

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

Νίκος Μάνος

*Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

Λοιπόν το θέμα που μου είχε ζητηθεί να μιλήσω είναι:

«Η αναγκαιότητα ψυχιατρικών Κοινωνικών Λειτουργών» (κλινικών κοινωνικών λειτουργών σήμερα).

Σήμερα το θέμα είναι διαμορφωμένο:

«Η αναγκαιότητα εξειδικευμένων στελεχών στο χώρο της υγείας».

Θα λέγαμε το πρώτο ήταν πιο συγκεκριμένο, το δεύτερο είναι λίγο πιο γενικό.

Εγώ θα ήθελα να μιλήσω για το πρώτο, βέβαια, γιατί ήξερα ότι αυτό ήταν το θέμα που θα μιλήσω, αλλά θα λέγαμε ότι αν και το δεύτερο είναι πιο γενικό καταλήγει στο ίδιο θέμα.

Ίσως δεν θα ήξερε η επιτροπή το πόσο υποστηρίζω τους ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς ή κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς. Ας αρχίσω έτσι τουλάχιστον.

Το «αναγκαιότητα» ή όχι νομίζω είναι θέμα πολιτικής και στρατηγικής από μέρους όλης αυτής της ημερίδας. Ίσως είναι τόσο αυτονόητο που δεν δάπρεπε να το κουβεντιάσουμε.

Αλλά έχω ένα παράδειγμα πρακτικό και χρήσιμο. Το 1971 που ήμουν στην Αμερική 4ετής ειδικευόμενος της ψυχιατρικής μέσα στην άσκησή μου, μου ζητήθηκε να συναντηθώ ένα διάστημα με κάποιες κοινωνικούς λειτουργούς -όχι ψυχιατρικές κοινωνικούς λειτουργούς- οι οποίες λειτουργούσαν εκείνη την εποχή σε διάφορες φτωχογειτονιές και οι οποίες ζήτησαν κάποια μορφή κλινικής εκπαίδευσης, γιατί ένοιωθαν ότι όλα αυτά που ήξεραν δεν τους βοηθούσαν να τα βγάλουν πέρα στις οικογένειες που επισκέφτονταν, στους ανθρώπους που έβλεπαν, καθώς η κοινωνική και η ψυχολογική διάσταση ήταν πολύ αλληλένδετες. Και έτσι απευδύνθηκαν στο Πανεπιστήμιο του Georgetown που ήμουν, μέσα στα πλαίσια της δικής μας, όπως λέμε, συμβουλευτικής δουλειάς με την κοινότητα να μας ζητήσουν αυτό το πράγμα.

Νομίζω είναι ένα καλό παράδειγμα για το πόσο υπάρχει αναγκαιότητα κλινικής εξειδίκευσης στους κοινωνικούς λειτουργούς και μάλιστα σε μια χώρα που έχει για πολλά χρόνια μια τέτοια παράδοση.

Βέβαια, από το 1971 μέχρι σήμερα και πολύ σωστά, άλλαξαν τα πράγματα και αν θα ζητούσαν την ίδια βοήθεια θα έπρεπε να τη ζητήσουν -και φαντάζομαι θα το έκαναν- από το οικείο τμήμα το Πανεπιστημιακό - την PHD και Masters Κοινωνικών Λειτουργών. Φαντάζομαι αυτή θα είναι η φυσική εξέλιξη, και όχι να την ζητήσουν πάλι από ένα τμήμα

Ψυχιατρικής. Άρα η εξειδίκευση και η αναγκαιότητά της για μένα είναι δεδομένες.

