



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Πολιτικές υγείας κατά των εξαρτήσεων “Η περίπτωση των
εξαρτημένων στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα”**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Μ. Σπυριδάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής
Δρ. Χρ. Καραμανίδου, Ψυχολόγος Υγείας

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2014

Copyright © Χρήστος Βασιλόπουλος, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Στη μέλλουσα γυναίκα μου,
Αναστασία

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EMCDDA European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction -

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της
Τοξικομανίας

INCB International Narcotics Control Board

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime

ΕΟΚ Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

ΕΕ Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚΤΕΠΝ Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

ΕΠΙΨΥ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΕΣΥ Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΠΑ Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΚΕΕΛΠΝΟ Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

ΚΕΘΕΑ Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

ΜΑΒΥ Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης

ΜΚΟ Μη Κυβερνητική Οργάνωση

ΝΠΙΔ Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

ΟΑΕΔ Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού

ΟΗΕ Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΟΚΑΝΑ Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣτΠ Συνήγορος του Πολίτη

ΨΝΑ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

ΨΝΘ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΔΑΘ Δείκτης Αίτησης Θεραπείας

ΨΜ Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

ΨΥ Ψυχικής Υγείας

ΨΝ Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

ΠΦΥ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΛΥΨΥ Λήπτες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

ΚΟΙΣΠΕ Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης
ΔΨΥ Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας
LSE London School of Economics
ΕΟΠΥΥ Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Π.Δ Προεδρικό Διάταγμα
Ν.Δ Νομοθετικό Διάταγμα
N.H.S National Health Service (το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας)
ΜΗΣΥΦΑ Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
ΚΕΝ Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΝΣ Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ICD International Classification of diseases
DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HIV Human Immunodeficiency Virus (AIDS)
ΝΙΑΑΑ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NIDA National Institute on Drug Abuse
ΤΕΠ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΑΚ Αστικός Κώδικας
ΑΠΘ Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....	8
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	13
1.1 Πολιτική Υγείας - Ορισμός.....	13
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	13
1.3 Το παρόν της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.....	14
1.4 Το μέλλον της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα στα πλαίσια του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	20
2.1 Εξαρτήσεις - Ορισμός.....	20
2.2 Επιδημιολογία.....	21
2.3 Κατηγορίες εξαρτήσεων.....	24
2.3.1 Οινοπνευματώδη.....	25
2.3.2 Καπνός.....	29
2.3.3 Κανναβινοειδή.....	33
2.3.4 Κοκαΐνη- Διεγερτικές Ουσίες.....	35
2.3.5 Οπιοειδή (μορφίνη- ηρωίνη).....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	41
3.1 Πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών.....	41
3.2 Οι διεθνείς στρατηγικές για τα ναρκωτικά.....	41
3.3 Οι Η.Π.Α και η ενδεχόμενη μελλοντική αποποινικοποίηση της κάνναβης.....	42
3.4 Το σχέδιο δράσεις της Ε.Ε για τα ναρκωτικά.....	44
3.5 Το Εθνικό σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά (2008- 2012).....	46
3.6 Το Νέο σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά.....	48
3.7 Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ).....	50
3.8 Οι Υπηρεσίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	52
3.9 Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α).....	54
3.9.1 Οι Υπηρεσίες του ΚΕ.ΘΕ.Α.....	55

3.9.2 Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.ΘΕ.Α.....	57
3.10 Πολιτικές Ενημέρωσης και Πρόληψης	57
3.11 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	63
4.1 Ο Εξαρτημένος στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα.....	63
4.2 Διερεύνηση του εξαρτημένου για μόνιμες βλάβες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.....	67
4.3 Παρουσίαση Θεραπευτικών Προγραμμάτων στα Ψυχιατρικά Ίδρύματα.....	68
4.4 Η διαδικασία της Ακούσιας Νοσηλείας.....	75
4.5 Η κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων.....	80
4.6 Ο τακτικός επανέλεγχος (follow-up).....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	82
5.1 Ο ρόλος των ψυχοθεραπευτών.....	82
5.2 Ο ρόλος της Ομάδας (Διεπαγγελματική ομάδα).....	83
5.2.1 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου.....	83
5.2.2 Ο ρόλος του Ψυχολόγου ως συμβούλου για τις ουσιοεξαρτήσεις.....	84
5.2.3 Ο ρόλος των Εργοθεραπευτών.....	84
5.2.4 Ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών.....	85
5.2.5 Ο ρόλος των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας.....	86
5.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση σε εξαρτημένα άτομα.....	87
5.4 Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνική επανένταξη.....	88
5.5 Η πιθανότητα υποτροπής στις απαγορευμένες ουσίες.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	91
6.1 Πολιτικές Ψυχικής Υγείας.....	91
6.2 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση.....	91
6.2.1 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή.....	91
6.2.2 Το Εθνικό Πρόγραμμα «Ψυχαργός».....	92
6.3 Τα αποτελέσματα από την υλοποίηση του προγράμματος στη χώρα μας και οι αποκλίσεις σε σχέση με τη βασική φιλοσοφία της αποϊδρυματοποίησης.....	94
6.4 Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις των παρεμβάσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.....	95

6.5 Η εθνική στρατηγική και πολιτική του σχεδίου δράσης ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Γ ΦΑΣΗ και το πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	98
7.1 Ποινικά προβλήματα των χρηστών στον τομέα των εξαρτησιογόνων ουσιών.....	98
7.2 Η ποινική αντιμετώπιση των χρηστών.....	98
7.3 Οι συνέπειες του κοινωνικού στιγματισμού στην επανένταξη.....	100
7.4 Τάσεις και πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στο μέλλον....	101
7.5 Η τοποθέτηση του Π.Ο.Υ και η έρευνα του London School of Economics.....	102
7.6 Ο εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας των εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα.....	103
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	109

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Η χρήση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στα άτομα και στις κοινωνίες σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ουσιοεξάρτηση και η χρήση παράνομων ουσιών συνδέονται με προβλήματα υγείας, τη φτώχεια, τη βία, την εγκληματική συμπεριφορά, και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Παρ' όλα αυτά, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι δυνατόν να προληφθεί και να θεραπευτεί, καθώς υπάρχουν διαθέσιμες αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας.

Στην παρούσα εργασία αναλύεται η φύση και η έκταση του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ελλάδα καθώς και η ανταπόκριση της πολιτείας στο θέμα της χρήσης ναρκωτικών. Παρουσιάζεται μια γενική επισκόπηση των πλέον πρόσφατων προσεγγίσεων στο προβλήματα των ναρκωτικών στην Ελλάδα, της αποτελεσματικότητας των πολιτικών αυτών και των προβλήματα που αντιμετωπίζονται.

Η Ελληνική πολιτεία προσπαθεί να καταπολεμήσει την τοξικομανία με πολιτικές που αφορούν τόσο τη ζήτηση όσο και την προσφορά ναρκωτικών, καθώς και με πολιτικές που μπορούν να περιορίσουν τις βλάβες που συνδέονται με τη χρήση των ναρκωτικών («μείωση βλάβης»). Τα μέτρα για τη μείωση της ζήτησης περιλαμβάνουν την απαγόρευση των ναρκωτικών, τη φυλάκιση για αδικήματα του νόμου περί ναρκωτικών, τη θεραπεία και την πρόληψη. Η μείωση της προσφοράς περιλαμβάνει μέτρα για την καταπολέμηση της εμπορίας ναρκωτικών σε τοπικό επίπεδο και τη συνεργασία με τη διεθνή κοινότητα με στόχο την εξάλειψη της διεθνούς παραγωγής και διακίνησης ναρκωτικών. Στις πολιτικές που μπορούν να συμβάλουν στον περιορισμό των επιπτώσεων της κατάχρησης ναρκωτικών συγκαταλέγονται προγράμματα όπως η διανομή συριγγών και τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων ουσιών.

Τέλος στην εργασία γίνεται προσπάθεια αξιολόγησης των πολιτικών για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών και παρουσιάζονται τα νέα δεδομένα και οι τάσεις στον τομέα των ναρκωτικών.

Λέξεις κλειδιά: Ναρκωτικά, εξάρτηση, πολιτική κατά των ναρκωτικών, πρόληψη, μείωση βλάβης, θεραπεία, απεξάρτηση, επανένταξη.

ABSTRACT – KEYWORDS

Addictions are a multifactorial problem, whose solution is a high concern for the global medical community. Progress in chemistry and pharmaceutical as well as changes in the structure of society and the family are considered some of the reasons of growth of the global phenomenon of addictions.

In the present review we attempt to study the nature, the extension and methods of prevention and treatment of the phenomenon of drug abuse. The purpose of this paper is to highlight the extent of the problem in Greece and record the health policies, institutional initiatives and tools used to treat dependents.

The Greek state is trying to fight drug addiction with policies on both the demand and supply of drugs, as well as policies that can mitigate the harm associated with drug use ("harm reduction"). Measures to reduce demand include the prohibition of drugs, imprisonment for offenses of the law on drugs, treatment and prevention.

The reduction of supply includes measures to combat drug trafficking at the local level and cooperation with the international community to eradicate international drug production and trafficking. The policies that can help to reduce the impact of drug abuse include programs such as needle exchange programs and the administration of substitute substances.

Finally, in this dissertation there is an attempt to evaluate the policies about dealing drugs and new data and trends in the field of drugs are presented.

Keywords: substances addictions, health policies against drug abuse, prevention, harm reduction, treatment, rehabilitation, reintegration.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η δημοσιονομική λιτότητα στην Ελλάδα συνεχίζεται, οι περικοπές στη χρηματοδότηση των φορέων συνεχίζονται κι αυτές. Τα αποθέματα ενέργειας που, από ό,τι φαίνεται, διαθέτουμε οι φορείς και το προσωπικό κινδυνεύουν να εξαντληθούν.

Έτσι, λοιπόν, οι επαγγελματίες του χώρου αυξάνουμε τις προσπάθειές μας, άλλοι σε άμεση επαφή με το πρόβλημα και τον ευάλωτο πληθυσμό της χρήσης και άλλοι παρακολουθώντας και καταγράφοντας τις εξελίξεις. Τόσο οι πρώτοι, όσο και οι δεύτεροι, έχουμε κοινές αγωνίες και ανησυχίες και τις ξεπερνάμε με συνεργασία.

Είναι σημαντικές και θαρραλέες οι προσπάθειες των φορέων και των επαγγελματιών του χώρου της ψυχικής υγείας, και των ναρκωτικών ιδιαίτερα, να σταθούν επάξια στα προβλήματα των ευάλωτων ομάδων και των χρηστών, στα έξι αυτά χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.

Ο ευάλωτος πληθυσμός στην χώρα έχει αλλάξει μορφή, σύνθεση και χαρακτηριστικά. Έχει επίσης αλλάξει και μέγεθος: έχει αυξηθεί ο αριθμός των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων. Τέτοιου είδους μεταβολές αποτελούν η καθεμία ξεχωριστά παράγοντες κινδύνου για τη χρήση ουσιών και την εξάρτηση.

Στον τομέα της εθνικής στρατηγικής, η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών έχει σχεδόν ολοκληρώσει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την περίοδο 2014-2016.

Νοιώθω, λοιπόν, την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους μου τους συναδέλφους σε όλους του φορείς και τα νοσοκομεία της Ελλάδας για την ποιότητα της δουλειάς τους, για τις αντοχές τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα των εξαρτήσεων αποτελεί ένα σύνθετο, πολυπαραγοντικό πρόβλημα με τεράστιες προεκτάσεις σε ατομικό, οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εμφανίζεται πρώιμα στην ανθρώπινη ιστορία καλύπτοντας, διαφορετικές κάθε φορά, κοινωνικο - πολιτιστικές ανάγκες. Οι εξελίξεις στην χημεία, η βιομηχανοποίηση των φαρμάκων, η αλλαγή των δομών και των προτύπων στην κοινωνία, είναι μερικοί από τους λόγους της επέκτασης της χρήσης ναρκωτικών στις μεταβιομηχανικές κοινωνίες. Η κατακόρυφη αύξηση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες που παρατηρείται διεθνώς έχει καταστεί, τις τελευταίες δεκαετίες, από τα πλέον δισεπίλυτα προβλήματα.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί μια πρόκληση για τη παγκόσμια κοινότητα καθώς οι ως τώρα παρεμβάσεις, στο νομοθετικό και κοινωνικό πεδίο, δεν έχουν καταφέρει να περιορίσουν το φαινόμενο των ναρκωτικών. Η πολιτική κατά των ναρκωτικών, παρόλα αυτά, έχει ξεπεράσει το αρχικό επίπεδο των αφορισμών και της «δαιμονοποίησης» και διανύει μια εποχή ωρίμανσης. Γίνεται σταδιακά αντιληπτό ότι η λύση στο θέμα των εξαρτήσεων δεν είναι η καταστολή, αλλά η μείωση της ζήτησης μέσα από παρεμβάσεις στον κοινωνικό χώρο και ο περιορισμός των επιπτώσεων της χρήσης ναρκωτικών.

Στην παρούσα εργασία αναλύεται η φύση και η έκταση του φαινομένου εξαρτήσεων στην Ελλάδα καθώς και η ανταπόκριση της πολιτείας στο θέμα της χρήσης ναρκωτικών. Σκοπός της ανασκοπικής αυτής εργασίας είναι να αναδείξει την έκταση του προβλήματος στην Ελλάδα και να καταγράψει τις πολιτικές υγείας, τις θεσμικές πρωτοβουλίες, τα εργαλεία και τους φορείς που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του εξαρτημένου ατόμου. Παράλληλα γίνεται μια προσπάθεια κριτικής αξιολόγησης των πολιτικών αυτών. Έμφαση δίνεται στις ανεπάρκειες και τις αστοχίες των παρεμβάσεων καθώς και στις νέες προκλήσεις που προοιωνίζουν προβλήματα με τα οποία θα βρεθούμε αντιμέτωποι στο μέλλον.

Αν και υπάρχουν νόμιμες ψυχοτρόπες ουσίες, με ισχυρή εξαρτητική δράση, όπως ο καπνός και το αλκοόλ, δεν αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης στην παρούσα εργασία. Η εργασία αφορά αποκλειστικά τις παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες και κυρίως αναφέρεται στα στάδια που περνά ο εξαρτημένος ασθενής όταν πλέον καλείται από ένα

πρόγραμμα απεξάρτησης να θεραπευτεί σε ένα Ψυχιατρικό Ίδρυμα λόγω συνύπαρξης κάποιας ψύχωσης ή κάποιων ψυχιατρικών νόσων. Επιπροσθέτως, γίνεται αναφορά στην πολιτική ψυχικής υγείας και στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση που βρίσκεται σε εξέλιξη. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την συγγραφή της παρούσας εργασίας βασίστηκε στην βιβλιογραφική μελέτη. Βασικό βοήθημα ήταν οι εκθέσεις και μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), οι ετήσιες εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCDDA) και οι ετήσιες εκθέσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ). Τέλος, πολύτιμες ήταν οι πληροφορίες που αντλήθηκαν από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το ΚΕΘΕΑ, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α) και την βιβλιοθήκη του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνιας "Θριάσιο".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Πολιτική υγείας - ορισμός

Πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Π.Ο.Υ για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics) δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά¹.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του. Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στον χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό την λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή N.H.S), το 1948 στην Μ. Βρετανία². Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» όμως μόλις το 1983 με τον Ν. 1397/83 επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή,

το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας³.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει μία λεπτομερώς σχεδιασμένη και δεσμευτική πολιτική για την υγεία. Αυτό οφείλεται στην εξελικτική ανάπτυξη της Ε.Ε, στην αρχή της επικουρικότητας, αλλά και στο γεγονός ότι το αίτημα της ύπαρξης κρατικών πολιτικών για την υποστήριξη υγείας των πολιτών αποτελεί έναν «εκ των ουκ άνευ» όρο για συμμετοχή στην Ε.Ε.

Όσον αφορά στην ελληνική περίπτωση αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge)⁴.

1.3 Το παρόν της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα

Τα πρότυπα της κοινωνικής πολιτικής και προστασίας του παρόντος αλλά και του μέλλοντος απαιτείται να διαμορφωθούν λαμβάνοντας υπόψη την μακροχρόνια ανεργία, τη μειωμένη συμμετοχή εργασίας στην παραγωγή του προϊόντος, τις νέες μορφές απασχόλησης, τη γήρανση του πληθυσμού, τη χρήση νέων τεχνολογιών στην παραγωγική διαδικασία, την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση και τις νέες σχέσεις ανάμεσα στην αγορά και το κράτος. Στο μέλλον πέρα από την χρηματοδότηση αναμένεται να απασχολήσει τις κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών ο σχεδιασμός των συστημάτων υγείας και η γραφειοκρατία. Στην Ευρώπη προωθείται η περιφερειακή οργάνωση των συστημάτων, ορισμένες μάλιστα χώρες όπως η Σουηδία, η Δανία και η Φιλανδία το έχουν συνδυάσει και με τοπική φορολογία για τα συστήματα υγείας, με στόχο τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση των πολιτών. Επίσης αναπτύσσονται μηχανισμοί ελέγχου ποιότητας των ιατρικών πράξεων και της ασφάλειας των ασθενών. Η Βρετανία συγκρότησε οργανισμό ελέγχου των ιατρικών πράξεων μετά από αναφορά που έκανε λόγο για 10.000 - 15.000 θανάτους ετησίως, οφειλόμενους σε ιατρικά λάθη, ακολουθούν δε η Γαλλία και η

Γερμανία.

Η άλλη πρόκληση αφορά στη σχέση κόστους –οφέλους των νέων ιατρικών τεχνολογιών και φαρμάκων. Δηλαδή πόσο πρέπει να κοστίζει ένα νέο προϊόν σε σχέση με την αποτελεσματικότητά του. Στη Σουηδία, τη Βρετανία, τη Γαλλία, την Ολλανδία και την Πορτογαλία συγκροτήθηκαν εθνικοί οργανισμοί για την ιατρική τεχνολογία.

Ένα άλλο ζήτημα που απασχολεί την πλειονότητα των χωρών της Ευρώπης είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γιατρών. Δίνονται κίνητρα για την συνεχή εκπαίδευση των γιατρών στοχεύοντας στην ανάκτηση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς τους γιατρούς και στην αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών⁵.

Η πολιτική υγείας στη Ελλάδα αναμένεται σαφώς να επηρεαστεί λόγω της οικονομικής, της πολιτικής και πολιτιστικής ένταξης της στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εκτός των προαναφερθέντων μελλοντικών εκσυγχρονιστικών προκλήσεων που είναι κοινές για την Ε.Ε., η Ελλάδα επιπροσθέτως έχει να καλύψει αφενός τη χρονική καθυστέρηση με την οποία συνήθως ακολουθεί τις ευρωπαϊκές εξελίξεις, και να αντιμετωπίσει την ύστατη πρόκληση, την εφαρμογή του προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής λόγω της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας που περνά η χώρα. Επίσης, καλείται να αντιμετωπίσει την απορρόφηση και κοινωνική ενσωμάτωση των οικονομικών μεταναστών, τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υπογεννητικότητα.

Τέλος σπουδαία πρόκληση της υγειονομικής μεταρρύθμισης θα παραμείνει η «μεταρρύθμιση» της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους πολίτες.

1.4 Το μέλλον της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα στα πλαίσια του Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής.

Αναμφίβολα η εφαρμογή του Προγράμματος Δημοσιονομικής Προσαρμογής αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση της Ελλάδας.

Οι νέες πολιτικές υγείας θα αποσκοπούν στην βελτίωση του τομέα υγείας και μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσα από δράσεις, όπως σύστημα κεντρικών προμηθειών στα νοσοκομεία, εισαγωγή νέου χάρτη υγείας, πλήρη εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, νέα τιμολόγηση φαρμάκων κ.α

Στο χώρο των νοσοκομείων σημαντική εξοικονόμηση αναμένεται από την πλευρά των δαπανών, της τάξης των 200 περίπου εκατ. ευρώ σε όλη την περίοδο 2013-16 από την εφαρμογή του νέου υγειονομικού χάρτη και τις μειώσεις των λειτουργικών εξόδων τους.

Το Υπουργείο Υγείας εισάγει νέες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις για την περίοδο 2013-2016 που κυρίως στοχεύουν στον περαιτέρω εξορθολογισμό της οικονομικής και επιχειρησιακής λειτουργίας του ΕΣΥ. Αναγνωρίζοντας την μεγάλη προσπάθεια που έχουν καταβάλλει μέχρι σήμερα οι εργαζόμενοι του κλάδου της Υγείας, αλλά και το σύνολο των Ελλήνων πολιτών για την επίτευξη της δημοσιονομικής προσαρμογής, το σχέδιο του Υπουργείου Υγείας ανταποκρίνεται στις αξίες τις οποίες υπηρετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας για προσφορά υψηλού επιπέδου υπηρεσιών, για ίση και καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και για ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Η φαρμακευτική δαπάνη, παρά την σημαντική εξοικονόμηση που έχει επιτευχθεί, είναι αναγκαίο να περιοριστεί ακόμα με μία δέσμη μέτρων, ορισμένα από τα οποία έχουν ήδη εφαρμοστεί, μέσα στο 2012, ώστε να αποδώσουν πλήρως την επόμενη διετία.

Νέα κριτήρια για τις λίστες των φαρμάκων (Θετική, Αρνητική & ΜΗΣΥΦΑ) έχουν ήδη εκδοθεί. Σύμφωνα με αυτά, όγκος φαρμάκων θα μεταφερθεί ώστε να μειωθεί το σύνολο αυτών που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, διασφαλίζοντας πάντα την κυκλοφορία και την επάρκεια φαρμάκων, απαραίτητα για τον Έλληνα

πολίτη. Θα πραγματοποιηθεί μείωση στον αριθμό των ακριβών και αναποτελεσματικών φαρμάκων, καθώς και επαναπροσδιορισμός συσκευασιών ώστε να αντιστοιχίζονται με τη διάρκεια της θεραπείας, πάντα με βάση διεθνή κριτήρια και πρότυπα. Συγχρόνως θα προωθηθούν και θα εισέλθουν στην αγορά φθηνότερα και αποτελεσματικότερα γενόσημα φάρμακα. Σημαντική εξυγίανση επιτυγχάνεται με την τακτική επικαιροποίηση του δελτίου τιμών φαρμάκων που ολοκληρώθηκε πλέον με τη χρήση διεθνών βάσεων τιμών και δημόσια διαβούλευση δίνοντας τη δυνατότητα για ενστάσεις και εξασφαλίζοντας την απόλυτη διαφάνεια του συστήματος.

Συγχρόνως δίνονται πλέον σημαντικά κίνητρα στους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών σκευασμάτων (ΚΑΚ) να απαιτήσουν χαμηλότερες τιμές αυξάνοντας έτσι την ανταγωνιστικότητα των προϊόντων τους. Ήδη εφαρμόζεται καινοτόμο για τα ελληνικά δεδομένα σύστημα αποζημίωσης των φαρμάκων. Το σύστημα αυτό συνδυάζει την εξασφάλιση της μικρότερης δυνατής συμμετοχής του πολίτη στη φαρμακευτική του αγωγή με την ελαχιστοποίηση της δημόσιας δαπάνης ως αποζημίωση. Εντατικοποιούνται ήδη οι έλεγχοι και εφαρμόζονται κριτήρια, απαραίτητα για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, εντάσσονται νέα ιατρικά πρωτόκολλα και συνδέεται πλέον το συνταγογραφούμενο φάρμακο με την πάθηση του ασθενή μέσω της κατηγοριοποίησης ICD-10. Θέτονται λοιπόν οι βάσεις του προσεχούς συστήματος ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή. Σημαντικές μεταρρυθμίσεις έγιναν ήδη στο σύστημα καθορισμού ποσοστών συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή.

Κύριο άξονα πολιτικής του Υπουργείου Υγείας αποτελεί η διακυβέρνηση του ΕΟΠΥΥ. Οι δράσεις θα επικεντρωθούν σε δύο στόχους:

- α) την εξυγίανση της οικονομικής λειτουργίας και των ελεγκτικών μηχανισμών του οργανισμού και
- β) την ανάπτυξη επιθετικής πολιτικής διαπραγμάτευσης τιμών και εξασφάλισης εκπτώσεων από προμηθευτές και συμβεβλημένους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Οριστικοποιούνται λοιπόν, και διασφαλίζονται οι διαδικασίες υπολογισμού και είσπραξης rebate και clawback (μηχανισμοί επιστροφών) συμπεριλαμβάνοντας το σύνολο των φαρμάκων που διακινούνται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και των

νοσοκομείων.

Αναδιοργανώνεται η δομή και οι διαδικασίες ελέγχου, τιμολόγησης και είσπραξης νοσηλίων για μη Έλληνες πολίτες, θέτοντας έτσι τις πρώτες βάσεις για την ανάπτυξη του Τουρισμού Υγείας. Εφαρμόζεται αντίστοιχο σύστημα τιμών αναφοράς και στα ιατροτεχνολογικά προϊόντα (όπως και στα φάρμακα) ώστε να διασφαλίζεται η πρόσβαση του πολίτη σε δωρεάν παροχές, αλλά να ελέγχονται και τα έξοδα του οργανισμού. Επαναδιαπραγματεύονται συμβόλαια και συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας, αλλά και καθορίζονται διαφορετικά ΚΕΝ (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια) και τιμές αποζημίωσης προς τους παρόχους βάσει ποιοτικών κριτηρίων.

Παράλληλα πραγματοποιείται η Διοικητική Διασύνδεση Νοσοκομείων, μειώνοντας άμεσα το διοικητικό κόστος λόγω οικονομιών κλίμακας. Συγχρόνως προωθείται η συνένωση Νοσοκομείων και κλινικών. Απορροφούμενες, οι μονάδες χαμηλής πληρότητας, προσδίδουν αύξηση αποδοτικότητας και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αναθεώρηση του Χάρτη Υγείας σε δευτεροβάθμιο και πρωτοβάθμιο επίπεδο, διατηρώντας την πλήρη πληθυσμιακή κάλυψη των αναγκών, θα επιφέρει εξορθολογισμό των δαπανών.

Επιπρόσθετα εφαρμόζονται και αναπτύσσονται δείκτες αξιολόγησης του συστήματος Υγείας, για την παρακολούθηση της απόδοσης λειτουργίας των νοσοκομείων. Έχοντας συγκρίσιμα μεγέθη, εντοπίζονται αποκλίσεις και καθοδηγούνται οι ελεγκτικοί μηχανισμοί. Συνεχίζεται η ανάπτυξη του συστήματος αναλυτικής λογιστικής και εσωτερικών ελέγχων. Η επιτάχυνση της εφαρμογής στο σύνολο των μονάδων και οργανισμών του Υπουργείου εξασφαλίζει ποιότητα στοιχείων και με τη σωστή αξιοποίηση αυτών αξιολογείται άμεσα η οικονομική λειτουργία. Οι διαθέσιμες πληροφορίες και δεδομένα από την αναλυτική λογιστική, θα αποτελέσουν πολύτιμο εργαλείο για την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας ώστε να σχεδιάσει την πολιτική κεντρικών προμηθειών αλλά και να ασκήσει, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και τις ΥΠΕ, έλεγχο στην προμήθεια και κατανάλωση των υλικών⁶.

