

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΦΑΚΕΛΟΣ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΡΘΡΑ

ΑΘΗΝΑ 2008

Προλογικά σχόλια

Η επιστημονική διεύρυνση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, που είναι το αντικείμενο της Ψυχολογίας, μας δίνει διάφορες γνώσεις: Πώς μαθαίνει ο άνθρωπος, με ποιον τρόπο μπορεί να λύσει προβλήματα ή να επηρεάσει τους άλλους πιο αποτελεσματικά, πώς λειτουργεί μέσα στην ομάδα, πώς επικοινωνεί με τους άλλους, ποια στάδια ακολουθεί η ανάπτυξη του κ.λ.π. Όλες αυτές οι γνώσεις οδηγούν σε μοντέλα ερμηνείας της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς, αυτές δε τις γνώσεις τις παίρνουμε από την Πειραματική, την Εξελικτική, την Κοινωνική Ψυχολογία, την Ψυχολογία της Επικοινωνίας κ.λ.π.

Πώς όμως θα μπορέσουμε να καταλάβουμε, να ερμηνεύσουμε καλά σε πρώτη φάση τι συμβαίνει στον άνθρωπο που δεν συμπεριφέρεται, δεν σκέπτεται, δεν αισθάνεται όπως ο «μέσος φυσιολογικός» συνάνθρωπός του; Και βέβαια δεν θέλουμε να μείνουμε ως εκεί. Θέλουμε να βοηθήσουμε, να θεραπεύσουμε, να οδηγήσουμε αυτόν που ξέφυγε από τον «φυσιολογικό δρόμο» πίσω στον γνώριμο, σ' αυτόν που περπατούμε εμείς. Το πιο ενδιαφέρον και χρήσιμο βέβαια θα ήταν επίσης εάν ήμασταν σε θέση να προβλέψουμε παρεκκλίσεις και να προλάβουμε την εμφάνιση προβλημάτων. Υπάρχουν άραγε «δείκτες πρόβλεψης»; Έχουμε τελικά και τα ειδικά μέσα να προλάβουμε ή να μειώσουμε την ένταση εμφάνισης προβλημάτων;

Απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα προσπαθεί να δώσει η Κλινική Ψυχολογία όπως επίσης και να μας ευαισθητοποιήσει στο καίριο ερώτημα «Τι είναι ομαλή συμπεριφορά» με τις μεγάλες ηθικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Η Κλινική Ψυχολογία η οποία εμφανίζει πολύ μεγάλη ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει άφθονο υλικό το οποίο δεν είναι καθόλου σαφές και ενιαίο: οι ερμηνείες της ανθρώπινης παθολογικής συμπεριφοράς είναι πολλές και αρκετές φορές αλληλοσυγκρουόμενες, η ταξινόμηση είναι ρευστή, η δε τροποποίηση ακολουθεί μεθόδους που έχουν πολλές φορές επιτυχία χωρίς να ξέρουμε γιατί ή πάλι παρ' όλη την επιστημονική τους εγκυρότητα δεν έχουν διαδοθεί και εφαρμοσθεί σε ευρύτερο πλαίσιο. Στο χώρο της πρόληψης πάλι, ενώ έχουμε επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα δεν τα αξιοποιούμε όπως θα έπρεπε ή δίνεται έμφαση σε πιο δημοφιλείς τομείς.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει το αντικείμενο της Κλινικής Ψυχολογίας, που είναι η μελέτη της «παθολογικής» συμπεριφοράς. Ασφαλώς πρέπει να έχει προηγηθεί η μελέτη της «ομαλής» συμπεριφοράς για να μπορεί να γίνει η οριοθέτηση, ο χαρακτηρισμός, η πρόβλεψη, η πρόληψη και η παρέμβαση. Αυτό το αντικείμενο όμως που λέγεται «παθολογική» ανθρώπινη συμπεριφορά είναι πολύ «δύσχηστο» διότι είναι τόσο... κοντά μας, ένα δικό μας κομμάτι των καθημερινών βιωμάτων μας. Ποιος π.χ. δεν στεναχωρήθηκε τόσο πολύ, που να μην προβληματίστηκε για τα όρια της προσωπικής αντοχής του; Ποιος π.χ. δεν ένιωσε την ανάγκη να κάνει μια «τρέλα» παρ' όλο που με τη λογική αξιολόγηση της κατάστασης προέβλεπε την αρνητική έκβαση; Πολλές φορές λοιπόν μπορούμε να πούμε πως ζηλεύουμε άλλους επιστήμονες που έχουν ένα πιο «εύκολο» επιστημονικό αντικείμενο, ένα αντικείμενο που μπορεί να κρατηθεί σε απόσταση, ώστε ο επιστήμονας να μην εμπλέκεται μαζί του συναισθηματικά, να μένει ουδέτερος, όπως π.χ. ο Φυσικός ή ο Αρχιτέκτονας. Παρ' όλα αυτά όμως η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει το αντικείμενο της Κλινικής Ψυχολογίας κάνει αυτόν τον κλάδο να είναι ίσως ο πιο ελκυστικός από τους άλλους κλάδους της Ψυχολογίας.

Οι γνώσεις της Κλινικής Ψυχολογίας που θα αποκομίσουμε δεν θα μας δώσουν τη σιγουριά που ζητάμε και θα πρέπει να ξέρουμε ότι μερικά πράγματα που θα μάθουμε σήμερα, αύριο μπορεί να είναι ξεπερασμένα. Το όφελος το μεγάλο θα είναι ότι προβληματισθήκαμε σε ορισμένα καίρια ερωτήματα, γνωρίσαμε από κοντά μερικές πιθανές ερμηνείες της Κλινικής Ψυχολογίας και μάθαμε πώς να παρεμβαίνουμε ή να προλαβαίνουμε.

Ο φάκελος άρθρων που έχουμε στα χέρια μας καλείται να φέρει προβληματισμούς και να συμπληρώσει γνώσεις στο Μάθημα «Κλινική Ψυχολογία».

Αρχικά αναθέσαμε σε μια ομάδα εργασίας που αποτελείται από την Ευφροσύνη Σπανέα, υποψήφια διδάκτορα Κλινικής Ψυχολογίας και τις σπουδάστριες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κλινικής Ψυχολογίας, Φωτεινή Λέκκα και Ιωάννα Αποστολοπούλου τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις νεώτερες εξελίξεις και τους προβληματισμούς σε σχέση με την Κλινική Ψυχολογία. Βασική πηγή υπήρξε το πρόσφατο βιβλίο: «Νέες Τάσεις στην Κλινική Ψυχολογία» των K. Cheshire & D. Pilgrim (2004) *A short introduction to Clinical Psychology*, London Sage Publications. Η πρώτη ενότητα καλύπτεται από αυτό το υλικό.

Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από σειρά άρθρων εν ενεργεία συναδέλφων Κλινικών Ψυχολόγων, οι οποίοι σε προηγούμενα εξάμηνα παρουσίασαν την δουλειά

τους στο μάθημα της Κλινικής Ψυχολογίας. Οι φοιτητές μας έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι είχαν τη δυνατότητα να μάθουν το πώς ασκείται η Κλινική Ψυχολογία σε διάφορα πλαίσια αλλά κυρίως να ευαισθητοποιηθούν σχετικά με την ελληνική πραγματικότητα.

Τέλος, στην τρίτη ενότητα η συνάδελφος Όλγα Κωνσταντίνου μας δίνει πληροφορίες σχετικά με έναν Κλάδο της Κλινικής Ψυχολογίας, τη Δικαστική Ψυχολογία. Θεωρήσαμε απαραίτητο να συμπληρωθούν οι γνώσεις σχετικά με αυτό το θέμα διότι προς το παρόν δεν διδάσκεται αυτός ο Κλάδος ως προπτυχιακό μάθημα.

Αναστασία Καλαντζή Αζίζι

Δεκέμβριος 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΗ: Νέες Τάσεις στην Κλινική Ψυχολογία

Κλινική Ψυχολογία.....	σ. 6
Από το βιβλίο του K. CHESHIRE & D. PILGRIM (2004). A short introduction to Clinical Psychology, London Sage Publications.	
Μετάφραση, Προσαρμογή: ΣΠΑΝΕΑ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ Υποψ. Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας Παν. Αθηνών, ΛΕΚΚΑ ΦΩΤΕΙΝΗ, ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΙΩΑΝΝΑ Τελείοφοιτες Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κλινικής Ψυχολογίας Παν. Αθηνών.	

ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΥΤΕΡΗ: Ο Ρόλος του Ψυχολόγου σε Διάφορες Κλινικές Δομές

Ο Ρόλος του Ψυχολόγου στις Ψυχιατρικές Δομές.....	σ. 56
ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΞΙΝΟΣ, Δρ Κλινικής Ψυχολογίας	

Ο ρόλος του Κλινικού Ψυχολόγου σε Γενικά Νοσοκομεία.....	σ. 82
ΦΛΩΡΕΝΤΙΑ ΜΠΑΚΟΜΗΤΡΟΥ, Κλινική Ψυχολόγος	

Ο ρόλος του Κλινικού Ψυχολόγου σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία.....	σ. 99
ΗΡΑ-ΘΑΛΕΙΑ ΚΟΛΛΙΑ, Δρ Ψυχολογίας Ms Υγείας	

Ο ρόλος του Κλινικού Ψυχολόγου σε Υπηρεσίες Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών: Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών	σ. 123
ΝΤΙΑΝΑ ΧΑΡΙΛΑ, Δρ Κλινικής Ψυχολογίας	

ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΤΗ: ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Δικαστική Ψυχολογία.....	σ. 145
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΟΛΓΑ, Υποψ. Διδ. Ψυχολογίας Παν. Αθηνών	

ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

(Από το βιβλίο του K. Cheshire & D. Pilgrim (2004)

A short introduction to Clinical Psychology, London Sage Publications

Μετάφραση, Προσαρμογή: Σπανέα Ευφροσύνη, Αποστολοπούλου Ιωάννα, Λέκκα Φωτεινή)

Αμφιλεγόμενα ζητήματα στην Κλινική Ψυχολογία

Αναμφίβολα, το επάγγελμα του κλινικού ψυχολόγου αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις. Μεταξύ αυτών είναι η ανάγκη της αποτελεσματικής εκπαίδευσης ενός όλο και μεγαλύτερου αριθμού εκπαιδευόμενων, η ανάγκη ανάπτυξης ενός παρεμβατικού και συμβουλευτικού ρόλου, καθώς και η απαίτηση ανάπτυξης μιας σύνθετης επαγγελματικής ταυτότητας. Επιπρόσθετα, πέρα από τις ανωτέρω προκλήσεις, ο συγκεκριμένος επαγγελματικός κλάδος, συνεχίζει να διευρύνει και να προασπίζεται την επιστημονική του βάση.

Οι Kennedy και Llewelyn (2001) μελέτησαν τις απόψεις των εκπαιδευτών, των εκπαιδευόμενων και του προσωπικού του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Βρετανία (National Health System) σχετικά με τη παρεχόμενη εκπαίδευση και το πώς θα πρέπει να διαμορφωθεί αυτή στο μέλλον, ώστε να γίνει αποτελεσματικότερη και πληρέστερη. Οι απόψεις όλων συνέκλιναν ότι στόχος της εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι η εκμάθηση ενός εφαρμόσιμου επιστημονικού μοντέλου, που θα στηρίζεται σε εμπειρικά κατοχυρωμένη γνώση, που θα καλλιεργεί την κριτική και αναλυτική σκέψη και τις ερευνητικές δεξιότητες. Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να ευθυγραμμίζεται με τις εθνικές και τις διεθνείς εξελίξεις σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και με τα επιστημονικά δεδομένα και τα μοντέλα που αξιολογούν τον παράγοντα κόστους-όφελους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ανωτέρω συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι κλινικοί ψυχολόγοι που εργάζονται στο ΕΣΥ έρχονται αντιμέτωποι με δύο σημαντικά εμπόδια όταν προσπαθούν να εργαστούν ως επιστήμονες που εφαρμόζουν τη γνώση τους στην πράξη: (1) ο χώρος της υγείας καταλαμβάνεται σχεδόν αποκλειστικά από την ιατρική, η οποία έχει διαφορετική επιστημονική βάση, και (2) το ΕΣΥ δε χρηματοδοτεί επαρκώς την

κλινική έρευνα ή δεν παρέχει κίνητρα και χρόνο στο προσωπικό του προκειμένου να πραγματοποιήσουν έρευνες. Προτείνουν λοιπόν ότι ο δρόμος προς το μέλλον θα περιλαμβάνει διαφορετικές προσεγγίσεις του μοντέλου αυτού που προσπαθεί να συνδυάσει την επιστήμη με το επάγγελμα: για παράδειγμα εμπλοκή και αξιολόγηση των ερευνητικών δεδομένων από ακαδημαϊκούς συναδέλφους καθώς και μια μεγαλύτερη έμφαση στην εφαρμοσμένη έρευνα. Ο τελικός στόχος είναι η αναδιαμόρφωση του μοντέλου προκειμένου να περιλάβει μια συνθετότερη όψη της επιστήμης (Corrie and Callahan, 2000).

Ένα άλλο επίσης φλέγον ζήτημα του κλάδου της κλινικής ψυχολογίας αφορά την σημαντικότητα και κεντρικότητα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπευτική παρέμβαση. Ο Slade (2002) υποστηρίζει ότι αν και οι ψυχιατρική έχει υιοθετήσει το βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο, δεν θα πρέπει να παραγνωρίζουμε ότι τις περισσότερες φορές οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κατανοούν τις συναισθηματικές διαταραχές πρωτίστως με όρους βιολογικούς, ενώ οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες λαμβάνονται υπόψη μόνο όταν οι βιολογικοί αποτυγχάνουν να ερμηνεύσουν επαρκώς τα φαινόμενα. Ο Slade διατείνεται ότι οι κλινικοί ψυχολόγοι θα πρέπει να αμφισβητήσουν την βιολογική ερμηνεία της ψυχολογικής δυσφορίας, που έχει εξάλλου ασθενή επιστημονική βάση, και ότι οφείλουν να διεξάγουν έρευνες προκειμένου να διευρύνουμε την επιστημονική γνώση. Συγκεκριμένα, ο Slade προτείνει ότι η επιστημονική έρευνα, στον σχεδιασμό της και τους στόχους της, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις προτιμήσεις της κοινής γνώμης. Μια πρόσφατη έρευνα σε δύο χιλιάδες Βρετανούς έδειξε ότι το 91% θεωρούσαν ότι οι πάσχοντες από κατάθλιψη θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλευτική υποστήριξη, ενώ μόνο το 16% πίστευε ότι θα έπρεπε να τους προσφερθεί φαρμακοθεραπεία (Priest et al., 1996). Η καθοδηγητική προσέγγιση που υιοθετούσε η κλινική ψυχολογία μέχρι σήμερα υποστήριζε ότι θα πρέπει να εκπαιδεύσουμε την κοινή γνώμη προκειμένου να γνωρίζει την καλύτερη δυνατή θεραπεία που παρέχεται. Αντίθετα η άποψη του Slade διαφέρει ουσιαστικά: σε μια όλο και περισσότερο καταναλωτική κοινωνία γίνεται όλο και πιο δύσκολο να πείσεις τους φορολογούμενους πολίτες να δώσουν τα χρήματά τους σε μορφές θεραπείας που δεν επιθυμούν. Προτείνει λοιπόν ότι δεν θα πρέπει τόσο να δίνουμε έμφαση σε έρευνες κόστους-αποτελεσματικότητας που στηρίζονται σε προδιαγεγραμμένα, οριζόμενα από τους επαγγελματίες επιθυμητά αποτελέσματα, αλλά σε έρευνες κόστους-

χρησιμότητας, που θα λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις και προτεραιότητες των πελατών.

Ο Gilbert (2002a, 2002b) θεωρεί ανεπαρκή την βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της ψυχικής υγείας όπως εφαρμόζεται σήμερα, εξαιτίας μιας ευρύτατα διαδεδομένης παρερμηνείας του μοντέλου από τους γιατρούς και άλλους κλινικούς. Στην πραγματικότητα, ο Gilbert προτρέπει τους κλινικούς ψυχολόγους να αναλάβουν ριζικότερες πρωτοβουλίες προκειμένου να εφαρμόσουν ένα ολοκληρωμένο και σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο κατανόησης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Ο ίδιος καταλήγει:

Γελιόμαστε αν πιστεύουμε ότι ο διορισμός περισσότερων ψυχολόγων σε υπηρεσίες που παρέχουν ατομική θεραπεία θα αναχαιτίσει τις επιδημίες του άγχους και της κατάθλιψης...Κακοποίηση, φτώχεια και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι οι παράγοντες που πυροδοτούν την ψυχική διαταραχή...Συνεπώς, κυρίαρχο καθήκον είναι να μετατρέψουμε τα πορίσματα που έχουμε από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο σε μια ψυχολογία με κοινοτική εμβέλεια, η οποία όμως δε θα παραβλέπει τα ατομικά προβλήματα και τις ψυχολογικές διαδικασίες που επιδρούν στην εμφάνιση αυτών των προβλημάτων (Gilbert, 2002b: 31)

Ενώ ο Gilbert προτείνει να ξεπεράσουμε τα όρια της ατομικής θεραπείας, άλλοι κλινικοί ψυχολόγοι διευρύνουν ακόμη περισσότερο τον ορίζοντα. Η πρόσφατη ανάπτυξη του κινήματος της Θετικής Ψυχολογίας στις Ηνωμένες Πολιτείες (για παράδειγμα, Seligman και Csikszentmihalyi, 2000) επιβεβαιώνει τη δυσαρέσκεια πολλών κλινικών ψυχολόγων από την αποκλειστική εστίαση και μονοπώληση της εργασίας τους με θέματα που αφορούσαν την ψυχοπαθολογία, τη διαταραχή και τη δυσφορία. Η Θετική Ψυχολογία, στοχεύει στην προώθηση της υποκειμενικής ευεξίας, των θετικών προσωπικών γνωρισμάτων (π.χ. διαπροσωπική αποτελεσματικότητα, αποφασιστικότητα), καθώς και στη δημιουργία θεσμών και κοινοτήτων, τα οποία θα στηρίζονται σε αξίες όπως η υπευθυνότητα και η ανοχή της διαφορετικότητας. Η Θετική Ψυχολογία έχει τις καταβολές της στους ανθρωπιστές ψυχολόγους όπως ο Abraham Maslow και ο Carl Roger. Οι σύγχρονοι υποστηρικτές του μοντέλου δεν ισχυρίζονται ότι η αυτή η προσέγγιση είναι καινούργια, αλλά ότι η επιρροή των προγενέστερων θεωρητικών ήταν περιορισμένη εξαιτίας της αποκλειστικής έμφασης στο άτομο, έμφαση που πολλές φορές συγκρούεται με το ενδιαφέρον για την ευημερία σε συλλογικό επίπεδο. Ο Seligman και Csikszentmihalyi καλούν τους κλινικούς ψυχολόγους να χρησιμοποιήσουν τα επιστημονικά εφόδια τους προκειμένου να δημιουργήσουν, να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν τους παράγοντες που επιτρέπουν στα άτομα, τις κοινότητες και τις κοινωνίες να

ευημερούν. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι εάν στόχος μας είναι η πρόληψη της ψυχικής δυσφορίας, τότε απαιτείται μια προσέγγιση η οποία θα επιτρέπει στα άτομα και στις κοινότητες να αναπτύσσουν συστηματικά θετικές ιδιότητες και ικανότητες και όχι απλώς να διορθώνουν τις αδυναμίες τους.

Όπως επισημαίνεται στο ενδιαφέρον κείμενο «Κεντρικός Στόχος και η Φιλοσοφία του Επαγγέλματος» (παρατίθεται στο Conway and MacLeod, 2002): «Η Κλινική Ψυχολογία στοχεύει στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας, καθώς και στην επαύξηση και στην προαγωγή της ψυχολογικής ευεξίας (well-being)». Οι Conway και MacLeod (2002) υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες εστίαστηκαν σχεδόν αποκλειστικά στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας. Αυτό συνέβη είτε λόγω των περιορισμένων οικονομικών πόρων είτε λόγω της διαδεδομένης πεποίθησης ότι η ψυχική ευεξία ισοδυναμεί απλώς η απουσία ψυχικής δυσφορίας. Οι Conway και MacLeod υποστηρίζουν ότι η ψυχική ευεξία διακρίνεται σαφώς από την ψυχική δυσφορία και, βάσει ερευνητικών δεδομένων, καταλήγουν στα εξής: (1) τα θετικά στοιχεία των εμπειριών σχετίζονται τόσο με την προστασία από την εμφάνιση κατάθλιψης όσο και με τη γρηγορότερη ανάρρωση από τη νόσο, (2) ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που εστιάζονται στην προαγωγή της ευεξίας και της ποιότητας ζωής (MacLeod and Moore, 2000). Έτσι, συνάδοντας με τους Seligman και Csikszentmihalyi, ενθαρρύνουν τους κλινικούς ψυχολόγους να ερευνήσουν, να αξιολογήσουν και να ενισχύσουν το αίσθημα ευεξίας στους πελάτες τους, προκειμένου να προάγουν την καλή ψυχική υγεία αυτών.

Αυτά είναι κάποια από τα τρέχοντα αμφιλεγόμενα ζητήματα σχετικά με τον τρόπο που θα εξελιχθεί η δουλειά των κλινικών ψυχολόγων σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο τις επόμενες δεκαετίες.

Κλινική Ψυχολογία και πραγματογνωμοσύνη

Ο Hoffman (1998) συνοψίζοντας την συμβολή της γνωστικής ψυχολογίας στην διαμόρφωση της έννοιας του «ειδικού» στην Κλινική Ψυχολογία, μας καλεί να προβληματιστούμε πάνω σε τρεις γνωστικούς όρους.

Αρχικά, η έννοια της «ειδικότητας» συνεπάγεται μια αναπτυξιακή πορεία, μια μετατόπιση από την άγνοια ή την επιφανειακή κατανόηση στην σύνθετη, κριτική και στην σε βάθος γνώση. Η ταχύτητα και η ικανότητα των ανθρώπων να κινούνται κατά μήκος αυτού του συνεχούς, από την άγνοια στην γνώση, διαφοροποιείται από

άνθρωπο σε άνθρωπο. Πράγματι, το γεγονός ότι για μια ειδικότητα ή ένα επάγγελμα, οι υποψήφιοι ή αιτούντες να την αποκτήσουν, θα πρέπει να περάσουν από μια διαδικασία επιλογής και εξέτασης, αυτό υποδηλώνει ότι ο νεόφυτος και υποψήφιος ουσιαστικά αξιολογείται σχετικά με την ικανότητα του να πραγματοποιήσει αυτή την αναπτυξιακή μετατόπιση, κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής του. Ο Hoffman επισημαίνει ότι δεν είναι αυτός καθ' αυτός ο χρόνος που επιφέρει τις αναπτυξιακές αλλαγές και μετατρέπει κάποιον σε «ειδικό». Κάποια άτομα αναπτύσσονται γρήγορα, άλλα πιο αργά και κάποια μπορεί να μην έχουν καμία πρόοδο στην ειδικότητά τους.

Βεβαίως, η ειδικότητα δεν είναι ένα φαινόμενο «όλα ή τίποτα». Οι Rounsaville και οι συνεργάτες της (1988), προκειμένου να υποστηρίξουν την ανωτέρω θέση, παραθέτουν τα ευρήματα από έρευνά τους στην εκπαίδευση θεραπευτών στο Εθνικό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία στις ΗΠΑ. Για τους σκοπούς της έρευνας, προσφέρθηκε εντατική εκπαίδευση στην διαπροσωπική θεραπεία (IPT) σε 11 προσεκτικά επιλεγμένους, έμπειρους θεραπευτές. Όμως, παρόλο το εμφανώς υψηλό κίνητρο, δύο από τους 11 εκπαιδευόμενους απέτυχαν να αποκτήσουν επάρκεια ως θεραπευτές της διαπροσωπικής θεραπείας. Αυτό το εύρημα δεν θα ξαφνιάσει κάποιους θεραπευτές που έχουν εκπαιδευτεί σε περισσότερες από μία θεραπείες και έχουν ανακαλύψει ότι κάποιες είναι πιο προσιτές σε αυτούς από ότι άλλες, για διάφορους λόγους που μπορεί να περιλαμβάνουν την προσωπικότητα τους και την άποψη τους για τον κόσμο (Vasco et al., 1993).

Δεύτερον, η «ειδικότητα» προϋποθέτει μια ευρεία και ευέλικτη γνωστική δομή. Οι αρχάριοι τείνουν να σκέφτονται περισσότερο συγκεκριμένα όταν έρχονται αντιμέτωποι με σύνθετα προβλήματα του επαγγέλματος, ενώ οι ειδικοί σκέφτονται περισσότερο με γενικούς, αφαιρετικούς όρους και χρησιμοποιούν πιο ευέλικτους χειρισμούς. Έρευνες όμως όσον αφορά την θεραπευτική αποτελεσματικότητα δεν επισημαίνουν σαφώς ότι η γνωστική αυτή ικανότητα βελτιώνεται μέσω της εμπειρίας. Πράγματι, η εικόνα που αναδύεται μέσα από τις έρευνες, είναι αυτή της σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ παραγόντων που αφορούν τον θεραπευτή (π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης, εμπειρία, θεραπευτική κατεύθυνση) και εξίσου πολλαπλών παραγόντων που αφορούν τον πελάτη, η οποία αλληλεπίδραση διαμεσολαβεί στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (βλ. π.χ. Bergin and Garfield, 1994).

Δεν θα πρέπει άκριτα να δεχτούμε ότι η κοινωνικώς αποδεκτή «ειδικότητα» και πραγματογνωμοσύνη (που πολλές φορές συνάγεται από την πείρα του ειδικού) συνδέονται ξεκάθαρα με την αποτελεσματικότητα. Η άμεση σχέση

πραγματογνωμοσύνης - αποτελεσματικότητας, μπορεί να ισχύει ίσως περισσότερο όταν το αντικείμενο μελέτης του ειδικού είναι καθορισμένο και συγκεκριμένο (όπως για παράδειγμα η εργασία των μετεωρολόγων, των μηχανικών, των φυσικών). Όταν όμως η ειδικότητα αφορά την μελέτη ενός ανθρώπινου όντος, τότε τα συναισθήματα που απορρέουν από την σχέση επαγγελματία-πελάτη είναι εξίσου σημαντικά όσο και οι γνωστικές πηγές και πληροφορίες των κλινικών. Γι αυτό και στην ψυχολογική βιβλιογραφία, έχει μελετηθεί επισταμένα η συμβολή της θεραπευτικής σχέσης στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι τρεις παράγοντες που ο Carl Roger (1957) θεώρησε ως «επαρκείς και αναγκαίες» συνθήκες μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας, όπως η άνευ όρων θετική αναγνώριση, η συναισθηματική κατανόηση/ενσυναίσθηση και η αυθεντικότητα του θεραπευτή, έδωσαν έναυσμα σε πολλές έρευνες σχετικά με τις ιδιότητες μιας παραγωγικής συμμαχίας μεταξύ του θεραπευτή και του πελάτη αυτού. Πολυάριθμες μελέτες σχετικά με την επίδραση των παραγόντων που συστηματικά διαμορφώνουν την σχέση στην θεραπεία έδειξαν ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης συμβάλει σημαντικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (δες, π.χ. Beutler et al., 1994, Horvath and Symonds, 1991, Krupnick et al., 1996, Lambert and Bergin, 1983, Orlinsky and Howard, 1986).

Τρίτον, η Γνωσιακή Ψυχολογία θεωρεί ότι μια «ειδικότητα» έχει τόσο ομοιότητες με άλλους γνωστικούς τομείς, όσο και ιδιαίτερα στοιχεία (Duncker, 1945). Το κοινό τμήμα κυρίως αφορά το ότι η ανθρώπινη σκέψη εν γένει ακολουθεί τον εξής κύκλο στην επίλυση ενός προβλήματος: διερεύνηση των υπαρχόντων δεδομένων, διαμόρφωση μιας νοητικής υπόθεσης/μοντέλου, αναζήτηση πληροφοριών προκειμένου να ελεγχθούν εναλλακτικές υποθέσεις, επαναπροσδιορισμός του νοητικού μοντέλου, κατάληξη σε απόφαση, αναζήτηση και διερεύνηση επιβεβαιωτικών στοιχείων κτλ. Ο George Kelly, με την θεωρία του των προσωπικών νοητικών κατασκευών (Kelly, 1955) προσέφερε έναν εναλλακτικό τύπο του ανωτέρω κύκλου, υποστηρίζοντας ότι όλοι οι άνθρωποι, στην γνωστική τους διαδικασία, δρουν αυτομάτως επιστημονικά.

Γεννάτε βέβαια το ερώτημα, τότε, τί ιδιαίτερο έχουν οι ειδικοί; Οι ιδιαιτερότητές τους μπορούν να συνοψιστούν στα εξής: Η αφαιρετική φύση των γνωστικών συλλογισμών του ειδικού σε σχέση με αυτούς του αρχάριου, η ικανότητα διάκρισης και η ευελιξία του στις αποφάσεις και στη δράση καθώς και η ικανότητα του να μπορεί να στοχάζεται και να αξιολογεί την δράση του. Ο Hoffman (1998) επισημαίνει πως παρόλο που οι ειδικοί μπορούν να επιχειρηματολογήσουν για το

σκεπτικό της δράσης τους, η τελική όμως λεπτομέρεια της «ειδικότητας» πολλές φορές παραμένει «ασυνείδητη» ή «άρρητη» ή «υπονοούμενη» γνώση.

Πάρα ταύτα, η γνωστική προσέγγιση έχει δύο περιορισμούς. Αρχικά, αφορά κυρίως την εσωτερική εργασία των ειδικών, σε ένα ατομικό ή μικρο-κοινωνικό επίπεδο. Δεν αναφέρεται στο γιατί αυτή και όχι κάποια άλλη μορφή της «ειδικότητας» εμφανίστηκε με αυτόν τον τρόπο στο συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, γιατί οι σύγχρονες κοινωνίες δίνουν αξία στις οργανωμένες μορφές συζήτησης ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας ζωής ανθρώπων με προσωπικές δυσκολίες; Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα προϋποθέτει μελέτη ενός κοινωνικο-ιστορικού πλαισίου, πέρα από το πλαίσιο αναφοράς της Γνωστικής Ψυχολογίας.

Δεύτερον, σε σχέση με όλες τις επιστήμες που ασχολούνται με τους ψυχολογικούς παράγοντες, κι όχι μόνο για την κλινική ψυχολογία, η γνώση είναι ιδιαίτερα αμφισβητήσιμη, και αυτό δημιουργεί μια σειρά ερωτημάτων. Τι συγκεκριμένα προσδιορίζει την ειδικότητα της κλινικής ψυχολογίας ως ειδική μορφή γνώσης; Εάν είναι η πιστοποίηση και η αυξημένη εμπιστοσύνη για την χρήση ενός θεραπευτικού μοντέλου (φέρ' ειπείν γνωσιακή-συμπεριφορική ή ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία), τότε που διαφέρει ο κλινικός ψυχολόγος από άλλους επαγγελματίες που εφαρμόζουν τα ίδια θεραπευτικά μοντέλα; Εάν από την άλλη, είναι η άσκηση και η χρήση ενός εκτεταμένου πλαισίου γνώσεων από τον τομέα της ακαδημαϊκής ψυχολογίας, τότε πως γνωρίζουμε ότι ο κλινικός ψυχολόγος μεταφέρει την γνώση αυτήν στην καθημερινή εργασία του; Ποια είναι η διαφορά μεταξύ τυχαίου εκλεκτισμού και στοχαστικής αφομοίωσης; Πως γνωρίζουμε ότι η ενοποιημένη μορφή γνώσης είναι προτιμότερη ή αποτελεσματικότερη από αυτήν την γνώση που προκύπτει από την κατανόηση ενός μόνο μοντέλου;

Οι παραπάνω ερωτήσεις δεν υποδηλώνουν ότι η δράση του κλινικού ψυχολόγου είναι απλώς θέμα πίστης ή ότι ο επαγγελματικός λόγος στον χώρο της ψυχολογίας είναι απλή ρητορική. Η απάντηση όμως στις πάνω ερωτήσεις είναι ιδιαίτερη πρόκληση για τον κλάδο της κλινικής ψυχολογίας. Κάποιες από αυτές τελικά θα απαντηθούν εμπειρικά. Άλλες ίσως είναι δύσκολο, σχεδόν αδύνατον να απαντηθούν. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι ένα μεγάλο μέρος των θεραπειών περιλαμβάνει διάλογους μεταξύ θεραπευτή και πελάτη, πως μπορούν οι λεπτές εκφάνσεις των λεκτικών ανταλλαγών να γίνουν αντικείμενο συστηματικής και εμπειρικής μελέτης, διαθέσιμες σε όλους; Οι ερωτήσεις αυτές δεν υπονοούν ότι δεν θα πρέπει οι πελάτες ή οι πιθανοί πελάτες να εμπιστεύονται τον ψυχολογικό χώρο,

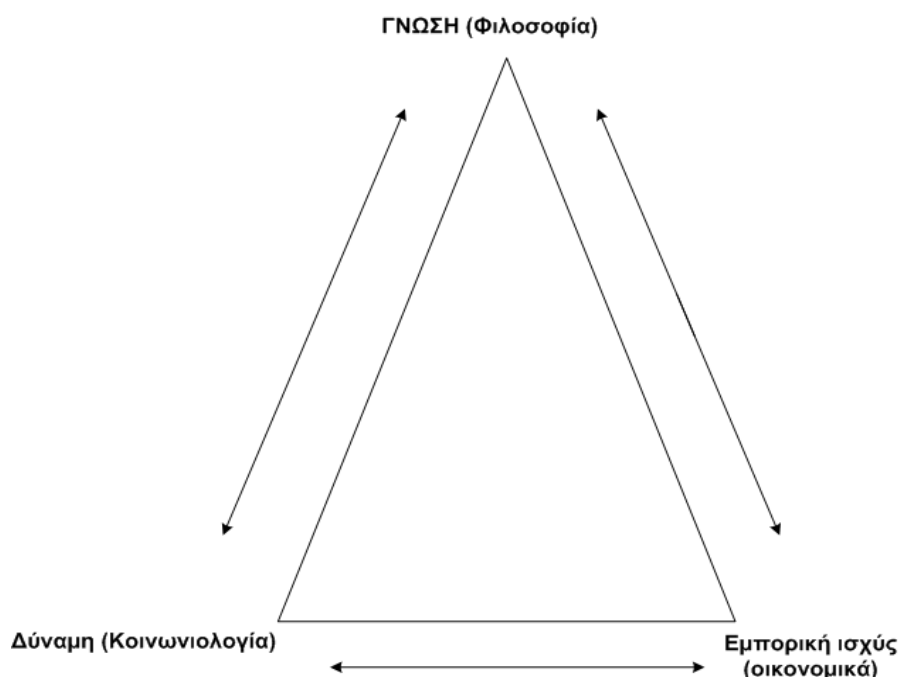
αλλά ίσως ότι δεν θα πρέπει απαραίτητα να έχουμε απόλυτη εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες του χώρου.

Δύναμη, γνώση και εμπορική ισχύς στην ψυχολογική πραγματογνωμοσύνη

Τόσο η Κοινωνιολογία όσο και η Γνωστική Ψυχολογία επισημαίνουν ότι όσον αφορά την πραγματογνωμοσύνη, υφίσταται μια σημαντική σχέση μεταξύ γνώσης και δύναμης. Οι οπαδοί του Φουκώ όσο και το ευρύτερο μεταστρουκτουραλιστικό ρεύμα σκέψης τονίζουν την σημαντικότητα της γνώσης ως πηγή δύναμης. Υπάρχει όμως και μια άλλη σημαντική πτυχή της επαγγελματικής ζωής, όπως έχει υποδηλωθεί από την κοινωνιολογία των νέο-Βεμπεριανών και αυτό είναι η εμπορική ισχύς, δηλαδή η οικονομική βιωσιμότητα και η αξία μιας ειδικότητας στον χώρο της αγοράς.

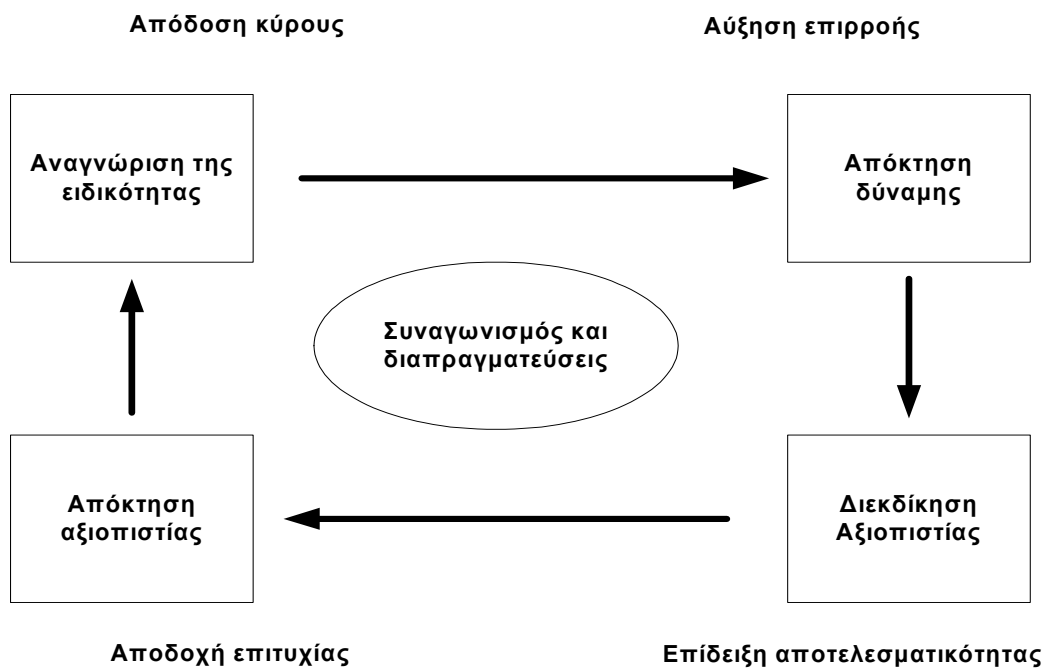
Η κατάκτηση ειδικευμένης γνώσης παρέχει στο άτομο κάποιο βαθμό κοινωνικού κύρους και αξιοπιστίας. Μα προκειμένου να διατηρηθεί μια συλλογική δραστηριότητα, και όχι απλώς μια προσωπική επιτηδειότητα, η γνώση θα πρέπει να είναι εμπορεύσιμη. Οι επαγγελματίες πληρώνονται είτε από ιδιώτες (πελάτες) είτε από το κράτος. Αυτό το σημείο διαφοροποιεί την επαγγελματική από άλλες μορφές πραγματογνωμοσύνης: η συλλογική ικανότητα του επαγγελματιών να έχουν ένα εισόδημα από την πιστοποιημένη γνώση τους.

Ο Fleck (1998) περιγράφει την σχέση μεταξύ γνώσης, δύναμης και εμπορικής ισχύς ως «τρι-λεκτική», παραφράζοντας την έννοια του διαλεκτικού (βλ. σχήμα 1).



Σχήμα 1. Ειδικότητα: Αλληλεπίδραση γνώσης, δύναμης και εμπορικής ισχύς (τροποποίηση από τον Fleck, 1998)

Ο ανωτέρω συγγραφέας υποστηρίζει ότι οι διάφορες ακαδημαϊκές εκπαιδεύσεις εστιάζουν την προσοχή τους σε διαφορετικά μέρη της τριαδικής αυτής σχέσης. Έτσι, επιστημολογικές ερωτήσεις, σχετικά με την διαμόρφωση και την φύση της γνώσης, μελετώνται από την φιλοσοφία. Στην δύναμη εστιάζεται η κοινωνιολογία. Η εμπορική ισχύς είναι το πεδίο μελέτης κυρίως της επιστήμης των οικονομικών. Ο Fleck υποδηλώνει ότι η αλληλοσυσχέτιση των τριών μερών του τριγώνου προϋποθέτει μια διεπιστημονική κατανόηση. Μέσω αυτής της διεπιστημονικής γνώσης μπορούμε να διερευνήσουμε μια δυναμική σχέση, την οποία αποκαλεί «κύκλο της αξιοπιστίας».



Αυτό σημαίνει ότι η νομιμοποίηση και αξιοπιστία μιας ειδικότητας προϋποθέτει ανταγωνισμό με άλλες ειδικότητες στον χώρο της αγοράς, εργασιακές διαπραγματεύσεις, κατάδειξη αντικειμενικών προσόντων και αναγνώριση της αξιοπιστίας της ειδικότητας από το κοινό. Επιπρόσθετα, η εμπορευματικότητα υποδηλώνει ότι υπάρχει ζήτηση για την συγκεκριμένη ειδικότητα.

Η κλινική ψυχολογία, όπως και τα άλλα επαγγέλματα, έχει ορίσει το πεδίο γνώσης και έρευνάς της, διατηρεί μια αξιοπιστία, προεκτείνει την πολιτική της

επιρροή και έχει συγκροτήσει τη δική της, καλοπληρωμένη, επαγγελματική της θέση στην κοινωνία. Από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το επάγγελμα διήλθε από διαφορετικές φάσεις. Αρχικά (1950-1980), κυριαρχούσε η επιστημολογική διάσταση του τριγώνου. Οι επαγγελματίες στηριζόντουσαν στην γενικότερη πίστη της κοινωνίας στην επιστήμη προκειμένου να αντλήσουν ισχύ και κύρος. Μετά το 1980, η διάσταση της δύναμης περνά στο προσκήνιο, με έμφαση στην περιχαράκωση επαγγελματικών δικαιωμάτων και κατάκτησης νέων. Δεδομένου ότι υπήρχαν πολλοί περισσότεροι ασθενείς από ότι μπορούσαν να καλύψουν τα συστήματα δημόσιας υγείας, δεν υπήρχε για το επάγγελμα λόγος ανησυχίας σχετικά με την εξωτερική ζήτηση. Από το 1990, όμως και έκτοτε, το επάγγελμα διήλθε σε μια πιο σύνθετη και συγκρουσιακή φάση σε σχέση με την αξιοπιστία και την εμπορική του ισχύ. Η αξιοπιστία του ενισχύθηκε με την διεύρυνση της εκπαιδευτικής περιόδου, που απαιτούσε απαιτητικές και μακροχρόνιες μεταπτυχιακές σπουδές. Πάρα ταύτα, παράλληλα με τις ανωτέρω εξελίξεις, η αξιοπιστία του επαγγέλματος έπεσε σε κάποια δυσμένεια εξαιτίας κάποιων περιστατικών παρανόμων πράξεων και κατάχρησης της θεραπευτικής σχέσης –κατά κύριο λόγο σεξουαλικών σχέσεων με ασθενείς. Αυτά τα περιστατικά ώθησαν την Βρετανική Ψυχολογική Εταιρία να λάβει αυστηρά μέτρα προκειμένου να αντιμετωπίσει τέτοιου είδους κρούσματα.

Εν των μεταξύ, η δημιουργία άλλων αξιόπιστων ανταγωνιστών (συμβουλευτικών ψυχολόγων, δικαστικών ψυχολόγων) άρχισε να μειώνει την εμπορευματική δύναμη του επαγγέλματος του κλινικού ψυχολόγου. Προκειμένου να ανταποκριθεί στις αναφερόμενες πιέσεις, το επάγγελμα του Κλινικού Ψυχολόγου αναζητά να επεκτείνει την επίδρασή του, εμπλεκόμενο στον πολιτικό σχεδιασμό κατανομής της εργασιακής δύναμης. Μετά από πολλά χρόνια (1979-1997) συντηρητικών προσπαθειών «ημι-ιδιωτικοποίησης» του Εθνικού Συστήματος Υγείας υπάρχει μια τάση επιστροφής στον δημόσιο σχεδιασμό. Σε αυτό το πλαίσιο, η Ειδικότητα της Κλινικής Ψυχολογίας εξέδωσε μια ανακοίνωση, με την εξής ενδιαφέρουσα εισαγωγή:

Η ψυχολογική φροντίδα και η ψυχολογική διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο των σημερινών εθνικών προτεραιοτήτων των υπηρεσιών για την δημόσια υγεία. Οι υπηρεσίες που οι κλινικοί ψυχολόγοι μπορεί να παρέχουν είναι μείζονος εθνικής σημασίας στο σύγχρονο Εθνικό Σύστημα Υγείας, πάρα ταύτα η εργασιακή δύναμη της κλινικής ψυχολογίας, εδώ και δεκαετίες, παραμένει ανεπαρκής. (DCP, 2002 SDSC Leaflet 6:1).

Οι επαγγελματίες του χώρου επιτυχώς έπεισαν την κυβέρνηση να ασχοληθεί με αυτό το ζήτημα. Από την άλλη όμως, από την στιγμή που ο αριθμός των μελών αυξάνεται, λόγω του πολλαπλασιασμού των θέσεων εκπαίδευσης που χορηγούνται από το ΕΣΥ, η σχέση ζήτησης και προσφοράς μπορεί να αντιστραφεί. Το ανωτέρω γεγονός, καθώς και ότι νέοι επαγγελματίες από άλλες ειδικότητες ψυχολογίας, μπαίνουν στην αγορά εργασίας, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα εργασίας στα νέα μέλη της ειδικότητας.

Συμπέρασμα

Εξετάζοντας την έννοια του ειδικού, διαφωτίσαμε κάποιες αντιφάσεις που μπορεί να υφίστανται στην ειδικότητα της κλινικής Ψυχολογίας. Η γνωσιολογική βάση της μπορεί να γίνεται όλο και πιο σύνθετη, όμως η μοναδικότητά της δεν είναι δεδομένη, καθώς και άλλες ειδικότητες του χώρου της ψυχολογίας ή άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας διερευνούν ανάλογα θέματα (αξιολόγηση, έρευνα, θεραπευτική παρέμβαση). Επίσης ιδιαίτερη κριτική από τους ακαδημαϊκούς κύκλους και την μεταμοντέρνα προσέγγιση δέχτηκε η αντίληψη ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις είναι περισσότερο ανθρωπιστικές και χωρίς παρενέργειες σε σχέση με αυτές του βιοιατρικού μοντέλου. Ενώ, πρόσφατα δημοσιεύματα για θεραπευτές που καταχρώνται την εξουσία τους σε σχέση με τους πελάτες τους, αμαύρωσαν την εικόνα του επαγγελματία υγείας, περιλαμβανομένου και του κλινικού ψυχολόγου.

Παρόλες τις ανωτέρω απειλές ως προς το επάγγελμα, η κλινική ψυχολογία προσπαθεί να διευρύνει το κύρος της και την επιρροή της. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να πείσουν το Υπουργείο Υγείας ότι «η ψυχολογική φροντίδα και οι ψυχολογικές διαστάσεις της παροχής υγείας», θα πρέπει να είναι κύρια ευθύνη του κλινικού ψυχολόγου.

Τέλος, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και νοητικής υστέρησης, η άμεση εισαγωγή του ρόλου του κλινικού επόπτη μπορεί να αυξήσει την αξιοπιστία και την εμπορευματικότητα της κλινικής ψυχολογίας. Όπως και στο επάγγελμα του ψυχιάτρου, που είναι πολύ παλαιότερο αυτού του κλινικού ψυχολόγου, η επιστημονική γνώση μπορεί να δέχθηκε κριτική και το καθημερινό έργο των κλινικών να αντιμετωπίζεται με δυσπιστία, όμως η νομική κατοχύρωση του έργου και της θέσης, διασφαλίζει συνήθως την υψηλή αξία μιας επαγγελματικής ομάδας στον χώρο της αγοράς

Είναι η ψυχολογία επιστήμη;

Τόσο στην Βρετανία όσο και στις Η.Π.Α. η Κλινική Ψυχολογία στηρίζει το επαγγελματικό της κύρος στην επιστημονική της βάση (Abbot, 1988). Προτού αναλύσουμε εγκυρότητα της κλινικής ψυχολογίας ως εφαρμοσμένης επιστήμης, θα πρέπει να παραθέσουμε τις αλληπάλλληλες αντιπαραθέσεις σχετικά με το επιστημονικό κύρος της ίδιας της ψυχολογίας.

Η ψυχολογία εγκαθίδρυσε την αυτονομία της από τις φιλοσοφικές της καταβολές στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, επηρεαζόμενη από την ευρύτερη ατμόσφαιρα του λογικού θετικισμού. Η σχολή της Βιέννης του λογικού θετικισμού προσπάθησε να οριοθετήσει και να διαφοροποιήσει τις τυπικές αρχές της λογικής από τις επιστημονικές θέσεις, θεωρώντας ότι οι επιστημονικές θέσεις θα πρέπει να επιβεβαιώνονται από την παρατήρηση και από σχεδιασμένα ερευνητικά «πρωτόκολλα». Τα πρωτόκολλα αυτά θα πρέπει να είναι ελέγξιμα και κατά συνέπεια να απορρέουν από την παρατήρηση φυσικών γεγονότων που θα ορίζονται με λειτουργικούς όρους. Ως εκ τούτου, η εσωτερική εμπειρία, θεωρήθηκε ακατάλληλη για μελέτη, εκτός και αν μπορούσε να εκφραστεί μέσω συμπεριφοράς και σωματικής αντίδρασης. Ο λογικός θετικισμός επίσης απαιτούσε ότι η επιστημονική εργασία θα πρέπει να είναι λογικά συνεπής, και αυτό προϋποθέτει μια μεθοδολογία παραγωγικού συλλογισμού που θα στηρίζεται σε μια προσεκτικά διατυπωμένη υπόθεση.

Από το 1930 και μετά, ο λογικός θετικισμός είχε μια σημαντική επίδραση στην ψυχολογία και ειδικότερα στις Η.Π.Α. Όλοι οι πρωτοπόροι συμπεριφοριστές, όπως ο Tolman, ο Hull και ο Skinner, υιοθέτησαν τις αρχές του θετικισμού. Το 1939, ο ψυχοφυσιολόγος S.S. Stevens εξέδωσε ένα άρθρο με τίτλο, «Ψυχολογία και επιστημολογία», στο οποίο αναφέρει:

Η επιστήμη αναζητά να γενικεύσει επαληθευμένες υποθέσεις, εφαρμόζοντας ένα αποδεκτό σύστημα συμβόλων (γλώσσα, μαθηματικά, λογική) στην εμπειρική παρατήρηση: οι υποθέσεις της επιστήμης είναι εμπειρικά σημαντικές όταν η αλήθεια τους μπορεί να αποδειχτεί από ένα σύνολο συγκεκριμένων μεθόδων. (Stevens, 1939:22)

Η δήλωση αυτή συνοψίζει την θεωρητική τοποθέτηση μιας γενιάς συμπεριφοριστών. Η γενιά αυτή προασπίστηκε την υποθετικο-παραγωγική μεθοδολογία, τις ποσοτικές μεθόδους και τον οπερασιοναλισμό: οι απόψεις αυτές υιοθετήθηκαν και από τον P.W. Bridgeman (1927), μαθηματικό του Χάρβαρντ, που

υποστήριξε ότι οι έννοιες θα πρέπει να ορίζονται λειτουργικά και όχι στα πλαίσια των ενδογενών τους ιδιοτήτων.

Ο ρόλος του ελέγχου των υποθέσεων στην επιστήμη αναπτύχθηκε από τον Popper, ο οποίος αρχικά άσκησε κριτική στην έμφαση των θετικιστών στην επαλήθευση της υπόθεσης. Υποστήριξε ότι είναι πολύ πιθανόν να βρει κανείς εμπειρικά δεδομένα να υποστηρίξει ακόμη και τα πλέον αόριστα συμπεράσματα. Γι αυτό και ο Popper, αντιπρότεινε την αρχή της διαψευσιμότητας: οι επιστημονικές θεωρίες θα πρέπει να προτείνουν υποθέσεις οι οποίες να μπορούν να διαψευσθούν. Ακολουθώντας την ευρεία αποδοχή των θέσεων του Popper, οι ερευνητές αναγνώρισαν ότι είναι απαραίτητο να διεξάγουν πειράματα όπου θα ελέγχουν υποθέσεις, αναζητώντας δεδομένα που δεν τις υποστηρίζουν. Έτσι, ο Popper παρείχε ένα κριτήριο αξιολόγησης των επιστημονικών θεωριών: οι επιστημονικές θεωρίες θα πρέπει να (1) μπορεί να αντικρουστούν, (2) να ασχολούνται με ένα συγκεκριμένο πεδίο παρατήρησης και (3) στην παρουσία στοιχείων που ανατρέπουν την θεωρία, να μην μετατρέπεται η ίδια η θεωρία σε λιγότερο αποδείξιμη, προκειμένου να υπερασπίσει τον εαυτό της.

Ο Hans Eysenck ήταν ένας από τους ψυχολόγους που ένθερμα υποστήριζαν την πειραματική μέθοδο και την σημαντικότητα του ελέγχου των υποθέσεων:

Αυτό που η ψυχολογία χρειάζεται, όπως κάθε επιστήμη, είναι η μεγαλύτερη κατανόηση και η πιο εκτεταμένη χρήση της υποθετικο-παραγωγικής μεθόδου, στην οποία μια ευκρινής υπόθεση τίθεται, διεξάγονται παραγωγικοί συλλογισμοί, οι οποίοι μεταφράζονται σε ποσοτικά δεδομένα, και πραγματοποιείται μια πειραματική διαδικασία προκειμένου να επαληθεύσουμε ή να απορρίψουμε την υπόθεση. (Eysenck, 1952:16).

Η μεθοδολογία του ελέγχου υποθέσεων προκάλεσε την ανάγκη δημιουργίας πιο αξιόπιστων και έγκυρων τρόπων μέτρησης καθώς και στατιστικών διαδικασιών ανάλυσης των δεδομένων. Το στατιστικό έργο του R.A. Fisher υιοθετήθηκε από τους ψυχολόγους και η αρχή της μηδενικής υπόθεσης έγινε η βάση της πειραματικής ψυχολογίας. Ενώ ο λογικός θετικισμός δέχτηκε έντονη κριτική από πολλές θεωρητικές σχολές, η μεθοδολογία που αυτός εισήγαγε παρέμεινε κεντρική στην ψυχολογία.

Στην ιστορία της σύγχρονης ψυχολογίας, ο Thomas Leahey επισημαίνει ότι η ψυχολογία αναζητούσε αναγνώριση ως επιστήμη για τρεις λόγους: (1) καθώς τα ανθρώπινα όντα εντάσσονται στην φύση, φαίνεται λογικό ότι η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς θα πρέπει να εντάσσεται στο πεδίο των φυσικών

επιστημών, (2) από τον 19^ο αιώνα, οι επιστημονικοί κλάδοι χαίρουν μεγαλύτερου κύρους και σεβασμού σε σχέση με τους μη επιστημονικούς κλάδους και (3) το επιστημονικό κύρος ήταν αναγκαίο, ιδίως στις ΗΠΑ, στην φιλοδοξία της ψυχολογίας να επιτύχει «κοινωνικό έλεγχο» (Leahey, 2001:24). Όμως, όπως ο Leahey επισημαίνει, η επιστημονική γνώση προσπαθεί να περιγράψει έναν κόσμο «όπου οι άνθρωποι δεν παίζουν κανέναν ρόλο» και ότι είναι μια «γνώση χωρίς γνώμη και προοπτική». Και καταλήγει:

Ο φθόνος για τη φυσική χαρακτηρίζει την ψυχολογία του 20^{ου} αιώνα, κυρίως στην Αμερική. Οι ψυχολόγοι ενεπλάκησαν σε μια Νευτώνια φαντασίωση: μια μέρα, πιστεύουν, ένας νέος Νεύτωνας θα αναδυθεί ανάμεσα στους ψυχολόγους και θα διατυπώσει μια θεωρία της συμπεριφοράς μεγάλης ακρίβειας, τοποθετώντας έτσι την ψυχολογία στην αφρόκρεμα της επιστήμης. (Leahey, 2001:24).

Οι Jones και Elcock (2001) υποστηρίζουν ότι η σύγχρονη ψυχολογία στηρίζεται σε μια παρερμηνεία της επιστήμης που εφαρμόζεται από κλάδους όπως η φυσική ή η χημεία. Οι Jones και Elcock επισημαίνουν, για παράδειγμα, ότι οι ψυχολόγοι υιοθέτησαν έννοιες όπως «λειτουργικός ορισμός» από το έργο του Bridgeman (1927). Οι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι, με μια εμμονή αντίθεσης ενάντια σε κάθε τι μεταφυσικό, ερμήνευσαν την έννοια αυτή ως τον τρόπο με τον οποίο ποσοτικοποιούμε ένα «αντικειμενικό» γεγονός, προκειμένου να το μετρήσουμε. Όμως η θεωρία του Bridgeman για την λειτουργική ανάλυση έδινε εξίσου σημασία σε ψυχικές όσο και σε σωματικές λειτουργίες. Αναφερόμενοι στο έργο του Danziger (1997) οι Jones και Elcock υποστήριξαν ότι οι ψυχολόγοι υιοθετώντας την «γλώσσα των μεταβλητών», προκειμένου να εισπράξουν επιστημονικό σεβασμό, ώθησαν τους εαυτούς τους να λειτουργήσουν ιδιαίτερα περιοριστικά:

Υιοθετώντας τη γλώσσα των μεταβλητών...ως τη μόνη γλώσσα εμπειριστατωμένης παρουσίας θέτουμε πολλά όρια στο τι βλέπουμε ως ορθό στην διατύπωση ψυχολογικών θεωριών. Η αιτιότητα περιορίζεται σε μια αδρή αλληλουχία προηγούμενων και επακόλουθων συμβάντων, ενώ τα σύνθετα πρότυπα με τα οποία θα έπρεπε να ασχολείται η ψυχολογία περιορίζονται σε έναν αριθμό παραγόντων ανεξάρτητων μεταξύ τους. Μέρος του προβλήματος είναι μια συνεχής προσδοκία ότι σύνθετα φαινόμενα θα ερμηνευθούν με τον εντοπισμό μεμονωμένων αιτιών. Αυτός είναι ο λόγος γιατί η ψυχολογία βρίθεται με μικρής διαστάσεως θεωρίες και στερείται αναγνωρισμένων ευρέως θεωρητικών συστημάτων. (Jones and Elcock, 2001)

Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η πλειονότητα της ψυχολογικής έρευνας διεξάγεται στον εντοπισμό διαφοροποιήσεων μεταξύ ατόμων, ενώ στην φυσική υπάρχουν δύο είδη θεωρίας: αυτή που αυξάνει την γνώση μας ως προς την κατανόηση των γενικών αρχών και αυτή που ερμηνεύει την διασπορά μεταξύ φυσικών φαινομένων. Τα δύο αυτά επίπεδα ερμηνείας συγχωνεύτηκαν στην

ψυχολογία και αυτό προκάλεσε τον σχηματισμό θεωριών που τελικά δεν καταφέρνουν να επιτύχουν κανέναν από τους δύο αντικειμενικούς στόχους επιτυχώς.