Θα πω δύο κουβέντες από εμπειρίες τόσο από την Αμερική όσο και από την Ελλάδα προσπαθώντας να απαντήσω και σε αυτό που εύκολα γίνεται δύσκολο -που νομίζω είναι επικίνδυνο-, το αν δηλαδή θα χρησιμοποιήσουμε τη δική μας εμπειρία και τη δική μας «παράδοση» ή θα εισαγάγουμε τεχνολογία «και μην τυχόν φέρουμε πράγματα που δεν κάνουν στον τόπο μας». Κάπου, νομίζω υποτιμάμε την εξυπνάδα μας και τους εαυτούς μας. Δεν πρόκειται, φυσικά, να χρησιμοποιήσουμε πράγματα που δεν περπατούν, ούτε να είμαστε τυφλοί στο αν ή όχι υπάρχει σε πολλές διαστάσεις ήδη υποδομή ή παράδοση εδώ. Μακάρι, όμως, να ξέρουμε όλες τις παραδόσεις, όπως είπε ο κ. Ιατρίδης, μακάρι να είχα πάει σε πάρα πολλές χώρες και να ήξερα την κατάσταση της Κοινωνικής Εργασίας σε πάρα πολλές χώρες, αντί να έχω τόση εμπειρία πρακτική από την Αμερική και μόνο. Θα είχα και καλύτερη άποψη και θα εφάρμοζα καλύτερα ορισμένα πράγματα εδώ απ' ότι τα εφαρμόζω καθώς εργάζομαι στενά με συναδέλφους κοινωνικούς λειτουργούς.

Από κει και πέρα ο τόπος θα βρει το δικό του ρυθμό, τις δικές του εφαρμογές, αλλά θα παραξενευτείτε πόσο μοιάζουν οι άνθρωποι και τα προβλήματά τους ανάμεσα στις διάφορες χώρες. Εγώ βρήκα με τις ΗΠΑ ομοιότητες και πάρα πολλά κοινά σημεία, όπως φαντάζομαι θα έβρισκα και με πολλές άλλες χώρες.

Στην Αμερική λοιπόν, και όσον αφορά τους ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς, θα πρέπει να θυμίσω ότι ο όρος αυτός υπήρχε μέχρι προ ολίγου. Νομίζω ότι προοδευτικά έχει επικρατήσει ο όρος κλινικός κοινωνικός λειτουργός, αλλά δεν ξέρω πόσο αυτό θα συμφέρει τον κλάδο.

Θέλω να πω, ότι το να βγει η λέξη «ψυχιατρικός» γιατί πιθανόν να θυμίζει την ψυχιατρική και να αντικατασταθεί με τη λέξη «κλινικός», ίσως δεν συμφέρει τον κλάδο. Διαβάζοντας κανείς διάφορα βιβλία έχει την εντύπωση ότι μάλλον υποβαθμισμένα περιγράφεται η κλινική εργασία του κοινωνικού λειτουργού στα πιο πρόσφατα βιβλία έναντι των περιγραφών του ψυχιατρικού κοινωνικού λειτουργού στα παλαιότερα βιβλία.

Πάντως, ο κοινωνικός λειτουργός ξεκάθαρα, στην Αμερική τουλάχιστον, εξασκεί κλινικό έργο και διεκδίκησε και το επίθετο κλινικός. Από κει και μετά, όμως έγιναν ορισμένες αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας που είναι χρήσιμο να τις ξέρουμε, γιατί θα μπορούσαν να έρθουν και δω. Όπως π.χ. οι αλλαγές που ακολούθησαν τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες, που μπορούμε ξερώντας τις ενδεχομένως να τις αποφύγουμε, αν δεωρήσουμε ότι είχαν αρνητικές επιπτώσεις.

Ζήσαμε εμείς στην Αμερική μεταξύ της δεκαετίας του '60 και του '80 μια μεγάλη σύγχυση ρόλων στη παλιά «ψυχιατρική ομάδα» -την μετέπειτα «θεραπευτική ομάδα»- ανάμεσα στα βασικά στελέχη που ήταν: ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχιατρικές αδελφές, και καθώς, θα λέγαμε, η ψυχολογική-ψυχοθεραπευτική προσέγγιση ήταν η κυρίαρχη.

Τα τελευταία 10 χρόνια, φαντάζομαι ότι το ξέρετε, έχει γίνει μια στροφή στη ψυχιατρική στην Αμερική προς τη βιολογική πλευρά την οποία ακολούθησαν πρώτα οι ψυχίατροι και πρόσφατα οι ψυχολόγοι. Αν δείτε τα τελευταία Curricula της ψυχολογίας στην Αμερική θα εκπλαγείτε. Είναι σχεδόν ψυχιατρικά.

Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια η ψυχοθεραπεία σχεδόν να μονοπωληθεί απ' τους κοινωνικούς λειτουργούς, στην Αμερική. Βλέπω μερικοί να συνωφρυνώ-

νονται. Είναι νέα που ίσως δεν τα ξέρετε, αλλά σας λέω ότι είναι γραμμένο ακόμα και στους New York Times του '81, ότι περισσότερη ψυχοθεραπεία κάνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί από οποιοδήποτε άλλο κλάδο που ασχολείται με αυτήν.

Εμείς, βέβαια, θα πρέπει να καταλάβουμε ότι μιλούμε αυτή τη στιγμή για Ανώτατη Σχολή Κοινωνικών Λειτουργών και για κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς, αδρά 30-40 χρόνια μετά από πολλές άλλες χώρες, όπου ήδη διαγράφηκε ολόκληρος κύκλος εξέλιξης.

Το δέμα δεν αφορά μόνο την Κοινωνική Εργασία, αφορά και την ψυχιατρική και τους ψυχολόγους. Ίσως δεν έχει συνειδητοποιηθεί, νομίζω, πόσες αλλαγές έχουν γίνει στα 30-40 χρόνια που πέρασαν, πώς δοκιμάστηκαν και οι κοινωνικές προσεγγίσεις, και οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και οι βιολογικές προσεγγίσεις, ώστε να υπάρχει πια σήμερα μια προσπάθεια ρεαλιστικής σύνδεσης όλων των προσεγγίσεων.

Παρόλα αυτά πριν 12-15 χρόνια, όταν διηύδυνα ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή της Ουάσιγκτων διαπίστωσα ότι οι άνθρωποι που έρχονταν να δουλέγουν σε αυτά τα Κέντρα, και τα κέντρα εκεί είναι υποχρεωμένα να προσφέρουν όχι μόνο θεραπεία και αποκατάσταση χρόνιων ασθενών η απλή κοινοτική παρέμβαση αλλά επίσης ψυχοθεραπεία (ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, οικογενειακή θεραπεία κ.λπ.), ζητούσαν εκπαίδευση ψυχοθεραπείας έστω και αν αυτοί οι άνθρωποι ήταν σε επίπεδο PHD (ψυχολόγοι) ή σε επίπεδο Masters (Κοινωνικοί Λειτουργοί).

Θέλω να πω μ' αυτό ότι η κλινική εκπαίδευση, ακόμα και στην Αμερική σε προγράμματα από χρόνια ανεπτυγμένα, είναι τελικά ανεπαρκής για την εφαρμογή της σε προγράμματα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών, οπότε καλοπροαίρετα οι άνθρωποι ζητούσαν περισσότερη εκπαίδευση (in service training) για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της ψυχοθεραπείας.

Φαντάζομαι, λοιπόν, ότι ήδη τουλάχιστον έγινε σαφές ότι ο κοινωνικός λειτουργός στο δικό μου μυαλό και στο μυαλό του Αμερικανού είναι κλινικός, και είναι ψυχοθεραπευτής.

Η λέξη βέβαια, «ψυχοθεραπεία», ίσως δεν σημαίνει το ίδιο -απ' ότι κατάλαβα τα τελευταία χρόνια που είμαι στην Ελλάδα για την Ευρώπη και την Αμερική.

Στην Ευρώπη η λέξη «ψυχοθεραπεία» είναι συνδεδεμένη με την ψυχανάλυση και κάπως θα λέγαμε «θεοποιημένη» ενώ για την Αμερική περιλαμβάνει πολλά είδη ψυχολογικής προσέγγισης (πριν 5 χρόνια υπήρχαν 250 ονομασμένα είδη σήμερα πολύ περισσότερα). Η Αμερική ονομάζει «ψυχοθεραπεία» κάθε παρέμβαση η οποία βοηθάει ψυχολογικά τον ασθενή. Χωρίς όμως να υποτιμά καμιά προσέγγιση, αναγνωρίζει φυσικά 10-12 βασικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Επομένως, δεν εννοώ ότι ο/η κλινική κοινωνική λειτουργός, όταν λέω ότι είναι ψυχοθεραπευτής ή ψυχοθεραπεύτρια σημαίνει αναγκαστικά ότι είναι ψυχαναλυτής ή ψυχαναλυτικός ψυχοθεραπευτής.

