



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΤΟΜΕΑ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2016-2017

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Του Κωνσταντίνου Παπαγιαννόπουλου

**A.M.: 7340011016008**

**Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

\*\*\*

*Η διερεύνηση πατερναλιστικών στοιχείων κατά την ποινική αντιμετώπιση των  
εξαρτημένων έως και τη θεραπεία*

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Τόνια - Ιόλη Τζαννετάκη

*Επίκουρη Καθηγήτρια Ποινικών Επιστημών Ε.Κ.Π.Α.*

Αθήνα, Νοέμβριος 2017

Copyright © Παπαγιαννόπουλος Κωνσταντίνος, Νοέμβριος 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση 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.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

## **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ**

### **ΠΡΩΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ**

1. Ορισμοί
2. Διάκριση Εξαρτησιογόνων Ουσιών
3. Επιδημιολογία της Χρήσης

### **ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΝΟΤΗΤΑ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

1. Η Αιτιολογία της Εξάρτησης
2. Προγράμματα Αντιμετώπισης της Εξάρτησης

### **ΤΡΙΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΑΤΕΡΝΑΛΙΣΜΟΣ**

1. Εισαγωγή
2. Νομικός Πατερναλισμός
3. Πατερναλισμός και Ναρκωτικές Ουσίες

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	7
Ενότητα Πρώτη: Περί Ναρκωτικών Ουσιών και Χρήσης .....	10
1.1 Ορισμοί.....	10
1.1.1 Ναρκωτικά.....	10
1.1.2 Χρήση και Κατάχρηση Ναρκωτικών Ουσιών .....	11
1.1.3 Εξάρτηση .....	12
1.2 Διάκριση Εξαρτησιογόνων Ουσιών.....	15
1.2.1 Κατασταλτικές Ουσίες.....	15
1.2.1.1 Οπιοειδή.....	15
i. Μορφίνη.....	16
ii. Ηρωίνη.....	17
iii. Μεθαδόνη.....	18
1.2.1.2 Βαρβιτουρικά και βενζοδιαζεπίνες.....	19
1.2.1.3 Διαλύτες .....	20
1.2.2 Διεγερτικές Ουσίες.....	21
i. Κοκαΐνη.....	21
ii. Αμφεταμίνες – Μεθαμφεταμίνες.....	22
1.2.3 Παραισθησιογόνες Ουσίες.....	22
i. LSD .....	22
ii. Έκσταση (MDMA) .....	23
1.2.4 Προϊόντα της Ινδικής Κάνναβης.....	23
1.3 Επιδημιολογία της Χρήσης.....	24
1.3.1 Η.Π.Α.....	24
1.3.2 Ευρώπη.....	26
Ενότητα Δεύτερη: Η Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ναρκωτικές Ουσίες .....	28
2.1 Η Αιτιολογία της Εξάρτησης.....	28
2.1.1 Βιολογικοί – Γενετικοί Παράγοντες.....	29
2.1.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	30
2.1.3 Κοινωνικοί Παράγοντες.....	31
2.2 Προγράμματα Αντιμετώπισης της Εξάρτησης .....	33
2.2.1 «Στεγνά» Προγράμματα.....	34
2.2.1.1 Ορισμός και Σκοπός .....	34
2.2.1.2 Θεραπευτικές Κοινότητες: Ιστορικά.....	35

i. Η.Π.Α.....	35
ii. Ευρώπη.....	36
1. Μεγάλη Βρετανία.....	36
2. Γαλλία.....	37
3. Ολλανδία.....	38
iii. Ελλάδα.....	40
2.2.1.2 Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).....	40
i. Οργανωτικά.....	40
ii. Σκοπός και Υπηρεσίες.....	42
iii. Το Χρονολόγιο της Θεραπείας.....	43
2.2.2 Προγράμματα Υποκατάστατων Ουσιών.....	48
2.2.2.1 Ορισμός και Σκοπός.....	48
2.2.2.2 Υποκατάστατες Ουσίες.....	50
i. Μεθαδόνη - LAAM.....	50
ii. Ναλοξόνη - Ναλτρεξόνη - Βουπρενορφίνη.....	51
2.2.2.3 Ιστορικά.....	51
i. Η.Π.Α.....	51
ii. Ευρώπη.....	52
1. Μεγάλη Βρετανία.....	52
2. Λοιπά Ευρωπαϊκά Κράτη.....	53
iii. Ελλάδα.....	54
2.2.2.4 Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).....	55
i. Οργανωτικά.....	55
ii. Σκοπός και Υπηρεσίες.....	55
iii. Οι Φάσεις της Θεραπείας.....	58
2.2.3 Συγκριτική Επισκόπηση Προγραμμάτων.....	63
2.2.3.1 Τάσεις Κρατών - Προτιμήσεις Χρηστών.....	63
i. Η.Π.Α.....	63
ii. Ευρώπη.....	65
iii. Ελλάδα.....	67
2.2.3.2 Αποτελεσματικότητα.....	70
Ενότητα Τρίτη: Πατερναλισμός.....	74
3.1 Εισαγωγή.....	74
3.2 Νομικός Πατερναλισμός.....	75

3.2.1 Έννοια .....	75
3.2.2 Διακρίσεις.....	78
3.2.3 Φιλελευθερισμός .....	80
3.2.4 Αυτονομία .....	81
3.2.5 Το Ατομικό Καλό.....	84
3.3 Πατερναλισμός και Ναρκωτικές Ουσίες .....	86
3.3.1 Το Ζήτημα της Ποινικοποίησης - Αποποινικοποίησης.....	86
3.3.1.1 Προστασία Υπέρ Τρίτων .....	86
3.3.1.2 Η Απόρριψη της Αυτοβλάβης .....	90
3.3.1.3 Η «Μέση» Λύση .....	93
3.3.2 Οι Επιλογές του Πατερναλιστικού Νόμου .....	96
3.3.2.1 Η Αναγκαστική Θεραπεία.....	96
3.3.2.2 Η Θεραπεία ως Επιλογή .....	98
i. Επανεντακτικά Πρότυπα Μείωσης Κινδύνων .....	98
ii. Φιλελεύθερος Πατερναλισμός.....	102
iii. Ο Νόμος 4139/2013.....	103
1. Οι Διατάξεις .....	103
2. Τα Προβλεπόμενα Θεραπευτικά Προγράμματα.....	108
Συμπεράσματα .....	110
Βιβλιογραφία .....	114

## Εισαγωγή

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν είναι φαινόμενο των τελευταίων χρόνων. Αντιθέτως, χρονολογείται ήδη από την αρχαιότητα. Κύριος πρωταγωνιστής το όπιο, το οποίο έκανε την εμφάνισή του αρχικά στον πολιτισμό των Σουμέριων και στη συνέχεια στους Πέρσες, τους Άραβες, τους Βαβυλώνιους αλλά και στους αρχαίους Έλληνες. Η ομηρική ρήση «νηθενθές τ'αγχολόν τε κακών επίληθον απάντων» αποδεικνύει ότι, όπως και σήμερα, οι αρχαίοι ημών πρόγονοι χρησιμοποιούσαν το όπιο ως αγχολυτικό και ανακουφιστικό του πόνου. Οι Άραβες γνώρισαν το όπιο στους Κινέζους, περί τον 7<sup>ο</sup> αιώνα, η χρήση του οποίου στην ασιατική χώρα παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα μέχρι και τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, οπότε και απαγορεύθηκε από τον αυτοκράτορα Τζιατζίνγκ. Παρόλα αυτά η εισαγωγή του από την Βρετανική Αυτοκρατορία συνεχίστηκε παράνομα · χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι την εν λόγω περίοδο η εισαγωγή ανήλθε στους 1400 τόνους. Τα γεγονότα αυτά μάλιστα είχαν σαν αποτέλεσμα τις πολεμικές συγκρούσεις μεταξύ Άγγλων και Κινέζων, οι οποίες προσδιορίζονται ως «Πόλεμοι του Οπίου» (1839-1842, 1856-1860)<sup>1</sup>. Τα επόμενα χρόνια, έως και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι οπιοειδείς ουσίες επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν ως φάρμακα είτε για τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης, είτε για άλλων ειδών παθήσεις. Όπως θα δούμε και στη συνέχεια, η ηρωίνη αποτέλεσε για μία περίοδο το «φάρμακο» για την απεξάρτηση από τη μορφίνη και τη θεραπεία του άσθματος. Παρά τις αρνητικές της επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό συνεχιζόταν η ραγδαία κατανάλωσή της, η οποία επιτυχανόταν χάρη στο «Χρυσό Τρίγωνο» Βιρμανίας, Ταϊλάνδης και Λάος που προμήθευε την Αμερική και τη «Χρυσή Ημισέληνο» της Περσίας, του Αφγανιστάν και του Πακιστάν που εφοδίαζε την Ευρώπη<sup>2</sup>. Τη δεκαετία του '60 τα «παιδιά των λουλουδιών» έκαναν ευρεία χρήση ψυχεδελικών ουσιών, όπως LSD και μανιταριών και οι Αμερικανοί στρατιώτες που πολεμούσαν στο Βιετνάμ έκαναν χρήση ηρωίνης, ακολουθώντας έτσι το παράδειγμα των στρατιωτών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Οι «μυθικές» διαστάσεις τους άγγιξαν τις τέχνες και την ποπ κουλτούρα · ο Jimi Hendrix, στο τραγούδι του

---

<sup>1</sup> Βλ. *Σαν Σήμερα*, Οι Πόλεμοι του Οπίου, (<https://www.sansimera.gr/articles/332>).

<sup>2</sup> Βλ. *Περιστερράκη-Ψυχογιού*, Ναρκωτικά, σ. 1 επ..

«Purple Haze», εξυμνούσε την κάνναβη<sup>3</sup> και οι Beatles, μέσω του «Strawberry Fields Forever» απέθεταν φόρο τιμής στο LSD<sup>4</sup>. Επιπροσθέτως, η εικόνα του λερωμένου με κοκαΐνη Al Pacino στην ταινία «The Scarface», αποτυπώνει γλαφυρά τη μαζική κυκλοφορία κοκαΐνης και κρακ στις Η.Π.Α., τη δεκαετία του '80. Η περίοδος αυτή αποτελεί κομβικό σημείο για την παρουσία των ναρκωτικών ουσιών στον πλανήτη μας · η έξαρση των κρουσμάτων AIDS, σε συνδυασμό με τον πόλεμο κατά των ναρκωτικών που είχε κηρύξει ο Πρόεδρος Νixon λίγα χρόνια νωρίτερα, οδήγησαν στην έντονη αποστροφή του κοινωνικού συνόλου αλλά και στη «δαιμονοποίηση» των ουσιών, η οποία σε γενικές γραμμές διατηρείται μέχρι και σήμερα. Η ανάγκη για θεραπεία έγινε ιδιαίτερα έκδηλη, ενώ ταυτόχρονα ήρθε στην επιφάνεια το φιλοσοφικό δίλλημα περί παρέμβασης στη σφαίρα ατομικής αυτοκυριαρχίας, με πρωτεύοντα σκοπό την απεξάρτηση του ατόμου και δευτερεύοντα, την προστασία του κοινωνικού συνόλου από την επικινδυνότητα που επιφέρουν οι ουσίες στο χρήστη.

Η παρούσα εργασία καταπιάνεται με τα παραπάνω θέματα. Σκοπός της η ανάδειξη των ζητημάτων που αφορούν τα προγράμματα θεραπείας της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες («στεγνά» - με υποκατάστατα) καθώς και η επίλυση του ζητήματος περί πατερναλιστικής επέμβασης στην ιδιωτική αυτονομία χάριν της εν λόγω θεραπείας.

Συνεπώς, ακολουθείται η εξής δομή: Στην πρώτη ενότητα επιχειρείται η αποσαφήνιση ορισμένων βασικών όρων σχετικά με τις ουσίες, οι οποίες διέπουν το σύνολο της εργασίας. Επιπλέον, αναλύονται τα χαρακτηριστικά και η δράση των πιο γνωστών και αντιπροσωπευτικών ουσιών κάθε κατηγορίας καθώς και τα δεδομένα περί χρήσης και εξάρτησης σε Η.Π.Α. και Ευρώπη, ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος. Η δεύτερη ενότητα ξεκινά με την παράθεση των διαφορετικών απόψεων περί αιτιολογίας της εξάρτησης. Η τοποθέτηση του παρόντος κεφαλαίου κρίθηκε προτιμότερη σε αυτό το σημείο, αφού οι διαφορετικές ερμηνείες αποτελούν τη βάση των διαφορετικών προγραμμάτων θεραπείας της εξάρτησης, που αναπτύσσονται στη συνέχεια. Πρώτα

---

<sup>3</sup> «Purple haze, all in my brain/ Lately things they don't seem the same/ Actin' funny, but I don't know why/ Excuse me while I kiss the sky» (The Jimi Hendrix Experience - Purple Haze, 1967).

<sup>4</sup> « Let me take you down/ because I'm going to Strawberry Fields/ Nothing is real and nothing to get hung about/ Strawberry Fields forever» (The Beatles - Strawberry Fields Forever, 1967).



παρουσιάζονται τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα · ειδικότερα, παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με τη φύση τους, την παρουσία τους σε Αμερική και Ευρώπη, ενώ ακολουθεί πλήρης ανάλυση του ελληνικού φορέα «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ). Ακολουθεί η αντίστοιχη ανάλυση των προγραμμάτων με υποκατάστατες ουσίες και του ελληνικού Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), ενώ η ενότητα κλείνει με μία συγκριτική επισκόπηση των δύο προγραμμάτων. Η τρίτη και τελευταία ενότητα αφορά την έννοια του πατερναλισμού καθώς και τη συνάφειά του με το ζήτημα των ναρκωτικών ουσιών. Εκεί, ερευνάται το δίπολο «ποινικοποίηση - αποποινικοποίηση» καθώς και οι επιλογές που τυχόν προσφέρει ένας πατερναλιστικός νόμος στους χρήστες, με κυριότερα στοιχεία τα νέα επανεντακτικά πρότυπα μείωσης κινδύνων και τον ελληνικό νόμο 4139/2013, ο οποίος αποτελεί παράδειγμα - πρότυπο. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των απόψεων του γράφοντος, κατόπιν της ενασχόλησής του με τα υπό εξέταση αντικείμενα.

## Ενότητα Πρώτη: Περί Ναρκωτικών Ουσιών και Χρήσης

### 1.1 Ορισμοί

#### **1.1.1 Ναρκωτικά**

Στην καθομιλουμένη, ο όρος «ναρκωτικά» υποδηλώνει τις ουσίες εκείνες, οι οποίες είναι ικανές να προκαλέσουν τη σωματική και ψυχική εξάρτηση του ατόμου<sup>5</sup>. Αρκετοί αναφέρονται σε αυτές με τον όρο ψυχοτρόπες, ενώ οι επιδράσεις της κάθε ουσίας στο ανθρώπινο σώμα, και πιο συγκεκριμένα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.), διαφέρουν: άλλες διεγείρουν και άλλες καταστέλλουν τα συναισθήματα, την αντιληπτική ικανότητα ή τις εγκεφαλικές λειτουργίες του χρήστη<sup>6</sup>. Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Νόμου 4139/2013 περί εξαρτησιογόνων ουσιών, *«με τον όρο «ναρκωτικά», κατά την έννοια του νόμου αυτού, νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και σωματικής και ποικίλου βαθμού, καθώς και την ανακούφιση των χρονίως πασχόντων από τα συμπτώματα συγκεκριμένης νόσου, για την οποία αυτές κρίνονται ιατρικά επιβεβλημένες».*

Στην Αγγλική γλώσσα, το ναρκωτικό αποδίδεται με τη λέξη «drug», η οποία όμως σημαίνει και «φάρμακο». Κατά μία άποψη, η απόδοση των ναρκωτικών με τη λέξη αυτή αποτέλεσε πολιτική επινόηση των πολέμιών τους, η οποία με την πάροδο των χρόνων απέκτησε μια πρωτοφανή κοινωνική απαξία, χωρίς όμως να λάβει ένα σαφές και ορισμένο εννοιολογικό περιεχόμενο. Για το λόγο αυτό άλλωστε, γίνεται διάκριση των φαρμάκων που ανακουφίζουν τον πόνο σε ναρκωτικά αναλγητικά και σε μη ναρκωτικά αναλγητικά, με κριτήριο το εάν αποτελούν ή όχι αντικείμενο

---

<sup>5</sup> Βλ. Λιάππα, Ουσιοεξάρτηση - Σύγχρονα Θέματα (Σε επιμέλεια Ι. Α. Λιάππα και Β. Πομίνη), 2004 σ. 44.

<sup>6</sup> Βλ. Λιάππα, Ναρκωτικά, 2011, σ. 17.

απαγόρευσης από τη σχετική με τα ναρκωτικά νομοθεσία<sup>7</sup>. Υποστηρίζεται λοιπόν η άποψη ότι ορθότερος είναι ο όρος «τοξικές» ουσίες, που υποδηλώνει τις τοξικές τους ιδιότητες, ικανές να οδηγήσουν το άτομο στην εξάρτηση και στο θάνατο<sup>8</sup>. Πάντως, αξίζει να αναφέρουμε ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο πλέον αρμόδιος φορέας για θέματα υγείας, κάνει λόγο για «psychoactive substances», ήτοι ψυχοδραστικές ουσίες<sup>9</sup>.

### **1.1.2 Χρήση και Κατάχρηση Ναρκωτικών Ουσιών**

Ως χρήση προσδιορίζεται η διαδικασία εκείνη κατά την οποία το άτομο καταναλώνει τη ναρκωτική ουσία. Η ένταση του όρου είναι αρκετά ήπια έως και ουδέτερη, αφού δεν υποδηλώνει κάποιου είδους ανάγκη ή επίταση της σχέσης μεταξύ ουσίας και χρήστη. Γίνεται λόγος για απλή χρήση, όταν κανείς κάνει χρήση μίας ουσίας μονάχα μία φορά χωρίς να επαναλάβει την πράξη αυτή, ή για περιστασιακή χρήση, όπου το άτομο καταναλώνει την ουσία ανά χρονικά διαστήματα, τα οποία όμως δεν προσδιορίζονται από μία συγκεκριμένη μεταξύ τους απόσταση και επομένως δεν διαπιστώνεται κάποια συνήθεια από πλευράς χρήστη. Ακόμη, γίνεται λόγος και για κοινωνική χρήση, η οποία εντοπίζεται σε ιδιαίτερες κοινωνικές εκδηλώσεις και μάλιστα μπορεί να αφορά και άλλες ουσίες, πέραν των απαγορευμένων, όπως το τσιγάρο ή το αλκοόλ<sup>10</sup>.

Αντιθέτως, η κατάχρηση αποτελεί ουσιαστικά την ακραία μορφή χρήσης, δηλαδή την υπερβολική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, η οποία δεν συνάδει με τα ιατρικά και κοινωνικά πρότυπα<sup>11</sup>. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, (DSM 5) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association – APA), προσδιορίζει ως κατάχρηση την κατάσταση κατά την οποία το άτομο εμφανίζει επιβαρυσμένη χρήση, δίχως όμως τα χαρακτηριστικά εκείνα που θα οδηγούσαν στη διαπίστωση ότι πρόκειται περί εξαρτημένου από την ουσία

<sup>7</sup> Βλ. Γρίβα, Ο Αποδιοπομπαίος Τράγος, σ. 77 επ..

<sup>8</sup> Βλ. Χάιδου, Ναρκωτικά, σ. 9.

<sup>9</sup> Βλ. Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), Substance Abuse ([http://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/))

<sup>10</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 44.

<sup>11</sup> Βλ. Παπαδάτο, Ναρκωτικά και Εφηβεία, σ. 38.

ατόμου<sup>12</sup>. Ειδικότερα, η κατάχρηση οδηγεί σε αποτυχία του χρήστη να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του στο εργασιακό του περιβάλλον, ενώ ο ίδιος, παρά τα νομικά, κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα που του προκαλούν οι συνέπειες της χρήσης, συνεχίζει απτόητος την κατανάλωση της ουσίας<sup>13</sup>.

### **1.1.3 Εξάρτηση**

Η εξάρτηση αποτελεί τη σοβαρότερη κατάσταση στην οποία μπορεί να περιέλθει ο συχνός χρήστης ναρκωτικών ουσιών. Η ανάγκη αυτή οδηγεί το χρήστη στην χρήση του με συνεχώς μεγαλύτερες ποσότητες ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα<sup>14</sup>, αφού ο οργανισμός του έχει αναπτύξει συστήματα ομοιόστασης και μεταβολικού τύπου λειτουργίες που αδρανοποιούν γρηγορότερα τη δράση της ουσίας<sup>15</sup>. Η ανοχή που αναπτύσσει το άτομο στην ουσία διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό και φυσικά εξαρτάται από στοιχεία που σχετίζονται με την ουσία, όπως το είδος της και η δοσολογία<sup>16</sup>. Η ανάπτυξη ανοχής είναι αρκετά επικίνδυνη, καθότι μπορεί να οδηγήσει το άτομο στη λήψη υπερβολικής δόσης («overdose») στην προσπάθειά του να επιτύχει την προσδοκώμενη ευφορία, με αποτέλεσμα το θάνατο.

Η εξάρτηση δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή από την αρχή, αλλά διαπιστώνεται αφού πρώτα ο χρήστης περάσει από τα προηγούμενα στάδια της χρήσης και της κατάχρησης, με την εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων, όπως η ακόρεστη λήψη συνεχώς μεγαλύτερων δόσεων της ουσίας, η αδυναμία του ατόμου να διακόψει τη χρήση ακόμη κι αν το επιθυμεί και η θέαση της ουσίας ως αυτοσκοπού, με την ταυτόχρονη αδιαφορία για οτιδήποτε άλλο συμβαίνει στη ζωή του<sup>17</sup>. Επιπλέον, η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών

---

<sup>12</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 18.

<sup>13</sup> Βλ. *Buppractice*, DSM-IV-TR Criteria for Substance Abuse and Substance Dependence (<https://www.buppractice.com/node/1436>) και στο ίδιο, DSM 5 Criteria for Substance Use Disorder (<https://www.buppractice.com/node/12351>).

<sup>14</sup> Βλ. Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών / Εθνική Μονάδα Πληροφοριών (ΣΟΔΝ / ΕΜΠ), Έκθεση για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα Έτους, 2008, σ. 17.

<sup>15</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 19 επ..

<sup>16</sup> Βλ. Γρίβα, ό.π., σ. 82 επ..

<sup>17</sup> Βλ. Χαΐδου, ό.π., σ. 52.

Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προσδιορίζει ως εξάρτηση το σύμπλεγμα φυσιολογικών, συμπεριφορικών και γνωστικών φαινομένων, στα οποία κυρίαρχο ρόλο έχει η ουσία<sup>18</sup>, ενώ η Αιτιολογική Έκθεση του Ν. 4139/2013 περί Εξαρτησιογόνων Ουσιών, προβλέπει ότι «ως εξάρτηση νοείται μία κατάσταση ψυχική ή και φυσική («σωματική») που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της επίδρασης μιας ουσίας σε έναν ζωντανό οργανισμό και χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία εκδηλώσεων, μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται πάντοτε η διάθεση για τη συνέχιση λήψης της ουσίας με σκοπό την επανεκδήλωση των ψυχοδραστικών ενεργειών της ή αντίθετα την αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων, που μπορεί να εκδηλωθούν όταν δεν ληφθεί» (άρθρο 1 κεφαλαίου Α')<sup>19</sup>.

Η εξάρτηση διακρίνεται σε σωματική και ψυχική. Η σωματική εξάρτηση συνδέεται άμεσα με το στερητικό σύνδρομο («χαρμάνα», όπως αποκαλείται στη γλώσσα των χρηστών<sup>20</sup>), δηλαδή τη θλιβερή και επίπονη κατάσταση στην οποία επέρχεται το ανθρώπινο σώμα όταν διακόπτεται ξαφνικά η λήψη της ουσίας<sup>21</sup>. Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου διαφέρουν μεταξύ των ουσιών, αλλά σε γενικές γραμμές διαπιστώνεται εφίδρωση, άγχος, ταχυπαλμία και κοιλιακό άλγος. Για να γίνει πιο κατανοητή η αίσθηση του στερητικού συνδρόμου, θα τολμούσαμε να το παρομοιάσουμε με μια βαριά μορφή γρίπης. Πάντως, όσο και αν φαντάζει αλλόκοτο στον μέσο άνθρωπο, η σωματική εξάρτηση δεν αποτελεί το κυριότερο ζήτημα στην αντιμετώπιση της εξάρτησης · όπως θα δούμε και στη συνέχεια, με την κατάλληλη θεραπεία, τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι δυνατόν να παρέλθουν σύντομα, εντός λίγων ημερών.

Το ουσιαστικότερο και πιο δύσκολο ζήτημα από πλευράς αντιμετώπισης, είναι αυτό της ψυχικής εξάρτησης<sup>22</sup>, δηλαδή του «συναισθηματικού» και ψυχικού δεσμού που αισθάνεται το άτομο προς την ουσία. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η ψυχική εξάρτηση δεν υφίσταται μονάχα στα πλαίσια της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, αλλά και στις ανθρώπινες σχέσεις, ή μπορεί να αναφέρεται σε μία

<sup>18</sup> Βλ. Παπαδάτο, ό.π., σ. 42 επ. και Π.Ο.Υ., Dependence Syndrome, ([http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)).

<sup>19</sup> Βλ. Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Νόμος περί Ναρκωτικών και άλλες διατάξεις», σ. 3.

<sup>20</sup> Βλ. Γρίβα, ό.π., σ. 87.

<sup>21</sup> Βλ. ΣΟΔΝ/ΕΜΠ, ό.π., σ. 18.

<sup>22</sup> Βλ. Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Ανίχνευση Τάσεων Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες, σ. 9.

δραστηριότητα και γενικότερα σε οτιδήποτε δύναται να καταδυναστεύσει την αυτοκυριαρχία του ατόμου<sup>23</sup>. Η ψυχική εξάρτηση διαφαίνεται από το συναίσθημα ευφορίας και ανάτασης που δημιουργεί στο χρήστη η προοπτική λήψης της ουσίας<sup>24</sup>, γεγονός που είναι πιθανό να τον οδηγήσει σε ακραίες συμπεριφορές (λ.χ. αξιόποινες πράξεις), προκειμένου να εξασφαλίσει την επιθυμητή δόση<sup>25</sup>. Σε αρκετές περιπτώσεις η εξάρτηση δεν αναφέρεται μονάχα στη λήψη της ουσίας αλλά και στην προπαρασκευαστική διαδικασία αυτής (η λεγόμενη «προετοιμασία του φτιαξίματος»), η οποία αντιμετωπίζεται ως τελετουργία από τους χρήστες. Ο Μάικ Ρόκ, στο βιβλίο του «*Η Αλήθεια για τα Ναρκωτικά*», αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Η διαδικασία ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών μπορεί από μόνη της να αποκτήσει ιδιότητα εξάρτησης. Οι χρήστες γεμίζουν τη σύριγγα με αίμα πριν αποσπάσουν τη βελόνα από το σώμα τους και αδειάζουν το αίμα μέσα τους για να ξαναζωντανέψουν την αίσθηση. Μερικοί χρήστες γοητεύονται επίσης από τον ήχο που κάνει η βελόνα, όταν τρυπάει το δέρμα τους, που ονομάζεται «σουτάρισμα». Υποστηρίζουν πως ο ήχος δε φτάνει μόνο στα αυτιά τους, αλλά τον ακούν και μέσα στο κεφάλι τους»<sup>26</sup>.*

Σε αρκετές περιπτώσεις, τα δύο είδη εξαρτήσεων ταυτίζονται, ενώ σε άλλες είναι δυνατή η «διάγνωση» ψυχικής εξάρτησης του ατόμου από μία ναρκωτική ουσία, μέσω της εξωτερίκευσης από το χρήστη ενός αρνητικού συναισθήματος όπως η θλίψη και η μελαγχολία, καιρό μετά από την έξαρση αλλά και την ύφεση των σωματικών συμπτωμάτων που παραπέμπουν στο στερητικό σύνδρομο<sup>27</sup>. Ορισμένοι υποστηρίζουν πως ο όρος «ψυχολογική εξάρτηση» είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικός, και η ασάφειά του αυτή έχει γίνει αντικείμενο αυστηρής κριτικής, με κεντρικό επιχείρημα ότι αποτελεί επινόηση εκείνων που αναζητούν μια ευρεία και «βολική» βάση αιτιολόγησης της απαγόρευσης και δίωξης των ψυχοτρόπων ουσιών<sup>28</sup>.

---

<sup>23</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 51.

<sup>24</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 19.

<sup>25</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 45.

<sup>26</sup> Βλ. Ροκ, *Η Αλήθεια για τα Ναρκωτικά*, σ. 100.

<sup>27</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 19 και *Τ.Ε.Ι. Αθήνας*, ό.π., σ. 10.

<sup>28</sup> Βλ. Γρίβα, ό.π., σ. 85 επ..

## **1.2 Διάκριση Εξαρτησιογόνων Ουσιών**

Η κατηγοριοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών βασίζεται σε διαφορετικά κριτήρια, όπως η ανοχή του οργανισμού στην τοξικότητά τους αλλά και ο τρόπος με τον οποίον επιδρούν στο Κ.Ν.Σ. Το τελευταίο κριτήριο, το οποίο υιοθετείται από τους περισσότερους συγγραφείς, διακρίνει τις εξαρτησιογόνες ουσίες σε κατασταλτικές, διεγερτικές και παραισθησιογόνες<sup>29</sup>. Φυσικά, οι εν λόγω κατηγορίες περιέχουν και περαιτέρω διακρίσεις με βάση τη φύση των ουσιών<sup>30</sup>. Η τέταρτη κατηγορία που θα εξετάσουμε, και η οποία δεν εντάσσεται σε κάποια από τις προηγούμενες, είναι τα προϊόντα της κάνναβης.

### **1.2.1 Κατασταλτικές Ουσίες**

Στην παρούσα κατηγορία περιέχονται τα οπιούχα ή οπιοειδή, τα βαρβιτουρικά και βενζοδιαζεπίνες και τα εισπνεόμενα.

#### **1.2.1.1 Οπιοειδή**

Οι ουσίες αυτές έχουν ως βάση το όπιο, έναν αποξηραμένο γαλακτώδη χυμό, ο οποίος εκλύεται από το φυτό μήκωνα η υπνοφόρος (Papaver

---

<sup>29</sup> Οι καταστρεπτικές συνέπειες της νικοτίνης και του οιοπνεύματος στον ανθρώπινο οργανισμό είναι, σε γενικές γραμμές, γνωστές στους περισσότερους ανθρώπους. Σε πίνακα που συντάχθηκε το 1961 από Ειδική Επιτροπή επιστημονικών συμβούλων του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας με τίτλο, «ουσίες που προκαλούν εξάρτηση», συμπεριελήφθησαν κανονικά το αλκοόλ και ο καπνός μαζί με τις – μέχρι και σήμερα – απαγορευμένες ναρκωτικές ουσίες. Στην παρούσα εργασία όμως, επικεντρώνουμε την έρευνα μας στις ουσίες εκείνες, οι οποίες έχει επικρατήσει στη σύγχρονη εποχή να περιγράφονται με τη λέξη «ναρκωτικά». Ως εκ τούτου, η νικοτίνη και το οινόπνευμα δεν συμπεριλαμβάνονται στην ακόλουθη κατηγοριοποίηση. Πάντως, παρόλο που αυτό το ζήτημα αποτελεί θέμα άλλης θεωρητικής αναζήτησης, δεν μπορούμε να μην αναφέρουμε την γνώμη εκείνη, που υποστηρίζει ότι ο λόγος για τον οποίο το τσιγάρο και το αλκοόλ δεν περιλαμβάνονται στο «τόξο απαγόρευσης», δεν βασίζεται σε ιατρικά κριτήρια αλλά σε πολιτικές και οικονομικές σκοπιμότητες των μεγάλων κέντρων εξουσίας που τις διαχειρίζονται. Ως προς το τελευταίο βλ. και Γρίβα, ό.π., σ. 101 επ..

<sup>30</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 51 επ. και Χάιδου, ό.π., σ. 9.

Somniferum)<sup>31</sup>, ένα είδος παπαρούνας το οποίο ανθίζει κατά κύριο λόγο στη Νοτιοανατολική Ευρώπη και την Ασία<sup>32</sup>. Διακρίνονται σε φυσικά, όπως η μορφίνη και η κωδεΐνη, σε ημισυνθετικά, όπως η ηρωΐνη και σε συνθετικά, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη μεθαδόνη. Χρησιμοποιούνται ευρέως από την ιατρική επιστήμη λόγω της αναλγητικής τους δράσης, ενώ η λήψη τους προκαλεί, μεταξύ άλλων, ζάλη και τάση για λιποθυμία<sup>33</sup>.

#### i. Μορφίνη

Η μορφίνη εμφανίστηκε το 1856 σε ενέσιμη μορφή, ενώ ο χημικός της τύπος ανακαλύφθηκε το 1925 από τους Gullard και Robinson<sup>34</sup>. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν τη λήψη της μπορεί να είναι ήπια, όπως η υπνηλία και η έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας, ή πιο σοβαρά, όπως ο εμετός, η αύξηση ενδοκρανιακής πίεσης και η βραδυκαρδία, ενώ συνήθως διαρκούν για τέσσερις έως επτά ώρες<sup>35</sup>. Στην εποχή μας, η χρήση της δεν είναι διαδεδομένη στους χρήστες ναρκωτικών και προτιμάται από τους εθισμένους σε ηρωΐνη, όταν η κύρια ουσία εκλείπει. Παρόλα αυτά, η συχνή χρήση μορφίνης είναι δυνατό να οδηγήσει σε ανοχή του οργανισμού στην ουσία και σε σωματική και ψυχική εξάρτηση. Το στερητικό σύνδρομο διακρίνεται από πόνους στο σώμα, διάρροια, αϋπνία καθώς και από ψυχικού τύπου συμπτώματα, όπως έντονο άγχος και κατάθλιψη<sup>36</sup>. Οι γιατροί είναι επιφυλακτικοί στη συνταγογράφησης της και τη χορηγούν μονάχα σε περιπτώσεις αφόρητου πόνου, όταν δεν είναι εφικτό ο πόνος αυτός να κατασταλεί από κάποιο άλλο φάρμακο – αναλγητικό<sup>37</sup>.

Παρόμοια ουσία με την μορφίνη είναι η κωδεΐνη, με σαφώς ηπιότερη επίδραση και αποτελέσματα. Χορηγείται, πέρα από την καταστολή του πόνου και για την καταστολή του βήχα ενώ η χρήση της μπορεί να προκαλέσει καρδιαγγειακές, ουροποιητικές και αναπνευστικές επιπλοκές<sup>38</sup>.

<sup>31</sup> Βλ. Βικιπέδια, Όπιο, (<https://el.wikipedia.org/wiki/Όπιο>).

<sup>32</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 50.

<sup>33</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 95.

<sup>34</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 27.

<sup>35</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 51 επ..

<sup>36</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 28.

<sup>37</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 52.

<sup>38</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 95 και Χάιδου, ό.π., σ. 28.



## ii. Ηρωίνη

Εάν κατατάσσαμε τις ναρκωτικές ουσίες ανάλογα με την επικινδυνότητά τους, η ηρωίνη σίγουρα θα καταλάμβανε την πρώτη θέση. Αποτελεί μια εξαιρετικά εθιστική ουσία με έντονη ευφορική επίδραση, η στέρηση της οποίας εκφυλίζει την φυσική αλλά και κοινωνική υπόσταση του ανθρώπου. Η εικόνα του εξαρτημένου ατόμου που παραπαίει στους δρόμους και ζητά οικονομική βοήθεια από τους περαστικούς, την οποία έχουμε αντικρύσει οι περισσότεροι, ιδιαίτερα εάν κατοικούμε σε κάποιο μεγάλο αστικό κέντρο, είναι η εικόνα ενός ατόμου που είναι εθισμένο στην ηρωίνη.

Ο συχνότερος τρόπος εισαγωγής της στον οργανισμό είναι ενδοφλεβίως, αφού έτσι εξασφαλίζεται και η ταχύτερη εκδήλωση της επίδρασής της, το λεγόμενο «φτιάξιμο» («getting high»), το οποίο περιγράφεται από τους χρήστες ως ένα «ξαφνικό κύμα θαλπωρής» που τους εισάγει σε μία κατάσταση ηρεμίας, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνει αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα<sup>39</sup>. Επιπλέον, είναι δυνατό να ληφθεί από τη μύτη ή να θερμανθεί σε αλουμινόχαρτο και στη συνέχεια να εισπνευσθεί, σε μία διαδικασία που αποκαλείται «Chasing the Dragon»<sup>40</sup>. Προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση ενώ το στερητικό της σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται λίγες ώρες μετά τη χρήση και αφού παρέλθουν τα ευφορικά συναισθήματα που δημιουργεί στο χρήστη, περιλαμβάνει πόνους σε ολόκληρο το σώμα, ρίγος, ενεργοποίηση των βλεννογόνων αδένων του οργανισμού (δακρύρροια, σιελόρροια) σε συνδυασμό με ανησυχία και άγχος. Τα συμπτώματα είναι δυνατό να διαρκέσουν ακόμη και μία ολόκληρη εβδομάδα, αλλά δεν οδηγούν στο θάνατο · η μοιραία κατάληξη όμως μπορεί να επέλθει έμμεσα, αν ο χρήστης, επιθυμώντας να «ξεφύγει» από τους πόνους του στερητικού συνδρόμου αλλά και να βιώσει ξανά τη «νιρβάνα» της χρήσης, προβεί σε λήψη υπερβολικής δόσης<sup>41</sup>. Επιπλέον, οι ποσότητες ηρωίνης που κυκλοφορούν στη «μαύρη» αγορά είναι στο σύνολό τους νοθευμένες καθώς οι έμποροι θέλουν να αυξήσουν την ποσότητα της προς πώληση ουσίας και άρα τα κέρδη τους<sup>42</sup>. Το γεγονός αυτό καθιστά την ουσία

<sup>39</sup> Βλ. *Arnau*, Το Δίλλημα Ηρωίνη, σ. 13, *Λιάππα*, ό.π. (2011), σ. 96 και *Ροκ*, ό.π., σ. 86.

<sup>40</sup> Βλ. *Φαρσεδάκη και Συλίο*, Ναρκωτικά, σ. 548.

<sup>41</sup> Βλ. *Λιάππα*, ό.π. (2004), σ. 54.

<sup>42</sup> Βλ. *Arnau*, ό.π., σ. 211 επ..

ακόμη πιο επικίνδυνη, αν σκεφτούμε ότι χρησιμοποιείται ακόμη και δηλητήριο για ποντίκια (!) ως υλικό ανάμειξης με την ηρωίνη. Είναι σαφές πως η λάθος ανάμειξη επιφέρει ακαριαία τον θάνατο<sup>43</sup>.

Τέλος, η πολύχρονη χρήση ηρωίνης επιβαρύνει συνολικά τον οργανισμό. Ενδεικτικά αναφέρουμε ορισμένες διαταραχές: Εμφάνιση εξανθημάτων και οιδημάτων, πνευμονικού αποστήματος, μηνιγγίτιδας, διαταραχές του εμμήνου κύκλου (στις γυναίκες), αλλά και της libido (στους άνδρες) καθώς και μικροβιακές λοιμώξεις, αλλά και πιο σοβαρές, όπως η ηπατίτιδα και το AIDS<sup>44</sup>. Ας αναλογιστούμε λοιπόν την δυσάρεστη έκπληξη που βιώνει κανείς όταν, ενώ είναι σε θέση να γνωρίζει - χάρη και στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης - τις αρνητικές επιδράσεις της ηρωίνης, πληροφορείται ότι στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, η ηρωίνη παρασκευαζόταν μαζικά από τη φαρμακοβιομηχανία "Bayer", αφού σύμφωνα με έρευνες θεράπευε το άσθμα και μείωνε το βήχα<sup>45</sup>!

### iii. Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη θα μας απασχολήσει στη συνέχεια, καθότι αποτελεί μία εκ των υποκατάστατων ουσιών που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια προγραμμάτων θεραπείας της εξάρτησης από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών με τη χορήγηση υποκατάστατων ουσιών.

Παρασκευάστηκε για πρώτη φορά από Γερμανούς επιστήμονες, λίγα χρόνια πριν την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια αυτού ως παυσίπονο. Εάν χορηγηθεί στην κατάλληλη δόση, διακόπτει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης αλλά και των άλλων οπιοειδών και απωθεί την επιθυμία του ατόμου προς εκ νέου χρήση αυτών καθώς του δημιουργεί μια δυσάρεστη αίσθηση. Εντούτοις, η (υπό συνθήκες) κατασταλτική της δράση δεν θα πρέπει να μας παραπλανεί, διότι η αλόγιστη χρήση μεθαδόνης οδηγεί και αυτή στην σωματική και ψυχική εξάρτηση. Παρά το γεγονός ότι το στερητικό σύνδρομο που προκαλείται από την έλλειψη της είναι ηπιότερο συγκριτικά με αυτό της ηρωίνης ή της

---

<sup>43</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 63, 89.

<sup>44</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 54.

<sup>45</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 29 επ..

μορφίνης, διαρκεί περισσότερο λόγω της μεγάλης ημιπεριόδου ζωής της, με αποτέλεσμα να είναι πιο επίπονο για τον χρήστη<sup>46</sup>.

#### 1.2.1.2 Βαρβιτουρικά και βενζοδιαζεπίνες

Τα βαρβιτουρικά δρουν καταπιέζοντας ορισμένα κέντρα του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα να δημιουργείται στο χρήστη η αίσθηση της απόλυτης ηρεμίας. Αυτός άλλωστε ήταν και ο αρχικός σκοπός χρήσης τους όταν παρασκευάστηκαν για πρώτη φορά από τον Γερμανό επιστήμονα Adolf von Baeyer, το 1864, ήτοι να κυκλοφορήσουν στην αγορά ως ηρεμιστικά<sup>47</sup>.

Ενώ λοιπόν σε μικρές δόσεις οδηγούν το χρήστη σε βαθύ ύπνο, σε αυξημένες δόσεις προκαλούν μια σειρά σοβαρών διαταραχών στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως καταπληξία και παράλυση του αναπνευστικού, οι οποίες σε αρκετές περιπτώσεις οδηγούν στο θάνατο. Επιπροσθέτως, ο χρήστης αναισθητοποιείται και εισέρχεται σε μία φάση όπου αισθάνεται πως έχει ξεφύγει από την πραγματικότητα και βρίσκεται στο χάος. Τα βαρβιτουρικά προκαλούν σοβαρή ψυχική και σωματική εξάρτηση, ενώ η συνεχής λήψη τους δημιουργεί υψηλά επίπεδα ανοχής, γεγονός που οδηγεί το άτομο στην έως και δεκαπλάσιων ποσοτήτων αυτών ώστε να αισθανθεί την προσδοκώμενη ηρεμία<sup>48</sup>. Η χρόνια χρήση προκαλεί νευρική και σύγχυση (λ.χ. παραισθήσεις, έντονη υπερδραστηριότητα) και η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται όταν πραγματοποιείται ταυτόχρονη χρήση και άλλων ουσιών, όπως το αλκοόλ, κάτι που βέβαια ισχύει για τις περισσότερες ψυχοτρόπες ουσίες. Τέλος, η ξαφνική διακοπή οδηγεί σε επίπονο στερητικό σύνδρομο, το οποίο επισημαίνεται ότι - σε αντίθεση με το στερητικό σύνδρομο άλλων ουσιών, όπως η ηρωίνη - είναι πιθανό να αποβεί μοιραίο για τη ζωή του χρήστη<sup>49</sup>.

Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν παρόμοια δράση και λειτουργία με τα βαρβιτουρικά, συνεπώς δημιουργούν τα ίδια συμπτώματα στο χρήστη, αλλά σε

---

<sup>46</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 97 και Χάιδου, ό.π., σ. 32 επ..

<sup>47</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 34.

<sup>48</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 35.

<sup>49</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 98.

ηπιότερο βαθμό. Το στερητικό σύνδρομο δεν δύναται να οδηγήσει σε θάνατο, είναι όμως αρκετά επώδυνο, αφού ο χρήστης παρανοεί, ενώ η συνεχής κατανάλωση βενζοδιαζεπινών δίνει στο άτομο την όψη του ζωντανού – νεκρού («ζόμπι»)<sup>50</sup>.

### 1.2.1.3 Διαλύτες

Η ιδιαιτερότητα αυτής της κατηγορίας κατασταλτικών ουσιών έγκειται στο γεγονός ότι οι ουσίες που την απαρτίζουν δεν είναι «απαγορευμένες», αλλά μπορούν να βρεθούν εύκολα στο εμπόριο καθώς ο σκοπός της ύπαρξής αλλά και της χρήσης τους δεν είναι αυτός του «ναρκωτικού». Ειδικότερα, αναφερόμαστε σε ουσίες όπως η βενζίνη, το ασετόν, η κόλλα και άλλα καθαριστικά υγρά. Ο συνήθης τρόπος «λήψης» τους είναι η εισπνοή, αφού πρώτα εμποτιστούν σε πανί<sup>51</sup>. Ο κίνδυνος για τον οργανισμό προκύπτει αρχικά από τον καρκινογόνο χαρακτήρα τους. Παρά το γεγονός ότι η διακοπή της χρήσης τους δεν επιφέρει στερητικό σύνδρομο, και επομένως μπορούμε να συνάγουμε το συμπέρασμα ότι δεν προκαλούν σωματική εξάρτηση, δεν ισχύει το ίδιο και για την ψυχική εξάρτηση, αφού πολύ συχνά διαπιστώνονται αρνητικά και αντικοινωνικά συναισθήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη και τάσεις αναχωρητισμού<sup>52</sup>. Συμπτώματα της χρήσης είναι η δύσπνοια, οι πόνοι στο στομάχι, η μυϊκή αδυναμία και οι ψευδαισθήσεις, ενώ η διαδικασία της εισπνοής εμποτισμένου πανιού είναι δυνατό να αποβεί καταστρεπτική και να επιφέρει το λεγόμενο «σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου»<sup>53</sup>. Η εισπνοή ανεβάζει απότομα την αδρεναλίνη, προκαλώντας καρδιακές αρρυθμίες, τις οποίες όμως ο οργανισμός, καθότι ευάλωτος, δεν δύναται να αντιμετωπίσει.

---

<sup>50</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 56 και Χάιδου, σ. 36.

<sup>51</sup> Βλ. Ρόκ, ό.π., σ. 113.

<sup>52</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 199, Ροκ, ό.π., σ. 113 και Χάιδου, ό.π., σ. 37 επ..

<sup>53</sup> Βλ. Χάιδου, ό.π., σ. 39.

### 1.2.2 Διεγερτικές Ουσίες

Κύριες εκπρόσωποι της ενότητας αυτής είναι η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες - μεθαμφεταμίνες.

#### i. Κοκαΐνη

Μαζί με την ηρωίνη αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή ναρκωτικά που κυκλοφορούν. Παράγεται από τα φύλλα ενός θάμνου που ονομάζεται *Erythroxylon Coca* και φύεται στη Λατινική Αμερική<sup>54</sup>.

Ο συνηθέστερος τρόπος εισαγωγής της στον οργανισμό είναι με εισπνοή από τη μύτη («σνιφάρισμα») και μέσω αυτού, ο χρήστης βιώνει σε ύψιστο βαθμό τα συναισθήματα της ψυχικής και πνευματικής ανάτασης<sup>55</sup>· για να το θέσουμε πιο γλαφυρά, ένα άτομο που βρίσκεται υπό την επήρεια της κοκαΐνης νιώθει ότι κατέχει υπεράνθρωπες δυνάμεις. Η εμπειρία όμως διαρκεί μονάχα για μία ώρα και στη συνέχεια το άτομο, κυριευμένο από έντονο άγχος και απελπισία, επιθυμεί διακαώς να ζήσει ξανά την ίδια εμπειρία. Εμφανίζει ρίγη, αφού ανεβαίνει η θερμοκρασία του σώματός του, αλλά και χαμηλή επιθυμία να τραφεί<sup>56</sup>. Παρά τη διχογνωμία που επικρατεί για το αν προκαλεί σωματική εξάρτηση, η κοκαΐνη καταδυναστεύει τον ψυχισμό του χρήστη, ο οποίος την αναζητά έντονα και η μανία του μπορεί να τον οδηγήσει σε υπερβολική δόση και στο θάνατο.

Αντιθέτως, άκρως εθιστική δράση έχει το «Crack», μια ουσία καθαρής κοκαΐνης, η οποία συνήθως καπνίζεται και τα αποτελέσματά της είναι εκρηκτικά για τον εγκέφαλο<sup>57</sup>. Το ίδιο επικίνδυνη είναι και η ταυτόχρονη λήψη κοκαΐνης και ηρωίνης, που ονομάζεται «speedball»<sup>58</sup>.

---

<sup>54</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 56, Φαρσεδάκη και Συλίκου, ό.π., σ. 548.

<sup>55</sup> Βλ. Ροκ, σ. 67 επ..

<sup>56</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 149.

<sup>57</sup> Βλ. Ροκ, σ. 71 επ. και Φαρσεδάκη και Συλίκου, ό.π., σ. 548.

<sup>58</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 57.

## ii. Αμφεταμίνες – Μεθαμφεταμίνες

Σε αντίθεση με την κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες είναι αποτέλεσμα εργαστηριακών διεργασιών. Η γνωστότερη κλινική χρήση των ουσιών αυτών ήταν για τη θεραπεία του ανήσυχου ή «υπερκινητικού» παιδιού, περίπου τη δεκαετία του 1940<sup>59</sup>. Η δράση τους είναι παρόμοια με αυτή της κοκαΐνης, δηλαδή δημιουργεί αισθήματα υπερβολικής ευφορίας και πνευματικής διαύγειας, η κλινική της εικόνα όμως χαρακτηρίζεται από πανικό, έντονη εφίδρωση και επικίνδυνη αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Οι χρήστες αμφεταμινών αναπτύσσουν ανοχή στην ουσία, με αποτέλεσμα να αυξάνουν τις δόσεις που λαμβάνουν, ενώ η διακοπή αυτής τους οδηγεί σε βαριά κατάθλιψη<sup>60</sup>.

### 1.2.3 Παραισθησιογόνες Ουσίες

Οι πιο δημοφιλείς παραισθησιογόνες ουσίες είναι το LSD και η έκσταση (MDMA).

#### i. LSD

Οι παραισθησιογόνες ουσίες συνήθως αποκαλούνται και «ψυχεδελικές», καθώς με τη χρήση τους, το άτομο βιώνει ψευδαισθήσεις. Η πιο συχνή εικόνα που αντικρίζουν οι χρήστες LSD, είναι μια πανδαισία χρωμάτων, γνωστή με το όνομα «Σκωτσέζικη Ομίχλη»<sup>61</sup>. Επιπλέον, παρατηρείται διάσχιση του «εγώ» αφού το άτομο αισθάνεται πως βρίσκεται εκτός του σώματός του. Συνήθεις επιπτώσεις της χρήσης στον οργανισμό είναι η μυδρίαση, η ανορεξία, ενώ είναι πολύ πιθανό το άτομο να βιώσει έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως τρόμο, ιδίως σε περίπτωση που βρίσκεται σε ασταθή συναισθηματική κατάσταση πριν τη χρήση («bad trip»). Ακόμη, κινδυνεύει να τραυματιστεί ή να χάσει τη ζωή του, εάν προβεί σε ακραίες συμπεριφορές δίχως να το αντιληφθεί. Παρόλα αυτά δεν έχει διαπιστωθεί ότι το LSD οδηγεί σε σωματική ή ψυχική εξάρτηση<sup>62</sup>.

---

<sup>59</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 135.

<sup>60</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 62.

<sup>61</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 144.

<sup>62</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2004), σ. 64.

## ii. Έκσταση (MDMA)

Το χάπι έκσταση είναι ιδιαιτέρως διαδεδομένο στις Η.Π.Α.. Παράγεται από την αμφεταμίνη έχοντας δράση συνάμα αμφεταμινικού αλλά και ψευδαισθησιογόνου τύπου. Τα συμπτώματα της χρήσης της ουσίας είναι παρεμφερή με τα συμπτώματα της χρήσης LSD, αλλά σε πιο ήπιο βαθμό<sup>63</sup>. Κατά μία άποψη, το έκσταση αποτελεί «το χάπι της αγάπης» καθώς δίνει τη δυνατότητα στο χρήστη να βιώσει τις αισθήσεις του στον ύψιστο βαθμό, ειδικότερα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης<sup>64</sup>. Όμως, από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται ότι κάτι τέτοιο είναι μύθος και ότι - παρά το γεγονός ότι δεν δημιουργεί ψυχολογική και σωματική εξάρτηση - οι χρήστες της ουσίας υποφέρουν από σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη, παράνοια)<sup>65</sup>.

### 1.2.4 Προϊόντα της Ινδικής Κάνναβης

Το φυτό της Ινδικής Κάνναβης περιέχει την ουσία τετραυδοκανναβινόλη (HTC), στην οποία οφείλονται οι επιδράσεις της κάνναβης, όταν καταναλώνεται<sup>66</sup>. Στην αμερικανική ήπειρο εμφανίζεται υπό τη μορφή της μαριχουάνας, ενώ στη Μέση Ανατολή και Αφρική εντοπίζεται το χασίς, το οποίο θεωρείται ότι είναι δραστικότερο σε σχέση με την μαριχουάνα<sup>67</sup>.

Στο παρόν κεφάλαιο επιλέξαμε να παρουσιάσουμε τις πιο γνωστές ναρκωτικές ουσίες, οι οποίες προκαλούν βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό και είναι ιδιαιτέρως εθιστικές. Ως προς την κάνναβη όμως οι απόψεις δίστανται: μερίδα της επιστήμης υποστηρίζει ότι η χρόνια χρήση επιφέρει συμπεριφορικές και ψυχικές διαταραχές, επηρεάζει τη νοητική λειτουργία του ατόμου και ότι ευθύνεται για παθήσεις όπως το άσθμα ή η ηπατοτοξικότητα<sup>68</sup>. Η εκ διαμέτρου αντίθετη άποψη θέλει την κάνναβη να συμβάλει θετικά στην προσωπικότητα και τη

<sup>63</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 182.

<sup>64</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 186 επ..

<sup>65</sup> <http://www.notodrugs.gr/drugfacts/ecstasy/imaginary-love-pill.html>

<sup>66</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 41.

<sup>67</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 160.

<sup>68</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 163.

νοημοσύνη του ατόμου<sup>69</sup>, ενώ η ποινικοποίησή της αιτιολογείται ως μια προσπάθεια των μεγάλων οικονομικών συμφερόντων να ελέγξουν την παραγωγή της και συνεπώς τα κέρδη τους<sup>70</sup>. Το σίγουρο είναι ότι η κάνναβη απαγορεύεται από τις νομοθεσίες των περισσότερων κρατών. Για το λόγο αυτό άλλωστε την καταγράφουμε, με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προσπάθεια για αντικειμενικότητα και σε συνδυασμό με τις εύλογες επιφυλάξεις που γεννιούνται.

### **1.3 Επιδημιολογία της Χρήσης**

Παρά τις προαναφερθείσες σοβαρές επιπτώσεις που έχουν οι περισσότερες ναρκωτικές ουσίες στον οργανισμό μας, οι αριθμοί καταδεικνύουν τη ζοφερή πραγματικότητα της κατά κόρον χρήσης ουσιών παγκοσμίως.

#### **1.3.1 Η.Π.Α.**

Η ιστορία της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών στις Η.Π.Α. διαρκεί εδώ και πολλά χρόνια. Ήδη από το 19<sup>ο</sup> αιώνα ήταν διαδεδομένη η χρήση για ιατρικούς αλλά και ψυχαγωγικούς σκοπούς, δίχως κάποιο έλεγχο από πλευράς κυβερνητικής ή πολιτειακής εξουσίας. Ο Νόμος Χάρισον («The Harrison Act», 1914) αποτέλεσε την πρώτη προσπάθεια της κεντρικής εξουσίας να την ελέγξει μέσω της φορολογίας, αλλά και το έναυσμα μίας όλο και αυξανόμενης πιεστικής πολιτικής απέναντι στα ναρκωτικά, η οποία συμπεριέλαβε ακόμη και τη θανατική ποινή ως τιμωρία για το αδίκημα της πώλησης ηρωίνης στους εφήβους («Narcotic Control Act», 1956). Παρά τις προσπάθειες ηπιότερης αντιμετώπισης του ζητήματος μέσω της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων, η επιβολή του νόμου έγινε αυστηρότερη, με αποκορύφωμα τον «Πόλεμο κατά των Ναρκωτικών» («War On Drugs»), που κήρυξε, επί θητείας του, ο Πρόεδρος Νίξον (1971). Τα τελευταία χρόνια ακολουθείται μια πιο

---

<sup>69</sup> Βλ. Ροκ, ό.π., σ. 42 επ..

<sup>70</sup> Βλ. Γρίβα, ό.π., σ. 97.



πολύπλευρη αντιμετώπιση, η οποία περιλαμβάνει, πέραν του ποινικού νόμου και άλλα μέτρα, όπως αυτά της πρόληψης και της θεραπείας<sup>71</sup>.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, η συνολική, εφ' όρου ζωής χρήση («lifetime use») απαγορευμένων ναρκωτικών ουσιών («illicit drugs») ανέρχεται, το έτος 2016, στο 48,5% του πληθυσμού, με πρώτες ουσίες τη μαριχουάνα (44%), τα παραισθησιογόνα (15,4%) και την κοκαΐνη (17,9%: κοκαΐνη 14,5% και κρακ 3,4%)<sup>72</sup>. Ειδικότερα, ως προς τη μαριχουάνα είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι, μονάχα για το έτος 2016, έκανε χρήση αυτής το 12% του πληθυσμού των εφήβων (ηλικίες 12 έως 17 χρονών)<sup>73</sup>!

Από την άλλη πλευρά, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 12 ετών που βρισκόταν σε εξάρτηση ή είχε κάνει κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών «το τελευταίο έτος», για την περίοδο 2002 – 2013 παραμένει παρά τις αυξομειώσεις στα ίδια επίπεδα: 7.1 εκατομμύρια για το 2002 και 6.9 εκατομμύρια, ύστερα από έντεκα χρόνια<sup>74</sup>. Η σοβαρότητα του ζητήματος γίνεται πιο κατανοητή, αν αναλογιστούμε ότι, ξεκινώντας από το 1970 και φτάνοντας μέχρι το 2016, διακρίνεται σταδιακή αύξηση των θανάτων που οφείλονται σε υπερβολική δόση. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση αυτή την τελευταία επταετία είναι ραγδαία, καθώς το 2009 ο αριθμός των θανάτων λόγω «overdose» ξεπερνούσε τις 37 χιλιάδες<sup>75</sup>, το 2010 ανερχόταν στους 38260<sup>76</sup>, ενώ το 2016 ξεπέρασε τους 64.000, με κύριο πρωταγωνιστή την ηρωίνη<sup>77</sup>.

---

<sup>71</sup> Βλ. L. Sacco, *Drug Enforcement in the United States: History, Policy, and Trends*, σ. 1 επ..

<sup>72</sup> Βλ. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, *National Survey of Drug Use and Health 2014 - 2016*, (<https://www.drugabuse.gov/national-survey-drug-use-health>) και *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*, σ. 168 (<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2016/NSDUH-DetTabs-2016.pdf>).

<sup>73</sup> Βλ. *SAMHSA*, ό.π., σ. 170.

<sup>74</sup> Βλ. *SAMHSA*, *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, fig. 7.3, (<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.htm#7.1>)

<sup>75</sup> Βλ. A. Buggle, *After 40-Year Fight, Illicit Drug Use at All-Time High*, ([http://www.huffingtonpost.com/annabelle-buggle/after-40year-fight-illici\\_b\\_3623714.html](http://www.huffingtonpost.com/annabelle-buggle/after-40year-fight-illici_b_3623714.html)).

<sup>76</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Drugs\\_in\\_the\\_United\\_States](https://en.wikipedia.org/wiki/Drugs_in_the_United_States)

<sup>77</sup> Βλ. *NIDA*, *Overdose Death Rates*, (<https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>) και K. Miles, *These Charts Show Just How Bad America's Heroin Problem Has Become*, ([http://www.huffingtonpost.com/2014/02/21/america-heroin-charts\\_n\\_4817130.html](http://www.huffingtonpost.com/2014/02/21/america-heroin-charts_n_4817130.html)).

### 1.3.2 Ευρώπη

Στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης νόμοι κατά των ναρκωτικών ξεκίνησαν να θεσπίζονται περί τα 1960 και 1970, με εξαίρεση κάποιες χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, το Βέλγιο και η Γερμανία, όπου διέθεταν τέτοιους νόμους (βεβαίως σε πρώιμο στάδιο) από τη δεκαετία του 1920<sup>78</sup>. Άλλωστε, η πιο ευρεία χρήση ναρκωτικών ουσιών παρατηρήθηκε από τα χρόνια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ενώ τα τελευταία τριάντα χρόνια, το φαινόμενο έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις και με την αύξηση της χρήσης ηρωίνης<sup>79</sup>.

Η τάση των στρατηγικών που διαμορφώνει στις μέρες μας η Ευρωπαϊκή Ένωση στρέφεται στην ήπια νομοθετική αντιμετώπιση των χρηστών και ιδίως στη θεραπεία τους. Ειδικότερα, δίνεται έμφαση στην πάταξη του οργανωμένου εγκλήματος, στη μείωση της ζήτησης, καθώς και στη βελτίωση της υγείας των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις ουσίες<sup>80</sup>. Επιπροσθέτως, οι πολιτικές των κρατών στρέφονται, πέραν των «παραδοσιακών» ναρκωτικών ουσιών κατά των νέων ψυχοδραστικών ουσιών που έχουν κάνει την εμφάνισή τους τα τελευταία χρόνια<sup>81</sup>, όπως και στις Η.Π.Α<sup>82</sup>.

Στη χώρα μας, η προσπάθεια νομοθετικών ρυθμίσεων σε σχέση με την αντιμετώπιση των εξαρτημένων έγινε με το Νόμο 1729/1987, όπου ο εξαρτημένος αντιμετωπιζόταν σαν «ασθενής» και τιμωρούταν με φυλάκιση (άρθρο 12), εάν αυτό κρινόταν θεμιτό από το δικαστήριο. Σε διαφορετική περίπτωση, και ελλείψει προγραμμάτων θεραπείας, ο εξαρτημένος δεν τιμωρούταν<sup>83</sup>. Με την πάροδο του χρόνου - και με αποκορύφωμα τον πιο πρόσφατο Νόμο περί εξαρτησιογόνων ουσιών 4139/2013 - κατέστησαν σταδιακά όλο και πιο επιεικείς με αντικειμενικό

---

<sup>78</sup> Βλ. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, Country Legal Profiles (Belgium, Germany) (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=AT&language=en#>) και *Βικιπέδια*, Prohibition of drugs, ([https://en.wikipedia.org/wiki/Prohibition\\_of\\_drugs#First\\_modern\\_drug\\_regulations](https://en.wikipedia.org/wiki/Prohibition_of_drugs#First_modern_drug_regulations)).

<sup>79</sup> Βλ. Παπαδάτο, ό.π., σ. 29.

<sup>80</sup> Βλ. *EMCDDA*, Ετήσια Έκθεση 2012, σ.24.

<sup>81</sup> Βλ. *EMCDDA*, Perspectives on Drugs, The EU drugs strategy (2013 - 20) and its action plan (2013 - 16), σ. 2.

<sup>82</sup> Βλ. *L. Sacco*, ό.π., σ. 12 επ..

<sup>83</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π., Greece (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=GR&language=el>).

στόχο τη θεραπεία των χρηστών ναρκωτικών ουσιών και όχι την αυστηρή τιμώρησή τους<sup>84</sup>.

Η πιο διαδεδομένη παράνομη ναρκωτική ουσία στην Ε.Ε. είναι η κάνναβη. Στην Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα ναρκωτικά διατυπώνεται η εκτίμηση ότι περίπου το 26% των Ευρωπαίων (ηλικίας 15 έως 64 ετών) έχουν κάνει χρήση της ουσίας αυτής έστω και για μία φορά στη ζωή τους, μέχρι το έτος 2016, ενώ τη δεκαετία 1995-2005, το ποσοστό της χρήσης κάνναβης «τον τελευταίο μήνα» σε μαθητές ηλικίας 15-16 ετών αυξήθηκε από 5% σε 8%<sup>85</sup>. Τη διετία 2014-2015, τα πιο υψηλά ποσοστά χρήσης κάνναβης στις ηλικίες 15-34 ετών («νέοι ενήλικες») αναφέρθηκαν στη Γαλλία (22%), τις Κάτω Χώρες (16%) και τη Γερμανία (13%)<sup>86</sup>. Σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία ανοδική τάση παρατηρείται και στη χρήση MDMA σε χώρες όπως η Γαλλία, η Φινλανδία και η Βουλγαρία, τα ποσοστά όμως είναι αρκετά μικρά, της τάξεως του 2 με 3%. Στη χώρα μας η χρήση κάνναβης από τους εφήβους αυξήθηκε οριακά τα τελευταία χρόνια (2007 – 2015), όμως σε γενικές γραμμές, τα ποσοστά χρήσης ουσιών είναι χαμηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο<sup>87</sup>.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, το έτος 2015 οι προβληματικοί χρήστες οπιοειδών, ήταν περί τους 16.700, ενώ 94 ήταν οι θάνατοι από υπερβολική δόση, ελάχιστα περισσότεροι από την τριετία 2012-2014<sup>88</sup>. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο εκφράζεται η έντονη ανησυχία για το φαινόμενο αυτό, καθότι διαπιστώθηκαν 8.441 θάνατοι εξαιτίας υπερβολικής δόσης, αριθμός αυξημένος στις περισσότερες

---

<sup>84</sup> Με το Ν. 1729/1987, ο Έλληνας νομοθέτης αντιμετώπισε για πρώτη φορά τους ουσιοεξαρτημένους δράστες με διαφορετικό τρόπο από τους υπόλοιπους, εξετάζοντας το ζήτημα της εξάρτησης πολύπλευρα, από την έναρξη της ποινικής διαδικασίας έως και τη σωφρονιστική τους μεταχείριση (έρευνα και πρόληψη, καταστολή, θεραπεία, επανένταξη). Δόθηκε συνεπώς ιδιαίτερο βάρος στην προσπάθεια αποφυγής χαρακτηρισμού των συγκεκριμένων ατόμων ως «εγκληματιών». Έπειτα, ο Ν. 2161/93 τιμωρούσε αυστηρότερα τη διακίνηση ναρκωτικών, όμως η τροποποίηση του Ν. 2331/95, η οποία όπως θα δούμε κατωτέρω συνέπεσε χρονικά με την έναρξη λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ, επικεντρώθηκε στη θεραπεία, προσφέροντας στον υπαίτιο του αδικήματος περί ναρκωτικών αφενός την «ευεργετική» αναβολή της άσκησης ποινικής δίωξης, στην περίπτωση παρακολούθησης θεραπευτικού προγράμματος και αφετέρου την οριστική αναστολή της, εφόσον καταφέρει να ολοκληρώσει επιτυχώς το θεραπευτικό πρόγραμμα. Επιπλέον, επιεικέστερες ποινές για την κατοχή ναρκωτικών προβλέφθηκαν από το Ν. 2408/96 και το Ν. 2721/1999, ο οποίος τιμωρούσε ελαφρότερα τους χρήστες εκείνους που διέθεταν σε άλλους μικρή ποσότητα για δική τους αποκλειστική χρήση. Βλ. και υποσημείωση 83. Για το Ν. 4139/2013, βλ. κεφ. 3.3.2.2 iii. του παρόντος.

<sup>85</sup> Βλ. *EMCDDA*, Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, 2017, σ. 13, 43.

<sup>86</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2017), σ. 44.

<sup>87</sup> Βλ. *Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)*, Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα, 2017, σ. 15 επ..

<sup>88</sup> Βλ. *EMCDDA*, Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση για τα Ναρκωτικά, 2017, σ. 1.

ηλικιακές κατηγορίες κατά 6% σε σχέση με το 2014<sup>89</sup>. Η συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται στα οπιοειδή (81%), κυρίαρχη ουσία των οποίων η ηρωίνη, ενώ το μέλλον δεν φαντάζει ευοίωνο, αφού οι χρήστες οπιοειδών υψηλού κινδύνου ανέρχονται στο 1,3 εκατομμύριο<sup>90</sup>.

## **Ενότητα Δεύτερη: Η Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ναρκωτικές Ουσίες**

### **2.1 Η Αιτιολογία της Εξάρτησης**

Η μεγάλη έκταση που έλαβε το φαινόμενο της εξάρτησης προέτρεψε τους επιστήμονες διαφορετικών πεδίων να αναζητήσουν τους λόγους για τους οποίους ένα άτομο στρέφεται στα ναρκωτικά. Η εύρεση του «Αγίου Δισκοπότηρου» θα οδηγούσε στη θεμελίωση της τέλεις θεραπείας, η οποία θα ήταν ικανή να απαλλάξει τα εξαρτημένα άτομα από τις ουσίες και να «θεραπεύσει» την εξάρτησή τους. Οι διαφορετικές θεωρίες που παρουσιάστηκαν, υποστηρίχθηκαν σθεναρά από τους εκπροσώπους τους, γεγονός που οδήγησε στη μεταξύ τους σύγκρουση<sup>91</sup>. Όμως, η πάροδος του χρόνου και η επισταμένη κατανόηση του ζητήματος κατέδειξαν την πολυπλοκότητά του, καθότι αφενός πολλοί παράγοντες οδηγούν στην εξάρτηση και αφετέρου η αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών με το άτομο διαφέρει από χρήστη σε χρήστη. Συνεπώς, έγινε κατανοητό ότι πέρα από τις γενικές κατευθύνσεις τις οποίες ακολουθεί η κάθε μορφή θεραπείας, το θεραπευτικό πλάνο του εκάστοτε εξαρτημένου θα πρέπει να βασίζεται στις διαφορετικές ανάγκες που τυχόν διαθέτει το κάθε άτομο.<sup>92</sup>

Τα θεραπευτικά προγράμματα που πρόκειται να αναλύσουμε βασίζονται στο πλαίσιο δράσης τους αλλά και την γενικότερη φιλοσοφία τους ως προς την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στις κάτωθι θεωρίες.

<sup>89</sup> Βλ. *EMCDDA*, Δελτίο Τύπου, 6.6.2017, σ. 1.

<sup>90</sup> Βλ. *EMCDDA*, Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, 2017, σ. 15.

<sup>91</sup> Βλ. *Λιάππα*, ό.π. (2011), σ. 23. Ο W.R. Miller χαρακτήρισε αυτή τη σθεναρή στάση των επιστημόνων - υποστηρικτών της κάθε αιτιολογικής θεωρίας της εξάρτησης ως «αιτιολογικό σοβινισμό».

<sup>92</sup> Βλ. *Παπαδάτο*, ό.π., σ. 50 επ..

### **2.1.1 Βιολογικοί – Γενετικοί Παράγοντες**

Η κατεύθυνση αυτή εξηγεί την εξάρτηση βασιζόμενη σε ανθρωπολογικά και οργανικά αίτια. Ο ένας τομέας της έρευνας επικεντρώθηκε σε μελέτες οικογενειών, ώστε να ελεγχθεί η συσχέτιση των συμπεριφορών των γονιών με αυτές των τέκνων, ενώ ο έτερος στη λειτουργία του εγκεφάλου και της αλληλεπίδρασης αυτού με τις λαμβανόμενες ναρκωτικές ουσίες.

Μελέτες διαπίστωσαν ότι τα παιδιά αλκοολικών γονιών είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να εξαρτηθούν από το αλκοόλ, ακόμα κι αν αυτά μεγάλωναν σε ανάδοχες οικογένειες, από ό,τι τα υπόλοιπα παιδιά. Επιπλέον, παρατηρείται άμεση συνάρτηση του αλκοόλ με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες σε οικογενειακούς κύκλους, καθώς στις μισές των εξεταζόμενων περιπτώσεων οι ουσιοεξαρτημένοι είχαν στενούς συγγενείς με προβλήματα αλκοολισμού. Τα πορίσματα αυτά οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις τάσης ουσιοεξάρτησης ή ψυχικής διαταραχής που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση, δίχως όμως να έχει βρεθεί ένα συγκεκριμένο γονίδιο που ευθύνεται για το εν λόγω φαινόμενο<sup>93</sup>.

«Πρωταγωνιστικό» ρόλο στην ουσιοεξάρτηση επιπλέον, κρίθηκε ότι έχουν οι χημικές ουσίες που παράγονται από τον ανθρώπινο οργανισμό και μεταφέρουν μηνύματα σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου. Οι νευροδιαβιβαστές, όπως ονομάζονται, επηρεάζουν την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Για παράδειγμα, οι ενδορφίνες λειτουργούν κατασταλτικά και εκκρίνονται σε συγκεκριμένες ποσότητες από τον οργανισμό ώστε να αντιμετωπιστούν το άγχος και ο πόνος, ενώ η ντοπαμίνη συνδέεται με τη δημιουργία ευχάριστων και ικανοποιητικών για το άτομο συναισθημάτων. Τέλος, η σεροτονίνη σχετίζεται κι εκείνη με το συναίσθημα καθώς και με την αντιληπτική ικανότητα του ατόμου. Η λειτουργία των νευροδιαβιβαστών επηρεάζεται όταν η δράση τους αντικαθίσταται από επίκτητες, εξωγενείς ουσίες όπως τα ναρκωτικά. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, όταν το άτομο καταναλώνει μία ναρκωτική ουσία (π.χ. ηρωίνη), ο οργανισμός δεν εκκρίνει την αντίστοιχη φυσική (π.χ. σεροτονίνη), αλλά αντιθέτως «συνηθίζει» την ξένη και αναπροσαρμόζει τη λειτουργία του. Συνεπώς, όταν η χρήση διακοπεί

---

<sup>93</sup> Βλ. Πουλόπουλο, Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής, σ. 26 επ. και Παπαδάτο, ό.π., σ. 55.

επέρχονται τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου, τα οποία προκαλούνται από την προσπάθεια του οργανισμού να επαναφέρει τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών στην προτέρα, φυσιολογική κατάσταση<sup>94</sup>.

Τελικά, σύμφωνα με τις θεωρίες αυτές, το άτομο ωθείται στη χρήση λόγω βιογενετικών παραγόντων και στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια της χρήσης, βιώνει μεταβολικές αλλαγές, οι οποίες επιτείνουν την ανάγκη του για την ουσία και επομένως επιστρέφει στη χρήση<sup>95</sup>. Αυτός ο φαύλος κύκλος οδηγεί στην εξάρτηση. Σε κανένα σημείο όμως δεν λαμβάνεται υπόψη η ψυχική κατάσταση του ατόμου καθώς και το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, ως πιθανοί εξαρτητικοί παράγοντες.

### **2.1.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες**

Υπό το πρίσμα αυτό, η τοξικοεξάρτηση ερμηνεύεται ως η απόρροια των ψυχολογικών συμπλεγμάτων του ατόμου, τα οποία μπορεί να υφίστανται ήδη από την παιδική ηλικία ή να έχουν δημιουργηθεί μετέπειτα, εξαιτίας άσχημων προσωπικών βιωμάτων. Κανείς βέβαια μπορεί να αντιτάξει το επιχείρημα ότι στην κοινωνία μας υπάρχουν αρκετά παραδείγματα ανθρώπων, οι οποίοι, παρόλο που βίωσαν δύσκολα παιδικά χρόνια, στη συνέχεια ορθοπόδησαν και ξέφυγαν από τις σκιές του παρελθόντος. Εν προκειμένω θεωρώ ότι έχουμε να κάνουμε με προσωπικότητες που «νικήθηκαν» από τις τραυματικές εμπειρίες τους και στράφηκαν στις ουσίες, αναζητώντας έναν φίλο ο οποίος θα απαλύνει τον πόνο, το άγχος και τη θλίψη που αισθάνονται<sup>96</sup>. Σε πιο «ακραίες» περιπτώσεις, η ουσία δεν αποτελεί απλώς ένα φίλο, αλλά λαμβάνει τη βαρύτητα της μητρικής φιγούρας, με την οποία το άτομο είχε διαταραγμένη σχέση στην παιδική του ηλικία · ο χρήστης λαχταρά αλλά την ίδια στιγμή φοβάται την ουσία, όπως ακριβώς συνέβαινε και με τη μητέρα του. Επιπροσθέτως, είναι πιθανό η ουσία να χρησιμεύει ως «αποκωδικοποιητής» συναισθημάτων για το χρήστη, ο οποίος δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να ερμηνεύσει τα συναισθήματα που βιώνει (αλεξιθυμικός),

<sup>94</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 28 επ..

<sup>95</sup> Βλ. Παπαδάτο, ό.π., σ. 61.

<sup>96</sup> Βλ. Παπαγεωργίου, Εξαρτήσεις στη Ζωή μας, σ. 19, 23, Ζαφειρίδη, Εξαρτήσεις και κοινωνία, σ.23 και Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ό.π., σ. 10.

γεγονός που τον ταραίζει και τον συγχύζει. Η ουσία και εδώ, λειτουργεί κατευναστικά και ανακουφιστικά<sup>97</sup>.

Στο ίδιο πλαίσιο δυνάμεθα να εντάξουμε και τη συμπεριφερσιολογική θεώρηση, η οποία επικεντρώνεται στα στοιχεία εκείνα που διαθέτει το ναρκωτικό και που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του χρήστη. Εν προκειμένω, το άτομο αντιμετωπίζεται σαν ένας «μηχανισμός» στη βάση του διπόλου δράση-αντίδραση. Από τη στιγμή που μια συμπεριφορά προκαλεί ευχάριστα συναισθήματα είναι βέβαιο ότι θα επαναληφθεί ευκολότερα από μια συμπεριφορά, η οποία προκαλεί πόνο και δυστυχία στο άτομο. Όπως τα σκυλιά του Ρανιον είχαν συνδέσει ένα ερέθισμα (τον ήχο του κουδουνιού) με μια ευχαρίστηση (το φαγητό), με αποτέλεσμα να περιμένουν την τροφή κάθε φορά που άκουγαν το συγκεκριμένο ήχο, έτσι και το άτομο ταυτίζει την ουσία με τα θετικά συναισθήματα που του δημιουργεί. Σε ένα πρώτο επίπεδο μεταβάλλει την ψυχολογική κατάσταση του χρήστη, μετατρέποντας για παράδειγμα την ανασφάλεια σε σιγουριά και εμπιστοσύνη και δευτερευόντως, θεωρείται σύμβολο αποδοχής και εκτίμησης στους κοινωνικούς κύκλους όπου συμμετέχει το άτομο. , όπως λ.χ. συμβαίνει με το τσιγάρο, το οποίο προσδίδει (ή προσέδιδε, κυρίως παλαιότερα) κύρος στον καπνιστή. Τελικά, η συνειδητή ή ασυνείδητη ψυχική σύνδεση με αυτόν τον τρόπο συμπεριφοράς, δηλαδή τη χρήση της ναρκωτικής ουσίας, οδηγεί στην επανάληψη και μοιραία στην εξάρτηση<sup>98</sup>.

Οι ψυχολογικές θεωρίες καταδεικνύουν αυτό ακριβώς που περιγράψαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο: ότι η ψυχολογική εξάρτηση είναι η πιο σοβαρή μορφή εξάρτησης και η πιο δύσκολη στην αντιμετώπιση αλλά και στη θεραπεία της.

### **2.1.3 Κοινωνικοί Παράγοντες**

Οι προαναφερθείσες θεωρίες αναφέρονται σε παράγοντες οι οποίοι, είτε σχετίζονται με τη φυσιολογία του, είτε με την ψυχολογική του κατάσταση, πηγάζουν από το ίδιο το άτομο. Επομένως, η απάντηση στο ερώτημα της εξάρτησης

---

<sup>97</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 32 επ..

<sup>98</sup> Βλ. Παπαγεωργίου, ό.π., σ. 25 επ. και Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ό.π., σ. 11.

εντοπίζεται στο χρήστη. Στον αντίποδα, οι κοινωνικές θεωρίες εξετάζουν όλες τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες συμμετέχει ένας άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του καθώς και τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν σε αυτόν, ασχολούνται συνεπώς με εξωγενείς παράγοντες.

Ξεκινώντας από την οικογένεια, το άτομο μέσω της μάθησης και της μίμησης αρχίζει να διαμορφώνει τη συμπεριφορά του και τον χαρακτήρα του. Τα ερεθίσματα που λαμβάνει από τους γονείς είναι καταλυτικά για την εξέλιξή του ως κοινωνικό ον. Σύμφωνα με έρευνες, οι μισοί χρήστες είχαν «γνωρίσει» τις ουσίες σε νεαρή ηλικία καθώς στενοί συγγενείς τους (οι «σημαντικοί» άλλοι), ήταν χρήστες αλκοόλ ή ναρκωτικών. Είναι φυσικό λοιπόν ένας νέος να καταφεύγει στις ουσίες για να αντιμετωπίσει το άγχος του ή τις δυσκολίες της ζωής, όταν αντικρίζει τους γονείς του να πράττουν ανάλογα, και να πιστεύει ότι αυτός είναι ο μόνος ή ο ορθότερος τρόπος. Αυτό όμως είναι πιθανό να συμβεί ακόμα και όταν οι γονείς δεν είναι χρήστες, στην οικογένεια όμως κυριαρχεί η αδιαφορία ή η αταξία. Η οικογενειακή δυσλειτουργικότητα μπορεί εξίσου να ωθήσει τους νέους στις ουσίες. Για παράδειγμα, όταν ένας νέος, ο οποίος βρίσκεται στις ευαίσθητες ηλικίες της εφηβείας, βλέπει τους γονείς του να έχουν κακές σχέσεις και να προσβάλουν αλλήλους, έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να στραφεί στα ναρκωτικά για να βρει την ησυχία και τη γαλήνη που χρειάζεται, από έναν νέο που ζει σε κλίμα ομόνοιας και οικογενειακής γαλήνης<sup>99</sup>.

Στη συνέχεια, ο έφηβος, ευρισκόμενος στο σχολικό περιβάλλον προσπαθεί να αποκτήσει παρέες και να κοινωνικοποιηθεί. Η ανάγκη αυτή, σε συνδυασμό με άλλα σημαντικά γεγονότα στη ζωή του, όπως η οικογενειακή αναταραχή που μόλις αναφέραμε ή η αδυναμία ταύτισης με τα πρότυπα που του προβάλλονται ώστε να αποκτήσει μια «θετική» ταυτότητα<sup>100</sup>, τον καθιστούν ευάλωτο σε αρνητικές επιρροές, στις οποίες τελικά υποκύπτει ώστε να αισθάνεται ότι ανήκει κάπου, ότι αποτελεί μέρος μίας ομάδας<sup>101</sup>.

Τέλος, οι κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν οδηγούν σε παραβατικές και αποκλίνουσες συμπεριφορές τα άτομα. Ο Durkheim και ο Merton μίλησαν για τους

---

<sup>99</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 38 επ..

<sup>100</sup> Βλ. Αργαο, ό.π., σ. 36 επ..

<sup>101</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 41.



χαλαρούς κοινωνικούς δεσμούς και την κοινωνική αστάθεια, η οποία προκαλεί άλλοτε έντονες αντιδράσεις και ανομία και άλλοτε τάσεις αναχωρητισμού. Τα περιθωριοποιημένα άτομα αποτελούν την εύκολη λεία της «κυρίαρχης» ομάδας, με αποτέλεσμα τη συνεχή αποδοκιμασία τους. Η διαφορετικότητα στιγματίζεται και οι «διαφορετικοί» ή «ξεχωριστοί», αδυνατώντας να αντέξουν την πίεση, στρέφονται στις ουσίες για να ξεφύγουν. Οι υποστηρικτές της εν λόγω κατεύθυνσης υποστηρίζουν ακόμη ότι οι άσχημες συνθήκες του περιβάλλοντος μπορούν εξίσου να στρέψουν το άτομο στη χρήση. Προς επίρρωση του επιχειρήματος, αναφέρεται το παράδειγμα του πολέμου του Βιετνάμ, κατά τη διάρκεια του οποίου οι Αμερικάνοι στρατιώτες άρχισαν να κάνουν χρήση ηρωίνης και αρκετοί εθίστηκαν σε αυτή, προκειμένου να αντέξουν τις βαρβαρότητες που βίωναν και στις οποίες έπρεπε να προβούν. Κατά την επιστροφή τους όμως στα πάτρια εδάφη οι περισσότεροι διέκοψαν τη χρήση και ένα χρόνο μετά η εξάρτηση στο μεγαλύτερο ποσοστό τους είχε εξαφανιστεί, ακριβώς επειδή γύρισαν στο σπίτι τους και βρίσκονταν με τους δικούς τους ανθρώπους<sup>102</sup>.

## **2.2 Προγράμματα Αντιμετώπισης της Εξάρτησης**

Η «σύγκρουση» ανάμεσα στην άποψη που εντοπίζει την αιτιολογική βάση της εξάρτησης σε βιογενετικούς παράγοντες και εκείνη που ερμηνεύει την εξάρτηση ως την αρνητική συνέπεια των κοινωνικών συνθηκών στο άτομο, οδήγησαν στην ανάπτυξη δύο διαφορετικών - αλλά όχι απαραίτητα αντίθετων - μοντέλων αντιμετώπισης της εξάρτησης: των «στεγνών» ή θεραπευτικών προγραμμάτων και των προγραμμάτων με χορήγηση υποκατάστατων ουσιών ή προγραμμάτων «μείωσης της βλάβης».

---

<sup>102</sup> Βλ. Αρνάο, ό.π., σ. 144 επ..

