

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ  
ΥΓΕΙΑ»**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΤΖΑΒΕΛΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΤΖΑΒΕΛΑΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005**

*«Η παρούσα εργασία, η οποία είναι αποτέλεσμα τεσσάρων χρόνων διαβάσματος, αφιερώνεται στους γονείς μας, που μας στήριξαν στο δρόμο που διαλέξαμε.»*

*με τιμή...*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....</b>	
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1</b>
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ</b>	
1. . Ιστορική αναδρομή.....	3
1.2 Έννοιες και Ορισμοί των Ναρκωτικών .....	4
1.2.1 Γενικά - Ναρκωτικά .....	4
1.3 Είδη και Μορφές Ναρκωτικών ουσιών.....	5
1.3.1 Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης .....	7
1.3.2 Οπιοειδής ουσίες.....	8
1.3.3 Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές ουσίες.....	9
1.3.4 Κατασταλτικές ουσίες .....	10
1.3.5 Ψευδαισθησιογόνες ή Ψυχοσιομιμητικές ουσίες .....	11
1.3.6 Εισπνεόμενες πτητικές ουσίες .....	12
1.3.7 Άλλες μη κατηγοριοποιούμενες ουσίες .....	14
1.4 Χαρακτηριστικά του χρήστη .....	16
1.5 Αιτίες του προβλήματος .....	17
1.6 Η αντιμετώπιση του προβλήματος.....	18
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<b>ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ</b>	
2. Εισαγωγή .....	23
2.1 Μερικοί χρήσιμοι ορισμοί .....	25
2.2 Αιτίες – Παράγοντες της παθογένειας της ουσιοεξάρτησης .....	28
2.2.1 Απόψεις για την αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης.....	28

2.2.2	Ατομικοί παράγοντες.....	29
2.2.3	Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	30
2.3	Γενικοί παράγοντες που καθορίζουν τη δράση μιας εθιστικής Ψυχοτρόπου ουσίας.....	33
2.3.1	Φαρμακοκινητικοί παράγοντες.....	34
2.3.2	Πλαστικότητα δράσης.....	34
2.3.3	Ανοχή και Στερητικό σύνδρομο.....	35
2.3.4	Νοθεία των ουσιών.....	35

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ – ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

3.	Γενικά.....	37
3.1	Περιγραφή των κυριότερων κλινικά ψυχιατρικών προβλημάτων.....	38
3.2	Συμπαθητικομιμητικές ή Διεγερτικές ουσίες και κλινικά ψυχιατρικά προβλήματα αυτών.....	41
3.3	Οπιοειδή και κλινικά ψυχιατρικά προβλήματα αυτών.....	45
3.4	Εισπνεόμενες - Πτητικές ουσίες και κλινικά ψυχιατρικά προβλήματα αυτών.....	46

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΘΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

4.	Γενική θεώρηση.....	48
4.1	Η φιλοσοφία της θεραπείας.....	49
4.2	Θεραπεία υποκατάστασης με αποτοξίνωση.....	54
4.3	Θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη.....	62
4.3.1	Ιστορική παρουσίαση.....	62
4.3.2	Τρόπος θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη.....	64
4.3.3	Προβλήματα συντήρησης με μεθαδόνη.....	65

4.4	Ανταγωνιστές ναρκωτικών και θεραπεία .....	68
-----	--	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

5.1	Γενικά .....	72
5.2	Διαχωρισμός των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.....	72
5.2.1	Ατομικού τύπου .....	72
5.2.2	Ομαδικού τύπου .....	74
5.2.3	Ψυχοθεραπευτικού τύπου παρέμβαση στις οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων ατόμων .....	76
5.2.3.1	Τεχνικές.....	78

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ**

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ**

6.	Η προέλευση των θεραπευτικών κοινοτήτων.....	79
6.1	Αρχές θεραπευτικών κοινοτήτων .....	81
6.2	Είδη ομάδων που χρησιμοποιούν οι θεραπευτικές κοινότητες .....	82
6.3	Είδη προγραμμάτων - Ανάλυση.....	83
6.3.1	Ψυχιατρικά προγράμματα εσωτερικών ασθενών .....	83
6.3.2	Στεγνή Θεραπεία Εξωτερικών Ασθενών (Σ.Θ.Ε.Α.) .....	84
6.3.3	Προγράμματα Πολλαπλών Μεθόδων .....	86
6.3.4	Προγράμματα με προσανατολισμό τη θρησκεία.....	86
6.4	Θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης στο νομό Αιτωλοακαρνανίας .....	87
6.4.1	Ο.ΚΑ.ΝΑ. – Κέντρο Πρόληψης κατά των ναρκωτικών «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» .....	88
6.4.2	Μονάδα Υποκατάστασης (Βουπρενορφίνης) του Γ.Ν. Αγρινίου .....	89

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

7.	Ειδικά Συμπεράσματα.....	91
7.1	Πρόληψη της χρήσης ουσιών .....	93
7.2	Προτάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.....	95
7.3	Γενικό Συμπέρασμα .....	98

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....**

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

- Σ.Μ. : Συντήρηση με Μεθαδόνη
- Θ.Κ. : Θεραπευτική Κοινότητα
- Σ.Θ.Ε.Α. : Στεγνή Θεραπεία Εξωτερικών Ασθενών
- ΚΕ.Θ.Ε.Α.: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
- Κ.Ν.Σ. : Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
- Ο.ΚΑ.ΝΑ. : Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών
- Γ.Ν.Α. : Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου
- Η.Π.Α. : Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- Α.ΝΑ. : Ανώνυμοι Ναρκομανείς
- Α.Α : Ανώνυμοι Αλκοολικοί

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών που προκαλούν εξάρτηση θέτει πολυάριθμα ερωτήματα στην εποχή μας. Οι προτεινόμενες λύσεις για τη μείωση και στη συνέχεια την εκρίζωση του φαινομένου αυτού είναι συνήθως προϊόν του προβληματισμού και της συνεργασίας, σε επίπεδο εθνικό και διεθνές, θεσμών και οργάνων με διαφορετική κοινωνική, οικονομική, πολιτική και θρησκευτική προέλευση.

Στην πτυχιακή εργασία που θα ακολουθήσει θα αναφερθούμε στα είδη των ναρκωτικών ουσιών, τις επιπτώσεις που αυτά φέρουν και στην ψυχιατρική διάσταση του προβλήματος.

Η παρούσα εργασία δε σκοπεύει να λύσει το πρόβλημα των ναρκωτικών ουσιών και τις επιπτώσεις που έχουν στην ψυχική υγεία των ατόμων. Σκοπεύει να δώσει μια εικόνα της σημερινής κατάστασης και να υποβάλλει προτάσεις και λύσεις που θα μπορούσαν να διευθετήσουν αυτό το «αιώνιο» πρόβλημα.

Η εργασία αποτελείται από επτά (7) κεφάλαια στα οποία δίνεται μια θεωρητική προσέγγιση του προβλήματος των ναρκωτικών, καθώς επίσης και τις επιπτώσεις που έχουν στα άτομα από την χρήση τους τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Γίνεται μια μικρή ιστορική αναδρομή για το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα στην κοινωνία και δίνονται διάφορα είδη και μορφές αυτών. Ακολουθεί η περιγραφή των κυριότερων κλινικών ψυχιατρικών προβλημάτων και η θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά. Παρουσιάζονται προγράμματα και θεραπευτικές κοινότητες που αντιμετωπίζουν αυτό το «αιώνιο» πρόβλημα και τέλος δίνονται ειδικά συμπεράσματα και προτάσεις για την λύση του.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, για την συλλογή των στοιχείων, είναι η βιβλιογραφική έρευνα, οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις καθώς και οι προσωπικές συνεντεύξεις. Η βιβλιογραφική έρευνα και οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις κρίθηκαν απαραίτητες ώστε να δοθούν στοιχεία που αφορούν τα ναρκωτικά και την Ψυχική υγεία ενώ οι προσωπικές συνεντεύξεις βοήθησαν στην συλλογή των στοιχείων που αφορούν ειδικότερα το Νομό Αιτωλοακαρνανίας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Μαγριπλή Δημήτριο, καθηγητή του τμήματος Δ.Μ.Υ.Π. και υπεύθυνου καθηγητή αυτής της πτυχιακής, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε καθώς και για την συμπαράσταση και την πολύπλευρη



καθοδήγηση που μας έδωσε όσον αφορά την εκπόνηση του θέματος. Επίσης, ευχαριστίες θα ήταν απαραίτητο να δοθούν σ' όλους όσους συνέβαλαν ηθικά, οικονομικά ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο για την πραγματοποίηση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ <sup>1</sup>

Η χρήση φαρμακευτικών ουσιών συναντάται σε πανάρχαιους πολιτισμούς. Η χρήση ήταν αποδεκτή κάτω από όρους και ήταν κοινωνικά ελεγχόμενη.

Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα γίνονται οι πρώτες εισαγωγές οπίου στην Αμερική. Σε λίγα χρόνια υπάρχουν αρκετές χιλιάδες οπιομανών.

Το 1831 παράγεται για πρώτη φορά το εκχύλισμα του οπίου που ονομάστηκε Κωδεΐνη και το οποίο χρησιμοποιήθηκε σαν φάρμακο για τον βήχα, τους πόνους και την εξάρτηση από το όπιο. Το 1856 κυκλοφόρησε η εναίσιμη μορφίνη που χρησιμοποιήθηκε ως ισχυρό φάρμακο για τον σωματικό πόνο. Λίγο αργότερα, εμφανίζεται η κοκαΐνη που για κάποιο μικρό διάστημα χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία των εξαρτημένων από μορφίνη και κωδεΐνη.

Στο τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα υπάρχει ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα, με δεκάδες χιλιάδες εξαρτημένων από το όπιο, τα παράγωγά του και την κοκαΐνη.

Τη λύση στο πρόβλημα αναλαμβάνουν οι φαρμακοβιομηχανίες. Το 1898, η φαρμακοβιομηχανία BAYER παρουσιάζει με περηφάνια την ηρωΐνη, η οποία κυκλοφορεί ελεύθερα και διαφημίζεται σαν το «φάρμακο των φαρμάκων». Το 1914 στην Αμερική υπάρχουν πάνω από 200.000 ηρωινομανείς. Το 1975, η πράξη Harrison απαγορεύει την κυκλοφορία της ηρωΐνης με αποτέλεσμα, η καταστολή να οδηγήσει τις τιμές στα ύψη και να δώσει ώθηση στη δημιουργία παράνομων κυκλωμάτων που ασχολούνται με τη διάθεσή της.

Το 1943, η φίρμα HOECHST της Δ. Γερμανίας παρήγαγε το συνθετικό παράγωγο του οπίου, την μεθαδόνη. Το 1967, η Αμερικανική κυβέρνηση υιοθέτησε και εφάρμοσε τα λεγόμενα προγράμματα «υποκατάστασης με μεθαδόνη». Η ουσία

---

<sup>1</sup> Ι. Κυβερνήτης, «Ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ουσιών και η αντιμετώπισή της», εκδ. Βήτα, Αθήνα 1999, σελ. 2

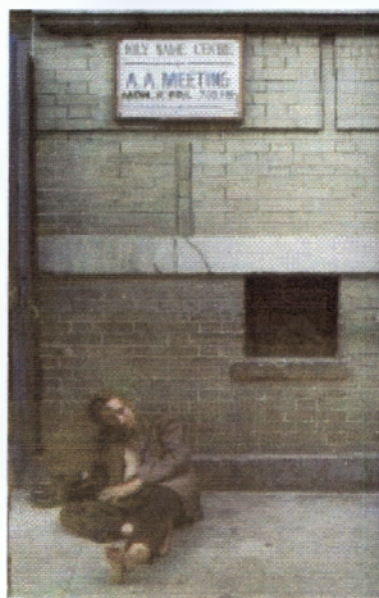
αυτή έχει ακριβώς την ίδια φαρμακευτική δράση με την ηρωίνη, διαφέρει στη διάρκεια δράσης και στη λήψη που γίνεται από το στόμα.

## 1.2. ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

### 1.2.1 ΓΕΝΙΚΑ – ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ<sup>2</sup>

#### Ο ορισμός των ναρκωτικών

Ο όρος ναρκωτικό (drogue) γίνεται δεκτός με διαρκώς ευρύτερη έννοια, έτσι ώστε στη σύγχρονη εποχή σημαίνει «κάθε φυσική ή συνθετική ουσία που έχει ψυχοτρόπο δράση ή και απλώς φαρμακολογική δράση στον εγκέφαλο». Θα μπορούσαμε να υιοθετήσουμε μια στενότερη χρήση του όρου, περιορίζοντάς τον στα «βλαβερά φάρμακα» δηλαδή σε ουσίες που καταναλώνονται για μη ιατρικούς σκοπούς. Το ναρκωτικό είναι μια ουσία η οποία είτε αναζητείται από το χρήστη είτε προτείνεται για κατανάλωση από μια κοινωνική ομάδα είτε προσφέρετε με τρόπο πειστικό μέσα από τον προσηλυτισμό που ασκούν ορισμένα άτομα.



Πηγή: [www.pi-schools.gr/.../gr/drugs/drugs-gr.htm](http://www.pi-schools.gr/.../gr/drugs/drugs-gr.htm)

<sup>2</sup> Π. Σακελλαρόπουλος, «Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα», Εγχειρίδιο, Αθήνα, 2003, σελ. 283

## Ο ορισμός των ναρκωτικών μέσω της Π.Ο.Υ.

Το 1967 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διέκρινε τον εθισμό (accoutumance) από την τοξικομανία (toxicomanie, όρο τον οποίο αντικατέστησε με τον όρο φάρμακο-εξάρτηση, pharmaco-dependance).

- Ο εθισμός χαρακτηρίζεται από τακτική χρήση κάποιας ουσίας, η οποία συνεπάγεται επιθυμία επανάληψης της κατανάλωσής της χωρίς τάση αύξησης της δόσης και επιφέρει ορισμένο βαθμό ψυχολογικής εξάρτησης χωρίς σωματική εξάρτηση και χωρίς σύνδρομο στέρησης κατά την διακοπή της τοξίκωσης. Η έννοια του εθισμού συνεπάγεται τη δυνατότητα βλαβερών επιπτώσεων στον καταναλωτή από τον τρόπο χρήσης. Τα λεγόμενα «μαλακά» (douces) ναρκωτικά (καπνός, παράγωγα της ινδικής κάνναβης) μπορεί να οδηγήσουν σε εθισμό.
- Η φάρμακο-εξάρτηση ή τοξικομανία προϋποθέτει επαναλαμβανόμενη κατανάλωση ενός ναρκωτικού, η οποία σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα επιφέρει καταναγκαστική επιθυμία λήψης της ουσίας και προσπορισμού της με κάθε μέσο, αυτόματη τάση αύξησης των δόσεων εξαιτίας της προσαρμογής του οργανισμού στις επενέργειες του ναρκωτικού (φαινόμενο ανοχής, phenomene de tolerance), εμφάνιση σωματικής και ψυχικής υποδούλωσης (φαινόμενο τοξικορρέπειας, phenomene d' assuetude) και τέλος εμφάνιση ενός σωματο-ψυχικού συνδρόμου αποχής, όταν διακοπεί η κατανάλωση. Εκτός από τις βλαβερές συνέπειες της τοξίκωσης πάνω στο άτομο, παρατηρούνται και κοινωνικές επιπτώσεις: προσηλυτισμός στη χρήση της ουσίας, μεταδοτικότητα του φαινομένου της εγκληματικότητας. Τα λεγόμενα «σκληρά» (dures) ναρκωτικά (ηρωίνη, αμφεταμινικά παράγωγα), παρουσιάζουν τον υψηλότερο κίνδυνο φάρμακο-εξάρτησης.

### 1.3 ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ<sup>3</sup>

Υπάρχουν πολλοί πιθανοί τρόποι κατηγοριοποίησης των διάφορων ουσιών, από τους οποίους άλλοι είναι χρήσιμοι για ερευνητικούς σκοπούς και άλλοι είναι φαρμακολογικά πιο ορθοί. Ο τρόπος ταξινόμησης που φαίνεται στον πίνακα 1, έγινε με βάση τον κύριο τρόπο δράσης κάθε ουσίας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

<sup>3</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 51 - 52

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΟΥΣΙΑΣ	ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ
ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ	Μαριχουάνα Χασίς
ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ	Μορφίνη Ηρωίνη Κωδεΐνη Πεθιδίνη Παπαβερίνη Μεθαδόνη
ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ή ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Αμφεταμίνη Μεθυλφαινιδίνη Κοκαΐνη
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Οινόπνευμα Βαρβιτουρικά Βενζοδιαζεπίνες Ουσίες του τύπου της χλωράλης Βρομιούχα Παραλδεΐδη Μετροβαμάτη Γλουταιθιμίδη Αντισταμινικά Μεθακαλόνη
ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ή ΨΥΧΟΣΙΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	L.S.D. Ψυλοχιμβίνη Φαινσυκλιδίνη (P.C.P.) Άλλα
ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ – ΠΤΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	Αεροζόλ Κόλλες Διαλύτες χρωμάτων
ΆΛΛΕΣ, ΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	Ατροπινούχα και ατροπινικής δράσης σκευάσματα

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση των διάφορων εθιστικών ουσιών

Πηγή: Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 51 - 52.

### 1.3.1 ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ<sup>4</sup>



Πηγή: [www.ndp.govt.nz/cannabis/cannabis01.html](http://www.ndp.govt.nz/cannabis/cannabis01.html)

Τα κανναβινοειδή είναι ψυχοδραστικές ουσίες που προέρχονται από το φυτό της κάνναβης και ιδιαίτερα από την ποικιλία κάνναβη η ινδική.

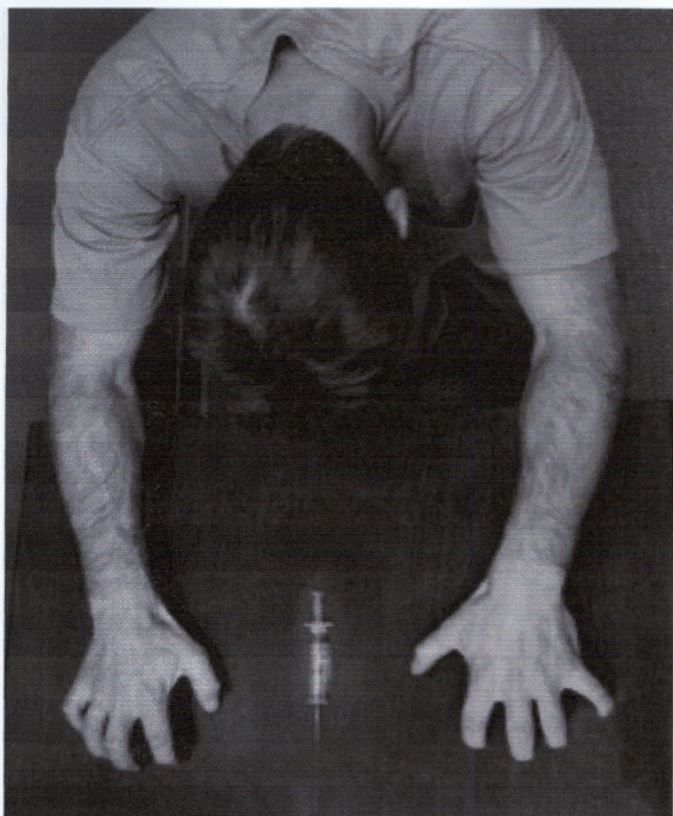
Το ίδιο φυτό καλλιεργείται και για την παραγωγή διαφόρων άλλων προϊόντων, δηλαδή από τις φυτικές ίνες του κατασκευάζονται σχοινιά και υφάσματα, από τους σπόρους του παράγεται τροφή για πουλιά (κανναβούρι), καθώς και λάδι χρήσιμο στη βερνικοποιία και σαπωνοποιία. Χρήση του φυτού της κάνναβης για διατροφή, για τις κλωστικές ίνες αλλά και για τις ιατρικές του ιδιότητες αναφέρεται στην Νοτιοανατολική Ασία και την Κίνα από την νεολιθική εποχή, δηλαδή γύρω στο 6.000 π.Χ. Γινόταν χρήση του επίσης ως ευφορικής-διεγερτικής ουσίας σε θρησκευτικές τελετουργίες.

Η χημική ουσία στην οποία κυρίως οφείλεται η ψυχοτρόπος ιδιότητα της κάνναβης, είναι η Δ-9-τετραϋδροκανναβινόλη (Δ-9-THC). Παρασκευάσματα του φυτού της κάνναβης με ψυχοδραστικές ιδιότητες συναντώνται με διαφορετικές ονομασίες, όπως «μαριχουάνα» (προέρχεται από τα άνθη, τα φύλλα του επάνω τμήματος και το μίσχο του φυτού) ή «χασίς» (προέρχεται από τα διαποτισμένα από τη ρητίνη φύλλα), ενώ το «χασισέλαιο» αποτελεί το συμπυκνωμένο απόσταγμα του χασίς.

<sup>4</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000, σελ. 234

Η περιεκτικότητα σε Δ-9-THC ποικίλλει ανάλογα με το τμήμα του φυτού από το οποίο προέρχεται το παρασκεύασμα, την ποικιλία του φυτού ή τη γεωγραφική του προέλευση. Η περιεκτικότητα σε Δ-9-THC στην κάνναβη που κυκλοφορεί στην παράνομη αγορά είναι συνήθως 1-5% για τη μαριχουάνα, γύρω στο 10% για το χασίς και περίπου 15-30% για το χασισέλαιο. Ο συνηθέστερος τρόπος χρήσης της κάνναβης είναι το κάπνισμα με μορφή τσιγάρου. Η λήψη της μπορεί να γίνει και από το στόμα με τη μορφή γλυκισμάτων ή ροφημάτων. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ως ελάχιστη δόση που μπορεί να δημιουργήσει τοξίκωση είναι για το κάπνισμα μαριχουάνας η περιεκτικότητα 0,5-2% ενός τσιγάρου σε Δ-9-THC, ενώ για τη λήψη από το στόμα απαιτείται τρεις φορές μεγαλύτερη δόση.

### 1.3.2 ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ<sup>5</sup>



Πηγή: [www.valentine.gr/druqs\\_gr.htm](http://www.valentine.gr/druqs_gr.htm)

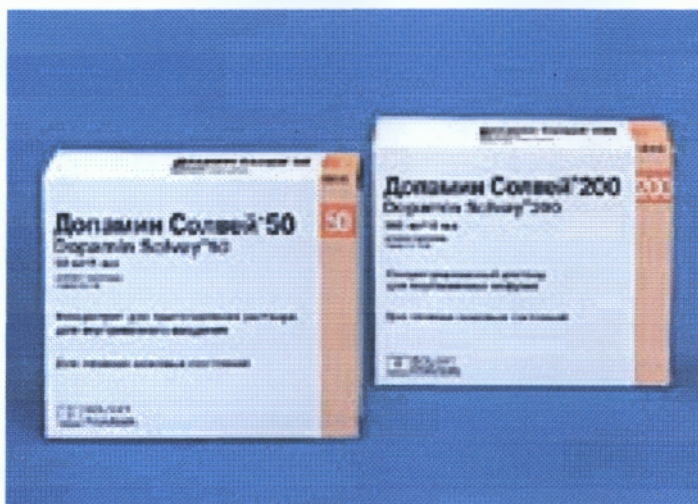
Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται αναλγητικές ουσίες με ευρύ φάσμα, το οποίο εκτείνεται από τα συνθετικά οπιοειδή (π.χ. της προποξυφαίνης) έως τα κυρίως οπιοειδή, όπως η μορφίνη και η ηρωίνη. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρόμοια φαρμακολογική συμπεριφορά φαίνεται να έχουν και οι ανταγωνιστές – συναγωνιστές των οπιοειδών, όπως η ναλοξόνη, η βουπρενοφρίνη, η ναλβουφένη, η φεντανύλη, κ.α. Πάντως, παρά τα προβλήματα που έχουν προκύψει διεθνώς από την κατάχρησή τους, τα οπιοειδή δεν παύουν να είναι ουσίες χρήσιμες στην ιατρική πράξη.

<sup>5</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», ό.π, σελ. 240 - 242

## Τρόποι κατάχρησης

Οι οπιοειδείς ουσίες χρησιμοποιούνται με διάφορους τρόπους. Υπάρχουν χρήστες οι οποίοι χρησιμοποιούν τις ουσίες σε ιατρικά πλαίσια, άτομα που κάνουν χρήση συνταγογραφημένης μεθαδόνης και τέλος «χρήστες των δρόμων», οι οποίοι χρησιμοποιούν οπιοειδή παράνομης προέλευσης. Οι οπιοειδείς ουσίες χρησιμοποιούνται από το στόμα, καπνιζόμενες, ενδομυϊκά και κυρίως ενδοφλεβίως (κύριος εκπρόσωπος η ηρωίνη).

### 1.3.3 ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ή ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ<sup>6</sup>



Πηγή: [www.solvay-pharma.ru/dopamin/](http://www.solvay-pharma.ru/dopamin/)

Οι φαρμακευτικές ουσίες της κατηγορίας αυτής, με κυριότερους εκπροσώπους την καφεΐνη, αμφεταμίνη, δεξτροαμφεταμίνη, μεθυλφαναυδάτη, κοκαΐνη, εφεδρίνη κ.α., αν και η χρησιμότητά τους στην ιατρική πράξη είναι μικρή. Η δράση τους οφείλεται στην αύξηση της δραστηριότητας των κατεχολαμινών (ντομαμίνης και νοραδρεναλίνης) στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και, όπως με κάθε άλλη ουσία, η επίδρασή τους εξαρτάται από τον τρόπο χρήσης και την ποσότητα της λαμβανόμενης ουσίας.

Οι ψυχοδιεγερτικές ουσίες λαμβάνονται από το στόμα, τη μύτη ή ενδοφλεβίως και προκαλούν κυρίως ευφορικό συναίσθημα και σε μεγαλύτερες δόσεις έντονη

<sup>6</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», ό.π., σελ. 249



υπερκινητικότητα, μείωση της κόπωσης, ανορεξία και ένταση των λειτουργιών προσοχής και συγκέντρωσης, που συνοδεύονται από αύπνία. Τα προαναφερόμενα συμπτώματα, συνοδεύονται και από άλλα που προκαλούνται μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, μυδρίαση, υπέρπνοια κ.λ.π., ποικίλουν ανάλογα με την ποσότητα και την συχνότητα χρήσης. Οι διεγερτικές ουσίες μπορούν επίσης να προκαλέσουν αντίδραση πανικού με ταχυκαρδία, αίσθημα άγχους, στήθαγχικούς πόνους και προκάρδιους παλμούς, που απαιτούν διαφοροδιάγνωση από σωματική ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή.

#### 1.3.4 ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ<sup>7</sup>

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ουσίες όπως τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες, το αλκοόλ, οι αντισταμινικές ουσίες, η παραλδεΐδη κ.α. Αν και χρησιμοποιούνται συχνά στην καθημερινή ιατρική πράξη, μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογική και σωματική εξάρτηση, καθώς και επικίνδυνες τοξικές καταστάσεις.

Η δράση τους επιφέρει καταστολή της νευρωνικής δραστηριότητας, ιδιαίτερα μέσω των νοραδρενεργικών και πολυσυναπτικών νευρώνων του δικτυωτού σχηματισμού και του φλοιού των ημισφαιρίων. Οι κυριότερες συνέπειες της χρήσης τους είναι μείωση του άγχους και της καταθλιπτικής διάθεσης, ελάττωση της σωματικής και διανοητικής δραστηριότητας και υπνωτική δράση.

Σε περίπτωση υπερβολικής χρήσης παρατηρείται καταστολή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και πτώση του επιπέδου συνείδησης, που μπορεί να πάρει τη μορφή οργανικού ψυχοσυνδρόμου παρόμοιου με το στερητικό σύνδρομο από βαρβιτουρικά. Στην κατάσταση αυτή προέχουν η σύγχυση, η διαταραχή προσανατολισμού και οι δυσκολίες στη λειτουργία της μνήμης. Σε ηλικιωμένα άτομα, τα συμπτώματα αυτά μπορεί να παρουσιαστούν και μετά τη χρήση μικρών δόσεων μιας κατασταλτικής ουσίας. Η χρόνια λήψη κατασταλτικών ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχωσική αντίδραση με διωκτικού τύπου παραλήρημα και ακουστικές ψευδαισθήσεις.

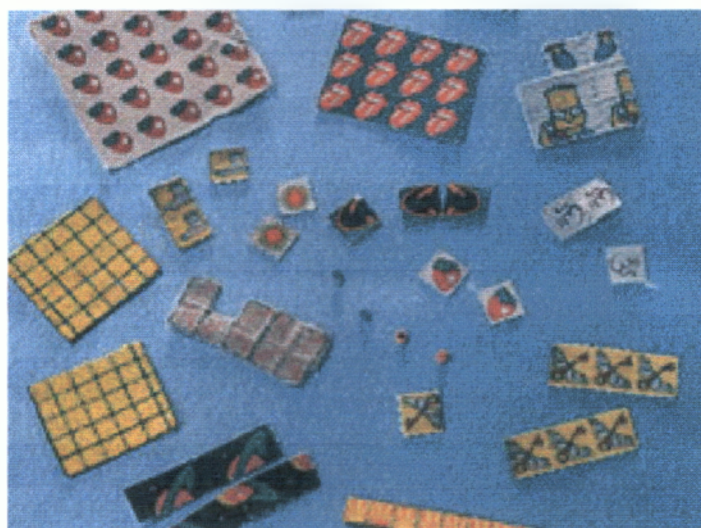
---

<sup>7</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», ό.π., σελ. 250

Συμπτώματα στερητικού συνδρόμου είναι δυνατόν να εμφανιστούν και μετά από λίγες εβδομάδες συστηματικής χρήσης της ουσίας και μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα σοβαρά για τη ζωή του χρήστη. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρούνται ναυτία, εμετοί, ταχυκαρδίες, υπόταση, τρόμος και συχνά επιληπτικές κρίσεις τύπου grand mal και υπερπυρεξία, που μερικές φορές μπορεί να έχει θανατηφόρα έκβαση. Η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου βασίζεται στη χορήγηση υποκατάστατων, κυρίως της φαινοβαρβιτάλης.

Τα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι ουσίες χρήσιμες στην καθημερινή ιατρική πράξη, αλλά πρέπει να χρησιμοποιούνται, μετά από σωστή ενημέρωση, για μερικό χρονικό διάστημα και να διακόπτονται προοδευτικά.

### 1.3.5 ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ή ΨΥΧΟΣΙΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ<sup>8</sup>



Πηγή: [www.dap.ic/dap\\_prof/images/lsd.jpg](http://www.dap.ic/dap_prof/images/lsd.jpg)

Οι ουσίες στην κατηγορία αυτή ονομάζονται και ψυχωσιομητικές ή ψυχεδελικές και επιδρούν στις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες τις υπεύθυνες για την αντίληψη, τη σκέψη και τα αισθήματα. Οι κυριότεροι εκπρόσωποι των ψευδαισθησιογόνων ουσιών είναι το LSD (διαιθυλαμίδη του λυσεργικού οξέος), η μεσκαλίνη, το PCP (φιανσουκλιδίνη) κ.α.

<sup>8</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», ό.π., σελ. 250

Η δράση τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα δεν είναι επακριβώς γνωστή, φαίνεται όμως ότι έχουν χημική ομοιότητα με τους εγκεφαλικούς νευροδιαβιβαστές. Η χρήση τους προκαλεί αύξηση των διανοητικών αισθητηριακών λειτουργιών, μυδρίαση, υπερπυρεξία, τρόμο, ψευδαισθητικές διαταραχές και συναισθηματική ευμεταβλητότητα, που συχνά οδηγούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο τρόπος χρήσης είναι κυρίως από το στόμα σε χάπια ή κάψουλες, λαμβάνονται όμως και ενδομυϊκώς ή υποδορίως.

### 1.3.6 ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ ΠΤΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ<sup>9</sup>



Πηγή: [www.vpul.upenn.edu/.../drugs/Misperceptions.htm](http://www.vpul.upenn.edu/.../drugs/Misperceptions.htm)

Οι ουσίες της κατηγορίας αυτής είναι βιομηχανικά κυρίως προϊόντα, που εισπνεόμενα προκαλούν καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι συνήθως χρησιμοποιούμενες πτητικές ουσίες είναι οι κόλλες, τα αεροζόλ, οι διαλύτες χρωμάτων ή καθαρισμού, τα γενικά αναισθητικά κ.α. Χρησιμοποιούνται κυρίως από άτομα προεφηβικής ή εφηβικής ηλικίας, δεδομένου ότι η διαθεσιμότητά τους είναι νόμιμη, εύκολη και φθηνή. Ο τρόπος χρήσης είναι κυρίως η εισπνοή της ουσίας μέσα από σακούλα και βασικές εκδηλώσεις της δράσης τους είναι η ευφορία, η θόλωση της συνείδησης και παραισθήσεις, που διαρκούν μια ώρα περίπου.

Η χρόνια χρήση οδηγεί σε οργανικού τύπου συμπτωματολογία με ανορεξία, ναυτία, εμετό, εκδηλώσεις από την όραση (διπλωπία, φωτοφοβία) και την ακοή

<sup>9</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», ό.π., σελ. 251

(εμβοές) και ηλεκτροεγκεφαλογραφικές διαταραχές. Σπάνια περιγράφονται περιστατικά τοξικής αντίδρασης που οδηγούν στο θάνατο λόγω αναπνευστικών ή καρδιολογικών επιπλοκών. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ο θάνατος επέρχεται λόγω ασφηνξίας από την πλαστική σακούλα.

ΟΥΣΙΕΣ	ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ
1. Κόλλες	Τουλουόλη, νάφθα, οξικοί εστέρες, ξυλίνη, χλωροφόρμιο κ.τ.λ.
2. Διαλύματα καθαρισμού	Τριχλωροαιθυλένιο, τετραχλωράνθρακας, προϊόντα πετρελαίου κ.α.
3. Ξεβαφτικά νυχιών	Ακετόνη κ.τ.λ.
4. Λούστρα	Νάφθα, αλειφατικοί υδρογονάνθρακες κ.λ.π.
5. Διαλύτες χρωμάτων	Τουλουόλη, ακετόνη, νάφθα, μεθανόλη, αιθανόλη κ.τ.λ.
6. Διάφορα είδη αεροζόλ	Τετραχλωράνθρακες, νιτρώδει οξειδία
7. Άλλα παράγωγα του πετρελαίου	Γκαζολίνη, βενζίνη, τουλουόλη, πετρελαϊκοί αιθέρες κ.τ.λ.
8. Γενικά αναισθητικά	Χλωροφόρμιο, τριχλωροαιθυλένιο κ.τ.λ.

**Πίνακας 2 :** μερικές από τις συνήθως χρησιμοποιούμενες πτητικές ουσίες

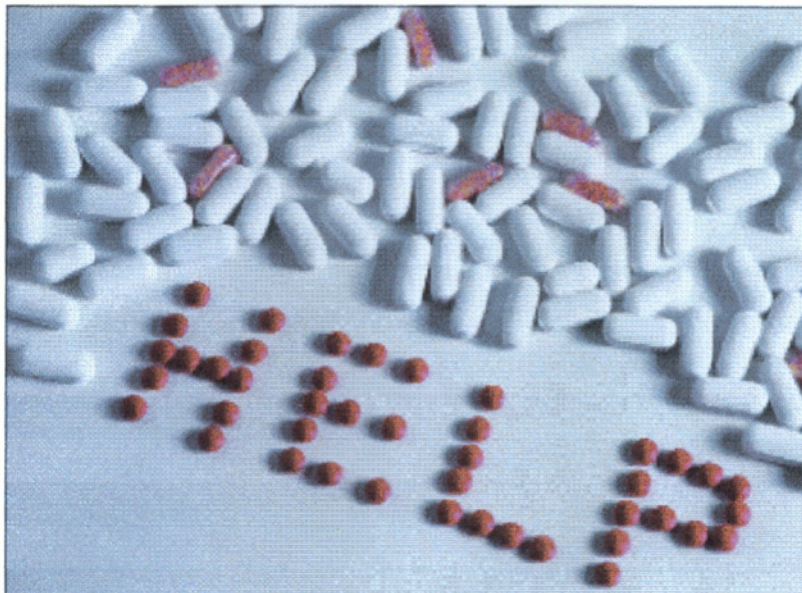
**Πηγή:** Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 199

### 1.3.7 ΑΛΛΕΣ ΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ<sup>10</sup>

Ποικίλες φαρμακευτικές ουσίες, βιομηχανοποιημένες και μη, μολονότι δε φαίνεται να έχουν την ιδιότητα να προκαλούν εξάρτηση ή στερητικά φαινόμενα, είναι δυνατό να αποτελέσουν αντικείμενο κατάχρησης. Οι πιο συνήθεις από αυτές τις ουσίες είναι τα ψυχοτρόπα φάρμακα που προκαλούν εξάρτηση (π.χ. αντικαταθλιπτικά), τα καθαρτικά και τα αναλγητικά.

- **Αντικαταθλιπτικά**

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σπάνια σχετίζονται με περιπτώσεις εξάρτησης, παρά την ευρεία χρήση τους. Επομένως, μολονότι περιστατικά κατάχρησής τους έχουν αναφερθεί, είναι τόσο λίγα, ώστε δεν δικαιολογείται ιδιαίτερη έμφαση και επίσημη προειδοποίηση για τυχόν εξαρτητικές ιδιότητές τους.



Πηγή: [www.uscg.mil/hq/g-cp/cb/NOV99/loa.html](http://www.uscg.mil/hq/g-cp/cb/NOV99/loa.html)

---

<sup>10</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000, σελ. 252 – 256

- **Στεροειδή και ορμόνες**

Η τεστοστερόνη και τα παράγωγά της, τα αναβολικά – ανδρογόνα στεροειδή, χρησιμοποιούνται από πάρα πολλά άτομα κυρίως για τη βελτίωση της φυσικής εμφάνισης ή κατασκευής του σώματος (body-building) και από αθλητές για την αύξηση των μυϊκών μαζών και της αθλητικής τους απόδοσης. Εκτός από τις ουσίες αυτές, για την αύξηση των αθλητικών επιδόσεων χρησιμοποιούνται επίσης β-αδρενεργικοί ανταγωνιστές και συναγωνιστές, αμφεταμίνες, καφεΐνη, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, διουρητικά, ερυθροποιητίνη, αυξητική ορμόνη, σίδηρος, θεοφυλλίνη, βιταμίνες, κ.α.

- **Αναλγητικά**

Στα μη ναρκωτικά αναλγητικά περιλαμβάνονται τα σαλικυλικά (ασπιρίνη), η ακετομινοφαΐνη και η φενακετίνη, που συνήθως χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση κεφαλαλγιών, οσφυαλγιών, αρθραλγιών, αόριστων πόνων ή ακόμη και «για να ξεκινήσει η μέρα».

- **Βιταμίνες**

Μερικές από τις αιτίες της κατάχρησης έχουν την προέλευσή τους στους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις αρρώστιες, τις αιτίες τους και τη θεραπεία τους. Αυτά τα μη επιστημονικά, ή «ημιεπιστημονικά» μοντέλα υγείας και νόσου, που αντιπροσωπεύουν λαϊκές πεποιθήσεις και γνώμες (τα μοντέλα της «κοινής λογικής», όπως αποκαλούνται), είναι δυνατό να επιφυλάσσουν στις βιταμίνες έναν ασυνήθιστα ευεργετικό και θεραπευτικό ρόλο.



Πηγή: [www.ohsinc.com/pictures\\_of\\_drugs\\_drug\\_picture...](http://www.ohsinc.com/pictures_of_drugs_drug_picture...)

- **Υπακτικά – Καθαρτικά**

Υγιή άτομα, στην καθημερινή τους ζωή, είναι δυνατό να κάνουν κατάχρηση των φαρμάκων αυτών εξαιτίας διάφορων μύθων ή εσφαλμένων πεποιθήσεων. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ότι η καθημερινή εκκένωση του εντέρου είναι «εκ των ων ουκ άνευ» για μια φυσιολογική ζωή. Εάν αυτό δεν συμβαίνει, πιστεύουν ότι πάσχουν από δυσκοιλιότητα και προχωρούν στη λήψη υπακτικών.

#### 1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ<sup>11</sup>



Το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών είναι ένα θέμα κοινωνικό που απασχολεί άμεσα ή έμμεσα όλους. Δυστυχώς όμως, τις περισσότερες φορές η παραπληροφόρηση και η άγνοια δημιουργούν λάθος αντιλήψεις που σίγουρα δεν βοηθούν στην αντιμετώπισή του.

Πολύ συχνά ακούγεται ότι ο άνθρωπος που κάνει χρήση είναι άρρωστος, προβληματικός, θύμα των εμπόρων, κ.λ.π. Εμείς πιστεύουμε ότι κάποιος άνθρωπος που κάνει χρήση έχει προβλήματα αλλά δεν είναι απαραίτητα προβληματικός και για να «θεραπευτεί», δεν φθάνει μόνο να κόψει τα ναρκωτικά, αλλά θα πρέπει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του που ο ίδιος επέλεξε.

Τα ναρκωτικά κοστίζουν ακριβά και τα χρήματα που χρειάζεται κάποιος καθημερινά είναι πάρα πολλά. Έτσι λοιπόν, ο ίδιος οδηγείται στην παρανομία, στον εξευτελισμό, στο ξεπούλημα των αξιών του και τέλος στο χάσιμο της ίδιας της ζωής του. Όλα αυτά που κάνει για να εξασφαλίσει τη δόση του, τον γεμίζουν ενοχές και πόνο που καλύπτει μέσα από μεγαλύτερες δόσεις.

Ζώντας λοιπόν με αυτό τον τρόπο ζωής και προσπαθώντας να επιβιώσει στην πιάσα, ο χρήστης:

- είναι κλέφτης
- είναι ψεύτης: θα πει ψέματα για να δικαιολογήσει αυτά που κάνει ή για να πάρει αυτά που χρειάζεται.

<sup>11</sup> Ι. Κυβερνήτης, «Ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ουσιών και η αντιμετώπισή της», ό.π., σελ. 3

- Είναι χειριστικός και υποκριτής: ανάλογα με αυτό που θέλει να κερδίσει, θα χρησιμοποιήσει πολλά πρόσωπα και θα παίξει πολλούς ρόλους.
- Είναι ανίκανος να κάνει σχέση: οι σχέσεις του βασίζονται στην αλληλοεκμετάλλευση και στο συμφέρον.
- Είναι μόνος: δεν εμπιστεύεται κανέναν, δεν έχει φίλους, δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του.
- Αδιαφορεί για τον εαυτό του και για τους άλλους.
- Δεν έχει εκτίμηση στον εαυτό του γιατί δεν μπορεί να αναλάβει κάτι και να το τελειώσει.
- Δεν μπορεί να αγαπήσει και προκαλεί πόνο στους ανθρώπους που τον αγαπούν και ενδιαφέρονται.

Είναι φανερό λοιπόν, ότι το δύσκολο δεν είναι να σταματήσει κάποιος τις ουσίες (οι χρήστες κάνουν πολλές φορές σωματικές αποτοξινώσεις), αλλά να αλλάξει τον τρόπο ζωής του και να ξαναβρεί τις αξίες του και τα ιδανικά που έχει χάσει στην πιάτσα, όπως την τιμιότητα, την ειλικρίνεια, την υπευθυνότητα, τις ξεκάθαρες και αληθινές σχέσεις με τους ανθρώπους, την ζωή χωρίς εξαρτήσεις.

### **1.5. ΑΙΤΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ<sup>12</sup>**

Η ύπαρξη και η διαθεσιμότητα ναρκωτικών – φαρμακευτικών ουσιών και η παράλληλη ύπαρξη ανθρώπων που έχουν ανάγκη αυτές τις ουσίες, για να νιώσουν καλύτερα, δεν μπορούν από μόνα τους να ερμηνεύσουν την τεράστια εξάπλωση της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών. Κι αυτό γιατί τόσο ο άνθρωπος όσο και οι φαρμακευτικές ουσίες συνυπάρχουν από αιώνες, χωρίς όμως το φαινόμενο της κατάχρησης να πάρει τις ανεξέλεγκτες διαστάσεις που έχει σήμερα.

Το σύγχρονο αναπτυξιακό μοντέλο, το μοντέλο της καταναλωτικής κοινωνίας, φαίνεται ότι αποτέλεσε καταλυτικό παράγοντα που διατάραξε την υπάρχουσα ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και τις φαρμακευτικές ουσίες και οδήγησε στην τεράστια εξάπλωση της κατάχρησης. Η απόλυτη ταύτιση της ανθρώπινης ευτυχίας με την οικονομική άνοδο και τη δυνατότητα κατανάλωσης, η περιφρόνηση προς τις πνευματικές και συναισθηματικές ανθρώπινες ανάγκες, η με κάθε θυσία επίτευξη του

<sup>12</sup> Φ. Ζαφειρίδης, Π.Ε. Κοινωνικός Ψυχίατρος, Υπεύθυνος του Κ.Ε.Θ.Ε.Α., «ΙΘΑΚΗ»



στόχου της οικονομικής ανάπτυξης, ακόμα και με υποθήκη της οικολογικής ισορροπίας του πλανήτη μας, είναι μερικά μόνο από τα αντιανθρώπινα και αντικοινωνικά δεδομένα που στοιχειοθετούν τον παραλογισμό των «αναπτυξιακών» μας επιλογών. Οι συνεπακόλουθες ψυχοπνευματικές συνθήκες, αυτής της «παραφύσιν» πορείας, δημιουργούν στην ανθρώπινη ύπαρξη ψυχικό πόνο.

Ο άνθρωπος νομοτελειακά πλέον, προσφεύγει και θα προσφεύγει, ολοένα μαζικότερα, στην κατάχρηση ναρκωτικών – ψυχοτρόπων ουσιών, μόνιμων ή παράνομων, «σκληρών» ή «μαλακών», σε μια προσπάθεια ν' ανακουφισθεί, σε μια προσπάθεια δηλαδή αυτοθεραπείας.