Μπορεί, όμως ενδεχομένως και να είναι, βέβαια μέσα από σωστή ανάλογη εκπαίδευση.

Στους Αμερικανούς, όπως ξέρουμε, αρέσει να ορίζουν τα πράγματα. Έτσι, βλέπουν τους κοινωνικούς λειτουργούς τους να ασχολούνται με *ψυχοκοινωνική εκτίμηση με προγραμματισμό παρέμβασης* και με *παρέμβαση*.

Οπότε, λέμε ουσιαστικά ότι ο κοινωνικός λειτουργός, όπως βέβαια και πολλοί άλλοι

επιστήμονες Ψυχικής Υγείας, που ίσως είναι μια άλλη πρόταση για να συννενοούμαστε, επιστήμονες ψυχικής υγείας -ασχολούνται με τη βελτίωση της υγείας της κοινότητας. Είναι φορέας αλλαγής, είναι μεταρρυθμιστής.

Μεταρρυθμιστής γιατί ασχολείται και με τις αξίες και με τα προβλήματα της κοινότητας και της κοινωνίας. Μεταρρυθμιστής γιατί και σαν σύμβουλος κάνει πρόληψη και σαν θεραπευτής προσφέρει σε πολλά θεραπευτικά επίπεδα.

Να σας πω και μερικούς αριθμούς, έτσι για να εντυπωσιαστείτε, γιατί δεν αναφέρθηκαν από άλλους. Το 1982 υπήρχαν στην Αμερική 323 προγράμματα Ανώτατης Εκπαίδευσης, (Bachelor), 87 προγράμματα για Masters και 144 προγράμματα για PHD, όλα για κοινωνικούς λειτουργούς. Όλα τα προγράμματα αυτά ακόμα και τα 323 που σας ανέφερα είναι πανεπιστημιακά συνδεδεμένα.

Από χρόνια θεωρείται ότι το να πάρει κανείς ένα Masters σαν κοινωνικός λειτουργός απαιτεί διετή εκπαίδευση με θεωρία και πρακτική άσκηση, μετά από τα 4 χρόνια που χρειάζονται για το Bachelor.

Με τέτοιους κοινωνικούς λειτουργούς είχα την ευκαιρία να συνεργαστώ στην Αμερική, όπου είμασταν μια θεραπευτική ομάδα όπως θεραπευτική ομάδα είμαστε και στην Ελλάδα.

Είμασταν, λοιπόν, μια θεραπευτική ομάδα. Εκεί έζησα τις διαφορές ανάμεσα σε ψυχιάτρους, σε ψυχολόγους, σε κοινωνικούς λειτουργούς, σε ψυχιατρικές αδελφές, τις προσπάθειες να βρεθεί κοινός τόπος.

Εδώ ούτε καν υπάρχει θέμα, αλλά ίσως να υπάρξει κάποια μέρα και εδώ. Εκεί, πάντως πολλοί άνθρωποι, όπως και μεις, βρήκαμε την εξής λύση. Συνειδητοποιήσαμε ότι όλοι οι επιστήμονες ψυχικής υγείας είμαστε *ισότιμοι* σαν επιστήμονες αλλά δεν είμαστε *ισοδύναμοι* σαν ειδικοί.

Αυτό θα πει πολύ απλά ότι στεκόμαστε σε μια ομάδα όλοι εξίσου, όλοι ισότιμα με την επιστήμη μας -αλλά είμαστε εκπαιδευμένοι να κάνουμε κάποια διαφορετικά πράγματα και μακάρι να τα ξεχωρίσουμε.

Η φόρμουλα που εγώ προσωπικά εφάρμοσα στο Κέντρο που ήμουν στην Αμερική και στο Κέντρο που λειτουργούμε στη Θεσσαλονίκη είναι η εξής, και την προτείνω σε επίπεδο λειτουργίας (και τη σχολιάσαμε και στη Λέρο).