## **2.2.1 «Στεγνά» Προγράμματα**

### *2.2.1.1 Ορισμός και Σκοπός*

Η χρήση του αδόκιμου όρου «στεγνά» προσδιορίζει με ακρίβεια την ταυτότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων: η χρήση οποιασδήποτε τοξικής ουσίας - συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ - απαγορεύεται<sup>103</sup>. Αυτό το μοντέλο θεραπείας στηρίζεται στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση, η οποία ερμηνεύει την εξάρτηση ως ένα πρόβλημα ψυχικής και κοινωνικής φύσεως, το οποίο προκύπτει ένεκα των κακών σχέσεων μεταξύ εξαρτημένου ατόμου και κοινωνίας<sup>104</sup>. Η λέξη θεραπεία δεν θα πρέπει να παραπέμπει στην ιατρική διαδικασία κατά την οποία, στο άτομο - ασθενή χορηγείται φάρμακο με στόχο την καταπολέμηση της ασθένειας. Τα θεραπευτικά προγράμματα επενδύουν αρχικά στην επίτονη ψυχική απεξάρτηση του ατόμου από την ουσία, η επίτευξη της οποίας προϋποθέτει σε πρώτη βάση τη σωματική απεξάρτηση του, δηλαδή την αποβολή της ουσίας από τον οργανισμό. Γι αυτό άλλωστε απαγορεύεται η χρήση ναρκωτικών ευθύς εξαρχής από την είσοδο του χρήστη στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Απώτερος στόχος των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι η αποθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει την αποχή από τη χρήση ουσιών και από οποιαδήποτε κοινωνικά αποκλίνουσα δραστηριότητα, η επαγγελματική του αποκατάσταση και γενικώς η πλήρη «επιστροφή» του ατόμου στην κοινωνία<sup>105</sup>.

Λόγω της θέασης της εξάρτησης από κοινωνιολογική σκοπιά, τα «στεγνά» προγράμματα αναπτύσσονται από την πρώτη μέρα εφαρμογής τους μέχρι και σήμερα, στα πλαίσια των θεραπευτικών κοινοτήτων, οι οποίες ενθαρρύνουν την ομαδική, συμμετοχική θεραπεία. Η κοινωνικοποίηση και ομαλή συνύπαρξη των θεραπευομένων, αποτελεί και αυτή ένα τμήμα της θεραπείας τους.

---

<sup>103</sup> Βλ. Ρούσση, Ναρκωτικά, σ. 46.

<sup>104</sup> Βλ. Ανδριάκαινα, Παίζοντας με τα Όρια, σ. 127.

<sup>105</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 52, 86 επ..

### 2.2.1.2 Θεραπευτικές Κοινότητες: Ιστορικά

#### ι. Η.Π.Α.

Ο Charles Dederich έμεινε στην ιστορία ως ο ιδρυτής της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας που απευθυνόταν σε ουσιοεξαρτημένους. Νωρίτερα, συμμετείχε και ο ίδιος στην ομάδα αυτοθεραπείας Ανώνυμοι Αλκοολικοί (AA), επιθυμώντας την απεξάρτησή του από το αλκοόλ, το οποίο του δημιουργούσε αρκετά επαγγελματικά και οικογενειακά προβλήματα. Αφουγκραζόμενος την ανάγκη των εξαρτημένων σε ναρκωτικές ουσίες να συμμετέχουν και αυτοί σε ένα πρόγραμμα τύπου AA, δημιούργησε τη δική του ομάδα συζήτησης «Tender Loving Care», η οποία μετεξελίχθηκε, το 1958, στη θεραπευτική κοινότητα «Synanon» (Santa Monica, California)<sup>106</sup>.

Επηρεασμένος από τους AA, ο Dederich, υιοθέτησε τις αρχές τους («12 steps»), οι οποίες αποτελούν ορισμένες παραδοχές θρησκευτικής πίστης αλλά και αδυναμίας απέναντι στην ουσία, με τελικό στόχο την απεξάρτηση. Σε αυτές, εισήγαγε καινοτομίες όπως την άμεση αντιπαράθεση στις συνεδρίες («encounter groups») και την ευρύτερη λογική του «εδώ και τώρα» στη θεραπεία, απορρίπτοντας την αναβλητικότητα<sup>107</sup>. Βασικοί πυλώνες της κοινότητας ήταν η αποχή από τις εξαρτήσεις και τη σωματική βία, η απόλυτη ειλικρίνεια και η απρόσκοπτη προθυμία και πραγματική θέληση του κάθε θεραπευόμενου να συμμετέχει στην κοινότητα και να απεξαρτηθεί<sup>108</sup>. Το Synanon απαρτιζόταν από πρώην χρήστες και όχι από ειδικούς υγείας, ενώ είχε αυστηρή οργάνωση και πρόγραμμα, αποτελώντας έτσι το πρότυπο του ιεραρχικού μοντέλου θεραπευτικής κοινότητας<sup>109</sup>. Η εμμονή στην επίτευξη της «κάθαρσης» των θεραπευόμενων καθώς και η τάση να παραμένουν τα μέλη εντός της κοινότητας για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ακόμη κι αν είχαν θεραπευτεί, μετέτρεψαν το Synanon σε κοινότητα

<sup>106</sup> Βλ. Βικιπέδια, Synanon, (<https://en.wikipedia.org/wiki/Synanon>) και Ρούσση, ό.π., σ. 157 επ..

<sup>107</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 68.

<sup>108</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 159 επ..

<sup>109</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 83.

λατρείας («cult»)<sup>110</sup>. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με ορισμένα ακραία περιστατικά<sup>111</sup>, οδήγησαν το Synanon στην κατάρρευση.

Από την άλλη πλευρά, το κέντρο θεραπείας «Daytop» το οποίο δημιουργήθηκε το 1964 από ένα πρώην θεραπευόμενο του Synanon, τον David Deitch, απέφυγε τα λάθη του Synanon και αφομοίωσε μονάχα τα στοιχεία εκείνα που το κατέστησαν πρότυπο θεραπευτικής κοινότητας. Ακολούθησε και αυτό το ιεραρχικό μοντέλο οργάνωσης, απαρτιζόμενο μόνο από πρώην χρήστες, ενώ, σε αντίθεση με το Synanon, κρατάει τα μέλη του για όσο διάστημα κρίνεται ότι χρειάζεται και όχι μακροπρόθεσμα<sup>112</sup>.

Το Daytop, μαζί με άλλα θεραπευτικά κέντρα, όπως το Phoenix House (Νέα Υόρκη, 1967), και το Amity House στο Έντμοντον του Καναδά (1972) λειτουργούν μέχρι σήμερα και ακολουθούν τις βασικές αρχές της κοινότητας του Dederich<sup>113</sup>.

## ii. Ευρώπη

### 1. Μεγάλη Βρετανία

Παρόλο που στην Αμερική δημιουργήθηκε η πρώτη κοινότητα αποκλειστικά για ουσιοεξαρτημένους, ο όρος «θεραπευτική κοινότητα» αλλά και το περιεχόμενό του εισήχθησαν για πρώτη φορά στην ψυχιατρική πρακτική από τους Άγγλους κατά τα χρόνια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Μια ομάδα επιστημόνων ψυχικής υγείας του νοσοκομείου Northfield (Bion, Rickman, Bridger, Foulkes), με στόχο την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των στρατιωτών που επέστρεφαν από τον πόλεμο, ανέπτυξαν μία ρηξικέλευθη θεραπευτική πρακτική, στηριζόμενη στην ομαδική θεραπεία και την ατομική ελευθερία. Την ίδια περίοδο, ο Maxwell Jones δημιούργησε το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας – του οποίου

---

<sup>110</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 69.

<sup>111</sup> Βλ. *Novak*, Synanon's Sober Utopia: How a Drug Rehab Program Became a Violent Cult (<https://paleofuture.gizmodo.com/synanons-sober-utopia-how-a-drug-rehab-program-became-1562665776>). Ο Dederich προσπάθησε να κατοχυρώσει το Synanon ως επίσημη θρησκεία, επέβαλε τη βασεκτομή στους άνδρες και την έκτρωση στις γυναίκες επειδή απεχθανόταν τα παιδιά, ενώ αποπειράθηκε να δολοφονήσει δικηγόρο πρώην θεραπευομένης στο Synanon, η οποία παρέμενε εκεί παρά τη θέλησή της.

<sup>112</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 161 επ..

<sup>113</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 76.

θεωρείται ιδρυτής – στο νοσοκομείο Maudsley (Λονδίνο) και στη συνέχεια στο Henderson, ενώ το 1946, ο Thomas Main χρησιμοποίησε σε επιστημονικό άρθρο για πρώτη φορά τον όρο «Therapeutic Community». Τα δημοκρατικά χαρακτηριστικά που υιοθέτησαν οι κοινότητες αυτές, όπως η συναινετική, συλλογική λήψη των αποφάσεων, η ενεργός συμμετοχή των θεραπευομένων στη θεραπεία και η διαλλακτικότητα, οδήγησαν στην δημιουργία του «δημοκρατικού» μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων, με βάση το οποίο οργανώνονται αρκετές θεραπευτικές κοινότητες στις μέρες μας<sup>114</sup>.

Οι πρώτες κοινότητες για ουσιοεξαρτημένους, Alpha House και Phoenix House, ιδρύθηκαν στην Μεγάλη Βρετανία το 1970. Το Phoenix House, προερχόμενο από την Αμερική, βασίστηκε στο ιεραρχικό μοντέλο του Synanon, όμως η μεγάλη προσέγγιση χρηστών κοκαΐνης, ανάγκασαν τα στελέχη του να υιοθετήσουν πιο δημοκρατικές μεθόδους<sup>115</sup>. Οι δύο αυτές κοινότητες υπάρχουν μέχρι και σήμερα, όμως η γενικότερη τάση ανάπτυξης πολιτικών «μείωσης της βλάβης», ιδιαίτερα τη δεκαετία του 1980, ανάγκασε τις θεραπευτικές κοινότητες να συμβιβαστούν με αρκετούς περιορισμούς, όπως τη συρρίκνωση του προγράμματός τους και τη μείωση κρατικών επιχορηγήσεων. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, αυτή τη στιγμή στην Μεγάλη Βρετανία λειτουργούν 10 θεραπευτικές κοινότητες οι οποίες προσφέρουν 454 θέσεις θεραπείας, ενώ, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, ικανοποιούν 851 εξαρτημένους το χρόνο<sup>116</sup>. Επιπλέον, στα θετικά συγκαταλέγεται η παρουσία τους εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων.

## 2. Γαλλία

Τέσσερα χρόνια μετά τις πρώτες βρετανικές θεραπευτικές κοινότητες, ιδρύθηκε στη Γαλλία η «Association Le Patriarche». Ο ιδρυτής της Lucien Engelmaier, που αποκαλούνταν «Πατριάρχης», προσπάθησε να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα το οποίο να ισορροπεί μεταξύ ελευθερίας και ευθύνης. Τη δεκαετία του 1980, η κυβερνητική υποχρηματοδότηση δεν επηρέασε την κοινότητα, η οποία κατάφερε να επιβιώνει χάρη στις επιχειρηματικές μεθόδους που είχε αναπτύξει.

---

<sup>114</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 60 επ..

<sup>115</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 77.

<sup>116</sup> Βλ. EMCDDA, Therapeutic communities for treating addictions in Europe, 2014, σ. 29.

Το παράδοξο βέβαια είναι, ότι ενώ η πατριαρχική κοινότητα του Engelmaier αποδοκίμαζε τις αμερικανικές ιεραρχικές μεθόδους της αυστηρής οργάνωσης και τιμωρίας (όπως και οι περισσότεροι Γάλλοι ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) είχε την ίδια τύχη με το Synanon: θεωρήθηκε σέχτα, γεγονός που οδήγησε τον διευθυντή και ιδρυτή της στην παραίτηση, ενώ το γαλλικό κράτος διέκοψε οποιαδήποτε χρηματοδότηση.

Στη συνέχεια, η κοινότητα μετονομάστηκε σε «Dianona» και μαζί με τις υπόλοιπες που ιδρύθηκαν τις προηγούμενες δεκαετίες, έθεσε ως βασική πρακτική του προγράμματός της την κοινωνική εργασία με στόχο την επιστροφή των θεραπευόμενων στην κοινωνία<sup>117</sup>. Στη Γαλλία σήμερα υπάρχουν 11 θεραπευτικές κοινότητες με συνολική χωρητικότητα 380 θέσεις<sup>118</sup>.

### 3. Ολλανδία

Όπως η «Association Le Patriarche», έτσι και η «Emiliehoeve», η πρώτη θεραπευτική κοινότητα της Ολλανδίας (1972), στηρίχθηκε τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της στο δημοκρατικό μοντέλο. Το πρόγραμμα όμως αντιμετώπιζε πολλά προβλήματα αφού οι θεραπευόμενοι υποτροπιάζαν, κάνοντας χρήση ουσιών ακόμη και εντός των εγκαταστάσεων διότι είχαν την ανάγκη για αντιπαράθεση και σύγκρουση, στην οποία οι θεραπευτές, ακολουθώντας πιστά της αρχές του δημοκρατικού μοντέλου, παρέμεναν παθητικοί. Η αποτυχία του μοντέλου οδήγησε τα στελέχη της κοινότητας, μετά από εκπαιδευτικό ταξίδι δύο μελών του προσωπικού στην Αμερική, να υιοθετήσουν το αμερικανικό μοντέλο της αυστηρής ιεραρχίας. Οι ομάδες αντιπαράθεσης («encounter groups») που πρώτο συνέστησε το Synanon φαίνεται ότι απέδωσαν καρπούς, αφού οι θεραπευόμενοι του Emiliehoeve είχαν ανάγκη έκφρασης των έντονων συναισθημάτων που βίωναν<sup>119</sup>. Τα βήματα του Emiliehoeve ακολούθησαν και οι νεώτερες ολλανδικές θεραπευτικές κοινότητες, οι οποίες σήμερα φτάνουν τις 8, με 262 θεραπευτικές θέσεις και 555 ουσιοεξαρτημένους να παρακολουθούν τα προγράμματά τους κάθε χρόνο<sup>120</sup>.

---

<sup>117</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2014), σ. 29 επ..

<sup>118</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2014), σ. 27. Δεν παρουσιάζεται ο αριθμός των θεραπευόμενων ανά χρόνο.

<sup>119</sup> Βλ. *Πουλόπουλο*, ό.π., σ. 78 επ..

<sup>120</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2014), σ. 27.

Επιλέξαμε να παρουσιάσουμε τις περιπτώσεις της Μεγάλης Βρετανίας, της Γαλλίας και της Ολλανδίας καθώς εμφανίζουν ορισμένες αξιοσημείωτες ιδιαιτερότητες. Παρόλα αυτά θεραπευτικές κοινότητες εντοπίζουμε σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>121</sup>. Έναυσμα για τη δημιουργία τους στις δεκαετίες του 1960 και 1970 αποτέλεσε η πρότερη εμφάνιση των αμερικανικών θεραπευτικών κοινοτήτων. Το πλαίσιο λειτουργίας και οι αρχές των Synanon, Daytop και Phoenix House αντιγράφηκαν ή προσαρμόστηκαν στις συνθήκες της κάθε χώρας, γεγονός που οδήγησε και στην ταυτόσημη ονομασία τους, όπως για παράδειγμα στη Σουηδία, όπου το 1980 ιδρύθηκε η θεραπευτική κοινότητα «Daytop Sweden»<sup>122</sup>. Η ανοδική τους πορεία διεκόπη στα 1980 και 1990, με την εξάπλωση του ιού HIV και την ταυτόχρονη ανάπτυξη των προγραμμάτων με υποκατάστατα, η οποία συνετέλεσε στη μείωση των θεραπευόμενων και των εγκαταστάσεων των θεραπευτικών κοινοτήτων<sup>123</sup>.

Επιπλέον, αξίζει να σημειώσουμε ότι η προαναφερθείσα διάκριση μεταξύ δημοκρατικού και ιεραρχικού μοντέλου δεν έχει τη μορφή διάκρισης μεταξύ καλού και κακού. Είναι σαφές ότι το δημοκρατικό μοντέλο φαντάζει πιο θελκτικό, στην περίπτωση της Ολλανδίας όμως δεν λειτούργησε. Τελικά, η επιτυχία του κάθε μοντέλου βασίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κοινότητας · οι εξαρτημένοι σε ηρωίνη έχουν ανάγκη διαφορετικής μεταχείρισης από τους εξαρτημένους σε κοκαΐνη ή κρακ. Σήμερα στην Ευρώπη λειτουργούν 1.223 θεραπευτικές κοινότητες, οι οποίες οργανώνονται με βάση τα χρήσιμα και θετικά στοιχεία και των δύο μοντέλων, ώστε να βοηθήσουν τους περίπου 30.000 ουσιοεξαρτημένους που παρακολουθούν τα προγράμματά τους<sup>124</sup>. Στο προσωπικό τους συμμετέχουν πλέον και πρώην χρήστες, γεγονός που καταδεικνύει την αμερικανική επιρροή, αφού τα πρώτα χρόνια απαρτίζονταν αποκλειστικά από επαγγελματίες ψυχικής υγείας<sup>125</sup>.

---

<sup>121</sup> Βλ. *Broekaert et al.*, The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16352897>).

<sup>122</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2014), σ. 30.

<sup>123</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2014), σ. 37.

<sup>124</sup> Βλ. *EMCDDA*, ό.π. (2014), σ. 27. Τα στοιχεία αφορούν το έτος 2011, με εξαίρεση την Ελλάδα (2010), το Λουξεμβούργο (2010) και την Ουγγαρία (2008). Επιπλέον, ως προς ορισμένα κράτη δεν διατίθεται ο αριθμός των προγραμμάτων και των θεραπευόμενων ανά έτος. Συνεπώς, οι αριθμοί παρατίθενται κατά τη μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση.

<sup>125</sup> Βλ. *Ανδριάκαινα*, ό.π., σ. 153.

### iii. Ελλάδα

Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1983 στη Σίνδο της Θεσσαλονίκης, σε μία περίοδο όπου τα ναρκωτικά είχαν αρχίσει να κάνουν αισθητή την εμφάνισή τους στις μεγαλουπόλεις της χώρας μας<sup>126</sup>. Η «Ιθάκη» αποτέλεσε έναν συνδυασμό του ιεραρχικού και του δημοκρατικού μοντέλου, έτσι ώστε να αποφευχθούν τα αρνητικά του ιεραρχικού μοντέλου, με βάση το οποίο είχε προγραμματιστεί αρχικά να οργανωθεί η κοινότητα<sup>127</sup>. Η «μοναχική» παρουσία της Ιθάκης διατηρήθηκε μονάχα για τέσσερα χρόνια, αφού με το Νόμο 1729/1987 (άρθρο 5) ιδρύθηκε ένας νέος φορέας, ο οποίος αποτελεί το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας<sup>128</sup>: Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).

Σήμερα στη χώρα μας λειτουργούν 43 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, από τα οποία, 21 ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ, 8 στη μονάδα απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και τα υπόλοιπα παρέχονται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, από το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνας (Πρόγραμμα Ιάσων) και από το Δήμο Καλλιθέας (Πρόγραμμα Θησέας). Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, για το έτος 2015, η κύρια θεραπευτική φάση των προγραμμάτων αυτών εξυπηρετούσε 1.715 θεραπευόμενους<sup>129</sup>.

#### 2.2.1.2 Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

##### i. Οργανωτικά

Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί το μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό φορέα παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών υπό τη μορφή «στεγνών» προγραμμάτων στην Ελλάδα και για το λόγο αυτόν επιλέχθηκε να παρουσιαστεί ξεχωριστά.

<sup>126</sup> Βλ. Καραθάνο, «Μια ιστορία θα σας πω...» (<http://www.athensvoice.gr/archives/ithaki-mia-istoria-tha-sas-po>)

<sup>127</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 184 επ..

<sup>128</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, «Τι είναι το ΚΕΘΕΑ», (<http://www.kethea.gr/el-gr/%CF%84%CE%B9%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CE%B8%CE%B5%CE%B1.aspx>)

<sup>129</sup> Βλ. ΕΚΤΕΠΝ, ό.π., σ. 66 επ..



Σύμφωνα με το άρθρο 56 (παράγραφοι 1, 3 και 4 του Νόμου 4139/2013 περί εξαρτησιογόνων ουσιών), το ΚΕΘΕΑ είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, από το οποίο προέρχεται το μεγαλύτερο μέρος των ετήσιων εσόδων του. Για το σκοπό αυτό, το ΚΕΘΕΑ κάθε χρόνο θέτει προς έγκριση στον Υπουργό Υγείας το επιχειρησιακό πρόγραμμα δράσης και τον προϋπολογισμό για το προσεχές έτος. Τα υπόλοιπα έσοδά του προέρχονται από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τις παραγωγικές μονάδες του αλλά και από δωρεές. Για παράδειγμα, για το έτος 2015, το ΚΕΘΕΑ κατέγραψε συνολικά έσοδα ύψους 18.983.653 ευρώ, από τα οποία, τα 16.000.000 ευρώ (84%) αποτελούν κρατική επιχορήγηση, το 1.211.001 ευρώ (6%) έσοδα των παραγωγικών μονάδων του ΚΕΘΕΑ, οι 661.026 ευρώ (4%) δωρεές και το υπόλοιπο 1.111.626 ευρώ (6%) προέρχεται από το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων και από άλλες πηγές<sup>130</sup>. Αξίζει επιπλέον να τονίσουμε πως οι υπηρεσίες που παρέχει το ΚΕΘΕΑ στους χρήστες και στις οικογένειές τους είναι δωρεάν και δίχως λίστες αναμονής, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο πολύτιμες τις κρατικές επιχορηγήσεις αλλά και τις αυθόρμητες συνεισφορές των πολιτών που επιθυμούν να στηρίξουν τη δράση του<sup>131</sup>.

Το προσωπικό του ΚΕΘΕΑ απαρτίζεται από επαγγελματίες των κοινωνικών επιστημών και της ψυχικής υγείας, οι οποίοι έχουν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση ώστε να ανταπεξέλθουν στις υψηλές και ιδιαίτερες απαιτήσεις του, αφού οι περισσότεροι εξ' αυτών έρχονται σε άμεση επαφή με τους χρήστες και τις οικογένειές τους. Ακολουθώντας το πρότυπο του Synanon, δίνει την ευκαιρία στους πρώην χρήστες που παρακολούθησαν επιτυχώς ένα θεραπευτικό πρόγραμμα (απόφοιτοι), να προσφέρουν κι εκείνοι τις υπηρεσίες τους. Το προσωπικό είναι υποχρεωμένο να υπακούει τον Κώδικα Δεοντολογίας του φορέα, ο οποίος περιέχει κανόνες ορθής συμπεριφοράς και ρυθμίζει τις σχέσεις μεταξύ αυτού και των θεραπευομένων<sup>132</sup>. Δεν θα πρέπει επίσης να παραλείψουμε τη σημαντική συνεισφορά των εθελοντών, οι οποίοι συμβάλουν με αρκετούς τρόπους στο έργο

<sup>130</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Απολογισμός Έργου 2015, σ. 81.

<sup>131</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Πόροι, (<http://www.kethea.gr/el-gr/%CF%84%CE%B9%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CE%B8%CE%B5%CE%B1/%CF%80%CF%8C%CF%81%CE%BF%CE%B9.aspx>)

<sup>132</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 205 επ..

του ΚΕΘΕΑ, όπως με την προσφορά εργασίας αλλά και την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης. Το ΚΕΘΕΑ λοιπόν στηρίζεται στους δικούς του ανθρώπους αλλά και στους ανθρώπους που επιθυμούν και προσφέρονται να βοηθήσουν και δεν διαθέτει φυλακτικό ή βοηθητικό προσωπικό<sup>133</sup>.

## ii. Σκοπός και Υπηρεσίες

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Νόμου 4139/2013, «Σκοπός του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων, η έρευνα και η δημιουργία και συνεχής εκπαίδευση στελεχών στις αντίστοιχες σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές. Για την υλοποίηση του σκοπού του το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ιδρύει συμβουλευτικούς σταθμούς, κέντρα σωματικής αποτοξίνωσης, θεραπευτικές κοινότητες, κέντρα κοινωνικής επανένταξης και άλλες ανάλογες μονάδες. Δημιουργεί αυτοδιαχειριζόμενους συνεταιρισμούς και επιχειρήσεις, αναπτύσσει διεθνείς συνεργασίες και στηρίζει κάθε είδους δραστηριότητα που συντελεί στην ευόδωση των σκοπών του ή κρίνεται απαραίτητη για τη βοήθεια των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες ατόμων».

Απώτερος και τελικός στόχος που θέτει το ΚΕΘΕΑ για όσους παρακολουθούν τα προγράμματά του είναι η οριστική διακοπή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, η «θεραπεία» της εξάρτησης και η επάνοδος στην κοινωνία. Για το σκοπό αυτό διαθέτει περί τις 150 μονάδες σε 26 πόλεις και 18 σωφρονιστικά καταστήματα τα οποία απευθύνονται σε ένα σύνολο ατόμων με διαφορετικές ανάγκες: σε ενήλικους (π.χ. Θεραπευτικά Προγράμματα Διαμονής και Εξωτερικής Παρακολούθησης για Ενήλικες), σε ανηλίκους ( π.χ. Εξωτερικής Παρακολούθησης για Εφήβους και Νεαρούς Ενήλικες), σε μετανάστες (π.χ. Διαπολιτισμικό Πρόγραμμα Υποστήριξης Μεταναστών και Προσφύγων). Ειδική μνεία θα πρέπει να γίνει για τις 4 Θεραπευτικές Κοινότητες σε σωφρονιστικά καταστήματα (άρθρο 51 περ. 2 Ν. 4139/2013) , τα 18 Προγράμματα Συμβουλευτικής Υποστήριξης Κρατουμένων, τα 2 Κέντρα Υποδοχής και Επανένταξης Αποφυλακισμένων σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

---

<sup>133</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 186 επ. και ΚΕΘΕΑ, Άνθρωποι (<http://www.kethea.gr/el-gr/%CF%84%CE%B9%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CE%B8%CE%B5%CE%B1/%CE%AC%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%89%CF%80%CE%BF%CE%B9.aspx>)

καθώς και για το Συμβουλευτικό Σταθμό του ΚΕΘΕΑ ΣΤΡΟΦΗ στα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθήνας, τα οποία υποστηρίζουν τους εμπλεκόμενους με το νόμο χρήστες. Στηριζόμενο στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση και αντιμετώπιση της εξάρτησης, το ΚΕΘΕΑ προσφέρει υπηρεσίες σε γονείς εξαρτημένων ατόμων μέσω των κέντρων οικογενειακής υποστήριξης αλλά και υπηρεσίες σε εξαρτημένους γονείς (Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένους Γονείς)<sup>134</sup>.

### iii. Το Χρονολόγιο της Θεραπείας

Οι υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες ουσιαστικά αποτελούν τις τρεις φάσεις της απεξάρτησης: τη συμβουλευτική, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη.

Στόχοι της συμβουλευτικής είναι η αξιολόγηση, η κινητοποίηση και η μείωση της βλάβης, οι οποίοι επιδιώκονται μέσω των κινητών μονάδων προσέγγισης χρηστών στο δρόμο. Εξαρτημένα άτομα δίχως να έχουν εκφράσει την επιθυμία της θεραπείας προσεγγίζονται από ανθρώπους του ΚΕΘΕΑ οι οποίοι τους παρέχουν, μεταξύ άλλων, ιατρική φροντίδα (διανομή καθαρών συριγγών και προφυλακτικών), κάλυψη βασικών αναγκών, ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ<sup>135</sup>. Επ' ουδενί όμως δεν εξαναγκάζουν τους χρήστες να ενταχθούν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Αυτό συμβαίνει με την εθελούσια προσέλευση του ίδιου του ουσιοεξαρτημένου στο ΚΕΘΕΑ, οπότε και εισέρχεται στην πρώτη φάση της θεραπείας του, η οποία διαρκεί περίπου 1 μήνα. Στο Συμβουλευτικό Κέντρο ο χρήστης ενημερώνεται από την λεγόμενη «Ομάδα Ενημέρωσης» για το πρόγραμμα και την κοινότητα και προετοιμάζεται από την «Ομάδα Εισαγωγής» για την είσοδό του σε αυτή. Επιπροσθέτως, έχει τη δυνατότητα να περιηγηθεί σε ένα ζεστό, υποστηρικτικό περιβάλλον, όπου οι άνθρωποι του ΚΕΘΕΑ μαζί με μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της θεραπείας («Συντονιστές») τονώνουν την αυτοπεποίθησή του και τον βοηθούν να διακόψει την επαφή με τις ουσίες. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, αν αναλογιστούμε ότι στο

<sup>134</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, ό.π. (2015), σ. 6, 13, 27 επ..

<sup>135</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, ό.π. (2015), σ. 15.

τέλος της μέρας, το άτομο αποχωρεί από το συμβουλευτικό κέντρο και επιστρέφει στο σπίτι του ή – ακόμα χειρότερα – στο δρόμο, όπου οι πειρασμοί είναι παρόντες και οι δαίμονες του επιστρέφουν. Το Συμβουλευτικό Κέντρο διαθέτει και ομάδα υποτροπών, η οποία υποδέχεται θεραπευόμενους που διέκοψαν τη θεραπεία και επιθυμούν να επανενταχθούν στο πρόγραμμα, από το σημείο που είχαν σταματήσει. Στη φάση αυτή πραγματοποιείται και ο σχεδιασμός της θεραπευτικής πορείας των εξυπηρετούμενων ατομικά και ανάλογα με τις υποκειμενικές ανάγκες του καθενός<sup>136</sup>.

Η δεύτερη φάση, διάρκειας 11 μηνών, αποτελεί το κύριο μέρος του θεραπευτικού προγράμματος: ο θεραπευόμενος, εφόσον επιδεικνύει την απαιτούμενη κινητοποίηση, θέληση και έχει κάνει τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις, παραπέμπεται από το Συμβουλευτικό Κέντρο στη Θεραπευτική Κοινότητα. Εκεί ενημερώνεται από συμβούλους του Κέντρου και της Κοινότητας για τα δικαιώματα που διαθέτει ως μέλος της, υπογράφει το συμβόλαιό του και ξεναγείται στο νέο περιβάλλον<sup>137</sup>. Το ΚΕΘΕΑ διαθέτει θεραπευτικές κοινότητες εσωτερικής διαμονής, όπου τα μέλη μένουν εντός αλλά και εξωτερικής παρακολούθησης, όπου μετά την ημερήσια παρακολούθηση του προγράμματος, επιστρέφουν στο σπίτι τους<sup>138</sup>. Πρέπει να τονίσουμε ότι οι κοινότητες εξωτερικής παρακολούθησης δεν υστερούν σε τίποτα σε σχέση με τις κοινότητες διαμονής.

Από τη στιγμή που στόχος είναι η καλλιέργεια του αισθήματος φιλαλληλίας και αυτοβοήθειας μεταξύ των θεραπευόμενων, οι θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ – όπως και όλες οι κοινότητες ανά τον κόσμο – διαθέτουν (και πρέπει να διαθέτουν) ορισμένα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά<sup>139</sup>:

1) Φιλική και συνεργατική ατμόσφαιρα: Μία θεραπευτική κοινότητα δημιουργεί στον επισκέπτη την αίσθηση του κοινοβίου. Τα μέλη της είναι μία μεγάλη οικογένεια, εντός της οποίας νιώθουν άνετα στο να εκφράζουν τα βαθύτερα θετικά και αρνητικά τους συναισθήματα. Τα ακραία ξεσπάσματα μπορεί να δημιουργούν ένα τεταμένο κλίμα, αυτό είναι όμως και το ζητούμενο για τους

---

<sup>136</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ σ. 255 επ., ΚΕΘΕΑ, ό.π. (2015), σ. 6, Ρούσση, ό.π., σ. 192.

<sup>137</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ, σ. 257.

<sup>138</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 193.

<sup>139</sup> Βλ. Kennard, An Introduction to Therapeutic Communities, σ. 23 επ..

θεραπευόμενους. Η αίσθηση του οικείου ενθαρρύνεται και από την ανεπίσημη ενδυμασία των θεραπευτών, οι οποίοι δεν ξεχωρίζουν, αποτελώντας έτσι ένα ενιαίο σώμα με τους θεραπευόμενους.

2) Οι ομαδικές συναντήσεις ως θεμέλιος λίθος: Στη θεραπευτική κοινότητα κανείς δεν είναι μόνος του. Με την είσοδο του σε αυτή, το νέο μέλος εντάσσεται σε μια «ομάδα ομοτίμων» («peer group»), την «παρέα», η οποία διακρίνεται σε τέσσερα στάδια: των ανειδίκευτων, των εκπαιδευόμενων, των ειδικευόμενων, των συμβούλων. Η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο, προϋποθέτει την παραμονή σε αυτά για ένα συγκεκριμένο διάστημα και στη συνέχεια την υποβολή αιτήματος. Επίσης, τα μέλη οργανώνονται και σε «ομάδες δουλειάς» αναλαμβάνοντας όλο και περισσότερες ευθύνες με την πάροδο του χρόνου και με την παραμονή τους στην κοινότητα<sup>140</sup>. Επιπλέον, οι «ομάδες αντιπαράθεσης» (encounter groups), προσφέρουν την ευκαιρία στα μέλη να εκφράσουν τις αντιθέσεις τους και να αμφισβητήσουν τα υπόλοιπα μέλη ή και το προσωπικό. Καθισμένοι κυκλικά, ο κάθε θεραπευόμενος επιλέγει με ποιο μέλος θέλει να αντιπαρατεθεί, ενώ ο θεραπευτής λαμβάνει το ρόλο του συντονιστή έτσι ώστε να διασφαλίζεται η τήρηση των κανόνων. Στόχος των ομάδων αντιπαράθεσης, οι οποίες συστάθηκαν για πρώτη φορά από τον Charles Dederich στο Synanon, είναι η συναισθηματική εκφόρτιση αλλά και η αναπροσαρμογή των σχέσεων με βάση την ευθύτητα και την ειλικρίνεια. Άλλες θεραπευτικές ομάδες, οι οποίες μοιάζουν με τα encounter groups, είναι η συνάντηση της κοινότητας («Community Meetings») και ο μαραθώνιος («Marathon Group»), ο οποίος διαρκεί από 8-24 ώρες και διεξάγεται κάθε τέσσερις μήνες. Οι μαραθώνιοι συνήθως έχουν ένα κεντρικό θέμα (π.χ. τις σχέσεις των μελών) και όταν λαμβάνουν χώρα η κοινότητα αναστέλλει τη λειτουργία της<sup>141</sup>.

3) Συντήρηση και διοίκηση της κοινότητας: Η κοινότητα αποτελεί έναν αυτόνομο οργανισμό, ο οποίος στηρίζεται στην αυτοδιαχείριση. Συνεπώς, τα μέλη είναι υπεύθυνα για οτιδήποτε σχετικό με την καλή λειτουργία της κοινότητας, ξεκινώντας από τις στοιχειώδεις ανάγκες (καθαριότητα, σίτιση) και φτάνοντας έως τις πιο απαιτητικές (γραμματειακή υποστήριξη, δημόσιες σχέσεις). Οι «ομάδες

<sup>140</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ, σ. 258, *NIDA, Therapeutic Communities*, 23 Jul. 2015, (<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities>).

<sup>141</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 135 επ..

δουλειάς» αναλαμβάνουν δράση και η συμμετοχή των μελών σε αυτές τονώνει το αίσθημα ευθύνης, αυτοπεποίθησης και το ομαδικό πνεύμα. Τα μέλη μαζί με τους θεραπευτές διοικούν την κοινότητα, ενώ διαθέτουν δικαίωμα ψήφου για τη λήψη αποφάσεων που την αφορούν.

4) Ο θεραπευτικός ρόλος των μελών: Οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι λειτουργούν και ως θεραπευτές για τους ομοτίμους τους. Το οικογενειακό κλίμα δημιουργεί αληθινές ανθρώπινες σχέσεις, ενώ η ομαδικότητα που αναπτύσσεται σημαίνει ότι όλοι αγωνίζονται για τον ίδιο σκοπό. Στις δύσκολες στιγμές οι πιο ήρεμοι θα στηρίξουν τους πιο ευάλωτους, θα προσπαθήσουν να απαλύνουν τον πόνο τους διότι κι εκείνοι έχουν βρεθεί σε αντίστοιχες φάσεις. Όπως συμβαίνει σε κάθε οικογένεια, «όλοι για έναν και ένας για όλους».

Πέραν των θεραπευτικών διαδικασιών, η Κοινότητα παρέχει υπηρεσίες εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, ώστε τα μέλη να προετοιμαστούν κατάλληλα για το επόμενο στάδιο, αυτό της κοινωνικής επανένταξης.

Το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης υποδέχεται όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία το στάδιο της απεξάρτησης στη Θεραπευτική Κοινότητα. Στόχος των υπηρεσιών του είναι η ομαλή επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Επομένως, μεριμνάται η αντιμετώπιση νομικών ζητημάτων και προβλημάτων υγείας, η πρόληψη και αποφυγή της υποτροπής και η ισχυροποίηση της προσωπικότητας του μέλους, ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις της κοινωνίας, στον επαγγελματικό στίβο και να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις του. Το μέλος, αφού συζητήσει με το προσωπικό του κέντρου τις ανάγκες του και τα σημεία στα οποία απαιτείται παρέμβαση, εισέρχεται σε αυτό και παράλληλα, εφόσον υπάρχει διαθέσιμος ξενώνας, φιλοξενείται εκεί και διαμένει μόνο του για το αρχικό μεταβατικό διάστημα. Επίσης, συμμετέχει σε ομάδες διαλόγου με τα άλλα μέλη, σε εκπαιδευτικά και επαγγελματικά σεμινάρια, συναντάται με τους θεραπευτές, και οι δραστηριότητές του καταγράφονται και εντάσσονται στον ατομικό του φάκελο. Όταν το μέλος κριθεί ως «ολοκληρώσας», οι συναντήσεις με τους θεραπευτές ελαττώνονται και δεν έχουν πλέον θεραπευτικό χαρακτήρα. Η αποφοίτηση πραγματοποιείται κατόπιν αιτήματος και εφόσον κρίνεται ότι έχουν επιτευχθεί οι στόχοι του συγκεκριμένου σταδίου. Ο απόφοιτος είναι σε συνεχή επαφή με το

κέντρο για ζητήματα που άπτονται επαγγελματικής φύσεως, εφόσον χρειάζεται κάποια σχετική βοήθεια<sup>142</sup>.

#### iv) Η στήριξη της οικογένειας

Οι συνέπειες της ουσιοεξάρτησης αγγίζουν, εκτός από το χρήστη και την οικογένειά του. Τα μέλη της βιώνουν το δικό τους Γολγοθά, καθώς βλέπουν τον άνθρωπό τους να μαραζώνει, όντας ανήμποροι να ανατρέψουν την κατάσταση. Στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν προξενούνται καυγάδες, οι σχέσεις αλλοτριώνονται και η οικογένεια πλήττεται, ενώ ο χρήστης βυθίζεται όλο και περισσότερο στο σκοτάδι των ουσιών. Επομένως, ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα κρίσιμος στην προσπάθεια του ατόμου να απεξαρτηθεί, πόσο μάλλον σε μία χώρα όπως η Ελλάδα, όπου η οικογένεια αποτελεί το θεμέλιο λίθο της κοινωνίας.

Οι υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης της οικογένειας δρουν ώστε να εξομαλυνθούν οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις. Τα μέλη της είναι αναγκαίο να κατανοήσουν πλήρως τις συνέπειες της χρήσης και να λάβουν την απαραίτητη στήριξη ώστε να παραμείνουν δυνατοί, αλλά και να υπερκεράσουν τις προκαταλήψεις που τυχόν έχουν απέναντι στην ουσιοεξάρτηση. Είναι σύνηθες οι γονείς να μην επιθυμούν να συμμετέχουν στα θεραπευτικά προγράμματα με την αιτιολογία ότι αισθάνονται ντροπή και ότι φοβούνται πως θα στιγματιστούν από τον κοινωνικό τους κύκλο· το ζητούμενο λοιπόν είναι η αλλαγή<sup>143</sup>.

Όπως και στους χρήστες, έτσι και στις οικογένειές τους, τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ προσφέρονται δωρεάν<sup>144</sup>, ανεξαρτήτως του αν ο χρήστης παρακολουθεί το πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ ή όχι. Στην πρώτη περίπτωση, το μέλος ή τα μέλη της οικογένειας που επιθυμούν να συμμετέχουν εντάσσονται στις «Παράλληλες» ομάδες, οι οποίες διαρκούν δύο χρόνια και στη δεύτερη, στις «Ανεξάρτητες», διαρκείας ενός έτους. Επίσης συνηθίζεται να γίνεται διάκριση των ομάδων με βάση τη σχέση που έχουν τα μέλη με τον χρήστη: διαφορετικές ομάδες για τους γονείς,

---

<sup>142</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ, σ. 260 επ..

<sup>143</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 174 επ..

<sup>144</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 199.

διαφορετικές για τα αδέρφια και τους συντρόφους. Στις περιπτώσεις που και το ίδιο αιτούμενο μέλος της οικογένειας κάνει χρήση ουσιών, τότε παραπέμπεται σε κάποιο άλλο πρόγραμμα του ΚΕΘΕΑ ώστε να αντιμετωπίσει την εξάρτησή του. Το Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης του ΚΕΘΕΑ λειτουργεί σε γενικές γραμμές όπως οι θεραπευτικές κοινότητες, δηλαδή υπάρχουν ομάδες εργασίας, οι οποίες απαρτίζονται από μέλη των ομάδων οικογένειας, ενώ όσα μέλη επιθυμούν, έχουν τη δυνατότητα να αναλάβουν συντονιστικό ρόλο στην ομάδα. Ο συντονιστής έχει αυξημένες αρμοδιότητες, βοηθώντας το προσωπικό του ΚΕΘΕΑ, ενώ η εμπειρία της θέσης του δρα ευεργετικά στα υπόλοιπα μέλη, αφού αποτελεί θετικό πρότυπο και παράδειγμα προς μίμηση.

Οι ανεξάρτητες ομάδες ολοκληρώνονται μετά από ένα χρόνο, ενώ οι παράλληλες, στις οποίες πραγματοποιούνται πέρα από τις συναντήσεις των γονέων και συναντήσεις τους με το θεραπευόμενο τέκνο, ολοκληρώνονται συνήθως με το πέρας δύο ετών, εξαρτώνται όμως από την πρόοδο του τέκνου στα προγράμματα απεξάρτησης<sup>145</sup>.

## **2.2.2 Προγράμματα Υποκατάστατων Ουσιών**

### **2.2.2.1 Ορισμός και Σκοπός**

Αντιθέτως με τα «στεγνά», τα προγράμματα υποκατάστασης βασίζονται στην ιατρική επιχειρηματολογία του εξαρτημένου - «ασθενή» και της εξάρτησης - «αρρώστιας», για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται η χορήγηση «φαρμάκων», εν προκειμένω ορισμένων ουσιών. Ο ταυτόχρονος χαρακτηρισμός των προγραμμάτων με υποκατάστατα ως «θεραπευτικά» ή προγράμματα «μείωσης της βλάβης» ή «συντήρησης» είναι δυνατό να προκαλέσει σύγχυση στον αναγνώστη ως προς τους στόχους των προγραμμάτων αυτών.