Σημαντικές μεταρρυθμίσεις που αφορούν στην εσωτερική λειτουργία και την διακυβέρνηση των νοσοκομείων σχεδιάζονται ήδη. Η εφαρμογή σύγχρονων

τεχνικών διαχείρισης και ελέγχου στις αποθήκες και την εφοδιαστική αλυσίδα του ΕΣΥ, μεταρρύθμιση στον τρόπο πληρωμής των εργαστηριακών εξετάσεων, αλλά κυρίως αναθεώρηση του συνόλου των συμβάσεων παροχής υπηρεσιών από τρίτους προς τα νοσοκομεία θα οδηγήσουν σε σημαντικότερο περιορισμό των δαπανών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Εξαρτήσεις - Ορισμός

Ο όρος *ναρκωτικό* περιλαμβάνει όλες τις φυσικές, επεξεργασμένες και χημικές ουσίες που προκαλούν μεταβολή του επίπεδο νοητικής λειτουργίας, μεταβολή του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς και έχουν εξαρτησιογόνες ιδιότητες⁷. Οι ορολογίες στον τομέα αυτό είναι διαφορετικές από χώρα σε χώρα, σύμφωνα με έκθεση του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά και τη βία. Οι όροι *ναρκωτικά* και *ψυχοτρόπες ουσίες* χρησιμοποιούνται και οι δύο στη βιβλιογραφία αλλά ο όρος μη φαρμακολογική χρήση ουσίας προτείνεται από την συγκεκριμένη επιτροπή. Ο όρος αυτός θεωρείται φαρμακολογικά ορθότερος, κοινωνικά ηπιότερος και λιγότερο επικριτικός⁸.

Εξάρτηση ορίζεται η κατάσταση απόλυτου εθισμού του ανθρώπου, κατά την οποία κυριαρχείται από την έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας ή του αντικειμένου, την οποία θεωρεί απαραίτητη για τη λειτουργία του⁷. Το άτομο που κυριαρχείται από εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την έντονη προσήλωση ενός ατόμου προς ένα αντικείμενο ή άλλο άτομο. Ο εξαρτημένος δημιουργεί και επικεντρώνει τη ζωή του γύρω από το αντικείμενο της εξάρτησής του.

Η εξάρτηση διαχωρίζεται σε *σωματική ή φυσική* και σε *ψυχολογική*⁸. Η *σωματική εξάρτηση* εμφανίζεται όταν το σώμα του ατόμου έχει προσαρμοστεί στην ουσία και αναπτύσσει συμπτώματα όταν σταματήσει η χρήση αυτού καθώς και αίσθημα ανάγκης αύξησης της δόσης της ουσίας, όπως πχ. το *φαινόμενο της ανοχής ή αντοχής*. Σύμφωνα με το παραπάνω φαινόμενο το άτομο αυξάνει την ποσότητα της ουσίας για να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ακόμη άλλο ένα συχνό χαρακτηριστικό της σωματικής εξάρτησης είναι το φαινόμενο του στερητικού συνδρόμου.

Η σωματική χαρακτηρίζεται από τα εξής⁸:

- 1) Ψυχαναγκαστική επιθυμία για την εξεύρεση και χρήση της ουσίας ή του αντικειμένου
- 2) Σταθερή τάση για αύξηση της δόσης

- 3) Εμφάνιση συνδρόμου στέρησης(εμφανίζεται και στην ψυχολογική εξάρτηση)

Η *ψυχολογική εξάρτηση* εμφανίζεται όταν ο άνθρωπος έχει ανάγκη από τη χρήση της ουσίας για να νιώσει καλά, να διώξει το άγχος ή την ψυχική πίεση ή απλά για να νιώθει φυσιολογικός και να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η ψυχολογική εξάρτηση, σε σύγκριση με τη σωματική, είναι πιο σημαντική και είναι αυτή που απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπιστεί. Δε δημιουργούν όλες οι ουσίες και τις δυο μορφές εξάρτησης. Η ψυχολογική εξάρτηση είναι κατά κανόνα ένα πρώιμο στάδιο της σωματικής. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ψυχολογικής εξάρτησης⁸:

- 1) Επιθυμία συνεχούς χρήσης του αντικειμένου ή της ουσίας
- 2) Απουσία ή μικρή τάση για αύξηση της δόσης
- 3) Ψυχική μόνο εξάρτηση από κάποια ευχάριστη ενέργεια της ουσίας (πρόκληση ηδονής)
- 4) Δυσάρεστη αντικοινωνική συμπεριφορά

Ο δρόμος που οδηγεί στην εξάρτηση είναι μια μακροχρόνια και εξατομικευμένη διαδικασία. Το πρόβλημα των εξαρτήσεων είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που έχει σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς παράγοντες καθώς εξαρτάται και από το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας στην οποία ανήκει το άτομο⁹.

2.2 Επιδημιολογία

Ιστορικά η χρήση των ψυχοτρόπων ουσιών ανάγεται στην αρχαιότητα, για παράδειγμα η χρήση της ινδικής κάνναβης από διάφορους λαούς για θεραπευτικούς σκοπούς, το φαινόμενο όμως της κατάχρησης που έχει ως

επακόλουθο τον εθισμό αφορά κυρίως τις σύγχρονες κοινωνίες που μετά το Δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε η ραγδαία αύξηση της χρήσης τους⁷. Τα στοιχεία αναδεικνύουν μία παγκόσμια αύξηση του φαινομένου τόσο στις ανεπτυγμένες χώρες όσο και στις αναπτυσσόμενες. Σύμφωνα την Ετήσια Έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά (INCB)¹⁰ για το 2013, η ηρωίνη, η κάνναβη και η κοκαΐνη είναι οι πιο συχνές ουσίες κατάχρησης που αναφέρονται από πρώην χρήστες που εντάσσονται σε θεραπεία σε όλο τον κόσμο. Από τους περίπου 4,5 εκατομμύρια χρήστες ουσιών που χρειάζονται θεραπεία παγκοσμίως, μόνο 1 στους 6 είναι ενταγμένος σε κάποιο πρόγραμμα.

Στην Ελλάδα το 1983 δημιουργήθηκε το πρώτο εθνικό πρόγραμμα καταγραφής το οποίο βασιζόταν στα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας για την καταγραφή συλλήψεων για χρήση ουσιών. Το δείγμα ήταν 3.669 άτομα από τα οποία οι περισσότεροι ήταν χρήστες ινδικής κάνναβης. Τελευταίες καταγραφές από την ελληνική αστυνομία δείχνουν ότι 12.817 ήταν τα κατηγορούμενα άτομα για το έτος 2010-2012¹¹. Το πλήρες και ακριβές νούμερο των ατόμων είναι δύσκολο να υπολογιστεί και ο κατάλογος της αστυνομίας είναι μια αδρή καταγραφή του προβλήματος. Ένας άλλος τρόπος καταγραφής είναι ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας δηλαδή η αίτηση προσέλευσης των εξαρτημένων ατόμων στις υπηρεσίες των δομών απεξάρτησης. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΕΠΠΨΥ σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το ΕΚΤΠΝ για τα 2011 ο αριθμός των εγγραφών είναι στο 4.689 και ο κρυμμένος πληθυσμός υπολογίζεται περίπου στα 17.926 άτομα¹².

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η τελευταία έκθεση που παρείχε στοιχεία για τον γενικό πληθυσμό ήταν η «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» από το ΕΠΠΨΥ, η οποία υλοποιήθηκε το 2004 (n= 4.774, 12-64 ετών, προσωπική συνέντευξη στο νοικοκυριό) και δημοσιεύτηκε και στην ετήσια έκθεση του ΕΠΠΨΥ σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το ΕΚΤΠΝ για τα ναρκωτικά για το έτος 2013. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας αυτής, σχεδόν ένα στα 11 άτομα ηλικίας 15-64 ετών (9% του δείγματος, περίπου 670.000 άτομα του πληθυσμού ηλικίας 12-64) ανέφεραν χρήση παράνομης ουσίας (κυρίως κάνναβης) έστω και μία φορά στη ζωή¹³. Στην ίδια έκθεση παρατίθενται στοιχεία για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό

πληθυσμό και είναι διαθέσιμα από την έρευνα του ΕΠΙΨΥ «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2011 με τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ και τη συμμετοχή των Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 37.000 μαθητών ηλικίας 13-19 ετών από συνολικά 676 σχολεία της χώρας. Σύμφωνα με την έρευνα:

- Χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφερε το 2011 σχεδόν ένας στους 6 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών (15,3%).
- Η κάνναβη (13,4%) και οι εισπνεόμενες ουσίες (14,1%) είναι οι ουσίες που αναφέρονται συχνότερα από τους μαθητές. Η χρήση των άλλων ουσιών δεν ξεπερνά το 3% το 2011.
- Διπλάσιο ποσοστό αγοριών (21,1%) από ότι κοριτσιών (9,4%) αναφέρουν χρήση ουσιών. Σημαντικές διαφορές στα φύλα χαρακτηρίζουν όλες τις παράνομες ουσίες.
- Με την ηλικία αυξάνεται το ποσοστό των μαθητών που αναφέρουν χρήση: αναφέρουν χρήση παράνομων ουσιών το 7,4% των 15χρονων, ενώ το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται στην ηλικία των 18 ετών (21,9%). Σημειώνεται ότι το 40,2% των 19χρονων που βρίσκονται ακόμα στο σχολείο αναφέρουν χρήση παράνομων ουσιών, αν και το δείγμα των μαθητών αυτής της ηλικίας δεν είναι αντιπροσωπευτικό για το σύνολο της χώρας. Ποσοστό 1,7% των 13-14χρονων μαθητών ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή
- Η επικράτηση της χρήσης είναι υψηλότερη στην Αθήνα (19,3%) και στη Θεσσαλονίκη (19,4%), συγκριτικά με τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας (12,0%).

Επιπλέον ετήσια στοιχεία παρέχει και κάθε μονάδα και δομή ανεξάρτησης. Το ΚΕΘΕΑ για παράδειγμα εξυπηρέτησε βάσει των στοιχείων του, περίπου 13.500 άτομα και τις οικογένειές τους για το έτος 2013¹⁴.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των χρηστών που πάσχουν εξάρτηση από κάποια από τις παραπάνω ουσίες, είναι η *αποτοξίνωση*, η *απεξάρτηση* και η κοινωνική επανένταξη. Η *αποτοξίνωση* αφορά την αποβολή των ουσιών που υπάρχουν στον οργανισμό και αφορούν κυρίως το στάδιο στέρησης. Η *απεξάρτηση* είναι μία μακρόχρονη διαδικασία που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία κυρίως υποστηρικτική και οικογενειακή και αφορά την ψυχολογική εξάρτηση που προκαλούν οι ουσίες αυτές. Το στάδιο της *κοινωνικής επανένταξης* είναι ίσως και το πιο κρίσιμο και απαιτεί συνεχή υποστήριξη από διεπιστημονική ομάδα και ομάδα υποστήριξης.

Τη σημασία των προγραμμάτων απεξάρτησης τόνισε και η φετινή Ετήσια Έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά (INCB)¹⁰ για το 2013 καθώς, η επένδυση στη θεραπεία είναι οικονομικά ανταποδοτική και κοστίζει λιγότερο στην πολιτεία από το να μην προσφέρει τέτοιου είδους υπηρεσίες, αφήνοντας τα άτομα να παραμείνουν στη χρήση, ή από τον εγκλεισμό. Για κάθε 1 δολάριο που ξοδεύεται σε προγράμματα θεραπείας και πρόληψης εξοικονομούνται μέχρι και 10 δολάρια. Η εξοικονόμηση προκύπτει από τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, δίωξης, απονομής της ποινικής δικαιοσύνης, σωφρονισμού καθώς και των άλλων δαπανών που συνδέονται με τη ζωή των ατόμων στη χρήση.

Στην Ελλάδα, όπως ανέφεραν οι εκπρόσωποι του ΚΕΘΕΑ στην ετήσια έκθεση απολογισμού για το 2013, αντίστοιχη έρευνα για τις θεραπευτικές κοινότητες του οργανισμού έδειξε ότι για κάθε 1€ που δίνεται για τη λειτουργία τους η εξοικονόμηση φτάνει μέχρι και τα 6,5 €¹⁴.

2.3 Κατηγορίες εξαρτήσεων

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα των ασθενειών ICD (International Classification of diseases), που στην περίπτωση των εξαρτήσεων είναι πιο εύχρηστο από το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι τα οιοπνευματώδη, τα οπιοειδή, τα κανναβιοειδή, τα ηρεμιστικά, η κοκαΐνη και άλλες διεγερτικές ουσίες, τα ψευδαισθησιογόνα, ο καπνός και οι πτητικές/διαλυτικές ουσίες. Οι ουσίες αυτές

δρουν στο ΚΝΣ και προκαλούν: 1) οξεία τοξίκωση (μετά από πρόσληψη μεγάλης δόσης), 2) επιβλαβή χρήση, 3) κατάσταση απόσυρσης (στέρησης), 4) ψυχωσική διαταραχή, 5) αμνησιακό σύνδρομο, 6) υπολειμματική ή όψιμη ψυχωσική διαταραχή. Ακόμη εξάρτηση είναι αποδεδειγμένο ότι προκαλούν τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τα τυχερά παιχνίδια καθώς και το διαδίκτυο^{7,8}.

2.3.1 Οιοπνευματώδη

Το *αλκοόλ* (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) είναι φάρμακο ισχυρά εξαρτησιογόνο, ιδίως όταν καταναλώνεται για μεγάλη χρονική περίοδο. Απορροφάται ταχέως από το στομάχι και διανέμεται γρήγορα στην κυκλοφορία του σώματος. Το 90-95% διασπάται στο ήπαρ, ενώ το υπόλοιπο αποβάλλεται από τους πνεύμονες, τα ούρα και το δέρμα⁸. Ο όρος *αλκοολισμός* αναφέρεται για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία από έναν Ολλανδό γιατρό στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ αναλύθηκε σε νόσο το 1792 από το γιατρό John Coakley Lettson⁸. Αλκοολισμός σημαίνει δηλητηρίαση από αλκοόλ και παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και χρόνια μέθη. Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οιοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βαθμό πληρώσεως στομάχου, ιδιοσυγκρασία, φύλο κ.τ.λ.) υπάρχουν διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κώμα και θάνατος. Στη χρόνια μέθη έχουμε καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης⁷. Στον χρόνια αλκοολισμό, παρουσιάζονται διαταραχές ποικίλου βαθμού του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα) του ήπατος, (αλκοολική κίρρωση, δηλαδή καταστροφή του ιστού του οργάνου) του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση). Επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αλκοολισμό παρουσιάζουν συνήθως διαταραχές της συμπεριφοράς, χαρακτηριζόμενες από αστάθεια της ψυχικής διαθέσεως, περιορισμό της ικανότητας κρίσεως και της βουλήσεως, ηθική κατάπτωση⁷. Ο όρος αλκοολισμός δηλαδή σημαίνει την υπερβολική χρήση οιοπνεύματος, την εξάρτηση από το οινόπνευμα αλλά και τις βλάβες που αυτό προκαλεί στον οργανισμό του ατόμου που έχει υποστεί εξάρτηση από την ουσία αυτή.

Σε στατιστικές μελέτες που διεξήχθησαν στην Ευρώπη, βρέθηκαν περίπου 40 εκατομμύρια πάσχοντες από αλκοολισμό. Δηλαδή από τους 742,5 εκατ. κατοίκους της ΕΕ το ποσοστό ανέρχεται σε 5,38 % για το έτος 2013 σύμφωνα με στοιχεία του European Drug Report του European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction για το έτος 2014¹⁵.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών οι έφηβοι αρχίζουν από τα πρώτα κιόλας στάδια της εφηβείας τους τη χρήση οινοπνευματώδη ποτών. Η μελέτη του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά), που ασχολείται και με το αλκοόλ, για το 2006 καταδεικνύει ποσοστό της τάξεως του 65,4% των εφήβων, καταναλώνει αλκοολούχα ποτά σε χώρους, όπου σύμφωνα με το νόμο απαγορεύεται η κατανάλωσή τους από άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. Το ποσοστό αυτό ανεβαίνει ακόμα περισσότερο, αν προστεθεί σε αυτό και το 4,6% των εφήβων που αναφέρουν ότι καταναλώνουν αλκοολούχα σε εστιατόρια και ταβέρνες¹³. Η πλειοψηφία των Ελλήνων μαθητών στην ηλικία των 11 ετών έχουν όχι απλώς δοκιμάσει οινοπνευματώδη ποτά σε ποσοστό 69%, αλλά πίνουν συστηματικά μπίρα το 17% και το 14% κρασί μια φορά τον μήνα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹⁶.

Ο αλκοολισμός είναι η εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ. Είναι νόσος και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα. Σύμφωνα με το ICD-10 και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει ορίσει τα κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ.^{7,17}.

Αυτά είναι:

1. Ανοχή. Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
2. Σύνδρομο Στέρησης. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία κ.τ.λ.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
3. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
4. Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.

5. Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οينوπνεύματος.
6. Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.
7. Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα υγείας εξαιτίας του οينوπνεύματος.

Ο συνδυασμός τριών από τα παραπάνω κριτήρια σε μια περίοδο 12 μηνών θέτει τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ (αιθανόλη). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω σημεία χαρακτηρίζουν την τυπική μορφή του αλκοολισμού χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να παρουσιάζει αποκλειστικά αυτά προκειμένου να θεωρηθεί αλκοολικός.

Η θεραπευτική προσέγγιση του αλκοολισμού είναι εξατομικευμένη και εξαρτάται από τον βαθμό εξάρτησης του ατόμου καθώς και τις βλάβες που έχει προκαλέσει η υπερκατανάλωση της αλκοόλης στον οργανισμό. Τα στερητικά σύνδρομα κυρίως αντιμετωπίζονται με βενζοδιαζεπίνες, λόγω της αντισπασμωδικής τους δράσης και της διασταυρούμενης ανοχής¹⁸. Η φάση του στερητικού συνδρόμου ενδέχεται, ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης που έχει αναπτύξει το άτομο, να είναι υποχρεωτική η εισαγωγή του σε νοσηλευτικό ίδρυμα για την καλύτερη αντιμετώπιση των εκδηλώσεών του. Η θεραπεία του αλκοολισμού περιλαμβάνει την αντιμετώπιση ακόλουθων σταδίων:

- Οξείας τοξίκωσης (overdose)
- Συνδρόμου Στέρησης
- Delirium Tremens (D T)
- Νευρολογικών και Ψυχιατρικών διαταραχών σχετιζόμενων με το αλκοόλ (νοητικές δυσλειτουργίες)

Το πρώτο στάδιο της θεραπείας ξεκινάει με την αξιολόγηση της εξάρτησης του ασθενή και την ενδοκλινική αντιμετώπιση, εάν αυτή κριθεί απαραίτητη.

1. Αξιολόγηση κατάχρησης/ εξάρτησης με κριτήρια ICD-10 ή DSM-IV (Revised)
2. Ιστορικό DT (Delirium Tremens) η Επιληπτικών κρίσεων (E)
3. Συνύπαρξη κατάχρησης/ εξάρτησης άλλης ουσίας
4. Προηγούμενες απόπειρες διακοπής – Διάρκεια διακοπής
5. Αξιολόγηση υποστηρικτικού Πλαισίου (Οικογένεια –Εργασία –Κοινότητα)
6. Ύπαρξη Γνωσιακών Διαταραχών
7. Έλεγχος συνοσηρότητας Ψυχικών Διαταραχών
 - Κατάθλιψη
 - Έντονο άγχος
 - Ψυχωτική Διαταραχή
 - Αυτοκτονικότητα- Παραυτοκτονικότητα
8. Σωματική νόσος
 - Οξεία (οξεία νεφρική ανεπάρκεια)
 - Χρόνια (κίρρωση ήπατος)

Η χρήση Βενζοδιαζεπίνης είναι θεραπεία εκλογής για το Στερεοτικό Σύνδρομο από το Αλκοόλ. Σύμφωνα με την θεραπεία αυτή:⁹

1. Χορηγούνται για 7-10 ημέρες
2. Η χορήγηση εξαρτάται από τις συνθήκες
3. Η χλωροδιαζεποξίδη είναι η βενζοδιαζεπίνη εκλογής σε σύνδρομο στέρησης χωρίς επιπλοκές
4. Βραχείας δράσεως Βενζοδιαζεπίνες (οξαζεπάμη) χορηγούνται σε περιπτώσεις ηπατοπάθειας και ασθενών προχωρημένης ηλικίας.
5. Μακράς δράσεως Βενζοδιαζεπίνες είναι καλύτερες για την πρόληψη «Ε» κρίσεων και DT
6. Η χορήγηση των Βενζοδιαζεπινών γίνεται με διαφόρους τρόπους:

- Δόση εφόδου
- Εξαρτωμένη από τα συμπτώματα σε ασθενείς χωρίς επιπλοκές
- Σταδιακή μείωση αγωγής

Η αποτοξίνωση του πάσχοντα από αλκοολισμό θα πρέπει να γίνεται πάντα σε συνδυασμό με την απεξάρτηση του ατόμου. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή, όπως είναι συμπεριφορική, γνωσιακή αλλά και της οικογένειας του όπως είναι η οικογενειακή ψυχοθεραπεία και η ομαδική. Στις θεραπείες αυτές θα πρέπει να προστεθούν και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες που αποτελούνται από τα λεγόμενα στεγνά προγράμματα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων και τις ομάδες αυτοβοήθειας που συμβάλλουν στην γρηγορότερη απεξάρτηση του ατόμου αλλά και στην αποτελεσματικότερη κοινωνική του επανένταξη⁹.

2.3.2 Καπνός

Οι πρώτοι που ανακάλυψαν τις χαλαρωτικές ιδιότητες του καπνού ήταν οι Ινδιάνοι. Συνήθιζαν να καπνίζουν πίπα ή πούρο. Με την άφιξη των πρώτων ευρωπαίων στην αμερικανική ήπειρο τον 15ο αιώνα, η συνήθεια αυτή πέρασε στην Ευρώπη και κατόπιν εξαπλώθηκε βαθμιαία σ' όλο τον κόσμο. Το πέρασμα από το κάπνισμα ακατέργαστου καπνού στο τσιγάρο έγινε μόλις τον 20ο αιώνα, όταν με την πρόοδο της μηχανικής έγινε δυνατό να παραχθεί σε μεγάλες ποσότητες. Τότε δημιουργήθηκαν και οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, που σημείωσαν μεγάλη άνοδο στην παραγωγή τους κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν κάτω από το στρες της μάχης, οι στρατιώτες κάπνιζαν όλο και πιο πολύ, με συνέπεια να εθιστούν στη νικοτίνη⁸.

Μετά τον πόλεμο και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '20 το τσιγάρο πέρασε στο χώρο της διαφήμισης κι έγινε το σύμβολο μιας λαμπρής ανέμελης ζωής. Αυτή η εικόνα συνεχίστηκε ως τη δεκαετία του '60, όταν η ιατρική κοινότητα και οι κυβερνήσεις, με προεξάρχουσες τις ΗΠΑ, άρχισαν να συνειδητοποιούν τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και να επιβάλουν σταδιακά

απαγορεύσεις και μέτρα για τη δημόσια υγεία. Η πρώτη επιστημονική έρευνα επί του θέματος παρουσιάστηκε το 1962, από τον ιατρικό σύλλογο της Μ. Βρετανίας. Δύο χρόνια αργότερα άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και οι πρώτες αντικαπνιστικές καμπάνιες, που οδήγησαν το 1965 σε νόμο, ο οποίος προέβλεπε - μεταξύ άλλων- την αναγραφή σε όλα τα πακέτα των τσιγάρων ότι «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Το 1987 τέθηκαν σε εφαρμογή τα πρώτα μέτρα κατά του καπνίσματος στις αμερικανικές δημόσιες υπηρεσίες. Στην Ελλάδα, το κάπνισμα απαγορεύτηκε στους κλειστούς δημόσιους χώρους και τους χώρους εργασίας το 2010¹⁹.

Η ουσία που προκαλεί εξάρτηση στον καπνό είναι η νικοτίνη. Μία ποσότητα νικοτίνης φθάνει στον εγκέφαλο ταχύτατα (μέσα σε 10 δευτερόλεπτα) μετά την εισπνοή καπνού. Η δόση της νικοτίνης μπορεί να ελεγχθεί ακριβώς με τον τρόπο που καπνίζεται το τσιγάρο. Ο καπνιστής ενός πακέτου την ημέρα προσλαμβάνει δόσεις νικοτίνης πάνω από 200 φορές την ημέρα. Η νικοτίνη δημιουργεί πολυάριθμα θετικά αποτελέσματα συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης στη συγκέντρωση και διάθεση και ελάττωσης του θυμού και του βάρους. Η σοβαρότητα της εξάρτησης από τη νικοτίνη μετριέται συνήθως με το test Fagerstrom.²⁰ Αποτελέσματα μεγαλύτερα του 7 αυτής της κλίμακας, δείχνουν εξάρτηση από τη νικοτίνη. Ο βαθμός εξάρτησης που προκαλείται από το κάπνισμα τσιγάρων είναι το αποτέλεσμα πολλών συντελεστών. Η νικοτίνη προκαλεί ανοχή στον οργανισμό με τη χρήση της καθώς και σωματική και κυρίως ψυχολογική εξάρτηση.⁸.

Μέσα σε λίγα χρόνια καθημερινού καπνίσματος οι καπνιστές, μετά την διακοπή, βιώνουν συμπτώματα στέρησης. Γενικά τα συμπτώματα στέρησης αρχίζουν μέσα σε λίγες ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος και κορυφώνονται σε 24 με 48 ώρες. Τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα συνεχίζονται για περίπου 4 εβδομάδες, αν και το αίσθημα της πείνας και η έντονη επιθυμία για κάπνισμα, μπορεί να συνεχισθούν για 6 μήνες ή και περισσότερο. Τα συμπτώματα στέρησης μπορούν να περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία για καπνό, αυξημένο βήχα, δυσφορία ή κατάθλιψη, αϋπνία, εκνευρισμό, απογοήτευση ή θυμό, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, ανησυχία, χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό, αυξημένη

όρεξη ή επιθυμία για γλυκά, αύξηση βάρους⁸.

Παγκοσμίως το κάπνισμα ευθύνεται για τον θάνατο περίπου 4,9 εκατομμύρια ανθρώπων ετησίως. Το 2025 αναμένεται ο αριθμός αυτός να αγγίξει τα 10 εκατομμύρια ενώ αν διατηρηθούν οι υπάρχουσες τάσεις 250 εκατομμύρια σημερινών παιδιών θα πεθάνουν τελικά από σχετιζόμενες με το κάπνισμα νόσους. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπάρχουν περίπου 1,25 δισεκατομμύρια καπνιστών παγκοσμίως που αντιπροσωπεύουν το ένα τρίτο του πληθυσμού της γης άνω των 15 ετών. Η πλειοψηφία αυτών διαβιεί στα αναπτυσσόμενα κράτη (800 εκατ.), ενώ υπερέχουν αριθμητικά οι άνδρες. Αξίζει να αναφερθεί ότι η επίπτωση του καπνίσματος στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υψηλή, αφού αγγίζει το 46% στους ενήλικες άντρες και το 31,3% στις γυναίκες 12-64 ετών.¹⁹.

Ο ΠΟΥ έχει κατατάξει το κάπνισμα στις εξαρτήσεις (Σύνδρομο στέρησης από τον καπνό: Κατάταξη F17.2 στη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών, Δέκατη Αναθεώρηση [ICD-10]. Τα κριτήρια διάγνωσης της εξάρτησης από τον καπνό είναι:

- 1) επιρροή σε δραστηριότητες του ατόμου
- 2) αυξημένη ανοχή στη χρήση
- 3) σφοδρή επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση
- 4) απώλεια του ελέγχου της χρήσης
- 5) επιμονή χρήσης παρά τις γνωστές επιβλαβείς συνέπειες
- 6) σωματικά συμπτώματα στο στερητικό σύνδρομο

Τρία από αυτά εάν υπάρχουν τεκμηριώνεται εξάρτηση από τον καπνό⁷.