Οι Jones και Elcock παραθέτουν μια σειρά επισημάνσεων σχετικά με τους περιορισμούς της πειραματικής μεθόδου και τους φραγμούς των στατιστικών αναλύσεων στην αύξηση της κατανόησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επισημαίνουν επίσης ότι αυτά τα προβλήματα προκαλούνται από μια ευρέως λανθασμένη εφαρμογή μεθοδολογικών και στατιστικών διαδικασιών από τους ψυχολόγους. Αυτή η επισημάνση έχει γίνει και από άλλους ερευνητές (βλ. για παράδειγμα, Slife and Williams, 1995, Thompson, 1999) όσον αφορά την επιστημονική έρευνα γενικά. Ενώ αναγνωρίζουν τον πολύ χρήσιμο ρόλο των ποσοτικών μεθόδων στην εξέλιξη της ψυχολογικής έρευνας, συμπεραίνουν ότι οι ψυχολόγοι θα πρέπει να υιοθετήσουν μια κριτική και ευέλικτη στάση απέναντι στην έρευνα. Με μεθοδολογικούς όρους, ενθαρρύνουν τους ψυχολόγους στην χρήση τόσο ποσοτικών όσο και ποιοτικών προσεγγίσεων. Μας καλούν επίσης να αναγνωρίσουμε περισσότερο τον ρόλο του κοινωνικού πλαισίου και των περιορισμών της γνώσης που παράγεται και να αναγνωρίσουμε ότι «η πραγματογνωμοσύνη που πουλάμε έχει μια πολιτική και ηθική διάσταση» αντί να αποφεύγουμε αυτή την ευθύνη μετονομάζοντάς την ως επιστημονική αντικειμενικότητα (Jones and Elcock, 2001: 212).

Μια επιπλέον κριτική της «ψυχολογίας ως επιστήμη» αφορά την σχετικότητά της, παρά την αξιοπιστία της. Όπως είναι γνωστό, η Βρετανική ψυχολογία αναπτύχθηκε ως επιστημονικός κλάδος προκειμένου να ικανοποιήσει μια ανάγκη της κοινωνίας στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, που είχε δώσει έμφαση στην ατομική ανάπτυξη και στην αυτο-βοήθεια και γι αυτό είχε προωθήσει μια λαϊκή ψυχολογία (Thomson, 2001). Η επιστημονική ψυχολογία προσπάθησε να βελτιώσει αυτήν την λαϊκή ψυχολογία, δίνοντας μεθοδολογική και θεωρητική ισχύ στα θέματα υπό συζήτηση. Όμως, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί της επιστημονικής ψυχολογίας, που αναφέραμε ανωτέρω, περιόρισαν την εφαρμογή των θεωριών της στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Οι Jones και Elcock καταλήγουν ότι «η αποτυχία της επιστήμης της ψυχολογίας να εμπλακεί στην καθημερινή ψυχολογία των ατόμων άφησε ένα κενό που καλύφθηκε από ψυχολογικές θέσεις, που συχνά έχουν ανεπαρκή θεωρητική και εμπειρική βάση» (2001: 197).

Η Κλινική Ψυχολογία και το μοντέλο του επιστήμονα-επαγγελματία

Η Κλινική Ψυχολογία αναπτύχθηκε σε ένα περιβάλλον στο οποίο κυριαρχούσε το ιατρικό μοντέλο. Ο Eysenck, από τους πιο επιφανείς εκπροσώπους της ψυχολογίας στην μεταπολεμική περίοδο, υποστήριζε ότι οι κλινικοί ψυχολόγοι θα έπρεπε να εκπαιδεύονται μόνο στην έρευνα, στην χορήγηση διαγνωστικών αξιολογήσεων ή στη ψυχομετρία. Σε προσπάθειά του οι κλινικοί ψυχολόγοι να κατοχυρωθούν ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες, που θα συνεργάζονται με (και όχι για) τους ψυχιάτρους, σκοπίμως τόνισε τον ερευνητικό τους ρόλο, από την στιγμή που η ενασχόλησή τους μόνο με τα ψυχομετρικά θα τους υποβίβαζε σε τεχνικούς. Το σημαντικό αυτό έργο του Eysenck είχε ως αποτέλεσμα μια ένταση μεταξύ του ρόλου του ανεξάρτητου ερευνητή, που υποστήριζε ο Eysenck, και του βοηθητικού επιστημονικού συνεργάτη που προτιμούσαν οι ψυχίατροι.

Ο Eysenck δεν θεωρούσε ότι οι θεραπευτικές δεξιότητες ήταν αναγκαίες για έναν κλινικό ψυχολόγο, υποστηρίζοντας ότι η θεραπεία θα πρέπει να παραμείνει στους ψυχιάτρους (Eysenck, 1949). « Η θεραπεία μέσω συζήτησης», που ασκούσαν πολλοί ψυχίατροι εκείνη την εποχή ήταν κυρίως ψυχαναλυτική και ο Eysenck θεωρούσε την ψυχανάλυση ως θεωρητικά αστήρικτη και αναποτελεσματική (Eysenck, 1952). Ήταν επίσης σημαντικό για τον Eysenck να οριοθετήσει για τους κλινικούς ψυχολόγους έναν επαγγελματικό χώρο που δεν θα περιλάμβανε την θεραπεία, καθώς οι ψυχίατροι δεν είναι καμία πρόθεση να διαμοιραστούν τον χώρο αυτό με άλλους επαγγελματίες. Ο κλινικός διευθυντής του Maudsley, Aubrey Lewis, διευκρίνισε εξ αρχής στον Eysenck ότι δεν θα επέτρεπε θεραπείες που θα αναλάμβαναν εξ' ολοκλήρου ψυχολόγοι.

Κατά την δεκαετία του 1940 και 1950, ο Eysenck και ο συνάδελφός του Monte Shapiro προσπάθησαν να νομιμοποιήσουν το επάγγελμα του κλινικού ψυχολόγου δίνοντας έμφαση στα επιστημονικά θεμέλια της πρακτικής τους. Η δυσκολία με αυτόν τον στόχο ήταν, σύμφωνα με συνεργάτες του Eysenck, η απουσία προγενέστερου επιστημονικού έργου που θα μπορούσαν να στηριχτούν και να εφαρμόσουν : «Είναι αμφίβολο.. αν υπάρχει αυτό που αποκαλούμε επιστήμη της ψυχοπαθολογίας στον παρόντα χρόνο» (Payne, 1953:151). Λόγω έλλειψης επιστημονικής θεωρίας, η ομάδα του Eysenck αποφάσισε να υιοθετήσει την πειραματική μέθοδο στο κλινικό τους έργο, μετασχηματίζοντας το διαγνωστικό έργο ως μια σειρά από υποθέσεις που θα έπρεπε συστηματικά να ελεγχθούν. Δυστυχώς,

αυτή η προσέγγιση ήταν ιδιαίτερα χρονοβόρα: Ο Payne αναφέρει ότι ο έλεγχος πολλών διερευνητικών υποθέσεων μπορούσε να κρατήσει έως και ένα χρόνο, απαιτούσε πολλούς ασθενείς και καθυστέρουσε την έναρξη θεραπειάς τους. Επιπλέον, «οι ψυχίατροι σπανίως ανταποκρινόντουσαν στις συστάσεις μας» (Jones, 1984:7).

Με την πάροδο του χρόνου και την συστηματική εργασία, οι κλινικοί ψυχολόγοι του Maudsley άρχισαν να εφαρμόζουν την πειραματική μέθοδο στην θεραπεία και έτσι η συμπεριφορική θεραπεία άρχισε να αναπτύσσεται στην Βρετανία. Η θεραπεία της μάθησης και άλλες θεωρίες της πειραματικής ψυχολογίας εφαρμόστηκαν σύμφωνα με την μέθοδο που πρότεινε ο Monte Shapiro: το πρόβλημα οριζόταν, σχηματιζόντουσαν υποθέσεις σχετικά με το αίτιο και την θεραπεία του προβλήματος και οι υποθέσεις αυτές ελεγχόντουσαν. Η εμφάνιση της συμπεριφορικής θεραπείας επέτρεψε στους κλινικούς ψυχολόγους να αναλάβουν θεραπευτικούς ρόλους χωρίς να συμβιβασθούν με τη θέση του βοηθού θεραπευτή. Αυτό επιπλέον ενθάρρυνε τον Eysenck να επεκτείνει το επαναστατικό του έργο. Το 1958, στην ομιλία του στην Βασιλική Ιατρική Ένωση, ο Eysenck εισήγαγε την συμπεριφορική θεραπεία στο κοινό που αποτελείτο από ψυχιάτρους και υποστήριξε ότι οι νευρώσεις θα πρέπει να είναι ο χώρος που θα τον διαχειρίζονται κυρίως κλινικοί ψυχολόγοι. Αν και την χρονική εκείνη περίοδο την δήλωσή του την αντιμετώπισαν με καχυποψία, η πρόταση ότι οι ψυχίατροι θα έπρεπε να ασχολούνται με την πορεία της ασθένειας ενώ οι ψυχολόγοι να θεραπεύουν τις μαθημένες αντιδράσεις, τελικά έγινε αποδεκτή και από τους δύο επαγγελματικούς κλάδους και τους επέτρεψε να εργάζονται σε κλίμα σχετικά αρμονικό για πολλά χρόνια.

Η προσέγγιση αυτή του Maudsley για τον ρόλο της κλινικής ψυχολογίας κυριάρχησε και στην εκπαίδευση των κλινικών ψυχολόγων στην Βρετανία έως τα μέσα του 1970, διότι υπεύθυνοι στους περισσότερους κύκλους σπουδών ήταν απόφοιτοι του Maudsley. Η κυριαρχία του μοντέλου του επιστήμονα-επαγγελματία στην Βρετανία ήταν αντίστοιχη με ανάλογες εξελίξεις στις ΗΠΑ. Σε μεγάλο συνέδριο για την εκπαίδευση που διοργάνωσε η Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία το 1949 στο Boulder του Colorado, επίσης αποδέχτηκαν το μοντέλο του επιστήμονα-επαγγελματία ως την βάση για την εκπαίδευση των κλινικών ψυχολόγων στις ΗΠΑ. Κατά συνέπεια, το ιδανικό του επιστήμονα-επαγγελματία ενιαία επηρέασε την διαμόρφωση της εκπαίδευσης των κλινικών ψυχολόγων τόσο στην Βρετανία όσο και στην Βόρεια Αμερική στα πρώτα χρόνια του επαγγέλματος.

Προβληματισμοί για το μοντέλο του επιστήμονα-επαγγελματία

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1970, μέσα στους κόλπους του επαγγέλματος του Κλινικού Ψυχολόγου εγέρθηκαν πολλές αντιρρήσεις σχετικά με τον ρόλο του Κλινικού Ψυχολόγου, όπως είχε διαμορφωθεί από το Maudsley. Παράλληλα με την αυξανόμενη αυτή αντίδραση, υπήρχε μια μετατόπιση, στο γενικότερο πνεύμα των καιρών (Zeitgeist), από τον θετικισμό και τον εμπειρισμό. Έτσι αναδύθηκε ένας νέος ψυχιατρικός φιλελευθερισμός που άμεσα αμφισβητούσε τη συντηρητική, επιστημονική παράδοση του Maudsley. Επίσης υπήρξε μια τάση από άλλους τομείς των επιστημών της υγείας προς τον εκλεκτισμό. Μια έκφραση της αντίδρασης αυτής ήταν η συγκρότηση της Εταιρείας Ψυχολογίας και Ψυχοθεραπείας το 1973, που ιδρύθηκε από μια ομάδα ψυχολόγων με ευρύτερη ανθρωπιστική παιδεία. Το αυξανόμενο αυτό ανθρωπιστικό και εκλεκτικό ρεύμα ερχόταν σε σύγκρουση με το μοντέλο του επιστήμονα-επαγγελματία όπως είχε διαμορφωθεί από το Maudsley.

Οι Claridge και Brooks (1973) μελέτησαν τους εισαχθέντες στο μεταπτυχιακό Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου της Γλασκόβης. Βρήκαν ότι μόνο το 12% των εκπαιδευομένων ταυτίζονταν με τον εφαρμοσμένο επιστημονικό τους ρόλο και ακολουθούσαν την ειδικότητα προκειμένου να διευρύνουν τα ερευνητικά τους εφόδια. Το 87% των εκπαιδευόμενων αρχικά αναγνώριζαν ως πιο σημαντικά μέρη της εκπαίδευσής και του μελλοντικού τους ρόλου τους την επίλυση προβλημάτων και την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ήθελαν κατά κύριο λόγο να γίνουν θεραπευτές. Οι Claridge και Brooks υποστήριζαν ότι τα πανεπιστημιακά προγράμματα στόχευαν στην εκπαίδευση σε δύο τομείς: επαγγελματική εκπαίδευση προκειμένου να μπορεί ο απόφοιτος κλινικής ψυχολογίας να εργαστεί στο ΕΣΥ και ακαδημαϊκή εκπαίδευση προκειμένου ο απόφοιτος να διατηρήσει την επιστημονική του αξιοπιστία και γνώση της ψυχοπαθολογίας. Επίσης οι O'Sullivan και Dryden (1990) μελέτησαν τους κλινικούς ψυχολόγους στην Νοτιανατολική περιοχή του Thames και βρήκαν ότι η έρευνα ήταν η λιγότερο συχνή δραστηριότητα που ασκούσαν, καταλαμβάνοντας μόνο το 6% του χρόνου τους. Και άλλες όμως έρευνες έδειξαν ότι η έρευνα δεν ταιριάζει με το ιδιαίτερα πιεστικό πρόγραμμα των κλινικών ψυχολόγων που εργάζονται στο ΕΣΥ με τις μακρύτερες λίστες αναμονής. Ανάλογα δημοσιεύματα υπήρξαν και τις ΗΠΑ, καθώς και στις δύο πλευρές του ατλαντικού ένα

μικρό μόνο ποσοστό επαγγελματιών παρήγαγε έρευνα. Και από αυτούς που εμπλεκόντουσαν σε ερευνητικά προγράμματα, οι περισσότεροι στόχευαν σε ακαδημαϊκές θέσεις.

Σε σχέση με τα ανωτέρω ευρήματα, κάποιοι συγγραφείς πρότειναν ότι οι επαγγελματίες θα μπορούσαν να διεξάγουν είδη έρευνας, περισσότερο ποιοτικά, διερευνητικά, με μικρά δείγματα, που θα αντλούσαν από την καθημερινή τους εργασία παρά να εμπλέκονται σε πιο θεωρητικές και συνεκτικές έρευνες που απαιτούν μεγάλα δείγματα και σταθμισμένες και ελεγχόμενες μεταβλητές.

Η έκθεση του Mowbray: Η επάνοδος του μοντέλου του επιστήμονα – επαγγελματία

Παρόλες τις ανωτέρω αντιρρήσεις, το μοντέλο του επιστήμονα-επαγγελματία παράμεινε κεντρικό στην διαμόρφωση του επαγγέλματος του Κλινικού Ψυχολόγου. Κι αυτό γιατί το μοντέλο προσέδιδε μια ιδιαίτερη ταυτότητα στους Κλινικούς Ψυχολόγους και τους διαφοροποιούσε από τους ψυχιάτρους, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους θεραπευτές. Η έκθεση του Mowbray συνοψίζει και δίνει μια νέα θεωρητική βάση για το μοντέλο του επιστήμονα –επαγγελματία. Σύμφωνα με τον Mowbray, οι ψυχολογικές δεξιότητες μπορούν να καταταχθούν σε τρία επίπεδα: Το πρώτο επίπεδο δεξιοτήτων αφορά στην εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης ή στην διεξαγωγή λιγότερο σύνθετων παρεμβάσεων, όπως η διαχείριση άγχους. Το δεύτερο επίπεδο δεξιοτήτων αφορά ποιο σύνθετες παρεμβάσεις, οι οποίες στηρίζονται σε συγκεκριμένες, τυποποιημένες τεχνικές. Ένα τρίτο επίπεδο δεξιοτήτων, πάρα ταύτα, απαιτείται όταν οι θεραπευτές προσφέρουν ψυχολογικές παρεμβάσεις οι οποίες τροποποιούνται και εφαρμόζονται σε σχέση με τον συγκεκριμένο πελάτη. Ο Mowbray κατέληξε ότι μόνο ο κλινικός ψυχολόγος κατέχει τρία επίπεδα δεξιοτήτων, ενώ τις δεξιότητες του πρώτου και δεύτερου επιπέδου, μπορούν να τις αποκτήσουν και να τις εφαρμόσουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Το επιχείρημα αυτό επεκτείνει το εύρος του επαγγέλματος, καθώς αναζητούνται νέοι, μοναδικοί ρόλοι για τους κλινικούς ψυχολόγους, ιδιαίτερα στο πεδίο της πρωτογενούς παρέμβασης. Το επιχείρημα σχετικά με το «επίπεδο 3», χρησιμοποιήθηκε εκτενώς, προκειμένου να τονισθεί η ιδιαίτερη δεξιότητα του κλινικού ψυχολόγου να *συνδυάζει* διαφορετικούς τύπους γνώσεων και έτσι να

οριοθετεί τον επαγγελματικό του χώρο από άλλους επαγγελματίες υγείας (π.χ. ψυχιατρικοί νοσοκόμοι με κοινοτική κατεύθυνση).

Το μέλλον της εκπαίδευσης στην κλινική ψυχολογία στη Μ. Βρετανία

Το Εθνικό Σύστημα Υπηρεσιών για την Ψυχική Υγεία τονίζει την ανάγκη αύξησης του προσωπικού ώστε αυτό να ανταποκρίνεται στις ανάγκες ενός ανανεωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Μέσα στα συγκεκριμένα πλαίσια, η επιχορήγηση για την εκπαίδευση 1000 διπλωματούχων εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας στην πρωτογενή περίθαλψη και 500 εργαζομένων στην κοινότητα (πιθανόν αποσπασμένων νοσηλευτών του ψυχιατρικού τομέα και κοινωνικών λειτουργών) αναμένεται να δοθεί το 2003-4. Η πρώτη ομάδα θα εκπαιδευτεί σε σύντομες και αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για κοινές ψυχικές διαταραχές.

Σε συνδυασμό με την άμεση εργασία με τους πελάτες, οι προαναφερθέντες εργαζόμενοι στην πρωτογενή περίθαλψη αναμένεται να ασχοληθούν με την προαγωγή της υγείας, τον έλεγχο και την δημιουργία συνδέσμων ανάμεσα στην πρωτογενή περίθαλψη και σε άλλες υπηρεσίες. Η αναφορά της Ομάδας Δράσης Εργαζομένων δηλώνει πως «οι υποψήφιοι για τις συγκεκριμένες θέσεις θα είναι πτυχιούχοι σε κάποιον σχετικό τομέα» ότι «οι πτυχιούχοι ψυχολόγοι θα έχουν μεγάλες πιθανότητες πρόσληψης» και ότι «οι κλινικοί ψυχολόγοι θα διαδραματίσουν κεντρικό ρόλο στην εκπαίδευση των εργαζομένων στην πρωτογενή περίθαλψη».

Οι γνωσιακοί – συμπεριφοριστές ψυχοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι της υγείας και οι σύμβουλοι έχουν ήδη τοποθετηθεί σε ανάλογες θέσεις σε ορισμένες περιοχές της χώρας, ενώνοντας τις δυνάμεις τους με τους κλινικούς ψυχολόγους σε τομείς κλινικής ψυχολογίας. Αν και κάποια από αυτά τα μοντέλα, τα οποία συνδυάζουν άτομα με διαφορετικές ικανότητες, έχουν σχεδιαστεί προσεκτικά, συνήθως αντικατοπτρίζουν μια αποτυχία να αποσπαστούν αρκετοί κλινικοί ψυχολόγοι ώστε να καλυφθούν οι διαθέσιμες θέσεις.

Με αυτά τα δεδομένα, στα πλαίσια της εκπαίδευσης αναζητείται ο τρόπος με τον οποίον θα διευρυνθεί το επάγγελμα του κλινικού ψυχολόγου ώστε να καλυφθεί η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση για ψυχολογικές υπηρεσίες. Οι προτεινόμενες λύσεις

αφορούν τρία προβληματικά σημεία: 1) την ελλιπή αξιοποίηση των βοηθών ψυχολόγων, 2) προβλήματα στο Σύστημα Ισοτιμίας και 3) στην ανεπάρκεια θέσεων διδακτορικής εκπαίδευσης.

Η εκπαίδευση βοηθών ψυχολόγων

Τον Ιανουάριο του 1998, ο Κλάδος Κλινικής Ψυχολογίας δημοσίευσε επίσημες οδηγίες για την πρόσληψη βοηθών ψυχολόγων - δηλ. ψυχολόγων με το βασικό πτυχίο, χωρίς ειδίκευση - με στόχο την προστασία των βοηθών από μορφές εκμετάλλευσης και κακής διαχείρισης τους, οι οποίες αναφέρονται σε αρκετές μελέτες. Οι εν λόγω μελέτες διατείνονται πως ορισμένοι βοηθοί εκπαιδεύτηκαν ανεπαρκώς, με ελάχιστη επίβλεψη, αλλά δίσταζαν να διαμαρτυρηθούν φοβούμενοι πως θα διακινδύνευαν τις επαγγελματικές τους προοπτικές.

Οι οδηγίες σχετικά με την πρόσληψη βοηθών ψυχολόγων ορίζουν ότι οι βοηθοί τίθεται υπό την επίβλεψη και ευθύνη ικανών κλινικών ψυχολόγων. Επιπρόσθετα, καθορίζουν τον πρόποτα ρόλο των βοηθών: δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σαν υποκατάστατο για τον εξειδικευμένο κλινικό ψυχολόγο, τον γραμματέα ή τον βοηθό περίθαλψης · δεν πρέπει να εργάζονται χωρίς ικανοποιητική επίβλεψη ή να αναλαμβάνουν δυσανάλογα πολύπλοκες και δύσκολες εργασίες. Προτείνεται η χορήγηση φυλλαδίου με οδηγίες στους βοηθούς καθώς και ένα μίνιμουμ δεκαπέντε ημερών ως περίοδος προσαρμογής, ακολουθούμενο από σταδιακή εισαγωγή στο εργασιακό πλαίσιο. Τέλος, σύμφωνα με τις οδηγίες, αναγκαία θεωρείται η διάθεση, σε εβδομαδιαίο πλαίσιο, τουλάχιστον μισής ημέρας για μελέτη και μίας ώρας για εποπτεία, με λεπτομερή αναφορά στον επιβλέποντα κλινικό σχετικά με τα περιστατικά.

Οι Gallagher και Brosnan (2001) διερεύνησαν κατά πόσο τηρούνται οι προαναφερθείσες οδηγίες καταλήγοντας πως η εφαρμογή τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την θέση και το τμήμα. Ωστόσο, ήταν αρκετά ενθαρρυντικό πως οι περισσότεροι βοηθοί δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εποπτεία αλλά και τη στήριξη που τους παρείχαν οι ανωτέροι τους, αν και εξέφρασαν την ανάγκη για πιο επίσημη εκπαίδευση σε πολλές θέσεις βοηθών.

Οι Miller και Wilson (1998) θεωρούν πως δεν γίνεται σωστή εκμετάλλευση των δυνατοτήτων των βοηθών ψυχολόγων ώστε να συνεισφέρουν στις ψυχολογικές υπηρεσίες οι οποίες στις μέρες μας βασίζονται όλο και περισσότερο στο μοντέλο

συνδυασμού διαφόρων ειδικοτήτων. Οι παραπάνω συγγραφείς δέχονται τις οδηγίες σχετικά με την πρόσληψη βοηθών ψυχολόγων, τις οποίες θεωρούν απαραίτητο πρώτο βήμα προς την βελτίωση της κατάστασης, παράλληλα όμως δηλώνουν την ανάγκη λήψης συγκεκριμένων μέτρων, όπως: καθορισμός κατώτατου αποδεκτού επιπέδου εκπαίδευσης για τους βοηθούς, αύξηση αποδοχών ώστε να συμπίπτουν με αυτές των εκπαιδευόμενων κλινικών ψυχολόγων, δυνατότητα για διδακτορικό και σαφέστερες οδηγίες από τις αρχές που επιλέγουν ποιοι θα κάνουν διδακτορικό σχετικά με το τι θεωρείται «εκπαίδευση σχετική με την κλινική ψυχολογία», δεδομένου ότι η απόλυτη πλειοψηφία των βοηθών είναι μελλοντικοί υποψήφιοι.

Εκπαίδευση για την Απόκτηση Επάρκειας Τίτλου Κλινικού Ψυχολόγου

Η Απόκτηση Επάρκειας έχει δεχθεί έντονη αρνητική κριτική για μια σειρά λόγων. Σήμερα, οι υποψήφιοι καλούνται να βρουν οι ίδιοι συντονιστή και επιβλέποντα της εκπαίδευσής τους, κάτι ιδιαίτερα δύσκολο για νεοαφιχθέντες στη χώρα, καθώς και παράλογο χρονοβόρο. Επιπλέον, οι υποψήφιοι έχουν ελάχιστη ως μηδαμινή επαφή μεταξύ τους, γεγονός το οποίο συχνά οδηγεί σε άγχος και μοναξιά. Το 1997-8 μόνο τα δύο τρίτα των ψυχολόγων που έδωσαν εξετάσεις για την Απόκτηση Επάρκειας πέτυχαν με την πρώτη προσπάθεια. Η διαδικασία της αξιολόγησης έχει κατηγορηθεί πως δεν λαμβάνει υπόψιν της την προηγούμενη εμπειρία των υποψηφίων, είναι ιδιαίτερα αυστηρή αναφορικά με τα διδακτορικά σεμινάρια και δεν διαθέτει μηχανισμούς προσέλευσης. Συνήθως, υπάρχουν περίπου 100 άτομα εργαζόμενα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα οποία ολοκληρώνουν την ίδια στιγμή την επιπρόσθετη εκπαίδευσή τους για την Απόκτηση Επάρκειας, γεγονός το οποίο δημιουργεί υψηλές απαιτήσεις στους κλινικούς ψυχολόγους του Εθνικού Συστήματος Υγείας – οι οποίοι επιβλέπουν τους υποψηφίους- καθώς και τα μέλη των επιτροπών που αξιολογούν τους υποψηφίους και οργανώνουν τις εξετάσεις για την Απόκτηση Επάρκειας.

Σε ένα μικρό συνέδριο σχετικά με την Απόκτηση Επάρκειας τον Ιανουάριο του 2000, διατυπώθηκαν ορισμένες υποδείξεις αναφορικά με τη βελτίωση του συστήματος εκπαίδευσης και αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, προτάθηκε ο συντονισμός και η εξέταση για την Απόκτηση Επάρκειας να δοθεί στα σεμινάρια κλινικής εκπαίδευσης και η επάρκεια να συνδεθεί με την κατοχή διδακτορικού τίτλου, ώστε οι υποψήφιοι να πετύχουν κάποια στιγμή πραγματική αντιστοιχία.

Άλλες προτάσεις περιλάμβαναν τη θεσμοθέτηση του ρόλου του συντονιστή εκπαίδευσης μέσω συμβολαίου, καθώς και λεπτομερέστερη πληροφόρηση των υποψηφίων σχετικά με τις διαδικασίες αξιολόγησης, κατάταξης, επιβλεπόντων και συντονιστών εκπαίδευσης.

Στα πλαίσια του εν λόγω στόχου, ένα συντονισμένο σχέδιο για την Απόκτηση Επάρκειας έχει τεθεί σε εφαρμογή σε πιλοτικό επίπεδο στο ΝΑ Λονδίνο, το Κεντ και το Α. Σάσεξ. Εντούτοις, φαίνεται αρκετά πιθανό να υπάρξουν και επιπλέον αλλαγές στην Απόκτηση Επάρκειας, δεδομένης της έλλειψης κλινικών ψυχολόγων. Επιπρόσθετα, οι υποψήφιοι της Επάρκειας συχνά ολοκληρώνουν την εκπαίδευσή τους σε δύο έτη ενώ για τους εκπαιδευόμενους σε διδακτορικά σεμινάρια απαιτούνται τρία έτη, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει την κατοχύρωση πραγματικής ισοδυναμίας.

Μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην Κλινική Ψυχολογία

Τα κριτήρια για την επικύρωση της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην κλινική ψυχολογία έχουν τροποποιηθεί πολλές φορές και σήμερα μελετούνται εκ νέου. Στα τέλη του 2000, ο Κλάδος Κλινικής Ψυχολογίας, στα πλαίσια της προσπάθειας αύξησης του αριθμού των εκπαιδευομένων στην Κλινική Ψυχολογία, ανέθεσε σε μια ομάδα εργασίας την ανασκόπηση των κριτηρίων που χρησιμοποιούσε η Επιτροπή για την Εκπαίδευση στην Κλινική Ψυχολογία. Στόχος του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η αύξηση των θέσεων εκπαίδευσης στην Κλινική Ψυχολογία στην Μ. Βρετανία από 390 το 2000-1 σε 546 – 682 το 2003-4. Ανάλογη αύξηση αναμένεται σε Ουαλία, Σκωτία και Β. Ιρλανδία. Υπάρχει μια γενική συναίνεση από τα μέλη του Κλάδου σχετικά με την ακαμψία των τωρινών συνθηκών εκπαίδευσης ώστε να αντεπεξέλθουν στον αυξημένο αριθμό εκπαιδευομένων. Επιπρόσθετα, όλοι συμφωνούν σε μια επαναθεώρηση των στόχων των υπαρχόντων θεραπευτικών προγραμμάτων, ώστε να ανταποκρίνονται στις αλλαγές του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ομάδα εργασίας μελετά ακόμη πιθανές αλλαγές στα κριτήρια, στοχεύοντας σε μεγαλύτερη ευελιξία αναφορικά με το πως τα διάφορα προγράμματα θα πληρούν τα κριτήρια. Εντούτοις, η ομάδα εργασίας μελετά επίσης μια προσέγγιση βασισμένη στην ικανότητα και προσπαθεί να ορίσει την έννοια του «επαγγελματικά ικανού» όσον αφορά: μεταδοτικές δεξιότητες, ψυχολογική αξιολόγηση, παρέμβαση, εκτίμηση, έρευνα, προσωπικές και επαγγελματικές δεξιότητες, δεοντολογία, επικοινωνία, εκπαίδευση και παροχή υπηρεσιών.

Η πολιτική αναφορικά με την κλινική εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη

Ο Κώδικας Δεοντολογίας της Κλινικής Ψυχολογίας ορίζει πως οι κλινικοί ψυχολόγοι θα πρέπει να καλλιεργούν και να εξελίσσουν την επαγγελματική τους επάρκεια ικανότητα, να αναγνωρίζουν τα όρια των ικανοτήτων τους ενώ παράλληλα να προσπαθούν να τα επεκτείνουν.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο ετών, ο Τομέας Κλινικής Ψυχολογίας της Βρετανικής Ψυχολογικής Εταιρείας έχει δημοσιεύσει έναν Κατάλογο Οδηγιών αναφορικά με τη συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη. Η πολιτική για την κλινική εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη παρουσιάστηκε στο Φύλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης στο άρθρο «Το Νέο Σύστημα Υγείας» καθώς και στο άρθρο «Μια Πρότυπη Υπηρεσία: Ποιότητα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», όπου ορίζεται ως: ένα πλαίσιο, όπου οι οργανισμοί του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθίστανται υπεύθυνοι για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και διασφάλιση των υψηλών κριτηρίων στον τομέα της περίθαλψης, εξασφαλίζοντας ένα περιβάλλον βέλτιστης κλινικής φροντίδας.

Σε ένα σύντομο άρθρο σχετικά με τον Τομέα Κλινικής Ψυχολογίας, οι Hall και Firth – Cozens (2000) επεξηγούν τη συσχέτιση ανάμεσα στην κλινική πολιτική και την συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη: η κλινική πολιτική προϋποθέτει την παρουσία ενός εύρους ικανοτήτων. Ελλείπει αυτών, θεωρείται απαραίτητη η εκπαίδευση σε αρκετούς διαφορετικούς τομείς, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί με ποικίλους τρόπους: «Δια Βίου Εκπαίδευση» είναι ο όρος ο οποίος χρησιμοποιείται από την κλινική πολιτική για να τονιστεί η ανάγκη για συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση των κλινικών ψυχολόγων.

Σύμφωνα με τις οδηγίες για την συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη του Τομέα Κλινικής Ψυχολογίας της Βρετανικής Ψυχολογικής Εταιρείας, οι κλινικοί ψυχολόγοι πλήρους απασχόλησης καλούνται να αφιερώνουν τουλάχιστον δέκα μέρες το χρόνο για δραστηριότητες της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης, καθώς και να διαθέτουν ικανό χρόνο για προσωπική μελέτη. Επιπρόσθετα, οι ψυχολόγοι υποχρεώνονται να καταγράφουν τις προαναφερθείσες δραστηριότητες σε ένα Ημερολόγιο της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης. Όπως ορίζεται από τη Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία, η συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη θα πρέπει να εκτείνεται πέρα από τις αποκλειστικά κλινικές υποχρεώσεις και να

συμπεριλαμβάνει την ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων όπως έρευνα, έλεγχο και αξιολόγηση υπηρεσιών, διαχειριστικά και οργανωτικά θέματα. Οι Οδηγίες επίσης αναφέρονται στην υποχρέωση όλων των κλινικών ψυχολόγων να λαμβάνουν επίβλεψη για την εργασία τους καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας τους, καθώς και να αξιολογούνται ετησίως από κάποιον ανώτερης βαθμίδας συνάδελφο, ώστε να διευκολύνεται η αναγνώριση τυχόν ελλείψεων και προτεραιοτήτων τις οποίες χρειάζεται να λάβουν υπόψιν.

Παρά την έμφαση που έχει δοθεί από το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη, υπάρχει αρκετή ανησυχία σε όλες τις ομάδες επαγγελματιών σχετικά με την τήρηση των κριτηρίων. Η προσαρμογή της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης, σύμφωνα με τις αρχές που περιγράφονται παραπάνω από τους Hall και Firth – Cozens, καθιστά αναγκαία την τροποποίηση των βασικών αρχών του επαγγέλματος. Εντούτοις, η θέσπιση των οδηγιών για συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση φαίνεται να λειτουργεί ενθαρρυντικά για αρκετούς κλινικούς ψυχολόγους, αναφορικά με την αύξηση των περιθωρίων αυτορρύθμισης στα πλαίσια του επαγγέλματος. Επιπρόσθετα, οι κλινικοί ψυχολόγοι ελπίζουν να διευκολύνονται καθώς και να επιδοτούνται από τους εργοδότες τους, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες και να λαμβάνουν εκπαιδευτικές άδειες, στα πλαίσια της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης.

Εν κατακλείδι, φαίνεται πως με κατάλληλη διαχείριση, ένα περισσότερο κατανοητό σύστημα συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης θα διευκολύνει τους κλινικούς ψυχολόγους να αναπτύξουν περισσότερες υπευθυνότητες αναφορικά με τη ανάγκη βελτίωσης των τοπικών υπηρεσιών, δίνοντας τους την ευκαιρία για απόκτηση νέων δεξιοτήτων και ρόλων.

Επαγγελματική προοπτική στην κλινική ψυχολογία

Ένα από τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα της κλινικής ψυχολογίας είναι οι πολλές και ποικίλες προοπτικές που ανοίγονται στον επαγγελματικό χώρο. Η εκπαίδευση στην κλινική ψυχολογία προετοιμάζει κατάλληλα τον ειδικευμένο κλινικό ψυχολόγο ώστε να αναλάβει άτομα όλων των ηλικιών, με ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχικών προβλημάτων. Ένας κλινικός ψυχολόγος έχει αρκετές εναλλακτικές στην επιλογή του εργασιακού πλαισίου από την αρχή αλλά και στην πορεία της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας. Στην Μ. Βρετανία, το Εθνικό Σύστημα Υγείας απασχολεί το μεγαλύτερο μέρος των κλινικών ψυχολόγων. Αρκετοί επίσης απασχολούνται σε πλαίσια κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και σε ακαδημαϊκές θέσεις, όπου παρέχουν διδακτικό και ερευνητικό έργο. Ελάχιστοι κλινικοί ψυχολόγοι εργάζονται ιδιωτικά σε πλαίσιο πλήρους απασχόλησης, αν και αρκετοί διατηρούν ιδιωτικό γραφείο παρέχοντας θεραπεία και εποπτείες, σε συνδυασμό με την εργασία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αρκετοί κλινικοί ψυχολόγοι έχουν την ευχέρεια για μερική απασχόληση σε διαφορετικά πεδία. Για παράδειγμα, ένας κλινικός ψυχολόγος μπορεί να εργάζεται με ενήλικες με μαθησιακές δυσκολίες ενώ παράλληλα με παιδιά, σε διαφορετικό χρόνο. Με την απασχόληση σε διαφορετικά πλαίσια και με διαφορετικές ομάδες πελατών, παρέχεται η δυνατότητα εξερεύνησης ποικίλων εργασιακών πεδίων ενώ παράλληλα μειώνεται ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης.

Εργασιακά πλαίσια στην κλινική ψυχολογία

Όπως προαναφέρθηκε, οι κλινικοί ψυχολόγοι εργάζονται σε πολλά και διαφορετικά πλαίσια. Στην παρούσα φάση, στα πλαίσια της πρωτογενούς περίθαλψης, οι ψυχολογικές υπηρεσίες προσφέρονται κυρίως σε ενήλικους πελάτες (18-65 ετών) ενώ παράλληλα λειτουργούν και αρκετές δομές για παιδιά και ηλικιωμένους. Οι κλινικοί ψυχολόγοι στην πρωτογενή περίθαλψη εργάζονται με σχετική αυτονομία, αναλογικά πάντα με τη δομή του εργασιακού πλαισίου. Επιπρόσθετα, ένας αριθμός ψυχολόγων απασχολείται σε κοινοτικό πλαίσιο παρέχοντας υπηρεσίες σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (π. χ. σε κακοποιημένα

παιδιά) ή, σπανιότερα προσφέροντας εθελοντική εργασία, ενώ παράλληλα έχουν τη δυνατότητα να επισκέπτονται πελάτες κατ'οίκον.

Παρά την ιδιαίτερα αυξημένη ανάπτυξη των υπηρεσιών κοινοτικής και πρωτογενούς περίθαλψης, αρκετοί κλινικοί ψυχολόγοι συνεχίζουν να εργάζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, παρέχοντας τις υπηρεσίες τους σε εξωτερική βάση σε άτομα τα οποία παραπέμπονται από τους Γενικούς Ιατρούς, καθώς και σε άτομα με σοβαρές και επίμονες διαταραχές, τα οποία περιθάλπονται σε εσωτερική ή εξωτερική βάση. Για τη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών απαιτείται συνήθως μια πολυπαραγοντική ομαδική προσέγγιση και ως εκ τούτου ο κλινικός ψυχολόγος καλείται να συνεργαστεί με ψυχιάτρους, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές κ. α. με στόχο την βέλτιστη δυνατή περίθαλψη ασθενών με ψυχικά προβλήματα όλων των ηλικιών.

Οι κλινικοί ψυχολόγοι επίσης εργάζονται με κάποιες συγκεκριμένες ομάδες πελατών σε γενικά νοσοκομεία και εξειδικευμένα κέντρα. Εδώ περιλαμβάνονται ασθενείς με ψυχοσωματικά προβλήματα, ασθενείς με χρόνια νοσήματα, καρκίνο και καρδιακά προβλήματα. Επιπρόσθετα σε νοσοκομειακά και κοινοτικά πλαίσια, κλινικοί νευροψυχολόγοι εξειδικεύονται την αξιολόγηση και διαχείριση εγκεφαλικών βλαβών.

Αν και η πλειοψηφία των κλινικών ψυχολόγων ασχολείται με την εκτίμηση των προβλημάτων και αναγκών των πελατών καθώς και με την παροχή της δέουσας εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης, ο κατάλληλος σχεδιασμός για τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών αποτελεί ένα βασικό πεδίο απασχόλησης. Εδώ περιλαμβάνεται μια ευρεία ομάδα σχεδιασμών, από την δημιουργία ενός νέου θεραπευτικού προγράμματος σε μια ήδη υπάρχουσα υπηρεσία (όπως μια υποστηρικτική ομάδα για γονείς παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας σε ένα Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο), έως την ίδρυση μίας νέας υπηρεσίας (όπως μια κλινική πρωτογενούς περίθαλψης για παιδιά με διαταραχές του ύπνου).

Είδη θεραπευτικής παρέμβασης

Ο μεγαλύτερος όγκος της απασχόλησης του κλινικού ψυχολόγου αφορά την αξιολόγηση και θεραπεία. Η συνηθέστερη μέθοδος θεραπευτικής παρέμβασης είναι η ατομική θεραπεία. Σημαντική εδώ θεωρείται η εμπλοκή των γονέων, συζύγου,

παιδιών, των σημαντικών άλλων γενικότερα, οι οποίοι είναι εν δυνάμει πηγή επιπρόσθετων πληροφοριών για τις δυσκολίες του πελάτη. Επιπλέον, η εν λόγω επαφή δίνει στον κλινικό ψυχολόγο την ευκαιρία να συζητήσει με τους σημαντικούς άλλους για όσα τους δυσκολεύουν καθώς και να τους πληροφορήσει αναφορικά με τρόπους αντιμετώπισης και διαχείρισης του πελάτη. Η ομαδική θεραπεία προσφέρεται όταν υπάρχει επαρκής αριθμός πελατών με παρόμοια προβλήματα, ενώ εφαρμόζεται ευρέως σε εσωτερικούς ασθενείς και σε νοσοκομεία ημέρας. Η θεραπεία ζεύγους ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου οι δυσκολίες στη σχέση διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην δημιουργία και συντήρηση των παρόντων προβλημάτων, ενώ οι κλινικοί ψυχολόγοι που εργάζονται με παιδιά και εφήβους επιλέγουν συνήθως την οικογενειακή θεραπεία, όπου συμπεριλαμβάνονται όλα τα μέλη της οικογένειας, ή τουλάχιστον όσα διατηρούν στενές σχέσεις με τον πελάτη. Τέλος, οι κλινικοί ψυχολόγοι εργάζονται εμμέσως ως σύμβουλοι, παρέχοντας κατευθύνσεις σε όσους φροντίζουν τον πελάτη ώστε να αναπτύξουν καλύτερες δεξιότητες διαχείρισης των δυσκολιών του, καθώς και να τον ενισχύσουν ώστε να προσπαθήσει να ξεπεράσει τα παρόντα προβλήματα.

Άλλες δραστηριότητες των κλινικών ψυχολόγων πέρα από την κλινική εργασία

Σε συνδυασμό με τα κλινικά τους καθήκοντα, οι κλινικοί ψυχολόγοι αναλαμβάνουν τακτικά εποπτεία των συναδέρφων τους καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης για άλλους κλινικούς ψυχολόγους αλλά και εργαζομένους διαφορετικών ειδικοτήτων, κυρίως σε νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Τα εκπαιδευτικά καθήκοντα των κλινικών ψυχολόγων εκτείνονται και σε άλλα πλαίσια, εκτός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως σε τοπικά πλαίσια για ενήλικες με μαθησιακές δυσκολίες, τα οποία διευθύνονται από τον Κλάδο Κοινωνικής Εργασίας.

Η εποπτεία σε περιστατικών εκπαιδευόμενους κλινικούς ψυχολόγους αποτελεί ένα από τα κύρια καθήκοντα των κλινικών ψυχολόγων, καθώς σύμφωνα με απόφαση του Κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας, όλοι οι κλινικοί ψυχολόγοι θα πρέπει να λαμβάνουν εποπτεία για τα περιστατικά τους. Αρκετές φορές πάλι, οι κλινικοί ψυχολόγοι εμπλέκονται σε εποπτείες σε άλλες ομάδες συναδέλφων, ακόμη και μη – ψυχολόγους.

Σύμφωνα με διακήρυξη του Κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας της Βρετανικής Ψυχολογικής Εταιρείας αναφορικά με τα κύρια καθήκοντα του επαγγέλματος, η

έρευνα θεωρείται ένας από τους κύριους τομείς εφαρμογής της κλινικής ψυχολογίας (βλ. και ιστοσελίδα Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κλινικής Ψυχολογίας - www.clin.psych.uoa.gr). Οι κλινικοί ψυχολόγοι που εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν είναι τόσο παραγωγικοί σε θέματα έρευνας όσο οι σύναδερφοί τους που απασχολούνται σε ακαδημαϊκά πλαίσια, χρησιμοποιώντας ως κριτήριο εξέλιξής τους τον αριθμό των δημοσιεύσεων και ανακοινώσεων. Η συγκεκριμένη διαφορά στην ερευνητική δραστηριότητα μπορεί να αιτιολογηθεί λόγω των αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων των εργαζομένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρ'όλα αυτά θεωρείται σημαντική η εμπλοκή των τελευταίων σε θέματα έρευνας, καθώς παρατηρείται μια ολοένα αυξανόμενη τάση για έρευνες αποτελεσματικότητας στην ιατρική και στην ψυχολογία. Εκτός από τις έρευνες τυχαίας δειγματοληψίας, οι οποίες παραδοσιακά θεωρούνται ως οι πλέον έγκυρες όσον αφορά τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας, υπάρχει έντονη ανάγκη για επιτόπιες έρευνες σε πελάτες που προσεγγίζουν τα κοινοτικά κέντρα καθώς και τα δημόσια νοσοκομεία, χωρίς να τηρείται τόσο αυστηρά το κριτήριο της τυχαίας δειγματοληψίας.

Αρκετοί κλινικοί ψυχολόγοι αναλαμβάνουν και διοικητικά καθήκοντα σε τμήματα κλινικής ψυχολογίας, όπου διευθύνουν άλλους κλινικούς ψυχολόγους αλλά και εργαζομένους διαφορετικών ειδικοτήτων, όπως νοσηλευτές, συμβούλους και ψυχολόγους υγείας. Τα διοικητικά καθήκοντα των διευθυντών κλινικών ψυχολόγων εκτείνονται και σε άλλα τμήματα πέρα από τα τμήματα κλινικής ψυχολογίας, όπως σε διομαδικά πλαίσια όπου συμπεριλαμβάνονται ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, εργασιακοί ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ. α. Ένας μικρός αριθμός κλινικών ψυχολόγων απασχολείται σε διοικητικά τμήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας σαν κλινικοί διευθυντές.

Μετά την αδρή περιγραφή του ρόλου του κλινικού ψυχολόγου, ακολουθεί λεπτομερής αναφορά σχετικά με τις ποικίλες ομάδες πελατών, οι οποίες δημιουργούν πεδία κλινικής δράσης.

Ομάδες πελατών προς τις οποίες απευθύνονται οι υπηρεσίες των κλινικών ψυχολόγων

Κλινική Ψυχολογία και παιδιά και έφηβοι

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια διεύρυνση όσον αφορά το έργο των κλινικών ψυχολόγων, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες τους να απευθύνονται πλέον σε ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό σε παιδιά και εφήβους. Οι κλινικοί ψυχολόγοι που ειδικεύονται στη θεραπεία παιδιών και εφήβων αλλά και των οικογενειών τους προσφέρουν ποικίλες υπηρεσίες ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο εργάζονται. Πιο συγκεκριμένα, ασχολούνται με την αξιολόγηση και τη θεραπεία πολλών διαφορετικών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζει η εν λόγω ομάδα πελατών. Για την επίτευξη αυτού του έργου βασίζονται σε ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο όσον αφορά την αναπτυξιακή ψυχολογία των παιδιών και των εφήβων. Επιπλέον, εκπαιδεύουν αλλά και στηρίζουν σε επίπεδο συμβουλευτικής άλλους επαγγελματίες, όπως είναι οι επισκέπτες υγείας και οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι εργάζονται επίσης με την ίδια ομάδα πελατών. Τέλος, πολλοί κλινικοί ψυχολόγοι συμμετέχουν στο έργο του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τα παιδιά και τους εφήβους.

Κατά κανόνα, οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους από 0 - 18 ετών. Πρώτο και βασικό μέλημα των κλινικών παιδοψυχολόγων είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης συνεργασίας και εμπιστοσύνης τόσο με τα παιδιά όσο και με τους γονείς τους, μέσω της οποίας προάγεται το συνολικότερο έργο της επίλυσης των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Εν συνεχεία, η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται είτε απευθείας στα παιδιά και στους εφήβους, είτε στους γονείς ώστε να ενδυναμωθεί η σχέση γονέα - παιδιού, είτε σε επίπεδο οικογένειας. Επιπλέον, η παρέμβασή τους μπορεί να απευθύνεται σε άλλους επαγγελματίες οι οποίοι εργάζονται με παιδιά και εφήβους, με τη μορφή της υποστήριξης και της εποπτείας κατά την άσκηση του έργου τους (Carr, 1999).

Τέλος, το έργο των παιδοψυχολόγων αποκτά όλο και μεγαλύτερη αναγνώριση και σημασία, όπως φαίνεται από την ενεργό συμμετοχή τους σε διάφορων τύπων διεπιστημονικές ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, συμμετέχουν σε ομάδες διασυνδετικής σε παιδιατρικά νοσοκομεία, σε ομάδες που απευθύνονται σε ανήλικους παραβάτες,

καθώς και σε ομάδες οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ενδονοσοκομειακής φροντίδας οξέων περιστατικών.

Τα συνήθη αιτήματα με τα οποία ασχολούνται οι κλινικοί παιδοψυχολόγοι αναφέρονται κατά κανόνα σε δυσκολίες άσκησης του γονεϊκού ρόλου και σε προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι τα ξεσπάσματα θυμού, τα προβλήματα επιθετικότητας, υπερκινητικότητας, διατροφής και ύπνου, ενούρησης και εγκόπρισης. Επιπλέον, εργάζονται θεραπευτικά με παιδιά τα οποία αντιμετωπίζουν συναισθηματικές δυσκολίες και δυσκολίες σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται το άγχος, η κατάθλιψη, οι φοβίες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η μετατραυματική διαταραχή άγχους και τα ψυχοσωματικά προβλήματα. Υψηλότερο κίνδυνο όσον αφορά την ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων αντιμετωπίζουν συνήθως παιδιά τα οποία ζουν σε κοινωνικό - οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές. Τον ίδιο κίνδυνο αντιμετωπίζουν παιδιά που βρίσκονται υπό την επίβλεψη υπηρεσιών παιδικής προστασίας, παιδιά τα οποία έχουν υποστεί σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική κακοποίηση, παιδιά με δυσκολίες στους τομείς της επικοινωνίας και της μάθησης, καθώς και όσα αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες όπου η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες είναι σημαντική (Meltzer et al., 2000, BPS, 2001c). Άλλα προβλήματα, για τα οποία ζητείται κατά κανόνα βοήθεια από έναν κλινικό παιδοψυχολόγο, συνδέονται με οικογενειακά ζητήματα, όπως είναι το διαζύγιο ή η διάσταση των γονέων, η απώλεια και το πένθος στην οικογένεια, αλλά και προβλήματα τα οποία παρουσιάζονται συνήθως κατά την εφηβεία, όπως, λόγου χάρη, οι διαταραχές διατροφής, η χρήση ουσιών και η διαταραχή διαγωγής.

Είναι πλέον αποδεκτό ότι οι δυσκολίες σε ψυχολογικό επίπεδο οι οποίες έχουν έναρξη κατά την παιδική ηλικία τείνουν να επιμένουν και στην ενήλικη ζωή, εάν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα. Επιπλέον, οι αρνητικές επιπτώσεις τους στην ψυχολογική ευεξία και στην ανάπτυξη του ατόμου διατηρούνται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Ως εκ τούτου, είναι υπαρκτός ο κίνδυνος της μεταβίβασης και της διαιώνισης διαφόρων προβλημάτων διαγενεακά, μέσω συγκεκριμένων δυσλειτουργικών προτύπων οικογενειακής αλληλεπίδρασης (Dadds, 1995). Σε σχέση με το ίδιο θέμα, τα ευρήματα διαφόρων ερευνών υποδεικνύουν ότι ένας αυξανόμενος αριθμός παιδιών αντιμετωπίζει τόσο σημαντικά προβλήματα σε επίπεδο ψυχικής υγείας, ώστε να δυσκολεύεται σε πολλούς τομείς της καθημερινής ζωής (Meltzer et al., 2000). Αυτά τα ευρήματα τονίζουν την ανάγκη ανάπτυξης και παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι η πρόληψη και η

παρέμβαση είναι αποτελεσματικές μόνο όταν είναι έγκαιρες. Ως εκ τούτου, σήμερα οι κλινικοί παιδοψυχολόγοι αναλαμβάνουν έναν πιο ενεργητικό ρόλο στον τομέα της έγκαιρης πρόληψης και παρέμβασης, βοηθώντας, για παράδειγμα, μητέρες οι οποίες αντιμετωπίζουν επιλόχειο κατάθλιψη, και αναπτύσσοντας προγράμματα που απευθύνονται σε νέους γονείς.

Κλινική Ψυχολογία και ενήλικες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας

Στο μεγαλύτερο μέρος του το κλινικό έργο πραγματοποιείται με ενήλικες ηλικίας από 18 έως 65 ετών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες σε ψυχολογικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της πρωτογενούς περίθαλψης οι κλινικοί ψυχολόγοι μπορεί να συνεργάζονται με συμβούλους ή να παραπέμπουν διάφορα περιστατικά σε συμβούλους, όταν κρίνουν πως αυτό είναι καταλληλότερο. Εν προκειμένω, οι υπηρεσίες των συμβούλων απευθύνονται κατά κύριο λόγο σε άτομα που παρουσιάζουν λιγότερο σύνθετα προβλήματα, τα οποία δεν απαιτούν εξαιρετικά δομημένες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης. Αντίθετα, μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω μιας παρέμβασης η οποία στοχεύει στην ελεύθερη συζήτηση των ανησυχιών, την αποσαφήνιση των δυσκολιών, την εκμάθηση πιο λειτουργικών τρόπων επίλυσης προβλημάτων, καθώς και στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων.

Επιπλέον, αρκετές παραπομπές προς τους κλινικούς ψυχολόγους προέρχονται από γενικούς γιατρούς, καθώς πολλά άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές, απευθύνονται αρχικά σε αυτούς. Άλλα συνήθη προβλήματα των πελατών των κλινικών ψυχολόγων είναι οι διαταραχές διατροφής, η κατάχρηση ουσιών, οι σύνθετες δυσκολίες σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων και οι μη επιλυμένες αντιδράσεις πένθους. Μάλιστα, πολλοί από αυτούς αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε περισσότερους από έναν τομείς, ενώ τα προβλήματά τους είναι συνήθως παρόντα για αρκετά χρόνια πριν ζητήσουν επαγγελματική βοήθεια. Τέλος, όλο και περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολόγων, συνειδητοποιούν ότι οι πολλοί πελάτες τους έχουν ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία. Για αρκετούς από αυτούς τους ανθρώπους τα ψυχολογικά ή / και τα σωματικά σημάδια της

κακοποίησης είναι τόσο βαθιά, ώστε χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία μέχρις ότου κατακτήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας στη ζωή τους.

Σύμφωνα με κλινικούς ψυχολόγους, οι οποίοι ασκούν το επάγγελμα για πολλά χρόνια, με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται μια σημαντική αύξηση όσον αφορά τη σοβαρότητα των αιτημάτων που τους παραπέμπονται. Θεωρητικά, τα πιο σοβαρά και μακροχρόνια προβλήματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της δευτερογενούς περίθαλψης. Εν τούτοις, πολλοί κλινικοί ψυχολόγοι, οι οποίοι εργάζονται σε υπηρεσίες του πρωτογενούς τομέα, βρίσκονται συχνά στη δυσάρεστη θέση να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της μη διαθεσιμότητας κατάλληλων υπηρεσιών δευτερογενούς περίθαλψης. Μάλιστα, αυτό συμβαίνει ακόμη και σε περιπτώσεις πελατών οι οποίοι έχουν πράγματι ανάγκη των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Αυτό το γεγονός προκαλεί αναπόφευκτα έντονο στρες στους επαγγελματίες του τομέα της πρωτογενούς περίθαλψης. Σε σχέση με αυτό το θέμα, μια ιδιαίτερα απαιτητική ομάδα πελατών είναι αυτή στην οποία δίνεται κατά κανόνα η διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει κατά κανόνα ένα μακρύ ιστορικό ενδοοικογενειακής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, ενώ η ενήλικη ζωή των συγκεκριμένων πελατών χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και συνεχών κρίσεων. Κατά συνέπεια, αποτελούν πραγματική πρόκληση για τους επαγγελματίες του πρωτογενούς τομέα περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολόγων, καθώς οι υπηρεσίες που είναι δυνατόν να προσφέρουν δεν είναι επαρκείς ή κατάλληλες, ώστε να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας πελατών.