Καταρχάς, ως θεραπεία νοείται η αλλαγή, η απεξάρτηση. Η θεραπεία όμως δεν τίθεται ως βασικός στόχος σε όλα τα προγράμματα υποκατάστασης. Φυσικά, αν χάρη στην αυταπάρνηση των θεραπευτών και την επιμονή του χρήστη επιτευχθεί,

---

<sup>145</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ-ΝΟΣΤΟΣ, σ. 264 επ..



τότε είναι ευπρόσδεκτη. Το κύριο μέλημα των προγραμμάτων αυτών είναι η «μείωση της βλάβης» («harm reduction»). Επιδιώκουν την κοινωνική προσαρμογή και επανένταξη του χρήστη, καθώς μέσω την ομαλότερης χρήσης θα αποκτήσει ένα ορθό κοινωνικό προφίλ και θα δύναται να ανταπεξέλθει στις εργασιακές και άλλες κοινωνικές του υποχρεώσεις. Μία άλλη παράμετρος του ζητήματος είναι οι παράνομες δραστηριότητες των χρηστών, στις οποίες προβαίνουν ώστε να εξασφαλίσουν τη δόση τους. Από τη στιγμή που οι υποκατάστατες ουσίες χορηγούνται νόμιμα, οι χρήστες θα προσέλθουν στα προγράμματα για να τις προμηθευτούν και θα απόσχουν από ποινικά αδικήματα, κάτι που θα ωφελήσει πέραν αυτών και το κοινωνικό σύνολο. Τέλος, ερχόμενοι σε επαφή με υπηρεσίες υγείας και υγιεινής θα μάθουν να φροντίζουν τους εαυτούς τους, βελτιώνοντας την υγεία τους<sup>146</sup>. Τα μέτρα αυτά αποβλέπουν στον περιορισμό των σοβαρών επιπτώσεων που προξενούν οι επικίνδυνες συμπεριφορές των χρηστών και για τους ίδιους αλλά και για το κοινωνικό σύνολο. Επομένως, η επιτυχία τους μετριέται με όρους ατομικής και δημόσιας υγείας και όχι απαραίτητα σε σχέση με τα επίπεδα χρήσης. Για παράδειγμα, η υποθετική αύξηση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες σε διάστημα πενταετίας δεν κρίνεται απαραίτητα αρνητικά, εάν τα περισσότερα άτομα του εξαρτημένου αυτού πληθυσμού έχουν καλές συνθήκες διαβίωσης και ικανοποιητικά επίπεδα υγείας. Τα προγράμματα υποκατάστασης στηρίζονται στη ρεαλιστική λογική ότι η χρήση των ναρκωτικών ουσιών είναι μια πραγματικότητα η οποία δεν είναι δυνατό να αγνοηθεί ή να καταδικαστεί<sup>147</sup>. Συνομολογούν, μαζί με τα «στεγνά», στην επίδραση αντικειμενικών κοινωνικών συνθηκών, όπως η φτώχεια, ο στιγματισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός στην ψυχική ακεραιότητα των ατόμων<sup>148</sup>. Παρόλο που όλα ακολουθούν μία κοινή κατεύθυνση και τοποθετούν τη μείωση της βλάβης ως βασικό προορισμό, μερικά εξ αυτών δεν σταματούν εκεί. Γι' αυτό διακρίνονται σε:

1) Προγράμματα χαμηλών απαιτήσεων: θα ήταν δυνατό να τα διακρίνουμε περαιτέρω σε προγράμματα αποτοξίνωσης και προγράμματα μείωσης της βλάβης. Τα πρώτα είναι συνήθως σύντομα και αποβλέπουν στη σωματική απεξάρτηση του

---

<sup>146</sup> Βλ. Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 243 επ..

<sup>147</sup> Βλ. *Harm Reduction Coalition*, Principles of Harm Reduction, (<http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>)

<sup>148</sup> Βλ. Γαζγαλίδη, *Ναρκωτικά*, 2005, σ. 17 επ..

ατόμου. Σε αρκετές περιπτώσεις, τα προγράμματα αποτοξίνωσης αποτελούν τον προθάλαμο των προγραμμάτων υψηλών απαιτήσεων.

Όσον αφορά τα προγράμματα μείωσης της βλάβης και συντήρησης, επιχειρούν να διατηρήσουν τα επίπεδα κατανάλωσης υποκαταστάτων σε ένα «νορμάλ» επίπεδο. Η παράλληλη χρήση ουσιών δεν τιμωρείται. Επιπλέον, η διάρκειά τους είναι αόριστη και ενδέχεται να διαρκέσουν για ολόκληρη τη ζωή του χρήστη<sup>149</sup>. Βασικό τους μέλημα η αξιοπρεπής, υγιής και χωρίς προβλήματα διαβίωση του.

2) Προγράμματα υψηλών απαιτήσεων: προγράμματα αλλαγής, στα οποία υπάρχει ο στόχος της διακοπής και συνεπώς απαγορεύεται η παράλληλη χρήση ναρκωτικών ουσιών από ένα σημείο και έπειτα. Η παράλληλη ουσία δεν είναι ο σκοπός, αλλά το μέσο, αρχικά της σωματικής και στη συνέχεια της ψυχικής απεξάρτησης του ατόμου.

#### 2.2.2.2 Υποκατάστατες Ουσίες

##### i. Μεθαδόνη - LAAM

Όπως αναπτύξαμε και ανωτέρω<sup>150</sup>, η μεθαδόνη εντάσσεται στις οπιοειδείς ουσίες και η ανεξέλεγκτη χρήση της μπορεί να προκαλέσει εθισμό και εξάρτηση. Στα πλαίσια της υποκατάστασης και αφού ο χρήστης εξεταστεί και κριθεί κατάλληλος, χορηγείται υπό τη μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι) ημερησίως σε αρχικές δόσεις των 30-120 mg ανάλογα με την περίπτωση. Η δοσολογία μειώνεται συνήθως κατά 3% ανά βδομάδα, μετά από περίοδο έξι έως δώδεκα μηνών χρήσης. Χάρη στη μεθαδόνη μειώνονται τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και η επιθυμία για χρήση αυτής, ενώ δεν προκαλεί ευφορικά αισθήματα<sup>151</sup>.

Η ουσία LAAM είναι εφεύρημα των τελευταίων χρόνων · πρόκειται για μία συνθετική ουσία, η οποία μοιάζει με την μεθαδόνη, αλλά δρα για περισσότερη ώρα.

<sup>149</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π., σ. 53.

<sup>150</sup> Βλ. 1.2.1.1, iii.

<sup>151</sup> Βλ. OKANA, Ουσίες Υποκατάστασης (<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhshs-antimetwpishs-ths-eksarthshs/item/128>) και Λιάππα, ό.π. (2011), σ. 246.

Η ενδεδειγμένη δόση για προγράμματα που στοχεύουν στην σωματική αποτοξίνωση ή συντήρηση του ατόμου είναι 20-40 mg<sup>152</sup>.

#### ii. Ναλοξόνη - Ναλτρεξόνη - Βουπρενορφίνη

Οι ουσίες αυτές αποκαλούνται ανταγωνιστές των οπιοειδών, καθώς με την κατάληψη των οπιοειδών υποδοχών του νευρικού συστήματος, εξουδετερώνουν οποιαδήποτε οπιοειδή ουσία εισέλθει στον οργανισμό και εκτοπίζουν τις ήδη υπάρχουσες. Η ναλοξόνη δεν εθίζει, όμως διαρκεί λίγες ώρες και προκαλεί παρενέργειες στο πεπτικό σύστημα. Αντιθέτως η ναλτρεξόνη, η οποία λαμβάνεται στοματικώς, διαρκεί από μία μέχρι τρεις ημέρες και χορηγείται τρεις φορές τη βδομάδα σε δόση των 100 mg. Η βουπρενορφίνη διαθέτει ανταγωνιστικά και συναγωνιστικά χαρακτηριστικά με τις οπιοειδείς ουσίες. Χορηγείται υπό τη μορφή χαπιού 4-16 mg, και διαρκεί όσο η ναλτρεξόνη, επομένως και αυτή χορηγείται τρεις φορές την εβδομάδα<sup>153</sup>.

#### 2.2.2.3 Ιστορικά

##### i. Η.Π.Α.

Η θεραπευτική χρήση ουσιών δεν αποτελεί «εφεύρεση» των τελευταίων ετών, καθώς ανάγεται στον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Η κωδεΐνη χρησιμοποιούταν ως αντιβιοτικό για το βήχα και την εξάρτηση από οπιοειδή, η μορφίνη ως αναλγητικό κατά τη διάρκεια του αμερικανικού εμφυλίου, ενώ η κοκαΐνη αποτέλεσε μερικά χρόνια αργότερα τη «λύση» για τους ήδη χιλιάδες εξαρτημένους από τις δύο προαναφερθείσες ουσίες. Αυτή η αλυσιδωτή προσπάθεια για εξεύρεση της ουσίας εκείνης, η οποία θα θεραπεύσει την εξάρτηση από τις προηγούμενες, έφερε το 1898 στο προσκήνιο την ηρωΐνη και τους 200.000 ηρωινομανείς, ύστερα από δεκαέξι χρόνια (1914). Επιχειρήθηκε ακόμη η θεραπεία των ηρωινομανών με τη χορήγηση ψυχοφαρμάκων, τα αποτελέσματα της όμως ήταν απογοητευτικά.

<sup>152</sup> Βλ. *Arnao*, ό.π., σ. 240.

<sup>153</sup> Βλ. *NIDA*, What are the treatments for heroin addiction?, (<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/heroin/what-are-treatments-heroin-addiction>), *Λιάππα*, ό.π. (2011), σ. 251 επ.. και *ΟΚΑΝΑ*, ό.π., Ουσίες Υποκατάστασης.

Το 1967, το επιστημονικό δίδυμο των Dole και Nyswander ανέπτυξε το πρόγραμμα θεραπείας με υποκατάστατη ουσία, στηριζόμενο στην άποψη ότι η εγκεφαλική διαταραχή που προκαλεί η χωρίς όρια κατανάλωση της ηρωίνης είναι δυνατόν να θεραπευτεί με τη συνετή λήψη μίας ουσίας, η οποία χρησιμοποιούταν ήδη ως αναλγητικό και είχε κι εκείνη εξαρτητική δράση: τη μεθαδόνη.<sup>154</sup> Λίγα χρόνια αργότερα, η αυξημένη εκτροπή της ουσίας σε παράνομα κυκλώματα, οδήγησαν το κράτος σε μια σειρά από μέτρα που περιόρισαν την κυκλοφορία της. Όμως, στις αρχές της δεκαετίας του '90, η ουσία LAAM αναγνωρίστηκε ως νόμιμη υποκατάστατη ουσία και δέκα χρόνια μετά, την «ομάδα» των υποκατάστατων ουσιών ήρθε να συμπληρώσει η βουπρενορφίνη<sup>155</sup>.

Σήμερα, η θεραπεία μέσω υποκατάστατων πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα για το σκοπό και αναγνωρισμένα από το κράτος κέντρα, καθώς και σε ιδιώτες γιατρούς. Τα κέντρα αυτά αποτελούν μονάχα το 8% του συνόλου των εγκαταστάσεων που παρέχουν προγράμματα θεραπείας της εξάρτησης<sup>156</sup>.

## ii. Ευρώπη

### 1. Μεγάλη Βρετανία

Στην ευρωπαϊκή ήπειρο η Μεγάλη Βρετανία θεωρείται πρωτοπόρος στη φαρμακευτική χρήση ουσιών. Η πρακτική αυτή, μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του '60, ήταν ευρέως διαδομένη στους κύκλους των ιατρών, οι οποίοι είχαν το ελεύθερο να χορηγούν ενέσιμες οπιοειδείς ουσίες στους ασθενείς τους, εφόσον έκριναν ότι η εκάστοτε χορηγούμενη ουσία πρόκειται να βοηθήσει στη θεραπεία της εξάρτησης. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι το 1968 η πλειοψηφία των θεραπευόμενων εξαρτημένων χρησιμοποιούσε ως συνταγογραφούμενο «φάρμακο» την ηρωίνη. Στη συνέχεια, τα πρωτεία στις συνταγογραφούμενες ουσίες κατείχε η μεθαδόνη, η οποία μέχρι και σήμερα αποτελεί την κύρια ουσία

<sup>154</sup> Βλ. Ζαφειρίδη, ό.π., σ. 12 επ..

<sup>155</sup> Βλ. *American Society Of Addiction Medicine (ASAM)*, Public Policy Statement on Office-based Opioid Agonist Treatment (OBOT), ([https://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/office-based-opioid-agonist-treatment-\(obot\)](https://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2011/12/15/office-based-opioid-agonist-treatment-(obot))).

<sup>156</sup> Βλ. *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*, «A Call For Evidence-Based Medical Treatment Of Opioid Dependence In The United States And Canada», 2015 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4570728/#!po=8.06452>).

υποκατάστασης, μαζί με τη βουπρενορφίνη. Ίσως στην Ελλάδα κάτι τέτοιο προκαλεί εντύπωση στον μέσο άνθρωπο, όμως στη Μεγάλη Βρετανία ο οποιοσδήποτε ιατρός έχει το δικαίωμα να συνταγογραφήσει μεθαδόνη (ακόμη και ενέσιμη, αλλά δεν προτιμάται) και ο εξαρτημένος «ασθενής» - θεραπευόμενος να προμηθευτεί τα δισκία από το φαρμακείο. Από την άλλη πλευρά, το δικαίωμα χορηγήσεως ηρωίνης περιορίστηκε σε εξειδικευμένους ιατρούς και κέντρα, χωρίς όμως να εξαλειφθεί πλήρως και διατηρείται έως τις μέρες μας. Επισημαίνεται ότι η θεραπεία υποκατάστασης στην Μεγάλη Βρετανία καταλαμβάνει την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των εξαρτημένων ατόμων που, είτε θέλουν να αποτοξινωθούν, είτε να περιορίσουν τη προξενούμενη από τα ναρκωτικά βλάβη, είτε να θεραπευτούν πλήρως<sup>157</sup>.

## 2. Λοιπά Ευρωπαϊκά Κράτη

Στην Ευρώπη τα προσφερόμενα προγράμματα υποκατάστασης καταλαμβάνουν το 60%-70% του συνολικού αριθμού των προγραμμάτων αυτών ανά τον κόσμο. Τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη είχαν θεμελιώσει τη θεραπεία με υποκατάστατα ήδη από το 1970, η ταχεία ανάπτυξή τους όμως οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έξαρση της επιδημίας του AIDS τις δεκαετίες του 1980 και του 1990. Ως παραδείγματα αναφέρουμε αρχικά τη Γαλλία, όπου κέντρα υποκατάστασης με μεθαδόνη λειτούργησαν για πρώτη φορά το 1973 ενώ στην εποχή μας σχεδόν οι μισοί εκ των εξαρτημένων της χώρας παρακολουθούν αυτά τα προγράμματα., όπως και στη Γερμανία. Η χορήγηση των υποκατάστατων ουσιών αποτελεί αρμοδιότητα κυρίως των κατάλληλων θεραπευτικών κέντρων, υπάρχουν όμως και κράτη, τα οποία, ακολουθώντας το παράδειγμα της Μεγάλης Βρετανίας, επέτρεπαν από παλαιότερα τη συνταγογράφησή τους από ιδιώτες ιατρούς, όπως η Ελβετία. Σήμερα το καθεστώς αυτό υφίσταται, υπό αρκετούς όμως περιορισμούς<sup>158</sup>.

Πλέον, ως βασικότερη ουσία χρησιμοποιείται η μεθαδόνη, μαζί με την βουπρενορφίνη, η ηρωίνη όμως διατηρείται, πέραν της Μεγάλης Βρετανίας και στην Ελβετία, την Ολλανδία και τη Γερμανία. Οι προϋποθέσεις πάντως που θέτει ο νόμος για τη συμμετοχή σε προγράμματα ηρωίνης είναι αρκετές και αυστηρές.

<sup>157</sup> Βλ. *Γαζγαλίδη*, Ηρωίνη, 2003, σ. 80 επ..

<sup>158</sup> Βλ. *Γαζγαλίδη*, ό.π. (2003), σ. 78, 82 επ..

Ενδεικτικά, αναφέρουμε την κρίσιμη κατάσταση της υγείας, την περιθωριοποίηση του ατόμου καθώς και την προηγούμενη αποτυχημένη απόπειρα θεραπείας στα πλαίσια κάποιου άλλου προγράμματος υποκατάστατων<sup>159</sup>.

### iii. Ελλάδα

Η εγκαθίδρυση προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα έγινε αρκετά καθυστερημένα σε σχέση με τα ευρωπαϊκά κράτη, όπως άλλωστε συνέβη και με τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Φυσικά, τη δεκαετία του 1970 η φαρμακευτική χορήγηση ουσιών είτε από κέντρα είτε από ιδιώτες ιατρούς απαγορευόταν ρητά από το νόμο. Η εμφάνιση και αύξηση των κρουσμάτων AIDS τη δεκαετία του 1980, η μετάδοση του οποίου οφειλόταν (και οφείλεται) πέρα από τη σεξουαλική επαφή και στην κοινή χρήση ίδιων συριγγών από εξαρτημένους<sup>160</sup>, έφερε στο ερευνητικό προσκήνιο την ανάγκη για μείωση της βλάβης και συνεπώς τα προγράμματα υποκατάστασης.

Έτσι, και μετά από πόρισμα της «Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για τα Ναρκωτικά» (1990-1992) το οποίο ήταν θετικά διακείμενο στη προσεκτική εφαρμογή προγραμμάτων υποκατάστασης, ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 (άρθρο 1) ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε δύο χρόνια αργότερα. Ο ΟΚΑΝΑ οργανώθηκε από τεχνολογικής και επιστημονικής απόψεως με βάση την ολλανδική πρακτική, την οποία προσάρμοσε ώστε να ανταποκρίνεται στην ελληνική πραγματικότητα<sup>161</sup>.

Ο ΟΚΑΝΑ, μαζί με το ΚΕΘΕΑ, αποτελούν τις δύο βασικές προτάσεις ως προς την αντιμετώπιση της εξάρτησης, ενώ, το 2015, 10.082 άτομα παρακολούθησαν τα προσφερόμενα προγράμματά του (74,5% στις μονάδες βουπρενορφίνης, 25,5% στις μονάδες μεθαδόνης)<sup>162</sup>.

<sup>159</sup> Βλ. Γαζγαλίδη, ό.π. (2005), σ. 132 επ..

<sup>160</sup> Βλ. ΚΕΕΛΠΝΟ, Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα - Δηλωθέντα στοιχεία έως 31.12.2013, σ. 25, 27.

<sup>161</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 122 επ.

<sup>162</sup> Βλ. ΕΚΤΕΠΝ, ό.π., σ. 63.

#### 2.2.2.4 Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

##### i. Οργανωτικά

Ο ΟΚΑΝΑ είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου<sup>163</sup> και το Διοικητικό του Συμβούλιο διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας (άρθρο 52, Ν. 4139/2013). Σχετικά με τους πόρους του ΟΚΑΝΑ, ο Ν. 4139/2013 (άρθρο 54) ορίζει πως «1. Πόρους του Ο.ΚΑ.ΝΑ. αποτελούν:

α) Ετήσια επιχορήγηση του Κράτους που εγγράφεται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας.

β) Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα, εισφορές και επιχορηγήσεις από τρίτους και έσοδα από κάθε είδους δραστηριότητα ή πρόσοδοι από την κινητή και ακίνητη περιουσία αυτού.

γ) Επιχορηγήσεις από Ο.Τ.Α., οργανισμούς και νομικά πρόσωπα που τελούν υπό την εποπτεία του κράτους, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών που τους εποπτεύουν και Υγείας». Τα οικονομικά στοιχεία του ΟΚΑΝΑ ελέγχονται απολογιστικά και κατασταλτικά από το Υπουργείο Υγείας (παρ. 2).

Το προσωπικό του ΟΚΑΝΑ απαρτίζεται από γιατρούς, νοσηλευτές, επαγγελματίες ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών καθώς και από το απαραίτητο διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό<sup>164</sup>. Σημαντική επίσης είναι και η προσφορά των εθελοντών στην κάλυψη των αναγκών του Οργανισμού σε όλους τους τομείς και στη ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου ως προς το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Σημειώνεται ότι στον ΟΚΑΝΑ και γενικότερα στα προγράμματα υποκατάστασης δεν εργάζονται ως θεραπευτές πρώην χρήστες - απόφοιτοι των προγραμμάτων, όπως συμβαίνει στο ΚΕΘΕΑ και γενικότερα στις περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες.

##### ii. Σκοπός και Υπηρεσίες

Κατά το άρθρο 53 του Ν. 4139/2013, «Σκοπός του Οργανισμού είναι: α) η συμβολή στο σχεδιασμό, την προώθηση, την εφαρμογή εθνικής πολιτικής και

<sup>163</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Τι είναι ο ΟΚΑΝΑ, (<http://www.okana.gr/2012-01-12-13-11-25/ti-einai-o-okana>).

<sup>164</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Απολογισμός Έργου Διαιτίας 2010 - 2012, σ. 62.

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 - Τράπεζα 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 προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, 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, σχετικούς με την αντιμετώπιση του όλου θέματος, 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». Να σημειωθεί ότι μέχρι την θέσπιση του Εθνικού Συντονιστή, η οποία πραγματοποιήθηκε με το άρθρο 49 του ίδιου νόμου, ο ΟΚΑΝΑ διέθετε και συντονιστικές αρμοδιότητες ως προς την εθνική πολιτική για το ζήτημα των ναρκωτικών<sup>165</sup>.

Ως προς τα προγράμματά του, ο ΟΚΑΝΑ θέτει τον πήχη της επιτυχίας στην αισθητή μείωση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες και άρα μείωση τη χρήσης, σε συνδυασμό με τον περιορισμό των εγκληματικών συμπεριφορών και τη

---

<sup>165</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Τι είναι ο ΟΚΑΝΑ, (<http://www.okana.gr/2012-01-12-13-11-25/ti-einai-o-okana>).



γενικότερη κοινωνική και σωματική ευεξία του θεραπευόμενου ατόμου. Η αποπεράτωση του προγράμματος επέρχεται με την συνολική απεξάρτηση του ατόμου από όλες τις ουσίες (συμπεριλαμβανομένων και των υποκατάστατων)<sup>166</sup>. Ο ΟΚΑΝΑ λοιπόν δεν απορρίπτει την απεξάρτηση · απλώς κρίνει ότι και τα προηγούμενα στάδια εξέλιξης θεωρούνται «επιτυχία» και ακριβώς επειδή το πρόβλημα της εξάρτησης είναι αρκετά δύσκολο στο να προσπελαστεί, κάθε βήμα προς αυτή την κατεύθυνση - που συνεπάγεται μείωση των αρνητικών στοιχείων και επαύξηση των θετικών - αποτελεί από μόνο του μία νίκη, μέχρι την επόμενη. Πάντως, ο Οργανισμός, για να γίνει κανείς δεκτός στο πρόγραμμά του, το οποίο είναι εξωτερικής παρακολούθησης, θέτει ως προϋπόθεση, εκτός από την ηλικία (άνω των 20 ετών)<sup>167</sup> και «την προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα [καθώς] είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια»<sup>168</sup>.

Για τις ανάγκες αυτές ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών οι οποίες προσφέρονται δωρεάν στους ενδιαφερόμενους. Πιο συγκεκριμένα, λειτουργούν πανελλαδικώς 75 κέντρα πρόληψης, 57 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, 4 «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα και 2 Θεραπευτικές Μονάδες εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων του Αγ. Στεφάνου στην Πάτρα και Κορυδαλλού στην Αθήνα, μία Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης στην Αθήνα, ένα Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης με έδρα την Αθήνα, καθώς και 3 υπηρεσίες μείωσης της βλάβης (Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης, Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, Τηλεφωνική γραμμή SOS)<sup>169</sup>.

---

<sup>166</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 126, 207.

<sup>167</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ), (<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikh-s-antimetwpishs-ths-eksarthshs>).

<sup>168</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Πολιτική του ΟΚΑΝΑ στη Θεραπεία, (<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapeia>).

<sup>169</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Υπηρεσίες, (<http://www.okana.gr/2012-01-12-13-11-25/ypiresies>).

### iii. Οι Φάσεις της Θεραπείας

Ο τίτλος του παρόντος υποκεφαλαίου δεν θα πρέπει να προϋποθέτει τον αναγνώστη για ένα θεραπευτικό πρόγραμμα όμοιο του ΚΕΘΕΑ με τις τρεις αυστηρά ορισμένες φάσεις της συμβουλευτικής, της απεξάρτησης και της κοινωνικής επανένταξης. Οι φάσεις στις οποίες αναφερόμαστε όταν μιλάμε γενικώς για θεραπευτικά προγράμματα, βοηθούν ώστε να διαμορφωθεί ένα γενικότερο πλάνο θεραπείας, κάποια βήματα, τα οποία καλό θα ήταν να ακολουθήσει ο χρήστης - ασθενής - θεραπευόμενος, σύμφωνα με τις ανάγκες που έχει στην αρχή, όταν συντάσσεται το πλάνο. Το πρόγραμμα του ΟΚΑΝΑ δύναται να λάβει διαφορετικές κατευθύνσεις καθώς στη συνέχεια είναι πολύ πιθανό οι ανάγκες του ατόμου να μεταβληθούν. Επιπλέον, όπως πρόκειται να εξετάσουμε, κάποιες φάσεις μπορεί να έχουν εθελοντικό και όχι υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ η ιατρική αντιμετώπιση μπορεί να στραφεί είτε προς τη σταδιακή απόσυρση, που θα σημάνει την προσπάθεια του ασθενούς να θεραπευτεί πλήρως, είτε να διατηρηθεί στη συνεχιζόμενη συντήρηση, η οποία θα αποφέρει μια σειρά από θετικά στοιχεία για την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Βασικό στοιχείο των προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ είναι η ελαστικότητα, η οποία επιτρέπει στον κάθε συμμετέχοντα να προοδεύει σύμφωνα με τις ατομικές του αντοχές, δίχως να περιορίζεται από τα γενικά χρονικά όρια που έχουν τεθεί<sup>170</sup>.

Η πρώτη φάση ονομάζεται Φάση Προεισαγωγής και είναι καθαρά προπαρασκευαστική. Ο μεγάλος αριθμός χρηστών που προσέρχονται στον ΟΚΑΝΑ σε συνδυασμό με τη συνεχή πληρότητα των θέσεων έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται κατάλογοι αναμονής, από τους οποίους επιλέγονται κατά τη Φάση Προεισαγωγής οι προσεχείς θεραπευόμενοι. Στη συνέχεια, οι ασθενείς υποβάλλονται στις απαραίτητες εξετάσεις, ενημερώνονται για τη λειτουργία και τις απαιτήσεις του προγράμματος και αποκτούν προσωπικό φάκελο, ο οποίος περιέχει χρήσιμες πληροφορίες για την πορεία τους στο πρόγραμμα. Η Φάση Προεισαγωγής λαμβάνει χώρα στις Υπηρεσίες Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού,

---

<sup>170</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ, 2012, σ. 54.

εφόσον υπάρχουν στην περιοχή του χρήστη ή στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης<sup>171</sup>.

Ακολουθεί η Φάση Εισαγωγής, στην οποία ξεκινά η χορήγηση της μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης ανάλογα με το τι παρέχει η εκάστοτε μονάδα. Βέβαια, η υποκατάστατη ουσία δεν χορηγείται στους χρήστες αλόγιστα · η δόση βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την τυχούσα ταυτόχρονη χρήση και άλλων ουσιών - η οποία επιχειρείται να ελαττωθεί από την εισαγωγή του ασθενούς στη θεραπευτική μονάδα - και με την ανταπόκριση του οργανισμού σε αυτή. Εάν παρόλα αυτά, ο χρήστης συνεχίζει την παράλληλη χρήση, οι υπεύθυνοι της ομάδας επαναπροσδιορίζουν το σχέδιο δράσης όσον αφορά την υποκατάστατη ουσία, τους τοξικολογικούς ελέγχους και τη φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να έχει ανάγκη. Για να αποφευχθεί ένα τέτοιο φαινόμενο, οι θεραπευτές φροντίζουν να ενημερώνουν τους χρήστες για τις επιπτώσεις της παράλληλης χρήσης και ταυτόχρονα να τους κινητοποιούν ώστε να εμφανίζουν ενεργητική συμπεριφορά και επιθυμία να παραμείνουν στο πρόγραμμα. Είναι βέβαιο πως το κλίμα οικειότητας και θαλπωρής που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπειών και θεραπευόμενων σε συνδυασμό με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικού τύπου συμβάλλει στην επίτευξη του σκοπού αυτού. Απαραίτητες ενδείξεις για την είσοδο στην επόμενη φάση αποτελούν η μείωση των συμπτωμάτων απόσυρσης και δυσφορίας για τα οπιοειδή, η μείωση ή διακοπή της παράλληλης χρήσης, η σωματική και πνευματική ανάταση του θεραπευόμενου, η σύνθεση θεραπευτικού πλάνου και η εκπλήρωση των βασικών βιοτικών αναγκών. Η Φάση Εισαγωγής συνήθως διαρκεί μία βδομάδα, εάν πρόκειται για μονάδα βουπρενορφίνης και δύο βδομάδες, στις μονάδες μεθαδόνης · εάν όμως δεν υπάρχουν οι προαναφερθείσες ενδείξεις, τότε μπορεί να διαρκέσει περισσότερο<sup>172</sup>.

Η Φάση Αποκατάστασης μοιάζει με τη προηγούμενη φάση ως προς τις μεθόδους, επιδιώκεται όμως η πιο επισταμένη και έντονη προσπάθεια για την επανακοινωνικοποίηση του ατόμου, η οποία σημαίνει την εξεύρεση εργασίας, την ενεργή ενασχόληση του ατόμου με την οικογένειά του και την ανασύσταση των δεσμών που τυχόν έχουν πληγεί και την γενικότερη συμμετοχή του σε δημιουργικές

---

<sup>171</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (2012), σ. 57.

<sup>172</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (2012), σ. 59 επ..

δραστηριότητες. Οι απαιτήσεις της καθημερινότητας ίσως εμποδίζουν τον θεραπευόμενο να συμμετέχει καθημερινά στο πρόγραμμα. Να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι ο OKANA δεν παρέχει υπηρεσίες εσωτερικής διαμονής, όπως οι θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ. Η πρακτική της χορήγησης δόσεων για το σπίτι (take-home) δίνει τη δυνατότητα στους θεραπευόμενους να συμμετέχουν στο πρόγραμμα ακόμα και όταν δεν είναι παρόντες. Φυσικά, οι δόσεις για το σπίτι θα πρέπει να λαμβάνονται υπό αυστηρές προϋποθέσεις (συχνότητα, ωράριο), έτσι ώστε να εκτελούν τους ρόλους της υποκατάστατης ουσίας και να μην μετατρέπονται σε κύριες, εθιστικές ουσίες. Δόσεις για το σπίτι δεν παρέχονται σε θεραπευόμενους που συνεχίζουν την χρήση ναρκωτικών ουσιών. Επιπλέον, στη Φάση Αποκατάστασης η ψυχοκοινωνική στήριξη υπό τη μορφή ατομικών, ομαδικών και οικογενειακών συνεδριών παραμένει και ενισχύεται, ώστε το άτομο να διακόψει τη χρήση ουσιών (σε περίπτωση που συνεχίζει), να προληφθεί το ενδεχόμενο υποτροπής και να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή του. Για το λόγο αυτό, ο OKANA προσφέρει πληροφορίες και για άλλες ομάδες υποστήριξης, εκτός του Οργανισμού, οι οποίες μπορούν να φανούν χρήσιμες στον θεραπευόμενο (π.χ. Ανώνυμοι Ναρκομανείς), ώστε να συμμετέχει παράλληλα. Εάν τα προλεχθέντα έχουν πραγματοποιηθεί, τότε ο θεραπευόμενος προχωρά στο επόμενο στάδιο, συνήθως, με την πάροδο ενός έτους. Διαφορετικά δεν αποπέμπονται, αλλά παραμένουν επ' αόριστο στη Φάση Αποκατάστασης και ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια εξεύρεσης διαφορετικών τακτικών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον εκάστοτε θεραπευόμενο<sup>173</sup>.

Η επόμενη φάση ονομάζεται Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας. Όπως υποδηλώνει και ο τίτλος της, στη φάση αυτή ο θεραπευόμενος συνεχίζει να λαμβάνει τις δόσεις στο σπίτι για περισσότερο χρόνο, ενώ δικαιούται να μην παρίσταται στο πρόγραμμα τόσο συχνά. Επιπλέον, η παραμονή στο παρόν στάδιο απαιτεί την ολοκληρωτική αποχή από άλλες ουσίες και η χρήση αυτών οδηγεί τον θεραπευόμενο στο προηγούμενο στάδιο. Στο συγκεκριμένο σημείο ο θεραπευόμενος έχει την ευκαιρία, ανάλογα με την επιθυμία του, να επιλέξει το δρόμο που θέλει να ακολουθήσει: την ιατρική συντήρηση, ή την ολική απεξάρτησή

---

<sup>173</sup> Βλ. OKANA, ό.π. (2012), σ. 65.

του από τις ουσίες. Εν πάση περιπτώσει, για να πραγματοποιήσει το επόμενο βήμα, πέρα από την αποχή από τη λήψη ουσιών, απαιτείται να έχει προοδεύσει και σε όλους τους υπόλοιπους τομείς (ψυχολογικό, κοινωνικό, επαγγελματικό)<sup>174</sup>.

Ο θεραπευόμενος που επιθυμεί να προχωρήσει στη Φάση Συντήρησης θα πρέπει να απέχει για περίπου ένα χρόνο από τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών και να έχει δεχθεί συνεχόμενη θεραπεία για δύο έτη. Επίσης, όπως έχει λεχθεί και προηγουμένως, θα πρέπει να έχει αναπτύξει τις κοινωνικές του δεξιότητες, να εργάζεται και να μην προβαίνει σε εγκληματικές πράξεις. Η επιλογή της Φάσης Συντήρησης, οδηγεί τον θεραπευόμενο στις Δομές Συνταγογράφησης και Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Εκεί, του χορηγούνται δόσεις της υποκατάστατης ουσίας, τις οποίες παίρνει μαζί του στο σπίτι για μεγάλα χρονικά διαστήματα και χωρίς να τίθεται υπό επιτήρηση, κάτι που φυσικά απαιτεί την ορθή διαχείριση της ουσίας και αυτοσυγκράτησης του ιδίου. Βέβαια, ο θεραπευόμενος ελέγχεται μέσω ξαφνικών ουρολογικών εξετάσεων ή με την παραγγελία επιστροφής των χορηγούμενων δόσεων (call back)<sup>175</sup>.

Η ολική απεξάρτηση του θεραπευόμενου μπορεί να επιτευχθεί, εφόσον αυτός επιλέξει τη Φάση της Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης. Στο εν λόγω στάδιο, καθώς οι δόσεις υποκατάστατης ουσίας μειώνονται, αυξάνονται οι συμβουλευτικές συνεδρίες με στόχο να διαπιστωθεί το αντίκτυπο που έχει η ελάττωση στο άτομο. Εάν τα συμπτώματα είναι αρνητικά, δηλαδή το άτομο στερείται την ουσία ή υποτροπιάσει, τότε ή διακόπτεται η ελάττωση της ουσίας ή επιστρέφει σε κάποια προηγούμενη φάση ανάλογα με τις ανάγκες του. Συνεπώς, η επιλογή της σταδιακής απόσυρσης είναι εξολοκλήρου εθελοντική και δεν θα πρέπει να προκύπτει υπό καθεστώς πίεσης. Οι θεραπευόμενοι που ολοκληρώνουν την παρούσα φάση, έχοντας διακόψει πλήρως την υποκατάστατη ουσία, τη χρήση άλλων ουσιών και έχοντας αποκτήσει μια θετική προσέγγιση της ζωής, παρακινούνται στο να παρακολουθήσουν την τελευταία φάση του προγράμματος, τη Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας<sup>176</sup>.

---

<sup>174</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (2012), σ. 71.

<sup>175</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (2012), σ. 79.

<sup>176</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (2012), σ. 75.

Αφού γίνουν γνωστές οι ανάγκες του θεραπευόμενου στους θεραπευτές και ο ίδιος ενημερωθεί για τους στόχους, τις υποχρεώσεις και τα κριτήρια ολοκλήρωσης του προγράμματος (Φάση Προεισαγωγής - ένας μήνας) ξεκινάει η Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας. Δικαίωμα συμμετοχής στη Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας (η οποία πραγματοποιείται στις Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης) έχουν όσοι διέκοψαν τη λήψη της υποκατάστατης ουσίας ή λαμβάνουν πολύ μικρή δοσολογία. Σημειώνεται ότι για τους δεύτερους υπάρχει ένα επιπλέον προστάδιο, ενός χρόνου, στο οποίο ενθαρρύνονται να διακόψουν το υποκατάστατο ώστε να συμμετέχουν, μαζί με τους πρώτους, στο κυρίως στάδιο της Φάσης της Συνεχιζόμενης Φροντίδας. Το Στάδιο Κοινωνικής Επανάταξης διαρκεί από ένα έως δύο χρόνια. Επιδιώκεται η διατήρηση καλής σωματικής υγείας, η ανάπτυξη ή βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων, η εργασιακή αποκατάσταση και εξέλιξη και φυσικά η πρόληψη της υποτροπής. Το άτομο λοιπόν συμμετέχει σε σεμινάρια για ιατρικά θέματα, υποβάλλεται συχνά σε εξετάσεις, ωθείται στο να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά ή εργασιακά προγράμματα με τη συνεχή βοήθεια του Οργανισμού (ο οποίος συνεργάζεται με αρκετούς επαγγελματικούς φορείς) και μαθαίνει πώς να χειρίζεται τον ίδιο του τον εαυτό ώστε να απορρίπτει τους πειρασμούς. Οι ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες έχουν τον πρώτο λόγο, ενώ δεν θα πρέπει να παραλειφθεί η υποστήριξη που παρέχεται στην οικογένεια. Η επίτευξη των στόχων οδηγεί στο τελευταίο (επίσης προαιρετικό) στάδιο Μεταθεραπευτικής Φροντίδας και Παρακολούθησης, όπου και πάλι, το άτομο παρακολουθείται ψυχικώς και ιατρικώς ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο επανακύλισης του ατόμου στις ουσίες<sup>177</sup>.

---

<sup>177</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (2012), σ. 83 επ..

### 2.2.3 Συγκριτική Επισκόπηση Προγραμμάτων

#### 2.2.3.1 Τάσεις Κρατών - Προτιμήσεις Χρηστών

##### i. Η.Π.Α.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν έναν δικό τους, μοναδικό τρόπο να δρουν, χωρίς να ακολουθούν ξενόφερτες τάσεις, όντας συνήθως εκείνες που δημιουργούν τις τάσεις. Εδώ όμως συμβαίνει το εξής παράδοξο: παρά το γεγονός ότι οι «ιδρυτές» των προγραμμάτων υποκατάστασης ήταν Αμερικανοί (Dole & Nyswander), η πρόσβαση σε προγράμματα υποκατάστασης είναι περισσότερο περιορισμένη στην Αμερική από οποιαδήποτε άλλη χώρα στον κόσμο. Το 2008 υπήρχαν 1.132 προγράμματα υποκατάστασης (Opioid Treatment Programs – OPT), τα οποία αντιστοιχούν μόλις στο 8% του συνόλου των προγραμμάτων που προσφέρουν θεραπεία σε ουσιοεξαρτημένους (ένας αριθμός που δεν μεταβλήθηκε από το 2002)<sup>178</sup>. Επιπλέον, λιγότερο από το 10% των 1.998.000 χρηστών εξαρτημένων ή όσων έκαναν κατάχρηση (abusers) ηρωίνης και συνταγογραφούμενων οπιοειδών θεραπεύονται με υποκατάστατα στα αντίστοιχα προγράμματα. Από πλευράς εθνικής πολιτικής, είναι αξιοσημείωτο πως σύμφωνα με στοιχεία του 2010, μόνο για το 40% των προγραμμάτων υποκατάστασης (τα οποία παραδόξως αριθμούσαν σε 2.528 - αισθητά αυξημένα σε σχέση με το 2008) ήταν δυνατή η παροχή μερικής ενίσχυσης μέσω κρατικής και ιδιωτικής ασφάλισης. Η μειωμένη χρηματοδότηση τους και η γενικότερη φειδωλή στάση της κυβέρνησης απέναντι σε αυτά, οφείλεται στη συνεχή εκτροπή των συνταγογραφούμενων οπιοειδών προς τη μαύρη αγορά<sup>179</sup>. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το Ινστιτούτο Ιατρικής («Institute of Medicine») στον επίλογο μίας ανασκόπησης του για το έτος 1995, «*current policy puts too much emphasis on protecting society from methadone, and not enough on protecting society from the epidemic of addiction,*

<sup>178</sup> Βλ. *National Survey Of Substance Abuse Treatment Services, The N-SSATS Report, Similarities and Differences in Opioid Treatment Programs that Provide Methadone Maintenance or Buprenorphine Maintenance*, 2010. (<http://archive.samhsa.gov/data/2k10/225/225OpiodTx2k10Web.pdf>).

<sup>179</sup> Βλ. *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*, ό.π..

*violence, and infections that methadone can help reduce»*<sup>180</sup>. Τα συγκεκριμένα δεδομένα δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσουν καθώς οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν παράδοση στις «σκληρές» πολιτικές σχετικά με τα ναρκωτικά · αποκορύφωμα, ο «πόλεμος κατά των ναρκωτικών» («The War on Drugs») του προέδρου Richard Νίxon, ο οποίος οδήγησε παραπάνω από ένα εκατομμύριο άτομα στη φυλακή, από τα οποία πολλοί ήταν απλοί χρήστες και δεν είχαν διαπράξει κάποιο άλλο αδίκημα σχετικό με τα ναρκωτικά<sup>181</sup>.

Πάντως, το κλίμα για τα προγράμματα υποκατάστασης φαίνεται να αλλάζει, καθώς, πέρυσι (2016) ειπώθηκε από υψηλά ιστάμενο κυβερνητικό στέλεχος ότι η κυβέρνηση των Η.Π.Α. θα πρέπει να εξασφαλίσει τη στοιχειώδη πρόσβαση όσων έχουν ανάγκη σε φάρμακα - υποκατάστατα, τα οποία θα λειτουργήσουν ευεργετικά για την υγεία τους<sup>182</sup>. Ως επισφράγισμα των παραπάνω, ο ολοκληρωμένος Νόμος περί Εξάρτησης και Ανάρρωσης («The Comprehensive Addiction and Recovery Act») (πρώτο εξάμηνο του 2017) επισημοποίησε αρκετές στρατηγικές μείωσης της βλάβης, όπως πρόσβαση στην ναλοξόνη, ενώ το ένα δισεκατομμύριο δολάρια που παρείχε στις Πολιτείες για να «πολεμήσουν» την εξάρτηση από οπιοειδή, μπορεί κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί ώστε να βελτιωθούν τα προγράμματα υποκατάστασης<sup>183</sup>.

