



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων των καθηγητών και των σπουδαστών
του Τ.Ε.Ι Κρήτης, απέναντι στην χρήση, τον διαχωρισμό και την
αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Επιβλέπων καθηγητής: Βάντσης Δημήτριος

Συντάκτριες εργασίας: Πάνου Σοφία
Σουλιώτη Ιωάννα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

Ζήτησα από το Θεό ΔΥΝΑΜΗ και μου έδωσε ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ για να με κάνει ΔΥΝΑΤΟ.

Ζήτησα ΣΟΦΙΑ και μου έδωσε ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ για να επιλύσω.

Ζήτησα ΕΥΗΜΕΡΙΑ και μου έδωσε ΜΥΑΛΟ και ΜΥΣ για να εργαστώ.

Ζήτησα να ΠΕΤΑΞΩ και μου έδωσε ΕΜΠΟΔΙΑ για να τα υπερβώ.

Ζήτησα ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΙΣ και μου έδωσε ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ και ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ.

Ζήτησα ΑΓΑΠΗ και μου έδωσε πρόσωπα με προβλήματα για να τα ΒΟΗΘΗΣΩ...

Δεν ΕΛΑΒΑ τίποτα από όσα ΖΗΤΗΣΑ, έλαβα όμως όλα όσα είχα ΑΝΑΓΚΗ.

Ζήσε ΑΦΟΒΑ, αντιμετώπισε όλες τις ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ και απόδειξε ότι μπορείς να τις

ΥΠΕΡΒΕΙΣ...

*Πάνω απ' όλα όμως μη γίνεις ΕΜΠΟΔΙΟ για τους άλλους να αντιμετωπίσουν τα δικά τους
προβλήματα*

{Απόσπασμα από Βίους Αγίων}

Αφιερωμένη σε αυτούς που απέκτησαν

την αρετή της υπομονής...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής πολλοί άνθρωποι και με πολλούς τρόπους συνέβαλαν. Αρχικά θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειες μας για την αμέριστη συμπαράσταση και την ηθική τους υποστήριξη καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας. Επίσης ένα θερμό ευχαριστώ οφείλουμε σε όλους τους καθηγητές του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας για τις πολύτιμες γνώσεις που όλα αυτά τα χρόνια έδωσαν στους συμφοιτητές μας και σε εμάς, αλλά κυρίως για την συνεχή προσπάθεια τους να μας μεταδώσουν την αγάπη τους για την Κοινωνική Εργασία και τον σεβασμό στον άνθρωπο.

Ιδιαίτερα όμως θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον επιβλέποντα καθηγητή της πτυχιακής μας εργασίας, κο Βάντση Δημήτριο, τόσο για τις εποικοδομητικές του υποδείξεις, τις συμβουλές και τις χρήσιμες παρατηρήσεις, όσο για την ενθάρρυνση και την στήριξη στην προσπάθεια αυτή.

Τελειώνοντας, θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που μας στήριξαν και στάθηκαν στο πλευρό μας.

Ιωάννα, Σοφία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος Εργασίας: Διερεύνηση στάσεων και αντιλήψεων των καθηγητών και των σπουδαστών του Τ.Ε.Ι Κρήτης, απέναντι στην χρήση, τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Των: Πάνου Σοφία, Σουλιώτη Ιωάννα

Υπό την επίβλεψη: Βάντση Δημήτριου

Ημερομηνία: Μάιος, 2010

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα οξύ κοινωνικό πρόβλημα, με ποικίλες προεκτάσεις. Η εμπορία και η χρήση ναρκωτικών εμφανίζουν ραγδαία αύξηση, με την κοινωνία και την πολιτεία, ανήμπορες να αντιδράσουν. Παρουσιάζεται η ισχύουσα νομοθεσία και οι πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην προοπτικής της υιοθέτησης μιας φιλελεύθερης πολιτικής και ελαστικότερης νομοθεσίας για τους χρήστες.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση των στάσεων σχετικά με την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών, δηλαδή να διερευνηθεί το προφίλ των ατόμων που είναι υπέρ της αποποινικοποίησης και εκείνων που είναι κατά.

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από: α) κλειστές ερωτήσεις ή ερωτήσεις με καθορισμένες απαντήσεις, β) ανοιχτές ερωτήσεις και γ) ερωτήσεις με διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις. Η έρευνα είχε ως στόχο την μέτρηση στάσεων, οι οποίες αποδόθηκαν μέσω της δημιουργίας και χρήσης της κλίμακας Likert. Στην έρευνα συμμετείχαν 275 σπουδαστές όλων των τμημάτων του Τ.Ε.Ι Κρήτης και 14 καθηγητές από το μόνιμο διδακτικό προσωπικό του Τ.Ε.Ι.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φοιτητών ήταν αρνητικοί, (45,2 %) στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα, ο τόπος γέννησης, διαμονής των φοιτητών, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η πολιτική ιδεολογία δεν επηρεάζουν την άποψη τους στην προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Συμπερασματικά, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσο υψηλότερο είναι το εισόδημα των φοιτητών, τόσο μεγαλύτερη η υποστήριξη για τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών. Επιπλέον ότι οι άνδρες συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό με τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (33.3%) έναντι των γυναικών οι οποίες διαπιστώθηκε ότι δεν συμφωνούν.

Λέξεις κλειδιά: Αποποινικοποίηση, διαχωρισμός, εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά αντιλήψεις, στάσεις, παράγοντες.

SUMMARY

TITLE OF WORK: Examination of attitude and comprehension from the professors and students in T.E.I of Crete, crosswise the use, disjunction and the dipenalization from depentable drugs.

FROM: Panou Sofia, Soulioti Joanna

UNDER THE SUPERVISION: Vantsis Dimitrios

DATE: MAI, 2010

The use of depentable drugs constitutes an intence social problem, with diversity extensions. The commerce and the use of drugs appears a pelting augmentation, with the society and the state beeing unable to react. It is presented the present legislation and the possible factors who contribute at the creation of attitudes towards to the prospects to the adoption of a more liberal politics and more flexible legislation for the users.

The purpose of the present research was to investigate the factors who contribute to the creation of attitudes towards the dipenalization from dependable drugs, that is to investigate the profile of the people who are pro the dipenalization and those who are con.

The tool that was used for the research was the questionery, which was consisted of : a)unopened questions or question with assessed answers. b) barefaced questions and c)questions with gradated range answers. The investigation has the aim the measurement of attitude, wich are attach through the creation and use the Likert scale. At the examination took part 275 students from all the departments of T.E.I Crete and 14 teachers from the permanent didactical staff in T.E.I Crete.

The majority of participant students were negative (42.5%) at the anticipation of disjunction and dipenalization of drugs in Greece. Furthermore , the place of birth, residence of students, the cultural level from the parents and the politic ideology does not effect their aspect at the anticipation of disjunction and dipenalization of drugs in Greece. Conclusivly , from the investigation is discovered that as high the income of the students is as great is the support for the disjunction and dipenalization of drugs. In addition , men agree in a higher level about the disjunction and dipenalization of drugs in Greece (33%) than women where is doscovered that they do not agree.

Keywords: Dipenalization, disjunction, depentable drugs, drugs, apprehension, attitudes, factors.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη	4
Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1^ο: Εξαρτησιογόνες ουσίες	
1.1 Γενικές έννοιες-Ορισμοί.....	10
1.2 Ιστορική εξέλιξη των εξαρτησιογόνων ουσιών	14
1.3 Κατηγορίες και είδη ουσιών.....	17
1.3.1 Ψευδαισθησιογόνα -Παραισθησιογόνα	18
1.3.2 Διεργετικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	20
1.3.3 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	22
1.3.4 Εισπνεόμενες ουσίες	23
1.3.5 Οπιοειδείς ουσίες	25
1.3.6 Ηχητικά ναρκωτικά	28
1.4 Αίτια που οδηγούν στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.....	28
1.5 Συνέπειες από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών για τον χρήστη και την κοινωνία	31
Κεφάλαιο 2^ο: Πρόληψη-Θεραπεία	
2.1 Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε Ελλάδα και Ευρώπη	35
2.2 Πρόληψη: Φορείς, στόχοι στην Ελλάδα.....	41
2.3 Θεραπεία: Ανοιχτά και κλειστά θεραπευτικά προγράμματα	50
2.4 Αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης και θεραπείας	60
Κεφάλαιο 3^ο: Διαχωρισμός και αποποινικοποίηση εξαρτησιογόνων ουσιών	
3.1 Η έννοια της αποποινικοποίησης	65
3.1.1 Θέσεις για την αποποινικοποίηση	66
3.2 Ισχύουσα Ελληνική νομοθεσία. Εφαρμογή-Αποτελεσματικότητα.....	67
3.3 Πολιτικές θέσεις στο Ελληνικό κοινοβούλιο	78
3.4 Ισχύουσα νομοθεσία σε χώρες της Ε.Ε-Ολλανδικό μοντέλο	82

Κεφάλαιο 4^ο: Διαμόρφωση στάσεων σχετικά με τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών	
4.1 Βασικές έννοιες-Ορισμοί.....	92
4.2 Διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην χρήση ουσιών.....	95
4.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση στάσεων σχετικά με τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση.....	103
4.4 Στάσεις χρηστών και μη, απέναντι στον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών.....	112
Κεφάλαιο 5^ο: Μεθοδολογία έρευνας	116
Κεφάλαιο 6^ο: Αποτελέσματα έρευνας	
6.1 Ερευνητικά ευρήματα	121
6.2 Έλεγχος υποθέσεων	142
Κεφάλαιο 7^ο: Περιορισμοί-Συμπεράσματα-Προτάσεις	
7.1 Περιορισμοί/ Δυσκολίες που προέκυψαν.....	158
7.2 Συμπεράσματα.....	159
7.3 Προτάσεις	165
Αρκτικόλεξα	167
Βιβλιογραφία	169
Παραρτήματα	
Παράρτημα I	
Πίνακες φορέων πρόληψης και θεραπευτικών προγραμμάτων/ μονάδων για τα ναρκωτικά	176
Παράρτημα II	
Στοιχεία καταδικών και θανάτων για τα ναρκωτικά.....	185
Παράρτημα III	
Νόμοι: 1729/1987και 2161/1993	190
Παράρτημα IV	
Ερωτηματολόγια.....	222
Παράρτημα V	
Γραφήματα.....	237

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση των ναρκωτικών είναι τόσο παλιά όσο και η ιστορία της ανθρωπότητας. Η χρήση βοτάνων ήταν διαδομένη στο ανθρώπινο γένος, καθώς ο άνθρωπος πάντοτε προσπαθούσε να μεταβάλλει την ψυχική του διάθεση, χρησιμοποιώντας κάθε μέσο.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα και παρουσιάζει ραγδαία εξάπλωση τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων ανθρώπων. Η εμπορία και η χρήση ναρκωτικών ουσιών φαίνεται να λαμβάνει τρομακτικές διαστάσεις όσο περνούν τα χρόνια, ενώ η κοινωνία όσο και η πολιτεία εμφανίζονται αμήχανες στην καταπολέμηση του φαινομένου. Η πολιτική της πολιτείας για την καταπολέμηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, σήμερα πλέον δείχνει να περνάει από μια περίοδο στιγματισμού και καταστολής σε μια νέα φάση που χαρακτηρίζεται από πιο προοδευτική αντίληψη για τη μεταχείριση του χρήστη, ως ασθενή. Ωστόσο μέσα από μια πρώτη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι τα μέτρα που έχουν ληφθεί για την πρόληψη και την καταπολέμηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα έχουν ελάχιστη αποτελεσματικότητα.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει το πρόβλημα των ναρκωτικών, μέσα από το πρίσμα της κοινωνίας και νόμου, αλλά και διερευνήσει και τους παράγοντες εκείνους που συμβάλουν στην διαμόρφωση στάσεων σε σχέση με την υιοθέτηση ή μη φιλελεύθερων και προοδευτικών πολιτικών. Ειδικότερα με την πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει έξι κεφάλαια και κινείται στους εξής άξονες: - Κεφάλαιο Πρώτο-: Γίνεται μια σύντομη, αλλά περιεκτική αναφορά των ορισμών και των εννοιών που θα αναφέρονται στην συνέχεια της εργασίας. Έπειτα παρατίθεται μια ιστορική αναδρομή της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι βασικότερες κατηγορίες και τα είδη των εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και τα αίτια- συνέπειες από την χρήση.

Στο Δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η σημερινή κατάσταση της χρήση των ναρκωτικών σε Ελλάδα και Ευρώπη. Παρουσιάζονται αναλυτικά οι φορείς- προγράμματα πρόληψης και θεραπείας, καθώς και η αποτελεσματικότητα αυτών.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης και αξιολόγησης του νομοθετικού πλαισίου σε Ελλάδα και Ευρώπη, ενώ παράλληλα παρουσιάζονται οι έννοιες του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναπτύσσονται έννοιες και παρουσιάζονται οι παράγοντες, αλλά και ο τρόπος που συμβάλλουν, στην διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην χρήση ουσιών, τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση.

Το ερευνητικό μέρος συμπεριλαμβάνεται στο πέμπτο και έκτο κεφάλαιο της εργασίας και απαρτίζεται από τη μεθοδολογία της έρευνας και τα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, την διαδικασία χορήγησης του ερωτηματολογίου, το δείγμα της έρευνας, τις υποθέσεις εργασίας και τέλος την στατιστική ανάλυση της έρευνας.

Στο έβδομο κεφάλαιο ακολουθούν οι περιορισμοί της έρευνας, δυσκολίες που ανέκυψαν από αυτήν, τα συμπεράσματα καθώς και οι προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1.1 Γενικές έννοιες-Ορισμοί

Ξεκινώντας την συγγραφή της εργασίας μας θεωρούμε σημαντικό και αρκετά χρήσιμο να δώσουμε μερικούς ορισμούς σχετικά με το αντικείμενο του θέματος, ώστε να είναι και περισσότερο δυνατή η κατανόηση του κειμένου που θα ακολουθήσει. Οι ορισμοί που δίνονται έχουν επιλεγεί ως οι πιο αντιπροσωπευτικοί από την υπό μελέτη βιβλιογραφία. Με τους όρους:

- Εξαρτησιογόνες ουσίες, ή ναρκωτικά «νοούνται, ουσίες με διαφορετική χημική δομή και δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), από διεγερτική μέχρι και κατασταλτική, αλλά με κοινό γνώρισμα την ιδιότητα να μεταβάλλουν την θυμική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση, διαφορετικής φύσης, ψυχική ή φυσική και ποικίλου βαθμού». (Κουτσελίνη, 2002:3)

Σύμφωνα με τον Κουτσελίνη και Μαρσέλο (2002), ο μονολεκτικός όρος “ναρκωτικά” αποτελεί τον συνηθέστερο που χρησιμοποιείται, υπονοώντας το σύνολο των φαρμάκων που προκαλούν εξάρτηση. Ωστόσο δεν είναι δόκιμος για όλες τις ουσίες, καθώς δεν περιλαμβάνει τις ενώσεις με διεγερτική δράση. Στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ), προτάθηκε και υιοθετήθηκε διεθνώς ο όρος “Φάρμακα που προκαλούν εξάρτηση”.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε νόμιμες και σε παράνομες:

- «Νόμιμες είναι αυτές που χρησιμοποιούνται ελεύθερα, όπως το αλκοόλ, ο καπνός, ο καφές και τα διάφορα φάρμακα που δίνονται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών. Οι ουσίες αυτές, εάν δεν χρησιμοποιηθούν σωστά μπορούν να βλάψουν ή και να καταστρέψουν την υγεία.

Ενώ παράνομες είναι οι ουσίες που η χρησιμοποίησή τους είναι απαγορευμένη από την ισχύουσα νομοθεσία». (Cancrini, χχ: 138). Δηλαδή ουσίες που καλλιεργούνται ή κατασκευάζονται, εισάγονται και πωλούνται παράνομα, όπως το χασίς, η ηρωίνη, η κοκαΐνη, το κρακ, το LSD κ.α (Βλέπε & 1.3)

- Ο όρος εξάρτηση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, στη ψυχική και σωματική ή φυσική . «Η ψυχική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από τη διάθεση για την συνέχιση της λήψης του φαρμάκου, προκειμένου να αναπαραχθεί κάποια "ευχάριστη" διέγερση του θυμικού. Η σωματική (ή φυσική) εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας προσαρμοστικής κατάστασης στην λήψη ενός φαρμάκου και εκδηλώνεται με έντονες σωματικές διαταραχές, όταν η χορήγηση αυτή διακοπεί».(Κουτσελίνης, 2002:4)
- Σύνδρομο αποστέρησης ή αποχής, «νοούνται οι διαταραχές που εκδηλώνονται με ιδιαίτερα συμπτώματα ψυχικής και σωματικής φύσης, χαρακτηριστικά για κάθε τύπο φαρμάκου. Η κατάσταση αυτή υποχωρεί, όταν χορηγηθεί και πάλι η ίδια ουσία ή άλλη παρόμοιας φαρμακολογικής δράσης».(Κουτσελίνης, 2002:4)
- Εθισμός σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ, είναι «κατάσταση περιοδικής ή χρόνιας δηλητηρίασης που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ουσίας. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική επιθυμία ανεύρεσης και λήψης της ουσίας αυτής με κάθε τρόπο, συνεχή αύξηση της δόσης, ψυχική εξάρτηση και καταστροφική δράση της ουσίας στο συγκεκριμένο άτομο και φυσικά στο κοινωνικό σύνολο». (Μαυρέας και Βενετσάνος, 1994, στο Παπακωνσταντής 2006).

Σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (1995), εθισμός (συνήθεια), «σημαίνει ένα είδος υποχρεωτικής συμπεριφοράς με ταυτόχρονη αδυναμία της προσωπικότητας να ελέγξει ή να κατευθύνει τη συμπεριφορά αυτή. Στην περίπτωση που η "συνήθεια" αναπτύσσεται πάνω στο έδαφος ψυχολογικών κενών που "καλύπτονται" από αυτή, τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης εξάρτησης είναι μεγάλος. Με αυτή την έννοια, ο εθισμός θεωρείται πρόδρομος της εξάρτησης που χαρακτηρίζεται από διαταραχή ολόκληρης της προσωπικότητας, όσο και διαταραχή αυτής της σχέσης με το περιβάλλον». (Παπαγεωργίου, 1995:9).

- «Ανοχή νοείται η προσαρμοστική κατάσταση του οργανισμού σε μια χημική ουσία, με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται στις συνηθισμένες ποσότητες φαρμακευτικών δόσεων, απαιτώντας την συνεχόμενη αύξηση για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος» (Κουτσελίνης, 2002:4).
- «Χρήση θεωρείται η χρησιμοποίηση κάποιας ουσίας με σκοπό την αξιοποίηση των ιδιοτήτων της για την καλύτερευση της υγείας ή γενικότερα της ψυχοσωματικής κατάστασης του ατόμου» (Λιάππας, 1992:17).
- «Κατάχρηση θεωρείται η χρήση κάποιας ουσίας με τρόπο που αποκλίνει από τον γενικά αποδεκτό και έρχεται σε αντίθεση με τον σκοπό για τον οποίο κατασκευάστηκε. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται είτε από τη συνεχή χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι ο χρήστης γνωρίζει ότι η συμπεριφορά αυτή προκαλεί προβλήματα στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ψυχολογικό ή σωματικό τομέα, είτε από την εμφάνιση αυτής της συμπεριφοράς κάτω από συνθήκες όπου θα μπορούσε να επιφέρει ιδιαίτερα βλαπτικά αποτελέσματα» (Λιάππας, 1992:18).

- «Ο όρος τοξικομανία υποδηλώνει την κλινική έκφραση της αναπτυχθείσης εξάρτησης σε μια ουσία. Ενώ ο όρος τοξικομανής προσδιορίζει το άτομο που έχει αναπτύξει εξάρτηση, ανεξαρτήτου βαθμού» (Κουτσελίνης, 2002:4).

Ο Κουτσελίνης επίσης αναφέρει ότι στην αμερικάνικη βιβλιογραφία οι τοξικομανείς διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες σύμφωνα με τον βαθμό συχνότητας της χρήσης ουσιών.

- I. «Όσοι έχουν κάνει χρήση ουσιών μία φορά ή μερικές μόνο, τελειώς συμπτωματικά.
 - II. Όσοι κάνουν χρήση ουσιών συχνά και συστηματικά (π.χ Σαββατοκύριακα), για τρεις τουλάχιστον μήνες.
 - III. Όσοι κάνουν χρήση ουσιών συχνά και τακτικά (π.χ κάθε μέρα ή πολλές φορές την εβδομάδα, για πολλούς μήνες).
 - IV. Όσοι έχουν πλέον σαφή στοιχεία τοξικομανίας (π.χ στερητικά φαινόμενα)» (Κουτσελίνης, 2002:20)
- “Σκληρά” και “Μαλακά” ναρκωτικά. Βασικά κριτήρια αυτού του διαχωρισμού υπήρξαν η σωματική εξάρτηση, η τοξικότητα και ο κίνδυνος τοξικοεξάρτησης που χαρακτηρίζουν την κάθε κατηγορία. (Απαιο, 1983:14). Συνήθες φαινόμενο είναι να ονομάζονται “μαλακά ναρκωτικά” τα παράγωγα της κάνναβης και “σκληρά” τα οπιούχα.

Στα υποκεφάλαια που ακολουθούν θα αναφερθούμε στην ιστορική εξέλιξη των ναρκωτικών, σε παγκόσμιο επίπεδο και ειδικότερα στην χώρα μας. Επίσης θα γίνει εκτενής αναφορά στις κατηγορίες και τα είδη των εξαρτησιογόνων ουσιών, στα αίτια που προκαλούν την διάδοση και την ολοένα αυξανόμενη χρήση ουσιών και θα παρουσιαστούν οι συνέπειες αυτής, τόσο για τον χρήστη όσο και για το κοινωνικό σύνολο

1.2 Ιστορική εξέλιξη των εξαρτησιογόνων ουσιών

Η χρήση και διάδοση των εξαρτησιογόνων ουσιών, δεν αποτελεί φαινόμενο του σύγχρονου πολιτισμού. Ο άνθρωπος από την αρχή της ιστορίας του κόσμου, ένιωσε την ανάγκη να επέμβει και να τροποποιήσει τον ψυχικό και συναισθηματικό του κόσμο. Αρκετές ουσίες, κυρίως φυσικές, χρησιμοποιήθηκαν για αιώνες ολόκληρους, σε θεραπευτικές, ιατρικές και κοινωνικές τελετές, από διάφορους λαούς και φυλές στον κόσμο.

Ξεκινώντας μια αναδρομή στον χρόνο, ανακαλύπτουμε ότι οι άνθρωποι γνώριζαν τις ιδιότητες κάποιων ουσιών από 4000 π.Χ. «Συγκεκριμένα οι Σουμέριοι (σημερινοί Ιρακινοί) κατασκεύαζαν φίλτρα και ποτά από τον χυμό της παπαρούνας, για ιατρικούς σκοπούς»(Ζαμπέλης, 1994:14). «Χιλιάδες χρόνια αργότερα (3000 π.Χ), στην Κίνα, χρησιμοποιούσαν το όπιο και το χασίσι, ως παραισθησιογόνο φάρμακο» (Γαρυφαλάκης, 1997:191). Ενώ στην Βόρεια και Νότια Αμερική, οι Ινδιάνοι χρησιμοποιούσαν ψυχεδελικά φυτά που περιέχουν μεσκαλίνη και DMT, για να βιώσουν πνευματικές και θρησκευτικές εμπειρίες. «Το 30 μ.Χ καταγράφεται και η χρησιμοποίηση του αλκοόλ, μέσα από το πρώτο θαύμα του Χριστού, τη μετατροπή του νερού σε κρασί» (Rock, 2001:253). Οι αρχαίοι λαοί εκτιμώντας τις θεραπευτικές ιδιότητες της παπαρούνας, γρήγορα τη διέδωσαν στην Περσία, στην Αίγυπτο, στις Ινδίες και την Ευρώπη.

Η κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών, σύμφωνα με τον Γαρυφαλάκη, άρχισε από την Κίνα, από όπου, τον 14^ο αιώνα ξεκινά η παραγωγή όπιου, για κερδοσκοπικούς λόγους. Την εποχή που το όπιο διαδόθηκε στην Ευρώπη, στην Κίνα άρχισαν να γίνονται γνωστές οι βλαβερές συνέπειες, από την κατάχρηση της ουσίας. Έτσι, πάρα τις

θεραπευτικές ιδιότητες του όπιου, απαγορεύτηκε και η χρήση του τιμωρούταν με ποινή αποκεφαλισμού.

Σταθμοί, της ιστορικής εξέλιξης των εξαρτησιογόνων ουσιών, αποτελέσαν τα παρακάτω γεγονότα:

- 1844 απομονώνεται η κοκαΐνη στην καθαρή μορφή της,
- 1864 παρασκευάζονται τα πρώτα βαρβιτουρικά,
- 1887 παρασκευάζονται οι αμφεταμίνες,
- 1898 παράγεται η ηρωΐνη από την μορφΐνη,
- 1909 απαγορεύεται η εισαγωγή οπίου στις Η.Π.Α,
- 1910 παρασκευάζεται το MDA,
- 1914 θέσπιση του νόμου Harrison στις Η.Π.Α για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης,
- 1919 απαγορεύεται το αλκοόλ στις Η.Π.Α,
- 1919 ίδρυση των πρώτων κλινικών απεξάρτησης από οπιούχα στις Η.Π.Α,
- 1920 ποινικοποίηση της κωκαΐνης στις Η.Π.Α,
- 1924 ποινικοποίηση της κάνναβης στο Η.Β,
- 1933 νομιμοποίηση του αλκοόλ- παύση ποτοαπαγόρευσης,
- 1943 παρασκευάζεται το LSD,
- 1952 εμφάνιση των πρώτων στεροειδών σε Ολυμπιακούς Αγώνες,
- 1964 θεραπεία υποκατάστασης οπιωδών με μεθαδόνη,
- 1965 θεσπίστηκαν νομοθετικοί περιορισμοί στην συνταγογράφηση διαφόρων ουσιών,
- 1966 το LSD γίνεται παράνομο στο Η.Β,
- 1985 το MDMA γίνεται παράνομο στις Η.Π.Α (Λιάππας, 1992) & (Rock, 2001).

Στον ελλαδικό χώρο η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών φαίνεται να είναι γνωστή από την εποχή του Ομήρου και του Ηρόδοτου. Ο Όμηρος στην Οδύσσεια αναφέρεται σε ένα μυστηριώδες φυτό (παπαρούνα), το "νηπενθές". «Νηπενθές τ' άχολόν τε, κακών επίληθον άπάντων» (Ομήρου Οδύσσεια, Δ' 221), όπου όποιος έπινε από το φυτό αυτό, ήταν καθόλη την διάρκεια της ημέρας ευτυχισμένος (Ζαμπέλης, 1994:16). «Ο πατέρας της ιστορίας Ηρόδοτος, αναφέρει για το φυτό της παπαρούνας, ότι χρησιμοποιούταν από τους Σκύθες, στην τελετουργία της ταφής των νεκρών, οι οποίοι έκαιγαν τους σπόρους και μεθούσαν από τους καπνούς» (Γαρυφαλάκης, 1997:190).

Σε όλες βαλκανικές χώρες και κατ' επέκταση στην Ελλάδα οι συνέπειες από την κατάχρηση των ουσιών και του αλκοόλ ήταν φανερές από την δεκαετία του 1920. Στην περίοδο των πολέμων και των φυσικών καταστροφών, παρουσιάστηκε πρόσκαιρη μείωση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Γρήγορα ωστόσο καταγράφεται ανοδική πορεία. Από το 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του '70, οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, αριθμούνταν στους τέσσερις χιλιάδες, στην περιοχή της Αθήνας και των προαστίων. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών, έκανε μόνο χρήση παραγώγων ινδικής κάνναβης, βρισκόταν στην ηλικία των 30-40 και ήταν άτομα του "υποκόσμου". «Τα λεγόμενα "σκληρά" ναρκωτικά που το διάστημα αυτό έκαναν θραύση στις άλλες χώρες, ο τύπος της εποχής σημειώνει ότι «δεν βρήκαν έδαφος στην Ελλάδα»(Εφημερίδα Βήμα, 24/01/1971:9, στο Νέστωρος 2006:2). Το σκηνικό ωστόσο φαίνεται να αλλάζει μέχρι το τέλος της δεκαετίας. «Το δικτατορικό καθεστώς, ο τουρισμός, η επαφή με αλλοδαπούς συμφοιτητές, αμερικανούς στρατιώτες και η ελεύθερη πώληση κωδεϊνούχων στα φαρμακεία συντέλεσαν στην διάδοση των ναρκωτικών την περίοδο αυτή. Το φαινόμενο, τα αμέσως επόμενα χρόνια αρχίζει να παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις, με τους πρώτους επίσημα πέντε, καταγεγραμμένους θανάτους από χρήση ηρωίνης, το 1980» (Νέστωρος 2006:2).

Μέσα στις επόμενες δεκαετίες, το σκηνικό στην Ελλάδα αλλάζει εξολοκλήρου. Τα κρούσματα εξαρτημένων ατόμων από κάθε είδους ουσία, αυξάνονται ραγδαία. Αλλαγές ωστόσο παρατηρούνται και στα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών. Η ηλικία των ατόμων που ξεκινά την χρήση ουσιών, συνεχώς μειώνεται και η χρήση δεν συνδέεται άμεσα με την οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση των εξαρτημένων (ΚΕΘΕΑ, 1995-2002). Η Ελλάδα παύει να είναι μόνο, σταυροδρόμι

εμπορίου των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών και γίνεται ένα ακόμη αυτόνομο κέντρο κατανάλωσης, που η διακίνηση εξαπλώνεται από τις αστικές περιοχές έως και τις πιο απομακρυσμένες επαρχιακές. (Παπακωνσταντής, 2003).

Νομοθετικά, η καταπολέμηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα αρχίζει να αντιμετωπίζεται με το Ν.1729/1987. Το 1983 ξεκινά την λειτουργία της η πρώτη θεραπευτική κοινότητα "Ιθάκη" του ΚΕΘΕΑ στην Θεσσαλονίκη, έχοντας να αντιμετωπίσει μέχρι το 1987 την δυσκαμψία των κρατικών μηχανισμών και την έλλειψη σχετικού νομοθετικού πλαισίου λειτουργίας. (Sugarmann, 1990). Τα αμέσως επόμενα χρόνια δημιουργούνται νέες θεραπευτικές κοινότητες και υπηρεσίες πρόληψης κατά των ναρκωτικών (Βλέπε Κεφ.2).

Σήμερα στην χώρα μας αναπτύσσονται νέα προγράμματα και διαφορετικές στρατηγικές καταπολέμησης των ναρκωτικών, οι οποίες όμως δεν διαφέρουν και πολύ από εκείνες του παρελθόντος. Αγκάθι, παραμένουν οι δυσκίνητοι κρατικοί μηχανισμοί, η απαρχαιωμένη νομοθεσία και η έλλειψη πραγματικού ενδιαφέροντος από τους κρατούντες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της διάδοσης των εξαρτησιογόνων ουσιών.

1.3 Κατηγορίες και είδη εξαρτησιογόνων ουσιών

Η περιγραφή των εξαρτησιογόνων ουσιών, προϋποθέτει την ταξινόμηση τους σε ορισμένες κατηγορίες. «Παρά τις προσπάθειες για διάφορες ταξινομήσεις, περισσότερο χρηστική φαίνεται να είναι εκείνη που διακρίνει και κατηγοριοποιεί τις ουσίες, με βάση την φαρμακολογική τους δράση στον ανθρώπινο οργανισμό» (Κουτσελίνης, 2002:4). Έτσι ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- I. «Ψευδαισθησιογόνα- Παισθησιογόνα

- II. Διεγερτικά του ΚΝΣ
- III. Κατασταλτικά του ΚΝΣ
- IV. Εισπνεόμενες ουσίες
- V. Οπιοειδή» (Κουτσελίνης, 2002:4).

1.3.1 Ψευδαισθησιογόνα- Παισθησιογόνα

«Τα ψευδαισθησιογόνα είναι χημικές ουσίες που προκαλούν διαταραχές στην αντίληψη, στο επίπεδο συνείδησης και στο θυμικό. Προέρχονται από φυσικά προϊόντα ή παράγονται συνθετικά» (Κουτσελίνης, 2002:6). Στην κατηγορία αυτή υπάγονται τα εξής:

- «Μεσκαλίνη,
- LSD,
- ψιλοκυβίνη ή ψιλοσυβίνη και ψιλοσύνη,
- DOM-DOB,
- DMT και DET,
- MDA και MMDA (ecstasy),
- PCP,
- παράγωγα κάνναβης και
- Khat» (Κουτσελίνης, 2002:6).

Τα κυριότερα και πιο δημοφιλή εξ αυτών είναι το LSD, MMDA (Ecstasy), και τα παράγωγα κάνναβης, στα οποία και θα αναφερθούμε αναλυτικότερα.

Το LSD είναι ημισυνθετική ουσία που παράγεται από το λυσεργικό οξύ. Είναι άοσμη, άχρωμη και άγευστη. Κυκλοφορεί στο εμπόριο με πολλές μορφές και δοσολογικά σχήματα. Η ουσία αυτή έχει την δυνατότητα να διεγείρει την φαντασία και προπαντός την οπτική σφαίρα. Προκαλεί πολύχρωμες οπτικές παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, με μετατροπή όλων των αισθητηριακών ερεθισμάτων σε εικόνες, μαζί με τη διαταραχή της ροής του χρόνου και της παραμόρφωσης των πραγματικών αντικειμένων. Η δράση της ουσίας ξεκινά μισή με μιάμιση ώρα μετά την λήψη και

διαρκεί έξι με εννέα ώρες. Η διάρκεια της δράσης είναι απρόβλεπτη και εξαρτάται από την ποσότητα της δόσης, την προσωπικότητα, τη διάθεση του χρήστη αλλά και από το περιβάλλον. Η χρήση του LSD δεν προξενεί εξάρτηση, ωστόσο έχει καταστρεπτική επίδραση στο ΚΝΣ και επηρεάζει την ψυχική υγεία του χρήστη.(Χατζηγεωργίου, 2001)

Το MDA ή MMDA είναι συνθετική ουσία και παράγεται από τη μεθυλενοδιοξυμεθαμφοταμίνη. Ταξινομείται στην κατηγορία των ψευδαισθησιογόνων – παραισθησιογόνων λόγω της χημικής του σύστασης, ωστόσο η χρήση σε μικρές ποσότητες δεν προξενεί παραισθήσεις. Είναι γνωστό ως χάπι “έκσταση” (XCT) ή “ναρκωτικό των κλαμπ”. Κυκλοφορεί κυρίως σε μορφή δισκίων, σε μεγάλη ποικιλία μεγεθών, χρωμάτων και σχημάτων. Η δράση της ουσίας ξεκινά μισή με μία ώρα μετά την λήψη και διαρκεί έξι με οχτώ ώρες. Η χρήση της ουσίας προκαλεί διεγερτικά συμπτώματα και σε μεγάλες δόσεις παραισθήσεις. Παρατηρείται βελτίωση της διάθεσης, ευεξία, μείωση του αισθήματος κόπωσης, διαύγεια σκέψεως, αυξημένη ικανότητα αφομοίωσης και γενικότερα υπερδιέγερση του οργανισμού. Η διάρκεια της δράσης και τα συμπτώματα που προξενούνται εξαρτώνται από την ποσότητα της δόσης. Συνήθης συμπτωματολογία υπερδοσολογίας είναι η μυϊκή ένταση, ναυτία, εφίδρωση, λιποθυμία, θάμπωμα στην όραση, σύγχυση, διαταραχές στον ύπνο κ.α. Η χρήση της ουσίας προκαλεί εξάρτηση και προξενεί μόνιμες βλάβες στον οργανισμό, μη αναστρέψιμες, ακόμη και με διακοπή. (Βούρτση, 2001).

Τα κυριότερα παράγωγα της κάνναβης είναι γνωστά με τις ονομασίες χασίς και μαριχουάνα. Το χασίς αποτελεί την πιο διαδεδομένη και παράνομα διακινούμενη ουσία στον κόσμο. Προέρχεται από τα άνθη του φυτού Cannabis Sativa, που περιέχουν την ουσία ρητίνη. Χρησιμοποιείται από τους χρήστες, με την μορφή καπνού, δια μασήσεων

των ξηρών φύλλων ή με την μορφή τροφής και ροφήματος. Η επίδραση της ουσίας ξεκινά λίγα λεπτά μετά την χρήση και διαρκεί για περίπου τρεις ώρες. Προκαλεί χαλάρωση, ομιλητικότητα, αίσθημα ευφορίας και αυξημένη αντίληψη της μουσικής και των χρωμάτων. Πολλές φορές προξενεί προσωρινό άγχος ή ήπιες παραισθήσεις. Σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει ναυτία, εμετό, λιποθυμία, κατάθλιψη, αύξηση των καρδιακών παλμών και της αρτηριακής πίεσης. Η χρήση χασίς δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση, όμως σε συνδυασμό με καπνό (νικοτίνη) προξενεί σοβαρές βλάβες στο αναπνευστικό σύστημα (Κουτσελίνης, 2002).

Οι ψευδαισθησιογόνες-παραισθησιογόνες ουσίες στο σύνολο τους έχουν κοινή χημική σύσταση, δράση και επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Οι περισσότερες δεν προκαλούν εξάρτηση, όμως η παρατεταμένη χρήση τους έχει καταστρεπτικές συνέπειες και πολλές φορές, μη αναστρέψιμες.

1.3.2 Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

«Στα διεγερτικά του ΚΝΣ υπάγονται διάφορες ουσίες, με ποικίλη χημική δομή και φαρμακολογική δράση, αλλά με κοινό γνώρισμα να προκαλούν, εκτός των άλλων, και διέγερση του ΚΝΣ» (Κουτσελίνης, 2002:33). Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι εξής ουσίες:

- Αμφεταμίνες,
- Ξανθίνες (Καφεΐνη),
- Αλκαλοειδή του ερυθρόξυλου κόκα (κοκαΐνη, κρακ),
- Αναληπτικά,
- Ανορεξιογόνα,
- Ψυχωσεομιμητικά.

Τα κυριότερα και πιο δημοφιλή εξ αυτών είναι οι αμφεταμίνες, ξανθίνες, κοκαΐνη για τα οποία και θα αναφερθούμε αναλυτικότερα.

Οι αμφεταμίνες είναι χημικές ουσίες. Ανήκουν στην κατηγορία των νόμιμων ναρκωτικών και χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Ωστόσο παρασκευάζονται και σε παράνομα εργαστήρια από όπου και διατίθεται για διακίνηση. Κυκλοφορούν σε μορφή σκόνης ή κρυστάλλων (για χρήση από την μύτη-σνιφάρισμα), σε υγρή (για ενδοφλέβια χρήση) και σε στερεή (χάπι) σύσταση. Δρουν στον οργανισμό διεγερτικά, προκαλώντας αυξημένη ενεργητικότητα, διαύγεια σκέψεως και θετική ενίσχυση της ψυχικής διάθεσης. Η συχνή χρήση προκαλεί εξάρτηση και μη αναστρέψιμη εξασθένηση του οργανισμού. «Σε μεγάλες δόσεις εκδηλώνονται συμπτώματα ανησυχίας, αϋπνίας, τρόμου, υπέρτασης, μανίας, αρρυθμίας, σπασμών, καθώς επίσης μπορεί να προκληθεί και θάνατος» (Rock, 2001:81).

Στις ξανθίνες υπάγονται ουσίες όπως η καφεΐνη, η θεοβρωμίνη και η θεοφυλλίνη. Οι ουσίες αυτές είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς και η χρήση τους είναι νόμιμη. Περιέχονται σε διάφορα σκευάσματα και ροφήματα όπως ο καφές, η σοκολάτα, το τσάι, το κακάο. Η καφεΐνη αποτελεί την πιο διαδομένη ουσία και είναι ιδιαίτερα εξαρτησιογόνα. Η δράση της είναι ήπια διεγερτική, προκαλεί εγρήγορση και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. «Σε μεγάλες δόσεις προξενεί ίλιγγο, τρόμο, έντονη διέγερση, ψύξη των άκρων, εμβοές των ωτών και σπασμούς, χωρίς όμως απώλεια των αισθήσεων. Η παύση της λήψης της καφεΐνης μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους και ανησυχία» (Rock, 2001:51-52).

Η κοκαΐνη είναι διεργετική ουσία που βρίσκεται στα φύλλα του ερυθρόξυλου κόκα. Κυκλοφορεί σε μορφή σκόνης και εισπνέεται από την μύτη ή το στόμα, ή γίνεται ενδοφλέβια από υγρή σύσταση. Η δράση της είναι εξαιρετικά διεγερτική, προκαλεί αίσθημα ζωντάνιας, ευεξίας, αίσθημα μυϊκής δύναμης, καταστολή της πείνας, εγρήγορσης, μείωση του αισθήματος της κόπωσης, διαύγεια σκέψεως και ενίσχυση της

ψυχικής διάθεσης. Η καθημερινή χρήση προξενεί εξάρτηση και συμπτώματα φόβου, ναυτίας, σπασμών, υπερκινητικότητας, ταχυπαλμίες, παράλυσης μυών, κατάργηση αντανακλαστικών, απώλεια συνείδησης και συχνά οι χρήστες οδηγούνται στον θάνατο. Η δράση της ουσίας ξεκινά μισή ώρα μετά την λήψη και διαρκεί για έξι ως οχτώ ώρες, ανάλογα με την ποσότητα της δόσης, τον χρήστη και την ενέργεια που καταναλώνει. Η κοκαΐνη είναι το ακριβότερο παράνομο ναρκωτικό που κυκλοφορεί και αποτελεί την αγαπημένη ουσία κατανάλωσης των εύπορων χρηστών. Παρά τις υψηλές τιμές πώλησης η κοκαΐνη είναι ένα από τα δημοφιλέστερα σκληρά ναρκωτικά. (Μαρσέλος, 1986). «Η ραγδαία αύξηση της χρήσης της κοκαΐνης την δεκαετία του '80 στην Αμερική, τη χαρακτήρισε ως τη δεκαετία της κοκαΐνης. Η υψηλή τιμή της, την κατέστησε δυσπρόσιτη και δυσεύρετη μεταξύ των ασθενέστερων οικονομικά χρηστών. Έτσι δημιουργήθηκε μιας νέας μορφής κοκαΐνης, γνωστή με το όνομα crack, η οποία είναι κατά πολύ φθηνότερη και εξαιρετικά προσιτή» (Κουτσελίνης, 2002:50). Το crack έχει παρόμοια δράση και χαρακτηριστικά με εκείνα της κοκαΐνης.

Η συχνή χρήση των διεγερτικών μπορεί να προκαλέσει σωματική εξάρτηση, η οποία δεν είναι ωστόσο πολύ συνηθισμένη. Προκαλούν σύνδρομο στέρησης, ανοχή και ψυχική εξάρτηση η οποία είναι και η σοβαρότερη. Η κατάχρηση των αμφιταμινών και της κοκαΐνης συνδέεται με την ύπαρξη μεγάλης ποικιλίας ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, όπως κρίσεις πανικού, παραληρητική διαταραχή και έντονα επιθετική συμπεριφορά.

1.3.3 Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Στα κατασταλτικά του ΚΝΣ υπάγονται ουσίες με διαφορετική σύσταση, αλλά με κοινή δραστική ιδιότητα, την καταστολή του νευρικού συστήματος. Κυριότερα εξ αυτών

είναι το οινόπνευμα, τα υπνωτικά (βαρβιτουρικά), τα αγχολυτικά (βενζοδιαζεπίνες) και οι αντισταμινικές ουσίες. Κοινό χαρακτηριστικό αυτών είναι η ιδιότητα να προκαλούν ηρεμία, υπνηλία, αίσθημα χαλάρωσης, έλλειψη αναστολών και απώλεια του ελέγχου της συμπεριφοράς. Τα κατασταλτικά του ΚΝΣ είναι νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες, που διακινούνται ελεύθερα στο εμπόριο, ή χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της αϋπνίας ή του άγχους σε άτομα που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν αποτελεσματικά, το καθημερινό στρες.

Η χρήση κατασταλτικών προκαλεί εξάρτηση, σωματική και ψυχολογική. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από την στέρηση είναι άγχος, έντονη αϋπνία, ναυτία ή εμετοί, αδυναμία, ταχυκαρδία, εφίδρωση χεριών, τρόμος βλεφάρων, επιληπτικοί σπασμοί και υπόταση. Ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών ποικίλει από δύο έως έξι ημέρες ανάλογα με την ουσία. Επίσης ο χρήστης κατασταλτικών μπορεί να παρουσιάσει στερητικό παραλήρημα. Το οποίο χαρακτηρίζεται από μείωση του επιπέδου συνειδήσεως του ατόμου, διαταραχή του προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παρερμηνείες και δυσκολία στη συγκέντρωση και την προσοχή. Η αποστέρηση, οπότε, πρέπει να γίνεται βαθμιαία και υπό ιατρική παρακολούθηση. Η ταυτόχρονη χρήση οινόπνευματος και άλλα καταπραϋντικά, ενέχει τον κίνδυνο να υπερενεργήσουν τα κατασταλτικά, να επιβραδύνουν τους ρυθμούς λειτουργίας του οργανισμού και της καρδιάς σε σημείο που να σταματήσουν τα πάντα και επέλθει ο θάνατος (Gossop και Grant , 1990:3-4).

1.3.4 Εισπνεόμενες ουσίες

Με τον όρο "εισπνεόμενες ουσίες", νοούνται «οι πτητικές εκείνες ουσίες, οι ατμίες των οποίων εισπνέονται προκειμένου να προκαλέσουν μεταβολή της θυμικής

καταστάσεως του ατόμου» (Κουτσελίνης, 2002:73). Οι ουσίες αυτές αναφέρονται με τον συγκεκριμένο όρο, καθώς δεν έχουν κοινή φαρμακευτική δράση και το μόνο κοινό χαρακτηριστικό τους, είναι ότι λαμβάνονται μόνο μέσω της εισπνοής και με κανέναν άλλο τρόπο. Οι εισπνεόμενες ουσίες διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

- Πτητικοί διαλύτες: Υγρά τα οποία εξατμίζονται σε θερμοκρασία δωματίου. Περιέχονται σε διαλυτικά χρωμάτων, υγρά καθαρισμού, κόλλες κ.λ.π
- Αερολύματα: Προϊόντα που περιέχουν προωθητικές ουσίες (π.χ freon), εντομοκτόνα, φυτικά έλαια κ.λ.π
- Αέρια : Αναισθητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην βιομηχανία και στο οικιακό περιβάλλον. Όπως ο αιθέρας, το χλωροφόρμιο, βουτάνιο, υποξείδιο του αζώτου κ.λ.π
- Νιτρώδη (INH): Τα νιτρώδη χρησιμοποιούνται στο οικιακό περιβάλλον με την μορφή αποσμητικών χώρων, αλλά και στη θεραπευτική για την αντιμετώπιση κρίσεων στηθάγχης. Στην παράνομη αγορά κυκλοφορούν φύσιγγες νιτρώδους αμυλίου και είναι γνωστές με τα ονόματα «poppers» ή «snappers» (Κουτσελίνης, 2002:74).

Οι εισπνεόμενες ουσίες και ιδιαίτερα τα νιτρώδη επιδρούν άμεσα στο ΚΝΣ και προκαλούν διαταραχές στο λόγο, ευφορία, ζάλη, άρση των αναστολών, ασυγχρονισμός των κινήσεων, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Η δράση των ουσιών αυτών διαρκεί για λίγα λεπτά και η μακροχρόνια χρήση προξενεί εξάρτηση. Σε μεγάλες δόσεις, ο χρήστης εμφανίζει ταχυκαρδία, εμετό, ζάλη, ανεπάρκεια της καρδιακής λειτουργίας, σοβαρές βλάβες σε συκώτι και νεφρά. Επίσης η παρατεταμένη χρήση μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο.

Οι εισπνεόμενες ουσίες, στο σύνολο τους κυκλοφορούν νόμιμα στο εμπόριο με την μορφή διαφόρων σκευασμάτων ή υγρών. Είναι δε ιδιαίτερα δημοφιλής η χρήση,

μεταξύ των νεαρών ατόμων της εφηβικής ηλικίας εξαιτίας του χαμηλού της αγοραστικής αξίας (Rock, 2001:113-115).

1.3.5 Οπιοειδείς ουσίες

Το όπιο είναι χυμός που παράγεται από το χάραγμα της χλωρής κάψουλας της παπαρούνας *Papaver somniferum*. Αρχικά το χρώμα του χυμού είναι άσπρο και γαλακτώδη, ενώ στην συνέχεια γίνεται καφετί με χαρακτηριστική μυρωδιά και υπόπικρη γεύση. (Λιάππας, 1991:91). Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενη υποενότητα, η χρήση οπίου και οι ιατρικές του ιδιότητες ήταν γνωστές από την αρχαιότητα. «Οι οπιοειδής ουσίες διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Φυσικά αλκαλοειδή του οπίου (μορφίνη, κωδεΐνη, παπαβερίνη, θηβαΐνη),
- Ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (ηρωΐνη, υδρομορφίνη, οξυκωδόνη),
- Συνθετικά παράγωγα του οπίου (μεθαδόνη, προποξυφαΐνη, μεπεριδΐνη, πενταζοκΐνη)» (Λιάππας, 1991:92-93).

Η μορφΐνη είναι από τα πιο δραστικά αλκαλοειδή του οπίου και αποτελεσματικά παυσίπονα φάρμακα. Ο συνήθης τρόπος χρήσης είναι με ένεσιμη μορφή και έχει κατασταλτική δράση. Το άτομο που κάνει χρήση μορφΐνης κατέχεται από αίσθημα ευφορίας, ευεξίας, ηρεμίας και μακαριότητας. Η χρήση με υψηλές δόσεις προκαλεί επιβράνδυση της σκέψης, άμβλυνση του συναισθήματος, διέγερση, σπασμούς, υπνηλία. Όπως επίσης συχνή είναι η κωματώδης κατάσταση, που μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο εξαιτίας της γενικευμένης εγκεφαλικής καταστολής. (Jaffe και Martin 1975 στο Λιάππας, 1991).

Η ηρωΐνη παράγεται με τροποποίηση της χημικής δομής της μορφΐνης και η φαρμακολογική της δράση είναι δέκα φορές πιο ισχυρή από την μορφΐνη. Λαμβάνεται

είτε ενδοφλεβίως είτε από την ρινική ή πνευμονική οδό. Η επίδρασή της είναι κυρίως κατασταλτική και διαρκεί από έξι έως δώδεκα ώρες. Το άτομο αισθάνεται ότι έχει πνευματική διαύγεια και κυριαρχείται από αισθήματα μακαριότητας και ευδαιμονίας. Μετά την κατάσταση αυτή ακολουθεί αποχαύνωση, αδιαφορία, αδράνεια και τέλος νάρκωση. Ο ηρωινομανής χαρακτηρίζεται από γενική και σωματική κατάπτωση. Το στερητικό σύνδρομο των διαφόρων οπιοειδών είναι παρόμοιο, όμως διαφέρει η έναρξη, η διάρκεια και η ένταση. Όταν το άτομο διακόψει απότομα τη μορφίνη ή την ηρωίνη μπορεί να εμφανίσει άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, φτέρνισμα, σιελόρροια, ρινόρροια, ιδρώτες, ρίγος, τρόμο, ναυτία, αύξηση βρογχικών εκκρίσεων, υπερκινητικότητα του εντέρου, διάρροια, πόνοι στην κοιλιά, διακυμάνσεις του καρδιακού ρυθμού της πίεσης και της θερμοκρασίας, αφυδάτωση, διέγερση του Κ.Ν.Σ. και αϋπνία. Τα συμπτώματα κορυφώνονται με χρόνια χρήση της ουσίας και η διακοπή της προκαλεί γενική επιβάρυνση της υγείας του ατόμου. Τα συχνότερα παρατηρούμενα φαινόμενα είναι μολύνσεις (θρομβοφλεβίτιδες, υποδόριες σκληρύνσεις, αποστήματα, σηψαιμία), ηπατίτιδα, πνευμονικές λοιμώξεις. Ακόμη η ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης είναι στενά συνδεδεμένη με τον ιό του AIDS. Η χρόνια χρήση επίσης προκαλεί μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ανικανότητα και δυσκολία εκσπερμάτωσης στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες εμφανίζεται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, αμηνόρροια, στειρότητα και αποβολές του κνήματος. Πέρα από την συμπτωματολογία της σωματικής εξάρτησης, κυριότερη δυσκολία για την διακοπή της ηρωίνης αποτελεί η ψυχολογική εξάρτηση. (Arnao, 1995).

Η μεθαδόνη είναι συνθετικό παράγωγο του οπίου και λαμβάνεται κυρίως δια της στοματικής οδού με την μορφή χαπιού. «Η μακροχρόνια χρήση προκαλεί σωματική και

ψυχική εξάρτηση παρόμοια με εκείνη της μορφίνης και της ηρωίνης. Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο για την «θεραπεία» της εξάρτησης από την ηρωίνη» (Λιάππας, 1991:92-93).

Οι οπιοειδείς ουσίες δημιουργήθηκαν για θεραπευτικούς σκοπούς και περιέχονται σε διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία χορηγούνται μόνο κατόπιν ειδικής ιατρικής συνταγής. Ωστόσο αρκετές από τις οπιοειδείς ουσίες κυκλοφορούν παράνομα στο εμπόριο με μη ελεγχόμενη σύσταση, αυξάνοντας τα ποσοστά τοξικοεξάρτησης αλλά και τις πιθανότητες θνησιμότητας των χρηστών.

1.3.6 Ηχητικά ναρκωτικά

Τα λεγόμενα ηχητικά ναρκωτικά αποτελούν ένα νέο είδος ναρκωτικού που δημιουργήθηκε μόλις, στο 21^ο αιώνα. Ονομάζεται iDoser και η κατασκευή και διακίνησή του γίνεται μέσω διαδικτύου. Η νέα εθιστική ουσία διαφέρει κατά πολύ από τα κοινά ναρκωτικά, καθώς η λήψη της είναι καθαρά ακουστική και κυκλοφορεί σε αρχεία ψηφιακού τύπου. Οι χρήστες των συγκεκριμένων αρχείων μπορούν να τα κατεβάσουν από το διαδίκτυο, καθώς υπάρχουν αρκετές ιστοσελίδες που τα προωθούν. Με ένα απλό “κατέβασμα” των αρχείων και με τη βοήθεια ειδικού προγράμματος που διανέμεται ελεύθερα στο διαδίκτυο, αποσυμπιέζονται και είναι έτοιμα για τη χρήση. Κυκλοφορούν σε ψηφιακά αρχεία τα οποία μέσω ειδικής επεξεργασίας ενσωματώνονται στα γνωστά μουσικά αρχεία .mp3 και πωλούνται με την επέκταση .drg. Τα υποηχητικά κύματα, έχουν συχνότητα μεταξύ 3 και 30 Hz και προκαλούν αντιδράσεις, όπως λήθαργο (κύματα θήτα, 4 έως 7 Hz), χαλάρωση (κύματα άλφα, 7 έως 13 Hz) και υπερδιέγερση (κύματα β, 13 έως 60 Hz). Η επίδραση της χρήση είναι εξαιρετικά επικίνδυνη καθώς ο “ήχος” ενεργεί απευθείας στον εγκέφαλο. Η χρήση είναι ιδιαίτερα διαδομένη μεταξύ των

εφήβων, ωστόσο ακόμη, δεν έχουν διαπιστωθεί οι πιθανοί κίνδυνοι για την υγεία (Ραυτοπούλου, 2008).

1.4 Αίτια που οδηγούν στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών

Η αιτιολογία της ουσιοεξάρτησης δεν αποτελεί μια απλή ερμηνεία, αν και κατά καιρούς διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες με διαφορετικούς προσανατολισμούς. Οι βασικότερες ήταν εκείνες που έδιναν έμφαση στους γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, απορρίπτοντας τις εκδοχές των άλλων θεωριών. Οι προσεγγίσεις αυτές βοήθησαν στην κατανόηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης, όμως δεν είχαν την δυνατότητα να το προσεγγίσουν. Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση αυτή έχει μεταβληθεί και το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης ερμηνεύεται και προσεγγίζεται πολυπαραγοντικά, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δεδομένα από όλους τους τομείς (Γεώργακας, 2002:15). «Ο δρόμος που οδηγεί στην κατάχρηση ουσιών είναι μια μακροχρόνια δυναμική διαδικασία, αρκετά εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη» (Λιάππας, 1991:23). Πριν ωστόσο αναφερθούμε αναλυτικότερα στα αίτια της ουσιοεξάρτησης, θα αναπτύξουμε τους λόγους που προτρέπουν την χρήση ουσιών. «Οι λόγοι αυτοί αντιστοιχούν σε τέσσερα πρότυπα συμπεριφοράς:

- I. Πειραματική χρήση: Αιτιολογείται από την περιέργεια ή από την επιθυμία δοκιμής συνειδησιακών καταστάσεων πέραν του συνηθισμένου.
- II. Κοινωνική- Ψυχαγωγική χρήση: Αιτιολογείται από την επιθυμία απόλαυσης των ευχάριστων επιδράσεων της ουσίας σε στιγμές ελεύθερου χρόνου και στο πλαίσιο της κοινωνικής ζωής.
- III. Οργανική χρήση: Αιτιολογείται από την ανάγκη επίτευξης μιας ψυχολογικής διάθεσης, τέτοιας ώστε να αντιμετωπιστεί ένα ειδικό πρόβλημα ή κατάσταση. Η ουσία δεν χρησιμοποιείται για τα ευχάριστα αποτελέσματα της, αλλά για να αυξήσει την αποδοτικότητα ή για να μειώσει την ένταση του χρήστη.
- IV. Εκφραστική χρήση: Αιτιολογείται όχι τόσο από τις ιδιάζουσες επιδράσεις της ουσίας, όσο από την ανάγκη του χρήστη να εκφράσει την ατομική ή την συλλογική του ταυτότητα» (Απαιο, 1995:32).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η αιτιολογία της ουσιοεξάρτησης είναι παλυπαραγοντικό φαινόμενο και εξατομικευμένη διαδικασία για τον κάθε χρήστη. Οι βασικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι οι ατομικοί και οι κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί. «Στους ατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι γενετικές επιδράσεις, η προσωπικότητα και η ανάγκη των χρηστών για αυτοθεραπεία. Έρευνες της Νευροχημείας αναγάγουν το φαινόμενο των εξαρτήσεων σε νευροχημικό υπόβαθρο και αποδίδουν την μεταβίβαση της εξαρτητικής διάθεσης με γενετικό τρόπο» (Γεώργακας, 2002:25-26). Άλλες αιτιολογικές έρευνες που διερευνούσαν την σχέση προσωπικότητας και εξάρτησης, ανέδειξαν ότι ψυχολογικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες, που επέδρασαν στην παιδική ηλικία του ατόμου και διαμόρφωσαν την προσωπικότητα του, με τέτοιο τρόπο, ώστε να αναπτυχθεί ροπή προς τις εξαρτήσεις. Ωστόσο, πάρα τα κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας διαφόρων χρηστών (συναισθηματικά προβλήματα, αντικοινωνική συμπεριφορά, απόσυρση κ.α) δεν έχει αποδειχτεί ότι συνδέονται με την ανάπτυξη εξαρτητικής συμπεριφοράς, καθώς δεν είναι ξεκάθαρο ποιες συμπεριφορές προϋπαρχαν και ποιες είναι αποτέλεσμα της εξάρτησης (Nerviano και Gross, 1983). «Στον αιτιολογικό παράγοντα, της ανάγκης για αυτοθεραπεία αναφέρεται ότι διάφορες ψυχοπαθολογικές διαταραχές του ατόμου όπως συναισθηματικές, αγχώδης διαταραχές, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα, αντικοινωνική συμπεριφορά, αυτοκτονικός ιδεασμός και άλλα, προδιαθέτουν την ανάπτυξη εξαρτητικής συμπεριφοράς»(Buksteinkαι συν, 1989:1131).

Στους κοινωνικούς –περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αιτιολογία της κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνονται η οικογένεια, η κοινωνία, η

υπεραξία του πλούτου, οι συναναστροφές και οι πολιτισμικές επιδράσεις. «Η οικογένεια από την φύση της εκτελεί τέσσερις λειτουργίες. Πρώτη είναι η εδραίωση του αισθήματος ασφάλειας και σιγουριάς. Η βαθμιαία ανεξαρτητοποίηση από τη μητέρα και το περιβάλλον, η οριοθέτηση στη συμπεριφορά του ατόμου και στις δραστηριότητές του και τέλος, η συμβολή της στην δημιουργία μιας δημοκρατικής οικογένειας, που καλλιεργεί την επικοινωνία και τον αμοιβαίο σεβασμό» (Λιάππας, 1991:26-27). Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός και στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Η δυσλειτουργία μέσα σε αυτή και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας εμφανίζεται και η χρήση παράνομων ουσιών. Δεν ασκείται η βούληση, η ατομική ευθύνη και η κρίση, ώστε το άτομο να αναπτύσσει αντιστάσεις. Η χαλάρωση των οικογενειακών σχέσεων, καθώς επίσης η δυσαρμονία και η έλλειψη επικοινωνίας που επικρατεί στην οικογένεια στρέφει τα παιδιά προς τη φυγή από το σπίτι, οδηγώντας τα σε κινδύνους (Λιάππας, 1991).

Από τους αιτιολογικούς παράγοντες δεν θα μπορούσε να αποκλειστεί η «αλλοτριωμένη» και «ανταγωνιστική» κοινωνία, που ανήγαγε σε θεσμό της, την αλλοτρίωση των ανθρώπων και την ανταγωνιστικότητα μεταξύ τους. Η σκληρότητα του καταναλωτισμού, η υπερτιμημένη αξία του πλούτου και οι κοινωνικές ανισότητες οδηγούν μέρος του πληθυσμού στο περιθώριο, αποκλείοντας τον από το κοινωνικό σύστημα, εξαιτίας της έλλειψης προσόντων. Με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσονται αρνητικές συμπεριφορές, ως "εκδίκηση" στην κοινωνία, οι οποίες συνδέονται σε ορισμένες περιπτώσεις με την χρήση παράνομων ουσιών αλλά και την υιοθέτηση άλλων παραβατικών συμπεριφορών. Επίσης τα διάφορα πολιτισμικά στοιχεία δρουν

καθοριστικά στην διαμόρφωση της συμπεριφοράς των ατόμων και των ομάδων που την απαρτίζουν. Τα ήθη, τα έθιμα, οι αξίες και γενικότερα η πολιτισμική ταυτότητα της κάθε κοινωνίας ορίζει τις κοινωνικά αποδεκτές και μη συμπεριφορές(Λιάππας, 1991).

Ένας ακόμη αιτιολογικός παράγοντας που συνδέεται με την ουσιοεξάρτηση είναι οι συναναστροφές. Συνήθως η χρήση ουσιών αρχίζει στην εφηβική ηλικία, όταν η οικογενειακή επιρροή εξασθενεί και το νεαρό άτομο αναζητεί την ένταξη του σε ομάδες συνομηλίκων υιοθετώντας τις συνήθειες της. Ωστόσο δεν θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε στην ανυπαρξία προτύπων, ιδανικών και στόχων. Η αστάθεια και η ασυνέπεια των ιδεολογικών θέσεων και η μυθοποίηση του υπερκαταναλωτισμού, του πλούτου και της απόλαυσης οδηγούν σε εξαρτητικούς προσανατολισμούς (Γεώργακας, 2002).

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε «ότι η ουσιοεξάρτηση είναι μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο γεγονός, όπου ποικίλες εσωτερικές, διαπροσωπικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις καθορίζουν την πορεία και την εξέλιξη του φαινομένου» (Λιάππας, 1991:24). Παρά την όποια αιτιολογία, επακόλουθο της εξαρτητικής συμπεριφοράς είναι οι συνέπειες τόσο για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών όσο για την ίδια την κοινωνία.

1.5 Συνέπειες από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών για τον χρήστη και την κοινωνία

Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, πέρα από την πολυπαραγοντική αιτιολογία περιγράφεται από πλήθος συνεπειών, τόσο για τον ίδιο τον χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών, όσο και για την κοινωνία. Οι συνέπειες ωστόσο, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό

από το είδος των ουσιών, τον τρόπο λήψης και την διάρκεια της χρήσης, με βασικότερες εκείνες που προκαλούν υπερβολική θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Οι ασθένειες που σχετίζονται με την χρήση ναρκωτικών είναι το άσθμα, η βρογχίτιδα, η ηπατίτιδα, ο τέτανος, η σηψαιμία, το σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας (AIDS), η καρδιακή ανεπάρκεια, η σωματική παράλυση αλλά και πλήθος από ψυχικές διαταραχές. (Gossop και Grant, 1990). «Συνήθως οι τοξικοεξαρτώμενοι παρουσιάζουν διαταραχές διάθεσης και μνήμης, αϋπνία, άγχος και αναπτύσσουν ψυχώσεις «με κύρια συμπτώματα, την ψυχοκινητική βραδύτητα, τη διαταραχή προσοχής, τις παρανοϊκές ιδέες, τις ιδέες καταδίωξης, τις τάσεις αυτοκτονίας, τις διαταραχές σύνθετης σκέψης και επικοινωνίας άλλα και πολλά άλλα» (Παπαγεωργίου, 1995:182). Τα προβλήματα υγείας σχετίζονται με συγκεκριμένες ουσίες. Για παράδειγμα, η ηπατίτιδα, το AIDS και οι λοιμώξεις, συνδέονται κυρίως με την χρήση ουσιών που λαμβάνονται με ενέσιμη μορφή, ενώ οι καρδιακές και αναπνευστικές ανεπάρκειες προκαλούνται κυρίως από τη χρήση εισπνεόμενων ουσιών. (Gossop-Grant, 1990). Ωστόσο η χρήση ουσιών, εκτός από την άμεση επίδραση στην υγεία, επηρεάζει την προσδωκόμενη διάρκεια ζωής και σχετίζεται με πλήθος κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς.

Η θνησιμότητα αποτελεί την σημαντικότερη επίπτωση τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Στην χώρα μας, βάση των στατιστικών της Ελληνικής Αστυνομίας από το 2000 έως το πρώτο εξάμηνο του 2009, υπήρξαν 2378 αναφερθέντες θάνατοι, εκ των οποίων οι 2090 έχουν βεβαιωθεί, και διερευνώνται άλλες 94 περιπτώσεις. Τα μεγαλύτερα ποσοστά κατείχε η ηλικιακή ομάδα των 21-30, οι άνδρες έναντι των γυναικών ενώ επικρατέστερη ουσία υπήρξε η ηρωίνη. Επίσης στα ίδια στοιχεία καταγράφονται οι υποθέσεις ναρκωτικών που εμπíπτουν νομικά, οι οποίες στο σύνολο

τους για την οχταετία ήταν περίπου 82400 και αφορούσαν περιπτώσεις εμπορίας, κατοχής και άλλων αδικημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Η κατάχρηση ουσιών άλλωστε, συνδέεται στενά με την αύξηση της εγκληματικότητας, χωρίς ωστόσο να μπορούμε να έχουμε σαφή στοιχεία (Ελληνική Αστυνομία, 2009)&(βλ. παράρτημα II)

Οι κοινωνικές προεκτάσεις από την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, είναι δυσκολότερο να ποσοτικοποιηθούν και να τεκμηριωθούν σε σχέση με τις επιπτώσεις στην υγεία. Οι μεταβολές που προκαλούνται από την χρήση ουσιών δεν επηρεάζουν μόνο τον χρήστη αλλά και το άμεσο και έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον του. Σε ότι αφορά την δημόσια υγεία παρατηρείται αύξηση των μεταδοτικών και μη ασθενειών αλλά και των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας. Επίσης η κοινωνία πλήττεται σε οικονομικό επίπεδο καθώς στερείται της ικανότητας να αξιοποιήσει μεγάλο μέρος της νεολαίας και δαπανεί σημαντικά ποσά για την πρόληψη, την καταστολή αλλά και την θεραπεία των χρηστών. Στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον παρατηρούνται σημαντικές επιπτώσεις, καθώς η οικογένεια έρχεται πρώτη να αντιμετωπίσει τις μεταβολές από την κατάχρηση ουσιών. Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, βία, οικονομικές και επαγγελματικές δυσκολίες, διαζύγια, καθημερινή ένταση και άγχος είναι μερικές από τις συνέπειες που βιώνει η οικογένεια από το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης (Σαλαγιάννης, 1995).

Εν κατακλείδι, η κατάχρηση ουσιών αποτελεί παγκόσμιο κοινωνικό πρόβλημα με τεράστιο κόστος τόσο στον τομέα της υγείας, όσο και στην κοινωνία. Η αντιμετώπιση των συνεπειών είναι μια διαδικασία αρκετά δύσκολη, μακρόχρονη αλλά και δυσβάσταχτη, ακόμη και για τις πιο οργανωμένες αναπτυσσόμενες χώρες. Η εξέταση του φαινομένου πρέπει να περιλαμβάνει και τα νόμιμα και τα παράνομα ναρκωτικά καθώς σε

όλα αντιστοιχεί σημαντικό μερίδιο ευθύνης. Η σοβαρότητα του προβλήματος υπογραμμίζεται από την ταχύτητα εξάπλωσης, την αδυναμία προβλέψεων αλλά και από τις δυνατότητες για εμφάνιση νέων προτύπων χρήσης. Τέλος, η ουσιοεξάρτηση δεν πρέπει να εξετάζεται ως τοπικό και εθνικό πρόβλημα αλλά ως παγκόσμιο φαινόμενο, που για την αντιμετώπιση του χρειάζεται συνεργασία όλων των χωρών τόσο στην φάση της πρόληψης όσο και της θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1 Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε Ελλάδα και Ευρώπη

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εμφανίστηκε ως οξύ κοινωνικό πρόβλημα στη δεκαετία του '60, με ιδιαίτερη έξαρση κατά την περίοδο 1966 – 1968, όπου διάφορα κινήματα και ψευδό-φιλοσοφίες οδήγησαν στη ραγδαία επέκταση της χρήσης, με αποτέλεσμα να οδηγηθούν στον εθισμό και στην εξάρτηση χιλιάδες νέοι. Τα πράγματα έφτασαν σε τέτοιο βαθμό, ώστε τα Ηνωμένα Έθνη δημιούργησαν ιδιαίτερο οργανισμό, το Ταμείο Ηνωμένων Εθνών για τον έλεγχο της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διεθνή επίπεδο (Τσαούσης, 1980). Το πρόβλημα παραμένει οξύ μέχρι και τις μέρες μας, έχοντας πάρει τεράστιες διαστάσεις σε παγκόσμιο επίπεδο. Το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα άρχισε να εξαπλώνεται τη δεκαετία του '70, εκείνη την εποχή ο διχασμός της νέας γενιάς με το υπάρχον κοινωνικό σύστημα είχε φτάσει σε ιδιαίτερα υψηλό σημείο. Η εξέλιξη του φαινομένου αυτού στη χώρα μας φαίνεται καθαρά στις πανελλήνιες επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιεί το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ, 2007).

Τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία, όσο αναφορά την χρήση ουσιών, στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι από την επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποίησε το 2004 το ΕΠΨΥ, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν σημαντική αύξηση της επικράτησης της χρήσης παράνομων ναρκωτικών από το 1984 έως το 1998 (από 4% το 1984 σε 12% το 1998), ενώ μειώθηκε το 2004 (8,4%). Η Πανευρωπαϊκή Έρευνα στο Σχολικό Πληθυσμό για τη Χρήση Αλκοόλ και Άλλων Ουσιών (ΕΚΠΙΝΤ, 2006)

βασίστηκε σε ένα εθνικό δείγμα μαθητών λυκείου ηλικίας 15-18 ετών όπου έδειξε, ότι το 6% των εφήβων είχαν δοκιμάσει τουλάχιστον μια φορά κάποια παράνομη ουσία ενώ, το 1999 ήταν 10%. Το 2003, 6% των μαθητών αναφέρει δια βίου χρήση κάνναβης (9% το 1999). Η πιο διαδομένη παράνομη ουσία είναι η κάνναβη, με δεύτερη επικρατέστερή το έκσταση. Στην Ελλάδα το ποσοστό επικράτησης της δια βίου χρήσης της κάνναβης και της έκστασης είναι εκ των χαμηλότερων μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στη έρευνα. Σε αντίθεση η χρήση εισπνεόμενων ουσιών παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι το 8,6 % του γενικού πληθυσμού έχει χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές κάποια παράνομη ουσία. Υψηλότερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες παρουσιάζεται στους άντρες (13.3% έναντι 3.9 % των γυναικών) και στις ηλικιακές ομάδες 25-35 (12.4%). (Ευρωβαρόμετρο, 2004)

Ως προς το κάπνισμα παρατηρείται, επίσης, αύξηση τόσο στο γενικό, όσο και στο μαθητικό πληθυσμό. Το συστηματικό κάπνισμα στο γενικό πληθυσμό δείχνει αυξητικές τάσεις μεταξύ 1984 και 1998 (από 34,8% σε 37,6%), γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στο μεγαλύτερο αριθμό γυναικών που καπνίζει συστηματικά. Τα υψηλότερα ποσοστά συστηματικού καπνίσματος παρατηρούνται στις ηλικίες 25 – 35 (60% των ανδρών και 38% των γυναικών). Στο μαθητικό πληθυσμό, αρχικά, υπήρξε μία σημαντική μείωση του συστηματικού καπνίσματος ανάμεσα στο 1984 (22%) και το 1993 (14,6%). Το 1998 όμως η πορεία αυτή αναστράφηκε και ο αριθμός των συστηματικών καπνιστών ανήλθε στο 20,8% (21,9% για τα αγόρια και 19,7% για τα κορίτσια). Στη χώρα μας η ελλιπής ενημέρωση και η συνεπώς περιορισμένη ευαισθητοποίηση όχι μόνο των εφήβων, αλλά και ολόκληρου του πληθυσμού σχετικά με το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του, έχει ως αποτέλεσμα την συνεχόμενη αύξηση ειδικότερα ανάμεσα στους νέους. Η

Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες με το υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος στον κόσμο (Ντάβου, 1992). Υψηλά ποσοστά, ωστόσο φαίνεται να κατέχει η χώρα μας και στην χρήση οιοπνευματωδών ποτών, με το 1/3 του γενικού πληθυσμού να κάνει συχνή χρήση.

