

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ  
ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΒΟΙΩΤΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΑΓΙΑ ΑΝΔΡΙΑΝΑ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΤΣΑΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2006**

*«Ποτέ σου μη ξεχνάς, ότι για μία ευτυχισμένη ζωή,  
τα πράγματα που χρειάζονται δεν είναι πολλά».*

*Μάρκος Αυρήλιος*

*«Σε όλους τους ανθρώπους το λάθος είναι κάτι  
το συνηθισμένο και όποιος το διαπράττει, ούτε  
αξιοκατάκριτος είναι, ούτε ασυγχώρητος, αρκεί  
μετά το λάθος του να μη μένει αδρανής, αλλά να  
προσπαθεί να το διορθώσει».*

*Σοφοκλής*

*«Το θεμέλιο πάνω στο οποίο οικοδομείται η ευτυχία  
και η ισχύς ενός κράτους, είναι η υγεία του λαού του».*

*Ντασραέλι*

“Πάντα στο νου σου να΄χεις την Ιθάκη.  
Το φθάσιμον εκεί ειν΄ ο προορισμός σου.  
Αλλά μη βιάζεις το ταξίδι διόλου.  
Καλύτερα χρόνια πολλά να διαρκέσει  
Και γέρος ν΄αράξεις στο νησί,  
Πλούσιος με όσα κέρδισες στο δρόμο,  
μη προσδοκώντας πλούτη να σε δώσει η Ιθάκη.

Η Ιθάκη σ΄έδωσε τ΄ωραίο ταξίδι.  
Χωρίς αυτήν δεν θα βγαίνες στον δρόμο.  
Αλλά δεν έχει να σε δώσει πια.

Κι αν πτωχική την βρεις, η Ιθάκη δεν σε γέλασε.  
Έτσι σοφός που έγινες, με τόση πείρα,  
Ήδη θα το κατάλαβες οι Ιθάκες τι σημαίνουν.”

Κ. Καβάφης

## **Ευχαριστίες**

Για τη συνολική επίβλεψη της έρευνας θερμά ευχαριστώ την καθηγήτρια του ΤΕΙ Καλαμάτας κα. Μπιτσάνη Ευγενία.

Επίσης, ευχαριστώ τον γιατρό του ΟΚΑΝΑ στο Νομό Βοιωτίας κ. Μοστράττο Ζέπο για τον χρόνο που αφιέρωσε και για τις χρήσιμες συμβουλές που μου παρείχε.

Τέλος, ευχαριστώ τους γονείς μου για την ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης της εργασίας αυτής.

Με εκτίμηση  
Καγιά Ανδριάνα

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. ΓΕΝΙΚΑ.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ.....</b>	<b>13</b>
1.2.1. Κατασταλτικά.....	16
1.2.2. Διεγερτικά.....	29
1.2.3. Παραισθησιογόνα.....	31
<b>1.3. ΤΟΠΟΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ – ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ.....</b>	<b>34</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 ΓΕΝΙΚΑ.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ.....</b>	<b>36</b>
2.2.1. Θεσμικό πλαίσιο.....	38
2.2.2. Πρωτογενής Πρόληψη.....	39
2.2.3 Δευτερογενής Πρόληψη- Θεραπεία.....	40
2.2.4 Τριτογενής Πρόληψη-Επανάταξη.....	40
<b>2.3. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ.....</b>	<b>40</b>
2.3.1. Δίκαιο.....	40
2.3.2.Νόμος.....	41
2.3.3. Νομοθεσία για τα ναρκωτικά.....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΟΚΑΝΑ-ΓΕΝΙΚΑ.....</b>	<b>45</b>
<b>3.1. ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΦΗΒΩΝ.....</b>	<b>48</b>
<b>3.3. «ΣΤΕΓΝΑ» ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....</b>	<b>49</b>
3.3.1. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας.....	50
3.3.2. Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Αθηνά».....	51
<b>3.4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ.....</b>	<b>52</b>
<b>3.5. ΑΝΟΙΧΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ.....</b>	<b>52</b>
<b>3.6. ΙΑΤΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ.....</b>	<b>53</b>
<b>3.7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ.....</b>	<b>54</b>
3.7.1. Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης.....	55
<b>3.8. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ.....</b>	<b>58</b>
3.8.1. Κέντρο Βοήθειας του ΟΚΑΝΑ.....	59
3.8.2. Τηλεφωνική Γραμμή SOS.....	60
3.8.3. Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης.....	60
3.8.4. Καμπάνιες.....	60
3.8.5. Διαδίκτυο (INTERNET).....	60
3.8.6. Επικεντρωμένες Παρεμβάσεις Πρόληψης.....	61
3.8.7. Παρέμβαση σε νέους με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.....	61
3.8.8. Στεγαστική Βοήθεια.....	61
3.8.9. Άλλες Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	62
<b>3.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ.....</b>	<b>62</b>
<b>3.10. ΜΕΘΑΔΟΝΗ.....</b>	<b>68</b>
3.10.1. Γυναίκες που εγκυμονούν.....	75

3.10.2. Νεογνά γυναικών εξαρτημένων από οπιοειδή.....	76
3.10.3. Γονείς νέων παιδιών.....	77
3.10.4. Νέος πληθυσμός .....	77
3.10.5. Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.....	77
3.10.6. Χρήστες πολλαπλών ουσιών.....	78
3.10.7. Μειονοτικές εθνικές ομάδες.....	78
3.10.8. Άτομα στη φυλακή.....	78
3.10.9. Άτομα στο νοσοκομείο.....	79
3.10.10. Άτομα που ταξιδεύουν.....	79
3.10.11. Άτομα με HIV/AIDS.....	79
3.10.12. Άτομα με Ηπατίτιδα.....	80
<b>3.11. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ.....</b>	<b>81</b>
<b>3.12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....</b>	<b>81</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΟΚΑΝΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΒΟΙΩΤΙΑΣ.....</b>	<b>82</b>
4.1. ΓΕΝΙΚΑ.....	82
4.2. ΦΑΡΜΑΚΟ SUBUTEX (Βουπρενορφίνη).....	86
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1. Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΔΑΘ).....</b>	<b>91</b>
5.1.1. Συνοπτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών των χρηστών του Εθνικού Δικτύου του ΔΑΘ το 2003.....	91
<b>5.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....</b>	<b>92</b>
5.2.1. Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου.....	93
<b>5.3. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΟΚΑΪΝΗΣ.....</b>	<b>93</b>
<b>5.4. ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ.....</b>	<b>94</b>
5.4.1. Στατιστικά Στοιχεία.....	94
<b>5.5. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....</b>	<b>94</b>
<b>5.6. ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΟ.....</b>	<b>97</b>
<b>5.7. ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ.....</b>	<b>97</b>
5.7.1. Θεραπευτικά προγράμματα για τους φυλακισμένους.....	99
<b>5.8. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ.....</b>	<b>101</b>
5.8.1. Πρακτικές Μείωσης της βλάβης.....	101
<b>5.9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.....</b>	<b>101</b>
<b>5.10. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....</b>	<b>101</b>
<b>5.11. ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>103</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>105</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:.....</b>	<b>107</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εποχή που ζούμε σήμερα, χαρακτηρίζεται από μεγάλες αλλαγές σε σχέση με το παρελθόν, που συγκλονίζουν τις κοινωνίες. Οι αλλαγές αυτές είναι αλλαγές που έχουν να κάνουν με την επιστημονική εξέλιξη, αλλά και όχι μόνο.

Πράγματι, σήμερα ζούμε σε ένα κόσμο που συνέχεια αλλάζει. Γινόμαστε μάρτυρες της τεχνολογικής, ηλεκτρονικής, ρομποτικής και τελικά γενετικής επανάστασης στο τομέα της γνώσης ο οποίος επηρεάζει δομικά τον κοινωνικό ιστό.

Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές δεν είναι χωρίς προβλήματα για τον άνθρωπο, αφού η αντίληψη του ανθρωπισμού και της ειρήνης περνάει σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με την αντίληψη του ανταγωνισμού που προωθείται στην οικονομία της αγοράς.

Η ιδεολογία του ατομικού ανθρώπου, του ανθρώπου που δεν ζει με συλλογικούς πια όρους στη κοινωνία, του περισσότερο μοναχικού προωθείται και η επικοινωνία των ατόμων σήμερα χαρακτηρίζεται από τη διαμεσολάβηση της εικόνας στις ανθρώπινες σχέσεις.

Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής είναι πραγματικά αναγκαίος στις οικονομικές συναλλαγές. Επίσης υπάρχει και το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και τα chat rooms, δηλαδή σελίδες γνωριμίας των ανθρώπων μέσα από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Οι εικόνες των τηλεοράσεων βρίσκονται ακόμα και μέσα σε καφετέριες εμποδίζοντας πολλές φορές την άμεση επικοινωνία της παρέας και δημιουργώντας όλο και περισσότερους παθητικούς δείκτες.

Η πολυπολιτισμικότητα σήμερα, με την έννοια της συνύπαρξης διαφόρων πολιτισμών από πολλά εθνικά κράτη και της μετακίνησης των πληθυσμών μεταξύ τους για την ανεύρεση εργασίας, είναι άλλο ένα χαρακτηριστικό των ημερών μας που αλλάζει τις κοινωνίες μας και δημιουργεί την ανάγκη να μάθουμε να ζούμε με διαφορετικούς όρους από το άμεσο παρελθόν και να συνυπάρχουμε στην εποχή της παγκοσμιοποίησης.

Ο κόσμος που ζει και μεγαλώνει σήμερα ένα παιδί δεν παρέχει πάντα τις εγγυήσεις για την ασφαλή και ομαλή μετάβασή του από τη παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή.

Πόσο μάλλον αν και ο θεσμός της οικογένειας του σχολείου και της εκκλησίας που είναι φορείς κοινωνικοποίησης του νέου ανθρώπου μαστίζονται από τη γενικότερη κοινωνική και οικονομική κρίση που η περίοδος μετάβασης που περιγράψαμε δημιουργεί. Μετάβασης σε έναν καινούργιο κόσμο επιστημονικά πιο εξελιγμένο, αλλά πιο ανταγωνιστικό, από το παρελθόν πιο μοναχικό και πιο βίαιο.



Οι εικόνες βίας που τα Μ.Μ.Ε. προβάλλουν, οι πόλεμοι αλλά και η πολιτιστική υποκουλτούρα στην οποία είμαστε εκτεθειμένοι εντείνουν το πρόβλημα.

Οι νέοι πολλές φορές παρουσιάζουν αδυναμία να αντιμετωπίσουν τη πραγματικότητα και ψάχνουν τρόπους διαφυγής από αυτή. Ένας τρόπος διαφυγής ο οποίος είναι επικίνδυνος για τη ζωή τους και αποτελεί δείγμα παθογένειας είναι η εξάρτηση από τα ναρκωτικά.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι από τα πιο βαριά και σε μεγάλη έκταση κοινωνικά προβλήματα συνεχώς και ταχέως επιδεινούμενο στο κόσμο ολόκληρο αλλά και στη πατρίδα μας.

Η Ελλάδα, εκτός από σημαντικό διαμετακομιστικό σταθμό, έγινε πλέον και τόπος κατανάλωσης, ακολουθεί δε τους ρυθμούς αύξησης του αριθμού των τοξικομανών άλλων χωρών που είχαν το προβάδισμα.

Σήμερα, ο καταναλωτής ναρκωτικών δεν είναι όπως σε άλλες εποχές ένα άτομο χαμηλής κοινωνικής στάθμης. Τώρα, δυστυχώς πλέον είναι και ο νέος, ένα παιδί συχνά και από μία πολύ καλή οικογένεια και από ένα «νοικοκυρεμένο σπιτικό». Άτομα που ανήκουν σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και σε όλες τις βαθμίδες της κοινωνίας.

Ξεφυτρώνουν δε όλο και περισσότερα στέκια σε περιοχές που συνήθως θεωρούνται από τις περισσότερο αριστοκρατικές των Αθηνών και άλλων μεγάλων πόλεων. Δεν κρύβονται όπως παλιά με αίσθημα ντροπής από τα μάτια του κόσμου, αλλά τη «συνήθεια» αυτή την παρουσιάζουν και τη προβάλλουν σαν ένα καινούργιο τρόπο ζωής, ενώ παρακινούν και άλλους να τους μιμηθούν.

Τα ναρκωτικά κυκλοφορούν σήμερα ελεύθερα στους δρόμους, μπήκαν στα σπίτια, μπήκαν στα σχολεία, στους χώρους της δουλειάς, στους χώρους ψυχαγωγίας, μπήκαν ακόμα και στο στρατό. Είναι αρκετοί οι νέοι που τη πρώτη δόση ηρωίνης τη ξεκίνησαν στο στρατό και άλλοι στη φυλακή.

Τα αίτια που ωθούν τους νέους στα ναρκωτικά είναι πάρα πολλά. Τα σημαντικότερα όμως είναι:

- 1) **Ο εγωισμός και η περιέργεια** να δοκιμάσουν και άλλους τρόπους ψυχαγωγίας. Οι νέοι πάντα είναι περιέργοι να ζήσουν όλα τα μυστικά της ζωής.
- 2) **Η απόδραση.** Ο σημερινός νέος ζει την απόδραση, τη φυγή. Παλαιότερα οι νέοι ήταν ριψοκίνδυνοι και ριζοσπαστικά ήθελαν να εξαφανίσουν τον κόσμο για να τον ξανακατασκευάσουν καλύτερο. Σήμερα στη πλειονότητα είναι αδιάφοροι. Η αδιαφορία χαρακτηρίζει τους σημερινούς νέους. Η αδιαφορία οδηγεί στην απόδραση και η απόδραση σπρώχνει στη λήψη των ναρκωτικών.



- 3) **Η επίδραση των συνομήλικων** έχει παρατηρηθεί και αποδειχθεί από ψυχολόγους και παιδαγωγούς ότι τη μεγαλύτερη καταπίεση ο νέος δέχεται από τους φίλους του και όχι από τους γονείς του. Στους γονείς μπορεί να αντιδράσει, αλλά δεν μπορεί να το κάνει εύκολα στους φίλους του γιατί δε θέλει να αποβληθεί και να βρεθεί στο περιθώριο. Ο νέος υπολογίζει πολύ στην εκτίμηση των φίλων.
- 4) Σημαντικό αίτιο είναι η **δραστηριότητα των εμπόρων και των αδίστακτων εκμεταλλευτών που θέλουν με τον τρόπο αυτό να πλουτίσουν**. Σε αυτή τη κατηγορία υπάγονται δυστυχώς και άλλοι παράγοντες οι οποίοι θέλουν να αποχαυνώσουν τη νεολαία και να τη αποπροσανατολίσουν.
- 5) Βασικό αίτιο διαδόσεως των ναρκωτικών είναι και η **απογοήτευση** που αισθάνονται οι σημερινοί νέοι από την οικογένεια και τη κοινωνία. Πολλές φορές η λήψη ναρκωτικών είναι κίνηση απογνώσεως.

Με το βιβλίο αυτό θα επιδιώξουμε:

- 1) Την ενημέρωση του αναγνώστη στις έννοιες των ναρκωτικών ουσιών και της τοξικομανίας και στις συνέπειές τους.
- 2) Τη προσέγγιση στο σύγχρονο και δυσεπίλυτο πρόβλημα των ναρκωτικών από κοινωνικής πλευράς.
- 3) Τη γνώση των αιτιών που οδηγούν στη χρήση των ναρκωτικών τους νέους.
- 4) Τους τρόπους αντιμετώπισής τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

### 1.1. ΓΕΝΙΚΑ

Το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί πραγματική μάστιγα για τη χώρα μας. Η τραγικότερη όψη του είναι το γεγονός ότι πλήττει τη νεολαία, το πιο ζωντανό και δυναμικό κομμάτι της κοινωνίας μας.

Οι συνεχείς θάνατοι νέων ανθρώπων που σημειώνονται τα τελευταία χρόνια εξαιτίας των ναρκωτικών και κυρίως της χρήσης ηρωίνης, αποτελούν δραματική απόδειξη της ζοφερής αυτής πληγής μπροστά στην οποία κανείς δε δικαιούται να ετεροτυφλεί.

Είναι ευνόητο ότι καμία επιείκεια δεν μπορεί να επιδειχθεί προς τη πλευρά των εμπόρων ναρκωτικών. Οι έμποροι του λευκού θανάτου κερδοσκοπούν με τίμημα τη ζωή των συνανθρώπων τους. Η μόνη απάντηση που έχει να αρθρώσει η συντεταγμένη πολιτική απέναντί τους, είναι η συστηματική τους δίωξη και η αμείλικτη τιμωρία τους.

Βασική αρχή στη καταπολέμηση των ναρκωτικών πρέπει να είναι η καταπολέμηση του χρήστη ως ατόμου το οποίο υποφέρει και δικαιούται μέριμνας και κατανόησης, τόσο από τη πολιτεία, όσο και από τη κοινωνία στο σύνολό της.

Ο χρήστης ναρκωτικών ουσιών πρέπει να πάψει να θεωρείται τόσο από τη κοινή γνώμη, όσο και από τις Διοικητικές Αρχές, περιθωριακό άτομο που εγκληματεί κατά της κοινωνίας και συνεπώς άξιο καταστολής και τιμωρίας.

Πρέπει να γίνει συνείδηση όλων μας, ότι αυτός ο οποίος έφθασε στο σημείο να καταστρέψει με αυτό τον τρόπο τον εαυτό του, έχει άμεση ανάγκη βοήθειας, θεραπείας και αποτοξίνωσης.

Να μην οδηγείται στη κοινωνική και φυσική του αυτοκτονία, στη καταστολή και τιμωρία.

Πρέπει να αντιληφθούμε επίσης, πώς όταν το άτομο φθάσει στο σημείο της αποθεραπείας, χρειάζεται συμπαράσταση για τη κοινωνική επανένταξή του και όχι κοινωνικό στιγματισμό ή κοινωνική απομόνωση.

Μία υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση της νεολαίας μας για τις δραματικές επιπτώσεις της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών, μία συνεχής και τεκμηριωμένη πληροφόρησης της κοινής γνώμης για τους κινδύνους που απειλούν τα νέα αυτά παιδιά, μπορεί να έχουν πιο θετικά αποτελέσματα από τη στιγμιαία καταστολή όσων δεν ήξεραν ή δε μπόρεσαν να αντισταθούν στη εκμετάλλευση των εμπόρων ναρκωτικών.

Οι ενδείξεις για τη διάσταση του προβλήματος σήμερα όπως προκύπτουν από τα στοιχεία των Αστυνομικών και Δικαστικών Αρχών, των Αρμοδίων Υγειονομικών

Δ.Π. Μητρόπουλος, «Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους», Θεσσαλονίκη 1997 σελ. 9 - 17

Υπηρεσιών, στις οποίες προσέρχονται άτομα για θεραπεία, δίνουν μία εικόνα μερική αλλά χαρακτηριστική:

- ❖ Σήμερα ένα άτομο αρχίζει να παίρνει ναρκωτικές ουσίες από εφηβική ή νεανική ηλικία. Κατά συνέπεια, η μέση ηλικία του χρήστη διαφοροποιείται σε μικρότερες ηλικίες.
- ❖ Διευρύνονται τα κοινωνικά στρώματα από τα οποία προσέρχονται τα άτομα που κάνουν χρήση.
- ❖ Εξαπλώνεται και στα δύο φύλα.

Εμφανίζεται μία συγκεκριμένη ιδεολογία γύρω από τα πρότυπα ζωής και μία αντίστοιχη κουλτούρα, που τα χαρακτηριστικά της είναι μία εκκεντρική τάση αμφισβήτησης, άρνησης και μηδενισμού της οργανωμένης κοινωνικής ζωής, των θεσμών και αξιών που τη διέπουν. Με αυτή τη στάση ζωής τείνουν να ταυτίζονται είτε προσωρινά είτε μόνιμα τα άτομα που κάνουν χρήση.

Το μεγάλο και καυτό πρόβλημα των ναρκωτικών είναι γνωστό και δεδομένο και μάλιστα τόσο πολύπλευρο και πολύμορφο που δεν επιδέχεται εύκολες λύσεις. Ένα φαινόμενο τόσο σοβαρό, όπως αυτό που αφορά την εξάπλωση της τοξικομανίας, δε μπορεί να εξηγηθεί με μία μόνο αιτία.

Τα θύματα, κυρίως νέοι, αναζητώντας το «χαμένο παράδεισο», πέφτουν ανύποπτα στη παγίδα που στήνουν συστηματικά και μεθοδευμένα οι έμποροι ναρκωτικών.

Πρέπει να ληφθούν υπόψη σοβαρά κοινωνικά, προσωπικά και ψυχολογικά αίτια που υπάρχουν στο ιστορικό κάθε τοξικομανούς.

Πίσω από το καθένα από αυτούς υπάρχει ένα πρόσωπο ή πρόβλημα για κατανόηση, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρό.

Είναι γεγονός ότι η εποχή μας είναι πιεστική και αγχώδης και οι συνθήκες της ζωής που διαμορφώθηκαν από τη τεχνολογική πρόοδο και ανάπτυξη, προβάλλονται σαν αιτία όλων των αντικοινωνικών τάσεων και φαινομένων.

Σε κάθε εποχή που βασιλεύει η δυσaréσκεια, η απογοήτευση, η αμφισβήτηση και η αβεβαιότητα, πολλά άτομα ζουν χωρίς ελπίδα, χωρίς ιδανικά και χωρίς κανένα σκοπό, σε μία ζωή που είναι έντονος ο ανταγωνισμός και η κοινωνική αδικία.

Έτσι, μη έχοντας γερά θεμελιωμένη τη προσωπικότητά τους, καταφεύγουν στη «μαγική λύση» των προβλημάτων τους.

Σε αυτή τη κατάσταση έχουν συντελέσει αναμφισβήτητα και οι εξής παράγοντες:

- Η χαλάρωση των δεσμών της οικογένειας.
- Η μείωση της εμπιστοσύνης προς το σχολείο και η έλλειψη κατάλληλης ενημέρωσης από το καθηγητή για τα καταστρεπτικά αποτελέσματα που έχει η χρήση των ναρκωτικών.

- Η χαλάρωση των δεσμών με τις παραδοσιακές αξίες και αρχές, η αποκοπή από τις ρίζες μας.

Η μεγάλη έξαρση του κοινωνικού φαινομένου των ναρκωτικών σε παγκόσμια κλίμακα έχει αλλάξει και το καταναλωτικό κοινό.

Καταναλωτής των διαφόρων ναρκωτικών ουσιών δεν είναι μόνο «ο απόβλητος», «το ρεμάλι» της κοινωνίας και γενικά ο μέσης ηλικίας άνθρωπος.

Σήμερα ευάλωτα έχουν γίνει πλέον άτομα από όλες τις κοινωνικές τάξεις, είναι ο νέος και συχνά ενήλικας από μία «ευυπόληπτη οικογένεια», ο γιος του βιομηχάνου, η κόρη του τραπεζίτη κ.α.

Γενικά το φαινόμενο των ναρκωτικών δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, θεσμικά, πολιτιστικά και νομικά πλαίσια που ορίζονται στη σχέση της νέας γενιάς με τη κοινωνία.

Έτσι ορισμένα σύγχρονα κοινωνικά φαινόμενα διαμορφώνουν τις συνθήκες εκείνες που αντικειμενικά ευνοούν τη διάδοση των ναρκωτικών:

- Η εκβιομηχάνιση, η μεγάλη συγκέντρωση νέων στα αστικά κέντρα, η επαγγελματική αποκατάσταση και ταυτόχρονα η δυσκολία εκπλήρωσης των σκοπών αυτών.
- Η κρίση θεσμών και αξιών, η περιθωριοποίηση και αποξένωση των νέων από το αντικείμενο της δουλειάς και της μόρφωσής τους, η απομάκρυνση από την οικογένεια, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η μοναξιά, η αλλοτρίωση του ατόμου και η έλλειψη εναλλακτικών λύσεων για δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία στις ελεύθερες ώρες.
- Η βαθύτερη και έντονη θέληση και οι αγώνες των νέων για μία δίκαιη κοινωνία, ελεύθερη και ανοιχτή στις προσδοκίες και τα όνειρά τους, διαμορφώνουν τις συνθήκες εκείνες που αντικειμενικά ευνοούν τη διάδοση των ναρκωτικών.

Στη χώρα μας το πρόβλημα των ναρκωτικών έχει ενταθεί σε ανησυχητικό βαθμό και απειλεί το παρόν και το μέλλον του τόπου μας. Οι ζωές που χάνονται κάθε χρόνο είναι αρκετές, για να υπογραμμίσουν τη τραγικότητα της κατάστασης.

Παρά τη διαρκή μάχη των Αστυνομικών Αρχών κατά των ουσιών αυτών που οδηγούν στο θάνατο, το πρόβλημα δυστυχώς παραμένει στις μεγάλες του διαστάσεις, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί τα τελευταία χρόνια.

Μέχρι το 1984 οι χρήστες ήταν ελάχιστοι. Η μεγάλη έκρηξη στη διάδοση των ναρκωτικών, η δυναμική είσοδος της ηρωίνης στη χώρα μας άρχισε από το 1985.

Κάθε 14 ώρες ένας άνθρωπος πεθαίνει στον κόσμο από χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το στοιχείο προέρχεται από πρόσφατη έρευνα του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Σε κοινωνικό επίπεδο για τη λύση του προβλήματος είναι να ενημερωθεί ο κόσμος με σαφή και εύληπτα μηνύματα που θα τον ευαισθητοποιήσουν στο κίνδυνο, χωρίς να αγνοούν τη ανθρώπινη πλευρά.

Τη τελευταία δεκαετία η χρήση και η κατάχρηση ναρκωτικών στην Ελλάδα, ιδιαίτερα από τους νέους, αποτελεί παράγοντα ιδιαίτερης ανησυχίας για τη κοινωνία. Μία κοινωνία ωστόσο ανέτοιμη ακόμα να λειτουργήσει και να δράσει ανασταλτικά.

Η τοπική κοινωνία πρέπει να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας, να κινητοποιήσει τη Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους Συλλόγους Γονέων, τις μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

Να προστατεύσει το χώρο της, καταθέτοντας μυαλό και καρδιά, δουλειά και αγάπη.

Πρέπει το κράτος να εργασθεί προς αυτή τη κατεύθυνση. Να προσφέρει γνώση, εκπαίδευση, οικονομικούς πόρους. Η οικογένεια και ο εκπαιδευτικός της ρόλος μαζί με το σχολείο, πρέπει να δουλέψουν ώστε να μεγιστοποιήσουν τους μηχανισμούς αντίστασης στη πρόκληση της χρήσης.

Κάθε χέρι βοήθειας στο θεραπευμένο χρήστη για να επανενταχθεί στον κοινωνικό ιστό, είναι μία αχτίδα φωτός.

Κάθε σκέψη ότι υπάρχει κοινή ευθύνη, όσο οι έμποροι απλώνουν τη δραστηριότητά τους, το ίδιο.

Κάθε ανάληψη δράσης υπό τη καθοδήγηση των υπεύθυνων κεντρικών φορέων, είναι ένα βήμα προς την επιτυχία των στόχων.

Μία κοινωνία χωρίς εξαρτήσεις είναι πιο ανθρώπινη, πιο δημιουργική, πιο υπεύθυνη.

## **1.2. ΟΡΙΣΜΟΙ**

### **ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ**

Με τη γενική και ευρύτερη σημασία του όρου «ναρκωτικά», θεωρούνται όλες εκείνες οι φυσικές και χημικές ουσίες που όταν εισαχθούν στον ανθρώπινο οργανισμό προκαλούν σωματικές και ψυχικές βλάβες τέτοιας μορφής ώστε να μεταβάλλεται ριζικά ο συναισθηματικός κόσμος και η συμπεριφορά του ατόμου και να προκαλείται ψυχολογική και σωματική εξάρτηση, εθισμός και ανοχή.



## **ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ**

Σωματική και φυσική εξάρτηση, εννοείται η κατάσταση που δημιουργείται από τη συνεχή και επανειλημμένη χρήση μίας ουσίας που όμως έχει ως αναγκαίο αποτέλεσμα την ανάπτυξη έντονων φυσικών συμπτωμάτων, όπως είναι το «σύνδρομο στέρησης», όταν σταματήσει η χορήγηση της δόσεως.

### **ΑΝΟΧΗ**

Ανοχή είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός εγκλιματίζεται με τη παρουσία μίας ουσίας και για να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα χρειάζεται αύξηση της δόσεως.

Δηλαδή, οι χρήστες που έχουν αναπτύξει μεγάλη ανοχή δεν «φτιάχνονται», κάνουν χρήση οπιοειδών για να προλάβουν τη στέρηση.

Η ανοχή στην αναλγητική δράση αναπτύσσεται πολύ αργά, ενώ αντίθετα αναπτύσσεται η ανοχή στις ψυχικές επιδράσεις.

Οι χρήστες που έχουν αναπτύξει μεγάλη ανοχή, μπορούν να παίρνουν πολύ μεγάλες δόσεις θανατηφόρες για άλλους. Οι θάνατοι από οπιοειδή είναι συχνοί μετά από περίοδο αποχής.

### **ΕΘΙΣΜΟΣ**

Τη λέξη αυτή χρησιμοποιούμε για να δηλώσουμε την εξάρτηση, δηλαδή το δέσιμο ενός ατόμου με μία τέτοια ουσία. Την έννοια του εθισμού έχει προσδιορίσει από το 1957 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Η λεγόμενη διπλή διάγνωση ή συννοσηρότητα, είναι περίπλοκο ζήτημα και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης.

## ΤΡΙΑΔΑ ΤΩΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ

- Οικογενειακό ιστορικό
- Ανώριμη προσωπικότητα
- Διαταραχές της πρώιμης ανάπτυξης
- Σεξουαλική ανάπτυξη
- Επίκαιρες δυσκολίες καταστάσεις (stress)
- Ψυχικές Ασθένειες

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

ΧΡΗΣΗ  
↓  
ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ  
↓  
ΕΞΑΡΤΗΣΗ

### ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (ΤΟΞΙΚΗ ΟΥΣΙΑ)

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

- Είδος τοξικής ουσίας
- Τόπος και τρόπος χρήσης
- Δόση
- Χρόνος χρήσης
- Παρουσία της ουσίας στην «αγορά» (τιμή κ.λ.π.)
- Δυναμικό εξάρτησης της ουσίας

- Οικογενειακή κατάσταση
- Εργασία
- Κοινωνική κατάσταση
- Νομοθετικό πλαίσιο
- Θρησκεία
- Τοποθέτηση απέναντι στα ναρκωτικά
- Μόδα και διαφήμιση



Τα ναρκωτικά διακρίνονται σε:

- Σε «μαλακά» ναρκωτικά
- Σε «σκληρά» ναρκωτικά.

Συγκεκριμένα χωρίζονται σε (3) τρεις βασικές κατηγορίες:

**ΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ** που είναι:

ΑΛΚΟΟΛ  
ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ  
ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ  
ΚΩΔΕΪΝΗ  
ΟΠΙΟΕΙΔΗ/ΟΠΙΟΥΧΑ  
ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ

**ΤΑ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ** που είναι:

ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ  
ΚΑΦΕΪΝΗ  
ΚΟΚΑΪΝΗ  
MDA  
MDMA  
ΝΙΚΟΤΙΝΗ

**ΤΑ ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ** που είναι:

ΚΑΝΝΑΒΗ  
LSD  
ΜΕΣΚΑΛΙΝΗ  
ΚΡΑΚ  
ΕΚΣΤΑΣΗ

### **1.2.1. Κατασταλτικά**

Το χασίς ή αλλιώς η ινδική κάνναβης (*cannabis sativa*), είναι το ευρύτερο χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό. Το κάπνισμα των τσιγάρων χασίς είναι ιδιαίτερα δημοφιλές μεταξύ ορισμένων εφήβων οι οποίοι δοκιμάζουν ελαφρά μέθη με αυτό τον τρόπο.

Το φυτό κάνναβης από το οποίο αποκτάται το ναρκωτικό, είναι ένα σκληρό αγριόχορτο το οποίο μπορεί να φυτρώνει σε διάφορα κλίματα. Στις θερμές χώρες το φυτό αναπτύσσει μία ρητινώδη ουσία, η οποία έχει ισχυρό ναρκωτικό αποτέλεσμα.

Το φυτό κάνναβης φυτρώνει άγριο ή καλλιεργείται στη Τουρκία, στην Ελλάδα, Συρία, Ινδία, Αφρική, Βραζιλία, Μεξικό, και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Δ.Π. Μητρόπουλος, «Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους», ό.π. σελ. 51 - 64

Η εξωτερική όψη του φυτού ποικίλει ευρύτατα ανάλογα της χώρας στην οποία βρίσκεται. Το πιο γνωστό είναι μέτριου ύψους, πράσινο, με στελέχη αυλακωμένα κατά μήκος.

Έχει σύνθετα παλαμοειδή φύλλα συνήθως αποτελούμενα από επτά μικρά φύλλα.

Τα άνθη (στο αρσενικό φυτό ) είναι πρασινοκίτρινα, περίπου (6) έξι ίντσες στο μήκος.

Ο καρπός ή το σπέρμα (στο θηλυκό φυτό) είναι υπό τη μορφή φαιού πρασινοκίτρινου βρύου, το οποίο είναι έγκλειστο στο πράσινο κολλώδες κέλυφος.

Το χασίς παρασκευάζεται από το θηλυκό φυτό της κάνναβης:καθώς τα φύλλα διανοίγονται, το άνθος και τα κύρια μέρη του σπέρματός τους εξαγουν μία ρητίνη, η οποία περιέχει την υψηλότερη φυσική συγκέντρωση των ενεργών χημικών προϊόντων της κάνναβης.

Η αγνή ρητίνη είναι το χασίς, ένας συνδυασμός ισχυρών χημικών προϊόντων.

Η χαρακτηριστική μορφή χασίς που κατάσχεται, είναι ένας πολύτιμος συνδυασμός των κυρίων μερών των σπερμάτων της θηλυκής κάνναβης με τα φύλλα, κομματιασμένη στελέχη, των ανθών και των κελυφών.

Τα χασίς συνήθως χρησιμοποιείται για κάπνισμα με τη μορφή τσιγάρου. Η δύναμη του τσιγάρου εξαρτάται από τη χώρα στην οποία φυτρώνει και τη ποσότητα της χρησιμοποιούμενης ρητίνης. Στη καλύτερη μορφή είναι ισχυρό μόνο μέχρι του ενός δεκάτου (1/10) του χασίς.

Μπορεί επίσης να μασήσει κάποιος το χασίς, όταν αναμιγνύεται με τροφές όπως είναι τα ζαχαρωτά και μπορεί να καταναλωθεί σαν ποτό με εμποτισμό με τον ίδιο τρόπο όπως το τσάι.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**

Η συμπεριφορά του χρήστη χασίς θα ποικίλει ευρύτατα, ανάλογα με το άτομο και τη ποιότητα του συστατικού μείγματος του τσιγάρου. Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν, ότι το μόνο φυσικό αποτέλεσμα του καπνιστού χασίς είναι η προσωρινή ελάττωση του οπτικού και μυϊκού συντονισμού.

Όσον αφορά τα διανοητικά αποτελέσματα, η ιατρική κοινωνία ταξινόμησε το χασίς σαν ελαφρό παραισθησιογόνο, παρά το γεγονός ότι οι παραισθήσεις είναι μόνο από τα πολλά αποτελέσματα που μπορούν να παραχθούν.

Μπορεί επίσης να ελαττώσει την κρίση και μνήμη και να προξενήσει ανησυχία, σύγχυση ή λανθασμένο προσανατολισμό.

Δεν φαίνεται ότι προξενεί πραγματικές ασθένειες (ψύχωση), σε αντίθεση προς τη συχνότητα των συντριβών μεταξύ των ατόμων τα οποία λαμβάνουν LSD.

Σχετικά με τις σεξουαλικές πράξεις, το χασίς πιθανόν να προδιαθέτει τον χρησιμοποιούντα σε φιλικότερες σχέσεις, αλλά σπάνια θεωρείται αφροδισιακό.

