

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Π. Σακελλαρόπουλος

Ψυχίατρος, καθηγητής Παν/μίου Θράκης

Θα μιλήσω για το τρίπτυχο Ψυχική Υγεία - Πρόνοια - Έρευνα και για την έλλειψη στελεχών σ' αυτούς τους τομείς. Επίκαιρο πρόβλημα σε συνάρτηση με την ανώτατη εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών.

Πρώτα θα ήθελα ν' αναφερθώ και εγώ στη σχέση των μελών της θεραπευτικής ομάδας. Πιστεύω, όπως είπε και ο κ. Μάνος, ότι μεταξύ μας πρέπει να υπάρχει μια στενή συνεργασία σε βάση ισοτιμίας. Η ομάδα θα πρέπει να έχει σαν κριτήριο για την ιεράρχησή της τη γνώση. Η ύπαρξη ενός Ψυχιάτρου ή ενός Ψυχολόγου στην ομάδα δεν σημαίνει και την καθοδήγησή της απ' αυτούς. Την καθοδήγηση (*leadership*) πρέπει να την έχει εκείνος που γνωρίζει τα περισσότερα. Αυτή η σχέση βέβαια δεν πραγματοποιείται πάντα. Πολλά χωρίζουν συχνά Ψυχιάτρους και Κοινωνικούς Λειτουργούς. Η συμμετοχή των γιατρών σ' αυτή την αίθουσα το επιβεβαιώνει. Αν εξαιρέσουμε εμάς, που είμαστε στο τραπέζι, που θα είμασταν παρόντες ακόμη και αν δεν είμασταν ομιλητές, δεν υπάρχει κανένας άλλος γιατρός στην αίθουσα εκτός από την κυρία Ρίτσα Παπαθεοφίλου. Είναι εύγλωτη η απουσία μας. Θα αναφερθώ πρώτα στο κομμάτι Υγεία και Πρόνοια σε συνάρτηση με την εκπαίδευση.

Αρχίζω με τον τίτλο του Ψυχιατρικού Κοινωνικού Λειτουργού. Βρίσκω προτιμότερο αυτό τον όρο από το Κλινικός Κοινωνικός Λειτουργός.

Όταν γύρισα από τη Γαλλία στις αρχές της δεκαετίας του '60, αρκετοί Κοινωνικοί Λειτουργοί μου έμαθαν πολλά πράγματα. Αναφέρω το όνομα της κυρίας Ασπασίας Καλούτση, που είναι σήμερα στην αίθουσα και της κυρίας Παυλίνας Ματαθία, με την οποία είμασταν μαζί σε άλλη δική σας τράπεζα, πρόσφατα. Όμως εκείνη που ίσως μου έμαθε τα περισσότερα για την ψυχιατρική, την ψυχοπαθολογία και την εργασία στην ομάδα με τον ψυχωσικό άρρωστο είναι η Θέμις Καλή, αυτός ο καταπληκτικός άνθρωπος που πέθανε τόσο νωρίς, όπως ξέρετε, πριν από μερικά χρόνια.

* Η ομιλία του Κου Σακελλαρόπουλου παρουσιάστηκε στην ημερίδα του Σ.Κ.Λ.Ε, που είχε σαν θέμα την "αναγκαιότητα της Ανώτατης Εκπαίδευσης στην Κοινωνική Εργασία" (Ιούνιος '87).

Όταν μιλάμε για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στην Ψυχιατρική Ομάδα, διευρύνουμε αυτόν τόσο, ώστε μόνο ένα πολύ μικρό μέρος της κοινωνικής εργασίας να μην έχει σχέση με θέματα Ψυχικής Υγείας. Προεκτείνοντας θέλω να τονίσω, ότι και αυτός, που δεν ασχολείται άμεσα με την αποκατάσταση στην Ψυχική Υγεία, αλλά ασχολείται με Πρόνοια, όπως λέμε, ή με καθυστερημένο παιδί ή με διαδικασία κίνησης ομάδων, οφείλει να ξέρει καλά ψυχολογία και ψυχοπαθολογία και ίσως περισσότερο απ' ό τι ξέρει ο Κοινωνικός Λειτουργός που είναι μαζί μας στην Ψυχιατρική Ομάδα, γιατί εκεί είναι μόνος του έξω από ψυχιατρικό πλαίσιο.

