

ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΣΤΡΑΤΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ



ΙΑ΄ ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΨΕ



**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2006
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ 414 ΣΝΕΝ
Π. ΠΕΝΤΕΛΗ**

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Ο θεσμός ψυχοκοινωνικής μέριμνας φαίνεται να παίζει ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο στις μέρες μας στη πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στην ψυχική υγεία του προσωπικού του Στρατού Ξηράς. Η στατιστική αύξηση των ψυχικών διαταραχών σε επίπεδο πληθυσμού, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η αποδυνάμωση των ηθικών και κοινοτικών αξιών και η μείωση της κοινωνικής συνοχής καθιστούν αναγκαία, όχι μόνο τη στηριξη του θεσμού, αλλά και τη συνεχή βελτίωση και εξέλιξη.

Κάθε ειδικός ψυχικής υγείας στα πλαίσια του στρατού θα πρέπει να επικεντρωθεί στην διεύρυνση της πρόληψης ψυχικής υγείας, εκτός των στρατευμένων, τόσο στα στελέχη, όσο και στις οικογενείες τους. Η παρέμβαση από τους ειδικούς, στις ιδιαίτερες συνθήκες του στρατού, πρέπει να γίνεται με κανόνες πολιτισμού και αξιοπρέπειας, σεβασμού των δικαιωμάτων των εξεταζομένων, καθώς και με εξασφάλιση της επιστημονικής αξιοπιστίας και εγκυρότητας των τηρουμένων διαδικασιών στις παραπομπές, τις εξετάσεις και τις γνωμοδοτήσεις από τους ειδικούς. Τα παραπάνω στοιχεία είναι απαραίτητα για την απόκτηση του ηθικού και της συνοχής ενός σύγχρονου επαγγελματικού στρατού. Θα πρέπει συνεπώς να υιοθετηθούν συγχρονές θεραπευτικές προσεγγίσεις και να διαμορφωθούν δομές που θα εξυπηρετούν καλύτερα την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Στην προσπάθεια να συμπεριλάβουμε όλα τα ανωτέρω θέματα στη σημερινή ημερίδα θα αναφερθούμε αρχικά σε στατιστικά δεδομένα από την ψυχιατρική κλινική του 414 ΣΝΕΝ. Θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε το φαινόμενο της εκδήλωσης ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Θα παρουσιάσουμε το θεωρητικό πλαίσιο για την προσέγγιση των οικογενειών των παιδιών που εκδηλώνουν πρόβλημα ψυχικής υγείας. Θα προσεγγίσουμε τα αισθήματα των ατόμων που περιορίζονται στις δραστηριότητές τους εξ αιτίας ψυχικής ασθένειας. Θα εξετάσουμε αν υπάρχει δυνατότητα βελτίωσης της φροντίδας μας στους μη συνεργαζόμενους. Θα κάνουμε μια ιστορική αναδρομή σχετικά με τις μεθόδους που χρησιμοποιούμε για να εντοπίσουμε τα ψυχολογικά προβλήματα. Θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε το ψυχολογικό προφίλ που πρέπει να έχει ο στρατιώτης. Θα εξετάσουμε μια πρόταση για αξιοποίηση απλών τεχνολογικών μέσων για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας ειδικής βοήθειας σε αυτούς που την χρειάζονται. Θα εξετάσουμε κατά πόσο οι μέθοδοι της τηλεψυχιατρικής μας επιτρέπουν να διαγνώσουμε σωστά τα προβλήματα. Τέλος θα προσπαθήσουμε το πώς θα έπρεπε σε ιδανικές συνθήκες να γινόταν η επιλογική διαδικασία.

Προσδοκούμε, ότι η συνάντηση αυτή, θα συνεισφέρει στην εξέλιξη και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του θεσμού προς όφελος του προσωπικού του Στρατού Ξηράς. Με τις σκέψεις αυτές σας καλωσορίζω στην σημερινή ΙΑ΄ Ετήσια Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Υποστράτηγος Παπαδόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

08:30-09:00 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

09:00-09:15 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ-ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

- «Προσφώνηση»
Υποστράτηγος Παπαδόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ
- «Προσφώνηση - κήρυξη έναρξης εργασιών»
Από το τιμώμενο πρόσωπο

09:15-09:45 ΔΙΑΛΕΞΗ

«Το στίγμα στην ψυχιατρική. Ψυχοδυναμική προσέγγιση» Νικόλαος Τζαβάρας, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

09:45-11:00 ΣΥΝΕΔΡΙΑ Ι: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πρόεδρος: Ταξίαρχος Καραθανάσης Βασίλειος,
Διευθυντής ΣΕΥ

- «Προβλήματα Συνεργασίας Ψυχιατρικών Ασθενών: Δεδομένα από την Κλινική»
Υπολοχαγός(ΥΙ) Στεφανής Νικόλαος, Ειδικευόμενος στην Ψυχιατρική, Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
- «Ο Ψυχωσικός Ασθενής»
Βαρτζόπουλος Ιωάννης, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής, Διευθυντής Τμήματος Ψυχοθεραπειών Σισμανογλείου Νοσοκομείου
- «Μέθοδοι Προσέγγισης Οικογενειών Ασθενών με Δυσκολία στην Συναίνεση»
Ταγματάρχης(ΥΝ) Μπέρριου Ευγενία, Ψυχιατρική Νοσηλεύτρια, Τμήμα Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, 401 ΓΣΝΑ
ΕΠΟΠ Δεκανέας (ΥΓ) Αλτιπαρμάκη Ευθυμία, Κοινωνική Λειτουργός, Τμήμα Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, 401 ΓΣΝΑ
- «Ο Φυσικός Περιορισμός στον Ασθενή με Επικινδυνότητα. Ψυχοδυναμική Προσέγγιση»
Τριανταφύλλου Θεώνη, Κλινικός Ψυχολόγος, Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Κρήτης, Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ

- «Η Αυξημένη Φροντίδα ως Μέσο Βελτίωσης της Συναίνεσης του Ψυχιατρικού Ασθενούς»
Στρατιώτης(ΥΓ) Κωνσταντάρκος Γεώργιος, Ψυχολόγος,
Λοχαγός (ΥΙ) Καρύδης Χρήστος, Ψυχίατρος, 411 ΓΣΝ

11:00-11:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

11:30-12:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ II: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Πρόεδρος: Ταξίαρχος Κωνσταντίνου Θεόδωρος,
Υποδιευθυντής ΔΥΓ/ΓΕΣ

- «Επικρατούσα Μεθοδολογία Επιλογής Προσωπικού στις Ένοπλες Δυνάμεις: Προβλήματα & Ωφελήματα εξ αυτής»
Λοχαγός(ΥΙ) Νταφούλης Παύλος, Ψυχίατρος, 33 ΤΥΠ/ΛΥΓ, Πολύκαστρο Κιλκίς
- «Τι προσωπικό (από ψυχολογική άποψη) χρειάζεται ο στρατός, και πώς μπορούμε να προσεγγίσουμε την παράμετρο αυτή»
Στρατιώτης(ΥΓ) Ντιρογιάννης Νικόλαος, Ψυχολόγος
Επίατρος Σαμέλης Χρήστος, Ψυχίατρος, 492 ΓΣΝ, Αλεξανδρούπολη
- «Πρόταση για αξιοποίηση απλών τεχνολογικών μέσων στην εξέταση στρατιωτικού προσωπικού από ψυχίατρο»
Αρχίατρος Κόκκας Σταύρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, 414 ΣΝΕΝ
Παπαδημητριάδης Δημήτρης, Ιατρός, Ειδικευόμενος στην Ψυχιατρική, Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ
- «Η εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης στην τηλεψυχιατρική»
Φερεντίνος Παναγιώτης, Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Αιγινήτειου Νοσοκομείου
- «Πώς θα έπρεπε να ήταν η ιδανική επιλογική διαδικασία»
Στρατιώτης(ΥΓ) Φράγκος Γεώργιος, Εργασιακός Ψυχολόγος με Εξειδίκευση στη Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων, Διευθυντής POLWIRTZ SEARTCH Luxemburg (Εταιρεία Συμβούλων σε Θέματα Στρατηγικής Ανάπτυξης Ανθρωπίνων Πόρων), 98 ΤΥΕΘ
Στρατιώτης(ΥΓ) Καλαϊτζίδης Ιωάννης Συμβουλευτικός Ψυχολόγος, Ειδικευμένος σε Ψυχομετρικές Δοκιμασίες, 98 ΤΥΕΘ

12:30-13:00 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

13:00 ΔΕΞΙΩΣΗ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:

Αρχίατρος Σ. Κόκκας

Μέλη:

Αρχίατρος	Ο. Γιωτάκος	Τχης (ΥΝ)	Α. Θωμά
Αρχίατρος	Γ. Λουκάς	Τχης (ΥΝ)	Χ. Πλώτα
Αρχίατρος	Π. Λαζαρίδης	Λγος (ΥΙ)	Θ. Μουγιάκος
Ανχης (ΥΝ)	Κ. Γεωργοπούλου	Λγος (ΥΙ)	Μ. Ραχάνη
Επίατρος	Δ. Σπυριδάκης	Λγος (ΥΙ)	Μ. Οικονομοπούλου
Επίατρος	Η. Μπουνταλούδης	Λχίας (ΥΓ)	Γ. Χατζάρας
Τχης (ΥΝ)	Τ. Ζέρβα	Μ.Υ.	Θ. Τριανταφύλλου

Πληροφορίες: Ψυχιατρική Κλινική 414 ΣΝΕΝ

Τηλ.: 8041158, 8042137 εσωτ. 3234, 3231 & 3105

FAX: 8042135

ΤΙΜΩΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΗΜΕΡΙΔΑΣ

Ως εκπρόσωπος ΥΕΘΑ

Ειδικός Γραμματέας ΥΕΘΑ κος Βούτος Παναγιώτης

Με ιδιαίτερη ικανοποίηση πληροφορήθηκα ότι σ' αυτή την ημερίδα εκπροσωπείται η Ελλάδα από κρίσιμους νομούς της χώρας. Η επιστημονική κοινότητα στο πρόσωπο του καθηγητού Νικολάου Τζαβάρα παραμένει αρωγός και συνθέτει και προσθέτει αξία στην προσπάθεια που καταβάλει το ΓΕΣ.

Το ΓΕΣ καταβάλει συνεχείς προσπάθειες για την βελτίωση των συνθηκών στις στρατιωτικές μονάδες. Στα πλαίσια αυτά εντάσσεται και η φροντίδα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Το ενδιαφέρον για αυτό το θέμα μας οδήγησε στην καθιέρωση του θεσμού της ψυχοκοινωνικής μέριμνας, για την παρακολούθηση του οποίου γίνεται ετήσια ημερίδα.