Παρά τις προαναφερθείσες δυσκολίες και ελλείψεις τα πιο σοβαρά και μακροχρόνια προβλήματα εξακολουθούν να αντιμετωπίζονται στις υπηρεσίες της δευτερογενούς και τριτογενούς περίθαλψης. Στην πλειοψηφία τους τα περιστατικά που παραπέμπονται αφορούν διαταραχές, όπως είναι η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Οι κλινικοί ψυχολόγοι που εργάζονται στον τομέα της αποκατάστασης ψυχιατρικών περιστατικών προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εντός πολλών και διαφορετικών πλαισίων, όπως στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή και στο σπίτι του ασθενούς. Αν και στο ιστορικό αυτών των πελατών εντοπίζονται συχνά επανειλημμένες εισαγωγές σε νοσοκομειακά πλαίσια, εν τούτοις η άσκηση του κλινικού έργου στο πλαίσιο των νοσοκομειακών τμημάτων είναι εν γένει ανεπαρκής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών φαίνεται ότι μόνο ένα μικρό

ποσοστό των ενδονοσοκομειακών ασθενών σε τμήματα οξέων ψυχιατρικών περιστατικών έχει μια οποιαδήποτε επαφή με ψυχολόγο.

Κατά κανόνα, το θεραπευτικό έργο με άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά και επίμονα προβλήματα ψυχικής υγείας προϋποθέτει τη συνεχή συνεργασία με άλλους επαγγελματίες. Εν προκειμένω, οι κλινικοί ψυχολόγοι χρειάζεται να συνεργαστούν με τους ψυχιάτρους, οι οποίοι προτείνουν και ρυθμίζουν τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών, καθώς και με τους κοινοτικούς ψυχιατρικούς νοσηλευτές, τους συμβούλους επαγγελματικού προσανατολισμού και τους κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι συμμετέχουν στη διεπιστημονική προσπάθεια αντιμετώπισης του μεγάλου εύρους δυσκολιών που συνδέεται με τα μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας. Μεταξύ αυτών των δυσκολιών συμπεριλαμβάνονται η ανεργία, οι ακατάλληλες συνθήκες στέγασης και κατοικίας, τα οικονομικά προβλήματα και η απώλεια των σημαντικών υποστηρικτικών σχέσεων. Επιπρόσθετα, γίνεται λόγος για απώλεια ή και έλλειψη βασικών δεξιοτήτων οι οποίες είναι απαραίτητες προκειμένου το άτομο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της ζωής, όπως είναι η εμπιστοσύνη στον εαυτό ώστε να συναναστραφεί με άλλους ανθρώπους και η ικανότητα διαχείρισης των οικονομικών πόρων του.

Ολοκληρώνοντας, οι κλινικοί ψυχολόγοι οι οποίοι εργάζονται στον τομέα της ψυχιατρικής αποκατάστασης ενδέχεται να νιώσουν ματαιώση εάν θεωρήσουν ότι το έργο τους περιορίζεται στην εφαρμογή ψυχολογικών θεραπευτικών παρεμβάσεων σε ενδονοσοκομειακά πλαίσια (Goodwin, 2001). Αντ' αυτού, θα πρέπει να υιοθετήσουν μια πιο συστημική προοπτική. Με την ευρύτερη έννοια, κάτι τέτοιο σημαίνει ότι ο ρόλος τους είναι υποστηρικτικός του συνολικού συστήματος περίθαλψης, έτσι ώστε να παρέχεται το καλύτερο δυνατό επίπεδο υπηρεσιών στους πελάτες του. Δηλαδή, οι κλινικοί ψυχολόγοι θα πρέπει να στοχεύουν τόσο στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους πελάτες τους όσο και στην υποστήριξη του υπολοίπου προσωπικού.

Κλινική Ψυχολογία και άτομα της τρίτης ηλικίας

Οι υπηρεσίες των κλινικών ψυχολόγων που απευθύνονται σε ηλικιωμένους, δηλαδή άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, εντάσσονται σε μεγάλο βαθμό στον τομέα της δευτερογενούς, ή σε ορισμένες περιπτώσεις του τριτογενούς, τομέα περίθαλψης. Συχνά, χρειάζεται να γίνει διάκριση μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων τα οποία αντιμετωπίζουν οργανικά προβλήματα (π.χ. άνοια) και αυτών που

αντιμετωπίζουν μη οργανικά προβλήματα (π.χ. άγχος ή κατάθλιψη). Οι κλινικοί ψυχολόγοι εργάζονται θεραπευτικά και με τις δύο αυτές ομάδες πελατών σε πολλά και διαφορετικά πλαίσια (π.χ. νοσοκομεία ημέρας, κοινοτικές υπηρεσίες, ενδονοσοκομειακά τμήματα). Επιπλέον, μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και ως μέλη των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας. Οι παραπομπές που φτάνουν στις ομάδες αυτές προέρχονται πρωταρχικά από ψυχιάτρους, αλλά επίσης από γενικούς γιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς. Επίσης, οι ψυχολόγοι μπορούν να συνεργάζονται με διάφορες εθελοντικές οργανώσεις. Σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών σε άτομα νεότερα των 65 ετών εάν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μοιάζουν με αυτές που συναντώνται συχνότερα στα ηλικιωμένα άτομα π.χ. όπως στην περίπτωση της πρώιμης έναρξης της άνοιας. Τέλος, οι κλινικοί ψυχολόγοι μπορεί να εργάζονται σε ιατρικά πλαίσια τα οποία απευθύνονται ειδικά σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, κάποιες από τις υπηρεσίες που παρέχουν είναι εξειδικευμένες π.χ. αποκατάσταση μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ άλλες είναι περισσότερο γενικές π.χ. παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο νοσηλείας. Τα τελευταία χρόνια αρχίζουν να αναπτύσσονται υπηρεσίες για ηλικιωμένους στο πλαίσιο του πρωτογενούς τομέα περίθαλψης (BPS, 2002a).

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ατόμων δεν αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα. Εν τούτοις, όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο οι δυσκολίες τους μοιάζουν κατά κανόνα με αυτές των νεότερων σε ηλικία ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, συνήθη προβλήματα των ηλικιωμένων είναι αυτά που συνδέονται με το άγχος (Watts et al., 2002), τα οποία με τη σειρά τους ενδέχεται να συμβάλουν σε άλλου τύπου δυσκολίες, όπως αποτυχία ανάκαμψης μετά από μια πτώση. Εάν το άγχος δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ατόμων και κατά συνέπεια σε αύξηση του κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων σωματικής υγείας. Η κατάθλιψη αναγνωρίζεται πλέον ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία (Copeland et al., 1992). Όσον αφορά μια μειοψηφία ηλικιωμένων, η απώλεια και το πένθος την καθιστά ευάλωτη στην κατάθλιψη, στην αυξημένη θνησιμότητα και στον κίνδυνο αυτοκτονίας. Επιπλέον, μέχρι και 6 τοις εκατό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω προσβάλλονται από άνοια (π.χ. νόσο του Alzheimer), ενώ από την ίδια νόσο προσβάλλεται ποσοστό 20 τοις εκατό των ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω (Mann et al., 1992; Copeland et al., 1992). Τέλος, διάφορες δυσλειτουργικές συμπεριφορές, οι

οποίες εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία, ενδέχεται να οφείλονται ή να επιδεινώνονται λόγω οργανικών νόσων ή συναισθηματικών αντιδράσεων σε διάφορες μορφές απώλειας, όπως θάνατος συντρόφου, μετακόμιση σε οίκο ευγηρίας κ. λπ.

Ολοκληρώνοντας, σε ό,τι αφορά τα συνηθέστερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι με προβλήματα σωματικής υγείας δε θεωρούν τις δυσκολίες τους ως σημαντικό μειονέκτημα (Leonard and Burns, 2000). Εν τούτοις, ένα δυσανάλογο ποσοστό υποφέρει πράγματι από ψυχολογικές επιπλοκές σωματικών καταστάσεων, όπως π.χ. μετά από μια σοβαρή πτώση ή ένα αναπνευστικό πρόβλημα ή ένα εγκεφαλικό (Kiseley and Goldberg, 1996).

Το έργο των κλινικών ψυχολόγων οι οποίοι εργάζονται θεραπευτικά με ηλικιωμένους διέπεται από στις ίδιες αρχές οι οποίες ισχύουν για οποιαδήποτε άλλη ομάδα πελατών. Το άμεσο κλινικό έργο αφορά την εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο. Το έμμεσο κλινικό έργο περιλαμβάνει την εκπαίδευση και τη συμβουλευτική του προσωπικού και των φροντιστών σε μια μεγάλη ποικιλία πλαισίων. Παρά ταύτα, υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένους ανθρώπους (BPS, 2002a). Σε αυτές περιλαμβάνονται: οι βασικές γνώσεις γεροντολογίας, η προσαρμογή της θεραπείας ώστε να ανταποκρίνεται στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της συγκεκριμένης ηλικιακής κατηγορίας πελατών (π.χ. προετοιμασία για το θάνατο), η ύπαρξη περισσότερων ιατρογενών προβλημάτων, η ανάγκη πραγματοποίησης νευροψυχολογικής αξιολόγησης με στόχο την εκτίμηση της έκπτωσης σε επίπεδο γνωστικών λειτουργιών και τέλος η προκατάληψη που υπάρχει για την τρίτη ηλικία. Επιπλέον, υπάρχει διαρκής ανάγκη για συνεργασία με επαγγελματίες οι οποίοι ειδικεύονται σε γηριατρικά θέματα.

Η ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών για την τρίτη ηλικία μπορεί να θεωρηθεί ως μια διεκδικητική αντίδραση στον αποκλεισμό και στην προκατάληψη εναντίον των ηλικιωμένων. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται ότι οι ανάγκες τους δεν θα μπουν στο περιθώριο. Ωστόσο, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε μια παράδοξη συνέπεια αυτής της «θετικής αντιστάθμισης». Συγκεκριμένα, υπάρχει ο κίνδυνος του αποκλεισμού των ηλικιωμένων από την ισότητα πρόσβασης στις παραδοσιακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, λόγω ύπαρξης υπηρεσιών οι οποίες απευθύνονται ειδικά σε αυτούς. Μάλιστα, τα ευρήματα σχετικών ερευνών υποδεικνύουν ότι πολλοί ηλικιωμένοι, οι οποίοι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τη

βοήθεια των κλινικών ψυχολόγων, δεν παραπέμπονται ποτέ στις υπηρεσίες του δευτερογενούς τομέα περίθαλψης.

Άτομα με διανοητικές δυσκολίες

Κατά κανόνα, τα άτομα που αντιμετωπίζουν διανοητικές δυσκολίες παραπέμπονται από τους φροντιστές τους και άλλους επαγγελματίες, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, στους κλινικούς ψυχολόγους. Στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων οι παραπομπές μπορεί να προέρχονται από τον παιδίατρο, το δάσκαλο ή άλλον επαγγελματία στον τομέα της υγείας ή της εκπαίδευσης. Μια ιδιαιτερότητα, όσον αφορά αυτή την ομάδα πελατών, είναι ότι το αίτημα της παραπομπής περιγράφεται συχνά ως πρόβλημα συμπεριφοράς και όχι ως κάποιο κλινικό σύμπτωμα, όπως άγχος ή κατάθλιψη. Ένας λόγος μπορεί να είναι ότι τα άτομα με διανοητικές δυσκολίες ενδέχεται να δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να επικοινωνήσουν τα συναισθήματά και τις σκέψεις τους. Ως εκ τούτου τα συμπεριφοριστικά προβλήματα συγκαλύπτουν τις βασικότερες δυσκολίες τους, όπως το άγχος. Εν συγκρίσει με το γενικό πληθυσμό, η συγκεκριμένη ομάδα πελατών είναι περισσότερο ευάλωτη όσον αφορά την ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας, ενώ παρουσιάζουν επίσης περισσότερα (μερικές φορές μη διαγνωσμένα) προβλήματα σωματικής υγείας. Συνολικά, τόσο τα ψυχικά όσο και τα σωματικά προβλήματα υγείας αυτών των ατόμων, ενδέχεται να προκαλέσουν διαταραχές σε επίπεδο συμπεριφοράς λόγω των γενικότερων δυσκολιών τους στην επικοινωνία. Εν προκειμένω, έργο του κλινικού ψυχολόγου είναι να αξιολογήσει προσεκτικά το πρόβλημα ή τα προβλήματα του ατόμου και να αποφασίσει με ποιόν τρόπο θα μπορούσαν να επιλυθούν ή να ανακουφιστούν, εφαρμόζοντας τις μεθόδους και τις αρχές της επιστήμης της ψυχολογίας.

Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική θεραπεία, πολλοί κλινικοί ψυχολόγοι επιλέγουν συνήθως την εφαρμογή των συμπεριφοριστικών προγραμμάτων παρέμβασης. Εν τούτοις, τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται ταχύτατα και άλλες μορφές θεραπευτικών παρεμβάσεων, όπως οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές και οι συστημικές.

Κατά κανόνα, τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν δεν αφορούν αποκλειστικά το άτομο που παρουσιάζει διανοητικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, πολύ συχνά χρειάζονται βοήθεια οι φροντιστές ή τα μέλη του προσωπικού. Κατά συνέπεια,

ένα μεγάλο μέρος του έργου του κλινικού ψυχολόγου είναι έμμεσο και επικεντρώνεται στη συμβουλευτική και στην εκπαίδευση των φροντιστών και των μελών του προσωπικού. Μία από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η κλινική ψυχολογία στον τομέα αυτό είναι η ανάγκη για εφαρμογή πολυδιάστατων παρεμβάσεων, οι οποίες στοχεύουν σε περισσότερους από έναν τομείς της ζωής του ατόμου, όπως, λόγου χάρη, στην εκπαίδευση, στη στέγαση, στην εργασία κ. λπ.

Οι κλινικοί ψυχολόγοι, οι οποίοι εργάζονται με αυτή την ομάδα πελατών, συμμετέχουν συνήθως σε κοινοτικές διεπιστημονικές ομάδες μαζί με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, όπως ψυχιάτρους, νοσηλευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, φαρμακοποιούς και διαιτολόγους. Επιπλέον, κάποιοι κλινικοί ψυχολόγοι μπορεί να εργάζονται αποκλειστικά με παιδιά ή αποκλειστικά με ενήλικες, ενώ άλλοι μπορεί να εργάζονται θεραπευτικά με πελάτες όλων των ηλικιακών ομάδων.

Σήμερα, υπάρχει τόσο η ανάγκη όσο και η πρόκληση της εξειδίκευσης των κλινικών ψυχολόγων βάσει των αναγκών που παρουσιάζουν οι πελάτες τους. Στην περίπτωση των ατόμων με διανοητικές δυσκολίες οι κλινικοί ψυχολόγοι καλούνται συχνά να αντιμετωπίσουν σύνθετα προβλήματα, όπως, για παράδειγμα, διανοητικές δυσκολίες σε συνδυασμό με σοβαρά προβλήματα ψυχικής ή σωματικής υγείας. Τέλος, υπάρχει πάντα η ανάγκη συμμετοχής των κλινικών ψυχολόγων στην έρευνα και στην αξιολόγηση όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σημαντική αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής σε ό,τι αφορά αυτή την ομάδα πελατών, στην οποία συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό οι κλινικοί ψυχολόγοι. Μία από αυτές είναι η ανάπτυξη πελατοκεντρικών και ολιστικών μεθόδων παρέμβασης. Επίσης, οι κλινικοί ψυχολόγοι υπήρξαν εξαιρετικά δραστήριοι στην υποστήριξη και στην προώθηση της έννοιας της ενσωμάτωσης στην κοινωνία των ατόμων με διανοητικές δυσκολίες. Μία από τις προκλήσεις που θα χρειαστεί να αντιμετωπίσει η κλινική ψυχολογία στο μέλλον είναι από τη μια μεριά η υποστήριξη της πρακτικής της ενσωμάτωσης, ενώ από την άλλη θα εξακολουθεί να παρέχει υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται ειδικά και ανταποκρίνονται με ευαισθησία στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων με διανοητικές δυσκολίες.

Κλινική Ψυχολογία και άτομα που πάσχουν από σωματικές ασθένειες

Ο συγκεκριμένος τομέας αναπτύχθηκε όταν η φροντίδα της υγείας άρχισε σταδιακά να απομακρύνεται από την παραδοσιακή βιοιατρική προσέγγιση και να υιοθετεί μια προσέγγιση η οποία αναγνωρίζει τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην υγεία και στην ασθένεια. Σήμερα, είναι πλέον γνωστό ότι ένα όλο και μεγαλύτερο ποσοστό πρόωρων θανάτων και αναπηριών οφείλεται σε συμπεριφοριστικούς παράγοντες και παράγοντες που σχετίζονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής, πολλοί από τους οποίους έχουν ψυχολογικά αίτια.

Οι κλινικοί ψυχολόγοι που εργάζονται στον τομέα φροντίδας της σωματικής υγείας έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν σε προγράμματα προαγωγής της υγείας, στην άμεση και έμμεση φροντίδα των ασθενών, στη συμβουλευτική άλλων επαγγελματιών υγείας και στην έρευνα. Οι δύο κύριες ειδικότητες των ψυχολόγων οι οποίοι απασχολούνται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ο τομέας της σωματικής αποκατάστασης και η ψυχολογία της υγείας.

Υπηρεσίες σωματικής αποκατάστασης

Η πλειοψηφία των εξειδικευμένων υπηρεσιών σωματικής αποκατάστασης παρέχεται στο πλαίσιο διεπιστημονικών ομάδων τόσο σε ενδονοσοκομειακές όσο και σε κοινοτικές δομές. Οι περισσότερες υπηρεσίες απευθύνονται σε άτομα ηλικίας από 18 έως 65 ετών. Πρόκειται για άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κατά κύριο λόγο τραυματικές και μη τραυματικές εγκεφαλικές βλάβες, κινητικές διαταραχές και άλλες νευρολογικές διαταραχές και ρευματικές παθήσεις. Ο ασθενής μεταφέρεται συνήθως σε μια εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή μονάδα αποκατάστασης αμέσως μετά την οξεία φάση της νόσου ή του τραυματισμού του. Σε αυτό το στάδιο η ομάδα πραγματοποιεί μια πλήρη διεπιστημονική αξιολόγηση, στην οποία συμμετέχουν ψυχολόγοι, γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και άλλες ειδικότητες.

Οι στόχοι των υπηρεσιών κλινικής ψυχολογίας στον τομέα της σωματικής αποκατάστασης αφορούν α) την αξιολόγηση και συμβουλευτική όσον αφορά τη διαχείριση των νευρολογικών ελλειμμάτων, β) αξιολόγηση και παρέμβαση ώστε να υπάρξει αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχολογικών συνεπειών της σωματικής αναπηρίας σε όλα τα επίπεδα, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, γ) αποκατάσταση της λειτουργικότητας μετά από τραυματισμό π.χ. εγκεφαλική βλάβη, δ) πρόληψη της επιδείνωσης της νόσου ή / και των υποτροπών, ε) διαχείριση της επιδείνωσης των προοδευτικών ασθενειών, στ) εκπαίδευση και υποστήριξη των οικογενειών και των φροντιστών των ασθενών.

Το ενδονοσοκομειακό πλαίσιο χρησιμοποιείται κυρίως για τους σκοπούς της αξιολόγησης, της πρόληψης της επιδείνωσης και της αποκατάστασης της λειτουργικότητας. Το υπόλοιπο έργο πραγματοποιείται σε κοινοτικά πλαίσια (π.χ. στο σπίτι του ασθενούς, στο τοπικό κέντρο υγείας κ. λπ) με στόχο να παρακολουθούνται οι ασθενείς μετά το εξιτήριο και να υποστηρίζονται εκείνοι οι οποίοι αντιμετωπίζουν προοδευτικά επιδεινούμενες ασθένειες.

Οι κλινικοί ψυχολόγοι οι οποίοι εργάζονται στον τομέα της αποκατάστασης μπορούν να χρησιμοποιούν διαφορετικές προσεγγίσεις, όπως ατομική ψυχοθεραπεία, εξειδικευμένες παρεμβάσεις σε ζευγάρια π.χ. ψυχοσεξουαλική συμβουλευτική, ομαδικές παρεμβάσεις και ομάδες υποστήριξης, και συμβουλευτική σε άτομα που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς, είτε πρόκειται για επαγγελματίες είτε για μέλη της οικογένειας του ασθενούς. Οι εξειδικευμένες γνώσεις και οι δεξιότητες του κλινικού ψυχολόγου είναι εξαιρετικής σπουδαιότητας, δεδομένων των νευρολογικών και γνωστικών συνεπειών της νόσου με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπη η πλειοψηφία των ασθενών. Κατά συνέπεια, πολλοί κλινικοί ψυχολόγοι στον τομέα της αποκατάστασης αποκτούν περαιτέρω εξειδίκευση στη νευροψυχολογία, αλλά και σε εξειδικευμένους τομείς, όπως είναι η ρευματολογία και οι νευρολογικές διαταραχές.

Ψυχολογία της υγείας

Η ψυχολογία της υγείας είναι αναγνωρισμένος τομέας της Βρετανικής Ψυχολογικής Εταιρείας με καθορισμένους σκοπούς, όπως η επιστημονική μελέτη των ψυχολογικών διεργασιών που ενυπάρχουν στην υγεία, στην ασθένεια και στη φροντίδα της υγείας και η ανάπτυξη επιστημονικών δεξιοτήτων στην έρευνα, στη συμβουλευτική και στην εκπαίδευση / διδασκαλία (Health Psychology, AGM, 2000). Επιπρόσθετα, ο εν λόγω κλάδος στοχεύει στην εφαρμογή της ψυχολογίας αναφορικά με την προαγωγή και διατήρηση της υγείας, την ανάλυση και βελτίωση του συστήματος υγείας και της επίσημης πολιτικής σε ό,τι αφορά την υγεία και την πρόληψη της ασθένειας και των αναπηριών και την ενίσχυση των δυνατοτήτων όσων πάσχουν από κάποια ασθένεια ή αναπηρία

Ο τομέας της Ψυχολογίας της Υγείας έχει διαμορφώσει βασικά κριτήρια επάρκειας όσον αφορά την επαγγελματική εξειδίκευση στο συγκεκριμένο αντικείμενο, στα οποία μπορούν να ανταποκριθούν οι κλινικοί ψυχολόγοι μέσω περαιτέρω ακαδημαϊκής μελέτης και έρευνας, σε συνδυασμό με σχετική πρακτική άσκηση (βλ. και NEWSLETTER της European Association of Health Psychology) .

Η πλειοψηφία των ασθενών που παραπέμπονται στους ψυχολόγους της υγείας για ψυχολογική αξιολόγηση και υποστήριξη αντιμετωπίζουν χρόνιες ή / και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η ηλικία τους ξεκινά από τα 18 έτη και πάνω και δεδομένου ότι οι περισσότερες ασθένειες είναι εκφυλιστικές εμφανίζεται η τάση να μην υπάρχει ανώτατο όριο ηλικίας. Οι παραπομπές προέρχονται κυρίως από νοσοκομειακούς συμβούλους ή άλλες ειδικότητες (π.χ. γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό στο ιατρείο πόνου, την ογκολογική μονάδα κ. λπ).

Ένας μικρότερος αριθμός ασθενών παραπέμπεται από τους γενικούς γιατρούς. Οι ψυχολόγοι της υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε αυτή την ομάδα πελατών όταν το άτομο βιώνει επίμονη ψυχολογική ανησυχία και δυσφορία πέρα από τα «φυσιολογικά» όρια π.χ. κλινικό άγχος και κατάθλιψη, όταν χρειάζεται βοήθεια για να αντιμετωπίσει ή να καλυτερεύσει συμπτώματα όπως είναι ο πόνος ή οι παρενέργειες της θεραπείας, όπως ναυτία και έμετος και όταν αυτός και η οικογένεια του χρειάζονται βοήθεια ώστε να λάβουν δύσκολες ή σύνθετες αποφάσεις όσον αφορά τη θεραπεία του πρώτου.

Επιπρόσθετα, οι ψυχολόγοι της υγείας βοηθούν την εν λόγω ομάδα πελατών ούτως ώστε να διαχειριστούν και να ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους αναφορικά με τη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες,

Επιπλέον οι κλινικοί ψυχολόγοι της υγείας πραγματοποιούν αξιολογήσεις των γνωστικών λειτουργιών όταν υπάρχει π.χ. υποψία εγκεφαλικής βλάβης, η οποία ενδεχομένως επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων και / ή τις διαθέσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης του ατόμου.

Οι ψυχολόγοι οι οποίοι εργάζονται στο συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο πραγματοποιούν συστηματικές αξιολογήσεις και προτείνουν ή πραγματοποιούν τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μια μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών παρεμβάσεων μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανάλογα με την εξειδίκευση του θεραπευτή. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση, η ψυχοδυναμική προσέγγιση και η διαπροσωπική προσέγγιση στη θεραπεία.

Οι παρεμβάσεις μπορεί να πραγματοποιούνται σε ατομική βάση, σε ζευγάρια ή σε ομάδες και προϋποθέτουν ένα ευέλικτο και προσαρμοστικό πλαίσιο εργασίας και θεραπείας. Επιπλέον, μια συνηθισμένη μορφή των παρεμβάσεων των ψυχολόγων υγείας είναι η συμβουλευτική η οποία απευθύνεται σε άλλους επαγγελματίες της υγείας, η οποία αντιπροσωπεύει ένα είδος συστημικής προσέγγισης στην παρέμβαση.

Επιπλέον, οι ψυχολόγοι της υγείας όλο και περισσότερο συμμετέχουν στο έργο του σχεδιασμού και της ανάπτυξης υπηρεσιών.

Άλλοι τομείς παρεμβάσεων είναι αυτοί που σχετίζονται με την πρωτογενή και δευτερογενή περίθαλψη, όπως λόγω χάρη στην περίπτωση της πρόληψης της υπέρτασης και των καρδιοαγγειακών νοσημάτων. Τα ευρήματα ενός συνόλου ερευνών (Patel et al., 1985; Lewin et al., 1992) υποδεικνύουν ότι οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι, η συμβουλευτική και οι γνωσιακές παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικές όσον αφορά τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης τέτοιου είδους νοσημάτων.

Επιπλέον, οι ψυχολόγοι της υγείας μπορεί να εργάζονται ως μέλη διεπιστημονικών ομάδες (π.χ. ομάδα για την αντιμετώπιση νοσημάτων θώρακος) ή μπορεί να ασχολούνται εξατομικευμένα με παραπομπές που απευθύνονται στους ίδιους. Λόγω της κοινής πλέον αναγνώρισης του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία και στην ασθένεια, η κλινική ψυχολογία μπορεί να προσφέρει μια νέα και σημαντική προοπτική όσον αφορά την υγεία τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, οι αρχές και οι θεωρητικές προσεγγίσεις της ψυχολογίας μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην οργάνωση των υπηρεσιών όσο και της ίδιας της πολιτικής για την υγεία, έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να ανταποκρίνονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες του πληθυσμού.

Ενήλικες οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών

Η υπέρμετρη χρήση αλκοόλ, νικοτίνης και άλλων ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε μια μεγάλη ποικιλία σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Μεταξύ των πιο σοβαρών από αυτά είναι ο καρκίνος, τα καρδιακά νοσήματα, τα λοιμώδη νοσήματα, η εξάρτηση, η γνωστική έκπτωση, η κατάθλιψη, οι αυτοκτονίες, η διάλυση των οικογενειακών σχέσεων, η απώλεια της εργασίας, η παραβατική συμπεριφορά κ.α. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ένας όλο και μεγαλύτερος αριθμός παιδιών και εφήβων εμφανίζουν προβλήματα τέτοιου είδους (Department of Health, 1999b).

Η εξειδικευμένη βοήθεια προς άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν τα εν λόγω προβλήματα παρέχεται κατά κανόνα στο πλαίσιο διεπιστημονικών ομάδων, στις οποίες συμμετέχουν ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί

λειτουργοί. Παραδοσιακά, τέτοιες ομάδες λειτουργούν στο επίπεδο της δευτερογενούς περίθαλψης. Πιο πρόσφατα, αυτές οι υπηρεσίες έχουν αρχίσει και επεκτείνονται προς την κοινότητα, όπως τα κέντρα υγείας, και λειτουργούν πιο συνολικά, ολοκληρωμένα και ενιαία με υπηρεσίες του πρωτογενούς τομέα περίθαλψης και τις κοινοτικές υπηρεσίες.

Ειδικά στη Μεγάλη Βρετανία, από το τέλος της δεκαετίας του 1980 λόγω της εξάπλωσης του ιού HIV έχει αρχίσει να αυξάνει ο αριθμός των υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών. Οι περισσότεροι κλινικοί ψυχολόγοι οι οποίοι εργάζονται στον τομέα αυτό, συμμετέχουν σε διεπιστημονικές ομάδες, γεγονός που αντανακλά τις πολλαπλές ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας πελατών.

Το έργο ενός κλινικού ψυχολόγου σε αυτό τον τομέα εμφανίζει μεγάλη ποικιλομορφία. Κατ' αρχήν οι ψυχολόγοι πραγματοποιούν αξιολογήσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο να βοηθηθούν οι ασθενείς να αλλάξουν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά τους. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος της κατάχρησης και τα διαθέσιμα ψυχικά αποθέματα του ατόμου, οι στόχοι της θεραπείας μπορεί να διαφοροποιούνται από την πλήρη αποχή από τις ουσίες έως την ελεγχόμενη χρήση ή τη μείωση του κινδύνου που διατρέχει το άτομο π.χ. συνέχιση της χρήσης προς το παρόν αλλά όχι ενδοφλεβίως. Η θεραπεία είναι δυνατόν να πραγματοποιείται σε ατομικό, ομαδικό, συζυγικό ή οικογενειακό επίπεδο. Στις προσεγγίσεις που ακολουθούνται περιλαμβάνονται η πελατοκεντρική συμβουλευτική, η συμπεριφοριστική μέθοδος, η μέθοδος της επίλυσης προβλημάτων και η γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση. Διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί από ψυχολόγους, έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί το γεγονός ότι πολλοί χρήστες ουσιών βιώνουν έντονη αμφιθυμία σε σχέση με το ενδεχόμενο αλλαγή τους. Το πολυδιάστατο μοντέλο της αλλαγής (Prochaska et al., 1992) υποστηρίζει ότι η αλλαγή είναι μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων διεργασιών, η οποία συνίσταται από αρκετά διαφορετικά στάδια (π.χ. σχεδιάζω μια αλλαγή έναντι του να δράσω με την πρόθεση να αλλάξω). Το θεραπευτικό έργο που χρειάζεται να εκπληρωθεί σε ένα στάδιο ενδέχεται να είναι ακατάλληλο για ένα άλλο. Η επιτυχία της θεραπείας εξαρτάται από την ακρίβεια της αξιολόγησης όσον αφορά το στάδιο στο οποίο έχει φτάσει το άτομο. Το στάδιο της υποτροπής περιλαμβάνεται σε αυτό το μοντέλο, δεδομένου ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών συχνά υποτροπιάζουν έως ότου επιτύχουν μια πιο μακρόχρονη περίοδο σταθερότητας

στη συμπεριφορά τους. Ως εκ τούτου, η θεραπεία είναι κατά κανόνα μακροχρόνια. Η θεραπεία η οποία εστιάζεται στην κινητοποίηση είναι ένα καινοτόμο σύνολο τεχνικών το οποίο στοχεύει να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει επίγνωση και ενόραση των προτερημάτων και των μειονεκτημάτων της αλλαγής και να αναπτύξει μια δέσμευση σε σχέση με την πρόθεση να αλλάξει (Miller & Rollinck, 1991).

Επιπλέον, ο κλινικός ψυχολόγος μπορεί να προσφέρει θεραπεία για προβλήματα που συνυπάρχουν με τη χρήση, όπως είναι η κατάθλιψη, τα οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ή ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη του προβλήματος της χρήσης. Επίσης, οι κλινικοί ψυχολόγοι καλούνται σε ορισμένες περιπτώσεις να πραγματοποιήσουν μια νευροψυχολογική αξιολόγηση, δεδομένου ότι η βαριά κατάχρηση ουσιών, ειδικά σε ό,τι αφορά το αλκοόλ ή τις βενζοδιαζεπίνες, ενδέχεται να προκαλέσει μόνιμες γνωστικές βλάβες. Οι πληροφορίες που συλλέγονται κατά την αξιολόγηση μπορεί να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση ενός θεραπευτικού πλάνου. Τέλος, όπως συμβαίνει και με άλλες ειδικότητες, οι κλινικοί ψυχολόγοι λόγω της εκπαίδευσης τους συμμετέχουν στη διεξαγωγή ερευνών, συμπεριλαμβανομένου των ερευνών για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τη χρήση ουσιών.

Με στόχο να καλυφθούν οι μεγάλες ανάγκες που υπάρχουν πλέον στον τομέα αυτό, διατυπώνεται η άποψη ότι για λόγους κόστους - οφέλους οι κλινικοί ψυχολόγοι θα πρέπει να στραφούν προς την κατεύθυνση της εκπαίδευσης, της εποπτείας και της συμβουλευτικής άλλων επαγγελματιών και μελών του προσωπικού. Πρόκειται για μια προσέγγιση σε επίπεδο συστήματος η οποία αποκτά όλο και μεγαλύτερη σπουδαιότητα.

Κλινική νευροψυχολογία

Οι κλινικοί νευροψυχολόγοι εργάζονται σε διάφορα πλαίσια με πελάτες οι οποίοι καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ηλικιών. Οι περισσότεροι πελάτες τους αντιμετωπίζουν κάποια νευρολογική πάθηση, με συνηθέστερες την εγκεφαλική βλάβη, την άνοια ή κάποιο καρδιακό επεισόδιο. Επιπλέον, συμμετέχουν πολύ συχνά στη διαδικασία της διαφοροδιάγνωσης (π.χ. διάκριση άνοιας από κατάθλιψη). Κατά κανόνα, εργάζονται στο δευτερογενή ή στον τριτογενή τομέα περίθαλψης, σε ενδονοσοκομειακά πλαίσια, εξειδικευμένες μονάδες αποκατάστασης ή ως μέλη διεπιστημονικών ομάδων αποκατάστασης σε κοινοτικές δομές.

Οι ψυχολόγοι οι οποίοι εργάζονται σε αυτό τον τομέα έχουν ιδιαίτερα μεγάλη εμπειρία στη χορήγηση και στην ερμηνεία δεδομένων που συλλέγονται από μια νευροψυχολογική αξιολόγηση. Κατά το έργο αυτό ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την παρακολούθηση της υποκείμενης εγκεφαλικής λειτουργίας και της σχέσης της με τη συμπεριφορά, παρά για τη μέτρηση μιας αφηρημένης εννοιολογικής κατασκευής, όπως είναι ο δείκτης νοημοσύνης. Αυτό σημαίνει ότι η κλινική συνέντευξη και τα ποιοτικά δεδομένα της αξιολόγησης έχουν συχνά μεγαλύτερη σημασία απ' ό,τι τα αριθμητικά δεδομένα που προκύπτουν από τα τεστ. Κατά κανόνα, οι νευροψυχολόγοι ενδιαφέρονται για ένα μεγάλο εύρος γνωστικών λειτουργιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η αντίληψη, η μνήμη και η μάθηση, η προσοχή, η γλώσσα και οι οπτικοχωρικές δεξιότητες. Επίσης, ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για τις εκτελεστικές λειτουργίες, δηλαδή αυτές που επιτρέπουν τον προγραμματισμό, την επίλυση προβλημάτων και την επιλογή ευέλικτων στοχοκατευθυνόμενων συμπεριφορών. Συνολικά, πρόκειται για σημαντικές λειτουργίες οι οποίες συνδέονται με τις μακροχρόνιες συνέπειες μιας εγκεφαλικής βλάβης, αλλά συχνά δεν εντοπίζονται από τα παραδοσιακά τεστ νοημοσύνης. Οι νευροψυχολόγοι ενδιαφέρονται επίσης να εκτιμήσουν το συναισθηματικό αντίκτυπο της νόσου, όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη και οι αλλαγές της προσωπικότητας, τα οποία παρατηρούνται συχνά μετά από μια νευρολογική βλάβη. Τα λεπτομερή δεδομένα που συλλέγονται από μια τέτοια αξιολόγηση μπορεί να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα όσον αφορά τη διάγνωση και παρέχουν επίσης χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που τα νευρολογικά συμπτώματα επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Εν συνεχεία, αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται ώστε να κατευθυνθούν κατάλληλα οι προσπάθειες αποκατάστασης, καθώς και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης.

Οι κλινικοί νευροψυχολόγοι αναπτύσσουν προγράμματα αποκατάστασης για τους πελάτες τους τα οποία πραγματοποιούνται ατομικά ή ομαδικά. Κάποια από τα προγράμματα αποκατάστασης μπορεί να περιλαμβάνουν δραστηριότητες γνωσιακής αποκατάστασης με στόχο την αποκατάσταση των λειτουργιών που έχουν επηρεαστεί, εν τούτοις αυτές παρουσιάζουν γενικά μικρή αποτελεσματικότητα. Ο χρόνος της θεραπείας αφιερώνεται στην παροχή βοήθειας προς τους πελάτες, ώστε να αναπτύξουν νέες δεξιότητες αλλά και αντισταθμιστικές στρατηγικές με τις οποίες να βελτιώσουν τα γνωστικά ελλείμματά τους π.χ. μάθηση μέσω της χρήσης μνημονικών βοηθημάτων. Επίσης, πολλοί κλινικοί νευροψυχολόγοι παρέχουν ατομική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, των αγχωδών διαταραχών και των

προβλημάτων διαχειρίσεις του θυμού, τα οποία είναι συνηθισμένα μετά από κάποια νευρολογική βλάβη. Εκτός από τους ίδιους τους πελάτες, η βοήθεια μπορεί να απευθύνεται στα μέλη των οικογενειών τους. Επίσης, μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ώστε να διαμορφώσουν κατάλληλα το περιβάλλον για τον ασθενή, αλλά και να διαχειριστούν δικά τους προβλήματα.

Μέχρι πρόσφατα, οι κλινικοί νευροψυχολόγοι ήταν κλινικοί ψυχολόγοι οι οποίοι εκδήλωναν ενδιαφέρον για τη νευροψυχολογία, μέσω της πρακτικής άσκησης ή της συμμετοχής τους σε σχετικές έρευνες. Αυτό το γεγονός βρίσκεται πλέον σε διαδικασία αλλαγής, καθώς ο Τομέας Νευροψυχολογίας στοχεύει να αναπτύξει και να θέσει σε εφαρμογή εκπαιδευτικά προγράμματα ειδίκευσης στην κλινική νευροψυχολογία.

Κλινική ψυχολογία σε δικαστικά πλαίσια

Οι κλινικοί ψυχολόγοι οι οποίοι εργάζονται σε δικαστικά πλαίσια διαφέρουν κατά πολλούς τρόπους από τους συναδέλφους τους που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας ενηλίκων. Πρώτον, στο έργο τους υπάρχει ο προβληματισμός για τον κίνδυνο που διατρέχουν άλλοι άνθρωποι. Δεύτερον, παρότι προσφέρεται θεραπευτικό έργο, σε αυτό συμπεριλαμβάνεται το συμφέρον τρίτων ατόμων, καθώς και η ανάγκη συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες, όπως είναι η αστυνομία και οι υπηρεσίες επιτήρησης των αποφυλακισμένων. Στο δικαστικό πλαίσιο δεν υπάρχουν παγιωμένοι τρόποι παρέμβασης. Εν τούτοις, στο συγκεκριμένο πεδίο πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο η συμβουλευτική (η οποία μπορεί να απευθύνεται και στο προσωπικό), η αξιολόγηση της επικινδυνότητας και η εξειδικευμένη θεραπεία.

Η παρέμβαση πραγματοποιείται στο πλαίσιο νοσοκομείων υψηλής ασφαλείας, αλλά και σε κατά τόπους υπηρεσίες μικρότερης ασφαλείας. Δεδομένου του υψηλού ποσοστού προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι παραβάτες, όσοι διαγιγνώσκονται με ψυχική διαταραχή θα πρέπει να παραπέμπονται σε κάποιο νοσοκομειακό πλαίσιο και όχι στη φυλακή, όπως στην περίπτωση πολύ βαριών εγκλημάτων π.χ. βιασμός, ανθρωποκτονία και εμπρησμός.

Μια αμφιλεγόμενη διάσταση της εργασίας σε δικαστικά πλαίσια είναι η λειτουργία του κοινωνικού ελέγχου που αυτή συνεπάγεται, η οποία αφορά τον προβληματισμό για τη δημόσια ασφάλεια και τη δυνατότητα προφυλάκισης όταν κρίνεται αναγκαία σύμφωνα με το νόμο. Πρόκειται για ένα θέμα το οποίο έχει έρθει

πρόσφατα στο προσκήνιο σε συζητήσεις σχετικά με την προληπτική προφυλάκιση ανθρώπων οι οποίοι παρουσιάζουν σοβαρή και επικίνδυνη διαταραχή προσωπικότητας. Η Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία υποστηρίζει ότι οποιαδήποτε συζήτηση για την επικινδυνότητα και την προληπτική προφυλάκιση ατόμων που θεωρούνται επικίνδυνα θα πρέπει να αποτελούν αντικείμενο αρμοδιότητας της ποινικής δικαιοσύνης και όχι της νομοθεσίας που αφορά εν γένει την ψυχική υγεία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbot, A. (1988). *The System of the Professions*. London: University of Chicago Press.
- Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (eds.). (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fourth edition. New York John Wiley & Sons.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. and Neufeldth, S.A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin, A.E. and S.L. Garfield, (eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fourth edition. New York John Wiley & Sons.
- Bridgeman, P.W. (1927). *The Logic of Modern Physics*. New York: Macmillan.
- British Psychological Society (2001c). Division of Clinical Psychology's Special Interest Group in Children and Young People: Position Paper. *Guidelines for Commissioning and Purchasing Child Clinical Psychology Services*. Leicester: BPS.
- British Psychological Society (2002a). *Clinical Psychology Services for Older People in Primary Care*. Division of Clinical Psychology Occasional Paper No. 4. Leicester: BPS.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. London: Routledge.
- Claridge, G.S., and Brooks, D.N. (1973). A survey of applicants for the Glasgow MSc course in clinical psychology: some applications for selection and training. *Bulletin of the British Psychological Society*, 26:123-127.
- Conway, C., and MacLeod, A. (2002). Well-being: its importance in clinical practice and research. *Clinical Psychology*, 16:26-29.

- Copeland, J., Davidson, I., Dewy, M., Gilmore, C., Larkin, B., McWilliam, C., Saunders, P., Scott, A., Sharman, V. and Sullivan, C. (1992). Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudo-dementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *British Journal of Psychiatry*, 161: 230-239.
- Corrie, S and Callahan, M. (2000). A review of the scientist-practitioner model. *British Journal of Medical Psychology*, 73:413-427.
- Dadds, M.R. (1995). *Families, Children, and the Development of Dysfunction*. London: Sage.
- Danziger, K. (1997). *Naming the Mind: How Psychology found its Language*. London: Sage.
- Department of Health (1999b). *Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management*. London: HMSO.
- Duncker, K. (1945). On problem solving. *Psychological Monographs*, 58: 1-113(Trans. L.S. Lees).
- Eysenck, H. J. (1949). Training in clinical psychology: an English point of view. *American Psychologist*, 4: 173-1
- Eysenck, H. J. (1952). *The Scientific Study of Personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fleck, J. (1998) Expertise: knowledge, power and tradeability. In R. Williams, W. Faulkner and J. Fleck (eds) *Exploring Expertise: Issues and perspectives*. Basingstoke: Macmillan.
- Gallagher, H. and Brosnan, N. (2001). Evaluating the supervision experiences of assistant psychologists. *Clinical Psychology*, 8: 39-42.
- Gilbert, P. (2002a). Understanding the biopsychosocial approach: I. Conceptualization. *Clinical Psychology*, 14: 13-17.
- Gilbert, P. (2002b). Understanding the biopsychosocial approach: II. Individual and social interventions. *Clinical Psychology*, 15: 28-32.
- Goodwin, A. (2001). Uses and misuses of clinical psychology in the mental health rehabilitation system. *Clinical Psychology*, 1: 37-41.
- Hall, J. and Firth – Cozens, J. (2000). *Clinical Governance in the NHS: a Briefing*. Division of Clinical Psychology Information Leaflet No. 4. Leicester: BPS.
- Health Psychology AGM (2000). *Minutes of Health Psychology AGM*. Leicester: British Psychological Society.

- Hoffman, R.R. (1998). How can expertise be defined? Implications of research from cognitive psychology. In R. Williams, W Faulkenr and J. Fleck (eds) *Exploring Expertise: Issues and Perspectives*. Basingstoke: Macmillan.
- Horvath, A. O. and Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38: 139-149.
- Jones, D. and Elcock, J. (2001). *History and Theories of Psychology*. London: Arnold.
- Kelly, G.(1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kennedy, P. and Llewelyn, S. (2001). Does the future belong to the scientists practitioner? *The Psychologist*, 14 (2): 74-78.
- Kiseley, S. R. and Goldberg, D. P. (196). Physical and psychiatric co-morbidity in general practice. *British Journal of Psychiatry*, 169: 236-242.
- Krupnick, L.J., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. and Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: finding in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programme. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 532-539.
- Lambert, M. J. and Bergin, A.E. (1983). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In C.E. Walker (ed.). *The Handbook of Clinical Psychology*, Vol. 1. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, pp. 205-241.
- Leahey, T. H. (2001). *A History of Modern Psychology*. Third edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Leonard, R. and Burns, A. (2000). The paradox of older women's health. In J.M. Ussher (ed). *Women's Health. Contemporary International Perspectives*. Leicester: BPS.
- Lewin. B. et al. (1992). Effects of self – help post – myocardial infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet*, 339: 1036-1040.
- MacLeod, A., and Moore, R. (2000). Positive thinking revisited: positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7: 1-10.
- Mann, A.H. et al. (1992). The Gospel Oaks Study: the prevalence and incidence of dementia in an inner city area of London. *Neuroepidemiology*, 11 (Supplement 1): 76-79.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. and Ford, T. (2000). *The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain*. London: Office of National Statistics.

- Miller, R. and Wilson, J. (1998). "I could do that!": competence, roles and training in the delivery of psychological healthcare. *Clinical Psychology Forum*, 116: 15-18.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing – Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Orlinsky, D.E. and Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. Third edition
- O'Sullivan, K. R., and Dryden, W. (1990). A survey of clinical psychologists in the south-east Tgane health region: activities, role and theoretical orientation. *Clinical Psychology Forum*, 29 : 21-26.
- Patel C. et al. (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: a four year follow up. *British Medical Journal*, 290: 1103-1106.
- Payne, R.W. and Firth, J. (1953). *Stress In Health Professionals*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Priest, R. G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M & Tylee, A. (1996). Lay peoples attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal*, 313: 858-859.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. and Norcross. J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9): 1102-1114.
- Roger C. (1957). The necessary and sufficient conditions for personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21: 95-103.
- Seligman, M., and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.
- Slade, M. (2002). Biopsychosocial psychiatry and clinical psychology. *Clinical Psychology*, 9: 8-12.
- Slife, B.D., and Williams, R.N. (1995). *Whats Behind the Research: Discovering Hidden Assumptions in the Behavioral Sciences*. London: Sage.
- Stevens, S.S. (1939). Psychology and the science of science. *Psychology/Psychological Bulletin*, 36: 221-263.
- Thompson, B. (1999). If statistical significance test are broken/misused, what practices should supplement or replace them? *Theory and Psychology*, 9(2):165-181.
- Thomson, B. (2001). The popular, the practical and the professional : psychological identities in Britain, 1901-1950. In G.C. Bunn, A.D. Lovie and G.D. Richards (eds)

Psychology in Britain. Leicester: BPS Books, pp. 115-132.

Vasco, A. B., Garcia-Marques, L., and Dryden, W. (1993). "Psychotherapist know thyself?" dissonance between metatheoretical and personal values in psychotherapists of different theoretical orientations. *Psychotherapy Research*, 3 (3): 181-196.

Watts, S.C., Bhutani, C.E., Stout, I.H., Ducker, G.M., Cleator, P.J., McGarry, J. and Day, M. (2002). Mental health in older adult recipients of primary care services: is depression the key issue; Identification, treatment and the general practitioner. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (5): 427-437.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΡ. ΠΑΞΙΝΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

1 ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1 Ιστορική αναδρομή στην εμφάνιση των Ασύλων στην Ευρώπη

Τα Ψυχιατρικά άσυλα δημιουργήθηκαν στην Ευρώπη τη χρονική περίοδο μεταξύ των τελών του 18^{ου} και των αρχών του 19^{ου} αιώνα. Πρόκειται για τη χρονική στιγμή κατά την οποία για πρώτη φορά, ψυχιατρικοί ασθενείς συγκεντρώθηκαν μαζί με άλλες κοινωνικές ομάδες του περιθωρίου και εγκλείστηκαν σε ολοκληρωτικά ιδρύματα αποτελώντας τον μοναδικό τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Η εμφάνισή τους συνδέθηκε με συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές σε χώρες όπως η Αγγλία και η Γαλλία, μέσα από τη διάλυση ενός πολύμορφου καθεστώτος αρωγής και την ανάπτυξη της φιλανθρωπίας από την ανερχόμενη αστική τάξη. Οι προκαπιταλιστικές Ευρωπαϊκές κοινωνίες παρουσιάζονται να βιώνουν και να ενσωματώνουν με διαφορετικούς τρόπους τις συμπεριφορές των μελών τους, οι οποίες αρκετά χρόνια αργότερα εντάχθηκαν και ταξινομήθηκαν ως ψυχικές διαταραχές.

Στην Δυτική Ευρώπη την περίοδο του Μεσαίωνα η «τρέλα» ερμηνεύτηκε ως κυριαρχία υποχθόνιων δυνάμεων, ως ένα εν ζωή «παρόν του θανάτου» - ως μια εσατολογική μορφή που συγγένευε με τη μαγεία-. Η καθολική εκκλησία είχε αναλάβει αυτή την εποχή την αντιμετώπιση «αφύσικων» ψυχικών εκδηλώσεων (Φουκώ, 1964) με εξορκισμούς και οργάνωση «πυρών των μαγισσών».

Η Αναγέννηση σύμφωνα με τον Foucault τοποθέτησε στη θέση της απειλητικής και υποχθόνιας δύναμης μια τρέλα πολλές φορές αστεία, ευχάριστη, μια τρέλα που αποκάλυπτε και προκαλούσε τις κοινωνικές συμβατικότητες. Η αντίληψη

αυτή αντιπροσωπεύτηκε στη λογοτεχνία και στο θέατρο της εποχής και προκάλεσε διαφορετικούς κοινωνικούς χειρισμούς ανάλογα με την περίπτωση.

Στα Βαλκάνια κατά τους βυζαντινούς και οθωμανικούς χρόνους παρατηρείται μια διαφορετική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, που είναι ενδεικτική της διαφορετικής κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης και των διαφορετικών θρησκευτικών αντιλήψεων της περιοχής σε σχέση με αυτές της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης (Πλουμπίδης, 1989). Τον κύριο ρόλο στην αντιμετώπιση και την περίθαλψη των πασχόντων και των οικογενειών τους έπαιζε η ορθόδοξη χριστιανική εκκλησία.*¹

Στους βυζαντινούς χρόνους οι ψυχιατρικοί ασθενείς που δεν παρουσίαζαν δαιμονοκατοχή, γίνονταν πολύ συχνά αντικείμενο σεβασμού και φροντίδας ως φορείς θείου μηνύματος και γι' αυτόν τον λόγο ζούσαν ελεύθεροι με τη φροντίδα συχνά ερημιτών ή ολόκληρων μονών.

Σε περιπτώσεις εκδηλώσεως ψυχικών διαταραχών οι οικογένειες των ψυχικά αρρώστων απευθύνονταν σε ειδικούς θρησκευτικούς χώρους όπως εκκλησίες και μοναστήρια που είχαν τη φήμη της ιαματικότητας για εξορκισμούς. Εάν κρινόταν αναγκαίο παρέμεναν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη μονή με τη συμμετοχή τους σε λατρευτικές εκδηλώσεις και όχι για μακροχρόνιο εγκλεισμό.

Σε αυτά τα μοναστήρια υπήρχαν κελιά-ξενώνες όπου οι διεγερτικοί άρρωστοι παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι τις εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές που περιελάμβαναν τους εξορκισμούς του Μεγάλου Βασιλείου, το ράντισμα με αγίασμα και τις προσευχές. Τέτοιες περιοχές στον ελλαδικό χώρο υπήρχαν στη Χίο, στη Κεφαλλονιά, στη Θεσσαλονίκη αλλά και στην Αττική στο μοναστήρι του Δαφνίου.

¹ Εγκλεισμοί σε μοναστήρια που είχαν το χαρακτήρα ασύλου, παρατηρούνται κατά τους μετέπειτα οθωμανικούς χρόνους στη Ρουμανία, τη Βουλγαρία και την Κωνσταντινούπολη, ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης παραμονής σε αυτά ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι βρέθηκαν εκεί και δεν είχαν την ανάλογη βελτίωση. Στις περιπτώσεις ασυλοποίησης των μονών αναφέρεται από μελετητές ότι χρησιμοποιούνταν κουστωδικές τεχνικές εφησυχασμού των τροφίμων, όπως καθηλώσεις ή σωματικούς βασανισμούς. Μετά την ίδρυση εθνικών κρατών στις περιοχές τα μοναστηριακά άσυλα επιχορηγούνται κρατικά για να συνεχίσουν να συντηρούν τους ασθενείς τους, εξαιτίας της έλλειψης κρατικών ιδρυμάτων που θα κάλυπταν τις ανάλογες ανάγκες (Πλουμπίδης, 1989).

Όσον αφορά τις Βαλκανικές χώρες μέχρι τον 19^ο αιώνα δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα μέτρα αποκλεισμού ή αποδιοπομπής ψυχιατρικών ασθενών, παρά μόνο εάν είχαν ενοχλήσει το κοινωνικό περιβάλλον και είχαν ξεπεράσει τα όρια ανοχής (Πλουμπίδης,1989). Μαρτυρίες της εποχής αναφέρουν ότι όσο δεν απειλούσαν με βίαιες πράξεις το ευρύ κοινωνικό περιβάλλον, παρέμεναν ελεύθεροι, έχαιραν συχνά ασυδοσίας βάσει θρησκευτικών αντιλήψεων, θεωρούνταν πηγή ευημερίας για τις οικογένειές τους και απολάμβαναν το σεβασμό της κοινότητας (Jean- Moreau de Tours,1843, Πλουμπίδης, 1989).

Τον 17^ο αιώνα παρατηρείται στην Κεντροδυτική Ευρώπη η μαζική συγκέντρωση σε ασυλιακούς χώρους όλων εκείνων των κοινωνικών ομάδων, που ηθελήμενα ή άθελά τους δεν συμβαδίζουν με τις αξίες της αστικής ηθικής, στη βάση της οποίας εκείνη την εποχή συγκροτείται, θεμελιώνεται και στη συνέχεια προστατεύεται ο πρώτος ευρωπαϊκός καπιταλισμός (Εμμανουηλίδου,1995).

Στη νέα κοινωνική τάξη που επαγγέλλεται το καινούργιο κοινωνικοοικονομικό σύστημα, η κοινωνία αποκτά τη συνοχή της μέσα από την εργασία και τις αρετές της πειθαρχίας και αυτοπειθαρχίας που προϋποθέτει. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο κοινωνικής ηθικής ο μη εργαζόμενος, κατ'επέκταση και ο μη δυνάμενος να εργαστεί, αποτελεί προσβολή της κοινωνικής ομαλότητας και ξεφεύγει από τα όρια κοινωνικής ανοχής.

Τα πολυάριθμα ιδρύματα που αναφύονται τον 17^ο αιώνα σε όλο τον Ευρωπαϊκό χώρο και στα οποία εγκλείονται ανάμεσα σε άλλες κοινωνικές ομάδες και οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι κοινωνικές κατασκευές ενάντια στην ανεργία την επαιτεία και τη μη ελεγχόμενη διαβίωση άνεργων κοινωνικών ομάδων (Φουκώ, 1964).

Μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα τα διάφορα ασυλιακά ιδρύματα που στεγάζουν κάθε λογής κοινωνική και ψυχική απόκλιση πολλαπλασιάζονται στην Ευρώπη με ταχύτατους ρυθμούς (Doerner,1969). Στη Γαλλία ιδρύεται στο Παρίσι το 1656 το γνωστό Hospital General έχοντας απώτερο στόχο την πάταξη της επαιτείας και της κοινωνικής αναρχίας, από το οποίο αναφέρεται ότι σε κάποια χρονική στιγμή πέρασε το 1% περίπου του πληθυσμού του Παρισιού. Το 1676 ανακοινώνεται η ίδρυση γενικού νοσοκομείου σε κάθε πόλη του βασιλείου. Στη Γερμανία, με πρώτο το Zuchthaus του Αμβούργου το 1620, πληθαίνουν με ταχύτατους ρυθμούς ανάλογα

«Σπίτια Αναμόρφωσης» (Zuchthaeuser) ,στα οποία οι εγκάθειρκτοι είχαν την υποχρέωση να δουλεύουν. Ιδρύματα με ανάλογη αποστολή είναι και τα αγγλικά Workhouses εξέλιξη των Houses of correction του περασμένου αιώνα (1575)*², που γνωρίζουν σημαντική εξάπλωση και στα τέλη του 18^{ου} αιώνα φτάνουν στην Αγγλία τα 126 (Εμμανουηλίδου,1995).