Αν κατηγοριοποιήσουν τις άμεσες επιδράσεις της χρήσης κάνναβης, τότε είναι οι παρακάτω:

- Ταχυκαρδία.
- Ερυθρότητα επιπεφυκώτων.
- Ξηροστομία.
- Αύξηση ευεξίας.
- Αύξηση της κοινωνικότητας.
- Όξυνση ή/ και αλλοίωση της ποιότητας της αντίληψης.
- Ελαφρά απώλεια της συγκέντρωσης της προσοχής, της άμεσης μνήμης, των αντανακλαστικών και του συντονισμού κινήσεων.
- Ήπια αισθήματα φόβου και άγχους, ήπια παράνοια.
- Χαλάρωση ή υπνηλία.
- Αυξημένη όρεξη.

Όταν κάποιο άτομο κάνει μακροχρόνια κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κάνναβης, συχνά λειτουργεί ως εκλυτικός παράγων ψυχολογικών διαταραχών (από διαταραχή πανικού έως παρανοϊκές ψυχώσεις).

Αντιμετωπίζει προβλήματα του αναπνευστικού λόγω της εισπνοής της πίσσας του καπνού.

Τέλος, υπάρχει επίτευξη των ευχάριστων αποτελεσμάτων της χρήσης- ανοχής.

## **ΝΟΜΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΧΑΣΙΣ**

Ο νόμος προβλέπει κυρώσεις στα άτομα τα οποία πωλούν, αγοράζουν ή κατέχουν χασίς.

Οι νόμιμες αυτές απαγορεύσεις για το χασίς βασίζονται στην υποτιθέμενη ευθύνη των ναρκωτικών για να οδηγήσουν σε μικρό ή ακόμη και σοβαρό έγκλημα, για σχέσεις με τον υπόκοσμο και ειδικά για την υποτιθέμενη τάση του ναρκομανή να δοκιμάσει ηρωίνη, κατά την αναζήτηση εντονότερης διέγερσης.

Τα τελευταία χρόνια υπήρξε σημαντική αύξηση στον αριθμό εκείνων οι οποίοι θεωρούν ότι οι νόμοι που ελέγχουν το ναρκωτικό αυτό είναι υπερβολικά αυστηροί.

Οι περισσότεροι εντατικοί χρήστες φαίνεται να είναι σχετικά ενταγμένοι νέοι, που κινδυνεύουν περισσότερο από άλλα κοινωνικά προβλήματα (τροχαία, εγκατάλειψη σχολείου κ.τ.λ.), παρά από εμπλοκή σε εγκληματικές δραστηριότητες και οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ανάλογες ώστε να μην δημιουργούν περαιτέρω προβλήματα ή αποκλεισμό.

(Ετήσια Έκθεση 2004, ΕΚΓΠΤΝ).

## ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η δράση των ουσιών αυτών διαφέρει ανάλογα με τις ιδιαίτερες ιδιότητές της. Σχεδόν όλες οι εισπνεόμενες ουσίες δημιουργούν ένα ευχάριστο συναίσθημα εξαιτίας της καταστολής του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Δημιουργούν ένα αίσθημα θερμότητας και «έξαψης» που διαρκεί αρκετά λεπτά.

Η διάγνωση της μέθης από εισπνεόμενες ουσίες βασίζεται κυρίως στα εξής ευρήματα:

- 1) Απόπνοια «χημικής ουσίας».
- 2) Ίχνη από κόλλες ή βαφές στο πρόσωπο ή στα χέρια.
- 3) Άδεια κρυμμένα δοχεία από διαλύτες ή spray.
- 4) Εικόνα «μέθης» (ζάλη- καταστολή).
- 5) Διαταραχές της ομιλίας ή της όρασης (διπλωπία).
- 6) Ναυτία ή ανορεξία.
- 7) Απώλεια του συντονισμού των κινήσεων, μειωμένη προσοχή, ευερεθιστότητα και κατάθλιψη.

Η παρατεταμένη χρήση πυκνών διαλυτών ή αερολυμάτων μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και καρδιακή ανεπάρκεια, ο δε θάνατος επέρχεται μέσα σε λίγα λεπτά συνήθως μετά από μία παρατεταμένη εισπνοή.

Αυτό το σύνδρομο ονομάζεται αιφνίδιος θάνατος από εισπνοή και μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε νεαρό άτομο καλής σωματικής υγείας.

Συνήθως επέρχεται με την εισπνοή βουτανίου, προπανίου και αερολυμάτων.

**ΘΑΝΑΤΟΣ** μπορεί ακόμα να προκληθεί:

- Από ασφυξία. Η εισπνοή μεγάλων συγκεντρώσεων ατμών οδηγεί σε αντικατάσταση του οξυγόνου στους πνεύμονες.
- Από πνιγμονή εξαιτίας της απόφραξης των έξω στομιών των αεροφόρων οδών. Αυτός ο μηχανισμός προϋποθέτει σοβαρή καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

## ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

**ΝΙΤΡΩΔΗ:** Αποτελούν μία ιδιαίτερη κατηγορία εισπνεόμενων τα οποία έχουν αγγειοδιασταλτική και μυοχαλαρωτική δράση.

Κυκλοφορούν σε φύσιγγες και είναι γνωστά στο παράνομο εμπόριο με το όνομα «poppers», «snappers».

Άλλη κατηγορία περιλαμβάνει αέρια με αναισθητική δράση όπως ο αιθέρας, το αλοθάνιο που βρίσκονται σε πολλά προϊόντα οικιακής ή εμπορικής χρήσης.

**ΑΕΡΟΛΥΜΑΤΑ:** Ήδη από το 19<sup>ο</sup> αιώνα άρχισε η κατάχρηση των γνωστών αναισθητικών, του αιθέρα, του πρωτοξειδίου του αζώτου και του χλωροφορμίου.

Το 1846 αναφέρεται ότι η εξάπλωση της «αιθερομανίας» στην Αγγλία και στην Ιρλανδία, ήταν πολύ μεγάλη.

Στην Ελλάδα, υπάρχουν μαρτυρίες ότι στη περίοδο του Μεσοπολέμου η αιθερομανία ήταν αρκετά διαδεδομένη.

Οι εισπνεόμενες ουσίες έχουν δείξει μετά το 1950 μία σταθερή ανοδική πορεία σαν ουσίες κατάχρησης.

Πρόκειται για αερολύματα (spray), που περιέχουν διαλύτες. Περιλαμβάνουν σε μορφή spray, προϊόντα περιποίησης μαλλιών (λακ).

Στη τελευταία κατηγορία έχουμε φθηνά προϊόντα οικιακής και βιομηχανικής χρήσης. Είναι συνήθως τα αραιωτικά και διαλυτικά χρώματα στεγνού καθαρισμού ρούχων, κόλλες βενζίνη, διαλυτικά διορθωτικών, η νάφθα, ο πετρελαιϊκός αιθέρας κ.α.

Οι εισπνεόμενες ουσίες απορροφώνται αμέσως από τους πνεύμονες και εισέρχονται αμέσως στη κυκλοφορία. Κατανέμονται γρήγορα στον εγκέφαλο και στα διάφορα όργανα.

Επιπλέον οι χρήστες βιώνουν ψευδαισθήσεις και παραλήρημα, συχνά δε, νομίζουν ότι μπορούν να «πετάξουν».

Η κατάσταση αυτή διαρκεί από λίγα λεπτά μέχρι 30-45 λεπτά, γι' αυτό και οι χρήστες προσπαθούν να εισπνέουν τις ουσίες αυτές επί αρκετές ώρες, μία πρακτική η οποία μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα επικίνδυνη.

Στη κατηγορία αυτή ανήκουν αέριες ενώσεις ή πτητικά υγρά που λαμβάνονται αποκλειστικά δι' εισπνοής.

Κοινό χαρακτηριστικό της κατηγορίας αυτής είναι η πρόκληση ενός είδος μέθης που μοιάζει αρκετά με τη μέθη του οινοπνεύματος.

Οι ουσίες αυτές είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς στα παιδιά και σε νεαρούς εφήβους.

Η μεγάλη διάδοσή τους στα άτομα αυτής της ηλικίας, αποδίδεται σε λόγους καθαρά πρακτικούς, όπως η ευκολία εξεύρεσης και η προσιτή τιμή.

### **ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ (ηρεμιστικά)**

Τα ναρκωτικά αυτής της κατηγορίας περιγράφονται από τους γιατρούς σαν υπνωτικά ή καταπραϋντικά. Μία ορθή δόση βαρβιτουρικών είναι ακίνδυνη και πολύτιμη βοήθεια για την αϋπνία, νευρικότητα και τις σχετικές καταστάσεις.



Μπορούν να αποκτηθούν εύκολα και η χρήση τους είναι τόσο κοινή σε ιδρύματα όπως είναι τα νοσοκομεία, τα οποία συνήθως τα χρησιμοποιούν χωρίς ειδική φροντίδα ακόμη και με αδιαφορία.

Μία υπερβολική δόση είναι τοξική και μπορεί να καταλήξει σε θάνατο. Πράγματι μία υπερβολική δόση βαρβιτουρικών είναι από τις πιο γνωστές μεθόδους αυτοκτονίας.

Η συνήθης πηγή εφοδιασμού είναι τα φαρμακεία. Όμως ορισμένοι ασυνείδητοι φαρμακοποιοί τα πωλούν και χωρίς συνταγή γιατρού.

Τα βαρβιτουρικά συνήθως βρίσκονται σε μορφή λευκής πούδρας. Μερικές φορές κυκλοφορούν διαλυμένα. Συνηθέστερα πωλούνται σε ταμπλέτες ή κάψουλες.

Τα ονόματα των διαφόρων βαρβιτουρικών σχηματίζουν ένα εκτεταμένο κατάλογο όπως φαινοβαρβιτάλ, Σόντιουμ, Αμυτάλ, Σεκουάλ και Νεμποτάλ (αποτελούν από τα πιο γνωστά είδη βαρβιτουρικών).

Ο χρησιμοποιών, είναι συνήθως άτομο το οποίο επιφέρει και ζητά να διαφύγει από τη πραγματικότητα. Συνήθως είναι ναρκομανής ο οποίος αποστερείται του οπιούχου του και ζητά ανακούφιση από τα συμπτώματα αποχωρισμού. Ο χρησιμοποιών φαίνεται ότι βρίσκεται υπό μέθη και πέφτει σε πνευματική σύγχυση.

Δε μιλάει καθαρά, τα αντανακλαστικά του ελαττώνονται και ο μυϊκός του έλεγχος επηρεάζεται σοβαρά.

Μετά από ένα χρονικό διάστημα επέρχεται ύπνος ο οποίος εξαρτάται από το τύπο των βαρβιτουρικών και τη ποσότητα.

Ακόμη και μετά την αφύπνιση τα αποτελέσματα είναι αντιληπτά και ο χρησιμοποιών πιθανόν να αναγνωρίζεται από τους εξόφθαλμους οφθαλμούς του, τις ανακριβείς κινήσεις και τη δυσκολία άρθρωσης ειδικά στη διάκριση οδοντόφωνων.

Συνήθως δεν υπάρχουν φυσικά συμπτώματα τα οποία ακολουθούν την αποχή από τα βαρβιτουρικά. Παρόλα αυτά, ορισμένες αρχές της Ιατρικής παρατήρησαν ότι, εάν ένα άτομο λαμβάνει ένα γραμμάριο ισχυρού βαρβιτουρικού κάθε ημέρα για ένα χρονικό διάστημα δύο (2) μηνών, ο απότομος αποχωρισμός από το ναρκωτικό, είναι πιθανόν να ακολουθηθεί από επιληψία μέσα σε δύο έως επτά ημέρες.

## **ΕΛΑΣΣΟΝΑ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ**

Κατά τα τελευταία χρόνια ήλθε σε χρήση μία τάξη ναρκωτικών καλούμενη σαν ελάσσονα ηρεμιστικά.

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται η χλωράλη, η παραλδεχύδη, η γλουτεθαμίδη (Ντοριτέν) και το μεπροβαμάτ (μίλτσου και εκβανίλ).

Η χλωράλη βρίσκεται σε μορφή άχρωμων διαφανών κρυστάλλων με ισχυρή οσμή και οξεία γεύση.

Με την ένεση πιέζεται το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, οι σφυγμοί και η αναπνοή ελαττώνονται και ο χρήστης βυθίζεται σε βαθύ ύπνο.

Όταν συνδυάζεται με αλκοόλ, το αποτέλεσμα του ναρκωτικού αυξάνει σημαντικά και από αυτό πήρε την ονομασία «σταγόνες τελειωτικού πλήγματος».Επίσης διανέμεται δε με τη μορφή ταμπλέτων ή κάψουλων.

Μία υπερβολική δόση πιθανόν να παραλύσει το αναπνευστικό κέντρο ή και τη καρδιά και να καταλήξει σε θάνατο.

Η χλωράλη έχει νόμιμη χρήση στο πεδίο της Ιατρικής, όπου περιγράφεται σαν καταπραύντικό ή υπνωτικό.

## **BENZODIAZEPINES**

Οι κατασταλτικές ουσίες αυτής της κατηγορίας πρωτοεισάγονται στη θεραπευτική στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ως φάρμακα για την ανακούφιση από το άγχος και την αντιμετώπιση της αϋπνίας.

Θεωρείται ότι οι ουσίες αυτές επιδρούν σε όλο το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα επηρεάζοντας τη δράση των διαφόρων νευροδιαβιβαστών.

Η δράση τους είναι παρόμοια με τη δράση των βαρβιτουρικών. Τα αποτελέσματα της δράσης των διαζεπινών στον άνθρωπο είναι κυρίως η καταστολή, η αγχομείωση, η υπναγωγική δράση, η μυοχαλάρωση και η αντισπασμωδική ενέργεια.

Η κατάχρησή τους για αρκετό χρονικό διάστημα προκαλεί δυσαρθρία, αταξία, νυσταγμό, συναισθηματική ευμεταβλητότητα και συχνά επιθετικού τύπου συμπεριφορά.

Σε υψηλές δόσεις επέρχεται βαθύς ύπνος και στη συνέχεια κώμα.

Στις περιπτώσεις συνεχούς χρήσης 30-40 m.g. διαζεπίνης ή ισοδύναμης ποσότητας άλλης βενζοδιαζεπίνης την ημέρα, η απότομη διακοπή προκαλεί ήπια στερητικού τύπου συμπτωματολογία, ενώ σε περιπτώσεις σωματικά εξαρτημένων χρηστών από δόσεις 100 – 600 m.g. την ημέρα, η απότομη διακοπή της χρήσης προκαλεί έντονο στερητικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να θέσει ακόμα και σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή του.

## **ΟΠΙΟΕΙΔΗ/ ΟΠΙΟΥΧΑ**

Στους εξαρτημένους από οπιούχα, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά εμφάνισης και μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών. Πολλοί χρήστες σε μία προσπάθεια αυτόιασης, κάνουν κατάχρηση οιοπνευματώδων, συνταγογραφούμενων φαρμάκων και άλλων ουσιών για να ελέγξουν τα συμπτώματα στέρησης. Συχνά παρατηρείται διασταυρούμενη εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες.



Λόγω της εκδήλωσης ψυχιατρικών επεισοδίων στη φάση της αποτοξίνωσης ή/ και της μετάβασης σε υποκατάστατο, πιθανολογείται αντιψυχωτική δράση τουλάχιστον κάποιων οπιοειδών.

Οι κοινωνικές συνέπειες της χρήσης ουσιών (οπιοειδών), συνιστούν μία ιδιαίτερη κατηγορία επιπτώσεων. Με βάση τις δύο έννοιες του όρου «κοινωνικός», μπορεί να αφορούν:

- ✓ Είτε τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επικοινωνία. Υπάρχει αύξηση του χρόνου που αναλώνει το άτομο σε δραστηριότητες αναγκαίες για να προμηθευτεί την ουσία, να κάνει χρήση της ουσίας και να συνέλθει από την επήρειά της.
- ✓ Είτε την κοινωνία, τους θεσμούς και τις διαδικασίες της. Εγκατάλειψη ή περιορισμός σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων είναι συνηθισμένα φαινόμενα που εμφανίζονται λόγω χρήσης οπιοειδών ουσιών.

Για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών δεν αρκεί να λάβουμε υπόψη μόνο τη σωματική συνιστώσα, αλλά και την επίδραση ψυχολογικών (ενίοτε και ψυχιατρικών), καθώς επίσης και κοινωνικών παραγόντων.

Επιπλέον, οι τρεις αυτές συνιστώσες δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται μεμονωμένα, αλλά να εξετάζονται και οι αλληλεπιδράσεις τους.

Οι ψυχιατρικές παράμετροι της χρήσης οπιοειδών ουσιών η λεγόμενη διπλή διάγνωση η συννοσηρότητα, είναι περίπλοκο ζήτημα και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης.

Η χρήση οπιοειδών ουσιών έχει σημαντικές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές αρνητικές συνέπειες. Εκατομμύρια ανθρώπων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης υφίστανται αυτές οι συνέπειες.

Πολλές μελέτες αποδεικνύουν ότι η πρόληψη και η θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποδοτικές οικονομικά.

Επίσης με βάση με διάφορες μελέτες που έχουν γίνει προκύπτει πως η θνησιμότητα στους χρήστες οπιοειδών είναι 20 φορές υψηλότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας.

Η μόλυνση HIV στους χρήστες ουσιών, είναι μία σοβαρή απειλή στη δημόσια υγεία.

Κάθε χρόνο καταγράφονται στην Ευρώπη 8.000-9.000 θάνατοι από υπερβολική χρήση ναρκωτικών ουσιών ενώ πρέπει να ειπωθεί ότι υπάρχει ήδη πτωτική τάση.

Τέλος, πάνω από το 50% των φυλακισμένων στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης κρατείται για παραβάσεις που αφορούν κυρίως τη χρήση ή τη κατοχή παράνομων ουσιών ή φαρμάκων.

## **ΟΠΙΟ**

Το όπιο παράγεται από παπαρούνα της ανατολής (γνωστή ως υπνοφόρο μήκων), η οποία κυρίως μεγαλώνει στην Ασία αλλά βρίσκεται και σε άλλες περιοχές όπως είναι το Μεξικό και τα Βαλκάνια. Το φυτό συνήθως είναι ψηλό, απαλό φύλλωμα και πολλά άνθη. Το όπιο μόνο του είναι ένα γαλακτώδες υγρό ή ουσία η οποία αποκτάται όταν ανοίγεται η κάψουλα του φυτού και τεμαχίζονται οι πλευρές.

Οι αποκτηθείσες με αυτό τον τρόπο πλάκες πιέζονται σε μεγαλύτερη μάζα, της οποίας η μορφή εξαρτάται από τα τοπικά έθιμα. Το ακατέργαστο όπιο είναι σκούρο καφέ ή μαύρο και πικρό στη γεύση. Από την ύλη αυτή παράγεται ένας μεγάλος αριθμός αλκαλοειδών, τα σημαντικότερα από τα οποία είναι η μορφίνη, η ηρωίνη και η κωδεΐνη.

## **ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΖΟΜΕΝΟ ΟΠΙΟ**

Με έναν τρόπο βρασμού, ζύμωσης και ψησίματος, αποκτάται ένα σκούρο καφέ εκχύλισμα, το ακατέργαστο όπιο το οποίο είναι δυνατόν να το καπνίσει κάποιος, να το μασήσει ή να το φάει. Αυτό είναι το όπιο, το οποίο προσφέρεται στην αγορά για κατανάλωση. Το όπιο για θεραπευτικούς σκοπούς βρίσκεται σε μορφή πούδρας ή κόκκους διάλυσης.

Το θεραπευτικό όπιο στη μορφή πούδρας είναι ελαφρύ καφέ ή σκούρο κίτρινο στο χρώμα. Οι διαλύσεις του οπίου όπως είναι το λάβδανο, ήταν λαϊκά αναλγητικά κατά το δέκατο όγδοο και αρχές του δεκάτου ενάτου αιώνα, οπότε μπορούσε κάποιος να το αγοράσει εύκολα χωρίς συνταγή.

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΟΠΙΟΥ**

Η χρήση της πίπας οπίου, περιορίζεται ευρύτατα στους Ασιάτες και τους καταγόμενους από χώρες της Ασίας.

Η πίπα αποτελείται από μακρύ κορμό και ένα μπολ, το οποίο μπορεί να αποσπασθεί με ένα υπερβολικά στενό άνοιγμα.

Συνήθως καπνίζεται σε πρηνή θέση εξαιτίας των απαιτήσεων των λειτουργιών.

Το όπιο θερμαίνεται με μία μικρή λάμπα με χρήση λαδιού αραχίδους για καύσιμη ύλη και έτσι αποφεύγεται το κάπνισμα και οι δυσάρεστοι καπνοί.

Η λάμπα καλύπτεται με ένα εικονικό τέχνασμα το οποίο κατευθύνει τη θερμότητα.

Το όπιο θερμαίνεται μέχρι που να γίνει γλοιώδες υγρό. Μία εκτενής μεταλλική βελόνα βυθίζεται στο όπιο και συλλέγεται ένα μικρό σφαιρίδιο με στροφική κίνηση. Το σφαιρίδιο μετά από σχετική επεξεργασία τοποθετείται επάνω στο άνοιγμα της πίπας.

Ο ναρκομανής καπνίζει με αργές, βαθιές εισπνοές. Αφού καπνίσει το όπιο, παραμένει στη πίπα ένα υπόλοιπο σε μορφή καμένης έγχρωμης μάζας.

Αυτό καλείται κατάλοιπο του οπίου και περιέχει άνθρακα, άκαυτο όπιο και μορφίνη. Αφού το διαβρέξει στο νερό, το αποξηραίνει και το εξατμίσει μπορεί να το καπνίσει πάλι.

Αυτό μπορεί επίσης να αναμιχθεί με τσάι ή κρασί και μπορεί να γίνει ουσία για να το χρησιμοποιήσουν για ένεση οι ναρκομανείς.

Η απόκτηση πίπας οπίου θεωρείται παράνομη.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η χρήση οπίου παράγει ένα αίσθημα ευημερίας και ανακουφίζει τους σωματικούς πόνους.

Το ναρκωτικό απορροφάται σιγά από το σώμα, βαθμιαία κάνει το καπνιστή νυσταλέο και τέλος τον ρίχνει σε βαθύ ύπνο, συνοδευόμενο από φανταστικά όνειρα ευχάριστου χαρακτήρα.

Η συνεχής χρήση οπίου καταλήγει σε συνήθεια. Ο χρηστής αποκτά φυσικά εξάρτηση από το ναρκωτικό και υποφέρει σοβαρά αν το αποχωρισθεί.

## **ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΟΠΙΟΥ**

Η κατανάλωση οπίου με κάπνισμα ή άλλα μέσα δε συνηθίζεται ιδιαίτερα στις Ευρωπαϊκές Χώρες και στην Αμερική. Η χρήση των παραγώγων του οπίου, αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα των ναρκωτικών.

Αυτά είναι πολύ ισχυρότερα στο αποτέλεσμα διέγερσής του στην έξη την οποία παράγουν.

Τα παράγωγα του οπίου είναι μία ομάδα είκοσι (20) περίπου αλκαλοειδών, η οποία έχει περίπλοκη οργανική δομή. Η γενική τους όψη είναι όπως η λευκή πούδρα.

Τα αλκαλοειδή που χρησιμοποιούνται περισσότερα παράνομα είναι η μορφίνη, η ηρωίνη, η κωδεΐνη, η μεθαδόνη.

## **ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΟΥ ΟΠΙΟΥ**

### **Φυσικά παράγωγα του οπίου**

- Μορφίνη
- Κωδεΐνη
- Θηβαΐνη

## Ημισυνθετικά παράγωγα

- Παπαβερίνη
- Ηρωίνη
- Διυδρομορφίνη
- Διυδροκωδεΐνη

## Συνθετικά παράγωγα

- Πεθιδίνη
- Μεθαδόνη
- Δεξτρομοραμίδη

## **ΜΟΡΦΙΝΗ**

Η μορφίνη υπό τη μορφή του υδροχλωρικού ή θεικού άλατος, είναι μία λευκή σκόνη με πικρή γεύση, λαμβάνεται από το στόμα αλλά και παρεντερικός.

Μετά την ενδοφλέβια χορήγηση εμφανίζει τη μέγιστη δράση της έπειτα από 20 λεπτά, ενώ κατά την ενδομυϊκή ή υποδόρια χορήγηση εμφανίζει τη δράση της μετά από 30 λεπτά έως 1 ώρα. Η διάρκεια της δράσης της είναι 4-7 ώρες.

Το 50% της ποσότητας που χρησιμοποιήθηκε απεκκρίνεται μέσα στις πρώτες 8 ώρες και το 90% αποβάλλεται μέσα στο πρώτο 24ωρο από τη χορήγηση του φαρμάκου.

Η μορφίνη είναι ένας τύπος θεικών υδροχλωρικών και τρυγικών αλάτων, ο οποίος χρησιμοποιείται ευρύτατα στην ιατρική σαν αναλγητικό.

Είναι το σημαντικότερο από τα αλκαλοειδή και αποτελεί περίπου το 12% της χρήσης του ακατέργαστου οπίου.

Για τη νόμιμη χρήση βρίσκεται σε μορφή κύβου ή ταμπλέτας, σχεδόν βάρους ενός κόκκου.

Παράνομα πωλείται σαν λευκή πούδρα, μία μικρή ποσότητα της οποίας τυλίγεται σε χαρτί και είναι γυαλιστερή. Σε αυτή τη μορφή η ποσότητα αναφέρεται σαν «πακέτο».Σχεδόν αμετάβλητα η μορφίνη κόβεται ή διαλύεται από τους πωλητές για μεγαλύτερα κέρδη. Το πραγματικό ποσό της μορφίνης το οποίο βρίσκεται σε ένα πακέτο είναι πολύ χαμηλό μέχρι 3%.Το υπόλοιπο είναι αβλαβής λευκή ουσία.

## **ΜΕΘΟΔΟΙ ΧΡΗΣΗΣ**

Συνήθως ο ναρκομανής κάνει ένεση στο σώμα του με υποδερμική βελόνα ή με αυτοσχέδιο ισοδύναμο. Για ιατρικό σκοπό η ένεση του ναρκωτικού γίνεται κάτω από το δέρμα και στους μυς. Για να επέλθει ταχύτερο και διεγερτικότερο αποτέλεσμα, ο ναρκομανής συνήθως κάνει ένεση κατευθείαν στη φλέβα.

Ένα κυρτό κουταλάκι, ένα ιατρικό σταγονόμετρο, μία βελόνα και μία ελαστική ταινία, αποτελούν τα «αναγκαία» σύνεργα του χρήστη.

Το ναρκωτικό διαλύεται στο νερό, το οποίο τοποθετείται στο κυρτό κουταλάκι. Χρησιμοποιείται ένα σπέρτο ή αναπτήρας στο κάτω μέρος του κουταλιού για να επιτυγχάνει τη διάλυση με τη θερμότητα. Το ιατρικό σταγονόμετρο χρησιμοποιείται για να εισχωρήσει στο δέρμα.

Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθούν και άλλοι τρόποι από το ναρκομανή. Αντί της βελόνας, μπορεί να σπάσει την άκρη του σταγονόμετρου, για να δημιουργήσει αιχμηρή άκρη.

Πάλι ο χρήστης μπορεί απλά να κόψει το δέρμα με αιχμηρό αντικείμενο και να εισχωρήσει την άκρη του σταγονόμετρου.

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Με την ένεση της μορφίνης, ο ναρκομανής αισθάνεται μία ασυνήθιστη διέγερση.

Τον διαπερνά ένα αίσθημα ευφορίας. Το πνεύμα του τονώνεται, ο νους του γίνεται οξύτερος και η αυτοπεποίθησή του αυξάνεται πολύ. Το αποτέλεσμα διαρκεί αρκετές ώρες, αλλά μετά ξαναπέφτει σιγά-σιγά στη προηγούμενη κατάσταση. Ο ναρκομανής θα αυξήσει την αντοχή του ναρκωτικού και θα ζητά καθημερινή δόση πολύ μεγαλύτερη από την αρχική για να αποκτήσει την υπερδιέγερση.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΝΑΡΚΟΜΑΝΗ**

Όταν παίρνει τη φυσιολογική δόση του ναρκωτικού, είναι δύσκολο να διακρίνει κάποιος ένα ναρκομανή με βάση την εμφάνισή του. Η συμπεριφορά του φαίνεται φυσιολογική, επειδή αυτός συνηθίζει στη χρήση του ναρκωτικού. Δεν υπάρχει παράλογη ή άλλη ασυνήθιστη συμπεριφορά πέρα από τον πιθανό υπερβολικό ενθουσιασμό. Όταν τα αποτελέσματα του ναρκωτικού εξαλειφθούν, ο ναρκομανής μπορεί να προδοθεί από μία ασυνήθιστη νάρκη ή παρατεινόμενη εγκράτεια. Μπορεί επίσης να καταλήξει σε συμπτώματα τα οποία αναγνωρίζει ένα έμπειρο μάτι. Μετά από 24 ώρες από τη χρήση, ο ναρκομανής, θα αρχίσει να αισθάνεται σοβαρούς πόνους στη πλάτη και τα πόδια. Καταβάλλεται από ναυτία και υποφέρει από πόνους στο στομάχι. Τα μάτια του και η μύτη του τρέχουν συνέχεια δάκρυα.

## **ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ**

Υπό την επήρεια μορφίνης, τα μάτια του χρήστη δεν αντιδρούν φυσιολογικά στις αλλαγές της έντασης του φωτός. Επειδή ο ναρκομανής πρέπει να κάνει ενέσεις ναρκωτικού πολύ συχνά οι βραχιόνες του φέρουν κεντήματα και πηγμένο αίμα. Η πρόσφατη ένεση αποδεικνύεται από μία κόκκινη κηλίδα, επί της οποίας έχει σταθεροποιηθεί μία μικρή σταγόνα αίματος.

Το πηγμένο αίμα θα παραμείνει σχεδόν επί δέκα (10) ημέρες. Μπορεί να παρατηρήσει κάποιος μία σκούρα μπλε πληγή όπου η φλέβα έσπασε από τα



επαναλαμβανόμενα κεντήματα. Ορισμένοι ναρκομανείς, ιδιαίτερα γυναίκες κάνουν ένεση στη περιοχή πίσω στους μηρούς.

## **ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΟΔΙΑΣΜΟΥ**

Η χρήση της μορφίνης σαν καταπραϋντικό ή αναλγητικό είναι κοινή στην ιατρική και για το σκοπό αυτό μπορεί να παρασκευαστεί νόμιμα το ναρκωτικό.

Το παράνομο εμπόριο γίνεται με το λαθρεμπόριο κρυφής παρασκευής ή κλοπής από νόμιμη χρησιμοποίησή του όπως είναι τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία.

Κατά τα τελευταία χρόνια η μορφίνη μπορεί για το πρώτο μέρος να αντικατασταθεί από την ηρωίνη σαν ναρκωτικό εκλογής στο αθέμιτο εμπόριο.

## **ΚΩΔΕΪΝΗ**

Η μεθομορφίνη ή κωδεΐνη είναι παρόμοια από πολλές απόψεις με τη μορφίνη.

Είναι φυσικό αλκαλοειδές του οπίου και χρησιμοποιείται στην ιατρική σαν καταπραϋντικό του βήχα και σαν αναλγητικό σε μορφή ταμπλέτας. Η φυσική της κατάσταση στην απλή μορφή της είναι σαν κρυστάλλινη πούδρα ή σαν μακριά λεπτά κρύσταλλα.

Η κωδεΐνη είναι δυνατόν να ληφθεί κατά τον ίδιο τρόπο όπως η μορφίνη. Το αποτέλεσμα της, παρά ταύτα, είναι πολύ ασθενέστερο κατά την ένταση και γι' αυτό το λόγο λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες από τη μορφίνη.

## **ΗΡΩΪΝΗ**

Η ηρωίνη είναι σύνθετο ναρκωτικό, το οποίο γίνεται από τη μορφίνη σαν διακετυλιόμενο παράγωγο. Είναι το γνωστότερο ναρκωτικό. Στην εμφάνιση είναι συνήθως λευκή, κρυστάλλινη πούδρα, ενώ άλλοτε βρίσκεται σε κύβους ή ταμπλέτες. Σπάνια αυτός που χρησιμοποιεί ηρωίνη τη τρίβει στα ούλα.

Στο παράνομο εμπόριο φέρεται με τη μορφή σκόνης, καφέ ή μαύρου χρώματος. Το χρώμα της το παίρνει από τις διάφορες ουσίες νοθείας, άλλες από τις οποίες είναι αδρανείς φαρμακολογικός (ζάχαρη, αλεύρι, τάλκης, σκόνη γάλακτος κ.λ.π.), ενώ άλλες όμως είναι τοξικές ουσίες (κινίνη, στρυχνίνη κ.λ.π.). Μία δόση των 100 m.g. είναι συνήθως καθαρότητας περίπου 5%.

Η ηρωίνη λαμβάνεται παρεντερικός (ενδοφλεβίως, ενδομυϊκός), με ερρινισμό (μυτιά) ή εισπνοή μετά από εξάχνωση σε αλουμινόχαρτο (καπνιστή). Η δράση της μετά την ενδοφλέβια χρήση αρχίζει σε λίγα δευτερόλεπτα, μετά από ενδομυϊκή σε 5-8 λεπτά, με ερρινισμό και με κάπνισμα σε 10-15 λεπτά.

Η παρεντερική λήψη εξακολουθεί να είναι κύρια οδός χρήσης της ουσίας ειδικά σε βαρείς χρήστες. Η κατοχή της ηρωίνης θεωρείται παράνομη.

Το ναρκωτικό παρά ταύτα, χρησιμοποιείται νόμιμα σε ορισμένες χώρες του εξωτερικού από γιατρούς.

Θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματικό αναλγητικό για χρήση στα τελευταία στάδια ασθενειών, όπως είναι η φυματίωση και ο καρκίνος. Οι περισσότερες συλλήψεις γίνονται για κατοχή ή πώληση ηρωίνης.

Όταν υπάρχει σύνδρομο στέρησης οπιοειδών τότε ακολουθούν:

#### **ΠΡΩΤΟ 24ΩΡΟ**

Καταρροή  
Χασμουρητό  
Εφίδρωση, χήναιο δέρμα  
Αδιαθεσία  
Ανησυχία  
Μυδρίαση  
Ρίγη και μυϊκοί σπασμοί  
Μυαλγίες και αρθραλγίες  
Γριποειδές σύνδρομο

#### **ΔΕΥΤΕΡΟ – ΤΡΙΤΟ 24ΩΡΟ**

**προσθέτονται:**

Άγχος  
Αϋπνία  
Σφοδρή επιθυμία για χρήση  
Εμετοί- διάρροιες  
Υπέρταση  
Ταχύπνοια  
Υπερθερμία

*Αποδράμουν σταδιακά  
Από τη τέταρτη έως και  
δέκα ημέρες μετά.*

### **ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ**

\* Δεν είναι (από μόνο του ) επικίνδυνο για τη ζωή του χρήστη πρόβλημα η πολυεξάρτηση.

\*Είναι επώδυνο και εξαιρετικά αγχογόνο δρώντας αποτρεπτικά σε προσπάθειες απεξάρτησης.

\* Ιδιαίτερα σε πολυεξαρτημένους (αλλά όχι μόνο) χρειάζεται φαρμακευτική θεραπεία.

\* Διαφοροποιείται έντονα ιδιοσυγκρασιακά η ανεκτικότητα του έχει μία ισχυρή ψυχολογική συνιστώσα.

\* Μεμονωμένα συμπτώματα (αϋπνία, αρθραλγίες, κ.α.), μπορεί να επιμένουν για εβδομάδες.

