

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/329558722>

Καλές Πρακτικές: Υιοθετώντας νέες εκπαιδευτικές μεθόδους και πρακτικές στο χώρο της τοξικοεξάρτησης

Technical Report · December 2017

CITATIONS

0

READS

386

1 author:



[Anna Tsiboukli](#)

National and Kapodistrian University of Athens

87 PUBLICATIONS 48 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



The role of Adult Educator -Applied Peadagogics-University of Athens [View project](#)



Δυναμική των Ομάδων και Αλλαγή στους Οργανισμούς [View project](#)

2017

ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Υιοθετώντας νέες εκπαιδευτικές μεθόδους και πρακτικές στον χώρο της τοξικοεξάρτησης



Erasmus+

Κινητικότητα προσωπικού Εκπαίδευσης Ενηλίκων στη
Βασική Δράση ΚΑ1 «Μαθησιακή Κινητικότητα Ατόμων»



Κέντρο Θεραπείας
Εξαρτημένων Ατόμων

Υιοθετώντας νέες εκπαιδευτικές μεθόδους και πρακτικές στο χώρο της τοξικοεξάρτησης

«Η υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την παραγωγή της παρούσας έκδοσης δεν συνιστά αποδοχή του περιεχομένου, το οποίο αντανακλά τις απόψεις μόνον των δημιουργών, και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεν φέρει ουδεμία ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών που εμπεριέχονται σε αυτό».

ΕΚΔΟΤΗΣ

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ, 2017)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΟΥ

Άννα Τσιμπουκλή, PhD,
Υπεύθυνη Τομέα Εκπαίδευσης ΚΕΘΕΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΡΓΟΥ

Παναγιώτης Κουτροβίδης, PhD,
Υπεύθυνος Τμήματος Εκπαίδευσης & Κατάρτισης Μελών ΚΕΘΕΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΡΓΟΥ & ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ολυμπία Χαϊδεμενάκη, M.Ed.,
Τμήμα Εκπαίδευσης & Κατάρτισης Μελών ΚΕΘΕΑ

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Γεώργιος Φασουλάκης,
Νομικός-Διερμηνέας
Επίσημα διαπιστευμένος στα Ευρωπαϊκά Όργανα,
Επίσημος Μεταφραστής

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΠΑΡΑΓΩΓΗ

ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ+ΧΡΩΜΑ, 2310 797476

Copyright

ΚΕΘΕΑ 2017

Σορβόλου 24, 11636, Μετς, Αθήνα

e-mail: admin@kethea.gr

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	4
-----------------------	----------

Ευδοκία Ζάχου

Βραχύχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις για το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και τα τυχερά παιχνίδια: Συνοπτική παρουσίαση	6
---	---

Ηλίας Παρασκευόπουλος

Εμπειρίες, ευκαιρίες και προβληματισμοί στη χρήση διαδικτυακών εργαλείων συμβουλευτικής για ενεργούς χρήστες ουσιών	11
---	----

Νεκταρία Αποστολίδου

Ένα παράδειγμα δικτύωσης μονάδων: Η εμπειρία από το ταξίδι στο Άμστερνταμ	19
--	----

Σοφία Φιλιππακοπούλου - Ζέρβα

ISD MEASURE: Δραστική παρέμβαση στο σωφρονιστικό σύστημα	22
---	----

Αργυρώ Παπαδάκη

Παρεμβάσεις για άτομα με διπλή και τριπλή διάγνωση	26
--	----

Εισαγωγή

Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί έναν συνεχώς εξελισσόμενο οργανισμό μάθησης, παρέχοντας προγράμματα εκπαίδευσης τόσο σε στελέχη πρόληψης και θεραπείας των εξαρτήσεων όσο και σε μέλη και αποφοίτους των προγραμμάτων απεξάρτησης. Έχοντας, λοιπόν, ως βασικό πυλώνα τις αρχές και το θεωρητικό υπόβαθρο της Εκπαίδευσης Ενηλίκων, προωθεί τη συμμετοχή των στελεχών του σε προγράμματα εκπαίδευσης και σε δράσεις διά βίου μάθησης, στοχεύοντας στη δημιουργία στελεχών με υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων που λειτουργούν με αυτονομία, αυτοπεποίθηση και ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλίας. Επίσης, προωθεί τη συμμετοχή σε δράσεις της εκπαίδευσης ενηλίκων (τυπικής, μη τυπικής και άτυπης μάθησης) με στόχο είτε την απόκτηση νέων επαγγελματικών δεξιοτήτων είτε την προσωπική τους ανάπτυξη. Για την εκπλήρωση των παραπάνω το ΚΕΘΕΑ αξιοποιεί τις ευκαιρίες εκπαίδευσης και κατάρτισης στελεχών που προσφέρει η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), μέσω της κινητικότητας επαγγελματιών σε φορείς και οργανισμούς. Μέσω της κινητικότητας το ΚΕΘΕΑ ενισχύει την ανταλλαγή τεχνογνωσίας, την επαγγελματική ανάπτυξη και την έρευνα στον τομέα δράσης του, ενδυναμώνοντας το πλαίσιο συνεργασίας και διασύνδεσης με την Ευρώπη.

Το παρόν εγχειρίδιο εκδόθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος Erasmus+ και συγκεκριμένα της κινητικότητας προσωπικού εκπαίδευσης ενηλίκων στη Βασική Δράση KA1 «Μαθησιακή Κινητικότητα Ατόμων». Το σχέδιο κινητικότητας που υλοποίησε το ΚΕΘΕΑ με τίτλο *«Υιοθετώντας νέες εκπαιδευτικές μεθόδους και πρακτικές στο χώρο της τοξικοεξάρτησης»* (κωδικός αριθμός 2016-1-EL01-KA104-023012) είχε χρονική διάρκεια 13 μήνες (από 05/09/2016 έως και 4/10/2017) και αφορούσε τη συμμετοχή πέντε (5) μελών του προσωπικού θεραπείας του ΚΕΘΕΑ σε ροές κινητικότητας για επιμόρφωση σε δομημένους κύκλους μαθημάτων στο Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) της Ολλανδίας. Πιο αναλυτικά, τέσσερα (4) στελέχη του ΚΕΘΕΑ είχαν την ευκαιρία να εκπαιδευτούν σε συγκεκριμένα αντικείμενα κατάρτισης για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας, ενώ ένα στέλεχος εκπαιδεύτηκε στον φορέα υποδοχής για έναν μήνα.

Η φιλοσοφία του συγκεκριμένου σχεδίου έγκειται στην κινητικότητα στελεχών και τη συμμετοχή σε δομημένα προγράμματα σπουδών, με στόχο τη μεταφορά καινοτομίας, την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και την προώθηση της διά βίου μάθησης των επαγγελματιών. Η συμμετοχή των πέντε στελεχών/επαγγελματιών στο παραπάνω σχέδιο τους παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης της συνεργασίας τους με στελέχη ομοειδών οργανισμών, ανταλλαγής απόψεων, γνώσεων και πρακτικών αλλά και την ευκαιρία επαγγελματικής ανατροφοδότησης και προσωπικής βελτίωσης και ανάπτυξης. Οι συμμετέχοντες-εκπαιδευόμενοι τοποθετήθηκαν σε δομημένους κύκλους σπουδών στο AIAR, έναν οργανισμό που αποτελεί μοναδική σύζευξη πανεπιστημιακού φορέα, ερευνητικού κέντρου και θεραπευτικού οργανισμού για τις εξαρτήσεις στην Ολλανδία.

Απόρροια του σχεδίου κινητικότητας είναι το παρόν εγχειρίδιο «Καλές πρακτικές: Υιοθετώντας νέες εκπαιδευτικές μεθόδους και πρακτικές στο χώρο της τοξικοεξάρτησης». Ευελπιστούμε το εγχειρίδιο αυτό να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για συζήτηση και προβληματισμό με στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών που απευθύνονται σε εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.

Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕΘΕΑ

Βραχύχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις για το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και τα τυχερά παιχνίδια: Συνοπτική παρουσίαση

Ευδοκία Ζάχου

MSc, Κοινωνική ανθρωπολόγος, Προσωπικό Θεραπείας
στο Συμβουλευτικό Κέντρο Ρόδου του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΗΝΗ

ΓΕΝΙΚΑ

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις του **AIAR** (Amsterdam Institute for Addiction Research) στο AMC (Academisch Medisch Centrum) και αφορούσε τη γενικότερη ενημέρωση για το τι συμβαίνει σήμερα στην Ολλανδία σε σχέση με τη θεραπεία των νόμιμων και παράνομων εξαρτήσεων. Χρειάζεται να αναφερθεί εξ αρχής ότι τα προγράμματα θεραπείας στην Ολλανδία είναι ιδιωτικά και πληρώνονται από τον (ιδιωτικό) ασφαλιστικό φορέα του εξυπηρετούμενου¹.

Παράλληλα, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλάμβανε επίσκεψη στο χώρο του **Jellinek Clinic**, ο οποίος αποτελεί τον μεγαλύτερο οργανισμό που ασχολείται με τις εξαρτήσεις αυτή τη στιγμή στην Ολλανδία. AIAR και Jellinek βρίσκονται σε διαρκή συνεργασία, ώστε η θεραπεία να υποστηρίζει την έρευνα και η έρευνα τη θεραπεία.

Η εκπαίδευση συνεχίστηκε με επίσκεψη στις δομές του δικτύου **Roads**. Και το Jellinek Clinic και το δίκτυο Roads έχουν τη διοικητικο-οικονομική υποστήριξη ενός μεγάλου φορέα, που ονομάζεται **Arkin**, και που σε αυτόν υπάγονται εκτός των παραπάνω και κάποιες άλλες δομές.

¹ Ακόμη και στην περίπτωση που κάποιος είναι άνεργος και άστεγος, υπάρχει ένα κοινωνικό επίδομα που επιτρέπει τη δυνατότητα ασφάλισής του. Το επίδομα το διαχειρίζεται κοινωνικός λειτουργός που φροντίζει για την κάλυψη των βασικών αναγκών του επιδοτούμενου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Στον χώρο του AIAR μάς έγινε ενημέρωση για το εργαλείο «*Kicking the Habit*»² που δημιουργήθηκε από την Dr. Edith Cramer, το οποίο χρησιμοποιείται στις συναντήσεις με άτομα που έχουν θέματα είτε με τις ουσίες (νόμιμες ή παράνομες) είτε με τον τζόγο. Αποτελεί επίσης το κατεξοχήν εργαλείο που χρησιμοποιείται στις συνεδρίες στις φυλακές.

Το Jellinek λειτουργεί ως ολοκληρωμένο πρόγραμμα και οι βασικοί θεραπευτικοί του στόχοι είναι δύο: α) η αποχή ή η ελεγχόμενη χρήση και β) η μείωση της βλάβης.

Ανάλογα ποιος από τους δύο αυτούς στόχους επιδιώκεται, το άτομο έχει στη διάθεσή του τέσσερα επίπεδα θεραπείας, εντατικής ή μη, εξωτερικής παρακολούθησης ή διαμονής. Σε όλα τα επίπεδα δουλεύουν με δύο μεθόδους: Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) & τα 12 βήματα (το μοντέλο της Μινεσότα). Σε σχέση με τις δομές εξωτερικής παρακολούθησης υπάρχουν 2 είδη υπηρεσιών: αποτοξίνωσης (διάρκειας 1-2 εβδομάδων) και θεραπείας (διάρκειας από 6 έως 9 μήνες). Ο θεραπευτής, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, χρησιμοποιεί συγκεκριμένο εγχειρίδιο από το οποίο δεν παρεκκλίνει καθόλου και που είναι διαθέσιμο προς πώληση από τον οργανισμό. Επίσης, χρησιμοποιούν τη «μικτή» CBT που περιλαμβάνει, εκτός των ατομικών ή ομαδικών συνεδριών, on-line επικοινωνία με τον θεραπευτή μέσω ιστοσελίδας ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, όπου μπορούν να δίνονται διάφορες γραπτές αναθέσεις, ανατροφοδότηση (feedback), πληροφορίες και να γίνεται κινητοποίηση για την προσέλευση στο επόμενο ραντεβού. Δεν υπάρχει παράλληλο πρόγραμμα οικογένειας, πραγματοποιούνται όμως τέσσερις ενημερωτικές συνεδρίες για γονείς ή μία οικογενειακή συνεδρία με το μέλος. Τις συνεδρίες αυτές πληρώνει ο Δήμος του Άμστερνταμ. Το Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης είναι ενταγμένο στον Τομέα Πρόληψης.

Τομέας Πρόληψης

Ο Τομέας Πρόληψης του Jellinek ασχολείται με ξεχωριστές δράσεις που αφορούν τους ενήλικες και τους εφήβους.

² Το εργαλείο «*Kicking the Habbit*» έχει μεταφραστεί από τον Τομέα Εκπαίδευσης του ΚΕΘΕΑ και είναι διαθέσιμο με τη μορφή εγχειριδίου με τίτλο «Ανοδική πορεία».