Η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον γιατρό και τους εμπλεκόμενους στη θεραπεία ως μία χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος. Ο ασθενής έχει ανάγκη από κινητοποίηση και δημιουργία κινήτρων, αντιμετώπισης των στερητικών συνδρόμων κατά τη διάρκεια της διακοπής καθώς και πρόληψη των υποτροπών. Η επιτυχία συχνά επιτυγχάνεται μετά από πολλές προσπάθειες. Οι τύποι των θεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είναι η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και η

φαρμακοθεραπεία. Το μέγιστο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται κατά κανόνα με τον συνδυασμό και των δύο. Στη συμβουλευτική θεραπεία προτεραιότητα έχει η κινητοποίηση του ασθενή, η παρέμβαση αυτοβοήθειας καθώς και η γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Στην φαρμακοθεραπεία σημαντική είναι η συμβολή σκευασμάτων υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT's). Τέτοια είναι επιθέματα των 5,10 και 15 mg, μασώμετα δισκία των 2mg, καθώς και εισπνεόμενα. Ακόμη σε κάποιες χώρες κυκλοφορούν και υπογλώσσια δισκία των 2mg και ρινικά εκνεφώματα. Στη φαρμακοθεραπεία ανήκουν και θεραπείες που δεν περιέχουν νικοτίνη όπως είναι για παράδειγμα η χορήγηση αγχολυτικών, Βρομοκρυπτίνη, SSRI's, ακόμη και χορήγηση γλυκόζης με μειωμένα ή και αμφίβολα αποτελέσματα²¹.

Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν στην αγορά και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα με αμφίβολες παρενέργειες και ανεπαρκή στοιχεία για τις επιπτώσεις που προκαλούν. Τον Ιούνιο του 2014 ο ΠΟΥ εξέδωσε ανακοίνωση με την οποία εκφράζει τον προβληματισμό του οργανισμού για την ύπαρξη και δημόσια χρήση των συσκευών αυτών και προειδοποιεί ότι μια πιο εμπειριστατωμένη έκθεση θα δημοσιευθεί μέσα στο 2014 για τις τοξικές συνέπειες της δημόσιας χρήσης τους.²².

Η διακοπή του καπνίσματος και ο εθισμός του καπνού ή καλύτερα της νικοτίνης όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, είναι υπόθεση της διεπιστημονικής ομάδας. Στη χώρα μας από το 2002 λειτουργούν στα δημόσια νοσοκομεία και σε κάποια κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία διακοπής του καπνίσματος. Το υπουργείο Υγείας διενεργεί ελέγχους για την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου και εντείνει την προσπάθεια μείωσης του αριθμού των καπνιστών στην Ελλάδα, και τον Μάιο του 2014 προχώρησε στη δημιουργία του Εθνικού Δικτύου Εθελοντών για την Υποστήριξη Διακοπής του Καπνίσματος. Στον αγώνα κατά του καπνίσματος δήλωσαν συμμετοχή 500 εθελοντές γιατροί, καθώς και φαρμακοποιοί, οι οποίοι διαθέτουν δωρεάν τις γνώσεις τους και μέρος του χρόνου τους σε όσους ζητούν βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα. Το Δίκτυο Εθελοντών λειτουργεί υποστηρικτικά και συμπληρωματικά με τα 50 Δημόσια Ιατρεία Διακοπής του Καπνίσματος που διαθέτουν 1.100 άτομα εξειδικευμένο προσωπικό. Ακόμη λειτουργεί ειδική γραμμή με τετραψήφιο για την όσο πιο άμεση παρέμβαση σε αιτούντες για βοήθεια εξαρτημένους από τον καπνό καθώς

και στην όλο και πιο προσιτή πρόσβαση σε υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος²³.

2.3.3 Κανναβινοειδή

Η κάνναβη προέρχεται από το φυτό *Cannabis sativa* και είναι γενικός όρος που αναφέρεται στο χασίς και τη μαριχουάνα. Το χασίς γίνεται από τη ρητίνη του ανθού του φυτού της κάνναβης, ενώ η μαριχουάνα είναι ένα μείγμα από κονιορτοποιημένα φύλλα, άνθη και μίσχους του φυτού⁸.

Η δραστική ουσία είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Η ουσία αυτή επιδρά στο νευρικό σύστημα και το διεγείρει. Επιδρά στη λειτουργία της σκέψης και στο συναίσθημα. Το βίωμα της εμπειρίας, αν θα είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η προσωπικότητα, η ψυχολογία του χρήστη τη στιγμή της χρήσης καθώς και τη συχνότητα της χρήσης. Η THC όταν οξειδώνεται δημιουργεί την κανναβινόλη, η οποία σχηματίζεται είτε μετά από παραμονή του προϊόντος στον ελεύθερο αέρα είτε μέσα στον οργανισμό από τα οξειδωτικά ένζυμα του ήπατος.

Όταν η THC περάσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και φτάσει στον εγκέφαλο, επιδρά στις περιοχές εκείνες που ρυθμίζουν την απομνημόνευση νέων πληροφοριών και την αυτόματη εκτέλεση συγκεκριμένων κινήσεων⁸.

Βάσει των στοιχείων του ΠΟΥ, η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη από τις ψυχοδραστικές ουσίες και χρησιμοποιείται από 147 εκατομμύρια άτομα ανά τον κόσμο, δηλαδή το 2,5% του συνολικού πληθυσμού²⁴. Η πιο ραγδαία αύξηση της κατανάλωσης της κάνναβης παρουσιάστηκε από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 στη Νότια Αμερική, την Ανατολική Ευρώπη και την Αυστραλία. Η χρήση της κάνναβης ξεκινάει κυρίως από την αρχή της εφηβείας και χαρακτηρίζεται από τον ΠΟΥ ως η εξαρτησιογόνος ουσία που έχει άμεση σχέση με την κουλτούρα του νεανικού πληθυσμού. Η παγκόσμια παραγωγή του σε συνδυασμό με την εύκολη πρόσβαση και την χαμηλή τιμή τοποθετούν την εξαρτησιογόνο κάνναβη στην πρώτη θέση της ποσότητας διακίνησης²⁴.

Οι χρήστες της κάνναβης παρουσιάζουν συγκεκριμένες παρενέργειες που

είναι εμφανής αμέσως μετά τη χρήση όπως δυσκολία στην πρόσφατη μνήμη, δυσκολία στην εκτέλεση πολλών κινήσεων ταυτόχρονα καθώς και εσφαλμένη αντίληψη του χρόνου. Σε μακροχρόνιους χρήστες εμφανίζεται επίδραση στη μνήμη και στη μάθηση και δυσκολία στην κίνηση⁷. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι μακροχρόνιοι χρήστες εμφανίζουν εξάρτηση από την ουσία και σε έλλειψή της παρουσιάζουν σύνδρομο στέρησης. Η μακροχρόνια χρήση της κάνναβης έχει συνδεθεί κυρίως με την εμφάνιση σχιζοφρένειας και άλλων ψυχιατρικών νόσων, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει και οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών νόσων²⁵. Ακόμη η μακροχρόνια χρήση έχει ενοχοποιηθεί και για λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως χρόνια βρογχίτιδα. Η χρήση της κάνναβης έχει αρνητικές συνέπειες στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και έχει συσχετιστεί τη γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους²⁶.

Το πιο χαρακτηριστικό της εξάρτησης από κάνναβη είναι ότι η χρήση της προκαλεί μειωμένη ανοχή στον οργανισμό. Κατά συνέπεια η κάνναβη δεν μπορεί να σχετιστεί με σωματική εξάρτηση και η απότομη διακοπή της χρήσης συνήθως δεν οδηγεί σε παρουσία στερητικών συμπτωμάτων⁸. Η πιο σοβαρή εξάρτηση που προκαλεί η κάνναβη είναι η ψυχολογική. Ο χρήστης επηρεάζεται στη δόμηση της προσωπικότητάς του καθώς και στην δημιουργία κοινωνικών δεσμών καθώς η κάνναβη καταναλώνεται συνήθως από ομάδες⁷.

Η θεραπεία της εξάρτησης από την κάνναβη αντιμετωπίζεται κυρίως σε εξωτερικά προγράμματα διαφόρων κέντρων αποκατάστασης. Σε περιπτώσεις όμως όπου η βλάβη από τη χρόνια χρήση συνυπάρχει με ψυχιατρική νόσο, τότε ο χρήστης εντάσσεται σε ψυχιατρική κλινική για ολοκληρωμένη αντιμετώπιση και πιο στενή παρακολούθηση. Εκεί η διαχείριση του περιστατικού γίνεται κατά περίπτωση, υπάρχει δομημένη και προστατευμένη στέγη και ο ασθενής προσεγγίζεται από διεπιστημονική ομάδα. Η ύπαρξη της ομάδας αυτής είναι που συμβάλει στην επιτυχία της παρέμβασης.

Όταν ο ασθενής από κάνναβη ζητά βοήθεια συνήθως, αρχικά λαμβάνεται μια πρώτη συνέντευξη, όπου αξιολογείται από τον ειδικό ο βαθμός εξάρτησης του χρήστη και ακολουθεί μια πρόταση από την πλευρά του για κατάλληλη θεραπεία.

Ο περιστασιακός χρήστης ενδεχομένως να χρήζει κάποιων συνεδριών ψυχοθεραπείας συμπεριφορική, υποστηρικτικής και οικογενειακής. Στα εξωτερικά προγράμματα εφαρμόζεται εντατικό πρόγραμμα ατομικής ψυχοθεραπείας γιατί όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η κάνναβη προκαλεί έντονη ψυχολογική εξάρτηση.

Στην περίπτωση όμως των χρόνιων χρηστών η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών που έχουν προκληθεί από τη χρήση κάνναβης αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο σε κλινικές με υποστηρικτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα στις αγχώδεις διαταραχές. Στις πιο σοβαρές αγχώδεις ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εφαρμόζεται συμπτωματική και βραχεία φαρμακευτική αγωγή παράλληλα με τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις^{7,8}.

Ο ασθενής διέρχεται από κάποια στάδια. Κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας πιθανώς να υποφέρει από κάποια διαταραχή της διάθεσης. Μετά ακολουθεί μια περίοδο περίπου 10 εβδομάδων κατά τη διάρκεια των οποίων οι εξαρτημένοι αποκτούν αυτοπεποίθηση και έχουν το αίσθημα ότι όλα βρίσκονται υπό έλεγχο. Μετά ακολουθεί μια περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει έντονα καταθλιπτική διάθεση. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες παρουσιάζονται ψυχωσικά συμπτώματα με διαταραχές συμπεριφοράς, που θυμίζουν σχιζοφρένεια. Εδώ η περίπτωση αντιμετωπίζεται ανάλογα με φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Ορισμένες φορές μπορεί να χορηγούνται φάρμακα για συστηματική ανακούφιση στους χρήστες κάνναβης, αλλά συνήθως αυτά έχουν βραχυπρόθεσμο αντίκτυπο και στοχεύουν στη μείωση των προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης, για παράδειγμα άγχος ή διαταραχές του ύπνου.⁸.

2.3.4 Κοκαΐνη - Διεγερτικές ουσίες

Η κοκαΐνη ανήκει στην κατηγορία των ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων όπως και οι αμφεταμίνες. Οι ουσίες αυτές έχουν παρόμοια δράση στο νευρικό κεντρικό

σύστημα και προκαλούν ευφορία, ευεξία, αίσθημα υπέρμετρης αυτοπεποίθησης και σωματική ρώμη που κορυφώνονται σε περίπου μία ώρα. Η διαφορά των δύο αυτών ουσιών είναι ότι οι αμφεταμίνες είναι προϊόν ειδικής, χημικής επεξεργασίας ενώ η κοκαΐνη βρίσκεται στα φύλλα του φυτού *κόκα* και καταναλώνεται ως σκόνη, μετά από κατάλληλη επεξεργασία, με την εισπνοή ή την ενδοφλέβια χρήση²⁷.

Όταν το 1533 οι Ισπανοί κατακτητές της Λατινικής Αμερικής αποβίβαστηκαν στο Περού παρατήρησαν τους ιθαγενείς να χρησιμοποιούν τα φύλλα ενός φυτού, του θάμνου *Erythroxylon coca*, σε διάφορες φάσεις της καθημερινής τους ζωής. Οι Ισπανοί ανακάλυψαν ότι χωρίς την κατανάλωση των φύλλων αυτών, οι ιθαγενείς που ήταν εργάτες σε ορυχεία της περιοχής δεν είχαν την ίδια απόδοση. Στην Ευρώπη η κοκαΐνη έρχεται περίπου το έτος 1569 μαζί με τον φυσιολόγο γιατρό, Mondares⁸. Ο πρώτος που απομόνωσε την κοκαΐνη στην κρυσταλλική μορφή της από τα φύλλα του *Erythroxylon coca* ήταν ο Γερμανός χημικός Wohler το 1858, όμως τη μεγάλη ώθηση στη χρήση της κοκαΐνης έδωσε το 1885 με τη δημοσίευση της διατριβής του για τις ευεργετικές επιπτώσεις της κοκαΐνης σε χρήστες μορφίνης ο Freud²⁷. Στα επόμενα έτη η χρήση της κοκαΐνης οδήγησε σε αλόγιστη κατανάλωση, ακόμα και σε προϊόντα καθημερινής χρήσης όπως η πρώτη παραγωγή της Coca Cola. Ως ενδείξεις της κοκαΐνης θεωρούνταν η σύφιλη, η αναιμία, η ελονοσία, η φυματίωση. Η πρώτη απαγόρευση έγινε το 1914. Από τότε η κοκαΐνη διακινείται παράνομα κυρίως στα ψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα λόγω της υψηλής τιμής της.

Η επίπτωση της χρήσης της κοκαΐνης βάσει στοιχείων του ΠΟΥ²⁸ είναι 1-3% στις ανεπτυγμένες χώρες και παρουσιάζει μεγαλύτερη επίπτωση στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η εξάρτηση από την κοκαΐνη έχει αναδειχθεί σε θέμα δημόσιας υγείας καθώς σε πολλές περιπτώσεις η χρήση της κοκαΐνης συνοδεύεται από κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα καθώς συμβάλει και στην εξάπλωση διαφόρων ιών (HIV, HCV) και αυξάνει τα κρούσματα φυματίωσης.

Χαρακτηριστικό της ουσίας αυτής είναι η πληθώρα επιστημονικών άρθρων για τη διαφωνία της πρόκλησης σωματικής εξάρτησης που ενδεχομένως προκαλεί

(ανοχή). Η ψυχολογική εξάρτηση είναι ευρέως αποδεκτή και ιδιαίτερα έντονη²⁹. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη θεραπεία της εξάρτησης από κοκαΐνη σε σχέση με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το άτομο διέρχεται από στάδια, τα οποία χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη διάθεσή του και για τον λόγο αυτόν προτείνεται να βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τη θεραπευτική δομή. Η χρήση υποκατάστατων, η οποία είναι διαδεδομένη στην περίπτωση της απεξάρτησης από οπιοειδή και νικοτίνη, δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα σε χρήστες κοκαΐνης. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει κάποια θετικά αποτελέσματα κατά τη διαδικασία της απεξάρτησης που ο ασθενής παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές στη διάθεσή του²⁹.

Ο συνδυασμός διαφόρων ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων θεωρείται επί του παρόντος η πλέον υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες κοκαΐνης. Για την βέλτιστη αποτελεσματικότητα της θεραπείας θα πρέπει να συμμετέχουν η οικογένεια, οι φίλοι και άλλα μέλη του κοινωνικού δικτύου του ατόμου.

2.3.5 Οπιοειδή (Μορφίνη - Ηρωίνη)

Το όπιο είναι ένα από τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποίησε ο άνθρωπος και προέρχεται από τους σπόρους του φυτού *Papaver somniferum* (μηκών η υπνοφόρος). Αναφορές για το φυτό αυτό και τις ιδιότητες του καταγράφονται από την Αρχαία Ελλάδα, το Βυζάντιο αλλά σε ολόκληρο τον κόσμο όπως Κίνα, Τουρκία, Ρωσία. Η κύρια δράση του ήταν αναλγητική και υπνωτική. Για την Ευρώπη το αποφασιστικό βήμα στη διάδοση των οπιούχων έγινε το 1803 με την απομόνωση της μορφίνης από τον Friedrich Wilhelm Sertürner. Το 1898 υπό την επίβλεψη του καθηγητή Heinrich Dresser έγινε η ανακάλυψη της διακετυλιωμένης μορφίνης, της ηρωίνης, με θεραπευτικές ενδείξεις αναλγητική και αντιβηχική δράση. Τα πρώτα προγράμματα αναστολής της ευρείας διακίνησης της μορφίνης και της ηρωίνης πραγματοποιήθηκαν στις αρχές του 19ου αιώνα και ιδιαίτερα μετά

τους Παγκοσμίους Πολέμους. Αργότερα στη δεκαετία του 1970 η ηρωίνη εξαπλώθηκε στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη περίπου στα 1980⁸.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν εκτός από τη μορφίνη και την ηρωίνη, η πεθιδίνη, η κωδεΐνη και η μεθαδόνη. Οι τρεις τελευταίες ουσίες χρησιμοποιούνται στη φαρμακολογία. Η χρήση των οπιούχων και η εξάρτηση που προκαλούν έχει αναδειχθεί σε μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Θα πρέπει να προστεθεί σε αυτό και η εξάπλωση λοιμωδών νοσημάτων όπως είναι η ιογενής ηπατίτιδα, το AIDS και η φυματίωση που μαστίζουν τους πληθυσμούς των εξαρτημένων της ενδοφλέβιας χρήσης της ηρωίνης. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 15,6 εκατομμύρια χρήστες οπιούχων, 11 εκατ. από τους οποίους κάνουν χρήση ηρωίνης. Σύμφωνα με την ίδια αναφορά η χρήση των οπιούχων έχει αυξητική τάση³⁰.

Τα οπιούχα είναι ουσίες που προκαλούν, ιδιαίτερα μετά από μακροχρόνια χρήση, φαρμακευτική εξάρτηση και εγκατάσταση ανοχής. Η μορφίνη και η ηρωίνη προκαλούν διάθεση ευφορίας και μεταβάλλουν τη λειτουργία των κοίλων οργάνων στα οποία μειώνουν αισθητά την αίσθηση του πόνου. Η ηρωίνη, όπως και η μορφίνη, προκαλεί οξεία τοξικότητα μετά από μεγάλη δόση που εκδηλώνεται κυρίως με μύση (συστολή της κόρης του οφθαλμού), καταστολή του αναπνευστικού συστήματος, εκδήλωση πνευμονικού οιδήματος καθώς και καρδιακή αρρυθμία. Η χρόνια τοξικότητα μπορεί να αποφέρει χρόνια δυσκοιλιότητα, μείωση των καρδιακών παλμών, μείωση της νοητικής λειτουργικότητας και χρόνια ηπατική νόσο. Οι χρόνιοι χρήστες πολλές φορές προσβάλλονται από ιογενή ηπατίτιδα και από τον ιό του HIV καθώς επίσης πολλοί παρουσιάζουν ενδοκαρδίτιδα ή σηψαιμία⁸.

Η εμφάνιση ανοχής προκαλεί σωματική εξάρτηση και σε περίπτωση απουσίας της ουσίας από τον οργανισμό οι χρήστες εμφανίζουν έντονα συμπτώματα συνδρόμου στέρησης. Η σωματική εξάρτηση εξηγείται διότι τα οπιούχα μοιράζονται τους ίδιους υποδοχείς δράσης με της ενδορφίνες, δηλαδή των ενδογενών οπιοειδών. Η ένταση και η διάρκεια του συνδρόμου στέρησης σε άτομο με μακροχρόνια χρήση οπιούχων είναι συνάρτηση του βαθμού ανοχής του

οργανισμού ενάντια στην ουσία. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι:

- Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου κεντρικού συστήματος (έμετοι, κοιλιακοί κολικοί, εφίδρωση, ρινόρροια κ.α.)
- Νευρικήτητα (ανησυχία, άγχος κ.α.)
- Όψιμη αγχώδης αντίδραση

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης της χρόνιας χρήσης οπιούχας ουσίας αρχίζει με την αξιολόγηση του ατόμου από εξειδικευμένο γιατρό για να τεθούν τα κριτήρια εξάρτησης βάση του ICD-10 που είναι παρόμοια με τις άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες⁷. Στη συνέχεια μαζί με τον ασθενή γίνεται η επιλογή του πλαισίου αποτοξίνωσης και απεξάρτησης. Η αποτοξίνωση είναι η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου. Η επιτυχία της αποτοξίνωσης εξαρτάται από τη θέληση του ασθενή να διακόψει τη χρήση σε περιπτώσεις όμως ακούσιας νοσηλείας ή φυλάκισης ο ασθενής καλείται να την υποστεί. Έτσι, τα στερητικά σύνδρομα συνήθως εκδηλώνονται μέσα σε νοσοκομείο ή ψυχιατρείο, σπίτι, αστυνομικό τμήμα, ακόμη και στην φυλακή.

Μετά το στάδιο της αποτοξίνωσης ο ασθενής υποστηριζόμενος από την θεραπευτική ομάδα προχωρεί στο στάδιο της απεξάρτησης. Στη φάση αυτή υπάρχουν δύο προσεγγίσεις, η μία μέθοδος είναι η αγωγή απόσυρσης με υποκατάστατο (μεθαδόνη) και η άλλη μέθοδος είναι τα προγράμματα χωρίς υποκατάστατα (στεγνά). Και οι δύο μέθοδοι λειτουργούν στα πλαίσια ομάδας και συνδυάζονται με υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και στις περιπτώσεις που χρειάζεται και με οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η επόμενη φάση είναι της επανένταξης στην κοινωνία και η προσπάθεια διατήρησης του θετικού αποτελέσματος με παρακολούθηση του ασθενή από ειδικό, ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Υπάρχουν πολλές δομές αποτοξίνωσης αλλά και απεξάρτησης από τα οπιούχα και κυρίως από την ηρωίνη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αγωγής απόσυρσης με υποκατάστατο είναι τα προγράμματα του OKANA με τη μεθαδόνη. Αντίθετα πρόγραμμα χωρίς υποκατάστατα λειτουργεί για παράδειγμα στο ΨΝΑ Δαφνί, το "18 Άνω". Ακόμη λειτουργούν με τη

συγχρηματοδότηση και του Υπουργείου Υγείας μονάδες ανεξάρτησης όπως το ΚΕΘΕΑ και ξενώνες επανένταξης όπως η ΠΥΞΙΔΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Πολιτικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών

Τα ναρκωτικά συνιστούν μία σύνθετη πολιτική, κοινωνική, πολιτισμική και ηθική πρόκληση που υπερβαίνει σε μέγεθος και σημασία τα εθνικά σύνορα. Η κατακόρυφη αύξηση της χρήσης ναρκωτικών τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδείξει το πρόβλημα των ναρκωτικών σε ένα καίριο κοινωνικό πρόβλημα παγκοσμίως. Η παραγωγή, διακίνηση και χρήση ναρκωτικών είναι ένα φαινόμενο που σχετίζεται άμεσα με την εξέλιξη των οικονομικών, πολιτισμικών και κοινωνικών δομών της παγκόσμιας κοινωνίας. Το άνοιγμα των συνόρων, η εντατικοποίηση του παγκόσμιου μεταναστευτικού ρεύματος, η ραγδαία ανάπτυξη της κοινωνίας της πληροφορίας και η διάδοση του καταναλωτικού τρόπου ζωής, παρουσιάζουν νέες ευκαιρίες και προκλήσεις, αλλά και νέους κινδύνους στον αγώνα που καταβάλουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την καταπολέμηση της εξάρτησης.

3.2 Η Διεθνής Στρατηγικές για τα Ναρκωτικά

Η παγκόσμια πολιτική κατά των ναρκωτικών βασίζεται σε συμβατικό επίπεδο στην Σύμβαση για τα ναρκωτικά φάρμακα του 1961, στη Σύμβαση για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1971 και στη Σύμβαση κατά της παράνομης εμπορίας ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών του 1988³¹.

Το συντονισμό της παγκόσμιας πολιτικής κατά των ναρκωτικών έχει αναλάβει ο ΟΗΕ με βασικό του όργανο τη Διεθνή Επιτροπή Ελέγχου των Ναρκωτικών (International Narcotics Control Board - INCB). Από τις ετήσιες εκθέσεις της INCB γίνεται φανερό ότι η παγκόσμια κοινότητα έχει ξεπεράσει το στάδιο των απλουστευτικών προσεγγίσεων (βραχυπρόθεσμα μέτρα, υπερβολική στήριξη σε νομοθετικά μέτρα) και διάγει πλέον μια ηλικία ωριμότητας ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Στις εκθέσεις σημειώνεται για

παράδειγμα ότι η ανάγκη της πρόληψης είναι προφανής, αλλά ο τρόπος προληπτικής δράσης όχι. Επίσης κρίνεται αναγκαία τόσο η αποστροφή της «ιατρικοποίησης» του κοινωνικού χαρακτήρα των σχετικών προβλημάτων όσο και η αντίστοιχη ανάγκη για προσεκτική χρήση φαρμάκων σε ενδεικνυόμενες περιπτώσεις³². Η ωρίμανση των παγκόσμιων πολιτικών απεικονίζεται και στις συζητήσεις που έχουν αρχίσει από το 2008, στα πλαίσια της ανασκόπησης της προόδου ως προς την επίτευξη των στόχων που είχαν τεθεί κατά την ειδική σύνοδο της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά (Ungass) το 1998. Παρότι οι συζητήσεις στο πλαίσιο του ΟΗΕ ενίοτε γίνονταν σε υψηλούς τόνους ή απηχούσαν άκαμπτες πολιτικές και ιδεολογικές θέσεις, διαφάνηκε ότι ενδέχεται να κερδίζει έδαφος μια πιο πραγματιστική και έλλογη προσέγγιση¹⁶ ως προς το τι συνιστά αποτελεσματική δράση³³.

Η νέα πολιτική διακήρυξη και το νέο σχέδιο δράσης των Ηνωμένων Εθνών εγκρίθηκαν σε πολιτική διάσκεψη υψηλού επιπέδου. Στο σχέδιο γίνεται επισκόπηση των υφιστάμενων προβλημάτων της πολιτικής για τα ναρκωτικά και απαριθμούνται οι δράσεις τις οποίες δεσμεύονται να υλοποιήσουν, κατά την επόμενη δεκαετία, τα κράτη μέλη του ΟΗΕ. Στις σημαντικότερες δράσεις και στόχους στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών συγκαταλέγονται ο μεγαλύτερος σεβασμός προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, η ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και η καλύτερη στόχευση των ευάλωτων ομάδων. Γίνεται επίσης έκκληση για περισσότερο ισόρροπες πολιτικές για τα ναρκωτικά υπέρ της μείωσης της ζήτησης, για υλοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων, καθώς και για μηχανισμούς παρακολούθησης και διασφάλισης ποιότητας³⁴.

3.3 Οι Η.Π.Α και η ενδεχόμενη μελλοντική αποπoinικοποίηση της κάνναβης.

Στις Η.Π.Α υπάρχουν δύο φορείς αρμόδιοι για τις εξαρτήσεις:

- Το NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)
- Το NIDA (National Institute on Drug Abuse)

Το ΝΙΑΑΑ που αφορά την εξάρτηση από το αλκοόλ ως μέρος του αμερικανικού National Institutes of Health υποστηρίζει και διεξάγει έρευνες βιοϊατρικές και συμπεριφοριστικές σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες, τη θεραπεία και την πρόληψη του αλκοολισμού και των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.

Το ΝΙΑΑΑ λειτουργεί τόσο ως ένας χρηματοδοτικός οργανισμός που υποστηρίζει την έρευνα από ερευνητικά ινστιτούτα του εξωτερικού αλλά και το ίδιο ως ερευνητικό ίδρυμα, όπου η έρευνα για το αλκοόλ πραγματοποιείται μέσα στις εγκαταστάσεις του³⁵.

Επίσης, χρηματοδοτεί περίπου το 90% του συνόλου των δικών του ερευνών στις Ηνωμένες Πολιτείες τη; Αμερικής και προωθεί την κατά κεφαλήν μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ.

Επίσης το ΝΙΑΑΑ παρέχει ηγετικό ρόλο στην εθνική προσπάθεια για τη μείωση των σοβαρών και μερικές φορές μοιραίων συνεπειών των παραπάνω προβλημάτων³⁵.