Κοινός μας τόπος των κοινωνικών λειτουργών -των ψυχιατρικών αδελφών, των ψυχολόγων, των ψυχιάτρων, των λογοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, των ειδικών παιδαγωγών και ίσως άλλων που ξεχνάω, είναι η ψυχολογική παρέμβαση. Στους περισσότερους απ' αυτούς που ανέφερα η ψυχοθεραπεία είναι ο κοινός μας τόπος.

Από κει και πέρα υπάρχουν πράγματα που ο καθένας μπορεί να κάνει καλύτερα. Και στη θεραπευτική ομάδα και στα διάφορα Κέντρα οι επαγγελματικές διαστάσεις πρέπει να ξεκαθαρίζουν.

Πιθανότατα σαν ψυχίατρος ξέρω καλύτερα διάγνωση και διαφοροδιάγνωση και των σωματικών και των ψυχικών διαταραχών και οπωσδήποτε η σωματική και φαρμακευτική διάστασή μου είναι πάρα πολλή οικεία. Γιατί είμαι γιατρός. Αυτό είναι δική μου δουλειά.

Θάταν κρίμα αν οι ψυχολόγοι με τη σημερινή έκρηξη των ψυχολογικών και ψυχομετρι-

κών τέστ, επειδή ενδεχομένως είναι κλινικοί ψυχολόγοι, να δελήσουν να ξεχάσουν αυτό το τόσο χρήσιμο τμήμα της επιστήμης τους.

Εμείς τουλάχιστον στο Κέντρο, τόσο στην Αμερική όσο εδώ δεν τους αφήνουμε.

Οι ψυχομετρητές μας είναι πολύ πολύ χρήσιμοι. Είναι κρίμα με τόσα ψυχομετρικά τέστ που υπάρχουν να μην τα χρησιμοποιήσει κανείς για να καταλάβει έναν άνθρωπο καλύτερα, έστω και αν έχει τις πιο καταλυτικές ευαισθησίες στη διαπροσωπική επαφή. Άρα αυτή είναι η ιδιαιτερότητα του ψυχολόγου.

Οι ψυχιατρικές αδελφές (νοσηλεύτριες) είναι σε επαφή με τη νοσηλευτική. Άρα στις επισκέψεις στα σπίτια ασθενών όπου το θέμα είναι (μαζί με τη σχέση τους με την οικογένεια) και το αν ή όχι ο ασθενής παίρνει φάρμακα και η φαρμακευτική αγωγή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, -ίσως έχουν τον πρώτο λόγο, όπως τον έχουν έτσι κι αλλιώς στο ψυχιατρικό τομέα των γενικών νοσοκομείων ή μέσα στις κλινικές των ψυχιατρείων. Αλλά στην εξωνοσοκομειακή νοσηλευτική υπάρχει πολλή δουλειά με τη φαρμακευτική διάσταση σε πρώην νοσηλευόμενους ασθενείς και δεν υπάρχει λόγος να μπερδεύονται οι επισκέπτριες αδελφές με τους κοινωνικούς λειτουργούς, γιατί θα έχουμε προβλήματα μ' αυτό στο μέλλον, όπως πολλοί από σας θα πρέπει να το ξέρετε ήδη.

Και η πρότασή μου πολύ σαφής είναι και θα την πω επίσημα και πάλι. Δεν ξέρω πως φτιάχτηκε ο όρος επισκέπτρια αδελφή, είναι πολύ χρήσιμος και τον τιμώ. Αλλά βασικά χρειαζόμαστε νοσηλεύτριες, οι οποίες θα γίνουν ψυχιατρικές νοσηλεύτριες. Οι επισκέπτριες αδελφές θα μπορούσαν κάποτε να μετονομαστούν με κάποιο τρόπο σε ψυχιατρικές νοσηλεύτριες. Το ότι όμως συνεχίζουν οι επισκέπτριες αδελφές να περνούν απ' αυτή τη διάσταση και να συγχέονται τα όρια κοινωνικών λειτουργών και επισκεπτριών αδελφών θα μας δημιουργήσει πολλά προβλήματα στο μέλλον, καθώς οι άνθρωποι αυτοί θα έχουν σύγχυση ρόλων. Ακόμα, περισσότερο γιατί παλαιότερα δεν υπήρχαν Κέντρα Ψυχικής Υγείας, δεν υπήρχαν ξενώνες, δεν υπήρχαν οικοτροφεία, δεν υπήρχε η παρέμβαση στην οικογένεια ή στο σπίτι.