Έτσι ερμηνεύεται πως βαθμιαία η κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών από προσωπική ανάγκη, σε ελεγχόμενη, κοινωνικά αποδεκτή και περιορισμένη κλίμακα, ανάγεται σε φαινόμενο πολιτισμικό, με μαζικό χαρακτήρα και ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Η θέση αυτή, ότι βρισκόμαστε δηλαδή πλέον μπροστά σε ένα φαινόμενο που σχετίζεται περισσότερο με τις πολιτικές – αναπτυξιακές μας επιλογές και λιγότερο με την προσωπικότητα του ίδιου του χρήστη, επιβεβαιώνεται και από την εμπειρία μας με εκατοντάδες εξαρτημένους στα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Να λοιπόν πως σχετίζεται η εξάπλωση της κατάχρησης με το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό γίνεσθαι.

## **1.6 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ<sup>13</sup>**

### **1. Νομοθετική – Αστυνομική Αντιμετώπιση:**

Επειδή ακριβώς τα κοινωνικά προβλήματα δεν λύνονται με νομοθετικά πλαίσια και διοικητικά μέτρα, ούτε το νομοθετικό πλαίσιο ούτε τα εξειδικευμένα αστυνομικά μέτρα, μπορούν να θεωρηθούν ολοκληρωμένη απάντηση στο πρόβλημα. Άλλωστε η καταγεγραμμένη εμπειρία από χώρες που προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάπλωσης της κατάχρησης των ναρκωτικών με φιλελευθεροποίηση ή με αυστηροποίηση της σχετικής νομοθεσίας, είτε ακόμη με εκσυγχρονισμό των αστυνομικών υπηρεσιών, δεν έχει δείξει σοβαρά αποτελέσματα, παρά τα αντιθέτως υποστηριζόμενα εδώ στην Ελλάδα από επιστήμονες ή αυτόχρηστους «ειδικούς».

---

<sup>13</sup> Φ. Ζαφειρίδης, Π.Ε. Κοινωνικός Ψυχίατρος, Υπεύθυνος του Κ.Ε.Θ.Ε.Α., «ΙΘΑΚΗ»

Είναι σαφές πως τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται με τέτοιους όρους. Μπορούν όμως να αντιμετωπιστούν με δραστηριοποίηση των κοινωνικών φορέων και κυρίως με την ενεργοποίηση της πρωτοβουλίας του πολίτη. Πολίτη που αυτή τη στιγμή εκχωρεί τα δικαιώματά του, στους ειδικούς της νομοθετικής, της διοικητικής και της θεραπευτικής εξουσίας. Είναι επίσης σαφές ότι η άποψη της επίλυσης του προβλήματος μέσα από την φιλελευθεροποίηση της σχετικής νομοθεσίας βρίσκεται θεωρητικά μόνο στον αντίποδα της άποψης ότι η καταστολή θα λύσει το πρόβλημα. Στην πραγματικότητα και οι δυο αυτές ακραίες απόψεις, στηρίζονται στη λαθεμένη και επικίνδυνη αντίληψη, ότι τα κοινωνικά προβλήματα και η ανάμειξη των πολιτών σ' αυτά, μπορούν να υποκατασταθούν από νομοθετήματα και μηχανισμούς.

Τελικά είτε το ομολογούν είτε όχι, όσοι εξαντλούν τη μαχητικότητά τους μόνο προς την κατεύθυνση της «φιλελευθεροποίησης» ή της «καταστολής», δρουν απενοχοποιητικά για το κοινωνικό σύνολο, εμποδίζουν την ανάληψη της προσωπικής και κοινωνικής ευθύνης και υποβοηθούν τον εφησυχασμό και την παθητικοποίηση του πολίτη.

Η θέση όμως αυτή αφορά την μονομερή και υπερβολική επένδυση πάνω σε διοικητικά, νομοθετικά ή θεραπευτικά πλαίσια και δεν θα πρέπει να εκληφθεί σαν αρνητική τοποθέτηση, σε οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης και εξανθρωπισμού των προαναφερθέντων πλαισίων. Κανείς δεν αμφιβάλλει ότι το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, που εξομοιώνει για παράδειγμα τα «σκληρά» με τα «μαλακά» ναρκωτικά, έχει πολλές δυνατότητες βελτίωσης. Η εξομοίωση πιστεύουμε, ότι ενώ είναι ιδεολογικά σωστή σαν άξονας στην πρόληψη, δεν μπορεί να «περάσει» στη νεολαία, από μια κοινωνία, που την ίδια στιγμή αυτοαναιρείται, διαφημίζοντας και καταναλώνοντας σκληρά αλκοολούχα ποτά και ηρεμιστικά. Συνεπώς θα πρέπει να σκεφτεί κανένας σοβαρά το ενδεχόμενο της διάκρισης ή της αποποινικοποίησης της χρήσης ινδικής κάνναβης, που η κατάχρησή της δεν οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα από αυτά των σκληρών αλκοολούχων ποτών.

## **2. Αντιαπαγόρευση**

Η αντιαπαγόρευση είναι μια πρόταση που θα μπορούσε να σταθεί θεωρητικά αν δεν υπήρχαν οι ακόλουθες επιφυλάξεις:

α) Το φαινόμενο της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες δεν είναι φαινόμενο φαρμακευτικό, αλλά ψυχοκοινωνικό, (γνωστό άλλωστε είναι ότι η κυκλοφορούσα στην Ελλάδα ηρωίνη είναι νοθευμένη μέχρι και σε ποσοστό 90% - 100%). Το φαινόμενο της εξάρτησης σχετίζεται με μια σειρά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η αίσθηση της παρανομίας, η αίσθηση της αντιπαράθεσης στο σύστημα και της επαναστατικής πράξης, της διαφορετικότητας, η αισθησή του ανήκει σε μια υποομάδα με δικό της κώδικα επικοινωνίας, κ.τ.λ. Μερικές φορές τα τελετουργικά και τα άλλα συνοδά της χρήσης που προαναφέρθηκαν, είναι τόσο σημαντικά, που κανείς σχηματίζει την εντύπωση ότι «στη σκηνή των ναρκωτικών» η εξεύρεση της ναρκωτικής ουσίας αποτελεί το πρόσχημα για να στηθεί το σκηνικό και να παιχθεί ένα «αυτοθεραπευτικό» ψυχόδραμα.

Η υπόθεση λοιπόν της αντιπαγόρευσης πάσχει εδώ σοβαρά, γιατί περιορίζει την οπτική του προβλήματος αποκλειστικά στη σχέση φαρμάκου-ανθρώπου, και αγνοεί την σημασία ολόκληρου του σκηνικού.

β) Αυτή τη στιγμή η κυρίως κυκλοφορούσα ναρκωτική ουσία στη μαύρη αγορά είναι η ηρωίνη, αλλά με την πολιτική πωλήσεων, που εφαρμόζουν τα παράνομα κυκλώματα, αναμένεται σε σύντομο χρονικό διάστημα εισβολή πιο εξαρτητικών, πιο θανατηφόρων και πιο φθηνών ουσιών, όπως είναι η κοκαΐνη, το «κρακ» και μετά το «άις». Αυτοί που υποστηρίζουν την άποψη της κρατικής χορήγησης ή ελεύθερης πώλησης και διακίνησης της ηρωίνης θα πρέπει να μας πουν από τώρα τι σκοπεύουν να κάνουν με τις νέες και πιο επικίνδυνες ουσίες, και μάλιστα όταν είναι γνωστό ότι μερικές από αυτές προκαλούν το θάνατο ή την τρέλα, ακόμη και μετά από 2 ή 3 χρήσεις. Θα προτείνουν και αυτών την ελεύθερη χρήση ή χορήγηση; Θα πρέπει επίσης να μας πουν τι σκοπεύουν να κάνουν με τη συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη από το χρήστη για μεγαλύτερη δόση. Όταν είναι γνωστό ότι η μέση θανατηφόρα δόση της καθαρής ηρωίνης βρίσκεται στα 150 mg και ο χρήστης θα επιδιώκει τη συνεχή αύξηση της δόσης του προκειμένου να έχει το αυτό αποτέλεσμα, σε ποιόν θα εκχωρήσουμε την απόφαση αυτή; Ποιος μας εγγυάται ότι δεν θα αρχίσουν οι συναλλαγές χρηματικές και άλλες ανάμεσα στον χρήστη και σε αυτόν που θα είναι υπεύθυνος για την απόφαση της αύξησης της δόσης;

γ) Ακόμη και η αποποινικοποίηση της χρήσης σκληρών ναρκωτικών πρέπει να αντιμετωπισθεί με σκεπτικισμό. Είναι γνωστό ότι οι ποσότητες τέτοιων ναρκωτικών ελεύθερα διακινούμενες, που να μπορούν να μεταφερθούν τάχα για ίδια χρήση,

κοστίζουν ακριβά (30.000 – 40.000 δρχ. το γραμμάριο η ηρωίνη) και συνεπώς η αποποινικοποίηση της χρήσης θα οδηγήσει σε έμμεση αποποινικοποίηση και του εμπορίου των ουσιών αυτών.

δ) Αλλά το βασικότερο από τα επιχειρήματα της πρότασης φιλελευθεροποίησης, σύμφωνα με το οποίο ένας από τους βασικότερους λόγους εξάπλωσης της χρήσης των παράνομων ναρκωτικών ουσιών, οφείλεται στο «μάρκετινγκ» που δημιουργούν τα τεράστια κέρδη των παράνομων οργανώσεων, αποδείχτηκε εντελώς αβάσιμο και ατεκμηρίωτο, σύμφωνα με τελευταίες επιστημονικές έρευνες.

Παρόλα αυτά, η πρόταση της αντιαπαγόρευσης πρέπει να εξετασθεί και να συζητηθεί διεξοδικά. Όχι όμως σαν λύση «πανάκεια» όπως προβάλλεται από μαθητευόμενους μάγους και άλλους αφελείς. Η υπερβολή αυτή δεν συναντάται σε καμία άλλη χώρα, όπου ο διάλογος και ο προβληματισμός για την αντιαπαγορευτική πολιτική έχουν ήδη ξεκινήσει. Εκεί ακόμη και οι υποστηρικτές της λύσης αυτής, είναι αρκετά συγκρατημένοι και επιφυλακτικοί, όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της πρότασή τους. Η υπεραισιοδοξία χαρακτηρίζει μόνο τους Έλληνες υποστηρικτές της αντιαπαγόρευσης, που υπόσχονται ανεύθυνα και ατεκμηρίωτα εξαφάνιση της μαύρης αγοράς και ελάττωση του αριθμού των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες. Η υπεραπλουστευμένη τοποθέτησή τους σε ένα τόσο σύμπλοκο πρόβλημα, αποτελεί μάλλον την «βαλκανική» εκδοχή της αντιαπαγορευτικής άποψης.

### **3. Πρόληψη - Θεραπεία**

Τόσο η θεραπευτική πρόταση όσο και η πρόταση πρόληψης, ανάλογα με το αν συνδέονται διαλεκτικά με τους κοινωνικούς παράγοντες που δημιουργούν το πρόβλημα, μπορούν να διατρέχονται από μια ανατρεπτική λογική του τρόπου ζωής, και των στερεότυπων συμπεριφορών, που επιβάλλονται από τις υπάρχουσες δομές ή όχι. Στην περίπτωση που φορέας των προτάσεων αυτών είναι απ' ευθείας το ίδιο το κράτος και οι μηχανισμοί του, οι προτάσεις πρόληψης και θεραπείας θα τείνουν να αναπαράγουν την κυρίαρχη ιδεολογική στάση ζωής και θα είναι γι' αυτό αναποτελεσματικές. Γι' αυτό πιστεύω ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να περιορίζεται στις προδιαγραφές και τη χρηματοδότηση των πρωτοβουλιών ευαισθητοποιημένων πολιτών, που αφού λάβουν κατάλληλη εκπαίδευση, θα αυτοοργανωθούν κυρίως στο επίπεδο της συνοικίας και του Δήμου. Εάν το κράτος γίνει απευθείας φορέας της

θεραπευτικής πρότασης ή της πρότασης πρόληψης θα οδηγηθούμε νομοτελειακά στην δημιουργία οργανισμών «μαμούθ», που πέρα από το γεγονός ότι δεν θα προσφέρουν τίποτα ουσιαστικό στην αντιμετώπιση του προβλήματος, θα οδηγήσουν αναπόφευκτα σε αναπαραγωγή των γνωστών φαινομένων της δημόσιας διοίκησης.

Με τέτοιους κύριους άξονες στην πρόληψη και θεραπεία, είναι σαφές, ότι πολύ μικρή πλέον σημασία έχει αν κάποιος χρησιμοποιεί «σκληρά» ή «μαλακά», νόμιμα ή παράνομα ναρκωτικά, αφού όλες οι ουσίες που με οποιοδήποτε τρόπο επιδρούν στον ψυχισμό, προωθούν στην πράξη έναν πολύ συγκεκριμένο τρόπο ζωής. Ένα ολόκληρο πρότυπο, φαρμακευτικής επίλυσης προσωπικών και κοινωνικών αδιεξόδων. Πρόκειται στην ουσία για φαρμακευτική καταστολή, που είναι πολύ πιο επικίνδυνη για το κοινωνικό σύνολο σε σχέση με την αστυνομική ή νομοθετική καταστολή. Κι' αυτό γιατί διαθέτει την ιδιότητα να αποτελεί αποτελεσματική καταστολή αλλά και να διαθέτει παράλληλα το στοιχείο της «ελεύθερης επιλογής». Αυτή λοιπόν η ιδιότυπη «αυτοδιαχειριζόμενη» και «ελεύθερα» επιλεγμένη φαρμακευτική καταστολή, ευθύνεται ουσιαστικά για την συσσώρευση τεράστιας δύναμης σ' αυτόν που ελέγχει την παραγωγή και την διακίνηση των φαρμακευτικών ουσιών, ανεξάρτητα αν αυτός είναι το Κράτος με τους μηχανισμούς του και τις νόμιμες πολυεθνικές εταιρίες ή το παράνομο κύκλωμα.

Κάτω απ' αυτές τις προϋποθέσεις το ερώτημα «Απαγόρευση» ή «Αντιαπαγόρευση», που αρχίζει να διχάζει και να πολώνει την κοινωνία μας, θα έπρεπε ίσως να αποτελεί ένα δευτερεύον θέμα. Όταν τίθεται σαν κυρίαρχο ερώτημα δεν θα όφειλε να είναι αν χορηγός των φαρμακευτικών ουσιών θα είναι το Κράτος ή το παρακράτος, αλλά το αν θα συνεχίσουμε την πορεία προς την κοινωνία της νάρκωσης ή αν θα αναλάβουμε επιτέλους την προσωπική μας ευθύνη, να αλλάξουμε αυτή την πορεία ξεκινώντας όμως από τον εαυτό μας. Κατανοώντας ότι η αντίσταση σε ότι μας υποτάσσει και μας αλλοτριώνει, δεν είναι υπόθεση κομματική ή άλλης ιδεολογικής ένταξης, αλλά προσωπική επιλογή, που επικυρώνεται από τον τρόπο ζωής μας και την καθημερινή μας πρακτική.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

#### 2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία της ανθρωπότητας είναι γεμάτη από παραδείγματα χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Μέχρι πρόσφατα βότανα, ρίζες, φυτά, καρποί και φύλλα φυτών χρησιμοποιούνταν για να ανακουφίσουν από τον πόνο ή να θεραπεύσουν αρρώστιες. Η χρήση ουσιών δεν είναι πάντα κάτι κακό ή επικίνδυνο. Φάρμακα και ουσίες σωστά χρησιμοποιούμενες έχουν αποτελέσει σημαντικά θεραπευτικά εργαλεία στα χέρια των ανθρώπων. Δυστυχώς πολλές ουσίες προκαλούν αισθήματα ευφορίας, δύναμης και ευεξίας και αυτά τα συναισθήματα που ξεκινούν ως παραγωγικές ιδιότητες, πολύ γρήγορα μετατρέπονται σε προβληματικές και επικίνδυνες καταστάσεις κατάχρησης και εξάρτησης από την ουσία. Μέχρι το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα ήταν δυνατόν να υπάρξει έλεγχος της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών στις περισσότερες γεωγραφικές περιοχές και σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Καθώς η τεχνολογία της χημείας αναπτυσσόταν, έγινε εύκολο να συντεθούν μεγάλες ποσότητες ψυχοτρόπων ουσιών και να παραχθούν καινούργιες μορφές φαρμάκων. Η μεγάλη ανάπτυξη της επικοινωνίας μεταξύ των κρατών, οι μεταφορές και το διεθνές εμπόριο εκμηδένισαν τις γεωγραφικές αποστάσεις και κατέργησαν πολλά από τα γεωγραφικά και εθνικά εμπόδια ανάμεσα στους λαούς.

Αυτή η ανάπτυξη είχε ως αρνητικό αποτέλεσμα τη διάδοση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, η οποία έγινε στη συνέχεια μεγάλο πρόβλημα διεθνώς. Μέχρι μερικές 10ετίες πριν, η κατάχρηση διαφόρων ψυχοτρόπων ουσιών υπήρξε χαρακτηριστικό κάποιων μειονοτήτων ή ομάδων υποκουλτούρας, αλλά κατά τη διάρκεια της τελευταίας 30ετίας η ουσιοεξάρτηση έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις, και ειδικότερα ανάμεσα στις ομάδες των νέων. Από τις αρχές του 1970 το πρόβλημα έγινε πολύ σοβαρό και άλλαξε όσον αφορά τα δημογραφικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του. Νέα άτομα έκαναν κατάχρηση ουσιών τις οποίες δεν χρησιμοποιούσαν πριν και η κατάχρηση – εξάρτηση έγινε μέρος μιας καινούργιας

κοινωνικοπολιτισμικής κατάστασης, που μπορούσε να συναντήσει κανείς σ' όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα παγκοσμίως.

Το πρόβλημα των ουσιών έπαψε ν' αποτελεί τοπικό πρόβλημα και έγιναν προσπάθειες για ν' αντιμετωπιστεί το φαινόμενο σε παγκόσμια κλίμακα. Τις τελευταίες 10ετίες το ενδιαφέρον των κρατών επικεντρώθηκε στην κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών όπως τα οπιοειδή, τα ηρεμιστικά, τα διεγερτικά και τα ψευδαισθησιογόνα. Δημιουργήθηκαν πάμπολλες και ποικίλες κυβερνητικές, επαγγελματικές και ερασιτεχνικές οργανώσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Έχουν αναπτυχθεί και συνεχώς δοκιμάζονται πλήθος θεραπευτικών τεχνικών και μεθόδων στο πεδίο αυτό. Παρ' όλα αυτά επικρατεί μεγάλη άγνοια και κυκλοφορεί πληθώρα μύθων γύρω από το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης.

Από επιστημονικής πλευράς υπάρχουν ποικίλες θεωρητικές διαφωνίες ως προς την αιτιολογία και την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών, πλην όμως η διεθνοποίηση του θέματος των ναρκωτικών τείνει να τις γεφυρώσει και είναι παρήγορο ότι εμφανίζονται όλο και περισσότερα δείγματα συνεργασίας μεταξύ των κρατών τα τελευταία χρόνια. Το πρόβλημα της χρήσης ουσιών έπαψε ν' αποτελεί αποκλειστικό αντικείμενο των γιατρών και δίνεται όλο και μεγαλύτερο βάρος στη σπουδαιότητα των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που συμμετέχουν στη γένεση, στην ανάπτυξη, στη συντήρηση και στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.



Πηγή: [www.valentine.gr/drugs\\_gr.htm](http://www.valentine.gr/drugs_gr.htm)

## 2.1 ΜΕΡΙΚΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ<sup>14</sup>

Πριν αρχίσει η ανάπτυξη των διαφόρων κεφαλαίων, θεωρούμε πολύ σημαντικό και χρήσιμο να δοθούν με εύληπτο και κατανοητό τρόπο μερικοί ορισμοί αναφορικά με το αντικείμενο. Οι ορισμοί αυτοί δεν είναι πιθανόν φαρμακολογικά και επιστημονικά οι πλέον άρτιοι, αλλά πιστεύουμε ότι θα δώσουμε τη δυνατότητα στον αναγνώστη να διαμορφώσει μια άποψη για το τι περίπου σημαίνουν οι διάφοροι όροι και ορισμοί, οι οποίοι έχουν υποστεί κακή μεταχείριση στην καθημερινή τους χρήση.

### Ορισμός της ψυχοτρόπου ουσίας

Είναι κάθε ουσία που χρησιμοποιούμενη μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλει το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή την εγκεφαλική λειτουργία ενός χρήστη.

### Ορισμός της εξάρτησης

Κατά το DSM-III-R ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει τη δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά χρήσης μιας ψυχοτρόπου ουσίας σε άτομα που δεν πληρούν τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης από την ουσία αυτή. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται είτε από τη συνεχή χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι ο χρήστης γνωρίζει ότι η συμπεριφορά αυτή του προκαλεί προβλήματα στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ψυχολογικό ή σωματικό τομέα, είτε από την εμφάνιση αυτής της συμπεριφοράς κάτω από συνθήκες όπου θα μπορούσε να επιφέρει ιδιαίτερα βλαπτικά αποτελέσματα. Συμπτώματα της διαταραχής αυτής υπάρχουν τουλάχιστον για ένα μήνα ή επανεμφανίζονται σταδιακά για μεγάλη χρονική περίοδο.

Η κατάχρηση ουσίας είναι η συνεχής ή σποραδική υπερβολική χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας με τρόπο που να διαφέρει του γενικά αποδεκτού από ιατρικής και κοινωνικής σκοπιάς.

---

<sup>14</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 17 - 21



Για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης ενός ατόμου από μια ψυχοτρόπο ουσία θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια και μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής να υφίστανται για τουλάχιστον ένα μήνα ή να επανεμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα:

- α) χρήση της ουσίας σε μεγάλες ποσότητες ή για μεγάλες χρονικές περιόδους παρά την αντίθετη πρόθεση του χρήστη.
- β) ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου ή διακοπής της χρήσης της ουσίας από μέρους του χρήστη.
- γ) μεγάλη δαπάνη του χρόνου του χρήστη σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την απόκτηση της ουσίας.
- δ) συχνές καταστάσεις μέθης από χρήση της ουσίας ή εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων, που παρεμποδίζουν το άτομο να ανταποκριθεί κανονικά στον εργασιακό, οικογενειακό ή κοινωνικό του ρόλο.
- ε) συνεχής χρήση της ουσίας, παρά τη διαπίστωση των προβλημάτων που προκαλεί η χρήση της στον κοινωνικό, ψυχολογικό ή σωματικό τομέα.
- στ) εκσεσημασμένη ανάπτυξη ανοχής στην ουσία και ανάγκη για χρήση συνεχώς μεγαλύτερων ποσοτήτων της ουσίας, ώστε να αναπτυχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, ή ελαττωμένο αποτέλεσμα με τη συνεχή χρήση των ίδιων ποσοτήτων της ουσίας.
- ζ) ανάπτυξη χαρακτηριστικών στερητικών συμπτωμάτων στην περίπτωση απότομης μείωσης ή διακοπής της χρήσης της ουσίας.
- η) συχνή χρήση της ουσίας με σκοπό την αποφυγή ή την ανακούφιση των στερητικών συμπτωμάτων.

Η εξάρτηση από ουσία είναι μια ψυχολογική ή και σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για εκσεσημασμένη λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τ' αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή ν' αποφύγει τη δυσφορική κατάσταση που προκαλεί η στέρησή της. Μια ψυχοτρόπος ουσία μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική εξάρτηση, σωματική εξάρτηση ή και τα δύο:

- **Ψυχολογική εξάρτηση**

Ονομάζεται η κατάσταση που συνοδεύει όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εξάρτησης και κατά την οποία η προοπτική λήψης της ουσίας προκαλεί ένα συναίσθημα ευχαρίστησης. Έτσι γίνεται ισχυρότερο το κίνητρο για την επανάληψη της

χρήσης, με σκοπό την ένταση της ευχαρίστησης ή την αποφυγή της δυσφορίας από την πιθανή στέρηση της ουσίας.

#### ▪ **Σωματική εξάρτηση**

Είναι μια κατάσταση του οργανισμού που εκφράζεται με την παρουσία σωματικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στις περιπτώσεις που το ποσό της καταχρώμενης ουσίας μειώνεται απότομα σε σημαντικό βαθμό. Τα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά για κάθε κατηγορία ουσίας και φαίνεται ότι νευροχημικοί μηχανισμοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκλυσή τους. Η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση είναι καταστάσεις συχνά αλληλοκαλυπτόμενες.

#### **Ανοχή**

Είναι η ανάγκη για λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων μιας ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, ή το σημαντικά ελαττωμένο αποτέλεσμα μετά από σταθερή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας. Οι βιολογικοί μηχανισμοί της ανοχής φαίνεται ότι είναι κυρίως τρεις:

α) μηχανισμοί ομοιόστασης, που αναπτύσσουν φυσιολογικά σωματικά συστήματα που δεν επηρεάζονται άμεσα από τη δράση της ουσίας και που κινητοποιούνται με σκοπό ν' αντιμετωπίσουν τα αποτελέσματα της επίδρασης της ουσίας στους ιστούς – στόχους του νευρικού συστήματος.

β) ιστοχημικού τύπου μεταβολές στα κύτταρα – στόχους του νευρικού ιστού, με αποτέλεσμα την ελαττωμένη αντιδραστικότητά τους στην παρουσία της ουσίας.

γ) προσπάθεια μείωσης της ποσότητας συγκέντρωσης της ουσίας στους ιστούς δράσης, μέσω μεταβολικού τύπου μηχανισμών.

#### **Στερητικό σύνδρομο**

Πρόκειται για την ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην περίπτωση που μια ουσία στην οποία υπάρχει σωματικός εθισμός διακόπτεται ή ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό με απότομο τρόπο. Ο χρόνος εμφάνισης του συνδρόμου εξαρτάται από την ημιπερίοδο ζωής της ουσίας και το ρυθμό του μεταβολισμού της στον κάθε χρήστη, ενώ η ένταση των συμπτωμάτων είναι συνήθως

ανάλογη της δόσης και του χρονικού διαστήματος της τακτικής χρήσης της ουσίας. Το στερητικό σύνδρομο δεν είναι μια «όλον ή ουδέν» αντίδραση, αλλά συνήθως συνιστά φαινόμενο που παρουσιάζει ποικιλία πιθανών συμπτωμάτων όσον αφορά τον αριθμό και την έντασή τους. Θεωρείται ότι στη διαδικασία δημιουργίας της ανοχής συμμετέχουν και άλλα φυσιολογικά συστήματα πέραν του νευρικού ιστού, ενώ τα στερητικά συμπτώματα αφορούν κυρίως λειτουργίες του Κεντρικού και Περιφερικού Νευρικού Συστήματος. Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι συνήθως αντίθετα από τα συμπτώματα που προκαλεί η δράση της ουσίας κατά τη διάρκεια της χρήσης της. Μετά την διακοπή των κατασταλτικών ουσιών του Κ.Ν.Σ., εμφανίζονται άγχος, υπερκινητικότητα και επιληπτικού τύπου σπασμοί, ενώ τα συμπτώματα όπως συγκινητική ανησυχία, αϋπνία και αύξηση των τενόντιων αντανάκλασεων είναι χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης των οπιοειδών ουσιών.

## **2.2 ΑΙΤΙΕΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

### **2.2.1 ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ<sup>15</sup>**

Εξαρχής θα πρέπει να τονιστεί ότι αναφορικά με την αιτιολογία και τις διαδικασίες του φαινομένου της ουσιοκατάχρησης δεν θα μπορούσε να υπάρξει μια απλή ερμηνεία. Ερευνητές με διαφορετικούς προσανατολισμούς έχουν κατά καιρούς διατυπώσει διάφορες θεωρίες και απόψεις, οι οποίες έχουν σημαντικά συνεισφέρει στην προσπάθεια κατανόησης του όλου θέματος. Ο δρόμος που οδηγεί στην κατάχρηση φαίνεται ότι είναι μια μακροχρόνια δυναμική διαδικασία, αρκετά εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. Οι παράγοντες που επιδρούν κατά τη διάρκεια της πορείας ενός ατόμου προς την ουσιοκατάχρηση είναι πολλοί και διαμορφώνουν σε διαφορετικές στιγμές τις προϋποθέσεις για το τελικό αποτέλεσμα.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πορεία που οδηγεί στην ουσιοεξάρτηση είναι μια διαδικασία όπου ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο.

---

<sup>15</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 23 – 24

## 2.2.2 ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ<sup>16</sup>

### 1. Γενετικοί παράγοντες

Οι έρευνες σχετικά με το ρόλο της κληρονομικότητας στον αλκοολισμό έχουν απασχολήσει από πολλά χρόνια τους συγγραφείς και το ενδιαφέρον πάνω στο θέμα αυτό φαίνεται ότι αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Μικρότερης έκτασης είναι η ερευνητική δραστηριότητα που αναφέρεται σε άλλα είδη εθισμού. Τα επιστημονικά δεδομένα προέρχονται από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, παρατηρήσεις πάνω σε γενετικά κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά, όπως αχρωματοψία, ομάδες αίματος κ.τ.λ., καθώς και από μελέτες νευροφυσιολογικών παραμέτρων. Απ' όλη αυτή την ερευνητική προσπάθεια τα δεδομένα που προέκυψαν ήταν τις περισσότερες φορές δυσερμήνευτα και αλληλοαντικρουόμενα.

### 2. Μαθησιακοί παράγοντες

Η συμπεριφορά ενός ατόμου σε όλες τις φάσεις της πορείας του προς την «καριέρα» του χρήστη γίνεται πιο κατανοητή αν λάβουμε υπόψη μας τις διαδικασίες ενίσχυσης οι οποίες δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της ζωής του. Είναι δύσκολο να αποφανθεί κανείς εάν οι πρώιμες μαθησιακές εμπειρίες είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας από σωματικού τύπου παράγοντες για τη διαμόρφωση μιας κατάστασης ουσιοεξάρτησης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ένας χρήστης σωματικά εθισμένος σε μια ουσία μαθαίνει να χρησιμοποιεί την ουσία στην προσπάθεια του ν' αποφύγει το σύνδρομο στέρησης της και η ανακούφιση που επιφέρει η χρήση της ουσίας γίνεται θετικός ενισχυτικός παράγοντας, ο οποίος διατηρεί τη συμπεριφορά χρήσης – κλασικού τύπου ενίσχυση.

Επιπλέον μερικά από τα στερητικά συμπτώματα, μέσω του νόμου της επέκτασης και της γενίκευσης, εμφανίζονται με εξαρτημένο τρόπο σε συνθήκες όπου η ουσία βρίσκεται διαθέσιμη, όπως π.χ. παρέες ατόμων τα οποία κάνουν χρήση της

---

<sup>16</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 25 – 26

ουσίας. Πιθανότατα ο μηχανισμός αυτός να αποτελεί έναν από τους λόγους υποτροπής ενός χρήστη.

### 2.2.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ<sup>17</sup>

#### 1. Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας εμφανίζεται και η χρήση παρανόμων ουσιών.

Στις οικογένειες των χρηστών συναντούμε συχνότερα γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ή γονείς που είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες. Συμπεριφορές και απόψεις του γονικού περιβάλλοντος σχετικά με τη χρήση και κατάχρηση ουσιών φαίνεται ότι επηρεάζουν και διαμορφώνουν ανάλογες μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών τους. Πέρα όμως από αυτά, στην πράξη αποδεικνύεται πολύ δύσκολο να επισημάνει κανείς τους συγκεκριμένους προδιαθεσικούς παράγοντες και να καθορίσει με σαφήνεια τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται και επιδρούν στις μελλοντικά εμφανιζόμενες συμπεριφορές ουσιοκατάχρησης των απογόνων.

#### 2. Προσωπικότητα

Συναισθηματικού τύπου προβλήματα από την «ιδιοσυγκρασία» ενός ατόμου, και κατ' επέκταση πιθανότατα συνδέονται με γενετικούς παράγοντες και επιδράσεις που δέχθηκε το άτομο αυτό στην παιδική του ηλικία, φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός μελλοντικού συνδρόμου ουσιοεξάρτησης.

Αποτελεί κοινή γνώση ότι η αντικοινωνική προσωπικότητα είναι πολύ συχνή διάγνωση ανάμεσα στους χρήστες ουσιών, αλλά η σχέση μεταξύ ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας δε φαίνεται να έχει επαρκώς διευκρινιστεί. Στο παρελθόν έχει γίνει ερευνητική δουλειά πάνω στο θέμα «εξαρτητική προσωπικότητα».

---

<sup>17</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 26 – 32

Πολλοί συγγραφείς προσπάθησαν να συνδέσουν αιτιολογικά την ουσιοεξάρτηση με διάφορους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επέδρασαν κατά την παιδική ηλικία και διαμόρφωσαν την προσωπικότητα. Οι περισσότερες μελέτες αυτού του τύπου στηρίχτηκαν σε υλικό που προερχόταν από αναδρομικού τύπου αυτοεκτιμήσεις των χρηστών και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτηματολόγια και δοκιμασίες προσωπικότητας. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα αναφορών που υποστηρίζουν ότι στοιχεία όπως οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η κακή σχολική επίδοση, το χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικής φιλοδοξίας για το μέλλον, η παραπτωματική συμπεριφορά κ.α. φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στο θέμα της ουσιοεξάρτησης. Το κύριο ερώτημα που τίθεται συνήθως σε μελέτες αυτού του είδους είναι ποιες από τις διαταραχές προϋπάρχουν και ποιες είναι αποτέλεσμα της χρήσης.

### **3. Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον – συναναστροφές**

Συνήθως η χρήση ουσιών αρχίζει στην εφηβεία. Οι έφηβοι στην περίοδο αυτή πειραματίζονται συχνά με τη χρήση ουσιών. Τις περισσότερες φορές ο νέος χρήστης πειραματίζεται με διάφορες ουσίες κάτω από τις προτροπές και τις πιέσεις των φίλων του. Η περιέργεια, η διαθεσιμότητα των ουσιών και η επίδραση των συναναστροφών φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έναρξη του πειραματισμού ενός ατόμου με ουσίες. Αναφέρεται ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ χρήσης ουσιών από φίλους και έναρξης της χρήσης από το νέο μέλος. Η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες και η αντίληψη που διαμορφώνει ο νέος χρήστης για τις ουσίες από το συντροφικό του περιβάλλον φαίνεται να συνιστούν καθοριστικούς διαμορφωτικούς παράγοντες της δικής του μελλοντικής συμπεριφοράς.

Σε πολλές περιπτώσεις η χρήση μιας ουσίας αποτελεί βασική απαίτηση μιας κοινωνικής ομάδας για την «είσοδο» ενός νέου μέλους στην ομάδα αυτή. Οι υιοθετημένες απόψεις μιας κοινωνικής ομάδας είναι συχνά σε θέση να τροποποιήσουν και να κατευθύνουν τη συμπεριφορά ενός νέου μέλους, και ειδικότερα στην προεφηβική περίοδο της ζωής του, όπου η γονική επίδραση αρχίζει να εξασθενεί, εν αντιθέσει με την επίδραση του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος που συνεχώς αυξάνεται. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός συμβολικών λόγων για τους

οποίους ένα άτομο καταναλώνει διάφορες ουσίες ως απόδειξη ενότητας, αποδοχής και συντροφικότητας για τα μέλη μιας κοινωνικής ή επαγγελματικής υποομάδας.

Συχνά περιθωριακές ή αντικομφορμιστικές ομάδες υιοθετούν τη χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας ως συμπεριφορά αναγνώρισης. Οι τοποθετήσεις μιας ομάδας αναφορικά με το ακίνδυνο της λήψης μιας ουσίας είναι αρκετά ικανές για να τροποποιήσουν και να κάμψουν τις επιφυλάξεις και τις αντιρρήσεις των νέων μελών.

Σε πολλές περιπτώσεις η χρήση κάποιας ουσίας θεωρείται ως ιδιαίτερο προσόν και δείγμα «δύναμης» ή «απελευθέρωσης». Μέσα από αυτές τις καταστάσεις και διαδικασίες ένα νεαρό άτομο είναι δυνατόν να επαναπροσδιορίσει τις απόψεις του σχετικά με μια ουσία και να υιοθετήσει νέες θέσεις, τελείως αντίθετες με τις κοινωνικά επικρατούσες. Η διαδικασία αυτή γίνεται πολύ ευκολότερη όταν ο υποψήφιος χρήστης θεωρήσει τους νέους του συντρόφους σπουδαίους και «προοδευτικούς».

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι συναναστροφές με διάφορες ομάδες υποκοουλτούρας είναι δυνατόν να επιδρούν – τουλάχιστον εν μέρει – μεταβάλλοντας την αυτοεκτίμηση, τον προσανατολισμό και τις απόψεις ενός νέου μέλους, ιδιαίτερα όταν το άτομο αυτό έχει αυξημένες ανάγκες για αναγνώριση και αποδοχή.

#### **4. Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις**

Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις που κάθε άτομο διαμορφώνει ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου, καθώς και οι συνήθειες που θεσπίζονται και υιοθετούνται από το σύνολο, φαίνεται ότι έχουν ικανή διαμορφωτική επίδραση ως προς την τελική έκφραση της συμπεριφοράς των μελών του συνόλου. Επίσης τα εκάστοτε επικρατούντα πολιτισμικά δεδομένα φαίνεται ότι είναι σε μεγάλο βαθμό καθοριστικά για τις απόψεις και τις συμπεριφορές κάθε κοινωνικής ομάδας.

Η ιστορία είναι γεμάτη από παραδείγματα που αποδεικνύουν ότι σε όποια κοινωνία υπήρξαν εθιστικές ουσίες κοινωνικά αποδεκτές και διαθέσιμες, οι ουσίες αυτές υπήρξαν ευρέως χρησιμοποιούμενες και η χρήση τους ήταν συνδεδεμένη με προβλήματα που προκαλούσαν σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Για παράδειγμα η απαγόρευση του εμπορίου του οπίου στην Κίνα έγινε το 1858. Το 1900 75 εκατομμύρια άτομα ήταν ακόμη εθισμένα στο όπιο. Χρειάστηκαν 50 χρόνια σκληρών νομοθετικών προσπαθειών και απαγορευτικών μέτρων για να απαλλαγεί η χώρα από την ουσία.

## 5. Η υπόθεση της «αυτοθεραπείας»

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα μελετών που υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών έχει σχέση με την αιτιολογία και την πρόγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες προσοχής, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά, αγχώδεις διαταραχές, δυσθυμικού τύπου καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι οι υπάρχουσες ψυχοπαθολογικές διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία προδιάθεσης για την κατάχρηση ουσιών. Στους χρήστες οπιοειδών πολύ συχνά συναντάμε ψυχιατρικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και παρανοϊκού τύπου συνδρομές. Τέλος αναφέρεται ότι πολλοί έφηβοι χρησιμοποιούν νόμιμες και παράνομες ψυχοτρόπους ουσίες λόγω της καταστολής την οποία επιφέρουν.

### 2.3 ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΡΑΣΗ ΜΙΑΣ ΕΘΙΣΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΟΥ ΟΥΣΙΑΣ<sup>18</sup>

Όλες οι παραπάνω ουσίες επιδρούν στο Κεντρικό και Περιφεριακό Νευρικό Σύστημα. Ο μηχανισμός δράσης των διαφόρων ουσιών στο νευρικό ιστό φαίνεται ότι είναι εξαιρετικά πολύπλοκος. Όλες οι χημικές ουσίες που θα συζητηθούν στη συνέχεια παρεμβαίνουν στη λειτουργία διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συνάψεων και διαμέσου πολυάριθμων ενδοκυτταρικών μηχανισμών τροποποιούν την ισορροπία ανάμεσα στις διεγερτικές και στις κατασταλτικές εγκεφαλικές διεργασίες. Η πολυπλοκότητα της δράσης των ουσιών, σε συνδυασμό με την προσπάθεια του νευρικού συστήματος να επιταχύνει και να διατηρεί την ομοιόστασή του, κάνουν περισσότερο δύσκολη τη γενίκευση όσον αφορά την ειδική φαρμακοκινητική δράση των ουσιών αυτών.

---

<sup>18</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 40



### 2.3.1 ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ<sup>19</sup>

Πολλές πρόσφατες μελέτες υπογραμμίζουν το σημαντικό ρόλο τον οποίο παίζουν οι διάφοροι φαρμακοκινητικοί παράγοντες στη δημιουργία προδιάθεσης για τη μελλοντική κατάχρηση μιας ουσίας.

Τα αποτελέσματα της δράσης κάθε ουσίας ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με τον εκάστοτε τρόπο χρήσης της. Κάθε χημική ουσία διανύει τρεις φάσεις ζωής μέσα στον οργανισμό: τη φάση απορρόφησης, τη φάση κατανομής και τη φάση αποβολής. Η χρονική διάρκεια κάθε φάσης παίζει σημαντικό ρόλο στη συνολική διάρκεια δράσης της ουσίας. Η ταχύτητα με την οποία μια ψυχοτρόπος ουσία συγκεντρώνεται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα πιθανότατα είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη δημιουργία της κατάστασης που οι χρήστες ονομάζουν «φτιάξιμο», «άκουσμα», «high» ή «flush» και ως εκ τούτου είναι καθοριστική ως εθιστική ιδιότητα της ουσίας, διότι ενθαρρύνει την επανάληψη της χρήσης και οδηγεί στην εξάρτηση. Η χρήση του κρακ μέσω της αναπνευστικής οδού είναι ένα τέτοιο παράδειγμα. Η οδός χρήσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τον καθορισμό της ταχύτητας με την οποία μία ουσία συγκεντρώνεται στο Κ.Ν.Σ.

### 2.3.2 ΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΡΑΣΗΣ<sup>20</sup>

Αποτελεί κοινή αντίληψη ότι το αποτέλεσμα της δράσης μιας ουσίας μπορεί να ποικίλλει σε σημαντικό βαθμό από άτομο σε άτομο, καθώς και η ίδια ποσότητα της ουσίας μπορεί να επιφέρει άλλα αποτελέσματα στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές χρήσης. Ο Edwards περιέγραψε το 1974 το φαινόμενο αυτό χρησιμοποιώντας τον όρο «παθοπλαστικότητα». Η παθοπλαστικότητα είναι μια έννοια που την έκταση και το βαθμό που τ' αποτελέσματα της επίδρασης μιας χημικής ουσίας είναι δυνατόν να τροποποιηθούν από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Η παθοπλαστικότητα εκφράζει ένα μέγεθος που τροποποιείται βαθμιαία στο πλαίσιο του συνεχούς. Για παράδειγμα, η χρήση του οινοπνεύματος σε ποσότητα που αντιπροσωπεύει το μέσο περίπου αυτού του συνεχούς επιφέρει σαφή μεν δείγματα μέθης στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων, αλλά τα χαρακτηριστικά

<sup>19</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 40 -41

<sup>20</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 42 - 43

της έκφρασης της μέθης μπορεί να ποικίλλουν κάθε φορά. Πίνοντας κανείς από μοναξιά αισθάνεται δυσάρεστα συναισθήματα, ενώ αντίθετα καταναλώνοντας την ίδια ποσότητα οινοπνεύματος σε χώρους διασκέδασης συνήθως αισθάνεται ευχαρίστηση.

Θα ήταν χρήσιμο να επισημάνουμε ότι πιθανότατα υπάρχει μια αντίστροφη αναλογική σχέση μεταξύ του βαθμού παθοπλαστικότητας μιας ουσίας και των δυνατοτήτων της να προκαλέσει σωματική εξάρτηση.

### **2.3.3 ΑΝΟΧΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ<sup>21</sup>**

Οι δύο αυτοί παράγοντες καθώς και ο ρόλος τους στο φαινόμενο χρήση – κατάχρηση ουσιών έχουν σε γενικές γραμμές ήδη συζητηθεί.

### **2.3.4 ΝΟΘΕΙΑ ΤΩΝ ΟΥΣΙΩΝ<sup>22</sup>**

Το πρόβλημα της κατανόησης της δράσης μιας ουσίας γίνεται ακόμη πιο πολύπλοκο στις περιπτώσεις χρήσης παράνομων ουσιών. Το ποσοστό της νοθείας πολλές φορές φτάνει το 100%. Λίγες είναι οι περιπτώσεις χρήσης καθαρής ουσίας και η πλειονότητα των «χρηστών των δρόμων» συνήθως χρησιμοποιεί ένα μείγμα δραστικής ουσίας και «εκδοχών» σε ποικίλες αναλογίες. Ο κατάλογος των ουσιών με τις οποίες συνήθως νοθεύονται ακριβές ουσίες όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη είναι ατελείωτος.

Πολύ ανεπαρκής είναι η επιστημονική συστηματική γνώση που υπάρχει γύρω από τις διάφορες ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη νοθεία των παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι διεγερτικές, κατασταλτικές ή ουδέτερες, όπως ζάχαρη, αντιπυρίνη, ασκορβικό οξύ, εφεδρίνη, λιντοκαΐνη και γενικά κάθε ουσία υπόλευκη στην όψη και κρυσταλλική στην υφή. Η νοθεία για την ηρωίνη κυμαίνεται από 0-77% με ένα συνήθη μέσο όρο 3-10%.