Η κατάσταση ωστόσο δεν φαίνεται να διαφέρει και πολύ στην χώρα μας σε σχέση με την χρήση των λεγόμενων σκληρών ναρκωτικών. Ολοένα και μεγαλύτερα γίνονται τα ποσοστά των χρηστών από οπιούχα και κωδεϊνούχα ναρκωτικά. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της αστυνομίας παρατηρείται σταθερή μείωση των καταγεγραμμένων θανάτων, από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, μετά το 2005. Συγκεκριμένα το 2005 από τους αναφερθέντες θανάτους βεβαιώθηκαν 322, ενώ το 2006, 250 και το 2007 μόλις 164. Ωστόσο, αρκετές υποθέσεις του τελευταίου έτους βρίσκονται σε φάση διερεύνησης. (Ελληνική Αστυνομία, 2008)

Περισσότερο συγκεκριμένα δεδομένα μας δίνονται όμως, για την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ευρώπη. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας για το 2007, μπορούμε συνοπτικά να δούμε τις εκτιμήσεις της χρήσης των παρακάτω εξαρτησιογόνων ουσιών:

- **Κάναβη:** 70 εκατομμύρια, ή ένας στους πέντε ευρωπαίους ενήλικες κάνει χρήση κάνναβης για ολόκληρη την ζωή του, 23 εκατομμύρια έχουν κάνει τουλάχιστον μια φορά στο τελευταίο έτος και περίπου 13 εκατομμύρια έχουν χρησιμοποιήσει την ουσία τον τελευταίο μήνα.
- **Κοκαΐνη:** 12 εκατομμύρια, ή περίπου το 4 % των ευρωπαίων ενηλίκων κάνει χρήση κοκαΐνης για ολόκληρη την ζωή του, 4,5 εκατομμύρια έχουν κάνει τουλάχιστον μια φορά στο τελευταίο έτος και περίπου 2 εκατομμύρια έχουν χρησιμοποιήσει την ουσία τον τελευταίο μήνα. Η διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος: 0,1-3,0%

- Έκσταση: 9,5 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες (3%) κάνει χρήση έκσταση για ολόκληρη την ζωή του, 3 εκατομμύρια έχουν κάνει τουλάχιστον μια φορά στο τελευταίο έτος και περίπου 1 εκατομμύριο έχουν χρησιμοποιήσει την ουσία τον τελευταίο μήνα. Η Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος: 0,2-3,5%
- Αμφεταμίνες: 11 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες (3,5%) κάνει χρήση αμφεταμινών για ολόκληρη την ζωή του, 2 εκατομμύρια έχουν κάνει τουλάχιστον μια φορά στο τελευταίο έτος και περίπου 1 εκατομμύριο έχουν χρησιμοποιήσει την ουσία τον τελευταίο μήνα. Η διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος:0,0-1,3%
- Οπιοειδή: Προβληματική χρήση οπιοειδών: 1-8 περιπτώσεις ανά 1.000 ενήλικες (15-64 ετών).Τα οπιοειδή αποτελούν το κυριότερο ναρκωτικό στο 50% του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης. Περισσότεροι από 585.000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης το 2005 Επίσης συνδέονται με 7.500 και πλέον αιφνίδιους θανάτους (ΕΚΠΙΝΤ, 2007)

Τα τελευταία χρόνια σε πολλά κράτη της Ευρώπης, η κοκαΐνη έχει εξελιχθεί στη δεύτερη κατά προτίμηση ουσία μετά την κάνναβη. Περισσότεροι από 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι, πειραματίζονται με την ουσία, αντιπροσωπεύοντας το 4% του ενήλικου πληθυσμού. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά κυμαίνονται από 0,2% σε 11,5% με υψηλότερα ποσοστά, στην Ισπανία, στην Ιταλία και στην Βρετανία. Η χρήση κοκαΐνης κατά τον τελευταίο χρόνο αφορά τουλάχιστον 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίους, ενώ 2 εκατομμύρια κάνουν συστηματικότερη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα. Η τάση σταθεροποίησης στη χρήση κοκαΐνης, η οποία επισημάνθηκε το 2005 στην Ευρώπη, φαίνεται να ανακόπτεται το 2006, τουλάχιστον στην ομάδα των νεαρών ενηλίκων (15-34 ετών) όπου παρατηρείται αυξητική τάση. Οι δύο χώρες με τα υψηλότερα παραδοσιακά

ποσοστά , η Ισπανία και η Βρετανία δεν παρουσιάζουν περαιτέρω αύξηση. (ΕΚΠΙΝΤ,2007).

Ωστόσο η χρήση των ναρκωτικών, περιορίζεται στην Ευρώπη, αλλά οι θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά και την αυξανόμενη χρήση κοκαΐνης παραμένει σε υψηλά επίπεδα, αναφέρει η ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη το 2007. Ειδικότερα, σε ότι αφορά την κάνναβη, το Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών παρατηρεί «σταθεροποίηση» της χρήσης της στην Ευρώπη, μετά από μία «παρατεταμένη περίοδο αύξησης». Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Κέντρου, περισσότεροι από 23 εκατομμύρια Ευρωπαίοι ενήλικες έκαναν χρήση κάνναβης το 2007, αριθμός που αντιστοιχεί σε 7% περίπου των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών κατά μέσο όρο, ενώ παράλληλα υπολογίζεται ότι περίπου 3 εκατομμύρια άτομα κάνουν χρήση κάνναβης σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση (ΕΚΠΙΝΤ,2007).

Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη καταγράφονται στην Ιταλία και την Ισπανία (11,2%), στην Τσεχία (9,3%) και στη Μ. Βρετανία (8,7%). Εξάλλου, αύξηση σημειώνεται σε ό,τι αφορά τη χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη, σύμφωνα με το Κέντρο Παρακολούθησης. Το 2005 καταγράφεται ένα ρεκόρ κατασχέσεων κοκαΐνης στην Ευρώπη (107 τόνοι, ποσότητα κατά 45% μεγαλύτερη από αυτήν που κατασχέθηκε το 2004). Επίσης, σχετικά με τη χρήση αμφεταμινών και έκστασης, στην Ελλάδα καταγράφεται το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη, ενώ το υψηλότερο καταγράφεται στην Εσθονία, στη Μ. Βρετανία και στην Ουγγαρία. (ΕΚΠΙΝΤ,2007)

Σε ότι αφορά την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών το Κέντρο Παρακολούθησης αναφέρει ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,5 -6 περιπτώσεων ανά 1000 κατοίκους ηλικίας 15-64

ετών και σημειώνει ότι οι εκτιμήσεις αυτές προέρχονται από ποσοστά θανάσιμων λήψεων υπερβολικής δόσης ή από στοιχεία για λοιμώδη νοσήματα (AIDS, ηπατίτιδα). Τα υψηλότερα ποσοστά ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών καταγράφονται στην Εσθονία (15 περιπτώσεις ανά 1000 κατοίκους), στην Τσεχία, στη Σλοβακία, στη Φινλανδία και τη Μ. Βρετανία, ενώ τα χαμηλότερα αναφέρονται στην Ολλανδία, στην Ουγγαρία, στην Κύπρο και στην Ελλάδα(ΕΚΠΙΝΤ,2007).

Επιπλέον, το Κέντρο Παρακολούθησης για τα Ναρκωτικά, εκτιμά ότι το ποσοστό μετάδοσης του ιού HIV (AIDS) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών μειώνεται στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, κάτι το οποίο οφείλεται στη μεγαλύτερη διαθεσιμότητα μέτρων πρόληψης, αλλά και στο γεγονός ότι, σε ορισμένες χώρες, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών δεν είναι πλέον τόσο διαδεδομένη όσο παλαιότερα. Ωστόσο, το 2005 σημειώθηκαν 3.500 νέα κρούσματα HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και υπολογίζεται ότι έως και 200.000 χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ζουν με τον ιό HIV και έως ένα εκατομμύριο ζουν με τον ιό της ηπατίτιδας. Τέλος, απογοητευτικές είναι οι εκτιμήσεις του Κέντρου Παρακολούθησης, σε ότι αφορά τους αιφνίδιους θανάτους που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών. Συνολικά στην Ευρώπη καταγράφονται 7.000 έως 8.000 θάνατοι, ετησίως, λόγω υπερβολικής δόσης, ενώ παράλληλα δεν διαφαίνεται καμία μείωση, με βάση τα πρόσφατα δεδομένα. Αύξηση στο ποσοστό των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στους χρήστες ναρκωτικών ηλικίας κάτω των 30 ετών καταγράφηκαν στην Ελλάδα, στην Εσθονία, στο Λουξεμβούργο και στην Αυστρία και σε μικρότερο βαθμό στη Λετονία και στην Ολλανδία (ΕΚΠΙΝΤ,2007).

2.2 Πρόληψη: Φορείς, στόχοι στην Ελλάδα

Η πρόληψη είναι μία διαδικασία εκπαίδευσης των παιδιών και των νέων σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες για να αντεπεξέρχονται στις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής. Η εκπαίδευση αυτή ενδυναμώνει τα άτομα ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται καθημερινές δύσκολες καταστάσεις, να αντιστέκονται στις πιέσεις, να αναγνωρίζουν τις ικανότητές τους και να επιλέγουν θετικές στάσεις ζωής. (ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2007) Γενικότερα, η πρόληψη είναι μια θετική διαδικασία (διεργασία) η οποία ενισχύει τα άτομα και τα συστήματα να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις των γεγονότων της ζωής και τις αλλαγές, δημιουργώντας και ενισχύοντας τις συνθήκες που προάγουν υγιείς συμπεριφορές και τρόπους ζωής. (Μαρσέλος, 1986).

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του '80 εφαρμόστηκαν από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών τα πρώτα πιλοτικά προγράμματα πρόληψης στο χώρο του σχολείου και στην περιβάλλουσα κοινότητα, βασισμένα σε αντίστοιχα προγράμματα άλλων χωρών της Ευρώπης. Τα προγράμματα αυτά διαπνέονται από μια φιλοσοφία ευρύτερης προσέγγισης της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών, η οποία, δεν εστιάζεται στην ίδια τη χρήση και στους κινδύνους από αυτή, ούτε αποβλέπει σε άμεσα αποτελέσματα. Επικεντρώνεται κυρίως στις αιτίες του προβλήματος, επιδιώκοντας την προαγωγή της γενικότερης ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων, μέσω μιας αμιγούς εκπαιδευτικής διαδικασίας βασισμένης σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης. Στην προσέγγιση αυτή στηρίχθηκε και η πρώτη συστηματική προσπάθεια εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης στη χώρα από τον ΟΚΑΝΑ, το 1995, με το σχεδιασμό ενός προγράμματος ανάπτυξης Κέντρων Πρόληψης (Κ.Π.) ανά την Ελλάδα. Τα Κ.Π. λειτουργούν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, αναγνωρίζοντας

τη συμβολή των τοπικών κοινωνιών στο έργο της πρόληψης. Συγχρηματοδοτούνται από τον ΟΚΑΝΑ, την Τοπική Αυτοδιοίκηση (μέσω των ΚΑΠ) και τους τοπικούς φορείς. Την ευθύνη της συστηματικής επιστημονικής εποπτείας και της αξιολόγησης των προγραμμάτων και των δράσεων πρωτοβάθμιας πρόληψης που εφαρμόζονται στα Κ.Π. έχει το Τμήμα Εφαρμογών Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ. Για την εκπαίδευση των στελεχών πρόληψης και για την παραγωγή εκπαιδευτικού υλικού για την υποβοήθηση του έργου τους, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάστηκε με το Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας (ΕΠΠΥ), το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), το Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης (ΕΚΔΨΠ) και άλλους φορείς. (ΟΚΑΝΑ, 2004).

Το 1994 άρχισε η συστηματική καταγραφή των διαστάσεων του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης στη χώρα μας με τη δημιουργία του (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετηθήκαν και προτάθηκαν οι “βασικές αρχές” σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης οι οποίες είναι οι εξής :

- Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.
- Η πρόληψη είναι σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.
- Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών και φορέων που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων.
- Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψιν τις ανάγκες τους όπως αυτές εκφράζονται.

- Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της χώρας.

Η διαδικασία της πρόληψης διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

«Πρωτοβάθμια πρόληψη: Σκοπός των στρατηγικών πρόληψης είναι να αποφευχθούν οι εμφανίσεις των προβλημάτων, να μειωθούν δηλαδή οι επιπτώσεις. Ο συγκεκριμένος τύπος αντιμετώπισης, προϋποθέτει μια ικανοποιητική γνώση των αιτιολογικών μηχανισμών και ικανές τεχνικές ώστε να τους επηρεάσουν σε πρώιμο στάδιο. Η πρωτοβάθμια πρόληψη, έχει αποτελέσματα με τους ακόλουθους τρόπους:

- I. «μέσω της εξάλειψης των παθολογικών παραγόντων,
- II. μέσω του ελέγχου των περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στη χρήση και
- III. μέσω της ενίσχυσης της αντίστασης του ξενιστή.

Και οι τρεις τρόποι σχετίζονται με τις συνέπειες που συνδέονται με τα ναρκωτικά, αλλά η επιλογή προσέγγισης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις, καθώς και από το είδος του δημόσιου φορέα που εφαρμόζει το συγκεκριμένο πρόγραμμα». (Gossop και Grant, 1994:52)

Δευτεροβάθμια πρόληψη: Σκοπός της είναι να μειωθεί η επικράτηση της κατάστασης στα πλαίσια της κοινότητας. Αναφέρεται σε άτομα που υποφέρουν ήδη από το πρόβλημα και ονομάζεται παρέμβαση, θεραπεία ή αποκατάσταση, ανάλογα με τη φύση και το ειδικό πλαίσιο αναφοράς του προγράμματος. Απώτερος σκοπός είναι να μειωθεί ο χρόνος του εκάστοτε προβλήματος και τέλος να περιοριστεί η έκταση της ατομικής και κοινωνικής βλάβης που προκαλεί. Όπως γίνεται φανερό σχετίζεται άμεσα με τον έλεγχο της κατάχρησης ναρκωτικών και τείνει να είναι η περισσότερο προτιμώμενη μέθοδος για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι δύσκολη σχετικά η προσέγγιση της πρωτοβάθμιας πρόληψης και γιατί υπάρχει αυξανόμενη πίεση για δράση (λόγω της αύξησης του αριθμού των χρηστών σε μία κοινότητα).

Τριτοβάθμια πρόληψη: Σκοπός της, είναι, να επιτευχθεί και να διατηρηθεί βελτιωμένο επίπεδο ατομικής λειτουργικότητας, όπως και η αποκατάσταση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί ευκολότερα αν υπάρχει έγκαιρος χειρισμός των περιπτώσεων με προβλήματα ναρκωτικών. Περιλαμβάνει οργάνωση μεταβατικών προγραμμάτων, επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και διάφορα προγράμματα που λειτουργούν σε επίπεδα κοινοτήτων. (Gossop και Grant, 1994).

Η αποτελεσματικότητα της πρόληψης προϋποθέτει την ανάπτυξη της. Δηλαδή είναι το λιγότερο αφελές να θεωρούμε ότι άτομα και φορείς - επιστημονικοί ή μη - που επιθυμούν να ασχοληθούν με την πρόληψη, θα έχουν αποτέλεσμα στις ενέργειές τους. Αντίθετα μάλιστα, εφόσον δεν λειτουργούν στο πλαίσιο μιας συντονισμένης πολιτικής

και λείπει η κατάλληλη εκπαίδευση, πιθανό είναι οι πρωτοβουλίες να καταλήξουν στο αντίθετο από το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στοιχεία που δίνουν μελέτες αξιολόγησης προληπτικών παρεμβάσεων, στηριζόμενα σε επιστημονική μεθοδολογία, δείχνουν ότι η πρόληψη δεν είναι μύθος, μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Η αποτελεσματικότητα της όμως, στηρίζεται στην ισορροπία ανάμεσα στα μέτρα, που στόχο έχουν τη μείωση της προσφοράς (κατασταλτικά μέτρα) και σε αυτά που στόχο έχουν τη μείωση της ζήτησης (κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα). Είναι αναγκαίο, με άλλα λόγια, να ακολουθείται μια συντονισμένη, πολυμέτωπη και πολυεπίπεδη κοινωνική πολιτική, που επιδίωξη της να είναι, η απομάκρυνση της ουσίας από τον χρήστη, η δημιουργία συνθηκών ζωής όπου το νεαρό άτομο θα έχει τη δυνατότητα να καλύπτει τις ανάγκες του χωρίς να καταφεύγει σε καταστρεπτικές διεξόδους, και τέλος η εκπαίδευση των νέων, ώστε να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες για σωστές επιλογές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, κυρίως όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες συνθήκες. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αξιολόγηση κάθε δράσης και σχεδίου με στόχο τη βελτίωσή τους. Είναι λάθος να περιμένουμε αποτελέσματα άμεσα. Τα αποτελέσματα μπορούν να γίνουν ορατά μόνο μετά από την εφαρμογή μιας σταθερής πολιτικής πρόληψης, με τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν, σε μια επαρκή προοπτική χρόνου. (OKANA 2007)

Ο Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 και λειτούργησε το 1995. Είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον Ν.2161/93 σκοπός του είναι :

- Ο σχεδιασμός, η προώθηση, ο διυπουργικός συντονισμός και η εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών, και τη θεραπεία την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων.

- Η σε εθνικό επίπεδο μελέτη του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων ουσιών που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους στη λήψη ναρκωτικών. Επίσης η δημιουργία Εθνικού Κέντρου Πληροφόρησης – Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας.
- Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που σκοπό έχει τη συμμετοχή στην προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.
- Η πρόταση και η προώθηση αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών.
- Η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς φορείς και άλλους διεθνείς οργανισμούς σχετικούς με την αντιμετώπιση του όλου θέματος, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις υπό αυτών οργανωμένες συναντήσεις, με στόχο την εναρμόνιση των πολιτικών.
- Η κατ' έτος σύνταξη έκθεσης για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μαζί με προτάσεις για τη λήψη μέτρων» (ΟΚΑΝΑ, 2004)

Οι φορείς με τους οποίους συνεργάζεται ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε εθνικό και διεθνές επίπεδο,

για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης είναι οι εξής :

- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA.
- Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
- Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών
- Οριζόντια ομάδα για τα Ναρκωτικά
- Ομάδα του Δουβλίνου
- Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Απασχόληση και Κοινωνική Προστασία
- Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, Πολιτισμού
- Υπουργείο δικαιοσύνης, Εθνικής Άμυνας
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., Τοπική αυτοδιοίκηση
- Πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.τ.λ.

Ωστόσο, πριν την ίδρυση του Ο.ΚΑ.ΝΑ, το 1987 ιδρύθηκε το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών καθώς και εκπαίδευσης επαγγελματιών στους τομείς αυτούς σε όλη την Ελλάδα. Συνεργάζεται με την τοπική

αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκπαιδευτικούς φορείς, ομοειδείς με το ΚΕ.Θ.Ε.Α. οργανισμούς και διεθνείς φορείς ή δίκτυα πρόληψης. Στις δραστηριότητές του συγκαταλέγεται και η πραγματοποίηση επιστημονικών και ενημερωτικών εκδόσεων.

Τα προγράμματα πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων στις οποίες απευθύνονται. Συνδυάζουν στοιχεία από διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις με βασικό άξονα την εκπαίδευση σε κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες, οι οποίες λειτουργούν ως προληπτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη επιβλαβών μορφών συμπεριφοράς για το άτομο, όπως η εξάρτηση. Κύριο μεθοδολογικό εργαλείο αποτελεί η δουλειά σε ομάδες, η βιωματική και ενεργητική μάθηση, μέσα από συζήτηση, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, δημιουργική έκφραση, ασκήσεις αναπαραστάσεων (role playing), και η παροχή αντικειμενικής και κατάλληλης για κάθε ηλικιακή ομάδα ενημέρωσης. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής τους. (ΚΕ.Θ.Ε.Α 2004).

Προγράμματα και δραστηριότητες πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. για εκπαιδευτικούς έχουν :

- Βραχυχρόνιο ενημερωτικό χαρακτήρα: Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση, τις εξαρτησιογόνες ουσίες, την αιτιολογία της χρήσης ουσιών, τους στόχους και τη μεθοδολογία της πρόληψης.
- Μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα: Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από τη φύση και την αιτιολογία της εξάρτησης, βιωματική εκπαίδευση στη μεθοδολογία της πρόληψης και στη διερεύνηση του ρόλου των εκπαιδευτικών σε αυτήν, ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών, ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάζουν, να εφαρμόζουν και να αξιολογούν παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική τάξη, ενθάρρυνσή τους για δημιουργία πυρήνων πρόληψης στο

σχολείο και δικτύων συνεργασίας με υπηρεσίες και φορείς της ευρύτερης κοινότητας.

- Προγράμματα πρόληψης για παιδιά, εφήβους και νέους: Απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης και το περιεχόμενό τους διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά κάθε ηλικιακής ομάδας. Στόχος τους είναι:
 - I. Η καλλιέργεια των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στη χρήση ουσιών
 - II. Η δημιουργία κλίματος ομαδικότητας, συνεργασίας και αλληλεγγύης στην τάξη που ευνοεί τη μάθηση και την προσωπική εξέλιξη.
 - III. Η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
 - IV. Η αντικειμενική ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τη χρήση και την κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών.
- Προγράμματα πρόληψης για γονείς: Απευθύνονται σε γονείς και, ανάλογα με τις ανάγκες τους, μπορεί να έχουν:
 - I. Βραχύχρονο ενημερωτικό χαρακτήρα: Αφορούν κυρίως ενημερωτικές ομιλίες γύρω από το μέγεθος, την αιτιολογία και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.
 - II. Μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα: Σχολές γονέων και εργαστήρια Εκτός από την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση γύρω από τις διάφορες πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών, στοχεύουν στην ανάπτυξη των γονικών δεξιοτήτων, στην ενίσχυση της επικοινωνίας και των σχέσεων στην οικογένεια και στην ενθάρρυνση των γονιών για στενότερη συνεργασία με το σχολείο.
- Πρότυπα ολοκληρωμένα σχολικά προγράμματα: Πρόκειται για μακροχρόνια προγράμματα που αφορούν το σύνολο μιας σχολικής κοινότητας και προϋποθέτουν τη συνεργασία και τη συμμετοχή όλων των μελών της, μαθητών, γονιών και εκπαιδευτικών. Δουλεύοντας και με τις τρεις αυτές ομάδες τα προγράμματα ενισχύουν τους προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που οδηγούν τα παιδιά σε υγιείς επιλογές, καθυστερώντας ή αποτρέποντας τη χρήση ουσιών. Τα προγράμματα αυτά ενισχύουν τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες των μαθητών, παρέχουν υποστήριξη σε γονείς και εκπαιδευτικούς, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις του ρόλου τους και επιδιώκουν την ενσωμάτωση των αρχών και της μεθοδολογίας της πρόληψης στην καθημερινή σχολική πρακτική.

- Κοινοτικά προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα: Για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και ενημέρωσης σε όλη την Ελλάδα, και ιδίως σε περιοχές που δεν διαθέτουν υπηρεσίες σχετικές με το φαινόμενο της εξάρτησης, λειτουργεί από το 1989 η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ, με ένα ειδικά διαμορφωμένο, διώροφο λεωφορείο πραγματοποιούνται ολιγοήμερες αποστολές, ύστερα από αίτημα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και σε συνεργασία μαζί της και με άλλους τοπικούς φορείς. Η κινητή μονάδα πραγματοποιεί επίσης παρεμβάσεις σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα, φεστιβάλ νεολαίας, πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.ά. Ο ΠΗΓΑΣΟΣ απευθύνεται στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας με ειδικότερες ομάδες-στόχους: γονείς, εκπαιδευτικούς, μαθητές, επαγγελματίες υγείας, στελέχη τοπικής αυτοδιοίκησης, Αστυνομία, στρατευμένους κ.ά. Στόχος, είναι, η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την εξάρτηση, τις βασικές αρχές πρόληψης και το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει κάθε ομάδα στην προώθησή της. Για τη διάδοση των μηνυμάτων της πρόληψης στο ευρύ κοινό διοργανώνονται καλλιτεχνικές, αθλητικές και οικολογικές εκδηλώσεις, ενώ στο χώρο του λεωφορείου πραγματοποιούνται ατομικές και ομαδικές συναντήσεις ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης που απευθύνονται και σε χρήστες ουσιών ή τα μέλη του στενού οικογενειακού και προσωπικού τους περιβάλλοντος.
- Προγράμματα πρόληψης για ομάδες υψηλού κινδύνου : Τα προγράμματα σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται από τη Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ. Απευθύνονται σε πληθυσμιακές ομάδες που, λόγω των συνθηκών ζωής τους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής στη χρήση και στην κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών (ανήλικοι περιστασιακοί χρήστες ουσιών, έφηβοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά κ.ά.).
- Προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη : Απευθύνονται σε επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα από την άσκηση του επαγγέλματός τους: στελέχη κοινωνικών υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, φαρμακοποιούς, αστυνομικούς, ιερείς κ.ά. Ανάλογα με τις ανάγκες των ενδιαφερομένων πραγματοποιούνται:

- I. Βραχύχρονες παρεμβάσεις ενημερωτικού χαρακτήρα. Παρέχουν σφαιρική πληροφόρηση γύρω από την εξάρτηση, τις αρχές και τη μεθοδολογία της πρόληψης, το ρόλο κάθε επαγγελματική ομάδας σε αυτήν, καθώς και ενημέρωση για την παραπομπή περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- II. Εκπαιδευτικά προγράμματα: Προάγουν την τεχνογνωσία γύρω από την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης, ώστε οι εκπαιδευόμενοι να μπορούν να προχωρήσουν οι ίδιοι στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση ανάλογων προγραμμάτων.

Επιπρόσθετα, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει αναλάβει την παροχή εκπαίδευσης και εποπτείας στα στελέχη των κέντρων πρόληψης που λειτουργούν με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και της τοπικής αυτοδιοίκησης σε διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, καθώς και των στελεχών του Κέντρο Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Στις παρεμβάσεις του για την πρόληψη της χρήσης ουσιών σε παιδιά και εφήβους και για την εκπαίδευση γονιών και επαγγελματιών το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει εκδώσει και χρησιμοποιεί μία σειρά από εγχειρίδια.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. διατηρεί με τον ΟΑΕΔ πολύπλευρη συνεργασία για την προαγωγή της πρόληψης στις σχολές μαθητείας του, η οποία, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει: βραχυχρόνια και μακροχρόνια προγράμματα για μαθητές και εκπαιδευτικούς, διοργάνωση ημερίδων με αντικείμενο την πρόληψη και λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού στο Τ.Ε.Ε. Ηρακλείου Αττικής.

Τέλος, το 2003 το ΚΕ.Θ.Ε.Α. απέσπασε το πρώτο βραβείο αποτελεσματικότητας του διεθνούς ιδρύματος πρόληψης MENTOR, ανάμεσα σε 150 υποψηφιότητες από 49 χώρες, για το μακροχρόνιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης που εφάρμοσε στη σχολική κοινότητα του 132ου Δημοτικού Σχολείου Αθηνών τη διετία 2000-2002. (ΚΕ.Θ.Ε.Α 2004).

2.3 Θεραπεία: Ανοιχτά και κλειστά θεραπευτικά προγράμματα

«Η θεραπεία, σε πολλές από τις πλευρές της, είναι ισοδύναμη με την πρόληψη. Όταν γίνεται σε πρώιμο στάδιο, ανακόπτει τη «σταδιοδρομία του τοξικομανούς» και προλαμβάνει την εμφάνιση σοβαρότερων συνεπειών. Αν θα ήταν δυνατό να πεισθεί ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού των χρηστών να υποβληθεί σε θεραπεία θα μειωνόταν η αύξηση του πληθυσμού των χρηστών, θα αποδυναμωνόταν η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών στην κοινότητα που αντιμετωπίζει το πρόβλημα και θα περιοριζόταν η διάδοση της χρήσης ως αποτέλεσμα πιέσεων μεταξύ των μελών της ίδιας ομάδας.» (Gossop-Grant, 1994:55)

Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. απευθύνονται τόσο στους χρήστες όσο και στις οικογένειές τους. Αντιμετωπίζοντας την εξάρτησης χωρίς φαρμακευτικές ουσίες και στην εθελούσια προσέλευση και ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Είναι δωρεάν και για τους χρήστες, αλλά και για τις οικογένειές τους.

Η πορεία προς την απεξάρτηση σηματοδοτείται από διαφορετικά στάδια και σε καθένα από αυτά αντιστοιχεί και μία διαφορετική μονάδα του θεραπευτικού προγράμματος. Οι μονάδες είναι οι εξής :

- Συμβουλευτικά κέντρα ενημέρωσης : κινητοποίηση, προετοιμασία
- Θεραπευτικές κοινότητες: απεξάρτηση
- Κέντρα κοινωνικής επανένταξης : η ολοκλήρωση της προσπάθειας
- Κέντρα οικογενειακής υποστήριξης: η δουλειά με την οικογένεια
- Προγράμματα υποστήριξης κρατουμένων χρηστών : παρέμβαση στη φυλακή
- Εκπαίδευση και κατάρτιση
- Έρευνα και τεκμηρίωση

Στάδια θεραπευτικών προγραμμάτων:

- I. Το πρώτο στάδιο διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες, είναι εξωτερικής παρακολούθησης και αποτελεί την πρώτη επαφή του στενού περιβάλλοντος του χρήστη με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Παρέχει ασφαλές περιβάλλον, όπου

απαγορεύεται η χρήση ουσιών, παρέχεται επίσης, διατροφή και δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης.

- II. Το δεύτερο στάδιο είναι η θεραπευτική κοινότητα. Η διάρκειά του είναι περίπου δώδεκα μήνες και περιλαμβάνει το ουσιαστικότερο στάδιο, της θεραπείας-απεξάρτησης.

Οι θεραπευτικές κοινότητες διακρίνονται στις εξής κατηγορίες :

- α) “Ανοικτές” θεραπευτικές κοινότητες (εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης)
- β) Κλειστές θεραπευτικές κοινότητες (κοινότητες διαμονής)

Η συστηματική χρήση ουσιών αποτελεί το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων, ψυχολογικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών. Μέσα στην κοινότητα ο χρήστης αναζητά αυτές τις αιτίες της χρήσης, της αλλαγής του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς. Μαθαίνει πως να αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους, και πως να αντιμετωπίζει το άγχος με τέτοιο τρόπο, ώστε να συνειδητοποιήσει, ότι το να ζητά βοήθεια δεν σημαίνει ότι είναι αδύναμος. Για την επίτευξη των στόχων τους οι θεραπευτικές κοινότητες εφαρμόζουν την αρχή της αυτοβοήθειας, και αν και η προσέλευση είναι εθελούσια, η συμμετοχή στο κοινό πρόγραμμα είναι υποχρεωτική. Οι βασικοί κανόνες είναι η μη χρήση αλκοόλ – ναρκωτικών ουσιών, απαγορεύεται η λεκτική και σωματική βία και τέλος η σύναψη των σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών. Επίσης κατά την περίοδο αυτή παρέχονται στα μέλη κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών κενών, όπου υπάρχουν, (γραφή – ανάγνωση – γλώσσα – αριθμητική), επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, την επαγγελματική κατάρτιση, και την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων, ακόμη και νομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας.

- III. Στο τρίτο στάδιο, στόχος είναι η κοινωνική επανένταξη του χρήστη στην κοινωνία. Στα μέλη των προγραμμάτων διαμονής διαθέτοντας ξενώνες για να διαμένουν μέχρι να βρουν δουλειά και δικό τους σπίτι και διαρκεί 10 – 12 μήνες.

Η φάση αυτή είναι πολύ σημαντική για την πλήρη ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο, αλλά αποτελεί και βασικό παράγοντα πρόληψης της υποτροπής.

Η συμμετοχή της οικογένειας είναι από τους καθοριστικούς παράγοντες για την αποθεραπεία και επανένταξη του χρήστη. Για το λόγο αυτό όλα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. διαθέτουν παράλληλο πρόγραμμα οικογενειακής στήριξης (4^η φάση). Έχει περίπου την ίδια διάρκεια με τα θεραπευτικά προγράμματα (10 – 12 μήνες). Στόχος είναι η ενημέρωση του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος για τη χρήση, εξάρτηση, θεραπεία και τέλος για το θετικό-καθοριστικό ρόλο που μπορούν να παίξουν στην αποθεραπεία του χρήστη. Τα προγράμματα αυτά, τέλος μπορούν να παρακολουθούνται από οικογένειες ακόμα και αν το μέλος – χρήστης δεν είναι ενταγμένο σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, έτσι ώστε να εκπαιδευτούν για να παρακινήσουν το εξαρτημένο άτομο και να ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης.

Επιπλέον, λειτουργούν, προγράμματα υποστήριξης κρατουμένων χρηστών στα διάφορα σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας τα οποία δίνουν τη δυνατότητα στους κρατούμενους χρήστες να ενταχθούν σε θεραπευτική κοινότητα και να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα στη φυλακή. Τα προγράμματα αυτά έχουν ως στόχο, την ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση και τους τρόπους θεραπείας. Τα τμήματα εκπαίδευσης και κατάρτισης των θεραπευτικών προγραμμάτων σχεδιάζουν, οργανώνουν και εφαρμόζουν προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού, κατάρτισης και επιμόρφωσης και διαρκούν καθ' όλες τις φάσεις της θεραπείας. Στόχο έχουν να καλυφθούν βασικές εκπαιδευτικές ελλείψεις, να καλλιεργηθούν οι κλίσεις και οι ικανότητες των μελών και να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Τέλος, τα τμήματα έρευνας και τεκμηρίωσης είναι υπεύθυνα για τη συλλογή και διαχείριση στοιχείων που αφορούν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Τα στοιχεία σχετίζονται με το κοινωνιοδημογραφικό προφίλ των χρηστών καθώς και την κίνηση όλων των φάσεων, με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται.

Το ΚΕ.ΘΕ.Α λειτουργεί τις παρακάτω θεραπευτικές υπηρεσίες:

- Δεκαεπτά συμβουλευτικά κέντρα για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους, σε Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Αλεξανδρούπολη, Καβάλα, Πάτρα, Λάρισα, Βόλο, Ηράκλειο Κρήτης και στα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθηνών.
- Δέκα μονάδες απεξάρτησης με βασικό στόχο την ψυχική απεξάρτηση των μελών τους. Διακρίνονται σε :
 - I. Οι Θεραπευτικές κοινότητες διαμονής, στη Ραφήνα (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ), τη Θεσσαλονίκη (ΙΘΑΚΗ), τη Σαλαμίνα (ΝΟΣΤΟΣ) και τη Λάρισα (ΕΞΟΔΟΣ).
 - II. Οι Θεραπευτικές κοινότητες εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης, στην Αθήνα (ΔΙΑΒΑΣΗ και – για εφήβους – ΣΤΡΟΦΗ), και το Ηράκλειο Κρήτης (ΑΡΙΑΔΝΗ)
- Οι Ειδικές μονάδες απεξάρτησης, στην Αθήνα (Βραδινό Πρόγραμμα Απεξάρτησης για εργαζόμενους χρήστες και Κοινότητα Έγκαιρης Παρέμβασης ΠΛΕΥΣΗ για εφήβους) και τη Θεσσαλονίκη (Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες).
- Εννέα κέντρα κοινωνικής επανένταξης για μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων που ολοκληρώνουν την προσπάθειά τους, στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα και το Ηράκλειο Κρήτης.
- Δύο εξειδικευμένα κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης για μέλη και αποφοίτους θεραπευτικών προγραμμάτων, στην Αττική και τη Μακεδονία
- Έξι προγράμματα υποστήριξης κρατουμένων χρηστών σε σωφρονιστικά καταστήματα της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και του Βόλου.
- Το Κέντρο Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισμένων Χρηστών στη Θεσσαλονίκη για τη στήριξη της απεξάρτησης και της κοινωνικής επανένταξης εξαρτημένων που βρίσκονται στη φυλακή.
- Το θεραπευτικό πρόγραμμα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ με θεραπευτική κοινότητα στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και Κέντρο Υποδοχής Αποφυλακισμένων στα Εξάρχεια.
- Το Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης ΕΞΕΛΙΞΗΣ που παρέχει υπηρεσίες με στόχο την απεξάρτηση ή την πολύπλευρη στήριξη εξαρτημένων ατόμων που δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Διαθέτει, πρόγραμμα άμεσης πρόσβασης, πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών
- Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ στην Αθήνα
- Το Mosaic, Μεταβατικό Κέντρο Ένταξης Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων στην Αθήνα, για παλιννοστούντες, πρόσφυγες, εθνικές μειονότητες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών.

- Τρία οδοντιατρεία για μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη και τη Λάρισα.
- Τρία Εναλλακτικά – Μεταβατικά Σχολεία στο πλαίσιο θεραπευτικών προγραμμάτων στην Αθήνα (ΣΤΡΟΦΗ), τη Θεσσαλονίκη (ΙΘΑΚΗ), και τη Λάρισα (ΕΞΟΔΟΣ),
- Την Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης ΙΘΑΚΗ για συγγενείς και φίλους εξαρτημένων ατόμων.
- Τον Τομέα Εκπαίδευσης με έδρα την Αθήνα. Οργανώνει προγράμματα εκπαίδευσης για στελέχη πρόληψης και θεραπείας και προγράμματα κατάρτισης για τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων. Εκδίδει το επιστημονικό περιοδικό “Εξαρτήσεις”.
- Τον Τομέα Έρευνας με έδρα την Αθήνα. Σχεδιάζει και εφαρμόζει το σύνολο της ερευνητικής δραστηριότητας του φορέα. Παρακολουθεί το προφίλ των προσερχόμενων στα θεραπευτικά προγράμματα και εκπονεί έρευνες αποτελεσματικότητας με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών.
- Τον Ξενώνα Φιλοξενίας Εφήβων. Λειτουργεί στην Αθήνα για εφήβους που παρακολουθούν το πρόγραμμα ΣΤΡΟΦΗ και προέρχονται από την επαρχία.
- Το Club εργασίας. Συνδέει τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα με την αγορά εργασίας. Λειτουργεί στην Αθήνα στο πλαίσιο του προγράμματος ΔΙΑΒΑΣΗ.
- Το Πολιτιστικό Στέκι. Λειτουργεί στο πλαίσιο του προγράμματος ΔΙΑΒΑΣΗ με στόχο να προάγει την καλλιτεχνική έκφραση νέων κυρίως καλλιτεχνών και την αλληλεπίδραση του προγράμματος με την κοινωνία.
- Το λιθογραφείο ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ στη Θεσσαλονίκη. Έχει στόχο την αυτοχρηματοδότηση και την επαγγελματική κατάρτιση μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων. Σε διαφορετικές πόλεις λειτουργούν με παρόμοιους στόχους δύο ξυλουργεία, δύο αγροκτήματα και ένα εργαστήριο κεραμικής.
- Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ:

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (π.χ ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Σε αντίθεση με την ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη

σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση. Στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία, σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συνοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων – κοινωνικών και υγείας – καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα -που το επιθυμούν και μπορούν- να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση. Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων. (OKANA, 2007). Επιπλέον, οι ουσίες αυτές είναι ελεγχμένες και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και

μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose). Χορηγούνται δωρεάν, υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών, κλπ) (OKANA,2007).

Σύμφωνα με τον OKANA, στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ιατρικές Υπηρεσίες: βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα, κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
- Νομικές Υπηρεσίες: συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευμένων ενώπιον των δικαστηρίων.

Η θεραπεία υποκατάστασης ωστόσο δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του, από το να παίρνει ένα φάρμακο ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές

συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς (π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένια).

Στη χώρα μας, από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λ.π.), οι οποίοι –ιδιαίτερα μετά το 1985– παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν από την εμφάνιση του ιού του AIDS και την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης ενώ παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών, και ιδιαίτερα της ηρωίνης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας στη χώρα μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση φαρμακευτικών υποκατάστατων («πρόγραμμα υποκατάστασης») (OKANA,2007). «Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του OKANA, βλ. κεφ. 2.2) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95) προσδιορίζονται οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996, ο OKANA ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη» (OKANA, 2007).

Σήμερα, ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει οκτώ Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη. Επίσης, σε συνεργασία με τις ΔΥΠΕ (πρώην ΠΕΣΥΠ) ο ΟΚΑΝΑ έχει δημιουργήσει 10 Μονάδες Υποκατάστασης, είτε με τη μορφή αυτόνομων μονάδων (Θεσσαλονίκη-Νοσοκομείο Παπανικολάου και Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Χανιά-Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων, Ρόδος-Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου & Δήμος Ροδίων, Πάτρα-Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο) είτε με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων σε συνεργασία με τα κατά τόπους νοσοκομεία (Λαμία, Αγρίνιο, Λιβαδειά, Λάρισα, Χαλκίδα), ενώ σε συνεργασία με το ΙΚΑ λειτουργεί ένα ακόμη ιατρείο ουσιοεξαρτήσεων (Περιστέρι).

«Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα:

Τα λεγόμενα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία και στόχο έχουν την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και την κοινωνική επανένταξη. Δεν χρησιμοποιούν φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Τα πρώτα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ) και το (ΚΕΘΕΑ), και είχαν τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων με εσωτερική παραμονή για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Ακολούθησε η ανάπτυξη «στεγνών» προγραμμάτων και από άλλους φορείς, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία -από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς- διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου

των εξωτερικών ιατρείων, της νυχτερινής διαμονής για τους εργαζόμενους, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα, ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας. Ο ΟΚΑΝΑ, δημιούργησε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες και εφήβους και συνεργάζεται με άλλους φορείς για την ανάπτυξη άλλων προγραμμάτων. Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Το πρώτο «στεγνό» πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ ήταν το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΔΘΥΠ) που ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1998. Το ΔΘΥΠ απευθύνεται σε εξαρτημένους από ψυχοδραστικές ουσίες με απουσία μείζονος ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, ηλικίας 18 – 40 ετών, και η λειτουργία του στηρίζεται στη σύνθεση της συστημικής προσέγγισης και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων και των ομάδων αυτοβοήθειας.

Ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει τέσσερις Μονάδες Εφήβων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ρέθυμνο) και ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στην Πάτρα. Με τη συνεργασία του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν επίσης το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το «Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας» του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΟΚΑΝΑ 2007).

2.4 Αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης και θεραπείας

Η χώρα μας στην ιστορία της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων κατέχει την πιο μακρά ιστορία, είκοσι χρόνια και παραπάνω. Με πρωτοπόρα θεραπευτική κοινότητα την Ιθάκη, η δημιουργία της οποίας έγινε το 1987 και στην συνέχεια τα προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία λειτουργούν υπό την αρμοδιότητα του ΟΚΑΝΑ. Ωστόσο η μέτρηση της αποτελεσματικότητας και της αξιολόγηση των προγραμμάτων αποτελεί δύσκολη διαδικασία αφού στην Ευρώπη εδώ και καιρό γίνονται προσπάθειες ούτως ώστε να υπάρξει ένας επιτυχής δείκτης της θεραπείας. Καθώς η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων μπορεί να επιτευχθεί με το ξεκαθάρισμα των στόχων που θέτει το κάθε πρόγραμμα, είτε είναι προληπτικό, είτε είναι θεραπευτικό.

Για την αποτελεσματικότερη κατανόηση της διαδικασίας της απεξάρτησης, αλλά και τη διαρκή βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών, αναγκαίο είναι να υπάρξει μια αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων. Σε αυτό το πλαίσιο, σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε μελέτη της αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων από τον Τομέα Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.

Η πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας , ήταν απαραίτητη, αφού η έλλειψη ερευνητικών προγραμμάτων αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην Ελλάδα, είχε ως συνέπεια, να μην υπάρχουν αναλυτικά συγκριτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των εκάστοτε μοντέλων που εφαρμόζονται. Σημαντική ωστόσο προϋπόθεση, αποτελεί η χρηματοδότηση έγκυρων και αντικειμενικών ερευνητικών μελετών, όπου συνδυάζοντας ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους θα στοχεύουν στην

κατανόηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και των αναγκών των ίδιων των εξαρτημένων.

Απώτερος σκοπός της ύπαρξης της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α καθώς και η συμβολή του οργανισμού σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας, μέσω της οργάνωσης και ανάπτυξης θεραπευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Επιπλέον η έρευνα αυτή συνέβαλε στο να διαμορφωθούν χρήσιμα κριτήρια μεθοδολογίας, για την αποτελεσματικότητα και την αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων γενικότερα, αφού αποτέλεσε την πρώτη προσπάθεια μια συνολικής αποτίμησης στην χώρα μας, ενός οργανισμού τέτοιου.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2000 μέχρι τον Ιούνιο του 2001, περιλαμβάνοντας τις εξής περιοχές μελέτης:

- Τη συστηματική εξέταση της ανάπτυξης του φαινομένου της χρήσης ουσιών στην Ελλάδα και ρόλου του ΚΕ.Θ.Ε.Α στην προσπάθεια αντιμετώπισής του και
- Την έρευνα αποτελεσματικότητας του ΚΕ.Θ.Ε.Α

Στόχος της έρευνας ήταν η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α εξετάζοντας συγχρόνως την κατάσταση των ατόμων πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή τους σε κάποια θεραπευτικά κοινότητα. Για τον προσδιορισμό της κατάστασης των ατόμων, ελέγχθηκε η χρήση ουσιών, η παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική κατάσταση, οι οικογενειακές σχέσεις, η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας και άλλοι τομείς της ζωής τους (Τερζίζου, 2005).

Η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης εξαρτάται από το χρόνο παραμονής στη θεραπεία. Όσο περισσότερο παραμένει το άτομο στο θεραπευτικό πλαίσιο τόσο περισσότερο μειώνονται οι πιθανότητες υποτροπής και επαναφοράς στη χρήση ουσιών. Το στοιχείο αυτό είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη για το σχεδιασμό

των θεραπευτικών υπηρεσιών έτσι ώστε να αυξηθούν τα οφέλη από την επένδυση σε αυτές. Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι ο περιορισμός του χρόνου παραμονής στο πλαίσιο, έχει μεγαλύτερο κόστος, καθώς έχει περισσότερες πιθανότητες να επέλθει στη χρήση ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά (Κοκκέβη, Α: 2003)

Τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα, έδειξαν ιδιαίτερα σημαντική πρόοδο της κατάστασης, ακόμη και για εκείνους που διέκοψαν την θεραπεία πρόωρα. Η επαφή με τις υπηρεσίες ακόμη κι όταν δεν έχει άμεσα αποτελέσματα είναι καθοριστική και μακροπρόθεσμα ενισχυτική για την κατάσταση του ατόμου και την απόφαση του να ενταχθεί σε κάποια θεραπεία. Το φαινόμενο επιστροφής τους στις υπηρεσίες απεξάρτησης, όσων διακόπτουν την θεραπεία πρόωρα, υπογραμμίζει την σημαντικότητα της διερεύνησης των υπηρεσιών, καθώς και την ύπαρξη δικτύου αμοιβαίων παραπομπών που θα αποβούν ζωτικής σημασίας στην ένταξη τους στις καταλληλότερες υπηρεσίες για το άτομο. Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων αξιολογείται ακόμη, από την αποχή της χρήσης άλλων ουσιών, όπως φάρμακα, χασίς, κ.α. Από τα διαθέσιμα στοιχεία της έρευνας προέκυψε ότι οι θεραπευτικές κοινότητες βοηθούν στην μείωση του φαινομένου της ταυτόχρονης χρήσης πολλών ουσιών (πολυτοξικομανία), δίνοντας βάση στην ψυχοκοινωνική στήριξη, την αναζήτηση των αιτιών της εξάρτησης, την αλλαγή του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς, δίχως να αποβλέπει στο να διακοπεί η χρήση μιας συγκεκριμένης ουσίας. Από τα στοιχεία έχει προκύψει ότι η ενέσιμη χρήση και η χρήση σύριγγας, μειώνεται όσο περισσότερο παραμένει το άτομο στην θεραπεία. Άρα ο χρόνος παραμονής των ατόμων στο θεραπευτικό πρόγραμμα συνδέεται με την κατάσταση της υγείας τους αφού, συμβάλλει στην πρόληψη της διάδοσης του AIDS και της ηπατίτιδας

C. Ο τομέας αυτός προϋποθέτει την δημιουργία δικτύου υγειονομικής φροντίδας, ώστε να είναι αποτελεσματικές οι θεραπευτικές υπηρεσίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, για να έχουν αποτέλεσμα οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, απαραίτητη είναι η μείωση της εμπλοκής των χρηστών με το νομικό σύστημα. Από τα δεδομένα της έρευνας έχει προκύψει ότι όσο παραμένει το άτομο στις θεραπευτικές κοινότητες τόσο λιγότερες είναι οι συλλήψεις και οι καταδίκες για αξιόποινες πράξεις. Η σύνδεση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών με την ένταξη υπηρεσιών, στις κοινότητες για την επίλυση νομικών εκκρεμοτήτων είναι άμεση, αφού στόχο έχουν τον απεγκλωβισμό τους από το ποινικό παρελθόν τους και την εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού. Σε αυτό το σημείο ρυθμίσεις σε νομοθετικό επίπεδο καθώς και ενημέρωση- ευαισθητοποίηση του κοινού, μπορεί να αποβούν εξαιρετικά βοηθητικά.

Η επαγγελματική απασχόληση φαίνεται να κάνει σημαντική πρόοδο, για όλους τους συμμετέχοντες σε θεραπευτικά προγράμματα, καθώς οι θεραπευτικές κοινότητες δίνουν σημασία στον τομέα που αφορά την εργασία, κι αυτό υλοποιείται με την δημιουργία προγραμμάτων επαγγελματικού προσανατολισμού, κατάρτισης και εκπαίδευσης. Ο καθοριστικός ρόλος της επαγγελματικής απασχόλησης σε ότι αφορά την πρόληψη της υποτροπής, δείχνει ότι ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η επαγγελματική κατάρτιση και η στήριξη των ατόμων για την ένταξή τους στην αγορά εργασίας, χρήσιμο θα ήταν να αποτελεί απαραίτητο κομμάτι των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Τερζίδου, 2005).

Σε ότι αφορά τα προγράμματα πρόληψης, είναι ακόμη δυσκολότερο να υπάρξει κάποια μονάδα μέτρησης της αποτελεσματικότητας αυτών, καθώς η πρόληψη στοχεύει στην αποτροπή ή στην αλλαγή της συμπεριφοράς και στην υιοθέτηση νέων στάσεων. Τα

αποτελέσματα φαίνονται μακροχρόνια, καθιστώντας δύσκολή την αξιολόγηση. Ωστόσο, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος προϋποθέτει ακόμα τον προσδιορισμό από τα πριν της ομάδας στην οποία απευθύνεται, καθώς και των ιδιαίτερων στόχων του.

Στόχος του ενός προγράμματος θα μπορούσε να αποτελεί είτε η πρόληψη της χρήσης παράνομων ουσιών (ναρκωτικά), είτε η πρόληψη της χρήσης νόμιμων ουσιών (οινοπνευματώδη, κάπνισμα). Επίσης, η πλήρης εξάλειψη του προβλήματος, δηλαδή η αποχή από τη χρήση ακόμα και ουσιών που είναι αποδεκτές από την κοινωνία μας, όπως του καπνού και του οινοπνεύματος ή ακόμα στόχος να είναι ο περιορισμός και η μείωση των επιπτώσεων από τη χρήση. Υπέρ του τελευταίου αυτού στόχου, τοποθετούνται αρκετοί σήμερα, θεωρώντας τον ως την πιο ρεαλιστική λύση του προβλήματος της εξάρτησης από ουσίες. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των προληπτικών προσεγγίσεων είναι διαφορετικά, ανάλογα με τα δεδομένα, για παράδειγμα γνώσεις, στάσεις ή συμπεριφορά, πάνω στα οποία στηρίζεται η αξιολόγηση. Όπως απέδειξαν μελέτες που έγιναν, δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις και στη συμπεριφορά απέναντι στα ναρκωτικά. Αντίθετα μάλιστα, σε ορισμένες περιπτώσεις, η συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις και στη χρήση αποδείχθηκε να είναι θετική.

Σε γενικές γραμμές, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στον τομέα της πρόληψης των ναρκωτικών παραμένει έως και σήμερα, είτε ανύπαρκτη, είτε εξαιρετικά ανεπαρκής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος βασίζεται σε εντυπώσεις και πεποιθήσεις και σπάνια σε στέρεες επιστημονικές αποδείξεις. (Κοκκέβη, Α: 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

3.1 Η έννοια της αποποινικοποίησης.

Σκόπιμο είναι, πριν μπούμε στην ουσία του θέματος της αποποινικοποίησης των εξαρτησιογόνων ουσιών, να διευκρινίσουμε τι εννοούμε με τον όρο «αποποινικοποίηση». Συχνά η έννοια συγχέεται με εκείνη της νομιμοποίησης, όπου προβλέπει «νομική κατοχύρωση μιας κατάστασης ή πράξης, εκ των υστέρων» (Τριανταφυλλίδης, 2008) όπως ισχύει για το αλκοόλ και τον καπνό, που τελούν υπό νομικό έλεγχο. Ωστόσο ο όρος αποποινικοποίηση σημαίνει «την άρση, η κατάργηση του αξιόποινου μιας πράξης» (Τριανταφυλλίδης, 2008) και υπονοεί συνήθως ένα καθεστώς κάπου ανάμεσα στην νομιμοποίηση και την απαγόρευση.

Στην περίπτωση της αποποινικοποίησης των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, η κατοχή για προσωπική χρήση παύει να επισύρει ποινικές κυρώσεις και τιμωρείται με διοικητικές πράξεις. Επομένως, ο όρος «αντιαπαγόρευση» που χρησιμοποιείται εναλλακτικά αντί του όρου «αποποινικοποίηση», αντιστοιχεί εννοιολογικά στην νομιμοποίηση και όχι στην αποποινικοποίηση. Ακόλουθο ζήτημα το οποίο δεν διευκρινίζεται επαρκώς, αποτελεί ο διαχωρισμός των πράξεων με τις οποίες συνδέεται η αποποινικοποίηση. Οι πράξεις αυτές είναι η προσωπική χρήση, η κατοχή, η προμήθεια, η εισαγωγή και η διακίνηση. Όπως επίσης, δεν γίνεται σαφής ο διαχωρισμός των ουσιών ανάλογα με το είδος τους. Συνήθως αναφέρεται η αποποινικοποίηση των λεγόμενων «μαλακών» ναρκωτικών, ωστόσο η διάκριση αυτή, σε μαλακά και σκληρά δεν περιγράφει αναλυτικά τα είδη των ουσιών που εμπεριέχει η κάθε κατηγορία. Επομένως, η αποποινικοποίηση είναι ένα σύνθετο ζήτημα, με παραμέτρους οι οποίες προσδιορίζουν κάθε φορά την εννοιολογική της κατεύθυνση (Κοκκέβη, 2002).

3.1.1 Θέσεις για την αποποινικοποίηση.

Ο προβληματισμός σε σχέση με τις πολιτικές και το νομικό πλαίσιο, από όπου και ανακύπτει το ζήτημα της αποποινικοποίησης προέρχεται από τις ανεξέλεγκτες διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο της ουσιοέξαρτησης, αλλά και από την αναποτελεσματική ισχύουσα πολιτική. Οι υποστηρικτές της αποποινικοποίησης της χρήσης μαλακών ναρκωτικών βασίζουν τις προτάσεις τους στην ανεπάρκεια του ελέγχου της κατάστασης από την τρέχουσα πολιτική, στα ολοένα και αυξανόμενα ποσοστά της τοξικοεξάρτησης και στο οικονομικό και κοινωνικό κόστος που απορρέει από την τρέχουσα απαγορευτική πολιτική. Στοχεύοντας κυρίως στην μείωση των βλαβών και όχι στην εξυγίανση του προβλήματος. Είναι ωστόσο κοινώς αποδεκτό ότι η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες είναι ένα βιολογικό ζήτημα, αλλά με κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και ιατρικές παραμέτρους (Γρίβας 1998).

Οι υπέρμαχοι της αποποινικοποίησης υπερασπίζονται το επιχείρημα ότι η ισχύουσα νομοθεσία είναι λανθασμένη σε επίπεδο νομικό, κοινωνικό, συνταγματικό και οικονομικό. Στο νομικό επίπεδο ο νόμος «περί ναρκωτικών» (άρθ.13-14 του Ν.1729/1987) δεν διαχωρίζει τους χρήστες από τους εμπόρους ναρκωτικών και με πλήρως αντιφατικό τρόπο τους ορίζει άλλοτε ως ασθενείς και άλλοτε ως εγκληματίες, περνώντας τους όλους από το δικαστικό σύστημα και στιγματίζοντας τους. Ενώ σε κοινωνικό επίπεδο η καταστολή έχει περισσότερες επιπτώσεις από το ίδιο το πρόβλημα των ναρκωτικών, εφόσον συνδέεται με μια σειρά ποινικών αδικημάτων (Κοκκέβη,2002).

Ωστόσο, προφανής γίνεται η θέση των υποστηρικτών της αποποινικοποίησης στη συνταγματική βάση, όπου σύμφωνα με το Σύνταγμα της χώρας: «ο καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του» (παρ1 αρθ.5), «όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της

ζωής, της τιμής και της Ελευθερίας τους» (παρ. 2 αρθ.5), «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας» (αρθρο2 παρ.1)» (Βενιζέλος 2001:18). Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός να ορίζει το σώμα του και την ζωή του, εφόσον δεν ενεργεί με πράξεις που μπορούν να βλάψουν τρίτα πρόσωπα. Στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών το θύμα και ο δράστης είναι το ίδιο πρόσωπο, όπου σύμφωνα με το ποινικό δίκαιο, δεν αποτελεί έγκλημα ούτε άδικη πράξη, αλλά πράξη αυτοπροβολής.

Μεγάλο πεδίο αντιθέσεων αποτελεί και η οικονομική βάση στην οποία βασίζεται η πολιτική της αποποινικοποίησης. Σύμφωνα με τον Φρήντμαν, η ισχύουσα απαγορευτική πολιτική έχει τεράστιο οικονομικό κόστος, καθώς δαπανούνται υπέρογκα ποσά στην εφαρμογή χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα και ταυτόχρονα ο τζίρος της μαύρης αγοράς ανέρχεται σε δεκάδες δισεκατομμύρια ευρώ. Κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα οι κρατικοί προϋπολογισμοί να ζημιώνονται ανεπανόρθωτα, να οξύνονται τα κοινωνικά προβλήματα και παράλληλα να οργιάζει το παράνομο εμπόριο οδηγώντας την οικονομία και την κοινωνία σε αδιέξοδα (Κουτσόγιωργας,1997).

Συμπερασματικά, όσοι υποστηρίζουν την αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών υπερασπίζονται ότι η καταστολή και η απαγόρευση έχει αποτύχει παταγωδώς, αφού προηγουμένως δημιούργησε εκατομμύρια εξαθλιωμένων ατόμων. Ωστόσο, τα φρικτά αυτά αποτελέσματα της ισχύουσας πολιτικής αποσιωπούνται από ένα καλά οργανωμένο συνδυασμό συμφερόντων επαγγελματιών πολιτικών, οικονομικών συμφερόντων που έχουν σημαντικό όφελος να παραμένουν κάποιες ουσίες απαγορευμένες, ώστε να λυμαίνονται τα χρήματα των ανυποψίαστων φορολογουμένων (Αβραντίνης, 2006).

Στον αντίποδα της αποποινικοποίησης βρίσκονται οι κατήγοροι της φιλελεύθερης αυτής πολιτικής, οι οποίοι την αντιμάχονται βασιζόμενοι στο επιχείρημα ότι η εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής θα οξύνει ακόμη περισσότερο τα κοινωνικά προβλήματα και ταυτόχρονα δεν θα περιορίσει το παράνομο εμπόριο ναρκωτικών, αλλά αντίθετα θα το διευκολύνει με μοναδικό επίτευγμα την καθολική μείωση των τιμών (Μαρίνος, 2007).

Αναγνωρίζοντας τις αδυναμίες της κατασταλτικής πολιτικής που ισχύει οι αντιμαχόμενοι της αποποινικοποίησης, υποστηρίζουν ότι στόχος είναι η ανακοπή της εξάπλωσης της χρήσης ναρκωτικών και όχι απλώς η μείωση των θανάτων ή της εγκληματικότητας. Στηριζόμενοι στα μέσα της πρόληψης και του κοινωνικού ελέγχου διαφωνούν με την δικαστική και σωφρονιστική διαδικασία που ακολουθείται για χρήστες και μικροεμπόρους, αλλά εμμένουν στην ποινικοποίηση των ουσιών λόγω των επιβλαβών επιπτώσεων τους στην σωματική και κυρίως στην ψυχική και διανοητική υγεία των ατόμων και του συνόλου γενικότερα. Υποστηρίζουν ότι η κοινοτική στήριξη πρέπει να αποτελεί το βασικό θεσμικό πλαίσιο αντιμετώπισης των ναρκωτικών (Φωτόπουλος, 1997).

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να σημειωθεί ότι το ζήτημα των ναρκωτικών είναι ένα ιδιαίτερα σύνθετο και πολύπλοκο πρόβλημα με προεκτάσεις που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με συνταγές νόμων. Η πολιτική της αποποινικοποίησης δεν μπορεί να αποτελέσει άξονα για την επίλυση του προβλήματος, αλλά απαιτείται πρωτίστως ενιαία θεσμική θεμελίωση σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ώστε να ακολουθήσει νομική αυτονομία των κρατών. Η εφαρμογή της θα μπορούσε να απευθυνθεί μόνο σε πολίτες ενημερωμένους, με αυξημένη την ατομική και κοινωνική ευθύνη. Ωστόσο, οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν έως σήμερα δεν αφήνουν τέτοια περιθώρια, τουναντίον έχουν καλλιεργήσει τον ρατσισμό, την περιθωριοποίηση και τον φόβο, μη μπορώντας

ποτέ να ακολουθήσουν τις ανάγκες της εξελισσόμενης κοινωνίας, καθηλωμένες στο παρελθόν. Στην υποενότητα που ακολουθεί γίνεται ανασκόπηση και αναφορά της ελληνικής νομοθεσίας, στην εφαρμογή και στην αποτελεσματικότητα της.

3.2 Ισχύουσα ελληνική νομοθεσία. Εφαρμογή- Αποτελεσματικότητα

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών ως κοινωνικό πρόβλημα, πρωτοεμφανίζεται στις αρχές του 1900 και η ποινικοποίηση ξεκινά το 1919 με το ν.1681 περί αλητείας και επαιτείας. Σύμφωνα με το άρθρο 5 του νόμου αυτού, τιμωρούνταν «όστις, άεργος ων ή αποδεδειγμένως διάγων άτακτον βίον, επιδίδεται καθ' έξιν εις χασισοποτίαν, φοιτών προς τούτο εις τοιούτου είδους καταγωγή ή άλλα ενδαιτήματα» (Ανδρουλάκης 1974: 138-139) με ποινή φυλάκισης ενός έτους και σε περίπτωση υποτροπής μέχρι δύο έτη. Ο νόμος αυτός, όπως και οι υπόλοιποι που συμπληρωματικά ακολούθησαν ως το 1954 τιμωρούσαν όχι μια συγκεκριμένη πράξη, αλλά έναν αντικοινωνικό τύπο ατόμου. Ο χρήστης αντιμετωπιζόταν από τον νομοθέτη ως άνθρωπος του υποκόσμου, ύποπτος για την τέλεση διαφόρων εγκληματικών πράξεων και επικίνδυνος για το κοινωνικό σύνολο (Ανδρουλάκης, 1974).

Πρώτη φορά εκφράζεται η αντίληψη ότι ο τοξικομανής χρήστης είναι ασθενής και όχι κοινός εγκληματίας με το ν.δ. 3084/1954 όπου θεσπίζεται αντί της ποινής, εγκλεισμός προς θεραπεία σε ειδικό κρατικό κατάστημα για ένα εξάμηνο. Από αυτό μπορούσε να απολυθεί εφόσον κρινόταν ότι είχε αποθεραπευτεί και κάτω από περιοριστικούς όρους, όπως να μην συχνάζει σε τόπους που γίνεται χρήση ναρκωτικών, να μην συναναστρέφεται άτομα τοξικομανή, να μην παραμένει εκτός της κατοικίας του πέρα από μια ορισμένη ώρα της νύχτας και διάφορους άλλους. Ωστόσο, σαφή και συστηματική διάκριση των δραστών, σε τοξικομανείς και μη στην

νομοθεσία, συναντάμε μόλις το 1970 με το ν.δ. 743 περί ναρκωτικών. Με το άρθρο 131 δίνεται στον νόμο ο ορισμός της τοξικομανίας και με το άρθρο 72 θεσπίστηκε το ατιμώρητο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, όταν ο δράστης είναι εξαρτημένος από αυτές, με την σκέψη ότι όντας κυριευμένος από την εξάρτηση του δεν μπορεί να πράξει αλλιώς (Δομάζος, 2005).

Η τελευταία γενική μεταρρύθμιση της νομοθεσίας των ναρκωτικών που ισχύει έως σήμερα έγινε με το ν. 1729 που ψηφίστηκε 1987, ο οποίος διέκρινε πλέον ξεκάθαρα τους δράστες διακίνησης και χρήσης ναρκωτικών σε τοξικομανείς και μη. Τα επόμενα χρόνια ακολούθησαν τροποποιήσεις και συμπληρώσεις του νόμου, οι οποίες όμως δεν αλλάζουν την ουσία των ποινών και της πολιτικής. Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στα κυριότερα σημεία αυτών, αφού νωρίτερα παρουσιάσουμε το ν. 1729 που αποτελεί και την βάση της ισχύουσας νομοθεσίας. (βλέπε παράρτημα τους νόμους αναλυτικά).

Ο ν. 1729/ 1987 για την καταπολέμηση των ναρκωτικών και την προστασία των νέων προέβλεπε με τα άρθρα 1 και 2: την σύσταση οργάνων, όπως το Κεντρικό Συμβούλιο για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α), η Επιτροπή Ναρκωτικών και οριζόταν η λειτουργία τους. Το άρθρο 3 προέβλεπε την ανάπτυξη υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες στα επίπεδα της πρόληψης, της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης. Στο άρθρο 4 δίνεται ο ορισμός των ναρκωτικών και καταχωρούνται σε πίνακες οι ουσίες που υπάγονται στα ναρκωτικά.

Με το άρθρο 5 καθορίζονται τα βασικά εγκλήματα και οι ποινές του νόμου περί ναρκωτικών:

- I. «Με κάθειρξη τουλάχιστον δέκα (10) ετών και με χρηματική ποινή ενός εκατομμυρίου (1.000.000) δραχμών (ή 3000 ευρώ) , μέχρι εκατό εκατομμύρια (100.000.000) δραχμών (ή 300000 ευρώ) τιμωρείται όποιος:

- II. Εισάγει στη επικράτεια, ή εξάγει από αυτή ή διαμετακομίζει ναρκωτικά.
- III. Πωλεί, αγοράζει, προσφέρει, διαθέτει ή διανέμει σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο, αποθηκεύει ή παρακαταθέτει ναρκωτικά ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές.
- IV. Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή τους σε στρατόπεδα, αστυνομικά κρατητήρια, σωφρονιστικά καταστήματα, καταστήματα ανηλίκων κάθε κατηγορίας ή τόπους εργασίας ή διαβίωσης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή αναρρωτήρια.
- V. Αναμιγνύει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε τρόφιμα, ποτά ή άλλα είδη προορισμένα ή πρόσφορα να εισαχθούν στον ανθρώπινο οργανισμό.
- VI. Παρασκευάζει είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών ή οποιαδήποτε ναρκωτική ουσία ή παράνομα εισάγει, προμηθεύεται, παράγει, παρασκευάζει, πωλεί, διαθέτει, μεταφέρει, κατέχει ή διανέμει πρόδρομες ουσίες που αναφέρονται στους πίνακες I, II, III του άρθρου 9 του παρόντος νόμου, ή όργανα ή σκεύη, γνωρίζοντας ότι χρησιμοποιούνται ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την παράνομη παραγωγή, καλλιέργεια, ή παρασκευή ναρκωτικών ή εν γένει για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους οι πρόδρομες αυτές ουσίες εισήχθησαν, διακομίστηκαν ή μεταποιήθηκαν.
- VII. Καλλιεργεί ή συγκομίζει οποιοδήποτε φυτό του γένους της κάνναβης, το φυτό της μήκωνος της υπνοφόρου, οποιοδήποτε είδος φυτού του γένους ερυθρόξυλο, καθώς και οποιοδήποτε άλλο φυτό από το οποίο παράγονται ναρκωτικές ουσίες.
- VIII. Κατέχει ή μεταφέρει ναρκωτικά με οποιονδήποτε τρόπο ή μέσο, είτε στο έδαφος της επικράτειας είτε παραπλέοντας ή διασχίζοντας την αιγιαλίτιδα ζώνη είτε ιπτάμενος στον ελληνικό εναέριο χώρο.
- IX. Αποστέλλει ή παραλαμβάνει εν γνώσει του δέματα, δείγματα χωρίς εμπορική αξία ή επιστολές που περιέχουν οποιοδήποτε ναρκωτικό, ή δίνει εντολές σε άλλον για όμοια αποστολή ή παραλαβή.
- X. Διαθέτει σε άλλους οποιονδήποτε χώρο για χρήση ναρκωτικών ή διευθύνει κατάστημα στο οποίο γίνεται κατά σύστημα χρήση ναρκωτικών ή αποτελεί μέλος του προσωπικού τέτοιου καταστήματος και γνωρίζει την χρήση αυτή.

- XI. Συντελεί με οποιονδήποτε τρόπο στην διάδοση της χρήσης των ναρκωτικών.
 - XII. Νοθεύει ή πωλεί νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών.
 - XIII. Καταρτίζει πλαστή, νοθεύει ή χρησιμοποιεί πλαστή ή νοθευμένη ιατρική συνταγή χορήγησης ναρκωτικών ουσιών με σκοπό την διακίνηση τους.
 - XIV. Οργανώνει, χρηματοδοτεί, κατευθύνει ή εποπτεύει με οποιονδήποτε τρόπο την τέλεση κάποιας από τις ανωτέρω αναφερόμενες πράξεις ή δίνει σχετικές οδηγίες ή εντολές.
2. Αν η πράξη έχει τελεστεί με περισσότερους τρόπους από τους προβλεπόμενους στην προηγούμενη παράγραφο, αφορά όμως την ίδια ποσότητα ναρκωτικών, στον υπαίτιο επιβάλλεται μια μόνο ποινή, κατά την επιμέτρηση της οποίας λαμβάνεται υπόψη η συνολική δράση του» (Ν.1729/1987).

Με τα άρθρα 6,7,8,9,10 και 11 καθορίζονται ποινές και πράξεις για διακεκριμένες περιπτώσεις, κατάχρησης ιδιότητας γιατρών και φαρμακοποιών, επιβαρυντικές περιστάσεις, πρόκλησης και διαφήμισης, οδήγησης μεταφορικών μέσων και τέλεσης από αμέλεια. Βασικά επίσης σημεία του νόμου αποτελούν τα άρθρα 12, 13 και 14 με τα οποία ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την χρήση ναρκωτικών ουσιών, τους χρήστες και την μεταχείριση αυτών.

