



OKANA

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Ναρκωτικά  
.....

Διάλογος ...

... ή σύγκρουση;

---

Άννα Κοκκέβη

Πρόεδρος OKANA Αναπλ. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών  
Φεβρουάριος 2002

*Η σύνταξη του κειμένου του φυλλαδίου αυτού έγινε κατά παράκληση του Προέδρου της Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για τα Ναρκωτικά κ. Μ. Σκουλάκη. Το όλο θέμα ανέκυψε από τη συνεδρίαση της 23/1/2002 με θέμα την πρόταση Νόμου για τα Ναρκωτικά, την οποία υπέβαλαν πέντε βουλευτές από τρία πολιτικά κόμματα.*

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τη Διεύθυνση της Καθημερινής για τη φιλοξενία του κειμένου αυτού, που δημοσιεύθηκε σε συνεχόμενα φύλλα της εφημερίδας.*

ANNA KOKKEBH

## **Ναρκωτικά: Διάλογος ή σύγχυση;**

Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας: ένα θέμα το οποίο δικαιολογημένα απασχολεί έντονα την ελληνική κοινωνία σε όλα τα επίπεδα -πολιτικό, κυβερνητικό, επιστημονικό, εξειδικευμένων φορέων και πολιτών, και πάνω απ' όλα όσων πλήττονται πιο άμεσα από το πρόβλημα, δηλαδή των ίδιων των εξαρτημένων και των οικογενειών τους.

Η ανησυχία για το πρόβλημα εκφράζεται και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, και ιδιαίτερα τον ημερήσιο Τύπο. Καθημερινά εμφανίζονται στις εφημερίδες και στα περιοδικά δημοσιεύματα σχετικά με τα ναρκωτικά. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στις θλιβερές “πρωτιές” της χώρας μας (ρυθμός της αύξησης των θανάτων από ναρκωτικά, εξάπλωση της χρήσης, αστυνομικό δελτίο). Ο αριθμός των δημοσιευμάτων εκτοξεύεται στα ύψη με την ευκαιρία της δημοσιοποίησης εκθέσεων για την κατάσταση των ναρκωτικών από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά (ΕΚΠΙΝΤ) και το αντίστοιχο εστιακό σημείο της χώρας μας (ΕΚΤΕΠΝ) ή από φορείς που δραστηριοποιούνται στη θεραπεία και στην πρόληψη. Η θεώρηση του προβλήματος είναι συνήθως αποσπασματική, ανάλογα με τα ερεθίσματα που δίνουν λαβή στα δημοσιεύματα. Η επισήμανση της ανεξέλεγκτης επέκτασης του προβλήματος στη χώρα μας αποδίδεται συνήθως στην αποτυχία της εθνικής πολιτικής με συχνές αναφορές στο “αποτυχημένο” νομικό πλαίσιο της χώρας (βλ. αναφορές σε ποινικοποίηση/αποποινικοποίηση).

Πρόσφατα η Διακομματική Επιτροπή της Βουλής για τα Ναρκωτικά αφιέρωσε τρεις συνεδρίες της στο διάλογο μεταξύ πολιτικών και εκπροσώπων φορέων σε σχέση με την πρόταση νόμου για τα ναρκωτικά που υπέβαλαν πέντε βουλευτές από τρία πολιτικά κόμματα (ΣΥΝ, ΠΑΣΟΚ και ΝΔ). Στις συνεδριάσεις αυτές διατυπώθηκαν διαφορετικές θέσεις και απόψεις, οι οποίες έγιναν γνωστές στο ευρύτερο κοινό από τον ημερήσιο Τύπο. Χαρακτηριστικός ο τίτλος μιας από τις εφημερίδες που κάλυψαν το θέμα της συζήτησης στη Βουλή: “Αδυναμία συμφωνίας σε ενιαία πολιτική για τα ναρκωτικά”.

Χωρίς αμφιβολία η δημοσιογραφία γίνεται όλο και πιο σοβαρή και αντικειμενική όσον αφορά το θέμα της αναμετάδοσης της πληροφορίας. Όμως, αυτό που απουσιάζει είναι η ολοκληρωμένη παρουσίαση του θέματος. Ειδικότερα, η σύνδεση του μεταβαλλόμενου σε μέγεθος και φύση προβλήματος με την ακολουθούμενη ή και την πλέον ενδεδειγμένη πολιτική είναι είτε ανύπαρκτη είτε αντιφατική.

Την ευθύνη δεν έχουν τα ΜΜΕ, τα οποία καταβάλλουν προσπάθειες για να μεταδώσουν όσο γίνεται πιο πιστά τις απόψεις των πολιτικών, των ειδικών και των “ειδικών” πάνω στο θέμα. Τα ΜΜΕ εκφράζουν απλώς μια πραγματικότητα, ότι δεν υπάρχει μονοσήμαντη απάντηση για την ενδεδειγμένη πολιτική. Το πόσο σύνθετη είναι αυτή η πραγματικότητα έχει αποδειχθεί περίτρανα από την αδυναμία πολλών χωρών -οι οποίες δίνουν διαφορετική έμφαση στην πολιτική τους (καταστολή/μείωση της ζήτησης)- να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα σε βαθμό αποτελεσματικότητας που να είναι αντίστοιχος με αυτόν της επένδυσης που κάνουν. Είναι επομένως αναμενόμενο και θεμιτό, θα έλεγα, να εξετάζονται όλες οι δυνατές απαντήσεις με την ανάλογη ευελιξία που απαιτεί ένα

μεταβαλλόμενο στην πορεία του χρόνου φαινόμενο, αλλά και σύμφωνα με την εμπειρογνωμοσύνη που προκύπτει από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.

Είναι επίσης αναμενόμενο αυτή η πραγματικότητα να αφήνει το πεδίο ελεύθερο για τη διατύπωση μη τεκμηριωμένων απόψεων και τη δημιουργία εντυπώσεων: εντυπώσεων μαξιμαλιστικού χαρακτήρα σε σχέση με το μέγεθος του προβλήματος -300.000 εξαρτημένοι στη χώρα μας, σύμφωνα με μη επιστημονικά τεκμηριωμένες εκτιμήσεις, ενώ σε χώρες με πληθυσμό ανάλογο του δικού μας οι εξαρτημένοι ανέρχονται στις 25.000-29.000 (Ολλανδία), στις 20.000 (Βέλγιο), στις 4.700-19.000 (Ιρλανδία, Νορβηγία, Αυστρία), όσο και εντυπώσεων που αφορούν τις προτεραιότητες που δίνονται στην αντιμετώπιση του προβλήματος (όπως είναι η μεταβολή του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου στη χώρα μας και η φιλελευθεροποίηση της πολιτικής σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών ή και τη χορήγηση ηρωίνης από το κράτος) αλλά και τις εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις, όπως είναι αυτές που μέμφονται την ανοχή του κράτους, το οποίο με τα προγράμματα υποκατάστασης που εφαρμόζει προωθεί πολιτικές εξάρτησης και όχι απεξάρτησης από τα ναρκωτικά.

Βέβαια, ανεξάρτητα από όλα αυτά θα μπορούσε κανείς να προσθέσει ότι, ακριβώς, είναι ίδιον μιας δημοκρατικής κοινωνίας να εκφράζονται όλες οι απόψεις. Θα προχωρούσα ακόμα πιο πέρα, υποστηρίζοντας ότι αυτό που σήμερα μπορεί να θεωρείται “ακραία άποψη” ίσως αύριο ή μεθαύριο θεωρείται “συντηρητική”. Κι αυτό όχι απαραίτητα γιατί άλλαξαν τα πιστεύω μας ή γιατί υπήρξε πρόοδος στις αντιλήψεις, μας, αλλά γιατί μεταβλήθηκε η κοινωνική πραγματικότητα οδηγώντας μας αναγκαστικά στην υιοθέτηση απόψεων που θα απορρίπταμε πριν από κάποια χρόνια.

Ας αναφέρουμε τρία μόνο χαρακτηριστικά παραδείγματα:

1. Πριν από τριάντα χρόνια ο χρήστης ναρκωτικών ήταν το κατεξοχήν περιθωριακό άτομο του υποκόσμου στη χώρα μας. Σήμερα η αυξημένη πιθανότητα να υπάρχει εξαρτημένο από ναρκωτικά άτομο στο σπίτι του φίλου, του γείτονα, του συνεργάτη μας ή και μέσα στο ίδιο μας το σπίτι μάς κάνει να βλέπουμε το χρήστη ως “θύμα” που έχει ανάγκη υποστήριξης και θεραπείας ώστε να αποφευχθεί η περιθωριοποίησή του.
2. Πριν ενσκήψει η επιδημία του AIDS (αρχές της δεκαετίας του '80) η χορήγηση μεθαδόνης ως μεθόδου θεραπείας των εξαρτημένων θεωρείτο ηθικά και ιδεολογικά αντιφατική ως προς την ίδια την έννοια της θεραπείας. Από τότε οι κοινωνικές συνθήκες που διαμορφώθηκαν (υψηλά επίπεδα μόλυνσης από μολυσματικές ασθένειες μεταξύ των εξαρτημένων ατόμων, επιπτώσεις από την περιθωριοποίηση των χρηστών και παράλληλη εκρηκτική αύξηση της εγκληματικότητας) έχουν οδηγήσει όλες σχεδόν τις χώρες στην υιοθέτηση των προγραμμάτων υποκατάστασης ως θεραπείας επιλογής, ενώ σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες όπου τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών είναι χρονιότερα και οξύτερα υιοθετούνται ή δοκιμάζονται και πιο “ακραίες” πολιτικές, όπως είναι αυτή της ιατρικά ελεγχόμενης χορήγησης της ίδιας της ουσίας της εξάρτησης.

