρεσίες συμβουλευτικής και εφόσον έχει και ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση δύναται να προσφέρει και τέτοιου είδους υπηρεσίες.
- **Φαρμακοποιός:** χρειάζεται να έχει τον έλεγχο και την διαχείριση των φαρμάκων υποκατάστασης, έχοντας να ασχοληθεί για την νομιμότητα όλων των σχετικών διαδικασιών. Μπορεί ακόμα να εξυπηρετεί περισσότερες από μία μονάδες, βάση και μετά από απόφαση της διοίκησης.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως καθώς κάποιες από τις ειδικότητες δεν είναι σταθερές σε μια μονάδα αλλά εξυπηρετούν παραπάνω, τότε ο ίδιος ο οργανισμός, είναι απαραίτητο να έχει φροντίσει

οι μονάδες να μην λειτουργούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς το απαραίτητο για αυτές προσωπικό. Για παράδειγμα, αν δεν υπάρχει δεύτερος νοσηλευτής σε μια μονάδα, προκειμένου να μην λειτουργήσει σωστά η μονάδα για κάποιο χρονικό διάστημα, θα χρειάζεται η δυνατότητα αντικατάστασης από έναν άλλο επαγγελματία από άλλη μονάδα, μετά από ενημέρωση του σταθερού προσωπικού για τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε μονάδας. Βέβαια, ο αντικαταστάτης πιθανότερα θα προέρχεται από κοντινή και μεγαλύτερη μονάδα στην οποία η έκτακτη απουσία του θα μπορεί να καλυφθεί εύκολα από επαγγελματίες της ίδιας ειδικότητας. Στις περιπτώσεις αυτές ο αντικαταστάτης αναλαμβάνει μαζί με τις υπόλοιπες υποχρεώσεις και τον διοικητικό ρόλο, φροντίζοντας να ασχοληθεί κυρίως με τα θέματα εκείνα που έχουν επείγοντα χαρακτήρα και ενημερώνοντας τον υπεύθυνο για τις ενέργειές του. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ-ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΙ

Η κάθε μονάδα είναι απαραίτητο να λειτουργεί σε αυτόνομο κτίριο ή σε ένα τμήμα κτιρίου και χρειάζεται να τηρεί κάποιες προϋποθέσεις όπως είναι αρχικά η άνετη και εύκολα προσβάσιμη είσοδος, ο χώρος της γραμματείας η οποία χρειάζεται να είναι πλήρως εξοπλισμένη. Ένας ξεχωριστός χώρος για το γραφείο του θεράποντος ιατρού, ένας άνετος χώρος όπου να χρησιμοποιείται ως χώρος αναμονής, ένας ακόμα ξεχωριστός χώρος για τις ατομικές συναντήσεις των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας, χώρο χορήγησης, ο οποίος χωρίζεται σε χώρο αναμονής χορήγησης και χώρο της νοσηλευτικής υπηρεσίας, χρειάζεται να οροθετούνται από πάγκο και υαλοπίνακα ασφαλείας. Άλλος χώρος για ομαδικές συναντήσεις. Επιπλέον, τουαλέτες κατά προτίμηση ξεχωριστές για άνδρες και γυναίκες ενώ είναι απαραίτητο να διαθέτουν και κλειστό κύκλωμα παρακολούθησης για τη διαδικασία της ουροληψίας και επιπλέον τουαλέτες για το προσωπικό. Χώρος για το σύστημα τοξικολογικού ελέγχου.

Αποθηκευτικοί χώροι όπως χρηματοκιβώτιο, για να φυλάσσονται τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία υποκατάστασης, φαρμακείο. Ωστόσο, κάποιοι χώροι μπορούν να υπάρχουν αν το μέγεθος του κτιρίου το επιτρέπει, όπως για παράδειγμα γραφεία ιατρών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, παθολογικό ιατρείο, παρασκευαστήριο με εξοπλισμό για συντήρηση και παρασκευή τροφίμων και καφέ. Κάποιοι χώροι επιτελούν περισσότερες λειτουργίες στις μικρές μονάδες. Είναι αναγκαίο κάθε μονάδα να διαθέτει επάρκεια σε πάγιο εξοπλισμό και αναλώσιμα.

Το προσωπικό της μονάδας και ο υπεύθυνος ιατρός χρειάζεται να φροντίζουν να διατηρείται ο χώρος σε καλή κατάσταση και να δίνεται προσοχή στην ασφάλεια του χώρου, καθώς επίσης και θα πρέπει να φροντίζουν για την επάρκεια σε αναλώσιμα αλλά και την οικονομική τους διαχείριση. Οι

χώροι πρέπει να αερίζονται και να απολυμαίνονται τακτικά με τη φροντίδα όλων όσων τους χρησιμοποιούν, ενώ το κάπνισμα απαγορεύεται αυστηρά στους εσωτερικούς χώρους. Τέλος, το προσωπικό χρειάζεται να προσπαθεί συνεχώς για την προσβασιμότητα στην εκάστοτε μονάδα και σε σχέση με τον χώρο αλλά και τον χρόνο, δηλαδή, το ωράριο να προσαρμόζεται σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών, βέβαια στα πλαίσια που επιβάλει το ωράριο εργασίας της μονάδας.(ΟΚΑΝΑ 2012)

4.2.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Βασικό χαρακτηριστικό του Προγράμματος Υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών και η μείωση των προβλημάτων που επιφέρει αυτή, όπως είναι προβλήματα κοινωνικά, υγείας, ενώ βασικό είναι και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Επιπλέον στόχος σίγουρα παραμένει η μείωση της βλάβης και η σταθεροποίηση ενός τρόπου ζωής, που θα επιφέρει την βελτίωση οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, αλλά και προσανατολισμό προς την εκπαίδευση και την επαγγελματική αποκατάσταση. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2014)

Οι παροχές στην φαρμακευτική θεραπεία είναι ο συνδυασμός ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και θεραπείας της ψυχιατρικής και σωματικής συνοσηρότητας. Οι τύποι θεραπείας που χρησιμοποιούνται σε τέτοιου είδους προγράμματα είναι η ιατρική, ψυχιατρική αντιμετώπιση και η ατομική, υποστηρικτική συμβουλευτική, βέβαια δίνεται μεγάλο βάρος στην πρόληψη της υποτροπής. Ωστόσο, εκτός από τις υπηρεσίες που παρέχονται εντός της κάθε μονάδας, σημαντικό ρόλο έχει και η συνεργασία με εξωτερικές υπηρεσίες, συνήθως για ιατρικά και ψυχιατρικά ζητήματα. Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης με υποκατάστατα, η οποίοι διακρίνονται βάση της κύριας φαρμακευτικής ουσίας που χορηγείται: 1) εφαρμογή θεραπείας υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη και 2) εφαρμογή θεραπείας υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης την βουπρενορφίνη.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως υπάρχουν περιπτώσεις αλλαγής υποκατάστατου ανάλογα βέβαια την φάση της θεραπεία που βρίσκεται το άτομο. Ακόμα, χρειάζεται να είναι ξεκάθαρο πως η θεραπεία αυτή δεν ενδείκνυται για όλα τα άτομα, αφού βασικές προϋποθέσεις για την συμμετοχή σε ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Η επιλογή αυτής της υπηρεσία μπορεί να είναι κατάλληλη για χρόνιους και βαριά εξαρτημένους χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν από «στεγνά» προγράμματα και η θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα μπορεί να καταστεί πιο κατάλληλη για αυτούς.(Υπουργείο Υγείας, 2011)

Η θεραπεία της υποκατάστασης με μεθαδόνη είναι πιο αποτελεσματική στο πλαίσιο προγραμμάτων μακροχρόνιας συντήρησης παρά βραχυχρόνιων προγραμμάτων προσανατολισμένων στην αποχή και την αποτοξίνωση. Η συγκράτηση των ατόμων που συμμετάσχουν στο πρόγραμμα αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα της επιτυχούς θεραπείας με στόχο την μείωση της βλάβης,

ενώ ταυτόχρονα η ψυχοθεραπευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη δεν εξαρτάται από την ποσότητα της αλλά από τον χαρακτήρα της και στην επιλογή καταλληλότερης παρέμβασης είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη η σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Τέλος, οι μη πελατιοκεντρικές παρεμβάσεις, με στόχο την κινητοποίηση, φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές. (Παπαχριστόπουλος-Σαμαρτζή, 2012)

Τα προγράμματα ,έχουν αποδειχθεί μέσα από έρευνες, ότι μειώνουν αυξάνουν τα επίπεδα ψυχικής και σωματικής υγείας, μειώνουν την χρήση παράνομων ουσιών και είναι αποτελεσματικά στην κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων που είναι υπό θεραπεία σε αυτά. Φαίνεται ακόμα, ότι ο μειωμένος χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα έχει ως επακόλουθο την επιστροφή στην προβληματική χρήση ουσιών.(Κωνσταντίνου-Παπαδοπούλου, 2014)

Η διαδικασία της θεραπείας στο πρόγραμμα έχει αρχικά τον κατάλογο προτεραιότητας και κατά εξαίρεση εισαγωγές και στην συνέχεια

1. Υπηρεσία Υποδοχής, ενημέρωσης και Προσανατολισμού

Φάση προεισαγωγής: Επιλογή αριθμού ασθενών σε σχέση με τις κενές θέσεις, δημιουργία φακέλων με πλήρη στοιχεία, παραπομπή για ιατρικό έλεγχο και ομαδικές ενημερωτικές συναντήσεις.

2. Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας

α) Φάση εισαγωγής: Σε σχέση με τους ασθενείς, ελαχιστοποίηση συμπτωμάτων απόσυρσης και σταθεροποίηση του φαρμάκου. Αποχή από παράνομη χρήση, έλεγχος ούρων, εμπλοκή με προσωπικό για εκτίμηση ιατρικών, ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών θεμάτων. Τέλος, ικανοποίηση βασικών αναγκών για τροφή, στέγη και ασφάλεια

β) Φάση αποκατάστασης: Τα θεραπευτικά θέματα που δουλεύονται με διάφορους τρόπους είναι, οικογενειακά, ιατρικά, νομικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά. Η χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών και τυχόν συνυπάρχουσες διαταραχές.

γ) Φάση υποστηρικτικής φροντίδας: Τα θεραπευτικά θέματα συνεχίζουν να είναι τα ίδια με την φάση της αποκατάστασης, αλλά πια σε επίπεδο παρακολούθησης ή επίλυσης αυτών.

δ) Φάση ιατρικά επιτηρούμενης απόσυρσης: Τα θεραπευτικά θέματα εξετάζονται για περιπτώσεις ατόμων που δεν είναι έτοιμα να συνεχίσουν στην επόμενη φάση, αλλά πρέπει να γυρίσουν στην προηγούμενη. Μειώνεται η δοσολογία του φαρμάκου.

Δομές Συνταγογράφησης

Φάση ιατρικής συντήρησης: Η διατήρηση της σταθερότητας των θεραπευτικών θεμάτων που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Η δοσολογία μειώνεται σημαντικά.

3. Κοινωνική Επανάταξη

Φάση συνεχιζόμενης φροντίδας: Στόχοι της φάσης αυτής είναι η σωματική υγεία, η ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων, η εργασία, η εκπαίδευση, η κοινωνική δικτύωση και η πρόληψη υποτροπών.

(OKANA, 2012)

Σημαντικό και καταλυτικό ρόλο στην διαδικασία της θεραπείας παίζει η θεραπευτική σχέση, σύμφωνα με την Μάτσα, εφόσον στηρίζεται στις αρχές και τα όρια του εκάστοτε πλαισίου. Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται ως θεραπευτικό εργαλείο για να γίνει σωστή χρήση της, ενώ το εξαρτημένο άτομο σε αυτή την σχέση έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο για την θεραπεία του. Σιγά σιγά επεξεργάζεται την σκέψη του, να εκφράζει τον δικό του λόγο συγκροτημένα και γενικότερα βρίσκεται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση με τον θεραπευτή. Ωστόσο, όπως είναι φυσικό κάποια πράγματα δεν μπορούν να λέγονται, για αυτό τον λόγο είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να εμπνέει εμπιστοσύνη και να δεσμεύεται ηθικά ο ίδιος, όχι μόνο ως προς το απόρρητο, για ότι πρόκειται και για ότι έχει ήδη ειπωθεί. (Μάτσα, 2013)

Ο θεραπευτής είναι χρήσιμο να δείχνει με την στάση του πως πιστεύει στην αλλαγή, στην ικανότητα του εξαρτημένου ατόμου να μάθει νέα πράγματα, να θέσει καινούργιους στόχους, να γνωρίσει τον εαυτό του. Ο ρόλος του έχει δυο πλευρές αρχικά, θεραπευτικός, τονίζοντας την ιστορία του ατόμου και την δυνατότητα αλλαγής, επιδιώκοντας μέσα από την διαδικασία αυτή να εκφράσει τα συναισθήματα του, τις σκέψεις του και να γνωρίσει τις δυνατότητες του. Η δεύτερη πλευρά είναι να είναι παιδαγωγικός, δηλαδή να δίνει έμφαση και να εξετάζει την συμπεριφορά του εξαρτημένου ατόμου. (Μάτσα, 2013)

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται ότι ο αριθμός θέσεων σε θεραπεία υποκατάστασης και εξαρτημένων που δέχονται υπηρεσίες, φαίνεται να μην καλύπτονται οι ανάγκες των ατόμων που κάνουν αίτηση για θεραπεία σε μονάδες υποκατάστασης. Μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα στις πιο μεγάλες πόλεις όπως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Ο αριθμός των αιτούντων για θεραπεία στα προγράμματα υποκατάστασης είναι 7.894 άτομα, από τα οποία τα 2.500 έχουν κληθεί αλλά δεν ανταποκρίθηκαν για διάφορους λόγους όπως θάνατος, φυλάκιση ή αλλαγή κατοικίας. Το μεγαλύτερο

ποσοστό αυτών των αιτούντων βρίσκεται στην Αθήνα και τον Πειραιά. Για τις υπόλοιπες μονάδες υποκατάστασης βουπρενομορφίνης που λειτουργούν σε διάφορες πόλεις της περιφέρειας υπάρχει ξεχωριστή λίστα αναμονής μικρότερου μεγέθους. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2011)

4.2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ-ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη αναφορικά με την εξάρτηση χρειάζεται να ρίχνει το βλέμμα σε όλους τους παράγοντες και τις αιτίες που την προκαλούν πριν ακόμα αυτή ξεκινήσει να υπάρχει στο εκάστοτε άτομο. Στον τομέα αυτό είναι αναγκαίο να υπάρχει ακριβής και επιστημονική ενημέρωση προς τους ενδιαφερόμενους έτσι ώστε να δημιουργηθούν νέες στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στο ζήτημα καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου. (Μουτζουράτος-Παπαδόπουλος, 2009)

Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητο να τονιστεί πως δεν είναι μια διαδικασία που μπορεί να λειτουργήσει με τεχνοκρατικό τρόπο και προκατασκευασμένα προγράμματα Δεν συμβάλει καθόλου στην πρόληψη η καλλιέργεια ενός κλίματος φόβου της τοξικομανίας, μέσα από τον φόβο δεν έρχεται η ανάπτυξη του κριτικής σκέψης και της ελεύθερης απόφασης. (Μουτζουράτος-Παπαδόπουλος, 2009)

Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα η εφαρμογή της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του '80 με τα προγράμματα πρόληψης από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και στη συνέχεια από το ΕΠΙΨΥ. Σκοπός ήταν η πρόληψη από την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μέσα από την ανάπτυξη δεξιοτήτων προς βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Σε εθνικό επίπεδο η πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια έγινε το 1995 από τον ΟΚΑΝΑ με το σχεδιασμό και την ίδρυση των πρώτων Κέντρων Πρόληψης σε αρκετούς νομούς της χώρας. (Μπαφή, 2011)

ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΚΑΙ ΤΟΜΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Στην πρωτογενή πρόληψη αναφορικά με το θέμα των εξαρτησιογόνων ουσιών, ο τρόπος προσέγγισης και ενημέρωσης του φαινομένου εξαρτάται σημαντικά από την υπηρεσία που θέτει σε εφαρμογή την πρόληψη καθώς επίσης και από την στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στο συγκεκριμένο θέμα. Βασικοί άξονες είναι η παρέμβαση στους παθολογικούς παράγοντες, η παρακολούθηση και παρέμβαση στους περιβαλλοντικούς λόγους που ωθούν το κάθε άτομο στην εξάρτηση. Σε αυτό το κομμάτι πρόληψης είναι απαιτούμενη η ακολουθία της εθνικής στρατηγικής, η οποία έχει ως πρωταρχικούς στόχους την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την απαλοιφή και εξαφάνιση προκαταλήψεων και λανθασμένης ή μη ολοκληρωμένης ενημέρωσης για το ζήτημα. Επίσης, αποβλέπει στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Εν συνεχεία αποβλέπει σε παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως για παράδειγμα ανέργους, μετανάστες, παιδιά εξαρτημένων

ατόμων και παιδιά με παραβατική συμπεριφορά. Η βελτίωση και δραστηριοποίηση του κάθε ατόμου σε επίπεδο κοινότητας, με απώτερο σκοπό την συμμετοχή σε κοινωνικά πολιτισμικά θέματα και όχι μόνο για κινητοποίηση όλων των ατόμων που ανήκουν σε αυτή. Βέβαια, απαιτείται και η συνεργασία με τοπικούς φορείς σε πολλές περιπτώσεις για την πραγματοποίηση αυτών. (Gossop-Grant , 1990)

Η **δευτερογενής πρόληψη** ασχολείται με τη θεραπεία και την αποκατάσταση και η **τριτογενής πρόληψη** με την κοινωνική επανένταξη και την πρόληψη της υποτροπής. Με σκοπό να εφαρμοστούν και τα δυο αυτά επίπεδα πρόληψης είναι αναγκαίο να λειτουργούν αρκετά και διαφορετικού τύπου θεραπευτικά προγράμματα, έτσι ώστε να καλύπτουν όλο των αριθμό των ενδιαφερόμενων αλλά και τις ανάγκες του κάθε ένα από αυτούς. Επιπλέον, είναι ανάγκη να διασφαλίζεται η ισότιμη κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση καθώς επίσης και η εξάλειψη του κοινωνικού στερεοτύπου. (Μουτζουράτος-Παπαδόπουλος, 2009)

Σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν το 2009, τα Κέντρα πρόληψης στην χώρα έθεσαν σε εφαρμογή παρεμβάσεις που απευθύνονταν:

- **Στην σχολική κοινότητα**

Συγκεκριμένα σε βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς, η εφαρμογή των παρεμβάσεων σε αυτό το πλαίσιο, έχει να κάνει με την εκπαίδευση των νηπιαγωγών και βρεφονηπιοκόμων για θέματα συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, πρόληψης και υποστήριξη και ενημέρωση αναφορικά με τον ρόλο τους ως παιδαγωγό.

Σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, όπου ως στόχος τίθεται η ευαισθητοποίηση, η ενημέρωση και η ανάπτυξη δεξιοτήτων σχετικά με την πρόληψη εξαρτήσεων και η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες μέσα από παιχνίδια και ομάδες μουσικής και θεάτρου. Ταυτόχρονα πραγματοποιούνται εκπαιδευτικά σεμινάρια και γίνονται συναντήσεις υποστήριξης για το θέμα που απευθύνονται στους δάσκαλους και καθηγητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση, όπου τα Κέντρα Πρόληψης έρχονται σε επαφή με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και διοργανώνουν σεμινάρια και συναντήσεις για την ενημέρωση των φοιτητών ως προς την πρόληψη των εξαρτήσεων από ουσίες.

- **Στην οικογένεια**

Πραγματοποιούνται κύκλοι συναντήσεων είτε μεμονωμένες με μικρή ή μεγάλη διάρκεια με στόχο την ενημέρωση, τον προβληματισμό και την ανταλλαγή απόψεων των γονέων σχετικά με την

πρόληψη, την διαπαιδαγώγηση και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Ακόμα, πραγματοποιούνται παρεμβάσεις εκπαίδευσης, με την μορφή σεμιναρίων και σχολών γονέων με στόχο την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των μελών των οικογενειών τους και την ενίσχυση των γονέων για τον ρόλο τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι συναντήσεις αυτές έχουν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων και η σύνθεση των ομάδων γίνεται βάση των ηλικιών των παιδιών που έχει ο κάθε γονέας.

- **Στην κοινότητα**

Συνεργασία με Τοπικούς Φορείς η οποίοι έρχονται με παιδιά και νέους, όπως για παράδειγμα είναι προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, κατασκηνώσεις και δημοτικές βιβλιοθήκες. Η πραγματοποίηση των παρεμβάσεων έχει ως βάση την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των νέων και την συμμετοχή σε δραστηριότητες. Ακόμα, τα Κέντρα έρχονται σε επαφή με τοπικές μονάδες Ενόπλων Δυνάμεων, στις οποίες γίνονται συναντήσεις με στρατευμένους και όχι μόνο με στόχο την ενημέρωση για την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες.

- Σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες
- Σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα
- Σε μειονοτικές ομάδες(ΕΚΤΕΠΝ, 2009)

Αναλυτική καταγραφή Κέντρων Πρόληψης των εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας:

Στην περιφέρεια Αττικής:

- Κέντρο Πρόληψης Δ. Νέας Ιωνίας «Ίριδα»
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Νέας Σμύρνης & Αγ. Δημητρίου «Ήλιος»
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων- Καματερού, Αγίων Αναργύρων «Φαέθων»
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Ηλιούπολης, Δάφνης-Υμηττού
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Αιγάλεω, Αγίας Βαρβάρας, Χαϊδαρίου «Άρηξίς»
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Καλλιθέας, Μοσχάτου-Ταύρου, «Σταθμός»
- 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. Ελληνικού-Αργυρούπολης-Αλίμου-Γλυφάδας
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Ελληνικού-Αργυρούπολης-Αλίμου-Γλυφάδας (παράρτημα Αλίμου)
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Ελληνικού-Αργυρούπολης, Αλίμου, Γλυφάδας (παράρτημα Γλυφάδας)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Παλλάς Αθηνά» (1^ο Διαμέρισμα)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Πρόμαχος» (2^ο Διαμέρισμα)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Προναία» (3^ο Διαμέρισμα)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Αφαία» (4^ο Διαμέρισμα)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Πολιάς» (5^ο Διαμέρισμα)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Εργάνη» (6^ο Διαμέρισμα)
- Κέντρα Πρόληψης Δ. Αθηναίων «Αθηνά Υγεία» - Κέντρο Πρόληψης «Αθηνά Πολύβουλος» (7^ο Διαμέρισμα)

Στην περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Βοιωτίας «Πρόταση Ζωής»
Παράρτημα Θηβών
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Ευβοίας
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Ευρυτανίας «Αλκυόνη»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Φθιώτιδας «ΚΕ.Π.Ε.Π.Ψ.Υ»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Φωκίδας «Διαδρομή»

Στην περιφέρεια Πελοποννήσου:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Αργολίδας «Ελπίδα Ζωής»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Αρκαδίας «Ανέλιξη»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Κορινθίας «Δίοικος»

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Λακωνίας «Δίαυλος»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Μεσσηνίας «ΚΕ.Π.Ε.Π.Ψ.Υ.»

Στην περιφέρεια Βορείου Αιγαίου:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Λέσβου «Πνοή» (*Μυτιλήνη*)
- Κέντρο Πρόληψης «Πολιόχνη» (*Λήμνος*)
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Σάμου «Φάρος»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Χίου

Στην περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Κυκλάδων «Θησέας Κυκλάδων» (Σύρος)
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Κυκλάδων «Θησέας Κυκλάδων» (Πάρος)
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Δωδεκανήσου «Ιπποκράτης» (Κως)
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Δωδεκανήσου «Δίοδος» (Ρόδος)

Στην περιφέρεια Κρήτης:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ηρακλείου «ΚΕΣΑΝ»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ρεθύμνου
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε Χανίων

Στην περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας:

Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- Κέντρο Πρόληψης Δ. Καλαμαριάς «Ελπίδα»
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Θεσσαλονίκης «Σείριος» (Κεντρικός Τομέας)
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Θεσσαλονίκης «Σείριος» (Ανατολικός Τομέας)
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Αμπελοκήπων-Μενεμένης «Δίκτυο Άλφα»
- Κέντρο Πρόληψης Δ. Νεάπολης-Συκεών «Πυξίδα»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ημαθίας «Πρόσβαση»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Κυκλίας «Νηρέας»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Πέλλας «Όραμα»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Πιερίας «Άτρακτος»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Σερρών «Όασις»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Χαλκιδικής «Πνοή»

Στην περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Γρεβενών «Ορίζοντες»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Καστοριάς «Διέξοδος»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Κοζάνης «Ορίζοντες»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Φλώρινας

Στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Δράμας «Δράση»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Έβρου «Ελπίδα»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Καβάλας
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ξάνθης «Έκφραση»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ροδόπης «Ορφέας»

Στην περιφέρεια Ηπείρου:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Άρτας «Κ.Π.Ν. Άρτας»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Θεσπρωτίας «Αριάδνη»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ιωαννίνων «Σχεδία»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Πρέβεζας «ΚΕ.ΠΡΟ.ΝΑ.Π.»

Στην περιφέρεια Θεσσαλίας:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Καρδίτσας «Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Λάρισας «Ορφέας»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Μαγνησίας «Πρόταση Ζωής»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Τρικάλων «Κοινωνικής Παρέμβασης Τρικάλων»

Στην περιφέρεια Ιονίων Νήσων:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ζακύνθου «Η Στοργή»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Κέρκυρας «Νίκος Μώρος»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Κεφαλληνίας & Ιθάκης «Απόπλους»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Λευκάδας «Δίαυλος»

Στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας:

- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Αιτωλοακαρνανίας «Οδυσσέας»
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Αχαΐας
- Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Ηλείας «Παρεμβάσεις»

(Υπουργείο Υγείας, 2011)

ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Με τον όρο «μείωση της βλάβης» γίνεται αναφορά στις εξαρτήσεις και στην πράξη έχει άμεση συσχέτιση με την υιοθέτηση στάσεων και πράξεων που στοχεύουν στην μείωση των κοινωνικών, υγείας εκπτώσεων που μπορεί να επιφέρει η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Αποτελεί κύριο κομμάτι πολιτικής αντιμετώπισης για τα ναρκωτικά σε πολλές χώρες παγκοσμίως. (Γαζγαλιδής, 2005)

Η συγκεκριμένη στρατηγική για την αντιμετώπιση της χρήσης στοχεύει στην χρήση με πιο ασφαλείς τρόπους και προσπάθεια απομάκρυνσης και διαχείριση αυτής. Έχει την ιδιαιτερότητα ότι στοχεύει μεταξύ άλλων και στο εδώ και τώρα, δηλαδή έρχεται σε επαφή με όσων κάνουν χρήση στο σημείο που βρίσκονται για παροχή πληροφοριών και υλικής στήριξης για ασφαλή χρήση. Είναι ξεκάθαρο πως δεν έχει σχεδιαστεί, ούτε υπάρχει ένα συγκεκριμένο μοτίβο ή πρόγραμμα που έχει να ακολουθήσει αυτή η στρατηγική, ως βασικό στοιχείο αποτελεί η άμεση κάλυψη των αναγκών των χρηστών. Μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μια στάση κοινωνικής δικαιοσύνης. (EMCDDA, 2012)

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επιβεβαιώνει σε έκθεση της ου 2007 ότι ο περιορισμός των επιβλαβών συνεπειών των ναρκωτικών αποτελεί στόχο δημόσιας υγείας σε 27 χώρες. σημασία του περιορισμού της διάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων, της μείωσης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από υπερβολική δόση ή άλλων επιβλαβών συνεπειών. Πιο αναλυτικά, αποσκοπούν στην υιοθέτηση επιστημονικά τεκμηριωμένων προσεγγίσεων, ενώ είναι φανερό η αύξηση του αριθμού των χρηστών ναρκωτικών που παρακολουθούν προγράμματα απεξάρτησης η έρχονται και μόνοι τους σε επαφή με αυτά, σε όλη την Ευρώπη. (EMCDDA, 2012)

ΣΤΟΧΟΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι πρακτικές των προγραμμάτων που εφαρμόζουν την μείωση της βλάβης επιδιώκουν να προσεγγίσουν τους χρήστες και να του παρέχουν υπηρεσίες καθώς επίσης και ενημέρωση για την ύπαρξη των προγραμμάτων και αν θελήσουν την ένταξή τους σε αυτά. Αυτό μπορεί να γίνει με συγκεκριμένους τρόπους οι οποίοι είναι η παρεμβάσεις εκτός δομών σε σημεία συνάντησης χρηστών είτε σε ειδικές υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου. Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι που θέτονται είναι:

- Η παροχή ιατρικής βοήθειας, σε επίπεδο πρόληψης από μολυσματικές ασθένειες και σε περιπτώσεις που χρειάζεται η παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες υγείας, επιπλέον παροχή ανταλλαγής συρίγγων, διανομής δωρεάν προφυλακτικών και χορήγηση υποκατάστατων.

- Η ενημέρωση για τις παροχές των θεραπευτικών προγραμμάτων και τον τρόπο λειτουργίας τους, με σκοπό την δημιουργία κινήτρου για την ένταξή τους σε αυτά.
- Η προσπάθεια μείωσης της εγκληματικότητας που συσχετίζεται με την χρήση ναρκωτικών ουσιών. (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2012)

ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

- ΟΚΑΝΑ, Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, Μονάδα Άμεσης Βοήθειας 28 και Υποστήριξης
- ΚΕΘΕΑ, Πρόγραμμα Άμεσης Πρόσβασης, ΝΟΣΤΟΣ και ΕΞΕΛΙΞΙΣ
- Γιατροί του Κόσμου, Πρόγραμμα Δρόμοι της Αθήνας
- PRAKSIS Μ.Κ.Ο, Πρόγραμμα Ανάπτυξης, Κοινωνικής Στήριξης και Ιατρικής Συνεργασίας.

