

ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ  
ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ**

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**ΖΑΧΑΡΙΟΥΔΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ  
ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ  
ΜΙΣΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2005**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:**

Σελίδες

Εισαγωγή.....3-4

Μέρος Α'

Κεφάλαιο 1ο: Ναρκωτικά

1.1) Ορισμός των ναρκωτικών.....5-7

1.2) Κατηγορίες ναρκωτικών.....8-15

1.3) Στατιστικά στοιχεία.....16-21

Κεφάλαιο 2ο: Πρόληψη – θεραπεία

2.1) Πρόληψη.....22-30

2.2) Θεραπεία.....31-44

Κεφάλαιο 3ο: Στάσεις

3.1) Η έννοια των στάσεων.....45-48

3.2) Παράγοντες διαμόρφωσης των στάσεων.....49-57

3.3) Στάσεις και συμπεριφορά.....58-60

3.4) Στάσεις προς το χρήστη ναρκωτικών.....61-65

Κεφάλαιο 4ο: Αποποινικοποίηση

4.1) Η έννοια της αποποινικοποίησης .....66-68

4.2) Η Ελληνική νομοθεσία.....69-75

4.3) Απόψεις την αποποινικοποίηση και την νομοθεσία περί ναρκωτικών..76-86

4.4) Εφαρμογή της αποποινικοποίησης στις άλλες χώρες της Ε.Ε.....87-94

Μέρος Β'

Μεθοδολογία έρευνας .....	95-96
Αποτελέσματα έρευνας.....	97-122
Συμπεράσματα – προτάσεις.....	123-128
Επίλογος .....	129-130
Παράρτημα.....	131-141
Ερωτηματολόγιο.....	142-148
Αρκτικόλεξο.....	149
Βιβλιογραφία.....	150-152

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τα ναρκωτικά, οι εξαρτησιογόνες ουσίες τα εξαρτημένα άτομα και η αντιμετώπισή τους είναι στις μέρες μας ένα από τα πιο πολυσύνθετα, πολυδιάστατα και διαδεδομένα σε όλο τον κόσμο προβλήματα. Πολυσύνθετο γιατί οι απόψεις για το θέμα είναι διάφορες και διαφορετικές μεταξύ τους και μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις είναι πολύ δύσκολο να πάρει κανείς ευθέως θέση, φοβούμενος την αντιμετώπιση των υπολοίπων και του κοντινού του περιβάλλοντος. Πολυδιάστατο, γιατί έχουν γίνει πολλές και διάφορες προσπάθειες να μελετηθούν όλες οι διαστάσεις και οι στάσεις που είναι πιθανές να αντιμετωπίσει και ο χρήστης για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, και το κοντινό του περιβάλλον, αλλά ακόμα και η πολιτεία σε τυχόν τροποποιήσεις ευνοϊκές ή μη διατάξεις και αποφάσεις απέναντι στο χρήστη ή τον έμπορο. Δηλαδή υπάρχει περίπτωση αν η ποινή για τον χρήστη γίνει βαρύτερη από ότι είναι τώρα να βρεθούν ταυτόχρονα και πολλοί υποστηρικτές της απόφασης αλλά και πολλοί επικριτές της ίδιας διάταξης. Το ότι είναι διαδεδομένο σε όλο τον κόσμο είναι γνωστό εδώ και πάρα πολλά χρόνια. Όλες οι ανεπτυγμένες χώρες, άλλες λιγότερο άλλες περισσότερο έρχονται κάθε μέρα αντιμέτωπες και όλο περισσότερο με θανάτους κυρίως νέων από τα ναρκωτικά.

Η εργασία περιλαμβάνει 4 κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στα ναρκωτικά και πιο συγκεκριμένα γίνεται η προσπάθεια παρουσίασης του προβλήματος και της κατάστασης στη χώρα μας αλλά και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στο πρώτο μέρος δίνονται οι ορισμοί των ναρκωτικών και γίνεται ιστορική αναδρομή στις χρήσεις τους αλλά και στους τόπους και τρόπους παραγωγής. Στο δεύτερο μέρος κατηγοριοποιούνται τα ναρκωτικά από κλινικής απόψεως και σύμφωνα με τις παρενέργειες που επιφέρουν στο νευρικό σύστημα.

Το τρίτο μέρος , τα στατιστικά, είναι ένα κομμάτι που μας δείχνει την ευρύτητα του προβλήματος αλλά και τη σοβαρότητά του.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην πρόληψη και την θεραπεία και παρουσιάζονται τα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στις «στάσεις». Στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις στάσεις. Αναλύεται επίσης πώς και εάν η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι αποτέλεσμα της στάσης του ή όχι.

Το 4<sup>ο</sup> και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της αποποινικοποίησης και στη διαφορά της από την αντιαπαγόρευση. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ελληνική νομοθεσία για την χρήση των ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και στις πολιτικές των άλλων χωρών της Ε.Ε.

Στο δεύτερο μέρος δίδεται η μεθοδολογία , δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο έγινε η έρευνα και ο λόγος για τον οποίο ακολουθήθηκε αυτή. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας με σχεδιαγράμματα , ραβδογράμματα και πίτες και τέλος τα προσωπικά συμπεράσματα και οι προτάσεις.

## **ΜΕΡΟΣ Α΄**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **Ναρκωτικά**

##### **1.1) Ορισμός των ναρκωτικών**

Με τον όρο ναρκωτικά, εννοούμε *“ουσίες φυσικές ή τεχνητές οι οποίες επιδρούν στο Κ.Ν.Σ. προκαλώντας μεταβολή στην αντίληψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά και δημιουργώντας παράλληλα εξάρτηση του ατόμου απ’ αυτό”*<sup>1</sup>. Με άλλα λόγια είναι το φάρμακο που επιφέρει νάρκωση δηλαδή εξασθένιση, διαστρωφή ή και τέλεια αναστολή των λειτουργιών του νευρικού συστήματος.

Η εξάρτηση είναι βιολογική, ψυχική και συναισθηματική. Λέγοντας βιολογική εξάρτηση εννοούμε ότι το άτομο φτάνει σε τέτοιο βαθμό που χρειάζεται απαραίτητα το ναρκωτικό για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του. Σε περίπτωση έλλειψης του ναρκωτικού προκαλούνται τα πρώτα συμπτώματα στέρησης τα οποία είναι κυρίως άγχος, καταβολή δυνάμεων, διαταραχές της δράσης, παραλήρημα, ρίγη και νευρολογικές διαταραχές. Επίσης το άτομο είναι πιο ευάλωτο σε σοβαρές λοιμώξεις (ηπατίτιδα, τέτανος, πνευμονία κτλ).

Η ψυχικό-συναισθηματική εξάρτηση είναι πολύ έντονη, και στην περίπτωση αυτή οι χρήστες χρειάζονται το ναρκωτικό για την ψυχική τους ισορροπία. Όταν γίνεται η χρήση του ναρκωτικού δημιουργείται ψυχική ευδιαθεσία η οποία είναι όμως παροδική. Ακολουθούν φαντασιώσεις, παραισθήσεις, τα άτομα είναι ανίκανα να αντιληφθούν, την πραγματικότητα γύρω τους, βυθίζονται σε απάθεια. Τέλος, λόγω της στέρησης, παρουσιάζει αντικοινωνική συμπεριφορά και είναι επιρρεπείς σε εγκληματικές πράξεις με στόχο της εξασφάλιση της δόσης τους.

---

<sup>1</sup> [www.geocities.com/methadon\\_gr](http://www.geocities.com/methadon_gr) (01/06/2004)

## Ιστορικό

Τα ναρκωτικά σαν φυτά ήταν γνωστά στον άνθρωπο από χιλιάδες χρόνια. Η χρήση τους ήταν πανάρχαιη και γινόταν αρχικά για θεραπευτικούς λόγους. Αναφορές τους υπάρχουν σε πολλά αρχαία κείμενα, σε αιγυπτιακούς παπύρους, στην Οδύσσεια του Ομήρου, στον Διοσκουρίδη, στον Πλίνιο, στον Διαγόρα της Μύλου και στον Γαληνό. Χρησιμοποιούνταν και σε λατρευτικές εκδηλώσεις, αλλά και για λόγους ανταπόκρισης σε ανάγκες αυξημένης εργασίας, όπως γινόταν με τους ιθαγενείς των Άνδεων στην Κεντρική Αμερική που έκαναν χρήση των φύλλων της κόκα για λόγους επιβίωσης σε αντίξοες συνθήκες.

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα έχουμε την πρώτη επιστημονική καταγραφή των ναρκωτικών ουσιών από τον Σουηδό Κάρολο Λινάιο (1762)<sup>2</sup>. Το 1803 έχουμε την πρώτη παραγωγή μορφίνης από το όπιο, η οποία χαρακτηρίστηκε ως “φάρμακο του Θεού” και χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητικό. Η μορφίνη και τα παράγωγά της την εποχή εκείνη πωλούνταν ελεύθερα στα φαρμακεία χωρίς συνταγή. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η χρήση ναρκωτικών στο απώτερο παρελθόν, ανεξάρτητα από το λόγο για τον οποίο χρησιμοποιούνταν, ήταν κοινωνικά οροθετημένη και ελεγχόμενη βάση ορισμένων κανόνων. Η κατάσταση άλλαξε με τη βιομηχανοποίηση του “φαρμάκου” και με την οργανωμένη εξαγωγή προϊόντων σε χώρες με ανύπαρκτη ή ελάχιστη παραγωγή. Επίσης η ραγδαία ανάπτυξη της επιστήμης της χημείας του 20<sup>ου</sup> αιώνα είχε αποτέλεσμα την ανακάλυψη πολλών ψυχοτρόπων ουσιών οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων αλλά και συνέτειναν με την ανεξέλεγκτη χρήση τους στην αύξηση της κατανάλωσης ναρκωτικών ουσιών.

---

<sup>2</sup> Θεodorής Αντωνόπουλος – «Ένα joint την ημέρα τον γιατρό τον κάνει πέρα» δημοσίευση του άρθρου <http://paroutsas.jmc.gr/drugs/link03.htm> (1/6/2004)

Επίσης σημαντικό ρόλο στην αύξηση της κατανάλωσης των ναρκωτικών έπαιξαν η ιατρική επιστήμη, αλλά και οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στην εξακρίβωση των επιπτώσεων που προκαλούν τα διάφορα σκευάσματα και κυρίως εκείνα τα οποία πλάσρονται αλόγιστα στην αγορά ως αθώα μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, είναι η ηρωίνη η οποία αρχικά (αρχές 20<sup>ου</sup> αιώνα), πουλιόταν σε φαρμακεία χωρίς συνταγή, αλλά και το παράδειγμα των αμφεταμινών οι οποίες προωθήθηκαν ως φάρμακα κατά της παχυσαρκίας και διαπιστώθηκε αργότερα πως προκαλούσαν εξάρτηση, ενώ ήδη είχαν καταναλωθεί μεγάλες ποσότητες και κυρίως από γυναίκες.



## 1.2) Κατηγορίες ναρκωτικών

Υπάρχουν πολλοί και διάφοροι τρόποι ταξινόμησης των διαφόρων ουσιών. Πιο χρήσιμη από κλινικής απόψεως, είναι αυτή που γίνεται με βάση τον τρόπο δράσης της ουσίας στο νευρικό σύστημα<sup>3</sup>. Έτσι διακρίνονται οι παρακάτω κατηγορίες :

### A) Προϊόντα ινδικής καννάβης

Η ινδική κάνναβης είναι γνωστή με την κοινή ονομασία χασίς και είναι η ευρύτερα διαδεδομένη και παράνομα διακινούμενη ουσία στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Η λέξη “χασίς” είναι αραβική και σημαίνει ξηρό χόρτο, και το φυτό διακρίνεται από τους βοτανολόγους σε δύο κατηγορίες, *cannabis sativa* και *cannabis indica*. Το πρώτο χρησιμοποιείται για την παραγωγή ινών, ενώ το δεύτερο για την παραγωγή χασίς. Σε όλο τον κόσμο υπάρχουν περισσότερα από εκατό ονόματα για τα παρασκευάσματα της καννάβης, τα πιο γνωστά είναι χασίς, μαριχουάνα, φούντα, χασισέλαιο.

Όταν η ουσία καπνίζεται, οι επιδράσεις εκδηλώνονται έπειτα από λίγα λεπτά και διαρκούν περίπου 2 ώρες. Αν η ουσία λαμβάνεται από το στόμα σε είδος τροφής, τα αποτελέσματα της ουσίας εμφανίζονται μετά από μισή ώρα και διαρκούν 6 με 12 ώρες. Έχει ελαφρές ψυχεδελικές επιδράσεις και συνήθως προκαλεί χαλάρωση, ομιλητικότητα, μία αίσθηση ευφορίας και αυξημένη αντίληψη της μουσικής και των χρωμάτων. Πολλές φορές προκαλεί προσωρινό άγχος ή ήπιες παραισθήσεις. Σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει ναυτία, εμετό, λιποθυμία, κατάθλιψη, στεγνώνει το στόμα και αυξάνονται οι παλμοί. Τα πιο σοβαρά τοξικά αποτελέσματα αφορούν το αναπνευστικό σύστημα και οφείλονται στο συνδυασμό της χρήσης του με καπνό. Ένα «τσιγαριλάκι» 750

<sup>3</sup>[www.geocities.gr](http://www.geocities.gr), (10/6/2004) «Όχι στα ναρκωτικά να στη ζωή». Ανδρικοπούλου Χριστίνα 25/5/1998,.

μιλιγκράμ, με καπνό έχει επιβλαβείς επιδράσεις στους πνεύμονες όσο τέσσερα τσιγάρα. Δεν έχει αποδειχτεί μέχρι σήμερα σωματική εξάρτηση. Υπάρχει όμως μία ψυχολογική εξάρτηση από τη στιγμή που οι χρήστες επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν την ουσία σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως συναντήσεις με φίλους, συναυλίες κ.τ.λ.

Τα παράγωγα της κάνναβης δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις όπου απαιτείται απόλυτος έλεγχος, όπως οδήγηση, χειρισμός βαρέων οχημάτων και μηχανημάτων. Η ταυτόχρονη χρήση του αλκοόλ και παραγώγων της κάνναβης αυξάνει τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης.

#### B) Οπιούχα και οπιοειδή

Η κατηγορία αυτή χωρίζεται σε 3 υπό-κατηγορίες : α) φυσικά οπιούχα (μορφίνη, κωδεΐνη) β) συνθετικά οπιούχα (μεθαδόνη, πετιδίνη, ναλορφίνη) γ) ημισυνθετικά οπιούχα (ηρωίνη, υδροκωδώνη, διυδρομορφίνη).

Το όπιο είναι ο χυμός (οπόξ) ο οποίος λαμβάνεται από το χάραγμα της κάψουλας του φυτού της υπνοφόρου μήκωνος. (*Papaver somniferum*). Το φυτό αυτό φύεται και ευδοκίμει κυρίως σε εύκρατες περιοχές. Η μορφίνη είναι από τα πιο δραστικά αλκαλοειδή του οπίου και αποτελεσματικά παυσίπονα φάρμακα. Ο συνήθης τρόπος χρησιμοποίησής είναι με ένεση. Αρχικά το άτομο που κάνει χρήση μορφίνης κατέχει από αίσθημα ευφορίας, ευεξίας, ηρεμίας και μακραιότητας. Σε ορισμένα άτομα προκαλείται ένα αίσθημα θερμότητας και ένα αίσθημα που μοιάζει με “οργασμό” στο υπογάστριο. Στη συνέχεια το άτομο μεταπίπτει σε ληθαργική κατάσταση ή σε κατάσταση υπνηλίας.

Η ηρωίνη παράγεται με τροποποίηση της χημικής δομής της μορφίνης, είναι όμως 10 φορές πιο ισχυρή στη φαρμακολογική ενέργεια από την μορφίνη. Λαμβάνεται είτε με ενδοφλέβια ένεση, είτε με εισπνοή από τη μύτη. Η επίδρασή της είναι κυρίως κατασταλτική. Η αγχολυτική δράση της μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ευφορίας. Σε μεγάλη δόση η κατασταλτική δράση είναι ισχυρότερη της ευφορικής. Η επίδρασή της στην ενέσιμη μορφή, διαρκεί από 6 έως 12 ώρες. Το

άτομο αισθάνεται ότι έχει πνευματική διαύγεια, πιστεύει ότι έχει απελευθερωθεί από το φόβο, κυριαρχείται από αισθήματα μακιαριότητας και ευδαιμονίας. Μετά την κατάσταση αυτή ακολουθεί αποχάνωση, αδιαφορία, αδράνεια και τέλος νάρκωση. Ο ηρωινομανής χαρακτηρίζεται από γενική και σωματική κατάρπτωση.

Τα στερεητικά σύνδρομα των διαφόρων οπιοειδών είναι παρόμοια, όμως διαφέρει η έναρξη, η διάρκεια και η ένταση. Όταν το άτομο διακόψει απότομα τη μορφίνη ή την ηρωίνη μπορεί να εμφανιστεί άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, φτέρνισμα, σιελόρροια, ρινόρροια, ιδρώτες, ρίγος, τρόμος, 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. αϋπνία. Τα συμπτώματα κορυφώνονται όταν είναι εξακολούθητική και χρόνια η χρήση, 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 είναι στενά συνδεδεμένη με τον ιό του AIDS. Η χρόνια χρήση επίσης προκαλεί μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ανικανότητα και δυσκολία εισπερμάτωσης στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες εμφανίζεται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, αμηνόρροια, στειρότητα και αποβολές του κυήματος. Πέρα από τη σωματική εξάρτηση το κύριο πρόβλημα παραμένει η ψυχολογική εξάρτηση, γι αυτό και η απεξάρτησή της είναι από τις πιο δύσκολες στην αντιμετώπισή της.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για το χρήστη είναι όταν λαμβάνεται η ουσία με ενδοφλέβια ένεση (μόλυνση – υπερβολική δόση). Οι μολύνσεις αποφεύγονται όταν χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες σύριγγες. Επίσης ο κίνδυνος αυξάνεται όταν το άτομο έπειτα από αποτοξίνωση χρησιμοποιεί ξανά ηρωίνη ή όταν ταυτόχρονα χρησιμοποιείται και αλκοόλ ή ψυχοφάρμακα.

Γ) Διεγερτικές ουσίες του Κ.Ν.Σ. (κοκαΐνη, αμφεταμίνες -έκσταση-)

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ουσίες εκείνες που διεγείρουν το Κ.Ν.Σ. (όπως λέει και η λέξη), προκαλούν διέγερση, ζωνρότητα και αϋπνία. Ο πιο δημοφιλής είναι η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και το κρακ. Η αμφεταμίνη συντετέθη το 1927. Χρησιμοποιήθηκε στην ιατρική για τη θεραπεία διαφόρων καταστάσεων, όπως αντιμετώπιση παχυσαρκίας, κατάθλιψης, ναρκοληψία του υπερκινητικού παιδιού, αύξηση της ενεργητικότητας των μυϊκών αποδόσεων και μείωση της κόπωσης. Η κοκαΐνη είναι διεγερτικό φάρμακο το οποίο λαμβάνεται από την επεξεργασία των φύλλων του ερυθρόξυλου θάμνου της κόκα, και το κρακ είναι καινούρια κρυσταλλική μορφή της κοκαΐνης.

Η χρήση των αμφεταμινών γίνεται από το στόμα, τη μύτη αλλά σύντομα ο χρήστης για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα καταφεύγει στην ενδοφλέβια χρήση. Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται με τους παραπάνω τρόπους, αλλά και καπνίζοντάς τη με πίπα ή σιγαρέτα. Τέλος, το κρακ κυκλοφορεί σε πλακίδια και καπνίζεται με τσιγάρο ή σε γυάλινη πίπα με καπνό και μαριχουάνα. Οι αμφεταμίνες προκαλούν ευχάριστο συναίσθημα ευεξίας, εγρήγορσης, υπερδραστηριότητα, αύξηση της ενεργητικότητας και της ψυχοκινητικής λειτουργίας, δυσφορικό ή και ευφορικό συναίσθημα, ελαφριά σύγχυση, ανησυχία, αύξηση της σεξουαλικότητας και της διούρησης.

Η κοκαΐνη αρχικά προκαλεί αίσθημα ευφορίας, ευδαιμονίας και μεγαλείου, επαγρύπνηση, αίσθημα μυϊκής δύναμης, καταστολή της πείνας και εξαφανίζεται η σωματική και η πνευματική κόπωση. Επίσης προκαλεί ψευδαισθήσεις οπτικές ή απτικές και έναν παρανοϊκού τύπου ιδεασμό.

Με το κρακ αμέσως μετά τη χρήση, (30 – 60 δευτερόλεπτα χρειάζεται για να επενεργήσει στον εγκέφαλο) δημιουργούνται στο χρήστη φοβερές οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και προκαλεί εξάρτηση από την πρώτη κιόλας χρήση, κάτι που δεν το είχε “πετύχει” ως τώρα κανένα άλλο ναρκωτικό.

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 αμφεταμινών και της κοκαΐνης συνδέεται με την ύπαρξη μεγάλης ποικιλίας ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, όπως κρίσεις πανικού, παραληρητική διαταραχή και έντονα επιθετική συμπεριφορά. Το άτομο έχοντας χάνει την ευαισθησία του, βιώνει απειλητικό το περιβάλλον του και μπορεί να φτάσει μέχρι το φόνο. Με το κρκα η εξάρτηση “έρχεται” από την πρώτη δόση κι έτσι ο χρήστης αναγκάζεται κάθε φορά να αυξάνει τη δόση. Η υπέρβαση της δόσης (overdose) προκαλεί κώμα, παράλυση και κατάληξη στο θάνατο.

Το έκσταση ανήκει σε διαφορετική κατηγορία ουσιών : εντακτογενή, ουσίες δηλαδή που διευκολύνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις .Ονομασία που χρησιμοποιείται για την μεθλενοδιοσιμετααμφεταμίνη. Κυκλοφόρησε πρώτη φορά το 1980 στο Λονδίνο, ενώ σήμερα παρασκευάζεται στην Ολλανδία. Οι δόσεις θα πρέπει να περιέχουν 100 μιλιγκράμ MDMA, αλλά νοθεύεται με άλλες ουσίες, κυρίως αμφεταμίνες και διατίθεται σε χρωματιστές ταμπλέτες ή κάψουλες. Προκαλεί τα ίδια συμπτώματα με τα υπόλοιπα διεγερτικά του Κ.Ν.Σ. Επειδή επιφέρει τρομερά βλαβερές συνέπειες στον οργανισμό όταν ο χρήστης δεν προσέξει την «πηγή» ή τον τρόπο λήψης και την ποσότητα. Οι Ολλανδικές αρχές έχουν εκδώσει ένα δεκάλογο που αφορά τη χρήση έκστασης. ( βλέπε: 1<sup>ος</sup> πίνακας – παράρτημα 1<sup>ο</sup>.)

#### Δ) Ψευδαισθησιογόνες ουσίες

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των ουσιών αυτών είναι ότι προκαλούν ψευδαισθήσεις. Λαμβάνονται μόνο από το στόμα. Το πιο “δημοφιλές” είναι το LSD. Μικρά τετράγωνα κομμάτια απορροφητικού χαρτιού εμποτίζονται σε μικροποσότητες του ναρκωτικού και στη συνέχεια διαλύονται στη γλώσσα. Τα τετράγωνα αυτά έχουν συχνά έγχρωμα αφηρημένα σχέδια ή εικόνες χαρακτήρων

από κόμικς ή ταινίες. Το LSD μπορεί να πωλείται χρησιμοποιώντας τα σχέδια επάνω στα τετραγωνάκια ως εμπορικές ονομασίες όπως “Φράουλες”, “E.T.” ή “Κινέζικος Δράκος”.

Η ελάχιστη αποτελεσματική δόση είναι 25 μιλιγκράμ. Η επίδραση ξεκινά 30 – 60 λεπτά μετά τη λήψη του, η δράση του κορυφώνεται μέσα σε 2 – 3 ώρες και εξαφανίζεται ύστερα από 6 – 10 ώρες. Μετά τη λήψη παρατηρείται αυξημένη αισθητηριακή αντιληπτικότητα, υποκειμενικό αίσθημα αύξησης των διανοητικών δραστηριοτήτων και τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα φαίνονται σαν άγνωστα. Χάνεται η οριοθέτηση στο χώρο και στο χρόνο, όλα είναι εξωπραγματικά και καθετί υπάρχει σε μία άλλη διάσταση. Πολλές φορές ο χρήστης κατέχεται από πανικό και νοιώθει σαν να χάνεται σε μαύρη τρύπα. Οι παραισθησιογόνες ουσίες προκαλούν ψυχωτικά σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από οπτικές ψευδαισθήσεις, και αρκετές φορές οι χρήστες κατά τη διάρκεια του ψυχωτικού επεισοδίου προβαίνουν σε εγκληματικές ενέργειες. Εξάρτηση δεν προκαλεί, διότι η χρήση δεν είναι τακτική. Εάν επαναλαμβάνεται η ίδια δόση σε μικρό χρονικό διάστημα, δεν έχουν αναφερθεί συγκεκριμένα αρνητικά αποτελέσματα. Παρατηρείται μόνο ανοχή ενώ δεν έχει αναφερθεί ούτε στερητικό σύνδρομο. Όταν λαμβάνεται σε μεγάλες ποσότητες είναι δυνατόν να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης, απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, κατάργηση της αίσθησης του φόβου, κώμα και τελικά ο θάνατος.

Ε) Κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. (οινόπνευμα, βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά, αντιισταμινικές ουσίες)

Τα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. χρησιμοποιούνται συνήθως μετά από ιατρική συνταγή για την αντιμετώπιση της αϋπνίας ή του άγχους σε άτομα που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα συνηθισμένα επίπεδα του καθημερινού άγχους. Η χρήση αυτών των ουσιών γίνεται και από νέα άτομα, αλλά σε συνδυασμό με οπιούχα ή αλκοόλ για ευφορικούς λόγους.

Το άτομο που λαμβάνει κατασταλτικά για λόγους υγείας και σύμφωνα με την ιατρική συνταγή (δοσολογία – ωράριο κ.τ.λ) αντιμετωπίζει το πρόβλημα αϋπνίας ή άγχους που του εμφανίζονται.

Το άτομο που έχει κάνει υπερβολική χρήση ουσίας παρουσιάζει αστάθεια της συναισθηματικής διάθεσης, κατάρρευση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών ενορμήσεων, έκπτωση της κριτικής ικανότητας, της κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας. Σωματικά συμπτώματα είναι η αστάθεια του βαδίσματος, δυσαρθρική ομιλία, έκπτωση μνήμης ή προσοχής.

Είναι εύκολο να αποκτήσει κανείς ψυχολογική εξάρτηση από αυτά και όσοι προσπαθούν και τα σταματούν, ενδέχεται να εμφανίσουν πολύ δυσάρεστα στερητικά συμπτώματα, όπως : άγχος, έντονη αϋπνία, ναυτία ή εμετούς, αδυναμία, ταχυκαρδία, εφίδρωση, τρόμος χεριών, γλώσσα βλεφάρων, επιληπτικοί σπασμοί και υπόταση. Ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών ποικίλει από 2 – 6 ημέρες ανάλογα με την ουσία. Άλλη κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί είναι το στερητικό παραλήρημα. Αυτό 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.

Πρέπει να αποφεύγεται η ταυτόχρονη χρήση με αλκοόλ και άλλα καταπραϋντικά γιατί υπάρχει ο κίνδυνος να υπερενεργήσουν τα κατασταλτικά και να είναι σαν να έχει πάρει υπερβολική δόση ο χρήστης. Τέλος, πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες του γιατρού σε ωράριο και δοσολογία επακριβώς.

#### ΣΤ) Εισπνεόμενες – πτητικές ουσίες (αεροζόλ)

Είναι ομάδα βιομηχανικών προϊόντων που όταν εισπνέονται έχουν την ιδιότητα να καταστέλλουν το Κ.Ν.Σ. Είναι υγρά, που στη θερμοκρασία του δωματίου αεριοποιούνται και η εισπνοή τους επιφέρει ευφορική διάθεση. Τέτοιες είναι η τολουόλη, ακετόνη, μεθανόλη, αιθανόλη, βενζίνη, πετρελαϊκοί αιθέρες, και οι αλογονομένοι υδατάνθρακες. Χρησιμοποιούνται συνήθως από τους νέους

γιατί κυκλοφορούν ελεύθερα στην αγορά και είναι φθηνές και έτσι είναι ευκολότερο να τις προμηθευτούν.

Χρήση μεγάλων ποσοτήτων της ουσίας προκαλεί επιθετικότητα, διάθεση για προστριβές, μείωση κριτικής ικανότητας, λήθαργο, τρόμο, ζάλη, νυσταγμός, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία, βήχα, ναυτία, εμετό, διάρροια, ερεθισμός στη μύτη, πόνους στο στήθος, στους μυς, ακόμα και κώμα.

Η εξάρτηση είναι ψυχολογική και ανοχή αναπτύσσεται σχετικά γρήγορα. Είναι πολύ επικίνδυνη η χρήση γιατί προκαλεί καταστροφή των νευρώνων του νευρικού συστήματος, του μυελού των οστών, των νεφρικών και ηπατικών κυττάρων. Μπορεί να επέλθει ασφυξία όταν ο χρήστης χρησιμοποιεί πλαστική σακούλα, να χάσει τις αισθήσεις του και να επέλθει ακόμα και θάνατος.

#### Ζ) Άλλες “ναρκωτικές”<sup>4</sup> ουσίες

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται η νικοτίνη, η καφεΐνη και άλλες ουσίες οι οποίες προκαλούν εξάρτηση, κυκλοφορούν ελεύθερα στην αγορά και σε σχετικά “χαμηλές” τιμές. Έχουν πολύ διαφορετική όμως νομοθετική, πολιτισμική και κοινωνική αντιμετώπιση γι αυτό και δεν θα αναφερθούμε περισσότερο.

---

<sup>4</sup> ναρκωτικές = γιατί προκαλούν εξάρτηση



### **1.3 Στατιστικά στοιχεία**

Τα πρώτα επίσημα στατιστικά στοιχεία που έχουμε είναι εκείνα του υπουργείου δημόσιας τάξης, από το site [www.ydt.gr](http://www.ydt.gr). Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τα γραφήματα που βρίσκονται στο 1<sup>ο</sup> παράρτημα, όπου γίνεται και χρονολογική σύγκριση από το 1991 έως το 2003 για τα κατασχεθέντα οπιούχα και κανναβοειδή καθώς και στοιχεία για τους θανάτους από ναρκωτικά κατά ηλικιακές ηλικιών κατά φύλλο, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, γραμματικές γνώσεις και επάγγελμα. Από τα γραφήματα αυτά γίνεται εύκολα χρονολογική σύγκριση για κάθε κατηγορία :

Στο γράφημα 1 φαίνεται ότι η μεγαλύτερη ποσότητα κατασχεθέντων καλλιεργηθέντων φυτών έγινε το 1992 και η ποσότητα ήταν 56.289 δεντρώλια. Ακολουθούν τα έτη 1999 και 2000 με ποσότητες 46.198 και 49.840 αντίστοιχα. Για τις υπόλοιπες χρονολογίες ο Μ.Ο. της ποσότητας δεντρωλίων που κατασχέθηκαν είναι περίπου 20.000, με χαμηλότερη τιμή εκείνη του 1998 (9.967) και υψηλότερη το 1995 (30.468).

Στο γράφημα 2 βλέπουμε έναν εννιαπλασιασμό της ποσότητας χασίς (ακατέργαστο – κατεργασμένο) η οποία κατασχέθηκε το 1997 σε σχέση με το 1991. από το 1991 έως το 1996 οι ποσότητες κυμαίνονταν στα 1500 κιλά, ενώ τα έτη 1998 με 2003 έχουμε σταδιακή και σταθερή μείωση από 12.000 κιλά σε 6.000 κιλά, σε αντίθεση με τους θανάτους (Γράφημα 4) οι οποίοι μετά το 1997 εμφανίζουν σταθερή και σταδιακή άνοδο με την κορύφωσή τους το έτος 2001 σε 334! Σε αυτό το “ρεκόρ” θα πρέπει να συνέβαλλε και η ηρωίνη και γενικότερα τα οπιούχα παρά τις προσπάθειες των αρχών, οι οποίες μόλις την προηγούμενη χρονιά είχαν κατασχεσει την μεγαλύτερη ποσότητα οπιούχων (645 κιλά) για τα έτη 1991 – 2003 (Γράφημα 3).

Όσο για την ηλικία των χρηστών που τελικά καταλήγουν στο θάνατο, συνηθέστερη είναι εκείνη των 21 – 30 ετών, και ακολουθούν οι ενήλικες από 31

και πάνω. Ο αριθμός των εφήβων και χρηστών ηλικίας έως 20 ετών, δεν είναι αμελητέος και μάλιστα έφτασαν τους 51 το 2001!, οι περισσότεροι εκ των οποίων είναι άντρες σε ποσοστό μεγαλύτερο του 85%

Το άρθρο της Ελευθεροτυπίας το Σάββατο 16 Φεβρουαρίου 2002 με τίτλο : “ Τετραπλασιάστηκαν τα θύματα σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Εξαπλασιάστηκαν στην υπόλοιπη Ελλάδα την οκταετία 1993 – 2000”, επιβεβαιώνεται και από το γράφημα 8.

Το 1989 οι θάνατοι από ναρκωτικά που καταγράφηκαν στην Αθήνα ήταν 50, στη Θεσσαλονίκη 13 και στην υπόλοιπη Ελλάδα 9<sup>5</sup>. Το 2000 αυξήθηκαν σε 200 στην πρωτεύουσα, 49 στη Θεσσαλονίκη και 55 στην υπόλοιπη Ελλάδα, χωρίς να καταγράφονται οι θάνατοι που έχουν έμμεση αιτία θανάτου τα ναρκωτικά (δηλαδή τροχαία, αυτοκτονίες, ατυχήματα και άλλα). Τέλος οι περισσότεροι χρήστες που κατέληξαν σε θάνατο ήταν άεργοι, με μέση εκπαίδευση και άγαμοι (Γραφήματα 7,8,9.)

Μια δεύτερη ομάδα στοιχείων που έχουμε συλλέξει είναι εκείνα από την εφημερίδα Έθνος, η οποία με αφορμή την παγκόσμια ημέρα κατά των ναρκωτικών είχε “αφιέρωμα άρθρο” : “Σοκ για τα Ελληνόπουλα”<sup>6</sup>. Τα συμπεράσματα – στατιστικά του άρθρου προκύπτουν από την ανάλυση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των χρηστών οι οποίοι κατέφυγαν το 2003 στις υπηρεσίες του Κ.Ε.Θ.Ε.Α. Τα στοιχεία δόθηκαν στη δημοσιότητα στις 13 Ιουνίου από τον διευθυντή του Κέντρου, Μπάμπη Πουλόπουλο. Από τα στοιχεία αυτά έχουμε τα εξής συμπεράσματα.

- Μπαίνουν στον «εφιάλτη» των ναρκωτικών από 15,5 χρονών.
- Ουσία έναρξης είναι συνήθως η κάνναβη.
- Άνεργοι οι 3 στους 5 χρήστες (62,4%)

<sup>5</sup> Η επαρχία, πρωτεύουσα των ναρκοθανάτων “Ελευθεροτυπία, Σάββατο 16 Φεβρουαρίου 2002, σελ.22-51. επιμέλεια Αντώνης Γαλανόπουλος

<sup>6</sup> “Στοιχεία σοκ για τα Ελληνόπουλα”. Έθνος, 24/06/2004, Δημήτρης Καραγιώργος, [www.ethnos.gr](http://www.ethnos.gr) 04/08/2004

- Άνδρες η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που καταφεύγουν σε κάποιο κέντρο απεξάρτησης (83,8%).
- Περίπου οι μισοί από τους χρήστες είχαν προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία (48,7%)
- Το 60% των χρηστών είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 33,2% το έχει τελειώσει το γυμνάσιο και το 27,3% το Λύκειο.
- Κύρια ουσία κατάχρησης για τα άτομα αυτά είναι η ηρωίνη και τα οπιοειδή (83,4%). Ακολουθούν κάνναβη (10,9%), κοκαΐνη – αμφεταμίνες (2,6%), υπνωτικά – κατασταλτικά (3,10%).
- Η επικρατέστερη μορφή χρήσης της κύριας ουσίας είναι η ενέσιμη (45,3%), ακολουθεί η εισπνοή από τη μύτη (26,4%) και το κάπνισμα (24,9%).
- Από την έναρξη της χρήσης έως την ένταξη σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα κυμαίνεται από 3 – 8 χρόνια (50% : 3 – 5 χρόνια και 33,3% : 6 – 8 χρόνια)
- 2 στους 5 έχουν εμπειρία κοινής χρήσης σύριγγας με αποτέλεσμα από τους 1669 χρήστες, οι 295 (17,7%) ήταν φορείς της ηπατίτιδας C, 1 φορέας του AIDS 734 (44%) είχαν φυματίωση.
- Αλματώδης αύξηση χρήσης διεγερτικών το οποίο φαίνεται και από τον πίνακα 2 του παραρτήματος.

Τέλος, αναφέρουμε παρακάτω κάποια στατιστικά στοιχεία συγκριτικά των χωρών της Ε.Ε. Το 1999, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας<sup>7</sup>, σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι τα εξής :

---

<sup>7</sup> [www.tovima.dolnet.gr](http://www.tovima.dolnet.gr) “Η Ελλάδα δεύτερη στην Ε.Ε. σε θανάτους από ναρκωτικά” Έλενα Φυντανίδου 25/06/2000

1. Η Ιρλανδία κατέχει την πρώτη θέση σε ρυθμό αύξησης θανάτων εξαιτίας χρήσης ναρκωτικών ουσιών, και η Ελλάδα τη δεύτερη θέση.
2. Η Πορτογαλία κατέχει την πρώτη θέση στη χρήση ηρωίνης και η Ελλάδα και πάλι τη δεύτερη θέση.
3. Η Ελλάδα έχει την πρώτη θέση σε ότι αφορά τη μόλυνση των χρηστών από τον ιό της ηπατίτιδας Β, ενώ πολύ υψηλό είναι και το ποσοστό εξάπλωσης της ηπατίτιδας C (60%!).
4. Ένα θετικό μέρος της έκθεσης είναι ότι τα ποσοστά εξάπλωσης του AIDS στους Έλληνες τοξικομανείς παραμένουν χαμηλά 0,6% - 3,2%.
5. Η υψηλότερη χρήση ναρκωτικών παρατηρείται στην Ιταλία στο Λουξεμβούργο, (8/1000 κατοίκους) στη Βρετανία (7/1000 κατοίκους). Χαμηλότερη φαίνεται η χρήση στη Γερμανία, στην Αυστρία, στη Φιλανδία και στη Σουηδία. Η πλέον διαδεδομένη παράνομη ουσία σε όλες τις χώρες είναι η κάνναβη. 40.000.000 άνθρωποι στην Ε.Ε. έχουν δοκιμάσει κάνναβη, ενήλικες – νεαροί ενήλικες
6. Η χρήση της κάνναβης, τουλάχιστον μία φορά, κυμαίνεται στους ενήλικες από 10% (Φινλανδία) ως 20% - 30% (Δανία, Ισπανία, Βρετανία).
7. Η χρήση της κάνναβης, τουλάχιστον μία φορά στους νεαρούς ενήλικες κυμαίνεται από 16%-17% (Φιλανδία-Σουηδία) έως 35% - 40% (Δανία, Ισπανία, Βρετανία)
8. Η δεύτερη διαδεδομένη ουσία είναι οι αμφεταμίνες.
9. Τουλάχιστον μία φορά έχει κάνει χρήση ποσοστό 1% - 4% των ενηλίκων και 1% - 5% των νεαρών ενηλίκων στην Ε.Ε.
10. “Έκσταση” έχουν δοκιμάσει Ευρωπαίοι ενήλικοι σε ποσοστό 1% - 5%.
11. Στη Μ.Βρετανία τα ποσοστά και για τις αμφεταμίνες και για την “έκσταση” είναι σημαντικά υψηλότερα.
12. Κοκαΐνη έχουν δοκιμάσει ενήλικες σε ποσοστό 1% - 3% και νεαροί μαθητές έως 16 ετών σε ποσοστό 1% - 5%.

13. Η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία στους μαθητές όλων των χωρών της Ε.Ε. πλην της Ελλάδας και της Σουηδίας, (εκεί τα παιδιά πειραματίζονται συχνότερα με διαλυτικές ουσίες).
14. Οι νέοι έως 16 ετών κάνουν χρήση κάνναβης από το 5% (Πορτογαλία – Φιλανδία) ως 40% (Ιρλανδία – Βρετανία)
15. Για τη χρήση αμφεταμίνης στην ηλικία έως 16 ετών, τα ποσοστά κυμαίνονται από 1% - 13%.
16. Για τη χρήση έκστασης, στην ίδια ηλικία, τα ποσοστά είναι 1% - 9% και τα παραισθησιογόνα στο 1% - 10%.
17. Κοκαΐνη έχει δοκιμάσει το 1% - 3% των μαθητών και ηρωΐνη κάτω από το 1%, αλλά το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 2% στη Δανία, στην Ιρλανδία, στην Ιταλία και στην Βρετανία

Τα παραπάνω στοιχεία τις επόμενες χρονιές τροποποιήθηκαν επιφέροντας αρνητικά συμπεράσματα για τη χώρα μας, όπως αναφέρει έκθεση του Ε.Κ.Ε<sup>8</sup>.

Η Ελλάδα το 2002 κατέχει την πρώτη θέση στο ποσοστό αύξησης των θανάτων από ναρκωτικά. Οι θάνατοι από ναρκωτικά αυξήθηκαν 30 φορές από το 1985 (ποσοστό 2.930%!!!). Από 10 το 1980 έφτασαν 303 το 2000. Δεύτερη χώρα έρχεται το Λουξεμβούργο και Τρίτη η Πορτογαλία.

Σε αριθμούς – απόλυτους – όμως το μεγαλύτερο πρόβλημα έχει η Βρετανία 3.495 άτομα στο 2000 και ακολουθεί η Γερμανία με 2.030 θανάτους και η Ιταλία με 1.016. Το πλέον διαδεδομένο ναρκωτικό συνεχίζει να είναι η κάνναβη, ενώ αυξήθηκε η τάση των νέων να πειραματίζονται με τα λεγόμενα συνθετικά ή χημικά ναρκωτικά «έκσταση». 18% το ποσοστό των μαθητών Γυμνασίου – Λυκείου και 10% για τα κορίτσια μαθήτριες που έκαναν χρήση παράνομων ουσιών ενώ 36% για τους άντρες και 12% για τις γυναίκες τα ποσοστά χρήσης

---

<sup>8</sup> [www.phantis.gr](http://www.phantis.gr) “Η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσό στο θάνατο από ναρκωτικά στην Ε.Ε.” δημοσιεύτηκε στην Καθημερινή 22/12/2002 (07/08/2004) και ΤΟ ΒΗΜΑ 08/02/2004 Δ.ΓΑΛΑΝΗΣ “Η κοκαΐνη έγινε λαϊκής κατανάλωσης”

για τις ηλικίες 25 – 35. 13% για τους άντρες και 2,8% για τις γυναίκες το ποσοστό χρήσης για την ηλικιακή ομάδα των 36 και άνω.

Αλματώδης είναι και η παγκόσμια παραγωγή οπιοειδών, από περίπου 4000 τόνους το 1990, σήμερα ξεπερνάει η παραγωγή τους 10.000 τόνους ενώ τέλος για την προμήθεια των ναρκωτικών παγκοσμίως ξοδεύονται πάνω από 500 δις. Δολάρια το χρόνο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>:**

### **Πρόληψη – θεραπεία**

#### **2.1) ΠΡΟΛΗΨΗ:**

Οι πρώτες συστηματικές παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης ξεκίνησαν στη χώρα μας τις αρχές της δεκαετίας του '80. Η χώρα μας πρώτη φορά συμμετείχε σε τριετές πιλοτικό πρόγραμμα που διοργάνωσε το Συμβούλιο Επιτροπής (1986 – 89). Την εφαρμογή του ανέλαβε η ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και αργότερα το ΕΠΠΨΥ. Το πρόγραμμα διαπνεόταν από τη λογική της πρόληψης ως συνεχής εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο την υποστήριξη των νέων σε θέματα κοινωνικής και προσωπικής ανάπτυξης. Βασικό πεδίο εφαρμογής ήταν τα στοιχεία και οι παρεμβάσεις που απευθύνονταν σε καθηγητές – δασκάλους, μαθητές και γονείς.

Στις αρχές του '90, νεοσύστατο πλέον το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ, ξεκινά μία δεύτερη προσπάθεια πρόληψης. Στόχος πρωταρχικός ήταν η προσπάθεια μεταφοράς της τεχνογνωσίας για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης και προαγωγής της υγείας στη χώρα μας. Στην προσπάθεια του αυτή οργάνωσε εκπαιδεύσεις επαγγελματιών στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, συμμετείχε σε τριετές πρόγραμμα του δήμου Αθηναίων για την ευαισθητοποίηση των νέων απέναντι στην εξάρτηση, οργάνωσε μία σειρά από παρεμβάσεις σε συνεργασία με δήμους της Αθήνας και της επαρχίας.