Πρόσφατα έχει προκαλέσει μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον η διαπίστωση ότι, κατά τη χημική διαδικασία της παράνομης παρασκευής διαφόρων ψυχοτρόπων ουσιών, παράγονται ενδιάμεσες χημικές ουσίες, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις είναι πολύ επικίνδυνες και ιδιαίτερα τοξικές. Πολλές φορές αρκετά από τα

<sup>21</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 43

<sup>22</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 43 -44

προβλήματα και τα συμπτώματα που προκύπτουν από την κατάχρηση μιας ουσίας οφείλονται λιγότερο στη δράση της ενεργούς ουσίας και περισσότερο στα προϊόντα με τα οποία είναι νοθευμένη. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δύσκολο ή αδύνατο να είναι κανείς βέβαιος για την ακριβή ποσότητα της δραστικής ουσίας, τη φύση των εκδοχών και την πιθανότητα ή μη συνύπαρξης άλλων φτηνότερων ψυχοτρόπων ουσιών στο μείγμα.

Για όλους αυτούς τους λόγους κάθε άτομο που ασχολείται επαγγελματικά με το αντικείμενο της ουσιοεξάρτησης θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικό στις εκτιμήσεις και στα συμπεράσματά του όταν αντιμετωπίζει χρήστες, ιδιαίτερα «χρήστες των δρόμων».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ – ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

#### 3. ΓΕΝΙΚΑ<sup>23</sup>

Όλα τα χημικά προϊόντα αυτών των κατηγοριών στις περιπτώσεις κατάχρησής τους προκαλούν τοξικές καταστάσεις, ψυχολογική ή και σωματικό εθισμό. Ο χρήστης χρησιμοποιεί τις ουσίες αυτές με σκοπό να τροποποιήσει το επίπεδο εγρήγορσής του ή να αυξήσει την ψυχολογική του ευχαρίστηση. Η κάθε κατηγορία των ουσιών αυτών εμπερικλείει τους δικούς της κινδύνους και τα κλινικά προβλήματα που προκαλεί είναι συνήθως χαρακτηριστικά για την κατηγορία αυτή.

Οι απόψεις των ερευνητών, οι σχετικές με την ψυχοπαθολογία που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών, φαίνεται ότι καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα, που εκτείνεται από τη θέση ότι καθετί είναι ψυχιατρική διαταραχή – ακόμη και ο τρόπος ζωής ενός χρήστη – έως τη θέση άρνησης ακόμη και για αναμφισβήτητες περιπτώσεις ψυχοπαθολογικών διαταραχών. Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της «φυσιολογικής» εγκεφαλικής λειτουργίας, θα ήταν μάλλον υπεραπλούστευση να υποθέσουμε ότι τα διάφορα κλινικά προβλήματα που προκύπτουν από την ουσιοεξάρτηση εκφράζουν αυτή καθαυτή την εγκεφαλική δυσλειτουργία.

Πιθανότερη φαίνεται η υπόθεση ότι τα κλινικά αυτά προβλήματα, που συνδέονται με τη χρήση, αντιπροσωπεύουν κοινούς τελικούς τρόπους έκφρασης της δυσλειτουργίας των διαφόρων ανατομικών εγκεφαλικών υποσυστημάτων και μηχανισμών, πολλοί από τους οποίους έχουν ανάγκη από πληρέστερη διερεύνηση και κατανόηση. Για παράδειγμα, το στερητικό σύνδρομο που προκαλεί η απότομη διακοπή των βενζοδιαζεπινών ή του οινοπνεύματος δυνατόν να οδηγήσει σε πανομοιότυπο οργανικό ψυχοσύνδρομο, παρ' όλο που η δράση των δύο αυτών ουσιών σε κυτταρικό επίπεδο είναι τελείως διαφορετική.

<sup>23</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 46 – 47

### 3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΚΛΙΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ<sup>24</sup>

Στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια να περιγραφούν τα κυριότερα κλινικά ψυχιατρικά προβλήματα που φαίνεται να σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

#### 1. Αντίδραση πανικού

Εκφράζεται ως μια κατάσταση που εμφανίζεται συνήθως σε πρωτόπειρους χρήστες, οι οποίοι χρησιμοποίησαν ουσίες όπως το χασίς, τα ψευδαισθησιογόνα ή τα διεγερτικά του Κ.Ν.Σ. Αμέσως σχεδόν μετά την έναρξη της δράσης της ουσίας, το άτομο αναπτύσσει φόβους ότι η χρήση προκάλεσε ανεπανόρθωτο κακό στον οργανισμό του, έχει το αίσθημα της απώλειας της ικανότητας ελέγχου του μυαλού του και καταφεύγει για βοήθεια στην αστυνομία ή στο γιατρό. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται αυτονομική υπερδραστηριότητα όπως άγχος, ταχυκαρδία-ταχυσφίγμια, ταχύπνοια, ιδρώτες, μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης και πιθανώς ελαφρά μυδρίαση. Η κατάσταση περνάει από μόνη της και ο χρήστης πηγαίνει σπίτι του, αφού αποκλειστούν άλλες νοσολογικές οντότητες.

#### 2. Αναδρομική εμπίωση (Flashback)

Στις τυπικές περιπτώσεις του συνδρόμου, το άτομο αναφέρει τακτική χρήση κάνναβης ή παραισθησιογόνων ουσιών στο πρόσφατο παρελθόν, αλλά δεν έχει κάνει στην παρούσα φάση χρήση της ουσίας ώστε να δικαιολογείται το σύνδρομο. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από οπτικές πανοραμικές ψευδαισθήσεις φωτεινών χρωμάτων και γεωμετρικών σχημάτων, συνήθως κατά το σούρουπο ή πριν από τον ύπνο. Η αντίδραση πανικού, που συνοδεύει την κατάσταση, ποικίλλει ανάλογα με τον τρόπο που αντιδρά το άτομο στα «flashback». Αφού αποκλειστεί μια πιθανή εγκεφαλική βλάβη από άλλη αιτία, μέσω μιας νευρολογικής εξέτασης και ενός εγκεφαλογραφήματος, ο χρήστης συνήθως επιστρέφει στο σπίτι του χωρίς αγωγή.

<sup>24</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 47

### **3. Τοξική αντίδραση**

Είναι η κατάσταση στην οποία περιπίπτει ο χρήστης μετά από υπερβολική χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας σε δόσεις που είναι αδύνατον για τον οργανισμό του ν' αντιμετωπίσει. Η τοξική κατάσταση από υπερδοσολογία αποτελεί σήμερα ένα από τα σοβαρότερα – λόγω της επικινδυνότητάς της – προβλήματα που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.

Οι συνηθέστερες ουσίες που προκαλούν τη συνδρομή αυτή είναι τα κατασταλτικά το Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και τα οπιοειδή. Καταστάσεις αυτού του είδους είναι συχνά επικίνδυνες και μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Χρειάζεται άμεση ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση σε πλαίσιο επείγουσας ιατρικής. Όσον αφορά τους χρήστες παράνομων ουσιών, η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τις ακριβείς δόσεις που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και η συνυπάρχουσα νοθεία της μαύρης αγοράς, κάνουν την όλη κατάσταση πολύπλοκότερη. Λεπτομερέστερη περιγραφή του φαινομένου θα γίνει ξεχωριστά σε κάθε σχετικό κεφάλαιο, διότι η κλινική εικόνα διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την ουσία που την προκάλεσε.

### **4. Ψυχοσικού τύπου αντίδραση**

Αντιδράσεις αυτού του τύπου προκαλούνται κυρίως από ουσίες της κατηγορίας των ψευδαισθησιογόνων, των διεγερτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, των ατροπινούχων, της φαινσυκλιδίνης καθώς και εξαιτίας συχνής χρήσης μεγάλων δόσεων κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως απότομη – λίγα λεπτά έως 1-2 ώρες από τη λήψη – η γενική κλινική εικόνα είναι οξύτατη και δραματική και το άτομο, σε κατάσταση διέγερσης, οδηγείται πολλές φορές στο νοσοκομείο με τη συνδρομή της αστυνομίας. Στην κλινική εικόνα τα βασικά συμπτώματα είναι η απώλεια ελέγχου της πραγματικότητας, οπτικές ψευδαισθήσεις, παραλήρημα διωκτικού συνήθως τύπου και έντονη αυτονομική υπερδραστηριότητα (ταχυκαρδία, ιδρώτες, ταχύπνοια και αύξηση της αρτηριακής πίεσης). Η όλη κατάσταση συνήθως διαρκεί από μία ημέρα έως μία εβδομάδα και τις περισσότερες φορές είναι πλήρως αναστρέψιμη.

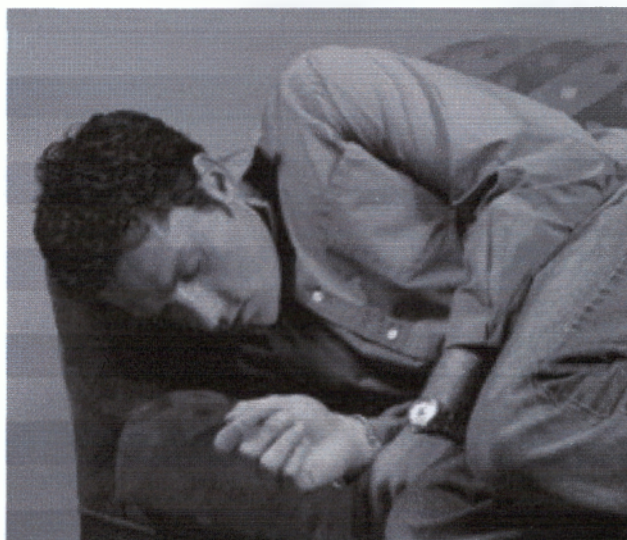
Στα σχετικά κεφάλαια θ' αναφερθούμε ειδικότερα σε ψυχωσικόμορφες συνδρομές που προκαλούνται από συγκεκριμένες κατηγορίες ουσιών.

## 5. Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Είναι μια κλινική συνδρομή που χαρακτηρίζεται από σύγχυση, διαταραχές προσανατολισμού και μείωση των διανοητικών λειτουργιών. Κάθε χημική ουσία θεωρητικά είναι δυνατόν να προκαλέσει οργανικό ψυχοσύνδρομο, εάν χρησιμοποιηθεί σε πολύ μεγάλες δόσεις. Υπάρχουν ουσίες όπως τα κατασταλτικά το Κ.Ν.Σ., η φαινσυκλιδίνη και τα σκευάσματα με ατροπινικού τύπου δράση, που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση και σε χαμηλές σχετικά δόσεις. Από την άλλη πλευρά, η ηλικία, η συνύπαρξη σωματικής νόσου, η μακρόχρονη χρήση οινοπνεύματος ή ουσιών και το ιστορικό προϋπάρχουσας εγκεφαλικής βλάβης φαίνεται ότι υποβοηθούν στην εκδήλωση του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Ο συνδυασμός των ανωτέρω παραγόντων πιθανόν να μπορεί να δώσει εξηγήσεις για ένα φάσμα οργανικού τύπου διαταραχών, που αρχίζουν από την εμφάνιση μιας ελαφράς συγχυτικής κατάστασης σ' ένα νέο υγιές άτομο μέσα από χρήση π.χ. φαινσυκλιδίνη σ' ένα ηλικιωμένο άτομο που χρησιμοποιεί κατασταλτικά το Κ.Ν.Σ. σε θεραπευτικές δόσεις.

## 6. Στερητικό σύνδρομο

Ήδη έχουμε αναφερθεί προηγουμένως με γενικό τρόπο στο θέμα. Στα αντίστοιχα με την κάθε κατηγορία ουσιών κεφάλαια πρόκειται να δοθούν ειδικότερες πληροφορίες.



Πηγή: [www.coldonline.com/bboard/other/viewtopic.asp...](http://www.coldonline.com/bboard/other/viewtopic.asp...)

## 7. Συναισθηματικού τύπου διαταραχές

**Κατάθλιψη – μανία:** Συναισθηματικές διαταραχές ονομάζονται όλα τα είδη των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων που αφορούν τη συναισθηματική λειτουργία, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η ευερεθιστότητα και η δυσφορία. Η παρουσία συναισθηματικού τύπου ψυχοπαθολογίας, με κυρίαρχη την κατάθλιψη, είναι πολύ κοινή κατάσταση μεταξύ των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

Η συναισθηματική διαταραχή άλλοτε είναι επακόλουθο της χρήσης της ουσίας, άλλοτε συνδέεται με την εξάρτηση από την ουσία και άλλοτε συνοδεύει με οξύ ή χρόνιο τρόπο τα διάφορα στερητικά σύνδρομα. Είναι πρωταρχικής σημασίας να διαχωρίζονται κάθε φορά τα συναισθηματικού τύπου συμπτώματα από την γνήσια συναισθηματική νόσο. Σε πολλές περιπτώσεις ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι και τόσο εύκολος και υπάρχει αρκετή διχογνωμία αναφορικά με το θέμα.



Πηγή: [students.washington.edu/jt6/depression%20=\(!](https://students.washington.edu/jt6/depression%20=(!)

### 3.2 ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ Ή ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΩΝ.<sup>26</sup>

#### 1. Αντίδραση πανικού

Οι διεγερτικές ουσίες δυνατόν να προκαλέσουν αντίδραση πανικού με δυο κλινικές μορφές. Στην πρώτη περίπτωση το άτομο, ακόμη και όταν χρησιμοποιεί την ουσία σε σχετικά χαμηλές δόσεις, μπορεί να αισθανθεί ταχυκαρδία, προκάρδιους παλμούς, άγχος, νευρικότητα, υπέρπνοια και μικροπόνους στο στήθος. Οι πόνοι, σε συνδυασμό με την ταχυκαρδία, το άγχος και τους προκάρδιους παλμούς,

<sup>26</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, ό.π., σελ. 141 – 146



δημιουργούν στο χρήστη την εντύπωση ότι έχει καρδιολογικό πρόβλημα και τρέχει για βοήθεια στον πλησιέστερο γιατρό. Στην δεύτερη περίπτωση παρουσιάζονται ομοιότητες με την κατάσταση που έχει ήδη περιγραφεί στο γενικό μέρος για την αντίδραση πανικού.

Η όλη κατάσταση περνάει σε μερικές ώρες από μόνη της και αυτό που απαιτείται είναι μια καλή διαφοροδιάγνωση για την πιθανότητα ύπαρξης σωματικής ή ψυχιατρικής διαταραχής, ψυχολογική υποστήριξη και χρόνος

## **2. Τοξική αντίδραση**

Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής είναι συνήθως μέλος κάποιας υποομάδας των «δρόμων», που χρησιμοποιεί αμφεταμίνες από το στόμα ή ενδοφλεβίως, ή είναι άτομο με κάποια ειδική επαγγελματική απασχόληση, όπως οδηγός φορτηγού μεγάλων διαδρομών, οδηγός ταξί, εργαζόμενος σε νυχτερινή βάρδια ή, τέλος, άτομο με ιατρικό ιστορικό χρήσης αμφεταμινών. Η κλινική εικόνα μπορεί να αναπτυχθεί σε λίγες ώρες στην περίπτωση ενδοφλέβιας χρήσης ή σε μερικές ώρες στην περίπτωση χρήσης της ουσίας από το στόμα.

Τοξική αντίδραση δυνατόν να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα και μίας μόνο υπερβολικής δόσης αμφεταμινών, αν και συνηθέστερα εμφανίζεται μετά από συνεχή κατάχρηση μεγάλων δόσεων του φαρμάκου για χρονικό διάστημα λίγων ημερών. Στην κλινική εικόνα κυριαρχεί συμπαθητικού τύπου υπερδραστηριότητα, που συνοδεύεται από ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, τρεμούλα των άκρων και υπερκινητικότητα. Μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν επιπλέον αρτηριακή υπέρταση, κρίσεις Grand mal, έντονη υπερθερμία και μπορεί να καταλήξουν σε καρδιαγγειακή ανεπάρκεια. Ποσότητα 100-200 mg δεξτροαμφεταμίνης δυνατόν να αποβεί θανατηφόρα για ένα μη εθισμένο άτομο, αν και ο εξαρτημένος χρήστης μπορεί ν' ανεχθεί δόσεις 1 gr ή και περισσότερο. Από την ψυχολογική πλευρά, τα συμπτώματα είναι ευερεθιστότητα, ανησυχία, ζάλη, άγχος, κεφαλαλγία και αίσθημα προκάρδιων παλμών. Στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί παρερμηνευτική ετοιμότητα, στερεοτυπική συμπεριφορά και υπεραπασχόληση με μηχανικά αντικείμενα, όπως ρολόγια κ.ά.. Σε αρκετές περιπτώσεις δυνατόν να προστεθούν παραληρηματικές ιδέες διωκτικού τύπου, ακουστικές, οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις και ως αποτέλεσμα αυτών, να προκύψει επιθετική και βίαιη συμπεριφορά αρκετά επικίνδυνη για τον ίδιο

το χρήστη ή το περιβάλλον του. Η κατάσταση αυτή πρέπει να διαχωρίζεται από την αμφεταμινική ψύχωση.

### **3. Ψυχωσική αντίδραση («αμφεταμινική ψύχωση»)**

Η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονο παρανοϊκού τύπου ιδεασμό και διωκτικό παραλήρημα και αναπτύσσεται σ' ένα άτομο μετά από εκσεσημασμένη κατάχρηση διεγερτικών ουσιών ονομάζεται αμφεταμινική ψύχωση ή ψύχωση από διεγερτικού τύπου ουσίες. Η κλινική αυτή εικόνα συνήθως αναπτύσσεται προοδευτικά στις περιπτώσεις συστηματικής κατάχρησης της ουσίας για διάστημα ακόμη και λίγων εβδομάδων.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η ψυχωσική εικόνα εμφανίζεται με οξεία μορφή και μετά από μια μόνο χρήση μεγάλης ποσότητας αμφεταμίνης. Από τις ψυχώσεις αυτού του τύπου μόνο οι σοβαρές περιπτώσεις φτάνουν στους γιατρούς και γι' αυτό ο ακριβής αριθμός των περιπτώσεων είναι μάλλον άγνωστος. Τον παρανοϊκού τύπου ιδεασμό και το παραλήρημα συνοδεύουν συνήθως οπτικές, απτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, συναισθηματική ευμεταβλητότητα και συχνά στερεοτυπικού τύπου συμπεριφορά. Το διωκτικό παραλήρημα συνήθως προκαλεί πανικό στο χρήστη και συνδυαζόμενο με την πλήρη σχεδόν έλλειψη αναισθησίας, έχει συχνά ως επακόλουθο βίαιη και ανεξέλεγκτη επιθετική συμπεριφορά, που μπορεί να φτάσει ως το φόνο. Η αμφεταμινική ψύχωση είναι κλινική κατάσταση δύσκολα διαφοριζόμενη από τη σχιζοφρενική συνδρομή και είναι πάντοτε συνέπεια κατάχρησης και όχι στέρησης της ουσίας.

### **4. Οργανικό ψυχοσύνδρομο**

Η περίπτωση τοξικού τύπου οργανικότητας εμφανίζεται με συμπτώματα όπως σύγχυση, διαταραχές προσανατολισμού, ψευδαισθήσεις, παρανοϊκού τύπου παραλήρημα, έντονη χάλαση συνειρμού και συμπεριφερολογικές διαταραχές στερεοτυπικού τύπου. Ο τριγμός των δοντιών είναι ένα συχνό σύμπτωμα σε περιπτώσεις κατάχρησης διεγερτικών ουσιών. Εξαιτίας της αναπτυσσόμενης αρτηριακής υπέρτασης, οι υπαραχνοειδείς και οι ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες, τα υποσκληρίδια αιματώματα καθώς και οι αγγειακές βλάβες, που μοιάζουν με οζώδη

περιαρτηρίτιδα, είναι συχνές επιπλοκές της κατάχρησης διεγερτικών ουσιών. Η προσεκτική νευρολογική και εργαστηριακή εκτίμηση κρίνεται απαραίτητη για τη διαφοροδιάγνωση από άλλου τύπου οργανικότητα. Η πρόγνωση είναι συνήθως καλή, όταν δε συνυπάρχουν παθολογικού τύπου βλάβες, και το σύνδρομο παρέρχεται σύντομα.

## **5. Στερητικό σύνδρομο**

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αντιφατικές αναφορές σχετικά με την ύπαρξη ή μη χαρακτηριστικού στερητικού συνδρόμου μετά την απότομη διακοπή της ουσίας. Πολλοί κλινικοί γιατροί δε συμφωνούν με τη χορήγηση ειδικής θεραπείας σε ανάλογες περιπτώσεις, υποστηρίζοντας ότι η συμπτωματολογία που αναπτύσσεται είναι αποτέλεσμα της ψυχολογικής εξάρτησης από την ουσία.

Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν την ύπαρξη στερητικού συνδρόμου που χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη και έντονη υπνηλία. Η κατάσταση αυτή διαρκεί 12-14 ώρες και συχνά διαταράσσεται από ζωντά όνειρα και αύξηση του REM-ύπνου, που μπορεί να διαρκέσει για μερικές εβδομάδες. Έντονα καταθλιπτικό συναίσθημα και σοβαρές ιδέες αυτοκαταστροφής, που συχνά οδηγούν στην αυτοκτονία, αποτελούν σταθερά συνοδό συμπτώματα, τα οποία τις περισσότερες φορές απαιτούν ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση. Άλλα συνηθισμένα συμπτώματα είναι άγχος ή απάθεια, έντονα συναισθήματα πείνας και κούρασης, υπερφαγία και μυϊκοί πόνοι. Τα συμπτώματα αυτά φτάνουν το μέγιστο της έντασης τους σε 3-4 ημέρες αλλά μπορεί να διαρκέσουν σε ηπιότερη μορφή για μήνες.

Στερητικού τύπου συμπτωματολογία μπορεί να εμφανιστεί και σε περιπτώσεις που ο χρήστης συνεχίζει να χρησιμοποιεί την ίδια ποσότητα της ουσίας, λόγω της μεγάλης και γρήγορης ανάπτυξης ανοχής στα σκευάσματα αυτού του τύπου. Συνήθως στις περιπτώσεις αυτές ο χρήστης δε γνωρίζει πού πρέπει να αποδώσει τα εμφανιζόμενα συμπτώματα και καταφεύγει για βοήθεια στο γιατρό. Πιθανότατα το στερητικό σύνδρομο να είναι φαινόμενο ανάδρασης. Το στερητικό σύνδρομο δεν είναι σχεδόν ποτέ θανατηφόρο και υποχωρεί σε μεγάλο βαθμό σε 4-5 ημέρες, ακόμη και χωρίς βοήθεια.

### 3.3 ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΩΝ<sup>26</sup>

α) Η **τοξική αντίδραση**, η οποία είναι συνήθως μια οξεία και επικίνδυνη κατάσταση. Ο χρήστης συνήθως ευρίσκεται ημικωματώδη ή κωματώδη κατάσταση, με σημάδια πρόσφατης ενδοφλέβιας χρήσης πάνω και γύρω του. Η τοξική αντίδραση αντιπροσωπεύει μια από τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου των άχρηστων οπιοειδών. Στην κλινική εικόνα προεξάρχει η συμπτωματολογία κώματος και ο θάνατος επέρχεται είτε εξαιτίας καταστολής των κέντρων της αναπνευστικής και της καρδιακής λειτουργίας, είτε από οξύ πνευμονικό οίδημα μη οφειλόμενο σε καρδιακή κάμψη.

β) Το **στερητικό σύνδρομο** στους ενήλικες αρχίζει σε 4-6 ώρες για την ηρωίνη και σε μία και πλέον ημέρα για τη μεθαδόνη μετά από την απότομη διακοπή της ουσίας. Το σύνδρομο συνίσταται από μια οξεία φάση, η οποία εκφράζεται με ένα συνδυασμό σωματικών, συναισθηματικών και συμπεριφερολογικών συμπτωμάτων, που περιλαμβάνουν σωματική δυσφορία, δακρύρροια, ρινόρροια, ιδρώτες, χασμουρητά ανήσυχο ύπνο, μυδρίαση, ανορεξία, «χήναιο δέρμα», ελαφρύ τρόμο άκρων, πόνους στη μέση και τις αρθρώσεις, αϋπνία, μυϊκή αδυναμία και σπασμούς, ρίγη, πιθανή εκσπερμάτωση, πόνους στην κοιλιά, συναισθηματική ευερεθιστότητα και έντονη επιθυμία για χρήση της ουσίας.

Την οξεία φάση, που διαρκεί 5—7 ημέρες, ακολουθεί μια υποξεία παρατεταμένη φάση, που χαρακτηρίζεται από ήπιες αυτονομικού τύπου διαταραχές. Η δεύτερη αυτή φάση συχνά οδηγεί τους χρήστες σε υποτροπές της χρήσης. Η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου στοχεύει στην ανακούφιση του χρήστη από τα διάφορα συμπτώματα και στην προσεκτική γενική σωματική και ψυχολογική υποστήριξη. Το στερητικό σύνδρομο στα νεογνά εξαρτημένων από οπιοειδή μητέρων εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, συνεχή κλάματα, μυϊκό τρόμο, αυξημένα αντανακλαστικά, ταχύπνοια, διάρροιες, υπερκινητικότητα, εμετούς, ιδρώτες, απώλεια βάρους, φταρνίσματα και χασμουρητά. Τα νεογνά συνήθως έχουν μικρό σωματικό βάρος και η περιγεννητική θνησιμότητα είναι πολύ αυξημένη.

<sup>26</sup> Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000, σελ. 242

γ) Το οργανικό ψυχοσύνδρομο, η ψυχωσική αντίδραση και η αναδρομική εμπύωση (flashback) σπάνια προκαλούνται από την κατάχρηση ή τη στέρηση των οπιοειδών ουσιών.

δ) Η αγχώδης και η καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία δυνατόν να προϋπάρχει, να συνοδεύει ή να έπεται της χρήσης οπιοειδών, αλλά συνήθως υποχωρεί σε μικρό σχετικά διάστημα και χωρίς σημαντική και συστηματική ανταγχώδη και αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή.

### **3.4 ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ – ΠΤΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΩΝ<sup>27</sup>**

#### **Τοξική αντίδραση**

Οξεία κατάχρηση μεγάλης ποσότητας ενός οργανικού διαλύτη μπορεί να προκαλέσει μέσα σε λίγα λεπτά από τη χρήση καταστολή της αναπνοής, καρδιακή αρρυθμία, διαταραχές του επιπέδου συνείδησης (από σύγχυση μέχρι κώμα) και ξαφνικό θάνατο. Πολλές φορές ο χρήστης, χάνοντας τις αισθήσεις του, μπορεί να πεθάνει από ασφυξία εξαιτίας της πλαστικής σακούλας που κολλάει στο πρόσωπό του και τον εμποδίζει ν' αναπνεύσει.

#### **Ψυχωσικού τύπου αντίδραση**

Δεν αναφέρεται ειδική ψυχωσικόμορφη αντίδραση στις περιπτώσεις κατάχρησης ουσιών αυτού του τύπου. Όμως πολλές φορές η συσκότιση των ανώτερων πνευματικών λειτουργιών, καθώς και οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης που συνοδεύουν την κατάσταση μέθης που προκαλεί η χρήση των ουσιών αυτών, δυνατόν να έχουν ως αποτέλεσμα βίαιες εκρήξεις και επιθετική συμπεριφορά του χρήστη

---

<sup>27</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 201 – 202

## Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από τη γρήγορη εμφάνιση σύγχυσης και διαταραχών προσανατολισμού μετά από κατάχρηση κάποιας πτητικής ουσίας. Ο χρήστης βρίσκεται σε ημικωματώδη κατάσταση, υπάρχει ερεθισμός του στόματος ή της μύτης από τη χρήση της ουσίας και συνήθως αποπνέει μυρωδιά της ουσίας που χρησιμοποίησε. Η κατάσταση διαρκεί λίγες ώρες και εάν δεν υπάρχουν επιπλοκές, ο χρήστης επανέρχεται από μόνος του όπως σε κάθε οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΘΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

#### 4. ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ<sup>28</sup>

Η εξάρτηση από ουσίες θεωρείται μια χρονίως υποτροπιάζουσα ασθένεια που έχει συχνά μια δυσμενή πρόγνωση. Πολλοί γιατροί και εκπονητές στρατηγικών αντιμετωπίζουν απαισιόδοξα την πιθανότητα μακροχρόνιας θεραπείας. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν χιλιάδες πρώην εθισμένων στην ηρωίνη στις Ηνωμένες Πολιτείες που έχουν παραμείνει χωρίς ηρωίνη και άλλες παράνομες ουσίες (ή υπερβολική χρήση νομίμων ουσιών όπως το αλκοόλ) για δεκαετίες λειτουργώντας σαν παραγωγικοί πολίτες. Η αποτυχία ενός τύπου θεραπείας ή υποτροπής από μία υποθετικά πετυχημένη κατάσταση δεν θα έπρεπε να φέρνει απελπισία αλλά μάλλον μία συνεχή έρευνα για καλύτερη θεραπεία για το συγκεκριμένο άτομο.

Αυτή η άποψη οδηγεί σε δύο φιλοσοφικές αρχές-κλειδιά για την θεραπεία εξαρτημένων από ουσίες ατόμων:

1. Το ίδιο άτομο μπορεί να χρειάζεται ένα διαφορετικό είδος θεραπείας στα διαφορετικά στάδια του κύκλου ή της καριέρας του εθισμού του π.χ. ένας 18χρονος που κάνει χρήση ουσιών για ένα χρόνο μπορεί να χρειαστεί μια διαφορετική προσέγγιση, απ' ότι ο ίδιος ασθενής που είναι τώρα 21 και κάνει χρήση για τέσσερα ή πέντε χρόνια.
2. Μια ομάδα ατόμων εξαρτημένων από ουσίες παρ' όλο που φαινομενικά μοιάζουν, όπως π.χ. στο είδος της ουσίας που χρησιμοποιείται και στη χρονική διάρκεια της χρήσης ουσιών μπορεί να χρειάζονται πολύ διαφορετικά είδη θεραπείας για να θεραπευθούν με επιτυχία.

Αν υποθέσουμε ότι έχουμε 10 άτομα 21 χρόνων που κάνουν χρήση ηρωίνης μερικά χρόνια, μερικοί μπορεί να είναι παντρεμένοι, μερικοί μπορεί να είναι εργένηδες, μερικοί μπορεί να δουλεύουν, μερικοί μπορεί να μην δούλεψαν ποτέ στη ζωή τους. Όλες αυτές οι μεταβλητές και άλλες πολλές επηρεάζουν την θεραπεία, θα μπορούσε

<sup>28</sup> D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», 1998, σελ. 1 – 2

κάποιος επίσης να συμπεριλάβει ένα ιστορικό εγκληματικότητας, οικογενειακής προέλευσης, κοινωνικοοικονομικής θέσης, ψυχολογικής κατάστασης και χρήσης άλλων ουσιών που μεταβάλλουν την ψυχική διάθεση.

Πολύ συχνά και τώρα και στο παρελθόν άτομα έχουν στριμωχθεί σ' ένα ή σ' άλλο είδος θεραπείας για την εξάρτηση από ουσίες και αν αποτυγχάνουν φταίει πάντα το άτομο και όχι η θεραπεία. Το άτομο έχει αδύναμη θέληση ή δεν είναι πραγματικά κινητοποιημένο ή απλά δεν κάνει, για τίποτε. Σπάνια θεωρείται ότι μπορεί να είναι η ίδια η θεραπεία για το συγκεκριμένο άτομο που τουλάχιστον φταίει εν μέρει και όχι μόνο το ίδιο το άτομο, θα πρέπει να είναι κανείς πολύ επιφυλακτικοί όταν ακούει ισχυρισμούς του είδους, η καλύτερη ή η μοναδική θεραπεία του εθισμού από ναρκωτικά. Σίγουρα δεν υπάρχει τέτοια θεραπεία σήμερα και είναι αμφίβολο για το αν θα υπάρξει και στο άμεσο μέλλον.

Οι αιτίες του εθισμού στα ναρκωτικά ποικίλλουν πάρα πολύ και η αλληλεπίδρασή τους με τα άτομα και το περιβάλλον είναι τόσο πολύπλοκη, έτσι ώστε να μην είναι δυνατόν να δοθεί μία μοναδική απάντηση. Αυτό δεν είναι ανάγκη να αποτελέσει βάση για απαισιοδοξία, ιδιαίτερα από την στιγμή που υπάρχουν σήμερα αποτελεσματικοί μέθοδοι θεραπείας υπό την προϋπόθεση ότι η σωστή προσέγγιση εφαρμόζεται στο ανάλογο άτομο.

Στις σελίδες που ακολουθούν θα περιγραφούν αυτές οι διάφορες προσεγγίσεις, όχι τόσο σε σχέση με τις καθημερινές τους λειτουργίες όσο σε σχέση με τις αρχές κλειδιά που βασίζονται.

#### **4.1 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ<sup>29</sup>**

Όταν προγραμματίζουμε την πλέον κατάλληλη θεραπεία για ένα δεδομένο άτομο, πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας τα εξής σημεία:

1. Η παρουσία ή η απουσία και βαθμός της σοβαρότητας των ψυχολογικών προβλημάτων.

Ο MICHEL LAN και οι συνεργάτες του απέδειξαν ότι ενώ ασθενείς χαμηλής ή μέσης σοβαρότητας δείχνουν ουσιαστική βελτίωση στη θεραπεία είτε στη Συντήρηση με

---

<sup>29</sup>D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», ό.π. σελ. 2 – 7



Μεθαδόνη (ΣΜ) ή στην Θεραπευτική Κοινότητα (ΘΚ), ασθενείς υψηλής σοβαρότητας της κατάστασης επηρεάζονται περισσότερο από το είδος του μοντέλου στο οποίο βρίσκονται. Ασθενείς στην ΣΜ των οποίων η κατάσταση σοβαρότητας χαρακτηρίζεται υψηλή, έδειξαν χαμηλά απόλυτα επίπεδα βελτίωσης ενώ η μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας θεραπεία συνοδεύεται από μέτρια βελτίωση αλλά ασθενείς σε ΘΚ των οποίων η σοβαρότητα του προβλήματος θεωρείται υψηλή έδειξαν μικρή βελτίωση και χειρότερες σε όλα τα επίπεδα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα υπό θεραπεία.

Γενικά και στα δύο μοντέλα ασθενείς, των οποίων η σοβαρότητα του προβλήματος καθορίστηκε σαν μέση, έδειξαν ότι έχουν τα περισσότερο εντυπωσιακά αποτελέσματα βελτίωσης όταν αυξάνεται η χρονική διάρκεια της θεραπείας ενώ ασθενείς των οποίων η σοβαρότητα του προβλήματος καθορίστηκε χαμηλή έδειξαν λίγη επιπρόσθετη βελτίωση με την μεγαλύτερη χρονικής διάρκειας θεραπείας. Από τότε που ο ROUNSAVILLE και άλλοι έδειξαν ότι ένας ουσιώδης αριθμός εθισμένων τα οπιούχα που ζητούσαν θεραπεία είχαν διαγνωσμένες ψυχιατρικές ασθένειες, ιδιαίτερα συναισθηματικές διαταραχές χρειάζεται να εκτιμηθούν αυτοί οι παράγοντες πριν αποφασισθεί το είδος της θεραπείας. Μιας και η "επαγγελματική ψυχοθεραπεία" είναι ένα σπάνιο και ακριβό είδος στα περισσότερα προγράμματα θεραπείας ουσιών, ίσως αξίζει να την κρατήσουμε γι' αυτούς τους ασθενείς που την χρειάζονται περισσότερο.

## 2. Χρήση μιας σταθερής μεθόδου εκτίμησης

Η σταθερή μέθοδος εκτίμησης είναι χρήσιμη για την επιλογή της θεραπείας και για γενικούς σκοπούς εκτίμησης. Ένα τέτοιο εργαλείο θα πρέπει να μετρά τους διάφορους παράγοντες συμπεριλαμβανόμενης της χρήσης ουσιών, των ψυχιατρικών προβλημάτων, των προβλημάτων εγκληματικότητας, τα ιατρικά προβλήματα κ.λ.π. Μια μέθοδος μέτρησης που επινοήθηκε πρόσφατα από την ομάδα της Φιλαδέλφειας, η Κλίμακα Σοβαρότητας Εθισμού, μπορεί αυτή τη στιγμή να είναι η πιο χρήσιμη μέθοδος.

## 3. Αποκατάσταση ή παροχή εφοδίων

Μερικοί εθισμένοι όταν έρχονται για θεραπεία έχουν ήδη επαγγελματικές ή και διαπροσωπικές δεξιότητες. Γι' αυτούς το ίδιο σταμάτημα της χρήσης ουσιών με ορισμένες μετατροπές του τρόπου ζωής μπορεί να έχουν εντυπωσιακά αποτελέσματα στον τρόπο που λειτουργούν στη κοινωνία. Ωστόσο μερικοί εθισμένοι άρχισαν τις ουσίες σε μικρή ηλικία και τους λείπουν οι δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τον συναγωνισμό στην πολύπλοκη βιομηχανοποιημένη κοινωνία. Είναι απίθανο σε

τέτοιες περιπτώσεις η ίδια η παύση της χρήσης ουσιών να είναι αρκετά ικανοποιητική ή να διατηρηθεί η αποχή, γι' αυτούς μπορεί να χρειάζεται η παροχή εφοδίων σε πολλούς τομείς. Αυτά μπορεί να συμπεριλάβουν στοιχειώδη πράγματα όπως υγεία και υγιεινή των δοντιών, διαιτητική πληροφόρηση, διαχειρισμό χρημάτων, απλές διαπροσωπικές δεξιότητες, όπως επίσης εκπαιδευτικό και επαγγελματικό TRAINING. Οι θεραπευτικές Κοινότητες μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικές γι' αυτά τα άτομα αν παραμείνουν αρκετό χρονικό διάστημα για να κερδίσουν από τα οφέλη. Δεξιότητες σε θέματα δουλειάς είναι ιδιαίτερης αποφασιστικής σημασίας για να παραμείνει κανείς εγκρατής. Σε σχέση μ' αυτό είπε ο COHEN: "Μία από τις πιο ευνοϊκές δραστηριότητες που μπορούν να κάνουν οι αποτοξινωμένοι είναι η δουλειά. Αν η δουλειά είναι ικανοποιητική τόσο το καλύτερο, αλλά οποιαδήποτε δουλειά είναι καλύτερη από το τίποτα. Επίσης φαίνεται οι ΘΚ είναι περισσότερο αποτελεσματικές για άτομα με εκτεταμένα εγκληματικά ιστορικά.

#### 4. Αλλαγές του τρόπου ζωής.

Διάφορα οικεία ερεθίσματα στην καριέρα χρήσης ουσιών του χρήστη διατηρούν την ικανότητα στο να οδηγούν στη λαχτάρα για ουσίες όταν τα αντιμετωπίζει το άτομο ενώ προσπαθεί να παραμείνει εγκρατής. Φίλοι που κάνουν χρήση, χώροι όπου συνήθιζε να κάνει χρήση, ορισμένες καταστάσεις που προκαλούν άγχος, όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή. Όταν κάποιος μετακομίζει σ' άλλη γειτονιά όπου δεν γίνεται χρήση ουσιών, φαίνεται ότι η μετακόμιση συνδέεται με περισσότερο ευνοϊκά αποτελέσματα. Συνήθως τα Σαββατοκύριακα και τα βράδια είναι τα πιο δύσκολα, μιας και πολλοί εθισμένοι ποτέ δεν αναπτύσσουν επαρκείς δεξιότητες για το πως να περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους με ικανοποιητικό τρόπο.

Τα προγράμματα θα πρέπει να βοηθούν τους ασθενείς να αναθεωρούν εκείνα τα στοιχεία της ζωής των που συνδέονται με την χρήση ουσιών με προσεκτικό τρόπο και προγραμματισμό και για τον τρόπο με τον οποίο θα αλλάξουν αυτές τις πλευρές που μπορούν να αλλάξουν, (πχ φίλους, γειτονιά, βραδινές δραστηριότητες) και το πως τα βγάζουν πέρα μ' αυτές που δεν μπορούν να αλλάξουν (πχ χρησιμοποιώντας ασκήσεις χαλάρωσης που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του άγχους).

#### 5. Οικογενειακή ανάμειξη.

Μια αυξανόμενη βιβλιογραφία τονίζει το ρόλο της οικογένειας και πως βοηθά και στην διαίωνηση και στην επίλυση του προβλήματος της εξάρτησης από ουσίες. Ενώ τα περισσότερα προγράμματα μέχρι και πριν από δέκα χρόνια αγνοούσαν την

οικογένεια, ένας αυξανόμενος αριθμός χρησιμοποιεί την οικογενειακή θεραπεία σαν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της προσέγγισης ανεξαρτήτως αν εμπλέκεται συντήρηση ή αποχή. Σ' ορισμένα προγράμματα όπως συντήρηση με ανταγωνιστές, ή ανάμειξη της οικογένειας μπορεί να είναι αποφασιστικής σημασίας για την παραμονή στο πρόγραμμα. Δεν θα πρέπει να υποβαθμίζονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει κάποιος όταν δουλεύει με την οικογένεια ή όταν πρέπει να τους πείσει κανείς να έλθουν

#### 6. Φαρμακολογική θεραπεία.

Εκτός από την μεθαδόνη και την ναλτρεξόνη, για τις οποίες θα γίνει αναφορά αργότερα, παρ' όλο που αυτές οι ουσίες στοχεύουν στον ίδιο εθισμό στα ναρκωτικά, υπάρχουν ορισμένοι εθισμένοι που έχουν ψυχιατρικές καταστάσεις θεραπεύσιμες με την φαρμακοθεραπεία. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και το λίθιο φαίνεται ότι είναι πιο χρήσιμοι συντελεστές, ενώ οι βενζοδιαζεπίνες με την προδιάθεση εθισμού και τις επιπρόσθετες συνέπειες της μεθαδόνης έχουν λίγη αξία γι' αυτόν τον πληθυσμό.

Εξ' αιτίας της μεταβλητής φύσης της κατάθλιψης αυτού του πληθυσμού, θα πρέπει να δοκιμαστούν μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις πριν την χημειοθεραπεία. Είναι επίσης σημαντικό να έχουμε υπόψη μας ότι οι διαταραχές της κατάχρησης ουσιών αποτελούν ανεξάρτητα προβλήματα και μπορεί να συνεχίσουν να υπάρχουν ακόμη και όταν οι συνοδευόμενες ψυχιατρικές έχουν θεραπευθεί. Όμως, με μια τέτοια θεραπεία, είναι περισσότερο πιθανό να μείνει ο εθισμένος από ειδικό για ουσίες πρόγραμμα αρκετό χρονικό διάστημα έτσι ώστε να βοηθηθεί και στα άλλα του προβλήματα.

#### 7. Ο ρόλος της κινητοποίησης.

Έχει παρατηρηθεί ότι καμιά θεραπεία δεν είναι πιθανή χωρίς κάποια θετική κινητοποίηση από την πλευρά του εθισμένου. Η θεραπεία δεν επιβάλλεται. Μπορούμε να βοηθήσουμε τα θύματα του εθισμού μόνο αν θέλουν βοήθεια. Ο τυπικό εθισμένος είναι αμφίθυμος στο σταμάτημα της χρήσης ουσιών. Από την μια πλευρά υπάρχουν τα ευχάριστα αποτελέσματα της ευφορίας από την ηρωίνη, ανακούφιση από την πίεση και το άγχος και τις ικανοποιητικές πλευρές ενός τρόπου ζωής που με τις απαιτήσεις του γεμίζει τις περισσότερες ξύπνιες ώρες, είτε με τα αποτελέσματα των ουσιών, είτε με τις αναγκαίες δραστηριότητες εξασφάλισης της ουσίας και έτσι παρεμποδίζει την ανία ή τις ερωτήσεις που σχετίζονται με το νόημα της ζωής.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν οι τιμωρίες του τρόπου ζωής: αρρώστια, περιοδική αγωνία για την στέρηση, λόγω του ότι η ουσία δεν είναι διαθέσιμη, απώλεια σεβασμού και στοργής από την οικογένεια και τους φίλους εξ' αιτίας των συνεχών ψεμάτων και κλοπών, και τις πάντοτε επικείμενες πιθανότητες φυλακής ή βίαιου θανάτου. Η κινητοποίηση, κατά κάποιο τρόπο, είναι το σύνολο αυτών των αντίθετα φορτισμένων διανυσμάτων και από την φύση τους ποικίλουν μέρα με την ημέρα, ή ακόμη ώρα με την ώρα, καθώς αλλάζουν οι διάφορες δυνάμεις. Από την στιγμή που ο ίδιος ο πόνος της χρήσης ουσιών, π.χ. η αρρώστια, συχνά αποτελεί μελλοντικό πρόβλημα ο πιο άμεσος πόνος είναι συνήθως κοινωνικός και προέρχεται είτε από την οικογένεια είτε τον φόβο φυλάκισης. Από την στιγμή που ο εθισμένος κάνει αίτηση για θεραπεία, ανεξαρτήτως του λόγου, τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να προσπαθούν, να διατηρούν την κινητοποίηση με το να ενθαρρύνουν τα μέλη της οικογένειας να συνεχίζουν την πίεση, είτε με το να, αναφέρουν κανονικά στις νόμιμες αρχές την συμμετοχή του εθισμένου αν είναι υπό αναστολή και βοηθώντας τον ασθενή να κερδίσει περισσότερες θετικές ανταμοιβές σε διαπροσωπικό, επαγγελματικό και οικονομικό επίπεδο, έτσι ώστε η υποτροπή στις ουσίες να συνεπάγεται ουσιώδεις απώλειες. Αυτή η προγραμματισμένη συμπεριφορά είναι σημαντική μιας και η θεωρία της Αντιτιθέμενης Εξέλιξης (OPPONENT PROCESS THEORY) υπονοεί ότι όσο περισσότερο μένει καθαρός, τόσο περισσότερο θυμάται τα καλά χαρακτηριστικά της χρήσης ηρωίνης και ξαχνά τα οδυνηρά.