Λοιπόν η δική μου αντίληψη είναι πολύ σαφής, όπως και πολλών άλλων ανθρώπων. Δουλεύουμε σε μια θεραπευτική ομάδα με κοινό τόπο και με ιδιαιτερότητες, που αλληλοσυμπληρώνονται.

Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, που ξέρω και από την Αμερική και εδώ έχουν κάποια ευαισθησία, η οποία, ακριβώς επειδή προέρχονται από τον κοινό χώρο πάρα πολλές φορές -χωρίς να υποτιμώ ούτε τον κλάδο μου, ούτε κάποιους άλλους, υπερτερεί. Νομίζω έχουν μια μεγαλύτερη ικανότητα επισκεπτόμενοι κάποιο σπίτι ή βλέποντας κάποια οικογένεια να πιάσουν καλύτερα το οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο απ' ότι να το πιάσει ο ψυχολόγος, ο ψυχίατρος ή ο νοσηλευτής. Δεν το κάνω απόλυτο, αλλά το έχω ζήσει.

Και κάτι που μας έχει κάνει έκπληξη, στην εκπαίδευση. Εμείς στο ΚΚΨΥ έχουμε κοινό πρόγραμμα εκπαίδευσης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μας, οι ψυχολόγοι, οι νοσηλευτές μας στο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας (ΚΚΨΥ) στη Θεσσαλονίκη ακολουθούν 2ετές πρόγραμμα εκπαίδευσης μαζί με τους ειδικευόμενους της ψυχιατρικής. Πρωτοπορία ή όχι. Μαζί. Παρουσιάζουν σε πολλά σεμινάρια, έχουν επιβλέποντες και μαθαίνουν να κάνουν ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, ατομική και ομαδική.

Μαθαίνουν διάγνωση και όταν παρουσιάζουν περιστατικά, καταδέτω εδώ, κυριολεκτικά η διαγνωστική τους ικανότητα, μολονότι δεν προέρχονται απ' τον ιατρικό χώρο, είναι εντυπωσιακή.

Καλώς ή κακώς λοιπόν, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί και πρέπει να γίνει ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός, ή κλινικός κοινωνικός λειτουργός. Έχει γίνει από χρόνια στις άλλες χώρες, αλλά πώς θα τα βρείτε συνδικαλιστικά μετά είναι άγνωστο.

Να σας πω την εμπειρία μου από τις νοσηλεύτριες. Το 1983, φτιάξαμε ένα πρόγραμμα 2ετής νοσηλευτικής. Το πρόγραμμα αυτό ποτέ δεν υλοποιήθηκε, γιατί είχε την εξής πρόταση. Θα βασιζόταν στην επιλογή 4-6 νοσηλευτριών που θα παρακολουθούσαν πολύ έντονα ένα 2ετές πρόγραμμα στο τέλος του οποίου οι 4-6 θα γίνονταν διδάσκουσες του προγράμματος και μετά θα έμπαιναν άλλες 4-6 κ.ο.κ.

Το όλο πράγμα σταμάτησε γιατί κανείς δεν δεχόταν επιλογή. Όλοι ήθελαν πρόγραμμα για 100 αν είναι δυνατόν ανθρώπους αμέσως, αλλά όχι για 4-6 επιλεγμένους.

Αλλά, υπάρχουν πραγματικά δυνατότητες -και εμείς ήδη το αρχίσαμε- μετεκπαίδευσης. Απλώς δεν απειλούμε κανένα, είναι εσωτερική η μετεκπαίδευση. Αν, όμως, έβγαине αυτό έξω και κάποιος θα έδινε ένα χαρτί, θα βλέπατε γιατί πολλά πράγματα δεν γίνονται. Πρωτουν πολλοί γιατί δεν έγινε μέχρι τώρα Ανώτατη Εκπαίδευση. Τι θα γίνουν οι 5.000 κοινωνικοί λειτουργοί όταν γίνει Ανώτατη Εκπαίδευση; Εγώ διερωτώμαι. Για τους ανθρώπους που σκέφτονται σωστά, για τους ανθρώπους που βλέπουν στο μέλλον, φυσικά και δεν έχει καμιά σημασία. Αλλά γι άλλους έχει πολλή μεγάλη σημασία. Αυτά είναι τα προβλήματα και κανείς δεν τα λέει.