Το ΝΙΔΑ που αποστολή έχει να "οδηγήσει το έθνος να φέρει τη δύναμη της επιστήμης κατά των εξαρτήσεων από τις ναρκωτικές ουσίες και τον εθισμό".

“Nida’s mission is to “lead the Nation in bringing the power of science to bear on drug abuse and addiction””³⁷.

Το ΝΙΔΑ που τον Οκτώβριο του 1992 έγινε μέρος του National Institutes of Health είναι οργανωμένο σε τμήματα και γραφεία, το καθένα από τα οποία ασχολείται με ερευνητικά προγράμματα κατά των εξαρτήσεων από τα ναρκωτικά.

Οι πολιτικές υγείας που ακολουθούν οι Η.Π.Α αφορούν την πρόληψη, την ενημέρωση αλλά και τα θεραπευτικά προγράμματα.

Έντονο ενδιαφέρον φαίνεται να υπάρχει τα τελευταία χρόνια σχετικά με την αποποινικοποίηση της κάνναβης που πλέον ζητείται ανοιχτά τονίζοντας ότι πρέπει να αλλάξει ο ομοσπονδιακός νόμος που απαγορεύει ως σήμερα τη χρήση της συγκεκριμένης ουσίας.

Από τα τέλη του 2012, δύο πολιτείες της Αμερικής, το Κολοράντο και η Ουάσιγκτον - ύστερα από το πράσινο φως που έδωσε με επιφύλαξη ο πρόεδρος Μπαράκ Ομπάμα -, έχουν ψηφίσει νομοθεσία που επιτρέπει τη χρήση της κάνναβης για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Παράλληλα άλλες έξι πολιτείες την έχουν

νομιμοποιήσει για ιατρικούς λόγους, ανεβάζοντας το σύνολο σε είκοσιτρείς³⁷.

Ένα τέτοιο επιχείρημα είναι δυσκολότερο απ' ό τι φαίνεται, παραθέτει και τρία σημαντικά οφέλη που θα προκύψουν αν η Αμερική τελικά το τολμήσει: η κυβέρνηση δεν θα είναι πλέον αναγκασμένη να δαπανά υπέρογκα ποσά για να συλλαμβάνει και να φυλακίζει χρήστες με κατά τα άλλα καθαρό μητρώο. Θα αυξηθούν τα έσοδα του κράτους από τη νόμιμη φορολόγηση της κάνναβης. Θα καταπολεμηθεί η εγκληματικότητα³⁸.

Προς το παρόν, πάντως, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ βάζει εμπόδια. Η μαριχουάνα παραμένει παράνομη ουσία και μάλιστα τοποθετείται στην ίδια κατηγορία με την ηρωίνη.

3.4 Το Σχέδιο Δράσης της Ε.Ε για τα ναρκωτικά

Η συνθήκη του Άμστερνταμ ανέδειξε σαφώς την καταπολέμηση των ναρκωτικών ως έναν από τους στόχους του νέου τίτλου VI της συνθήκης για την ΕΕ. Η πρόληψη της τοξικομανίας αναφέρεται στο άρθρο 152 της συνθήκης για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας το οποίο ορίζει ότι *«η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης»*.

Το Δεκέμβριο του 2012, το Συμβούλιο ενέκρινε τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά κατά το διάστημα 2013-2020. Σκοπός της στρατηγικής είναι να συμβάλει στη μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών στην ΕΕ. Επίσης στοχεύει στον περιορισμό των κινδύνων και των βλαβών που προκαλούν τα ναρκωτικά στην υγεία και την κοινωνία, υιοθετώντας μια στρατηγική προσέγγιση που υποστηρίζει και συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, παρέχει ένα πλαίσιο για συντονισμένες και κοινές δράσεις και αποτελεί τη βάση και το πολιτικό πλαίσιο για την εξωτερική συνεργασία της ΕΕ σε αυτόν τον τομέα. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω μιας ολοκληρωμένης, ισορροπημένης και τεκμηριωμένης προσέγγισης³⁹.

Οι στόχοι της στρατηγικής είναι οι ακόλουθοι:

- να συμβάλει σε μετρήσιμη μείωση της χρήσης των ναρκωτικών, της εξάρτησης από τα ναρκωτικά καθώς και των κινδύνων και των βλαβών που αυτά προκαλούν στην υγεία και την κοινωνία,
- να συμβάλει στη διακοπή της τροφοδοσίας της αγοράς παράνομων ναρκωτικών, καθώς και στη μετρήσιμη μείωση της διαθεσιμότητας παράνομων ναρκωτικών,
- να ενθαρρύνει το συντονισμό μέσω της διεξαγωγής ουσιαστικών διαλόγων και ανάλυσης των εξελίξεων και των προκλήσεων στον τομέα των ναρκωτικών σε ενωσιακό και διεθνές επίπεδο,
- να ενισχύσει περαιτέρω το διάλογο και τη συνεργασία μεταξύ της ΕΕ και τρίτων χωρών, διεθνών οργανισμών και φορέων για θέματα ναρκωτικών,
- να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση όλων των πτυχών του φαινομένου των ναρκωτικών και των επιπτώσεων των παρεμβάσεων προκειμένου οι πολιτικές και οι δράσεις να βασίζονται σε έγκυρα και πλήρη στοιχεία.

Το παρόν σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά, κατά το παράδειγμα της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά, βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές του δικαίου της ΕΕ και προασπίζει τις θεμελιώδεις αξίες της Ένωσης, ήτοι το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ελευθερίας, της δημοκρατίας, της ισότητας, της αλληλεγγύης, του κράτους δικαίου και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων³⁹. Βασίζεται επίσης στις συμβάσεις του ΟΗΕ - οι οποίες παρέχουν το διεθνές νομικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση, μεταξύ άλλων, της χρήσης παράνομων ναρκωτικών- καθώς και στην Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Το σχέδιο καθορίζει τις δράσεις που θα αναληφθούν για την επίτευξη των σκοπών της στρατηγικής. Οι δράσεις διαρθρώνονται γύρω από τους δύο τομείς πολιτικής της στρατηγικής:

- τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών
- τη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών

και τα τρία οριζόντια θέματα της στρατηγικής:

- το συντονισμό,

- τη διεθνή συνεργασία
- την ενημέρωση, την έρευνα, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση.

Οι δράσεις ευθυγραμμίζονται με τους στόχους της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά κατά το διάστημα 2013- 2020. Κατά τον καθορισμό των δράσεων, ελήφθη μέριμνα ώστε να είναι τεκμηριωμένες, επιστημονικά έγκυρες, χρονικά δεσμευτικές, ρεαλιστικές, μετρήσιμες, να έχουν σαφή σχέση με την ΕΕ και να αποφέρουν προστιθέμενη αξία. Στο παρόν σχέδιο δράσης περιλαμβάνονται χρονοδιαγράμματα, αρμόδιοι φορείς, δείκτες και μηχανισμοί συλλογής δεδομένων και αξιολόγησης.

Όπως ορίζεται στη στρατηγική, η λεπτομερής εφαρμογή της θα πρέπει να καθοριστεί σε δύο διαδοχικά σχέδια δράσης. Το ανά χείρας σχέδιο δράσης καλύπτει την τετραετία 2013-2016. Το δεύτερο σχέδιο δράσης για το διάστημα 2017-2020 θα εκπονηθεί μετά την ολοκλήρωση της εξωτερικής ενδιάμεσης αξιολόγησης της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά που αναμένεται έως το 2016 και αφού έχουν ληφθεί υπόψη όλες οι άλλες σχετικές στρατηγικές και αξιολογήσεις.

3.5 Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά (2008-2012)

Οι στρατηγικές και τα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά αποτελούν ουσιώδη εργαλεία των εθνικών πολιτικών για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Το Ελληνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και ακολουθεί τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕ και του ΠΟΥ. Οι άξονες δράσης του Σχεδίου είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η επανένταξη, η έρευνα, η εκπαίδευση, η τεκμηρίωση, η πιστοποίηση, η δημόσια διαβούλευση και η κοινωνική συμμετοχή.

Οι κύριες μεταρρυθμιστικές τομές που προτείνει το Σχέδιο Δράσης είναι η ανάπτυξη οριζόντιας πολιτικής για την καταπολέμηση των εξαρτήσεων, η αποσαφήνιση και η δημιουργία ενός σταθερού κύκλου θεραπείας που

σηματοδοτείται από την οργανική σύνδεση των προγραμμάτων υποκατάστατων με τα «στεγνά» προγράμματα, η ένταξη των προγραμμάτων υποκατάστατων του ΟΚΑΝΑ στο ΕΣΥ, και η δημιουργία ενός ενιαίου και εθνικού προϋπολογισμού για τα ναρκωτικά⁴⁰.

Στο Σχέδιο Δράσης ο ΟΚΑΝΑ περιγράφεται ως υπηρεσία που η λειτουργία του σηματοδοτείται από τον ανεξέλεγκτο γιγαντισμό και την οργανωτική εσωστρέφεια. Προτείνεται η μετεξέλιξή του από ένα μηχανισμό διαχείρισης προγραμμάτων υποκατάστασης, σε κεντρικό όργανο για την υλοποίηση της πολιτικής πρόληψης. Προβλέπεται ο ΟΚΑΝΑ να μετεξελιχθεί σε Εθνικό Κέντρο για την Αντιμετώπιση των Εξαρτήσεων (ΕΚΑΕ) με βασική αποστολή την ανάπτυξη πολιτικών για όλες τις μορφές εξαρτήσεων, την χάραξη και υλοποίηση της εθνικής πολιτικής πρόληψης, την εκπαίδευση και αξιολόγηση των στελεχών πρόληψης, τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των χρηστών και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ προβλέπεται να ενταχθούν σταδιακά στο ΕΣΥ, το οποίο θα αναλάβει και τις υπηρεσίες πρώτης φροντίδας στους εξαρτημένους καθώς και τη σωματική απεξάρτηση.

Μεγάλο βάρος δίνεται στις μονάδες υποκατάστασης οι οποίες προβλέπεται να αυξηθούν κατά 130% και δημιουργείται ένα αυστηρό πλαίσιο γύρω από τη λειτουργία τους που θα οδηγήσει στη σταδιακή εξάλειψη της λίστας αναμονής για θεραπεία. Αυτό πρακτικά σημαίνει περίπου 3.500 περισσότερες θέσεις θεραπείας σε σχέση με σήμερα, ώστε να καλυφθούν όλες οι ανάγκες. Επίσης η θεραπεία υποκατάστασης θα έχει ορισμένη χρονική διάρκεια για κάθε χρήστη (προτεινόμενο διάστημα 2 έτη), ο χρήστης θα υποστηρίζεται απαραίτητα από συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη, ενώ θα προωθείται άμεσα και σε προγράμματα επανένταξης μετά το πέρας της θεραπείας του⁴⁰.

Έμφαση δίνεται και στις παρεμβάσεις στις φυλακές καθώς το Σχέδιο προβλέπει τη δημιουργία νέων προγραμμάτων συμβουλευτικής, απεξάρτησης, χορήγησης υποκατάστατων και επανένταξης που θα λειτουργήσουν στα σωφρονιστικά ιδρύματα.

Το Σχέδιο Δράσης προτείνει επίσης τη δημιουργία Εθνικού Συντονιστικού Οργάνου παρά τω Πρωθυπουργώ με κύρια αρμοδιότητα το συντονισμό της

αναγκαίας διωρυργικής συνεργασίας που απαιτείται για την υλοποίηση των στόχων του σχεδίου δράσης και την συνεχή αξιολόγηση της πορείας του έργου.

Τέλος, είναι σαφής ο προσανατολισμός του Σχεδίου προς μια πολιτική μείωσης των δαπανών. Έτσι η αποκλειστική ανάθεση στον ΟΚΑΝΑ των πολιτικών πρόληψης, αναμένεται να εξοικονομήσει τις δαπάνες όλων των άλλων φορέων που σήμερα δραστηριοποιούνται στην πρόληψη (π.χ το ΚΕΘΕΑ δαπάνησε το 2006 777.000 ευρώ σε δράσεις πρόληψης), ενώ η σταδιακή απορρόφηση των μονάδων υποκατάστατων από το ΕΣΥ αναμένεται να εξοικονομήσει από τον ΟΚΑΝΑ περισσότερα από 75 εκατ. ευρώ και ταυτόχρονα να ενισχύσει το υφιστάμενο στελεχιακό δυναμικό των νοσοκομείων με προσωπικό που εκτός από την λειτουργία των μονάδων υποκατάστασης θα μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες και σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων. Παράλληλα, με την πρόσβαση ολοένα και περισσότερων εξαρτημένων σε θεραπεία, αναμένεται σημαντική εξοικονόμηση νοσοκομειακών πόρων από τη μείωση των ημερών νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία⁴⁰.

3.6 Το Νέο Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά

Το Μάρτιο του 2013 ψηφίστηκε ο νέος νόμος για τα ναρκωτικά. Ο νόμος 4139/13 (ΦΕΚ Α΄ 74/20/03/2013) αναθεωρεί την ποινική αντιμετώπιση των εξαρτημένων παραβατών και θεσμοθετεί ένα πλαίσιο συντονισμού στο χώρο των ναρκωτικών.

Σχετικά με την ποινική μεταχείριση των εξαρτημένων χρηστών, ο νόμος προβλέπει μια πιο εμπειρισταωμένη διαδικασία για τη διάγνωση της εξάρτησης, καθώς και τη δυνατότητα εισαγωγής των εξαρτημένων σε θεραπεία αντί του εγκλεισμού, αλλά και τη θεραπεία κατά τον εγκλεισμό.

Η επιτυχής ολοκλήρωση θεραπευτικού προγράμματος καταλήγει σε αναστολή της ποινής για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Αναφορικά με την κατοχή ναρκωτικών ή την καλλιέργεια κάνναβης, εφόσον τα δύο παραπάνω αδικήματα αφορούν αποκλειστικά ατομική χρήση, προβλέπεται από το νόμο φυλάκιση μέχρι 5 μήνες. Παράλληλα εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του δικαστηρίου η

ατιμωρησία μετά από εκτίμηση των συνθηκών τέλεσης της πράξης, της προσωπικότητας του χρήστη και της πιθανότητας επανάληψης της πράξης.

Το νέο νομοσχέδιο προβλέπει επίσης:

- α) μια πιο επιεική αντιμετώπιση των ανήλικων δραστών,
- β) ένα πιο οργανωμένο πλαίσιο λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης και
- γ) τη ρητή αναφορά για τη λειτουργία του προγράμματος υποκατάστασης στις φυλακές από τον ΟΚΑΝΑ.

Στην κορυφή του νέου συντονιστικού σχήματος ο νόμος τοποθετεί τη Διυπουργική Επιτροπή για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών, η οποία αποτελείται από 10 Υπουργούς και τον Πρόεδρο της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής. Στην Επιτροπή προεδρεύει ο Πρωθυπουργός. Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής είναι η έγκριση, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά⁴¹.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά εκπονεί η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, μέλη της οποίας είναι εκπρόσωποι των Υπουργείων που συμμετέχουν στη Διυπουργική Επιτροπή, καθώς και εκπρόσωποι του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και του ΕΚΤΕΠΝ. Εκτός από την εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά, αρμοδιότητα της Επιτροπής είναι η προώθηση των αναγκαίων μέτρων για την εφαρμογή και την παρακολούθησή του, καθώς και η ανάπτυξη διεθνών συνεργασιών. Πρόεδρος της Επιτροπής είναι η Εθνική Συντονίστρια για τα Ναρκωτικά.

Η Εθνική Συντονίστρια για τα Ναρκωτικά ορίζεται από τον Πρωθυπουργό με πενταετή θητεία. Οι αρμοδιότητές της είναι η σύγκληση και ο συντονισμός του έργου της Εθνικής Επιτροπής Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών και η εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς οργανισμούς για τα ναρκωτικά. Η Εθνική Συντονίστρια είναι μέλος της Διυπουργικής Επιτροπής, στην οποία παρουσιάζει το Σχέδιο Δράσης προς έγκριση και τις ετήσιες αναφορές παρακολούθησής⁴¹.

Οι βασικές προβλέψεις του πρόσφατου νόμου για τα ναρκωτικά (4139/13) είναι:

α) η ολοκληρωμένη (ποινική και θεραπευτική) αντιμετώπιση των εξαρτημένων, στους οποίους δίνεται η δυνατότητα της ένταξης σε θεραπεία αντί (ή κατά τη διάρκεια) του εγκλεισμού και

β) η θεσμοθέτηση ενός νέου συντονιστικού σχήματος.

Το συντονιστικό αυτό σχήμα αποτελείται από την Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, η οποία εκπονεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης με επικεφαλής την Εθνική Συντονίστρια για τα Ναρκωτικά και στην ανώτερη βαθμίδα τη Διυπουργική Επιτροπή για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών, η οποία εγκρίνει την εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά και της οποίας ηγείται ο Πρωθυπουργός⁴¹.

3.7 Ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 (έναρξη λειτουργίας το 1995) και είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ είχε ως κύριους σκοπούς:

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

Β) τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Γ) την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής- επαγγελματικής επανένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως τον Μάρτιο του 2013 προσπάθησε να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης⁴².

Τον Μάρτιο του 2013 με τον Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και

άλλες διατάξεις» οι σκοποί του Οργανισμού άλλαξαν (άρθρο 53), λόγω της θεσμοθέτησης του Εθνικού Συντονιστή (άρθρο 49). Σύμφωνα με τον νέο Νόμο οι σκοποί του ΟΚΑΝΑ είναι:

α) η συμβολή στο σχεδιασμό, στην προώθηση, στην εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων 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 συμβολή στη μελέτη σε εθνικό επίπεδο του όλου προβλήματος των ναρκωτικών για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων αιτίων που οδηγούν τα άτομα και ιδίως τους νέους, στη λήψη ναρκωτικών, καθώς επίσης και η συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης-Τράπεζας Πληροφοριών ως προς την εκάστοτε κατάσταση και έκταση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα,

γ) η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, κατά τρόπο ενιαίο και επιστημονικά υπεύθυνο, για τις συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και η ενθάρρυνση, ο συντονισμός και η εποπτεία κάθε ιδιωτικής πρωτοβουλίας που έχει σκοπό τη συμμετοχή στην αντιμετώπιση του προβλήματος,

δ) η πρόταση και 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 σε οργανισμούς και υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλους διεθνείς οργανισμούς, η μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών και η ενεργός συμμετοχή στις συναντήσεις που αυτοί οργανώνουν, με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής προς εκείνη των κοινοτικών και διεθνών φορέων και,

στ) η σύνταξη εκθέσεων 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 μαζί με προτάσεις για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων.

Για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.α) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και

Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Ρομπιδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

Στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων⁴².

3.8 Οι Υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ

Ο ΟΚΑΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης⁴³.

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνει:

Πρόληψη

Λειτουργούν σήμερα 73 Κέντρα Πρόληψης σε 50 νομούς της χώρας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Θεραπεία

Λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα: 54 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 5 «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα.

Στην Αθήνα:

1 Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού

23 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης

1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων (Μονάδα

Εφήβων/Νέων «Ατραπός»

1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πρόγραμμα «Αθηνά»)

Στη Θεσσαλονίκη:

1 Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού

12 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης

1 Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» Ενηλίκων σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Στην Πάτρα:

1 Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης

1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων («Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Γέφυρα»)

Στο Ρέθυμνο:

1 Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης

1 Πρόγραμμα «Πολλαπλής Παρέμβασης»

Στη Λάρισα, τα Χανιά, τη Ρόδο, τη Λαμία, το Αγρίνιο, τη Χαλκίδα, τη Λιβαδειά, το Βόλο, την Πρέβεζα, την Κέρκυρα, την Κατερίνη, το Ηράκλειο, την Καβάλα, την Κομοτηνή, την Αλεξανδρούπολη, τη Βέροια, ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει από μια (1) Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης⁴³.

Κοινωνική Επανάταξη

1 Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης στην Αθήνα

1 Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με έδρα την Αθήνα και παράρτημα στη Θεσσαλονίκη.

Υπηρεσίες μείωσης της βλάβης

1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (MABY) στην Αθήνα

1 Σταθμό φροντίδας εξαρτημένων Ατόμων στην Αθήνα

1 Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031)

3.9 Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Το ΚΕΘΕΑ είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανάταξης στη χώρα μας. Βρίσκεται δίπλα στους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους από την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής Θεραπευτικής Κοινότητας, το 1983. Όλες οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν και χωρίς λίστες αναμονής: στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται επίσης σε όσους αντιμετωπίζουν πρόβλημα με άλλες μορφές εξάρτησης, όπως το αλκοόλ, ο τζόγος και το διαδίκτυο⁴⁴.

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν, παρέχοντας συμβουλευτική και θεραπεία απεξάρτησης, υποστήριξη της οικογένειας, φροντίδα για θέματα υγείας και νομικές εκκρεμότητες, εκπαίδευση και κατάρτιση, επανάταξη στην κοινωνία και τον κόσμο της εργασίας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα. Στόχος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τις ουσίες και η ισότιμη επανάταξη του ατόμου στην κοινωνία. Το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει επίσης προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε

εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Αποτελεί δραστήριο οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου, στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και στη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.

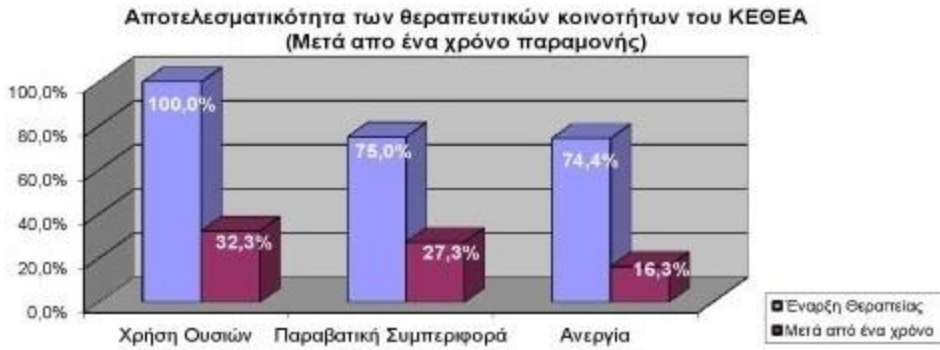
Το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του ΚΕΘΕΑ (Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών 4139/2013), διασφαλίζει τη διοικητική του αυτονομία, τη δυνατότητα να επιτελεί το έργο του χωρίς πολιτικές εξαρτήσεις και τη συμμετοχικότητα στον τρόπο λήψης των αποφάσεων. Το ΚΕΘΕΑ τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης⁴⁴.

3.9.1 Οι υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ

Η μέθοδος θεραπείας που εφαρμόζει το ΚΕΘΕΑ είναι ψυχοκοινωνική και βασίζεται στο μοντέλο των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, μία από τις πιο επιτυχημένες προσεγγίσεις διεθνώς για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Το ΚΕΘΕΑ έχει εξελίξει το μοντέλο αυτό προσαρμόζοντάς το στις ανάγκες ελλήνων εξαρτημένων με ποικίλα χαρακτηριστικά⁴⁴.

Σύμφωνα με την έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2001) για τα άτομα που εντάχθηκαν κατά τη διετία 1994-1995 στις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ, τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και συνδέονται άμεσα με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία⁴⁵. Εξετάζοντας το παραπάνω δείγμα ατόμων τουλάχιστον 5 έτη μετά την ένταξή τους σε θεραπεία, η έρευνα έδειξε ότι από όσους είχαν ολοκληρώσει ένα χρόνο θεραπείας:

- το 67,7% απείχε από τη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας,
- το 72,7% δεν είχε καμία νομική εμπλοκή (συλλήψεις, καταδίκες, φυλάκιση κ.λπ.),
- το 83,7% είχε επαγγελματική απασχόληση.



Σαφή οφέλη από τη συμμετοχή τους στη θεραπεία είχαν και όσοι τη διέκοψαν πρόωρα, αρκεί να παρέμειναν σε Θεραπευτική Κοινότητα τουλάχιστον 90 ημέρες. Στα οφέλη αυτά περιλαμβάνονταν η βελτίωση της υγείας, η πρόληψη του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας C, η μείωση της παραβατικότητας, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων κ.ά.

Η αποτελεσματικότητα του ΚΕΘΕΑ συνδέεται με την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της εξάρτησης, η οποία περιλαμβάνει, παράλληλα με τις ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες, υπηρεσίες εκπαίδευσης – κατάρτισης και νομικής στήριξης, συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία και αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων, αποκατάσταση κοινωνικών σχέσεων και δημιουργία δικτύων κοινωνικής στήριξης κ.λπ. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η συνεχής εκπαίδευση και το υψηλό αίσθημα αφοσίωσης του προσωπικού του ΚΕΘΕΑ στο έργο του⁴⁵.

Το ΚΕΘΕΑ αξιολογεί διαρκώς τα προγράμματά του, για να βελτιώνει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρει στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους. Προγράμματα του ΚΕΘΕΑ στην κοινωνία αλλά και στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος έχουν αξιολογηθεί από τις Νομικές Σχολές Αθηνών και Θεσσαλονίκης, την Ιατρική Σχολή Αθηνών, το Πάντειο Πανεπιστήμιο, την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας κ.ά.

3.9.2. Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ

ΓΡΑΜΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ 1114	ΓΡΑΜΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ 1145
ΚΕΘΕΑ ΜΟΣΑΙΚ	ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ
ΚΕΘΕΑ ΑΝΑΔΥΣΗ	ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ
ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ	ΚΕΘΕΑ ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΟΝΕΩΝ
ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ	ΚΕΘΕΑ ΕΞΑΝΤΑΣ
ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ
ΚΕΘΕΑ ΗΠΕΙΡΟΣ	ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ
ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ ΑΝΟΙΧΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΚΕΘΕΑ ΚΙΒΩΤΟΣ
ΚΕΘΕΑ ΚΥΤΤΑΡΟ	ΚΕΘΕΑ ΜΥΤΙΛΗΝΗ
ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ - ΕΞΑΝΤΑΣ	ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ
ΚΕΘΕΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ
ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ	ΚΕΘΕΑ ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ
ΚΕΘΕΑ ΣΤΡΟΦΗ	ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ
ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΑ ΨΥΧΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ	

3.10 Πολιτικές ενημέρωσης και πρόληψης

Η πρωτογενής πρόληψη στο χώρο της υγείας άρχισε να κερδίζει έδαφος όταν διαπιστώθηκε ότι, τα χρονοβόρα, ανεπαρκή και μικρής αποτελεσματικότητας θεραπευτικά προγράμματα αδυνατούν να απαντήσουν στις ανάγκες που δημιουργούνται από ένα συνεχώς αυξανόμενο κοινωνικό πρόβλημα όπως είναι η

τοξικομανία. Παρ' όλα αυτά, οι πρώτες παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης εξαντλούνταν σε μια ανοργάνωτη προσπάθεια ενημέρωσης για τους κινδύνους που συνεπάγεται η χρήση των τοξικών ουσιών. Επιπλέον, βασιζόνταν στην αποτροπή της χρήσης μέσω του εκφοβισμού και απευθύνονταν κυρίως στην εκπαιδευτική κοινότητα. Αυτές οι ασυστηματοποιήτες προσπάθειες έφεραν μάλλον τα αντίθετα αποτελέσματα, καθώς πιθανόν να παρακίνησαν αντί να αποτρέψουν την επέκταση της χρήσης⁴⁶.

Η αναγνώριση της ανάγκης για μια συνολική παρέμβαση πρόληψης που δε θα ταυτίζεται με την ενημέρωση – εκφοβισμό, αλλά θα οργανώνεται στη βάση κεντρικού πολιτικού σχεδιασμού και θα συστηματοποιεί τις δράσεις και παρεμβάσεις σε τοπικό επίπεδο, αποτέλεσε το έδαφος για την κατάθεση και ψήφιση σχετικού νομικού πλαισίου.