Σε σχέση με τους ενήλικες διαθέτει τις εξής δράσεις:

1. Γραμμή ενημέρωσης-υποστήριξης: Λειτουργεί καθημερινά από τις 15.00 έως τις 17.00, δίνοντας πληροφορίες για τις εξαρτήσεις σε μέλη οικογενειών, σε φοιτητές για τις διπλωματικές τους κ.λπ.
2. Drug-tests: 3 φορές την εβδομάδα κάποιος μπορεί να φέρει τα ναρκωτικά του για εξέταση και να μάθει τι περιέχουν.
3. Εκπαιδευτικά-ενημερώσεις 5 έως 8 συναντήσεων σε ομάδες επαγγελματιών (νοσοκόμες, γενικοί ιατροί, σύμβουλοι, υπάλληλοι πρόνοιας κ.ά.) που έρχονται σε επαφή με χρήστες.
4. Ιστοσελίδα με πληροφορίες για τα ναρκωτικά, τις εξαρτήσεις και τη θεραπεία.
5. Τις ομάδες ενημέρωσης “mama cares” και “papa cares”, όπου συμμετέχουν αντίστοιχα μητέρες και πατέρες (όχι μικτές), συνήθως μετανάστες, και μοιράζονται εμπειρίες και ανησυχίες που αφορούν το μέγλωμα των παιδιών τους. Παράλληλα τους γίνεται ενημέρωση για τα ναρκωτικά και τον τρόπο χρήσης τους.
6. Εκπαίδευση ενός δικτύου εθελοντών ως «διαμεσολαβητών» για τις διάφορες εθνότητες που υπάρχουν στην πόλη.
7. “Pink-unity: Drugs & sex info”: Ιστοσελίδα που απευθύνεται σε γκέι και σχετίζεται με την προφύλαξη και την ενημέρωση για την ανεξέλεγκτη χρήση ναρκωτικών σε συνδυασμό με το σεξ που συμβαίνει στα γκέι πάρτι.
8. Internet self-help: Από το εργαλείο self-help της ιστοσελίδας κάποιος μπορεί να πάρει εξατομικευμένες πληροφορίες (συνήθως μέσω μηνυμάτων) με στόχο την κινητοποίηση.
9. Πρόγραμμα οικογένειας: Σε αυτά συμμετέχουν μέλη οικογενειών, παράλληλα ή ανεξάρτητα από τη συμμετοχή του ίδιου του χρήστη σε θεραπεία. Αφορούν εβδομαδιαίες συναντήσεις με θέματα όπως η φροντίδα του εαυτού, η θέσπιση ορίων, ζητήματα με το θεραπευτικό πλαίσιο και τους συμβούλους του παιδιού, θεραπευτική υποστήριξη, παρέμβαση/διαχείριση κρίσης, αναζήτηση υποστηρικτικού δικτύου.

Οι δράσεις για εφήβους περιλαμβάνουν:

1. Youth-net: ενημερώσεις και δωρεάν συμβουλές για νέους από 12 έως 23 ετών και τις οικογένειές τους.
2. Ιστοσελίδα mindmasters.nl όπου δίνονται πάσης φύσεως πληροφορίες οι οποίες αφορούν τους νέους με ψυχιατρικά προβλήματα.

3. C.I.A.: Cannabis Intelligent Agent: Διοργάνωση εκδηλώσεων, συναυλιών, φεστιβάλ με ράπερ κ.ά., όπου δίνονται πληροφορίες για την κάνναβη.
4. Blowout.nu: καινούρια ιστοσελίδα, που τώρα διαμορφώνεται, με πληροφορίες για τα ναρκωτικά.
5. Drug-tests: 3 φορές την εβδομάδα κάποιος μπορεί να φέρει τα ναρκωτικά του για εξέταση και να μάθει τι περιέχουν.
6. Εκπαιδευτικά/ενημερωτικά projects για τα σχολεία και τους μαθητές (άνω των 12 ετών).
7. Εκπαιδευτικά/ενημερωτικά projects για τα σχολεία και τους γονείς.
8. Εκπαιδευτικά/ενημερωτικά projects για τα σχολεία και τους καθηγητές.

Παράλληλα με τα παραπάνω ο Τομέας Πρόληψης ασχολείται με τα διαφημιστικά και ενημερωτικά έντυπα του προγράμματος.

ROADS

Το Δίκτυο του Roads ανήκει στο Arkin, σε στενή συνεργασία με το Jellinek, και περιλαμβάνει διάφορες δομές και δραστηριότητες, 37 τον αριθμό. Ακολουθούν αυτά που επισκεφτήκαμε:

1. TUIN HUIS (δηλ. Garden House): Κέντρο Ημέρας για χρήστες νόμιμων ή παράνομων ουσιών, με ή χωρίς ψυχιατρικά προβλήματα, που, είτε βρίσκονται σε θεραπεία με μεθαδόνη είτε κάνουν ακόμμη χρήση και μπορούν να περάσουν εκεί τέσσερις ώρες από την ημέρα τους. Λειτουργεί καθημερινά από τις 9.00 έως τις 17.00. Υπάρχει εστιατόριο, οργανωμένο από το προσωπικό και κάποια έμπειρα-παλιά μέλη, όπου προσφέρεται καθημερινά ένα διαφορετικό πλήρες μενού πολύ φτηνό (2,5 ευρώ) ώστε να μπορεί να φάει ο καθένας. Επίσης, υπάρχει αίθουσα Η/Υ, όπου κάποιος μπορεί να εκπαιδευτεί στη χρήση τους. Υπάρχει καλλιτεχνικό εργαστήριο όπου κάποιος μπορεί να κάνει εικαστικά (ζωγραφική και κατασκευές) ή μουσική. Ο Δήμος του Άμστερνταμ πληρώνει ένα επίδομα στα άτομα ώστε να βρίσκονται εδώ και να μην είναι στους δρόμους, που είναι στα 3 ευρώ για 4 ώρες.
2. Recycle: Μαγαζί που πουλά καινούρια αλλά και επισκευασμένα παλιά ποδήλατα. Στον χώρο εργάζονται και, επί της ουσίας εκπαιδεύονται, με έναν μικρό μισθό μέλη των προγραμμάτων μέχρι να σταθούν στα πόδια τους.

3. Drukmakers: Εργαστήριο όπου σχεδιάζονται και εκτυπώνονται στάμπες σε μπλουζάκια ή στολές για συλλόγους, εταιρίες κ.ά. Εργάζονται και εδώ με έναν μικρό μισθό και εκπαιδεύονται μέλη του Jellinek.
4. Freud restaurant: Εστιατόριο που λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο: εργάζονται και εδώ με έναν μικρό μισθό και εκπαιδεύονται μέλη του Jellinek.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ-ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΚΕΘΕΑ

Υπάρχει δυνατότητα χρησιμοποίησης του εργαλείου «Kicking the Habit» ως μεθόδου βραχύχρονης παρέμβασης σε ανθρώπους που έχουν θέματα με το αλκοόλ, τα ναρκωτικά ή τα τυχερά παιχνίδια. Η δυνατότητα αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι το εργαλείο είχε μεταφραστεί στα ελληνικά και εφαρμοστεί πιλοτικά από το ΚΕΘΕΑ στο παρελθόν. Επίσης, κάποιες από τις υπηρεσίες που παρέχει ο ολλανδικός Τομέας Πρόληψης μπορούν επίσης να ενσωματωθούν άμεσα στο ΚΕΘΕΑ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα υπήρξε μια ενδιαφέρουσα και ανατροφοδοτική εμπειρία, που έδινε τη δυνατότητα γνωριμίας με δομές και δράσεις οι οποίες υλοποιούνται σε μια άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Χρειάζεται βεβαίως να επισημανθούν οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν και σε θέματα πολιτικής αλλά και της υφιστάμενης κουλτούρας για τα ναρκωτικά ανάμεσα στις δύο χώρες. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν δυνατότητες σύγκλισης και μεταφοράς της τεχνογνωσίας εκατέρωθεν, εφόσον στο ΚΕΘΕΑ λειτουργούν ανάλογες δομές με αυτές που επισκεφτήκαμε.

Εμπειρίες, Ευκαιρίες και Προβληματισμοί στη Χρήση Διαδικτυακών Εργαλείων Συμβουλευτικής για Ενεργούς Χρήστες Ουσιών

Ηλίας Παρασκευόπουλος

Κοινωνικός παιδαγωγός / Κοινωνικός λειτουργός
(Dipl. Soz. Paed.), Προσωπικό Θεραπείας στη Θεραπευτική
Κοινότητα ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ

Ο ολλανδικός οργανισμός απεξάρτησης Jellinek λειτουργεί εδώ και 100 χρόνια και είναι πρωτοπόρος σε παγκόσμιο επίπεδο στον σχεδιασμό και την ανάπτυξη νέων διαδικτυακών εφαρμογών για ενεργούς χρήστες ουσιών. Αξιοποιεί διαδικτυακά εργαλεία στη συμβουλευτική εδώ και περίπου δύο δεκαετίες και πλέον τα έχει εντάξει ως μέρος της πρόληψης αλλά και της θεραπείας απεξάρτησης. Είναι ενδεικτικό ότι η ιστοσελίδα του Jellinek δέχεται ετησίως 3 εκ. επισκέψεις, ενώ κάθε χρόνο περίπου 5.000 άνθρωποι αξιοποιούν ανώνυμα τα εργαλεία αυτοβοήθειας του Jellinek. Η πλειονότητα των χρηστών των λεγόμενων self-help-tools (διαδικτυακά εργαλεία αυτοβοήθειας) αναφέρουν ότι είναι αποτελεσματικά (<https://www.jellinek.nl/e-health/>).

ΝΕΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΣΤΟΧΟΙ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

Η όλο και μεγαλύτερη προσβασιμότητα του Διαδικτύου και η αυξανόμενη χρήση του από ανθρώπους όλων των ηλικιών δημιουργούν και στην Ελλάδα ευκαιρίες προσέγγισης ενός πληθυσμού νέων ενεργών χρηστών ουσιών, οι οποίοι δεν έχουν το κλασικό προφίλ των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα υπάρχοντα παραδοσιακά προγράμματα συμβουλευτικής και θεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο, δι-

ευκολύνεται η πρόσβαση σε παρεμβάσεις μείωσης βλάβης και αυξάνεται η δυνατότητα για παραπομπή και συμβουλευτική.

Γενικότερα, οι υπηρεσίες συμβουλευτικής που προσφέρονται online στοχεύουν κυρίως σε νέους που δεν προτιμούν ή αποφεύγουν την επαφή με παραδοσιακά προγράμματα συμβουλευτικής. Συνεπώς, τα διαδικτυακά εργαλεία στοχεύουν στο να προσεγγίσουν και να υποστηρίξουν περιστασιακούς και συστηματικούς χρήστες οι οποίοι:

- είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες,
- αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να προσεγγίσουν παραδοσιακές δομές συμβουλευτικής (είτε επειδή διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές είτε επειδή έχουν κάποια αναπηρία),
- επιθυμούν να διατηρήσουν την ανωνυμία τους εξαιτίας φόβου ή ντροπής,
- προτιμούν περισσότερο να γράψουν από το μιλήσουν για το θέμα που τους απασχολεί,
- λόγω των συνθηκών της ζωής τους δεν μπορούν ή διστάζουν να απευθυνθούν σε παραδοσιακές δομές υποστήριξης.

Έρευνες που έχουν γίνει κυρίως στην Ολλανδία και συγκρίνουν την πρόσωπο με πρόσωπο συμβουλευτική με την ασύγχρονη διαδικτυακή συμβουλευτική, έδειξαν ότι η διαδικτυακή συμβουλευτική μειώνει τα εμπόδια στη θεραπεία και ενισχύει την προσβασιμότητα (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21797813>).

Εκτός από την αποτελεσματικότητα, ένα άλλο πλεονέκτημα της χρήσης διαδικτυακών παρεμβάσεων είναι η καλή σχέση κόστους-οφέλους, λόγω της αυτοματοποίησης πολλών διαδικασιών, ειδικά σε εργαλεία αυτοβοήθειας που παρέχουν εξατομικευμένο feedback και επιστρέφουν άμεσα στον χρήστη πληροφορίες που αφορούν τη συχνότητα της χρήσης του, καθώς και κατευθύνσεις για την αντιμετώπισή της. Αυτά τα εργαλεία δεν απαιτούν την εμπλοκή συμβούλων και το κόστος συντήρησης είναι πολύ χαμηλό (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221381>).

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες διαδικτυακών παρεμβάσεων που φαίνεται να είναι χρήσιμες για τους ενεργούς χρήστες ουσιών και οι οποίες αντιπροσωπεύουν έναν αυξανόμενο βαθμό εντατικοποίησης:

1. Τα *εργαλεία αυτο-αξιολόγησης* (όπως το εργαλείο του γνωστού Ολλανδικού οργανισμού Jellinek <https://www.jellinek.nl/english/addicted/>) με αυτοματοποιημένο εξατομικευμένο feedback και χωρίς άμεση παρέμβαση οποιουδήποτε συμβούλου. Αυτή είναι η λιγότερο εντατική παρέμβαση μέσω διαδικτύου και απαιτεί πολύ χαμηλή δέσμευση του χρήστη. Για αυτό αποκαλείται «minimal intervention». Τέτοιου τύπου αυτό-αξιολογήσεις συνήθως απαιτούν μία μοναδική χρήση του εργαλείου (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20092953>).

2. Τα *εργαλεία αυτοβοήθειας* είναι το δεύτερο επίπεδο παρεμβάσεων και αποτελούν εργαλεία πολλαπλών διαδικτυακών συνεδριών. Αυτά τα εργαλεία είναι πιο εντατικά από τα εργαλεία αυτο-αξιολόγησης. Μερικά από τα εργαλεία αυτοβοήθειας περιλαμβάνουν επίσης την παρέμβαση συμβούλων (όπως το εργαλείο του Jellinek στην ιστοσελίδα του οργανισμού: <https://www.jellinek.nl/zelfhulp/>). Στόχος αυτού του είδους εργαλείων είναι η αρχική κινητοποίηση των χρηστών προς την αλλαγή της συμπεριφοράς τους και αυτός είναι ο βασικός λόγος που τα περισσότερα βασίζονται σε βραχύχρονες παρεμβάσεις και εργαλεία του Συμπεριφορικού – Γνωστικού Μοντέλου (CBT) (<http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/16440/Riper?sequence=2>).