Στόχος του θεσμού είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του προσωπικού και η βελτίωση των γνώσεων των ειδικών επιστημόνων που ασχολούνται με αυτό το θέμα, με ταυτόχρονη ενημέρωση από και προς την διοίκηση. Διατηρώντας συνεχές το ενδιαφέρον της υπηρεσίας μας προς την ψυχοκοινωνική μέριμνα θα επιτύχουμε το μέγιστο βαθμό φροντίδας και θα επιτύχουμε την ελαχιστοποίηση της εκδήλωσης προβλημάτων από άτομα που βιώνουν δυσάρεστες καταστάσεις.

Θέλω να προσθέσω ένα προσωπικό τόνο ως κατακλείδα. Προβάλλεται ο ισχυρισμός ότι διερχόμεθα βαθιά και παρατεταμένη κρίση στην κοινωνία. Ιδιαίτεροι αποδέκτες είναι οι νέοι μας. Ο Ελληνικός λαός προσβλέπει με ιδιαίτερη εμπιστοσύνη στις ένοπλες δυνάμεις και αυτού του γεγονότος είναι αποδέκτες οι νέοι. Στο βαθμό που ο άνθρωπος είναι σύνθεση λόγου και συναισθήματος, αυτή η αποδοχή θα πρέπει να βρίσκει τις προβολές της στους στρατευμένους νέους. Η υπηρεσία λαμβάνει μέριμνα για την διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε να περιορίζονται οι επιβαρυντικοί δείκτες που απορρέουν από τις παθογένειες της κοινωνίας μας. Τον ασφαλή δρόμο μας τον υπέδειξε πριν από δύο αιώνες ο εθνικός μας ποιητής λέγοντας να κρατάμε πάντα ανοιχτά, πάντα άγρυπνα τα μάτια της ψυχής μας...

Με αυτές τις λέξεις κηρύσσω την έναρξη αυτής της τόσο σημαντικής ημερίδας, για την επιτυχία της οποίας είμαι σίγουρος.

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

«Το στίγμα στην ψυχιατρική, ψυχοδυναμική προσέγγιση»

Νικόλαος Τζαβάρας, Καθηγητής Ψυχιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ).

Είναι ιδιαίτερη τιμή που βρίσκομαι ανάμεσά σας. Σας μεταφέρω τις ευχαριστίες εκ μέρους του διοικητικού συμβουλίου της ΕΨΕ για την δυνατότητα να επικοινωνήσουμε μαζί σας. Θέλω να υπογραμμίσω ότι η κάθε δυνατή συνεργασία η οποία μπορεί να προκύψει ανάμεσα σε σας και την ΕΨΕ είναι καλοδεχούμενη και εύχομαι μελλοντικώς να διευρυνθεί και να πάρει χαρακτήρα ακόμη πιο σύντονο σε ποικίλα επίπεδα. Σκέπτομαι λόγου χάριν ακόμη και κοινές ερευνητικές προσπάθειες.

Το θέμα που έχω κληθεί να διαπραγματευτώ αφορά το «στίγμα». Να μου επιτραπεί να τονίσω ότι η προβληματική του στίγματος είναι εξαιρετικά ευρεία και εξαιρετικά δύσκολη και όπως γνωρίζετε όλοι, είναι μια προβληματική που αφορά ένα πλήθος επιστημών: την κοινωνιολογία, την ψυχολογία, την ψυχιατρική, αλλά ακόμα και την φιλοσοφία. Μια και μόνη εισηγήση αδυνατεί να συμπεριλάβει με πληρότητα την προβληματική του στίγματος. Καθώς θα αναφέρομαι στον όρο στίγμα, θα ήταν σκόπιμο να λάβετε υπ'όψιν ότι οι δικές μου εμπειρίες προέρχονται κυρίως από τον χώρο της ψυχιατρικής και κατ' επέκταση επικαλούμαι έμμεσα μια διάσταση αυτής της προβληματικής, όπως δημιουργήθηκε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα και συνεχίζεται ως σήμερα.

Το στίγμα στην ψυχιατρική ενδιαφέρει κυρίως όταν ασχολούμαστε με τις ψυχώσεις, είτε με τις σχιζοφρένιες, είτε με τις συναισθηματικές ψυχώσεις, όπως η μανία, η ενδογενής κατάθλιψη κ.ο.κ. και κατ' επέκταση βέβαια όταν ασχολούμαστε με άλλες μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς όπως είναι οι διαστροφές, η εγκληματοφιλία κ.ο.κ.

Το ερώτημα που οφείλει αρχικώς να μας απασχολήσει είναι γιατί είναι δυνατός ο στιγματισμός του άλλου, τι σημαίνει ο όρος στίγμα και ποιες είναι οι ενδοψυχικές προϋποθέσεις οι οποίες μας οδηγούν στο να στιγματίσουμε

ορισμένα άτομα των οποίων η συμπεριφορά προφανώς δεν ταυτίζεται με τις δικές μας προσμονές. Χρησιμοποιώ την έννοια της «προσμονής» όπως χρησιμοποιείται στη θεωρία των ρόλων. Πώς είναι δυνατόν να υπάρχει ο στιγματισμός και γιατί δεν είμαστε σε θέση να τον αποφύγουμε;