Είναι αυτονόητο ότι θα έπρεπε να έχουμε Ανώτατη Εκπαίδευση των Κοινωνικών Λειτουργών και στην Ελλάδα. (Τα νούμερα που έδωσε ο κ. Μάνος για την Αμερική είναι εντυπωσιακά). Στην Ευρώπη η υποβάθμιση των Κοινωνικών λειτουργών ήταν αρκετά εμφανής μέχρι πριν λίγα χρόνια και ίσως να είναι ακόμα. Γίνεται όμως προσπάθεια να καλυφθεί αυτή η διαφορά. Ας μην γελιόμαστε αν ένας Λογοθεραπευτής, Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης δεν έχει ανώτατο δίπλωμα, αισθάνεται δύσκολα μέσα στην Ομάδα. Δύσκολα πάει σ' ένα Υπουργείο για να υπερασπιστεί τα διοικητικο-οργανωτικά δικαιώματα μιας Ψυχιατρικής Ομάδας.

Το ερώτημα που έθεσε η κα Παπαφλέσσα, είναι πολύ σημαντικό: τι κάνουμε μ' εκείνους που έχουν τριετή φοίτηση και επίσης τι θα κάνουμε αν διατηρηθούν ακόμα σχολές τριετούς φοιτήσεως. Αυτό το τελευταίο θα το δούμε αν και όταν συμβεί. Το θέμα τώρα είναι να δούμε τι θα γίνει μ' εκείνους που υπάρχουν. Το πρόβλημα που τίθεται είναι, πώς οι Κοινωνικοί Λειτουργοί με τριετή εκπαίδευση δεν θα αποκλειστούν από τους ανώτερους κύκλους σπουδών και πώς θα ενσωματωθούν στην Ψυχιατρική Ομάδα ισότιμα με τα άλλα μέλη της.

Δεν μπορούμε συνεχώς να αγνοούμε τα εκπαιδευτικά συστήματα των ξένων. Πρέπει να συζητούμε, μέσα σ' ένα πλαίσιο εκπαίδευσης τις δικές τους εμπειρίες με τη δική μας πραγματικότητα, δεν είναι δύσκολο.

Είμαι επηρεασμένος περισσότερο από τις εμπειρίες της Δυτικής Ευρώπης. Υπάρχουν ευέλικτα συστήματα παιδείας. Είναι δυνατόν να αρχίζει κάποιος μ' ένα απολυτήριο Δημοτικού και να φθάνει στο τέλος να κάνει ένα διδακτορικό, και ακόμη πιο πέρα, να γίνεται ψυχαναλυτής. Το σημαντικό στην Ελλάδα είναι να μην κλείσει ο δρόμος που περνάει από τα Τ.Ε.Ι. στην Ανώτατη Παιδεία. Είναι δύσκαμπτο το ότι, για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς και τα άλλα επαγγέλματα ψυχικής υγείας, μόνο το 5% των αποφοίτων των Τ.Ε.Ι. έχει τη δυνατότητα πρόσβασης στο Πανεπιστήμιο. Αυτά είναι συστήματα ανύπαρκτα στο εξωτερικό, αντιδημοκρατικά στη σύλληψή τους και κυρίως συστήματα που δείχνουν την έλλειψη βασικών εμπειριών εκείνων που τα προτείνουν. Πρέπει, για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς αλλά και τους άλλους κλάδους Ψυχικής Υγείας, να μπουν κριτήρια γνώσεων, διαδοχικές δυσκολες εξετάσεις, μέσα σ' ένα δαίδαλο διαδικασιών που θα είναι ευνοϊκός και ωριμοποιός και θα περνά μέσα από την δοκιμασία και την πρακτική εξάσκηση. Δηλαδή, κάποιος που έτυχε να είναι εργάτης και να έχει τελειώσει μόνο το Δημοτικό και θα ήθελε να περάσει στην Λαογραφία ή και στην Ψυχιατρική μ' ένα διδακτορικό, να έχει τη δυνατότητα να το κάνει μέσα απ'

αυτές τις διαδικασίες. Εννοώ ότι η λύση για να φτάσουμε στο μεταπτυχιακό είναι το πέρασμα από διαδοχικούς κύκλους σπουδών, που να παρουσιάζουν μια συνεχή ανέλιξη.