#### 8. Ο ρόλος της δομής.

Ο τρόπος ζωής του εθισμένου είναι συχνά χαοτικός, με ακανόνιστα διαστήματα φαγητού και ύπνου με λίγο σεβασμό για καθυστερήσεις (εκτός και αν πρόκειται για τον προμηθευτή του). Είναι σημαντικό τα προγράμματα να προσφέρουν μια σταθερή δομή που θα βοηθήσει τον υπό ανάρρωση ασθενή να προσαρμοσθεί σε πιο κανονικές ώρες και να μάθει ότι ο κόσμος (π.χ. εργοδότες, σύζυγοι κ.λ.π) συνήθως δεν θα ανεχθούν την έλλειψη σεβασμού για τους τρόπους ζωής των. Παραδείγματος χάριν, σαν μέρος αυτής της δομής, οι ασθενείς που αργοπορούν δεν θα παίρνουν την μεθαδόνη τους και όταν χάνουν θεραπευτικές συνεδρίες θα πρέπει να χάνουν τα προνόμια του προγράμματος. Επίσης εξίσου σημαντική είναι ανάγκη, ανεξαρτήτως του μοντέλου θεραπείας να παρακολουθούν τα ούρα σε ακανόνιστα διαστήματα, αρκετά συχνά όμως (κάθε δέκα μέρες τουλάχιστον) για να πιάνουν τις υποτροπές.

Από την στιγμή που, όπως αναφέρεται στο τελευταίο τμήμα, οι εθισμένοι είναι συνήθως αμφίθυμοι με την επιθυμία τους να σταματήσουν την χρήση οπιούχων όταν ξέρουν ότι θα γίνει λήψη ούρων, ίσως αυτό βοηθήσει όταν ο εθισμένος αντιμετωπίσει τον πειρασμό φυσικά, αυτό, προϋποθέτει ότι τα αποτελέσματα θα έχουν κατά κάποιο τρόπο ορισμένες συνέπειες, π.χ. απώλεια προνομίων, επίσης το ότι θα γίνει θέμα κατά την συμβουλευτική συνεδρία, γιατί αλλιώς θα δοθεί λάθος μήνυμα και θα οδηγήσει στην αυξημένη χρήση ανάμεσα στους άλλους ασθενείς.

#### 9. Χρήση Πολλαπλών Ουσιών.

Πριν από δύο δεκαετίες ο εθισμένος στην ηρωίνη συνήθως έκανε μόνο κατάχρηση ηρωίνης ή στην χειρότερη περίπτωση αλκοόλ όταν δεν υπήρχε διαθέσιμη ηρωίνη ή όταν προσπαθούσε να σταματήσει. Σήμερα δεν είναι ασυνήθιστο να βρει κανείς εθισμένους στα ναρκωτικά που χρησιμοποιούν ηρωίνη σαν αλκοόλ, κοκαΐνη, διαζεπάμη, ή μαριχουάνα, είτε από μόνα τους, είτε σε συνδυασμό. Η θεραπεία η οποία απευθύνεται στην ηρωίνη μόνο, είναι πολύ πιθανό ότι θα αποτύχει. Μερικά προγράμματα, τα οποία συνδέονται με την φιλοσοφία των ΑΑ, σαν προϋπόθεση για θεραπεία δίνουν έμφαση στην αποχή από όλες τις ουσίες που αλλάζουν την ψυχική διάθεση (συνήθως εξαιρούν την καφεΐνη και την νικοτίνη). Άλλα είναι πρόθυμα ν' ανεχθούν κάποια χρήση ουσιών, π.χ. αλκοόλ και μαριχουάνα, αν δεν γίνεται κατάχρηση. Άτομα που έχουν σοβαρά προβλήματα εξ' αιτίας των πολλαπλών ουσιών, πιθανόν να χρειασθούν τουλάχιστον αρχικά, ή θεραπεία με διαμονή ή θεραπεία τύπου εσωτερικών ασθενών. Μερικά προγράμματα μεθαδόνης και ναλτρεξόνης έχουν συνδυάσει με επιτυχία την δισουλφιράμη με την θεραπεία που έχουν για ασθενείς με προβλήματα ναρκωτικών και αλκοόλ αλλά δεν υπάρχει παρόμοιος δεσμώτης (BLOCKER) για τα υπόλοιπα ηρεμιστικά και διεγερτικά χημικά.

## 4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗ<sup>30</sup>

### Αποτοξίνωση

Πριν να χρησιμοποιηθούν οι προσεγγίσεις συντήρησης για τον εθισμό η αποτοξίνωση, με ή χωρίς FOLLOW UP θεραπεία, ήταν συνήθως η μόνη θεραπεία

<sup>30</sup>D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», ό.π. σελ. 9 – 12

που υπήρχε για τον εθισμένο στα ναρκωτικά. Η αποτοξίνωση είναι η αναγκαία προ-θεραπευτική οδός όχι μόνο για την θεραπευτική κοινότητα, αλλά και την συντήρηση με ανταγωνιστές ναρκωτικών, ή στην στεγνή θεραπεία είτε εσωτερικών είτε εξωτερικών ασθενών. Ωστόσο, πολλά άτομα που αρχίζουν ένα πρόγραμμα αποτοξίνωσης δεν το συμπληρώνουν και οι περισσότεροι ούτε συνεχίζουν μία μακροχρόνια θεραπεία ούτε απέχουν από μόνοι τους από τα ναρκωτικά. Φυσικά, πολλοί εθισμένοι μπαίνουν σε τέτοια προγράμματα μόνο για να στασιάσουν και συχνά αποκτούν μια στιγμιαία ανακούφιση από το επίπονο καθήκον της στήριξης ενός ακριβού τρόπου ζωής. Η πρόθεσή τους είναι να ξαναρχίσουν πλήρως την χρήση ουσιών και να νιώσουν το HIGH με χαμηλότερες δόσεις και κόστος απ' ό τι όταν άρχισαν τα στερητικά.

Η αποτοξίνωση αναφέρεται στην διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο το οποίο εξαρτάται σωματικά από μία ουσία, απέχει απ' αυτήν την ουσία. Αυτό μπορεί να συμβεί ή απότομα ή βαθμιαία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε η ουσία από την οποία εξαρτάται το άτομο ή μπορούν να χρησιμοποιηθούν, άλλες ουσίες που παράγουν αντίθετη-ανοχή (CROSS-TOLERANCE) ή μπορεί να δοθεί συμπτωματική θεραπεία για την καλύτερευση της στέρησης ή μπορεί να χρησιμοποιηθούν μηχανισμοί με τους οποίους εκφράζεται η στέρηση. Η αποτοξίνωση μπορεί να γίνει ή σε ένα περιβάλλον με διαμονή ή τύπου εσωτερικών ασθενών ή εξωτερικών ασθενών. Η μέθοδος που επιλέγεται εξαρτάται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από του τι είναι διαθέσιμο και όχι από το ποιο θα ήταν το ιδανικό και η διαθεσιμότητα είναι συχνά μία πολύπλοκη κατάσταση που σχετίζεται με τους ομοσπονδιακούς και κρατικούς νόμους, προτίμηση ή προκατάληψη του γιατρού ή του ασθενή, γνώμη της κοινότητας και άλλα μη επιστημονικά θέματα. Γενικά, οι σκοποί της αποτοξίνωσης μπορούν να διατυπωθούν ως εξής:

1. Απαλλαγή του σώματος από την οξεία σωματική εξάρτηση που συνδέεται με την χρόνια καθημερινή χρήση των ναρκωτικών.
2. Την ανακούφιση του πόνου και της ενόχλησης που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της αποστέρησης, ιδιαίτερα αν είναι απότομη.
3. Η παροχή μιας ασφαλούς και ανθρώπινης θεραπείας που μπορεί να βοηθήσει το άτομο στις αρχικές δυσκολίες όταν σταματά την χρήση ουσιών.

4. Η παροχή ενός περιβάλλοντος που ενθαρρύνει μία περισσότερο μεγάλη εμβέλεια, δέσμευση για θεραπεία και η παροχή κατάλληλων παραπομπών σε άλλα τέτοια μοντέλα. Η εμφάνιση των πρώτων ενδείξεων και συμπτωμάτων της στέρησης από τα ναρκωτικά, η έξαρσή τους, και ο μετριασμός τους εξαρτώνται από την διάρκεια δράσης της ουσίας. Έτσι, ενδείξεις και συμπτώματα στέρησης ηρωίνης ή μορφίνης, αρχίζουν 12 ώρες περίπου μετά την τελευταία δόση, κορυφώνεται στις 36-72 ώρες, και ως επί το πλείστον φεύγουν μέχρι την 5η μέρα. Με την μεθαδόνη η στέρηση αρχίζει στις 24-48 ώρες, κορυφώνεται στις 96-120 ώρες, και τα συμπτώματα μπορεί να είναι φανερά μέχρι και τρεις εβδομάδες αργότερα. Γενικά, σε σχέση με τον εθισμό σε ισοδύναμες δόσεις, όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα που δρα το ναρκωτικό τόσο λιγότερο έντονη είναι η αποστέρηση αλλά διαρκεί περισσότερο.

Μια κοινή ταξινόμηση των ενδείξεων και συμπτωμάτων της στέρησης ναρκωτικών, περιγράφεται στον πίνακα 3.

Χρησιμοποιείται ένα σύστημα βαθμίδων που εκφράζει την αυξανόμενη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

**Βαθμίδα 0** :Έντονη λαχτάρα για ουσίες, άγχος, συμπεριφορά αναζήτησης ουσιών

**Βαθμίδα 1** :Χασμουρητό, εφίδρωση, έκκριση δακρύων, ρινόρροια, "γιεν" (ελαφρός, ανήσυχος, διακεκομμένος ύπνος), ερεθιστικότητα

**Βαθμίδα 2** :Μυδρίαση με προοδευτική μείωση της αντίδρασης στο φως; Στην κορύφωση της στέρησης, οι κόρες διαστέλλονται και δεν αντιδρούν στο φως υπάρχουν μυϊκές συσπάσεις (από εδώ βγαίνει ο όρος "κλωτσάει" την συνήθεια του (KICKING THE HABBIT) ανόρθωση τριχών ή "ανατριχίλα" (από εδώ βγαίνει ο όρος "κρύα γαλοπούλα" COLD TURKEY) αναψοκοκκινίσματα και κρυάδες, κοιλιακές κράμπες, πόνοι στις ενώσεις και στους μύς, ανορεξία, ρίγη, έλλειψη ενέργειας.

**Βαθμίδα 3** :Αϋπνία, χαμηλός πυρετός, αύξηση ρυθμού και βάθους αναπνοής, αύξηση του σφυγμού και της πίεσης, ναυτία, εμετός, διάρροια, απώλεια βάρους.

**Πίνακας 3:**Ταξινόμηση Ενδείξεων και Συμπτωμάτων Ναρκωτικών

**Πηγή:** D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», Αθήνα 1998

Οι βαθμίδες που αναγράφονται επιλέγονται αυθαίρετα και δεν είναι όλες οι ενδείξεις μέχρι κάποιου σημείου αλληλοκαλύπτονται και τα άτομα διαφέρουν στο είδος των ενδείξεων και συμπτωμάτων που θα παρουσιάσουν. Υπάρχει μία τάση να έχουν τα άτομα επαναλαμβανόμενα πρότυπα στέρησης, δηλαδή, εκδηλώνουν παρόμοιες ενδείξεις και συμπτώματα κάθε φορά που βρίσκονται σε στέρηση. Έτσι, ένα άτομο μπορεί να έχει κυρίως γαστροεντερικά συμπτώματα ενώ ένα άλλο να ενοχλείται περισσότερο από μυοσκελετικά προβλήματα.

Οι σπασμοί δεν είναι χαρακτηριστικό της στέρησης οπιούχων ή της μέθης εξαιρούμενης της μέθης με μεπεριδίνη (MEPERIDINE). Αν ένας ασθενής κάνει κρίση, αυτό συνήθως σημαίνει παράληψη της διάγνωσης της στέρησης από βαρβιτουρικά - ηρεμιστικά. Μια άλλη ιατρική κατάσταση όπως η επιληψία, η υστερία ή οι ψεύτικοι σπασμοί είναι μια απόπειρα απόκτησης ουσιών. Από την στιγμή που ο πολλαπλός εθισμός είναι αρκετά συχνός, υπάρχει πιθανότητα κατάχρησης και άλλων ουσιών όπως τα βαρβιτουρικά και δεν πρέπει να ξεχνάμε όταν αντιμετωπίζουμε τον οποιοδήποτε εθισμένο στα ναρκωτικά.

Οι μυϊκοί πόνοι, η ερεθιστικότητα και η έλλειψη ενέργειας μπορεί να επιμένουν για εβδομάδες ακόμη και αν έχουν περάσει οι ενδείξεις και τα συμπτώματα στέρησης. Ένα παρατεταμένο σύνδρομο αποχής έχει παρατηρηθεί και στους ανθρώπους και στα ζώα όπου ο σφυγμός, η αναπνοή και η θερμοκρασία είναι ελαφρά μειωμένες για μήνες μετά την τελευταία δόση ναρκωτικού . Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη η σχέση αυτού με την λαχτάρα ή την υποτροπή.

Σήμερα η συνήθης τεχνική αποτοξίνωσης από τα ναρκωτικά είναι η υποκατάσταση με μεθαδόνη και η στέρηση. Η μεθαδόνη είναι ένα αποτελεσματικό συνθετικό ναρκωτικό, μακράς δράσης, λαμβάνεται δια του στόματος και υποκαθιστά οποιοδήποτε ναρκωτικό παίρνει ο ασθενής και μετά βαθμιαία μειώνεται τις επόμενες 5-10 ημέρες.

### **Μεθαδόνη**

Αν ο ασθενής παίρνει ναρκωτικά για ιατρικούς λόγους και ο γιατρός είναι αρκετά σίγουρος για την ισχύ και την ποσότητα της δόσης που παίρνει ο ασθενής, ο παρακάτω πίνακας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετατρέψει την δόση σε χιλιοστόγραμμα μεθαδόνης.



Κλίμακα μετατροπής Ναρκωτικών σε μεθαδόνη :

1 MG μεθαδόνης είναι ίσης ισχύος με:

- 1-2 MG Ηρωίνης
- 3-4 MG Μορφίνης
- 0,5 MG DILAUDANUM (DILAUDID)
- 30 MG Κωδεΐνης
- 20 MG μεπεριδίνης
- 7-8 MG καφουρούχου βάμμα οπίου (PARGOPIC)
- 3 ML λαβδάνου
- 0,5 MG LEVOPHANOL (LENO – DROMOPAN)
- 4 MG αλκαλοειδών οπιούχων (PANTOPON)
- 8 MG ANILERIDINE (LERITINE)

Πίνακας 4: Μετατροπή δόσης σε χιλιοστόγραμμα μεθαδόνης

Στην περίπτωση της παράνομης χρήσης είναι λιγότερο πιθανό ο ασθενής να είναι σε θέση να δώσει μια ακριβή εικόνα του ποσοστού που χρησιμοποιεί μιας και ακόμη κάτω από τις καλύτερες προϋποθέσεις και την έλλειψη οποιασδήποτε επιθυμίας απάτης το ποσοστά των ναρκωτικών είναι ένα παράνομο "σακούλι" που ποικίλει από ντήλερ σε ντήλερ και από βδομάδα σε βδομάδα για να μην πούμε μέρα με τη μέρα. Κάτω απ' αυτές τις περιστάσεις ο γιατρός θα πρέπει να μαντέψει την αρχική δόση. Συνήθως 10-20 MG μεθαδόνης δια του στόματος είναι μία επαρκής δόση για αρχή. Είναι αρκετά μεγάλη έτσι ώστε να μην είναι πολύ επικίνδυνη εκτός και αν το άτομο έχει λίγη ή καθόλου ανοχή. Ο ασθενής θα πρέπει να είναι υπό παρακολούθηση για να κριθεί το αποτέλεσμα της δόσης. Αν τα συμπτώματα στέρησης είναι αρχικά παρόντα αυτή η δόση θα έπρεπε να τα καταστείλει μέσα σε 30 -60 λεπτά.

Αν όχι μπορούν να δοθούν επιπρόσθετα 5-10 MG μεθαδόνης. Αν δεν υπάρχουν συμπτώματα στέρησης, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για νύστα ή καταστολή της αναπνοής. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις όπου υπάρχει υποδεδειγμένη μαρτυρία υπερβολικής χρήσης ναρκωτικών 40 MG ισοδύναμη την ημέρα. Η αρχική δόση ποτέ δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 30 MG και η συνολική 24ωρη δόση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 40 MG. Όταν δίνονται 10-20 MG σαν

πρώτη δόση, ένα παρόμοιο ποσοστό μπορεί να δοθεί σε 12 ώρες αργότερα, αν θεωρηθεί απαραίτητο.

Συνήθως, αυτό δεν είναι πρακτικό σε αποτοξίνωση του είδους των εξωτερικών ασθενών αλλά δεν είναι ασυνήθιστο σε περιβάλλον εσωτερικών ασθενών ή που παρέχει διαμονή.



Πηγή: [www.methadoneaddiction.net/m-pictures.htm](http://www.methadoneaddiction.net/m-pictures.htm)

## Στέρηση

Υπάρχει διαφωνία για το πως θα πρέπει ν' αρχίσει η θεραπευτική αγωγή της στέρησης, όταν δεν υπάρχει στην ουσία εκδήλωση των ενδείξεων και συμπτωμάτων στέρησης.

Συνήθως είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς με σιγουριά αν ένα άτομο είναι επί του παρόντος σωματικά εθισμένο. Γίνεται εξαίρεση στο αν αναμένεται η εμφάνιση των συμπτωμάτων ή αν δίνεται ναλοξόνη για να προκληθεί η στέρηση, όλοι οι άλλοι δείκτες δείχνουν χρήση και όχι ανοχή και εθισμό. Για να εμποδιστεί η χορήγηση ουσιών στους μη εθισμένους, μερικοί γιατροί επιμένουν στην παρουσία των συμπτωμάτων, είτε αυτά εκδηλώνονται με φυσιολογικό τρόπο, είτε προκαλούνται.

Η αναγκαία συνολική δόση για να σταθεροποιηθεί ο ασθενής τις πρώτες 24 ώρες θα πρέπει να επαναληφθεί την δεύτερη ημέρα είτε με μια δόση για τους εξωτερικούς ασθενείς, ή δύο για τους εσωτερικούς ασθενείς, και μπορούν να γίνουν αυξομειώσεις αν η δόση είτε καταπραΰνει υπερβολικά τον ασθενή ή αποτυγχάνει να καταστείλει επαρκώς το σύνδρομο αποχής. Αφού σταθεροποιηθεί ο ασθενής, η δόση μπορεί σιγά - σιγά να αποσυρθεί. Ένας κοινός τρόπος είναι η μείωση της δόσης κατά 5 MG την ημέρα. Μια δεύτερη μέθοδος είναι η μείωση κατά 5 MG την ημέρα μέχρι να κατέβει στα 10-15 MG και να μειώνεται σιγά - σιγά. Οι τυπικοί καθημερινοί τρόποι μπορεί να μοιάζουν κάπως έτσι:

Ημέρα.....	1	2	3	4	5	6	7	8
Δόση .....	30	30	25	20	15	10	5	0

Ημέρα.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Δόση.....	30	30	25	20	15	12	10	8	5	3	0

Γενικά, η στέρηση στους εσωτερικούς ασθενείς και σε περιβάλλον διαμονής τελειώνει σε 5-10 ημέρες, ενώ η στέρηση στους εξωτερικούς ασθενείς μπορεί να παραταθεί περισσότερο για να ελαχιστοποιηθούν τα οποιαδήποτε συμπτώματα, θα πρέπει να συνεχίσει η εξερεύνηση του ρόλου του ασθενή στη ρύθμιση της διάρκειας και της ταχύτητας της στέρησης του/της. Ωστόσο δεν μπορεί να δοθεί μεθαδόνη για περισσότερο από 21 ημέρες και παρ' όλα αυτά να θεωρείται μέρος του προγράμματος αποτοξίνωσης. Σύμφωνα με τους κανονισμούς της Διοίκησης Τροφών και Ουσιών (FOOD AND DRUG NUTRITION) η χρήση της μεθαδόνης για περισσότερο από 21 ημέρες θεωρείται συντήρηση, και μια μονάδα θεραπείας ουσιών χρειάζεται την ανάλογη κυβερνητική έγκριση για αυτό το πρόγραμμα. Ακόμη και με τη βαθμιαία στέρηση μπορεί να μην κατασταλούν τελείως όλα τα συμπτώματα, μετά το τέλος της στέρησης ορισμένα συμπτώματα μπορεί να επιμένουν, αν και μάλλον σε ήπια μορφή. Δεν υπάρχει συναίνεση για την χρήση άλλων ουσιών κατά την διάρκεια αυτών των περιόδων.

Η χρήση ηρεμιστικών (νάρκωση) την ώρα του βραδινού ύπνου μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση του άγχους του ασθενή και να ελαχιστοποιήσει την λαχταρά του για ουσίες όπως η μορφίνη. Από την άλλη πλευρά, τα μη ναρκωτικά φάρμακα είναι

αποτελεσματικά στην ανακούφιση των ιδιαίτερων συμπτωμάτων της αποχής από τα ναρκωτικά. Προσθέτουν στην χαύνωση και κατάθλιψη αλλά δεν φέρνουν ξεκούραστο ύπνο.

Αν η αϋπνία και τα άλλα συμπτώματα στέρησης είναι ασυνήθιστα σοβαρά, ιδιαίτερα στους μεγαλύτερους ασθενείς, οι ασθενείς μπορεί να ανακουφιστούν αν αυξηθεί η δόση της μεθαδόνης, αλλά όμως αυτό σημαίνει ότι το χρονοδιάγραμμα στέρησης θα είναι πιο αργό.

Ερευνητές που δοκίμασαν διάφορες ουσίες σε συνδυασμό με την μεθαδόνη, για να βοηθήσουν στο σύνδρομο στέρησης, παρατήρησαν ότι η χλωρπρομαζίνη (CHLORPROMAZINE), έκανε τους ασθενείς να παραπονούνται ότι νοιώθουν "ότι είναι χαμένοι στο διάστημα" και ότι δεν ανακούφισε την σοβαρή τους κατάθλιψη, τις κράμπες, την ναυτία και τον φόβο. Από την άλλη πλευρά η DOXEPIN αποδείχτηκε υπερβολικά αποτελεσματική και οι ασθενείς ένοιωθαν λιγότερο ανήσυχoi και περισσότερο υπάκουoi στην ομαδική θεραπεία.

Η αϋπνία είναι ένα από τα πιο εξουθενωτικά συμπτώματα στέρησης όχι μόνο γιατί είναι δύσκολο να γίνει ανεκτή και από μόνη της, αλλά επίσης γιατί εξασθενίζει την ικανότητα του εθισμένου να αντιμετωπίσει τα άλλα προβλήματα στέρησης. Υπάρχει μια γενική συμφωνία ότι τα βαρβιτουρικά, εξ' αιτίας της εθιστικής φύσεως των, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της αϋπνίας. Οι ουσίες που έχουν υποστηριχθεί ότι βοηθούν είναι η ένυδρο χλωράλη, η FLUROZOPAM, η διφαινυδραμίνη και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η AMITRYPTILINE και η DOXEPINE. Όλα αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί στην στέρηση και παρ' όλο που είναι δύσκολες οι αντικειμενικές συγκρίσεις σε σχέση με την πραγματική αποτελεσματικότητα οι ασθενείς φαίνεται ότι προτιμούν περισσότερο την FLORAZEPAN και ζητούσαν συνέχιση αυτής της ουσίας περισσότερο από τις άλλες. Εξ αιτίας της αθροιστικής της φύσης δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται περισσότερο από 3 εβδομάδες.

## 4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ<sup>31</sup>

### 4.3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Από την διένεξη που ακόμη στροβιλίζεται γύρω από την ιδέα της συντήρησης με ναρκωτικά, μπορεί κάποιος να υποθέσει ότι είναι ένας καινούργιος τρόπος θεραπείας σ' αυτήν την χώρα. Στην πραγματικότητα, χρονολογείται από τον προηγούμενο αιώνα. Εκείνη την εποχή τα άτομα είτε έκαναν μια δική τους "φυσική συντήρηση" ή η συντήρηση γινόταν από τους γιατρούς των. Η "φυσική συντήρηση" αναφέρεται στην κατάσταση εκείνη κατά την οποία άτομα πήγαιναν στα καταστήματα τροφίμων ή σε αποθήκες και αγόραζαν μία ποικιλία φανερών φαρμάκων που περιείχαν μέχρι 50% όπιο ή τα παράγωγα του, εκατοντάδες χιλιάδες ατόμων, κυρίως γυναίκες, υπολογίζονταν ότι εθίζονται σε τέτοιες ουσίες. Επιπλέον, πολλοί γιατροί συντηρούσαν εθισμένα άτομα με μορφίνη και μερικοί μετέθεταν ασθενείς από αλκοόλ στην μορφίνη. Αυτό γιατί ήταν φθηνότερη (σχεδόν 3 σεντς την ημέρα ενώ για το αλκοόλ χρειάζονταν 10-15 σεντς την ημέρα), ήταν λιγότερο στο κοινωνικό οικοδόμημα καθώς οι εθισμένοι στην μορφίνη ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση σωματικής βίας να είναι καταστροφικοί όπως οι αλκοολικοί.

Η HARRISON HARCOTIC ACT του 1914, σταμάτησε αποτελεσματικά και τα δύο είδη συντήρησης αλλά επειδή μεγάλοι αριθμοί παρέμειναν εθισμένοι, στις αρχές της δεκαετίας του 20 στις πιο μεγάλες πόλεις άνοιξαν κλινικές που χορηγούσαν μορφίνη. Αυτές έκλεισαν σε δύο τρία χρόνια με συνοδευόμενες επικρίσεις και από τις δυο πλευρές: Αυτοί που λειτουργούσαν τις κλινικές παραπονούνταν ότι η αστυνομία τους ενοχλούσε και η αστυνομία παραπονούνταν ότι μοίραζαν ναρκωτικά στα τυφλά. Αυτές οι κλινικές απετέλεσαν την τελευταία νόμιμη προσέγγιση συντήρησης σ' αυτήν την χώρα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '60.

---

<sup>31</sup> D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», ό.π., σελ. 16 – 17



Πηγή: [www.methadoneaddiction.net/m-pictures.htm](http://www.methadoneaddiction.net/m-pictures.htm)

Κατά την διάρκεια του χάσματος στην δεκαετία του 40, ενώ η Αμερική είχε βασικά μία νομική και ποινική προσέγγιση στον εθισμό στις ουσίες, η Αγγλία διατηρούσε μία ιατρική και κοινωνική προσέγγιση και χρησιμοποιούσε την συντήρηση με ηρωίνη για τους σχετικά λίγους εθισμένους της. Μ' αυτήν την προσέγγιση, άτομα που ήταν εθισμένα στα ναρκωτικά μπορούσαν στην ουσία να πηγαίνουν σ' έναν οποιονδήποτε γιατρό και να πάρουν ηρωίνη για το σπίτι τους. Και ενώ αυτό δεν συνέβαλλε στην θεραπεία του ιδιαίτερου ατόμου, βοήθησε στην παρεμπόδιση της ανάπτυξης της μαύρης αγοράς της ηρωίνης και ο αριθμός των εθισμένων παρέμεινε μικρός.

Στην δεκαετία του 60 εξ' αιτίας της απότομης ανόδου του αριθμού των εθισμένων και της κατάχρησης της χορήγησης από ένα μικρό αριθμό γιατρών, η προσέγγισή τους άλλαξε έτσι ώστε η συντήρηση με ηρωίνη δεν γινόταν από κανένα γιατρό και περιορίστηκε σε ορισμένες κλινικές ή σε επιλεγμένους γιατρούς.

Όμως, η ηρωίνη δεν είναι καλή ουσία για συντήρηση. Δεν είναι πολύ αποτελεσματική όταν λαμβάνεται, δια του στόματος, και απαιτεί συνεχείς ενέσεις με συνοδευόμενους κινδύνους όπως η μόλυνση. Η δράση της είναι σχετικά σύντομη οπότε χρειάζονται από 2 μέχρι 4 δόσεις το 24ωρο τελικά επειδή ο βαθμός της ευφορίας που παράγεται είναι υψηλός, είναι δυσκολότερο να κινητοποιηθούν άτομα και να συμμετάσχουν στην επαγγελματική αποκατάσταση. Το 1964, οι DRS MARIE

NYSWANDER και ο VINCENT DALE άρχισαν την συντήρηση με μεθαδόνη. Η μεθαδόνη, ένα συνθετικό ναρκωτικό είχε παρασκευασθεί κατά την διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου από τους Γερμανούς σαν υποκατάστατο των παραγώγων του οπίου ναρκωτικών και χρησιμοποιούταν σ' αυτήν την χώρα από τα τέλη της δεκαετίας του 40 και σαν γενικό αναλγητικό και για την θεραπεία της στέρησης από την ηρωίνη. Σαν φαρμακευτική ουσία συντήρησης, αποφεύγει όλα τα μειονεκτήματα της ηρωίνης. Είναι αποτελεσματική όταν λαμβάνεται δια του στόματος, χρειάζεται να δίνεται μόνο μία φορά κάθε 24 ώρες (και με ένα καινούργιο παράγωγο το L- AVPHA ACETYL METHADOL LAAML, μπορεί να γίνει έτσι ώστε να κρατήσει μέχρι 72 ώρες), και όταν λαμβάνεται δια του στόματος παράγει ελάχιστη ευφορία (όταν είναι εναίσιμη, ο βαθμός της ευφορίας αυξάνεται κατά πολύ).

Στις δόσεις που χρησιμοποιείται για συντήρηση, η μεθαδόνη μειώνει την λαχτάρα για την ουσία. Μπλοκάρει τα αποτελέσματα της συνηθισμένης δόσης της ηρωίνης και παρ' όλα αυτά αφήνει το άτομο σε μία κατάσταση όπου είναι σε θέση να δουλέψει ή να πηγαίνει σχολείο. Εξ' αιτίας αυτών των χαρακτηριστικών, η χρήση της μεθαδόνης έχει επεκταθεί από τους αρχικούς έξι ασθενείς των DRS DOLE και HYSWANDER σε πάνω από 80.000 άτομα ουσιαστικά σε όλες τις πολιτείες της χώρας. Στην Αγγλία είναι υπόθεση ρουτίνας οι καινούργιοι επόμενοι τώρα να συντηρούνται με μεθαδόνη και όχι με ηρωίνη.

#### **4.3.2 ΤΡΟΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ**

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη δε θεωρεί την πλήρη και μόνιμη αποχή ως πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Αντίθετα, από την πρώτη στιγμή προσφέρεται η δυνατότητα στο χρήστη να χρησιμοποιεί μία ουσία χρονίως, εάν θεωρεί ότι αυτό τον βοηθά να μένει μακριά από μη προσαρμοστικές συνήθειες και συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του. Στο χρήστη, αφού προηγουμένως εξεταστεί προσεκτικά και αποκλειστούν μείζονες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, χορηγούνται δόσεις 30-40 MG ή 100-120 MG την ημέρα, ανάλογα με την περίπτωση. Το φάρμακο δίδεται σε σιρόπι για χρήση από το στόμα και χορηγείται καθημερινά σε ποσότητες ημερήσιας δόσης, συνήθως μία φορά κάθε μέρα. Μετά από περίοδο 6-12 μηνών συνεχούς χρήσης, αρχίζει η μείωση της δοσολογίας και τα περισσότερα κέντρα συνιστούν μείωση κατά 3% την εβδομάδα.

Μία παρόμοια με τη μεθαδόνη θεραπευτική προσέγγιση είναι η χορήγηση L-ακετυλομεθαδόλης (LAAM), η οποία είναι παράγωγο της μεθαδόνης αλλά με μεγαλύτερη διάρκεια δράσης από αυτή. Η ουσία δίδεται σε δόσεις αρχικά 20-30 mg τρεις φορές την εβδομάδα, αλλά η ποσότητα αυτή δυνατόν ν' αυξηθεί μέχρι 80 mg εάν κριθεί αναγκαίο.

#### **4.3.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ**

##### **1. Παρενέργειες**

Μέχρι σήμερα δεν έχουν συνδεθεί με την συνεχή χρήση μεθαδόνης σοβαρές παρενέργειες, παρ' όλο που υπάρχουν διάφορα ενοχλητικά συμπτώματα. Σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται η δυσκοίλια, η υπερβολική εφίδρωση, η υπνηλία, το πρήξιμο στους αστραγάλους, η μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και η μειωμένη ικανότητα σεξουαλικής επίδοσης. Με την εξαίρεση της δυσκοίλιας και της εφίδρωσης, τα συμπτώματα τείνουν να είναι παροδικά.

##### **2. Συνεχιζόμενη χρήση παράνομων ουσιών**

Τα προγράμματα μεθαδόνης έχουν διάφορους βαθμούς επιτυχίας έτσι ώστε να κάνουν τους ασθενείς να μην κάνουν χρήση άλλων ουσιών. Αν εξαιρέσουμε την μαριχουάνα εξ' αιτίας της αμφίβολης θέσης της, οι κύριες αυτές ουσίες είναι η κοκαΐνη, η διαζεπάμη και οι αμφεταμίνες. Η διαζεπάμη φαίνεται ότι επαιξάνει τα αποτελέσματα της μεθαδόνης. Παρ' όλα τα αποτελέσματα αποκλεισμού της μεθαδόνης, πολλά πράγματα έχουν επίσης πρόβλημα με την συνεχιζόμενη χρήση ηρωίνης, το οποίο μπορεί να σχετίζεται με το ότι οι ασθενείς χάνουν τις δόσεις τους της μεθαδόνης για να μην μπλοκάρονται, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι το πρόβλημα της συνεχιζόμενης χρήσης παράνομων ουσιών δεν είναι αποκλειστικότητα των προγραμμάτων μεθαδόνης και στην πραγματικότητα είναι ένα κοινό πρόβλημα σε όλα τα προγράμματα θεραπείας ουσιών.



### 3. Αλκοολισμός



Πηγή: [www.wordworx.co.nz/SOSADpoem3.htm](http://www.wordworx.co.nz/SOSADpoem3.htm)

Το 20% περίπου των ασθενών στην μεθαδόνη έχουν προβλήματα με την υπερβολική χρήση του αλκοόλ και αυτό συχνά επιδεινώνεται κατά την διάρκεια του σταδίου αποτοξίνωσης. Πολλοί ασθενείς χειρίζονται την ανάγκη αλλαγής της συνείδησης με το να χρησιμοποιούν την νόμιμη ουσία το αλκοόλ, στην θέση της παράνομης, της ηρωίνης. Οι περισσότεροι ασθενείς που φθάνουν στο σημείο όπου ονομάζονται "αλκοολικοί", προφανώς είχαν προβλήματα με το αλκοόλ πριν μπουν στην μεθαδόνη.

### 4. Ανταλλαγή

Τα περισσότερα προγράμματα συντήρησης μεθαδόνης επιτρέπουν στα μέλη τους να παίρνουν μαζί τους για το Σαββατοκύριακο μπουκάλια μεθαδόνης εφ' όσον παρακολουθούν το πρόγραμμα για τρεις μήνες και φαίνεται ότι τα καταφέρνουν καλά. Αυτά τα προνόμια βαθμιαία αυξάνονται έτσι ώστε μετά από 3 χρόνια οι ασθενείς να χρειάζεται να πηγαίνουν δύο φορές την εβδομάδα μόνο.

Ωστόσο, ένα μόνιμο πρόβλημα είναι η απαλλαγή της μεθαδόνης που παίρνουν στο σπίτι, στην παράνομη αγορά. Αυτή η αγορά υπάρχει στις περισσότερες πόλεις

όπου υπάρχουν προγράμματα μεθαδόνης μεγάλης κλίμακας και αυτό έχει αναγκάσει ορισμένα προγράμματα να απαγορεύουν να παίρνουν την μεθαδόνη για το σπίτι, μία λύση που, παρ' όλο που μειώνει την ανταλλαγή, παρεμβαίνει επίσης στην δυνατότητα του ασθενή να κάνει μία πιο κανονική ζωή. Αντί γι' αυτό έχουμε δημιουργήσει ένα σύστημα όπου οι ασθενείς που έχουν προνόμιο να παίρνουν στα σπίτια τους την μεθαδόνη καλούνται σε μη τακτά διαστήματα και τους ζητούμε να φέρουν τα χρησιμοποιήσιμα μπουκάλια τους. Αν δεν το κάνουν σημαίνει ότι χάνουν τα προνόμια τους να παίρνουν την μεθαδόνη. Γενικά, η αυστηρότητα με την οποία παρακολουθείται η διαδικασία σχετίζεται με το ποσοστό της ανταλλαγής που γίνεται. Η εμφάνιση της LAAM με την 72 ωρών δράση, μπορεί να λύσει αυτό το πρόβλημα με το να ελαττώσει την ανάγκη αυτή της φαρμακευτικής αγωγής για το σπίτι. Η LAAM όμως, θεωρείται ότι βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο και δεν έχει δοθεί για γενική χρήση.

## 5. Υπερβολική δόση

Τα άτομα που συντηρούνται με μεθαδόνη είναι αρκετά ανεκτικά στην υπερβολική δόση εξ' αιτίας της μεγάλης ανοχής που έχουν ήδη χτίσει. Ωστόσο, έχουν συμβεί θάνατοι από υπερβολική δόση σ' άλλες ομάδες: παιδιά και έφηβους και εθισμένους στην ηρωίνη. Η μεθαδόνη που παίρνουν στο σπίτι συχνά διανέμεται σε μία ουσία σαν τον χυμό πορτοκαλιού. Σ' ένα μικρό παιδί αυτό μπορεί να μοιάζει σαν χυμός πορτοκαλιού και μερικά παιδιά έχουν πεθάνει γιατί τα μέλη του προγράμματος δεν φρόντισαν να ασφαλίσουν την μεθαδόνη τους. Αυτό το πρόβλημα έχει ελαττωθεί τα τελευταία χρόνια με την προώθηση ενός απαραίτητου κουτιού που κλειδώνει για το σπίτι. Ορισμένοι έφηβοι που παίρνουν στην ουσία ότι βρουν μπροστά-τους ή για «πλάκα» έχουν πεθάνει από υπερβολική δόση μεθαδόνης. Το ίδιο έχει συμβεί και με άτομα εθισμένα στην ηρωίνη. Ο μηχανισμός δράσης είναι πιθανά ο ίδιος και στις δύο περιπτώσεις. Επειδή η μεθαδόνη δεν παράγει το ίδιο "HIGH" όπως η ηρωίνη, τα άτομα μπορεί να πάρουν πάρα πολύ προσπαθώντας να νιώσουν "ένα καλό HIGH".

## 6. Δικαίωμα για συντήρηση με μεθαδόνη.

Η ελάχιστη ηλικία σύμφωνα με τους ομοσπονδιακούς κανονισμούς είναι τα 18, αλλά ορισμένα προγράμματα απαιτούν ένα μίνιμουμ ηλικίας τα 21 και σε μερικά πειραματικά προγράμματα κατεβαίνει στα 16. Αν υπάρχουν ανταγωνιστές, ίσως είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται αυτοί για τους έφηβους. Γενικά, ασθενείς που αρχίζουν την συντήρηση με μεθαδόνη θα πρέπει να χρησιμοποιούν ναρκωτικά σε μία λίγο πολύ σταθερή βάση για δύο χρόνια τουλάχιστον και να έχουν δοκιμάσει άλλες μεθόδους θεραπείας πριν αρχίσουν την συντήρηση.

### 4.4 ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ<sup>32</sup>

Αυτή η ομάδα ουσιών μπορεί τελικά να γίνει η πιο σημαντική θεραπευτική μέθοδος για εθισμένους στα ναρκωτικά. Όπως και η μεθαδόνη, μπλοκάρουν την επιθυμία λήψης της ηρωίνης (μέσα όμως από διαφορετικούς μηχανισμούς) αντίθετα με την μεθαδόνη, δεν κάνουν εθισμό και έτσι εξαλείφουν το πρόβλημα της αναπόφευκτης στέρησης. Ιστορικά, έχουν χρησιμοποιηθεί για πολύ διαφορετικούς σκοπούς απ' ότι η συντήρηση, δηλαδή, την αντιστροφή της υπερβολικής δόσης από τα ναρκωτικά. Η χρήση τους σαν συναγωνιστές συντήρησης είναι πολύ πιο πρόσφατη.

Οι μηχανισμοί ενός προγράμματος συντήρησης με ανταγωνιστές είναι σχετικά απλοί. Ο ασθενής θα πρέπει πρώτα να απέχει απ' όλα τα ναρκωτικά για μία περίοδο πέντε-δέκα ημερών τουλάχιστον. Αν δεν γίνει αυτό μπορεί να επέλθει άμεσα σοβαρή στέρηση και αυτό εξαρτάται από τα σχετικά ποσοστά των ναρκωτικών που έπαιρνε και το ποσοστό του ανταγωνιστή που δίδεται. Από την στιγμή που ο ασθενής σταματά τα ναρκωτικά, αρχίζουν οι μικρές δόσεις του ανταγωνιστή, η οποία δόση αυξάνεται αν δεν υπάρχει στέρηση. Όταν ο ασθενής φθάσει στο επιθυμητό επίπεδο δόσης σταθεροποιείται σ' αυτό το σημείο. Ο ασθενής μπλοκάρεται όχι μόνο από την ευφορική δράση των ναρκωτικών, αλλά επίσης παρεμποδίζεται απ' οποιοδήποτε σωματικό εθισμό.

<sup>32</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 22 – 23

Ακόμη και αν χρησιμοποιούσε ηρωίνη σε καθημερινή βάση, από την στιγμή που η δόση δεν ξεπερνούσε το ποσοστό που μπλοκάρουν, δεν θα εθιστεί σωματικά. Μπορεί να τεθεί το εξής ερώτημα σ' αυτό το σημείο: αν οι ανταγωνιστές είναι τόσο καλοί, γιατί η χρήση τους δεν είναι περισσότερο εκτεταμένη απ' ό,τι η μεθαδόνη; Η απάντηση σχετίζεται με πάρα πολλούς παράγοντες.

1. Οι ανταγωνιστές δεν προσφέρουν κανένα ναρκωτικό αποτέλεσμα, ενώ πολλά άτομα που βρίσκονται στην συντήρηση με μεθαδόνη, ακόμη και σε σταθερές δόσεις για μεγάλα χρονικά διαστήματα, περιγράφουν μία ήπια φευγαλέα επίδραση όπως των οπιούχων, στην αρχή όταν παίρνουν την καθημερινή τους δόση (π.χ. "ζεστή αίσθηση ευεξίας"). Αν ο ασθενής βιώνει αρκετή λαχτάρα απλά θα σταματήσει την χρήση του ανταγωνιστή και θα βγει να πάρει ένα "φιζάκι".

2. Υπάρχει έλλειψη συμπτωμάτων στέρησης όταν σταματά η λήψη του ανταγωνιστή. Αν κάποιος χάσει μία δόση μεθαδόνης, βιώνεται η στέρηση, η οποία μπορεί να είναι αρκετά δυσάρεστη. Αν χάσει μία δόση ανταγωνιστή, το μόνο πράγμα που συμβαίνει είναι ότι κάποια φορά μπορεί να βγει έξω και να γίνει "HIGH".

3. Η λαχτάρα για ναρκωτικά μπορεί να συνεχισθεί. Η λαχτάρα φαίνεται ότι είναι μία λειτουργία "συναισθανόμενης διαθεσιμότητας" και θα πρέπει να την εξαλείψει από την στιγμή που ο ασθενής είναι πεπεισμένος ότι τα ναρκωτικά δεν είναι διαθέσιμα, εξ' αιτίας της επίδρασης των ανταγωνιστών. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό δεν ισχύει, ιδιαίτερα τα βράδια και τα Σαββατοκύριακα.

4. Τα πιο πάνω τρία σημεία σχετίζονται με τον βαθμό της "αποδοχής του καταναλωτών ανταγωνιστών. Ο ανταγωνιστής που χρησιμοποιείται κυρίως σήμερα είναι η ναλτοξόνη, η οποία εγκρίθηκε το 1984 από το FDA και τώρα είναι ευρέως διαθέσιμη. Πριν από την εισαγωγή της, δοκιμάστηκαν και καταργήθηκαν η ναλοξόνη και κυκλοζοσίνη, η πρώτη εξ' αιτίας της φτωχής απορρόφησης και της σύντομης διάρκειας δράσης και η δεύτερη εξ' αιτίας των δυσάρεστων παρενεργειών.

Οι κυριότεροι ανταγωνιστές ναρκωτικών είναι:

**α) Ναλοξόνη :** Το σκεύασμα αυτό πρακτικά δεν έχει εθιστικές ιδιότητες ή παρενέργειες, αλλά δυστυχώς δεν απορροφάται καλά από το πεπτικό σύστημα και η δράση του δε διαρκεί περισσότερο από 2 - 3 ώρες.

β) **Ναλορφίνη** : Χρησιμοποιείται κυρίως για τη διάγνωση του σωματικού εθισμού σε οπιοειδείς ουσίες και συνήθως δε χορηγείται στις θεραπείες επανένταξης.

γ) **Ναλτρεξόνη** : Είναι από τους πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενους ανταγωνιστές των οπιοειδών. Δίδεται από το στόμα, η δράση της διαρκεί περίπου 24-72 ώρες και έχει σχετικά λίγες παρενέργειες. Χορηγείται συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα (Δευτ. 100 mg, Τεταρτ. 100 mg, Παρασκ. 150 mg). Λόγω της μακράς δράσης της θα πρέπει οι χρήστες, πριν αρχίσουν το πρόγραμμα, να λάβουν μία δοκιμαστική δόση της ουσίας (0,8 mg), για να βεβαιωθεί ο θεραπευτής ότι δεν είναι εθισμένοι σε οπιοειδείς ουσίες

δ) **Κυκλαζοκίνη** : Χορηγείται από το στόμα σε δόσεις 4-6 mg και έχει περίοδο δράσης 24 ώρες. Η ουσία έχει εθιστικές ιδιότητες παρόμοιες με των οπιοειδών και εξαιτίας αυτού του γεγονότος δε χρησιμοποιείται ευρέως στα προγράμματα αποκατάστασης.