Προηγουμένως ο κος Κόκκας αναφέρθηκε στην προβληματική της «κατανόησης του άλλου» και θα σταθώ στην παρατήρηση αυτή. Τι είναι η κατανόηση; Γιατί φαίνεται ότι όταν δεν κατανοούμε ορισμένα άτομα αρχίζει ο στιγματισμός του άλλου. Ο άλλος είναι κάτι που δεν μπορούμε να κατανοήσουμε και για το λόγο αυτό αρχίζουμε να απορούμε για την συμπεριφορά του, να την χαρακτηρίζουμε, να την κατονομάζουμε και πολλές φορές να ενεργούμε απέναντι σ' αυτή την συμπεριφορά με μια επιθετική αρνητική διάθεση. Η έννοια της κατανόησης προέρχεται από τον 19^ο αιώνα ως θεμελιώδης όρος των κοινωνικών επιστημών και το πρώτο θεωρητικό σχόλιο για την κατανόηση είναι του μεγάλου ιστορικού Droysen ενώ αργότερα η κατανόηση αρχίζει να απασχολεί ορισμένα ρεύματα της φιλοσοφίας. Ανάμεσα στους στοχαστές συμπεριλαμβάνονται φιλόσοφοι όπως Χούσερλ, Νηλτάϊ, Χάϊντεγκερ. Για την ψυχιατρική σημαντικοί ήταν οι σχολιασμοί του Κάρλ Γιάσπερς, του ιδρυτού της Γενικής Ψυχοπαθολογίας στον οποίον, άλλωστε, οφείλονται αξιόπερα διατυπώσεις για το τι είναι κατανόηση στο επίπεδο της φαινομενολογίας, όχι της ψυχοδυναμικής, στην οποία θα αναφερθώ αργότερα. Κατά τον Γιάσπερς και σύμφωνα με τους φιλοσόφους που έχουν προϋπάρξει η έννοια της κατανόησης, το πώς κατανοώ, πώς καταλαβαίνω τον άλλον (με την έννοια του καταλαμβάνειν). Κατ'αναλογία δηλαδή με αυτό που απαιτεί ένας ψυχιατρικός ασθενής όταν έρχεται στο γιατρό και τον ρωτάει «με καταλαβαίνει γιατρέ;». Η έννοια που χρησιμοποιεί ο Γιάσπερς είναι του καταλαμβάνειν, δηλαδή πώς μπορώ να καταλάβω, να κατανοήσω τον άλλον και τι είναι αυτό το καταλαμβάνειν.

Το καταλαμβάνειν είναι μια έννοια που για τις κοινωνικές επιστήμες υπονοεί ότι ορισμένα βιώματα, ορισμένες ενδοψυχικές καταστάσεις είναι δυνατόν να αναχθούν σε άλλες ψυχολογικές καταστάσεις, δηλαδή η μια ψυχολογική πραγματικότητα εκπορεύεται από την άλλη, ούτως ώστε αυτή η αλυσίδα των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων που διαδέχονται η μια την άλλη να αποβούν συγκρίσιμες με τον εσωτερικό κόσμο αυτού που παρατηρεί τον ασθενή. Όταν ο ασθενής λέει «γιατρέ μου σας αγαπώ πάρα πολύ, ή σας μισώ

πάρα πολύ», ο γιατρός προσπαθεί ενσυναισθητικά (μια επίσης σημαντική έννοια της προβληματικής της κατανόσεως) να αντιληφθεί τι συμβαίνει στην περιοχή του ασθενούς συγκρίνοντας τα δικά του βιώματα με αυτά του ασθενούς. Και μετά βέβαια θα τον απασχολήσει το ερώτημα από πού προκύπτει η αγάπη εκ μέρους του ψυχασθενούς προς το γιατρό. Αυτά θα μου πείτε ότι είναι πάρα πολύ εύκολα και καθόλου δυσνόητα. Εν τούτοις όμως στην ψυχιατρική τα πράγματα αρχίζουν και γίνονται πολύ δύσκολα όταν δεν είναι δυνατόν να προκύψουν ψυχικά νέα δεδομένα από την ενατένιση ενός ορισμένου βιώματος του άλλου, από την θεώρηση ενός συναισθήματος του άλλου, όταν δηλαδή, δεν μπορούν να προκύψουν νέα δεδομένα που να συσχετίζονται με την αφορμή αυτής της ψυχικής καταστάσεως που μελετά κανένας. Υπάρχουν ψυχοπαθολογικά φαινόμενα – ψυχικές καταστάσεις στον άλλον, οι οποίες δεν είναι κατανοήσιμες, και δεν είναι κατανοήσιμες *per se*, όπως π.χ. στις ψυχώσεις. Δηλαδή η ψυχολογίζουσα κατανόηση προσκρούει σε ορισμένες ανυπέρβλητες δυσκολίες, έτσι ώστε ο βιωματικός χώρος του άλλου δεν είναι πια προσηνής, δεν διαθέτουμε προσβάσεις, αλλά διαθέτουμε απλώς και μόνο απορίες. Ένα απλό παράδειγμα: όταν ο άλλος έρχεται με μια παρανοϊκή κατασκευή ότι είναι ο σημαντικότερος λόγου χάρη ψυχίατρος του κόσμου και διαπιστώνεται ότι ο ασθενής αυτός δεν δύναται να περιγράψει τις αφορμές που οδήγησαν σε αυτή την παρανοϊκή κατασκευή και βεβαίως κάθε διάλογος ο οποίος αποσκοπεί στην μεταβολή, στην μετατροπή αυτής της απόλυτης εσωτερικής βεβαιότητας αποτυγχάνει. Εδώ βλέπουμε ότι τα όρια της κατανόησης δεν είναι δυνατόν κανένας να τα διευρύνει. Φυσικά ήδη η κλασική ψυχοπαθολογία και η κλασσική ψυχιατρική προσπάθησαν να επεκτείνουν τα όρια της ψυχολογικής κατανόησης σε ένα μεγαλύτερο βαθμό, ώστε να συμπεριληφθούν και ορισμένα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα. Εν τούτοις αυτές οι προσπάθειες σε ένα μεγάλο βαθμό αποτυγχάνουν και οφείλουμε πάλι στον Γιάσπερς την παρατήρηση ότι τα όρια της ψυχολογικής κατανόσεως ορισμένων φαινομένων είναι περιορισμένα και ως εκ τούτου πρέπει να ασχοληθούμε πολλές φορές μόνο με τα φαινόμενα αυτά καθ' εαυτά και όχι με την ψυχολογική τους αναγωγή σε άλλα.