Στα Βαλκάνια υπάρχουν ήδη από τους Βυζαντινούς χρόνους συσσίτια, φτωχοκομεία και άλλα φιλανθρωπικά ιδρύματα, που στεγάζουν ανάλογες κοινωνικές ομάδες, όχι όμως με τη συστηματικότητα και τον υποχρεωτικό χαρακτήρα που παρουσιάζουν στην υπόλοιπη Ευρώπη (Πλουμπίδης,1989). Ο 15^{ος} αιώνας αναφέρεται από τον Πλουμπίδη ως αιώνας εμφάνισης κάποιων τέτοιων ασύλων που υποστήριζε το οθωμανικό κράτος, με σκοπό μέχρι τον 19^ο αιώνα, «την αποδραματοποίηση των πιο κραυγαλέων περιπτώσεων κοινωνικής εξαθλίωσης ή συμπεριφορών που απέκλιναν (Πλουμπίδης,1989,σ.126).

Σύμφωνα με τον Φουκώ (1964), η ιστορία του εγκλεισμού στο άσυλο είχε τις εξής φάσεις:

1.Το άδειασμα των λεπροκομείων στο τέλος του Μεσαίωνα..

2.Την ίδρυση των Γενικών Νοσοκομείων στη Γαλλία το 17^{ου} αιώνα και των madhouses στην Αγγλία.

3. Την απελευθέρωση των ψυχοπαθών που συνοδεύτηκε από το έργο του Pinel.

Και στα τρία αυτά είδη ιδρυμάτων έχουμε ένα δυαδικό χωρισμό του πληθυσμού και την απομάκρυνση αυτών που τίθενται στην άλλη πλευρά της διαχωριστικής γραμμής.

Η ιστορική αντιμετώπιση της λέπρας συνδέεται αρκετά στενά με την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Οι λεπροί, αν και εξαφανίστηκαν εξαιτίας της

² Ενδεικτικό της θεωρητικής σύγχυσης που επικρατούσε σε σχέση με αυτά τα ιδρύματα είναι το πώς ορίζονταν ο στόχος των «Διορθωτικών αυτών σπιτιών» στην Αγγλία: «...για τη τιμωρία των αγυρτών και την ανακούφιση των φτωχών...» (Φουκώ, 1964).

κοινωνικής απειλής, άφησαν μια κληρονομιά κτιρίων και πρακτικών, διαθέσιμων για τη χρήση των μελλοντικών γενιών των εγκλειστών. Δύο-τρεις αιώνες αργότερα τα πρώην λεπροκομεία μετατράπηκαν σε χώρους εγκλεισμού των φτωχών, αλητών, παραφρόνων, αρρώστων και άλλων αποκλεισμένων κοινωνικών ομάδων. Η έννοια του λεπρού έγινε ένας δείκτης του καθεστώτος του εγκλεισμού. Η απομόνωση των λεπρών δεν ήταν τόσο μια ιατρική πράξη, όσο μια τελετουργία καθαρισμού και εξορκισμού ενός φοβικού αντικειμένου χωρίς να σημαίνει αυτό ότι και τα άλλα ιδρυματικά σχήματα που δημιουργήθηκαν αργότερα δεν ήταν απαλλαγμένα από το τελετουργικό και καθαρτικό στοιχείο.

Τα «Γενικά Νοσοκομεία» δημιουργήθηκαν τον 17^ο αιώνα και χρησίμευαν για τη στέγαση, τη σίτιση των απόρων κάθε φύλου, ηλικίας, καταγωγής και προέλευσης που συλλαμβάνονταν και εγκλείονταν βίαια. Ήταν αυτό το καθεστώς εγκλεισμού στο οποίο άσκησαν έντονη κριτική στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, κατά τη διάρκεια της Γαλλικής Επανάστασης, οι θεμελιωτές του σύγχρονου ασύλου και «απελευθερωτές» των τρελών όπως χαρακτηριστικά ονομάστηκαν.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν υφίσταται η ψυχιατρική σαν επιστήμη με την έννοια που απέκτησε τον 19^ο αιώνα. Η τρέλα δεν έγινε αντικείμενο γνώσης, παρά αφ' ότου είχε ήδη γίνει αντικείμενο εγκλεισμού και κοινωνικής διόρθωσης.

Ακόμα και όταν η τρέλα «ψυχιατροποιήθηκε» διατήρησε τις προηγούμενες διασυνδέσεις της. Αυτό που το 19^ο αιώνα αντιμετωπίστηκε ως ψυχοπαθολογία, ήταν ένα με δύο αιώνες πρωτότερα «ηθικό σφάλμα». Αντιμετωπίζεται μαζί με άλλες παρεκκλίσεις σαν απειλή στην κοινωνική τάξη και έπρεπε στους παρεκκλίνοντες να απαλειφθεί το κακό και να ενσταλαχθεί η αρετή (Μεγαλοοικονόμου, 1987).

Δεν ήταν τα ιδρύματα αυτά ένα βήμα προς τον περιορισμό των «τρελών» σε ψυχιατρικά άσυλα, αλλά μια κοινωνική πρακτική που περιέθαλπε τους «τρελούς» μαζί με τον υπόλοιπο πληθυσμό που έχρηζε φροντίδας. Ήταν περισσότερο φυλακές παρά νοσοκομεία. Μπορούσε να εγκλειστεί εκεί κάποιος όχι μόνο με τη νομική διαδικασία, αλλά και με τη σύμφωνη γνώμη του αρχηγού της οικογένειας, του

αστυνομικού, του κληρικού και άλλων πολιτών. Μόνο από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα ο εγκλεισμός στα άσυλα αρχίζει να καθοδηγείται από την ιατρική ενώνοντας για πρώτη φορά αυτούς τους δύο θεσμούς θεωρώντας πλέον τη «τρέλα» ως δυστυχία και κακοτυχία.

1.2. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα

Η ιστορία της Ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας ταυτίζεται ουσιαστικά με την ιστορία του Ασύλου.

Η πρώτη Ψυχιατρική μονάδα εμφανίστηκε στη Κέρκυρα το πιο προχωρημένο κοινωνικά και ενσωματωμένο στο Δυτικό Ευρωπαϊκό χώρο κομμάτι της Ελληνικής Επικράτειας. Το Ψυχιατρείο αυτό ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Βρετανού διοικητή των Ιονίων νήσων E. Douglas ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι από την περιοχή της Κέρκυρας. Οι ασθενείς γρήγορα αυξήθηκαν στους 65 ενώ οι πρώτοι γιατροί ήταν Βρετανοί.

Στις αρχές του 20ου αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη περιελάμβανε το Δρομοκαίτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, το Αιγινήτειο και 8 μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτη), Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλλονιά, ενώ από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές (Μαδιανός,1994).

Ιδρύματα όπως το Δρομοκαίτειο (1887) και το Αιγινήτειο(1905) καλύπτουν τις βασικές ανάγκες της περίθαλψης στη χώρα μας.

Το Δαφνί σαν συνδυασμός Ψυχιατρείου-Ασύλου, δημιουργήθηκε σε μια δύσκολη περίοδο της Ελληνικής ιστορίας, που εκτείνεται από τη Μικρασιατική καταστροφή μέχρι τη Μεταξική δικτατορία.

Ιδρύθηκε αρχικά όχι σαν Ψυχιατρείο αλλά σαν άσυλο –παράρτημα του ασύλου της Αγίας Ελεούσα για την καλύτερα δυνατή αποσυμφόρησή του.

Η Μικρασιατική καταστροφή και τα όσα ακολούθησαν, το ενάμιση εκατομμύριο πρόσφυγες, η ανεργία και η κοινωνική εξαθλίωση αύξησαν σοβαρά τον αριθμό των ατόμων που συνωστίζονταν στο Άσυλο της Αγίας Ελεούσα και «όπου

συνελέγοντο υπό της αστυνομίας οι διάφοροι αλήται, φρενοπαθείς, άστεγοι και εν γένει κακοποιοί και επικίνδυνα δια την Δημόσιαν Τάξιν, υγιή ή φρενοπαθή άτομα» (Μάτσα,1987). Όταν πια οι έγκλειστοι της Αγίας Ελεούσα έφτασαν τους 400, τότε στήθηκαν οι πρώτες παράγκες στο Δαφνί. Η επιλογή του Δαφνίου σαν χώρου για την εγκατάσταση Ψυχιατρείου, έγινε στη βάση του γεγονότος ότι εκεί κοντά υπήρχε η ιστορική μονή Δαφνίου που στα 1833-1835 λειτουργούσε ως χώρος «θεραπείας» ψυχασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μονή έκειτο στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, του επονομαζόμενου Λοξία, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους (Μαδιανός,1994).

Αρχικά πενήντα τρόφιμοι του Άσυλου της Αγίας Ελεούσα (το οποίο από το 1924 είχε μετονομαστεί σε «Δημόσιον Ψυχιατρείον Αγίας Ελεούσης») υπαγόμενο στο Υπουργείο Πρόνοιας, λειτουργούσε συμπληρωματικά προς το Δαφνί.

Τη Γενική Διεύθυνση και την οικονομική διαχείριση είχε Αξιωματικός της Χωροφυλακής. Οι εισαγωγές γίνονταν στο Άσυλο Ελεούσας, κατευθείαν από την Αστυνομία, το Υπουργείο Πρόνοιας και σπάνια μετά από αίτηση Ιδιωτών. Οι τρόφιμοι προέρχονταν από όλα τα μέρη της Ελλάδας. Το 1934 δημοσιεύτηκε ο Νόμος 6.077 «περί οργανώσεως Δημοσίων Ψυχιατρείων» και τότε άρχισε η δημιουργία των μονίμων κτιριακών εγκαταστάσεων του Ψυχιατρείου, που λειτουργούσε παράλληλα με τις παράγκες.

Στο διάστημα 1938-1940 το Δημόσιο Ψυχιατρείο αποκτά και κάποιο επιστημονικό προσωπικό και αρχίζει να παίζει θεραπευτικό ρόλο. Έτσι, στη δεκαετία του 1930 το Ψυχιατρείο υποχρεώθηκε να αναλάβει το μεγαλύτερο ποσοστό από την Ψυχιατρική κίνηση της χώρας (Κ.Φιλανδριανού: Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, Αθήνα 1977).

Μια χαρακτηριστική εικόνα της κατάστασης σχετικά με τον αριθμό των κρεβατιών, δίνεται από την Εθνική Στατιστική το 1939:

Πίνακας 1.Ο αριθμός των κρεβατιών στα Ελληνικά Ψυχιατρικά Άσυλα το 1939

Αθήνα 1.809	Κέρκυρα 325
Θεσσαλονίκη 250	Χανιά 309
Δρομοκαίτειο 645	Χίος 63
Χιρς Θεσ νίκης 75	Αιγινήτειο 112
Κεφαλλονιά 100	Σύρος 60
Σύνολο 3.740	

«Με το Ν.6077 είχαν ιδρυθεί και τα Δημόσια Ψυχιατρεία Θεσσαλονίκης και Χανίων και είχε γίνει επίσης Δημόσιο Ψυχιατρείο το τοπικό μικρό άσυλο της Κεφαλληνίας. Όλα όμως αυτά ήταν τότε ανοργάνωτα ακόμα, έμεναν πολύ πίσω και ελάχιστη συμβολή πρόσφεραν. Αρκεί να σημειωθεί πως τα παραπάνω και κοντά σε αυτά τα παλιότερα, της Κέρκυρας, το Δρομοκαίτειο και το Αιγινήτιο, όλα μαζί, μόλις έφταναν το σύνολο αρρώστων, στον αριθμό που νοσήλευε μόνο του το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών» (Πλουμπίδης, 1981).

Ο Νόμος 965 του 1937 «περί οργανώσεως των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων», καθιέρωσε επίσημα το Ψυχιατρείο σαν Νοσηλευτική Μονάδα. Έρθε να συμπληρώσει το Νόμο 6.077 του 1934 και άλλους αναγκαστικούς νόμους και διατάγματα.

Μέσα σ' αυτό το Νομικό πλαίσιο με τεράστια οικονομικά προβλήματα, με ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό και γιατρούς, το Δημόσιο Ψυχιατρείου υποχρεώθηκε να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης του Ελληνικού πληθυσμού. Έτσι οι ασθενείς έφταναν στην περίοδο 1936-1938 τα 2.000 άτομα περίπου.

«Το πλήθος των αρρώστων δημιουργεί μέσα στο ίδρυμα μεγάλο συνωστισμό . Η κυριότερη από τις ανάγκες του Ψυχιατρείου είναι του χώρου..οι περισσότεροι άποροι δεν έχουν κρεβάτια...Μολονότι είναι περιορισμένος ο αριθμός των ψυχοπαθών που μπορεί να δεχθεί το ίδρυμα, ωστόσο όπως είναι τα πράγματα δεν θα

μπορέσει να ανθέξει την πίεση των απέξω. Οι ψυχοπαθείς όλο και πληθαίνουν. Η Αστυνομία όλο και περιμαζεύει περιπλανώμενους και αδέσποτους τρελούς, που δεν ξέρει τι να τους κάνει..» (Εφημερίδα Πρωία 14-8-1938).

Μετά το τέλος του πολέμου μέσα στις γενικότερες κοινωνικές αλλαγές το ψυχιατρείο διαμορφώθηκε με τη μορφή που έχει περίπου και σήμερα .Ουσιαστικά τα προβλήματά του παρέμειναν τα ίδια, παρά την πρόοδο που σημειώθηκε στην αντιμετώπιση των ψυχοπαθών με την χρησιμοποίηση των ψυχοφαρμάκων (Μάτσα,1987).

Ιδιαίτερα οξύ παρέμεινε το πρόβλημα της έλλειψης χώρου και του υπερκορεσμού των ασθενών, πρόβλημα που ήρθε να «λύσει» η ίδρυση της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου το 1958.

Παρακάτω παραθέτουμε αναλυτικό χρονολογικό πίνακα ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στη χώρα μας (Μαδιανός,1994).

Πίνακας 2. Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων

ΙΔΡΥΜΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟΣ
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαίτειο	Χαϊδάρι	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη	1906
Η πρώτη ιδιωτική	Αθήνα(Πατήσια)	1904

κλινική		
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χίρς	Στην πόλη της Θεσ\νίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Κεφαλληνίας	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσης	Καλλιθέα	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσ\νίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσ\νίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη	1958
Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	Σούδα	1971

Πηγή : Μ.Μαδιανός, (1994).Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, σελ.181

1.3. ΤΟ ΞΕΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο σαν δομή και σαν οργάνωση, είναι μια απλοποιητική και παθογόνος απάντηση στην πολυπλοκότητα και στις ανάγκες που εκφράζει η ψυχική οδύνη και ως εκ τούτου είναι τελείως ακατάλληλο για την αποκατάσταση των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται.

Το ψυχιατρείο δεν μπορεί ποτέ να μετατραπεί σε χώρο ελευθερίας και χειραφέτησης, γιατί δεν μπορεί να ανθήσει ελευθερία πίσω από τα τείχη, ούτε στην κοινωνία, ούτε στην ψυχιατρική φυσικά. Ούτε η απλή ριζοσπαστική κριτική του ασύλου μπορεί να έχει κάποιο αποτέλεσμα, χωρίς μια πρακτική δραστηριότητα για την Αποιδρυματοποίηση, χωρίς αμφισβήτηση του ιατροκεντρικού μοντέλου, χωρίς μια συνειδητή προσπάθεια να έρθει στο κέντρο της προσοχής και να αποκτήσει εξουσία αυτός που δεν έχει καμιά, ο ψυχικά πάσχων, χωρίς μια συνειδητή προσπάθεια για ανάληψη πρωταγωνιστικού ρόλου. Η κριτική του ασύλου που δεν συνοδεύεται με πρακτική κριτική δραστηριότητα μέσα στο άσυλο, μένει στην φαινομενικότητα της βίας του ασύλου. Μένει στο επίπεδο της απλής διαμαρτυρίας και της «ιδεολογίας της απελευθέρωσης» χωρίς να προχωράει στην οικοδόμηση όρων της πρακτικής της απελευθέρωσης.

Πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν μια ζωή όμοια με όλους τους ανθρώπους και να έχουν πρόσβαση σε ψυχιατρικές υπηρεσίες που τους εξασφαλίζουν μια περίθαλψη και ζωή όσο γίνεται πιο κοντά στο ιδιαίτερό τους περιβάλλον, μέσα στον κοινωνικό ιστό.

Για τους χρόνιους αυτό σημαίνει την εγκαθίδρυση μιας διαδικασίας προσέγγισης σε μια ζωή αυτόνομη, σύμφωνα με τους χρόνους και τους ρυθμούς του καθενός, χωρίς καμία επιλογή περιστατικού ή αυθαιρεσία.

Το ξεπέρασμα του ψυχιατρικού νοσοκομείου πρέπει να γίνει ταυτόχρονα με την ίδρυση νέων δομών στέγασης και αποκατάστασης. Η έξοδος χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρεία σε εναλλακτικές μορφές διαμονής στην κοινότητα, θεωρείται σήμερα πρωταρχικής σημασίας αντικείμενο της

αποκατάστασης. Σε τέτοιο βαθμό μάλιστα που η Αποκατάσταση να θεωρείται συνώνυμη με την εγκατάσταση σε τόπο διαμονής εκτός ψυχιατρείου.

Η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε η δεκαετία της «μεταβατικής φροντίδας», με την έννοια πως οι χώροι διαμονής στην κοινότητα και η φροντίδα θεωρούνται μετάβαση από την ασθένεια στην πλήρη υγεία, με τελικό στόχο τη μετακίνηση του ατόμου σε ανεξάρτητο σπίτι στην κοινότητα.

Ερευνητική διαδικασία στα τελευταία 30 χρόνια έχει δείξει την υπεροχή της κοινοτικής φροντίδας έναντι της νοσοκομειακής, παρουσιάζοντας μείωση των κλινών έως και 80%.

Τέτοιες κοινοτικές δομές είναι:

1) **Διαμερίσματα** διαφόρου βαθμού προστασίας, αλλά πλήρως ανεξάρτητα από την άποψη της διαχείρισης των καθημερινών δραστηριοτήτων (καθαριότητα, ψώνια, μαγείρεμα).

Το ξεπέρασμα της νοσοκομειακής λογικής δεν συνίσταται μόνο στην κατασκευή μικρών δομών στέγασης, αλλά πρέπει να αφορά και την μετατροπή της γενικότερης οργάνωσης και νοοτροπίας πάνω στην οποία βασίζεται η ιδρυματική λειτουργία.

Η κατοικία είναι για όλα τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, το ίδιο όπως για όλα τα ανθρώπινα όντα, ένας βασικός όρος για την κοινωνική τους ύπαρξη, βασικό στοιχείο της υλικής και συμβολικής οικοδόμησης της προσωπικής και κοινωνικής τους ταυτότητας.

Από αυτή την άποψη η κατοικία (το Διαμέρισμα) για την υποκατηγορία των κοινωνικά αποκλεισμένων, την οποία αποτελούν οι έγκλειστοι των ψυχιατρικών ιδρυμάτων δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν προσωρινή παροχή ενός καταλύματος, αλλά σαν κοινωνικό δικαίωμα που πηγάζει από θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη, της οποίας η ικανοποίηση αποτελεί συστατικό στοιχείο της εγκαθίδρυσης της σωματικής και ψυχικής υγείας.

2) **Συνεταιρισμοί** που επιτρέπουν στους ασθενείς να έχουν ένα εισόδημα και ένα κοινωνικό ρόλο.

3) **Κέντρο Ψυχικής Υγείας** που θα ασχολείται με την παρακολούθηση και περίθαλψη των χρόνιων αφενός και με την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών αφετέρου.

2 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος μεταρρύθμιση είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Οι βασικές αρχές οι οποίες αποτελούν το ιδεολογικό υπόβαθρο μιας κοινοτικά επικεντρωμένης μεταρρύθμισης, στοχεύουν στην αποκατάσταση όλων των δικαιωμάτων του πρώην εγκλείστου και θα πρέπει να επικεντρώνονται στα ακόλουθα σημεία:

1) Οι ψυχικές διαταραχές είναι όπως και όλες οι άλλες διαταραχές

2) Δεν υπάρχει διχοτόμος στις έννοιες «φυσιολογικότητα / μη φυσιολογικότητα» αφού η βασική αρχή μιας αποκαταστασιακής πολιτικής είναι το διαλεκτικό δίπολο Υγεία. Ασθένεια με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας ή ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας πόνου και χαράς. Η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας είναι στην ουσία μία μορφή ουτοπίας.

3) Η θεραπευτική προσέγγιση έχει ως στόχο το άτομο μέσα στην Κοινότητα διά μέσου της Κοινότητας ως το σύνολο των σχέσεων του (διαπροσωπικών, συγγενικών, οικονομικών, κοινωνικών).

4) Η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να κατανοηθεί όταν προσεγγίζεται αποξενωμένη από την κοινότητα

5) Αποστιγματισμός της ψυχικής ασθένειας, μείωση των επιπτώσεων του κοινωνικού αποκλεισμού της περιθωριοποίησης των ψυχικά πασχόντων μαζί με τις άλλες μειονεκτούσες ομάδες πληθυσμού.

6) Η αναγκαιότητα αποασυλοποίησης των εγκλείστων συμβαδίζει με την ανάγκη αλλαγής της ψυχιατρικής κουλτούρας του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα φροντίδας του πάσχοντος, μέσα από την εκπαίδευση.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ένα ζήτημα πολυπαραγοντικό, με επιστημολογικές, ιδεολογικές, πολιτικές και άλλες παραμέτρους. Δεν εξαντλείται απλά και μόνο στην οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Το αίτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν μια αντικειμενική ανάγκη και όχι εισαγόμενο προϊόν της Ελληνικής Ψυχιατρικής πραγματικότητας, που όμως δεν διαμεσολαβήθηκε για πολλούς λόγους έως τώρα σε επίπεδο υποκειμενικής συνείδησης και αντικειμενικής δράσης πλατειών μαζών διαμορφώνοντας κοινωνικό κίνημα.

Παρέμεινε όραμα των πιο πρωτοπόρων στοιχείων με έντονη την επίδραση μεγάλων κινημάτων σε γειτονικές χώρες (Ιταλία και αλλού) που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια των κοινωνικών και πολιτικών κινημάτων μετά τον Μάη του 68 στην Ευρώπη.

Στην χώρα μας μέσα από τον Κανονισμό της Ευρωπαϊκής ένωσης 815/84 χρηματοδοτήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση με το ποσόν των 120 εκατομμυρίων ECU. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως εφαρμόστηκε απλώς μια «απονοσοκομειοποίηση», στοχεύοντας απλά στην έξοδο των ασθενών στην Κοινότητα και χωρίς μάλιστα καμία προετοιμασία. Το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που άρχισε πριν από 15 χρόνια έχει αναχθεί σε όχημα διαχείρισης της κρίσης του ψυχιατρικού συστήματος. Έχει μετατραπεί σε μεγάλο βαθμό μια διαδικασία μετασηματισμών και αναδιάρθρωσης των αναχρονιστικών ψυχιατρικών δομών. Στο σύνολό της δεν συνιστά μια ποιοτική τομή προς την κατεύθυνση της υπέρβασης του ασύλου, του σεβασμού στην πράξη των δικαιωμάτων και των αναγκών των ψυχασθενών, της ανάπτυξης μιας άλλου τύπου ψυχιατρικής.

Όπως επισημαίνει ο Μαδιανός (1999), τα αίτια για τη μη μεταρρύθμιση στην χώρα μας είναι τα παρακάτω:

- Το αρνητικό πολιτιστικό, κοινωνικό κλίμα και ο κοινωνικός συντηρητισμός, π.χ. το 70% του συνολικού πληθυσμού το 1981 και το 1991 είναι απόφοιτοι δημοτικού ή με καθόλου εκπαίδευση. Το αρνητικό πολιτιστικό κλίμα εκτρέφει το στίγμα, τα στερεότυπα και τον αποκλεισμό των ψυχικά αρρώστων. Καμμία σοβαρή εκστρατεία ευαισθητοποίησης δεν έγινε μέχρι σήμερα για τον πληθυσμό αυτό.

- Απουσία οργανωτικής υποστήριξης για μια μεταρρύθμιση με έμφαση στην τομεοποίηση, τον συντονισμό, την αξιολόγηση, την εξειδίκευση στελεχών στην κοινωνική κοινοτική ψυχιατρική

- Έλλειψη παραδειγμάτων μεταρρύθμισης στο πραγματικό επίπεδο με δυο τρεις φωτεινές εξαιρέσεις, σε αντίθεση με την ανυπαρξία ιδεολογίας και στατικότητας των ποικίλων δομών

2.1. Ιδρυματισμός και Αποασυλοποίηση

-Εννοιολογική διασαφήνιση

Με τον όρο ιδρυματοποίηση συνηθίζεται ως επί το πλείστον να αποδίδονται οι ξενόγλωσσοι όροι «institutionalization, hospitalization, hospitals» όροι που δεν ανταποκρίνονται ωστόσο επαρκώς σ' αυτή καθ' αυτή την έννοια.

Ο όρος institutionalization αφορά κυρίως τη διαχείριση του ψυχικού πόνου και αποδίδει το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η εκάστοτε κοινωνία αντιμετωπίζει το φαινόμενο της ψυχικής αρρώστιας. Μιλώντας για ιδρυματοποίηση του ψυχικού πόνου εννοούμε την ίδρυση και ανάπτυξη από την κοινωνία συγκεκριμένων θεσμών με νομική και διοικητική υπόσταση, μέσω των οποίων οφείλουν στα πλαίσιά της να «διεκπεραιώνονται» ψυχολογικές εκφάνσεις και συμπεριφορές, που ταξινομούνται ως ψυχικές διαταραχές (Εμμανουηλίδου,1995).Αυτά τα θεσμικά σχήματα διαφέρουν από άλλες κοινωνικές μορφές αντιμετώπισης του ίδιου του φαινομένου, ως προς το ότι είναι επίσημα διατυπωμένα, προδιαγεγραμμένα και υπόκεινται σε νομικό και διοικητικό έλεγχο του κράτους. Ο συγγενικός όρος «ασυλοποίηση» αποδίδει την

μορφή που μπορούν να πάρουν ιδρυματικές μορφές στην κατεύθυνση ενός στατικού ολοκληρωτισμού επί της ζωής και των προσώπων των τροφίμων τους (Goffman,1973).

Ο όρος «hospitalization» αποδίδει κυρίως την ισοπεδωτική προσαρμογή των προσώπων που είναι μέλη των παραπάνω θεσμών στους όρους και τους κανόνες του ιδρύματος, σε τέτοιο βαθμό ώστε να χαλαρώνουν δραστικά οι ψυχολογικές και κοινωνικές σχέσεις τους με την ανοιχτή κοινωνία και να αντιμετωπίζουν δυσκολίες συνέχισης της ζωής τους εκτός θεσμού. Η διαδικασία προς αυτήν την κατεύθυνση που στα ελληνικά αποδίδεται ιδρυματοποίηση- μεταφράζεται στη γερμανόφωνη βιβλιογραφία με τον όρο «Hospitalisierung» ενώ η ψυχολογική και κοινωνική αναπηρία του ατόμου που προκύπτει από την απόλυτη προσαρμογή του στο ιδρυματικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως κλινικό σύνδρομο και αποδίδεται στην ελληνική γλώσσα ως ιδρυματισμός.

Ως αποασυλοποίηση ορίζεται η αντίστροφη πορεία

1) τόσο στο προσωπικό και ψυχολογικό επίπεδο των τροφίμων των ψυχιατρικών ασύλων με την έννοια μιας διαδικασίας επανάκτησης κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στην προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης,

2) όσο και στο θεσμικό επίπεδο, ως μια ξεχωριστή επιστημονική προσέγγιση και μια διεργασία ριζοσπαστικά κριτική προς το άσυλο και τους μηχανισμούς του που συντελείται μέσω της εφεύρεσης και δημιουργίας εναλλακτικών δομών, υπηρεσιών, πρακτικών και αντιλήψεων στο άμεσο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Μπαϊρακτάρης 1994).

Η αποασυλοποίηση δεν είναι μια διοικητική και τεχνική διαδικασία, όπου ο νοσηλευόμενος/ έγκλειστος βελτιώνει τις ξενοδοχειακές συνθήκες διαβίωσης του εντός η εκτός του ψυχιατρείου και που τελειώνει όταν αυτός πάει να κατοικήσει εκτός των τειχών, αλλά ως διαρκή διαδικασία, που ξεπερνά τα όρια,

αμφισβητώντας κάθε φορά τα αποτελέσματα της και επαγρυπνώντας απέναντι στις αναπόφευκτες τάσεις ιδρυματοποίησης του κάθε νέου επιτεύγματος. Μια διαδικασία της οποίας υποκείμενο πρέπει διαρκώς να αναδύεται η ανθρώπινη ύπαρξη που πάσχει και η οποία για αυτό το λόγο υφίσταται ένα διπλό αποκλεισμό, τόσο από την πραγματικότητα όσο και από τον κοινωνικό ιστό.

Αυτός ο αποκλεισμός μπορεί να χαρακτηριστεί και ως εξορία – εξορία από τον κόσμο, εξορία από την κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση της Λέρου, λόγω της χρήσης του νησιού ως τόπου εξορίας και φυλάκισης πολιτικών κρατουμένων.

2.2. Οι έννοιες του φυσιολογικού και παθολογικού

Με αυτούς τους όρους, το ίδιο το αίτημα βοήθειας του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου όταν φτάνει στον αποδέκτη του, τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, είναι ήδη ιατροποιημένο, ψυχολογικοποιημένο από το κοινωνικό αίτημα του αποκλίνοντος, του διαφορετικού.

Σε αυτά τα πλαίσια η θεραπεία ανάγεται σε ένα σύνολο κανόνων, μετατρέπεται σε εργαλείο που χρησιμοποιείται σε βάρος της επιστημονικής αλήθειας. Το ζητούμενο σε τελευταία ανάλυση δεν είναι παρά η προσαρμογή στο «κανονικό». Οτι υπερβαίνει το κανονικό βαφτίζεται παθολογικό και αντιμετωπίζεται ανάλογα. Στη βάση αυτής της λογικής διαμορφώνεται και το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την Ψυχική Υγεία.

Τα κοινωνικά προβλήματα αντιμετωπίζονται ως ιατρικά προβλήματα. Με τη σειρά της η βιολογική διαφορετικότητα έρχεται να επικυρώσει την ηθική και κοινωνική κατωτερότητα του διαφορετικού, νομιμοποιώντας την περιθωριοποίηση, τον κοινωνικό έλεγχο, τον αποκλεισμό και τον κοινωνικό δαρβινισμό.

Η σημερινή ψυχιατρική, έχοντας αρνηθεί και τη φιλοσοφία και το όραμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης λειτουργεί με βάση μοντέλα που πληρούν στατιστικά δεδομένα και συσχετίσεις, μοντέλα βιολογικά, διαγνωστικά και ταξινομητικά. Οι ορίζοντες της σημερινής ψυχιατρικής έχουν περιοριστεί ασφυκτικά μέσα σε DSM

ταξινομητικά συστήματα και διαγνωστικές πρακτικές, δομημένες συνεντεύξεις και σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Έτσι η κάθε προσπάθεια προσέγγισης του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου ως υποκείμενο με ανάγκες και δικαιώματα πνίγεται. Το μετατρέπει σε ένα σύνολο συμπτωμάτων, που συνιστούν, με βάση το ταξινομητικό σύστημα, μια διαγνωστική κατηγορία που επιβάλλει και την αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Ο ψυχολόγος στις ψυχιατρικές δομές είναι αναπόσπαστο μέλος της θεραπευτικής ομάδας και η δράση του επικεντρώνεται στις ακόλουθες παραμέτρους:

- Στην παροχή συνεχών ψυχολογικών υπηρεσιών
- Στην δυνατότητα αξιολόγησης και εκπαίδευσης των χρόνιων ασθενών παράλληλα με την κινητοποίησή τους ώστε να μπορούν να επανέλθουν στην κοινότητα.
- Στην δυνατότητα παροχής βοήθειας στην οικογένεια του ατόμου, στους γείτονες και σε οποιονδήποτε παρέμβαση στην κοινότητα
- Στην διαγνωστική και Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών των ίδιων των ατόμων, όσο και της οικογένειάς τους.
- Στην εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ψυχικής υγείας

Τον ρόλο του Ψυχολόγου στις Εξωνοσοκομειακές Δομές θα πρέπει να τον δούμε μέσα από τη λειτουργία της ίδιας της θεραπευτικής ομάδας.\

3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Η θεραπευτική ομάδα που λειτουργεί σε ένα εξωνοσοκομειακό Διαμέρισμα θα πρέπει να είναι επικεντρωμένη, με «επικεντρωμένη στο σκοπό» οργάνωση και με

διαρκή εποπτεία των μελών της. Ένας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που την απαρτίζουν θα πρέπει να παίζει το ρόλο του συντονιστή και να εμπνέει το συναισθηματικό τόνο για την όλη λειτουργία του συστήματος. Τα μέλη της οφείλουν να συγκεντρώνονται γύρω από τους στόχους που αποφάσισαν να υλοποιήσουν και ο συντονιστής να καταλαμβάνει το κέντρο της όλης προσπάθειας. Σε μια τέτοια μορφή λειτουργίας το κάθε μέλος δεν τοποθετείται σε ένα σαφώς καθορισμένο και αμετακίνητο σημείο δραστηριοποίησης. Τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποδεχθεί την ανάγκη για οργανωτική ευλυγισία και να είναι οπλισμένα με μεγάλη αντοχή για εναλλαγή σχέσεων και δραστηριοτήτων που θα ακολουθούν τις αλλαγές των σκοπών και των καθηκόντων.

Η θεραπευτική ομάδα ενός τέτοιου ξενώνα θα πρέπει να έχει ομοιογένεια και τα μέλη της να είναι θωρακισμένα με κοινή ιδεολογία, εκείνη της κοινοτικής προσέγγισης. Θα πρέπει να είναι ικανά να δημιουργούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα της ασφάλειας και της σιγουριάς, της ανεκτικότητας και της κατανόηση, αλλά και της τοποθέτησης ορίων. Οι αντιδράσεις τους θα πρέπει να είναι φυσικές, αυτόματες και όχι προσποιητές ώστε να αποφευχθεί η ανταγωνιστικότητα και η επιβολή. Η ομάδα οφείλει να δημιουργεί στον ξενώνα ένα διαφορετικό τύπο στάσης και συμπεριφοράς στον πρώην έγκλειστο από εκείνο στο άσυλο. Ο ασθενής θα πρέπει να ενισχύεται διαρκώς στο να είναι ενεργητικός, να συνεργάζεται και να συμμετέχει στις δραστηριότητες της επανακοινωνικοποίησης. Η επιμονή των θεραπευτών στο να εκτελούνται οι καθημερινές δραστηριότητες και στο να εκπληρούνται συμφωνημένες υποχρεώσεις επιτρέπουν στον ασθενή να αποβάλλει την μόνωση που δημιουργεί η ασθένειά του.

Για να μη εμφανιστούν σημαντικά προβλήματα λειτουργίας που θα οπισθοδρομήσουν την αποιδρυματοποίηση και θα επιτρέψουν ένα νέο ιδρυματισμό, τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να έχουν λύσει την κάθε σύγχυση και αμφιθυμία για το ρόλο τους και τη συμπεριφορά τους.

Ο τρόπος λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας ενός εξωνοσοκομειακού Διαμερίσματος πρέπει να είναι εκείνος των ψυχολογικών καθρεφτών, όπου ο κάθε ασθενής βοηθιέται να βλέπει τον εαυτό του ξεκάθαρα καθώς εμπλέκεται σε διάφορους τρόπους διαβίωσης και σχέσεων. Στην ανεκτική και οικεία ατμόσφαιρα του ξενώνα όπου επικρατεί η παραδοχή και η κατανόηση, ο ασθενής πρέπει να

τροφοδοτείται με αλήθειες, ευθύνες, κοινωνικές δραστηριότητες, ώστε να συνδεθεί όσο γίνεται πιο άρρηκτα με την αντικειμενική πραγματικότητα, να μάθει σωστούς και αποτελεσματικούς τρόπους συμπεριφοράς και να γνωρίζει να εκπληρώνει τις συναισθηματικές του ανάγκες.

Ο ρόλος του κάθε μέλους της ομάδας θα πρέπει να είναι ξεκάθαρος αλλά και εύκαμπτος και να επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση της προσωπικότητας του. Θα πρέπει ακόμη το κάθε μέλος εκτελώντας μια ειδική λειτουργία να έχει πάντοτε στο μυαλό του ξεκαθαρισμένο τον τρόπο πραγματοποίησης της. Όλα τα μέλη θα πρέπει να είναι ενημερωμένα στο βαθμό που αιτείται για τον ρόλο του κάθε άλλου και τούτο για να είναι δυνατή η κατά τον καλύτερο τρόπο χρησιμοποίηση όλων των δυνατοτήτων του για το καλύτερο αποτέλεσμα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουν όλοι στην ομάδα, τι κάνουν, πως σκέπτονται και πως αισθάνονται αυτοί για τους ασθενείς, οι ασθενείς για αυτούς και για άλλους συνασθενείς. Μέλημα θα πρέπει να είναι η συνεχής ερμηνεία της συμπεριφοράς των ενοίκων όπως παρατηρείται από τους άλλους.

Στην αρχή ενός προγράμματος επανένταξης τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορούν να έχουν ένα ή περισσότερους ρόλους.. Η επανένταξη μοιάζει συχνά με την εκπαίδευση που δίνουμε στο άτομο καθώς αναπτύσσεται. Στην αρχή καθώς ο πρώην έγκλειστος δεν είναι ικανός να ζήσει χωρίς βοήθεια, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να έχουν την ευθύνη και τον ουσιαστικό έλεγχο της ζωής του. Αργότερα καθώς το πρόγραμμα προχωρεί, οι ένοικοι θα πρέπει να αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες ευθύνες όπως ακριβώς συμβαίνει στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.

Η θεραπευτική ομάδα σε ένα Διαμέρισμα, έχει αναμφίβολα μια δύσκολη αποστολή να πραγματοποιήσει. Να ανατρέψει τις αντιθεραπευτικές διεργασίες του παραδοσιακού ασύλου και να αποτρέψει την παραπέρα κοινωνική μόνωση και την απόσυρση του πρώην εγκλείστου. Η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της, εξαρτάται πρωτίστως από το κατά πόσο η αναγκαιότητα της επανένταξης αποτελεί τον ιδεολογικό θώρακα των θεραπευτών και από τις ικανότητες τη γνώση και την πείρα που διαθέτουν οι τελευταίοι.

4. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

4.1. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο Σταμάτης 23 ετών, εισήχθη στις 20 Απριλίου του 1993 κατόπιν εισαγγελικής εντολής στο Κ.Θ.Λερου. Σύμφωνα με τις πληροφορίες της Αστυνομίας ο Σταμάτης κυκλοφορούσε γυμνός στους δρόμους ενός νησιού της Δωδεκανήσου.

Από το ιστορικό του προκύπτει ότι μεγάλωσε στην Αυστραλία με την μητέρα του. Τον πατέρα του δεν τον γνώρισε ποτέ γιατί οι γονείς του πήραν διαζύγιο ένα χρόνο μετά την γέννησή του. Αρχικά ειπώθηκε στον Σταμάτη ότι ο παππούς του ήταν ο πατέρας του και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μέχρι την ηλικία των 10 ετών περίπου, να τον θεωρεί ως πραγματικό πατέρα του.

Σχολείο πήγε μέχρι το Γυμνάσιο στην Αυστραλία και μετά ασχολήθηκε με τον αθλητισμό και ευκαιριακά σε δουλειές συγγενών και γνωστών. Σύμφωνα με την μητέρα του ο Σταμάτης δεν παρουσίαζε κανένα πρόβλημα στην Αυστραλία, άποψη που δεν συμμερίστηκε η θεία του που τηλεφωνικά μας ενημέρωσε ότι «το παιδί δεν ήταν καλά». Ήταν ένα παιδί έντονα κλεισμένο στον εαυτό του, χωρίς φίλους και μιλούσε ακατανόητα.

Με την επιστροφή του από το εξωτερικό υπηρέτησε 6μηνη στρατιωτική θητεία ως μόνιμος κάτοικος εξωτερικού χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Πριν από τέσσερα χρόνια γνώρισε το καλοκαίρι στο νησί του μια κοπέλα από την Νορβηγία, την οποία ακολούθησε στη χώρα της με σκοπό να την παντρευτεί. Εκείνη όμως ύστερα από μερικές εβδομάδες τον εγκατέλειψε με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η κατάστασή του.

Έκτοτε η μητέρα συνήθιζε να απασχολεί στο μαγαζί της νεαρές κοπέλες προτρέποντάς τις να έχουν (σεξουαλικές) σχέσεις με τον γιο της.

Το 1990 νοσηλεύτηκε για δύο μήνες περίπου σε ιδιωτική κλινική στην Αθήνα με πολύ μικρή ύφεση των συμπτωμάτων του. Από ηλικίας 16 ετών κάνει περιστασιακή χρήση χασίς και μαριχουάνας, ενώ το τελευταίο χρονικό διάστημα είχε γίνει ιδιαίτερα επιθετικός με τους πελάτες του μαγαζιού της μητέρας του.

4.2. ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο Σταμάτης είναι έντονα διεγερτικός (με την εισαγωγή του στην Μονάδα οξέων περιστατικών, αρχίζει να σπάει αντικείμενα και να προκαλεί λεκτικά προσωπικό και ασθενείς), ατημέλητος, έχει παραληρητικές ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου και ακουστικές ψευδαισθήσεις (του μιλάει ο Θεός), ιδέες μεγαλείου και συσχέτισης (συσχετίζει άσχετα γεγονότα μεταξύ τους). Επιπλέον παρουσιάζει χάλαση συνειρμού και πληθώρα νεολογισμών (χρησιμοποιεί ανύπαρκτες λέξεις).

Χωροχρονικά είναι πλήρως προσανατολισμένος, η μνήμη του είναι ικανοποιητική, ενώ η κρίση και η εναισθησία είναι μειωμένες.

4.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ

Η μητέρα του είναι αυταρχική, χαοτική και εδώ και δυο χρόνια συζεί με νεότερό της άντρα ο οποίος και αυτός είναι διαζευγμένος, έχοντας ένα παιδί από τον προηγούμενο γάμο του.

Παραθέτουμε ορισμένα αποσπάσματα από τις συνεδρίες με τον Σταμάτη σε διαφορετικές χρονικές στιγμές καθώς και ένα γράμμα προς τον παππού του

- Μπήκε κάποιος άνδρας μέσα μου και μου είπε σε αγαπώ
- Καθώς μεγάλωνα δεν έπρεπε να αγαπήσω την μάνα μου
- Ο κόσμος δεν με ήθελε
- Γδύθηκα για να τους δείξω ποιος είμαι
- Είμαι του Θεού παιδί
- Είμαι σημαδεμένος και θέλω να κυνηγήσω τη ζωή
- Είμαι μωρό. Δεν θέλω να ντρέπομαι και να δυσκολεύομαι
- Συζούσα πέντε χρόνια με τη θεία μου και είχα ερωτικές σχέσεις
- Δεν μπορώ να αγαπήσω τον εαυτό μου γιατί δεν έχω συναίσθημα

«Άξιος όπου επιδύκνει την ελεύρη ζωή του για να συναντήσει τον Χριστό του. Λόγω του ότι πιστεύεις και δεν είναι απίστευτο ότι προκύπτει από τους προφήτες.»

4.4. ΓΡΑΜΜΑ

“Άγαπημένε μου φίλε, αν πιστεύεις ότι δεν θέλω αυτό κάνεις λάθος και αν νομίζεις ότι τα ξέρεις είσαι διάνοια. Μα η διάνοια είναι να τα παίρνεις σαν θάλαμο με δίλημμα έτσι ώστε αν το πάρεις θα είναι καλό του εαυτού σου μην πίστεις ότι εδώ παίρνει το καλό όταν ένας άνθρωπος βγαίνει από τη ζωή του τότε υπάρχει το άφοβο έτσι ώστε παππού θέλω να ξεφοβηθώ. Σε παρακαλώ γύρισε μαζί μας”.

4.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Οι θεραπευτικοί στόχοι που τέθηκαν από τη θεραπευτική ομάδα ήταν οι ακόλουθοι:

- Λήψη φαρμακευτικής αγωγής
- Καθημερινές συνεδρίες μικρής διάρκειας
- Διόρθωση των γνωστικών διαστρεβλώσεων (αλλαγή δηλαδή του τρόπου με τον οποίο κατανοεί και επεξεργάζεται τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα)
- Δόμηση της καθημερινότητας
- Μείωση της επιθετικότητας
- Έλεγχος των παραληρητικών ιδεών μέσω γνωσιακών τεχνικών
- Απομάκρυνση από την μητέρα
- Εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες
- Καθημερινοί έξοδοι στην κοινότητα με άτομα της ομάδας
- Εργασιακή απασχόληση
- Προοπτική Ψυχολογικής παρέμβασης στην μητέρα από τις

ψυχιατρικές υπηρεσίες του νησιού όπου ζει.

4.6. ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1^η Εβδομάδα: Ο Σταμάτης παρουσιάζει έντονη επιθετική συμπεριφορά και είναι αποσυρμένος. Οι ατομικές συνεδρίες διαρκούν μόλις λίγα λεπτά. Κάθεται για λίγο και μετά εκφράζει λεκτική επιθετικότητα ενώ ο συνειρμός του είναι έντονα διαταραγμένος

2^η Εβδομάδα: Παρουσιάζει μικρή άμβλυση της επιθετικής συμπεριφοράς αλλά εξακολουθεί να είναι αποσυρμένος.

3^η Εβδομάδα: Γίνεται πιο συνεργάσιμος, παρουσιάζει βελτίωση στον συνειρμό του ενώ μετά από παρότρυνση αρχίζει εργασία –με υψηλές απολαβές) στο Συνεταιρισμό καθαριότητας του ψυχιατρείου.

4^η Εβδομάδα: Αυξάνονται οι καθημερινές επισκέψεις στην κοινότητα με την ομάδα (θαλάσσια μπάνια, επισκέψεις σε διάφορους χώρους, ταβέρνες κλπ)

5^η Εβδομάδα: Επιδείνωση της κατάστασής του (χάλαση συνειρμού) μετά από επίσκεψη της μητέρας του. Αρνείται να εργαστεί και να βγει έξω.

6^η Εβδομάδα: Παίρνει μέρος σε τοπική εκδήλωση συμβάλλοντας θετικά στην επιτυχία της.

7^η Εβδομάδα: Αρχίζει να εργάζεται και πάλι (λιγότερες ώρες) και ζητά να βγαίνει και πάλι έξω.

8^η Εβδομάδα: Παρουσιάζει βελτιωμένη γενική κατάσταση και συζητείται μαζί του η προοπτική εξιτηρίου και οι πιθανότητες εργασιακής απασχόλησης.

9^η- 10^η Εβδομάδα: Φεύγει από το ψυχιατρείο με εξιτήριο και ορίζονται εβδομαδιαία τηλεφωνικά ραντεβού για να αξιολογείται η πορεία του.

Ένα μήνα μετά την έξοδό του, η θεραπευτική ομάδα που τον παρακολουθούσε τον επισκέπτεται στο νησί του και στο σπίτι του. Είναι αρκετά κοινωνικός, ελέγχει τις ιδέες του και εργάζεται σε ένα θείο του 2-3 ώρες τα πρωινά.

Έξι μήνες μετά, ο Σταμάτης παρουσίασε επιδείνωση της κατάστασης του (διέκοψε τα φάρμακα) με όλη την προαναφερθείσα συμπτωματολογία μεταξύ άλλων χτύπησε και κάποιο τουρίστα, με αποτέλεσμα η κοινωνία του χωριού να ασκεί πιέσεις στην μητέρα ή να τον κλείσουν σε ίδρυμα ή να φύγουν από το χωριό του νησιού. Η οικογένεια προτίμησε να επιστρέψει στην Αυστραλία και έκτοτε δεν γνωρίζουμε κάτι για τον Σταμάτη.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αγγελίδης, Γ., Αζορίδου, Δ., Μπρισίμη, Γ., Γκαιτατζή, Χ., Ζέλα, Π., Τάτση, Σ., Τζούμα, Χ., Καπανίδης, Κ.(1993). Ψυχιατρική φροντίδα σε προστατευμένο χώρο διαβίωσης στην Κοινότητα. *Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 44*.
- Εμμανουηλίδου, Α. (1995). Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. Οι εργαζόμενοι στην πάλη του μετασχηματισμού. Διπλωματική εργασία στην Κλινική Ψυχολογία, Φιλοσοφική Σχολή, Τομέας Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Κονδύλης, Δ., Εσσαγιάν, ΓΚ. (1995). Ο ρόλος της θεραπευτικής ομάδας στη λειτουργία του ξενώνα χρόνιων ψυχωσικών. *Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 50*.
- Μαδιανός, Μ.(1994). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από τη Θεωρία στην Πράξη. *Ελληνικά Γράμματα*.
- Μάτσα, Α.(1984). Η Γέννηση του Ψυχιατρικού Ασύλου. Στα *Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 3-4, σελ.6-12*.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ.(1995). Ιστορία των παρεμβάσεων Αποιδρυματοποίησης στο Κ.Θ.Λέρου. *European Commission*.
- Μητροσύλη, Μ.(1995). Μελέτη της νομικής και κοινωνικής θέσης των ασθενών στο

- Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου. European Commission.
- Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994). Ψυχική Υγεία και κοινωνική παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές. Εναλλακτικές Εκδόσεις/ Αντιπαραθέσεις, 15.
- Παξινός Ι., (2.000). Προβλήματα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής χρόνιων Ψυχιατρικών ασθενών. *Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 70, σελ.131-136.*
- Παξινος, Ι., (2001). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής των Εξωνοσοκομειακών Δομών, του Κ.Θ.Λερου. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική Διατριβή.
- Πλουμπίδης, Δ.(1989). Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920. Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα / Τρίαψις Λόγος Ι, Θεσσαλονίκη.
- Πλουμπίδης, Δ.(1981). Συμβολή στη Μελέτη της Ιστορίας της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Φιλανδριανός, Κ. (1977). Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών. Το Δαφνί ... Μια Φανταστική Πολιτεία. Αθήνα.
- Φουκώ, Μ. (1964). Η ιστορία της τρέλας, Εκδ. Ηριδανός, Αθήνα χωρίς χρονολογία μετάφρασης.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΕ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Φλωρεντία Μπακομήτρου
Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια

1. Σύντομη παρουσίαση του πλαισίου

A. Εισαγωγικά στοιχεία

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει την υγεία ως ένα φυσικό και κοινωνικό αγαθό πρωτίστης σημασίας για τον άνθρωπο. Επομένως η ανθρώπινη ανάγκη για πρόληψη της ασθένειας και αποκατάσταση της υγείας, μέσω κατάλληλων υπηρεσιών υγείας, κατέχει ιεραρχικά υψηλή θέση στην κλίμακα αναγκών των ατόμων.

Με τον όρο υπηρεσίες υγείας εννοούμε το σύνολο των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχουν ιατρική φροντίδα και περίθαλψη τόσο στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας (φροντίδα υγείας), όσο και σε άτομα τα οποία έχουν ήδη εκδηλώσει συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας (περίθαλψη).

Η υγειονομική περίθαλψη στοχεύει στην αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας και διακρίνεται σε δύο βασικούς τύπους:

A) την ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που περιλαμβάνει την παροχή ιατρικής φροντίδας εκτός νοσοκομείου και

B) την κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη που περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας μέσα στο χώρο του νοσοκομείου (Σιγάλας, 1999).

B. Μονάδες παροχής Νοσοκομειακής περίθαλψης και φροντίδας

Για αρκετούς αιώνες η ιατρική λάμβανε χώρα μέσα σε ναούς και ιερατεία (5^{ος} αιώνας π.Χ.), ενώ πολύ αργότερα άρχισαν να αναγείρονται κάποια ιδρύματα για τη νοσοκομειακή περίθαλψη των φτωχών και των αναπήρων.

Τα πρώτα Νοσοκομεία με τη μορφή που τα γνωρίζουμε σήμερα εμφανίστηκαν κατά τα τέλη του 4^{ου} αιώνα μ.Χ. υπό την επίδραση του Χριστιανισμού. Από τα πιο φημισμένα Νοσοκομειακά ιδρύματα της εποχής ήταν το νοσοκομείο της «Βασιλειάδας» που ιδρύθηκε από το Μ. Βασίλειο στην Καισάρεια (368 μ.Χ.) και το νοσοκομείο της μονής του Παντοκράτορος στην Κωνσταντινούπολη (1136 μ.Χ.) που ιδρύθηκε από Βυζαντινούς αυτοκράτορες.

Το νοσοκομείο αρχίζει να ξεφεύγει από τον έλεγχο της εκκλησίας κατά τον 16^ο αιώνα, αλλά μόλις τον 20^ο αιώνα αρχίζει να λαμβάνει τη μορφή που διατηρεί ακόμη και σήμερα.

Τον 20^ο αιώνα η επίδραση των αρχών της υγιεινής και η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής αλλάζουν τη μορφή των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία μεταβάλλονται από φιλανθρωπικούς φορείς σε ιδρύματα παροχής νοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Το σημερινό νοσοκομείο αποτελεί την κυριότερη πηγή υγείας της κοινότητας, δοθέντος ότι δεν παρέχει μόνο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο, αλλά προωθεί θέματα προαγωγής της υγείας και πρόληψης των ασθενειών (Σιγάλας, 1999).

Γ. Το περιεχόμενο της Νοσοκομειακής περίθαλψης

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει ένα σύνολο διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που μπορούν να προσφερθούν στα πλαίσια του νοσοκομείου και διακρίνεται σε 3 τύπους:

Πρωτοβάθμια περίθαλψη: που περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, καθώς και δράσεις προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη: που περιλαμβάνει τη νοσηλεία του εκάστοτε ασθενή, τον εργαστηριακό έλεγχο και τη διενέργεια των απαιτούμενων επεμβάσεων.

Τριτοβάθμια περίθαλψη: που περιλαμβάνει την παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ιδιαίτερων προβλημάτων υγείας,

Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται επί τω πλείστον στα πλαίσια των Γενικών Νοσοκομείων που διαθέτουν τμήματα «οξείας» νοσηλείας σε αρκετές κλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες και που διακρίνονται ανάλογα με τη γεωγραφική τους εμβέλεια και το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτουν σε τοπικά, νομαρχιακά και περιφερειακά (Ιωαννίδη, & Μάντη, 1999 · Σιγάλας, 1999).

Δ. Δομή και διάρθρωση των Γενικών Νοσοκομείων

Κάθε περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο *απαρτίζεται* από τέσσερις υπηρεσίες (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική) που είναι ιεραρχικά ισότιμες και συνεργάζονται στενά μεταξύ τους.

Η ιατρική υπηρεσία στα Γενικά Νοσοκομεία διαρθρώνεται σε 7 βασικούς τομείς (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχιατρικός, κοινωνικής ιατρικής, εξωτερικών ασθενών και φαρμακευτικός) καθένας από τους οποίους έχει διάφορα τμήματα. Υπεύθυνος κάθε τμήματος είναι ο γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας που υπηρετεί εκεί με το βαθμό του διευθυντή (Σιγάλας, 1999).

2. Τα καθήκοντα του Κλινικού Ψυχολόγου

Α. Γενικά Στοιχεία:

Εν αρχή θα πρέπει να σημειωθεί ότι στα περισσότερα Γενικά Νοσοκομεία της χώρας μας η πλειοψηφία των ψυχολόγων που υπηρετεί σε αυτά είτε δεν έχει την ειδικότητα του Κλινικού Ψυχολόγου ή του Ψυχολόγου Υγείας –όπως είθισται στο εξωτερικό- (ανειδίκευτοι ψυχολόγοι), ή έχει μετεκπαιδευτεί σε άλλους τομείς (π.χ. σχολική ψυχολογία, συμβουλευτική κ.λ.π.). Για τον λόγο αυτό στη συνέχεια της

παρουσίασής μας θα αναφερόμαστε στο ρόλο του Κλινικού Ψυχολόγου στο Γενικό Νοσοκομείο, λαμβάνοντας υπόψη ότι το έργο του μπορεί να επιτελείται και από ψυχολόγους που δε διαθέτουν την αντίστοιχη ειδικότητα.

Η Κλινική Ψυχολογία αποτελεί έναν πολύ βασικό κλάδο της εφαρμοσμένης Ψυχολογίας. Τα πεδία δράσης της κλινικής ψυχολογίας είναι πολυάριθμα και πολυδιάστατα. Ο κύριος στόχος της είναι η κατανόηση, η αξιολόγηση και η αποκατάσταση κάθε τύπου νοητικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής δυσπροσαρμογής του ατόμου στην καθημερινή του ζωή (Καλαντζή-Αζίζι, 1996).

Ο Κλινικός Ψυχολόγος οφείλει να συνδυάζει πολλές και διαφορετικές ικανότητες προκειμένου να αντεπεξέλθει στο έργο του. Οι βασικότερες λειτουργίες που καλείται να επιτελέσει είναι η ψυχολογική εκτίμηση, η ψυχολογική παρέμβαση, η παροχή συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας, η διδασκαλία, καθώς και η διεξαγωγή ερευνών.

Τα προσόντα που οφείλει να διαθέτει ένας Κλινικός Ψυχολόγος περιγράφονται με την υπουργική απόφαση του 1981 «περί ειδικότερων προσόντων του Κλινικού Ψυχολόγου» (ΥΑ Κοινωνικών Υπηρεσιών Α2/οικ. 3823 της 30 Ιουλίου/21 Αυγούστου 1981). Σύμφωνα με αυτήν την υπουργική απόφαση που δεν έχει υποστεί καμία τροποποίηση την τελευταία εικοσαετία, υπογραμμίζεται μία θεμελιώδης δραστηριότητα του Κλινικού Ψυχολόγου που είναι η άσκηση ψυχοθεραπείας «με τεχνικές και μεθόδους που έχουν προκύψει από τα δεδομένα της ψυχολογικής επιστήμης» (Αναγνωστόπουλος, 1997).