Όσον αφορά την πράξη, είναι αυτονόητο, ότι η εκπαίδευση, στα πλαίσια της υπηρεσίας (*in service training*), είναι κοινή για όλα τα μέλη της Ψυχιατρικής Ομάδας. (Εκτίμησα αυτό που είπε ο κ. Μάνος, ότι το σπουδαιότερο είναι να μην αισθάνεται κανένας απομονωμένος). Στη δουλειά που έχουμε κάνει στην Αθήνα, παλιότερα, αλλά και στη Φωκίδα, η εκπαίδευση ήταν κοινή για όλους. Δεν νοείται να δουλεύει ομάδα και να μην έχει για όλους κοινή εκπαίδευση. Βέβαια υπάρχει δυσκολία της σύγχρονης διδασκαλίας σε διάφορα επίπεδα.

Θα σας δώσω ένα παράδειγμα, από την Αλεξανδρούπολη, για να καταλάβετε τι εννοώ. Ξεκινήσαμε πρόσφατα την άμεση παρατήρηση του παιδιού (*baby-observation*), δηλαδή την συμπεριφορά της μητέρας πριν τη γέννηση του παιδιού και τη συμπεριφορά της μητέρας και του παιδιού, κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής. Κυρίως μελετάμε τη σχέση μητέρας-παιδιού. Το πρόγραμμα λειτούργησε στην αρχή κάπως ιατροκεντρικά. Όλοι οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι, έπρεπε να περάσουν απ' αυτή την εκπαίδευση. Γρήγορα ενδιαφέρθηκαν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι Ψυχολόγοι. Είχαν απόλυτο δίκιο. Ζήτησαν να αναθεωρήσουμε το πρόγραμμα που δεν τους περιλάμβανε. Κι έτσι, ενώ το πρόγραμμα όταν άρχισε ήταν απόλυτα εξειδικευμένο για τους παιδοψυχιάτρους, συνέχιζε σφαιρικά για όλους. Πράγματι δεν μπορούμε να κάνουμε Κοινωνική Ψυχιατρική, Κοινωνική Εργασία ή Ψυχιατρική Ενηλίκων, χωρίς να έχουμε γνώσεις παιδοψυχιατρικής. Με το παράδειγμα αυτό θέλω να δείξω, ακόμα, τη σφαιρικότητα του θέματος εκπαίδευση στην Ψυχιατρική Ομάδα.

Περνώ σε άλλη πλευρά του θέματος: όποιος αποφασίζει να μπει σ' αυτό το χώρο της ψυχιατρικής, εκείνο που πρώτα απ' όλα χρειάζεται είναι θωράκιση του ψυχισμού. Πρέπει να είναι προετοιμασμένος για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει. Κι αυτό γιατί η δουλειά μας είναι πολλές φορές δύσκολη από τον ίδιο τον άρρωστο, στερητική, διαψευστική, από το ίδιο το αντικείμενο της δουλειάς μας. Είναι πολύ βαρύ να δουλεύεις με την ψύχωση, όπως είναι επίσης πολύ βαρύ να δουλεύεις με ψυχολογική βοήθεια —ψυχοθεραπεία— στη νεύρωση, στο παιδί, στους γονείς, στην ομάδα. Γι' αυτό συχνά έχουμε το φαινόμενο της εγκατάλειψης από τα στελέχη που μπήκαν στο χώρο και δεν συνέχισαν. Όπως και το ακόμα τραγικότερο, συνεργάτες μας να εμφανίζουν ψύχωση γιατί ήρθαν πολύ αδύνατοι και ακατάλληλοι γι' αυτό το ρόλο του θεραπευτή.

Πώς θα μπορούσε ν' αποκτηθεί αυτή η θωράκιση;

Πρώτα θα πρέπει να υπάρχει μια βασική εκπαίδευση και ενδιάμεσα ή παράλληλα να γίνεται μια ουσιαστική επαγγελματική εξάσκηση για 3 ή 5 χρόνια. Για κείνους που μπορούν, θα πρέπει να υπάρχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση διαδοχικά στους κύκλους που έλεγα πριν. Η γνώση θωρακίζει.

Δεύτερο, για κάθε μέλος της Ψυχιατρικής Ομάδας χρειάζονται 150 με 200 ώρες ψυχοθεραπείας ή ψυχανάλυσης, γιατί στην θωράκιση που πρόσφερε η εκπαίδευση πρέπει να προσθέσουμε τη γνώση που πηγάζει από την

ενδοσκόπηση (*insight*) και που είναι τόσο αναγκαία για να αντιμετωπίσουμε την ψύχωση, την νεύρωση. Χρειάζεται επίσης για την μεταβίβαση που γεννάμε σ' αυτούς τους ανθρώπους ή την αντιμεταβίβαση που μας γεννούν.