3. Τα *εργαλεία της «τηλεσυμβουλευτικής»* αποτελούν το τρίτο επίπεδο παρεμβάσεων. Η τηλεσυμβουλευτική είναι μια εξατομικευμένη συμβουλευτική διαδικασία σε μορφή γραπτού κειμένου. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του χρήστη και του συμβούλου δεν γίνεται συνήθως σε πραγματικό χρόνο (chat). Είναι πιο πολύ ένας «ασύγχρονος» τρόπος επικοινωνίας. Η τηλεσυμβουλευτική είναι ένα εργαλείο που συντονίζεται από κάποιον σύμβουλο και απαιτεί υψηλότερη δέσμευση, τόσο εκ μέρους του χρήστη όσο και εκ μέρους του συμβούλου. Είναι ο πιο εντατικός τρόπος διαδικτυακής παρέμβασης.

Η συμβουλευτική μέσω διαδικτύου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ατομική συμβουλευτική διαδικασία ή να λάβει χώρα σε ένα φόρουμ. Ένα διαδικτυακό φόρουμ είναι ένας εικονικός χώρος όπου οι χρήστες μπορούν να γράψουν και να συζητήσουν για ένα συγκεκριμένο θέμα ή πρόβλημα.

Τα διαδικτυακά φόρουμ μιμούνται ουσιαστικά τις ομάδες αλληλοβοήθειας στις οποίες κανείς αλληλοεπιδρά με ανθρώπους που έχουν παρόμοιο πρόβλημα και εμπειρίες. Έτσι, ο επαγγελματίας δεν είναι μόνος σε αλληλεπίδραση με τον χρήστη του εργαλείου. Ως επί το

πλείστον εργάζεται ως συντονιστής της διαδικασίας και επόπτης της ομάδας. Βέβαια, υπάρχουν διάφορα ειδικά εργαλεία που εξασφαλίζουν το απόρρητο και μεριμνούν για την ασφάλεια στο φόρουμ, διότι το απόρρητο και η ασφάλεια εξακολουθούν να κρίνονται ως εξαιρετικά σημαντικά ανεξάρτητα από τη συνθήκη.

Ο κύριος σκοπός όλων αυτών των διαδικτυακών εργαλείων είναι η αύξηση της αυτογνωσίας μέσω της αυτοπαρατήρησης και του αναστοχασμού, και η κινητοποίηση των ανθρώπων για αλλαγή.

H ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΣΩ ΒΙΝΤΕΟΚΛΗΣΗΣ

Αρκετοί άνθρωποι όταν ακούν για «παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου» έχουν στο νου τους το λεγόμενο «video-chat» (όπως γίνεται π.χ. με το λογισμικό skype), κάτι που όμως δε συνιστάται, όταν μιλάμε για ενεργούς χρήστες ουσιών. Η συμβουλευτική με χρήση κάμερας μέσω διαδικτύου μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο πρόσθετο εργαλείο στην απεξάρτηση (με προϋπόθεση την αποχή από τη χρήση), αφού κανείς μπορεί να πραγματοποιήσει μια ολόκληρη ομαδική συνεδρία, έχοντας στη διάθεσή του έναν υπολογιστή και μια κάμερα, όταν π.χ. τα μέλη της ομάδας βρίσκονται σε διαφορετικές πόλεις.

Φαίνεται όμως να μην είναι ένα ελκυστικό εργαλείο για ενεργούς χρήστες ουσιών: Κανείς δε θέλει να είναι στιγματισμένος δείχνοντας το πρόσωπό του και μιλώντας για ένα τόσο ευαίσθητο θέμα εξ αποστάσεως και χωρίς προηγούμενη προσωπική σχέση με τον σύμβουλο.

Ακόμη, η συνομιλία μέσω βίντεο-chat δεν θεωρείται κατάλληλη για πρώτη επαφή με τους εξυπηρετούμενους, λόγω του μη εμπιστευτικού ή μη διακριτικού χαρακτήρα της. Η συμβουλευτική μέσω βιντεοκλήσης σημαίνει ότι ο εξυπηρετούμενος πρέπει να νιώθει βέβαιος ότι οι δύο χώροι είναι ασφαλείς (απόρρητο) και ήσυχοι για μια βίντεο-συνεδρία. Η συνεδρία με βίντεο είναι ένα διαδικτυακό εργαλείο «πραγματικού χρόνου» και η εμπειρία δείχνει ότι απαιτεί εξυπηρετούμενους με υψηλή δέσμευση και συνέπεια. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η τηλεδιάσκεψη (ή βίντεο-chat) είναι ένα καλό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια της φάσης της επανένταξης (ή και θεραπείας). Ο οργανισμός Jellinek χρησιμοποιεί την τηλεδιάσκεψη συμπληρωματικά μαζί με άλλα διαδικτυακά εργαλεία και σε συνδυασμό με την πρόσωπο-με-πρόσωπο συμβουλευτική. Ο συνδυασμός αυτός διαδικτυακών και άλλων εργαλείων ονομάζεται από τους Ολλανδούς «Blender Therapy» (<https://www.jellinek.nl/e-health/#blended>).

Η ΓΡΑΠΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ

Τα περισσότερα διαδικτυακά εργαλεία βασίζονται στον γραπτό λόγο. Αυτά τα εργαλεία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ελκυστικά για τους ενεργούς χρήστες ουσιών, επειδή προτιμούν να ζητούν βοήθεια παραμένοντας εντελώς ανώνυμοι. Οι ενεργοί χρήστες ουσιών φοβούνται τις πιθανές αρνητικές συνέπειες μιας ζωντανής επαφής και συχνά ντρέπονται, επειδή δεν θέλουν να στιγματιστούν. Τα εργαλεία που βασίζονται στον γραπτό λόγο δίνουν στον χρήστη μεγαλύτερη απόσταση, ενισχύοντας και αυξάνοντας την αίσθηση ασφάλειας και ανωνυμίας που αναζητά.

Μέσα από την καταγραφή των αναστοχαστικών σκέψεων, των συναισθημάτων του και της συμπεριφοράς του, ο χρήστης σιγά σιγά αποκτά μια εξωτερική ματιά της κατάστασης της ζωής του και έτσι είναι σε θέση να αναγνωρίσει τις συμπεριφορές που ενδεχομένως επιθυμεί να αλλάξει στο μέλλον. Αυτή η διαδικασία της αυτοπαράτηρησης και της απόκτησης ρεαλιστικότερης ίσως εικόνας του εαυτού βοηθά στην προώθηση της αυτογνωσίας και της αλλαγής. Για παράδειγμα, η διαδικασία του αναστοχασμού πάνω στη δράση, της σκέψης και το συναίσθημα μέσα από το γραπτό λόγο, όπως π.χ. η τήρηση ημερολογίου, βοηθά τον ενεργό χρήστη να δει την καθημερινότητα και την πραγματικότητά του μέσα από μια νέα, διαφορετική ματιά.

Η ΑΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΟΝ ΓΡΑΠΤΟ ΛΟΓΟ

Ο βασικός λόγος που τα περισσότερα διαδικτυακά εργαλεία διεθνώς βασίζονται στο γραπτό λόγο είναι η πρακτικότητα που χαρακτηρίζει τον ασύγχρονο τρόπο επικοινωνίας. Αυτός είναι και ο λόγος που οι περισσότεροι τηλεσύμβουλοι αποφεύγουν τις ζωντανές συνομιλίες (chat) στο διαδίκτυο. Ένα διαδικτυακό chat, όπως και μια τηλεφωνική κλήση, πραγματοποιούνται πάντα σε πραγματικό χρόνο. Αυτό σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας η παρουσία του συμβούλου είναι απαραίτητη, και, βέβαια, δεν μπορεί κανείς να χειριστεί δύο γραπτά live αιτήματα, όπως π.χ και δύο τηλεφωνήματα, την ίδια στιγμή. Για παράδειγμα, για ένα ομαδικό chat, χρειάζονται πάντα τουλάχιστον δύο τηλεσύμβουλοι, διότι μια ζωντανή διαδικτυακή συζήτηση (group chat) συχνά έχει τόσο γρήγορη ροή κειμένων που κάποιος μπορεί εύκολα να χάσει τον έλεγχο, προσπαθώντας να γράφει και διαβάζει την ίδια στιγμή.

Στα διαδικτυακά εργαλεία ασύγχρονης επικοινωνίας (π.χ. σε ένα φόρουμ) μια απάντηση ή ένα σχόλιο από τον επαγγελματία που αναρτώνται εντός 48ώρου αξιολογούνται ως «άμεση αντίδραση». Αυτός είναι και ο κύριος λόγος για τον οποίο αυτά τα διαδικτυακά εργαλεία είναι ακατάλληλα για παρεμβάσεις σε ανθρώπους που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης (crisis intervention).

Από την άλλη, περιορισμοί της γραπτής επικοινωνίας μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο για μια αποτελεσματική επικοινωνία. Η ακριβής διατύπωση ενός προβλήματος σε μορφή κειμένου δεν είναι πάντα εύκολη και ιδιαίτερα τα άτομα π.χ. με δυσλεξία δύσκολα μπορούν να επωφεληθούν από τέτοιου τύπου εργαλεία. Επίσης, μια λανθασμένη διατύπωση θα μπορούσε να οδηγήσει εύκολα σε παρεξηγήσεις των λεγόμενων των συνομιλούντων, αν λάβουμε υπόψη ότι σε μια πρόσωπο με πρόσωπο συζήτηση περίπου το 80% των επικοινωνιακών πληροφοριών είναι μη λεκτικές (φωνή, έκφραση προσώπου, στάση του σώματος κ.ά.).

ΤΟ EMAIL ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΑΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ

Η ιδέα της συμβουλευτικής μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) είναι επίσης κάτι που έρχεται στο μυαλό πολλών ανθρώπων όταν σκέφτονται τα διαδικτυακά εργαλεία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ανάγκη για τη χρήση ενός εργαλείου που βασίζεται στον γραπτό λόγο. Η χρήση, όμως, emails δεν είναι αρκετά ασφαλής για την υποστήριξη ενεργών χρηστών, και γενικότερα δεν φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος τρόπος επικοινωνίας όταν πρόκειται για εμπιστευτικά θέματα. Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν κάποιο ειδικό λογισμικό για το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στον υπολογιστή τους (όπως π.χ. το Microsoft Outlook), πράγμα που σημαίνει ότι όλη η αλληλογραφία τους μεταφορτώνεται στον σκληρό δίσκο τους, με αποτέλεσμα όλοι όσοι έχουν πρόσβαση στον συγκεκριμένο υπολογιστή να μπορούν να διαβάζουν και τα μηνύματα του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Αρκετοί άνθρωποι επιτρέπουν επίσης στον φυλλομετρητή (web browser, όπως π.χ. Internet Explorer, Chrome, Mozilla Firefox κ.λπ.) να θυμάται τον κωδικό πρόσβασης του λογαριασμού ηλεκτρονικού ταχυδρομείου τους, πράγμα που σημαίνει ότι όποιος χρησιμοποιεί τον ίδιο υπολογιστή μπορεί επίσης να έχει πρόσβαση σε απόρρητη επικοινωνία.

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τα περισσότερα διαδικτυακά εργαλεία είναι ή θα έπρεπε να είναι εφαρμογές που βασίζονται

στο δίκτυο (web based solution). Αυτό σημαίνει ότι όλες οι κοινές πληροφορίες και επικοινωνίες αποθηκεύονται σε ένα «σύννεφο» (cloud), ώστε ο εξυπηρετούμενος και ο σύμβουλος να συναντιούνται σε έναν ασφαλή εικονικό χώρο, χρησιμοποιώντας ένα όνομα χρήστη (username) και έναν κωδικό πρόσβασης.

Η ΑΝΩΝΥΜΙΑ ΤΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα ασφάλειας στη διαδικτυακή επαφή με ενεργούς χρήστες είναι η ανωνυμία. Από τη μία πλευρά, οι χρήστες αισθάνονται αρκετά ασφαλείς ώστε να μιλάνε, ή στην περίπτωσή μας, να γράφουν για τη χρήση ουσιών που κάνουν. Από την άλλη πλευρά, δεν ξέρεις ποτέ πόσο έγκυρες είναι οι πληροφορίες που δίνουν. Ακόμη και βασικές πληροφορίες που δίνονται, όπως το φύλο και η ηλικία, δεν είναι βέβαιο ότι είναι πραγματικές. Βέβαια, και σε μια πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση με έναν εξαρτημένο το μεγαλύτερο μέρος του προφίλ του, όπως και της χρήσης που κάνει, σχηματίζεται με βάση τις απαντήσεις που δίνει ο ίδιος στα ερωτήματα του συμβούλου, και αργότερα συχνά φαίνεται ότι οι πληροφορίες που δόθηκαν δεν ήταν αληθινές.

Ο σύμβουλος στην αλληλεπίδρασή του μέσω διαδικτύου αναγκαστικά θα έρθει αντιμέτωπος κάποιες φορές και με το φαινόμενο της εικονικής ταυτότητας. Έτσι ο σύμβουλος δεν μπορεί ποτέ να είναι απόλυτα σίγουρος για την πλήρη εικόνα της κατάστασης που έχει να διαχειριστεί. Υπάρχει λοιπόν ένας πραγματικός κίνδυνος οι καταστάσεις ή οι συμπεριφορές να παρουσιάζονται πιο ήπιες ή δραματοποιημένες. Λόγω της συνθήκης της ανωνυμίας, δεν είναι εύκολο για τον επαγγελματία να οικοδομήσει διαπροσωπική σχέση με τον χρήστη. Αυτός συχνά μπορεί να είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους οι εξαρτημένοι που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να αναζητήσουν βοήθεια, διακόπτουν τη συνεργασία πιο συχνά στα διαδικτυακά εργαλεία υψηλής δέσμευσης.

Αν και δεν φαίνεται τόσο συχνά στα συμβουλευτικά κέντρα, υπάρχει προφανώς ένα αριθμός χρηστών (με επίμονη και περιστασιακή χρήση) οι οποίοι δεν χρειάζονται άμεσα παραδοσιακή θεραπεία ή συμβουλευτική και, μετά τη χρήση του διαδικτυακού εργαλείου, φεύγουν ικανοποιημένοι, έχοντας πετύχει να μειώσουν την περιστασιακή χρήση ή να απέχουν τελείως από τη χρήση ουσιών. Σε αυτή την περίπτωση μιλάμε όμως για μικρή εμπλοκή με ουσίες σε μια αρχική φάση του προβλήματος.