Αναλυτικότερα , παρέχεται ενημέρωση αναφορικά με τις μολυσματικών ασθένειες μέσα από τις τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ. Αξίζει να σημειωθεί πως τα προγράμματα υποκατάστασης στοχεύουν μεταξύ άλλων στον περιορισμό της βλάβης από χρήση οπιούχων με μακροπρόθεσμη χορήγηση υποκατάστατων (ΟΚΑΝΑ, 2002). Οι δυο αυτοί φορείς επίσης είναι υπεύθυνοι για την διοργάνωση σεμιναρίων που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας. Περιπτώσεις υπερδοσολογίας έχει αναλάβει η Κινητή Μονάδα Πρώτων Βοηθειών του ΟΚΑΝΑ (ΕΚΤΕΠΝ, 2009). Με μορφή έντυπου υλικού παρέχονται πληροφορίες σχετικά με το θέμα από τις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ και ταυτόχρονα υπάρχει η δυνατότητα συμβουλευτικής στήριξης σχετικά με την ασφαλέστερη χρήση.(ΚΕΘΕΑ, 2012)

Οι υπηρεσίες άμεσων παρεμβάσεων και πρόσβασης απευθύνονται στους χρήστες που δεν που δεν συμμετάσχουν σε θεραπευτικά προγράμματα. Στον τομέα της εκπαίδευσης δραστηριοποιούνται οι φορείς ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ και ΕΞΕΛΙΞΙΣ, Γιατροί του Κόσμου και PRAKSIS, με δουλειά στο δρόμο, συγκεκριμένα οι δράσεις αυτές αποσκοπούν στην κινητοποίηση, στη θεραπεία και στις υπηρεσίες διανομής συρίγγων και προφυλακτικών. Τα προγράμματα λειτουργούν τέσσερα στο κέντρο της Αθήνας, ένα στον Πειραιά και ένα στη Θεσσαλονίκη. (ΕΚΤΕΠΝ, 2009)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Η κοινωνική επανένταξη των είναι βασική φάση για την θεραπεία από την αρχή έως και την ολοκλήρωση του προγράμματος. Καθώς είναι μια τόσο μακρόχρονη διαδικασία και συνεχώς εξελίσσεται η εφαρμογή της φτάνει έως την φάση της Θεραπείας Συντήρησης όπως ορίζεται στον συγκεκριμένο οργανισμό. Οι τρεις βασικές εκτάσεις που περιλαμβάνει η κοινωνική επανένταξη, είναι ο τομέας της εκπαίδευσης, το θέμα της στέγασης και ο τομέας της επαγγελματικής αποκατάστασης. Αυτό συμβαίνει γιατί μεταξύ άλλων λόγων, κάποιοι από αυτούς έχουν να κάνουν με βιοποριστικούς λόγους και για αυτό δεν υπάρχει αναμονή για τέτοιου είδους παροχές. Αποτελεί βασική θέση του ΟΚΑΝΑ το ότι είναι εφικτή η κοινωνική επανένταξη στα πλαίσια της Αποκατάστασης ενός ατόμου το οποίο συνεχίζει να λαμβάνει φαρμακευτική θεραπεία για μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή, χορηγούμενη με απόλυτο σεβασμό στους κανόνες της σωστής ιατρικής πρακτικής και να γίνεται προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης των ατόμων αυτών παράλληλα με τις διαδικασίες φυσικής και ψυχικής αποκατάστασης, με την αυτή λογική σύμφωνα με την οποία δεν απαιτείται από τον ψυχικά ή σωματικά πάσχοντα να διακόψει πρώτα την φαρμακευτική του θεραπεία ώστε να γίνει αποδεκτός από τον κοινωνικό ιστό. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

Επιπρόσθετα, παρατηρείται αδυναμία ίδρυσης δομών κοινωνικής επανένταξης οι οποίες να εξειδικεύονται σε αυτή, εκτός της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, γίνεται προσπάθεια να εφαρμόζεται εντός των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας. Η λειτουργία εξειδικευμένων δομών είναι μεγάλης αξίας, αφού μπορούν να προσφέρουν, εξειδικευμένες υπηρεσίες ολοκληρώνοντας το έργο των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας. Οι δομές αυτές που βρίσκονται στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη, υπάρχει η δυνατότητα να δεχθούν έναν αξιόλογο πληθυσμό που να δικαιολογεί την αυτόνομη λειτουργία, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις οι μικροί αριθμοί των ασθενών που έχουν προχωρήσει επιτυχώς στη φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας θα εξυπηρετούνται από τις μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

Πιο συγκεκριμένα η μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης του οργανισμού λειτουργεί με θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο, από το 2000. Οι σημαντικότεροι και βασικότεροι στόχοι της μονάδας είναι η σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και η προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους. Η διάρκεια του προγράμματος είναι από 12 (δώδεκα) έως 24(είκοσι τέσσερις) μήνες. Ωστόσο, μπορεί και κάποιο μέλος το οποίο δέχεται ακόμα φάρμακο υποκατάστασης να συμμετάσχει, εφόσον παρουσιάζει σταθερή πορεία. Οι παροχές της

μονάδας έχουν να κάνουν με την ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία καθώς και παρακολούθηση της ψυχικής και σωματικής υγείας.

Πραγματοποιείται κινητοποίηση για συμμετοχή σε δραστηριότητες οι οποίες θα παίξουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων, όπως πολιτιστικά και αθλητικά δρώμενα. Επιπλέον, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της μονάδας τα προγράμματα όπως είναι «Επιδότηση Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων». Τέλος, παρέχεται νομική στήριξη που γίνεται προσπάθεια να πετύχει την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου των ατόμων που ολοκληρώνουν επιτυχώς το πρόγραμμα, μέσα από αυτή την προσπάθεια διατηρείται και η επαφή του ατόμου με το πρόγραμμα και εν συνεχεία η αποχή του από τα ναρκωτικά. (ΟΚΑΝΑ, 2012)

Επιπρόσθετα, λειτουργεί από το 2002, το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΚΕΚ) του ΟΚΑΝΑ, στην Αθήνα. Δημιουργήθηκε αργότερα ένα παράρτημα στην Θεσσαλονίκη, για να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων που επιθυμούν να συμμετάσχουν. Για την καλή λειτουργία του υπάρχει συνεχής και συχνή συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας και τους τοπικούς φορείς. Το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης παρέχει υπηρεσίες όπως α) Προκατάρτιση, β) Επαγγελματικής κατάρτισης, γ) Πρακτικής άσκησης, δ) Συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, ε) Προώθησης στην απασχόληση, ζ) Δημιουργικά εργαστήρια, η) Πρακτική Άσκηση Επαγγελματιών Υγείας. Ακόμα, διαθέτει εξοπλισμένες αίθουσες διδασκαλίας με σύγχρονα και τεχνικά μέσα, για την επαγγελματική κατάρτιση των μελών σε διάφορους τομείς όπως

- Νέες τεχνολογίες
- Τεχνικά επαγγέλματα
- Καλλιτεχνικά επαγγέλματα
- Οικολογικά περιβαλλοντικά επαγγέλματα (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2012)

4.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΤΩΝ

Τα στοιχεία που θα αναλυθούν παρακάτω αφορούν μονάδες υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ οι οποίες έχουν σκοπό την μείωση της χρήσης ναρκωτικών και την βελτίωση των κοινωνικών, ψυχοσωματικών προβλημάτων που μπορεί να δημιουργηθούν από αυτή, την προφύλαξη της μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών και την επαγγελματική αποκατάσταση, κοινωνική επανένταξη. Οι μονάδες αυτές έχουν δυο κατηγορίες, σε αυτές που παρέχουν ως υποκατάστατο την μεθαδόνη και σε αυτές που παρέχουν την βουπρενομορφίνη. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν, 2014)

Σύμφωνα με στοιχεία των τελευταίων χρόνων από το Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν το έτος 2010, οι εισαγωγές που πραγματοποιήθηκαν, ανήλθαν στον αριθμό 1.524 ατόμων, ενώ συνολικά παρείχαν υπηρεσίες υποκατάστασης σε 4.800 άτομα. Σύμφωνα με τα ποσοστά, τα προγράμματα βουπρενομορφίνης είχαν μεγαλύτερη έκβαση με 65,4%, ενώ τα προγράμματα μεθαδόνης 34,6%. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν, 2010)

Επιπλέον, από στοιχεία της έκθεσης του 2011, οι νέες εισαγωγές ανήλθαν στις 1.190, ενώ η συνολική δυναμικότητα θέσεων των προγραμμάτων υποκατάστασης ήταν 5.300. Οι μονάδες με υποκατάστατο την βουπρενομορφίνη παρείχαν υπηρεσίες σε λιγότερο ποσοστό ατόμων σε σχέση με τις μονάδες υποκατάστασης με μεθαδόνη και αυτό το έτος. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν, 2011)

Από την Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. το 2012, για 39 από τις 42 μονάδες υποκατάστασης που λειτούργησαν την προηγούμενη περίοδο, η δυναμικότητα αυξήθηκε σε 6.783 άτομα, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια που ήταν μικρότερος αριθμός. Η αναλογία διαφοροποιήθηκε αυτή την χρονιά σε σχέση με την ουσία υποκατάστασης, καθώς βάση ποσοστού, το 32,7% του συνολικού αριθμού συμμετείχε σε πρόγραμμα με μεθαδόνη, ενώ το 67,3% σε πρόγραμμα με βουπρενομορφίνη. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν, 2012)

Το 2013 οι μονάδες κάλυψαν 8.691 θέσεις, αναφορικά με την δυναμικότητα. Το 27,1% των ατόμων συμμετείχαν σε πρόγραμμα με υποκατάστατο την μεθαδόνη και το 72,9% με βουπρενομορφίνη. Αυτή η αλλαγή και αύξηση της βουπρενομορφίνης ξεκίνησε τα προηγούμενα χρόνια με την δημιουργία νέων δομών στην επαρχία, Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν, 2013)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν του 2014, η συνολική δυναμικότητα ήταν 8.309 θέσεις, από τις οποίες το 26,7% συμμετείχε σε μονάδες μεθαδόνης και το 73,3% σε μονάδες βουπρενομορφίνης. Ο συνολικός αριθμός εισαγωγών ανήλθε στα 2.034 άτομα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2014)

Οι έξοδοι και οι αποχωρήσεις από τις μονάδες υποκατάστασης, σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν του 2011, φθάνουν περίπου το 26,5% του συνολικού αριθμού των ατόμων που συμμετείχαν σε μονάδες υποκατάστασης, ωστόσο μια παράμετρος που λαμβάνεται υπόψη είναι ότι γίνεται αναφορά σε προγράμματα μακράς διάρκειας. Συγκεκριμένα οι εξαρτημένοι που αποχώρησαν, την συγκεκριμένη χρονιά, ανήλθαν στους 565. Ως κυριότεροι λόγοι αυτής της διακοπής παρουσιάζονται, η προσωπική αποχώρηση σε μεγαλύτερο ποσοστό, η παραπομπή σε άλλη υπηρεσία, με μικρότερο ποσοστό. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011) Η πλειονότητα των ατόμων στις μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης συνέχισαν προς την ολοκλήρωση του προγράμματος, ενώ οι αποχωρήσεις ήταν περίπου 17,7% του συνολικού αριθμού των ατόμων που παρακολούθησαν τα προγράμματα, το 2013. Από αυτό το ποσοστό, ο μεγαλύτερος αριθμός έλαβε πρόωρο εξιτήριο, ή αποχώρησε με δική του θέληση. Ενώ σε μικρότερα ποσοστά, είναι η παραπομπή σε άλλες μονάδες και η έκτακτη διακοπή για λόγους όπως φυλάκιση. (ΕΚΤΕΠΝ, 2014)

Είναι φανερό τα τελευταία 4 χρόνια η αύξηση του αριθμού των ατόμων η οποία οφείλεται αποκλειστικά στην μεγαλύτερη συμμετοχή του αριθμού στις μονάδες βουπρενομορφίνης, με ποσοστό 106%, ενώ σε μονάδες υποκατάστασης μεθαδόνης μειώθηκε κατά 22% . Ανά την Ελλάδα οι περισσότεροι θεραπευόμενοι το 2011, λάμβαναν υπηρεσίες σε μονάδες της Αθήνας, με ποσοστό 37,9%, το 34,9 % σε άλλες πόλεις της χώρας, ενώ το 27,2% στην Θεσσαλονίκη. Αξίζει να σημειωθεί πως ο αριθμός των ατόμων μειώθηκε, το 2011, σε σχέση με τη προηγούμενη χρονιά, στις υπηρεσίες υποκατάστασης της Αθήνας. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν, 2012)

Αναφορικά με τις λίστες αναμονής, λόγω της γρήγορης εξάπλωσης των μονάδων σε περισσότερες πόλεις, παρατηρείται μείωση του ποσοστού του προβλήματος. Οι μονάδες της Αθήνας έχουν το μεγαλύτερο πρόβλημα στις λίστες αναμονής. Πιο συγκεκριμένα, τα τέλη του 2011, υπήρχαν 4.275 αιτήσεις σε λίστα αναμονής. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν 2012) Το 2012 οι αιτήσεις σε εκκρεμότητα μειώθηκαν και άλλο κυρίως σε μονάδες της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης. (ΕΚΤΕΠΝ 2013) Ένα χρόνο μετά παρατηρείται μείωση της λίστας αναμονής με ποσοστό 5,4 σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά. (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν 2014)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, της παρούσας πτυχιακής εργασίας γίνεται αναφορά στις εξαρτησιογόνες και ναρκωτικές ουσίες καθώς και στις επιπτώσεις που επιφέρει η χρήση τους τόσο στον ίδιο τον χρήστη όσο και στην κοινωνία. Οι σοβαρές επιπτώσεις της χρήσης και της εξάρτησης, όπως παραδείγματος χάρη ο θάνατος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη εξίσου σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Για την αντιμετώπιση του ζητήματος, καθώς πρόκειται για ένα παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο δημιουργεί προβλήματα, εφαρμόζονται στρατηγικές παρέμβασης για τα ναρκωτικά σε Εθνικό επίπεδο σύμφωνα με τις ανάγκες της εκάστοτε χώρας.

Στην συνέχεια εστιάζεται η προσοχή μας στα προγράμματα θεραπείας και πιο συγκεκριμένα στα προγράμματα υποκατάστασης της Ελλάδας, τα οποία πρεσβεύονται κυρίως μέσω του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών. Ασχολείται με την πρόληψη της χρήση και της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, με την φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης χορηγώντας, στα μέλη του προγράμματος, υποκατάστατα μεθαδόνης ή βουπρενομορφίνης. Γίνεται λεπτομερής ανάλυση των συνθηκών λειτουργίας, σύμφωνα με την νομοθεσία και το πλαίσιο λειτουργίας του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Ωστόσο μελετώντας κανείς τα στατιστικά στοιχεία ερευνών των τελευταίων χρόνων, που έχουν πραγματοποιηθεί από το Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, παρατηρούμε ότι ο αριθμός των αιτούντων για την θεραπεία με υποκατάστατα δεν μπορεί να καλυφθεί και για αυτό το λόγο δημιουργούνται μεγάλες λίστες αναμονής για αρκετά μεγάλο διάστημα, το οποίο συμβαίνει κατά κύριο λόγο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι διαπιστώνει κανείς ότι τα προγράμματα χρειάζονται ενίσχυση με την πρόσληψη περισσότερων εξειδικευμένων επαγγελματιών καθώς και με την δημιουργία περισσότερων δομών. Ο σκοπός δημιουργίας αυτών των δομών θα είναι οι πιο στενευμένες παρεμβάσεις στους τομείς της πρόληψης της, της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, της κοινωνικής επανένταξης, της νομικής και επαγγελματικής στήριξης. Επιπλέον η ένταξη στα προγράμματα συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης των θεραπευόμενων, ώστε να λειτουργεί ως αναπόσπαστο κομμάτι της όλης διαδικασίας.

Ένα ακόμα σημαντικό κομμάτι που χρειάζεται περισσότερη βελτίωση είναι η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον εξαρτημένο και η περισσότερη ενημέρωση για το ζήτημα των ναρκωτικών. Θα πρέπει η κοινωνία να αντιληφθεί ότι οι αιτίες πρόκλησης της χρήσης μπορεί να είναι κοινωνικές, ψυχολογικές, περιβαλλοντικές, βιολογικές. Καθώς παίζει σημαντικό ρόλο για την αποδοχή ή την απόρριψη κάθε ατόμου, για αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα κλίμα αποδοχής,

υποστήριξης και την ενίσχυση της προσπάθειας αλλαγής για την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά. Μέσω της αποδοχής αποφεύγεται ο κοινωνικός αποκλεισμός, που ακόμη και στις μέρες μας υφίσταται ο στιγματισμός αυτών των ατόμων.