Το 1994 άρχισε η συστηματική καταγραφή των διαστάσεων του φαινομένου 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 μελετήθηκαν και προτάθηκαν “βασικές αρχές”<sup>9</sup> 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 υπ όψιν 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.

Πέρα από τις βασικές αρχές υπάρχουν και επίπεδα πρόληψης τα οποία είναι τρία : πρωτογενής – δευτερογενής – τριτογενής πρόληψη<sup>10</sup>.

- **Πρωτογενής Πρόληψη :**

Σκοπό έχει την αποφυγή της εμφάνισης των προβλημάτων – στόχων. Ο τύπος αυτός αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών προϋποθέτει επαρκή γνώση των αιτιών και ανάπτυξη τεχνικών που θα επηρεάσουν το κοινό

<sup>9</sup> [www.okana.gr](http://www.okana.gr) “Πρόληψη στην Ελλάδα, σήμερα” (09/08/2004)

<sup>10</sup> ” M.Gossop, M.Grant “Κατάχρηση ουσιών – πρόληψη και έλεγχος, απόδοση στα Ελληνικά Δ.Ν.Σκιάτρας, επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Βενετσάνος Μουρέας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ medicalarts, Αθήνα, 1994.



στόχο σε πρώιμο στάδιο. Είναι ικανοποιητική η πρωτοβάθμια πρόληψη με τους ακόλουθους τρόπους : α) μέσω της εξάλειψης των παθολογικών παραγόντων, β) μέσω του ελέγχου των περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στη χρήση και γ) μέσω της ενίσχυσης της αντίστασης του ξενιστή<sup>11</sup>. Η επιλογή του τρόπου που θα ακολουθηθεί εξαρτάται κάθε φορά από τις κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις καθώς και από το είδος του φορέα που εφαρμόζει το πρόγραμμα πρόληψης.

- **Δευτερογενής Πρόληψη :**

Σκοπός είναι η μείωση της επικράτησης του προβλήματος – στόχου στα πλαίσια της κοινότητας. Απευθύνεται δηλαδή σε άτομα που υποφέρουν ήδη από το πρόβλημα και έχει σαν συνώνυμη ονομασία παρέμβαση, θεραπεία ή αποκατάσταση. Δεύτερος σκοπός της είναι η μείωση της διάρκειας του προβλήματος και ο περιορισμός της έκτασης της κοινωνικής και ατομικής 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).

- **Τριτογενής Πρόληψη :**

Σκοπός 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,

---

<sup>11</sup> » M.Gossop, M.Grant ό.π.

προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και διάφορα προγράμματα που λειτουργούν σε επίπεδα κοινοτήτων.

Ο 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 :

α) Ο σχεδιασμός, η προώθηση, ο διωπουργικός 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 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.

γ) 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.

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

ε) 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.

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 και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μαζί με προτάσεις για τη λήψη μέτρων».<sup>12</sup>

Οι φορείς με τους οποίους συνεργάζεται ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι οι εξής :

#### **ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ**

- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA.
- Ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
- Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών
- Οριζόντια ομάδα για τα Ναρκωτικά
- Ομάδα του Δουβλίνου

#### **ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

- 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.

---

<sup>12</sup> Εφημερίς Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας τεύχος πρώτο Αρ.Φύλλου 119, 26 Ιουλίου 1993.  
ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟΝ 2161

Τα προγράμματα α' γενούς πρόληψης του OKANA<sup>13</sup> χωρίζονται στις εξής κατηγορίες.

α) Προγράμματα για εκπαιδευτικούς :

- 1) Πρόγραμμα εκπαίδευσης για την προαγωγή της Υγείας
- 2) Στηρίζομαι στα πόδια μου
- 3) Συζητήσεις εφήβων : ψυχική υγεία και διαπροσωπικές σχέσεις

β) Προγράμματα για μαθητές :

- 1) Παιχνίδια παιδιών (πρωτοβάθμια εκπαίδευση)
- 2) Ημερολόγιο πλοίου Αρμενιστής 1900 (εφήβους)

γ) Προγράμματα για γονείς :

- 1) Επικοινωνία στην οικογένεια

Το πρόγραμμα (α1) είναι μετάφραση του Αγγλικού και Σουηδικού εκπαιδευτικού υλικού. Περιλαμβάνει 3 βασικές ενότητες. Κάπνισμα, οινοπνευματώδη και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες καθώς και ένα παράρτημα που αναφέρεται κυρίως στη γνώση εαυτού. Στόχος του υλικού είναι η ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων που προάγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ψυχική υγεία των μαθητών. Το «στηρίζομαι στα πόδια μου» είναι μετάφραση του Ιρλανδικού υλικού, αναφέρεται σε καθηγητές όλων των ειδικοτήτων. Περιλαμβάνει 5 θεματικές ενότητες οι οποίες είναι : ταυτότητα και αυτοεκτίμηση, κατανόηση επιρροών, αυτοπεποίθηση και αποφασιστικότητα, συναισθήματα και λήψη αποφάσεων. Αποτελείται από εγχειρίδιο του καθηγητή και κάρτες – φυλλάδια που φωτοτυπείται και διανέμεται στους μαθητές. Το 3<sup>ο</sup> πρόγραμμα της 1<sup>ης</sup> ομάδος (συζητήσεις εφήβων) είναι ένα πρωτότυπο υλικό σχεδιασμένο από το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., στο πλαίσιο του 2<sup>ου</sup> Κ.Π.Σ. Απευθύνεται σε καθηγητές Λυκείου αλλά και επαγγελματίες πρόληψης που αναπτύσσουν τέτοια θέματα σε ομάδες εφήβων 15 – 18 ετών. Αποτελείται από το εγχειρίδιο και το

---

<sup>13</sup> [www.okana.gr](http://www.okana.gr), “Πρόληψη στην Ελλάδα σήμερα”, 09/08/2004

βιβλίο για τον καθηγητή αλλά και από το τετράδιο για το μαθητή. Σκοπό έχει την επεξεργασία θεμάτων ψυχικής υγιεινής, διαπροσωπικών σχέσεων και επικοινωνίας.

Το «Παιχνίδια Παιδιών» είναι μετάφραση ελβετικού υλικού και απευθύνεται σε μαθητές ηλικίας 7 – 9 ετών. Περιλαμβάνει 6 θεματικές ενότητες, οι δραστηριότητες των οποίων μπορούν να κατανεμηθούν σε όλη τη διάρκεια του σχολικού έτους με συχνότητα 2 ώρες την εβδομάδα. Μέσα από τις δραστηριότητες δίνει τη δυνατότητα στα παιδιά να συνειδητοποιήσουν τις διάφορες συγκρούσεις και να αναπτύξουν ικανότητες επιλογής και λήψης απόφασης.

Το «Ημερολόγιο Πλοίου Αρμενιστής 1900» είναι ένα πρωτότυπο εργαλείο για στελέχη πρόληψης που επιθυμούν να οργανώσουν προληπτικές δράσεις στην ευρύτερη κοινότητα στοχεύοντας σε εφήβους εκτός σχολικού χώρου. Περιλαμβάνει 13 θεματικές ενότητες – συναντήσεις. Συνδετικός ιστός συζήτησης είναι το ταξίδι ενός καραβιού και οι περιπέτειες των μελών του «πληρώματος».

Τέλος το «Επικοινωνία στην οικογένεια» συντάχθηκε από το Κέντρο Εκπαίδευσης Στελεχών Πρόληψης και στόχο έχει την βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια. Αποτελείται από 13 δίωρες συνεδριάσεις, ομάδες γονέων έτσι έχουν την δυνατότητα να επεξεργαστούν θέματα όπως η σημασία εξαρτητικών σχέσεων ο ρόλος της πρόληψης κ.α. (β-βάθμια – γ-βάθμια πρόληψη)

Πέρα από το εκπαιδευτικό υλικό που παράγει ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. για την α' γενή πρόληψη έχει προβεί και στις παρακάτω δραστηριότητες :

α) συνεργάζεται με το Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων (Ε.Δ.Α.Σ.) και υλοποιεί προγράμματα που απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς, γονείς, εφήβους, ευρύ κοινό και ειδικούς της ψυχικής υγείας, και καλύπτουν την περιφέρεια Ηπείρου και τις Κοινότητες Δυτικής Αττικής.

β) συνεργάζεται με το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (Α.Κ.Μ.Α.) και υλοποιεί και πάλι προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται στις ίδιες (με το προηγούμενο πρόγραμμα) ομάδες ατόμων, και καλύπτουν Δήμο Ν.Σμύρνης και το νησί της Λέσβου.

γ) συνεργάζεται με το Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περιθαλψής, υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και καλύπτει περιοχές των δήμων Αχαρνών, Ζεφυρίου, Άνω Λιοσίων και Καματερού.

Οι δράσεις του Ο.ΚΑ.ΝΑ. για την δευτεροβάθμια πρόληψη – θεραπεία – αναλύονται παρακάτω (στο Β' μέρος : θεραπεία)

Στα πλαίσια της τριτοβάθμιας πρόληψης υλοποιούνται μετά από προσπάθειες του Ο.ΚΑ.ΝΑ. – μέσω του Ο.Α.Ε.Δ. – προγράμματα επιχορήγησης εργοδοτών για την απασχόληση ομάδων κοινωνικού αποκλεισμού. (συγκαταλέγονται και οι απεξαρτημένοι).

Τέλος σε συνεργασία με τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς και το Ε.Κ.Τ. διοργάνωσαν επιδοτούμενα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης στις πόλεις : Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα. Τα προγράμματα κατάρτισαν :

- 1) 230 ανέργους πτυχιούχους Κοινωνιολογίας, Ψυχολογίας και συναφών επιστημών
- 2) 45 απεξαρτημένους και άτομα υψηλού κινδύνου που ενδιαφέρονταν να βελτιώσουν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες.

Πριν τη λειτουργία του Ο.ΚΑ.ΝΑ., με την ίδρυση της Ιθάκης (πρώτη Ελληνική θεραπευτική κοινότητα) με ειδική νομοθετική ρύθμιση Ν.1729/1987 έχουμε την ίδρυση του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. – εκτός των άλλων υπηρεσιών του (θα αναφερθούν παρακάτω) -, παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς – δευτερογενούς πρόληψης και μάλιστα ο τομέας πρόληψης λειτουργεί με τέτοια επιτυχία που πρόσφατα απέσπασε το “Mentor Achievement award” του Mentor foundation<sup>14</sup> για την εφαρμογή του πρότυπου ολοκληρωμένου προγράμματος στην α-βάθμια εκπαίδευση. Τα προγράμματά του χωρίζονται σε 2 κατηγορίες : (1) Μακροχρόνια προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης και (2) Κοινωνικά προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα. Το πρωτότυπο και διαφορετικό πρόγραμμα (από αυτά του Ο.ΚΑ.ΝΑ.) είναι το (2<sup>ο</sup>) πρόγραμμα με την ονομασία ΠΗΓΑΣΟΣ. Λειτουργεί από το 1989 και είναι Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης σε όλη την Ελλάδα και ιδίως σε περιοχές που δεν διαθέτουν υπηρεσίες σχετικές με το φαινόμενο της εξάρτησης. Με ένα ειδικά διαμορφωμένο δώροφο λεωφορείο πραγματοποιούνται ολιγοήμερες αποστολές σε όλη τη χώρα ύστερα από αίτημα της Τ.Α. Έχει χαρακτήρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Στο πλαίσιο επέκτασης των δραστηριοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. για την πρόληψη, δημιουργήθηκε η μονάδα πρόληψης ΊΚΑΡΟΣ σε ομάδες υψηλού κινδύνου για εμπλοκή με τη χρήση ουσιών και την παραβατικότητα. Εκτός από το σχεδιασμό και την εφαρμογή βραχυχρόνιων και μακροχρόνιων παρεμβάσεων και προγραμμάτων που θα απευθύνονται στις ομάδες αυτές, η μονάδα ασχολείται και με την εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και κοινωνικών επιστημών.

---

<sup>14</sup> [www.kethea.gr](http://www.kethea.gr) “Πρόληψη” 09/08/2004

## **2.2) ΘΕΡΑΠΕΙΑ:**

Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. απευθύνονται τόσο στους χρήστες όσο και στις οικογένειές τους. Στηρίζονται στην αντιμετώπιση της 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 διαφορετικές φάσεις και σε κάθε μία από αυτές τις φάσεις αντιστοιχεί και μία διαφορετική μονάδα του θεραπευτικού προγράμματος. Οι μονάδες είναι οι εξής :

1. Συμβουλευτικά κέντρα ενημέρωσης : κινητοποίηση, προετοιμασία
2. Θεραπευτικές κοινότητες: απεξάρτηση
3. Κέντρα κοινωνικής επανένταξης : η ολοκλήρωση της προσπάθειας
4. Κέντρα οικογενειακής υποστήριξης: η δουλειά με την οικογένεια
5. Προγράμματα υποστήριξης κρατούμενων χρηστών : παρέμβαση στη φυλακή
6. Εκπαίδευση και κατάρτιση
7. Έρευνα και τεκμηρίωση

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. Παρέχεται ασφαλές περιβάλλον, όπου απαγορεύεται η χρήση ουσιών, και ενημερώνεται ο χρήστης για τη λειτουργία της θεραπευτικής μονάδας. Του παρέχεται διατροφή και δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης καθώς γίνονται και οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις. Η δεύτερη φάση είναι η θεραπευτική κοινότητα. Διαρκεί περίπου 12 μήνες και περιλαμβάνει το ουσιαστικότερο στάδιο της θεραπείας – απεξάρτησης. Οι θεραπευτικές κοινότητες διακρίνονται σε 2 κατηγορίες :



α) “ανοικτές” θεραπευτικές κοινότητες (εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης)

β) κοινότητες διαμονής

Η συστηματική χρήση ουσιών αποτελεί το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων, ψυχολογικών, διαπροσωπικών και κοινωνικών, και μέσα στην κοινότητα ο χρήστης αναζητά αυτές τις αιτίες της χρήσης και της αλλαγής του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς. Μαθαίνει πως να αποικτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους, και πως να αντιμετωπίζει το άγχος με εποικοδομητικό τρόπο και ότι το να ζητά βοήθεια δεν σημαίνει ότι είναι αδύναμος. Για να πετύχουν το στόχο 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. Μέχρι και νομικά προβλήματα αντιμετωπίζονται και προβλήματα υγείας με οργανωμένο τρόπο.

Στην Τρίτη φάση, ο στόχος είναι η κοινωνική επανένταξη του χρήστη στην κοινωνία. Στα μέλη των προγραμμάτων διαμονής διαθέτονται 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 και αποτελεί 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<sup>η</sup> φάση). Έχει περίπου την ίδια διάρκεια με τα θεραπευτικά προγράμματα (10 – 12 μήνες). Στόχος είναι η ενημέρωση του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος (γονείς, αδέρφια, σύντροφοι, σύζυγοι) 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, ώστε να ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης.

Επίσης 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 δεν έχουν στόχο μόνο τη θεραπεία – για όσους το επιθυμούν – αλλά και 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.

Παρακάτω αναφέρονται οι υπηρεσίες του ΚΕ.ΘΕ.Α. που βρίσκονται πανελλαδικά και λίγα λόγια για το κάθε πρόγραμμα.

- **Δεκαεπτά (17) συμβουλευτικά κέντρα** για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους. Βρίσκονται στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Αλεξανδρούπολη, την Καβάλα, την Πάτρα, τη Λάρισα, το Βόλο, το Ηράκλειο Κρήτης και τα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθηνών.
- **Δέκα (10) μονάδες απεξάρτησης** με βασικό στόχο την ψυχική απεξάρτηση των μελών τους. Διακρίνονται σε :
  - ο Θεραπευτικές κοινότητες διαμονής, στη Ραφήνα (**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**), τη Θεσσαλονίκη (**ΙΘΑΚΗ**), τη Σαλαμίνα (**ΝΟΣΤΟΣ**) και τη Λάρισα (**ΕΞΟΔΟΣ**).
  - ο Θεραπευτικές κοινότητες εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης, στην Αθήνα (**ΔΙΑΒΑΣΗ** και – για εφήβους – **ΣΤΡΟΦΗ**), και το Ηράκλειο Κρήτης (**ΑΡΙΑΔΝΗ**)
  - ο 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 (9) 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 (2) εξειδικευμένα κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης** για μέλη και αποφοίτους θεραπευτικών προγραμμάτων, στην Αττική και τη Μακεδονία.

- **Δεκαεπτά (17) προγράμματα οικογενειακής υποστήριξης** για τη στήριξη οικογενειών με εξαρτημένα μέλη, στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Αλεξανδρούπολη, την Καβάλα, την Πάτρα, τη Λάρισα και το Ηράκλειο Κρήτης.
- **Έξι (6) 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 ΕΞΕΛΙΞΙΣ** 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 (3) 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 ειπώνει 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.

Πέρα από τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει δημιουργήσει διάφορα θεραπευτικά προγράμματα τα οποία και πάλι διακρίνονται σε 2 κατηγορίες.

- α) Θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης και
- β) “στεγνά” θεραπευτικά προγράμματα.

Στην πρώτη περίπτωση έχουμε μία διαφοροποίηση από τα προγράμματα θεραπείας – γενικότερα – γιατί αναφέρονται μόνο σε χρήστες οπιοειδών και η αποθεραπεία γίνεται με χορήγηση οπιοειδών ουσιών όπως μεθαδόνη και βουπρενορφίνη. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν να διακόψει ο χρήστης ή να ελέγξει τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών και να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του.

Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες), εξαφανίζουν τις γρήγορες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη, δεν επιφέρουν την ευφορική δράση της ηρωίνης και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον τα φάρμακα :

- Είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση (μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας)
- Χορηγούνται δωρεάν (διακόπτεται επικοινωνία με τον κόσμο των ναρκωτικών)
- Χορηγούνται υπό μορφή ταμπλέτας ή πόσιμου διαλύματος (αποφεύγεται η ενδοφλέβια χορήγηση).
- Ιατρικές υπηρεσίες
- Ψυχολογικές υπηρεσίες
- Ψυχοθεραπεία
- Κοινωνικές υπηρεσίες
- Νομικές υπηρεσίες

Στα προγράμματα γίνονται δεκτά άτομα :

- Άνω των 20 ετών
- Με μακροχρόνια χρήση ηρωίνης

- Και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε “στεγνό” θεραπευτικό πρόγραμμα.

Εξαιρέση μπορεί να αποτελέσουν οι μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών, έστω και αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης

Πέρα από τα προγράμματα υποκατάστασης ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει ιδρύσει και δύο “στεγνά” θεραπευτικά προγράμματα : το “Γέφυρα” και το “ΑΤΡΑΠΟΣ”. Το Γέφυρα είναι δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών Πάτρας και ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1998. Απευθύνεται σε εξαρτημένους 18 – 48 ετών από ψυχοδραστικές ουσίες με απουσία μείζονος ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.

Στα πλαίσιά του λειτουργούν οι εξής δομές :

1. Συμβουλευτικός σταθμός
2. Θεραπευτική κοινότητα Γέφυρα
3. Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης
4. Τμήμα διαμονής – Ξενώνας
5. Πρόγραμμα Οικογένειας

Η λειτουργία της κάθε δομής έχει αναλυθεί στα προγράμματα θεραπείας του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και είναι περιττό να αναφερθούμε ξανά σε αυτή και στους στόχους κάθε δομής

Η ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα αποτελεί τη δεύτερη περίπτωση προγραμμάτων. Απευθύνεται σε ενήλικες χρήστες, ενώ ο μέσος όρος παραμονής είναι 9 μήνες.

Η κοινότητα είναι ανοιχτή, δηλαδή τα μέλη επιστρέφουν το βράδυ στο σπίτι τους, ενώ σ’ αυτούς που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαμονής δίνεται η δυνατότητα αυτή στον ξενώνα του προγράμματος.

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί ένα περιβάλλον κοινοβιακού χαρακτήρα όπου τα άτομα συνυπάρχουν, συνδέονται μεταξύ τους και αλλάζουν μέσα από τον κοινό τους σκοπό : την ψυχική απεξάρτηση από τις ψυχοτρόπες ουσίες και την επανένταξή τους στην κοινωνία.

**Οι στόχοι της είναι :**

- Πλήρης αποχή από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και παραβατικών συμπεριφορών
- Ψυχική απεξάρτηση
- Επαγγελματικός προσανατολισμός και επαγγελματική κατάρτιση
- Κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών ελλείψεων
- Συστηματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας

Η θεραπευτική κοινότητα σαν ζωντανό στοιχείο της ευρύτερης κοινωνίας δεν απομονώνεται απ' αυτήν, αλλά παίρνει ενεργή θέση αναλαμβάνοντας δράσεις που προωθούν την πολιτιστική και περιβαλλοντική μας κληρονομιά, δίνοντας το μήνυμα ότι η ζωή ενός ατόμου ή μίας ομάδας δεν είναι και δεν πρέπει ποτέ να είναι αποκομμένη από τη ζωή των άλλων ή της ευρύτερης κοινωνίας.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ανοιχτής θεραπευτικής κοινότητας αποτελεί η «ΑΡΙΑΔΝΗ», με έδρα την Κρήτη. Η δημιουργία της αποτελεί κατάληξη της πολυετούς παρουσίας του φορέα στο νησί ( από το 1993, έτος ιδρύσεως του Κέντρου Ενημέρωσης και Εισαγωγής Ηρακλείου Κρήτης ). Το 1999, οι τρεις αυτές μονάδες, αποσπώνται από το πρόγραμμα ΝΟΣΤΟΣ, και με τη δημιουργία της Ανοιχτής Θεραπευτικής Κοινότητας ΑΡΙΑΔΝΗ (20 θέσεων), σχηματίζουν ένα ολοκληρωμένο, πολυφασικό θεραπευτικό πρόγραμμα , το μοναδικό που διαθέτει αυτή τη στιγμή η Κρήτη.

Η ΑΡΙΑΔΝΗ είναι θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης και απευθύνεται σε ενήλικους χρήστες και τις οικογένειές τους, αλλά και στο γενικότερο πληθυσμό μέσα από δραστηριότητες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης γύρω από το θέμα της εξάρτησης. Ο Συμβουλευτικός



Σταθμός του προγράμματος, εκτός από την ενημέρωση και προετοιμασία των ατόμων που επιθυμούν να ενταχθούν στην Ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα ΑΡΙΑΔΝΗ, παρέχει ατομική συμβουλευτική υποστήριξη σε εφήβους που έχουν εμπλακεί στη χρήση ουσιών, καθώς και σε ενήλικους χρήστες που διαθέτουν επαγγελματική απασχόληση και δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε μακροχρόνιο πρόγραμμα απεξάρτησης.

Για να δώσει τη δυνατότητα ένταξης στην θεραπευτική κοινότητα σε άτομα που προέρχονται από απομακρυσμένες περιοχές της Κρήτης, η ΑΡΙΑΔΝΗ διαθέτει ξενώνα.

### **Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης**

Η Κοινωνική επανένταξη αποτελεί την τελευταία φάση του Θεραπευτικού Προγράμματος και οι **στόχοι της είναι :**

- Η εδραίωση της αλλαγής και η στήριξη του ατόμου για να αναλάβει πλήρως την ευθύνη του εαυτού του
- Η αποκατάσταση και δημιουργία νέων σχέσεων με το οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον

Στα πλαίσια της κοινωνική επανένταξης το ΚΕ.Θ.Ε.Α. διενεργεί έρευνες για τις εργασιακές ανάγκες των απεξαρτημένων και τις δυνατότητες απορρόφησής τους από την αγορά εργασίας. Ακόμα, υλοποιούνται προγράμματα εκπαίδευσης στελεχών θεραπείας, εκπαιδευτών στα προγράμματα κατάρτισης, προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης για απεξαρτημένους χρήστες καθώς και ενέργειες δικτύωσης υπηρεσιών.

### **Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης**

Απευθύνεται σε γονείς – αδέρφια – συντρόφους εξαρτημένων και **παρέχει:**

- Συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα της οικογένειας ανεξάρτητα από την ένταξη ή μη του χρήστη στις θεραπευτικές μονάδες του Προγράμματος

- Ενημέρωση γύρω από τη χρήση, την εξάρτηση και τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.
- Ενημέρωση για τον καθοριστικό ρόλο της οικογένειας στη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας.
- Δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικής συμμαχίας με τις οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων.
- Οικογενειακή θεραπεία για την εξομάλυνση των δυσλειτουργιών στο οικογενειακό σύστημα

### **Τμήμα Εκπαίδευσης**

Ιδιαίτερη έμφαση κατά την πορεία ενός μέλους δίνεται στην εκπαίδευση και στην επαγγελματική του κατάρτιση. Το Τμήμα Εκπαίδευσης σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα κατάρτισης, επιμόρφωσης και δραστηριοποίησης για τα μέλη σε όλες της φάσεις της θεραπευτικής τους πορείας.

Οι εκπαιδευτικές διαδικασίες πραγματοποιούνται από εξωτερικούς συνεργάτες υπό την εποπτεία του Τμήματος.

Επίσης παρέχει εκπαιδευτική και επαγγελματική συμβουλευτική στα μέλη.

#### **Βασικοί του στόχοι είναι :**

Η κάλυψη εκπαιδευτικών αναγκών των μελών

Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους μέσω προγραμμάτων κατάρτισης

### **Μονάδες και τμήματα του Ανοιχτού**

#### **Θεραπευτικού Προγράμματος ΑΡΙΑΔΝΗ**

#### **Συμβουλευτικό Κέντρο**

Εδώ γίνεται η πρώτη επαφή του χρήστη και της οικογένειάς του με το Πρόγραμμα. Το Συμβουλευτικό Κέντρο παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών και η παραβατική συμπεριφορά.

#### **Οι στόχοι του είναι πολλαπλοί :**

- Ενημερώνει για τα Θεραπευτικά Προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και τη φιλοσοφία τους.
- Ενισχύει το βαθμό κινητοποίησης των μελών και ενθαρρύνει τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης
- Προετοιμάζει τα μέλη για την ένταξή τους στην Ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα ΑΡΙΑΔΝΗ ή παραπέμπει σε άλλες δομές ανάλογα με τις ανάγκες που αξιολογεί
- Φροντίζει για την υγεία των μελών, παραπέμποντας για εξετάσεις σε τοπικές ιατρικές υπηρεσίες
- Παρέχει διατροφή και δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης.

Για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι δημιουργήθηκαν οι μονάδες εφήβων και απευθύνονται σε εφήβους έως 20 ετών που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματική χρήση ουσιών, αλλά και σε οικογένειες εφήβων που κάνουν χρήση ουσιών. Η επιδίωξη των μονάδων αυτών είναι η ανάπτυξη δράσεων για την προσέλκυση των εφήβων, η έγκαιρη παρέμβαση για την διακοπή της χρήσης καθώς και παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και θεραπείας στους εξαρτημένους εφήβους. Το πρόγραμμα των Μονάδων εφήβων διαφοροποιείται ελαφρώς από το πρόγραμμα του Δ.Θ.Υ.Π. γιατί δεν υπάρχει ούτε ξενώνας διαμονής των εφήβων, ούτε κάποιο πρόγραμμα για την οικογένεια. Η ενημέρωση – στήριξη – της οικογένειας εντάσσεται στο κομμάτι της κοινωνικής επανένταξης. Σήμερα λειτουργούν 4 Μονάδες εφήβων :

- Αθήνα «ΑΤΡΑΠΟΣ» – πλήρη λειτουργία
- Θεσσαλονίκη «ΝΑΥΤΙΛΟΣ» - Συμβουλευτικός σταθμός – ιατρικές υπηρεσίες – νομική κάλυψη και συμβουλευτικές υπηρεσίες
- Ρέθυμνο - Συμβουλευτικός σταθμός – ιατρικές υπηρεσίες – νομική κάλυψη και συμβουλευτικές υπηρεσίες

- Λάρισα - Συμβουλευτικός σταθμός – ιατρικές υπηρεσίες – νομική κάλυψη και συμβουλευτικές υπηρεσίες

Τέλος έχουν γίνει δύο συνεργασίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ. με Πανεπιστημιακά ιδρύματα και είναι οι εξής :

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΘΗΝΑ»**

Το «στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» προέκυψε από τη συνεργασία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Ξεκίνησε τη λειτουργία του το Μάιο του 1998 και αποτελεί μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου για Ουσιοεξαρτημένα Άτομα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που λειτουργούσε από το 1988.

Απευθύνεται σε χρήστε ναρκωτικών και αλκοόλ ηλικίας άνω των 18 ετών καθώς και στις οικογένειες και στους συγγενείς των χρηστών.

Το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες :

- Ιατρικές υπηρεσίες : βασική ιατρική φροντίδα, ψυχιατρική περίθαλψη
- Ψυχολογικές υπηρεσίες : ατομική συμβουλευτική, πρόληψη υποτροπών
- Ψυχοθεραπεία : ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Κοινωνικές υπηρεσίες : μεταθεραπευτική φροντίδα
- Άλλες δραστηριότητες : εκπαίδευση επαγγελματιών, έρευνα

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ**

Το πρόγραμμα «ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ», με πρωτοβουλία του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., ξεκίνησε τη λειτουργία του το Φεβρουάριο του 2001

Με τον όρο αυτοβοήθεια εννοείται η ενεργοποίηση των πολιτών ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας

και αλληλεγγύης. Βασικό χαρακτηριστικό της αυτοβοήθειας είναι η αυτενέργεια και η ανάληψη της προσωπικής ευθύνης και κατά συνέπεια η αναίρεση της παθητικότητας που τείνει να χαρακτηρίζει σήμερα τη στάση των πολιτών σε ζητήματα υγείας.

Οι βασικοί στόχοι του προγράμματος είναι :

- Η προαγωγή της αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες και γενικότερα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων
- Η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε μία νέα συνάντηση με τους πολίτες και η από κοινού ανάπτυξη συμμετοχικών δράσεων για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων
- Η έρευνα δράσης για τις εφαρμογές της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΣΤΑΣΕΙΣ**

### **3.1) Η έννοια των στάσεων**

Η μελέτη των στάσεων του ανθρώπου είναι ένας από τους κεντρικούς στόχους έρευνας της κοινωνικής ψυχολογίας. Αυτό συμβαίνει γιατί οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου ( όπως η προσωπικότητα ). Επίσης κατευθύνουν την συμπεριφορά του ανθρώπου στις συναλλαγές του με τον συνάνθρωπό του , την οικογένειά του, με το χώρο εργασίας του και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Gordon Allport έδωσε τον εξής ορισμό για την έννοια στάση: « νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ανθρώπου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται.»<sup>4</sup>. Ο Allport ήταν ο πρώτος που τόνισε ότι μια στάση είναι στην ουσία η ετοιμότητα για δράση και ότι οι στάσεις εκφράζονται σαν συμπεριφορά είτε λεκτική είτε μη λεκτική. Η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει στον εξής ορισμό: «με τη χρήση της έννοιας στάσης 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 »<sup>5</sup>. Δηλαδή η έννοια στάση θεωρείται από τους σύγχρονους κοινωνικούς ψυχολόγους ως τρισδιάστατη έννοια , αποτελούμενη από το γνωστικό στοιχείο , το συναισθηματικό στοιχείο και τη συμπεριφορά του

---

<sup>4</sup> Gordon Allport, Attitudes, στο σύγγραμμά του C.Mc Furchison, handbook of social psychology, Worcester Mass Clark, U., 1935.

<sup>5</sup> Δημητρίου Γεώργια Κοινωνική Ψυχολογία, τόμος Α' , Γ' έκδοση, Αθήνα , 1990 σελ. 123

ατόμου. Το σχήμα 1 απεικονίζει την τρισδιάστατη θεωρία των στάσεων των Rosenberg και Hovland.<sup>6</sup> (Παράρτημα 1<sup>ο</sup> σχήμα 1.)

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. Για παράδειγμα, και σύμφωνα με τον Τριάντη «δεν υπάρχει λειτουργική ανάγκη να αντιδρά ο άνθρωπος διαφορετικά σε καθεμιά από τις αποχρώσεις του κόκκινου»<sup>7</sup>

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. Για παράδειγμα όταν κάποιος πει "τα τελευταία χρόνια κάνω ενδοφλέβια χρήση ουσίας, η οποία είναι φυσική και παράγεται από φύλλα κόκας και έχω για λίγα λεπτά αίσθημα εφορίας και ταξιδιού , αλλά αργότερα ρίγη και πυρετό" , κάνει μία δήλωση χωρίς να την κατηγοριοποιήσει, αντίθετα με κάποιον άλλο που θα πει " κάνω χρήση ναρκωτικών ουσιών " , ο οποίος έφτασε στο άλλο άκρο υπεραπλούστευσης της έννοιας και χρησιμοποίηση αυτής αφήνοντας ασάφειες π.χ. τι είδους ναρκωτικά , με τι παρενέργειες , πόσο χρόνο επίδρασης κ.τ.λ.

Μια δεύτερη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων είναι η κεντρικότητα κατά τον Rockeah<sup>8</sup> ή η εγωκεντρικότητα κατά τον Sherif.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Rosenberg – Hovland, Cognitive, effective and behavioral components of attitudes, New Haven, Conn. Yale U., 1960.

<sup>7</sup> Triandis, H.C. Attitude and attitude change, New York, Willey, 1971.

<sup>8</sup> Rockeah, M Beliefs, attitudes and values, San Francisco: Jossey Bass , 1968.

<sup>9</sup> Sherif, C.W. , M.& Nebergall, R.E. Attitude and attitude change, Philadelphia, : Saunders, 1965.

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<sup>10</sup> 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.

Τέλος, ο Τριάντης επισημαίνει μια τρίτη διάσταση του γνωστικού στοιχείου των στάσεων, την πολιτιστική, δηλαδή ότι οι στάσεις ορίζονται διαφορετικά ανάλογα με την κοινωνία. Για παράδειγμα οι στάσεις που αφορούν τις ναρκωτικές ουσίες εξαρτώνται από τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας. Αλλιώς αντιμετωπίζονται οι ναρκωτικές ουσίες και τα άτομα χρήστες στην Ελλάδα και αλλιώς στην Αμερική.

Με λίγα λόγια το γνωστικό περιεχόμενο των στάσεων απαρτίζεται από τις εξής τρεις διαστάσεις: την κατηγοριοποίηση, την κεντρικότητα και την πολιτιστική διάσταση.

Πέρα από το γνωστικό στοιχείο, το συναισθηματικό στοιχείο αποτελεί τη δεύτερη διάσταση των στάσεων. Σύμφωνα με το στοιχείο 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 οι στάσεις απέναντι σε προσπάθειες απεξάρτησης συνήθως δημιουργούν θετικά συναισθήματα. Ωστόσο υπάρχουν στάσεις που ίσως να δημιουργήσουν αντικρουόμενα συναισθήματα κι ας αφορούν το ίδιο θέμα. Διεγείρουν αρνητικά συναισθήματα φόβου εξάρτησης και παρενεργειών και ταυτόχρονα θετικά συναισθήματα ευφορίας και δύναμης.

Η συναισθηματική φόρτιση του ατόμου σύμφωνα με τη σημασιολογική διαφοροποίηση του Osgood<sup>11</sup> έχει τρεις διαστάσεις: α) την αξιολόγηση ( καλό –

---

<sup>10</sup> Sherif, C.W. , M.& Nebergall, R.E. Attitude and attitude change, ο.π.

<sup>11</sup> Δημητρίου Γεώργια, Κοινωνική Ψυχολογία, τόμος Α' , Γ' έκδοση, 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο – επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις, Αθήνα , 1990 Σελ. 126



κακό ), β) την δυναμικότητα ( δυνατό – αδύνατο ) και γ) την ενεργητικότητα ( νεανικό – γέρικο ). Επίσης ο προαναφερόμενος είχε δείξει ότι η ίδια λέξη έχει διαφορετική συναισθηματική φόρτιση ανάλογα με την κάθε κοινωνία, δηλαδή και πάλι επισημαίνεται ο ισχυρότατος ρόλος της κοινωνίας στις διαστάσεις των στάσεων.

Η τρίτη διάσταση της στάσης προς ένα αντικείμενο ή πρόσωπο είναι η συμπεριφορά., δηλαδή όταν κάποιος δηλώσει μία στάση αναμενόμενο είναι να συμπεριφέρεται ανάλογα με τη στάση αυτή. Και εδώ όμως η συμπεριφορά του ανθρώπου εξαρτάται από τους προσδιορισμένους « κανόνες της πρόπουσας συμπεριφοράς »<sup>12</sup> από την κοινωνία. Η τάση συμπεριφοράς του ατόμου διαιρείται και αυτή σε επιμέρους διαστάσεις. Για την Ελλάδα ο Τριάντης έδωσε τις εξής διαστάσεις<sup>13</sup>:α) συμπεριφορά φορτισμένη με θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, β) συμπεριφορά που δείχνει φιλία, γ) συμπεριφορά που δείχνει εχθρότητα , δ) συμπεριφορά που δείχνει δύναμη στην κοινωνική ιεραρχία, ε) συμπεριφορά που δείχνει αποφυγή , και στ) προσπάθεια να γίνει κανείς αρεστός σε πρόσωπα υψηλού κύρους.

---

<sup>12</sup> Triandis,H.C.Vassiliou,V. & Nassiakou, M. Three Cross- cultural studies of subjective culture, Journal of Personality and social psychology, Monograph Supplement,1968,κεφ 8, No.4, σελ 1-42.

<sup>13</sup> Triandis,H.C.Vassiliou,V. & Nassiakou, M.ό.π.

### **3.2) Παράγοντες διαμόρφωσης των στάσεων**

Στη διαμόρφωση των στάσεων υπάρχουν διάφοροι σημαντικοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Σε αυτό το μέρος του κεφαλαίου θα αναφερθούμε σε αυτούς ακολουθώντας το μοντέλο του Hovland το οποίο δεν διαφέρει και πού από τη θεωρία του Αριστοτέλη. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή τα τρία στοιχεία της ρητορικής τέχνης είναι: 1) το ήθος του ρήτορα ( συμπεριφορά) 2) η συγκίνηση που προκαλεί στον ακροατή (συναίσθημα) , 3) τα επιχειρήματά του ( γνωστικό στοιχείο).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Hovland υπάρχουν τέσσερις βασικοί παράγοντες οι οποίοι φαίνονται στο σχήμα 2 του παραρτήματος 1.

#### **Πηγή του μηνύματος**

Η «πηγή» είναι αυτός που μεταδίδει τη στάση. Μπορεί 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 μιας και είναι προφανές ότι όσο πιο αξιόπιστο θεωρούν οι ακροατές τον ομιλητή, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να μπορέσουν οι τελευταίοι να αλλάξουν τη στάση τους. Η αξιοπιστία που εκπέμπει ο ομιλητής εξαρτάται από τις γνώσεις και τις εμπειρίες του αλλά και από την εμπιστοσύνη του ακροατή στην πηγή.

Ένα πείραμα των Bochner και Insko<sup>14</sup> έδειξε ότι όταν η πηγή έχει μεγάλο κύρος, ενδέχεται να επηρεάσει τις γνώμες μας έστω και αν το μήνυμά της είναι παράλογο. Επίσης κατά τη θεωρία των French και Racen<sup>15</sup>, ο ειδήμονας δηλαδή ο ειδικός, έχει την κοινωνική δύναμη της εμπειρίας και της γνώσης, η οποία 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

---

<sup>14</sup> Bochner & Insko, C.A., Communicator discrepancy, source credibility and opinion change Journal of Personality and social psychology, 1966, κεφ 4, σελ 614- 621.

<sup>15</sup> Δημητρίου Γεώργια, Κοινωνική Ψυχολογία, τόμος Β', Γ έκδοση, κεφάλαιο : ο ηγετικός ρόλος, , Αθήνα, 1990 Σελ. 128

την εμπιστοσύνη του ακροατή. Κάποιος συγγενής , φίλος, ομάδα ή ακόμα και η οικογένεια, ενδέχεται να αλλάξει τις στάσεις επειδή έχουνε εμπιστοσύνη στην ομάδα αυτή. Ο Asch<sup>16</sup> έδειξε πως η δύναμη της ομάδας συμβάλλει στη συμμόρφωση της στάσης του ατόμου προς τη γνώμη της ομάδας και ότι όσο μεγαλύτερη είναι η σύμπνοια και η αμοιβαία εμπιστοσύνη τόσο ισχυροποιείται η αλληλεπίδραση των στάσεων στα μέλη της ομάδας.

Στην Ελλάδα χωρίζουμε τους ανθρώπους στους «δικούς μας» και στους «ξένους». Οι δικοί μας είναι η οικογένειά μας, οι φίλοι μας και οι φίλοι της οικογένειάς μας, αυτοί στους οποίους έχουμε εμπιστοσύνη και οι οποίοι ενδέχεται να μας επηρεάσουν σε κάποιες απόψεις. Ωστόσο και κάποιος «ξένος» μπορεί κάποια στιγμή να αλλάξει τη στάση μας, αν μας αρέσει ως προσωπικότητα. Για παράδειγμα, όλοι αλλάζουμε στάση και τρόπο ζωής όταν αφήνουμε κάποιον να μπει στη ζωή μας είτε σαν φίλος είτε σαν ταίρι μας. Τέλος, τα ΜΜΕ είναι λίγο διαφορετική κατηγορία – πομπού. Οι θεμελιώδεις στάσεις του ανθρώπου δύσκολα επηρεάζονται. Οι Katz και Kahn<sup>17</sup> υποστηρίζουν ότι τα μέσα μαζικής επικοινωνίας επηρεάζουν συνήθως α) ένα περιορισμένο αριθμό ατόμων , ηγέτες της κάθε κοινωνικής ομάδας ( π.χ. πατέρας οικογένειας, δάσκαλος ) και β) σε δεύτερη φάση αυτά τα άτομα- «σεβαστά πρόσωπα» με την προσωπική επαφή τους μεταφέρουν την επίδραση αυτή στην υπόλοιπη ομάδα. Σύμφωνα όμως με τον Klapper τα ΜΜΕ απλώς ενισχύουν τις υπάρχουσες στάσεις, γνώμες και συμπεριφορές. Σύμφωνα με αυτόν το άτομο παρακολουθεί μόνο τα μηνύματα τα οποία είναι σύμφωνα με τη στάση του , ενώ αδιαφορεί για τα άλλα μηνύματα, αυτά που είναι αντίθετα με τις απόψεις του. Σαν συμπεριφορά μπορούμε να πούμε ότι παρά τη δύναμη της τηλεόρασης η αλλαγή των παγιωμένων στάσεων είναι ιδιαίτερα δύσκολη, ενώ η τηλεόραση έχει πολύ δύναμη στον τομέα διαμόρφωσης καινούριων στάσεων.

<sup>16</sup> Δημητρίου Γεώργια,ό.π. κεφάλαιο : η συμμόρφωση Σελ. 48

<sup>17</sup> Katz.E. & Lazarsfeld, P. F Personal influence, Glensoe, 3 : Free Press 1955 Berelson, B., Lozarsfeld, P.F. και McPhee, W. N, Voting, Chicago U.Chicago 1954

## Το μήνυμα

Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, ο ρήτορας πρέπει να είναι προετοιμασμένος να υποστηρίζει και τις αντίθετες απόψεις που αφορούν κάποιο θέμα.

Ο Hovland<sup>18</sup> βρήκε ότι η αποτελεσματικότητα των δύο τακτικών – μονόπλευρα επιχειρήματα ή αντίθετα επιχειρήματα, βρίσκεται σε συνάρτηση με το μορφωτικό επίπεδο των ακροατών αλλά και σε συνάρτηση 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 γιατί θα θέλουν να ακούσουν και τις δύο πλευρές, ενώ αντίθετα όταν το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό τότε καλύτερη μέθοδος θεωρείται εκείνη των μονόπλευρων επιχειρημάτων. (το πόρισμα αυτό έχει επιβεβαιωθεί από τις έρευνες των τελευταίων χρόνων)<sup>19</sup>

Και ποια επιχειρήματα θα προηγούνται; Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, «προηγείται η θέση του ομιλητή και ακολουθούν τα αντίθετα επιχειρήματα»<sup>20</sup>. Οι σύγχρονες όμως έρευνες όσον αφορά το ζήτημα αυτό βρήκαν ότι και οι δύο τακτικές ενδέχεται να είναι αποτελεσματικές επειδή εξαρτώνται από άλλους παραμέτρους.

Οι Τριάντης<sup>21</sup>, McGuire<sup>22</sup>, Miller<sup>23</sup> και Campell συμφωνούν με την άποψη του Αριστοτέλη αλλά ο καθένας για διαφορετικούς λόγους. Δεν υπάρχουν

---

<sup>18</sup> Hovland, C. I. Lunsdaine, A.A & Sheffield, F.D, studies in social psychology in world war 2 Τομος 3, Princeton, N.J. Prinseton U., 1949.

<sup>19</sup> Triandis, H.C Attitude and attitude change, 1971 ό.π.