Επιπλέον, παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούν και άλλοι κυβερνητικοί ή μη κυβερνητικοί φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κτλ.

Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται:

- Τρεις μη κυβερνητικοί φορείς (ΚΕΘΕΑ, Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός)
- Ένας κρατικός φορέας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης)
- Μία εθελοντική οργάνωση (Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ) και
- Ένας φορέας της Εκκλησίας (Κέντρο Πρόληψης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών).

Προγράμματα πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών υλοποιούνται επίσης από το Υπουργείο Παιδείας, στο πλαίσιο της υλοποίησης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε σχολεία της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης ταξινομούνται ανάλογα με την ομάδα – στόχο στην οποία απευθύνονται σε καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης, σε επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης και σε ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης.

Ο μεγαλύτερος όγκος των παρεμβάσεων πρόληψης αφορούν τις καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης. Οι καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται σε ομάδες-στόχος (π.χ. μαθητές, γονείς, νέους / -ες, στρατευμένους, ομάδες της

κοινότητας), χωρίς να έχουν ληφθεί υπόψη πιθανά χαρακτηριστικά (ψυχολογικά κοινωνικά κ.ά) που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για μελλοντική χρήση ουσιών³³. Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης υλοποιούνται με δράσεις εντός της σχολικής κοινότητας (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση), παρεμβάσεις σε νέους εκτός σχολικής κοινότητας, παρεμβάσεις στην οικογένεια και παρεμβάσεις στην κοινότητα.

Εκτός της σχολικής κοινότητας, οι γονείς αποτελούν μια ακόμη ομάδα-στόχος για τις παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα. Με στόχο την ανάδειξη και την ενίσχυση του ρόλου της οικογένειας, οι φορείς πρόληψης σχεδιάζουν και υλοποιούν δύο τύπου παρεμβάσεις⁴⁷:

- παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης: ανοιχτές συναντήσεις για γονείς σε θέματα πρόληψης και διαπαιδαγώγησης των παιδιών
- παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες γονέων): ομάδες βιωματικού συνήθως χαρακτήρα με κυριότερους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους.

Παρόλα αυτά, αναλογικά με τη βαρύτητα που ρόλου της οικογένειας στην πρόληψη και τη θεραπεία υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις στον τομέα της παρέμβασης στην οικογένεια. Ακόμα και τα σχολικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνουν παρεμβάσεις διάρκειας 2,5 – 3,5 μηνών σε γονείς, καλύπτοντας ουσιαστικά γύρω στις 41 οικογένειες⁴⁸.

Παρά το γεγονός ότι η πρόληψη των ναρκωτικών στην Ελλάδα επικεντρώνεται περισσότερο σε γενικές παρεμβάσεις, καταβάλλονται προσπάθειες για την ανάπτυξη και την εφαρμογή επικεντρωμένων και ενδεδειγμένων παρεμβάσεων που στοχεύουν σε ομάδες και άτομα που διατρέχουν κίνδυνο.

Οι επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται σε ομάδες-στόχος οι οποίες θεωρούνται ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, δηλαδή τα μέλη τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα εξάρτησης (π.χ. νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, παιδιά που οι γονείς τους έχουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών, νέοι με παραβατική συμπεριφορά).

Αντίστοιχα, οι ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται σε άτομα τα

οποία έχουν εκδηλώσει προβλήματα χρήσης ουσιών ή προβλήματα συμπεριφοράς, ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (π.χ. νέοι με πειραματική χρήση, νέοι με προβλήματα συμπεριφοράς, νέοι με παραβατική συμπεριφορά, νέοι με ψυχιατρικά προβλήματα κ.ά.). Στόχοι είναι η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο³³.

3.11 Θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης

Βασικοί στόχοι του προγράμματος υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών, καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων (κοινωνικών και υγείας), η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, καθώς και η παροχή υποστήριξης σε άτομα τα οποία επιθυμούν να απεξαρτηθούν από τις ουσίες. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής, που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση / κατάρτιση, για εργασία και επαγγελματική αποκατάσταση.

Οι θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης διακρίνονται σε δύο βασικούς τύπους, σύμφωνα με την κύρια φαρμακευτική ουσία που χορηγείται:

α) στις μονάδες που εφαρμόζουν θεραπεία υποκατάστασης με κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη και

β) στις μονάδες που χορηγούν βουπρενορφίνη ως υποκατάστατο.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν

σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose).
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών.
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κλπ).

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

- Ιατρικές Υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης.
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: Ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής.
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία.
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας.
- Νομικές Υπηρεσίες: Συμβουλές νομικής φύσης.

Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης⁴⁹.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα, και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα προγράμματα υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Η συντήρηση με υποκατάστατα, σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, μπορεί να πετύχει τη θεραπεία μακρόχρονα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ο Εξαρτημένος στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα

Τα Ψυχιατρικά ιδρύματα ανήκουν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που παρέχουν θεραπεία, σε εξωτερική ή σε εσωτερική βάση, σε ασθενείς που είναι εθισμένοι στο αλκοόλ ή σε άλλες νόμιμες (πχ βενζοδιαζεπίνες) και μη (πχ ηρωίνη, κάνναβη, κ.α.) εθιστικές ουσίες.

Ο εθισμός στο αλκοόλ ή/και σε άλλες ουσίες αποτελεί χρόνια ψυχική διαταραχή με υποτροπές άλλοτε άλλης συχνότητας.

Ως τέτοια ταξινομείται και στα διεθνή συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών ICD-10 και DSM-5.

Οι ασθενείς με εθισμό σε ουσίες (νόμιμες ή παράνομες) πολύ συχνά (κατά κανόνα) παρουσιάζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία, εθισμό σε άλλες ουσίες (πολυχρήστες) κλπ.

Η συννοσηρότητα αυτή μερικές φορές αναφέρεται στη βιβλιογραφία και ως διπλή διάγνωση (dual diagnosis). Συννοσηρότητα επίσης μπορεί να περιλαμβάνει και άλλες “σωματικές” διαταραχές/παθήσεις όπως η κίρρωση του ήπατος, ηπατίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλοπάθεια Wernicke, AIDS, περιφερική νευροπάθεια κλπ.

Η σύγχρονη προσέγγιση περιλαμβάνει την παράλληλη θεραπεία κάθε μορφής συννοσηρότητας (integrated care). Ειδικά για την ψυχιατρική συννοσηρότητα η αντιμετώπιση από την ίδια διεπαγγελματική ομάδα εξασφαλίζει βελτιώνει την προσβασιμότητα για τον ασθενή αλλά και την επικοινωνία μεταξύ των θεραπειών της διεπαγγελματικής ομάδας.

Η διεπαγγελματική ομάδα εκτός από την συνήθη σύνθεση (ψυχίατρος, νοσηλεύτης, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής) μπορεί ενίοτε να περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες (γενικός ιατρός, παθολόγος κλπ) όπου αυτό είναι εφικτό⁵⁰.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην Ψυχιατρική του Εθισμού (Addiction Psychiatry) περικλείει τους σχετικούς με την αιτιολογία και τη θεραπεία βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Οι βιολογικοί παράγοντες αναφέρονται στη γονιδιακή προδιάθεση (DNA, κληρονομικότητα, επιδράσεις του περιβάλλοντος στο DNA) και στη χρήση φαρμακευτικών θεραπειών.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναφέρονται στην αυτοεικόνα του ασθενούς, την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση του, την αίσθηση της ταυτότητας και των στόχων ζωής, καθώς και στους μηχανισμούς άμυνας (προσαρμοστικοί ή δυσπροσαρμοστικοί) για την αντιμετώπιση του στρες και την επίλυση προβλημάτων (defense mechanisms, coping skills).

Οι κοινωνικοί παράγοντες αναφέρονται σε κοινωνικά αίτια της εξάρτησης (οικονομική κρίση, ανεργία, κουλτούρα) και κοινωνικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση/αντιμετώπιση της εξάρτησης ως κοινωνικό φαινόμενο.

Στη σύγχρονη διαπολιτισμική κοινωνία (multi-cultural society) ή έννοια της κουλτούρας δεν περιορίζεται σε φυλετικά, εθνικά, γλωσσικά, θρησκευτικά, ήθη/έθιμα και καλλιτεχνική δημιουργία, αλλά επεκτείνεται στον τρόπο ζωής του ατόμου. Η κουλτούρα αποτελεί έναν οδηγό (navigator) που καθορίζει την πορεία στη ζωή (είδος εργασίας, τρόπος διασκέδασης, ηλικία γάμου, στόχοι ζωής κλπ)⁵⁰.

Κοινωνικοί παράγοντες επιδρούν και καθορίζουν την επίπτωση και την πρόγνωση της ψυχικής διαταραχής (social determinants of mental health). Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι: ανεργία, οικονομική κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, γλώσσα, μετανάστης, πρόσφυγας, μειονότητα, προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, απόσταση της υπηρεσίας υγείας από το σπίτι, πόλεμος, εγκληματικότητα στον τόπο διαμονής.

Οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας (social determinants) δεν επηρεάζουν την επίπτωση και την πρόγνωση μόνο των εξαρτήσεων, αλλά ισχύουν σε άλλοτε άλλο βαθμό και για τις άλλες ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, ψύχωση, εξαρτήσεις, αγχώδεις διαταραχές) όπως εξάλλου και για τις άλλες σωματικές διαταραχές (λοιμώξεις, καρδιαγγειακή νόσος, παχυσαρκία, υπέρταση κλπ)

Στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα λειτουργούν κλινικές εσωτερικής νοσηλείας για την αποτοξίνωση και αποκατάσταση των ασθενών (drug and alcohol detoxification and

rehabilitation clinic) καθώς επίσης και εξωτερικό ιατρείο. Η αποτοξίνωση/αποκατάσταση των εξαρτημένων ασθενών πραγματοποιείται στα πλαίσια ολοκληρωμένου προγράμματος (σε εσωτερική και εξωτερική βάση) που περιλαμβάνει συνδυασμό φαρμακευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την αποτοξίνωση, την πρόληψη υποτροπής καθώς και τη θεραπεία της ψυχιατρικής συνοσυρρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές –πέρα από την εξάρτηση- όπως είναι η κατάθλιψη, η αγχώδης διαταραχή, η ψύχωση⁵⁰.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν παρεμβάσεις συμβουλευτικής, οικογενειακής/συστημικής θεραπείας, γνωσιακής/συμπεριφορικής θεραπείας, ψυχοδυναμικές παρεμβάσεις, κοινωνικής παρέμβασης, εξωτερικές δραστηριότητες, εναλλακτικές θεραπείες μέσω τέχνης κλπ ανάλογα με τις ανάγκες και το διαθέσιμο προσωπικό και πραγματοποιούνται σε ατομική και ομαδική βάση. Η αποκατάσταση των ασθενών ξεκινά παράλληλα με την αποτοξίνωση και πραγματοποιείται με τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των λειτουργών των Ψυχιατρικών ιδρυμάτων, δηλαδή του ψυχίατρου, των νοσηλευτών, του ψυχολόγου, του εργοθεραπευτή, του κοινωνικού λειτουργού και των επισκεπτών υγείας⁵⁰.

Τα Ψυχιατρικά ιδρύματα ασχολούνται με:

- την αποτοξίνωση αλκοολικών ασθενών που προσέρχονται σε ήπια στέρηση ή που προσέρχονται πτωμένοι αλλά νηφάλιοι (δηλαδή που έχουν θετικό αλκοτέστ αλλά που δεν έχουν κλινικά σημαντικές διαταραχές συμπεριφοράς)
- την πρόληψη υποτροπής, απεξάρτηση, επανένταξη, αποκατάσταση των παραπάνω ασθενών που έχουν πρώτα αποτοξινωθεί στο τμήμα οξέων περιστατικών (συνήθως) ή που έχουν προσέλθει εν μέρει αποτοξινωμένοι.

Τα Ψυχιατρικά ιδρύματα δεν ασχολούνται με:

- την αντιμετώπιση της τοξίκωσης (μέθη). Οι μεθυσμένοι ασθενείς παραπέμπονται για αντιμετώπιση με ενδοφλέβια αγωγή στο Τμήμα Πρώτων Βοηθειών (ΤΕΠ) του πλησιέστερου Γενικού Νοσοκομείου.
- την αντιμετώπιση σοβαρών στερητικών συνδρόμων με αρχόμενο ή/και σε εξέλιξη τρομώδες παραλήρημα (delirium tremens). Οι ασθενείς αυτοί

χρήζουν εντατικής παθολογικής υποστήριξης που υπερβαίνει το ρόλο και τις δυνατότητες του Ψυχιατρικού ιδρύματος και παραπέμπονται στο ΤΕΠ με το ερώτημα της νοσηλείας στην Παθολογική Κλινική ή/και στη ΜΕΘ κατά την κρίση του αρμόδιου ιατρού του ΤΕΠ.

- την αντιμετώπιση σοβαρών χρόνιων επιπλοκών του αλκοολισμού όπως είναι οι:
 - Κίρρωση ήπατος με ή χωρίς ασκίτη ή/και ίκτερο
 - Ηπατίτιδα
 - CA ήπατος
 - Παγκρεατίτιδα οξεία ή χρόνια
 - Περιφερική νευροπάθεια
 - Οπτική νευρίτιδα
 - Άνοια λόγω αλκοολισμού
 - Αλκοολική ψύχωση, σύνδρομο Wernicke-Korsakof

Οι παραπάνω βαρέως πάσχοντες δεν είναι εφικτό να νοσηλευτούν στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα παρά μόνο εάν είναι κλινικά σταθεροποιημένοι και δεν χρήζουν ενεργού παθολογικής φροντίδας και εφόσον η γενική κατάσταση της υγείας τους δεν είναι κρίσιμη⁵⁰.

Μέχρι να σταθεροποιηθούν τα εν λόγω περιστατικά αντιμετωπίζονται στις αντίστοιχες παθολογικές κλινικές.

Εξάλλου η αποτοξίνωση επί ανάγκης δύναται να πραγματοποιηθεί σε οποιαδήποτε παθολογική/χειρουργική κλινική με τη βοήθεια ψυχιάτρου που θα εξετάσει τον ασθενή επί τόπου και θα σχεδιάσει την αποτοξίνωση στα πλαίσια της διασυνδετικής ψυχιατρικής του γενικού νοσοκομείου (consultation - liaison psychiatry)⁵⁰.

4.2 Διερεύνηση του εξαρτημένου για μόνιμες βλάβες από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Ο ασθενής κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Ψυχιατρικό ίδρυμα υποβάλλεται σε μια σειρά από διαγνωστικές και αιματολογικές εξετάσεις ώστε να διαπιστωθεί εάν έχει παρουσιάσει κάποια μόνιμη βλάβη σε κάποιο όργανο του σώματος αλλά και για τον σημαντικότερο λόγο “το να γνωρίζει τι ακριβώς καλείται να αντιμετωπίσει επιπροσθέτως”.

Τέτοιες εξετάσεις είναι οι παρακάτω:

- Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (C T) για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν εστίες μειωμένων εγκεφαλικών κυττάρων, πιθανές ατροφίες και ισχαιμίες. Εάν διαπιστωθούν τέτοια ευρήματα τότε σειρά έχει η Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (M R I) η οποία προτιμάται να γίνεται με την χορήγηση ενός σκιαγραφικού μέσου για καλύτερη απεικόνιση της βλάβης.
- Ακτινογραφία θώρακος (Rö Θώρακος) για να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής είναι φορέας πνευμονικών νόσων. (ο χρήστης λόγω υπερδοσολογίας ηρωίνης)
- Υπέρηχος Θυρεοειδούς (U/S Θυρεοειδούς) για να διαπιστωθεί πιθανή θυρεοειδίτιδα η οποία δεν έχει εκδηλωθεί στις αιματολογικές εξετάσεις των ορμονών.
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Η.Ε.Γ) όταν ο ασθενής αναφέρει ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις. Επίσης για να δούμε πιθανή επιληπτική δραστηριότητα και εγκεφαλική δυσλειτουργία.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ) για να διαπιστωθούν πιθανές αρρυθμίες.

Οι αιματολογικές εξετάσεις αφορούν τη γενικότερη λειτουργία των οργάνων του (νεφρά, ήπαρ κ.α.).

Εδώ αξίζει να αναφερθεί πως σε ασθενείς με εθισμό στο αλκοόλ μας ενδιαφέρουν τα επίπεδα των βιταμινών B1, B12 και του φυλλικού οξέος για την καλή

λειτουργία του νευρικού συστήματος⁵².

4.3 Παρουσίαση θεραπευτικών προγραμμάτων για απεξάρτηση στα ψυχιατρικά ιδρύματα

Όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, εξάρτηση ορίζεται η κατάσταση απόλυτου εθισμού του ανθρώπου κατά την οποία κυριαρχείται από την έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας ή του αντικειμένου, την οποία θεωρεί απαραίτητη για τη λειτουργία του⁷. Ακόμη ο όρος ναρκωτικό περιλαμβάνει όλες τις φυσικές, επεξεργασμένες και χημικές ουσίες που προκαλούν μεταβολή στο επίπεδο νοητικής λειτουργίας, μεταβολή του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς και έχουν εξαρτησιογόνες ιδιότητες. Με τον όρο αυτό συνήθως αναφερόμαστε στην κατάχρηση ηρωίνης, κοκαΐνης, των μεθαμφεταμίνων και των κανναβινοειδή^{7,8}.

Ο εθισμός στις ουσίες αυτές θεωρείται πάθηση και με συγκεκριμένο πλαίσιο μπορεί να θεραπευτεί. Οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία, η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες^{7,8}. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους και να μπορέσουν να επιστρέψουν σε μία λειτουργική και παραγωγική ζωή. Συνήθως οι θεραπείες αυτές περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των στερητικών συνδρόμων αλλά επιπλέον διενεργούνται και συμπεριφορικές θεραπείες που περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία. Θεραπευτικά πλαίσια στήριξης παρέχονται από τον ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, τις θεραπευτικές κοινότητες κ.α. Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης. Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα. Η μακροπρόθεσμη θεραπεία, περιλαμβάνει μεθόδους όπως τη χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα που είναι εθισμένα στα οπιοειδή επί εξωτερικής βάσης και αγωγή στα πλαίσια θεραπευτικής κοινότητας⁸.

Στην Ελλάδα ειδικά πλαίσια για τη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από

εξάρτηση και προχωρούν σε επιβλαβή χρήση ουσιών, παρέχουν και τα δημόσια νοσοκομεία και κυρίως τα ψυχιατρικά ιδρύματα³. Η εξάρτηση ως μία ψυχιατρική νόσος αντιμετωπίζεται στα προγράμματα αυτά με επιστημονικότητα και με πυρήνα τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Οι δομές αυτές με βάση το Υπουργείο Υγείας βρίσκονται:

1. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "Δαφνί" η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 ΑΝΩ, Συμβουλευτικός Σταθμός⁶⁸
2. Στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αττικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ανοιχτή Ψυχοθεραπευτική Μονάδα Απεξάρτησης "Αθηνά"⁶⁹
3. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης⁷⁰
 - Τμήμα Αποκατάστασης Τοξικοεξαρτημένων "Ιανός"
 - Το Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ», είναι ένα «ελεύθερο ουσιών» πρόγραμμα απεξάρτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενταγμένο στις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Είναι ένα «ανοιχτό θεραπευτικό» πρόγραμμα με εμβέλεια από τη Λάρισα ως τα όρια των Νομών Σερρών και Καβάλας. Στη Θεσσαλονίκη υπάρχει και Σταθμός καθοδήγησης που ανήκει στο Νοσοκομείο.
 - Ψυχοκοινωνικός θεραπευτικός συμβουλευτικός σταθμός για άτομα εξαρτημένα από φάρμακα, αλκοόλ και τυχερά παιχνίδια.

1) Η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών - Τοξικομανών 18 ΑΝΩ του Ψ.Ν.Α. Αρχισε να λειτουργεί από το 1969 έως το 1995 που χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα Αλκοολικών και Τοξικομανών τα οποία βρίσκονται πλέον σε ξεχωριστά κτίρια μέσα στο Ψ.Ν.Α.

Η θεραπευτική προσέγγιση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόγραμμα είναι πολυεστιακή (άτομο, οικογένεια, ομάδα), παρεμβαίνοντας στη βάση ενός συνολικού πλάνου σε όλες τις παραμέτρους του προβλήματος. Ο τοξικομανής προσεγγίζεται εξατομικευμένα και ως άτομο που πάσχει από κάποια ασθένεια και

όχι ως μόνο χρήστης κάποιας ουσίας. Απαραίτητο βήμα της θεραπείας στο 18 Άνω είναι η συναίνεση του χρήστη. Το πρόγραμμα που θα ακολουθήσει στη συνέχεια θα είναι δική του επιλογή.

Το πρόγραμμα είναι στελεχωμένο από εξειδικευμένους θεραπευτές (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, πρώην χρήστες κλπ.) και διαρκεί ενάμιση χρόνο περίπου και χωρίζεται σε *τρεις φάσεις*:

1. *τη φάση της ευαισθητοποίησης*
2. *της φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης*
3. *τη φάση της κοινωνικής επανένταξης*

1. Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στη φάση αυτή πραγματοποιούνται η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημά του, η σταθεροποίηση της απόφασής του, η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή του στο θεραπευτικό πλαίσιο. Στην αρχή αυτής της φάσης το εξαρτημένο άτομο έχει ατομικές συναντήσεις με την ομάδα υποδοχής και δίνει ούρα για τοξικολογικό έλεγχο δύο φορές την εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης αυτής, η οποία διαρκεί περί τους τρεις μήνες, ο θεραπευόμενος παρακολουθείται ατομικό θεραπευτή και συμμετέχει σε ομάδες εμπύχωσης, ευαισθητοποίησης, έκφρασης και τέχνης, δημιουργικής ενασχόλησης, πηλού, γυμναστικής, δραματοθεραπείας. Είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη της ομάδας σε αυτή τη φάση, διότι το εξαρτημένο άτομο είναι πολύ κοντά στην ουσία ακόμα και συγχρόνως αρκετά εκτεθειμένο σε αυτή, αφού η φάση της ευαισθητοποίησης είναι ανοικτή, δηλαδή ζει και κινείται στους ίδιους χώρους. Η φάση αυτή διαρκεί περίπου δύο μήνες. Παράλληλα οι γονείς συμμετέχουν στο πρόγραμμα του Τμήματος Οικογένειας (με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις με τους ειδικούς θεραπευτές καθώς και ομάδες δραματοθεραπείας ειδικά για οικογένειες).

2. Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η φάση αυτή είναι κλειστή και πραγματοποιείται στο Περίπτερο 18 ΑΝΩ, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και διαρκεί 6 – 7 μήνες. Καθ'όλη τη διάρκεια της φάσης, οι θεραπευόμενοι, δεν έχουν καμία επαφή με το οικείο περιβάλλον αλλά και με κανέναν άλλον εκτός από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, προκειμένου να επικεντρωθούν στη θεραπεία τους απερίσπαστοι από εξωτερικούς παράγοντες. Στο διάστημα αυτών των μηνών, μέσα από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία αλλά και άλλες θεραπευτικές διαδικασίες, όπως η δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, γυμναστική, είναι υπεύθυνοι για το χώρο που ζουν (καθαριότητα, μαγείρεμα κλπ.), αλλά και για τις σχέσεις τους με τα μέλη άλλων ομάδων. Στη φάση της ψυχολογική απεξάρτησης, το εξαρτημένο άτομο, ανακαλύπτει τον πραγματικό του εαυτό και τους λόγους που το οδήγησαν στη χρήση ουσιών και την εξάρτησή του από αυτές. Μαθαίνει να κάνει, για πρώτη φορά, ειλικρινείς και ουσιαστικές σχέσεις, καθώς και τι σημαίνει υπευθυνότητα και συνέπεια.

3. Η ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Η φάση αυτή είναι εξωτερική και πραγματοποιείται σε ξεχωριστό χώρο. Η διάρκειά της είναι περίπου 10-12 μήνες. Κατά τη διάρκεια αυτών των 10-12 μηνών το εξαρτώμενο άτομο προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο αντιμετωπίζοντας πολλά προβλήματα και δυσκολίες.

Είναι πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης όπου ο θεραπευόμενος προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο. Στο πλαίσιο αυτό λειτουργούν εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες ραδιοφώνου, θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας, αγγειοπλαστικής, κοσμήματος, δημιουργίας και πολιτισμού,

βιβλίου, έκφρασης κινηματογράφου σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους.

Το παραπάνω πρόγραμμα που περιγράφηκε ήταν το κλειστό πρόγραμμα του 18 Άνω. Στο πρόγραμμα 18 Άνω λειτουργεί και Ανοιχτό πρόγραμμα για άτομα που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο κλειστό πρόγραμμα. Ακόμη στο 18 Άνω λειτουργεί σχολείο για τους ενταγμένους στο κλειστό πρόγραμμα.

2) Στεγνή - Ανοικτή ψυχοθεραπευτική μονάδα απεξάρτησης

Το Πρόγραμμα **ΑΘΗΝΑ** δημιουργήθηκε από τη συνεργασία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινητείου Νοσοκομείου και του ΟΚΑΝΑ. Αρχισε να λειτουργεί την άνοιξη του 1998 και αποτελεί συνέχεια και μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου κατά της ουσιοεξάρτησης που λειτουργούσε στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινητείου Νοσοκομείου από το 1988.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι να ενημερώσει υπεύθυνα τον χρήστη και το άμεσο περιβάλλον του για τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες και να μετριάσει τη δυσπιστία και τους φόβους του χρήστη και να προετοιμάσει τη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική ομάδα στοχεύει στις ιδιαιτερότητες των προβλημάτων του χρήστη και να σχεδιάσει σε ατομικό πλαίσιο μία θεραπευτική αντιμετώπιση δίνοντας προτεραιότητα στις άμεσες ανάγκες του.

Βασική προϋπόθεση για την ένταξη στο πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» είναι η εθελοντική προσέλευση του χρήστη και η συναίνεσή του. Διατηρείται και προστατεύεται το απόρρητο και η ανωνυμία βάση της ισχύουσας νομοθεσίας.

Το πρόγραμμα λόγω της φιλοσοφίας της διάρθρωσης και της δομής του λειτουργεί σε εξωτερική βάση και μόνο όταν κρίνεται αναγκαίο ο χρήστης οινοπνεύματος παραπέμπεται για σωματική απεξάρτηση στην ειδική μονάδα εσωτερικής νοσηλείας για εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα, η οποία

λειτουργεί στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινητείου Νοσοκομείου. Κύρια θεραπευτική μέθοδος του προγράμματος είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (γνωσιακή/ συμπεριφορική/ συστημική ψυχοθεραπεία). Το πρόγραμμα δεν αναλαμβάνει χρήστες με σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές όπως σχιζοφρενικές ψυχώσεις, διπολική συναισθηματική διαταραχή, βαριές ψυχοπαθητικές καταστάσεις, κ.α. Δεν συνταγογραφούνται εξαρτησιογόνες ουσίες ή υποκατάστατα οπιοειδών. Επίσης το πρόγραμμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για νομικού ή άλλου τύπου εκκρεμότητες του χρήστη.

3) Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης λειτουργούν 3 διαφορετικές θεραπευτικές δομές. Ο Ψυχοκοινωνικός - Θεραπευτικός και Συμβουλευτικός Σταθμός για Άτομα Εξαρτημένα από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά Παιχνίδια «Μέθεξις», το Τμήμα Αποκατάστασης Τοξικοεξαρτημένων «Ιανός» και Το Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ».