3. Ως τρίτο παράδειγμα χαρακτηριστικό των τάσεων αλλαγής των αντιλήψεων και της πολιτικής στην πορεία των τελευταίων ετών θα μπορούσε σίγουρα να αναφερθεί το θέμα της “αποποινικοποίησης των μαλακών ναρκωτικών”, κατά κύριο λόγο της χρήσης και κατοχής για προσωπική χρήση των παραγώγων της κάνναβης (μαριχουάνα, χασίς). Παρά το γεγονός ότι είναι επιστημονικά αναγνωρισμένο ότι η κάνναβη δεν είναι αβλαβής για την υγεία των χρηστών, εντούτοις η διαδεδομένη τα τελευταία χρόνια μεταξύ των νέων αντίληψη για το αντίθετο, σε συνδυασμό και με την αυξημένη διαθεσιμότητά της, έχει οδηγήσει στη μεγάλη διάδοση της χρήσης της στους νέους. Σε ορισμένες χώρες όπου η χρήση της ουσίας έφτασε να αφορά ιδιαίτερα αυξημένο ποσοστό, για την ακρίβεια πάνω από το 1/3 του νεανικού πληθυσμού, αναθεωρήθηκε ήδη η νομοθεσία ή υπάρχει έντονη συζήτηση και προβληματισμός για αναθεώρησή της προς το επεικέστερο. Κι αυτό για δύο βασικούς λόγους: Πρώτον, για να αποφευχθεί ο ποινικός στιγματισμός και οι συνακόλουθες επιπτώσεις του σε μια μεγάλη μερίδα νέων ανθρώπων που προέρχονται από όλα τα κοινωνικά στρώματα και, δεύτερον, για λόγους εξοικονόμησης δαπανών αλλά και χρόνου του αστυνομικού σώματος, ώστε να έχει τη δυνατότητα να ασχοληθεί με τη δίωξη σοβαρότερων παραπτώματων. Θα μπορούσε να προσθέσει κανείς και έναν τρίτο λόγο, αυτόν που επικαλούνται ορισμένοι αλλά αντικρούουν άλλοι, ότι με τον τρόπο αυτό σπάει ο δεσμός του παράνομου εμπορίου “μαλακών” με τα “σκληρά” ναρκωτικά.

Πάντως, γεγονός είναι ότι σε καμία ευρωπαϊκή χώρα η χρήση της κάνναβης δεν είναι νομιμοποιημένη ή εντελώς ατιμώρητη πράξη, παρά τις αντίθετες πληροφορίες που έρχονται στο φως της δημοσιότητας για χώρες όπως η Ολλανδία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, το Βέλγιο και πολύ πρόσφατα το Ηνωμένο Βασίλειο. Απλώς η χρήση και η κατοχή ναρκωτικών για προσωπική χρήση επιφέρει, ανάλογα με τις συνθήκες χρήσης και το χρήστη, διοικητικές αντί ποινικών κυρώσεων.

Η μεταβαλλόμενη πραγματικότητα και η συνακόλουθη διαφοροποίηση των πολιτικών που επιφέρει προσφέρουν λαμπρό πεδίο για τη διατύπωση ποικίλων απόψεων, οι οποίες δυστυχώς δεν κατορθώνουν να αρθρωθούν σε έναν πραγματικό και ουσιαστικό διάλογο, ένα διάλογο με τη σωστή σημασία του όρου -παράθεση επιχειρημάτων και αντεπιχειρημάτων σε επιστημονικά τεκμηριωμένη βάση- που θα συνέτεινε κατά πολύ τόσο στην ορθή διαμόρφωση και τον επηρεασμό της κοινής γνώμης και στη χάραξη της ενδεδειγμένης πολιτικής. Αντ’ αυτού ο “διάλογος” που επικρατεί οδηγεί συχνά σε σύγχυση και αποπροσανατολισμό της κοινής γνώμης. Διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται για να σηματοδοτήσουν την ίδια έννοια, (βλ. σύγχυση μεταξύ “νομιμοποίησης” και “αποποινικοποίησης”), ο ίδιος όρος χρησιμοποιείται για να σηματοδοτήσει διαφορετικού περιεχομένου έννοιες (βλ. σύγχυση όσον αφορά τις διατυπώσεις “κάνει χρήση ναρκωτικών” ή “χρήστης ναρκωτικών”, που χρησιμοποιούνται χωρίς καμία διαφοροποίηση για τη δοκιμή, την ευκαιριακή χρήση, την εξάρτηση, την προβληματική χρήση).

Επιπροσθέτως, είμαι της άποψης ότι σε μικρότερο βαθμό οι ιδεολογικές καθηλώσεις και οι δογματισμοί και σε μεγαλύτερο βαθμό η απουσία ικανοποιητικού βαθμού ενημέρωσης της κοινής γνώμης είναι υπεύθυνη για τη λανθασμένη αντίληψη που δημιουργείται στο κοινό σχετικά με το ότι η έννοια του όρου “θεραπεία” σε ό,τι αφορά την εξάρτηση από τα ναρκωτικά ανταποκρίνεται αποκλειστικά και μόνο στην απεξάρτηση και όχι στον

έλεγχο των επιπτώσεων της χρήσης, δηλαδή την κοινωνική και επαγγελματική βελτίωση και επανένταξη του εξαρτημένου ατόμου και την πρόληψη προβλημάτων υγείας και υποτροπών (“μείωση της βλάβης”). Μια έννοια, δηλαδή, για τη θεραπεία, που την αποδεχόμαστε αυτόματα για άλλες χρόνιες νόσους όπου η θεραπευτική αγωγή δεν ταυτίζεται απαραίτητα με την ίαση.

Επίσης, η απουσία μιας επαρκούς και τεκμηριωμένης ενημέρωσης είναι αυτή που κατά κύριο λόγο ευθύνεται για τις έντονες αντιδράσεις των τοπικών κοινωνιών όσον αφορά την ίδρυση θεραπευτικών μονάδων για τα εξαρτημένα άτομα. Εδώ ο διάλογος ανάμεσα στους εκπροσώπους των τοπικών κοινωνιών και στους επίσημους θεραπευτικούς φορείς αποτελεί ένα ακόμα πεδίο σύγκρουσης, ενώ ταυτόχρονα οδηγεί σε σύγχυση το ευρύτερο κοινό. Αποτέλεσμα η επιβράδυνση στους ρυθμούς ανάπτυξης των θεραπευτικών μονάδων, παρά το ότι η κοινή γνώμη αναγνωρίζει την ανάγκη για αριθμητική και γεωγραφική τους επέκταση.

Τα “διπλά μηνύματα” δεν βοηθούν στη σωστή τοποθέτηση των πολιτών και των πολιτικών απέναντι στο οξύτατο πρόβλημα των ναρκωτικών. Ο ρόλος της υπεύθυνης πληροφόρησης και του διαλόγου είναι να μορφώνει και να διαπαιδαγωγεί και όχι να δημιουργεί λαθεμένες εντυπώσεις και σύγχυση. Είμαι αναφανδόν υπέρ του τεκμηριωμένου διαλόγου σε όλα τα θέματα, γιατί μόνο με εποικοδομητικό διάλογο μπορεί να οδηγηθεί κανείς σε υπεύθυνες αντιλήψεις και απόψεις.

### **Αποποινικοποίηση των ναρκωτικών: Πεδίο αντιθέσεων**

#### **Η ανάγκη για διευκρίνιση των εννοιών**

Σκόπιμο είναι, πριν μπούμε στην ουσία του θέματος της αποποινικοποίησης, να διευκρινίσουμε τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο “αποποινικοποίηση”. Ο όρος συγχέεται συχνά με τη “νομιμοποίηση”. Σε γενικές γραμμές “νομιμοποίηση” σημαίνει ότι η κατοχή και η χρήση των παράνομων ουσιών τελούν υπό νομικό έλεγχο σε καθεστώς παρόμοιο με αυτό που ισχύει για το αλκοόλ και τον καπνό, ενώ η “αποποινικοποίηση” υπονοεί συνήθως ένα καθεστώς κάπου ανάμεσα στη νομιμοποίηση και στην απαγόρευση. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της αποποινικοποίησης η κατοχή ναρκωτικών για προσωπική χρήση πάυει να επισύρει ποινικές κυρώσεις και τιμωρείται με διοικητικές πράξεις, όπως, για παράδειγμα, τιμωρείται η παραβίαση του ορίου ταχύτητας κατά την οδήγηση. Επομένως ο όρος “αντιαπαγόρευση”, ο οποίος χρησιμοποιείται συνήθως εναλλακτικά αντί του όρου “αποποινικοποίηση”, αντιστοιχεί εννοιολογικά μάλλον στη νομιμοποίηση και όχι στην αποποινικοποίηση. Ένα άλλο ζήτημα που συχνά δεν διευκρινίζεται επαρκώς όταν τίθεται το θέμα της αποποινικοποίησης είναι η συγκεκριμένη πράξη στην οποία αναφερόμαστε. Μιλάμε δηλαδή μόνο για την αποποινικοποίηση της χρήσης αυτής καθεαυτής, ή/και της κατοχής για προσωπική χρήση, ή/και της προμήθειας, ή/και της εισαγωγής, της διακίνησης της ναρκωτικής ουσίας κτλ.