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

Δ.Σ: Διοικητικό Συμβούλιο

Ε.Π.Ι.Ψ.Υ: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής Υγιεινής

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία

Ε.Κ.Π.Ν.Τ: Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Σ.Υ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ε.Τ.Α.Μ: Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών

Η.Π.Α: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Ι.Κ.Α: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Κ.Ε.Δ.Κ.Ε: Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος

ΚΕ.Θ.Ε.Α: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

Κ.Ν.Σ Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Μ.Κ.Ο: Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός

Ο.Α.Κ: Οργανισμός Αμερικανικών Κρατών

Ο.Η.Ε: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Ο.ΚΑ.ΝΑ: Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Π.Ε: Περιφερειακή Ενότητα

Σ.Ε.Υ.Π: Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Σ.Ο.Δ.Ν: Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών

Τ.Ε.Ι: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Τ.Κ: Ταχυδρομικός Κώδικας

Φ.Ε.Κ: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας)

D.S.M: Diagnostic and Statistical Manual (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο)

E.C.O.S.O.C: Economic and Social Council (Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο)

E.M.A: European Medicines Agency (Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων)

E.M.C.D.D.A: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας)

H.I.V: Human Immunodeficiency Virus (Ανθρώπινος Ιός Ανοσοανεπάρκειας)

INCB: International Narcotics Control Board (Διεθνής Επιτροπή για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών)

LSD: Lysergic acid diethylamide (Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος)

N.I.D.A: National Institute on Drug Abuse (Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ναρκωτικών)

PCP: Phencyclidin (Φαινσουκλύνη)

T.D.I: Treatment demand indicator (Δείκτης Αίτησης Θεραπείας)

W.H.O: World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης, Α. (1994). Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών. Αθήνα: Ακρίτα
- American Psychiatric Association. (2000/2005). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC
- Bennett, P. (Μετάφραση: Κονσουλίδου, Λ.) (2010). Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Πεδίο
- ΕΚΤΕΠΝ. (2011). Κατευθυντήριες Γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ– ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ
- ΕΚΤΕΠΝ. (2011). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ – ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ
- ΕΚΤΕΠΝ. (2012). Ετήσια Έκθεση 2009 , Η Κατάσταση του Προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ– ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ.
- ΕΚΤΕΠΝ. (2013). Ετήσια Έκθεση. Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ– ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ
- ΕΚΤΕΠΝ. (2014). Ετήσια Έκθεση, Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ– ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ
- ΕΚΤΕΠΝ. (2015).Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά Τάσεις και Εξελίξεις. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων <http://www.ema.europa.eu/>
- ΦΕΚ Α΄ 191-2007, Κεφάλαιο Ι΄
- ΦΕΚ Α΄ 119-1993, Κεφάλαιο Ι΄
- ΦΕΚ Α΄ 193-1991, Κεφάλαιο Ι΄
- Γαζγαλίδης, Κ. (2005). Ναρκωτικά εγχειρίδιο για την μείωση της βλάβης. Αθήνα: Εξάντας
- Γρίβας, Κ. (1993). Κάνναβη, μαριχουάνα, χασίς. Αθήνα: Α. Α. Λιβάνης
- Γρίβας, Κ. (2002). Οπιούχα, εξάρτηση και απεξάρτηση. Αθήνα: Α. Α. Λιβάνης

- Gossop, M. , Grant, M. (1990). Κατάχρηση ουσιών Πρόληψη και έλεγχος. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Βήτα
- INCB, Δελτία Τύπου. (2014). UNITED NATIONS INFORMATION SERVICE. Ελληνική έκδοση: ΚΕΘΕΑ
- ΚΕΘΕΑ Προγράμματα και υπηρεσίες. (2012). Αθήνα: Τμήμα ενημέρωσης ΚΕΘΕΑ
- Κοκκέβη, Α. (2004). ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ. Αθήνα: ΟΚΑΝΑ
- Κοκκέβη, Α. , Κίτσο, Γ. , Φωτίου, Α. (2008). Εφηβεία. Συμπεριφορές και ψυχοκοινωνική υγεία. Αθήνα: ΜΕΠΕ
- Kuhar, M. (2011). The Addicted Brain why we abuse drugs, alcohol, and nicotine. United States of America: Pearson Education, Inc.
- Κωνσταντίνου, Ο. , Παπαδοπούλου, Π. (2014). Ψυχική Υγεία Μελών Προγραμμάτων Υποκατάστασης και η Εξέλιξη της σε Βάθος Χρόνου. Αθήνα: Περιοδικό Εξαρτήσεις, Τεύχος 22
- Λεκάκης, Γ. , Λιάππας Ι. (2003). Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, Κέντρο εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την προαγωγή της υγείας. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ - Ο.ΚΑ.ΝΑ
- Μαρσέλος, Μ. (2005). Εξαρτησιογόνες Ουσίες. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Μάτσα, Κ. (2008). Η περίπτωση Ευρυδίκη, Κλινική της τοξικομανίας. Αθήνα: Άγρα
- Μάτσα, Κ. (2013). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές, Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα: Άγρα
- Μουτζουράτος, Δ. , Παπαδόπουλος, Ι. (2009). Πρωτογενής Πρόληψη Παθήσεων, Ένας Οδηγός για Γιατρούς, Πολίτες και Διοικούντες. Αθήνα: Ο.Α.Τ.Υ.Ε
- Μπάφη, Ι. (2009) Στοιχεία για τα Κέντρα Πρόληψης. Αθήνα: ΟΚΑΝΑ – ΕΠΙΨΥ
- N.I.D.A . (2003). Preventing Drug Use among children and adolescents, A research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders. U.S: Department of Health and Human Services

- N.I.D.A. (2014). Drugs, Brain and Behaviour the science of addiction. U.S: Department of Health and Human Services
- OKANA www.okana.gr
- Παπαχριστόπουλος, Ν., Σαμαρτζή, Κ. (2012). Υγεία Ασθένεια και Κοινωνικός Δεσμός. Πάτρα: Orportuna
- Παρασκευόπουλος, Ν. (2013). Νέοι και Ναρκωτικά στη Μετανεωτερική Εποχή. Αθήνα: Εξαρτήσεις Τεύχος 21
- Πουλόπουλος, Χ. (2010). Εξαρτήσεις Οι Θεραπευτικές Κοινότητες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Σταθόπουλος, Π. Α. (2005). Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις. Αθήνα: Παπαζήση
- Sinicola, R. S., Peters- Strickland, T. (Μετάφραση: Μαυρικάκη, Μ. , Κάνιστρας, Κ. , Παναγιωτοπούλου, Ε.). (2008). Βασική Ψυχοφαρμακολογία για ψυχολόγους και ψυχοθεραπευτές. Πάτρα: Γνώση
- TDI. (2013). Δείκτης αίτησης θεραπείας – Δείκτης επικράτησης μολυσματικών ασθενειών, οδηγός συμπλήρωσης. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ - ΕΠΙΨΥ
- Thio, A. (Μετάφραση: Μπαρπάτση, Μ.). (2008). Περικκλίνουσα Συμπεριφορά. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
- Wiessing, L. , Likatavicius, G. , Hendrich, D. , Guarita, B. , M.J. van de Laur, Vicente, J. (2010). Trends in HIV and Hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe. Lisbon, Portugal: E.M.C.D.D.A, Stockholm, Sweden: E.C.D.C.
- www.drugfreeworld.org
- Χαραλαμίδης, Ε. (2003). ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ-OKANA
- Υπουργείο Υγείας. (20/6/2011). Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά. Αθήνα <http://www.moh.gov.gr/articles/news/551-pagkosmia-hmera-kata-twn-narkwtikwn>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 119

26 Ιουλίου 1993

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2161

Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν. 1729/1987 «Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 144 Α')».

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Άρθρο 1

Σύσταση Οργανισμού

Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και την επωνυμία "Όργανισμός κατά των Ναρκωτικών" (Ο.ΚΑ.ΝΑ.). Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 2

Σκοπός - Αρμοδιότητες

Σκοπός του Οργανισμού είναι:

α) Ο σχεδιασμός η προώθηση, ο διυπουργικός συντονισμός και η εφαρμογή εθνικής πολιτικής 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.

β) Η σε εθνικό επίπεδο μελέτη του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτιών που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών. Επίσης η δημιουργία Εθνικού Κέντρου Πληροφόρησης - Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας.

γ) Η ενημέρωση και 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 συμ-

μετοχή στην προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.

δ) Η πρόταση και προώθηση των αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών.

ε) Η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ε.Ο.Κ. και άλλους διεθνείς οργανισμούς, σχετικούς με την αντιμετώπιση του όλου θέματος, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις υπ' αυτών οργανούμενες συναντήσεις, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής μας πολιτικής προς εκείνη των κοινοτικών και διεθνών φορέων.

στ) Η κατ' έτος σύνταξη έκθεσης 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, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων.

Άρθρο 3

Διοίκηση Οργανισμού

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. διοικείται από 15μελές διοικητικό συμβούλιο (Δ.Σ.), που διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αποτελείται από τέσσερις (4) επιστήμονες, εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, τον πρόεδρο του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου κατ' άρθρο 1 παρ. 4 του ν. 1729/1987 και από έναν εκπρόσωπο των Υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Δημόσιας Τάξης, Οικονομικών, Εμπορικής Ναυτιλίας και Πολιτισμού, που προτείνονται από τους αντίστοιχους Υπουργούς, έναν εκπρόσωπο της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. και έναν από τις κοινότητες αποθεραπείας. Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. μετέχει, χωρίς ψήφο, ο Γενικός Διευθυντής του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. είναι πλήρους και αποκλει-

στικής απασχόλησης. Η θητεία του Προέδρου και των μελών του Δ.Σ. ορίζεται σε τρία χρόνια. Ο Πρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. είναι ελευθέρως ανακλητά και η αντικατάστασή τους, για το υπόλοιπο της θητείας, γίνεται με την ίδια διαδικασία. Το ύψος και ο τρόπος αμοιβής του Προέδρου και των μελών του Δ.Σ. καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 4 **Πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ.**

1. Πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ. αποτελούν:

α) Ετήσια επιχορήγηση του Κράτους που εγγράφεται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα, εισφορές και επιχορηγήσεις από τρίτους και έσοδα από κάθε είδους δραστηριότητα ή πρόσδοδοι από την κινητή και ακίνητη περιουσία αυτού.

γ) Επιχορηγήσεις από Ο.Τ.Α., οργανισμούς και νομικά πρόσωπα που τελούν υπό την εποπτεία του Κράτους, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των υπουργών που τους εποπτεύουν και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η διαχείριση των πόρων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ελέγχεται απολογιστικά, κατασταλτικά από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής της διατάξεως αυτής και ειδικότερα ο τρόπος και τα όργανα ασκήσεως του ως άνω διαχειριστικού ελέγχου.

3. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει τις ίδιες φορολογικές απαλλαγές, που προβλέπονται για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του ν. 2592/1953.

Άρθρο 5 **Προσωπικό**

1. Στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. συνιστάται μία θέση Γενικού Διευθυντή, με τριετή θητεία. Στη θέση Γενικού Διευθυντή διορίζεται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πτυχιούχος Ανώτατης Σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής, με ευδόκιμη υπηρεσία, δεόντως αποδεικνυόμενη, σε θέσεις του Δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές και εξειδίκευση σε θέματα δημόσιας διοίκησης. Επίσης με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να ανατίθενται καθήκοντα Γενικού Διευθυντή του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και σε δοκιμασμένους δημοσίους λειτουργούς που μπορεί να υπηρετούν στον τομέα υγείας ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να έχουν, για οποιονδήποτε λόγο, αποχωρήσει. Για το διοριζόμενο με τον τρόπο αυτόν Γενικό Διευθυντή ο χρόνος της θητείας του λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της θητείας, επανέρχεται αυτοδίκαια στη θέση και στην υπηρεσιακή κατάσταση που είχε προ του διορισμού του. Σκοπός της συνιστώμενης θέσης Γενικού Διευθυντή, είναι ο συντονισμός της δράσης των επί μέρους μονάδων της αρμοδιότητας του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Οι μηνιαίες απολαβές του Γενικού Διευθυντή καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το προσωπικό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό και εθελοντικό. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και γνώμη του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. μπορεί να αποσπώνται σε αυτόν γιατροί του Ε.Σ.Υ. ή και άλλο προσωπικό των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., μετά γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου. Η χρονική διάρκεια της απόσπασης ορίζεται σε ένα (1) έτος, δυνάμει να ανανεωθεί για ένα (1) ακόμη έτος, μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου. Μετά την παρέλευση της διετίας, είναι δυνατή η μετάταξη, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου και γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Ο χρόνος της απόσπασης θεωρείται πραγματική υπηρεσία και ισχύουν και γι' αυτούς οι διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 79 του ν. 2071/1992.

3. Επιτρέπεται απόσπαση στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και άλλων υπαλλήλων του Δημοσίου και Ν.Π.Δ.Δ. εφαρμοζόμενης αναλόγως της διαδικασίας της προηγούμενης παραγράφου.

4. Πρόσωπα, τα οποία έκαναν χρήση ναρκωτικών και εκουσίως προσήλθαν για θεραπευτική αγωγή, μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, είναι δυνατόν να προσλαμβάνονται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. με σύμβαση ορισμένου χρόνου στους Συμβουλευτικούς Σταθμούς, τα Κέντρα και τα Θεραπευτήρια του επόμενου άρθρου.

5. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται ο τρόπος σύγκλησης και λειτουργίας του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ο αριθμός των θέσεων και τα προσόντα του πάσης φύσεως προσωπικού, ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες για την εθελοντική εργασία, ο τρόπος διοίκησης, οργάνωσης, διαχείρισης, καθώς και οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια, που έχει σχέση με τον Οργανισμό. Μέχρι να εκδοθεί το σχετικό προεδρικό διάταγμα και να προσληφθεί το προβλεπόμενο σ' αυτό προσωπικό μπορούν να αποσπώνται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. υπάλληλοι από τα αρμόδια υπουργεία του άρθρου 3 του παρόντος για τη στελέχωση του Οργανισμού.

Άρθρο 6

Το άρθρο 3 παρ. 2 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

“Άρθρο 3 παρ. 2 Εποπτεία και έλεγχος Θεραπευτικών Κέντρων.

1. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 2 του ν. 1894/1990 (ΦΕΚ 110 Α') αρμόδιο για την ίδρυση και λειτουργία Συμβουλευτικών Σταθμών, Κέντρων και Θεραπευτηρίων σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ή άλλων σχετικών μονάδων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα Ειδικά Θεραπευτικά Καταστήματα του άρθρου 14 του ν. 1729/1987 υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με την επιφύλαξη των διατάξεων του ν. 1851/1989. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά γνώμη του Δ.Σ. του

Ο.ΚΑ.ΝΑ. εγκρίνονται τα θεραπευτικά προγράμματα, που εφαρμόζονται στα ως άνω καταστήματα.

2. Μπορούν να ιδρύουν και να λειτουργούν μονάδες, που προβλέπονται στην προηγούμενη παράγραφο εδ. α' με δαπάνες τους ή και με συγχρηματοδότηση ή δανειοδότηση από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ:

α. Οι Δήμοι και οι Κοινότητες.

β. Φιλανθρωπικά σωματεία και κοινωφελή Ιδρύματα, εφόσον τούτο προβλέπεται από τις καταστατικές τους διατάξεις.

γ. Εκκλησιαστικοί φορείς.

δ. Ανώτατα Εκπαιδευτικά ή Τεχνολογικά Ιδρύματα.

ε. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα που επιδιώκουν συναφείς σκοπούς.

3. Για την ίδρυση και λειτουργία από τους ανωτέρω φορείς μονάδων, εξαιρουμένων των μονάδων που λειτουργούν βάσει της παρ. 5 του άρθρου 1 του ν. 1729/1987, απαιτείται άδεια, που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Με την ίδια διαδικασία είναι δυνατή και η ανάκληση της άδειας λειτουργίας, εφόσον διαπιστωθεί αναποτελεσματικότητα του επιτελούμενου σ' αυτές έργου.

4. Όλες οι μονάδες, που εφεξής ιδρύονται εξαιρουμένων των μονάδων που λειτουργούν βάσει της παρ. 5 του άρθρου 1 του ν. 1729/1987 και, με την επιφύλαξη του άρθρου 2 του ν. 1894/1990, ανεξάρτητα από το φορέα που τις λειτουργεί, υπάγονται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που ασκείται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ..