<sup>20</sup> “ η δὴ οὕτως ἐκ παραβολῆς ἢ κατὰ φύσιν, ὡς ἐλεχθῆ οὕτως τὰ αὐτοῦ, καὶ πάλιν, ἐὰν βούλη, χωρὶς τὰ τοῦ ἐναντιοῦ λόγῳ” Αριστοτέλη, Ρητορική Τέχνη, 1420α, 4-6

<sup>21</sup> Triandis, H.C Attitude and attitude change, 1971

<sup>22</sup> Mc Guire, W. J. Order of presentation as a factor in a conditioning persuasiveness, στο συγγραμμά του C. I. Hovland. The order of presentation in persuasion, New Haven. Yal U, 1957

δηλαδή σαφείς ενδείξεις για τη σειρά των επιχειρημάτων. Ενώ σύμφωνα με του Walster Aronson , και Abrahams<sup>24</sup> για να κερδίσει, ο ομιλητής την εμπιστοσύνη του κοινού μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορα «τεχνάσματα». Εάν για παράδειγμα υποστηρίζει μία στάση η οποία είναι αντίθετη με τα συμφέροντά του, τότε είναι ευκολότερο να πειστεί το ακροατήριο. Ακόμα μπορεί να αφήσει να διαρρεύσουν σκόπιμα πληροφορίες για τη στάση του ομιλητή για ένα συγκεκριμένο θέμα, και έτσι ο ακροατής γνωρίζοντας την ειλικρινή του στάση να πειστεί ευκολότερα. Επίσης, κάτι άλλο που θα πρέπει να προσέξει ο πομπός του μηνύματος είναι το κατά πόσο συμφωνεί το μήνυμα με το στόχο.

Δηλαδή για παράδειγμα το Υπουργείο Υγείας θέλοντας να αλλάξει τις στάσεις των καπνιστών αναλαμβάνει διαφημιστική καμπάνια με διάφορα μηνύματα. Εάν το μήνυμα είναι ότι το κάπνισμα προκαλεί λέκκιασμα των χεριών και των δοντιών καθώς και κακοσμία στόματος και αναπνοής, τότε η συμφωνία της υπάρχουσας στάσης με το μήνυμα είναι μικρή , επομένως είναι μάλλον δύσκολο να αλλάξει κανείς τη στάση του. Εάν όμως το μήνυμα είναι ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο, καρδιοαγγειακές παθήσεις και προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα ,τότε η ασυμφωνία είναι μεγαλύτερη. Με αυτόν τον τρόπο ο στόχος θα πρέπει να μειώσει την ασυμφωνία αυτή του προερχόμενου από έγκυρη πηγή ( Υπουργείο ) μηνύματος , και της υπάρχουσας κατάστασης.<sup>25</sup> Ωστόσο δεν πρέπει ο πομπός (Υπουργείο) να προβεί στο αντίθετο άκρο, δηλαδή για παράδειγμα να παρουσιάσει το μήνυμα ότι το κάπνισμα προκαλεί ακαριαίο θάνατο. Στην περίπτωση αυτή ο ακροατής είτε αλλάζει στάση , είτε αρχίζει να αμφιβάλλει για την αξιοπιστία της πηγής. Οπότε, συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι θα πρέπει το μέγεθος της ασυμφωνίας του μηνύματος με την

---

<sup>23</sup> Miller, N. Combell, D.T. Recency and primacy in persuasion as a function of the timing of speeches and measurements, *Journal of abnormal and social psychology*, 1959, p.59, 1-9

<sup>24</sup> Walster, E, Aronson, E & Abrahams, D. on increasing the persuasiveness of a low prestige communicator. *Journal of experimental social psychology*, 1966, κεφ 2, σελ 325- 342

<sup>25</sup> βλέπε: θεωρία της γνωστικής συνέπειας των στάσεων του Heider και θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας του Festinger Δημητρίου Γεώργια, *Κοινωνική Ψυχολογία*, τόμος Α', Γ εκδοση,

υπάρχουσα κατάσταση του ακροατή να είναι μέτριο. Δεν θα πρέπει να είναι ούτε πολύ μικρό, γιατί ενισχύεται η υπάρχουσα στάση του, αλλά ούτε και πολύ μεγάλο γιατί έτσι 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 διαφορετική τεχνική ως προς την αλλαγή των στάσεων συνιστάται στην αλλαγή του συναισθηματικού στοιχείου των στάσεων, και συνήθως χρησιμοποιείται το συναίσθημα του φόβου. Ένα παράδειγμα πάνω σε αυτό είναι το μήνυμα ότι, αν συνεχίσεις να καπνίζεις με αυτό το ρυθμό θα πεθάνεις.

Σε ένα πείραμα των Janis και Fesbach<sup>26</sup> δόθηκαν σε τρεις ομάδες φοιτητών τρία μηνύματα από τα οποία, το πρώτο ήταν χωρίς φόβο, το δεύτερο με μέτριο φόβο και το τρίτο με υπερβολικό φόβο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην πρώτη περίπτωση οι στάσεις δεν άλλαξαν ενώ στη δεύτερη άλλαξαν πολύ περισσότερο ακόμα και από την τρίτη περίπτωση του υπερβολικού φόβου.

Αυτό το συμπέρασμα έχει ενισχυθεί και από άλλους ερευνητές. Ο McGuire<sup>27</sup> συμπληρώνει τα παραπάνω λέγοντας ότι με τη χρήση υπερβολικού φόβου, το μήνυμα διεγείρει τρομερό άγχος στο στόχο με αποτέλεσμα να παραλύει. Έτσι μεσολαβούν οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ, με συνέπεια να αλλοιώνεται η συνέπεια του μηνύματος.

Τέλος μία παράμετρος που αφορά το συμπεριφοριστικό στοιχείο των στάσεων είναι το κατά πόσο βοηθάει η επανάληψη του μηνύματος στην αλλαγή της στάσης. Το ζήτημα αυτό κυρίως αφορά τα ΜΜΕ, όπου το μαγνητοφωνημένο μήνυμα επαναλαμβάνεται συστηματικά.

Ένα κεντρικό αξίωμα του συμπεριφορισμού λέει ότι η συχνή επανάληψη του μηνύματος έχει ως αποτέλεσμα τη μάθησή του από το μέρος του στόχου. Δηλαδή αν δείξουμε μία διαφήμιση τρεις φορές την ημέρα για μερικές

---

<sup>26</sup> Janis L. Fesbach S. Effects of fear arousing communications, journal of abnormal and social psychology, 1953, p.48 and p. 78-92.

<sup>27</sup> Mc Guire, W. J. Order of presentation as a factor in a conditioning persuasiveness, ό.π.

εβδομάδες το μήνυμα πια θα έχει γίνει γνωστό στο κοινό. Όταν όμως το μήνυμα συνεχίσει να επαναλαμβάνεται και μετά το πέρας του παραπάνω χρονικού διαστήματος, τότε θα αρχίσει να γίνεται κουραστικό και βαρετό για το στόχο με αποτέλεσμα στην καλύτερη περίπτωση να αδιαφορήσει και στη χειρότερη να εννευριστεί. Από όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η τακτική της επανάληψης του μηνύματος μπορεί να επιφέρει εντελώς αντίθετα αποτελέσματα, επομένως θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως ένα όριο (κορεσμού).

### **Ο στόχος**

Ο ακροατής – στόχος σύμφωνα με τον Festinger<sup>28</sup>, αλλάζει μία στάση όταν αλλάζει το γνωστικό στοιχείο και θα επακολουθήσουν το συναισθηματικό στοιχείο και η συμπεριφορά. Ωστόσο, έρευνες των Τριάντη , Vassiliou, Oncken<sup>29</sup> βρήκαν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις αν και άλλαξε το γνωστικό στοιχείο προς την κατεύθυνση του μηνύματος, παρόλα αυτά δεν άλλαξε ούτε η συμπεριφορά ούτε το συναισθηματικό στοιχείο. Μια ενδεχόμενη υπόθεση για τη διαφορά αυτή είναι ότι οι πιο ευφυείς είναι οι πιο δύσπιστοι σε σύγκριση με τους λιγότερο ευφυείς. Ωστόσο δεν υπάρχει καμία σταθερή ένδειξη συνάρτησης μεταξύ νοημοσύνης και στάσης.<sup>30</sup> Ορισμένοι πιστεύουν ότι όσο πιο ευφυής είναι ο στόχος τόσο πιο δύσκολο είναι να αλλάξει η στάση. Κάποιο άλλοι ερευνητές εξηγούν ότι ο ευφυέστερος 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 τρίτη κατηγορία ερευνητών πιστεύουν ότι και οι δυο ακροατές ( ευφυής και λιγότερο ευφυής ) έχουν τις ίδιες πιθανότητες να αλλάξουν στάση. Δεν είναι λοιπόν θέμα νοημοσύνης του στόχου αλλά τακτική της πηγής.

---

<sup>28</sup> βλέπε θεωρία της γνωστικής συνέπειας των στάσεων του Heider και θεωρία της γνωστικής ασυμφωνίας του Festinger, Δημητρίου Γεώργια, Κοινωνική Ψυχολογία, τόμος Α', Γ έκδοση, σελ. 181

<sup>29</sup> Vassiliou, V, Triandis, H. C & Oncken, G, Intercultural attitude after reading an ethnographia Essay. Urbana, Group effectiveness Research Laboratory, 1968

<sup>30</sup> Freedman, J. L, Sears, D.O & Carlsmith J.M, Social psychology, Γ έκδοση. Englewood Cliffs, N.J: Prentice- Aoll, 1978, σελ 338.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του στόχου που συμβάλει ή όχι στην αλλαγή της στάσης του ατόμου είναι η προσωπικότητα. Τα πορίσματα από τις έρευνες που έγιναν για να εξακριβωθεί κατά πόσο συμβάλλει η προσωπικότητα στην αλλαγή των στάσεων, δεν διαφέρουν και πολύ από τα αντίστοιχα για την νοημοσύνη. Οι περισσότερες έρευνες έδειξαν ότι αυτό που μετράει περισσότερο 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, οπότε δύσκολα αλλάζουν και στάση. Παρ' όλα αυτά όμως, όλες οι έρευνες έδειξαν ότι άλλες παράμετροι ( τα χαρακτηριστικά της πηγής και του μηνύματος ) παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αλλαγή των στάσεων. Ένα στοιχείο το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίσταση του ατόμου στην αλλαγή στάσης είναι η αφοσίωση του ατόμου σε μια στάση. Όσο πιο αφοσιωμένο είναι ένα άτομο σε μια στάση, τόσο πιο δύσκολο είναι να απομακρυνθεί από τη στάση αυτή.

Οι τέσσερις παράμετροι που επηρεάζουν το βαθμό αφοσίωσης του στόχου σε μία στάση, σύμφωνα με τον Freedman<sup>31</sup> και άλλους είναι: 1) η αφοσίωση αυξάνεται όσο αυξάνεται η συνέπεια της συμπεριφοράς και των ενεργειών του ως προς τη στάση αυτή, 2) η εκφραζόμενη άποψη για κάποια τοποθέτηση δεσμεύει το άτομο να την υποστηρίξει, 3) αν η στάση του στόχου δημιουργήθηκε εκουσίως και όχι κάτω από την επιρροή της ομάδας του, τότε είναι περισσότερο αφοσιωμένος στη στάση αυτή και όσο περισσότερο έχει διαμορφώσει τον τρόπο ζωής με τη στάση του τόσο δυσκολότερο είναι να αλλάξει άποψη.

Στην περίπτωση που το άτομο είναι αφοσιωμένο στην άποψή του τότε υπάρχουν 5 συγκεκριμένες τακτικές αντίστασης που έχουν παρατηρηθεί από το Freedman<sup>32</sup>. Αυτές είναι:

---

<sup>31</sup> Freedman, J. L, Sears, D.O & Carlsmith J.M, Social psychology, ό.π.

<sup>32</sup> Freedman, J. L, Sears, D.O & Carlsmith J.M, Social psychology, ό.π.



- 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 διαστρεβλώνει το μήνυμα. Όταν η διαστρέβλωση είναι υπέρ της πηγής τότε ονομάζεται αφοσίωση, στην αντίθετη περίπτωση ονομάζεται αντίθεση.
- Ο στόχος χρησιμοποιεί ασυνείδητα τους μηχανισμούς άμυνάς του οι οποίοι θα μειώσουν το προερχόμενο από τη γνωστική ασυμφωνία άγχος ( όπως με τη χρήση φόβου ).
- 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.

### **Οι συνθήκες**

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. Όταν το άτομο είναι μόνο του κρίνει διαφορετικά. Επίσης όταν ο σεβαστός αρχηγός της ομάδας στην οποία ανήκει ο στόχος αλλάξει γνώμη, τότε αισθάνεται άμεσα πίεση για να αλλάξει στάση και ο στόχος. Τέλος, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω οι αλλαγές επηρεάζονται από τον υποκειμενικό πολιτισμό, δηλαδή τις γενικές παραμέτρους της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο. Για παράδειγμα, ο πρόεδρος του χωριού έρχεται σε καθημερινή επαφή με τους κατοίκους, επομένως είναι ευκολότερη η επαφή και αλλαγή στάσης. Αυτό δεν γίνεται στην

πόλη. Ακόμα, κάποιες κοινωνίες περνάνε ευκολότερα τα μηνύματα του εκφοβισμού ενώ σε άλλες αυτά που απευθύνονται στο συναισθηματικό στοιχείο της στάσης (για παράδειγμα οι Έλληνες «τους πιάνει το φιλότιμο»).

### **3.3) Στάσεις και συμπεριφορά**

Με όσα ήδη έχουμε αναφέρει, εύκολα συμπεραίνει κανείς ότι θα υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ δηλωμένης στάσης και συμπεριφοράς, δηλαδή ότι το άτομο συμπεριφέρεται σύμφωνα με τις στάσεις του για ορισμένα θέματα. Δυστυχώς όμως κάθε άλλο συμβαίνει από αυτή τη διαπίστωση και η ασυνέπεια μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς θεωρείται από τα πιο μεγάλα προβλήματα στη μελέτη των στάσεων. Ένα απλό δείγμα είναι το πείραμα του La Pierre<sup>33</sup>: το 1935 ο προαναφερόμενος συνοδευόμενος από ένα νεαρό ζευγάρι Κινέζων ταξίδεψε στις Η.Π.Α. σε διάφορες πόλεις όπου διανυκτέρευσαν σε 44 ξενοδοχεία, έφαγαν σε 84 εστιατόρια και ήταν παντού καλοδεχούμενοι. Την περίοδο εκείνη οι Αμερικανοί ήταν προκατειλημμένοι για τους Κινέζους. Κατόπιν, ο La Pierre έστειλε γράμματα σε κάθε ένα από τα ξενοδοχεία και τα εστιατόρια που επισκέφτηκαν ρωτώντας αν δέχονταν Κινέζους. Από τα 128 ξενοδοχεία και εστιατόρια που απάντησαν, 92% δήλωσαν ότι δεν δέχονται Κινέζους, δηλαδή πλήρης ασυμφωνία μεταξύ δηλωμένης στάσης και συμπεριφοράς.

Οι δυο κυρίαρχες θεωρίες της σύγχρονης κοινωνικής ψυχολογίας που προσπαθούν να ερμηνεύσουν ή να εξηγήσουν αν θα εκφράσει κανείς την αντίστοιχη με τη στάση του συμπεριφορά, είναι αυτές του Τριάντη και του Fishbein και Ajzen<sup>34</sup>. Οι δύο τελευταίοι θεωρούν ότι η συμπεριφορά βρίζεται σε άμεση συνάρτηση με την πρόθεση του ατόμου να εκφράσει τη συμπεριφορά αυτή. Η πρόθεση του εξαρτάται από τις εξής παραμέτρους:

1. τη στάση του προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά
2. την υποκειμενική εκτίμηση του σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται άλλα άτομα ή ομάδες την ενδεχόμενη συμπεριφορά (σχήμα 2 παραρτήματος 1).

---

<sup>33</sup> La Pierre, R.T Attitudes versus actions. Social Forces, 1934, κεφ 13, σελ.230-237

<sup>34</sup> Ajzen, I και Fishbein, M. Understanding attitude and predicting social behavior Englewood cliffs N.J : Prentice- Hall, 1980

Με τον όρο στάση προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά εννοούμε την πεποίθηση του ατόμου ότι η έκφρασή του με την ανάλογη συμπεριφορά θα έχει ευνοϊκές συνέπειες για το ίδιο, και θα το οδηγήσει σε θετικές στάσεις προς την έκφραση συμπεριφοράς και το αντίστροφο.

Με τον όρο υποκειμενική εκτίμηση σχετικά με την αντίληψη των άλλων εννοούμε την αξιολόγησή του για το πόσο οι άλλοι θα αποδοκίμαζαν ή θα επιδοκίμαζαν τη συμπεριφορά του. Η παράμετρος αυτή είναι συνυφασμένη με τις επιθυμίες του να συμμορφωθεί με τους άλλους.

Η θεωρία του Τριάντη έχει ορισμένα κοινά στοιχεία σε αυτή που αναφέρθηκε παραπάνω. Η προβλεπόμενη συμπεριφορά του ατόμου βρίσκεται σε συνάρτηση με:

- A) τις τάσεις συμπεριφοράς
- B) τις συνθήκες
- Γ) την ψυχολογική διέγερση και
- Δ) τις συνθήκες του περιβάλλοντος (σχήμα 3 παραρτήματος 1)

Η τάση συμπεριφοράς εξαρτάται από τη στάση του ατόμου και τους κανόνες συμπεριφοράς της κοινωνίας που προσδιορίζουν την πρότυπα συμπεριφορά του ατόμου.

Οι συνθήκες του ατόμου το ωθούν να συμπεριφέρεται ανάλογα με τον τρόπο που έχει συνηθίσει.

Η τρίτη διάσταση αφορά την ψυχολογική διέγερση του ατόμου, δηλαδή όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης τότε είναι πιθανότερο να εκδηλώσει αντίστοιχη με τη στάση του συμπεριφορά.

Όταν οι συνθήκες είναι ευνοϊκές – ιδανικές, τότε και πάλι το άτομο ίσως να εκδηλώσει μια συμπεριφορά ανάλογα με τη στάση του ευκολότερα από το αν οι συνθήκες δεν ήταν ευνοϊκές. Επομένως είναι πιο σύνθετο το θέμα για τον

Τριάντη , αν το άτομο εκδηλώσει συμπεριφορά ανάλογη με τη στάση του. Να σημειωθεί όμως, ότι η έρευνά του είναι σε εξελικτικό στάδιο και επομένως δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι είναι πλήρως τεκμηριωμένη. Πάντως και οι δύο θεωρίες τονίζουν ότι υπάρχει ασυνέπεια μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς.

### **3.4) Ο χρήστης ναρκωτικών ουσιών – απόψεις.**

Στο κομμάτι αυτό γίνεται η προσπάθεια να παρουσιαστούν κάποιες ενδεικτικές απόψεις για τον χρήστη ναρκωτικών, όπως αυτές δίνονται από διάφορους ερευνητές και φορείς της κοινωνίας μας. Η ενότητα ξεκινάει με μια παραβολή του Θ. Μπιρμπίλη και τα λόγια του: *«το πρόβλημα των ναρκωτικών δεν υπάρχει γιατί υπάρχουν τα ναρκωτικά αλλά γιατί υπάρχουν δομές που παράγουν ενάλωτα άτομα»*.<sup>35</sup> Συνεχίζοντας υποστηρίζει τα εξής: *«η κοινωνία στην οποία ζούμε η οποία είναι απρόσωπη χρησιμοποίησε τα ισχυρότερα μέσα (διαφήμιση) για να εδραιωθεί, να διδάξει τα δικά της ιδανικά να αποξενώσει και να καθοδηγήσει καλύτερα τις μονάδες. Έτσι ο κόσμος αποξενώθηκε και ρίχτηκε στον αγώνα της υπερκατανάλωσης με τα μούτρα αγνοώντας για τις συναισθηματικές του ανάγκες. Κάπου εκεί άτομα με ψυχολογικά, οικογενειακά, και οικονομικά προβλήματα διεισδύουν στον κόσμο των ναρκωτικών»*. Η παραβολή του συμπληρώνει τη στάση του απέναντι στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών και είναι η εξής: *«ένας γέροντας προχωρούσε σε μια παραλία πολύ νωρίς το πρωί και είδε έναν άντρα να ρίχνει στη θάλασσα τους αστερίες που είχαν βγάλει στην ακτή τα κύματα. Του έπιασε την κουβέντα και στο τέλος τον ρωτάει για ποιο λόγο τους πετούσε ξανά στη θάλασσα. Ο νέος του απάντησε πως ο αστερίας θα πέθαινε αν τον έβρισκε ο πρωινός ήλιος στην ακτή. Ο γέροντας αντέδρασε λέγοντας πως η παραλία είναι χιλιάδες χιλιόμετρα και οι αστερίες εκατομμύρια και έτσι του είπε πως η δική του προσπάθεια δεν θα μπορούσε να αλλάξει την κατάσταση. Ο νεαρός άνδρας κοίταξε για λίγο τον αστερία που κρατούσε στα χέρια του και μετά τον έριξε στην αγκαλιά των κυμάτων. Η κατάσταση άλλαξε για αυτόν εδώ. Το να αποτρέψεις έστω και ένα παιδί από τη χρήση ουσιών σημαίνει πως εσύ άλλαξες την κατάσταση και την έκανες διαφορετική για αυτό το παιδί»*.

Το επίσημο κράτος, όπως η βουλευτής Χ. Σπυράκη (καθηγήτρια φαρμακολογίας – τέως υφυπουργός υγείας και πρότανης του Πανεπιστημίου

---

<sup>35</sup> [www.geocities.com/vassilis\\_parakonstantinou/arthra/emeis\\_kai\\_ta\\_narkotika](http://www.geocities.com/vassilis_parakonstantinou/arthra/emeis_kai_ta_narkotika)  
1/6/84 (25/06-19/07/1995 βραδιάς πολιτισμού σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Κρήτης), έχει μία άλλη άποψη για το φαινόμενο της χρήσης τοξικών ουσιών. Κατά την Χ. Σπυράκη<sup>36</sup> « οι χρήστες είναι ασθενείς και η κατάχρηση ουσιών μία ψυχοτρόπος νόσος, μια διαταραχή της συμπεριφοράς». Εξηγεί μάλιστα, όσο πιο απλά γίνεται το τι συμβαίνει στον εγκέφαλο των παιδιών αυτών, και θεωρεί ότι οι λόγοι για τους οποίους κάποιος ξεκινάει τη χρήση ουσιών ποικίλουν. Κάποιοι από αυτούς είναι: περιέργεια, μιμητισμός, πίεση συνομηλίκων – φίλων, η ανάγκη να ξεχωρίσει σε μια παρέα κ.τ.λ., άλλοι λόγοι είναι η απόρριψη του καθωσπρεπισμού που προσπαθεί να επιβάλλει το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον, η μακροχρόνια έλλειψη ανταμοιβής, η απογοήτευση από ανεκπλήρωτες επιθυμίες ή συνεχείς αποτυχίες, ο τρόπος της σύγχρονης διασκέδασης ή και η έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος. Βασική προϋπόθεση τέλος, για την απεξάρτηση είναι η συνειδητή απόφαση. *«χρειάζεται κανείς να θέλει να απεξαρτηθεί και να πιστέψει ότι μπορεί, (...), άλλωστε αυτό είναι κοινό χαρακτηριστικό πολλών χρόνιων ασθενειών»*.

Τελείως αντίθετη άποψη έχουν ερευνητές στην Ευρώπη και την Αμερική. Αναφορικά, σύμφωνα με τη μελέτη του Αμερικανού ψυχολόγου Jeffrey A. Schaller<sup>37</sup>. σε έρευνες με ποντίκια που πραγματοποιήθηκαν βγήκε το ίδιο συμπέρασμα. Τα ποντίκια έκαναν επαναληπτική χρήση μορφίνης όσο ήταν σε συνθήκες εργαστηριακής απομόνωσης. Όταν απελευθερώθηκαν σε συνθήκες συμβίωσης ( πάριο ποντικιών), αποδείχτηκε πως παρά τις δόσεις μορφίνης που τους δόθηκαν η συντριπτική πλειοψηφία επέλεξε να εγκαταλείψει το ναρκωτικό και να ζήσει απελευθερωμένο<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> Βήμα Science « Η εξάρτηση είναι ψυχιατρική νόσος» συνέντευξη της Κας Χριστίνας Σπυράκης στην Ιωάννα Σουφλήρη (15/6/2004)

<sup>37</sup> Jeffrey A. Schaller, *Addiction is a choice*, Chicago 2000 σελ. 61-73

<sup>38</sup> B. K. Alexander “ Rot Park Chronicle” *British Columbia Medical Journal*, κεφ 22, No 22, Φεβρουάριος 1980.

Οι άνθρωποι δηλαδή, μπορούν να απεξαρτηθούν μόνοι τους εφόσον αναπτύξουν άλλους αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης δυσκολιών της ζωής.

Ας δούμε όμως τώρα την άποψη ενός ατόμου το οποίο εργάζεται στη θεραπευτική μονάδα απεξάρτησης 18 και Άνω. Ο Ηλίας Μιχαλαρέας στη συνέντευξη στις 4/2/2003 στο Βήμα Science , υποστηρίζει ότι η χρήση και η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες είναι αποτέλεσμα των κάθε είδους κοινωνικών αντιθέσεων και της συνακόλουθης καταπίεσης των μεγάλων στρωμάτων του πληθυσμού, έτσι προβάλλονται ως λύση και διέξοδος, και όμως οδηγούν στην αλλοτρίωση. Συμπληρώνει λέγοντας ότι η τοξικομανία είναι τρόπος ζωής , όπου χαρακτηρίζεται από την απώλεια ενδιαφερόντων , ασχολιών , ανθρωπίνων σχέσεων και επικοινωνίας. Ο τοξικομανής σύμφωνα πάντα με τον Η. Μιχαλαρέα , είναι μονοσήμαντος άνθρωπος που έχει βάλει στο κέντρο της ζωής του την «ουσία», θυσιάζοντας όλες τις υπόλοιπες ανθρώπινες πλευρές του. Ο λόγος για τον οποίο οι νέοι στρέφονται στις ουσίες , δεν είναι γιατί αυτές υπάρχουν ,αλλά γιατί το άτομο έχει την ανάγκη να τα χρησιμοποιεί και η ανάγκη αυτή δημιουργείται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. *«Η εξάρτηση είναι αποτέλεσμα του καπιταλισμού»* , όπως επισημαίνει χαρακτηριστικά.

Κατά τον Κοτανίδη<sup>39</sup>, ο οποίος είναι ψυχολόγος και ψυχοθεραπευτής τα άτομα που ήδη έχουν κάποιες ψυχολογικές συγκρούσεις προσπαθούν να τις λύσουν προσωρινά με τις ναρκωτικές ουσίες, όμως στη συνέχεια αυτές εμφανίζονται με εντονότερη μορφή. Οι ψυχολογικές αυτές συγκρούσεις προέρχονται κυρίως από την οικογένεια. Δηλαδή εδώ τονίζεται ο ρόλος της οικογένειας και του κοντινού περιβάλλοντος στη χρήση ουσιών.

Ας δούμε όμως τις απόψεις των πολιτικών κομμάτων για το θέμα: σύμφωνα τη συνέντευξη της Κατερίνας Μάτσα η οποία είναι ένα από τα όργανα

---

<sup>39</sup> [www.kotanidis.gr](http://www.kotanidis.gr) - τα ναρκωτικά και εμείς (10/6/2004)



κοινωνικού ελέγχου για τα ναρκωτικά, μέλος της ριζοσπαστικής αριστεράς και επιστημονική υπεύθυνη του 18 Άνω, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι που στρέφονται στα ναρκωτικά δεν το κάνουν επειδή υπάρχουν έμποροι. Στρέφονται γιατί έχουν πολλούς λόγους για τους οποίους δεν αντέχουν τον εαυτό τους, τον τρόπο ζωής τους και την πραγματικότητα στην οποία ζουν. Δεν θέλουν να ενταχθούν σε μια κοινωνία στην οποία νοιώθουν ότι δεν τους δίνει κανένα ρόλο, ότι τους αφήνει στο περιθώριο. «Το ζήτημα λοιπόν είναι να δοθούν λύσεις στα προβλήματά τους. Ο τοξικομανής δεν είναι ασθενής» τονίζει η Κ. Μάτσα.

Στην ιστοσελίδα του ΚΚΕ<sup>40</sup> σε άρθρο για τα ναρκωτικά προβάλλεται ότι η άποψη ότι οι λόγοι που οδηγούν στην εξάρτηση είναι πολλοί και διαφορετικοί (οικονομικοπολιτικοί – κοινωνικοί – ψυχολογικοί κ.τ.λ.). Η ουσία της εξάρτησης όπως αναφέρεται στο άρθρο δεν βρίσκεται στη χημική σύνθεση μιας ψυχοτρόπου ουσίας αλλά εμπεριέχεται εν δυνάμει στον καπιταλιστικό χαρακτήρα των σχέσεων παραγωγής.

Σε άλλο άρθρο της νεολαίας του ΠΑ.ΣΟ.Κ<sup>41</sup>, αυτή τη φορά αναφέρεται ότι δεν υπάρχουν κάποιες αιτίες οι οποίες οδηγούν ένα άνθρωπο στην χρήση τοξικών ουσιών και θα ήταν αυθαίρετο να μιλάμε για κάτι τέτοιο. Δεν είναι ένα πρόβλημα που αφορά μόνο τον χρήστη αλλά ολόκληρη την κοινωνία. Τονίζοντας σε αυτό ότι τα συμφέροντα τα οποία κρύβονται πίσω από τη διακίνηση των ναρκωτικών ουσιών και ότι πολλές οικονομίες πολλών χωρών εξαρτώνται από το εμπόριο τοξικών ουσιών.

Το πρόβλημα μάλιστα διογκώθηκε από την πτώση των καθεστώτων του σοσιαλισμού, γιατί δημιουργήθηκαν έτσι οι νέοι δρόμοι διακίνησης των ουσιών. Στο άρθρο της νεολαίας του ΠΑ.ΣΟ.Κ. τονίζεται επίσης ότι ο χρήστης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής και να του παρέχεται βοήθεια (ιατρική – ψυχολογική κ.τ.λ.).

<sup>40</sup> [www.kke.gr](http://www.kke.gr) - (15/09/2004) «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ»

<sup>41</sup> [www.neolaia-pasok.gr](http://www.neolaia-pasok.gr) - (19/08/2004) «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ»

Και σε άρθρο της νεολαίας τη Ν.Δ.<sup>42</sup> υποστηρίζονται σε γενικές γραμμές οι ίδιες απόψεις με αυτές της νεολαίας του ΠΑ.ΣΟ.Κ. Σύμφωνα λοιπόν με αυτά, το φαινόμενο είναι κοινωνικό και οι αιτίες επίσης.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι όλες οι απόψεις στρέφονται γύρω από την κοινωνική διάσταση του προβλήματος. Οι δυο ομάδες στις οποίες θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τις απόψεις ως προς τη χρήση είναι: Α) ο χρήστης είναι ασθενής και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται και Β) κάποιος γίνεται χρήστης από προσωπική επιλογή και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Οι αιτίες ποικίλουν ανάλογα που επικεντρώνεται η εστία του προβλήματος και όλες είναι σεβαστές. Εξάλλου όπως εξηγήσαμε στο προηγούμενο μέρος ( στάσεις και συμπεριφορά) τις περισσότερες φορές διαφέρει η στάση μας από τη μετέπειτα συμπεριφορά μας.

---

<sup>42</sup> [www.onned.gr](http://www.onned.gr) - (19/8/2004) « παγκόσμια ημέρα κατά των ναρκωτικών»

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1) Η έννοια της αποποινικοποίησης.

**Αποποινικοποίηση** σημαίνει ότι «κάποια πράξη δεν είναι πλέον αξιόποινη και ότι καταργείται το ποινικό γνώρισμα της» ( από Λεξικό Εγκυκλοπαίδειας «ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ» ). Στην ποινική επιστήμη διδάσκεται πως ο σκοπός της ποινής είναι διττός , η ειδική και η γενική πρόληψη. Δηλαδή, ειδική πρόληψη , στην περίπτωση των ναρκωτικών, είναι η συγκρότηση του δράστη από την τέλεση «άδικων» πράξεων και γενική πρόληψη είναι ο παραδειγματισμός των τρίτων. Με τη λέξη ‘άδικη’ πράξη εννοούμε την αντικειμενική απαξία των ανθρώπινων πράξεων η οποία αναγνωρίζεται, σύμφωνα με τις επικρατέστερες απόψεις, όταν οι πράξεις προσβάλλουν σημαντικά ατομικά και κοινωνικά αγαθά.

**Αποποινικοποίηση**, τώρα, **των ναρκωτικών** σημαίνει ότι παραμένει παράνομη η χρήση, κατοχή και απόκτηση τους αλλά το αδίκημα δεν είναι ποινικό αλλά διοικητικό. Δηλαδή και πάλι επιβάλλονται κυρώσεις αλλά όχι διώξεις. Για αυτό χρησιμοποιείται για την καλύτερη κατανόηση της λέξης , η λέξη αντί- απαγόρευση. Δηλαδή ούτε νομιμοποιείται αλλά ούτε και απαγορεύεται.

Για να γίνει πιο κατανοητή η έννοια της πολιτικής της αποποινικοποίησης αντιπαραβάλλεται με την ισχύουσα πολιτική της ποινικής καταστολής.

(Οι θέσεις που παρουσιάζονται παρακάτω είναι απόψεις εγκεκριμένων ατόμων στο χώρο τους ο καθένας , και όχι προσωπικές μας απόψεις)

Οι υποστηρικτές της αποποινικοποίησης βασίζονται στο επιχείρημα ότι η ισχύουσα νομοθεσία σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ε. Ε. της ποινικής καταστολής των ναρκωτικών είναι λανθάνουσα σε πολλά επίπεδα:

- α) σε νομικό επίπεδο
- β) σε κοινωνικό επίπεδο,

γ) σε συνταγματικό επίπεδο.

δ) σε οικονομικό επίπεδο.

(α) Σε νομικό επίπεδο, ο νόμος «περί ναρκωτικών που ισχύει σήμερα στη χώρα μας ισοπεδώνει και δεν διαχωρίζει τους χρήστες τοξικών ουσιών, από τους εμπόρους ναρκωτικών. Τους ορίζει με τρόπο αντιφατικό, άλλοτε σαν αρρώστους και άλλοτε σαν εγκληματίες αλλά και οι δύο περνούν από τα δικαστήρια κι έτσι πολλές φορές οι απλοί χρήστες στιγματίζονται σαν έμποροι ναρκωτικών .

(β) Σε κοινωνικό επίπεδο, υποστηρίζουν ότι η καταστολή έχει περισσότερες κοινωνικές επιπτώσεις από ότι το ίδιο το πρόβλημα των ναρκωτικών . Επισημαίνουν ότι η κοινωνία παραμένει απληροφόρητη, φοβισμένη και «δέχεται» καθεμία δεισδαιμονία και κάθε είδους ρατσισμό. Επίσης τα αποτελέσματα της καταστολής έδειξαν ότι είναι εντελώς επιβλαβής, αφού ο χρήστης για να προμηθευτεί τις δόσεις του είναι υποχρεωμένος να διαπράττει αδικήματα.

(γ) Σε Συνταγματικό επίπεδο, είναι προφανής η αντίθεση των υποστηρικτών της αποποινικοποίησης: «Ο καθένας έχει το δικαίωμα ν' 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). Επομένως είναι δικαίωμα του καθενός να κάνει ότι θέλει στο σώμα του και στη ζωή του. Στη χρήση τοξικών ουσιών το θύμα και ο δράστης είναι το ίδιο πρόσωπο και αυτό σύμφωνα με το ποινικό δίκαιο, δεν είναι έγκλημα ούτε πράξη άδικη, είναι πράξη αυτοπροσβολής. Και σαν πράξη αυτοπροσβολής δεν μπορεί να αποποινικοποιηθεί.

(δ) Σε οικονομικό επίπεδο, μολύνεται το τραπεζικό σύστημα γιατί εμπλέκεται σε ύποπτες υποθέσεις «ξεπλύματος». Επίσης οι χώρες του Τρίτου Κόσμου, όπου γίνεται η μεγαλύτερη παραγωγή των ναρκωτικών ουσιών με την ενιαία Σύμβαση το 1989 υποχρεώθηκαν στην εξαφάνιση του μονοπωλίου της κόκας, ( Περου-Βολιβία) παρά το γεγονός ότι η πρακτική ήταν προαιώνια στις χώρες τους. Αντίθετα με την πολιτική της νομιμοποίησης το κράτος θα έχει στα χέρια του τη πολιτική των τιμών. Έτσι θα αποκορδύει και την παραγωγή (λόγω χαμηλού κέρδους) αλλά και θα προσανατολίζει τη ζήτηση σε επίπεδα λιγότερο επιβλαβή. Τέλος, εγγυάται η ποσότητα και ποιότητα των προϊόντων και έτσι αποφεύγονται τα «ατυχήματα» από υπερβολική δόση.

Αυτά είναι τα επίπεδα και τα κύρια επιχειρήματα στα οποία στηρίζονται όσοι είναι «υπέρ» της αποποινικοποίησης και ακολουθούν και άλλα, του τύπου:

1. Η πολιτική που ισχύει σήμερα περιθωριοποιεί τον εξαρτημένο, τον εξοντώνει ως άνθρωπο, αφού η διακήρυξη για τον αποστιγματισμό του τοξικομανή δεν επαρκεί για την επανένταξη του στην κοινωνία μας.
2. Συντηρώντας την εξάρτηση μέσα από χορήγηση υποκατάστατων μπορεί να περιορίζεται ως ένα βαθμό η παραβατικότητα, αλλά δεν περιορίζεται το ίδιο το φαινόμενο της τοξικομανίας αφού αυτοί οι άνθρωποι παραμένουν πιασμένοι στα δίχτυα της εξάρτησης.
3. Τα ναρκωτικά δεν είναι όλα τα ίδια. Υπάρχουν «σιληρά» και «μαλακά» ναρκωτικά και μάλιστα η περίπτωση της μαριχουάνας: είναι λιγότερο βλαβερή από ότι θα έβλαπτε την υγεία η κατανάλωση τσιγάρων ή μεγάλη ποσότητα αλκοόλ.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> [www.electidea.gr](http://www.electidea.gr). Αλεξάνδρα Κοντογλίδου, Πρόταση για την αποποινικοποίηση της χρήσης και κατοχής ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα, Μέρος Πρώτο: «Έχει μάλιστα αποδειχθεί πως 100gr νικοτίνης προκαλούν θάνατο, ενώ η μαριχουάνα της ίδιας ή και μεγαλύτερης ποσότητας

#### 4.2) Η Ελληνική νομοθεσία

Από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα (1850) είναι εξακριβωμένο ότι στην Ελλάδα ο κυριότερος τόπος διάδοσης και χρήσης χασίς ήταν η νήσος Σύρος η οποία αποτελούσε και το μεγαλύτερο εμπορικό κέντρο της Ελλάδας.<sup>2</sup>

Σύντομα η χρήση εξαπλώθηκε στον Πειραιά και βασικά στους λιμενεργάτες, ναυτικούς, λεμβούχους, αχθοφόρους, οδηγούς και υπαλλήλους καφενείων. «Η καλλιέργεια της Ινδικής Κάνναβης επιτελείτο εις διάφορα μέρη της Ελλάδος εις μεγάλη κλίμακα. Το παραγόμενο χασίς απεστέλετο κυρίως εις το εξωτερικό (...) ( το μέγιστο μέρος του εις Αιγύπτου εισαγόμενου χασίς προήρχετο εξ Ελλάδος)»<sup>3</sup>

Γύρω στο 1880, παρατηρείται εξαπλωμένη χρήση στις πολιτικές φυλακές. Οι έγκλειστοι κάνουν ομαδική χρήση και φαίνεται ότι έτσι ξεπερνούν τις οδυνηρές συνθήκες των μεσαιωνικών φυλακών. Με την εγκύκλιο του Υπουργείου Δικαιοσύνης 6348 του 1890 απαγορεύεται η εισαγωγή χασίς στις ελληνικές φυλακές.<sup>4</sup> Είναι η πρώτη φορά που αναφέρεται η απαγόρευση της χρήσης σε μια ειδική κατηγορία πολιτών.

Το 1906, έχουμε την πρώτη καταγραφή των καλλιεργούμενων αγρών με κάνναβη και επιβάλλεται φόρος στους ιδιοκτήτες 8δρχ/στρέμμα (ΓΡΚΓ' / 1906) , ενώ με τον ίδιο νόμο ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες της εξαγωγής του

---

σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να επιφέρει το θάνατο»: Από σεμιναριακές παραδόσεις του  
Dr. Borger, Medical Aspects of drug policy

<sup>2</sup> Μ.Γ. Στριγγάρης: Χασίς, Αθήνα 1964 σελ. 34.

<sup>3</sup> Μ.Γ. Στριγγάρης: Χασίς, 'ο.π. σ.33

<sup>4</sup> Κ. Γαρδίκας: Εγκληματολογία τομ.Α, ειδ. 1936.

χασίς σε όλες τις χώρες εκτός της Αιγύπτου, όπου έχει απαγορευτεί η εισαγωγή και η καλλιέργεια από το 1979.<sup>5</sup>

Η χρήση , καλλιέργεια και εξαγωγή της κάνναβης καθώς και η καλλιέργεια, εμπορία και χρήση του οποίου και των παραγώγων του εξακολουθούν να είναι ελεύθερα μέχρι το 1920.

Το 1919 , στο Νόμο 1681 «περι επαιτείας και αλητείας» υπάρχει διάταξη<sup>6</sup> που απαγορεύει τη χρήση, διάθεση και πώληση χασίς στους «αλήτες» ή σε πρόσωπο «αποδεδειγμένως διάγοντα άτακτον βίον» με ποινή φυλάκισης έως 1 χρόνο. Με το νόμο 2107/1920 (Ν.Δ. 24.12.1920) γίνεται σαφής διαχωρισμός μεταξύ κάνναβης και οπιούχων. Η καλλιέργεια της πρώτης ουσίας απαγορεύεται και διατάσσεται η καταστροφή των χωραφιών. Η καλλιέργεια της παπαρούνας επιτρέπεται και επιβάλλεται ο κρατικός έλεγχος στην παραγωγή και τη διακίνηση της. Αντίθετα, στη χρήση χασίς έχουμε τιμωρία κράτησης 1-30 ημέρες ( στην πράξη 2-3) , ενώ για τη χρήση οπιούχων και κοκαΐνης για μη θεραπευτικούς σκοπούς η τιμωρία είναι φυλάκιση από 1μήνα έως 1χρόνο. Με τον νόμο αυτό και την απόφαση καταστροφής των χωραφιών χασίς οι καλλιεργητές αντιδρούν κι έτσι έχουμε την αναστολή της απόφασης για την 1.1.1926 και ξανά για την 1.1.1936. Αυτό μαρτυρά και την μεγάλη έκταση των καλλιεργητών . Στο μεταξύ (1922) ένας μεγάλος αριθμός χρηστών εγγρατάσθηκε στην περιφέρεια κυρίως της Αθήνας και η διακίνηση χασίς αλλά και η λειτουργία των «τεκέδων» γνώρισαν και πάλι άνθηση.

Το 1932 έχουμε την ίδρυση του «Γραφείου Ναρκωτικών» (Narcotic bureau) – στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα τον νόμο 5539/1932 που ονομάζει όλες τις παράνομες ουσίες (χασίς και οπιούχα) «ναρκωτικά», Απαγορεύεται οριστικά η καλλιέργεια ινδικής κάνναβης ενώ η καλλιέργεια της παπαρούνας επιτρέπεται με

<sup>5</sup> Κ. Γαρδίας: Εγκληματολογία τομ.Α, ό.π. σ. 311,353

<sup>6</sup> Άρθρο 5 παρ. 1 Ν 1681/1919

άδεια από το Νομάρχη.<sup>7</sup> Παραμένει όμως η διάκριση των ουσιών όσων αφορά την ποινή στη χρήση: η χρήση χασίς από « μη έργο και διάγοντα άτακτον βίον» τιμωρείται δια φυλακίσεως το πολύ 1 μηνός.<sup>8</sup>

Το 1934, συμπληρωματικός νόμος<sup>9</sup>, αυξάνει τις ποινές για η χρήση όλων των «ναρκωτικών σε 2 μήνες έως 2 χρόνια.

Το 1936, η κυβέρνηση του Ιωάννη Μεταξά, εξαπολύει διωγμό για τους χρήστες ιδιαίτερα της κάνναβης. Το ρετσινόλαδο και το κάθισμα σε πάγο, είναι το κλασικό μέσο «νουθεσίας» που εφαρμόζει η αστυνομία, όχι μόνο στους πολιτικούς κρατούμενους αλλά ιδιαίτερα στους χρήστες παράνομων ουσιών.