Ο σαφής διαχωρισμός των πράξεων είναι σε ένα βαθμό αδύνατος, γιατί πώς θα ήταν δυνατόν ένα άτομο να χρησιμοποιεί μια ουσία χωρίς να την έχει στην κατοχή του; Παρ’ όλα αυτά, η αφ’ εαυτής χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί νομική έννοια η οποία αναφέρεται αποκλειστικά στη χρήση ναρκωτικών και διαφοροποιείται κατ’ αυτό τον

τρόπο από τις άλλες παράνομες πράξεις. Μάλιστα οι νόμοι ορισμένων χωρών κάνουν αυτό το διαχωρισμό απαγορεύοντας τη χρήση ως ειδική παράβαση (Πίνακας 1: Χώρες όπου απαγορεύεται η χρήση ναρκωτικών αυτή καθεαυτή και παρεπόμενες νομικές κυρώσεις)

Οι συχνότερες αναφορές γίνονται στην αποποινικοποίηση της χρήσης ή της κατοχής μικροποσότητας ναρκωτικών για προσωπική χρήση. Δεν διευκρινίζεται όμως πάντα το σε ποιες ουσίες γίνεται η αναφορά: σε όλες τις παράνομες ουσίες ή σε κάποιες από αυτές και όχι σε άλλες; Γίνεται, για παράδειγμα, πολύς λόγος για το διαχωρισμό των “μαλακών” ναρκωτικών από τα “σκληρά”. Τίθεται το ερώτημα: Στα “μαλακά” περιλαμβάνεται μόνο η κάνναβη ή και άλλες παράνομες ουσίες, όπως είναι η ουσία “έκσταση” και άλλα συνθετικά ναρκωτικά;

### **Η ανάγκη για εμπειρισματομένο προβληματισμό**

Ο προβληματισμός σε σχέση με τις πολιτικές και το νομικό πλαίσιο αντιμετώπισης της χρήσης των ναρκωτικών γίνεται δικαιολογημένα όλο και μεγαλύτερος σε όλες τις χώρες όπου το πρόβλημα της χρήσης έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας, και μάλιστα ιδιαίτερα απειλητικής. Επιτείνεται δε και από τις διαστάσεις που παίρνουν και τα συνδεδεμένα με τη χρήση των ναρκωτικών προβλήματα, όπως είναι η προσβολή των χρηστών και η μετάδοση στο γενικό πληθυσμό μολυσματικών ασθενειών (AIDS, ηπατίτιδες κτλ.), οι θάνατοι, η αύξηση της εγκληματικότητας, η περιθωριοποίηση και η εξαθλίωση μερίδας νέων ατόμων, καθώς και η εκτίναξη του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η διαχείριση του όλου προβλήματος στα ύψη.

Όλο και πιο συχνά υιοθετούνται πολιτικές μείωσης της βλάβης, συχνά πολιτικές “ανάγκης”, όταν οι συνθήκες που διαμορφώνονται δεν αφήνουν περιθώρια για το ιδανικά επιθυμητό. Για τις εξελίξεις αυτές δεν ευθύνεται απαραίτητα η “ανεπιτυχής πολιτική” στην οποία αποδίδεται η επιδείνωση του προβλήματος. Σε πολλές περιπτώσεις οι δυσμενείς τροπές οφείλονται σε παράγοντες συμπτωματικούς ή τυχαίους, όπως είναι, για παράδειγμα, η εμφάνιση του ιού HIV ή τα χαρακτηριστικά αυτά καθεαυτά των σύγχρονων κοινωνιών, οι οποίες συσσωρεύουν κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, ή οι πολιτικές αλλαγές των τελευταίων χρόνων (άνοιγμα συνόρων) που έχουν συντελέσει στην αύξηση της διαθεσιμότητας των παράνομων ουσιών.

Οι πολιτικές της μείωσης της βλάβης που υιοθετούνται από όλο και περισσότερες χώρες της Ε.Ε. καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, ξεκινώντας από τη θεραπεία υποκατάστασης και προχωρώντας σε προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, άμεσης πρόσβασης στη χορήγηση υποκαταστάτων, ιατρικής χορήγησης ηρωίνης, λειτουργίας αιθουσών ενέσιμης χρήσης. Τα μέτρα επιλέγονται ανάλογα με τις συνθήκες, προκειμένου να “αποφευχθεί το χειρότερο”. Οι διαφορετικές εκτιμήσεις της οριακής γραμμής ανάμεσα στο “κακό” και στο “χειρότερο” οδηγούν συνήθως σε αντικρουόμενες απόψεις. Για να αναφέρουμε μόνο μερικά παραδείγματα: Είναι “κακό” να έχουμε σε προγράμματα υποκατάστασης τα εξαρτημένα άτομα που δεν αποδέχονται τη θεραπεία των στεγνών προγραμμάτων, όπως ορισμένοι υποστηρίζουν, ή μήπως είναι “χειρότερο” να τα αφήνουμε αβοήθητα να εγκληματούν για να εξασφαλίσουν τη δόση τους, να κινδυνεύουν να προσβληθούν από σοβαρές ασθένειες και να μολύνουν και άλλους, μέχρι να πεθάνουν εξαθλιωμένα στο

δρόμο; Είναι “κακό” να παρέχονται οι ίδιες οι παράνομες ουσίες σε εκείνο το μικρό αριθμό των “σκληροπυρηνικών” τοξικομανών στους οποίους δεν έχει αποτέλεσμα κανένα θεραπευτικό πρόγραμμα ή μήπως είναι “χειρότερο” να τους εγκαταλείψουμε στο δρόμο; Θα μπορούσαμε να συνεχίσουμε με μια σειρά παρόμοιων διλημάτων.

Με ανάλογο σκεπτικό και κάτω από την ίδια οπτική γωνία θα πρέπει να προβληματιστούμε και για το νομικό πλαίσιο, και πιο συγκεκριμένα την αποποινικοποίηση που αφορά τη χρήση των ναρκωτικών. Πρέπει η υπάρχουσα νομοθεσία στη χώρα μας να γίνει πιο επιεικής ή ανεκτική ή φιλελεύθερη, όπως αρκετοί υποστηρίζουν; Αν και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι κοινό και στις τρεις περιπτώσεις, η εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ επιείκειας, ανοχής και φιλελευθερισμού δηλώνουν διαφορετική αφετηρία κινήτρων και δύο λογικές. Η επιείκεια και η ανοχή θα μπορούσαμε να πούμε ότι σηματοδοτούν την ανάγκη υποχώρησης μπροστά σε μια πραγματικότητα ώστε να αποφευχθεί το χειρότερο για το εν δυνάμει ή ήδη εξαρτημένο άτομο, την οικογένειά του, το κοινωνικό σύνολο, ενώ η φιλελευθεροποίηση σηματοδοτεί αντίθετα μια προοδευτικού τύπου τοποθέτηση που επικαλείται ιδεολογικά επιχειρήματα όπως αυτά του δικαιώματος της ατομικής προστασίας, της αυτοδιάθεσης και της ελευθερίας επιλογών, ιδιαίτερα όταν αυτές δεν συνεπάγονται ζημιά σε τρίτους.

Οπωσδήποτε, η διαμάχη είναι σύμπλοκη. Τα επιχειρήματα υπέρ της νομικής αναθεώρησης προς την κατεύθυνση της αποποινικοποίησης ή και της χορήγησης ναρκωτικών υπό κρατικό έλεγχο είναι πολλά και αξιοπρόσεκτα. Αντίστοιχα όμως, αν όχι και ακόμα πειστικότερα, είναι σε ορισμένες περιπτώσεις και τα αντεπιχειρήματα. Οι συνηθέστερες αντιπαραθέσεις όσον αφορά την αποποινικοποίηση και την απόρριψή της προκύπτουν σε σχέση με θέματα όπως είναι η ελευθερία του ατόμου σε αντιδιαστολή με το καθήκον προστασίας του πολίτη από την πολιτεία, οι επιπτώσεις μιας πιο αυστηρής νομοθεσίας σε αντιδιαστολή με το καθήκον υπεύθυνης συμπεριφοράς του πολίτη, ο βαθμός βλαπτικότητας των νόμων σε αντιδιαστολή με το βαθμό ωφέλειάς τους παρά τις αδυναμίες τους, η αποφυγή της νόθευσης των ναρκωτικών μέσω της νόμιμης εμπορίας τους σε αντιδιαστολή με την προβλεπόμενη συνέχιση της δράσης των παράνομων κυκλωμάτων που θα διοχετεύουν σε χαμηλότερες τιμές νοθευμένες ουσίες και, τέλος, η άποψη ότι η μεγαλύτερη διαθεσιμότητα δεν οδηγεί σε αύξηση της κατανάλωσης, σε αντιδιαστολή με την αντίθετη άποψη που επικαλείται το παράδειγμα του καπνού και του αλκοόλ, των οποίων η χρήση ως νόμιμων ουσιών είναι ευρύτατα διαδεδομένη.