B. Ο Κλινικός Ψυχολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο

Οι πολυάριθμες έρευνες στο χώρο της Κλινικής Ψυχολογίας σε διεθνές επίπεδο, καθώς και οι επιτυχημένες εφαρμογές των πορισμάτων της έχουν προσφέρει ένα νέο μοντέλο ερμηνείας για την υγεία, καθώς προωθούν τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων τόσο στην πορεία, όσο και στην εξέλιξη της νόσου (Καλαντζή-Αζίζι, 1996).

Η «είσοδος» των Κλινικών Ψυχολόγων σε παραδοσιακά ιατροκρατούμενους χώρους όπως είναι τα Γενικά Νοσοκομεία, διανύει τη δεύτερη δεκαετία της. Στα πλαίσια της

προώθησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο χώρο του Νοσοκομείου ο Κλινικός Ψυχολόγος λαμβάνει πια μια ενεργή θέση εντός του νοσοκομειακού πλαισίου.

Έτσι, από το 1896 που ο Lightner Witmer ίδρυσε την πρώτη ψυχολογική κλινική στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια ως τις μέρες μας, το εύρος των δραστηριοτήτων των κλινικών ψυχολόγων έχει επεκταθεί πάρα πολύ. Ο παραδοσιακός ρόλος των Κλινικών Ψυχολόγων που περιορίζονταν μόνο στη χορήγηση ψυχοδιαγνωστικών δοκιμασιών, ανήκει πια στο παρελθόν. Σήμερα ο Κλινικός Ψυχολόγος ανήκει επισήμως στο επιστημονικό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας και προσφέρει επικουρικό έργο για τη φροντίδα των ασθενών.

Στα πλαίσια δε ενός Γενικού Νοσοκομείου ο Κλινικός Ψυχολόγος καλείται να αντιμετωπίσει στην καθημερινή του πρακτική όλο σχεδόν το εύρος της ψυχοπαθολογίας, καθώς μπορεί να κληθεί να αξιολογήσει και να αντιμετωπίσει από απλά μαθησιακά ή συμπεριφορικά προβλήματα, έως και σοβαρές ψυχοπαθολογικές δυσκολίες (Alessandri, Heiden, & Dunbar-Welter, 1997).

Γ. Τομείς δράσεις του Κλινικού Ψυχολόγου στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου

Όπως αναφέρει η Καλαντζή-Αζίζι (1996) η δράση της Κλινικής Ψυχολογίας στο χώρο της Ιατρικής-Υγείας σχετίζεται με τους ακόλουθους τομείς::

❖ Γενικά:
Έρευνα- Επεξεργασία και Εφαρμογή σχετικών Ψυχολογικών γνώσεων
❖ Άμεση θεραπευτική, υποστηρικτική ή συμβουλευτική παρέμβαση στο χώρο
A) των ψυχοσωματικών διαταραχών
B) των σωματικών ασθενειών (σημασία της ασθένειας, αλλαγές στον μέχρι τώρα τρόπο ζωής κυρίως σε χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες κ.λ.π.)
Γ) των σωματικών πόνων (ανάλυση των συνθηκών, διάγνωση και θεραπεία των ψυχογενών πόνων κ.λ.π.)
Δ) των εγχειρήσεων (ψυχολογική προετοιμασία πριν και υποστηρικτική μετά)
Ε) της αντικατάστασης οργάνων ή εξάρτησης από μηχανήματα (π.χ. ψυχολογική βοήθεια σε άτομα με βηματοδότη, σε άτομα που υποβάλλονται συχνά σε

<p>αιμοκάθαρση, ή μεταγγίσεις κ.λ.π.)</p> <p>ΣΤ) του «θανάτου» (παροχή υποστήριξης σε βαριά πάσχοντες, στους συγγενείς τους, καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό κλινικών που υπάρχει μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας</p>
<p>❖ Εφαρμογές νέων προγραμμάτων, εποπτεία, ψυχολογική επιμόρφωση</p>

Ειδικότερα, η δράση του Κλινικού Ψυχολόγου στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου εντοπίζεται στους ακόλουθους βασικούς τομείς:

A. Εκτίμηση και Αξιολόγηση


Η αξιολόγηση της προσωπικότητας και ο στρατηγικός σχεδιασμός μιας θεραπείας στηρίζονται εν πολλοίς στη χρήση αντικειμενικών ψυχοδιαγνωστικών μέσων και εργαλείων από μέρος του Κλινικού Ψυχολόγου. Πιο συγκεκριμένα, η γνώση και η ικανή χορήγηση ενός πλήθους ψυχομετρικών εργαλείων (ψυχολογικών, νευρολογικών κ.λ.π.) είναι ένα από τα βασικότερα καθήκοντα ενός Κλινικού Ψυχολόγου στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου, καθώς συχνά θα κληθεί να βοηθήσει διαφοροδιαγνωστικά στην αξιολόγηση ενός περιστατικού, να «στηρίξει» επιστημονικά κάποια επίσημη διάγνωση, ή ακόμη να δρομολογήσει μια θεραπευτική διαδικασία ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε θεραπευόμενου (αξιολόγηση νοητικών ικανοτήτων, αξιολόγηση της προσωπικότητας, αξιολόγηση της συμπεριφοράς κ.λ.π.).

B. Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Η άσκηση κλινικού έργου είναι πιθανότατα η σημαντικότερη δραστηριότητα των Κλινικών Ψυχολόγων στα Γενικά Νοσοκομεία. Η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες:

✚ Παρέμβαση στην κρίση: Η παρέμβαση στη κρίση αποτελεί μια συνήθη πρακτική ιδιαίτερα σε ημέρες εφημερίας. Ο Κλινικός Ψυχολόγος καλείται να συνεργαστεί στενά με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (λ.χ. γιατρούς

διαφόρων ειδικοτήτων, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.λ.π.) προκειμένου να αντιμετωπίσει ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση έντονου στρες (λ.χ. ασθενείς με έντονες νευροφυτικές αντιδράσεις), ή να καθοδηγήσει τους συγγενείς των ασθενών (λ.χ. συγγενείς πολυτραυματιών, ή ασθενών που νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας).

 Άσκηση Ψυχοθεραπευτικού Έργου: Ο Κλινικός Ψυχολόγος συχνά αναλαμβάνει ένα σημαντικό μέρος της άσκησης του ψυχοθεραπευτικού έργου εντός του Νοσοκομειακού πλαισίου. Σε περιπτώσεις δε που οι συνάδελφοι Ψυχίατροι δεν είναι εκπαιδευμένοι ψυχοθεραπευτικά, ο Κλινικός Ψυχολόγος επωμίζεται όλο το βάρος της άσκησης του ψυχοθεραπευτικού έργου στο σύνολο των κλινικών.

Η μορφή της παρεχόμενης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης ποικίλλει ανάλογα με την εκπαίδευση του ειδικού και τις ανάγκες του εκάστοτε πλαισίου. Αναλυτικότερα, ο εργαζόμενος Κλινικός Ψυχολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο καλείται να εφαρμόσει επαρκώς ένα πλήθος παρεμβάσεων όπως παρέμβαση στη κρίση (στα έκτακτα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρες εφημερίας), συμβουλευτική (σε άτομα χωρίς εμφανή ψυχοπαθολογία που χρειάζονται να επιλύσουν ένα προσωπικό πρόβλημα, όπως λ.χ. προβλήματα στο γάμο), οικογενειακή θεραπεία (σε εφήβους ή παιδιά λ.χ. με διαταραχές διατροφής, ή απόπειρες αυτοκτονίας), ψυχολογική στήριξη και καθοδήγηση (σε άτομα με χρόνιες παθήσεις), ομαδική θεραπεία (σε ομάδες ατόμων με παρόμοιες ψυχολογικές δυσκολίες, όπως είναι λ.χ. η διαταραχή πανικού), εναλλακτικές μορφές θεραπείας (λ.χ. παιγνιοθεραπεία σε παιδιά), ομαδικές παρεμβάσεις σε γκρουπ εργαζομένων με σκοπό την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης κ.λ.π.

Γ. Διδασκαλία και εποπτεία

Ο Κλινικός Ψυχολόγος ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας καλείται να συμμετάσχει συχνά σε διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που διοργανώνονται στο Νοσοκομείο και ιδιαιτέρως στην Ψυχιατρική Κλινική. Στα πλαίσια αυτής της συμμετοχής του ο Κλινικός Ψυχολόγος θα πρέπει να ενημερώσει την υπόλοιπη ομάδα σχετικά με βασικά θέματα που αφορούν στον κλάδο του σύμφωνα με τη διεθνή

βιβλιογραφία, όπως είναι η χρησιμότητα των ψυχομετρικών εργαλείων, η αξία της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε συγκεκριμένες νόσους κ.λ.π.

Παράλληλα, ο Κλινικός Ψυχολόγος επωμίζεται και την εποπτεία της άσκησης προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών ψυχολογίας. Η δράση αυτή είναι πολύ σημαντική, δοθέντος ότι το Γενικό Νοσοκομείο αποτελεί πόλο έλξης για τους νέους ειδικευόμενους και ειδικευμένους επαγγελματίες λόγω της πληθώρας των κλινικών περιπτώσεων που φιλοξενεί. Επομένως γίνεται άμεσα αντιληπτό το γεγονός ότι ο Κλινικός Ψυχολόγος είναι άμεσα επιφορτισμένος με ένα διττό, δύσκολο και ευαίσθητο έργο που είναι η άρτια θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των εκπαιδευόμενων, αλλά και η διασφάλιση του κλινικού έργου του και η προστασία των θεραπευόμενων του.

Γ. Ερευνητική δραστηριότητα

Η παροχή ερευνητικού έργου είναι μία κατεξοχήν δραστηριότητα του Κλινικού Ψυχολόγου, καθώς η ίδια η εκπαίδευση που λαμβάνει, τον προετοιμάζει αποτελεσματικά για αυτό. Η καλή γνώση της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας και των βασικών ψυχολογικών θεωριών, των διαφόρων μεθόδων παρέμβασης, καθώς και των ερευνητικών μεθόδων αποτελούν τα κατάλληλα εφόδια για την τέλεση του ερευνητικού έργου.

Στα πλαίσια του Γενικού Νοσοκομείου ο Κλινικός Ψυχολόγος καλείται να προάγει αφενός την επιστημονική γνώση γενικά προσφέροντας ερευνητικό υλικό, και αφετέρου να προωθήσει το θεραπευτικό έργο των διάφορων κλινικών είτε αξιολογώντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, είτε αξιολογώντας την εφαρμογή κάποιων θεραπειών ή την πορεία ατομικών περιπτώσεων. Θα πρέπει να σημειωθεί βέβαια εδώ ότι το Γενικό Νοσοκομείο αποτελεί για έναν Κλινικό Ψυχολόγο που αρέσκειται στην έρευνα, τον κατάλληλο χώρο δράσης, δοθέντος ότι προσφέρει «εύκολη» πρόσβαση σε κλινικούς πληθυσμούς και δυνατότητα διεπιστημονικής συνεργασίας (Mueser & Herbert, 1997· Belar & Deardorff, 1995).

Δ. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και δράσεις του Κλινικού Ψυχολόγου

Ο Κλινικός Ψυχολόγος έχει μεγάλα περιθώρια δράσης και σε πληθυσμούς εξωνοσοκομειακών ασθενών στα πλαίσια της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας

περίθαλψης που εφαρμόζεται από τα Γενικά Νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα, ο Κλινικός Ψυχολόγος μπορεί να αναλάβει την αντιμετώπιση χρόνιων πόνων εφαρμόζοντας προγράμματα χαλάρωσης ή βιοανάδρασης (λ.χ. σε περιπτώσεις κεφαλαλγιών, ή μυοσκελετικών πόνων μη οργανικής αιτιολογίας). Επίσης, ο Κλινικός Ψυχολόγος μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια σε διάφορα «ειδικά» γραφεία-ιατρεία, όπως το ιατρείο διακοπής του καπνίσματος, αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, πρόληψης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, άσθματος, διαβήτη, σεξουαλικών δυσλειτουργιών κ.λ.π. που εδρεύουν στα περισσότερα Γενικά Νοσοκομεία (λ.χ. με την προώθηση κατάλληλων συμπεριφορικών προγραμμάτων) (Goreczny, 1997· Καλαντζή-Αζίζι, 1996· Belar & Deardorff, 1995).

3. Συνεργασία/ όρια με άλλες Ειδικότητες

Η παρουσία του Κλινικού Ψυχολόγου στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου είναι από μόνη της συχνά ανατρεπτική, δοθέντος ότι συνδυάζεται με μια διαφορετική φιλοσοφία σχετικά με την αντιμετώπιση της ασθένειας. Ο Κλινικός Ψυχολόγος λοιπόν καλείται να αντιμετωπίσει την ασθένεια σαν μη-σωστή προσαρμογή του σώματος και της ψυχής, αντίληψη που συχνά δε γίνεται με ευκολία και σαφήνεια αποδεκτή από το υπόλοιπο ιατροκεντρικό σύστημα του Νοσοκομείου.

Παρολαυτά ο Κλινικός Ψυχολόγος είναι υποχρεωμένος ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας κάθε κλινικής να βρει αποτελεσματικούς διόδους επικοινωνίας με το υπόλοιπο ιατρικό και μη προσωπικό, για να ευοδωθεί η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος. Η προαναφερθείσα προσπάθεια όμως δεν είναι δυστυχώς πάντα εύκολη υπόθεση....

Θα πρέπει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι η ειδικότητα του Κλινικού Ψυχολόγου είναι η τελευταία ειδικότητα που εισήχθη στο επιστημονικό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας, για τον λόγο αυτό είναι ακόμη δυσδιάκριτα τα όρια δράσης της σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες...Αν προσθέσει κανείς στο παραπάνω στοιχείο και το μικρό ποσοστό Κλινικών Ψυχολόγων στα Γενικά Νοσοκομεία -συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες-, μπορεί να σαφήνεια να αντιληφθεί ότι απαιτούνται ιδιαίτερες διαπροσωπικές δεξιότητες από μέρους του Κλινικού Ψυχολόγου, προκειμένου ο τελευταίος να διασφαλίσει το έργο του.

Μερικά από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα στη συνεργασία του Κλινικού Ψυχολόγου με τις άλλες ειδικότητες (κυρίως τους ιατρούς) είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Μη παροχή κατάλληλων πληροφοριών σε κάθε παραπομπή.
- ✓ Σύσταση για συγκεκριμένη παροχή βοήθειας (λ.χ. βιανάδραση) προς τον ασθενή, παραβιάζοντας την επαγγελματική διαγνωστική ικανότητα του Κλινικού Ψυχολόγου.
- ✓ Παραπομπή «λάθους» ατόμου για θεραπεία (λ.χ. παραπομπή ενός μέλους μιας οικογένειας που δε χρήζει θεραπευτικής παρέμβασης, αντί άλλου μέλους).
- ✓ Παραπομπή ατόμων που χρήζουν άλλου τύπου βοήθειας που δεν έγκειται στη δράση του Κλινικού Ψυχολόγου (λ.χ. παραπομπή για κοινωνική υποστήριξη).
- ✓ Άκαιρη χρονικά παραπομπή ασθενούς (λ.χ. πρόωρη ή αργοπορημένη χρονικά παραπομπή για ψυχολογική υποστήριξη).
- ✓ «Πρόχειρη» παραπομπή ασθενών όταν δεν ανακαλύπτεται εμφανής οργανική αιτία («αν κάτι δε φαίνεται να είναι οργανικό είναι σίγουρα ψυχολογικό!») (Belar & Deardorff, 1995).

Εν κατακλείδι, τα όρια που τίθενται ανάμεσα στους ρόλους του Κλινικού Ψυχολόγου, των ιατρών και του υπόλοιπου επιστημονικού ή νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι δυστυχώς πάντοτε απολύτως διακριτά. Θα έλεγε κανείς ότι τα όρια και το επίπεδο συνεργασίας ανάμεσα στον Κλινικό Ψυχολόγο και τις υπόλοιπες σχετικές ειδικότητες καθορίζονται εν πολλοίς από τις προϋπάρχουσες στάσεις και προσδοκίες των διαφόρων ειδικοτήτων (παραδοσιακές ή καινοτόμες), από τις ανάγκες του χώρου (λ.χ. έλλειψη εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών και αυξημένος εργασιακός φόρτος), καθώς και από τις προσωπικές σχέσεις συνεργασίας που αναπτύσσονται ανάμεσα στους συναδέλφους.

4. Σύντομη παρουσίαση ενός περιστατικού με έμφαση της δουλειάς του Κλινικού Ψυχολόγου

Παρουσίαση Κλινικής Περίπτωσης

Παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με αλληπάλληλες εισαγωγές στα εξωτερικά ιατρεία κεντρικού Γενικού Νοσοκομείου με συμπτώματα νευροφυτικών διαταραχών και κρίσεις Υ. Η ασθενής δε δέχθηκε να λάβει την προτεινόμενη φαρμακευτική ψυχιατρική αγωγή από το θεράποντα ψυχίατρο και για τον λόγο αυτό παραπέμφθηκε για ψυχολογική υποστήριξη σε κλινικό ψυχολόγο-ψυχοθεραπευτή του Νοσοκομείου.
Πορεία του περιστατικού και διασυνδετική:



A. Δημογραφικά Στοιχεία:

Η ασθενής είναι μια 48χρονη ιδιωτική υπάλληλος, διαζευγμένη και μητέρα 4 παιδιών. Προσήλθε για θεραπεία με αίτημα την αντιμετώπιση των συχνών κρίσεων πανικού που βίωσε τα τελευταία τρία χρόνια. Παρά τις συστάσεις των θεραπόντων ιατρών είχε αρνηθεί να λάβει φαρμακευτική αγωγή.

B. Οικογενειακό Ιστορικό:

Η ασθενής είναι το πρωτότοκο παιδί μιας 8μελής οικογένειας Ελλήνων μεταναστών. Έχει 3 μικρότερες αδελφές και 2 αδελφούς. Μέχρι τα 7 της χρόνια έζησε με τη μητέρα της στην Ελλάδα, ενώ ο πατέρας της είχε μεταναστεύσει στην Αυστραλία. Στη συνέχεια, πήγε με τη μητέρα της στην Αυστραλία για να ζήσουν μαζί με τον πατέρα της. Οι γονείς της εργάζονταν σε εργοστάσια και μαγαζιά της ελληνικής παροικίας. Η ασθενής ανέλαβε να μεγαλώσει τα 5 μικρότερα αδελφιά της, κάτω από αντίξοες οικογενειακές και οικονομικές συνθήκες. Οι γονείς της χώρισαν, όταν αποκαλύφθηκε ότι η ασθενής κακοποιούνταν σεξουαλικά από τον πατέρα της. Η ασθενής επέστρεψε με τη μητέρα της και τα αδέρφια της στην Ελλάδα όταν ήταν 17 ετών και έκτοτε δεν είχε καμία επαφή με τον πατέρα της.

Γ. Εξελικτικό Ιστορικό:

Η ασθενής ολοκλήρωσε τον κύκλο της υποχρεωτικής εκπαίδευσης στην Αυστραλία. Στα δέκα της χρόνια αναφέρει ότι αρχίζει η σεξουαλική παρενόχληση από τον πατέρα που κατέληξε σε σεξουαλική κακοποίηση δύο χρόνια αργότερα. Στην εφηβεία της εμπλέκεται με παρέες παραπτωματικών εφήβων και κάνει χρήση «μαλακών» ναρκωτικών ουσιών. Τρεις φορές το σκάει από το σπίτι της για να αποφύγει την κακοποίηση από τον πατέρα της και την τελευταία φορά γίνεται θύμα απόπειρας βιασμού. Η κακοποίηση που είχε υποστεί από τον πατέρα της αποκαλύπτεται όταν ο πατέρας της την υποχρεώνει να εμπλακεί σε παράνομες πράξεις (κλοπές και εμπρησμούς) και η ίδια συλλαμβάνεται. Μετά την επιστροφή της στην Ελλάδα γνωρίζει τον πρώην σύζυγό της και δύο χρόνια αργότερα τον παντρεύεται. Κατά τη διάρκεια του γάμου της αποκτά τέσσερα παιδιά, ενώ 10 χρόνια αργότερα αποφασίζει να χωρίσει για προσωπικούς λόγους. Από το χωρισμό της και μετά ενεργοποιείται επαγγελματικά και απασχολείται σε ιδιωτική εταιρεία, όπου γρήγορα εξελίσσεται.

Δ. Ιατρικό Ιστορικό:

Η ασθενής έχει ορμονικά και γυναικολογικά προβλήματα για τα οποία λαμβάνει αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, κατά το παρελθόν είχε

παρουσιάσει κάποιες κρίσεις μετατροπής και είχε καταφύγει σε έκτακτα ιατρικά γενικών νοσοκομείων.

Ε. Τωρινή κλινική εικόνα:

Η ασθενής παρουσιάζει εγκατεστημένη διαταραχή πανικού τα τελευταία τρία χρόνια, με καθημερινά επεισόδια κυρίως τις νυχτερινές ώρες λίγο πριν την κατάκλιση. Η ασθενής αισθάνεται ότι τα συμπτώματα πανικού που αντιμετωπίζει, την καθιστούν μη λειτουργική στην καθημερινή της ζωή και δηλώνει ότι επιθυμεί να απαλλαγεί από αυτά. Κατά τη θεραπευτική διάδραση παρουσιάζει αρχικά μια «αποφευκτική» στάση απέναντι στη θεραπεύτρια και αποκαλύπτει σταδιακά βασικά στοιχεία του ιστορικού της.

ΣΤ. Θεραπευτική παρέμβαση:

Για την αντιμετώπιση του περιστατικού εφαρμόστηκε ένα βραχύχρονο Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό πρόγραμμα παρέμβασης 15 ωριαίων συνεδριών. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση περιλάμβανε τα εξής στάδια:

!) Εισαγωγή στη θεραπευτική διεργασία:

- Εγκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας
- Λήψη λεπτομερούς ψυχο-κοινωνικού και ψυχο-σωματικού ιστορικού
- Εξοικείωση με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο

2) Κύρια φάση:

- Εκπαίδευση στην αυτορρύθμιση (ημερολόγιο καταγραφών επεισοδίων άγχους και αποφυγών)
- Εξάσκηση στη νευρομυϊκή χαλάρωση και στη διαφραγματική αναπνοή
- Τεχνικές τροποποίησης της σκέψης
- Παιχνίδια ρόλων

- Ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων
- Εντοπισμός γνωσιακών παραποιήσεων και αμφισβήτηση δυσλειτουργικών σκέψεων και καταστροφικών γνωσιών
- Τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης (τροποποίηση και αντικατάσταση των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων)

3) Τελική φάση:

- Αξιολόγηση της θεραπευτικής διαδικασίας
- Πρόληψη υποτροπής

Z. Αποτελέσματα της Θεραπευτικής παρέμβασης:

Η ασθενής κατά το 6μηνο follow-up δεν παρουσιάζει πια συμπτώματα διαταραχής πανικού, έχει βελτιώσει τις σχέσεις της με τα οικεία της πρόσωπα, ενώ δηλώνει ότι αισθάνεται πιο χαρούμενη και ενεργητική στην καθημερινή της ζωή (Μπακομήτρου, Λεντάρης, Ρόντος, 2004).

5. Ελληνική πραγματικότητα (Σύγκριση με το εξωτερικό, προβλήματα, προτάσεις βελτίωσης)

Η είσοδος του Κλινικού Ψυχολόγου στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου ακολουθεί εν πολλοίς και στη χώρα μας την πορεία άλλων αναπτυγμένων χωρών, αλλά έχει και κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Συνοπτικά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ρόλος του Κλινικού Ψυχολόγου στο χώρο του Νοσοκομείου αλλάζει σταδιακά και διευρύνεται, γεγονός που απαιτεί επαναδιαπραγμάτευση των δικαιωμάτων και των ορίων δράσης του μέσα στο πλαίσιο. Η αλλαγή του μοντέλου φροντίδας των ασθενών συχνά αντικρούει στο παραδοσιακό ιατροκεντικό σύστημα που δίνει δευτερεύουσα σημασία στη σφαιρική (ψυχο-κοινωνικο-σωματική) αντιμετώπιση της νόσου. Για τον λόγο αυτό πρέπει να δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος προκειμένου να προωθηθούν τα νέα μοντέλα δράσης

απέναντι στην ασθένεια και στην προάσπιση της υγείας που προωθούν την ψυχολογική παρέμβαση στους χώρους υγείας.

Οι προτάσεις περί δικαιώματος συνταγογράφησης των Κλινικών Ψυχολόγων (Fishman & Pantaloni) και αναβάθμισής τους στη διοικητική πυραμίδα του Νοσοκομείου που προωθούνται σήμερα στην Αμερική (Mueser & Herbert) θα είναι πιθανότητα πολύ δύσκολο να προωθηθούν στο Ελληνικό πλαίσιο. Άλλωστε η Ελληνική πραγματικότητα έχει να αντιμετωπίσει όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα αρκετούς «ελληνικούς» σκοπέλους όπως είναι:

- ✓ Η μη νομική κατοχύρωση των ειδικοτήτων στην Ψυχολογία που «επιτρέπει» την είσοδο ανειδίκευτων ή ετεροειδικευμένων ψυχολόγων σε θέσεις Κλινικών Ψυχολόγων και Ψυχολόγων Υγείας στο χώρο των Νοσοκομείων, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην από κοινού προάσπιση των δικαιωμάτων του κλάδου.
- ✓ Η μη είσοδος των Κλινικών Ψυχολόγων στο Ε.Σ.Υ., γεγονός που ανακάμπτει τη δυνατότητα ιεραρχικής ανέλιξης των Κλινικών Ψυχολόγων και την προώθηση των αρχών του κλάδου στο χώρο της υγείας (www.psi.gr).
- ✓ Η έλλειψη νομοθετικής ρύθμισης που να προασπίζει την ψυχοθεραπευτική ιδιότητα και να θέτει συγκεκριμένα κριτήρια για την τέλεση αυτής (Αναγνωστόπουλος, 1997).
- ✓ Η απουσία συγκεκριμένου καθηκοντολογίου που να ρυθμίζει τυπικά τα όρια δράσης των διαφόρων ειδικοτήτων της ιατρικής υπηρεσίας κ.λ.π.

Ολοκληρώνοντας, ο κλάδος της Κλινικής Ψυχολογίας είναι ένας εξελισσόμενος κλάδος της εφαρμοσμένης ψυχολογίας με πολλά πεδία δραστηριοτήτων, για τον λόγο αυτό η είσοδος στο χώρο του Ελληνικού Γενικού Νοσοκομείου που αποτελεί την κυριότερη πηγή υγείας για την κοινότητα, δε μπορεί παρά να χαιρετιστεί με δημιουργική διάθεση, αλλά και κριτικό πνεύμα.

6. Βιβλιογραφία

- Αναγνωστόπουλος, Φ. (1997). Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία. Στο L. A. Heiden, & M. Hersen (ed.) (επιμ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Φ. Αναγνωστόπουλος). *Introduction to Clinical Psychology*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Ιωαννίδη, Ε., & Μάντη, Π. (1999). Υγεία και περίθαλψη. Στο Ιωαννίδη, Λοπατατζίδη, Μάντη (Επιμ. Έκδ.), *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1996). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα.
- Μπακομήτρου, Φ., Λεντάρης, Γ., & Ρόντος, Ι. (2004). Κρίσεις πανικού στην ενήλικη ζωή και αναμνηστικό ιστορικό βιασμού κατά την παιδική ηλικία. Αναρτημένη εργασία στο 8^ο Διεθνές Συνέδριο Σεξουαλικής Βίας, Αθήνα.
- Σιγάλας, Ι. (1999). Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας. Στο Δικαίος, Κουτούζης, Πολύζος, Σιγάλας, Χλέτσος (Επιμ. Έκδ.), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Alessandri, M., Heiden, L., & Dunbar-Welter, M. (1997). Ιστορική Επισκόπηση. Στο L. A. Heiden, & M. Hersen (ed.) (επιμ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Φ. Αναγνωστόπουλος). *Introduction to Clinical Psychology*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
- Belar, C., & Deardorf, W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings*. American Psychological Association.
- Goreczny, A. (1997). Συμπεριφοριστική Ιατρική. Στο L. A. Heiden, & M. Hersen (ed.) (επιμ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Φ. Αναγνωστόπουλος). *Introduction to Clinical Psychology*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.

Mueser, K., & Herbert, J. (1997). Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Στο L. A. Heiden, & M. Hersen (ed.) (επιμ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Φ. Αναγνωστόπουλος). *Introduction to Clinical Psychology*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.

Fishman, S., & Pantalon, M. (1997). Ιδιωτική άσκηση επαγγέλματος. Στο L. A. Heiden, & M. Hersen (ed.) (επιμ. Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Φ. Αναγνωστόπουλος). *Introduction to Clinical Psychology*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.

www.psi.gr

Ο ρόλος του Κλινικού Ψυχολόγου σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία

Έρα-Θάλεια Κόλλια

Το παιδιατρικό νοσοκομείο ως πλαίσιο εργασίας του κλινικού ψυχολόγου

Η απασχόληση του κλινικού ψυχολόγου στο πλαίσιο του παιδιατρικού νοσοκομείου και πιο συγκεκριμένα το ίδιο το πεδίο εργασίας του, δηλαδή οι επιμέρους κλινικές και οι αντίστοιχες ομάδες στόχου, προέκυψαν μέσα από σειρά ιστορικών εξελίξεων σχετικά με κάποιες νέες ειδικότητες στο χώρο της Ψυχολογίας, στις οποίες θα αναφερθούμε σύντομα. Ο πιο σημαντικός ίσως σταθμός είναι η ίδρυση ενός νέου κλάδου της επιστήμης της Ψυχολογίας στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του '60. Πρόκειται για τη «Παιδιατρική Ψυχολογία», όρος που επικράτησε περισσότερο στον αμερικάνικο χώρο σηματοδοτώντας σινάμα την εξειδίκευση στη θεραπεία παιδιών και εφήβων αντί των ενήλικων ασθενών που πάσχουν από σωματικές ασθένειες.

Το 1965 ο Kagan, ερευνητής της εξελικτικής ψυχολογίας, πρότεινε το πάντρεμα ανάμεσα στη Παιδιατρική και τη Ψυχολογία. Το 1967 ο Logan Wright προέδρευσε της Εταιρίας για Παιδιατρική Ψυχολογία ή Society for Pediatric Psychology και συνέβαλλε καθοριστικά στην έκδοση του πρώτου περιοδικού στο χώρο, του Journal of Pediatric Psychology (πρώτη έκδοση το 1975). Οι πρώτοι επιστήμονες που εργάστηκαν στο πεδίο αυτό ήταν καταρτισμένοι κλινικοί ψυχολόγοι και για πολλά χρόνια ο κλάδος της Παιδιατρικής Ψυχολογίας αποτέλεσε «παρακλάδι» της Κλινικής Ψυχολογίας και στα πλαίσια των μεγάλων συλλόγων ψυχολόγων, όπως είναι η A.P.A (American Psychological Association) (Division 12 of A.P.A.) (Routh, 2000). Να σημειώσουμε, ότι στον ευρωπαϊκό χώρο δεν έχει περατωθεί μια τόσο ξεκάθαρη διαδρομή και οι θέσεις εργασίας στα παιδιατρικά νοσοκομεία καλύπτονται στις περισσότερες χώρες από ψυχολόγους υγείας, κλάδος ο οποίος έρχεται να ανταποκριθεί στις συνολικές ανάγκες των σωματικά ασθενών, ανεξάρτητα από την ηλικία των πασχόντων ατόμων.

Ο ψυχολόγος που εργάζεται σε παιδιατρικά πλαίσια βρίσκεται λοιπόν στα πρώτα στάδια να ορίσει μια νέα ταυτότητα στα πλαίσια της ολοένα ανερχόμενης Παιδιατρικής Ψυχολογίας (Pediatric Psychology), η οποία ορίζεται ως «ένα διεπιστημονικό πεδίο που ασχολείται με την σωματική, γνωστική, κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία και ανάπτυξη, όπως σχετίζονται με θέματα υγείας και ασθένειας στα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειες». Τα τρία πιο σημαντικά πεδία έρευνας στη Παιδιατρική Ψυχολογία είναι οι χρόνιες ασθένειες, το στρες και η διαχείρισή του, η πρόληψη (ακούσιοι τραυματισμοί και κατά συνέπεια η εκπαίδευση στην ασφάλεια), η προαγωγή υγείας (κάπνισμα εφήβων, προαγωγή υγιών διατροφικών συνηθειών και σωματική άσκηση). Το δεύτερο πεδίο ανάμεσα στα οποία κινείται ο ψυχολόγος είναι η Ψυχολογία της Υγείας, της οποίας οι στόχοι είναι η συνεισφορά της στην κατανόηση υγείας και ασθένειας μέσω βασικής κλινικής έρευνας, η σύνθεση της βιοιατρικής πληροφορίας σχετικά με την υγεία και την ασθένεια με τη σύγχρονη ψυχολογία, η προώθηση της εκπαίδευσης και των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας και ασθένειας και η πληροφόρηση της βιοιατρικής και ψυχολογικής επιστημονικής κοινότητας και του ευρύτερου κοινού πάνω στα αποτελέσματα της πιο πρόσφατης έρευνας. Οι διαφορές ανάμεσα στους δύο κλάδους εντοπίζονται κυρίως στις εκπαιδευτικές ανάγκες της κάθε κατεύθυνσης και τις συνεπαγόμενες επαγγελματικές δραστηριότητες (La Greca, Stone & Swales, 1989). Στο παρόν άρθρο θα χρησιμοποιήσουμε περαιτέρω τον όρο κλινικό ψυχολόγο και θα διευκρινήσουμε τις εκπαιδευτικές διαφορές ανάμεσα στις προαναφερόμενες ειδικότητες-εξειδικεύσεις αργότερα.

Πέρα από τη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας, η ιστορική αναδρομή δείχνει, ότι κατά την είσοδο των κλινικών ψυχολόγων στα γενικά νοσοκομεία πριν περίπου 25 χρόνια, οι ψυχολόγοι αρχικά δεν αντιμετώπιζαν παιδιατρικούς ασθενείς. Καθώς τα νοσοκομεία επέκτειναν τη παροχή βοήθειας σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και σε ευρύτερα προγράμματα περίθαλψης, περιέλαβαν τους πρώτους ψυχολόγους, οι οποίοι προορίζονταν για την αντιμετώπιση κάποιων καταθλιπτικών ηλικιωμένων ασθενών και ασθενών που έπασχαν από βαριές ή ανίατες ασθένειες και βρίσκονταν σε τελικό στάδιο. Στη πορεία οι ψυχολόγοι άρχισαν να συμβάλλουν και στην διάγνωση διαφόρων διαταραχών και ανέπτυξαν συμβουλευτικές δραστηριότητες ακόμα και για το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό (Walker, 2000). Η είσοδος κλινικών ψυχολόγων στα νοσοκομεία συνέβαλλε στον περιορισμό των καταχρήσεων των ιατρικών υπηρεσιών, τη μείωση των διαταραχών

άγχους και την ελάττωση παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία (Ludwigsen, 1992).

Την αρχική ομάδα στόχου στο παιδιατρικό χώρο αποτέλεσαν παιδιά και έφηβοι με διεγνωσμένη ψυχοπαθολογία που αρρώστειναν βαριά και εισάγονταν σε νοσοκομεία. Πολύ αργότερα μετατέθηκε το βάρος της δουλειάς του κλινικού ψυχολόγου σε σχέση με τους αρχικούς όρους εργασίας και δόθηκε πλέον ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της αποκατάστασης (τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής). Στη δεκαετία του '70 στην Αμερική και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες κινητοποιήθηκαν για πρώτη φορά οι αμιγώς παιδιατρικοί ψυχολόγοι σε θέματα δικαιωμάτων του παιδιού (Seagull, 2000), τη μεσολάβηση στο να παίρνει και το παιδί κατάλληλη για την ηλικία και ωριμότητά του πληροφόρηση πάνω στην ασθένεια από την οποία πάσχει (Koocher, 1974) και υποστήριξαν την εμπλοκή παιδιάτρων και ψυχολόγων σε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών (Keith-Spiegel, 1973).

Ποιο είναι όμως ακριβώς το πλαίσιο εργασίας του κλινικού ψυχολόγου; Η παιδιατρική κλινική είναι ο χώρος εργασίας ενός κλινικού ψυχολόγου. Εκεί εργάζεται με παιδιά και εφήβους που πάσχουν από σωματικές ασθένειες και παρέχει υπηρεσίες στους ίδιους και τις οικογένειές τους. Το παιδιατρικό νοσοκομείο όμως περιθάλπει πολλές και διαφορετικές ομάδες ασθενών, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες η καθεμία. Ανάλογα με τη φύση της ασθένειας διαφοροποιείται και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών από το κλινικό ψυχολόγο. Ας δούμε όμως ποιο είναι το

Πεδίο δράσης και τα καθήκοντα του κλινικού ψυχολόγου σε παιδιατρικά νοσοκομεία

Σύμφωνα με τον Michels (1996) υπάρχουν οκτώ διαφορετικά αντικείμενα απασχόλησης του κλινικού ψυχολόγου. Αυτά είναι: α. Η ψυχοδιαγνωστική: π.χ. διάγνωση ευφυΐας, ανάπτυξης, νευροψυχολογικής διάγνωσης, διάγνωσης των τρόπων διαχείρισης της ασθένειας (coping strategies). β. Τα ατομικά μέτρα: π.χ. συμβουλευτική, στήριξη έως και ψυχοθεραπεία. γ. Τα ομαδικά μέτρα: π.χ. προγράμματα εκπαίδευσης για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αντιμετώπιση του πόνου, η διαχείριση του στρες, οι τεχνικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση με στόχο την επαναπόκτηση κάποιων νευροψυχολογικών λειτουργιών. δ. Η δουλειά με γονείς και συγγενείς: π.χ. συμβουλευτική σε ακραίες συνθήκες

θεραπείας (όπως η χημειοθεραπεία) και στήριξη μέσω συζήτησης. ε. Η ανάπτυξη μοντέλων προετοιμασίας και παρακολούθησης: π.χ. η κατάλληλη ψυχολογική προετοιμασία των παιδιών πριν από χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά και η παρακολούθηση ενός ασθενούς μετά την έξοδό του από το ιατρικό πλαίσιο. Αυτή δεν βασίζεται βέβαια σε παρατήρηση στο φυσικό περιβάλλον, αλλά κυρίως σε συζητήσεις με γονείς ή ακόμα και σε ενημερωτικές επαφές με δασκάλους. Η παρακολούθηση συνεχίζεται καθώς το παιδί μεγαλώνει, πραγματοποιούνται συναντήσεις επανελέγχου και συχνά και τηλεφωνικές επικοινωνίες. ζ. Η ανάπτυξη συστήματος οργάνωσης και ποιότητας. η. Η έρευνα και θ. Η μετεκπαίδευση, συμβουλευτική ή/ και εποπτεία άλλων επαγγελματικών ομάδων στον ίδιο χώρο.

Ανάλογη είναι και η κατηγοριοποίηση της Καλαντζή (1992), η οποία διαφοροποιεί ανάμεσα στην *άμεση θεραπευτική, υποστηρικτική ή/ και συμβουλευτική παρέμβαση* στο χώρο των α) των ψυχοσωματικών διαταραχών, β) των σωματικών ασθενειών (σημασία της ασθένειας, αλλαγές στον μέχρι τώρα τρόπο ζωής κυρίως σε χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες κ.λ.π.), γ) των σωματικών πόνων (ανάλυση των συνθηκών, διάγνωση και θεραπεία ψυχογενών πόνων κ.λ.π.), δ) των εγχειρήσεων (ψυχολογική προετοιμασία πριν και υποστηρικτική μετά), ε) της αντικατάστασης οργάνων ή εξάρτησης από μηχανήματα (π.χ. ψυχολογική βοήθεια σε άτομα που έχουν βηματοδότη, χρειάζονται συχνά αιμοδιάλυση κ.λ.π.), στ) του θανάτου (υποστηρικτική σε βαριά πάσχοντες, στους συγγενείς τους και στο νοσηλευτικό προσωπικό κλινικών, όπου υπάρχει μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας (π.χ. τμήματα καρκινοπαθών ή εντατικής παρακολούθησης) και τις *εφαρμογές νέων προγραμμάτων, εποπτεία, ψυχολογική επιμόρφωση*. Εδώ τα κύρια θέματα είναι οι: α) Σχέσεις ιατρού (νοσοκόμου) - ασθενούς: Ανάλυση σχέσεων - ψυχολογική παρέμβαση - καλύτερευση συστημάτων επικοινωνίας, β) Σχέσεις ασθένειας - ασθενούς: π.χ. Εισαγωγή και παραμονή στο Νοσοκομείο, ψυχολογική προετοιμασία, επιμόρφωση σε θέματα υγείας κ.λ.π. και οι γ) Σχέσεις ατόμων που εργάζονται σε κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία κ.λ.π.: ανάλυση συνθηκών συνεργασίας, δυσκολίες, κίνδυνοι διαπροσωπικών συγκρούσεων, συμβουλευτική.

Οι μέθοδοι αξιολόγησης που χρησιμοποιεί ο κλινικός ψυχολόγος σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο επιλέγονται σύμφωνα με τα προβλήματα και τις ανάγκες του παιδιού και συχνά υπαγορεύονται από το ιατρικό προσωπικό π.χ. εφαρμογή μιας σειράς νευροψυχολογικών δοκιμασιών, για να εξακριβωθεί η έκταση εγκεφαλικής βλάβης. Έτσι το ψυχομετρικό φάσμα που κινείται είναι πολύ μεγάλο: α. Τεστ

νοημοσύνης και ικανοτήτων – για την αξιολόγηση της νοητικής ικανότητας, μαθησιακών δυσκολιών ή ακόμα και αλλαγών που συνδέονται με την ασθένεια. β. Ερωτηματολόγια προσωπικότητας για την αξιολόγηση της συναισθηματικής συμπεριφοράς και προσαρμογής του παιδιού ή εφήβου. γ. Κατάλογοι συμπτωμάτων, συγκεκριμένα σε ευρεία χρήση είναι το Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) (Wollraich, 1997). δ. Ειδικά ψυχομετρικά εργαλεία για συγκεκριμένες ασθένειες π.χ. εργαλείο που λαμβάνει υπόψιν την απαραίτητη γνώση για τον χειρισμό του διαβήτη (Diabetes Knowledge Test) ή η Κλίμακα Υπευθυνότητας για την Ρύθμιση του ΙΕΣΔ ερωτηματολόγια πόνου κ.ά. όπως το PARS-III για τη μέτρηση των προβλημάτων ψυχοκοινωνικής προσαρμογής για παιδιά με χρόνιες παθήσεις. Στη καθημερινότητα του νοσοκομείου όμως δεν υπάρχει χρόνος να εφαρμόζονται αυτά σε κάθε εισαγωγή παιδιού ή εφήβου. Πάλι οι ανάγκες του χώρου είναι αυτές που διαμορφώνουν την δουλειά του ψυχολόγου. Χρειάζονται γρήγορες επεμβάσεις με γρήγορα αποτελέσματα. Έτσι ως επί το πλείστον γίνεται κλινική συνέντευξη και αξιολόγηση της συμπεριφοράς του παιδιού, η οποία εφόσον περιλαμβάνει και εξέταση των αιτιών και συνεπειών της συμπεριφοράς, ονομάζεται και λειτουργική ανάλυση (Sturges & Drabman, 1995).

Τα καθήκοντα του κλινικού ψυχολόγου καθορίζονται από τη φύση των περιστατικών που καλείται να χειριστεί και ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας της ασθένειας, τα μέλη που εμπλέκονται στη διαχείρισή της, το είδος των επεμβάσεων ή/και τη φαρμακευτική θεραπεία που είναι απαραίτητα για την αποκατάσταση του ασθενούς, απαιτούνται διαφορετικές παρεμβάσεις από πλευράς του. Για τη καλύτερη κατανόηση του τρόπου εργασίας του κλινικού ψυχολόγου που εργάζεται με παιδιατρικούς ασθενείς, θα παρουσιάσουμε τα τρία σημαντικότερα πεδία, ξεκινώντας με την αντιμετώπιση των παιδιών και εφήβων που δεν πάσχουν από χρόνιες ή απειλητικές ασθένειες.

A. Απλή καθημερινότητα στο παιδιατρικό νοσοκομείο

Τα προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά στις παιδιατρικές κλινικές είναι διεξοδικά ερευνημένα. Η επίδραση του στρες που δημιουργείται από το «άγνωστο» περιβάλλον του νοσοκομείου, τα καινούρια πρόσωπα – οι ιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό, όλα αυτά επιδρούν τόσο στην εξωτερικευμένη συμπεριφορά του παιδιού όσο και στον οργανισμό τους (Καλαντζή, 1972). Οι Knight et.al. απέδειξαν ήδη το

1979 την άυξηση της κορτιζόλης (η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης οδηγεί σε έλκος) μια βδομάδα πριν την εγχείρηση, μια μέρα πριν και μια μέρα μετά σε παιδιά που δεν είχαν προετοιμαστεί καθόλου ούτε και είχαν πληροφορηθεί την είδηση ότι έπρεπε να εγχειρισθούν. Αντίθετα εκείνα που είχαν προετοιμαστεί δεν έδειξαν μεγάλη διαφορά στην έκκριση κορτιζόλης. Ακόμα και οι νοητικές ικανότητες μπορεί να παρουσιάσουν μια παροδική αλλοίωση, ακόμα και κάτω του φυσιολογικού ορίου, όπως έδειξε η Καλαντζή το 1972, πραγματοποιώντας μετρήσεις με τεστ νοημοσύνης. Οι ιατροί συχνά δεν έχουν τον χρόνο ή/ και την εκπαίδευση να προσφέρουν ψυχολογική στήριξη στους ασθενείς τους, γεγονός που υπαγορεύει την ανάγκη για υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα ιατρικά πλαίσια (Kazak, 2000).

Η αντίδραση του παιδιού κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο σαφώς σχετίζεται με το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται. Ένα παιδί π.χ. της ηλικίας 3 εως 6 χρονών μπορεί να δείξει: κλάμα, άρνηση τροφής, διαμαρτυρίες, παλινδρομήσεις, επιθετικότητα, δυσκολίες ύπνου- εφιάλτες. Το νοσοκομείο λοιπόν, ως άγνωστος χώρος προκαλεί φόβο στο παιδί που εκδηλώνεται με όλους τους τρόπους που είπαμε παραπάνω. Ο φόβος βάζει σε λειτουργία μηχανισμούς φυγής – το παιδί δεν θέλει να μείνει στο νοσοκομείο. Εφόσον όμως δεν μπορεί να φύγει, αυτή η ένταση μεταβάλλεται ή διοχετεύεται σε προβλήματα συμπεριφοράς. Αλλά τα προβλήματα συμπεριφοράς εμφανίζονται έντονα και μετά την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο, όπως π.χ. φοβίες (αποχωρισμού από τους γονείς του), νευρικότητα, έλλειψη όρεξης κλπ. (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

Τα προβλήματα που προκύπτουν από την περίθαλψη των παιδιών είναι πολυποίκιλα. Οι Charman, Loeb & Gibbons (1994) διαπίστωσαν στη διάρκεια της έρευνάς τους σε παιδιατρικό νοσοκομείο 130 κλινών τα εξής προβλήματα: τη τάση των κλινικών να αντιμετωπίζουν παιδί και ενήλικα ασθενή με τον ίδιο τρόπο παρά την ανικανότητα των παιδιών να κατανοήσουν τις απαραίτητες για το νοσοκομείο διαδικασίες, προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ιατρικού προσωπικού και παιδιών και δυσκολίες, ιδιαίτερα στα μικρότερα παιδιά, στο διαχωρισμό μεταξύ πραγματικότητας και φανταστικού στον χώρο του νοσοκομείου.

Αυτό που πρέπει να γίνει από πλευράς του κλινικού ψυχολόγου είναι η κατάλληλη γνωστική-ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού σε σχέση με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Παρέχοντας κανείς τη κατάλληλη γνώση-ενημέρωση, με τη παρουσία αγαπημένων προσώπων και τη παροχή ψυχολογικής υποστηρικτικής, μπορεί να μειώσει το φόβο του αγνώστου και να παρέχει συναισθηματική ασφάλεια,

συμβάλλοντας σινάμα και στη μείωση πιθανών προβλημάτων συμπεριφοράς (Καλαντζή, 1992).

Στην απλή καθημερινότητα του κλινικού ψυχολόγου ανήκει και η αντιμετώπιση φοβιών, όπως η φοβία των ενέσεων σε μικρά και μεγαλύτερα παιδιά. Εδώ έχουν αποδειχθεί πολύ χρήσιμα εξειδικευμένα (συνήθως συμπεριφοριστικά) προγράμματα καταπολέμησης της φοβίας των ενέσεων, όπου δουλεύεται η μέθοδος της θετικής αντιπαράστασης. Αυτά μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε σε ατομική βάση είτε σε ομαδική βάση ακόμα και από νοσοκόμες, πάντα όμως με την εποπτεία του ψυχολόγου (Sturges & Drabman, 1995).

Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η ενούρηση. Παιδιά που εμφανίζουν ενούρηση δεν φτάνουν πάντα απευθείας στο ψυχολόγο. Συχνά έρχονται οι γονείς στο νοσοκομείο, για εξετάσεις του ουροποιητικού συστήματος. Η άλλα παιδιά πάλι μπορεί να μην έχουν προηγούμενα πρόβλημα και να εμφανίσουν ξαφνικά ενούρηση είτε με την εισαγωγή στο νοσοκομείο για κάποιον άλλο ιατρικό λόγο είτε πριν ή μετά από κάποια εγχείρηση. Τότε ο ψυχολόγος σχεδιάζει εξατομικευμένη παρέμβαση μαζί με τους γονείς. Εδώ εφαρμόζονται συχνά γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές με στόχο την επίτευξη του αυτοελέγχου, εφόσον έχει αποκλειστεί κάθε άλλο σωματικό ενδεχόμενο (Mellon, 2000).

Ένα ακόμα παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της παράδοξης αντίδρασης, μη υπακοής σε συμβουλές και φαρμακοθεραπείες ή αλλιώς “non-compliance”. Αυτό είναι ένα από τα θέματα που απασχολούν ιδιαίτερα και τους ιατρούς και που είναι ευπρόσδεκτη η βοήθεια του ψυχολόγου. Βέβαια αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα σε χρόνιες ασθένειες όπου έχει μεγάλη σημασία η ακριβής και συστηματική εφαρμογή της ιατροφαρμακευτικής αγωγής, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

Οριακές περιπτώσεις στη καθημερινή εργασία του κλινικού ψυχολόγου στο παιδιατρικό νοσοκομείο αποτελούν διαγνωσμένα ή όχι ψυχιατρικά περιστατικά που εισάγονται για οργανικές βλάβες π.χ. παιδί με ψύχωση που έσπασε το πόδι του. Σε αυτή τη περίπτωση και εφόσον καλείται ο κλινικός ψυχολόγος να εμπλακεί, είτε αναλαμβάνει να υποστηρίξει το νοσοκομειακό σύστημα έτσι ώστε να μπορέσει να κάνει την δουλειά του, είτε ο ασθενής παραπέμπεται αμέσως σε νοσοκομείο με κατάλληλη ψυχιατρική υποδομή. Ανάλογα, οριακή περίπτωση αποτελεί η παραπομπή στον κλινικό ψυχολόγο ενός οργανικά άρρωστου παιδιού με το ερώτημα, αν το

συγκεκριμένο πρόβλημα έχει ψυχολογική βάση, όπως είναι ο διαλείπων πόνος και τα προβλήματα λήψης τροφής (Sturges & Drabman, 1995).

Συνοψίζοντας, να σημειώσουμε κάποιες γενικές κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τις παρεμβάσεις που πρέπει να δίνονται από τον κλινικό ψυχολόγο στο καθημερινό επίπεδο εργασίας εντός του παιδιατρικού νοσοκομείου. Η Καλαντζή (1992) αναφέρει σχετικά ό,τι έχει σημασία: να ερμηνεύονται τα ερωτήματα του παιδιού, να πληροφορείται το παιδί με απλά και κατανοητά λόγια και οπωσδήποτε με εικόνες για κάθε ιατρική διαδικασία που είναι να υποστεί, να δίνονται υλικά για ζωγραφική, πλαστελίνη, βιβλία, κασέτες με μουσική, παραμύθια, κασέτες βίντεο, κ.ά. Ακόμα πρέπει να καθορίζεται η ατομική θεραπεία μαζί με τον ασθενή, ανάλογα με το τί μπορεί να κάνει και το τί θέλει, δηλαδή να γίνεται κοινή επεξεργασία του προγράμματος θεραπείας και να καλλιεργείται η συνυπευθυνότητα, να καθορίζονται μαζί με το παιδί ειδικοί και προπαντός κατανοητοί στόχοι, να δίνονται γραπτές συμβουλές στα παιδιά και να χρησιμοποιούνται εικόνες και να σχεδιάζονται προγράμματα παρακολούθησης στο σπίτι (ειδικά σε περιπτώσεις όπου το παιδί ακολουθεί μακροχρόνιες θεραπείες).

B: Ασθένειες σε ακραίες καταστάσεις- Τμήμα εντατικής παρακολούθησης

Στο τμήμα εντατικής παρακολούθησης τα πράγματα είναι πολύ διαφορετικά. Στατιστικά ισχύει το εξής: περίπου το 50% των ασθενών πεθαίνουν και το 50% επιζούν με βαρύτερες επιπτώσεις (σπαστικές αναπηρίες, παραλύσεις κλπ.). Όσο καιρό είναι στον θάλαμο εντατικής παρακολούθησης ένα παιδί ή ένας έφηβος αισθάνεται πολύ έντονο άγχος (άγχος θανάτου, απειλή για τη ζωή). Οι ιδιαίτερες συνθήκες που καλείται να αποδεχτεί είναι, ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στη μέρα και τη νύχτα, βρίσκεται σε απόλυτη εξάρτηση από διάφορα μηχανήματα, βιώνει συχνά την απόλυτη έλλειψη αυτοβοήθειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε αυτοεγκατάλειψη και δεν είναι σπάνιο να πεθάνει κάποιο άλλο παιδί που βρίσκεται στον ίδιο θάλαμο μαζί του. Όλες αυτές οι παράμετροι οδηγούν συχνά ακόμα και σε οργανικά ψυχοσύνδρομα, όπως π.χ. ο αντιδραστικός παλιμπαιδισμός με ισχυρές τάσεις συναισθηματικής εξάρτησης, παραισθήσεις, μελαγχολία με έντονο άγχος θανάτου (Καλαντζή-Αζίζι, 1992).

Ο κλινικός ψυχολόγος σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δρα ψυχοθεραπευτικά. Η θεραπεία πρέπει να παραμένει επικεντρωμένη στον πελάτη, με

στόχο να εξασφαλίσει ο ψυχολόγος για το παιδί τουλάχιστον ένα περιβάλλον πλήρους αποδοχής, κατανόησης και συμπαράστασης. Πρέπει να δώσει έμφαση σε συχνές λεκτικές και μη λεκτικές επαφές (χαμόγελο, χάδι), να δίνει θάρρος, να εξηγεί τι ακριβώς συμβαίνει με τα μηχανήματα, ποια είναι τα σημεία καλυτέρευσης, να δείχνει μεγάλη υπομονή σε τι ακριβώς θέλει να πει κάθε φορά ο ασθενής, σε κάθε σωματική ενόχληση που μπορεί να νιώθει αλλά και σε κάθε συναισθηματική αλλαγή (Καλαντζή, 1992). Στη καλύτερη περίπτωση τα προαναφερόμενα μπορεί όντως να συντελέσουν στο να μειωθεί ο φόβος θανάτου και η απομόνωση που νιώθουν οι μικροί ασθενείς.

Επειδή όμως οι αντικειμενικές συνθήκες είναι από τις πιο αντίξοες που μπορεί να αντιμετωπίσει ο άνθρωπος, πρέπει να γνωρίζουμε, ότι στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης ακόμα και σε παιδιατρικά νοσοκομεία είναι πιθανές και άλλες εκβάσεις. Το παιδί ή ο έφηβος ξεπερνάει τα όρια της σωματικής και ψυχικής του αντοχής και εμφανίζει τάσεις αυτοκτονίας, κρίσεις άγχους του θανάτου ή τέλεια αυτοεγκατάλειψη. Τότε ο ψυχολόγος αντιμετωπίζει την κρίση και δεν το κάνει μόνος του – σ' αυτές τις περιπτώσεις συμμετέχει και το λοιπό προσωπικό που είναι εξειδικευμένο και ο κλινικός ψυχολόγος πρέπει να είναι συνεχώς εκεί (Roberts, 1995).

Ένα δεύτερο επίπεδο παρέμβασης αποτελεί η δημιουργία συνθηκών για καλυτέρευση της επικοινωνίας. Έχοντας κατά νου ότι μπορεί να υπάρχουν μεγάλες δυσχέρειες στην επικοινωνία λόγω π.χ. κάποιας τραχειοτομής ή λόγω των μηχανημάτων στα οποία είναι διασωληνομένο το παιδί, καλείται ο ψυχολόγος να δώσει δυνατότητες έκφρασης στον ασθενή. Αυτό μπορεί να το κάνει με διάφορους τρόπους: με τη χειλοανάγνωση, τη ζωγραφική, το άνοιγμα ή κλείσιμο των ματιών (Καλαντζή-Αζίζι, 1992), σε πιο άρτια εξοπλισμένες κλινικές ακόμα και με ειδικά προγράμματα σε υπολογιστή.