Την περίοδο της Κατοχής και την πρώτη μεταπολεμική 25ετία, παρά την ύπαρξη 2 νέων νομοθετημάτων<sup>10</sup> που καθιστούν την καλλιέργεια, διακίνηση και πώληση «κακουργηματικές» πράξεις με ποινές κάθειρξης 5-20 χρόνων<sup>11</sup> παραγόμενη κάνναβη ξεπερνούσε τα προπολεμικά επίπεδα.<sup>12</sup>

#### Ισχύοντες Νόμοι:

Με το νόμο 1729/87 έχουμε την ίδρυση του Κεντρικού Συμβουλίου για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών το οποίο απαρτίζεται από εκπροσώπους των Υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων Πολιτισμού, Οικονομικών και Δημόσιας τάξης το οποίο έχει τις εξής αρμοδιότητες:

---

<sup>7</sup> Ν. Μαβίδης: Η ελληνική νομοθεσία και το πρόβλημα των ναρκωτικών. Παράρτημα στο «Απαγορευμένο Χόρτο» του C Arnao Εκδ.. Λιβάνης 1983.

<sup>8</sup> Ν.Γ. Στριγγάρης: Χασίς Αθήνα 1964 σελ. 300.

<sup>9</sup> Ν.6025,2/6 Φεβρουαρίου 1934

<sup>10</sup> Ν. 6025,2/6 Φεβρουαρίου 1934

<sup>11</sup> Η χρήση είναι πλημμέλημα με ποινές για τους «αθ' εξίν» 2 χρόνια και για τους απλούς χρήστες λιγότερα.

<sup>12</sup> Ν. 1729 / 87 Φεκ 144<sup>Α</sup>/7.8.87



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 στην πρόληψη και  
θεραπεία.

Επίσης ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την  
Θεσσαλονίκη και με την ονομασία ΚΕ.Θ.Ε.Α. Οι στόχοι- σκοποί του έχουν  
αναλυθεί προηγουμένως (κεφ.1<sup>ο</sup>).

Επίσης έγινε λεπτομερής καταγραφή όλων των ουσιών που θεωρούνται  
«ναρκωτικά» σε 4 πίνακες (απόσπασμα τους στο 1<sup>ο</sup> ΚΕΦ).

Οι ποινές έχουν ως εξής:

A) κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών και χρηματική ποινή 100.000 δρχ-  
100.000.000δρχ. σε όποιον:

- Εισάγει – εξάγει ή διαμετακομίζει ναρκωτικά
- Πωλεί - αγοράζει – διαθέτει σε τρίτους
- Εισάγει ή διευκολύνει την εισαγωγή του σε στρατόπεδο , αστυνομικό  
κρατητήριο, σωφρονιστικά καταστήματα, καταστήματα ανηλίκων κάθε  
κατηγορίας ή τόπους ομαδικής εργασίας ή διαβίωσης ή αναρρωτήρια, ή  
νοσηλευτικά ιδρύματα.
- Αναμειγνύει ναρκωτικά με τρόφιμα, ποτό ή άλλα είδη προορισμένα να  
εισαχθούν στον ανθρώπινο οργανισμό.
- Παρασκευάζει, καλλιεργεί ή συγκομίζει οποιαδήποτε ναρκωτική ουσία
- Νοθεύει η πωλεί νοθευμένα ναρκωτικά
- Πλαστογραφεί ή χρησιμοποιεί πλαστή συνταγή γιατρού για χορήγηση  
ναρκωτικών ουσιών για την διακίνηση τους (άρθρο 5, 1729/1987)

B) κάθειρξη τουλάχιστον 15 ετών και χρηματική ποινή 500.000δρχ –  
150.000.000δρχ. τιμωρούνται όσοι έχουν διαπράξει κάποια πράξη από τις

παραπάνω και είναι υπάλληλος ο οποίος ασχολείται με τα ναρκωτικά, ιδίως στη φύλαξη τους ή στη δίωξή των παραβατών αυτών. Αιόμα έχει την ίδια ποινή αν εισάγει ναρκωτικά σε σχολεία οποιασδήποτε βαθμίδας ή μονάδες κατάρτισης επιμόρφωσης ή μετεπαιδείωσης.

Επίσης ο γιατρός και ο φαρμακοποιός που διακινεί ή χορηγεί ναρκωτικά χωρίς να συντρέχουν ιατρικοί λόγοι, τιμωρούνται με την ίδια ποινή ( άρθρο 7 Ν1729/1987)

Γ) Με ισόβια κάθειρξη και χρηματική ποινή 1000.000-500.000.000δρχ τιμωρείται ο παραβάτης των προηγούμενων άρθρων αν είναι υπότροπος ή ενεργεί κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια ή αν ενεργεί με σκοπό να προαλέσει τη χρήση ναρκωτικών από ανηλίκους ( άρθρο 8 Ν 1729/1987)

Δ) Οι ανήλικες που δεν έχουν συμπληρώσει το 17<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του και τέλεσαν πράξεις προβλεπόμενες από το νόμο εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρων 121-132 του Π.Κ. ( Ποινικού Κώδικα):

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 ή κωφάλαλος, επιληπτικός ή του έχει γίνει εξάρτηση η χρήση ναρκωτικών ουσιών και δεν μπορεί να την αποβάλλει με τις δικές του δυνάμεις, το δικαστήριο διατάσσει την παραπομπή του σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο κατάστημα ( άρθρο 18).

Ε) όποιος παραινεί ή προκαλεί άλλον στην παράνομη χρήση ναρκωτικών ή διαφημίζει τη χρήση τους τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους και χρηματική ποινή 100.000-20.000.000δρχ (άρθρο 9)

Στ) Με φυλάκιση τριών ετών και με χρηματική ποινή 10.000-10.000.000δρχ καθώς και με στέρηση τουλάχιστον 2 έτη επί της άδειας χορήγησης ή του οικείου διπλώματος ή του πτυχίου τιμωρείται όποιος οδηγεί η κυβερνά

οποιοδήποτε πλωτό, χερσαίο ή εναέριο μεταφορικό μέσο υπό την επίδραση ναρκωτικών (άρθρο 10)

Ζ) Όποιος για δική του αποκλειστικά χρήση προμηθεύεται ή κατέχει με οποιοδήποτε τρόπο ναρκωτικά σε μικρή ποσότητα ή κάνει χρήση τους τιμωρείται με φυλάκιση. Η ποινή εκτελείται σε ειδικό σωφρονιστικό κατάστημα θεραπευτικού χαρακτήρα ή παρακολουούθηση του από κατάλληλο υποστηρικτικό πρόγραμμα στα κέντρα υγείας που εδρεύουν σε κάθε νομό, σε συμβουλευτικούς σταθμούς ή άλλα ανάλογα ιδρύματα (άρθρο 12).

Ακολούθησαν τροποποιήσεις ή συμπληρώσεις του νόμου οι οποίοι δεν αλλάζουν όμως την ουσία των ποινών και της πολιτικής (Ν 1738/87 και Ν 1821/88)

Τέλος έχουμε τον νόμο 2161/1993 με τον οποίο ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) . Οι στόχοι – σκοποί του αναφέρθηκαν στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο (πρόληψη και θεραπεία).

Φαίνεται πλέον ότι μετά το 1987 με το νόμο 1729/87 έγινε μια προσπάθεια να ψηφιστεί ένας νόμος που θα συμπεριλάμβανε όλες τις πλευρές του ζητήματος:καταστολή, πρόληψη, θεραπεία, επανένταξη και έρευνα. Επίσης δόθηκε έμφαση στον αντιστιγματισμό των χρηστών αφού υποχρέωναν τον μη-εξαρτημένο χρήστη να ακολουθεί συμβουλευτικό πρόγραμμα με αντάλλαγμα τη διατήρηση του καθαρού του ποινικού του μητρώου. Ο χρήστης αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» και όχι ως εγκληματίας. Έμφαση επίσης δόθηκε στην πρόληψη, με την δημιουργία συμβουλευτικών κέντρων και άλλων υπηρεσιών.

Το 1983 προβλέπονται με τον Ν 2161/83 πιο αυστηρές – από εκείνες του 1729/87 ποινές για τους γιατρούς και φαρμακοποιούς που δεν συμμορφώνονταν με την ισχύουσα νομοθεσία και ποινικοποιήθηκε και η διακίνηση ακόμα και των προδρόμων ουσιών . Τέλος νομιμοποιείται η θεραπεία

με υποκατάστατα ηρωίνης σε ειδικές δημόσιες μονάδες. ( μονάδες υποκατάστασης- Ο.ΚΑ.ΝΑ.) .

Το 1995 έρχεται ένας νέος νόμος να κάνει λόγο για πιο ευνοϊκές συνθήκες για όσους εντάσσονταν εθελοντικά σε προγράμματα θεραπείας και συστηματική παρακολούθηση. Για παραβάτες του νόμου περί ναρκωτικών οι οποίοι προέβησαν στην παραπάνω ενέργεια αναστέλλονταν η ποινική τους δίωξη, και μπορεί κανείς να επιτύχει ακόμα και τη μόνιμη αναστολή της δίωξης σε περίπτωση που ολοκληρώσει επιτυχώς τη θεραπεία. Τέλος, το άρθρο 4 του 2408/96 υιοθετεί ακόμα πιο ελαστική και επεικική μεταχείριση των εξαρτημένων παραβατών του νόμου περί ναρκωτικών σε αντίθεση με τους εμπόρους ναρκωτικών στους οποίους οι ποινές γίνεται ακόμα χειρότερες , ενώ ο Ν 2479/97 διατηρεί τη διάκριση μεταξύ εξαρτημένων και μη χρηστών και επισημαίνει πως ο χρόνος παραμονής στο θεραπευτικό κατάστημα υπολογίζεται ως χρόνος έκτισης της στερητικής της ελευθερίας ποινής στην οποία τυχόν καταδικάσθηκαν. Αυτοί είναι οι νόμοι οι οποίοι ισχύουν στην χώρα μας από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα έως σήμερα.

#### 4.3) Απόψεις για την αποποινικοποίηση και την νομοθεσία περί ναρκωτικών

Πολλοί έχουν αναφερθεί στο θέμα της αποποινικοποίησης , και στην παρακάτω ενότητα γίνεται προσπάθεια να παρατεθούν οι αντιδιαμετρικά κυριότερες και ξεκάθαρες απόψεις.

Σύμφωνα με τον Κ. Γρίβα, ο οποίος είναι ψυχίατρος «Η απαγόρευση και η δίωξη των ναρκωτικών είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για τους θανάτους από υπερβολική δόση, λόγω της άγνοιας και της κακής πληροφόρησης που επιβάλλει σχετικά με το τι και πότε είναι υπερβολική μια δόση , αλλά και για τους θανάτους από πνευμονικό οίδημα και εμβολές»<sup>13</sup> , οι οποίοι οφείλονται στις διάφορες νοθείες της ηρωίνης

Σύμφωνα με τον Γ.Κ. Τσέγκο, «Ο τοξικομανής δεν είναι άρρωστος, όπως δεν είναι και ένοχος για τον ίδιο λόγο που δεν είναι ασθενής και παραβάτης και ο υποσιτιζόμενος για οικονομικούς λόγους»<sup>14</sup> . Αλλά ακόμη και σαν άρρωστος να αντιμετωπιστεί θα πρέπει να απαιτηθούν 10.000 χρόνια με μια Ιθάκη ή 10.000 Ιθάκες για δύο χρόνια για να απεξαρτηθούν οι τοξικοεξαρτημένοι στη χώρα μας- για το μέχρι στιγμής γνωστό αριθμό, χωρίς να αυξηθεί.

Η πολιτική της καταστολής στηρίζεται και στηρίζει ένα σωρό επαγγελματιών «ανθρωποσωτήριων», οι οποίοι είναι πολιτικοί, κυβερνητικοί ,κρατικοί αξιωματούχοι, δικαστικοί, αστυνομικοί, δικηγόροι , γιατροί, ψυχίατροι και ψυχοθεραπευτές οι οποίοι κρύβονται πίσω από τις θεραπευτικές κοινότητες, της προσπάθειας πάταξης του προβλήματος υποδουόμενοι τους σωτήρες και θεραπευτές. Οι ίδιοι τελικά είναι εκείνοι που επωφελούνται από την συντήρηση του προβλήματος (υποκατάσταση).

Αυτά και πολλά άλλα επιχειρήματα προβάλλουν οι υποστηρικτές της αποποινικοποίησης . Οι λύσεις τώρα που προτείνουν αντί της ισχύουσας πολιτικής, διαφέρουν ανάλογα από ποια σκοπιά προσεγγίζει το θέμα και μέχρι

<sup>13</sup> Γρίβας Κλεάνθης Ναρκωτικά και εξουσία.....the virtual school (10/6/2004).

<sup>14</sup> Γιάννης Κ. Τσέγκος: Ψυχίατρος Διευθ. Στο Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο Πρόεδρος Ινστ. Ομαδικής Ανάλυσης Αθηνών.

που πιστεύουν ότι θα πρέπει να απελευθερώνεται η αγορά . Τα κυριότερα «σενάρια» είναι τα εξής:

Ο ψυχίατρος Γιάννης Κ. Τσέγκος ( Διευθυντής στο ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό κέντρο , Πρόεδρος του Ινστιτούτου ομαδικής ανάλυσης Αθηνών ) προτείνει τα εξής: Η ευαισθητοποιημένη ιατρική κοινότητα πρέπει να φροντίσει πρώτα να ελαττωθούν οι θάνατοι νέων ανθρώπων που πεθαίνουν κάθε μέρα από νοθευμένες ή υπερβολικές δόσεις.

Να μεριμνήσει αμέσως ώστε να περιορισθεί η διάδοση για μια σειρά από λοιμώδη νοσήματα (ηπατίτιδες κ.α.) που προκαλούνται από πολυχρησιμοποιούμενες σύριγγες και βελόνες που «αποστειρώνονται» στο κουταλάκι, με νερό από δημόσιες τουαλέτες.

Να σταματήσει η μετάδοση και διάδοση του ιού του AIDS με την αναγκαστική πορνεία για την ανεύρεση της ημερήσιας δόσης....Όλα αυτά θα γίνουν αν όμως:

- i. Αποποινικοποιηθεί η κάνναβη
- ii. Επιχειρηθεί ένα πειραματικό κέντρο διάθεσης των σκληρών ναρκωτικών και
- iii. πολλαπλασιαστούν τα κέντρα διάθεσης που θα λειτουργούν παράλληλα με μονάδες θεραπείας στα περισσότερα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Μόνο έτσι μπορεί να ελαττωθεί ο ορισμός των χρηστών αφού με την ιατρικοποίηση της χορήγησης θα απομυθοποιηθεί , θα αποηρωικοποιηθεί και θα αποπεριθωριοποιηθεί η «πρέζα» αφού θα χορηγείται πλέον σε ιατρικό χώρο, όπου οι χρήστες θα πεισθούν πολύ πιο εύκολα ν' αρχίσουν μια διαδικασία αποτοξίνωσης.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Ομιλία στο Παγκόσμιο συνέδριο διεθνούς αντιπαγορευτικής ένωσης- αθήμα, Ζάπειο μέγαρο 22.1.1990.

Ο Κλεάνθης Γρίβας<sup>16</sup>, στο ίδιο πρόγραμμα συμπληρώνει με τα εξής μέτρα:

Αποποινικοποίηση της χρήσης όλων των ψυχοτρόπων ουσιών.  
Αποποινικοποίηση της καλλιέργειας, διάθεσης και χρήσης της ινδικής κάνναβης.  
Διαχωρισμός των ψυχοτρόπων ουσιών με βάση το κριτήριο της επικινδυνότητας τους. Διάθεση των «σικληρών» ναρκωτικών κάτω από υγειονομικό έλεγχο.  
Μάλιστα η Επιτροπή Σωστής Ενημέρωσης και αντιμετώπισης των ναρκωτικών (Ε.ΣΕ.Α.Ν.) διαμόρφωσε σε συνεργασία με το ελληνικό τμήμα της “LIA” (διεθνής αντιπαγορευτική ένωση) ένα σχέδιο νόμου που κινείται στους παραπάνω άξονες.

Ο Συνασπισμός<sup>17</sup> έχει μια πρόταση για την αντιμετώπιση της διάδοσης των ναρκωτικών που κινείται σε τρεις άξονες:

A. Πρόληψη- στην οποία συμπεριλαμβάνονται:

- i. Δέσμη μέτρων για τη νεολαία που να κτυπά τα κοινωνικά αίτια που σπρώχνουν τους νέους στα ναρκωτικά
- ii. Πρόγραμμα ενημέρωσης της νεολαίας για τα ναρκωτικά, με σύγχρονες μεθόδους και από πρόσωπα υπεύθυνα και αρμόδια, κατάλληλα επιμορφωμένα, γι αυτό το σκοπό.
- iii. Διαχωρισμός και κλιμάκωση των «μαλακών» και «σικληρών» ναρκωτικών.
- iv. Αποποινικοποίηση της χρήσης των ναρκωτικών με την ταυτόχρονη αυστηρή τιμωρία των εμπόρων ναρκωτικών
- v. Κθάαρση στους κρατικούς τομείς που είναι διαβρωμένοι και καλύπτουν τους εμπόρους ναρκωτικών

B. Θεραπεία

---

<sup>16</sup> Γρίβας Κλεάνθης Ναρκωτικά και εξουσία ό.π.

<sup>17</sup> [www.synaspismos.gr](http://www.synaspismos.gr). «Σύγχρονη πολιτική για την αντιμετώπιση της μάστιγας των Ναρκωτικών» (10/10/2004)

Γενναία αύξηση (τουλάχιστον τριπλασιασμένων κονδυλίων στον τομέα αυτό για να :

- i. Ενισχυθούν οι υπάρχουσες θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕ.ΘΕ.Α, ώστε να δέχονται πολλαπλάσιο αριθμό τοξικοεξαρτημένων από αυτόν που δέχονται σήμερα
- ii. Δημιουργηθούν και άλλα θεραπευτικά ιδρύματα με πολλαπλές εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους
- iii. Επεκταθούν τα προγράμματα μεθοδών ενταγμένα σε προγράμματα απεξάρτησης σε όλη τη χώρα
- iv. Παρέχεται δωρεάν ηρωίνη από τα κρατικά νοσοκομεία, υπο ιατρικό έλεγχο σε τοξικοεξαρτημένους σε προχωρημένο στάδιο που δεν μπορούν να παρακολουθήσουν θεραπευτικά προγράμματα ( με στόχο να μην προωθούνται αυτοί οι τοξικοεξαρτημένοι στην εγκληματικότητα, να μην πεθαίνουν από νοθευμένη ηρωίνη, να μην διατρέχουν κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών και να μπορούν να ζήσουν μια αξιοπρεπή ζωή.

Γ) Κοινωνική επανένταξη για την οποία χρειάζεται:

- i. Ενημέρωση του λαού ότι η αντιμετώπιση της απεξάρτησης από όλες τις πλευρές πρέπει να είναι ως σε φυσιολογικό άτομο.
- ii. Ενημέρωση και ταυτόχρονα κίνητρα για πρόσληψη σε εργασίες της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
- iii. Καθιέρωση ποσοστών προσλήψεων στο δημόσιο και ευρύτερο τομέα.
- iv. Ειδικά Προγράμματα για την ένταξη στην εκπαίδευση σε όλες τις βαθμίδες .
- v. Προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.

Τα άλλα πολιτικά κόμματα δεν αναφέρουν συγκεκριμένα μέτρα για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στις προγραμματικές τους δηλώσεις και η ανεύρεση συγκεκριμένων πληροφοριών στάθηκε αδύνατη.



Αυτά είναι τα κυριότερα «σενάρια» – λύσεις υπέρ της αποποινικοποίησης και που πάνω κάτω το ίδιο προτείνουν, άλλος πιο έμμεσα κι άλλος αμεσότερα αποποινικοποίηση και ελεύθερη χρήση των ναρκωτικών. Υπάρχουν κι 'άλλα προτεινόμενα «σενάρια», αλλά υπάρχουν και «σενάρια» αντίθετα της αποποινικοποίησης στα οποία και θα αναφερθούμε παρακάτω, για να γίνει κατανοητή η έννοια όχι μόνο μαθαίνοντας το λόγο, αλλά και τον αντίλογο. Είναι σημαντικό εδώ να πούμε ότι όσοι είναι κατά της αποποινικοποίησης δεν σημαίνει ότι είναι υπέρ της πολιτικής που ακολουθείται . Σχεδόν όλοι (υπέρ – ή κατά) είναι πεπεισμένοι για την αναποτελεσματικότητα των μέτρων που ισχύουν σήμερα.

Ενδιαφέρον έχει η άποψη του Φοίβου Ζαφειρίδη<sup>18</sup> (διευθυντής του ΚΕ.Θ.Ε.Α.) που δημοσιεύτηκε στο ένθετο «τα νέα της Ιθάκης» σύμφωνα με τον οποίο «η *αντιαπαγόρευση είναι μια πρόταση που θα μπορούσε να σταθεί θεωρητικά αν δεν υπήρχαν οι ακόλουθες επιφυλάξεις:*

*Το φαινόμενο της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες δεν είναι φαινόμενο φαρμακευτικό , αλλά ψυχοκοινωνικό. Είναι γνωστό, άλλωστε, ότι η ηρωίνη που κυκλοφορεί στην Ελλάδα είναι νοθευμένη μέχρι και σε ποσοστό 90%-100%. Το φαινόμενο της εξάρτησης σχετίζεται με μια σειρά από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η αίσθηση της παρανομίας, η αίσθηση της αντιπαράθεσης στο σύστημα και της επαναστατικής πράξης, της διαφορετικότητας, η αίσθηση πως ανήκει σε μια υποομάδα με δικό της κώδικα επικοινωνίας κλπ»*

*«Μερικές φορές τα τελετουργικά και οι υπόλοιπες συνοδευτικές της χρήσης συμπεριφορές που προαναφέρθηκαν , είναι τόσο σημαντικές που κανείς σχηματίζει την εντύπωση ότι στη «σκηνή» των ναρκωτικών, η εξεύρεση της ναρκωτικής ουσίας , αποτελεί το πρόσχημα για να στηθεί το σκηνικό και να παιχθεί ένα «αυτοθεραπευτικό» ψυχόδραμα.*

---

<sup>18</sup> Φ. Ζαφειρίδης, «Ναρκωτικά , Απαγόρευση , Αντιαπαγόρευση και μεθητευόμενοι μάγοι», ένθετο «ΤΑ ΝΕΑ ΤΗΣ ΙΘΑΚΗΣ» Νο 17.

Η υπόθεση λοιπόν της αντιπαγόρευσης πάσχει εδώ σοβαρά, γιατί περιορίζει την οπτική του προβλήματος αποκλειστικά στη σχέση φαρμάκου – ανθρώπου και αγνοεί τη σημασία του όλου στο σκηνικό.

Αυτή τη στιγμή η ναρκωτική ουσία που κυρίως κυκλοφορεί στη μαύρη αγορά είναι η ηρωίνη, αλλά με την πολιτική των πωλήσεων που εφαρμόζουν τα παράνομα κυκλώματα αναμένεται σε σύντομο χρονικό διάστημα εισβολή πιο εξαρτητικών, πιο θανατηφόρων και πιο φθηνών ουσιών, όπως είναι η κοκαΐνη, το «κρακ» και μετά το «άις». Συνεχίζοντας, ο Φ. Ζαφειρίδης<sup>19</sup> επισημαίνει ότι: «Αυτοί που υποστηρίζουν την άποψη της κρατικής χορήγησης ή ελεύθερης πώλησης και διακίνησης της ηρωίνης θα πρέπει να μας πουν από τώρα τι σκοπεύουν να κάνουν με τις νέες και πιο επικίνδυνες ουσίες, και μάλιστα όταν είναι γνωστό ότι μερικές από αυτές προκαλούν το θάνατο ή την τρέλα, ακόμα και μετά από 2 ή 3 χρήσεις. Θα προτείνουν και αυτών των ουσιών την ελεύθερη χρήση ή χορήγηση; Θα πρέπει επίσης να μας πουν τι σκοπεύουν να κάνουν με τη συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη του χρήστη για μεγαλύτερη δόση. Όταν είναι γνωστό ότι η μέση θανατηφόρα δόση της καθαρής ηρωίνης βρίσκεται στα 150mg και ο χρήστης θα επιδιώκει τη συνεχή αύξηση της δόσης του, προκειμένου να έχει το αυτό αποτέλεσμα, σε ποιον θα εκχωρήσουμε την απόφαση αυτή;

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

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

Στην πραγματικότητα η αντιπαγόρευση δεν είναι κάτι το καινούριο. Μέχρι τα 1914, οπότε με την πράξη HARRISON η αμερικάνικη κυβέρνηση έθεσε στην

---

<sup>19</sup> Φ. Ζαφειρίδης, ό.π.

παραιομία το όπιο και τα παράγωγά του, η πολιτική των αμερικάνικων κυβερνήσεων ήταν αντιαπαγορευτική. Εκατό χρόνια δηλαδή μετά την εμφάνιση του οπίου στις Η.Π.Α., που εντοπίζεται γύρω στα 1810 και 16 χρόνια μετά από την κυκλοφορία στην αμερικάνική αγορά του σκευάσματος ηρωίνη από τη φίρμα BAYER, όλα τα ναρκωτικά πωλούνταν και κυκλοφορούσαν ελεύθερα. Το γεγονός ότι στις Η.Π.Α. , λίγο πριν τεθεί σε ισχύ η απαγορευτική πράξη HARRISON, υπήρχε κοινωνικό πρόβλημα με περισσότερους από 300.000 χρήστες ηρωίνης και άλλων οπιούχων πρέπει να μας προβληματίσει σοβαρά. Πως από την άλλη μεριά πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός ότι αυτή τη στιγμή το παράνομο εμπόριο των ναρκωτικών ουσιών, με ετήσιο τζίρο που φθάνει τα δισεκατομμύρια δολάρια, αρχίζει να αποτελεί μια οργανωμένη απειλή για τις σύγχρονες κοινωνίες.

Αλλά και το βασικότερο από επιχειρήματα της πρότασης φιλελευθεροποίησης σύμφωνα με το οποίο ένας από τους βασικούς λόγους εξάπλωσης της χρήσης των παράνομων ναρκωτικών ουσιών, οφείλεται στο «Μάρκετινγκ» που δημιουργούν τα τεράστια κέρδη των παράνομων οργανώσεων, αποδείχθηκε σύμφωνα με τελευταίες επιστημονικές έρευνες εντελώς αβάσιμο και ατεκμηρίωτο. Μια τέτοια σημαντική, επιστημονική έρευνα είναι αυτή του καθηγητή εφαρμοσμένης κοινωνιολογίας στο πανεπιστήμιο της Φλωρεντίας *Pino Arlacchi*.

Ο *Arlacchi* μελετώντας και ερευνώντας την κίνηση των ναρκωτικών στην ιδιόμορφη αγορά της Βερόνας, που δεν ελέγχεται από την Ιταλική Μαφία, όπου η διακίνηση των ναρκωτικών δεν βρίσκεται σε χέρια οργανωμένων κυκλωμάτων και οι τιμές είναι εξευτελιστικές σε σχέση με άλλες αγορές, απέδειξε ότι το ιδιόμορφο αυτό καθεστώς δεν είχε σαν συνέπεια την πτώση της ζήτησης. Απέδειξε δηλαδή με επιστημονική επιχειρηματολογία αυτό που όλοι οι έμπειροι θεραπευτές γνωρίζαμε ήδη από πολύ καιρό: Ότι η καθοριστική, για τη ζήτηση, είναι η ύπαρξη ανθρώπων που έχουν ανάγκη ειδικά τις παράνομες ουσίες και ότι η δωρεάν, η φτηνή χορήγηση τους, δεν οδηγεί κατ' ανάγκη στον περιορισμό της εξάπλωσης.

Έτσι αποδείχτηκε πόσο ανόητο και αφελές είναι να προσπαθεί κανείς να δίνει λύσεις σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα, μελετώντας το θέμα από καθαρά οικονομική σκοπιά, με βάση τους όρους της ελεύθερης αγοράς. Παρόλα αυτά, η πρόταση της αντιπαγόρευσης πρέπει να εξετασθεί και να συζητηθεί διεξοδικά. Όχι όμως ως λύση πανάκεια, όπως προβάλλεται από μαθητευόμενους μάγους και άλλους αφελείς. Η υπερβολή αυτή δεν διαμόρφωσε σε συνεργασία με το ελληνικό τμήμα της “L.A.” διεθνούς αντιπαγορευτικής ένωσης ένα σχέδιο συναντάται σε καμιά άλλη χώρα. Όπου ο διάλογος και ο προβληματισμός για την αντιπαγόρευση έχουν ήδη ξεκινήσει. Εκεί ακόμα και οι υποστηρικτές της λύσης αυτής, είναι αρκετά συγκρατημένοι και επιφυλακτικοί όσον αφορά στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της πρότασης τους. Η υπεραισιοδοξία χαρακτηρίζει μόνο τους έλληνες υποστηρικτές της αντιπαγόρευσης, που υπόσχονται ανεύθυνα και ατεκμηρίωτα εξαφάνιση της μαύρης αγοράς και ελάττωση του αριθμού των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες. Η υπεραπλουστευμένη τοποθέτηση τους σε ένα τόσο σύμπλοκο πρόβλημα, αποτελεί μάλλον τη «βαλκανική» εκδοχή της αντιπαγορευτικής άποψης. Κάποια συμπληρωματική προς την άποψη του Φ. Ζαφειρίδη είναι αυτή του Τάκη Φωτόπουλου<sup>20</sup> Παρακάτω παρουσιάζονται κάποια βασικά επιχειρήματα του για την αντι – αποποινικοποίηση:

«Το επιχείρημα των υποστηρικτών της αποποινικοποίησης πως η καταστολή σπρώχνει την τιμή των σκληρών ναρκωτικών ( και τα αντίστοιχα κέρδη) στα ύψη, παρωθώντας με τον τρόπο αυτό το εμπόριο και τη χρήση των σκληρών σε βάρος των μαλακών ναρκωτικών είναι αστήρικτο παραμύθι των άδικων που αποδίδουν τις αιτίες για την εξάπλωση των ναρκωτικών στην πολιτική καταστολής. Βρετανική έκθεση έδειξε ότι τη δεκαετία 1986-1996 (αποποινικοποίηση) η τιμή της ηρωίνης σε πραγματικούς όρους μειώθηκε στο μισό. Παράλληλα η τιμή της κάνναβης διπλασιάστηκε και στοιχίζει σήμερα ακριβότερα από την ηρωίνη. Παρ’ όλα αυτά τα 3 τελευταία χρόνια ο αριθμός των χρηστών ηρωίνης διπλασιάστηκε. Άρα όσο πιο φθηνό το ναρκωτικό, τόσο μεγαλύτερη η εξάπλωση του παραπέρα.

---

<sup>20</sup> Τ. Φωτόπουλος, «Η νέα διεθνής τάξη και η Ελλάδα», Καστανιώτη 1997

*Σύμφωνα με μια δεύτερη βρετανική έκθεση το πρόβλημα δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με την εφαρμογή ομοιόμορφων πολιτικών σε πανεθνικό ή πανευρωπαϊκό, ακόμα χειρότερο επίπεδο κι αυτό γιατί η χρήση γίνεται για διάφορους λόγους ανάλογα με την κοινωνική τάξη, τον τρόπο ζωής και πολλούς άλλους παράγοντες. Επομένως η πολιτική που θα πρέπει να ακολουθηθεί θα πρέπει να είναι πολυδιάσπαστη, πολυμορφική».*

Ένα άλλο επιχείρημα που αντικρούει ο Τάκης Φωτόπουλος<sup>21</sup> είναι εκείνο που θέλει την κάνναβη μη βλαβερή ουσία, ή μαλακό ναρκωτικό επομένως ελεύθερη διάθεση. Σε συνέδριο της Bnhsh Medical Associatian τονίστηκε ότι μολονότι η κάνναβη έχει θετικές επιδράσεις λόγω μερικών στοιχείων της , υπάρχουν και κάποια άλλα στοιχεία της τα οποία έχουν καθαρά βλαβερές συνέπειες: αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχική αναταραχή, μείωση αντανάκλαστικών , μείωση της ικανότητας οδήγησης κ.τ.λ. Ακόμη μια άλλη πολύ πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Αμερικάνικη επιστημονικό περιοδικό Science υποστηρίζει ότι η κάνναβη μπορεί να είναι το κατώφλι που προετοιμάζει τον εγκέφαλο για τα σκληρά ναρκωτικά, εφόσον επενεργεί στο ίδιο τμήμα του εγκεφάλου με αυτό και χρησιμοποιεί τους ίδιους «μηχανισμούς» με την ηρωίνη . Μολονότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα πάνω στο θέμα αυτό είναι αναμφισβήτητο ότι η κάνναβη δεν είναι μόνο ένα πολύτιμο «θεραπευτικό κατασκευαστικό ενεργειακό και ψυχαγωγικό μέσο», όπως μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν.

Τελειώνοντας ο συγγραφέας του άρθρου υποστηρίζει : *«η λύση στο πρόβλημα των ναρκωτικών δεν βρίσκεται στη σημερινή καταστολή , αλλά ούτε και στην φιλελευθεροποίηση. Και οι δύο πολιτικές αποσκοπούν στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων του προβλήματος και όχι των ίδιων των αιτιών του(..) Η χρήση δεν θα πρέπει να αποποινικοποιηθεί για κανένα ναρκωτικό μαλακό ή σκληρό, ώστε να παραμένει η κοινωνική κοινή απαξίωση των ναρκωτικών που αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο μιας αποτελεσματικής προληπτικής πολιτικής».*

---

<sup>21</sup> Τ. Φωτόπουλος, ό.π.

Τέλος, θα θέλαμε να παραθέσουμε και μια ξεκάθαρα πολιτική πρόταση ενάντια στην αποποινικοποίηση – αφού παρατέθηκε και η φιλελεύθερη άποψη του ΣΥΝ, αυτή του ελληνικού μετώπου<sup>22</sup>: Η πολιτική αυτή στηρίζεται σε 3 βασικές θέσεις:

Ουσιαστική πρόληψη με επιθετική πολιτική ενημέρωσης σε σχολεία, πανεπιστήμια, χώρους διασκέδασης και άθλησης και με ουσιαστική αντιμετώπιση των αιτιών που οδηγούν τους νέους σε αδιέξοδο όπως η ανεργία, το πνευματικό κενό, η έλλειψη εναλλακτικών μορφών δράσης και δημιουργίας. Μέριμνα πραγματικής θεραπείας με επαρκή προγράμματα απεξάρτησης, εκβάθρων αναδιοργάνωση του σωφρονιστικού συστήματος και σχέδιο επανένταξης και σκληρή καταστολή του διεθνούς εμπορίου ναρκωτικών με θέσπιση ακόμα και θανατικής ποινής για τους μεγαλέμπορους του θανάτου.

Στις 24/05/2001 έχουμε την πρόταση νόμου για αποποινικοποίηση από τους βουλευτές :

ΣΥΝ : Φ. Κουβέλης και Μ. Δαμανάκη

ΠΑΣΟΚ: Στ. Μπενος και Σπ. Βούγιας

ΝΔ: Π. Τατούλης και συζήτηση του θέματος για πρώτη φορά στη Βουλή . Η πρόταση προκάλεσε σοβαρές αντιδράσεις ενώ υπήρξαν και αρκιοί υποστηρικτές της όπως φάνηκε από τα παραπάνω.

Τέλος, παρατίθενται οι αντιδράσεις στο θέμα της αποποινικοποίησης των εφημερίδων της χώρας, την επόμενη μέρα.

Ο αδέσμευτος τύπος<sup>23</sup>, (Ρίζος) αναφέρει ότι «έντονες συζητήσεις αλλά και αντιδράσεις αναμένεται να προκαλέσει η πρόταση νόμου που δημοσιοποίησαν 5 βουλευτές του ΠΑ.ΣΟ.Κ. , της Ν.Δ. και του ΣΥΝ, σχετικά με το διαχωρισμό των ναρκωτικών σε «σκληρά» και «ελαφρά». Οι βουλευτές προτείνουν η επιβολή ποινών σε χρήστες

---

<sup>22</sup> [www.metopo.gr](http://www.metopo.gr) , «Αποποινικοποίηση Ναρκωτικών; Οι θέσεις του Ελληνικού Μετώπου για τα Ναρκωτικά – σελίδες ιδεολογίας». (15/9/2004)

<sup>23</sup> ΑΔΕΣΜΕΥΤΟΣ, Ρίζος , «Ναρκωτικά και αποποινικοποίηση», (25/5/2001)

ναρκωτικών να είναι ανάλογη με το πόσο «σκληρά» χαρακτηρίζονται τα ναρκωτικά για τα οποία συλλαμβάνονται».

Η Espresso<sup>24</sup>, υποστηρίζει ότι «ανοιχτή πληγή για την κυβέρνηση εξακολουθεί να αποτελεί το θέμα του διαχωρισμού των ναρκωτικών σε «σκληρά» και «μαλακά», που ήρθε και πάλι στο προσκήνιο με αφορμή την επίσημη παρουσίαση πρότασης νόμου πέντε βουλευτών του ΠΑ.ΣΟ.Κ., της ΝΔ και του ΣΥΝ».

Σύμφωνα με το Ριζοσπάστη<sup>25</sup>, «σύσσωμη η Κοινοβουλευτική Ομάδα του Συνασπισμού με τους βουλευτές του ΠΑΣΟΚ Στ. Μπένο και Σπ. Βούγια και τον Π. Τατούλη της ΝΔ έφεραν πρόταση νόμου για την ελεγχόμενη χορήγηση ναρκωτικών από ιατρικές μονάδες – όπως ακριβώς πρότειναν πριν δύο χρόνια υπουργοί της κυβέρνησης – το διαχωρισμό των «σκληρών» ναρκωτικών και την αποποινικοποίηση της χρήσης».

Η Αυγή<sup>26</sup>, τονίζει ότι «την απομάκρυνση των χρηστών από τα παράνομα κυκλώματα εμπορίας ναρκωτικών, την αντιμετώπιση του χρήστη ως πολίτη ο οποίος έχει ανάγκη φροντίδας, τη μείωση των κινδύνων που απειλούν τον χρήστη και το ανθρώπινο περιβάλλον του επιχειρεί η πρόταση νόμου που κατέθεσαν από κοινού χθες στην Βουλή, οι βουλευτές του ΣΥΝ Φ. Κουβέλης και Μ. Δαμανάκη, του ΠΑΣΟΚ Στ. Μπένος και Σπ. Βούγιας και της ΝΔ Π. Τατούλης».

Στην Απογευματινή<sup>27</sup>, επισημαίνεται ότι «σκληρότερες ποινές για τους εμπόρους ναρκωτικών., αλλά και για τα «βαποράκια» της ηρωίνης, καλύτερη μεταχείριση για τους χρήστες το διαχωρισμό των ναρκωτικών ουσιών όσον αφορά τις ποινές, αλλά και την ελεγχόμενη χορήγηση εξαρτησιογόνων ουσιών ακόμη και ηρωίνης αλλά κάτω από προϋποθέσεις είναι μερικές από τις προτάσεις που αναφέρουν στο σχέδιο νόμου που κατέθεσαν χθες στη βουλή 5 βουλευτές».

---

<sup>24</sup> Espresso, «ανοιχτή πληγή, ο διαχωρισμός των ναρκωτικών σε σκληρά και μαλακά», (26/5/2001)

<sup>25</sup> Ριζοσπάστης, «πρόταση νόμου για ελεγχόμενη χορήγηση ναρκωτικών», (25/5/2001)

<sup>26</sup> Αυγή, «νέα πρόταση νόμου περί ναρκωτικών», (25/5/2001)

<sup>27</sup> Απογευματινή, «νέο σχέδιο νόμου για τα ναρκωτικά», (25/5/2001)

#### 4.4) Εφαρμογή της αποποινικοποίησης στις χώρες της Ε.Ε

##### ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Η πολιτική που ακολουθεί η Ολλανδία με στόχο την καταπολέμηση των ναρκωτικών βασίζεται στα εξής βασικά στοιχεία: α) αποποινικοποίηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και β) ελεύθερο λιανικό εμπόριο των προϊόντων της κάνναβης (μαριχουάνα και χασίς). Στόχος πρωταρχικός και κύριος είναι η αποτροπή των νέων από τα σκληρά ναρκωτικά όπως η ηρωίνη και κοκαΐνη κτλ Η προσπάθεια έγκειται περισσότερο στην ένταξη των ναρκομανών στην κοινωνία ( σχεδόν αντίθετα με τη στάση της καταστολής που καταλογίζει «ευθύνη» στον χρήστη) για να ελαχιστοποιηθεί το κακό που προκαλεί η κατάχρηση ναρκωτικών στον ίδιο τον ναρκομανή στο περιβάλλον του και την κοινωνία.

Οι Ολλανδοί επέκριναν τις πολιτικές της καταστολής όσο καιμία άλλη χώρα δεν το έκανε. Τα αποτελέσματα κατά τη γνώμη των Ολλανδών πολιτικών είναι τα εξής:

- ✓ Η πολιτική, με το να χτυπάει αλύπητα την παράνομη διακίνηση των ναρκωτικών μπορεί να οδηγήσει σε αποτελέσματα χειρότερα κι από την ίδια την ασθένεια. Το οργανωμένο έγκλημα (ναρκωτικό) μπορεί να γίνει τόσο πλούσιο και ισχυρό (ακόμα πιο πολύ από όσο είναι σήμερα) ώστε να μπορεί να καταλάβει τμήματα τη νόμιμης κοινωνίας –από το χρηματιστήριο μέχρι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την αστυνομία, τη δικαστική εξουσία ακόμη δε και το πολιτικό σύστημα<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> The Journal of ohcg Issues Χενι Βαν Βλιτ, δικηγόρος και ζει στο ΑΜΣΤΕΡΝΤΑΜ, διευθυντής και Ιδρυτής Της Metropolink ( Ίδρυμα συμβουλευτικών υπηρεσιών για τα ναρκωτικά) Διαχωρισμός των αγορών ναρκωτικών και ομαλοποίηση των προβλημάτων των ναρκομανών στην Ολλανδία: Αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση για άλλες χώρες;



✓ Η καθολική επίθεση ενάντια της χρήσης ναρκωτικών και των εξαρτημένων ατόμων μπορεί να οδηγήσει τους τελευταίους στο περιθώριο της κοινωνίας, να τους ωθήσει να δημιουργήσουν το δικό τους αόρατο υπόκοσμο έτσι ώστε να μην είναι πλέον υποφερτό κανένα «βοηθητικό» ίδρυμα και αν τους πλησιάσει, πλην βεβαίως του νόμου. Οι Ολλανδοί πάντα πίστευαν ότι τα ναρκωτικά είναι βασικά και κυρίαρχα ένα θέμα υγείας και κοινωνικής ευημερίας. Γι' αυτό το λόγο πάντα αρνιόντουσαν να συμμετάσχουν σε οποιοδήποτε πόλεμο εναντίον των ναρκωτικών ή να υιοθετήσουν σκληροπυρηνική στάση. Η πολιτική τους βασίζεται όπως προαναφέραμε στο ελεύθερο λιανικό εμπόριο των προϊόντων της κάνναβης. Η κάνναβη έγινε ευρέως διαθέσιμη στη χώρα το 1968 και η ηρωίνη έκανε την εμφάνιση της το 1972 σαν ένα φαινόμενο που προκλήθηκε από τον πόλεμο του Βιετνάμ. Τότε, απ' τη μια ανώτερα στελέχη της αστυνομίας καθώς και μερικοί πολιτικοί ξεκίνησαν διαφημιστικές καμπάνιες για μια περισσότερο αποτελεσματική, ευρύτερη και διεθνώς αμερόληπτη απάντηση στην απειλή της χρήσης και διακίνησης ναρκωτικών και από την άλλη τμήματα της κοινωνικής και πνευματικής «ελίτ» είχαν την πεποίθηση ότι η αυστηρή καταστολή της χρήσης κάνναβης θα μπορούσα να οδηγήσει τους νέους σε μια κοινωνική περιθωριοποίηση και σε απόγνωση με αποτέλεσμα να τους σπρώξει στη χρήση πιο σκληρών ναρκωτικών. Η τροποποίηση του νόμου για το όπιο του 1976 ήταν μια συμβιβαστική λύση ανάμεσα στην προσαρμογή σε δίκη και τιμωρίας των διακινητών ναρκωτικών (με την αύξηση των ποινών) και μια επιβεβαίωση της εσωτερικής κοινής συναίνεσης με σεβασμό στη χρήση, κατοχή και λιανική πώληση της κάνναβης. Λόγω της προσαρμογής στα διεθνή στάνταρτ, η νομοθεσία δεν μπορούσε και δεν νομιμοποίησε την κάνναβη. Σύμφωνα όμως με τον Ολλανδικό ποινικό νόμο μια ορατή και ελεγχόμενη λιανική αγορά μικρεμπόρων και καταναλωτών επιτράπηκε να αναπτυχθεί. Τα λεγόμενα ειδικά καφενεία (coffe-shops) ήταν τα μαγαζιά όπου δεν σερβίρονταν

αλκοολούχα ποτά αλλά μπορούσες να αγοράσεις μικρές ποσότητες χασίς, στα κρυφά βεβαίως στις αρχές του '70. Τα καφενεία σήμερα δεν ξεπερνούν τα 500 σ' όλη τη χώρα από τα οποία τα 250 είναι στο Άμστερνταμ. Μια πόλη 700.000 κατοίκων αλλά με 8 εκατομμύρια τουρίστες καταγεγραμμένους στα ξενοδοχεία και τις πανσιόν όλης της χώρας. Ωστόσο οι χονδρέμποροι και οι διεθνείς διακινητές υποβάλλονταν σε σοβαρές ποινικές διώξεις και τιμωρούνταν με βαριές ποινές. Με τον τρόπο αυτό το λιανικό εμπόριο για τα προϊόντα της κάνναβης γενικά, διαχωρίστηκε από την αγορά ηρωίνης επιτρέποντας στους έφηβους να πειραματιστούν με την κάνναβη χωρίς το ρίσκο να καταλήξουν στη χρήση της ηρωίνης με όλες τις αρνητικές συνέπειες. Ο Ντερκ Κορφ<sup>29</sup>, σε ερώτηση δημοσιογράφου – αν είναι ευκολότερο να βρει κανείς ναρκωτικά στο Άμστερνταμ από ότι σ' άλλες πόλεις η απάντηση ήταν θετική, αναφερόμενος όμως μόνο στο χασίς και στη μαριχουάνα. Τα «σιληρά» απαγορεύονται στα καφενεία. Αν αποδειχθεί ότι σε ένα καφενείο διακινούνται και «σιληρά», το καφενείο κλείνει και ο εξοπλισμός του κατάσχεται. Η Αστυνομία θυροκολλεί μια ανακοίνωση, στην οποία αναφέρεται γιατί έκλεισε το καφενείο. Η κοινότητα ενημερώνεται, η επαγγελματική φήμη του επιχειρηματία κηλιδώνεται και δεν ξαναπαίρνει άδεια για πώληση χασίς. Επομένως ο ίδιος ο μαγαζάτορας περιφρουρεί την επιχείρηση του από τα σιληρά ναρκωτικά.