Όλες αυτές οι διαδικτυακές παρεμβάσεις αυτοβοήθειας φαίνεται να παρέχουν σημαντική υποστήριξη και βοήθεια στη μείωση της χρήσης ουσιών, αλλά δεν μπορούν να αντικαταστήσουν επαρκώς την παραδοσιακή συμβουλευτική και θεραπεία. Χρειάζεται ίσως να τονιστεί εδώ ότι ούτε οι ολλανδοί συνάδελφοί μας κρίνουν τα διαδικτυακά εργαλεία κατάλληλα για μια επαρκώς αποτελεσματική και σε βάθος αντιμετώπιση του προβλήματος εξάρτησης ενός ανθρώπου. Θεωρούν ωστόσο τα διαδικτυακά εργαλεία κατάλληλα για πειραματικούς και περιστασιακούς χρήστες και κυρίως για ανθρώπους που φαίνεται να έχουν θέματα με τη χρήση των λεγόμενων club drugs (κάνναβη, έκσταση, ηρs, κοκαΐνη κ.λπ.). Επίσης θεωρούν αυτά τα εργαλεία βοηθητικά ως συμπληρωματικές διαδικασίες στην πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία.

Για αυτόν το λόγο στις αυτοματοποιημένες απαντήσεις που δίνουν μέσω των εργαλείων τους παραπέμπουν άμεσα σε συμβουλευτικά κέντρα (μέσω ενός link), ιδιαίτερα όταν ο χρήστης του εργαλείου έχει πάρει πολύ μεγάλο βαθμό (score) στην πρώτη φάση της αξιολόγησης της χρήσης ουσιών που κάνει (βαθμολογία μέσω αυτό-αξιολόγησης). Παρόλα αυτά, τα διαδικτυακά εργαλεία έχουν τη δυνατότητα να δώσουν σε νέους που πειραματίζονται και σε περιστασιακούς χρήστες ουσιών την ευκαιρία να έρθουν σε επαφή με ειδικούς της απεξάρτησης, χωρίς να νιώσουν εκτεθειμένοι και να παραπεμφθούν στα παραδοσιακά προγράμματα συμβουλευτικής μέσα από μία πιο οικεία για αυτούς οδό.

Ένα παράδειγμα δικτύωσης μονάδων: Η εμπειρία από το ταξίδι στο Άμστερνταμ

Νεκταρία Αποστολίδου

Ψυχολόγος, Υπεύθυνη της Ανοικτής Δομής Υποστήριξης
του ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ

Ο τρόπος οργάνωσης, συνεργασίας και εποπτείας των επιμέρους φορέων που ασχολούνται με την απεξάρτηση στο Άμστερνταμ εξυπηρετεί μια ευέλικτη και προσανατολισμένη στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων πρακτική. Σχηματικά κάτω από τη σκέπη του Arkin βρίσκονται και συνεργάζονται θεσμοθετημένα το Jellinek, που ασχολείται με την απεξάρτηση (“cure” of addiction), το Mentrum, που έχει τα προγράμματα χορήγησης μεθαδόνης/ηρωίνης (“care” of addiction), το πρόγραμμα για τους νέους (Youth) και το Roads, που ασχολείται με την επανένταξη και διαθέτει εγκαταστάσεις για εργασία (reintegration/working facilities).

Η θεσμοθετημένη δικτύωση μεταξύ των φορέων που ασχολούνται με την

- απεξάρτηση (“cure” of addiction),
- τη φροντίδα (“care” of addiction), η οποία αφορά χρήστες που έχουν πολλαπλά θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας,
- τη μείωση της βλάβης,
- τη δευτερογενή πρόληψη,
- την επανένταξη (reintegration/working facilities),

δίνει τη δυνατότητα στο προσωπικό που δέχεται και αξιολογεί χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, ανεξάρτητα σε ποιον οργανισμό εργάζεται, να αξιοποιήσει τις εγκαταστάσεις και τις παροχές κάποιου άλλου οργανισμού. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι ο κάθε εξυπηρετούμενος να παίρνει την υποστήριξη που έχει ανάγκη, χωρίς αποκλεισμούς.

Η θεραπευτική παρέμβαση είναι αντίστοιχη προς α) τη λειτουργικότητα και την κοινωνική σταθερότητα που έχει στη ζωή του ο χρήστης, β) τη σοβαρότητα της εξάρτησής του σε συνδυασμό με τα ιατρικά του θέματα και τη ψυχιατρική συννοσηρότητα καθώς και γ) το ιστορικό θεραπείας του. Προϋποθέσεις για να λειτουργήσει αυτή η πρακτική της δικτύωσης είναι κοινά πρωτόκολλα αξιολόγησης και θεραπευτικής παρέμβασης, συγκεκριμένη διάρκεια συμμετοχής σε κάθε φάση, οι δεξιότητες δικτύωσης και συνεργασίας του προσωπικού και η ύπαρξη εξειδικευμένων δομών φροντίδας για τους επιβαρυνμένους χρήστες.

Παραδείγματα δικτύωσης οργανισμών:

1. Μονάδα που ανήκει στο Roads και έχει στόχο, μέσα από τη λειτουργία εργαστηρίου τέχνης, μικρής κλίμακας κυλικείου/catering και λουλουδάδικου, να δώσει χρόνο μακριά από τη χρήση σε χρήστες που είναι σε πρόγραμμα μεθαδόνης του Mentrum και μπορεί να έχουν διπλή ή τριπλή διάγνωση.
2. Το εστιατόριο Freud (Spaarndammerstraat 424, 1013 SZ Άμστερνταμ), δομή του Roads που εκπαιδεύει πρώην χρήστες στη φάση της επανένταξης, με στόχο να βρουν στη συνέχεια εργασία σε άλλα εστιατόρια.
3. Κατάστημα επισκευής και πώλησης ποδηλάτων με 60 εργαζόμενους, πρώην χρήστες σε φάση επανένταξης και 2 μόνο επαγγελματίες με τεχνικό και διοικητικό ρόλο. Η συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό γίνεται μέσω ηλεκτρονικού συστήματος και μιας συνάντησης την εβδομάδα.
4. Δομή διαμονής για χρήστες με τριπλή διάγνωση (χρήση, ψυχιατρικό πρόβλημα και χαμηλή νοημοσύνη), το Domus+. Το κτήριο και οι υποδομές ανήκουν στο Arkin, η δομή χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και η διευθύντρια ανήκει στην εθελοντική οργάνωση των Σαμαρειτών.

Τα σημαντικά οφέλη μιας πρακτικής δικτύωσης, όπως αυτή στο Άμστερνταμ είναι:

- οι διαφοροποιημένες δομές
- η αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων
- και το μεγαλύτερο εύρος των διαθέσιμων υπηρεσιών.

Αυτά είναι και τα οφέλη που πιστεύω ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικά και για την εμπειρία στην Ελλάδα, όπου συχνά δημιουργούνται

παραπλήσιες δομές οι οποίες εξυπηρετούν τις ίδιες ανάγκες, ενώ λείπουν δομές ολιστικής υποστήριξης των πολύ επιβαρυσμένων ή δομές που θα υποστηρίξουν την εργασιακή ενσωμάτωση και επανένταξη κάθε εξυπηρετούμενου.

Για την υλοποίηση μιας πρακτικής ουσιαστικής δικτύωσης, για παράδειγμα μια αμοιβαία αξιοποίηση δομών μεταξύ ΚΕΘΕΑ και ΟΚΑΝΑ, απαιτείται πολιτική απόφαση και από τους δύο οργανισμούς, χωρίς ανταγωνισμούς και παιχνίδια εξουσίας. Οι κίνδυνοι υλοποίησής της δεν αφορούν κατά την γνώμη μου στην ίδια την πρακτική αλλά τον τρόπο εφαρμογής της. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η ανάγκη για ερευνητική τεκμηρίωση κάθε δοκιμής για αλλαγή και η σαφήνεια στη δομή των μερών που συμμετέχουν στη δικτύωση, ώστε η ευελιξία να μην λειτουργεί απειλητικά.

ISD MEASURE: Δραστική παρέμβαση στο σωφρονιστικό σύστημα

Σοφία Φιλιππακοπούλου-Ζέρβα

Ψυχολόγος, Υπεύθυνη του Μεταβατικού Κέντρου Συμβουλευτικής και Ψυχικής Απεξάρτησης στις Δικαστικές Φυλακές Κορυδαλλού του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Η αντιμετώπιση των κατ' εξακολούθηση παραβατών του νόμου είναι ένα ζήτημα μεγάλης σημασίας που παραμένει ανοικτό αν και απασχολεί για δεκαετίες την ποινική δικαιοσύνη στην Ολλανδία. Ο υψηλός αριθμός, περίπου 70% των παραβατών, παρανομεί εκ νέου μέσα σε 7 χρόνια. Από αυτόν τον πληθυσμό υπάρχει ένα ποσοστό που κατ' εξακολούθηση παραβιάζει τον νόμο και το οποίο φτάνει έως και 90%.

Τα χαρακτηριστικά αυτής της κατηγορίας παραβατών είναι:

- άνδρες
- ΟΛΟΙ εξαρτημένοι
- 65% με διαγνωσμένη ψυχιατρική ή ψυχολογική διαταραχή
- τουλάχιστον 40% με περιορισμένη νοητική ικανότητα

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων, σε συνδυασμό με την έλλειψη εισοδήματος και προ παντός με την ανάγκη τους να βρουν και να καταναλώσουν ουσίες, ώστε να ανταπεξέλθουν στο πρόβλημα της εξάρτησης, τους οδηγούν συνεχώς και επαναλαμβανόμενα σε παράνομες πράξεις. Επιπρόσθετα, οι παράνομες πράξεις που διαπράττουν, συνήθως κλοπές και διαρρήξεις, ανήκουν στην κατηγορία της «φανερής παρανομίας» που προκαλεί διατάραξη της δημόσιας ασφάλειας.

Έχοντας το διπλό στόχο α) της προστασίας της κοινωνίας και της διασφάλισης της δημόσιας τάξης από αυτόν τον πληθυσμό των συχνών

παραβατών αλλά και β) της επιτυχούς επανένταξής τους στην κοινωνία μετά από τροποποίηση της συμπεριφοράς τους, στην Ολλανδία εφαρμόζεται η νομοθετική ρύθμιση ISD. Το ακρωνύμιο ISD σημαίνει «Θέσπιση νόμου για επαναλαμβανόμενους παραβάτες». Η ρύθμιση αυτή είναι νομοθετημένη και βασίζεται σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο που λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του συγκεκριμένου κρατούμενου με ρεαλιστικό/πρακτικό τρόπο.

Η ρύθμιση ISD είναι νόμος της Ολλανδίας προσανατολισμένος στο άτομο/κρατούμενο και στην ενίσχυση του κινήτρου του για αλλαγή. Η ρύθμιση ISD επιλέγεται από τους δικαστές αντί της επιβολής ποινής σε αυτούς που έχουν καταδικαστεί τουλάχιστον τρεις φορές μέσα στην τελευταία πενταετία. Η ρύθμιση εφαρμόζεται σε ειδικά σωφρονιστικά καταστήματα σε τρεις φάσεις και για μέγιστη χρονική περίοδο δύο ετών. Στο παρόν εννιά φυλακές εφαρμόζουν τη ρύθμιση προσφέροντας 405 θέσεις περίπου.

1) ΦΑΣΗ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΥ – INTRAMURAL PHASE

Ο κρατούμενος αξιολογείται ιατρικά και λαμβάνει φροντίδα για την κατάσταση της υγείας του. Σταθεροποιείται η σωματική του υγεία και χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Σε αυτή τη φάση καταρτίζεται ο σχεδιασμός θεραπείας και κράτησης από διεπιστημονική ομάδα (επιτηρητή ενηλίκων, ειδικοί ψυχικής υγείας και εκπαιδευμένο προσωπικό του σωφρονιστικού καταστήματος). Στόχος είναι η ενίσχυση των κινήτρων και η τροποποίηση της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου κρατούμενου.

2) ΦΑΣΗ ΑΠΟΦΥΛΑΚΙΣΗΣ – EXTRAMURAL PHASE

Σε αυτή τη φάση αξιολογείται και αν κρίνεται αναγκαίο, προτείνεται η φροντίδα του σε μονάδα ψυχικής υγείας ή επιτηρούμενης στέγασης. Ο διευθυντής της φυλακής είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή αυτής της φάσης, επίσης σε αυτή τη φάση εμπλέκεται ενεργά και ο επιτηρητής ενηλίκων.