Όταν δεν κατανοώ λοιπόν κάποιον, έχω μπροστά μου μια ξένη φυσιογνωμία, μια ξένη πραγματικότητα, και αυτήν την οδυνηρή κλινική

εμπειρία καλούμεθα να μην την διασκεδάζουμε αλλά να την λαμβάνουμε πάρα πολύ σοβαρά υπ' όψη μας.

Ο αποκλεισμός του άλλου, για να σας θυμίσω και έναν όρο της κοινωνικής ψυχιατρικής, αρχίζει εκείνη ακριβώς τη στιγμή που δεν μπορούμε να τον κατανοήσουμε. Και το μη κατανοήσιμο ορισμένων ψυχώσεων είναι δεδομένο. Και αυτή είναι η αφορμή ίσως του στιγματισμού. Θα σας δώσω ένα πολύ απλό παράδειγμα από την εκπαίδευση των φοιτητών της ψυχιατρικής για να αντιληφθείτε καλύτερα την σκοπιμότητα αυτών των αναφορών που κάνω. Αν παρουσιάσετε έναν νευρωσικό ασθενή σε μια ομάδα 7-10 φοιτητών, τότε διαπιστώνετε ένα πολύ υψηλό ενδιαφέρον των παρευρισκομένων φοιτητών για τον ασθενή και για την βιογραφία του ασθενούς, για το παρελθόν και για την παιδική του ηλικία, για τον τρόπο κατά τον οποίο δημιουργήθηκαν ορισμένες τραυματικές καταστάσεις στο βίο του κ.ο.κ.. Η δε συζήτηση παίρνει έναν χαρακτήρα συγκινησιακά φορτισμένο και μπορείτε να διακρίνετε ότι ορισμένοι φοιτητές ενδιαφέρονται για ορισμένες όψεις του βιογραφικού σημειώματος αυτού του ασθενούς και ορισμένοι άλλοι για άλλες. Πάντως βλέπετε να διαμείβονται συνομιλίες οι οποίες προδίδουν ταυτίσεις ανάμεσα στους φοιτητές και στο «υλικό» που παρουσιάζεται. Αν αντίθετα στην ίδια ομάδα των φοιτητών, οι οποίοι έχουν ισχυρά κίνητρα για την ψυχιατρική εκπαίδευση, παρουσιάσετε έναν σχιζοφρενή συμβαίνει το εξής ενδιαφέρον και επαναλαμβανόμενο παράδοξο κατά το οποίο ενώ κατά τα πρώτα πέντε λεπτά οι φοιτητές δείχνουν ένα μεγάλο ενδιαφέρον για τον ασθενή, ήδη μετά από ένα δεκάλεπτο αρχίζουν και επικρατούν σημεία κοπώσεως στην ομάδα, και αντί να ενδιαφέρονται οι φοιτητές για το παρελθόν του ασθενούς, για το τι συνέβη στην παιδική του ηλικία, ποιες ήταν εκείνες οι επιβαρυντικές καταστάσεις οι οποίες οδήγησαν στην αποκλίνουσα συμπεριφορά, αρχίζουν να τον περιγράφουν περίπου με έναν τρόπο αυστηρά φαινομενολογικό, το πώς αυτός ο ασθενής συμπεριφέρεται εντός της ομάδας και βλέπετε ότι εξαντλούνται οι συνθήκες διαλόγου ανάμεσα σ' αυτόν και τους φοιτητές. Δηλαδή, οι φοιτητές αρχίζουν ασυνείδητα να τον αποκλείουν και να θέλουν να αποσυρθούν μαζί με τον διευθύνοντα την συζήτηση για να συζητήσουν επί της θεωρίας της σχιζοφρένειας. Αποκλείουν δηλαδή τον συγκεκριμένο ασθενή για να συμφιλιωθούν περισσότερο με την θεωρία, η οποία τους απαλλάσσει από την υποχρέωση διαλόγου μ' έναν ψυχωσικό. Αυτό είναι ένα απλό

επαναλαμβανόμενο παράδειγμα του αποκλεισμού ενός ψυχωτικού μέσα σε μια ομάδα ενδιαφερομένων νέων φοιτητών της ψυχιατρικής!