Ανάλογα επιχειρήματα και αντεπιχειρήματα αναπτύσσονται και όσον αφορά το θέμα της μεταβολής του νομικού καθεστώτος σε σχέση με την κάνναβη και τις άλλες παράνομες ουσίες (βλ. διαμάχη για το διαχωρισμό των “μαλακών” από τα “σκληρά” ναρκωτικά).  
Επιχείρημα: Αφού είναι νόμιμα το αλκοόλ και ο καπνός, γιατί όχι και η κάνναβη;  
Αντεπιχείρημα: Ακόμα κι αν είναι εξίσου ή και λιγότερο βλαβερή από το αλκοόλ και τον καπνό, για ποιο λόγο θα πρέπει να ευνοήσουμε τη χρήση της κάνναβης αυξάνοντας τη διαθεσιμότητά της;  
Επιχείρημα: Εξισώνοντας νομοθετικά την κάνναβη με τα άλλα ναρκωτικά όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη μειώνουμε την αξιοπιστία των μηνυμάτων πρόληψης προς τους νέους.  
Αντεπιχείρημα: Η νομιμοποίηση της κάνναβης από την



πολιτεία θα προωθούσε στους νέους το μήνυμα ότι είναι αβλαβής ουσία και “δεν τρέχει και τίποτα”

να τη χρησιμοποιούν (Πίνακας 2: Αποποινικοποίηση -Ποια ναρκωτικά, που και με ποιο τρόπο). Είναι φανερό πως είναι εξαιρετικά δύσκολο να βρεθεί μια ισορροπία ανάμεσα σε εκ διαμέτρου αντίθετα, και ταυτόχρονα αναντίρρητης λογικής, επιχειρήματα.

Η συνεκτίμηση των υπέρ και των κατά όλων των παραπάνω επιχειρημάτων και αντεπιχειρημάτων είναι δύσκολη. Θα εστιάσω στην κάνναβη, προκειμένου να διευκρινιστούν ορισμένα θέματα. Είναι γεγονός ότι η κάνναβη αποτελεί την πύλη (όχι την αιτία) μετάβασης από τα λεγόμενα “μαλακά” στα “σκληρά” ναρκωτικά. Κύρια όμως αιτία για το πέρασμα στα “σκληρά” ναρκωτικά φαίνεται να είναι πρωτίστως η προδιάθεση που κρύβεται πίσω από μια ευάλωτη ψυχοσύνθεση ή η υποβόσκουσα ψυχοπαθολογία του ατόμου, η οποία σε συνδυασμό και με τα βιώματα ζωής αυξάνει κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες (π.χ. επαφή με άλλους χρήστες) τους κινδύνους όσον αφορά το εξελικτικό πέρασμα σε σοβαρότερες μορφές εξάρτησης.

Το ερώτημα αν η νομοθεσία που διέπει την κάνναβη στενεύει την πύλη προς βαρύτερες μορφές εξάρτησης ή την αφήνει διάπλατα ανοιχτή αποτελεί αντικείμενο σοβαρού προβληματισμού. Επίσης, θα πρέπει να μας προβληματίσει και το μήνυμα της μη βλαπτικότητας, που το περνάει και η αποποινικοποίηση της χρήσης της κάνναβης από τη στιγμή που στις ευρωπαϊκές χώρες τα στοιχεία από τα θεραπευτικά προγράμματα δείχνουν ότι αυξάνεται ο αριθμός αυτών που ζητούν θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση της.

Σκοπός μου δεν είναι όμως να τοποθετηθώ υπέρ της μίας ή της άλλης άποψης, αλλά απλώς να καταδείξω πόσο δύσκολο είναι κάτι τέτοιο. Η λογική ότι θα άξιζε να δοκιμάσουμε μια νέα και ίσως αποτελεσματικότερη νομοθετική πολιτική είναι, κατά τη γνώμη μου, παρακινδυνευμένη και θα πρέπει να μας προβληματίσει σοβαρά. Τι θα συμβεί αν η δοκιμή δεν μας πείσει; Σίγουρα δεν θα είναι εύκολο να αλλάξουμε τακτική με το να κάνουμε απλώς μια στροφή προς τα πίσω. Θα μπορούσε ο συλλογισμός αυτός να χαρακτηριστεί συντηρητικός για οποιοδήποτε άλλο θέμα εκτός από το συγκεκριμένο, αφού οι επιπτώσεις μιας όχι επαρκώς ώριμης απόφασης αφορούν νέους ανθρώπους, τις οικογένειές τους και την κοινωνία στο σύνολό της.

### **Η ανάγκη να θέσουμε προτεραιότητες - Η πραγματιστική προσέγγιση**

Πιστεύω ότι είναι χρονικά προωότερο υπό τις παρούσες συνθήκες να αποφασίσουμε για νομοθετικές αναθεωρήσεις σε θέματα συναφή με την αποποινικοποίηση. Το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο έχει στην ουσία αποποινικοποιήσει τη χρήση στα εξαρτημένα άτομα, διευκολύνοντας έτσι την ένταξή τους σε θεραπευτικά προγράμματα. Ο χρήστης κάνναβης που συλλαμβάνεται να μην παραπέμπεται σε δίκη, αλλά ο δικαστής στις περισσότερες περιπτώσεις, εφόσον το άτομο δεν ευθύνεται και για άλλες παράνομες πράξεις, το κρίνει ατιμώρητο και περιορίζεται σε συστάσεις. Αποτελούν μάλλον εξαίρεση οι περιπτώσεις που ένα άτομο φυλακίζεται απλώς και μόνο επειδή είναι χρήστης. Τα πράγματα, βέβαια, περιπλέκονται στην περίπτωση που ο χρήστης συλλαμβάνεται με κάποια ποσότητα για προσωπική χρήση, λόγω της δυσκολίας να εκτιμηθεί το ανεκτό επίπεδο ποσότητας για προσωπική χρήση.

Σίγουρα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Θα μπορούσε, για παράδειγμα, να παραπέμπεται ο χρήστης από τον εισαγγελέα ή και κατευθείαν από το αστυνομικό τμήμα σε συμβουλευτικό σταθμό αντί να ανοίγει ένας φάκελος δικογραφίας σε βάρος του. Δυστυχώς, όμως, δεν επαρκούν οι υποδομές μας σήμερα για κάτι τέτοιο. Η μικροεγκληματικότητα από τους εξαρτημένους που προσπαθούν να εξασφαλίσουν τη δόση τους αλλά και η μικροδιακίνηση που έχει ως συνέπεια τη μύηση και πολλών άλλων στα ναρκωτικά θα περιοριζόταν στο ελάχιστο αν η πλειονότητα των εξαρτημένων χρηστών έβρισκαν θέση σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Θα μειώνονταν ταυτόχρονα τα προβλήματα υγείας και οι θάνατοι από ναρκωτικά και θα προστατευόταν αποτελεσματικότερα η δημόσια υγεία.

Ζώντας από τη θέση μου ως Πρόεδρος του ΟΚΑΝΑ το πρόβλημα των εξαρτημένων και των οικογενειών τους από κοντά, πιστεύω ειλικρινά ότι, όσο κι αν ο διάλογος για το νομικό πλαίσιο είναι σημαντικός, σημαντικότερα είναι τα μέτρα που θα πρέπει να ληφθούν άμεσα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων. Ένα επαρκές δίκτυο θεραπευτικών προγραμμάτων σε όλη τη χώρα όπως προβλέπεται από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, το οποίο θα περιορίζει σημαντικά τις μακρές λίστες αναμονής και τους σερνάμενους σε δρόμους και πλατείες εξαρτημένους από τα ναρκωτικά νέους, θα μας έκανε να δούμε κάτω από ένα ορθολογικότερο πρίσμα πολλά από τα θέματα για τα οποία καταβάλλονται προσπάθειες να ρυθμιστούν μέσα από την αλλαγή της νομοθεσίας.

Η Ε.Ε. ολοκληρώνει σύντομα ένα κείμενο για την ενιαία ρύθμιση της σχετικής με τα ναρκωτικά νομοθεσίας. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι όλες οι χώρες θα έχουν υποχρεωτικά την ίδια νομοθεσία σε όλα τα ζητήματα. Η ενιαία ρύθμιση θα θέτει τα πλαίσια μέσα στα οποία θα κινούνται νομοθετικά οι χώρες ανάλογα με τις δικές τους ιδιαίτερες συνθήκες. Άλλωστε το να αντιγράψουμε πολιτικές που ακολουθούνται σε άλλες χώρες, τις οποίες συχνά επικαλούμαστε ως φωτεινά παραδείγματα, δεν στέκει. Δεν στέκει γιατί οι πολιτικές έχουν νόημα μόνο όταν λαμβάνουν υπόψη τους τις τοπικές και ιδιαίτερες συνθήκες.

Για παράδειγμα, η συζήτηση που έχει ανοίξει στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Γαλλία για νομοθετικές ρυθμίσεις προς την κατεύθυνση της αποποινικοποίησης της χρήσης της κάνναβης έχει ως αφετηρία της τη διάδοση της χρήσης της ουσίας αυτής στους νέους, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%. Σε ενδεχόμενη αποποινικοποίηση η αύξηση της χρήσης δεν αναμένεται να ξεπεράσει κατά πολύ το ήδη υψηλό αυτό ποσοστό. Στη χώρα μας τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν αρκετά χαμηλότερα επίπεδα χρήσης μεταξύ των νέων. Με την εφαρμογή παρόμοιων μέτρων οι πιθανότητες μιας σημαντικής επέκτασης της χρήσης, και συνακόλουθα της κατάχρησης, κινδυνεύουν να είναι κατά πολύ μεγαλύτερες.

Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η ιατρική χορήγηση της ηρωίνης στην Ελβετία και οι παρόμοιες δοκιμές που γίνονται στην Ολλανδία και στη Γερμανία. Σημειωτέον ότι στην Αγγλία, όπου το μέτρο αυτό είχε εισαχθεί από τη δεκαετία του '50, η ιατρική χορήγηση της ηρωίνης έχει σήμερα μειωθεί κατά πολύ. Το μέτρο αυτό εφαρμόζεται στην Ελβετία, μια χώρα με πολύ διαφορετικές συνθήκες και τρόπο ζωής από τη δική μας. Η μόλυνση από AIDS στον πληθυσμό των εξαρτημένων βρίσκεται στα υψηλότερα ευρωπαϊκά

επίπεδα, σε αντίθεση με τη δική μας χώρα, που βρίσκεται στα χαμηλότερα. Επιπλέον, η Ελβετία, αλλά και οι δύο άλλες χώρες στις οποίες δοκιμάζεται το μέτρο, ανέπτυξαν πολύ πριν από εμάς προγράμματα υποκατάστασης, με τα οποία καλύπτουν σχεδόν το 70% των εξαρτημένων από οπιούχα, σε αντίθεση με τη χώρα μας, που εκτιμάται ότι καλύπτει περίπου το 10%. Τέλος, η ιατρική χορήγηση ηρωίνης εφαρμόζεται αυστηρά και μόνο σε μια μικρή μειοψηφία χρόνιων και βαριά εξαρτημένων ατόμων, τα οποία είναι ανθεκτικά σε οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας τούς έχει δοθεί.

Η μεταφορά στη χώρα μας της συγκεκριμένης πολιτικής που εφαρμόζεται στην Ελβετία ή των πειραματισμών της Ολλανδίας δεν απέχουν και πολύ από το να προσπαθούσαμε να κάνουμε ένα βρέφος να τρέξει πριν καλά καλά μπορέσει να σταθεί όρθιο.

Εν κατακλείδι: Για τις παρούσες συνθήκες, στη χώρα μας επιβάλλεται να ιεραρχήσουμε τις προτεραιότητες. Οποιαδήποτε αντιστροφή στη σειρά είναι ενδεχόμενο να είναι πρωθύστερη και αναποτελεσματική, έως και επικίνδυνη. Η ταχεία επέκταση των θεραπευτικών προγραμμάτων και ιδιαίτερα των προγραμμάτων υποκατάστασης από ειδικές μονάδες αλλά και από γιατρούς εντός και εκτός του συστήματος υγείας αποτελεί την υπ' αριθμόν ένα προτεραιότητα. Τέλος, η εκπαίδευση δικαστικών και η δημιουργία ενός ειδικού σώματος που θα επιλαμβάνεται των περιπτώσεων παραβάσεων του νόμου περί Ναρκωτικών θα αποτελούσε ένα συμπληρωματικό μέτρο προς μια αποτελεσματικότερη πολιτική.

#### **Θεραπεία υποκατάστασης: Λύση ή συντήρηση του προβλήματος;**

Το θέμα του είδους της θεραπείας αποτελεί μια άλλη διεγκυστίδα στις συζητήσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων. Θα ήταν σκόπιμο να δοθεί πρώτα μια σύντομη περιγραφή των θεραπευτικών προγραμμάτων που διαθέτουμε στην Ελλάδα.

Στη χώρα μας το κύριο πρόβλημα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά συνδέεται με τη χρήση οπιούχων ουσιών, και κατά κύριο λόγο της ηρωίνης. Πάνω από το 80% των προσερχομένων στα εξειδικευμένα θεραπευτικά κέντρα έχουν ως πρωταρχικό πρόβλημα την εξάρτηση από ηρωίνη. Μάλιστα, ένα ποσοστό 70% των ατόμων αυτών έχουν ως κύριο τρόπο χρήσης της ουσίας την ενέσιμη οδό και συνήθως χρησιμοποιούν παράλληλα και άλλες παράνομες ουσίες (φαινόμενο πολυτοξικομανίας).

Τα πρώτα θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80 και ήταν του τύπου των θεραπευτικών κοινοτήτων (εσωτερική παραμονή για ένα διάστημα τουλάχιστον ενός έτους). Ακολούθησαν σιγά σιγά και άλλοι τύποι προγραμμάτων, όπως αυτά της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, προγράμματα νυχτερινής διαμονής για τους εργαζόμενους, ειδικά προγράμματα για εφήβους, για γυναίκες, για άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα. Όλα τα παραπάνω θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία και δεν χρησιμοποιούν φάρμακα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Πρόκειται για τα λεγόμενα “στεγνά προγράμματα”.

Από το 1996 ξεκίνησαν για πρώτη φορά και στη χώρα μας, ύστερα από αρκετά χρόνια λειτουργίας τους στις άλλες χώρες της Ε.Ε., τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης (μεθαδόνης) του OKANA.

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση μιας παρόμοιας ουσίας (συνηθέστερα της μεθαδόνης). Οι φαρμακολογικές όμως ιδιότητες των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από αυτές της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια έναρξης της δράσης τους σε σύγκριση με την ηρωίνη, η οποία προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μια κατάσταση ευφορίας, ένα “ανέβασμα”, καθώς και αποδρομή - “πτώση”, η οποία ακολουθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά το “ανέβασμα” της ηρωίνης. Έτσι αποφεύγεται με τα υποκατάστατα το γρήγορο σκαμπανέβασμα που δημιουργεί η λήψη ηρωίνης, το οποίο οδηγεί στην ανάγκη για συχνή επανάληψη της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση που έχει η ηρωίνη, μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση της, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να μπλοκάρουν την ευφορική της δράση.

Η θεραπεία υποκατάστασης παρέχεται είτε υπό μορφή προοδευτικής αποτοξίνωσης ή απεξάρτησης είτε, συνηθέστερα, υπό μορφή συντήρησης, δηλαδή μακροπρόθεσμης χορήγησης στο χρήστη επαρκούς ποσότητας της ουσίας προκειμένου να ελαττωθεί η επικίνδυνη και επιβλαβής συμπεριφορά. Το επιθυμητό αποτέλεσμα ενισχύεται όταν η χορήγηση συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Πρόκειται δηλαδή για μια θεραπεία παρόμοια με αυτήν που ακολουθείται σε χρόνιες σωματικές ή ψυχικές παθήσεις.

Σήμερα 900 περίπου εξαρτημένα από την ηρωίνη άτομα ακολουθούν τα προγράμματα υποκατάστασης στις μονάδες του OKANA (συνολικά 6 σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά). Στις μονάδες υποκατάστασης παρέχεται ταυτόχρονα με τη χορήγηση του υποκατάστατου και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών από ειδικό παθολόγο.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι στη χώρα μας υπάρχει ένας θεραπευτικός πλουραλισμός με τη βοήθεια του οποίου γίνεται προσπάθεια να καλυφθούν οι ανάγκες των εξαρτημένων, που για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους απαιτούνται αντίστοιχα προγράμματα, λόγω των υφισταμένων ατομικών διαφορών. Όλοι οι τύποι των θεραπευτικών προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί στη χώρα μας βρίσκονται σε ποιοτικά υψηλό επίπεδο. Υπάρχει όμως ένα μεγάλο έλλειμμα σε αριθμό προγραμμάτων, έτσι ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες. Εξάλλου, η εξάπλωση του προβλήματος σε όλη τη χώρα καθιστά αναγκαία τη δημιουργία και γεωγραφικά προσβάσιμων θεραπευτικών προγραμμάτων. Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται σήμερα η πολιτική μας, όπως επιβεβαιώνεται και από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης που δημοσιοποιήθηκε πρόσφατα από την Κυβέρνηση.

Το μεγαλύτερο έλλειμμα για την κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών παρουσιάζουν τα προγράμματα υποκατάστασης. Πάνω από 2.500 άτομα βρίσκονται σε λίστες αναμονής σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη για να εισαχθούν στα προγράμματα αυτά.

Παρά την ελκυστικότητα των προγραμμάτων υποκατάστασης, η οποία αντανακλά και τις πραγματικές ανάγκες, μια μερίδα πολιτικών και θεραπειών συνεχίζει να αντιμάχεται τη θεραπεία με υποκατάστατα. Την απορρίπτουν ως μέθοδο θεραπείας με το επιχείρημα ότι δεν οδηγεί σε απεξάρτηση από όλες τις ουσίες, συμπεριλαμβανομένης και της ουσίας υποκατάστασης, κι επομένως δεν αποτελεί πραγματική λύση στο πρόβλημα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά. Ένα άλλο επιχείρημα που προβάλλεται είναι ότι η θεραπεία υποκατάστασης είναι αναποτελεσματική γιατί αντιμετωπίζει αποκλειστικά την εξάρτηση από την ηρωίνη αλλά όχι και την παράλληλη χρήση των άλλων ναρκωτικών ουσιών που συνήθως χρησιμοποιούν τα εξαρτημένα άτομα. Τα αποτελέσματα της θεραπείας υποκατάστασης έχουν όμως δείξει ότι η ανακούφιση που επιτυγχάνεται από τη διακοπή της χρήσης της κύριας ουσίας εξάρτησης (ηρωίνης) και η διευκόλυνση του ασθενούς να επανακτήσει τον έλεγχο της ζωής του έχουν ως έμμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα τον περιορισμό ή και την παντελή διακοπή όχι μόνο των οπιούχων αλλά και των άλλων ουσιών.

Η αμφισβήτηση, λοιπόν, των προγραμμάτων υποκατάστασης έχει ως επί το πλείστον ιδεολογικο-πολιτική ή ηθική χροιά.