Μέχρι όμως να φανούν τα αποτελέσματα αυτού του νέου νόμου ως προς την στάση των Αμερικανών προς τις στρατηγικές μείωσης της βλάβης και τα προγράμματα υποκατάστασης, οι θεραπευτικές κοινότητες - οι οποίες επίσης θα επωφεληθούν από τον προαναφερθέντα νόμο - θα συνεχίσουν να διατηρούν την πρωτοκαθεδρία στη θεραπεία της εξάρτησης ναρκωτικών ουσιών. Παρόλα αυτά, σημειώνεται ότι για το έτος 2016 μονάχα το 18,4% από τους συνολικά 7.3 εκατομμύρια ενήλικες που είχαν πρόβλημα χρήσης ναρκωτικών ουσιών και χρειάζονταν θεραπεία (18 και άνω) έλαβε θεραπεία σε κάποιο ειδικευμένο

---

<sup>180</sup> Βλ. *Kleber, Methadone Maintenance 4 Decades Later*, 2008 (<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182898>)

<sup>181</sup> Βλ. *DrugAbuse.net*, Drug Policy & History, (<http://www.drugabuse.net/drug-policy/>).

<sup>182</sup> Βλ. *Ferner & Grim*, The U.S. Wants To Adopt A More Humane Drug Policy. Just Be Careful What You Call It, ([http://www.huffingtonpost.com/entry/harm-reduction-drug-policy\\_us\\_56ec4523e4b09bf44a9d32d2](http://www.huffingtonpost.com/entry/harm-reduction-drug-policy_us_56ec4523e4b09bf44a9d32d2)).

<sup>183</sup> Βλ. *Βικιπédia*, 21<sup>st</sup> Century Cures Act, ([https://en.wikipedia.org/wiki/21st\\_Century\\_Cures\\_Act](https://en.wikipedia.org/wiki/21st_Century_Cures_Act)).



κέντρο<sup>184</sup> (ανεξαρτήτως προγράμματος), με το υπόλοιπο 81.6% να μην έχει λάβει κάποια αντίστοιχη θεραπεία για τους προηγούμενους 12 μήνες. Τελικά, μικρή σημασία έχει ποιο πρόγραμμα «κερδίζει» τον ανταγωνισμό, αφού η συνολική θεραπεία που παρέχεται είναι πολύ μικρή σε σχέση με τον πληθυσμό που την έχει πραγματικά ανάγκη. Επίσης, είναι εντυπωσιακό το εξής στοιχείο: η συντριπτική πλειοψηφία του εν λόγω πληθυσμού, μαζί με όσους χρειάζονταν θεραπεία εξαιτίας του αλκοόλ, (συνολικά 17.7 εκατομμύρια ενήλικες) θεωρούσε ότι δεν είχε ανάγκη τη θεραπεία (95,5%) και μόνο το 4,5% έμενε πραγματικά ανικανοποίητο αφού επιθυμούσε να παρακολουθήσει κάποιο θεραπευτικό πρόβλημα αλλά δεν τα κατάφερνε. Ο κυριότερος λόγος «μη θεραπείας» αυτών των 806.000 ανθρώπων (4,5%), πέραν της προσωπικής τους αδυναμίας να σταματήσουν τη χρήση, είναι η μη κάλυψη των θεραπευτικών προγραμμάτων από το σύστημα δημόσιας ασφάλισης («health care coverage»). Επομένως, το κράτος θα πρέπει να μεριμνήσει καθώς είτε πρόκειται για υψηλά, είτε για χαμηλά ποσοστά, δεν αναφερόμαστε σε αριθμούς, αλλά σε ανθρώπους<sup>185</sup>.

## ii. Ευρώπη

Σε αντίθεση με τις Η.Π.Α., τα προγράμματα υποκατάστασης φαίνεται να έχουν τον πρώτο λόγο στην ευρωπαϊκή ήπειρο. Ειδικότερα, στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα, η πλειοψηφία των υπηρεσιών υποκατάστασης (60%-70%) παρεχόταν από κράτη της ευρωπαϊκής οικογένειας<sup>186</sup>. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του OKANA, από το συνολικό αριθμό των θέσεων θεραπείας που παρέχονται προς τους ουσιοεξαρτημένους από τα κράτη-μέλη, τα 2/3 εντάσσονται στα πλαίσια των προγραμμάτων υποκατάστασης, ενώ το υπόλοιπό 1/3, στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα<sup>187</sup>.

Νωρίτερα ειπώθηκε ότι τελευταία στοιχεία αναφέρουν την ύπαρξη 1.223 θεραπευτικών στεγνών προγραμμάτων στην Ευρώπη. Από αυτά, τα περισσότερα

<sup>184</sup> Ως ειδικευμένα κέντρα ορίζονται τα νοσοκομεία που παρέχουν ανάλογη θεραπεία, οι μονάδες αποκατάστασης σχετικές με τα ναρκωτικά (drug rehabilitation facilities) και τα κέντρα ψυχικής υγείας.

<sup>185</sup> Βλ. SAMHSA, National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) Data Review, 2017, σ. 5 επ..

<sup>186</sup> Βλ. Γαζγαλίδη, ό.π. (2003), σ. 78.

<sup>187</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 209 και OKANA, Θεραπεία με Υποκατάσταση (<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapeia>).

βρίσκονται στην Ιταλία (798), ενώ έχουν σημαντική παρουσία έχουν και σε Ισπανία (129), Πολωνία (85) και Πορτογαλία (57) . Η συνολική τους χωρητικότητα («total capacity») ανέρχεται περί τις 8.450 θέσεις θεραπείας, ενώ περίπου 30.000 εξαρτημένοι το χρόνο φαίνεται πως λαμβάνουν τις υπηρεσίες των «στεγνών» προγραμμάτων<sup>188</sup>. Ο αριθμός αυτός όμως δεν μοιράζεται ισόποσα στα κράτη, καθώς η συντριπτική τους πλειοψηφία εντοπίζεται σε Πολωνία (10.000 θεραπευόμενοι), Ισπανία (8.134 θεραπευόμενοι) και Πορτογαλία (3.584 θεραπευόμενοι)<sup>189</sup>. Κοινό σημείο των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών είναι η υποχρηματοδότηση των «στεγνών» προγραμμάτων από τις κυβερνήσεις, η οποία οδηγεί πολλές θεραπευτικές κοινότητες σε αφανισμό<sup>190</sup>.

Αντιθέτως, τα προγράμματα υποκατάστασης φαίνεται να ακμάζουν. Παρά την κατά 25% μείωση τους σε ορισμένα κράτη κατά την πενταετία 2010 – 2015, διακρίνεται ραγδαία αύξηση σε κάποια άλλα, όπως στη Λετονία, όπου τα προγράμματα με υποκατάστατες ουσίες αυξήθηκαν κατά 157%! Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για το έτος 2015, 650.000 άτομα έλαβαν θεραπεία με υποκατάστατα στις χώρες της Ε.Ε.<sup>191</sup>, πληθυσμός περίπου ίδιος με αυτόν του 2009 (700.000 άτομα) και σαφώς πιο αυξημένος από τον αντίστοιχο του 2003 (500.000 άτομα)<sup>192</sup>. Παρότι λοιπόν τα προγράμματα υποκατάστασης προσφέρουν διπλάσιες θέσεις θεραπείας από τα «στεγνά» (2/3 - 1/3), ο αριθμός των θεραπευόμενων τους είναι κατά πολύ μεγαλύτερος. Σύμφωνα με το European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 30.000 εξαρτημένοι συμμετέχουν σε «στεγνά» προγράμματα το χρόνο (στοιχεία του 2011). Ακόμα και αν υποθέσουμε ότι αυτός ο αριθμός είναι δυνατόν να αυξηθεί εφόσον γνωρίζαμε τον αντίστοιχο αριθμό για τη χώρα με τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα (Ιταλία - 798), σε καμία

---

<sup>188</sup> Βλ. EMCDDA, ό.π. (2014), σ. 27. Βλ. και υποσημείωση 124 του παρόντος.

<sup>189</sup> Παρά τον μεγάλο αριθμό «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων στην Ιταλία, δεν διατίθενται στοιχεία ως προς τον αριθμό των θεραπευόμενων που τα παρακολουθούν.

<sup>190</sup> Βλ. EMCDDA, ό.π. (2014), σ. 26.

<sup>191</sup> Βλ. EMCDDA, Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, 2017, σ. 68. Σημ: Συμπεριλαμβανομένης της Τουρκίας και της Νορβηγίας.

<sup>192</sup> Βλ. Τσίθρα, Μεγάλη Αύξηση της Χρήσης και της Εξάρτησης από Ουσίες, (<http://www.kethea-strofi.gr/article.php?id=288>).

περίπτωση δεν είναι δυνατόν να φτάσει τους (κατά προσέγγιση<sup>193</sup>) 700.000 θεραπευόμενους των προγραμμάτων με υποκατάσταση.

Συμπερασματικά, οι εξελίξεις αυτές μόνο τυχαίες δεν μπορούν να θεωρηθούν. Η Ευρωπαϊκή Ένωση καταστρώνει στρατηγικές, προωθώντας συγκεκριμένα μοντέλα δράσης για τη μείωση των ναρκωτικών, οι οποίες, παρά το ότι δεν τίθενται υπό τη μορφή νομικής υποχρέωσης προς τα κράτη-μέλη, θα πρέπει να τις υιοθετούν, ώστε να αναπτύσσεται ένα πνεύμα κοινής πορείας και συνεργασίας μεταξύ τους. Η τρέχουσα<sup>194</sup>, υπ' αριθμόν ένατη ευρωπαϊκή στρατηγική για τα ναρκωτικά έχει θέσει ως βασικούς στόχους τη μείωση της προσφοράς και της ζήτησης των παραδοσιακών και νέων ναρκωτικών ουσιών και συνάμα τη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών κινδύνων και βλαβών που προκαλούν τα ναρκωτικά («*reduction of the health and social risks and harms caused by drugs*»). Τα κράτη-μέλη θα πρέπει να προωθήσουν πολιτικές μείωσης της βλάβης και στον τομέα της θεραπείας, γεγονός που φαίνεται να οδηγεί στην ενίσχυση των προγραμμάτων υποκατάστασης, όπου η μείωση της βλάβης τίθεται ως βασικός στόχος<sup>195</sup>.

### iii. Ελλάδα

Στη χώρα μας τα πράγματα δεν θα μπορούσαν να είναι διαφορετικά. Παρόλο που τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ο ΟΚΑΝΑ αντιμετωπιζόταν με επιφυλακτικότητα και επικριτικότητα<sup>196</sup>, σήμερα έχει τον πρώτο λόγο στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Το 2015, ο Οργανισμός παρείχε 8.657 θέσεις θεραπείας και ο συνολικός αριθμός των θεραπευόμενων που κατέλαβαν αυτές τις θέσεις (ο οποίος παρέμεινε σχετικά σταθερός για την περίοδο μεταξύ 2012 και 2015) ανερχόταν σε 10.082 άτομα. Η στασιμότητα του αριθμού αυτού δεν θα πρέπει να θεωρείται

<sup>193</sup> Βλ. *EMCDDA*, Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, 2017, σ. 68. «Εκτιμάται ότι 630.000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2015 (650.000 μαζί με τη Νορβηγία και την Τουρκία). Η τάση δείχνει αύξηση των χρηστών έως την κορύφωση του 2010 και ακολουθεί πτώση 6% έως το 2015». Από τη στιγμή λοιπόν που το 2009 έλαβαν την αντίστοιχη θεραπεία 700.000 εξαρτημένοι και ο αριθμός αυτός αυξήθηκε μέχρι το 2010, θεωρούμε ότι για το 2011, όπου αρχίζει η ελεγχόμενη και μικρή πτώση, οι αριθμοί σε γενικές γραμμές κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.

<sup>194</sup> Για τα έτη 2013 - 2020.

<sup>195</sup> Βλ. *EMCDDA*, *Perspectives on Drugs, The EU drugs strategy (2013 - 20) and its actionplan (2013 - 16)*, σ. 1 επ..

<sup>196</sup> Βλ. *Γαζγαλίδη*, ό.π. (2003), σ. 107 και *Πουλόπουλο*, ό.π. σ. 107.

αποτυχία, καθώς η δεκαετία 2002- 2012 (και ιδιαιτέρως την τριετία 2010-2012), αυξήθηκε κατά 57,7%, κάτι που οφείλεται στην δημιουργία νέων μονάδων και το 2014 έφτασε στον υψηλότερο αριθμό συμμετεχόντων (10.226), έχοντας το 2002 μόνο 1.616<sup>197</sup>. Ακόμη, η λίστα αναμονής στα τέλη του 2015 έφτανε τις 2.830 αιτήσεις, όμως τα νέα είναι θετικά, αφού, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη ενημέρωση (Ιούνιος του 2017), δεν υπάρχει πλέον λίστα αναμονής στα προγράμματα υποκατάστασης του Οργανισμού στην Αττική<sup>198</sup>.

Για το ίδιο έτος (2015) τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία εκτός του ΚΕΘΕΑ προσφέρονται - όπως προλέχθηκε - και από τον ΟΚΑΝΑ, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΨΝΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) και άλλους φορείς, περιέθαλψαν στην κύρια φάση τους 2.281 θεραπευόμενους και δέχθηκαν 1.440 νέους συμμετέχοντες, αυξάνοντας έτσι τις εισαγωγές κατά 4,4% σε σχέση με το 2014. Η ραγδαία αύξηση των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης τα τελευταία δεκαετία χρόνια δεν εντοπίζεται και στα «στεγνά», αφού το 2002 ο αριθμός τους ήταν σχεδόν ίδιος με αυτόν του 2015, ήτοι 2.129 άτομα.

Η ανισότητα αυτή αντικατοπτρίζεται και στην οικονομική μεταχείριση που τυγχάνουν τα προγράμματα από το κράτος. Σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, για το έτος 2014 επιχορηγήθηκαν 17.000.000 ευρώ στο ΚΕΘΕΑ και 26.300.000 ευρώ στον ΟΚΑΝΑ<sup>199</sup>. Το επόμενο έτος η επιχορήγηση προς το ΚΕΘΕΑ περικόπηκε κατά ένα εκατομμύριο (16.000.000 ευρώ), ενώ ο ΟΚΑΝΑ έλαβε συνολικά 27.500.000 εκατομμύρια ευρώ. Τέλος, το 2016 το ΚΕΘΕΑ έλαβε σταθερά 16.000.000 ευρώ, ενώ για τον ΟΚΑΝΑ υπήρξε εκ νέου αύξηση από τα 27.500.000 ευρώ του προηγούμενου έτους, στα 31.500.000 ευρώ<sup>200</sup>. Η άνιση μεταχείριση που τυγχάνουν τα προγράμματα από το κράτος γίνεται ακόμη πιο σαφής, αν αναλογιστούμε πως το ημερήσιο κατά κεφαλήν κόστος θεραπείας του ΚΕΘΕΑ είναι

---

<sup>197</sup> Βλ. ΕΚΤΕΠΝ, ό.π., σ. 62, 70.

<sup>198</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Απορρόφηση της λίστας αναμονής του ΟΚΑΝΑ στην Αττική, (<http://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoynoseis/item/1095-aporrofosilistas>).

<sup>199</sup> 20.300.000 ευρώ στον ΟΚΑΝΑ και 6.500.000 ευρώ στον ΟΚΑΝΑ για δαπάνες των Κέντρων Πρόληψης, τα οποία με νεότερη απόφαση μειώθηκαν στα 6.000.000 ευρώ.

<sup>200</sup> Βλ. υπ' αρ. Β1.α/οικ. 115877/2013 Απόφαση για το έτος 2014, υπ' αρ. Β1.α/οικ. 106349/2014 Απόφαση για το έτος 2015 και υπ' αρ. Β1.α/οικ. 95326/2015 Απόφαση για το έτος 2016.

σχεδόν το τριπλάσιο από το αντίστοιχο του ΟΚΑΝΑ<sup>201</sup>. Ειδικότερα, το κόστος θεραπείας ανά άτομο ανέρχεται στο ΚΕΘΕΑ σε είκοσι με τριάντα ευρώ, ενώ η αναλογία κόστους θεραπείας και κόστους εξάρτησης<sup>202</sup> κυμαίνεται μεταξύ 1/4,62 και 1/6,4, αναλόγως της δομής που θα επιλέξει ο θεραπευόμενος<sup>203</sup>. Από την άλλη πλευρά, η αντίστοιχη αναλογία των προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ αντιστοιχεί στο 1/12<sup>204</sup>. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία αυτά, το ημερήσιο, ατομικό κόστος θεραπείας στον ΟΚΑΝΑ κοστίζει περί τα δέκα ευρώ. Επομένως, το ελληνικό κράτος επιλέγει να επενδύει μεγαλύτερο μέρος των κρατικών πόρων στα φθηνότερα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ και μικρότερο στα ακριβότερα «στεγνά» του ΚΕΘΕΑ. Ως εκ τούτου, είναι φανερό ότι η Ελληνική Πολιτεία ακολουθεί το ευρωπαϊκό πλάνο περί ανάπτυξης στρατηγικών μείωσης της βλάβης, καθώς ευνοεί το φορέα εκείνον που πρεσβεύει την εν λόγω αρχή.

Παρόλα αυτά και οι δύο φορείς ταλανίζονται από αρκετά προβλήματα, με το ΚΕΘΕΑ να λειτουργεί με αρκετά μειωμένο προσωπικό, πράγμα που το 2016 οδήγησε στην παύση λειτουργίας των 7 Πολυδύναμων Ψυχοδιαγνωστικών του Κέντρων<sup>205</sup> και τον ΟΚΑΝΑ να στερείται βασικών αναλώσιμων, να μη δύναται να στηρίξει τη λειτουργία δομών όπως το streetwork και να έρχεται αντιμέτωπο με ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας στα πλαίσια των προγραμμάτων<sup>206</sup>.

---

<sup>201</sup> Βλ. Μπουντούρογλου, Υποκατάστατα: μια νέα «θεσμοθετημένη» εξάρτηση, (<http://www.esyn.gr/arthra/99/215-ypokatastata.html>).

<sup>202</sup> Ως κόστος εξάρτησης ορίζεται το σύνολο των δαπανών των υπηρεσιών υγείας, δίωξης, απονομής της ποινικής δικαιοσύνης, σωφρονισμού καθώς και των άλλων εξόδων που προκύπτουν από τη ζωή στη χρήση και τις σχετιζόμενες με την εξάρτηση δραστηριότητες.

<sup>203</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Έρευνα του ΚΕΘΕΑ για το κόστος της εξάρτησης και τα οφέλη της θεραπείας, 2011, (<http://www.kethea.gr/%CE%9D%CE%AD%CE%B1/%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%B1%CE%A4%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85/tabid/141/articleType/ArticleView/articleId/124/language/el-GR/Default.aspx>).

<sup>204</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π. (Απολογισμός), σ. 15.

<sup>205</sup> Βλ. Τσιλιμιγκάκη, ΚΕΘΕΑ: Έλλειψεις προσωπικού και λουκέτα..., 2016, (<http://www.iatropedia.gr/eidiseis/kethea-elleipseis-prosopikou-kai-louketa/65305/>).

<sup>206</sup> Βλ. Προκόπη, ΟΚΑΝΑ: Έλλειψη αναλώσιμων, φαρμάκων και αντιδραστηρίων, 2017 (<http://www.newsbomb.gr/ygeia/news/story/769076/okana-elleipsi-analosimon-farmakon-kai-antidrastirion>).

### 2.2.3.2 Αποτελεσματικότητα

Ο Giancarlo Arnao παραθέτει στο σύγγραμμά του «*Το Δίλλημα Ηρωίνη*» ορισμένες έρευνες οι οποίες επιχείρησαν να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των δύο θεραπευτικών προγραμμάτων. Θεωρούμε πως η «*Έρευνα της Veteran Administration*» καταλήγει στα πιο σαφή συγκριτικά συμπεράσματα και για το λόγο αυτό επιλέχθηκε να συμπεριληφθεί στο παρόν κείμενο.

Το 1977, μερικοί επιστήμονες (Bale et al.) διεξήγαγαν έρευνα στις υπηρεσίες περίθαλψης της Veteran Administration, ιδρύματος στις Η.Π.Α. που προσφέρει υπηρεσίες σε απόστρατους<sup>207</sup>. Στόχος, η σύγκριση των θεραπευτικών κοινοτήτων με τα προγράμματα μεθαδόνης από πλευράς αποτελεσματικότητας. 585 άνδρες με μέση ηλικία τα 31,5 χρόνια, οι οποίοι έκαναν καθημερινή χρήση οπιούχων και είχαν από μόνοι τους προσέλθει στις υπηρεσίες απεξάρτησης, επιλέχθηκαν για την έρευνα και τοποθετήθηκαν τυχαία, με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας, στο ένα ή στο άλλο πρόγραμμα. Το «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα προσφερόταν από τέσσερις θεραπευτικές κοινότητες με διάρκεια άνω των έξι μηνών, στις οποίες οι ενδιαφερόμενοι τοποθετήθηκαν και πάλι τυχαία,. Όσοι παρακολούθησαν το πρόγραμμα μεθαδόνης ελάμβαναν μία συγκεκριμένη δόση εντός αλλά και εκτός υπηρεσίας. Επιπλέον, τους δόθηκε η δυνατότητα με το πέρας μίας εβδομάδας να αλλάξουν πρόγραμμα εφόσον το επιθυμούν και από την άλλη πλευρά οι εκατέρωθεν υπεύθυνοι μπορούσαν να απομακρύνουν όσους συμμετέχοντες έκριναν ακατάλληλους για το πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής:

- 1) Το 41,9% των εξαρτημένων που ήθελε να θεραπευτεί, άλλαξε γνώμη όταν ήρθε η ώρα να τοποθετηθεί σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα! Εντύπωση όμως προκαλεί πως η συντριπτική πλειοψηφία του ποσοστού αυτού επέστρεψε στην αρχική της επιθυμία και τελικά εντάχθηκε σε κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- 2) Η έλξη που ασκείται από τα προγράμματα υποκατάστατων είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των θεραπευτικών κοινοτήτων. Οι θεραπευτικές κοινότητες έχασαν παραπάνω από τους μισούς (56%), οι περισσότεροι εκ των οποίων (50%)

---

<sup>207</sup> Βλ. Arnao, ό.π., σ. 92 επ..

εγκατέλειψαν στις πρώτες πενήντα μέρες. Από την άλλη το πρόγραμμα υποκατάστασης στερήθηκε μονάχα το 28,7% των συμμετεχόντων του, ενώ κατάφερε να διατηρήσει το 74,5% για τουλάχιστον ένα χρόνο.

3) Οι συμμετέχοντες σε θεραπευτικές κοινότητες που παρέμειναν για καιρό σε αυτές εμφάνισαν τα καλύτερα αποτελέσματα ως προς τη χρήση ηρωίνης και άλλων παράνομων ουσιών, την εγκληματικότητα και την επανακοινωνικοποίηση. Αντιθέτως, το 50% που τις εγκατέλειψε πριν από την πεντηκοστή ημέρα, είχε τη χειρότερη επίδοση, σχεδόν ταυτόσημη με τα άτομα που δεν παρακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα θεραπείας.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και της ελληνικής έρευνας η οποία διεξήχθη με συμμετέχοντες θεραπευόμενους των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ, για το χρονικό διάστημα 1994 – 1995. Τα περισσότερα από τα άτομα που έλαβαν ένα χρόνο θεραπείας απείχαν από τη χρήση ουσιών (67,7%) και από εγκληματικές πράξεις (72,7%) και είχαν μία εργασία (83%), σε διάστημα πέντε χρόνων μετά τη λήξη αυτής. Σημαντικό είναι ότι αποκόμισαν οφέλη ακόμα και εκείνοι που παρέμειναν στο πρόγραμμα μόνο για τρεις μήνες<sup>208</sup>. Όσον αφορά τον ΟΚΑΝΑ, η λειτουργία των προγραμμάτων υποκατάστασης και η αύξηση των θεραπευτικών θέσεων συνέβαλε αισθητά στη μείωση των θανάτων λόγω υπερβολικής δόσης (325 επιβεβαιωμένοι θάνατοι το 2005 - 33 το 2013)· ακόμη, το μεγάλο ποσοστό συγκράτησης των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης του οργανισμού βοηθά στην επίτευξη της μείωσης της βλάβης και τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των θεραπευόμενων<sup>209</sup>.

Εξετάζοντας το ζήτημα με τη λογική κόστους - οφέλους, «οικονομικές μελέτες δείχνουν ότι η θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων κοστίζει πολύ λιγότερο από το να μην υποβάλλονται τα άτομα αυτά σε θεραπεία ή να φυλακίζονται. Το κόστος φυλάκισης αποδεικνύεται περίπου δέκα φορές υψηλότερο από το κόστος της θεραπείας. Κάθε ευρώ που επενδύεται σε προγράμματα θεραπείας, αποφέρει επτά με δέκα ευρώ λόγω εξοικονόμησης του κόστους της παραβατικότητας που

<sup>208</sup> Βλ. Πουλόπουλο, Η Θεραπευτική Κοινότητα (σε Λιάππα, Πομίσι, 2004), σ. 195 επ..

<sup>209</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, Απάντηση του ΟΚΑΝΑ σε ηλεκτρονικό δημοσίευμα του ygeia360 σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων του, (<http://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoinoseis/item/761-apantisiokanakomnimou>).

συνδέεται με τα ναρκωτικά. Αν υπολογισθούν σε αυτά και ο περιορισμός δαπανών για την υγεία, η αναλογία διαμορφώνεται σε 1 προς 12. Το οικονομικό όφελος μεγαλώνει και άλλο, αν στα προηγούμενα συμπεριληφθούν η αύξηση της παραγωγικότητας, καθώς και η μείωση άλλων επιπτώσεων της χρήσης (π.χ. ατυχήματα που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών)<sup>210</sup>. Στα ίδια περίπου πλαίσια κινείται και το ΚΕΘΕΑ, το οποίο, κατόπιν έρευνας του «για το κόστος της εξάρτησης και τα οφέλη της θεραπείας» κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα: η συμμετοχή στη θεραπευτική κοινότητα, ακόμη και αν τελικά ο θεραπευόμενος δεν ολοκληρώσει το πρόγραμμα, εξοικονομεί σημαντικές δαπάνες από άλλους τομείς, όπως τα συστήματα δημόσιας υγείας και ποινικής δικαιοσύνης. Τα οφέλη είναι πολλαπλά και για τον θεραπευόμενο, ο οποίος έχει τη δυνατότητα να θεραπευτεί ολοκληρωτικά, αλλά και στην περίπτωση που δεν τα καταφέρει, βελτιώνει σίγουρα την ποιότητα της ζωής του. Συνεπώς, η μακρόχρονη εξάρτηση συνοδεύεται από μια πληθώρα προβλημάτων και για το κράτος και για την κοινωνία και κυρίως για τον ίδιο το χρήστη<sup>211</sup>.

Όπως ειπώθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ φαίνεται σε ημερήσια βάση να κοστίζουν λιγότερο από τα αντίστοιχα «στεγνά» του ΚΕΘΕΑ<sup>212</sup>. Επιπροσθέτως, ενώ και για αυτά η αποχή είναι η ιδανική κατάληξη της θεραπείας, δεν τίθεται ως υποχρέωση του θεραπευόμενου, η οποία πρέπει να πληρωθεί υπό την αναγκαστική τέλεση ορισμένων βημάτων και εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου, αλλά ως δικαίωμα, το οποίο ασκείται με βάση την επιθυμία και τις δυνατότητες του<sup>213</sup>. Εντούτοις, εάν εξετάσουμε τα προγράμματα στο σύνολό τους, τότε τα προγράμματα με υποκατάστατα κοστίζουν περισσότερο, καθώς η παραμονή ενός ατόμου σε αυτά που έχουν ως στόχο τη συντήρηση, είναι δυνατό να διαρκέσει για όλη του τη ζωή· από την άλλη πλευρά τα «στεγνά» προγράμματα ολοκληρώνονται σε διάστημα

---

<sup>210</sup> Βλ. ΟΚΑΝΑ, ό.π.. (Απολογισμός), σ. 15.

<sup>211</sup> Βλ. ΚΕΘΕΑ, Έρευνα του ΚΕΘΕΑ για το κόστος της εξάρτησης και τα οφέλη της θεραπείας, (<http://www.kethea.gr/%CE%9D%CE%AD%CE%B1/%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%B1%CE%A4%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85/tabid/141/articleType/ArticleView/articleId/124/language/el-GR/Default.aspx>).

<sup>212</sup> Βλ. Μπουντούρογλου, ό.π..

<sup>213</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π. (2011), σ. 86 και Γαζγαλίδη, ό.π. (2005), σ. 19.



τριών ετών. Το επιπρόσθετο πλεονέκτημα τους είναι ότι με την ολοκλήρωσή τους, ο (πλέον) απόφοιτος έχει απεξαρτηθεί πλήρως<sup>214</sup>.

Συνοψίζοντας, η αποτελεσματικότητα αποτελεί μία έννοια η οποία λαμβάνει κάθε φορά και διαφορετικό περιεχόμενο: τα προγράμματα υποκατάστασης θεωρούν ότι είναι αποτελεσματικά εάν ο ουσιοεξαρτημένος έχει μειώσει αισθητά τη χρήση, έχει βρει εργασία και γενικά αποτελεί μία παραγωγική μονάδα η οποία προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο και απέχει από την πρόκληση προβλημάτων · η μείωση της βλάβης και για το άτομο αλλά και για την κοινωνία έχει επιτευχθεί. Από την άλλη πλευρά, τα «στεγνά» προγράμματα πιστεύουν ότι εκπληρώνουν το σκοπό ύπαρξής τους όταν οι θεραπευόμενοί τους θεραπεύονται απόλυτα, δηλαδή αφήνουν πίσω το φάντασμα της εξάρτησης καθώς και οποιαδήποτε μορφή επαφής με τις ουσίες και έχουν επιτύχει την ολοκληρωτική προσωπική αλλαγή. Η σύγκριση λοιπόν με κριτήριο την αποτελεσματικότητα δεν μπορεί να μας προσφέρει συγκεκριμένη και ξεκάθαρη απάντηση για το ποιο πρόγραμμα είναι «καλύτερο». Κατά την άποψη του γράφοντος, η επιδίωξη της απεξάρτησης, η οποία πραγματοποιείται δίχως ουσίες, είναι σίγουρα προτιμότερη από τη μείωση της βλάβης, ή από μια θολά στοχευόμενη απεξάρτηση που επιδιώκεται με τη βοήθεια ουσιών · με άλλα λόγια, είναι καλύτερη μία ζωή χωρίς εξαρτήσεις, από μία ωραιοποιημένη ζωή με εξαρτήσεις. Παρόλα αυτά δεν μπορούμε και δεν πρέπει να είμαστε απόλυτοι. Ακόμη και αν είχαμε διαμορφώσει την παραπάνω άποψη βασιζόμενοι σε προσωπικές μας εμπειρίες, δεν γίνεται να παραβλέψουμε την πραγματικότητα: για κάποιους ανθρώπους η αποχή ίσως και να μην είναι εφικτή. Επομένως, κρίνεται ως ζωτικής σημασίας ο πλουραλισμός, η ύπαρξη δηλαδή περισσότερων προγραμμάτων τα οποία να ανταποκρίνονται στις πολυποίκιλες και διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων. Κατά κοινή ομολογία, η θεραπεία (ανεξάρτητα από το αν καταλήγει σε απεξάρτηση ή σε μείωση της βλάβης) είναι προτιμότερη από τη μη θεραπεία.

Σε αυτό το σημείο όμως φτάνουμε στο αποκορύφωμα της θεωρητικής μας αναζήτησης στην παρούσα εργασία: ο σκοπός «αγιάζει» πράγματι τα μέσα; Εν προκειμένω, το «προτιμότερο» της θεραπείας δικαιολογεί και πρακτικές πειθούς

---

<sup>214</sup> Βλ. Πουλόπουλο, ό.π. (2011), σ. 220.

και έμμεσου εξαναγκασμού, ακόμη και όταν το εξαρτημένο άτομο δεν την επιθυμεί σε πρώτο στάδιο;

## **Ενότητα Τρίτη: Πατερναλισμός**

### **3.1 Εισαγωγή**

Οι περισσότεροι άνθρωποι σε παιδική ή νεαρή ηλικία εξαναγκαζόμαστε από τους γονείς μας ώστε να προβούμε σε μία πράξη ή παράλειψη που θα μας ωφελήσει. Στα πλαίσια αυτά, η ενέργεια δεν περιείχε και τη δική μας συγκατάθεση, επομένως δεν ήταν προϊόν της ατομικής μας βούλησης. Τελικά υποχρεωνόμαστε να πράξουμε αναλόγως διότι γνωρίζαμε, ακόμη και αν προβάλαμε αντίσταση, ότι οι άνθρωποι αυτοί ενδιαφέρονταν ειλικρινά για την ευημερία μας και τα κίνητρά τους ήταν ανιδιοτελή, ενώ ταυτόχρονα διέθεταν την εξουσία και τα «μέσα εξαναγκασμού» για την επίτευξη του εν λόγω σκοπού. Αν απομακρυνθούμε από το παράδειγμα γονέα - τέκνου, θα παρατηρήσουμε ότι τέτοιες μέθοδοι συναντώνται σε όλο το πλαίσιο της ευρύτερης πολιτειακής, κοινωνικής και ατομικής πραγματικότητας. Για παράδειγμα, ένα άτομο θα κρύψει τα κλειδιά του οχήματος ενός μεθυσμένου φίλου του, ώστε να αποτρέψει πιθανό κίνδυνο της ζωής του, ο σύζυγος δεν θα αποκαλύψει στη γυναίκα του τα αρνητικά αποτελέσματα των ιατρικών του εξετάσεων για να μην τη στεναχωρήσει και η Πολιτεία, κατόπιν θαλάσσιου ατυχήματος που προκάλεσε μόλυνση του αιγιαλού, θα απαγορεύσει στους πολίτες της να κολυπήσουν στη θάλασσα.

Οι προαναφερθείσες μέθοδοι δύνανται να χαρακτηριστούν πατερναλιστικές διότι παρεμβαίνουν στη σφαίρα κυριαρχίας του ατόμου με κύριο στόχο τη διασφάλιση των συμφερόντων του ή την αποφυγή πιθανής ζημίας, δίχως όμως να του παρέχουν τη δυνατότητα να αρνηθεί αυτή την παρέμβαση. Ο πατερναλισμός αποτελεί μία έννοια αρκετά πολύπλοκη, η οποία εδράζεται στην πολιτική φιλοσοφία και έχει σημαντικές πολιτικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Στην παρούσα ενότητα θα προσπαθήσουμε να αποσαφηνίσουμε τον όρο, να ερευνήσουμε τα

προβλήματα που προκύπτουν σε σχέση με αυτόν και να συνδέσουμε τον πατερναλισμό με την προβληματική της αντιμετώπισης των ναρκωτικών ουσιών και φυσικά της ουσιοεξάρτησης.

## **3.2 Νομικός Πατερναλισμός**

### **3.2.1 Έννοια**

Ο πατερναλισμός αποτελεί τη βάση αρκετών νομοθετικών πρακτικών και μέτρων. Σύμφωνα με το νομικό πατερναλισμό, η προβλεπόμενη βλάβη που είναι δυνατό να προκληθεί σε ένα άτομο από μία πράξη του, αποτελεί πάντοτε έναν καλό λόγο για να απαγορεύσουμε την πράξη αυτή<sup>215</sup>. Η παρούσα πρόταση δημιουργεί αρκετές αντιδράσεις, ενώ ο χαρακτηρισμός «πατερναλιστής» δεν θεωρείται ιδιαίτερος τιμητικός. Από μόνη της η λέξη, η οποία προέρχεται από τη λέξη «πατέρας», μας κάνει να νιώθουμε σαν παιδιά που χρήζουν προστασίας, όπως στο παράδειγμα που αναφέραμε στην αρχή της ενότητας. Πως είναι δυνατόν κάποιος να μας μεταχειρίζεται με αυτόν τον τρόπο, ενώ η ηλικία μας υποδηλώνει το ακριβώς αντίθετο; Είμαστε ανεξάρτητοι ενήλικες, βασιζόμαστε πλέον μονάχα στις δυνάμεις μας και αρκετοί από εμάς είμαστε γονείς. Αν υπάρχει κάτι που γνωρίζουμε καλά και καλύτερα από οποιονδήποτε τρίτο, αυτό είναι το συμφέρον μας καθώς και οι τρόποι για να το αναζητήσουμε και να το εξασφαλίσουμε. Οι σκέψεις αυτές δημιουργούνται αμέσως στο μυαλό του μέσου ανθρώπου και πηγάζουν από τον πυρήνα της ανθρώπινης φύσης μας. Την ίδια στιγμή όμως, αρκετοί βρίσκουν λογική την (πατερναλιστική) καθιέρωση ποινικών νόμων η οποία θα «προστατεύει» τους πολίτες από τον ίδιο τους τον εαυτό, ή πιο συγκεκριμένα, από την ίδια τους την αφροσύνη. Η σύγχυση οφείλεται στις διαφορετικές επεμβάσεις οι οποίες συνήθως περιγράφονται με τον όρο «πατερναλισμός».

Η επέμβαση δεν κρίνεται απαραίτητα ως κακή σε περιπτώσεις όπου ο νομοθέτης μεριμνά για την προστασία των αδυνάτων από εξωτερικούς κινδύνους,

---

<sup>215</sup> Βλ. *Feinberg*, Harm to Self, σ. xvii.

όπως για παράδειγμα η βλάβη προερχόμενη εκ τρίτων στους οποίους στέκονται αβοήθητοι. Όπως τα παιδιά έχουν ανάγκη τους γονείς τους, αφού μόνα τους δεν είναι δυνατό να αντιμετωπίσουν καταστάσεις πέρα των δυνάμεών τους, έτσι και τα άτομα αυτά προστατεύονται από την πολιτεία. Κατά την άποψη του γράφοντος η εν λόγω επέμβαση κρίνεται ως απόλυτα θεμιτή και επιβεβλημένη και πηγάζει από τις θεμελιώδεις αρχές του κράτους προνοίας και σεβασμού των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπως κατοχυρώνονται και στο Σύνταγμά μας (άρθρα 2 και 25). Ας μας επιτραπεί να χαρακτηρίσουμε τον παρόντα πατερναλισμό ως «καλό» πατερναλισμό.

Στον αντίποδα βρίσκεται ο μεμπτός πατερναλισμός, εκείνος δηλαδή που προκαλεί την αποστροφή. Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει τούτο θα εξηγηθούν κατωτέρω · στην παρούσα φάση όμως δεν θα πρέπει να βιαστούμε, αλλά να προχωρήσουμε σε μία εξίσου σημαντική διάκριση, η οποία θα ξεκαθαρίσει το τοπίο ως προς την προβληματική που διαπραγματευόμαστε. Για να σχηματοποιήσουμε την προαναφερθείσα πατερναλιστική προσέγγιση, ο Α μεταχειρίζεται τον Β με προστατευτικό και πατρικό τρόπο ώστε να εξασφαλίσει το καλό του Β, το οποίο απειλείται από τον Γ. Όπως είπαμε, στη θέση Γ τοποθετείται κάποιος τρίτος ή μια κατάσταση, η οποία είναι εξωγενής. Στην παρούσα μορφή, πατερναλιστικές μέθοδοι μεταχειρίζονται το άτομο ως παιδί αναγκάζοντάς τον να συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο είτε «για το καλό» του ίδιου το ατόμου, είτε «για το καλό» κάποιων τρίτων.

Η μεταχείριση των εργατών από τη διεύθυνση του εργοστασίου «σαν παιδιά»<sup>216</sup>, με στόχο τη μεγαλύτερη αποδοτικότητά τους η οποία με τη σειρά της θα οδηγήσει σε περισσότερα κέρδη για την εταιρία θα μπορούσε να αποτελεί ένα χαρακτηριστικό δείγμα πατερναλιστικής παρέμβασης προς όφελος κάποιου τρίτου παράγοντα. Σχηματικά, ο Α, μη εμπιστευόμενος την κρίση του Β, τον αναγκάζει να συμπεριφερθεί συγκεκριμένα, ώστε να εξασφαλιστεί το συμφέρον είτε του Α, είτε κάποιου άλλου τρίτου, Γ. Στην παρούσα κατάσταση ο Α και ο Γ μπορεί να αποτελούν είτε την εταιρεία του προηγούμενου παραδείγματος, είτε (ευρύτερα) το κοινωνικό σύνολο, του οποίου την εύρυθμη λειτουργία εξασφαλίζει η πολιτεία με τη θέσπιση

---

<sup>216</sup> Για παράδειγμα, οι εργάτες είναι υποχρεωμένοι να ζητούν την άδεια των προϊσταμένων τους για να διακόψουν την εργασία τους και να πάνε στην τουαλέτα.

νόμων. Σίγουρα, κάτι τέτοιο προκαλεί την αντίδρασή μας, καθότι δεν δεχόμαστε την έλλειψη εμπιστοσύνης η οποία πλανάται στον αέρα ως προς την ωριμότητά μας να λαμβάνουμε ορθές αποφάσεις. Αν όμως φανταστούμε μία κοινωνία δίχως κανόνες, στην οποία πιθανότατα θα κυριαρχεί το χάος, θα συμφωνήσουμε με την παραπάνω επιβαλλόμενη συνθήκη. Άλλωστε, φαίνεται πως η παρούσα έκφανση του πατερναλισμού αποτελεί την άλλη όψη του προαναφερθέντος «καλού» πατερναλισμού.

Η τρίτη και πιο κλασική μορφή πατερναλισμού είναι εκείνη κατά την οποία ο Α επιβάλλει στον Β μία ορισμένη συμπεριφορά, κατευθυνόμενη προς την ευημερία (του Β). Ως καίρια χαρακτηριστικά του πατερναλισμού λοιπόν, **διακρίνουμε την επέμβαση στη σφαίρα επιρροής του ατόμου, με τελικό σκοπό «το καλό του»**. Η πολιτεία επιβάλλει μέτρα κατευθυνόμενα για την εξυπηρέτηση εκείνων που κρίνεται ότι δεν έχουν τη δυνατότητα να αποφασίσουν οι ίδιοι γι αυτό (εξ' ου και νομικός πατερναλισμός). Σε αντίθεση με την προαναφερθείσα κατάσταση την οποία ονομάσαμε «καλό» πατερναλισμό, τα άτομα που εδώ «συμμορφώνονται» δεν θεωρούνται αβοήθητοι, ούτε έχουν απολέσει πλήρως την ικανότητά τους να αποφασίζουν για τον εαυτό τους. Το αν οι ουσιοεξαρτημένοι ανήκουν σε αυτή, ή στην πρώτη κατηγορία (των πλήρως αβοήθητων) θα το ερευνήσουμε προσεχώς. Στην παρούσα φάση πρέπει να τονίσουμε ότι οποιαδήποτε πατερναλιστική πράξη, είτε αποτελεί νόμο, είτε συμπεριφορά, θα πρέπει να αιτιολογείται στη βάση της στόχευσης του καλού του ατόμου που αναγκάζεται σε αυτή. Επιπλέον, η λέξη «αναγκάζεται» χρησιμοποιείται υπό την ευρεία έννοια · στην πιο αυστηρή μορφή της αποτελεί ποινικό νόμο, μπορεί όμως να λάβει και τον τύπο του έμμεσου εξαναγκασμού<sup>217</sup> υπό τη μορφή αστικού νόμου · Ο Feinberg παραθέτει ως παράδειγμα τους νόμους εκείνους οι οποίοι καθιστούν κάποιες συμφωνίες άκυρες ώστε να αποφευχθεί η ατομική ζημία και να προαχθεί το ατομικό καλό<sup>218</sup>.