Αυτό το αναφέρω γιατί όταν η Κοινωνική ψυχιατρική, την οποία πολλές φορές κι εγώ θέλω να εκπροσωπώ, προσπαθεί να υπερβεί το στίγμα και τις προκαταλήψεις που αφορούν τους σχιζοφρενείς, προσκρούει σε πάρα πολύ μεγάλα εμπόδια. Τα άσυλα τα οποία δημιουργήθηκαν με ψυχασθενείς δεν οφείλονται απλώς και μόνον σε μη εξηγήσιμες προκαταλήψεις ή μη εξηγήσιμες πολιτικές ή κοινωνικές συνθήκες, αλλά οφείλονται σε μηχανισμούς αποκλεισμού των ψυχωτικών ατόμων, μηχανισμούς που χαρακτηρίζουν όλους μας. Είναι πάρα πολύ δύσκολο να ανεχθούμε, πολύ περισσότερο τώρα εδώ ανάμεσά μας άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από μια ορισμένη ψυχωτική συμπεριφορά. Τους αποκλείουμε αμέσως. Είναι πάρα πολύ δύσκολη η επικοινωνία ανάμεσα σε μας και σε κείνους. Είναι λοιπόν εξαιρετικά δύσκολο το έργο μας όταν θέλουμε να υπερβούμε αυτές τις αδυναμίες οι οποίες υπάρχουν στην επικοινωνία μας με τους ψυχωτικούς.

Χρησιμοποίησα τον όρο της προκατάληψης (αυτόν που σχετίζεται με το στίγμα) και στην σημερινή εποχή πολύ συχνά μιλάμε για προκαταλήψεις, για στερεότυπα, για ρατσισμούς, χωρίς ακριβώς να ξέρουμε τι ακριβώς σημαίνει προκατάληψη και από πού προέρχεται η ανάγκη να χρησιμοποιούμε αυτή την έννοια. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές γλώσσες, την Γερμανική, τη Γαλλική και την Αγγλική, η έννοια της προκατάληψης σημαίνει προ-κρίση, κάτι το οποίο απασχόλησε και τον Έγκελς. Δηλαδή πριν καταληφθούμε σε μία κρίση την προκαταλαμβάνουμε με μια άλλη κρίση. Όταν το πνεύμα αρχίζει να ψηλαφεί ένα ορισμένο πρόβλημα είναι σχεδόν αναπόφευκτο να κάνει χρήση προκαταλήψεων. Στην Ελληνική η έννοια προκατάληψη είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Ίσως αποκαλύπτει μια διάσταση αυτής της προβληματικής καλύτερα απ' ό,τι οι λέξεις που χρησιμοποιούνται σε άλλες γλώσσες, γιατί η προκατάληψη σημαίνει ότι ένα ορισμένο αντικείμενο που μας απασχολεί, ένα αντικείμενο γνώσεως, έχει καταληφθεί από μια ορισμένη ερμηνευτική, από μια ορισμένη προτεινόμενη δική μας ερμηνεία για την ποιότητά του, για τη δομή του, για τη συμπεριφορά του (εάν πρόκειται για άνθρωπο). Η προκατάληψη στην Ελληνική παραπέμπει στην ψυχαναλυτική θεωρία η οποία κάνει χρήση της έννοιας της καταλήψεως του αντικειμένου από τον δικό μας συναισθηματικό κόσμο, από τις δικές μας συναισθηματικές ή ενορμητικές

ροπές. Όταν κάνουμε χρήση της έννοιας προκατάληψη εννοούμε ότι υπάρχει μέσα μας μια ορισμένη αποθηκευμένη και επαναλαμβανόμενη ερμηνευτική για ένα αντικείμενο γνώσεως ή για έναν ασθενή, η οποία ανασύρεται ανά πάσα στιγμή και η οποία προκαλεί τον στιγματισμό. Η γλώσσα διαμορφώνει ένα πολύ μεγάλο ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αναφύονται προκαταλήψεις. Αρκεί να μιλήσετε για την λέξη σχιζοφρένεια σε άτομα τα οποία δεν γνωρίζουν καν σχιζοφρενείς. Η λέξη σχιζοφρένεια και μόνον αυτή είναι σε θέση να δημιουργήσει αμέσως υποψίες στιγματισμού, ότι ο άλλος είναι επικίνδυνος, είναι διαφορετικός. Η λέξη αυτή καθ' εαυτή πολλές φορές διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο για τον στιγματισμό. Πώς διαμορφώνονται αυτές οι προκαταλήψεις; Γιατί οι προκαταλήψεις, οι στιγματισμοί είναι πάντα διάχυτοι στην κοινωνική πραγματικότητα και στον διάλογο ο οποίος επικρατεί αναμεταξύ μας; Πριν απαντήσω σ' αυτό το ερώτημα να σας πω δύο πράγματα που αφορούν την επικοινωνία μεταξύ μας. Έλεγα προηγουμένως ότι πολλές φορές, όταν ασχολούμαστε με ψυχωτικά άτομα προσκρούουμε σε ανυπέρβλητες δυσκολίες κατανόησης διότι δεν είναι δυνατόν τα ενδοψυχικά δικά τους φαινόμενα να εξαχθούν από άλλες ψυχικές καταστάσεις και να συγκριθούν με τις δικές μας. Δηλαδή η συναισθηματική μας δυνατότητα προσκρούει σε ανυπέρβλητες δυσκολίες. Προηγουμένως άκουσα τον κύριο Παπαδόπουλο να αναφέρεται στα συναισθήματα. Αναφέρθηκε στη σύνθεση λόγου και συναισθήματος. Είναι μια πολύ ενδιαφέρουσα παρατήρηση για να δούμε πώς συμφύρεται το συναίσθημα με το λόγο. Και βεβαίως δεν υπάρχει ένας λόγος πλήρως αφηρημένος. Συνοδεύεται πάντοτε από συναισθηματικές απολήξεις, εκτός αν κάποιος ασθενεί βαρέως, οπότε πράγματι μπορεί να δημιουργήσει την εντύπωση ότι απλώς και μόνο σκέφτεται ψυχρά και δεν μπορεί να αντιστοιχίσει τον στοχασμό του με συναισθηματικές καταστάσεις. Όταν μιλούμε στη γλώσσα της ψυχιατρικής για το συναίσθημα, αναφερόμαστε σε δύο βασικές του διαστάσεις. Τη μια τη γνωρίζετε όλοι. Είναι αυτό το οποίο βιώνουμε όταν μας απασχολεί ένας ερεθισμός ο οποίος δημιουργεί μέσα μας κάποιες «δονήσεις». Και ξέρουμε βασικά συναισθήματα του άγχους, του φόβου, της αγάπης, του μίσους, τα οποία μπορούν να κυριαρχήσουν μέσα μας με μια ορισμένη ειδική ποιότητα, έτσι, ώστε όταν αναφέρομαι στην αγάπη να προκαταλαμβάνω την δική σας συμφωνία ότι κάτι ανάλογο μπορείτε να αισθανθείτε και σεις. Αλλά μια άμεση βέβαια σύγκριση του εσωτερικού σας