α) Ο Ψυχοκοινωνικός - Θεραπευτικός και Συμβουλευτικός Σταθμός για Άτομα Εξαρτημένα από αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια "Μέθεξις" απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ, φάρμακα (όπως ηρεμιστικά, αγχολυτικά, αναλγητικά), από τη χρήση οργανικών διαλυτών (βενζίνη, κόλλες κ.ά.) καθώς και άλλου είδους εθισμούς (π.χ. χαρτοπαιξία, τυχερά παιχνίδια). Λειτουργεί κυρίως σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης με δυνατότητα ολοκληρωμένων θεραπευτικών ενεργειών. Οι υπηρεσίες της Μονάδας παρέχονται σε όσους θεωρούνται ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης ως χρήστες ή έμμεσα, σε συμβουλευτικό επίπεδο σε συγγενείς χρηστών. Οι στόχοι του σταθμού πέρα από το θεραπευτικό πλαίσιο επικεντρώνονται στην πρόληψη, στην εκπαίδευση, τη διασύνδεση, την έρευνα, τη στατιστική επεξεργασία και την ανάλυση θεμάτων εξάρτησης. Όπως και σε άλλα προγράμματα, και στο "Μέθεξις" δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην επικοινωνία και συνεργασία της θεραπευτικής

ομάδας με την οικογένεια.

β) Το *Τμήμα Αποκατάστασης Τοξικοεξαρτημένων «Ιανός»* είναι πρόγραμμα κοινότητας κλειστού τύπου (Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών) και απευθύνεται σε άτομα - χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Διαθέτει ένα σύνολο από θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την ενδυνάμωση των προσωπικών επιλογών και σαν συνέπεια τη δια βίου αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και συμπεριφορές.

Ο κύκλος του προγράμματος που ακολουθείται για την υλοποίηση αυτών των στόχων γίνεται μέσα από τον Πολυδύναμο Συμβουλευτικό Σταθμό Εξαρτημένων θεραπευτικού χαρακτήρα, τη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (Detox), το Κλειστό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας Καρτερών και τη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης. Στον Σταθμό βασικός στόχος είναι η απόφαση του ατόμου για δια βίου αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και συμπεριφορές. Παρέχονται επίσης ενημέρωση και συνεργασία με άλλους φορείς, ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες γονέων, συγγενών και συζύγων των εξαρτημένων ατόμων. Μέσος χρόνος παραμονής στον Πολυδύναμο Συμβουλευτικό Σταθμό είναι 1 έως 2 μήνες και από 1 έως 3 χρόνια στο ανοιχτό πρόγραμμα του σταθμού.

Η σωματική αποτοξίνωση γίνεται στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (Detox). Η μονάδα αυτή είναι ειδικά διαμορφωμένη για το σκοπό της αποτοξίνωσης και της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου. Έχει δυναμικό 15 κλίνες και αποτελεί την προετοιμασία για το επόμενο θεραπευτικό βήμα, δηλαδή το κλειστό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας. Μέσος χρόνος παραμονής στη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης, από 20 έως 30 ημέρες. Η Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών είναι μία "κλειστού" τύπου καλά οργανωμένη μικροκοινωνία. Η θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών λειτουργεί με βάση τις αρχές της "θεραπείας περιβάλλοντος", σε ένα πρόγραμμα χωρίς υποκατάστατα. Πέρα από το καθημερινό πρόγραμμα των θεραπευτικών δραστηριοτήτων στο πρόγραμμα της κοινότητας περιλαμβάνονται, με θεραπευτική πάντα κατεύθυνση, δραστηριότητες όπως το θερμοκήπιο, το μικρό αγρόκτημα, το

φωτογραφικό και εικαστικό εργαστήριο και το γυμναστήριο. Η θεραπευτική κοινότητα του ΨΝΘ λειτουργεί από το 1992 και έχει δυναμικό 30 θέσεων. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην κοινότητα από 12 έως 18 μήνες. Τέλος, η μονάδα κοινωνικής επανένταξης συνιστά το μετά τη θεραπευτική κοινότητα στάδιο και δρα ως φάση περαιτέρω στήριξης των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας, ανάπτυξης ταυτότητας και προώθησης κοινωνικών δεξιοτήτων. Στοχεύει στον αποχωρισμό από τη θεραπευτική κοινότητα και στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη. Ο μέσος χρόνος παραμονής είναι από 12 έως 24 μήνες.

γ) Το Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ», είναι πρόγραμμα απεξάρτησης χωρίς υποκατάστατα. Το πρόγραμμα αυτό έχει εμβέλεια από τη Λάρισα ως τα όρια των Νομών Σερρών και Καβάλας. Διαθέτει Σταθμό Καθοδήγησης με δυνατότητα χορήγησης ανταγωνιστών οπιούχων, Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης, Θεραπευτικό Κέντρο, Μονάδα Κοινωνικής Επαναδραστηριοποίησης, Ξενώνα Φιλοξενίας, και Ομάδα Πρόληψης - Ενημέρωσης κατά των Εξαρτήσεων. Στα πλαίσια του προγράμματος λειτουργεί και Μονάδα Σχολικής Εκπαίδευσης, σε συνεργασία με την Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Δυτικής Θεσσαλονίκης και Προεπαγγελματικής Κατάρτισης.

Ακόμη στο ΨΝΘ ανήκουν ο Σταθμός Συμβουλευτικής Στήριξης & Ενημέρωσης των Γιαννιτσών και η Ανοιχτή Θεραπευτική Κοινότητα του Λαγκαδά.

4.4 Η διαδικασία της Ακούσιας Νοσηλείας

Σε όλες τις δομές που ανήκουν στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία αλλά και στις δομές του ΟΚΑΝΑ και του ΚΕΘΕΑ, τονίζεται η οικειοθελής (εκούσια) προσέλευση του χρήστη. Στις περιπτώσεις που συνυπάρχει και ψυχιατρική νόσος γίνεται χρήση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας.

Η ακούσια νοσηλεία λόγω ψυχικής ασθένειας ρυθμίζεται από τον Ν.

2071/1992 (άρθρο 95) και από το άρθρο 16 του Ν. 2716/1999 που αφορά την ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Κατά το άρθρο 95 παρ. 1 του Ν. 2071/1992, ακούσια νοσηλεία είναι η *χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία*. Η νοσηλεία αυτή θα πρέπει να γίνεται σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας και αποτελεί προληπτικό μέτρο για την αποτροπή βίαιων εγκλημάτων από ψυχικά ασθενείς αλλά και πρόκλησης βλάβης στους ίδιους. Προϋποθέσεις για να τεθεί οποιοδήποτε πρόσωπο σε ακούσια νοσηλεία είναι οι εξής⁷³:

- 1) Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.
- 2) Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.
- 3) Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή
- 4) Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

Η ακούσια νοσηλεία ακολουθεί την εξής διαδικασία⁷². Την ακούσια νοσηλεία μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός ή συγγενής σε ευθεία γραμμή, συγγενής μέχρι και δευτέρου βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου. Σε επείγουσες περιπτώσεις, εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να τη ζητήσει αυτεπάγγελτα ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή. Στην αίτηση θα πρέπει να περιγράφεται το ψυχικό νόσημα, η συμπεριφορά, οι ενέργειες που είχαν προηγηθεί για εκούσια νοσηλεία, η άρνηση του προσώπου να εξεταστεί ή το ανέφικτο της εξέτασης. Όλα τα προηγούμενα θα πρέπει να συνοδεύονται με αποδεικτικά στοιχεία π.χ. βιβλιάρια υγείας, προηγούμενα πιστοποιητικά, ιατρικές γνωματεύσεις.

Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία, απευθύνεται στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται ως ασθενής. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις

δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ψυχιάτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας, στις οποίες πρέπει να αναφέρονται η παραπάνω προϋποθέσεις του Ν.2071. Σημειώνεται ότι οι ιατροί που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να παρουσιάζουν σχέση συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή.

Ο Εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει την ύπαρξη των προϋποθέσεων και με τη σύμφωνη γνώμη των δυο γνωματεύσεων, διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Προς διασφάλιση του φερόμενου ως ασθενούς ορίζεται από το άρθρο 96 παρ. 4 του Ν. 2071/1992 ότι αυτός πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από τον διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν οικεία άτομα ή σε περίπτωση που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξετασθεί, η διαδικασία κινείται αυτεπάγγελα από τον Εισαγγελέα. Ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών δικαιούται, σύμφωνα με το άρθρο 95 παρ. 5 του Ν. 2071/1992, να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για κλινική εξέταση. Η σύνταξη των γνωματεύσεων γίνεται στην περίπτωση αυτή σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά θα πρέπει να διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

Σε τρεις (3) ημέρες από τότε που ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή για τη διενέργεια εξέτασης και την έκδοση των σχετικών γνωματεύσεων, ο ίδιος με αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το Μονομελές Πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε δέκα (10) ημέρες, «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στην πράξη μόνο στο 10,5% των περιπτώσεων τηρούνται οι ανωτέρω προθεσμίες, σύμφωνα με σχετική στατιστική έρευνα που διεξήχθη⁷¹. Στη συνεδρίαση καλείται

πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν. Το δικαστήριο είναι αναγκασμένο να εκδώσει την απόφαση του εντός δέκα ημερών ή τουλάχιστον να συζητήσει την υπόθεση εντός της εν λόγω δεκαήμερης προθεσμίας. Σε περίπτωση που δεν τηρηθεί η παραπάνω προθεσμία, η περαιτέρω παραμονή του φερόμενου ως ασθενή στη μονάδα ψυχικής υγείας δεν νομιμοποιείται από την εισαγγελική παραγγελία της μεταφοράς, έστω και αν είναι σαφές ότι το πρόσωπο πάσχει.

Σύμφωνα με το άρθρο 99 παρ. 2 του Ν. 2071/1992 η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95 του νόμου αυτού. Η συνέχιση ή μη της νοσηλείας εναπόκειται εξ ολοκλήρου στον διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Σύμφωνα με το άρθρο 99 παρ. 4 του Ν. 2071/1992 σε ειδικές περιπτώσεις είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον Εισαγγελέα⁷².

Η θέση του ατόμου στην ακούσια νοσηλεία προσβάλλει σημαντικά ατομικά δικαιώματα του ατόμου, όπως η προσωπική ελευθερία του, η προσωπικότητά του και η αξιοπρέπεια του. Για το λόγο αυτό η σχετική διαδικασία θα πρέπει να ενεργοποιείται με φειδώ και σε περίπτωση αμφιβολίας ύπαρξης των προϋποθέσεων θα πρέπει να επικρατεί η υπέρ της ελευθερίας επιλογή⁷². Στην πράξη δυστυχώς ο ιδιαίτερα μεγάλος φόρτος εργασίας των Εισαγγελέων δε δίνει τη δυνατότητα για την ενδελεχή εξέταση των προϋποθέσεων εφαρμογής των διατάξεων του Ν. 2071/1992, οι οποίες βάσει ερευνών και δημοσιεύσεων παρουσιάζουν ερμηνευτικές δυσχέρειες και κενά. Συνήθως η διαδικασία είναι συνοπτική και ο Εισαγγελέας εκδίδει τις σχετικές παραγγελίες με συνοπτική εξέταση της συνδρομής των προϋποθέσεων του νόμου και χωρίς αυτοπρόσωπη παρουσία του προσώπου που θα τεθεί σε ακούσια νοσηλεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σε

ορισμένες περιπτώσεις την κατάχρηση του θεσμού, η οποία έχει οδηγήσει και σε καταδίκες της χώρας μας από το Ευρωπαϊκό δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, όπως υπόθεση Βενιός κατά Ελλάδας, Απόφαση της 5ης Ιουλίου 2011 του ΕΔΔΑ⁷⁴.

Άλλο παράδειγμα κατάχρησης του Ν.2071 είναι ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς δεν γνωρίζουν ότι στη συνεδρίαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου καλούνται 48 ώρες πριν, οι οποίοι έχουν δικαίωμα να παραστούν με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο⁷². Τα άτομα που έχουν κριθεί με ακούσια νοσηλεία έχουν δικαίωμα δικαστικής συμπαράστασης⁷⁴, αφού το άτομο δεν είναι ικανό να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και κρίνεται επικίνδυνο, κατά πάσα πιθανότητα θα αδυνατεί να φροντίσει μόνο του τις υποθέσεις του και θα πληρούνται οι προϋποθέσεις του 1666 ΑΚ. Ακόμη είναι δυνατόν ένα άτομο να κρατηθεί για τουλάχιστον 48 ώρες (όσο ορίζει ο νόμος για να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις), χωρίς να υπάρχει καμία ένδειξη για την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας (δεν απαιτείται η προσκόμιση ιατρικών γνωματεύσεων στην περίπτωση αυτή) και χωρίς να ακουσθεί το ενδιαφερόμενο πρόσωπο, απλά και μόνο με τη μαρτυρία του αιτούντος τη θέση σε ακούσια νοσηλεία⁷².

Σε σχετικά στατιστικά στοιχεία αναφέρεται ότι σε ποσοστό 94% βρέθηκε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό, στις μισές περίπου περιπτώσεις των εξετασθέντων φακέλων δεν βρέθηκε κλήση για δίκη και σε ποσοστό 84% περίπου δεν βρέθηκε δικαστική απόφαση περί εγκλεισμού. Επιπλέον, διαπιστώθηκε και επιβεβαιώθηκε στατιστικά η υπέρβαση του χρονικού διαστήματος των 10 ημερών που ορίζει ο νόμος στις περισσότερες περιπτώσεις, ενώ στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν παραστάθηκε στη δίκη ο ασθενής⁷⁵. Αντίστοιχα από μια σχετική έρευνα στη Θεσσαλονίκη φάνηκε ότι σε ένα δείγμα 903 υποθέσεων (στη διάρκεια 10 ετών) μόλις το 0,7% των ασθενών παραστάθηκε στη δίκη με δικηγόρο σε καμία από αυτές τις περιπτώσεις δεν έγινε δεκτή η αίτηση του εισαγγελέα⁷⁶.

4.5 Η κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων

Οι πρώην χρήστες ναρκωτικών αποτελούν μία από τις ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες πληθυσμού με προβλήματα στην επαγγελματική και κοινωνική ένταξη / επανένταξη. Βιώνουν έντονα την κοινωνική περιθωριοποίηση και τον εργασιακό αποκλεισμό, τόσο εξαιτίας της προηγούμενης χρήσης ναρκωτικών ουσιών και του στιγματισμού του χρήστη, όσο και λόγω αντικειμενικών ελλείψεων γνώσεων, δεξιοτήτων και εργασιακής εμπειρίας. Δεδομένου ότι από τους χρήστες που ξεκινούν θεραπεία το 22,3% και το 30,8% είναι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου αντίστοιχα και μόλις ένα στα τέσσερα άτομα έχει σταθερή εργασία⁴⁷. Η υποστήριξη των χρηστών για την εύρεση εργασίας ή την πρόσβαση σε επαγγελματική κατάρτιση είναι στοιχεία ζωτικής σημασίας για την κοινωνική τους επανένταξη. Εκτός από τη μη σταθερή εργασία, οι επισφαλείς συνθήκες στέγασης και το ιστορικό φυλάκισης είναι δείκτες κοινωνικού αποκλεισμού που χαρακτηρίζουν τη ζωή πολλών χρηστών ναρκωτικών⁵².

Η κοινωνική επανένταξη είναι θεμελιώδης συνιστώσα των ολοκληρωμένων στρατηγικών για τα ναρκωτικά και μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της χρήσης ναρκωτικών και σε διάφορα πλαίσια. Στην Ελλάδα, παρόλα αυτά, η κοινωνική επανένταξη έπεται της διαδικασίας απεξάρτησης και αποτελεί το τελευταίο, αλλά αναπόσπαστο, κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης παρέχονται από το σύνολο των θεραπευτικών προγραμμάτων για χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών είτε στο τελευταίο στάδιο μιας ενιαίας θεραπευτικής διαδικασίας είτε σε εξειδικευμένες δομές κοινωνικής επανένταξης.

4.6 Ο τακτικός επανέλεγχος (Follow-up)

Μεταθεραπευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (follow-up) παρέχονται στα άτομα που ολοκληρώνουν την παρακολούθηση της φάσης της κοινωνικής επανένταξης. Οι υπηρεσίες αυτές, διάρκειας 6-24 μηνών, παρέχουν στον θεραπευόμενο τη δυνατότητα να βιώσει σταδιακά την αποδέσμευση από το θεραπευτικό πλαίσιο, να

προσαρμoστεί στη νέα πραγματικότητα και να σταθεροποιήσει την αλλαγή που επιτεύχθηκε στη ζωή του⁴⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ο ρόλος των Ψυχοθεραπευτών

Ανάμεσα στις παραμέτρους που συμβάλλουν στα θετικά αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας είναι ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή.

Ο καλός θεραπευτής διακατέχεται από τα ακόλουθα χαρίσματα:

- Έχει δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας.
- Είναι γνήσιος, εγκάρδιος και αποδέχεται πλήρως τον θεραπευόμενο χωρίς να του ασκεί κριτική.
- Μπορεί να κατανοήσει τις δυσκολίες του θεραπευόμενου εκδηλώνοντας ενσυναίσθηση. Έχει δηλαδή την ικανότητα της κατανόησης και της συμπόνιας, παραμένοντας ταυτόχρονα ουδέτερος και αντικειμενικός, ώστε να μπορέσει να βοηθήσει.
- Ενισχύει την εμπιστοσύνη του θεραπευόμενου.
- Δημιουργεί μια ισότιμη σχέση συνεργασίας με τον θεραπευόμενο.
- Προσφέρει αιτιολόγηση και κατανοητή εξήγηση για την κατάσταση του θεραπευόμενου.
- Προτείνει ένα θεραπευτικό πλάνο παραμένοντας σχετικά ευέλικτος σε αυτό.
- Ασκεί θετική επίδραση στον θεραπευόμενο.
- Ενδυναμώνει τον θεραπευόμενο με ρεαλιστική ελπίδα και αισιοδοξία.
- Στηρίζει την μέθοδό του σε σύγχρονες έρευνες.
- Φροντίζει να ενημερώνεται για τις σύγχρονες τάσεις της ψυχοθεραπείας.
- Βελτιώνεται συνεχώς ως προς την επαγγελματική του ιδιότητα.

Πολλές έρευνες δείχνουν ότι ο αποτελεσματικός συμβάλει στην θετική πορεία της ψυχοθεραπείας σε βάθος χρόνου. Επίσης παρατηρείτε μείωση των ποσοστών

υποτροπής σε άτομα που έχουν ολοκληρώσει την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Με άλλα λόγια, τα άτομα αυτά θα παραμείνουν σε καλή ψυχική υγεία μετά την λήξη της θεραπείας, χωρίς να επανεμφανίσουν συμπτώματα στο μέλλον.

5.2 Ο ρόλος της Ομάδας (Διεπαγγελματική ομάδα)

Η Διεπαγγελματική ομάδα έχει σκοπό έχει την δομημένη και ομαδική παρέμβαση λειτουργών ψυχικής υγείας που αντικαθιστά την μέχρι πρότινος αποσπασματική, ευκαιριακή, ή την κατ' ανάγκη παρέμβαση από μεμονωμένους λειτουργούς ψυχικής υγείας. Έτσι δημιουργείται μια νέα δυναμική στο χώρο των θεραπευτικών παρεμβάσεων σύμφωνη με τις αντιλήψεις της βιοψυχοκοινωνικής αντιμετώπισης των ψυχικών προβλημάτων⁵³.

5.2.1 Ο ρόλος του Ψυχιάτρου

A) Ο ψυχίατρος ως επιστημονικός συντονιστής της Διεπαγγελματικής Ομάδας

Συντονίζει την λειτουργία της Διεπαγγελματικής ομάδας και καθορίζει τους στόχους και τη στρατηγική των θεραπευτικών προγραμμάτων. Εποπτεύει την λειτουργία τους και την αποτελεσματικότητα στην εφαρμογή τους.

B) Η θεραπευτική παρουσία του ψυχιάτρου

Ο ψυχίατρος προβαίνει σε διάγνωση της ψυχοπαθολογίας και προτείνει φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές λύσεις στις δυσκολίες που υπάρχουν ή προκύπτουν στους χρήστες. Διασφαλίζει επίσης το θεραπευτικό συνεχές πριν, κατά και μετά την παραμονή τους.

Γ) Προάγει και συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα όπως το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των Φυλακών για το μόνιμο προσωπικό σε όλες τις βαθμίδες και για τους νεοεισερχόμενους δεσμοφύλακες⁵³.

5.2.2 Ο ρόλος του Ψυχολόγου ως συμβούλου για τις ουσιοεξαρτήσεις

Ο Ψυχολόγος που έχει τοποθετηθεί ως σύμβουλος για τις ουσιοεξαρτήσεις είναι μέλος μιας διεπαγγελματικής ομάδας που έχει σαν αντικείμενο παρέμβασης αποκλειστικά τους χρήστες και καταχραστές τοξικών και εξαρτησιογόνων ουσιών και τις ευπαθείς σε αυτά ομάδες ατόμων.

Διενέργεια συναντήσεων με τους χρήστες, ενημερωτικής φύσης, αξιολόγησης, παρεμβατικού, συμβουλευτικού περιεχομένου, διενέργεια ερευνητικού έργου, συμμετοχή σε εκπαιδευτικά σεμινάρια, συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των επαγγελματιών υγείας για τους νεοεισερχόμενους επαγγελματίες υγείας.

5.2.3 Ο ρόλος των Εργοθεραπευτών

Η εργοθεραπεία είναι απαραίτητο και αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας που εμπλέκεται από τη στιγμή που ο χρήστης μπει στο χώρο του Ψυχιατρικού Ιδρύματος μέχρι την έξοδο του.

A) Λεκτικοποίηση συναισθημάτων

Μέσω των μη λεκτικών εκφραστικών τεχνικών, στις οποίες εξειδικεύονται οι εργοθεραπευτές (π.χ. προβολικές τεχνικές όπως ζωγραφική, role playing κτλ.) μπορούν να βοηθήσουν τους χρήστες στην αναγνώριση, κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων που δεν μπορούν να λεκτικοποιήσουν.

B) Ανάπτυξη Δεξιοτήτων

Οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές δύνανται (σε συνεργασία πάντα με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα) να συνδράμουν στην εκτόνωση της έντασης των χρηστών, με σκοπό τη μείωση ή ακόμη και την εξάλειψη της βίας.

Παρεμβάσεις όπως:

- Εκπαιδευτικές / εργασιακές (π.χ. εργασιακό πλαίσιο και εκπαίδευση εργασιακών δεξιοτήτων από τεχνικούς)
- Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (π.χ. αυτομέριμνα)
- Αυτογνωσία και προσωπική ανέλιξη (π.χ. κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες διαχείρισης θυμού και άγχους, έκφραση συναισθημάτων)
- Τεχνικές επανένταξης μέσω στοχοκατευθυνόμενων δραστηριοτήτων, κ.α.

Γ) Εργασιακή και Κοινωνική Αποκατάσταση

Σε πολλά Ψυχιατρικά Ιδρύματα υπάρχουν διάφορα εργαστήρια όπως αίθουσα γυμναστικής, χώρος για χειρωνακτικές εργασίες, χώρος επιτραπέζιας αντισφαίρισης (πινγκ-πονγκ) και άλλα.

Ο Εργοθεραπευτής εμπλέκεται θεραπευτικά, στον καθορισμό προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης, κοινωνικής και εργασιακής αποκατάστασης των χρηστών, σε συνεργασία με τις Κοινωνικές Υπηρεσίες⁵³.

5.2.4 Ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών

Οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας έχουν να διαδραματίσουν κεντρικό ρόλο

στην διεπαγγελματική Ομάδα σε σχέση με τις κοινωνικές δυσκολίες που προκύπτουν στους χρήστες λόγω της παραμονής τους στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα, όπως είναι η σχέση τους με την οικογένεια τους και η στήριξη των οικογενειών των χρηστών. Επίσης για τον προγραμματισμό της αποκατάστασης των χρηστών με την έξοδο τους από το Ψυχιατρικό Ίδρυμα τόσο στον εργασιακό, οικονομικό όσο και στον κοινωνικό και οικογενειακό τομέα με την παροχή ενδιάμεσων δομών και εργασίας⁵³.

5.2.5 Ο ρόλος των Νοσηλευτών Ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συμμετέχουν ενεργά στα διάφορα προγράμματα θεραπευτικού, εκπαιδευτικού και ερευνητικού χαρακτήρα. Εφαρμόζουν αυστηρό έλεγχο στην διαχείριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Βοηθούν στην υλοποίηση των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης των χρηστών προ και μετά την έξοδο τους. Επίσης προβαίνουν σε συμβουλευτική των χρηστών⁵⁴.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με εκπαίδευση στην ειδικότητα έχει την ικανότητα να αναλάβει διάφορους ρόλους και αρμοδιότητες.

Οι βασικές διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου εντοπίζονται στα παρακάτω:

- Εφαρμογή πρωτοβάθμιας κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, στοχεύοντας στην πρωτογενή αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς επίσης και στην παρακολούθηση της πορείας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα
- Οργάνωση, προγραμματισμός και συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας, προς κάλυψη βιο-ψυχοκοινωνικών αναγκών των ψυχικά πασχόντων.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενή άτομα και υποστήριξη στις οικογένειές τους.
- Εφαρμογή ψυχοθεραπείας με επιπλέον εξειδίκευση νομικά κατοχυρωμένη.
- Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους νοσηλευμένους, τους βοηθούς τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και το κοινό.
- Συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας, με άλλες

νοσηλευτικές ειδικότητες, με φορείς υπηρεσιών της κοινότητας και με το υπόλοιπο προσωπικό.

- Προστασία των ψυχικά ασθενών ατόμων από τυχόν παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειάς τους.
- Αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία.
- Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Άσκηση συμβουλευτικής – διασυνδεδετικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής στο γενικό νοσοκομείο.
- Έρευνα και δημοσιεύσεις με θέματα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Εκπαίδευση νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτή σε όλες τις βαθμίδες.
- Μεταπτυχιακή εκπαίδευση.
- Διαρκής επιμόρφωση σε νέα δεδομένα και εφαρμογή τους στην πράξη.

5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε εξαρτημένα άτομα

Στα πλαίσια του θεραπευτικού του έργου ο Νοσηλευτής ψυχικής υγείας:

- Προβαίνει σε δειγματοληψία ούρων για τον έλεγχο ουσιών και έλεγχο αλκοόλης.
- Ενημερώνει τους θεραπευόμενους για την διαδικασία ένταξής τους στο πρόγραμμα και έχει συναντήσεις μαζί τους για αξιολόγηση και παρουσίαση στην υπόλοιπη Επιστημονική Ομάδα του περιστατικού.
- Διαμορφώνει τον θεραπευτικό σχεδιασμό και συντονίζει το πρόγραμμα του κάθε θεραπευόμενου.
- Ασκεύει συμβουλευτική σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο.
- Συμμετέχει στην τακτική επαναξιολόγηση του κάθε θεραπευόμενου⁵⁴.

5.4 Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνική επανένταξη

Η φάση της κοινωνικής επανένταξης είναι μια μεταβατική περίοδος με τελικό στόχο την κατάκτηση της ικανότητας του απεξαρτημένου να ζήσει μακριά από τις ουσίες αλλά και από το θεραπευτικό πρόγραμμα. Κατά τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης ο θεραπευόμενος αγωνίζεται να κατακτήσει την ισοτιμία του μέσα στο κοινωνικό σύνολο, να εργάζεται και να ζει στηριγμένος στις δυνάμεις του, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να λειτουργεί με βάση τους όρους του θεραπευτικού πλαισίου, με τη συνείδηση ότι το σημαντικότερο σε αυτή την περίοδο της ζωής του είναι η θεραπεία του⁵⁵.