ε) **Βουπρενορφίνη** : Είναι σχετικά νέος ανταγωνιστής των οπιοειδών, αλλά έχει και σημαντικές συναγωνιστικές ιδιότητες. Χορηγείται από το στόμα, παρεντερικός και υπογλώσσιος και η συνήθης δόση της είναι 8 mg περίπου την ημέρα. Χρησιμοποιείται στη θεραπεία απεξάρτησης, αλλά οι έντονες εθιστικές ιδιότητες του φαρμάκου δημιουργούν αρκετούς περιορισμούς στη χρήση της ουσίας για το σκοπό αυτό.

Τα θεραπευτικά προγράμματα με ανταγωνιστές των οπιοειδών διαρκούν έως και 18 συνεχείς μήνες. Οι δόσεις αρχίζουν προοδευτικά τις πρώτες 10-15 μέρες και κατόπιν αυξάνεται η ποσότητα. Ο μόνος ανταγωνιστής που χρησιμοποιείται σήμερα στην πράξη είναι η ναλτρεξόνη. Τα τελευταία χρόνια άρχισαν να χρησιμοποιούνται σκευάσματα ανταγωνιστών των οπιοειδών με πολύ μεγάλο χρόνο δράσης. Η χρήση ανταγωνιστών φαίνεται ότι πρακτικά είναι ασφαλής και αποτελεσματική, με λίγες παρενέργειες και μικρό κίνδυνο εθισμού. Ως μειονεκτήματα θα μπορούσαν να αναφερθούν το σχετικά μεγάλο οικονομικό κόστος τους, η γρήγορη αλλοίωση της ουσίας, το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπουν πρώιμα τη θεραπεία (45-74%) και η μικρή δημοτικότητα των ουσιών αυτών στον κόσμο των χρηστών. Η χορήγηση των οπιοειδών ανταγωνιστών, μολονότι δε θεραπεύει την ψυχολογική

εξάρτηση, φαίνεται ότι είναι μία σοβαρή υπόθεση για τους χρήστες που θέλουν να παραμείνουν σε αποχή από ουσίες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

#### 5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Όπως έχει προαναφερθεί, δεν υπάρχει ένας και μόνος τρόπος για να αντιμετωπιστούν τα τόσο διαφορετικά προβλήματα που συναντούμε στους διάφορους χρήστες. Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα που ακόμα δε γνωρίζουμε για την ουσιοεξάρτηση και τη θεραπευτική της. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι σχετικά έμπειρος και να διαλέγει από το μεγάλο φάσμα των τεχνικών εκείνη που φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε χρήστη.

#### 5.2 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ

##### 5.2.1 ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ<sup>33</sup>

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί τάση για ατομικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, η οποία γίνεται από επαγγελματίες. Η ψυχοθεραπεία αυτή προσφέρεται από ειδικές μονάδες, που είναι συνήθως εγκατεστημένες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μέσα από επανειλημμένες συναντήσεις με το χρήστη, γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στη χρήση.

Συνεχής επιδίωξη είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στα τρέχοντα προβλήματα που δημιουργούν αυτή καθαυτή και στους υποκειμενικούς βιοκοινωνικούς παράγοντες που συντηρούν και ενισχύουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Σε πολλές περιπτώσεις η εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και ο σχεδιασμός της με βάση τις συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες του κάθε ατόμου είναι ένα από τα

---

<sup>33</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 255 – 257

βασικά κλειδιά για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής προσπάθειας. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, διαμέσου προσπαθειών που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία τα οποία υπάρχουν στην προσωπικότητα του χρήστη, θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές ευκαιρίες του και θα αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση της ουσίας. Ο θεραπευτής δε θα πρέπει να παραβλέπει το βασικό θέμα, που είναι η χρήση της ουσίας και οι συναναστροφές που αυξάνουν τη διαθεσιμότητά της. Τα κίνητρα για θεραπεία, αν και ποικίλλουν στους διάφορους χρήστες, είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μέσω της συμβουλευτικής προσέγγισης.

Πρέπει να τονιστεί ότι η επικέντρωση αποκλειστικά στο πρόβλημα της χρήσης, η παραγνώριση των μηχανισμών που το συντηρούν, η εφαρμογή της ίδιας θεραπευτικής τεχνικής αδιακρίτως και η παράβλεψη πιθανών συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών (κατάθλιψη - ψύχωση) είναι από τα συνηθέστερα λάθη των άπειρων ψυχοθεραπευτών. Από την άλλη πλευρά, η ατομική ψυχοθεραπεία η οποία επικεντρώνεται μόνο πάνω στην εναισθητική διαδικασία, χωρίς παράλληλα ν' ασχολείται με το πρόβλημα της χρήσης, είναι εξίσου αναποτελεσματική.

Η ατομική προσέγγιση στα αρχικά της στάδια στοχεύει στην κάμψη των αντιστάσεων του χρήστη για θεραπεία, στην παραμονή του στη θεραπευτική προσπάθεια και στον προσανατολισμό του σε μακράς βάσης θεραπευτικά προγράμματα. Αρχικά γίνεται προσπάθεια να υποστηριχθεί ο χρήστης, ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς η δόση της ουσίας μειώνεται. Η προσπάθεια αυτή απαιτεί συνήθως ενεργητική και δραστήρια παρέμβαση από μέρους του θεραπευτή και για το λόγο αυτό ψυχαναλυτικού τύπου τεχνικές δε φαίνεται να είναι αποτελεσματικές. Η εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο μπορεί να γίνει πολύ χρήσιμο εργαλείο και να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του χρήστη.

Η ατομική ψυχοθεραπεία οφείλει πολλά από τα θετικά της αποτελέσματα στην «ταύτιση» του χρήστη με το θεραπευτή, και ιδιαίτερα στην προσπάθεια που κάνει ο θεραπευόμενος ώστε να γίνει εξίσου «ικανός» με το θεραπευτή στο να επιλύει τρέχοντα προβλήματα. Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται (εκεί που πρέπει) με άλλες συμπεριφερολογικού ή γνωσιακού τύπου τεχνικές. Οι γνωσιακές θεραπείες ουσιαστικά είναι προσπάθειες που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν το χρήστη να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει μη



προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης. Ο Miller αναφέρει ότι από τους σημαντικότερους γνωσιακούς παράγοντες που εμπλέκονται στο σύνδρομο της ουσιοεξάρτησης είναι η προσδοκιμότητα του χρήστη, η λανθασμένη εκτίμησή του σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητά του και η προηγούμενη γνώση του αναφορικά με τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις του στερητικού συνδρόμου.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποιούν γνωσιακής κατεύθυνσης ομαδικά ή ατομικά θεραπευτικά μοντέλα ως μέρος των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων, σε αντίθεση με τις ψυχοδυναμικού τύπου τεχνικές, που φαίνεται ότι γίνονται όλο και λιγότερο δημοφιλείς στο πεδίο της θεραπευτικής της ουσιοεξάρτησης. Η ατομική προσέγγιση φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική για χρήστες που καταφεύγουν στις ουσίες, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν νευρωτικές καταστάσεις και συναισθηματικού τύπου προβλήματα.

### **5.2.2 ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ<sup>34</sup>**

Το σκεπτικό της χρήσης μεθόδων ομαδικής θεραπείας στη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης στηρίζεται στην αρχή ότι η χρήση είναι το αποτέλεσμα της στενής σχέσης ανάμεσα σε παράγοντες όπως η δράση της ουσίας, η προσωπικότητα του χρήστη και η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Γενικά στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η διαμορφωτική επίδραση της θετικής δυναμικής που υπάρχει στους πρώην χρήστες, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα των υπόλοιπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσαρμογές και επανατοποθετήσεις, καθώς και να αυξηθεί η μεριμνά τους για τα καθημερινά προβλήματα, όπως η εργασία και η κατοικία.

Οι ομάδες αυτές μπορεί να οργανωθούν σε πλαίσιο νοσοκομείου (σε εσωτερική ή εξωτερική βάση), θεραπευτικής κοινότητας ή άλλων θεραπευτικών κέντρων. Η ομάδα μπορεί να αποτελείται από 3-12 ή από 30-50 μέλη. Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές στον τύπο των μεθόδων που χρησιμοποιούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στα διάφορα στάδια της θεραπείας, ανάλογα με την προτίμηση και τον προσανατολισμό του θεραπευτή. Σε αντίθεση με τις ομάδες στις θεραπευτικές

---

<sup>34</sup>Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», ό.π., σελ. 259

κοινότητες, όπου η διάρκεια της θεραπείας είναι 3-6 μήνες, οι ομάδες που οργανώνονται στο πλαίσιο διαφόρων κέντρων ή νοσοκομείων είναι σχεδιασμένες για 10-15 συναντήσεις, οι οποίες γίνονται 1 φορά την εβδομάδα για 10-15 εβδομάδες ή γίνονται καθημερινά για 1-2 εβδομάδες. Οι συμμετέχοντες σ' αυτές τις ομάδες άλλοτε μένουν στα σπίτια τους και άλλοτε κατοικούν πρόσκαιρα σε κάποιον ξενώνα που βρίσκεται κοντά στο νοσοκομείο.

Σε πολλές περιπτώσεις η ομάδα είναι μέρος ενός ευρύτερου θεραπευτικού προγράμματος νοσοκομείου ή θεραπευτικής κοινότητας. Εισαγωγές διαφόρων χρηστών στην ομάδα γενικώς και αδιακρίτως, ακόμη και όταν είναι εθελοντικές, δε φαίνεται ότι είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης. Συνήθως οι χρήστες έχουν την τάση να συζητούν τις ευχάριστες παρά τις δυσάρεστες πλευρές της χρήσης. Αντίθετα, επιλεγμένες ομοειδείς ομάδες ουσιοεξαρτημένων ατόμων μπορούν να συνεργαστούν και να αλληλοϋποστηριχτούν, πετυχαίνοντας καλά αποτελέσματα. Ο θεραπευτής πρέπει να συζητάει και να επεξεργάζεται προβλήματα που αφορούν κυρίως το παρόν παρά το παρελθόν. Οι δραστηριότητες στην ομάδα μπορεί να είναι συμβουλευτικές, υποστηρικτικές, εναισθητικές ή εκπαιδευτικές.

Όλοι οι τύποι προσέγγισης είναι χρήσιμοι, με τον όρο ότι η επιλογή των ατόμων πρέπει να γίνεται με σωστά και σταθερά κριτήρια για την κάθε ομάδα. Άτομα με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές θα πρέπει ν' αποκλείονται, για να μην αναμειγνύονται με τους άλλους χρήστες. Βαριές περιπτώσεις διαταραχών της προσωπικότητας είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται σε ομαδικά σχήματα στο πλαίσιο θεραπευτικής κοινότητας. Συμπερασματικά, η ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο θεραπευτή, να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο σκεπτικό, να έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, να είναι προσανατολισμένη σε καθορισμένους στόχους.

### 5.2.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ<sup>35</sup>

Η παρέμβαση στην οικογένεια του χρήστη θεωρείται από τα πλέον βασικά εργαλεία στη θεραπευτική προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης. Η θεραπεία οικογένειας δε λύνει όλα τα προβλήματα του χρήστη. Ως θεραπευτική προσπάθεια από μόνη της δεν είναι καθόλου επαρκής και θα πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος μίας ολιστικής προσέγγισης. Η θεραπεία οικογένειας αποτελεί μία από τις πλέον υποσχόμενες θεραπευτικές μεθόδους της τελευταίας 20ετίας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.

Η θεραπεία αυτού του τύπου επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας με μία μεθοδολογία που να αφορά άμεσα το χρήστη και όχι να τον αποκλείει από τις διαδικασίες. Το πρώτο βασικό βήμα είναι να επισημανθούν και να αναλυθούν τα συστήματα και οι δομές με τα οποία λειτουργεί η οικογένεια του χρήστη. Οι τύποι σχέσεων και συναλλαγής στις οικογένειες των χρηστών περιγράφονται ως πολύ μπερδεμένες, εξαρτητικές και περιοριστικές ή χαλαρές και ανεύθυνες.

Στη μεν πρώτη περίπτωση το άγχος που προκαλεί το γεγονός της χρήσης διοχετεύεται ταχύτατα σ' όλα τα μέλη της οικογένειας και ανατροφοδοτείται μέσω αυτών, στη δε δεύτερη τα μέλη δεν είναι σε θέση να προσφέρουν υποστήριξη και βοήθεια στο μέλος-χρήστη. Σε όλες τις κοινωνίες οι μητέρες τείνουν να είναι εμπλεγμένες σε συμβιωτικού τύπου σχέσεις με το παιδί-χρήστη σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό και η κατάσταση αυτή επηρεάζει δυσμενώς και τους δύο. Οι σχέσεις μεταξύ συζύγων περιγράφονται ως αλληλοεξαρτητικές με ποικίλους τρόπους. Ο άνδρας χρήστης συντηρείται από τη σύζυγο ή αντίθετα ο σύζυγος εξασφαλίζει ουσίες για τη γυναίκα του. Πολλές φορές, όταν και οι δύο σύζυγοι είναι χρήστες εναλλάσσουν ρόλους σταματώντας ή ξαναρχίζοντας τη χρήση ή παρασύρουν ο ένας τον άλλο σ' αυτήν. Τα αδέρφια μπορεί να αγοράζουν ουσίες ο ένας για (ή από) τον άλλο, να βοηθά ο ένας τον άλλο στη χρήση ή και να προάγει ο ένας τον άλλο, με σκοπό την εξεύρεση χρημάτων για τις ουσίες. Άλλη περίπτωση είναι το νεότερο παιδί της

<sup>35</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 270 - 272

οικογένειας να κάνει χρήση ουσιών συγκεντρώνοντας έτσι τη φροντίδα όλων πάνω του και καλύπτοντας μ' αυτό τον τρόπο τις ανάγκες του οικογενειακού συνόλου για την ύπαρξη ενός «μωρού» στο χώρο του. Οι σχέσεις μεταξύ μητέρας και κόρης συχνά περιγράφονται εχθρικές και ανταγωνιστικές, ενώ αντίθετα οι μητέρες φαίνεται ότι το μόνο που έχουν να κάνουν για τον υπερπροστατευόμενο γιο τους είναι να τον αφήσουν ήσυχο και μόνο του.

Πολλές φορές η οικογένεια συνεργάζεται και προστατεύει το χρήστη με την πρόφαση ότι τον προφυλάσσει από το νόμο και τους άλλους «κακούς» χρήστες, προμηθεύοντάς τον ακόμη και ουσίες. Ο πατέρας άλλοτε είναι ουσιαστικά απών από τη ζωή του γιου-χρήστη ή είναι βίαιος και επιθετικός μαζί του. Τέλος, σε πολλές περιπτώσεις ο χρήστης παίζει το ρόλο του «αποδιοπομπαίου τράγου» και «φορτώνεται» όλες τις κακοδαιμονίες της οικογένειας, γεγονός που αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τις ενοχές του, οι οποίες με τη σειρά τους ανατροφοδοτούν τη χρήση.

Πολλές φορές οι δεσμοί της οικογένειας είναι σε τέτοιο βαθμό χαλαροί, που το γεγονός της χρήσης ουσιών από ένα μέλος προσφέρει στην οικογένεια την ευκαιρία να ενοποιηθεί και να αποκτήσει έναν κοινό σκοπό, που θα είναι η βοήθεια του χρήστη. Η ενοχή είναι ένα κοινό μέσο που χρησιμοποιείται είτε από το χρήστη, για να πείσει την οικογένεια να υποστηρίξει τη χρήση, είτε από την οικογένεια, για να τον πιέζει ώστε να διακόψει τις ουσίες. Στις οικογένειες αυτές η δυσαρέσκεια δεν εκφράζεται ευθέως αλλά καλύπτεται και καταλήγει πολλές φορές σε βίαιες εκρήξεις και έντονους διαπληκτισμούς. Συνήθως η επικοινωνία μεταξύ των μελών είναι αρνητική και ασαφής, υπάρχει έλλειψη σταθερής συμπεριφοράς και ορίων, η δε ενίσχυση και η τιμωρία δεν είναι σαφώς ξεκαθαρισμένες καταστάσεις και συνήθως η οικογένεια προσπαθεί να αποκρύψει το πρόβλημα του χρήστη.

Βασικοί στόχοι είναι :

α) να παροτρύνουμε όλη την οικογένεια να συνεργαστεί, με σκοπό να διακόψει το μέλος-χρήστης τις ουσίες και β) να ενεργοποιήσουμε όλα τα μέλη της ώστε να υποστηρίξουν σταθερά και χωρίς αμφιθυμία την απόφαση του χρήστη να ακολουθήσει ένα από τα θεραπευτικά προγράμματα. Αρκετοί θεραπευτές συνιστούν την έναρξη της συνεργασίας με την οικογένεια στην περίοδο που ο χρήστης είναι ακόμη εξαρτημένος, ενώ άλλοι θεραπευτές έχουν αντίθετη γνώμη.

### 5.2.3.1 ΤΕΧΝΙΚΕΣ<sup>36</sup>

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία τεχνικών με διάφορους προσανατολισμούς, που πολλές φορές δανείζονται τρόπους η μία από την άλλη. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι οι συμπεριφερολογικής σχολής, οι ψυχοδυναμικού προσανατολισμού, οι υπαρξιακής σχολής, οι «συστημικού» τύπου και οι τεχνικές που επικεντρώνονται στην επικοινωνία.

Γενικά, παρέχοντας γνώση στην οικογένεια αναφορικά με το θέμα της ουσιοεξάρτησης, την καθιστούμε πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Αντικειμενικός στόχος μας είναι να μάθει η οικογένεια να χειρίζεται τα συναισθήματά της, ν' αντιμετωπίζει επιτυχώς προβλήματα όπως του σχολείου των παιδιών, να ξεκαθαρίσει τους ρόλους των μελών της, να τεθούν όρια αναμεσά τους και να επικοινωνούν ευθέως μεταξύ τους και με τους άλλους ανθρώπους. Η θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια του χρήστη φαίνεται ότι συνεισφέρει σε σημαντικό βαθμό στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης

---

<sup>36</sup> Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992, σελ. 272

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

#### 6. Η ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ<sup>37</sup>

Οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες γεννιούνται, μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, μέσα στο αυστηρά δομημένο σύστημα των νοσοκομείων BELMONT και NORTHFIELD της Αγγλίας. Αποτελούν ένα καινοτόμο μοντέλο ομαδικής θεραπείας για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και δυσκολίες κοινωνικής ένταξης. Βασικές αρχές λειτουργίας τους είναι η εμπιστοσύνη στην ομάδα, η αλληλοβοήθεια, ο σεβασμός της ατομικής ελευθερίας και η ανάληψη προσωπικής ευθύνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα ίδια τα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για την επίλυση ζητημάτων που τα αφορούν και για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους. Τα επόμενα χρόνια το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων αναπτύσσεται στην Ευρώπη υπό την επίδραση του κινήματος της αντιψυχιατρικής που αμφισβητεί τις παραδοσιακές θεραπευτικές μεθόδους και την αυθεντία του θεραπευτή, επιδιώκοντας την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια αυτοβοήθειας για εξαρτημένα άτομα γίνεται το 1936, όταν δημιουργούνται οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Το 1958 ιδρύεται το πρώτο κοινόβιο για χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών στη Σάντα Μόνικα της Καλιφόρνιας με την ονομασία SYNANON. Η αυστηρή δομή, η ιεραρχική οργάνωση, το κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλοβοήθειας που χαρακτηρίζουν το SYNANON το αντιδιαστέλλουν από το χαώδη κόσμο της χρήσης. Το κοινόβιο, όπου δεν απασχολούνται επαγγελματίες ψυχικής υγείας, θα βοηθήσει τα επόμενα χρόνια αρκετά άτομα να απεξαρτηθούν.

Στη δεκαετία του '60 ιδρύονται στην Αμερική πολλές θεραπευτικές κοινότητες από πρώην χρήστες που έχουν ζήσει στο SYNANON και επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

<sup>37</sup> Ι. Κυβερνήτης, «Απολογισμός Έργου ΚΕ.Θ.Ε.Α.», Αθήνα, 1998,σελ. 9 – 10

Μερικές από τις πιο γνωστές είναι οι DAYTOP, PHOENIX HOUSE, MARATHON HOUSE, WALDEN HOUSE, GAUNDENZIA.

Στην Ευρώπη θεραπευτικές κοινότητες που απευθύνονται σε χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών πρωτοεμφανίζονται στις αρχές τις δεκαετίας του '70 στην Αγγλία (ALPHA HOUSE, PHOENIX HOUSE), στην Ολλανδία (EMILIEHOEVE) και την Ιταλία (CENTRO ITALIANO DI SOLIDARIETA). Οι ευρωπαϊκές θεραπευτικές κοινότητες δέχονται επιδράσεις τόσο από το αγγλικό μοντέλο όσο και από το αμερικάνικο. Στη δεκαετία του '80 ιδρύονται οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες στη Λατινική Αμερική και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Νορβηγία, η Ελλάδα κ.ά.

Η πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα, η Ιθάκη, αρχίζει να λειτουργεί το 1983 στη Σίνδο της Θεσσαλονίκης, στο πλαίσιο ενός πρωτοποριακού, ειδικού θεραπευτικού προγράμματος για εξαρτημένα άτομα. Μέχρι τότε δεν υπάρχει στην Ελλάδα άλλη θεραπευτική πρόταση για τους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών. Με το πιλοτικό αυτό πρόγραμμα δίνεται πρώτη φορά στα εξαρτημένα άτομα η δυνατότητα να ενταχθούν εθελοντικά σε μια μακροχρόνια, αλυσιδωτή θεραπευτική διαδικασία που δεν περιορίζεται στη σωματική αποτοξίνωση. Στοχεύει, κυρίως, στην αντιμετώπιση των αιτιών της εξάρτησης και στηρίζει την κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων. Η αποστολή της Ιθάκης δεν είναι εύκολη. Χρειάζεται να αντιμετωπίσει την επιφυλακτικότητα της κοινωνίας και τις προκαταλήψεις απέναντι στους χρήστες ουσιών και την εξάρτηση που θεωρείται ακόμα μη αναστρέψιμη κατάσταση.

Ωστόσο, τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη του πιλοτικού προγράμματος, τα αποτελέσματά του ανοίγουν το δρόμο για την καθιέρωσή του ως μόνιμου οργανισμού με την ονομασία Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.). Στο νέο αυτό Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου δίνεται χαρακτήρας αυτοδιαχειριζόμενου οργανισμού με διευρυμένες δυνατότητες δράσης στον τομέα της καταπολέμησης της εξάρτησης. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο (1729/87), το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει στόχο «την θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων και τη δημιουργία και συνεχή εκπαίδευση στελεχών στις αντίστοιχες σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές». Έχει, επίσης, το δικαίωμα να ιδρύει μονάδες, αυτοδιαχειριζόμενους συνεταιρισμούς και να στηρίζει κάθε είδους δραστηριότητα που ευνοεί τους σκοπούς τους και κρίνεται απαραίτητη για τη βοήθεια των εξαρτημένων ατόμων. Ως πόροι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προβλέπονται η ετήσια χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, οι

δωρεές, κληροδοσίες και επιχορηγήσεις από τρίτους και τα έσοδα από τις παραγωγικές του μονάδες ή άλλες δραστηριότητες αυτοχρηματοδότησης.

## 6.1 ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ<sup>38</sup>

Οι θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν σύμφωνα με τις ακόλουθες αρχές:

1. Είναι υπηρεσίες αυτοβοήθειας, διεύθυνση και το προσωπικό είναι πρώην (τα τελευταία χρόνια αυτό έχει αλλάξει με την αυξανόμενη χρήση επαγγελματιών σε διάφορα επίπεδα υπευθυνότητας).
2. Οι εθισμένοι θεωρούνται συναισθηματικά ανώριμα άτομα που αποφεύγουν την ευθύνη και τον χειρισμό των θεμάτων με ένα «ώριμο τρόπο» επομένως, τα μέλη του προσωπικού του προγράμματος μεταχειρίζονται το εθισμένο μέλος κατά κάποιο τρόπο σαν ένα ανώριμο μωρό, μέχρι που να δείξει με την συμπεριφορά του ότι είναι σε θέση να είναι περισσότερο υπεύθυνο.

Σε αυτό το σημείο του δίδεται περισσότερη ευθύνη και αναμένεται να εκπληρώσει τις απαιτήσεις αυτού του καινούργιου επιπέδου.

Η αλλαγή ενθαρρύνεται με το να ανταμείβεται η επιθυμητή συμπεριφορά μέσα από την κοινωνική άνοδο με προνόμια κλπ, ενώ η μη-επιθυμητή συμπεριφορά τιμωρείται με την αφαίρεση της θέσης των προνομίων ή την επιβολή δυσάρεστων καθηκόντων.

3. Μια άλλη έννοια των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι ότι ο εθισμένος συνεχώς θα αντιμετωπίζει τις συνέπειες της συμπεριφοράς του. Ωστόσο, αυτή η αντιπαράθεση θεωρείται έρχεται από ομότιμους που "ήταν εκεί που βρίσκεται αυτός τώρα" και όχι από επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή άλλες φιγούρες εξουσίας. Σ' αυτή τη σχέση, τα εθισμένα μέλη αναμένεται να συμπεριφέρονται σαν να είναι ήδη ώριμοι ακόμη και αν δεν είναι. Η ιδέα ότι αν ένα άτομο συμπεριφέρεται μ' αυτό τον τρόπο, για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, ίσως τελικά η επιθυμητή συμπεριφορά γεννηθεί εσωτερικά και να μην εμπνέεται από εξωτερικούς παράγοντες που είναι απόρροια του φόβου των συνεπειών.

4. Τα προγράμματα τείνουν να είναι αυστηρά δομημένα και στο νεοφερμένο μέλος δίνεται η χαμηλότερη δουλειά του στύλου του τοτέμ και μετά βαθμιαία ανεβαίνει

<sup>38</sup> D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», ό.π., σελ. 25 – 27



την σκάλα της ιεραρχίας καθώς επιδεικνύει εντιμότητα, αποδοτικότητα και υπευθυνότητα.

Ωστόσο αυτό γίνεται σ' ένα οικογενειακό περιβάλλον και όχι σ' ένα ιατρικό μοντέλο.

## **6.2 ΕΙΔΗ ΟΜΑΔΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ<sup>39</sup>**

Οι Θ.Κ. τείνουν να χρησιμοποιούν τρία είδη GROUP, το στατικό ή εχθρικό GROUP, το διερευνητικό και τον μαραθώνιο. Σ' ένα στατικό ή εχθρικό ΒΟΙΠ το θέμα κλειδί είναι πως ο εθισμένος χειρίζεται προβλήματα στο εδώ και τώρα, πως συμπεριφέρεται σε μια ομάδα και πως συμπεριφέρεται σε καταστάσεις που γεννιούνται εκείνη την ημέρα. Δεν θεωρείται επιτρεπτό σ' αυτές τις ομάδες να προσφέρουν, σαν μια εξήγηση της συμπεριφοράς κάτι που εμφανίστηκε στο παρελθόν. Είναι το εδώ και τώρα που είναι σημαντικό για το προσωπικό. Η έμφαση είναι προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Στους εθισμένους γίνεται αντιπαράθεση όχι μόνο για τις πράξεις τους, αλλά και για τις απραξίες τους π.χ. γιατί παρέλειψαν να δώσουν τη γνώμη τους και να αντιπαρατεθούν σε κάποιο άλλο μέλος για μια εκλαμβανόμενη γι αυτούς άδικη πράξη. Η έκφραση εχθρικών ή αρνητικών συναισθημάτων γίνεται έτσι ένα σημαντικό κομμάτι αυτού του είδους της ομάδας.

Το δεύτερο είδος της ομάδας είναι η διερευνητική, όπου επιτρέπεται να συζητηθούν θέματα για το γεννητικό ή δυναμικό υλικό, τι έχει συμβεί στο άτομο στο παρελθόν.

Το τρίτο είδος, ο μαραθώνιος, διαρκεί από 24 μέχρι 60 ώρες. Σ' αυτή την ομάδα γίνεται προσπάθεια να κάνουν τους εθισμένους να αντιμετωπίσουν την μοναξιά τους και τα συναισθήματά τους απέναντι στους άλλους, και να τους βοηθήσουν να εκφράσουν θετικά συναισθήματα αγάπης ή και μοναξιάς.

---

<sup>39</sup> D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», ό.π., σελ. 27

### 6.3 ΕΙΔΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΛΥΣΗ<sup>40</sup>

Οι Θ.Κ. μπορούν επίσης να ταξινομηθούν έχοντας σαν βάση την διάρκεια του προγράμματος. Το SYNANON με την μεγαλύτερη διάρκεια, διαρκεί όσο και η ζωή του εθισμένου ή τουλάχιστον έχει αυτή την απαίτηση" άλλα διαρκούν 12-24 μήνες, ενώ άλλα έχουν μια σύντομη περίοδο παραμονής στην κοινότητα ακολουθούμενη από μία φάση εξωτερικών ασθενών. Το μέλος αναμένεται να επιστρέφει στην Θ.Κ. και χρειάζεται να επινοηθούν καινούργιες προσεγγίσεις για να αντιμετωπιστούν τα θέματα υποτροπής.

Μία άλλη παραλλαγή έχει να κάνει με την εκπαίδευση. Μερικά προγράμματα δίνουν μεγάλη έμφαση στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες σχεδόν αμέσως, ενώ αλλού πιστεύουν ότι αν αρχίσουν την εκπαίδευση πολύ γρήγορα ο εθισμένος μπορεί να χρησιμοποιήσει την εκπαίδευση σαν δικαιολογία και να αποφεύγει να κοιτάξει τον εαυτό του.

Μια από τις κριτικές που κατευθύνονται κατά των προγραμμάτων αυτο-βοήθειας είναι το ότι παρ' όλο που οι παραβάτες μπορεί να τα πηγαίνουν καλά, πολλοί φεύγουν πριν από την αποφοίτηση (το 75% δεν είναι ασυνήθιστος αριθμός, μέχρι και το 90% φεύγει από μερικά προγράμματα). Μερικοί κριτικοί διατείνονται ότι σε σχέση με τις διεξόδους της δημόσιας υγείας τα προγράμματα αυτο-βοήθειας δεν είναι πολύ χρήσιμα. Η φωτεινή πλευρά της υπόθεσης έχει δείξει ότι πολλοί εθισμένοι ωφελούνται όσον αφορά την μείωση της χρήσης ουσιών και της παράνομης συμπεριφοράς ακόμη και αν φύγουν πρόωρα. Μέχρι κάποιο σημείο η διάρκεια παραμονής σχετίζεται με βελτίωση.

#### 6.3.1 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα ψυχιατρικά προγράμματα εσωτερικών ασθενών φαίνεται ότι βοηθούν κυρίως δύο είδη ατόμων: τον πιο ηλικιωμένο, περισσότερο τον επαγγελματία της μέσης τάξης ή τον ασθενή επάγγελμα της υγείας και τον έφηβο χρήστη που δεν χρησιμοποιεί ουσίες για μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να αναπτύξει πολλά από τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του εθισμού στις ουσίες, δηλαδή ότι ο εθισμός στις

<sup>40</sup> D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», ό.π., σελ. 27 – 32

ουσίες δεν έχει προσδώσει ακόμη την δική του ταυτότητα. Γι' αυτές τις δύο οκάδες η ψυχιατρική προσέγγιση φαίνεται ότι τις ωφελεί κάπως, ενώ για τον τυπικό εθισμένο της πιάτσας φαίνεται ότι τον βοηθά λιγότερο. Η διάρκεια αυτών των προγραμμάτων κυμαίνεται από 4-12 εβδομάδες παρ' όλο που δεν είναι ασυνήθιστες μεγαλύτερες παραμονές, ιδιαίτερα για εφήβους.

Τα προγράμματα αρχίζουν με αποτοξίνωση, ακολουθούνται από ένα φάσμα προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένης της ατομικής, ομαδικής και οικογενειακής θεραπείας, εκπαίδευσης και εκπαίδευσης σε συμπεριφοριολογικές τεχνικές, όπως η προοδευτική χαλάρωση και άσκηση. Η παρακολούθηση των ΑΑ και ΝΑ (Ανώνυμοι Ναρκομανείς) συναντήσεων, είναι συνήθως αναγκαστική και συχνά ολοκληρή η φιλοσοφία της θεραπείας έχει σαν πρότυπο τη προσέγγιση των ΑΑ επίσης ενθαρρύνεται πολύ η αποχή απ' όλες τις ουσίες που μεταβάλλουν την συνείδηση. Το προσωπικό τείνει να αποτελείται από ένα μείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας και πρώην εθισμένους συμβούλους, οι τελευταίοι συνήθως κάνουν τις συνεδρίες των ENCOUNTER GROUPS.

### **6.3.2 ΣΤΕΓΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (Σ.Θ.Ε.Α.)**

Η στεγνή θεραπεία εξωτερικών ασθενών (OUTPATIENT DRUG-FREE TREATMENT OPDF) είναι ένας όρος που περιγράφει ένα φάσμα θεραπευτικών προγραμμάτων για την κατάχρηση ουσιών που συχνά έχουν λίγα κοινά σημεία μεταξύ τους εκτός του ότι δεν χρησιμοποιούν μεθαδόνη ή ανταγωνιστές ναρκωτικών και δεν παρέχουν διαμονή. Παρ' όλο που το "στεγνό " είναι μέρος του τίτλου, μπορεί να δοθεί σε πρόσκαιρη βάση φαρμακευτική αγωγή για την θεραπεία ορισμένων ψυχιατρικών καταστάσεων. Οι ασθενείς διαφέρουν πολύ και μπορεί να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων, όπως η ηλικία, η διάρκεια και η σοβαρότητα της χρήσης ουσιών, αλλά μια χρήσιμη προσέγγιση είναι να γίνει διαχωρισμός έχοντας σαν βάση την προηγούμενη σχέση με την θεραπεία η οποία μας δίνει τέσσερις κατηγορίες: α) άτομα που αναζητούν θεραπεία για πρώτη φορά, β) άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία άλλα θεραπευτικά μοντέλα). γ) Ασθενείς που έχουν υποτροπιάσει ακολουθώντας κάποια άλλη θεραπεία, δ) άτομα που απαιτούν θεραπεία μετά την παραμονή του σε φυλακή ή σε νοσοκομείο.

Για τον καινούργιο πελάτη η Σ.Θ.Ε.Α. προσφέρει μια προσέγγιση χαμηλής παρέμβασης που μπορεί να χρησιμεύσει σαν μια ανεκτίμητη λειτουργία εκτίμησης, καθιστώντας ικανούς και το προσωπικό και τους ασθενείς να βλέπουν αν απαιτείται μια πιο εντατική θεραπεία είτε χημειοθεραπευτικής φύσης είτε μια διαμονή. Όταν αυτό ισχύει, μια αποτυχία στην Σ.Θ.Ε.Α. μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένεια στο να αντιμετωπίσει την σοβαρότητα της δυσκολίας του ασθενή.

Γι' αυτόν που έχει ολοκληρώσει πετυχημένα την θεραπεία, η Σ.Θ.Ε.Α. προσφέρει ένα περιβάλλον όπου οι ασθενείς μπορούν να πάρουν υποστήριξη από τους άλλους χωρίς να απαιτούνται πιο σημαντικές παρεμβάσεις. Έχει αποδειχθεί ότι δημιουργεί πρόβλημα. Έχει αποδειχθεί ότι δημιουργεί πρόβλημα η διατήρηση επαφής με πελάτες που δεν χρειάζονται πια ούτε χημική υποστήριξη ούτε υποστήριξη από την κοινότητα διαμονής όταν αυτά τα άτομα συνυπάρχουν σ' ένα περιβάλλον με άλλα άτομα που τον χρειάζονται. Παρ' όλα αυτά όμως οι ασθενείς έχουν δυσκολία προσαρμογής στην κοινωνία, χωρίς θεραπευτική υποστήριξη.

Τα προγράμματα του Σ.Θ.Ε.Α. διαφέρουν όχι μόνο σε σχέση με το «είδος των πελατών» αλλά και σε σχέση με το είδος υπηρεσιών που προσφέρουν. Πολύ συχνά υπάρχει ένα μείγμα ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής οικογενειακής θεραπείας, παρακολούθηση ούρων, συμπεριφериολογικές μεθόδους, όπως εκπαίδευση θετικής δυναμικής παρουσίας, επαγγελματική και εκπαιδευτική συμβουλευτική και υπηρεσίες παραπομπής σε κοινότητες υπηρεσιών.

Η περιεκτικότητα και ο εκλεπτυσμός διαφέρουν και σε σχέση με την θεραπευτική φιλοσοφία και τις διαθέσιμες οικονομικές πηγές. Οι τεχνικές της συμβουλευτικής τείνουν να προέρχονται από την «παραδοσιακή» με ή χωρίς προσμίξεις όπως η αντιπαράθεση και οι μέθοδοι GESTALT. Ωστόσο η τάση είναι στην εστία στο εδώ και τώρα, σαν μια θεραπεία πραγματικότητας και η αποφυγή απόπειρας θεραπείας, μέσω της ενόρασης. Αυτό επίσης τείνει να αληθεύει και στην συμβουλευτική και άλλων μοντέλων. Οι ασθενείς με κάποια νομική πίεση, τείνουν να τα καταφέρνουν καλύτερα απ' ό,τι οι αυστηρά εθελοντές.

### **6.3.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ**

Στις περισσότερες πόλεις τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα για εθισμένους στα ναρκωτικά είναι απομονωμένα το ένα από το άλλο. Οι ασθενείς αποφασίζουν, συχνά έχουν ανεπαρκή γνώση για εναλλακτικές λύσεις, για το ποιο πρόγραμμα θέλουν και να ζητήσουν θεραπεία σ' αυτό. Αν ο ασθενής έχει ένα μίνιμουμ κριτηρίων, π.χ.: διάρκεια εθισμού, για ένα πρόγραμμα συντήρησης με μεθαδόνη, συνήθως γίνεται δεκτός, χωρίς να εξετάσουν το αν είναι το καλύτερο πρόγραμμα για τον συγκεκριμένο ασθενή.

Αυτή η αντιμετώπιση όμως είναι μη λειτουργική και για τις λιγοστές πηγές θεραπείας και για τον χρόνο και χρήματα του ασθενή. Μερικές πόλεις είναι αρκετά τυχερές, γιατί έχουν προγράμματα πολλαπλών μεθόδων.

### **6.3.4 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ ΤΗΝ ΘΡΗΣΚΕΙΑ**

Υπονοείται με πολλούς τρόπους το τι είναι απαραίτητο να γίνει για να υπερνικηθεί. Ο εθισμός στα ναρκωτικά, και ένας τρόπος είναι να βρει το άτομο κάτι ή κάποιον πιο σημαντικό από τον εαυτό του και επίσης να αξίζει να δουλέψει για μια έννοια.

Στα θρησκευτικά προγράμματα, η ιδέα είναι ξεκάθαρη και αποτελεί την σημαντικότερη εστίαση της θεραπευτικής προσέγγισης.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ομάδων και προγραμμάτων που έχουν προσανατολισμό την θρησκεία.

#### 6.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ<sup>41</sup>



Πηγή: [www.eranet.gr/html/ademo8.html](http://www.eranet.gr/html/ademo8.html)

<sup>41</sup>I. Σταθοπούλου, Τ.Ε Κοινωνική Λειτουργός του Ο.ΚΑ.ΝΑ – «ΟΔΥΣΣΕΑΣ», Αγρινίου

#### 6.4.1. Ο.ΚΑ.ΝΑ. – ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ «ΟΔΥΣΣΕΑΣ»



Το κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών «ΟΔΥΣΣΕΑΣ», ιδρύθηκε το 1998 είναι μη κερδοσκοπική αστική εταιρία ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και διοικείται από ένα επταμελές Συμβούλιο στο οποίο προεδρεύει ο δήμαρχος του Αγρινίου κ. Σώκκος Ευθύμιος. Επιχορηγείται κατά 50% από τον δήμο, νομαρχία, επιμελητήριο, συλλόγους (ιατρικός – οδοντιατρικός), εκκλησία και το υπόλοιπο 50% από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. ο οποίος έχει την επιστημονική εποπτεία.

Οι εργαζόμενοι του Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι στην πλειοψηφία τους νέοι σε ηλικία, επαγγελματίες που εργάζονται με δέσμευση και υψηλό αίσθημα ευθύνης. Στελεχώνεται από δύο (2) ψυχολόγους, έναν (1) κοινωνιολόγο, έναν (1) κοινωνικό

λειτουργό, έναν (1) γραμματέα και δύο (2) εξωτερικούς συνεργάτες εθελοντές όπου είναι ένας ψυχίατρος και ένας γενικός γιατρός.

Το κέντρο πρόληψης «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» αναφέρεται σε πληθυσμό που δεν έχει άμεση σχέση με ουσίες. Σ' αυτές τις ομάδες πληθυσμού πραγματοποιούνται σεμινάρια. Οι ομάδες αυτές είναι εκπαιδευτικοί (Α' βάρθμιας και Β' βάρθμιας

εκπαίδευσης) και σε γονείς μαθητών. Στο κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» λειτουργεί μία ομάδα αυτοβοήθειας αλκοολικών, που συμμετέχουν σ' αυτή οι ίδιοι ακόμη και οι συγγενείς.

#### 6.4.2 ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ) ΤΟΥ Γ.Ν. ΑΓΡΙΝΙΟΥ



Η  
θεραπευτική  
μονάδα  
υποκατάστασης το  
Γ.Ν. Αγρινίου  
λειτουργεί για  
τους χρόνιου  
χρήστες  
εξαρτησιογόνων  
ουσιών τον Μάιο  
του 2003. Δέχεται  
ασθενείς από

Αγρίνιο, Μεσολόγγι, Άρτα και Πάτρα. Ξεκίνησε με 10 άτομα και σήμερα είναι 120. Είναι το μοναδικό πρόγραμμα υποκατάστασης στη Δ. Ελλάδα και καλύπτει τις ανάγκες του νομού Αιτωλοακαρνανίας και των γύρω νομών.

Σκοπός της μονάδας είναι η μείωση ηθικής βλάβης, η μείωση της εγκληματικότητας καθώς επίσης και η κοινωνική επανένταξη των χρηστών. Η συνεισφορά της μονάδας είναι σημαντική στην προσπάθεια απεξάρτησης των χρηστών, αφού όλοι οι ασθενείς μετά από λίγο χρόνο χορήγησης της υποκατάστατης ουσίας δεν κάνουν πλέον χρήση ουσιών. Ταυτόχρονα οι ασθενείς ελέγχονται τακτικά με εργαστηριακές εξετάσεις για την πορεία της υγείας τους η οποία βρισκόταν σε άμεσο κίνδυνο εξαιτίας της μακρόχρονης χρήσης ουσιών. Επίσης η ομάδα πραγματοποιεί ατομικές και ομαδικές συνεδρίες ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών της.

Η ηλικία των χρηστών είναι από 22 και άνω. Το φάρμακο που χορηγεί σ' αυτούς το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας είναι η Βουπρενορφίνη, η οποία



είναι υποκατάστατο υπογλώσσιο, η διάρκειά του είναι για εβδομήντα δύο (72) ώρες και χορηγείται στους χρήστες ασθενείς ανά δύο ημέρες.

Το επιστημονικό προσωπικό της μονάδας υποκατάστασης με Βουπρενορφίνη του Γ.Ν. Αγρινίου είναι: δύο φαρμακοποιοί, ένας αιματολόγος, ένας ψυχίατρος, ένας γενικός γιατρός, δύο ψυχολόγοι, ένας κοινωνικός λειτουργός, ένας κοινωνιολόγος και δύο νοσηλεύτες, πλην του ιατρικού προσωπικού υπάρχει και ένας γραμματέας για τη γραμματειακή υποστήριξη της μονάδας. Όλο το προσωπικό της μονάδας είναι εθελοντές εκτός από μια νοσηλεύτρια, που έχει σταλεί στον ΟΚΑΝΑ. Όλα τα στελέχη έχουν εκπαιδευτεί από τον ΟΚΑΝΑ.

Το προσωπικό της μονάδας υποκατάστασης με Βουπρενορφίνη του Γ.Ν. Αγρινίου και το προσωπικό του ΟΚΑΝΑ – κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών «ΟΔΥΣΣΕΑΣ» βοηθούν στην κοινωνική επανένταξη των χρηστών, που τους δίνουν τη δυνατότητα να ασχολούνται με δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. Υπάρχουν ομάδες πρώην χρηστών που ασχολούνται με δραστηριότητες όπως το ποδόσφαιρο, το θέατρο, τον κινηματογράφο.