κόσμου με τον δικό μου δεν είναι δυνατή. Μας συνδέει η βεβαιότητα ή η υποψία ότι η λέξη αγάπη πχ αναφέρεται σε όμοιες εμπειρίες τόσο σε σας όσο και σε μένα. Αυτή είναι η μια διάσταση του συναισθήματος. Η δεύτερη διάσταση, και είναι αυτή που μας απασχολεί πολύ στην ψυχοπαθολογία, είναι η επικοινωνιακή. Τα συναισθήματα δεν έχουν εφευρεθεί από την οντογονία και την φυλογονία απλώς και μόνο για να έχουμε έναν εσωτερικό κόσμο με κραδασμούς, έναν διαφοροποιημένο εσωτερικό κόσμο, ο οποίος ακούει Bethoven και συγκινείται, ο οποίος βλέπει μια μητέρα να πάσχει και αρχίζει επίσης να αισθάνεται λύπη, δεν είναι μόνο αυτός ο λόγος που υπάρχουν τα συναισθήματα, αυτό το τεράστιο εσωτερικό ρεπερτόριο, όλα αυτά τα συναισθήματα έχουν έναν δεσμευτικό επικοινωνιακό χαρακτήρα. Δηλαδή όταν αισθάνομαι λύπη πρέπει το πρόσωπό μου να συσπάται κατά έναν ορισμένο τρόπο, ο οποίος είναι αντικειμενικός. Είναι δηλαδή ένας ορισμένος κώδικας εκφραστικών αντικειμενικών μέσων που οφείλουμε να κατέχουμε, ασυνειδήτως βέβαια, ο οποίος προϋποθέτει μια εξελικτική διαδρομή, πολύ πολύπλοκη, για να μπορούμε να επικοινωνήσουμε με τους άλλους. Όταν διαθέτουμε αυτά τα «συναισθηματικών εργαλεία επικοινωνίας», τότε βεβαίως μπορούμε να συμμετάσχουμε σε έναν διάλογο με τους άλλους. Είμαστε όντα κατανοήσιμα από τους άλλους, και γι αυτό τον λόγο δεν προσφέρουμε αφορμές για να μας στιγματίσει ο άλλος. Όταν όμως η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι αλλόκοτη (μπορεί να σας λέει ότι αισθάνεται χαρά και το πρόσωπό του να συσπάται κατά τον αντίθετο τρόπο, ή να μην εκφράζει απολύτως τίποτα το μυϊκό του σύστημα του προσώπου, να παραμένει απαθής) τότε το επικοινωνιακό αυτό πλέγμα καταλύεται και αυτός ο οποίος προσπαθεί να επικοινωνήσει μαζί μας, ή νομίζει ότι επικοινωνεί, βρίσκεται σε μια πάρα πολύ δυσχερή τοποθέτηση που αποτελεί μια από τις αφορμές του στιγματισμού του.

Δεν συνομιλούμε μαζί του. Βλέπετε, η προβληματική των συναισθημάτων δεν είναι τόσο εύκολη. Και το λέω αυτό διότι πολλές φορές και εμείς οι ψυχίατροι, αλλά και πολλοί ψυχολόγοι προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε αυτά τα προβλήματα της «δυσεπικοινωνίας», απλώς και μόνο με αιτήματα διαφωτισμού. Θεωρούμε ότι οφείλουμε να αγαπάμε τους ασθενείς, ότι οφείλουμε να τους κατανοούμε, ότι δεν πρέπει να τους αποκλείουμε, ενώ συμβαίνει ουσιαστικά, το ακριβώς αντίθετο! Αξίζει να

σημειώσουμε δε, ότι πολλές φορές, για να μην εκληφθεί η στάση μας ως πολύ συντηρητική, προσποιούμαστε ότι κατανοούμε τον άλλο, χωρίς να το έχουμε επιτύχει, ή ακόμη μπορεί και τα αρνητικά συναισθήματα που αφορούν τους ασθενείς μας να μην τα συνειδητοποιούμε και να τα εκφράζουμε με λανθάνοντα τρόπο (και με αυτόν τον τρόπο ασυνείδητα, προσυνείδητά ή ακόμα και ενσυνείδητα να καταστρέφουμε το έργο της προσέγγισης του άλλου, το οποίο πρέπει να στηριχθεί σε μια ιδιαίτερη κατανόηση).