#### **1.2.2 Διενεργτικά**

##### **ΚΟΚΑΙΝΗ**

Το ναρκωτικό αυτό είναι σπινθηροβόλος λευκή κρυστάλλινη πούδρα, η οποία αποκτάται από τα φύλλα του θάμνου κόκα, Ερυθροξυλίνη Κόκα. Το φυτό το καλλιεργούσαν οι Ινδιάνοι της Νότιας Αμερικής πριν από την Ισπανική κατοχή.

Φύεται στη Νότια Αμερική, κυρίως στο Περού. Όμως, απομονώθηκε για πρώτη φορά από το Γερμανό Χημικό Albert Neiman.

Δ.Π. Μητρόπουλος, «Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους», ό.π. σελ. 40 - 44



Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται στην Ιατρική για τοπικό αναισθητικό. Κατά τη παράνομη λήψη γίνεται συνήθως ένεση στη φλέβα.

## **ΦΥΣΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Επειδή το αποτέλεσμα είναι η υψηλή αλλά βραχεία διέγερση, ο χρήστης είναι δυνατόν επαναλάβει τις ενέσεις κατά μικρά διαστήματα, για να ανακτήσει την αίσθηση, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγει τα δυσάρεστα αποτελέσματα μίας μεγάλης δόσης.

Επίσης οι χρήστες εφαρμόζουν τη τακτική να παίρνουν το ναρκωτικό με την όσφρηση (μυτιά). Το τοποθετούν στο πίσω μέρος της παλάμης και το εισπνέουν. Αυτή η ευθεία εφαρμογή καταλήγει στη καταστροφή των κυττάρων του σώματος και στη διάβρωση του διαφράγματος ή του εσωτερικού μέρους της μύτης.

Οι χρήστες μπορούν να αναγνωριστούν από τη χαρακτηριστική αυτή ρινική δυσμορφία η οποία καλείται «μύτη αρουραίου».

Η κοκαΐνη είναι ένα έντονο διεγερτικό, το οποίο προκαλεί άνοδο της θερμοκρασίας, αύξηση της αναπνευστικής ταχύτητας και διαστολή της κόρης του οφθαλμού. Η παρατεταμένη χρήση ακολουθείται από τοξικά αποτελέσματα όπως είναι η υπέρταση, αύξηση σφυγμών, τίναγμα των μυών, υπερβολική νευρική δραστηριότητα, μείωση του βάρους, απώλεια όρεξης και αϋπνία.

## **ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο χρήστης κοκαΐνης βρίσκει στο ναρκωτικό μία διέξοδο από τη πραγματικότητα και ένα μέσο υποστήριξης της ανδρείας και της αυτοπεποίθησής του. Όταν κάνει χρήση, λαμβάνει μία μεγάλη χαροποίηση και ακόμη ένα αίσθημα έκστασης. Γίνεται ανήσυχος και φλύαρος. Δυνατόν να αναπτύσσονται παραισθήσεις και αυταπάτες παρανοϊκής φύσεως.

Ο χρήστης πιθανόν να γίνει θύμα της επικίνδυνης φαντασίας του. Το κύριο κακό της κοκαΐνης πιστεύεται ότι είναι η τάση και προδιάθεσή του για εγκληματικές ενέργειες ή ο εφοδιασμός με εσφαλμένο θάρρος, αναγκαίο για την εκτέλεση των εγκληματικών σχεδίων πριν της κατανόησης.

Υπάρχει ένας αριθμός ειδικών που υποστηρίζουν πως δεν αναπτύσσεται καμία ψυχολογική εξάρτηση από το ναρκωτικό. Η συνεχής χρήση αγνής κοκαΐνης είναι μία συνήθεια και όχι ΉΞΗ όπως ονομάζεται.

Η εμφανής ανάγκη για ναρκωτικό είναι η ψυχική εξάρτηση. Δεν υπάρχουν συμπτώματα αποχωρισμού, όταν ο χρήστης στερηθεί τη κοκαΐνη. Δεν αναπτύσσεται καμία ανεκτικότητα με τη συνεχή χρήση. Παρόλα αυτά, η κοκαΐνη ταξινομείται σαν ναρκωτικό και η πώληση, χρήση και κατοχή απαγορεύεται και διώκεται από το νόμο.

## **ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ**

Η αμφεταμίνη δημιουργήθηκε το 1887 από τον Χημικό Edeleano. Το 1927 ο Alles εισηγήθηκε τη χρήση της σαν αντιμετώπιση του βρογχικού άσματος. Με τις πρώτες

κλινικές εφαρμογές της αμφεταμίνης, διαπιστώθηκε ότι αυτή έχει κεντρικές διεγερτικές ιδιότητες, προκαλεί σημαντική εγρήγορση, παρατεταμένη αϋπνία και ανορεξογόνο δράση.

Το στερητικό σύνδρομο είναι κυρίως ψυχολογικό και εξελίσσεται σε τρεις φάσεις: **Στη πρώτη φάση** τα κύρια συμπτώματα είναι κατάθλιψη, άγχος, μεγάλη επιθυμία για χρήση, αίσθημα κόπωσης και μεγάλη όρεξη.

**Στη δεύτερη φάση** το άτομο εμφανίζει άγχος και έντονο αίσθημα στέρησης του φαρμάκου. **Στη τρίτη φάση** μετά από 1-10 εβδομάδες η επιθυμία για χρήση της ουσίας εμφανίζεται πάλι.

Η χρόνια χρήση της αμφεταμίνης προκαλεί βλάβες σχεδόν σε όλα τα φυσιολογικά συστήματα του οργανισμού, οι δε χρήστες που χρησιμοποιούν την ουσία ενδοφλεβίως, εμφανίζουν υποδόριες αιμορραγικές διηθήσεις στα σημεία των ενέσεων.

Σε βαρείς χρήστες που λαμβάνουν μεγάλες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να εμφανιστεί τοξική αντίδραση με παρανοϊκές ιδέες, στερεοτυπική συμπεριφορά, ευερεθιστότητα και βίαιες εκρήξεις.

Οι γυναίκες που λαμβάνουν την ουσία κατά τη κύηση, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρο τοκετό και αποκόλληση του πλακούντα.

### **1.2.3. Παραισθησιγόνα**

Στην ομάδα αυτή των ναρκωτικών, ανήκουν ουσίες που η χρήση τους προκαλεί παραισθήσεις. Περιλαμβάνει πολλά φυσικά χημικά όπως η μεσκαλίνη και η ψιλοκιβίνη καθώς επίσης και έναν αριθμό συνθετικών LSD, STP και DMT.

Τα παραισθησιγόνα διακρίνονται σε:

#### **Φυσικά παραισθησιγόνα.**

Αυτά θεωρούνται σχετικά ελαφρά σε σύγκριση με τα συνθετικά. Η χρήση τους ανακαλύφθηκε από την παρατήρηση των συνηθειών των Ινδιάνων.

#### **Συνθετικά παραισθησιγόνα**

Η ομάδα αυτή των ναρκωτικών είναι το τελευταίο θέμα σημαντικών αμφισβητήσεων με τις παρατεινόμενες της εκθειάσεις, για την ικανότητα «επέκτασης του πνεύματος» και τη δυνητικότητα αυτών των επικίνδυνων ουσιών.

### **ΦΥΣΙΚΑ ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ**

Η μεσκαλίνη ή Peyote είναι ένα ναρκωτικό το οποίο ήταν η βάση ενός θρησκευτικού είδους λατρείας στο Βόρειο Μεξικό και το Νοτιοδυτικό τμήμα των ΗΠΑ.

Δ.Π. Μητρόπουλος, «Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους», ό.π. σελ. 71 - 84

Η μεσκαλίνη λαμβάνεται από τον άνευρο Peyote κάκτο με τη μορφή κομβίου παρόμοιου με το μανιτάρι κατά την εμφάνιση. Τρώγεται ή παρασκευάζεται ένα αφέψημα για πόσιμο. Το ναρκωτικό παράγει παραισθήσεις. Παρόλο ότι είναι πικρό στη γεύση και μπορεί να προκαλέσει ναυτία, δε φαίνεται ότι έχει σοβαρά επακόλουθα αποτελέσματα.

Ο λαμβάνων το ναρκωτικό δοκιμάζει ένα αίσθημα ευημερίας, αλλά δεν υποκινείται σε βίαιες ενέργειες. Η χρήση της μεσκαλίνης εξαπλώθηκε πέρα από το στενό κύκλο των λατρών και κέρδισε ένα αυξημένο αριθμό χρησιμοποιοούντων.

## **ΨΙΛΙΚΙΒΙΝΗ**

Η ουσία αυτή εξάγεται από τα μανιτάρια του Μεξικού.

Θεωρείται ότι είναι πολύ ισχυρότερη από τη μεσκαλίνη. Το χημικό όνομα είναι Εθυλιντόλ.

## **ΧΗΜΙΚΑ ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ**

### **LSD, STP, DMT**

Από τα τρία γνωστά συνθετικά παραισθησιογόνα, το LSD (lysergic acid diethyl lamite), θεωρείται ότι είναι το σημαντικότερο και το ισχυρότερο μέχρι τώρα παραισθησιογόνο. Θεωρείται 100 φορές ισχυρότερο από τη ψιλοκιβίνη και 7.000 φορές ισχυρότερο από τη μεσκαλίνη.

Παρασκευάζεται από το λυσεργικό οξύ, συνετέθη για πρώτη φορά το 1938 στα εργαστήρια της Santoz και τις ισχυρές ψευδαισθησιογόνες ιδιότητές του ανακάλυψε το 1947 ο Hoffman.

Κατά τη δεκαετία του '50 επιχειρήθηκε πειραματικά η χρήση του στη ψυχιατρική, για τη κατανόηση και την αντιμετώπιση των ψυχώσεων. Στη θεραπευτική όμως, ποτέ δεν χρησιμοποιήθηκε επισήμως.

Το LSD πωλείται σε δισκία, κάψουλες και ενίοτε σε υγρή μορφή. Λαμβάνεται από το στόμα σε πολύ μικρές δόσεις της τάξεως των 50-300m.g. Επίσης διάλυμα του LSD διατίθεται κύβους ζάχαρης ή σε διηθητικό χαρτί και η κάθε «κηλίδα» αντιπροσωπεύει μία δόση που τοποθετείται υπογλώσσια. Αυτές οι «σταγόνες» έχουν επάνω τους τυπωμένες διάφορες εικόνες και λογότυπους που ονομάζονται (trips) τρυπάκια.

Ο χρόνος ζωής της ουσίας είναι 3 ώρες. Συνήθως η δράση εκδηλώνεται σε 30-90 λεπτά μετά τη λήψη.

## **ΚΡΑΚ**

Η διαδικασία προς το κρακ είχε αρχίσει στα μέσα της δεκαετίας του '70. Ενώ η κοκαΐνη εθεωρείτο ένα ναρκωτικό των ανωτέρω τάξεων, το κρακ βγήκε σε κάθε κοινωνικό επίπεδο στη Νέα Υόρκη.

Οι χρήστες καπνίζουν κρακ μία φορά και δε νοιώθουν κανένα σύμπτωμα άρνησης, ούτε κανένα σημάδι κατάθλιψης και έτσι το ξανά χρησιμοποιούν. Μέσα σε λίγες εβδομάδες χρησιμοποιούν το κρακ 5-6 φορές την ημέρα. Όσο πιο πολύ παίρνουν, τόσο είναι βαθύτερη η πτώση τους. Οδηγεί στη παράνοια του άγχους και τη κατάθλιψη.

Μεγάλες δόσεις βάλιουμ ,μεθαδόνης και αλκοόλ, γίνονται τα εξισορροπιστικά ναρκωτικά για κάποιον που είχε γίνει ερείπιο από το κρακ. Το κρακ είναι φοβερά φθινό ναρκωτικό για αυτά που προσφέρει. Με λίγα χρήματα μπορεί κάποιος να αγοράσει μία ισχυρή δόση. Η επανειλημμένη χρήση της ίδιας δόσης μεγαλώνει το αποτέλεσμα. Δυνατότερες δόσεις που παίρνονται για μεγαλύτερη ένταση της ευχαρίστησης είναι οι αιτίες για το ξέσπασμα βίας, παράνοιας και θανάτου.

Το κρακ είναι ακόμα πιο καταστροφικό, επειδή επιταχύνει τη δύναμη της κοκαΐνης. Ο θάνατος έρχεται με τη μορφή της αναπνευστικής δυσκολίας και συντριπτικών καρδιακών συγκοπών.

Το πρώτο εργαστήριο παραγωγής «**ΚΡΑΚ**» στην Ελλάδα, αποκαλύφθηκε στις 19-10-1994, όταν συνελήφθησαν ένα νεαρό ζευγάρι στο Πειραιά.

## **ΕΚΣΤΑΣΗ**

Το ναρκωτικό Έκσταση που τα τελευταία χρόνια έχει κάνει την εμφάνισή του στη χώρα μας προσφέρει το θάνατο σε όποιο πάρει υπερβολική δόση.

Συγγενές προς το ναρκωτικό «Έκσταση» είναι το «Ένα», και το «Άνταμς». Η χρήση του διεγείρει το νευρικό σύστημα και δημιουργεί ψευδαισθήσεις. Το «Έκσταση» επίσης σε συνδυασμό με το Αλκοόλ κάνει τον άνθρωπο να μην αισθάνεται κούραση, να μη νοιώθει κόπωση.

Το ναρκωτικό αυτό πουλιέται παράνομα σε ταμπλέτες διαφόρων χρωμάτων. Στην Ελλάδα κυκλοφορεί σε διαφορετικούς τύπους, οι οποίοι έχουν επάνω τους γραφικές παραστάσεις με διάφορες ονομασίες, σύνθεση και αποτέλεσμα.

Η επίδραση του ναρκωτικού «Έκσταση» στον ανθρώπινο οργανισμό, αρχίζει μέσα σε 10-15 λεπτά και έχει διάρκεια μέχρι (8) οκτώ ώρες περίπου.

Οι παρενέργειες που προκαλεί είναι άγχος, σύγχυση, προσωρινή παράνοια και αϋπνία.

Η χρήση του «Έκσταση» και γενικότερα διαφόρων παραισθησιογόνων σε συνδυασμό με τη ζέστη, το αλκοόλ, και τη κίνηση του σώματος από το χορό, μπορεί να επιφέρει το θάνατο.

Η συγκεκριμένη ναρκωτική ουσία μπορεί να προκαλέσει πολύ σοβαρές βλάβες σε όσους αντιμετωπίζουν καρδιακά προβλήματα όπως επιληψία, υψηλή πίεση ή παρουσιάζουν διάφορες μορφές ψυχασθένειας.

### **1.3. ΤΟΠΟΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ – ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

Οι κυριότεροι τόποι στους οποίους παράγονται- παρασκευάζονται ναρκωτικές ουσίες είναι:

Οι χώρες της Ν.Α. Ασίας (Ταϊλάνδη, Βιρμανία, Λάος) που αποκαλούνται και χώρες του «Χρυσού Τριγώνου» στις οποίες παράγεται ηρωίνη.

Οι χώρες της Ν.Α. Ασίας (Ιράν, Αφγανιστάν, Πακιστάν) που αποκαλούνται οι χώρες της «Χρυσής Ημισελήνου», στις οποίες επίσης παράγεται ηρωίνη.

Οι χώρες της Μέσης Ανατολής (Τουρκία, Λίβανος, Συρία), στις οποίες παράγεται κυρίως χασίς. Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής (Βολιβία, Κολομβία, Περού), στις οποίες παράγεται σε τεράστιες ποσότητες η κοκαΐνη.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.

### 2.1. ΓΕΝΙΚΑ

Επειδή τα ναρκωτικά πλήττουν όλες τις χώρες και το λαθρεμπόριο αυτών έγινε διεθνές έγκλημα, η ανάγκη της αντιμετώπισής τους σε παγκόσμιο επίπεδο έχει δημιουργήσει διεθνείς οργανισμούς και οργανώσεις που έχουν σκοπό το συντονισμό και υλοποίηση μέτρων για τη πρόληψη και καταστολή του εγκλήματος αυτού.

Υπάρχουν οι εξής οργανισμοί:

#### 1. Ο Ο.Η.Ε. που υποδιαιρείται:

Στην επιτροπή για τις ναρκωτικές ουσίες που εκδηλώνει τη πολιτική του Ο.Η.Ε. στο θέμα Ναρκωτικά.

Στο τμήμα των ναρκωτικών που εδρεύει στη Γενεύη και συντάσσει το διεθνές πρόγραμμα εργασίας, εκπαίδευση οργάνων, παροχής υπηρεσιών κ.λ.π.

Στο Διεθνές Όργανο Έλέγχου των Ναρκωτικών, που είναι αρμόδιο για τη νόμιμη εμπορία των ουσιών αυτών.

2. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η οποία εδρεύει στη Γενεύη. Παρακολουθεί τη διεθνή κατάσταση υγείας.

Κατατάσσει τις ναρκωτικές ουσίες σε κατηγορίες και εξαγγέλλει μέτρα για τη βελτίωση της υγείας του ανθρώπινου γένους.

3. Διεθνής Οργάνωση Εγκληματολογικής Αστυνομίας (**ΙΝΤΕΡΠΟΛ**), όπου εδρεύει στο Παρίσι και μέσα στα πλαίσια της διεθνούς αστυνομικής συνεργασίας στον αγώνα κατά της εγκληματικότητας γενικότερα, επιλαμβάνεται και του θέματος των ναρκωτικών.

#### 4. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (**Ε.Ο.Κ.**)

Όπου διενεργεί διάφορες εργασίες με σκοπό την αντιμετώπιση των ναρκωτικών ουσιών.

Σε όλους τους ανωτέρω οργανισμούς συμμετέχει ενεργά και η Ελλάδα.

## 2.2. ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2002-2006) για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες, αποτελεί το βασικό εργαλείο τόσο του σχεδιασμού της πολιτικής αντιμετώπισης του ζητήματος των ναρκωτικών, όσο και του καθορισμού των μέσων, με την εφαρμογή των οποίων ασκείται η πολιτική για τα ναρκωτικά.

Με βάση το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, σχεδιάζονται και εφαρμόζονται οι δράσεις εκείνες οι οποίες απαιτούνται για την επίτευξη των βασικών στόχων αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών και αφορούν τόσο τη μείωση της ζήτησης για ναρκωτικά όσο και τη μείωση της προσφοράς τους.

Το Σχέδιο προβλέπει μέτρα για την ισόρροπη ανάπτυξη των κατάλληλων δράσεων για τη μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών, καθώς και μέτρα για την ανάπτυξη και ενίσχυση της συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της κοινωνίας των πολιτών, η κυβέρνηση κατέβαλε προσπάθειες για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών, ώστε να συμβάλλουν οι ίδιοι στην επίλυση του ζητήματος.

Παρόλα αυτά, έτυχαν περιπτώσεις που τοπικές κοινωνίες αντέδρασαν στη δημιουργία και τη λειτουργία μονάδων θεραπείας, γεγονός το οποίο καταδεικνύει την ανάγκη για σωστή και έγκυρη ενημέρωση και πληροφόρηση των τοπικών κοινωνιών, αλλά και την ανάγκη για καταγραφή και αποτύπωση των αναγκών και των απόψεών τους.

Στο πεδίο πρόληψης εφαρμόστηκαν προγράμματα ενημέρωσης /ευαισθητοποίησης του κοινού, καθώς επίσης και εκπαιδευτικά προγράμματα, στο πεδίο της θεραπείας, τα υπάρχοντα προγράμματα ενισχύθηκαν και νέα προγράμματα αναπτύχθηκαν, τα οποία αποσκοπούν στη κάλυψη των διαφορετικών αναγκών των χρηστών ναρκωτικών ουσιών.

Ο πλουραλισμός των θεραπευτικών προγραμμάτων αποτελεί έναν από τους στόχους του Σχεδίου.

Έτσι για πρώτη φορά το 2002-2003, παρουσιάστηκε μείωση των θανάτων από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών.

Στο νομοθετικό επίπεδο υπήρξαν τροποποιήσεις άρθρων του βασικού νόμου για τα ναρκωτικά (Νόμος 1729/1987), οι οποίες προβλέπουν μείωση του ανωτάτου ορίου της ποινής για χρήση ναρκωτικών ουσιών, καθώς και τη μη αναγραφή του αδικήματος στο μητρώο του χρήστη, εφόσον δεν υπάρχει νέα καταδίκη για το ίδιο αδίκημα στο διάστημα της επόμενης πενταετίας και συμβάλλουν με αυτό τον τρόπο στο μη στιγματισμό του χρήστη και στην απρόσκοπτη επανένταξή του στη κοινωνία.



Στο πεδίο μείωσης της προσφοράς ναρκωτικών καθώς και για τη πάταξη του οργανωμένου εγκλήματος, αναπτύχθηκαν συνεργασίες, με την υπογραφή διμερών συμφωνιών, με άλλα κράτη. Η επίτευξη συνεργασιών αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό στόχο του Σχεδίου.

Η Ελληνική Κυβέρνηση, έχοντας τη Προεδρία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το πρώτο εξάμηνο του 2003, συνέχισε τις εργασίες των προηγούμενων Προεδριών και εισήγαγε νέες πρωτοβουλίες, όπως αυτές προέκυψαν μέσα από συστηματικό και εποικοδομητικό διάλογο μεταξύ των κρατών- μελών, στο πλαίσιο της Οριζόντιας Ομάδας για τα Ναρκωτικά της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και από το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης.

Να σημειωθεί ότι η υλοποίηση των στόχων της Ελληνικής Προεδρίας δεν ήταν εύκολη. Οι διαφορετικές αντιλήψεις και πολιτικές προσεγγίσεις μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι διαφορετικές συνθήκες λήψης αποφάσεων καθώς και η έλλειψη της απαραίτητης νομικής βάσης στη Νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για ζητήματα υγείας και εκπαίδευσης, δημιούργησαν προβλήματα τα οποία μόνο με επίμονες προσπάθειες μπόρεσαν να ξεπεραστούν, με αποτέλεσμα τη πλήρη αποδοχή από τα Συμβούλια των Υπουργών όλων των πρωτοβουλιών της Ελληνικής Προεδρίας.

Στη διάρκεια της Ελληνικής Προεδρίας, η 46<sup>η</sup> Σύνοδος είχε ιδιαίτερη σημασία, αφενός γιατί το κύριο θέμα της ήταν η ενδιάμεση αξιολόγηση του δεκαετούς Σχεδίου Δράσης του ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά (1998-2008) και αφετέρου γιατί περιελάμβανε και διήμερη Υπουργική Διάσκεψη.

Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της Ελληνικής Προεδρίας και αναφέρονται οι κυριότερες πρωτοβουλίες που οδήγησαν σε σημαντικές αποφάσεις και ψηφίσματα, οι οποίες σε πολιτικό επίπεδο προωθούν ισόρροπες πολιτικές στους τομείς της ζήτησης και της προσφοράς, καθώς και της διεθνούς συνεργασίας.

Ψήφισμα του Συμβουλίου σχετικά με τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης για τη πρόληψη της τοξικοεξάρτησης και της βλάβης που προκαλείται στους νέους από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Το ψήφισμα αναφέρεται ειδικότερα στην ανάγκη να δοθεί έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, από νέους οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο εξάρτησης και στην ανάπτυξη καινοτόμων προσεγγίσεων και τεκμηριωμένων μεθόδων και στρατηγικών για έγκαιρη παρέμβαση.

Ψήφισμα των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών- μελών που συνέρχονται στο πλαίσιο του Συμβουλίου, για την ενσωμάτωση της θεραπείας των ατόμων με εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες στα εθνικά συστήματα υγείας.

Το ψήφισμα, λαμβάνοντας υπόψη τις νομικές, κοινωνικές και άλλες σοβαρές συνέπειες του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, των σύντομων παρεμβάσεων, των παραπομπών και τα ιατρικά υποβοηθούμενης αντιμετώπισης στις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, όπου και αυτό είναι δυνατό.

Ψήφισμα των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών-μελών που συνέρχονται στο πλαίσιο του Συμβουλίου, για τη κατάρτιση προγραμμάτων σπουδών σχετικά με διαταραχές λόγω κατάχρησης ουσιών για φοιτητές της ιατρικής και λοιπούς σπουδαστές και επαγγελματίες στο τομέα της υγείας και την ενσωμάτωσή τους στις πανεπιστημιακές σπουδές.

Επίσης, σχετικά με τη μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών, υιοθετήθηκαν από το Συμβούλιο, ένα Σχέδιο Δράσης για τα Βαλκάνια και ένα Έγγραφο Υλοποίησης.

Συγκεκριμένα:

Στις **5-6 Ιουνίου του 2003**, το Συμβούλιο Δικαιοσύνης και Εσωτερικών Υποθέσεων, υιοθέτησε ένα Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και χωρών των Δυτικών Βαλκανίων (Αλβανία, Μαυροβούνιο, Κροατία, Βοσνία, Ερζεγοβίνη), καθώς και υποψήφιων χωρών (Βουλγαρία, Ρουμανία και Τουρκία).

Το Σχέδιο αποσκοπεί στη προαγωγή της συνεργασίας για τη καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών ουσιών και του οργανωμένου εγκλήματος μεταξύ της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των υποψηφίων χωρών και των χωρών των Δυτικών Βαλκανίων και στην ενίσχυση της σταθερότητας και ασφάλειας στη περιοχή.

Το Σχέδιο εκτός από τα μέτρα για τη μείωση της προσφοράς, περιλαμβάνει και μέτρα για τη μείωση της ζήτησης, με στόχο την αξιοποίηση της εμπειρίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην ανάπτυξη της κατάλληλης υποδομής στις χώρες των Δυτικών Βαλκανίων.

Στις **25-26 Ιουνίου του 2003**, το Συμβούλιο υιοθέτησε ένα Έγγραφο Εφαρμογής για τη μείωση της προσφοράς και της ζήτησης, ώστε να επιτευχθεί εξ ολοκλήρου η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Ναρκωτικά.

### **2.2.1. Θεσμικό Πλαίσιο**

Σε θεσμικό επίπεδο, προβλέπεται η δημιουργία σε όλα τα συνεργαζόμενα υπουργεία, των απαραίτητων διευθύνσεων- τμημάτων, με αποκλειστική ευθύνη την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Επίσης, προβλέπεται η δημιουργία του Ενιαίου Ταμείου Αντιμετώπισης Προβλημάτων Εξαρτησιογόνων Ουσιών, το οποίο θα έχει την ευθύνη για τη κατανομή των απαραίτητων κονδυλίων για την υλοποίηση των δράσεων όλων των συναρμόδιων υπουργείων, καθώς και η ίδρυση Ειδικού Ινστιτούτου Ουσιοεξαρτήσεων και Τοξικομανίας.

Τέλος, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, προβλέπεται η ενοποίηση της ελληνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά.

## **ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ**

Η μείωση της ζήτησης ναρκωτικών ουσιών, αποτελεί ένα από τους δύο πυλώνες ανάπτυξης αποτελεσματικών δράσεων με βάση το σχεδιασμό του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Ωστόσο έχουν σχεδιαστεί και εφαρμόζονται δράσεις από το 2003, οι οποίες ενισχύουν τόσο τη πρόληψη και τη θεραπεία, όσο και την επανένταξη των απεξαρτημένων ή και υπό απεξάρτηση ατόμων.

### **2.2.2. Πρωτογενής Πρόληψη**

Στο τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, βασικός στόχος ήταν η ενίσχυση των Κέντρων Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ που βρίσκονται σε λειτουργία (κέντρα). Κατά την ίδια περίοδο λειτούργησε ένα Κέντρο Πρόληψης στην Αργολίδα, ενώ στο τελικό στάδιο για την έναρξη της λειτουργίας τους, βρίσκονται τα αντίστοιχα των Δήμων Νέας Σμύρνης, Χαλανδρίου, Ψυχικού και Φιλοθέης.

Στόχος αποτελεί η έναρξη της λειτουργίας Κέντρων Πρόληψης σε όλες τις περιοχές όπου δεν υπάρχουν.

Επίσης, με την υπογραφή ενός Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ των υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ΟΚΑΝΑ, αναβαθμίστηκαν τα Κέντρα Πρόληψης σε επίσημους συγκεκριμένους φορείς εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στις σχολικές κοινότητες όλων των βαθμίδων.

Το Μνημόνιο Συναντίληψης και Συνεργασίας, αφορά το καθορισμό του πλαισίου συνεργασίας μεταξύ ΥΠΕΠΘ και ΟΚΑΝΑ για μέτρα πρόληψης στις σχολικές κοινότητες.

Τα προγράμματα θα εφαρμοστούν από τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ, σε συνεργασία με τις Διευθύνσεις Αγωγής Υγείας και τους Συμβουλευτικούς Σταθμούς Νέων.

Το Μνημόνιο ορίζει ότι τα Κέντρα Πρόληψης αναγνωρίζονται ως επίσημοι εγκεκριμένοι φορείς παροχής προγραμμάτων πρόληψης της εξάρτησης από ουσίες και προαγωγής της υγείας για τις σχολικές κοινότητες όλων των βαθμίδων.

Η επιστημονική ευθύνη και εποπτεία αυτών των προγραμμάτων ανήκει στον ΟΚΑΝΑ (όπως ορίζεται από το νόμο 2161/1993).

Το Μνημόνιο προβλέπει επίσης τη σύσταση μίας Μεικτής Επιτροπής, η οποία θα αποτελείται από δύο εκπροσώπους του ΥΠΕΠΘ, ένα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και δύο του ΟΚΑΝΑ, με ευθύνη τους τη παρακολούθηση της εφαρμογής των όρων του Μνημονίου.

Όπως προβλέπεται από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, ξεκίνησε και η λειτουργία του

Κέντρου Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης «ΔΙΑΚΟΝΙΑ», το οποίο βρίσκεται υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών.

### **2.2.3. Δευτερογενής Πρόληψη- Θεραπεία**

Λειτουργούν πολλά θεραπευτικά προγράμματα/ μονάδες και Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης. Η θεραπεία υποκατάστασης έχει επεκταθεί με τη λειτουργία μονάδων παροχής υποκατάστατων ουσιών στα δημόσια νοσοκομεία.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης και ύστερα από τη πιλοτική διάθεση της βουπρενορφίνης από το δημόσιο νοσοκομείο της Ρόδου, λειτουργούν παρόμοιες μονάδες σε Λαμία, Λιβαδειά, Χαλκίδα, Λάρισα, Αγρίνιο και Ρόδο. Όπως προβλέπεται από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, τέτοιες μονάδες θα λειτουργήσουν σε κάθε υγειονομική περιφέρεια.

### **2.2.4. Τριτογενής Πρόληψη-Επανάταξη**

Στο τομέα της τριτογενούς πρόληψης, γίνονται προσπάθειες για τη κοινωνική ένταξη/ επανάταξη ολοένα και μεγαλύτερου αριθμού απεξαρτημένων ή και υπό απεξάρτηση ατόμων.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου προβλέπεται η κάλυψη όλων των υγειονομικών περιφερειών με μία τουλάχιστον Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης. Επίσης όπως και τα προηγούμενα έτη, συνεχίζεται η εφαρμογή των προγραμμάτων κατάρτισης και προώθησης στην αγορά εργασίας απεξαρτημένων ατόμων, καθώς και των προγραμμάτων επιδότησης των εργοδοτών από τον ΟΑΕΔ, για τη πρόσληψη απεξαρτημένων ατόμων.

## **2.3. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ**

### **2.3.1. Δίκαιο**

Δίκαιο είναι το σύνολο των κανόνων δικαίου οι οποίοι ρυθμίζουν τις σχέσεις των ανθρώπων σε όλους τους τομείς της ζωής τους.

Οι κανόνες δικαίου με τους οποίους επιδιώκεται το δημόσιο συμφέρον υπάγονται στο δημόσιο δίκαιο, εφόσον στη συγκεκριμένη περίπτωση συντρέχει και άσκηση δημόσιας εξουσίας και βρίσκονται:

- στο Συνταγματικό δίκαιο**
- στο Διοικητικό δίκαιο**
- στο Δημόσιο δίκαιο**
- στο Δημόσιο Διεθνές δίκαιο**
- στο Ιδιωτικό Διεθνές δίκαιο**
- στη Ποινική και Πολιτική Δικονομία**
- στο Εκκλησιαστικό δίκαιο**
- στο Δημοσιονομικό δίκαιο**

Κ. Ν. Στεφανής, Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 2003, ό.π. σελ 4 – 6



Οι κανόνες δικαίου με τους οποίους ρυθμίζονται οι σχέσεις μεταξύ των μελών μίας πολιτείας αποτελούν το ιδιωτικό δίκαιο και βρίσκονται:

**στο Αστικό δίκαιο**

**στο Εμπορικό δίκαιο**

### **2.3.2. Νόμος**

Νόμος είναι κάθε γραπτός κανόνας δικαίου ο οποίος προβλέπει δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους οποίους ρυθμίζεται η συμβίωση των ατόμων μίας κοινωνίας.

Ουσιαστικά νόμος είναι κάθε πράξη η οποία περιέχει κανόνα δικαίου.

Τυπικός νόμος είναι κάθε πράξη η οποία έχει εκδοθεί σύμφωνα με τη νόμιμη διαδικασία ανεξάρτητα αν περιέχει ή όχι κανόνα δικαίου όπως π.χ. προϋπολογισμός, η παροχή εισόδου διαμονής κ.λ.π. Στη περίπτωση κατά την οποία παραβιασθεί ένας καθαρά τυπικός νόμος δεν μπορεί να ασκηθεί αναίρεση.

Νόμος μέτρο είναι ο νόμος με τον οποίο ρυθμίζεται μία πρόσκαιρη κοινωνική ανάγκη. Ατομικός είναι ο νόμος με τον οποίο ρυθμίζεται μία συγκεκριμένη περίπτωση.

Εκτελεστικοί νόμοι είναι οι νόμοι οι οποίοι προβλέπονται από το Σύνταγμα και οι οποίοι ρυθμίζουν την εφαρμογή των διατάξεων του Συντάγματος και αναφέρονται κυρίως στα ατομικά δικαιώματα.

Οργανικοί ή Οργανωτικοί είναι οι νόμοι οι οποίοι αναφέρονται στην οργάνωση και λειτουργία των οργάνων και των θεσμών που προβλέπονται από το Σύνταγμα.

Νόμος πλαίσιο είναι ο νόμος με τον οποίο χαράσσονται γενικές αρχές και κατευθύνσεις. Ο νόμος πλαίσιο ψηφίζεται από την ολομέλεια της Βουλής και παρέχεται γενική εξουσιοδότηση για την έκδοση προεδρικών διαταγμάτων για θέματα τα οποία καθορίζονται στο νόμο πλαίσιο.

Πράξη νομοθετικού περιεχομένου εκδίδεται από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας μετά από πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου όταν συντρέχει περίπτωση εξαιρετικά επείγουσας και απρόβλεπτης ανάγκης. Οι πράξεις νομοθετικού περιεχομένου κυρώνονται από τη Βουλή σε τακτές προθεσμίες ενώ στην αντίθετη περίπτωση παύουν να ισχύουν.

Συρροή νόμων υπάρχει όταν σε μία περίπτωση μπορούν να εφαρμοσθούν περισσότερες διατάξεις. Διακρίνουμε σωρευτική συρροή νόμων, διαζευκτική και αυτή κατά την οποία η εφαρμογή της μίας διάταξης αποκλείει την εφαρμογή κάποιας άλλης διάταξης. Στην περίπτωση της σωρευτικής συρροής νόμων κάθε νόμος επιδιώκει διαφορετικό σκοπό.



Στη περίπτωση της διαζευκτικής συρροής νόμων μπορεί να εφαρμοσθεί ο ένας ή ο άλλος νόμος κατ' εκλογή. Στη περίπτωση κατά την οποία η εφαρμογή ενός νόμου αποκλείει την εφαρμογή άλλου ο ιεραρχικά ανώτερος νόμος υπερισχύει έναντι του ιεραρχικά κατωτέρου και εάν για τη συγκεκριμένη περίπτωση υπάρχει ειδικός νόμος, τότε αποκλείεται η εφαρμογή του αντίστοιχου γενικού νόμου.