Ο Δήμαρχος Αγρινίου κ. Σώκκος Ευθύμιος έχει στηρίξει πάρα πολύ την μονάδα, ο οποίος είναι και πρόεδρος στο κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών «ΟΔΥΣΣΕΑΣ», και έχει προσλάβει 4 άτομα πρώην χρήστες στο Δήμο για εργασιακή απασχόληση μέσω Ευρωπαϊκού προγράμματος και με την πρόθεση να αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 7. ΕΙΔΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοπτικά θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Η ουσιοεξάρτηση ειδικά από οπιοειδείς ουσίες σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα, αν και αρκετοί χρήστες επιζούν και μετά από πολλά χρόνια συνεχούς χρήσης.
2. Οι νεότεροι χρήστες με μικρό ιστορικό χρήσης έχουν καλύτερη πρόγνωση σχετικά με την αποχή και περισσότερες πιθανότητες για κοινωνική επανένταξη.
3. Οι χρήστες που χρησιμοποιούν ενέσιμες ουσίες έχουν χειρότερη πρόγνωση συγκριτικά με τους άλλους.
4. Η βελτίωση σχετίζεται θετικά με παράγοντες όπως η καλή κοινωνική προσαρμογή, η ύπαρξη εργασίας, το σταθερό συγγενικό περιβάλλον, ή μικρού βαθμού παραπρωματικότητα, η έλλειψη συναναστροφών με άλλους χρήστες και η απουσία συνοδού ψυχοπαθολογίας.
5. Η αποχή από ουσίες εμφανίζει θετική συσχέτιση με την ψυχοκοινωνική βελτίωση του χρήστη, αλλά η σχέση αυτή δεν είναι αμετάβλητη. Αρκετοί χρήστες, παρά τη σταθερή αποχή τους από τις ουσίες, παραμένουν άνεργοι και συνεχίζουν να έχουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα και δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και σε πολλές περιπτώσεις τη χρήση των ουσιών την υποκαθιστά η εξάρτηση από το οινόπνευμα.
6. Μολονότι κανένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δε φαίνεται ξεκάθαρα να υπερέχει έναντι των υπολοίπων, οι χρήστες που ακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα φαίνεται ότι έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που δεν ακολούθησαν κανένα.
7. Η λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης κάθε χρήστη φαίνεται να είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή κάθε θεραπευτικής τεχνικής και κάθε θεραπευτική προσπάθεια θα πρέπει να προσαρμόζεται στα μέτρα του συγκεκριμένου χρήστη.

8. Η αποτελεσματικότητα των εντατικών ή μη θεραπευτικών προγραμμάτων φαίνεται να σχετίζεται με τον τύπο της ουσίας και τον τρόπο χρήσης της.
9. Για σημαντικό αριθμό χρηστών η θεραπεία σε εξωτερική βάση είναι εξίσου αποτελεσματική με την αντιμετώπιση σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο ή σε θεραπευτική κοινότητα.
10. Η χωρίς διάκριση εισαγωγή χρηστών σε διάφορα θεραπευτικά προγράμματα έχει αποδειχθεί ότι δεν έχει καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα.
11. Ψυχοπαθολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό διαμορφωτικό ρόλο στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
12. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για όλων των τύπων τα θεραπευτικά προγράμματα είναι η πρώιμη απομάκρυνση του χρήστη από αυτά. Ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα είναι θετικής πρόγνωσης για όλων των τύπων τις θεραπευτικές προσεγγίσεις.
13. Από καμιά μελέτη έως σήμερα δε βρέθηκε κάποιος κοινός ειδικός προγνωστικός παράγοντας σχετικός με την πρώιμη απομάκρυνση του χρήστη από το θεραπευτικό πρόγραμμα και αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι διάφοροι τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων εστιάζουν την προσοχή τους σε διαφορετικούς (περισσότερο ή λιγότερο) στόχους, επηρεάζοντας έτσι με διαφορετικό τρόπο την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία του χρήστη.
14. Γνωστικοί μηχανισμοί, οι συναισθηματικές διαταραχές, η διαθεσιμότητα των ουσιών, η κοινωνική πίεση και η απομάκρυνση από το προστατευτικό θεραπευτικό περιβάλλον είναι από τους πλέον συχνούς παράγοντες που κάνουν τους χρήστες να ξαναρχίζουν τις ουσίες.
15. Πολλές φορές η επαναχρησιμοποίηση οπιοειδών μετά την έξοδο του χρήστη από το θεραπευτικό πρόγραμμα δε σημαίνει και πλήρη υποτροπή στη χρήση, και αυτό είναι μία ενθαρρυντική και παρήγορη παρατήρηση.

## 7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Είναι περίεργο το γεγονός ότι μετά από τόσα χρόνια σχετικά με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, λίγα είναι τα μοντέλα που εφαρμόστηκαν διεθνώς για την πρόληψη του φαινομένου. Ιστορικά η προσπάθεια για την πρόληψη της χρήσης ουσιών πέρασε από διάφορα στάδια. Προσπάθειες μέσω περιορισμών και νομοθεσίας αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές. Οι τακτικές εκφοβισμού δε φάνηκαν χρήσιμες και πολλές φορές έφεραν αντίθετα αποτελέσματα, κεντρίζοντας περισσότερο την περιέργεια των νέων παρά αποθαρρύνοντάς τους. Είναι γενική διαπίστωση ότι άλλα μεν άτομα αποφεύγουν τις ουσίες όταν ενημερωθούν για τους κινδύνους, ενώ αντίθετα, άλλα έλκονται από την πιθανότητα να διακινδυνεύσουν μέσω της χρήσης.

Υπάρχουν τρεις μορφές πρόληψης:

1. Την πρωτογενή πρόληψη, που στοχεύει στην αποτροπή της χρήσης ουσιών και η οποία απευθύνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
2. Τη δευτερογενή, που περιλαμβάνει προσπάθειες παρέμβασης σε ομάδες χρηστών που χρησιμοποιούν μεν ουσίες, αλλά δεν έχουν ακόμη εγκαταστήσει σταθερές συμπεριφορές χρόνιου χρήστη και
3. Την τριτογενή, που μέσω θεραπευτικών και άλλων υπηρεσιών αποσκοπεί στον περιορισμό της περαιτέρω εμπλοκής των χρόνιων χρηστών με τις ουσίες και τα επακόλουθα της χρήσης.

Για μεγάλο χρονικό διάστημα οι προσπάθειες πρόληψης παρεμποδίστηκαν από τη συγκεχυμένη γενική εντύπωση ότι οι τεχνικές έπρεπε απλώς να εστιάζονται στις εφηβικές ομάδες υψηλού κινδύνου, να απευθύνονται σε όλες τις ομάδες με τον ίδιο τρόπο και να προσπαθούν να τις αποτρέψουν από την εμπλοκή με τις ουσίες, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη αφενός μεν τις δημογραφικές, τις κοινωνικές, τις μορφωτικές, τις ψυχολογικές και τις πολιτισμικές διαφορές, αφετέρου δε τις διαφορές στο είδος της χρησιμοποιούμενης ουσίας και στον τρόπο χρήσης της.

Η χρησιμότητα ή μη της απλής ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τις ανεπιθύμητες συνέπειες της χρήσης ουσιών αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικών διαφωνιών. Βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος αυτός πρόληψης απέφερε μάλλον μικρά θετικά αποτελέσματα. Πέρα απ' αυτό, υπάρχουν συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι αυτού του τύπου η ενημέρωση σε αρκετές περιπτώσεις βοηθά στην εφαρμογή και στην αποδοχή διαφόρων

νομοθετικών μέτρων, που από πρώτη άποψη δεν είναι αρεστά στους πολίτες. Η συσσωρευμένη επιστημονική εμπειρία δείχνει ότι η οικογένεια, οι διαδικασίες ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και η προηγούμενη σχετικά με τις ουσίες εμπειρία του ατόμου, καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το πώς και το γιατί τα διάφορα άτομα αναπτύσσουν διαφορετικές συμπεριφορές σχετικά με τη χρήση ουσιών. Τώρα πλέον έχουμε αντιληφθεί ότι εκτός από τους νέους υπάρχουν και άλλες ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται σε συνθήκες υψηλού κινδύνου, όπως διάφορες ομάδες γυναικών, ηλικιωμένα άτομα, ιατρογενείς χρήστες, μετανάστες και μειονότητες, άνθρωποι που ζουν απομονωμένοι, άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμες φάσεις της ζωής τους, σπουδαστές και άλλοι.

Σε αντίθεση με παλαιότερες προσπάθειες πρόληψης που δεν αποτελούσαν παρά μεμονωμένες προσπάθειες για ενημέρωση σχετικά με τις ουσίες, οι νεότερες απόψεις για την πρόληψη επικεντρώνονται στην πληροφόρηση πάνω σε θέματα όπως η ανάπτυξη της λειτουργίας της οικογένειας, η υγιεινοδιαιτητική αγωγή, τα προβλήματα των διαπροσωπικών σχέσεων και η γενικότερη κοινωνική ασφάλεια. Ψυχολογικοί λόγοι, και ειδικότερα το καταθλιπτικό συναίσθημα, είναι ένας άλλος σημαντικός διαμορφωτικός παράγοντας στην υπόθεση της ουσιοεξάρτησης, ο οποίος έχει συχνά υποτιμηθεί και παραβλεφθεί κατά το παρελθόν.

Οι νεότερες απόψεις επικεντρώνουν το ενδιαφέρον περισσότερο στο χρήστη παρά στην ουσία και προσπαθούν να κατανοήσουν το ρόλο που παίζει η χρήση στη ζωή του κάθε χρήστη. Παλιότερα χρησιμοποιούσαμε τον ίδιο τρόπο πληροφόρησης για όλες τις ομάδες ατόμων, ενώ τώρα ξέρουμε ότι είναι αποτελεσματικότερο να προσαρμόζουμε τον τρόπο προσέγγισης ανάλογα με τον επιδιωκόμενο στόχο. Τα νέα προληπτικά προγράμματα επικεντρώνονται στην εκπαίδευση και στην εξάσκηση των ατόμων και όχι στη στείρα παροχή πληροφοριών. Η προσπάθεια αποσκοπεί στην ανάπτυξη θετικών μηχανισμών του ατόμου, που θα του επιτρέπουν να αντισταθεί στη χρήση ουσιών και θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει άλλους τρόπους άμυνας για ν' αντεπεξέλθει στα προβλήματά του. Οι προσπάθειες πρόληψης αυτού του τύπου επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικογένεια, στο σχολείο και στους ίδιους τους εφήβους. Σε πολλές χώρες ήδη εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

## 7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

### 1. Νομοθετική - Αστυνομική Αντιμετώπιση:

Επειδή ακριβώς τα κοινωνικά προβλήματα δε λύνονται με νομοθετικά πλαίσια και διοικητικά μέτρα, ούτε το νομοθετικό πλαίσιο ούτε τα εξειδικευμένα αστυνομικά μέτρα, μπορούν να θεωρηθούν ολοκληρωμένη απάντηση στο πρόβλημα. Άλλωστε η καταγεγραμμένη εμπειρία από χώρες που προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάπλωσης της κατάχρησης των ναρκωτικών με φιλελευθεροποίηση ή με αυστηροποίηση της σχετικής νομοθεσίας, είτε ακόμα με εκσυγχρονισμό των αστυνομικών υπηρεσιών, δεν έχει δείξει σοβαρά αποτελέσματα, παρά τα αντιθέτως υποστηριζόμενα εδώ στην Ελλάδα από ακατατόπιστους επιστήμονες ή αυτόχρηστους "ειδικούς".

Είναι σαφές ότι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται με τέτοιους όρους. Μπορούν όμως να αντιμετωπισθούν με δραστηριοποίηση των κοινωνικών φορέων και κυρίως με την ενεργοποίηση της πρωτοβουλίας του πολίτη. Πολίτη που αυτή τη στιγμή εκχωρεί τα δικαιώματά του, στους ειδικούς της νομοθετικής, της διοικητικής και της θεραπευτικής εξουσίας. Είναι επίσης σαφές ότι η άποψη της επίλυσης του προβλήματος μέσα από την φιλελευθεροποίηση της σχετικής νομοθεσίας βρίσκεται θεωρητικά μόνο στον αντίποδα της άποψης ότι η καταστολή θα λύσει το πρόβλημα. Στην πραγματικότητα και οι δύο αυτές ακραίες απόψεις, στηρίζονται στη λαθεμένη και επικίνδυνη αντίληψη, ότι τα κοινωνικά προβλήματα και η ανάμιξη των πολιτών σ' αυτά, μπορούν να υποκατασταθούν από νομοθετήματα και μηχανισμούς.

Τελικά είτε το ομολογούν είτε όχι, όσοι εξαντλούν τη μαχητικότητά τους μόνο προς την κατεύθυνση της "φιλελευθεροποίησης" ή της "καταστολής", δρουν απενοχοποιητικά για το κοινωνικό σύνολο, εμποδίζουν την ανάληψη της προσωπικής και κοινωνικής ευθύνης και υποβοηθούν τον εφησυχασμό και την παθητικοποίηση του πολίτη.

Η θέση όμως αυτή αφορά την μονομερή και υπερβολική επένδυση πάνω σε διοικητικά, νομοθετικά ή θεραπευτικά πλαίσια και δεν θα πρέπει να εκληφθεί σαν αρνητική τοποθέτηση, σε οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης και εξανθρωπισμού των προαναφερθέντων πλαισίων. Κανείς δεν αμφιβάλλει ότι το υπάρχον νομοθετικό

πλαίσιο, που εξομοιώνει για παράδειγμα τα "σκληρά" με τα "μαλακά" ναρκωτικά, έχει πολλές δυνατότητες βελτίωσης. Η εξομοίωση πιστεύουμε, ότι ενώ είναι ιδεολογικά σωστή σαν άξονας στην πρόληψη, δεν μπορεί να "περάσει" στην νεολαία, από μια κοινωνία, που την ίδια στιγμή αυτοαναιρείται, διαφημίζοντας και καταναλώνοντας σκληρά αλκοολούχα ποτά και ηρεμιστικά. Συνεπώς θα πρέπει να σκεφθεί κανένας σοβαρά το ενδεχόμενο της διάκρισης ή της αποποινικοποίησης της χρήσης της ινδικής κάνναβης, που η κατάχρησή της δεν οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα από αυτά των σκληρών αλκοολούχων ποτών.

## **2. Αντιαπαγόρευση :**

Αντί απαγόρευση είναι μία πρόταση που θα μπορούσε να σταθεί θεωρητικά αν δεν υπήρχαν οι ακόλουθες επιφυλάξεις:

α) Το φαινόμενο της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες δεν είναι φαινόμενο φαρμακευτικό, αλλά ψυχοκοινωνικό, (γνωστό άλλωστε ότι η κυκλοφορούσα στην Ελλάδα ηρωίνη είναι νοθευμένη μέχρι και σε ποσοστό 90% - 100%). Το φαινόμενο της εξάρτησης σχετίζεται με μια σειρά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η αίσθηση της παρανομίας, η αίσθηση της αντιπαράθεσης στο σύστημα και της επαναστατικής πράξης, της διαφορετικότητας, η αίσθησή του ανήκει σε μια υποομάδα με δικό της κώδικα επικοινωνίας, κ.τ.λ. Μερικές φορές τα τελετουργικά και τα άλλα συνοδό της χρήσης που προαναφέρθηκαν, είναι τόσο σημαντικά, που κανείς σχηματίζει την εντύπωση ότι στην "σκηνή" των ναρκωτικών η εξεύρεση της ναρκωτικής ουσίας, αποτελεί το πρόσχημα για να στηθεί το σκηνικό και να παιχθεί ένα "αυτοθεραπευτικό" ψυχόδραμα.

Η υπόθεση λοιπόν της αντί απαγόρευσης πιάσχει εδώ σοβαρά, γιατί περιορίζει την οπτική του προβλήματος αποκλειστικά στη σχέση φαρμάκου-ανθρώπου, και αγνοεί την σημασία ολόκληρου του σκηνικού.

β) Αυτή τη στιγμή η κυρίως κυκλοφορούσα ναρκωτική ουσία στη μαύρη αγορά είναι η ηρωίνη, αλλά με την πολιτική πωλήσεων, που εφαρμόζουν τα παράνομα κυκλώματα, αναμένεται σε σύντομο χρονικό διάστημα εισβολή πιο εξαρτητικών, πιο θανατηφόρων και πιο φθηνών ουσιών, όπως είναι η κοκαΐνη, το "κρακ" και μετά το "άις". Αυτοί που υποστηρίζουν την άποψη της κρατικής χορήγησης ή ελεύθερης πώλησης και διακίνησης της ηρωίνης θα πρέπει να μας πουν από τώρα τι σκοπεύουν

να κάνουν με τις νέες και πιο επικίνδυνες ουσίες, και μάλιστα όταν είναι γνωστό ότι μερικές απ' αυτές προκαλούν το θάνατο ή την τρέλα, ακόμα και μετά από 2 ή 3 χρήσεις, θα προτείνουν και αυτών την ελεύθερη χρήση ή χορήγηση; Θα πρέπει επίσης να μας πουν τι σκοπεύουν να κάνουν την συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη του χρήστη για μεγαλύτερη δόση. Όταν είναι γνωστό ότι η μέση θανατηφόρα δόση της καθαρής ηρωίνης βρίσκεται στα 150 mgg και ο χρήστης θα επιδιώκει τη συνεχή αύξηση της δόσης του προκειμένου να έχει το αυτό αποτέλεσμα, σε ποιόν θα εκχωρήσουμε την απόφαση αυτή;

Ποιος μας εγγυάται ότι δεν θα αρχίσουν οι συναλλαγές χρηματικές και άλλες ανάμεσα στο χρήστη και σε αυτόν που θα είναι υπεύθυνος για την απόφαση της αύξησης της δόσης;

Ακόμα και η αποποινικοποίηση της χρήσης σκληρών ναρκωτικών μπορεί να αντιμετωπισθεί με σκεπτικισμό. Είναι γνωστό ότι οι ποσότητες τέτοιων ναρκωτικών ελεύθερα διακινούμενες, που να μπορούν να μεταφερθούν τάχα για ίδια χρήση, κοστίζουν πανάκριβα (30.000-40.000 δρχ. το γραμμάριο η ηρωίνη) και συνεπώς η αποποινικοποίηση της χρήσης θα οδηγήσει σε έμμεση αποποινικοποίηση και του εμπορίου των ουσιών αυτών.

γ) Αλλά και το βασικότερο από τα επιχειρήματα της πρότασης φιλελευθεροποίησης, σύμφωνα με το οποίο ένας από τους βασικούς λόγους εξάπλωσης της χρήσης των παράνομων ναρκωτικών ουσιών, οφείλεται στο "Μάρκετινγκ" που δημιουργούν τα τεράστια κέρδη των παρανόμων οργανώσεων, αποδείχτηκε εντελώς αβάσιμο και ατεκμηρίωτο, σύμφωνα με τελευταίες επιστημονικές έρευνες.

Παρόλα αυτά, η πρόταση της αντί απαγόρευσης πρέπει να εξετασθεί και να συζητηθεί διεξοδικά. Όχι όμως σαν λύση "πανάκεια" όπως προβάλλεται από μαθητευόμενους μάγους και άλλους αφελείς. Η υπερβολή αυτή δεν συναντάται σε καμία άλλη χώρα όπου ο διάλογος και ο προβληματισμός για την αντί απαγορευτική πολιτική έχουν ήδη ξεκινήσει. Εκεί ακόμα και οι υποστηρικτές της λύσης αυτής, είναι αρκετά συγκρατημένοι και επιφυλακτικοί, όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της πρότασης τους. Η υπεραισιοδοξία χαρακτηρίζει μόνο τους Έλληνες υποστηρικτές της αντιαπαγόρευσης, που υπόσχονται ανεύθυνα και ατεκμηρίωτα εξαφάνιση της μαύρης αγοράς και ελάττωση του αριθμού των εξαρτημένων από



ναρκωτικές ουσίες. Η υπεραπλουστευμένη τοποθέτησή τους σε ένα τόσο σύμπλοκο πρόβλημα, αποτελεί μάλλον την "βαλκανική" εκδοχή της αντί απαγορευτικής άποψης.

### 7.3 ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τόσο η θεραπευτική πρόταση όσο και η πρόταση πρόληψης, ανάλογα με το αν συνδέονται διαλεκτικά με τους κοινωνικούς παράγοντες που δημιουργούν το πρόβλημα, μπορούν να διατρέχονται από μια ανατρεπτική λογική του τρόπου ζωής, και των στερεότυπων συμπεριφορών, που επιβάλλονται από τις υπάρχουσες δομές ή όχι. Στην περίπτωση που φορέας των προτάσεων αυτών είναι απ' ευθείας το ίδιο το κράτος και οι μηχανισμοί του, οι προτάσεις πρόληψης και θεραπείας, θα τείνουν να αναπαράγουν την κυρίαρχη ιδεολογική στάση ζωής και θα είναι γι' αυτό αναποτελεσματικές. Γι' αυτό πιστεύουμε ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να περιορίζεται στις προδιαγραφές και τη χρηματοδότηση των πρωτοβουλιών ευαισθητοποιημένων πολιτών, που αφού λάβουν κατάλληλη εκπαίδευση, θα αυτοοργανωθούν κυρίως στο επίπεδο της συνοικίας και του Δήμου. Εάν το κράτος γίνει απευθείας φορέας της θεραπευτικής πρότασης ή της πρότασης πρόληψης θα οδηγηθούμε νομοτελειακά στην δημιουργία οργανισμών "μαμούθ", που πέρα από το γεγονός ότι δεν θα προσφέρουν τίποτα ουσιαστικό στην αντιμετώπιση του προβλήματος θα οδηγήσουν αναπόφευκτα σε αναπαραγωγή των γνωστών φαινομένων της δημόσιας διοίκησης.

Με τέτοιους κύριους άξονες στην πρόληψη και θεραπεία, είναι σαφές, ότι πολύ μικρή πλέον σημασία έχει αν κάποιος χρησιμοποιεί "σκληρά" ή "μαλακά", νόμιμα ή παράνομα ναρκωτικά, αφού όλες οι ουσίες που με οιοδήποτε τρόπο επιδρούν στον ψυχισμό, προωθούν στην πράξη έναν πολύ συγκεκριμένο τρόπο ζωής. Ένα ολόκληρο πρότυπο, φαρμακευτικής επίλυσης προσωπικών και κοινωνικών αδιεξόδων. Πρόκειται στην ουσία για φαρμακευτική καταστολή, που είναι πολύ πιο επικίνδυνη για το κοινωνικό σύνολο σε σχέση με την αστυνομική ή νομοθετική καταστολή. Κι αυτό γιατί διαθέτει την ιδιοτυπία να αποτελεί αποτελεσματική καταστολή αλλά και να διαθέτει παράλληλα το στοιχείο της "ελεύθερης επιλογής". Αυτή λοιπόν η ιδιότυπη "αυτοδιαχειριζόμενη" και "ελευθέρα" επιλεγμένη φαρμακευτική καταστολή, ευθύνεται ουσιαστικά για την συσσώρευση τεράστιας δύναμης σ' αυτόν που ελέγχει την παραγωγή και την διακίνηση των φαρμακευτικών ουσιών, ανεξάρτητα αν αυτός

είναι το Κράτος με τους μηχανισμούς του και τις νόμιμες -πολυεθνικές εταιρίες ή το παράνομο κύκλωμα.

Κάτω απ' αυτές τις προϋποθέσεις το ερώτημα "Απαγόρευση" ή "Αντιαπαγόρευση", που αρχίζει να διχάζει και να πολώνει την κοινωνία μας, θα έπρεπε ίσως να αποτελεί ένα δευτερεύον θέμα. Όταν τίθεται σαν κυρίαρχο ερώτημα αποπροσανατολίζει . Το κυρίαρχο ερώτημα δεν θα όφειλε να είναι αν χορηγός των φαρμακευτικών ουσιών θα είναι το Κράτος ή το παρακράτος, αλλά το αν θα συνεχίσουμε την πορεία προς την κοινωνία της νάρκωσης ή αν θα αναλάβουμε επιτέλους την προσωπική μας ευθύνη, να αλλάξουμε αυτή την πορεία.

Ξεκινώντας όμως από τον εαυτό μας. Κατανοώντας ότι η αντίσταση σε ότι μας υποτάσσει και μας αλλοτριώνει, δεν είναι υπόθεση κομματικής ή άλλης ιδεολογικής ένταξης, αλλά προσωπική επιλογή, που επικυρώνεται από τον τρόπο ζωής μας και την καθημερινή μας πρακτική.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Βιβλία σε ελληνική γλώσσα

- Π. Σακελλαρόπουλος, «Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα», Εγχειρίδιο, Αθήνα, 2003.
- Γ. Λιάππας, «Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα και Αντιμετώπιση», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1992.
- Γ. Ν. Χριστοδούλου, «Ψυχιατρική», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000.
- Γ. Λιάππας, «Χασίς – Ο άγνωστος της διπλανής πόρτας», Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2002.
- Κ. Μάτσα, «Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... - Το αίνιγμα της Τοξικομανίας», Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα, 2002.
- Α. Κοκκέβη, και Κ. Στεφανής, «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η διαχρονική πορεία της χρήσης», Εκδόσεις ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα 1994.

### Βιβλία μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα

- D. Herbert, M. O. Kleber, «Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά», Αθήνα 1998.
- L. Ratna, «Η πολιτική της τοξικομανίας», Αθήνα, 1990.

### Πρακτικά διεθνών συνεδρίων και συζητήσεων

- Ι. Κυβερνήτης, «Η Ευρώπη σε μεταβατικό στάδιο – Η Θεραπευτική Κοινότητα σε μεταβατικό στάδιο», Πρακτικά, 2<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Συνέδριο «Η Ευρώπη κατά της χρήσης ουσιών», Εκδόσεις ΚΕ.Θ.Ε.Α., Θεσσαλονίκη, 1995.

## Περιοδικά

- Επιστημονική Ένωση, Ψ.Ν.Α., «Χρήση ουσιών και ατομικά δικαιώματα», Περιοδικό: Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 81, Γενάρης – Φλεβάρης - Μάρτης 2003.
- Δ.Γ. Μαγριπλής, «Ο Κοινωνικός Αποκλεισμός, μια πολυσύνθετη έννοια», Περιοδικό: Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 82, Απρίλιος – Μάιος – Ιούνιος 2003.
- Φ. Ζαφειρίδης, «Ψυχική Υγεία και αυτοβοήθεια: Το παράδειγμα των ανώνυμων ναρκομανών (ΝΑ) και αλκοολικών (ΑΑ)», Περιοδικό: Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 73, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2001.
- Επιστημονική Ένωση, Ψ.Ν.Α., «Εξαρτήσεις», Περιοδικό: Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 73, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2003.

## Επίσημα έγγραφα – Νόμοι

- Έκθεση ΚΕ.Θ.Ε.Α. – «Απολογισμός έργου ΚΕ.Θ.Ε.Α.», Μελέτη, Αθήνα, 1998.
- Ο. Αναγνώστου, Κ. Κοκκώλης, «Θεραπεία διαταραχών χρήσης ουσιών», Πρακτικός οδηγός, Αθήνα, 2001.

## Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο

- [www.pi-schools.gr/.../ gr/drugs/drugs-gr.htm](http://www.pi-schools.gr/.../gr/drugs/drugs-gr.htm)
- [www.ndp.govt.nz/ cannabis/cannabis01.html](http://www.ndp.govt.nz/cannabis/cannabis01.html)
- [www.valentine.gr/ drugs\\_gr.htm](http://www.valentine.gr/drugs_gr.htm)
- [www.solvay-pharma.ru/ dopamin/](http://www.solvay-pharma.ru/dopamin/)
- [www.dap.ie/dap\\_prof/images/lsd.jpg](http://www.dap.ie/dap_prof/images/lsd.jpg)
- [www.vpu1.upenn.edu/.../ drugs/Misperceptions.htm](http://www.vpu1.upenn.edu/.../drugs/Misperceptions.htm)

- [www.ohsinc.com/pictures\\_of\\_drugs\\_drug\\_picture...](http://www.ohsinc.com/pictures_of_drugs_drug_picture...)
- [www.uscg.mil/hq/g-cp/cb/NOV99/loq.html](http://www.uscg.mil/hq/g-cp/cb/NOV99/loq.html)
- [www.coldonline.com/bboard/other/viewtopic.asp...](http://www.coldonline.com/bboard/other/viewtopic.asp...)
- [students.washington.edu/jt6/depression%20=\(/](http://students.washington.edu/jt6/depression%20=(/)
- [www.methadoneaddiction.net/m-pictures.htm](http://www.methadoneaddiction.net/m-pictures.htm)
- [www.wordworx.co.nz/SOSADpoem3.htm](http://www.wordworx.co.nz/SOSADpoem3.htm)
- [www.eranet.gr/html/gdemo8.html](http://www.eranet.gr/html/gdemo8.html)
- <http://eldd.encdda.eu.int>

### ➤ Προφορικές συνεντεύξεις

- Ι. Κυβερνήτης, Π.Ε. Ψυχολόγος - Ψυχοθεραπευτής Γ.Ν.Αγρινίου.
- Φ. Ζαφειρίδης, Π.Ε. Κοινωνικός Ψυχίατρος, Υπεύθυνος του Κ.Ε.Θ.Ε.Α. «ΙΘΑΚΗ».
- Ι. Σταθοπούλου, Τ.Ε. Κοινωνική Λειτουργός του Ο.ΚΑ.ΝΑ. – «ΟΔΥΣΣΕΑΣ», Αγρίνιο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ:

### "ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ"

Το σχολικό έτος 1999-2000, το μήνα Νοέμβριο διεξήχθη επιδημιολογική έρευνα από το Κέντρο Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών νομού Αιτωλοακαρνανίας "ΟΔΥΣΣΕΑΣ" και τη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του νομού, με τίτλο: "Ψυχοτρόπες Ουσίες και Μαθητές στο Νομό Αιτωλοακαρνανίας".

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 4.185 μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης. Από αυτούς το 60.6% (n=2.537) το αποτελούσαν μαθητές της τρίτης Γυμνασίου και το 39.4% (n=1.648) μαθητές της τρίτης Λυκείου, αντίστοιχα. Οι τάξεις δεν επιλέχθηκαν τυχαία, αλλά έχουν επιλεγεί ως δείγματα κι άλλων επιδημιολογικών ερευνών. Οι μαθητές της τρίτης Γυμνασίου βρίσκονται σε μία ηλικία μετάβασης σε μία αναπτυξιακή περίοδο έντονων αλλαγών, αύξησης του ορίου ελευθερίας από τους γονείς και ανάληψης νέων ευθυνών. Οι μαθητές της τρίτης Λυκείου διανύουν τη φάση της μετάβασης από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Έτσι θεωρήσαμε ότι η δειγματοληψία σε αυτές τις τάξεις θα μας έδινε πλούσιο υλικό που θα μπορούσε να γενικευθεί στους μαθητές της μέσης εκπαίδευσης.

Από το σύνολο του δείγματος το 48.5% (n=2.029) ήταν αγόρια και το 51.5% (n=2.156) ήταν κορίτσια.

Ο μέσος όρος ηλικίας των μαθητών της τρίτης Γυμνασίου ήταν 14,5, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των μαθητών της τρίτης Λυκείου ήταν 17,5 ετών.

Από τους καταλόγους της Διεύθυνσης Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης καταγράφηκαν όλα τα σχολεία Μέσης Εκπαίδευσης (Γυμνάσια και Λύκεια) του νομού. Από αυτά διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο σε όλους τους μαθητές (εκτός αυτών που απουσίαζαν την ημέρα της διανομής) των αντίστοιχων τάξεων όλων των σχολείων, όλων των περιοχών του νομού μας.

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο "κλειστού τύπου", το οποίο ήταν αυστηρά ανώνυμο και απόρρητο και περιλάμβανε 52 ερωτήσεις δημογραφικού, σχολικού, οικονομικού, οικογενειακού περιεχομένου, καθώς και μεταβλητές που διερευνούσαν τη χρήση, τις γνώσεις και τη στάση των μαθητών για τις νόμιμες και παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες. Το ερωτηματολόγιο είχε σταθμιστεί πριν χρησιμοποιηθεί για πρώτη φορά σε επιδημιολογική έρευνα το 1983 από το Εργαστήριο Φαρμακολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και έχει διανεμηθεί σε πανελλαδική κλίμακα σε 12.195 μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης. Για την τελευταία δική μας δειγματοληψία, το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στις ανάγκες του νομού από την ερευνητική μας ομάδα.

Η διαδικασία της διανομής των ερωτηματολογίων έγινε τηρουμένων όλων των απαραίτητων προϋποθέσεων που προβλέπει η επιδημιολογική πρακτική.

Πρώτα γινόταν τηλεφωνική επικοινωνία με τους Διευθυντές των σχολείων και συνεννόηση από κοινού για την ώρα διανομής. Για κάθε σχολείο συστηνόταν ερευνητική ομάδα που μοίραζε τα ερωτηματολόγια σε κάθε πόλη ή περιοχή σε κάθε σχολείο, σε κάθε τάξη σε όλα τα τμήματα ταυτόχρονα, έτσι ώστε να αποφεύγεται η επικοινωνία των μαθητών σε ώρες διαλείμματος ή σε εξωσχολικούς χώρους, όπως είναι τα απογευματινά φροντιστήρια. Επιπλέον από την ώρα διανομής απουσίαζε από κάθε τμήμα ο καθηγητής της τάξης, ενώ τη θέση του έπαιρνε κάποιος από την ερευνητική μας ομάδα. Η τακτική μας αυτή ήταν απαραίτητη, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία των απαντήσεων των μαθητών.

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που συντέλεσαν με την άριστη συνεργασία τους στην ορθή διεξαγωγή της έρευνας. Τους διευθυντές, τους μαθητές καθώς και όσους βοήθησαν ανιδιοτελώς για τη διανομή και τη συλλογή των ερωτηματολογίων τους ευχαριστούμε θερμά για την πολύτιμη συνεργασία τους.

Τα ευρήματά μας, με τη μορφή αναλυτικών συμπερασμάτων δίνονται αμέσως παρακάτω:

- Χρήση καπνού ανέφερε το 19.4% των μαθητών του δείγματος. Χαρακτηριστικό, όμως, είναι ότι από τους χρήστες παρανόμων ψυχοτρόπων ουσιών το 84.3% είναι ταυτόχρονα και καπνιστές, ενώ το 15.7% δεν έχει αναφέρει ότι χρησιμοποιεί και καπνό. Μαζί με τον καπνό μία άλλη ευρέως χρησιμοποιούμενη ουσία είναι ο καφές. Βρέθηκε ότι το 67.9% των μαθητών πίνει καφέ. Επίσης σημαντικό είναι ότι από το σύνολο των χρηστών το 95.6% χρησιμοποιούν και καφέ. Παρατηρούμε λοιπόν ότι ο πειραματισμός με τις νόμιμες ουσίες συσχετίζεται άμεσα με έναν ενδεχόμενο πειραματισμό με τις παράνομες ουσίες.
- Χρήση οινόπνευματος ανέφερε το 54.1% του συνολικού δείγματος. Οι χρήστες κατά 93.8% είναι ταυτόχρονα και καταναλωτές οινόπνευματος, ενώ μόνο το 6.2% κάνει χρήση "ναρκωτικών", χωρίς παράλληλα να πίνει οινόπνευματώδη ποτά.
- Στον κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων εντάσσονται φάρμακα που τα χρησιμοποιούν οι μαθητές εμπειρικά. Το 3.8% του δείγματος χρησιμοποιεί φάρμακα που υποτίθεται ότι αυξάνουν την απόδοση στις εξεταστικές περιόδους, το 4.8% χρησιμοποιεί διεγερτικά φάρμακα, ενώ το 3.3% κάνει χρήση ηρεμιστικών.
- Παράνομη χρήση γενικά (συστηματική ή περιστασιακή) ψυχοτρόπων ουσιών βρέθηκε να κάνει το 4.8% των μαθητών. Από αυτούς το 2.7% κάνει χρήση συστηματικά (μία φορά την εβδομάδα ή και περισσότερο), ενώ το 2.1% περιστασιακά (λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα).
- Κάνοντας λόγο για τις ουσίες χρήσης θα λέγαμε ότι τα προϊόντα της κάνναβης (χασίς, μαριχουάνα) αποτελούν τη βασική προτίμηση των μαθητών και ακολουθεί η κοκαΐνη και τα παράγωγα του οπίου (ηρωΐνη, Romidon, κτλ). Τα ευρήματα αυτά, άλλωστε, ήταν αναμενόμενα, εφόσον η χρήση ηρωΐνης δεν συμβιβάζεται με την παρουσία του μαθητή μέσα στη σχολική κοινότητα.



### ***Δημογραφικοί παράγοντες και η σχέση τους με τη χρήση***

- Το φύλο αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συνδέεται με τη χρήση. Από τους χρήστες παρανόμων ουσιών το 80.2% το αποτελούν αγόρια, ενώ το 19.8% το αποτελούν κορίτσια. Την "πρωτιά" στη χρήση ουσιών φαίνεται να κερδίζουν τα αγόρια.
- Η ηλικία έχει να κάνει σε σημαντικό βαθμό με τη αύξηση ή τη μείωση της χρήσης. Από τους χρήστες το 39.6% έχει ηλικιακό εύρος 13-16 ετών, ενώ το 60.4% 17-22 ετών. Το εύρημά μας αυτό επιβεβαιώνει και επιβεβαιώνεται και από παρόμοια επιδημιολογικά ευρήματα που θέλουν τη χρήση να αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία.
- Ο τόπος διαμονής είναι επίσης στοιχείο που συνδέεται άμεσα με τη χρήση. Από το σύνολο των χρηστών το 73.3% ζει στα αστικά κέντρα του νομού, το 6.9% σε ημιαστικές περιοχές, ενώ το 19.8% ζει σε αγροτικές περιοχές. Αντιλαμβανόμαστε ότι τα αστικά κέντρα και οι αγροτικές περιοχές έχουν σαφή προτεραιότητα στη χρήση έναντι των ημιαστικών περιοχών.

### ***Σχολικοί παράγοντες και η σχέση τους με τη χρήση***

- Η σχολική βαθμίδα είναι παράγοντας που μας δίνει βασικά στοιχεία για το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Από τους χρήστες το 43.1% είναι μαθητές της τρίτης Γυμνασίου και το 56.9% μαθητές της τρίτης Λυκείου. Το εύρημα αυτό μας οδηγεί να σκεφτούμε ότι από τη μία πλευρά η χρήση αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία, ενώ από την άλλη πλευρά παρατηρούμε ότι η διαφορά με μεταξύ χρηστών Γυμνασίου και Λυκείου δεν απέχει παρά μόνο 14.0 ποσοστιαίες μονάδες. Ο πειραματισμός και η εξοικείωση με τη χρήση άρχισαν να αφομοιώνονται και από τους μαθητές Γυμνασίου.
- Η επίδοση του μαθητή στο σχολείο συσχετίζεται με τη χρήση και αποτελεί παράγοντα είτε προγνωστικού-αιτιολογικού χαρακτήρα είτε ως συνέπεια αυτής. Από το σύνολο των χρηστών το 72.4 το αποτελούν μαθητές που ο Μέσος όρος του ετήσιου βαθμού τους είναι πολύ χαμηλός ή μέτριος, ενώ το 27.6% το αποτελούν μαθητές που πλησιάζουν το άριστα.
- Η συμπεριφορά του μαθητή μέσα στη σχολική κοινότητα φαίνεται να έχει έναν ρόλο πολύ σημαντικό. Η πλειοψηφία των χρηστών έχει ως σύνολο από την περσινή χρονιά πάνω από 50 απουσίες και έχει πάρει αποβολή από το σχολείο του για ανάρμοστη συμπεριφορά.

### ***Οικονομικοί παράγοντες και η σχέση τους με τη χρήση***

Πολλοί παράγοντες είναι αυτοί που μας βοήθησαν να δημιουργήσουμε το "πορτραίτο" της οικονομικής κατάστασης του μαθητή και της οικογένειάς του. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας από μόνη της δεν φαίνεται να επηρεάζει τη χρήση. Όμως άλλοι παράγοντες που έχουν να κάνουν με τη οικονομική κατάσταση της οικογένειας του μαθητή και μπήκαν στο ερωτηματολόγιο για λόγους διασταύρωσης στοιχείων και ελέγχου αξιοπιστίας φαίνεται να μας δίνουν διαφορετικά στοιχεία. Οικογένειες μη εύπορες σε βαθμό που να αναγκάζεται να

δουλεύει κάποιο από τα παιδιά καθ' όλη τη διάρκεια του έτους (παράλληλα με τη σχολική του θητεία) είτε κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών βρέθηκε να κάνουν χρήση πολύ λιγότερο από εκείνους τους μαθητές που δεν αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα. Μαθητές που έχουν υψηλό χαρτζιλίκι από τους γονείς τους βρέθηκε να κάνουν χρήση κατά 3.0 φορές περισσότερο από τους μαθητές που καθημερινά ξοδεύουν μέχρι το πολύ 500 δραχμές.

### ***Ατομικοί παράγοντες και η σχέση τους με τη χρήση***

Μιλώντας για ατομικά ενδιαφέροντα αναφερόμαστε στα ενδιαφέροντα και στις δραστηριότητες του μαθητή που έχουν να κάνουν με το σκοπό διάθεσης των χρημάτων (χαρτζιλίκι) του μαθητή και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου του.

Χαρακτηριστικό εύρημα είναι ότι οι εξω-οικιακές δραστηριότητες, όταν υπερτερούν σημαντικά των ενδο-οικιακών δραστηριοτήτων απαιτούν απομάκρυνση από την οικογένεια, καθώς και απόσπαση του μαθητή από τις σχολικές του υποχρεώσεις.

### ***Οικογενειακοί παράγοντες και η σχέση τους με τη χρήση***

Στις οικογενειακές παραμέτρους περιλαμβάνονται ο έλεγχος που ασκούν οι γονείς στα παιδιά τους, η δυναμική της οικογένειας (αριθμός μελών και ο τρόπος διαβίωσης), καθώς και οι σχέσεις των μελών μεταξύ τους.

- Ο έλεγχος που ενδεχόμενα ή μη ασκούν οι γονείς του μαθητή στον ίδιο βρέθηκε να είναι ένας από τους παράγοντες που συσχετίζεται σε βαθμό στατιστικά πολύ σημαντικό με τη χρήση ουσιών. Γονείς που δεν ασχολούνται με τις παρέες των παιδιών τους, τον τρόπο διασκέδασης και τα έντυπα πληροφόρησης φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τις επιλογές των παιδιών τους, εφόσον η χρήση βρέθηκε να είναι αυξημένη κατά 10.0 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με τους μαθητές που εντάσσονται σε οικογενειακά συστήματα που ο έλεγχος από τους γονείς φαίνεται να λειτουργεί ως επικοινωνιακό μέσο.
- Η δυναμική της οικογένειας καθώς και οι σχέσεις των μελών της οικογένειας αποτελούν το σημαντικότερο ίσως παράγοντα από την ομάδα των οικογενειακών παραμέτρων και αυτό αποτελεί ένα διαχρονικό εύρημα που προκύπτει από όλες τις επιδημιολογικές μελέτες που σχετίζονται με τις ψυχοτρόπες ουσίες. Όσο χειροτερεύουν οι σχέσεις των συζύγων μεταξύ τους ή του μαθητή με τον πατέρα του ή τη μητέρα του αντίστοιχα, αυξάνονται θεαματικά τα ποσοστά χρήσης. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι από τους χρήστες το 53.6% αποτελείται από μαθητές που χαρακτηρίζουν τη σχέση με τον πατέρα τους "πολύ κακή έως ανύπαρκτη", το 31.8% αποτελείται από μαθητές που χαρακτηρίζουν τη σχέση με τον πατέρα τους "μέτρια", ενώ το 14.5% από μαθητές που χαρακτηρίζουν τη σχέση με τον πατέρα τους "πολύ καλή έως άριστη".

### *Γνώσεις και στάση των μαθητών απέναντι στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών*

- Το 49.2% των μαθητών υποστηρίζει ότι η σωστή ενημέρωση για "ναρκωτικά" αρκεί για να προλάβει τη διάδοσή τους. Όμως υπάρχει κι ένα 48.3%, εξίσου μεγάλο ποσοστό, που αρνείται τη σωστή ενημέρωση ως αποτελεσματικό τρόπο ύφεσης του προβλήματος της χρήσης.
- Το 55.0% του συνολικού δείγματος υποστηρίζει ότι δεν είναι ικανοποιημένο από την ενημέρωσή του γύρω από το πρόβλημα των "ναρκωτικών". Οι αναφερόμενες πηγές ενημέρωσης κατά ιεραρχική σειρά κατάταξης από τους μαθητές είναι οι παρακάτω: Το μεγαλύτερο ποσοστό ενημερώνεται από τους γονείς του, ενώ αμέσως μετά το ρόλο της ενημέρωσης κερδίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
- Χαρακτηριστικό εύρημα είναι ότι η χαλαρή στάση των μαθητών απέναντι στη χρήση σημαίνει ταυτόχρονα και αυξημένη χρήση, ενώ η "σκληρή" και κριτική στάση αφορά κυρίως στους μη-χρήστες.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι οι κατηγορίες των παραπάνω παραμέτρων βρέθηκαν να συσχετίζονται ή μη μεμονωμένα με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Αυτό που η επιδημιολογία δεν είναι σε θέση να αναδείξει είναι εάν οι παραπάνω παράμετροι σχετίζονται κατά τρόπο προγνωστικό-αιτιολογικό ή αποτελεσματικό με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι τελικοί παράγοντες ευθύνης αναδεικνύονται από την πολυπαραγοντική ανάλυση, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη.