Με το νόμο δηλαδή του 1976 για το όπιο έγινε διαχωρισμός των ναρκωτικών σε «σιληρά» και «μαλακά» με κριτήριο τη βλάβη που προκαλούν στην υγεία μετά από παρατεταμένη χρήση. Η εισαγωγή, παρασκευή, διάθεση, κατοχή, διακίνηση, μεταφορά και εξαγωγή ναρκωτικών κάθε είδους απαγορεύεται. Η κατοχή όμως ποσοστού μικρότερου από 30γραμμ. Μαλακών ναρκωτικών αποτελεί πταίσμα. Δηλαδή οι ποινές για τα μαλακά ναρκωτικά είναι μικρότερες λόγω του γεγονότος ότι ο κίνδυνος που προκαλούν στην υγεία είναι μικρότερος. Ο νόμος εφαρμόζεται σε όλη τη χώρα, αλλά μπορεί και να

---

<sup>29</sup> Καθηγητής Κοινωνιολογίας -Άμστερνταμ

διαφέρει σε διάφορες περιοχές αφού ο εισαγγελέας έχει το δικαίωμα αλλά όχι την υποχρέωση να παρεμβαίνει. Από το 1985 ψηφίστηκε ακόμα μια διάταξη που αναφέρεται στους χρήστες σκληρών ναρκωτικών.

Η πολιτική που ακολουθείται είναι εκείνη των «δύο τροχών». Στην «πρώτη τροχιά» κινείται η αστυνόμευση και στη «δεύτερη» η προστασία της δημόσιας υγείας – επιτρέπουμε στον κόσμο να κάνει χρήση, να αγοράζει, αλλά και να πουλά σε περιορισμένη όμως κλίμακα. «Για παράδειγμα, όπως επισημαίνει ο Ντερκ Κόρφ, δεν κυνηγάμε τους «αξιοπρεπείς» ντίλερς κοκαΐνης που διακινούν 50 γραμμάρια την εβδομάδα σε «αξιοπρεπείς» χρήστες του Σαββατοκύριακου. Η Αστυνομία στοχεύει στα υψηλά επίπεδα της εμπορίας των σκληρών ναρκωτικών. Δεν σπαταλά πόρους, εργατώρες και εξοπλισμό για να συλλάβει κάθε περιστασιακό χρήστη χασίς. «Το ομαδικό «τσουβάλιασμα» των χρηστών είναι το μόνο εύκολο και ενδείκνυται όταν θέλεις να γεμίσεις τις φυλακές και να αφήσεις τους μεγαλέμπορους να αλωνίζουν. Αυτό όμως δεν είναι υπεύθυνο και κοινωνικά ευαισθητοποιημένη πολιτική, είναι υποκρισία»<sup>30</sup> Όσο για την προστασία της δημόσιας υγείας χορηγείται μεθαδόνη καθημερινά στο 50% - 60% των εξαρτημένων και λειτουργούν και κάποιες θεραπευτικές κοινότητες, στις οποίες η απεξάρτηση επιτυγχάνεται χωρίς ουσίες «στεγνά θεραπευτικά προγράμματα». Ο πρώτος στόχος, επίσης (η αστυνόμευση) έχει ανατεθεί όπως είναι φυσικό στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της αστυνομίας. Το 1985 η αστυνομία του Άμστερνταμ επεκτάθηκε σε 65 άτομα, ιδρύθηκε περιφερειακή μονάδα από 35 αστυνομικούς που στόχο είχε:

- Να συντελέσει στην αναβάθμιση υποβαθμισμένων περιοχών όπου επικεντρώνεται η χρήση και το εμπόριο των ναρκωτικών
- Να ακολουθεί δραστική πολιτική όσον αφορά τις εγκληματικές πράξεις που σχετίζονται με τα ναρκωτικά να περιορίσει την προσέλκυση των ξένων στο Άμστερνταμ

---

<sup>30</sup> Ντερκ Κορφ. Συνέχεια συνέντευξης

- Να καταπολεμήσει το παράνομο εμπόριο των σκληρών ναρκωτικών<sup>31</sup>

Ακόμα, όλα τα αστυνομικά τμήματα του Άμστερνταμ περιλαμβάνουν προγράμματα παροχής αποστειρωμένων σύριγγων. Ένας χρήστης ναρκωτικών ουσιών που κάνει ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών μπορεί να προμηθευτεί από την αστυνομία καινούρια σύριγγα αν παραδώσει την παλιά χρησιμοποιημένη σύριγγα του. Επίσης, συμμετέχει σε ενημερωτικά προγράμματα σε σχολεία σε πανεπιστήμια και σε περιφερειακές συμβουλευτικές ομάδες οι οποίες προετοιμάζουν καινούργιες πολιτικές επιλογές για τις τοπικές αρχές. Η αστυνομία σε συνεργασία με τη Δημόσια υπηρεσία Υγείας ετοίμασαν ένα πρόγραμμα που ονομάζεται «streetjunk» στο οποίο προσδιορίστηκε ο σκληρός πυρήνας 120 τοξικομανών, με βάση φακέλους της αστυνομίας και της δημόσιας υπηρεσίας υγείας. Αφού συνελήφθησαν, κλήθηκαν από τους αστυνομικούς να επιλέξουν ανάμεσα στη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα θεραπείας ή στην προσαγωγή τους σε δίκη. Με κάποια ελάχιστη πίεση προσπαθούν να τους πείσουν ότι μπορεί να τους παρασχεθεί βοήθεια αν το επιθυμούν. Αν όχι, τους περιμένει η φυλακή. Τα αποτελέσματα βέβαια δεν είναι άριστα αλλά απλά ενθαρρυντικά. Υπάρχουν γιατροί στις φυλακές που εφοδιάζουν τους τοξικομανείς με μεθοδόνη, αλλά παρέχεται και συμβουλευτική βοήθεια. Τα αποτελέσματα τώρα της πολιτικής αυτής θα παρουσιαστούν στο τέλος σε σύγκριση με τα αποτελέσματα και των άλλων χωρών της Ε.Ε. για τις οποίες έχουμε στοιχεία.

## ΙΤΑΛΙΑ

Η Ιταλία αναθεώρησε τη νομοθεσία της περί ναρκωτικών την δεκαετία του 1980, θεσπίζοντας ένα νόμο που αποποινικοποίησε την προμήθεια και την κατοχή μικροποσοτήτων για προσωπική χρήση όλων των παράνομων ουσιών, χωρίς να προσδιορίζεται επ' ακριβώς τι σημαίνει «μικρή ποσότητα». Το 1993

---

<sup>31</sup> Ντερκ Κορφ, ό.π.

όρισε την «μικροποσότητα» ως τη δόση που καλύπτει τις ανάγκες ενός εξαρτημένου χρήστη επί τρεις ημέρες. Στα άτομα που συλλαμβάνονται με ποσότητα μεγαλύτερη των τριών ημερησίων δόσεων, επιβάλλονται διοικητικές ποινές, όπως αφαίρεση της άδειας οδήγησης επί 1-3 μήνες για τα βαριά ναρκωτικά. Σε περιπτώσεις ατόμων που συλλαμβάνονται κατ' εξακολούθηση, ο νομάρχης μπορεί να επιβάλλει την παρακολούθηση ενός προγράμματος απεξάρτησης. Την ίδια χρονιά ο Ιταλικός λαός επικύρωσε την αποποινικοποίηση με δημοψήφισμα. Η αποποινικοποίηση στην Ιταλία ισχύει μέχρι και σήμερα.

### ΕΛΒΕΤΙΑ

Στην πόλη της Ζυρίχης, στο Λέτεν δημιουργήθηκε το λεγόμενο «καντόνι των εθισμένων». Ήταν χώρος ελεύθερης πρόσβασης των εθισμένων για να τους χορηγείται οποιοδήποτε ναρκωτικό. Έτσι οι αρχές της Ελβετίας φιλοδοξούσαν να αποτρέψουν από την εγκληματική συμπεριφορά τους χρήστες.

### ΣΟΥΗΔΙΑ – ΔΑΝΙΑ

Στη Σουηδία το 1965 ξεκίνησε η εφαρμογή πρακτικών αποποινικοποίησης και το 1971 στη Δανία, με την χορήγηση ναρκωτικών στους χρήστες ύστερα από συνταγογράφηση.

### ΙΣΠΑΝΙΑ

Αποφασίστηκε κατά τη διετία 1983-84 η αποποινικοποίηση των λεγόμενων «μαλακών» ναρκωτικών

Η πανευρωπαϊκή έκθεση<sup>32</sup> για τα ναρκωτικά τον Οκτώβριο του 2000 είχε τα εξής αποτελέσματα

α) Προβληματικοί χρήστες ηλικίας 15-64 ετών : με την υψηλότερη αναλογία και κατά σειρά είναι οι εξής χώρες: Λουξεμβούργο, Ιταλία, Βρετανία και Ισπανία

β) Κατάχρηση σκληρών και μαλακών ναρκωτικών 15-16 χρόνων:

Βρετανία 40%, Ιρλανδία 37% , Ολλανδία 32%, ενώ η Ελλάδα 14% μόνο με 10% κάνναβη.

γ) Στην Ισπανία (1983-84)

- i. Αύξηση της τοξικομανίας κατά 45% στους ενηλίκους
- ii. Αύξηση της τοξικομανίας κατά 60% στους ανηλίκους
- iii. 96% των τοξικομανών ξεκίνησαν τη χρήση μαριχουάνας – χασίς την περίοδο αυτή.
- iv. Οι θάνατοι σε επτά χρόνια από 93 αυξήθηκαν σε 690!!! (74% και αύξηση 100% σε κάθε χρονιά).

δ) Σουηδία και Δανία διέκοψαν τα προγράμματα ελεύθερης χορήγησης ναρκωτικών ουσιών, αφού σε 2 χρόνια λειτουργίας τους, οι χρήστες σχεδόν διπλασιάστηκαν .

ε) Για την Ελβετία,; «Το πρόβλημα τώρα είναι ότι δεν υπάρχουν αρκετοί χώροι και πρέπει να βρεθούν καινούργιοι. Το Λέτεν έχει μετατραπεί σε κόλαση για τους χρήστες και σε παράδεισο για τους εμπόρους, γιατί είναι μια περιοχή όπου πωλείται ελεύθερα κάτι το απαγορευμένο. Σήμερα το Λέτεν είναι μια ζούγκλα. Οι Λιβανέζοι έμποροι που ήρθαν πριν από μερικές εβδομάδες χρησιμοποιούν όπλα για να αντιμετωπίσουν τους αντιπάλους τους. Η Γιολάντα, θαμώνας του Λέτεν λέει: «Η ζωή έχει γίνει ανυπόφορη. Φοβάμαι κάθε μέρα που γυρίζω στο Λέτεν και έχω λίγα χρήματα στην τσέπη. Φοβάμαι ότι θα με σκοτώσουν ενώ κοιμάμαι...»<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> «Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ε.Κ. σχετικά με ένα σχέδιο δράσης της Ε.Ε. για την καταπολέμηση των ναρκωτικών», Βρυξέλλες. Οκτώβρης 2000.

<sup>33</sup> Καθημερινή, «συνέντευξη ελβετίδας υπηκόου για το Λέτεν» (11/9/1994)

Στ) Η επιτροπή του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά, στην έκθεση που παρουσίασε στις 24/2/98 επισημαίνει ότι η πολιτική της Ολλανδίας απέτυχε αφού η χρήση της κοκαΐνης όλο και αυξάνεται. Η Ολλανδική κυβέρνηση κατέβασε το επιτρεπόμενο ποσό κάνναβης από τα 30gr στα 5 gr.

ζ) Έρευνα του 1985 μεταξύ 25.000 νεαρών ηλικίας 10-16 ετών στην Ολλανδία έδειξε:

- i. 2,3% χρησιμοποίησαν κάνναβη και όχι όπιο
- ii. 1,9% παραδέχτηκε ότι ακόμα είναι χρήστης ηλικίας 17-18 ετών
- iii. 5,6% χρησιμοποίησαν τοξικές ουσίες , άλλα όχι όπιο
- iv. 6,5% ακόμα κάνει χρήση
- v. 23% των χρηστών αυτών χρησιμοποιεί κάνναβη 1-2 φορές την εβδομάδα
- vi. 1% των χρηστών χρησιμοποιούν καθημερινά (Vanderwall 1985)
- vii. 31 άτομα το 1986 και 11 άτομα τους 3 πρώτους μήνες το 1987 εισήχθησαν στο κέντρο Jellinek του Άμστερνταμ για προβλήματα εξάρτησης από την κάνναβη όλα ηλικίας 20 ετών και πάνω (Walters 1987)
- viii. 10000 χρήστες τουλάχιστον κατά περίπτωση ή κατ' εξακολούθηση νεαρής ηλικίας
- ix. Το ποσοστό των περιπτώσεων που έχουν AIDS και παίρνουν ενδοφλεβίως ναρκωτικά είναι περίπου 8,3% ενώ το ποσοστό μετάδοσης μεταξύ των ατόμων που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών στο Άμστερνταμ έχει εκτιμηθεί σε 30% (Vanden Hoek 1987).

## **Β' ΜΕΡΟΣ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την εξής μέθοδο: «*διαιρούμε τον πληθυσμό σε ένα αριθμό υποπληθυσμών ,στη βάση κάποιου κοινού χαρακτηριστικού , και στη συνέχεια επιλέγουμε τυχαίο δείγμα από κάθε υποπληθυσμό. Το σύνολο αυτών των επιμέρους υποπληθυσμών αποτελεί το δείγμα της έρευνας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται εκεί που γνωρίζουμε ένα είδος σύνθεσης του πληθυσμού και μπορούμε να το χωρίσουμε σε στρώματα*».<sup>1</sup> Στην συγκεκριμένη έρευνα η στρωματοποίηση έγινε σύμφωνα με το εξάμηνο φοίτησης των σπουδαστών.

Το δείγμα του πληθυσμού είναι οι φοιτητές, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου, και επιλέχθηκαν σπουδαστές μόνο του Α' και ΣΤ' εξαμήνου. Η επιλογή του συγκεκριμένου τμήματος έγινε για το λόγο ότι οι σπουδαστές είναι ευαισθητοποιημένοι σε θέματα που αφορούν ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, στις οποίες ανήκει και ο χρήστης εξαρτησιογόνων ουσιών. Όσο για την επιλογή των Α' και ΣΤ' εξαμήνων, αυτή έγινε για να ερευνηθούν τα παρακάτω ερωτήματα της εργασίας: α) ποιες οι γνώσεις των παραπάνω φοιτητών γύρω από το θέμα και αν αυτές διαφέρουν, β) ποια η άποψη του πληθυσμού απέναντι στη χρήση ουσιών και στους χρήστες , γ) ποια η άποψη των συγκεκριμένων φοιτητών στο τρόπο διαχείρισης του φαινομένου σε νομικό επίπεδο και τέλος δ) κατά πόσο συνέλαβε η εκπαίδευση που έχουν λάβει κατά τη διάρκεια των προγραμματισμένων εξαμήνων φοίτησης αποτέλεσε βασικό παράγοντα επηρεασμού στη στάση αυτή.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου 29 ερωτήσεων.

---

<sup>1</sup> Καλαματιανού Αγ., «Κοινωνική στατιστική , μέθοδοι μονοδιάστατης ανάλυσης», 2<sup>η</sup> έκδοση Αθήνα (1994), Εκδοτικές Επιχειρήσεις – Το Οικονομικό, Κ.Π. Σμπιλίας



Αρχικά επιδιώκεται να ερευνηθούν οι γνώσεις των φοιτητών γύρω από τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Από το ποιες είναι αυτές οι ουσίες, μέχρι το πώς αντιμετωπίζεται ο χρήστης και ο έμπορος ποινικά. Ερωτήσεις που μας δίνουν απάντηση στον προβληματισμό αυτό είναι οι 1 έως και την 8 και η ερώτηση 10 και 11. Το αν γνωρίζουν τι σημαίνει αποποινικοποίηση και αν γνωρίζουν το νομικό πλαίσιο διερευνάται στις ερωτήσεις 24,25,26.

Η στάση του πληθυσμού απέναντι στον χρήστη είναι το δεύτερο ζήτημα του ερωτηματολογίου. Με τις ερωτήσεις 9 και 12 – 23 γίνεται η προσπάθεια να ταξινομηθούν συναισθήματα, να διερευνηθούν οι προθέσεις του πληθυσμού απέναντι στο χρήστη και η άποψή τους για τους λόγους και τα αίτια που οδηγούνται εκεί οι νέοι σήμερα.

Τρίτο θέμα του ερωτηματολογίου είναι η στάση των φοιτητών απέναντι στο ισχύον νομικό πλαίσιο, αν γνωρίζουν για την αποποινικοποίηση και αν συμφωνούν με αυτή. Επίσης σε αυτό το κομμάτι διερευνάται και αν γνωρίζουν την ισχύ της αποποινικοποίησης στις άλλες χώρες της Ε.Ε.

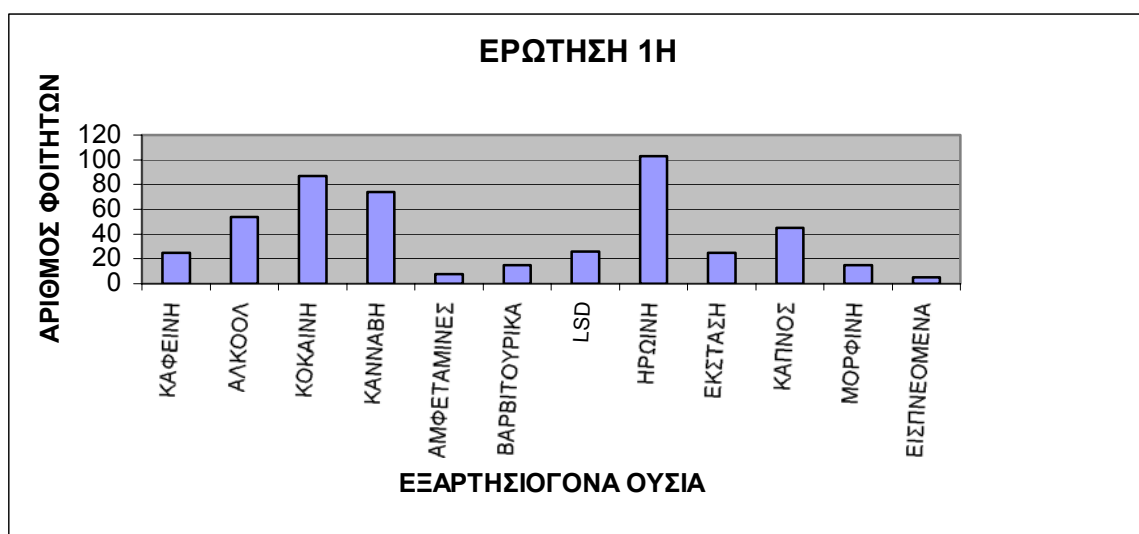
Οι δύο τελευταίες ερωτήσεις είναι ανοικτού τύπου και γίνεται προσπάθεια να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώθηκαν οι γνώσεις τους και οι στάσεις τους. Τους βοήθησαν μήπως οι σπουδές τους στη διαμόρφωση της στάσης που έχουν ή άλλοι παράγοντες; Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται και συγκριτικά αποτελέσματα και γραφήματα για να διαπιστωθεί αν όντως οι σπουδές του πληθυσμού επιφέρουν αποτελέσματα έστω και στο επίπεδο γνώσεων, αν όχι και στη διαμόρφωση στάσης. Στην επόμενη ενότητα ακολουθεί ανάλυση αποτελεσμάτων ανά ερώτηση και το αντίστοιχο γράφημα για εικονική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων το μέρος αυτό χωρίζεται σε τρία μέρη: (α) αποτελέσματα για το κατά πόσο γνωρίζουν για τα ναρκωτικά οι φοιτητές Α' και ΣΤ' εξαμήνου (β) για την στάση τους απέναντι στο χρήστη και (γ) για το νομικό πλαίσιο και τις προτάσεις τους.

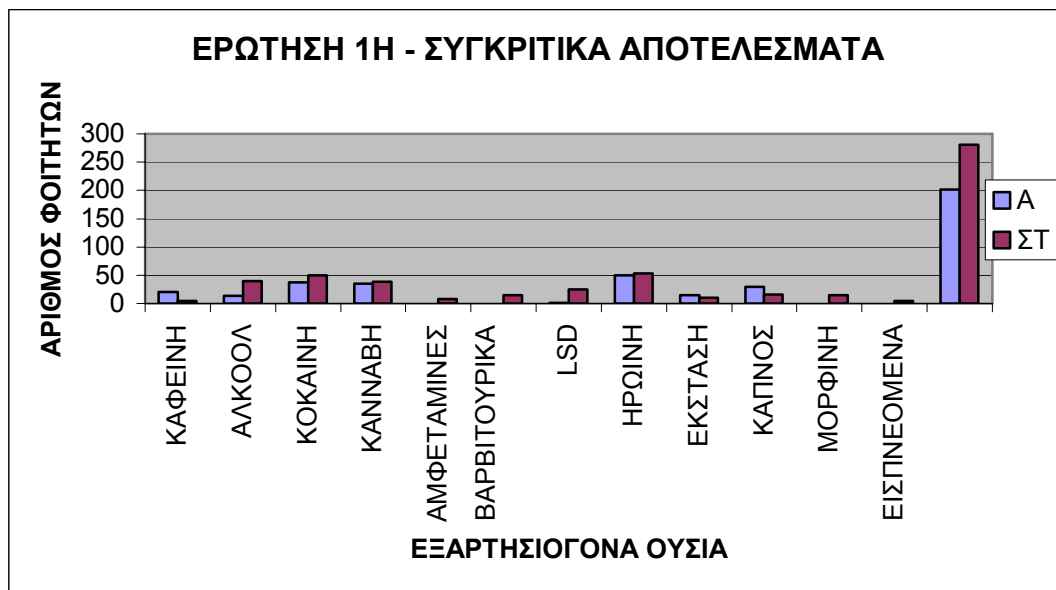
### Α' ΜΕΡΟΣ:

Από το γράφημα της πρώτης ερώτησης, «**ποιες εξαρτησιογόνες ουσίες γνωρίζεται**» η πλέον διαδεδομένη ουσία είναι η ηρωίνη, ακολουθεί η κοκαΐνη και τρίτη η κάνναβη και τα παράγωγά της. Μόλις πέντε φοιτητές γνωρίζουν ότι τα εισπνεόμενα είναι εξαρτησιογόνες ουσίες και οκτώ για τις αμφεταμίνες και όλοι από το ΣΤ' εξάμηνο.



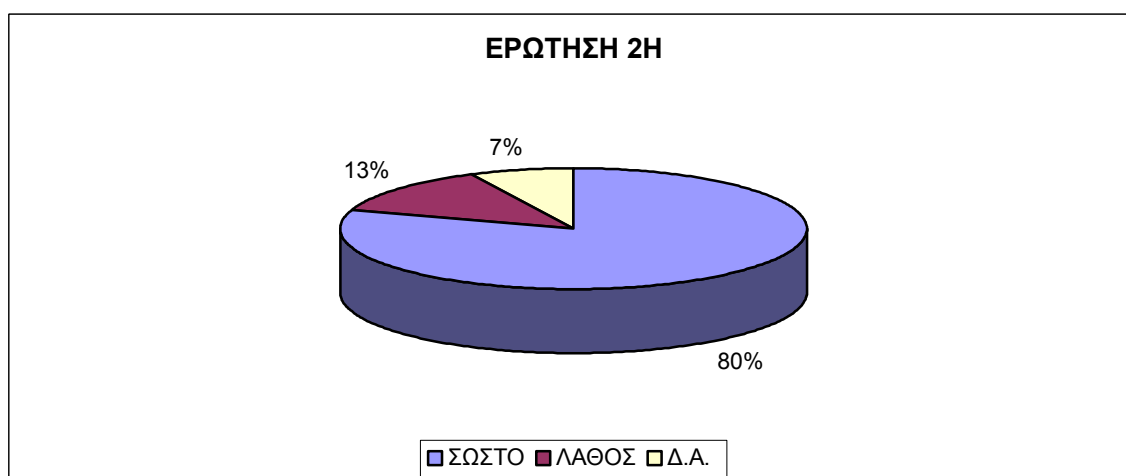
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 <sup>Η</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ												
	ΚΑΦΕΙΝΗ	ΑΛΚΟΟΛ	ΚΟΚΑΙΝΗ	ΚΑΝΝΑΒΗ	ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ	ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ	LSD	ΗΡΩΙΝΗ	ΕΚΣΤΑΣΗ	ΚΑΠΝΟΣ	ΜΟΡΦΙΝΗ	ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	25	54	87	74	8	15	26	103	25	45	15	5
<b>Α</b>	20	14	37	35	0	0	1	50	15	29	0	0
<b>ΣΤ</b>	5	40	50	39	8	15	25	53	10	16	15	5

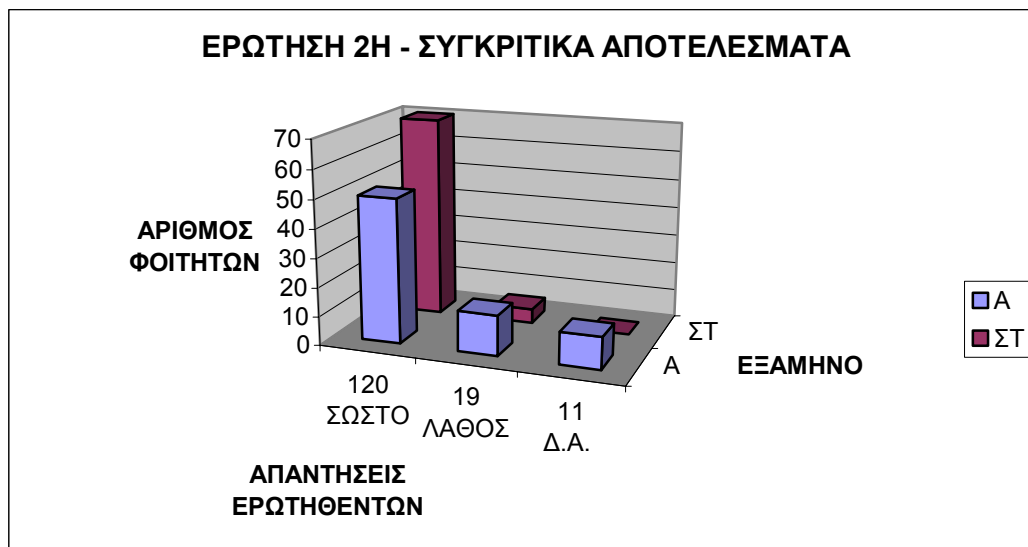


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

Στη δεύτερη ερώτηση, «για ποιες από τις παρακάτω ουσίες γνωρίζεται τις συνέπειες στο χρήστη και καταγράψτε τουλάχιστον μία» το 80% των φοιτητών απάντησαν σωστά όσον αφορά τις συνέπειες των ουσιών και ποσοστό αρκετά υψηλό (7%) δεν απάντησε στην ερώτηση. Οι φοιτητές που δεν απάντησαν στην ερώτηση ήταν όλοι από το Α' εξάμηνο.



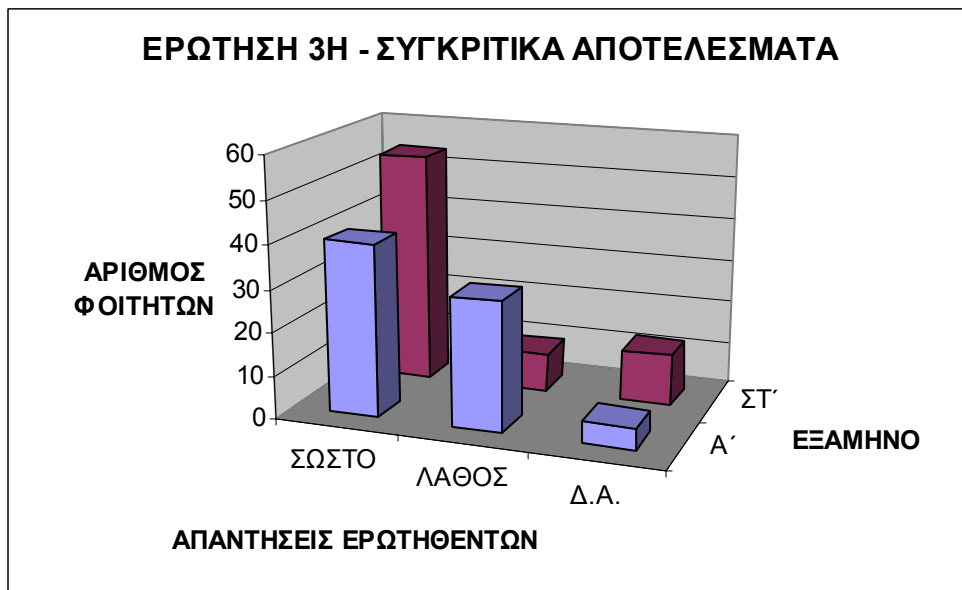
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

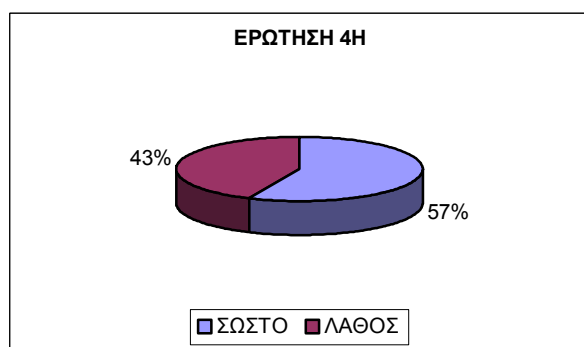
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ			
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	Δ.Α.
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	120	19	11
<b>Α</b>	50	14	11
<b>ΣΤ</b>	70	5	0

Στην τρίτη ερώτηση, «αντιστοίχιση ουσίας με ομάδα – κατηγορία ουσιών», όπως φαίνεται από το παρακάτω μισοί από τους ερωτηθέντες του πρώτου εξαμήνου απάντησαν σωστά και οι άλλοι μισοί λάθος. Η κατάσταση στο τελευταίο εξάμηνο ήταν καλύτερη αφού μόνο 9 φοιτητές απάντησαν λάθος.



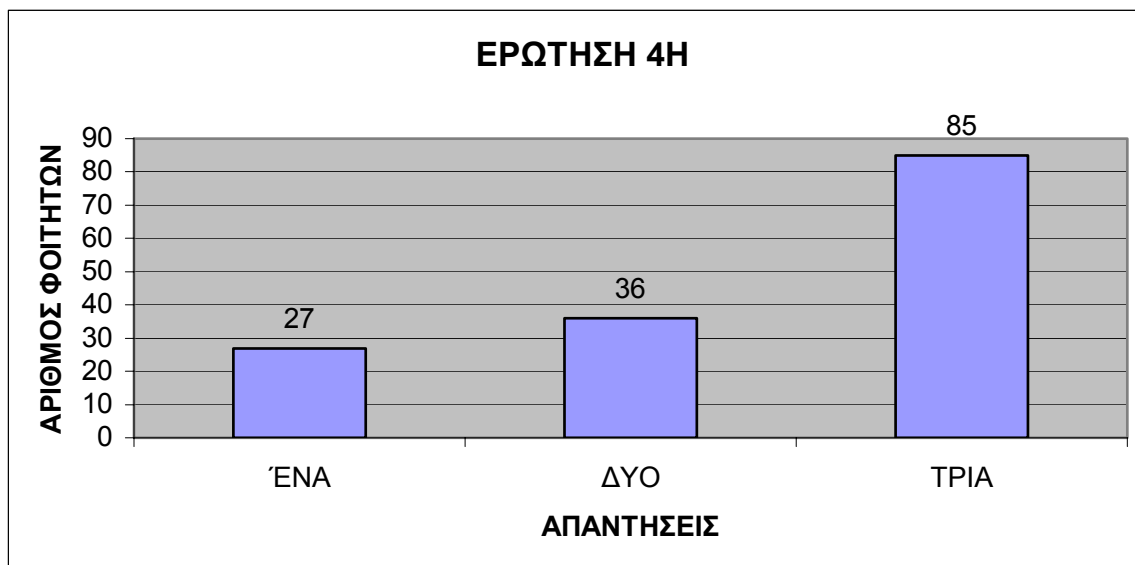
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ			
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	Δ.Α.
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	94	39	17
<b>Α'</b>	40	30	5
<b>ΣΤ'</b>	54	9	12

Μεγάλο ποσοστό επίσης φοιτητών δεν γνωρίζουν πόσα είναι τα «επίπεδα πρόληψης» που είναι η ερώτηση 4 και οι απαντήσεις τους δίνονται στο παρακάτω γράφημα.



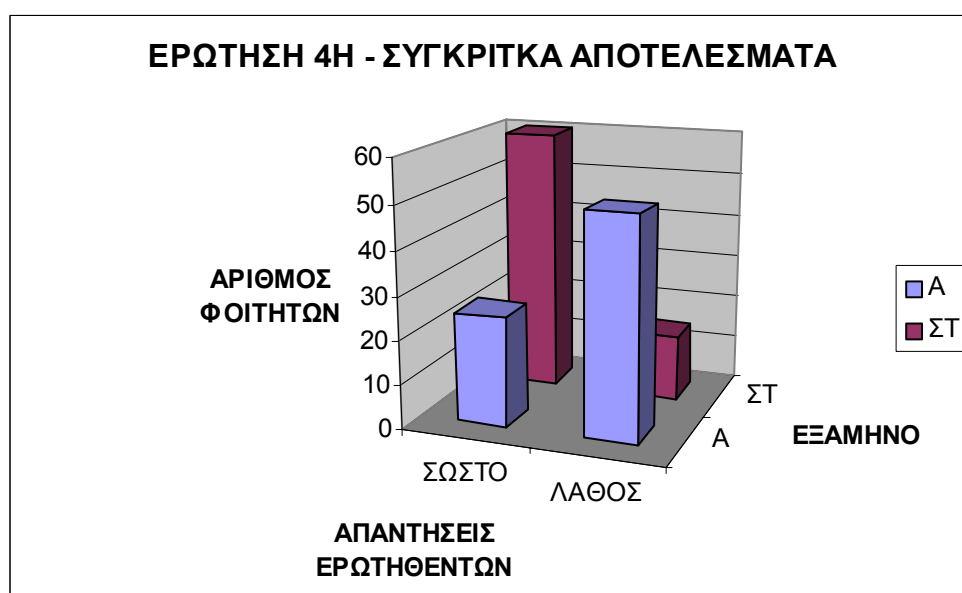
Ενδιαφέρον έχουν και οι απαντήσεις που έδωσαν και αυτές απεικονίζονται στο αμέσως επόμενο γράφημα. Περίπου ένας στους έξι υποστήριξε πως τα επίπεδα πρόληψης είναι ένα και 37

πιστεύουν ότι είναι δύο.



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

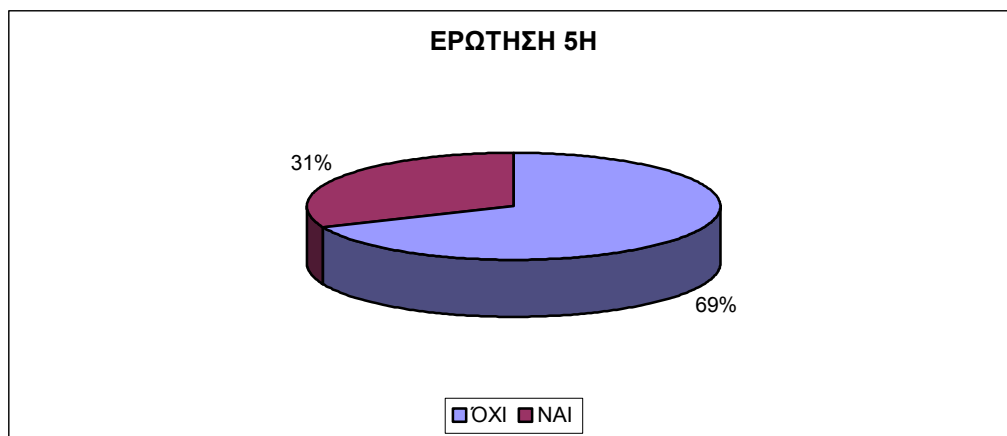
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	85	65
<b>A</b>	25	50
<b>ΣΤ</b>	60	15



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

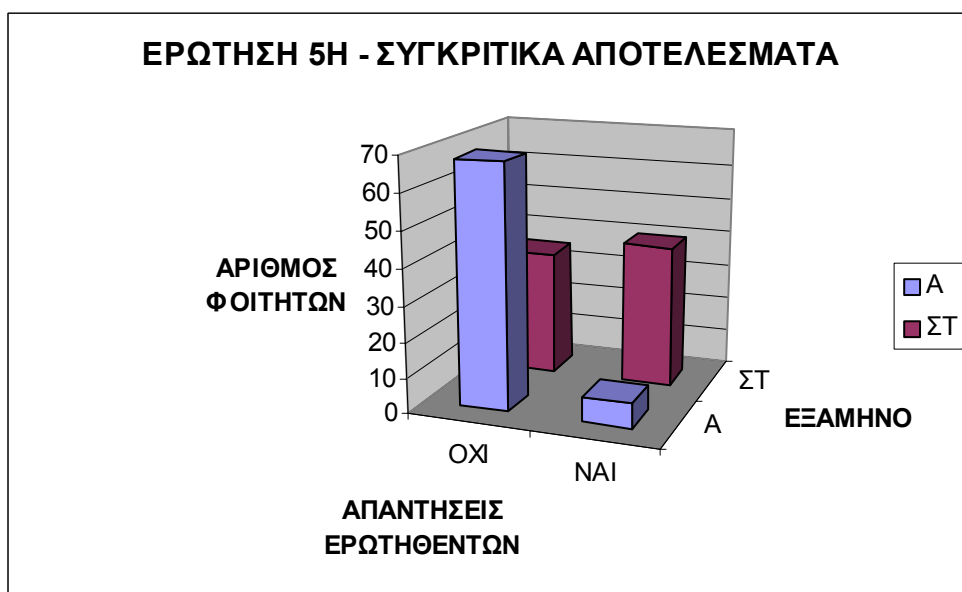
Στην ερώτηση 5, «αν έχουν παρακολουθήσει ή αν γνωρίζουν κάποιο πρόγραμμα πρόληψης» ποσοστό 69% απάντησε πως δεν γνωρίζει κάποιο. Να σημειωθεί εδώ ότι απαντήσεις ερωτηθέντων που ήταν λάθος στο ποιο ήταν το

πρόγραμμα που γνώριζαν ή που παρακολούθησαν λαμβάνονταν σαν όχι, και έτσι διαμορφώθηκε η εξής πίτα:



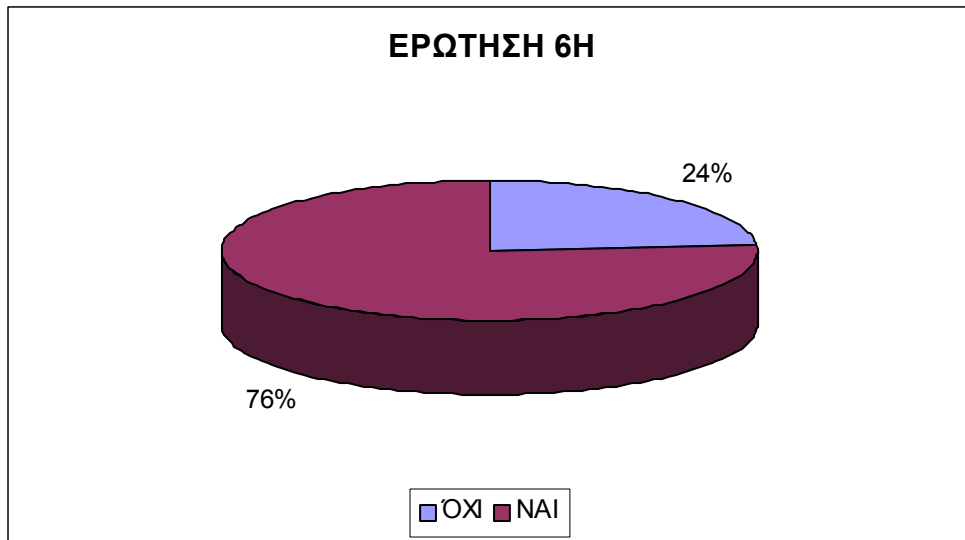
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	OXI	NAI
<b>A</b>	68	7
<b>ΣΤ</b>	35	40

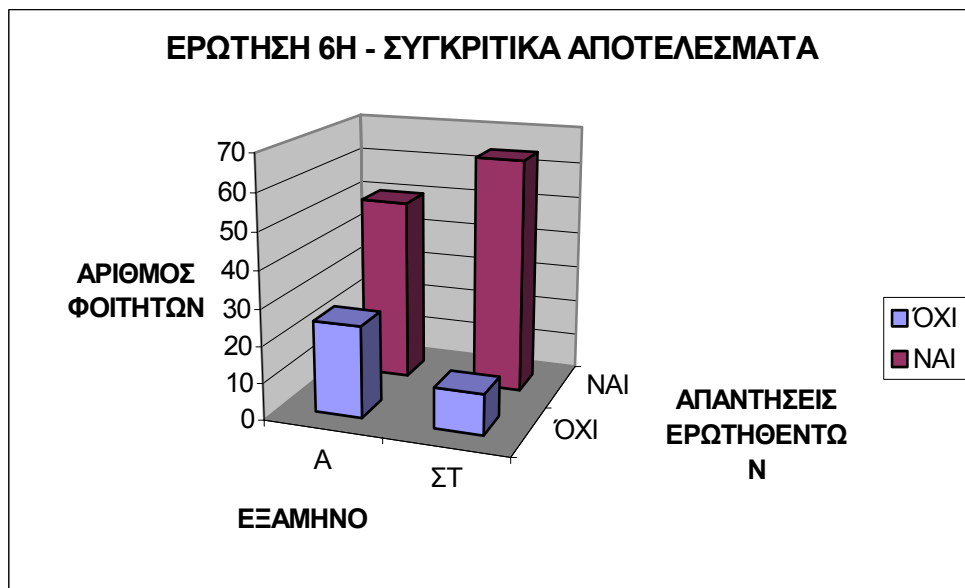


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

Η πίτα που ακολουθεί είναι η απεικόνιση της 6<sup>ης</sup> ερώτησης, «αν γνωρίζουν κάποιο πρόγραμμα πρόληψης και κοινωνικής επανένταξης». Εκεί τα αποτελέσματα είναι λίγο καλύτερα αφού ποσοστό 76% γνωρίζει κάποιο.