Οι επιδιωκόμενοι στόχοι κατά τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης η οποία έχει διάρκεια περίπου ένα χρόνο είναι :

- Επαγγελματική κατάρτιση, δημιουργική εργασία
- Συμμετοχή σε εκπαιδευτικές και άλλες πνευματικές δραστηριότητες
- Καλλιέργεια ενδιαφερόντων, ενθάρρυνση πρωτοβουλιών
- Συμμετοχή σε αθλητικές και άλλες δραστηριότητες
- Συμμετοχή σε πολιτιστικές και καλλιτεχνικές δραστηριότητες
- Επεξεργασία στρατηγικών αντιμετώπισης του stress και άλλων καταστάσεων υψηλού κινδύνου
- Δημιουργία συστήματος κοινωνικών στηριγμάτων
- Δημιουργία νέων σχέσεων. Ανάπτυξη πνεύματος συλλογικότητας και μαχητικότητας
- Κατάκτηση αυτό-εκτίμησης, αυτό-ελέγχου, αισθήματος προσωπικής επάρκειας
- Αλλαγή του τρόπου θεώρησης των πραγμάτων και του εαυτού του, διαλεκτική προσέγγιση. Ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και συνείδησης, παράλληλα με τη συναισθηματική έκφραση.
- Σεβασμός της διαφορετικότητας
- Ανεξαρτησία σε όλα τα επίπεδα από την πατρική οικογένεια. Ανεξάρτητη διαμονή.

- Πάλι για τη διασφάλιση όλων των ανθρώπινων και δημοκρατικών δικαιωμάτων του σε σύγκρουση με το επικρατούν κλίμα διακρίσεων και κοινωνικού ρατσισμού.

Οι παραπάνω στόχοι του τμήματος επιτυγχάνονται με τις εξής δραστηριότητες:

Με την δημιουργία δικτύου σχέσεων με φίλους, συνεργάτες, συντρόφους αλλά και συνθεραπευόμενους, ανθρώπους που βρίσκονται μακριά από τον κόσμο των ουσιών, ανοίγει κανάλια επικοινωνίας και ανοίγεται στην κοινωνία⁵⁵.

Η φάση της κοινωνικής επανένταξης έχει διττό χαρακτήρα. Λειτουργεί ως θεραπευτικό τμήμα για όσους βρίσκονται ακόμα στο πρόγραμμα και ως μεταθεραπευτική υπηρεσία για όσους το έχουν ολοκληρώσει. Και αυτό, στις περισσότερες περιπτώσεις, έχει παίξει καταλυτικό ρόλο στην πρόληψη της υποτροπής.

Η διαδικασία της απεξάρτησης περιλαμβάνει ως αναπόσπαστο στοιχείο της την παρέμβαση του θεραπευτικού πλαισίου στην οικογένεια του θεραπευόμενου, μια παρέμβαση που μπορεί να φτάσει μέχρι τη θεραπεία της οικογένειας. Μεγάλη έμφαση δίνεται από το πρόγραμμα στο ζήτημα της επαγγελματικής αποκατάστασης όλων των μελών της Κοινωνικής Επανένταξης. Η Κοινωνική Υπηρεσία της Κοινωνικής Επανένταξης ευαισθητοποιεί εργοδότες και φορείς, εκπαιδεύει τους θεραπευόμενους σε τρόπους ανεύρεσης εργασίας, τους ενθαρρύνει να βρουν τις πιθανές κλίσεις τους και να αναπτύξουν νέα ενδιαφέροντα και κοινωνικές δεξιότητες κλπ.

5.5 Η πιθανότητα υποτροπής στις απαγορευμένες ουσίες

Στο πλαίσιο μιας ποιοτικής μελέτης που πραγματοποίησε το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και αφορούσε στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων και στην διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε αποχή ή υποτροπή, έγινε μια προσπάθεια να απαντηθεί το παραπάνω ερώτημα⁵⁶.

Σύμφωνα με την μελέτη, όταν η θεραπεία διακόπτεται πρόωρα και ιδιαιτέρως σε διάστημα μικρότερο των τριών μηνών, η έντονη συναισθηματική φόρτιση μπορεί να οδηγήσει ορισμένα άτομα στην χρήση ηρωίνης ή στη βαριά χρήση αλκοόλ. Βαριά χρήση αλκοόλ ωστόσο μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτομα που παρέμειναν για μεγαλύτερο διάστημα στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή και το ολοκλήρωσαν. Η μελέτη έδειξε μάλιστα ότι στο αλκοόλ αποδίδονται αρκετές ιδιότητες που το καθιστούν συχνά ‘‘ελκυστικό’’ και επομένως δίοδο για την υποτροπή⁵⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ψυχιατρική βρίσκεται σε “κρίση ταυτότητας” και οι συνεχείς μεταλλαγές και μεταμορφώσεις της είναι εντυπωσιακές. Από μια κοινωνιολογική αντι-ψυχιατρική οπτική έως τις εφαρμοσμένες ερευνητικές μεθόδους των νευροεπιστημών, από την πολιτική του μεγάλου εγκλεισμού και της ασυλικής πραγματικότητας έως τις ριζικές αμφισβητήσεις της ιδρυματικής ψυχιατρικής, της πολιτικής αποϊδρυματισμού και των αποκεντρωμένων κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όλα αυτά αποτελούν ενδείξεις που αρχίζουν και περιγράφουν ένα τοπίο μεγίστης πολυπλοκότητας, επιστημολογικών ανατροπών και μεγάλης ρευστότητας, που αγγίζει συχνά τα όρια της σύγχυσης μεταξύ των τεμνόμενων πεδίων, αντικειμένων και πρακτικών.

Το παράδοξο όμως φαινόμενο έγκειται στο γεγονός ότι, ενώ όλοι μιλούν για έλλειψη ή περικοπή πόρων για την ψυχική υγεία, ακόμα και στον 21 αιώνα, πολλοί ανθρωπίνι και υλικοί πόροι δεσμεύονται ακόμα από μορφές ασυλικής φροντίδας (άσυλα, άλλα ιδρύματα κλπ.) με χαμηλή επένδυση σε άλλες μορφές πρόληψης (πρώτο -, δεύτερο-, τριτοβάθμιας) και καινοτόμες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης⁵⁷.

6.2 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση

6.2.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή

Μετά την ένταξη της Ελλάδας στην Ε.Ε υιοθετήθηκε ο Κανονισμός του Συμβουλίου 815/84 στις 26 Μαρτίου 1984, ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική στήριξη που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής

περίθαλψης σε όλη την Ελλάδα. Σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα δράσης για την ανάπτυξη νέων δομών και υπηρεσιών με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική επανένταξη των ψυχικώς ασθενών και των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης των ασθενών στα δημόσια ψυχιατρεία. Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος Ε.Ο.Κ. 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα.

6.2.2 Το Εθνικό πρόγραμμα Ψυχαργός

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

- Η πρώτη φάση του Προγράμματος τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο συγχρηματοδότησης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια

ψυχιατρεία της Ελλάδας.

- Η δεύτερη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώνεται το 2009. Κατά την ολοκλήρωση της Β' φάσης, το 2009, υπογράφηκε Σύμφωνο μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελληνικής Κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλιστεί η προσήλωση στη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης του τομέα ψυχικής υγείας.
- Η τρίτη φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά την περίοδο 2010-2020. Για τη νέα φάση, συστάθηκε ομάδα εργασίας προκειμένου να εκπονήσει Σχέδιο Αναθεωρημένου Προγράμματος «Ψυχαργός 2011-2020».

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ψυχαργός Γ' (2011 – 2020) διαρθρώνεται σε τρεις άξονες δράσης.

- Ο πρώτος άξονας αναφέρεται στον προγραμματισμό των δράσεων για την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα, για την κάλυψη του συνόλου των αναγκών του τομέα της Ψυχικής Υγείας και διαμορφώνεται σε περιφερειακή βάση, ενώ εξειδικεύεται σε επίπεδο νομού και τομέα.
- Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στο σχεδιασμό των δράσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού και την πρόληψη της κακής ψυχικής υγείας.
- Ο τρίτος άξονας αναφέρεται σε δράσεις που αφορούν την οργάνωση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης (τομεοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση) και τις δράσεις έρευνας και επιμόρφωσης του προσωπικού.

Τα ανωτέρω καθώς και οι νεότερες εξελίξεις που πραγματοποιούνται κατά το έτος 2013, με την κυοφόρηση του νέου συμφώνου Andor - Λυκουρέντζου και το σχετικό σχέδιο δράσης, διαμορφώνουν ένα δεσμευτικό πλαίσιο για την πολιτική Ψυχικής Υγείας της χώρας κατά τη δεκαετία 2010-2020⁵⁸.

Παράλληλα, βρίσκεται σε εξέλιξη αξιολόγηση κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ. Βασικό στόχο της αξιολόγησης αποτελεί η εκτίμηση

της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε σχέση με τους επιλεγέντες στόχους, όπως εξειδικεύονται στη γενικότερη στρατηγική και την εφαρμοζόμενη πολιτική του Υπουργείου Υγείας για την επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, στα πλαίσια του Ν.2716/99⁵⁸.

6.3 Τα αποτελέσματα από την υλοποίηση του προγράμματος στη χώρα μας και οι αποκλίσεις σε σχέση με τη βασική φιλοσοφία της αποϊδρυματοποίησης.

Το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αποτέλεσε τον κύριο μηχανισμό για τον εκσυγχρονισμό ενός απαρχαιωμένου συστήματος υπηρεσιών ΨΥ, το οποίο βασιζόταν αποκλειστικά στην ασυλική διαμονή στα ΨΝ, με σκοπό την μετατόπιση των υπηρεσιών ΨΥ μέσα στην κοινότητα. Η αλλαγή αυτή στη φιλοσοφία και στο σχεδιασμό των νέων υπηρεσιών σήμαινε το κλείσιμο ή τη συρρίκνωση των εναπομεινάντων ΨΝ μέσω της μεταφοράς των χρόνιων ασθενών σε στεγαστικές δομές μέσα στην κοινότητα και την παράλληλη δημιουργία νέων υπηρεσιών, ανοιχτών στην κοινότητα και περισσότερο αποτελεσματικών για τον λήπτη, τόσο ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσο και ως προς τη μείωση του στίγματος που συνόδευε την ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, οι δύο αυτοί πυλώνες δεν αναπτύχθηκαν ισοβαρώς: αν και οι δράσεις για την αποασυλοποίηση των ασθενών από τα ΨΝ μέχρι τον τελικό στόχο που είναι η κατάργηση των ΨΝ προχωρούν ικανοποιητικά, ο δεύτερος πυλώνας, της ανάπτυξης δομών στην κοινότητα εμφανίζει σημαντικά προβλήματα, οργανωτικές στρεβλώσεις και αδυναμίες συλλειτουργίας και συνέργιας που εγείρουν ερωτηματικά σχετικά με την επίτευξη του στόχου⁵⁹.

Σύμφωνα με στοιχεία που συλλέξαμε από τις συνεντεύξεις με επαγγελματίες ΨΥ ο αριθμός των κλειστών νοσηλειών εμφανίζεται αυξημένος και παράλληλα καταγράφεται σημαντική αύξηση του αριθμού ακούσιων νοσηλειών, γεγονός που καταδεικνύει πως στην πράξη η φροντίδα της ψυχικής υγείας δεν παρέχεται στην κοινότητα, αλλά οι ασθενείς επιστρέφουν στο νοσοκομείο για νοσηλεία.

Επίσης, αν και οι ΚΟΙΣΠΕ αποτέλεσαν ένα πρώτο βήμα για την απασχόληση και την επαγγελματική αποκατάσταση των ΛΥΨΥ, δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί

επαρκώς έτσι ώστε να καλύπτουν ευρύτερα τμήματα της επικράτειας συμβάλλοντας έτσι περισσότερο στην επίτευξη των στόχων τους. Επιπλέον, εκτός των ΚΟΙΣΠΕ δεν έχουν αναπτυχθεί άλλοι εναλλακτικοί τρόποι απασχόλησης και επαγγελματικής αποκατάστασης ληπτών υπηρεσιών ΨΥ στην ελεύθερη αγορά ή σε άλλες μορφές προστατευμένης απασχόλησης⁵⁹.

6.4 Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις των παρεμβάσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης

Σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, οι επιπτώσεις των παρεμβάσεων της ΨΜ αφορούν στη βελτίωση του επιπέδου της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, τη μείωση των νοσηλειών και των χαμένων ετών (DALY's) από ψυχικές ασθένειες, τη βελτίωσή του επιπέδου υγείας των εξυπηρετούμενων ασθενών αλλά και της αυτοαναφερόμενης τους ποιότητας ζωής.

Για τη διερεύνηση των μακροχρόνιων επιπτώσεων των παρεμβάσεων της ΨΜ απαιτούνται επιδημιολογικές και άλλες διαχρονικές έρευνες, οι οποίες θα υλοποιούνται σε συστηματική βάση και υπό αυστηρό μεθοδολογικό πλαίσιο ώστε να είναι δυνατή η ασφαλής διεξαγωγή συμπερασμάτων στο χρόνο. Οποιαδήποτε άλλη προσέγγιση και προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων υπό τις παρούσες συνθήκες θα οδηγούσε σε λάθος αποτελέσματα με μαθηματική ακρίβεια.

Τα στοιχεία που υπάρχουν είναι ελλιπή και δεν τηρούνται με συνεκτικό και συστηματικό τρόπο ώστε να μπορούμε να κρίνουμε τις επιπτώσεις των προγραμμάτων πρόληψης και ευαισθητοποίησης ή αγωγής υγείας με μετρήσιμα στοιχεία, όπως για παράδειγμα αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών, μειωμένος αριθμός εισαγωγών – επανεισαγωγών στα νοσοκομεία κλπ⁵⁹.

6.5 Η εθνική στρατηγική και πολιτική του σχεδίου δράσης Ψυχαργός – Γ’ Φάση και το πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες συνθήκες, το σχέδιο δράσης Ψυχαργός Γ’ φάση καλείται να αντιμετωπίσει τρεις κύριες προκλήσεις και προβλήματα που ενυπάρχουν στο χώρο της ΨΥ.

- Το πρώτο σχετίζεται με την συνέχεια της ΨΜ και την επικαιροποίηση της, με βάση τις τρέχουσες ανάγκες αλλά και τις σύγχρονες πολιτικές της ΕΕ και του ΠΟΥ. Η τρίτη φάση του Ψυχαργός υπογραμμίζει και αντιμετωπίζει τη ανάγκη για πλήρη και ουσιαστική μετάβαση από την φάση της αποασυλοποίησης στη φάση της ενσωμάτωσης των ασθενών στην κοινότητα, δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη ενός συστήματος που θα λειτουργεί πλέον, βάσει της κοινότητας και όχι των ασύλων (διασύνδεση με ΠΦΥ, πρόληψη, προαγωγή υγείας) και θέτει ουσιαστικές διαστάσεις τις ΨΜ, όπως έρευνα, εκπαίδευση, προαγωγή, πρόληψη και νομοθεσία.
- Το δεύτερο πρόβλημα αφορά τη διοικητική/διαχειριστική/οικονομική διάσταση του συστήματος ψυχικής υγείας. Ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας του συστήματος σε μια αρχή (ΔΨΥ), η ελλιπής ή μη συντονισμένη εφαρμογή μοντέλων οργάνωσης (πχ τομεακές επιτροπές, ανύπαρκτο περιφερειακό επίπεδο) και η απουσία κουλτούρας προσανατολισμένης στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων έχουν οδηγήσει σε ποικίλα προβλήματα σχετικά με την οργάνωση, τον συντονισμό και τη διοίκηση των υπηρεσιών. Το σχέδιο δράσης δεν αντιμετωπίζει τα ζητήματα αυτά, παρά μόνο με αποσπασματικό τρόπο και χωρίς ένα ολοκληρωμένο σχέδιο εφαρμογής. Αν και με τον τρίτο άξονα προτεραιοτήτων θέτονται θέματα που άπτονται της ποιότητας και της οργάνωσης, δεν γίνεται εμφανής η εικόνα ενός συστήματος το οποίο έχει ξεκάθαρους και σαφείς μηχανισμούς ή στόχους. Ένα τέτοιο παράδειγμα μπορεί να συνοψιστεί στο ερώτημα πως θα γίνεται η

αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, από ποιόν, σε ποια συχνότητα, ποιες οι συνέπειες της. Επίσης, στην ίδια διάσταση ελλοχεύει και η συστημική αδυναμία αντιμετώπισης των προβλημάτων χρηματοδότησης και οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος ΨΥ και ΨΜ. Αν και είναι περισσότερο επίκαιρο από ποτέ, δεν δίνεται βάρος στην ανάπτυξη ενός συστήματος ποιοτικής και οικονομικής αξιολόγησης, όπου θα συσχετίζονται παράμετροι κόστους με την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την οικονομικότητα υλοποίησης καθώς και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

- Η τρίτη πρόκληση που δεν αντιμετωπίζεται στο σχέδιο δράσης είναι ο καθορισμός πλαισίου ενσωμάτωσης και συλλειτουργίας όλων των παράλληλων συστημάτων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν αναπτυχθεί στη χώρα (ΕΟΠΥΥ, Ιδιωτικός τομέας, ΟΤΑ, ΜΨΥ Ενόπλων Δυνάμεων, Εκκλησία, κατά τόπους οργανώσεις).

Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως σχετικά με τη συνεκτικότητα της πολιτικής με το μνημόνιο οικονομικής και χρηματοπιστωτικής σταθερότητας, πρέπει να τονιστεί ότι απουσιάζει οποιαδήποτε αναφορά στη χρηματοδότηση και βιωσιμότητα των δομών, στον αριθμό και αξιοποίηση των επαγγελματιών υγείας, στη μείωση των δαπανών για τις κοινωνικές παροχές, στην εισαγωγή του συστήματος κλειστών ενοποιημένων νοσηλειών καθώς και σε ζητήματα που σχετίζονται όχι μόνο με τη λειτουργία των υπηρεσιών ΨΥ αλλά και με θεραπευτικά θέματα (πχ έλεγχος συνταγογράφησης)⁵⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Ποινικά προβλήματα των χρηστών στον τομέα των εξαρτησιογόνων ουσιών

Τα σημαντικότερα προβλήματα και ανεπάρκειες, που διαπιστώνονται στην πολιτική κατά των ναρκωτικών σχετίζονται, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2008-2012 και τις ετήσιες Εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ, με την ποινική αντιμετώπιση των χρηστών, τις λίστες αναμονής που κοστίζουν σε ανθρώπινες ζωές, τις ανεπαρκείς δομές θεραπείας και στήριξης των φυλακισμένων τοξικομανών, την απουσία υποδομών για την αντιμετώπιση της πολυτοξικομανίας και των «νέων» ναρκωτικών, την αδυναμία ελέγχου της διακίνησης ναρκωτικών ουσιών μέσω του Internet και την απουσία στρατηγικού σχεδιασμού. Εκτός των παραπάνω προβλημάτων (κάποια από τα οποία αναλύθηκαν στην προηγούμενη ενότητα), σημαντικές είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι χρήστες λόγω του κοινωνικού στιγματισμού, δυσκολίες που επίσης συναντούν οι απεξαρτημένοι χρήστες στο στάδιο της κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

7.2 Η ποινική αντιμετώπιση των χρηστών

Η ποινική αντιμετώπιση των χρηστών αποτελεί, σύμφωνα με την τελευταία Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για το έτος 2008, το μεγαλύτερο «αγκάθι» στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την ίδια Έκθεση, η ένταξη σε θεραπεία, ως εναλλακτική της φυλάκισης λύση, αν και νομικά κατοχυρωμένη, δεν εφαρμόζεται στην πράξη. Από έρευνες προηγούμενων ετών, ανεξάρτητα από το αδίκημα για το οποίο φυλακίστηκαν, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό κρατουμένων, σε κάποιες περιπτώσεις η πλειονότητα, είναι χρήστες ναρκωτικών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτονται στις εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ τα άτομα που καταδικάζονται για αδικήματα του νόμου περί ναρκωτικών σε γενικές αφορούν περίπου το 3,5% των καταδικασθέντων.

Οι επιβληθείσες ποινές για ίδια χρήση ναρκωτικών φτάνουν μέχρι τον ένα χρόνο

φυλάκισης, ενώ για εμπορία, διακίνηση και παραγωγή ουσιών είναι αυστηρότερες, με ποινές φυλάκισης άνω του έτους και πρόσκαιρης ή ισόβιας κάθειρξης.

Παρότι οι καταδίκες για ναρκωτικά είναι μικρό ποσοστό του συνόλου των καταδικών, στο σύνολο του πληθυσμού των φυλακών το ποσοστό των κρατουμένων για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών είναι διαχρονικά πολύ υψηλό, περίπου στο 40-45%⁶⁰.

Τα παραπάνω στοιχεία επιδέχονται πολλές ερμηνευτικές προσεγγίσεις. Πρώτα από όλα σημαίνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός χρηστών ναρκωτικών έρχεται σε επαφή με την ποινική δικαιοσύνη απλώς για να υποστεί διοικητικές ή ελαφρές κυρώσεις. Ανεξάρτητα από την πιθανή αποτρεπτική δράση αυτού του είδους ενεργειών, τίθεται το ερώτημα σε ποιο βαθμό αυτή η επαφή ορισμένων ομάδων χρηστών ναρκωτικών με την ποινική δικαιοσύνη αξιοποιείται για άλλες παρεμβάσεις πρόληψης, μείωσης της ζήτησης ή και θεραπείας όπου κριθεί απαραίτητο. Επιπλέον ακόμα και οι ελαφρές κυρώσεις, όπως η αναστολή της ποινής, ενδέχεται να έχουν μεγάλες συνέπειες στη ζωή του ατόμου καθώς σε μία πιθανή δεύτερη παράβαση, το άτομο μπορεί να καταλήξει στη φυλακή. Επιπλέον αν η καταδίκη γίνει γνωστή μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό του στιγματισμό και στην περιθωριοποίησή του.

Δεύτερον, παρά την ευμενέστερη αντιμετώπιση που επιφυλάσσει ο νόμος για τους χρήστες ναρκωτικών, πολλοί είναι αυτοί που φυλακίζονται για εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών. Η εμπορία και διακίνηση όμως ναρκωτικών είναι για τον τοξικομανή πολλές φορές η μόνη πηγή εσόδων με την οποία μπορεί να συντηρήσει την έξη του. Δεδομένου ότι δεν είναι δυνατή η προμήθεια ναρκωτικού από νόμιμες πηγές, ο χρήστης θα πρέπει να έρθει σε επαφή με το παράνομο κύκλωμα διακίνησης των ουσιών, όχι μόνο για να προμηθευτεί τη δική του δόση αλλά και για να αποτελέσει και αυτός έναν κρίκο της αλυσίδας διακίνησης, αποτελεί σπάνια περίπτωση να κάνει κανείς μόνο χρήση ναρκωτικών χωρίς να διαθέτει και μικροποσότητες σε άλλους⁶¹. Με αυτό τον τρόπο η εμπλοκή του εξαρτημένου ατόμου στη διακίνηση και την εμπορία ναρκωτικών είναι σχεδόν αναπόφευκτη.

Εξάλλου θα ήταν τουλάχιστον αφελές να πιστέψει κανείς ότι η φυλάκιση θα βοηθούσε τον εξαρτημένο να διακόψει τη χρήση ναρκωτικών ουσιών όταν η χρήση

ναρκωτικών μέσα στις ελληνικές φυλακές εκτιμάται στο 50%. Παρόλο που οι περισσότεροι κρατούμενοι θεωρούν τη φυλάκισή τους ως ευκαιρία να απεξαρτηθούν ουσιών, αυτό δεν συμβαίνει στην πράξη καθώς οι περισσότεροι συνεχίζουν τη χρήση μέσα στις φυλακές⁶².

Τέλος παρά την ευμενέστερη αντιμετώπιση που προβλέπει ο νόμος στους χρήστες ναρκωτικών οι πρακτικές των διοικητικών και δικαστικών αρχών εγείρουν το ζήτημα του βαθμού στο οποίο οι πρακτικές αυτές συνάδουν με τους στόχους της πολιτικής για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2008-2012 αποδέχεται ότι η συνεχιζόμενη αντιμετώπιση των χρηστών ως κοινών εγκληματιών του ποινικού δικαίου ακυρώνει στην πράξη τα οποιαδήποτε αποτελέσματα μιας εθνικής πολιτικής κατά των ναρκωτικών.

7.3 Οι συνέπειες του κοινωνικού στιγματισμού στην επανένταξη

Η στερεότυπη άποψη που θεωρεί το χρήστη και τον πρώην εξαρτημένο ως εν δυνάμει επικίνδυνο δεν παρακωλύει μόνο τη θεραπεία του εξαρτημένου αλλά και την επανένταξη του πρώην εξαρτημένου. Οι απεξαρτημένοι πρέπει να νικήσουν την προκατάληψη των εργοδοτών για να μπορέσουν να εργαστούν. Όπως καταγράφηκε από έρευνα, μέρος των εργοδοτών είναι φορείς αρνητικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων για τους απεξαρτημένους και τις ικανότητές τους για εργασία. Επίσης σύμφωνα με σχετικά πρόσφατη έρευνα μόλις το 16% των εργοδοτών θα καλούσαν σε συνέντευξη έναν απεξαρτημένο χρήστη ηρωίνης, ενώ το ποσοστό αυτό πέφτει στο 8,945% στην περίπτωση αποφυλακισμένου για χρήση ουσιών⁶³.

Η εργασιακή αποκατάσταση των πρώην εξαρτημένων δυσχεραίνεται επιπλέον από την ποινική νομοθεσία, μέσω προβλέψεων για την απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος σε περίπτωση καταδίκης για παραβάσεις του νόμου περί ναρκωτικών και την αφαίρεση του διπλώματος οδήγησης για τουλάχιστον δύο χρόνια σε περίπτωση οδήγησης υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών.

7.4 Τάσεις και πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στο μέλλον

Τις κυρίαρχες τάσεις στη διεθνή συζήτηση για τη βέλτιστη πολιτική για τα ναρκωτικά θα μπορούσαμε να τις κατατάξουμε σε δύο κατηγορίες:

- α) την απόλυτη απαγόρευση των ναρκωτικών και τη μηδενική ανοχή και
- β) την άποψη ότι τα ναρκωτικά πρέπει να νομιμοποιηθούν πλήρως και να υπαχθούν στο έλεγχο του Κράτους.

Η πρώτη άποψη υποστηρίζει την απόλυτη απαγόρευση με μηδενική ανοχή και ευαγγελίζεται την εξαφάνιση των ναρκωτικών από τον κόσμο με αυστηρή ερμηνεία των διεθνών συμβάσεων. Η άποψη αυτή είναι και η λιγότερο ρεαλιστική καθώς είναι αδύνατο να ελεγχθεί η προσφορά ναρκωτικών και η πρόσβαση των ατόμων σε αυτά, ενώ η μηδενική ανοχή στη χρήση ναρκωτικών και στους χρήστες προκαλεί τον κοινωνικό αποκλεισμό τους και έχει σημαντικές συνέπειες στη ζωή και το περιβάλλον τους. Γενικότερα η άποψη της μηδενικής ανοχής δεν έχει πολλούς υποστηρικτές στις μέρες μας.

Η δεύτερη άποψη θεωρεί ότι τα ναρκωτικά θα πρέπει να νομιμοποιηθούν πλήρως και να τεθούν υπό τον έλεγχο της πολιτείας, όπως έχει γίνει με τον καπνό και το αλκοόλ. Η άποψη αυτή είναι και η περισσότερο αμφιλεγόμενη και έχει προκαλέσει σφοδρές κριτικές, αλλά έχει και ένθερμους υποστηρικτές. Ένα από επιχειρήματα της άποψης αυτής είναι ότι η απλή αποποινικοποίηση της χρήσης δεν έχει αισθητή πρακτική εμβέλεια, επειδή λίγα άτομα κατορθώνουν να μείνουν χρήστες ηρωίνης χωρίς να περάσουν και στη διακίνηση ναρκωτικών για να εξασφαλίσουν τη δική τους δόση. Επιπλέον οι υποστηρικτές της πλήρους αποποινικοποίησης θέτουν ως επιχείρημα τα μεγάλα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που επιφέρει η ποινικοποίηση. Μερικά από αυτά είναι η διαμόρφωση μιας κουλτούρας παρανομίας γύρω από τη χρήση ναρκωτικών, η εκδήλωση εγκληματικότητας από

την πλευρά του χρήστη για την εξεύρεση χρημάτων (κυρίως εγκλήματα κατά της περιουσίας), οι επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη αλλά και στην δημόσια υγεία κ.τ.λ.³². Βασικό επιχείρημα είναι επίσης ότι η απαγόρευση οδήγησε στην δημιουργία μιας τεράστιας παράνομης αγοράς ναρκωτικών που στηρίζεται σε μεγάλα διεθνή καρτέλ διακίνησης τα οποία χρησιμοποιούν ιδιαίτερα ειδικούς και βίαιες μεθόδους για τον έλεγχο της αγοράς ναρκωτικών.