---

<sup>217</sup> Βλ. Feinberg, ό.π., σ. 4 επ..

<sup>218</sup> Βλ. Feinberg, ό.π., σ. 8.

### 3.2.2 Διακρίσεις

Ο πατερναλισμός αρχικά μπορεί να ειπωθεί υπό στενή έννοια, αναφερόμενος στον κρατικό καταναγκασμό και υπό ευρεία έννοια, όταν αφορά άλλες πράξεις πέρα των πολιτειακών. Πατερναλιστικές πρακτικές είναι δυνατό να ακολουθηθούν και να εφαρμοστούν λ.χ. στα πλαίσια θεραπείας, όπου ο ιατρός υποχρεώνει ως επαίτων τον ασθενή να ακολουθήσει μία ορισμένη (επίτονη) θεραπεία ή έναν συγκεκριμένο τρόπο ζωής (π.χ. διακοπή καπνίσματος) με στόχο την προστασία και τη θωράκιση της υγείας, ή στο παράδειγμα των φίλων με τα κλειδιά του οχήματος που αναφέραμε προηγουμένως. Ως προς τη μέθοδο που ακολουθούν, άλλοι απαιτούν και άλλοι απαγορεύουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, διακρινόμενοι έτσι σε «ενεργητικούς» (π.χ. η απαίτηση προς τους μοτοσυκλετιστές να φορούν κράνος) και «παθητικούς» (π.χ. απαγόρευση κολύμβησης σε μολυσμένα νερά) πατερναλιστικούς νόμους. Στις εν λόγω καταστάσεις οι νόμοι προστατεύουν τα άτομα από μία βλάβη («prevent harm»), ενώ σε άλλες, όπως στην περίπτωση της υποχρεωτικής δημόσιας ασφάλισης, επιδιώκουν την αύξηση του οφέλους του ατόμου («benefit»). Επιπλέον, μία εξίσου κυρίαρχη και αξιοπρόσεκτη διάκριση είναι αυτή μεταξύ άμεσου και έμμεσου πατερναλισμού, για την οποία ο Ronald Dworkin χρησιμοποιεί τους χαρακτηρισμούς καθαρός («pure») και νοθευμένος («impure») πατερναλισμός. Στον άμεσο ή «καθαρό» πατερναλισμό, τα άτομα που προστατεύονται είναι τα ίδια με τα άτομα που εξαναγκάζονται από τον πατερναλιστικό νόμο. Διαφορετικά, στον έμμεσο ή «νοθευμένο» πατερναλισμό τα άτομα που προστατεύονται διαφέρουν από τα άτομα που εξαναγκάζονται: η απαγόρευση της πώλησης ναρκωτικών έχει πατερναλιστικό χαρακτήρα ακριβώς επειδή επιδιώκεται η παρά τη θέλησή του προστασία του αγοραστή των ουσιών. Όταν ο έμμεσος πατερναλισμός επιθυμεί την προστασία τρίτων (π.χ. του συνόλου της κοινωνίας) οι οποίοι δεν συμμετέχουν με κανένα τρόπο στην υπό εξέταση πράξη/ συναλλαγή, τότε ονομάζεται και ανάμεικτος («mixed») <sup>219</sup>.

Η πιο αξιοσημείωτη διάκριση με κριτήριο την παρέμβαση στο αγαθό της αυτονομίας του ατόμου, είναι μεταξύ σκληρού («Hard») και ήπιου («Soft»)

---

<sup>219</sup>Βλ. *Dworkin, Paternalism*, 2017, (<https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/paternalism/>) και *Feinberg*, ό.π., σ. 8 επ..

πατερναλισμού. Ο σκληρός πατερναλισμός αποδέχεται τη θεμελίωση ποινικών νόμων στη βάση της ανάγκης για προστασία του πλήρως ικανού ατόμου από τις επιβλαβείς συνέπειες μίας πράξης, ακόμα και αν αυτή είναι πλήρως αποδεκτή και επιδοκιμαζόμενη από το ίδιο το άτομο. Στον αντίποδα, ο ήπιος πατερναλισμός δέχεται την παραπάνω παρέμβαση μονάχα όταν υπάρχει αμφιβολία ως προς την πλήρη συγκατάθεση του ατόμου σχετικά με την ενέργεια που πράττει ή (ακόμα χειρότερα) όταν διαπιστώνεται πως η συγκατάθεση εκλείπει πλήρως. Ο ήπιος πατερναλισμός δεν τάσσεται υπέρ της απόλυτης απαγόρευσης με επιχειρήματα το μη σώφρον και το επικίνδυνο της πράξης, αλλά νοιάζεται για το ποιόν της απόφασης του ατόμου να προβεί στην εν λόγω πράξη. Εάν λοιπόν η πράξη αποτελεί προϊόν της συνείδησης του, τότε θα πρέπει να επιτραπεί<sup>220</sup>. Συνεπώς, ο ήπιος πατερναλισμός ερευνά ορισμένα στοιχεία ώστε να διαπιστώσει εάν η ενέργεια λαμβάνει χώρα με την πλήρη βούληση του ατόμου. Αρχικά εξετάζεται αν (η εν λόγω βούληση) πηγάζει από τον ίδιο ή έχει δημιουργηθεί σε αυτόν κατόπιν εξωγενούς παραίνεσης · έστω ότι ο Α επιθυμεί να αυτοκτονήσει, αλλά δεν έχει το θάρρος της αυτοπροσβολής. Εάν ο Α καταφέρει να πείσει τον Β να τον σκοτώσει, τότε η αφαίρεση της ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα επιθυμία του Α και ο Β είναι απλώς ένα όργανο. Εδώ ο ήπιος πατερναλισμός δεν επεμβαίνει και ο ρόλος του Β θεωρείται αδιάφορος. Αντίθετα, εάν ο Α ακολουθήσει την προτροπή του Β και αποφασίσει να αυτοκτονήσει, ο ήπιος πατερναλιστής κρίνει ως επιβεβλημένη την αποτροπή της αυτοκτονίας · ο Β, παρόλο που δεν κρατάει το όπλο, διαπράττει πολύ μεγαλύτερο κακό απ' ό,τι στην προτέρα υπόθεση καθώς διαρρηγνύει το βουλευτικό του Α. Επιπλέον, σημασία έχει το ευρύτερο πλαίσιο εντός του οποίου το υπό εξέταση άτομο καλείται να ενεργήσει και να αποφασίσει. Εάν ο βαριά άρρωστος επιλέξει να υποβληθεί σε επικίνδυνη για τη ζωή του επέμβαση, γνωρίζοντας ότι η αδράνειά του πρόκειται να οδηγήσει σύντομα σε βέβαιο θάνατο, η απόφαση αυτή θεωρείται πλήρως λελογισμένη και μη δεκτική επέμβασης από τον ήπιο πατερναλιστή. Βέβαια το λαμβανόμενο ρίσκο θα πρέπει να έχει γίνει απολύτως κατανοητό και ξεκάθαρο για τον ασθενή, ώστε να γνωρίζει τι ακριβώς διακυβεύεται και συνεπώς, τι αποφασίζει<sup>221</sup>. Άρα, ο ήπιος πατερναλισμός προσπαθεί να

---

<sup>220</sup> Βλ. *Feinberg*, ό.π., σ. 12.

<sup>221</sup> Βλ. *Feinberg*, ό.π., σ. 98 επ..

αποσοβήσει έναν λάθος υπολογισμό, πιθανόν μοιραίο, για το καλό του πράττοντος, όπως τούτο εκλαμβάνεται και ορίζεται από τον ίδιο<sup>222</sup>.

### 3.2.3 Φιλελευθερισμός

Η προστασία των τρίτων αποτελεί αποδεκτή αιτιολογία παρέμβασης στην ιδιωτική σφαίρα (The harm principle & The offence principle) και ο ποινικός νόμος τον αποτελεσματικότερο τρόπο για να τη διασφαλίσουμε. Αυτή άλλωστε είναι η βάση κάθε δημοκρατικής κοινωνίας και ο λόγος ύπαρξης του ίδιου του δικαίου. Τα συνταγματικώς κατοχυρωμένα ατομικά δικαιώματα προστατεύονται από την αντικοινωνική ή καταχρηστική άσκησή τους, ήτοι από εξωγενείς παρεμβάσεις που προσβάλλουν την ατομική ελευθερία<sup>223</sup>. Ο χαμηλότερος λόγος κρατικής παρέμβασης που δέχεται ο πατερναλισμός (υπέρ τρίτων) αποτελεί τον μοναδικά αποδεκτό από το αντίπαλο δέος του: τον φιλελευθερισμό. Κατά τον τελευταίο, δεν είναι δυνατό ο ποινικός νόμος να επιδιώκει την προστασία του ατόμου από τον εαυτό του ή να προάγει το κοινωνικό όφελος μέσω καταναγκασμών και περιορισμού της αυτονομίας. Ο ωφελμιστής John Stuart Mill, ένας από τους βασικότερους εκπροσώπους της φιλελεύθερης φιλοσοφίας, υποστηρίζει ότι σεβόμενοι την ατομική ελευθερία, δίνουμε την ευκαιρία στο άτομο να εξελίξει τον χαρακτήρα του και τις δυνατότητές του<sup>224</sup>. *«Οι ανθρώπινες δυνάμεις της αντίληψης, της κρίσης, της διάκρισης του ορθού, της νοητικής ενεργητικότητας, ακόμα και της ηθικής προτίμησης ασκούνται μόνο όταν κάνουμε επιλογή. Εκείνος που κάνει τα πάντα, επειδή αυτό είναι το έθιμο, δεν κάνει καμία επιλογή. Δεν εξασκείται να διακρίνει ή να επιθυμεί το καλύτερο. [...] Αυτός που επιλέγει ο ίδιος το πρόγραμμά του, χρησιμοποιεί όλες τις διανοητικές του δυνάμεις»*, όπως γλαφυρά αναφέρει ο ίδιος στο έργο του *«Περί Ελευθερίας»*<sup>225</sup>.

---

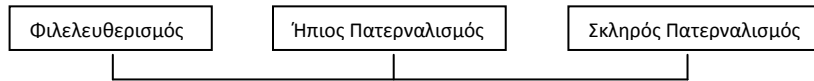
<sup>222</sup> Βλ. *Dworkin*, *The Theory and Practice of Autonomy*, 1988, σ. 129.

<sup>223</sup> Βλ. *Δαγτόγλου*, *Ατομικά Δικαιώματα*, σ. 102.

<sup>224</sup> Βλ. *Sandel*, *Δικαιοσύνη*, σ. 74 επ..

<sup>225</sup> Βλ. *John Stuart Mill*, *On Liberty* (Περί Ελευθερίας), σ. 104.





Η σύντομη παράθεση των φιλελεύθερων θέσεων έχει ως στόχο να καταδείξει το σημείο στο οποίο βρίσκεται ο σκληρός πατερναλισμός σε μία κλίμακα «παρέμβασης στην ατομική αυτονομία». Εάν ο φιλελευθερισμός επιχειρηματολογεί υπέρ της αποτροπής της (με την αίρεση της προστασίας των δικαιωμάτων των τρίτων), ο σκληρός πατερναλισμός πράττει το ακριβώς αντίθετο. Παρότι «πατερναλισμός», ο ήπιος πατερναλισμός έρχεται για να ισορροπήσει την παραπάνω αντίθεση, θέτοντας ως κριτήριο παρεμβολής την έλλειψη συνείδησης ή κατανόησης στην απόφαση του ατόμου να πραγματοποιήσει την επιβλαβή γι' αυτόν ενέργεια. Στο παράδειγμα της αυτοκτονίας, ο φιλελεύθερος αποδέχεται το ατομικό δικαίωμα προς αυτή, ο σκληρός πατερναλιστής το απορρίπτει *no matter what*, και ο ήπιος πατερναλιστής το αποδέχεται υπό τον όρο του λελογισμένου της απόφασης. Μάλιστα, ο Joel Feinberg φτάνει στο σημείο να υποστηρίξει ότι ο ήπιος πατερναλισμός δεν θα έπρεπε καν να χαρακτηρίζεται ως τέτοιος, αλλά να λαμβάνει μία πιο περιγραφική ταυτότητα, όπως «σκληρός αντί – πατερναλισμός» («*hard anti-paternalism*»)<sup>226</sup>.

### 3.2.4 Αυτονομία

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναφέρεται συνεχώς ο όρος «αυτονομία», μέχρι στιγμής όμως δεν έχουμε επεξηγήσει το περιεχόμενό του. Προερχόμενη από την Αρχαία Ελλάδα, η αυτονομία αποτελεί τη σύζευξη του «εαυτού» και του «νόμου». Η εκάστοτε πόλη-κράτος ήταν αυτόνομη όταν μπορούσε να διαμορφώνει μόνη τους νόμους της, δίχως να βρίσκεται υπό την επιρροή ή τον έλεγχο κάποιου κατακτητή<sup>227</sup>. Οι ερμηνείες τις οποίες δύναται να λάβει δεν έχουν μεγάλη απόσταση μεταξύ τους, είναι όμως αρκετά κρίσιμες σε σχέση με την αιτιολόγηση (ή μη) της πατερναλιστικής παρέμβασης.

<sup>226</sup> Βλ. Feinberg, Harm to Self, σ. 13 επ..

<sup>227</sup> Βλ. Dworkin, ό.π. (1988), σ. 12 επ..

Καταρχάς, αρκετοί διαχωρίζουν την αυτονομία από την (κατά τα λοιπά) συγγενή έννοια της ελευθερίας, υποστηρίζοντας πως η δεύτερη αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να πράττει αυτά που επιθυμεί, στηριζόμενος στη προσωπική του δύναμη, δίχως εσωτερικά ή εξωτερικά εμπόδια. Σε αντίθεση με την ελευθερία, η οποία σχετίζεται με την πράξη, η αυτονομία συνδέεται με την επιθυμία και τη γνησιότητά της. Επομένως, κανείς δύναται να πράττει ελεύθερα, χωρίς απαραίτητα να είναι αυτόνομος, εφόσον η «ελεύθερη» ενέργεια υποκινείται από μια επιθυμία που δεν είναι προϊόν της δικής του βούλησης<sup>228</sup>. Υπό αυτό το πρίσμα, η αυτονομία φαίνεται να είναι πιο σημαντική από την ελευθερία, διότι ο περιορισμός της οδηγεί στον πλήρη «εγκλωβισμό» του ατόμου ως ανεξάρτητου όντος, ενώ ο περιορισμός της ελευθερίας έχει ως αποτέλεσμα απλώς την ανικανότητα του ατόμου να τελέσει ορισμένες πράξεις.

Ο εγκλωβισμός βέβαια, είναι πιθανό να μην επέλθει από έναν εξωγενή παράγοντα, αλλά από την ίδια την ανικανότητα του ανθρώπου ως προς την αυτονομία του. Η φυσική ικανότητα (ή ανικανότητα) όμως θα πρέπει να διαχωριστεί από την αντίστοιχη νομική · «φυσικά» επαρκές θεωρείται το άτομο το οποίο μπορεί να τελέσει πράξεις, χωρίς να μας ενδιαφέρει αν οι πράξεις αυτές στερούνται σύνεσης και πνευματικότητας. Σίγουρα, οι πνευματώδεις πράξεις διακρίνονται από τις πιο ποταπές, επομένως δυνάμεθα να τις τοποθετήσουμε σε μία κατάταξη · και οι δύο όμως, υπερβαίνουν την ελάχιστη απαιτούμενη βάση για αυτονομία. Ο μη επαρκής από φυσικής απόψεως αδυνατεί να ενεργήσει πλήρως (ακόμη και τις πιο απλοϊκές δραστηριότητες), και μόνο τότε κρίνεται ως μη αυτόνομος. Αντιθέτως, από νομικής άποψης, πολλά άτομα που με το προηγούμενο κριτήριο θεωρούνται ικανά και άρα αυτόνομα, εδώ θεωρούνται ανίκανα ή περιορισμένως ικανά (π.χ. οι έφηβοι, στα άρθρα 135-138 ΑΚ)<sup>229</sup>.

Η «κατάταξη» των αυτόνομων προσώπων με βάση το «επίπεδο» και το πνευματικό «βάθος» των πράξεών τους φέρνει στην επιφάνεια ένα νέο δίπολο, όπου στη μία πλευρά βρίσκεται η βασική αυτονομία και στην άλλη η αυτονομία

---

<sup>228</sup> Βλ. *Christman*, *Autonomy in Moral and Political Philosophy*, 2015, (<https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/#AutPat>).

<sup>229</sup> Βλ. *Feinberg*, ό.π., σ. 27 επ..

ιδωμένη ως ένα ύψιστο ιδανικό<sup>230</sup>. Στην πρώτη της μορφή, ως αυτονομία ορίζεται η ελάχιστη κατάσταση στην οποία κανείς επιδεικνύει τη στοιχειώδη - αναμενόμενη μέριμνα για τον εαυτό του. Είναι σαφές πως αυτή η μορφή αυτονομίας ευνοεί την πατερναλιστική ρητορική · η ατομική σφαίρα επιδέχεται παρεμβάσεων στις περιπτώσεις εκείνες που ο δρων πλήττει με τις πράξεις του το προσωπικό του συμφέρον. Στον αντίποδα, η ικανότητα προς αυτονομία υποδηλώνει τη μεγαλύτερη δυνατή κατάσταση αυτοδιοίκησης: ο αυτόνομος άνθρωπος είναι κύριος του εαυτού του και των επιλογών του, διαθέτει ξεχωριστή προσωπικότητα, λαμβάνει ατομική πρωτοβουλία και είναι ηθικά αυθεντικός και ηθικά ανεξάρτητος. Θεωρούμε λοιπόν πως ο στόχος που θέτει η «ιδανική» αυτονομία ομοιάζει με το επίπεδο αυτό-ολοκλήρωσης στο οποίο είχαν φτάσει οι φύλακες - βασιλείς, στην Πολιτεία του Πλάτωνα. Ακόμα και αν το άτομο επιτύχει αυτή τη μορφή αυτονομίας όμως, ο πατερναλισμός βρίσκει και πάλι χώρο επέμβασης: το παραστράτημα, όταν δεν συμπεριλαμβάνεται στο ευρύτερο πλαίσιο δράσης, αποτελεί την αφορμή η οποία θα επιτρέψει στον πατερναλιστή να επέμβει και να «παραμερίσει» την αυτονομία για το καλό του ατόμου, δηλαδή για να τον επαναφέρει στο δρόμο του στόχου του. Επιπλέον, αρκετά άτομα που δεν θα καταφέρουν ποτέ να αγγίξουν την ιδανική αυτονομία και να θέσουν τους ατομικούς στόχους, θα ετεροκαθορίζονται από την κρατική επέμβαση<sup>231</sup>.

Ο πιο ασφαλής ορισμός της αυτονομίας υποστηρίζεται και από τον *von Hirsch* τον και τον *Husak* πως είναι το μέσο των δύο προαναφερθέντων: η απλή κυριαρχία στην επιλογή. Σε πρώτη φάση το άτομο έχει το ηθικό δικαίωμα να προβεί στην τέλεση μίας πράξης, αλλά αποτρέπεται όταν πλήττει εξίσου ισχυρά ηθικά δικαιώματα, όπως αυτά των τρίτων. Τελικά όμως θα πρέπει να δεχθούμε ή να απορρίψουμε πατερναλιστικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην προστασία του ατομικού καλού του ιδίου του πράττοντος<sup>232</sup>;

---

<sup>230</sup> Βλ. *Christman*, ό.π..

<sup>231</sup> Βλ. *von Hirsch*, Άμεσος Πατερναλισμός: Τιμωρώντας τους Δράστες της Αυτοπροβολής, σ. 10.

<sup>232</sup> Βλ. *Husak*, *Drugs and Rights*, σ. 88.

### 3.2.5 Το Ατομικό Καλό

Στην προσπάθειά μας να απαντήσουμε στο παραπάνω ερώτημα θα παρουσιάσουμε τις θεωρίες του ωφελισμού του Jeremy Bentham και της κανονικής δεοντοκρατίας του Immanuel Kant, οι οποίες αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο την έννοια της ηθικής, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να διατηρούν αντίθετη στάση ως προς την πατερναλιστική «διάρρηση» της ατομικής αυτονομίας χάριν του ατομικού καλού.

Κατά τον ωφελισμό, η ωφέλεια (ήτοι το καλό) αποτελεί τον ύψιστο σκοπό της ύπαρξής μας, σε αντιπαράθεση με το κακό, δηλαδή τον πόνο και τη δυστυχία. «Ηθικό» είναι κάθε τι που θα μπορούσε να μας προξενήσει χαρά και να απομακρύνει οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα. Είναι σαφές πως μία τέτοια θεωρία βασίζεται στην υπολογιστική λογική «κόστους - οφέλους», μη δεχόμενη βαθύτερες ηθικές αξίες. Οι περίπλοκες (ηθικές) επιλογές που δύνανται να παρουσιαστούν σε κάθε στιγμή της ζωής μας απλοποιούνται και μετατρέπονται σε «νομίσματα» χαράς και λύπης. Φυσικά, τα ατομικά δικαιώματα δεν αναγνωρίζονται και παρασύρονται στο ευρύτερο «υπολογιστικό» πλαίσιο της επιδίωξης της ευτυχίας· μία απόφαση που θα φάνταζε άδικη ή, ακόμα περισσότερο, αντίθετη στα δικαιώματα του ατόμου ή μερίδας ατόμων, εδώ αιτιολογείται ως «το αναγκαίο κακό» του ωφελιστικού «καλού», είτε του ατόμου είτε του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού. Οι άνθρωποι απλώς πράττουν (ή, τους επιτρέπεται να πράττουν) ό,τι είναι πιθανό να τους οδηγήσει στην ηδονή ή να τους απομακρύνει από τον πόνο<sup>233</sup>. Είναι σαφές ότι η ωφελιστική λογική θα μπορούσε να αποτελέσει το βασικό επιχείρημα ενός πατερναλιστή εάν κατάφερνε να αποδείξει ότι μία πράξη του ατόμου παράγει μεγαλύτερη βλάβη παρά καλό, ώστε να επέμβει στην αυτονομία του και να (του) την απαγορεύσει.

Σε αντιδιαστολή με τα προηγούμενα, η ηθική φιλοσοφία του Kant αποδεσμεύει την ηθική αρετή από την ευδαιμονία. Ο ηθικός νόμος στηρίζεται σε a priori αρχές οι οποίες δεν απαιτούν αιτιολόγηση, προϋπάρχουν της ανθρώπινης φύσης και καθορίζουν την ανθρώπινη βούληση. Χάρη στον ηθικό νόμο γνωρίζουμε

---

<sup>233</sup> Βλ. Sandel, ό.π., σ. 54 επ..

τις έννοιες του καλού και του κακού και το περιεχόμενό τους. Συνεπώς, η ηθική είναι ανώτερη από τέτοιες έννοιες και σε κανένα σημείο δεν θα πρέπει να την παραβιάζουμε για χάρη τους. Τελικά, ο σκοπός της ηθικής δεν είναι η επίτευξη ή η επαύξηση των όμορφων συναισθημάτων όπως στον ωφελιμισμό, αλλά ο σεβασμός προς τα πρόσωπα. Ο σεβασμός επιτυγχάνεται μονάχα αν αντιμετωπίσουμε τον άλλον ως αυτοσκοπό (και όχι ως μέσο επίτευξης άλλων σκοπών), δηλαδή ως άτομο ικανό να αναπτύξει, να επιδιώξει τους δικούς του στόχους καθώς και να δράσει σύμφωνα με έναν νόμο που δεν του επιβάλλεται, αλλά δίνει ο ίδιος στον εαυτό του. Ο Kant δεν επιχειρηματολογεί υπέρ μίας αόριστης έννοιας «ατομικού νόμου». Η βούληση του όντος να θέσει στόχους αλλά και να διαλέξει εκείνον το νόμο στον οποίο πρόκειται να υπακούσει καθορίζεται από τον ορθολογισμό, ήτοι την λογική. Επομένως, οποιοσδήποτε χρησιμοποιεί τον καθαρό λόγο, θα καταλήξει στα ίδια συμπεράσματα, αφού η λογική είναι μία και κοινή και δεν σχετίζεται με τα ατομικά συμφέροντα του καθενός. Βασική προϋπόθεση των «κατηγορικών» (απόλυτων) προσταγών της φιλοσοφίας του Kant είναι η ηθική αυτονομία · η ηθική δράση είναι η αυτόνομη δράση<sup>234</sup>. Επομένως οποιαδήποτε πατερναλιστικού τύπου παρέμβαση σε αυτή κρίνεται καταδικαστέα και απορριπτέα.

Όπως και στα κεφάλαια του «Φιλελευθερισμού» και της «Αυτονομίας», έτσι και στο παρόν επιλέγουμε να αναζητήσουμε τη «χρυσή» τομή. Κατά τον *von Hirsch* λοιπόν, το ατομικό καλό θα μπορούσε να αναφέρεται στους μακροπρόθεσμους στόχους του ατόμου που υποδεικνύονται από τη γενικότερη στάση ζωής που ακολουθεί. Μία ξαφνική απόκλιση υπό «αφύσικες» συνθήκες, η οποία θέτει τα σχέδια αυτά στον κίνδυνο του πλήρους αφανισμού (π.χ. αυτοκτονία υπό το καθεστώς απελπισίας) φαίνεται να δικαιολογεί μία - σύντομη και περιορισμένη στην επαναληπτικότητά της - παρέμβαση στην αυτονομία του ώστε να αποφευχθεί το επιγενόμενο κακό<sup>235</sup>. Η παρούσα ερμηνεία είναι συνεπής με τη λογική του ήπιου πατερναλισμού που αναπτύξαμε πρωτύτερα.

Η προαναφερθείσα προσέγγιση του «ατομικού καλού», σε γενικές γραμμές μας φαίνεται ελκυστική. Παρόλα αυτά πρέπει να υπογραμμίσουμε το εξής: μας

---

<sup>234</sup> Για το συγκεκριμένο, βλ. *Sandel*, ό.π., σ. 177 (εξ' ου και ηθική αυτονομία). Για το σύνολο, βλ. *Sandel*, ό.π., σ. 149 επ. και *Βουτσάκη*, Το δικαίωμα στον ιδιωτικό βίο, σ. 180 επ..

<sup>235</sup> Βλ. *von Hirsch*, ό.π., σ. 13.

είναι αδύνατο να ταχθούμε ξεκάθαρα υπέρ κάποιας συγκεκριμένης άποψης, η οποία θα έχει εφαρμογή στο σύνολο των περιπτώσεων. Καταρχήν η εξαρχής απόρριψη οποιασδήποτε παρέμβασης είναι τουλάχιστον δογματική. Υπάρχουν καταστάσεις (όπως η απόπειρα αυτοκτονίας) στις οποίες θα πρέπει - αν όχι να τις διακόψουμε - τουλάχιστον να ερευνήσουμε τα κίνητρα στα οποία στηρίζονται. Σε όλα αυτά όμως, χρειάζεται να συνυπολογίσουμε και τις ιδιαιτερότητες που ανακύπτουν στο εκάστοτε ζήτημα, όπως εν προκειμένω των ναρκωτικών ουσιών, το οποίο θα εξεταστεί ακολούθως.

### **3.3 Πατερναλισμός και Ναρκωτικές Ουσίες**

#### ***3.3.1 Το Ζήτημα της Ποινικοποίησης - Αποποινικοποίησης***

Ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει οι κοινωνίες να αντιμετωπίσουν, από νομικής άποψης, τις ουσίες αλλά και τα άτομα που σχετίζονται με αυτές αποτελεί μία εκ των βασικότερων προβληματικών της σύγχρονης εποχής. Όπως είναι φυσικό, πληθώρα απόψεων έχει εκφραστεί επί του ζητήματος: κάποιοι θεωρούν ότι το πρόβλημα επιλύεται (ή περιορίζεται) με την αυστηρή ποινικοποίηση, άλλοι υποστηρίζουν τη ριζοσπαστική θέση της πλήρους αποποινικοποίησης (ή, πιο ορθά, απεγκληματοποίησης), ενώ οι υπόλοιπες θέσεις βρίσκονται μεταξύ των δύο προαναφερθέντων.

##### ***3.3.1.1 Προστασία Υπέρ Τρίτων***

Στην πρώτη ενότητα του παρόντος μιλήσαμε εκτενώς για τις επιπτώσεις των διάφορων ναρκωτικών ουσιών στον ανθρώπινο οργανισμό και παρουσιάσαμε την ευρεία τους έκταση στον δυτικό πολιτισμό κατά τον 20<sup>ο</sup> και 21<sup>ο</sup> αιώνα. Τα ναρκωτικά καταστρέφουν και ευτελίζουν την ανθρώπινη ζωή. Η σωματική υγεία του ατόμου τίθεται σε κίνδυνο ενώ η εξαρτητική τους δράση προσβάλλει την ψυχική του ακεραιότητα. Ο άνθρωπος μετατρέπεται σε έρμαιο της εξάρτησης, θέτοντας ως μοναδικό λόγο ύπαρξης την εύρεση και λήψη της ουσίας. Σε ένα πρώτο επίπεδο, η

«ποινικοποίηση των ναρκωτικών» αιτιολογείται στη βάση της προστασίας των τρίτων. Ειδικότερα, η προστασία αυτή θα ήταν δυνατό να διχοτομηθεί σε προστασία «προς το άτομο» και προστασία «από το άτομο». Η πρώτη κατάσταση αναφέρεται στις ενέργειες «χορήγησης» της ουσίας από ένα άτομο σε ένα άλλο, όπως για παράδειγμα η πώληση. Από τη στιγμή λοιπόν που αναγνωρίζουμε πως τα ναρκωτικά πλήττουν την υγεία μας, θα έπρεπε κατ' αρχήν να αποδεχθούμε το αξιόποιο του Α, ο οποίος πουλά ποσότητα ηρωίνης στον Β. Φυσικά δεν αμφισβητείται ότι η τελική τιμώρηση θα βασίζεται στην αρχή της αναλογικότητας, συνυπολογιζομένων και των ειδικότερων περιστάσεων, όπως η πωληθείσα ποσότητα, η ποιότητά της κ.ο.κ..

Η δεύτερη περίπτωση αφορά την αυξημένη πιθανότητα του εξαρτημένου ατόμου να τελέσει κάποιο έγκλημα. Είναι γνωστό, ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό των ουσιοεξαρτημένων ζει άστατα, δίχως σταθερή στέγη, τροφή, εργασία και εισόδημα. Είναι πολύ πιθανό επομένως το άτομο να στραφεί σε εγκληματικές δραστηριότητες για να εξασφαλίσει τα προς το ζην ή την επόμενη δόση του, καθιστώντας εαυτόν «επικίνδυνο» για το κοινωνικό σύνολο.

Η έννοια της επικινδυνότητας χρήζει ιδιαίτερης μνείας καθότι αποτελεί πεδίο αντιπαραθέσεων στην εγκληματολογική και ποινική επιστήμη και λόγο θεμελίωσης αντικρουόμενων τάσεων ως προς την αιτιολογική υπόσταση της ποινής. Εισήχθη στην εγκληματολογική έρευνα από τους εκπροσώπους της Ιταλικής Θετικής Σχολής. Ειδικότερα, το πρώτο βήμα έκανε ο αποκαλούμενος και ως «πατέρας» της, Cesare Lombroso, ο οποίος με το έργο του «*L' uomo delinquente*» («Ο εγκληματίας άνθρωπος»), έστρεψε το ενδιαφέρον της αναζήτησης των λόγων εγκλημάτισης από την ίδια την πράξη, στον εγκληματία. Ο Ιταλός επιστήμονας συμπέρανε, ύστερα από εμπειρική παρατήρηση, ότι ορισμένα φυσικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα «*stigmata hereditatis*» (π.χ. υπερβολικές ρυτίδες, ασυμμετρία προσώπου), οδηγούν τον άνθρωπο στο έγκλημα<sup>236</sup>. Στη συνέχεια, ο Raffaele Garofalo, εισήγαγε την πιθανότητα πρόκλησης φόβου («*temibilita*») ως κριτήριο επιμέτρησης της ποινής. Παράγοντες που επηρέαζαν την «*temibilita*» ήταν κατά τον Garofalo, η προσωπικότητα, η προηγούμενη ζωή και γενικότερα ο βαθμός κοινωνικότητας και

---

<sup>236</sup> Βλ. Σπινέλλη, Εγκληματολογία, σ. 215.

«ηθικής ανωμαλίας του». Προέκυψαν λοιπόν τέσσερις κατηγορίες εγκληματιών<sup>237</sup>, οι οποίες συνοδεύονταν και από ανάλογες ποινές. Η «temibilita» εξελίχθηκε από τον Enrico Ferri στην «pericolosita», δηλαδή την επικινδυνότητα του ατόμου, για τη μέτρηση της οποίας ελήφθησαν υπόψη ο βαθμός, η πιθανή διάρκεια και η τάση της. Επιπλέον ο Ferri διέκρινε μεταξύ κοινωνικής επικινδυνότητας («pericolosita sociale»), η οποία απαιτούσε πρακτικές πρόληψης και εγκληματικής επικινδυνότητας («pericolosita criminale») που αφορούσε εξολοκλήρου το ποινικό δίκαιο<sup>238</sup>. Η αντικοινωνικότητα ως στοιχείο της επικινδυνότητας, όπως παρουσιάστηκε από τους Garofalo και Ferri, αποτέλεσε το βασικό στόχο της ποινής στα πλαίσια του προνοιακού προτύπου. Σε αντίθεση με το τιμωρητικό πρότυπο που αποσκοπούσε στη γενική πρόληψη, δηλαδή την προστασία της κοινωνίας μέσω της εξουδετέρωσης του δράστη, το προνοιακό πρότυπο στράφηκε προς την ειδική πρόληψη, ήτοι την αναμόρφωση και ηθική βελτίωση του δράστη - «ασθενούς». Για το λόγο αυτό υιοθετήθηκαν μέθοδοι που ανέπτυσσαν τα κοινωνικά στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου με απώτερο στόχο την επανακοινωνικοποίησή του. Την ίδια εποχή, ο F. Grammatica, Ιταλός θεωρητικός της κοινωνικής άμυνας, έθεσε την αντικοινωνικότητα στο επίκεντρο του ποινικού δικαίου, υποβαθμίζοντας το στοιχείο της «ευθύνης» και αντικαθιστώντας τις ποινικές κυρώσεις με τα «μέτρα κοινωνικής άμυνας». Τα μέτρα αυτά ήταν δυνατό να επιβληθούν πριν καν τελεστεί το έγκλημα, εφόσον υπήρχαν αποχρώσεις ενδείξεις αντικοινωνικής συμπεριφοράς<sup>239</sup>. Το έντονο υποκειμενικό στοιχείο της προαναφερθείσας άποψης, σε συνδυασμό με τις καταφανείς παραβιάσεις του προνοιακού προτύπου στα δικαιώματα των δραστών καθώς και η απεμπόληση οποιασδήποτε έννοιας αναλογικότητας μεταξύ εγκληματικής πράξης και ποινής είχε σαν αποτέλεσμα τον επαναπροσδιορισμό των στόχων της σύγχρονης αντεγκληματικής πολιτικής, η οποία τελικώς υιοθέτησε το «δικαιικό» πρότυπο, με κύριο μέλημα την προσπάθεια αποκατάστασης και επανένταξης του εγκληματία στην κοινωνία, σε συνδυασμό με την απόδοση δίκαιης ανταμοιβής για το έγκλημα που τέλεσε<sup>240</sup>. Παρόλα αυτά, η

---

<sup>237</sup> 1. δολοφόνοι, 2. βίαιοι δράστες, 3. Κλέφτες, 4. Φιλήδονοι δράστες.

<sup>238</sup> Βλ. Γιαννούλη, Η Επικινδυνότητα του Δράστη και η Εκτίμηση των Κινδύνων από Δικαιοκρατικής Σκοπιάς, σ. 10 επ..

<sup>239</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 15 επ..

<sup>240</sup> Βλ. Ζημιανίτη, Υπερ, 1999, σ. 1358 επ..



μετατόπιση προς το δικαικό πρότυπο δεν ήταν πλήρης, αφού η έννοια της επικινδυνότητας διατηρήθηκε, μετακινούμενη όμως προς το «ρίσκο» («risk»), μια έννοια λιγότερο προσωποκεντρική και στιγμιστική, που επικεντρώνεται στην πράξη και όχι στο άτομο<sup>241</sup>. Ο κίνδυνος λοιπόν βρήκε τη θέση του στα σύγχρονα εθνικά και ευρωπαϊκά κείμενα με χαρακτηριστικότερα (και σχετικά με το θέμα μας) παραδείγματα, το άρθρο 71 ΠΚ, που προβλέπει την εισαγωγή αλκοολικών ή ουσιοεξαρτημένων σε θεραπευτικό κατάστημα και η Σύσταση CM/REC (2014)3 του Συμβουλίου της Ευρώπης για τους «επικίνδυνους δράστες» («dangerous offenders»). Μεταξύ άλλων η εν λόγω σύσταση συμβουλεύει τα κράτη-μέλη που προβλέπουν θεραπευτικά μέτρα να σέβονται την αρχή της νομιμότητας<sup>242</sup>. Ο Μυλωνόπουλος αναφέρει χαρακτηριστικά πως οι ετεροβλάβες που επιφέρει η χρήση ναρκωτικών ουσιών, αποτελούν νόμιμο λόγο τιμώρησης καθότι προσβάλλουν τη δημόσια υγεία. Η αποδεδειγμένη αρνητική δράση των ναρκωτικών στην ψυχική ισορροπία των ουσιοεξαρτημένων τους καθιστά επικίνδυνους για το κοινωνικό σύνολο, οι οποίοι υπό την επήρεια τους είναι πιθανό να τελέσουν πληθώρα εγκλημάτων<sup>243</sup>.

Προέκταση της ετεροβλάβης εκτιμάται ότι αποτελεί και το επιχείρημα περί του κινδύνου της συνολικής κοινωνικής απόσυρσης («*garrison model*»). Ένα άτομο που εμφανίζει τάσεις αναχωρητισμού, επιλέγοντας μια μη παραγωγική ζωή στηριζόμενη στη «λωτοφαγία», δηλαδή την εξάρτηση από ουσίες, υποστηρίζει ότι η κοινωνική του παραίτηση είναι «δικό του πρόβλημα». Όταν όμως το φαινόμενο αυτό λάβει ευρύτατες διαστάσεις και παρατηρηθεί σε αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού, δεν είναι δυνατό να αποτελεί μονάχα «πρόβλημα του καθενός» αλλά φυσιολογικά μετατρέπεται σε πρόβλημα ολόκληρης της κοινωνίας. Συνεπώς, η απαγόρευση και εδώ δεν απαιτεί πατερναλιστική θεμελίωση αλλά αρκείται στο αξίωμα της προστασίας των τρίτων<sup>244</sup>.

---

<sup>241</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 35 επ..

<sup>242</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 75, 85 επ..

<sup>243</sup> Βλ. Μυλωνόπουλο, Προμήθεια, κατοχή και καλλιέργεια ναρκωτικών προς ίδια χρήση, ΠοινΔικ 2013, σ. 2-3. Ενδεικτικά προβάλλεται το φαινόμενο του παραμελημένου και κακοποιημένου τέκνου ουσιοεξαρτημένων γονιών και η βίαιη καταστροφική συμπεριφορά χρόνιων χρηστών κρακ και MDMA.

<sup>244</sup> Βλ. *Feinberg*, ό.π., σ. 23.

### 3.3.1.2 Η Απόρριψη της Αυτοβλάβης

Ανακεφαλαιώνοντας, ένας νόμος είναι πατερναλιστικός (ή «ανάμεικτα» πατερναλιστικός εφόσον στους σκοπούς του εντάσσεται και η προστασία των τρίτων), όταν ο επιβαλλόμενος περιορισμός της ατομικής αυτονομίας πραγματοποιείται χάριν του ατομικού καλού. Κατά τον Arneson, το πατερναλιστικό στοιχείο υφίσταται μονάχα όταν ο νόμος βρίσκεται ενάντια στην (παρούσα) θέληση του ατόμου. Βέβαια, ο νομοθέτης δεν νομοθετεί έχοντας στο νου του τις υποκειμενικές ανάγκες του κάθε ατόμου ξεχωριστά, έτσι ώστε να διαπιστώσει αν ο νόμος που προετοιμάζει είναι πράγματι πατερναλιστικός. Όμως, εάν οι περισσότεροι άνθρωποι που υπόκεινται στον εν λόγω νόμο τον αποδέχονται και ο νόμος έχει δημιουργηθεί για το καλό τους («*for their sakes*») και όχι για να επιβάλει την ασφάλεια και τη σύνεση στην απρόθυμη μειοψηφία, τότε ο νόμος μπορεί να χαρακτηριστεί άδικος για τη μειοψηφία, αλλά σίγουρα όχι πατερναλιστικός, αφού προωθεί το καλό της πλειοψηφίας και δεν αποσκοπεί στην «επιβολή» του καλού όσων δεν το επιθυμούν - ακόμα και αν το πετυχαίνει<sup>245</sup>.

Η πολιτική της «μηδενικής ανοχής» που παρουσιάστηκε από τους Αμερικανούς James Q. Wilson και George L. Kelling, αποτελεί μέχρι και σήμερα την πιο «αυστηρή» πρόταση αντιμετώπισης του ζητήματος των ναρκωτικών ουσιών, στηριζόμενη και σε πατερναλιστικά κίνητρα. Στρεφόμενος κατά της απεγκληματοποίησής τους, Ο Wilson θεωρεί πως αυτή θα οδηγήσει σε εκτράχυνση της χρήσης, της εξάρτησης και τελικά στην αποδόμηση της κοινωνίας. Κατά τον Αμερικανό κοινωνιολόγο άλλωστε, τα ναρκωτικά δεν αποτελούν το «απαγορευμένο μήλο», δηλαδή την ένοχη απόλαυση, η οποία είναι πιθανό να εκλείψει αν νομιμοποιηθεί. Αντιθέτως, θεωρεί πως τα ναρκωτικά είναι σημείο των καιρών, μία στρεβλή «δραστηριότητα» την οποία οι άνθρωποι λατρεύουν διότι μέσω αυτής εκφράζουν την ελευθερία τους. Στηριζόμενος στην ωφελμιστική λογική κόστους - οφέλους, επικεντρώνει την προσοχή του στις επιπτώσεις των ναρκωτικών προς το κοινωνικό σύνολο και καταλήγει στην άποψη ότι η αυστηρή ποινικοποίηση

---

<sup>245</sup> Βλ. Arneson σε Christian Coons and Michael Weber, eds., *Paternalism: Theory and Practice* (Cambridge: Cambridge University Press, 2013), *Paternalism and the Principle of Fairness*, σ. 146-148 και Feinberg, ό.π., σ. 20.