5. Φορείς που επιχορηγούνται από το Κράτος υπόκεινται και στον έλεγχο της οικονομικής τους διαχείρισης.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται οι όροι και προϋποθέσεις χορήγησης άδειας ίδρύσεως και λειτουργίας των ως άνω μονάδων, ο τρόπος ασκήσεως της εποπτείας και του ελέγχου από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. καθώς και τα κριτήρια αξιολόγησής του επιτελούμενου σ' αυτές έργου'.

Άρθρο 7

Ειδικές υπηρεσιακές μονάδες και επιστημονικές επιτροπές

1. Είναι δυνατόν να συνιστώνται, στα κατά το εδάφιο α' του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, συναρμόδια υπουργεία, ειδικές υπηρεσιακές μονάδες σε επίπεδο διεύθυνσης ή τμήματος, οι οποίες έχουν αντικείμενο την ανελλιπή ενημέρωση του Ο.ΚΑ.ΝΑ. για τις δραστηριότητές τους, την πρόταση των αναγκαίων μέτρων και την υλοποίησή τους, τη συγκέντρωση και τήρηση στοιχείων και την επεξεργασία πληροφοριών που παρέχονται σ' αυτές από περιφερειακές υπηρεσίες αρμοδιότητάς τους με την επιφύλαξη της τήρησης του υπηρεσιακού και ιατρικού απορρήτου και της προστασίας των ατομικών πληροφοριών. Το επίπεδο των ειδικών αυτών υπηρεσιακών μονάδων, οι αρμοδιότητες, ο τρόπος στελέχωσής τους και κάθε άλλη λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού.

2. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να συνεργάζεται και να υποβοηθείται συμβουλευτικά στο έργο του από συναφείς, ως προς το αντικείμενό του, επιστημονικές επιτροπές ή επιστημονικούς φορείς και να καταρτίζει επιστημονικές επιτροπές με γνωμοδοτικό χαρακτήρα. Ιδίως δύναται να αναθέτει στους ειδικούς κατά περίπτωση επιστημονικούς φορείς την εκτέλεση σχετικών ερευνών ή την επίλυση επιστημονικών θεμάτων, αναλαμβάνοντας εν όλω ή εν μέρει τη χρηματοδότηση της εν λόγω επιστημονικής έρευνας. Επίσης αξιολογεί και συντονίζει τις υπό εξέλιξη έρευνες επί τη βάση προγραμματισμένων στόχων.

Άρθρο 8

Προγράμματα πρόληψης

1. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. καταρτίζει προγράμματα για την πρόληψη της διάδοσης και της χρήσης των ναρκωτικών και τα υποβάλλει για έγκριση στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Όμοια προγράμματα μπορεί να καταρτίζουν και η Εκκλησία της Ελλάδος, οι Ο.Τ.Α., οι συνδικαλιστικοί φορείς, καθώς και οποιοσδήποτε κρατικός ή ιδιωτικός φορέας. Τα προγράμματα αυτά υποβάλλονται για επεξεργασία στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Προγράμματα πρόληψης, που αφορούν μονάδες αρμοδιότητας και άλλων υπουργείων, εφαρμόζονται με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση αρμοδίου υπουργού, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 2 του ν. 1894/1990.

2. Τα προγράμματα της παρ. 1 μπορεί να αναφέρονται σε επίπεδο ομάδας, γειτονιάς ή κοινότητας και να απευθύνονται σε:

α. Γονείς

β. Εκπαιδευτικούς

γ. Δικαστικούς

δ. Αστυνομικούς

ε. Προσωπικό Κέντρων Υγείας και κοινωνικής πολιτικής

στ. Προσωπικό Σωφρονιστικών Καταστημάτων θεραπευτικού ή μη χαρακτήρα

ζ. Νεοσυλλεκτους και εκπαιδευτές νεοσυλλέκτων

η. Προσωπικό των Γενικών Γραμματειών Νεας Γενιάς και Λαϊκής Επιμόρφωσης

θ. Μαθητές, σπουδαστές

ι. Αθλητικά κέντρα ή άλλες κοινωνικές ομάδες.

3. Με τα προγράμματα αυτά, εκτός των άλλων είναι δυνατόν:

α. Να καθιερώνεται η αγωγή υγείας και πρόληψης σε θέματα ναρκωτικών σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

β. Να καθιερώνονται βραβεία μεταξύ μαθητών, σπουδαστών και εργαζόμενων νέων για την υποβολή προτάσεων σε θέματα που έχουν σχέση με τον αγώνα κατά των ναρκωτικών.

γ. Να παρέχονται υποτροφίες σε επιστήμονες για μετεκπαίδευση στο εξωτερικό ή εσωτερικό για θέματα σχετικά με το αντικείμενο του Ο.ΚΑ.ΝΑ..

δ. Να ενισχύεται η συνεργασία με την Εκκλησία, τους δήμους και τις κοινότητες για την εξεύρεση του προ-

σφοδρότερου τρόπου προσέγγισης του προβλήματος των ναρκωτικών.

ε. Να ιδρυθεί Σχολή επιμόρφωσης ειδικευμένων στελεχών, όπου θα μετεκπαιδεύονται οι επιμορφωτές.

στ. Να προβλέπεται η δημιουργία σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και η κυκλοφορία εντύπων για όλους όσους ασχολούνται ή επιθυμούν να ασχοληθούν στον αντιναρκωτικό αγώνα.

4. Τα κατά τις προηγούμενες παραγράφους προγράμματα πρέπει να έχουν ως στόχο:

α. Την αγωγή υγείας και τη σωστή πληροφόρηση ως προς τη φύση και την έκταση του προβλήματος και την επισήμανση των κινδύνων που περικλείει για τα άτομα, την οικογένεια και την κοινωνία το πρόβλημα των ναρκωτικών κάθε μορφής.

β. Την προβολή θετικών προτύπων για τους νέους και την ενθάρρυνσή τους για ενεργό συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες.

5. Απαγορεύεται η εφαρμογή προγραμμάτων για την πρόληψη της διάδοσης και χρήσης ναρκωτικών από οποιονδήποτε φορέα χωρίς προηγούμενη υποβολή του προγράμματος και έγκριση από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 2 του ν. 1894/1990. Παράβαση της διατάξεως αυτής αποτελεί λόγο ανάκλησης της άδειας λειτουργίας του φορέα ή διάλυσης του σωματείου κατ' άρθρο 105 του Α.Κ.. Η διαδικασία κινείται με πρωτοβουλία του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Εξαιρούνται τα προγράμματα των Κοινοτήτων του ΚΕ.ΘΕ.Α. τα οποία συνεχίζονται όπως σήμερα και απλώς γνωστοποιούνται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ., χωρίς να χρειάζονται την έγκριση του τελευταίου.

6. Με απόφαση του Ο.ΚΑ.ΝΑ. παρέχονται οι γενικές κατευθύνσεις για τη σύνταξη των προγραμμάτων και προσδιορίζονται οι στόχοι, η λειτουργία και οι διαδικασίες εποπτείας και αξιολόγησής τους.

Άρθρο 9 Πρόδρομες ουσίες

Στο άρθρο 4 του ν. 1729/1987 προστίθεται παράγραφος 4 ως εξής:

4. (α) Οι ουσίες που περιλαμβάνονται στους κατωτέρω πίνακες αποτελούν πρόδρομες ουσίες παρασκευής ναρκωτικών:

ΠΙΝΑΚΑΣ I

ΟΥΣΙΑ	Ονομασία ΣΟ (εφόσον διαφέρει)	Κωδικός ΣΟ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1		
Εφεδρίνη		2939 40 10
Εργομετρίνη		2939 60 10
Εργοταμίνη		2939 60 30
Λυσεργικό οξύ		2939 60 50
1-φαίνυλο-2-προπανόνη	Φαινυλακετόνη	2914 30 10
Ψευδοεφεδρίνη		2939 40 30
Ακετυλανθρανυλικό οξύ 2-	Ακεταμιδοβεν- ζοϊκό οξύ	2924 29 50
3,4 Μεθυλενοδιοξυφαίνυλο- προπαν-2-ονη		2932 90 77
Ισόσαφρόλη(CIS-TRANS)		2932 90 73
Πιπερονάλη		2932 90 75
Σαφρόλη		2932 90 71

Τα άλατα των ουσιών που περιλαμβάνονται στην παρούσα κατηγορία εφόσον υπάρχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ II

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2

Οξικός ανυδρίτης	2915 24 00
Ανθρανυλικό οξύ	2922 49 50
Φαινυλοξικό οξύ	2916 33 00
Πιπεριδίνη	2933 39 30

Τα άλατα των ουσιών που περιλαμβάνονται στην παρούσα, εφόσον υπάρχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ III

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3

Ακετόνη	2914 11 00
Αιθυλαιθέρας	2909 11 00
Μεθυλαιθυλκετόνη (ΜΕΚ)Βουτανόνη	2914 12 00
Τολουόλη	2902 30 10/90
Υπερμαγγανικό κάλιο	2841 60 10
Θειικό οξύ	2807 00 10
Υδροχλωρικό οξύ	Χλωρίδιο του υδρογόνου 2806 10 00

Τα άλατα των ουσιών που περιλαμβάνονται στην παρούσα κατηγορία, εκτός από το θειικό οξύ και το υδροχλωρικό οξύ, εφόσον υπάρχουν. Η εισαγωγή, εξαγωγή, διαμετακόμιση, παραγωγή, παρασκευή, προμήθεια, αποθήκευση, κατοχή, πώληση, διάθεση και διανομή των ανωτέρω ουσιών, καθώς και τα απασχολούμενα με αυτές πρόσωπα ή επιχειρήσεις, υπόκεινται στον έλεγχο του Κράτους.

Ως αρμοδία Αρχή θεωρείται για το σκοπό αυτόν η τελωνειακή υπηρεσία με τη συνδρομή συναρμόδιων Αρχών κατά περίπτωση. Για τον πίνακα I του Ε.Ο.Φ., για δε τους πίνακες II και III του Γενικού Χημείου του Κράτους όπου τούτο επιβάλλει η επιστήμη και η διοικητική πρακτική.

Επί παραβάσεων επιβάλλονται οι ποινές οι προβλεπόμενες από τον Τελωνειακό Κώδικα.

Άρθρο 10

Το άρθρο 5 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 5

Βασικά εγκλήματα

1. Με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα (10) ετών και με χρηματική ποινή ενός εκατομμυρίου (1.000.000) μέχρι εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών τιμωρείται όποιος:

α) Εισάγει στην επικράτεια ή εξάγει από αυτή ή διαμετακομίζει ναρκωτικά.

β) Πωλεί, αγοράζει, προσφέρει, διαθέτει ή διανέμει σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο, αποθηκεύει ή παρακαταθέτει ναρκωτικά ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές.

γ) Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή τους σε στρατόπεδα, αστυνομικά κρατητήρια, σωφρονιστικά καταστήματα, καταστήματα ανηλίκων κάθε κα-

τηγορίας ή τόπους ομαδικής εργασίας ή διαβίωσης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή αναρρωτήρια.

δ) Αναμιγνύει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε τρόφιμα, ποτά ή άλλα είδη προορισμένα ή πρόσφορα να εισαχθούν στον ανθρώπινο οργανισμό.

ε) Παρασκευάζει είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών ή οποιαδήποτε ναρκωτική ουσία ή παράνομα εισάγει, προμηθεύεται, παράγει, παρασκευάζει, πωλεί, διαθέτει, μεταφέρει, κατέχει ή διανέμει πρόδρομες ουσίες που αναφέρονται στους πίνακες I, II, III του άρθρου 9 του παρόντος νόμου, ή όργανα ή σκεύη, γνωρίζοντας ότι χρησιμοποιούνται ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την παράνομη παραγωγή, καλλιέργεια ή παρασκευή ναρκωτικών ή εν γένει για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους οι πρόδρομες αυτές ουσίες εισήχθησαν, εξήχθησαν, διακομίστηκαν ή μεταποιήθηκαν.

στ) Καλλιεργεί ή συγκομίζει οποιοδήποτε φυτό του γένους της κάνναβης, το φυτό της μήκωνος της υπνοφόρου, οποιοδήποτε είδος φυτού του γένους ερυθρόξυλο, καθώς και οποιοδήποτε άλλο φυτό από το οποίο παράγονται ναρκωτικές ουσίες.

ζ) Κατέχει ή μεταφέρει ναρκωτικά με οποιονδήποτε τρόπο ή μέσο είτε στο έδαφος της επικράτειας είτε παραπλέοντας ή διασχίζοντας την αιγιαλίτιδα ζώνη είτε ιπτάμενος στον ελληνικό εναέριο χώρο.

η) Αποστέλλει ή παραλαμβάνει εν γνώσει του δέματα, δείγματα χωρίς εμπορική αξία ή επιστολές που περιέχουν οποιοδήποτε ναρκωτικό ή δίνει εντολή σε άλλον για όμοια αποστολή ή παραλαβή.

θ) Διαθέτει σε άλλους οποιοδήποτε χώρο για χρήση ναρκωτικών ή διευθύνει κατάσταση στο οποίο γίνεται κατά σύστημα χρήση ναρκωτικών ή αποτελεί μέλος του προσωπικού τέτοιου καταστήματος και γνωρίζει τη χρήση αυτή.

ι) Συντελεί με οποιονδήποτε τρόπο στη διάδοση της χρήσης των ναρκωτικών.

ια) Νοθεύει ή πωλεί νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών.

ιβ) Καταρτίζει πλαστή, νοθεύει ή χρησιμοποιεί πλαστή ή νοθευμένη ιατρική συνταγή χορήγησης ναρκωτικών ουσιών με σκοπό τη διακίνησή τους.

ιγ) Οργανώνει, χρηματοδοτεί, κατευθύνει ή εποπτεύει με οποιονδήποτε τρόπο την τέλεση κάποιας από τις ανωτέρω αναφερόμενες πράξεις ή δίνει σχετικές οδηγίες ή εντολές.

2. Αν η πράξη έχει τελεστεί με περισσότερους τρόπους από τους προβλεπόμενους στην προηγούμενη παράγραφο, αφορά όμως την ίδια ποσότητα ναρκωτικών, στον υπαίτιο επιβάλλεται μία μόνο ποινή, κατά την επιμέτρηση της οποίας λαμβάνεται υπόψη η συνολική εγκληματική δράση του'.

Άρθρο 11

Το άρθρο 6 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 6

Διακεκριμένες περιπτώσεις

1. Με κάθειρξη τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών και με χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δρχ. μέχρι εκατόν πενήντα εκατομμυρίων (150.000.000) δρχ. τιμωρείται ο παραβάτης του άρθρου 5: α) Αν με τη διάπραξη του εγκλήματος τούτου διευκόλυνε ή απέκρυψε τη διάπραξη άλλων εγκλημάτων και β) Αν είναι

υπάλληλος (άρθρο 13 στοιχ. α' του Π.Κ.), ο οποίος λόγω της υπηρεσίας του ασχολείται με τα ναρκωτικά και ιδίως με τη φύλαξή τους ή τη δίωξη των παραβατών του νόμου αυτού ή το έγκλημα συνδέεται με την υπηρεσία του.

2. Με τις ποινές της προηγούμενης παραγράφου τιμωρείται ο υπαίτιος της πράξης του άρθρου 5 παρ. 1 στοιχ. γ' του νόμου αυτού, εφόσον ανήκει στο προσωπικό των καταστημάτων ή των ιδρυμάτων στα οποία τέλεσε την πράξη.

3. Με τις ποινές της παραγράφου 1 τιμωρείται και όποιος:

α) Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή ή διακίνησή τους σε σχολικές μονάδες οποιασδήποτε βαθμίδας και εκπαιδευτικά ιδρύματα ή άλλες μονάδες κατάρτισης, επιμόρφωσης ή μετεκπαίδευσης, εκτός αν η εισαγωγή έγινε για την εκτέλεση εγκεκριμένου εκπαιδευτικού ή ερευνητικού προγράμματος.