Συγκεκριμένα όποιος για δική του αποκλειστικά χρήση προμηθεύεται ή κατέχει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε ποσότητα, που αποδεδειγμένα εξυπηρετεί αποκλειστικά δικές του ανάγκες ή κάνει χρήση τους ή καλλιεργεί φυτά κάνναβης σε αριθμό ή έκταση που δικαιολογούνται μόνο για δική του αποκλειστικά χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση έως ενός έτους. Η διαπίστωση των παραπάνω γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας, καθώς και των διαγνωστικών στοιχείων των αναφερομένων στο άρθρο 13 του παρόντος νόμου. Σύμφωνα με αυτό, όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και δεν μπορούν να την αποβάλλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση κατά τους όρους αυτού του νόμου. Δηλαδή όσον αφορά τον

εξαρτημένο χρήστη, παραμένει «ατιμώρητος» και μόνο αν το επιθυμεί εισάγεται σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα. Το ίδιο ισχύει και για τον χρήστη διακινητή ναρκωτικών ουσιών, που παρουσιάζει μειωμένη δυνατότητα αντίστασης στην πώληση, προς εξασφάλιση της δόσης του (Σταθείας, 1988).

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Κονταξή, η ανταλλαγή μικροποσοτήτων ναρκωτικών μεταξύ χρηστών παραμένει ατιμώρητη μόνο για εκείνον που προμηθεύεται την ουσία, ενώ εκείνος που την δίνει υπάγεται στις διατάξεις περί εμπορίας και τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών, κατά το άρθρο 91 του ν. 2721/99 (Κονταξής, 1998). Η αγοραπωλησία, η καλλιέργεια, η κατοχή, η μεταφορά, η αποστολή, η παραλαβή, η συντέλεση στην διάδοση της χρήσης και η πλαστογράφηση ιατρικής συνταγής όταν τελούνται από χρήστη ναρκωτικών ουσιών, τιμωρούνται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους και χρηματική ποινή 200.000 δρχ έως 5.000.000 δρχ (600 - 15.000 Ευρώ) (Δομάζος, 2005).

Το άρθρο 14 προσδιορίζει την ειδική μεταχείριση που επιφυλάσσει ο νόμος στον χρήστη, δεδομένου ότι αναγνωρίζεται η τοξικοεξάρτηση ως σοβαρή ασθένεια και το κράτος προβλέπει την δυνατότητα διαφορετικής αντιμετώπισης των χρηστών που έχουν τελέσει εγκληματικές πράξεις, από τον κοινό εγκλεισμό σε σωφρονιστικό κατάστημα. Ο νομοθέτης, σε αυτό το άρθρο του νόμου διακρίνει την εξάρτηση σε σωματική και ψυχική, καθώς στην πρώτη περίπτωση δίνει στο δικαστήριο την δυνατότητα να διατάξει εισαγωγή σε θεραπευτικό κατάστημα, εφόσον το επιθυμεί και ο χρήστης. Ενώ, στην περίπτωση της ψυχικής εξάρτησης, ο χρήστης μπορεί να εισαχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα, μόνο αν ο ίδιος δηλώσει ότι το επιθυμεί. Ωστόσο, ο νόμος ορθά ορίζει την εισαγωγή σε θεραπευτικό κατάστημα, μόνον με την σύμφωνη βούληση του εξαρτημένου, καθώς είναι απαραίτητη για την επιτυχή περάτωση του προγράμματος απεξάρτησης (Παύλου, 1997).

Με τα υπόλοιπα άρθρα του νόμου ρυθμίζονται πράξεις που συνδέονται με θέματα περί ναρκωτικών, όπως η απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος, η δημοσίευση καταδικαστικής απόφασης, η δήμευση της περιουσίας, δικονομικές διατάξεις και διάφορες άλλες.

Από το 1987 έως σήμερα, ο νόμος περί ναρκωτικών έχει δεχτεί αρκετές τροποποιήσεις και συμπληρώσεις, ιδίως στο πεδίο των κανόνων της πραγματογνωμοσύνης, μεταξύ των διατάξεων των άρθρων 13-14, με τους νόμους 1738/1987, 2161/1993, 2331/1995, 2408/1996, 2479/1997 και 2721/1999. Το 1993 με τον νόμο 2161 ιδρύεται ο Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ) με την μορφή νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, γίνονται αυστηρότερες οι ποινές για γιατρούς και φαρμακοποιούς που δεν συμμορφώνονταν με την νομοθεσία, ποινικοποιήθηκε η διακίνηση πρόδρομων ουσιών και τέλος νομιμοποιήθηκε η θεραπεία με την χορήγηση υποκατάστατων ουσιών σε ειδικές θεραπευτικές μονάδες (Κονταξής, 1998).

Με τον ν. 2331/1995 γίνονται ευνοϊκότερες οι συνθήκες για όσους εντάσσονται εθελοντικά σε προγράμματα θεραπείας και συστηματική παρακολούθηση, με την δυνατότητα αναστολής της ποινικής τους δίωξης, αλλά και με μόνιμη αναστολή, σε περίπτωση επιτυχούς ολοκλήρωσης της θεραπείας. Ο ν. 2408/1996 υιοθετεί ακόμα ευνοϊκότερη μεταχείριση των χρηστών και θέτει αυστηρότερες ποινές για τους όσους εμπίπτουν σε θέματα περί εμπορίας ναρκωτικών. Επιπρόσθετα, ο ν. 2479/1997 διατηρεί την διάκριση μεταξύ εξαρτημένων και μη χρηστών, επισημαίνοντας τον χρόνο παραμονής σε θεραπευτικό κατάστημα, ως χρόνο έκτισης της στερητικής ελευθερίας της ποινής για την οποία καταδικάστηκαν. (Δομάζος, 2005). Οι νόμοι (ν.2948/2001, 3189/03), τα προεδρικά και νομοθετικά διατάγματα που ακολούθησαν τα επόμενα χρόνια, καταργούσαν προηγούμενες

διατάξεις και ρυθμίζουν, κυρίως, θέματα λειτουργίας των οργάνων. Επίσης, αντικαθιστούσαν τις χρηματικές ποινές από το νόμισμα της δραχμής στο ισχύον νόμισμα (ευρώ) συναλλαγής της χώρας.

Ο ν. 1729/1987, παρά τις όποιες τροποποιήσεις και συμπληρώσεις των ετών που ακολούθησαν, ισχύει ως σήμερα. Το καινοτόμο βήμα του νομοθέτη το 1987, να αναγνωρίσει τον τότε δράστη-τοξικομανή, ως χρήστη και ασθενή και όχι ως κοινό εγκληματία, στην εφαρμογή του νόμου δεν έχει αποδειχτεί, ακόμη και μετά το πέρας της εικοσαετίας. Ο νόμος παρουσιάζει αρκετές ελλείψεις και ασάφειες με αποτέλεσμα η εφαρμογή του ή ακόμη και η αποτελεσματικότητα του να αμφισβητείται. Στις βασικότερες ελλείψεις του ή ασάφειες εμπεριέχονται οι διατάξεις που δεν προβλέπουν το όριο της ποσότητας της ουσίας που δικαιολογείται για προσωπική χρήση, με αποτέλεσμα να τιμωρούνται απλοί χρήστες για εμπορία και έμποροι ναρκωτικών να κάνουν χρήση των ευνοϊκότερων όρων της νομοθεσίας. (Φαρσεδάκης και Συλίκος 1996).

Επίσης ο νόμος δεν ξεκαθαρίζει, μεταξύ ποιών αξιόποινων πράξεων, ο χρήστης έχει δικαίωμα να απολαμβάνει την ειδική μεταχείριση, που ορίζεται. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε, ότι παρόλο που η νομοθεσία αναγνωρίζει τον χρήστη ως ασθενή και υποχρεούται να συμπεριφέρεται σε αυτόν αντίστοιχα και όχι ως εγκληματία, στην χώρα μας λειτουργούν μόλις πέντε τμήματα ειδικών θεραπευτικών καταστημάτων (Ψυχιατρικό Παράρτημα Φυλακών Κορυδαλλού, Τμήμα Ψυχικών Πασχόντων και Τοξικομανών Γυναικείων Φυλακών, Τμήμα Ψυχικών Πασχόντων και Τοξικομανών Φυλακών Κέρκυρας και τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αθηνών- Θεσσαλονίκης). Αυτή η σοβαρότατη παράλειψη του κράτους, επιβάλλει τον συγχρωτισμό των ασθενών - ναρκομανών με κοινούς εγκληματίες, γεγονός που καθιστά πρακτικά αδύνατη τη συνειδητοποίηση της

ανθρώπινης ζωής και την ανάπτυξη ισχυρής βούλησης ανεξάρτησης (Φαρσεδάκης και Συλίκος, 1996).

Η πρακτική εφαρμογή του θεραπευτικού μοντέλου περί οικιοθελούς εισαγωγής σε θεραπευτικές κοινότητες, κάθε άλλο παρά επιτυχημένη μπορεί να θεωρηθεί, γεγονός που το φανερώνουν και τα μεγάλα ποσοστά υποτροπής, τα οποία εμφανίζονται μετά το πέρας της θεραπευτικής διαδικασίας. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 50.000 άτομα που χρήζουν θεραπείας, ενώ οι θεραπευτικές κοινότητες έχουν την δυνατότητα να δέχονται ετησίως μόνο 500 άτομα περίπου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι υπόλοιποι να καταλήγουν στις ειδικές πτέρυγες των φυλακών ή να αφήνονται ελεύθεροι, εφόσον κριθούν αθώοι ή δεν έχουν υπόλοιπο ποινής (Ανδρέου, 1994).

Στα 90 περίπου χρόνια, ποινικοποίησης της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών, η απαρχαιωμένη νομοθεσία φαίνεται να κάνει δειλά βήματα και μην συγχρονίζεται ποτέ, με τις ανάγκες της κοινωνίας. Είναι ξεκάθαρο ότι η απαγόρευση δεν έχει επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, αυξάνοντας κάθε χρόνο τον μακρύ κατάλογο των θυμάτων από τα ναρκωτικά, αλλά και οξύνοντας ολοένα και περισσότερο τα κοινωνικά προβλήματα. Μόλις τον Νοέμβριο του 2008, κατατέθηκε προς ψήφιση στην Ελληνική Βουλή τροπολογία που προσδιορίζει το όριο της ποσότητας που θεωρείται ότι καλύπτει τις προσωπικές ανάγκες του χρήστη και ουσιαστικά διαχωρίζει την χρήση από την εμπορία ναρκωτικών. Τα όρια που προτάθηκαν είναι για την ηρωίνη και την κοκαΐνη 1,5 γραμμάρια, για ακατέργαστη κάνναβη 20 γραμμάρια και για την κατεργασμένη 2,5. Για τις υπόλοιπες ουσίες, το όριο της ανώτατης ποσότητας, που καλύπτει της ανάγκες ενός χρήστη θα καθορίζεται με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και Δικαιοσύνης. Ο νομοθέτης θεωρεί ότι οι ποσότητες αυτές καλύπτουν τις ανάγκες ενός χρήστη, έστω και εξαρτημένου,

ανεξαρτήτου καθαρότητας της ουσίας και μαζί με το βάρος της συσκευασίας, εκτός εάν το δικαστήριο κρίνει διαφορετικά (Τριανταφυλλόπουλος, 2008).

Για μια ακόμη φορά η ανεπάρκεια του συγκεκριμένου νόμου είναι ξεκάθαρη, καθώς ο νομοθέτης δεν φαίνεται να λαμβάνει υπόψη του ότι στην τοξικοεξάρτηση βασικό χαρακτηριστικό είναι η ανάγκη συνεχούς αύξησης των δόσεων προκειμένου να επιτευχθεί το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Έτσι, υπάρχουν περιπτώσεις που ο τοξικομανής μπορεί να καταλήξει να λαμβάνει τέτοια ποσότητα που σε ένα φυσιολογικό οργανισμό θα επέφερε ακαριαίο θάνατο. Τουλάχιστον, με την ψήφιση της παρούσας τροπολογίας θα αποφεύγονται οι καταδίκες απλών χρηστών με την κατηγορία της εμπορίας.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, σχετικά με την εφαρμογή του νόμου, των μέτρων και τις δυσκολίες που ανακύπτουν δεν θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για αποτελεσματικότητα αυτών, καθώς είναι ξεκάθαρο ότι δεν επαρκούν. Αξίζει να αναφερθεί ότι από το σύνολο των φυλακισμένων στα ελληνικά σωφρονιστικά καταστήματα, το 37% εκτίει ποινές για αδικήματα του νόμου περί ναρκωτικών (Ε.Σ.Υ.Ε 2006), ποσοστό τεράστιο σε σχέση με άλλα αδικήματα και μεγάλο κόστος για την εθνική οικονομία αλλά, κυρίως, για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξία της ανθρώπινης ζωής. Η τοξικομανία αποτελεί ένα τεράστιο κοινωνικό φαινόμενο που δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται με απλοποιημένους όρους καταστολής και κοινωνικής περιθωριοποίησης, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με βασικές παραδοχές του ποινικού δικαίου στο πεδίο του καταλογισμού. Ο διάλογος λοιπόν, για την νομοθεσία περί ναρκωτικών πρέπει να παραμένει ανοιχτός, να εκφράζονται και να διερευνώνται νέες προτάσεις και φυσικά να λαμβάνονται υπόψη, στον σχεδιασμό εθνικών πολιτικών, οι πολιτικές άλλων κρατών. Τότε, ίσως στο

μέλλον θα μπορούσαμε να μιλήσουμε επίσημα και να ελπίζουμε για την χάραξη μιας ενιαίας πολιτικής κατά των ναρκωτικών, τουλάχιστον σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

3.3 Πολιτικές θέσεις στο Ελληνικό Κοινοβούλιο

Έχοντας αναφερθεί στο νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στην χώρα μας, σε αυτή την ενότητα θα αναφερθούμε στις θέσεις των πολιτικών κομμάτων που απαρτίζουν το κοινοβούλιο και εκπροσωπούν τον ελληνικό λαό. Στην χώρα μας σήμερα, το κοινοβούλιο απαρτίζεται από πέντε κομματικούς σχηματισμούς, εκ των οποίων οι δυο συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αντιπροσώπευσης. Οι θέσεις των κομμάτων σε σχέση με το πρόβλημα των ναρκωτικών και τις προτεινόμενες πολιτικές αντιμετώπισης, παρουσιάζουν εξαιρετικό ενδιαφέρον εφόσον είναι αυτές που στην συνέχεια θα μπορούσαν να αποτελέσουν μελλοντική πολιτική του κράτους.

Με μεγάλη απογοήτευση διαπιστώσαμε ότι κανένα από τα πέντε κόμματα του ελληνικού κοινοβουλίου δεν έχει επίσημη και σαφή θέση για το θέμα των ναρκωτικών και φυσικά ούτε κάποια προτεινόμενη πολιτική αντιμετώπισης. Ωστόσο, στελέχη όλων των κομμάτων κατά διαστήματα έχουν εκφράσει τις προσωπικές τους θέσεις για το πρόβλημα των ναρκωτικών και την αντιμετώπιση του, τις οποίες και παραθέτουμε.

Ξεκινώντας από τα δύο μεγάλα κόμματα διακυβέρνησης και τους πολιτικούς τους αρχηγούς συναντάμε την θέση του σημερινού προέδρου και πρωθυπουργού του ΠΑ.ΣΟ.Κ κ. Γ. Παπανδρέου, ο οποίος αναγνωρίζει την ανεπάρκεια της παρούσας νομοθεσίας περί ναρκωτικών και στο παρελθόν έχει προτείνει τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών. Συγκεκριμένα, έχει εισηγηθεί για την δυνατότητα καλλιέργειας κάνναβης για προσωπική χρήση, χωρίς το δικαίωμα διακίνησης και πώλησης, με το σκεπτικό ότι, ο μη διαχωρισμός των ναρκωτικών τα

συνδέει και οδηγεί τον χρήστη από τα μαλακά στα σκληρά μέσω των εμπορών. Ακόμη και σήμερα ο κ. Παπανδρέου υπερασπίζεται την θέση του αυτή, τονίζοντας ότι η υπάρχουσα πολιτική κατά των ναρκωτικών δεν έχει φέρει κανένα αποτέλεσμα (Παπανδρέου, 2009).

Από τον ίδιο πολιτικό χώρο ωστόσο, υπάρχουν και οι θέσεις άλλων στελεχών που υποστήριζαν την υιοθέτηση μιας άλλης πολιτικής για τα ναρκωτικά. Οι κ. Βούγιας και Μπένος στο παρελθόν είχαν υπογράψει την διακομματική πρόταση νόμου για την αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών και τον διαχωρισμό της αντιμετώπισης τους, ανάλογα με την βλάβη που προκαλούν. Ωστόσο οι θέσεις αυτές δεν βρήκαν σύμφωνα όλα τα στελέχη του κόμματος, με έντονες αντιδράσεις από τον τότε υπουργό δικαιοσύνης της κυβέρνησης ΠΑ.ΣΟ.Κ κ. Ε. Γιαννόπουλο, ο οποίος χαρακτήρισε την πρόταση αυτή και όσους την υπερασπιζόταν «ψευτοπροοδευτικούς» (Διακογιάννης, 1997). Το διάστημα αυτό, την ίδια στάση κράτησαν και άλλοι βουλευτές του κόμματος, όπως ο κ. Δ. Κουτσόγιωργας, ο οποίος τόνισε ότι στην χώρα μας η εγκληματικότητα από τα ναρκωτικά δεν ήταν αυξημένη και ότι η υιοθέτηση μιας τέτοιας πολιτικής θα αύξανε τις επιπτώσεις του προβλήματος, διευκολύνοντας τους εμπόρους και μόνο (Κουτσόγιωργας 1997). Σήμερα, αν θα ονομάσουμε θέση του κόμματος την θέση που εκφράζει ο πρόεδρός του, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ΠΑ.ΣΟ.Κ αναγνωρίζει την αναποτελεσματικότητα και την χρεοκοπία της υπάρχουσας πολιτικής, προτείνοντας πιο ελαστικά μέτρα για τους χρήστες και αναγνωρίζοντας τους ως ασθενείς (Παπανδρέου 2009). Ωστόσο, δεν γίνεται αναφορά σε πολιτική διαχωρισμού και αποποινικοποίησης ναρκωτικών.

Σχεδόν παρόμοια στάση συναντούμε και στις θέσεις των στελεχών της Ν.Δ., με μικρότερο ποσοστών βουλευτών και υπουργών να συμφωνούν με την αλλαγή της πολιτικής περί ναρκωτικών και την υιοθέτηση μιας νέας και πιο ριζοσπαστικής. Ο κ.

Καραμανλής, πρώην πρόεδρος του κόμματος αναγνωρίζει τις αδυναμίες της παρούσας νομοθεσίας και υποστηρίζει ότι η αντιμετώπιση της εξάπλωσης των ναρκωτικών μπορεί να επιτευχθεί με ελαστικότερα μέτρα και αυξημένες παροχές υπηρεσιών προς τους χρήστες καθώς και με αυστηρότερες ποινές στους εμπόρους ναρκωτικών. Ωστόσο δηλώνει επιφυλακτικός ως προς το ζήτημα της αποποινικοποίησης, καθώς δεν έχει πεισθεί από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης πολιτικής, στα κράτη που εφαρμόστηκε (Καζαλότι, 2007). Την ίδια θέση κρατούν και άλλα στελέχη της Ν.Δ., όπως ο κ. Κ. Μητσοτάκης (Κουρτζίδης 2004), ο κ. Φαρσάρης, Μ και η κ. Μ. Γιαννάκου και που τάσσονται κατά της αποποινικοποίησης των μαλακών ναρκωτικών εξαιτίας των μη ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων που είχε η πολιτική αυτή σε άλλα κράτη. Υποστηρίζουν ότι το θέμα των ναρκωτικών είναι σύνθετο και πολυπαραγοντικό και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με μιά αμφιβόλου αποτελεσματικότητας, πολιτική (Νικολούλια, 2003).

Στον ίδιο πολιτικό χώρο βρίσκονται και οι θέσεις εκείνων που είναι πιο ουδέτεροι στην εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής όπως η κ. Μπακογιάννη (Σπυδωνάκου, 2005) που φαίνεται να υπερασπίζεται την εφαρμογή μιας κοινής ευρωπαϊκής πολιτικής, αλλά και του κ. Π. Τατούλη που έχει υποστηρίξει την εφαρμογή της πολιτικής της αποποινικοποίησης στην Ελλάδα, υποβάλλοντας πρόταση στην διακομματική επιτροπή (Καλλιαγκόπουλου, 2002).

Τα τρία μικρότερα κόμματα Κ.Κ.Ε, ΣΥ.ΡΙΖ.Α και ΛΑ.Ο.Σ στηρίζουν τις θέσεις τους περισσότερο συγκεντρωτικά από ότι η Ν.Δ. και το ΠΑ.ΣΟ.Κ. Το Κ.Κ.Ε υποστηρίζει την εφαρμογή μιας πολιτικής μείωσης της ζήτησης, αλλά και των επιπτώσεων που ανακύπτουν από την ουσιοεξάρτηση. Αντιμαχόμενοι όμως, τον

διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών (Μπουντουρόγλου,2006). Την ίδια θέση για τα ναρκωτικά έχει το κόμμα του ΛΑ.Ο.Σ (Κουκουράκης, 2006).

Στον αντίποδα της αριστεράς φαίνεται να είναι η θέση του ΣΥ.ΡΙΖ.Α σε σχέση με το θέμα των ναρκωτικών, αμφισβητώντας ευθέως την υπάρχουσα νομοθεσία και υποστηρίζοντας την πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης. Συγκεκριμένα στελέχη του κόμματος όπως οι κ. Αλαβάνος, Τσίπρας και Ψαριανός έχουν ζητήσει την αποποινικοποίηση της χρήσης, κατοχής και προμήθειας όλων των ουσιών για προσωπική χρήση. Υποστηρίζουν την θέση ότι οι χρήστες είναι ασθενείς και ότι πρέπει να θεσπιστούν μέτρα για την απομάκρυνση των χρηστών από το παράνομο εμπόριο (Αλαβάνος, 2008).

Παρά τις όποιες θέσεις των κομμάτων και των μελών του κοινοβουλίου, υπάρχουν και οι φωνές αυτών που αναγνωρίζουν ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί από μια ιδεολογία και μια θέση, αλλά μέσα από κοινές επιλογές. Οι βουλευτές: Γ. Αμπατζόγλου (ΣΥΝ), Π. Αυγερινός (ΠΑ.ΣΟ.Κ), Μ. Βαρβιτσιώτης (Ν.Δ.), Μ. Δαμανάκη (τότε ΣΥΝ), Θ. Κολιοπάνος (ΠΑ.ΣΟ.Κ), Θ. Κοτσώνης (ΠΑ.ΣΟ.Κ), Π. Λαφαζάνης (ΣΥΝ), Α. Ξηροτύρη (ΣΥΝ), Θ. Πάγκαλος (ΠΑ.ΣΟ.Κ), Ε. Παπαδημητρίου (Ν.Δ.), Α. Σπηλιωτόπουλος (Ν.Δ.), και Π. Τατούλης (Ν.Δ.), ένωσαν τις δυνάμεις τους ζητώντας την άμεση θέσπιση μέτρων για την επέκταση των προγραμμάτων υποκατάστασης, την δημιουργία νέων αλλά και την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων για στρατευμένους και φυλακισμένους (Σωτηράρχου, 2002).

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί μέρος της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας. Αφορά τη ζωή και την καθημερινότητα όλων μας και έχει οδηγήσει στη δυστυχία χιλιάδες ελληνικές οικογένειες. Ιδιαίτερα πλήττονται οι νέοι και οι έφηβοι ανεξάρτητα από καταγωγή, κοινωνική τάξη, φύλο ή άλλα διακριτικά.

Τα τελευταία χρόνια επίσημα αναγνωρίζεται ότι οι θάνατοι από τη χρήση ηρωίνης έχουν υπερδιπλασιαστεί, ενώ τα όρια ηλικίας της χρήσης κατηφορίζουν επικίνδυνα, με το εμπόριο ταυτόχρονα να ανθεί. Οι επανειλημμένες προσπάθειες για την τροποποίηση του νομοθετικού πλαισίου που επιχειρήθηκαν σε διακομματική βάση δεν ευτύχησαν μέχρι σήμερα, προσκρούοντας κάθε φορά σε εμπεδωμένες αντιλήψεις καταστολής, αλλά και στο περίφημο πολιτικό κόστος. Ο προσανατολισμός στην καταστολή και την πρόληψη φαίνεται να έχει αποτύχει, απαιτώντας την εναλλακτική πιλοτική εφαρμογή και άλλων πολιτικών πέραν της καταστολής και επιβάλλοντας επιτακτική την ανάγκη για την υιοθέτηση δραστικών μέτρων που θα επιτύχουν έστω και την μείωση των βλαβών. Η πολιτεία καλείται να σταματήσει να αγνοεί τον αριθμό των ανθρώπων που χάνουν τη ζωή τους, να ευαισθητοποιηθεί και να ανταποκριθεί στις διαφορετικές απόψεις και θέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, όπως έπραξαν και άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

3.4 Ισχύουσα νομοθεσία σε χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης-Ολλανδικό μοντέλο

Σχετικά με την νομοθεσία περί ναρκωτικών που επικρατεί στην Ευρώπη γενικότερα, οι περισσότεροι θα καταλήγαμε στο συμπέρασμα ότι, οι μέχρι σήμερα πολιτικές και τα μέτρα για την αντιμετώπιση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, ανεξάρτητα από την αποτελεσματικότητά τους, δεν είναι επαρκή. Δυστυχώς, αυτό είναι μια διαπίστωση η οποία δεν αφορά μόνο στην χώρα μας χώρα, καθώς δεν είναι μόνο στην Ελλάδα, όπου τα ποσοστά χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών ολοένα και αυξάνονται, η ηλικία έναρξης της χρήσης μειώνεται, η αναλογία χρήσης μεταξύ αγοριών–κοριτσιών εξισώνεται, οι θάνατοι έχουν ανοδική πορεία, η εγκληματικότητα και οι συλλήψεις οφείλονται κυρίως στην διακίνηση και /ή στην χρήση παράνομων ουσιών, και οι κρατούμενοι στις φυλακές για παράβαση του νόμου σχετικά με

ναρκωτικά, καλύπτουν περίπου το ήμισυ του συνολικού αριθμού των φυλακισμένων (Μαλλιώρη, 2002).

Πέρα από την νομική άποψη, θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως η ενδεχόμενη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών θα οδηγούσε αναπόφευκτα στην απομυθοποίησή τους. Όπως έχει φανεί, το παράδειγμα της Ολλανδίας, έπειτα από ένα χρονικό διάστημα όπου σημειώθηκε αύξηση της χρήσης, τόσο γιατί αρκετοί ήταν εκείνοι που προέβησαν στην χρήση εξαιτίας της περιέργειας, όσο κι επειδή, ερχόμενο το πρόβλημα στην επιφάνεια, πήρε τις πραγματικές του διαστάσεις. Οι νέοι της Ολλανδίας σήμερα, δεν ελκύονται από την ιδέα της χρήσης (Κουτογλίδου, 2002).

Η Ολλανδία, είναι μια από τις πρώτες χώρες με «αντιναρκωτική» νομοθεσία. Ο νόμος για το Όπιο (Opium Act) ψηφίστηκε το 1919 και καθιέρωσε τα πρώτα απαγορευτικά μέτρα στο εμπόριο της ηρωίνης. Τον Ιούνιο του 1972, ο νόμος τροποποιήθηκε επί το αυστηρότερο. Η νομοθετική αυτή μεταβολή, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των χρηστών, τη μείωση της καθαρότητας («κόψιμο») της ηρωίνης, την αύξηση για το λόγο αυτό των θανάτων πολλών χρηστών και τη σημαντική αύξηση της τιμής της ηρωίνης στη μαύρη αγορά. Η σημαντική επιδείνωση του «προβλήματος» των ναρκωτικών οδήγησε το 1975 την κυβέρνηση της Ολλανδίας, σε ένα ριζικό αναπροσανατολισμό της πολιτικής της στο θέμα των ελεγχόμενων ουσιών και εντέλει, σε νέα τροποποίηση του Opium Act. Η νομοθετική αυτή μεταρρύθμιση ισχύει μέχρι σήμερα και είναι ευρύτερα γνωστή, ως το «Ολλανδικό Πείραμα», χωρίς ωστόσο να πρόκειται για πείραμα αλλά για μια πολύ προσεκτικά σχεδιασμένη πολιτική, η οποία είναι συμβατή με τις γενικότερες αρχές και αντιλήψεις της Ολλανδικής κοινωνίας, -μιας κατ' αρχήν ανεκτικής, πολυπολιτισμικής και ατομοκεντρικής κοινωνίας-, για όλα τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει κατά καιρούς (Αβραντίνης, 2007).

Με βάση τις προβλέψεις της Ολλανδικής νομοθεσίας για τις απαγορευμένες ουσίες ισχύουν τα εξής:

- «Η χρήση όλων των ελεγχόμενων ουσιών χωρίς διάκριση είναι αποποινικοποιημένη.
- Η κατοχή μικρών ποσοτήτων οποιασδήποτε ελεγχόμενης ουσίας, είναι αποποινικοποιημένη.
- Η εμπορία μικρών ποσοτήτων οποιασδήποτε ελεγχόμενης ουσίας θεωρείται πταισματική παράβαση για την οποία δεν προβλέπεται καμιά ποινή φυλακίσεως παρά μόνο χρηματική ποινή, στην πράξη δε παραμένει από τις διωκτικές αρχές ατιμώρητη.
- Η διάθεση – εμπορία της κάνναβης από ειδικά coffee shops είναι ελεύθερη.
- Εξακολουθεί να είναι ποινικό αδίκημα, η κατοχή και η εμπορία μεγάλων ποσοτήτων των αναφερόμενων στο νόμο ελεγχόμενων ουσιών. Στο νόμο υπάρχει σαφής διάκριση των ελεγχόμενων ουσιών ανάλογα με την επικινδυνότητα τους. Με βάση αυτή τη διάκριση και την ποσότητα που διακινείται, οι ποινές φυλακίσεως κλιμακώνονται αναλόγως, για παράδειγμα, ποινή φυλακίσεως μέχρι δώδεκα χρόνια για εισαγωγή και εξαγωγή των ουσιών υψηλής επικινδυνότητας, όπως ηρωίνη, αμφεταμίνες, κοκαΐνη κ.τ.λ., μέχρι οκτώ χρόνια για παραγωγή και εμπορία αυτών των ουσιών κ.ο.κ.
- Είναι επιτρεπτή, χωρίς νοσηλεία σε εξαρτημένα άτομα, η κατόπιν υγειονομικού ελέγχου χορήγηση υποκατάστατων και η παροχή ιατρικών υπηρεσιών σ' αυτούς με υπό όρους συνταγογράφηση ελεγχόμενων ουσιών (συντήρηση εξαρτημένων)» (Αβραντίνης 2007:12).

Η παραπάνω αντιαπαγορευτική πολιτική, καθ όλη την διάρκεια της εφαρμογής της είχε τα ακόλουθα αποτελέσματα :

- «Την κατακόρυφη κατά 48% μείωση του αριθμού των εξαρτημένων από το σύνολο των ελεγχόμενων ουσιών από 35.000 το 1980 σε 19.000 το 1999,

- Την κατακόρυφη μείωση του αριθμού των θανάτων που είχαν αμέσως ή εμμέσως, ως αιτία τους τη χρήση οποιασδήποτε ελεγχόμενης ουσίας από 1973 το 1980 σε 52 το 1990 και σε 40 το 1999 ή κατά ποσοστό 45,2%,
- Την εξάπλωση του AIDS, της ηπατίτιδας και άλλων μολυσματικών ασθενειών σε ποσοστά σταθερά χαμηλότερα από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο και φυσικά τον Αμερικανικό μέσο όρο,
- Τη σταθερή μείωση της εγκληματικότητας (των εγκλημάτων κατά της περιουσίας και της ζωής) που συνδέεται άμεσα με την προσπάθεια των χρηστών να βρουν χρήματα προκειμένου να εξασφαλίσουν τη δόση τους,
- Τη βελτίωση της υγείας των εξαρτημένων ατόμων και την κοινωνική επανένταξη αυτών, ώστε να είναι για τον εαυτό τους και την κοινωνία αποτελεσματικοί» (Αβραντίνης 2007:14).

Δεν είναι τυχαίο, ότι την φιλοσοφία του Ολλανδικού μοντέλου και τις βασικές αρχές της αντιπαγορευτικής πολιτικής ακολούθησαν πολλές ακόμη χώρες ευρωπαϊκές και μη, όπως η Ισπανία (1997), Ιταλία (1998), η Ελβετία, η Πορτογαλία, το Μεξικό (2002) και ο Καναδάς (2002) με ανάλογα αποτελέσματα. Όπως, επίσης ενδεικτικό είναι και το παράδειγμα της Αγγλίας (Μπουγάνης,2007).

Οι Βρετανοί γιατροί πάρα το γεγονός, ότι το 1920 ψηφίστηκε ο νόμος Dangerous Drugs Amendment Act, με τον οποίο θεσπίστηκαν αυστηρές κυρώσεις ιδίως για την παράνομη εισαγωγή και διακίνηση της ηρωίνης και των λοιπών οπιούχων, δεν έπαψαν να συνταγογραφούν. Σύμφωνα και με τις συστάσεις της περίφημης επιτροπής Rolleston (1924) τη μορφίνη και την ηρωίνη στους εξαρτημένους πελάτες τους μέχρι και το έτος 1968. Το γεγονός αυτό, είχε ως αποτέλεσμα στη Βρετανία, τον αριθμό των εξαρτημένων χρηστών να παραμείνει μέχρι και σήμερα εξαιρετικά χαμηλός, καθώς και απειροελάχιστό τον αριθμό των θανάτων. Μάλιστα στη Βρετανία, όπως άλλωστε και στην Ολλανδία οι περισσότεροι από τους θανάτους παρατηρούνται στις τάξεις των μεταναστών που δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας. Εν συνεχεία, στην Βρετανία το 1968 υπήρξε μια τροποποίηση

του νόμου , σύμφωνα με την οποία η συνταγογράφηση της ηρωίνης δε μπορεί να γίνεται από το σύνολο των γιατρών, αλλά από εξειδικευμένες κλινικές ή γιατρούς και κατόπιν σχετικής άδειας του Υπουργείου Υγείας. Η μεταρρύθμιση της νομοθεσίας, όπως ισχύει μέχρι και σήμερα δεν έθιξε το δικαίωμα των γιατρών να συνταγογραφούν τη μορφίνη ή τη μεθαδόνη. Έτσι οι εξαρτημένοι έχουν δύο επιλογές: είτε να πάρουν από τον οικογενειακό τους γιατρό ή το γιατρό που σε τελική ανάλυση θα προτιμήσουν συνταγή για τη χορήγηση σε αυτούς μορφίνης ή μεθαδόνης, είτε να τους χορηγηθεί ηρωίνη μέσω των εξουσιοδοτημένων κλινικών ή γιατρών. Τα αποτελέσματα της Βρετανικής πολιτικής είναι εντυπωσιακά: η ζήτηση της ηρωίνης σταδιακά μειώνεται αφού οι εξαρτημένοι υπό συνθήκες ελεύθερης επιλογής επιλέγουν σε ποσοστά πάνω από 80% τη συντήρηση με μεθαδόνη και ο αριθμός των εξαρτημένων χρηστών περιορίζεται σε 30.000 με 35.000. Τελευταίες δημοσκοπήσεις έδειξαν ότι το 54% των Βρετανών είναι υπέρ της αποποινικοποίησης της κάνναβης, ενώ στις ηλικίες 25-34 ετών το ποσοστό αυξάνεται στο 60%. Υπέρ των μεταρρυθμίσεων στη νομοθεσία τάσσεται το 60% των Βρετανών και το 48% των Βρετανίδων. Ενισχυτικό στοιχείο, που θεωρείται πρόβα τζενεράλε στην κατεύθυνση αυτή, είναι και η λειτουργία του πρώτου βρετανικού «coffee shop». Το Dutch Experience ή DE «καφενείο κάνναβης», στα πρότυπα των καφέ του Άμστερνταμ, άνοιξε τον Σεπτέμβριο του 2001, στο Μπόρνμουθ στη Ν. Αγγλία. Σήμα κατατεθέν του η φράση «No Victim –No Crime» (ούτε θύμα -ούτε έγκλημα) και η απαγόρευση εισόδου κάτω των 18 ετών. Σε αυτό προσφέρονται ροφήματα, γλυκά, πιάτα με συστατικό την κάνναβη, ενώ το κάπνισμα είναι ελεύθερο (Brady, 2002).

Στην Γερμανία, η μείωση των θανάτων είναι πράγματι θεαματική, ενώ η κατοχή και χρήση της κάνναβης είναι από χρόνια ελεύθερη. Κάθε κρατίδιο ωστόσο, έχει τους δικούς τους νόμους και στις ποσότητες που θεωρούνται νόμιμες. Στην συντηρητική

Βαυαρία για παράδειγμα, θεωρείται νόμιμη η κατοχή ενός γραμμαρίου χασίς, ενώ στο φιλελεύθερο Αμβούργο η ποσότητα φτάνει τα 30 γραμμάρια. Το ίδιο ισχύει και στο Βερολίνο, αλλά στην πράξη η Εισαγγελία ασκεί διώξεις για κατοχή άνω των 300 γραμμαρίων. Σε δημόσιους χώρους, καφέ ή μπαρ, η χρήση χασίς είναι κάτι πολύ συνηθισμένο. Εκεί όπου έχουν αλλάξει πολλά, είναι στον χώρο των τοξικομανών, σε μεγάλες πόλεις με σοβαρό πρόβλημα ηρωίνης, κρακ και σπίντμπολ (μίγμα ηρωίνης-κοκαΐνης). Στο Αμβούργο και τη Φρανκφούρτη έχουν καθιερωθεί, εδώ και καιρό, ειδικοί χώροι όπου γίνεται ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, κάτω από ελεγχόμενες και αποστειρωμένες συνθήκες, παρουσία ειδικού νοσηλευτικού προσωπικού που χορηγεί τα εργαλεία χρήσης. Σ' αυτά απαγορεύονται αυστηρά, η εμπορία ουσιών. Οι πόλεις που εφάρμοσαν το μέτρο αυτό, είδαν γρήγορα να μειώνονται οι θάνατοι από χρήση, να βελτιώνονται οι συνθήκες διαβίωσης των τοξικομανών και να μειώνεται η εγκληματικότητα. Στο Βερολίνο όπου δεν έχει καθιερωθεί η πρακτική, οι θάνατοι παραμένουν στο ίδιο επίπεδο (ΕΚΠΠΤ,2004).

Νέα νομοθεσία σχετικά με τα ναρκωτικά και επικίνδυνες ουσίες θεσπίστηκε στις αρχές του 2001 στο Βέλγιο. Όλοι σχεδόν ήταν σύμφωνοι ότι, ο νόμος που ίσχυε από το 1921 έπρεπε να αλλάξει. Ο νέος νόμος, ασαφής, θεωρεί τα ναρκωτικά «πρόβλημα υγείας». Βασικές πτυχές του είναι: η πρόληψη για τους μη καταναλωτές και τους «μη προβληματικούς» καταναλωτές, η βοήθεια και επανένταξη για τους «προβληματικούς καταναλωτές» και η επιβολή ποινών στους παραγωγούς-εμπόρους ναρκωτικών. Παράλληλα, διαχωρίζει τα «σκληρά ναρκωτικά» (ηρωίνη, κοκαΐνη) από τα αποκαλούμενα «μαλακά» (κάνναβη), επιτρέπει την κατοχή κάνναβης «για προσωπική χρήση» (εντάσσεται στην ίδια κατηγορία με το αλκοόλ και τον καπνό), χωρίς καθορισμό της ποσότητας (γρ.) για να αποτραπεί η προσαρμογή της αγοράς. Αντίθετα, προβλέπονται ποινές για την «προβληματική» κατανάλωση. Όμως,

«προβληματικός» χρήστης θεωρείται αυτός που δεν ελέγχεται και είναι εξαρτημένος. Η «προβληματική» χρήση συνδέεται με την κοινωνική ταραχή και η κάλυψη των κενών επαφίεται στη δικαιοσύνη, με όλες τις επιπτώσεις. Με το νέο νόμο, η κυβέρνηση αποφάσισε τη δημιουργία ομάδας καταπολέμησης ναρκωτικών με συμμετοχή κάθε αρμόδιας αρχής, την εφαρμογή συστήματος ελέγχου της ποιότητας των ουσιών κ.ά. Επίσης, επιτρέπεται η συνταγογράφηση μεθαδόνης (παλαιότερα διωκόταν) και χορηγείται θεραπευτικά σε 8.000 εξαρτημένους (ΕΚΠΝΤ,2004).

Σύμφωνα με την Μαλλιώρα (2002), στην Ισπανία, την Ιταλία, και την Πορτογαλία, δεν επιβάλλονται ποινικές κυρώσεις για την κατοχή οποιουδήποτε ναρκωτικού προορίζεται για προσωπική χρήση. Οι κυρώσεις είναι κυρίως διοικητικής φύσης: προειδοποίηση, πρόστιμο ή αναστολή άδειας οδήγησης. Στην Ισπανία ειδικότερα, με την χρήση ναρκωτικών να είναι αποποινικοποιημένη, σε δημόσιους χώρους, τιμωρείται με χρηματικά πρόστιμα, συνήθως 300 ευρώ, κάνοντας απολογισμό το 2005 με 173.000 παραβάσεις αυτού του τύπου. Επιπλέον, η καλλιέργεια κάνναβης επιτρέπεται, εκτός αν γίνεται για να πουληθεί. Σε αυτή την περίπτωση προβλέπονται ένα έως τρία χρόνια φυλάκισης (τα ίδια και για εμπορία). Το 2005 έγιναν 10.704 συλλήψεις για κάνναβη, 7.718 για κοκαΐνη και 1.561 για οποιοειδή. Η ιταλική νομοθεσία, γίνεται λιγότερο ανεκτική από το 2006 και μετά, ειδικά για την κάνναβη. Όσοι συλληφθούν κινδυνεύουν να χάσουν την άδεια οδήγησης, αλλά και το διαβατήριό τους. Προβλέπεται ακόμα και κατ' οίκον περιορισμός. Εκατοντάδες ιταλοί τότε, διαδήλωσαν μπροστά από τη Βουλή, όπου και κάπνισαν δημοσίως χασίς. Όσοι εμπορεύονται ουσίες κινδυνεύουν με φυλάκιση μεταξύ έξι και είκοσι χρόνων. Σε περιπτώσεις που διαπιστώνεται εξάρτηση, επιβάλλεται θεραπεία (Μαλλιώρα,2002).

Στην Πορτογαλία, η χρήση ναρκωτικών ουσιών- ίσως η μεγαλύτερη στην Ε.Ε.- έχει αποποινικοποιηθεί από το 2001, αφού στάθηκε αδύνατο από τις αρχές να ελέγξουν την κατάσταση. Τα όρια κατοχής κυμαίνονται στα 40 γραμμάρια για το χασίς, τρία για ηρωίνη, πέντε για κοκαΐνη και 30-50 δόσεις LSD. Από εκεί και πάνω θεωρείται εμπορία και προβλέπεται φυλάκιση (Μπουγάνης, 2007).

Από το 2001, η νομοθεσία του Λουξεμβούργου προβλέπει μόνο επιβολή προστίμου για τη χρήση, τη μεταφορά, την κατοχή και την απόκτηση κάνναβης για προσωπική χρήση. Στη Δανία και την Αυστρία, οι νομοθεσίες και οι οδηγίες ορίζουν ότι οι δράστες που διαπράττουν για πρώτη φορά το αδίκημα της παράνομης κατοχής ναρκωτικών, ιδίως κάνναβης, δεν τιμωρούνται. Αντιθέτως, καλούνται να απέχουν από τη χρήση ναρκωτικών στο μέλλον, συνήθως με τη μορφή προειδοποιήσεων ή με την επιβολή επιτήρησης (Μπουγάνης, 2007).

Στην Ιρλανδία, η κατοχή κάνναβης τιμωρείται με πρόστιμο κατά την πρώτη ή δεύτερη καταδίκη, ενώ μόνο από την τρίτη φορά και μετά είναι δυνατόν να επιβληθεί ποινή φυλάκισης. Στη Γαλλία, το κλίμα είναι κάπως σκληρότερο, αφού κάθε χρόνο γίνονται 100.000 συλλήψεις, εκ των οποίων το 80% για κάνναβη,. Η χρήση και κατοχή όλων των ναρκωτικών ουσιών τιμωρείται με περισσότερο από έναν χρόνο φυλακή και πρόστιμο που ξεπερνάει τα 3.750 ευρώ. Οι ποινές για εμπορία μπορεί να φτάσουν τα 30 χρόνια φυλάκισης (7,5 εκατ. ευρώ πρόστιμο). Το 2003 ψηφίστηκε νόμος που προβλέπει φυλάκιση και πρόστιμο 4.500 ευρώ σε όσων οδηγών το αίμα ανιχνευθούν ναρκωτικές ουσίες, ποινές που διπλασιάζονται όταν διαπιστώνεται συνδυασμός με αλκοόλ (Μαλλιώρα, 2002).

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (2007) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν) στην Νορβηγία, τη Φιλανδία, και τη Σουηδία, ο νόμος περί απαγόρευσης της χρήσης αναφέρεται ότι εφαρμόζεται

«κατά γράμμα» και πρόκειται περί ποινικού αδικήματος. Η νομοθεσία της Σουηδίας δεν αφήνει το παραμικρό περιθώριο ούτε στην κατοχή, ούτε στη χρήση οποιασδήποτε ουσίας (και της κάνναβης). Το 2005 πιάστηκαν 19.000 άτομα, τα περισσότερα τιμωρήθηκαν με χρηματικό πρόστιμο, ενώ το 14% αντιμετώπισε ποινές φυλάκισης, για εμπορία (ΕΚΤΕΠΝ,2007).

Τέλος οι χρήστες ναρκωτικών στην Φιλανδία, πληρώνουν μικρές χρηματικές ποινές, χωρίς ωστόσο να οδηγούνται σε κάποιο δικαστήριο. Πιο σοβαρά αδικήματα θεωρούνται η καλλιέργεια κάνναβης και η εμπορία, η οποία μόνο σε μεγάλες ποσότητες, οδηγεί στη φυλακή (Μαλλιώρα,2002).

Σύμφωνα με το Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν (2002), σε πολλά κράτη μέλη, σημειώνονται συνεχώς συλλήψεις που αφορούν την χρήση και κατοχή ναρκωτικών. Αρκετές, είναι οι χώρες όπου οι συλλήψεις για αδικήματα ναρκωτικών, έχουν παρουσιάσει σημαντική αύξηση, όσον αφορά την χρήση και κατοχή για χρήση, σε σχέση με τα αδικήματα που αφορούν το εμπόριο ή την διακίνηση ναρκωτικών, όπου είναι πολύ λιγότερα. Περίπου, το 60-90% των συλλήψεων για όλα τα αδικήματα σχετικά με ναρκωτικά στο Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ελλάδα, τη Γαλλία, την Αυστρία, τη Φιλανδία, τη Σουηδία, και το Ηνωμένο Βασίλειο αφορούν τη χρήση ή την κατοχή για χρήση ναρκωτικών. Η κάνναβη αποτελεί το κυριότερο ναρκωτικό στο οποίο οφείλεται το 55-90% των συλλήψεων για χρήση και κατοχή στη Γερμανία, τη Γαλλία, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στην Πορτογαλία, όπου το ποσοστό κάνναβης είναι από τα χαμηλότερα, οι συλλήψεις που αφορούν την κάνναβη αυξήθηκαν σε 37% επί του συνόλου των συλλήψεων για χρήση και κατοχή ναρκωτικών το 2000 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2007).

Η ποινική αντιμετώπιση των αδικημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, αποτελεί ένα μόνο μέρος της συνολικής πολιτικής. Απαραίτητη προϋπόθεση για την

θεμελίωση ενός ενιαίου Ευρωπαϊκού χώρου ασφάλειας, ελευθερία και δικαιοσύνης, είναι το να υπάρξουν ξεκάθαρες, σαφείς, και κοινές γραμμές, όπου θα διαχωρίζουν ποιες πράξεις ή συμπεριφορές συνιστούν αντικείμενο του ποινικού δικαίου ή όχι. Επιπλέον, το ότι ο χρήστης ναρκωτικών ουσιών, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται με ποινικά αλλά με άλλα μέτρα, είναι μια κοινή ομολογία που πρέπει αναμφισβήτητα να κατοχυρωθεί με κοινή νομολογία. Κάτι τέτοιο βέβαια δεν σημαίνει ότι εάν δεν το εξασφαλίσουμε σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα κράτη μέλη δεν μπορούν αυτόνομα να κινηθούν προς αυτή την κατεύθυνση (Μαλλιώρα, 2002).

Στην συνέχεια του επόμενου κεφαλαίου, αναφέρονται οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην διαμόρφωση αλλά και την αλλαγή των στάσεων, σχετικά με τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Γίνεται μια προσπάθεια να αναλυθούν οι παράγοντες, οι οποίοι διαμορφώνουν τις στάσεις ενός ατόμου, καθώς και εάν η προσωπικότητα ή η συμπεριφορά, είναι αποτέλεσμα της στάσης του. Επιπλέον, δίνονται οι ορισμοί, κάποιων βασικών εννοιών, για την ευκολότερη κατανόηση του αναγνώστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

4.1 Βασικές έννοιες- Ορισμοί

Ξεκινώντας την συγγραφή του κεφαλαίου, θεωρούμε σημαντικό να ορίσουμε βασικές έννοιες στις οποίες θα αναφερθούμε στην συνέχεια. Με τους όρους:

- Αντίληψη «νοείται η ψυχική λειτουργία με την οποία ο άνθρωπος αποκτά γνώση ενός αντικειμένου του εσωτερικού ή εξωτερικού κόσμου. Διακρίνεται σε εξωτερική ή κατ' αίσθηση (αντίληψη των εξωτερικών αντικειμένων) και εσωτερική ή πνευματική αντίληψη, που αναφέρεται στον ψυχικό βίο του ανθρώπου» (Διαμαντόπουλος 1994:76).

Σύμφωνα με τον Διαμαντόπουλο (1994) η αντίληψη αποτελεί ανώτερη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου και οφείλεται στην νόηση και στις αισθήσεις. Τα ερεθίσματα και οι παραστάσεις που μεταβιβάζονται στον ανθρώπινο εγκέφαλο με τις αισθήσεις συμπληρώνονται με την νόηση και τα βιώματα. Επίσης έχει πρωταρχικό ρόλο στον ψυχικό και πνευματικό βίο του ανθρώπου, όπου με αυτή γίνεται κατανοητή η παρουσία του εξωτερικού κόσμου και κατακτάται η γνώση.

- Στάση είναι η «νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση τις εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες συσχετίζεται» (Allport 1935, στο Γεωργιάς 1995:123).

Σύμφωνα με τον Allport στάση είναι στην ουσία, η ετοιμότητα για δράση και εκφράζεται σαν συμπεριφορά είτε λεκτική, είτε μη λεκτική. Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει στον εξής ορισμό: *«με τη χρήση της έννοιας στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο εννοείται ένα διαρκές σύστημα με*

γνωστικό και συναισθηματικό στοιχείο και τέλος με κάποια τάση προς την έκφραση της συμπεριφοράς» (Γεωργιάς 1995:124).

Η έννοια στάση θεωρείται από τους σύγχρονους κοινωνικούς ψυχολόγους ως τρισδιάστατη, αποτελούμενη από το γνωστικό στοιχείο (τι πιστεύουμε για το αντικείμενο στάσης), το συναισθηματικό στοιχείο (πώς αισθανόμαστε απέναντι σε κάποιον ή σε κάτι, απέναντι δηλ. στο αντικείμενο των στάσεων) και τη συμπεριφορά του ατόμου (τι σκοπεύουμε να κάνουμε με το αντικείμενο των στάσεων) (Δραγονά, 1995: 87).

- Στερεότυπα και προκαταλήψεις: Κατά τους Simpson και Yinger, στερεότυπο είναι «η κατηγορική αντίληψη του άλλου (αίσθημα αποδοχής ή απόρριψης ενός ατόμου ή μίας ομάδας) και προκατάληψη, η κατηγορική στάση απέναντι στον άλλο» (Παπαδόπουλος 1990: 192).

Στην προκατάληψη η συναισθηματική συμμετοχή είναι εντονότερη απ' ότι στο στερεότυπο. Στερεότυπο είναι λανθασμένες και άκαμπτες γνώμες που έχουμε όχι μόνο για τους άλλους «ετεροστερεότυπα», αλλά και για τους εαυτούς μας «αυτοστερεότυπα». Συνήθως τα στερεότυπά μας για τους άλλους είναι αρνητικά, ενώ τα αυτοστερεότυπα είναι τις περισσότερες φορές θετικά (Γκότοβος 1996: 53).

- Συμπεριφορά είναι «οι εκδηλώσεις του ατόμου σε ότι αφορά τη διαγωγή και τους τρόπους του» (Διαμαντόπουλος, 1994:345).

Συμπεριφορά αποτελούν οι εκδηλώσεις του ατόμου σε όλα τα στάδια της ωρίμανσης του, οι οποίες αντανakλούν στην προσωπικότητα του και η μεταβολή ή προσαρμοστικότητα της εξαρτάται από διάφορα ερεθίσματα. (Διαμαντόπουλος, 1994:345).

- Διαχωρισμός: Με την έννοια του διαχωρισμού των ναρκωτικών νοείται η διάκριση τους σε «σκληρά» και «μαλακά». Δηλαδή η διάκριση τους βάση

της φαρμακολογικής τους δράσης σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις που επιφέρει η χρήση (Κουτσελίνης 2002: 132).

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες στο σύνολο τους, έχουν βλαπτικές συνέπειες για τον ανθρώπινο οργανισμό, ειδικά όταν γίνεται κατάχρηση αυτών. Η λογική της διάκρισης βασίζεται στον βαθμό σοβαρότητας των συνεπειών από την χρήση. Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο οι εξαρτησιογόνες ουσίες δεν έχουν κοινή φαρμακολογική βάση, συμπτωματολογία αλλά και επιπτώσεις. Ωστόσο, η συνήθης πορεία της ουσιοεξάρτησης είναι το πέρασμα από την χρήση μαλακών ναρκωτικών στα σκληρά. Η επίτευξη του διαχωρισμού και η αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης σε δύο άξονες, θα επεδίωκε τον περιορισμό αλλά και την παύση της πορείας από τα ελαφριά στα σκληρά ναρκωτικά, μειώνοντας έτσι και τις συνέπειες τόσο για τον χρήστη, αλλά και για την κοινωνία. «Στον αντίποδα της άποψης αυτής βρίσκονται αρκετές έρευνες και στατιστικές, οι οποίες αποδεικνύουν ότι και τα λεγόμενα «μαλακά» ναρκωτικά είναι εξίσου επικίνδυνα και προκαλούν έντονη ψυχική εξάρτηση» (Δουρδούνη 2001:32).

- Αποποινικοποίηση: « Πράξη που παύει να είναι αξιόποινη και καταργείται το ποινικό γνώρισμα της» (Διαμαντόπουλος 1994: 88).

Η λογική της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών βασίζεται στον διαχωρισμό των ουσιών και αντιπαραβάλλεται με την ισχύουσα πολιτική της ποινικής καταστολής. Παραμένει παράνομη η χρήση, η κατοχή και απόκτηση τους αλλά το αδίκημα δεν είναι ποινικό, αλλά διοικητικό. Δηλαδή επιβάλλονται κυρώσεις αλλά όχι διώξεις. (Διαμαντόπουλος, 1994).

4.2 Διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην χρήση ουσιών

Το βασικότερο ερώτημα που θα απαντήσουμε στο συγκεκριμένο σκέλος της εργασίας μας είναι ο τρόπος με τον οποίο δημιουργούνται οι στάσεις. Ειδικότερα θα εστιάσουμε στη διαμόρφωση των στάσεων, των αντιλήψεων και των στερεοτύπων γύρω από την χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δώσαμε παραπάνω, η έννοια της στάσης αποτελείται από τρία στοιχεία, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά του ατόμου. Το γνωστικό περιεχόμενο των στάσεων *απαρτίζεται* από τις εξής τρεις διαστάσεις: την κατηγοριοποίηση, την κεντρικότητα και την πολιτιστική διάσταση.

Η γνωστική διάσταση αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νοημοσύνη. Η αντίληψη του ανθρώπου δεν περιορίζεται στην αντίληψη κάποιων ερεθισμάτων αλλά προχωρεί στην οργάνωση και ακόμα παραπέρα στην κατηγοριοποίηση των ερεθισμάτων σε σύνολα. Έτσι διευκολύνεται η αντίληψη του περιβάλλοντος, επειδή η αντίληψη διαφορετικών ερεθισμάτων ως ενιαία, αποτελεί τις αντιδράσεις οργανισμού. Το πλεονέκτημα που προκύπτει από την κατηγοριοποίηση αυτή είναι ότι απλουστεύεται η κατανόηση και ανάλυση των φαινομένων, ενώ παράλληλα αυτό το ίδιο το πλεονέκτημα οδηγεί σε μειονέκτημα, όταν απλουστεύονται οι έννοιες και δημιουργούνται ασάφειες (Κοκκινάκη,2005).

Η δεύτερη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων είναι η κεντρικότητα κατά τον Rockeah ή η εγωκεντρικότητα κατά τον Sherif. Με τους όρους αυτούς εννοούν ότι κάποιες στάσεις που επιβεβαιώνονται και από την κοινωνία και είναι πιο κεντρικές για το άτομο, είναι δηλαδή βαθιά ριζωμένες στο εγώ του ανθρώπου. «Ο Sherif προσθέτει ότι οι στάσεις αυτές που αναφέρονται στο εγώ του ανθρώπου τον

κάνουν να ταυτίζεται ολοκληρωτικά με αυτές και να τις υπερασπίζεται με πάθος όταν κάποιος του τις αμφισβητεί» (Κοκκινάκη 2005: 92).

Η τρίτη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων, είναι η πολιτιστική. Δηλαδή, οι στάσεις ορίζονται διαφορετικά ανάλογα με την κοινωνία και το πολιτιστικό επίπεδο αυτής (Γεωργιάς 1995:130). Για παράδειγμα, οι στάσεις που αφορούν τις ναρκωτικές ουσίες εξαρτώνται από τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά της κάθε κοινωνίας. Στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση των χρηστών αλλά και στάση απέναντι στις εξαρτησιογόνες ουσίες είναι διαφορετική, σε σχέση με τα Σκανδιναβικά κράτη ή τις Η.Π.Α.

Το συναισθηματικό στοιχείο αποτελεί τη δεύτερη διάσταση των στάσεων. Συμφωνά με αυτό, κάθε στάση ενδέχεται να διεγείρει θετικά ουδέτερα ή αρνητικά συναισθήματα στο άτομο. Για παράδειγμα, οποιαδήποτε στάση του ανθρώπου απέναντι στο θέμα της εξάρτησης από ναρκωτικά ενδέχεται να δημιουργήσει δυσάρεστα ή αρνητικά συναισθήματα. Αντίθετα, στάσεις απέναντι σε προσπάθειες απεξάρτησης συνήθως δημιουργούν θετικά συναισθήματα. Οι στάσεις μπορούν δημιουργήσουν αντικρουόμενα συναισθήματα κι αν αφορούν το ίδιο θέμα, διεγείροντας αρνητικά συναισθήματα φόβου, εξάρτησης και παρενεργειών και ταυτόχρονα θετικά, ευφορίας και δύναμης. Σύμφωνα με τον Osgood η συναισθηματική φόρτιση του ατόμου, παρουσιάζει σημασιολογική διαφοροποίηση με τις διαστάσεις της αξιολόγησης (καλό –κακό), της δυναμικότητας (δυνατό– αδύνατο) και της ενεργητικότητας (νεανικό – γέρικο). Επίσης, αναφέρει ότι η ίδια λέξη έχει διαφορετική συναισθηματική φόρτιση ανάλογα με την κάθε κοινωνία (Γεωργιάς 1995).

Τρίτη διάσταση των στάσεων αποτελεί η συμπεριφορά προς ένα αντικείμενο ή πρόσωπο, δηλαδή όταν κάποιος δηλώσει μία στάση, αναμενόμενο είναι να

συμπεριφέρεται ανάλογα με τη στάση αυτή. Όμως, σύμφωνα με τον Τριάντη (1971) για την Ελλάδα, η συμπεριφορά του ανθρώπου εξαρτάται από τους προσδιορισμένους κανόνες της πρέπουσας συμπεριφοράς που ορίζει η κοινωνία. Αυτή η τάση συμπεριφοράς του ατόμου διακρίνεται σε συμπεριφορά φορτισμένη με θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, που δείχνει φιλία, εχθρότητα, δύναμη στην κοινωνική ιεραρχία, αποφυγή και προσπάθεια να γίνει κανείς αρεστός σε πρόσωπα υψηλού κύρους (Γεωργιάς 1995: 132).

Η ψυχολογία έχει διατυπώσει διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις, στην προσπάθεια της να ερμηνεύσει, τον τρόπο που δημιουργούνται οι στάσεις. Οι κυριότερες προέρχονται από τον συμπεριφορισμό, οι οποίες τις κατηγοριοποιούν ως συνήθειες που το άτομο έχει μάθει από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον. Η δεύτερη θεωρητική προσέγγιση προέρχεται από τον χώρο της ψυχανάλυσης, αντιμετωπίζοντας τις στάσεις από την ψυχοδυναμική άποψη. Δηλαδή το άτομο υιοθετεί στάσεις βάσει του ψυχαναλυτικού αξιώματος της ηδονής, της γνωστικής διάστασης, των προσωπικών αξιών και των μηχανισμών άμυνας του εγώ. Η τρίτη προσέγγιση επηρεάζεται από τον χώρο της γνωστικής ψυχολογίας. Σύμφωνα με αυτή το άτομο διαμορφώνει στάσεις βάσει της γνωστικής συνέπειας, δηλαδή όταν επιτυγχάνεται ισορροπία, στην συμφωνία-διαφωνία στάσεων, με τα άτομα του περιβάλλοντος μας (Γεωργιάς 1995: 146).

Σε ότι αφορά τη διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην χρήση ουσιών, φαίνεται να βασίζεται στις πραγματικές συνέπειες για τον χρήστη, στις κοινωνικές επιπτώσεις της ουσιοεξάρτησης, αλλά και στα στερεότυπα που συνδέονται με την χρήση ουσιών. Σύμφωνα με τον Αιγαίο (1983), τα στερεότυπα διακρίνονται σε:

➤ Στερεότυπο σχετικά με τα περιεχόμενα:

Ο Delay ορίζει ως ναρκωτικό « κάθε χημική, φυσική ή τεχνητή ουσία που μεταβάλλει την ψυχολογία ή τη νοητική δραστηριότητα των ανθρώπων» (Αρναο1983:13), συμπεραίνοντας ότι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των αποτελεσμάτων από την χρήση ουσιών είναι η μεταβολή της ψυχολογίας και της διανοητικής δραστηριότητας. Αυτή η τάση υπάρχει σε μία ατέλειωτη σειρά συμπεριφορών, στις οποίες όμως η κοινωνία δε βάζει καμιά διακριτική ετικέτα. Παρόλα αυτά υπάρχει ένα στερεότυπο που προσπαθεί να αποδώσει στο θέμα των ναρκωτικών ένα συγκεκριμένο και αποκλειστικό περιεχόμενο. Το πιο διαδεδομένο είναι εκείνο που αποδίδει στη χρήση όλων των ναρκωτικών, το ιδιαίτερο αποτέλεσμα της «φυγής από την πραγματικότητα». Αν με τον όρο «πραγματικότητα», εννοείται η αντικειμενική σε αντίθεση με την υποκειμενική, το στερεότυπο βρίσκει εφαρμογή στις παράνομες εκείνες ουσίες, που η φαρμακολογική τους ενέργεια είναι αντίθετη από εκείνον που θα καθιστούσε εφικτό το ξέκομμα από την εξωτερική πραγματικότητα (Αρναο,1983).

Από την άλλη πλευρά, η προσπάθεια επαφής με την εσωτερική πραγματικότητα είναι αντικείμενο της επιστημονικής σκέψης, που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του πολιτισμού μας. Αν όμως, με τον όρο «πραγματικότητα» εννοείται η παραγωγική πραγματικότητα με την ηδονιστική στιγμή, αγνοείται το γεγονός πως η χρήση ναρκωτικών αιτιολογείται σε μεγάλο ποσοστό από την ανάγκη του ατόμου να βρίσκεται στο ύψος των παραγωγικών αναγκών. Ωστόσο η ηδονιστική στιγμή, ως συμπλήρωμα της παραγωγικής δραστηριότητας, ενθαρρύνεται από την κοινωνία μας και συγκεκριμενοποιείται με πολλές άλλες συμπεριφορές εκτός από τη χρήση ναρκωτικών (Αρναο,1983).

Σε μια άλλη μορφή, το στερεότυπο «φυγή από την πραγματικότητα», συνδέεται με την εντύπωση ότι τα ναρκωτικά προκαλούν τους λεγόμενους «τεχνητούς παραδείσους». Αυτό σημαίνει ότι η ψυχή του ατόμου κατακλύζεται από περιεχόμενα ξένα προς την προσωπικότητά του. Αυτή η επιχειρηματολογία στηρίζεται στο γεγονός ότι η κατάχρηση ορισμένων ουσιών μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να χάσει τον έλεγχο των ψυχικών περιεχομένων και της συμπεριφοράς του. Αυτό όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της χρήσης ναρκωτικών. Στην ουσία τα ψυχικά περιεχόμενα που εκδηλώνονται με τη χρήση ναρκωτικών (φαντασιώσεις, παρορμήσεις, τρόπο αντίληψης και σκέψης), ανήκουν ολοκληρωτικά στον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Πάντως, καμία από τις ερμηνείες του στερεότυπου, «φυγή από την πραγματικότητα» δεν δικαιολογεί τη διάκριση μεταξύ νόμιμων και παράνομων ουσιών. Βέβαια, η έννοια της φυγής (ηδονισμός, έρευνα της εσωτερικότητας, «τεχνητότητα») μπορεί να αποδοθεί στη χρήση ουσιών όπως ο καφές, ο καπνός, το αλκοόλ και τα ψυχοφάρμακα (Ατσαο, 1983).

Μία άλλη άποψη για το παραπάνω στερεότυπο, δίνει έμφαση όχι τόσο στο περιεχόμενο των ψυχικών μεταβολών, όσο στο χημικό και κατά συνέπεια στο τεχνητό μηχανισμό με τον οποίο επιτυγχάνεται η μεταβολή. «Η χρήση ουσιών δημιουργεί μεταβολή των ψυχικών περιεχομένων, η οποία δε γίνεται πάνω σε μία κατάσταση απόλυτης ψυχικής «φυσιολογικότητας» - με την έννοια της μη παρουσίας τεχνητών αποτελεσμάτων - απαλλαγμένης από κάθε πιθανό εξωτερικό ερέθισμα των ψυχικών περιεχομένων. Η ανθρώπινη ψυχή ξεφεύγοντας από το δικό μας έλεγχο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εξωτερικούς και κατά συνέπεια «τεχνητούς παράγοντες» (Ατσαο, 1983: 15).

Ακόμα μία πιθανή ερμηνεία του στερεότυπου της φυγής από την πραγματικότητα, είναι η πολιτιστική. Δηλαδή, το σύνολο των αξιών και των

συμβατικότητων της κυρίαρχης κουλτούρας, όπου η χρήση ναρκωτικών θεωρείται φυγή από αυτές τις αξίες και συμβατικότητες. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το χαρακτηριστικό γνώρισμα της χρήσης ναρκωτικών βρίσκεται στο γεγονός ότι γίνεται έξω από τις κοινωνικές συμβατικότητες. Για τον λόγο αυτό η κοινωνία θεωρεί «ναρκομανή» το άτομο που χρησιμοποιεί αμφεταμίνες για ψυχαγωγία και όχι εκείνον που χρησιμοποιεί την ίδια ουσία για να εργαστεί ή για αποκτήσει δόξα (π.χ. αθλητή).

Συμπερασματικά λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι οι κοινωνικές στάσεις και αντιλήψεις για το περιεχόμενο της χρήσης ουσιών, βασίζονται όχι τόσο στην ιδιαίτερη ανάλυση του περιεχομένου, όσο στον τρόπο που πραγματοποιείται αυτό το περιεχόμενο (Αρναο,1983).

➤ Στερεότυπο της «φυσιολογικότητας»:

Το περιεχόμενο της φυσιολογικότητας με τη συμβατική έννοια, είναι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο πριν αρχίσει η ανώμαλη δράση των αποτελεσμάτων της ουσιοεξάρτησης.

Η δημιουργία του στερεότυπου της φυσιολογικότητας αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις καταναλωτών και κοινωνίας, με την έννοια ότι βάζοντας την ετικέτα του φυσιολογικού σε αυτούς που δεν κάνουν χρήση ουσιών, τους δίνει ταυτόχρονα το δικαίωμα να διατυπώνουν γνώμες σχετικά με τους ναρκομανείς. «Το στερεότυπο αυτό βασίζεται στα παρακάτω αξιώματα:

- I. «Η μη χρήση ναρκωτικών συμπίπτει με τη φυσιολογική κατάσταση και βρίσκεται σε αντίθεση με την κατάσταση που επέρχεται το άτομο μετά τη χρήση ουσιών.
- II. Η φυσιολογική κατάσταση συμπίπτει με την ικανοποιητική σχέση του ατόμου με τους άλλους, με τον ίδιο του τον εαυτό, με το περιβάλλον και έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ανεξαρτησία από κάθε πιθανή αλλοίωση των ψυχικών περιεχομένων και την πλήρη αυτοδιάθεση του ατόμου.

III. Η χρήση ναρκωτικών είναι το μοναδικό στοιχείο αλλοίωσης της φυσιολογικότητας» (Arao 1983:25).

➤ Στερεότυπο της εξάρτησης:

Το στερεότυπο αυτό, θεωρεί το φαινόμενο της εξάρτησης ως το χαρακτηριστικό γνώρισμα της σχέσης μεταξύ ατόμου και του ναρκωτικού, ανεξάρτητα από το είδος της ουσίας και από τις περιστάσεις που γίνεται η χρήση. Δεν στηρίζεται στη σωματική εξάρτηση, αλλά δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη ψυχική η οποία δεν ξεφεύγει από αυτό που θεωρείται συνήθως φυσιολογικό. Η επανάληψη των ευχάριστων εμπειριών και η αποφυγή των δυσάρεστων, αποτελεί σχέση εξάρτησης του ατόμου, που εκδηλώνεται μέσα από εμπειρίες και μορφές συμπεριφοράς. Ανάμεσα σε αυτές υπάρχουν διάφορα επίπεδα αναλογικότητας μεταξύ του βαθμού εξάρτησης και του βαθμού ανάγκης. Υπάρχουν όμως και πολλές μορφές συμπεριφοράς, όπου η εξάρτηση είναι δυσανάλογη προς την ανάγκη και παρόλα αυτά έχουν εξαπλωθεί και η κοινωνία μας όχι μόνο τις ανέχεται, αλλά και τις ενθαρρύνει. (Arao,1983).

Όσον αφορά την χρήση ουσιών ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η περίπτωση του καπνού, όπου η χρήση του είναι νόμιμη και χαρακτηρίζεται από μία τεράστια δυσαναλογία ανάμεσα στο βαθμό εξάρτησης και στα άμεσα φαρμακολογικά του αποτελέσματα, στην ψυχική δραστηριότητα. Ωστόσο, μέρος της κοινωνίας δεν το συγκαταλέγει στις ναρκωτικές ουσίες και η χρήση του στηρίζεται περισσότερο στους κινδύνους και τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου, παρά στην εξαρτητική σχέση. Είναι φανερό ότι η κοινωνία δεν αναγνωρίζει τη σχέση εξάρτησης με βάση τα εσωτερικά γνώρισμα, αλλά με βάση την κοινωνική αποδοχή των μορφών συμπεριφοράς. Αν η εξάρτηση σχετίζεται με μορφές συμπεριφοράς που είναι κοινωνικά αποδεκτές, δεν αποδοκιμάζεται, αν όμως όχι (περίπτωση χρήσης παράνομων ουσιών), θεωρείται χαρακτηριστικό στοιχείο της ίδιας της συμπεριφοράς.

Η εννοιολογική διαφορά της έννοιας εξάρτησης, μεταξύ της κοινωνικής και φαρμακολογικής της διάστασης συμβάλει στην διαιώνιση του στερεοτύπου (Arao,1983).