Στην πραγματικότητα η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. και υπάρχει συναίνεση σε ευρωπαϊκό επίπεδο όσον αφορά τα οφέλη από τη θεραπεία αυτή. Τα επιστημονικά στοιχεία από τις άλλες χώρες και από τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συντείνει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά και του κοινωνικού αποκλεισμού. Συμβάλλει επίσης στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων. Σύμφωνα με στοιχεία που μας δίνει το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά, ο υπολογιζόμενος αριθμός χρηστών ναρκωτικών στους οποίους χορηγείται μεθαδόνη εξαπλασιάστηκε μεταξύ του 1993 και του 1997. Περίπου 500.000 χρήστες ναρκωτικών υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης παγκοσμίως. Από αυτούς περισσότεροι από 300.000 αντιστοιχούν στην Ευρώπη και περίπου 110.000 στις ΗΠΑ. Στη χώρα μας η εκτιμώμενη αναλογία των εξαρτημένων από ηρωίνη που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης ανέρχεται σε ποσοστό γύρω στο 10%, ποσοστό μεταξύ των χαμηλότερων αν όχι και το χαμηλότερο, ενώ το υψηλότερο ποσοστό στις χώρες της Ε.Ε. υπερβαίνει το 70% (Πίνακας 3: Θεραπεία υποκατάστασης μεταξύ προβληματικών χρηστών ναρκωτικών).

Είναι, λοιπόν, μια γενική παραδοχή ότι η αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά είναι θέμα δημόσιας υγείας και ως τέτοιο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται. Δεν είναι πανάκεια η θεραπεία υποκατάστασης, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό υπάρχουν άλλωστε και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης. Γενικά, όλα τα άτομα ενθαρρύνονται, πριν έρθουν στο πρόγραμμα υποκατάστασης, να ακολουθήσουν τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, που πρέπει να είναι η θεραπεία

πρώτης επιλογής. Το να πετύχει την πλήρη απεξάρτηση ένα άτομο είναι σίγουρα προτιμότερο από το να παίρνει ένα φάρμακο για πολλά ενδεχομένως χρόνια. Υπάρχουν όμως εξαρτημένα άτομα που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα στεγνά προγράμματα (συνιστώσες νευροβιολογικές), κι επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας να παρέχει αυτή τη θεραπεία, όπως την παρέχει και σε άλλους χρόνιους ασθενείς, όπως, για παράδειγμα, σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία, σχιζοφρένεια.

Επίσης, είναι ανάγκη να γίνει κατανοητό ότι η εξάρτηση είναι σε σημαντικό ποσοστό μια υποτροπιάζουσα ασθένεια, γι' αυτό και η προσπάθεια των θεραπειών θα πρέπει να επικεντρώνεται στην ανάπτυξη κινήτρων για συγκράτηση στο πρόγραμμα. Η υπερβολική αυστηρότητα και η αποβολή από το πρόγραμμα όσων υποτροπιάζουν -διακόπτουν τη θεραπεία τους και κάνουν ξανά χρήση παράνομων ουσιών- είναι επιστημονικά αστήρικτη και δεοντολογικά αδόκιμη. Οι “δύσκολοι” ασθενείς πρέπει να βοηθούνται με την κατάλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ώστε να επανέλθουν στο πρόγραμμα και να συνεχίσουν τη θεραπεία τους. Έτσι, άλλωστε, γίνεται και με τις άλλες ασθένειες που αναφέραμε προηγουμένως, όπου δεν νοείται ο γιατρός να στερήσει τη θεραπεία από τον ασθενή που δεν συμμορφώνεται στις οδηγίες του και υποτροπιάζει. Εξάλλου, στατιστικά στοιχεία από προγράμματα υποκατάστασης δείχνουν ότι τα θετικά αποτελέσματά τους βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με το χρόνο παραμονής των ασθενών σε αυτά. Σε αρκετές περιπτώσεις τα οφέλη από τη θεραπεία σταθεροποιούνται μετά τον πρώτο χρόνο παρακολούθησης του προγράμματος. Επιπλέον, οι εξελίξεις στο φαρμακολογικό τομέα δίνουν συνεχώς νέα όπλα όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή των εξαρτημένων, όπως τη βουπρενορφίνη, μια ουσία υποκατάστασης που πρόσφατα άρχισε να χορηγείται και στη χώρα μας από τις μονάδες του ΟΚΑΝΑ. Η βουπρενορφίνη φαίνεται να μειώνει τη συχνότητα υποτροπής στη χρήση της ηρωίνης και να βοηθά περισσότερο από τη μεθαδόνη το στόχο της απεξάρτησης.

Ένα άλλο θέμα σε σχέση με το οποίο υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις στη χώρα μας είναι η συνταγογράφηση υποκαταστάτων, εκτός από τις ειδικές μονάδες του ΟΚΑΝΑ, και από γιατρούς του συστήματος υγείας ή από ιδιώτες. Η άποψη υπέρ της συνταγογράφησης και από άλλους εκτός από τον ΟΚΑΝΑ στηρίζεται στο επιχείρημα ότι θα πρέπει να αυξηθεί η προσβασιμότητα στη θεραπεία, ενώ την αντίθετη άποψη επικαλούνται όσοι διατυπώνουν τις επιφυλάξεις που αναφέραμε προηγουμένως όσον αφορά τη θεραπεία υποκατάστασης. Μάλιστα επισημαίνουν τον κίνδυνο επέκτασης της εξάρτησης, αντί της επιδιωκόμενης απεξάρτησης, καθώς και τον κίνδυνο της υπερσυνταγογράφησης, ο οποίος μοιραία θα οδηγήσει τα υποκατάστατα στη μαύρη αγορά.

Μέχρι σήμερα η θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας παρέχεται σε εξειδικευμένα κέντρα, τις Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Σε άλλες χώρες η θεραπεία υποκατάστασης παρέχεται και μέσω του συστήματος υγείας, συχνότερα δε από ιδιώτες παθολόγους. Οι παθολόγοι διευκολύνουν την προσβασιμότητα στη θεραπεία γεωγραφικά, ενώ στα εξειδικευμένα κέντρα δίνεται πληρέστερη θεραπεία από εξειδικευμένο προσωπικό και αντιμετωπίζονται καλύτερα οι πιο δύσκολες περιπτώσεις, όπως, για παράδειγμα, αυτές που συνδέονται και με παράλληλη ψυχιατρική διαταραχή.

Γενικά θεωρείται ότι ο συνδυασμός, δηλαδή η θεραπεία σε εξειδικευμένες μονάδες αφενός και η παράλληλη παροχή υπηρεσιών από γιατρούς στο εθνικό σύστημα υγείας ή και ιδιώτες γιατρούς αφετέρου, αποτελεί την αποτελεσματικότερη προσέγγιση στη θεραπεία υποκατάστασης.

Για την Ελλάδα σημαντική προτεραιότητα είναι να καλυφθεί γεωγραφικά η χώρα με μονάδες υποκατάστασης που θα παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία και θα βοηθούν τα άτομα να σταθεροποιηθούν τόσο από πλευράς εξάρτησης όσο και ψυχοκοινωνικά. Όλα τα εξαρτημένα άτομα είναι απαραίτητο να παρακολουθούνται για ένα διάστημα αρκετών μηνών από τις ειδικές μονάδες, προκειμένου να επιτευχθεί αυτή η σταθεροποίηση. Μετά τη σταθεροποίηση η χορήγηση των υποκαταστάτων σε πιο μακροχρόνια βάση, τόσο από το σύστημα υγείας όσο και από ιδιώτες ψυχιάτρους ή γενικούς γιατρούς υπό τον αυστηρό έλεγχο της πολιτείας, θα αποτελούσε μια λύση για την ευρύτερη κάλυψη των αναγκών. Ο κίνδυνος εκτροπής προς το παράνομο εμπόριο σε ένα απόλυτα ελεγχόμενο σύστημα χορήγησης στο οποίο μπορεί να έχει εύκολη πρόσβαση κάθε εξαρτημένο άτομο είναι αυτονόητο ότι μειώνεται έτσι στο ελάχιστο.

Είναι προφανές ότι είναι απαραίτητη η δυνατότητα εκτίμησης του αριθμού των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών, γιατί αυτό συμβάλλει σημαντικά στη χάραξη μιας ορθολογικής πολιτικής για την ανάπτυξη υπηρεσιών. Εντούτοις, μια άλλη διαμάχη στο θέμα αυτό (η οποία αφορά τα θεραπευτικά εκείνα προγράμματα που δεν παρέχουν τα απαραίτητα για την εκτίμηση της προβληματικής χρήσης στοιχεία, επικαλούμενα ως επιχείρημα τα απόρρητα προσωπικά δεδομένα -παρά το γεγονός ότι υπάρχει δυνατότητα ανώνυμης ταυτοποίησης των χρηστών-τη στιγμή που η πλειονότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων έχει αντίθετη άποψη σε σχέση με το θέμα αυτό), μας στερεί από αυτές τις τόσο σημαντικές για τη δημόσια υγεία εκτιμήσεις και κάνει τη χώρα μας να αποτελεί την εξαίρεση, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3, ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι αρκούτως σοβαρό ώστε να του δώσουμε τη δέουσα προσοχή και αποφεύγοντας τους δογματισμούς να χαράξουμε μια συντονισμένη πολιτική η οποία να λαμβάνει υπόψη της την οδυνηρή πραγματικότητα. Αυτή την πραγματικότητα θα πρέπει να την αντιμετωπίσουμε με βάση την επιστημονική γνώση και την εμπειρία των άλλων χωρών αλλά και της δικής μας, καθώς και με την υπεύθυνη στάση και συμμετοχή όλων των πολιτών, έτσι ώστε να έχουμε τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

### **Η πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών: Μιλάμε όλοι για την ίδια πρόληψη;**

Θα ήταν ίσως παράλειψη να μην αναφερθούμε και στο θέμα της πρόληψης, για το οποίο να μην υπάρχει κοινή παραδοχή ότι αποτελεί πολιτική υψίστης σημασίας, αλλά και εδώ η κριτική που συχνά διατυπώνεται -ότι δηλαδή “η Κυβέρνηση δεν κάνει τίποτα για την πρόληψη”, αποδίδοντας έτσι την εξάπλωση του προβλήματος στην απουσία μιας πολιτικής πρόληψης- μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια κάποιου βαθμού ασάφεια στις αντιλήψεις ή ελλιπής πληροφόρηση.