Και αν γίνουν Ανώτερες Σχολές Κοινωνικών Λειτουργών και Ανώτατες Σχολές Ψυχολογίας και Ανώτατες Σχολές Νοσηλευτικής, διογκώνονται συνεχώς τα συνδικαλιστικά προβλήματα. Εν πάσει περιπτώσει δεν ξέρω πως λύνονται αυτά. Υπάρχουν σκέψεις και προτάσεις. Αν υπάρχει ομοθυμία μπορούν να γίνουν.

Η συγκεκριμένη πρόταση λοιπόν που έχω να κάνω είναι η εξής: Στην Ελλάδα υπάρχει άμεση ανάγκη, υπήρχε και υπάρχει, δημιουργίας ανωτάτων -όχι ανώτατης- σχολών. Αυτές θα πρέπει να γίνουν σε 2-3 πανεπιστήμια και οι φόρμουλες είναι εύκολες. Φυσικά και θα έρδουν κάποιοι άνθρωποι απέξω, θα διδάσκουν άνθρωποι που εκπαιδεύτηκαν έξω. Πώς άλλωστε, είναι δυνατόν να γίνει αλλιώς, αφού κανείς δεν έχει τελειώσει Ελληνικό Πανεπιστήμιο. Ο ίδιος ο Νόμος δεν επιτρέπει να γίνει κανείς Πανεπιστημιακός αν δεν έχει τελειώσει Πανεπιστήμιο.

Το ποιοί θα είναι αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να πει κανείς πολλά πράγματα και πώς κάνει κανείς ένα εκλεκτορικό σώμα για να βγάλει στην αρχή της ίδρυσης σωστούς ανθρώπους είναι μεγάλη υπόθεση.

Άρα λοιπόν, θα γίνουν 2-3 μετεκπαιδευτικά προγράμματα, ενώ έχουν αρχίσει οι Ανώτατες οι οποίες δέλουν 4 χρόνια για να βγάλουν τους πρώτους ανθρώπους. Θα μπορούσαν να γίνουν 2-3 μετεκπαιδευτικά προγράμματα μετεκπαίδευσης στη ψυχιατρική ή κλινική κοινωνική εργασία κατά τα οποία να βγάλουν κάποια στελέχη που αργότερα, εφόσον έχουν μετεκπαιδευτεί, να αρχίσουν να καλύπτουν κάποιες από τις τόσες βασικές ανάγκες που υπάρχουν. Και θα μπορούσαν να υπάρχουν κάποιες ρυθμίσεις, ώστε αυτοί οι άνθρωποι να χρησιμοποιηθούν αποδοτικά.

Αλλά αυτό θα πρέπει νομίζω να αρχίσει αμέσως. Κάποια προγράμματα, δηλαδή μετεκπαιδευτικά, που να φτιάξουν ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς, έως ότου οι Ανώτατες Σχολές βγάλουν τους πρώτους κοινωνικούς λειτουργούς και οι ίδιες οι Σχολές φτιάξουν τα μετεκπαιδευτικά προγράμματα των ψυχιατρικών κοινωνικών λειτουργών.

Οπότε αν τα συνδυάσει κανείς, θα μπορούσαν τα πρώτα μετεκπαιδευτικά προγράμματα να έχουν ήδη πανεπιστημιακή σύνδεση, δεν μπορούν να είναι πανεπιστημιακά και να προετοιμάσουν το έδαφος, ούτως ώστε όταν βγούν οι απόφοιτοι των Ανωτάτων Σχολών η πείρα και η κλινική εμπειρία να υπάρχει. Μετά τα μετεκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να γίνουν Πανεπιστημιακά.