➤ Στερεότυπο της απόλυτης τοξικότητας:

Στερεότυπο της «απόλυτης τοξικότητας» θεωρείται η οποιαδήποτε ενόχληση στην υγεία ή τη συμπεριφορά, των χρηστών παράνομων ουσιών, ως άμεση συνέπεια της χρήσης. Δηλαδή, όταν το άτομο που κάνει χρήση οποιασδήποτε ουσίας διαπράξει ένα έγκλημα ή έχει κάποια ασθένεια ή δε συμπεριφέρεται με φυσιολογικό τρόπο η κοινή γνώμη έχει την αίσθηση ότι αυτό εξαρτάται από την λήψη της ουσίας, ακόμη και στην περίπτωση που δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το άτομο βρισκόταν υπό την επήρεια τη στιγμή του συμβάντος. Από αυτό το στερεότυπο της τοξικότητας απορρέει και η διάκριση μεταξύ νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών, που έχει ως αποτέλεσμα να θεωρείται δεδομένη η βλαβερότητα των παράνομων ουσιών, ενώ αντίθετα οι νόμιμες (π.χ. αλκοόλ και καπνός) να θεωρούνται βλαβερές μόνο στην περίπτωση υπερβολικής χρήσης. Η διάκριση ωστόσο δεν αφορά μόνο στις ουσίες, αλλά και συγκεκριμένες συμπεριφορές που έχουν κάποιο κοινό χαρακτηριστικό με τη χρήση ναρκωτικών. Σύμφωνα με τον Arao (1983), συχνά γίνεται αναφορά στην τάση αυτοκαταστροφής των χρηστών της ηρωίνης, αλλά κανένας δεν αναφέρεται στους οδηγούς της Formula 1, παρότι αυτοί έχουν λιγότερες πιθανότητες επιβίωσης από τους χρήστες. Το στερεότυπο της βλαβερότητας δε δίνει σημασία στα ειδικά αντικειμενικά δεδομένα (φαρμακολογικά και στατιστικά) του φαινομένου. Αυτή τη συμπεριφορά υποστηρίζει και η επίσημη επιστήμη, συμφωνά με τον ορισμό που δίνει η φαρμακολογία: «η κατάχρηση ναρκωτικών ορίζεται, ως χρήση οποιασδήποτε ουσίας που γίνεται με τρόπο αντίθετο προς τα ιατρικά και κοινωνικά διαγράμματα τα αποδεκτά από μία συγκεκριμένη κοινωνία» (Arao, 1983: 29).

4.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση στάσεων, σχετικά με την χρήση και την αποποινικοποίηση εξαρτησιογόνων ουσιών

Η διαμόρφωση και η αλλαγή στάσεων αποτέλεσε και αποτελεί έναν από τους κυριότερους στόχους της κάθε κοινωνίας. Ωστόσο, στην συγκεκριμένη ενότητα θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση αλλά στην αλλαγή των στάσεων. Ειδικότερα θα αναφερθούμε στους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση στάσεων, σχετικά με την πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Hovland, η διαμόρφωση των στάσεων επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες:

- Πηγή του μηνύματος:

Η «πηγή» είναι αυτή που μεταδίδει τη στάση και ενδέχεται να είναι ένα άτομο, μία ομάδα, μία εφημερίδα ή ακόμα η τηλεόραση ή το ραδιόφωνο. Η αξιοπιστία του ομιλητή είναι μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους, καθώς είναι προφανές ότι όσο πιο αξιόπιστο θεωρούν οι ακροατές τον ομιλητή, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να μπορέσουν να διαμορφώσουν ή να αλλάξουν στάσεις. Η αξιοπιστία που εκπέμπει ο ομιλητής εξαρτάται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες του, αλλά και από την εμπιστοσύνη του ακροατή στην πηγή. Επίσης, όταν η πηγή έχει μεγάλο κύρος, ενδέχεται να επηρεάσει τις απόψεις έστω και αν το μήνυμα είναι παράλογο. Ο ειδήμονας που έχει την κοινωνική δύναμη της εμπειρίας και της γνώσης, ενδέχεται να επηρεάσει την αλλαγή των στάσεων. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι όποιος έχει γνώση και εμπειρία πάνω σε ένα θέμα, έχει με το μέρος του και την εμπιστοσύνη του ακροατή. Ο Katz (1957) υποστηρίζει ότι οι θεμελιώδεις στάσεις του ανθρώπου δύσκολα επηρεάζονται και ειδικά από τα MME. Τα μέσα επικοινωνίας επηρεάζουν συνήθως ένα περιορισμένο αριθμό ατόμων, ηγέτες της κάθε κοινωνικής ομάδας (πατέρας, δάσκαλος) και σε δεύτερη φάση αυτά τα άτομα, με την προσωπική

επαφή τους, μεταφέρουν την επίδραση αυτή στην υπόλοιπη ομάδα. Περισσότερο όμως, ενισχύουν τις υπάρχουσες στάσεις, γνώμες και συμπεριφορές, καθώς το άτομο παρακολουθεί μόνο τα μηνύματα τα οποία είναι σύμφωνα με τη στάση του, ενώ αδιαφορεί για αυτά που είναι αντίθετα με τις απόψεις του. Συμπεραίνοντας λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι παρά τη δύναμη της τηλεόρασης, η αλλαγή των παγιωμένων στάσεων είναι ιδιαίτερα δύσκολη, ενώ η τηλεόραση φαίνεται να ασκεί μεγάλη επιρροή στην διαμόρφωση καινούριων στάσεων (Γεωργιάς 1995).

- Τα μηνύματα:

Σύμφωνα με τον Hovland (1949) η αποτελεσματικότητα των δύο τακτικών, μονόπλευρα επιχειρήματα ή αντίθετα επιχειρήματα, βρίσκεται σε συνάρτηση με το μορφωτικό επίπεδο των ακροατών αλλά και με το αν οι ακροατές συμπαθούν τον ομιλητή και είναι οπαδοί του ή όχι. Δηλαδή αν οι ακροατές είναι οπαδοί του ομιλητή, τότε τα επιχειρήματα πρέπει να είναι μονόπλευρα, ενώ αντίθετα αν είναι εχθρικοί προς αυτόν, τότε χρειάζεται ο ομιλητής να παρουσιάσει και τις αντίθετες απόψεις. «Επίσης αν οι ακροατές έχουν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, αποτελεσματικότερη είναι η μέθοδος των αντίθετων επιχειρημάτων, καθώς θα θέλουν να ακούσουν και τις δύο πλευρές, ενώ αντίθετα όταν το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό, τότε καλύτερη μέθοδος θεωρείται εκείνη των μονόπλευρων επιχειρημάτων» (Triantis 1971 στο Γεωργιάς, 1995: 176).

Σε ότι αφορά την σειρά που πρέπει να ακολουθούν τα επιχειρήματα δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις. Την εμπιστοσύνη του κοινού έχει την δυνατότητα να κατακτήσει ο ομιλητής με την χρήση διαφόρων τεχνασμάτων. Δηλαδή εάν υποστηρίξει μία στάση η οποία είναι αντίθετη με τα συμφέροντα του, τότε είναι ευκολότερο να πειστεί το ακροατήριο. Ακόμα μπορεί να αφήσει να διαρρεύσουν σκόπιμα πληροφορίες της στάσης του για το θέμα, και έτσι το κοινό να πειστεί

ευκολότερα, γνωρίζοντας την ειλικρινή του στάση. Επίσης, σημαντική παράμετρος είναι ο πομπός του μηνύματος να προσέξει κατά πόσο το μήνυμα συμφωνεί με το στόχο. Το μέγεθος της ασυμφωνίας του μηνύματος με την υπάρχουσα κατάσταση του ακροατή πρέπει να είναι μέτριο, καθώς όταν είναι πολύ μικρό, ενισχύεται η υπάρχουσα στάση του και όταν είναι πολύ μεγάλο, ο ακροατής παύει να προβληματίζεται και απλά αμφιβάλλει για την αξιοπιστία του πομπού. Αυτή η «τεχνική» της ασυμφωνίας μηνύματος – στόχου βασίζεται στη γνωστική διάσταση της στάσης. Μια ακόμα τεχνική ως προς την διαμόρφωση και αλλαγή στάσεων είναι η αλλαγή του συναισθηματικού στοιχείου, με την χρήση του φόβου. Σε πειράματα που πραγματοποιήθηκαν, παρατηρήθηκε ότι όταν το μέγεθος του φόβου είναι πολύ μικρό, τότε ενδεχόμενο είναι οι στάσεις να μην αλλάξουν. «Όταν όμως το μέγεθος είναι μέτριο οι στάσεις θα αλλάξουν, ωστόσο με τη χρήση υπερβολικού φόβου, το μήνυμα διεγείρει τρομερό άγχος στο στόχο, με αποτέλεσμα το άτομο να παραλύει και να μεσολαβούν οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ, με αποτέλεσμα να αλλοιώνεται η συνέπεια του μηνύματος» (Γεωργιάς, 1995: 180).

Τελευταία παράμετρος, που αφορά το συμπεριφοριστικό στοιχείο των στάσεων, είναι το κατά πόσο βοηθάει η επανάληψη του μηνύματος στην αλλαγή και διαμόρφωση της στάσης. Κεντρικό αξίωμα του συμπεριφορισμού υποστηρίζει ότι η συχνή επανάληψη του μηνύματος έχει ως αποτέλεσμα τη μάθηση, από το μέρος του στόχου. Ωστόσο η συχνή επανάληψη, όταν υπερβεί τα όρια, μπορεί να κάνει το μήνυμα κουραστικό και βαρετό για τον στόχο, με αποτέλεσμα να δημιουργήσει αδιαφορία και εκνευρισμό (Γεωργιάς, 1995: 181).

- Ο στόχος:

Ο ακροατής – στόχος, αλλάζει μία στάση όταν αλλάξει το γνωστικό στοιχείο και επακολουθούν το συναισθηματικό και η συμπεριφορά. Ωστόσο, έρευνες

υποστηρίζουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η αλλαγή του γνωστικού στοιχείου προς την κατεύθυνση του μηνύματος, δεν δύναται να επηρεάσει ούτε τη συμπεριφορά ούτε το συναισθηματικό στοιχείο. Μια ενδεχομένη υπόθεση για τη διαφορά αυτή είναι ότι οι πιο ευφείς είναι οι πιο δύσπιστοι σε σύγκριση με τους λιγότερο ευφείς. Ωστόσο δεν υπάρχει καμία ένδειξη συνάρτησης μεταξύ νοημοσύνης και στάσης. Ορισμένοι πιστεύουν ότι όσο πιο ευφυής είναι ο στόχος τόσο πιο δύσκολο είναι να αλλάξει η στάση. Κάποιο άλλοι ερευνητές εξηγούν ότι ο ευφύτερος ακροατής θα αναλύσει λογικά τα επιχειρήματα του ομιλητή και θα είναι σε θέση ή να δεχτεί τη στάση ή να αντικρούσει τα επιχειρήματα αυτά. Τέλος, κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι και οι δυο κατηγορίες ακροατών (ευφυής και λιγότερο ευφυής) έχουν τις ίδιες πιθανότητες να αλλάξουν στάση (Γεωργιάς, 1995).

Επόμενο χαρακτηριστικό του στόχου που συμβάλει ή όχι στην διαμόρφωση-αλλαγή της στάσης του ατόμου είναι η προσωπικότητα. Οι έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν για να εξακριβωθεί κατά πόσο συμβάλλει η προσωπικότητα στην αλλαγή των στάσεων, είχαν ευρήματα τα οποία δεν διαφέρουν και πολύ από τα αντίστοιχα για την νοημοσύνη. Έδειξαν ότι αυτό που συντελεί στην διαμόρφωση-αλλαγή της στάσης είναι η αυτοεκτίμηση του ατόμου, δηλαδή άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση βασίζονται στη δική τους κρίση, έχουν θετική εικόνα για το εαυτό τους και δύσκολα επηρεάζονται από την ομάδα και αλλάζουν στάση. Παρ' όλα αυτά όμως, όλες οι έρευνες έδειξαν ότι άλλες παράμετροι (πηγή-μήνυμα) παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αλλαγή των στάσεων. Στοιχείο το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίσταση του ατόμου στην αλλαγή στάσης είναι η αφοσίωσή του σε μια στάση. Όσο πιο αφοσιωμένο είναι ένα άτομο σε μια στάση, τόσο πιο δύσκολο είναι να απομακρυνθεί από αυτή (Γεωργιάς, 1995:185).

Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί αντίστασης στην αλλαγή στάσεων έχουν τις εξής τακτικές σύμφωνα με τον Freedman (1978):

- Το άτομο προσπαθεί να προσκομίσει λογικά επιχειρήματα με σκοπό να αντισταθεί στην προσπάθεια αλλαγής των στάσεών του,
- Το άτομο προσπαθεί να μειώσει ή να εξευτελίσει το κύρος της πηγής,
- Το άτομο ακούει και βλέπει το μήνυμα όπως αυτό θέλει, δηλαδή το διαστρεβλώνει. Όταν η διαστρέβλωση είναι υπέρ της πηγής τότε ονομάζεται αφοσίωση, στην αντίθετη περίπτωση ονομάζεται αντίθεση.
- Ο στόχος χρησιμοποιεί ασυνείδητα τους μηχανισμούς άμυνας του οι οποίοι θα μειώσουν το προερχόμενο από τη γνωστική ασυμφωνία.
- Η τελευταία τακτική αντίστασης είναι η απόρριψη. Το άτομο απορρίπτει τη στάση χωρίς λόγο, επιχειρηματολογία ή άλλη μορφή αντίστασης από τις παραπάνω. Είναι η δυσκολότερη ερμηνευτικά αντίσταση (Γεωργιάς, 1995: 186-188).

▪ Οι συνθήκες:

Καθοριστική παράμετρος σε σχέση με την αλλαγή και διαμόρφωση στάσεων, είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται το άτομο. «Οι προσπάθειες αλλαγής κάποιας στάσης γίνονται κάτω από κάποιο ψυχολογικό χώρο – χρόνο, ο οποίος επηρεάζει είτε έμμεσα είτε άμεσα την αλλαγή ή μη της στάσης. Σε πολλές περιπτώσεις, η ομόφωνη γνώμη της ομάδας όσο λανθασμένη και αν είναι και εκτός πραγματικότητας, επηρεάζει το ανύποπτο άτομο στο να εκφράσει δημόσια γνώμη όμοια με αυτή της ομάδας. Σε ατομικό επίπεδο, ο στόχος κρίνει διαφορετικά. Επίσης, όταν ο αρχηγός της ομάδας στην οποία ανήκει ο στόχος αλλάξει γνώμη, τότε αισθάνεται άμεσα πίεση για να αλλάξει στάση και ο στόχος Τέλος, οι αλλαγές επηρεάζονται από τον υποκειμενικό πολιτισμό, δηλαδή από τις γενικές παραμέτρους της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο» (Γεωργιάς, 1995: 190).

Σύμφωνα με τον Μαρσέλο (1997) «η στάση απέναντι στο φαινόμενο των ναρκωτικών διαμορφώνεται σε μία κοινωνία από το συσχετισμό δύο εντελώς διαφορετικών τάσεων. Τους νομούς που επιβάλλει η κυρίαρχη τάξη και τους κανόνες συμπεριφοράς που αποδέχονται και υιοθετούν διάφορες οι υποομάδες» (Μαρσέλος 1997: 233). Αποτέλεσμα αυτών των τάσεων είναι η τήρηση ή μη των νόμων, ανάλογα

με την απήχηση που έχουν στο λαϊκό αίσθημα. Επειδή συνήθως υπερισχύουν διαφορετικές απόψεις, το τελικό αποτέλεσμα είναι άνισο παραμένοντας έτσι μία απλή υπόθεση της παρέμβασης από μέρους της πολιτείας. Οι κοινωνικές ομάδες που συχνά θέτουν υπό αμφισβήτηση το νομικό πλαίσιο της πολιτείας, ποικίλλουν από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία (Μαρσέλος,1997).

Στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, κύριος φορέας της αμφισβήτησης στο θέμα των ναρκωτικών είναι η νεολαία, η οποία αμφισβητεί βασικές μεταβολές νομοθετικών και γενικότερα κοινωνικών θεμάτων, όσον αφορά τη χρήση ή την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών. «Στο παρελθόν παρατηρήθηκε ότι οι νέοι μπορεί να αντιμετωπίσουν ευνοϊκά τη χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας εξαιτίας του γεγονότος και μόνο ότι η ουσία αυτή έχει καταδικαστεί από το σύνολο της «καθωσπρέπει» κοινωνικής τάξης» (Μαρσέλος 1997: 224). Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, που θεωρούνται απορριπτικές και συνεπώς επικίνδυνες, όπως η ηρωίνη, προδιαθέτει ακόμη περισσότερο στην περιθωριοποίηση του ατόμου και στην κατάχρηση. Σίγουρα, το άτομο που είναι στιγματισμένο θα παγιδευτεί μέσα σε κάποια συγκεκριμένη ομάδα που λειτουργεί ταυτόχρονα και ως τροφοδότης της ουσίας. Συνηθέστερη αιτία περιθωριοποίησης του ατόμου είναι η οικονομική εξαθλίωση. Έτσι, δημιουργούνται ευάλωτες στα ναρκωτικά πληθυσμιακές ομάδες, με κοινά γνωρίσματα την ανεργία και τη φτώχεια. «Στις αναπτυγμένες χώρες η χρήση ηρωίνης παρέχει στις ομάδες αυτές αποτελεσματικό τρόπο φυγής από τη δυσάρεστη πραγματικότητα. Παράλληλα, παρέχει και στην κοινωνία ένα ασφαλές τρόπο εξουδετέρωσης της επιθετικότητας μίας καταπιεσμένης ομάδας ανθρώπων (Μαρσέλος, 1997:225).

Σε κάθε κοινωνία, η στάση απέναντι σε ορισμένες εξαρτησιογόνες ουσίες μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν και κυρίως

ανάλογα με την ευρύτητα χρήσης κάθε ουσίας. Έτσι, πραγματοποιείται ο καθορισμός για ποιες από τις εξαρτησιογόνες ουσίες θα χρησιμοποιηθούν για φυγή και διασκέδαση σε μία αρκετά αποδεκτή βάση και ποιες θα απαγορευθούν ως επικίνδυνες. Μερικές φορές η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι σε μια εξαρτησιογόνο ουσία προκαθορίζει τις προσδοκίες και τις αντιδράσεις που θα έχει το άτομο από τη χρήση της ουσίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι αντιδράσεις του ατόμου, μετά από τη χρήση μίας ουσίας, να είναι αυτές που το κοινωνικό πλαίσιο αναγνωρίζει ως αναμενόμενες. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν περιστασιακά, για μία απλή δοκιμή, ή συχνότερα σε κάποια κοινωνική συναναστροφή και διασκέδαση. Συστηματική χρήση παρατηρείται όταν το άτομο βρίσκεται πλέον σε στάδιο εξάρτησης. Όλοι αυτοί οι τύποι χρήσης ή κατάχρησης ακολουθούν πάντοτε κάποια πρωταρχική εμπειρία που εξαρτάται πολύ από το ενδιαφέρον του ατόμου να δοκιμάσει μία άγνωστη ουσία (Μαρσέλος, 1997).

Οι αντιπροσωπευτικοί παράγοντες οι οποίοι επενεργούν προκειμένου το άτομο να εξοικειωθεί με τη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών είναι «η ικανοποίηση της περιέργειας, η έκφραση ανεξαρτησίας και ωριμότητας, η αντιαυταρχική συμπεριφορά, η εκδήλωση επιθετικότητας, η αίσθηση ομαδοποίησης και αποδοχής από τα μέλη μίας υποομάδας, καθώς και η υποχώρηση στις πιέσεις των μελών, η αναζήτηση κάποιας ηδονιστικής ή και επικίνδυνης εμπειρίας, το αίσθημα ότι βελτιώνεται ο βαθμός αυτογνωσίας και δημιουργικότητας, η επιδίωξη ξεκούρασης ή χαλάρωσης, η αποφυγή των δυσάρεστων σωματικών αισθημάτων της πείνας, της κόπωσης, του πόνου». (Μαρσέλος 1997: 56-58). Από την άλλη, οι σπουδαιότεροι παράγοντες οι οποίοι διατηρούν τη χρήση ή την κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών, «είναι η διατήρηση της κοινωνικής αποδοχής μέσα στο συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, η διευκόλυνση των διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, η

απόλαυση του αποτελέσματος, η πεποίθηση ότι κάποια συμπεριφορά ή δημιουργική εργασία είναι αδύνατον να επιτευχθεί χωρίς την επίδραση της εξαρτησιογόνου ουσίας, η ενσωμάτωση κάποιας ουσίας στη διασκέδαση και τους τρόπους χαλάρωσης και τέλος, η έγκαιρη αντιμετώπιση της απειλής των στερητικών συμπτωμάτων» (Μαρσέλος, 1997: 58-59).

Η αντίληψη ότι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών βελτιώνει την απόδοση του ατόμου με την απελευθέρωση δημιουργικών δυνάμεων και ότι ανεβάζει την ποιότητα ζωής με την αποδοτικότερη ξεκούραση και διασκέδαση συνήθως οδηγούν σε περιστασιακή ή και σε συστηματική ακόμα χρήση των ουσιών. Αρκετά συχνά το άτομο δε γνωρίζει τους τυχόν κινδύνους από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή τους γνωρίζει αλλά αδιαφορεί, εκλογικεύοντας τη συμπεριφορά του με μία ποικιλία επιχειρημάτων (Μαρσέλος, 1997).

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες που συμβάλουν στην διαμόρφωση στάσεων σχετικά με την χρήση, έρευνα του αμερικάνικου περιοδικού *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (Trevin και Alan, 2002) για την κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ, ανέδειξε ότι και οι κοινωνιοδημογραφικοί παράμετροι ενισχύουν την διαμόρφωση της συγκεκριμένης στάσης. Επίσης, η ίδια έρευνα αναδεικνύει τους παράγοντες που συμβάλουν στην υιοθέτηση ή μη, της πολιτικής του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι παράγοντες δεν θα μπορούσαν να είναι άλλοι, από τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, τις πολιτικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Σημαντικό ρόλο στην στήριξη ή μη της παραπάνω πολιτικής, φαίνεται να διαδραματίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου, της ηλικίας, του τόπου διαμονής, της φυλής, του μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου, ο πολιτικός προσανατολισμός, η θρησκευτική πίστη, άλλα και η εμπειρία της χρήσης. Σε ότι αφορά τη χρήση, η συχνότητα και το

είδος των ναρκωτικών επηρεάζουν την υποστήριξη ή όχι της συγκεκριμένης πολιτικής (Trevino και Alan, 2002).

Σε άλλη έρευνα του περιοδικού *Drugs, Economics & Policy* (Grossman και συν 2001) φαίνεται ότι εξίσου καθοριστικοί παράγοντες για την υποστήριξη ή μη της πολιτικής της αποποινικοποίησης, είναι οι οικονομικές επιπτώσεις, οι οποίες υπάρχουν στην φορολογία και στο νομικό σύστημα. Οι υπερασπιστές της παραπάνω τοποθέτησης υποστηρίζουν οικονομικές και νομικές απεμπλοκές των κρατών, με οφέλη στην μείωση των τιμών αλλά και στην φορολογική εξυγίανση του συστήματος. Ενώ, όσοι αντιπαρατίθενται σε αυτήν υποστηρίζουν ότι οι μειώσεις των τιμών και των ποινών θα δημιουργήσουν αύξηση των χρηστών, αλλά και των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης, τόσο για τον ίδιο τον χρήστη όσο και για την κοινωνία. Επίσης, στηρίζονται στο ότι η απεγκληματοποίηση της κάνναβης, δεν επέφερε καμιά τροποποίηση στην επικράτηση της, όμως οι υπέρμαχοι της αποποινικοποίησης πιστεύουν ότι, μακροπρόθεσμα, το επίπεδο κατανάλωσης θα περιοριστεί. Ωστόσο, όλοι συμφωνούν ότι το οικονομικό και κοινωνικό κόστος, από το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, είναι τεράστιο και δυσβάσταχτο. Μόνο στις Η.Π.Α, δαπανούνται ετησίως 26 δισεκατομμύρια δολάρια, στον πόλεμο ενάντια στα ναρκωτικά (Grossman και συν.2001).

Σε παρόμοια έρευνα (*Options for cannabis reform*) που πραγματοποιήθηκε το 1999 στον Καναδά , κατέληξαν στις ίδιες διαπιστώσεις. Η ισχύουσα πολιτική δεν μπορεί να προστατέψει το κράτος, αλλά ούτε και τους χρήστες. Ετησίως ο Καναδάς δαπανά 400 εκατομμύρια δολάρια για αστυνομία, δικαστήρια και σωφρονιστικά μέτρα, χωρίς να υπολογίζονται οι υπόλοιπες επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Επίσης, παρά την ύπαρξη ποινικών μέτρων, η επικράτηση της κάνναβης συνεχώς αυξάνεται και η τρέχουσα πολιτική έχει ιδιαίτερες δαπάνες με

εξαιρετικά μικρό όφελος. Παρόλα αυτά, η υιοθέτηση μιας πολιτικής αποποινικοποίησης, απεγκληματοποίησης ή πλήρους νομιμοποίησης αφήνει αρκετά ζητήματα προς διερεύνηση και ευρύ πεδίο αντιπαραθέσεων (Single, 1999).

4.4 Στάσεις χρηστών και μη απέναντι στον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση εξαρτησιογόνων ουσιών

Στην χώρα μας, παρά την αυστηρή και συντηρητική νομοθεσία για την καταστολή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης συνεχώς διογκώνεται, φανερώνοντας την χρεοκοπία της ισχύουσας νομοθεσίας. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1997 από ραδιοφωνικό σταθμό στους τότε βουλευτές του ελληνικού κοινοβουλίου, το 64,3% ανέδειξε την αναγκαιότητα συγκρότησης ενός νέου θεσμικού πλαισίου, ενώ το 30,4% θεωρούσε επαρκές το ισχύον καθεστώς, σημειώνοντας ωστόσο την αναγκαιότητα της βελτίωσης του. Στην ίδια έρευνα οι βουλευτές ερωτήθηκαν σχετικά με την υιοθέτηση μιας πολιτικής αποποινικοποίησης της χρήσης, όπου το 40,2% (σε σύνολο 112 βουλευτών) τάχθηκε υπέρ, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (59,8%) υποστήριξε ότι μια τέτοια πολιτική δεν θα μπορούσε να συμβάλει αποτρεπτικά την διάδοση του φαινομένου. Σε ότι αφορά τον διαχωρισμό, ένας στους τρεις βουλευτές (33,9%) απάντησε καταφατικά στην διάκριση των ναρκωτικών σε «σκληρά» και «μαλακά». Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να αναφερθεί, ο τρόπος με τον οποίο οι βουλευτές έκριναν ότι πρέπει να αντιμετωπίζονται οι χρήστες. Το 67% των βουλευτών θεωρούσε τον χρήστη ασθενή, το 22,3% ασθενή αλλά και παραβάτη, το 4,5% απάντησε ότι εξαρτάται από την περίπτωση, το 1% δεν θεωρούσε τον χρήστη ούτε ασθενή ούτε παραβάτη, ενώ μόνο το 0,9% υποστήριξε ότι χρήστης είναι αποκλειστικά παραβάτης (Μέτρον Ανάλυσις, 1997).

Πάραυτα, αρκετά χρόνια αργότερα, η κατάσταση έχει παραμείνει σταθερή, χωρίς αλλαγές στο θεσμικό σύστημα και κανέναν διάλογο εν εξελίξει. Το μόνο που φαίνεται να μεταβάλλεται στο σκηνικό είναι τα ολοένα και αυξανόμενα ποσοστά θανάτων από την χρήση παράνομων ουσιών, αλλά και τα κρούσματα έναρξης της χρήσης σε μικρότερες ηλικίες. Ακόμα και σήμερα, πάρα την αναγνώριση των χρηστών ως ασθενείς και άτομα που χρήζουν θεραπείας και αποκατάστασης, η ελληνική δικαιοσύνη τους αντιμετωπίζει αποκλειστικά ως παραβάτες.

Σύμφωνα με δημοσκόπηση μηνιαίου περιοδικού το 1997, με θέμα την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών, το 53,8% είναι θετικό αθροιστικά, στον διαχωρισμό των ναρκωτικών σε σκληρά και μαλακά, ενώ το 38,5% τάσσεται υπέρ της αποποινικοποίησης της χρήσης κάνναβης (Μπετινάκης, 1997). Αρκετά χρόνια αργότερα σε έρευνα του ΕΚΤΕΠΝ στις πόλεις της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και του Ηρακλείου, με θέμα την στάση απέναντι στους χρήστες ουσιών, τέθηκε ερώτημα σχετικά με τον διαχωρισμό των ουσιών. Το 36,2% τάχθηκε υπέρ του της διάκρισης των ναρκωτικών σε σκληρά και μαλακά (Καρανάτση, 2008).

Έρευνα αμερικάνικου περιοδικού που πραγματοποιήθηκε το 2002, στο Χιούστον των Ηνωμένων Πολιτειών, με θέμα τη στάση απέναντι στη νομιμοποίηση των ναρκωτικών, ανάμεσα σε χρήστες και μη ουσιών ανέδειξε ότι στο σύνολο των ερωτηθέντων, το 55% διαφωνούσε στην νομιμοποίηση της κάνναβης, ενώ μόλις 10% συμφωνούσε στην νομιμοποίηση της κοκαΐνης και της ηρωΐνης. Από τους ερωτηθέντες χρήστες ουσιών, το 68% ήταν θετικοί στην νομιμοποίηση της κάνναβης, ενώ μόνο το 13,9% ήταν θετικοί για την κοκαΐνη και την ηρωΐνη. Αντίθετα, οι ερωτηθέντες που δεν έκαναν χρήση ουσιών υποστήριζαν την νομιμοποίηση της κάνναβης σε ποσοστό 33.3%, ενώ της ηρωΐνης και κοκαΐνης σε ποσοστό 7,6%. Στην ίδια έρευνα αποτυπώνονται και τα χαρακτηριστικά που συμβάλουν στην διαμόρφωση

στάσεων σχετικά με τη νομιμοποίηση ουσιών, πέραν από τον παράγοντα της χρήσης. Η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η θρησκεία φαίνεται να είναι οι σημαντικότεροι παράμετροι για την διαμόρφωση στάσεων. Τα άτομα που είναι μικρότερα σε ηλικία, γυναικείου φύλου, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και έντονη θρησκευτική πεποίθηση είναι σαφές ότι δυσκολότερα μπορούν να υποστηρίξουν μια τόσο φιλελεύθερη πολιτική και ειδικά την νομιμοποίηση των λεγόμενων σκληρών ναρκωτικών. Ωστόσο οι ερωτηθέντες με υψηλό οικονομικό εισόδημα, ανώτερη μόρφωση και οι υποστηρικτές ή οι δραστηριοποιημένοι πολιτικά στο φιλελεύθερο κόμμα, είχαν θετικότερη στάση απέναντι στη νομιμοποίηση των μαλακών ναρκωτικών αλλά και της κοκαΐνης. Οι χρήστες κάνναβης τάχθηκαν υπέρ της νομιμοποίησης της, έναντι των σκληρών ναρκωτικών. Αντίθετα οι χρήστες ηρωΐνης και κοκαΐνης ήταν θετικότεροι στην νομιμοποίηση και των μαλακών και των σκληρών ναρκωτικών. Επίσης οι χρήστες αλκοόλ είχαν θετικότερη στάση, απέναντι στην νομιμοποίηση όλων των ουσιών (Trevino και Alan, 2002).

Ο διαχωρισμός και η αποποινικοποίηση των ουσιών, ή η νομιμοποίηση τους, αποτελούν προτάσεις και μέτρα για την αντιμετώπιση του γιγάντιου φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Η στάση απέναντι στην εφαρμογή τέτοιων πολιτικών εξαρτάται από διάφορες παραμέτρους, όπως αυτών της προσωπικότητας του ατόμου αλλά και των δυναμικών της κάθε κοινωνίας ή χώρας. Η υιοθέτηση μιας τέτοιας πολιτικής μπορεί να ενέχει τεράστιους κινδύνους αλλά και μια μακροχρόνια σανίδα σωτηρίας. Ωστόσο η κάθε κοινωνία έχει τα δικά της γνωρίσματα, είναι μοναδική και αντιδρά διαφορετικά κάτω από ειδικές συνθήκες.

Εν κατακλείδι, αναγνωρίζοντας την διαφορετικότητα των γνωρισμάτων και των δυναμικών της κάθε κοινωνίας, όλες καλούνται να αντιμετωπίσουν το μέγεθος και την σημαντικότητα των συνεπειών, που απορρέουν από την εξάπλωση του

φαινομένου των ναρκωτικών. Το δυσβάσταχτο και πολυεπίπεδο κόστος, σε συνδυασμό με τις αναποτελεσματικές πολιτικές, κάνουν όλο και πιο αναγκαία την άμεση υιοθέτηση κοινής στάση απέναντι στα ναρκωτικά. Βασικός σκοπός για κάθε κοινωνία πρέπει να αποτελέσει η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση, πέραν από κάθε πολιτικό και οικονομικό κόστος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγή

Η συγκεκριμένη έρευνα αφορά την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών, την διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης. Ειδικότερα, σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλουν στην διαμόρφωση των στάσεων σχετικά με την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών, δηλαδή να διερευνηθεί το προφίλ των ατόμων που είναι υπέρ της αποποινικοποίησης και εκείνων που είναι κατά.

Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας, ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από: α) κλειστές ερωτήσεις ή ερωτήσεις με καθορισμένες απαντήσεις, β) ανοιχτές ερωτήσεις και γ) ερωτήσεις με διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις. Η έρευνα είχε ως στόχο την μέτρηση στάσεων, οι οποίες αποδόθηκαν μέσω της δημιουργίας και χρήσης της κλίμακας Likert. Οι διαβαθμισμένες απαντήσεις εκφράζουν το μέγεθος συμφωνίας ή διαφωνίας και επιτρέπουν την απόδοση μιας βαθμολογίας που εκφράζει στάση(μεγάλη βαθμολογία –θετική στάση, μικρή βαθμολογία- αρνητική στάση).

Δείγμα της έρευνας

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν, οι καθηγητές από το μόνιμο διδακτικό προσωπικό και οι σπουδαστές, όλων των σχολών του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, σε τυχαίο δείγμα τουλάχιστον 55 μόνιμων καθηγητών και 275 σπουδαστών. Πιο συγκεκριμένα, απευθυνθήκαμε σε 25 σπουδαστές ανά τμήμα και 5 καθηγητές αντίστοιχα, από το σύνολο των έντεκα τμημάτων, των τεσσάρων σχολών.

Διαδικασία χορήγησης του ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους καθηγητές και τους σπουδαστές του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης κατά την περίοδο του Ιουνίου 2009.

Η τυχαιότητα του δείγματος και η διασφάλιση του απορρήτου, επιτεύχθηκε με τον εξής τρόπο: το χρονικό διάστημα που διήρκεσε η διεξαγωγή της έρευνας, αφιερώσαμε συγκεκριμένες ώρες και ημέρες της εβδομάδας, στην είσοδο της κάθε σχολής, έως ότου συμπληρώθηκε ο απαιτούμενος αριθμός σπουδαστών σε κάθε τμήμα, εφόσον αρχικά εξηγούνταν ποιοι ήταν οι στόχοι της συγκεκριμένης έρευνας.

Όσον αφορά την διασφάλιση του απορρήτου και την τυχαιότητα στο δείγμα των καθηγητών επιτεύχθηκε, μέσω της αποστολής των ερωτηματολογίων ηλεκτρονικά σε όλο το μόνιμο προσωπικό του κάθε τμήματος, με την πολύτιμη συνεργασία των γραμματειών κάθε σχολής. Μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, οι καθηγητές παρέδιδαν τα ερωτηματολόγια σε σφραγισμένο φάκελο(που τους παρείχε η ερευνητική ομάδα) στην γραμματεία του τμήματος τους, από όπου και τα παραλάμβανε η ερευνητική ομάδα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι σε τμήματα που γραμματείες δεν ήταν διαθέσιμες για συνεργασία μαζί μας, αποστείλαμε τα ερωτηματολόγια από το προσωπικό μας ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στους καθηγητές των τμημάτων αυτών. Οι τελευταίοι, μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο των πληροφοριών, τοποθέτησαν σε σφραγισμένο φάκελο (που τους παρείχε η ερευνητική ομάδα) και τα παρέδωσαν στο γραφείο καθηγητών της ΣΕΥΠ στο ντουλάπι του υπεύθυνου καθηγητή κ. Βάντση Δ. Με τον ίδιο τρόπο αποστάλθηκαν και παρελήφθησαν και τα ηλεκτρονικά μηνύματα υπενθύμισης.

Τέλος επισημάνθηκε στους συμμετέχοντες προφορικά και γραπτά, στην δεύτερη σελίδα του ερωτηματολογίου, ότι βασική προτεραιότητά μας αποτελεί η

διασφάλιση του απορρήτου. Επίσης, ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, τα στοιχεία θα είναι εμπιστευτικά και ότι πρόκειται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά την διάρκεια του εαρινού εξαμήνου 2009 και διήρκεσε 20 ημέρες.

Υποθέσεις εργασίας

Οι υποθέσεις εργασίας της έρευνας ήταν οι εξής:

- Τα άτομα που προέρχονται από αστικά κέντρα θα υποστηρίζουν την πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης σε αντίθεση με άτομα που διαμένουν σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.
- Τα άτομα που έχουν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο θα είναι υπέρ του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης.
- Η οικονομική και οικογενειακή κατάσταση δεν θα σχετίζεται με την διαμόρφωση συγκεκριμένης στάσης
- Η πολιτική ιδεολογία θα σχετίζεται με την διαμόρφωση συγκεκριμένης στάσης, θα είναι υπέρ του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης
- Οι καθηγητές της Σ.Ε.Υ.Π θα είναι περισσότερο θετικοί στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης, σε σχέση με τους καθηγητές των άλλων σχολών.
- Το φύλο θα καθορίζει την διαμόρφωση της στάσης εκείνων που είναι υπέρ ή κατά της αποποινικοποίησης, με τις γυναίκες να είναι περισσότερο αρνητικές.

Στατιστική ανάλυση της έρευνας

Μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ερωτηθέντες, τα δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν για

ποσοτική ανάλυση στο στατιστικό πακέτο SPSS, για επεξεργασία. Για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson (chi square test), ώστε να διαπιστωθεί η συσχέτιση ή ανεξαρτησία των επιλεγμένων κατηγορικών μεταβλητών.

Δυσκολίες που προέκυψαν

Κατά την διάρκεια της έρευνας η κυριότερη δυσκολία που προέκυψε ήταν η αδυναμία συμπλήρωσης του επιθυμητού αριθμού των ερωτηματολογίων, από το δείγμα των καθηγητών. Σε κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται εκτενής αναφορά στις δυσκολίες και τους περιορισμούς που ανέκυψαν, ωστόσο στην φάση αυτή αξίζει να αναφερθούν συνολικά τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν, ανά σχολή- τμήμα:

Ερωτηματολόγια καθηγητών:

❖ Σχολή ΣΕΥΠ:	
1. Κοινωνική Εργασία	0
2. Νοσηλευτική	1
❖ Σχολή ΣΔΟ:	
3. Τουριστικών Επιχειρήσεων	1
4. Διοίκηση Επιχειρήσεων	0
5. Λογιστική	0
❖ Σχολή ΣΤΕΓ:	
6. Φυτικής Παραγωγής	2
7. Θερμοκαλιεργιών και Ανθοκομίας	3
❖ Σχολή ΣΤΕΦ:	
8. Εφαρμοσμένης Πληροφορικής και Πολυμέσων	0
9. Μηχανολόγων	2
10. Ηλεκτρολόγων	0
11. Δομικών	5

Στο σύνολό τους συγκεντρώθηκαν μόλις 14 ερωτηματολόγια, όταν ο απαιτούμενος ελάχιστος αριθμός ήταν 55. Αποτέλεσμα αυτής της ανυπέρβλητης

δυσκολίας είναι να μην μπορεί να πραγματοποιηθεί στατιστική ανάλυση αυτών. Ένα τέτοιο εγχείρημα πιστεύουμε ότι θα μας οδηγούσε μη ασφαλή αποτελέσματα και ενδεχομένως λάθος συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Ερευνητικά ευρήματα

Σε αυτή την ενότητα της εργασίας μας θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα του ερευνητικού μέρους από το δείγμα των σπουδαστών και ακολουθεί ανάλυση των ευρημάτων.

Πίνακας 6.1.1

Σχολή			
		Συχνότητα	Ποσοστό
	ΣΔΟ	75	27,3
	ΣΕΥΠ	50	18,2
	ΣΤΕΦ	100	36,4
	ΣΤΕΓ	50	18,2
	Σύνολο	275	100,0

Από τον πίνακα 6.1.1, παρατηρούμε ότι το δείγμα μας προέρχεται από τέσσερις σχολές. Το 36,4% των ερωτηθέντων προέρχεται από την σχολή ΣΤΕΦ, το 27,3% προέρχεται από την σχολή ΣΔΟ, το 18,2% από την σχολή ΣΕΥΠ και το υπόλοιπο 18,2% από την σχολή ΣΤΕΓ.

Πίνακας 6.1.2

Τμήμα			
		Συχνότητα	Ποσοστό
ΣΕΥΠ	Νοσηλευτικής	25	9,1
	Κοινωνικής εργασίας	25	9,1
ΣΔΟ	Τουριστικών επιχειρήσεων	25	9,1
	Διοίκηση επιχειρήσεων	25	9,1
	Λογιστική	25	9,1
ΣΤΕΓ	ΦΠ	25	9,1
	Διοίκηση επιχειρήσεων ΘΕΚΑ	25	9,1
ΣΤΕΦ	Ε.Π.Π	25	9,1
	Δομικών έργων	25	9,1
	Μηχανολογία	25	9,1
	Ηλεκτρολόγοι	25	9,1
Σύνολο		275	100,0

Ο πίνακας 6.1.2 μας δείχνει ότι το δείγμα μας προέρχεται από 11 τμήματα με ποσοστό συμμετοχής του καθενός στο δείγμα μας ίση με 9,1%.

Πίνακας 6.1.3

Εξάμηνο φοίτησης		
	Συχνότητα	Ποσοστό
A	48	17,5
B	32	11,6
Γ	34	12,4
Δ	34	12,4
E	37	13,5
ΣΤ	21	7,6
Z	30	10,9
H	6	2,2
Θ	5	1,8
10^ο έως 17^ο	22	8,0
Δεν απάντησαν ή έδωσαν λανθασμένη απάντηση	6	2,2
Σύνολο	275	100,0

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 17,5% του δείγματος μας είναι σπουδαστές στο Α' εξάμηνο φοίτησης, το 13,5% στο Ε' εξάμηνο, το 12,4% στο Γ' εξάμηνο, ένα ακόμα 12,4% στο Δ' εξάμηνο, το 10,9% στο Ζ' εξάμηνο, το 7,6% στο Στ' εξάμηνο, το 2,2% στο Η' εξάμηνο, το 1,8% στο Θ' εξάμηνο, το 8% στο 10 έως το 17^ο εξάμηνο και το υπόλοιπο 2,2% δεν προσδιόρισε ή έδωσε λανθασμένη απάντηση για το εξάμηνο φοίτησης του.

Πίνακας 6.1.4

Φύλο				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Γυναίκα	120	43,6	49,4	49,4
Άνδρας	123	44,7	50,6	100,0
Σύνολο	243	88,4	100,0	
Δεν απάντησαν	32	11,6		
Σύνολο	275	100,0		

Στη 4^η ερώτηση του ερωτηματολογίου απάντησαν σε ποσοστό 49,4% του δείγματος, γυναίκες και το 50,6% άνδρες.

Πίνακας 6.1.5

Ηλικία				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
18 - 22	165	60,0	61,3	61,3
23 - 27	102	37,1	37,9	99,3
28 -32	2	,7	,7	100,0
Σύνολο	269	97,8	100,0	
Δεν απάντησαν	6	2,2		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρήθηκε ότι το 61,3% του δείγματος μας ήταν ηλικίας από 18 – 22 ετών, το 37,9% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα των 23 – 27 ετών και το 0,7% ήταν από 28 – 32 ετών. Στην τελευταία ομάδα των ηλικιών 43 και άνω, δεν άνηκε κανείς από τους ερωτηθέντες.

Πίνακας 6.1.6

Τόπος γέννησης				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αστική περιοχή	159	57,8	58,0	58,0
Ημιαστική περιοχή	59	21,5	21,5	79,6
Αγροτική περιοχή	56	20,4	20,4	100,0
Σύνολο	274	99,6	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,4		
Σύνολο	275	100,0		

Στην 6^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, σχετικά με τον τόπο γέννησης των ερωτηθέντων απάντησαν σε ποσοστό 58% του δείγματος μας, ότι έχει γεννηθεί σε αστική περιοχή, το 21,5% σε ημιαστική περιοχή και το 20,4% σε αγροτική περιοχή.

Πίνακας 6.1.7

Τόπος διαμονής				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αστική περιοχή	180	65,5	65,7	65,7
Ημιαστική περιοχή	50	18,2	18,2	83,9
Αγροτική περιοχή	44	16,0	16,1	100,0
Σύνολο	274	99,6	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,4		
Σύνολο	275	100,0		

Ως τόπο διαμονής, οι ερωτηθέντες δήλωσαν σε ποσοστό 65,7% ότι διαμένουν σε αστική περιοχή, το 18,2% σε ημιαστική περιοχή και το 16,1% σε αγροτική περιοχή.

Πίνακας 6.1.8

Οικογενειακή κατάσταση				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Άγαμος	273	99,3	99,6	99,6
Έγγαμος	1	,4	,4	100,0
Σύνολο	274	99,6	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,4		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 99,6% του δείγματος μας δηλώνει άγαμο ενώ μόνο το 0,4% δηλώνει έγγαμο.

Πίνακας 6.1.9

Έχετε παιδιά				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	2	,7	,7	,7
Όχι	269	97,8	99,3	100,0
Σύνολο	271	98,5	100,0	
Δεν απάντησαν	4	1,5		
Σύνολο	275	100,0		

Στην 9^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, το 99,3% του δείγματος μας δηλώνει ότι δεν έχει παιδιά ,ενώ μόλις το 0,7% δηλώνει πως έχει.

Πίνακας 6.1.10

Μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
0 - 400	143	52,0	53,0	53,0
400 - 500	45	16,4	16,7	69,6
500 - 700	31	11,3	11,5	81,1
700 - 900	14	5,1	5,2	86,3
900 - 1100	9	3,3	3,3	89,6
1100 - 1300	2	,7	,7	90,4
1300 - 1600	2	,7	,7	91,1
1600 και άνω	2	,7	,7	91,9
ΔΞ-ΔΑ	22	8,0	8,1	100,0
Σύνολο	270	98,2	100,0	
Δεν απάντησαν	5	1,8		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 53% του δείγματος μας δηλώνει εισόδημα έως 400 ευρώ το μήνα, το 16,7% από 400 έως 500 ευρώ, το 11,5% από 500 έως 700 ευρώ, το 5,2% από 700 έως 900 ευρώ, το 3,3% από 900 έως 1100 ευρώ, το

2,1% πάνω από 1100 ευρώ και το υπόλοιπο 8,1% επέλεξε την απάντηση ‘Δεν ξέρω – δεν απαντώ’.

Πίνακας 6.1.11

Ηλικία πατέρα				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
36 - 40	3	1,1	1,1	1,1
41 - 45	26	9,5	9,7	10,8
46 - 50	62	22,5	23,1	34,0
51 - 55	102	37,1	38,1	72,0
56 - 60	53	19,3	19,8	91,8
61 και άνω	22	8,0	8,2	100,0
Σύνολο	268	97,5	100,0	
Δεν απάντησαν	7	2,5		
Σύνολο	275	100,0		

Στην ηλικία του πατέρα παρατηρήθηκε ότι το 38,1% του δείγματος μας δηλώνει ότι ηλικία του πατέρα του είναι από 51 έως 55 ετών, το 23,1% από 46 έως 50 ετών, το 19,8% από 56 έως 60 ετών, το 9,7% από 41 έως 45 ετών, το 8,2% άνω των 61 ετών και το υπόλοιπο 1,1% από 36 έως 40 ετών.

Πίνακας 5.2.12

Ηλικία μητέρας				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
36 - 40	29	10,5	10,7	10,7
41 - 45	77	28,0	28,4	39,1
46 - 50	97	35,3	35,8	74,9
51 - 55	52	18,9	19,2	94,1
56 - 60	15	5,5	5,5	99,6
61 και άνω	1	,4	,4	100,0
Σύνολο	271	98,5	100,0	
Δεν απάντησαν	4	1,5		
Σύνολο	275	100,0		

Στην ηλικία της μητέρας παρατηρήθηκε ότι το 35,8% του δείγματος μας δηλώνει ότι ηλικία της μητέρα τους είναι από 46 έως 50 ετών, το 28,4% από 41 έως 45 ετών, το 19,2% από 51 έως 55 ετών, το 10,7% από 36 έως 40 ετών, το 5,5% από 56 έως 60 ετών και το υπόλοιπο 0,4% από 61 ετών και άνω.

Πίνακας 6.1.13

Οικογενειακή κατάσταση γονέων				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Άγαμος	4	1,5	1,5	1,5
Έγγαμος	227	82,5	83,5	84,9
Διαζευγμένος	24	8,7	8,8	93,8
Σε διάσταση	5	1,8	1,8	95,6
Σε χηρεία	12	4,4	4,4	100,0
Σύνολο	272	98,9	100,0	
Δεν απάντησαν	3	1,1		
Σύνολο	275	100,0		

Στην 13^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, το 83,5% του δείγματος μας δηλώνει ότι οι γονείς του είναι έγγαμοι, το 8,8% ότι είναι διαζευγμένοι, το 4,4% ότι είναι σε χηρεία, το 1,8% ότι βρίσκονται σε διάσταση και το 1,5% δηλώνει ότι είναι άγαμοι.

Πίνακας 6.1.14

Τόπος γέννησης γονέων				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αστική περιοχή	90	32,7	32,7	32,7
Ημιαστική περιοχή	59	21,5	21,5	54,2
Αγροτική περιοχή	126	45,8	45,8	100,0
Σύνολο	275	100,0	100,0	

Σχετικά με τον τόπο γέννησης των γονέων, το 45,8% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι γονείς του έχουν γεννηθεί σε αγροτική περιοχή, το 32,7% σε αστική και το υπόλοιπο 21,5% σε ημιαστική.

Πίνακας 6.1.15

Τόπος διαμονής γονέων				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αστική περιοχή	120	43,6	43,8	43,8
Ημιαστική περιοχή	67	24,4	24,5	68,2
Αγροτική περιοχή	87	31,6	31,8	100,0
Σύνολο	274	99,6	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,4		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 43,8% του δείγματος μας δηλώνει ως τόπο διαμονής των γονέων την αστική περιοχή, το 24,5% την ημιαστική και το 31,8% την αγροτική περιοχή.

Πίνακας 6.1.16

Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μερικές τάξεις δημοτικού	13	4,7	4,8	4,8
Απόφοιτος δημοτικού	59	21,5	21,6	26,4
Μερικές τάξεις γυμνασίου	29	10,5	10,6	37,0
Γυμνάσιο	40	14,5	14,7	51,6
Λύκειο	49	17,8	17,9	69,6
Ανώτερη εκπαίδευση	45	16,4	16,5	86,1
Ανώτατη εκπαίδευση	38	13,8	13,9	100,0
Σύνολο	273	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	2	,7		
Σύνολο	275	100,0		

Στο μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, το 21,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ο πατέρας είναι απόφοιτος του δημοτικού, το 17,9% ως απόφοιτο λυκείου, το 16,5% δηλώνει την ανώτερη εκπαίδευση, το 14,7% δηλώνει το γυμνάσιο, το 13,9% δηλώνει την ανώτατη εκπαίδευση, το 10,6% δηλώνει μερικές τάξεις του γυμνασίου και το 4,8% δηλώνει μερικές τάξεις του δημοτικού.

Πίνακας 6.1.17

Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μερικές τάξεις δημοτικού	9	3,3	3,3	3,3
Απόφοιτος δημοτικού	55	20,0	20,0	23,3
Μερικές τάξεις γυμνασίου	14	5,1	5,1	28,4
Γυμνάσιο	39	14,2	14,2	42,5
Λύκειο	97	35,3	35,3	77,8
Ανώτερη εκπαίδευση	38	13,8	13,8	91,6
Ανώτατη εκπαίδευση	23	8,4	8,4	100,0
Σύνολο	275	100,0	100,0	

Στο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, παρατηρούμε ότι το 20% του δείγματος μας δηλώνει ως απόφοιτο δημοτικού το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας του, το 35,3% ως απόφοιτο λυκείου, το 13,8% δηλώνει την ανώτερη εκπαίδευση, το 14,2% δηλώνει το γυμνάσιο, το 8,4% δηλώνει την ανώτατη εκπαίδευση, το 5,1% δηλώνει μερικές τάξεις του γυμνασίου και το 3,3% δηλώνει μερικές τάξεις του δημοτικού.

Πίνακας 6.1.18

Επάγγελμα Πατέρα				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Δημόσιος υπάλληλος	60	21,8	22,1	22,1
Ιδιωτικός υπάλληλος	56	20,4	20,7	42,8
Ελεύθερος επαγγελματίας	68	24,7	25,1	67,9
Αγρότης - Γεωργός	43	15,6	15,9	83,8
Έμπορος	8	2,9	3,0	86,7
Τεχνίτης - Εργάτης	18	6,5	6,6	93,4
Άλλο	18	6,5	6,6	100,0
Σύνολο	271	98,5	100,0	
Δεν απάντησαν	4	1,5		
Σύνολο	275	100,0		

Στο επάγγελμα του πατέρα, παρατηρούμε ότι το 25,1% του δείγματος μας δηλώνει ως ελεύθερο επαγγελματία το επάγγελμα του πατέρα του, το 22,1% ως δημόσιο υπάλληλο, το 20,7% ως ιδιωτικό υπάλληλο, το 15,9% ως αγρότη – γεωργό, το 6,6% ως τεχνίτη, το 3% ως έμπορο και το υπόλοιπο 6,6% δηλώνει άλλη εργασία, πέραν των επιλογών.

Πίνακας 6.1.19

Επάγγελμα Μητέρας				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Δημόσιος υπάλληλος	41	14,9	15,0	15,0
Ιδιωτικός υπάλληλος	62	22,5	22,7	37,7
Ελεύθερος επαγγελματίας	22	8,0	8,1	45,8
Αγρότης - Γεωργός	23	8,4	8,4	54,2
Έμπορος	4	1,5	1,5	55,7
Τεχνίτης - εργάτης	2	,7	,7	56,4
Οικιακά	118	42,9	43,2	99,6
Άλλο	1	,4	,4	100,0
Σύνολο	273	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	2	,7		
Σύνολο	275	100,0		

Στο επάγγελμα της μητέρας, παρατηρούμε ότι το 43,2% του δείγματος μας δηλώνει ότι η μητέρα ασχολείται με τα οικιακά, το 8,1% ως ελεύθερο επαγγελματία, το 15% ως δημόσιο υπάλληλο, το 22,7% ως ιδιωτικό υπάλληλο, το 8,4% ως αγρότη – γεωργό, το 0,7% ως τεχνίτη, το 3% ως έμπορο και το υπόλοιπο 0,4% δηλώνει άλλη εργασία, πέραν των επιλογών.

Πίνακας 6.1.20

Μηνιαίο εισόδημα γονέων σε ευρώ				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<800	23	8,4	8,4	8,4
800 - 1000	31	11,3	11,4	19,8
1000 - 1200	38	13,8	13,9	33,7
1200 - 1400	33	12,0	12,1	45,8
1400 - 1600	14	5,1	5,1	50,9
1600 - 1800	14	5,1	5,1	56,0
1800-2000	21	7,6	7,7	63,7
2000 και άνω	50	18,2	18,3	82,1
ΔΞ-ΔΑ	49	17,8	17,9	100,0
Σύνολο	273	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	2	,7		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 18,3% του δείγματος μας δηλώνει ως μηνιαίο εισόδημα των γονέων την κατηγορία των 2000 ευρώ και άνω , το 13,9% την κατηγορία 1000 έως 1200 ευρώ, το 12,1% τα 1200 έως 1400 ευρώ, το 11,4% τα 800 έως 1000 ευρώ, το 8,4% δηλώνει κάτω από 800 ευρώ, το 7,7% την κατηγορία 1800 έως 2000 ευρώ, το 5,1% δηλώνει 1400 έως 1600 ευρώ. Το ίδιο ποσοστό 5,1% σημειώνεται και στην κατηγορία των 1600 έως 1800 ευρώ. Ενώ αξιόλογο ποσοστό, της κλίμακας 17,9% επιλέγει την απάντηση ‘Δεν ξέρω – δεν απαντώ’.

Πίνακας 6.1.21

Αυτή την στιγμή κατοικείτε				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μόνος	175	63,6	63,6	63,6
Με τους γονείς	46	16,7	16,7	80,4
Με αδέρφια	16	5,8	5,8	86,2
Με φίλο-η	14	5,1	5,1	91,3
Με ερωτικό σύντροφο	18	6,5	6,5	97,8
Άλλο	6	2,2	2,2	100,0
Σύνολο	275	100,0	100,0	

Στον τόπο κατοικίας, το 63,6% απάντησε ότι κατοικεί μόνο του, το 16,7% με τους γονείς του, το 6,5% ότι κατοικεί με ερωτικό σύντροφο, το 5,8% με τα αδέρφια του, το 5,1% με κάποιον φίλο-ή, ενώ το 2,2% επέλεξε την επιλογή άλλο.

Πίνακας 6.1.22

Πως θα περιγράφατε την σχέση σας με την θρησκεία;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πολύ καλή	49	17,8	17,9	17,9
Καλή	103	37,5	37,6	55,5
Μέτρια	74	26,9	27,0	82,5
Αδιάφορη	37	13,5	13,5	96,0
Κακή	11	4,0	4,0	100,0
Σύνολο	274	99,6	100,0	
Δεν απάντησαν	1	,4		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 37,6% περιγράφει ως καλή την σχέση του με την θρησκεία, το 27% του δείγματος μέτρια, το 17,9% ως πολύ καλή, το 13,5% την περιγράφει ως αδιάφορη, ενώ το υπόλοιπο 4% ως κακή.

Πίνακας 6.1.23

Πιστεύετε ότι η θρησκευτική σας πεποίθηση έχει επηρεάσει τον τρόπο που αντιλαμβάνεστε τις καταστάσεις γύρω σας;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	70	25,45	25,45	25,45
Όχι	106	38,55	38,55	64,00
Ίσως	99	36,00	36,00	100,00
Σύνολο	275	100,00	100,00	

Στην 21^η ερώτηση του ερωτηματολογίου το 38,55% των ερωτηθέντων απάντησε πως η θρησκευτική του πεποίθηση δεν έχει επηρεάσει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις γύρω του, το 36% δηλώνει, ενώ το υπόλοιπο 25,45% πιστεύει ότι οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις, έχουν επηρεάσει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις.

Πίνακας 6.1.24

Συμμετέχετε στις σπουδαστικές εκλογές;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	125	45,45	45,45	45,45
Όχι	76	27,64	27,64	73,09
Μερικές φορές	74	26,91	26,91	100,00
Σύνολο	275	100,00	100,00	

Από τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι το 45,45% του δείγματος συμμετέχει συστηματικά στις σπουδαστικές εκλογές, το 26,91% μερικές φορές και το υπόλοιπο 26,91% δηλώνει ότι δεν συμμετέχει ποτέ.

Πίνακας 6.1.25

Είστε εγγεγραμμένο μέλος κάποιας σπουδαστικής παράταξης;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	66	24,00	24,00	24,00
Όχι	209	76,00	76,00	100,00
Σύνολο	275	100,00	100,00	

Από την 23^η και 24^η ερώτηση προκύπτει ότι το 24% των σπουδαστών είναι εγγεγραμμένο μέλος κάποιας σπουδαστικής παράταξης, ενώ το 76% όχι. Από το 24% (66) των φοιτητών οι 63 δήλωσαν και σε ποια παράταξη ανήκουν. Έτσι λοιπόν το 39,7% (25) αυτών είναι εγγεγραμμένο στη ΔΑΠ – ΝΔΦΚ, το 47,6% (30) είναι εγγεγραμμένο στη ΠΑΣΠ, ενώ το 12,7% (8) είναι εγγεγραμμένο στην Πανσπουδαστική.

Πίνακας 6.1.26

Συμμετέχετε ως ψηφοφόρος στις βουλευτικές και νομαρχιακές εκλογές;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	108	39,3	39,9	39,9
Όχι	124	45,1	45,8	85,6
Μερικές φορές	39	14,2	14,4	100,0
Σύνολο	271	98,5	100,0	
Δεν απάντησαν	4	1,5		
Σύνολο	275	100,0		

Το 45,8% των σπουδαστών απάντησε πως δεν συμμετέχει ως ψηφοφόρος στις βουλευτικές και νομαρχιακές εκλογές, το 39,9% δηλώνει πως συμμετέχει και το υπόλοιπο 14,4% δηλώνει ότι συμμετέχει μερικές φορές.

Πίνακας 6.1.27

Στις τελευταίες εκλογές ποιο πολιτικό κόμμα υποστηρίζατε;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Π.Α.Σ.Ο.Κ	51	18,5	37,2	37,2
Ν.Δ	29	10,5	21,2	58,4
ΣΥΝ	5	1,8	3,6	62,0
Κ.Κ.Ε	14	5,1	10,2	72,3
Λ.Α.Ο.Σ	2	0,7	1,5	73,7
ΔΕ-ΔΑ	23	8,4	16,8	90,5
Άλλο	13	4,7	9,5	100,0
Σύνολο	137	49,8	100,0	
Δεν απάντησαν	138	50,2		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι για το 53,5% (108+39) των σπουδαστών (βλέπε την προηγούμενη ερώτηση) που δηλώνει ότι συμμετέχει στις εκλογές, αν όχι πάντα μερικές φορές, οι 137 δήλωσαν και την παράταξη που υποστήριξαν με την ψήφο τους στις τελευταίες εκλογές. Έτσι λοιπόν το 37,2% αυτών, απάντησε ότι στις τελευταίες πολιτικές εκλογές ψήφισε ΠΑΣΟΚ, το 21,2% ΝΔ, το 10,2% ΚΚΕ, το 3,6% ΣΥΝ, το 1,5% ΛΑΟΣ, το 9,5% δηλώνει κάτι άλλο και το υπόλοιπο 16,8% δήλωσε ότι δεν ήθελε να απαντήσει.

Πίνακας 6.1.28

Πως αξιολογείτε την ενημέρωσή σας γύρω από θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Επαρκή	118	42,9	43,5	43,5
Ανεπαρκή	51	18,5	18,8	62,3
Ελλιπή	71	25,8	26,2	88,6
Άριστη	31	11,3	11,4	100,0
Σύνολο	271	98,5	100,0	
Δεν απάντησαν	4	1,5		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον πίνακα 6.1.28, παρατηρούμε ότι το 43,5% των σπουδαστών χαρακτηρίζει επαρκή την ενημέρωση τους γύρω από θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά, το 26,2% την χαρακτηρίζει ελλιπή, το 18,8% ανεπαρκή και το υπόλοιπο 11,3% άριστη.

Πίνακας 6.1.29

Από ποιες πηγές πληροφόρησες ενημερώνεστε για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;														
	Πάρα πολύ		Πολύ		Αρκετά		Μέτρια		Λίγο		Καθόλου		Σύνολο	
	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	Ποσοστό που
Εκπαίδευση	14	5,5	13	5,1	43	16,9	65	25,6	96	37,8	23	9,1	254	92,4
Τηλεόραση	15	5,8	57	21,9	85	32,7	66	25,4	30	11,5	7	2,7	260	94,5
Εφημερίδες	6	2,4	27	11,0	48	19,5	68	27,6	63	25,6	34	13,8	246	89,5
Ιντερνετ	37	14,7	51	20,2	53	21,0	49	19,4	39	15,5	23	9,1	252	91,6
Συνέδρια-Ημερίδες	5	2,1	8	3,4	24	10,1	26	10,9	71	29,8	104	43,7	238	86,5
Επιστημονικά Περιοδικά	5	2,1	18	7,5	17	7,1	46	19,2	70	29,2	84	35,0	240	87,3
Άλλο(Προσδιόρισε)	14	24,6	10	17,5	7	12,3	5	8,8	4	7,0	17	29,8	57	20,7

Στην 28^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, δόθηκαν διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις (Πάρα πολύ-Πολύ-Αρκετά-Μέτρια-Λίγο-Καθόλου), σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι ενημερώνονται πρωτίστως μέσω του διαδικτύου για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά, ακολουθεί η τηλεόραση και οι εφημερίδες. Έπεται στην ενημέρωση η εκπαίδευση και τα επιστημονικά περιοδικά μαζί με τα συνέδρια. Επίσης δηλώνεται ως πηγή πληροφόρησης και η κατηγορία άλλο σε σημαντικό βαθμό, όμως αυτό αφορά το 20,7% των σπουδαστών του δείγματος μας και όχι το σύνολο.

Πίνακας 6.1.30

Τα σημαντικότερα αίτια που οδηγούν κάποιον άνθρωπο στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι:														
	Συμφωνώ απόλυτα		Μάλλον συμφωνώ		Συμφωνώ λίγο		Διαφωνώ λίγο		Μάλλον διαφωνώ		Διαφωνώ απόλυτα		Σύνολο	
	Παίθος	%	Παίθος	%	Παίθος	%	Παίθος	%	Παίθος	%	Παίθος	%	Παίθος	Ποσοστό που
Προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον	132	48,4	64	23,4	51	18,7	10	3,7	7	2,6	9	3,3	273	99,27
Δυσκολίες στο κοινωνικό περιβάλλον	64	23,9	103	38,4	66	24,6	13	4,9	12	4,5	10	3,7	268	99,27
Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο	37	14,0	30	11,3	63	23,8	38	14,3	39	14,7	58	21,9	265	99,27
Ανεργία	27	10,2	34	12,8	63	23,7	43	16,2	41	15,4	58	21,8	266	99,27
Φτώχεια	27	10,3	22	8,4	50	19,1	39	14,9	52	19,8	72	27,5	262	99,27
Περιέργεια	83	30,7	78	28,9	72	26,7	13	4,8	16	5,9	8	3,0	270	99,27
Άγνοια	66	24,9	60	22,6	56	21,1	35	13,2	23	8,7	25	9,4	265	99,27
Μίμηση	68	25,5	79	29,6	70	26,2	23	8,6	16	6,0	11	4,1	267	99,27
Αναξιοκρατία-αυταρχισμός	20	7,5	39	14,7	79	29,8	46	17,4	43	16,2	38	14,3	265	99,27
Αδράνεια και αδιαφορία της πολιτείας	64	24,2	58	22,0	52	19,7	32	12,1	31	11,7	27	10,2	264	99,27

Στην 29^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, δόθηκαν διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις (Συμφωνώ απόλυτα-Μάλλον συμφωνώ- Συμφωνώ λίγο-Διαφωνώ λίγο-Μάλλον διαφωνώ-Διαφωνώ απόλυτα). Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε ότι οι σπουδαστές θεωρούν ως σημαντικότερο αίτιο που οδηγεί κάποιον άνθρωπο στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών το προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον. Ακολουθούν οι δυσκολίες στο κοινωνικό περιβάλλον, η περιέργεια και η μίμηση. Έπονται η άγνοια και η αδράνεια της πολιτείας. Ενώ στις τελευταίες θέσεις παρατηρούμε το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, την ανεργία, τη φτώχεια και την αναξιοκρατία, ως αίτια για την ουσιοεξάρτηση.

Πίνακας 6.1.31

Θα κάνατε χρήση ναρκωτικών;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	21	7,6	7,7	7,7
Όχι	205	74,5	75,4	83,1
Ίσως	34	12,4	12,5	95,6

ΔΞ - ΔΑ	12	4,4	4,4	100,0
Σύνολο	272	98,9	100,0	
Δεν απάντησαν	3	1,1		
Σύνολο	275	100,0		

Στην υποθετική ερώτηση εάν θα έκαναν χρήση ναρκωτικών, οι ερωτηθέντες απάντησαν, ότι το 74,5% δεν θα έκανε χρήση ναρκωτικών, το 12,5% δεν είναι σίγουρο, το 7,7% δήλωσε ότι θα έκανε, ενώ το υπόλοιπο 4,4% επέλεξε την απάντηση Δεν ξέρω-Δεν απαντώ.

Πίνακας 6.1.32

Πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει η χρήση ουσιών στα παρακάτω;														
	Πάρα πολύ		Πολύ		Αρκετά		Μέτρια		Λίγο		Καθόλου		Παράρτημα	Ποσοστό (%)
	Παράρτημα	%	Παράρτημα	%	Παράρτημα	%	Παράρτημα	%	Παράρτημα	%	Παράρτημα	%		
Κοινωνική ζωή	174	64,0	61	22,4	26	9,6	6	2,2	3	1,1	2	,7	272	98,9
Υγεία	224	83,0	24	8,9	15	5,6	4	1,5	2	,7	1	,4	270	98,2
Επαγγελματική ζωή	146	54,3	72	26,8	29	10,8	16	5,9	4	1,5	2	,7	269	97,8
Σεξουαλική ζωή	122	45,0	59	21,8	55	20,3	16	5,9	12	4,4	7	2,6	271	98,5
Ψυχική ή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου	194	71,9	47	17,4	19	7,0	3	1,1	3	1,1	4	1,5	270	98,2
Πουθενά	11	5,2	1	,5	6	2,8	9	4,3	18	8,5	166	78,7	211	76,7
Παντού	126	55,8	44	19,5	25	11,1	8	3,5	12	5,3	11	4,9	226	82,2

Στην 31^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, δόθηκαν διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις (Πάρα πολύ-Πολύ-Αρκετά-Μέτρια-Λίγο-Καθόλου). Οι ερωτηθέντες απάντησαν σε συντριπτική πλειοψηφία, ότι η χρήση ουσιών επηρεάζει πάρα πολύ την υγεία. Ακολουθεί η ψυχική ή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και η κοινωνική ζωή. Έπεται η επαγγελματική και η σεξουαλική ζωή. Η πλειοψηφία των σπουδαστών δηλώνει ότι η χρήση ουσιών επηρεάζει παντού, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό πιστεύει ότι τίποτε δεν επηρεάζεται.

Πίνακας 6.1.33

Γνωρίζετε ποια πολιτική έχει χαράξει η Ολλανδία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	152	55,3	55,7	55,7
Όχι	121	44,0	44,3	100,0
Σύνολο	273	99,3	100,0	
Δεν απάντησαν	2	0,7		
Σύνολο	275	100,0		

Στην 32^η ερώτηση παρατηρούμε ότι το 55,7% δηλώνει πως γνωρίζει ποια πολιτική έχει χαράξει η Ολλανδία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών, ενώ το 44% δίνει αρνητική απάντηση.

Πίνακας 6.1.34

Πως αξιολογείτε την εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αποτελεσματική	70	25,5	46,1	46,1
Αναποτελεσματική	35	12,7	23,0	69,1
Στάσιμη	47	17,1	30,9	100,0
Σύνολο	152	55,3	100,0	
Δεν απάντησαν	123	44,7		
Σύνολο	275	100,0		

Από τον Πίνακα 6.1.33 παρατηρούμε ότι για το 55,7% (152) των σπουδαστών που δηλώνει πως γνωρίζει ποια πολιτική έχει χαράξει η Ολλανδία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών το 46,1% (70) την χαρακτηρίζει αποτελεσματική, το 23% (35) την χαρακτηρίζει αναποτελεσματική και το υπόλοιπο 30,9% (47) την χαρακτηρίζει στάσιμη.

Πίνακας 6.1.35

Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;					
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό	
Ναι	48	17,5	24,1	24,1	
Όχι	90	32,7	45,2	69,3	
Ίσως	61	22,2	30,7	100,0	
Σύνολο	199	72,4	100,0		
Δεν απάντησαν	76	27,6			
Σύνολο	275	100,0			

Στην ερώτηση για το αν θα συμφωνούσαν στην προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, μόλις το 72,4% των σπουδαστών απάντησε. Για το ποσοστό αυτό το 45,1% ήταν αρνητικό, το 30,7% δήλωσε ίσως και το υπόλοιπο 24,1% ήταν θετικό στην προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα.

Πίνακας 6.1.36

Πως θα ιεραρχούσατε τις παρακάτω εξαρτησιογόνες ουσίες, συμφωνά με την επικινδυνότητα τους για την ανθρώπινη ζωή;														
	Πάρα πολύ		Πολύ		Αρκετά		Μέτρια		Λίγο		Καθόλου		Ποσοστό που απάντησε	
	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%	Παίθθος	%		
Όπιο	78	30,4	71	27,6	62	24,1	27	10,5	18	7,0	1	,4	257	93,5
Μορφίνη	99	38,1	78	30,0	58	22,3	17	6,5	8	3,1			260	94,5
Ηρωίνη	202	75,9	47	17,7	14	5,3	2	,8	1	,4			266	96,7
Χασίς, Μαριχουάνα	46	17,2	45	16,8	61	22,8	59	22,0	41	15,3	16	6,0	268	97,5
Κοκαΐνη	143	53,2	89	33,1	30	11,2	4	1,5	2	,7	1	,4	269	97,8
Βαρβιτουρικά	65	25,7	82	32,4	54	21,3	41	16,2	10	4,0	1	,4	253	92,0
Αμφεταμίνες	62	24,1	76	29,6	72	28,0	36	14,0	10	3,9	1	,4	257	93,5
Ψευδαισθησιογόνα -Παραισθησιογόνα	76	28,8	61	23,1	67	25,4	42	15,9	16	6,1	2	,8	264	96,0
Καπνός	34	12,7	31	11,6	52	19,5	62	23,2	74	27,7	14	5,2	267	97,1
Αλκοόλ	34	12,8	45	16,9	66	24,8	57	21,4	51	19,2	13	4,9	266	96,7

Στην 35^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, δόθηκαν διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις (Πάρα πολύ-Πολύ-Αρκετά-Μέτρια-Λίγο-Καθόλου). Από τον Πίνακα 36 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των σπουδαστών πιστεύει ότι είναι η ηρωίνη η πιο

επικίνδυνη εξαρτησιογόνα ουσία για την ανθρώπινη ζωή. Ακολουθεί η κοκαΐνη και η μορφίνη. Έπονται τα βαρβιτουρικά με τις αμφεταμίνες και τα παραισθησιογόνα. Ως λιγότερο η καθόλου επικίνδυνα, οι ερωτηθέντες ταξινομούν το χασίς – μαριχουάνα, το αλκοόλ και τον καπνό.