Αναπόσπαστο κομμάτι εργασίας του κλινικού ψυχολόγου εδώ αποτελεί και η παροχή ψυχολογικής υποστηρικτικής στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Αυτό το κομμάτι είναι πάρα πολύ σοβαρό, γιατί οι συγγενείς δεν είναι μόνο υπεύθυνοι για την φροντίδα του μικρού ασθενή, αλλά βιώνουν και οι ίδιοι μια εξαιρετικά τραυματική εμπειρία. Το πρώτο που γίνεται σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η λεπτομερής πληροφόρηση για το τί ακριβώς συμβαίνει: τη κατάσταση υγείας του παιδιού, τη δουλειά που κάνει κάθε μηχανήμα και για ποιο λόγο γίνονται οι συγκεκριμένες μηχανικές επεμβάσεις. Όλ' αυτά συντελούν σε κάποιο βαθμό στη

μείωση του άγχους και του φόβου. Σε μια δεύτερη φάση προτείνεται στους γονείς και τους άμεσους συγγενείς συνάντηση μετά από κάθε επίσκεψη, για να απαντηθούν τα ερωτήματά τους, να συζητηθούν πρακτικά προβλήματα. Εδώ ο κλινικός ψυχολόγος κινείται σε ένα φάσμα από απλή συμβουλευτική έως άμεση ψυχολογική παρέμβαση σε περίπτωση κρίσης (π.χ. έκφραση φόβου θανάτου για το παιδί) (Καλαντζή-Αζίζι, 1990).

Γ: Χρόνιες παθήσεις

Το φάσμα των παθήσεων άλλαξε σε όλες τις χώρες της Ευρώπης με παρόμοιες συνθήκες στον χώρο της υγείας και πρόνοιας ως προς το εξής: Υπάρχει έντονη μετακίνηση προς τις χρόνιες παθήσεις. Περίπου το 80% του πληθυσμού ενός παιδιατρικού νοσοκομείου καλύπτονται από ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Χρόνιες παθήσεις ορίζονται αυτές που έχουν μεγάλη διάρκεια – μπορεί να κρατήσουν και όλη την ζωή- και όπου η πρόβλεψη συχνά είναι απρόβλεπτη ή/ και άσχημη. Τα ποσοστά αυτών των ασθενειών στο παιδικό και εφηβικό πληθυσμό αυξάνουν, ενώ συγχρόνως η συνολική συχνότητα εμφάνισης των περισσότερων παθήσεων στα τελευταία 20 χρόνια παραμένει σταθερή (Roth-Roemer, Kurpius & Robinson, 1998).

Στις χρόνιες ασθένειες συγκαταλέγονται το άσθμα (που έχει και την ψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σε παιδιά και εφήβους από όλες τις άλλες ασθένειες), οι διάφορες μορφές καρκίνου, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι ρευματικές παθήσεις, οι καρδιοπάθειες, η επιληψία και οι μόνιμες βλάβες ή αναπηρίες που ανάγονται σε σοβαρά ατυχήματα. Οι παραπάνω αναφερόμενες ασθένειες διαφέρουν ως προς την εμφάνιση, τη διάρκεια, τη προβλεψιμότητα της έκβασης, τη πιθανότητα ίασης, την εμφάνιση υποτροπών και την εξέλιξη. Όλοι αυτοί οι διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν άμεσα και τη δουλειά του κλινικού ψυχολόγου, ανάλογα την περίπτωση (Κόλλια, 2003).

Αποδεικνύεται ότι η χρόνια πάθηση οδηγεί 2 έως 3 φορές σε περισσότερες ψυχοπαθολογικές διαταραχές που απαιτούν προληπτική αλλά και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (Huerter, 1999). Από την ανάλυση της συνολικής γερμανόφωνης και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας στον τομέα Ψυχολογίας της Υγείας στο διάστημα 1983 ως 1990 και τη κατηγοριοποίηση των χρόνιων ασθενειών με βάση τον ψυχοκοινωνικό τύπο και τα αποτελέσματα των μετρήσεων μέσω της κλίμακας Child Behavior Checklist (των Achenbach και Edelbrock, 1983) σε ευρείες κλίμακες ανά ασθένεια

προέκυψαν 4 μεγάλες κατηγορίες ως ιδιαίτερα επιβαρυνμένες σε όλες τις κλίμακες εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς: η κυστική ίνωση, οι ογκολογικές παθήσεις (λευχαιμίες, όγκοι), οι παθήσεις που επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργικότητα του ασθενούς (π.χ. παράλυση, μυϊκή δυστροφία) και τελευταίος ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου Α. Στην ίδια εργασία του Huerter δόθηκε ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της επιθυμίας της οικογένειας για ψυχοκοινωνική στήριξη σε 100 οικογένειες με βαριές χρόνιες παθήσεις. Η επιθυμία των γονιών ήταν πολύ υψηλή πέρα από το είδος της ασθένειας κατά 63%. Οι παράγοντες που εντείνουν την ανάγκη για ψυχολογική στήριξη (και μάλιστα από την ώρα της πρώτης διάγνωσης στο νοσοκομείο) συνδέονται με την εκτίμηση των γονιών ότι η ψυχοπαθολογική επιβάρυνση του παιδιού είναι πολύ υψηλή, αν οι ασθενείς πάσχουν από απειλητική για την ζωή ασθένεια και αν στην οικογένεια προϋπάρχει εμπειρία με ψυχοθεραπεία.

Οι Lavigne & Fair Routman (1992) σε μια άλλη ανεξάρτητη έρευνα επιβεβαιώνουν αυτά τα ίδια ποσοστά σε μια ανάλυση 87 αγγλοαμερικάνικων εργασιών για τη ψυχολογική προσαρμογή χρόνια ασθενών παιδιών και εφήβων.

Από όλα αυτά τα δεδομένα προκύπτει σε επίπεδο ψυχολογικής παρέμβασης ως προς τη χρονική στιγμή, ότι πρέπει να δοθεί βοήθεια άμεσα μετά την διάγνωση και το ξεκίνημα της θεραπείας και κατά όλη την διάρκεια της ασθένειας. Εδώ πρέπει να έχουμε κατά νου, ότι η διάγνωση μιας βαριάς ασθένειας στο παιδί ή τον έφηβο επηρεάζει δραστικά όλους τους ζωτικούς τομείς. Αν δε δοθεί τότε βοήθεια στο παιδί και την οικογένεια, μπορεί να οδηγηθούν σε αυτοεγκατάλειψη ως προς όλα τα ψυχολογικά ζητήματα. Ο χειρισμός της ασθένειας έγκειται δηλαδή στη ψυχοπαθολογία του ατόμου ή των ατόμων πριν την έκβαση της ασθένειας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Σχετικά με τις διαστάσεις της κατάλληλης παρέμβασης πρέπει να σημειωθεί, ότι η παρέμβαση του κλινικού ψυχολόγου πρέπει να περιλαμβάνει όλη την τριάδα άτομο (παιδί ή έφηβος) – ασθένεια – περιβάλλον (Michels, 1996). Μόνο αν καταφέρει να ισοσταθμίσει και τις τρεις συνιστώσες μπορεί να επιτευχθεί σχετική ψυχοκοινωνική υγεία. Αυτό μεταφράζεται σε πρακτικές της κλινικής ψυχολογίας, της εξελικτικής και παιδαγωγικής ψυχολογίας και σε συστημική θεραπεία οικογένειας.

Σύμφωνα με τον Petermann (1997), το περιεχόμενο της παρέμβασης στη Παιδιατρική Ψυχολογία είναι πολυεπίπεδο και πρέπει να περιλαμβάνει οπωσδήποτε τους δύο κεντρικούς άξονες, που είναι η συμβουλευτική οικογένειας και η εκπαίδευση-υποστήριξη του ασθενούς, δηλαδή του παιδιού που πάσχει από τη χρόνια ασθένεια. Το αποτέλεσμα της παράλληλης παρέμβασης είναι αντίστοιχα η θετική

επίδραση στην ψυχοκοινωνική κατάσταση όλων των μελών της οικογένειας και η συνολική βελτίωση του ψυχοκοινωνικού κλίματος και ο καλύτερος δυνατός χειρισμός της ασθένειας (compliance). Στόχος της παιδιατρικής ψυχολογικής παρέμβασης είναι τελικά η μείωση της συχνότητας και της έντασης των συμπτωμάτων του ασθενούς ή/ και η μείωση των υποτροπών.

Οι ανάγκες των εμπλεκόμενων βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος του κλινικού ψυχολόγου που φροντίζει για τη ψυχοκοινωνική υγεία των χρόνια ασθενών παιδιών και εφήβων. Οι ανάγκες των ασθενών (παιδιών και εφήβων) και των αδερφών και γονιών τους είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ τους και επηρεάζονται σιγά σιγά από πολλούς κοινωνικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση κλπ. (Κόλλια, 2003).

Το άρρωστο παιδί παρουσιάζει συνήθως προβλήματα συναισθηματικής φύσης, όπως κατάθλιψη, φοβίες, αρνητική εικόνα εαυτού και άγχος αλλά και μη αποδοχή της ασθένειας, άρνηση των συμπτωμάτων. Ο αδερφός/ η αδερφή διακινούν θέματα έλλειψης προσοχής από τους γονείς, φόβο για το μέλλον του άρρωστου αδερφού ή αδερφής, ζήλια και επιθετικότητα, ανασφάλεια για το μέλλον, φόβο για τον εαυτό τους (π.χ. όταν η πάθηση του άρρωστου αδερφού είναι κληρονομική (Eiser, 1993). Οι γονείς φέρουν κυρίως το βάρος της φροντίδας για το άρρωστο παιδί. Οι ίδιοι περιγράφουν τις περισσότερες φορές συναισθήματα φόβου και ενοχής και φέρουν αρκετά συχνά συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης έχουν άγχος για το μέλλον, επιβαρύνονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, χάνουν το κοινωνικό τους δίκτυο. Αξίζει να σημειωθεί, ότι συχνά η επιβάρυνση της οικογένειας και ενίοτε της μητέρας είναι μεγαλύτερη από αυτήν του ίδιου του παιδιού (Seagull, 2000).

Μπορούμε να πούμε, ότι οι οικογένειες που καταφέρνουν σε μεγάλο βαθμό να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις συνέπειές της, που επιζούν και είναι σε θέση να ζήσουν ικανοποιητικά στην συνέχεια, είναι αυτές που είναι σε θέση και έχουν την θέληση να ζητήσουν ψυχολογική βοήθεια.

Δ: Απειλητικές για τη ζωή ασθένειες

Εδώ τα περισσότερα συμπεράσματα προκύπτουν από έρευνες σε οικογένειες με παιδί που πάσχει από λευχαιμία ή όγκο. Πρέπει να σημειώσουμε, ότι πλέον υπάρχει όντως καλύτερη πρόγνωση για κάποιες μορφές καρκίνου. Περίπου το 60% - 70% των παιδιών και εφήβων με καρκίνο επιζούν για 5 χρόνια την ασθένεια (Roberts,

1995). Έτσι όπως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία, εξισώνεται η επιβίωση για άλλα 5 χρόνια με την ίαση, όμως δεν είναι έτσι για το άρρωστο παιδί ούτε και την οικογένειά του.

Σ' αυτήν τη κατηγορία η προετοιμασία για τον επερχόμενο θάνατο ή η υποστήριξη στην περίπτωση που επήλθε ξαφνικός θάνατος μετά από υποτροπή αποτελούν την πιο ρεαλιστική περιγραφή της πραγματικότητας στην ογκολογική κλινική ενός παιδιατρικού νοσοκομείου, χωρίς να λείπουν βέβαια και οι περιπτώσεις της μακροχρόνιας παρακολούθησης παιδιών που γίνονται καλά (οπότε μιλάμε περισσότερο για παρεμβάσεις του τύπου που περιγράψαμε προηγουμένως).

Στο επίκεντρο της παρέμβασης του κλινικού ψυχολόγου είναι: α. Η συναισθηματική επεξεργασία της απειλητικής διάγνωσης και το ξεκαθάρισμα πιθανής ενοχής ως προς την αιτιολόγηση της εμφάνισης της ασθένειας. β. Η ανάπτυξη κατάλληλης για την περίσταση στρατηγικής χειρισμού. γ. Η ενημέρωση του παιδιού για την ασθένεια και τη θεραπεία, χωρίς απόκρυψη της αλήθειας, αλλά προσαρμόζοντάς την στο γνωσιακό και συναισθηματικό επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού. δ. Η ενδυνάμωση μιας ανοιχτής ενδοοικογενειακής επικοινωνίας σε σχέση με την κατάσταση ασθένειας. ε. Η εξασφάλιση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των μεμονωμένων μελών της οικογένειας (Petermann, 1997). Οι παραπάνω στόχοι επιτυγχάνονται επιτυχώς με συστημική θεραπεία οικογένειας, ενώ ο κλινικός ψυχολόγος επιστρέφει συνεχώς σε δυο κεντρικούς άξονες: Τη πρωτογενή αξιολόγηση της επιβάρυνσης και απειλής (π.χ. «Τί σας επιβαρύνει αυτό το διάστημα περισσότερο σε σχέση με την κατάσταση ασθένειας;») και τη δευτερογενή αξιολόγηση των δεξιοτήτων και πηγών άντλησης δύναμης (π.χ. «Με τι τρόπους και ποια συγκεκριμένη βοήθεια θα αντιμετωπίσετε αυτήν την απειλή;», «Τι σας δίνει βοήθεια και ελπίδα;», «Τι ακριβώς χρειάζεστε, για να διατηρήσετε τη δύναμή σας να ανταπεξέλθετε;»).

Οποσδήποτε στις απειλητικές για τη ζωή ασθένειες η αντιμετώπιση του κλινικού ψυχολόγου θα διαφέρει σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με την φάση της ασθένειας, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

Πίν. 1: Συμβουλευτική και θεραπευτική προσέγγιση σε απειλητικές για την ζωή ασθένειες ή σε ασθένειες εν εξελίξει (Petermann, 1997)

Φάση ασθένειας ή/ και θεραπείας	Θέματα
Πρώτη διάγνωση και επεξεργασία	<ul style="list-style-type: none"> • Υποστήριξη για την επεξεργασία του σοκ της διάγνωσης μέσω συζήτησης, ακούοντας ενεργητικά, ξεκαθάρισμα των συναισθημάτων και φαντασιώσεων • Διευκρίνιση του ρόλου του ψυχολόγου στη διαδικασία στήριξης, ενδεχομένως συζήτηση προκαταλήψεων, θέλησης και κινήτρου για ψυχολογική βοήθεια • Μετάδοση πληροφορίας: σύμφωνα με την εκάστοτε ανάγκη για πληροφόρηση • Αμφίδρομη υποστήριξη των μελών της οικογένειας και υποστήριξη για ανοιχτή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας
Θεραπεία (οξεία φάση)	<ul style="list-style-type: none"> • Ξεκαθάρισμα πιθανής ψυχοπαθολογίας σε παιδί και οικογένειας πριν την έναρξη της ασθένειας • Ενεργοποίηση δυναμικού επίλυσης προβλημάτων • Ίσος καταμερισμός του βάρους • Συναισθηματικός χειρισμός της ασθένειας • Παιδαγωγική καθοδήγηση • Ενεργοποίηση κοινωνικού περιβάλλοντος • Σχέση: οικογένεια – ιατρική ομάδα περίθαλψης
Αρνητική εξέλιξη: Υποτροπές ή τελική φάση	<ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματική επεξεργασία της υποτροπής ή της άσχημης πρόγνωσης • Ξεκαθάρισμα των αμφιλεγόμενων συναισθημάτων απέναντι στη συνέχιση της θεραπείας • Προετοιμασία των γονιών για συζητήσεις με το παιδί τους σχετικά με το θάνατο
Τελικό στάδιο	<ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματική στήριξη • Προετοιμασία για τον αποχαιρετισμό
Μετά τον θάνατο	<ul style="list-style-type: none"> • Επεξεργασία πένθους

Σε αυτή τη φάση και μετά από τον πρώτο καιρό, όπου και ο ίδιος ο ψυχολόγος είναι εμπλεκόμενος ως προς ένα παιδί που στήριξε και παρακολούθησε μέχρι τον θάνατό του, συνήθως παραπέμπεται η οικογένεια σε άλλα κέντρα και φορείς εκτός νοσοκομείου, που μπορούν να παρέχουν ψυχοθεραπεία και στήριξη για τον επόμενο καιρό, πιθανώς τα επόμενα χρόνια.

Συνεργασία-όρια με άλλες ειδικότητες

Ο κλινικός ψυχολόγος που εργάζεται σε παιδιατρικό νοσοκομείο δε λειτουργεί ως μοναδικός φορέας παροχής υπηρεσιών, αλλά εργάζεται στα πλαίσια

μιας διεπιστημονικής ομάδας, κοντά σε ιατρούς, παρα-ϊατρικό προσωπικό, νοσηλευτές, φροντιστές υγείας (“caretakers”), παιδαγωγούς, εργοθεραπευτές, κ.ά.

Συχνά ακόμα και το είδος ή/ και το εύρος των υπηρεσιών που του ζητείται καθορίζεται από συνεργάτες της κλινικής στην οποία εργάζεται (π.χ. διεκπεραίωση συγκεκριμένων διαγνωστικών μετρήσεων μετά από ατύχημα) (Drotar, 1999). Η πρωταρχική σχέση που καλείται να διαμορφώσει ο κλινικός στο χώρο του παιδιατρικού νοσοκομείου είναι αυτή με το αμιγώς ιατρικό προσωπικό, τους ανθρώπους δηλαδή που είναι καταρχήν υπεύθυνοι για τη διασφάλιση της σωματικής υγείας του ασθενούς.

Ο Routh (2000) σημειώνει, ότι ο παιδιατρικός ψυχολόγος βρίσκεται σε μια στενή «συμμαχία» με την ιατρική κοινότητα, γεγονός που μπορεί να συνδέεται ως συνθήκη και με σειρά δυσκολιών, όπως είναι η γραφειοκρατία και άλλου είδους διοικητικές δυσκολίες, η συναισθηματική δυσκολία πολλών ιατρών να φροντίσουν για τη δημιουργία ειλικρινών σχέσεων με τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του τις επίπονες στιγμές μιας κακής διάγνωσης ή πρόγνωσης. Οι ιατροί συχνά δεν έχουν το χρόνο ή τη κατάλληλη εκπαίδευση για να προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς τους, γεγονός που υπαγορεύει την ανάγκη για τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας και παροχής συμβουλών στα ιατρικά πλαίσια (Sturges & Drabman, 1995). Φαίνεται ότι η ιατρική κοινότητα ακόμα λειτουργεί περισσότερο με βάση ένα αμιγώς ιατρικό παρά ένα «ψυχο-βιολογικό» μοντέλο αναφοράς. Η φαρμακευτική αγωγή εξακολουθεί να αποτελεί τη δεσπόζουσα μέθοδο θεραπείας για σωματικά συμπτώματα (Bursch, Walco & Zeltzer, 1998). Όμως ακόμα κι όταν οι ιατροί γνωρίζουν αρκετά, ώστε να αναγνωρίσουν ένα ψυχολογικό πρόβλημα σε κάποιον ασθενή, μπορεί να ανησυχούν για το στιγματισμό των παιδιών και εφήβων που χρίζουν ψυχολογικής βοήθειας και για τους χρονικούς περιορισμούς που έχουν όσον αφορά στη διαχείριση και παραπομπή των περιστατικών τους (Drotar, 1999).

Οι Sturges & Drabman (1995) σημειώνουν, ότι οι ειδικότητες του ιατρού και του ψυχολόγου λειτουργούν συμπληρωματικά. Πολλά από τα προβλήματα τα οποία φέρνουν το παιδί ή τον έφηβο στο νοσοκομείο χρειάζονται απαραίτητα την επέμβαση του ιατρού προκειμένου να αποφασιστεί μια κατάλληλη παρέμβαση, η οποία μπορεί να είναι και παρέμβαση στη συμπεριφορά. Επίσης, οι ψυχολόγοι κάνουν παρεμβάσεις ή σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν μεταβιβάσει αυτές τους τις δεξιότητες στον ίδιο το παιδίατρο (π.χ. δεξιότητες επικοινωνίας). Ομοίως, οι ψυχολόγοι έχουν αναπτύξει αυστηρές αξιολογήσεις της αντίδρασης των παιδιών στις φαρμακευτικές θεραπείες

και σε παρεμβάσεις που συνδυάζουν τη θεραπεία της συμπεριφοράς και τη φαρμακευτική αγωγή.

Η συνεργασία μεταξύ του κλινικού ψυχολόγου και του ιατρού είναι απαραίτητη, τόσο για την επιτυχή παροχή υπηρεσιών και τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της ιατροφαρμακευτικής παρέμβασης, όσο και για τη διατήρηση της «καλής» ψυχικής κατάστασης του ανήλικου ασθενούς και των μελών της οικογένειάς του, καθώς και για το άνοιγμα σε νέους τομείς φροντίδας και μέριμνας για το παιδί, όπως είναι η διενέργεια προληπτικών παρεμβάσεων με σκοπό τη μείωση της ευεξίας των παιδιών (Sturges & Drabman, 1995).

Σε ένα άλλο επίπεδο, ο βαθμός στον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικές υγείας θεωρούνται μέρος της ιατρικής ομάδας της εκάστοτε παιδιατρικής κλινικής, θα καθορίσει τη χρήση των ψυχολογικών υπηρεσιών που θα κάνουν και οι οικογένειες των άρρωστων παιδιών, χωρίς να αισθάνονται στιγματισμένοι από την ανάγκη τους για αυτές (Sturges & Drabman, 1995).

Αναφορικά με τις δυσκολίες της συνεργασίας του κλινικού ψυχολόγου με τις λοιπές ειδικότητες έχουν διατυπωθεί σημαντικές σκέψεις και αναζητώνται καλύτεροι τρόποι πιθανής συνεργασίας ψυχολόγων, ιατρών και λοιπών ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο ίδιο εργασιακό φάσμα, όπως είναι οι νοσηλευτές, οι φροντιστές υγείας και άλλα πρόσωπα που παρέχουν υπηρεσίες σε άρρωστα παιδιά και εφήβους. Πολλές προσδοκίες γύρω από αυτό το θέμα στηρίζονται στη βελτίωση της εκπαίδευσης των ψυχολόγων, κυρίως σε επίπεδο οργανωμένης πρακτικής άσκησης σε εποπτευόμενα παιδιατρικά πλαίσια, ώστε να επιτύχουν στενότερες σχέσεις συνεργασίας (Ludwigsen & Albright, 1994).

Ένα τελευταίο σημείο που πρέπει να αναφερθεί είναι και η συγκρότηση μιας ξεκάθαρης εργασιακής ταυτότητας του κλινικού ψυχολόγου που εργάζεται σε παιδιατρικά πλαίσια έναντι του παιδιατρικού ψυχολόγου και του ψυχολόγου υγείας, μια διαδικασία που δεν έχει ολοκληρωθεί σε καμία χώρα έως τώρα και που φαίνεται να εξαρτάται άμεσα και από νομοθετικές ρυθμίσεις. Οι διαφορές μπορεί να είναι μηδαμινές όσον αφορά το καθημερινό, πρακτικό αντικείμενο εργασίας και να περιορίζονται κύρια σε θέματα εκπαίδευσης, όμως η ύπαρξη μιας συγκεχυμένης εικόνας σχετικά με τον επαγγελματικό τίτλο εργασίας δε διευκολύνει μακροπρόθεσμα την εγκυρότητα της εφαρμοσμένης σε ιατρογενή πλαίσια επιστήμης της ψυχολογίας.

Πώς διαμορφώνεται η ελληνική πραγματικότητα στο χώρο της Παιδιατρικής Ψυχολογίας;

Στην Ελλάδα οι κλινικοί ψυχολόγοι εξακολουθούν να αποτελούν μια σχετικά νέα επαγγελματική ομάδα στο χώρο της αποκατάστασης. Το πεδίο δράσης τους δεν είναι πάντα ξεκαθαρισμένο. Δε διαθέτουμε δημοσιευμένα στοιχεία σχετικά με την είσοδο εκπαιδευμένων κλινικών ψυχολόγων σε δημόσια, γενικά νοσοκομεία της χώρας μας. Γνωρίζουμε όμως, ότι οι πρώτοι συνάδελφοι εμφανίστηκαν στα μεγαλύτερα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας πριν περίπου 20 χρόνια, χωρίς να διαθέτουν κανένα υποστηρικτικό δίκτυο και αναγκασμένοι να διαμορφώσουν τελείως διαφορετικούς εργασιακούς στόχους απ' ότι οι αντίστοιχοι επαγγελματίες στο εξωτερικό. Έπρεπε πρώτα να καταφέρουν να συνδεθούν ουσιαστικά με τον ιατρικό κόσμο – έτσι πραγματοποιούσαν διαλέξεις όπου παρουσιάζονταν ψυχολογικοί χειρισμοί σε διάφορα περιστατικά (κυρίως διαβήτη) με στόχο την ενημέρωση και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και την προώθηση της συνεργασίας με τους ιατρούς. Ακολούθησαν κοινές επιστημονικές εργασίες και περιορισμένος αριθμός ανακοινώσεων σε περιοδικά. Επίσης έπαιξαν μεγάλο ρόλο και στην εργονομική διευθέτηση τμημάτων (π.χ. διαχωρισμός των ογκολογικών περιστατικών από ηπιότερες μορφές ασθένειας). Ακόμα κινητοποιήθηκαν και ως προς την οργάνωση σχολικής υποδομής με τη βοήθεια δασκάλων και καθηγητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την αναπλήρωση των μαθημάτων που έχαναν τα παιδιά.

Σήμερα τα πράγματα είναι περισσότερο ευοίωνα - διαπιστώνεται μια ανοδική τάση ως προς την απασχόληση ψυχολόγων σε αμιγώς ιατρικούς χώρους και δημόσια νοσοκομεία, ενώ φαίνεται να αυξάνει και ο αριθμός των ψυχολόγων που απασχολούνται σε παιδιατρικές κλινικές προσφέροντας υποστηρικτικές υπηρεσίες σε ασθενή παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους. Εμμένει να καλυτερεύσει η παροχή υπηρεσιών στο μέλλον μέσω της προώθησης της αναγνώρισης των ειδικοτήτων, έτσι ώστε οι ψυχολόγοι που εργάζονται στα συγκεκριμένα πλαίσια να διαθέτουν όλοι την απαραίτητη τεχνογνωσία για να μπορούν να παρέχουν άρτιες υπηρεσίες, της στάθμησης των κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων στον ελληνικό πληθυσμό, της προσφοράς μετεκπαιδευτικών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων στο χώρο της Παιδιατρικής Ψυχολογίας και της Ψυχολογίας της Υγείας, της εκπόνησης επιστημονικού-ερευνητικού έργου σε ειδικά παιδιατρικά θέματα και της διάχυσης των πληροφοριών στον ευρύ πληθυσμό.

Εκπαίδευση, προβλήματα και προτάσεις βελτίωσης

Σχετικά με την εκπαίδευση του κλινικού ψυχολόγου, αξίζει να αναφερθούμε σύντομα σε κάποια τυπικά και ουσιαστικά προσόντα που ενδείκνυνται για την εργασία αυτή. Σε χώρες του εξωτερικού υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης μεταδιδακτορικών προγραμμάτων στο τομέα της Παιδιατρικής Ψυχολογίας (βλ. Η.Π.Α), κατά κύριο λόγο στα παιδιατρικά τμήματα των Ιατρικών Σχολών. Επίσης διατίθενται πληθώρα μεταπτυχιακών προγραμμάτων στην ιδιαίτερα δημοφιλή πλέον Ψυχολογία της Υγείας (σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες). Εδώ η εξειδίκευση στο παιδιατρικό πλαίσιο προκύπτει κατά κύριο λόγο μέσα από τη πρακτική άσκηση με εποπτεία. Εναλλακτικά, είναι δυνατή η αφομοίωση στο παιδιατρικό χώρο ψυχολόγων με πτυχίο κλινικής ψυχολογίας (βασικό πτυχίο ψυχολογίας και μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη Κλινική Ψυχολογία) και εμπειρία σε ιατρικά πλαίσια. Ανεξάρτητα από τη τυπική εκπαίδευση θεωρούνται επιπλέον απαραίτητα προσόντα οι δεξιότητες στη κλασική συμβουλευτική, ενδεχομένως ακόμα και μια ολοκληρωμένη ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση, σίγουρα όμως κάποιες ειδικές ψυχολογικές/ψυχοθεραπευτικές γνώσεις σε τομείς, όπως η εξελικτική ψυχολογία, αλλά και τεχνικές, όπως η ύπνωση ή η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση. Δεδομένη πρέπει να είναι επίσης η συνεχιζόμενη ενημέρωση σε βιβλιογραφία (έρευνες και ανακοινώσεις) λόγω της ταχείας εξέλιξης της ιατρικής και γενετικής έρευνας σε αιτιολογικές συνιστώσες πολλών σωματικών ασθενειών, αλλά και η ψυχοθεραπευτική εποπτεία των επαγγελματιών λόγω του αυξημένου κινδύνου “burnout” ειδικά για εκείνους τους ψυχολόγους που εργάζονται σε κλινικές με μεγάλες απώλειες ασθενών (ογκολογικές κλινικές και τμήματα εντατικής παρακολούθησης) (La Greca, Stone & Swales, 1989).

Κλείνοντας τη περιγραφή του έργου του κλινικού ψυχολόγου, θα θέλαμε να αναφερθούμε σύντομα σε κάποια θέματα και προβληματισμούς, οι οποίοι μπορεί να μην αποτελούν ακόμα θέματα άμεσης προτεραιότητας για τη χώρα μας, αλλά συζητώνται δημόσια εδώ και χρόνια στο εξωτερικό και σηματοδοτούν κατευθύνσεις για το μέλλον της επαγγελματικής αυτής ειδικότητας.

Ένα από τα μεγαλύτερα και λιγότερο κατανοητά προβλήματα της εργασίας του κλινικού ψυχολόγου σε παιδιατρικά πλαίσια φαίνεται να είναι η ίδια η εφαρμογή

των θεωρητικών γνώσεων του στο κομμάτι της κλινικής διαγνωστικής. Τα γνωστά διαγνωστικά εγχειρίδια όπως το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) περιγράφουν τις ψυχολογικές διαταραχές παιδιών και εφήβων, οι οποίες φαίνεται ότι είναι πιο «σοβαρές» και σίγουρα πιο συχνές από το ευρύ φάσμα συμπεριφορικών και αναπτυξιακών προβλημάτων που συναντώνται συνήθως στη παιδιατρική περίθαλψη. Για αυτό το λόγο οι κλινικοί-παιδιατρικοί ψυχολόγοι χρειάζονται ένα διαγνωστικό σύστημα, το οποίο να διευκολύνει τις δεξιότητές τους να περιγράφουν και να διαγνώσκουν τα προβλήματα που αντικρίζουν. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics, A.A.P.) ανέπτυξε το Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version (Wollraich, 1997) με στόχο τη δυνατότητα σωστής διάγνωσης ψυχολογικών διαταραχών σε σωματικά ασθενή παιδιά και εφήβους, τη καλύτερευση της επικοινωνίας με τους παιδίατρος και τη προώθηση της έρευνας σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης, σταθερότητα και διαχείριση συμπεριφορικών και αναπτυξιακών διαταραχών σε χώρους παιδιατρικής περίθαλψης (Drotar, 1999). Εμμένει η διάχυση της πληροφορίας και χρήσης εξειδικευμένων εργαλείων και συστημάτων διάγνωσης στην ομάδα των κλινικών ψυχολόγων του χώρου της Παιδιατρικής Ψυχολογίας και της ευρύτερης επιστημονικής κοινότητας.

Έναν ακόμα γενικότερο στόχο αποτελεί και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ψυχολογικών παρεμβάσεων στο παιδιατρικό χώρο. Η Zeltzer (1999) σημειώνει, ότι είναι ελάχιστος ο αριθμός των καλοσχεδιασμένων ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται καθημερινά σε εκατοντάδες νοσοκομεία, σε παιδιά και εφήβους με άσθμα, διαβήτη ή καρκίνο, γεγονός που υποδηλώνει, ότι έχουμε ακόμα να μάθουμε πολλά πριν επιτευχθούν μεγάλες αλλαγές στη συνεργατική ψυχο-ιατρική φροντίδα παιδιών και εφήβων. Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος δε πρέπει να στέκεται το ερώτημα «τί δουλεύει καλύτερα από κάτι άλλο», αλλά «ποιος ασθενής πρέπει να λαμβάνει τί». Η ιστορική θεώρηση της καινούριας αυτής επιστήμης καταδειχνει επίσης, ότι διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις σε παιδιατρικούς ασθενείς έχουν καθοριστεί από τη δημοτικότητα συγκεκριμένων θεωρήσεων. Για παράδειγμα, έχουν διαφανεί σημαντικές αλλαγές στο φάσμα των δημοφιλών παρεμβάσεων, από τη ψυχανάλυση σε οικογενειακές-συστημικές προσεγγίσεις, από εκπαιδεύσεις σε τεχνικές χαλάρωσης και υπνοθεραπεία, προγράμματα εκπαίδευσης σε κοινωνικές

δεξιότητες και άλλα πολλά. Παρόλ' αυτά, έχει δοθεί περισσότερη έμφαση στην αξιολόγηση μιας συγκεκριμένης στρατηγικής παρέμβασης παρά στην εξέταση πιθανών μηχανισμών ψυχοσωματικών αλληλεπιδράσεων και των μελλοντικών επιπτώσεων αυτών και μετρήσεων της αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων μοντέλων, στηριζόμενοι σε ποικίλα θεωρητικά μοντέλα, τα οποία να επιδρούν με ικανοποιητικό τρόπο στη πολυσύνθετη σχέση μεταξύ ψυχής και σώματος.

Άλλα εμπόδια μπροστά στη παιδιατρική αναγνώριση και παραπομπή συμπεριφορικών και αναπτυξιακών προβλημάτων εντός των παιδιατρικών φορέων περίθαλψης αποτελούν και τα επίπεδα κάλυψης των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής από δημόσιους και ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς (Drotar, 1999).

Οι μελλοντικές ερευνητικές εργασίες στο χώρο χρειάζεται να εστιάσουν σε μια αναπτυξιακή-ψυχοβιολογική θεώρηση των πραγμάτων και να συνυπολογίζουν παράγοντες, όπως είναι πραγματική μείωση βιολογικών παραμέτρων ως έκφραση της αποτελεσματικότητας μιας ψυχολογικής παρέμβασης, αναπτυξιακές μεταβλητές σε σχέση με την αποτελεσματικότητα προληπτικών παρεμβάσεων σε οργανικά ασθενείς πληθυσμούς, καθώς και να διευρυνθεί το πεδίο δράσης των κλινικών ψυχολόγων, εγκαλιάζοντας σε μεγαλύτερο βαθμό την οικογένεια του ασθενούς, το σχολικό περιβάλλον των ασθενών παιδιών και εφήβων, καθώς και το ίδιο το ιατρικό πλαίσιο (Zeltzer, 1999). Οι σημαντικότερες κατευθύνσεις-προτάσεις για το μέλλον της εργασίας του κλινικού ψυχολόγου σε παιδιατρικά πλαίσια είναι σύμφωνα με τα παραπάνω, να δοθεί έμφαση στην επιστημονική βάση των μεθόδων παρέμβασης, να γίνει συλλογή στοιχείων από εφαρμοσμένα πλαίσια, να πραγματοποιηθούν αξιολογήσεις κόστους-οφέλους στα νοσοκομεία που απασχολούν ψυχολόγους, όπως και αξιολογήσεις της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των ψυχολογικών παρεμβάσεων και να διαχυθεί η έρευνα στο ευρύτερο πεδίο.

Δεν είναι όμως μόνο τεχνικής φύσης τα ερωτήματα και οι προβληματισμοί στο συγκεκριμένο πεδίο εργασίας. Ο Kelly (1997) αναδεικνύει κάποια σημαντικά δεοντολογικά ερωτήματα και προβληματισμούς ως προς το ρόλο του κλινικού ψυχολόγου στο παιδιατρικό νοσοκομείο. Ένα αναπάντητο ερώτημα παραμένει η έλλειψη συγκατάθεσης του παιδιού, αλλά και το ζύγισμα ενδιαφερόντων (π.χ. εγχείρηση έναντι φαρμακευτικής αγωγής). Αυτονόητος επίσης δεν είναι κατά τον ερευνητή ούτε ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνται ψυχολογικοί όροι για να νοσηματοδοτήσουν διάφορες καταστάσεις, καθώς συχνά οι προσωπικές ερμηνείες εισχωρούν στις συζητήσεις «προς το καλύτερο ενδιαφέρον» (;) του παιδιού (π.χ.

«νόημα» του επερχόμενου θανάτου σε καρκινοπαθή παιδιά που διανύουν το τελικό στάδιο της ασθένειας).

Παραταύτα, η Παιδιατρική Ψυχολογία μπορεί να καταδείξει στη πορεία το δρόμο προς τη διερεύνηση των ψυχοβιολογικών μηχανισμών παραγωγής συμπτωμάτων, τη κατανομασία ευάλωτων ομάδων παιδιών και εφήβων για τη καλύτερη προληπτική παρέμβαση σε αυτούς και την ένταξη δοκιμασμένων αποτελεσματικών ψυχολογικών παρεμβάσεων στις απαραίτητες ιατροφαρμακευτικές θεραπείες (Zeltzer, 1999).

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1978). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bursch, B., Walco, G. & Zeltzer, L. (1998). Clinical assessment and management of chronic pain and pain-associated disability syndrome (PADS). *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 44-52.
- Chapman, A.H., Loeb, D.G. & Gibbons, M.J. (1994). Psychiatric aspects of hospitalizing children. *Archives of Pediatrics*, 73, 77-78.
- Denshire, S. & Bennett, D.L. (1985). Have a say: Networking with teenagers in a hospital for children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1(1), 217-224.
- Drotar, D. (1997). Intervention research: Pushing back the frontiers of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 593-606.
- Drotar, D. (1999). The Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version: What pediatric psychologists need to know. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(5), 369-380.
- Eiser, C. (1993). *Growing Up With a Chronic Disease: The Impact on Children and Their Families*. U.S.A: Taylor & Francis Group.

- Enright, M.F., Resnick, R.J., Ludwigsen, K.R., DeLeon, P.H. (1993). Hospital practice: Psychology's call to action. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 135-141.
- Huerter, A. (1990). Psychische und soziale Belastungen und der Wunsch nach professioneller Hilfe bei verschiedenen chronischen Erkrankungen. In: Seiffge-Krenke (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen*. Jahrbuch der medizinischen Psychologie, Bd. 4. Berlin: Springer.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1972). *Das Kind im Krankenhaus*. Διδακτορική διατριβή, κεφ.Ι, σελ. 1-20.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1992). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kazak, A.E. (2000). Journal of Pediatric Psychology: A brief history (1969-1999). *Journal of Pediatric Psychology*, 25(7), 463-470.
- Keith-Spiegel, P. (1973). The potential role of professional psychological associations in curbing violence against children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2, 50-51.
- Kelly, J.B. (1997). The best interests of the child: A concept in search of meaning. *Family and Conciliation Courts Review*, 35(4), 377-387.
- Κόλλια, Ή.Θ. (2003). *Διαχείριση του στρες σε παιδιά με νεφρωσικό σύνδρομο*. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ψυχολογίας.
- Koocher, G.B. (1974). Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 404-411.
- Kuhns, C.L. (1989). The hospital playroom: An enriching clinical experience for nursing students. *Children's Health Care*, 18(3), 153-156.
- La Greca, A.M., Stone, W.L. & Swales, T. (1989). Pediatric Psychology Training: An analysis of Graduate, Internship and Postdoctoral Programs. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(1), 103-116.
- Langford, W.S. (1961). The child in the pediatric hospital: Adaptation to illness and hospitalization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 667-684.
- Lavigne, J., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatrics*, 17, 133-158.

- Ludwigsen, K.R. (1992). *Psychotherapy in private practice: Current issues for clinicians*. US: Haworth Press Inc.
- Ludwigsen, K.R. & Albright, D. (1994). Training psychologists for hospital practice: A proposal. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 241-246.
- Macnab, A.J., Richards, J. & Green, G. (1999). *Patient Education and Counseling*, 36(3), 247-257.
- McDonnell, L. (1984). Music therapy with trauma patients and their families on a pediatric service. *Music Therapy*, 4(1), 55-63.
- Mellon, M.W. (2000). Empirically supported treatments in Pediatric Psychology: Nocturnal Enuresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (4), 193-214.
- Michels (Hrsg.) (1996). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Olson, R.A., Holden, E.W., Friedman, A., Faust, J. et al. (1988). Psychological consultation in a children's hospital: An evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 479-492.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Petermann, F. (1997). *Klinische Kinderpsychologie. Ein Lehrbuch*. Goettingen: Hogrefe.
- Roberts, M.C. (1995). *Handbook of pediatric psychology* (2d edition). New York: Guilford.
- Roth-Roemer, S., Kurpius, S. & Robinson, S. (Ed.) (1998). *The emerging role of counseling psychology in health care* (pp. 281-308). New York: W.W. Norton & Co., Inc.
- Routh, D. K. (2000). Growing older in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (1), 47-52.
- Sadeh, A. (1999). Commentary: Methodological Issues in Clinical Research. *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 485-486.
- Seagull, E.A. (2000). Beyond mothers and children: Finding the family in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 161-169.
- Steinhausen, H.C. & Von Aster, M. (Hrsg.) (2000). *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Stern, M., McIntosh, B.J. & Norman, S.L. (1998). Health counseling for children and adolescents in medical settings. In: R. S. Roemer, S. Kurpius & S. Robinson (Ed.). *The emerging role of counseling psychology in health care* (pp. 281-308). New York: W.W. Norton & Co., Inc.
- Sturges, J.W. & Drabman, R.S. (1995). In: J. Miranda, A.A. Hohmann, C.C. Atkinson & D.B. Larson (Eds.). *Mental disorders in primary care*. San Francisco: Jossey Bass.
- Walker, C.E. (2000). Pioneers in Pediatric Psychology: A career in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(7), 521-532.
- Wells, R.D., Dahl, B. & Nilson, B. (1998). Comparison of the levels of quality of inpatient care delivered by pediatrics, residents and by private community pediatricians at one hospital. *Academic Medicine*, 73(2), 192-197.
- Wollraich (1997). In: D. Drotar (1999). *The Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version: What pediatric psychologists need to know*. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(5), 369-380.
- Zeltzer, L.K. (1999). Commentary: Psychological Treatment of Physical Symptoms: Who should get what? *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 333-334.

Ο ρόλος του κλινικού ψυχολόγου σε υπηρεσίες ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών: Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών

**Ντιάνα Χαρίλα
Κλινική Ψυχολόγος**

Η φιλοσοφία και η σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών *

Από την αρχή της δεκαετίας του '50, ξεκίνησαν πανεπιστήμια στην Ευρώπη και την Β. Αμερική να δημιουργούν συμβουλευτικές υπηρεσίες για φοιτητές, αρχικά κυρίως για θέματα Επιλογής Σπουδών και Επαγγελματικού Προσανατολισμού. Με την πάροδο του χρόνου φάνηκε η ανάγκη διεύρυνσης των υπηρεσιών και σε παροχή ψυχολογικής στήριξης στους φοιτητές, δεδομένου ότι όλο και περισσότεροι φοιτητές ζητούσαν βοήθεια για ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Έτσι, δημιουργήθηκαν τα «Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών» μέσα στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες. Κύριος στόχος αυτών των συμβουλευτικών κέντρων είναι η άμεση ψυχοκοινωνική υποστήριξη του φοιτητή έτσι ώστε α) να μπορέσει να ξεπεράσει τις δυσκολίες προσαρμογής στο καινούργιο εκπαιδευτικό περιβάλλον έγκαιρα και καλύτερα και β) να βρει νέους τρόπους επίλυσης εξελικτικών – μετεφηβικών αναζητήσεων και προβληματισμών. Ο χαρακτήρας αυτών των κέντρων είναι εξωνοσοκομειακός, κοινοτικός, μη ιατροκεντρικός, ενώ χωροταξικά βρίσκονται εκεί που ζει και φοιτά ο φοιτητής, μέσα στον χώρο του πανεπιστημίου. Τα Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών προσφέρουν υπηρεσίες τόσο πρωτοβάθμιες, όσο δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες. Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, περιλαμβάνουν την πρώτη επαφή με τα μέλη της πανεπιστημιακής κοινότητας καθώς και την ενημέρωση για διάφορα θέματα που αφορούν στον φοιτητή. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περιλαμβάνουν αξιολόγηση, πρόωμη παρέμβαση, παρέμβαση σε κρίσιμες καταστάσεις, καθώς και συμβουλευτική.

Τέλος, στις τριτοβάθμιες υπηρεσίες περιλαμβάνονται παρεμβάσεις πιο εξειδικευμένες (όπως είναι η ψυχοθεραπεία), για ψυχολογικές δυσκολίες που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο με συμβουλευτική.

* Η ενότητα αυτή είναι βασισμένη στο άρθρο της Α. Καλαντζή-Αζίζι «Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών: Ένας θεσμός εκπέμπει SOS» *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 68, 38-51

Για πολύ εξειδικευμένες δυσκολίες, όπως χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, σεξουαλικές δυσκολίες κλπ. ή προβλήματα ψυχολογικά που η αντιμετώπισή τους απαιτεί την παρέμβαση άλλων ή και άλλων ειδικών ψυχικής υγείας (π.χ. ψυχίατροι, νευροψυχολόγοι), τα συμβουλευτικά κέντρα συνεργάζονται με δημόσιες δομές ψυχικής υγείας, όπου παραπέμπουν τα περιστατικά.

Τα ψυχοθεραπευτικά ή συμβουλευτικά μοντέλα που χρησιμοποιούνται στην ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών, χρειάζεται να είναι ευέλικτα, βραχύρρυθμα, να μπορεί να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά τους, μέσω ερευνών και μεθόδων ποιοτικού ελέγχου και φυσικά να είναι αρκετά αποτελεσματικά.

Ο ειδικός που στελεχώνει τα συμβουλευτικά κέντρα φοιτητών είναι συνήθως κλινικός ή σχολικός ψυχολόγος με εμπειρία σε κοινοτικές παρεμβάσεις. Χρειάζεται να γνωρίζει αρκετά καλά τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες της εξελικτικής φάσης της μετεφηβείας- ηλικιακή φάση που βρίσκονται οι φοιτητές. Επίσης, είναι απαραίτητο να μπορεί να χρησιμοποιεί βραχύρρυθμα μοντέλα παρέμβασης. Τέτοια μοντέλα είναι το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό, το αναλυτικό-γνωσιακό, καθώς και βραχεία ψυχοδυναμικά μοντέλα παρέμβασης. Ο ψυχολόγος σε ένα συμβουλευτικό κέντρο για φοιτητές είναι σημαντικό να είναι νέος και αντικομοφομιστής, ικανός να καταλαβαίνει τους κοινωνικούς και προσωπικούς προβληματισμούς του φοιτητή, προκειμένου να τον κατανοήσει και να τον βοηθήσει να βρει απαντήσεις στις αναζητήσεις του. Δεν πρέπει να είναι μέλος του επιστημονικού ή διδακτικού προσωπικού γιατί ο ρόλος του διδάσκοντα/εξεταστή είναι ασυμβίβαστος με τον ρόλο του συμβούλου/ψυχολόγου. Γενικά, ο ψυχολόγος σε ένα τέτοιο κέντρο χρειάζεται να είναι αρκετά ανοιχτός στο «καινούργιο», σε νέες αντιλήψεις και ιδεολογίες, έτσι ώστε να μειώνεται η ηλικιακή διαφορά και να μπορεί να διευκολυνθεί η ταύτιση.

Η σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών είναι τεράστια. Ακολουθώντας την ολιστική θεώρηση της υγείας (σωματική και ψυχική υγεία) τα οφέλη της πρώιμης και επιτυχούς παρέμβασης μέσω της ψυχολογικής συμβουλευτικής επιδρούν σε όλο το φάσμα της υγείας. Όσον αφορά στην σωματική υγεία η συμβουλευτική και ψυχολογική παρέμβαση μειώνει: α) την επιδείνωση ή διαίωνιση ενός ψυχολογικού προβλήματος το οποίο συνοδεύεται από ψυχολογικό

στρες, β) την υπερβολική λήψη ψυχοφαρμάκων, που μπορεί να έχουν βραχυπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα ως προς την μείωση του συμπτώματος, μακροπρόθεσμα όμως και ουσιαστικά δεν λύνουν την ψυχολογική δυσκολία γ) τις συχνές επισκέψεις σε ιατρούς, λόγω των σωματοποιημένων καταστάσεων του άγχους. . Όσον αφορά στην ψυχολογική υγεία υπάρχει βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του φοιτητή. Όσο αντιμετωπίζεται και ξεπερνιέται η ψυχολογική δυσκολία τόσο αυξάνεται η λειτουργικότητα του φοιτητή και βελτιώνεται η ψυχική του ευεξία. Αυτό έχει ως άμεση συνέπεια την ενίσχυση της αίσθησης της αυτό αποτελεσματικότητάς του η οποία με την σειρά βοηθά στην αύξηση της λειτουργικότητας. Η θετική επίδραση της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών στην σωματική και ψυχική υγεία επιδρά και στην πορεία των σπουδών του φοιτητή. Ο φοιτητής, αντιμετωπίζοντας έγκαιρα και αποτελεσματικά τις ψυχολογικές του δυσκολίες, μειώνει τις πιθανότητες να εγκαταλείψει τις σπουδές του (drop out), τελειώνει τον κύκλο των σπουδών του σε εύλογο χρονικό διάστημα, ενώ διαφορετικά θα καθυστερούσε την ολοκλήρωση των σπουδών του, παράλληλα δε, επιτυγχάνει μεγαλύτερη ακαδημαϊκή επιτυχία. Αυτό τον βοηθά, τελειώνοντας τις σπουδές του να μπει στην αγορά εργασίας πιο γρήγορα και να επιτύχει επαγγελματικά.

Το παράδειγμα του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών

Το Συμβουλευτικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Αθηνών ιδρύθηκε με πρυτανική πράξη (αρ. πρώτα. 13637, 26/10/1990 και υπάχθηκε στο Τμήμα Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής - Ψυχολογίας. Το 2002 μετονομάστηκε σε «Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών» (ΕψυΣυΦοι) (Φ.Ε.Κ. αρ. φύλλου 99, 1.5.2002) και εξακολούθησε να υπάγεται στο ίδιο Τμήμα.

Οι σκοποί του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕψυΣυΦοι) είναι:

1. Κάλυψη σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο των διδακτικών και ερευνητικών αναγκών του Τμήματος Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής –Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής, καθώς και άλλων τμημάτων του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε θέματα που εμπίπτουν στα αντικείμενα δραστηριότητας του Εργαστηρίου (θέματα ψυχοκοινωνικών αναγκών των φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών και αντικείμενα της Κλινικής Ψυχολογίας και Συμβουλευτικής Ψυχολογίας)

2. Συνεργασία κάθε μορφής με Κέντρα Ερευνών και Ακαδημαϊκά Ιδρύματα της ημεδαπής και αλλοδαπής, εφόσον οι επιστημονικοί στόχοι συμπίπτουν, συμβαδίζουν και αλληλοσυμπληρώνονται με εκείνους του Εργαστηρίου.

3. Διοργάνωση επιστημονικών διαλέξεων, ημερίδων, σεμιναρίων, συμποσίων συνεδρίων και άλλων επιστημονικών εκδηλώσεων, πραγματοποίηση δημοσιεύσεων και εκδόσεων και πρόσκληση ελλήνων και ξένων αναγνωρισμένων επιστημόνων.

4. Παροχή υπηρεσιών σε ιδιώτες κατά τα προβλεπόμενα στο Π.Δ. 159/1984 (Α' 53).

Βάσει αυτών σκοπών, η δράση του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών είναι πολυεπίπεδη (Πίνακας 1). Καταρχήν, ασκείται ψυχολογική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία σε ατομική και ομαδική βάση. Στα πλαίσια αυτής της δράσης παρέχεται επίσης ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε φοιτητές με ειδικές ανάγκες, καθώς και σε αλλοδαπούς φοιτητές. Επίσης, παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (Τηλεσυμβουλευτική). Η δεύτερη δράση αφορά σε ερευνητικές δραστηριότητες. Οι έρευνες που διεξάγονται στο πλαίσιο λειτουργίας του Εργαστηρίου αφορούν κυρίως στη διερεύνηση στάσεων και ψυχοκοινωνικών αναγκών του φοιτητικού πληθυσμού. Η τρίτη δράση αφορά στην εκπαίδευση. Κάθε χρόνο, δύο με τρεις φοιτητές/τριες του μεταπτυχιακού προγράμματος κλινικής ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών εκπαιδεύονται στην ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών. Επίσης, διεξάγονται προγράμματα εκπαίδευσης και άσκησης σε δεξιότητες ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών σε στελέχη συμβουλευτικών κέντρων άλλων Πανεπιστημιακών Ιδρυμάτων. Η τέταρτη δράση αφορά στην πρωτοβάθμια πρόληψη και περιλαμβάνει την διεξαγωγή σεμιναρίων, ημερίδων, συμποσίων με στόχο την ευαισθητοποίηση του φοιτητικού πληθυσμού σε διάφορα θέματα ακαδημαϊκά, κοινωνικά, είτε ψυχικής υγείας που τον αφορούν. Για παράδειγμα, έχουν οργανωθεί ημερίδες με θέματα όπως «όροι και προϋποθέσεις πλήρους ένταξης των φοιτητών με αναπηρία στην Ακαδημαϊκή ζωή», «διατροφικές συνήθειες και ψυχοσωματική υγεία», «πρόσφυγες-θύματα βασανιστηρίων» κ.α.. Η πέμπτη δράση αφορά σε εκδοτικές δραστηριότητες. Εκδόσεις φυλλαδίων και υλικού σχετικά με θέματα που ενδιαφέρουν τον φοιτητή, όπως για παράδειγμα φυλλάδια σχετικά με τρόπους αντιμετώπισης του φόβου των εξετάσεων και τις δυσκολίες της μάθησης, τους φοιτητές με ειδικές ανάγκες, καθώς

και φυλλάδια σχετικά με τις δραστηριότητες του Εργαστηρίου. Η έκτη δράση αφορά στις συνεργασίες του Εργαστηρίου με άλλους φορείς, είτε ψυχικής υγείας, είτε και άλλους, με στόχους αφενός την πληρέστερη λειτουργία του, αφετέρου την διεξαγωγή κοινών δράσεων. Η δράση αυτή περιλαμβάνει και συνεργασίες με ευρωπαϊκά προγράμματα με στόχο την ενημέρωση και ανταλλαγή εμπειριών σε θέματα που αφορούν στη συμβουλευτική φοιτητών. Τέλος, η έβδομη δράση του Εργαστηρίου είναι η παροχή συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας, καθώς και εκπαίδευσης σε ιδιώτες ή φορείς, εκτός Πανεπιστημίου. Αποτελεί ένα άνοιγμα της δράσης του Εργαστηρίου στον γενικό πληθυσμό, στην ευρύτερη κοινότητα. Είναι φανερό, πως οι παραπάνω δράσεις συνδέονται άμεσα μεταξύ τους, αφού η κάθε δράση ξεχωριστά, προκύπτει και ενδυναμώνεται από τις άλλες δράσεις. Για παράδειγμα, από την πρώτη δράση που αφορά στην συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία προκύπτουν οι ανάγκες για την διεξαγωγή ερευνών σε συγκεκριμένα θέματα (δεύτερη δράση), καθώς και για ευαισθητοποίηση του φοιτητικού πληθυσμού πάνω σε συγκεκριμένα ζητήματα (τέταρτη δράση) που έχουν προκύψει και από τις δύο προηγούμενες δράσεις. Αυτή η αλληλοσύνδεση είναι ανατροφοδοτική. Τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών, καθώς και των διερευνητικών μελετών οδηγούν σε ανάλογα παρεμβατικά ομαδικά προγράμματα.

Πίνακας 1

Δράσεις του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών

1. Συμβουλευτική / Ψυχοθεραπεία	→	Ατομική Ομαδική Τηλεσυμβουλευτική Συμβουλευτική φοιτητών με ειδικές ανάγκες Συμβουλευτική αλλοδαπών φοιτητών
2. Ερευνητικές δραστηριότητες	→	Μελέτες επιδημιολογικές Μελέτες διερεύνησης των ψυχοκοινωνικών αναγκών του φοιτητικού πληθυσμού

3. Εκπαίδευση → Σπουδαστών του μεταπτυχιακού προγράμματος κλινικής ψυχολογίας
Στελεχών άλλων συμβουλευτικών κέντρων φοιτητών
Παροχή εκπαιδευτικών σεμιναρίων σε εκπαιδευτικούς φορείς

4. Πρωτογενής πρόληψη → Διοργάνωση ημερίδων, συνεδρίων
↓
Ευαισθητοποίηση φοιτητικού πληθυσμού

5. Εκδοτικές δραστηριότητες

6. Συνεργασία με άλλους φορείς → *Συμβουλευτικά Κέντρα ελληνικών Πανεπιστημίων
* Συμβουλευτικά Κέντρα Ευρωπαϊκών Πανεπιστημίων
* Μέλος του Ευρωπαϊκού Φόρουμ για την ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών (FEDORA-Psyche)
* Δημόσιες δομές ψυχικής υγείας

7. Συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες στην ευρύτερη κοινότητα

Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών διευθύνεται από ένα μέλος Δ.Ε.Π. του Τμήματος Φιλοσοφίας- Παιδαγωγικής – Ψυχολογίας με τριετή θητεία. (Πίνακας 2). Ακολουθώντας την ευρωπαϊκή εμπειρία, η διευθύντρια του Εργαστηρίου δεν ασκεί συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία, λόγω του ασυμβίβαστου του ρόλου διδάσκοντα – συμβούλου, αλλά έχει εποπτικό ρόλο σε όλες τις συμβουλευτικές, ψυχοθεραπευτικές και επιστημονικές δραστηριότητες του Εργαστηρίου. Εκτός από την διευθύντρια, το Εργαστήριο στελεχώνεται από μία κλινική ψυχολόγο, έμμισθη υπάλληλο του Πανεπιστημίου Αθηνών, μία γραμματέα, της οποίας ο μισθός καλύπτεται από διάφορα

προγράμματα, τους ασκούμενους φοιτητές του μεταπτυχιακού προγράμματος κλινικής ψυχολογίας (2 με 3 κάθε έτος), καθώς και από εξωτερικούς συνεργάτες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε εθελοντική βάση. Κάποιοι από τους εξωτερικούς συνεργάτες είναι και υποψήφιοι διδάκτορες στην κλινική ψυχολογία στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Μεταξύ των εξωτερικών συνεργατών, συγκαταλέγεται και ένας ψυχίατρος ο οποίος παρακολουθεί περιστατικά που χρήζουν ψυχιατρικής διάγνωσης και ανάλογα είτε τα παρακολουθεί ο ίδιος είτε τα παραπέμπει στις κατάλληλες δομές ψυχικής υγείας.