3) ΗΜΙΑΥΤΟΝΟΜΗ ΦΑΣΗ

Ο θεραπευόμενος κρατούμενος μαθαίνει να διαχειρίζεται την ελευθερία του και να αναλαμβάνει ευθύνες. Του δίνονται ώρες εργασίας ή και δραστηριοτήτων εκτός φυλακής κατά τη διάρκεια της ημέρας, και επιστρέφει στη φυλακή τα βράδια.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Η νομοθετική ρύθμιση ISD απευθύνεται σε μια πληθυσμιακή ομάδα με σοβαρά, έντονα και μακρόχρονα προβλήματα σε σημαντικούς τομείς της ζωής ενός ατόμου, όπως προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, διαρκή προβλήματα με το νόμο, ελλείψεις σε επαγγελματική κατάρτιση και οικονομικές ελλείψεις. Η ρύθμιση απευθύνεται σε μια πληθυσμιακή ομάδα που αντιστέκεται στην ένταξή της στην κοινωνία, που για την κοινωνία αποτελεί «σοβαρό πρόβλημα ασφάλειας» και επομένως για δεκαετίες στο παρελθόν την έθετε «εκτός». Ως αποτέλεσμα αυτού δημιουργούταν ένας πληθυσμός ατόμων ιδρυματοποιημένων και απολύτως συμβιβασμένων με την ιδέα της παράδοσής τους στο σωφρονιστικό σύστημα που τους ανέχονταν. Η ρύθμιση ISD είναι η απάντηση σε δύο πολύ σημαντικά ερωτήματα α) Πώς/γιατί ο παραβάτης επαναλαμβάνει συνεχώς παράνομες πράξεις και; β) Πώς η δικαιοσύνη μπορεί να επέμβει προληπτικά; Πώς μπορεί να διακόψει αυτόν τον φαύλο κύκλο;

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Περιγράφηκε παραπάνω η νομοθετική ρύθμιση της Ολλανδίας για την αντιμετώπιση των κατ' εξακολούθηση παραβατών. Μιας πληθυσμιακής ομάδας με σοβαρά προβλήματα εξάρτησης και συννοσηρότητας. Η ολλανδική πρόταση αποτελεί δραστική παρέμβαση επιβολής του νόμου όχι μόνο ως τιμωρητική ανταπόδοση της παράνομης πράξης αλλά με μια ανθρώπινη πλευρά, μέσα από την παροχή θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης.

Στο ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ υπάρχουν στο παρόν τρεις θεραπευτικές κοινότητες στις φυλακές Κορυδαλλού και Ελαιώνα Θηβών, οι οποίες παρέχουν θεραπεία σε άνδρες και γυναίκες κρατούμενους. Όμως, τα μέλη της κοινότητας επιστρέφουν στην φυλακή αντιμετωπίζοντας δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης με αποτέλεσμα να αποδυναμώνεται η θεραπευτική παρέμβαση και η σταθεροποίηση των αλλαγών που επιτυγχάνουν.

Η ένταξη των κρατούμενων σε θεραπεία στις παραπάνω δομές είναι εθελοντική και αποτελεί προσωπική τους επιλογή, παράλληλα και ανεξάρτητα από την απόδοση και την έκτιση της ποινής τους. Η ολλανδική πρόταση θεραπείας αποτελεί νόμο του κράτους με τους δικαστές να τον επιβάλλουν, παρέχοντας στον κρατούμενο την ευκαιρία να δεχτεί θεραπεία αντί ποινής. Η εθελοντική συμμετοχή ή η άρνηση του κρατούμενου παραμένει δικαίωμά του, αφού ο νόμος παρέχει αυτή τη δυνατότητα.

Για την εφαρμογή μιας νομοθετικής-θεραπευτικής ρύθμισης στην Ελληνική πραγματικότητα απαιτούνται πολλές αλλαγές αλλά και συστηματική συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και παραγόντων. Συγκεκριμένα, χρειάζεται α) η δημιουργία αντίστοιχου νόμου που θα καθιερώνει τη θεραπεία ως δικαίωμα και δεν θα επιβάλλει μόνο ποινή-τιμωρία. Ενός νόμου που θα προβλέπει τη δυνατότητα καθημερινών αδειών στον θεραπευόμενο κρατούμενο, συμβάλλοντας έτσι στην καθιέρωση της θεραπείας και στην ομαλή ένταξή του στην κοινωνία. β) η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του δικαστικού σώματος για την εφαρμογή του νόμου γ) η συνεργασία αλλά και η ευελιξία του σωφρονιστικού συστήματος για να τον εφαρμόσει δ) η ανασύσταση του θεσμού της επιτήρησης ενηλίκων. Η αφύπνιση και δραστηριοποίηση του σώματος που διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο εποπτείας ε) η συνεχής συνεργασία των θεραπευτικών δομών απεξάρτησης εντός των φυλακών με το σωφρονιστικό σύστημα και στ) η στελέχωση τόσο του σωφρονιστικού συστήματος όσο και των θεραπευτικών προγραμμάτων με ιατρούς, ειδικούς ψυχικής υγείας και νοσηλευτικό προσωπικό που θα απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα η οποία θα συντάσσει και θα εποπτεύει την πρόοδο και αλλαγή του θεραπευόμενου κρατούμενου.

Η νομοθετική ρύθμιση που περιγράφηκε παραπάνω αποτελεί νόμο που εφαρμόζεται σε ευρωπαϊκή χώρα από τον Οκτώβριο του 2004. Στην ελληνική πραγματικότητα φαντάζει ως λαβύρινθος αλλαγών. Η ακαμψία του νομοθετικού και σωφρονιστικού συστήματος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα δημιουργίας και εφαρμογής του νόμου. Το ΚΕΘΕΑ διαθέτει εύρος θεραπευτικών δομών εντός των φυλακών, διαθέτει αξιοπιστία, εμπειρία ετών και τεχνογνωσία, ώστε να συνεργαστεί και να θέσει σε άμεση εφαρμογή έναν νόμο-μεταρρύθμιση υπέρ της θεραπείας, συμβάλλοντας καθοριστικά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευόμενων κρατούμενων αλλά και στην αποφυγή της ιδρυματοποίησης και περιθωριοποίησής τους.

Παρεμβάσεις για άτομα με διπλή και τριπλή διάγνωση

Αργυρώ Παπαδάκη

MSc, Ψυχολόγος, Θεραπευτικό προσωπικό
του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ

Στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος Erasmus+2016 «Υιοθετώντας νέες εκπαιδευτικές μεθόδους και πρακτικές στον χώρο της τοξικοεξάρτησης» είχα την ευκαιρία να επισκεφτώ το Άμστερνταμ της Ολλανδίας για ένα μήνα (06.03.17- 05.04.17) και να επιμορφωθώ από το AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research) του AMC (Academisch Medisch Centrum) πάνω σε παρεμβάσεις για άτομα με διπλή και τριπλή διάγνωση.

Σε μια χώρα γνωστή για την κουλτούρα της ανοχής και της ποικιλομορφίας, το Άμστερνταμ φαίνεται να είναι η πόλη της Ολλανδίας που δεν θέλει να ενηλικιωθεί. Η ανθρωποκεντρική, «φιλελεύθερη» φιλοσοφία του ολλανδικού λαού, δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο το ολλανδικό σύστημα ψυχικής υγείας. Η πληθώρα των επιλογών που προσφέρει, σε συνδυασμό με τις πολλές ελευθερίες, καθρεπτίζεται και στην υποστήριξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ή/και που κάνουν χρήση ουσιών. Η ελεύθερη βούληση του πελάτη (client) υπερισχύει κατά κόρον, οπότε πολλές υπηρεσίες σχεδιάστηκαν/προσαρμόστηκαν πάνω στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων τους και όχι το αντίθετο. Σέβονται απόλυτα την ποιότητα ζωής που το κάθε μέλος διαλέγει να ορίσει ότι είναι η καλύτερη για εκείνο, και δεν ακολουθούν ένα ιδεολογικά προσανατολισμένο και σχεδόν προκαθορισμένο θεραπευτικό πλαίσιο.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, η επιλογή για μείωση βλάβης, δηλαδή η υγειονομική περίθαλψη των ουσιοεξαρτημένων αναφέρεται να είναι στο ίδιο επίπεδο με τη επιλογή τους για θεραπεία απεξάρτησης.

Το φαινόμενο της διπλής-τριπλής διάγνωσης αφορά έναν μεγάλο (και πιθανώς διογκούμενο) αριθμό ατόμων, οι οποίοι φαίνεται να

είναι «κρυμμένοι» ανάμεσα στον γενικό αριθμό των εξυπηρετούμενων του ΚΕΘΕΑ. Η εμπειρία της Ολλανδίας συστήνει τον επαναπροσδιορισμό των θεραπευτικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται μέχρι τώρα, άρα και τον δυνητικό «εντοπισμό» της συγκεκριμένης ομάδας στόχου.

Η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως «η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής, οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής» (ΠΟΥ, 1995). Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες αναφέρουν ότι ψυχιατρικές διαταραχές και κατάχρηση ουσιών είναι ιδιαίτερα συννοσηρές (Kelly, Daley, 2013). Όντας αναπτυξιακές διαταραχές που εμπλέκουν παρόμοιες περιοχές του εγκεφάλου (NIDA, 2007), αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται, χωρίς να «δίνουν» μια σαφή εικόνα για το ποια από τις δυο διαταραχές (χρήση ψυχοδραστικής ουσίας ή ψυχιατρική διαταραχή) προηγείται.

Συχνά παρατηρείται ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν καταφέρνουν να εντοπίσουν τη διπλή διάγνωση (ανεπαρκή εκπαίδευση προσωπικού, ελλιπή διαγνωστικά εργαλεία) και ότι οι εξυπηρετούμενοι «στοχοποιούνται» για την κακή έκβαση της θεραπείας (dropouts), καταλήγοντας να εκλαμβάνονται ως οι «απροσάρμοστοι» του συστήματος. Έτσι, στη συνέχεια, παραπέμπονται από μονάδα σε μονάδα, με την επαναλαμβανόμενη αυτή κατάσταση να ορίζεται ως το «φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας» (revolving door), που οδηγεί μόνο σε επιδείνωση της ψυχικής κατάστασης των ατόμων.

Το κύριο θεραπευτικό εργαλείο των ολλανδών συμβούλων ψυχικής υγείας αποτελεί ένα εγχειρίδιο με τίτλο: Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice (Kim T. Mueser, Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake, Lindy F, 2003) και αποτελεί την πρόταση καλής πρακτικής, η οποία έχει αρχή, μέση και τέλος. Όταν υπάρχει ένας (1) δομημένος και τεκμηριωμένος (evidenced-based) κλινικός σχεδιασμός ο οποίος διαρκεί συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και έχει καταρτισθεί με βάση τις ανάγκες του εκάστοτε εξυπηρετούμενου, μπορεί να αποδώσει τη μεγαλύτερη αξία-αποτέλεσμα που οφείλουμε να δημιουργήσουμε για τους εξυπηρετούμενους με διπλή διάγνωση και αυτή είναι η ασφάλεια.

Παράλληλα λειτουργεί και αποδίδει ένα πρωτόκολλο βασισμένο πάνω σε αυτό που οι ολλανδοί αποκαλούν Ολοκληρωμένο Κοινοτικό Πρόγραμμα Φροντίδας (Assertive Community Treatment) (ACT). Το ακρωνύμιο αυτής της φροντίδας ενεργητικής

μορφής σχηματίζει, εν είδει λογοπαιγνίου, τη λέξη act που στα αγγλικά σημαίνει ενεργώ, δρω. Εφαρμόζεται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης προσπάθειας αποϊδρυματισμού των εξυπηρετούμενων με διπλή διάγνωση, και μέσα από έρευνες έχει βρεθεί ότι οι εξωτερικής παρακολούθησης (outpatient) μονάδες είναι πιο αποτελεσματικές. Συστάθηκαν λοιπόν (πολυμορφικές) ομάδες προσωπικού με σκοπό να κινούνται προς τον πελάτη (client) και όχι αντιστρόφως, από το αρχικό στάδιο της κρίσης μέχρι τη φάση της μετα-θεραπευτικής παρακολούθησής του (follow up). Κυριολεκτικά, οι ομάδες ACT παρεμβαίνουν όπου υπάρχει ανάγκη (σπίτια) ή/και κρίση (δρόμοι). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η πρότασή τους για την αντιμετώπιση των οξέων (acute) περιστατικών διπλής διάγνωσης, όπου δεν καλείται (συνήθως έπειτα από καταγγελία) η αστυνομία, αλλά η συγκεκριμένη ειδικευμένη ομάδα, η οποία με ειδικά δικά της οχήματα (όχι περιπολικά ή ασθενοφόρα) έχει εκπαιδευτεί στην προσέγγιση-αντιμετώπισή του συγκεκριμένου ευπαθή πληθυσμού. Ενώ ακολούθως συστάθηκε και μια πιο ειδικευμένη ομάδα που ασχολείται με τους πιο «λειτουργικούς» εξυπηρετούμενους, με την ονομασία F-ACT, όπου F= functional (λειτουργικός).

Προκειμένου η νέα αυτή πρόταση να αποδώσει, επιτακτική προϋπόθεση αποτελεί η επιμόρφωση, ξεκινώντας από μέσα προς τα έξω. Πρώτα χρειάζεται, να εκπαιδευτεί-καταρτιστεί το προσωπικό (ενδεχομένως από εξειδικευμένους ολλανδούς συναδέλφους) σε θεωρητικό και έπειτα σε πρακτικό-βιωματικό επίπεδο και, στη συνέχεια να ακολουθήσει το «έξω», η «εκπαίδευση» της κοινωνίας. Μια μοναδική εμπειρία ζωής που είχα το προνόμιο να βιώσω στη μονάδα του Mentrum (κλινική οξέων περιστατικών διπλής διάγνωσης), και την συνιστώ ανεπιφύλακτα, αφορά τον προσομοιωτή ψύχωσης! Το Labyrinth Psychotica (www.labyrinthpsychotica.org) είναι ουσιαστικά ένα art project που μέσω της τεχνολογίας AR (επαυξημένη πραγματικότητα) παρουσιάζει τη βιωματική εμπειρία όσων πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές. Πρώτα λοιπόν αντιλαμβανόμαστε τι έχουμε να αντιμετωπίσουμε, μετά (συν)αισθανόμαστε, ώστε να μπορούμε στη συνέχεια να πούμε ότι σχεδιάζουμε ορθώς.

Όσον αφορά την τριπλή διάγνωση, καθώς δεν υπάρχει ακόμα τεκμηριωμένος και εμπεριστατωμένος ορισμός από την επιστημονική κοινότητα, «περιοριζόμαστε» στην αναφορά των Ολλανδών: εκτός από την εξάρτηση και την ψυχική νόσο, οι Ολλανδοί αναφέρουν και έναν τρίτο παράγοντα ο οποίος αφορά τη χαμηλή νοημοσύνη.

Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί έναν παγκοσμίου φήμης φορέα σε θέματα εξαρτήσεων. Η καινοτόμος θεραπευτική τεχνική που προτείνεται, θα

φανεί αντάξια της φήμης του καθώς δεν υπάρχει αντίστοιχη πρόταση στον ελλαδικό χώρο.

Θεωρητικά, επομένως, η καλή πρακτική μπορεί να ενσωματωθεί στην εργασία μας. Η αντίσταση και ο φόβος του προσωπικού αντιθέτως όχι.

A high-angle photograph of three people sitting on a wooden bench in a grassy field. The person in the center is wearing a brown hoodie, a white t-shirt, and a black baseball cap, looking down at an open book. The person on the left is wearing a red patterned shirt and is writing in a spiral notebook with a red pen. The person on the right is wearing a blue and red plaid shirt and is looking at a tablet. The background is a lush green lawn.

2017 BEST PRACTICES

Adopting new educational approaches and practices in the field of substance addictions



Erasmus+

Mobility of Staff Involved in Adult Education Within the
context of Basic Action KA1 "Individual Learning Mobility"



Therapy Centre
for dependent individuals

Adopting new educational approaches and practices in the field of substance addictions

“The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein”.

PUBLISHER

KETHEA - Therapy Center for Dependent Individuals (2017)

SCIENTIFIC MANAGER OF THE PROJECT

Anna Tsiboukli, PhD,
Head of KETHEA Department of Education

DIRECTOR OF THE PROJECT

Panagiotis Koutrouvidis, PhD,
Head of Department of Educational and Vocational Training, KETHEA

PROJECT MANAGER & SPECIAL EDITORIAL ASSISTANCE

Olympia Chaidemenaki, M.Ed.,
Department of Educational and Vocational Training, KETHEA

TRANSLATION

George E. Fassoulakis
Jurist, Officially accredited EU Interpreter (SCIC-AIC)
Sworn Translator

DESIGN & PRODUCTION

KETHEA SCHEMA+CHROMA Printing Unit
t: +30 2310 797476

Copyright
KETHEA 2017
24 Sorvolou Str., 116 36, Athens, Greece
e-mail: admin@kethea.gr

Table of contents

Preface	4
----------------------	---

Evdokia Zachou

Short-term therapeutic interventions in the fields of alcohol, narcotics and gambling: an overview	6
---	---

Ilias Paraskevopoulos

Experiences, opportunities and considerations in the matter of use of internet-based consulting tools to the interest of active substance users	11
---	----

Nektaria Apostolidou

A paradigm for Units Networking: the Amsterdam visit experience	19
--	----

Sofia Filippakopoulou - Zerva

ISD MEASURE: A Drastic intervention at the level of the penitentiary system	22
--	----

Argyro Papadaki

Interventions to the benefit of Dual and triple-diagnosis individuals	26
--	----

Preface

As a learning organisation unwaveringly committed to continuous development, KETHEA has been active in providing for education programs both for officers involved in the prevention of and therapy from addictions and for members and graduates of detoxification programs. Fundamentally relying on the principles and the theoretical background of Adult Education, KETHEA has therefore been encouraging its officers to take part in education programs and life-long learning schemes, towards developing executives benefiting from a high level of knowledge and skills, capable of operating autonomously, in self-confidence and with a capacity for initiatives. Moreover, KETHEA has been fostering participation in adult education (formal, non-formal and informal learning) activities whether aiming at the acquisition of new professional skills or at the beneficiaries' personal development. To attain such objectives, KETHEA has been utilizing education and training opportunities for executive officers, made available by the European Union (EU) through mobility schemes for professionals at the level of EU agencies and institutions. In practicing mobility, KETHEA is indeed contributing to the exchange of know-how as well as enhancing professional development and encouraging research in its field of actions, thereby further reinforcing the context of cooperation with and linking to Europe.

The present Manual was published within the framework of the ERASMUS+ program and more specifically under Basic Action A1 "Individual Learning Mobility", in the matter of mobility of staff involved in adult education. The mobility-fostering program implemented by KETHEA under the title of *"Adopting new Educational Approaches and Practices in the field of substance addictions"* (Reference Code: 2016 1 EL01 KA104 023012) evolved over a total period of thirteen (13) months (namely from 05.09.2016 through to 04.10.2017). The program addressed five (5) members of KETHEA's therapist staff who were allowed to participate in mobility flows towards getting training through a series of structured course cycles, at the Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), in the Netherlands. More specifically, four (4) members of KETHEA's

executive staff had the opportunity of training in specific disciplines over one week whereas one more executive staff member spent a month of training at the host agency.

The philosophy of this particular project consists in the fostering of executive staff mobility as well as having such executives participate in structured curricula, the ultimate goal being to ensure the transfer of innovation, the exchange of knowhow as well as the promotion of lifelong learning for professionals. The five executives/professionals who participated in the forenamed project had the opportunity to improve their levels of cooperation with executives of other agencies pursuing similar missions, exchanging views, knowledge and practices, besides benefiting from professional feedback as well as from an improvement and development at the professional level. Participant-trainees were appointed at various structured study cycles of AIAR, itself a unique example of an organization simultaneously active as a university institution, a research centre and an addictions therapy organisation, in the Netherlands.

This manual, bearing the title of ***“Best Practices: Adopting New Educational Approaches and Practices in the field of substance addictions”*** is an outcome of the implementation of that particular mobility program. Hopefully, this manual will prove itself to be a useful tool for further debate and reflection towards a continuous improvement of the quality of services available to addicted persons and their families.

KETHEA Department of Education

Short-term therapeutic interventions in the fields of alcohol, narcotics and gambling: an overview

Evdokia Zachou

MSc, Social Anthropologist, Therapist at
KETHEA's ARIADNI Counselling Center Rhodes, Greece

GENERICCS

This particular training program was hosted on the premises of AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research) at AMC (Academisch Medisch Centrum). The module was about an overall update on the current state of play in the Netherlands, in the field of therapy for addictions both on legal and illegal substances. A fact to be taken into account from the onset is that, in the Netherlands, therapy programs are all private and as such are reimbursed under the beneficiary's private insurance schemes¹.

As a simultaneous activity, the training program also featured a visit to the **Jellinek Clinic**, the most important organization currently active in the field of addictions, in the Netherlands. There is an ongoing cooperation under way between AIAR and the Jellinek Clinic, so that therapy sustain research and research buttress therapy.

Next on the menu of the training experience was a visit to the establishments of the **Roads** network. Both *Jellinek Clinic* and the *Roads* network benefit from logistical and financial support by **ARKIN**, a major institution also encompassing several other establishments.

¹ *Despite that, unemployed people and even the homeless may benefit from a social aid allowing them to finance their insurance needs. The respective amount of aid is, thus, managed by a social worker in charge of catering to the fundamental needs of the aid beneficiary.*

DESCRIPTION OF A BEST PRACTICE

Whilst on AIAR's premises, we were updated on "Kicking the Habit", a tool developed by Dr. Edith Cramer, consisting in the hosting of meetings with persons facing substance (whether legal or illegal) or gambling issues. This tool is incidentally the means par excellence utilized in sessions hosted within penitentiary contexts.

Jellinek operates as a comprehensive program, fundamentally embarking on two objectives, namely: (a) abstinence or controlled use and (b) harm reduction.

Depending on which of such two objectives is pursued, a person has access to four therapy modules, namely intensive, non-intensive, open or residential. All modules are meant to function in two alternative ways, namely: CBT (Cognitive-Behavioural Therapy) and the "12-step" (a.k.a. Minnesota Model) approach. Open structures provide two types of service: detoxification (duration: 1 to 2 weeks) and therapy (duration: between 6 and 9 months). Throughout therapy, therapists are expected to use a specific manual, purchased from the organisation. Also applied in such context is the so-called "mixed version" of CBT which, besides individual or group sessions also features on-line communication with the therapist over a web-page or by e-mail, an approach allowing for assignments to be given in writing, feedback and information to be exchanged as well as for motivation towards honouring the following appointment. Whereas there is no family module running in parallel, there still are provided four information sessions to the interest of parents or one family session in the presence of the member. The Family Support Center pertains the Prevention Department.

The Prevention Department

Jellinek's Prevention Department has been embarking in dedicated actions to the benefit of adolescents and adults.

² The "Kicking the Habit" tool has been translated into Greek with the care of KETHEA's Training Department and is available in the form of a manual under the title of "Anodiki Poreia" ("Going Up").

As far as adult-targeted modules are concerned, the following actions are available:

1. A helpline for information and support, operating daily from 15.00 to 17.00 hours pm and providing information in the matter of addictions to family members, students in preparation of a graduation paper etc.
2. Drug tests: thrice a week, anyone wishing to have one's substances tested may come forth, have them analysed and find out in what they consist.
3. Education and Update Sessions: 5 to 8 group sessions aimed at professionals (nurses, general MD practitioners, welfare officers ea.) interacting with substance users.
4. A webpage in the matter of narcotics, addictions and therapy.
5. "Mama Cares" and "Papa Cares": two non-mixed information groups respectively featuring mothers and fathers, usually of immigrant origin, wherein people are encouraged to share experiences and concerns about how to raise their children whilst getting information on narcotics and relevant practices.
6. Training for a network of volunteers meant to function as "mediators" for the various ethnic minorities dwelling in the city.
7. "Pink Unity: Drugs & Sex Info": a dedicated webpage aimed at gay people, the content of which is about protection and updating on the risks of uncontrolled use of narcotics in combination with sex, at gay parties.
8. Internet Self-Help: this online self-help tool gives users access to personalized information (usually over messaging) essentially aiming at motivation.
9. A Family Program: modules of this particular type are meant for user family members, whether in parallel to the user's participation in therapy or independently. The modules feature daily sessions on such relevant themes as self-care, setting limits, issues about the therapeutic framework and youth counsellors, therapeutic support, crisis management/interventions and the quest for a support network.

Adolescent-relevant modules include:

1. A Youth-Net, providing free info and counselling to youths aged between 12 and 35 and their families

2. www.mindmasters.nl: a webpage featuring all kinds of information of interest to youth facing psychiatric issues.
3. C.I.A. (Cannabis Intelligent Agent): Hosting events, concerts, rapper featuring festivals ea., within the context of which cannabis-relevant info is provided
4. www.blowout.nl: a brand new webpage, under construction at the time of drafting of this report, meant to feature information relevant to narcotics.
5. Drug Tests: thrice a week, anyone wishing to have one's substances tested may come forth, have them analysed and find out in what they consist.
6. School Info/Update Projects meant for pupils (over 12 years of age).
7. School Info/Update Projects meant for parents
8. School Info/Update Projects aimed at teachers.

In parallel to the aforementioned actions, Jellinek's Prevention Department also has an active involvement in the production of program-relevant printed material.

ROADS

The Roads Network is owned by *ARKIN*, operating in close collaboration with *Jellinek*. This initiative comprises several structures and activities – 37, in all. Set forth below is an enumeration and brief explanation of the modules we had the opportunity of visiting:

1. Tuin Huis (Dutch for "Garden House"): Day Center for legal or illegal substance users, whether with or without psychiatric issues which may be in treatment with methadone or still in use, allowing such people to spend as many as four hours of their day on the particular premises. The Center operates daily from 09.00 am to 17.00 pm, featuring a restaurant, kept by dedicated staff and certain experienced/senior members, proposing different, complete meals at a particularly low price (2,5), so that practically anyone may have something to eat. Also featured on the premises: a P/C room where one may get training on how to use a computer; an art lab for those wishing to try their hand at plastic arts (painting and handcrafting) or music. Amsterdam's Municipal Authority pays an allowance of 3 for hours to persons, as a

way of motivating them to spend time on these premises rather than loitering in the streets.

2. Recycle: A store selling new as well as reinstated used bicycles. Members of the various programs are employed on the premises, essentially getting training on a symbolically remunerated basis, until they are once again able to stand on their feet.
3. Drukmakers: A print works lab for the design and manufacture of print-on patterns for t-shirts and garment ware for businesses, associations etc. This module is manned with *Jellinek* members who work on a symbolic salary whilst getting trained.
4. Freud Restaurant: Essentially based on the same *modus operandi*, this restaurant employs *Jellinek* members who benefit from training while working for a symbolic salary.

CONDITIONS FOR TRANSPOSAL – INCORPORATION OF THE MODULES IN KETHEA’S SCOPE OF ACTIVITIES

The “Kicking the Habit” tool may be utilized as a short-term intervention method amongst people having issues with alcohol, narcotics or gambling. Such possibility is indeed further enhanced by the fact that this particular tool has been translated in Greek and already implemented by KETHEA on a pilot basis, in the past. Moreover, some of the services made available by said Prevention Sector in the Netherlands may already be directly incorporated in KETHEA’s scope of services.

CONCLUSIONS

Getting to know this particular training program was to be quite an interesting and inspiring experience, in terms of feedback as well as in that it allowed for an acquaintance with modules and actions implemented in another European country. One should of course be mindful of the differences in terms of policy as well as the difference in drug culture, between the two states. Despite all, there are opportunities for a convergence and the transposal of know-how on both sides, since KETHEA has been operating modules similar to those we have had the pleasure of visiting.

Using Web-Tools for Active Young Substance Users Counseling purposes: Experience, Opportunities and Considerations

Ilias Paraskevopoulos

Social Pedagogue / Social Worker, Therapist at KETHEA's ITHAKI Therapeutic community (residential)

Active for the last 100 years in the Netherlands, Jellinek has risen to become a universally acclaimed pioneer in the field of detoxification through innovative projections and development of novel web-based applications to the interest of substance active users. It has, indeed, been more than two decades that this organization has been utilizing web-based tools for counseling purposes, so much that such means have come to be an integral part of prevention and detox therapy. Typical enough of such reality is the fact of *Jellinek's* webpage hosting no less than 3 million visits every year, whereas some 5000 people have, within any single year, anonymously been having recourse to self-help tools made available by *Jellinek*, on line. Interestingly, most self-help tool users tout the efficiency of such means (www.jellinek.nl/e-health).