Πίνακας 6.1.37

Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	52	18,9	19,3	19,3
Όχι	176	64,0	65,4	84,8
Ίσως	41	14,9	15,2	100,0
Σύνολο	269	97,8	100,0	
Δεν απάντησαν	6	2,2		
Σύνολο	275	100,0%		

Από τον πίνακα 6.1.37, παρατηρούμε ότι το 65,4% του δείγματος απάντησε αρνητικά, στο αν θα συμφωνούσε με την πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, το 15,2% δήλωσε ίσως, ενώ το 19,3% ήταν σύμφωνο σε μια τέτοια προοπτική.

Πίνακας 6.1.38

	Συμφοινώ απόλυτα		Μάλλον συμφοινώ		Συμφοινώ λίγο		Διαφοινώ λίγο		Μάλλον διαφοινώ		Διαφοινώ απόλυτα		Ποσοστ όπου	
	Πλήθος	%	Πλήθος	%	Πλήθος	%	Πλήθος	%	Πλήθος	%	Πλήθος	%		
Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα "μαλακά" και στην συνέχεια περνούν στα πιο "σκληρά" ναρκωτικά	153	55,8	77	28,1	30	10,9	7	2,6	6	2,2	1	,4	274	99,6
Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα "μαλακά" και στην συνέχεια περνούν στα πιο "σκληρά" ναρκωτικά, καθώς έρχονται σε επαφή με εμπόρους που διακινούν κάθε είδος ναρκωτικού.	103	37,9	96	35,3	49	18,0	15	5,5	3	1,1	6	2,2	272	98,9

Ο διαχωρισμός των εξαρτησιογόνων ουσιών σε νόμιμες και παράνομες δεν έχει καμιά ουσία, καθώς και οι δύο είναι επιβλαβείς για τον οργανισμό.	118	43,5	61	22,5	43	15,9	17	6,3	19	7,0	13	4,8		271	98,5
Ο διαχωρισμός των ναρκωτικών σε "μαλακά" και "σκληρά" σε σχέση με την επικινδυνότητα τους είναι λογικός	66	24,3	81	29,8	56	20,6	27	9,9	13	4,8	29	10,7		272	98,9
Η αποπoinικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα μπορούσε να αποδώσει ως μέτρο πρόληψης, για την αποτροπή της διάδοσης των ναρκωτικών στην χώρα μας	40	14,9	71	26,4	55	20,4	27	10,0	35	13,0	41	15,2		269	97,8
Η αποπoinικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα συνέβαλε στην μη περιθωριοποίηση των χρηστών	45	16,7	68	25,3	56	20,8	39	14,5	28	10,4	33	12,3		269	97,8
Η αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών θα συνέβαλε στην διάδοση των ναρκωτικών	76	29,0	66	25,2	43	16,4	32	12,2	31	11,8	14	5,3		262	95,3
Οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως "ασθενείς"	115	42,9	57	21,3	38	14,2	18	6,7	19	7,1	21	7,8		268	97,5
Ο εθισμός στα ναρκωτικά αποτελεί επιλογή και όχι "ασθένεια"	100	37,3	45	16,8	33	12,3	34	12,7	22	8,2	34	12,7		268	97,5
Ο καθένας μπορεί να προμηθευτεί με ευκολία οποιαδήποτε παράνομη εξαρτησιογόνα ουσία	121	44,6	88	32,5	41	15,1	11	4,1	7	2,6	3	1,1		271	98,5
Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την πρόληψη των ναρκωτικών είναι αποτελεσματικά	20	7,4	20	7,4	24	8,9	42	15,5	61	22,5	104	38,4		271	98,5
Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την καταπολέμηση των ναρκωτικών είναι αναποτελεσματικά	111	40,8	74	27,2	24	8,8	18	6,6	19	7,0	26	9,6		272	98,9
Το θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην χώρα μας είναι ανεπαρκή	116	43,3	84	31,3	39	14,6	14	5,2	11	4,1	4	1,5		268	97,5
Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν πρέπει να αποτελεί ποινικό αδίκημα	42	15,5	45	16,6	45	16,6	28	10,3	38	14,0	73	26,9		271	98,5

Στην 37^η ερώτηση του ερωτηματολογίου, δόθηκαν συγκεκριμένες προτάσεις και διαβαθμισμένες σε κλίμακα απαντήσεις (Συμφωνώ απόλυτα-Μάλλον συμφωνώ-Συμφωνώ λίγο-Διαφωνώ λίγο-Μάλλον διαφωνώ-Διαφωνώ απόλυτα).

Ειδικότερα παρατηρείται συμφωνία με μεγάλα ποσοστά στις προτάσεις "Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα "μαλακά" και στην συνέχεια περνούν στα πιο "σκληρά" ναρκωτικά"(Συμφωνώ απόλυτα (55.8%) - Μάλλον συμφωνώ

(21,8%) - Συμφωνώ λίγο (10,9%) - Διαφωνώ λίγο (2,6%) - Μάλλον διαφωνώ(2,2%) - Διαφωνώ απόλυτα (0,4%), “Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα "μαλακά" και στην συνέχεια περνούν στα πιο "σκληρά" ναρκωτικά, καθώς έρχονται σε επαφή με εμπόρους που διακινούν κάθε είδος ναρκωτικού”(Συμφωνώ απόλυτα (37,9%) - Μάλλον συμφωνώ (35,3%) - Συμφωνώ λίγο (18 %) - Διαφωνώ λίγο (5,5 %) - Μάλλον διαφωνώ(1,1%) - Διαφωνώ απόλυτα (2,2%).

Σημαντικός φαίνεται να είναι και ο βαθμός συμφωνίας των ερωτηθέντων στις ακόλουθες προτάσεις: “Ο διαχωρισμός των εξαρτησιογόνων ουσιών σε νόμιμες και παράνομες δεν έχει καμιά ουσία, καθώς και οι δύο είναι επιβλαβής για τον οργανισμό” (Συμφωνώ απόλυτα (43,5%) - Μάλλον συμφωνώ (22,5%) - Συμφωνώ λίγο (15,9 %) - Διαφωνώ λίγο (6,3 %) - Μάλλον διαφωνώ(7%) - Διαφωνώ απόλυτα (4,8%). “Ο διαχωρισμός των ναρκωτικών σε "μαλακά" και "σκληρά" σε σχέση με την επικινδυνότητα τους είναι λογικός, συγκεντρώνει τα ακόλουθα ποσοστά: (Συμφωνώ απόλυτα (16,7%) - Μάλλον συμφωνώ (29,8%) - Συμφωνώ λίγο (20,6%) - Διαφωνώ λίγο (9,9%) - Μάλλον διαφωνώ(4,8%) - Διαφωνώ απόλυτα (10,7%).

Μέτρια συμφωνία των ερωτηθέντων παρατηρείται στην παρακάτω πρόταση: “Η αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα μπορούσε να αποδώσει ως μέτρο πρόληψης, για την αποτροπή της διάδοσης των ναρκωτικών στην χώρα μας” (Συμφωνώ απόλυτα (14,9%) - Μάλλον συμφωνώ (26,4%) - Συμφωνώ λίγο (20,3%) - Διαφωνώ λίγο (10%) - Μάλλον διαφωνώ(13%) - Διαφωνώ απόλυτα (15,2%). Ωστόσο σημαντικό ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι “Η αποποινικοποίηση των ναρκωτικών θα συνέβαλε στην διάδοση των ναρκωτικών”(Συμφωνώ απόλυτα (29%) - Μάλλον συμφωνώ (25,2%) - Συμφωνώ λίγο (16,4%) - Διαφωνώ λίγο (12,2%) - Μάλλον διαφωνώ(11,8%) - Διαφωνώ απόλυτα (5,3%). “Η αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα συνέβαλε στην μη περιθωριοποίηση των χρηστών”(Συμφωνώ απόλυτα (16,7%) - Μάλλον συμφωνώ (25,3%) - Συμφωνώ λίγο (20,8%) - Διαφωνώ λίγο (14,5%) - Μάλλον διαφωνώ(10,4%) - Διαφωνώ απόλυτα (12,3%)., συγκεντρώνει εξίσου μέτρια συμφωνία.

Στην πρόταση “Οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως "ασθενείς", οι ερωτηθέντες απάντησαν (Συμφωνώ απόλυτα (42,9%) - Μάλλον συμφωνώ (21,3%) - Συμφωνώ λίγο (14,2%) - Διαφωνώ λίγο (6,7%) - Μάλλον διαφωνώ(7,1%) - Διαφωνώ απόλυτα (7,8%), ενώ στην πρόταση “Ο εθισμός στα ναρκωτικά αποτελεί επιλογή και όχι

"ασθένεια", απάντησαν (Συμφωνώ απόλυτα (37,3%) - Μάλλον συμφωνώ (16,8%) - Συμφωνώ λίγο (12,3%) - Διαφωνώ λίγο (12,7%) - Μάλλον διαφωνώ(8,2%) - Διαφωνώ απόλυτα (12,7%).

Συντριπτική πλειοψηφία συμφωνίας συγκεντρώνουν οι προτάσεις "Ο καθένας μπορεί να προμηθευτεί με ευκολία οποιαδήποτε παράνομη εξαρτησιογόνα ουσία",(Συμφωνώ απόλυτα (44,6%) - Μάλλον συμφωνώ (32,5%) - Συμφωνώ λίγο (15,1%) - Διαφωνώ λίγο (4,1%) - Μάλλον διαφωνώ(2,6%) - Διαφωνώ απόλυτα (1,1%). "Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την καταπολέμηση των ναρκωτικών είναι αναποτελεσματικά",(Συμφωνώ απόλυτα (40,8%) - Μάλλον συμφωνώ (27,2%) - Συμφωνώ λίγο (8,8%) - Διαφωνώ λίγο (6,6%) - Μάλλον διαφωνώ(7 %) - Διαφωνώ απόλυτα (9,8%). "Το θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην χώρα μας είναι ανεπαρκή",(Συμφωνώ απόλυτα (43.3%) - Μάλλον συμφωνώ (31.3%) - Συμφωνώ λίγο (14,6%) - Διαφωνώ λίγο (5,2%) - Μάλλον διαφωνώ(4,1 %) - Διαφωνώ απόλυτα (1,5%).

Τέλος στην πρόταση "Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν πρέπει να αποτελεί ποινικό αδίκημα", οι ερωτηθέντες δήλωσαν την διαφωνία τους με ποσοστά (Συμφωνώ απόλυτα (15,5%) - Μάλλον συμφωνώ (16,6%) - Συμφωνώ λίγο (16,6%) - Διαφωνώ λίγο (10,3%) - Μάλλον διαφωνώ(14 %) - Διαφωνώ απόλυτα (26,9%).

Πίνακας 6.1.39

Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους χρήστες;				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	27	9,8	9,8	9,8
Όχι	141	51,3	51,3	61,1
Περίπου	107	39,9	39,9	100,0
Σύνολο	275			
		100,0	100,0	

Από τον Πίνακα 39 παρατηρούμε ότι το 51,3% των σπουδαστών δεν γνωρίζει την νομοθεσία για τους χρήστες, το 9,8% δηλώνει ότι την γνωρίζει. Ενώ το υπόλοιπο 39,9% δηλώνει ότι γνωρίζει μέρος αυτής.

Στην 39^η ερώτηση του ερωτηματολογίου: "Πως αξιολογείτε την ισχύουσα νομοθεσία για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών", απάντησαν 115 άτομα. Η συντριπτική

πλειοψηφία αυτών χαρακτήρισε την ισχύουσα νομοθεσία για τους χρήστες ως άδικη, άθλια ή αδιάφορη. Αιτιολόγησαν τον χαρακτηρισμό αυτό, διότι έβλεπαν τους χρήστες είτε ως ασθενείς, είτε ως άτομα που έχουν κάνει τις προσωπικές τους επιλογές. Πρότειναν μάλιστα ποινές με παράλληλη βοήθεια στην αποτοξίνωση των χρηστών. Υπήρχαν επίσης άτομα που δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ακριβώς την νομοθεσία και ελάχιστοι που την θεώρησαν ικανοποιητική με μερικά προβλήματα.

Στην **40^η ερώτηση** του ερωτηματολογίου “Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών;” απάντησαν 246 άτομα. Από αυτούς μόνο οι 33 δήλωσαν ότι γνωρίζουν την νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών, 170 έδωσαν αρνητική απάντηση, και οι 42 δήλωσαν ότι γνωρίζουν μέρος αυτής.

Στην **41^η ερώτηση** του ερωτηματολογίου “Πως αξιολογείτε την υπάρχουσα νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών ουσιών;” απάντησαν 100 άτομα. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών χαρακτήρισε την ισχύουσα νομοθεσία για τους εμπόρους άθλια και αναποτελεσματική. Αιτιολόγησαν τον χαρακτηρισμό αυτό διότι δεν βλέπουν κάποια σημάδια βελτίωσης, σε αυτό το πλαίσιο. Κάποιοι βέβαια δήλωσαν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα στην εφαρμογή της νομοθεσίας είναι η απροθυμία της αστυνομίας και ο ελλιπής έλεγχος, καθώς και το μέγεθος της διαφθοράς. Ενώ προτείνεται η θανατική ποινή ως παραδειγματική τιμωρία των εμπόρων ναρκωτικών.

6.2 Έλεγχος υποθέσεων εργασίας

Σε αυτήν την ενότητα, θα διερευνήσουμε τις υποθέσεις εργασίας, που είχαν τεθεί κατά το αρχικό στάδιο της έρευνας μας. Πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστούν και θα συγκριθούν οι παράγοντες εκείνοι που εκτιμούσαμε ότι συμβάλλουν στην διαμόρφωση στάσεων σε σχέση με το θέμα της έρευνας μας .

Πρώτος παράγοντας που θεωρούσαμε ότι σχετίζεται με την διαμόρφωση στάσεων ήταν εκείνος του τόπου γέννησης και διαμονής:

- Τα άτομα που προέρχονται από αστικά κέντρα θα υποστηρίζουν την πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης σε αντίθεση με άτομα που διαμένουν σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές

Πίνακας 6.2.1

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Σύνολο
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Τόπος γέννησης	Αστική περιοχή	Πλήθος	27	48	38	113
		Ποσοστό	23,9%	42,5%	33,6%	100,0%
	Ημιαστική περιοχή	Πλήθος	11	18	14	43
		Ποσοστό	25,6%	41,9%	32,6%	100,0%
	Αγροτική περιοχή	Πλήθος	9	24	9	42
		Ποσοστό	21,4%	57,1%	21,4%	100,0%
Total		Πλήθος	47	90	61	198
		Ποσοστό	23,7%	45,5%	30,8%	100,0%

Πίνακας 6.2.1.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,296(a)	4	,510
Likelihood Ratio	3,345	4	,502
Linear-by-Linear Association	,508	1	,476
N of Valid Cases	198		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,97.

Στον Πίνακα 6.2.1 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά τόπο γέννησης και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.1.1 προκύπτει ότι ο τόπος γέννησης των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,510 > 0,05$.

Πίνακας 6.2.2

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Τόπος διαμονής	Αστική περιοχή	Πλήθος	34	55	37	126
		Ποσοστό	27,0%	43,7%	29,4%	100,0%
	Ημιαστική περιοχή	Πλήθος	9	16	16	41
		Ποσοστό	22,0%	39,0%	39,0%	100,0%
	Αγροτική	Πλήθος	5	19	8	32

	περιοχή	Ποσοστό	15,6%	59,4%	25,0%	100,0%
Total		Πλήθος	48	90	61	199
		Ποσοστό	24,1%	45,2%	30,7%	100,0%

Πίνακας 6.2.2.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,639(a)	4	,326
Likelihood Ratio	4,602	4	,331
Linear-by-Linear Association	,608	1	,436
N of Valid Cases	199		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,72.

Στον Πίνακα 6.2.2 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά τόπο διαμονής και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.2.1 προκύπτει ότι ο τόπος διαμονής των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,326 > 0,05$.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του δείγματος μας, δεν επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση εργασίας.

Επιπρόσθετα εξετάσαμε τους ίδιους παράγοντες (τόπος γέννησης-διαμονής), με την συμφωνία για πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα.

Πίνακας 6.2.3

Crosstab						
		Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total	
		Ναι	Όχι	Ίσως		
Τόπος γέννησης	Αστική περιοχή	Πλήθος	27	100	26	153
		Ποσοστό	17,6%	65,4%	17,0%	100,0%
	Ημιαστική περιοχή	Πλήθος	13	36	10	59
		Ποσοστό	22,0%	61,0%	16,9%	100,0%
	Αγροτική περιοχή	Πλήθος	11	40	5	56
		Ποσοστό	19,6%	71,4%	8,9%	100,0%
Total		Πλήθος	51	176	41	268
		Ποσοστό	19,0%	65,7%	15,3%	100,0%

Πίνακας 6.2.3.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,802(a)	4	,592
Likelihood Ratio	3,039	4	,551
Linear-by-Linear Association	1,245	1	,265
N of Valid Cases	268		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,57.

Στον Πίνακα 6.2.3 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά τόπο γέννησης και συμφωνίας για πλήρη αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.3.1 προκύπτει ότι ο τόπος γέννησης των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική της πλήρους αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,592 > 0,05$.

Πίνακας 6.2.4

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Τόπος διαμονής	Αστική περιοχή	Πλήθος	31	118	27	176
		Ποσοστό	17,6%	67,0%	15,3%	100,0%
	Ημιαστική περιοχή	Πλήθος	8	31	9	48
		Ποσοστό	16,7%	64,6%	18,8%	100,0%
	Αγροτική περιοχή	Πλήθος	13	26	5	44
		Ποσοστό	29,5%	59,1%	11,4%	100,0%
Total		Πλήθος	52	175	41	268
		Ποσοστό	19,4%	65,3%	15,3%	100,0%

Πίνακας 6.2.4.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,973(a)	4	,410
Likelihood Ratio	3,694	4	,449
Linear-by-Linear Association	1,651	1	,199
N of Valid Cases	268		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,73.

Στον Πίνακα 6.2.4 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά τόπο διαμονής και συμφωνίας για πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2..4.1 προκύπτει ότι ο τόπος διαμονής των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,410 > 0,05$.

Συμπερασματικά λοιπόν και βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας μας θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο τόπος γέννησης και ο τόπος διαμονής, δεν αποτελούν ικανούς παράγοντες για την διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών ή και της πλήρους αποπoinικοποίησης.

Δεύτερος παράγοντας που θεωρούσαμε ότι σχετίζεται με την διαμόρφωση στάσεων ήταν εκείνος του μορφωτικού επιπέδου.

- Τα άτομα που έχουν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο θα είναι υπέρ του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης.

Στην συγκεκριμένη υπόθεση εργασίας θέλαμε να παρατηρήσουμε την συσχέτιση των αποτελεσμάτων μεταξύ σπουδαστών και καθηγητών. Ωστόσο λόγω αδυναμίας συγκέντρωσης του απαιτούμενου αριθμού ερωτηματολογίων από τους καθηγητές, η συσχέτιση αυτή δεν μπορεί να γίνει. Έτσι εξετάσαμε το μορφωτικό επίπεδο των γονέων σε σχέση με την συμφωνία της προοπτικής του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Βασιζόμενοι στο γεγονός ότι οι γονείς επιδρούν σημαντικά στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών τους.

Πίνακας 6.2.5

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα	Μερικές τάξεις δημοτικού	Πλήθος	3	5	1	9
		Ποσοστό	33,3%	55,6%	11,1%	100,0%
	Απόφοιτος δημοτικού	Πλήθος	8	25	10	43
		Ποσοστό	18,6%	58,1%	23,3%	100,0%
	Μερικές τάξεις γυμνασίου	Πλήθος	4	11	6	21
		Ποσοστό	19,0%	52,4%	28,6%	100,0%
	Γυμνάσιο	Πλήθος	5	10	11	26
		Ποσοστό	19,2%	38,5%	42,3%	100,0%

	Λύκειο	Πλήθος	12	13	14	39	
		Ποσοστό	30,8%	33,3%	35,9%	100,0%	
	Ανώτερη εκπαίδευση	Πλήθος	8	16	9	33	
		Ποσοστό	24,2%	48,5%	27,3%	100,0%	
	Ανώτατη εκπαίδευση	Πλήθος	8	8	10	26	
		Ποσοστό	30,8%	30,8%	38,5%	100,0%	
Total			Πλήθος	48	88	61	197
			Ποσοστό	24,4%	44,7%	31,0%	100,0%

Πίνακας 6.2.5.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,359(a)	12	,498
Likelihood Ratio	11,712	12	,469
Linear-by-Linear Association	,124	1	,724
N of Valid Cases	197		

a 3 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,19.

Στον Πίνακα 6.2.5 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά μορφωτικό επίπεδο πατέρα και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.5.1 προκύπτει, ότι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,498 > 0,05$.

Πίνακας 6.2.6

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας	Μερικές τάξεις δημοτικού	Πλήθος	3	3	2	8
		Ποσοστό	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
	Απόφοιτος δημοτικού	Πλήθος	6	23	10	39
		Ποσοστό	15,4%	59,0%	25,6%	100,0%
	Μερικές τάξεις γυμνασίου	Πλήθος	2	5	1	8
		Ποσοστό	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
	Γυμνάσιο	Πλήθος	3	10	9	22
		Ποσοστό	13,6%	45,5%	40,9%	100,0%

	Λύκειο	Πλήθος	18	32	23	73
		Ποσοστό	24,7%	43,8%	31,5%	100,0%
	Ανώτερη εκπαίδευση	Πλήθος	9	12	11	32
		Ποσοστό	28,1%	37,5%	34,4%	100,0%
	Ανώτατη εκπαίδευση	Πλήθος	7	5	5	17
		Ποσοστό	41,2%	29,4%	29,4%	100,0%
Total	Πλήθος	48	90	61	199	
	Ποσοστό	24,1%	45,2%	30,7%	100,0%	

Πίνακας 6.2.6.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,950(a)	12	,533
Likelihood Ratio	11,027	12	,527
Linear-by-Linear Association	,122	1	,727
N of Valid Cases	199		

a 7 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,93.

Στον Πίνακα 6.2.6 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά μορφωτικό επίπεδο μητέρας και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.6.1 προκύπτει, ότι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,533 > 0,05$.

Επιπρόσθετα εξετάσαμε τους ίδιους παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο γονέων), με την συμφωνία για πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα.

Πίνακας 6.2.7

Crosstab						
		Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total	
		Ναι	Όχι	Ίσως		
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα	Μερικές τάξεις δημοτικού	Πλήθος	2	8	1	11
		Ποσοστό	18,2%	72,7%	9,1%	100,0%
	Απόφοιτος δημοτικού	Πλήθος	14	39	5	58
		Ποσοστό	24,1%	67,2%	8,6%	100,0%
	Μερικές τάξεις γυμνασίου	Πλήθος	4	21	4	29
		Ποσοστό	13,8%	72,4%	13,8%	100,0%

	Γυμνάσιο	Πλήθος	6	22	11	39
		Ποσοστό	15,4%	56,4%	28,2%	100,0%
	Λύκειο	Πλήθος	7	35	6	48
		Ποσοστό	14,6%	72,9%	12,5%	100,0%
	Ανώτερη εκπαίδευση	Πλήθος	7	30	7	44
		Ποσοστό	15,9%	68,2%	15,9%	100,0%
	Ανώτατη εκπαίδευση	Πλήθος	11	20	7	38
		Ποσοστό	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%
Total		Πλήθος	51	175	41	267
		Ποσοστό	19,1%	65,5%	15,4%	100,0%

Πίνακας 6.2.7.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,120(a)	12	,360
Likelihood Ratio	12,532	12	,404
Linear-by-Linear Association	,366	1	,545
N of Valid Cases	267		

a 3 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,69.

Στον Πίνακα 6.2.7 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά μορφωτικό επίπεδο πατέρα και συμφωνίας για πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.7.1 προκύπτει, ότι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των σπουδαστών δεν επηρεάζει την άποψη τους για την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,360 > 0,05$.

Πίνακας 6.2.8

Crosstab						
		Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total	
		Ναι	Όχι	Ίσως		
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας	Μερικές τάξεις δημοτικού	Πλήθος	1	5	2	8
		Ποσοστό	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%
	Απόφοιτος δημοτικού	Πλήθος	9	39	7	55
		Ποσοστό	16,4%	70,9%	12,7%	100,0%
	Μερικές τάξεις γυμνασίου	Πλήθος	2	11	1	14
		Ποσοστό	14,3%	78,6%	7,1%	100,0%
Γυμνάσιο	Πλήθος	11	22	4	37	

		Ποσοστό	29,7%	59,5%	10,8%	100,0%
	Λύκειο	Πλήθος	15	67	14	96
		Ποσοστό	15,6%	69,8%	14,6%	100,0%
	Ανώτερη εκπαίδευση	Πλήθος	9	20	7	36
		Ποσοστό	25,0%	55,6%	19,4%	100,0%
	Ανώτατη εκπαίδευση	Πλήθος	5	12	6	23
		Ποσοστό	21,7%	52,2%	26,1%	100,0%
Total		Πλήθος	52	176	41	269
		Ποσοστό	19,3%	65,4%	15,2%	100,0%

Πίνακας 6.2.8.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,341(a)	12	,586
Likelihood Ratio	9,935	12	,622
Linear-by-Linear Association	,053	1	,818
N of Valid Cases	269		

a 6 cells (28,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,22.

Στον Πίνακα 6.2.8 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά μορφωτικό επίπεδο μητέρας και συμφωνίας για πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.8.1 προκύπτει, ότι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των σπουδαστών, δεν επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική πλήρους αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,586 > 0,05$.

Στον τρίτο παράγοντα που θεωρούσαμε ότι σχετίζεται με την διαμόρφωση στάσεων ήταν οι μεταβλητές της οικονομικής και οικογενειακής κατάστασης.

➤ Η οικονομική και οικογενειακή κατάσταση δεν θα σχετίζεται με την διαμόρφωση συγκεκριμένης στάσης
 Σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, δεν γίνεται να γίνει συσχέτιση, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των σπουδαστών είναι άγαμοι (99,6%). Επίσης δεν διαθέτουμε τα στοιχεία από την οικογενειακή κατάσταση των καθηγητών, που αναμέναμε να έχουμε περισσότερες από μια καταστάσεις και θα επέτρεπαν την παραπάνω συσχέτιση.

Πίνακας 6.2.9

Crosstab							
		Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Total		
		Ναι	Όχι	Ίσως			
Μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου	0 - 400	Πλήθος	20	49	34	103	
		Ποσοστό	19,4%	47,6%	33,0%	100,0%	
	400 - 500	Πλήθος	6	17	9	32	
		Ποσοστό	18,8%	53,1%	28,1%	100,0%	
	500 - 700	Πλήθος	7	8	10	25	
		Ποσοστό	28,0%	32,0%	40,0%	100,0%	
	700 - 900	Πλήθος	2	4	6	12	
		Ποσοστό	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%	
	900 - 1100	Πλήθος	5	1	1	7	
		Ποσοστό	71,4%	14,3%	14,3%	100,0%	
	1100 - 1300	Πλήθος			1	1	
		Ποσοστό			100,0%	100,0%	
	1300 - 1600	Πλήθος	2			2	
		Ποσοστό	100,0%			100,0%	
	1600 και άνω	Πλήθος	2			2	
		Ποσοστό	100,0%			100,0%	
	ΔΞ-ΔΑ	Πλήθος	3	9		12	
		Ποσοστό	25,0%	75,0%		100,0%	
	Total		Πλήθος	47	88	61	196
			Ποσοστό	24,0%	44,9%	31,1%	100,0%

Πίνακας 6.2.9.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,569(a)	16	,003
Likelihood Ratio	36,112	16	,003
Linear-by-Linear Association	6,902	1	,009
N of Valid Cases	196		

a 16 cells (59,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

Στον Πίνακα 6.2.9 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά οικονομική κατάσταση και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.9.1

προκύπτει, ότι το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,003 < 0,05$. Φαίνεται ότι όσο υψηλότερο είναι το εισόδημα τόσο μεγαλύτερη η υποστήριξη για τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Το αποτέλεσμα αυτό μπορούμε να το διαχειριστούμε απλώς ως ένδειξη διότι έχουμε πολύ λίγους σπουδαστές σε αρκετές εισοδηματικές κατηγορίες.

Πίνακας 6.2.10

Crosstab							
		Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total		
		Ναι	Όχι	Ίσως			
Μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου	0 - 400	Πλήθος	Πλήθος	96	17	140	
		Ποσοστό	Ποσοστό	68,6%	12,1%	100,0%	
	400 - 500	Πλήθος	Πλήθος	30	4	44	
		Ποσοστό	Ποσοστό	68,2%	9,1%	100,0%	
	500 - 700	Πλήθος	Πλήθος	18	7	30	
		Ποσοστό	Ποσοστό	60,0%	23,3%	100,0%	
	700 - 900	Πλήθος	Πλήθος	10	3	14	
		Ποσοστό	Ποσοστό	71,4%	21,4%	100,0%	
	900 - 1100	Πλήθος	Πλήθος	1	6	9	
		Ποσοστό	Ποσοστό	11,1%	66,7%	100,0%	
	1100 - 1300	Πλήθος	Πλήθος		1	2	
		Ποσοστό	Ποσοστό		50,0%	100,0%	
	1300 - 1600	Πλήθος	Πλήθος			2	
		Ποσοστό	Ποσοστό			100,0%	
	1600 και άνω	Πλήθος	Πλήθος	1		2	
		Ποσοστό	Ποσοστό	50,0%		100,0%	
	ΔΞ-ΔΑ	Πλήθος	Πλήθος	18	2	22	
		Ποσοστό	Ποσοστό	81,8%	9,1%	100,0%	
	Total	Count		51	174	40	265
		% within Μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου		19,2%	65,7%	15,1%	100,0%

Πίνακας 6.2.10.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,686(a)	16	,000

Likelihood Ratio	35,793	16	,003
Linear-by-Linear Association	,595	1	,441
N of Valid Cases	265		
a 16 cells (59,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.			

Στον Πίνακα 6.2.10 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά οικονομική κατάσταση και συμφωνίας για πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.10.1 προκύπτει, ότι το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων επηρεάζει την άποψη τους για την προοπτική πλήρους αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,000 < 0,05$. Φαίνεται ότι όσο υψηλότερο είναι το εισόδημα τόσο μεγαλύτερη η υποστήριξη για την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Το αποτέλεσμα αυτό μπορούμε να το διαχειριστούμε απλώς ως ένδειξη διότι έχουμε πολύ λίγους φοιτητές σε αρκετές εισοδηματικές κατηγορίες.

Συμπερασματικά προκύπτει, ότι η αρχική μας υπόθεση για μη συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης με την διαμόρφωση στάσης απέναντι στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, δεν επιβεβαιώνεται.

Επόμενος παράγοντας που θεωρούσαμε ότι σχετίζεται με την διαμόρφωση στάσεων ήταν η πολιτική ιδεολογία.

- Η πολιτική ιδεολογία θα σχετίζεται με την διαμόρφωση συγκεκριμένης στάσης, θα είναι υπέρ του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης

Πίνακας 6.2.11

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Στις τελευταίες εκλογές ποιο πολιτικό κόμμα υποστηρίζατε;	Ν.Δ	Πλήθος	6	18	3	27
		Ποσοστό	20,7%	31,6%	10,0%	23,3%
	Π.Α.Σ.Ο.Κ	Πλήθος	8	18	15	41
		Ποσοστό	27,6%	31,6%	50,0%	35,3%
	ΣΥΝ	Πλήθος	1	2	1	4
		Ποσοστό	3,4%	3,5%	3,3%	3,4%
	Κ.Κ.Ε	Πλήθος	5	5	3	13
		Ποσοστό	17,2%	8,8%	10,0%	11,2%
	Λ.Α.Ο.Σ	Πλήθος		1		1

		Ποσοστό		1,8%		,9%
	ΔΞ-ΔΑ	Πλήθος	3	11	5	19
		Ποσοστό	10,3%	19,3%	16,7%	16,4%
	Άλλο	Πλήθος	6	2	3	11
		Ποσοστό	20,7%	3,5%	10,0%	9,5%
Total		Πλήθος	29	57	30	116
		Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 6.2.11.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,846(a)	12	,198
Likelihood Ratio	16,211	12	,182
Linear-by-Linear Association	,323	1	,570
N of Valid Cases	116		

a 12 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

Στον Πίνακα 6.2.11 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά πολιτική ιδεολογία και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.11.1 προκύπτει, ότι δεν επηρεάζει η πολιτική ιδεολογία την άποψη των σπουδαστών για την προοπτική της διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,198 > 0,05$.

Πίνακας 6.2.12

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Στις τελευταίες εκλογές ποιο πολιτικό κόμμα υποστηρίζατε;	Ν.Δ	Πλήθος	12	23	1	36
		Ποσοστό	37,5%	22,5%	5,0%	23,4%
	Π.Α.Σ.Ο.Κ	Πλήθος	9	39	10	58
		Ποσοστό	28,1%	38,2%	50,0%	37,7%
	ΣΥΝ	Πλήθος	1	4		5
		Ποσοστό	3,1%	3,9%		3,2%
	Κ.Κ.Ε	Πλήθος	4	9	1	14
		Ποσοστό	12,5%	8,8%	5,0%	9,1%
	Λ.Α.Ο.Σ	Πλήθος	1	1		2
		Ποσοστό	3,1%	1,0%		1,3%

	ΔΞ-ΔΑ	Πλήθος	2	19	5	26
		Ποσοστό	6,3%	18,6%	25,0%	16,9%
	Άλλο	Πλήθος	3	7	3	13
		Ποσοστό	9,4%	6,9%	15,0%	8,4%
Total		Πλήθος	32	102	20	154
		Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 6.2.12.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,441(a)	12	,273
Likelihood Ratio	16,498	12	,169
Linear-by-Linear Association	3,146	1	,076
N of Valid Cases	154		
a 12 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.			

Στον Πίνακα 6.2.12 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά πολιτική ιδεολογία και συμφωνίας για πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.12.1 προκύπτει, ότι δεν επηρεάζει η πολιτική ιδεολογία την άποψη των φοιτητών για την προοπτική της πλήρους αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,273 > 0,05$.

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι η πολιτική ιδεολογία με την συμφωνία ή όχι στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, δεν σχετίζονται.

Στην συνέχεια των συσχετίσεων, θέλαμε να συγκρίνουμε την στάση των καθηγητών της ΣΕΥΠ με τους καθηγητές των άλλων σχολών.

- Οι καθηγητές της Σ.Ε.Υ.Π θα είναι περισσότερο θετικοί στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης, σε σχέση με τους καθηγητές άλλων σχολών.

Ωστόσο η σύγκριση αυτή δεν κατέστη δυνατή, καθώς δεν συμπληρώσαμε τον απαιτούμενο αριθμό ερωτηματολογίων από το δείγμα των καθηγητών. Ειδικότερα, από τους καθηγητές της ΣΕΥΠ, παραλάβαμε μόλις ένα ερωτηματολόγιο.

Τελευταίος παράγοντας που θεωρούσαμε ότι σχετίζεται με την διαμόρφωση στάσεων ήταν το φύλο.

- Το φύλο θα καθορίζει την διαμόρφωση της στάσης εκείνων που είναι υπέρ ή κατά της αποπoinικοποίησης, με τις γυναίκες να είναι περισσότερο αρνητικές.

Πίνακας 6.2.13

Crosstab						
			Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;			Total
			Ναι	Όχι	Ίσως	
Φύλο	Γυναίκα	Πλήθος	11	40	31	82
		Ποσοστό	13,4%	48,8%	37,8%	100,0%
	Άνδρας	Πλήθος	31	36	26	93
		Ποσοστό	33,3%	38,7%	28,0%	100,0%
Total		Πλήθος	42	76	57	175
		Ποσοστό	24,0%	43,4%	32,6%	100,0%

Πίνακας 6.2.13.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,519(a)	2	,009
Likelihood Ratio	9,879	2	,007
Linear-by-Linear Association	6,876	1	,009
N of Valid Cases	175		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,68.

Στον Πίνακα 6.2.13 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά φύλο και συμφωνίας στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.13.1 προκύπτει, ότι το φύλο επηρεάζει την άποψη των σπουδαστών για την προοπτική του διαχωρισμού και της αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,009 < 0,05$. Οι άνδρες συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό με τον διαχωρισμό και την αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, έναντι των γυναικών.

Πίνακας 6.2.14

Crosstab						
		Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;			Total	
		Ναι	Όχι	Ίσως		
Φύλο	Γυναίκα	Πλήθος	22	76	22	120
		Ποσοστό	18,3%	63,3%	18,3%	100,0%
	Ανδρας	Πλήθος	26	78	14	118
		Ποσοστό	22,0%	66,1%	11,9%	100,0%
Total		Count	48	154	36	238
		% within Φύλο	20,2%	64,7%	15,1%	100,0%

Πίνακας 6.2.14.1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,120(a)	2	,346
Likelihood Ratio	2,136	2	,344
Linear-by-Linear Association	1,749	1	,186
N of Valid Cases	238		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,85.

Στον Πίνακα 6.2.14 παρατηρούμε την κατανομή του δείγματος ανά φύλο και συμφωνίας για πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Από τον Πίνακα 6.2.14.1 προκύπτει, ότι δεν επηρεάζει το φύλο την άποψη των φοιτητών για την πλήρη αποπoinικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα διότι $0,346 > 0,05$.

Κλείνοντας, παρατηρούμε ότι η αρχική υπόθεση εργασίας μας, επιβεβαιώνεται βάση των ευρημάτων της έρευνας μας. Ωστόσο, το φύλο ως παράγοντας για την διαμόρφωση στάσεων, δεν φαίνεται να συμβάλει στην περίπτωση της πλήρους αποπoinικοποίησης των ναρκωτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Περιορισμοί \ Δυσκολίες που προέκυψαν

Αναπτύσσοντας τις δυσκολίες με τις οποίες ήρθε αντιμέτωπη η δική μας ομάδα, αξίζει να αναφερθεί ότι οι οιωνοί, από το αρχικό κιάλας στάδιο, δεν ήταν τόσο καλοί.

Η πρώτη δυσκολία αφορά την συμπλήρωση του απαιτούμενου αριθμού των ερωτηματολογίων από την πλευρά των καθηγητών και την συνεργασία με τις γραμματείες της ΣΕΥΠ. Αρχικά, η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail), τα οποία θα αποστέλλονταν από τις εκάστοτε γραμματείες των τμημάτων προς όλο το μόνιμο διδακτικό προσωπικό (βλ. κεφ. 5). Σε αυτό το σημείο ήρθαμε αντιμέτωπες με την απροθυμία των γραμματειών της ΣΕΥΠ να συνεργαστούν. Στεκόμαστε περισσότερο σε αυτή τη καθώς η στάση των γραμματειών των τμημάτων της ΣΕΥΠ αποτέλεσε εξαίρεση, έναντι της στάσης των γραμματειών των υπολοίπων τμημάτων και σχολών. Για την άρση της συγκεκριμένης δυσκολίας προχωρήσαμε στην προσέγγιση των καθηγητών, μέσα από την απ' ευθείας αποστολή σε αυτούς των ερωτηματολογίων με ηλεκτρονική μορφή.

Η συμπλήρωση του απαιτούμενου αριθμού των ερωτηματολογίων από τους καθηγητές, αποτελεί ίσως και την σημαντικότερη δυσκολία που κληθήκαμε να αντιμετωπίσουμε. Για την άρση της συγκεκριμένης δυσκολίας, αποστείλαμε ξανά τα ερωτηματολόγια των καθηγητών, έπειτα από το χρονικό διάστημα των 15 ημερών, με μήνυμα υπενθύμισης, ευελπιστώντας να ανταποκριθούν τουλάχιστον οι μισοί. Δυστυχώς όμως ο αριθμός των συμμετεχόντων καθηγητών δεν υπήρξε ο προσδοκώμενος, -ούτε οι μισοί από τους επιδιωκόμενους διδάσκοντες ανταποκρίθηκε- με αποτέλεσμα να σημειωθεί μια από τις βασικότερες δυσκολίες

στην πραγματοποίηση της έρευνας μας. Ο πολύ μικρός αριθμός των συμμετεχόντων καθηγητών καθιστά αδύνατη την σύγκριση των αποτελεσμάτων με εκείνα των φοιτητών, αφού μια τέτοια ενέργεια δεν θα οδηγούσε την έρευνα σε ασφαλή συμπεράσματα.

Η στάση αυτή των διδασκόντων μας οδήγησε σε κάποιες εικασίες αναφορικά με την μη ανταπόκρισή τους στην έρευνα. Αρχικώς ο φόρτος εργασίας μπορεί να μην τους επέτρεψε να ασχοληθούν με ένα ερωτηματολόγιο που προέρχεται από δυο φοιτήτριες. Μια άλλη εξήγηση μπορεί να είναι η αμέλεια για κάποια μέλη του μόνιμου προσωπικού ή η αδιαφορία προς ένα ερωτηματολόγιο πτυχιακής. Επιπρόσθετα, η αδιαφορία ή η αμέλεια μπορεί να «προκλήθηκε» και από το αντικείμενο της έρευνας που πράγματι μπορεί να δυσκολεύει πολλούς ανθρώπους στη συμπλήρωσή του, είτε επέλεξαν θετική είτε αρνητική στάση απέναντι στην αποποινικοποίηση ορισμένων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Σε αυτό το σημείο σωστό θα ήταν να αναφερθεί ότι στο σύνολο του μόνιμου διδακτικού προσωπικού, ανταποκρίθηκαν 14 μόνιμοι καθηγητές. Συγκεκριμένα μια συμμετοχή στη ΣΕΥΠ, μία στη ΣΔΟ, πέντε στην σχολή ΣΤΕΓ και επτά στην σχολή ΣΤΕΦ.

7.2 Συμπεράσματα

Σκοπός της μελέτης της συγκεκριμένης εργασίας ήταν, να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλουν στην διαμόρφωση των στάσεων σχετικά με την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών, δηλαδή να διερευνηθεί το προφίλ των ατόμων που είναι υπέρ της αποποινικοποίησης και εκείνων που είναι κατά. Εν μέρει θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο σκοπός μας ως ένα μεγάλο βαθμό έχει επιτευχθεί. Κι αυτό διότι μπορεί ο βαθμός ανταπόκρισης των φοιτητών να ήταν πέραν του δέοντος

ικανοποιητικός, όσον αφορά την συμμετοχή τους, δεν μπορούμε να πούμε το ίδιο όμως και την συμμετοχή των καθηγητών, καθώς δεν συμπληρώθηκε ο απαιτούμενος αριθμός ερωτηματολογίων. Έτσι δεν κατέστη δυνατό να γίνει η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ του δείγματος σπουδαστών- καθηγητών.

Από την ανάλυση των δεδομένων της ερευνάς προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- Το φύλο και το υψηλό οικονομικό εισόδημα αποτελούν τις κυριότερες παραμέτρους, για την διαμόρφωση θετικής στάσης απέναντι στην πολιτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των εξαρτησιογόνων ουσιών .

Όπως προκύπτει και από την έρευνα των Trevino και Alan (2002), οι άντρες είναι πιο θετικοί στην υιοθέτηση μιας τέτοιας πολιτικής, έναντι των γυναικών που παρουσιάζονται περισσότερο συντηρητικές. Επίσης, αναφορικά με το φύλο και την χρήση ουσιών, οι άντρες κατέχουν υψηλότερα ποσοστά, από ότι οι γυναίκες (ΕΚΤΕΠΝ,2009). Γεγονός που αποδεικνύει ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην χρήση ουσιών, όσο και στην υιοθέτηση φιλελευθέρων πολιτικών, σε σχέση με τα ναρκωτικά.

- Ο τόπος γέννησης, διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η πολιτική ιδεολογία φαίνεται να μην σχετίζονται με την διαμόρφωση στάσης απέναντι στον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών .
- Οι σπουδαστές φαίνεται να μην είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τα αίτια που σχετίζονται με την χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Η πλειοψηφία δήλωσε ως κύρια αιτία της χρήσης ναρκωτικών ότι είναι το προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον, αγνοώντας την πολυπαραγοντική αιτιολογία της ουσιοεξάρτησης (βλ.Κεφ 1.4). Ωστόσο, φαίνεται να αναγνωρίζουν τις πολυεπίπεδες συνέπειες από την χρήση ουσιών.

- Οι σπουδαστές ενημερώνονται για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά από το διαδίκτυο.

Η πλειοψηφία των σπουδαστών δήλωσε ότι ενημερώνεται κυρίως από το διαδίκτυο για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά, ακολουθεί η τηλεόραση, στην συνέχεια οι εφημερίδες, έπεται η εκπαίδευση και στο τέλος τα επιστημονικά περιοδικά μαζί με τα συνέδρια. Γεγονός που αποδεικνύει ότι η πρόληψη-ενημέρωση, που θα έπρεπε να προάγεται μέσω της εκπαίδευσης είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Επίσης, η χρήση του διαδικτύου δεν διασφαλίζει την ισότιμη, έγκυρη και καθολική ενημέρωση των σπουδαστών. Καθώς γίνεται χρήση της συγκεκριμένης πηγής μόνο κατά βούληση και δεν εξασφαλίζεται η αξιοπιστία της πληροφορίας.

- Η ισχύουσα νομοθεσία τόσο για τους χρήστες, όσο και για τους εμπόρους ναρκωτικών είναι ανεπαρκής και αναποτελεσματική.

Η πλειοψηφία του δείγματος αν και δήλωσε ότι δεν γνωρίζει επαρκώς την ισχύουσα νομοθεσία για χρήστες και εμπόρους ναρκωτικών, την αξιολόγησε ως ανεπαρκή, άδικη και αναποτελεσματική. Τοποθέτηση που φανερώνει τον βαθμό εμπιστοσύνης της ισχύουσας νομοθεσίας, σε σχέση με την αποτελεσματικότητας της. Επιπρόσθετα οι σπουδαστές υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών δεν θα έπρεπε να αποτελεί ποινικό αδίκημα.

- Οι σπουδαστές είναι αρνητικοί στην υιοθέτηση μιας πολιτικής διαχωρισμού και αποποινικοποίησης των ναρκωτικών.

Η πλειοψηφία του δείγματος δεν συμφωνεί με τον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των ουσιών στην Ελλάδα. Ωστόσο πιστεύει ότι μια τέτοια πολιτική, θα μπορούσε να αποδώσει ως μέτρο πρόληψης στην διάδοση των ναρκωτικών και θα συνέβαλε στην μη περιθωριοποίηση των χρηστών. Παράλληλα αναγνωρίζει ότι τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί έως τώρα για την πρόληψη των ναρκωτικών δεν είναι επαρκή. Η τοποθέτηση αυτή θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως έλλειψη εμπιστοσύνης στην άσκηση της ελληνικής νομοθεσίας σε σχέση με τα ναρκωτικά.

➤ Ο εθισμός στα ναρκωτικά αποτελεί επιλογή και όχι «ασθένεια».

Σύμφωνα με τους σπουδαστές ο εθισμός στα ναρκωτικά αποτελεί επιλογή και όχι «ασθένεια», ωστόσο κρίνουν ότι οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς. Η πεποίθηση τους αυτή φανερώνει τόσο την έλλειψη ενημέρωσης σε σχέση με την αιτιοπαθολογία της ουσιοέξαρτησης, όσο και τον βαθμό της ήδη διαμορφωμένης στάσης απέναντι σε ζητήματα ναρκωτικών. Η αντιφατική αυτή τοποθέτηση θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως στάση που επιβάλλει η νομοθεσία, μέσα από τον τρόπο που αντιμετωπίζει τους χρήστες. Επιπλέον, η πεποίθηση ότι οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς, αποτελεί την αμφισβήτηση της νομοθεσίας και την υιοθέτηση κανόνων συμπεριφοράς, αντίθετους προς το νόμο (Μαρσέλος, 1997).

Απόδειξη για την έλλειψη ενημέρωσης και την κυριαρχία του νόμου στην διαμόρφωση στάσεων αποτελεί και η ιεράρχηση των εξαρτησιογόνων ουσιών, σύμφωνα με την βλαπτικότητα που δημιουργούν στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει ότι η ηρωίνη αποτελεί την πιο επικίνδυνη εξαρτησιογόνα ουσία για την ανθρώπινη ζωή, ενώ κατατάσσει την χρήση αλκοόλ και καπνού ως λιγότερο επικίνδυνες. Αγνοώντας ότι η χρήση αλκοόλ και καπνού

συνδέονται με τις πλέον θανατηφόρες αιτίες και ασθένειες (ΕΚΤΕΠΝ,2009). Η μη ποινικοποίηση και το εύρος της χρήσης των παραπάνω στον γενικό πληθυσμό, φαίνεται να έχουν συμβάλει στην παραπάνω ιεράρχηση.

- Οι σπουδαστές δεν θα έκαναν χρήση ναρκωτικών

Το 74,5 % των σπουδαστών δήλωσε ότι δεν θα έκανε χρήση ναρκωτικών. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να δικαιολογεί την αρνητική στάση των σπουδαστών απέναντι στον διαχωρισμό και την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών. Καθώς και στην έρευνα των Trevino και Alan (2002), οι μη χρήστες ουσιών είναι περισσότερο επιφυλακτικοί στην υιοθέτηση μιας τέτοιας πολιτικής, σε αντίθεση με εκείνους που έχουν εμπειρία της χρήσης.

- Οι καθηγητές της ΣΕΥΠ είναι λιγότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα που αφορούν τους σπουδαστές.

Στο παραπάνω συμπέρασμα καταλήξαμε από την σχεδόν μηδενική συμμετοχή στην έρευνα, των καθηγητών της ΣΕΥΠ και ειδικά του τμήματος της Κοινωνική Εργασίας. Στα πλαίσια της υποχρεωτικής εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας, προκειμένου να αποφοιτήσουν οι σπουδαστές, η συμμετοχή των καθηγητών, στο σύνολο τους ήταν πολύ μικρή. Ωστόσο, προβαίνουμε στο παραπάνω συμπέρασμα και στεκόμαστε περισσότερο στην ανταπόκριση των καθηγητών της ΣΕΥΠ και ειδικά του τμήματος της Κοινωνικής εργασίας, καθώς ήταν μη αναμενόμενη.

Η Κοινωνική Εργασία ανήκει στο πεδίο των Κοινωνικών Επιστημών και το επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού είναι κατεξοχήν ανθρωποκεντρικό. Διαπνέεται από ένα πλαίσιο δεοντολογίας και αρχών όπως, ο σεβασμός στην προσωπικότητα, στο πρόβλημα και την οπτική του κάθε ατόμου, την αμοιβαία

εμπιστοσύνη, την παραδοχή και την κατανόηση του άλλου, το γνήσιο ενδιαφέρον για το συνάνθρωπο, την πρόοδο και την ευημερία του συνόλου.

Προάγοντας την ευαισθητοποίηση και εκπαιδεύοντας μας "να ακούμε", να ενθαρρύνουμε, να συνεργαζόμαστε, να επικοινωνούμε και να παρέχουμε στήριξη κάθε φορά που κάποιος έχει την ανάγκη μας, διαμορφώνει την δική μας επαγγελματική στάση. Πάραυτα, το ίδιο τμήμα και οι άνθρωποι που μας παρείχαν απλόχερα αυτή την γνώση, δεν μπόρεσαν κατανοήσουν την αναγκαιότητα και την σημασία της συμμετοχής τους σε μια έρευνα πτυχιακής εργασίας και να ανταποκριθούν στο κάλεσμα των δικών τους σπουδαστών.

Ερχόμενοι στην διεκπεραίωση της εργασίας μας, συμπεριλαμβανομένης και τις ερευνητικής διαδικασίας, αναμφισβήτητα πολλά ήταν εκείνα που ειπώθηκαν και γράφτηκαν, γι' αυτό το πολυδιάστατο ζήτημα, που δικαίως πολλοί το ονόμασαν "μάστιγα". Πλησιάζοντας στο τέλος, συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ακόμη ότι, η τελική επιτυχία στην αντιμετώπιση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών, δεν εξαρτάται μόνο από την ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας που εφαρμόζεται αποτελεσματικά, αλλά και καλά σχεδιασμένων προγραμμάτων μείωσης της ζήτησης, τα οποία θα διευθύνονται από προσωπικό με ισχυρό κίνητρο, καθώς οι ανθρώπινοι πόροι παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση των προσπαθειών μας. Χρειάζεται να είμαστε προσεκτικοί στην επιλογή των ανθρώπων που ηγούνται των αρχών ελέγχου των ναρκωτικών. Ενώ, σε διεθνές επίπεδο οι οργανισμοί που έχουν αποστολή το διεθνή έλεγχο των ναρκωτικών, θα πρέπει να συνεργαστούν πιο στενά. Η επίλυση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών τελικά, εξαρτάται από τις δράσεις ευθύνης όλων μας, των παιδιών, των γονιών, της κοινωνίας, των πολιτών και των κυβερνήσεων. Όλοι μαζί ενωμένοι σαν μια γροθιά, θα μπορούσαμε να συνεργαστούμε για να απαλλαγεί η ανθρωπότητα από το πρόβλημα των

ναρκωτικών. Έχουμε την ευκαιρία να αλλάξουμε τις ζωές των ανθρώπων του κόσμου, ας γίνει λοιπόν πραγματικότητα.

7.3 Προτάσεις

Προκειμένου να επιτευχθούν όλα όσα έχουν παρουσιαστεί στην εργασία μας και όχι μόνο, αλλά και όλα όσα κατά καιρούς προτείνονται από όλους εκείνους που έχουν τοποθετηθεί στα ζητήματα που αφορούν τα ναρκωτικά, γίνονται κάποιες προτάσεις που κατά την άποψή μας θα μπορούσαν να εφαρμοστούν.

Όσον αφορά την πρόληψη και τη σωστή ενημέρωση, πρέπει να ξεκινούν από πολύ νωρίς στο περιβάλλον του σχολείου, καθώς θεωρούμε ότι αναμφισβήτητα παίζει μεγάλο ρόλο στην διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ατόμου. Όταν το παιδί έχει την κατανόηση και τη στοργή που χρειάζεται δεν θα έχει το άγχος και το αίσθημα της ανασφάλειας.

- ✓ Η ενημέρωση των μαθητών σχετικά με τα ναρκωτικά πρέπει να αρχίζει από τις πρώτες τάξεις του σχολείου
- ✓ Οι παιδαγωγοί-εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι για το φλέγον ζήτημα των ναρκωτικών, έτσι ώστε να διαφωτίσουν τους μαθητές, όσο περισσότερο γίνεται
- ✓ Τα σχολικά εγχειρίδια πρέπει να διερευνηθούν και περισσότερο αυτά τα κεφάλαια που αναφέρονται στις τοξικές ουσίες
- ✓ Οργάνωση διαφόρων δραστηριοτήτων - ενημερώσεων με συμμετοχή του διδακτικού προσωπικού των μαθητών και των γονέων
- ✓ Η δυνατότητα διεθνούς βιβλιογραφίας και υλικού για τις διδακτικές ανάγκες
- ✓ Η διαφώτιση με ειδικές τηλεοπτικές εκπομπές της εκπαιδευτικής τηλεόρασης πρέπει να συστηματοποιηθεί. Βασική προϋπόθεση αποτελεί την συμμετοχή των αρμοδίων και υπεύθυνων προσώπων που θα αναλύσουν το θέμα και θα απαντούν στις ερωτήσεις των μαθητών.

Επιπρόσθετα όσον αφορά το κομμάτι της πολιτικής για τα ναρκωτικά και τους χρήστες ουσιών :

- ✓ Αντιμετώπιση του χρήστη ως ασθενή και όχι ως εγκληματία του κοινού ποινικού δικαίου
- ✓ Παρακολούθηση των χρηστών από εξειδικευμένο και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό (γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί)
- ✓ Δημιουργία στα δημόσια νοσοκομεία ειδικών τμημάτων που θα έχουν ως αποστολή τους την παροχή βοήθειας στους χρήστες
- ✓ Δημιουργία ανώνυμων καταλόγων χρηστών ναρκωτικών ουσιών με βάση τους οποίους οι χρήστες θα μπορούν να πάρουν τη δόση τους από τα δημόσια νοσοκομεία και μόνο
- ✓ Συνεργασία των νοσοκομείων με τις θεραπευτικές κοινότητες, με σκοπό τη μακροπρόθεσμη ένταξη όλων των χρηστών σε προγράμματα απεξάρτησης
- ✓ Αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών για τους εξαρτημένους που έχουν δηλωθεί στις επίσημες υγειονομικές υπηρεσίες των κατά τόπους νοσοκομείων
- ✓ Πρόβλεψη αυστηρότερων ποινών στους εμπόρους
- ✓ Σε διεθνή επίπεδο, ενιαία νομοθετική αντιμετώπιση

Απέναντι στις προτάσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, δεν θα πρέπει να είμαστε δύσπιστοι, αποστασιοποιημένοι και αδιάφοροι, καθώς είναι κάτι που αφορά όλους μας. Σήμερα είμαστε θεατές και το παρακολουθούμε αμήχανα ή έχοντας άγνοια. Αύριο μπορούμε να το δούμε να απασχολεί τους συγγενείς, τα παιδιά, τους φίλους μας, τους γείτονες και τους συναδέλφους μας. Η καθολική προσπάθεια όλων μας με σωστές και συντονισμένες ενέργειες, η υπομονή και η επιμονή, η συνεργασία, η ευαισθησία και η ανθρωπιά, κάποτε φέρνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

Δ.Θ.Υ.Π.: Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας
Δ.Υ.Π.Ε : Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
ΔΑΠ/ΝΔΦΚ: Δημοκρατική Ανανεωτική Πρωτοπορία - Νέα Δημοκρατική Φοιτητική Κίνηση
Ε. Π. Ι Ψ .Υ : Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο ψυχικής Υγιεινής
Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Δ.Ψ.Π: Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης
Ε.Κ.Π.Ν.Τ: Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία
Ε.Σ.Δ.Υ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Ε.Σ.Υ.Ε: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
Ι.Κ.Α: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Α.Π: Κοινή Αγροτική Πολιτική
Κ.Κ.Ε : Κουμμουνιστικό Κόμμα Ελλάδας
Κ.Ν.Σ : Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
Κ.Π : Κέντρα Πρόληψης
ΚΕ.Θ.Ε.Α: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΛΑ.Ο.Σ : Λαϊκός Ορθόδοξος Συναγεραμός
Μ.Μ.Ε : Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Ν : Νόμος
Ν.Δ : Νέα Δημοκρατία
Ν.Δ : Νομοθετικό Διάταγμα
Ο.Α.Ε.Δ: Οργανισμός Ανεύρεσης Εργατικού Δυναμικού
Ο.ΚΑ.ΝΑ: Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
Π.Ε.Σ.Υ.Π: Πρόγραμμα Ειδίκευσης στη Συμβουλευτική και τον Προσανατολισμό
Π.Ο.Υ : Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
Π.Π.Υ: Πειραματικά Προγράμματα Υποκατάστασης
ΠΑ.ΣΟ.Κ : Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα
ΠΑΣΠ: Πανελλήνια Αγωνιστική Σπουδαστική Παράταξη
ΠΚΣ: Πανσπουδαστική Κίνηση Συνεργασίας
ΣΔΟ: Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας

ΣΕΥΠ: Σχολή Υγείας και Πρόνοιας
ΣΤΕΓ: Σχολή Τεχνολογίας της Γεωπονίας
ΣΤΕΦ: Σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών
ΣΥ.ΡΙ.ΖΑ : Συνασπισμός Ριζοσπαστικής Αριστεράς
Τ.Η.Ε :Ταμείο Ηνωμένων Εθνών

Ξενόγλωσσα Αρκτικόλεξα

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας)
DET: Diethyltryptamine (Διαιθυλοτρυπταμίνη)
DMT: Dimethyltryptamine (Διμεθυλοτρυπταμίνη)
DOM: Dimethoxy (Φαινυλαιθυλαμίνη)
LSD: Lysergic acid diethylamide (Διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος)
MDA-MDMA: Methylenedioxyamphetamine (Μεθυλενοδιοξαμπεταμίνη)
MDA-MMDA: Methylenedioxyamphetamine (Υδροξυμεθοξυμεθαμπεταμινες)
PSP: Phenolsulfonphthaleine (Ερυθροφαινόλη)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

1. Αβραντίνης Τ, (2006) «Ο Μήλτον Φρήντμαν για τα ναρκωτικά», Πολιτική Παρακαταθήκη του Μίλτον Φρήντμαν, Αίθουσα ΕΣΗΕΑ, Αθήνα <http://e-rooster.gr/12/2006/395> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
2. Αβραντίνης Τ. (2007) «Ναρκοτικών συνέχεια», e- Rooster On Line, 5/01/07 <http://e-rooster.gr/01/2007/398> [πρόσβαση στις 15/12/2008]
3. Αλαβάνος, Α. (2008) 15 σημεία- άμεσους στόχους πάλης, που αποτελούν πρόταση προς όλες τις δυνάμεις της Ριζοσπαστικής Αριστεράς για διάλογο και κοινή δράση στην κοινωνία και τα κινήματα Συνέντευξη τύπου Αλ. Αλαβάνου και μελών Γραμματείας ΣΥΡΙΖΑ 22/12/08 <http://www.syriza.gr/grafeio-tyrou/synenteyksi-tyrou-al-alabanoy-kai-meln-grammateias-syriza-paroysiati-15-simeion-sto3c7on-palis/> [Πρόσβαση στις 2/05/09]
4. Ανδρέου Φ (1994). *Ναρκοτικά*. Λάρισα . Σάκουλα
5. Ανδρουλάκης. Ν (1974). *Ποινικόν δίκαιον- Ειδικόν Μέρος. Εγλήματα κατά του ατόμου*. Αθήνα- Κομοτηνή Σάκουλα
6. Βενιζέλος, Ε.(2001). *Το Σύνταγμα του 1975/1986/2001*. Αθήνα. Σακκουλά
7. Βούρτση, Ρ. (2001) « Ecstasy: Μύθοι και αλήθειες για το επονομαζόμενο "ναρκωτικό των ρέιβερ"», Health news. [http:// www.health.in.gr](http://www.health.in.gr) [πρόσβαση στις 10 Ιουλίου 2008]
8. Γαρυφαλάκης, Γ. (1999) *Ναρκοτικά. Η θρησκεία του καπιταλισμού*. Αθήνα: Βερέτας Μάριος
9. Γεωργιά,Δ. (1995). *Κοινωνική Ψυχολογία. Στάσεις, η αντίληψη του προσώπου, στερεότυπα, επιθετικότητα, δυαδικές σχέσεις και επικοινωνία*. Τόμος Α'. Έκδοση Δ'. Αθήνα. χ.ε.
10. Γεώργακας Π (2002). *Εξαρτήσεις. Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας*. Θεσσαλονίκη. Παρατηρητής
11. Γκότοβος,Γ.(1996). *Ρατσισμός: Κοινωνικές, ψυχολογικές και παιδαγωγικές όψεις μίας ιδεολογία και μίας πρακτικής*. Αθήνα , ΓΓΛΕ
12. Γρίβας Κ (1998). *Vitrual Schoul. The sciences of education on line: Ναρκωτικά και εξουσία. Πολιτική της απαγόρευσης και αποδόμησης*, τόμος 1. <http://www.auth.gr/virtualschool/1.2/TheoryResearch/CongressGrivas.html> [Πρόσβαση στις 30/11/08]

13. Διακογιάννης, Γ. « Αποποινικοποίηση της χρήσης χασίς ζητεί ο Γιώργος Παπανδρέου» Τα Νέα On line 21/05/97
<http://www.tanea.gr/default.asp?pid=2&ct=1&artid=3963927> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
14. Διακογιάννης, Γ. « Έκρηξη για την αποποινικοποίηση» Τα Νέα On line 8/11/97
<http://www.tanea.gr/default.asp?pid=2&ct=1&artid=3988515> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
15. Διαμαντόπουλος, Δ. Π. (1994) *Λεξικό βασικών εννοιών, του υλικού-τεχνικού, πνευματικού και ηθικού πολιτισμού*. Αθήνα. Πατάκη
16. Δομάζος Ι.(2005) *Η ποινική μεταχείριση του εξαρτημένου χρήστη στο πλαίσιο της νομοθεσίας περί ναρκωτικών*.
17. Δραγώνα, Θ. (1995). *Ψυχολογία. «Το άτομο στην κοινωνία»*, Έκδοση Θ', Αθήνα, χ.ε
18. Δουρδούνη, Ε.Κ. (2001). *Εξαρτησιογόνες ουσίες και ορθόδοξη χριστιανική αγωγή στην παιδική και εφηβική ηλικία. Χριστιανοπαιδαγωγικές μελέτες και έρευνες*. Αδελφοί Κυριακίδη α.ε
19. E On Line.(1997). *Διαχωρισμός και αποποινικοποίηση ναρκωτικών*. Φλας.
[http:// hri.org/E/1997/97-10-23.dir/keimena/Greece/greece2.htm](http://hri.org/E/1997/97-10-23.dir/keimena/Greece/greece2.htm)
20. Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν (2007): *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο. [πρόσβαση στις 5 Αυγούστου 2009]
21. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος. 2006
22. ΕΚΤΕΠΝ (2006) *Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. ΕΠΨΥ: Αθήνα. [http:// www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr) [πρόσβαση στις 19 Ιουλίου 2008]
23. ΕΚΤΕΠΝ (2007) *Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. ΕΠΨΥ, Αθήνα [http:// www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr) [πρόσβαση στις 19 Ιουλίου 2008]
24. ΕΚΤΕΠΝ (2007) *Ετήσια έκθεση. Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο. [http:// www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr) [πρόσβαση στις 19 Ιουλίου 2008]
25. ΕΚΤΕΠΝ (2009) *Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. ΕΠΨΥ, Αθήνα

- http://www.ektepn.gr/narkotika_20_mail.pdf [πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2010]
26. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΙΝΤ), (2004) :Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία, «Εξελιξείς στην Εθνική νομοθεσία», ΕΚΠΙΝΤ, Λισσαβόνα, 2004 (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/el/page022-el.html>) [πρόσβαση στις 5 Αυγούστου]
27. Ελληνική Αστυνομία.(2009) *Στατιστικά Στοιχεία Ναρκωτικών στην Επικράτεια*. Αθήνα <http://www.astynomia.gr/> [πρόσβαση 30 Απριλίου 2010]
28. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας 2002
29. Ζαμπέλης, Γ.(1994) *Στην κόλαση των ναρκωτικών*, Αθήνα.: Φωτοδότες
30. Καζαλόττι Ε. «Τα είπα-ξείπα της ΝΔ» Ελευθεροτυπία On line, 26/06/07 http://www.enet.gr/online/online_hprint?q=%ED%E1%F1%EA%F9%F4%E9%EA%DC&a=&id=87855524 [Πρόσβαση στις 30/11/08]
31. Καλλιαγκόπουλου, Φ- Τσιούτσια, Ν «Σύγχυση στην Βουλή για τα ναρκωτικά» Καθημερινή On line 24/01/02 http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_politics_1_24/01/2002_13622 [Πρόσβαση στις 2/12/08]
32. Καρανάτση, Ε. (2008) «*Θετική στάση στους χρήστες*», Η Καθημερινή, 20 Ιουνίου, σελ:12. http://news.kathimerini.gr/4Dcgi/4Dcgi/_w_articles_civ_12_ [πρόσβαση στις 29 Ιουλίου 2008]
33. ΚΕΘΕΑ (2004): *Πρόληψη*. ΚΕΘΕΑ. Αθήνα [http:// www.kethea.gr](http://www.kethea.gr) [πρόσβαση στις 19 Ιουλίου 2008]
34. ΚΕΘΕΑ (2007): *Απολογισμός έργου*. ΚΕΘΕΑ. Αθήνα [http:// www.kethea.gr](http://www.kethea.gr) [πρόσβαση στις 19 Ιουλίου 2008]
35. Κοκκέβη, Α (2003). *Αμφισβητήσεις και αλήθειες γύρω από την θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων*.ΟΚΑΝΑ.Αθήνα:<http://www.okana.gr/info.php?action=view&id=51&cat=9> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2008]
36. Κοκκέβη, Α (2003).*Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα;* ΟΚΑΝΑ.Αθήνα:<http://http://www.okana.gr/info.php?action=view&id=53&cat=11> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2008]
37. Κοκκέβη. Α. (2002). *Ναρκωτικά: Διάλογος ή σύγχυση;* Αθήνα <http://www.okana.gr> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2008]

38. Κοκκινάκη, Φ. (2005) *Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα. Τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδανός
39. Κονταξής, Α. (1998). *Ποινικό Δίκαιο και Ναρκωτικά*. Αθήνα. Σάκουλα
40. Κουκουράκης, Γ. « *Ο Λαϊκός Ορθόδοξος Συναγερμός και ο χώρος της άκρας δεξιάς στο ελληνικό πολιτικό σύστημα*» 2/09/06
<http://www.vernardakis.gr/uplmed/File/Koukourakis.pdf> [Πρόσβαση στις 2/12/08]
41. Κουτογλίδου Α. (2002) «*Πρόταση για αποποινικοποίηση της χρήσης και κατοχής ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα*»
<http://www.electridea.gr/issue5/epistimi1.html> [πρόσβαση στις 15/12/2008]
42. Κουτσελίνης, Α. (2002) *Εξαρτησιογόνες ουσίες "ναρκωτικά": Φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπιση του*. Αθήνα: Παρισιανός.
43. Κουτσόγιωργας, Δ. «*Η αποποινικοποίηση των ναρκωτικών δεν είναι λύση*». Τα Νέα on line 06/11/97, <http://www.tanea.gr/rendered.htm> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
44. Λιάππας, Α.Γ. (1991) *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πατάκης
45. Μαλλιώρα, Μ. (2002), «*Ναρκωτικά: Ώρα για μια κοινή ευρωπαϊκή νομοθεσία*», ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 16/03/02
<http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContId=37729&CatId=15> [πρόσβαση στις 15/12/2008]
46. Μαρίνος, Γ. «*Ένα έγκλημα που αποσιωπάται*» Βήμα On line 21/11/07
http://tovima.dolnet.gr/print_article.php?e=B&f=15196&m=B62&aa=1
 [Πρόσβαση στις 30/11/08]
47. Μαρσέλος, Μ. (1986). *Ναρκωτικά: Φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτημένων ψυχοτρόπων ουσιών*. Αθήνα: Λίτσος
48. Μαρσέλος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες ουσίες. Φαρμακολογία-Τοξικολογία-Ιστορία-Κοινωνιολογία-Νομοθεσία*, Αθήνα: Λίτσος
49. Μητσοτάκης, Κ. Κ. (2004) Με το βλέμμα στο μέλλον, «*τις ερωτήσεις έθεσε*»: Κουρτζίδης, Π. Klik Magazine (Φεβρουάριος 2004)
<http://www.klik.gr/202/mitsotakis/> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
50. Μπετινάκης, Κ. (1997). *Αποποινικοποίηση της χρήσης χασίς ζητεί ο Γιώργος Παπανδρέου*. Τα Νέα. [http://tanea.gr/online/ articles](http://tanea.gr/online/articles) [πρόσβαση στις 29 Ιουλίου 2008]

51. Μπουγάνης Π. (2007) «Όλη η Ευρώπη στο κυνήγι του 'μπάφου'», ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ
http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,id=87978192 [πρόσβαση στις 10/12/2008]
52. Μπουντουρόγλου, Ν. «Ναρκωτικά. Η ανατομία ενός σχεδιασμένου εγκλήματος» Ριζοσπάστης 2/06/06
<http://www2.rizospastis.gr/wwwengine/story.do?id=3444969> [Πρόσβαση στις 2/12/08]
53. Ντάβου Μ. (1992) «Το κάπνισμα στην Εφηβεία», Αθήνα : Παπαζήση
54. ΟΚΑΝΑ. (2004) «Η πρόληψη στην Ελλάδα», ΟΚΑΝΑ Αθήνα <http://www.okana.gr> [πρόσβαση στις 19 Ιουλίου 2008]
55. ΟΚΑΝΑ. (2007) «Η πρόληψη στην Ελλάδα», ΟΚΑΝΑ Αγρίνιο
56. Παπαγεωργίου, Ε, Γ (1995) *Εξαρτήσεις στην ζωή μας*, Αθήνα: Παρισσιανού
57. Παπαδόπουλος, Γ. Ν. (1990). *Ψυχολογία*, Αθήνα, χ.ε
58. Παπακωνσταντής Γ (2006) *Στοιχεία εγκληματολογίας και αντιεγκληματικής πολιτικής*, Αθήνα- Κομοτηνή: Σακούλα
59. Παπανδρέου, Γ. Α. (2009) *Ευρωεκλογές 2009*, «τις ερωτήσεις έθεσε»: Κούλογλου, Σ. Διαδικτυακή τηλεόραση www.tvxs.gr, (3 Ιουνίου 2009)
<http://www.pasok.gr/portal/resource/contentObject/id/20d17616-9c95-49c1-a214-d11080a6976f> [Πρόσβαση στις 4/06/09]
60. Παρασκευόπουλος Ν. Μαργαρίτης Γ. (1997) *Ποινικός Κώδικας και ειδικοί ποινικού νόμο*. Θεσσαλονίκη: Σάκουλα.
61. Παύλου Σ. (1997). *Ναρκωτικά – Δογματικά και ερμηνευτικά προβλήματα του Ν. 1729/87*. Αθήνα. Σάκουλα
62. Ραυτοπούλου, Α. (2008) *I-Doser: Ηχητικά ναρκωτικά, το νέο trend της εποχής*, Hot Station Internet Radio, σελ:1 <http://www.hotstation.gr> [πρόσβαση στις 10 Ιουλίου 2008]
63. Σαλαγιάνης Π, (1995) *Προσεγγίσεις θεμάτων σύγχρονου Προβληματισμού*. Αθήνα. Δαρδανός
64. Σπυριδωνάκου, Μ. «Ερευνά: Ναρκωτικά και νέοι στην Ελλάδα» Η φωνή της Αμερικής- Greek 27/06/05 <http://www.voanews.com/greek/archive/2005-06/2005-06-27-voa2.cfm> [Πρόσβαση στις 2/12/08]
65. Σωτηρχού, Χ. (2002) «Εκκλιση 12 Ελλήνων βουλευτών για τα ναρκωτικά» Καθημερινή 20/01/02