### **2.3.3. Νομοθεσία για τα Ναρκωτικά**

Για τα ναρκωτικά ισχύει ο Νόμος 1729 της 3/7-8-1987 (ΦΕΚ 144, τ. Α' ), που αναφέρεται στη καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών και στη προστασία των νέων.

Οι κυριότητες διατάξεις του νόμου αυτού έχουν ως ακολούθως:

#### **ΣΥΣΤΑΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ**

**Άρθρο 1-1.** Ιδρύεται Κεντρικό Συμβούλιο για τη καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών. Το συμβούλιο αυτό απαρτίζεται από εκπροσώπους των Υπουργείων Υγείας και Πρόνοιας (νυν Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης), Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού (Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς), Οικονομικών, Δημόσιας Τάξης, που ορίζονται από τους αντίστοιχους Υπουργούς.

Ο διορισμός των μελών του Κεντρικού Συμβουλίου γίνεται με πράξη του Υπουργικού Συμβουλίου. Με την ίδια πράξη καθορίζεται και η αποζημίωση των μελών του.

Η θητεία του Συμβουλίου ορίζεται σε δύο χρόνια. Όλα τα μέλη του Συμβουλίου είναι ελευθέρως ανακλητά και η αντικατάστασή τους για το υπόλοιπο της θητείας γίνεται με την ίδια διαδικασία.

#### **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

**Άρθρο 2-1.** Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Επιτροπή Ναρκωτικών, αποτελούμενη από:

Το Διευθυντή της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου.

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 ανωτέρω αξιωματικό της Ελληνικής Αστυνομίας με εμπειρία στα θέματα των ναρκωτικών. Η θητεία της Επιτροπής διαρκεί δύο χρόνια.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (νυν Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης), που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, επιλέγονται και ορίζονται μετά από πρόταση των αρμόδιων 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.

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

**Άρθρο 3-1.** 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

Για την υλοποίηση του προγράμματος αυτού, ιδρύονται με κοινές αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (νυν Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως αντίστοιχα:

Α) Συμβουλευτικού Σταθμοί, κέντρα ανοιχτής προστασίας εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων, παραρτήματά τους και άλλες ανάλογες μονάδες.

Β) Ειδικές μονάδες αποτοξίνωσης και σωφρονιστικά καταστήματα θεραπευτικού χαρακτήρα.

Γ) Μονάδες Κοινωνικής Επανένταξης.

Με τις ίδιες ή όμοιες αποφάσεις ρυθμίζεται η οργάνωση και η λειτουργία των παραπάνω κέντρων και μονάδων, η εξειδίκευση των αρμοδιοτήτων τους, καθώς και άλλα αναγκαία λεπτομέρεια.

### **Νόμος 3189**

Συγκεκριμένα προβλέπεται η μείωση της ανώτερης ποινής για τη χρήση ναρκωτικών από (5) πέντε έτη σε (1) ένα έτος, καθώς και η μη καταγραφή του αδικήματος στα δελτία ποινικών μητρώων, εφόσον δεν υπάρξει στην επόμενη πενταετία άλλη καταδίκη για την ίδια πράξη.

### **Νόμος 1724/87 άρθρο 5**

Ο τοξικομανής για το εμπόριο ναρκωτικών ουσιών, τιμωρείται σύμφωνα με το νόμο αυτό με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών μέχρι πέντε ετών και χρηματική ποινή από 50.000 έως 10.000.000. δρχ. και στις επιβαρυντικές περιπτώσεις κατά το άρθρο 30γ

(του ίδιου νόμου) με πρόσκαιρη κάθειρξη από πέντε μέχρι δέκα χρόνια και χρηματική ποινή από ένα έως διακόσια εκατομμύρια δραχμές.

### **Νόμος 3204/2003 άρθρο 28**

Ο νόμος αυτός μιλάει για θέματα που αφορούν τη λειτουργία του ΚΕΘΕΑ, ενώ στο άρθρο 39 τίθενται θέματα σχετικά με τη λειτουργία του ΟΚΑΝΑ.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΚΑΝΑ- ΓΕΝΙΚΑ

Ο ΟΚΑΝΑ είναι ο αποκλειστικά εξουσιοδοτημένος από το νόμο φορέας για την ίδρυση και τη λειτουργία θεραπευτικών προγραμμάτων με φαρμακευτικά υποκατάστατα (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη).

Ο οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Σύμφωνα με το ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

**Το σχεδιασμό**, τη προώθηση, τη διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με τη πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

**Τη μελέτη** του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, τη παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

**Την ίδρυση** και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυση του έως και σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διπλό του ρόλο (αυτό του εθνικού συντονιστικού φορέα και του φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών), στο πλαίσιο μίας ολοκληρωμένης πολιτικής για την αντιμετώπιση στη χώρα μας των προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά πολιτικής της οποίας βασικοί στόχοι είναι η πρόληψη, η θεραπεία και η κοινωνική ενσωμάτωση.

Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (θεραπευτικά προγράμματα, Τοπική Αυτοδιοίκηση, συναρμόδια υπουργεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.α).

Για το Ευρωπαϊκό και Διεθνή συντονισμό συνεργάζεται με οργανισμούς όπως το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA), η ομάδα Ρομπρίδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών κ.α.

Για τη μελέτη και παρακολούθηση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας, συνεργάζεται στενά με το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και τη Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).

Ο ΟΚΑΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς προκειμένου να καλυφθούν με το καλύτερο τρόπο, οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, μείωσης της βλάβης αλλά και κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης.

Στο πλαίσιο της συνεργασίας σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, ο ΟΚΑΝΑ συντάσσει και αποστέλλει στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών και την Ευρωπαϊκή Ένωση τις Εκθέσεις για τη πορεία υλοποίησης στη χώρα όσων προβλέπονται από τα αντίστοιχα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά :2000-2008 (ΟΗΕ) και 2000-2004 (Ε.Ε.). Μάλιστα συμμετέχει και στη ομάδα της τελικής αξιολόγησης του Σχεδίου Δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο σύνολό του.

Ο ΟΚΑΝΑ δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στη προώθηση της γνώσης γύρω από τα θέματα ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και για τη μελέτη ειδικότερων θεμάτων, δημιούργησε το 2001 το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης.

Τα στοιχεία που συγκεντρώνονται σε αυτό, αποτελούν πολύτιμο υλικό για τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών στους χώρους της πρόληψης, της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης και καθοδηγούν τη πολιτική του ΟΚΑΝΑ.

Δίνουν επίσης χρήσιμες πληροφορίες για τη ποιότητα και τα αποτελέσματα των προγραμμάτων του, βοηθώντας στις κατάλληλες προσαρμογές για καλύτερη απόδοση.

Ο ΟΚΑΝΑ διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν καταξιωμένα πρόσωπα του επιστημονικού και οικονομικού χώρου.

Θεσμικά συμμετέχουν ο επικεφαλής του Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης Ναρκωτικών (ΣΟΔΝ) και ο Πρόεδρος της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων (ΚΕΔΚΕ). Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο/Η Πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο, με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η διεύθυνση των υπηρεσιών και των μονάδων του ΟΚΑΝΑ ανατίθεται στο Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού, η θέση του οποίου πληρώνεται με δημόσια προκήρυξη.



### 3.1. ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη της χρήσης Εξαρτησιογόνων ουσιών (παράνομων και νόμιμων), αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής κατά των ναρκωτικών, στον οποίο ο ΟΚΑΝΑ έχει επενδύσει πολύ.

Αναγνωρίζοντας ότι δεν μπορεί να υπάρξει αποτελεσματική πρόληψη χωρίς την ευρύτερη δυνατή συμμετοχή με τη Τοπική Αυτοδιοίκηση ένα ευρύ δίκτυο Κέντρα Πρόληψης σε όλη τη χώρα.

Τα Κέντρα πρόληψης ευαισθητοποιούν τους φορείς και τους πολίτες στις τοπικές κοινωνίες, με σκοπό την ενεργοποίησή τους στον αγώνα της πρόληψης των ουσιοεξαρτήσεων.

Απευθύνονται σε γονείς, μαθητές, και εφήβους, αθλητικούς συλλόγους και ομάδες, επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα (εκπαιδευτικούς, αστυνομικούς, επαγγελματίες υγείας, ιερείς κ.α.), ειδικές πληθυσμιακές ομάδες(φυλακισμένους, πρόσφυγες κ.α.), καθώς και στην ευρύτερη κοινότητα.

Ειδικότεροι στόχοι των προγραμμάτων που αναπτύσσουν τα Κέντρα Πρόληψης είναι:

- Η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων προκειμένου να υιοθετήσουν μία θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες και συμπεριφορές που να τους βοηθούν να αντισταθούν στη χρήση των Εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η συμβουλευτική και η υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας.
- Η ευαισθητοποίηση των καθηγητών και των δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών- μαθητών.
- Η ενημέρωση και η παραπομπή στα θεραπευτικά προγράμματα.
- Η σε συνεχή βάση πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας.

Την ευθύνη της συστηματικής επιστημονικής εποπτείας και της αξιολόγησης των προγραμμάτων και των δράσεων πρωτοβάθμιας πρόληψης που εφαρμόζονται από τα Κέντρα Πρόληψης έχει το Τμήμα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ.

Σήμερα, λειτουργούν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με τη Τοπική Αυτοδιοίκηση, 63 Κέντρα Πρόληψης, τα οποία καλύπτουν την πλειονότητα των νομών της χώρας. Στη χρηματοδότησή τους συμμετέχουν ισόποσα ο ΟΚΑΝΑ και το Υπουργείο Εσωτερικών μέσω Κεντρικών Αυτοτελών Πόρων.

Εργάζονται σε αυτά 297 στελέχη πρόληψης.

Για την εκπαίδευση των στελεχών πρόληψης και τη παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού για την υποβοήθηση του έργου τους, ο ΟΚΑΝΑ έχει ιδρύσει το Κέντρο Εκπαίδευσης για τη Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών. Από το 1996 στο Κέντρο έχουν εκπαιδευτεί 332 στελέχη πρόληψης.

Τα προγράμματα που εφαρμόζουν τα Κέντρα Πρόληψης ακολουθούν τη φιλοσοφία της αγωγής για τη προαγωγή της υγείας.

Βασίζονται δηλαδή σε μία πιο μακροχρόνια αλλά με σταθερότερα αποτελέσματα διαδικασία εκπαιδευτικού τύπου, η οποία αποβλέπει στην ανάπτυξη υπεύθυνων συμπεριφορών και επιλογών για έναν τρόπο ζωής, που όχι μόνο αποτρέπει την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (χρήση Εξαρτησιογόνων ουσιών), αλλά προάγει γενικότερα τη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία.

### **3.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΦΗΒΩΝ**

Η μεγάλη διάδοση της χρήσης των ναρκωτικών στους νέους και ο κίνδυνος να προχωρήσουν στην εξάρτηση, οδήγησε τον ΟΚΑΝΑ στην έναρξη της ανάπτυξης των Μονάδων Εφήβων από το 2002.

Το πρόγραμμα των μονάδων αυτών επιδιώκει την έγκαιρη διακοπή της χρήσης στους νέους πριν αυτή εξελιχθεί σε εξάρτηση. Μέσα στα δύο τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν από τον ΟΚΑΝΑ και λειτουργούν στη χώρα μας 4 Μονάδες Εφήβων(στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, το Ρέθυμνο και τη Λάρισα).

Το πρόγραμμα στηρίζεται σε μεθόδους ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης στους εφήβους και τις οικογένειές τους. Οι Μονάδες Εφήβων απευθύνονται ακόμη και σε ειδικούς και επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τους νέους π.χ. από το χώρο της εκπαίδευσης και του αθλητισμού, με στόχο τη πληροφόρηση και την ευαισθητοποίησή τους μέσα από την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας.

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα για τους εφήβους προσέρχονται στις μονάδες εξελίσσεται σε τρεις φάσεις:

- ❖ Συμβουλευτικός Σταθμός, όπου γίνεται ενημέρωση για τις επιπτώσεις της χρήσης και παρέχεται συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στους εφήβους και τις οικογένειές τους, με στόχο τη διακοπή της χρήσης στο πλαίσιο της προετοιμασίας για την ένταξή τους στο κυρίως θεραπευτικό πρόγραμμα.
- ❖ Θεραπευτικό Πρόγραμμα, όπου σε ατομικές και ομαδικές συναντήσεις παρέχεται τόσο στους εφήβους όσο και στους γονείς, συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη.

Παράλληλα υπάρχει πρόγραμμα απασχόλησης και ψυχαγωγίας για τους νέους. Στόχος του συνολικού προγράμματος είναι κάθε μέλος να αναπτύξει και να υιοθετήσει ένα νέο και δημιουργικό τρόπο ζωής χωρίς ουσίες και να απεμπλακεί από παραβατικές συμπεριφορές.

- ❖ Κοινωνική (Επαν)ένταξη, που περιλαμβάνει εμπύχωση των εφήβων για την επανασύνδεσή τους με την εκπαιδευτική ή την επαγγελματική τους ζωή μέσω συμβουλευτικής υποστήριξης και του επαγγελματικού προσανατολισμού.

Οι ανάγκες θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων ποικίλλουν ανάλογα με το στάδιο και τη βαρύτητα της εξάρτησης, την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τη σωματική και ψυχική υγεία.

Ο ΟΚΑΝΑ βαδίζει στο χώρο της θεραπείας αναπτύσσοντας προγράμματα που βασίζονται στη καταγραφή των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων, με στόχο να τα κάνει πιο ελκυστικά και να επιμηκύνει τη παραμονή των ασθενών σε αυτά, μέχρι να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

### **3.3. «ΣΤΕΓΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ»**

Μέσω του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν επίσης θεραπευτικά προγράμματα «στεγνά». Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα που έχουν σαν στόχο τη πλήρη απεξάρτηση, αποτελούν τα καταλληλότερα προγράμματα για εξαρτημένα άτομα που δεν έχουν πολλά χρόνια στην εξάρτηση.

Άλλος στόχος τους είναι και η επανένταξη των μελών του προγράμματος. Τα προγράμματα αυτά στηρίζονται στη ψυχοκοινωνική θεραπεία και δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτικά υποκατάστατα.

Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι μικρότερα σε ηλικία και δεν έχουν ιδιαίτερα βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης.

Στη χώρα μας οι ανάγκες θεραπείας στα «στεγνά» προγράμματα ενηλίκων εξαρτημένων καλύπτονται κατά κύριο λόγο από άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Επομένως, η ανάπτυξη «στεγνών» προγραμμάτων από τον ΟΚΑΝΑ (με εξαίρεση τις Μονάδες Εφήβων), περιορίζεται στο Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας και σε δύο θεραπευτικά προγράμματα στα οποία συνεργάζεται ο ΟΚΑΝΑ με τα Πανεπιστήμια Αθηνών (πρόγραμμα «Αθηνά») και Θεσσαλονίκης (πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας).

### **3.3.1. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας**

Το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας απευθύνεται σε εξαρτημένα από τα ναρκωτικά άτομα ηλικίας 18-40 ετών. Οι υπηρεσίες και τα προγράμματα που το αποτελούν είναι:

- ❖ Συμβουλευτικός Σταθμός, που έχει στόχο τη κινητοποίηση και τη συμβουλευτική για τη διακοπή της χρήσης ουσιών, καθώς και την ένταξη του εξαρτημένου ατόμου στη Θεραπευτική Κοινότητα «Γέφυρα».
- ❖ Θεραπευτική Κοινότητα «Γέφυρα» που αποτελεί το κύριο στάδιο του θεραπευτικού προγράμματος. Στο στάδιο αυτό επιδιώκεται η σταθεροποίηση της απεμπλοκής του θεραπευμένου από τη χρήση, μέσω της ανάπτυξης, της αυτογνωσίας και της βελτίωσης της αυτοεκτίμησής του, της ενίσχυσης λειτουργικών οικογενειακών σχέσεων, της ανάπτυξης δεξιοτήτων και γνώσεων για την αντιμετώπιση και την επίλυση προβλημάτων και δυσκολιών, τη φροντίδα του εαυτού του και τη δημιουργία υγιών σχέσεων.

Παράλληλα, βοηθείται η διεκπεραίωση δικαστικών εκκρεμοτήτων και υποθέσεων των θεραπευμένων.

- ❖ Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης που ενισχύει περαιτέρω την αποχή από ουσίες και τα κεκτημένα της θεραπείας σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο και επιδιώκει την επαγγελματική αποκατάσταση, καθώς και τη δημιουργία καινούργιων υγιών σχέσεων.
- ❖ Πρόγραμμα Οικογένειας που συνοδεύει τη πορεία της θεραπείας σε όλα της τα στάδια, με στόχο την αλλαγή της στάσης της οικογένειας απέναντι στη χρήση, τη στήριξη της οικογένειας απέναντι στη χρήση, τη στήριξη της ουσιαστικής ενηλικίωσης και της σταδιακής αυτονόμησης του μέλους καθώς και τη δημιουργία λειτουργικότερων σχέσεων μέσα στην οικογένεια.

Όσον αφορά την έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, παρουσιάζονται οι λόγοι εξόδου από τη θεραπεία για τους ασθενείς σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα τα έτη 2002-2003.

Τα στοιχεία που αφορούν το 2003, προέρχονται από 18 εκ των 20 «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων.

**Στα προγράμματα εσωτερικής διανομής**, οι μισοί περίπου ασθενείς που αποχωρούν κάνουν αυτόβουλη διακοπή του προγράμματος (51%). Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό ασθενών (33,7%), αποχωρούν από το πρόγραμμα έχοντας ολοκληρώσει τη θεραπεία. Άλλη αιτία εξόδου από το πρόγραμμα είναι η πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου, που αφορά 1 στα 7 άτομα.



Κυριότερος λόγος εξόδου από **τα προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων** είναι η ολοκλήρωση της θεραπείας και αντιστοιχεί σε πάνω από τις μισές περιπτώσεις ασθενών που αφήνουν το πρόγραμμα (53,3%). Περίπου 1 στα 3 άτομα διακόπτουν με δική τους βούληση, ενώ σχετικά χαμηλό είναι το ποσοστό των ασθενών που σταματούν τη παρακολούθηση του προγράμματος λόγω πρόωρης χορήγησης εξιτηρίου (6,6%).

Η εθελοντική διακοπή αποτελεί τη κυριότερη αιτία εξόδου από **τα προγράμματα για εφήβους** και αντιστοιχεί σε πάνω από τις μισές εξόδους που πραγματοποιούνται στα προγράμματα αυτού του τύπου (61%). Περίπου 1 στους 6 εφήβους αποχωρεί από το θεραπευτικό πρόγραμμα ,έχοντας ολοκληρώσει τη παρακολούθησή του.

Εξετάζοντας συγκριτικά τα στοιχεία των ετών 2002 και 2003, παρατηρούμε μία διαφοροποίηση ως προς τους λόγους εξόδου από τη θεραπεία ανάμεσα στα δύο έτη, που αφορά κυρίως τα προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και εφήβων.

Οι τρεις τύποι των «στεγνών» προγραμμάτων διαφοροποιούνται ως προς τους βασικότερους λόγους για τους οποίους χορηγούν πρόωρα εξιτήριο σε ασθενείς.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους κάθε τύπος προγράμματος απέπεμψε ασθενείς στη διάρκεια του 2003.

Ως κύριοι λόγοι πρόωρης χορήγησης εξιτηρίου σε ασθενείς μονάδων εσωτερικής διανομής, αναφέρονται η σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών (25,7%), η βίαιη συμπεριφορά εντός της μονάδας (18,9%) και η παραβίαση κανόνων ή κανονισμών της μονάδας (16,2%).

Όσον αφορά τις μονάδες εξωτερικής παραμονής για ενήλικες, οι βασικοί λόγοι για τη πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου είναι η χρήση παράνομων ουσιών εκτός μονάδας (33,3%), η απουσία από θεραπευτικές ή συμβουλευτικές συνεδρίες (16,7%) και η χρήση αλκοόλ (16,7%).

Από τα θεραπευτικά προγράμματα για εφήβους, οι θεραπευμένοι αποπέμπονται λόγω βίαιης συμπεριφοράς εντός της μονάδας (38,5%), είτε εκτός αυτής (23,1%).

### **3.3.2. Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Αθηνά»**

Αντιμετωπίζει θεραπευτικά εξαρτημένα άτομα από ναρκωτικά και οινοπνευματώδη. Για το σκοπό αυτό παρέχει ενημέρωση, συμβουλευτική, ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία.



### 3.4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Βασικοί στόχοι του προγράμματος αυτού είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων και η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε νέους ρόλους οι οποίοι ενισχύουν τη φιλοσοφία του προγράμματος αυτοβοήθειας, καθώς και τη σχετική έρευνα εφαρμοσιμότητας στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

### 3.5. ΑΝΟΙΧΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Το Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών με έδρα τη Θεσσαλονίκη λειτουργεί στα πλαίσια του προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας υπό την εποπτεία του τομέα Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και με χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ.

Το πρόγραμμα αποτελεί μία εναλλακτική προσπάθεια προσέγγισης των εξαρτημένων από ναρκωτικά και αλκοόλ ατόμων και οι βασικοί στόχοι του περιλαμβάνουν:

- α) Δημιουργία ομάδων στήριξης.
- β) Ευαισθητοποίηση των ατόμων στην αυτοβοήθεια.
- γ) Υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας που ήδη λειτουργούν.

### ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2003

<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΗΣΤΩΝ</b>
Υποστήριξη σε ιατρικά, επαγγελματικά, εκπαιδευτικά και νομικά ζητήματα	81
Σεμινάρια Η/Υ	29
Σεμινάρια εκμάθησης αγγλικών	12
Σεμινάρια εκμάθησης ισπανικών	23
Δράσεις ευαισθητοποίησης σε πολιτιστικά ζητήματα	18
Δράσεις ευαισθητοποίησης σε οικολογικά ζητήματα	32
Δράσεις εθελοντικής εργασίας στη τοπική κοινότητα	16

### 3.6. ΙΑΤΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Για να καλυφθούν οι μεγάλες ανάγκες θεραπείας με υποκατάστατα στη χώρα που εξακολουθούν να υπάρχουν, αλλά και να υπάρξει η αναγκαία γεωγραφική κάλυψη, ο ΟΚΑΝΑ από το 2000 συνεργάζεται με τα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

Αποτέλεσμα αυτής της συνεργασίας ήταν η έναρξη λειτουργίας ιατρείων για την αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων.

Μέσα στο 2003 ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε μία παρόμοια συνεργασία και με το ΙΚΑ. Τα ιατρεία αυτά παρέχουν συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη και σε εξαρτημένα άτομα στα οποία δεν είναι απαραίτητη η θεραπεία υποκατάστασης.

Λειτουργεί σήμερα ένα ιατρείο σε συνεργασία με το ΙΚΑ στο Περιστερί (Αθήνα).

Σε συνεργασία με το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) λειτουργούν έξι εξωτερικά ιατρεία (Λαμία, Λιβαδειά, Χαλκίδα, Αγρίνιο, Λάρισα, Ρόδος) και ο αριθμός αναμένεται σύντομα να αυξηθεί.

Τα ιατρεία αυτά ακολουθούν μία θεραπεία με υποκατάστατα. Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μία μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη (SUBUTEX).

Τα εξαρτημένα άτομα που απευθύνονται για θεραπεία στο πρόγραμμα υποκατάστασης αποτελούν έναν ιδιαίτερα βεβαρημένο πληθυσμό ως προς τη χρονιότητα και τη βαρύτητα της εξάρτησης καθώς και των επιπτώσεών τους. Αποτελούν τις πιο δύσκολες για θεραπεία περιπτώσεις που κατά κανόνα έχουν κάνει μία ή και περισσότερες προσπάθειες στα «στεγνά» προγράμματα, αλλά δεν κατόρθωσαν να απεξαρτηθούν.

Συγκεκριμένα στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, απευθύνονται εξαρτημένα άτομα τα οποία σε σύγκριση με αυτά που απευθύνονται στα «στεγνά» προγράμματα απεξάρτησης είναι μεγαλύτερα σε ηλικία – άνω των 30 ετών είναι το (89%) σε σύγκριση με το (23,5%) στα «στεγνά» και κάνουν χρήση ηρωίνης κατά μέσο όρο επί 17 χρόνια σε σύγκριση τα 6,5 χρόνια στα «στεγνά».

Σχεδόν στο σύνολό τους κάνουν ενέσιμη χρήση (95%) σε σύγκριση με το (75%) όσων απευθύνονται στα «στεγνά» προγράμματα. Τα μισά άτομα στα προγράμματα υποκατάστασης ζουν εκτός οικογένειας, σε σύγκριση με το (19%) όσων απευθύνονται στα «στεγνά» προγράμματα.

Στην πλειονότητά τους (65%) τα άτομα που απευθύνονται στο Θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστατων είναι άνεργα.

### 3.7. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης αποτελούν τη τελική φάση όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων. Συμβάλλουν, μέσω της Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους αλλά και στη προώθησή τους στην αγορά εργασίας.

Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποφυγή της υποτροπής.

Για τη προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης, ο ΟΚΑΝΑ ίδρυσε και λειτουργεί μία Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης στην Αθήνα και δύο Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ) σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος της κοινωνικής επανένταξης παρέχεται στα μέλη ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, νομική υποστήριξη καθώς και συνεχής παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους.

Επίσης αντιμετωπίζονται τα ιατρικά προβλήματα των μελών με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή και μέσω της ιατρικής παραπομπής σε νοσοκομεία.

Χορηγείται επίσης η ανταγωνιστική των οπιούχων ουσία, **ναλτρεξόνη** η οποία βοηθά στη διατήρηση της αποχής από την ηρωίνη.

Τα μέλη συμμετέχουν στα προγράμματα των Εξειδικευμένων Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης του ΟΚΑΝΑ. Σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται τα προγράμματα Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών και Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για τη Απασχόληση απεξαρτημένων ατόμων.

Τα μέλη ενισχύονται να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες πολιτιστικών συλλόγων και της ευρύτερης κοινότητας.

Από πρόσφατη έρευνα το 2003 (ΕΚΤΕΠΝ-ΟΚΑΝΑ) που αφορούσε στην επαγγελματική απασχόληση των υπό απεξάρτηση ατόμων (δείγμα 600 ατόμων) διαπιστώθηκε ότι μόνο (35%) εκείνων που βρίσκονταν στη φάση κοινωνικής επανένταξης είχαν βρει εργασία.

Περισσότεροι από το ένα τρίτο (1/3) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι υπάρχουν διακρίσεις εις βάρος τους από τη μεριά των εργοδοτών λόγω του ότι είναι πρώην εξαρτημένοι.

Τη πεποίθηση αυτή συμμερίζεται διπλάσιος αριθμός όσων παραμένουν άνεργοι (50%), σε σύγκριση με αυτούς που έχουν βρει εργασία (25%).

Η κοινωνική διάκριση που δυσκολεύει την εξεύρεση εργασίας επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις που έδωσαν 200 εργοδότες που ερωτήθηκαν στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας.

Η πλειονότητά τους (92%) ανέφερε διάφορους λόγους για τους οποίους δε θα απασχολούσε ένα πρώην εξαρτημένο άτομο με επικρατέστερο (79,5%) το φόβο και την ανασφάλεια για το ενδεχόμενο υποτροπής και για την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας.

### **3.7.1. Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης**

Κύριος στόχος των ΕΚΚΕΕ είναι η κατάρτιση και η εξειδίκευση σε ποικίλους επαγγελματικούς τομείς των θεραπευμένων που έχουν σταματήσει τη χρήση ναρκωτικών καθώς και των απεξαρτημένων ατόμων με στόχο την ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και την αγορά εργασίας.

Ταυτόχρονα επιδιώκεται η ευαισθητοποίηση των επαγγελματικών φορέων, των επιχειρήσεων και των εργοδοτών σε θέματα πρόωθησης των καταρτιζόμενων στην αγορά εργασίας μέσα και από την αξιοποίηση από τη πλευρά τους για την αποτελεσματική ενσωμάτωση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Στα μέλη του προγράμματος παρέχονται ακόμα συμβουλευτική για τη δημιουργία, την οργάνωση και τη λειτουργία εταιρικών σχημάτων καθώς και συμβουλευτική σε θέματα νομικά, ασφαλιστικά και οικονομοτεχνικής κάλυψης ατομικών και επιχειρηματικών δράσεων.

Άλλες συνοδευτικές υπηρεσίες είναι αυτές του επαγγελματικού προσανατολισμού, της ψυχολογικής υποστήριξης για την ανάπτυξη αυτοπεποίθησης, της συμβουλευτικής για την ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων, επικοινωνίας και συναλλαγής με υπηρεσίες, εργοδότες και γενικότερα τον εργασιακό χώρο.

Για τη διευκόλυνση του όλου προγράμματος, υπάρχει στενή συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και τους τοπικούς φορείς.

Με στόχο πάντα την υποβοήθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού, από το 2002 ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και άλλους φορείς, ξεκίνησε την υλοποίηση μίας σειράς Προγραμμάτων Κοινωνικής και Επαγγελματικής Επανένταξης στο πλαίσιο του 3<sup>ου</sup> Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης.

Τα προγράμματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

«**Προοπτική**»- Δίκτυο Απασχολησιμότητας Απεξαρτημένων Ατόμων με ομάδα – στόχο τα υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένα από ουσίες άτομα.

«**Πρόκληση**», με ομάδα-στόχο άτομα με ειδικές ανάγκες, πρώην εξαρτημένα άτομα και μετανάστες.



**«Νέμεση»**, με ομάδα-στόχο φυλακισμένους και πρώην φυλακισμένους.

Στη χώρα μας σήμερα λειτουργούν 14 εξειδικευμένα κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης εκ των οποίων τα 9 ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ, δύο στον ΟΚΑΝΑ, ένα στο Πρόγραμμα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου (ΨΝΑ) και δύο στα Θεραπευτικά Προγράμματα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ).

Όλα τα προγράμματα κοινωνικής επανάταξης είναι εξωτερικής παρακολούθησης και η προγραμματισμένη διάρκειά τους κυμαίνεται από 12 (ποσοστό 85,7% των προγραμμάτων) μέχρι 24 μήνες.

Η συνολική δυναμικότητα σε θέσεις των προγραμμάτων κοινωνικής επανάταξης είναι 525 άτομα.

Ο συγκεκριμένος αριθμός αναφέρεται στο σύνολο των θεραπευμένων που μπορεί να εξυπηρετήσει η μονάδα ανά μήνα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία για το έτος 2003, συνολικά 695 χρήστες παρακολούθησαν τη φάση της κοινωνικής επανάταξης στα αντίστοιχα εξειδικευμένα κέντρα.

Σήμερα λειτουργούν 4 ειδικές δομές σχολικής εκπαίδευσης που απευθύνονται σε πρώην χρήστες:

το Μεταβατικό Σχολείο Εφήβων του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΣΤΡΟΦΗ» (ΚΕΘΕΑ)

Το Εναλλακτικό Σχολείο Ενηλίκων του Προγράμματος «ΕΞΟΔΟΣ» (ΚΕΘΕΑ)

ΤΟ Πρόγραμμα Ενισχυτικής Διδασκαλίας- Σχολείο του «18 ΑΝΩ» που υλοποιείται υπό τον συντονισμό της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας και του Προγράμματος Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ)

Η Σχολική Μονάδα Απεξαρτημένων Ατόμων του ΨΝΘ. Επίσης, στα Θεραπευτικά Προγράμματα του ΚΕΘΕΑ «ΑΡΙΑΔΝΗ», «ΝΟΣΤΟΣ», «ΙΘΑΚΗ», «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» και «ΔΙΑΒΑΣΗ», έχουν αναπτυχθεί τμήματα εκπαίδευσης για την απόκτηση τυπικών προσόντων. Στη διάρκεια του 2003 ενδεικτικά αναφέρεται ότι 247 θεραπευμένοι φοίτησαν στα προαναφερθέντα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Οι παραπάνω εκπαιδευτικές παρεμβάσεις πλαισιώνονται από προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης όπως εκμάθηση Η/Υ και ξένων γλωσσών, μαγειρική, φωτογραφία, αισθητική κ.α.

Παράλληλα, σχεδόν το σύνολο των προγραμμάτων κοινωνικής επανάταξης, παρέχει υπηρεσίες επαγγελματικού προσανατολισμού και συμβουλευτικής αναφορικά με την επαγγελματική κατάρτιση και τη σταδιοδρομία.



Σε συνέχεια του τμήματος εκπαίδευσης του Προγράμματος «ΔΙΑΒΑΣΗ», λειτουργεί Club Εργασίας, το οποίο παρέχει πληροφόρηση σε εργασιακά θέματα, διδάσκει δεξιότητες αναζήτησης εργασίας και επιδιώκει τη δικτύωση με φορείς απασχόλησης καθώς και την ενημέρωση εργοδοτών.

Κατά το έτος αναφοράς 72 πρώην χρήστες συμμετείχαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, ενώ περίπου 80 επιχειρήσεις και 35 φορείς, επαγγελματικά επιμελητήρια και σύλλογοι ενημερώθηκαν και ευαισθητοποιήθηκαν για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων ατόμων.

Το ΚΕΘΕΑ στο πλαίσιο δύο Εξειδικευμένων Κέντρων Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης, προσφέρει υπηρεσίες σε απεξαρτημένα άτομα στις περιφέρειες Αττικής, Θεσσαλίας, Μακεδονίας και Κρήτης, υλοποιώντας επιδοτούμενα από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης σε τομείς όπως κεραμική, γραφικές τέχνες, ηλεκτρονική τοπογραφία, ξυλουργική, οικολογική καλλιέργεια κ.α.

Στα πλαίσια του ΨΝΑ, έχει δημιουργηθεί Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής και Κοινωνικής Επανάταξης, με σκοπό τη παροχή πρόσθετων επαγγελματικών προσόντων και δεξιοτήτων σε απεξαρτημένα άτομα.

Σύμφωνα με σχετικά στοιχεία για το έτος 2003, στα πλαίσια των δύο Κέντρων πραγματοποιήθηκαν συνολικά 6 σεμινάρια διάρκειας 200 ωρών, τα οποία παρακολούθησαν 89 μέλη του Προγράμματος Υποκατάστασης.

Ποσοστό 84,3% των συμμετεχόντων ολοκλήρωσαν τη παρακολούθηση των συγκεκριμένων σεμιναρίων.

Όσον αφορά το πρόγραμμα παροχής συνοδευτικών υπηρεσιών, οι συμμετέχοντες για το έτος αναφοράς ανέρχονται σε 190 άτομα (ΟΚΑΝΑ,2004).

Στη διάρκεια του έτους αναφοράς, συνεχίστηκε με τη συνεργασία 17 φορέων, η υλοποίηση της Αναπτυξιακής Σύμπραξης «Προοπτική», η οποία έχει ως κύριο στόχο τη δημιουργία του Εθνικού Δικτύου Απασχολησιμότητας των υπό εξάρτηση ή απεξαρτημένων ατόμων.

Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (νυν Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας) και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.

Μέσα στο 2003, υλοποιήθηκαν 6 προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης διάρκειας 300-340 ωρών το καθένα, στην Αθήνα, τη Λάρισα και τη Πάτρα, τα οποία παρακολούθησαν συνολικά 90 άτομα.

Επίσης από το Σεπτέμβριο του 2003, δημιουργήθηκε Ιστοσελίδα ([www.Prooptikinet.gr](http://www.Prooptikinet.gr)), η οποία παρέχει στους καταρτιζόμενους τη δυνατότητα να εξοικειωθούν με νέους τρόπους αναζήτησης εργασίας και πληροφόρησης για εργασιακά θέματα.