β) Εισάγει ναρκωτικά, διευκολύνει την εισαγωγή ή διακίνησή τους σε χώρους άθλησης, κατασκηνώσεων, ορφανοτροφείων, φροντιστηρίων ή χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών ή διαμονής των ενόπλων δυνάμεων ή σε χώρους συγκέντρωσης μαθητών ή σπουδαστών για εκπαιδευτικούς ή αθλητικούς σκοπούς ή για κοινωνική δραστηριότητα.

γ) Πωλεί, προσφέρει, διαθέτει, διανέμει ναρκωτικά σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο σε χώρους που βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση με τους παραπάνω χώρους ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές'.

Άρθρο 12

Κατάχρηση ιδιότητας γιατρών και φαρμακοποιών

Οι παράγραφοι 2,3 και 4 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 αντικαθίστανται ως ακολούθως, η δε παρ. 5 του ίδιου άρθρου καταργείται.

2. Χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται να χορηγούν ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ειδικές δημόσιες μονάδες στις οποίες δίδεται η σχετική άδεια με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Στην απόφαση πρέπει να καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται.

Επίσης επιτρέπεται από ειδικές δημόσιες μονάδες απεξάρτησης η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων.

Όποιος χορηγεί ναρκωτικές ουσίες για την υποκατάσταση της εξάρτησης κατά παράβαση της πιο πάνω Υπουργικής απόφασης, τιμωρείται με τις ποινές του άρθρου 5 του παρόντος νόμου.

3. Γιατρός, που χορηγεί ναρκωτικές ουσίες του άρθρου 4 για θεραπευτικούς σκοπούς, οφείλει: α) Να χρησιμοποιεί διπλότυπες συνταγές, απλές μεν για τις ουσίες του πίνακα Δ, θεωρημένες δε από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τις ουσίες των πινάκων Α έως Γ, και β) Να φυλάσσει το στέλεχος επί τρία έτη. Ο παραβάτης των εδ. α' και β' τιμωρείται με φυλάκιση και με στέρηση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος. Περιλήψη της καταδικαστικής απόφασης

δημοσιεύεται σε ημερήσια εφημερίδα του τόπου όπου ο καταδικασμένος ασκεί το επάγγελμά του.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από γνωμοδότηση της Επιτροπής Ναρκωτικών του άρθρου 2 του νόμου αυτού και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, δύνανται να καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις διάθεσης των ουσιών που αναφέρονται στο άρθρο 4 παρ. 3 και 4 του παρόντος νόμου, υπό μορφή σκευασμάτων ή ιδιοσκευασμάτων, οποιασδήποτε φαρμακευτικής μορφής, καθώς και οι λεπτομέρειες συνταγογράφησης αυτών, ο τύπος και το σχήμα της διπλότυπης συνταγής. Για τις ουσίες του πίνακα Δ του άρθρου 4 παρ. 3 η συνταγή μπορεί να είναι απλή επαναλαμβανόμενη. Με όμοια απόφαση ορίζονται τα σκευάσματα ή ιδιοσκευάσματα, που υπάγονται στους πίνακες του άρθρου 4, παρ. 4'.

Άρθρο 13

Το άρθρο 8 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:
"Άρθρο 8

Επιβαρυντικές περιστάσεις

Με ισόβια κάθειρξη και με χρηματική ποινή δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών μέχρι διακοσίων εκατομμυρίων (200.000.000) δραχμών τιμωρείται ο παραβάτης των άρθρων 5, 6 και 7 του παρόντος νόμου, αν είναι υπότροπος ή ενεργεί κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια ή ενεργεί με σκοπό να προκαλέσει τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από ανήλικους ή χρησιμοποιεί με οποιονδήποτε τρόπο ανήλικα πρόσωπα κατά την τέλεση των παραπάνω πράξεων ή μετέρχεται κατά την τέλεση των πράξεων αυτών ή προς το σκοπό διαφυγής του τη χρήση όπλων ή οι περιστάσεις τέλεσης μαρτυρούν ότι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος ή ενεργεί υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 1 παρ. 1 του ν. 1916/1990. Ως υπότροπος θεωρείται όποιος έχει καταδικασθεί αμετάκλητα για παράβαση της νομοθεσίας περί ναρκωτικών σε βαθμό κακουργήματος εντός της προηγούμενης δεκαετίας ή σε βαθμό πλημμελήματος εντός της προηγούμενης πενταετίας".

Άρθρο 14

Το άρθρο 12 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 12

Χρήστες ναρκωτικών ουσιών

1. Όποιος για δική του αποκλειστικά χρήση προμηθεύεται ή κατέχει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε ποσότητα, που αποδεδειγμένα εξυπηρετεί αποκλειστικά τις δικές του ανάγκες ή κάνει χρήση τους, ή καλλιεργεί φυτά κάνναβης σε αριθμό ή έκταση που δικαιολογούνται μόνο για δική του αποκλειστικά χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση. Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία, γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας, καθώς και των διαγνωστικών στοιχείων των αναφερομένων στο άρθρο 13 του παρόντος νόμου. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να προσδιορίζονται τα όρια ποσότητας της κάθε επί μέρους ναρκωτικής ουσίας, που θεωρείται ότι καλύπτει

τις ανάγκες ενός χρήστη, έστω και τοξικομανούς, για ορισμένο χρόνο. Κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία, στην οποία ανήκει.

2. Αν ο υπαίτιος κάποιος από τις αξιόποινες πράξεις του εδ. α' της προηγούμενης παραγράφου δεν έχει τιμωρηθεί προηγουμένως για έγκλημα του παρόντος νόμου, ούτε έχει κριθεί ως μη τιμωρητέος, σύμφωνα με την επόμενη παράγραφο του άρθρου αυτού και δηλώσει μετά την άσκηση της ποινικής δίωξης εναντίον του, ότι επιθυμεί την παρακολούθηση συμβουλευτικού θεραπευτικού προγράμματος, ο εισαγγελέας με αιτιολογημένη διάταξη του και έγκριση του εισαγγελέα εφετών, το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να αναστείλει την πρόοδο της δίκης και να ορίσει το πρόγραμμα που οφείλει αυτός να παρακολουθήσει. Αν ο κατηγορούμενος υπαίτιος δεν παρακολουθεί καθόλου ή παρακολουθεί πλημμελώς το πρόγραμμα ή τηρεί στάση ασυμβίβαστη με τη σωστή εκτέλεση του προγράμματος, και τούτο βεβαιωθεί με έγγραφο του διευθυντή του προγράμματος προς τον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα, ή αν επακολουθήσει καταδίκη του για νέο έγκλημα προβλεπόμενο από τον παρόντα νόμο, το δικαστήριο ανακαλεί την περί αναστολής της δίκης απόφαση και δικάζεται κατ' ουσίαν η υπόθεση. Αν ο υπαίτιος παρακολουθήσει με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα, επί εξαμήνου τουλάχιστον, σύμφωνα με έγγραφη βεβαίωση του διευθυντή του προγράμματος στον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα και σύμφωνη γνώμη περί αποθεραπείας, έπειτα από ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση ενός από τους φορείς του επόμενου άρθρου, παρ. 2, το αρμόδιο δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να κρίνει το δράστη ατιμώρητο.

3. Βούλευμα ή απόφαση, ότι ο υπαίτιος δεν πρέπει να τιμωρηθεί, μπορεί να εκδοθεί και ο δράστης της παρ. 1 του παρόντος να κριθεί ατιμώρητος χωρίς να διαταχθεί προηγουμένως η από μέρους του παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, όταν το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες τελέστηκε η πράξη και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν τελείως συμπτωματική και δεν είναι πιθανό να επαναληφθεί αυτή ή κάποια άλλη του παρόντος νόμου. Σε κάθε περίπτωση το συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να επιβάλλει στον κρινόμενο ατιμώρητο δράστη έναν ή περισσότερους όρους του άρθρου 100 Α παρ. 2 του Π.Κ.. Το ως άνω βούλευμα ή η απόφαση υπόκεινται σε έφεση και σε αναίρεση".

Άρθρο 15

Το άρθρο 13 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 13

Χρήστες ναρκωτικών ουσιών που υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση

1. Όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και δεν μπορούν να την αποβάλλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση κατά τους όρους του νόμου αυτού.

2. Η συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων της προηγούμενης παραγράφου στο πρόσωπο κατηγορούμενου

ή κατάδικου διαπιστώνεται από το δικαστήριο. Για το σκοπό αυτόν το δικαστήριο μπορεί να διατάξει ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, προκειμένου να καθοριστεί αν πράγματι υπάρχει εξάρτηση, καθώς και το είδος και η έκταση αυτής κατά τα αναφερόμενα ειδικότερα στην παρ. 3. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα Εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι. της χώρας, τις Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά Εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία, που έχουν τη δυνατότητα να διεξαγάγουν τέτοια πραγματογνωμοσύνη με αντίστοιχες κλινικές και εργαστήρια. Πίνακας με τις υπηρεσίες που πληρούν τις προϋποθέσεις για την πραγματογνωμοσύνη διαβιβάζεται ανά έτος στον αρμόδιο εισαγγελέα με ευθύνη των υπουργείων που τις εποπτεύουν. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις επιτρέπεται η ανάθεση πραγματογνωμοσύνης σε 3 πραγματογνώμονες γιατρούς, από τους οποίους ο ένας τουλάχιστον ψυχίατρος κατά προτίμηση κρατικούς λειτουργούς ή διορισμένους πραγματογνώμονες στον Πίνακα Πραγματογνώμωνων κατ' άρθρο 185 του Κ.Π.Δ.. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται σύμφωνα με τις διατυπώσεις που ορίζει κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Δικαιοσύνης.

3. Ο ενεργών την προανάκριση ή κυρία ανάκριση διατάσσει υποχρεωτικά τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, εάν υποβληθεί ισχυρισμός του κατηγορουμένου ότι είναι τοξικομανής εντός 24 ωρών από τη σύλληψη του ή κατά την αρχική απολογία του, ο οποίος καταχωρείται στην έκθεση σύλληψης, εξέτασης ή απολογίας. Η πραγματογνωμοσύνη διατάσσεται το αργότερο εντός 24 ωρών από τη σύλληψη ή την αρχική απολογία του δράστη. Οι πραγματογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο αμέσως μόλις τους γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία και σε κάθε περίπτωση το αργότερο εντός 48 ωρών συντάσσουν δε και υποβάλλουν την έκθεσή τους όσο το δυνατόν ταχύτερα. Αν οι πραγματογνώμονες αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση, πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική) κι αν είναι δυνατόν το βαθμό της, το συνήθως χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό (εξαρτησιογόνο), την ημερήσια δόση, την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και αν τους ζητείται ειδικώς με την παραγγελία, την επίδραση της εξάρτησης στον καταλογισμό.

4. Δράστης, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 1, αν είναι υπαίτιος τελέσεως: α) της πράξεως του άρθρου 12 παρ. 1, παραμένει ατιμώρητος και εφαρμόζονται σ' αυτόν οι διατάξεις του άρθρου 14 του παρόντος νόμου, β) των πράξεων των άρθρων 5 ή 7 του παρόντος νόμου, τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα (10) ετών και με χρηματική ποινή διακοσίων χιλιάδων (200.000) δραχμών μέχρι δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών κι αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση του άρθρου 6 ή επιβαρυντική περίπτωση του άρθρου 8 τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη και χρηματική ποινή πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχμών μέχρι εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών*.

Άρθρο 16

Το άρθρο 14 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 14

Ειδική μεταχείριση χρηστών

1. Αν καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη, δράστης, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1, το δικαστήριο μπορεί με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την εισαγωγή του προς σωματική απεξάρτηση, σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης. Αν η ανάγκη για τη σωματική αυτή απεξάρτηση προκύψει κατά τη διάρκεια της ανάκρισης, η εισαγωγή διατάσσεται από τον ανακριτή, μετά σύμφωνη γνώμη του εισαγγελέα, σε κατάλληλο Θεραπευτικό Ιδρυμα ή Κατάστημα. Εάν ο παραπάνω δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, μπορεί το δικαστήριο με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκταση μέρους της ποινής σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, στο οποίο ο δράστης εισάγεται για ψυχική απεξάρτηση μέχρις αποθεραπείας του. Την εισαγωγή του δράστη σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης μπορεί να διατάξει και ο ανακριτής με σύμφωνη γνώμη του εισαγγελέα, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1.

Ο χρόνος παραμονής στο Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή στο Ειδικό Τμήμα του Καταστήματος Κράτησης υπολογίζεται ως χρόνος προσωρινής κράτησης ή σε περίπτωση καταδίκης σε ποινή κατά της ελευθερίας, ως χρόνος έκτισης της ποινής.

2. Ο καταδικασθείς σε ποινή φυλακίσεως, που υποβάλλεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα κατά την προηγούμενη παράγραφο, μπορεί με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών του τόπου της κρατήσεως μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου του Ειδικού Θεραπευτικού Καταστήματος και σύμφωνη γνώμη ενός από τους φορείς του άρθρου 13 παρ. 2, να απολυθεί υπό όρο και προ της συμπληρώσεως του απαιτούμενου κατά τα άρθρα 105 επ. του Π.Κ. χρόνου, εφόσον έχει παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα απεξάρτησης. Το Συμβούλιο στην απόφασή του για υφ' όρον απόλυση μπορεί να επιβάλλει στον απολυόμενο την υποχρέωση να εμφανίζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα Απεξάρτησης και να υποβάλλεται σε βιοχημικές, τοξικολογικές ή άλλες εξετάσεις. Αν απ' αυτές αποδειχθεί ότι επανήρχισε τη χρήση ναρκωτικών ή αν αρνείται ή παραλείπει να εξετάζεται, το Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα υποχρεούται να ειδοποιεί τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών, οπότε με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών η υφ' όρον απόλυση ανακαλείται.

3. Αν το δικαστήριο κρίνει μη τιμωρητέο, κατά το άρθρο 13 παρ. 4 εδ. α' ή αθώο για έλλειψη καταλογισμού δράστη, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1, μπορεί εφόσον ο δράστης το επιθυμεί, να διατάξει την εισαγωγή του σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απε-

ξάρτησης. Αν μετά την σωματική απεξάρτηση ο δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα.

4. Αν ο δράστης πάσχει από ψυχική νόσο μπορεί μετά τη σωματική απεξάρτηση να μεταχθεί σε κρατικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, εφαρμοζομένων αναλόγως των άρθρων 69 και 70 του Π.Κ..

5. Το βούλευμα ή η απόφαση που κρίνει το δράστη ατιμώρητο βάσει των παραγρ. 2 και 3 του άρθρου 12, καθώς και η καταδικαστική απόφαση, όταν μετά επιτυχή παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος, ο καταδικασμένος απολύθηκε με όρους, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 14 και 26 του παρόντος νόμου, καταχωρίζεται στο ποινικό μητρώο, γράφεται όμως μόνο στα αντίγραφα που προορίζονται για δικαστική χρήση".

Άρθρο 17

Η παράγραφος 1 του άρθρου 19 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής :

"1. Σε περίπτωση καταδίκης για παράβαση των άρθρων 5 έως και 9 του παρόντος νόμου το δικαστήριο, με την επιφύλαξη του τελευταίου εδαφίου, διατάσσει τη δήμευση όλων των πραγμάτων τα οποία προήλθαν από την πράξη, του τιμήματός τους, των κινητών και ακινήτων που αποκτήθηκαν με το τίμημα αυτό, καθώς και των μεταφορικών μέσων και όλων των αντικειμένων τα οποία χρησίμευσαν ή προορίζονταν για την τέλεση της πράξης, είτε αυτά ανήκουν στον αυτουργό είτε σε οποιονδήποτε από τους συμμετόχους ή ακόμα και σε τρίτους που δεν συμμετείχαν στο έγκλημα, εφόσον γνώριζαν ότι τα αντικείμενα αυτά προορίζονταν για την τέλεση του εγκλήματος. Δήμευση μπορεί να διαταχθεί από το Αρμόδιο Δικαστήριο κατ' άρθρο 76 Π.Κ. ακόμη και όταν για την πράξη που έχει τελεστεί δεν καταδικάστηκε ορισμένο πρόσωπο.