Όπως βλέπετε, δεν κάνω διαχωρισμό Κοινωνικών Λειτουργιών, Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων. Με την ενδοσκόπηση που θα έχουν είναι να δουν, αν θα μπορέσουν να ασχοληθούν μ' αυτό τον κλάδο και σ' αυτό το χώρο.

Περνώ σε ένα επόμενο θέμα, που αφορά το πρόβλημα δημιουργίας στελεχών. Η έλλειψη είναι τεράστια. Αυτή φάνηκε τώρα με την προσπάθεια εφαρμογής του κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ. Είναι ένα πρόγραμμα 100 περίπου σελίδων σχετικών με τη δημιουργία και λειτουργία νέων υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Δεν υπάρχουν στελέχη για να το καλύψουν.

Από τη μια μεριά στο χώρο αυτό βρίσκονται άνθρωποι που δεν είναι αρκετά μορφωμένοι, από την άλλη δεν μπορέσαμε να στείλουμε τους πρώτους υποτρόφους για μετεκπαίδευση. Εμποδίστηκε το πρόγραμμα από την γραφειοκρατία και από συσχετισμούς ανασταλτικούς που δημιουργούνται σε κάθε αλλαγή. Προβλεπόταν η αποστολή 120 υποτρόφων μόνο για τον πρώτο χρόνο (1984). Αν είχαν φύγει οι υπότροφοι θα είχαμε προχωρήσει στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Δεν θα μπορέσουμε να περάσουμε από την ασυλική μορφή της Ψυχιατρικής στους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων, στη δημιουργία Οικοτροφείων-Ξενώνων, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στην οργάνωση άλλων Μονάδων στα πλαίσια της πρόληψης μέσα στην κοινότητα, μέσα στην οικογένεια, αν δεν προωθήσουμε τη δημιουργία νέου τύπου στελεχών αν ανανεώνουμε συνέχεια παλιά στελέχη, δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι θα μείνουμε στα πλαίσια της νευροψυχιατρικής. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν χρήματα και προγραμματισμός, αλλά δεν υπάρχουν στελέχη. Πώς μπορεί λοιπόν να γίνει πρακτικά η εργασία για τη δημιουργία στελεχών στην Ψυχική Υγεία, στην Πρόνοια και στην Έρευνα. Νομίζω ότι αυτό επιτυγχάνεται με τους κύκλους σπουδών, που έλεγα πριν, τη χρησιμοποίηση και τη συμπλήρωση της εμπειρίας. Η πρώτη φάση θα μπορούσε να είναι μονοετής, η επόμενη διετής ή τριετής μετά τις βασικές σπουδές. Ανάλογα με το τι θέλει να κάνει ο καθένας θα μπορούσε να πάρει θεωρητική γνώση στη ψυχοπαθολογία ή στην κοινωνιολογία ή ακόμα ένα κομμάτι μεγαλύτερης ψυχοθεραπευτικής εργασίας πάνω του.

Ο κ. Πανούσης μας έδειξε ότι η λύση δεν περνάει απαραίτητα από τη δημιουργία Τομέων. Ο Νόμος Πλαίσιο δίνει τη δυνατότητα να δημιουργηθούν διατμηματικοί τομείς ή άλλης μορφής τμήματα ή πυρήνες από Τομείς. Ένα παράδειγμα. Συνδυάζοντας παιδαγωγική και ιατρική να δημιουργηθεί ένας Τομέας που να εξυπηρετεί τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, τους Ψυχολόγους, τους Λογοθεραπευτές και τους Νοσηλευτές. Μπορούν να υπάρχουν αρκετοί τέτοιοι συνδυασμοί όπως: Κοινωνιολογίας - Ιατρικής, Παιδαγωγικής - Κοινωνιολογίας, Παιδαγωγικής - Ιατρικής κ.ο.κ. Με τον κ. Πανούση έχουμε κουβεντιάσει πολλές φορές για τις συνθήκες της Θράκης. Υπάρχουν δυνατότητες. Μπορεί να μην είναι απεριόριστες, αλλά είναι αρκετές. Έτσι στο Ιατρικό Τμήμα της Θράκης δημιουργήσαμε Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας και όχι Τομέα Ψυχιατρικής και Νευρολογίας.