Με βάση τα στοιχεία από τα Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης των Θεραπευτικών Προγραμμάτων, μέσα στο 2003, ένα υψηλό ποσοστό που συμμετείχαν στη φάση της επανάταξης, εξασφάλισε εργασιακή απασχόληση (52,8%).

Το γεγονός αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η επαγγελματική απασχόληση συσχετίζεται θετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. (Αγραφιώτης και Καμνηριάνη, 2002).

**Με την ολοκλήρωση του έργου της Κοινωνικής Πρωτοβουλίας ΕQAL «Προοπτική» αναμένονται μετρήσιμα αποτελέσματα:**

**6** νέες πρότυπες εξειδικευμένες δομές κοινωνικοεπαγγελματικής ένταξης απεξαρτημένων ατόμων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Χανιά και Ρόδο, οι οποίες θα υιοθετήσουν νέα συστήματα και μεθόδους.

Συμμετοχή και εξυπηρέτηση με εξατομικευμένη προσέγγιση **3.000-3.500** ατόμων στις νέες πρότυπες εξειδικευμένες δομές.

Εκπαίδευση **30** συμβούλων υποστήριξης απασχόλησης και προσανατολισμού.

Εκπαίδευση **50** στελεχών κοινωνικών υπηρεσιών και φορέων προώθησης στην απασχόληση μέσω **9** συμβουλευτικών σεμιναρίων σε 8 πόλεις της Ελλάδας.

Κατάρτιση **90** απεξαρτημένων και υπό απεξάρτηση ατόμων στις νέες τεχνολογίες.

Ένταξη περισσότερων από **50** φορέων στήριξης της απασχόλησης και συμβουλευτικής σε δίκτυα συνεργασίας.

Τοποθέτηση **40** επωφελούμενων απεξαρτημένων ατόμων σε επιχειρήσεις και οργανισμούς.

Παρακολούθηση από περισσότερους από **300** εργοδότες, επαγγελματικούς φορείς και επιχειρήσεις **9** προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε **8** πόλεις της Ελλάδας με στόχο την επαγγελματική απορρόφηση πρώην χρηστών ουσιών.

### **3.8. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ**

Υπάρχουν πολλά εξαρτημένα άτομα που δεν είναι ενταγμένα σε θεραπευτικά προγράμματα είτε γιατί δεν υπάρχουν θέσεις, είτε γιατί δεν το έχουν αποφασίσει.

Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης επιδιώκουν τη προσέγγιση αυτών των ατόμων αφενός σε χώρους όπου συνηθίζουν να συχνάζουν και αφετέρου με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών.

Στόχος των υπηρεσιών αυτών είναι ο περιορισμός της βλάβης όπως και της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά εγκληματικότητας, της προσβολής από μολυσματικές ασθένειες ή τη μετάδοσή τους.

### 3.8.1. Κέντρο Βοήθειας του ΟΚΑΝΑ

Το Κέντρο Βοήθειας του ΟΚΑΝΑ στην Αθήνα, περιλαμβάνει το πρόγραμμα «προσέγγισης χρηστών στο δρόμο» (street work), όσο και υπηρεσίες για όσους προσέρχονται στους χώρους του Κέντρου, διανομή προφυλακτικών, καθώς και ενθάρρυνση των χρηστών για επαφή με το υγειονομικό σύστημα.

Επιπλέον στους χώρους του Κέντρου Βοήθειας λειτουργεί παθολογικό ιατρείο, οδοντιατρείο, μικροβιολογικό εργαστήριο.



Σε αυτό το σχεδιάγραμμα παρατηρούμε ότι στα έτη 2002 και 2003 έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό τα περιστατικά που εξυπηρετήθηκαν από την Κινητή Μονάδα Πρώτων Βοηθειών του ΟΚΑΝΑ και συγκεκριμένα το 2002 τα περιστατικά ήταν 372 ενώ το 2003 έφθασαν τα 770. Με αυτό τον αριθμό καταλαβαίνουμε ότι όλο και περισσότερα άτομα ζητάνε να συμβουλευτούν από τη Κινητή Μονάδα του ΟΚΑΝΑ για τα ναρκωτικά.

Όμως αντίθετα αντιλαμβανόμαστε και πόσο ανησυχητικά έχει αυξηθεί ο αριθμός των χρηστών Εξαρτησιογόνων ουσιών με βάση το παραπάνω σχεδιάγραμμα όπου το 2002 τα περιστατικά εξαρτημένων ατόμων που αντιμετώπισε η Κινητή Μονάδα του ΟΚΑΝΑ ήταν 372, ενώ το 2003 ο αριθμός αυτός έφθασε στους 1.930.

### **3.8.2. Τηλεφωνική νοσηρή SOS**

Εκτός από τις παρεχόμενες ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες, αναπτύχθηκαν σταδιακά και άλλες υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης όπως η Τηλεφωνική Γραμμή SOS **1031**, η οποία παρέχει πληροφόρηση σε θέματα χρήσης ουσιών, συμβουλευτική, παραπομπές και υποστήριξη σε καταστάσεις κρίσης και ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, όπου προσφέρονται υπηρεσίες Ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, υγιεινής, σίτισης και δημιουργικής απασχόλησης.

### **3.8.3.Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης**

Ο ΟΚΑΝΑ δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στη προώθηση της γνώσης γύρω από τα θέματα ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και για τη μελέτη ειδικότερων θεμάτων, δημιούργησε το 2001 το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης.

Τα στοιχεία που συγκεντρώνονται σε αυτό, αποτελούν πολύτιμο υλικό για τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών στους χώρους της πρόληψης, της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης και καθοδηγούν τη πολιτική του ΟΚΑΝΑ.

Δίνουν επίσης χρήσιμες πληροφορίες για τη ποιότητα και τα αποτελέσματα των προγραμμάτων του, βοηθώντας στις κατάλληλες προσαρμογές για καλύτερη απόδοση.

### **3.8.4. Καμπάνιες**

Οι καμπάνιες περιλαμβάνουν τη δημιουργία και τη μετάδοση τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών μηνυμάτων, τη παραγωγή φυλλαδίων, εντύπων και αφισών και απευθύνονται είτε σε συγκεκριμένες ομάδες- στόχος (π.χ. νέους που κάνουν πειραματική χρήση), είτε στην ευρύτερη κοινότητα.

Επιπλέον, οι φορείς πρόληψης συνεργάζονται με δημοσιογράφους με στόχο την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα ουσιοεξάρτησης και παρουσίασης θεμάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, καθώς και την αναγνώριση του ρόλου τους στη πρόληψη.

Επίσης, οι φορείς πρόληψης πραγματοποιούν σε συστηματική βάση ημερίδες με στόχο την ευαισθητοποίηση συγκεκριμένων ομάδων (π.χ. γονέων, εκπαιδευτικών κ.α.), αλλά και της ευρύτερης κοινότητας.

### **3.8.5. Διαδίκτυο (INTERNET)**

Στο πλαίσιο της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της ευρύτερης κοινότητας, αναπτύσσεται σταδιακά και η χρήση του διαδικτύου (INTERNET).

Ο ΟΚΑΝΑ έχει δημιουργήσει τη δική του Ιστοσελίδα ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)) η οποία περιλαμβάνει οδηγίες σε άτομα εξαρτημένα δηλαδή σε ποιες υπηρεσίες μπορούν τα άτομα αυτά να απευθυνθούν για να βοηθηθούν.



### **3.8.6. Επικεντρωμένες Παρεμβάσεις Πρόληψης**

Οι Επικεντρωμένες Παρεμβάσεις Πρόληψης (Selective Prevention) απευθύνονται σε ομάδες – στόχους οι οποίες θεωρούνται ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, δηλαδή τα μέλη τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα με εξαρτησιογόνες ουσίες.

Παραδείγματα τέτοιων ομάδων θεωρούνται οι νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, παιδιά που οι γονείς τους έχουν προβλήματα χρήσης ουσιών, νέοι με παραβατική συμπεριφορά, μετανάστες, πρόσφυγες, άνεργοι κ.α.

### **3.8.7. Παρέμβαση σε νέους με Ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά**

Οι φορείς πρόληψης αναπτύσσουν παρεμβάσεις προκειμένου να προσεγγίσουν ομάδες νέων υψηλού κινδύνου, όπως μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο ή και χαμηλή σχολική απόδοση, νέους εκτός σχολικού πλαισίου με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, καθώς και νέους από πολιτισμικά διαφοροποιημένες ομάδες.

Επιπλέον, στο τομέα αυτό δραστηριοποιούνται και εθελοντικές οργανώσεις, όπως η κοινωνική μη κερδοσκοπική οργάνωση ΑΡΣΙΣ, η οποία εξειδικεύεται στη κοινωνική υποστήριξη των νέων. Στο πλαίσιο αυτό έχει δημιουργήσει τα Κέντρα Υποστήριξης Νέων, όπου παρέχονται υπηρεσίες σε νέους, όπως ψυχοκοινωνική υποστήριξη και συμβουλευτική, υποστήριξη στην εξεύρεση εργασίας, επαγγελματικό προσανατολισμό, νομικές συμβουλές κ.α.

Στα πλαίσια της ΑΡΣΙΣ λειτουργούν και χώροι πολιτιστικής δημιουργίας και επικοινωνίας, όπου οι νέοι μπορούν να συμμετέχουν σε διάφορες δημιουργικές δραστηριότητες, καθώς και εκπαιδευτικά και παραγωγικά εργαστήρια, όπου οι νέοι έχουν την ευκαιρία να εκπαιδευτούν στη χειροτεχνία, ξυλουργική, ανακαίνιση παλιών επίπλων κ.τ.λ.

### **3.8.8. Στεναστική βοήθεια**

Για τη κάλυψη των αναγκών στέγασης των θεραπευμένων, η πλειοψηφία των Κέντρων Κοινωνικής Επανάταξης (64,3%), παρέχει τη δυνατότητα διαμονής σε ξενώνα.

Το 2003, συνολικά 192 άτομα αξιοποίησαν τη συγκεκριμένη υπηρεσία των θεραπευτικών προγραμμάτων.

Επίσης, δυνατότητα διαμονής σε πρώην χρήστες, παρέχεται από κρατικούς φορείς, φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη κυβερνητικές οργανώσεις και εθελοντικά σωματεία. Ωστόσο, το σύνολο των προσφερόμενων θέσεων είναι περιορισμένο, ενώ η παραμονή στους συγκεκριμένους χώρους υπάγεται συχνά σε χρονικούς περιορισμούς.



### **3.8.9. Άλλες Παρεχόμενες Υπηρεσίες**

Για την επίτευξη του βασικού στόχου των υπηρεσιών κοινωνικής επανένταξης που είναι η επανεγγραφή των απεξαρτημένων ατόμων στη κοινωνική πραγματικότητα, παρέχεται επιπλέον από το σύνολο των προγραμμάτων μία σειρά παρεμβάσεων:

- Ατομικές και ομαδικές συνεδρίες για ψυχοσυναισθηματική στήριξη και κοινωνική δραστηριοποίηση των χρηστών.
- Σεμινάρια πρόληψης της υποτροπής.
- Οικογενειακή συμβουλευτική και θεραπεία.
- Ομαδικές ψυχοεκπαιδευτικές δραστηριότητες (όπως αθλητισμός, θέατρο κ.α).

### **3.9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ**

Υπάρχουν πολλοί τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων και διαφορετικές θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται για τα εξαρτημένα άτομα.

Από πλευράς βασικής θεραπευτικής προσέγγισης συνήθως διακρίνουμε τα προγράμματα σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

**Τα «στεγνά» προγράμματα**, δηλαδή τα προγράμματα εκείνα στα οποία το κύριο θεραπευτικό εργαλείο είναι η ψυχοκοινωνική θεραπεία.

**Τα προγράμματα υποκατάστασης** για τη θεραπεία από οπιούχα (ηρωίνη), όπου το κύριο θεραπευτικό εργαλείο είναι η χορήγηση φαρμάκων που είτε υποκαθιστούν την ουσία εξάρτησης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) ή την ανταγωνίζονται (ναλτρεξόνη), ώστε να περιορίζουν ή και να μηδενίζουν την ανάγκη του ατόμου για τη χρήση της.

Η θεραπεία με υποκατάστατα έχει αποτέλεσμα όταν συνδυάζεται με ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην αποχή από τη χρήση ναρκωτικών. Η θεραπεία ταυτίζεται απαραίτητα με την ίαση.

Ο στόχος της θεραπείας είναι ευρύτερος, όπως η δυνατότητα να λειτουργεί το άτομο αποδοτικά στις οικογενειακές, εργασιακές και άλλες κοινωνικές του υποχρεώσεις και δραστηριότητες.

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο βαθμός και τα ποσοστά επιτυχίας της θεραπευτικής αντιμετώπισης των εξαρτημένων ατόμων είναι παρόμοια με εκείνα της θεραπείας άλλων χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, το άσθμα.

Συγκεκριμένα, η θεραπεία μειώνει τη χρήση ναρκωτικών κατά περίπου (40%-60%) ενώ περιορίζει σημαντικά τα προβλήματα υγείας, καθώς και την εγκληματικότητα κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπείας.

Το 1984, το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών (Center of disease Control) της Ατλάντα στις ΗΠΑ, έκανε εκτιμήσεις για τη χρήση υποκατάστατων.

Οι εκτιμήσεις αυτές των επιδημιολόγων φανερώνουν ότι οι θεραπείες με υποκατάστατα όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, συνοδεύονται από μείωση των φορέων στους ασθενείς που υπόκεινται σε θεραπεία σε σχέση με αυτούς που δεν ακολουθούν καμία θεραπεία.

### **ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ**

Τα υποκατάστατα πρέπει να πληρούν ορισμένα κριτήρια για να είναι αποτελεσματικά:

- Να είναι ισχυρά.
- Η δράση τους να διαρκεί επαρκώς ώστε να σταθεροποιείται η νευροεπικοινωνία και να αποφεύγεται η βίαιη επαναφορά κατά τη διακοπή της θεραπείας.
- Να μη προκαλούν τοξικές δράσεις ψυχομιμητικού ή μεταβολικού τύπου.
- Να υπάρχει ο ελάχιστος κίνδυνος εθισμού και εξάρτησης.

Έτσι προοδευτικά, ο ασθενής μπορεί να ξεπεράσει τον εθισμό του, να ελέγξει την ανάγκη του για ηρωίνη, το άγχος του και τη συμπεριφορά του.

Η θεραπεία με υποκατάστατα εξαλείφει τη διαδοχή καταστάσεων ψυχικής ευφορίας μετά τη χρήση της ηρωίνης και στέρησης, μεταπτώσεις που επιβαρύνουν το σύνολο των νευρο-αρμονικών λειτουργιών τις οποίες αφορά αυτή η παθολογική κατάσταση.

Η ένδειξη των υποκατάστατων σχετικά με τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιούχες ουσίες, στηρίζεται σε ένα σύνολο ερευνών, το οποίο περιλαμβάνει σημαντικό πλήθος κλινικών και φαρμακολογικών μελετών.

Η μελέτες εκπονήθηκαν στις ΗΠΑ σύμφωνα με τα πρότυπα του FDA και οργανώθηκαν από ειδικούς του NIDA (National Institute of Drug Abuse).

Η ανάπτυξη των ερευνών ακολούθησε μία αυστηρή δομή:

Μελέτες προσδιορισμού της δοσολογίας, μελέτες αποτελεσματικότητας σε θεραπείες με υποκατάστατα, μελέτες αλληλοεπιδράσεων, χρόνου έναρξης δράσης και αποτοξίνωσης σε ναρκομανείς που δεν έχουν υποβληθεί σε καμία θεραπεία και σε ασθενείς που έχουν παρακολουθήσει το πρόγραμμα μεθαδόνης.

Τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά ήταν καθοριστικά κατά τη δέσμευση των ειδικών του NIDA για τη πραγματοποίηση μελετών μακροχρόνιας χρήσης υποκατάστατων (μελέτες διάρκειας 6 μηνών και 1 έτους, κατά τις οποίες ούτε ερευνητές ούτε οι συμμετέχοντες γνώριζαν σε ποιους γινόταν χορήγηση του εν λόγω προϊόντος).

Συνολικά περισσότεροι από 2.000 ασθενείς συμμετείχαν σε αυτές τις κλινικές μελέτες.

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια που παρέχουν τα υποκατάστατα μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια τυχαιοποιημένων διπλών τυφλών μελετών .

Δύο αντικειμενικά κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν σε αυτές τις μελέτες: η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και οι εξετάσεις ούρων. Ελήφθησαν υπόψη επίσης οι υποκειμενικές δράσεις καθώς και οι παρενέργειες.

Η βουπρενορφίνη (SUBUTEX) όπως και η μεθαδόνη «ενδείκνυται για τη θεραπεία με υποκατάστατα, σε άτομα με εξάρτηση από οπιούχες φαρμακευτικές ουσίες, στο πλαίσιο μίας ιατρικής, κοινωνικής και ψυχολογικής μέριμνας».

Η θεραπεία λοιπόν αυτή, βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και έχει ως στόχο τη βελτίωση της φυσικής και ψυχικής υγείας του ασθενή. Σε καμία περίπτωση αυτό το είδος θεραπείας δεν θίγει τις αρχές δεοντολογίας και με κανένα τρόπο δεν αντιτίθεται στη ψυχολογική και κοινωνική φροντίδα κατά της εξάρτησης από την ηρωίνη, αλλά αντίθετα λειτουργεί επικουρικά.

Εκτός από τη πρόληψη του σοβαρού κινδύνου λοίμωξης από τον ιό του AIDS, την Ηπατίτιδα C ή άλλων μολυσματικών ασθενειών, έχουν υποδείξει την αποτελεσματικότητά τους βοηθώντας έναν αριθμό ασθενών να βγουν από το αδιέξοδο των ναρκωτικών προσφέροντάς τους καθολικότερη μέριμνα και φροντίδα. Η θεραπεία με υποκατάστατα δεν αδρανοποιεί τη συνείδηση των ασθενών. Ακριβώς το αντίθετο.

Η θεραπεία με υποκατάστατα (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη-SUBUTEX), επιτρέπει τη μείωση του κινδύνου με άμεσο και έμμεσο τρόπο:

- Με τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών ενδοφλεβίως.
- Με τη μείωση του στερητικού συνδρόμου που συνεπάγεται επικίνδυνη συμπεριφορά.
- Με τη διάθεση αποστειρωμένων συριγγών και τη παροχή συμβουλών υγιεινής.
- Με τη παρακολούθηση αυτών των ασθενών, οι οποίοι δίνουν περισσότερη προσοχή στις συμβουλές που τους δίνονται κατά τις επισκέψεις.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εξαρτάται από το είδος της θεραπείας, τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα (το λιγότερο τρεις μήνες για τα «στεγνά» και δώδεκα για τα προγράμματα υποκατάστασης), το μέγεθος και τη φύση των προβλημάτων του εξαρτημένου, το βαθμό ενεργού συμμετοχής του στο πρόγραμμα.

Κανένας τύπος θεραπείας δε μπορεί να είναι αποτελεσματικός για όλα τα άτομα. Είναι σημαντικό για το λόγο αυτό, να επιλέγεται το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα που ταιριάζει στις ανάγκες του κάθε εξαρτημένου.

Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία πρέπει να καλύπτει όχι μόνο τις ανάγκες απεξάρτησης από τις ουσίες, αλλά και μία σειρά από άλλες ανάγκες του ατόμου, όπως της σωματικής και της ψυχικής του υγείας, καθώς και τα κοινωνικά, επαγγελματικά και νομικά προβλήματά του.

Η επιτυχία στη θεραπεία σημαίνει για πολλά εξαρτημένα άτομα αρκετά μακρόχρονη διάρκεια της θεραπείας και περισσότερες από μία θεραπευτικές προσπάθειες.

Σχεδόν όλα τα εξαρτημένα άτομα νομίζουν αρχικά ότι μπορούν να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών από μόνα τους, όταν το θελήσουν.

Στη πραγματικότητα δεν το κατορθώνουν. Ο κυριότερος λόγος είναι ότι η μακρόχρονη χρήση ναρκωτικών επιφέρει μεταβολές στη λειτουργία του εγκεφάλου, μία από τις επιπτώσεις των οποίων είναι η έντονα πιεστική ανάγκη του ατόμου να χρησιμοποιεί το ναρκωτικό, παρόλο που αναγνωρίζει τις συνέπειές του.

Αυτός είναι άλλωστε και ο ορισμός της «εξάρτησης». Το βιολογικό αυτό υπόστρωμα της εξάρτησης υφίσταται για αρκετό καιρό και μετά τη διακοπή της χρήσης. Είναι αυτό που δυσκολεύει τη θεραπεία και ευθύνεται για τις συχνές υποτροπές στα εξαρτημένα άτομα. Ψυχολογικά στρες, ερεθίσματα από τη παρελθούσα περίοδο της χρήσης, όπως η συνάντηση φίλων χρηστών ή άλλων σχετικών με τη χρήση συνθηκών, ακόμα και οσμών, μπορούν να έχουν επίδραση στο βιολογικό υπόστρωμα και να οδηγήσουν στην υποτροπή.

Η θεραπευτική θεραπεία με ουσίες (όπως με μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, ναλτρεξόνη) χρησιμοποιείται με δύο διαφορετικούς στόχους. Ο ένας από αυτούς είναι με ολιγοήμερη χορήγηση που βοηθά στην ανώδυνη σωματική αποτοξίνωση, δηλαδή απαλλάσσει το άτομο από τα στερητικά συμπτώματα λόγω της διακοπής του ναρκωτικού.

Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι η αποτοξίνωση αποτελεί μόνο το **πρώτο στάδιο** της θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου και δεν προδικάζει τη θεραπευτική πρόγνωση.

Το **δεύτερο στάδιο** είναι η χορήγηση της φαρμακευτικής ουσίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με προοδευτική μείωση έως και τη μηδένισή της, με αποτέλεσμα τη πλήρη απεξάρτηση. Εάν αυτό δεν επιτευχθεί ακολουθεί η μακρόχρονη παράταση της φαρμακευτικής υποκατάστασης «συντήρησης» με κύριο στόχο την αποφυγή της χρήσης της παράνομης ουσίας και των επιπτώσεών της και τη διευκόλυνση με τον τρόπο αυτό της ομαλής επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου.

Ενδείξεις για την ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης με τη βοήθεια φαρμακευτικής υποκατάστασης αποτελούν η μακρόχρονη εξάρτηση από οπιούχα (ηρωίνη), η ηλικία άνω των 20 ετών και η ανεπιτυχής προσπάθεια θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου σε «στεγνά» προγράμματα.

Ενδείξεις για την ένταξη σε προγράμματα φαρμακευτικής υποκατάστασης-συντήρησης αποτελεί η αποτυχία πλήρους απεξάρτησης μετά από παραμονή άνω του έτους στο πρόγραμμα υποκατάστασης.



Ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνται η βουπρενορφίνη και η μεθαδόνη ή άλλα φάρμακα τα κάνει να αποτελούν στη πραγματικότητα μία αποτελεσματική μορφή θεραπείας, υπό την ευρύτερή της έννοια, για την εξάρτηση από τα οπιοειδή.

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες αυτών των φαρμάκων διαφέρουν από αυτές της ηρωίνης.

Η ηρωίνη προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μία κατάσταση ευφορίας «ανέβασμα», που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από μία «πτώση», με επακόλουθο την έντονη ανάγκη για επανάληψη της λήψης του ναρκωτικού. Η επανάληψη αυτής της εναλλαγής στη διάρκεια της ημέρας δημιουργεί μία συνεχή αστάθεια στη κατάσταση των εγκεφαλικών και σωματικών λειτουργιών.

Αντίθετα η χορήγηση της βουπρενορφίνης και της μεθαδόνης με σκοπό τη θεραπεία, χαρακτηρίζεται από μακρύτερη χρονική διάρκεια έναρξης της δράσης, καθώς και αποδρομής. Έτσι το άτομο δεν υφίσταται το γρήγορο σκαμπανέβασμα που του δημιουργεί η λήψη της ηρωίνης.

Η χρήση των φαρμάκων αυτών μειώνει σημαντικά την επιθυμία για ηρωίνη και μάλιστα έχει ως αποτέλεσμα να μπλοκάρει την ευφορική δράση της ηρωίνης. Τα άτομα σε θεραπεία με τα φάρμακα αυτά δεν υποφέρουν από τις ανωμαλίες στη σωματική λειτουργία και στη συμπεριφορά που δημιουργεί η απότομη εναλλαγή του επιπέδου της ηρωίνης στον οργανισμό των εξαρτημένων.

Ιδιαίτερα όταν η φαρμακευτική θεραπεία με υποκατάστατα συνδυάζεται με συμβουλευτική ή άλλες μορφές ψυχολογικής θεραπείας, τα αποτελέσματα μεγιστοποιούνται.

Οικονομικές μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία των εξαρτημένων κοστίζει λιγότερο από το να μην υποβάλλονται τα άτομα σε θεραπεία ή να φυλακίζονται. Το κόστος φυλάκισης αποδεικνύεται περίπου τέσσερις φορές υψηλότερο από το κόστος της θεραπείας με μεθαδόνη.

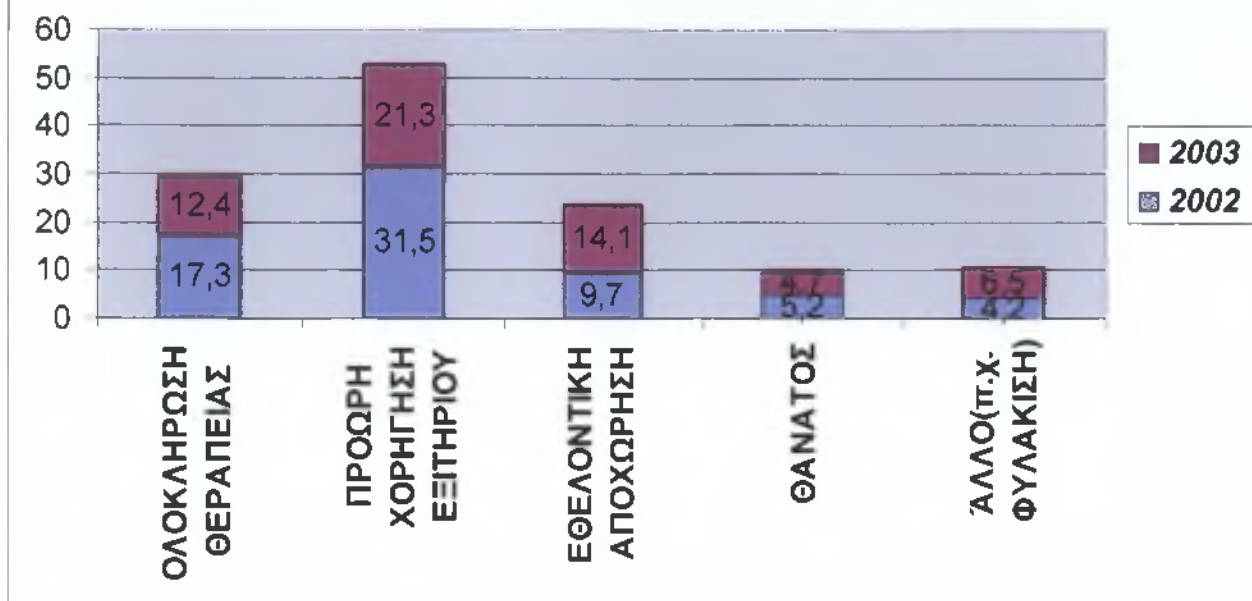
Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι το κάθε Ευρώ που επενδύεται στα προγράμματα θεραπείας, αποφέρει τέσσερα με επτά περίπου Ευρώ οικονομία στο κόστος του συνδεδεμένου με τα ναρκωτικά εγκλήματος και σε δαπάνες για τη ποινική δικαιοσύνη.

Αν περιληφθούν σε αυτά και οι δαπάνες για την υγεία, ο λόγος διαμορφώνεται στο 12 προς 1.

Το οικονομικό όφελος μεγαλώνει και άλλο, αν στα προηγούμενα οικονομικά οφέλη από τη θεραπεία περιληφθούν η αύξηση της παραγωγικότητας, καθώς και η μείωση και άλλων επιπτώσεων της χρήσης, όπως των ατυχημάτων που έχουν ως αιτία τη χρήση ναρκωτικών.



## ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2002-2003



Σύμφωνα με το παραπάνω σχεδιάγραμμα καταγράφονται οι λόγοι για τους οποίους εξαρτημένα άτομα από Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ συγκεκριμένα για τα έτη 2002 και 2003.

Με βάση τα ποσοστά αυτού του σχεδιαγράμματος παρατηρούμε ότι η θεραπεία με χρήση υποκατάστατων επιφέρει κάποιο σχετικό θετικό αποτέλεσμα και αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει μείωση του ποσοστού θανάτων από ναρκωτικά (4,7%) κατά το έτος 2003, μείωση της πρόωρης χορήγησης εξιτηρίου (21,3%) για το ίδιο έτος.

Όμως αντίθετα βλέπουμε πως το ποσοστό των εξαρτημένων ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία με υποκατάστατα έχει μειωθεί το 2003 (12,4%) σε σχέση με το 2002 που έφθανε το (17,3%).

Επίσης παρατηρούμε ότι τα άτομα που παρακολουθούν τη θεραπεία με υποκατάστατα το έτος 2002 αποχώρησαν εθελοντικά σε ποσοστό (9,7%) , ενώ το 2003 το ποσοστό αυξήθηκε κατά πολύ και άγγιξε το (14,1%).

Τέλος βλέπουμε σε αυτό το σχεδιάγραμμα, ότι έχει αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων που για να κάνουν χρήση ναρκωτικών κάνουν διάφορα παραπτώματα και καταλήγουν σε φυλάκιση. Για το 2002 το ποσοστό είναι (4,2%) , ενώ το έτος 2003 αυξάνεται και φθάνει το (6,5%).

### 3.10 ΜΕΘΑΔΟΝΗ

Η μεθαδόνη είναι ένας συνθετικός αγωνιστής οπιοειδών που έχει παρόμοια αποτελέσματα στον άνθρωπο με αυτά της μορφίνης.

Η μεθαδόνη απορροφάται καλά από τη γαστρεντερική οδό άσχετα εάν είναι σιρόπι ή χάπι. Έχει πολύ καλή βιοδιαθεσιμότητα της τάξης του (80-95%). Το κύριο όργανο βιολογικής μετατροπής της μεθαδόνης στο σώμα είναι το ήπαρ.

Η μεθαδόνη αποβάλλεται από το σώμα με τη μορφή μεταβολιτών που προκύπτουν από τη βιολογική μετατροπή και με την αποβολή του ίδιου του φαρμάκου στα ούρα και τα κόπρανα.

Αυτό το φαρμακολογικό προφίλ καθιστά τη μεθαδόνη χρήσιμη ως φαρμακευτικό υποκατάστατο οπιοειδών, επειδή επιτρέπει την από το στόμα χορήγηση, την ημερήσια χορήγηση δοσολογίας και την επίτευξη σταθερών επιπέδων πλάσματος μετά από επαναλαμβανόμενη χορήγηση χωρίς την ύπαρξη στερητικών εάν αυτή διακοπεί μία ημέρα.

Τα κριτήρια για την είσοδο στη θεραπεία με μεθαδόνη υιοθετούν αυστηρά κριτήρια όπως:

- Το λιγότερο 5 χρόνια εξάρτησης από τα οπιοειδή.
- Να είναι άνω των 18 ετών.
- Ιστορικό αποτυχημένων προσπαθειών απεξάρτησης.
- Ισχυρό κίνητρο για τη θεραπεία.

Πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε μορφή θεραπείας με μεθαδόνη, είναι αναγκαίο να οριστεί εάν ο ασθενής είναι όντως χρήστης οπιούχων, καθώς και να καθοριστεί η παρουσία και η σοβαρότητα της οπιοεξάρτησης.

Η διάγνωση της οπιοεξάρτησης δίνεται εφ' όσον το προηγούμενο χρόνο υπήρχαν τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα κριτήρια:

#### **Ψυχολογικά**

- ❖ Ισχυρή επιθυμία ή καταναγκασμός για λήψη της ουσίας.
- ❖ Δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς σε ό,τι αφορά την έναρξη, τον τερματισμό ή το επίπεδο της χρήσης.

#### **Οργανικά**

- ❖ Χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης με τη μη λήψη της ουσίας.
- ❖ Ανάπτυξη ανοχής και ανάγκη αύξησης της δόσης για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα.

## **Κοινωνικά**

- ❖ Σταδιακή παραμέληση εναλλακτικών ενδιαφερόντων και αύξηση του χρόνου που αναλώνει το άτομο για να αποκτήσει την ουσία, να κάνει χρήση της ή να συνέλθει από τη δράση της.
- ❖ Επιμονή στη χρήση παρά τις αρνητικές βλαβερές συνέπειες.

Ο κλινικός οφείλει να έχει ο ίδιος προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή, να κάνει μία παθολογική και ψυχιατρική εξέταση και μία ανάλυση ούρων. Η τελική απόφαση για το τύπο της θεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται εξατομικευμένα στη βάση των αναγκών του ασθενή και των επιλογών που διαθέτει ο κλινικός.

Προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα επιτυχές θεραπευτικό πρόγραμμα, ο κλινικός ή ο εκτιμητής απαιτείται να πληροφορήσει τον ασθενή για όλο το φάσμα των θεραπευτικών επιλογών.

Θα πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής θα αντιμετωπιστεί με τη πλέον κατάλληλη για τις ανάγκες του θεραπεία.

Επιπλέον, όταν αρχίζει η λήψη μεθαδόνης ή ψυχοδραστικών υποκατάστατων, ο κλινικός θα πρέπει να παρέχει στον ασθενή λεπτομερή πληροφόρηση για τη θεραπεία, για τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου, καθώς και τις δυνητικές επιπτώσεις (όπως η μακροχρόνια εξάρτηση και η αυξανόμενη ανοχή).

Η μεθαδόνη ως θεραπεία υποκατάστασης για την εξάρτηση από οπιούχα χρησιμοποιήθηκε πρώτα στη Βόρεια Αμερική, από τον Halliday στο τέλος της δεκαετίας του '50 και από τους Doyle και Nyswander τη δεκαετία του '60 στις ΗΠΑ.

Οι Doyle και Nyswander κατέδειξαν ότι η εξάρτηση από τα οπιούχα ήταν "μία βιολογική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από μόνιμη μεταβολική δυσλειτουργία".

Υποστήριξαν ότι υψηλές ή "ανταγωνιστικές" ημερήσιες δόσεις στοματικά χορηγούμενης μεθαδόνης, αφαιρούσαν την πείνα για ηρωίνη και μπλόκαραν τα ευφορικά της αποτελέσματα δίνοντας στο άτομο την ευκαιρία να βελτιώσει τη κοινωνική του λειτουργικότητα επωφελούμενο από τις ψυχοθεραπευτικές και επανενταξιακές υπηρεσίες που πλαισιώναν το πρόγραμμα (Doyle και Nyswander 1965).

Αφού αποδείχθηκε ότι μειώνει τη χρήση της ηρωίνης και την εγκληματική δραστηριότητα, η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη έγινε γρήγορα η πιο συνηθισμένη μορφή θεραπείας αποκατάστασης για την εξάρτηση από τα οπιούχα.

Από τη δεκαετία του '60, η μορφή της μεθαδόνης διαφοροποιήθηκε σημαντικά τόσο στους στόχους όσο και στη δοσολογία και στην έκταση των βοηθητικών υπηρεσιών.

Μέσα σε λίγα χρόνια, ο θεραπευτικός στόχος τροποποιήθηκε από μακράς διάρκειας συντήρηση σε απεξάρτηση από όλα τα οπιοειδή συμπεριλαμβανομένης και της μεθαδόνης.

Η μέση δοσολογία άλλαξε από υψηλή “ανταγωνιστική” δόση όπως υποστήριζαν οι Doyle και Nyswander, σε πολύ χαμηλότερες δόσεις οι οποίες ήταν πιο πολιτικά αποδεκτές.