Κατά τα λοιπά ισχύουν οι ρυθμίσεις της Σύμβασης Ην. Εθνών κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπων ουσιών (ν. 1990/1991) και ίδια εκείνες του άρθρου 5 αυτής αναφορικά με τη δήμευση περιουσιακών στοιχείων.

"Όσα από τα τεχνικά μέσα που δημεύονται με τελειοδική δικαστική απόφαση κρίνονται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. ως άκρως απαραίτητα για την κάλυψη αναγκών των υπηρεσιών δίωξης ναρκωτικών αποδίδονται, κατά πρότιμηση, στις υπηρεσίες που ενήργησαν την κατάσχεση ύστερα από αίτημά τους".

Άρθρο 18 Προανάκριση

Η παράγραφος 4 του άρθρου 20 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής :

"4. Οι προανακριτικοί υπάλληλοι της Ελληνικής Αστυνομίας, του Λιμενικού Σώματος και της Τελωνειακής Υπηρεσίας μπορούν να καλούν για εξέταση μάρτυρες και να παίρνουν απολογίες κατηγορουμένων για πράξεις του νόμου αυτού, ανεξάρτητα αν οι μάρτυρες ή οι κατηγορούμενοι είναι κάτοικοι της περιφέρειάς τους. Επίσης μπορούν να μεταβαίνουν για τη διεξαγωγή των παραπάνω προανακριτικών πράξεων και έξω από την

περιφέρειά τους, εφόσον πρόκειται για χώρο εδαφικής αρμοδιότητας του Σώματος στο οποίο ανήκουν ειδοποιώντας ταυτοχρόνως τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών του τόπου στον οποίο διεξάγεται η προανακριτική πράξη.

Άρθρο 19 Κατάσχεση

1. Η παράγραφος 2 του άρθρου 22 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής και προστίθενται παράγραφοι 3 έως και 5 :

"2. Η επιβληθείσα κατάσχεση καθώς και η ιδιότητα των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών γνωστοποιείται αμέσως από τον αρμόδιο ανακριτή ή τους κατά το άρθρο τούτο ανακριτικούς υπαλλήλους στον κατηγορούμενο, στον κύριο και στον κάτοχο των κατασχεθέντων ναρκωτικών, στον κύριο και στον κάτοχο του μεταφορικού μέσου ή άλλου αντικειμένου στο οποίο βρέθηκαν, εκτός αν κάποιος από αυτούς είναι άγνωστος ή απουσιάζει ή δεν είναι για κάποιο άλλο λόγο εφικτή η γνωστοποίηση. Συγχρόνως καλούνται οι ανωτέρω να δηλώσουν στο γνωστοποιούντα, αν αμφισβητούν την ιδιότητα των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών. Για όλα αυτά γίνεται ρητή αναφορά στην έκθεση κατασχέσεως ή σε χωριστή έκθεση, την οποία υπογράφουν και εκείνοι στους οποίους γίνεται η γνωστοποίηση. Στην ίδια έκθεση γίνεται μνεία και της τυχόν αμφισβήτησης της ιδιότητας των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών. Η αμφισβήτηση όμως αυτή μπορεί να γίνει και με έγγραφη δήλωση, που επιδίδεται στο γνωστοποιούντα το αργότερο τη μεθεπόμενη εργάσιμη ημέρα της γνωστοποίησης. Δείγμα των κατασχεθέντων ναρκωτικών αποστέλλεται στα Εργαστήρια της Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι. της χώρας μας ή στο Γενικό Χημείο του Κράτους ή σε κάποιο από τα παραρτήματά του για εξέταση και έρευνα.

3. Αν δεν υπάρξει αμφισβήτηση ως προς την ιδιότητα των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών, αυτά καταστρέφονται, αφού κρατηθεί ποσότητα επαρκής για δύο δείγματα προς διεξαγωγή πραγματογνωμοσύνης, καθώς και ο αριθμός συσκευασιών των ναρκωτικών που καταστρέφονται, απαραίτητων για τη διεξαγωγή ερευνών. Η καταστροφή πρέπει να γίνεται αμέσως μετά την πάροδο της προθεσμίας για επίδοση της δήλωσης αμφισβήτησης και πάντως το αργότερο εντός δέκα ημερών από την πάροδο της προθεσμίας αυτής.

4. Αν υπάρξει αμφισβήτηση, οι κατασχεθείσες ουσίες φυλάσσονται μέχρι της καταστροφής τους ή της απόδοσής τους στον κύριο ή τον κάτοχό τους από την Αρχή που ενήργησε την κατάσχεση. Αμέσως μόλις περιέλθει στον εισαγγελέα ή στον ανακριτή η έκθεση πραγματογνωμοσύνης, για το αν τα κατασχεθέντα είναι ναρκωτικά, ο εισαγγελέας εισάγει, αυτεπαγγέλτως ή ύστερα από αίτηση του ανακριτή, την υπόθεση στο Συμβούλιο Πλημμελειοδικών, στο οποίο καλούνται πριν από τρεις τουλάχιστον ημέρες να παρυστούν ο κατηγορούμενος και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, εκτός αν είναι άγνωστος ή απουσιάζει ή δεν είναι για κάποιο άλλο λόγο εφικτή η κλήτευσή του. Το Συμβούλιο αποφαίνεται αμετάκλητα για την καταστροφή ή απόδοση των ουσιών που κατασχέθηκαν, μπορεί δε να διατάξει και νέα πραγματογνωμοσύνη. Αν διατάχθηκε καταστροφή, αυτή γίνεται αμέσως μετά την κοινοποίηση του βουλεύματος στον εισαγγελέα και πάντως το αργότερο

εντός των επόμενων δέκα εργάσιμων ημερών. Σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις και ιδίως εάν πρόκειται για κατάσχεση αυτοφυών φυτών ινδικής κάνναβης και υπονοφώρου μήκωνος, η καταστροφή τους μπορεί να διαταχθεί με κοινή διάταξη των αρμόδιων εισαγγελέα και ανακριτή και να πραγματοποιηθεί το ταχύτερο δυνατό.

5. Το δικαστήριο διατάζει σε κάθε περίπτωση την καταστροφή των ναρκωτικών, αν για οποιονδήποτε λόγο δεν έγινε ή δεν διατάχθηκε σύμφωνα με τις προηγούμενες παραγράφους. Η καταστροφή γίνεται ενώπιον επιτροπής, στην οποία προεδρεύει ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών και μετέχει ο προϊστάμενος της δικαστικής αρχής που ενήργησε την προανάκριση και ο νομιάτρος ή αναπληρωτές τους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Δημόσιας Τάξης και Οικονομικών, καθορίζονται τα μέσα και ο τόπος όπου θα γίνεται η καταστροφή, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου αυτού. Οι δαπάνες βαρύνουν τον προϋπολογισμό των αρμόδιων υπουργείων.

2. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι σχετικές διατάξεις του Κ.Π.Δ..

Άρθρο 20

Στην παρ. 3 του άρθρου 21 προστίθεται εδάφιο β' που έχει ως εξής :

"Αν ο εισαγγελέας εφετών κρίνει ότι δεν συντρέχουν σοβαρές ενδείξεις για την παραπομπή του κατηγορούμενου στο ακροατήριο με απευθείας κλήση, εισάγει την υπόθεση με πρότασή του στο Συμβούλιο Εφετών που αποφασίζει σύμφωνα με όσα ορίζονται στα άρθρα 309-315 του Κ.Π.Δ..

Άρθρο 21

Το άρθρο 24 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 24 Μεταμέλεια

Το Συμβούλιο Πλημμελειοδικών μπορεί με βούλευμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του εισαγγελέα Πλημμελειοδικών, να διατάσσει την αναστολή της ασκήσεως ποινικής δίωξης κατά του υπαίτιου κάποιας από τις πράξεις του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, εφόσον : α) ο υπαίτιος πιθανολογείται ότι συντέλεσε με δική του πρωτοβουλία στην ανακάλυψη ή εξάρθρωση συμμορίας διακινήσεως ναρκωτικών ή στην ανακάλυψη και σύλληψη μεγάλεμπορο ναρκωτικών, β) δεν συντρέχει στο πρόσωπο του υπαίτιου διακεκριμένη περίπτωση ή επιβαρυντική περίπτωση κατά τα άρθρα 6 και 8 του παρόντος νόμου και γ) η επικινδυνότητα του υπαίτιου και η βαρύτητα της πράξης του είναι καταδήλως μικρότερες από την επικινδυνότητα των προσώπων στην ανακάλυψη και σύλληψη των οποίων συντέλεσε και τη βαρύτητα των πράξεων που αυτά τέλεσαν. Την παραπάνω αναστολή μπορεί να διατάξει και το δικαστήριο.

2. Η αναστολή της ποινικής δίωξης διατάσσεται για ορισμένο χρονικό διάστημα, προκειμένου να ανακαλυφθεί ή εξαρθρωθεί συμμορία ή συλληφθεί μεγάλεμπορος ναρκωτικών.

3. Αν μετά την αναστολή της ποινικής δίωξης προκύψει ότι οι δοθείσες από τον υπαίτιο πληροφορίες δεν ήταν αληθινές ή ότι δεν επρόκειτο για συμμορία διακίνησης

ναρκωτικών ή για μεγάλεμπορο ναρκωτικών, το σχετικό βούλευμα ή απόφαση ανακαλείται και συνεχίζεται κατά του υπαίτιου η ανασταλείσα ποινική δίωξη.

4. Οι όροι της παρ. 1, αν επιβεβαιωθούν, συνιστούν ελαφρυντική περίπτωση, ενώ το δικαστήριο μπορεί να διατάξει και την αναστολή εκτέλεσης της ποινής για διάστημα 2-20 ετών, ανεξάρτητα αν συντρέχουν οι όροι των άρθρων 99 επ. του Π.Κ.. Αν οι παραπάνω όροι της παραγράφου 1 συντρέξουν μετά την αμετάκλητη καταδίκη του υπαίτιου, το δικαστικό συμβούλιο μπορεί να διατάξει την απόλυσή του από τις φυλακές υπό όρους και χωρίς τη συνδρομή των προϋποθέσεων του άρθρου 105 του Π.Κ., εφόσον κρίνει ότι η τυχόν βραδύτητα του υπαίτιου να αποκαλύψει στις αρμόδιες αρχές τα στοιχεία που γνώριζε, ήταν δικαιολογημένη.

5. Οι διατάξεις του άρθρου 14 του ν. 1916/1990 για την προστασία του κατηγορούμενου εφαρμόζονται αναλόγως".

Άρθρο 22

Προστίθεται στο ν. 1729/1987 άρθρο 25B', που έχει ως εξής :

Άρθρο 25B

Πράξεις ελεγκτικών οργάνων

1. Δεν είναι άδικη η πράξη αστυνομικού, τελωνειακού ή λιμενικού υπαλλήλου που με εντολή του αρμόδιου για τη δίωξη ναρκωτικών προϊσταμένου του και με σκοπό την ανακάλυψη ή σύλληψη προσώπου, που διαπράττει έγκλημα από τα αναφερόμενα στα άρθρα 5 και 8 του ν. 1729/1987, εμφανίζεται ως υποψήφιος αγοραστής ή μεταφορέας ή εν γένει ενδιαφερόμενος για τη διακίνηση, φύλαξη ή διάθεση ναρκωτικών. Το ίδιο ισχύει και για τον ιδιώτη που με αυτόν το σκοπό ενεργεί ύστερα από πρόταση της αρμόδιας για τη δίωξη ναρκωτικών αστυνομικής υπηρεσίας. Οφείλει όμως στην περίπτωση αυτήν, ο επικεφαλής της υπηρεσίας αυτής να ειδοποιήσει προηγουμένως, έστω και τηλεφωνικά, τον αρμόδιο εισαγγελέα πλημμελειοδικών.

2. Επίσης δεν είναι άδικη η πράξη αστυνομικού, τελωνειακού ή λιμενικού υπαλλήλου, όταν ύστερα από βάσιμη καταγγελία ή ισχυρές υπόνοιες, ενεργεί έρευνα σε μεταφορικό μέσο για την ανεύρεση ναρκωτικών".

Άρθρο 23 Ειδικές διατάξεις

1. Σε περίπτωση εγκλήματος προμήθειας ή χρήσης κατ' άρθρο 12 παρ. 1 ή πλημμελήματος κατά της ιδιοκτησίας ή περιουσίας που φέρεται ότι ετελέσθη για να διευκολυνθεί η προμήθεια ή χρήση ναρκωτικών, ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών με αιτιολογημένη διάταξη του μπορεί με έγκριση του εισαγγελέα εφετών να αναβάλλει για ορισμένο χρόνο, που μπορεί να παρατείνεται, την άσκηση της ποινικής δίωξης, αν λάβει γνώση από έκθεση του διευθυντή Ειδικού Θεραπευτικού Καταστήματος ότι ο δράστης έχει προσέλθει οικειοθελώς και υποβάλλεται σε θεραπεία. Αν ο δράστης συμπληρώσει με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με έγγραφη βεβαίωση και έκθεση του διευθυντή του καταστήματος και ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη, κατά τις διατάξεις του άρθρου 13 του παρόντος νόμου, ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών με αιτιολογημένη διάταξη του, και έπειτα από έγκριση του εισαγγελέα

εφετών, μπορεί να απόσχει οριστικά από την ποινική δίωξη.

2. Τα στοιχεία που αναφέρονται στις παραπάνω εκθέσεις του διευθυντή του Θεραπευτικού Καταστήματος είναι απόρρητα και απαγορεύεται η ανακοίνωσή τους από οποιονδήποτε άλλον, εκτός από τον ίδιο το χρήστη ναρκωτικών που υποβλήθηκε σε θεραπεία.

3. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, χορηγείται αναβολή στράτευσης που διακόπτεται με γραπτή βεβαίωση του διευθυντή του Κέντρου, μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.

4. Ως χρόνος θεραπευτικού προγράμματος θεωρείται ο εγκεκριμένος χρόνος του προγράμματος κοινωνικής επανένταξης. Η βεβαίωση αποθεραπείας, που εκδίδεται από το κατάστημα, αποτελεί πλήρη απόδειξη για κάθε νόμιμη χρήση. Ειδικά για την επαγωγή των έννομων αποτελεσμάτων, που προβλέπονται στα άρθρα 12 και 14 του παρόντος νόμου, απαιτείται και σύμφωνη βεβαίωση από έναν εκ των επιστημονικών φορέων του άρθρου 13 παρ. 2 έπειτα από ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακές εξετάσεις του υπό θεραπεία τελούντος.

5. Τα ευεργετήματα των παρ. 1 και 3 του παρόντος άρθρου παρέχονται δύο φορές.

6. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται εξεξής για όλα τα θεραπευτικά καταστήματα που ιδρύονται υπό την εποπτεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τις προϋποθέσεις του άρθρου 1 του παρόντος νόμου. Για τα ήδη ιδρυθέντα και λειτουργούντα ιδρύματα της παραγράφου 5 του άρθρου 1 του ν. 1729/1987, διατηρούνται σε ισχύ οι διατάξεις που προβλέπονται από το άρθρο 26 του ν. 1729/1987.