- http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_100083_20/01/2002_13354
[Πρόσβαση στις 2/05/09]
66. Γερζίδου, Μ. «Συνέντευξη»στο *Ρεπορτάζ χωρίς σύνορα*. NET. 9 Μαΐου 2005. 10:30.
67. Τριανταφυλλίδης Λεξικό Ηλ. Ορών
<http://www.komvos.edu.gr/dictionaries/dictonline/DictOnLineTri.htm>
[Πρόσβαση στις 2/12/08]
68. Τριανταφυλλόπουλος Μ. «*Ναρκωτικά: Προσδιορίζονται τα όρια μεταξύ χρήσης και εμπορίας*». Ζουγκλα on Line
<http://www.zougla.gr/news.php?id=14863> 27/11/08 [Πρόσβαση στις 2/12/08]
69. Τσαούση Δ. (1980) «*Τα ναρκωτικά σαν κοινωνικό πρόβλημα*», Εκλογή. Τευχος: Αύγουστος, Σελ: 87
70. Υπουργείο Εσωτερικών, (2008) *Στατιστικά στοιχεία Ναρκωτικών για τα έτη 2000-2008*. [http:// www.ydt.gr](http://www.ydt.gr) [πρόσβαση στις 12 Ιουλίου 2008]
71. Φαρσεδάκης Ι- Συλίκος Γ. (1996). *Ναρκωτικά: Νομική και εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Θεωρία, νομολογία, υποδείγματα*. Αθήνα. Νομική Βιβλιοθήκη.
72. Φωτόπουλος, Τ. «*Δεν υπάρχουν πανάκειες στα ναρκωτικά*», Ελευθεροτυπία, 06/12/97, <http://enet.gr> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
73. Φωτόπουλος, Τ. «*Ναρκωτικά: Πέρα από την δαιμονολογία της ποινικοποίησης την προοδευτική μυθολογία της φιλελευθεροποίησης*», Ελευθεροτυπία, 12/09/97, <http://enet.gr> [Πρόσβαση στις 30/11/08]
74. Χατζηγεωργίου, Γ. (2001) «*LSD: Ένα ταξίδι χωρίς επιστροφή*», Health news. [http:// www.health.in.gr](http://www.health.in.gr) [πρόσβαση στις 10 Ιουλίου 2008]

Ξενόγλωσση

75. Brady P. (2002). *England's Dutch Experience*. 11 April 2002
<http://www.cannabisculture.com/articles/2299.html> [πρόσβαση στις 5 Αυγούστου 2009]
76. Bukstein O.G-Brent D.A- Kaminer Y, *Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents*, American Journal psychiatric 1989:146:1131

77. Euro barometer. (2004), «*Young people and drugs*», Flash Euro barometer158.http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf [πρόσβαση στις 12 Ιουλίου 2008]
78. Grossman, M-Chaloupka, J.F-Shim,K. *Illegal drug use and public policy*. Drugs, Economics & Policy. 2001:
79. Jaffe J.H – Martin W.R, *Narcotic analgesics and antagonists*. New York 1975
80. Nerviano V.J- Gross H.W . *Personality types of alcoholic on objective inventories: A review*, Journal Study Alcohol.1983:44:837
81. Single, E. *Options for cannabis reform*. International Journal of Drug Policy.1999 (10):281-290
82. Trevino, A.R -Alan J.R. *Attitudes towards drug legalization among drug users*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 2002:28(1):91-108
83. BBC Crime Day. *Attitudes towards drugs*. BBC News. 17 September 2002.22:33.http://news.bbc.co.uk/1/hi/in_depth/uk/2002/cracking_crime/2264858.stm [πρόσβαση στις 10 Αυγούστου 2002]

Μεταφρασμένα

84. Arnao, G(1983) «*Το απαγορευμένο χόρτο*»,Αθήνα: Νέα Σύνορα
85. Arnao, G. (1995) *Το δίλλημα : Ηρωίνη* , Μτφ:Κασαπίδης, Γ, Αθήνα: Βαβέλ-Σέλλας
86. Cancrini,L (X.E) *Τοξικομανίες*, Μτφ: Καραχάλιου Ν, Αθήνα: Αποσπερίτης
87. Gossop M-Grant M, (1990) *Κατάχρηση ουσιών. Πρόληψη και έλεγχος*. Μτφ: Βενετσάνος Μαυρέας, Αθήνα:Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
88. Rock, M. (2001) *Η αλήθεια για τα ναρκωτικά*. Αθήνα: Κέδρος
89. Sugarman Barry. (1990). *Οι θεραπευτικές κοινότητες : Απάντηση στα ναρκωτικά*. Μτφ: Ζαφειρίδης Φ, Αθήνα. Κομμούνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**Πίνακες φορέων πρόληψης και θεραπευτικών
προγραμμάτων/ μονάδων για τα ναρκωτικά**

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Φορείς Πρόληψης ανά γεωγραφική περιφέρεια

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Ξάνθης	Ξάνθη	www.prolipsi-xanthi.gr
	2) Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης κατά των Ναρκωτικών Νομού Έβρου ΕΛΠΙΔΑ	Αλεξανδρούπολη	
	3) Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Καβάλας	Καβάλα	
	4) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ροδόπης ΟΡΦΕΑΣ	Κομοτηνή	
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Πρόληψης κατά των Ψυχοδραστικών Ουσιών Νομού Πιερίας ΑΤΡΑΚΤΟΣ	Κατερίνη	www.kp-atraktos.gr
	2) Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΠΥΞΙΔΑ	Συκιές Θεσσαλονίκης	www.pyxida.org.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ανατ. Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΕΛΠΙΔΑ	Νέα Κρήνη Θεσσαλονίκης	www.kpelpida.gr
	4) Κέντρο Πρόληψης για τα Ναρκωτικά Νομού Χαλκιδικής ΠΙΝΟΗ	Χαλκιδική	
	5-6) Κέντρα Πρόληψης / Ενημέρωσης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες Δήμου Θεσσαλονίκης ΣΕΙΡΙΟΣ	Θεσσαλονίκη	www.kp-seirios.gr
	7) Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες Δυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΔΙΚΤΥΟ Α	Αμπελόκηποι Θεσσαλονίκης	
	8) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Σερρών ΟΑΣΙΣ	Σέρρες	
	9) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Πέλλας ΟΡΑΜΑ	Έδεσσα	www.kporama.gr
	10) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κιλκίς ΝΗΡΕΑΣ	Κιλκίς	www.nhreakp.gr
	11) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ημαθίας ΠΡΟΣΒΑΣΗ	Βέροια	www.prosvasimathia.gr
	Άλλοι φορείς πρόληψης		
	Ομάδα Πρόληψης / Ενημέρωσης κατά των Εξαρτήσεων / Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΡΤΩ / Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Θεσσαλονίκη	
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Φλώρινας	Φλώρινα	www.prolipsi.gr
	2) Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Κοζάνης ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ	Κοζάνη	
	3) Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Καστοριάς ΔΙΕΞΟΔΟΣ	Καστοριά	
	4) Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Γρεβενών ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ	Γρεβενά	www.kporizontes.gr

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
ΗΠΕΙΡΟΣ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Ιωαννίνων Σ.Σ.Κ.Ν.Ν.Ι.	Ιωάννινα	
	2) Κέντρο Πρόληψης Νομού Άρτας Κ.Π.Ν. ΑΡΤΑΣ	Άρτα	
	3) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Θεσπρωτίας ΑΡΙΑΔΝΗ	Ηγουμενίτσα	www.kpariadni.gr
	4) Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών και Άλλων Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Πρέβεζας ΚΕ.ΠΡΟ.Ν.Α.Π.	Πρέβεζα	
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Τρικάλων	Τρίκαλα	www.trikalacity.gr
	2) Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Καρδίτσας ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	Καρδίτσα	www.prevkar.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης Νομού Μαγνησίας ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ	Βόλος	
	4) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λάρισας ΟΡΦΕΑΣ	Λάρισα	
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Δημοτική Μονάδα Πρόληψης κατά των Εξαρτησιογόνων Ουσιών και του AIDS Νομού Κέρκυρας ΔΗ.ΜΟ.Π. ΝΙΚΟΣ ΜΩΡΟΣ	Κέρκυρα	
	2) Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ζακύνθου Η ΣΤΟΡΓΗ	Ζάκυνθος	www.kpstorgi.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λευκάδας	Λευκάδα	
	4) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κεφαλληνίας και Ιθάκης ΑΠΟΠΛΟΥΣ	Αργασόλη	
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας	Πάτρα	www.kpachaia.gr
	2) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ηλείας ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	Αμαλιάδα	www.paremvasis.net.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Αιτωλοακαρνανίας ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ	Αγρίνιο	
	Άλλοι φορείς πρόληψης Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν αλλήλο τρόπο ζωής		www.kpachaia.gr
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Ευβοίας	Χαλκίδα	
	2) Πρόταση Ζωής – Πρόληψης της Χρήσης Ναρκωτικών Νομού Βοιωτίας	Λιβαδειά, Θήβα	

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
	3) Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Φθιώτιδας	Λαμία	
	4) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ευρυτανίας ΑΛΚΥΟΝΗ	Καρπενήσι	
	5) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Φωκίδας	Άμφισσα	
ΑΤΤΙΚΗ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικές Αυτοδιοικήσεις		
	1) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Προαγωγής της Υγείας Δήμου Ζωγράφου ΚΕΠΧΕΟ	Ζωγράφου	www.keptheo.gr
	2-5) Κέντρα Πρόληψης της Εξάρτησης και Αγωγής Υγείας Δήμου Αθηναίων ΑΘΗΝΑ - ΥΓΕΙΑ (1ο, 2ο, 3ο, 5ο Διαμέρισμα)	Αθήνα	www.kentro-prolipsis.gr
	6) Κέντρο Πρόληψης Δήμου Περιστερίου ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΟ	Περιστερί	
	7) Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Δήμων Αθήμου, Αργυρούπολης, Ελληνικού, Γλυφάδας	Άλιμος, Αργυρούπολη, Ελληνικό, Γλυφάδα	
	8) Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Δήμων Χαλκιδίου και Αγίας Παρασκευής ΑΡΓΩ	Χαλκιδίος	
	9) Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Δήμων Καλλιθέας, Ταύρου και Μοσχάτου ΣΤΑΘΜΟΣ	Καλλιθέα	www.kp-stathmos.gr
	10) Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης και Αγωγής Υγείας Δήμων Αιγάλεω, Αγίας Βαρβάρας και Χαϊδαρίου ΑΡΗΣΙΣ	Αιγάλεω	
	11) Κέντρο Πρόληψης Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμου Κηφισιάς ΠΡΟΝΟΗ	Κηφισιά	www.pronoi.org.gr
	12) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμων Αχαρνών και Θρακομακεδόνων ΔΙΕΞΟΔΟΣ	Αχαρνές	
	13) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών-Διαδημοτική Εταιρεία Δήμων Ηλιούπολης και Γυμψιού	Ηλιούπολη	
	14) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Καμστερού ΦΑΕΘΩΝ	Ίλιον	
	15) Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες και Προαγωγής της Υγείας Δήμων Νέας Σμύρνης και Αγίου Δημητρίου ΗΛΙΟΣ	Νέα Σμύρνη	www.kpilios.gr
	16) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμου Νέας Ιωνίας ΙΡΙΔΑ	Νέα Ιωνία	
	Άλλοι φορείς πρόληψης		
	Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης της Τοξικομανίας και του AIDS (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός)	Αθήνα	
	Τομέας Πρόληψης του ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.prevention.gr

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
	Τομέας Πρόληψης του Τμήματος Εφήβων και Νέων (Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ, ΨΝΑ)	Αθήνα	www.18ano.gr
	Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περιθαλψής (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ)	Αθήνα	
	Κέντρο Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ (Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών)	Αθήνα	www.ecclesia.gr
ΠΕΛΟΠΟΝ-ΝΗΣΟΣ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Ενημέρωσης / Πληροφόρησης / Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Νομού Μεσσηνίας Κ.Ε.Π.Ε.Ψ.Ο.	Καλαμάτα	
	2) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κορινθίας ΔΙΟΛΚΟΣ	Κόρινθος	kpdiodos.pblogs.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης των Ναρκωτικών Νομού Αρκαδίας Κ.Π.Ν.Α.	Τρίπολη	
	4) Κέντρο Ενημέρωσης, Ευαισθητοποίησης, Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αργολίδος ΕΛΠΙΔΑ ΖΩΗΣ	Άργος	
	5) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λακωνίας	Σπάρτη	
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Πρόληψης Κατά της Χρήσης Ναρκωτικών Νομού Χίου	Χίος	www.prolipsihiou.gr
	2) Κέντρο Πρόληψης και Συμβουλευτικής Κατά των Εξαρτήσεων Νομού Λέσβου ΠΝΟΗ	Μυτιλήνη	www.pnoh-lesvos.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας Νομού Σάμου ΦΑΡΟΣ	Σάμος	www.kpfaros.gr
	4) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών ΠΟΛΙΟΧΝΗ	Μύρινα Λήμνου	www.polioxni.gr
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1-2) Κέντρα Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κυκλάδων ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ	Πάρος, Σύρος	www.thiseaskyklades.gr
	3) Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Δωδεκανήσου ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ	Κως	www.kpippokratiskos.gr
	4) Κέντρο Πρόληψης Κατά των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Υγείας Νοτίου Συγκροτήματος Νομού Δωδεκανήσου ΔΙΟΔΟΣ	Ρόδος	www.kpdiodos.pblogs.gr
ΚΡΗΤΗ	Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης		
	1) Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης	Ρέθυμνο	www.prolipsis.gr
	2) Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Χανίων	Χανιά	
	3) Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμου Ηρακλείου ΚΕΣΑΝ	Ηράκλειο	www.kesan.gr

❖ Οι φορείς παρουσιάζονται σύμφωνα με την χρονολογία ίδρυσης τους.

Πηγή: ΕΚΤΕΠΝ 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Θεραπευτικά Προγράμματα / Μονάδες για τα ναρκωτικά

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
ΣΤΕΓΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ			
1) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΙΘΑΚΗ Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Σίνδος, Θεσσαλονίκη	www.kethea-ithaki.gr
2) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών	ΨΝΑ	Χαϊδάρι	
3) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Ευαγγελική Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Ραφήνα	www.kethea.gr
4) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΕΞΟΔΟΣ Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Λάρισα	www.exodos.org.gr
5) Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών	ΨΝΘ	Θεσσαλονίκη	
6) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΝΟΣΤΟΣ Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Πειραιάς	www.kethea.gr
7) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναίκων	ΨΝΑ	Αθήνα	
8) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Εσωτερικής Διαμονής	ΨΝΑ	Χαϊδάρι	
9) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Τμήμα Κλειστής Διαμονής	ΨΝΑ	Αθήνα	
10) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Ειδικό Πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους	ΨΝΑ	Αθήνα	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ			
1) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΔΙΑΒΑΣΗ Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.kethea.gr
2) Πρόγραμμα Αντιμετώπισης Εξάρτησης ΘΗΣΕΑΣ	Σωματείο ΘΗΣΕΑΣ / Δήμος Καλλιθέας	Αθήνα	
3) Πρόγραμμα ΙΑΣΩΝ, Υπηρεσία Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων Κέντρο Ημέρας	Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών	Αθήνα	
4) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Τμήμα Οικογενειακής Συμβουλευτικής και Θεραπείας	ΨΝΑ	Αθήνα	
5) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΔΙΑΒΑΣΗ Βραδινή Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.kethea.gr
6) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ	Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών / ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
7) Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας Θεραπευτική Κοινότητα ΓΕΦΥΡΑ	ΟΚΑΝΑ	Πάτρα	www.okana.gr
8) Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΑΡΓΩ	ΨΝΘ	Θεσσαλονίκη	
9) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΡΙΑΔΝΗ Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Ηράκλειο	www.kethea.gr
10) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ Κέντρο Υποδοχής και Επανάταξης	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.kethea.gr
11) Ειδικό Ανοικτό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γονέων	ΚΕΘΕΑ	Θεσσαλονίκη	www.kethea.gr
12) Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Πολυδύναμου Συμβουλευτικού Σταθμού	ΨΝΘ	Θεσσαλονίκη	
13) Κέντρο Υποδοχής και Επανάταξης Θεσσαλονίκης	ΚΕΘΕΑ	Θεσσαλονίκη	www.kethea.gr
14) Ανοικτή Θεραπευτική Δομή	ΚΕΘΕΑ	Θεσσαλονίκη	www.kethea.gr
15) Ανοικτή Δομή Υποστήριξης ΑΡΙΑΔΝΗ	ΚΕΘΕΑ	Ηράκλειο	www.kethea.gr
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ			
1) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων ΣΤΡΟΦΗ Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.strofi.net.gr
2) Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ Τμήμα Εφήβων και Νέων	ΨΝΑ	Αθήνα	www.hellasnet.gr/tendetak
3) Δίκτυο Έγκαιρης Παρέμβασης ΠΛΕΥΣΗ Μονάδα Υποστήριξης Εφήβων και των Οικογενειών τους	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.plefsinet.gr
4) Δίκτυο Έγκαιρης Παρέμβασης ΠΛΕΥΣΗ Μονάδα Υποστήριξης Νεαρών Ενηλίκων και των Οικογενειών τους			
5) Μονάδα Εφήβων Αθήνας ΑΤΡΑΠΟΣ	ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr
6) Μονάδα Εφήβων Θεσσαλονίκης ΝΑΥΤΙΛΟΣ**	ΟΚΑΝΑ	Θεσσαλονίκη	www.okana.gr
7) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων Θεσσαλονίκης ΑΝΑΔΥΣΗ Θεραπευτική Μονάδα	ΚΕΘΕΑ	Θεσσαλονίκη	www.kethea.gr
8) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων Πάτρας ΟΣΥΓΟΝΟ Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Πάτρα	www.kethea.gr
9) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων Βόλου ΠΙΛΟΤΟΣ Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα	ΚΕΘΕΑ	Βόλος	www.kethea.gr

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
10) Μονάδα Εφήβων Ρεθύμνου	ΟΚΑΝΑ	Ρεθύμνο	www.okana.gr
11) Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων ΕΞΑΝΤΑΣ	ΚΕΘΕΑ	Πειραιάς	www.exantas.net
12) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΡΙΑΔΝΗ Κύρια Φάση Συμβουλευτικής Μονάδας Εφήβων	ΚΕΘΕΑ	Ηράκλειο	www.kethea.gr
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ (κύρια ουσία χορήγησης)			
1) Α' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας	ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr
2) Α' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης	ΟΚΑΝΑ	Θεσσαλονίκη	www.okana.gr
3) Β' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης	ΟΚΑΝΑ	Θεσσαλονίκη	www.okana.gr
4) Β' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας	ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr
5) Γ' Μονάδα Υποκατάστασης Πειραιά	ΟΚΑΝΑ	Πειραιάς	www.okana.gr
6) Δ' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας	ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr
7) Γ' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης	ΟΚΑΝΑ	Θεσσαλονίκη	www.okana.gr
ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ			
1) Μονάδα Υποκατάστασης Λάρισας	ΟΚΑΝΑ	Λάρισα	www.okana.gr
2) Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λαμίας	ΟΚΑΝΑ / Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας	Λαμία	www.okana.gr
3) Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λιβαδειάς	ΟΚΑΝΑ / Γενικό Νοσοκομείο Λιβαδειάς	Λιβαδειά	www.okana.gr
4) Μονάδα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης Αργινίου	ΟΚΑΝΑ / Γενικό Νοσοκομείο Αργινίου	Αργίριο	www.okana.gr
5) Μονάδα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης Ρόδου	ΟΚΑΝΑ	Ρόδος	www.okana.gr
6) Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Χαλκίδας	ΟΚΑΝΑ / Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας	Χαλκίδα	www.okana.gr
7) Ιατρείο Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων Περιστερίου	ΟΚΑΝΑ / ΙΚΑ Περιστερίου	Αθήνα	www.okana.gr
8) Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Χανίων	ΟΚΑΝΑ	Χανιά	www.okana.gr
9) Ε' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας	ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr
10) Δ' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης	ΟΚΑΝΑ	Θεσσαλονίκη	www.okana.gr
11) Μονάδα Υποκατάστασης Κέρκυρας	ΟΚΑΝΑ / Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας	Κέρκυρα	www.okana.gr
12) Α' Μονάδα Ολοκληρωμένων Θεραπειών Πειραιά	ΟΚΑΝΑ	Πειραιά	www.okana.gr

ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΦΟΡΕΑΣ	ΕΔΡΑ	ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ
13) Μονάδα Υποκατάστασης Βόλου	ΟΚΑΝΑ / Γενικό Αχιλλοπούλειο Νοσοκομείο Βόλου	Βόλος	www.okana.gr
14) Ε' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης	ΟΚΑΝΑ / ΑΧΕΠΑ	Θεσσαλονίκη	www.okana.gr
15) Μονάδα Υποκατάστασης Πάτρας	ΟΚΑΝΑ / ΠΓΝΠ	Πάτρα	www.okana.gr
16) Μονάδα Υποκατάστασης Πρέβεζας	ΟΚΑΝΑ / Νοσοκομείο Πρέβεζας	Πρέβεζα	www.okana.gr
17) Μονάδα Υποκατάστασης Κατερίνης	ΟΚΑΝΑ / Νοσοκομείο Κατερίνης	Κατερίνη	www.okana.gr
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ			
1) Θεραπευτική Κοινότητα στις Δικαστικές Φυλακές Κορυδαλλού ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.kethea.gr
2) Θεραπευτική Κοινότητα στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ	ΚΕΘΕΑ	Αθήνα	www.kethea.gr
3) Κέντρο Ανεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων - Ελεώνας Θηβών	Υπουργείο Δικαιοσύνης	Θήβα	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΞΙΝΩΣΗΣ			
1) Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ	ΨΝΘ	Θεσσαλονίκη	
2) Μονάδα Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ	ΟΚΑΝΑ	Αθήνα	www.okana.gr

❖ Τα θεραπευτικά προγράμματα/μονάδες παρουσιάζονται σύμφωνα με την χρονολογία ίδρυσής τους.

Πηγή: ΕΚΤΕΠΝ 2009

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Ι

*Στοιχεία υποθέσεων, καταδικών και θανάτων
για τα ναρκωτικά*

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Στοιχεία ναρκωτικών κατά τα έτη 2000-2008 (Α εξάμηνο του 2009)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 Υποθέσεις	7.995	9.820	10.424	10.904	8.838	10.183	9.600	9.271	11.855	6.170
2 Κατηγορηθέντα άτομα	12.306	15.026	15.667	15.812	12.561	14.558	13.622	12.895	15.812	8.060
3 Κάνναβη										
α) Φυτά (Κάλλεργηθέντα)	49.840	18.821	16.232	21.060	39.820	34.843	32.494	17.574	23.136	4.913
β) Κατεργασμένο(Χασίς)Γραμ.	47.371	189.543	67.711	72.520	24.332	39.198	73.852	4.531	19.574	35.704
γ) Ακατέργαστο (Χασίς) Γραμ.	10.243.526	8.217.197	6.021.447	5.281.114	4.226.005	7.945.157	10.847.522	5.902.861	4.426.626	2.616.340
δ) Χασισέλαιο Γραμμάρια	1.205	1.888	757	2.761	3.293	2.903	523	1.482	171	2
4 Οπιούχα										
α) Οπιο ακατέργαστο Γραμμ.	1.742	955	90	582	1.388	280	303	24.891	555	87
β) Ηρωίνη- μορφίνη Γραμμ.	642.063	231.263	201.176	199.416	308.294	298.953	225.443	236.504	259.785	174.642
Δόσεις	303	793	527	333	393	1.040	646	432	612	92
γ) Φυτά εμπορ.μήκωνος			75	163	3.940			62		98
δ) Μεθαδόνη- Δισκία	3.842	7.960	9.604	3.493	6.392	11.796	4.963	11.942	4.209	1.184
Γραμμάρια	472	700	771	1.537	3.107	8.719	9.444	24.729	25.025	18.358
ε) Λοιπά οπιούχα-Γραμμάρια	31	70	22	300	885	23	419	5	3	120
Δισκία	2.220	1.466	1.576	2.028	2.702	2.119	2.028	2.482	3.522	1.595
5 Διεγερτικά										
α) Κοκαΐνη- Γραμμάρια	19.274	265.234	18.305	20.595	1.151.193	42.386	28.043	46.862	48.435	31.708
β) (SPEED)-Γραμμάρια	7									
γ) Φύλλα κόκαας-Γραμμάρια						5	898		5.901	
δ) Αμφεταμίνες- Γραμμάρια	2.008	78	489	211	702	1.101	36	107	108	4
Αμφεταμίνες- δισκία	30.109		1.789	8	192	119	40	127	32	
Μεθαμφεταμίνες-Δισκία							1		1	
Μεθαμφεταμίνες-Γραμμάρια						90	6	66		3
ε) Λοιπά (κράς)-Γραμμάρια										
στ) Εκσταση- Δισκία	53.548	49.114	28.430	47.386	82.899	145.394	118.063	58.083	8.618	506
Εκσταση- Γραμμάρια						23	51	281	20	44
ζ) Νέα συνθετικά ναρκωτικά δισκία								1		
Νέα συνθετικά ναρκωτικά γραμμάρια							288	47		2.561
η) Διάφορα άλλα διεγερτικά-Δισκία						144	100			
Διάφορα άλλα διεγερτικά-Γραμμάρια						29.698		10.697	200.226	18.000
6 Ναρκωτικά φάρμακα										
α) Παρασθησιογόνα- Δισκία			4	532		81			15	
Γραμμάρια				665			827		104	
(L.S.D. κλπ)-Σταγόνες	111	286	837	536	1.111	108	140	2.765	490	15
LSD - Δισκία	17	1	47	296	2	6	120	2	15	77
Ψυλοκυβίνη (τεμάχια)				1.197	1.231	164	167	18	22	615
β) Ηρεμιστικά Δισκία	29.104	43.281	39.961	50.347	42.828	57.378	55.395	52.727	66.726	37.387
Γραμμάρια	3.700	22.204	902	170	99	100	18	261	398	30
γ) Βαρβιτουρικά Δισκία	9	41	10	2	1					
Γραμμάρια	35					3				
7 Διαιρηθέντα Φαρμακεία	44	35	57	29	23	43	33	19	17	13

Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Στοιχεία καταδίκων κατά είδος εκτιώμενης ποινής, και τα κυριότερα αδικήματα που διέπραξαν για το 2006

Κατηγορίες αδικημάτων	Φύλο	Σύνολο κρατουμένων κατά τη διάρκεια του έτους	Φυλάκιση				Προσκαίρη και κάθειρξη	Ισοβία κάθειρξη	Ποινικός σφραγισμός	Δεν δήλωσαν	
			Μέχρι ενός μηνός	1-6 μηνες	6-12 μηνες	1-3 ετη					3 έτη και πάνω
Σύνολο		13170	111	1370	991	1909	2608	5392	689	100	0
	Α	12302	107	1221	893	1738	2450	5143	654	96	0
	Θ	868	4	149	98	171	158	249	35	4	0
Προβολές κατά της πολιτειακής εξουσίας		44	1	14	5	18	5	0	0	1	0
	Α	42	1	14	5	17	4	0	0	1	0
	Θ	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Απόδραση κρατουμένου		8	1	4	2	1	0	0	0	0	0
	Α	8	1	4	2	1	0	0	0	0	0
	Θ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Εγκλήματα περί τα υπονόματα		266	5	33	23	91	56	96	1	1	0
	Α	239	5	30	19	43	54	86	1	1	0
	Θ	27	0	3	4	8	2	10	0	0	0
Πλαστογραφία		188	5	18	11	29	42	81	1	1	0
	Α	171	5	18	9	26	40	71	1	1	0
	Θ	17	0	0	2	3	2	10	0	0	0
Εγκλήματα κατά της ζωής		884	0	1	1	19	31	460	365	7	0
	Α	840	0	1	1	17	31	439	345	6	0
	Θ	44	0	0	0	2	0	21	20	1	0
Ανθρωποκτονία εκ προθέσεως		462	0	0	0	0	0	296	360	6	0
	Α	423	0	0	0	0	0	277	340	6	0
	Θ	39	0	0	0	0	0	19	20	0	0
Απόπειρα ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως		168	0	0	0	3	14	147	3	1	0
	Α	166	0	0	0	3	14	146	3	0	0
	Θ	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Σωματικές βλάβες		254	1	27	48	77	47	83	0	1	0
	Α	242	1	23	46	72	46	83	0	1	0
	Θ	12	0	4	2	5	1	0	0	0	0
Επικίνδυνη σωματική βλάβη		89	0	2	18	34	22	13	0	0	0
	Α	83	0	2	16	31	21	13	0	0	0
	Θ	6	0	0	2	3	1	0	0	0	0
Εγκλήματα κατά των ηθών		351	1	2	4	37	61	240	4	2	0
	Α	321	1	0	1	30	52	232	3	2	0
	Θ	30	0	2	3	7	9	8	1	0	0
Βιασμός		141	0	0	0	3	15	118	3	2	0
	Α	141	0	0	0	3	15	118	3	2	0
	Θ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ψωτροπεία		57	0	0	3	18	25	11	0	0	0
	Α	38	0	0	0	12	18	8	0	0	0
	Θ	19	0	0	3	6	7	3	0	0	0
Εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας		3305	10	252	364	626	613	1369	7	64	0
	Α	3126	10	230	326	578	582	1332	7	61	0
	Θ	179	0	22	38	48	31	37	0	3	0
Κλοπές πάσης φύσεως		2287	9	217	349	583	412	698	1	48	0
	Α	2180	9	202	312	511	390	680	1	45	0
	Θ	137	0	15	37	42	22	18	0	3	0
Ληστεία		849	0	0	0	39	174	617	5	14	0
	Α	832	0	0	0	36	169	608	5	14	0
	Θ	17	0	0	0	3	5	9	0	0	0

Κατηγορίες αδικημάτων	Φύλο	Σύνολο κρατου- μένων κατα- τη διαρκεια του έτους	Φυλάκιση				Προσκιρη κάθειρξη	Ισόβια κάθειρξη	Ποινικός σωφραγι- σμός	Δεν Δηλώσαν	
			Μέχρι ενός μηνός	1-6 μήνες	6-12 μήνες	1-3 ετη					3 έτη και πάνω
Εγκλήματα κατά περιουσιακών δικαίων	Α	375	0	9	24	75	135	126	5	1	0
	Θ	335	0	9	21	65	120	117	2	1	0
	Θ	40	0	0	3	10	15	9	3	0	0
Απάτη	Α	288	0	5	12	52	102	113	4	0	0
	Α	257	0	5	9	46	90	106	1	0	0
	Θ	31	0	0	3	6	12	7	3	0	0
Αποδοχή και διάθεση προϊόντων εγκλήματος	Α	35	0	3	7	14	7	3	0	1	0
	Α	29	0	3	7	11	5	2	0	1	0
	Θ	6	0	0	0	3	2	1	0	0	0
Ήπαιτεία και αλητεία	Α	10	1	8	1	0	0	0	0	0	0
	Α	9	1	7	1	0	0	0	0	0	0
	Θ	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Παραβάσεις ειδικών ποινικών νόμων	Α	7246	87	963	474	921	1594	2881	304	22	0
	Α	6754	84	859	431	842	1498	2725	293	22	0
	Θ	492	3	104	43	79	96	156	11	0	0
Παραβάσεις της περί Δημόσιας Υγείας Νομοθεσίας	Α	51	0	18	18	2	1	0	0	0	0
	Α	10	0	5	3	1	1	0	0	0	0
	Θ	41	0	13	7	1	0	0	0	0	0
Χρήση ναρκωτικών ουσιών - πιτοχή η καλλιέργεια	Α	185	5	99	81	0	0	0	0	0	0
	Α	173	5	93	75	0	0	0	0	0	0
	Θ	12	0	6	6	0	0	0	0	0	0
Εμπορία-διακίνηση ναρκωτικών ουσιών	Α	2212	0	0	0	9	107	1786	302	8	0
	Α	2095	0	0	0	9	97	1690	291	8	0
	Θ	117	0	0	0	0	10	96	11	0	0
Καλλιέργεια - παραγωγή ναρκωτικών ουσιών	Α	60	0	1	0	2	25	32	0	0	0
	Α	58	0	1	0	2	23	32	0	0	0
	Θ	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Λαθραία είσοδος-έξοδος- παραμονή αλλοδαπών	Α	1836	72	460	211	472	513	98	1	9	0
	Α	1743	70	421	201	438	505	98	1	9	0
	Θ	93	2	39	10	34	8	0	0	0	0
Εμπορία - διακίνηση ναρκωτικών ουσιών από χρήστες	Α	1804	1	7	22	172	692	909	0	1	0
	Α	1683	1	7	18	162	643	851	0	1	0
	Θ	121	0	0	4	10	49	58	0	0	0
Λοιπά αδικήματα	Α	435	5	61	47	85	66	167	3	1	0
	Α	394	4	48	42	74	63	159	3	1	0
	Θ	41	1	13	5	11	3	8	0	0	0

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Στοιχεία για θανάτους από ναρκωτικά, κατά τα έτη 2000-2008 (Α εξ. του 2009)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	312	334	269	229	261	341	275	252	208	81
ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	304	321	259	217	253	323	252	204	110	
1 Ηλικία										
α) μέχρι 20 ετών	51	46	28	13	15	15	7	6	6	
β) από 21-30 ετών	130	158	140	118	133	178	138	97	41	
γ) από 31 και άνω	123	117	91	86	105	130	107	101	63	
2 Φύλο										
α) Άνδρες	285	300	242	199	232	297	225	191	105	
β) Γυναίκες	19	21	17	18	21	26	27	13	5	
3 Υπηκοότητα										
α) Έλληνες	292	307	247	200	235	294	233	187	104	
β) Αλλοδαποί	12	14	12	17	18	28	19	17	6	
4 Περιοχή										
α) Αττική	200	211	161	123	128	157	105	49	7	21
β) Θεσσαλονίκη	49	54	50	41	56	3	62	75	51	25
γ) Λοιπή Χώρα	55	56	48	53	69	93	85	80	52	35
5 Οικογενειακή Κατάσταση										
α) Άγαμοι	289	298	243	206	244	310	232	184	98	
β) Έγγαμοι	12	15	12	10	8	11	14	15	10	
γ) Διαζευγμένοι	3	8	4	1	1	2	6	5	2	
6 Γραμματικές Γνώσεις										
α) Στοιχειώδους Εκπαίδευσης	111	108	109	26	145	192	167	125	76	
β) Μέσης Εκπαίδευσης	178	194	133	28	100	120	83	76	34	
γ) Ανώτατης Εκπαίδευσης	4	2	3	3	4	4	1	3	....
δ) Α γ ν ω σ τ η	11	17	14	160	4	7	1	....	....
ε) Αγράμματοι	....	....	....	....	....	....	....	....	....
7 Επάγγελμα										
α) Ά ε ρ γ ο ι	232	258	224	183	201	267	212	173	91	
β) Τεχνίτες-Εργάτες-Οικοδόμοι	28	11	11	9	14	25	14	15	7	
γ) Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	15	17	8	21	13	14	9	8	4	
δ) Μουσικοί	....	....	1	....	1	....	....	....	....
ε) Ναυτικοί	2	....	....	1	....	1	....	....	1	
στ) Σπουδαστές-Μαθητές	6	1	6	1	5	2	2	1	1	
ζ) Ιερόδουλες	1	1	....	2	....	....	....	....	....
η) Δημόσιοι Υπάλληλοι	....	....	....	....	1	1	....	....	....
ι) Λοιποί	20	33	9	....	18	13	15	7	6	
8 Είδος Ναρκωτικού										
α) Ηρωίνη	300	318	256	206	250	317	246	198	109	
γ) Ψυχότροπες Ουσίες	3	1	1	9	3	3	5	5	1	
δ) Κοκαΐνη	1	2	2	2	....	3	1	1	....

Ερευνώνται 6 θάνατοι που αναφέρθηκαν μέχρι 31-12-2005

Ερευνώνται 13 θάνατοι που αναφέρθηκαν μέχρι 31-12-2006

Ερευνώνται 40 θάνατοι που αναφέρθηκαν μέχρι 31-12-2007

Ερευνώνται 98 θάνατοι που αναφέρθηκαν μέχρι 30-11-2008

Ερευνώνται 81 θάνατοι που αναφέρθηκαν μέχρι 30-6-2009

Πηγή: Ελληνική Αστυνομία, 2009

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Νόμοι: 1729/1987 και 2161/1993

N.1729/1987 (ΦΕΚ Α' 144) :

Καταπολέμηση της διάδοσης των

ναρκωτικών προστασία των νέων και άλλες

διατάξεις

Άρθρο 1 : Σύσταση οργάνων

1.Ιδρύεται Κεντρικό Συμβούλιο για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών. Το Συμβούλιο αυτό απαρτίζεται από εκπροσώπους των Υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πολιτισμού (Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς), Οικονομικών και 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 του για το υπόλοιπο της θητείας γίνεται με την ίδια διαδικασία. - (Καταργήθηκε η παρ. 1 από το άρθρο 26 του Ν. 2161/93,ΦΕΚ Α' 119).

2.Το Κεντρικό Συμβούλιο έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α)Επεξεργάζεται και προτείνει την εθνική πολιτική σε θέματα πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων, β)αναθέτει την εκτέλεση σχετικών ερευνών, γ)μεριμνά για την εκπαίδευση ειδικευμένων στελεχών, δ)αναθέτει την επίλυση των επιστημονικών θεμάτων, που προκύπτουν στους ειδικούς κατά περίπτωση φορείς και ε)συντονίζει τις δραστηριότητες των επί μέρους Υπουργείων στον τομέα των αρμοδιοτήτων του δίνοντας έμφαση στην πρόληψη.

Η υλοποίηση των προτάσεων του Κεντρικού Συμβουλίου γίνεται με κοινές αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού. - (Καταργήθηκε η παρ. 2 από το άρθρο 26 του Ν. 2161/93,ΦΕΚ Α' 119).

3.Προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών, ρυθμίζει κάθε θέμα σχετικό με την οργάνωση και τη λειτουργία του Κεντρικού Συμβουλίου, συνιστά θέσεις οποιασδήποτε κατηγορίας και βαθμού για τις ανάγκες του, προβλέπει τον τρόπο πληρωμής πληρωσής τους έστω και κατά παρέκκλιση από τις ισχύουσες διατάξεις και ρυθμίζει

κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. - (Καταργήθηκε η παρ. 3 από το άρθρο 26 του Ν. 2161/93,ΦΕΚ Α' 119).

4. Για την ενεργό συμμετοχή του κοινωνικού συνόλου στην καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών και την προστασία των νέων καθώς και την υποβοήθηση του έργου του Κεντρικού Συμβουλίου, συνιστάται Γνωμοδοτικό Συμβούλιο που αποτελείται από εκπροσώπους της

Το
πικής Αυτοδιοίκησης, της Ανώτατης Εκπαίδευσης (Α.Σ.Γ.Μ.Ε), των συλλόγων γονέων τοξικομανών, εκπροσώπους του διδακτικού προσωπικού Πρωτοβάθμιας (Δ.Ο.Ε.) και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Ο.Λ.Μ.Ε-Ο.Τ.Ε.Ε), των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) και Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι) της Εθνικής Σπουδαστικής Ένωσης Ελλάδας (Ε.Σ.Ε.Ε.) της Εθνικής Φοιτητικής Ένωσης (Ε.Φ.Ε.Ε.) του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ), του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.), του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών (Δ.Σ.Α.) και της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημερίδων Αθηνών (Ε.Σ.Η.Ε.Α).

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

Η θητεία του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου ορίζεται σε τρία χρόνια.

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

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

Για την υλοποίηση του σκοπού του το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ιδρύει συμβουλευτικούς σταθμούς, κέντρα σωματικής αποτοξίνωσης, θεραπευτικές κοινότητες, κέντρα κοινωνικής επανένταξης και άλλες ανάλογες μονάδες.

Δημιουργεί αυτοδιαχειριζόμενους συνεταιρισμούς και στηρίζει κάθε είδους δραστηριότητα που ευδώνει τους σκοπούς του ή που κρίνεται απαραίτητη για τη βοήθεια των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων.

Στο ΚΕΘΕΑ εντάσσονται οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί Αθήνας και Θεσ/νίκης του "Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος για εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες άτομα" του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και

Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης Νταού Πεντέλης, και η θεραπευτική κοινότητα "ΙΘΑΚΗ" του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας στη Σίνδο της Θεσ/νίκης.

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

[Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Διοικείται από ενδεκαμελές διοικητικό συμβούλιο, το οποίο έχει διετή θητεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και επτά τακτικά μέλη εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση του ΚΕ.Θ.Ε.Α., η οποία εκλέγει και τρία αναπληρωματικά μέλη. Στη Γενική Συνέλευση αυτή συμμετέχουν με δικαίωμα ψήφου οι εργαζόμενοι στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου, τα μέλη των θεραπευτικών του προγραμμάτων που βρίσκονται στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης, τα μέλη των διοικητικών συμβουλίων των συλλόγων γονέων και φίλων των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και τα επίτιμα μέλη του Δ.Σ. του ΚΕ.Θ.Ε.Α.. Τα υπόλοιπα δύο μέλη είναι ο Πρόεδρος ή μέλος του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.) που προτείνεται από το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. και ο Πρόεδρος ή μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου – **ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ 6 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 28 ΤΟΥ Ν. 3204/03, ΦΚΕ-296 Α']**

Πόροι του ΚΕΘΕΑ είναι η χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δωρεές, κληροδοσίες και επιχορηγήσεις από τρίτους και έσοδα κάθε είδους επιχειρήσεις και δραστηριότητές του.

Το ΚΕΘΕΑ έχει τις ίδιες φορολογικές απαλλαγές που προβλέπονται για τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν. 2592/53.

[Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. συντάσσει και γνωστοποιεί στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μέχρι το μήνα Μάιο κάθε έτους, ετήσιο επιχειρησιακό πρόγραμμα δράσης και προϋπολογισμό για το επόμενο έτος. Το επιχειρησιακό πρόγραμμα πρέπει να είναι εναρμονισμένο με τα εθνικά σχέδια και προγράμματα δράσης κατά των ναρκωτικών. Ο ισολογισμός απολογισμός κάθε έτους, η διαχείριση των πόρων του και η εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας – **ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ 9 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 28 ΤΟΥ Ν. 3204/03, ΦΚΕ-296 Α']**

(Σημείωση : Οι απαλλαγές από τέλη χαρτοσήμου καταργήθηκαν από την παρ. 50 του άρθρου 4 του Ν. 2459/97, ΦΕΚ-17 Α').

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

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

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

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

Άρθρο 2 : Επιτροπή Ναρκωτικών

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

Το Διευθυντή Φαρμάκων και Φαρμακείων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Εκπρόσωπο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.

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

Η θητεία της Επιτροπής ορίζεται σε δύο χρόνια.

[Η αμοιβή των μελών και του γραμματέα της Επιτροπής Ναρκωτικών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Η διάταξη του τέταρτου εδαφίου του άρθρου 3 του Ν. 5539/1932 (ΦΕΚ 198 Α') καταργείται – **ΠΡΟΣΘ. ΕΔΑΦΙΟΥ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡ. 1 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 15 ΤΟΥ Ν. 3204/03, ΦΕΚ-296 Α']**

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

3. Η Επιτροπή Ναρκωτικών έχει τις παρακάτω

αρμοδιότητες :

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

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

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

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

ε) Γνωμοδοτεί για κάθε σχετικό θέμα που θα ζητήσει ο αρμόδιος υπουργός ή το Κεντρικό Συμβούλιο του άρθρ. 10 του νόμου αυτού. στ) Υπολογίζει τις ετήσιες ανάγκες της χώρας σε ναρκωτικές ουσίες και εισηγείται σχετικά στον αρμόδιο υπουργό.

Άρθρο 3 : Πρόγραμμα ανάπτυξης υπηρεσιών

1. Ο προγραμματισμός για την αντιμετώπιση εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες κατά την έννοια του άρθρ. 4 του νόμου αυτού, διακρίνονται σε τρεις βαθμίδες :

α) Πρόληψη - ανημέρωση

β) θεραπευτική αποκατάσταση

γ) κοινωνική επανένταξη

"2. Εποπτεία και έλεγχος Θεραπευτικών Κέντρων.

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

[Με την ίδια κοινή απόφαση καθορίζονται οι προϋποθέσεις και ο τρόπος επιλογής των ατόμων που εισάγονται στα ως άνω καταστήματα – ΠΡΟΣΘ. ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 11 ΤΟΥ Ν. 2721/99, ΦΕΚ-112 Α ΣΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 6 ΤΟΥ Ν. 2161/93 ΠΟΥ ΑΝΤΙΚΑΘΙΣΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 3 ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΝΟΜΟΥ]

2. "Μπορούν να ιδρύνουν και να λειτουργούν μονάδες, που προβλέπονται στην προηγούμενη παράγραφο εδ. α', ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών και με δαπάνες τους ή και συγχρηματοδότηση ή δανειοδότηση από τον ΟΚΑΝΑ" (αντικ. του τελευτ.εδαφ. από άρθρο 6 παρ. 3 Ν.2256/94 - ΦΕΚ 196 Α').

α. Οι Δήμοι και οι Κοινότητες.

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

γ. Εκκλησιαστικοί φορείς.

δ. Ανώτατα Εκπαιδευτικά ή Τεχνολογικά Ιδρύματα.

ε. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα που επιδιώκουν συναφείς σκοπούς.

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

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

5. Φορείς που επιχορηγούνται από το Κράτος υπόκεινται και στον έλεγχο της οικονομικής τους διαχείρισης. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδεται μετά πρόταση τού Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται οι όροι και προϋποθέσεις χορήγησης άδειας ίδρύσεως και λειτουργίας των ως άνω μονάδων, ο τρόπος ασκήσεως της εποπτείας και του ελέγχου από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. καθώς και τα κριτήρια αξιολόγησης του επιτελουμένου σ' αυτές έργου" (αντικ. της παρ. 2 του άρθρου 3 από άρθρο 6 Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 4 : Ορισμός ναρκωτικών

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

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

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

ΠΙΝΑΚΑΣ Α'

1. ΔΕΣΟΜΟΡΦΙΝΗ: Διυδροδεσοξυμορφίνη

DESOMORPHINE: DIHYDRODESOXYMORPHINE

2. DET: N, N-Διαθιλοτροπταμίνη

DET: N,N-DIETHYLTRYPTAMINE

3. DMHP: (Διμεθυλο-1,2 επτυλο)-3 τετραϋδρο-7, 8, 9, 10 τριμεθυλο-6,6,0 διβενζο-6H (B,Δ) πυρανόλη-1

DMHP: (DIMETHYL-1,2 HEPTYL)-3 TETRAHYDRO-7, 8, 9, 10.

TRIMETHYL-6,6,9, DIBENZO – 6H(B, D) PYRANOL-1

4. DMT: N,N. – ιμεθυλοτροπταμίνη

DMT: N,N. – DIMETHYLTRYPTAMINE

5. ΗΡΩΪΝΗ: Διακετυλομορφίνη

HEROINE: DIACETYLMORPHINE

6. ΚΑΝΝΑΒΙΣ ΚΑΙ ΡΗΝΙΝΗ ΚΑΝΝΑΒΕΩΣ

CANNABIS ET RESINE DE CANNABIS

7. ΚΕΤΟΒΕΜΙΔΟΝΗ: (μ-υδροξυφαινιλο)-4 μεθυλο-1 προπιονυλο-4 πιπεριδίνη

CETOBEMIDONE: (M-HYDPOXYPHENENYL)-4 METHYL-1 PROPIONYL-4 PIPERIDINE

8. (+)ΛΥΣΕΡΓΙΑΙΟΝ, LSD, LSD-25: (+)-N,N-διαθιλαμίδιον του D-λυσεργινικού οξέως

(+)-LYSERGINE, LSD, LSD-25: (+)-N,N-DIETHYL-LYSERGAMIDE

9. ΜΕΣΚΑΛΙΝΗ: Τριμεθοξυ-3,4,5 φαινυλαθιλαμίνη

MESCALINE: TRIMETHOXY-3,4,5 PHENETHYLAMINE

10. ΠΑΡΑΕΞΥΛΗ: Εξυλο-3 τετραϋδρο-7,8,9,10 τριμεθυλο-6, 6, 9 διβενζο-6H (β,δ) πυρανόλη-1

PARAHEXYLE: HEXYL-3 TETRAHYDRO-7,8,9,10 TRIMETHYL-6, 6, 9 DIBENZO-6H (B,D) PYRANOL-1

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

12. PHP ή PCPY: 1-(1-φαινυλκυκλοεξυλο) πυρρολιδίνη.

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

13. STP, DOM: Διμεθοξυ-2,5 μεθυλο-4 φαινυλαθιλαμίνη

STP, DOM: DIMETHOXY – 2,5 METHYL-4PHENETHYLAMINE

14. TPC: 1-[1-(2-θειενυλο)κυκλοεξυλο]-πιπεριδίνη

TPC: 1[1-(2-THINENYL_ CYCLOHEXYL, PIPERIDINE

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

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

16. ΨΙΛΟΚΥΒΙΝΗ: ο -Φωσφορυλο-υδροξυ-4 N, N-διμεθυλοτροπταμίνη

PSILOCYBINE: o-PHOSPHORYL-HYDROXY-4N, N-DIMETHYL TRYPTAMINE

17. ΨΙΛΟΚΙΝΗ: (Διμεθυλαμινο-2 αθυλο) -3ινδολόλη-4

PSILOCINE: (DIMETHYLAMINO-2 ETHYL)-3 INDOLOL-4

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

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

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

(Με την υπ' αριθ. ΔΥΓ3γ/οικ.52627/04 (ΦΕΚ 877 Β'/14-6-04) απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Δικαιοσύνης, ορίζεται ότι: «Κατατάσσουμε στον Πίνακα Α' του άρθρου 4 παρ.3 του Ν. 1729/1987 και τις ουσίες:

1) 2C-E

2,5-διμεθοξυ-4-αθυλοφαινυλαθιλαμίνη

2C-E

2,5-dimethoxy-4-ethylphenethylamine

2) 5-MeO-AMT

5-μεθοξυ-αλφαμεθυλοτροπταμίνη

5-MeO-AMT

5 methoxy-alpha-methyltryptamine»

ΠΙΝΑΚΑΣ Β'

1.ΑΙΘΥΛΟΜΟΡΦΙΝΗ: Αιθυλο-3 μορφίνη

ETHYLMORPHINE: ETHYL 3 – MORPHINE

2.ΔΕΞΤΡΟΜΟΡΑΜΙΔΙΟΝ: (+) [Μεθυλο-2 οξο-4 διφαινυλο-3, 3(PYRROLIDINYL-1)-4 BUTYL]-4 μορφολίνη

DEXTRORAMIDE: (+) [METHYL-2-OXO-4 DIPHENYL-3, 3 (PYRROLIDINYL-1)-4 BUTYL]-4 MORPHOLINE

3.ΚΟΚΑΪΝΗ: Μεθολεστήρ της βενζοιλοεργονίνης

COCAINE: ESTER METHYLIQUE DE LA BENZOYLEGGONINE

4.ΚΩΔΕΪΝΗ: Μεθυλαθέρ της μορφίνης

CODEINE: ETHER METHYLIQUE DE LA MORPHINE

5.ΜΕΘΑΔΟΝΗ: Διφαινυλο-4, 4 διμεθυλαμινο-6 επταμόνη-3

METHADONE: DIPHENYL-4, 4 DIMETHYLAMINO-6 HEPTANONE-3

6.ΜΟΡΦΙΝΗ

MORPHINE

7.ΟΠΙΟ

OPIUM

8.ΟΠΙΟ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΟ: Μείγμα υδροβρωμικών αλάτων των αλκαλοειδών του οπίου

OPIUM CONCENTRATUM: MELANGE DES BROMHYDRATES DES ALCALOIDES DE L' OPIUM

9.ΠΕΘΙΔΙΝΗ: Μεθυλο-1 φαινυλο-4 πιπεριдино-καρβοξυλικός-4 αιθυλεστήρ

PETHIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE METHYL-1 PHENYL-4 PIPERIDINE-CARBOXYLIQUE-4

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

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

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ'

1.ΑΙΘΥΛΟΜΕΘΥΛΟΘΕΪΑΜΒΟΥΤΕΝΙΟ: Αιθυλομεθυλαμινο-3 δι-(θειενυλο-2')-1, 1 βουτένιο-1

ETHYLMETHYL THIAMBUTENE: ETHYLMETHYLAMINO-3 DE-(THIENYL-2')-1, 1 BUTENE-1

2.ΑΚΕΤΟΡΦΙΝΗ: Ακετυλο-3-0 τετραΐδρο- (υδροξυ-1 μεθυλο-βουτυλο-1)-7α ενδοαιθενό-6, 14 ορπαβίνη ACETORPHINE: ACETYL-3-0 TETRAHYDRO- (HYDROXY 1 METHYL- BUTYL-1)-7α ENDOETHENO-6, 14 ORIPAVINE.

3.ΑΚΕΤΥΛΟΔΙΥΔΡΟΚΩΔΕΪΝΗ

ACETYLDIHYDROCODEINE

4.ΑΚΕΤΥΛΟΜΕΘΑΛΟΝΗ: Ακετοξυ-3 διμεθυλαμινο-6 διφαινυλο-4,4 επτάνιο

ACETYLMETHADOL: ACETOXY -3 DIMETHYLAMINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANE

5.ΑΛΦΑΚΕΤΥΛΟΜΕΘΑΔΟΝΗ α-Ακετοξυ-3 διμεθυλαμινο-6 διφαινυλο-4, 4 επτάνιο.

ALPHACETYLMETHADOL: ALPHA-ACETOXY-3 DIMETHYL-AMINO-DIPHENYL-4, 4 HEPTANE

6.ΑΛΦΑΜΕΘΑΔΟΝΗ: α-Διμεθυλαμινο-6 διφαινυλο-4, 4 επτανόλη-3

ALPHAMETHADOL: ALPHA-DIMETHYLAMINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANOL-3.

7.ΑΛΦΑΜΕΠΡΟΔΙΝΗ: α-Αιθυλο-3 μεθυλο-1 φαινυλο-4 προπιονοξυ-4 πιπεριδίνη

ALPHAMEPRODINE: ALPHA-ETHYL-3 METHYL-1 PHENYL-4 PROPIONOXY-4 PIPERIDINE

8.ΑΛΦΑΠΡΟΔΙΝΗ: α-Διμεθυλο-1, 3 φαινυλο-4 προπιονοξυ-4 πιπεριδίνη

ALPHAPRODINE: ALPHA – DIMETHYL-1, 3 PHENYL-4 PROPIONOXY-4 PIPERIDINE

9.ΑΛΦΕΝΤΑΝΥΛΗ: ν-[1-2 (4-ΑΙΘΥΛΟ-4, 5-διΐδρο-5-οξο-1 Η-τετραζολ-1-υλο) αιθυλο] 4-(μεθοξυμεθυλο)-4-πιπεριδινυλο] Ν-φαινυλπροπαναμίδη μονοϋδροχλωρίδιο

ALFENTANYL: N₃¹⁻²(⁴-ETHYL-4, 5-DIHYDRO-5-OXOIH-TETRAZOL-1-YL) ETHYL] 4-(METHOXYMETHYL-4-PIPERIDINYL) N-PHENYL PROPANAMIDE MONOHYDROXHLORIDE

10.ΑΛΛΥΠΡΟΔΙΝΗ: Αλλυλο-3 μεθυλο-1 φαινυλο-4 προπιονοξυ-4 πιπεριδίνη

ALLYPRODINE: ALLYL-3 METHYL-1 PHENYL-4 PROPIONOXY-4 PIPERIDINE

11.ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ: α-Μεθυλοφαινυλαιθυλαμίνη

AMPHETAMINE: a-METHYLPHENETHYLAMINE

12.ΑΝΙΛΕΡΙΔΙΝΗ: π-Αμινοφαινυλαιθυλο-1 φαινυλο-4 πιπεριдино-καρβοξυλικός- 4 αιθυλεστήρ

ANILERIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE P-AMINOPHENETHYL-1 PHENYL-4 PIPERIDINE-CARBOXYLIQUE-4.

13.ΒΕΖΙΤΡΑΜΙΔΙΟ: (Κυανο-3 διφαινυλο-3, 3 προπυλο)-1 (οξο-2 προπιονυλο-3 βενζιμιδαζολινυλο)-4 πιπεριδίνη.

BEZITRAMIDE: (CYANO-3 DIPHENYL-3, 3 PROPYLO)-1 (OXO -2 PROPIONYL-3 BENZIMIDAZOLINYL-1) -4 PIPERIDINE

14.ΒΕΝΖΕΘΙΔΙΝΗ: (Βενζυλοξυ-2 αιθυλο_ 1 φαινυλο-4 πιπεριдино – καρβοξυλικός-4 αιθυλεστήρ

BENZETHIDINE: ESTER ETHYLIWUE DE L' ACIDE (BENZYOXY – 2 ETHYL) 1 PHENYL-4 PIPERIDINE- CARBOXYLIQUE – 4.

15.ΒΕΝΖΥΛΟΜΟΡΦΙΝΗ: Βενζύλο – 3 μορφίνη

BENZYL MORPHINE: BENZYL – 3 MORPHINE

16.ΒΗΤΑ ΑΚΕΤΥΛΟΜΕΤΑΔΟΛΗ: Β-Ακετοξυ-3 διμεθυλαμινο-6 διφαινυλο-4, 4 επτάνιο

BETACETYLMETHADOL: BETA – ACETOXY – 3 DIMETHYLAMINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANE

17.ΒΗΤΑ ΜΕΘΑΔΟΛΗ-β-Διμεθυλαμινο-6 διφαινυλο-4, 4 επτανόλη-3

BETAMETHADOL: BETA-DIMETHYLAMINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANOL-3

18.ΒΗΤΑ ΜΕΠΡΟΔΙΝΗ: β-Αιθυλο – 3 μεθυλο – 1 φαινυλο-4 προπιονοξυ-4 πιπεριδίνη

BETAMEPRODINE: BETA – ETHYL-3 METHYL-1 PHENYL-4 PROPIONOXY-4 PIPERIDINE

19.ΒΗΤΑ ΠΡΟΔΙΝΗ: Β.Διμεθυλο-1, 3 φαινυλο-4 προπιονοξυ-4 πιπεριδίνη

BETAPRODINE: BETA-DIMETHYL-1, 3 PHENYL-4 PROPIONOXY-4 PIPERIDINE

20. BOYTOPΦANOΛH: (-) 17-cyclobutylome thyo-3, 14 DIHYDROXY-MORPHINANE

21. BOYTYRIKOS EΣTHP THΣ ΔIOΞAΦAITYΛHΣ Μορφολινο-4 διφαινιλο-2, 2 βουτυρικός αιθυλεστέρις

BUTYRATE DE DIOXAPHETYL: MORPHOLINO-4 DIPHENYL-2, 2 BUTYRATE D' ETHYLE.

22. ΔEΞAMΦETAMINH: (+)-α-Μεθυλοφαινυλαιθυλαμίνη

DEXAMPHEMINE: (x)-α-METHYLPHENETHYLAMINE

23. ΔEΞTPPOIΠOYΦAINIIO: α(+)-4-διμεθυλαμινο-3-μεθυλο-1, 2 διφαινιλο-2-βουτανόλη προπυλική

DEXTROPPOXYPHENE: α(D)-4-DIMETHYLAMINO-3-METHYL-1, 2 DIPHENYL-2 BUTANOL PROPIONATE

24. ΔIAΘYΛOΘEIAMBOYTENION: Διαθυλαμινο-3 δι(θειενυλο-2')-1, 1 βουτένιο 1

DIETHYLTHIAMBUTENE: DIETHYLAMINO-3DI-(THIENYL-2')¹; BUTENE-1

25. ΔIAMΠPOMIΔION: [N-Μεθυλοφαινυλαιθυλαμινο]-2 προπυλο] προπιονανιλίδιο

DIAMPROMIDE: ₃(N-METHYLPHENETYLAMINO)-2 PROPYL] PROPIONANILIDE

26. ΔIMEΦAIIΠTANOΛH: Διμεθυλαμινο-6 διφαινιλο-4, 4 επτανόλη-3

DIMEPHEPTANOL: DIMETHYLAMINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANOL-3

27. ΔIMEΘYΛOΘEIAMBOYTENIO: Διμεθυλαμινο-3 δι(θειενυλο) 1, 1 βουτένιο-1

DIMETHYLTHIAMBUTENE: DIMETHYLAMINO-3 DI-(THIENYL-2')-1, 1 BUTENE-1

28. ΔIMENOΞAΔOΛH: Διμεθυλαμινο-2 αιθυλεστέρις του αιθοξυ-1 διφαινιλο-1, οξικού οξέος

DIMENOXADOL: ETHOXY-1, DIPHENYL-1, 1 ACETATE DE DIMETHYLAMINO-2 ETHYLE

29. ΔIΠIΠIANONH: Διφαινιλο-4, 4 πιπεριдино-6 επτανόνη-3

DIPIPANONE: DIPHENYL-4, 4 PIPERIDINE-6 HEPTANONE-3

30. ΔIYΔPOKΩΔEINH: Υδροξυ-6 μεθοξυ-3 N-μεθυλοεποξυ-4, 5 μορφινάνιο

DIHYDROCODEINE: HYDROXY-6, METHOXY-3 N-METHYL-EPOXY-4, 5 MORPHINANE

31. ΔIYΔPOMOPPHINH: Διυδροξυ-3, 6 N-μεθυλοεποξυ-4, 5 μορφινάνιο
DIHYDROMORPHINE: DIHYDROXY-3, 6 N-METHYL-EPOXY-4, 5 MORPHINANE

32. ΔIΦAINOΞIINH: 1-(3-κυανο-3, 3 διφαινυλοπροπυλο)-4 φαινυλο-4 πιπεριдино-καρβοξυλικό οξύ

DIPHENOXINE ACIDE 1-(3-CYANO-3, 3DIPHENYLPROPYL) 4-PHENYL-4 PIPERIDINE CARBOXYLIQUE.

33. ΔIΦAINOΞYAAITH: (Κυανο-3διφαινυλο-3, 3 προπυλο)-1 φαινυλο-4 πιπεριдино-καρβοξυλικός-4 αιθυλεστέρις

DIPHENOXYLATE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE (CYANO-DIPHENYL-3, 3 PROPYL)-1 PHENYL-4 PIPERIDINE-CARBOXYLIQUE-4

34. ΔPOTEBANOΛH: (3,4 διμεθοξυ-17-μεθυλομορφίνη-6β, 15διόλη).

DROTEBANOL: (3,4 DIMETHOXY-17-METHYLMORPHINAN 6B, 14 DIOL)

35. EKΓONINH 9 Oι εστέρες της και τα παράγωγά της, τα οποία δύνανται να μετασχηματισθούν προς εκγονίνη και κοκαΐνη.

ECGONINE: LES ESTERES ET DERIVES SUSCEPTIBLES D' ETRE TRANSFORMES EN ECGONINE ET COCAINE

36. EPYΘPOΞYAOY KOKA ΦYAAΔA

COCA (FEUILLES DE COCA)

37. ETONITAZENION: (Διαθυλαμινο-2αιθυλο)-1π-αιθοξυβενζυλο-2 νιτροβενζιμιδαζόλιο-5.

ETONITAZENE: (DIETHYLAMINO-2 ETHYL)-1P-ETHOXYBENZYL-2 NITROBENZIMIDAZOLE-5.

38. ETOΞEPIAINH: [(Υδροξυ-2 αιθοξυ)-2 αιθυλο]-1 φαινυλο-4 πιπεριдино-καρβοξυλικός-4 αιθυλεστέρις.

ETOXERIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE [(HYDROXY-2 ETHOXY)-2 ETHYL]-1 PHENYL-4 PIPERIDINE-CARBOXYLIQUE-4.

39. ETOPPHINH, M-99: Τετραυδρο-(υδροξυ-1 μεθυλοβουτυλο-1)-7α ενδοαιθενο-6, 14 οριπαβίνη

ETORPHINE, M-99: TETRAHYDRO-(HYDROXY-1 METHYL-BUTYL-1)-7A ENDOETHENO-6, 14 ORIPAVINE.

40. ΘHBAINH:

THEBAINE

41. BHBAKONH: Ακετυλοδιυδροκοδεΐννη

THEBACONE: ACETYLDIHYDROCODEINONE

42. IOΜEΔAΔONH: Διμεθυλαμινο-6 μεθυλο-5 διφαινιλο-4, 4 εξανόνη-3

ISOMETHADONE: DIMETHYLAMINO-6 METHYL-5 DIPHENYL-4, 4 HEXANONE-3

43. KΛONITAZENIO: (π-χλωροβενζυλο)-2 διαθυλαμινοαιθυλο-1 νιτρο-5 βενζιμιδαζόλιο

CLONITAZENE: (P-CHLOROBENZYL)-2 DIETHYLAMINOETHYL-1 NITRO-5 BENZIMIDAZOLE

44. KΩΔOΞIMH: Καρβοξυμεθυλοξίμη-6 της διυδροκοδεΐννης

CODOXINE: DIHYDROCODEINONE-CARBOXYMETHYLOXIME-6

45. ΛEBOMETHOPPHANH: (-)Μεθοξυ-3 N-μεθυλο-μορφινάνιο

LEVOMETHORHANE: (-)METHOXY-3 N-METHYL-MORPHINANE

46. ΛEBOMOPAMIDIIO: (-)[Μεθυλο-2 οξο-4 διφαινυλο-3, 3 (Πυρολιδινυλο-1)-4 βουτυλο]-4 μορφολίνη

LEVOMORAMIDE: (-)-3METHYL-2 OXO-4 DIPHENYL-3, 3 (PYRROLIDINYL-1)-4 BUTYL]-4 MORPHOLINE.

47. ΛEBOPPHANOΛH: (-)υΔPOΞY-3v-MEΘYΛOMOPPHANIO

LEVORPHANOL: (-)-hydroxy-3n-methylmorphinane

48. ΛEBOΦAINAKYAOΜOPPHANIO: (-)-Υδροξυ-3N-φαινακυλομορφινάνιο

LEVOPHENACYLMORPHANE: (-)HYDROXY-3N PHENACYLMORPHINANE

49. MEΘAΔONH ΔIAMECOC: Κυανο-4 διμεθυλαμινο-2 διφαινυλο-4, 4 βουτάνιο

METHADONE INTERMEDIAIRE: CYANO-4 DIMETHYLAMINO-2 DIPHENYL-4, 4 BUTANE

50. MEΘAKOYAOONH: Μέθυλο-2 (ο-τολουόλο)-3 κιναζολόνη-4

METHAQUALON: METHYL-2 (o-TOTYL)-3 QUINAZOLONE-4

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

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

53.ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ: (+)-ν, Α-ΔΙΜΕΘΥΛΛΑΦΑΙΝΥΛΑΙΘΥΛΑΜΙΝΗ
METHAMPHETAMINE: (x) – N_a –DIMETHYLPHENETHYLAMINE

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

55.ΜΕΚΛΟΚΟΥΑΛΟΝΗ: 3-(Ο-ΧΛΩΡΟΦΑΙΝΥΛΟ)-2-ΜΕΘΥΛΟ-4 (3Η) Κιναζολίνη
M^cCLOQUALONE: 3-(o-CHLOROPHENYL)-2methyl-4 (3H) QUINAZOLINONE.

56.ΜΕΤΑΖΟΚΙΝΗ: Υδροξυ-2 trimeuλο-2,5,9benzomorφiano-6,7
METAZOCINE: HYDROXY-2 TRIMETHYL-2,5,9 BENZOMORPHANE-6,7

56.ΜΕΤΟΠΙΟΝ: Μέθυλο-5 διυδρομορφινίνη
METOPON: METHYL-5 DIHYDROMORPHINONE

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

59.ΜΟΡΦΕΡΙΔΙΝΗ: (Μορφολινο-2 αιθυλο)-1 φαινυλο-4 πιπεριδινό-καρβοξυλικός-4 αιθυλεστέρας.
ΜΟΡΠΗΕΔΙΑΙΝΗ: ΕΣΤΕΡ ΕΤΗΥ ΛιωΘΕ ΔΕ ΛΙ ΑΨΙΑΕ
(ΜΟΡΠΗΟΛΙΝΟ-2 ΕΤΗΥΑ-1 ΠΗΝΥΛΑ-4 ΠΙΠΕΡΙΔΙΝΗ CARBOXYLIQUE-4

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

61.ΜΥΡΟΦΙΝΗ: Μυριστυλοβενζυλομορφίνη
MYROPHINE: MYRISTYBENZYL MORPHINE

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

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

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

65.ΝΟΡΑΚΥΜΕΘΑΔΟΛΗ: Α-(+)-Ακετοξυ-3 μεθυλαμινο-6 διφαινυλο-4, 4 επτάνιο
NORACYMETHADOL: ALPHA-(x) Aketojy³ meulamino⁶ difainylo⁴, eptanio

NORACYMETHADOL: ALPHA –(+)-ACETOXY-3 METHYLAMINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANE

66.ΝΟΡΚΩΔΕΙΝΗ
NORCODEINE

NORLEBORFANOLH: (-)-hydrojy³ morfinario

NORLEVORPHANOL: (-)-HYDROXY-3 MORPHINANE.

68.ΝΟΡΜΕΘΑΔΟΝΗ: Διμεθυλάμινο-6 διφαινυλο-4, 4 εξακόντη-3
NORMETHADONE: DIMETHYLAMINO -6 DIPHENYL-4, 4 HEXANONE-3

69.ΝΟΡΜΟΡΦΙΝΗ: Δεμεθυλομορφίνη.
NOMORPHINE: DEMETHYLMORPHINE

70.ΝΟΡΠΙΑΝΟΝΗ: Διφαινυλο-4, 4 πιπεριδινό-6 εξακόντη-3
NORPIANONE: DIPHENYL-4, 4 PIPERIDINO-6 HEXANONE-3

NORPIANONE: DIPHENYL-4, 4 PIPERIDINO-6 HEXANONE-3

71.ΟΞΥΚΩΔΟΝΗ: Υδροξυ-14 διυδροκοδεΐνη
OXYCODONE: HYDROXY-14 DIHYDROCODEINONE

72.Ν-ΟΞΥΜΟΡΦΙΝΗ: Μορφινο-Ν-οξειδίο
N-OXYMORPHINE: MORPHINE-N-OXIDE

73.ΟΞΥΜΟΡΦΟΝΗ: Υδροξυ-14 διυδρομορφινίνη
OXYMORPHONE: HYDROXY-14 DIHYDROMORPHINONE

74.ΠΕΘΙΔΙΝΗ ΔΙΑΜΕΣΟΣ Α: Κυανο-4 μεθυλο-1 φαινυλο-4 πιπεριδίνη
PETHIDINE INTERMEDIAIRE A: CYANO-4 METHYL – 1 PHENYL – 4 PIPERIDINE

75.ΠΕΘΙΔΙΝΗ ΔΙΑΜΕΣΟΣ Β: φαινυλο-4 πιπεριδινόκαρβοξυλικός – 4 αιθυλεστέρας.
PETHIDINE INTERMEDIAIRE B:
PHENYL – 4 PIPERIDINE – CARBOXYLATE-4 D' ETHYLE.

76.ΠΕΘΙΔΙΝΗ ΔΙΑΜΕΣΟΣ Γ: Μέθυλο-1 φαινυλο-4 πιπεριδινόκαρβοξυλικό-4 οξύ.
PETHIDINE INTERMEDIAIRE C: ACIDE METHYLPHENYL – 4 PIPERIDINE – CARBOXYLIQUE – 4.

77.ΠΕΝΤΑΖΟΚΙΝΗ: Διμεθυλοαλλυλο-2 διμεθυλο-5,9 υδροξυ-2' βενζομορφάνιο
PENTAZOCINE: DIMETHYLALLYL – 2 DIMETHYL -5, 9 HYDROXY-2' BENZOMORPHANE.