«γλιτώνει» την κοινωνία από τα ναρκωτικά. Το όφελος αυτό είναι πολύ μεγαλύτερο από οποιοδήποτε οικονομικό κόστος απαιτείται για να επιτευχθεί<sup>246</sup>. Όμως δεν λαμβάνει υπόψη το κόστος που μπορεί να έχει η όλη ποινική διαδικασία για το χρήστη, το οποίο, είναι πιθανό να είναι πολύ μεγαλύτερο από τη ζημία που του προκαλεί η χρήση των ουσιών. Εάν σε όλα αυτά συνυπολογίσουμε και το γεγονός ότι ο αριθμός των σοβαρά πληγέντων από τις ουσίες, δηλαδή των εξαρτημένων, είναι προφανώς πολύ μικρότερος από τους απλούς χρήστες, τότε το ωφελιμιστικό επιχείρημα του Wilson αποδυναμώνεται ακόμα περισσότερο. Στον αντίποδα, οι ελευθεριακοί υποστηρίζουν πως ο πόλεμος κατά των ναρκωτικών επιφέρει ένα δυσβάσταχτο οικονομικό κόστος και ταυτόχρονα στέφεται με παταγώδη αποτυχία, αφού οι ποσότητες των ουσιών που κυκλοφορούν παράνομα στην αγορά δεν εμφανίζουν κάποια μείωση. Η ποινικοποίηση, αντί να απλοποιεί, περιπλέκει ακόμα περισσότερο τα πράγματα και δημιουργεί καταστάσεις οι οποίες δεν θα εμφανίζονταν εάν η χρήση ήταν επιτρεπτή εκ του νόμου. Ως παραδείγματα αναφέρουμε την παγκόσμια αύξηση του οργανωμένου εγκλήματος που προωθεί τις ουσίες καθώς και τη συμμετοχή διεφθαρμένων πολιτειακών οργάνων (π.χ. αστυνομικών και δικαστών) σε τέτοιου είδους κυκλώματα<sup>247</sup>.

Κατά τον Wilson τα ναρκωτικά οδηγούν το άτομο στην ηθική εξαθλίωση. Το ατομικό καλό που εξασφαλίζεται από έναν αυστηρό ποινικό νόμο δεν αφορά τόσο την προστασία της υγείας όσο την προστασία της ηθικής του ατόμου. Ο πατερναλισμός στην προκειμένη περίπτωση, εμφανίζεται με τη μορφή του ηθικά νομικού πατερναλισμού, δηλαδή της απαγόρευσης μίας πράξης, ακόμα και αν ενεργείται με την ολοκληρωτική θέληση του ατόμου, εφόσον του προκαλεί ηθική ζημία («moral harm»)<sup>248</sup>. Ο εκτενής περιορισμός της αυτονομίας δικαιολογείται, αφού η πολιτεία καλείται να προστατεύσει το άτομο από συμπεριφορές οι οποίες θεωρούνται απρεπείς. Χάρη σε αυτή την παρέμβαση, ο πολίτης συνηθίζει να υπακούει στις κοινωνικά αποδεκτές αρετές και συνεπώς διαμορφώνει έναν καλό και ενάρετο χαρακτήρα<sup>249</sup>.

---

<sup>246</sup> Βλ. *Τζαννετάκη*, ό.π., σ. 167 επ..

<sup>247</sup> Βλ. *Husak*, ό.π., σ. 52 επ..

<sup>248</sup> Βλ. *Feinberg*, *Harm to Self*, σ. xvii.

<sup>249</sup> Βλ. *Τζαννετάκη*, ό.π., σ. 188 επ..

Υποθέτουμε πως ο Αριστοτέλης και ο Kant θα αντιδρούσαν στο άκουσμα των ρήσεων του Wilson περί ηθικής αρετής. Ο Έλληνας φιλόσοφος με τη διάκριση μεταξύ ηθικών και διανοητικών αρετών τόνισε πως ο νους και η λογική είναι τα εφόδια για την κατάκτηση της ηθικής τελειότητας. Η καταδυνάστευση των λειτουργιών της διανοίας πρόκειται να μετατρέψει τους ανθρώπους σε άβουλα, μη αυτόνομα όντα, τα οποία μονάχα θα υπακούουν και θα μιμούνται. Στόχος όμως δεν θα πρέπει να είναι η καλή συμπεριφορά, την οποία μπορεί να προσποιηθεί ο καθένας, αλλά ο καλός χαρακτήρας. Άλλωστε, η αυστηρή αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτημένων από τον Wilson φαίνεται ότι αποσκοπεί περισσότερο στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, παρά στην παροχή βοήθειας προς αυτούς<sup>250</sup>. Επιπλέον, ο λόγος του είναι περισσότερο διχαστικός παρά ενωτικός. Ο συντηρητισμός της υποστηριζόμενης από πολλούς θέσης της αυστηρής ποινικοποίησης, φτάνει να αντιμετωπίζει τη χρήση ως μία κουλτούρα που στρέφεται ενάντια στις αξίες της κοινωνίας μας, η οποία, κατά πως φαίνεται, λειτουργεί «ορθά» μονάχα όταν οι πολίτες της ενεργούν σύμφωνα με τους προκαθορισμένους ρόλους τους<sup>251</sup>. Είναι κατανοητό πως τέτοιου είδους απόψεις αποτελούν πρόσφορο έδαφος για ακραίες πρακτικές και μεθόδους, οι οποίες καταδυναστεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και το δημοκρατικό μας πολίτευμα. Η ηθική καθοδήγηση των πολιτών από το κράτος μέσω του νόμου μπορεί πολύ εύκολα να λάβει τη μορφή της ηθικής καταδυνάστευσης, εφόσον δεν τηρηθούν κάποια μέτρα.

Εντούτοις, η διαφαινόμενη ανησυχία των συντηρητικών δεν είναι αδικαιολόγητη. Μάλιστα, μέσα από τις θέσεις τους έρχονται στην επιφάνεια αρκετά κρίσιμα ζητήματα, όπως η σύγκρουση μεταξύ οικονομικού κόστους, ήτοι τα έξοδα για τη θεραπεία των ουσιοεξαρτημένων ατόμων που καλύπτονται από το κράτος (και συνεπώς από τους φορολογούμενους) και ηθικού κόστους, δηλαδή της ψυχικής εξαθλίωσης των ουσιοεξαρτημένων, οι οποίοι χάνονται στο σκοτάδι των ουσιών, αλλά και των δικών τους ανθρώπων<sup>252</sup>. Φυσικά, είναι πάντοτε παρούσα η

---

<sup>250</sup> Βλ. Τζαννετάκη, ό.π., σ. 193 επ..

<sup>251</sup> Βλ. Τζαννετάκη, ό.π., σ. 205 επ..

<sup>252</sup> Βλ. *Feinberg*, ό.π., σ. 139 επ. και Τζαννετάκη, ό.π., σ. 214.

προβληματική περί ατομικής αυτονομίας, η οποία περιπλέκει ακόμα περισσότερο τα δεδομένα.

### 3.3.1.3 Η «Μέση» Λύση

Επιχειρώντας να ξεπεράσουμε το σκόπελο της αμφιβολίας και των αδιεξόδων τα οποία έχουν βασανίσει όλους τους επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί εκτενώς με την υπό παρουσίαση προβληματική, θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μία σαφή απάντηση, με όσες επιφυλάξεις γεννώνται και βεβαίως αναγνωρίζοντας πως δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, παρά μόνον απόψεις.

Νωρίτερα παραθέσαμε ορισμένα επιχειρήματα σχετικά με την απαγόρευση των ναρκωτικών χάριν της διασφάλισης των δικαιωμάτων, όχι του χρήστη, ούτε του εμπόρου (εφόσον αναφερόμαστε και σε καταστάσεις διπλής σχέσης όπως η πώληση), αλλά των τρίτων, οι οποίοι δεν έχουν καμία συμμετοχή. Από τη στιγμή λοιπόν που κρίνεται ότι οι ναρκωτικές ουσίες απειλούν την ακεραιότητα των λοιπών, δεν έχουμε παρά να δεχθούμε την κατ' αρχήν ποινικοποίηση των ναρκωτικών ουσιών<sup>253</sup>. Συνεπώς, το ερώτημα που καλούμαστε να απαντήσουμε ακολούθως είναι αν έχουμε τη δυνατότητα να θεμελιώσουμε την ποινικοποίηση αυτή και σε πατερναλιστικά κριτήρια. Ο *von Hirsch* κρίνει πως η επικριτική και αποδοκιμαστική φύση της ποινής προς την πράξη που τελέστηκε στο παρελθόν δεν συνάδει με το πατερναλιστικό ενδιαφέρον για τους στόχους του ατόμου, που αναφέρονται στο μέλλον. Συνεπώς, η ποινική κύρωση δεν είναι δυνατόν να στηρίζεται σε πατερναλιστικά επιχειρήματα, αφού ο προσανατολισμός του πατερναλισμού στο μέλλον καθιστά την ποινή, η οποία ενέχει αναδρομικά και επικριτικά χαρακτηριστικά, μια ακατάλληλη μορφή αντίδρασης<sup>254</sup>. Κατά τον *Μυλωνόπουλο* όμως, «η προμήθεια και κατοχή ναρκωτικών προς ιδία χρήση καθώς και η καλλιέργεια φυτών κάνναβης προς ιδία χρήση δεν συνδέεται μόνον με αυτοβλάβες (που και αυτές καταλήγουν σε ετεροβλάβες, αφού ο ναρκομανής στερεί το κοινωνικό σύνολο και την οικογένειά του των υπηρεσιών του) αλλά και με βλάβες

---

<sup>253</sup> Βλ. και *Δαγτόγλου*, ό.π., σ. 182.

<sup>254</sup> Βλ. *von Hirsch*, ό.π., σ. 16 επ..

προς άλλους τις οποίες ο νομοθέτης δεν δικαιούται να ανεχθεί καθόσον συνιστούν βαρεία και αφόρητη προσβολή της ελευθερίας των άλλων. Διότι η χρήση ναρκωτικών συνιστά μεν αυτοβλάβη αλλά συγχρόνως οδηγεί σε ολοκληρωτική άρση της αυτονομίας του ατόμου. **Η προστασία επομένως του ατόμου από την αυτοκαταστροφή, στην οποία με μαθηματική βεβαιότητα θα τον οδηγήσουν, είναι επιτρεπτή επέμβαση, αφού γίνεται υπό καθεστώς άρσης της αυτονομίας»<sup>255</sup>.** Εάν λοιπόν, κατά τον Goodin, χρησιμοποιούμε το επιχείρημα της αυτονομίας για να απορρίψουμε τους πατερναλιστικούς νόμους κατά των ναρκωτικών, θα έπρεπε να το χρησιμοποιήσουμε και για να απορρίψουμε την ίδια τη χρήση, αφού αυτή οδηγεί σε εθισμό και άρση της αυτονομίας<sup>256</sup>. Αυτό θεωρούμε πως είναι και το κρίσιμο σημείο στην όλη προβληματική. Ο Wilson, αναφερόμενος στην κοκαΐνη υπογραμμίζει πως εκφυλίζει την φύση του ανθρώπου: μετατρέπεται σε ένα «φάντασμα» το οποίο ειδικά μετά από ένα σημείο υπακούει στις ζωώδεις ορμές του, δίχως να έχει καν τη δυνατότητα να τις επεξεργαστεί και να ενεργοποιήσει τους φραγμούς της λογικής<sup>257</sup>. Παράλληλα, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως, όπως υπογράμμισε πρώτος ο Αριστοτέλης, ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό όν. Εάν ήταν αυτάρκης από μόνος του και δεν είχε ανάγκη την πόλη, τότε δεν θα προοριζόταν από τη φύση του να οργανώνει κοινωνίες και να ζει με τους συνανθρώπους του. Η πόλη αποτελεί το όλον, και μόνο μέσα στους κόλπους της οι άνθρωποι έχουν την ευκαιρία να επιτύχουν την προσωπική τους αυτάρκεια. Ένας οργανισμός που επιθυμεί να ζει μόνος του, δεν είναι άνθρωπος, αλλά κάτι πολύ κατώτερο (ζώο) ή κάτι πολύ ανώτερο (θεός)<sup>258</sup>. Εξάλλου, μιλώντας για τον ανθρώπινο χαρακτήρα, ο Wilson αναδεικνύει και αυτός τη σημασία της κοινωνίας<sup>259</sup>. Ο πατερναλιστικός νόμος περί απαγόρευσης των ναρκωτικών ουσιών, θα ήταν δυνατό να βασιστεί στο επιχείρημα, πως από τη στιγμή που οι ουσίες βυθίζουν τον άνθρωπό στο σκότος, το κράτος έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση να τις απαγορεύσει καθώς και να βοηθήσει τους εξαρτημένους από αυτές. Η κρατική παρέμβαση στην ατομική αυτονομία είναι αποδεκτή μέχρι το σημείο που δεν αυθαιρετεί και που ορίζει η

---

<sup>255</sup> Βλ. Μυλωνόπουλο, ό.π., σ. 2.

<sup>256</sup> Βλ. Husak, ό.π., σ. 101.

<sup>257</sup> Βλ. Wilson, On Character, σ. 140.

<sup>258</sup> Βλ. Λυπουρλή και Μωραΐτου, Αριστοτέλης σε Αρχαία Ελληνικά - Φιλοσοφικός Λόγος, σ. 172.

<sup>259</sup> Βλ. Wilson, ό.π., σ. 163.

αρχή της αναλογικότητας (άρθρο 25 παρ. 1 Σ). Συνεπώς, δεν γίνεται λόγος για ακραίες πρακτικές, όπως η επιβολή αναγκαστικής θεραπείας, αλλά για πιο μετριοπαθείς, στα πρότυπα ενός ήπιου πατερναλισμού, ή, όπως παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια, ενός φιλελεύθερου πατερναλισμού, οι οποίες διακρίνουν μεταξύ των ουσιών αλλά και μεταξύ των διαφορετικών αναγκών των χρηστών<sup>260</sup>.

Ωστόσο, πριν αναφερθούμε εκτενώς σε αυτές, επισημαίνεται πως η άποψη που υιοθετούμε περί πατερναλιστικής θεμελίωσης της ποινικοποίησης των ναρκωτικών δεν είναι πάγια · αμφισβητείται το κατά πόσο η συνεχής χρήση ναρκωτικών ουσιών από το εξαρτημένο άτομο πραγματοποιείται υπό καθεστώς έλλειψης της ατομικής του αυτονομίας. Ακόμα και στην υποθετική περίπτωση που αυτό συμβαίνει, δεν συμβαίνει σε όλους τους εξαρτημένους<sup>261</sup>. Σε αυτό μπορούμε να προσθέσουμε πως η χρήση δεν καταλήγει πάντοτε στην εξάρτηση. Όπως είδαμε και ανωτέρω, πολλαπλοί παράγοντες οδηγούν σε αυτή. Ο νηφάλιος άνθρωπος που καταναλώνει για πρώτη φορά μία ναρκωτική ουσία δεν είναι σίγουρο ότι θα ακολουθήσει το δρόμο της ουσιοεξάρτησης<sup>262</sup>. Τέλος, έρευνες έχουν αποδείξει ότι ουσιοεξαρτημένοι επαγγελματίες δεν υστερούσαν από τους λοιπούς συναδέλφους τους ως προς τις επιδόσεις και τη συνέπειά τους στο εργασιακό περιβάλλον. Πολλοί εξ αυτών μάλιστα, όπως διαπιστώθηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Υόρκη, αποτελούσαν ικανά στελέχη μεγάλων πολυεθνικών. Το εντυπωσιακό είναι πως τα άτομα αυτά έκαναν χρήση οπιοειδών, ενώ τα στοιχεία έδειχναν πως οι οικογενειακές σχέσεις και η αυτοπεποίθηση εκείνων που δεν παρακολουθούσαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα ήταν σε πολύ καλύτερο επίπεδο από τα αντίστοιχα των θεραπευόμενων<sup>263</sup>.

---

<sup>260</sup> Βλ. Τζαννετάκη, ό.π., σ. 215.

<sup>261</sup> Βλ. Husak, ό.π., σ. 102 επ..

<sup>262</sup> Βλ. NIDA, Understanding Drug Use and Addiction, (<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>): «No one factor can predict if a person will become addicted to drugs. A combination of factors influences risk for addiction. The more risk factors a person has, the greater the chance that taking drugs can lead to addiction».

<sup>263</sup> Για το συγκεκριμένο, βλ. Bayer και Oppenheimer, Confronting Drug Policy, σ. 142. Για το υπόλοιπο, βλ. το ίδιο, σ. 137 επ..

### 3.3.2 Οι Επιλογές του Πατερναλιστικού Νόμου

#### 3.3.2.1 Η Αναγκαστική Θεραπεία

Για να υποστηρίξει την ανάγκη αυστηρής απαγόρευσης των ναρκωτικών ουσιών, ο Wilson τονίζει πως η ποινικοποίηση αποτελεί την απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία των αναγκαστικών θεραπευτικών προγραμμάτων. Η θέση αυτή φαίνεται αρχικά να στηρίζεται σε λογική βάση. Πως είναι δυνατό να υποχρεώσουμε κάποιον να θεραπευτεί από τα ναρκωτικά όταν συνάμα επιτρέπουμε την κατανάλωσή τους;<sup>264</sup> Την ίδια στιγμή όμως, πως είναι δυνατό να *εξαναγκάσουμε* κάποιον σε θεραπεία; Όταν το λαμβανόμενο για το καλό του ατόμου μέτρο υπερβαίνει κατά πολύ τη βλάβη που προκαλείται από την απαγορευμένη πράξη, τότε απεκδύεται του ενδιαφέροντος προς το άτομο που δήθεν προωθεί.

Η αναγκαστική θεραπεία, ιδίως στο παρελθόν, λάμβανε τη μορφή της *εξαναγκαστικής κράτησης προς θεραπεία* · οι ουσιοεξαρτημένοι συλλαμβάνονταν και στέλνονταν από τα δικαστήρια σε ειδικές κλινικές, με τη λογική ότι ο εθισμένος θα μπορούσε μετά την απελευθέρωσή του να απέχει από τη χρήση, εάν βρισκόταν για καιρό σε ένα περιβάλλον δίχως ουσίες<sup>265</sup>. Το άτομο ήταν υποχρεωμένο να παραμείνει σε αυτούς τους χώρους, που ουσιαστικά αποτελούσαν «φυλακές θεραπείας», και δεν είχε καν το δικαίωμα να επιλέξει ένα άλλο είδος θεραπείας από αυτά που παρέχονταν στην κοινότητα, σαν εναλλακτική του εγκλεισμού<sup>266</sup>. Η αναγκαστική θεραπεία αυτής της μορφής οδηγεί στην κλασική στερεοτυπική ετικετοποίηση του ουσιοεξαρτημένου από το κοινωνικό σύνολο, ενώ ταυτόχρονα δεν αναγνωρίζεται καμία μορφή ατομικής αυτονομίας<sup>267</sup>. Σε τέτοιου είδους πρακτικές αναφερόμαστε όταν κάνουμε λόγο για αναμορφωτικές μεθόδους του προνοιακού προτύπου, οι οποίες υπέπιπταν σε παραβιάσεις των ατομικών δικαιωμάτων και είχαν σαν αποτελέσμα την γενικότερη αποστροφή προς το

<sup>264</sup> Βλ. Τζαννετάκη, ό.π., σ. 172 επ..

<sup>265</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 108.

<sup>266</sup> Βλ. Hall et al., Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction, (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x/full>).

<sup>267</sup> Βλ. Ρούσση, ό.π., σ. 109.



προνοιακό και την εγκαθίδρυση του δικαιικού προτύπου στις αρχές της δεκαετίας του '70<sup>268</sup>. Στην εποχή μας, η «αναγκαστική θεραπευτική κράτηση» έχει εκλείψει από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (με εξαίρεση τη Ρωσία και τη Σουηδία), εφαρμόζεται όμως σε ορισμένα ασιατικά κράτη, όπως η Καμπότζη, η Κίνα και το Βιετνάμ, όπου η ουσιοεξάρτηση βρίσκεται σε έξαρση. Δυστυχώς, στα κέντρα των εν λόγω κρατών έχουν διαπιστωθεί κατάφωρες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων: διοικούνται από στρατιωτικούς ή αστυνομικούς, οι οποίοι υποβάλλουν τους κρατούμενους - θεραπευόμενους σε σκληρή εργασία καθώς και σε σωματική και ψυχολογική βία εφόσον δεν συμμορφώνονται με τις προσταγές τους. Επίσης, οι συνθήκες υγιεινής είναι άθλιες, ενώ απουσιάζει η οποιαδήποτε ιατρική επίβλεψη. Η όλη κατάσταση θυμίζει περισσότερο μεσαιωνικές φυλακές παρά θεραπευτικά κέντρα, τα οποία θα νοιάζονται πραγματικά για την θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων<sup>269</sup>.

Εξίσου προβληματική φαίνεται να είναι και η θεραπεία που προβλέπεται σε μη ποινικούς νόμους που αφορούν την ψυχική υγεία («civil commitment»). Οι νόμοι αυτοί βασίζονται στη λογική της πρόληψης ενώ η θεραπεία είναι δυνατόν να διαμορφώνεται σύμφωνα με αυτό που οι θεράποντες πιστεύουν ότι είναι το καλύτερο για τους θεραπευόμενους, ή με αυτό που θεωρείται ότι θα επιθυμούσαν οι θεραπευόμενοι, εάν είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν<sup>270</sup>. Το πρόβλημα έγκειται και πάλι στην παραβίαση της ατομικής αυτονομίας, αφού οι εξαρτημένοι υποχρεώνονται να θεραπευτούν, δίχως να εκφράζουν οι ίδιοι τη γνώμη τους ως προς το αν πράγματι θέλουν να παρακολουθήσουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, ή σχετικά με την πορεία που επιθυμούν να λάβει η θεραπεία τους. Είναι δικαιοπολιτικά ορθότερο η στέρηση της ελευθερίας – που εδώ προκαλεί ο εξαναγκασμός προς παρακολούθηση ενός θεραπευτικού προγράμματος – να προβλέπεται μονάχα από την ποινή υπό την ευρεία έννοια του όρου, δηλαδή είτε από μία κύρια, είτε από μία παρεπόμενη ποινή, είτε από ένα μέτρο ασφαλείας. Κατά τον Μανωλεδάκη, το ποινικό φαινόμενο έχει τρεις στιγμές: Το έννομο αγαθό

<sup>268</sup> Βλ. *Τζαννετάκη*, Δικαιικό Πρότυπο, 2017, σ. 1 επ..

<sup>269</sup> Βλ. *Hall et al.*, ό.π..

<sup>270</sup> Βλ. *Israelsson et al.*, European laws on compulsory commitment to care of persons suffering from substance use disorders or misuse problems - a comparative review from a human and civil rights perspective, (<https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-015-0029-y>).

σε ειρηνική κατάσταση, το έγκλημα που αποτελεί την κρίσιμη διατάραξη του εννόμου αγαθού και την ποινή, η οποία έρχεται για να αναιρέσει την προσβολή που προκάλεσε το έγκλημα και τελικώς να επιφέρει την ειρήνευση του εννόμου αγαθού<sup>271</sup>. Συνάγεται λοιπόν ότι για να επιβληθεί στέρηση της (οποιασδήποτε) ελευθερίας του ατόμου, θα πρέπει να έχει προηγηθεί μια προσβολή ενός εννόμου αγαθού. Κάτι τέτοιο είναι εφικτό μονάχα στα πλαίσια του Ποινικού Δικαίου.

Από την άλλη πλευρά, όταν η θεραπεία τίθεται ως μοναδική εναλλακτική της ποινής, το άτομο δεν ασκεί ελεύθερα το δικαίωμα της επιλογής<sup>272</sup>. Μία νομοθεσία που τιμωρεί αυστηρά τη χρήση, ουσιαστικά διοχετεύει, μέσω της ποινικής οδού, τους εξαρτημένους στη θεραπεία. Εξάλλου, ποιος δεν θα ήθελε να αποφύγει τη φυλακή, εφόσον είχε αυτή τη δυνατότητα; Το ζητούμενο όμως εδώ δεν είναι το να γλιτώσει κανείς τον εγκλεισμό, αλλά να αντιμετωπιστεί σαν έλλογο ον που χρειάζεται βοήθεια. Ο άμεσος ή έμμεσος εξαναγκασμός προς θεραπεία είναι πιθανό να αποβεί καταστροφικός για τον ουσιοεξαρτημένο, όταν, ελλείποντος του ατομικού κινήτρου, υποχρεώνεται να διακόψει μία πολύχρονη συνήθεια<sup>273</sup>.

### 3.3.2.2 Η Θεραπεία ως Επιλογή

#### ι. Επανεντακτικά Πρότυπα Μείωσης Κινδύνων

Παρότι συναντάμε ακόμη αστικούς νόμους αναγκαστικής θεραπείας στην Ευρώπη (λ.χ. Δανία), παρατηρείται μία γενικότερη διεθνής μεταστροφή προς τη θεραπευτική φροντίδα των ουσιοεξαρτημένων ατόμων μέσω της ποινικής νομοθεσίας<sup>274</sup>. Το ρεύμα του νέου «επανενταξισμού» («New Rehabilitationism»), όπως αποκαλείται, αποτελεί μια νέα προσέγγιση, η οποία, παρόλο που βασίζεται στον όρο «rehabilitation», δεν θυμίζει σε τίποτα το «αναμορφωτικό» ιδεώδες του προνοιακού προτύπου. Σε αντίθεση με τις πρακτικές της δεκαετίας του '60, που

<sup>271</sup> Βλ. *Μανωλεδάκη*, Το Έννομο Αγαθό ως Βασική Έννοια του Ποινικού Δικαίου, σ. 1 επ..

<sup>272</sup> Βλ. *Αρηας*, ό.π., σ. 119.

<sup>273</sup> Βλ. *Ρούσση*, ό.π., σ. 110. Η ξαφνική διακοπή της χρήσης είναι δυνατό να οδηγήσει το άτομο σε κρίση στέρησης, στην κατάθλιψη και στην αυτοκτονία.

<sup>274</sup> Βλ. *Israelsson*, ό.π..

επεδίωκαν την ηθική αλλαγή του δράστη με σκληρές και πολλές φορές απάνθρωπες μεθόδους οι οποίες παρέπεμπαν σε τακτικές απολυταρχικών καθεστώτων, ο νέος «επανενταξισμός» αγωνίζεται - όπως συνάγεται και από το όνομά του - για την κοινωνική επανένταξη του δράστη, με τη σύμφωνη γνώμη και την οικειοθελή συμμετοχή του. Ο δράστης πλέον αναγνωρίζεται ως ένα έλλογο ον και γι' αυτό το λόγο η προσπάθεια στρέφεται στην πειθώ<sup>275</sup>, ώστε να επιτευχθεί η συνεργασία του και να εξυπηρετηθούν τα μακροπρόθεσμα σχέδια και συμφέροντά του. Είναι προφανής εδώ η επιρροή του δικαιοκτικού προτύπου, κυρίως ως προς την αφομοίωση της αρχής της αναλογικότητας (απόρριψη αόριστων ποινών) αλλά και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και διανοίας<sup>276</sup>. Μάλιστα, η αρχή της αναλογικότητας είναι εκείνη που επιτρέπει στο νέο «επανενταξισμό» αφενός να στρέφεται προς τις ανάγκες των κρατουμένων, αφετέρου να παραμένει σταθερή στις επιταγές του κοινωνικού συνόλου περί της αντιμετώπισης του «ρίσκου»<sup>277</sup>, δηλαδή του κινδύνου υποτροπής του δράστη. Η ισορροπία που επιτυγχάνεται είναι άκρως σημαντική, διότι πλέον χρήζουν θεραπευτικής-σωφρονιστικής μεταχείρισης ακόμα κι εκείνοι οι δράστες που εμφανίζουν υψηλές αντενδείξεις. Τελικά, επιχειρείται η επίτευξη του ύψιστου οφέλους και των δύο πλευρών (δράστη - κοινωνικού συνόλου) με τον παράλληλο σεβασμό των δικαιωμάτων αλλήλων<sup>278</sup>.

Η προσπάθεια επίτευξης των εν λόγω στόχων είχε σαν αποτέλεσμα τη γένεση δύο εγκληματολογικών προτύπων: το «Risk-Need-Responsivity Model» («Ανταποκρισιμότητα σε Κινδύνους και Ανάγκες» - «RNR») και το «Good Lives Model» (Το πρότυπο της «καλής ζωής» - «GL»).

Το πρότυπο RNR επικεντρώνει την προσοχή του στις αρχές του κινδύνου, της εγκληματογόνου ανάγκης και της ανταποκρισιμότητας. Οι αρχές αυτές βοηθούν στο να εντοπιστεί η «ρίζα του κακού», δηλαδή το στοιχείο εκείνο του δράστη που τον κατατάσσει στην κατηγορία «υψηλού κινδύνου» καθώς και το συμβατό σε αυτή είδος μεταχείρισης. Έτσι, εξετάζονται ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι θεωρείται ότι καταδεικνύουν το επίπεδο κινδύνου στο οποίο «βρίσκεται» το άτομο, όπως για παράδειγμα το ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς, οι αντικοινωνικές

<sup>275</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 174: «κατάπειση ορθολογικώς δρώντων φορέων».

<sup>276</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 172 επ. και Τζαννετάκη, ό.π. (2017), σ. 3.

<sup>277</sup> Βλ. ανωτέρω, 3.3.1.1.

<sup>278</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 176 επ..

συναναστροφές και η χρήση ουσιών. Επιπλέον, συνυπολογίζονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ώστε να οριστούν οι ορθότερες παρεμβάσεις που επιδέχεται η κάθε περίπτωση και να αποφευχθούν φαινόμενα «ετικετοποίησης» του δράστη ακολουθώντας το ίδιο πνεύμα, είναι δυνατή η «παραβίαση» των κατώτερων ορίων που ορίζει η αναλογία μεταξύ εγκλήματος και ποινής, δηλαδή η επιβολή ηπιότερης ποινής, εάν η ανάγκη το επιτάσσει. Για το λόγο αυτό άλλωστε δεν ενδείκνυται η «μεταχείριση» δραστών που εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα κινδύνου υποτροπής, καθώς μια τέτοια διαδικασία είναι πιθανό να παράγει τα ακριβώς αντίθετα εκ των επιδιωκόμενων, αποτελέσματα. Ωστόσο, και παρά την ειλικρινή προσπάθεια του μοντέλου να αποσοβήσει φαινόμενα στιγματισμού και να συμβάλει στην κοινωνική επανένταξη, τα αποτελέσματα είναι ελεγχόμενα. Έρευνες κατέδειξαν ότι οι κρατούμενοι αισθάνονταν αδικημένοι, καθώς προβάλλονταν ιδιαίτερα τα αρνητικά τους στοιχεία (δηλ. τα επίπεδα κινδύνου) με τον ταυτόχρονο υποβιβασμό των θετικών τους επιδόσεων. Σε κάθε περίπτωση όμως είναι αδιαμφισβήτητη η συμβολή του προτύπου στη μείωση των ποσοστών υποτροπής.<sup>279</sup>

Τα κακώς κείμενα του RNR έρχεται να διορθώσει το πρότυπο GL δίνοντας βαρύτητα στα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του δράστη, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν τα θεμέλια του «ευ ζην», που μέσω των πρακτικών του προάγει το εν λόγω πρότυπο. Ο κίνδυνος απορρέει από το γενικότερο πλαίσιο ζωής στο οποίο εντάσσεται και ενεργεί το άτομο, συνεπώς, είναι δυνατόν να αποφευχθεί εφόσον μεταβληθούν τα δεδομένα. Εάν λοιπόν το άτομο είχε μάθει να ικανοποιεί τις πρωταρχικές του ανάγκες μέσω εγκληματικών πράξεων, τα κίνητρα που θα του παρασχεθούν, θα αποβλέπουν στη συνειδητοποίηση ότι οι εν λόγω ανάγκες είναι εφικτό να πληρωθούν και μέσω νόμιμων ενεργειών. Κατά τους *von Hirsch* και *Jareborg*, όπως παρατηρεί ο *Γιαννούλης*, «αν συνδέσουμε τώρα όλους τους κρίκους της αλυσίδας, δηλ. το πρότυπο της ανάλογης επιβολής ποινικών κυρώσεων με το πρότυπο GL, συνειδητοποιούμε ότι ο δράστης επεδίωξε να βελτιώσει το επίπεδο ζωής του, επιδεινώνοντας το επίπεδο ζωής του θύματος, οπότε η μεν ανάλογη τιμωρία του είναι αντάξια του επιπέδου ζωής που προκάλεσε, η δε επανεντακτική του μεταχείριση ανάλογη της βελτίωσης του επιπέδου ζωής που επιδιώκει». Το

---

<sup>279</sup> Βλ. *Γιαννούλη*, ό.π., σ. 210 επ..

πρότυπο GL σέβεται την αυτονομία του δράστη, αφού θέτει ως προϋπόθεση της επανένταξης την επιθυμία του προς αυτή και ταυτόχρονα αναγνωρίζει την υποχρέωση του κράτους ως *κοινωνικού* κράτους να παρέχει στο άτομο την εν λόγω δυνατότητα<sup>280</sup>.

Οι δύο σκοποί που θέτει ο νέος «επανενταξισμός» προέρχονται από τους κύκλους της παραδοσιακής ή θετικιστικής εγκληματολογίας. Από τη μία, η αναλογική επιβολή ποινικών κυρώσεων στηρίζεται στη θεωρία της ορθολογικής επιλογής, δηλαδή στην αποτροπή των ατόμων να τελέσουν το έγκλημα αντικρίζοντας τις ποινικές συνέπειες που αυτό επιφέρει (γενική πρόληψη) καθώς και στην κατανόηση της ηθικής μομφής που απορρέει από την ποινή. Από την άλλη, η επανένταξη μέσω της εκτίμησης και μείωσης του κινδύνου βασίζεται στη θετικιστική αιτιολόγηση της εγκληματικότητας περί παθολογίας του ατόμου, με την οποία, η έννοια της επικινδυνότητας (ή του ρίσκου) είναι άμεσα συνυφασμένη<sup>281</sup>. Επομένως, τα υπό εξέταση πρότυπα (RNR και GL) συντάσσονται πλήρως προς την παραπάνω κατεύθυνση. Αυτό όμως που πρέπει να τονίσουμε είναι πως το πρότυπο GL φαίνεται να ικανοποιεί τη συγκρουσιακή εγκληματολογία (ή, όπως διαφορετικά αποκαλείται, κριτική εγκληματολογία υπό ευρεία έννοια<sup>282</sup>), ως προς την ανάγκη λήψης μέτρων που θα περιορίζουν τον κίνδυνο, τα οποία δεν θα αφορούν μονάχα το άτομο, αλλά και το κράτος (λ.χ. η υποβοήθηση των ανέργων προς εύρεση απασχόλησης). Η σύγκλιση των δύο θεωριών υπό τη σκέπη του νέου «επανενταξισμού» αποτελεί θετική εξέλιξη, αφού σε ένα ανώτερο επίπεδο είναι δυνατόν να επιστεγαστεί από μια ενοποιημένη εγκληματολογική θεωρία, η πολυφωνία της οποίας θα προσφέρει λύσεις σε ζητήματα που άπτονται της ποινικής καταστολής και σωφρονιστικής.

---

<sup>280</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 217 επ..

<sup>281</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 179 επ..

<sup>282</sup> Βλ. Σπινέλλη, ό.π., σ. 38 και Γιαννούλη, ό.π., σ. 183. Στην υπό ευρεία έννοια κριτική εγκληματολογία εντάσσονται οι εγκληματολογικές θεωρίες που αντιτίθεται στις θέσεις της παραδοσιακής εγκληματολογίας περί γέννησης του εγκλήματος, λ.χ. η φεμινιστική εγκληματολογία (σύγκρουση φύλων) και η ολβοποιός εγκληματολογία, που δεν αποδέχεται το πρότυπο των αρνητικών παραγόντων.

## ii. Φιλελεύθερος Πατερναλισμός

Τα προαναφερθέντα μοντέλα δεν θα πρέπει να αντιμετωπιστούν ως ανταγωνιστικά, καθώς ορθότερη κρίνεται η συνδυαστική τους εφαρμογή, η οποία θα είναι και η αποτελεσματικότερη, αφού θα ανταποκρίνεται ευκολότερα στις διαφορετικές ανάγκες του εκάστοτε ατόμου. Αξιοπρόσεκτο χαρακτηριστικό τους (ιδίως του GL) είναι η ήπια παρέμβαση στην αυτονομία του ατόμου με στόχο το προσωπικό του καλό, η οποία συντάσσεται πλήρως με την έννοια του κράτους προνοίας σε συνδυασμό με το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων. Ο πατερναλισμός που εκπέμπεται από αυτή την παρέμβαση είναι αρκετά μετριοπαθής και κατά τη γνώμη μας θετικός, καθώς δεν στηρίζεται στον εξαναγκασμό. Αντιθέτως, οι προτεινόμενες επιλογές παρουσιάζονται με έναν τέτοιο τρόπο ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες το άτομο, με τη χρήση του νου και της λογικής, να επιλέξει εκείνη που απαντά καλύτερα στα συμφέροντα και τις ανάγκες του. Σε αντίθεση με τον παραδοσιακό πατερναλισμό που αποκλείει τις επιλογές με καταναγκασμό, η πατερναλιστική παρέμβαση αυτής της μορφής έγκειται στην διαμόρφωση της παρουσίασης των επιλογών με τέτοιο τρόπο ώστε οι άνθρωποι να έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιλέξουν τις καλύτερες επιλογές για αυτούς. Πρόκειται συνεπώς για ένα είδος «μάρκετινγκ» το οποίο στηρίζεται στην «αρχιτεκτονική της επιλογής» («*choice architecture*») και μία μορφή έμμεσης χειραγώγησης, η οποία όμως ικανοποιεί και το ίδιο το άτομο, αφού έχει τη ρεαλιστική δυνατότητα να ασκήσει την ελευθερία της επιλογής, δίχως να εξαναγκάζεται να πράξει κάτι που δεν θέλει. Κατά το κλασσικό παράδειγμα της καφετέριας, οι υγιεινές τροφές τίθενται στο ύψος του βλέμματος («*eye level*»), ενώ οι υπόλοιπες (λιγότερο υγιεινές) επιλογές τοποθετούνται πολύ χαμηλά ή ψηλά, έτσι ώστε οι μαθητές να επηρεαστούν και να ακολουθήσουν μια πιο υγιεινή διατροφή. Ο Mill θα ήταν σύμφωνος με μία τέτοια «ευγενική» και «μη παραβατική» παρέμβαση στην ατομική αυτονομία<sup>283</sup>· για τον λόγο αυτό άλλωστε χαρακτηρίζεται και ως «φιλελεύθερος» πατερναλισμός («*Libertarian Paternalism*»)<sup>284</sup>. Πρόκειται για πατερναλισμό διότι υφίσταται η εξωγενής παρέμβαση στην ιδιωτική αυτονομία για

---

<sup>283</sup> Βλ. *Feinberg*, ό.π., σ. 3.

<sup>284</sup> Βλ. *Dworkin*, ό.π. (2017).

το ατομικό καλό, η οποία όμως δεν λαμβάνει τη μορφή του εξαναγκασμού, αλλά της ελάχιστης χειραγώγησης, την οποία φυσικά το άτομο μπορεί να διακρίνει και να αποφύγει, ακολουθώντας τον δρόμο που εκείνος επιλέγει, ακόμη και αν είναι ο επιβλαβής, δίχως να υφίσταται κυρώσεις για την επιλογή του αυτή · εξ' ου και «φιλελεύθερος».

### iii. Ο Νόμος 4139/2013

#### 1. Οι Διατάξεις

Ο ελληνικός νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών πιστεύουμε πως εφαρμόζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό τους σκοπούς της επανένταξης των χρηστών σε συνδυασμό με τη μείωση κινδύνων που ενέχει η συχνή χρήση των ναρκωτικών ουσιών.

Αρχικά, πρέπει να τονίσουμε πως το αντίστοιχο άρθρο του Ποινικού Κώδικα (άρθρο 71)<sup>285</sup>, με τίτλο «Εισαγωγή αλκοολικών και τοξικομανών σε θεραπευτικό κατάστημα», φαντάζει πιο αυστηρό και πιο παρεμβατικό, αφού ορίζει ότι «το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα, αν πρόκειται για πρόσωπο που κάνει καθ' έξη κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων». Επομένως, φαίνεται να μην παραχωρεί το δικαίωμα επιλογής στον ίδιο το χρήστη, αλλά να καλεί τους δικαστές να αποφασίσουν, σύμφωνα με την κρίση τους, εάν ο κατηγορούμενος – χρήστης χρήζει θεραπευτικής παρακολούθησης. Παρόλα αυτά, η εφαρμογή του ειδικότερου Νόμου 4139/2013 έχει σαν αποτέλεσμα τη μη χρησιμοποίηση της παραπάνω διάταξης<sup>286</sup>.

---

<sup>285</sup> «1. Αν κάποιος καταδικασθεί: α) για κακούργημα ή πλημμέλημα που ο νόμος το τιμωρεί με ποινή φυλάκισης πάνω από έξι μήνες και που μπορεί ν' αποδοθεί σε κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων, ή β) για έγκλημα σε κατάσταση υπαίτιας μέθης, κατά το άρθρο 193, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα, αν πρόκειται για πρόσωπο που κάνει καθ' έξη κατάχρηση οινόπνευματων ποτών ή άλλων ναρκωτικών μέσων.  
2. Η εισαγωγή στο θεραπευτικό κατάστημα επακολουθεί\* την έκτιση της ποινής και η παραμονή σ' αυτό διαρκεί όσο χρόνο απαιτεί ο σκοπός της, ποτέ όμως περισσότερο από μία διετία. Την απόλυση πριν από την διετία την αποφασίζει το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην περιφέρεια του οποίου βρίσκεται το κατάστημα με πρόταση της διεύθυνσής του».

<sup>286</sup> Βλ. Μαργαρίτη και Μαργαρίτη, Ποινικός Κώδικας, σ. 209.