Άρθρο 24

Το άρθρο 27 του ν. 1729/1987 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 27

Διάθεση εσόδων

Τα έσοδα από χρηματικές ποινές ή μετατροπές ποινών, που επιβάλλονται για παραβάσεις του νόμου αυτού ως και από δημεύσεις, εισάγονται στον προϋπολογισμό του Κράτους, υπό ίδιο κωδικό αριθμό εσόδου. Με βάση το έσοδο αυτό και ύστερα από πρόταση του Ο.ΚΑ.ΝΑ. εγγράφονται στους προϋπολογισμούς εξόδων των συναρμόδιων υπουργείων σχετικές πιστώσεις που διατίθενται για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 25

1. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Δικαιοσύνης, δύναται να κωδικοποιηθούν σε ενιαίο κείμενο οι διατάξεις του παρόντος νόμου και των ως εκτέλεση αυτού προεδρικών διαταγμάτων και αποφάσεων, καθώς και κάθε σχετική με τα ναρκωτικά νομοθεσία.

2. Κατά την κωδικοποίηση επιτρέπεται, εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο, νέα αριθμηση των άρθρων και κατάταξη των παραγράφων και εδαφίων, ο σχηματισμός

νέων άρθρων, η απάλειψη διατάξεων που έχουν ρητώς καταργηθεί και γενικά κάθε αναπροσαρμογή του νομοθετικού υλικού, εφόσον αυτή κρίνεται αναγκαία για τη σαφήνεια και πληρότητα της κωδικοποίησης, χωρίς όμως να αλλοιωθεί η έννοια των ισχυουσών διατάξεων.

3. Η κωδικοποίηση αυτή ανατίθεται σε νομοπαρασκευαστική επιτροπή.

Άρθρο 26

Καταργούμενες διατάξεις

Από τη έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου καταργούνται :

Οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 1 και τα άρθρα 23, 26, (με την επιφύλαξη της παρ. 6 του άρθρου 23 του παρόντος) και 29 του ν. 1729/1987, καθώς και άλλη διάταξη που είναι αντίθετη προς τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 27

Στο διατηρούμενο εν ισχύ αρχικό άρθρο 26 του ν. 1729/1987 προστίθεται παράγραφος έχουσα ως εξής:

"Ανεξαρτήτως των όρων των διατάξεων του έκτου κεφαλαίου του γενικού μέρους του Ποινικού Κώδικα, αν κάποιος ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα του ΚΕ.ΘΕ.Α. με επιτυχία και καταδικαστεί για εγκλήματα προβλεπόμενα από τον Ποινικό Κώδικα σε βαθμό πλημμελήματος, που έχουν σχέση με το πάθος της τοξικομανίας και που εκτελέστηκαν πριν από την εισαγωγή του στη θεραπευτική κοινότητα, η εκτέλεση της ποινής αναστέλλεται υποχρεωτικά για ορισμένο χρονικό διάστημα, που δεν μπορεί να είναι κατώτερο από τρία (3) και ανώτερο από έξι (6) χρόνια. Μοναδική απόδειξη της αποθεραπείας του είναι η βεβαίωση που εκδίδεται από το ΚΕ.ΘΕ.Α.. Όσοι έχουν καταδικαστεί και εκτίουν την ποινή τους, μπορούν να υποβάλλουν στο δικαστήριο που εξέδωσε την απόφαση σχετική αίτηση. Η ανωτέρω αναστολή δεν ανακαλείται, έστω και αν συντρέχουν οι όροι του άρθρου 101 του Ποινικού Κώδικα".

Άρθρο 28

Στο άρθρο 38 του ν. 2072/1992 "Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού, προθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 125 Α') προστίθεται εδάφιο ως ακολούθως:

"Επίσης οι με κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία πάσχοντες, προστατεύονται από όλες τις διατάξεις που προστατεύονται και οι με μεσογειακή αναιμία πάσχοντες".

Άρθρο 29

Στο άρθρο 43 του ν. 1759/1988, που συμπληρώθηκε με το άρθρο 39 του ν. 2072/1992, προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 5 που έχει ως εξής:

"5. Ιατροί του Ε.Σ.Υ. με ειδικότητα που υπηρετούν σε κέντρα υγείας ή νοσοκομεία μπορούν κατόπιν αιτήσεώς τους να μετατίθενται σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας άγονων Α' περιοχών σε κενή ομοίοβαθμη θέση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων".

Άρθρο 30

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζεται κάθε θέμα σχετικό με την εκπόνηση, την έκδοση και την προμήθεια των βιβλίων που χορηγούνται στους μαθητές των Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, δύναται όπως ανατεθεί το αντικείμενο της προηγούμενης παραγράφου, μερικά ή ολικά, στον Οργανισμό Εκδόσεως Σχολικών βιβλίων (Ο.Ε.Δ.Β.) καθοριζόμενων συγχρόνως και των εκατέρωθεν δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ του Ο.Ε.Δ.Β. και των Μ.Τ.Ε.Ν.Σ..

3. Η επιλογή των κατάλληλων διδακτικών βιβλίων γίνεται μετά από γνωμοδότηση της επιτροπής αξιολόγησης, με σύμφωνη γνώμη του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 31

Η παρ. 4 του άρθρου 53 του ν. 1892/1990 (ΦΕΚ 101/31.7.90 τ. Α') αντικαθίσταται ως εξής:

4. Οι ιδιωτικές κλινικές, που ήδη λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του ν. 1892/1990, υποχρεούνται να προσαρμοσθούν μέσα στις προθεσμίες που έχουν ταχθεί με την αριθ. Α3α/οικ. 2147/24.6.92 (ΦΕΚ 471/92 τ. Β') υπουργική απόφαση μόνο σε ό,τι αφορά τον εξοπλισμό καθώς και τη σύνθεση και διάκριση προσωπικού (Παραρτήματα Γ' και Δ' του π. δ/τος 517/1991 (ΦΕΚ 202/91 τ. Α')).

Άρθρο 32**Κατάταξη υπαλλήλων Κέντρων Παιδικής Μέριμνας**

1. Οι υπάλληλοι που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος στον προσωρινό κλάδο ΤΕ Παιδαγωγικού των Κέντρων Παιδικής Μέριμνας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και που έχουν πτυχίο Παιδαγωγικών Ακαδημιών κατατάσσονται στον κλάδο ΠΕ-Παιδαγωγικής-Δημοτικής και σε προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται με την αποχώρησή τους από την υπηρεσία.

2. Οι διατάξεις που ρυθμίζουν κάθε φορά το βαθμολογικό και μισθολογικό καθεστώς του προσωπικού της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης εφαρμόζονται ανάλογα και για το προσωπικό των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 33

Οι υπηρετούντες υπάλληλοι κατά τη δημοσίευση του π. δ/τος 28/23-1-85 Φ. 10 "Μετατροπή του Ν. Π.Δ.Δ. "Στέγες Υπερηλικών Αττικής" σε Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Μελισσίων "Κοινωνικό Ξενώνα Ενηλίκων Καρέα" και "Κέντρο προσωρινής διαμονής Ρέντη", στο οποίο συγχωνεύεται και το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Πειραιώς "Ο ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ", μεταφέρονται από 1ης Οκτωβρίου 1986 στα νεοσυσταθέντα με το ανωτέρω προεδρικό διάταγμα Ιδρύματα και καταλαμβάνουν κενές οργανικές θέσεις ή μεταφερόμενες ή συνιστώμενες

προσωποπαγείς θέσεις αντίστοιχων κλάδων και κατηγοριών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζονται όλες οι λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 34

1. Το άρθρο 82 του ν. 1756/1988 "Κώδικας οργανισμού δικαστηρίων και κατάστασης δικαστικών λειτουργιών", όπως τροποποιήθηκε με την παρ. 2 του άρθρου 13 του ν. 1868/1989, αντικαθίσταται ως εξής:

1. Την επιθεώρηση ενεργούν:

α) Στους παρέδρους, εισηγητές και δόκιμους εισηγητές του Ελεγκτικού Συνεδρίου, σύμβουλος και πρόεδρος του Ελεγκτικού Συνεδρίου, που ορίζονται με απόφαση του οικείου Ανώτατου Δικαστικού Συμβουλίου. Με ίδια απόφαση ορίζεται, ως προϊστάμενος της επιθεώρησης, αντιπρόεδρος του Ελεγκτικού Συνεδρίου, ο οποίος παράλληλα μπορεί να ασκεί και καθήκοντα επιθεωρητή. Οι διατάξεις του άρθρου 80 παρ. 3, 4, 5 και 6 του νόμου αυτού εφαρμόζονται αναλόγως και στο Ελεγκτικό Συνέδριο.

β) Στα διοικητικά εφετεία και πρωτοδικεία τρεις σύμβουλοι επικρατείας, οριζόμενοι από το οικείο Ανώτατο Δικαστικό Συμβούλιο.

γ) Στα διοικητικά πρωτοδικεία και πρόεδροι εφετών. Οι πρόεδροι εφετών Αθηνών και Πειραιώς συνεπικουρούνται από δύο εφέτες που ορίζονται από το Ανώτατο Δικαστικό Συμβούλιο.

δ) Στις γραμματείες των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων, ο γενικός επίτροπος της Επικρατείας των δικαστηρίων αυτών και οι πρόεδροι εφετών και πρωτοδικών.

2. Ως προϊστάμενος της επιθεώρησης των τακτικών διοικητικών δικαστηρίων ορίζεται, με απόφαση του Ανώτατου Δικαστικού Συμβουλίου, Αντιπρόεδρος του Συμβουλίου της Επικρατείας. Κατά το χρονικό διάστημα της άσκησης των καθηκόντων του, ο προϊστάμενος απαλλάσσεται από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία. Μπορεί όμως, με την ίδια απόφαση του Ανώτατου Δικαστικού Συμβουλίου, να ορισθεί το Τμήμα του Συμβουλίου της Επικρατείας σε συνθέσεις του οποίου θα προεδρεύει αυτός, κατόπιν συνεννοήσεως με τον οικείο Αντιπρόεδρο.

2. Ο αριθμός των θέσεων των αντιπροέδρων στο Συμβούλιο της Επικρατείας αυξάνεται κατά μία (1) και ο συνολικός αριθμός τους ορίζεται σε επτά (7). Ομοίως ο αριθμός των θέσεων των αντιπροέδρων στο Ελεγκτικό Συνέδριο αυξάνεται κατά μία (1) και ο συνολικός αριθμός τους ορίζεται σε πέντε (5).

3. Ο αριθμός των οργανικών θέσεων των Επιμελητών Δικαστηρίων Κατηγορίας ΥΕ του Ελεγκτικού Συνεδρίου αυξάνεται κατά πέντε (5) θέσεις και ο συνολικός αριθμός τους ορίζεται σε εβδομήντα πέντε (75) θέσεις.

Άρθρο 35

Η χορήγηση του επιδόματος βιβλιοθήκης, που προβλέπεται από το άρθρο 61 του ν. 1914/1990 (ΦΕΚ 178 Α') για τους ιατρούς του Ι.Κ.Α., επεκτείνεται και στους μόνιμους ιατρούς και οδοντιάτρους και ελεγκτές ιατρούς και οδοντιάτρους του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και

Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και στους μόνιμους και επί θητεία ιατρούς και οδοντιάτρους του Πατριωτικού Ίδρύματος Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης (Π.Ι.Κ.Π.Α.).

Άρθρο 36

Στο άρθρο 2 του ν. 1965/1991 προστίθεται παρ. 3 ως εξής:

3. Στον Ε.Ο.Φ. συνιστάται θέση γενικού διευθυντή, με τριετή θητεία. Για τη θέση αυτή διορίζονται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πτυχιούχοι Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της ημεδαπής ή αλλοδαπής, με ευδόκιμη υπηρεσία, δεόντως αποδεικνυόμενη σε θέσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές και εξειδίκευση σε θέματα δημόσιας διοίκησης. Είναι ακόμη δυνατή η ανάθεση καθηκόντων γενικού διευθυντή του Ε.Ο.Φ. σε δημόσιους υπαλλήλους ή υπαλλήλους που υπηρετούν στον Ε.Ο.Φ. ή στον τομέα υγείας ή και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να έχουν για οποιονδήποτε λόγο αποχωρήσει. Προκειμένου για τους αποχωρήσαντες δεν έχουν εφαρμογή οι περιοριστικές διατάξεις του ν. 1256/1982. Για τους με ανάθεση καθηκόντων, κατ' αυτόν τον τρόπο, ο χρόνος θητείας του λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της θητείας επανέρχεται αυτοδίκαια στη θέση και στην υπηρεσιακή κατάσταση που είχε προ του διορισμού του.

Οι μηνιαίες απολαβές του γενικού διευθυντή καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων".

Άρθρο 37

Συμβολαιογραφικές πράξεις μεταβίβασης κυριότητας οικοπέδων, που συντάχθηκαν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος, τα οποία είχαν παραχωρηθεί σε δικαιούχους Λαϊκής Κατοικίας των προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, βάσει του β.δ. 775/1964 "Περί κωδικοποίησης διατάξεων περί Λαϊκής Κατοικίας" (ΦΕΚ 254/30-12-64 τ.Α') και τηρήθηκαν από αυτούς όλοι οι όροι που περιλαμβάνονται στις αποφάσεις παραχώρησης των οικοπέδων αυτών, πλην του δεσμευτικού όρου της τήρησης των διατάξεων του Γ.Ο.Κ. και της ανέγερσης οικοδομής, θεωρούνται έγκυρες από την ημερομηνία μεταγραφής τους.

Άρθρο 38

1. Το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", που είχε υπαχθεί στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 "Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως" (ΦΕΚ 254 Α'/1953) με το από 21.6.55 β. δ/γμα "Περί αναμορφώσεως του Οργανισμού του Δημοσίου Μαιευτηρίου Αθηνών" (ΦΕΚ 157 Α'/1955) υπάγεται στις διατάξεις του ν. 1397/1983 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ 143 Α'/1983) από της ισχύος αυτού.

Μέχρι της έκδοσης του νέου Οργανισμού του Νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 56, 57 και 58 του ν. 2071/1992 "Εκσυγχρονισμός και Ορ-

γάνωση Συστήματος Υγείας" (ΦΕΚ 123 Α'/1992), ισχύει η υπ' αριθμ. Α3β/οικ. 14127/8-8-86 (ΦΕΚ 898 Β'/22-12-86) υπουργική απόφαση.

2. Θεωρούνται νόμιμες οι δαπάνες που πληρώθηκαν από το Νοσοκομείο ΚΑΤ και αφορούσαν πρόσθετες αμοιβές υπερωριακής εργασίας σε 16 γιατρούς αναισθησιολόγους για το χρονικό διάστημα από 1.1.90 μέχρι 31.10.91.

Άρθρο 39

Η προθεσμία επιλογής μιας εκ των δύο θέσεων για τα μέλη των Δ.Ε.Π., που υπηρετούν στο Ε.Σ.Υ., όπως αναφέρεται στο άρθρο 63 παρ. 8, 9 10 του ν. 2071/1992, παρατείνεται για 12 μήνες.

Η ρύθμιση αυτή ισχύει αναδρομικά από 1.7.1993.

Άρθρο 40

Από της ισχύος του παρόντος νόμου, η κατά το άρθρο 8 του ν. 5539/1932 "περί μονοπωλίου των ναρκωτικών φαρμάκων και του ελέγχου αυτών" (ΦΕΚ 198 Α') υποβολή στο τέλος κάθε τριμήνου στις αρμόδιες αρχές καταστάσεων κινήσεως ναρκωτικών από τα φαρμακεία θα ενεργείται μία φορά το χρόνο, στο τέλος αυτού.

Άρθρο 41

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 23 Ιουλίου 1993

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΣΩΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ
Ι. ΒΑΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΣΤ. ΜΑΝΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
Δ. ΣΙΟΥΦΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
Α. ΨΑΡΟΥΔΑ-ΜΠΕΝΑΚΗ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
Γ. ΣΟΥΦΛΙΑΣ

ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Θ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ
Α. ΠΑΠΑΔΟΓΓΟΝΑΣ

ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ

Ν. ΓΚΕΛΕΣΤΑΘΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 23 Ιουλίου 1993

Η ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ANNA ΨΑΡΟΥΔΑ-ΜΠΕΝΑΚΗ