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

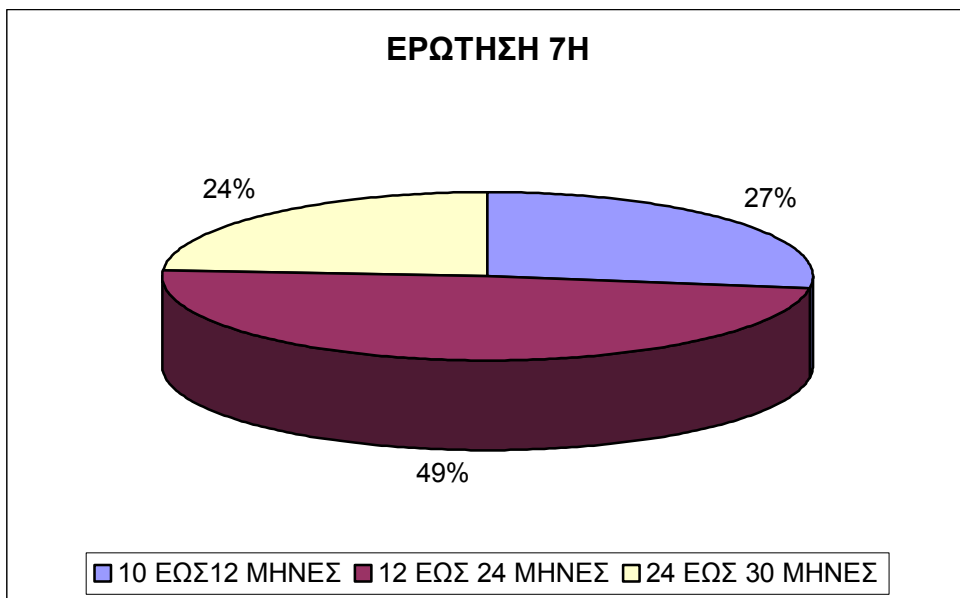


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

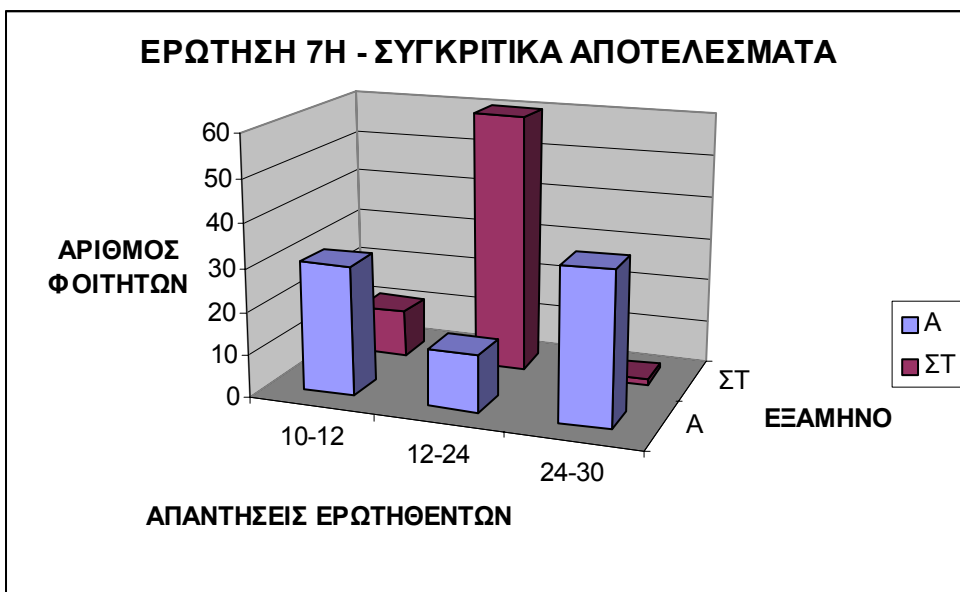
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΌΧΙ	ΝΑΙ
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	36	114
<b>A</b>	25	50
<b>ΣΤ</b>	11	64



Είναι όμως παράδοξο που το παραπάνω ποσοστό (76% γνωρίζει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα), μειώνεται κατά 25% όταν το δείγμα ερωτάται « πόσο διαρκεί ένα πρόγραμμα πρόληψης» (ερώτηση 7<sup>η</sup>)



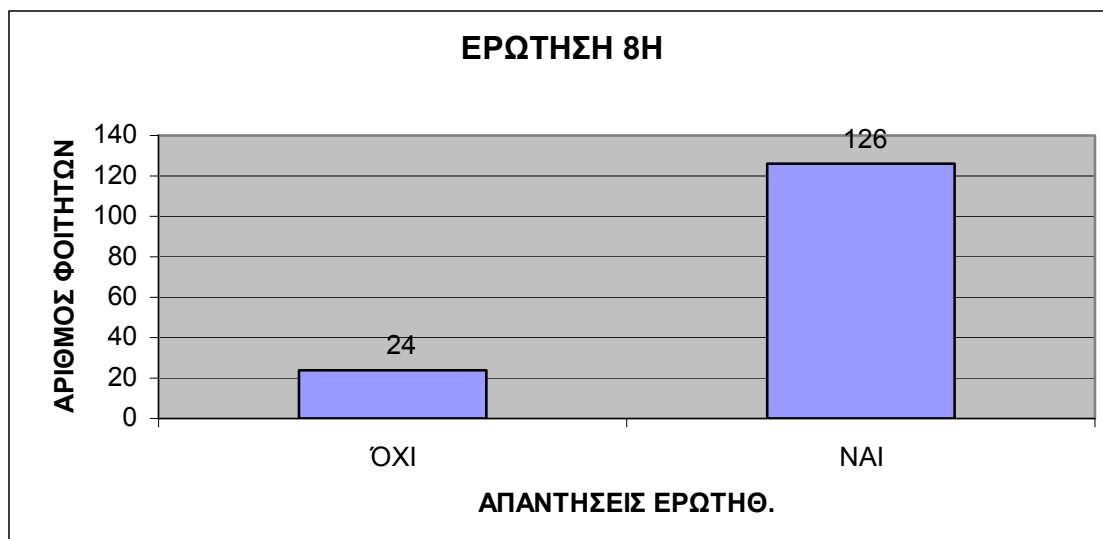
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων



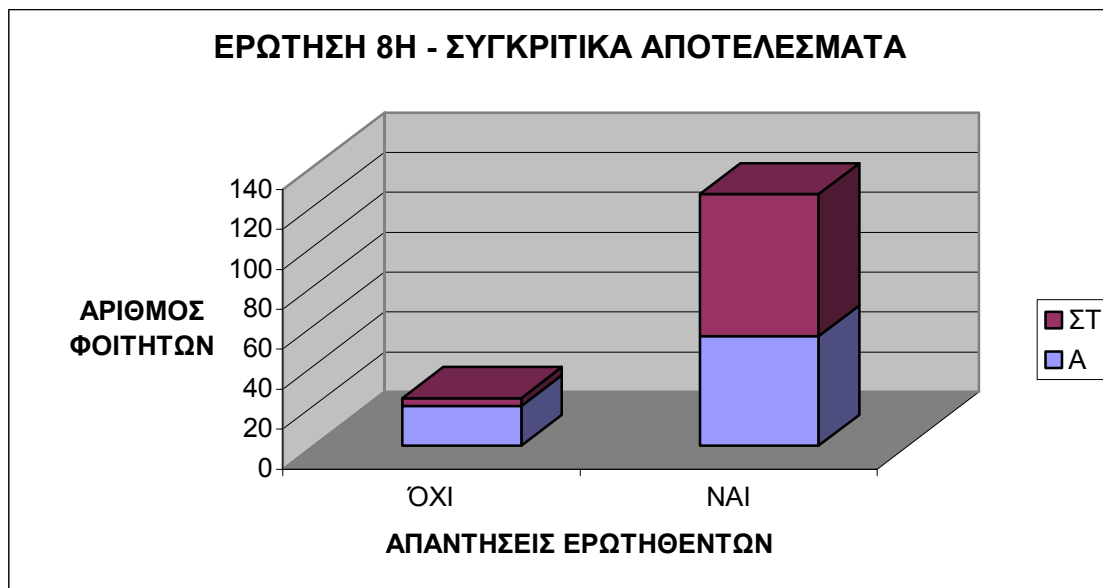
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 <sup>ΗΞ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ			
	10-12	12-24	24-30
<b>Α</b>	30	13	35
<b>ΣΤ</b>	11	60	1

Όσον αφορά για τον « διαχωρισμό των ναρκωτικών σε σκληρά και μαλακά» (ερώτηση 8<sup>η</sup>), ένας στους πέντε δεν γνωρίζει τον διαχωρισμό αυτό, και οι είκοσι στους εικοσιτέσσερις είναι από το Α' εξάμηνο.



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

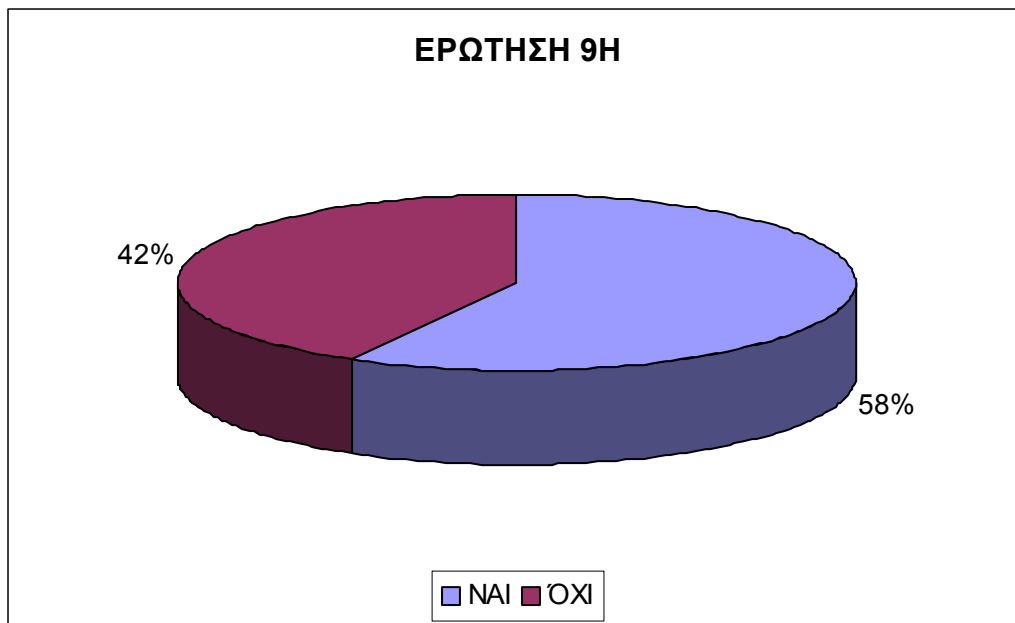


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

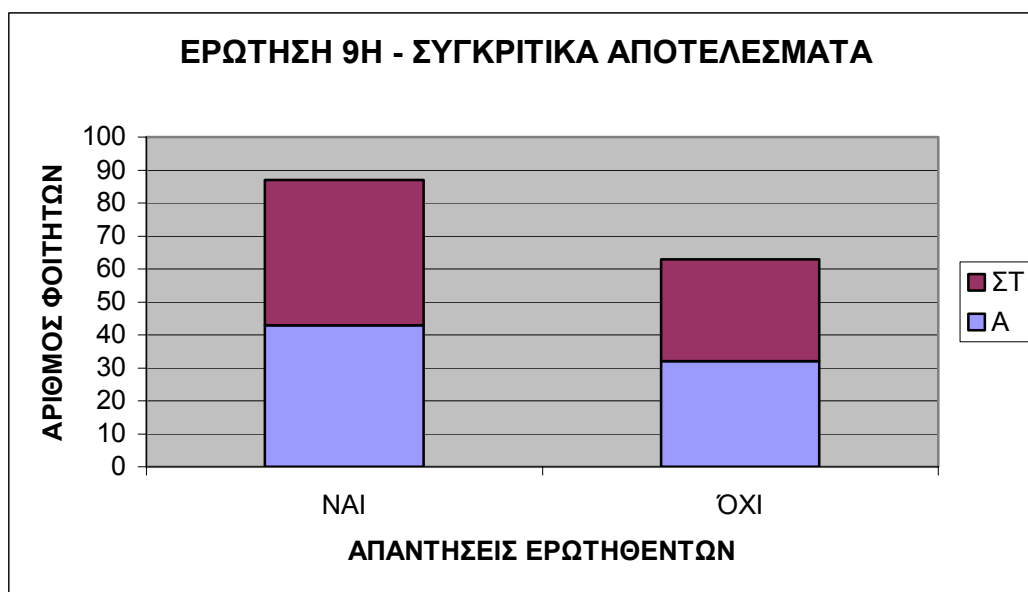
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Α	20	55
ΣΤ	4	71

Στην ερώτηση 9 «αν συμφωνούν με τον παραπάνω διαχωρισμό», οι απαντήσεις του δείγματος φαίνονται στα παρακάτω γραφήματα , και είναι προφανές η διαφορά των δύο απόψεων (ναι και όχι), είναι πολύ μικρή.

Β' ΜΕΡΟΣ - Η στάση των φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου, για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

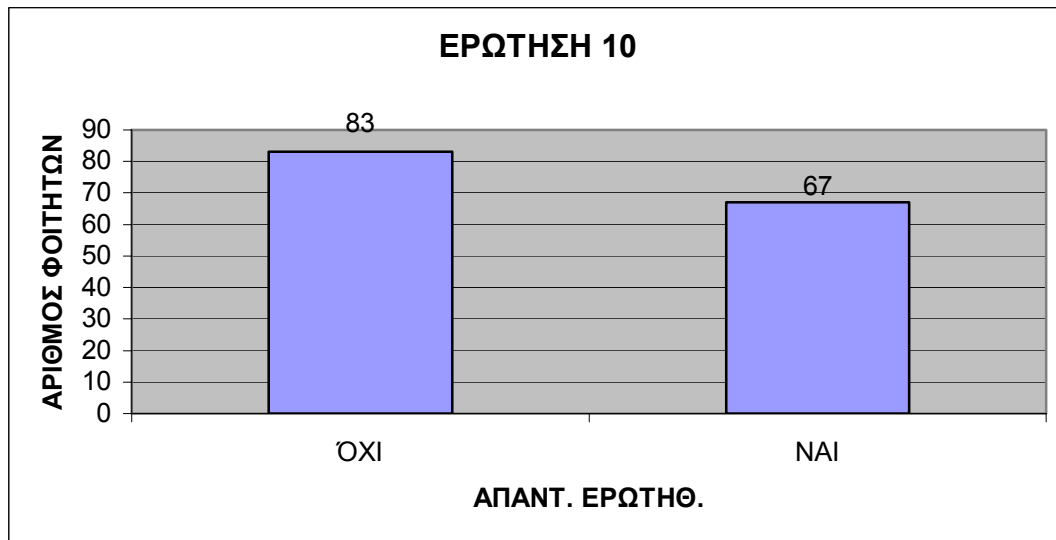


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΝΑΙ	ΌΧΙ
Α	43	32
ΣΤ	44	31

67 στους 150 φοιτητές , λίγο λιγότεροι από τους μισούς γνωρίζουν ότι ο «διαχωρισμός αυτός ισχύει σε άλλες χώρες της Ε.Ε. ( ερώτηση 10<sup>η</sup> )»

και η πιο διαδεδομένη χώρα, η Ολλανδία.

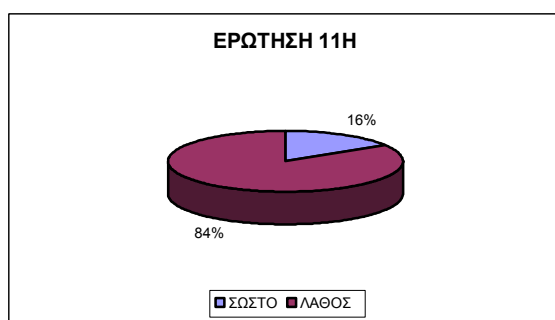


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	83	67

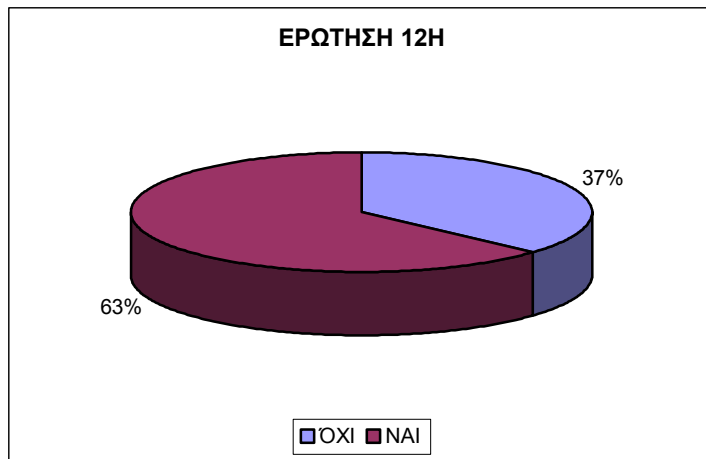
Η ερώτηση στην οποία οι φοιτητές ήταν ανενήμεροι σε μεγάλο βαθμό ήταν η 11<sup>η</sup> «από ποιες χώρες γίνεται η εισαγωγή των κυριότερων εξαρτησιογόνων ουσιών». Μόλις 16 φοιτητές απάντησαν σωστά τουλάχιστον για μία ουσία και η απεικόνιση φαίνεται στο τελευταίο γράφημα του α' μέρους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	24	126



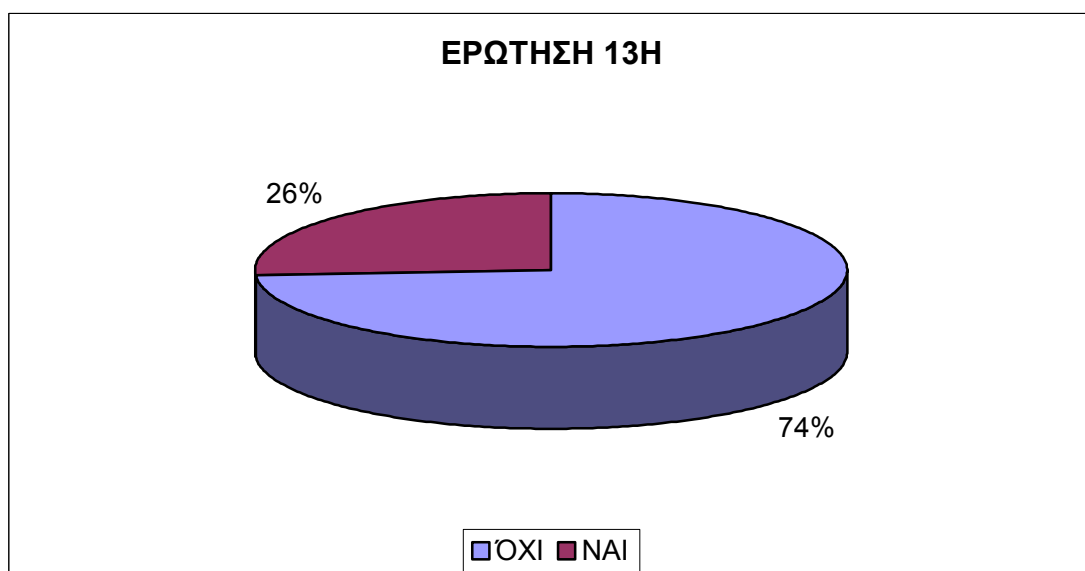
Β' ΜΕΡΟΣ:

Αρχικά για να δούμε την στάση των φοιτητών ρωτήσαμε αν «γνωρίζουν προσωπικά κάποιον χρήστη ναρκωτικών ουσιών.» Ποσοστό 63% απάντησε ναι και 37% όχι, και «αν έχουν κάνει οι ίδιοι χρήση ναρκωτικών ουσιών τουλάχιστον μία φορά» (ερωτήσεις 12 –13)



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

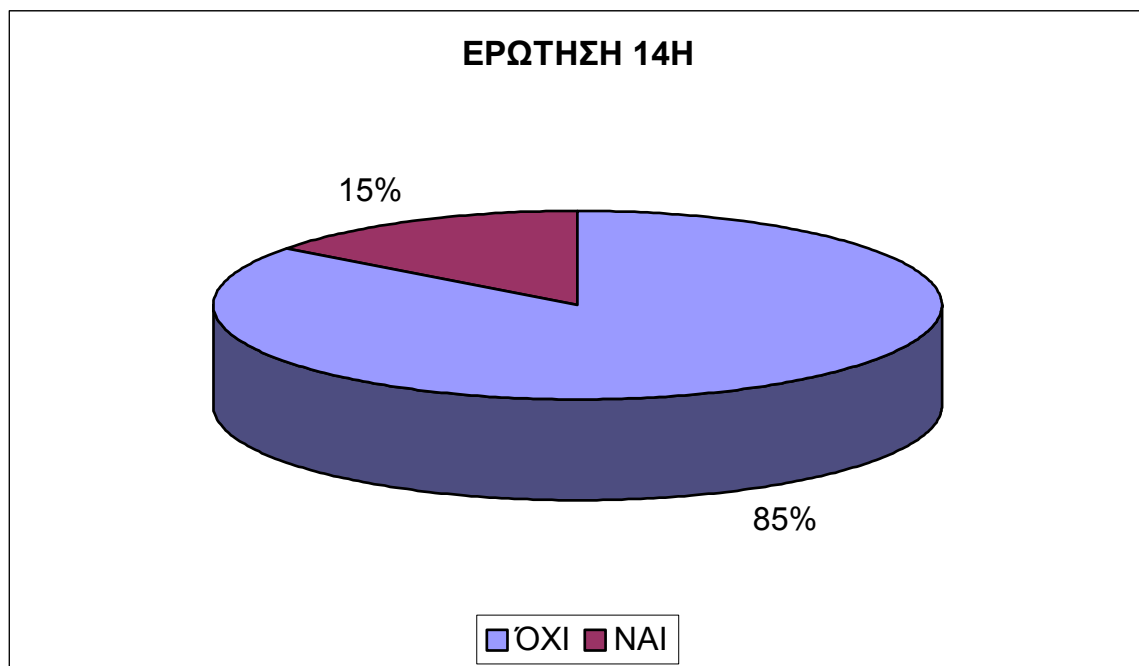
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΌΧΙ	ΝΑΙ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	55	95



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 <sup>ΗΞ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ</b>	111	39

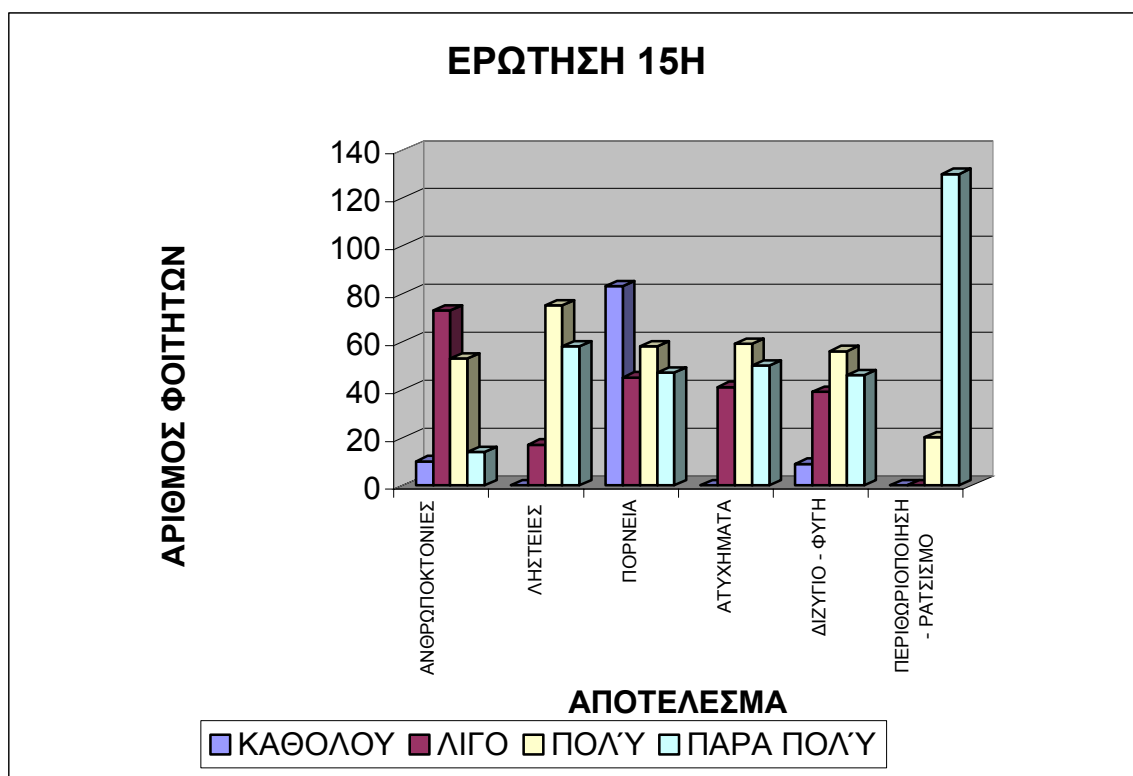
Η πιο διαδεδομένη ουσία χρήσης είναι η κάνναβη και τα παράγωγά της. Και ενώ ανησυχητικό είναι το ποσοστό 26% φοιτητών που έχουν δοκιμάσει τουλάχιστον μία φορά κάποια ναρκωτική ουσία, λιγότερο είναι εκείνο των φοιτητών που **«έχουν την περιέργεια να δοκιμάσουν κάποια εξαρτησιογόνα ουσία»** (ερώτηση 14<sup>η</sup>). Εδώ η πιο δημοφιλής ουσία είναι η κοκαΐνη και ο πιο συνηθισμένος λόγος είναι η εμπειρία της δοκιμής και η «φυγή» από την καθημερινότητα και τα «συνηθισμένα πράγματα» που τους περιβάλλουν. Επίσης πολλοί είναι εκείνοι που επικαλούνται την άποψη ότι ο εθισμός δεν επέρχεται με μια δοκιμή, επομένως δεν έχουν τίποτα να χάσουν.



πηγή: ίδια επεξεργασία ων ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 <sup>ΗΞ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ</b>	128	22

Από το επόμενο γράφημα μπορούμε να δούμε ότι οι ερωτώμενοι πιστεύουν πως οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών αντιμετωπίζουν πολύ πιο έντονα τον ρατσισμό και την περιθωριοποίηση και δεν οδηγούνται στην πορνεία ή στην ανθρωποκτονία. Η ερώτηση είναι η 15<sup>η</sup> και ζητάει την «ταξινόμηση των φαινομένων που οδηγούν τα ναρκωτικά»

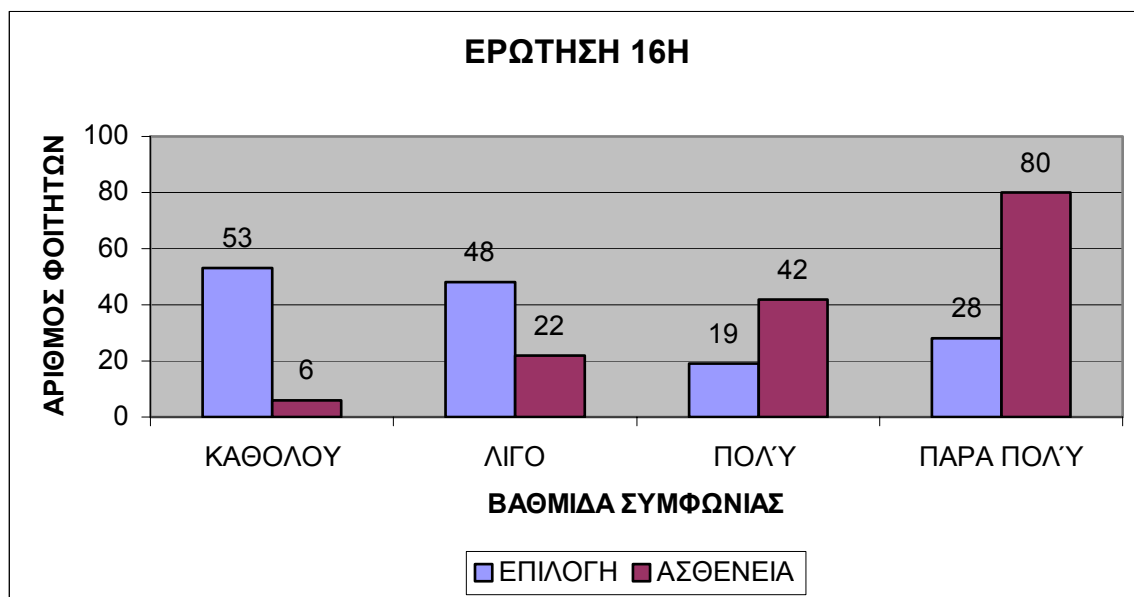


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ	10	73	53	14
ΛΗΣΤΕΙΕΣ	0	17	75	58
ΠΟΡΝΕΙΑ	83	45	58	47
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	0	41	59	50
ΔΙΑΖΥΓΙΟ - ΦΥΓΗ	9	39	56	46
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟΠΟΙΗΣΗ - ΡΑΤΣΙΣΜΟ	0	0	20	130

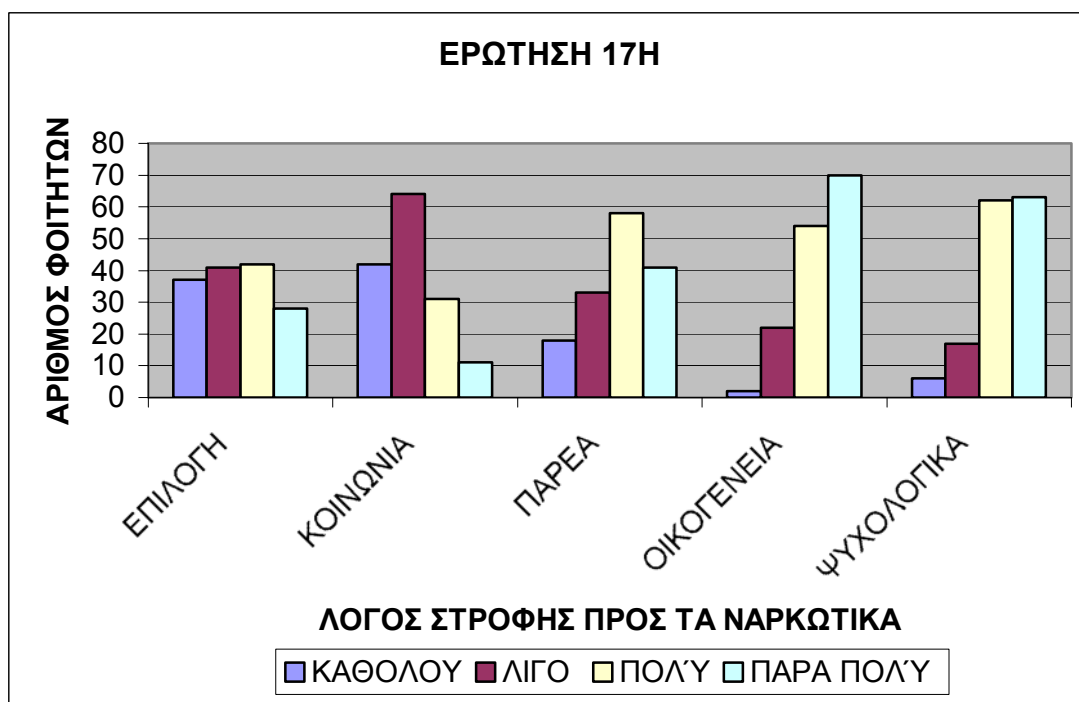
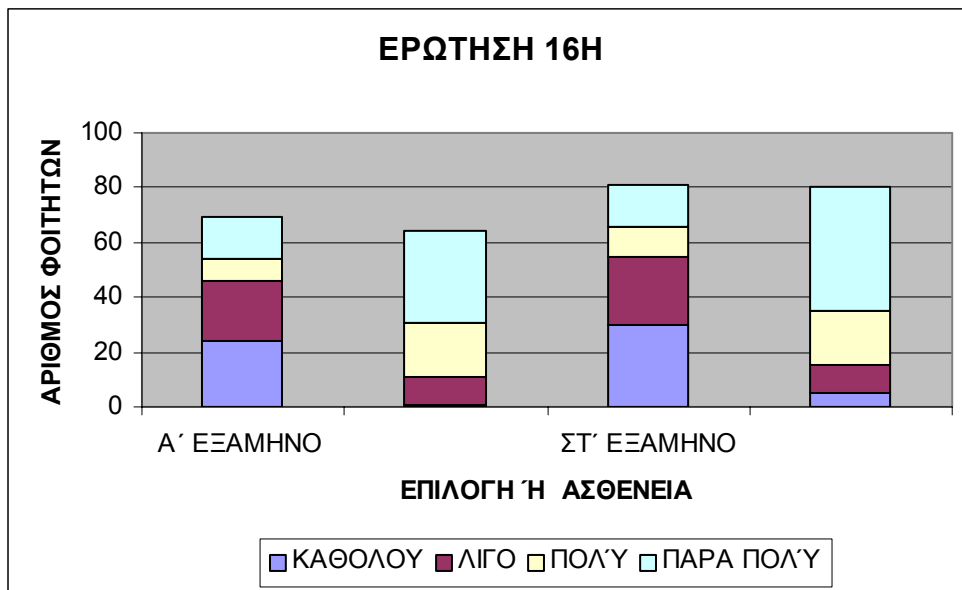


Παραπάνω από τους μισούς φοιτητές (80 στον αριθμό), πιστεύουν ότι ένας άνθρωπος ο οποίος πέφτει στα ναρκωτικά «πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής και όχι σαν άνθρωπος που είχε επίγνωση των πράξεών του και είναι επιλογή» (ερώτηση 16<sup>η</sup>), ενώ «ο κυριότερος λόγος για τον οποίο ένας νέος πέφτει στα ναρκωτικά» είναι η οικογένεια και ακολουθούν τα ψυχολογικά προβλήματα. (ερώτηση 17<sup>η</sup>).



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

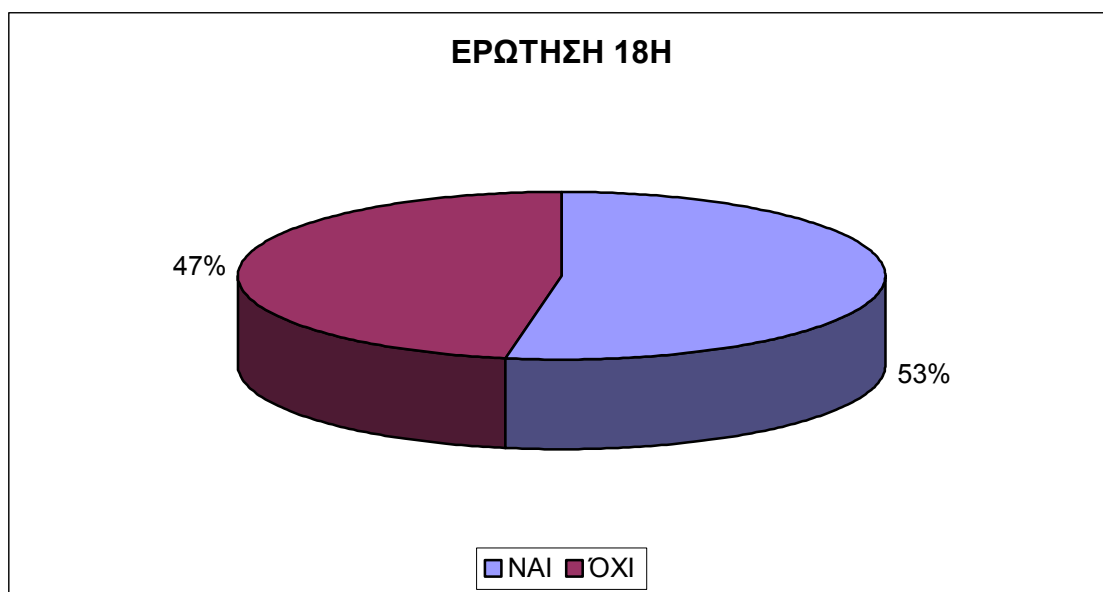
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 <sup>Η</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ				
	ΕΠΙΛΟΓΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΕΠΙΛΟΓΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ
	Α' ΕΞΑΜΗΝΟ		ΣΤ' ΕΞΑΜΗΝΟ	
ΚΑΘΟΛΟΥ	24	1	30	5
ΛΙΓΟ	22	10	25	10
ΠΟΛΥ	8	20	11	20
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	15	33	15	45



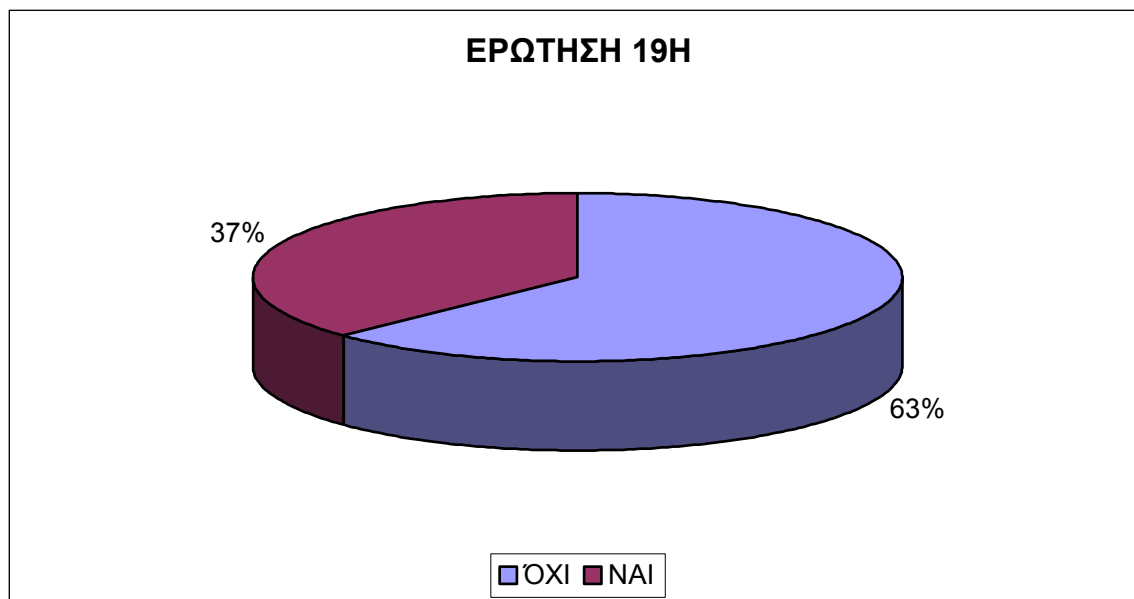
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ					
	ΕΠΙΛΟΓΗ	ΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΠΑΡΕΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ
ΚΑΘΟΛΟΥ	37	42	18	2	6
ΛΙΓΟ	41	64	33	22	17
ΠΟΛΥ	42	31	58	54	62
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	28	11	41	70	63

1 στους 2 θα «δήλωνε εθελοντική συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης» (ερώτηση 18<sup>η</sup>) και κυρίως λόγω των σπουδών τους και του επαγγέλματός τους. Ακόμα ποσοστό 63% δεν «έχουν βοηθήσει κάποιον χρήστη» ενώ οι υπόλοιποι που τους έχουν βοηθήσει η βοήθεια είναι κυρίως οικονομική στο δρόμο ή άκουσαν το πρόβλημα που τους έφερε σε αυτό το αδιέξοδο( ερώτηση 19<sup>η</sup>).



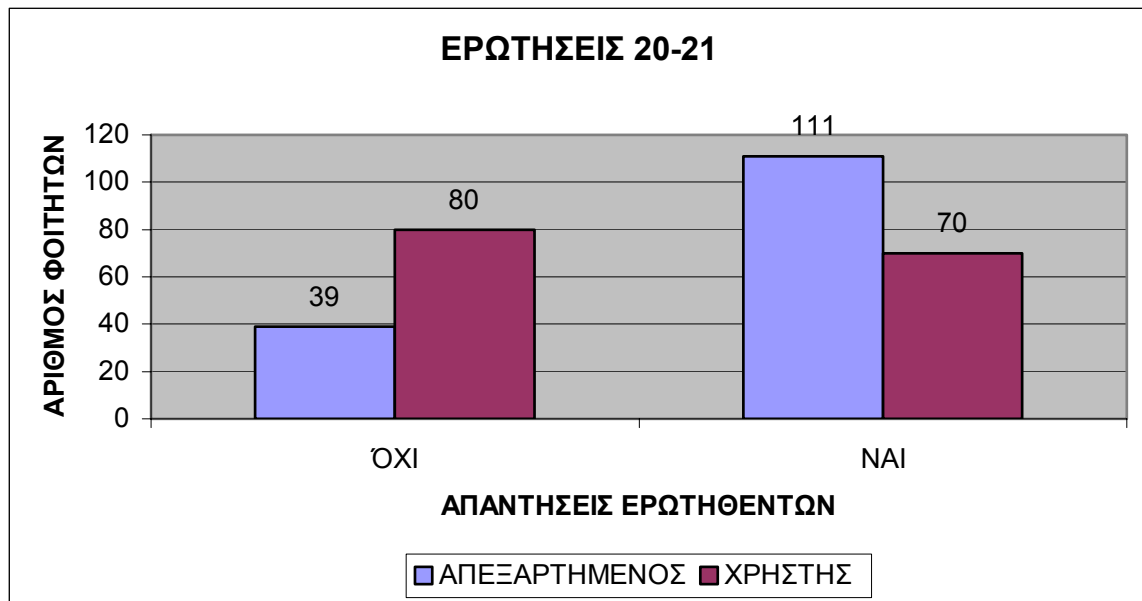
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 <sup>ΗΣ</sup> ΚΑΙ 19 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ			
		ΝΑΙ	OXI
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ 18 ΕΡ.		79	71
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ 19 ΕΡ.		94	56

Στο παρακάτω γράφημα βλέπουμε συγκριτικά τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στο ερώτημα «αν θα συνδέονταν ποτέ ερωτικά ή φιλικά με κάποιον χρήστη ναρκωτικών ουσιών ή κάποιον πρώην χρήστη ναρκωτικών ουσιών ο οποίος όμως τώρα έχει απεξαρτηθεί» μέσω προγράμματος απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης (συνδυασμός ερωτήσεων 20 –21).



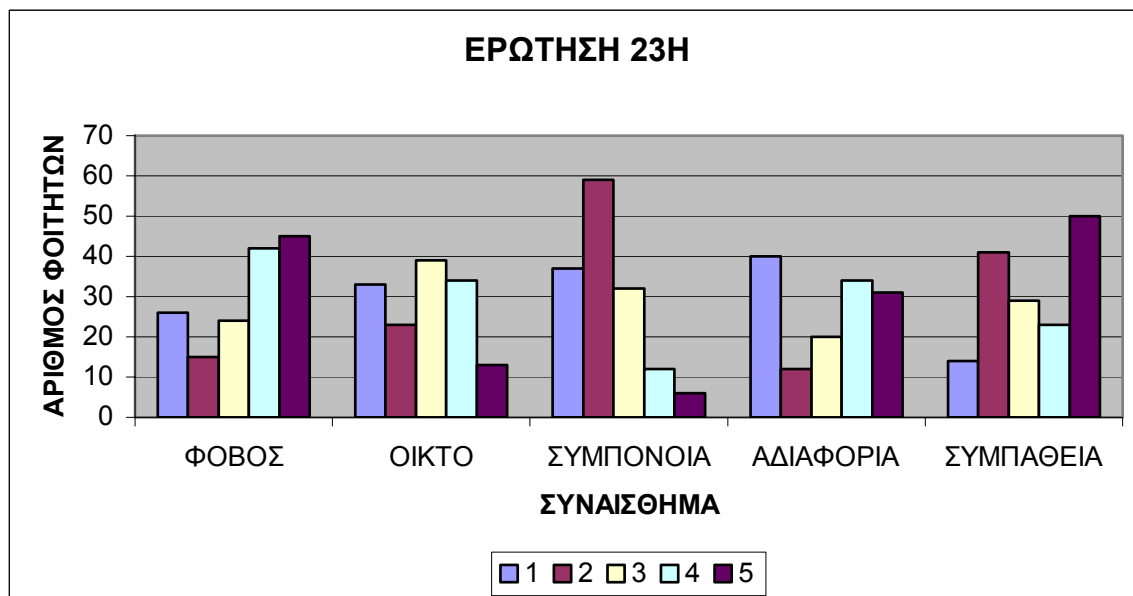
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 <sup>ΗΣ</sup> ΚΑΙ 21 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ			
		ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΡΩΤΗΣΗ 20		80	70
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΣ	39	111
	ΧΡΗΣΤΗΣ	80	70

Φανερό είναι η διαφορά στην απάντηση ΝΑΙ αφού οι 70 έγιναν 111 αν ο χρήστης παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα και κατάφερε να φύγει από των εφιάλτη αυτόν. Το ίδιο συμβαίνει και στην απάντηση ΟΧΙ, αφού μειώνονται στους μισούς αυτοί που δεν θα έκαναν μία φιλική ή άλλου είδους σχέση με έναν εξαρτημένο.

Τέλος ζητώντας από τους ερωτώμενους να «ταξινομήσουν τα συναισθήματά τους, όταν αντικρίζουν έναν ναρκομανή» (ερώτηση 23<sup>η</sup>) προκύπτει το επόμενο γράφημα.