Ξεκινώντας από τα βασικά, ο Ν. 4139/2013 χαρακτηρίζει ως κακούργημα τη διακίνηση ναρκωτικών, αφού την τιμωρεί με κάθειρξη τουλάχιστον οκτώ ετών και με χρηματική ποινή μέχρι τριακόσιες χιλιάδες ευρώ (άρθρο 20). Εντούτοις, η προμήθεια και η κατοχή για ίδια χρήση, τιμωρείται πολύ ελαφρύτερα, με φυλάκιση μέχρι πέντε μηνών (άρθρο 29). Μάλιστα, εάν ο δράστης κρίνεται ότι είναι εξαρτημένος από ναρκωτικές ουσίες, παραμένει ατιμώρητος (άρθρο 30). Αυτή η επιείκεια που δείχνει ο νόμος μέσω του άρθρου 29 για τους χρήστες, κατά μία άποψη θεωρείται δυσανάλογη ως προς την ανάγκη προστασίας των τρίτων<sup>287</sup>. Ωστόσο θεωρούμε πως η ευνοϊκή μεταχείριση δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση αστοχία του νομοθέτη· αντιθέτως, ίσως είναι ένα πρώτο δείγμα της προσπάθειάς του να ακολουθήσει τα επανεντακτικά πρότυπα μείωσης κινδύνων, όπου, όπως προαναφέρθηκε, είναι δυνατή η διάρρηξη της αρχής της αναλογικότητας προς τα κάτω, εφόσον ιδιαίτερες περιστάσεις το απαιτούν. Η διαπίστωση της ουσιοεξάρτησης του δράστη επιτυγχάνεται με την εξέταση ενός ή περισσότερων δεδομένων, όπως για παράδειγμα οι πιστοποιήσεις αναγνωρισμένων υπηρεσιών απεξάρτησης ή τα ευρήματα εργαστηριακών εξετάσεων που αποκαλύπτουν τη χρήση ναρκωτικών για μακρόχρονες περιόδους (άρθρο 30 παρ. 3, εδάφιο πρώτο). Σε αντίθεση με το Νόμο 3459/2006, η ιατρική πραγματογνωμοσύνη δεν αποτελεί το μοναδικό αποδεικτικό μέσο της εξάρτησης, κυρίως λόγω των πρακτικών δυσκολιών που ενέχει<sup>288</sup>.

Η δυνατότητα συμμετοχής του ατόμου σε θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης παρέχεται σε όλα τα στάδια της ποινικής διαδικασίας, εφόσον φυσικά διαπιστωθεί σε αυτό η ουσιοεξάρτηση:

1) Στη φάση της ποινικής δίωξης, η οποία είναι δυνατό να ανασταλεί με απόφαση του εισαγγελέα πλημμελειοδικών και κατόπιν έγκρισης του εισαγγελέα εφετών, εάν ο κατηγορούμενος κατά το χρόνο τέλεσης της αξιόποινης πράξης του άρθρου 32 παρ. 1, συμμετείχε ήδη σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Μάλιστα, το συμβούλιο πλημμελειοδικών μπορεί να απόσχει οριστικά από την ποινική δίωξη, εφόσον ο δράστης ολοκλήρωσε με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα, ώστε να διευκολυνθεί η επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο (άρθρο 32 παρ. 1 περ. α').

<sup>287</sup> Βλ. Μυλωνόπουλο, ό.π., σ. 3.

<sup>288</sup> Βλ. Αιτιολογική Έκθεση, ό.π., σ. 6.



Επιπλέον, αναστέλλεται υποχρεωτικά<sup>289</sup> η ισχύς του εντάλματος σύλληψης για άτομο που παρακολουθεί θεραπευτικό πρόγραμμα (άρθρο 31 παρ. 1 περ. β'), εφόσον το ένταλμα αναφέρεται σε πράξεις (του άρθρου 32 παρ. 1) που τελέστηκαν χρονικά πριν την εισαγωγή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

2) Στην προδικασία (άρθρο 31) και αφού έχει ασκηθεί η ποινική δίωξη, είναι δυνατή η επιβολή της συμμετοχής σε οριζόμενο εκ του νόμου θεραπευτικό πρόγραμμα (άρθρο 51) υπό τη μορφή του περιοριστικού όρου, ο οποίος δύναται να αντικαταστήσει και το μέτρο της προσωρινής κράτησης. Ακόμη και αν αυτό δεν συμβεί, ο κατηγορούμενος έχει και πάλι την ευκαιρία να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα εντός του κέντρου κράτησης. Ο νομοθέτης εισάγει εδώ έναν νέο περιοριστικό όρο, πέραν όσον ενδεικτικώς απαριθμούνται στο άρθρο 282 παρ. 1 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας (ΚΠΔ)<sup>290</sup>, αφού «α) οι προβλεπόμενοι περιοριστικοί όροι κατά τον Κώδικα Ποινικής Δικονομίας δεν συνδέονται με ζητήματα απεξάρτησης από τα ναρκωτικά, β) η εισαγωγή του συγκεκριμένου περιοριστικού όρου είναι δυνατόν να συμβάλει στην ορθολογική επιβολή της προσωρινής κράτησης στις περιπτώσεις των εξαρτημένων και γ) ο κίνδυνος της στέρησης της ελευθερίας του εξαρτημένου δράστη λειτουργεί πολλές φορές ως μοχλός κινητοποίησης προς την απεξάρτησή του». Μάλιστα, οι εν λόγω προβλέψεις εφαρμόζονται όχι μόνο στις περιπτώσεις του πρώτου εδαφίου του άρθρου 31 (εγκλήματα σχετικά με τις ουσίες), αλλά σε κάθε έγκλημα, αφού πρωταρχικός στόχος είναι η θεραπεία κάθε ουσιοεξαρτημένου κατηγορουμένου, στηριζόμενη στο συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της υγείας και της περίθαλψης (άρθρο 21 παρ. 3 Σ)<sup>291</sup>. Επιπλέον σημειώνεται, ότι η χρήση της λέξης «επιβολή» εντός του νόμου, γίνεται υπό την ευρεία έννοια του όρου, αφού σε κάθε σημείο υπογραμμίζεται ότι η συμμετοχή σε θεραπευτικά προγράμματα επαφίεται στη βούληση του κατηγορουμένου («Εάν ο κατηγορούμενος δηλώσει ότι επιθυμεί..»).

3) Στο στάδιο της κύριας διαδικασίας, δηλαδή της δίκης, η οποία αναβάλλεται υποχρεωτικά εφόσον ο κατηγορούμενος το αιτηθεί, με την αιτιολογία της παρακολούθησης προγράμματος απεξάρτησης εκτός του καταστήματος κράτησης

<sup>289</sup> Βλ. Αιτιολογική έκθεση, ό.π., σ. 8. Το υποχρεωτικό της πρόβλεψης καθιερώθηκε από τον ν. 4139/2013.

<sup>290</sup> Βλ. Κοσμάτο, Τα εξαρτημένα άτομα στη νέα νομοθεσία για τα ναρκωτικά, ΠοινΔικ 2013, σ. 807.

<sup>291</sup> Βλ. Αιτιολογική Έκθεση, ό.π., σ. 7 επ..

(άρθρο 32 παρ. 2 εδ. γ'). Σε αντίθεση με το αντίστοιχο άρθρο (31 παρ. 2) του προγενέστερου Νόμου 3459/2006, η ισχύουσα ρύθμιση αποσυνδέεται από τη διάταξη του άρθρου 349 ΚΠΔ, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα χορήγησης περισσότερων αναβολών από τις οριζόμενες στο εν λόγω άρθρο. Επιπλέον, η παραγραφή του εγκλήματος αναστέλλεται και οι χρονικοί περιορισμοί της αναστολής της (άρθρο 113 παρ. 3 εδάφιο πρώτο) παρατείνονται κατά τρία έτη, αφού η ορθή συμμετοχή σε θεραπευτικά προγράμματα απαιτεί χρόνο. Συναφείς είναι και οι ρυθμίσεις σχετικά με τα στρατιωτικά καθήκοντα και εγκλήματα του κατηγορουμένου (άρθρο 32 παρ. 2 περ. α' και β').

4) Στην εκτέλεση της απόφασης, η οποία, σε περίπτωση που επιβάλλει τη στερητική της ελευθερίας ποινή στο δράστη για πράξη που τελέστηκε πριν από την εισαγωγή του διωκομένου στο θεραπευτικό πρόγραμμα, αναστέλλεται από το δικαστήριο που την εξέδωσε. Η αναστολή αποφασίζεται για όλων των ειδών τις αποφάσεις (οριστικές, τελεσίδικες, αμετάκλητες), και αφορά ακόμη και τις χρηματικές ποινές, μια σπουδαία καινοτομία, αν αναλογιστούμε ότι στην πράξη οι περισσότεροι χρήστες δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν το επιδικαζόμενο ποσό, γεγονός που θα τους έφερνε σε δυσχερή θέση και θα ματαιωνόταν ο σκοπός του νομοθέτη περί αποφυγής του εγκλεισμού του εξαρτημένου ατόμου<sup>292</sup>. Για τον λόγο αυτό άλλωστε, ακόμη και αν έχει κατοχυρωθεί η χρηματική ποινή με απόφαση του προϊσταμένου της αρμόδιας ΔΟΥ, αναστέλλεται υποχρεωτικά η λήψη οποιουδήποτε μέτρου στρέφεται εναντίον της ελευθερίας του καταδικασθέντος (άρθρο 32 παρ. 1 περ. γ).

Αναστολή εκτέλεσης της στερητικής της ελευθερίας ή της χρηματικής ποινής διαρκείας τριών με έξι έτη προβλέπεται υποχρεωτικά και κατά παρέκκλιση των άρθρων του Ποινικού Κώδικα για την αναστολή (99 επ.) και για όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα που ξεκίνησαν να παρακολουθούν μετά την τέλεση της αξιόποινης πράξης (άρθρο 33 παρ. 1α)<sup>293</sup>.

5) Για πρώτη φορά παρέχεται εκ του νόμου η δυνατότητα παροχής θεραπευτικών υπηρεσιών στα άτομα που βρίσκονται εντός των σωφρονιστικών

<sup>292</sup> Βλ. Κοσμάτο, ό.π., σ. 808.

<sup>293</sup> Βλ. Κοσμάτο, ό.π., σ. 809. Το ίδιο ορίζεται και από το άρθρο 97 παρ. 3, με τη διαφορά ότι εδώ η αναστολή χορηγείται από τον εισαγγελέα και όχι από το δικαστήριο, κάτι που κρίνεται ως πιο επιεικής. Σε κάθε περίπτωση θεωρείται απαραίτητη η νομοθετική επίλυση της παραπάνω σύγχυσης.

ιδρυμάτων (άρθρο 34). Μάλιστα, όχι μόνο σε όσους έχουν πράξει εγκλήματα σχετικά με τα ναρκωτικά, αλλά και σε όποιον κρατούμενο κρίνεται ότι είναι εξαρτημένος και εκφράσει την επιθυμία να θεραπευτεί. *«Στην ουσία έτσι αναγνωρίζεται ένα δικαίωμα του εξαρτημένου στην θεραπεία-απεξάρτηση. Η ομοιόμορφη αυτή θέση για την αντιμετώπιση των καταδικασθέντων οι οποίοι κρίθηκαν ή όχι εξαρτημένοι από το δικαστήριο πηγάζει από το γεγονός ότι η ίδια η φύση της κράτησης εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων ενισχύει τους ψυχολογικούς όρους της έξης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Άλλωστε το όργανο που θα επιληφθεί για την αναγνώριση της εξάρτησης του κρατουμένου έχει τα εχέγγυα τόσο της γνώσης όσο και της αμεροληψίας»<sup>294</sup>.*

Σημειώνεται ότι η συμμετοχή ή η ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος θα πρέπει πάντοτε να επιβεβαιώνεται από τον αρμόδιο λειτουργό. Τα παρεπόμενα ευεργετήματα που προσφέρει η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος κατά την πορεία της ποινικής διαδικασίας ενισχύονται και με άλλα, όπως η ειδική υφ' όρον απόλυση, η οποία επέρχεται δίχως να λαμβάνονται υπόψη τα οριζόμενα στο άρθρο 105 ΠΚ. Επιπλέον, απαιτείται έκτιση του 1/6 της ποινής<sup>295</sup>, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνος των ευεργετικά υπολογιζόμενων ημερών<sup>296</sup>: *«Ο χρόνος παραμονής στο εγκεκριμένο κατά νόμο θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης σε κάθε περίπτωση θεωρείται ως χρόνος έκτισης ποινής»* (άρθρο 35 παρ. 3). Επίσης, η ολοκλήρωση του προγράμματος αναγνωρίζεται υποχρεωτικά ως ελαφρυντική περίπτωση (άρθρο 33 παρ. 1 περ. γ) κατά την επιμέτρηση της ποινής, ενώ μετά από πρόταση του Εισαγγελέα στο Συμβούλιο Πλημμελειοδικών είναι εφικτή η μη εγγραφή στο Ποινικό Μητρώο του ενδιαφερόμενου, των αποφάσεων ή των βουλευμάτων που σχετίζονται με εγκλήματα του άρθρου 32 (παρ. 1, εδάφιο πρώτο). Σε κάθε περίπτωση, με εξαίρεση εκείνη του άρθρου 23 για επιβαρυντικές περιστάσεις διακίνησης, η ουσιοεξάρτηση αποτελεί λόγω μειωμένου καταλογισμού ή άρσης του καταλογισμού (άρθρο 30 παρ. 4).

<sup>294</sup> Βλ. Αιτιολογική Έκθεση, ό.π., σ. 10.

<sup>295</sup> Και όχι 1/5 όπως ίσχυε μέχρι πρότινος. Η αλλαγή προήλθε μέσω του νεότερου μεταρρυθμιστικού νόμου 4322/2015 (άρθρο 10).

<sup>296</sup> Βλ. Κοσμάτο, ό.π., σ. 809.

Αυτή η προοδευτική ελαστικότητα του νομοθέτη, η οποία, πέρα των ευνοϊκών μεταβολών σε σχέση με το Ν. 3459/2006, αποδεικνύεται και από τον διορθωτικό νόμο του 2015, φανερώνει την προσπάθεια που καταβάλλεται να στραφούν οι ουσιοεξαρτημένοι προς την απεξάρτηση και τη θεραπεία. Η προσπάθεια αυτή είναι έντιμη, στηρίζεται στις αξίες του Συντάγματος και στο σεβασμό των δικαιωμάτων τους και σε καμία περίπτωση δεν είναι επεμβατική και καταπιεστική. Οι ουσιοεξαρτημένοι δράστες έχουν το δικαίωμα της επιλογής στη θεραπεία, το οποίο ο νόμος τους παραχωρεί ως εναλλακτική σε όλο το φάσμα της ποινικής διαδικασίας. Αυτό, σε συνδυασμό με τα νομικά ευεργετικά αποτελέσματα που ακολουθούν την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, κάνουν τη θεραπεία και την επανένταξη να φαντάζουν πραγματικά εφικτές. Πέραν τούτου, δεν αγνοείται το δικαίωμα των τρίτων στην ασφάλεια, αφού μέσω της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων δραστών επιδιώκεται η μείωση των κινδύνων που απορρέουν από την ουσιοεξάρτηση. Ο Ν. 4139/2013 συντάσσεται πλήρως με τα νέα επανεντακτικά πρότυπα διαχείρισης και μείωσης κινδύνων, σεβόμενος την αυτονομία του ατόμου, αφού δεν εξαναγκάζει το χρήστη να θεραπευτεί, αλλά τον ωθεί προς τη θεραπεία.

## 2. Τα Προβλεπόμενα Θεραπευτικά Προγράμματα

Είναι λογικό πως από τη στιγμή που ένα εξαρτημένο άτομο επιλέγει να θεραπευτεί, θα πρέπει να υπακούσει σε ορισμένους κανόνες, ανάλογα με το πρόγραμμα θεραπείας που θα επιλέξει. Εξάλλου, αυτό είναι και το κεντρικό χαρακτηριστικό οποιασδήποτε ιατρικής θεραπείας. Από τη στιγμή που ο ασθενής αναζητήσει την ιατρική περίθαλψη, θα πρέπει να λάβει τα φάρμακα ή να ακολουθήσει τη δίαιτα που θα του ορίσει ο ιατρός, ώστε να θεραπευτεί. Επομένως, όταν ο ουσιοεξαρτημένος απευθύνεται σε άλλους για να τον βοηθήσουν, σημαίνει ότι αποζητά την ενθάρρυνση ενός μέρους του εαυτού του. Ο «εξαναγκασμός» λοιπόν κρίνεται ως απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας της θεραπείας, δεν θα πρέπει όμως να ξεπερνά τα όρια της αξιοπρέπειας του ατόμου και να μετατρέπεται

σε καταπίεση<sup>297</sup>. Το πρώτο βήμα γίνεται με την οικειοθελή συμμετοχή· μιλήσαμε προηγουμένως για τις καταστροφικές συνέπειες που μπορεί να υποκρύπτει η εκ του νόμου εξαναγκαστική παρακολούθηση θεραπευτικών προγραμμάτων. Σε ένα δεύτερο στάδιο, οι θεραπευτές πρέπει να αντιμετωπίζουν με σεβασμό τους θεραπευόμενους και να μην παρατηρούνται φαινόμενα σκληρής μεταχείρισης, σαν αυτά που περιγράφηκαν ανωτέρω στις χώρες της Ανατολικής Ασίας<sup>298</sup>.

Σύμφωνα με το άρθρο 51 του ν. 4139/2013 (μετά και την τροποποίηση του ν. 4322/2015), «Εγκεκριμένοι οργανισμοί ή φορείς για την υλοποίηση των δράσεων που μνημονεύονται στα άρθρα 30-35 είναι οι εξής: 1) Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), 2) Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), 3) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.), 4) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.). 5) Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων Ελαιώνα Θηβών». Σκοπός του παρόντος υποκεφαλαίου δεν είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών των «στεγνών» και των προγραμμάτων με υποκατάστατες ουσίες. Άλλωστε, αυτά παρουσιάστηκαν εκτενώς στη δεύτερη ενότητα του παρόντος. Έχοντας κατανοήσει την προβληματική του πατερναλισμού, επιστρέφουμε, για να τονίσουμε πως τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ και του ΟΚΑΝΑ παρέχουν τα κατάλληλα εχέγγυα, ισορροπώντας μεταξύ παρέμβασης στην ατομική αυτονομία και αναγνώρισης της ελεύθερης βούλησης του ατόμου. Συντάσσονται πλήρως με το πνεύμα του Ν. 4139/2013 δημιουργώντας έτσι τις κατάλληλες προϋποθέσεις για ρεαλιστική αντιμετώπιση του ζητήματος της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, σεβόμενα πάντοτε, αφενός το άτομο και αφετέρου το κοινωνικό σύνολο.

---

<sup>297</sup> Βλ. *Arnao*, ό.π., σ. 121.

<sup>298</sup> Βλ. *Jurgens και Csete*, In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers, (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03738.x/full>), «A 2010 UNODC discussion paper characterizes compulsory drug detention centers as: 'in reality a type of low-security imprisonment'. This characterization misses an important distinction. Prisons are legitimate institutions in criminal justice systems. In functioning justice systems, people are sentenced to prison after a judicial proceeding, usually with the right to appeal a verdict or sentence. Drug detention centers, by contrast, do not serve legitimate criminal justice objectives or social objectives. Cheap labor provided by detainees may serve the economic interest of profiteers, but it does not justify the abuses of human rights and medical ethics entrenched in these centers».

## Συμπεράσματα

Τα ναρκωτικά δεν είναι τίποτα περισσότερο από μερικές επιβλαβείς μεν, άψυχες δε ουσίες. Το κρίσιμο στοιχείο που τις «δαιμονοποιεί» είναι οι ανθρώπινες επιλογές. Κανείς δεν θα ενδιαφερόταν για την ηρωίνη αν δεν υπήρχαν τόσοι ηρωινοεξαρτημένοι αλλά και τόσοι νεκροί εξαιτίας της. Ο άνθρωπος είναι πραγματικά ένα αλλόκοτο ον, καθώς, μολονότι διαθέτει τη δύναμη του νου, πολλές φορές πράττει εντελώς ακατανόητα. Τελικά όμως, η ίδια η λογική προσφέρει στο άτομο τη «δύναμη» του παραλογισμού. Η φιλελεύθερη θέση περί άνευ όρων σεβασμού της ατομικής αυτονομίας έχει ως θεμελιώδη βάση ακριβώς αυτή την ικανότητα της λογικής σκέψης, την ίδια στιγμή που η πατερναλιστική παρέμβαση στο άτομο «για το καλό του», ξεκινά από την αυτοκαταστροφική και εξαρτητική φύση του ανθρώπου. «Έξις δευτέρα φύσις», η γνωστή ρήση του Κικέρωνος · πράγματι, ας αναλογιστούμε πόσες φορές βιώνει την εν λόγω πραγματικότητα ένας άνθρωπος, κατά τη διάρκεια της ζωής του. Εξαρτητική διάθεση μπορεί να μας δημιουργεί οτιδήποτε υπάρχει γύρω μας: το κινητό μας τηλέφωνο, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η μουσική, ο έρωτας για έναν άλλον άνθρωπο, οι ναρκωτικές ουσίες. Δεν υπάρχουν συνεπώς καλές και κακές εξαρτήσεις. Ο χαρακτηρισμός του «κακού» συνάγεται συνήθως από τη μεγαλύτερη βλαπτικότητα ορισμένων εξαρτήσεων σε σχέση με άλλες. Κανείς που καταναλώνει κάθε πρωί τρεις κούπες καφέ με τη δικαιολογία ότι έχει ανάγκη την καφεΐνη για να ξυπνήσει, δεν είναι λιγότερο εξαρτημένος από κάποιον που καταναλώνει ποιοτικά ανάλογες ποσότητες κοκαΐνης για να βιώσει το συναίσθημα της χαράς. Η ενεργητικότητα που αποζητούν και οι δύο μπορεί να επιτευχθεί με πιο «φυσικούς» τρόπους, δίχως τη λήψη της εκάστοτε ουσίας. Η διαφορά έγκειται στο ότι η εξαρτητική ουσία του πρώτου παραδείγματος είναι σαφώς λιγότερο επιβλαβής από την ουσία του δεύτερου. Στη βάση τους όμως, έχουν ένα κοινό σημείο: την αδυναμία αυτοελέγχου που προκαλούν στον άνθρωπο. Ακόμα και εκείνοι που έχουν καταφέρει να περιορίσουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό τις εξαρτητικές τους τάσεις, έχουν καταβάλει αρκετή και επίπονη προσπάθεια. Συνεπώς, δεν έχει καμία σημασία το φύλο, το έθνος, το

χρώμα δέρματος, η κοινωνική τάξη από την οποία προερχόμαστε, ή οι σεξουαλικές μας προτιμήσεις. Είμαστε όλοι ίσοι απέναντι στην εξάρτηση.

Ως εκ τούτου, θεωρούμε αρκετά υποκριτική τη στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σε όσους εμφανίζουν συμπτώματα εξάρτησης από τα ναρκωτικά. Ο συνηθέστερος χαρακτηρισμός του «πρεζάκια» ή ο λιγότερο προσβλητικός του «τοξικομανούς» φανερώνει την υποτίμηση ή την αποστροφή της κοινωνίας απέναντι σε αυτά τα άτομα. Άλλωστε η ιστορία του γένους μας, αποδεικνύει ότι ο άνθρωπος είναι αρκετά εκδικητικός και χαιρέκακος όταν εξαιτίας ορισμένων καταστάσεων, θεωρεί τον εαυτό του «δυνατότερο» από τον συνάνθρωπό του. Αυτό που πρέπει να κατανοήσουμε είναι το γεγονός ότι τα εξαρτημένα στις ουσίες άτομα χρειάζονται την ειλικρινή μας βοήθεια, κατά τον ίδιο τρόπο που ο καθένας έχει ανάγκη από τη βοήθεια του άλλου, όταν βρίσκεται σε κατάσταση αδυναμίας. Μολονότι η ακόλουθη άποψη μπορεί να θεωρηθεί αρκετά ρομαντική και ουτοπική, μας φαίνεται απίστευτο το γεγονός ότι συνήθως η απόφαση για παροχή βοήθειας στηρίζεται σε οικονομικά και υπολογιστικά κριτήρια · πως είναι δυνατόν οι επιπτώσεις της παροχής θεραπείας στον κρατικό προϋπολογισμό να αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για τη στήριξή της όταν υπάρχουν άνθρωποι, οι ζωές των οποίων βυθίζονται στο σκοτάδι και καταλήγουν να πεθαίνουν στο δρόμο εξαιτίας των ουσιών; Η κρίσιμη έννοια στην υπό εξέταση προβληματική θεωρούμε πως είναι η έννοια της μέριμνας, δηλαδή το να πράττουμε όσα συμβάλλουν στη «*διατήρηση, τη συνέχιση και την επανόρθωση του κόσμου μας, ώστε να ζούμε σε αυτόν όσο καλύτερα γίνεται*»<sup>299</sup>. Η ανιδιοτελής ένδειξη και παροχή ικανοποιητικής φροντίδας προς τον άλλον, θέτει τον ίδιο και τις ανάγκες του ως αυτοσκοπούς δράσης<sup>300</sup>. Βέβαια, η φροντίδα προς τον άλλον γίνεται κατανοητή μόνο αν πρώτα αντιληφθούμε πως σε αυτή τη ζωή είναι αδύνατον να είμαστε απόλυτα και συνεχώς αυτόνομοι. Άλλοτε θα ζητήσουμε και άλλοτε θα παρέχουμε βοήθεια · συνεπώς, αλληλεξαρτόμαστε. Φυσικά, εξυπακούεται πως η παροχή βοήθειας από και προς το άτομο θα πρέπει να πραγματοποιείται στα πλαίσια που θέτει η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να μην μετατρέπεται σε καταπίεση<sup>301</sup>. Τελικά, πιστεύουμε πως η

---

<sup>299</sup> Βλ. *Tronto*, Για μια Πολιτική της Μέριμνας (Care) σε έναν ευάλωτο κόσμο, σ. 221.

<sup>300</sup> Βλ. *Tronto*, ό.π., σ. 222 επ..

<sup>301</sup> Βλ. *Tronto*, ό.π., σ. 302, 333.

παρέμβαση στην ιδιωτική αυτονομία υπό τη μορφή της «φροντίδας», δεν είναι απλώς αποδεκτή, αλλά και επιβεβλημένη. Ως εκ τούτου, ένας ήπιος, φιλελεύθερος πατερναλισμός, ο οποίος επεμβαίνει στη σφαίρα του ατόμου σεβόμενος τα δικαιώματά του και επιδιώκοντας να παρέχει βοήθεια με τη μορφή της «ευγενούς» χειραγώγησης και όχι με μεθόδους καταστολής ή εξαναγκασμού θεωρούμε πως αποτελεί την ορθότερη κατεύθυνση για κάθε σχετική νομοθεσία. Κατά τη γνώμη του γράφοντος λοιπόν, δεν είναι προβληματική η πατερναλιστική προσέγγιση, από τη στιγμή που σέβεται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του ατόμου, παρεμβαίνοντας με ένα τρόπο ο οποίος βασίζεται στην αρχή της αναλογικότητας και αποσκοπεί στην ευημερία του. Κατά συνέπεια, η έννοια της «χειραγώγησης» δεν θα πρέπει να λάβει αρνητική ένταση. Ως χειραγώγηση νοείται το προβάδισμα στην «προβολή» των ευμενέστερων για το άτομο επιλογών σε σχέση με τις επιβλαβείς επιλογές, έτσι ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες το άτομο να ακολουθήσει τη συνετή για το ίδιο, οδό.

Οι σύγχρονες πολιτικές των κυβερνήσεων και των θεραπευτικών προγραμμάτων θεωρούμε πως κινούνται σε αυτή την τροχιά. Κατόπιν των αμφισβητούμενων πρακτικών που εφαρμόζονταν στο δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, το ενδιαφέρον για την ανθρώπινη ζωή έχει τεθεί πλέον στο επίκεντρο. Ταυτόχρονα, είναι θαυμαστή η προσπάθεια των νεότερων επανεντακτικών πρότυπων μείωσης κινδύνων να συγκεράσουν την πειθώ με τη θεραπεία του ατόμου και τις ευρύτερες ανάγκες του κοινωνικού συνόλου στη βάση της αρχής της αναλογικότητας και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των ατομικών δικαιωμάτων. Η χώρα μας πιστεύουμε πως αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των ανωτέρω, από πλευράς σωφρονιστικής πολιτικής και θεραπευτικών προγραμμάτων. Βέβαια στην πράξη προς το παρόν υστερεί, κυρίως εξαιτίας των κακών συνθηκών που επικρατούν στις ελληνικές φυλακές, οι οποίες κάθε άλλο παρά βοηθούν την επανένταξη<sup>302</sup>. Ωστόσο, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τα θετικά βήματα, όπως για παράδειγμα η λειτουργία προγραμμάτων συμβουλευτικής υποστήριξης και απεξάρτησης σε διάφορα σωφρονιστικά καταστήματα της χώρας υπό την αιγίδα του ΚΕΘΕΑ και του ΟΚΑΝΑ. Επιπλέον, και παρά τα οικονομικά προβλήματα,

---

<sup>302</sup> Βλ. Γιαννούλη, ό.π., σ. 177-178.



αξιόλογη είναι η προσπάθεια που καταβάλουν οι άνθρωποι των προαναφερθέντων φορέων σε όλους τους τομείς, μεταξύ των οποίων και η πρόληψη, που κατά τη γνώμη του γράφοντος αποτελεί το πρώτο βήμα προστασίας του ατόμου από τις ουσίες. Είναι αποδεκτό το ότι η χρήση δεν οδηγεί πάντοτε στην εξάρτηση, όμως είναι βέβαιο πως η μη χρήση σίγουρα δεν οδηγεί στην εξάρτηση. Κάτι τέτοιο θεωρούμε πως ισχύει για όλες τις ναρκωτικές ουσίες, ακόμη και για εκείνες που φαντάζουν λιγότερο επιβλαβείς.

Εν κατακλείδι, οι ναρκωτικές ουσίες θα υπάρχουν όσο υφίσταται η ανθρώπινη ζωή. Αυτή όμως δεν είναι μία απαισιόδοξη άποψη. Τουναντίον · η ρεαλιστική θέαση του ζητήματος οδηγεί και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του. Όμως, η τελευταία πράξη αφορά την ίδια την κοινωνία. Ο σεβασμός και η στοργή σε όσους υποφέρουν από την ουσιοεξάρτηση, αλλά και η ευγενής αποδοχή εκείνων που τα κατάφεραν, είναι το σημαντικότερο βήμα για έναν καλύτερο κόσμο.

## **Βιβλιογραφία**

### ***Ελληνική Βιβλιογραφία και Αρθρογραφία***

Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Νόμος περί Ναρκωτικών και άλλες διατάξεις», Αθήνα, 2013.

*Ανδριάκαινα Ε.*, Παίζοντας με τα Όρια, Θεραπευτικές Κοινότητες και Χρήστες Ναρκωτικών, Εκδόσεις Βιβλιόραμα, Αθήνα, 2005.

*Βουτσάκης Β.*, Το δικαίωμα στον ιδιωτικό βίο.

*Γαζγαλίδης Κ.*, Ηρωίνη, Υποκατάστατα & Ανταγωνιστές - Θεραπείες, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, 2003.

*του ιδίου*, Ναρκωτικά, Εγχειρίδιο για τη Μείωση της Βλάβης, Προσεγγίσεις Εξάντας, 2005.

*Γιαννούλης Γ. Α.*, Η Επικινδυνότητα του Δράστη και η Εκτίμηση Κινδύνων από Δικαιοκρατικής Σκοπίας, Τόμος Ι, Εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2017.

*Γρίβας Κ.*, Ο Αποδιοπομπαίος Τράγος, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, 2006.

*Δαγτόγλου Π. Δ.*, Ατομικά Δικαιώματα, 4<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2012.

*Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)*, Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινόπνευματων στην Ελλάδα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα, 2017.

*Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA)*, Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ετήσια Έκθεση, Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Λουξεμβούργο, 2012.

*του ιδίου*, Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, Τάσεις και Εξελίξεις, Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Λουξεμβούργο, 2017.

του ιδίου, Δελτίο Τύπου για τα Ναρκωτικά, Λισαβόνα, 2017

Ζαφειρίδης Φ., Εξαρτήσεις και Κοινωνία, Τόμος 1. - Θεραπευτικές Κοινότητες, Ομάδες Αυτοβοήθειας, Εκδόσεις Κέδρος, 2009.

Ζημιανίτης Δ., Οι άδειες των κρατουμένων στα πλαίσια της άμβλυσης των δυσμενών συνεπειών του εγκλεισμού, Υπεράσπιση, 1999, σ. 1358 - 1360.

Καραθάνος Δ., «ΙΘΑΚΗ: Μια ιστορία θα σας πω...», 2013, πηγή: <http://www.athensvoice.gr/archives/ithaki-mia-istoria-tha-sas-po>.

Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2013.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Υπεύθυνος Έκδοσης Γκιτάκος Β., Απολογισμός Έργου 2015, ΚΕΘΕΑ, 2016.

του ιδίου, Περιγραφή του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ.

Κοσμάτος Κ., Τα εξαρτημένα άτομα στη νέα νομοθεσία για τα ναρκωτικά (άρθρα 21 παρ. 1α', 30-35 Ν 4139/2013), Ποινική Δικαιοσύνη, 2013, σ. 807 - 809.

Λιάππας Γ. Α. και Πομίни Β., Ουσιοεξάρτηση - Σύγχρονα Θέματα, Εκδόσεις ΙΤΑΚΑ, Αθήνα, 2004.

Λιάππας Γ. Α., Ναρκωτικά, 6<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Πατάκη, 2011.

Λυπουρλής Δ. και Μωραΐτου Δ., Αριστοτέλης, σε Φιλοσοφικός Λόγος, Γ' Γενικού Λυκείου, Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών και Εκδόσεων «Διόφαντος».

Μανωλεδάκης Ι., Το Έννομο Αγαθό ως Βασική Έννοια του Ποινικού Δικαίου, Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1998.

Μαργαρίτης Μ. και Μαργαρίτη Α., Ποινικός Κώδικας, Ερμηνεία - Εφαρμογή, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Π.Ν. Σάκκουλας, 2014.

Μπουντούρογλου Ν., «Υποκατάστατα: μια νέα «θεσμοθετημένη» εξάρτηση». Πηγή: <http://www.e-esyn.gr/arthra/99/215-ypokatastata.html>.

Μυλωνόπουλος Χ. Χ., Προμήθεια, κατοχή και καλλιέργεια ναρκωτικών προς ιδία χρήση, Ποινική Δικαιοσύνη, 2013, σ. 1-3.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), Απολογισμός Έργου Διετίας 2010 - 2012, Υπεύθυνη Έκδοσης Μαλλιώρα Μ., Αθήνα, 2012.

του ιδίου, Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών, 2012.

Παπαγεωργίου Ε. Γ., Εξαρτήσεις στη Ζωή μας, 2<sup>η</sup> Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1990.

Παπαδάτος Γ., Ναρκωτικά και Εφηβεία, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2010.

Περιστεράκη - Ψυχογιού Α., Ναρκωτικά, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Εκδόσεις Φυκίρης, Αθήνα, 1993.

Πουλόπουλος Χ., Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: Οι Κοινότητες της Αλλαγής, Εκδόσεις Τόπος, 2011.

του ιδίου, Η Θεραπευτική Κοινότητα σε Ουσιοεξάρτηση (Λιάππας Ι.Α. και Πομίνη Β.).

Προκόπη Δ., «ΟΚΑΝΑ: Έλλειψη αναλώσιμων, φαρμάκων και αντιδραστηρίων», 2017. Πηγή: <http://www.newsbomb.gr/ygeia/news/story/769076/okana-elleipsi-analosimon-farmakon-kai-antidrastirion>

Ρούσσης Α. Γ., Ναρκωτικά, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 2009.

Σπινέλλη Κ. Δ., Εγκληματολογία, Σύγχρονες και Παλαιότερες Κατευθύνσεις, 3η Έκδοση, 2014.

Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών / Εθνική Μονάδα Πληροφοριών (ΣΟΔΝ / ΕΜΠ), Έκθεση για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα Έτους 2008, Νοέμβριος, 2009.

Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Ανίχνευση Τάσεων Εξάρτησης από Ψυχοδραστικές Ουσίες.

Τζαννετάκη Τ., Ο νεοσυντηρητισμός και η πολιτική της μηδενικής ανοχής: μια κριτική θεώρηση των θέσεων του James Q. Wilson, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2006.

της ίδιας, Δικαιικό Πρότυπο, προδημοσίευση πημματος του υπό έκδοση συγγράματος Εγκληματολογικό Λεξικό των Κουράκη Ν. και Κρανιδιώτη Μ..

Τσίβρα Ε., Μεγάλη αύξηση της χρήσης και της εξάρτησης από ουσίες. Πηγή: <http://www.kethea-strofi.gr/article.php?id=288>.

Τσιλιμιγκάκη Μ., «ΚΕΘΕΑ: Ελλείψεις προσωπικού και λουκέτα...», 2016. Πηγή: <http://www.iatropedia.gr/eidiseis/kethea-elleipseis-prosopikou-kai-louketa/65305/>.

Υπουργικές Αποφάσεις υπ' αρ. Β1.α/οικ. 115877/2013, Β1.α/οικ. 106349/2014 και υπ' αρ. Β1.α/οικ. 95326/2015.

Χάιδου Α., Ναρκωτικά, Νομική Βιβλιοθήκη, 2016.

### **Βιβλιογραφία και αρθρογραφία μεταφρασμένες στα ελληνικά**

Arnao G., Το Δίλημμα Ηρώνη, Εκδόσεις Βαβέλ Σέλας, 1995.

Mill J. S., Περί Ελευθερίας (On Liberty), Εκδόσεις Επίκουρος, 2014.

Ροκ Μ., Η Αλήθεια για τα «Ναρκωτικά», Εκδόσεις Κέδρος, 2001.

Sandel M. J., Δικαιοσύνη, Εκδόσεις Πόλις, 2011.

Tronto J. C., Για μια Πολιτική της Μέριμνας σ έναν Ευάλωτο Κόσμο, Εκδόσεις Πόλις, 2011.

von Hirsch A., Άμεσος Πατερναλισμός: Τιμωρώντας τους Δράστες της Αυτοπροσβολής.

### **Ξένη Βιβλιογραφία και Αρθρογραφία**

Arneson, Paternalism and the Principle of Fairness σε Paternalism: Theory and Practice (edited by Coons C. & Weber M.), Cambridge University Press, Cambridge, 2013.

Broekaert et al., The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe, National Center for Biotechnology Information, 2006. Πηγή: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16352897>.

Buggle A., After 40-Year Fight, Illicit Drug Use at All-Time High, 2013. Πηγή: [http://www.huffingtonpost.com/annabelle-buggle/after-40year-fight-illici\\_b\\_3623714.html](http://www.huffingtonpost.com/annabelle-buggle/after-40year-fight-illici_b_3623714.html).

Christman J., Autonomy in Moral and Political Philosophy, 2015. Πηγή: <https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/#AutPat>.

Csete J. & Jurgens R., In the name of treatment: ending abuses in compulsory drug detention centers, 2012. Πηγή: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03738.x/full>.

Dworkin G., The Theory and Practice of Autonomy, Cambridge Studies in Philosophy, 1988.

του ιδίου, Paternalism, 2017, πηγή: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/paternalism/>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Perspectives on Drugs, The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013 –16), 2015.

του ιδίου, Therapeutic Communities for Treating Addictions in Europe, 2014.

Feinberg J., Harm to Self, Volume Three, Oxford University Press, 1989.

Ferner M. & Grim R, The U.S. Wants To Adopt A More Humane Drug Policy. Just Be Careful What You Call It, 2016. Πηγή: [https://www.huffingtonpost.com/entry/harm-reduction-drug-policy\\_us\\_56ec4523e4b09bf44a9d32d2](https://www.huffingtonpost.com/entry/harm-reduction-drug-policy_us_56ec4523e4b09bf44a9d32d2).

Hall W. et al., Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction, 2012. Πηγή: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x/full>.

Husak D. N., Drugs and Rights, Cambridge University Press, 1992.

*Israelsson M. et al.*, European laws on compulsory commitment to care of persons suffering from substance use disorders or misuse problems– a comparative review from a human and civil rights perspective, 2015. Πηγή: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-015-0029-y>.

*Kennard D.*, An Introduction to Therapeutic Communities, Therapeutic Communities I, Routledge, 1983.

*Kleber H. D.*, Methadone Maintenance 4 Decades Later, 2008. Πηγή: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182898>

*Miles K.*, These Charts Show Just How Bad America’s Heroin Problem Has Become, 2014. Πηγή: [http://www.huffingtonpost.com/2014/02/21/america-heroin-charts\\_n\\_4817130.html](http://www.huffingtonpost.com/2014/02/21/america-heroin-charts_n_4817130.html).

*National Institute on Drug Abuse (NIDA)*, National Survey of Drug Use and Health 2014 – 2016. Πηγή: <https://www.drugabuse.gov/national-survey-drug-use-health>.

*του ιδίου*, Overdose Death Rates. Πηγή: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>.

*National Center for Biotechnology Information (NCBI)*, «A Call For Evidence-Based Medical Treatment Of Opioid Dependence In The United States And Canada», 2015. Πηγή: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4570728/#!po=8.06452>.

*Novak M.*, Synanon's Sober Utopia: How a Drug Rehab Program Became a Violent Cult, 2014. Πηγή: <https://paleofuture.gizmodo.com/synanons-sober-utopia-how-a-drug-rehab-program-became-1562665776>.

*Sacco L.*, Drug Enforcement in the United States: History, Policy, and Trends, Congressional Research Service, 2014.

*του ιδίου*, The N-SSATS Report, Similarities and Differences in Opioid Treatment Programs that Provide Methadone Maintenance or Buprenorphine Maintenance, 2010. Πηγή: <http://archive.samhsa.gov/data/2k10/225/225OpiodTx2k10Web.pdf>.

*Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings.

Πηγή: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.htm#7.1>.

*του ιδίου*, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Πηγή: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2016/NSDUH-DetTabs-2016.pdf>.

*Wilson J. Q.*, On Character, 1991.

*Winick C.*, Social Behavior, Public Policy and Nonharmful Drug Use σε *Confronting drug policy : illicit drugs in a free society* (edited by *Bayer M. & Oppenheimer G. M.*), Cambridge University Press, Cambridge, 2013.

### **Ιστοσελίδες**

[www.asam.org](http://www.asam.org) - American Society Of Addiction Medicine (ASAM)

[www.buppractice.com](http://www.buppractice.com)

[www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov) - National Institute on Drug Abuse (NIDA)

[www.drugabuse.net](http://www.drugabuse.net)

[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

[www.e-syn.gr](http://www.e-syn.gr)

[www.harmreduction.org](http://www.harmreduction.org) - Harm Reduction Coalition

[www.huffingtonpost.com](http://www.huffingtonpost.com)

[www.iatropedia.gr](http://www.iatropedia.gr)

[www.kethea.gr](http://www.kethea.gr) - ΚΕΘΕΑ



[www.kethea-strofi.gr](http://www.kethea-strofi.gr)

[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) - National Center for Biotechnology Information (NCBI)

[www.notodrugs.gr](http://www.notodrugs.gr)

[www.okana.gr](http://www.okana.gr) - OKANA

[www.onlinelibrary.wiley.com](http://www.onlinelibrary.wiley.com)

[www.paleofuture.gizmodo.com](http://www.paleofuture.gizmodo.com)

[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov) - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

[www.stanford.edu](http://www.stanford.edu)

[www.substanceabusepolicy.biomedcentral.com](http://www.substanceabusepolicy.biomedcentral.com)

[www.who.int](http://www.who.int) - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)