**N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις**

- N.2943/2001 ΕΚΤΙΣΗ ΠΟΙΝΩΝ ΕΜΠΟΡΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
- 39691 Υπαγωγή ουσίας στις διατάξεις για τα ναρκωτικά
- 2408/96 Τροποποίηση διατάξεων του Ποινικού Κώδικα
- N2161/93 Τροποποίηση και συμπλήρωση του 1729/87
- A6B/793/1992 Υπαγωγή Ουσίας στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- A6B 12300/91 Υπαγωγή Ουσιών
- Y6B/1275/97 Εξαίρεση Ουσιών από τις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- Y6B/13257/96-97 Τιμές Πώλησης Ναρκωτικών Φαρμάκων
- A6B/2098/91 Μεταφορά Ναρκωτικής Ουσίας από Πίνακα Β σε Πίνακα Γ του Ν.1729/87
- A7B/30/98 Υπαγωγή Ουσιών στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- A6B/3297/90 Μεταφορά Ουσίας από τον Πίνακα Β στον Πίνακα Γ του Ν.1729/87
- A2B/3982/87 Ενισχύει Επιστημονικά Κριτήρια για την Διάγνωση της Εξάρτησης
- A2B/3984/87 Προϋποθέσεις Φαρμακευτικής Καταστολής του Σωματικού Στερεϊκού Συνδρόμου
- Y6B/4285/93 Φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που εμπίπτουν στο Ν.1729/87
- A6B/4339/92 Υπαγωγή Ουσίας στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- Y6B/5105/94 Καθορισμός Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων που εμπίπτουν στις Διατάξεις του Ν.1729/87
- A6B/5778/90 Τροποποίηση της Απόφασης Καθορισμού Νέων Τιμών Πώλησης Ναρκωτικών Κρατικού Μονοπωλίου
- A6B/5934/88 Υπαγωγή Ουσιών στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- Y6B/6948/95 Υπαγωγή Ουσίας στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- A7B/7315/98 Υπαγωγή Ουσιών στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- Y6B/850/94 Καθορισμός Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων που εμπίπτουν στις Διατάξεις του Ν.1729/87
- A7B/8597/98 Υπαγωγή Ουσίας στις Διατάξεις για τα Ναρκωτικά
- A6B/1636/81 Τιμές πώλησεως ναρκωτικών Κρατικού Μονοπωλίου
- A6B/6543/88 Καθορισμός όρων και Προϋποθέσεων της Διάθεσης των Ουσιών του Αρθρου 4 του Ν.1729/87
- Y6B/4216/96 Καθορισμός τιμών πώλησης ναρκωτικών φαρμάκων Κρατικού Μονοπωλίου
- N2721/99 Διατάξεις περί ναρκωτικών
- N 1941/1991 / A-41 Μεταβολές των ΠΚ και ΚΠΟΙΝΔ - κλπ. διατάξεις
- N2648/98 Αρθρο33 Θέματα του σώματος δίωξης οικονομικού εγκλήματος
- N2716/99 Αρθρο19 Χορήγηση Υποκαταστάτων και ανταγωνιστικών ουσιών
- YA.2160/15.12.99 Αριθ.Α.Π.149020Θεραπευτικό Πρόγραμμα Κέντρων Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατούμενων
- N.2943/2001-ΕΚΤΙΣΗ ΠΟΙΝΩΝ ΕΜΠΟΡΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
- N3189 Αναμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας ανηλικών, ναρκωτικά και άλλες διατάξεις
- YA Y6γ/2003 Υπαγωγή ουσιών στις διατάξεις για τα ναρκωτικά
- YA ΔΥΓ 2004 Υπαγωγή ουσίας στις διατάξεις για ναρκωτικά
- 33722 Υπαγωγή ουσίας στις διατάξεις για τα ναρκωτικά

## Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.

Νόμος 1729 της 5/7.8.87. Καταπολέμηση της  
διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των  
νέων και άλλες διατάξεις.- (Α' 144).

## Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

#### ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

#### ΕΝΝΟΙΑ ΟΡΩΝ

#### Άρθρο 1.

Σύσταση οργάνων.

1. \*\*\*Οι παρ.1 έως και 3 καταργήθηκαν με το άρθρο 26 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

2.

3.

4. Για την ενεργό συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου στην καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών και την προστασία των νέων καθώς και την υποβοήθηση του έργου του Κεντρικού Συμβουλίου, συνιστάται Γνωμοδοτικό Συμβούλιο που αποτελείται από εκπροσώπους της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Γονέων Μέσης Εκπαίδευσης (Α.Σ.Γ.Μ.Ε.), των συλλόγων γονέων τοξικομανών, των αποθεραπευμένων τοξικομανών, εκπροσώπους του διδακτικού προσωπικού Πρωτοβάθμιας (Δ.Ο.Ε.) και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Ο.Λ.Μ.Ε.- Ο.Τ.Ε.Ε.), των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) και Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι.), της Εθνικής Σπουδαστικής Ένωσης Ελλάδας (Ε.Σ.Ε.Ε.), του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.), του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών (Δ.Σ.Α.) και της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (Ε.Σ.Η.Ε.Α.).

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την εφαρμογή της διάταξης αυτής, η συγκρότηση, η λειτουργία, οι αρμοδιότητες καθώς και κάθε συναφές θέμα για την εκπλήρωση της αποστολής του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου.

Η θητεία του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου ορίζεται σε τρία χρόνια.

5. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία "Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων" (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) και έδρα τη Θεσσαλονίκη.

Σκοπός του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι η θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων και η δημιουργία και συνεχής εκπαίδευση στελεχών στις αντίστοιχες σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές.

Για την υλοποίηση του σκοπού του το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ιδρύει συμβουλευτικούς σταθμούς, κέντρα σωματικής αποτοξίνωσης, θεραπευτικές κοινότητες, κέντρα κοινωνικής επανένταξης και άλλες ανάλογες μονάδες. Δημιουργεί αυτοδιαχειριζόμενους συνεταιρισμούς και στηρίζει κάθε είδους δραστηριότητα που ευοδώνει τους σκοπούς του ή που κρίνεται απαραίτητη για τη βοήθεια των εξαρτημάτων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων.

Στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. εντάσσονται οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Αθήνας και Θεσσαλονίκης του "Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος για εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες άτομα" του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης Νταού Πεντέλης και η Θεραπευτική Κοινότητα "ΙΘΑΚΗ" του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας στην Σίνδο της Θεσσαλονίκης.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζεται η διαδικασία ένταξης των παραπάνω μονάδων και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο, που τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η σύνθεση του διοικητικού συμβουλίου, ο τρόπος διοίκησης, οργάνωσης, διαχείρισης και ο κανονισμός εσωτερικής λειτουργίας του ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, έστω και με παρέκκλιση από τις ισχύουσες διατάξεις.

Πόροι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι η χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δωρεές, κληροδοσίες και επιχορηγήσεις και δραστηριότητές του.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει τις ίδιες φορολογικές απαλλαγές που προβλέπονται για τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ν. 2592/1953.

Η διαχείριση των πόρων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ελέγχεται απολογιστικά - κατασταλτικά από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

6. Γιατροί του Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. από τα νοσοκομεία που υπηρετούν.

Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από αίτησή τους και σύμφωνη γνώμη του διευθυντή του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Η χρονική διάρκεια της απόσπαση είναι απεριόριστη. Η απόφαση διακόπτεται με όμοια υπουργική απόφαση μετά από αίτηση του γιατρού ή πρόταση του διευθυντή του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

7. Με τη διαδικασία της παρ. 6 είναι δυνατή η απόσπαση στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. και άλλων υπαλλήλων του δημόσιου τομέα.

Άρθρο 2.

Επιτροπή Ναρκωτικών.

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστάται Επιτροπή Ναρκωτικών, αποτελούμενη από:

Το διευθυντή της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Εκπρόσωπο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.

Τέσσερα μέλη του διδακτικού ερευνητικού προσωπικού των Α.Ε.Ι., ανά ένα με ειδίκευση στα γνωστικά αντικείμενα Φαρμακευτικής Χημείας, Φαρμακολογίας, Τοξικολογίας και Ψυχιατρικής αντίστοιχα και έναν ανώτερο αξιωματικό της Ελληνικής Αστυνομίας με εμπειρία στα θέματα ναρκωτικών. Για κάθε μέλος της Επιτροπής ορίζεται και ένας αναπληρωτής.

Η θητεία της Επιτροπής ορίζεται σε δύο χρόνια.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, επιλέγονται και ορίζονται μετά από πρόταση των αρμοδίων οργάνων διοίκησης των Α.Ε.Ι., τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της επιτροπής καθώς και ο γραμματέας της. Η Επιτροπή εκλέγει τον πρόεδρό της. Με απόφαση του ίδιου υπουργού ορίζονται και οι κανόνες λειτουργίας της Επιτροπής.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Σχετικά εκδόθηκε η Φ. 18/Α6/Β 1039/29 Ιαν.- 15 Φεβρ.

1988 (Β' 87) απόφ. Υπ.Υγ.Πρόν. και Κοιν.Ασφαλ. με την

οποία καταρτίσθηκε ο Εσωτερικός Κανονισμός της Επιτροπής

Ναρκωτικών.

3. Η Επιτροπή Ναρκωτικών έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Γνωμοδοτεί για τα σχετικά με τα ναρκωτικά θέματα που προκύπτουν από τις κυρωμένες από την Ελλάδα διεθνείς συμβάσεις ή από αίτηση των αρμοδίων διεθνών οργανισμών (UNFDAC, Π.Ο.Υ., Ε.Ο.Κ. κλπ.).

β) Γνωμοδοτεί στον Ε.Ο.Φ. για τη χορήγηση άδειας παραγωγής ή κατεργασίας και εισαγωγής έτοιμων προϊόντων που περιέχουν ουσίες του άρθρου 4 του νόμου αυτού.

γ) Γνωμοδοτεί για την προσθήκη ή αφαίρεση ουσιών στους πίνακες του άρθρου 4 του νόμου αυτού, για τη μεταφορά από τον ένα πίνακα στον άλλο ή για τη μεταβολή των όρων και των προϋποθέσεων της διάθεσής τους σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις.

δ) Γνωμοδοτεί για την τιμή των πωλουμένων από το Κρατικό Μονοπώλιο Ναρκωτικών.

ε) Γνωμοδοτεί για κάθε σχετικό θέμα που θα ζητήσει ο αρμόδιος υπουργός ή το Κεντρικό Συμβούλιο του άρθρου 10 του νόμου αυτού.

στ) Υπολογίζει τις ετήσιες ανάγκες της χώρας σε ναρκωτικές ουσίες και εισηγείται σχετικά στον αρμόδιο υπουργό.

Άρθρο 3.

Πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών.

1. Ο προγραμματισμός για την αντιμετώπιση της φαρμακευτικής εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες κατά την έννοια του άρθρου 4 του νόμου αυτού διακρίνεται σε τρεις βαθμίδες:

α) πρόληψη - ενημέρωση

β) θεραπευτική αποκατάσταση

γ) κοινωνική επανένταξη.

"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', ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών και με δαπάνες τους ή και με συγχρηματοδότηση ή δανειοδότηση από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.":

\*\*\*Το εντός " " ανωτέρω εδάφιο αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.3 του

άρθρου 6 του Ν. 2256/1994 (Α 196)

[Η προηγούμενη διάταξη είχε ως εξής:" 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 ιδρύσεως και λειτουργίας των ως άνω μονάδων, ο τρόπος ασκήσεως της εποπτείας και του ελέγχου από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. καθώς και τα κριτήρια αξιολόγησης του επιτελουμένου σ'αυτές έργου.

\*\*\*Η αρχική παρ.2 αντικαταστάθηκε με τις ως άνω παραγράφους 1-6 διά του άρθρου 6 του Ν. 2161/1993 (ΦΕΚ Α 119).

## **Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 4.

Ορισμός ναρκωτικών.

1. Ναρκωτικά κατά την έννοια του νόμου αυτού είναι ουσίες τεχνητές ή φυσικές που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εξάρτηση του ατόμου από αυτές και που περιλαμβάνονται ιδίως στους τέσσερις (4) πίνακες του άρθρου αυτού.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Δικαιοσύνης, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής Ναρκωτικών του άρθρου 2, μπορούν να προσθέτονται ή να αφαιρούνται ουσίες στις κατηγορίες του άρθρου αυτού ή να μεταφέρονται από τη μια κατηγορία στην άλλη ή να μεταβάλλονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της διάθεσής τους ιδίως σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις.

3. Οι ουσίες που υπάγονται στα ναρκωτικά καταχωρούνται σε τέσσερις πίνακες.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ Α'

1. ΔΕΣΟΜΟΡΦΙΝΗ: Διυδροδεσοξυμορφίνη DESOMORPHINE:  
DIHYDRODESOXYMORPHINE

2. DET: N, N-Διαιθυλοτριπταμίνη DET: N, N-DIETHYLTRYPTAMINE

3. DMHP: (Διμεθυλο-1, 2επτυλο) - 3τετραύδρο-7, 8, 9, 10 τριμεθυλο- 6,6,9  
διβενζο- 6H (β, δ) πυρανόλη -1 DMHP: (DIMETHYL-1,2 HEPTYL) -3  
TETRAHYDRO- 7,8,9,10 TRIMETHYL- 6,6,9, DIBENZO- 6H(B, D) PYRANOL- 1

4. DMT: N, N- Διμεθυλοτριπταμίνη DMT: N, N- DIMETHYLTRYPTAMINE

5. ΗΡΩΙΝΗ: Διακετυλομορφίνη HEROINE: DIACETYLMORPHINE

6. KANNABIS ΚΑΙ ΡΗΤΙΝΗ KANNABEΩΣ CANNABIS ET RESINE DE CANNABIS

7. ΚΕΤΟΒΕΜΙΔΟΝΗ: (μ-υδροξυφαινυλο)-4 μεθυλο-1 προπιονυλο- 4  
πιπεριδίνη CETOBEMIDONE: (M-HYDROXYPHENYL)- 4 METHYL- 1  
PROPIONYL- 4 PIPERIDINE

8. (+)-ΛΥΣΕΡΓΙΔΙΟΝ, LSD, LSD-25: (+)-N, N-διαιθυλαμίδιον του D-  
λυσεργινικού οξέος (+)-LYSERGIDE, LSD, LSD-25: (+)-N, N-DIETHYL-  
LYSERGAMIDE

9. ΜΕΣΚΑΛΙΝΗ: Τριμεθοξυ-3,4,5 φαινυλαιθυλαμίνη MESCALINE:  
TRIMETHOXY- 3,4,5 PHENETHYLAMINE

10. ΠΑΡΑΞΥΛΗ: Εξυλο-3 τετραύδρο- 7,8, 9, 10 τριμεθυλο- 6,6,9 διβενζο -6H  
(β,δ) πυρανόλη-1 PARAHEXYLE: HEXYL-3 TETRAHYDRO-7, 8, 9, 10  
TRIMETHYL-6, 6, 9 DIBENZO-6H (B, D) PYRANOL-1

11. PCE: N-αιθυλο- 1- φαινυλκυκλοεξυλαμίνη PCE: N-ETHYL- 1-  
PHENYLCYCLOHEXYLAMINE

12. PHP ή PCPY: 1-(1- PHENYLCYCLOEXYL)PYRROLIDINE

13. STP, DOM: Διμεθυξυ- 2,5 μεθυλο- 4 φαινυλαιθυλαμίνη STP, DOM:  
DIMETHOXY-2,5 METHYL, -4 PHENETHYLAMINE

14. TPC: 1-(1-(2-θειενυλο)κυκλοεξυλο-)πιπεριδίνη TPC: 1(1-(2-  
THIENYL)CYCLOHEXYL-)PEPERIDINE

[15. ΤΕΤΡΑΥΔΡΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΛΗ: Πεντυλο-3 τετραϋδρο- 6α, 7, 10 10α  
τριμεθυλο-6, 6, 9 διβενζο-6Η (β, δ) πυρανόλη-1

TETRAHYDROCANNABINOL: PENTYL-3 TETRAHYDRO-6α, 7, 10, 10α  
TRIMETHYL-6, 6, 9 DIBENZO-6H (B, D) PYRANOL-1]

\*\*\*Η ανωτέρω υπ' αριθ. 15 ουσία μεταφέρθηκε από τον Πίνακα Α' στον Πίνακα Β',  
διά της παρ. 3 της Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6β/793/1992 (Β' 69).

16. ΨΙΛΟΚΥΒΙΝΗ: ο-Φωσφορυλο-υδροξυ-4 Ν, Ν-διμεθυλοτρυπταμίνη  
PSILOCYBINE: ο-PHOSRHORYL- HYDROXY- 4 Ν, Ν-DIMETHYLTRYPTAMINE

17. ΨΙΛΟΚΙΝΗ: (Διμεθυλαμινο- 2 αιθυλο)- 3 ινδολόλη-4 PSILOCINE:  
(DIMETHYLAMINO-2 ETHYL)-3 INDOLOL-4

18. Τα άλατα των ανωτέρω ουσιών και τα ισομερή αυτών.

Η παραγωγή, κατοχή, εισαγωγή, μεταφορά, αποθήκευση, προμήθεια,  
επεξεργασία, κυκλοφορία και με οποιονδήποτε τρόπο μεσολάβηση στη διακίνηση  
των ουσιών του πίνακα Α' είναι αποκλειστικό δικαίωμα του Κράτους που ασκείται  
από τον Ε.Ο.Φ.

Η διάθεση αυτών των ουσιών γίνεται μόνο σε εργαστήρια ή νοσοκομεία για την  
εκτέλεση εγκεκριμένων προγραμμάτων μετά από γνωμοδότηση της Επιτροπής  
Ναρκωτικών του άρθρου 2.

-----  
\*\*\*Με την Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6Β/9568 οικ./25 Σεπτ.-23 Οκτ. 1987 (Β' 556)

κατατάχθηκαν στον πίνακα Α' και οι παρακάτω ουσίες:

"Κατατάσσουμε στους πίνακες του άρθρου 4 παρ.3 του Ν.1729/1987 και τις εξής  
ουσίες:

α) Στον Πίνακα Α'.

1) D M A

2,5 - ΔΙΜΕΘΟΞΥΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

D M A

2,5 - DIMETHOXYAMPHETAMINE

2) D O E T

2,5 - ΔΙΜΕΘΟΞΥ - 4 - ΑΙΘΥΛΟΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

D O E T

2,5 - DIMETHOXY - 4 ETHYLAMPHETAMINE

3) ΚΑΘΙΝΟΝΗ

(-) - αλφα - αμινοπροπιόφαινόνη

CATHINONE

(-) - ALFA - AMINOPROPIORHENONE

4) M M D A

5 - ΜΕΘΟΞΥ - 3,4 - ΜΕΘΥΛΕΝΟΔΙΟΞΥΑΜΦΕ-ΤΑΜΙΝΗ

M M D A

5 - METHOXY - 3,4 - METHYLENEDIOXY - AMPHETAMINE

5) M D M A

3,4 - ΜΕΘΥΛΕΝΟΔΙΟΞΥΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

M D M A

3,4 - METHYLENEDIOXYMETHETAMINE

6) P M A

ΠΑΡΑΜΕΘΟΞΥΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

P M A

PARAMETHOXYAMPHTAMINE

7) T M A

3,4,5, - ΤΡΙΜΕΘΟΞΥΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ

T M A

3,4,5 - TRIMETHOXYAMPHETAMINE"

---

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Με την Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6β/1187/17 Απρ. - 26 Μαΐου 1989

(B' 401), κατατάχθηκαν στον Πίνακα Α' και οι παρακάτω ουσίες:

"ΝΑΜΠΙΛΟΝΗ: (\*) trans -3- (1,1 διμεθυλοεππιλο)-6, 6α, 7, 8, 10, 10α-εξουδρο-1-υδροξυ-6, 6-διμε-θυλο-9Η-διβενζο [β,d] πιραν-9-όνη.

NABILONE: (\*Φ)-trans-3-(1-1 dimethylheptyl)-6, 6α, 7, 8, 10α-hexahydro-1-hydroxy-6, 6-dimethyl-9H-dibenzo [b, d] πυραν-9-ονε.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το εδ. Α' της Υ.Α. Α6Β/12019 (ΥΓ) της 18.28/12/90

περί υπαγωγής ουσιών στις διατάξεις για τα ναρκωτικά (B' 835):

"Α. Κατατάσσουμε στον πίνακα Α' του άρθρου 4 παρ. 3 του Ν. 1729/87 και τις εξής ουσίες:

#### 1. Ν. - ΥΔΡΟΞΥ MDA

(+) - Ν [αλφα-μεθυλο-3,4- (μεθυλενοδιοξυ) φαιναιθυλο] υδροξυλαμίνη

N - HYDROXY MDA

(+) - Ν - [ΑΛΦΑ - METHYL -3,4 - (METHYLE- NEDIOXY) PHENETHYL] HYDROXYLAMINE

#### 2. Ν - ΑΙΘΥΛΟ MDA

(+) - Ν - αιθυλο - αλφαμεθυλο - 3,4 (μεθυλενοδιοξυ) φαιναιθυλα - NETHYL MDA

(+) - Ν - ETHYL - ALPHA - METHYL - 3,4 (METHYLENEDIOXY) PHENETHYLAMINE

#### 3.4. - ΜΕΘΥΛΑΜΙΝΟΡΕΞ

(+) - CIS - 2 - αμινο - 4 μεθυλο - 5 φαινυλο - 2 οξαζολίνη ή

(+) - CIS - 4,5 - διϋδρο - 4 μεθυλο - 4 μεθυλο - φαινυλο - 2 - οξαζολαμίνη

#### 4 - METHYLAMINOREX

(+) - CIS - 2 - AMINO - 4 - METHYL - 5 - PHENYL - 2 - OXAZOLINE ή

(+) - CIS - 4,5 - DIHYDRO - 4 METHYL - 5 - PHENYL - 2 - OXAZOLAMINE"

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με την υπ'αριθμ. Υ6Β/οικ.6948/31.5-13.6.1995 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ Β'512), ορίσθηκαν τα εξής:

"Κατατάσσουμε στον Πίνακα Α' του άρθρου 4 παρ. 3 του Ν. 1729/87 και

τις εξής ουσίες:

1. ΒΡΩΛΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ ή DOB

(+/-) -4-βρωμο-2,5-διμεθοξυ-α-μεθυλφαινεθυλαμίνη

BROLAMFETAMINE ή DOB

(+/- -4-BROMO-2,5-DIMETHOXY-α-METHYLPHENE- THYLAMINE

2. ΤΕΝΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ ή M.D.A.

α-μεθυλο-3, 4 (μεθυλενοδιοξυ) φαινεθυλαμίνη

TENAMFETAMINE ή M.D.A.

α-METHYL -3,4 (METHYLENEDIOXY) PHENETHYLAMINE.”

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με την παρ. Α' της υπ' αριθμ. Υ6β/οικ. 11208/23.10- 5.11.1996 απόφασης των Υπουργών Υγείας και Δικαιοσύνης (ΦΕΚ Β' 1011), ορίσθηκαν τα εξής: "Κατατάσσουμε στον πίνακα Α' του άρθρου 4 παρ. 3 του Ν. 1729/87 και τις εξής ουσίες:

1. ΕΤΡΥΠΤΑΜΙΝΗ 3-(2-αμινοβουτυλ) ινδόλιο ETRYPTAMINE 3-(2-AMINO BUTYL) INDOLE

2. ΜΕΘΚΑΘΙΝΟΝΗ 2-(μεθυλαμινο)-1 φαινυλοπραν-1-ονη METHCATHINCNE 2-(METHYLAMINO)-1-PHENYLPROPAN-1-ONE

3.4. ΜΕΘΟΞΥΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ π-Μεθοξυ-N-, α-διμεθυλοφαινηθυλαμίνη

4-METHOXYMETHAMPHETAMINE P-METHOXY, α-DIMETHYLPHENETHYLAMINE

4. ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΙΛ α-(α-Μεθυλοφαινηθυλαμινο)-α-φαινυλακετονιτρίλιο AMPHETAMINIL α-(α-METHYLPHENETHYLAMIND) -α-PHENYLACETONITRILE

5. ΦΕΝΑΤΙΝΗ N-(α-Μεθυλοφαινηθυλο) νικοτιναμίδιο PHENATINE N-(α-METHYLPHENETHYL) NICOTINAMIDE"

-----  
ΠΙΝΑΚΑΣ Β'

1. ΑΙΘΥΛΟΜΟΡΦΙΝΗ: Αιθυλο- 3 μορφίνη ETHYLMORPHINE: ETHYL 3-MORPHINE

2. ΔΕΞΤΡΟΜΟΡΑΜΙΔΙΟΝ: (+) [Μεθυλο-2- οξο- 4 διφαινυλο- 3, 3(πυρολιδινυλο-1)-4 βουτυλο]- 4 μορφολίνη DEXTROMORAMIDE: (+) [METHYL-2- OXO-4 DIPHENYL- 3, 3(RYRROLIDINYL -1) -4 BUTYL]-4 MORPHOLINE

3.ΚΟΚΑΙΝΗ: Μεθολεστήρ της βενζοϋλοεκγονίνης COCAINE: ESTER METHYLIQUE DE LA BENZOYLECGONINE

[4. ΚΩΔΕΙΝΗ: Μεθυλαιθήρ της μορφίνης CODEINE: ETHER METHYLIQUE DE LA MORPHINE]

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Η ανωτέρω υπ' αριθ. 4 ουσία μεταφέρθηκε από τον Πίνακα Β' στον Πίνακα Γ' από την Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6Β/3297/27 Μαρτ. - 6 Απρ. 1990 (Β' 239).

"Μεταφερούμε από τον πίνακα Β' του άρθρου 4 παρ. 3 του Ν 1729/87 στον πίνακα Γ' του ίδιου άρθρου την ουσία.

ΚΩΛΕΙΔΗ :Μεθυλαιθηρ της Μορφίνης.

CODEINE :ETHER METHYLIQUE DE LA MORPHINE".

5. ΜΕΘΑΔΟΝΗ: Διφαινολυ-4, 4 διμεθυλαμινο- 6 επταμόνη-3 METHADONE: DIPHENYL -4, 4 DIMETHYLAMINO- 6 HEPTANONE -3

6.ΜΟΡΦΙΝΗ MORPHINE

7. ΟΠΙΟ ΟΡΙΟΥΜ

8. ΟΠΙΟ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΟ: Μείγμα υδροβρωμικών αλάτων των αλκαλοειδών του οπίου ΟΡΙΟΥΜ CONCENTRATUM: MELANGE DES BROMHYDRATES DES ALCALOIDES DE L' OPIUM

9. ΠΕΘΙΔΙΝΗ: Μεθυλο- 1 φαινυλο- 4 πιπεριδινο- καρβοξυλικός- 4 αιθυλεστήρ PETHIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE METHYL -1 PHENYL- 4 PIPERIDINE- CARBOXYLIQUE- 4

10. Τα άλατα και τα ισομερή αυτών, εκτός εάν διαφορετικά αναφέρεται σε άλλο άρθρο.

Η παραγωγή, κατοχή, εισαγωγή, μεταφορά, αποθήκευση, επεξεργασία γενικά των πρώτων υλών και των έτοιμων προϊόντων που εισάγονται από το εξωτερικό, καθώς και η διακίνηση των ουσιών των φαρμακοτεχνικών προϊόντων και των ιδιοσκευασμάτων του πίνακα Β', γίνεται μόνο από το Κρατικό Μονοπώλιο Ναρκωτικών ύστερα από άδεια και με ευθύνη του Ε.Ο.Φ. και γνωμοδότηση της Επιτροπής Ναρκωτικών.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Σύμφωνα με την παρ. 3 της Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6β/793/1992 (Β' 69) ορίζεται ότι:

"Μεταφερούμε από τον πίνακα Α' του άρθρου 4 παρ.3 του Ν.1729/87

στον πίνακα Β' του ίδιου νόμου την ουσία:

[ΤΕΤΡΑΥΔΡΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΛΗ:

PENTΥΛΟ -3 ΤΕΤΡΑΥΔΡΟ - 6Α.7.10.10Α ΤΡΙΜΕΘΥΛΟ-6,6,9 ΔΙΒΕΝΖΟ-6Η

ΠΥΡΑΝΟΛΗ-1

TETRAHYDROCANNABINOL

PENTYL-3 TETRAHYDRO-6A, 7,10,10a TRIMETHYL-6,6,9 DIBENZO-6H (B,D)

PYRANOL-1]."

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το εδ. Β' της Υ.Α. Α6Β/12019 (ΥΓ) της 18.28/12/90

περί υπαγωγής ουσιών στις διατάξεις για τα ναρκωτικά (Β' 835):

"Β. Κατατάσσουμε στον πίνακα Β' του άρθρου 4 παρ. 3 του Ν. 1729/87 και την ουσία:

ΝΑΛΒΟΥΦΙΝΗ

17 - κυκλοβουτυλομεθυλο - 7,8 - διυδρο - 14 - υδροξυ - 17 - νορμοφίνη

NALBUPHINE

17 - CYCLOBUTYLMETHYL - 7,8 - DIHYDRO - 14 - HYDROXY - 17 - NORMORPHINE."

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Η ανωτέρω υπ' αριθ. 17 ουσία μεταφέρθηκε από τον Πίνακα

Β' στον Πίνακα Γ' από την Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6β/2098/14-28 Φεβρ. 1991 (Β'

111):

"Μεταφέρουμε από τον πίνακα Β' του άρθρου 4 παρ.3 του Ν.1729/87 στον πίνακα Γ' του ίδιου άρθρου την ουσία:

ΝΑΛΒΟΥΦΙΝΗ

17-κυκλοβουτυλομεθυλο 7,8 -διυδρο - 14 - υδροξυ - 17 νορμοφίνη

NALBUPHINE

17 - cyclobutylmetyl- 7, 8 - Dihydro - 14 - Hydroxy - 17 - Normorphine" \*\*\*και στη συνέχεια μεταφέρθηκε από τον Πίνακα Γ' στον Πίνακα Δ' από

την παρ. 2 της Υ.Α. (ΥΓ-ΔΙΚ) Α6Β/793/18 Ιαν.-7 Φεβρ. 1992 (Β' 69) :

"Μεταφέρουμε από τον πίνακα Γ' του άρθρου 4 παρ.3 του Ν.1729/87 στον πίνακα Δ' του ίδιου νόμου την ουσία:

ΝΑΛΒΟΥΦΙΝΗ



1-7 ΚΥΚΛΟΦΟΥΤΥΛΟΜΕΘΥΛΟ 7,8 - ΔΙΥΔΡΟ -14 ΥΔΡΟΞΥ -17 - ΝΟΡΜΟΦΙΝΗ  
NALBUPHINE

1-7 CYCLOBUTYLMETHYL - 7,8 - DIHYDRO - 14- HYDROXY - 17 -  
NORMORPHINE.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Σύμφωνα με την παρ. 2 της Α6Β/1138/25 Ιαν. - 12 Φεβρ. 1992  
(Β' 84) αποφ. Υπ.Υγ. Πρόν. και Κοινων.Ασφαλίσ. ορίστηκε ότι:

"2. Μεταφέρουμε το φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα ΝΥΒΑΙΝ που περιέχει την ουσία  
ΝΑΛΒΟΥΦΙΝΗ από τον πίνακα Γ στον Δ του Ν.1729/87".

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με την παρ. 1 της υπ'αριθμ. Υ6Β/2373/14.2-14.3.1995

απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ Β'175), ορίστηκαν τα εξής:

"1. Το φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα ΜΟΝΓΟΛ που περιέχει την ουσία

θειική ΜΟΡΦΙΝΗ υπάγεται στον πίνακα Β του άρθρου 4 του Ν. 1729/87."

---

#### ΠΙΝΑΚΑΣ Γ

1. ΑΙΘΥΛΟΜΕΘΥΛΟΘΕΙΑΜΒΟΥΤΕΝΙΟ: Αιθυλομεθυλαμενο- 3 δι-  
(θιενυλο-2')-1, 1 βουτένιο-1 ΕΤΗΥΛΜΕΤΗΥΛΤΗΙΑΜΒΥΤΕΝΕ:  
ΕΤΗΥΛΜΕΤΗΥΛΑΜΙΝΟ- 3 ΔΕ- (ΤΗΙΕΝΥΛ-2')- 1, 1 ΒΥΤΕΝΕ-1

2. ΑΚΕΤΟΡΦΙΝΗ: Ακετυλο-3-0 τετραϋδρο- (υδροξυ-1 μεθυλο-βουτυλο-1)-  
7α ενδοαιθενο-6, 14 οριπαβίνη ACETORPHINE: ACETYL- 3-0 ΤΕΤΡΑΥΔΡΟ-  
(ΗΥΔΡΟΧΥ 1 ΜΕΤΗΥΛ - ΒΥΤΥΛ-1) -7α ΕΝΔΟΕΤΗΕΝΟ- 6, 14 ΟΡΙΠΑΒΙΝΕ

3. ΑΚΕΤΥΛΟΔΙΥΔΡΟΚΩΔΕΙΝΗ ACETYLDIHYDROCODEINE

4. ΑΚΕΤΥΛΟΜΕΘΑΛΟΛΗ: Ακετοξυ- 3 διμεθυλομινο- 6 διφαινυλο -4, 4 επτάνιο  
ACETYLMETHADOL: ACETOXY -3 DIMETHYLAMINO -6 DIPHENYL- 4, 4  
HEPTANE

5. ΑΛΦΑΚΕΤΥΛΟΜΕΘΑΔΟΛΗ ια-Ακετοξυ- 3 διμεθυλ-αμινο -6 διφαινυλο -4, 4  
επτάνιο ALPHACETYLMETHADOL: ALPHA-ACETOXY-3 DIMETHYL- AMINO-  
6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANE

6. ΑΛΦΑΜΕΘΑΔΟΛΗ: α- Διμεθυλαμινο- 6 διφαινυλο- 4, 4 επτανόλη -3  
ALPHAMETHADOL: ALPHA- DIMETHYLAMINO -6 DIPHENYL- 4,4 HEPTANOL- 3.

7. ΑΛΦΑΜΕΠΡΟΔΙΝΗ: α- Αιθυλο- 3 μεθυλο - 1 φαινυλο - 4 προπιονοξυ - 4  
πιπεριδίνη ALPHAMEPRODINE: ALPHA- ΕΤΗΥΛ- 3 ΜΕΤΗΥΛ- 1 ΡΗΕΝΥΛ- 4  
PROPIONOXY- 4 PIPERIDINE

8. ΑΛΦΑΠΡΟΔΙΝΗ: α- Διμεθυλο- 1, 3 φαινυλο -4 προπιονοξυ -4 πιπεριδίνη  
ALPHAPRODINE: ALPHA- DIMETHYL-1, 3 PHENYL- 4 PROPIONOXY- 4  
PIPERIDINE

9. ΑΛΦΕΝΤΑΝΥΛΗ: N-[1-2(4-αιθυλο - 4, 5- διϋδρο-5- οξο-1 Η- τετραζολ-1-  
υλο)αιθυλο] 4- (μεθοξυμεθυλο)- 4-πιπεριδινυλο)-N- φαινυλπροπαναμίδη  
μονοϋδροχλωρίδιο ALFENTANYL: N-3 -1 -2(4-ETHYL-4, 5-DIHYDRO-5-OXO1H-  
TETRAZOL-1- YL)ETHYL]4- (METHOXYMETHYL- 4- PIPERIDINYL)-N-  
PHENYL PROPANAMIDE MONOHYDROXHLORIDE

10. ΑΛΛΥΛΠΡΟΔΙΝΗ: Αλλυλο- 3 μεθυλο- 1 φαινυλο-4 προπιονοξυ- 4  
πιπεριδίνη ALLYLPRODINE: ALLYL- 3 METHYL- 1 PHENYL-4 PROPIONOXY -4  
PIPERIDINE

11. ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ: α- Μεθυλοφαινυλαιθυλαμίνη AMPHETAMINE: a-  
METHYLPHENETHYLAMINE

12. ΑΝΙΛΕΡΙΔΙΝΗ: π- Αμινοφαινυλαιθυλο- 1 φαινυλο -4 πιπεριδινό -  
καρβοξυλικός- 4 αιθυλεστήρ ANILERIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE P-  
AMINOPHENETHYL- 1 PHENYL- 4PIPERIDINE- CARBOXYLIQUE-4

13. ΒΕΖΙΤΡΑΜΙΔΙΟ: (Κυανο-3 διφαινυλο- 3, 3 προπυλο)- 1 (οξο- 2 προπιονυλο-  
3 βενζιδαζολινυλο-1) -4 πιπεριδίνη BEZITRAMIDE:(CYANO- 3 DIPHENYL- 3, 3  
PROPYLO) - 1 (OXO - 2 PROPIONYL - 3 BENZIMIDAZOLINYL-1) -4 PIPERIDINE

14. ΒΕΝΖΕΘΙΔΙΝΗ: (Βενζυλοξυ- 2 αιθυλο)- 1 φαινυλο- 4 πιπεριδινό-  
καρβοξυλικός- 4 αιθυλεστήρ BENZETHIDINE: ESTER ETHYLIWUE DE L' ACIDE  
(BENZYLOXY- 2 ETHYL) 1 PHENYL- 4 PIPERIDINE- CARBOXYLIQUE-4

15. ΒΕΝΖΥΛΟΜΟΡΦΙΝΗ: Βενζυλο- 3 μορφίνη BENZYL MORGHINE: BENZYL- 3  
MORPHINE

16. ΒΗΤΑ ΑΚΕΤΥΛΟΜΕΤΑΔΟΛΗ: β- Ακετοξυ- 3 διμεθυλομινο- 6 διφαινυλο- 4, 4  
επτάνιο BETACETYLMETHADOL: BETA- ACETOXY- 3 DIMETHYLAMINO- 6  
DIPHENYL -4, 4 HEPTANE

17. ΒΗΤΑ ΜΕΘΑΔΟΛΗ - β- Διμεθυλαμινο- 6 διφαινυλο- 4, 4 επτανόλη- 3  
BETAMETHADOL: BETA- DIMETHYLAMINO- 6 DIPHENYL -4, 4 HEPTANOL-3

18. ΒΗΤΑ ΜΕΠΡΟΔΙΝΗ: β- Αιθυλο- 3 μεθυλο- 1 φαινυλο- 4 προπιονοξυ- 4  
πιπεριδίνη BETAMEPRODINE: BETA- ETHYL- 3 METHYL-1 PHENYL- 4  
PROPIONOXY- 4 PIPERIDINE

19. ΒΗΤΑ ΠΡΟΔΙΝΗ: β- Διμεθυλο-1, 3 φαινυλο- 4 προπιονοξυ -4 πιπεριδίνη  
VETAPRODINE: BETA - DIMETHYL- 1,3 PHENYL- 4 PRORIONOXY- 4  
PIPERIDINE

20. ΒΟΥΤΟΡΦΑΝΟΛΗ: (-) 17 - κυκλοβουτυλομεθυλο -3, 14  
διϋδροξυμορφινάνιο BUTORPGANOL: (-) 17- CYCLOBUTYLOMETHYLO -3, 14  
DIHYDROXY- MORPHINANE

21. ΒΟΥΤΥΡΙΚΟΣ ΕΣΤΗΡ ΤΗΣ ΔΙΟΞΑΦΑΙΤΥΛΗΣ Μορφολινο- 4 διφαινυλο - 2, 2 βουτυρικός αιθυλεστήρ BUTYRATE DE DIOXAPHETYL: MORPHOLINO - 4 DIPHENYL-2, 2 BUTYRATE D' ETHYLE

22. ΔΕΞΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ: (+) -α- μεθυλοφαινυλαιθυλαμίνη DEXAMPHETAMINE: (x) -α- METHYLPHENETHYLAMINE

23. ΔΕΞΤΡΟΠΡΟΠΟΞΥΦΑΙΝΙΟ: α(+)- 4- διμεθυλαμινο-3- μεθυλο-1, 2 διφαινυλο- 2- βουτανόλη προπιονική DEXTROPROPOXYPHENE: α(D)- 4-DIMETHYLAMINO-3- METHYL- 1, 2 DIPHENYL -2 BUTANOL PROPIONATE

24. ΔΙΑΘΥΛΟΘΕΙΑΜΒΟΥΤΕΝΙΟΝ: Διαιθυλαμινο -3 δι-(θειενυλο- 2')-1 , 1 βουτένιο 1 DIETHYLTHIAMBUTENE: DIETHYLAMINO -3 DI-(THIENYL- 2')- 1,1 BUTENE-1

25. ΔΙΑΜΠΡΟΜΙΔΙΟΝ: [(N- Μεθυλοφαινυλαιθυλαμινο) -2 προπυλο] προπιονανιλίδιο DIAMPROMIDE: 3(N- METHYLPHENETHYLAMINO) -2 PROPYL] PROPIONANILIDE

26. ΔΙΜΕΦΑΙΠΤΑΝΟΛΗ: Διμεθυλαμινο - 6 διφαινυλο- 4,4 επτανόλη-3 DIMERHERTANOL: DIMETHYLAMINO -6 DIPHENYL- 4, 4 HEPTANOL-3

27. ΔΙΜΕΘΥΛΟΘΕΙΑΜΒΟΥΤΕΝΙΟ: Διμεθυλαμινο- 3 δι-(θειενυλο-2') 1,1 βουτένιο-1 DIMETHYLTHIAMBUTENE: DIMETHYLAMINO- 3 DI-(THIENYL-2')-1, 1 BUTENE-1

28. ΔΙΜΕΝΟΞΑΔΟΛΗ: Διμεθυλαμινο- 2 αιθυλεστήρ του αιθοξυ- 1 διφαινυλο- 1, 1 οξικού οξέος DIMENOXADOL: ETHOXY- 1 DIPHENYL- 1, 1 ACETATE DE DIMETHYLAMINO- 2 ETHYLE

29. ΔΙΠΙΠΑΝΟΝΗ: Διφαινυλο- 4, 4 πιπεριδινό- 6 επτανόνη -3 DIPIPANONE: DIPHENYL- 4, 4 PIPERIDINE- 6 HEPTANONE-3

30. ΔΙΥΔΡΟΚΩΔΕΙΝΗ: Υδροξυ- 6 μεθοξυ- 3N- μεθυλο- εποξυ- 4,5 μορφινάνιο DIHYDROCODEINE: HYDROXY-6 METHOXY- 3N- METHYL-EPOXY- 4,5 MORPHINANE

31. ΔΙΥΔΡΟΜΟΡΦΙΝΗ: Διυδροξυ- 3, 6 N-μεθυλο- εποξυ- 4,5 μορφινάριο DIHYDROMORPHINE: DIHYDROXY- 3, 6 N- METHYL- EPOXY- 4, 5 MORPHINANE

32. ΔΙΦΑΙΝΟΞΙΝΗ: 1-(3- κυανο-3, 3 διφαινυλοπρο-πυλο) - φαινυλο- 4- πιπεριδινό- καρβοξυλικό οξύ DIPHENOXYINE 9 ACIDE 1- (3- CYANO -3, 3 DIPHENYL- PROPYL)-4- PHENYL- 4- PIPERIDINE CARBOXYLIQUE

33. ΔΙΦΑΙΝΟΞΥΛΑΤΗ:(Κυανο- 3 διφαινυλο- 3, 3 προπυλο) -1 φαινυλο- 4 πιπεριδινό- καρβοξυλικός- 4 αιθυλεστήρ DIPHENOXYLATE: ESTER ETHYLIQUE DEL' ACIDE (CYANO- 3 DIPHENYL- 3,3 PROPYL)-1 PHENYL- 4 PIPERIDINE- CARBOXYLIQUE- 4

34. ΔΡΟΤΕΒΑΝΟΛΗ: (3, 4 διμεθοξυ -17- μεθυλομορφίνη- 6β, 14διόλη). DROTEBANOL: (3,4 DIMETHOXY -17- METHYLMORPHINAN 6B, 14DIOL)

35. ΕΚΓΟΝΙΝΗ 9 Οι εστέρες της και τα παράγωγά της, τα οποία δύνανται να μετασχηματισθούν προς εκγονίνη και κοκαΐνη. ECGONINE: LES ESTERES ET DERIVES SUSCEPTIBLES D' ETRE TRANSFORMES EN ECGONINE ET COCAINE

36. ΕΡΥΘΡΟΞΥΛΟΥ ΚΟΚΑ ΦΥΛΛΑ COCA (FEUILLES DE COCA)

37. ΕΤΟΝΙΤΑΖΕΝΙΟΝ: (διαιθυλαμινο- 2 αιθυλο) -1π- αιθοξυβενζυλο- 2 νιτροβενζιμιδαζόλιο-5. ETONITAZENE: (DIETHYLAMINO- 2 ETHYL) -1P- ETHOXYBENZYL- 2 NITROBENZIMIDAZOLE-5.

38. ΕΤΟΞΕΡΙΛΙΝΗ: [(Υδροξυ- 2 αιθυξυ)- 2 αιθυλο]-1 φαινυλο- 4 πιπεριδινο- καρβοξυλικός- 4 αιθυλεστήρ. ETOXERIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE [(HYDROXY- 2 ETHOXY)- 2 ETHYL]-1 PHENYL- 4 PIPERIDINE- CARBOXYLIQUE-4.

39. ΕΤΟΡΦΙΝΗ, M-99: Τετραϋδρο-(υδροξυ-1 μεθυλο-βουτυλο-1) - 7α ενδοαιθενό- 6, 14 οριπαβίνη ETORPHINE, M-99: TETRAHYDRO-(HYDROXY-1 METHYL-BUTYL-1)- 7A ENDOETHENO- 6, 14 ORIPAVINE.