NEW TOOLS – NEW TARGET GROUPS OVER THE INTERNET

A relentlessly increasing accessibility to the internet, combined to the reality of an ever widening spreading of the age group of people surfing the worldwide web, makes of Greece yet another country amongst all those where opportunities continuously arise, to reach out a population of active new substance users, few if any of which respond to the typical profile of individuals coming into contact with the traditional counselling and therapy programs currently available. Access to harm reduction interventions is thus facilitated, along with an enhancement of the opportunities for referrals and counselling.

More generally, counselling services available online mostly target younger people who are avoiding or downright scorning contacts with traditional counselling programs. Consequently, internet-based tools aim at reaching out and eventually provide support to users – whether casual or consistent – who are:

- better familiarized with modern technologies
- facing problems in approaching traditional counselling modules (whether because of their dwelling in remote areas or because they are suffering from some handicap of sorts)
- desire to remain anonymous, because of fear or shame
- would much rather write than verbalize their issues
- may not or dare not, as a consequence of their life context, address themselves traditional support modules.

Research carried out, mostly in the Netherlands, based on a comparative approach between interpersonal counselling and asynchronous internet-based counselling, have shown that counselling over the internet reduces constraints in therapy whilst enhancing accessibility (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21797813>).

Besides efficiency, yet another benefit of using internet-based interventions is that of a good cost-benefit rate, what with the automation of several procedures, especially in the form of self-help tools allowing for individualized feedback and a real-time return to the user, of information relevant to one's use frequency along with guidelines for an eventual management of the issue. Such tools do not imply the involvement of counsellors, whilst the cost of use thereof remains particularly low. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221381>).

MAIN INTERNET-BASED TOOL CATEGORIES

There are three main categories of internet-based interventions apparently useful to substance active users, recourse to which seems to be increasingly intensifying over time:

1. Self-assessment tools (as is, for instance, the case of the set of tools made available by Jellinek, the well-known Dutch organization – <http://www.jellinek.nl/english/addicted>) allowing for an automated feedback and requiring no direct involvement by any counsellor. By far the less intensive internet-based intervention, this

approach requires an exceptionally low degree of commitment, on the part of the user, hence the attribute of “minimal intervention”. Such type of self-assessments usually require an single-use tool (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20092953>).

2. Self-help tools. This is the second level of interventions, featuring multiple internet sessions tools. Said tools are more intensive than those used for self-assessment. Amongst such self-help tools, there feature counsellor intervention modules (as is, for instance, the case of Jellinek’s tool, available at said organisation’s webpage (<https://www.jellinek.nl/zelfhulp/>)). The purpose of tools of this particular kind consists in motivating users for the first time, towards a change of behaviour, this eventually being the reason why most of such tools rely on short-term interventions and tools of the Cognitive – Behavioural Model (CBT) (<http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/16440/Riper?sequence=2>).

3. “Remote Counselling” tools are known to constitute the third level of interventions. Remote Counselling is an individualized counselling process set in the form of a written text. Interaction between the user and the counsellor is usually not carried out in real time (chat), as this is more of an “asynchronous” form of communication. Definitely the most intense amongst all modes of internet-based interventions, remote Counselling is a tool coordinated by a counsellor and does require a higher degree of commitment, by both the user and the counsellor.

Counselling over the internet may be applied whether as an individual counselling process or as a forum platform. An internet forum is perceived as a virtual space wherein users have the possibility to express themselves in writing and/or hold a debate on a specific issue or matter. Internet forums essentially simulate self-help groups, wherein one has the possibility of interacting with people harbouring similar issues and experiences. In such context, there is no face-to-face interaction between the professional and the tool user. Rather, the professional mostly operates as a moderator of the process and the team’s monitor. Having said that, there are also those specialized tools warranting secrecy and safety to the benefit of the forum, secrecy and safety always considered to be of the utmost importance, irrespective of the circumstances.

The main objective of all such internet-based tools is to enhance self-awareness through self-observation and reflection whilst motivating people to change.

COUNSELLING BY VIDEOCALL

What the concept of “internet-based interventions” brings to mind for most people is the so-called “*video-chat*” (similar to the one available under the *Skype* ® software). When it comes to substance active users, however, modules of such kind are not recommended. Counselling by camera over the internet may, nevertheless, come to be a useful extra tool, in the process of detoxification (conditional on abstinence practiced before use), all the more since an entire group session may just as well be hosted, merely by using a PC and a camera. Such could, for instance, be the circumstance of a team of members dwelling in different towns.

Still, this particular tool appears to be less attractive, when it comes to substance active users: after all, no one cares to be stigmatized by having one’s face shown whilst remotely talking about so sensitive a subject and that without even having previously established a personal relationship with the counsellor.

What is more, video-chatting is not deemed to be an appropriate way for a first-time contact with clients, given the non-confidential and un-discretionary character of the process. Counselling by video-call implies the client feeling reassured as to the isolation and safety of both ends of the line (secrecy) for such a video-session to be hosted. Video-sessions are a “real time” internet-based tool whereas experience suggests that a pre-requisite for its successful implementation is that clients are consistent and highly committed. This is also the reason why video-conferencing (or video-chatting) is a good tool to use at the stage of reintegration (or even during therapy). *Jellinek* has been taking recourse to video-conferencing on a complementary basis, along with other internet-based tools and face-to-face counselling. Such practice of blending internet-based tools with other means has been dubbed by the Dutch as “Blender Therapy” (<https://www.jellinek.nl/e-health/#blended>).

WRITTEN COMMUNICATION AS A MEANS OF REACHING OUT ACTIVE USERS

Most internet-based tools are based on written speech. Such tools appear to be quite attractive to substance active users, as the latter prefer to seek help whilst remaining totally anonymous. Active users of substances are quite apprehensive of the potentially negative consequences of a live contact, not to mention the embarrassment

they more often than not are bound to feel, for fear of becoming stigmatized. Tools based on written speech ensure an ampler distance for the user, thereby enhancing the feeling of safety and anonymity he or she eventually prefers.

By having one's reflections, emotions and behaviors recorded, the user gradually gets the opportunity of having an outsider's glimpse into his or her own life, therefore becoming capable of acknowledging behaviors he or she may wish to change, in the future. Such process of self-observation and the acquisition of a potentially more pragmatic picture of oneself, is known to help towards knowing oneself and eventually changing.

For instance, the process of reflecting on actions, thoughts and emotions through written speech (by, for example, keeping a diary) helps active users consider their everyday life and realities in a different, totally new light.

ASYNCHRONOUS COMMUNICATION IN WRITTEN SPEECH

The main reason why most internet-based tools worldwide are based on written speech is the handiness of the asynchronous means of communication. This is actually also the reason why most remote counseling practitioners tend to avoid live-chat over the Internet. Just as in the case of a conventional telephone call, live chats are always conducted in real time. This further also means that throughout the communication, the presence of the counselor is indispensable, just as it is a fact that one may understandably not handle two written live chat requests (e.g. two telephone calls) simultaneously. For instance, it always takes a minimum two remote counseling practitioners for a conference chat, since a live group chat over the internet usually features so swift a sequel of texts exchanged that one may just as easily lose control, in an effort to read and write at the same time.

When it comes to asynchronous communication tools (e.g. a forum), an answer or a comment posted by a professional within 48 hours are considered to be "direct response". This is indeed the main reason why such internet-based tools are unfit for people in need of crisis intervention.

On the other hand, whatever constraints in written communication may prove themselves to be an obstacle to an efficient exchange. Formulating an issue in proper writing is not always easy – even less

so, when it comes to persons with, for instance, dyslexia and therefore not in a position to comfortably benefit from tools of such kind. Moreover, an erroneous formulation might easily lead to misunderstandings amongst the so-called interlocutors, particularly if one were to take into account the fact that within a face-to-face exchange context, some 80% of the information gets through in a non-verbal way (nuance of voice, face expressions, body posture ea.).

E-MAIL AS A TOOL OF ASYNCHRONOUSLY COMMUNICATING WITH ACTIVE USERS

The concept of counseling by e-mail also comes to mind, when considering internet-based tools, most particularly when the need arises for a tool based on written speech. E-mails are nevertheless not sufficiently safe for the support of active users and indeed appear generally to be not the most appropriate mode of communication, whenever confidentiality is at stake. Many people use some specialized software to exchange e-mails over their computers (eg. Microsoft Outlook®), which actually means that all of their electronic correspondence is downloaded into their hard disc. Consequently, anyone having access to that particular computer may also have access to whatever e-mails may have been exchanged. There are also quite a few people who allow their web-browser (Internet Explorer®, Chrome®, Mozilla Firefox® etc.) to memorize their e-mail account access password, which means that anyone using the same computer may also have access to otherwise confidential communication data. This is actually the reason why most internet-based tools are (or, at least, should be) web-based solutions, meaning that whatever common use data and communications are stored in a “cloud”, so that the client and one’s counselor meet within a safe virtual space, to which they accede through a dedicated user name and password.

THE CLIENT’S ANONYMOUSNESS

Yet another safety issue, when it comes to reaching out to active users over the internet, is anonymousness. True though it may be that users feel safe enough to speak out or – in our case – write about their experience with the use of substances, it is just as much a fact that one may never be sure as to the validity of the information such people are actually providing. Even when it comes to such basic information as gender and age, veracity may not be taken for granted.

It goes without saying that when it comes to person-to-person meetings with an addicted person, the best part of the latter's profile – as well as of the use such person is eventually involved – is bound to be constructed on the basis of answers the person itself eventually provides to questions put through by the counsellor. Oft times, it is only later that information supplied is proven to have been false.

There will, indeed, be times when, while interacting over the internet, a counsellor comes across virtual identities. Under the circumstances, a counsellor may never be one hundred per cent certain of having the whole picture of the situation he or she is expected to handle, hence a real risk for situations or behaviors to be either watered-down or over-dramatized. Given the anonymousness, the professionals are bound to have a difficult time building an interpersonal relationship with the user. As a matter of fact, this might be one of the reasons why addicted people having recourse to the internet in seek of assistance, are bound to drop out more frequently, if delving in internet tools requiring a higher degree of commitment.

Although such thing is not so frequently encountered in counselling venues, there is obviously a number of users (featuring persistent and incidental use) who do not directly require traditional therapeutic interventions or counselling. Subsequent to using a particular internet-based tool, those people are most likely to walk out quite happy, having managed to reduce incidental use or attain full abstinence from the use of substances. In such cases, however, one should rather speak of a minor involvement in substances, in what appears to be an initial stage of the problem.

All such help-help, internet-based interventions seemingly provide considerable help and support in the effort of reducing the use of substance albeit not fit for sufficiently substituting traditional counselling and therapy. This is perhaps a good moment to stress that the view of the internet-based tools not being suitable for a thorough and fully efficacious management of a human being's addiction is shared by our Dutch colleagues. The Dutch still consider internet-based tools to be fit for experimental and incidental users and most particularly for people appearing to have issues with the so-called club drugs (namely, cannabis, ecstasy, NPS, cocaine etc); they are also of the opinion that such tools are helpful as complementary processes to inter-personal therapy.

This is the reason why the automated answers generated through their tools, the Dutch directly refer to counselling centers (via a

dedicated link), most particularly in the case of internet-based tool users having scored exceptionally high, as of the first stage of assessment of the type of substance use they have been making (self-evaluation scoring). Nevertheless, internet-based tools may provide both new substance users in a phase of experimentation and occasional substance users, with the opportunity to contact detox specialists without feeling exposed, as well as eventually being referred to traditional counselling, through a pathway they are better familiar with.

A paradigm for Units Networking: the Amsterdam visit experience

Nektaria Apostolidou

Psychologist, Head of KETHEA's NOSTOS Open Structure

The form of organizing, building synergies and supervising the various agencies involved in the process of detoxification, in Amsterdam, follows a flexible, client-oriented pattern. Graphically, underneath ARKIN's umbrella there feature Jellinek, with a mission to "cure" addictions, Mentrum, running methadone/heroin administration ("care" of addictions), the Youth program, addressing the young and Roads, a module about reintegration which also disposes working facilities, all them institutionally meant to cooperate.

Institutional networking amongst agencies involved in:

- Detoxification ("cure" of addiction)
- Care ("care" of addiction) meant for users facing multiple physical and mental health issues
- Harm reduction
- Secondary prevention
- Reintegration (also featuring working facilities)

enable the staff hosting and assessing addictive substance users – irrespective of the organization by which they are employed – to utilize the facilities and services of some other organization. The expected result should be for every client to benefit from the support actually required, free from any exclusions whatsoever.

The therapeutic intervention is indeed proportionate to (a) the level of functionality and social stability a user benefits from in his/her daily life; (b) the criticality of the user's addiction, in combination with one's health issues and eventual psychiatric comorbidity as well as (c) the particular user's therapy history. Joint evaluation and therapeutic intervention protocols, specific duration of participation

in each phase of the process, staff networking and cooperation skills and the availability of specialized treatment structures to the benefit of aggravated cases of users, are conditions for such networking practice to function.

Organization networking examples:

1. A unit – part of the Roads module – embarking on a mission of offering users, potentially of Dual or triple diagnosis, participating in a Mentrum-hosted methadone program, time off use through the running of an art lab, a small-scale canteen/catering service and a flowershop.
2. Freud Restaurant (Spaarndammerstraat 424, 1013 SZ Amsterdam) is a structure hosted by Roads, with a mission of training ex-users at the stage of reintegration, eventually providing them with skills enabling them to find work at other restaurants.
3. A bicycle repair and sale shop. Sixty (60) workers – all of them ex-users at the stage of reintegration – assisted by a mere two (2) professionals in the field, of mostly technical and administrative role. Liaising with the social worker is ensured electronically whereas there is provided one meeting per week.
4. Domus +, a residential structure for triple-diagnosed users (use of substances, psychiatric condition and low IQ). Both the premises and all relevant infrastructure are property of Arkin whereas the structure is being financed by the Ministry of Justice. The directress of this establishment originate from the volunteering corps of the Samaritans.