Δηλαδή είναι ένας χώρος που μπορεί να καλύψει μεταπτυχιακά αρκετές ειδικότητες όπως Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Θα κλείσω με το κομμάτι Έρευνα. Συνηθίζεται να θεωρείται εκλεκτή έρευνα η έρευνα που είναι επιδημιολογία, που μιλάει για ψυχιάτρους και κλινικές, που βασίζεται στη στατιστική. Ουσιαστική έρευνα θα πρέπει να θεωρείται, επίσης, η εφαρμοσμένη έρευνα. Αν δεν έχει κανείς πείρα από τη ζωή, αν δεν έχει δουλέψει με το κοινωνικό σύνολο, δεν μπορεί να κάνει έρευνα Κοινωνιολογίας, ούτε αντίστοιχα έρευνα των Κοινωνικών Λειτουργών και ακόμα λιγώτερο των Ψυχιάτρων, γύρω από την ψυχική νόσο. Και αυτό όχι μόνον γιατί έχουμε κλινικό προσανατολισμό. Είναι πλεονέκτημα που είμαστε κλινικοί και πάνω στην κλινική μας πείρα θα δουλέψουμε το ερευνητικό μας κομμάτι. Έρευνα θα πει, ότι θεωρητικοποιούμε την εμπειρία μας και το νόημα είναι αυτά τα δύο πράγματα μαζί να τα συνδυάσουμε και μετά να τα επαναλάβουμε σε μια καλύτερη μορφή, σε κάποιο επόμενο σχήμα. Είτε αυτό είναι ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών, είτε ένα καλύτερο σύστημα οργάνωσης υπηρεσιών. Η εφαρμοσμένη έρευνα, λοιπόν, είναι αυτονόητη και στους δικούς μας χώρους, είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοπαθολογίας και της θεραπευτικής. Βέβαια, η έρευνα των κλινικών δεδομένων γίνεται σε συνάρτηση με όλα τα άλλα στοιχεία που υπάρχουν στις άλλες παραμέτρους. Μπορεί να είναι ο νευρικός ιστός ή στον αντίποδα η κοινωνιολογία. Όλα αυτά πρέπει να είναι μέσα από μια εμπειρία ζωής και μια εμπειρία εργασίας.

Θα δώσω ένα παράδειγμα για να δείξω την αναγκαιότητα της Ανώτατης Εκπαίδευσης των Κοινωνικών Λειτουργών και των άλλων κλάδων, όπως επίσης τη σημασία και τη βαρύτητα της έρευνας που έχει πρακτικά αποτελέσματα. Μια υπηρεσία που οργανώνει μια πρότυπη μονάδα, θα πρέπει να έχει στελέχη που να μπορούν να αξιολογούν την κλινική παρατήρηση τη δικιά τους και των άλλων. Να μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες και συγχρόνως να έχουν την δυνατότητα εκτίμησης της παροχής υπηρεσιών, γιατί πρέπει να δουλεύουν συνέχεια με διορθωτικούς μηχανισμούς. Παράλληλα, πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμούν μέσω της πείρας τους και της θεωρητικής τους γνώσης, τις ανάγκες της κοινωνικής ομάδας πέρα από τη ψυχοπαθολογία όπως επίσης και τις ανάγκες παροχής υπηρεσιών που έχει το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να κάνουν την αναγκαία σύνδεση με την επιδημιολογία και να μπορούν να αξιολογούν τις δραστηριότητες τις οποίες ανέπτυξαν. Γιατί έρευνα θα πει ότι έχουμε τη δυνατότητα να παίρνουμε απόσταση και να αξιολογούμε τη δουλειά μας, έτσι ώστε μετά την αυτοαξιολόγηση να δουλέψουν διορθωτικοί μηχανισμοί και το μοντέλο, το συγκεκριμένο πρότυπο της μονάδας που είπαμε, να μπορεί να περάσει σε άλλη περιοχή λειτουργίας της χώρας σ' έναν άλλο νομό ή σε ένα άλλο συγκρότημα του τόπου. Μιλώ πάντα για το χώρο της Ψυχικής Υγείας.

Εδώ θα σταματήσω και θα κάνουμε διάλογο πάνω σ' αυτά τα πράγματα.