Πίνακας 2

Στελέχωση του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών

1. Διευθύντρια
2. 1 Κλινική Ψυχολόγος
3. 1 Γραμματέας
4. 2-3 ασκούμενοι /ες φοιτητρίες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών
5. Εξωτερικοί - μη αμειβόμενοι συνεργάτες - ψυχολόγοι ή/και υποψήφιοι διδάκτορες Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών
6. 1 Ψυχίατρος

Το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών εδρεύει και λειτουργεί μέσα στον χώρο του Πανεπιστημίου και συγκεκριμένα στην Φιλοσοφική Σχολή, ακολουθώντας τον εξωνοσοκομειακό χαρακτήρα των ευρωπαϊκών αντίστοιχων συμβουλευτικών κέντρων. Εξυπηρετεί όλους ανεξαιρέτως τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς /διδασκαλικούς φοιτητές, όλων των σχολών του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

Η ψυχολογική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία που παρέχεται στο Εργαστήριο, ακολουθώντας το παράδειγμα των ευρωπαϊκών συμβουλευτικών κέντρων είναι βραχύχρονη, κατευθυντική, προσανατολισμένη στο σύμπτωμα, σκοποθετική, σχετίζεται άμεσα με την καθημερινή ζωή και την διευθέτηση των προβλημάτων και σκοπεύει στην ενδυνάμωση της αίσθησης

αυτοαποτελεσματικότητας και επάρκειας, καθώς και στην ανάπτυξη του εαυτού. Στόχος είναι να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του φοιτητή, εάν δε, η δυσλειτουργία του επηρεάζει ή αφορά στην ακαδημαϊκή του επίδοση ή ένταξη άμεσο στόχο αποτελεί η επαναδραστηριοποίησή του στην ακαδημαϊκή ζωή, μιας και αυτό θα επιδράσει θετικά στην ενδυνάμωση της αυτοαποτελεσματικότητάς του. Το ψυχοθεραπευτικό μοντέλο που ακολουθείται στο Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών είναι το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό, επειδή είναι το μοντέλο που έχει εκπαιδευθεί τόσο η ψυχολόγος, όσο και η διευθύντρια του Εργαστηρίου. Ταυτόχρονα, το συγκεκριμένο μοντέλο είναι βραχύχρονο, κατευθυντικό, άμεσο, σκοποθετικό, μοντέλο επιλογής για αρκετές ψυχολογικές δυσκολίες και μπορεί να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά του. Πληροί δηλαδή, τα κριτήρια επιλογής του ψυχοθεραπευτικού μοντέλου σε κοινοτικές δομές, όπως είναι το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής.

Οι μελέτες σκοπιμότητας , καθώς και οι επιδημιολογικές μελέτες, καταδείχνουν την αναγκαιότητα της ομαδικής συμβουλευτικής, εκτός από την συμβουλευτική σε ομαδική βάση. Η συμβουλευτική σε ομαδική βάση αφορά στη διεξαγωγή ομαδικών παρεμβάσεων με συγκεκριμένο στόχο, προκαθορισμένη διάρκεια και σχετικά περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων. Στόχος των ομαδικών παρεμβάσεων είναι να βοηθήσει τους φοιτητές να αναπτύξουν ή να βελτιώσουν δεξιότητες και λειτουργίες που σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα της ομαδικής παρέμβασης. Επίσης, προσφέρουν πληροφόρηση και χρησιμοποιούν στρατηγικές αυτοελέγχου και αυτοδιαχείρισης. Πρόκειται κυρίως για ψυχοεκπαιδευτικές, προληπτικές ομάδες, αλλά και ομάδες ψυχοθεραπευτικές που απευθύνονται σε φοιτητές που έχουν αναπτύξει κάποια διαταραχή (για παράδειγμα, αντιμετώπιση άγχους, άγχους εξετάσεων). Συνήθως, η διάρκεια των ομαδικών παρεμβάσεων είναι 10 με 15 συναντήσεις, ο χρόνος της κάθε συνάντησης είναι συνήθως 2 ώρες και οι συμμετέχοντες δεν υπερβαίνουν τα 15 άτομα. Η χρησιμότητα διεξαγωγής ομαδικών συμβουλευτικών παρεμβάσεων σε ένα κοινοτικό πλαίσιο, όπως είναι το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών, είναι πολλαπλή: 1) συμβάλλει στην μείωση της λίστας αναμονής, 2) γίνεται καλύτερη εκμάθηση των νέων δεξιοτήτων μέσα από την διάδραση της ομάδας και 3) αναπτύσσεται η συνεργατικότητα ανάμεσα στα μέλη της ομάδας με στόχο την επίλυση προβλημάτων. Όπως και η ατομική συμβουλευτική, έτσι και οι ομαδικές παρεμβάσεις στηρίζονται στο γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο. Σημαντικές εδώ είναι οι στρατηγικές της ψυχοεκπαίδευσης, της

αυτοδιαχείρισης, της τροποποίησης του γνωσιακού μηχανισμού, καθώς και της πρόληψης της υποτροπής.

Τα κοινά χαρακτηριστικά των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών ομάδων είναι:

- Πληροφόρηση γύρω από την αιτιοπαθολογία και ερμηνεία αυτής σύμφωνα γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο (ψυχοεκπαιδευτικός χαρακτήρας των ομάδων)
- Κατανόηση του ψυχολογικού μηχανισμού που οδηγεί στην εμφάνιση του προβλήματος (Σύνδεση της προβληματικής συμπεριφοράς με τον ατομικό γνωσιακό μηχανισμό)
- Επικέντρωση στο εδώ και τώρα
- Τροποποίηση του γνωσιακού μηχανισμού που συνδέεται με την προβληματική συμπεριφορά
- Εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση προσωπικών προβλημάτων
- Πρόληψη της υποτροπής, μέσω της ενίσχυσης στρατηγικών πρόληψης αυτής.

Δίνουμε ενδεικτικά κάποια παραδείγματα στόχων ομαδικών παρεμβάσεων: «Οργάνωση μελέτης και διάσπαση προσοχής», «ενίσχυση αυτοαποτελεσματικότητας», «απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης», «βελτίωση των ικανοτήτων μελέτης», «δυσκολία στις σχέσεις με το άλλο φύλο», «ενίσχυση δεξιοτήτων διεκδικητικής συμπεριφοράς», «αντιμετώπιση του άγχους» κ.α. Τα ομαδικά προγράμματα παρέμβασης συντονίζονται κυρίως από τους εξωτερικούς μη αμοιβόμενους συνεργάτες.

Ο ρόλος της κλινικής ψυχολόγου σε ένα τέτοιο πλαίσιο είναι πολύπλευρος (Πίνακας 3). Καταρχήν, προσφέρει τις υπηρεσίες της στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης. Μαζί με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα διοργανώνει ενημερωτικές ημερίδες γύρω από διάφορα θέματα που αφορούν στον φοιτητικό πληθυσμό. Συμμετέχει σε ομάδες προληπτικές, όπως για παράδειγμα είναι η ομάδα για την διαχείριση του άγχους. Συνεργάζεται με άλλους φορείς προκειμένου να διαμορφώσει προληπτικά προγράμματα για εξειδικευμένα θέματα. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η συνεργασία του Εργαστηρίου με το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ. ΘΕ. Α.) με στόχο την ενημέρωση του φοιτητικού πληθυσμού γύρω από θέματα ουσιοεξάρτησης.

Δεύτερον, είναι υπεύθυνη για την διάγνωση, συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία σε ατομική βάση (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια παρέμβαση αντίστοιχα).

Τρίτον, εκπαιδεύει φοιτητές του μεταπτυχιακού προγράμματος κλινικής ψυχολογίας στην ψυχολογική συμβουλευτική φοιτητών με την γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Η θεωρητική εκπαίδευση διαρκεί περίπου τρεις μήνες (τετράωρες εβδομαδιαίες εκπαιδευτικές συναντήσεις). Κατόπιν, οι ασκούμενοι μεταπτυχιακοί φοιτητές αναλαμβάνουν ο κάθε ένας ένα περιστατικό υπό εποπτεία. Με την πάροδο του χρόνου, αναλαμβάνουν και άλλα περιστατικά. Συνήθως, κατά μέσον όρο, κάθε σπουδαστής αναλαμβάνει τέσσερα περιστατικά. Η εποπτεία γίνεται σε εβδομαδιαίες τετράωρες συναντήσεις και διαρκεί μέχρι το τέλος της πρακτικής τους. Οι ασκούμενοι μεταπτυχιακοί φοιτητές παρακολουθούν επίσης και τα ομαδικά προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης, ως παρατηρητές, προκειμένου να εκπαιδευθούν σε αυτές (συνήθως παρακολουθούν μία με δύο ομαδικές παρεμβάσεις ο κάθε ένας).

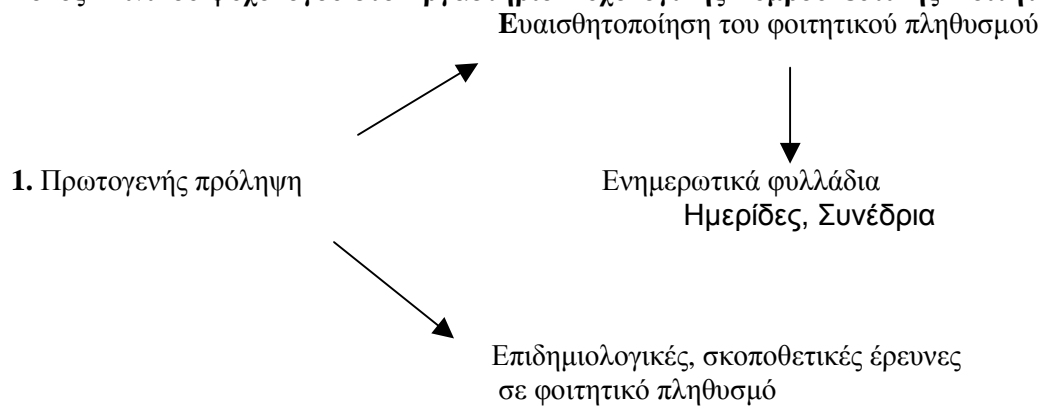
Τέταρτον, παίρνει μέρος στις ερευνητικές δραστηριότητες του Εργαστηρίου.

Πέμπτον, συνεργάζεται με άλλους φορείς για κοινές δραστηριότητες ή για παραπομπές περιστατικών, εάν χρειασθεί.

Έκτον, συμμετέχει σε συνέδρια και ημερίδες, όπου, εκπροσωπώντας το Εργαστήριο παρουσιάζει τις δραστηριότητες του Εργαστηρίου.

Πίνακας 3

Ρόλος κλινικού ψυχολόγου στο Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών



ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, θυμός-επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός και ψυχωτισμός. Από την στιγμή που θα συμπληρώσουν την αίτηση και το ερωτηματολόγιο SCL μέχρι την πρώτη συνεδρία μεσολαβεί κάποιο διάστημα, ανάλογα με την ροή των περιστατικών. Η αξιολόγηση του ερωτηματολογίου SCL γίνεται άμεσα από τις ασκούμενες μεταπτυχιακές φοιτήτριες αφού έχουν εκπαιδευθεί σε αυτή από τις ασκούμενες φοιτήτριες του προηγούμενου ακαδημαϊκού έτους. Εάν από την αίτηση και το ερωτηματολόγιο SCL κριθεί πως υπάρχουν ψυχολογικές δυσκολίες που χρήζουν άμεσης παρέμβασης (π.χ. κατάθλιψη, ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία) αυτά τα περιστατικά προηγούνται. Γίνεται η πρώτη διερεύνηση του αιτήματος και αξιολόγηση και ανάλογα, είτε ακολουθούν ατομική συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία είτε τους προτείνεται ομαδική συμβουλευτική, είτε παραπέμπονται σε άλλες δημόσιες δομές ψυχικής υγείας, πάντα με την συγκατάθεση του ίδιου του φοιτητή.

Σχηματικά, αυτή η λειτουργία μπορεί να δοθεί ως εξής:

Αίτημα φοιτητή για ατομική συμβουλευτική



Συμπλήρωση ερωτηματολογίου ατομικών δεδομένων

Συμπλήρωση ερωτηματολογίου SCL



Πρώτη συνέντευξη με την κλινική ψυχολόγο



- Ατομική συμβουλευτική/ψυχοθεραπεία ή
- Παραπομπή για ομαδική συμβουλευτική ή
- Παραπομπή σε άλλο φορέα δημόσιας ψυχικής υγείας

Λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της συγκεκριμένης δομής, η ατομική συμβουλευτική έχει περιορισμένο αριθμό συνεδριών (περίπου 15), ένας αριθμός που με ένα βραχύρρυθμο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, όπως είναι το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μπορεί να φέρει άμεσα και πολύ καλά αποτελέσματα.

Ενδεικτικά θα δώσουμε ένα παράδειγμα ατομικής ψυχολογικής συμβουλευτικής στο ΕψυΣυΦοι, χαρακτηριστικό του τρόπου ψυχολογικής παρέμβασης στο συγκεκριμένο κοινοτικό πλαίσιο.

Παρουσίαση περιστατικού

Το περιστατικό αφορά σε φοιτήτρια, 22 χρονών, η οποία σπουδάζει σε σχολή θετικών επιστημών και είναι στο Η' εξάμηνο. Κατάγεται από επαρχιακή πόλη και στην Αθήνα όπου σπουδάζει μένει μόνη. Για τις ανάγκες αυτής της δημοσίευσης, θα την ονομάσουμε Έλλη. Για ευνόητους λόγους, κάποια στοιχεία από το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό έχουν αλλαχθεί. Ωστόσο, το ιστορικό των παρόντων προβλημάτων, πληροφορίες σχετικά με τις σχέσεις της, τις σχέσεις των μελών της οικογένειάς της μεταξύ τους, καθώς και με όλη την θεραπευτική παρέμβαση έχουν μείνει ως έχουν.

Η Έλλη ζήτησε την βοήθεια του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών (ΕψυΣυΦοι) πριν τρία χρόνια. Παρουσίαζε: α) βουλιμικές κρίσεις που συνοδεύονταν από αντισταθμιστική καθαρτική συμπεριφορά (αυτοπροκαλούμενος εμετός), β) άγχος εξετάσεων με έντονο το σωματικό σύμπτωμα της δύσπνοιας και τέλος γ) άγχος κριτικής στις κοινωνικές της συναναστροφές, οπότε απέφευγε να βρεθεί σε παρέες που δεν γνώριζε καλά. (κοινωνική φοβία). Επίσης φάνηκε να συνυπάρχουν ελλειπείς δεξιότητες διεκδικητικής συμπεριφοράς, καθώς και χαμηλή εικόνα εαυτού.

Ιστορικό παρόντων προβλημάτων.

Τα επεισόδια υπερφαγίας άρχισαν περίπου ενάμισι χρόνο πριν ζητήσει την βοήθεια του ΕψυΣυΦοι. Συνοδεύονταν πάντα από αντισταθμιστική συμπεριφορά καθαρτικού τύπου (αυτοπροκαλούμενος εμετός) και συνέβαιναν τουλάχιστον μία φορά ημερησίως.

Σε σχέση με το άγχος εξετάσεων, αναφέρει τον εαυτό της ως αγχώδη από την παιδική της ηλικία. Τότε θυμάται, είχε άγχος για την επίδοσή της στα μαθήματα, καθώς και για τις σχέσεις της με τους συνομήλικους της. Στις εξετάσεις της Α' Γυμνασίου, είχε άγχος επίδοσης και για πρώτη φορά ένιωσε πόνο στο στομάχι. Από τότε σε κάθε εξεταστική περίοδο στο Γυμνάσιο και το Λύκειο ένιωθε άγχος και πόνο στο στομάχι. Στις πανελλήνιες εξετάσεις ένιωσε για πρώτη φορά δύσπνοια και είχε την αίσθηση πως «χάνεται», καθώς και τάση φυγής. Από τότε σε κάθε εξεταστική περίοδο στο Παν/μιο παρουσίαζε δύσπνοια και πόνο στο στομάχι.

Αυτές οι σωματικές αντιδράσεις εμφανίζονται από τότε επίσης, όποτε βιώνει έντονο άγχος. Ο φόβος αρνητικής κριτικής επίσης αναφέρει πως υπάρχει από την παιδική της ηλικία. Στο Δημοτικό, φοβόταν πως θα την κοροϊδέσουν τα άλλα παιδιά,

και απέφευγε να λει την γνώμη της. Στην εφηβεία, άρχισε να αποφεύγει όχι μόνο να εκφράζει τον εαυτό της, αλλά και συναναστροφές που δεν γνώριζε καλά, ιδιαίτερα δε, τις μεγάλες παρέες, αποφυγή που συνεχίζεται μέχρι σήμερα.

Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

Η οικογένεια της Έλλης απαρτίζεται από την ίδια, τον αδελφό της, 19 χρονών, φοιτητή σε σχολή των Τ.Ε.Ι. σε επαρχιακή πόλη, άλλη από εκείνη της καταγωγής της και τους γονείς της. Οι γονείς της ζουν μαζί, στην πόλη όπου γεννήθηκε. Κανένα μέλος της οικογένειάς της δεν έχει ζητήσει βοήθεια ειδικού για κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Οι γονείς περιγράφονται ως αυστηροί μαζί της, στην παιδική και εφηβική ηλικία, με πολλές απαιτήσεις από την ακαδημαϊκή της επίδοση. Δεν θυμάται ποτέ να την έχουν επιβραβεύσει για κάποια ακαδημαϊκή της επίτευξη. Απεναντίας, πάντα θυμάται να της λένε πως μπορεί να καταφέρει περισσότερα. Δεν την άφηναν να βγαίνει με παρέες στην εφηβεία “γιατί έπρεπε να διαβάξει”. Ο πατέρας περιγράφεται ως αυστηρός, ψύχραιμος, απαιτητικός, παράλληλα υποστηρικτικός, με τον οποίο νιώθει ασφάλεια πως μπορεί να την στηρίξει εάν χρειασθεί. Η μητέρα περιγράφεται ως αδύναμη, απαιτητική, αυστηρή μαζί της, πολύ ευαίσθητη, υπερπροστατευτική που όμως δεν την εμπιστεύεται. Ο αδελφός περιγράφεται ως ανέμελος, ευχάριστος, κοινωνικός, με πολλές παρέες που δεν τον προβληματίζει ιδιαίτερα το μέλλον. Ο αδελφός της, ήταν πάντα μέτριος μαθητής. Οι γονείς, δεν ήταν ιδιαίτερα απαιτητικοί από τις σχολικές του επιδόσεις. Όταν κατάφερε να πετύχει σε σχολή των Τ.Ε.Ι, οι γονείς έδειξαν έντονα την χαρά τους γιατί δεν το περίμεναν. Αντίθετα, η Έλλη αναφέρει πως όταν πέτυχε στην σχολή της οι γονείς της δεν αντέδρασαν ανάλογα γιατί ήταν κάτι αναμενόμενο γι αυτούς. Παρόλο που ο αδελφός δεν ήταν καλός μαθητής οι γονείς πάντα τον επαινούσαν για την εξυπνάδα του, ενώ την ίδια όχι. Με τον αδελφό η σχέση αναφέρονται ως καλή. Εκείνος την εμπιστεύεται και της επικοινωνεί τα προβλήματά του, ενώ δεν γίνεται το αντίστροφο.

Υπάρχει ένα ιστορικό συχνών μετακινήσεων της οικογένειας, λόγω του επαγγέλματος του πατέρα. Όταν η Έλλη ήταν 5 χρονών (νηπιαγωγείο) η οικογένεια μετακόμισε σε άλλη πόλη. Θυμάται πως της στοίχισε πολύ συναισθηματικά γιατί έχασε τις φίλες της. Η προσαρμογή της στο σχολικό περιβάλλον αναφέρεται ως δύσκολη. Φοβόταν την δασκάλα στην Α΄ Δημοτικού γιατί ήταν πολύ αυστηρή και επιπληκτική και καθημερινά πήγαινε με δύσφορο συναίσθημα στο σχολείο. Με τους συμμαθητές της ήταν συνεσταλμένη. Στην Γ΄ Δημοτικού η οικογένεια μετακομίζει ξανά σε άλλο μέρος. Της στοίχισε συναισθηματικά και αυτή η αλλαγή μέρους, γιατί

έχασε τις λίγες φίλες που είχε. Η προσαρμογή της στο νέο σχολικό περιβάλλον αναφέρεται και πάλι δύσκολη. Στην Β΄ Γυμνασίου, η οικογένεια μετακομίζει και πάλι και επιστρέφει στην πόλη όπου γεννήθηκε, εκεί όπου οι γονείς της ζουν μέχρι σήμερα. Η προσαρμογή της αναφέρεται ως πολύ δύσκολη. Στην αρχή, ένιωθε στην τάξη αποκομμένη από τους συμμαθητές της, ξένη ανάμεσά τους. Αναφέρει τον εαυτό της ως πολύ καλή στα μαθήματα.

Στη σχολή δεν παρακολουθεί συστηματικά τις παραδόσεις. Προτιμά να μελετά στο σπίτι. Δίνει κανονικά τα μαθήματα στις εξεταστικές, ενώ αναφέρει πως συνήθως περνά τα μαθήματα με καλό βαθμό.

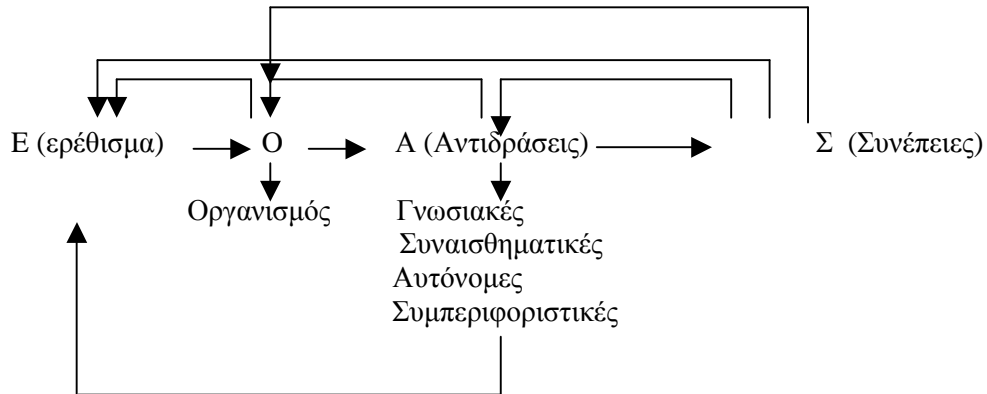
Στην εφηβεία αναφέρονται 1-2 φίλες επιστήθιες και ελάχιστες παρέες. Πάντα θυμάται τον εαυτό της να λειτουργεί καλύτερα σε παρέες των 2-3 ατόμων. Στη σχολή έχει γνωρίσει κάποιες συμφοιτήτριες, χωρίς όμως να κάνει και παρέα εκτός σχολής. Μία φίλη μόνο έχει από ην σχολή.

Στην εφηβεία δεν αναφέρονται ερωτικές σχέσεις. Η ερωτική της ζωή αρχίζει στα φοιτητικά της χρόνια. Η πρώτη της συναισθηματική /ερωτική σχέση ξεκίνησε περίπου δύο χρόνια πριν με άνδρα λίγο μεγαλύτερό της, ο οποίος δεν σπούδαζε, αλλά εργαζόταν. Η σχέση αυτή διήρκεσε περίπου έξι μήνες. Απέφερε πως την υποτιμούσε συνεχώς, κυρίως για την εμφάνισή της. Θαύμαζε μπροστά της άλλες κοπέλες που ήταν πιο λεπτές πιο εκείνη. Ο ίδιος της ζήτησε να χωρίσουν και αυτό την πλήγωσε. Ύστερα από μερικούς μήνες έκανε άλλη σχέση με συνομήλικο που διήρκεσε ένα μήνα και έληξε με δική της πρωτοβουλία γιατί δεν ένιωθε δυνατά συναισθήματα για αυτόν. Μετά γνώρισε έναν άνδρα, αρκετά μεγαλύτερό της με τον οποίο, όπως ή ίδια λέει, είχε μια πολύ δυνατή σχέση για περίπου ένα χρόνο. Η σχέση αυτή είχε λήξει λίγο διάστημα πριν ζητήσει βοήθεια από το ΕψυΣυΦοι, με δική της πρωτοβουλία επειδή ο φίλος της είχε παράλληλες σχέσεις. Της είχε στοιχίσει πολύ συναισθηματικά αυτή η κατάληξη.

Το σωματικό της βάρος ήταν πάντα λίγο μεγαλύτερο από το φυσιολογικό. Δεν αναφέρει να έχει κάνει συστηματικές μακρόχρονες δίαιτες. Για πρώτη φορά της ήλθε η ιδέα να χάσει βάρος μετά την πρώτη της σχέση.

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική αξιολόγηση

Σύμφωνα με το περιεκτικό ανατροφοδοτικό μοντέλο γνωσιακής-συμπεριφοριστικής αξιολόγησης (Kanfer, 1989):



Ο συγκεκριμένος οργανισμός – εαυτός (ψυχολογικός και βιολογικός) όταν έρχεται σε επαφή με συγκεκριμένα ερεθίσματα αντιδρά σε επίπεδο γνωσιακό (σκέψεις, εικόνες, αντιλήψεις), συναισθηματικό, αυτόνομο νευροφυσιολογικό (σωματικές αντιδράσεις) και συμπεριφοριστικό (τι κάνει το άτομο). Όλη αυτή η λειτουργία επιφέρει κάποιες συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Το μοντέλο αυτό αξιολόγησης λειτουργεί ανατροφοδοτικά ως εξής: 1) οι συνέπειες, με την πάροδο του χρόνου, γίνονται ερεθίσματα για την δυσλειτουργική συμπεριφορά (α΄ φαύλος κύκλος) 2) αντιδράσεις και οι συνέπειες της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς καταγράφονται στις εμπειρίες του ατόμου (ψυχολογικός εαυτός) και δημιουργούν περαιτέρω αντιδράσεις όταν έρχεται σε επαφή με το ερέθισμα (β΄ φαύλος κύκλος).

Στη συγκεκριμένη περίπτωση τα **ερεθίσματα** είναι:

- Για την βουλιμία
 - Στενοχώρια, λύπη, άγχος
 - Συναίσθημα μοναξιάς
 - Ύπαρξη προβλημάτων προς επίλυση

- Για το άγχος εξετάσεων
 - Προετοιμασία για εξετάσεις
 - Αναμονή των θεμάτων στην αίθουσα

Για την κοινωνική φοβία → Μεγάλες παρέες
→ Ομιλία σε κόσμο

Οι αντίστοιχες **αντιδράσεις** είναι:

Γνωσιακές → «θα παχύνω»
«Το σώμα μου είναι άσχημο»
«Είναι απαίσιο αυτό που έκανα» (εμετός)
«Δεν αρέσω στους άλλους»
«Δεν θα τα καταφέρω στις εξετάσεις»
«Οι άλλοι θα με κρίνουν άσχημα, θα με κοροϊδέψουν»

Συναισθηματικές → Άγχος
Ενοχές (για τον εμετό)

Αυτόνομες / → Πόνος στο στομάχι
σωματικές Δύσπνοια

Συμπεριφοριστικές → Τρώει ανεξέλεγκτα μεγάλες ποσότητες τροφής
Αυτοπροκαλεί εμετό
Δεν τρώει για αρκετές ώρες
Αϋπνία
Αποφεύγει πολυπληθείς συναναστροφές
Αποφεύγει να εκτίθεται σε κόσμο

Οι **συνέπειες** από όλες αυτές τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές είναι:

Συνέπειες → Δεν έχει κοινωνική ζωή
→ Είναι συναισθηματικά αποξενωμένη
→ Δεν βιώνει ικανοποίηση από την ζωή της

Τα **γεγονότα ζωής (εμπειρίες)** που μπορεί να έχουν σχέση με την εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι:

⇒ Πατέρας ιδιαίτερα επικριτικός, αυστηρός

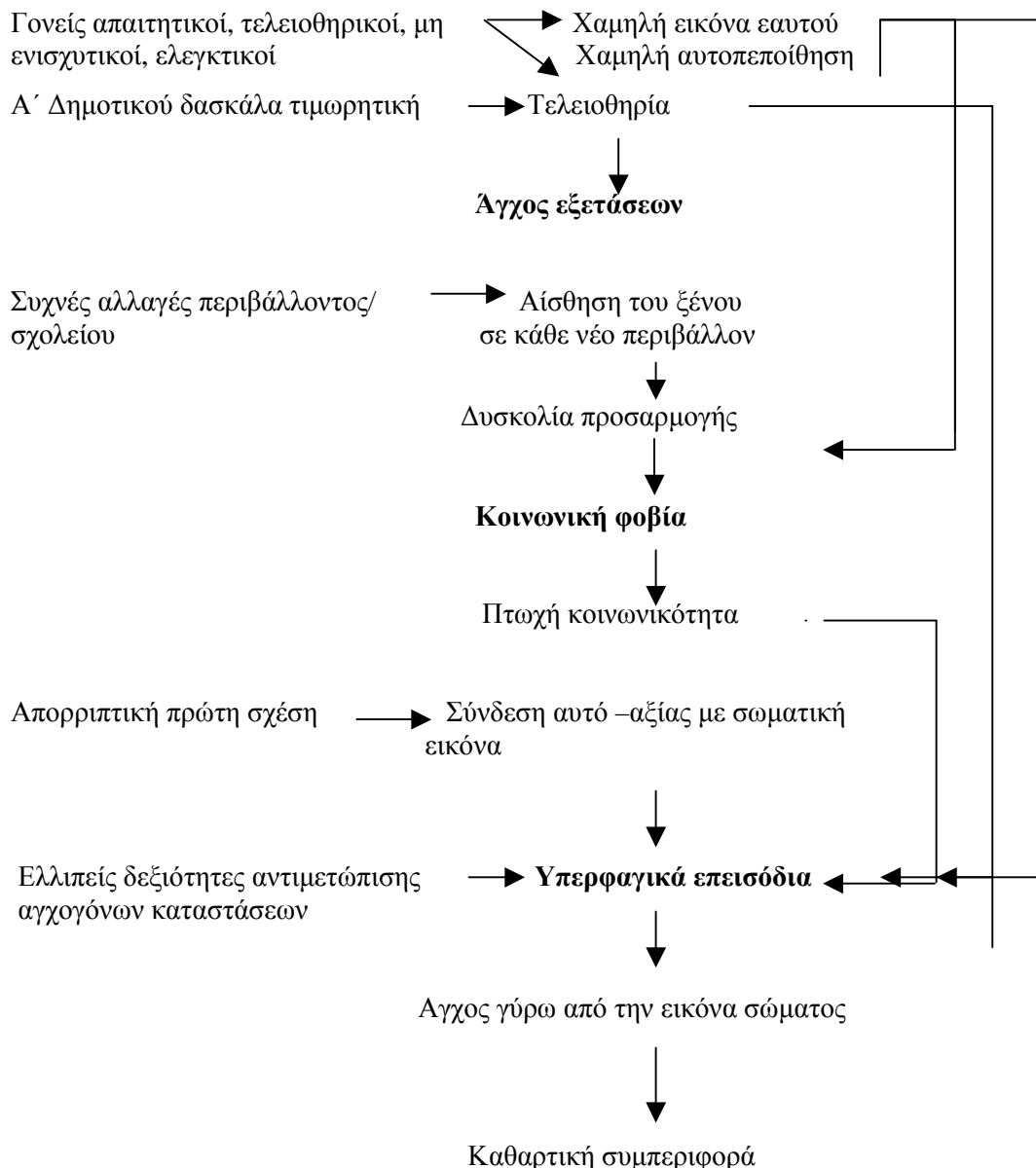
- ⇒ Γονείς απαιτητικοί, μη ενισχυτικοί
- ⇒ 6 χρονών : Α΄ Δημοτικού, αλλαγή περιβάλλοντος, δυσκολία απόκτησης νέων φίλων. Δασκάλα πολύ επικριτική, τιμωρητική
- ⇒ 9 χρονών : Γ΄ Δημοτικού, αλλαγή περιβάλλοντος, αλλαγή σχολείου. Δύσκολη προσαρμογή..
- ⇒ 13 χρονών: Β΄ Γυμνασίου, αλλαγή περιβάλλοντος, απώλεια φίλων. Αίσθηση πως τα νέα παιδιά την κριτικάρουν. Έναρξη άγχους εξετάσεων με πόνο στο στομάχι.
- ⇒ 17 χρονών: Έντονο άγχος στις Πανελλήνιες, με σωματικά συμπτώματα πόνο στο στομάχι και δύσπνοια.
- ⇒ 20 χρονών: Συναισθηματική σχέση όπου ένιωσε πως την απέρριψε λόγω εξωτερικής εμφάνισης
- ⇒ 21 χρονών: Έναρξη ψυχογενούς βουλιμίας με καθαρτική συμπεριφορά

Βάσει της γνωσιακής –συμπεριφοριστικής αξιολόγησης, ερμηνευτικά φαίνονται τα εξής: Η Έλλη έχει γονείς τελειοθηρικούς, απαιτητικούς από τους οποίους δεν έχει πάρει ενίσχυση, γεγονός που συμβάλλει στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και στην χαμηλή εικόνα εαυτού. Επίσης, στο παρελθόν, αλλά και στο παρόν είναι πολύ ελεγκτικοί σε σχέση με τις ακαδημαϊκές της επιδόσεις. Η ανασφάλεια σχετικά με τον εαυτό της, σε συνδυασμό με τις συχνές μετακινήσεις της οικογένειας και τις αλλαγές τόπου, κοινωνικού περιβάλλοντος και σχολείου, συνέβαλλε στο να αισθάνεται απειλή στις κοινωνικές συναναστροφές και να αναπτύξει κοινωνική φοβία. Η ίδια από μικρή είχε ανάγκη να γίνει αποδεκτή από τους γονείς της που όμως ήταν τελειοθηρικοί, πολύ απαιτητικοί και δεν την επιβράβευαν. Έτσι έγινε και εκείνη τελειοθηρική και απαιτητική από τον εαυτό της, για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των γονιών της. Για τον λόγο αυτό ανέπτυξε καταστροφολογικό σχήμα γύρω από την αποτυχία και είχε άγχος με σωματοποιημένες καταστάσεις την περίοδο των εξετάσεων (άγχος εξετάσεων) . Η έναρξη της σχολικής ζωής συνδυάστηκε επίσης με αίσθηση απειλής στο λάθος, την αποτυχία (δασκάλα τιμωρητική, επιπληκτική στην Α΄Δημοτικού), γεγονός που συνέβαλε στην εμφάνιση του άγχους εξετάσεων. Η υποτίμηση που βίωνε από την πρώτη της σχέση σε σχέση με το βάρος και το σχήμα του σώματός της (συχνές συγκρίσεις με λεπτές κοπέλες) σε συνδυασμό με την χαμηλή αυτό-εικόνα της και τα

τελειοθηρία της, της δημιούργησε σχήματα δυσλειτουργικά γύρω από την σωματική της εικόνα, και στην δημιουργία αντιλήψεων σύμφωνα με τις οποίες η αυτο-αξία συνδέεται με την εικόνα σώματος. Στην εγκατάλειψή της από την σχέση αυτή, αντέδρασε με ψυχογενή βουλιμία.

Σχηματικά, η ερμηνεία της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της μπορεί να αποδοθεί ως εξής:

εξής:



Θεραπευτική παρέμβαση

Οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης τίθενται πάντα σε συνεργασία θεραπευτή –θεραπευόμενου. Η Έλλη έθεσε ως στόχους προτεραιότητας την αντιμετώπιση της βουλιμίας και της κοινωνικής φοβίας, ενώ δεν ήταν κινητοποιημένη για την μείωση του άγχους των εξετάσεων, δεδομένου πως βρισκόταν στο τέλος των σπουδών της, επομένως, δεν θα έδινε πλέον εξετάσεις. Από τους δύο στόχους, πρώτος κατά προτεραιότητα τέθηκε η αντιμετώπιση της βουλιμίας.

Η θεραπευτική παρέμβαση ολοκληρώθηκε σε 16 συνεδρίες, με συχνότητα συνήθως μία φορά την εβδομάδα με διάρκεια μία ώρα η κάθε συνεδρία. Όσον αφορά στην ψυχογενή βουλιμία, ως πρώτος στόχος τέθηκε η μείωση της καθαρτικής συμπεριφοράς. Σε αυτή την πρώτη φάση, έγινε ενημέρωση γύρω από τις συνέπειες της υπερφαγικής και της καθαρτικής συμπεριφοράς (ψυχοεκπαίδευση). Κατόπιν, βάσει του μοντέλου της αυτοδιαχείρισης, εφαρμόστηκε η τεχνική της αυτοπαρατήρησης της βουλιμικής συμπεριφοράς, μέσω της χρήσης ημερήσιων καταγραφών, έτσι ώστε να συνειδητοποιήσει η Έλλη α) τι περιλαμβάνει το βουλιμικό επεισόδιο. Εδώ, η τεχνική αυτή λειτουργεί παράδοξα γιατί ακυρώνει την απώλεια ελέγχου του επεισοδίου (αφού το καταγράφει). β) σε ποιες συνθήκες εμφανίζεται η βουλιμική συμπεριφορά. Από την αυτοπαρατήρηση φάνηκε, πως η βουλιμική συμπεριφορά εμφανιζόταν όταν η Έλλη είχε άγχος ή όταν ένιωθε άσχημα (κυρίως στενοχώρια, λύπη). Τότε έκανε υπερφαγικό επεισόδιο, κυρίως με γλυκά.

Σε δεύτερο επίπεδο, τέθηκε ως στόχος η διερεύνηση του γνωσιακού μηχανισμού της Έλλης που σχετίζεται με την βουλιμία. Εδώ και πάλι εφαρμόστηκε η τεχνική της αυτοπαρατήρησης προκειμένου να ανιχνευθούν οι γνωσίες (σκέψεις, ερμηνείες, εικόνες, αντιλήψεις) με αφορμή διάφορα γεγονότα και καταστάσεις καθημερινής ζωής στα οποία αντιδρά με βουλιμική συμπεριφορά. Η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών, λόγω της κοινωνικής φοβίας, αποτελούσε αγγογόνο παράγοντα – ερέθισμα για βουλιμική συμπεριφορά, σε συνδυασμό με το άγχος για προβλήματα καθημερινής ζωής, λόγω ελλιπών δεξιοτήτων επίλυσης αγγογόνων καταστάσεων.

Επομένως η αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας και η ενδυνάμωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων έγινε ταυτόχρονα, μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής παρέμβασης για την βουλιμία. Η εξοικείωση με τις γνωσιακές αρχές, η αναγνώριση των αρνητικών γνωσιών γενικά (για τον εαυτό, για τους άλλους κλπ) η

αμφισβήτηση και αναδόμηση των γνωσιών αυτών μέσω των τεχνικών της γνωσιακής τροποποίησης (όπως, αποκαταστροφοποίηση, εύρεση διεργασιακών λαθών, χρήση θετικών φράσεων προς τον εαυτό, χρήση θετικών αυτοενισχύσεων, η τεχνική της έκθεσης σε κοινωνικές καταστάσεις, η τεχνική της παρεμπόδισης της αντίδρασης -για την βουλιμική συμπεριφορά), καθώς και οι συμπεριφοριστικές τεχνικές αντιμετώπισης προβλημάτων είναι μερικές από τις βασικές τεχνικές που εφαρμόστηκαν.

Στο τέλος της θεραπείας, έγιναν τρεις μεταθεραπευτικές συνεδρίες (μία ανά μήνα). Η Έλλη είχε σταματήσει εντελώς τα βουλιμικά επεισόδια για περισσότερους από δύο μήνες. Επίσης, είχε βελτιώσει αρκετά την αυτοεκτίμησή της γεγονός που επέδρασε θετικά στην μείωση του κοινωνικού άγχους. Είχε αρχίσει να γνωρίζει και να βγαίνει με παρέες. Αντιμετώπιζε πολύ πιο αποτελεσματικά τα καθημερινά προβλήματα, τα οποία συνδέοντο σχεδόν πάντα με τις σχέσεις της με τους άλλους. Οι βελτιώσεις αυτές της ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο την αυτοπεποίθηση και κυρίως την αίσθηση της αυτό- αποτελεσματικότητας.

Βιβλιογραφία

- Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ.& Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Η ανάγκη για συμβουλευτική: Ερευνα στο φοιτητικό πληθυσμό στο *Εξελίξεις στη Συμβουλευτική και τον Επαγγελματικό Προσανατολισμό στην Αυγή του 21^{ου} Αιώνα*. Πρακτικά Α΄ Διεθνούς Συνεδρίου του Εθνικού Κέντρου Επαγγελματικού Προσανατολισμού, Αθήνα, 9-11/5/2001
- Efthimiou, K. & Kalantzi-Azizi, A. (2003, Σεπτέμβριος) Cognitive Behavioural Group Therapy in Assertive Behaviour through the development of Social Skills: Results of Interventions in Groups of Students. Ανηρτημένη εργασία στο XXXIII Ετήσιο Συνέδριο της European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Πράγα, Τσεχία
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1987) Η τάση για ανεξαρτητοποίηση του νεαρού φοιτητή ή της νεαρής φοιτήτριας – Δυνατότητες και όρια της ψυχολογικής συμβουλευτικής στο χώρο του πανεπιστημίου: Σκέψεις - εμπειρίες- προβληματισμοί. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής – Προσανατολισμού*, 2-3, 51-60

- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1992) Η Ψυχολογική Συμβουλευτική: Παρόν και μέλλον στα Πανεπιστήμια της Ευρώπης. Πρακτικά Συνεδρίου Συμβουλευτικής- Προσανατολισμού, σελ. 70-83
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1998) Η σημασία της ψυχολογικής συμβουλευτικής φοιτητών. Πρακτικά Ημερίδας για τη σημασία της ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών Αλεξανδρούπολη: Γραφείο Διασύνδεσης Σπουδών και Σταδιοδρομίας Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης.
- Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999) Συμβουλευτικά Κέντρα Φοιτητών: Ένας θεσμός εκπέμπει SOS *Τετράδια Ψυχιατρικής* 68, 38-51
- Χαρίλα Ν. (1995) Γνωσιακή Θεραπεία της Συμπεριφοράς στο “Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας”, Τόμος Β΄, Επιμ.: Γ. Μπουλουγούρης, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Χαρίλα, Ν., Καραδήμας, Ε. (1995) Όταν οι διαφορές γίνονται πρόκληση, Επειδή η Διαφορά είναι δικαίωμα, 50-51, 15-17
- Χαρίλα, Ν. (1996) Το Συμβουλευτικό Κέντρο για Φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι πρώτες εμπειρίες (1990-96) και Παρουσίαση δύο περιστατικών από το Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών. Παρεμβάσεις βασισμένες στο γνωσιακό- συμπεριφοριστικό πρότυπο. Στο: «Ψυχολογική Συμβουλευτική Φοιτητών» Επιμ. Καλαντζή-Αζίζι Α. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Χαρίλα, Ν. (2004) Γνωσιακό μοντέλο ερμηνείας και παρέμβασης στις Διαταραχές Διατροφής. *Νέα Υγεία*, 45, Ιούλιος, Αύγουστος, Σεπτέμβριος.
- Χαρίλα, Ν. (2004, Μάιος) «Δομή και λειτουργία του Εργαστηρίου Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών» στην Ημερίδα: Στόχος η Γνώση, Προϋπόθεση η Ψυχοκοινωνική Υγεία. Παν/μιο Πειραιώς

ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Κωνσταντινίδου Όλγα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Δικαστική Ψυχολογία έχει να κάνει με την εφαρμογή της ψυχολογίας στον δικαστικό χώρο (Haward, 1981). Κάποιοι άλλοι με τον όρο δικαστική ψυχολογία (Weiner & Hess, 1987) εννοούν οποιαδήποτε συνάντηση της ψυχολογίας και του δικαίου.

Η παροχή υπηρεσιών από ψυχολόγους σε δικαστικά πλαίσια έκανε έντονη την παρουσία της μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου παράλληλα και με την καθιέρωση της κλινικής ψυχολογίας ως επαγγέλματος. Αν και από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα υπήρχαν ήδη ψυχολόγοι που παρείχαν κάποιες υπηρεσίες σε δικαστικά πλαίσια, στην ουσία από τη δεκαετία του '50 και ύστερα ο ρόλος του κλινικού και συμβουλευτικού ψυχολόγου γίνεται αναπόσπαστο κομμάτι των θεραπευτικών και διαγνωστικών υπηρεσιών σε δικαστικά πλαίσια (Otto & Helburn, 2002). Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα, παρατηρείται μια μετάθεση του ενδιαφέροντος των κλινικών ψυχολόγων στη διερεύνηση γενικότερων νομικών θεμάτων και ειδικότερα στη διερεύνηση της παραβατικής συμπεριφοράς.

Σε σχέση με τα ελληνικά δεδομένα, υπάρχει μια καθυστέρηση στην αναγνώριση του ρόλου του κλινικού ψυχολόγου σε δικαστικά πλαίσια και μόλις τα τελευταία χρόνια έχει διορισθεί μικρός αριθμός ψυχολόγων σε δικαστικές φυλακές ενηλίκων ενώ μόλις τον Οκτώβριο του 2004 προκηρύχθηκαν θέσεις για τα σωφρονιστικά καταστήματα ανηλίκων. Μέχρι τώρα, στα σωφρονιστικά καταστήματα ανηλίκων δεν υπήρχαν ψυχολόγοι ενώ στις υπηρεσίες επιμελητών ανηλίκων, τις θέσεις των επιμελητών καταλαμβάνουν επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων (κοινωνιολόγοι, νομικοί, παιδαγωγοί).

Με το παρόν κείμενο θα επιχειρήσουμε να παρουσιάσουμε επιλεκτικά κάποιους από τους τομείς που μελετά η δικαστική ψυχολογία και θα επικεντρωθούμε στο ρόλο του κλινικού ψυχολόγου στον δικαστικό χώρο. Για τον σκοπό αυτό θα αναφερθούν οι τρόποι αλληλεπίδρασης ψυχολογίας και δικαίου με έμφαση στην εφαρμογή της ψυχολογίας στον δικαστικό χώρο, παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση της παραβατικής συμπεριφοράς καθώς και ψυχολογικές θεωρίες για την παραβατικότητα

και θα προσπαθήσουμε να ρίξουμε φως στο αν υπάρχει «θεραπεία» της παραβατικότητας. Ακόμη, θα αναφερθούμε σε ένα θέμα που έχει συγκεντρώσει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον, την αξιοπιστία της κατάθεσης των αυτοπτών μαρτύρων και θα παρουσιάσουμε ένα τρόπο συνέντευξης των αυτοπτών μαρτύρων, τη γνωσιακή συνέντευξη (Geiselman et al, 1984).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟ – Πώς αλληλεπιδρούν;

Η αλληλεπίδραση των δυο επιστημών μπορεί να πάρει τις εξής μορφές: α) εφαρμογή της ψυχολογίας στον δικαστικό χώρο, β) επίδραση της δικαιοσύνης στην κλινική πρακτική και γ) έρευνα γύρω από δικαστικά θέματα.

Εφαρμογή της ψυχολογίας στον δικαστικό χώρο

Η εφαρμογή της ψυχολογίας στον δικαστικό χώρο, αφορά κυρίως τον ρόλο που μπορεί να έχει ένας ψυχολόγος στην εκδίκαση μιας υπόθεσης (Haward, 1990). Ο ρόλος του μπορεί να είναι πειραματικός, κλινικός, ερευνητικός ή συμβουλευτικός. Ο πειραματικός ρόλος έχει να κάνει με την μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς μέσω πειραματικών διαδικασιών. Κατά συνέπεια προϋποθέτει την γνώση και την ικανότητα εφαρμογής ψυχολογικών αρχών και τεχνικών σε δικαστικά θέματα π.χ. στο θέμα των προβλημάτων αξιοπιστίας γύρω από την κατάθεση αυτοπτών μαρτύρων, ένας ψυχολόγος θα μπορούσε να καταθέσει ερευνητικά δεδομένα που αφορούν το συγκεκριμένο θέμα αλλά και να προχωρήσει και σε κάποιο πείραμα που αφορά την συγκεκριμένη υπόθεση. Ο κλινικός ρόλος αφορά κυρίως κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους. Ο κλινικός ψυχολόγος πραγματοποιεί κλινικές συνεντεύξεις, χρησιμοποιεί μια σειρά από ψυχομετρικά εργαλεία και συμπεριφεριολογικά δεδομένα για να πετύχει μια ολοκληρωμένη ψυχολογική εκτίμηση που του ζητάτε από διάφορα πλαίσια. Ο ερευνητικός ρόλος, έχει να κάνει με την εφαρμογή στατιστικών πιθανοτήτων και δεδομένων παρατήρησης σε διάφορα γεγονότα και στην ανθρώπινη συμπεριφορά π.χ. ποια είναι η πιθανότητα κάποιος με ένα ψυχολογικό πρόβλημα να μπορέσει να βρει δουλειά. Ο συμβουλευτικός ρόλος έχει να κάνει με την χρήση ψυχολόγων ως συμβούλους είτε από την πλευρά της υπεράσπισης του κατηγορουμένου είτε από την πλευρά της πολιτικής αγωγής για το τί είδους ερωτήσεις να κάνουν στους μάρτυρες.

Σε όλους τους προαναφερόμενους ρόλους, ο ψυχολόγος έχει την ιδιότητα του «εμπειρογνώμονα» στην εκδίκαση μιας υπόθεσης. Για να μπορέσει να ανταπεξέλθει, ο κλινικός ψυχολόγος χρειάζεται να γνωρίζει τη νομική διαδικασία, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, τεστ που αφορούν τον συγκεκριμένο πληθυσμό κλπ. Επίσης χρειάζεται να γνωρίζει την ηθική

δεοντολογία που αφορά την κλινική πρακτική στον χώρο της δικαστικής ψυχολογίας. Για παράδειγμα, το συμβούλιο της φυλακής έχει τη δυνατότητα να μην επιτρέψει στον ερευνητή την πρόσβαση σε εγκλείστους ακόμη και αν υπάρχει απόφαση από την αρμόδια υπηρεσία του υπουργείου.

Επίδραση συστήματος δικαιοσύνης στην εφαρμογή της ψυχολογίας

Η επίδραση της δικαιοσύνης στον χώρο της κλινικής πρακτικής, της έρευνας αλλά και της ακαδημαϊκής πρακτικής έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Το σύστημα δικαιοσύνης επηρεάζει την κλινική πρακτική μέσα από τους κανόνες για την εμπιστευτικότητα και το απόρρητο που μπορούν να παρέχουν οι ψυχολόγοι στους πελάτες τους και για τις συνθήκες κάτω υπό τις οποίες το απόρρητο παύει να υφίσταται. Ακόμη, όταν οι ψυχολόγοι προσλαμβάνουν υπαλλήλους χρειάζεται να γνωρίζουν τους νόμους που υπάρχουν γύρω από τα εργασιακά θέματα. Επίσης, όταν διδάσκουν χρειάζεται να γνωρίζουν την νομοθεσία για το ποιες πράξεις δικές τους ή των φοιτητών αντίκεινται στην υπάρχουσα νομοθεσία αλλά και τις συνθήκες κάτω υπό τις οποίες μπορούν να αποκαλύπτουν προσωπικά στοιχεία των φοιτητών τους. Τέλος, χρειάζεται να γνωρίζουν τα νομικά δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις τους για την διεξαγωγή ερευνών.

Ψυχολογική έρευνα γύρω από νομικά θέματα και διαδικασίες

Πληθώρα ερευνών στον τομέα αυτό αφορούν κυρίως διαδικασίες γύρω από την επιλογή και την δυναμική των ενόρκων. Τη δεκαετία του '70 ήταν η πρώτη φορά που εφαρμόστηκε η επιστημονική επιλογή ενόρκων, η οποία πραγματοποιήθηκε από κοινωνικούς επιστήμονες που συνεργάστηκαν με τους δικηγόρους υπεράσπισης. Έρευνες έχουν δείξει (Diamond et al, 1996) ότι οι ένορκοι επηρεάζονται από τα λεγόμενα των μαρτύρων, επικεντρώνονται στην συμπεριφορά των δικηγόρων, πείθονται από την δυναμική και την αποτελεσματικότητα της εξέτασης των μαρτύρων και αλλάζουν την απόφαση τους κατά τη διάρκεια της δίκης. Ακόμη, φαίνεται πως όσοι από τους ενόρκους κρατούν σημειώσεις είναι πιο αποτελεσματικοί στη λήψη αποφάσεων και επηρεάζονται λιγότερο από ελλιπή αποδεικτικά στοιχεία (Forsterlee & Horowitz, 1997).

ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΕ ΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

Ο κλινικός ψυχολόγος που εργάζεται στον δικαστικό χώρο μπορεί να παρέχει υπηρεσίες σε όλους τους προαναφερόμενους τομείς και πιο συγκεκριμένα παρέχει::

- Διάγνωση, ψυχολογική εκτίμηση και θεραπεία
- Συμβουλευτική υποστήριξη
- Εκπαίδευση του προσωπικού σε ψυχολογικά θέματα και δεξιότητες, σε διαχείριση καταστάσεων υψηλού κινδύνου, διαχείριση άγχους καθώς και εποπτεία
- Έρευνα και αξιολόγηση.

Για να είναι επαρκής η ψυχολογική αξιολόγηση που πραγματοποιεί ο κλινικός ψυχολόγος στον χώρο αυτό, θα πρέπει να περιλαμβάνει διάφορους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας όπως: νοητικές ικανότητες, ηθική ανάπτυξη, προβλήματα θυμού, άγχους, σεξουαλικά προβλήματα, φοβίες, κοινωνική λειτουργικότητα, νευροψυχολογική κατάσταση, προσωπικότητα, την αξιοπιστία και την ικανότητα του μάρτυρα να καταθέσει καθώς και την ικανότητα του κατηγορουμένου (νοητική και ψυχική) να δικαστεί.

Μερικά από τα ψυχομετρικά εργαλεία τα οποία παρέχουν πληροφορίες για τους προαναφερόμενους τομείς και χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια ψυχολογικών αξιολογήσεων στον δικαστικό χώρο (εκτός από πληροφορίες που παρέχονται μέσω κλινικής συνέντευξης και συμπεριφεριολογικά δεδομένα) είναι: το Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R) (Wechsler, 1981) και το Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) (Wechsler, 1991) (εξετάζουν τη νοητική ικανότητα), το Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway & Mc Kinley, 1990) και το Eysenck Personality Questionnaire (εξετάζουν την προσωπικότητα), το Gudjonsson Suggestibility Scale (Gudjonsson, 1984) (μετρά το βαθμό που ο μάρτυρας μπορεί να επηρεασθεί από παραπλανητικές ερωτήσεις), το Beck Depression Inventory (Beck et al, 1979) και Beck Hopelessness Scale (Beck, 1974) (εξετάζουν κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό και αβοηθητικότητα), το General Health Questionnaire (γενική εκτίμηση της δυσφορίας του ατόμου) Goldberg & Williams, 1988), το Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) (Webster et al, 1995), και το Hare Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) (Hare, 1991) (εξετάζουν τη μελλοντική επικινδυνότητα του ατόμου και την πιθανότητα επανάληψης αδικημάτων στο μέλλον), το Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962) (εξετάζει την ύπαρξη και ένταση προβλημάτων ψυχικής υγείας), και το Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) (εκτίμηση προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους). Τα ψυχολογικά αυτά τεστ χρησιμοποιούνται

πάντα συμπληρωματικά με την κλινική συνέντευξη και τα συμπεριφερσιολογικά δεδομένα στα πλαίσια μιας ολοκληρωμένης ψυχολογικής αξιολόγησης.

Ακόμη, ο κλινικός ψυχολόγος που εργάζεται σε αυτόν τον χώρο μπορεί να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες (π.χ. παραπομπές, ψυχολογική αξιολόγηση, συμβουλευτική, εμπειρογνωμοσύνη) σε φορείς όπως: κοινωνικές υπηρεσίες, δικαστήρια, δικηγόρους, γενική ψυχιατρική, σωφρονιστικά ιδρύματα αλλά και στην αστυνομία.. Η ψυχολογική εξέταση ενός κατηγορουμένου μπορεί να αναδείξει την ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας (βάσει των κριτηρίων DSM-IV και ICD-10) και να έχει ως συνέπεια την απόδοση μειωμένου καταλογισμού και την παραπομπή του ατόμου σε ειδικά κέντρα περίθαλψης. Στην Ελλάδα, η διαδικασία αυτή συνήθως πραγματοποιείται από ψυχιάτρους.