Καλό είναι να διευκρινίσουμε ότι αναφερόμαστε στην πρωτογενή πρόληψη, στην έγκαιρη δηλαδή θωράκιση των νέων και στην αποτροπή από την έναρξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Θα ήταν μάλιστα αναγκαίο να αναφερόμαστε στην πρόληψη από τη

χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών γενικότερα, ανεξάρτητα από τη νομική τους υπόσταση. Κι αυτό γιατί γνωρίζουμε ότι δεν είναι μόνο οι παράνομες ουσίες (“ναρκωτικά”) που βλάπτουν το άτομο αλλά και οι νόμιμες (αλκοόλ, καπνός, κάποια νόμιμα χορηγούμενα ψυχοτρόπα φάρμακα). Γνωρίζουμε επίσης ότι υπάρχει στενή συνάφεια ανάμεσα στη χρήση των νόμιμων και των παράνομων ουσιών.

Δύο είναι τα κύρια σημεία στα οποία συνεχίζει να μην υπάρχει σε όλους η ορθή αντίληψη ως προς το τι σημαίνει πρόληψη:

1. Πρόληψη στον τομέα των εξαρτησιογόνων ουσιών δεν σημαίνει απλώς και μόνο ενημέρωση (υγειονομική διαφώτιση, κατά τον παλαιότερο όρο). Η ενημέρωση αυξάνει το επίπεδο των γνώσεων, αλλά δεν συνεπάγεται και τροποποίηση των στάσεων και της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, τα όσα γνωρίζουμε σήμερα για τις ολέθριες συνέπειες του καπνού δεν έχουν εμποδίσει ούτε τους γιατρούς από το να καπνίζουν. Η πρόληψη, για να είναι αποτελεσματική, οφείλει να συμπληρώνει την πληροφόρηση με μια εκπαιδευτική διαδικασία που να συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας πιο υπεύθυνης στάσης σε σχέση με τις επιλογές που κάνει το άτομο στη ζωή του. Αυτό γίνεται με διάφορες σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης αλλά και με παράλληλα κοινωνικά μέτρα, όπως, για παράδειγμα, είναι αυτό του περιορισμού της διαφήμισης βλαβερών ουσιών όπως ο καπνός.

2. Πρόληψη δεν σημαίνει άμεσα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Αντίθετα, τα αποτελέσματα της πρόληψης είναι μακροπρόθεσμα. Η αλλαγή στάσεων και η διαμόρφωση της υπεύθυνης συμπεριφοράς δεν μπορεί να λάβει χώρα με πυροσβεστικού τύπου παρεμβάσεις. Χρειάζεται συνέχεια και συνέπεια στα προγράμματα μέχρι να φανούν τα πρώτα αποτελέσματα.

Με άλλα λόγια, το ότι φαίνεται να μην έχουμε προλάβει την εξέλιξη του προβλήματος των ναρκωτικών δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν υπάρχει μια πολιτική πρόληψης. Θα ήταν επίσης αφελές να παραγνωρίσουμε το γεγονός ότι η πρόληψη από μόνη της δεν είναι επαρκής ώστε να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα με τόσες πολλές αιτιολογικές διαστάσεις. Γεγονός είναι, πάντως, ότι στη χώρα μας ξεκινήσαμε με καθυστέρηση τη συστηματική προσπάθεια πρόληψης. Αυτό είχε ως συνέπεια να χαθεί πολύτιμος χρόνος.

Οφείλουμε όμως να πούμε ότι από το δεύτερο μισό της προηγούμενης δεκαετίας υπάρχει μια καλά συντονισμένη και σε σωστά οργανωμένη βάση προσπάθεια πρόληψης σε όλη τη χώρα. Αναφέρομαι στα 55 Κέντρα Πρόληψης που έχει ιδρύσει ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τα οποία διαρκώς αυξάνονται σε αριθμό για την καλύτερη δυνατή κάλυψη των ελλείψεων σε όλη τη χώρα. Τα Κέντρα Πρόληψης στελεχώνονται από ειδικά εκπαιδευμένα επιστημονικά στελέχη και εποπτεύονται από έμπειρους ειδικούς επιστήμονες του ΟΚΑΝΑ. Ο ρόλος τους είναι να υποστηρίξουν την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης με κύριο στόχο τους τους νέους (σχολεία, χώροι εργασίας, στρατός), να προσεγγίσουν άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι οικονομικοί μετανάστες, και να ευαισθητοποιήσουν γενικότερα την ευρύτερη κοινότητα συστρατεύοντας πολίτες και τοπικές αρχές στον αγώνα της πρόληψης: εγχείρημα δύσκολο, που όμως αξίζει την επένδυση και την προσπάθεια που καταβάλλεται.



**Πίνακας 1. Χώρες όπου απαγορεύεται η χρήση ναρκωτικών αυτή καθ' αυτή και παρεπόμενες νομικές κυρώσεις**

(Πηγή: EMCDDA: "Decriminalisation in Europe? Recent Developments in legal approaches to drug use; ELDD Comparative Analysis, November 2001)

	<b>Αδίκημα</b>	<b>Προβλεπόμενη ποινή</b>	<b>Σχετικός νόμος</b>
Γαλλία	Χρήση όλων των ναρκωτικών	Φυλάκιση μέχρι 1 χρόνο και χρηματική ποινή μέχρι € 3000	Κώδικας Δημόσιας Υγείας, Άρ. 3421-1
Φινλανδία	Χρήση όλων των ναρκωτικών	Χρηματική ποινή ή φυλάκιση μέχρι 2 χρόνια	Ποινικός Κώδικας, Κεφάλαιο 50, Μέρος 1
Ελλάδα	Χρήση όλων των ναρκωτικών	Μη εξαρτημένοι: φυλάκιση από 10 μέρες έως 5 χρόνια και/ή χρηματική ποινή Εξαρτημένοι: καλούνται να παρακολουθήσουν θεραπευτικό πρόγραμμα	Νόμος του 1987
Σουηδία	Χρήση όλων των ναρκωτικών	Πταίσμα: Χρηματική ποινή ή φυλάκιση μέχρι έξι μήνες	Νόμος περί ναρκωτικών (1968:64)
Λουξεμβούργο	Χρήση κάνναβης και άλλων ναρκωτικών	Κάνναβη: μόνο χρηματική ποινή Άλλα ναρκωτικά: φυλάκιση από 8 μέρες έως 6 μήνες και/ή χρηματική ποινή	Νόμος της 27 <sup>ης</sup> Απριλίου 2001
Βέλγιο	Ομαδική χρήση όλων των ναρκωτικών	Φυλάκιση από 3 έως 5 χρόνια	Νόμος της 24 <sup>ης</sup> Φεβρουαρίου 1921
Βρετανία	Κάπνισμα ή χρήση επεξεργασμένου οπίου	Φυλάκιση 1 χρόνο και/ή χρηματική ποινή (με συνοπτικές διαδικασίες), 14 χρόνια και/ή χρηματική ποινή (με παραπομπή σε δίκη)	Νόμος περί χρήσης ναρκωτικών του 1971, Άρ. 9
Ιρλανδία	Κάπνισμα οπίου	Φυλάκιση 1 χρόνο και/ή χρηματική ποινή (με συνοπτικές διαδικασίες), 14 χρόνια και ή χρηματική ποινή (με παραπομπή σε δίκη)	Νόμος περί χρήσης ναρκωτικών του 1977, Άρ. 16
Ισπανία	Χρήση όλων των ναρκωτικών σε δημόσιους χώρους	Διοικητικές κυρώσεις	Συνταγματικός Νόμος 1/1992 περί Προστασίας της Δημόσιας Ασφάλειας, Κεφ. IV
Πορτογαλία	Χρήση όλων των ναρκωτικών	Διοικητικές κυρώσεις	Νόμος 30/2000 της 29 <sup>ης</sup> Νοεμβρίου 2000, Άρ.2

**Πίνακας 2: Αποποινικοποίηση – Ποια ναρκωτικά, πού και με ποιο τρόπο**

(Πηγή: EMCDDA: “Decriminalisation in Europe? Recent Developments in legal approaches to drug use; ELDD Comparative Analysis, November 2001)