Β' ΜΕΡΟΣ - Η στάση των φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου, για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

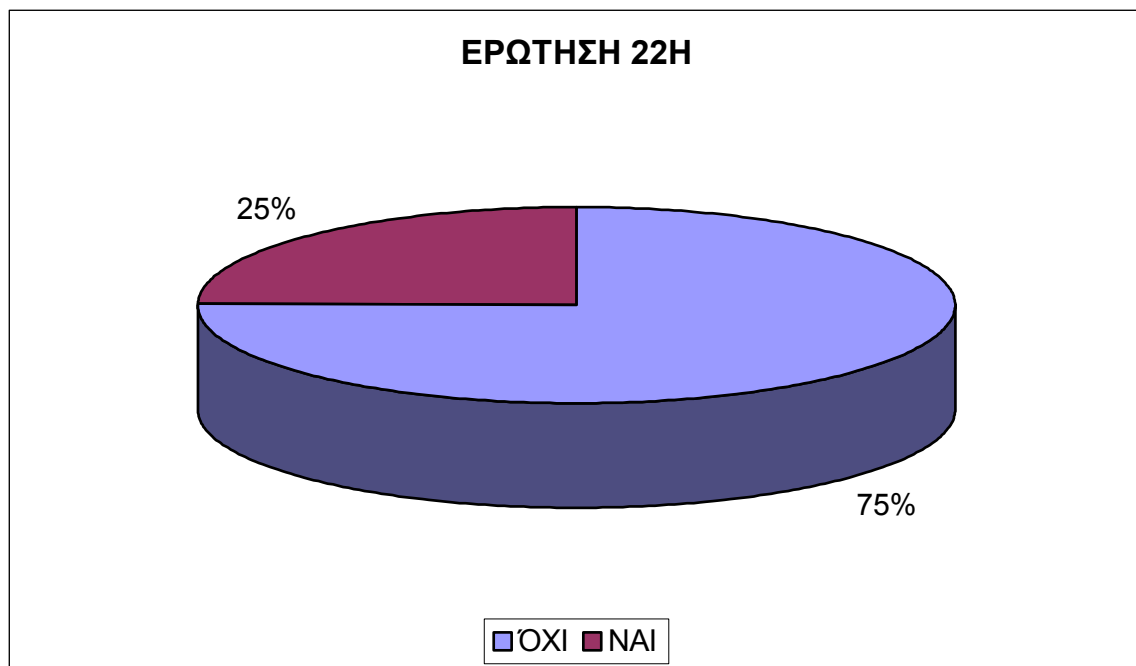
**ΠΙΝΑΚΑΣ 23<sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ**

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	ΦΟΒΟΣ	ΟΙΚΤΟ	ΣΥΜΠΟΝΟΙΑ	ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ
1	26	33	37	40	14
2	15	23	59	12	41
3	24	39	32	20	29
4	42	34	12	34	23
5	45	13	6	31	50

Γ' ΜΕΡΟΣ:

Στο κομμάτι αυτό , όπως έχει προλεχθεί , η προσπάθεια επικεντρώνεται στο κατά πόσο είναι γνώστες οι φοιτητές για την ποινική και νομική αντιμετώπιση του θέματος και την αποποινικοποίηση.

Αρχικά, ρωτήθηκαν «άν συμφωνούν με τον τρόπο λειτουργίας των κέντρων απεξάρτησης και των προγραμμάτων» (ερώτηση 22<sup>η</sup>). 1 στους 4 πιστεύει ότι τα κέντρα αποτοξίνωσης, απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης δυσλειτουργούν και «χρειάζεται κανείς γνωριμίες για να μπορέσει να ενταχθεί».

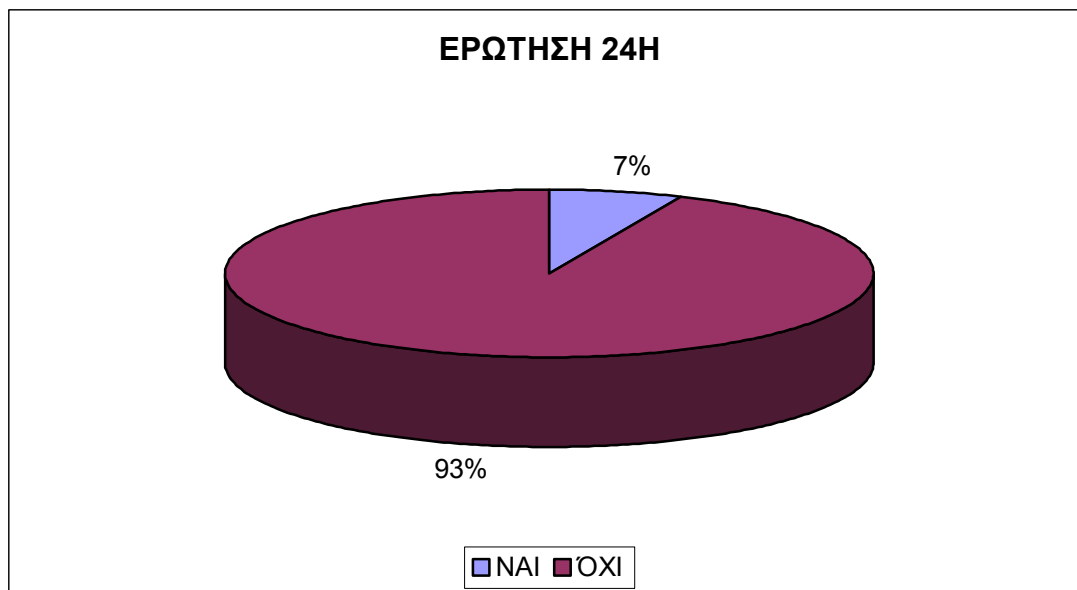


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ	128	42

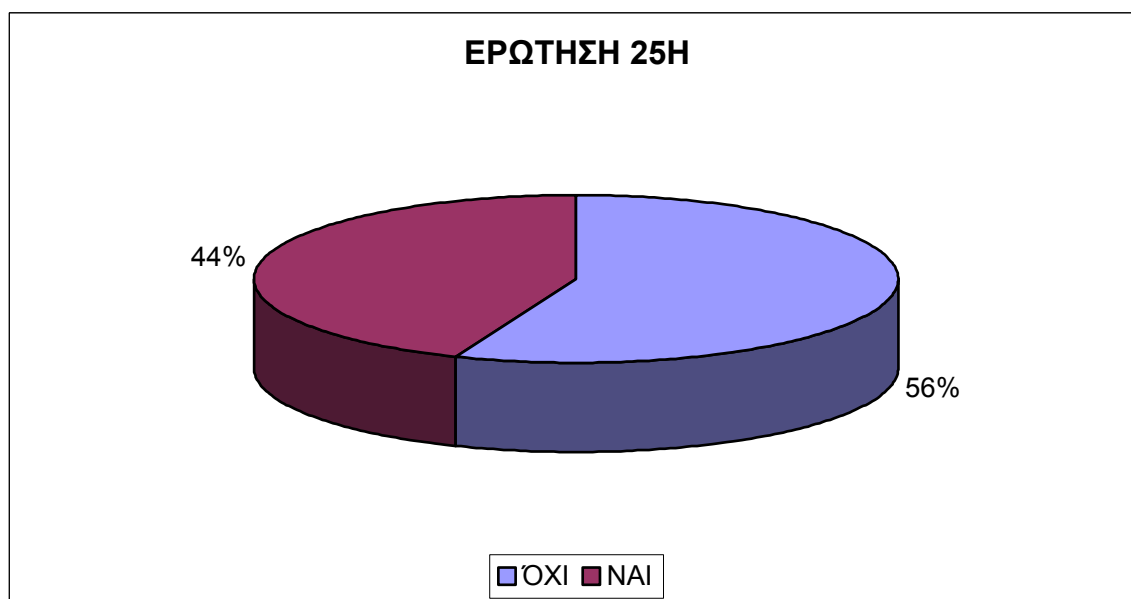
Συντριπτικό επίσης ποσοστό που αγγίζει το 93% είναι εκείνο των φοιτητών που απαντούν πως «η πολιτική που ακολουθείται από τις εκάστοτε κυβερνήσεις και πολιτικές εξουσίες είναι τελείως αναποτελεσματική» (ερώτηση 24<sup>η</sup>). Αν και από αυτούς μόνο ένας στους δύο γνωρίζει «ποιες είναι οι ποινές για τον χρήστη ναρκωτικών και ποιες για τον έμπορο» ή τουλάχιστον προσεγγίζει σε σωστές απαντήσεις (ερώτηση 25<sup>η</sup>)

Β' ΜΕΡΟΣ - Η στάση των φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου, για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 <sup>ΗΞ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΝΑΙ	ΌΧΙ
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ</b>	10	140

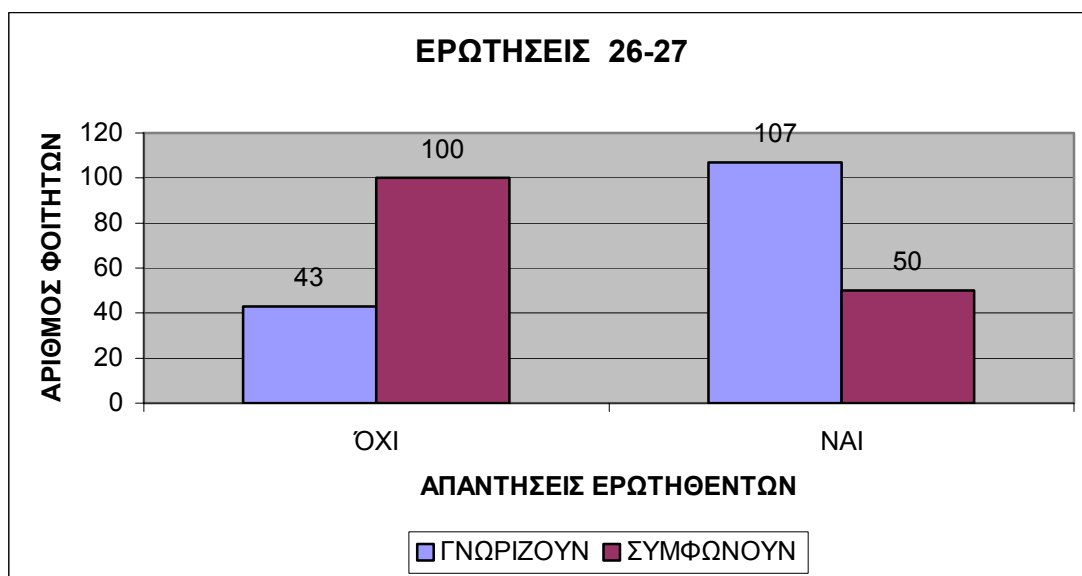


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 25 <sup>ΗΞ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΌΧΙ	ΝΑΙ
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ</b>	84	66



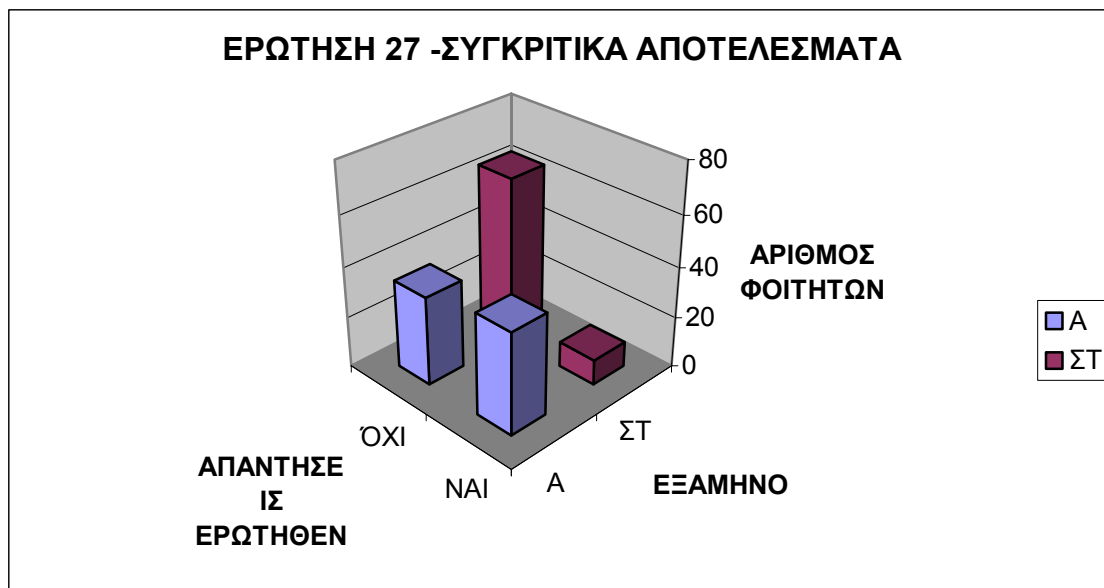
Όσον αφορά την «έννοια της αποποινικοποίησης οι 2 στους 3 γνωρίζουν τι σημαίνει» ( ερώτηση 26<sup>η</sup> ) και «συμφωνούν ο 1 στους 3» (ερώτηση 27<sup>η</sup> ). Οι περισσότεροι που συμφωνούν είναι οι φοιτητές του Α' εξαμήνου.



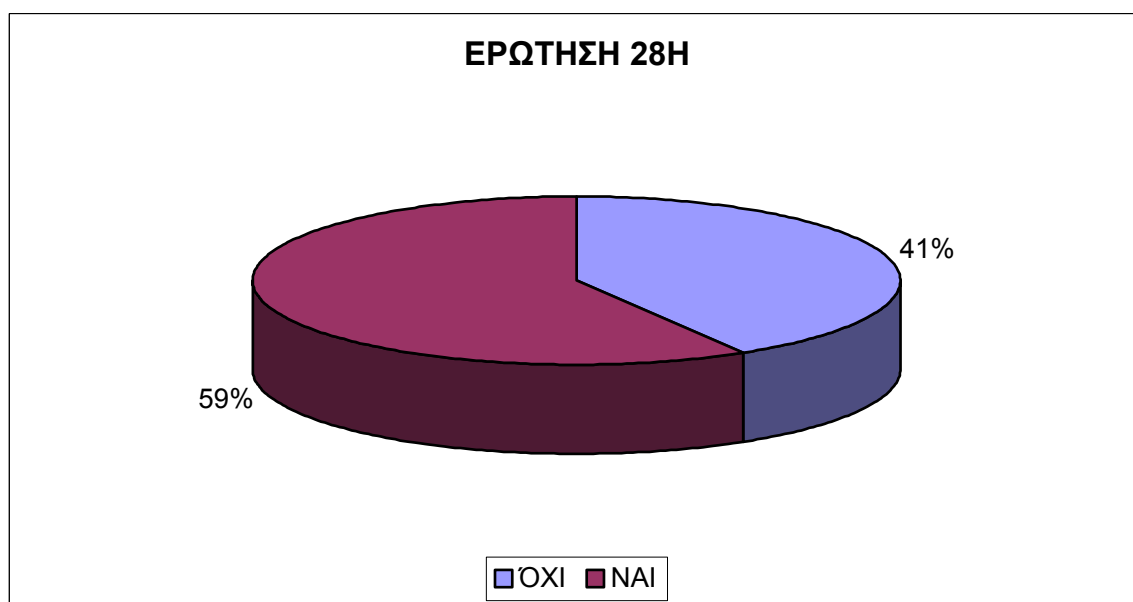
πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

	ΟΧΙ	ΝΑΙ
<b>ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ</b>	43	107
<b>ΣΥΜΦΩΝΟΥΝ</b>	100	50

	ΟΧΙ	ΝΑΙ
<b>Α</b>	35	40
<b>ΣΤ</b>	65	10

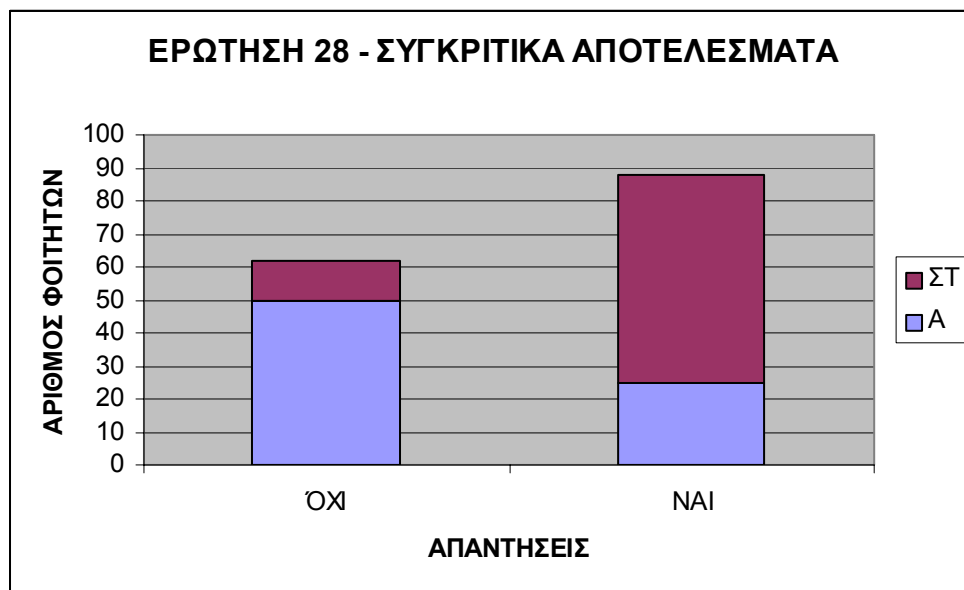


πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων



πηγή: ίδια επεξεργασία των ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 <sup>ΗΣ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ</b>	62	88



ΠΙΝΑΚΑΣ 28 <sup>ΗΞ</sup> ΕΡΩΤΗΣΗΣ		
	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Α	50	25
ΣΤ	12	63

Τέλος όπως φαίνεται από τα παραπάνω γραφήματα το ποσοστό των φοιτητών που «γνωρίζουν για την ισχύ της αποποινικοποίησης στις άλλες χώρες της Ε.Ε.» (ερώτηση 28<sup>η</sup>) είναι αρκετά μεγάλο, 88 στους 150, και η πιο διαδεδομένη χώρα είναι η Ολλανδία. Εδώ και πάλι υπερτερούν οι ολοκληρωμένες γνώσεις των σπουδαστών του ΣΤ' εξαμήνου.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αρχικά εξετάζοντας το επίπεδο ενημέρωσης των φοιτητών πάνω στο θέμα **ναρκωτικά** και τις γνώσεις τους είναι αρκετά ικανοποιητικά τα αποτελέσματα. Οι φοιτητές του ΣΤ' εξαμήνου έναντι αυτών του τελευταίου είναι καλύτερα ενημερωμένοι αφού για κάθε κατηγορία ναρκωτικών ουσιών ο αριθμός τους ήταν μεγαλύτερος από εκείνο των φοιτητών του Α'. επίσης οι φοιτητές του Α' εξαμήνου δεν γνωρίζουν ότι τα βαρβιτουρικά, οι αμφεταμίνες – τα εισπνεόμενα και η μορφίνη είναι εξαρτησιογόνες ουσίες (0 αριθμός φοιτητών Α' εξαμήνου έδωσε αυτήν την απάντηση). Είναι πολύ σημαντικό το ότι γνωρίζουν τις εξαρτησιογόνες ουσίες και τις συνέπειές τους σε μεγάλο ποσοστό, επομένως γνωρίζουν και τους κινδύνους. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό, 7%, που αντιστοιχεί σε σπουδαστές Α' εξαμήνου οι οποίοι δεν γνωρίζουν τις συνέπειες, σημείο που δείχνει ότι η εκπαίδευση και η ενημέρωση κατά την φοίτηση στο συγκεκριμένο τμήμα είναι εποικοδομητική πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Εκείνα που δεν γνωρίζουν σωστά και ολοκληρωμένα είναι τα επίπεδα πρόληψης, τα στάδια θεραπείας καθώς και τα προγράμματα που ασχολούνται με τους τομείς αυτούς. Στις ερωτήσεις αυτές, μόνο 7 σπουδαστές του Α' εξαμήνου γνωρίζουν κάποιο πρόγραμμα πρόληψης, 2 στους 3 σπουδαστές του πρώτου εξαμήνου απαντούν σωστά στα επίπεδα πρόληψης, και 1 στους 3 δεν γνώριζε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους σπουδαστές του τελευταίου εξαμήνου είναι τα εξής: 60 στους 75 γνώριζαν κάποιο πρόγραμμα πρόληψης, 40 στους 75 απάντησαν σωστά για τα επίπεδα πρόληψης και 64 στους 75 γνωρίζουν και κάποιο πρόγραμμα θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης.

Επίσης, στην κατηγοριοποίηση των ουσιών το ποσοστό σωστών απαντήσεων είναι 50%, πράγμα που δείχνει ελλιπή ενημέρωση πάνω στο θέμα,

και οι 17 που δεν απάντησαν ήταν όλοι του Α' εξαμήνου. Στο σημαντικότερο όλων ερώτημα, αν γνωρίζουν για το διαχωρισμό σε σκληρά και μαλακά ναρκωτικά 4 στους 5 το γνωρίζει αλλά μόνο οι μισοί συμφωνούν. Μόνο 20 του πρώτου και 4 του τελευταίου εξαμήνου δεν γνωρίζουν και το ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας είναι σχεδόν όμοια: 43 του Α' συμφωνούν και 44 του ΣΤ'.

Από το πρώτο κιόλας μέρος του ερωτηματολογίου και σύμφωνα με όσα αναφέρονται παραπάνω γίνεται εύκολα κατανοητή η διαφορά των γνώσεων γύρω από θέμα των ναρκωτικών, που υπάρχει μεταξύ των δύο υπό εξέταση εξαμήνων και ο λόγος που επιλέχθηκε να γίνει η συγκριτική αυτή έρευνα. Αφού υπάρχουν τέτοιες αποκλίσεις θα πρέπει να εξεταστεί το θέμα σε συγκριτική βάση

Το ότι το πρόβλημα έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις μάλλον είναι κοινό μυστικό, αφού 2 στους 3 γνωρίζουν τουλάχιστον έναν χρήστη ουσιών. Επίσης πολλοί είναι εκείνοι που έχουν οι ίδιοι δοκιμάσει εξαρτησιογόνες ουσίες τουλάχιστον μία φορά, κυρίως χασίς και παράγωγα. Η ουσία που κινεί την περιέργεια από την άλλη, δεν είναι πλέον το χασίς, όπως παλαιότερα, αλλά η κοκαΐνη, συμπέρασμα ανησυχητικό, αφού προκαλεί σοβαρότερες συνέπειες στον οργανισμό. Η άποψη ότι ο χρήστης πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής είναι εκείνη η οποία υπερτερεί, έναντι της άποψης ότι ο χρήστης βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση αυτή από επιλογή του και μόνο. Το σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση της κατάστασης του χρήστη παίζει η οικογένεια και η παρέα για τους σπουδαστές, ενώ το φαινόμενο που αντιμετωπίζουν στο μέγιστο βαθμό οι χρήστες είναι ο ρατσισμός και η περιθωριοποίηση. Επίσης δύσκολα κανείς θα βοηθούσε κάποιον χρήστη ναρκωτικών είτε οικονομικά είτε ψυχολογικά και δύσκολα θα λάμβανε μέρος εθελοντικά σε προγράμματα πρόληψης και θεραπείας. Οι φοιτητές του ΤΕΙ, όμως δεν αντιμετωπίζουν ρατσιστικά τους χρήστες αφού περίπου οι μισοί δεν θα είχαν πρόβλημα να συνδέονταν φιλικά ή ερωτικά με χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ παραπάνω από 2 στους 3 θα συνδέονταν με κάποιο ανεξαρτημένο. Αυτό φαίνεται και από το ότι «η

συμπόνια» έρχεται δεύτερο σε συχνότητα συναίσθημα ανάμεσα σε αυτά που νιώθουν, όταν αντικρίζουν κάποιον χρήστη.

Τέλος , αποδοκιμάζουν οποιαδήποτε προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος μέσω των υπαρχόντων προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας και στρατηγιές και πολιτικές των ελάχιστων κυβερνήσεων. Θεωρούν ότι η ποινική αντιμετώπιση του χρήστη θα πρέπει να αλλάξει και να γίνει ευκολότερη η πρόσβαση στα προγράμματα θεραπείας και επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο. Στο αν συμφωνούν με την αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών η απάντηση είναι όχι.

Όσον αφορά την διαμόρφωση των στάσεων αυτών , λόγω της φοίτησης τους στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ , οι στάσεις τους είναι πάγιες και έχουν διαμορφωθεί κυρίως από την παιδική ηλικία και λόγω της οικογένειας. Αυτό που τους προσφέρει η φοίτηση είναι πληροφορίες ιατρικές – ψυχιατρικές και λειτουργίας προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας κυρίως μέσω σεμιναρίων – συνεδρίων και επισκέψεων σε αυτά.

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Οι συγκεκριμένες προτάσεις προέρχονται από τις απαντήσεις του δείγματος του υπό εξέταση πληθυσμού στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου «εσείς ποια μέτρα προτείνετε για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών και γιατί;»

- Σωστή ενημέρωση πρώτα στους γονείς και αυτοί με τη σειρά τους διαπαιδαγώγηση σωστή και ολοκληρωμένη στα παιδιά τους.

Η οικογένεια είναι η μικρογραφία της κοινωνίας μας. Όταν αναπτύσσονται σωστές και ισορροπημένες σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και όταν ο καθένας έχει το δικό του ρόλο σε αυτή την «μικρο – κοινωνία», θα έχει και το δικό του ρόλο στην ευρύτερη κοινωνία. Οι σχέσεις που θα αναπτύσσει με το υπόλοιπο περιβάλλον θα είναι και αυτές υγιείς και ισορροπημένες. Επίσης οι γονείς θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σωστά γύρω από το πρόβλημα και την αντιμετώπισή του, και να ενημερώνουν το παιδί τους από μικρή ηλικία σχετικά με το θέμα. Καλό θα είναι να υπάρχει επικοινωνία, στοργή και κατανόηση από τους γονείς έτσι ώστε να αποκτήσει το παιδί μια ισορροπημένη προσωπικότητα, για να μπορέσει να αντιμετωπίζει επιτυχώς δύσκολες συναισθηματικές και άλλες καταστάσεις της καθημερινότητας χωρίς να αναζητά «φυγή» από την πραγματικότητα.

- Περισσότερα προγράμματα πρόληψης και κυρίως εφαρμογή τους στα σχολεία.

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει τουλάχιστον να διπλασιαστούν και αριθμητικά αλλά και ποιοτικά. Οι ενημερώσεις γύρω από φλέγοντα θέματα, όπως τα ναρκωτικά και τις μεταδιδόμενες αρρώστιες και τις χρόνιες παθήσεις πρέπει να είναι πολύ πιο συχνές στα σχολεία και από μικρές ηλικίες ακόμα για να

επιτυγχάνεται δια βίου εκμάθηση του προβλήματος και των διαστάσεών του σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

- Εναλλακτικές μορφές πρόληψης:

Ώθηση των νέων για δημιουργικές δραστηριότητες ( αθλητισμός – καλλιτεχνικά ). Επίσης δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης στο σχολείο, έτσι ώστε να μπορούν να απευθυνθούν σε κάποια υπεύθυνα άτομα ( καθηγητής , σχολικός σύμβουλος ) για προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν, έτσι ώστε να λάβουν συμβουλές και συμπαράσταση. Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να τονίσουμε την ανάγκη για «άνοιγμα» οργανικών θέσεων κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία, οι οποίοι εκ των πραγμάτων είναι πιο ικανοί να προσφέρουν βοήθεια στα παιδιά που έχουν ανάγκη από στήριξη.

- Οργάνωση περισσότερων προγραμμάτων θεραπείας και απεξάρτησης, με ευκολότερη πρόσβαση για τους χρήστες.

Τα προγράμματα θεραπείας θα πρέπει να γίνουν πιο προσιτά στους χρήστες και κυρίως όσον αφορά το χρόνο αναμονής για την ένταξη ενός χρήστη ναρκωτικών ουσιών. Επίσης, τα συμφέροντα και οι γνωριμίες θα πρέπει να μην έχουν την πρώτη θέση στην εξυπηρέτηση του χρήστη. Ακόμα και το προσωπικό των κέντρων έχει ανάγκη προέκτασης και αναβάθμισης του ήδη υπάρχοντος εξοπλισμού για να επιτελούν όσο το δυνατόν καλύτερα το έργο τους , καθώς και συνεχή εκπαίδευση – ενημέρωση πάνω στο τόσο πολυποίκιλο πρόβλημα της χρήσης τοξικών ουσιών.

- Σωστή προβολή του προβλήματος από τα ΜΜΕ για την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας όσον αφορά το θέμα των ναρκωτικών.

Δεν αρκεί μόνο η πολιτεία ή μόνο το κράτος με τους νόμους του να ενεργήσει ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Όλοι έχουν μερίδιο ευθύνης και καλό θα είναι να αναλάβουν την ευθύνη αυτή. Αν όχι να βοηθήσουν εθελοντικά σε διάφορα κέντρα που έχουν ανάγκη από τη βοήθεια αυτή, τουλάχιστον ας



δεχτούν στην κοινωνία ευνοϊκά και χωρίς διακρίσεις τον απεξαρτημένο – πρώην χρήστη ναρκωτικών ουσιών, ο οποίος κάνει προσπάθειες για να επανατοποθετήσει τη ζωή του σε νέες βάσεις.

- Αυστηρότερες ποινές για τους εμπόρους.

Για τους εμπόρους, οι ποινές θα πρέπει να είναι αυστηρότατες, και αυτό γιατί το εμπόριό τους δεν είναι μόνο παράνομο αλλά το σημαντικότερο είναι ότι είναι εμπόριο θανάτου και καταστροφής ανθρώπινου σώματος, πνεύματος και ψυχής.

- Καλύτερη αστυνόμευση στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στα σημεία εισόδου και εξόδου της χώρας, αλλά και στις γειτονιές.

Η πολιτεία που έχει την ευθύνη της αστυνόμευσης οφείλει να είναι πάρα πολύ προσεκτική στους σταθμούς εισόδου και εξόδου της χώρας, και να τηρεί αυστηρά μέτρα ελέγχου για τα φορτηγά, τα πλοία και γενικότερα όλα τα μέσα μεταφοράς. Επίσης, ο συχνότερος και πιο οργανωμένος έλεγχος μέσα στις πόλεις και στα μέρη που συχνάζουν οι νέοι, θα μπορούσε να επιφέρει αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της εμπορίας και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

- Συστράτευση κοινωνίας και πολιτών για μια καλύτερη κοινωνία.

Γενικότερα, αν κανείς υποστηρίζει εκείνους που πιστεύουν ότι το πρόβλημα υπάρχει γιατί υπάρχουν οι δομές που δημιουργούν ανθρώπους ευάλωτους οι οποίοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά, τότε η πρότασή του θα ήταν να προσπαθήσουν όλοι για μια κοινωνία που να προσφέρει εργασία στους νέους, και μια ζωή με νόημα, με αξίες και ιδανικά, με πληρότητα και υγιή πρότυπα.

Όλα αυτά δεν λέγονται για να μείνουν θεωρητικά σχήματα και μεγαλόστομες διακηρύξεις. Είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για να αποτελέσει το θέμα των ναρκωτικών παρελθόν. Όποιος δεν παραδέχεται τη ζωή και τους νόμους της και ζητάει γιατρεία έξω από την πραγματικότητα, πουλάει τη ψυχή του και χάνει τη χαρά και την ουσία της.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παραπάνω εργασία πραγματοποιήθηκε για να διερευνήσει το θεματικό πεδίο των ναρκωτικών και πιο συγκεκριμένα της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών. Είναι ένα θέμα σύνθετο, πολυποίκιλο και που επιζητά προσοχή στην απόδοση των εννοιών και των διάφορων στάσεων – απόψεων.

Η προσπάθεια επικεντρώθηκε σε συγκριτική μελέτη για τη στάση των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Α' και ΣΤ' εξαμήνου και αυτό γιατί ένας από τους σκοπούς της εργασίας ήταν να διερευνηθεί το αν και κατά πόσο η φοίτηση στο συγκεκριμένο τμήμα διαμορφώνει την άποψη των φοιτητών ή την εμπλουτίζει κατά ένα τρόπο.

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι σαφώς και η φοίτηση στο συγκεκριμένο τμήμα βοηθάει αλλά μόνο όσον αφορά τις γνώσεις περισσότερο και αυτό γιατί η στάση των περισσότερων απέναντι στο χρήστη και τη χρήση γενικότερα, είναι δεδομένη και διαμορφωμένη από άλλους παράγοντες. Τέτοιοι παράγοντες είναι η οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον, το σχολείο κατά την παιδική ηλικία και τα βιώματα κάθε ατόμου.

Όσον αφορά τις γνώσεις τους πάνω στο θέμα έχουν εμπλουτιστεί περισσότερο από τις συνεδρίες και τα σεμινάρια για τα ναρκωτικά και τις επισκέψεις στα διάφορα κέντρα πρόληψης και θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης.

Η υπάρχουσα νομοθεσία όπως αναφέρεται έχει και πολλούς υποστηρικτές αλλά και πολλούς που πιστεύουν ότι είναι αδύνατον να βρεθεί λύση με τις στρατηγικές που ακολουθούνται μέχρι σήμερα. Οι προτάσεις των σπουδαστών είναι γύρω από την πρόληψη κυρίως και τα μέτρα της πολιτείας που αφορούν τον απεξαρτημένο χρήστη και την επανένταξή του στην κοινωνία.

Τέλος, το κυριότερο είναι ότι θα πρέπει όλοι να προσπαθήσουν για ένα καλύτερο «αύριο», μια καλύτερη και αξιοπρεπή ζωή για όλους και κυρίως για

τους ανθρώπους που δεν μπορούν να βγουν από το αδιέξοδο στο οποίο έχουν φτάσει, μόνοι τους. Η αδιαφορία και η απάθεια για τον συνάνθρωπό μας είναι συναισθήματα που θα πρέπει να παραμερίζονται όταν έχουμε να διαπραγματευτούμε τόσο σοβαρά προβλήματα.

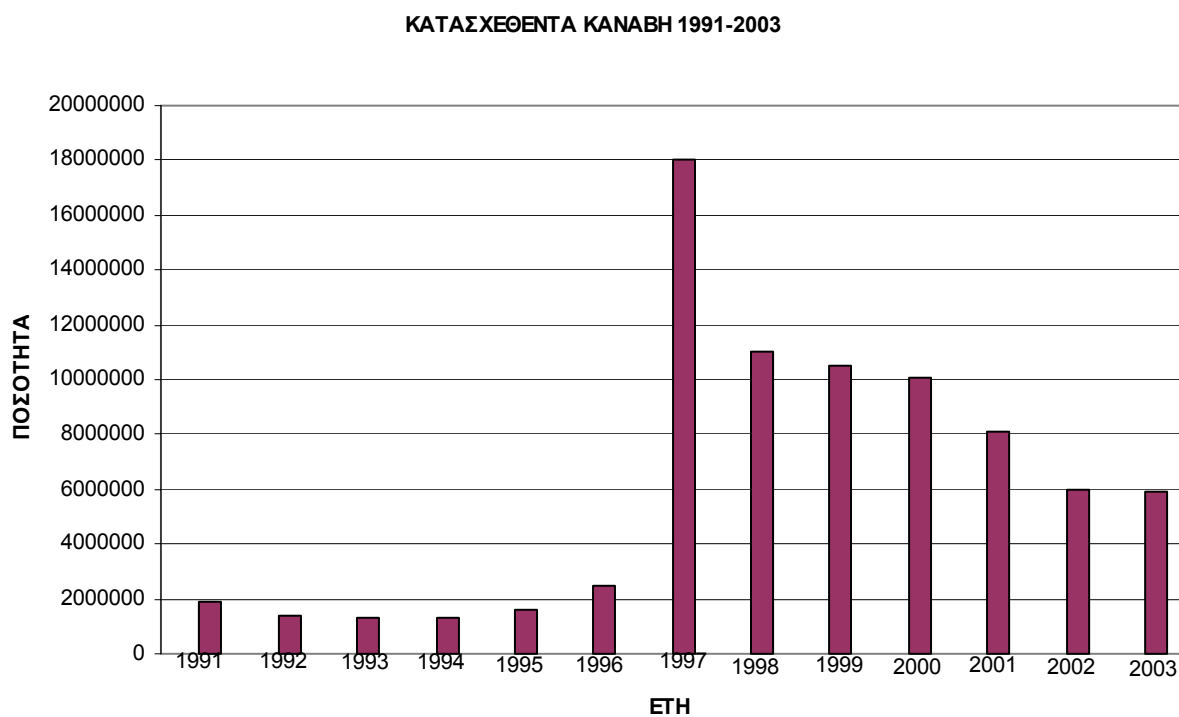
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1<sup>0Σ</sup> :

<p style="text-align: center;"><i>- Δεκάλογος για τη χρήση έκσταση -</i></p> <p style="text-align: center;"><b>ΟΛΛΑΝΔΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Χρώμα και μορφή των δόσεων δεν εγγυώνται την ποιότητα – κανείς δεν ξέρει τι αγοράζει.</i></li><li><i>2. Εάν η επίδραση δεν είναι ικανοποιητική μην παίρνετε άλλη δόση.</i></li><li><i>3. Μην το χρησιμοποιείτε συχνά</i></li><li><i>4. Χρησιμοποιείστε το μόνο στην κατάλληλη ατμόσφαιρα.</i></li><li><i>5. Μην το χρησιμοποιείτε όταν την επόμενη μέρα έχετε σοβαρές υποχρεώσεις.</i></li><li><i>6. Μην το χρησιμοποιείτε ταυτόχρονα με άλλες ψυχοτρόπες ουσίες.</i></li><li><i>7. Αν κάποιος δεν είναι καλά, να τον πάτε σε ήρεμο χώρο και να του κάνετε παρέα.</i></li><li><i>8. Μην το χρησιμοποιείτε όταν πάσχετε από διαταραχές του κυκλοφοριακού συστήματος, από διαβήτη, επιληψία, υπέρταση, αν είστε έγκυος, αν χρησιμοποιείτε άλλα φάρμακα.</i></li><li><i>9. Μην το χρησιμοποιείτε αν είστε κάτω από συναισθηματική φόρτιση, αγχώδης ή στρεσαρισμένοι.</i></li><li><i>10. Μην οδηγείτε κάτω από την επήρεια του.</i></li></ol>
---

ΠΗΓΗ: Εφημερίδα Το Βήμα Έλενα Φυντανίδου 25/6/2000

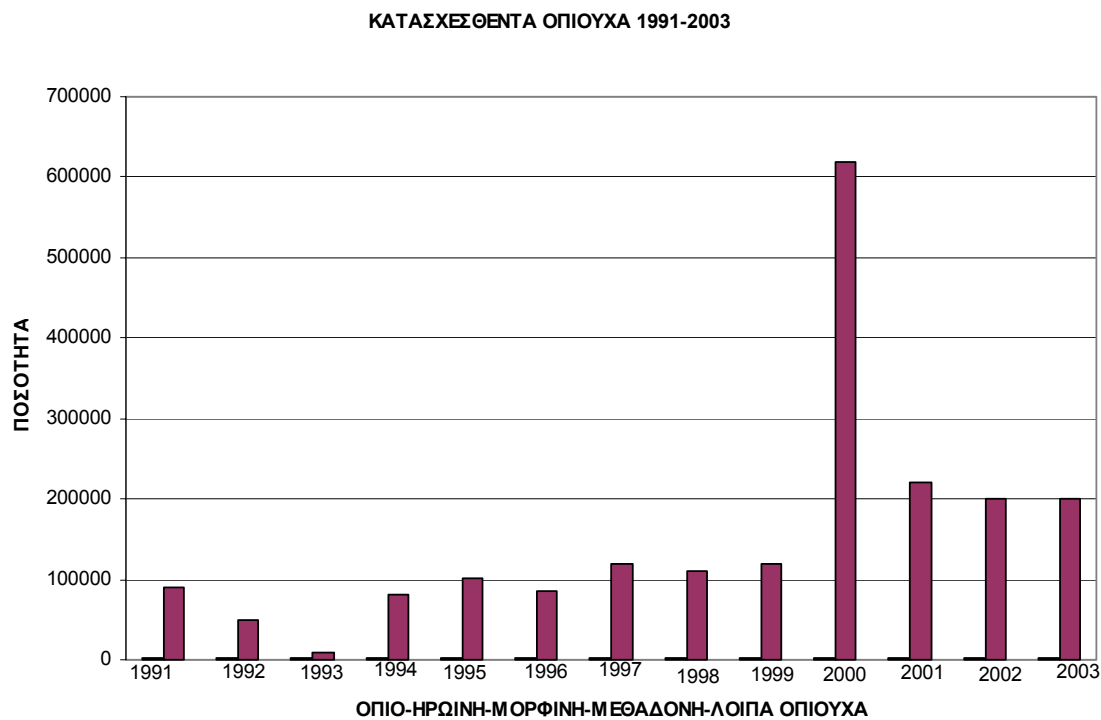
### **ΓΡΑΦΗΜΑ 1<sup>ο</sup>:**



### **ΧΑΣΙΣ\* - ΧΑΣΙΣΕΛΑΙΟ**

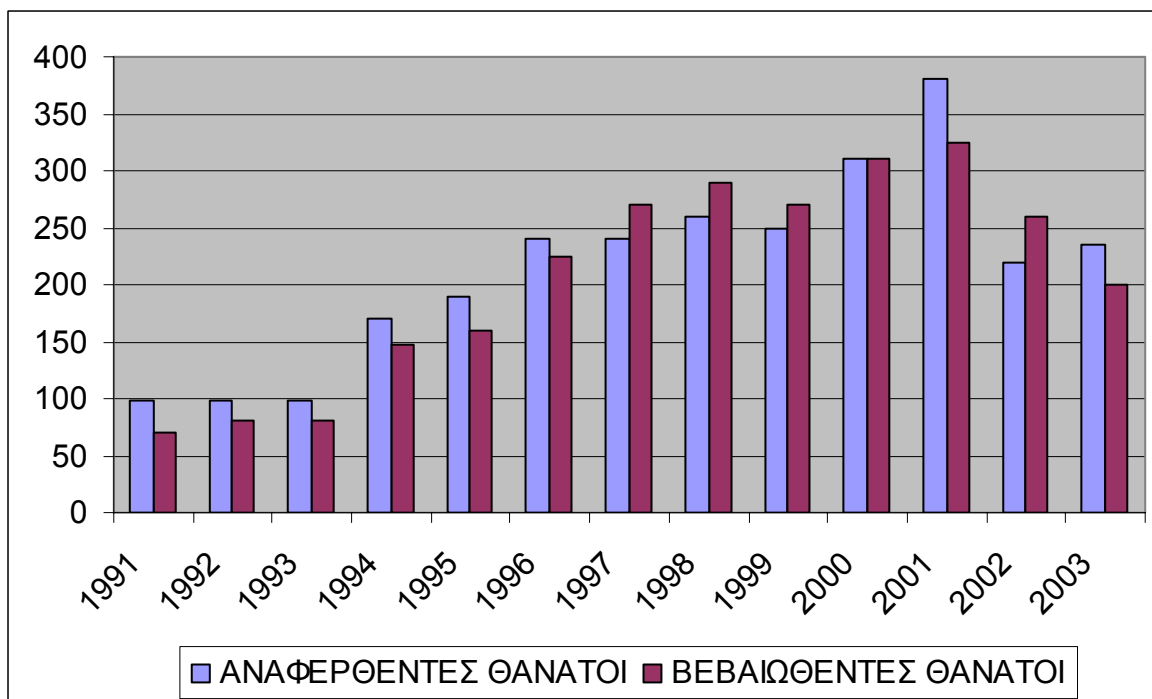
*\*καταγεγραμμένο χασίς και ακατέργαστο σε γραμμάρια*