Η αντιστροφή της τάσης αυτής ξεκίνησε με την επιδημία του HIV/AIDS τη δεκαετία του '80, η οποία οδήγησε σε μία επανεκτίμηση των δεδομένων για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρηση με μεθαδόνη.

Δόσεις χαμηλότερες των 60m.g. θεωρήθηκαν αναποτελεσματικές. Στην εποχή του AIDS μία πολιτική χαμηλών δόσεων μπορεί να αποδειχθεί μοιραία για το εξαρτημένο άτομο όπως και για τους / τις σεξουαλικούς συντρόφους του και τα παιδιά (Newman 1998, Schuster 1989).

Σήμερα είναι πολύ ισχυρή η πεποίθηση ότι κάποιοι ασθενείς χρειάζονται μακράς διάρκειας θεραπεία συντήρησης και αυτό γίνεται χωρίς να έχουν σοβαρές παρενέργειες.

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές Χώρες έχουν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα με τα ναρκωτικά.

Οι θεραπείες υποκατάστασης με μεθαδόνη έχουν μία μακροχρόνια και ποικιλόμορφη ιστορία.

Η πρόοδος στις ιατρικές απόψεις και στη νομοθεσία οδήγησαν σε εξελίξεις και σε αλλαγές στις πρακτικές συνταγογράφησης.

Στη Δυτική Ευρώπη η εισαγωγή των πρώτων προγραμμάτων μεθαδόνης διαφοροποιήθηκε χρονικά ξεκινώντας στο τέλος της δεκαετίας του '60 στη Σουηδία, τη Μεγάλη Βρετανία, την Ολλανδία και τη Δανία, τη δεκαετία του '70 στη Φιλανδία, τη Πορτογαλία, την Ιταλία και το Λουξεμβούργο, τη δεκαετία του '80 στην Αυστρία και την Ισπανία και τη δεκαετία του '90 στην Ιρλανδία, τη Γερμανία, την Ελλάδα και τη Γαλλία.

Από το 1970 η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη ήταν ο κυρίαρχος τύπος θεραπείας υποκατάστασης για εξάρτηση από οπιούχα. Εκτιμάται ότι διεθνώς μισό εκατομμύριο άνθρωποι συντηρούνται με μεθαδόνη.

Οι τύποι των προγραμμάτων μεθαδόνης ποικίλλουν από προγράμματα χαμηλών προδιαγραφών σε κάποιες χώρες σε υψηλών προδιαγραφών σε άλλες.

#### **Προγράμματα χαμηλού ουδού:**

- Είναι εύκολο να εισαχθεί κάποιος.
- Είναι προσανατολισμένα στη μείωση βλάβης.
- Έχουν ως πρωταρχικό στόχο να απαλείψουν τα στερητικά συμπτώματα και τη πείνα για ηρωίνη και να βελτιώσουν τη ποιότητα ζωής.
- Προσφέρουν μία σειρά από θεραπευτικές επιλογές.

#### **Προγράμματα υψηλού ουδού:**

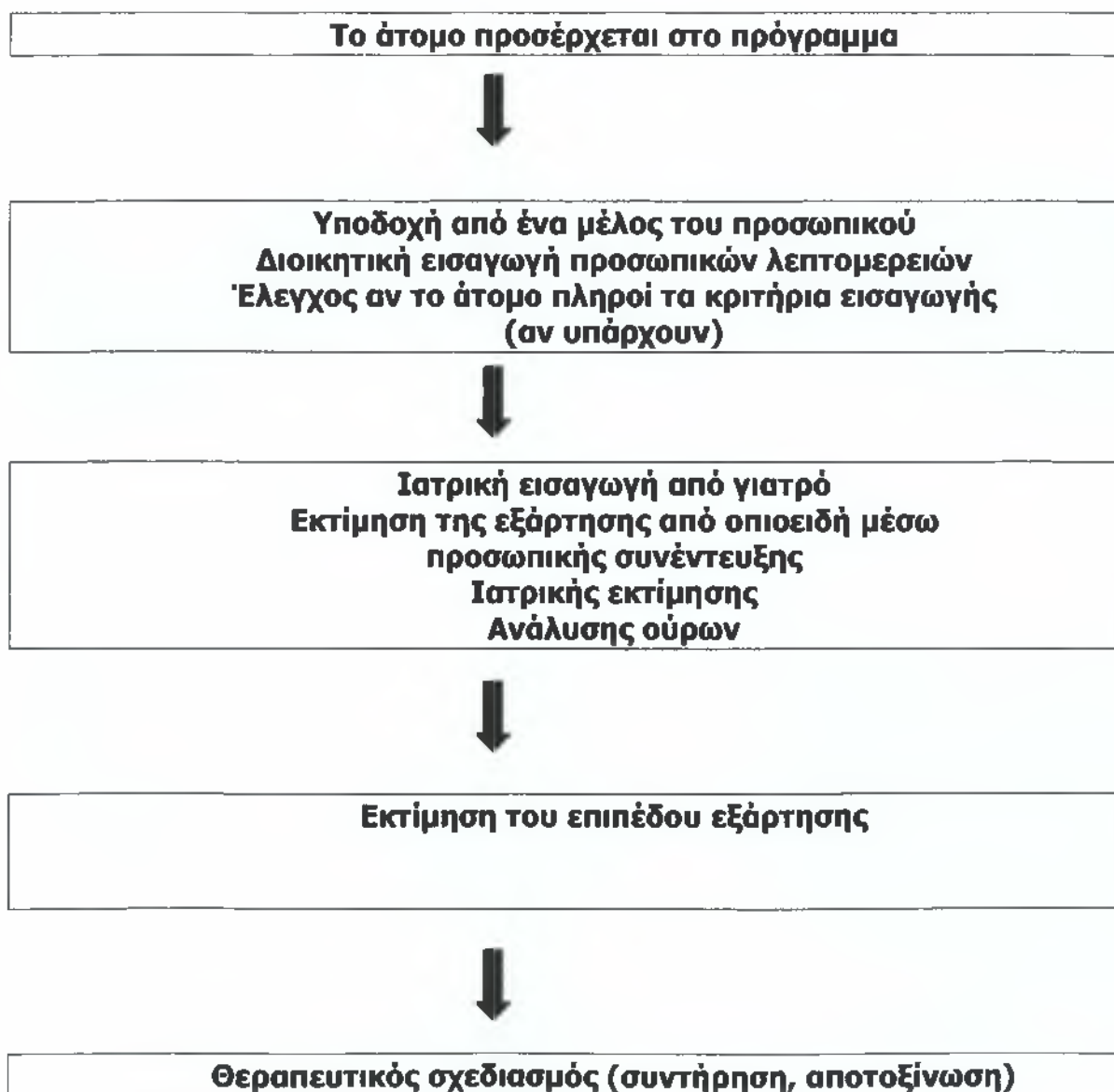
- Είναι πιο δύσκολη η εισαγωγή.
- Είναι προσανατολισμένα στην απεξάρτηση.

- Δεν διαθέτουν ευελιξία στις θεραπευτικές επιλογές.
- Υιοθετούν τακτικούς ελέγχους ούρων.
- Μη ευέλικτη πολιτική αποπομπής (η παράνομη χρήση οπιούχων δεν είναι ανεκτή).
- Υποχρεωτική συμβουλευτική και θεραπεία.

Στη χώρα μας τα προγράμματα μεθαδόνης ξεκίνησαν για πρώτη φορά το 1995 από τον ΟΚΑΝΑ. Σήμερα σε θεραπεία έχουμε έναν αρκετά μεγάλο αριθμό ατόμων ενώ ιδιαίτερα σημαντικός σκοπός του είναι να θεραπευτούν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα και να καλυφθούν μεγάλες ανάγκες που υπάρχουν.

Τα στοιχεία που συγκεντρώνονται από τα προγράμματα αυτά, τεκμηριώνουν το όφελος που έχει η θεραπεία ιδιαίτερα στη μείωση της βλάβης μέσω του σημαντικού περιορισμού της παράλληλης χρήσης ναρκωτικών, της βελτίωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας και γενικότερα της επιστροφής και σταθεροποίησης σε ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής.

### **Βήματα στη θεραπεία μεθαδόνης**







**Εισαγωγή και υπολογισμός της δόσης έναρξης**  
**Ο ασθενής κρατείται υπό επίβλεψη για λίγες ώρες για να ελεγχθεί**  
**αν η αρχική δόση είναι σωστή**  
**Σε περίπτωση επανεμφάνισης συμπτωμάτων στέρησης δίνεται**  
**επιπρόσθετη δόση**  
**Δίνονται στους ασθενείς λεπτομερείς πληροφορίες για τη**  
**θεραπεία και για τους κινδύνους χρήσης άλλων ουσιών**



**Ψυχοκοινωνική εισαγωγή από κοινωνικό λειτουργό (drug worker).**  
**Εκτίμηση των προβλημάτων που θα χρειαστούν αντιμετώπιση**  
**Διασύνδεση με σχετικές υπηρεσίες**



**Σε περίπτωση συννοσηρότητας, να γίνει διασύνδεση με τις**  
**ανάλογες ιατρικές υπηρεσίες**



**Περίοδος σταθεροποίησης προκειμένου να εγκαθιδρυθεί**  
**η σωστή δόσολογία**  
**(ίσως συνεχισθεί για 6 εβδομάδες)**



**Αγωγή συντήρησης ή αποτοξίνωσης**

Το 1990 η Παγκόσμια Οργάνωση εισηγήθηκε μία σταθερή ορολογία για τη θεραπεία με μεθαδόνη που χωρίστηκε σε 4 κατηγορίες:

**Βραχυπρόθεσμη αποτοξίνωση:**ελάττωση δόσης σε ένα μήνα ή λιγότερο.

**Μακρυπρόθεσμη αποτοξίνωση:**ελάττωση δόσης σε περισσότερο από ένα μήνα.

**Βραχυπρόθεσμη συντήρηση:**σταθερή συνταγογράφηση για 6 μήνες ή λιγότερο.

**Μακροπρόθεσμη συντήρηση:**σταθερή συνταγογράφηση για περισσότερο από 6 μήνες.

Η συνταγογράφηση είναι αποκλειστική ευθύνη του γιατρού που υπογράφει τη συνταγή. Αυτή η ευθύνη δε μπορεί να μεταφερθεί σε άλλο πρόσωπο.

Οι άνθρωποι που δουλεύουν στη θεραπεία με μεθαδόνη χρειάζονται ειδική εκπαίδευση, η οποία αφορά τις φαρμακολογικές, τοξικολογικές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της θεραπείας της εξάρτησης από οπιούχα. Η στάση του προσωπικού πρέπει να είναι μη κριτική. Η εποπτεία και οι τακτικές συναντήσεις της ομάδας είναι σημαντικά στοιχεία της σωστής εργασίας. Για να εμφανισθεί η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, απαιτείται συνεχής εκπαίδευση.

Η τήρηση αρχείου σε ό,τι αφορά τη συνταγογράφηση και κάθε άλλη δραστηριότητα του ασθενή στο πρόγραμμα είναι απαραίτητη, όπως σε κάθε άλλη ιατρική πράξη.

Μία κεντρική λίστα των ασθενών στο πρόγραμμα μεθαδόνης μπορεί να εμποδίσει τη διπλή συνταγογράφηση.

Οι πληροφορίες που περιέχονται σε αυτή τη λίστα πρέπει να είναι εμπιστευτικές και η πρόσβαση σε αυτά τα στοιχεία πρέπει να περιορίζεται στους γιατρούς που παρέχουν τη θεραπεία.

Ένα πρόγραμμα μεθαδόνης πρέπει να αποτελεί ένα ασφαλές μέρος. Πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμο δηλαδή να βρίσκεται σε κεντρική τοποθεσία και το ωράριο λειτουργίας του να είναι ευέλικτο και επίσης πρέπει το μέρος να είναι πολύ καθαρό.

Κάθε στιγμή οι ασθενείς πρέπει να είναι βέβαιοι για την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών τους και ότι αυτές δεν θα χρησιμοποιηθούν για μη ιατρικούς σκοπούς.

Μία καλή επικοινωνία ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας.

## **ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ**

Η μεθαδόνη χορηγείται από το στόμα 1 φορά την ημέρα εμποδίζοντας ή μειώνοντας σημαντικά τη κατανάλωση παράνομων οπιούχων όπως η ηρωίνη.

Η βασική λειτουργία της μεθαδόνης είναι να βελτιώνει τη σωματική αλλά και τη ψυχολογική κατάσταση του εξαρτημένου από οπιούχα ατόμου.

Τα δεδομένα δείχνουν ότι όσο πιο σοβαρή είναι η εξάρτηση, τόσο πιο υψηλή θα πρέπει να είναι η δοσολογία και τόσο περισσότερο χρόνο θα πρέπει να διαρκεί η θεραπεία.

Οι νέοι εισαγόμενοι στη θεραπεία πρέπει να βρίσκονται υπό επίβλεψη τις πρώτες 1-2 ώρες. Οι αρχικές δόσεις πρέπει να είναι χαμηλές. Στους ασθενείς που βρίσκονται υπό επίβλεψη, θα πρέπει να δίνεται μία επιπρόσθετη δόση εάν ξαναεμφανιστούν συμπτώματα στέρησης.

Συνιστάται οι νέοι εισαγόμενοι να αρχίσουν τη λήψη μεθαδόνης το πρωί και προτιμότερο νωρίς στην αρχή της εβδομάδας ώστε η μεγαλύτερη συγκέντρωση μεθαδόνης στο αίμα να συμβαίνει όταν η κλινική είναι ακόμα ανοιχτή και το προσωπικό διαθέσιμο για συμβουλευτική και παρέμβαση.

Γενικά η αρχική δόση κυμαίνεται μεταξύ 10 και 30m.g. Στις περιπτώσεις όπου η ανοχή στα οπιούχα είναι υψηλή, η συνήθης δόση κυμαίνεται μεταξύ 25 και 40m.g.

Όταν η ανοχή είναι χαμηλή ή αβέβαιη πιο κατάλληλη είναι η δόση μεταξύ 10 και 20m.g. Εάν μία αρχική δόση είναι χαμηλή, είναι σημαντικό ο ασθενής να βρίσκεται υπό επίβλεψη για λίγες ώρες.

Η μεγάλη δόση μεθαδόνης πρέπει να σημειωθεί, μπορεί να είναι θανατηφόρα, η ανεπαρκής δόση μεθαδόνης είναι αναποτελεσματική.

Σε ένα πλαίσιο εξωτερικής αποτοξίνωσης κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας, οι ασθενείς πρέπει να εξετάζονται καθημερινά ώστε να σταθεροποιηθεί η δόση.

Όταν οι δόσεις χρειάζεται να αυξηθούν στη διάρκεια αυτής της πρώτης εβδομάδας, καθημερινή αύξηση πρέπει να είναι το μέγιστο από 5 έως 10m.g. και να μην υπερβαίνει τα 20m.g. από την αρχική δόση μέσα στην εβδομάδα.

Για μία καλύτερη περίοδο αποτοξίνωσης και για θεραπεία συντήρησης συνιστάται να μην αυξάνονται οι δόσεις περισσότερο από 20m.g. κάθε εβδομάδα.

Η σταθεροποίηση στη θεραπεία με μεθαδόνη μπορεί να διαρκέσει 6 εβδομάδες ή και περισσότερο. Η συμμόρφωση του ασθενή μπορεί να διατηρηθεί μόνο αν και τα δύο μέρη, ασθενής και γιατρός, συμφωνήσουν σε ένα πρόγραμμα μείωσης της δόσης.

Η πλειονότητα των ατόμων στη θεραπεία συντήρησης χρειάζεται 60 έως 120m.g. ημερησίως.

Αν και κάποια άτομα συντηρούνται επιτυχώς με χαμηλότερες δόσεις, ένα μέσο άτομο εξαρτημένο από ηρωίνη θα κάνει χρήση λιγότερης ηρωίνης και θα μείνει περισσότερο χρόνο στη θεραπεία, εάν συντηρείται με υψηλότερες παρά με χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης.

Ιδιαίτερη σημασία και προτεραιότητα θα πρέπει να δίνεται ως προς την εισαγωγή σε προγράμματα μεθαδόνης σε ορισμένες ομάδες όπως είναι οι έγκυες, οι άνθρωποι με HIV/AIDS, οι ασθενείς με μικρά παιδιά κ.α. Μπορεί επίσης να χρειάζονται ειδική φροντίδα.

Πρέπει να είναι συντονισμένη η διασύνδεση με ειδικές υπηρεσίες που ασχολούνται με τις προγεννητικές, μολυσματικές ασθένειες, ώστε τα άμεσα προβλήματά τους να μπορούν να αντιμετωπιστούν.

### **3.10.1. Γυναίκες που ενκυμονούν**

Είναι ζωτικής σημασίας η προσέλευση και συγκράτηση εγκύων γυναικών σε θεραπευτικές υπηρεσίες κατά προτίμηση μαζί με τους συντρόφους τους. Είναι ενδεδειγμένο να δίνεται στις εγκύους προτεραιότητα ένταξης σε θεραπεία μεθαδόνης εξαιτίας των κινδύνων υγείας τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου που σχετίζονται με τη κατάχρηση της ουσίας όπως είναι ο πρόωρος τοκετός, η χρήση πολλαπλών ουσιών και η κακή διατροφή που μπορούν να βλάψουν το έμβρυο, η μόλυνση μέσω μη ασφαλούς ένεσης κ.α.

Όταν έχει εγκατασταθεί ένα σταθερό θεραπευτικό πρόγραμμα, θα πρέπει να ενεργοποιείται η σύνδεση με άλλες ιατρικές υπηρεσίες. Ιδιαίτερα για προγεννητική φροντίδα συνιστάται να ορίζεται ένας αρμόδιος για το χειρισμό του περιστατικού (case manager) που θα συντονίζει τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού.

Η μακρόχρονη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, θεωρείται η καλύτερη επιλογή για τις εγκύους που είναι εξαρτημένες από οπιοειδή.

Στο τρίτο τρίμηνο, πολλές γυναίκες χρειάζονται υψηλότερες δόσεις εξαιτίας της αύξησης του βάρους και άλλων φυσιολογικών αλλαγών.

Σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να γίνεται διαχωρισμός της ημερήσιας δόσης και χορήγησή της δύο φορές ημερησίως.

Εάν μία γυναίκα επιθυμεί να αποτοξινωθεί, συνιστάται να μη το κάνει τη περίοδο πριν από τη δωδέκατη εβδομάδα ή μετά τη 32<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης.

Τα συμπτώματα στέρησης πρέπει να αποφεύγονται κατά τους τρεις πρώτους μήνες της κύησης εξαιτίας του κινδύνου πρόωρου τοκετού σε αυτή τη περίοδο.

Η φυσιολογική μέγιστη μείωση της ημερήσιας δόσης είναι 2,5 έως 10m.g. εβδομαδιαίως, ανάλογα με την αντίδραση της γυναίκας. Το τελικό βραδύτερο τμήμα της αποτοξίνωσης συνήθως διεξάγεται (κάτω από στενή ιατρική επίβλεψη) στους τελευταίους τρεις μήνες της κύησης χωρίς κίνδυνο για το μωρό.

Εάν η αποτοξίνωση είναι ανεπιτυχής και η χρήση ουσιών από τον ασθενή γίνεται ανεξέλεγκτα, η δόση της μεθαδόνης θα πρέπει να επανεκτιμηθεί μέχρι να ανακτηθεί η σταθεροποίηση, ούτως ώστε αποτοξίνωση και συντήρηση να μπορούν να εναλλάσσονται.

### **3.10.2. Νεογνά νυναικών εξαρτημένων από Οπιοειδή**

Πάνω από το (60%) των νεογνών που γεννιούνται από μητέρες εξαρτημένες από οπιοειδή έχουν συμπτώματα του νεογνικού συνδρόμου στέρησης (neonatal abstinence syndrome NAS), το οποίο τείνει να συμβαίνει 24 έως 72 ώρες μετά το τοκετό και περιλαμβάνει τα ακόλουθα: φιλό τσιριχτό κλάμα, γρήγορη αναπνοή, πεινασμένη αλλά αναποτελεσματική απομύζηση και εκτεταμένη ξαγρύπνια. Επίσης μπορεί να συμβεί υπερτονία και σπασμοί.

Η ένταση του συνδρόμου NAS δε συσχετίζεται με τη δόση της μεθαδόνης ή των άλλων οπιοειδών που χρησιμοποιούνται από την έγκυο. Συνήθως η κατάλληλη φροντίδα μπορεί να παρασχεθεί σε ένα συνηθισμένο περιβάλλον μαιευτηρίου υπό τον όρο ότι σε επείγουσα περίπτωση θα μπορούν να μεταφερθούν σε ειδικές μονάδες φροντίδας.

Τα στερητικά συμπτώματα μπορεί να είναι παρατεταμένα και να περιλαμβάνουν επίσης αναπνευστικά προβλήματα και κατάθλιψη, αν η μητέρα λαμβάνει μεθαδόνη με βενζοδιαζεπίνες.

Αν απαιτηθεί θεραπευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί μία ποικιλία οπιοειδών και μη οπιοειδών φαρμάκων. Η από του στόματος μορφίνη, αποτελεί το φάρμακο εκλογής και η φαινοβαρβιτάλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί αν η μητέρα ελάμβανε άλλες ουσίες όπως οι βενζοδιαζεπίνες.

Έρευνα στην Αυστρία έχει δείξει ότι τα μωρά που γεννήθηκαν από μητέρες εξαρτημένες από οπιοειδή και συντηρούμενες σε βουπρενορφίνη, βιώνουν σε μικρότερο βαθμό το νεογνικό σύνδρομο στέρησης (Fischer et al, 1998).

Ο θηλασμός ενθαρρύνεται όχι μόνο λόγω των γενικότερων πλεονεκτημάτων αλλά επίσης επειδή η μεθαδόνη ίσως περνά στο μωρό σε πολύ μικρές δόσεις και αυτό ίσως βοηθά στη μείωση οποιουδήποτε στερητικού συμπτώματος στο μωρό.

Σε περίπτωση μόλυνσης από τον ιό HIV, τα οφέλη από το θηλασμό θα πρέπει να εξετάζονται ανάλογα με το φορτίο στη μητέρα.

Αντενδείξεις θηλασμού υπάρχουν ωστόσο αν η μητέρα έχει HIV/AIDS ή αν χρησιμοποιεί υψηλές δόσεις βενζοδιαζεπινών ή αν εξακολουθεί τη κατανάλωση παράνομων ουσιών.

Τέλος, επειδή οι έγκυες γυναίκες και οι νέες μητέρες ίσως υποφέρουν από αισθήματα σοβαρής ενοχής, συνιστάται ιδιαίτερως η ψυχοκοινωνική φροντίδα και συμβουλευτική.

Annette Vester and Ernst Buning, Κατευθυντήριες Γραμμές για τα Προγράμματα Μεθαδόνης, ό.π. σελ 54



### **3.10.3. Γονείς νέων παιδιών**

Οι ανάγκες των μικρών παιδιών με γονείς εξαρτημένους από ουσίες είναι υψίστης σημασίας. Οι εργαζόμενοι στα προγράμματα μεθαδόνης θα πρέπει να συμπεριλάβουν τη φροντίδα των παιδιών στο θεραπευτικό τους πλάνο και να έχουν στη διάθεσή τους κάποια μέσα επίβλεψης.

Σε κάποιες χώρες υπάρχουν ειδικά προγράμματα συντονισμού της φροντίδας των γονέων και των μικρών παιδιών. Η διαχείριση (case management) αυτών των πελατών, είναι ένα θέμα κλειδί και οι ειδικές ανάγκες των παιδιών θα πρέπει να μελετώνται με σαφήνεια.

### **3.10.4. Νέος πληθυσμός**

Η μεθαδόνη είναι απίθανο να είναι κατάλληλη θεραπεία για άτομα κάτω των 16 ετών, καθώς τα άτομα αυτά είναι απίθανο να πληρούν τα κριτήρια:

- Μακρόχρονη χρήση οπιοειδών
- Σημαντική ανοχή

-Επίπεδο προβληματικής χρήσης οπιοειδών που δε θα ήταν πιθανό να θεραπευτεί με άλλη μορφή θεραπείας και βοήθειας.

Αν παρόλα αυτά, εξετάζεται το ενδεχόμενο θεραπείας με μεθαδόνη, τότε συνιστάται εκτίμηση και διαχείριση από ειδικό. Οι περισσότερες χώρες απαιτούν γονική συναίνεση.

### **3.10.5. Άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας**

Το ένα τρίτο (1/3) ή οι μισοί από τους χρήστες οπιοειδών ίσως υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης.

Το ένα τέταρτο (1/4) των χρηστών που παρουσιάζονται στις υπηρεσίες, έχουν κίνδυνο αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφής.

Η είσοδος στη θεραπεία έχει σημαντική θετική επίδραση στη ψυχολογική ευεξία. Μία μειονότητα (10% περίπου), έχει σοβαρά μόνιμα προβλήματα ψυχικής υγείας, που απαιτούν στενή συνεργασία με υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι εξαρτημένοι από οπιοειδή ασθενείς με διπλή διάγνωση που διασώζονται από τη πρώιμη φθορά, τείνουν να μένουν στη θεραπεία περισσότερο από αυτούς χωρίς ψυχιατρική συν-νοσηρότητα, όταν θεραπεύονται με υψηλές δόσεις μεθαδόνης κατά τη φάση σταθεροποίησης.

### **3.10.6. Χρήστες πολλαπλών ουσιών**

Για αντιμετωπισθεί η επιπρόσθετη χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ, πρώτα από όλα ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος γι' αυτή.

Η καλύτερη περίπτωση είναι όταν η θεραπευτική σχέση δίνει τη δυνατότητα να συζητούνται αυτά τα θέματα.

Η απειλή αποπομπής από τη θεραπεία με την ανακάλυψη πρόσθετης χρήσης φαρμάκων δε θεωρείται χρήσιμη σε μία στενή σχέση βασιζόμενη στην εμπιστοσύνη και τη συνεργασία ανάμεσα στο συνταγογραφούντα και το πελάτη.

Οι στρατηγικές μείωσης της επικίνδυνης συμπεριφοράς περιλαμβάνουν: αύξηση της δόσης της μεθαδόνης και πιθανώς, τη χορήγηση και άλλων φαρμάκων, τη συχνότητα της συλλογής ούρων, την επίβλεψη της κατανάλωσης, το καθορισμό ρεαλιστικών θεραπευτικών στόχων και τέλος, σε κάποια προγράμματα, την αναστολή της συνταγογράφησης μεθαδόνης.

### **3.10.7. Μειονοτικές Εθνικές Ομάδες**

Σε πολλές περιοχές η εξάρτηση από οπιοειδή μπορεί να αποτελεί πρόβλημα στο πλαίσιο εθνικών μειονοτήτων. Συχνά οι υπηρεσίες αναπτύσσονται και λειτουργούν από άτομα της επικρατούσας ομάδας πληθυσμού και κουλτούρας. Για να δημιουργήσουμε υπηρεσίες περισσότερο ελκυστικές στις εθνικές μειονότητες, είναι σημαντικό να προσφέρουμε πολιτισμικά αρμόζουσες υπηρεσίες. Μπορεί επίσης να είναι επωφελές το προσωπικό των υπηρεσιών να καθρεπτίζει τη πληθυσμιακή διάρθρωση της περιοχής.

### **3.10.8. Άτομα στη φυλακή**

Τα άτομα στη φυλακή θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις ίδιες θεραπευτικές επιλογές όπως αν ήταν σε κοινωνικό πλαίσιο. Το 1998 στη διάσκεψη για τη φυλακή και τα ναρκωτικά στο Oldenburg, παρουσιάστηκαν συστάσεις για τις υπηρεσίες και τα ναρκωτικά στο πλαίσιο της φυλακής.

Συνέστησαν ότι οι φυλακισμένοι θα πρέπει να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε ποικίλες υπηρεσίες για τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας υποκατάστασης (τόσο αποτοξίνωσης όσο και συντήρησης).

Επίσης, προτάθηκε ότι το προσωπικό των φυλακών χρειάζεται να εκπαιδευτεί στα ναρκωτικά και τα σχετιζόμενα προβλήματα (υγείας).

Τα άτομα που βρίσκονται σε συντήρηση όσο είναι στη κοινότητα, θα πρέπει να έχουν την ευχέρεια να συνεχίζουν να βρίσκονται σε συντήρηση κατά την είσοδό τους στη φυλακή. Αυτή η ευχέρεια είναι σημαντική αφού η διακοπή της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη είναι πιθανό να καταλήξει σε υψηλότερα επίπεδα επικίνδυνης συμπεριφοράς.

Τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης στη φυλακή, θα πρέπει να μπορούν να συνεχίζουν μία τέτοια θεραπεία όταν απελευθερωθούν. Υπάρχει ένας ιδιαίτερα υψηλός κίνδυνος υπερδοσολογίας και θανάτου μετά την απελευθέρωση, αν οι ασθενείς απείχαν από τα οπιοειδή.

Οι αποφάσεις συνέχισης θα πρέπει να λαμβάνονται μετά από σύσκεψη με το θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχει το άτομο με την έξοδό του από τη φυλακή.

### **3.10.9. Άτομα στο νοσοκομείο**

Είναι σημαντικό τα γενικά νοσοκομεία να αναγνωρίζουν έναν ασθενή με εξάρτηση από οπιοειδή. Μετά τη κατάλληλη εκτίμηση και την επικοινωνία με τη θεραπευτική υπηρεσία για τα ναρκωτικά, οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να συνεχίσουν την αγωγή με μεθαδόνη ρυθμιζοντάς τη με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η ολοκλήρωση της ιατρικής θεραπείας για την οποία εισήχθη στο νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα γενικά νοσοκομεία δε θα πρέπει να θεωρούνται κέντρα αποτοξίνωσης. Οι συνθήκες στο νοσοκομείο θα πρέπει απλά να ευνοούν την ανάρρωση και θεραπεία του ιατρικού προβλήματος.

Το τμήμα επειγόντων ενός νοσοκομείου θα αντιμετωπίσει κυρίως δύο καταστάσεις:

- Την αντιμετώπιση της σοβαρής στέρησης ή υπερδοσολόγησης.
- Το χειρισμό άλλων προβλημάτων σχετιζόμενων με τα ναρκωτικά.

Η διασύνδεση ανάμεσα στις υπηρεσίες ναρκωτικών και τα τμήματα επειγόντων είναι απαραίτητη και θα πρέπει να αναπτύσσονται πολιτικές σύνδεσης των δύο τμημάτων σε τοπικό επίπεδο.

### **3.10.10. Άτομα που ταξιδεύουν**

Τα άτομα θα πρέπει να μπορούν να ταξιδεύουν και να παίρνουν το δικό τους υποκατάστατο φάρμακο μαζί τους.

Όπου απαιτείται καθημερινή συνεχιζόμενη υποκατάσταση, θα πρέπει να γίνονται ραντεβού με μία κατάλληλη τοπική υπηρεσία.

Διάφορες διευθύνσεις στο διαδίκτυο παρέχουν πληροφορίες ποιοι είναι πρόθυμοι να συνταγογραφήσουν μεθαδόνη σε άτομα από άλλες χώρες.

### **3.10.11. Άτομα με HIV/AIDS**

Το άτομο που έχει μολυνθεί από τον ιό του AIDS, παρουσιάζει μία ολοένα και μεγαλύτερη πτώση της ικανότητας του οργανισμού του να καταπολεμήσει κοινές μολύνσεις ακόμα και τις πιο συνηθισμένες από αυτές.

Οι θεραπευτικές δυνατότητες με τα νέα φάρμακα που παρέχονται σήμερα βελτιώνουν τη ποιότητα ζωής και επιμηκύνουν τη διάρκειά της σε όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό του AIDS. Ριζική όμως θεραπεία δεν υπάρχει.

Ο ιός του AIDS αποτελεί πολύ συνηθισμένο φαινόμενο στους χρήστες τοξικών ουσιών (ενδοφλέβια χρήση) όταν χρησιμοποιούν την ίδια βελόνα (σύριγγα).

Οι χρήστες που έχουν θετικό HIV τεστ, έχουν ποικίλες αντιδράσεις και ανάγκες. Το θετικό αποτέλεσμα της εξέτασης ίσως αλλάξει τη συμπεριφορά τους στη χρήση ουσιών αλλά θα μπορούσε και να την αλλάξει δραματικά τόσο με θετικό τρόπο όσο και με αρνητικό.

Η θεραπεία με μεθαδόνη μπορεί να μειώσει τις επικίνδυνες συμπεριφορές που μπορούν να βλάψουν ακόμα περισσότερο το ανοσοποιητικό σύστημα. Μπορεί να μειώσει το στρες και να βελτιώσει τη γενική υγεία του ασθενή βοηθώντας τον να ζει μία κανονική ζωή.

Η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι ένα εξαιρετικά καλό εργαλείο βελτίωσης της συγκράτησης στη θεραπεία, η οποία με τη σειρά της μπορεί να επιτρέψει τη πρόωμη διάγνωση και HIV θεραπεία.

Συνιστάται διασύνδεση με ειδική φροντίδα ιδιαίτερα με γιατρούς ειδικά στο HIV. Η συνταγογράφηση θα πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με ειδικούς στο HIV για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αλληλεπιδράσεων μεταξύ μεθαδόνης και φαρμάκων για HIV.

### **3.10.12. Άτομα με Ηπατίτιδα**

Ηπατίτιδα σημαίνει «φλεγμονή του ήπατος». Υπάρχει ένας αριθμός από διαφορετικούς τύπους μολύνσεων της ηπατίτιδας, περιλαμβανόμενης Α, Β, C και άλλες. Η Ηπατίτιδα C αποτελεί σύνηθες φαινόμενο στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Η Ηπατίτιδα C είναι πάρα πολύ σοβαρή. Μετά την οξεία φάση, συνήθως οι ασθενείς αναπτύσσουν χρόνια Ηπατίτιδα. Για μερικούς μπορεί τελικά να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος ή σε καρκίνο του συκωτιού πολλά χρόνια μετά από τη μόλυνση.

Οι πιθανότητες να συμβεί αυτό είναι μεγαλύτερες αν συνεχίσει ο ασθενής τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή εάν κάνει μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ.

Υπάρχει αυξημένη ανάγκη βελτίωσης των μεθόδων διάγνωσης και διαχείρισης των ατόμων με Ηπατίτιδα C. Η δόση της μεθαδόνης θα πρέπει να αναθεωρείται και να αναλύεται σύμφωνα με την ηπατική λειτουργία του ασθενή. Την εκτίμηση και πιθανή θεραπεία της HIV θα πρέπει να χειρίζεται ειδικό άτομο αναφοράς.

### **3.11. ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ**

Οι παρενέργειες της μεθαδόνης εμφανίζονται στη νευροφυτική και ψυχολογική περιοχή. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν: αυξημένη εφίδρωση, δυσκοιλιότητα, διαταραχές στον ύπνο, τη σεξουαλική διάθεση και τη συγκέντρωση. Τέτοιες ανεπιθύμητες παρενέργειες μπορεί να συνεχιστούν για μεγαλύτερες περιόδους στη θεραπεία, αλλά πιο συχνά μένουν χωρίς ιατρικές επιπτώσεις.

### **3.12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Σήμερα, υπάρχει ένας μεγάλος όγκος αποδείξεων που πιστοποιούν ότι η μεθαδόνη είναι μία αποτελεσματική θεραπεία στην εξάρτηση από ηρωίνη.

Έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τη χρήση παράνομων οπιοειδών και θανάτων από υπερβολική δόση οπιοειδών, καθώς και ότι μειώνει την ενέσιμη χρήση, τη κοινή χρήση σύριγγας και τη μετάδοση του HIV.

Τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από όλες τις αιτίες συμπεριλαμβανομένης και της κατάχρησης ηρωίνης συγκριτικά με το πληθυσμό εκτός προγραμμάτων.

Η θεραπεία συντήρησης μειώνει σημαντικά την εγκληματική δραστηριότητα και βελτιώνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και των θετικών αλλαγών στην υγεία, τις δυνατότητες εργασίας και τη κοινωνική και σωματική λειτουργικότητα.

Τέλος, τα προγράμματα συντήρησης με χορηγούμενη από το στόμα μεθαδόνη, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τον ίδιο τον ασθενή, τη δημόσια υγεία αλλά και ως προς τη σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΟΚΑΝΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΒΟΙΩΤΙΑΣ

### 4.1. ΓΕΝΙΚΑ

Ο ΟΚΑΝΑ του Νομού Βοιωτίας έχει σαν έδρα τη Πρωτεύουσα του Νομού τη Λιβαδειά. Το κτίριο στεγάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο της πόλης το οποίο βρίσκεται λίγο πιο έξω.

Ο ΟΚΑΝΑ του Νομού Βοιωτίας δεν έχει πολλά χρόνια που έχει ιδρύθηκε και ειδικότερα δημιουργήθηκε στις **21-8-2003** υπό τη παρουσία του τότε Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κου. Κωνσταντίνου Στεφανή.

Εκείνο το χρονικό διάστημα Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Λιβαδειάς ήταν ο κος Δημήτριος Βενιζέλος.

Το προσωπικό του ΟΚΑΝΑ Λιβαδειάς αποτελούνταν από βασικά άτομα όπως:

Ένα Ειδικευμένο γιατρό Γενικής Ιατρικής

Δύο Νοσηλεύτριες

Δύο φύλακες

Δύο Διοικητικούς υπαλλήλους

Σήμερα ο αριθμός του προσωπικού έχει αυξηθεί και έχει προστεθεί ακόμη μία φαρμακοποιός, δύο ψυχολόγοι και μία κοινωνική λειτουργός.

Η έναρξη χορήγησης των ασθενών έγινε στις **13-10-2003**.

Ο αριθμός των πρώτων ασθενών που χορηγήθηκαν ήταν μόλις **29**.

Ο αριθμός αυτός αυξάνεται συνεχώς έως και σήμερα. Η μέθοδος που χρησιμοποιεί το πρόγραμμα αυτό, στηρίζεται στη χρήση (χορήγηση) υποκατάστατων ουσιών και συγκεκριμένα στη χορήγηση του φαρμάκου SUBUTEX (βουπρενορφίνη).

Το κτίριο στο οποίο στεγάζεται ο ΟΚΑΝΑ του Νομού Βοιωτίας είναι καινούργιο. Ο χώρος είναι κατάλληλα διαμορφωμένος για να στεγάζει τους ασθενείς του τις ώρες που γίνεται η χορήγηση. Οι χώροι του κτιρίου αυτού είναι ιδιαίτερα ωραίοι και καθαροί. Οι αίθουσες είναι πολύ όμορφα διακοσμημένες με φυτά, πίνακες κ.α. Τα χρώματα που είναι βαμμένοι οι τοίχοι προσφέρουν ζεστασιά και άνεση όπου και αποτελούν βασικό παράγοντα για να νοιώσουν πιο οικεία οι ασθενείς.

Πληροφορίες από το Προσωπικό αρχείο του Μοστράτου Ζέππου (Γιατρού Γενικής Ιατρικής στον ΟΚΑΝΑ του Νομού Βοιωτίας), Λιβαδειά 2006

Ειδικότερα το κτίριο αυτό αποτελείται:

Από ένα γραφείο Ψυχολόγου. Στην αίθουσα αυτή ο ασθενής έρχεται σε προσωπική επαφή με τον Ψυχολόγο του προγράμματος. Ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχικά προβλήματα μπορούν να ωφεληθούν από ειδικές θεραπείες για να βελτιώσει στη συμπεριφορά του ασθενή.

Η επικοινωνία μεταξύ ψυχολόγου- ασθενή παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη θεραπεία απεξάρτησής του. Η δουλειά του ψυχολόγου είναι να προσπαθήσει να καταφέρει το ασθενή να κατανοήσει ότι η ζωή του όταν έκανε χρήση Εξαρτησιογόνων ουσιών και ακόμη συγκεκριμένα όταν έκανε χρήση ηρωίνης, ήταν τελείως ανούσια. Επίσης σκοπός του είναι να συνειδητοποιήσει ο ασθενής το λάθος του αυτό και να αρχίσει μία καινούργια ζωή.

Από το γραφείο της Κοινωνικής Λειτουργού. Ο ρόλος της Κοινωνικής Λειτουργού είναι να προσφέρει υποστήριξη, να δώσει πληροφόρηση και βασική συμβουλευτική στο χρήστη για να αντιμετωπίζει τις οικογενειακές και προσωπικές του σχέσεις, τη στέγαση, την υποστήριξη εισοδήματος και τα ποινικά νομικά ζητήματα.

Η επαγγελματική επάρκεια και η κλινική επαγγελματικότητα είναι άμεσα συνδεδεμένες με την εκπαίδευση, την επαρκή εποπτεία, την πιστοποίηση και τις προσωπικές δεξιότητες.

Από το γραφείο του φαρμακοποιού. Οι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί παίζουν ζωτικό ρόλο όταν ασθενής είναι ένα εξαρτημένο άτομο.

Μπορούν να πληροφορήσουν κλινικούς και νοσηλευτές για πιθανές αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με τη βουπρενορφίνη. Μπορούν ακόμη να ελέγχουν τη νομική εγκυρότητα των συνταγών και να αναζητούν τυχόν λάθη.

Εκτός των άλλων υπηρεσιών που μπορούν να προσφέρουν οι φαρμακοποιοί, όπως η ανταλλαγή ή η πώληση συριγγών, μπορούν να παρέχουν πληροφόρηση και συμβουλευτική στους ασθενείς και να τους παραπέμπουν σε θεραπευτικά προγράμματα.

Από τη Γραμματεία. Στο γραφείο αυτό υπάρχει το Διοικητικό προσωπικό, με τις κατάλληλες γνώσεις που απαιτούνται για να λειτουργεί σωστά το πρόγραμμα. Οι υπάλληλοι χρησιμοποιούν μία ειδική φόρμα την ( Access ) η οποία περιλαμβάνει όλα τα ονόματα των ασθενών, τα προσωπικά τους στοιχεία, την οικογενειακή τους κατάσταση, το ιστορικό υγείας τους.

Υπάρχει μία πλήρης μηχανογράφηση. Κάθε ασθενής έχει το προσωπικό ηλεκτρονικό του φάκελο που περιέχει όλες τις εξετάσεις που έχουν γίνει και τις ημερήσιες δόσεις του φαρμάκου που χορηγείται.

Από την αίθουσα χορηγήσεων. Στο χώρο αυτό υπάρχουν ειδικά καθίσματα κατάλληλα κατασκευασμένα για τη χορήγηση φαρμάκου στους ασθενείς. Στην αίθουσα αυτή οι νοσηλευτές-τριες χορηγούν τους ασθενείς με βουπρενορφίνη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε ένα πρόγραμμα υποκατάστατων. Ο ρόλος του/ της μπορεί να ποικίλει από χώρα σε χώρα. Οι δεξιότητες και οι τεχνικές εκτείνονται από την εισαγωγική εκτίμηση των χρηστών, τη συμβουλευτική, την εκπαίδευση υγείας και την προς τα έξω μεταφορά θεραπευτικών διαδικασιών, όπως η διανομή φαρμάκου.

Κάποιοι εμπλέκονται στη περιποίηση τραυμάτων και στο καθαρισμό αποστημάτων. Στα περισσότερα προγράμματα, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο της συμμόρφωσης στη φαρμακοθεραπεία και συντονίζουν τη διαχείριση του περιστατικού.

Από το Ιατρείο. Περιέχει όλα τα εξειδικευμένα ιατρικά μηχανήματα που απαιτούνται για να διεξάγονται οι εξετάσεις των ασθενών.

Από την αίθουσα ομάδων (συνεδριάσεων). Ο χώρος είναι ιδιαίτερα μεγάλος σε χωρητικότητα. Στην αίθουσα αυτή έχουν την ευχέρεια να συζητούν οι ασθενείς για θέματα που κυρίως αφορούν τη θεραπεία τους και ότι έχει σχέση με το πρόγραμμα του OKANA.

Σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα (3) τριών ημερών, γίνεται εξέταση ούρων σε όλους τους ασθενείς που παρακολουθούν το πρόγραμμα. Αυτό συμβαίνει με σκοπό να υπάρξει έλεγχος, εάν κατά τη διάρκεια των ημερών αυτών έγινε χρήση κάποιας παράνομης ουσίας.

Το προσωπικό για την επιμόρφωσή του παρακολουθεί συνέχεια διάφορα σεμινάρια που βοηθούν στη θεραπεία απεξάρτησης εξαρτημένων ατόμων και καθορίζονται από το γραφείο εκπαίδευσης του OKANA.

Σε όλη την Ελλάδα διεξάγονται συνέδρια τα οποία αφορούν τα ναρκωτικά και τον τρόπο αντιμετώπισής τους, όπου και μπορεί να παρακολουθήσει όποιο άτομο από το προσωπικό του OKANA ενδιαφέρεται.

Εκτός από τη θεραπεία και την απεξάρτηση των ασθενών, το προσωπικό έχει σαν κύριο στόχο να τηρεί πάντα το απόρρητο. Δηλαδή πρέπει πάντα να υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια.

Απαγορεύεται το προσωπικό να δώσει οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά κάποιον από τους ασθενείς του προγράμματος εάν πρώτα δεν έχει δώσει συναινετική άδεια ο ασθενής αυτός.

## **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ OKANA ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΒΟΙΩΤΙΑΣ**

Οι ώρες λειτουργίας είναι:

Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 έως τις 16:00μ.μ.  
και Σάββατο- Κυριακή από τις 8:00 έως τις 14:00μ.μ.

Οι ώρες και ημέρες χορηγήσεων είναι:

Δευτέρα- Τετάρτη- Παρασκευή- Σάββατο-Κυριακή

από τις 8:00 έως τις 13:30μ.μ.  
και Τρίτη – Πέμπτη από τις 8:00 έως τις 15:30μ.μ.

Ο ΟΚΑΝΑ του Νομού Βοιωτίας, αποτελεί το μοναδικό πρόγραμμα απεξάρτησης από εξαρτησιογόνες ουσίες στην επαρχία, που λειτουργεί και χορηγεί ασθενείς καθημερινά, ακόμα και ημέρες που είναι αργίες και σε γιορτές (Χριστούγεννα, Πάσχα, Εθνικές εορτές).

### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ενημέρωση γίνεται από το προσωπικό του προγράμματος, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του κάθε ασθενή. Η συνάντηση γίνεται προσωπικά για κάθε ασθενή και την οικογένειά του, όπου και οι γονείς ενημερώνονται σχετικά με την εξέλιξη της θεραπείας του παιδιού τους.

### **ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ**

Σε όλα τα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ λόγω του μεγάλου αριθμού εξαρτημένων ατόμων και στον ΟΚΑΝΑ στο Νομό Βοιωτίας, υπάρχει λίστα αναμονής. Για να εισαχθεί ένας νέος ασθενής στο πρόγραμμα αυτό πρέπει τουλάχιστον να περιμένει 5-6 μήνες και να τηρεί όλες τις προϋποθέσεις για να γίνει δεκτός.

Έτσι συνειδητοποιούμε πόσο μεγάλο είναι το πρόβλημα των ναρκωτικών στη Χώρα μας, αλλά και πόσο μεγάλη είναι η ανάγκη των ατόμων αυτών να απεξαρτηθούν.

### **ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Αυτό συμβαίνει στις παρακάτω περιπτώσεις:

Εάν κάποιος ασθενής κάνει χρήση ή διακίνηση ναρκωτικών ουσιών στο χώρο του προγράμματος και δεύτερος σημαντικός λόγος για να διαγραφεί από τη θεραπεία ένας ασθενής είναι να ασκήσει βία απέναντι στους άλλους ασθενείς ή απέναντι στο προσωπικό.

Και τέλος, όταν κάποιος ασθενής διαπιστώσει ότι η θεραπεία αυτή δεν τον βοηθάει, επειδή δεν θέλει να απεξαρτοποιηθεί και θέλει να συνεχίσει να κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Σε αυτή τη περίπτωση, το προσωπικό προσπαθεί όσο μπορεί περισσότερο να κρατήσει στο πρόγραμμα αυτό τον ασθενή. Γι' αυτό, κάθε φορά που ο ασθενής κάνει κάποια «υποτροπή», ο γιατρός αυξάνει τη δόση του φαρμάκου SUBUTEX. Αυτό γίνεται με σκοπό να εξουδετερωθεί η ηρωίνη με τη χορήγηση του φαρμάκου και ο ασθενής να έχει λιγότερη στέρηση.

## 4.2. ΦΑΡΜΑΚΟ SUBUTEX (ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ)

### ΠΟΤΕ ΑΝΑΚΑΛΥΦΘΗΚΕ

Από την ανακάλυψή της βουπρενορφίνης (SUBUTEX) και το πρώτο πείραμα που έγινε σε πιθήκους το 1978, έδειξε το εύρος της δράσης της μοριακής ένωσης κατά τη θεραπεία εξάρτησης από οπιούχες ουσίες. Η ένδειξη της βουπρενορφίνης σχετικά με τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιούχες ουσίες, στηρίζεται σε ένα σύνολο ερευνών, το οποίο περιλαμβάνει σημαντικό πλήθος κλινικών και φαρμακολογικών μελετών.

Η μελέτες εκπονήθηκαν στις ΗΠΑ σύμφωνα με τα πρότυπα του FDA και οργανώθηκαν από ειδικούς του NIDA (National Institute of Drug Abuse).

### **Ο μηχανισμός δράσης της βουπρενορφίνης είναι μοναδικός:**

**Ενεργοποιεί** γρήγορα και με δυναμικό τρόπο τους ειδικούς υποδοχείς χωρίς το φαινόμενο της ψυχικής ευφορίας.

**Αποκλείει** τους υποδοχείς, εμποδίζοντας άλλες οπιούχες ουσίες να δράσει αθροιστικά- βασικό και μοναδικό χαρακτηριστικό και αποδεδειγμένο πολύ αργά.

Ο μηχανισμός δράσης της είναι λοιπόν ικανός να ανταγωνιστεί, δηλαδή να αντιμετωπίσει αυτόν της ηρωίνης. Αυτά τα χαρακτηριστικά αλλά και ανασταλτικά, καθιστούν τη βουπρενορφίνη κατά κάποιο τρόπο ένα σύρτη ασφαλείας, απέναντι στην ηρωίνη.

Η ασφάλεια που παρέχει είναι εξωτερική και οφείλεται στο γεγονός ότι η δράση της αν και είναι ισχυρή, είναι περιορισμένη έως ένα όριο παρενεργειών και μεταφράζεται στην εξάλειψη της περίπτωσης υπερβολικής δόσης και τον αποκλεισμό της δράσης των άλλων οπιούχων ουσιών.

Επίσης, **επιτρέπει** τη χαλιναγώγηση του συνδρόμου της στέρησης αλλά και του φαινομένου του εθισμού και της αναγνώρισης της επίδρασης των οπιούχων ουσιών.

Έτσι προοδευτικά, ο ασθενής μπορεί να ξεπεράσει τον εθισμό του, να ελέγξει την ανάγκη του για ηρωίνη, το άγχος του και τη συμπεριφορά του.

### **ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ SUBUTEX**

Η μέση δοσολογία των 8m.g. είναι αποτελεσματική και ισοδυναμεί κατά μέσο όρο με 60m.g. ημερησίως μεθαδόνης. Η δοσολογία των 4 έως 16m.g. βουπρενορφίνης, είναι επαρκής και επιτρέπει προσαρμογή της δόσης ανάλογα με τον ασθενή.

Το αίσθημα που προκαλεί, είναι μία αίσθηση «υγείας» και «φυσιολογικής κατάστασης». Το γεγονός ότι οι ασθενείς «αισθάνονται καλύτερα», σταματάνε την αναζήτηση του ναρκωτικού τους και απαλλάσσονται από το άγχος της έμμονης ιδέας της στέρησης.

Schering- Plough S.A. Subutex (buprenorphine HCl) Γιατί (ερωτήσεις- απαντήσεις), Αθήνα 2000 σελ 6 - 25



Τους επιτρέπει να αρχίσουν πάλι προοδευτικά να ζουν σε νόμιμα πλαίσια, καθιστώντας πιθανή μία βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη ψυχοθεραπευτική αγωγή.

Η δοσολογία του φαρμάκου SUBUTEX οφείλει πάντα να προσαρμόζεται στο κάθε ασθενή, όποια και αν είναι η φάση της θεραπείας.

## **ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Η πρώτη φάση, η έναρξη της δράσης του φαρμάκου έχει ως στόχο να ορίσει τη συνεργασία με τον ασθενή τη δόση που του αρμόζει. Σε περίπτωση που η πρώτη λήψη του SUBUTEX γίνει λίγο μετά τη λήψη της ηρωίνης(λιγότερο από 4 ώρες), ο ασθενής μπορεί να νιώσει συμπτώματα στέρησης, τα οποία όμως θα εξαφανιστούν στη συνέχεια γιατί η βουπρενορφίνη σε επαρκή δοσολογία επικφέρει τη πραγματική δράση.

Κατά τη φάση της σταθεροποίησης, ορισμένα γεγονότα μπορεί να οδηγήσουν σε υποχρεωτική αύξηση της δόσης, ενώ άλλα να επιτρέψουν τη μείωσή της. Στη πραγματικότητα, οι μελέτες απέδειξαν ότι οι δοσολογίες των 1 και 2m.g. ημηρεσίως κατά τη θεραπεία με υποκατάστατα είναι εντελώς ανεπαρκείς.

Πρόκειται για δοσολογίες που χρησιμοποιούνται στην αρχή μίας θεραπείας ή αντίθετα στη φάση της σταδιακής μείωσης με σκοπό τη διακοπή της θεραπείας. Αυτή αποτελεί και τη τρίτη φάση της θεραπείας όπου ο τρόπος μείωσης των δόσεων προσαρμόζεται ανάλογα με τη περίπτωση.

Η πλειοψηφία των ηρωινομανών ασθενών είναι συνηθισμένοι στη λήψη υπερβολικών δόσεων ψυχοτρόπων ουσιών και θα πρέπει να παρακολουθηθεί η χρήση τους προκειμένου να χαλιναγωγηθεί η πολυτοξικομανία τους, καθώς και οι παρενέργειες λόγω αλληλεπίδρασης φαρμάκων.

Η κατανάλωση διαφόρων ψυχοτρόπων, μόνιμη κατά τη περίοδο χρήσης του ναρκωτικού, είναι πολύ πιο επιβλαβής από ότι μία θεραπεία με υποκατάστατα με σωστή επιτήρηση.

Οι ενδεχόμενες ψυχιατρικές καταστάσεις, οι οποίες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας μπορούν να θεραπευτούν πιο άνετα για τον ασθενή.

Η ψυχοθεραπευτική σχέση εμποδίζεται περισσότερο από την αλόγιστη κατανάλωση φαρμάκων κρυφά από τον γιατρό. Η χορήγηση συνταγών του SUBUTEX πρέπει να συνοδεύεται με μείωση της κατανάλωσης άλλων ψυχοτρόπων που συνθλίβουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και των οποίων η παράλληλη λήψη μπορεί να προκαλέσει νάρκωση (βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά, αντισταμινικά κ.α).

Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει κατά τη διάρκεια της θεραπείας να είναι πολύ προσεχτικοί στη κατανάλωση οινοπνεύματος. Η έλλειψη στόχων στη ζωή, αποτελεί πρόβλημα για πολλούς ασθενείς, αλλά αυτή η σίγουρα δύσκολη κατάσταση είναι ακριβώς μία πτυχή του προβλήματος αυτών των ανθρώπων που χρήζουν μέριμνας και σε καμία περίπτωση δεν θέτει υπό αμφισβήτηση τη θεραπεία από ιατρικής πλευράς.

Με αυτή την έννοια, η από κοινού εργασία από ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους ειδικούς φορείς, είναι απόλυτα αιτιολογημένη.

Όταν σταθεροποιηθεί η θεραπεία με τα υποκατάστατα και χρειαστεί να καταπολεμηθούν ορισμένες παθολογικές καταστάσεις ψυχιατρικής φύσης, μπορεί να χορηγηθεί κάποιο αντικαταθλιπτικό ή άλλο ψυχοτρόπο προοδευτικά και ανάλογα με τη περίπτωση.

Λανθασμένα θεωρούμε τις θεραπείες με υποκατάστατα σαν μία «χημική φυλακή», ενώ αυτός ο χαρακτηρισμός θα ταίριαζε ίσως σε άλλες φαρμακευτικές θεραπείες.

Πρέπει όμως να ειπωθεί ότι η αποτελεσματικότητα θεραπείας εξαρτάται από θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται.

Ο γιατρός δεν πρέπει να εστιάζει την αγωγή στις συνταγές που γράφει και θα πρέπει να καθοδηγεί τον ασθενή στη προσωπική του πορεία.

Εκτός των Ειδικών Κέντρων αποτοξίνωσης, ο γιατρός παθολόγος βρίσκεται στη πρώτη γραμμή της παροχής ιατρικής μέριμνας.

Ασκεί για πολλά χρόνια ένα κλάδο ιατρικής που άπτεται σαφώς της κατάστασης αυτών των ασθενών.

Η ιατρική φροντίδα ηρωινομανών ασθενών έχει πολλά σημεία ενδιαφέροντος: τη φροντίδα της υγείας τους σε γενικό επίπεδο, την εμπιστοσύνη που πρέπει να υπάρχει με τον οικογενειακό γιατρό, τα ελαστικά ωράρια επισκέψεων για τους κοινωνικά ενταγμένους ασθενείς, την ευχέρεια επειγόντων επισκέψεων.

Αλλά ένας γιατρός παθολόγος σαφώς κινητοποιημένος και ταγμένος σε αυτό το τομέα προσφέρει αυτή τη πολυεπίπεδη αρωγή, μπορεί εξίσου γρήγορα υπό ορισμένες περιστάσεις να εξαντληθεί.

Γι' αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικό να αποτελεί μέρος ενός γενικότερου δικτύου.

Η δικτύωση αυτή επιτρέπει σε ένα γιατρό παθολόγο να στηρίζεται σε άλλους επαγγελματίες σε ότι αφορά την ιατρική, ψυχολογική, κοινωνική, διοικητική κ.λ.π. μέριμνα.

Του επιτρέπεται έτσι μία ανταλλαγή εμπειριών και δυνατοτήτων σε ιατρικό επίπεδο, ενώ στον ασθενή προσφέρεται μία συντονισμένη βοήθεια για να ξαναβρεί την αυτονομία του.

Στη θεραπεία έχουμε δύο σημαντικές παραμέτρους:

Την επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Τις κλινικές εξετάσεις.

Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης είναι διαφορετικά σε κάθε ασθενή, απαιτούν γνώση του αντικειμένου ώστε να γίνει κατανοητή η κατάσταση του ασθενή και να δοθούν οι κατάλληλες συμβουλές.

Πρέπει να διαγνωστεί και να εκτιμηθεί με ακρίβεια ο βαθμός κατανάλωσης της ηρωίνης και το επίπεδο εξάρτησης.

Το ερωτηματολόγιο, με αυτή την έννοια, προσφέρει συχνά περισσότερα από μία εξέταση ούρων και πρέπει να θεωρείται και να γίνεται σαν μία συμπληρωματική εξέταση που έχει ως στόχο τον προσανατολισμό της θεραπείας.

Οι κλινικές εξετάσεις είναι βασικές για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας του ασθενή και τη θεραπεία των παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να παρουσιάσει ένας τοξικομανής.

Οι προληπτικές συμβουλές για τη μετάδοση του ιού του AIDS καθώς και άλλων μεταδοτικών ασθενειών (όπως η Ηπατίτιδα), είναι προφανώς πρωταρχικής σημασίας και πρέπει να επαναλαμβάνονται σε κάθε επίσκεψη. Πρέπει επίσης να γίνονται κανονικά τα εμβόλια.

Ενδεχόμενη διακοπή της θεραπείας δε προκαλεί σύνδρομο βίαιης αποκοπής και η αίσθηση έλλειψης είναι ελάχιστη και με φθίνουσα τάση.

Οι ασθενείς που κάνουν χρήσεις ηρωίνης για λιγότερο από δέκα χρόνια, με διαστήματα αποχής και χρήσης άλλων ναρκωτικών (αλκοόλ, ψυχοτρόπες ουσίες, κοκαΐνη), μπορούν να επωφεληθούν βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα από μία θεραπεία με SUBUTEX.

Σε ασθενείς που κάνουν ενδοφλέβια χρήση της ηρωίνης, δισκίων και άλλων φαρμάκων, συνιστάται μία σύντομη περίοδος χρήσης με τη βέλτιστη δόση SUBUTEX. Πρέπει να εξηγηθεί στους ασθενείς ότι η εφάπαξ ημερήσια λήψη των υπογλωσσίων δισκίων, στη κατάλληλη δοσολογία, θα τους βοηθήσει να ελέγξουν καλύτερα την εξάρτησή τους από τη χρήση της σύριγγας.

Για ασθενείς που είναι πιο εξαρτημένοι από αυτό το ναρκωτικό και με σύνδρομο έλλειψης οπιούχων ουσιών, η θεραπεία με το φάρμακο SUBUTEX μπορεί να είναι μία λύση σε πρώτο χρόνο, ενώ για άλλους η μεθαδόνη είναι καταλληλότερη.

Όποια και αν είναι η κατάσταση αφετηρίας ενός ατόμου, με τη χρήση της ηρωίνης, σε μία δεδομένη στιγμή αργά ή γρήγορα καταλήγει στο «ίδιο σακί».

Οι μηχανισμοί ανάπτυξης της εξάρτησης, επιβάλλουν την αύξηση των δόσεων για να επανέλθει ο χρήστης σε φυσιολογική κατάσταση και τη συνεχή αναζήτηση του ναρκωτικού. Αυτό το άτομο γίνεται παράνομος, άρρωστος, κλείνεται στο γκέτο των ναρκωτικών, ρισκάρει τον κοινωνικό αποκλεισμό, τη φυλακή, το AIDS και το θάνατο.

**Αν μία θεραπεία του επιτρέψει να βγει από «το λούκι των ναρκωτικών», να σταματήσει τη παρανομία, να νοιώσει φυσιολογικός και να έχει ανάγκη όχι πλέον για ναρκωτικά, αλλά για θεραπεία και φυσιολογική ζωή, μπορούμε να πούμε ότι αυτός ο άνθρωπος είναι εξαρτημένος;**

Δεν πρέπει πλέον να θεωρούμε με το πρόσχημα ότι ο άνθρωπος είναι ηρωινομανής, ότι το φάρμακό του είναι «κάποιο άλλο ναρκωτικό», αφού βελτιώνεται η φυσική και ψυχική του κατάσταση και μπορεί από μόνος του να ελέγχει καλύτερα την υγεία του και τη ζωή του.

Συμπερασματικά, μία θεραπεία με υποκατάστατο και ειδικότερα το φάρμακο SUBUTEX, δεν έχει μόνο ως στόχο τη κατάργηση ή την αντικατάσταση της ηρωίνης, αλλά και τη διόρθωση των φυσιολογικών διαταραχών και των συνεπειών τους, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αναστρέψιμες.

Ο ηρωινομανής ασθενής όταν θεραπεύεται βρίσκει και πάλι το νόημα της ζωής. Εντάσσεται στο κοινωνικό σύνολο, εργάζεται, αποκτά και πάλι τη προσωπικότητά του. Κάνει καινούργιες φιλίες, δημιουργεί σχέσεις. Ξαναβρίσκει και πάλι τον παλιό του εαυτό και πάνω από όλα αρχίζει πάλι να ζει, να νοιώθει, να αισθάνεται, να κλαίει, να γελάει.

Όλα εκείνα τα συναισθήματα είχαν ξεχαστεί. Το μόνο πράγμα που τον ενδιέφερε ήταν να κάνει χρήση ναρκωτικών. Με τη σωστή θεραπεία και τη βοήθεια ειδικών επιστημόνων με πείρα επάνω σε αυτό το θέμα, τότε το αποτέλεσμα σίγουρα θα είναι το καλύτερο για τον ασθενή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 5.1. Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΔΑΘ)

Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ), εφαρμόζεται από το ΕΚΠΤΝ στην Ελλάδα από το 1994 και στόχο έχει τη καταγραφή των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των συμπεριφορών χρήσης που εμφανίζουν τα άτομα που ζητούν θεραπεία από τους εξειδικευμένους φορείς.

Η συλλογή των στοιχείων στηρίζεται στην εφαρμογή του Ευρωπαϊκού Πρωτοκόλλου (**Standard Protocol**) του Δείκτη.

Η εφαρμογή ενός κοινού πρωτοκόλλου σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, επιτρέπει τόσο τις ενδοκρατικές όσο και τις διακρατικές συγκρίσεις του πληθυσμού των εξαρτημένων ατόμων.

Επιπλέον, μέσω της διαχρονικής παρακολούθησης της εξέλιξης του φαινομένου, τα στοιχεία του ΔΑΘ μπορεί να αποτελέσουν μία αξιόπιστη βάση σχεδιασμού νέων πολιτικών παρεμβάσεων, αλλά και να συνεισφέρουν σε μία συνολική αποτίμηση της κατάστασης στη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα.

#### **5.1.1. Συνοπτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών των χρηστών του Εθνικού Δικτύου του ΔΑΘ το έτος 2003.**

##### **Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά:**

Η αναλογία ανδρών- γυναικών είναι 5 προς 1.

Το (5,7%) είναι έφηβοι, η πλειοψηφία είναι νέοι 19-29 ετών (59,9%), περίπου 1 στους 4 είναι 30-40 ετών και 1 στους 10 άνω των 41 ετών.

1 στους 4 έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό, 1 στους 3 από το Γυμνάσιο και 1 στους 3 από το Λύκειο. Πτυχιούχοι είναι 6 στους 100.

Η πλειοψηφία είναι κάτοικοι του νομού Αττικής (59,9%) και του νομού Θεσσαλονίκης (15,6%).

Η συντριπτική πλειοψηφία είναι Έλληνες, ενώ μόλις (2,4%) είναι αλλοδαποί.

6 στους 10 είναι άνεργοι, ενώ σταθερή απασχόληση έχουν 2 στους 10.

Η μεγάλη πλειοψηφία ζουν με τους γονείς τους (74,2%) ενώ με σύζυγο/ σύντροφο ζει 1 στους 10. Σχεδόν όλοι έχουν σταθερή στέγη (93,2%).

Κ. Ν. Στεφανής, Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 2003, Αθήνα 2003, σελ 43 - 44



## **Ιστορικό θεραπείας:**

Οι μισοί περίπου (52,6%) δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε θεραπεία στο παρελθόν.

Το 1/3 παίρνουν οι ίδιοι τη πρωτοβουλία να ζητήσουν θεραπεία.

Το 1/4 παρακινούνται από την οικογένεια.

Το 1/5 περίπου παρακινούνται από φίλους.

## **5.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

Η ηρωίνη/ οπιούχες ουσίες, αποτελούν τη πλέον συνήθη κύρια ουσία κατάχρησης (88,8%), με δεύτερη τη κάνναβη (7,4%) και ακολουθούν με χαμηλά όμως ποσοστά τα χάπια (1,6%) και η κοκαΐνη (1,5%).

Καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας κατάχρησης κάνουν 2 στους 3 χρήστες οπιούχων, 2 στους 3 χρήστες χαπιών, 1 στους 3 χρήστες κοκαΐνης και 1 στους 3 χρήστες κάνναβης.

Καθημερινή χρήση γίνεται περισσότερο από τις γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες.

Συνήθης τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης είναι η ένεση (46,4%) και ακολουθεί η χρήση από τη μύτη (29%). Ενέσιμη χρήση δηλώνουν ως συνήθη τρόπο χρήσης οι μισοί χρήστες ηρωίνης/ οπιούχων και 1 στους 7 χρήστες κοκαΐνης. Η χρήση από τη μύτη αποτελεί το συνηθισμένο τρόπο χρήσης της κοκαΐνης (περίπου οι μισοί), αλλά συχνά και της ηρωίνης/ οπιούχων (1 στους 3).

Σχεδόν όλοι οι χρήστες χαπιών, διεγερτικών και άλλων ναρκωτικών παίρνουν τις ουσίες αυτές από το στόμα.

8 στους 10 χρήστες κάνουν παράλληλη χρήση. Συνηθέστερες δευτερεύουσες ουσίες χρήσης είναι η κάνναβη (64,8%), τα χάπια (54%), η κοκαΐνη (27,4%) και ακολουθούν τα διεγερτικά (14,1%), τα οπιούχα (10,1%) και τα παραισθησιογόνα (6,8%). Η πλειοψηφία των χρηστών έχει ξεκινήσει τη χρήση με κάνναβη (79,1%). Μόλις (7,5%) ξεκίνησε με χάπια και (6,2%) με οπιούχα. Με οπιούχα ή χάπια ξεκινούν πιο συχνά οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το αντίθετο ισχύει για τη κάνναβη.

Η ηλικία έναρξης της παράνομης χρήσης είναι τα 16 έτη και για τα δύο φύλα.

Ο αριθμός ετών ανάμεσα στην έναρξη της χρήσης της κύριας ουσίας και την τελευταία επαφή με το σύστημα παροχής βοήθειας, διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών (8,5 και 7 έτη αντίστοιχα) και ιδιαίτερα στους χρήστες ηρωίνης/ οπιούχων (άνδρες: 8,5 έτη και γυναίκες: 7 έτη).

Ομοίως διαφέρει ανδρών και γυναικών η διάρκεια χρήσης, η οποία είναι κατά μέσο όρο περίπου 1/2 έτος μικρότερη από τη χρονική διάρκεια μεταξύ της έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας και της τελευταίας θεραπείας.

### **5.2.1 Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου**

Οι μισοί κάνουν ενέσιμη χρήση κατά τη διάρκεια 1 μηνός και 1 στους 3 ενδοφλέβιους χρήστες, κάνει κοινή χρήση σύριγγας.

Οι 8 στους 10 έχουν κάνει ενέσιμη χρήση τουλάχιστον μία φορά σε όλη τους τη ζωή.

Κοινή χρήση σύριγγας τουλάχιστον μία φορά σε όλη τους τη ζωή έχουν κάνει σχεδόν 6 στους 10 ενδοφλέβιους χρήστες.

### **5.3. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΟΚΑΪΝΗΣ**

Στην έκθεση του ΕΚΠΤΝ για το έτος αναφοράς 2003, έγινε παρουσίαση των χαρακτηριστικών των χρηστών, με κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη.

Ο αριθμός των χρηστών που καταγράφεται από τον Δείκτη Αίτησης Θεραπείας και δηλώνουν ως κύρια ουσία την κοκαΐνη είναι μικρός στην Ελλάδα (53 άτομα το 2003).

Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών τους παρουσιάζει ενδιαφέρον, αφού αποτελούν μία υποομάδα του πληθυσμού των χρηστών με συμπεριφορά υψηλού κινδύνου (15,1% συνήθης τρόπος χρήσης είναι η ένεση).

Τα χαρακτηριστικά τους έχουν ως εξής:

Είναι κυρίως άνδρες (77,4%), νέα άτομα (13,2% έφηβοι, 52,8% από 19 έως 29 ετών) και έχουν υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (40,4% απόφοιτοι Λυκείου 12,8% πτυχιούχοι).

Όσον αφορά τη χρήση ουσιών, ξεκίνησαν τη παράνομη χρήση με κάνναβη (83%) και άρχισαν τη χρήση κοκαΐνης κατά μέσο όρο στα 21 έτη.