78.ΠΙΜΙΝΟΔΙΝΗ: Φαινυλο – 4 (φαινυλαμινο – 3 προπυλο) – 1 πιπεριδινό – καρβοξυλικός – 4 αιθυλεστέρας
IMINODINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE PHENYL-4 (PHENYLAMINO-3 PROPYL)-1 PIPERIDINE-CARBOXYLIQUE-4

79.ΠΙΡΙΤΡΑΜΙΔΙΟ ή ΠΙΡΙΝΙΤΡΑΜΙΔΙΟ: (Κυανο-3 διφαινυλο-3, 3 προπυλο) -1 (πιπεριδινό-1)-4 πιπεριδινό -4 καρβοξαμίδιο
PIRITRAMIDE OU PIRINITRAMIDE: (CYANO-3 DIPHENYL-3, 3 PROPYL)-1(PIPERIDINE-1)-4 PIPERIDINE -4- CARBOXAMIDE

80.ΠΡΟΕΠΙΤΑΖΙΝΗ: Διμεθυλο-1, 3 φαινυλο – 4 προπιονοξυ- αζακυκλοεπτάνιο

PROHEPTAZINE: DIMETHYL-^{1,3} PHENYL-4 PROPIONOXY-4 AZACYCLOHEPTANE

81.ΠΡΟΠΕΔΙΝΗ: Μεθυλο-1 φαινυλοπιπεριδινό-4 καρβοξυλικός-4 ισοπροπυλεστέρι

PROPERIDINE: ESTER ISOPROPYLIQUE DE L' ACIDE METHYL-1 PHENYLPIPERIDINE-4 CARBOXY-LIQUE-4

82.ΠΡΟΠΙΡΑΝΗ: (N(1 –μεθυλο-2 πιπεριδινό – αιθυλο) –N-2 πυριδύλο-προπιοναμίνη

PROPIRANE: (N/1-METHYL-2 PIPERIDINOETHYL) –N-1 PYRIDYLPROPIONAMIDE

83.ΡΑΚΕΜΕΘΟΡΦΑΝΗ: (+)- Μεθοξυ-3N- μεθυλομορφινάνιο

RACEMETHORPHANE: (x) – METHOXY – 3N-METHYLMORPHINANE

84.ΡΑΚΕΜΟΡΑΜΙΔΗ: (+) – [Μέθυλο-2 όξο-4 διφαινυλο -3, 3 (πυρολιδινυλο-1)-4 βουτύλο] μορφολίνη

RACEMORAMIDE: (+) [METHYL 2 OXO-4 DIPHENYL-3, 3 (PYRROLIDINYL-1)-4 BUTYL] MORPHOLINE

85.ΡΑΚΕΜΟΡΦΑΝΗ: (+)-Υδροξυ-3N-μεθυλομορφινάνιο

RACEMORPHANE: (+)-HYDROXY-3 N-METHYLMORPHINANE

86.ΣΟΥΛΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗ: N-[4(μεθοξυμεθυλο)-1-[2θειενυλο] αιθυλο [4-πιπεριδύλο] προπιονανιλίδιο

SULFENTANYL: N-[4(METHOXYMETHYL)-1- [2-(2THIENYL) ETHYL]-4 PIPERIDYL] PROPIONANILIDE

87.ΤΙΛΙΔΙΝΗ: (+) αιθυλ-TRANS -2- (διμεθυλαμινο) -1-φαινυλο-3 κυκλοεξενο-1-καρβοξυλάτη

TILIDINE: (+) – ETHYA – TRANS -2- (DIMETHYLAMINO) -1- PHENYL -3 CYCLOHEXENE -1- CARBOXYLATE

88.ΤΡΙΜΕΠΕΡΙΔΙΝΗ: Τριμεθυλο -1,2,5 φαινυλο-4 προπιονοξυ – 4 πιπεριδίνη

TRIMEPERIDINE: TRIMETHYL -1,2,5 PHENYL -4 PROPIONOXY – 4 PIPERIDINE

89.ΥΔΡΟΚΩΔΟΝΗ: Διυδροκοδεϊδόνη

HYDROCODONE: DIHYDROCODEINONE

90.ΥΔΡΟΜΟΡΦΙΝΟΛΗ: Υδροξυ-14 διυδρομορφίνη

HYDROMORPHINOL: HYDROXY-14 DIHYDROMORPHINE

91.ΥΔΡΟΜΟΡΦΟΝΗ: Διυδρομορφινόνη

HYDROMORPHONE: DIHYDROMORPHINONE

92.ΥΔΡΟΞΥΠΙΕΘΙΔΙΝΗ: M-Υδροξυφαινυλο-4 μεθυλο-1 πιπεριδινό – καρβοξυλικός – 4 αιθυλεστέρι

HDROXYETHIDINE: ESTER ETHYLWUE DE L'ACIDE MHYDROXYPHENYL-4 METHYL-1 PIPERIDINE-CARBOXYLIQUE-4

93.ΦΑΙΝΑΔΟΞΟΝΗ: Μορφολινο-6 διφαινυλο-4, 4 επτανόνη -3.

PHENADOXONE: MORPHOLINO-6 DIPHENYL-4, 4 HEPTANONE-3.

94.ΦΑΙΝΑΖΟΣΙΝΗ: Υδροξυ-2' διμεθυλο-5,9 φαινυλαιθυλο-2 βενζομορφάνιο-6,7

PHENAZOCINE: HYDROXY-2', DIMETHYL-5, 9 PHENETHYL-2 BENZOMORPHANE - 6,7

96.ΦΑΙΝΑΜΠΡΟΜΙΔΙΟ: N-(Μεθυλο-1, πιπεριδινό-2 αιθυλο) προπιονανιλίδιο

PNENAMPROMIDE: N-(METHYL-1 ΠΙΠΕΡΙΔΙΝΟ-2 ETHYL)PROPIONANILIDE

96.ΦΑΙΝΚΥΚΛΙΔΙΝΗ: (ΦΑΙΝΥΛΟ-1 ΚΥΚΛΟΕΞΥΛΟ) -1 πιπεριδίνη

PHENCYCLIDINE: (PNENYL – 1 CYXLOHEXYL) -1 PIPERIDINE

97.ΦΑΙΝΜΕΤΡΑΖΙΝΗ: Μεθυλο-3 φαινυλο-2 μορφολίνη

PHENMETRAZINE: METHYL-3 PHENYL-2 MORPHOLINE

98.ΦΑΙΝΟΜΟΡΦΑΝΗ: Υδροξυ – 3N- φαινυλαιθυλομορφινάνιο

PHENOMORPHANE: HYDROXY-3 n-PHENETH-YLMORPHINANE

99.ΦΑΙΝΟΠΕΡΙΑΔΙΝΗ: (Υδροξυ-3 φαινυλο-3 προπυλο) -1 φαινυλο – 4 πιπεριδινό – καρβοξυλικός – 4 αιθυλεστέρι

PHENOPERIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' ACIDE (HYDROXY – 3 PHENYL – 3 PROPYL) -1 PHENYL-4 PIPERIDINE – CARBOXYLIQUE-4

100.ΦΑΙΝΤΑΝΥΛΗ: N-(Φαινυλαιθυλο – 1 πιπεριδύλο-4) προπιονανιλίδιο

PHENTANYL: N-(PHENETHYL – 1 PIPERIDYL -4) PROPIONANILIDE

101.ΦΟΛΚΩΔΙΝΗ ή ΦΟΛΚΩΔΕΙΝΗ: Μορφολινυλοαιθυλο – μορφίνη

PHOLCODINE: MORPHOLINYLETHYL MORPHINE

102.ΦΟΥΡΕΘΙΔΙΝΗ: (Τετραυδροφουρφυριλοξυαιθυλο -2) -1 φαινυλο – 4 πιπεριδινό – καρβοξυλικός-4 αιθυλεστέρι

FURETHIDINE: ESTER ETHYLIQUE DE L' AXIDE (TETRAHYDROFURFURYL-OJYETHYL-2)-1 PHENYL-4 PIPERIDINE – CARBOXYLIQUE-4.

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

Η παραγωγή, εισαγωγή, μεταφορά, αποθήκευση, προμήθεια των ουσιών του πίνακα Γ', καθώς και των έτοιμων φαρμακοτεχνικών προϊόντων και ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες αυτές, γίνεται από νομικά και φυσικά πρόσωπα μέσω του Κρατικού Μονοπωλίου Ναρκωτικών με ευθύνη του Ε.Ο.Φ., ο οποίος εκδίδει τη σχετική άδεια και ελέγχει τη διαδικασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ Δ.

(Με την υπ' αριθ. Α7Β/8597οικ./98 (ΦΕΚ 1130Β/98) Απόφαση Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Δικαιοσύνης ορίζεται ότι : «Κατατάσσουμε στον Πίνακα Δ' του άρθρου 4 παρ. 3 του Ν. 1729/87 και την εξής ουσία:

ΖΑΛΕΠΛΟΝΗ N - [3 - (3 - Κυανοπυραζόλο [1,5-α] πυριμιδιν-7-υλο) φαινυλο] - N - αιθυλακεταμίδιο

ZALEPLON N - [3 - (3-CYANOPYRAZOLO [1,5-α] PYRIMIDIN-7-YL) PHEJVVYL] - N - ETHYLACETAMIDE»).

1.ΑΙΘΥΝΑΜΑΤΗ: Εστέρι του καρβαμικού οξέος μετά της αιθυλο-1 κυκλοεξανόλης

ETHINAMATE: CARBAMATE D' ETHINYL-1 CYCLOHEXYLE

2.ΑΙΘΥΛΟ ΛΟΦΛΑΖΕΠΑΤΗ: Αιθυλο 7-γλωρο 5-(οφλουροφαινυλο) – 2,3 – διυδρο-2-όξο- 1Η – 1,4 – βενζοδιαζεπίνη-3-καρβοξυλάτη

ETHYLLOFLAZEPATE: ETHYL 7 – CHLORO-5-(OFLUOROPHENYL)-2,3- DIHYDRO-2-OXO-1H-1,4-BENZODIAZEPINE -3- CARBOXYLATE

3.ΑΙΘΧΛΟΡΠΒΥΝΟΛΗ: Αιθυλο-β-γλωροβινυλο-αιθινυλοκαρβινόλη

ETHCHLORVYNOL: ETHYL-B-CHLOROVINYL-ETHINYL CARBINOL

4.ΑΛΑΖΕΠΑΝΗ: 7-γλωρο-1, 3-διυδρο-5-φαινυλο-1- (2, 2,2-τριφθορο-αιθυλο)-2Η-1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

HALAZEPAN: 7-CHLORO-1, 3-DIHYDRO-5-PHENYL -1- (2,2,2-TRIFLUORO-ETHYL)-2H -1,4- BENZODIAZEPIN -2- ONE

5.ΑΛΟΞΑΖΟΛΑΜΗ: 10-βρομο-11β-(ο-φθοροφαινυλο) 2, 3, 7 11β-τετρα-υδροξάζολο [3, 2-δ] [1,4]-βενζοδιαζεπιν-6 (5H)-όνη

HALOXAZOLAM: 10-BROMO-11B(O-FLUOROPHENYL)-2,3,7,11B-TETRAHYDROOXAZOLO [3,2-D] [1,4]-BENZODIAZEPIN-6(5H)-ONE

6.ΑΛΠΡΑΖΟΛΑΜΗ: 8-χλωρο-1 μεθύλο -6- φαινυλο-4H-S-τριαζολο- [4,3-α] [1,4] βενζοδιαζεπίνη

ALPRAZOLAM: 8 CHLORO-1-METHYL -6- PHENYL -4 H- S-TRIAZOLO [4,3-A] [1,4] BENZODIAZEPINE.

7.ΑΜΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ: Αιθυλο-5 (μεθυλο-3 βουτυλο) -5 βαρβιτουρικό οξύ

AMOBARBITAL: ACIDE ETHYL – (METHYL-3 BUTYL)-5 BARBITURIQUE

8.ΑΜΦΕΠΡΑΜΟΝΗ: Διαθυλαμινο -2 προπιονόνη

AMPHERPAMONE: DIETHYLAMINO-2 PROPIOPHENONE

9.ΒΑΡΒΙΤΑΛΗ: Διαθυλο-5, 5 βαρβιτουρικό οξύ

BAARBITAL: ACIDE DIETHYL-5, 5 BARBITURIQUE

10.ΒΕΝΖΦΕΤΑΜΙΝΗ: Ν-βενζυλο-Ν,α-διμεθυλοφαιναιθυλαμίνη

BENZPHETAMINE: N-BENZYL-N, a-DIMETHYLPHENETHYLAMINE

11.ΒΟΥΠΕΝΟΡΦΙΝΗ: Ν-κυκλοπροπυλμεθύλο -7α (L-5)-υδροξυ 1,2,2 – τριμεθυλοπροπυλο - 6,14 –ενδοαιθανο -6,7,8,14 τετραυδρονορροριπαβίνη

BUPRENORPHINE: N-CYCLOPROPYL-METHYL-7α (I-5)-4HYDROXY -1,2,2 – TRIMETHYLPROPYL) -6,14 ENDOETHANO -6,7,8,14 TETRAHYDRO – NORORIPAVINE.

12.ΒΡΩΜΟΖΕΠΙΑΜΗ: 7-βρομο -1,3 – διυδρο-5-(2 πυριδילו) 2H-1, 4 βενζοδιαζεπιν-2-όνη

BROMAZEPAM: 7-BROMO – 1,3 – DIHYDRO -5-(2-PYRIDYL) -2H – 1,4- BENZODIAZEPIN -2-ONE

13.ΓΛΟΥΤΕΘΥΜΙΔΙΟ: Αιθυλο-2 φαινυλο-2 γλουταριμίδιο

GLUTETHIMIDE: ETHYL – 2 PHENYL – 2 GLUTARIMIDE

14.ΔΕΞΤΡΟΜΕΘΟΡΦΑΝΗ: D*Μεθοξυ-3N-μεθυλομορφινάνιο

DEXTROMETHORPHANE: D-METHOXY -3 N-METHYLMORPHINANE

15.Δελοραζεπίνη: 7-χλωρο -5- (ο-χλωροφαινυλο) -1,3 διυδρο – 2H -1,4 –βενζοδιαζεπιν -2-όνη

DELORAZEPAM: 7-CHLORO-5- (O-CHLOROPHENYL)-1,3-DIHYDRO-2H -1,4 – BENZODIAZEPIN -2- ONE

16.ΔΙΑΖΕΠΙΑΜΗ: 7-χλωρο-1,3-διυδρο-1-μεθυλο-5-φαινυλο -2H-1,4-βενζοδιαζεπιν -2- όνη

DIAZEPAM: 7-CHLORO-1,3-DIHYDRO -1-METHYL -5- PHENYL -2H- 1,4- BENZODIAZEPIN-2-ONE

17.ΕΣΤΑΖΟΛΑΜΗ: 8-χλωρο -6- φαινυλο -4H -5- τριαζολο [4,3-α] [1,4] βενζοδιαζεπίνη

ESTAZOLAM: 8-CHLORO -6- PHENYL -4H -5- TRIAZOLO [4,3-A] [1,4] BENZODIAZEPINE

18.ΚΑΜΑΖΕΠΙΑΜΗ: 7 –χλωρο- 1, K3-διυδρο -3- υδροξυ-1 μεθύλο -5- φαινυλο -2H -1,4-βενζοδιαζεπιν -2-όνη διμεθυλοκαρβαμάτη (εστέρας)

CAMAZEPAM: 7-CHLORO -1,3 – DIHYDRO -3- HYDROXY -1- METHYL -5PHENYL -2H-1,4 – BENZODIAZEPIN -2-ONE DIMETHYL CARBAMATE (ESTER)

19.ΚΕΤΑΖΟΛΑΜΗ: 11-χλωρο – 8,12β –διυδρο -2,8- διμεθυλο – 12β – φαινυλο -4H – [1,3]-οξάζινο – [3,2-δ] [1,4] βενζοδιαζεπίνη – 4,7 (6H) –διόνη

KETAZOLAM: 11-CHLORO -8, 12b – DIHYDRO -2,8 – DIMETHYL – 12β – PHENYL -4H – [1,3]-OXAZINO -[3,2-D] [1,4]-BENZODIAZEPINIE-4,7 (6H) – ΔΙΟΝΗ.

20.ΚΛΟΜΠΙΑΖΑΜΗ: 7-χλωρο-1-μεθυλο-5-φαινυλο-1H – 1,5-βενζοδιαζεπίνη -2,4 (3H,5H)-δόνη

CLOBAZAM: 7 – CHLORO-1-METHYL-5-PHENYL 1H-1,5-BENZODIAZEPINE -2,4 (3H, 5H) DIONE

21.ΚΛΟΝΑΖΕΠΙΑΜΗ: 5-(Ο-χλωροφαινυλο)-1,3-διυδρο-7-νιτρο-2H -1,4-βενζοδιαζεπιν -2- όνη

CLONAZEPAM: 5- (O-CHLOROPHENYL)-1,3- DIHYDRO-7-NITRO 2H-1,4- BENZODIAZEPIN -2- ONE

22.ΚΛΟΞΑΖΟΛΑΜΗ: 10-χλωρο-11β (ο-χλωροφαινυλο)-2,3,7,11β- τετραυδρο-οξάζινο-[3,2-δ] [1,4] βενζοδιαζεπιν -6-(5H)-δόνη

CLOXAZOLAM: 10-CHLORO-11B – (O-CHLOROPHEENYL) -2,3,7,11B TETRAHYDRO- OXAZOLO-[3,2-D] [1,4] BENZODIAZEPIN -6- -(4H) –ONE

23.ΚΛΟΤΙΑΖΕΠΙΑΜΗ: 5-(ο-χλωροφαινυλο) -7-αιθυλο-1,3 –διυδρο-1- μεθύλο -2H- θειενο [2,3-ε] [1,4] –δίαζεπιν -2- όνη

CLOTIAZEPAM: 5-(O-CHLOROPHENYL) -7- εθυλ-1,3 – DIHYDRO -1- METHYL -2H- THIENO [2,3-E] [1,4] DIAZEPIN-2-ONE

24.ΚΥΚΛΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ: (Κυκλοεξεν-1υλο-1)-5 αιθυλο-5 βαρβιτουρικό οξύ.

CYCLOBARBITAL: ACIDE (CYCLOEXENE-1YL-1)-5 ETHYL – 5 BARBITURIQUE

25.ΜΑΖΙΝΔΟΛΗ: 5-(π-χλωροφαινυλο)-2, 5-διυδρο-3H-ιμιδαζο (2,1-α)-ισοινδολο-5-όλη

MAZINDOL: 5-(P-CHLOROPHENYL)-2,5-DIHYDRO-3H-IMIDAZO (2,1-α) – ISOINDOL -5-OL

26.ΛΟΠΡΑΖΟΛΑΜΗ: 6-(ο-χλωροφαινυλο)- 2,4-διυδρο-2 [(4-μεθυλο-1 – πιπεραζινυλο) μεθυλενο]-8 νιτρο-1 H-ιδιάζο [1,2-α] [1,4] βενζοδιαζεπιν-1-όνη

LOPRAZOLAM: 6-(O-CHLOROPHENYL)-2,4-DIHYDRO-2—[(4-METHYL-1-PIPERAZINYL) METHYLENE]-8-NITRO-1H-IMIDAZO [1,2-A] [1,4] BENZODIAZEPIN-1- ONE

27.ΛΟΡΑΖΕΠΙΑΜΗ: 7-χλωρο-5 (ο-χλωροφαινυλο)-1 3-διυδρο-3-υδροξυ-2H-1,4 βενζοδιαζεπιν-2-όνη

LORAZEPAM: 7 CHLORO-5- (O-CHLOROPHENYL)-1,3 – DIHYDRO-3-HYDROXY-2H-1,4 BENZODIAZEPIN-2-ONE

28.ΛΟΡΜΕΤΑΖΕΠΙΑΜΗ: 7-χλωρο-5- (ο-χλωροφαινυλο)- 1,3-διυδρο-3-υδροξυ-1-μεθύλο 2H-1,4 – βενζοδιαζεπιν -2-όνη

LORMETAZEPAM: 7-CHLORO-5- (O-CHLOROPHENYL), 1,3-DIHYDRO-3-HYDROXY-1- METHYL 2H-1,4 –BENZODIAZEPIN-2-ONE

29.ΜΕΔΑΖΕΠΙΑΜΗ: 7-χλωρο-2,3-διυδρο-1-μεθυλο-5-φαινυλο-1H -1,4-βενζοδιαζεπίνη

MEDAZEPAMIN: 7-CHLORO-2,3-DIHYDRO-1- METHYL-5-PHENYL-1H-1,4- BENZODIAZEPINE

30.ΜΕΘΥΛΟΦΑΙΝΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ: Μεθυλο-1 αιθυλο-5 φαινυλο-5 βαρβιτουρικό οξύ

METHYLPHENOBARBITAL: ACIDE METHYL-1 ETHYL-5 PENTHYL-5 BARBITURIQUE

31.ΜΕΘΥΠΡΥΛΟΝΗ: Διαθυλο -3,3 διοξο -2,4 μεθυλο-5 πιπεριδίνη

METHYPRYLON: DIETHYL -3,3 DIOXO-2,4 METHYL-5 PIPERIDINE

32.ΜΕΠΡΟΒΑΜΑΤΗ: Δικαρβαμική μεθυλο-2 προπυλο-2 προπανοδιόλη-1,3

MEPROBAMATE: BICARBAMATE DE METHYL-2 PROPYL-2 PROPANEDIOL-1,3

33. NIMETAZEPAMH: 1,3-διδρο-1-μεθυλο-7-νιτρο 5-φαινυλο-2H-1,4 βενζοδιαζεπιν-2-όνη

NIMETAZEPAM: 1,3-διδρο 7-νιτρο-5-φαινυλο-2H-1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

NITRAZEPAM: 1,3-DIHYDRO-7-NITRO-5-PHENYL-2H-1,4 BENZODIAZEPIN-2-ONE

35. NORDAZEPAMH: 7-χλωρο- 1,3-διδρο-5-φαινυλο-2H-1,4 βενζοδιαζεπιν-2-όνη

NORDAZEPAM: 7-CHLORO-1,3-DIHYDRO-5-PHENYL-2H-1,4-BENZODIAZEPIN-2-ONE

36. OΞAZEPAMH: 7-χλωρο – 1,3-διδρο -3- υδροξυ 5-φαινυλο -2H- 1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

OXAZEPAM: 7-CLORO -1,3-DIHYDRO -3- HYDROXY -5- PHENYL -2H -1,4 – BENZODIAZEPIN-2- ONE

37. OΞAZOLAMH: 10-ΧΛΩΡΟ-2,3,7,11B-τετραδιδρο-2 μεθυλο-11β- φαινυλοξαζολο (3M2-δ) (1,4) βενζοδιαζεπιν-6 (5H)-όνη

OXAZOLAM: 10-CHLORO -2,3,7, 11β –TETRAHYDRO-2 METHYL-11β- PHENYLOXAZOLO (3,2-D) (1,4) BENZODIAZEPIN-6(5H)-ONE

38. ΠΕΝΤΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ: Αιθυλο-5 (μεθυλο-1 βουτυλο)-5 βαρβιτουρικό οξύ

PENTOBARBITAL: ACIDE ETHYL-5 (METHYL-1 BUTYL)-5 BARBITURIQUE

39. ΠΙΝΑΖΕΠΑΜΗ: 7-χλωρο-1,3 διδρο-5 φαινυλο-1- (2-προπυλο)-2H-1,4 βενζοδιαζεπιν-2-όνη

PINAZEPAM: 7-CHLORO -1,3- DIHYDRO-5-PHENYL-1-(2-PROPYNYL)-2H-1,4- BENZODIAZEPIN-2-ONE

40. ΠΙΠΡΑΔΡΟΛΗ ή ΠΙΠΡΑΔΟΛΗ: Διφαινυλο-1,1 (πιπεριδυλο-2)-1 μεθανόλη

PIPRADROL: DIPHENYL-1,1 (PIPEDIDYL-2)-1 METHANOL

41. ΠΡΑΖΕΠΑΜΗ: 7-χλωρο-1- (κυκλοπροπυλομεθυλο)-1,3-διδρο-5-φαινυλο-2H-1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

PRAZEPAM: 7-CHLORO-1- (CYCLOPROPYLMETHYL)-1,3-DIHYDRO-5-PHENYL-2H-1,4-BENZODIAZEPIN-2-ONE

42. ΣΕΚΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ: Αλλυλο-5 (μεθυλο-1 βουτυλο)-5 βαρβιτουρικό οξύ

SECOBARBITAL: ACIDE ALLYL-5 (METHYL-1 BUTYL)-5 BARBITURIQUE

43. SPA: (-)-Dimeuylomino-1 difainylo-1,3 aiu; anio

SPA: (-) dimethylamino-1 diphenyl-1,2 ETHANE

44. φαινδιμετραζίνη 9 (+)-3,4-διμεθυλο-2-φαινυλ-μορφολίνη

PHENDIMETRAZINE: (+-3,4-DIMETHYL-2- PHENYLMORPHOLINE

45. ΤΕΜΑΖΕΠΑΜΗ: 7-χλωρο- 1,3διδρο-3- υδροξυ-1-μεθυλο-5-φαινυλο-2H-1,4 βενζοδιαζεπιν-2-όνη

TEMAZEPAM: 7-CHLORO-1, 3-DIHYDRO-3-HDROXY-1-METHYL-5-PHENYL-2H-1,4 – BENZODIAZEPIN-2-ONE

46. ΤΕΤΡΑΖΕΠΑΜΗ: 7-χλωρο-5- (κυκλοεξεν-1-υλο)-1,3-διδρο-1-μεθυλο-2H-1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

TETRAZEPAM: 7-CHLORO-5- (CYCLOEXEN-1-YL), 1,3-DIHYDRO-1-METHYL-2H-1,4- BENZODIAZEPIN-2-ONE

47. ΤΡΙΑΖΟΛΑΜΗ: 8-χλωρο-6- (ο-χλωροφαινυλο)-1- μεθυλο-4H-S triazolo [4,3a] [1,4] βενζοδιαζεπιν

TRIAZOLAM: 8-CHLORO-6-(O-CHLOROPHENYL)-1-METHYL-4H-S-TRIAZOLO [4,3-a] [1,4]BENZODIAZEPINE

48. FAINOΒΑRΒΙΤΑΛΗ: Αιθυλο-5 φαινυλο-5 βαρβιτουρικό οξύ

PHENOBARBITAL: ACIDE ETHYL-5 PHENYL-5 BARBITURIQUE

49. ΦΑΙΝΤΕΡΜΙΝΙ: α,α-διμεθυλοφαιναυθαμίνη

PHENTERMINE: a-a-DIMETHYLPHENETHYLAMINE

50. ΦΘΟΡΑΖΕΠΑΜΗ: 7-χλωρο-1-[2-(διαυθαμινο) αιθυλο]-5-(ο-φθοροφαινυλο)-1,3-διδρο-2H-1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

FLURAZEPAM: 7-CHLORO-1- [2-(DIETHYLAMINO)ETHYL]-5-(O-FLUORAPHENYL)-1,3 DIHYDRO-2H-1,4 – BENZODIAZEPIN-2-ONE

51. ΦΘΟΡΟΔΙΑΖΕΠΑΜΗ: 7-χλωρο-5-(ο-φθοροφαινυλο)-1,3 διδρο-1 – μεθυλο- 2H-1,4 – βενζοδιαζεπιν-2- όνη

FLUDAZEPAM: 7-(CHLORO-5 (O-FLUORAPHENYL)-1,3-DIHYDRO-1- METHYL -2H-1,4- BENZODIAZEPIN-2-ONE

52. ΦΘΟΡΟΝΙΤΑΖΕΠΑΜΗ: 5-(ο-φθοροφαινυλο)-1,3-διδρο-1-μεθυλο-7-νιτρο-2H-1,4-βενζοδιαζεπιν-2-όνη

FLUNITRAZEPAMIN: 5-(O-FLUOROPHENYL)-1,3 DIHYDRO-1-METHYL-7-NITRO-2H-1,4 – BENZODIAZEPIN-2-ONE

53. ΧΛΩΡΟΖΕΠΑΤΗ: 7-χλωρο-2,3-διδρο-2-οξο-5-φαινυλο-1H-1,4 βενζοδιαζεπιν-3-καρβοξυλικό οξύ

CHLORAZEPATE: 7-CHLORO-2,3-DIHDRO-2- OXO-5-PHENYL-1H-1,4- BENZODIAZEPINE-3- CARBOXYIQUE ACIDE

54. ΧΛΩΡΟΔΙΑΖΕΠΟΙΔΙΟ: 7- χλωρο -2-(μεθυλαμινο)-5-φαινυλο-3H-1,4-βενζοδιαζεπιν-4-οξείδιο

CHLORODIAZEPOXIDE: 7-CHLORO-2-(METHYLAPINO)-5-PHENYL-3H-1, 4- BENZODIAZEPINE -4-OXIDE.

55. Τα άλατα και τα ισομερή αυτών, εκτός εάν διαφορετικά αναφέρεται σε άλλη κατηγορία.

Η παραγωγή, εισαγωγή, μεταφορά αποθήκευση, προμήθεια των ουσιών του πίνακα Δ' καθώς και των έτοιμων φαρμακοτεχνικών προϊόντων και ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες αυτές, γίνεται από νομικά και φυσικά πρόσωπα μετά από γνωμοδότηση της Επιτροπής ναρκωτικών με ευθύνη του Ε.Ο.Φ., ο οποίος εκδίδει και τη σχετική άδεια. Η διάθεσή τους στα φαρμακεία, στις φαρμακαποθήκες και στα θεραπευτήρια γίνεται με ευθύνη και υπό τον έλεγχο του Ε.Ο.Φ.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΟΥΣΙΑ	Όνομασία ΣΟ	Κωδικός ΣΟ (εφόσον διαφέρει)
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ι		
Εφεδρίνη	2939	40 10
Εργομετρίνη	2939	60 10
Εργοταμίνη	2939	60 30
Λυσεργικό οξύ	2939	60 50
1-φαινυλο-2-προπανόνη		
Φαινυλεκετάνη	2914	30 10
Ψευδοεφεδρίνη	2939	40 30
Ακετυλανθρανυλικό οξύ-2-		

Ακεταμιδοβενζοϊκό οξύ	2924	29 50
3,4Μεθυλενοδιοξυφαινυλοπροπαν-2-ονη	2932	90 70
Ισοσαφρόλη (CIS-TRANS)	2932	90 73
Πιπερονάλη	2932	90 75
Σαφρόλη	2932	90 71

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

ΠΙΝΑΚΑΣ II

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2		
Οξικός αναδρίτης	2915	24 00
Ανθρανιλικό οξύ	2922	49 50
Φαινυλοξικό οξύ	2916	33 00
Πιπεριδίνη	2933	39 30

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

ΠΙΝΑΚΑΣ III

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3		
Ακετάνη	2932	90 71
Αιθυλαιθέρας Διαθυλικός αιθέρας	2909	11 00
Μεθυλαιθυλκετόνη (ΜΕΚ) Βουτανάνη	2914	12 00
Τολουόλη	2902	30 10/9
Υπερμαγγανικό κάλιο	2841	60 10
Θεικό οξύ	2807	00 10
Υδροχλωρικό οξύ		
Χλωρίδιο του υδρογόνου	2806	10 00

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

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

Επί παραβάσεων επιβάλλονται οι ποινές οι προβλεπόμενες από τον Τελωνειακό Κώδικα" (προσθ.της παρ.4 από άρθρ.9 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119)

"5. Στους επιχειρηματίες που εμπίπτουν στην παράγραφο 2 του άρθρου1 της Ε.2200/600/8003/94 κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων "Ρύθμιση διαδικασιών παραγωγής μεταποίησης, εμπορίας και ελέγχου των προδρόμων ουσιών, παρασκευής

ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών" (ΦΕΚ-547 Α'/94), οι οποίοι δεν τηρούν τις οριζόμενες στην παράγραφο αυτή υποχρεώσεις, επιβάλλεται πρόστιμο από διακόσιες χιλιάδες (200.000) μέχρι πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) δρχ.

(Σημείωση : Με την παρ. 1 του άρθρου 23 του Ν. 2948/01, ΦΕΚ-242 Α', ορίζεται ότι : "Η αναφερόμενη στην παράγραφο 5 φράση «επιβάλλεται πρόστιμο από διακόσιες χιλιάδες (200.000) μέχρι πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) δραχμές» αντικαθίσταται από τη φράση «επιβάλλεται πρόστιμο από 586 μέχρι 1.467 ευρώ»").

6. Στους επιχειρηματίες που προβαίνουν ή συμμετέχουν σε εισαγωγή, εξαγωγή, διαμετακόμιση, μεταποίηση, παρασκευή, κατοχή ή εμπορία προδρόμων ουσιών της κατηγορίας 1 του Παραρτήματος του Κανονισμού (ΕΟΚ) 3769/92, οι οποίοι δεν έχουν λάβει την έγκριση που προβλέπεται από την παρ. 3 του άρθρου 1 της κοινής υπουργικής απόφασης της προηγούμενης παραγράφου, επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) δραχμές μέχρι οκτακόσιες χιλιάδες (800.000) δραχμές.

(Σημείωση : Με την παρ. 2 του άρθρου 23 του Ν. 2948/01, ΦΕΚ-242 Α', ορίζεται ότι : "Η αναφερόμενη στην παράγραφο 6 φράση «επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) δραχμές μέχρι οκτακόσιες χιλιάδες (800.000) δραχμές» αντικαθίσταται από τη φράση « επιβάλλεται πρόστιμο από 1.467 μέχρι 2.347 ευρώ»").

7. Στους επιχειρηματίες που προβαίνουν ή συμμετέχουν σε εισαγωγή, εξαγωγή, διαμετακόμιση, μεταποίηση, παρασκευή, κατοχή ή εμπορία προδρόμων ουσιών της κατηγορίας 2 ή εξαγωγή προδρόμων ουσιών της κατηγορίας 3 του Παραρτήματος του Κανονισμού (ΕΟΚ) 3769/92, οι οποίοι δεν έχουν καταθέσει τα απαιτούμενα από την παρ. 4 της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 5 του παρόντος άρθρου δικαιολογητικά για την καταχώρισή τους, επιβάλλεται πρόστιμο από τετρακόσιες χιλιάδες (400.000) δραχμές μέχρι οκτακόσιες χιλιάδες (800.000) δραχμές.

(Σημείωση : Με την παρ. 3 του άρθρου 23 του Ν. 2948/01, ΦΕΚ-242 Α', ορίζεται ότι : "Η αναφερόμενη στην παράγραφο 7 φράση «επιβάλλεται πρόστιμο από τετρακόσιες χιλιάδες (400.000) δραχμές μέχρι οκτακόσιες χιλιάδες (800.000) δραχμές» αντικαθίσταται από τη φράση « επιβάλλεται πρόστιμο από 1.173 μέχρι 2.347 ευρώ»").

8. Στους επιχειρηματίες, οι οποίοι πωλούν ή διαθέτουν πρόδρομες ουσίες της κατηγορίας 1 του Παραρτήματος του Κανονισμού (ΕΟΚ) 3769/92 σε άλλους επιχειρηματίες οι οποίοι δεν κατέχουν την έγκριση της παραγράφου 3 του άρθρου 1 της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ.5 του παρόντος άρθρου ή δεν εμπίπτουν στην παρ. 8 του άρθρου 46 του Ν. 2214/94

(ΦΕΚ-75 Α'), επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) μέχρι ενάμισυ εκατομμύριο (1.500.000) δραχμές" (προσθ. των παρ. 5,6,7 και 8 από το άρθρο 8 του Ν. 2443/96, ΦΕΚ-265 Α').

(Σημείωση : Με την παρ. 4 του άρθρου 23 του Ν. 2948/01, ΦΕΚ-242 Α', ορίζεται ότι : "Η αναφερόμενη στην παράγραφο 8 φράση «επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσιες χιλιάδες (500.000) μέχρι ενάμισυ εκατομμύριο (1.500.000) δραχμές» αντικαθίσταται από

τη φράση «επιβάλλεται πρόστιμο από 1.467 μέχρι 4.400 ευρώ»".

9. [Η άδεια για την εισαγωγή και εξαγωγή των ουσιών, καθώς και των έτοιμων φαρμακοτεχνικών προϊόντων και ιδιοσκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες που υπάγονται στους πίνακες της παρ. 3 αυτού του άρθρου χορηγείται με απόφαση της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνωμοδότηση της Επιτροπής Ναρκωτικών. Κατά τα λοιπά ισχύουν αυτά που ορίζονται στην παράγραφο 3 αυτού του άρθρου - ΠΡΟΣΘ. ΠΑΡ. 9 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 15 ΤΟΥ Ν. 3204/03, ΦΕΚ-296 Α' Τέλος Τροποποίησης]

Άρθρο 5 : Βασικά εγκλήματα

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

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

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

γ) Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή τους σε στρατόπεδα, αστυνομικά Κρατητήρια, σωφρονιστικά καταστήματα, κατατήματα ανηλικών κάθε κατηγορίας ή τόπους ομαδικής εργασίας ή διαβίωσης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή αναρρωτήρια.

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

ε) Παρασκευάζει είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών ή οποιαδήποτε ναρκωτική ουσία ή παράνομα εισάγει, προμηθεύεται, παράγει, παρασκευάζει, πωλεί, διαθέτει, μεταφέρει, κατέχει ή διανέμει πρόδρομες ουσίες που αναφέρονται στους πίνακες I, II, III του άρθρου 9 του παρόντος νόμου, ή όργανα ή σκεύη, γνωρίζοντας ότι χρησιμοποιούνται ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την παράνομη παραγωγή, καλλιέργεια ή παρασκευή

ναρκωτικών ή εν γένει για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους οι πρόδρομες αυτές ουσίες εισήχθησαν, εξήχθησαν, διακομίστηκαν ή μεταποιήθηκαν. στ) Καλλιεργεί ή συγκομίζει οποιοδήποτε φυτό του γένους της κάνναβης, το φυτό της μήκωνος της υννοφόρου, οποιοδήποτε είδος φυτού του γένους ερυθρόξυλο, καθώς και οποιοδήποτε άλλο φυτό από το οποίο παράγονται ναρκωτικές ουσίες.

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

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

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

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

ια) Νοθεύει ή πωλεί νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών.

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

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

2. Αν η πράξη έχει τελεστεί με περισσότερους τρόπους από τους προβλεπόμενους στην προηγούμενη παράγραφο, αφορά όμως την ίδια ποσότητα ναρκωτικών, στον υπαίτιο επιβάλλεται μία μόνο ποινή, κατά την επιμέτρηση της οποίας λαμβάνεται υπόψη η συνολική εγκληματική δράση του"(αντικ. άρθρου 5 από άρθρο 10 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 6 : Διακεκριμένες περιπτώσεις.

1. "Με κάθειρξη τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών και με χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δρχ. μέχρι εκατόν πενήντα εκατομμυρίων (150.000.000) δρχ. τιμωρείται ο παραβάτης του άρθρου 5:

α) Αν με τη διάπραξη του εγκλήματος τούτου διευκόλυνε ή απέκρυψε τη διάπραξη άλλων εγκλημάτων και β) Αν είναι υπάλληλος (άρθρο 13 στοιχ. α' του Π.Κ.), ο οποίος

λόγω της υπηρεσίας του ασχολείται με τα ναρκωτικά και ιδίως με τη φύλαξή τους ή τη δίωξη των παραβατών του νόμου αυτού ή το έγκλημα συνδέεται με την υπηρεσία του.

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

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

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

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

γ) Πωλεί, προσφέρει, διαθέτει, διανέμει ναρκωτικά σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο σε χώρους που βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση με τους παραπάνω χώρους ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές" (αντικ. του άρθρου 6 από άρθρο 11 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 7 : Κατάχρηση ιδιότητας γιατρών και φαρμακοποιών

1. Με την ποινή του άρθρ. 5 τιμωρείται :

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

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

[1. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από: α) δημόσιες, ειδικές

προς τούτο, μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ., β) τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες, των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται.

2. Η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τη λειτουργία των υποδοχέων των οπιούχων επιτρέπεται για τις ενδείξεις που αναφέρονται στην άδεια κυκλοφορίας τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες, οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης, συνταγογράφησης και διάθεσης των ουσιών αυτών από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς.

3. Όποιος χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης, κατά παράβαση αυτής της διάταξης και των σχετικών υπουργικών αποφάσεων, τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται οι γενικοί όροι, οι προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες για την εκτέλεση και εφαρμογή προγραμμάτων υποκατάστασης από δημόσιους φορείς – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 19 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. Ε ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 12 ΤΟΥ Ν. 2955/01, ΦΕΚ-256 Α'. Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΕΓΙΝΕ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 19 ΤΟΥ Ν. 2716/99 (ΦΕΚ-96 Α') ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΑΡΘΡΟ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΣΤΟ Ν. 2191/93, ΑΡΘΡΟ 12, ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΙΣ ΠΑΡ. 2, 3 ΚΑΙ 4 ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΑΡΘΡΟΥ]

5. Με όμοια απόφαση ορίζονται ποια από τα σκευάσματα ή ιδιοσκευάσματα υπάγονται στους πίνακες του άρθρου 4 και ο τύπος και το σχήμα της θεωρημένης διπλότυπης συνταγής της παραγράφου 3 του άρθρου 7, η οποία για τα φάρμακα που υπάγονται στον πίνακα Δ' θα είναι διαφορετική και δύναται να είναι και επαναλαμβανόμενη.- (Καταργήθηκε η παρ. 5 από το άρθρο 12 Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 8 : Επιβαρυντικές περιστάσεις

[Με ισόβια κάθειρξη και με χρηματική ποινή είκοσι εννέα χιλιάδων τετρακοσίων δώδεκα (29.412) ευρώ μέχρι πεντακοσίων ογδόντα οκτώ χιλιάδων διακοσίων τριάντα πέντε (588.235) ευρώ τιμωρείται ο παραβάτης των άρθρων 5, 6 και 7, αν είναι υπότροπος ή ενεργεί κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια ή ενεργεί με σκοπό να προκαλέσει τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από ανηλικούς ή χρησιμοποιεί με οποιονδήποτε τρόπο ανήλικα πρόσωπα κατά την τέλεση των παραπάνω πράξεων ή μετέρχεται κατά την τέλεση των πράξεων αυτών ή προς το σκοπό διαφυγής του τη χρήση όπλων ή οι περιστάσεις μαρτυρούν ότι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος – ΑΝΤΙΚ.

ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 8 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α'

Ως υπότροπος θεωρείται όποιος έχει καταδικασθεί αμετάκλητα για παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών σε βαθμό κακουργήματος εντός της προηγούμενης δεκαετίας ή σε βαθμό πλημμελήματος εντός της προηγούμενης πενταετίας" (αντικ. άρθρου 8, έτσι όπως είχε αντικατασταθεί από το άρθρο 13 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119, από την παρ. 15β του άρθρου 2 του Ν. 2479/97, ΦΕΚ-67 Α').

Άρθρο 9 : Πρόκληση και διαφήμιση

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

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

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

Άρθρο 10 : Οδήγηση μεταφορικών μέσων

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

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

Άρθρο 11 : Τέλεση από αμέλεια

Αν οι πράξεις των άρθρ. 5 παρ. 1 , 6 και 7 παρ. 1 και 2 τελέστηκαν από αμέλεια επιβάλλεται ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους και με χρηματική ποινή 50.000 μέχρι 10.000 δρχ.

Άρθρο 12 : [Χρήση ναρκωτικών ουσιών – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']

1. [Όποιος για δική του αποκλειστικά χρήση προμηθεύεται ή κατέχει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε ποσότητα, που αποδεδειγμένα εξυπηρετεί αποκλειστικά τις δικές του ανάγκες ή κάνει χρήση τους ή καλλιεργεί φυτά κάνναβης σε αριθμό ή έκταση που δικαιολογούνται μόνο για δική του αποκλειστική χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 3 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']

Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία, γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας, καθώς και των διαγνωστικών στοιχείων των αναφερομένων στο άρθρο 13 του παρόντος νόμου. [Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να προσδιορίζονται τα όρια ποσότητας της κάθε επί μέρους ναρκωτικής ουσίας, που θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη, έστω και εξαρτημένου, για ορισμένο χρόνο – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']

Κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία, στην οποία ανήκει.

2. Καταδικαστικές αποφάσεις της προηγούμενης παραγράφου δεν καταχωρίζονται στα αντίγραφα των δελτίων ποινικού μητρώου, εκτός αν μέσα σε πέντε χρόνια από τη δημοσίευση της αμετάκλητης καταδικαστικής απόφασης επακολούθησει αμετάκλητη καταδίκη για την ίδια πράξη – ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ Η ΗΔΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΠΑΡ. 2 ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΤΙΘΕΤΑΙ Η ΩΣ ΑΝΩ ΠΑΡ. 2 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 5 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']

3. Βούλευμα ή απόφαση, ότι ο υπαίτιος δεν πρέπει να τιμωρηθεί, μπορεί να εκδοθεί και ο δράστης της παρ. 1 του παρόντος να κριθεί ατιμώρητος χωρίς να διαταχθεί προηγουμένως ή από μέρους του παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, όταν το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες τελέστηκε η πράξη και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν τελειώς συμπτωματική και δεν είναι πιθανόν να επαναληφθεί αυτή ή κάποια άλλη του παρόντος νόμου. Σε κάθε περίπτωση το συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να επιβάλλει στον κρινόμενο ατιμώρητο δράστη έναν ή περισσότερους όρους του άρθρου 100Α παρ. 2 του Π.Κ. Το ως άνω βούλευμα ή η απόφαση υπόκεινται σε έφεση και σε αναίρεση" (αντικ. του άρθρου 12 από άρθρ. 14 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

[4. Ο υπαίτιος των πράξεων της παραγράφου 1 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών, αν από τη μικροποσότητα ναρκωτικών που έχει προμηθευτεί για τις προσωπικές του ανάγκες, διαθέτει σε άλλον μικρή ποσότητα για δική του αποκλειστική χρήση. Η ποινή αυτή μπορεί να μετατρέπεται σε χρηματική και να αναστέλλεται σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα.]

Αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 6 ή επιβαρυντική κατάσταση του άρθρου 8, η διάταξη του πρώτου εδαφίου δεν εφαρμόζεται – **ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 6 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']**

Το μέγεθος της μικρής ποσότητας ναρκωτικής ουσίας μπορεί να προσδιορίζεται με την απόφαση της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού – **ΠΡΟΣΘ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 9 ΤΟΥ Ν. 2721/99, ΦΕΚ-112 Α']**

'Άρθρο 13 : Χρήστες ναρκωτικών ουσιών που υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση

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

2. Η συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων της προηγούμενης παραγράφου στο πρόσωπο κατηγορούμενου ή καταδίκου διαπιστώνεται από το δικαστήριο. Για το σκοπό αυτόν το δικαστήριο μπορεί να διατάξει ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, προκειμένου να καθοριστεί αν πράγματι υπάρχει εξάρτηση, καθώς και το είδος και η έκταση αυτής κατά τα αναφερόμενα ειδικότερα στην παρ.

3. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα Εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι. της χώρας, τις Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία, που έχουν τη δυνατότητα να διεξαγάγουν τέτοια πραγματογνωμοσύνη με αντίστοιχες κλινικές και εργαστήρια. Πίνακας με τις υπηρεσίες που πληρούν τις προϋποθέσεις για την πραγματογνωμοσύνη διαβιβάζεται ανά έτος στον αρμόδιο εισαγγελέα με ευθύνη των υπουργείων που τις εποπτεύουν. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις επιτρέπεται η ανάθεση πραγματογνωμοσύνης σε 3 πραγματογνώμονες γιατρούς, από τους οποίους ο ένας τουλάχιστον ψυχίατρος κατά πρότιμηση κρατικούς λειτουργούς ή διορισμένους πραγματογνώμονες στον Πίνακα Πραγματογνώμωνων κατ' άρθρ.185 τού Κ.Π.Δ. Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται σύμφωνα με τις διατυπώσεις που ορίζει κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Δικαιοσύνης.

3. Ο ενεργών την προανάκριση ή κύρια ανάκριση

διατάσσει υποχρεωτικά τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, εάν υποβληθεί ισχυρισμός του κατηγορούμενου ότι είναι τοξικομανής εντός 24 ωρών από τη σύλληψή του ή κατά την αρχική απολογία του, η οποία καταχωρείται στην έκθεση σύλληψης εξέτασης ή απολογίας. Η πραγματογνωμοσύνη διατάσσεται το αργότερο εντός 24 ωρών από τη σύλληψη ή την αρχική απολογία του δράστη.

Οι πραγματογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο αμέσως μόλις τους γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία και σε κάθε περίπτωση το αργότερο εντός 48 ωρών συντάσσουν δε και υποβάλλουν την έκθεσή τους, όσο το δυνατόν ταχύτερα. Αν οι πραγματογνώμονες αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση, πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική) κι αν είναι δυνατόν το βαθμό της, το συνήθως χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό (εξαρτησιογόνο), την ημερήσια δόση, την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και αν τους ζητείται ειδικώς με την παραγγελία, την επίδραση της εξάρτησης στον καταλογισμό.

"4. Δράστης, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ.1, αν είναι υπαίτιος τελέσεως:

α) της πράξεως του άρθρου 12 παρ. 1, παραμένει ατιμώρητος και εφαρμόζονται σ'αυτόν οι διατάξεις του άρθρου 14 του παρόντος νόμου β) των πράξεων του άρθρου 5 παρ. 1 περ. β', στ', ζ', η', ι', και ιβ' του παρόντος νόμου, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους και με χρηματική ποινή διακοσίων χιλιάδων (200.000) δρχ. έως πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δρχ. "και αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση του άρθρου 6 ή επιβαρυντική περίπτωση του άρθρου 8 τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα ετών και με χρηματική ποινή τριακοσίων χιλιάδων (300.000) δρχ. έως πενήντα εκατομμυρίων (50.000.000) δρχ." (προσθ. της μέσα σε "" φράσης από την παρ. 15 του άρθρου 2 του Ν. 2479/97, ΦΕΚ-67 Α') και γ) των πράξεων των άρθρων 5 παρ. 1 περ. α', γ', δ', ε', θ', ια', ιγ', ή 7 του παρόντος νόμου τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα (10) ετών και με χρηματική ποινή διακοσίων χιλιάδων (200.000) δραχμών μέχρι δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών κι αν συντρέχει διακεκριμένη περίπτωση του άρθρου 6 η επιβαρυντική περίπτωση του άρθρου 8 τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη και χρηματική ποινή πεντακοσίων χιλιάδων (500.000) δραχμών μέχρι εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών" (αντικ. του άρθρου 13 από την παρ. 2β του άρθρου 4 του Ν. 2408/96, ΦΕΚ-104 Α' έτσι όπως είχε αντικατασταθεί από το άρθρο 15 Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

[5. Των ευεργετικών διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου και των περιπτώσεων α', ε' και ι' της παραγράφου 1 του άρθρου 21 του ν. 2331/1995 απολαμβάνουν, εκτός από εκείνους που θα ακολουθήσουν εγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα της ημεδαπής και όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών με την έννοια της παραγράφου 1 του

παρόντος άρθρου αλλά αποδεδειγμένα την απέκτησαν και την απέβαλαν, υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις: α) Η απόκτηση της έξι της χρήσης ναρκωτικών ουσιών σε χρόνο προγενέστερο της πράξης πρέπει να αποδεικνύεται κατά τρόπο αδιαμφισβήτητο από εργαστηριακές εξετάσεις, εκθέσεις ή βεβαιώσεις προερχόμενες από επιστημονικό διευθυντή δημόσιου νοσοκομείου της ημεδαπής ή χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή αναγνωρισμένων από τις αρμόδιες αρχές, θεραπευτικών προγραμμάτων της ημεδαπής ή χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και β) Η εντελής απεξάρτηση να αποδεικνύεται με βεβαίωση αναγνωρισμένης κατά νόμο θεραπευτικής κοινότητας που λειτουργεί νομότυπα στα πλαίσια των θεραπευτικών προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η βεβαίωση θα δίδεται μετά από προηγούμενη παρακολούθηση εγκεκριμένου κατά νόμο θεραπευτικού προγράμματος σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης για διάστημα έξι (6) τουλάχιστον μηνών. Σε περίπτωση που δεν προσκομιστεί αυτή η βεβαίωση αλλά αποδέχεται ο κατηγορούμενος την εισαγωγή του, διατάσσεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο η εισαγωγή του αιτουμένου την εφαρμογή των ευεργετικών διατάξεων, σε θεραπευτική κοινότητα του προηγούμενου εδαφίου. Απαιτείται επίσης να προσκομιστεί πιστοποιητικό ότι ο κατηγορούμενος δεν διώκεται για αξιόποινες πράξεις που τυχόν διέπραξε στο διάστημα της επικαλούμενης θεραπείας μέχρι την εκδίκαση του αδικήματος με αφορμή το οποίο ζητεί την εφαρμογή των ευεργετικών διατάξεων που έχουν σχέση με τα ναρκωτικά και την εξασφάλιση μέσων για την προμήθειά τους – ΠΡΟΣΘ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 9 ΤΟΥ Ν. 2721/99, ΦΕΚ-112 Α')]

Άρθρο 14 : Ειδική μεταχείριση χρηστών

1. "Αν καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη, δράστης, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1, το δικαστήριο μπορεί με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την εισαγωγή την προς σωματική απεξάρτηση, σε Ειδικό Θεραπευτικό κατάστημα ή Ειδικά Τμήμα Καταστήματος Κράτησης. Αν η ανάγκη για τη σωματική αγωγή απεξάρτηση προκύψει κατά τη διάρκεια της ανάκρισης, η εισαγωγή διατάσσεται από τον ανακριτή, μετά σύμφωνη γνώμη του εισαγγελέα, σε κατάλληλο Θεραπευτικό Ίδρυμα ή Κατάστημα. Εάν ο παραπάνω δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, μπορεί το δικαστήριο με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκτιση μέρους της ποινής σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, στο οποίο ο δράστης εισάγεται για ψυχική απεξάρτηση μέχρις αποθεραπείας του. [Την εισαγωγή του δράστη σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, που λειτουργεί υπό την ευθύνη αναγνωρισμένου κατά νόμο φορέα, μπορεί να διατάξει και ο ανακριτής με σύμφωνη γνώμη του Εισαγγελέα, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παράγραφος 1 – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 7 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']

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

2. [Όποιος καταδικάστηκε σε ποινή φυλακίσεως και υποβάλλεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα κατά την προηγούμενη παράγραφο, μπορεί με βούλευμα του συμβουλίου πλημμελειοδικών του τόπου της κράτησης, μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου του Ειδικού Θεραπευτικού Καταστήματος ή του υπευθύνου του Ειδικού Τμήματος του Καταστήματος Κράτησης, να απολυθεί υπό όρο και πριν από τη συμπλήρωση του απαιτούμενου κατά τα άρθρα 105 επ. Π.Κ. χρόνου, εφόσον έχει παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα απεξάρτησης – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΔΑΦΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 8 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α']

Το Συμβούλιο στην απόφασή του για υφ' όρον απόλυση μπορεί να εμφανίζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα Απεξάρτησης και να υποβάλλεται σε βιοχημικές, τοξικολογικές ή άλλες εξετάσεις. Αν απ' αυτές αποδειχθεί ότι επανήρchiσε τη χρήση ναρκωτικών ή αν αρνείται ή παραλείπει να εξετάζεται, το Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα υποχρεούται να ειδοποιεί τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών, οπότε με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών ή υφ' όρον απόλυση ανακαλείται.

3. Αν το δικαστήριο κρίνει μη τιμωρητέο, κατά το άρθρο 13 παρ. 4 εδ. α ή αθωώσει για έλλειψη καταλογισμού δράστη, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ.1, μπορεί εφόσον ο δράστης το επιθυμεί, να διατάξει την εισαγωγή του σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απεξάρτηση. Αν μετά την σωματική απεξάρτηση ο δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό θεραπευτικό Κατάστημα.

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

5. Η καταδικαστική απόφαση αναγράφεται μόνο στα αντίγραφα που προορίζονται για δικαστική χρήση, στην περίπτωση κατά την οποία εκείνος που καταδικάστηκε έχει απολυθεί υπό όρους μετά από επιτυχή παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου και του άρθρου 26 του αυτού νόμου – ΑΝΤΙΚ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡ. 4 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 9 ΤΟΥ Ν. 2721/99, ΦΕΚ-112 Α']

(αντικ. του άρθρου 14 από άρθρο 16 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 15 : Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος

1. Σε περίπτωση καταδίκης για παράβαση των άρθρ. 5,6,7,8 και 9 το δικαστήριο δύναται να διατάσσει την απαγόρευση άσκησης του επαγγέλματος του δράστη για ένα μέχρι 5 έτη εφόσον κρίνει ότι η παράβαση έχει σχέση με το επάγγελμά του. Οι διατάξεις που προβλέπουν πειθαρχικές ή διοικητικές κυρώσεις δε θίγονται.
2. Η απαγόρευση της άσκησης του επαγγέλματος αρχίζει από τη λήξη της στερητικής της ελευθερίας ποινής. Αν εκτός από την ποινή έχουν επιβληθεί και μέτρο ασφάλειας, η απαγόρευση αρχίζει από τη λήξη του μέτρου.
3. Η απαγόρευση της άσκησης επαγγέλματος συνεπάγεται και την παύση της λειτουργίας του καταστήματος ή γραφείου, για ίσο χρονικό διάστημα, αν η άσκηση του επαγγέλματος αυτού προϋποθέτει την ύπαρξη και λειτουργία τους.
4. Για όσο χρόνο διαρκεί η απαγόρευση άσκησης του επαγγέλματος, εκείνος στον οποίο έχει επιβληθεί δεν μπορεί να ασκήσει το επάγγελμα αυτό ούτε προσωπικώς ούτε μέσω άλλου ή για λογαριασμό τρίτου. Σε περίπτωση παράβασης της απαγόρευσης αυτής ο υπαίτιος τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος και με χρηματική ποινή.

Άρθρο 16 : Δημοσίευση καταδικαστικής απόφασης

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

Άρθρο 17 : Περιορισμοί διαμονής

1. Σε κάθε περίπτωση καταδίκης σε ποινή κάθειρξης για παράβαση του νόμου αυτού, το δικαστήριο, αν κρίνει ότι η διαμονή του καταδικασμένου σε ορισμένους τόπους δημιουργεί κινδύνους για τον ίδιο ή για τρίτους, μπορεί να διατάξει την απαγόρευση της διαμονής του στους τόπους αυτούς για χρονικό διάστημα ενός (1) μέχρι πέντε (5) ετών.
2. Για αλλοδαπούς που καταδικάζονται για παράβαση του νόμου αυτού σε ποινή κάθειρξης το δικαστήριο διατάσσει την ισόβια απέλασή τους από τη χώρα, εκτός αν συντρέχουν σπουδαίοι λόγοι, ιδίως οικογενειακοί, που δικαιολογούν την παραμονή τους, οπότε ισχύουν και γι' αυτούς οι ρυθμίσεις της παραγράφου 1. Για την εκτέλεση της απέλασης εφαρμόζεται το άρθρο 74 του Π.Κ. με επιφύλαξη των σχετικών διατάξεων που περιλαμβάνονται σε διεθνείς συμβάσεις, οι οποίες έχουν κυρωθεί από την

Ελλάδα – ΑΝΤΙΚ. ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 17 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 9 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α]

Άρθρο 18 : Ανήλικοι δράστες

1. Σε ανήλικους που δεν έχουν συμπληρώσει το 17ο έτος της ηλικίας τους και τέλεσαν πράξεις προβλεπόμενες στο νόμο αυτό, εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρ. 121 έως 122 του Ποινικού Κώδικα, εφόσον είναι ευμενέστερες γι'αυτούς.

«Άρθρο 123

Θεραπευτικά μέτρα.

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

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

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

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

Άρθρο 19 : Δήμευση

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

καταδικάστηκε ορισμένο πρόσωπο. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι ρυθμίσεις της Σύμβασης Ην. Εθνών κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπων ουσιών (v.1990/1991) και ιδία εκείνες του άρθρου 5 αυτής αναφορικά με τη δήμευση περιουσιακών στοιχείων. Όσα από τα τεχνικά μέσα που δημεύονται με τελεσίδικη δικαστική απόφαση κρίνονται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. ως άκρως απαραίτητα για την κάλυψη αναγκών των υπηρεσιών δίωξης ναρκωτικών αποδίδονται, κατά προτίμηση, στις υπηρεσίες που ενήργησαν την κατάσχεση ύστερα από αίτημά τους". (αντικ. της παρ. 1 του άρθρου 19 από άρθρ. 17 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

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

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

[Άρθρο 19Α

Όσοι καταδικάστηκαν για παράβαση του νόμου αυτού σε ποινή κάθειρξης μπορούν να απολυθούν υπό τον όρο της ανάκλησης, εφόσον έχουν εκτίσει, προκειμένου για πρόσκαιρη κάθειρξη, τα τέσσερα πέμπτα της ποινής τους και προκειμένου για ισόβια κάθειρξη, τουλάχιστον είκοσι πέντε έτη. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 105 του Ποινικού Κώδικα δεν εφαρμόζονται. Στον κατά το πρώτο εδάφιο κατάδικο δεν μπορεί να χορηγηθεί η υπό όρο απόλυση, αν δεν έχει παραμείνει στο σωφρονιστικό κατάστημα για χρονικό διάστημα, προκειμένου για πρόσκαιρη κάθειρξη, ίσο με τα δύο τρίτα της ποινής που του επιβλήθηκε και, σε περίπτωση ισόβιας κάθειρξης, είκοσι ετών - ΠΡΟΣΘ. ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 1 ΤΟΥ Ν. 2943/01, ΦΕΚ-203 Α']

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

'Άρθρο 20 : Προανάκριση

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

2. Συνιστάται μικτό όργανο αποτελούμενο από

υπαλλήλους των Υπηρεσιών της παρ. 1 για την αξιοποίηση των πληροφοριών και το συντονισμό της δράσης των αρμοδίων υπηρεσιών της Ελληνικής Αστυνομίας, της Τελωνειακής Υπηρεσίας, του Σώματος Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος και του Λιμενικού Σώματος" (αντικ. των παρ. 1 και 2 από την παρ. 1 του άρθρου 33 του Ν. 2648/98, ΦΕΚ-238 Α').

3. Με π.δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Δημοσίας Τάξης, Οικονομικών και Εμπορικής Ναυτιλίας, ρυθμίζονται οι αρμοδιότητες και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με τη λειτουργία του οργάνου της παρ. 2.

"4. Οι προανακριτικοί υπάλληλοι της Ελληνικής Αστυνομίας, της Τελωνειακής Υπηρεσίας, του Σώματος Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος και του Λιμενικού Σώματος μπορούν να καλούν για εξέταση μάρτυρες και να παίρνουν απολογίες κατηγορουμένων για πράξεις του νόμου αυτού, ανεξάρτητα αν οι μάρτυρες ή οι κατηγορούμενοι είναι κάτοικοι της περιφέρειάς τους. Επίσης μπορούν να μεταβαίνουν για τη διεξαγωγή των παραπάνω προανακριτικών πράξεων και έξω από την περιφέρειά τους, εφόσον πρόκειται για χώρο εδαφικής αρμοδιότητας του Σώματος στο οποίο ανήκουν ειδοποιώντας ταυτόχρονα τον εισαγγελέα πηρομειοδικών του τόπου στον οποίο διεξάγεται η προανακριτική πράξη" (αντικ. της παρ. 4, όπως είχε αντικατασταθεί από άρθρ. 18 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119, από την παρ. 2 του άρθρου 33 του Ν. 2648/98, ΦΕΚ-238 Α').

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

'Άρθρο 21 : Προδικασία - Αρμοδιότητες

1. Για την εκδίκαση των πράξεων που αναφέρονται στα άρθρα 5,6,7 παρ. 1 και 2,8,9, παρ. 1 εδαφ. β' 10 παρ. 1 εδαφ. β' και 19 παρ. 2 αρμόδιο είναι το Τριμελές Εφετείο. " Η εκδίκαση των υποθέσεων γίνεται σε ιδιαίτερες δικασίμου κατά τις οποίες προσδιορίζονται μόνο υποθέσεις που αφορούν εγκλήματα τα οποία προβλέπονται στον παρόντα νόμο. Για την εκδίκαση αυτών των υποθέσεων τα ποινικά εφετεία μπορεί να συνεδριάζουν και κατά τη διάρκεια των δικαστικών διακοπών" (προσθ. δευτέρου εδαφ. από την παρ. 1 του άρθρ. 20 του Ν. 1941/91, ΦΕΚ Α'41).

2. Στο άρθρ. 106 του Κ.Π.Δ. προσθέτονται και οι περιπτώσεις των εγκλημάτων που περιγράφονται στα άρθρ. 5 μέχρι 13.

"3. Για εγκλήματα προβλεπόμενα στον παρόντα νόμο :

α)Η ανάκριση στις πόλεις Αθηνών, Πειραιώς και Θεσσαλονίκης διεξάγεται από ανακριτές στους οποίους

ανατίθεται αποκλειστικά η ανάκριση μόνο αυτών των εγκλημάτων.

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

γ) Μόλις περατωθεί η ανάκριση, η δικογραφία υποβάλλεται από τον εισαγγελέα εφετών, ο οποίος εν κρίνει ότι προκύπτουν ενδείξεις και ότι δεν πρέπει να την επιστρέψει για να συμπληρωθεί εισάγει, εφόσον συμφωνεί και ο πρόεδρος των εφετών, την υπόθεση στο ακροατήριο με απευθείας κλήση, κατά της οποίας δεν επιτρέπεται προσφυγή" (αντικ. της παρ. 3 από την παρ. 2 άρθρου 20 Ν. 1941/91, ΦΕΚ Α' 41).

"Αν ο εισαγγελέας εφετών κρίνει ότι δεν συντρέχουν σοβαρές ενδείξεις για τη παραπομπή του κατηγορούμενου στο ακροατήριο με απευθείας κλήση, εισάγει την υπόθεση με πρόταση του στο Συμβούλιο Εφετών που αποφασίζει σύμφωνα με όσα ορίζονται στα άρθρα 309-315 του Κ.Π.Δ." (προσθ. του τελευταίου εδαφ. από το άρθρο 20 Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

[Αν κρίνει ότι οι πράξεις έχουν χαρακτήρα πλημμελήματος, αποφαινεται σχετικώς με αιτιολογημένη διάταξη και με παραγγελία του προς τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών εισάγεται η υπόθεση από τον τελευταίο στο συμβούλιο πλημμελειοδικών – ΠΡΟΣΘ. ΕΛΔΦΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 1 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 57 ΤΟΥ Ν. 3160/03, ΦΕΚ-165 Α']

[δ) Σε περίπτωση αντικατάστασης της προσωρινής κράτησης με περιοριστικούς όρους, το αρμόδιο δικαστικό συμβούλιο μπορεί, μεταξύ των όρων, να συμπεριλάβει και την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος συντήρησης και απεξάρτησης του αιτούντος, εφόσον έχει γίνει δεκτός από εγκεκριμένο προς τούτο φορέα – ΠΡΟΣΘ. ΤΗΣ ΠΕΡ. δ ΣΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 21 ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡ. 10 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 5 ΤΟΥ Ν. 3189/03, ΦΕΚ-243 Α'. ΤΟ ΑΥΘΕΝΤΙΚΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΘΕΤΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡ. 2 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 21. ΠΡΟΦΑΝΩΣ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΠΕΡΙ ΠΑΡΑΔΡΟΜΗΣ ΚΑΙ ΕΧΕΙ ΤΕΘΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡ. 3 ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΑΡΘΡΟΥ]

4. Σε περίπτωση εισαγωγής με απευθείας κλήση, για τη διάρκεια της ισχύος του εντάλματος σύλληψης και για τη διάρκεια της προσωρινής κράτησης του κατηγορούμενου αποφαινεται με διάταξη του, κατά της οποίας δε χωρεί

προσφυγή, ο πρόεδρος εφετών. Για την άρση ή την αντικατάσταση της προσωρινής κράτησης με άλλο όρο, αποφαινεται το συμβούλιο εφετών. Αν διατάχθηκε η διατήρηση της ισχύος του εντάλματος σύλληψης, ο εισαγγελέας εφετών με διάταξη του, της οποίας δεν απαιτείται τοιχοκόλληση,, διατάσσει την αναστολή της διαδικασίας που διεξάγεται στο ακροατήριο ως προς τον κατηγορούμενο που φυγοδικεί, μέχρι να προσέλθει ή να συλληφθεί.

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

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

Άρθρο 22 : Κατάσχεση

1. Τα ναρκωτικά κατάσχονται και δημεύονται σε κάθε περίπτωση. Κατά τη διάρκεια της προδικασίας, καθώς και στην περίπτωση μη άσκησης ποινικής δίωξης, ή σε περίπτωση αποχής για οποιονδήποτε λόγο απ'αυτήν τη δήμευση διατάσσει το συμβούλιο πλημμελειοδικών.

"2. Η επιβληθείσα κατάσχεση καθώς και η ιδιότητα των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών γνωστοποιείται αμέσως από τον αρμόδιο ανακριτή ή τους κατά το άρθρο τούτο ανακριτικούς υπαλλήλους στον κατηγορούμενο, στον κύριο και στον κάτοχο των κατασχεθέντων ναρκωτικών, στον κύριο και στον κάτοχο του μεταφορικού μέσου ή άλλου αντικειμένου στο οποίο βρέθηκαν, εκτός αν κάποιος από αυτούς είναι άγνωστος ή απουσιάζει ή δεν είναι για κάποιο άλλο λόγο εφικτή η γνωστοποίηση.

Συγχρόνως καλούνται οι ανωτέρω να δηλώσουν στο γνωστοποιούντα, αν αμφισβητούν την ιδιότητα των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών. Για όλα αυτά γίνεται ρητή αναφορά στην έκθεση κατασχέσεως ή σε χωριστή έκθεση την οποία υπογράφουν και εκείνοι στους οποίους γίνεται η γνωστοποίηση. Στην ίδια έκθεση γίνεται μνεία και της τυχόν αμφισβήτησης της ιδιότητας των κατασχεθέντων ως ναρκωτικών. Η αμφισβήτηση όμως αυτή μπορεί να γίνει και με έγγραφη δήλωση, που επιδίδεται στο γνωστοποιούντα το αργότερο τη μεθεπόμενη εργάσιμη ημέρα της γνωστοποίησης. Δείγμα των κατασχεθέντων ναρκωτικών αποστέλλεται στα

Εργαστήρια της Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι. της χώρας μας ή στο Γενικό Χημείο του Κράτους ή σε κάποιο από τα παραρτήματα του για εξέταση και έρευνα.

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

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

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

5. Το δικαστήριο διατάζει σε κάθε περίπτωση την καταστροφή των ναρκωτικών, αν για οποιονδήποτε λόγο δεν έγινε ή δεν διατάχθηκε σύμφωνα με τις προηγούμενες παραγράφους. Η καταστροφή γίνεται ενώπιον επιτροπής, στην οποία προεδρεύει ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών και μετέχει ο προϊστάμενος της διοικητικής αρχής που ενήργησε την προανάκριση και ο νομιάτρος ή αναπληρωτές τους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Δημόσιας Τάξης και Οικονομικών, καθορίζονται τα μέσα και ο τόπος όπου θα γίνεται η καταστροφή, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου αυτού. Οι δαπάνες βαρύνουν τον προϋπολογισμό των αρμόδιων υπηρεσιών" (αντικ. της παρ. 2 και προσθήκη των παρ. 3 έως 5 από το άρθρο 19 Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 23 : Εκτέλεση Θεραπευτικών διατάξεων

1. Αν ο χρόνος νοσηλείας του δράστη κατά το άρθρ. 14 υπερβαίνει το ένα έτος που είναι ο ελάχιστος χρόνος θεραπείας, η διεύθυνση του ιδρύματος, στο οποίο νοσηλεύεται, μετά τη λήξη κάθε έτους αναφέρει με έκθεσή της στον εισαγγελέα πλημμελειοδικών του τόπου εκτέλεσης της ποινής ή του μέτρου ασφαλείας την πορεία θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόζεται σ' αυτόν και τον προβλεπόμενο αναγκαίο χρόνο της παραπέρα παραμονής του στο ίδρυμα. Με βάση την έκθεση αυτή το τριμελές πλημμελειοδικείο αποφασίζει για την παράταση της κράτησης.

Το δικαστήριο, το οποίο μπορεί να διατάζει και πραγματογνωμοσύνη κατά την παρ. 2 του άρθρ. 13, αποφαινεται αμετακλήτως αν συντρέχει λόγος παράτασης της κράτησης στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

2. Σε περίπτωση αποθεραπείας του κρατούμενου στο νοσηλευτικό ιδρύματα προσώπου, το δικαστήριο διατάσσει την απόλυσή του, αν αυτός έχει κηρυχθεί ανίκανος, κατά το άρθρ. 34 του Ποινικού Κώδικα. Σε περίπτωση που υπάρχει υπόλοιπο ποινής, το δικαστήριο αποφασίζει αν συντρέχει σπουδαίος λόγος έκτισής της, αλλιώς διατάσσει την απόλυση υπό όρους.

Οι όροι αυτοί μπορούν να αφορούν τον τρόπο ζωής του και ιδίως τον τόπο διαμονής του, καθώς και την υποχρέωσή του να εμφανίζεται στον πλησιέστερο προς τον τόπο διαμονής του συμβουλευτικό σταθμό ή ειδικό κέντρο αποτοξίνωσης ή γενικό νοσοκομείο οποτεδήποτε κληθεί, για έλεγχο της τήρησης των όρων. Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει βιοχημικές, τοξικολογικές ή άλλες ιατρικές εξετάσεις που διεξάγονται από ειδικό κέντρο αποτοξίνωσης ή τον αρμόδιο τομέα ανωτάτου εκπαιδευτικού ιδρύματος.