**ΓΡΑΦΗΜΑ 2<sup>ο</sup>:**

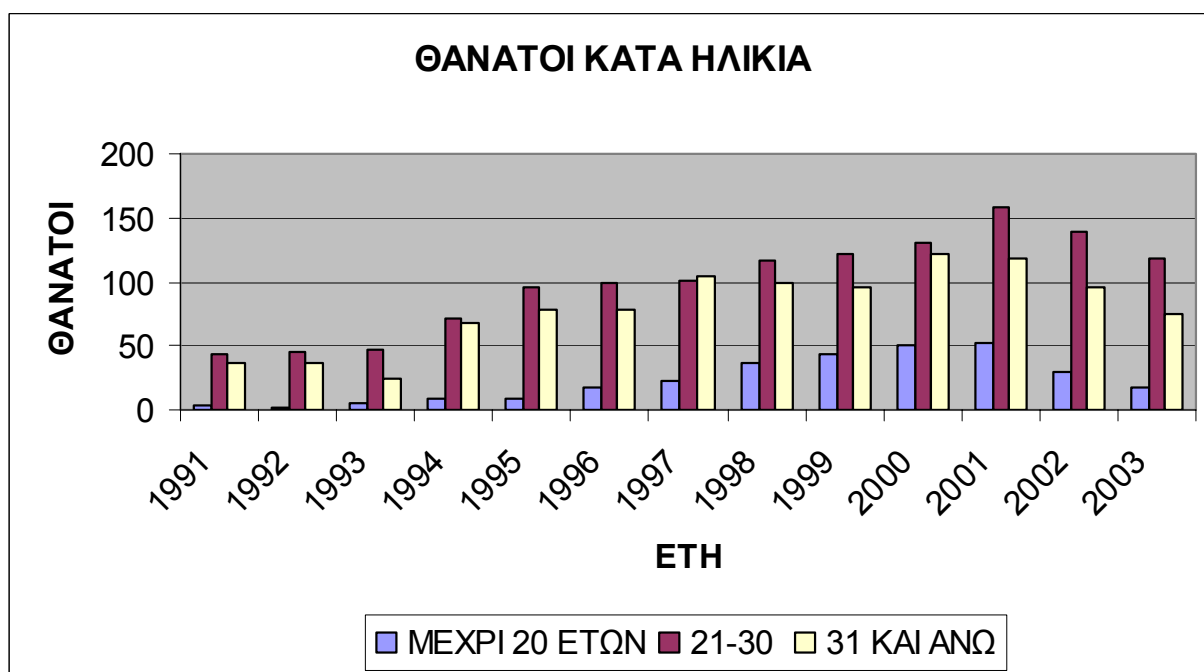


**ΓΡΑΦΗΜΑ 3<sup>ο</sup>:**

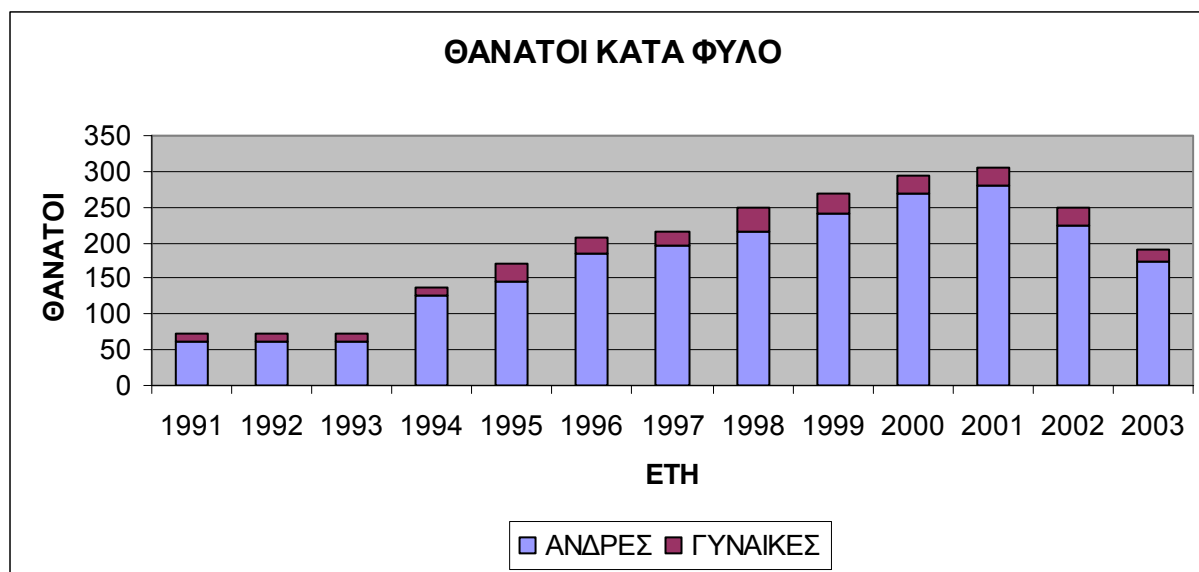
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - Η στάση των φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου, για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών



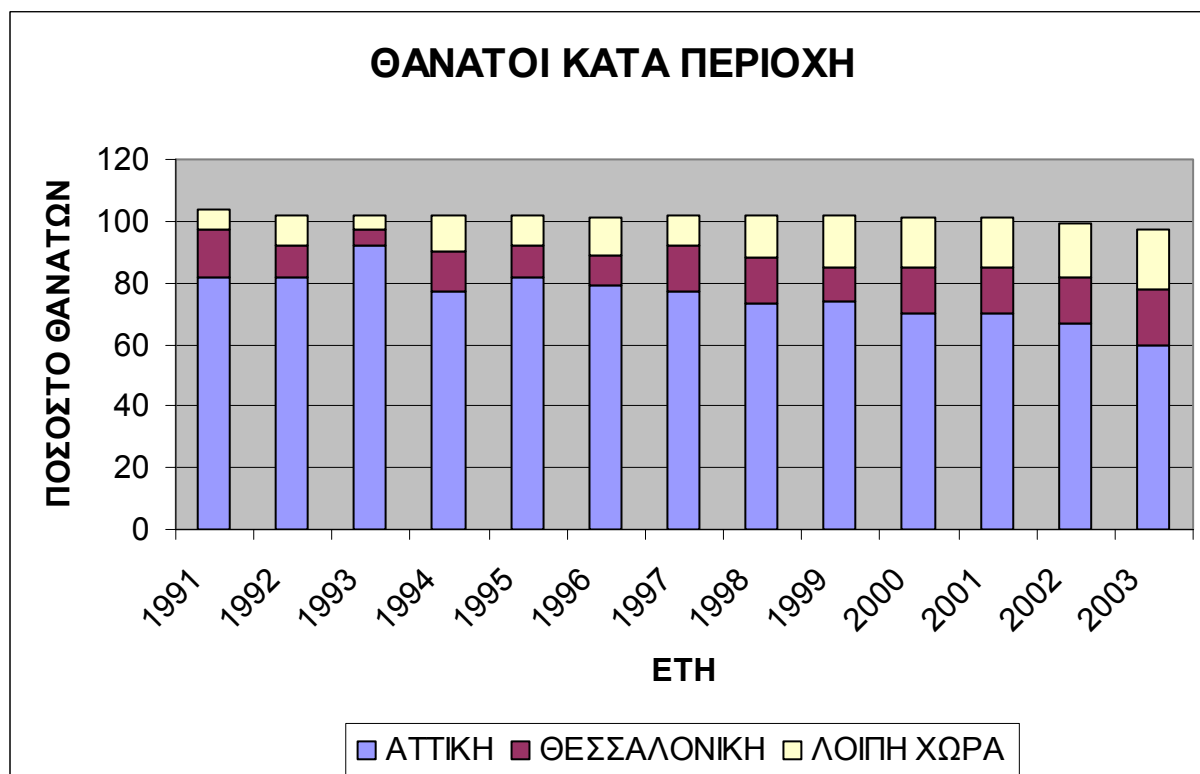
**ΓΡΑΦΗΜΑ 4<sup>ο</sup>:**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 5<sup>ο</sup>:**

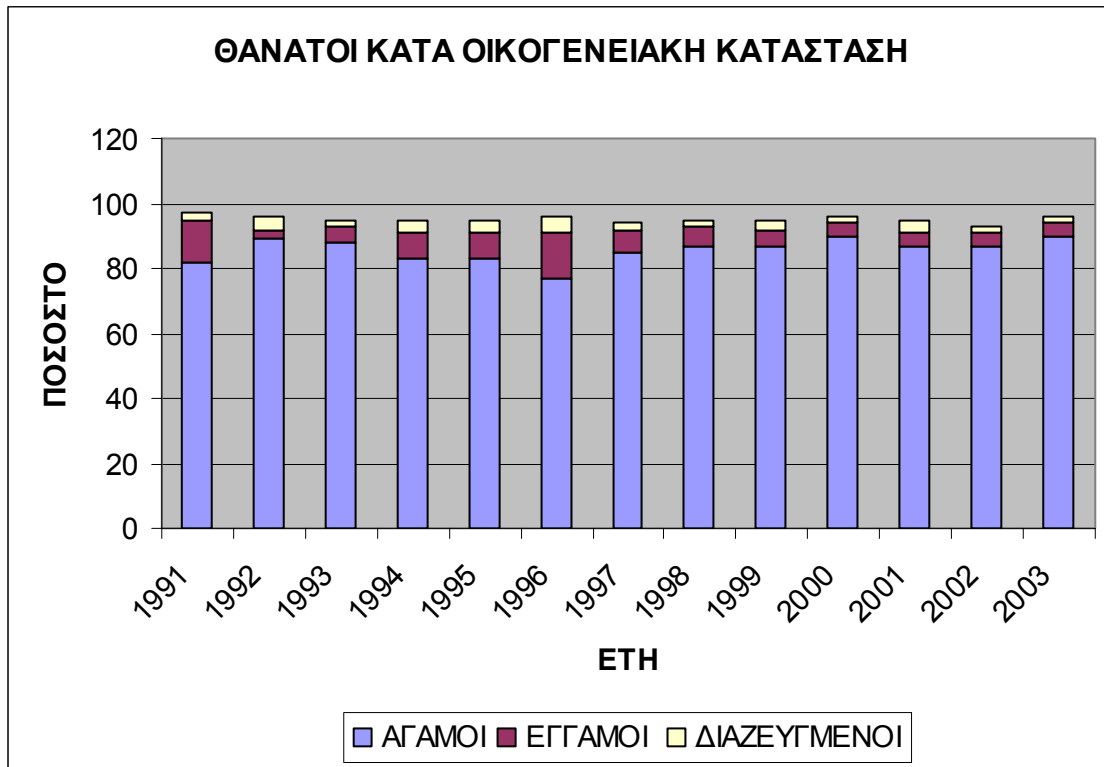


**ΓΡΑΦΗΜΑ 6<sup>ο</sup>:**

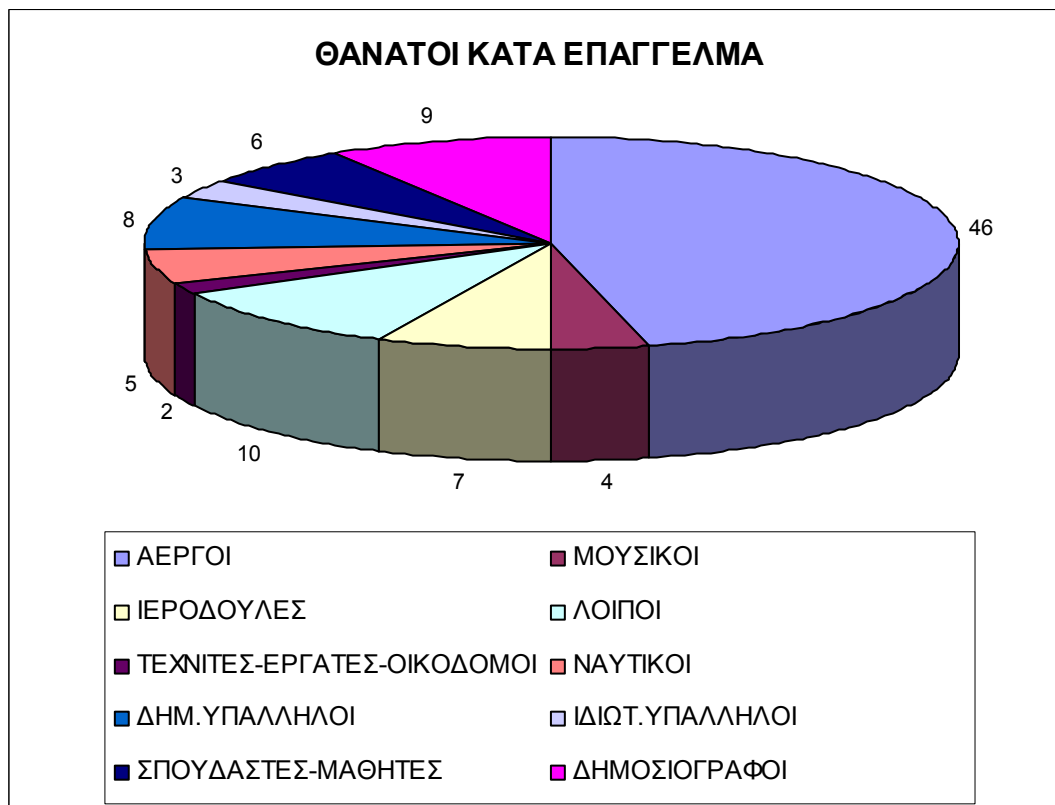




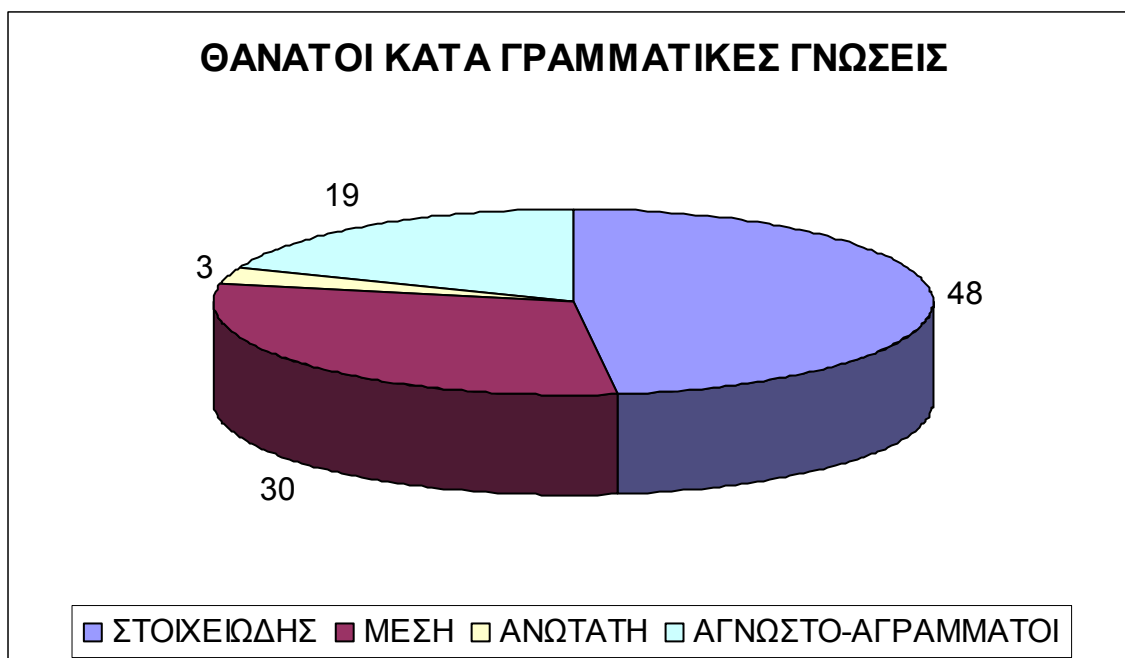
**ΓΡΑΦΗΜΑ 7<sup>ο</sup>:**



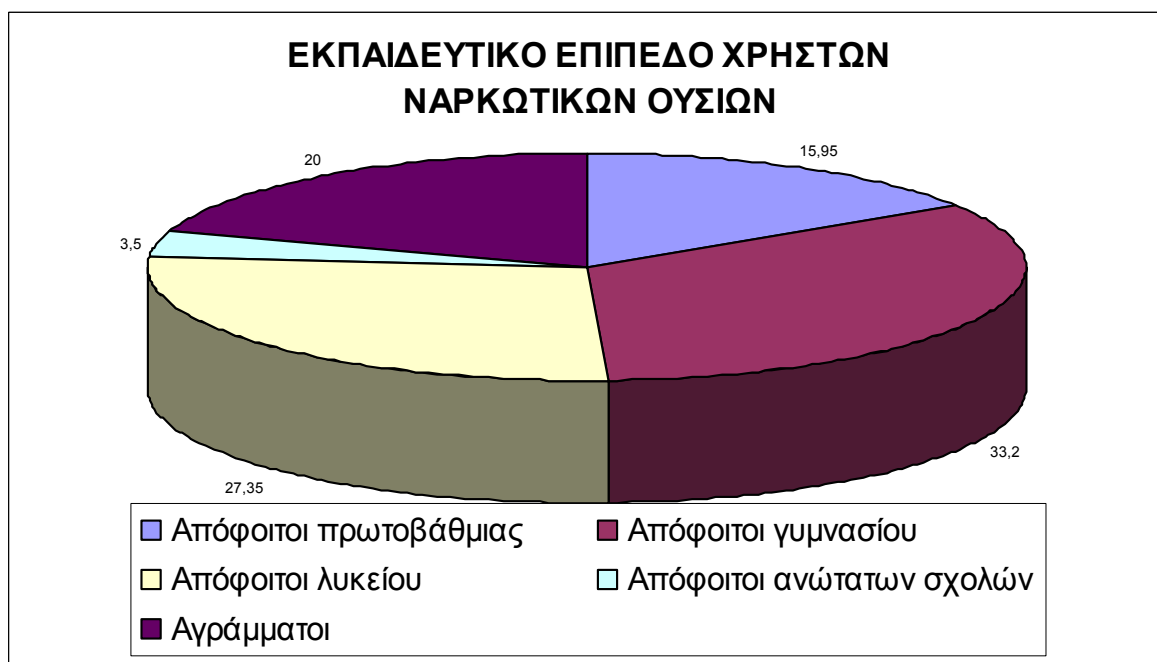
**ΓΡΑΦΗΜΑ 8<sup>ο</sup>:**



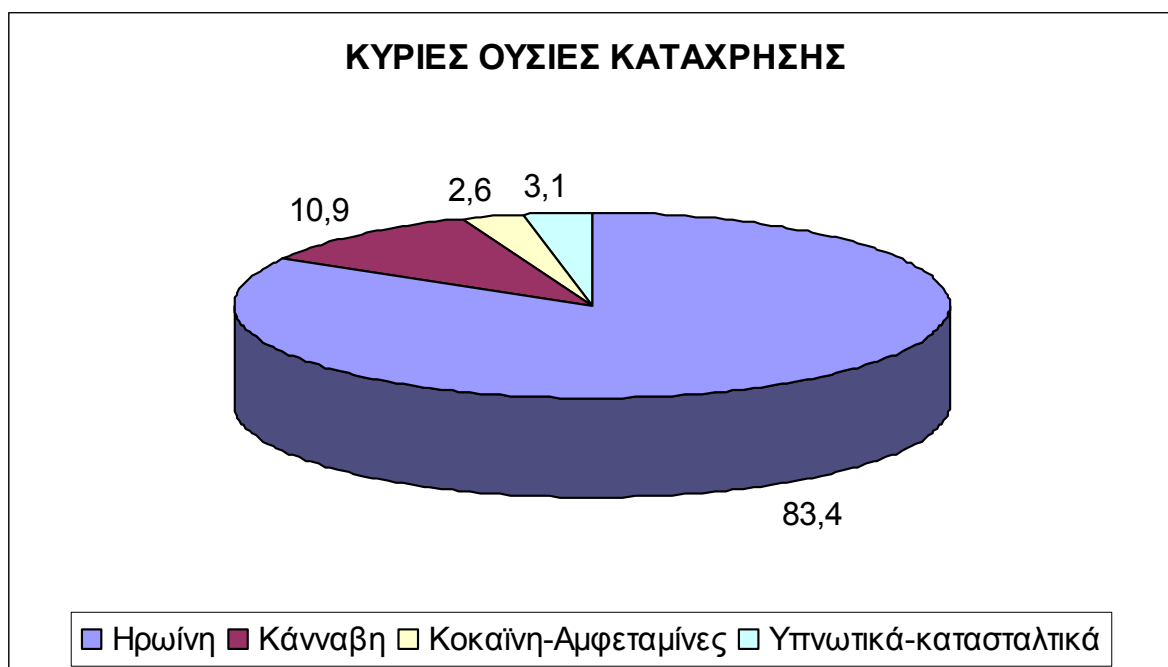
**ΓΡΑΦΗΜΑ 9<sup>ο</sup>:**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 10<sup>ο</sup>:**

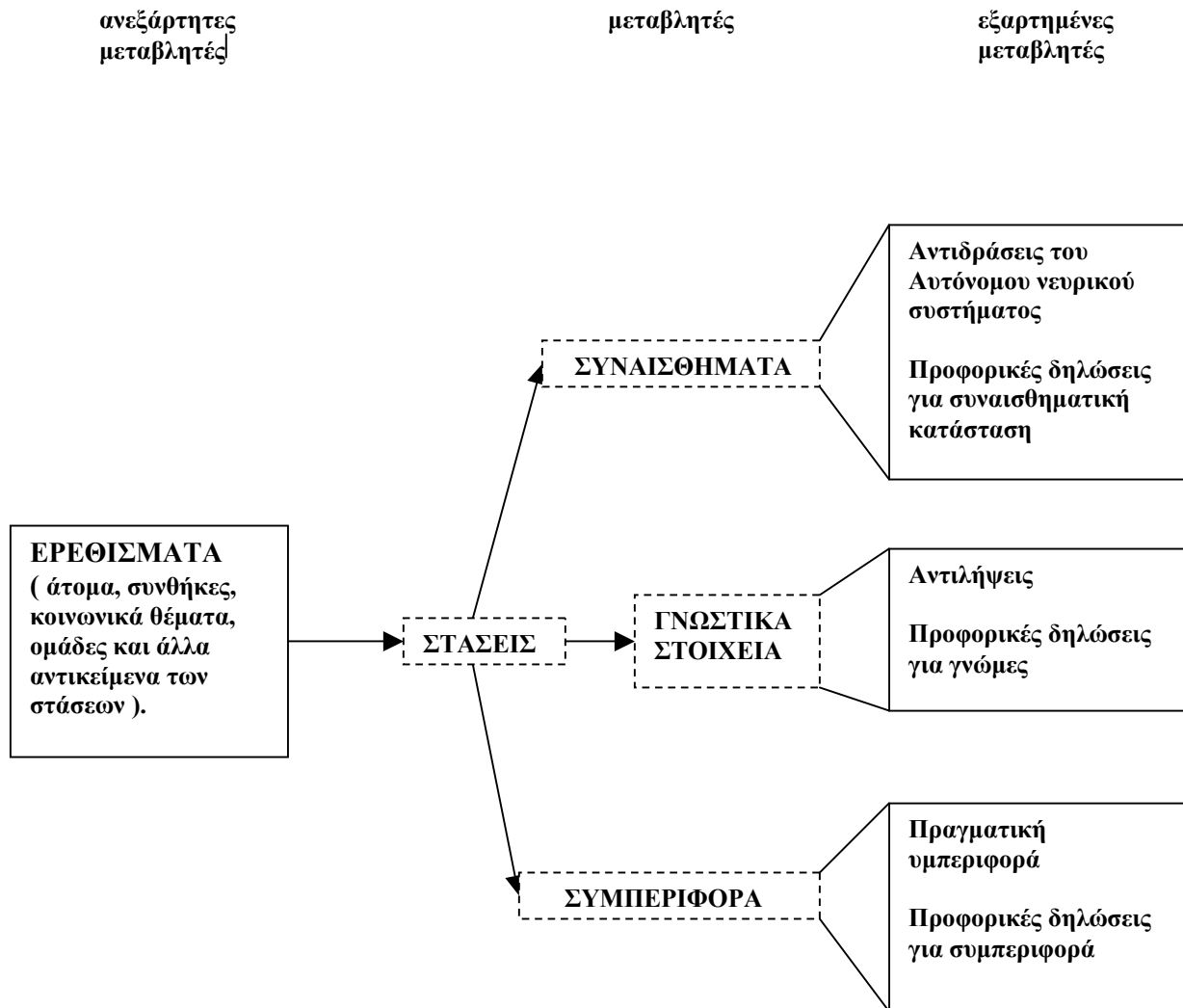


**ΓΡΑΦΗΜΑ 11<sup>ο</sup>:**



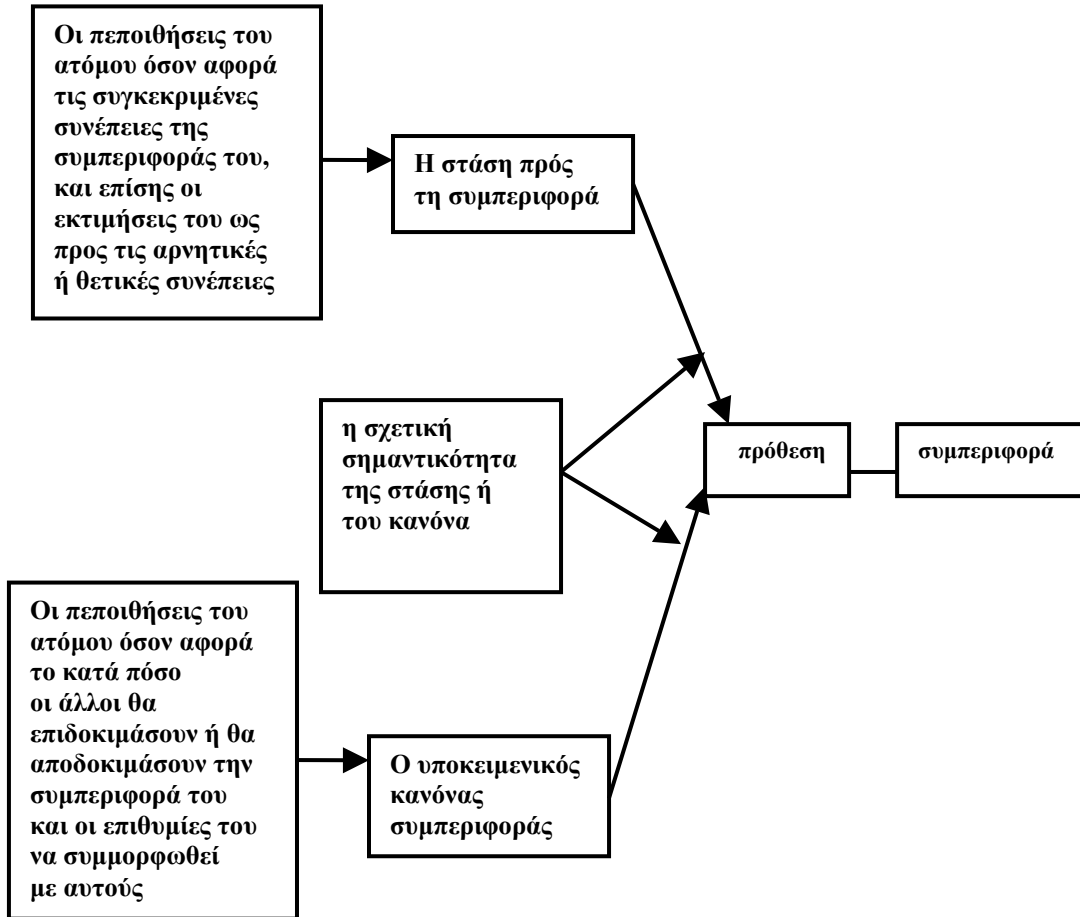
**ΓΡΑΦΗΜΑ 12<sup>ο</sup>:**





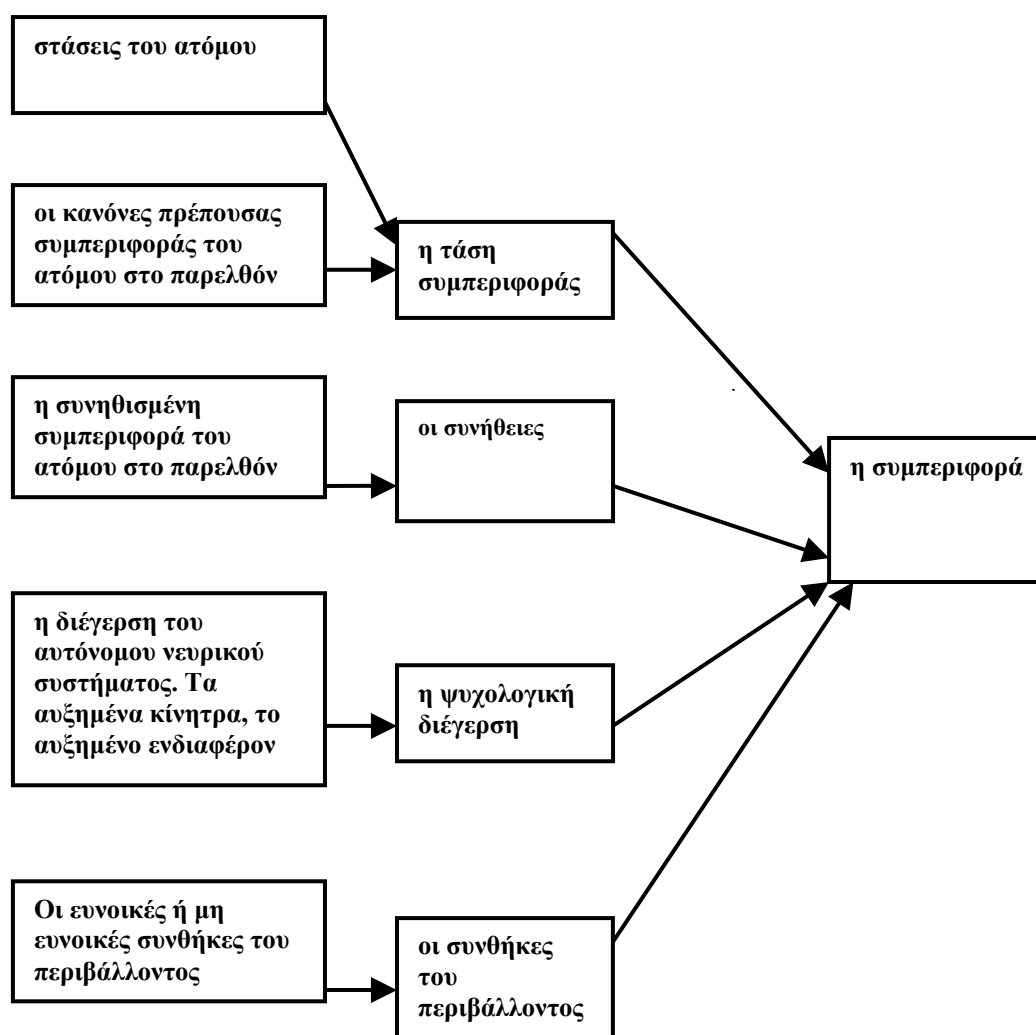
**Σχήμα 1**

Η τρισδιάστατη θεωρία των στάσεων, βασισμένη στους Rosenberg, και Hovland, Cognitive, effective and behavioral components of attitudes, New Haven, Conn.: Yale U., 1960



Σχήμα 2

Η θεωρία της ενδεχόμενης έκφρασης αντιστοιχώς προς τη στάση συμπεριφοράς των I. Ajzen και M. Fishbein, *Understanding Attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J : Prentice- Holt, 1980, σελ. 8.



Σχήμα 3

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ Α' ΚΑΙ Ζ'  
ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ  
ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ  
ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ**

**ΕΞΑΜΗΝΟ:** \_\_\_\_\_

**ΦΥΛΟ:** \_\_\_\_\_

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΘΟΥΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ  
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

**ΕΡΩΤΗΣΗ 1<sup>Η</sup>** : Ποιες εξαρτησιογόνες ουσίες γνωρίζετε;

**ΕΡΩΤΗΣΗ 2<sup>Η</sup>** : Για ποιες από τις παρακάτω γνωρίζετε τις συνέπειες στο  
χρήστη και κατονομάστε δίπλα τουλάχιστον μία.

*Ουσία*  
Κάναβη  
Ηρωίνη  
Κοκαΐνη  
Αμφεταμίνες  
LSD  
Βαρβιτουρικά  
Έκσταση  
Αλκοόλ  
Κάπνισμα

*Συνέπεια:*

**ΕΡΩΤΗΣΗ 3<sup>H</sup>** :Αντιστοιχίστε τις ουσίες με την κατηγορία στην οποία νομίζετε / γνωρίζετε ότι ανήκει. ( δίπλα στην ουσία βάλτε το γράμμα της κατηγορίας )

<i>Κατηγορία</i>	<i>Ουσία</i>
Κανναβοειδή	1. μορφίνη
Οπιούχα	2. χασίς
Διεγερτικά	3. ηρωίνη
Ψευδαισθησιογόνα	4. μεθαδώνη
Κατασταλτικά	5. έκσταση
Εισπνεόμενα	6. κοκαΐνη
Λοιπές ουσίες	7. LSD
	8. αμφεταμίνες
	9. χασισέλαιο
	10. μαριχουάνα
	11. αεροζόλ
	12. οινόπνευμα
	13. βαρβιτουρικά
	14. αντισταμινικές ουσίες
	15. καπνός
	16. αλκοόλ

**ΕΡΩΤΗΣΗ 4<sup>H</sup>** : Πόσα είναι τα επίπεδα πρόληψης; (κυκλώστε το σωστό )

Ένα

Δύο

Τρία

**ΕΡΩΤΗΣΗ 5<sup>H</sup>** : Γνωρίζετε κάποιο πρόγραμμα πρόληψης ή έχετε παρακολουθήσει κάποιο; Αν ναι , αναφέρετε ποιο ήταν αυτό και που το παρακολουθήσατε;

Όχι

Ναι \_\_\_\_\_



**ΕΡΩΤΗΣΗ 6<sup>Η</sup>** : Γνωρίζετε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης εξαρτημένων ατόμων; Αν ναι , ποιο είναι αυτό;

Όχι

Ναι \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 7<sup>Η</sup>** : Κατά τη γνώμη σας , πόσο χρόνο διαρκεί ένα πρόγραμμα απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ;

10-12 μήνες

12-24 μήνες

24-30 μήνες

**ΕΡΩΤΗΣΗ 8<sup>Η</sup>** : Γνωρίζετε για τον διαχωρισμό των ναρκωτικών σε «σκληρά» και «μαλακά» ; Αν ναι αναφέρετε τουλάχιστον μία ουσία σε κάθε κατηγορία.

Όχι

Ναι Σκληρά : \_\_\_\_\_

Μαλακά: \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 9<sup>Η</sup>** : Συμφωνείτε με τον παραπάνω διαχωρισμό;

Ναι

Όχι

**ΕΡΩΤΗΣΗ 10<sup>Η</sup>** : Γνωρίζετε αν η παραπάνω διάκριση ισχύει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες; Αν ναι , σε ποιες;

Όχι

Ναι \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 11<sup>Η</sup>** : Γνωρίζετε από ποιες χώρες γίνεται η εισαγωγή των παρακάτω εξαρτησιογόνων ουσιών; Αναφέρετε δίπλα από κάθε ουσία τη χώρα προέλευσης.

Κάνναβη

Ηρωίνη

Κοκαΐνη

**ΕΡΩΤΗΣΗ 12<sup>Η</sup>** : Γνωρίζετε κάποιον χρήστη ναρκωτικών ουσιών;

Όχι

Ναι

**ΕΡΩΤΗΣΗ 13<sup>Η</sup>** : Έχετε κάνει εσείς προσωπικά χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών; Αν ναι, ποια ουσία;

Όχι

Ναι \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 14<sup>H</sup>** : Έχετε την περιέργεια να δοκιμάσετε κάποια εξαρτησιογόνο ουσία; Αν ναι ποια και γιατί;

Όχι

Ναι

\_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 15<sup>H</sup>** : Κατά πόσο πιστεύετε ότι τα ναρκωτικά οδηγούν στα παρακάτω κοινωνικά φαινόμενα;

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Ανθρωποκτονίες				
Ληστείες				
Πορνεία				
Ατυχήματα				
Διαζύγιο – φυγή				
Περιθωριοποίηση – ρατσισμό				

**ΕΡΩΤΗΣΗ 16<sup>H</sup>** : Με ποια από τις παρακάτω στάσεις απέναντι στο χρήστη και κατά πόσο συμφωνείτε;

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
« ο χρήστης πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ασθενής »				
« ο εθισμός είναι επιλογή και όχι ασθένεια »				

**ΕΡΩΤΗΣΗ 17<sup>H</sup>** : Για ποιους από τους παρακάτω λόγους και κατά πόσο πιστεύετε ότι ένα άτομο γίνεται χρήστης ναρκωτικών ουσιών;

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Προσωπική επιλογή				
Φταίει η «κοινωνία»				
Παρασύρθηκε από την «παρέα»				
Οικογενειακά προβλήματα				
Ψυχολογικά προβλήματα				

**ΕΡΩΤΗΣΗ 18<sup>H</sup>** : Θα δηλώνατε ποτέ εθελοντική συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης για να βοηθήσετε τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών; Γιατί;

Όχι

Ναι

Γιατί; \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 19<sup>H</sup>** : Έχετε βοηθήσει ποτέ οικονομικά ή ψυχολογικά κάποιον χρήστη ναρκωτικών ουσιών;

Όχι

Ναι Με ποιο τρόπο; \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 20<sup>H</sup>** : Θα συνάπτατε ποτέ ερωτικές ή φιλικές σχέσεις με κάποιον ο οποίος είναι κατ' εξακολούθηση χρήστης ναρκωτικών ουσιών;

Όχι

Ναι

**ΕΡΩΤΗΣΗ 21<sup>H</sup>** : Θα συνάπτατε ποτέ ερωτικές ή φιλικές σχέσεις με κάποιον ο οποίος έκανε παλαιότερα χρήση ναρκωτικών ουσιών και τώρα έχει αποτοξινωθεί μέσω προγράμματος απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης;

Όχι

Ναι

**ΕΡΩΤΗΣΗ 22<sup>H</sup>** : Πιστεύετε ότι τα προγράμματα απεξάρτησης λειτουργούν σωστά και ολοκληρωμένα και προσφέρουν πραγματικές ευκαιρίες κοινωνικής επανένταξης στους χρήστες; Για ποιο λόγο;

Όχι

Ναι

Για ποιο λόγο; \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 23<sup>H</sup>** : Όταν αντικρίζετε κάποιον ναρκομανή – εξαρτημένο χρήστη ναρκωτικών ουσιών ποια από τα παρακάτω συναισθήματα σας κυριεύουν και κατά πόσο; Ταξινομήστε τα δίπλα από το μεγαλύτερο στο μικρότερο.

Φόβο 1.

Οίκτο 2.

Συμπόνια 3.

Απάθεια – αδιαφορία 4.

Συμπάθεια 5.

**ΕΡΩΤΗΣΗ 24<sup>H</sup>**: Πιστεύετε ότι η πολιτική που ακολουθείτε στη χώρα μας επιφέρει ορθά αποτελέσματα;

Όχι

Ναι

**ΕΡΩΤΗΣΗ 25<sup>H</sup>** : Γνωρίζετε ποιες οι ποινές για τον χρήστη και ποιες για τον έμπορο ναρκωτικών στη χώρα μας; Αναφέρετε τουλάχιστον μία.

Όχι

Ναι

Έμπορος : \_\_\_\_\_ Χρήστης : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 26<sup>H</sup>** : Γνωρίζετε τι σημαίνει αποποινικοποίηση των « μαλακών » ναρκωτικών; Αν ναι δώστε έναν ενδεικτικό ορισμό.

Όχι

Ναι

\_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 27<sup>H</sup>** : Συμφωνείτε με την αποποινικοποίηση των « μαλακών » ναρκωτικών;

Όχι

Ναι

**ΕΡΩΤΗΣΗ 28<sup>H</sup>** : Γνωρίζετε αν ισχύει η αποποινικοποίηση των μαλακών  
ναρκωτικών σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες; Αν ναι σε ποιες;

Όχι

Ναι \_\_\_\_\_

**ΕΡΩΤΗΣΗ 29<sup>H</sup>** : Μέχρι τώρα ποια μαθήματα ( σχολικά ή άλλα ),  
συναντήσεις, ενημερώσεις , συνεδριάσεις ,σας βοήθησαν στη διαμόρφωση της  
στάσης σας απέναντι στα ναρκωτικά;

**ΕΡΩΤΗΣΗ 30<sup>H</sup>** : Εσείς ποια μέτρα θα προτεινάτε για την πάταξη του  
προβλήματος των ναρκωτικών και γιατί;

## **ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΟ**

Κ.Ν.Σ. = Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Ε.Κ.Ε. = Εθνικό Κέντρο Ερευνών

Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. = Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ίδρυμα Ψυχικής Υγιεινής

Ο.ΚΑ.ΝΑ. = Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. = Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης Πληροφοριών για τα Ναρκωτικά

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

Τ.Α. = Τοπική Αυτοδιοίκηση

Δ.Θ.Υ.Π. = Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας

Μ.Μ.Ε. = Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Ε.Κ.Τ. = Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Ε.Δ.Α.Σ. = Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων

Α.Κ.Μ.Α. = Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης Ανθρώπου

Ο.Α.Ε.Δ. = Οργανισμός Ανεύρεσης Εργατικού Δυναμικού

Ε.Σ.Ε.Α.Ν. = Επιτροπή Σωστής Ενημέρωσης Αντιμετώπισης Ναρκωτικών

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

- 1) M.Gossop, M.Grant, “Κατάχρηση ουσιών – πρόληψη και έλεγχος”  
απόδοση στα Ελληνικά Δ.Ν.Σιατάρας, επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης
- 2) Gordon Allport, Attitudes, στο σύγγραμμά του C.Mc Furchison,  
handbook of social psychology, Worcester Mass Clark, U., 1935.
- 3) Δημητρίου Γεώργια, Κοινωνική Ψυχολογία, τόμος Α'-Β' , Γ' έκδοση,  
καθηγητής κοινωνικής ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα , 1990.
- 4) Rosenberg – Hovland, Cognitive, effective and behavioral components of  
attitudes, New Haven, Conn. Yale U., 1960.
- 5) Triandis, H.C. Attitude and attitude change, New York, Willey, 1971
- 6) Rockeah, M Beliefs, attitudes and values, San Francisco: Jossey Bass , 1968
- 7) Sherif, C.W. , M.& Nebergall, R.E. Attitude and attitude change,  
Philadelphia, : Saunders, 1965
- 8) Triandis,H.C.Vassiliou,V. & Nassiakou, M. Three Cross- cultural studies of  
subjective culture, Journal of Personality and social psychology,  
Monograph Supplement,1968,κεφ 8
- 9) Bochner & Insko, C.A., Communicator discrepancy, source credibility and  
opinion change Journal of Personality and social psychology, 1966, κεφ 4.
- 10)Katz.E. & Lazarsfeld, P. F Personal influence, Glensoe, 3 : Free Press  
1955 Berelson, B., Lozarsfeld, P.F. και McPhee, W. N, Voting, Chicago  
U.Chicago 1954
- 11)Hovland, C. I. Lunsdaine, A.A & Sheffield, F.D, studies in social  
psychology in world war 2 Τόμος 3, Princeton, N.J. Prinseton U., 1949.
- 12)Mc Guire, W. J. Order of presentation as a factor in a conditioning  
persuasiveness, στο σύγγραμμά του C. I. Hovland. The order of  
presentation in persuasion, New Haven. Yal U, 1957

- 13) Miller, N. Combell, D.T. Recency and primacy in persuasion as a function of the timing of speeches and measurements, *Journal of abnormal and social psychology*, 1959
- 14) Walster, E, Aronson, E & Abrahams, D. on increasing the persuasiveness of a low prestige communicator. *Journal of experimental social psychology*, 1966, κεφ 2,
- 15) Janis L. Feshbach S. Effects of fear arousing communications , *journal of abnormal and social psychology*, 1953,
- 16) Vassiliou, V, Triandis, H. C & Oncken, G, Intercultural attitude after reading an ethnographia Essay. Urbana, Group effectiveness Research Laboratory, 1968
- 17) Freedman, J. L, Sears, D.O & Carlsmith J.M, *Social psychology*, 7 έκδοση. Englewood Cliffs, N.J: Prentice- Hall, 1978, σελ 338.
- 18) La Pierre, R.T Attitudes versus actions. *Social Forces*, 1934, κεφ 13,
- 19) Ajzen, I και Fishbein, M. Understanding attitude and predicting social behavior Englewood cliffs N.J : Prentice- Hall, 1980
- 20) Jeffrey A. Schaller, *Addiction is a choice*, Chicago 2000
- 21) B. K. Alexander “ Rot Park Chronicle” *British Columbia Medical Journal*, κεφ 22, No 22, Φεβρουάριος 1980.
- 22) Μ.Γ. Στριγγάρης: *Χασίς*, Αθήνα 1964 σελ. 34.
- 23) Κ. Γαρδικίας: *Εγκληματολογία τομ.Α*, εκδ. 1936
- 24) Ν. Μαβίδης: *Η ελληνική νομοθεσία και το πρόβλημα των ναρκωτικών* . Παράρτημα στο «Απαγορευμένο Χόρτο» του C Arnao Εκδ.. Λιβάνης 1983.
- 25) Τ. Φωτόπουλος *Η νέα διεθνής τάξη και η Ελλάδα*, Καστανιώτη 1997



#### ΆΡΘΡΑ – ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- 1) [www.geocities.com/methadon\\_gr](http://www.geocities.com/methadon_gr)
- 2) <http://paroutsas.jmc.gr/drugs/link03.htm>
- 3) [www.ydt.gr](http://www.ydt.gr)
- 4) [www.tovima.dolnet.gr](http://www.tovima.dolnet.gr)
- 5) [www.phantis.gr](http://www.phantis.gr)
- 6) [www.okana.gr](http://www.okana.gr)
- 7) [www.kethea.gr](http://www.kethea.gr)
- 8) [www.ariadni-kethea.gr](http://www.ariadni-kethea.gr)
- 9) [www.kotanidis.gr](http://www.kotanidis.gr)
- 10) [www.kke.gr](http://www.kke.gr)
- 11) [www.neolaia-pasok.gr](http://www.neolaia-pasok.gr)
- 12) [www.onned.gr](http://www.onned.gr)
- 13) [www.electidea.gr](http://www.electidea.gr)
- 14) [www.inclusivedemocracy.ogr/fotopoulos](http://www.inclusivedemocracy.ogr/fotopoulos)
- 15) [www.ethnos.gr](http://www.ethnos.gr)

#### NOMOI

- 1) Ν 1681/1919 Άρθρο 5 παρ. 1
- 2) Ν.6025,2/6 Φεβρουαρίου 1934
- 3) Ν. 1729 / 87 Φεκ 144<sup>Α</sup>/7.8.87