Αντιθέτως οι υποστηρικτές της πλήρους αποποινικοποίησης προτείνουν την ελεύθερη διάθεση και πώληση των ναρκωτικών, με έλεγχο του κράτους όπως στην περίπτωση του αλκοόλ και του καπνού, η οποία όπως υποστηρίζουν πέρα των άλλων ωφελειών, θα επιδράσει θετικά στα κρατικά έσοδα μέσω της φορολόγησής τους και της μείωσης των δαπανών για υπηρεσίες καταστολής. Οι πολέμιοι αυτών των απόψεων υποστηρίζουν ότι το επιχείρημα της αύξησης των εσόδων από τη φορολόγηση των ναρκωτικών είναι ανήθικο καθώς βασίζεται στην αποκόμιση κερδών από τον πόνο χιλιάδων ατόμων, ενώ ταυτοχρόνως δεν είναι αποτελεσματικό καθώς θα αυξηθεί η χρήση ναρκωτικών και οι δαπάνες για την υγεία και θεραπεία των χρηστών⁶⁴.

7.5 Η τοποθέτηση του Π.Ο.Υ και η έρευνα του London School of Economics

Ενδιαφέρον έχουν οι νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Ιούλιος 2014) προς τα κράτη – μέλη του που συστήνουν “Αποποινικοποίηση όλων των ναρκωτικών” και πρέπει να αντιμετωπίζεται εφεξής ως θέμα δημόσιας υγείας και όχι ως θέμα δημόσιας τάξης⁶⁵.

Συγκεκριμένα στην σελίδα 91 του εντύπου αναφέρει:

“Countries should work toward developing policies and laws that decriminalize injection and other use of drugs and, thereby, reduce incarceration.

Countries should work toward developing policies and laws that decriminalize the use of clean needles and syringes (and that permit NSPs) and that legalize OST for people who are opioid-dependent.

Countries should ban compulsory treatment for people who use and/or inject

drugs''

Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί πως μια μεγάλη έρευνα του London School of Economics (LSE) με τίτλο ‘‘ Ending the Drug Wars ’’ η οποία υπογράφεται από σημαντικούς οικονομολόγους καλεί τις κυβερνήσεις να δουν τα πράγματα αλλιώς⁶⁶. Ειδικά αναφέρει πως:

‘‘Τουλάχιστον ένα τρισεκατομμύριο δολάρια έχουν ξοδευτεί στον πόλεμο κατά των ναρκωτικών, ο οποίος τελικά απέτυχε να σταματήσει την παγκόσμια παράνομη αγορά που βγάζει κέρδος 300 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως’’.

7.6 Ο εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας των εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα

Ο «Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών» Ν 4139/2013 ελάχιστα θυμίζει την αρχική πρόταση της νομοπαρασκευαστικής επιτροπής για τον «νέο κώδικα ναρκωτικών», που είχε κατατεθεί τότε (πριν από περίπου δύο χρόνια) υπό τον συντονισμό του Καθηγητή Ποινικού Δικαίου στο ΑΠΘ κ. Νίκου Παρασκευόπουλου.

Η Κυβέρνηση ‘‘πήρε το μήνυμα’’ ότι δηλαδή, *οι απαγορευτικές πολιτικές των προηγούμενων ετών είχαν φέρει το ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα.*

Έκτοτε η Κυβέρνηση άλλαξε δύο φορές το νομοσχέδιο και το αρχικό νομοσχέδιο ψηφίστηκε εν τέλει το 2013 αφού υπέστη δύο μετατροπές, η μία το 2012 και η δεύτερη το 2013. Η κατοχή και προμήθεια για προσωπική χρήση παραμένει πλημμέλημα και τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι πέντε μήνες, αντί για φυλάκιση ενός χρόνου που ίσχυε έως σήμερα. Επομένως, οποιοσδήποτε συλληφθεί έστω με ένα «τσιγαρίλκι» αντιμετωπίζει αυτόφωρη διαδικασία και ποινή φυλάκισης πέντε μηνών, ενώ θα υπάρχει σχετική καταγραφή και στο ποινικό του μητρώο.

Επίσης, στον νέο νόμο δεν προβλέπονται τα αντικειμενικά όρια ποσοτήτων τα οποία δικαιολογούν την προσωπική χρήση (στον «Κώδικα Νόμων για τα Ναρκωτικά» του 2006 για παράδειγμα, το όριο για προσωπική χρήση κάνναβης ήταν 20 γραμμάρια) με αποτέλεσμα να υπάρχουν ανοικτά παράθυρα ερμηνείας

του. Η «ερμηνεία» αυτή, όπως σχολιάζουν όσοι που είναι υπέρ της αποποινικοποίησης, είναι προς όφελος των εμπόρων και εις βάρος των χρηστών⁴¹. Για πρώτη φορά, ψηφίζεται ένας νόμος που δεν έχει ως μόνο μέσο αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών την καταστολή, αλλά εισάγει και έναν εναλλακτικό δρόμο, τη θεραπεία και την απεξάρτηση ως μέσο αντιμετώπισης και της παραβατικότητας που συνδέεται με τη χρήση.

Παρόλα αυτά περισσότερα θα μπορούσαν να έχουν γίνει διότι η χρήση κάνναβης και μόνο έχει αποδεδειγμένη ασφάλεια όταν αυτή παρέχεται υπό ιατρική επίβλεψη. Πειραματικές ενδείξεις, συσσωρευμένες την τελευταία δεκαετία, υποστηρίζουν ότι τα Κανναβινοειδή, τα δραστικά συστατικά της Cannabis Sativa και τα παράγωγά τους, έχουν αντικαρκινικές ιδιότητες. Έτσι, λοιπόν, αυτές οι ουσίες ασκούν δράση ενάντια στην αναπαραγωγή, στη μετανάστευση και στη διήθηση, ενώ προωθούν και το θάνατο (απόπτωση) σε ένα πλατύ φάσμα καρκινοκυττάρων σε καλλιέργεια. Ακόμη περισσότερο, η ανάπτυξη του όγκου, η αγγειογένεση και η μετάσταση αναχαιτίζονται από τα Κανναβινοειδή σε μοντέλα με ποντίκια. Το να οδηγηθεί κάποιος σε διαφορετικά συμπεράσματα θα ήταν παράλογο, αυθαίρετο και πεισματικά αρνούμενο την πραγματικότητα, σύμφωνα με τα μέχρι τώρα καταγεγραμμένα στοιχεία⁶⁷.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί μέρος της παγκόσμιας ανθρώπινης παράδοσης. Η χρήση ναρκωτικών εφαρμόζεται στην ιατρική πρακτική, ακολουθεί κοινωνικές επιταγές, στηρίζει οικονομικά συστήματα, χαρακτηρίζει κοινωνικές ομάδες. Ανεξάρτητα όμως από τη φύση της αναγκαιότητας που εξυπηρετεί η χρήση ουσιών, είναι γενικά αποδεκτό ότι λόγω της εθιστικής δράσης των ναρκωτικών και της επικινδυνότητας για την ατομική και δημόσια υγεία, η χρήση τους πρέπει να ελεγχθεί και να περιορισθεί.

Από τις ετήσιες εκθέσεις του EMCDDA για την κατάσταση του προβλήματος

των ναρκωτικών στην Ευρώπη και τις εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ για την Ελλάδα, έχουμε κάποια θετικά στοιχεία για την τελευταία δεκαετία.

Το αρνητικό είναι ότι η ζήτηση και η διαθεσιμότητα ναρκωτικών δεν μειώνεται, αλλά αυξάνεται. Τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) παραμένουν το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν οι χρήστες, η ενέσιμη χρήση της ηρωίνης παραμένει υψηλή, ενώ η ηλικία έναρξης της χρήσης ναρκωτικών μειώνεται συνεχώς και έχει διαμορφωθεί κατά μέσο όρο στα 17 έτη.

Αναπόφευκτα οι χρήστες λόγω της μακροχρόνιας χρήσης εμφανίζουν κάποια ψύχωση ή ψυχιατρική νόσο. Καλούνται λοιπόν, να το αντιμετωπίσουν κάνοντας εισαγωγή σε κάποιο Ψυχιατρικό Ίδρυμα είτε εκούσια, είτε ακούσια με πρωτοβουλία κάποιου μέλους της οικογένειάς τους.

Ο χρήστης ουσιών αντιμετωπίζεται ως άτομο που έχει ανάγκη από την προστασία της πολιτείας και πλέον αναγνωρίζεται ότι η πρακτική της φυλάκισης των χρηστών είναι αναποτελεσματική και έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Ο νόμος αντιμετωπίζει ελαστικότερα τους χρήστες και παρέχει διεξόδους και κίνητρα για την απεξάρτηση των εξαρτημένων. Παρόλο όμως που ο νόμος παρέχει στο δικαστή εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των χρηστών παραβατών, τα δικαστήρια επιλέγουν τακτικά την πιο κατασταλτική προσέγγιση κυρίως λόγω καχυποψίας απέναντι στους χρήστες, καθώς θεωρούν ότι δηλώνουν εξαρτημένοι για να αποφύγουν την ποινή. Συνέπεια αυτής της πρακτικής είναι οι παραβάτες του νόμου περί ναρκωτικών να αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού στις φυλακές.

Είναι κρίσιμο η πολιτεία να παρέμβει καλύπτοντας τα κενά σε δομές ώστε να εξασφαλιστεί ότι όλοι όσοι αναζητούν βοήθεια θα μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτή. Τα κυριότερα προβλήματα που εντοπίζονται στο ζήτημα της αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών είναι οι ελλείψεις σε δομές και προγράμματα, η ποινική αντιμετώπιση των χρηστών και οι στερεοτυπικές αντιλήψεις που κυριαρχούν σχετικά με την κοινωνική επικινδυνότητα των χρηστών.

Αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας αποτελεί η μέριμνα για την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη/επανένταξη των πρώην χρηστών. Οι απεξαρτημένοι χρήστες αποτελούν ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού και συχνά βιώνουν το

στιγματισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό τόσο από την κοινή γνώμη όσο και από τους εργοδότες. Εκτός των προκαταλήψεων, οι πρώην χρήστες παρουσιάζουν συνήθως χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης, ενώ συχνά έχουν στο ιστορικό τους καταδίκες ή νομικές εκκρεμότητες. Επιπλέον, είναι πιθανό να είναι άστεγοι και να αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας.

Υπό την επιρροή των ευρωπαϊκών πρακτικών, των κειμένων και της νομοθεσίας της ΕΕ, αλλά και των επιστημονικών εξελίξεων, το Νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά πιθανότατα θα προβλέπει αύξηση των υπηρεσιών θεραπείας και συμβουλευτικής και θα θέτει ως στόχο την εξάλειψη των λιστών αναμονής για χορήγηση υποκατάστατων ουσιών και την εισαγωγή των προγραμμάτων υποκατάστασης στα σωφρονιστικά ιδρύματα.

Οι βασικές προβλέψεις του πρόσφατου νόμου για τα ναρκωτικά (4139/13) είναι:

α) η ολοκληρωμένη (ποινική και θεραπευτική) αντιμετώπιση των εξαρτημένων, στους οποίους δίνεται η δυνατότητα της ένταξης σε θεραπεία αντί (ή κατά τη διάρκεια) του εγκλεισμού και

β) η θεσμοθέτηση ενός νέου συντονιστικού σχήματος.

Το συντονιστικό αυτό σχήμα αποτελείται από την Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, η οποία εκπονεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης με επικεφαλής την Εθνική Συντονίστρια για τα Ναρκωτικά και στην ανώτερη βαθμίδα τη Διυπουργική Επιτροπή για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών, η οποία εγκρίνει την εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά και της οποίας ηγείται ο Πρωθυπουργός⁴¹.

Σημαντικό είναι τέλος, να καταπολεμηθεί η αντίληψη ότι οι χρήστες είναι επικίνδυνα και εγκληματικά στοιχεία που απειλούν την κοινωνική συνοχή. Για να καταπολεμηθούν αυτές οι απόψεις πρέπει να ενταθούν τα προγράμματα ενημέρωσης του κοινού, με την συμβολή και των μέσων ενημέρωσης.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ομάδων που εμπλέκονται στην πρόληψη, τη θεραπεία και την καταστολή των ναρκωτικών όπως οι εκπαιδευτικοί, οι αστυνομικοί, οι δικαστικοί, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας κτλ. Προς αυτή την κατεύθυνση θα συμβάλει και η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των αρμόδιων υπουργείων και φορέων ώστε να αναληφθεί

συντονισμένη δράση.

Ενδιαφέρον έχουν οι νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Ιούλιος 2014) προς τα κράτη – μέλη του που συστήνουν ‘’Αποποινικοποίηση όλων των ναρκωτικών’’ και πρέπει να αντιμετωπίζεται εφεξής ως θέμα δημόσιας υγείας και όχι ως θέμα δημόσιας τάξης

Το πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (ΨΜ) αφορά στον εκσυγχρονισμό του συστήματος υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (ΨΥ) και αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που συντελούνται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, με πολλαπλές θετικές συνέπειες.

Η Ελληνική πολιτεία δεσμεύεται διαχρονικά και ανεξάρτητα από πολιτικές και διοικητικές αλλαγές στο Υπουργείο Υγείας, από τα προγράμματα Ψυχαργώς που ολοκληρώθηκαν τα προηγούμενα χρόνια, από το Σύμφωνο Spidla καθώς και από το γεγονός ότι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση χρηματοδοτήθηκε και χρηματοδοτείται από τα διαρθρωτικά ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (κυρίως η ανάπτυξη νέων δομών). Ιδιαίτερα η αξιοποίηση των ευρωπαϊκών πόρων, ενώ έχει συμβάλλει τα μέγιστα στην υλοποίηση της ΨΜ, παράλληλα δεσμεύει την χώρα μας στη λειτουργία των δομών και μετά την περίοδο της συγχρηματοδότησης, που δεδομένης της τρέχουσας δημοσιονομικής συγκυρίας αποδεικνύεται εξαιρετικά αβέβαιη.

Οι νεότερες εξελίξεις που πραγματοποιούνται κατά το έτος 2013, με την κυοφόρηση του νέου συμφώνου Andor - Λυκουρέντζου και το σχετικό σχέδιο δράσης, διαμορφώνουν ένα δεσμευτικό πλαίσιο για την πολιτική ΨΥ της χώρας κατά τη δεκαετία 2010-2020.

Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε τη διεξαγωγή έργου με σκοπό τη συνεχή (on going) αξιολόγηση της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης Ψυχαργώς μέχρι το 2015, ημερομηνία ολοκλήρωσης του ΕΣΠΑ, που αποτελεί και τη βασική πηγή χρηματοδότησης.

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα που δεν προσφέρεται για απλοϊκά συμπεράσματα. Το πρόβλημα των ναρκωτικών αφορά όλοι την κοινωνία και όχι μόνο όσους αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης και τις

οικογένειές τους. Όλοι μπορούν ανά πάσα στιγμή να αντιμετωπίσουν πρόβλημα εξάρτησης είτε προσωπικά είτε μέσω ενός δικού τους ανθρώπου. Παρόλα αυτά λύσεις υπάρχουν και είναι εμφανείς στις ακούραστες προσπάθειες χιλιάδων εργαζόμενων και εθελοντών που δραστηριοποιούνται στον τομέα των εξαρτήσεων.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. World Health Organization, διαθέσιμο στο:
http://www.who.int/topics/health_policy/en/
2. L. Liaropoulos, “Health care policy in Greece: a new and promising reform”, στο *Euro Observer*, Vol 3, N. 2, July 2001.
3. Ρομπόλης Σ. - Χλέτσος Μ., *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*, Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1995.
4. Τσαντίλας Πέτρος, «Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας», Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα 2008
5. Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J (eds) *Funding health care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002 (Winner of the 2002 European Health Management Association's Baxter Award. Commended: BMA 2002 Book Competition).
6. Φ.Ε.Κ Α 222/2012, Ν. 4093/2012 «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016. »
7. Μαδιανός Μιχάλης, «Κλινική Ψυχιατρική», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα (2006) 2^η συμπληρωμένη έκδοση
8. Μαρσέλος Μάριος, «Εξαρτησιογόνες ουσίες», Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2005
9. Μαδιανός Μιχάλης, «Ψυχιατρική και Αποκατάσταση», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005
10. INCB Annual Report 2013, διαθέσιμο στο:
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/English/AR_2013_E.pdf
11. Ελληνική Αστυνομία στατιστικά στοιχεία 2005-2012
<http://www.astynomia.gr/images/stories//2013/statistics13/2005-2012ypotheseis.PNG>
12. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, (2011), Οδηγός υπηρεσιών Πρόληψης και Αντιμετώπισης των

- Ουσιοεξαρτήσεων: ΕΚΤΕΠΝ 2011, Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΕΚΤΕΠΝ. Διαθέσιμο στο:
<http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/2011.pdf>
13. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, (2013), Οδηγός υπηρεσιών Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Ουσιοεξαρτήσεων: ΕΚΤΕΠΝ 2013, Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΕΚΤΕΠΝ. Διαθέσιμο στο:
<http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ee2013.pdf>
14. ΚΕΘΕΑ Απολογισμός 2013 διαθέσιμο στο:
http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/APOLOGISMOS_2013_L.pdf
15. European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction, διαθέσιμο στο:
<http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>
16. World Health Organization for alcohol abuse, διαθέσιμο στο:
http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/
17. World Health Organization for substance abuse, διαθέσιμο στο:
http://www.who.int/substance_abuse/activities/gad/en/
18. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων , διαθέσιμο στο:
http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=236302&name=DLFE-1701.pdf
19. Κοκκέβη Α, Κίτσος Γ, Φωτίου Α. Καπνός, οινοπνευματώδη, ναρκωτικά: Η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2007
20. Fagerstrom test for nicotine dependence, διαθέσιμο στο:
http://ndri.curtin.edu.au/btftp/documents/Fagerstrom_test.pdf
21. Le Foll B. Europ Psyc; Smoking cessation guidelines: French Health Products Safety Agency 2005;20:431
22. World Health Organization report on regulation of e-cigarettes and similar products, διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/nmh/events/2014/backgrounder-e-cigarettes/en/>
23. Γραμμή Ενημέρωσης και Υποστήριξης για την διακοπή του καπνίσματος, διαθέσιμο στο <https://sites.google.com/site/antismoking1142/>

24. World Health Organization facts for cannabis, διαθέσιμο στο http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/
25. Bally N¹, Zullino D, Aubry JM , Cannabis use and first manic episode, Journal of affective disorder Aug;165:103-8. 2014
26. Wong S, Ordean A, Kahan M Substance use in pregnancy.; Maternal Fetal Medicine Committee; Family Physicians Advisory Committee; Medico-Legal Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Journal of obstetrics and gynaecology Canada 2011 Apr;33(4):367-84.
27. Med Hist. Jan 1977; 21(1): 108. Sigmund Freud, Robert Byck (editor) Cocaine papers by Sigmund Freud
28. World Health Organization substance abuse, διαθέσιμο στο http://www.who.int/substance_abuse/facts/cocaine
29. LoBue C¹, Cullum CM, Braud J, Walker R, Winhusen T, Sudrajan P, Adinoff B. Optimal neurocognitive, personality and behavioral measures for assessing impulsivity in cocaine dependence. The American journal of drug and alcohol abuse 2014 Aug 1:1-8. [Epub ahead of print]
30. World Health Organization opioid dependence guidelines, διαθέσιμο στο http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf?ua=1
31. United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances 1988, article 3 pages 3 & 4, διαθέσιμο στο https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf
32. Παρασκευόπουλος Νίκος, «Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα 2004
33. EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2009), Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη 2009, Λουξεμβούργο, Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
34. UNODC - United Nation Office on Drugs and Crime, (2009b), Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem, New York, United Nations, διαθέσιμο

- στο <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2009/June/political-declaration-states-renew-commitment-to-eliminate-drug-abuse.htm>
35. NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, διαθέσιμο στο: <http://www.niaaa.nih.gov/about-niaaa/our-funding>
36. NIDA - National Institute on Drug Abuse, διαθέσιμο στο: <http://www.drugabuse.gov/about-nida>
37. Huffingtonpost, διαθέσιμο στο: http://www.huffingtonpost.com/2014/01/19/obama-marijuana-alcohol_n_4627740.html
38. The Economist, διαθέσιμο στο: <http://www.economist.com/news/united-states/21606851-legalising-drug-harder-it-looks-great-pot-experiment>
39. EUR-lex, access to European union law, διαθέσιμο στο: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=OJ:C:2013:351:TOC>
40. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://ygeiamap.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/NARKOTIKA_TELIKO_LOW.pdf
41. Φ.Ε.Κ Α 74/2013, Ν.4139/2013 «Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις»
42. OKANA (Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών), διαθέσιμο στο: <http://www.okana.gr/2012-01-12-13-11-25/ti-einai-o-okana>
43. OKANA – Υπηρεσίες, διαθέσιμο στο: <http://www.okana.gr/2012-01-12-13-11-25/ypiresies>
44. ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), διαθέσιμο στο: <http://www.kethea.gr>
45. ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ (Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων), διαθέσιμο στο: <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/docs/Apotimhsh%20apotelesmatikothtas%20%CE%9A%CE%95%CE%A4%CE%97%CE%95%CE%91.pdf>
46. Τριανταφύλλου Παναγιώτης, (2007), «Η ανάπτυξη των Κέντρων Πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στις τοπικές κοινωνίες. Ένα κοινωνικό, θεσμικό και “επιστημονικό” πείραμα αντιμετώπισης κοινωνικών προβλημάτων και

- ανασφαλειών», διπλωματική εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Τομέας Εγκληματολογίας.
47. ΕΚΤΕΠΝ - Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, (2009), Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2009 , Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΕΚΤΕΠΝ.
 48. Ρούσσης Αναστάσιος Γ., (2007), Ναρκωτικά και ανήλικοι : Ο ρόλος της οικογένειας, Αθήνα, Εκδόσεις: Γρηγόρη.
 49. OKANA - Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, διαθέσιμο στο: <http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhshs-antimetwpishshs-thshs-eksarthshshs>
 50. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας - διαθέσιμο στο:
<http://www.moh.gov.cy/Moh/MHS/mhs.nsf/All/BF201E2B2306415FC2257AEE0047703C?OpenDocument>
 51. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000–2006», Οδηγός Οργάνωσης Υπηρεσιών Αντιμετώπισης της Κρίσης και των Επειγόντων Περιστατικών, (2006), διαθέσιμο στο:
http://www.klimaka.org.gr/js/components/com_booklibrary/ebooks/odigos_organosis_yphresion_antimetopisis_tiw_krisis_kai_ton_epeigonton_peristatikon.pdf
 52. European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction, διαθέσιμο στο:
<http://www.emcdda.europa.eu/edr2013>
 53. Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας - διαθέσιμο στο:
<http://www.moh.gov.cy/MOH/MHS/mhs.nsf/All/3AC0F765D7FC976FC2257AE00474001?OpenDocument>
 54. Ραγιά Αφροδίτη, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας (7^η έκδοση βελτιωμένη), Εκδόσεις: Παρισιάνος Γιάννης, 2009, Αθήνα
 55. ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ (Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων), διαθέσιμο στο:
http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/docs/ypotroph_alkool_arthro_Poulopolos.pdf

56. Αγραφιώτης & Καμπριάνη, 2002 Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α – Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης, περ. εξαρτήσεις, 2/13-40
57. Σουλιώτης Κυριάκος, Πολιτική και Οικονομία της Υγείας (Συλλογικό έργο), Εκδόσεις: Παπαζήσης, 2007
58. Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ", διαθέσιμο στο: <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>
59. Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έτους 2012 στο πλαίσιο του έργου "Αξιολόγηση κατά την διάρκεια (on going) της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης "Ψυχαργώς" από το 2011 μέχρι και το 2015, διαθέσιμο στο: www.psychargos.gov.gr/Documents2/ON- GOING/ΠΒ1.2.pdf
60. IDCP - International Drug Policy Consortium, (2010a), Drug Policies in South East Europe: Towards regional cooperation, Meeting Report, 19th – 20th March 2010, Athens, Greece, διαθέσιμο στο: <http://www.idpc.net/publications/report-see-meeting-athens-march-2010>
61. Κουκουτσάκη Αφροδίτη, Χρήση ναρκωτικών, ομοφυλοφιλία: συμπεριφορές μη συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού και ιατρικού ελέγχου, Αθήνα, Εκδόσεις: Κριτική, 2002
62. Μαλλιώρα Λένα(2007), «Ναρκωτικά και φυλακές», εφημερίδα ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ, ΑΠΟΨΗ, 5/08/2007, σελ. 78 διαθέσιμο και στο: <http://www.malliori.gr/Contents.aspx?lang=gr&CatId=1742&View=8>, [20/05/2010]
63. Ζάννης Παναγιώτης, (2009), Οι Δυνατότητες Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων μέσω της Αγοράς Εργασίας Έρευνα που υλοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Δίαυλοι Επικοινωνίας» του έργου: «Ενίσχυση της Απασχόλησης με την Ενεργό συμμετοχή των Μ.Κ.Ο.» β' κύκλος, Αθήνα, Σωματείο «ΕΡΜΗΣ».
64. UNODC - United Nation Office on Drugs and Crime, (2009a), World Drug Report 2009, Vienna, United Nations Publication Sales.

65. World Health Organization, consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, July 2014, διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
66. London School of Economics (LSE), διαθέσιμο στο: <http://www.lse.ac.uk/ideas/publications/reports/pdf/lse-ideas-drugs-report-final-web.pdf>.
67. Οικονομόπουλος Γιώργης “Το ίαμα κάνναβη Το κυνηγημένο βοτάνι και οι εντυπωσιακές θεραπευτικές εφαρμογές του”, 2014 Εκδόσεις Κέδρος
68. Δομή απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείο Αττικής, διαθέσιμο στο: <http://www.18ano.gr>
69. Δομή απεξάρτησης του Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αττικής, διαθέσιμο στο <http://www.eginitio.gr/Clinic/Athina>
70. Δομή απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, διαθέσιμο στο <http://www.psychothess.gr/dependence.asp>
71. Γεωργιάδου Ε., Μαστρογιάννη Α., Συγγελάκης Μ., Καραστεργίου Α., Ακούσια νοσηλεία: Το νομοθετικό πλαίσιο και η εφαρμογή του, Ελλ. Ψυχιατρική Γεν. Νοσοκομείου, 1 (1) 2003, σελ. 25.
72. Φυτράκης Ευτύχης, Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: Μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου, Τετράδια Ψυχιατρικής Νο100 Δεκ.2007, σ.109-120
73. ΦΕΚ 123 του 1992, Νόμος 2071/1992 για τον Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, διαθέσιμο στο: <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/search-laws>
74. Φυτράκης Ευτύχης, Ανθρώπινα Δικαιώματα και Ψυχική Υγεία: Θεσμοί προστασίας, Σύναψις, τόμος 8, 2012, σελ.14-18
75. Συνήγορος του Πολίτη, Αυτεπάγγελτη έρευνα για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, Μάιος 2007, διαθέσιμο στο: <http://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>
76. Κοσμάτος Κωνσταντίνος, Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις: Σάκκουλα, Αθήνα (2002), σελ.54