The main benefits of a practical networking module, as the one in place in Amsterdam, are:

- Differentiated structures
- Efficient utilization of resources and
- A wider array of services available.

Such are, to my opinion, the benefits also counting for Greece, a country where more often than not there are created parallel structures, meant to cater to the same needs whilst there is a lack in holistic support structures for the most aggravated cases of client as well as in structures capable of assisting towards the re-entry in the labour market and further reintegration of each client.

Implementation of substantial networking in practice – as would, for instance, be a combined utilization of structures common to both KETHEA (Therapy Center for Dependent Individuals) and OKANA (Organisation Against Drugs) requires a decision by both organization at a political level, free from any antagonisms or other games of power. I believe that if there are any risks inherent to the implementation of such approach, such risks should not be at the level of the way of implementation rather than in the practice itself. In any case, there is also to be taken into account the need for scientific confirmation of any attempt to change as well as the requirement of unambiguousness as to the structure of parties networked, so that flexibility not be perceived as a threat.

ISD MEASURE: A drastic intervention at the level of the penitentiary system

Sofia Filippakopoulou - Zerva

Psychologist, Head of KETHEA's EN DRASI Therapeutic Community in the Judicial Prison of Korydallos (Athens)

DESCRIPTION OF A GOOD PRACTICE

Dealing with recidivist offenders recalcitrant is a critical issue that remains open, no matter how many decades Criminal Justice in the Netherlands has spent trying to tackle it. Quite a high rate of offenders (some 70% of them) have been found to commit a new offense within the first 7 years since their release. Out of this particular population, there is a proportion (actually sometimes as high as 90%) of people who consistently engage in illegal activities.

There are some features that are common amongst people in this particular category of offenders, namely:

- They are all male
- ALL of them are addicts
- Some 65% of them have been diagnosed for some psychiatric or psychological disorder
- At least 40% of them are of limited mental capacities.

Combined to the lack of income and –most importantly – what with the concomitant quest for substances to use, so as to cater to their addiction – those features contribute to such people continuously and repeatedly committing offenses. What is more, illegal actions committed by such people – mostly thefts and burglaries – ascribe the scope of “obvious offenses” resulting in the disruption of public order.

The ISD legislative initiative is meant to cater to a double purpose, namely (a) to ensure protection of the community from this

particular population of frequent offenders whilst make sure public order is maintained as well as (b) making sure such people reintegrate the society in the Netherlands, once their behaviour has been transformed. Actually, ISD stands for “Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders” (Placement in an Institution for Recidivist Offenders). This is a legislated approach based on an individualized therapeutic plan taking into account the needs of the particular inmate, in a realistic/practical way.

ISD has come to be part of the Dutch legal order, a piece of legislation as it is that is oriented to the person/inmate and to such person’s motivation for change. Judges may opt for the ISD measure in lieu of decreeing a penalty upon persons having had no less than three convictions within the last five years. The module is implemented in specialized penitentiary establishments in three phases and for a maximum period of two (2) years. As many as nine (9) Dutch prisons have been implementing this approach, allowing for some 405 posts of this nature.

(1) THE “INTRAMURAL PHASE” (INMATE IN PRISON)

As of that phase, the inmate is medically assessed and treated for whatever health conditions. The inmate’s physical condition is thus bound to stabilize whilst he/she is being administered appropriate medicinal treatment. It is during that phase that therapy assorted with detention is bound to be planned by an interdisciplinary commission (an adults probation officer, mental health specialists and trained staff of the penitentiary establishment), the ultimate objective being the reinforcement of motivation of the inmate in treatment and a change of his/her behaviour.

(2) THE “EXTRAMURAL PHASE” (INMATE RELEASED)

Upon due assessment, the person may – if so is deemed necessary – be referred for care at a mental health unit or a supervised accommodation facility. Implementation of this particular phase, in which the custodian for adult inmates, pertains the scope of jurisdiction of the prison’s governor.

(3) SEMI-AUTONOMOUS PHASE

The inmate under treatment is taught ways whereby to manage one’s freedom whilst undertaking responsibilities. He/She is assigned working hours during the day before going back to his/her cell, in the evening.

THE PURPOSE AND OBJECTIVES OF THIS GOOD PRACTICE

The ISD module is meant for a population facing serious and as acute problems over extended periods and in critical domains of their lives, namely physical and mental health issues, persistent implications with the law, deficits in terms of vocational training and financial penury. This arrangement is really aimed at people resisting integration in the community, people considered to be a “serious safety issue” for the society, hence their ostracisation by the society for decades. As a consequence thereof, there gradually was created a population of institutionalized people, fully acculturated in the tradition of the penitentiary system, within which they were tolerated. The ISD module is the answer to two very critical questions, namely: (a) How come/Why an offender keeps repeating one’s offenses and (b) How could Justice intervene preventively, otherwise how could this vicious cycle be broken.

CONDITIONS FOR THE TRANSPOSITION OF THIS GOOD PRACTICE

What has been set forth above is a description of a legislative approach adopted by the Netherlands as part of the effort to efficiently deal with recidivist offenders, a population facing serious issues, in terms of addiction and comorbidity. The Dutch proposal is indeed a drastic intervention in the sense of having the law enforced albeit not only as a vindication of an illegal action but also as a humane gesture, in the form of treatment and social reintegration.

Under KETHEA’s “EN DRASI” (In Action) module, there are for the moment three therapeutic communities operating at the prisons of Korydallos (Athens) and Elaeonas (Thivae) providing therapy to male and female inmates. Nevertheless, members of those communities are bound to return to prison where they are met with challenging living conditions, a fact known to undermine the therapeutic intervention and the very stability of whatever changes may have been achieved.

Inmates join such structures seeking therapy on their own free will – this is their own choice and the whole approach functions in parallel to and independently from the development and circumstances of service of their sentence. The Dutch therapeutic proposal has come to be a law of the state, meant to be applied by the judges by offering the inmate the opportunity of acquiescing to treatment instead

of service of a sentence in prison. Voluntarily accepting or declining the offer remains a privilege of the inmate, since the law provides for this facility.

More than one reforms would be required before a legislative-therapeutic approach of this kind could be adopted in Greece, along with a systematic cooperation amongst agencies and officials involved. What it more specifically takes is (a) the adoption of a similar piece of legislation, providing for the consecration of therapy as a right as well as not limiting itself to the imputation of a sanction-punishment. Such law could be expected to, amongst other, provide for daily leaves to be granted to the inmates in therapy, thereby contributing to the confirmation of therapy as a means to an end as well as to the person's smooth integration in the society; (b) ensuring a good cooperation with and awareness amongst the judiciary as to the implementation of the law; (c) engendering cooperation and flexibility at the level of the penitentiary towards applying the law; (d) rekindling the concept of adult custodians, a body which, if properly reactivated and sensitized, is certain to very efficiently cater to the needs in supervision; (e) ensuring a continuous cooperation between in-prison detox therapeutic structures with the penitentiary system and (f) seeing that both the penitentiary system and the various therapeutic programs are manned with MDs specialized in mental health as well as with nursing staff, the whole understood to form the interdisciplinary team meant to organize and monitor progress and changes effected on the inmate in therapy.

The legislative approach described above has been consecrated in the form of a law in a European country since October 2004. Seen in the light of the Greek conjuncture, the whole attempt could be perceived as a labyrinth of changes required. The rigidity of the Hellenic legislative and penitentiary system inhibits the promulgation and implementation of such legislation. KETHEA disposes of a wide array of therapeutic structures within the prisons, eventually building on a long tradition of reliability, experience and know-how that allows it to cooperate and contribute to a prompt implementation of a reforming legislation favouring therapy, thereby drastically sharing in the effort towards social reintegration of inmates in therapy as well as towards the prevention of institutionalisation and marginalisation of such people.

Interventions to the benefit of Dual and triple-diagnosis individuals

Argyro Papadaki

MSc, Psychologist, Therapist at KETHEA ARIADNI

I had the pleasure of the opportunity to visit Amsterdam, in the Netherlands and spend a month (06.03.2017 through to 05.04.2017), within the context of the project “Adopting new educational approaches and practices in the field of substance addictions” under Erasmus + 2016 and whilst there I had training by the Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) of the Academisch Medisch Centrum (AMC) on interventions for Dual and triple-diagnosis persons.

Part as it of a country known for its culture of tolerance and diversity, Amsterdam seems to be the one city in the Netherlands resisting to leave behind the time of innocence. As was to be expected, the Dutch mental health system has been affected by the Anthropocentric and “liberal” perception of life of the Dutch. The multitude of options made available under such system, combined with the array of freedoms in place are also reflected on the level of support provided for in the interest of persons suffering from mental disorders and /or which also make use of substances. It is the client’s free will that mostly prevails, hence the reality of many of the services in this domain having been designed or adjusted, as the case may be, by reference to the needs of the persons concerned, rather than the other way around. As a matter of fact, such services are fully respectful of the life quality standards each particular member choses to determine as the most preferable in his/her case. As such, the services do not follow and ideologically pre-oriented and practically pre-fabricated therapeutic framework.

It is worth noting that the option to go for harm reduction – otherwise said, the option of catering to healthcare needs of people addicted to substances- is reported to be at the same level of preference as the choice for detox therapy.

Dual or Triple diagnosis is an state concerning a presumably increasing number of people who are at present apparently “hidden” amongst the general population of KETHEA’s clients. The Dutch experience incites towards a redefinition of the techniques that have to this day been implemented in therapy, hence a potential “determination” of the particular target group.

The World Health Organisation defines comorbidity – also referred to as “Dual diagnosis”- as “the presence, in the same person, of a disorder induced by the use of some psychoactive substance and another psychiatric disorder” (WHO, 1995). Epidemiological and clinical studies have it that mental disorders and substance abuse are particularly bound to concur in a comorbid pattern (Kelly, Daley, 2013). Given their nature of developmental disorders affecting the same areas of the brain (NIDA, 2007), such conditions actually interact and influence each other, without yielding a clear image of which of such two conditions (namely, the use of the psychoactive substance or the mental disorders) happens first.

More often than not is it observed that mental health services fail in ascertaining a Dual diagnosis (a consequence of deficits in staff training or the insufficiency in diagnostic tools) whilst clients tend to be “blamed” for the unfortunate therapy outcomes (dropouts) so much as for those people to actually being scorned as the “unadjusted” of the system. This eventually results in such people being further referred from one unit to the next, in what has come to be acknowledged as the “revolving door” pattern. Understandably, such situation may only be expected to cause a worsening of such persons’ mental condition.

The main therapeutic tool in the hands of the Dutch mental health counsellors is a manual bearing the title: “Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice “(Kim T. Mueser, Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake, Lindy F., 2003). As a good practice, this proposal expectedly obeys a beginning-middle-and-end pattern. Provided the a structured and evidence-based clinical planning has taken place, having a specific time framework and developed on the basis of an individual clients actual needs, such approach may indeed be expected to yield a better outcome / higher value which we, on our part, need to ensure for dual-diagnosis clients. The name of such better outcome is safety.

Functioning in parallel – and quite efficiently too - is another innovative protocol, based on what the Dutch refer to as an Assertive

Community Treatment Program (ACT). The very acronym used to designate this particular assertive care module intelligently plays on a game of words – Act also suggesting action, in English. ACT is being implemented as part of a broader effort towards deinstitutionalization of the dual-diagnosis clients. As a matter of fact, research has shown that out-patient units are more efficient, hence the idea or the launching of multimodal staff teams meant to make the move towards the client rather than the other way around, eventually covering the entire scope of the experience, from the stage of crisis through to the stage of the client's post-treatment follow-up. Literally speaking, ACT teams intervene in whichever context so becomes necessary (e.g. at home) as well as / or wherever there is crisis (e.g. out in the street). A typical example of such resilience is the availability of said teams the management of acute dual-diagnosis cases, namely circumstances under which the police is usually not called upon (such summons normally happening upon a denunciation), leaving room for the specialized team to intervene. Using its appropriately customized vehicles (having nothing to do with police patrol cars or ambulances), said team, trained as it is, comes forth to deal cases involving this particular vulnerable population. Subsequent to the creation of that team there was also set up an even more focused team, under the name of F-ACT (F standing for “Functional”), with a mission to deal with the most “functional” amongst the clients.

A sine-qua-non condition for such novel proposal to take on would be appropriate training, starting from the inside and reaching out to the outside world. First, the staff needs to be trained (potentially by qualified colleagues from the Netherlands), first on the theoretical aspects and afterwards at a practical – experiential level, before the training is extended to the “outer world”, meaning the society as a whole. Amongst the once-in-a-lifetime experience I had while at the Mentrum module (clinic specializing in acute dual-diagnosis cases) – an experience I most unreservedly recommend – was that of the psychosis simulator! Labyrinth Psychotica (www.labyrinthpsychotica.org) is essentially an art project relying on AR (Augmented Reality) technology to replicate the experience lived by those suffering from psychotic disorders. Otherwise said, one is bound to start by coming to grips with what one has deal with, before one empathetically approaches the situation so as to finally feel that one is indeed in a position to properly project the appropriate actions.

As far as triple diagnosis is concerned, as there is still no confirmed and duly documented definition of the term by the international

scientific community, one has no alternative but to content oneself with the definition suggested by the Dutch: besides addiction and mental illness, the Dutch have brought up a third factor, namely that of limited intelligence.

KETHEA is an internationally acclaimed organisation active in the field of addict. The innovative therapeutic technique proposed will hopefully prove itself to be proportionate to the organisation's reputation, all the more since there is no other proposition of this kind, in Greece.

Theoretically, therefore, this good practice might just as well find its place in our work; no such place ought to be allowed to staff fears and resistance.