Χώρα	Νόμος	Είδη ναρκωτικών	Πράξεις που έχουν αποποινικοποιηθεί	Διατύπωση στη νομοθεσία
Ισπανία	Νόμος 1/1992 της 21 <sup>ης</sup> Φεβρουαρίου, Άρ. 25	Όλα τα ναρκωτικά που έχουν καταχωρηθεί στους πίνακες των Συνθηκών των Η.Ε.	Χρήση όλων των ναρκωτικών σε δημόσιους χώρους	«...είναι η χρήση σε δημόσιους χώρους τοξικών ναρκωτικών ή ναρκωτικών ουσιών ή η παράνομη κατοχή τους. Αυτά τα αδικήματα είναι δυνατόν να τιμωρούνται με αναστολή της άδειας οδήγησης για χρονικό διάστημα μέχρι τρεις μήνες ή με την ανάκληση της επίσημης ή νόμιμης άδειας οπλοφορίας».
Ιταλία	Νόμος 309/1990 της 26 <sup>ης</sup> Ιουνίου 1990, Άρ.75	Όλα τα ναρκωτικά που έχουν καταχωρηθεί στους πίνακες της εθνικής νομοθεσίας	Κατοχή, εισαγωγή και απόκτηση για προσωπική χρήση	«Όποιος παράνομα εισάγει, αποκτά ή με οποιονδήποτε τρόπο κατέχει ναρκωτικά υπόκειται στις διοικητικές κυρώσεις περί ανάκλησης της άδειας οδήγησης, οπλοφορίας, διαβατηρίου ή άλλου ισοδύναμου εγγράφου».
Πορτογαλία	Νόμος 30/2000 της 29 <sup>ης</sup> Νοεμβρίου, Άρ. 2	Όλα τα ναρκωτικά που έχουν καταχωρηθεί στους πίνακες της εθνικής νομοθεσίας	Χρήση, απόκτηση και κατοχή όλων των ναρκωτικών	«Η χρήση, απόκτηση και κατοχή για προσωπική χρήση φυτών, ουσιών ή σκευασμάτων που εμπεριέχονται στους πίνακες του προηγούμενου άρθρου συνιστούν διοικητικό αδίκημα».
Λουξεμβούργο	Νόμος της 27 <sup>ης</sup> Απριλίου 2001, Άρ. 7 B1	Μόνο η χρήση της κάνναβης είναι αποποινικοποιημένη – Η χρήση άλλων ναρκωτικών επισύρει ποινή ή φυλάκιση	Χρήση και μεταφορά, κατοχή και απόκτηση για προσωπική χρήση	«Όποιος παράνομα χρησιμοποιεί κάνναβη ή τα παράγωγά της έλαια ή ρητίνες, ή μεταφέρει, κατέχει ή αποκτά τα παραπάνω για προσωπική χρήση τιμωρείται με χρηματική ποινή μεταξύ €250 και €2500»
Βέλγιο	Δεν έχει εκδοθεί ακόμα σχετικός νόμος	Μόνο η χρήση κάνναβης προβλέπεται να αποποινικοποιηθεί με την προϋπόθεση ότι αυτή (η χρήση) δεν είναι προβληματική		
Ιρλανδία	Νόμος περί χρήσης ναρκωτικών του 1977, Άρ. 3, Άρ. 27	Κάνναβη ή ρητίνες κάνναβης	Κατοχή για προσωπική χρήση	«...όταν το υπό απαγόρευση ναρκωτικό [υπό κατοχή] είναι κάνναβη ή ρητίνες κάνναβης και το δικαστήριο τεκμαίρει ότι η κατοχή της ουσίας εξυπηρετούσε προσωπική χρήση...» «...όποιος υποπέσει σε αδίκημα της προηγούμενης παραγράφου υπόκειται-

				<p>(α) όταν το υπό απαγόρευση ναρκωτικό [υπό κατοχή] είναι κάνναβη ή ρητίνες κάνναβης και το δικαστήριο τεκμαίρει ότι η κατοχή της ουσίας εξυπηρετούσε προσωπική χρήση:</p> <p>(i) σε περίπτωση που διαπράττει (το) αδίκημα για πρώτη φορά, σε χρηματική ποινή με συνοπτικές διαδικασίες που δεν θα ξεπερνά τις 50 λίρες</p> <p>(ii) σε περίπτωση που διαπράττει (το) αδίκημα για δεύτερη φορά, σε χρηματική ποινή με συνοπτικές διαδικασίες που δεν θα ξεπερνά τις 100 λίρες</p> <p>(iii) σε περίπτωση που (το) διαπράττει για τρίτη φορά ή κατ' επανάληψη σε χρηματική ποινή με συνοπτικές διαδικασίες που δεν θα ξεπερνά τις 250 λίρες ή είναι στη διακριτική ευχέρεια του δικαστηρίου να του επιβληθεί ποινή φυλάκισης που δεν θα ξεπερνά τους 12 μήνες ή παράλληλα και χρηματική ποινή και ποινή φυλάκισης»</p>
Αυστρία	Ομοσπονδιακός Νόμος 112	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ουσίες ή σκευάσματα που προέρχονται από φυτά κάνναβης</li> <li>2. Όλες οι ναρκωτικές ουσίες</li> </ol>	Αγορά ή χρήση μικρών ποσοτήτων για προσωπική χρήση	<p>1. «Η Εισαγγελική Αρχή μπορεί να μην κάνει χρήση του δικαιώματός της προς απαίτηση αναφοράς από την ομοσπονδιακή διοικητική αρχή αν ένα άτομο κατηγορείται αποκλειστικά για αγορά ή κατοχή ουσιών ή σκευασμάτων που προέρχονται από φυτά κάνναβης σε μικρή ποσότητα για δική του χρήση και αν δεν συντρέχει λόγος να θεωρήσει ότι το άτομο χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης.»</p> <p>2. «Σε περίπτωση που ένα άτομο κατηγορηθεί για αγορά ή κατοχή κατά παράβαση των υπαρχόντων νόμων μικρής ποσότητας ναρκωτικών ουσιών για δική του χρήση, η Εισαγγελική Αρχή μπορεί προσωρινά να αναστείλει την άσκηση της ποινικής δίωξης για μια δοκιμαστική περίοδο δύο χρόνων υπό τις προϋποθέσεις που περιγράφονται στη συνέχεια.»</p>

**Πίνακας 3. Θεραπεία υποκατάστασης μεταξύ προβληματικών χρηστών ναρκωτικών** (Πηγή: EMCDDA, Ετήσια έκθεση σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ε.Ε., - 2001)

Χώρες Ε.Ε.	Εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών <sup>1</sup>	Εκτιμήσεις σχετικά με τον αριθμό εισαχθέντων για θεραπεία υποκατάστασης	Ρυθμός κάλυψης της θεραπείας υποκατάστασης (%) <sup>2</sup>
Βέλγιο	20 200	7 000 (1996)	35 <sup>3</sup>
Δανία	12 752-15 248	4 398 (4 298 μεθαδόνη και 100 βουπρενορφίνη) (1 Ιανουαρίου 1999) <sup>4</sup>	27-34
Γερμανία	80 000-152 000	50 000 (2001) <sup>4</sup>	33-63
Ελλάδα	μ.δ.	966 (1 Ιανουαρίου 2000) <sup>4</sup>	
Ισπανία	83 972-177 756	72 236 (χορήγηση μεθαδόνης) (1999)	41-86
Γαλλία	142 000-176 000	71 260 (62 900 βουπρενορφίνη και 8 360 μεθαδόνη) (Δεκέμβριος 1999) <sup>4</sup>	40-50
Ιρλανδία	4 694-14 804	5 032 (31 Δεκεμβρίου 2000) <sup>4</sup>	34-100 <sup>5</sup>
Ιταλία	277 000-303 000	80 459 (1999) <sup>4</sup>	27-29
Λουξεμβούργο	1 900-2 220	864 [164 στο επίσημο πρόγραμμα και ± 700 μερπενον (μεθαδόνη σε μορφή δισκίων) χορηγούμενη με συνταγή γιατρού 200)] <sup>4</sup>	38-45
Κάτω Χώρες	25 000-29 000	11 676 (1997)	40-47
Νορβηγία	9 000-13 000	1 100 (2001)	8-12
Αυστρία	15 984-18 731	4 232 (1 Ιανουαρίου 2000) <sup>4</sup>	23-26
Πορτογαλλία	18 450-86 800	6 040 (1 Ιανουαρίου 2000) <sup>4</sup>	7-33
Φινλανδία	1 800-2 700 <sup>6</sup>	240 (170 βουπρενορφίνη και 70 μεθαδόνη)	9-13
Σουηδία	1 700-3 350 <sup>6</sup>	621 (31 Μαΐου 2000) <sup>4</sup>	19-37
Ηνωμένο Βασίλειο	88 900-341 423	19 630	6-22

<sup>1</sup> Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την εθνική επικράτηση και την προβληματική χρήση ναρκωτικών, βλέπε τον επί γραμμής πίνακα 1, στην διεύθυνση [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

<sup>2</sup> Εκτίμηση του ποσοστού προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που τελούν υπό θεραπεία υποκατάστασης

<sup>3</sup> Το αριθμητικό στοιχείο για την επικράτηση αφορά μόνο τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και, συνεπώς, το αριθμητικό στοιχείο σχετικά με τη θεραπεία υποκατάστασης είναι ενδεχομένως μεγαλύτερο από το κανονικό

<sup>4</sup> Πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν απευθείας από τα εθνικά εστιακά σημεία

<sup>5</sup> Η 100% κάλυψη της θεραπείας υποκατάστασης θεωρείται απίθανη, το οποίο σημαίνει ότι η εκτίμηση επικράτησης 4 694 (1 195) ίσως υποεκτιμά την πραγματική επικράτηση

<sup>6</sup> Χρήστες οπίου

Σημείωση: μ.δ. = μη διαθέσιμα στοιχεία

---