Ο κλινικός ψυχολόγος που εργάζεται στον δικαστικό χώρο θα πρέπει να γνωρίζει σε βάθος και τα θέματα που αφορούν τον εξειδικευμένο χώρο της δικαστικής ψυχολογίας, όπως για παράδειγμα πώς είναι δομημένο το σύστημα απονομής δικαιοσύνης, την νομική διαδικασία αλλά και την έρευνα, την θεραπεία και την αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των ψυχολόγων που αν και δεν έχουν εκπαίδευση στην κλινική ψυχολογία, έχουν εκπαιδευτεί σε τομείς που αφορούν την εγκληματικότητα, την αστυνομία ή το νομικό σύστημα. Οι ψυχολόγοι αυτοί εργάζονται σε φυλακές, στην αστυνομία και σε κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης παρέχουν συμβουλευτική σε ότι αφορά την επιλογή και την εκπαίδευση του προσωπικού αλλά και υποστηρικτικές υπηρεσίες.

ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ/ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η παραβατικότητα θεωρείται μια ανθρώπινη συμπεριφορά η οποία έχει αρκετές ομοιότητες με την αντικοινωνική συμπεριφορά. Η παραβατικότητα καταγράφεται είτε από επίσημα στοιχεία συλλήψεων και απόδοσης ποινών είτε από αυτο-αναφορές. Συνήθως τα επίσημα στοιχεία συλλήψεων και καταδικών περιλαμβάνουν τους πιο επίμονους παραβάτες και τα μεγαλύτερης έντασης αδικήματα. Οι αυτο-αναφορές καλύπτουν μεγαλύτερο εύρος της παραβατικής δραστηριότητας καθώς πληθώρα αδικημάτων δεν εμπίπτουν στην προσοχή των αρμόδιων αρχών και παραμένουν ατιμώρητα.

Οι παράγοντες επικινδυνότητας για εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς που θα αναφερθούν στο κεφάλαιο αυτό προέρχονται από έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει και τους δυο διαφορετικούς τρόπους μέτρησης της παραβατικότητας (επίσημα στοιχεία και αυτο-αναφορές).

Η παραβατικότητα, σύμφωνα με τους West & Farrington (1977) αποτελεί μόνο ένα στοιχείο ενός συνδρόμου αντικοινωνικής συμπεριφοράς, το οποίο ξεκινά κατά την παιδική ηλικία και συνεχίζεται κατά την ενηλικίωση. Στην παιδική ηλικία, το σύνδρομο αυτό συνήθως ξεκινά ως διαταραχή της διαγωγής στα πλαίσια της οποίας παραβιάζονται τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή οι κοινωνικοί τύποι και κανόνες (επιθετικότητα, καταστροφή ιδιοκτησίας, παραβάσεις κανόνων). Το αντικοινωνικό παιδί συνήθως εξελίσσεται σε αντικοινωνικό έφηβο και αυτό με τη σειρά του σε αντικοινωνικό ενήλικα ο οποίος με τη σειρά του δημιουργεί ένα άλλο αντικοινωνικό παιδί (Loeber, 1982).

Οι West & Farrington (1977) ανέπτυξαν μια κλίμακα μέτρησης αντικοινωνικής τάσης στην ηλικία των 18, η οποία περιελάμβανε συμπεριφορές όπως δυσκολία εύρεσης και διατήρησης μιας θέσης εργασίας, χαρτοπαιξία και τζόγος, υπερβολική κατανάλωση καπνού, χρήση ναρκωτικών ουσιών, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, βία και παρέες με άτομα με αντικοινωνική δραστηριότητα. Ο στόχος ήταν να κατασκευάσουν μια κλίμακα που δεν θα στηρίζεται μόνο σε παράνομες δραστηριότητες (κλοπές, ληστείες) που συνήθως οδηγούσαν σε καταδίκες. Τα

αποτελέσματα έδειξαν (West & Farrington, 1977) ότι όσοι είχαν καταδικασθεί ως την ηλικία των 18 ετών για παραβατική συμπεριφορά παρουσίαζαν αντικοινωνική συμπεριφορά και σε άλλους τομείς. Πιο συγκεκριμένα, το 67% των καταδικασθέντων είχε 4 ή περισσότερα στοιχεία της κλίμακας αντικοινωνικής τάσης σε αντίθεση με το 15% των μη καταδικασθέντων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονισθεί ότι η ύπαρξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς δεν συνεπάγεται αυτόματα και την ανάπτυξη αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας μετά την ηλικία των 18 ετών ενώ αντίθετα η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας προϋποθέτει την ύπαρξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς καθώς είναι ένα από τα κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV για τη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η παραβατικότητα φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία, κλιμακώνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας ενώ μειώνεται στη δεκαετία των είκοσι και τριάντα ετών. Μια από τις πιο σημαντικές διαχρονικές μελέτες για την παραβατικότητα (Farrington, 1990,1995) περιελάμβανε 400 αγόρια ηλικίας 8 ετών που ζούσαν σε μια συνοικία του Λονδίνου και τα οποία ακολουθήθηκαν έως την ηλικία των 32 ετών. Από την έρευνα αυτή αλλά και από πληθώρα ανάλογων ερευνών έχουν προκύψει και αρκετοί προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση ή όχι της παραβατικότητας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει επισημανθεί ότι η πλειονότητα των ερευνών γύρω από την αντικοινωνική και παραβατική συμπεριφορά αφορά άνδρες. Υπάρχουν λίγες έρευνες με γυναικείους πληθυσμούς που δείχνουν ότι τα ποσοστά αντικοινωνικών διαταραχών είναι λιγότερα στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Weizmann, 2004) αλλά περισσότερες έρευνες χρειάζονται για να διερευνηθεί το αν η συμπτωματολογία της συγκεκριμένης διαταραχής εκδηλώνεται διαφορετικά στις γυναίκες. (Lorenz, 2002).

Γνωστικοί παράγοντες και Νοημοσύνη

Από διαχρονικές μελέτες φαίνεται ότι παιδιά με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης έχουν στατιστικά μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν παραβατική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τον Farrington (1990) μια πιθανή εξήγηση για την συσχέτιση μεταξύ παραβατικότητας και χαμηλής νοημοσύνης φαίνεται να είναι η ικανότητα χειρισμού και κατανόησης αφηρημένων εννοιών. Άτομα που δεν έχουν αυτή την ικανότητα δεν τα πάνε καλά σε τεστ νοημοσύνης αλλά και δεν έχουν υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις. Τα ίδια αυτά άτομα διαπράττουν αδικήματα καθώς δεν είναι σε θέση να

κατανοήσουν τα αισθήματα των θυμάτων τους (μειωμένη δυνατότητα ενσυναίσθησης).

Η διαφορά ανάμεσα στην ικανότητα για αφηρημένη σκέψη και στην συγκεκριμένη σκέψη υπάρχει και σε μια ακόμη θεωρία για την παραβατικότητα: τη θεωρία της ηθικής ανάπτυξης του Kohlberg (1976). Σύμφωνα με τη θεωρία, υπάρχουν 3 στάδια ηθικής ανάπτυξης από τα οποία περνάει το άτομο μεγαλώνοντας: το στάδιο της προσυμβατικής ηθικής, το στάδιο της συμβατικής ηθικής και το στάδιο της μετασυμβατικής ηθικής. Το στάδιο της προσυμβατικής ηθικής αντιστοιχεί στο στάδιο της συγκεκριμένης σκέψης ενώ για το στάδιο της μετασυμβατικής ηθικής απαιτείται η ικανότητα της αφηρημένης σκέψης. Όπως προχωρά λοιπόν η εξέλιξη της ηθικής συλλογιστικής προχωρά και η εξέλιξη της νοημοσύνης ενώ ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παραβάτες έχουν χαμηλότερο επίπεδο ηθικής συλλογιστικής από μη παραβάτες (Nelson, Smith & Dodd, 1990).

Προσωπικότητα και παρορμητικότητα

Από τις πιο γνωστές θεωρίες που προσπάθησε να συσχετίσει την προσωπικότητα και την παραβατικότητα είναι αυτή του Eysenck (1977). Σύμφωνα με τη θεωρία, η παραβατικότητα είναι μια λογική συμπεριφορά και η τάση ενός ατόμου προς μια παραβατική συμπεριφορά εξαρτάται από τον βαθμό συνείδησης του ατόμου. Η συνείδηση, σύμφωνα με την θεωρία, είναι μια εξαρτημένη αντίδραση άγχους η οποία δημιουργείται μέσω μιας διαδικασίας κλασικής εξαρτημένης μάθησης. Οι παραβάτες έχουν χαμηλό επίπεδο συνείδησης καθώς δεν μπορούν να δημιουργήσουν εξαρτημένες αντιδράσεις. Ο Eysenck προχώρησε παραπέρα συνδέοντας αυτή την ικανότητα δημιουργίας εξαρτημένων αντιδράσεων με τις 3 διαστάσεις της προσωπικότητας: την εξωστρέφεια, την νευρωτικότητα και την ψυχωτικότητα. Πιο συγκεκριμένα, ανέφερε ότι άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα και στις 3 αυτές διαστάσεις θα έχουν χαμηλά επίπεδα συνείδησης και κατά συνέπεια θα έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παραβατική συμπεριφορά.

Άλλες έρευνες αναδεικνύουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα και της παραβατικότητας. Στη διαχρονική μελέτη του Λονδίνου (Farrington, Loeber & Van Kammen, 1990) ο παράγοντας υπερκινητικότητα στη ηλικία των 8 ετών, ήταν προβλεπτικός παράγοντας επαφών με το νόμο στην εφηβεία, ανεξάρτητα από προβλήματα διαγωγής στην ηλικία των 8-10 ετών. Ακόμη, μια πρόσφατη έρευνα που έγινε με διδύμους (Simonoff et al, 2004)

έδειξε ότι ο παράγοντας υπερκινητικότητα και διαταραχή διαγωγής στην παιδική ηλικία αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για εμφάνιση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και εγκληματικότητας στο μέλλον.

Οικογένεια

Οικογενειακοί παράγοντες επικινδυνότητας για εμφάνιση μελλοντικής παραβατικής συμπεριφοράς φαίνεται να είναι η μειωμένη επίβλεψη από τους γονείς, υπερβολικά αυστηρή ή ασταθής διαπαιδαγώγηση (Loeber & Stouthamer – Loeber, 1986), προβλήματα στο γάμο, απόρριψη του παιδιού από τους γονείς, ελάχιστη ενασχόληση των γονέων με το παιδί, αντικοινωνικοί γονείς και οικογένειες μεγάλες σε μέγεθος (Utting, Bright & Henricson, 1993).

Γονείς που είναι οι ίδιοι παραβάτες του νόμου, που επιδεικνύουν αντικοινωνική συμπεριφορά και είναι αλκοολικοί έχουν με τη σειρά τους παιδιά που αναπτύσσουν παραβατική συμπεριφορά (Robins, 1979). Στη διαχρονική μελέτη του Λονδίνου υπήρχε πολύ μεγάλη συγκέντρωση της παραβατικότητας σε ένα μικρό αριθμό οικογενειών (West & Farrington, 1977). Ερευνητικά δεδομένα (West & Farrington, 1973) δείχνουν ότι το να έχει κάποιος μέχρι την ηλικία των 10 ετών του, μητέρα, πατέρα ή αδερφό που να έχει καταδικασθεί, είναι παράγοντας επικινδυνότητας για δικές του μελλοντικές καταδίκες.

Αυτά τα ερευνητικά δεδομένα συμβαδίζουν με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης για την παραβατικότητα (Trasler, 1962) που τονίζει τη σημασία των μεθόδων που χρησιμοποιούν οι γονείς για να διαπαιδαγωγήσουν και να μεγαλώσουν τα παιδιά τους. Πιο συγκεκριμένα, ο Trasler (1962) θεωρεί ότι αν οι γονείς ενισχύουν αρνητικά τη συμπεριφορά εκείνη του παιδιού που δεν είναι αποδεκτή τότε το άγχος που προκαλείται στο παιδί από την αρνητική ενίσχυση, συνδέεται μέσω κλασικής εξαρτημένης μάθησης με τη μη αποδεκτή συμπεριφορά. Κατά συνέπεια, το παιδί θα βιώνει αυτή την εξαρτημένη αντίδραση άγχους κάθε φορά που θα σκέφτεται να πραγματοποιήσει τη μη αποδεκτή συμπεριφορά και έτσι δεν θα την πραγματοποιεί. Εάν το παιδί παρόλ' αυτά πραγματοποιήσει τη μη αποδεκτή συμπεριφορά, τότε την εξαρτημένη αντίδραση άγχους θα τη βιώσει ως ενοχή. Επίσης, είναι σημαντικό, οι γονείς να εξηγούν στο παιδί το λόγο που τιμωρείται καθώς έτσι θα αρχίσει να διαχωρίζει την αποδεκτή από τη μη αποδεκτή συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τον Trasler (1962), οι γονείς μεσαίων τάξεων εξηγούσαν περισσότερο στα παιδιά τους το λόγο που τα τιμωρούσαν ενώ από την άλλη ενδιαφέρονταν

περισσότερο για τη μελλοντική εξέλιξη του χαρακτήρα του παιδιού τους και για την ανάπτυξη ηθικών αρχών. Αυτό, ο Trasler το συνέδεσε με τη μεγαλύτερη ικανότητα των γονιών αυτών να χειρίζονται τη γλώσσα αλλά και αφηρημένες έννοιες. Ακόμη, οι μεσαίας τάξεως γονείς χρησιμοποιούσαν την απομάκρυνση της αγάπης ως την κύρια μορφή τιμωρίας ενώ οι γονείς από χαμηλότερες τάξεις την σωματική τιμωρία αλλά και αυτή όχι πάντα, υπήρχε δηλαδή αστάθεια στον επιλεγόμενο τρόπο διαπαιδαγώγησης. Ο Trasler καταλήγει ότι παιδιά χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων διαπράττουν περισσότερα αδικήματα γιατί οι γονείς τους χρησιμοποιούν λιγότερο αποτελεσματικές μεθόδους κοινωνικοποίησης.

Άλλες επιδράσεις

Κάποιοι μελετητές προσπάθησαν να εξηγήσουν όχι την ανάπτυξη της παραβατικότητας αλλά τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται. Πιο συγκεκριμένα, οι Clarke & Cornish (1985) υποστηρίζουν ότι η παραβατικότητα λαμβάνει χώρα κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες κατά τις οποίες ο παραβάτης υπολογίζει πρώτα το κόστος και το όφελος και προχωρά στην παράνομη πράξη όταν τα υπολογισμένα οφέλη (π.χ. κλοπή αμαξιού) είναι παραπάνω από τα μειονεκτήματα (π.χ. τιμωρία από το νόμο). Ο Clarke (1992) υποστηρίζει ότι οι παράνομες πράξεις θα μπορούσαν να μειωθούν με τη λήψη μέτρων όπως συστήματα ασφαλείας, πόρτες ασφαλείας, κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης που θα δυσκόλευαν τους πιθανούς κλέφτες καθώς θα ήταν μεγαλύτερες οι πιθανότητες το κόστος να είναι μεγαλύτερο από το όφελος.

Ο Farrington (1986, 1992, 1993) υποστηρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν την τάση για αντικοινωνική συμπεριφορά απλά σε κάποιους η τάση αυτή βρίσκεται σε μεγαλύτερη ένταση από κάποιους άλλους. Οι παράγοντες που διαφοροποιούν την ένταση της τάσης αυτής είναι η επιθυμία για υλικά αγαθά, η σημασία που δίνει κάποιος στο να γίνει αποδεκτός και να αποκτήσει κύρος μεταξύ των ομηλίκων του και παράγοντες όπως αναζήτηση διέγερσης, ανία, απογοήτευση, θυμός και κατανάλωση αλκοόλ. Η ίδια θεωρία υποστηρίζει ότι υπάρχουν και προστατευτικοί παράγοντες που αναστέλλουν την εκδήλωση αυτής της αντικοινωνικής τάσης. Αυτό συμβαίνει όταν το άτομο μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικής μάθησης έχει εσωτερικεύσει κοινωνικά αποδεκτές αντιλήψεις ως αποτέλεσμα αμοιβών και τιμωριών. Αυτό μπορεί να γίνει όταν το παιδί μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον που οι γονείς υποστηρίζουν τις νόμιμες διαδικασίες και καταδικάζουν την κοινωνικά μη

αποδεκτή συμπεριφορά χρησιμοποιώντας ως μέσο πειθαρχίας την απομάκρυνση της αγάπης.

Μια ακόμη ενδιαφέρουσα θεωρία για την παραβατικότητα και την αντικοινωνική συμπεριφορά διατυπώθηκε από τον Moffitt (1993). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή υπάρχουν δυο διαφορετικά είδη αντικοινωνικής συμπεριφοράς: αυτή που περιορίζεται στα χρόνια της εφηβείας και αυτή που παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η πρώτη, σύμφωνα με τον Moffitt αφορά την πλειονότητα των παραβατών. Οι περισσότεροι έφηβοι στην ηλικία αυτή ξεκινούν κάποιας μορφής αντικοινωνική συμπεριφορά και αυτό επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας της μίμησης, σε μια προσπάθεια να κερδίσουν κύρος στα μάτια των ομηλίκων τους. Η αντικοινωνική συμπεριφορά κλιμακώνεται στην ηλικία των 16 ετών και αρχίζει να μειώνεται από την ηλικία των 17 ετών και μετά.

Σύμφωνα με τον Moffitt (1993), ο δεύτερος τύπος αντικοινωνικής συμπεριφοράς αφορά ανθρώπους που η αντικοινωνική συμπεριφορά εκδηλώνεται από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους και εξελίσσεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Το ποσοστό αυτών των «επίμονων» παραβατών δεν ξεπερνά το 10% του συνόλου των εφήβων παραβατών. Το μικρό αυτό ποσοστό είναι υπεύθυνο για περίπου 50% του συνόλου των αδικημάτων (Farrington, Ohlin & Wilson, 1986). Η αντικοινωνική συμπεριφορά για τα άτομα αυτά παραμένει σταθερή σε όλη τους τη ζωή και συνήθως εξελίσσεται σε αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Ως αιτιολογικό παράγοντα αναφέρει ανεπαρκώς ανεπτυγμένες νευροψυχολογικές δεξιότητες που σχετίζονται με λεκτικές (δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων, έκφραση λόγου, μνήμη) και εκτελεστικές λειτουργίες (δυσκολία στην προσοχή, παρορμητικότητα).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Παρεμβάσεις πρόληψης

Αν λάβουμε υπόψη τα όσα προαναφέρθηκαν σχετικά με παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση παραβατικότητας καθώς και το ότι η παραβατικότητα εντάσσεται σε ένα ευρύτερο σύνδρομο αντικοινωνικής συμπεριφοράς, τότε φαίνεται να μπορούμε να αναγνωρίσουμε από πολύ νωρίς παιδιά τα οποία εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς και να παρέμβουμε πολύ νωρίς. Οι παρεμβάσεις μπορούν να στοχεύουν στη μείωση της παρορμητικής συμπεριφοράς, της εγωκεντρικής σκέψης καθώς και σε αύξηση της ενσυναίσθησης.

Οι παρεμβάσεις σε επίπεδο πρόληψης μπορεί να πάρουν και τη μορφή οικογενειακής θεραπείας ή εκπαίδευσης των γονέων ώστε να αναπτύξουν πιο αποτελεσματικούς τρόπους διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους. Άλλη μια παρέμβαση σε επίπεδο πρόληψης θα μπορούσε να γίνει και σε επίπεδο σχολείου με την εφαρμογή προγραμμάτων ενισχυτικής διδασκαλίας σε μια προσπάθεια αύξησης της σχολικής επίδοσης, της παραμονής στο σχολείο και της σχολικής επιτυχίας παιδιών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς. (Schweinhart & Weikart, 1980). Αν η παραβατικότητα αποτελεί μια μόνο εκδήλωση ενός ευρύτερου συνδρόμου αντικοινωνικής συμπεριφοράς τότε η αύξηση της σχολικής επιτυχίας για παράδειγμα ή η αλλαγή του τρόπου διαπαιδαγώγησης των γονέων θα οδηγήσει σε μείωση εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς. Πληθώρα ερευνών επιβεβαιώνουν αυτή τη μείωση εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς στις πειραματικές ομάδες σε αντίθεση με τις ομάδες ελέγχου (Schweinhart et al, 1993; Dishion, Patterson & Kavanagh, 1992; Barton et al, 1985).

«Θεραπεία» παραβατικότητας

Ένα από τα πιο γνωστά άρθρα στην διεθνή βιβλιογραφία της παραβατικότητας (Martinson (1974)) με τίτλο “What works?” διαπραγματευόταν, αν και κατά πόσο, οι μέθοδοι που είχαν αναπτυχθεί μέχρι τότε για την αντιμετώπιση της παραβατικότητας, οδηγούσαν στην μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς. Το άρθρο κατέληγε ότι δυστυχώς καμία ψυχοθεραπεία και κανένα θεραπευτικό πρόγραμμα ή παρέμβαση δεν μπορεί να μειώσει την τάση των παραβατών να διαπράττουν αδικήματα.

Σήμερα, η άποψη αυτή έχει αμφισβητηθεί από πληθώρα ερευνών, που στηρίζονται κυρίως στη μέθοδο της μετά-ανάλυσης, οι οποίες συγκλίνουν στο ότι υπάρχουν αποτελεσματικά προγράμματα για την μείωση της παραβατικότητας (Lipsey, 1992^a, 1992^b, Gendreau and Ross, 1987 Losel, 1993^b, Mulvey and colleagues, 1993). Τα θεραπευτικά αυτά προγράμματα που οδηγούν σε μείωση της παραβατικότητας φαίνεται να εμπεριέχουν τις εξής παραμέτρους (από το βιβλίο «What works in reducing reoffending: Guidelines from research and practice», McGuire James, 1998):

1. Κατηγοριοποίηση παραβατών σε υψηλού και χαμηλού κινδύνου και αντιστοιχία τους με τον ανάλογο βαθμό παρέμβασης (δηλαδή όσοι κρίνονται ως άτομα υψηλού κινδύνου λαμβάνουν και πιο εντατικές υπηρεσίες)

2. Διαχωρισμός των αναγκών και των προβλημάτων των παραβατών ανάμεσα σε αυτές που σχετίζονται με την παραβατικότητα και σε αυτές που έχουν μικρή σχέση με την παραβατική τους συμπεριφορά.
3. Ταίριασμα (Matching) του στυλ των θεραπειών με το στυλ των ασθενών. (π.χ. ένα στυλ θεραπευτή χαλαρό και αδόμητο έρχεται σε αντίθεση με το ενεργητικό και συμμετοχικό στυλ που προτιμούν οι συγκεκριμένοι ασθενείς).
4. Προγράμματα που πραγματοποιούνται στον χώρο της κοινότητας φαίνεται να οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα ως προς την μείωση της παραβατικότητας.
5. Προγράμματα που χρησιμοποιούν τεχνικές της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, αυτό-ενίσχυση και θεραπευτικά συμβόλαια (Stumphauzer, 1976; Welch, 1985), χαλάρωση και συστηματική απευαισθητοποίηση (Hay et al, 1977; Evans & Hearn, 1973; Hazaleus & Deffenbacher, 1986), εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, μίμηση προτύπου, παίξιμο ρόλων, διεκδικητικότητα (Sarason, 1978; Foxx et al, 1987; Priestley et al, 1984), εκπαίδευση στην αυτο-καθοδήγηση που χρησιμοποιείται σε προγράμματα ελέγχου θυμού (Novaco, 1975; Feindler et al, 1984; Lochman et al, 1986; Bistline & Frieden, 1984; Mcdougall et al, 1987) αλλά και σε προγράμματα αυτο-ελέγχου για την μείωση της κλοπής (Henderson, 1981).
6. Τέλος, τα προγράμματα που φαίνονται να παρέχουν τις καλύτερες δυνατότητες για μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς είναι αυτά που συνδυάζουν μια σειρά από στοιχεία και μεθόδους της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας που προαναφέρθηκαν και με τον τρόπο αυτό λαμβάνουν υπόψη την πληθώρα των διαφορετικών αναγκών του πληθυσμού-στόχου. Ένα τέτοιο πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στον Καναδά το 1988 και εκ τότε εφαρμόζεται ενήλικες παραβάτες στην Αγγλία, στην Ισπανία και σε κάποιες πόλεις της Αμερικής με αρκετή επιτυχία, είναι το «Reasoning and Rehabilitation» (Ross, Fabiano & Ewles, 1988; Fabiano & Porporino, 1992; Robinson et al, 1991; Mc Guire, 1995; Porporino & Robinson, 1995). Το πρόγραμμα αποτελείται από 36 συνεδρίες και επικεντρώνεται στην απόκτηση διαφορετικών δεξιοτήτων μέσα από μια σειρά διαφορετικών τεχνικών ενώ παράλληλα επιδιώκεται η συνεχής επανάληψη και εξάσκηση των δεξιοτήτων που αποκτούν τα άτομα στη διάρκεια του προγράμματος.

Ένα αντίστοιχο πρόγραμμα έχει δημιουργηθεί και για πληθυσμούς ανήλικων παραβατών (Porporino & Fabiano, 2000) με τον τίτλο Reasoning & Re-acting (Λογική και Αντίδραση). Το πρόγραμμα στηρίχτηκε σε μια σειρά από αποτελέσματα ερευνών που φανερώνουν ότι πολλοί έφηβοι παραβάτες παρουσιάζουν μια σειρά από «αδυναμίες» (deficits) σε αυτό που ονομάζουμε γνωσιακές ικανότητες (Lipsey & Wilson, 1993). Σύμφωνα με τους Ross & Fabiano (2000) αυτές οι «γνωσιακές αδυναμίες» είναι οι εξής:

1. Παρορμητικότητα: Οι παραβάτες έχουν την τάση να ενεργούν παρορμητικά, χωρίς να σκέφτονται τις συνέπειες των πράξεων τους.
2. Ακαμψία στην σκέψη. Η σκέψη τους είναι άκαμπτη, δεν φαίνεται να μαθαίνουν από προηγούμενες εμπειρίες και γι' αυτό επαναλαμβάνουν συμπεριφορές που στο παρελθόν μπορεί να είχαν καταστροφικές συνέπειες για τους ίδιους. Επίσης, δεν μπορούν να σκεφτούν εναλλακτικές προτάσεις ή λύσεις.
3. Αδυναμία να προβλέψουν πιθανές εκβάσεις των πράξεων τους. Οι παραβάτες δεν μπορούν με ευκολία να προβλέψουν τις πιθανές εκβάσεις των πράξεων τους. Έχουν την τάση να υπερεκτιμούν την πιθανότητα επιτυχίας των πράξεων τους και δεν σκέφτονται ή υποτιμούν τις πιθανότητες να αποτύχουν ή να υπάρξουν δυσάρεστες συνέπειες.
4. Εγωκεντρισμός. Οι παραβάτες παρουσιάζουν δυσκολία στο να ακούσουν και να κατανοήσουν τις απόψεις που διαφέρουν από τις δικές τους. Γι' αυτό το λόγο αδυνατούν να κατανοήσουν τους λόγους που οι άλλοι ενοχλούνται ή αντιδρούν στον τρόπο που συμπεριφέρονται.
5. Δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων. Οι παραβάτες δεν έχουν αναπτύξει επαρκείς στρατηγικές για επίλυση προβλημάτων.

Η συμμετοχή των παιδιών αυτών σε ένα δομημένο πρόγραμμα παρέμβασης που στηρίζεται στις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεωρίας και που επικεντρώνεται σε αυτά τα γνωσιακά ελαττώματα, έχει βρεθεί ότι οδηγεί σε σημαντικές και μακροπρόθεσμες βελτιώσεις και στην κοινωνική τους συμπεριφορά

αλλά και στην εξέλιξη της παραβατικής τους συμπεριφοράς (Beelman, Pflingsten & Losel, 1994; Lipsey & Wilson, 1997; Tremblay & Craig, 1995).

Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα επικεντρώνεται κυρίως στις ικανότητες σκέψης που κατευθύνουν την συμπεριφορά των νέων. Προσπαθεί να αντικαταστήσει δυσπροσάρμοστα πρότυπα σκέψεων με γνωσιακές ικανότητες που προωθούν θετικές κοινωνικές συμπεριφορές. Το πρόγραμμα προσπαθεί να δείξει τη σημασία του να είναι οι έφηβοι πιο στοχαστικοί αντί αντιδραστικοί, να μπορούν να σχεδιάζουν και να προβλέπουν τις αντιδράσεις τους σε πιθανά προβλήματα και γενικότερα να είναι πιο εύκαμπτοι και σύνθετοι στην σκέψη τους αλλά και πιο λογικοί. Πρέπει να τονίσουμε ότι το πρόγραμμα δίνει έμφαση στο 'πώς' σκεφτόμαστε και όχι στο 'τί' να σκεφτόμαστε. Τα παιδιά μαθαίνουν δηλαδή την διαδικασία της σκέψης πριν επιχειρήσουμε να αλλάξουμε το περιεχόμενο της σκέψης τους.

ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΑΥΤΟΠΤΩΝ ΜΑΡΤΥΡΩΝ (Eye –witness testimony)

Θέματα Αξιοπιστίας

Η έρευνα γύρω από το θέμα της αξιοπιστίας των καταθέσεων αυτόπτων μαρτύρων είναι μια από τις αρχαιότερες στον χώρο της ψυχολογίας καθώς ξεκινά από τις αρχές του αιώνα μας. Όπως προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα, ακόμη και ο πιο ειλικρινής αυτόπτης μάρτυρας μπορεί να κάνει λάθος και έχει συμβεί να καταδικασθούν ή και να πεθάνουν αθώοι άνθρωποι εξαιτίας λανθασμένων αναγνωρίσεων τους από τους αυτόπτες μάρτυρες (Hain, 1976; Buckhout, 1974). Οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην αξιοπιστία των καταθέσεων των μαρτύρων σχετίζονται με χαρακτηριστικά της ανθρώπινης μνήμης, προσοχής και αντίληψης.

Η ανθρώπινη αντίληψη και μνήμη δεν λειτουργούν σαν ένα μηχάνημα που καταγράφει τα όσα συμβαίνουν γύρω μας ώστε να δίνουν τη δυνατότητα στον μάρτυρα που καταθέτει στο δικαστήριο να ανακαλέσει λεπτομέρειες ενός γεγονότος ή να περιγράψει με ακρίβεια ένα πρόσωπο. Ερευνητικά δεδομένα (Clifford & Bull, 1978) αναδεικνύουν ότι η γνώση και οι απόψεις που έχει κάποιος για τον κόσμο γύρω του παίζουν εξέχοντα ρόλο στο τί αλλά και στο πώς αντιλαμβάνεται τα γεγονότα ή τις καταστάσεις γύρω του καθώς και στο ποια συγκεκριμένα στοιχεία θα θυμηθεί από αυτά τα γεγονότα ή καταστάσεις. Φαίνεται κατά συνέπεια ότι και η αντίληψη αλλά και η μνήμη είναι «κοινωνικά συστήματα» (Buckhout, 1974)

Οι νοητικές διαδικασίες μέσα από τις οποίες μπορούμε να κατανοήσουμε τα πράγματα γύρω μας ονομάζονται γνωσίες και αυτό γίνεται εφικτό μέσω των διεργασιών της προσοχής, της αντίληψης και της μνήμης, Σύμφωνα με τον Davenport (1992), η ανθρώπινη προσοχή είναι μια λειτουργία ‘χαμηλής χωρητικότητας’ (σελ. 127) που μας επιτρέπει να δίνουμε προσοχή επιλεκτικά σε κάποια ερεθίσματα. Η αντίληψη, σύμφωνα πάλι με τον Davenport (1992), είναι μια ενεργητική διαδικασία που μας επιτρέπει να κατανοούμε αλλά και να ερμηνεύουμε τις πληροφορίες που παίρνουμε από τις αισθήσεις μας. Η μνήμη, φαίνεται να οργανώνεται σε διαφορετικά στάδια ή διαδικασίες (βραχείας και μακράς διάρκειας). Η ικανότητα αποθήκευσης πληροφοριών στη βραχύχρονη μνήμη δεν ξεπερνά τα 20 δευτερόλεπτα και μετά την πάροδο του χρόνου αυτού, νέες πληροφορίες θα πάρουν την θέση των προηγούμενων, εκτοπίζοντας τες. Η βραχύχρονη μνήμη δεν μπορεί να συγκρατήσει πάνω από 7 αντικείμενα τη φορά εκτός και αν η πληροφορία μεταφερθεί στην μακρόχρονη μνήμη για μόνιμη αποθήκευση και ανακληθεί αργότερα από εκεί (Davenport, 1992).

Η αδυναμία ανάκλησης πληροφοριών από την μνήμη μπορεί να οφείλεται στα εξής (Davenport, 1992):

- Η πληροφορία να μην είχε αποθηκευθεί σωστά
- Η πληροφορία να έχει εκτοπισθεί από την μνήμη
- Το μνημονικό ίχνος (trace) έχει ξεθωριάσει ή φθαρεί με την πάροδο του χρόνου
- Νέες πληροφορίες αναμείχθηκαν με τις προηγούμενες επειδή έμοιαζαν ακουστικά ή νοηματικά μεταξύ τους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΚΡΙΒΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΕΣΕΩΝ

Α) Παράγοντες που σχετίζονται με το γεγονός και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του. Τέτοιοι παράγοντες είναι: η συχνότητα (π.χ. πόσο συχνά ο ταμίας της τράπεζας μίλησε με τον ένοπλο ληστή), ο χρόνος (π.χ. η αξιοπιστία του μάρτυρα αυξάνεται όταν γνωρίζει πότε ακριβώς έγινε το συμβάν για το οποίο καταθέτει), η διάρκεια (π.χ. έχει διαφορά κάποιος που παρατήρησε τον ληστή για 15’ αντί για 20’), ο φωτισμός (π.χ. είναι αναμφίβολο αν θα έχει δει τα χαρακτηριστικά του ληστή κάποιος που στεκόταν αρκετά μακριά και σε χαμηλό φωτισμό), αν υπήρχε όπλο ή όχι (η ύπαρξη

όπλου αυξάνει το άγχος Christianson & Hubinette, 1993), αν το γεγονός ήταν ιδιαίτερα τραυματικό και τί επιπτώσεις έχει αυτό στην μνήμη (υπάρχουν διαφορούμενα ερευνητικά αποτελέσματα) (Christianson, 1984; Clifford & Scott, 1978; Loftus & Burns, 1982).

B) Παράγοντες που σχετίζονται με χαρακτηριστικά του αυτόπτη μάρτυρα. Τέτοιοι παράγοντες είναι: παρορμητικότητα (π.χ. ένα παρορμητικό άτομο θα κάνει λιγότερο χρόνο να αποφασίσει και να δείξει τον ένοχο σε σύγκριση με ένα λιγότερο παρορμητικό άτομο) (Stern & Dunning, 1994). Ένας άλλος παράγοντας είναι η ικανότητα αυτορρύθμισης (έχει βρεθεί ότι άνθρωποι με υψηλό βαθμό αυτορρύθμισης θυμούνται με μεγαλύτερη ακρίβεια ένα γεγονός σε αντίθεση με όσους έχουν χαμηλό βαθμό αυτορρύθμισης) (Snyder, 1987; Hosch, 1994), η διάθεση κάποιου κατά τη διάρκεια κρυπτογράφησης (encoding) της πληροφορίας (mood congruency effect – Ellis & Ashbrook, 1991), η κατανάλωση αλκοόλ και η επίδραση που έχει στην ανάκληση πληροφοριών (Read et al, 1992), η ηλικία του μάρτυρα (έχει βρεθεί ότι άτομα άνω των 60 ετών τα καταφέρνουν λιγότερο καλά σε δοκιμασίες ανάκλησης και αναγνώρισης προτάσεων σε σύγκριση με άτομα μικρότερης ηλικίας (Light, 1991), το φύλο, ύπαρξη στερεοτύπων/κοινωνικών σχημάτων (π.χ. στερεότυπα που υπάρχουν για την εμφάνιση που συνήθως έχει ένας εγκληματίας, Bull & Green, 1980), η εξωτερική ομορφιά (έχει βρεθεί, πάντα στα πλαίσια εργαστηριακών ερευνών, ότι σε κατηγορούμενους που είναι εξωτερικά ωραίοι αποδίδονται λιγότερο αυστηρές ποινές, Efran, 1974; Sigall & Ostrove, 1975). Από την άλλη όμως, οι μάρτυρες φαίνεται να θυμούνται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια ένα πρόσωπο εξωτερικά ωραίο από ένα άλλο λιγότερο ωραίο (Cross et al, 1971). Άλλοι παράγοντες είναι κατά πόσο ο μάρτυρας είναι μόνο μάρτυρας ή και θύμα σε ένα συγκεκριμένο περιστατικό (όπως συνήθως συμβαίνει σε θύματα επιθέσεων, βιασμών κλπ), η βεβαιότητα με την οποία ο μάρτυρας καταθέτει φαίνεται να λειτουργεί ως αποφασιστικός παράγοντας για να πεισθεί το δικαστήριο για την ακρίβεια των λεγομένων του (Cutler et al, 1988; Wells, 1984) και ο αριθμός των αυτόπτων μαρτύρων.

Γ. Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο που γίνονται οι εξετάσεις μαρτύρων. Τέτοιοι παράγοντες είναι: το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ του γεγονότος και της κατάθεσης του μάρτυρα (τα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν ότι όσο πιο σύντομα πραγματοποιηθεί η κατάθεση τόσο πιο αξιόπιστη είναι) (Shapiro & Penrod,

1986; Loftus, 1979; Ellis, 1984) αλλά και ο τρόπος που ζητείται από τον μάρτυρα να καταθέσει. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να ζητηθεί από τον μάρτυρα η κατάθεση να γίνει με την μορφή της ‘ελεύθερης ανάκλησης’, δηλαδή να περιγράψει τα όσα είδε με τον δικό του ρυθμό και τρόπο, ή με την μορφή της ‘εξέτασης’, που είναι πιο δομημένη. Οι έρευνες δείχνουν ότι ο δεύτερος τρόπος οδηγεί σε ανάκληση περισσότερων πληροφοριών ενώ ο πρώτος δίνει πιο ακριβείς πληροφορίες (Clifford & Scott, 1978). Άλλοι παράγοντες που αφορούν τον τρόπο εξέτασης των μαρτύρων και την σχέση τους με την αξιοπιστία των καταθέσεων είναι: πόσες φορές ζητείται από τον μάρτυρα να θυμηθεί τα όσα είδε (Jobe et al, 1993; Penrod, 1982), το αν μεσολαβούν άλλα γεγονότα που μπορούν να αλλοιώσουν αυτά που θυμούνται ότι πραγματικά είδαν οι μάρτυρες (misinformation effect – Belli, 1989; Williams et al, 1992; Hoffman et al, 1992), η ύπαρξη παραπλανητικών ερωτήσεων (Loftus & Palmer, 1974).

Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΡΤΥΡΩΝ (Geiselman και συνεργάτες, 1984)

Η γνωσιακή συνέντευξη (cognitive interview) η οποία δημιουργήθηκε το 1984 από τους Geiselman και συνεργάτες, θεωρείται ως μια πολύ αποτελεσματική τεχνική για την εξέταση μαρτύρων και εφαρμόζεται από αστυνομικές δυνάμεις σε πάρα πολλές χώρες (σε Αμερική, Αυστραλία και σε Ευρωπαϊκές χώρες) αλλά και άλλους επαγγελματίες που παίρνουν μαρτυρίες από παιδιά, όπως κοινωνικούς λειτουργούς.

Η γνωσιακή συνέντευξη χρησιμοποιεί κάποιες γνωσιακές στρατηγικές οι οποίες έχουν ως θεωρητικό υπόβαθρο την αρχή της εξειδίκευσης της κωδικοποίησης και τη θεωρία του σχήματος. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Tulving (1974) ένα ανακλητικό σήμα (cue) είναι αποτελεσματικό για την ανάκληση πληροφοριών, στο βαθμό που υπάρχει μεγάλη ομοιότητα ανάμεσα σ’ αυτό και στην πληροφορία που έχει κωδικοποιηθεί. Στηριζόμενη σ’ αυτή την αρχή της εξειδίκευσης της κωδικοποίησης (Encoding Specificity Principle) (Tulving, 1974; Bower, 1967, Tulving & Thomson, 1973) η γνωσιακή συνέντευξη έχει ως βασική της αρχή την επαναδημιουργία (στο βαθμό που είναι δυνατόν) του αρχικού πλαισίου στο οποίο κωδικοποιήθηκε η πληροφορία ώστε να πραγματοποιηθεί η μεγαλύτερη δυνατή ανάκληση των αποθηκευμένων πληροφοριών.

Ακόμη, η γνωσιακή συνέντευξη στηρίζεται και στη θεωρία του σχήματος (Bartlett, 1932) η οποία προσπαθεί να εξηγήσει τις διαφορές που παρατηρούνται στην

ανάκληση γεγονότων στα οποία κάποιος υπήρξε αυτόπτης μάρτυρας. Σε ένα από τα κλασσικά του πειράματα, παρουσίασε σε Δυτικοευρωπαίους ένα παραμύθι το οποίο τους ήταν άγνωστο και το οποίο περιείχε πολλές πολιτισμικές διαφορές. Η ιστορία αυτή ονομαζόταν «Ο πόλεμος των φαντασμάτων», ένα κλασικό παραμύθι με Ινδιάνους της Νότιας Αμερικής. Όταν αργότερα ζητήθηκε από όσους μετείχαν στην έρευνα να ανακαλέσουν την ιστορία που είχαν ακούσει, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι μετέχοντες στην έρευνα είχαν αλλάξει αρκετά την ιστορία καθώς είχαν αντικαταστήσει τις άγνωστες πολιτισμικά πτυχές της με πολιτισμικά πιο οικείες για αυτούς. Ο Bartlett (1932) συμπέρανε ότι τα άτομα της έρευνας όταν προσπαθούσαν να θυμηθούν την ιστορία που είχαν ακούσει χρησιμοποιούσαν τα ήδη υπάρχοντα σχήματα που οι ίδιοι είχαν για πτυχές της ιστορίας αυτής.

Ο όρος «σχήμα» για τον Bartlett αφορά δομές που περικλείουν τη γνώση και τις προσδοκίες του ατόμου για κάθε θέμα που αφορά τον κόσμο γύρω του. Η μνήμη για τον Bartlett είναι αναζήτηση νοήματος. Η ανάκληση γεγονότων ή πληροφοριών είναι μια διαδικασία νοητικής κατασκευής που στηρίζεται σε λάθη και μυθοπλασίες. Μετέπειτα έρευνες πάνω στη θεωρία των σχημάτων έδειξαν ότι η ανάκληση γεγονότων και εικόνων από τη μνήμη επηρεάζεται από τις προσδοκίες που έχουμε για τα γεγονότα αυτά. Σε μια τέτοια έρευνα, οι Brewer & Treyens (1981) άφησαν κάποια άτομα να περιμένουν για λίγο σε ένα δωμάτιο αφού πρώτα τους ζήτησαν να θυμούνται τα αντικείμενα που υπήρχαν στο χώρο. Ο χώρος ήταν έτσι φτιαγμένος ώστε να μοιάζει με γραφείο και περιείχε αντικείμενα που κάποιος θα περίμενε να βρει σε ένα γραφείο (π.χ. γραφομηχανή, ημερολόγιο, καφετιέρα) και αντικείμενα που δεν θα περίμενε να βρει σε ένα γραφείο (π.χ. παιχνίδι, ένα κρανίο). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα θυμόντουσαν πράγματα τα οποία δεν βρίσκονταν στο γραφείο αλλά κάποιος θα περίμενε να τα βρει σε ένα γραφείο.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη γνωσιακή συνέντευξη είναι οι ακόλουθες: α) επαναφορά πλαισίου, δηλαδή, επαναδημιουργία των συνθηκών εκείνων κάτω υπό τις οποίες έλαβε χώρα η κωδικοποίηση του γεγονότος που προσπαθούμε να θυμηθούμε, β) το να αναφέρει ο μάρτυρας το οτιδήποτε θυμάται, όσο ασήμαντο και αν νομίζει πως είναι, γ) να εξιστορήσει το γεγονός με διαφορετική σειρά και δ) να εξιστορήσει το γεγονός από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Οι δημιουργοί της συνέντευξης τονίζουν τη σημασία κάποιων δεξιοτήτων που θα πρέπει να διαθέτει ο συνεντευκτής όπως: να αναπτύξει μια καλή σχέση με τον ερωτώμενο, να ακούει προσεκτικά, να χρησιμοποιεί ανοιχτές ερωτήσεις, να μην διακόπτει, να κάνει χρήση της σιωπής, να χρησιμοποιεί

την τεχνική της νοητικής αναπαράστασης, να προσπαθεί να πετύχει την απόλυτη συγκέντρωση του ερωτώμενου.

Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η γνωσιακή συνέντευξη οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού των πληροφοριών που θυμούνται οι μάρτυρες για τα πραγματικά γεγονότα χωρίς να αυξάνει παράλληλα την εξιστόρηση κατασκευασμένων γεγονότων (μυθοπλασιών) (Geiselman et al, 1984; Orne et al, 1984; Memon & Bull, 1991).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, Vt: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bartlett, F. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- Barton, C., Alexander, J.F., Waldron, H., Turner, C.W. & Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of functional family therapy: Three replications. *American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., and Steer, R.A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford press.
- Beelman, A., Pflingsten, U. & Losel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260-271.
- Bistline, J. L. & Frieden, F.P. (1984). Anger control: a case study of a stress inoculation treatment for a chronic aggressive patient. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 551-556.
- Blackburn, R. (1996). What is forensic psychology? *Legal and Criminological Psychology*, 1, 3-16.
- Buckhout, R. (1974). Eyewitness testimony. *Scientific American*, 231, 23-31
- Bull, R. & Green, J. (1980). The relationship between physical appearance and criminality. *Medicine, Science and the Law*, 20, 79-83

- Christianson, S. A. & Hubinette, B. (1993). Hands up! A study of witnesses' emotional reactions and memories associated with bank robberies. *Applied Cognitive Psychology*, 7, 365-379
- Clarke, R.V. & Cornish, D.B. (1985). Modelling offenders' decisions: a framework for research and policy. In M. Tonry and N. Morris (Eds), *Crime and Justice*, vol. 6, Chicago: University of Chicago Press: pp. 147-185
- Clarke, R.V. (1992). Introduction. In R.V. Clarke (Ed), *Situational Crime Prevention*. New York: Harrow and Heston, pp. 3-36
- Clifford, B. R. & Scott, J. (1978). Individual and situational factors in eyewitness memory. *Journal of Applied Psychology*, 63, 352-359
- Clifford, B. R. & Bull, R. (1978). *The Psychology of Person Identification*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Cutler, B. L., Penrod, S. D. and Stuve, T. E. (1988). Juror decision making in eyewitness identification cases. *Law and Human Behavior*, 12, 41-56
- Davenport, G. C. (1992). *Essential Psychology*. London: Collins Educational.
- Davies, G. M. (1993). Witnessing events. In G. M. Davies and R. H. Logie (eds), *Memory in Everyday Life* (pp 367-401). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Diamond, s.S., Casper, J.D., Heiert, C.L., & Marshall, A. (1996). Juror reactions to attorneys at trial. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 87, 17-47
- Dishion, T.J., Patterson, G.R. & Kavanagh, R.A. (1992). An experimental test of the coercion model: Linking theory, measurement and intervention. In J.McCord & R. Tremblay (eds), *Preventing Antisocial Behaviour*. New York: Guilford, pp.253-282
- Ellis, H.D. (1984). Ractical aspects in face memory. In G.L. Wells and E.F. Loftus (eds), 2-37
- Evans, D.. & Hearn, M.T. (1973). Anger and systematic desensitization: A follow-up. *Psychological Reports*, 32, 569-570
- Eysenck, H.J. (1977). *Crime and Personality* (3rd edn). London: Routledge & Kegan Paul.
- Fabiano, E. & Porporino, F. (1997). Reasoning and Re-acting: A handbook for teaching cognitive skills. *Ottawa: T3 Associates*
- Farrington, D. P. (1986). Stepping stones to adult criminal careers. In d. Olweus, J. Block and M.R. Yarrow (Eds), *Development of Antisocial and Prosocial Behaviour*. New York: Academic Press, pp.359-384

- Farrington, D.P. (1990). Age, period, cohort and offending. In D.M. Gottfredson and R.V. Clarke (Eds), *Police and Theory in Criminal Justice: Contributions in Honour of Leslie T. Wilkins*. Aldershot: Avebury, pp. 51-75
- Farrington, D.P., Ohlin, L.E., & Wilson, J.Q. (1986). *Understanding and controlling crime*. New York. Springer-Verlag
- Farrington, D.P. and West, D.. (1990). The Cambridge study in delinquent development: a long term follow up of 411 London males. In H.J. Kerner and G. Kaiser (Eds) *Criminality: Personality, Behaviour, Life History*. Berlin: Springer-Verlag, pp. 115-138.
- Farrington, D.P., Loeber, R. & van Kammen, W.B. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. In L.N. Robins and M. Rutter (Eds), *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*. Cambridge; Cambridge University Press, pp. 62-81
- Farrington, D.P. (1992). Explaining the beginning, progress and ending of antisocial behaviour from birth to adulthood. In J. McCord (Ed), *Facts, Frameworks and Forecasts: Advances in Criminological Theory, vol. 3*. New Brunswick, NJ: Transaction, pp.253-286
- Farrington, D.P. (1995). The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings from the Cambridge study in Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Feindler, . L., Marriott, S. A. & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299-311.
- Fosterlee, L., & Horowitz, I.A. (1997). Enhancing juror competence in a complex trial. *Applied Cognitive Psychology*, 11, 305-319
- Foxx, R. M., Mc Morrow, M.J., Hernandez, M., Kyle, M., & Bittle, R.G. (1987). Teaching social skills to emotionally disturbed adolescent inpatients. *Behavioral Residential Treatment*, 2, 77-88.
- Geiselman, R. E., Fisher, R. P., Firstenberg, I., Hutton, L. A., Sullivan, S., Artisan, I., and Prosket, A. (1984). Enhancement of eyewitness memory: an empirical evaluation of the cognitive interview. *Journal of Police Science and Administration*, 12, 74-80.
- Gendreau, P. & Ross, R.R. (1987). Revivification of rehabilitation: Evidence from the 1980's. *Justice Quarterly*, 4, 349-407
- Goldberg, D. And Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health questionnaire*. Windsor, Berks: NFER-Nelson
- Gudjonsson, G.H. (1984). A new scale of interrogative suggestibility. *Personality and Individual Differences*, 5, p.303-314

- Hain, P. (1976). *Mistaken Identity. The Wrong face of the law. London: Quartet Boks*
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist Revised. Toronto: Multi-Health Systems.*
- Hathaway, S. and McKinley, J. (1990). *MMPI (2nd edition) Windsor, Berkshire: NFER - Nelson*
- Haward, L.R.C. (1981). *Forensic Psychology. London: Batsford.*
- Haward, L.R.C. (1990). *A Dictionary of Forensic Psychology. Chichester: MediLaw/BarryRose*
- Hay, W.M., Hay, L.R. & Nelson, R. O. (1977). The adaptation of covert modeling procedures to the treatment of chronic alcoholism and obsessive-compulsive behavior: Two case reports. *Behavior Therapy, 8, 70-76.*
- Hazaleus, S.L. & Deffenbacher, J.L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 222-226*
- Henderson, J. Q. (1981). A behavioral approach to stealing: A proposal for treatment based on ten cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 12, 231-236*
- Hoffman, H.G., Loftus, E.F., Greenmun, C.N. and Dashiell, R.L. (1992). The generation of misinformation. In F Losel et al (eds), 292-301
- Hood, R. (1989). *The Death Penalty: A World-Wide Perspective. Oxford: Oxford University Press.*
- Hosch, H. (1994). Individual differences in personality and eyewitness identification. In D. F. Ross et al. (eds), 328-347.
- Johnson, M. K. (1983). A multiple-entry modular memory system. In G. H. Bower (ed), *The Psychology of Learning and Motivation, vol. 17, 81-123. New York: Academic Press.*
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and socialization: the cognitive-developmental approach. In T. Lickona (Ed), *Moral Development and Behaviour.* New York: Holt, Rinehart & Winston, pp. 31-53.
- Lipsey, M.W. (1992a). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In T. Cook et al (Eds). *Meta-analysis for Explanation: A casebook. New York: Russell Sage Foundation.*
- Lipsey, M.W. (1992b). The effect of treatment on juvenile delinquents: Results from meta-analysis. In F. Losel, D. Bender & T. Bliesener (eds), *Psychology and Law. International Perspective. Berlin, New York: de Gruyter, pp.131-143*

- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavior treatment: confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Lochman, J.E., Burch, P.R., Curry, J. F. & Lampron, L. B. (1986). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 915-916.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In M. Tonry & N. Morris (eds), *Crime and Justice*, vol. 7. Chicago, IL: University of Chicago Press, pp.29-149
- Loftus, E. F. (1979). Eyewitness testimony. *Harvard, MA: Harvard University Press*.
- Loftus, E.F. & Burns, T.E. (1982). Mental shock can produce retrograde amnesia. *Memory and Cognition*, 10, 318-323
- Loftus, E.F. & Palmer, J.C. (1974). Reconstruction of automobile destruction: an example of the interaction between language and memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 13, 585-589
- Losel, F. (1993). The effectiveness of treatment in institutional and community settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3, 416-437
- Martinson, R. (1974). What works?-Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 10, 22-54
- Mc Guire, J. (1998). What works in reducing re-offending? Guidelines from Research and Practice, *John Wiley and sons*.
- McDougall, C., Barnett, R. M., Ashurst, B. & Willis, B. (1987). Cognitive control of anger. In B. J. McCurk, D. M. Thornton & M. Williams (Eds). *Applying Psychology to Imprisonment: Theory and Practice*. London: HMSO
- Memon, A. & Bull, R. (1991). The cognitive interview: its origins, empirical support and practical implications. *Journal of Community and Applied Psychology*, 1, 291-307
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701
- Morton, J., Hammersley, R. H., and Bekerian, D. (1985). Headed records: a model for memory and its failures. *Cognition*, 20, 1-23.
- Mulvey, E.P., Arthur, M.W. & Eppucci, N.D. (1993). The prevention and treatment of juvenile delinquency: a review of the research. *Clinical Psychology Review*, 13, 133-167
- Novaco, R.W. (1975). Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment. *Lexington: D.C. Health & Co*.

- Orne, m.T., Soskis, D.A., Dinges, D.F. & Orne, E.C. (1984). Hypnotically induced testimony. In G Wells and E.F. Loftus (eds), 171-213.
- Otto, R.K., & Heilbrun, K. (2002). The Practice of Forensic Psychology. *American Psychologist*, 2002, 5-18.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812
- Pitchert, J. W. and Anderson, R. C. (1977). Taking perspectives on a story. *Journal of Educational Psychology*, 69, 309-315
- Porporino, F. J., & Robinson, D. (1995). An evaluation of the Reasoning and Rehabilitation Programme with Canadian federal offenders. In R. R. Ross & R. D. Ross (Eds). *Thinking Straight: The Reasoning and Rehabilitation Programme for Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation* (pp. 155-191). Ottawa: AIR
- Priestley, P., McGuire, J., Flegg, D., Hemsley, V., Welham, D. & Barnitt, R. (1984). Social skills in prisons and the community: Problem-solving for offenders. London: Routledge & Kegan Paul.
- Robins, L.N. (1979). Study childhood predictors of adult outcomes: Replications from longitudinal studies. In J.E. Barrett, R.M., rose & G.L. Klerman (eds), *Stress and Mental Disorder*. New York: Raven press, pp. 219-235
- Robinson, D., Grossman, M., & Porporino, F. J. (1991). Effectiveness of the Cognitive Skills Training Programme: From Pilot to National Implementation, B-07. Ottawa: Correctional Service Canada.
- Ross, R.R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29-36.
- Sarason, I. G. (1978). A cognitive social learning approach to juvenile delinquency. In R.D. Hare & D. Schalling (Eds). *Psychopathic Behavior: Approaches to Research*. New York: Wiley.
- Schweinhart, L.J. & Weikart, D.P. (1980). *Young Children Grow Up*. Ypsilanti, MI:High Scope
- Schweinhart, L.J., Barnes, H.V., & Weikart, D.P. (1993). *Significant Benefits*. Ypsilanti, MI:High Scope
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, vol. 184(2), 118-127
- Snyder, M. (1987). *Public Appearance/Private Realities*. New York: W. H. Freeman & Co.

- Stern, L. B. and Dunning, D. (1994). Distinguishing accurate from inaccurate eyewitness identifications: a reality monitoring approach. *In D. F. Ross et al (eds), 273-299*
- Stumphauzer, J.S. (1976). Elimination of stealing by self-reinforcement of alternative behavior and family contracting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7, 265-268.*
- Trasler, G.B. (1962). *The Explanation of Criminality*. London: Routledge and Regan Paul.
- Tremblay, R. E. & Craig, W. M. (1995). In M. Tonry & D. P. Farrington (Eds), *Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime Prevention. Chicago and London: The University of Chicago Press.*
- Tulving, E. (1974). Cue-dependent forgetting. *American Scientist, 62, 74-82*
- Utting, D., Bright, J. & Henricson, C. (1993). *Crime and the family*. London: Family Policy Studies Centre.
- Webster, C.D., eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia
- Wechsler, D. (1981). Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised (WAIS-R). San Antonio TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1991). Wechsler Intelligence Scale for Children. Third Edition (WISC-III). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Weinwr, I.B. & Hess, A.K. (1987). *Handbook of forensic psychology*. New York: John Wiley
- Weizmann-Henelius, G., Viemero, V., Eronen, M. (2004). *Psychopathology, 37(5), 213-221*
- Welch, G.J. (1985). Contingency contracting with a delinquent and his family. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 253-259.*
- West, D.J. & Farrington, D.P. (1973). *Who Becomes Delinquent?* London: Heinemann
- West, D.J. & Farrington, D.P. (1977). *The Delinquent Way of Life*. London: Heinemann.
- Wooldredge, J.D. (1988). Differentiating the effects of juvenile court sentences on eliminating recidivism, *Journal of Research in Crime and Delinquency, 25, 264-300*