3. Σε περίπτωση που ο κατάδικος δεν απολύθηκε σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, το δικαστήριο κατά τη λήξη κάθε έτους αποφασίζει για την απόλυσή του, ύστερα από αίτηση του ιδίου ή του διευθυντού του ιδρύματος στο οποίο κρατείται με πρόταση του εισαγγελέα.

4. Αν διαταχθεί σύμφωνα με τους όρους του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας η προσωρινή κράτηση κατηγορουμένου για οποιοδήποτε έγκλημα και διαπιστωθεί ότι στο πρόσωπο του συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρ. 13 παρ. 1, εφαρμόζεται αναλόγως το άρθρ.

14. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας για την προσωρινή κράτηση.

Αν ο κατηγορούμενος αθωωθεί, η παραπέρα παραμονή του στο νοσηλευτικό ίδρυμα εξαρτάται από τη συγκατάθεσή του.

Στην περίπτωση αυτή, αν ο κατηγορούμενος κρατείται σε σωφρονιστικό νοσηλευτικό ίδρυμα μεταφέρεται οπωσδήποτε σε άλλο κατάλληλο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα. (Το άρθρ. 23 ισχύει με την επιφύλαξη της παρ. 6 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 24 : Μεταμέλεια

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

Την παραπάνω αναστολή μπορεί να διατάξει και το δικαστήριο.

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

3. Αν μετά την αναστολή της ποινικής δίωξης προκύψει ότι οι δοθείσες από τον υπαίτιο πληροφορίες δεν ήταν αληθινές ή ότι δεν επρόκειτο για συμμορία διακίνησης ναρκωτικών ή για μεγάλου ποσού ναρκωτικών, το σχετικό βούλευμα ή απόφαση ανακαλείται και συνεχίζεται κατά του υπαίτιου η ανασταλείσα ποινική δίωξη.

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

5. Οι διατάξεις του άρθρου 14 του ν. 1916/1990 για την προστασία του κατηγορούμενου εφαρμόζονται αναλόγως" (αντικ. άρθρου 24 από άρθρ. 21 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 25 : Εκτέλεση μέτρου περιορισμού διαμονής

1. Ο περιορισμός διαμονής εκτελείται με την επιμέλεια του εισαγγελέα πλημμελειοδικών του τόπου διαμονής του καταδικασμένου μέσω των αστυνομικών αρχών. Ο εισαγγελέας μπορεί να επιτρέψει την άρση του περιορισμού διαμονής για σύντομα χρονικά διαστήματα και για την εκπλήρωση προσωπικών ή οικογενειακών αναγκών του καταδικασμένου.

2. Το δικαστήριο μετά τη συμπλήρωση έξι μηνών, ύστερα από αίτηση του καταδικασμένου ή αιτιολογημένη έκθεση του εισαγγελέα του τόπου διαμονής του, μπορεί να άρει τους περιορισμούς διαμονής ή να μειώσει τη διάρκειά τους.

Άρθρο 25B : Πράξεις ελεγκτικών οργάνων

1. Δεν είναι άδικη η πράξη αστυνομικού, τελωνειακού υπαλλήλου, υπαλλήλου ΣΔΟΕ και λιμενικού υπαλλήλου που με εντολή του αρμόδιου για τη δίωξη ναρκωτικών προϊσταμένου του και με σκοπό την ανακάλυψη ή σύλληψη προσώπου, που διαπράττει έγκλημα από τα αναφερόμενα στα άρθρα 5 και 8 του παρόντος νόμου, εμφανίζεται ως υπονήπιος αγοραστής ή μεταφορέας ή εν γένει ενδιαφερόμενος για τη διακίνηση, φύλαξη ή διάθεση ναρκωτικών. Το ίδιο ισχύει και για τον ιδιώτη που με αυτό το σκοπό ενεργεί ύστερα από πρόταση των αρμοδίων για τη δίωξη ναρκωτικών, υπηρεσιών.

Οφείλει όμως στην περίπτωση αυτήν, ο επικεφαλής της υπηρεσίας αυτής να ειδοποιήσει προηγουμένως, έστω και τηλεφωνικά, τον αρμόδιο εισαγγελέα πλημμελειοδικών.

2. Επίσης δεν είναι άδικη η πράξη αστυνομικού, τελωνειακού υπαλλήλου, υπαλλήλου ΣΔΟΕ και λιμενικού υπαλλήλου, όταν ύστερα από βάσιμη καταγγελία ή ισχυρές υπόνοιες, ενεργεί έρευνα σε μεταφορικό μέσο για την ανεύρεση ναρκωτικών" (αντικ. του άρθρου 25B, έτσι όπως αυτό είχε προστεθεί από το άρθρ. 22 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119, από την παρ. 3 του άρθρου 33 του Ν. 2648/98, ΦΕΚ-238 Α').

(Σημείωση : Με το άρθρο 68 του Ν. 3028/02, ΦΕΚ-153 Α' ορίζεται ότι : «Οι διατάξεις του άρθρου 25B του Ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α'), που προστέθηκε με το άρθρο 22 του Ν. 2161/ 1993 (ΦΕΚ 119 Α') εφαρμόζονται αναλόγως και στα εγκλήματα της κλοπής μνημείων, της υπεξαίρεσης μνημείων, της φθοράς μνημείων, της αποδοχής και διάθεσης μνημείων που αποτελούν προϊόντα εγκλήματος, της παράνομης ανασκαφής ή άλλης αρχαιολογικής έρευνας και της παράνομης εξαγωγής πολιτιστικών αγαθών. Η ενέργεια του ελεγκτικού οργάνου περιορίζεται στις πράξεις που είναι απολύτως αναγκαίες για τη διακρίβωση των εγκλημάτων αυτών, η τέλεση των οποίων θα πρέπει πάντως να είχε προαποφασισθεί από το δρώστη»).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' -ΚΕ.Θ.Ε.Α.

'Άρθρο 26 : ΚΕ.Θ.Ε.Α. - Ειδικές διατάξεις

1.Με την επιφύλαξη της παρ.6, οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται μόνο στις περιπτώσεις των εγκλημάτων της χρήσης και της προμήθειας ή κατοχής για ίδια αποκλειστική χρήση ναρκωτικών (άρθρο 12 παρ.1), εφ' όσον ο δράστης προσέρχεται εκουσίως και γίνεται δεκτός για θεραπεία στο ΚΕ.Θ.Ε.Α.

2.Ο εισαγγελέας πλημμελειοδικών, όταν λάβει με οποιονδήποτε τρόπο γνώση των πράξεων που περιλαμβάνονται στην προηγούμενη παράγραφο, εισάγει πρότασή του στο συμβούλιο πλημμελειοδικών για την αναβολή της άσκησης ποινικής δίωξης, εφ' όσον ο δράστης πριν εξεταστεί από την αρχή για τις πράξεις αυτές έχει προσέλθει εκουσίως και έγινε δεκτός για θεραπεία στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., ύστερα από γραπτή γνωμοδότηση του διευθυντή του, ότι έχει ανάγκη θεραπευτικής αγωγής. Αν ο δράστης συμπληρώνει με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα και προσκομίζει μέσα στο χρόνο την αναβολή στον εισαγγελέα σχετική βεβαίωση του ΚΕ.Θ.Ε.Α., ο εισαγγελέας εισάγει πρόταση στο συμβούλιο πλημμελειοδικών για οριστική αποχή από την ποινική δίωξη για τις παραπάνω πράξεις. Οι παραπάνω αποφάσεις του συμβουλίου πλημμελειοδικών είναι αμετάκλητες.

3.Τα στοιχεία του ΚΕ.Θ.Ε.Α. που αναφέρονται στην εκούσια εισαγωγή, το είδος και τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, είναι απόρρητα και απαγορεύεται ανακοίνωσή τους σε οποιονδήποτε εκτός από τον ίδιο το χρήση ναρκωτικών που υποβλήθηκε σε θεραπεία. Μόνο η εκούσια προσέλευση ή εισαγωγή προσώπου στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν επιτρέπεται να ληφθεί υπόψη για την άσκηση ποινικής δίωξης εναντίον του.

4.Απαγορεύεται σε οιονδήποτε, εκτός από εκπρόσωπο της εισαγγελικής αρχής, να εισέλθει στους χώρους του ΚΕ.Θ.Ε.Α. χωρίς γραπτή άδεια του διευθυντή του.

5.Η υποβολή σε θεραπευτική αγωγή στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. αποτελεί σημαντικό αίτιο αναβολής της δίκης, κατά την έννοια του άρθρου 349 Κ.Π.Δ., για οποιοδήποτε έγκλημα για το οποί κατηγορείται ο θεραπευόμενος. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αυτής αγωγής αναστέλλεται η παραγραφή οποιουδήποτε εγκλήματος του θεραπευόμενου.

6.Οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται επίσης και μετά την έκδοση οριστικής καταδικαστικής απόφασης για τα εγκλήματα της χρήσης ναρκωτικών και της προμήθειας ή κατοχής ναρκωτικών για ίδια αποκλειστική χρήση (άρθρο 12 παρ.1), καθώς και για τα εγκλήματα των άρθρων 5 και 6, εφ' όσον ο δράστης έχει καταδικαστεί σε φυλάκιση κατά το άρθρο 13 παρ.3 περ.β'. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται αίτηση του καταδικασμένου

που υποβάλλεται στο δικαστήριο του τόπου της εκτέλεσης της ποινής του.

7.Ο χρόνος παραμονής στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. θεωρείται ως χρόνος έκτισης ποινής. Ύστερα από τη συμπλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος με επιτυχία, το δικαστήριο του τόπου εκτέλεσης της ποινής μπορεί να διατάξει την απόλυτη υπό όρους σύμφωνα με τα άρθρα 23 παρ.2, ανεξάρτητα από το ύψος της ποινής που έχει εκτιθεί.

8.Με βούλευμα του συμβουλίου εφετών, μετά από πρόταση του αρμόδιου εισαγγελέα, μπορεί να διαταχθεί η σύλληψη και παραπομπή σε δίκη ατόμου που υποβάλλεται σε θεραπευτική αγωγή στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., αν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι έχει διαπράξει κακούργημα των άρθρων 5 και 6 με διεθνείς προεκτάσεις ή κακούργημα που αφορά μεγάλη ποσότητα ναρκωτικών ή κακούργημα που προβλέπεται από ποινικές διατάξεις άλλων νόμων. Στις περιπτώσεις αυτές δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις των παρ.4, 5 και 6.

9.Το ευεργέτημα των παραγράφων 1 και 6 παρέχεται μόνο μία φορά.

10.Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής στο ΚΕ.Θ.Ε.Α., χορηγείται αναβολή στράτευσης που διακόπτεται με γραπτή βεβαίωση του διευθυντή του Κέντρου μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. – **Η ΠΑΡ. 10 ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 26 ΤΟΥ ΠΑΡΟΝΤΟΣ ΝΟΜΟΥ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΤΟ ΑΡΘΡΟ 18 (απλή αναφορά) ΤΟΥ Π.Δ. 292/03, ΦΕΚ-248 Α'.**

11.Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν επιτρέπεται η σύλληψη και παραπομπή σε δίκη για λιποταξία και για συναφή προς αυτήν εγκλήματα.

12.Μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, που πιστοποιείται εγγράφως από τον επιστημονικό διευθυντή του ΚΕ.Θ.Ε.Α., μπορεί ο ενδιαφερόμενος ή ο αρμόδιος εισαγγελέας να ζητήσει από το συμβούλιο πλημμελειοδικών του τόπου της αποθεραπείας να μην εγγράφονται σε οποιοδήποτε αποσπασμα ή αντίγραφο φύλλο ποινικού μητρώου αποφάσεις ή βουλεύματα για εγκλήματα σχετικά με τα ναρκωτικά, εκτός από εκείνα που προορίζονται αποκλειστικώς για δικαστική χρήση. Το ευεργέτημα του άρθρου αυτού επεκτείνεται και σ' αυτούς που ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα πριν από την ψήφιση των ίδιων διαδικασιών.

13.Ως χρόνος θεραπευτικού προγράμματος θεωρείται και ο εγκεκριμένος χρόνος του προγράμματος κοινωνικής επανένταξης.

14.Η βεβαίωση αποθεραπείας, που εκδίδεται από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αποτελεί πλήρη απόδειξη για κάθε νόμιμη

χρήση. - (Καταργήθηκε το άρθρο 26 με την παρ. 1α του άρθρου 21 του Ν. 2331/95, ΦΕΚ-173 Α').

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' -ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 27 : Διάθεση εσόδων

"Τα έσοδα από χρηματικές ποινές ή μετατροπές ποινών, που επιβάλλονται για παραβάσεις του νόμου αυτού ως και από δημεύσεις, εισάγονται στον προϋπολογισμό του Κράτους, υπό ίδιο κωδικό αριθμό εσόδου.

Με βάση τα έσοδα αυτά και ύστερα από πρόταση του Ο.Κ.Α.ΝΑ. εγγράφονται στους προϋπολογισμούς εξόδων των συναρμόδιων υπουργείων σχετικές πιστώσεις που διατίθενται για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου"(αντικ. του άρθρου 27 από αρθρ. 24 του Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 28 : Κατάργηση διατάξεων

Από την έναρξη της ισχύος του νόμου αυτού καταργούνται :α) το Ν.Δ> 743/1970 (ΦΕΚ 263), όπως τροποποιήθηκε με το Ν.Δ. 1176/1972 (ΦΕΚ 110), το Ν. 410/1976 (ΦΕΚ 208), του Ν. 495/1976 (ΦΕΚ 337) και το Ν. 663/1977 (ΦΕΚ 215), β)το άρθρ. 37 του Ν. 1366/1983 (ΦΕΚ 81) και γ) κάθε άλλη διάταξη που ρυθμίζει διαφορετικά θέματα ρυθμιζόμενα στο νόμο αυτόν.

Άρθρο 29 : Δαπάνες

Οι δαπάνες για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού καλύπτονται ως εξής:

Από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καλύπτονται οι δαπάνες για την ίδρυση και λειτουργία των:

- α)Κεντρικού Συμβουλίου του άρθρου 1 παρ.1.
- β)Γνωμοδοτικού Συμβουλίου του άρθρου 1 παρ.4.
- γ)ΚΕ.Θ.Ε.α. του άρθρου 1 παρ.5.
- δ)Συμβουλευτικών σταθμών του άρθρου 3 παρ.2.
- ε)Κέντρων Ανοικτής Προστασίας του άρθρου 3 παρ.2.
- στ)Ειδικών μονάδων αποτοξίνωσης του άρθρου 3 παρ.2.

Από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Δικαιοσύνης καλύπτονται οι δαπάνες για την ίδρυση και λειτουργία των σωφρονιστικών ιδρυμάτων θεραπευτικού

χαρακτήρα του άρθρου 3 παρ.2. - (Καταργήθηκε το άρθρο 29 από το άρθρο 26 Ν. 2161/93, ΦΕΚ Α' 119).

Άρθρο 30 :

1. Στο εκπαιδευτικό, διοικητικό και λοιπό τακτικό προσωπικό του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου, της Ανωτάτης Σχολής Οικονομικών και Εμπορικών Επιστημών, της Ανωτάτης Γεωπονικής Σχολής Καλών Τεχνών και των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους παρέχεται από το Δημόσιο υγειονομική περίθαλψη με τους ίδιους όρους και τις ίδιες προϋποθέσεις που παρέχεται και στους υπαλλήλους του Δημοσίου και τα μέλη των οικογενειών αυτών.

2. Οι σχετικές δαπάνες για την περίθαλψη των ανωτέρω προσώπων βαρύνουν το Δημόσιο στο οποίο περιέρχεται και η κατά το άρθρ. 3 παρ. 1 του Β.Δ. 665/1962, όπως αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του άρθρ. 3 του Π.Δ 1223/81 κράτηση.

3. Δαπάνες που τυχόν εκκρεμούν για την υγειονομική περίθαλψη των ανωτέρω προσώπων εκκαθαρίζονται σε βάρος των πιστώσεων, που προβλέπονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους προϋπολογισμούς των νομαρχιών για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων του Δημοσίου.

Άρθρο 31 : Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών προστασία των νέων και άλλες διατάξεις.

Το μη ιατρικό προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου ή αορίστου χρόνου, που έχει προσληφθεί, μέχρι την έκδοση των οικείων οργανισμών, με οποιοδήποτε τρόπο, στα νοσηλευτικά ιδρύματα που αναφέρονται στις διατάξεις των άρθρ. 13 και 14 του Ν. 1540/1985 και τις μονάδες αυτών καθώς και τα νοσοκομεία των Α.Ε.Ι. και υπηρετεί σε αυτά κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού παραμένει στην υπηρεσία και εξακολουθεί να προσφέρει, τις υπηρεσίες του μέχρι να εφαρμοσθούν πλήρως και γι'αυτό οι συνδυασμένες διατάξεις του Ν.1476/1984, των άρθρ. 13 και 14 του Ν. 1540/1985 και των παρ. 5, 6 και 7 του άρθρ. 27 του Ν. 1579/1985.

Άρθρο 32 :

1.Ο χρονικός περιορισμός της παρ.1 του άρθρου 33 του ν. 1397/1983 προσαυξάνεται κατά δώδεκα (12) μήνες όταν ο γιατρός που αποσπάται δηλώσει ότι επιθυμεί ή αποδέχεται την παραμονή του πέραν του εξαμήνου, εφ' όσον η υπηρεσιακή ανάγκη εξακολουθεί να υφίσταται.

Η παράταση της απόσπασης γίνεται με την ίδια διαδικασία της αρχικής απόσπασης.

2. Η προηγούμενη παράγραφος έχει αναδρομική ισχύ και για περιπτώσεις παρατάσεων που έχουν εγκριθεί από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφ' όσον συγκεντρώνουν τις πιο πάνω προϋποθέσεις.

3. Μέχρι την πλήρη εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 1, 2 και 3 του άρθρου 16 και των παρ. 1 και 2 του άρθρου 43 του ν. 1397/1983 και πάντως όχι πέραν των έξι (6) μηνών από την ισχύ του νόμου αυτού, οι γιατροί των υγειονομικών σταθμών, αγροτικών ιατρείων και μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το Δημόσιο, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς, τα ταμεία και οποιονδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα, μπορεί να αποσπώνται με απόφαση του οικείου νομάρχη σε εφαρμογή των διατάξεων του ν. 1491/1984 στα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του νομού για κάλυψη των αναγκών τους.

4. Κατά το διάστημα της απόσπασης οι γιατροί συνεχίζουν να λαμβάνουν τις τακτικές τους αποδοχές από το φορέα που ανήκουν οργανικά, ενώ οι πρόσθετες αποδοχές από υπερωριακή απασχόληση (εφημερία κ.λπ.) βαρύνουν τα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας που αποσπώνται.

Η παράγραφος αυτή έχει αναδρομική εφαρμογή και στους γιατρούς των φορέων που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο, που ήδη με οποιονδήποτε τρόπο προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε κέντρα υγείας ή νοσοκομεία - (Καταργήθηκε το άρθρο 32 από το άρθρ. 132 του Ν. 2071/92, ΦΕΚ Α' 123).

Άρθρο 33 :

1. Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός των παρ. 2 και 3 του άρθρ. 7 που ισχύουν από την έκδοση των αποφάσεων που προβλέπονται στις παρ. 2 και 5 του άρθρ. 7.

2. Μέχρι τη συγκρότηση της Επιτροπής Ναρκωτικών του άρθρ. 2 εξακολουθεί να ασκεί τα καθήκοντά της η Επιτροπή Ναρκωτικών μέχρι σήμερα.

3. Μέχρι την έκδοση των αποφάσεων που προβλέπονται στις παρ. 4 και 5 του άρθρου 7 εξακολουθούν να εφαρμόζονται οι διατάξεις και αποφάσεις που ισχύουν μέχρι σήμερα.

N.2161/93

Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν.1729/1987 "Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων κ.λ.π."

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή

Άρθρο 1

Σύσταση Οργανισμού

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

Άρθρο 2

Σκοπός - Αρμοδιότητες

Σκοπός του Οργανισμού είναι:

- α) Ο σχεδιασμός, η προώθηση, ο διυπουργικός συντονισμός και η εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη της χρήσης και διάδοσης των ναρκωτικών και τη θεραπεία, την επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων.
- β) Η σε εθνικό επίπεδο μελέτη του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτιών που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών. Επίσης η δημιουργία Εθνικού Κέντρου Πληροφόρησης - Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας.
- γ) Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που έχει σκοπό τη συμμετοχή στην προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.
- δ) Η πρόταση και προώθηση των αναγκαίων νομοθετικών, κοινωνικών και άλλων μέτρων για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών.
- ε) Η συνεργασία με αντίστοιχους συντονιστικούς ή ερευνητικούς Φορείς σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ε.Ο.Κ. και άλλους διεθνείς οργανισμούς, σχετικούς με την αντιμετώπιση του όλου θέματος, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις υπ' αυτών οργανωμένες συναντήσεις, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής μας πολιτικής προς εκείνην των κοινοτικών και διεθνών φορέων.
- στ) Η κατ' έτος σύνταξη έκθεσης για την κατάσταση του προβλήματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και για την πορεία των σχετικών εθνικών ερευνών και η κατάρτιση στατιστικών πινάκων με ανάλυση και αξιολόγηση αυτών και η υποβολή τους στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων.

Άρθρο 3

Διοίκηση Οργανισμού

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. διοικείται από 15 μελές διοικητικό συμβούλιο (Δ.Σ.), που διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αποτελείται από τέσσερις (4) επιστήμονες, εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, τον πρόεδρο του Γνωμοδοτικού Συμβουλίου κατ' άρθρο 1 παρ. 4 του ν.1729/1987 και από έναν εκπρόσωπο των Υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Δημόσιας Τάξης, Οικονομικών, εμπορικής Ναυτιλίας και Πολιτισμού, που προτείνονται από τους αντίστοιχους Υπουργούς, έναν εκπρόσωπο της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. και έναν από τις κοινότητες αποθεραπείας. Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. μετέχει, χωρίς ψήφο, ο Γενικός Διευθυντής του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ο Πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων. Ο Πρόεδρος και Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η Θητεία του Προέδρου και των μελών του Δ.Σ. ορίζεται σε τρία χρόνια. Ο Πρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. είναι ελευθέρως ανακλητά και η αντικατάστασή τους, για το υπόλοιπο της Θητείας, γίνεται με την ίδια διαδικασία. Το ύψος και ο τρόπος αμοιβής του Προέδρου και των μελών του Δ.Σ. καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 4

Πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

1. Πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ. αποτελούν:

- α) Ετήσια επιχορήγηση του Κράτους που εγγράφεται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
 - β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα, εισφορές και επιχορηγήσεις από τρίτους και έσοδα από κάθε είδους δραστηριότητα ή πρόσοδοι από την κινητή και ακίνητη περιουσία αυτού.
 - γ) επιχορηγήσεις από Ο.Τ.Α. οργανισμούς και νομικά πρόσωπα που τελούν υπό την εποπτεία του Κράτους, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των υπουργών που τους εποπτεύουν και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Η διαχείριση των πόρων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ελέγχεται απολογιστικά, κατασταλτικά από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής της διατάξεως αυτής και ειδικότερα ο τρόπος και τα όργανα ασκήσεως του ως άνω διαχειριστικού ελέγχου.
3. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει τις ίδιες φορολογικές απαλλαγές, που προβλέπονται για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του ν. 2592/1953 .

Άρθρο 5

Προσωπικό

1. Στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. συνιστάται μία θέση Γενικού Διευθυντή με τριετή θητεία. Στη θέση Γενικού Διευθυντή διορίζεται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πτυχιούχος Ανώτατης Σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής, με ευδόκιμη υπηρεσία, δεόντως αποδεικνυόμενη, σε θέσεις του " Δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές και εξειδίκευση σε θέματα δημόσιας διοίκησης. Επίσης με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων μπορεί να ανατίθενται καθήκοντα Γενικού Διευθυντή του Ο.ΚΑ.ΝΑ, και σε δοκιμασμένους δημόσιους λειτουργούς που μπορεί να υπηρετούν στον τομέα υγείας

ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να έχουν, για οποιονδήποτε λόγο, αποχωρήσει. Για το διοριζόμενο με τον τρόπο αυτόν Γενικό Διευθυντή ο χρόνος της θητείας του λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της Θητείας, επανέρχεται αυτοδίκαια στη Θέση και στην υπηρεσιακή κατάσταση που είχε προ του διορισμού του. Σκοπός της συνιστώμενης θέσης Γενικού Διευθυντή, είναι ο συντονισμός της δράσης των επί μέρους μονάδων της αρμοδιότητας του Ο.ΚΑ.ΝΑ. οι μηνιαίες απολαβές του Γενικού Διευθυντή καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το προσωπικό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό και εθελοντικό. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και γνώμη του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ., μπορεί να αποσπώνται σε αυτόν γιατροί του Ε.Σ.Υ ή και άλλο προσωπικό των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ, μετά γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου. Η χρονική διάρκεια της απόσπασης ορίζεται σε ένα (1) έτος, δυνάμει να ανανεωθεί για ένα (1) ακόμη έτος, μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου. Μετά την παρέλευση της διετίας, είναι δυνατή η μετάταξη, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερομένου και γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου και του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Ο χρόνος της απόσπασης θεωρείται πραγματική υπηρεσία και ισχύουν και γι' αυτούς οι διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 9 του ν. 2071/1992 .

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

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

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

Άρθρο 6

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

Άρθρο 3 παρ. 2 Εποπτεία και έλεγχος Θεραπευτικών Κέντρων:

1. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 2 του ν 1894/1990 (ΦΕΚ 110 Α) αρμόδιο για την ίδρυση και λειτουργία Συμβουλευτικών Σταθμών, Κέντρων και Θεραπευτηρίων σωματικής και ψυχικής ανεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ή άλλων σχετικών μονάδων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα Ειδικά Θεραπευτικά Καταστήματα του άρθρου 4 του ν 1729/1987 υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με την επιφύλαξη των διατάξεων του ν 1851/989 Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά

γνώμη του Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. εγκρίνονται τα θεραπευτικά προγράμματα, που εφαρμόζονται στα ως άνω καταστήματα.

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

α. Οι Δήμοι και οι Κοινότητες.

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

γ. Εκκλησιαστικοί φορείς.

δ. Ανάτατα Εκπαιδευτικά ή Τεχνολογικά Ιδρύματα.

ε. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα που επιδιώκουν συναφείς σκοπούς.

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

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

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

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

Άρθρο 7

Ειδικές υπηρεσιακές μονάδες και επιστημονικές επιτροπές

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

2. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να συνεργάζεται και να υποβοηθείται συμβουλευτικά στο έργο του από συναφείς, ως προς το αντικείμενό του, επιστημονικές επιτροπές ή επιστημονικούς φορείς και να καταρτίζει επιστημονικές επιτροπές με γνωμοδοτικό χαρακτήρα. Ιδίως δύναται να αναθέτει στους ειδικούς κατά περίπτωση επιστημονικούς φορείς την εκτέλεση σχετικών

ερευνών ή την επίλυση επιστημονικών θεμάτων, αναλαμβάνοντας εν όλω ή εν μέρει τη χρηματοδότηση της εν λόγω επιστημονικής έρευνας. Επίσης αξιολογεί και συντονίζει τις υπό εξέλιξη έρευνες επί τη βάσει προγραμματισμένων στόχων.

Άρθρο 8 **Προγράμματα πρόληψης**

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

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

- α. Γονείς
- β. Εκπαιδευτικούς
- γ. Δικαστικούς
- δ. Αστυνομικούς
- ε. Προσωπικό Κέντρων Υγείας και κοινωνικής πολιτικής.
- στ. Προσωπικό Σωφρονιστικών Καταστημάτων θεραπευτικού ή μη χαρακτήρα.
- ζ. Νεοσύλλεκτους και εκπαιδευτές νεοσύλλεκτων.
- η. Προσωπικό των Γενικών Γραμματειών Νέας Γενιάς και Λαϊκής Επιμόρφωσης.
- θ. Μαθητές, σπουδαστές.
- ι. Αθλητικά κέντρα ή άλλες κοινωνικές ομάδες.

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

- α. Να καθιερώνεται η αγωγή υγείας και πρόληψης σε θέματα ναρκωτικών σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
 - β. Να καθιερώνονται βραβεία μεταξύ μαθητών, σπουδαστών και εργαζόμενων νέων για την υποβολή προτάσεων σε θέματα που έχουν σχέση με τον αγώνα κατά των ναρκωτικών.
 - γ. Να παρέχονται υποτροφίες σε επιστήμονες για μετεκπαίδευση στο εξωτερικό ή εσωτερικό για θέματα σχετικά με το αντικείμενο του Ο.ΚΑ.ΝΑ.
 - δ. Να ενισχύεται η συνεργασία με την Εκκλησία, τους δήμους και τις κοινότητες για την εξεύρεση του προσφορότερου τρόπου προσέγγισης του προβλήματος των ναρκωτικών.
 - ε. Να ιδρυθεί Σχολή επιμόρφωσης ειδικευμένων στελεχών, όπου θα μετεκπαιδεύονται οι επιμορφωτές.
 - στ. Να προβλέπεται η δημιουργία σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και η κυκλοφορία εντύπων για όλους όσοι ασχολούνται ή επιθυμούν να ασχοληθούν στον αντιναρκωτικό αγώνα.
4. Τα κατά τις προηγούμενες παραγράφους προγράμματα πρέπει να έχουν ως στόχο:
- α. την αγωγή υγείας και τη σωστή πληροφόρηση ως προς τη φύση και την έκταση του προβλήματος και την επισήμανση των κινδύνων που περικλείει για τα άτομα, την

οικογένεια και την κοινωνία το πρόβλημα των ναρκωτικών κάθε μορφής, β. την προβολή θετικών προτύπων για τους νέους και την ενθάρρυνσή τους για ενεργό συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες.

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

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

Άρθρο 10

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

Άρθρο 5

Βασικά εγκλήματα

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

- α) Εισάγει στην επικράτεια ή εξάγει από αυτή ή διαμετακομίζει ναρκωτικά.
- β) Πωλεί, αγοράζει, προσφέρει, διαθέτει ή διανέμει σε τρίτους με οποιονδήποτε τρόπο, αποθηκεύει ή παρακαταθέτει ναρκωτικά ή μεσολαβεί σε κάποια από τις πράξεις αυτές.
- γ) Εισάγει ναρκωτικά ή διευκολύνει την εισαγωγή τους σε στρατόπεδα, αστυνομικά κρατητήρια, σωφρονιστικά καταστήματα, καταστήματα ανηλίκων κάθε κατηγορίας ή τόπους ομαδικής εργασίας ή διαβίωσης ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή αναρρωτήρια.
- δ) Αναμειγνύει με οποιονδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε τρόφιμα, ποτά ή άλλα είδη προορισμένα ή πρόσφορα να εισαχθούν στον ανθρώπινο οργανισμό.
- ε) Παρασκευάζει είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών ή οποιαδήποτε ναρκωτική ουσία ή παράνομα εισάγει, προμηθεύεται, παράγει, παρασκευάζει, πωλεί, διαθέτει, μεταφέρει, κατέχει ή διανέμει πρόδρομες ουσίες που αναφέρονται στους πίνακες I, II, III του άρθρου 9 του παρόντος νόμου, ή όργανα ή σκευή, γνωρίζοντας ότι χρησιμοποιούνται ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την παράνομη παραγωγή, καλλιέργεια ή παρασκευή ναρκωτικών ή εν γένει για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους για τους οποίους οι πρόδρομες αυτές ουσίες εισήχθησαν εξήχθησαν, διακομίστηκαν ή μεταποιήθηκαν.
- στ) Καλλιεργεί ή συγκομίζει οποιοδήποτε φυτό του γένους της κάνναβης, το φυτό της μήκωνος της ψυποφόρου, οποιοδήποτε είδος φυτού του γένους ερυθρόξυλο, καθώς και οποιοδήποτε άλλο φυτό από το οποίο παράγονται ναρκωτικές ουσίες.
- ζ) Κατέχει ή μεταφέρει ναρκωτικά με οποιονδήποτε τρόπο ή μέσο είτε στο έδαφος της επικράτειας είτε παραπλέοντας ή διασχίζοντας την αιγιαλίτιδα ζώνη είτε υπάμενος στον ελληνικό εναέριο χώρο.

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

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

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

ια) Νοθεύει ή πωλεί νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών.

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

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

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

Άρθρο 11

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

Άρθρο 6

Διακεκριμένες περιπτώσεις

1. Με κάθειρξη τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών και με χρηματική ποινή πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δρχ, μέχρι εκατόν πενήντα εκατομμυρίων (150.000.000) δρχ τιμωρείται ο παραβάτης του άρθρου 5: α) αν με τη διάπραξη του εγκλήματος τούτου διευκόλυνε ή απέκρυψε τη διάπραξη άλλων εγκλημάτων και β) αν είναι υπάλληλος (άρθρο 13 στοιχ. α του Π.Κ.), ο οποίος λόγω της υπηρεσίας του ασχολείται με τα ναρκωτικά και ιδίως με τη φύλαξή τους ή τη δίωξη των παραβατών του νόμου αυτού ή το έγκλημα συνδέεται με την υπηρεσία του.

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

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

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

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

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

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

2. Χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται να χορηγούν ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ειδικές δημόσιες μονάδες στις οποίες δίδεται η σχετική άδεια με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην απόφαση πρέπει να καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Επίσης επιτρέπεται από ειδικές δημόσιες μονάδες απεξάρτησης η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων. Όποιος χορηγεί ναρκωτικές ουσίες για την υποκατάσταση της εξάρτησης κατά παράβαση της πιο πάνω Υπουργικής απόφασης, τιμωρείται με τις ποινές του άρθρου 5 του παρόντος νόμου.

3. Γιατρός, που χορηγεί ναρκωτικές ουσίες του άρθρου 4 για θεραπευτικούς σκοπούς, οφείλει:

α) Να χρησιμοποιεί διπλότυπες συνταγές, απλές μεν για τις ουσίες του πίνακα Δ, θεωρημένες δε από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τις ουσίες των πινάκων Α έως Γ, και

β) Να φυλάσσει το στέλεχος επί τρία έτη.

Ο παραβάτης των εδ. α και β τιμωρείται με φυλάκιση και με στέρηση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος, Περίληψη της καταδικαστικής απόφασης δημοσιεύεται σε ημερήσια εφημερίδα του τόπου όπου ο καταδικασμένος ασκεί το επάγγελμά του.

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

Άρθρο 13

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

Άρθρο 8

Επιβαρυντικές περιστάσεις

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

Άρθρο 15

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

Άρθρο Β

Χρήστες ναρκωτικών ουσιών που υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση.

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

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

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

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

Άρθρο 16

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

Άρθρο 14

Ειδική μεταχείριση χρηστών.

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

2. Ο καταδικασθείς σε ποινή φυλακίσεως, που υποβάλλεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα κατά την προηγούμενη παράγραφο, μπορεί με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών του τόπου της κρατήσεως μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου του Ειδικού Θεραπευτικού Καταστήματος και σύμφωνη γνώμη ενός από τους φορείς του άρθρου 13 παρ.2, να απολυθεί υπό όρο και προ της συμπληρώσεως του απαιτούμενου κατά τα άρθρα 15 επ. του Π.Κ. χρόνου, εφόσον έχει παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα απεξάρτησης. Το Συμβούλιο στην απόφασή του για υφ' όρον απόλυση μπορεί να επιβάλλει στον απολυόμενο την υποχρέωση να εμφανίζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα απεξάρτησης και να υποβάλλεται σε βιοχημικές, τοξικολογικές ή άλλες εξετάσεις. Αν απ' αυτές αποδειχθεί ότι επανήρχισε τη χρήση ναρκωτικών ή αν αρνείται ή παραλείπει να εξετάζεται, το Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα υποχρεούται να ειδοποιεί τον εισαγγελέα πλημμελειοδικών, οπότε με βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών η υφ' όρον απόλυση ανακαλείται.

3. αν το δικαστήριο κρίνει μη τιμωρητέο, κατά το άρθρο 13 παρ.4 εδ. α ή αθωώσει για έλλειψη καταλογισμού δράστη, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 13 παρ. 1, μπορεί εφόσον ο δράστης το επιθυμεί, να διατάξει την εισαγωγή του σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απεξάρτηση. αν μετά την σωματική απεξάρτηση ο δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα.

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

5. Το βούλευμα ή η απόφαση που κρίνει το δράστη ατιμώρητο βάσει των παρ.2 και 3 του άρθρου 12, καθώς και η καταδικαστική απόφαση, όταν μετά επιτυχή παρακολούθηση του θεραπευτικού προγράμματος, Ο καταδικασμένος απολύθηκε με

όρους, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 14 και 26 του παρόντος νόμου, καταχωρίζεται στο ποινικό μητρώο, γράφεται όμως μόνο στα αντίγραφα που προορίζονται για δικαστική χρήση.

Άρθρο 19 Κατάσχεση

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

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

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

4. Αν υπάρξει αμφισβήτηση, οι κατασχεθείσες ουσίες φυλάσσονται μέχρι της καταστροφής τους ή της απόδοσής τους στον κύριο ή τον κάτοχό τους από την αρχή που ενήργησε την κατασκευή. Αμέσως μόλις περιέλθει στον εισαγγελέα ή στον ανακριτή η έκθεση πραγματογνωμοσύνης, για το αν τα κατασχεθέντα είναι ναρκωτικά, ο εισαγγελέας εισάγει, αυτεπαγγέλτως ή ύστερα από αίτηση του ανακριτή, την υπόθεση στο Συμβούλιο Πλημμελειοδικών, στο οποίο καλούνται πριν από τρεις τουλάχιστον ημέρες να παραστούν ο κατηγορούμενος και κάθε άλλος ενδιαφερόμενος, εκτός αν είναι άγνωστος ή απουσιάζει ή δεν είναι για κάποιο άλλο λόγο εφικτή η κλήτευσή του. Το Συμβούλιο αποφαινεται αμετάκλητα για την καταστροφή ή απόδοση των ουσιών που κατασχέθηκαν, μπορεί δε να διατάξει και νέα πραγματογνωμοσύνη. αν διατάχθηκε καταστροφή, αυτή γίνεται αμέσως μετά την κοινοποίηση του βουλεύματος στον εισαγγελέα και πάντως το αργότερο εντός των επόμενων δέκα εργάσιμων ημερών. Σε εξαιρετικά επειγούσες περιπτώσεις και ιδίως εάν πρόκειται για κατάσχεση αυτοφυών φυτών ινδικής κάνναβης και υπνοφόρου μήκωνος, η καταστροφή τους μπορεί να διαταχθεί με κοινή διάταξη των αρμόδιων εισαγγελέα και ανακριτή και να πραγματοποιηθεί το ταχύτερο δυνατό.

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

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

Άρθρο 21

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

Άρθρο 24

Μεταμέλεια

Το Συμβούλιο Πλημμελειοδικών μπορεί με βούλευμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του εισαγγελέα Πλημμελειοδικών, να διατάσσει την αναστολή της ασκήσεως ποινικής δίωξης κατά του υπαίτιου κάποιας από τις πράξεις του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, εφόσον:

α) ο υπαίτιος πιθανολογείται ότι συντέλεσε με δική του πρωτοβουλία στην ανακάλυψη ή εξάρθρωση συμμορίας διακινήσεως ναρκωτικών ή στην ανακάλυψη και σύλληψη μεγαλύτερου ναρκωτικών.

β) δεν συντρέχει στο πρόσωπο του υπαίτιου διακεκριμένη περίπτωση ή επιβαρυντική περίπτωση κατά τα άρθρα 6 και 8 του παρόντος νόμου και

γ) η επικινδυνότητα του υπαίτιου και η βαρύτητα της πράξης του είναι καταδήλως μικρότερες από την επικινδυνότητα των προσώπων στην ανακάλυψη και σύλληψη των οποίων συντέλεσε και τη βαρύτητα των πράξεων που αυτά τέλεσαν. την παραπάνω αναστολή μπορεί να διατάξει και το δικαστήριο.

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

3. Αν μετά την αναστολή της ποινικής δίωξης προκύψει ότι οι δοθείσες από τον υπαίτιο πληροφορίες δεν ήταν αληθινές ή ότι δεν επρόκειτο για συμμορία διακίνησης ναρκωτικών ή για μεγαλύτερο ναρκωτικών, το σχετικό βούλευμα ή απόφαση ανακαλείται και συνεχίζεται κατά του υπαίτιου η ανασταλείσα ποινική δίωξη.

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

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

Άρθρο 25

1. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Δικαιοσύνης,

δύναται να κωδικοποιηθούν σε ενιαίο κείμενο οι διατάξεις του παρόντος νόμου και των σε εκτέλεση αυτού προεδρικών διαταγμάτων και αποφάσεων, καθώς και κάθε σχετική με τα ναρκωτικά νομοθεσία.

2. Κατά την κωδικοποίηση επιτρέπεται, εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο, νέα αρίθμηση των άρθρων και κατάταξη των παραγράφων και εδαφίων, ο σχηματισμός νέων άρθρων, η απάλειψη διατάξεων που έχουν ρητώς καταργηθεί και γενικά κάθε αναπροσαρμογή του νομοθετικού υλικού, εφόσον αυτή κρίνεται αναγκαία για τη σαφήνεια και πληρότητα της κωδικοποίησης, χωρίς όμως να αλλοιωθεί η έννοια των ισχυουσών διατάξεων.

3. Η κωδικοποίηση αυτή ανατίθεται σε νομοπαρασκευαστική επιτροπή.

Άρθρο 26 **Καταργούμενες διατάξεις**

Από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου καταργούνται:

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

Άρθρο 27

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Ερωτηματολόγια σπουδαστών και καθηγητών

Ερωτηματολόγιο σπουδαστών

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις, κυκλώνοντας την απάντηση της επιλογής σας:

1. Σχολή: 2. Τμήμα:.....
3. Εξάμηνο φοίτησης: 4. Φύλο: α. Γυναίκα β. Άνδρας
5. Ηλικία: α. 18-22 β. 23-27 γ. 28-32 δ. 33-37 ε. 38-42 στ. 43- και άνω
6. Τόπος γέννησης : α. Αστική περιοχή
β. Ημιαστική περιοχή
γ. Αγροτική περιοχή
7. Τόπος διαμονής : α. Αστική περιοχή
β. Ημιαστική περιοχή
γ. Αγροτική περιοχή
8. Οικογενειακή κατάσταση:
α. Άγαμος β. Έγγαμος γ. Διαζευγμένος δ. Σε διάσταση ε. Σε χηρεία
9. Έχετε παιδιά; α. Ναι β. Όχι
10. Μηνιαίο εισόδημα του ερωτώμενου
σε ευρώ: α. 0-400
β. 400 – 500
γ. 500- 700
δ. 700 – 900
ε. 900 – 1100
στ. 1100 – 1300
ζ. 1300 – 1600
η. 1600 και άνω
θ. Δ Ξ / Δ Α
11. Ηλικία πατέρα: α. 36-40 β. 41-45 γ. 46-50 δ. 51-55 ε. 56-60 στ. 61-και άνω
12. Ηλικία μητέρας: α. 36-40 β. 41-45 γ. 46-50 δ. 51-55 ε. 56-60 στ. 61-και άνω
13. Οικογενειακή κατάσταση γονέων
α. Άγαμος β. Έγγαμος γ. Διαζευγμένος δ. Σε διάσταση ε. Σε χηρεία
14. Τόπος γέννησης γονέων : α. Αστική περιοχή
β. Ημιαστική περιοχή
γ. Αγροτική περιοχή
15. Τόπος διαμονής γονέων : α. Αστική περιοχή
β. Ημιαστική περιοχή
γ. Αγροτική περιοχή

16. Μορφωτικό επίπεδο γονέων:(Παρακαλώ να σημειώσετε με την ένδειξη **X** την απάντηση της επιλογής σας)

Μορφωτικό επίπεδο:	Πατέρα	Μητέρα
Αναλφάβητος		
Μερικές τάξεις δημοτικού		
Απόφοιτος δημοτικού		
Μερικές τάξεις γυμνασίου		
Γυμνάσιο		
Λύκειο		
Ανώτερη εκπαίδευση		
Ανώτατη εκπαίδευση		
Δ Ξ / Δ Α		

17. Επαγγελματική ιδιότητα γονέων(Παρακαλώ να σημειώσετε με την ένδειξη **X** την απάντηση της επιλογής σας)

Επάγγελμα:	Πατέρα	Μητέρα
Δημόσιος υπάλληλος		
Ιδιωτικός υπάλληλος		
Ελευθ. Επαγγελματίας		
Αγρότης- Γεωργός		
Έμπορος		
Τεχνίτης- εργάτης		
Οικιακά		
Άλλο (προσδιόρισε...)		

18. Μηνιαίο εισόδημα γονέων σε ευρώ:

- α. < - 800
- β. 800 - 1000
- γ. 1000 - 1200
- δ. 1200 - 1400
- ε. 1400 - 1600
- στ. 1600 - 1800
- ζ. 1800 - 2000
- η. 2000 και άνω
- θ. Δ Ξ / Δ Α

19. Αυτή την στιγμή κατοικείτε:

- α. Μόνος
- β. Με τους γονείς
- γ. Με αδέρφια
- δ. Με φίλο /η
- ε. Με ερωτικό σύντροφο
- στ. Με σύζυγο
- ζ. Άλλο

20. Πως θα περιγράφατε την σχέση σας με την θρησκεία;

- α. Πολύ καλή
- β. Καλή
- γ. Μέτρια
- δ. Αδιάφορη
- ε. Κακή

21. Πιστεύετε ότι η θρησκευτική σας πεποίθηση έχει επηρεάσει τον τρόπο του αντιλαμβάνεστε τις καταστάσεις γύρω σας;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως

22. Συμμετέχετε στις σπουδαστικές εκλογές;

α. Ναι β. Όχι γ. Μερικές φορές

23. Είστε εγγεγραμμένο μέλος κάποιας σπουδαστικής παράταξης;

α. Ναι β. Όχι

24. Εάν ναι, σε ποια;

25. Συμμετέχετε ως ψηφοφόρος στις βουλευτικές και νομαρχιακές εκλογές;

α. Ναι β. Όχι γ. Μερικές φορές

Εάν απαντήσατε στην ερώτηση 25, την επιλογή α ή γ απαντήστε στην αμέσως επόμενη ερώτηση, διαφορετικά, αν επιλέξατε την επιλογή β, συνεχίζετε στην ερώτηση 27

26. Στις τελευταίες εκλογές ποιο πολιτικό κόμμα υποστηρίζατε;

α. Ν.Δ β. Π.Α.ΣΟ.Κ γ. ΣΥΝ δ. Κ.Κ.Ε
ε. ΛΑ.Ο.Σ στ. ΔΞ/ΔΑ ζ. Άλλο (Προσδιόρισε):.....

27. Πως αξιολογείτε την ενημέρωσή σας γύρω από θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;

α. Επαρκή β. Ανεπαρκή γ. Ελλιπή δ. Άριστη

28. Από ποιες πηγές πληροφόρησης ενημερώνεστε για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;

(Παρακαλώ να σημειώσετε με την ένδειξη X την απάντηση της επιλογής σας)

	Πάντα	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Εκπαίδευση						
Τηλεόραση						
Εφημερίδες						
Ιντερνετ						
Συνέδρια-Ημερίδες						
Επιστημονικά Περιοδικά						
Άλλο(Προσδιόρισε)						

29. Τα σημαντικότερα αίτια που οδηγούν κάποιον άνθρωπο στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι:

	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Διαφωνώ λίγο	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον						
Δυσκολίες στο κοινωνικό περιβάλλον						
Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο						
Ανεργία						
Φτώχεια						
Περίεργεια						
Άγνοια						
Μίμηση						
Αναξιοκρατία-αυταρχισμός						
Αδράνεια και αδιαφορία της πολιτείας						

30. Θα κάνατε χρήση ναρκωτικών;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως δ. Δ Ξ /ΔΑ

31. Πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει η χρήση ουσιών στα παρακάτω;

	Παρά πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
Κοινωνική ζωή						
Υγεία						
Επαγγελματική ζωή						
Σεξουαλική ζωή						
Ψυχική ή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου						
Πουθενά						
Παντού						

32. Γνωρίζετε ποια πολιτική έχει χαράξει η Ολλανδία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών;

α. Ναι β. Όχι

Εάν απαντήσατε στην ερώτηση 32, την επιλογή α απαντήστε στην αμέσως επόμενη ερώτηση, διαφορετικά, αν επιλέξατε την επιλογή β, συνεχίζετε στην ερώτηση 35

33. Πως αξιολογείτε την εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής;

α. Αποτελεσματική β. Αναποτελεσματική γ. Στάσιμη

34. Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως

35. Πως θα ιεραρχούσατε τις παρακάτω εξαρτησιογόνες ουσίες, συμφωνά με την επικινδυνότητα τους για την ανθρώπινη ζωή;

	Παρά πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
Όπιο						
Μορφίνη						
Ηρωίνη						
Χασίς, Μαριχουάνα						
Κοκαΐνη						
Βαρβιτουρικά						
Αμφεταμίνες						
Ψευδαισθησιογόνα -Παραισθησιογόνα						
Καπνός						
Αλκοόλ						

36. Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως

37. Παρακαλώ απαντήστε στις ακόλουθες προτάσεις, σημειώνοντας με την ένδειξη X, στην απάντηση της επιλογής σας.

	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Διαφωνώ λίγο	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα «μαλακά» και στην συνέχεια περνούν στα πιο «σκληρά» ναρκωτικά						
Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα «μαλακά» και στην συνέχεια περνούν στα πιο «σκληρά» ναρκωτικά, καθώς έρχονται σε επαφή με εμπόρους που διακινούν κάθε είδος ναρκωτικού.						
Ο διαχωρισμός των εξαρτησιογόνων ουσιών σε νόμιμες και παράνομες δεν έχει καμιά ουσία, καθώς και οι δύο είναι επιβλαβής για τον οργανισμό.						
Ο διαχωρισμός των ναρκωτικών σε «μαλακά» και «σκληρά» σε σχέση με την επικινδυνότητα τους είναι λογικός						
Η αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα μπορούσε να αποδώσει ως μέτρο πρόληψης, για την αποτροπή της διάδοσης των ναρκωτικών στην χώρα μας						
Η αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα συνέβαλε στην μη περιθωριοποίηση των χρηστών						
Η αποποινικοποίηση των ναρκωτικών θα συνέβαλε στην διάδοση των ναρκωτικών						
Οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «ασθενείς»						
Ο εθισμός στα ναρκωτικά αποτελεί επιλογή και όχι «ασθένεια»						
Ο καθένας μπορεί να προμηθευτεί με ευκολία οποιαδήποτε παράνομη εξαρτησιογόνα ουσία						
Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την πρόληψη των ναρκωτικών είναι αποτελεσματικά						
Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την καταπολέμηση των ναρκωτικών είναι αναποτελεσματικά						

Το θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην χώρα μας είναι ανεπαρκή						
Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν πρέπει να αποτελεί ποινικό αδίκημα						

38 . Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους χρήστες;

α. Ναι β. Όχι γ. Περίπου

39. Πως αξιολογείτε την ισχύουσα νομοθεσία για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών; Αιτιολογείστε την απάντησή σας.

.....

.....

.....

.....

40. Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών;

.....

.....

.....

.....

41. Πως αξιολογείτε την υπάρχουσα νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών ουσιών; Αιτιολογείστε την απάντησή σας.

.....

.....

.....

.....

Ερωτηματολόγιο καθηγητών

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις, κυκλώνοντας την απάντηση της επιλογής σας:

1. Φύλο: α. Γυναίκα β. Άνδρας

2. Ηλικία: α.25-29 β. 30-34 γ. 35-39 δ. 40-44 ε. 45- 49 στ. 50-54
 ζ.55-59 η.60 και άνω

3. Σχολή:

4. Τμήμα:.....

5.Επίπεδο εκπαίδευσης: α. Μεταπτυχιακός τίτλος
 β. Διδακτορικός τίτλος
 γ. Μεταδιδακτορικός τίτλος

6. Τόπος γέννησης : α. Αστική περιοχή
 β. Ημιαστική περιοχή
 γ. Αγροτική περιοχή

7. Τόπος διαμονής : α. Αστική περιοχή
 β. Ημιαστική περιοχή
 γ. Αγροτική περιοχή

8. Οικογενειακή κατάσταση:

α. Άγαμος β. Έγγαμος γ. Διαζευγμένος δ. Σε διάσταση ε. Σε χηρεία

9. Έχετε παιδιά; α. Ναι β. Όχι

10. Μηνιαίο εισόδημα α. 1200-1400
 σε ευρώ: β. 1400-1600
 γ. 1600-1800
 δ. 1800-2000
 ε. 2000-2200
 στ. 2200 και άνω
 ζ. ΔΞ/ΔΑ

11. Ηλικία πατέρα: α.<60-64 β. 65-69 γ. 70-74 δ. 75- 79 ε. 80 και άνω

12. Ηλικία μητέρας: α.<60-64 β. 65-69 γ. 70-74 δ. 75- 79 ε. 80 και άνω

13. Οικογενειακή κατάσταση γονέων

α. Άγαμος β. Έγγαμος γ. Διαζευγμένος δ. Σε διάσταση ε. Σε χηρεία

14. Τόπος γέννησης γονέων : α. Αστική περιοχή
 β. Ημιαστική περιοχή
 γ. Αγροτική περιοχή

15. Τόπος διαμονής γονέων : α. Αστική περιοχή
β. Ημιαστική περιοχή
γ. Αγροτική περιοχή

16. Μορφωτικό επίπεδο γονέων:

(Παρακαλώ να σημειώσετε με την ένδειξη **X** την απάντηση της επιλογής σας)

Μορφωτικό επίπεδο:	Πατέρα	Μητέρα
Αναλφάβητος		
Μερικές τάξεις δημοτικού		
Απόφοιτος δημοτικού		
Μερικές τάξεις γυμνασίου		
Γυμνάσιο		
Λύκειο		
Ανώτερη εκπαίδευση		
Ανώτατη εκπαίδευση		
Δ Ξ / Δ Α		

17. Επαγγελματική ιδιότητα γονέων

(Παρακαλώ να σημειώσετε με την ένδειξη **X** την απάντηση της επιλογής σας)

Επάγγελμα:	Πατέρα	Μητέρα
Δημόσιος υπάλληλος		
Ιδιωτικός υπάλληλος		
Ελευθ. Επαγγελματίας		
Αγρότης- Γεωργός		
Έμπορος		
Τεχνίτης- εργάτης		
Οικιακά		
Άλλο (προσδιόρισε...)		

18. Μηνιαίο εισόδημα
γονέων σε ευρώ:

- α. 0 - 400
β. 400 – 600
γ. 600 - 800
δ. 800 – 1000
ε. 1000 – 1200
στ. 1200 – 1400
ζ. 1400 – 1600
η. 1600 και άνω
θ. Δ Ξ / Δ Α

19. Αυτή την στιγμή κατοικείτε;

- α. Μόνος β. Με τους γονείς γ. Με αδέρφια δ. Με φίλο /η
ε. Με ερωτικό σύντροφο στ. Με σύζυγο ζ. Άλλο

20. Πως θα περιγράφατε την σχέση σας με την θρησκεία;

α. Πολύ καλή β. Καλή γ. Μέτρια δ. Αδιάφορη ε. Κακή

21. Πιστεύετε ότι η θρησκευτική σας πεποίθηση έχει επηρεάσει τον τρόπο του αντιλαμβάνεστε τις καταστάσεις γύρω σας;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως

22. Συμμετέχετε στις εκλογές για την ανάδειξη θέσεων; (Π.χ. προϊστάμενος τμήματος, διευθυντής σχολής, πρόεδρος ΤΕΙ;)

α. Ναι β. Όχι γ. Μερικές φορές

23. Συμμετέχετε ως ψηφοφόρος στις βουλευτικές και νομαρχιακές εκλογές;

α. Ναι β. Όχι γ. Μερικές φορές

Εάν απαντήσατε στην ερώτηση 23, την επιλογή α ή γ απαντήστε στην αμέσως επόμενη ερώτηση, διαφορετικά, αν επιλέξατε την επιλογή β, συνεχίζετε στην ερώτηση 25

24. Στις τελευταίες εκλογές ποιο πολιτικό κόμμα υποστηρίζατε;

α. Ν.Δ β. Π.Α.ΣΟ.Κ γ. ΣΥΝ δ. Κ.Κ.Ε
ε. ΛΑ.Ο.Σ στ. ΔΞ/ΔΑ ζ. Άλλο (Προσδιόρισε):.....

25. Πως αξιολογείτε την ενημέρωσή σας γύρω από θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;

α. Επαρκή β. Ανεπαρκή γ. Ελλιπή δ. Άριστη

26. Από ποιες πηγές πληροφόρησης ενημερώνεστε για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;
(Παρακαλώ να σημειώσετε με την ένδειξη X την απάντηση της επιλογής σας)

	Πάντα	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Εκπαίδευση						
Τηλεόραση						
Εφημερίδες						
Ιντερνετ						
Συνέδρια-Ημερίδες						
Επιστημονικά Περιοδικά						

Άλλο(Προσδιόρισε)						
-------------------	--	--	--	--	--	--

27. Τα σημαντικότερα αίτια που οδηγούν κάποιον άνθρωπο στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι:

	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Διαφωνώ λίγο	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον						
Δυσκολίες στο κοινωνικό περιβάλλον						
Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο						
Ανεργία						
Φτώχεια						
Περίεργεια						
Άγνοια						
Μίμηση						
Αναξιοκρατία-αυταρχισμός						
Αδράνεια και αδιαφορία της πολιτείας						

28. Θα κάνατε χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως δ. Δ Ξ /ΔΑ

29. Πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει η χρήση ουσιών στα παρακάτω;

	Παρά πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
Κοινωνική ζωή						
Υγεία						
Επαγγελματική ζωή						
Σεξουαλική ζωή						
Ψυχική/ ψυχολογική κατάσταση του ατόμου						
Πουθενά						
Παντού						

30. Γνωρίζετε ποια πολιτική έχει χαράξει η Ολλανδία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών;

α. Ναι β. Όχι

Εάν απαντήσατε στην ερώτηση 30, την επιλογή α απαντήστε στην αμέσως επόμενη ερώτηση, διαφορετικά, αν επιλέξατε την επιλογή β, συνεχίζετε στην ερώτηση 33

31. Πως αξιολογείτε την εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής;

α. Αποτελεσματική β. Αναποτελεσματική γ. Στάσιμη

32. Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;

α. Ναι β. Όχι γ. Ίσως

33. Πως θα ιεραρχούσατε τις παρακάτω εξαρτησιογόνες ουσίες, συμφωνά με την επικινδυνότητα τους για την ανθρώπινη ζωή;

	Παρά πολύ	Πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
Όπιο						
Μορφίνη						
Ηρωίνη						
Χασίς, Μαριχουάνα						
Κοκαΐνη						
Βαρβιτουρικά						
Αμφεταμίνες						
Ψευδαισθησιογόνα -Παραισθησιογόνα						
Καπνός						
Αλκοόλ						

34. Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;

α. Ναι

β. Όχι

γ. Ίσως

35. Παρακαλώ απαντήστε στις ακόλουθες προτάσεις, σημειώνοντας με την ένδειξη X, στην απάντηση της επιλογής σας.

	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Διαφωνώ λίγο	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα «μαλακά» και στην συνέχεια περνούν στα πιο «σκληρά» ναρκωτικά						
Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ξεκινούν από τα «μαλακά» και στην συνέχεια περνούν στα πιο «σκληρά» ναρκωτικά, καθώς έρχονται σε επαφή με εμπόρους που διακινούν κάθε είδος ναρκωτικού.						
Ο διαχωρισμός των εξαρτησιογόνων ουσιών σε νόμιμες και παράνομες δεν έχει καμιά ουσία, καθώς και οι δύο είναι επιβλαβής για τον οργανισμό.						
Ο διαχωρισμός των ναρκωτικών σε «μαλακά» και «σκληρά» σε σχέση με την επικινδυνότητα τους είναι λογικός						
Η αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα μπορούσε να αποδώσει ως μέτρο πρόληψης, για την αποτροπή της διάδοσης των ναρκωτικών στην χώρα μας						
Η αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών θα συνέβαλε στην μη περιθωριοποίηση των χρηστών						
Η αποποινικοποίηση των ναρκωτικών θα συνέβαλε στην διάδοση των ναρκωτικών						
Οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «ασθενείς»						
Ο εθισμός στα ναρκωτικά αποτελεί επιλογή και όχι «ασθένεια»						
Ο καθένας μπορεί να προμηθευτεί με ευκολία οποιαδήποτε παράνομη εξαρτησιογόνα ουσία						

Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την πρόληψη των ναρκωτικών είναι αποτελεσματικά						
Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί για την καταπολέμηση των ναρκωτικών είναι αναποτελεσματικά						
Το θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην χώρα μας είναι ανεπαρκή						
Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν πρέπει να αποτελεί ποινικό αδίκημα						

36. Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους χρήστες;

α. Ναι

β. Όχι

γ. Περίπου

37. Πως αξιολογείτε την ισχύουσα νομοθεσία για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών;

Αιτιολογείστε την απάντησή σας.

.....

.....

.....

.....

38. Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών;

.....

.....

.....

.....

39. Πως αξιολογείτε την υπάρχουσα νομοθεσία για τους εμπόρους ναρκωτικών ουσιών; Αιτιολογείστε την απάντησή σας.

.....

.....

.....

.....

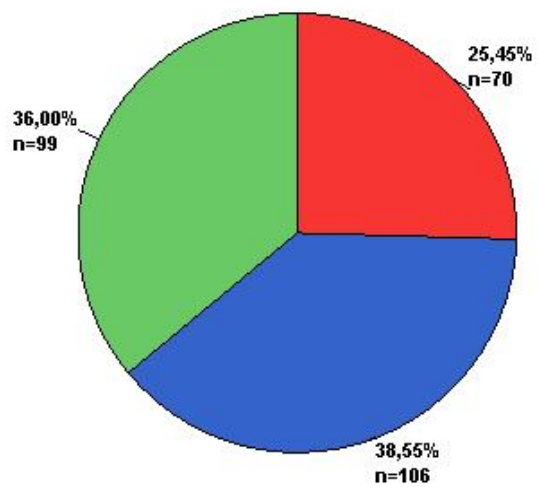
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Γραφήματα

Γράφημα 6.1.1

Πιστεύετε ότι η θρησκευτική σας πεποίθηση έχει επηρεάσει τον τρόπο του αντιλαμβάνεστε τις καταστάσεις γύρω σας;

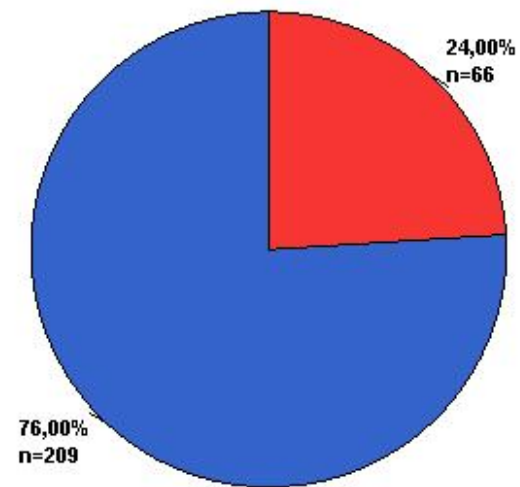
■ Ναι
■ Όχι
■ Ίσως



Γράφημα 6.1.2

Είστε εγγεγραμμένο μέλος κάποιας σπουδαστικής παράταξης;

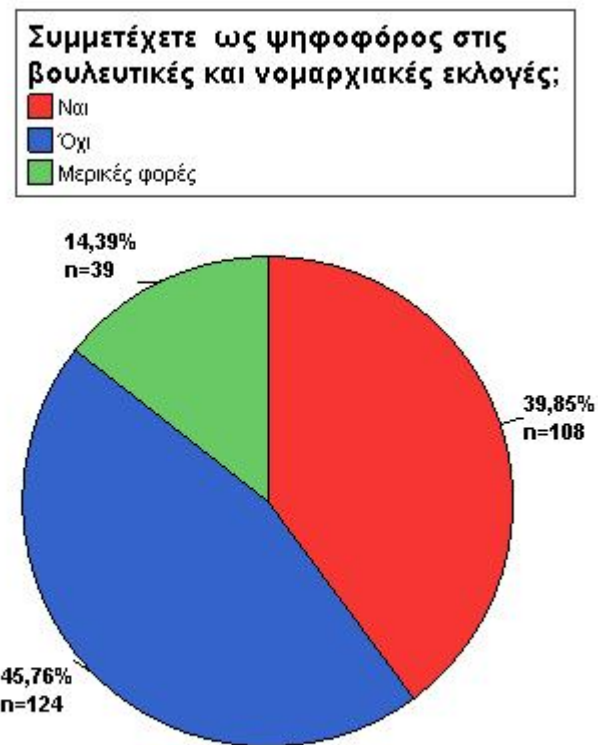
■ Ναι
■ Όχι



Γράφημα 6.1.3



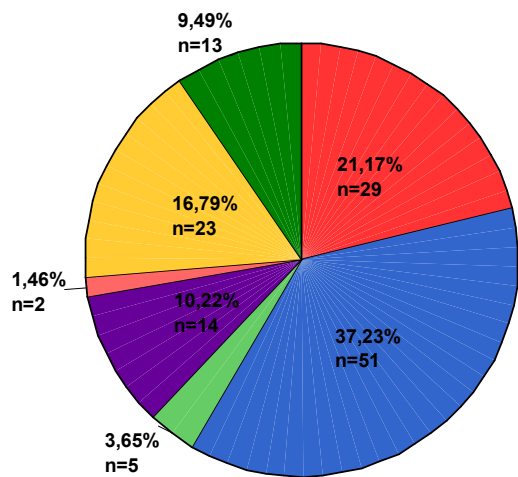
Γράφημα 6.1.4



Γράφημα 6.1.5

Στις τελευταίες εκλογές ποιο πολιτικό κόμμα υποστηρίζετε;

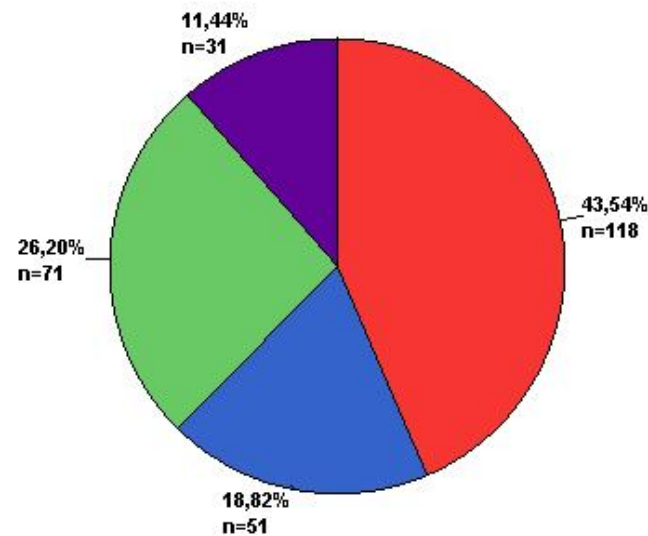
- Ν.Δ
- Π.Α.Σ.Ο.Κ
- ΣΥΝ
- Κ.Κ.Ε
- Λ.Α.Ο.Σ
- ΔΞ-ΔΑ
- Άλλο



Γράφημα 6.1.6

Πως αξιολογείτε την ενημέρωσή σας γύρω από θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά;

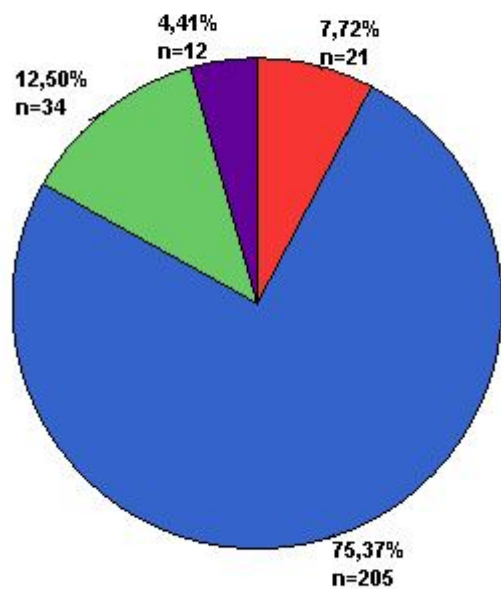
- Επαρκή
- Ανεπαρκή
- Ελλιπή
- Άριστη



Γράφημα 6.1.7

Θα κάνατε χρήση ναρκωτικών;

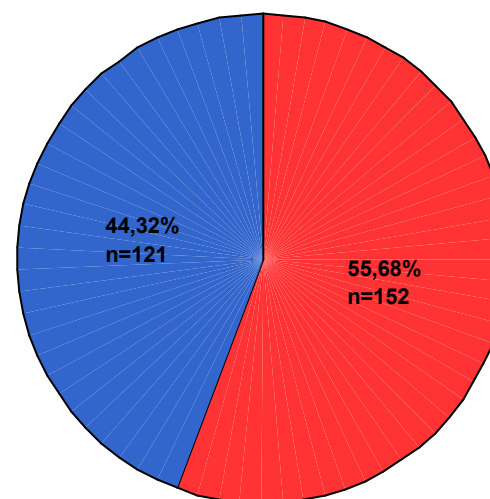
- Ναι
- Όχι
- Ίσως
- Δεν ξέρω-δεν απαντώ



Γράφημα 6.1.8

Γνωρίζετε ποια πολιτική έχει χαράξει η Ολλανδία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών;

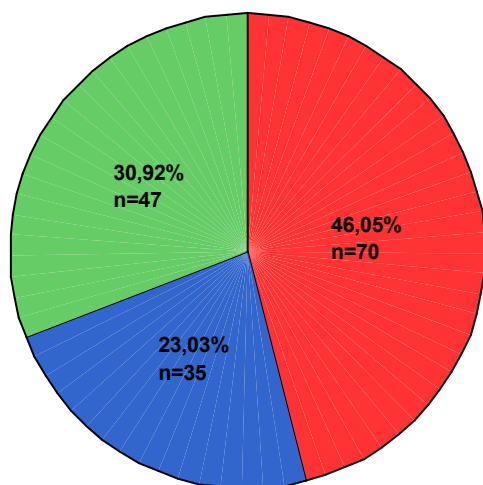
- Ναι
- Όχι



Γράφημα 6.1.9

Πως αξιολογείτε την εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής;

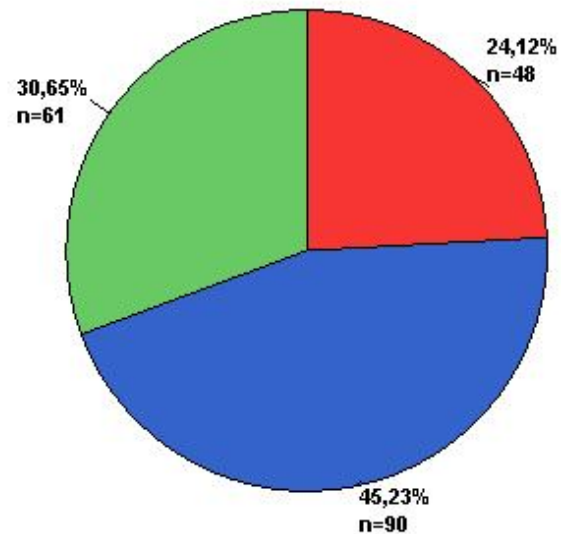
- Αποτελεσματική
- Αναποτελεσματική
- Στάσιμη



Γράφημα 6.1.10

Θα συμφωνούσατε στην προοπτική του διαχωρισμού και της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών στην Ελλάδα ;

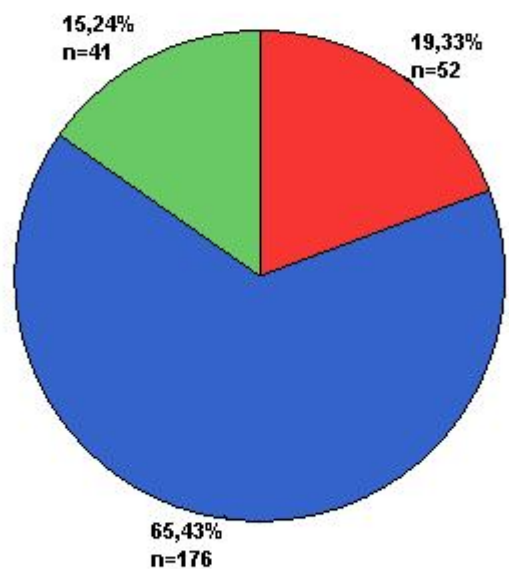
- Ναι
- Όχι
- Ίσως



Γράφημα 6.1.11

Θα συμφωνούσατε με την πλήρη αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα;

- Ναι
- Όχι
- Ίσως



Γράφημα 6.1.12

Γνωρίζετε την νομοθεσία για τους χρήστες;

- Ναι
- Όχι
- Περίπου