40. ΘΗΒΑΙΝΗ: THEBAINE

41. ΒΗΒΑΚΟΝΗ: Ακετυλοδιυδροκωδεΐνόνη THEBACONE: ACETYLDIHYDROCODEINONE

42. ΙΣΟΜΕΘΑΔΟΝΗ: Διμεθυλαμινο- 6 μεθυλο- 5 διφαινυλο- 4, 4 εξανόνη- 3 ISOMETHADONE: DIMETHYLAMINO- 6 METHYL- 5 DIPHENYL- 4, 4 HEXANONE- 3

43. ΚΛΟΝΙΤΑΖΕΝΙΟ: (π- χλωρωενζυλο)-2 διαθυλαμινοαιθυλο-1 νιτρο- 5 βενζιμιδαζόλιο CLONITAZENE: (P-CHLOROBENZYL)- 2 DIETHYLAMINOETHYL- 1 NITRO -5 BENZIMIDAZOLE

44. ΚΩΔΟΞΙΜΗ: Καρβοξυμεθυλοξίμη- 6 της διυδροκωδεΐνόνης CODOXINE: DIHYDROCODEINONE- CARBOXYMETHYLOXIME-6

45. ΛΕΒΟΜΕΘΟΡΦΑΝΗ: (-)- Μεθοξυ- 3 N- μεθυλο- μορφινάνιο LENOMETHORHANE: (-)-METOXY- 3N-METHYLMORPHINANE

46. ΛΕΒΟΜΟΡΑΜΙΔΙΟ: (-)-[Μεθυλο- 2 οξο- 4 διφαινυλο- 3, 3 (Πυρολιδινυλο- 1)- 4 βουτυλο]-4 μορφολίνη LEVOMORAMIDE:(-)-3 METHYL- 2 OXO- 4 DIPHENYL-3, 3 (PYRROLIDINYL-1)-4 BUTYL]-4 MORPHOLINE

47. ΛΕΒΟΡΦΑΝΟΛΗ: (-)-Υδροξυ- 3N- μεθυλομορφινάνιο LENORPHANOL: (-)-HYDROXY- 3N- METHYLMORPHINE

48. ΛΕΒΟΦΑΙΝΑΚΥΛΟΜΟΡΦΑΝΙΟ: (-)- Υδροξυ- 3N- φαινακυλομορφινάνιο LEVOPHENACYLMORPHANE: (-)- HYDROXY- 3N- PHENACYLMORPHINANE

49. ΜΕΘΑΔΟΝΗ ΔΙΑΜΕΣΟΣ: Κυανο- 4 διμεθυλαμινο- 2 διφαινυλο- 4,4 βουτάνιο METHADONE INTERMEDIAIRE: CYANO- 4, DIMETHYLAMINO- 2 DIPHENYL- 4, 4 BUTANE

50. ΜΕΘΑΚΟΥΑΛΟΝΗ: Μέθυλο- 2 (ο- τολουόλο)-3 κιναζολόνη -4 METHAQUALON: METHYL- 2(ο-TOLYL)-3 QUINAZOLONE-4

51. ΜΕΘΥΛΟΔΕΣΟΡΦΙΝΗ: Μέθυλο 6- Δ6- δεσοξυμορφίνη METHYLESORPHINE: METHYL- 6-D6- DESOXYMORPHINE.

52. ΜΕΘΥΛΟΔΙΥΔΡΟΜΟΡΦΙΝΗ: Μέθυλο- 6 διυδρομορφίνη METHYDIHYDROMORPHINE: METHYL- 6 DIHYDROMORPHINE.

53. ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ: (+)- N, α- Διμεθυλοφαινυλαιθυλαμίνη METHAMPHETAMINE:(x)-N,α- DIMETHYLPHENETHYLAMINE

54. ΜΕΘΥΛΟΦΑΙΝΙΔΑΤΗ: α- Φαινυλοπιπεριδινό- 2 οξικός μεθυλεστήρ METHYLPHENIDATE: ESTER METHYLIQUE DE L' ACIDE A- PHENYL- PIPERIDINE- 2 ACETIQUE

55. ΜΕΚΛΟΚΟΥΑΛΟΝΗ: 3-(ο- χλωροφαινυλο)-2- μέθυλο- 4(3H) Κιναζολινόνη M4CLOQUALONE: 3-(ο-CHLOROPHENYL)- 2- METHYL-4 (3H) QUINAZOLINONE.

56. ΜΕΤΑΖΟΚΙΝΗ: Υδροξυ- 2' τριμεθυλο- 2, 5, 9 βενζομορφάνιο- 6,7 METAZOCINE: HYDROXY- 2' TRIMETHYL- 2, 5, 9 BENZOMORPHANE- 6,7

57. ΜΕΤΟΠΟΝ: Μέθυλο- 5 διυδρομορφινόνη METOPON: METHYL-5 DIHYDROMORPHINONE

58. ΜΟΡΑΜΙΔΗ ΔΙΑΜΕΣΟΣ: Μεθυλο-2 μορφολινο-3 διφαινυλο-1, 1 προπανοκαρβοξυλικό οξύ MORAMIDE INTERMEDIAIRE: ACIDE METHYL- 2 MORPHOLOLINO- 3 DIPHENYL-1, 1 PROPANECARBOXYLIQUE

59. ΜΟΡΦΕΡΙΔΙΝΗ: (Μορφολινο- 2 αιθυλο)-1 φαινυλο-4 πιπεριδινό- καρβοξυλικός -4 αιθυλεστήρ. ΜΟΡΠΗΕΡΙΔΙΝΗ: ΕΣΤΕΡ ΕΤΗΥΛΙΩΘΕ ΔΕ ΛΙ ΑΨΙΔΕ (ΜΟΡΠΗΟΛΙΝΟ-2 ΕΤΗΥΛ- 1 ΠΗΕΝΥΛ- 4 ΡΙΠΕΡΙΔΙΝΗ CARBOXYLIQUE-4

60. ΜΟΡΦΙΝΗ ΜΕΘΥΛΟΒΡΩΜΙΟΥΧΟΣ και όλα τα μορφινικά παράγωγα μετά τερτοταγούς αζώτου. BROMOMETHYLATE DE MORPHINE ET AUTRES DERIVES MORPHINIQUES A AZOTE QUATERNAIRE

61. ΜΥΡΟΦΙΝΗ: Μυριστυλοβενζυλομορφίνη MYROPHINE: MYRISTYLBENZYL MORPHINE

62. ΝΙΚΟΔΙΚΟΔΙΝΗ: Νικοτινυλο- 6 διυδροκωδεΐνη NICODICODINE: NOCOTINYL- 6 DIHYDROCODEINE

63. ΝΙΚΟΚΟΔΙΝΗ: Νικοτινυλο- 6 Κωδεΐνη NICOCODINE: NICOTINYL- 6 CODEINE

64. ΝΙΚΟΜΟΡΦΙΝΗ: Δινικοτινυλο- 3, 6 μορφίνη NICOMORPHINE:  
DINICOTINYL-3, 6 MORPHINE

65. ΝΟΡΑΚΥΜΕΘΑΔΟΛΗ: α-(+)- Ακε

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

##### "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 η εξάγει από αυτή η 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 ανηλίκων κάθε κατηγορίας ή τόπους ομαδικής εγγραφής ή διαβίωσης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή αναρρωτήρια.

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

ε) Παρασκευάζει είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών ή οποιοδήποτε 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 εισηχθησαν, 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 οποιονδήποτε 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 διακίνηση 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."

\*\*\*Το άρθρο 5 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 10 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

\*\*\* ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Για την αναβολή ασκήσεως ποιν. δίωξεως σε περίπτωση εγκλήματος του παρόντος άρθρου που φέρεται ότι τελέστηκε από χρήστη ναρκωτικών βλ. άρθρο 21 Ν.2331/1995 (Α 173).

\*\*\* ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με το άρθρο 5α Ν.1567/1995 που προστέθηκε με το άρθρο 10 Ν.2443/1996 ορίζεται ότι:

" 1. Η κατα το άρθρο 5 του ν. 1729/1987 κατοχή και αποθήκευση ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών δεν απαγορεύεται, εφόσον προορίζονται για εκπαιδευτικούς σκοπούς και διαχειρίζονται από αρμόδιες, κατά το άρθρο 20 του ίδιου νόμου, διωκτικές αρχές.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου εφαρμόζεται και για ποσότητες ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες, είχαν περιέλθει καθοιονδήποτε τρόπο, στις αρμόδιες κατα το άρθρο 20 του ν. 1729/1987, διωκτικές αρχές και διαχειρίζονταν από αυτές, για λόγους εκπαιδευτικούς των διωκτικών υπαλλήλων.

3. Με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών, καθορίζεται το πλαίσιο της δικαιολογημένης ποσότητας ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών που απομειώνεται κατα την πρακτική εξάσκηση σε:

- τέστ χρωματικής αντιδράσεως για την αναγνώριση υπόπτων ουσιών.

- εγκεκριμένες εκπαιδεύσεις διωκτικών υπαλλήλων καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια."

"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 απέρριψε 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 διακίνηση 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 διακίνηση 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.

\*\*\*Το άρθρο 6 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 11 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

Άρθρον 7.

Κατάχρηση ιδιότητας γιατρών και φαρμακοποιών.

1. Με την ποινή του άρθρου 5 τιμωρείται:

α) Ο γιατρός που εκδίδει συνταγή για τη χορήγηση ναρκωτικών, αν και γνωρίζει ότι δεν υπάρχει πραγματική και συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη, ή ο γιατρός του χορηγεί φάρμακα, τα οποία περιέχουν με οποιαδήποτε μορφή ναρκωτικά, γνωρίζοντας ότι αυτά θα χρησιμοποιηθούν για παρασκευή ναρκωτικών.



β) Ο φαρμακοποιός ή έμπορος φαρμάκων γενικά, διευθυντής ή υπάλληλος φαρμακείου ή οποιοσδήποτε άλλος στο φαρμακείο, ο οποίος εν γνώσει του χορηγεί ναρκωτικά χωρίς την προσήκουσα κατά τους όρους του νόμου ιατρική συνταγή ή με βάση μη προσήκουσα συνταγή ή πέρα απ' όσα αναγράφονται σ' αυτή.

"2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων, απαγορεύεται.

Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από :

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

β. Τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Οποιος χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

\*\*\* Η παρ.2 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 19 Ν.2716/1999 Α 96/17.5.1999.

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. Περίληψη 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, δύναται να καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις διάθεσης των ουσιών που αναφέρονται στο άρθρο 4 παρ. 3 και 4 του παρόντος νόμου, υπό μορφή σχευασμάτων 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'.

\*\*\*Οι παρ.2,3 και 4 αντικαταστάθηκαν ως άνω με το άρθρο 12 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

5.\*\*\*Η παρ.5 καταργήθηκε με το άρθρο 12 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Βλ. και την υπ' αριθμ. Α6β/6543/15.7-1.8.1988 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ Β'535), "περί καθορισμού όρων και προϋποθέσεων της διάθεσης των ουσιών του άρθρ. 4 του Ν. 1729/87 και ορισμός φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που υπάγονται στον ίδιο νόμο. Τύπος και σχήμα της συνταγής ναρκωτικών του άρθρ. 7 του ίδιου νόμου."

Άρθρον 7.

Κατάχρηση ιδιότητας γιατρών και φαρμακοποιών.

1. Με την ποινή του άρθρου 5 τιμωρείται:

α) Ο γιατρός που εκδίδει συνταγή για τη χορήγηση ναρκωτικών, αν και γνωρίζει ότι δεν υπάρχει πραγματική και συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη, ή ο γιατρός του χορηγεί φάρμακα, τα οποία περιέχουν με οποιαδήποτε μορφή ναρκωτικά, γνωρίζοντας ότι αυτά θα χρησιμοποιηθούν για παρασκευή ναρκωτικών.

β) Ο φαρμακοποιός ή έμπορος φαρμάκων γενικά, διευθυντής ή υπάλληλος φαρμακείου ή οποιοσδήποτε άλλος στο φαρμακείο, ο οποίος εν γνώσει του χορηγεί ναρκωτικά χωρίς την προσήκουσα κατά τους όρους του νόμου ιατρική συνταγή ή με βάση μη προσήκουσα συνταγή ή πέρα απ' όσα αναγράφονται σ' αυτή.

"2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων, απαγορεύεται.

Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από :

α. Ειδικές προς τούτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

β. Τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Οποιος χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

\*\*\* Η παρ.2 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 19 Ν.2716/1999 Α 96/17.5.1999.

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 ειαγγέλματος. Περίληψη 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, δύναται 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'.

\*\*\*Οι παρ.2,3 και 4 αντικαταστάθηκαν ως άνω με το άρθρο 12 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

5.\*\*\*Η παρ.5 καταργήθηκε με το άρθρο 12 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Βλ. και την υπ' αριθμ. Α6β/6543/15.7-1.8.1988 απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ Β'535), "περί καθορισμού όρων και προϋποθέσεων της διάθεσης των ουσιών του άρθρ. 4 του Ν. 1729/87 και ορισμός φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που υπάγονται στον ίδιο νόμο. Τύπος και σχήμα της συνταγής ναρκωτικών του άρθρ. 7 του ίδιου νόμου."

**Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 9.

Πρόκληση και διαφήμιση.

1. Οποιος παρακινεί ή προκαλεί άλλον στην παράνομη χρήση ναρκωτικών ή διαφημίζει τη χρήση τους ή παρέχει πληροφορίες για την κατασκευή ή την προμήθειά τους με σκοπό την διάδοσή τους ή προσφέρεται στην τέλεση των πράξεων της παρ. 1 του άρθρου 5 του νόμου αυτού τιμωρείται, αν δεν προβλέπεται βαρύτερη ποινή από άλλη διάταξη, με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους και χρηματική ποινή εκατό χιλιάδες (100.000) μέχρι είκοσι εκατομμύρια (20.000.000) δραχμές.

2. Αν ο δράστης τελεί τις πράξεις της παραγράφου 1 κατά σύστημα και με σκοπό το κέρδος γι' αυτόν ή τρίτο, τιμωρείται με ποινή πρόσκαιρης κάθειρξης.

3. Δε συνιστά άδικη πράξη ή διατύπωση γνώμης ή επιστημονικής κρίσης σχετικά με τα ναρκωτικά, όταν γίνεται επί δικαιολογημένο κοινωνικό ενδιαφέρον κατά την άσκηση δικαιώματος ή την εκπλήρωση καθήκοντος. Η διάταξη αυτή δεν εφαρμόζεται, αν από τον τρόπο διατύπωσης ή τις περιστάσεις υπό τις οποίες έγινε η πράξη προκύπτει σκοπός πρόκλησης ή διαφήμισης.

Άρθρο 10.

Οδήγηση μεταφορικών μέσων.

1. Με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών και με χρηματική ποινή δέκα χιλιάδες (10.000) μέχρι δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές καθώς και με στέρηση τουλάχιστο για δύο (2) έτη της άδειας χορήγησης ή του οικείου διπλώματος ή του πτυχίου τιμωρείται όποιος οδηγεί ή κυβερνά οποιοδήποτε πλωτό, χερσαίο ή εναέριο μεταφορικό μέσο υπό την επίδραση ναρκωτικών. Αν από την πράξη αυτή προέκυψε κοινός κίνδυνος ζωής ανθρώπων, επιβάλλεται ποινή πρόσκαιρης κάθειρξης.

2. Μετά την πάροδο διετίας ο καταδικασμένος μπορεί να υποβάλει αίτηση στις αρμόδιες αρχές για την επανάκτηση της άδειας με την προϋπόθεση ότι έχει υποστεί επιτυχώς τη θεραπεία αποτοξίνωσης.

Άρθρο 11.

Τέλεση από αμέλεια.

Αν οι πράξεις των άρθρων 5 παρ. 1,6 και 7 παρ. 1 και 2 τελέστηκαν από αμέλεια, επιβάλλεται ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους και χρηματική ποινή πενήντα χιλιάδες (50.000) μέχρι δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές.

**Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

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 ηου δικαιολογούνται μόνο για δική του αποχλειστικά 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 κάποιας 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 διάταξή 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 υπαίτιως 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 παρακολουθησει με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα, επί εξάμηνο 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<sup>1</sup>.

"4. Ο υπαίτιος των πράξεων της παραγράφου 1 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών, αν από τη μικροποσότητα ναρκωτικών που έχει προμηθευτεί για τις προσωπικές του ανάγκες, διαθέτει σε άλλον μικρή ποσότητα για δική αποκλειστική χρήση. Η ποινή αυτή μπορεί να μετατρέπεται σε χρηματική και να αναστέλλεται σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα. Αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση από την προβλεπόμενη στο άρθρο 6 ή επιβαρυντική περίπτωση του άρθρου 8 του νόμου, επιβάλλεται πρόσκαιρη κάθειρξη και χρηματική ποινή οκτακοσίων χιλιάδων (800.000) δραχμών έως εκατόν είκοσι εκατομμυρίων (120.000.000) δραχμών. Το μέγεθος της μικρής ποσότητας ναρκωτικής ουσίας μπορεί να προσδιορίζεται με την απόφαση της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού."

\*\*\*Το άρθρο 12 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 14 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

\*\*\* Η παρ.4 προστέθηκε με την παρ.1 άρθρ.9 Ν.2721/1999 ΦΕΚ Α 112/3.6.1999

**Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

"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 καταδίκου 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 πραγματοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα Εργαστήρια Ιατροδικαστικής Υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά Εργαστήρια ή από τα Νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία, που έχουν τη δυνατότητα να διεξάγουν 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 προτίμησης κατά προτίμηση κρατικούς λειτουργούς ή διορισμένους πραγματογνώμονες στον Πίνακα Πραγματογνομόνων 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 ταξικομανής εντός 24 ωρών από τη σύλληψή του ή κατά την αρχική απολογία του, ο οποίος καταχωρείται στην έκθεση σύλληψης, εξέτασης ή απολογίας. Η πραγματογνωμοσύνη διατάσσεται το αργότερο εντός 24 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 παραγράφου 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 του άρθρου 5 παρ. 1 περ. β', στ', ζ', η', ι' και ιβ' του παρόντος νόμου, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους και με χρηματική ποινή διακοσίων χιλιάδων (200.000) δραχμών έως πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών και

"και αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση του άρθρου 6 ή επιβαρυντική περίπτωση του άρθρου 8, τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα ετών και με χρηματική ποινή τριακοσίων χιλιάδων (300.000) δραχμών έως πενήντα εκατομμυρίων (50.000.000) δραχμών".

\*\*\* Το άνω εντός " " εδάφιο προστέθηκε με την παρ.15 άρθρ.2 Ν.2479/1997 (Α 67/6-5-1997).

γ. των πράξεων των άρθρων 5 παρ. 1 περ. α', γ', δ', ε', θ', ια', ιγ' ή 7 του παρόντος νόμου, τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα ετών και με χρηματική ποινή διακοσίων χιλιάδων (200.000) δραχμών έως δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών και, 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 έως εκατό εκατομμυρίων (100.000) δραχμών".

\*\*\* Η παρ.4 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.2 εδαφ.β άρθρ.4

Ν.2408/1996 (Α 104) με το εδάφ.γ'δε αυτής ορίζεται ότι:

"Κρατούμενοι που έχουν καταδικασθεί και εκτίουν κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου ποινές για πράξεις που εμπίπτουν στην περίπτωση β' της παρ. 4 του άρθρου 13 του ν. 1729/1987, όπως αυτή τροποποιείται με το προηγούμενο εδάφιο του παρόντος άρθρου, απολύονται, ανεξάρτητα από τη συνδρομή των προϋποθέσεων των άρθρων 105 και 106 του Ποινικού Κώδικα, μόλις εκτίσουν με οποιονδήποτε τρόπο πέντε έτη από την ποινή τους. Στον απολυόμενο επιβάλλεται η υποχρέωση να παρακολουθήσει συμβουλευτικό πρόγραμμα για αποτοξίνωση σε συμβουλευτικό σταθμό που λειτουργεί νόμιμα και να προσαγάγει βεβαίωση του διευθυντή του προγράμματος αυτού προς τον εισαγγελέα του τόπου έκτισης της ποινής. Αν η βεβαίωση δεν προσαχθεί στο χρόνο που ορίσθηκε ή είναι αρνητική ή αναφέρει πλημμελή παρακολούθηση, ο εισαγγελέας εισάγει την υπόθεση στο συμβούλιο πλημμελειοδικών του τόπου της έκτισης της ποινής για την ανάκληση της απόλυσης. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται τα άρθρα 107 επ. του Ποινικού Κώδικα".

\*\*\*Το άρθρο 13 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 15 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119).

"5. Των ευεργετικών διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου και των περιπτώσεων α', ε' και ι' της παραγράφου 1 του άρθρου 21 του ν.2331/1995 απολαμβάνουν, εκτός από εκείνους που θα ακολουθήσουν εγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα της ημεδαπής και όσοι απέκτησαν την εξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών με την έννοια της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου αλλά αποδεδειγμένα την απέκτησαν και την απέβαλαν, υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις" α) Η απόκτηση της εξης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών σε χρόνο προγενέστερο της πράξης πρέπει να αποδεικνύεται κατά τρόπο αδιαμφισβήτητο από εργαστηριακές εξετάσεις, εκθέσεις ή βεβαιώσεις προερχόμενες από επιστημονικό διευθυντή δημόσιου νοσοκομείου της ημεδαπής ή χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή αναγνωρισμένων από τις αρμόδιες αρχές, θεραπευτικών προγραμμάτων της ημεδαπής ή χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και β) Η εντελής απεξάρτηση να αποδεικνύεται με βεβαίωση αναγνωρισμένης κατά νόμο θεραπευτικής κοινότητας που λειτουργεί νομότυπα στα πλαίσια των θεραπευτικών προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η βεβαίωση θα δίδεται μετά από προηγούμενη παρακολούθηση εγκεκριμένου κατά νόμο θεραπευτικού προγράμματος σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης για διάστημα έξι (6) τουλάχιστον μηνών. Σε περίπτωση που δεν προσκομιστεί αυτή η βεβαίωση αλλά αποδέχεται ο κατηγορούμενος την εισαγωγή του, διατάσσεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο η εισαγωγή του αιτουμένου την εφαρμογή των ευεργετικών διατάξεων, σε θεραπευτική κοινότητα του προηγούμενου εδαφίου. Απαιτείται επίσης να προσκομιστεί πιστοποιητικό ότι ο κατηγορούμενος δεν διώκεται για αξιόποινες πράξεις που τυχόν διέπραξε στο διάστημα της επικαλούμενης

θεραπείας μέχρι την εκδίκαση του αδικήματος με αφορμή το οποίο ζητεί την εφαρμογή των ευεργετικών διατάξεων που έχουν σχέση με τα ναρκωτικά και την εξασφάλιση μέσων για την προμήθειά τους”.

\*\*\* Η παρ.5 προστέθηκε με την παρ.1 άρθρ.9 Ν.2721/1999,

ΦΕΚ Α 112/3.6.1999

## **Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

### **"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 Ίδρυμα ή Κατάστημα. Εάν ο παραπάνω δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, μπορεί το δικαστήριο με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκτιση 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 αθωώσει 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 απεξάρτηση. 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. " Η καταδικαστική απόφαση αναγράφεται μόνο στα αντίγραφα που προορίζονται για δικαστική χρήση, στην περίπτωση κατά την οποία εκείνος που καταδικάστηκε έχει απολυθεί υπό όρους μετά από επιτυχή παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου και του άρθρου 26 του αυτού νόμου".

\*\*\*Το άρθρο 14, όπως είχε τροποποιηθεί, αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 16 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119) \*\*\* Η παρ.5 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.4 άρθρ.9 Ν.2721/1999, ΦΕΚ Α 112/3.6.1999

#### **N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 15.

Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος.

1. Σε περίπτωση καταδίκης για παράβαση των άρθρων 5, 6, 7, 8 και 9, το δικαστήριο δύναται να διατάσσει την απαγόρευση άσκησης του επαγγέλματος του δράστη για ένα (1) μέχρι πέντε (5) έτη, εφ' όσον κρίνει ότι η παράβαση έχει σχέση με το επάγγελμά του.

Οι διατάξεις που προβλέπουν πειθαρχικές ή διοικητικές κυρώσεις δε θίγονται.

2. Η απαγόρευση της άσκησης του επαγγέλματος αρχίζει από τη λήξη της στερητικής της ελευθερίας ποινής. Αν εκτός από την ποινή έχει επιβληθεί και μέτρο ασφαλείας, η απαγόρευση αρχίζει από τη λήξη του μέτρου.

3. Η απαγόρευση της άσκησης επαγγέλματος συνεπάγεται και την παύση της λειτουργίας του καταστήματος ή γραφείου, για ίσο χρονικό διάστημα, αν η άσκηση του επαγγέλματος αυτού προϋποθέτει την ύπαρξη και λειτουργία τους.

4. Για όσο χρόνο διαρκεί η απαγόρευση άσκησης του επαγγέλματος, εκείνος στον οποίο έχει επιβληθεί δεν μπορεί να ασκήσει το επάγγελμα αυτό ούτε προσωπικώς ούτε μέσω άλλου ή για λογαριασμό τρίτου. Σε περίπτωση παράβασης της απαγόρευσης αυτής ο υπαίτιος τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα (1) έτος και με χρηματική ποινή.

#### **N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 16.

Δημοσίευση καταδικαστικής απόφασης.

Σε περίπτωση καταδίκης για παραβάσεις των άρθρων 5, 6, 7, 8 και 9, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει τη δημοσίευση ολόκληρης ή περίληψης της καταδικαστικής απόφασης, με δαπάνες του καταδικασμένου, σε μια ή περισσότερες εφημερίδες της πρωτεύουσας ή του τόπου εκτέλεσης της πράξης ή της κατοικίας του. Μέσα σε δέκα (10) το πολύ ημέρες αφότου η απόφαση καταστεί αμετάκλητη.

#### **N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 17.

Περιορισμοί διαμονής.

1. Σε κάθε περίπτωση καταδίκης σε ποινή κάθειρξης για παράβαση του νόμου αυτού, το δικαστήριο, αν κρίνει ότι η διαμονή του καταδικασμένου σε ορισμένους τόπους θα είναι βλαπτική, είτε για τον ίδιο είτε και για το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να διατάξει την απαγόρευση της διαμονής του στους τόπους αυτούς για χρονικό διάστημα ενός (1) μέχρι πέντε (5) ετών. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του άρθρου 73 του Ποινικού Κώδικα.

2. Για αλλοδαπούς ενήλικους ή ανήλικους που καταδικάζονται για παράβαση του νόμου αυτού, το δικαστήριο διατάσσει την ισόβια απέλασή τους από τη χώρα, εκτός εάν συντρέχουν σπουδαίοι λόγοι, ιδίως οικογενειακοί, που δικαιολογούν την παραμονή στη χώρα, οπότε ισχύουν και γι' αυτούς οι ρυθμίσεις της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού. Για την εκτέλεση και τη διακοπή της απέλασης εφαρμόζεται το άρθρο 74 του Ποινικού Κώδικα.

#### **N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 18.

Ανήλικοι δράστες.

1. Σε ανήλικους που δεν έχουν συμπληρώσει το 17ο έτος της ηλικίας τους και τέλεσαν πράξεις προβλεπόμενες στο νόμο αυτόν, εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρων 121 έως 132 του Ποινικού Κώδικα, εφ' όσον είναι ευμενέστερες γι' αυτούς.

2. Το άρθρο 123 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

" Άρθρο 123. Θεραπευτικά μέτρα.

1. Αν η κατάσταση του ανήλικου απαιτεί ιδιαίτερη μεταχείριση, ιδίως αν πάσχει από ψυχική ασθένεια ή άλλη νοσηρή διατάραξη των πνευματικών του λειτουργιών ή είναι τυφλός, κωφάλαλος, επιληπτικός ή του έχει γίνει έξη η χρήση οιοπνευματωδών ποτών ή ναρκωτικών ουσιών και δεν μπορεί να την αποβάλει με τις δικές του δυνάμεις ή εμφανίζει ανώμαλη καθυστέρηση στην πνευματική και την ηθική του ανάπτυξη, το δικαστήριο διατάσσει την παραπομπή του σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο κατάστημα.

2. Τα θεραπευτικά μέτρα διατάσσονται ύστερα από προηγούμενη γνωμοδότηση ειδικού γιατρού".

3. Αν ο ανήλικος είναι χρήστης ναρκωτικών και ιδίως αν του έχει γίνει έξη η χρήση τους και δεν μπορεί να την αποβάλει με τις δικές του δυνάμεις, τα θεραπευτικά μέτρα διατάσσονται ύστερα από γνωμοδότηση σύμφωνα με το άρθρο 13 παράγραφος 2.

4. Σε κάθε περίπτωση συμμετοχής ανηλίκου σε αξιόποινες πράξεις του νόμου αυτού ή σε περίπτωση συνάφειας οιασδήποτε αξιόποινης πράξης ανηλίκου σε αξιόποινες πράξεις του νόμου αυτού που τελέστηκαν από ενήλικους, η υπόθεση χωρίζεται πάντοτε ως προς τον ανήλικο.

#### **N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 19.

Δήμευση.

"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 καταδικάσθηκε ορισμένο πρόσωπο.

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

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

\*\*\*Η παρ.1 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 17 του Ν.2161/1993

(ΦΕΚ Α 119)

2. Αν η πράξη της αποδοχής και διάθεσης προϊόντων εγκλήματος (άρθρο 394 Π.Κ.) συνδέεται με παραβάσεις των άρθρων 5, 6, 7, 8 και 9 του νόμου αυτού, τιμωρείται με την ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης και τα προϊόντα δημεύονται.

3. Στην περίπτωση του άρθρου 10 το δικαστήριο, εκτιμώντας τη βαρύτητα της πράξης και ιδίως τη βλάβη ή τον κίνδυνο που προκλήθηκε απ' αυτήν, μπορεί να επιβάλει τη δήμευση του μεταφορικού μέσου που οδηγούσε ο δράστης, εκτός αν ο κύριος του μέσου δε γνώριζε ότι ο δράστης τελούσε υπό τις συνθήκες του άρθρου 10.

**N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Γ**

**ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

Άρθρο 20.

Προανάκριση.

"1. Η αστυνόμευση για τη διαπίστωση των παραβάσεων του νόμου αυτού, ο σχετικός έλεγχος και η προανάκριση κατά τις διατάξεις των άρθρων 34 και 243 του Κ.Π.Δ. ενεργούνται από υπαλλήλους της Ελληνικής Αστυνομίας, της Τελωνειακής Υπηρεσίας, του Σώματος Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος και του Λιμενικού Σώματος κατά λόγο αρμοδιότητας.

2. Συνιστάται μικτό όργανο αποτελούμενο από υπαλλήλους των υπηρεσιών της παραγράφου 1 για την αξιοποίηση πληροφοριών και το συντονισμό της δράσης των αρμόδιων υπηρεσιών της Ελληνικής Αστυνομίας, της Τελωνειακής Υπηρεσίας, του Σώματος Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος και του Λιμενικού Σώματος."

\*\*\* Οι παρ.1 και 2 αντικαταστάθηκαν ως άνω με την παρ.1 άρθρ.33 Ν.2648/1998 Α 238/22.10.1998

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Δημόσιας Τάξης, Οικονομικών και Εμπορικής Ναυτιλίας, ρυθμίζονται οι αρμοδιότητες και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με τη λειτουργία του οργάνου της παραγράφου 2.

"4. Οι προανακριτικοί υπάλληλοι της Ελληνικής Αστυνομίας, της Τελωνειακής Υπηρεσίας, του Σώματος Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος και του Λιμενικού Σώματος 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 ταυτόχρονα τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών του τόπου στον οποίο διεξάγεται η προανακριτική πράξη."

\*\*\*Η παρ.4,η οποία είχε αντικατασταθεί με το άρθρο 18 Ν.2161/1993

Ν.2161/1993 αντικαταστάθηκε και πάλι ως άνω με την παρ.2

άρθρ.33 Ν.2648/1998 Α 238/22.10.1998

5. Για τον έλεγχο προς διαπίστωση της απόκρυψης, κατοχής ή μεταφοράς ναρκωτικών ουσιών, σε περίπτωση που υπάρχουν σοβαρές υπόνοιες, μπορεί να χρησιμοποιείται κάθε κατάλληλο επιστημονικό μέσο.

\*\*\* ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με το άρθρο 5α Ν.1567/1995 που προστέθηκε με το άρθρο 10

Ν.2443/1996 ορίζεται ότι:

" 1. Η κατα το άρθρο 5 του ν. 1729/1987 κατοχή και αποθήκευση ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών δεν απαγορεύεται, εφόσον προορίζονται για εκπαιδευτικούς σκοπούς και διαχειρίζονται από αρμόδιες, κατά το άρθρο 20 του ίδιου νόμου, διωκτικές αρχές.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου εφαρμόζεται και για ποσότητες ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες, είχαν περιέλθει καθοιονδήποτε τρόπο, στις αρμόδιες κατα το άρθρο 20 του ν. 1729/1987, διωκτικές αρχές και διαχειρίζονταν από αυτές, για λόγους εκπαιδευτικούς των διωκτικών υπαλλήλων.

3. Με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών, καθορίζεται το πλαίσιο της δικαιολογημένης ποσότητας ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών που απομειώνεται κατα την πρακτική εξάσκηση σε:

- τέστ χρωματικής αντιδράσεως για την αναγνώριση υπόπτων ουσιών.

- εγκεκριμένες εκπαιδεύσεις διωκτικών υπαλλήλων καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια."

#### **N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 21.

Προδικασία - Αρμοδιότητες.

1. Για την εκδίκαση των πράξεων που αναφέρονται στα άρθρα 5, 6, 7 παρ. 1 και 2, 8, 9 παρ. 1 εδάφιο β', 10 παρ. 1 εδάφιο β' και 19 παρ. 2, αρμόδιο είναι το Τριμελές Εφετείο. "Η εκδίκαση των υποθέσεων γίνεται σε ιδιαίτερες δικασίμους κατά τις οποίες προσδιορίζονται μόνο υποθέσεις που αφορούν εγκλήματα τα οποία προβλέπονται στον παρόντα νόμο. Για την εκδίκαση αυτών των υποθέσεων τα ποινικά εφετεία μπορεί να συνεδριάζουν και κατά τη διάρκεια των δικαστικών διακοπών".

\*\*\*Τα εντός " " εδάφια προσετέθησαν ως άνω δια του άρθρου 20 παρ. 1 του Ν. 1941/1991, ΦΕΚ Α 41.

2. Στο άρθρο 106 του Κ.Π.Δ. προσθέτονται και οι περιπτώσεις των εγκλημάτων που περιγράφονται στα άρθρα 5 μέχρι 12.

"3. Για εγκλήματα προβλεπόμενα στον παρόντα νόμο:

α) Η ανάκριση στις πόλεις Αθηνών, Πειραιώς και Θεσσαλονίκης διεξάγεται από ανακριτές στους οποίους ανατίθεται αποκλειστικά η ανάκριση μόνο αυτών των εγκλημάτων.

β) Κατά τη διάρκεια της προδικασίας, εφόσον διατάχθηκε η προσωρινή κράτηση κατηγορουμένου για κακούργημα, δεν επιτρέπεται αίτηση του κρατουμένου για την άρση ή αντικατάσταση της με περιοριστικούς όρους πριν παρέλθει χρονικό διάστημα δύο μηνών από την έναρξη της προσωρινής κράτησης. Σε περίπτωση απόρριψης αιτήσεως για άρση ή αντικατάσταση της προσωρινής κράτησης, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μόνο ένα μήνα μετά την απόρριψη της προηγούμενης.

γ) Μόλις περατωθεί η ανάκριση, η δικογραφία υποβάλλεται από τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών στον εισαγγελέα εφετών, ο οποίος αν κρίνει ότι προκύπτουν ενδείξεις και ότι δεν πρέπει να την επιστρέψει για να συμπληρωθεί εισάγει, εφ' όσον συμφωνεί και ο πρόεδρος εφετών, την υπόθεση στο ακροατήριο με απευθείας κλήση, κατά της οποίας δεν επιτρέπεται προσφυγή".

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

\*\*\*Η παρ. 3 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 20 παρ.2 Ν. 1941/1991, το δε τελευταίο εδάφιο αυτής προστέθηκε με το άρθρο 20 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

4. Σε περίπτωση εισαγωγής με απευθείας κλήση, για τη διάρκεια της ισχύος του εντάλματος σύλληψης και για τη διάρκεια της προσωρινής κράτησης του κατηγορουμένου αποφαινεται με διάταξη του, κατά της οποίας δε χωρεί προσφυγή, ο πρόεδρος εφετών. Για την άρση ή την αντικατάσταση της προσωρινής κράτησης με άλλο όρο, αποφαινεται το συμβούλιο εφετών. Αν διατάχθηκε η διατήρηση της ισχύος εντάλματος σύλληψης, ο εισαγγελέας εφετών με διάταξή του, της οποίας δεν απαιτείται τοιχοκόλληση, διατάσσει την αναστολή της διαδικασίας που διεξάγεται στο ακροατήριο ως προς τον κατηγορούμενο που φυγοδικεί, μέχρι να προσέλθει ή να συλληφθεί.

5. Σε περίπτωση περισσότερων κατηγορουμένων το συμβούλιο είναι αρμόδιο να αποφανθεί για ποιούς δεν προκύπτουν ενδείξεις και για ποιούς πρέπει να κηρυχθεί απαράδεκτη ή να παύσει η ποινική δίωξη ή να χωριστεί ως προς αυτούς η υπόθεση. Αν για μερικούς από τους κατηγορουμένους δεν περατώθηκε η ανάκριση και προβλέπεται ότι η περάτωσή της θα καθυστερήσει, ο ανακριτής, με διάταξή του που δεν υπόκειται σε προσφυγή, μπορεί να διατάσσει το χωρισμό ως προς αυτούς και συνεχίζει την ανάκριση για τους λοιπούς κατηγορουμένους.

6. Για τις παραβάσεις του νόμου αυτού ο ανακριτής μπορεί να μεταβαίνει και να ενεργεί ανακριτικές πράξεις και έξω από την έδρα του ή και σε άλλη δικαστική περιφέρεια μετά προηγούμενη ενημέρωση του εισαγγελέα πλημμελειοδικών ή εφετών αντίστοιχα.

## **Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 22.

Κατάσχεση.

1. Τα ναρκωτικά κατάσχονται και δημεύονται σε κάθε περίπτωση. Κατά τη διάρκεια της προδικασίας, καθώς και στην περίπτωση μη άσκησης ποινικής δίωξης ή σε περίπτωση αποχής για οποιονδήποτε λόγο απ' αυτήν, τη δήμευση διατάσσει το συμβούλιο πλημμελειοδικών.

"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 γνωστοποιούνται 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 παραρτηματά 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 απόδοσης 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 παραστούν ο κατηγορούμενος και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, εκτός αν είναι άγνωστος ή απουσιάζει ή δεν είναι για κάποιο άλλο λόγο εφικτή η κλήτευση του. Το Συμβούλιο αποφαινεται αμετάκλητα για την καταστροφή ή απόδοση των ουσιών που κατασχέθηκαν μπορεί δε να διατάξει και νέα πραγματογνωμοσύνη. Αν διαταχθηκε 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 υπνοφώρου 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 διωκτικής 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 υπηρεσιών'.

\*\*\*Η παρ.2 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.1 του άρθρου 19 του Ν.

2161/1993 (ΦΕΚ Α 119), ενώ οι παρ.3 έως 5 προστέθηκαν με το ίδιο

άρθρο του ιδίου νόμου.

Άρθρο 23.

Εκτέλεση θεραπευτικών διατάξεων.

\*\*\*Το άρθρο 23 καταργήθηκε με το άρθρο 26 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

**Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

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 κάποιος 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 μεγαλέμπορου 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 χρονικά διάστημα, προκειμένου να ανακαλυφθεί ή εξαρθρωθεί συμμορία ή συλληφθεί μεγαλέμπορος 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 μεγαλέμπορο 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 απόλυση 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.

\*\*\*Το άρθρο 24 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 21 του Ν.2161/1993

(ΦΕΚ Α 119)

**Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**



Άρθρο 25.

Εκτέλεση μέτρου περιορισμού διαμονής.

1. Ο περιορισμός διαμονής εκτελείται με την επιμέλεια του εισαγγελέα πλημμελειοδικών του τόπου διαμονής του καταδικασμένου μέσω των αστυνομικών αρχών. Ο εισαγγελέας μπορεί να επιτρέψει την άρση του περιορισμού διαμονής για σύντομα χρονικά διαστήματα και για την εκπλήρωση προσωπικών ή οικογενειακών αναγκών του καταδικασμένου.

2. Το δικαστήριο μετά τη συμπλήρωση έξι (6) μηνών, ύστερα από αίτηση του καταδικασμένου ή αιτιολογημένη έκθεση του εισαγγελέα του τόπου διαμονής του, μπορεί να άρει τους περιορισμούς διαμονής ή να μειώσει τη διάρκειά τους.

**N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

Άρθρο 25β

Πράξεις ελεγκτικών οργάνων

1. Δεν είναι άδικη η πράξη αστυνομικού, τελωνειακού υπαλλήλου, υπαλλήλου Σ.Δ.Ο.Ε. και 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 παρόντος νόμου, 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 αυτό το σκοπό ενεργεί ύστερα από πρόταση των αρμοδίων, για τη δίωξη ναρκωτικών, υπηρεσιών. Οφείλει όμως στην περίπτωση αυτή, ο επικεφαλής της υπηρεσίας αυτής να ειδοποιήσει προηγουμένως, έστω και τηλεφωνικά, τον αρμόδιο εισαγγελέα πλημμελειοδικών.

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

\*\*\*Το άρθρο 25B που προστέθηκε με το άρθρο 22 Ν.2161/1993, αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.3 άρθρ.33 Ν.2648/1998 Α 238/22.10.1998

**N 1729/1987 / A-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Άρθρο 26.

ΚΕ.Θ.Ε.Α. - Ειδικές διατάξεις

\*\*\* Το άρθρο 26,όπως είχε τροποποιηθεί από τους Ν.1868/89,1821/88

2161/1993 και 2298/1995, καταργήθηκε με την περ.ια' της παρ.1 του άρθρου 21 του Ν.2331/1995 (Α 173).

Η ισχύς αυτού του νόμου αρχίζει, ως ορίζεται από το άρθρο 103 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα, δηλαδή δέκα μέρες μετά την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

## **Ν 1729/1987 / Α-144 ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ και άλλες διατάξεις.**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'**

#### **ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

##### **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.

\*\*\*Το άρθρο 27 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 24 του Ν.2161/1993 (ΦΕΚ Α 119)

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο 9 του Ν. 1877/1990 (Α' 28): "Οι κατά το άρθρο 27 του ν. 1729/1987 "Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 144 Α'/1987) εγγραφόμενες πιστώσεις του Υπουργείου Δικαιοσύνης μεταφέρονται σε έντοκο υπολογαριασμό του ειδικού λογαριασμού "Κεφάλαια Εργασίας Κρατουμένων", με τίτλο "Δαπάνες προγραμμάτων θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων" και διατίθενται, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις διαχείρισης του λογαριασμού, για την αποκλειστική εξυπηρέτηση των αναγκών των θεραπευτικών προγραμμάτων".

## Διευθύνσεις - Τηλέφωνα Θεραπευτικών Μονάδων

### **ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ**

Α' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΕΔΡΑ: Αθήνα  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Ερεσσού 40, 10681, Αθήνα  
ΤΗΛ.: 210- 3304265-70  
FAX: 210- 3304780

Β' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΕΔΡΑ: Αθήνα  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Καποδιστρίου 46, 10432, Αθήνα  
ΤΗΛ.: 210- 5236288, 5237255  
FAX: 210- 5239118

Γ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΕΔΡΑ: Αθήνα  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Σοφοκλέους 48, 10551, Αθήνα  
ΤΗΛ.: 210- 5200700-29  
FAX: 210- 5225575

ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΕΙΡΑΙΑ  
ΕΔΡΑ: Πειραιάς  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Νοταρά 106, 18535, Πειραιάς  
ΤΗΛ.: 210- 4528761-4  
FAX: 210- 4528765

ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΙΚΑ-ΟΚΑΝΑ (σε συνεργασία με το ΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ)  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Βασιλέως Αλεξάνδρου 105, 12131, Περιστέρι  
ΤΗΛ.& FAX: 210-5759903

### **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

Α' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Ευζώνων 34, 54640, Θεσσαλονίκη  
ΤΗΛ.: 2310- 868896-97  
FAX: 2310- 888858

Β' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΕΔΡΑ: Σταυρούπολη  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Λαγκαδά 196Α, 56430, Σταυρούπολη  
ΤΗΛ.: 2310- 601101-2  
FAX: 2310- 602666

Γ' ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ.Παπανικολάου»)  
ΕΔΡΑ: Θεσσαλονίκη  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου, Εξαχέ Θεσσαλονίκης, (είσοδος δίπλα στην πύλη), 57010, Θεσσαλονίκη  
ΤΗΛ.: 2310-357109  
FAX: 2310-359147

### **ΧΑΝΙΑ**

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων)  
ΕΔΡΑ: Χανιά  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Προαύλιος Χώρος Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων, βοηθητική οδός Σούδας 27, 73100, Χανιά  
ΤΗΛ.: 28210- 23591-3  
FAX: 28210- 81351

### **ΛΑΡΙΣΑ**

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας)  
ΕΔΡΑ: Λάρισα  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Π.Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λόφος Μεζούρλου, 41110, Λάρισα

ΤΗΛ.: 2410- 671841-42, 681044-46  
FAX: 2410- 628130

#### **ΛΑΜΙΑ**

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας)  
ΕΔΡΑ: Λαμία  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Τέρμα Παπασιοπούλου, 35100, Λαμία  
ΤΗΛ.: 22310- 56341-3  
FAX: 22310- 56342

#### **ΛΙΒΑΔΕΙΑ**

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς)  
ΕΔΡΑ: Λιβαδειά  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς, Τέρμα Αγίου Βλασσίου, 32100, Λιβαδειά  
ΤΗΛ: 22610-89585, ΤΗΛ & FAX: 22610-89588  
ΤΗΛ.: 22610- 20051 & 22610- 20058 (Τηλ. Κέντρο Νοσοκομείου)

#### **ΧΑΛΚΙΔΑ**

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας)  
ΕΔΡΑ: Χαλκίδα  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας ,Τσιριγώτη 29Α , 34100, Χαλκίδα  
ΤΗΛ.& FAX: 22210-62560

#### **ΑΓΡΙΝΙΟ**

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου)  
ΕΔΡΑ: Αγρίνιο  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου, Τέρμα Κόκκαλη, 30100, Αγρίνιο  
ΤΗΛ.: 26410- 57333  
FAX: 26410- 28770

#### **ΡΟΔΟΣ**

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΕΩΝ (Σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου)  
ΕΔΡΑ: Ρόδος  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου "Ανδρέας Παπανδρέου", Αγ. Απόστολοι, 85100, Ρόδος  
ΤΗΛ.& FAX:22410- 80056