Έχουν μεσολαβήσει κατά μέσο όρο 7 έτη από την έναρξη χρήσης κοκαΐνης μέχρι την πιο πρόσφατη αίτηση για θεραπευτική βοήθεια.

Περίπου 1 στους 3 (35,8%), έχουν κάνει ενέσιμη χρήση τουλάχιστον μία φορά σε όλη τους τη ζωή και 13,2% κάνουν ενέσιμη χρήση τώρα (τελευταίες 30 ημέρες).

Συγκριτικά με τους χρήστες ηρωίνης/ οπιούχων, παρατηρείται ότι οι χρήστες κοκαΐνης είναι νεότεροι και πιο μορφωμένοι. Το χρονικό διάστημα ανάμεσα στην έναρξη χρήσης κύριας ουσίας και την πιο πρόσφατη αίτηση για θεραπεία είναι μικρότερο για τους χρήστες της κοκαΐνης.

Κ. Ν. Στεφανής, Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 2003, ό.π., σελ 45 - 47

#### **5.4. ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΝΥΧΤΕΡΙΝΗΣ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ**

Οι νέοι σήμερα ζουν σε μία κοινωνία όπου η διασκέδαση βιώνεται ως ανάγκη την οποία επιθυμούν να ικανοποιήσουν με οποιοδήποτε μέσο.

Τα ναρκωτικά και το αλκοόλ φαίνεται πως αποτελούν δύο από τα υπάρχοντα μέσα για την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης.

Δεδομένου ότι η μουσική και ο χορός είναι τα βασικότερα συστατικά της νυχτερινής διασκέδασης, η «ψυχαγωγική» χρήση ουσιών, θεωρείται ότι συμβάλλει στο να απολαμβάνει κανείς με μεγαλύτερη ένταση και να παρατείνει την κατάσταση αυτή όσο το δυνατόν περισσότερο.

Ειδικότερα, οι δύο πιο σημαντικοί λόγοι για τους οποίους οι νεαροί θαμώνες πιστεύουν ότι η χρήση της ουσίας «έκσταση» συνδέεται με τη διασκέδαση είναι οι εξής:

Βοηθάει στο να έρθει κανείς στο κέφι (86,1%)

Βοηθάει στο να απολαύσει κανείς το χορό (82,6%)

Όσον αφορά τα άλλα ναρκωτικά, όπως είναι η κάνναβη, η κοκαΐνη, το LSD, οι νέοι ανέφεραν επίσης ότι η διασκέδαση είναι βασικό κίνητρο για να τα χρησιμοποιήσει κανείς.

##### **5.4.1. Στατιστικά Στοιχεία**

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έγιναν, οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι νέοι κάνουν «ψυχαγωγική» χρήση ουσιών με βάση απαντήσεις ατόμων (κυρίως νεαρών) είναι οι εξής:

Η μεγάλη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών (79,5%).

Η προώθηση των ναρκωτικών και του αλκοόλ μέσα από τα Μ.Μ.Ε και τους χώρους νυχτερινής διασκέδασης (67,4%).

Το γεγονός ότι τα ναρκωτικά και το αλκοόλ αποτελούν μέρος του τυπικού της νυχτερινής διασκέδασης (60,5%).

Η έλλειψη ενημέρωσης για τους κινδύνους από τη χρήση ναρκωτικών (50%).

#### **5.5. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.**

Από πανελλήνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2003 σε 3.812 μαθητές ηλικίας 16-17 ετών, φαίνεται ότι σχεδόν 1 στους 7 μαθητές (14,9%), έχει κάνει τουλάχιστον μία φορά χρήση κάποιας παράνομης ουσίας, κυρίως κάνναβης (μαριχουάνα, χασίς).

Σε σύγκριση με στοιχεία της αντίστοιχης έρευνας του 1999, παρατηρείται μία μικρή αύξηση κατά 1,6 ποσοστιαίες μονάδες (από 13,3% το 1999, σε 14,9% το 2003). Επίσης, (3,4%) των μαθητών (4,9% των αγοριών και 2% των κοριτσιών), έχει κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά κάποιου συνθετικού ναρκωτικού (π.χ. ουσία «έκσταση», αμφεταμίνες, LSD ή και άλλα παραισθησιογόνα).

Κάνναβη έχει δοκιμάσει περίπου 1 στα 5 αγόρια (20,6%) και 1 στα 10 κορίτσια (9,2%).

Το φαινόμενο είναι συχνότερο στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, σε σύγκριση με τις άλλες αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Το 1/3 των μαθητών (31,6%), θεωρεί ότι θα ήταν εύκολο να βρει μαριχουάνα ή χασίς αν ήθελε, σχεδόν οι μισοί (43,5%) θεωρούν εύκολο να βρουν ηρεμιστικά χάπια και σχεδόν το 1/4 (22,3%) χάπια «Έκσταση».

Από στοιχεία του ΕΠΙΨΥ που αφορούν τα εξαρτημένα άτομα που προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα, προκύπτει ότι η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης παρανόμων ουσιών, είναι αυτή των 16 ετών.

Η μέση ηλικία έναρξης ποικίλλει ανάλογα με την ουσία:  
13 έτη για τα εισπνεόμενα, 15 για τα χάπια, 16 για τη κάνναβη και 20 για την ηρωίνη.

Οι σπουδαιότεροι λόγοι χρήσης χασίς, τους οποίους αναφέρουν τα άτομα που είχαν κάποια εμπειρία με την ουσία, είναι για όλες τις ηλικιακές ομάδες, η περιέργεια. Ακολουθεί η πίεση από τους συνομήλικους για την ηλικιακή ομάδα 12-17.

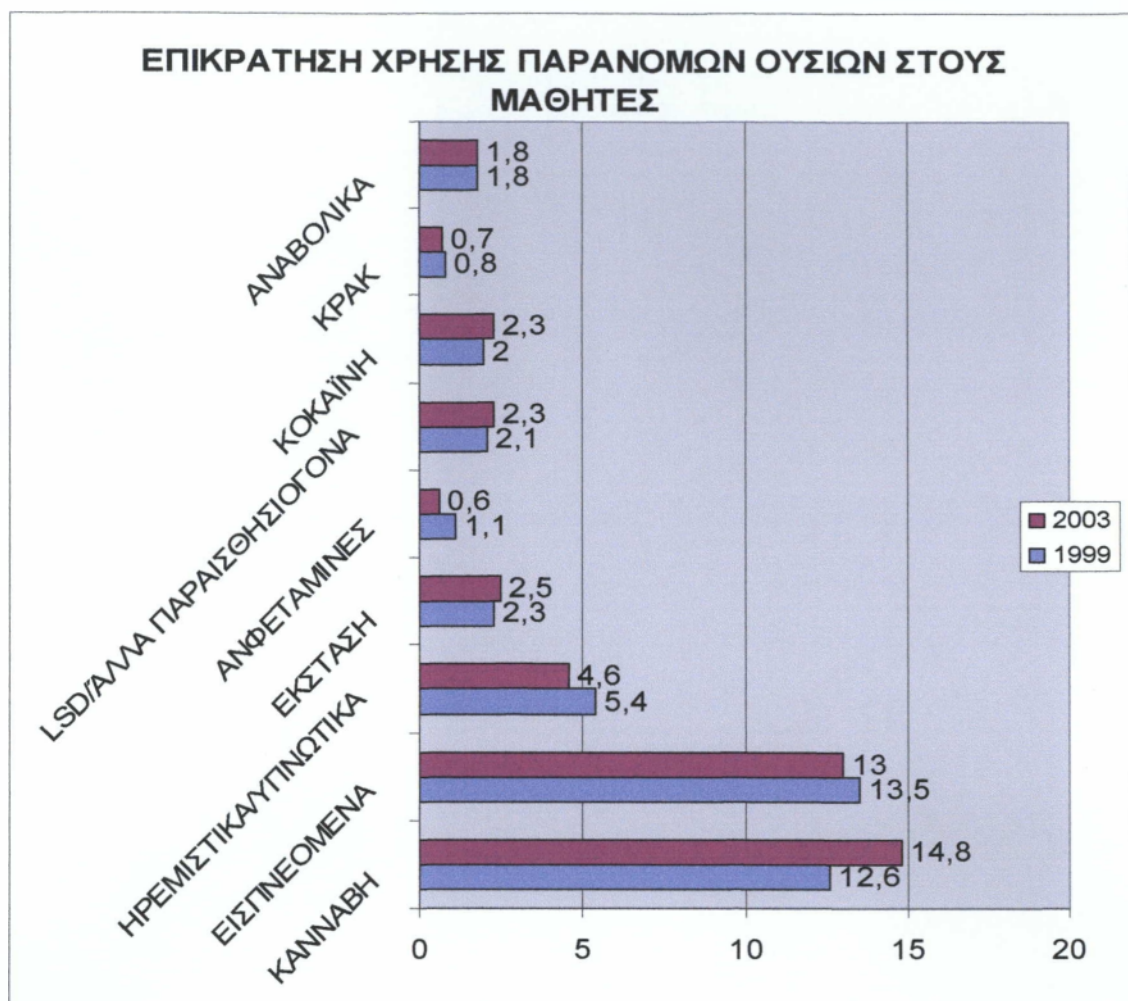
Το κοινωνικοοικονομικό στρώμα δε φαίνεται να επηρεάζει τη χρήση ναρκωτικών.

Οι έμποροι αναζητούν τα νέα τους θύματα στα σχολικά προαύλια και τα ίδια τα παιδιά μαρτυρούν ότι σε ποσοστό (3,2%) τους προσφέρθηκε ηρωίνη, ενώ σε ποσοστό (8%) τους δόθηκε μαριχουάνα.

Η νεολαία μας αντιμετωπίζει τρομαχτικούς κινδύνους, αλλά η παντελής έλλειψη ενημέρωσης, κάνει τα παιδιά να θεωρούν σε ποσοστό (10%) ακίνδυνη τη δοκιμή ηρωίνης.

Πολύ ανησυχητική είναι και η αντίληψη της επικινδυνότητας στη χρήση ναρκωτικών, καθώς το 1/3 του πληθυσμού θεωρεί ακίνδυνη τη μαριχουάνα.





Στο σχήμα με βάση τα έτη 1999 και 2003 παρατηρούμε ότι περισσότερη χρήση παρατηρείται στη κάνναβη και στις εισπνεόμενες ουσίες.

Ειδικότερα το 2003 έχουμε αύξηση της χρήσης κάνναβης (14,8%) σε σχέση με το 1999 που έφθανε το ποσοστό του (12,6%).

Οι εισπνεόμενες ουσίες αντίθετα το 2003 παρατηρούμε ότι έχουν μειωθεί στη χρήση τους (13%), σε σύγκριση με το έτος 1999 όπου αγγίζουν το ποσοστό (13,5%).

Ακολουθούν τα ηρεμιστικά/ υπνωτικά όπου το 1999 η χρήση τους από μαθητικό πληθυσμό είναι σε ποσοστό (5,4%), ενώ το 2003 το ποσοστό μειώθηκε σε (4,6%).



## **5.6. ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΟ**

Ο στρατός σε επίσημο συνέδριο που έγινε στο Πολεμικό Μουσείο Αθηνών, ανακοίνωσε ότι από αυτούς που παρουσιάζονται για στράτευση το 5 έως 10% απαλλάσσονται της κατάταξης από τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις με αιτία την ασυμβίβαστη με αυτές εξάρτηση τους από τα ναρκωτικά.

Ένα μέρος από το ποσοστό αυτό έχει σχέση με τη σκόπιμη λήψη τοξικών ουσιών για την αποφυγή της στράτευσης με αναβολή ή απαλλαγή, παρόλο που ο κίνδυνος εθισμού είναι μεγάλος, γι' αυτό και το προαναφερόμενο ποσοστό αυξήθηκε τα επόμενα χρόνια φθάνοντας περίπου το (15%). Η κατάσταση όμως είναι χειρότερη αφού στους 100 που στρατεύονται το 5% έως 10% κάνουν απλή ή περιστασιακή χρήση τοξικών ουσιών και παρά τις σοβαρές προσπάθειες το ποσοστό μένει αυξανόμενο.

Σύμφωνα με την έρευνα του Γενικού Επιτελείου Στρατού, που δημοσιεύθηκε το 2004, για τη διάδοση των ναρκωτικών στο στρατό:

- Ένας στους τέσσερις στρατιώτες έχει δοκιμάσει ναρκωτικές ουσίες.
- Οι ηλικίες έναρξης χρήσης των ναρκωτικών κυμαίνονται από 10 έως 26 ετών, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις ηλικίες 15 έως 19 ετών (77% των χρηστών).
- Το (92%) των χρηστών είχε αποχωρήσει, για μεγάλο χρονικό διάστημα από την οικογένειά τους.
- Το (67%) δήλωσε ύπαρξη σημαντικών οικογενειακών προβλημάτων.
- Το (64%) ανέφερε ότι αντιμετώπιζε ψυχολογικά προβλήματα.
- Το (72%) ξεκίνησε τα ναρκωτικά από περιέργεια.
- Το (50%) ξεκίνησε με χασίς.
- Το (60%) επιθυμεί να διακόψει τη χρήση.
- Το (8%) επιθυμεί να απαλλαγεί από το στρατό.

## **5.7. ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ**

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση (κατάχρηση) ουσιών στις φυλακές στην Ελλάδα, συμπεριλαμβάνονται σε μία έρευνα της οποίας μέρος των στοιχείων δημοσιεύτηκε το 2004.

Στόχος της έρευνας αυτής ήταν ο καθορισμός των επιπέδων και της δριμύτητας της αυτοαναφερόμενης κατάχρησης νόμιμων και παράνομων ουσιών και των συνδεόμενων με τη κατάχρηση προβλημάτων στη σωματική και ψυχική υγείας δείγματος Ελλήνων φυλακισμένων ανδρών.

Το δείγμα ήταν τυχαίο και αποτελούνταν από 80 άνδρες κατάδικους και υπόδικους του σωφρονιστικού καταστήματος της Κομοτηνής.

Στην έρευνα για την αξιολόγηση των ψυχιατρικών διαταραχών, χρησιμοποιήθηκε η Διεθνής Νευροψυχιατρική Συνέντευξη (MINI). Στις διαταραχές αυτές συμπεριλαμβάνονται η κατάχρηση ουσιών, καθώς και η εξάρτηση από ουσίες.

Όλοι οι φυλακισμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα, συμπλήρωναν το Τεστ Προσδιορισμού Διαταραχών από τη Χρήση Οινοπνεύματος (AUDIT). Εκείνοι που δήλωναν καθημερινή χρήση οπιούχων και διεγερτικών ουσιών, συμπλήρωναν τη Κλίμακα Δριμύτητας της Εξάρτησης (SDS).

Πληροφορίες συγκεντρώθηκαν και από τα ιατρικά αρχεία για τη κατάσταση των φυλακισμένων σχετικά με την Ηπατίτιδα Β και τον ιό του AIDS.

Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι:

- Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν τα 36 έτη
- Το 60% ήταν φυλακισμένοι για πράξεις σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά
- Το 90% των ατόμων του δείγματος δήλωσε ότι κάνει κατάχρηση κάποιας νόμιμης ή παράνομης ουσίας.

Από την άποψη της σωματικής υγείας, η εξέταση των ιατρικών αρχείων, έδειξε ότι κανένας φυλακισμένος δεν ήταν θετικός στον ιό **HIV**, ενώ ένα ποσοστό (26,5%) ήταν θετικοί στη **Ηπατίτιδα Β**.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΡΗΣΗ</b>	<b>28</b>	<b>35</b>
<b>HIV</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β</b>	<b>21</b>	<b>26,25</b>
<b>ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ</b>	<b>13</b>	<b>16,25</b>
<b>ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ</b>	<b>20</b>	<b>25</b>
<b>ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΑ ΕΚΟΥΣΙΑΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ ΒΛΑΒΗΣ ΕΑΥΤΟΥ</b>	<b>12</b>	<b>15</b>

Από την υποομάδα αυτών που είχαν προΐστορία κατάχρησης ουσιών, το (31,2%) καλύπτουν τα κριτήρια κατάθλιψης και το (37,5%) αυτά της αντικοινωνικής διαταραχής της προσωπικότητας.

Ένα ποσοστό (15%) αυτών που κάνουν κατάχρηση ουσιών είχε προΐστορία εκούσιας προσπάθειας βλάβης του εαυτού τους, ενώ (10%) αξιολογήθηκαν να έχουν από μέτριο έως υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

Στοιχεία ερευνών από προηγούμενα έτη, επιβεβαιώνουν την εκτίμηση για υψηλά ποσοστά χρήσης ουσιών στις ελληνικές φυλακές.

**Σε έρευνα** που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 861 εγκλείστων από 10 σωφρονιστικά καταστήματα της Ελλάδας (Koulierakis,1999,2000) προκύπτει ότι:

Το (33,6%) των εγκλείστων δήλωσαν ότι έχουν κάνει ενδοφλέβια χρήση ουσιών κάποια στιγμή της ζωής τους. Από τους παραπάνω η πλειοψηφία (60,6% το 20,2% του συνολικού δείγματος) αυτών που είχαν ήδη κάνει ενδοφλέβια χρήση ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή τους, έκαναν ενδοφλέβια χρήση ενώ βρίσκονταν στη φυλακή. Το (51%) της ίδιας υποομάδας (16,9% του συνολικού δείγματος) δήλωσαν ότι είχαν κάνει ενδοφλέβια χρήση στη φυλακή με κοινή χρήση συριγγών.

Η ηλικία των ενδοφλέβιων χρηστών του δείγματος κυμαίνονταν κυρίως μεταξύ 25-34 ετών.

Στο σύνολο του δείγματος, μόνο ένα ποσοστό (6,5%) είχε προΐστορία καταδίκης για παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών. Ωστόσο, από την υποομάδα των ενδοφλεβίων χρηστών, το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο (58,7%).

Η κύρια υπηρεσία που παρέχεται στο χώρο των φυλακών αναφορικά με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι οι ομάδες υποστήριξης για τους κρατούμενους χρήστες ουσιών, οι οποίες λειτουργούν σε 6 μεγάλες φυλακές της χώρας.

Οι βασικοί στόχοι των προαναφερθέντων ομάδων υποστήριξης, είναι η ενημέρωση αναφορικά με τη χρήση και την εξάρτηση, η μείωση της βλάβης, η εμπύχωση.

### **5.7.1. Θεραπευτικά προγράμματα για τους φυλακισμένους**

Στα πλαίσια του Κέντρου Υποστήριξης Κρατουμένων του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ» (ΚΕΘΕΑ), λειτουργούν ομάδες αυτοβοήθειας στις Δικαστικές Φυλακές, στο Ψυχιατρείο Κρατουμένων και στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού. Στους ίδιους χώρους οργανώνει ομάδες αυτοβοήθειας το Πρόγραμμα Απεξάρτησης Τοξικομανών «18 ΑΝΩ». Συγκεκριμένα το 2003 λειτούργησαν 4 ομάδες στις Δικαστικές Φυλακές, 1 στις Γυναικείες Φυλακές και 1 ομάδα στο Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού.

Το Ανοιχτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων Βόλου (ΚΕΘΕΑ), παρέχει υπηρεσίες υποστήριξης των κρατουμένων χρηστών στο Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων Κασσαβέτειας Βόλου.

Στη Θεσσαλονίκη το Κέντρο Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισμένων Χρηστών (ΚΕΘΕΑ), οργανώνει ομάδες για τους κρατούμενους στις Δικαστικές Φυλακές Διαβατών και τις Στρατιωτικές Φυλακές Θεσσαλονίκης.

Οι φυλακισμένοι χρήστες έχουν δείξει μεγάλη συνέπεια στη παρακολούθηση των ομάδων, ενώ έχει παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος στην ανάπτυξη επικοινωνίας και στην εδραίωση κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των συμμετεχόντων.

## **5.8. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ**

Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε εξαρτημένους εγκλείστους, περιλαμβάνουν μία σειρά υγειονομικών, κοινωνικών και θεραπευτικών δράσεων και υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσίες που παρέχονται μετά την αποφυλάκιση.

### **5.8.1. Πρακτικές μείωσης της βλάβης**

Με στόχο τη μείωση της βλάβης από τη χρήση ουσιών και από άλλες συμπεριφορές κινδύνου, στο σωφρονιστικό χώρο προβλέπονται με νόμο οι ακόλουθες παρεμβάσεις:

- ❖ Να πραγματοποιείται στο σύνολο των σωφρονιστικών ιδρυμάτων συστηματικός αιματολογικός έλεγχος για τη πρόληψη της Ηπατίτιδας και του HIV/AIDS σε όλους τους νεοεισερχόμενους κρατούμενους κατόπιν συναίνεσης τους.
- ❖ Να διαθέτει κάθε κρατούμενος ατομική κάρτα υγείας, που θα τον συνοδεύει σε κάθε μετακίνησή του μέχρι την αποφυλάκιση.
- ❖ Να χορηγείται σε συνεργασία με κρατικά νοσοκομεία, θεραπεία με ιντερφερόνη στους πάσχοντες από Ηπατίτιδα C.
- ❖ Να χορηγείται φαρμακευτική αγωγή για σωματική αποτοξίνωση στους εξαρτημένους εγκλείστους, για όσο διάστημα κριθεί αυτό απαραίτητο.

## **5.9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ**

Στη χώρα μας, η πλειονότητα των εξαρτημένων (87%), είναι άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη. Ο αριθμός τους εκτιμάται γύρω στις 20.000 και η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 5 προς 1.

Περίπου τα 3.200 εξαρτημένα άτομα που απευθύνθηκαν το 2002 στα θεραπευτικά προγράμματα, αποτελούν επομένως μόνο τη κορυφή του παγόβουνου.

Από το συνολικό αριθμό των ατόμων που κάνουν χρήση ηρωίνης, εκτιμάται ότι περίπου το (31%) είναι ηλικίας 15-24 ετών, το (23%) 25-34 ετών και το 46% άνω των 35 ετών. Τα 2/3 του πληθυσμού των εξαρτημένων, κατοικούν στην Αθήνα. Σχεδόν το σύνολο των θανάτων από ναρκωτικά (99%), οφείλεται στη χρήση ηρωίνης.

## **5.10. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ**

Είναι πολύ δύσκολο να δοθεί ο αριθμός των θανάτων από ναρκωτικά στην Ελλάδα, όταν αυτοί υπολογίζονται με διαφορετικά κριτήρια, από τον τύπο, τις νομικές αρχές ή τις ιατροδικαστικές υπηρεσίες οι οποίες, αυτές ιδίως, εκ των πραγμάτων, παρέχουν τους μικρότερους αριθμούς.

Μερικοί ομιλούν για επίσημους και ανεπίσημους θανάτους από τα ναρκωτικά. Πρόκειται για μία επιστημονικώς αστήριχτη ελληνικής έμπνευσης επινόηση της ορολογίας, όμως οι θάνατοι οι οποίοι θα μπορούσαν να αποδοθούν στα ναρκωτικά, αν υπήρχε τρόπος να αποκαλυφθούν, υπολογίζεται ότι θα ήταν πολύ περισσότεροι, μέχρι και 8 έως και 10 περίπου φορές περισσότερο από αυτούς που έρχονται στο φως της δημοσιότητας. Αυτό δε, γιατί πολλοί θάνατοι συγκαλύπτονται για πολλούς και διάφορους λόγους.

Κανένας γονιός δεν θα ήθελε να γραφτεί στο πιστοποιητικό θανάτου του παιδιού του ότι πέθανε από ναρκωτικά. Σφίγγει τη καρδιά του προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός της οικογένειας που θα είναι στοιχείο αρνητικό για το μέλλον όλων, για όλο το σπιτικό του.

Υπάρχει και ένας άλλος λόγος για τον οποίο δεν αποκαλύπτονται όλοι οι θάνατοι από ναρκωτικά. Στο πιστοποιητικό θανάτου ο γιατρός πρέπει να γράψει τη νόσο ή τη νοσηρή κατάσταση η οποία προκάλεσε κατευθείαν το θάνατο.



Αυτή μπορεί μεν να είναι μία αιτία η οποία έχει σχέση με τα ναρκωτικά, όμως δεν είναι τα ναρκωτικά η νόσος που προκάλεσε κατευθείαν το θάνατο. Μπορεί δηλαδή να είναι μία σηψαιμία, το AIDS, μία νεφρική ανεπάρκεια από πτώση της αρτηριακής πίεσης με νέκρωση του κατωτέρου νεφρώνα, το ηπατικό κώμα, απόστημα εγκεφάλου και διάφορα άλλα που προκάλεσαν το θάνατο. Αυτά και όχι τα ναρκωτικά είναι εκείνα τα οποία οφείλει να γράψει ο γιατρός στο πιστοποιητικό κατά το νόμο.

Δεν προσμετρούνται επίσης οι απώλειες από αυτοκτονίες, ούτε οι θάνατοι από τροχαία δυστυχήματα υπό την επήρεια ναρκωτικών και πολλοί άλλοι θάνατοι αδιευκρίνιστης συνήθως αιτίας.

Τα ναρκωτικά όμως μπορεί να προκαλέσουν και κατευθείαν το θάνατο από υπερβολική δόση ή από αναφυλακτοειδή αντίδραση στις προσμείξεις νοθευμένης ουσίας.

Για το έτος 2003 σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας, αναφέρθηκαν 218 θάνατοι από ναρκωτικά, από τους οποίους οι 110 είναι βεβαιωμένοι (μέχρι 11/5/2004).

Από τους βεβαιωθέντες θανάτους (94,8%) σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης, (26%) με τη χρήση αμφεταμινών, (17%) με τη χρήση κοκαΐνης και (0,9%) με τη χρήση βενζοδιαζεπίνης.

Η πλειοψηφία των θανόντων ήταν άνδρες (93,1%) ελληνικής καταγωγής (94,0%), άγαμοι (94,0%) και άνεργοι (84,5%).

Το (46,6%) των θανόντων ήταν ηλικίας από 31 ετών και άνω.

Οι περισσότεροι θάνατοι συνέβησαν στη περιοχή της Αττικής (53,4%) και αρκετοί στη Θεσσαλονίκη (13,8%).

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των θανόντων χρηστών, το (12,9%) ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού, το (13,8%) είχαν ολοκληρώσει τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, ενώ για το (70,7%) ήταν άγνωστο το μορφωτικό τους επίπεδο.

Ενώ το 2002 είχαμε ένα θάνατο από άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες εκτός των οπιούχων και της κοκαΐνης, το 2003 σημειώθηκαν 4 θάνατοι.



\*Πηγή:ΟΚΑΝΑ

\*\*Πηγή:Ελληνική Αστυνομία

\*\*\*Μη επιβεβαιωθέντα προς το παρόν στοιχεία

Οι θάνατοι από ναρκωτικά παρουσίασαν σημαντική μείωση κατά (35%) μέσα στα δύο τελευταία χρόνια (από 321 το 2001,σε 210 το 2003) ύστερα από τη ραγδαία αύξηση της προηγούμενης πενταετίας.

Ιστοσελίδα:[http:// www. Okana. gr](http://www.okana.gr), σελ 16

Εκτιμάται ότι στη μείωση των θανάτων συνέβαλε σημαντικά ο τριπλασιασμός – μέσα στα τρία τελευταία χρόνια-των θέσεων θεραπείας στα προγράμματα υποκατάστασης.

## 5.11. ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η 26<sup>η</sup> Ιουνίου κάθε χρόνο είναι η παγκόσμια ημέρα κατά των ναρκωτικών. Την ημέρα αυτή το 1992 αναφέρθηκε από τον ΟΗΕ ότι οι μόνιμοι χρήστες ναρκωτικών σε όλο τον κόσμο είναι γύρω στα 40 εκατομμύρια, δε δόθηκε όμως ανάλυση ως προς τα διάφορα είδη των ουσιών αυτών, ούτε αν συμπεριλαμβάνεται το αλκοόλ μεταξύ αυτών, το οποίο σε πολλές χώρες αριθμεί πολλαπλάσιους αλκοολικούς από τους εξαρτημένους στις άλλες ναρκωτικές ουσίες.

Διερωτάται λοιπόν κανείς ποια πραγματικότητα εκφράζει ο αριθμός αυτός όταν για το 1973 ο ίδιος ο ΟΗΕ έδινε 2 εκατομμύρια τοξικομανείς στα ναρκωτικά τύπου μορφίνης, 60 εκατομμύρια στις διάφορες άλλες ουσίες και 200 εκατομμύρια χρήστες μαριχουάνας.

Γάτος, Η., *Τα ναρκωτικά μάστιγα της εποχής μας*, Αμφισσα (Νομός Φωκίδος) 2004, σελ 12

Από τέτοια δεδομένα η συναγωγή ορθών συμπερασμάτων είναι αδύνατη εφόσον δεν υπάρχει κοινή αποδεκτή από όλους ορολογία για τις διάφορες έννοιες.

Υπολογίζεται πάντως ότι τα σημερινά 10 εκατομμύρια των χρηστών της Ευρώπης, θα γίνουν 30 εκατομμύρια ύστερα από μερικά χρόνια.

Η διεθνής κοινότητα βεβαίως ανησυχεί για την ανασυγκράτητη αύξηση της παραγωγής εμπορίας και κατανάλωσης των ναρκωτικών, τα οποία σε πολλές χώρες του κόσμου υπομονεύουν την ίδια την υφή της κοινωνίας κατά τον ΟΗΕ.

Αποτελούν δε απειλή για τη δημοκρατία και την ασφάλεια των κρατών με κίνδυνο οι πανίσχυροι αυτοί να γίνουν ρυθμιστές της θεσμικής ζωής, αν δεν είναι κιάλας γεγονός για κάποιες χώρες.

Σε ότι αφορά πάντως γενικά την Ευρώπη, υπολογίζεται ότι η κατάσταση θα επιδεινώνεται συνέχεια αφού από 1/1/1993 έχουν ατονήσει οι τελωνειακοί έλεγχοι στα σύνορα μεταξύ των χωρών της ενωμένης πλέον Ευρώπης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ναρκωτικά είναι μονόδρομος που οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στον όλεθρο και τη καταστροφή, στη φυλακή, στο ψυχιατρείο ή κάπου αλλού μονιμότερα:ΣΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.

Είναι ένας λαβύρινθος χωρίς διέξοδο, ένα ανόητο παιχνίδι που ο μόνος τρόπος για να κερδίσει κανείς... είναι να μη παίζει.

Μέχρι πριν λίγο καιρό, όλοι σχεδόν πίστευαν και υποστήριζαν ότι το κύμα της διάδοσης των ναρκωτικών, που τα τελευταία χρόνια απλώθηκε και κατέκλυσε όλες τις κοινωνίες της Δύσης, δεν είχε επηρεάσει σοβαρά τη πατρίδα μας.

Δυστυχώς τώρα πια τα καθημερινά κρούσματα μεγάλου αριθμού θανάτων το επιβεβαιώνουν.

Οι αλλεπάλληλες και εντυπωσιακές αποκαλύψεις και κατασχέσεις σημαντικών ποσοτήτων ναρκωτικών στην Ελλάδα, το γεγονός ότι άνθρωποι κάθε κατηγορίας και ηλικίας, άνθρωποι που ανήκουν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και επίπεδα, εμπλέκονται στο βρώμικο κύκλωμα των ναρκωτικών και ακόμη ο μεγάλος αριθμός νέων που δε στρατεύονται λόγω τοξικομανίας και ψυχοπαθητικής προσωπικότητας, μαρτυρούν χωρίς κανένα δισταγμό, ότι στο τόπο μας έχουμε σημαντική αύξηση τόσο στη κυκλοφορία, όσο και στη κατανάλωση των επικίνδυνων αυτών ουσιών και συνεπώς το πρόβλημα το ναρκωτικών είναι πολύ σοβαρό.

Έχει πλέον αποδειχθεί, το λαθρεμπόριο και η χρήση ναρκωτικών προσβάλλουν άμεσα τη ψυχοκοινωνική υγεία του πληθυσμού κάθε κοινωνίας, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εγκληματικότητα και σε τελευταία ανάλυση, συντελούν στο βιολογικό εκφυλισμό των ατόμων που εθίζονται στις ουσίες αυτές.

Δεν υπάρχει άνθρωπος σε ολόκληρο το κόσμο που να πιστεύει ότι τα ναρκωτικά κάνουν καλό ή λύνουν κάποιο πρόβλημα.

Αντίθετα, όλοι παραδέχονται ότι τα ναρκωτικά αλλοιώνουν τη φυσική υγεία των ατόμων, ελαττώνουν τις διανοητικές και ψυχικές του λειτουργίες, καταστρέφουν τις οικογενειακές και τις κοινωνικές σχέσεις και προκαλούν οικονομική εξαθλίωση.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι:

Ο εξευτελισμός της προσωπικότητας, η ηθική και κοινωνική καταρράκωση του ατόμου, η αντικοινωνική και εγκληματική συμπεριφορά του. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο το κόσμο, είναι δούλοι κάποιου είδος ναρκωτικού και κάθε ημέρα, κάθε ώρα, κάθε λεπτό, οδηγούνται στο θάνατο.

Η ναρκομανία αγκαλιάζει θανάσιμα όλες τις ηλικίες, αλλά δυστυχώς τη πρώτη θέση σε αυτή τη μακάβρια πορεία κρατούν σταθερά οι νέοι. Χαρακτηριστική και αξιοπρόσεκτη είναι και μία πρόσφατη αναφορά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, με την οποία επισημαίνεται και τονίζεται ότι τα ναρκωτικά, νόμιμα και παράνομα, αποτελούν πλέον οξύτατο πρόβλημα, γιατί ο αριθμός των τοξικομανών αυξάνει σε ολόκληρο το κόσμο επικίνδυνα και σε ορισμένες μάλιστα χώρες, η διάβρωση της κοινωνίας από τη φοβερή αυτή επιδημία είναι βαθιά.

Όλοι ασχολούνται με το πρόβλημα αυτό εκφράζουν ανησυχίες, φόβους και αγωνία. Θόρυβος και η δραματοποίηση του θέματος, καθημερινά λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε).

Είναι σήμερα παραδεκτό πως ο τοξικομανής και γενικά αυτός που κάνει χρήση ναρκωτικών απορρίπτεται κοινωνικά, στιγματίζεται και μπαίνει στο περιθώριο.

Ο τοξικομανής δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τον τρόπο αυτό από τους συνάνθρωπους του. Αντίθετα στα άτομα αυτά πρέπει να δίνεται βοήθεια και συμπαράσταση για να ξεπεράσουν αυτό το ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα τους.

Πρέπει να σκεφθεί ο καθένας μας ότι το επόμενο θύμα ναρκωτικών μπορεί να είναι ένα πολύ κοντινό μας πρόσωπο και έτσι πρέπει να επωμισθούμε όλοι τις ευθύνες μας για την αντιμετώπιση αυτής της μάστιγας.

Χρέος όλων μας είναι να βγάλουμε τις νάρκες από τα μονοπάτια των νέων και να μάθουν για τα ναρκωτικά πριν «πάθουν» και να δώσουμε ιδιαίτερη σημασία και έμφαση στη πρόληψη που η καλύτερη μορφή της επιτυγχάνεται με τη καλλιέργεια αρχών και αξιών που οδηγούν σε θετικές στάσεις απέναντι στη ζωή και τον άνθρωπο.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Μητρόπουλος, Γ.Π., *Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπισή τους. Θεσσαλονίκη 1997*

Στεφανής, Ν., *Ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την Κατάσταση των ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα, Αθήνα 2003*

Annette Vester and Erust Buning. , *Κατευθυντήριες Γραμμές Για τα Προγράμματα Μεθαδόνης, Αθήνα 2003*

Schering – Plough, S.A., *SUBUTEX (buprenorphine HCl)*  
*ΓΙΑΤΙ: Ερωτήσεις – Απαντήσεις, Αθήνα 2000*

Γάτος, Η., *Τα ναρκωτικά μάστιγα της εποχής μας, Άμφισσα (Νομός Φωκίδος) 2004*

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

[http// www. Okana. gr.](http://www.Okana.gr)