Μίλησα προηγουμένως για την φαινομενολογική παράδοση. Επιτρέψτε μου να κάνω τώρα ένα άλμα προς την ψυχανάλυση. Πώς κατανοούμε τον άλλον, δηλαδή τον ψυχασθενή. Ο κος Βαρτζόπουλος θα σας πει περισσότερα γι αυτό στο πλαίσιο μιας ψυχαναλυτικά, ψυχοδυναμικά προσδιοριζόμενης επικοινωνίας. Το ένα μέρος αυτής της επικοινωνίας, της ψυχοδυναμικά προσανατολισμένης, θα μπορούσε να καλυφθεί ερμηνευτικά με τον τρόπο τον οποίο σας ανέφερα προηγουμένως και που αφορά την κλασική ψυχιατρική. Η μία διάσταση του διαλόγου ο οποίος διαμείβεται ανάμεσα στον ψυχασθενή στο πλαίσιο ενός ψυχοθεραπευτικού πλαισίου είναι το να αντιληφθούμε ως θεραπευτές τι διαμείβεται στον άλλον εκείνη τη στιγμή, ποια είναι τα συναισθήματά του, ποιες είναι οι αντιδράσεις του και κυρίως ποια είναι τα συναισθήματά του, ποιος είναι ο συγκινησιακός του κόσμος ο οποίος οφείλεται στη δική μας παρουσία. Κάθε άνθρωπος, όταν συνομιλεί μ' έναν άλλον βρίσκεται υπό την επίδραση, υπό το κράτος της επιρροής του άλλου και οτιδήποτε και αν λέμε αναμεταξύ μας, από την στιγμή που υπάρχουν οι συνθήκες ενός διαλόγου, προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία του άλλου (ακόμη και αν πολλές φορές αυτό δεν γίνεται εμφανώς). Λόγου χάρη εγώ τώρα σας κάνω μια ομιλία και επαναφέρομαι στο στίγμα, αλλά δίχως άλλο μέσα μου με απασχολούν και άλλα ερωτήματα, άμα τα λέω καλά, αν με καταλαβαίνουν οι συνάδελφοι που έχουν προφανώς άλλες εμπειρίες απ' ότι εγώ κ.ο.κ. Αυτές είναι αντιδράσεις που αφορούν εσάς. Έτσι γίνεται και με κάθε ασθενή όταν συνομιλεί με έναν ψυχίατρο. Αυτή είναι η κλασική συνθήκη της αποκαλούμενης μεταβίβασης των συναισθημάτων ενός ασθενούς προς το γιατρό του. Η δεύτερη διάσταση, η οποία δεν συμπεριλαμβάνεται στην κλασική θεώρηση αυτού του διαλόγου είναι το τι αισθάνεται ο ψυχίατρος για τον ασθενή του, τι αισθάνεται ο ψυχοθεραπευτής ή ο ψυχολόγος για τον ασθενή του, σε ποιο βαθμό είναι πρόθυμος να

αποκαλύψει αυτά τα συναισθήματά του. Δηλαδή είναι συναισθήματα μίσους, αγανακτήσεως, είναι συναισθήματα που αφορούν τις δικές του φαντασιώσεις, τις διαστροφικές, σεξουαλικές ενορμήσεις, είναι συναισθήματα τα οποία εκπηγάζουν από μια φοβερή αγανάκτηση γιατί είναι υποχρεωμένος να συνομιλεί με έναν ψυχασθενή, ο οποίος επικοινωνιακά δεν του προσφέρει αυτά που προσμένει κ.ο.κ. Η αποκάλυψη αυτών των συναισθημάτων είναι εκείνη η οποία βοηθάει τη σύγχρονη ψυχιατρική και τη σύγχρονη ψυχολογία να καταλάβουν καλύτερα εκείνο το οποίο διαμείβεται *ad hoc*, ανάμεσα στον ασθενή και το θεραπευτή του, και να κατανοήσουν καλύτερα τη συναισθηματική πραγματικότητα του ίδιου του ασθενούς. Η ψυχανάλυση αντιστρέφει κάπως τα πράγματα και αναρωτιέται για ποιο λόγο ο ψυχισμός του ασθενούς αυτή τη στιγμή είναι σε θέση, επιθυμεί, τείνει, ενσυνείδητα ή ασυνείδητα να δημιουργήσει μέσα του αυτά τα συναισθήματα, και όχι άλλα. Όσο προχωρούμε στη διερεύνηση αντίστοιχων ενσυνείδητων και ασυνείδητων αντιδράσεων του ασθενούς και του θεραπευτού, τόσο περισσότερο διευρύνουμε τα όρια της κατανόησής που αφορούν τον άλλον. Και τόσο λιγότερη γίνεται η προθυμία μας να στιγματίσουμε τον άλλον. Γιατί ο στιγματισμός είναι κατά την κρίση μου πολλές φορές μια αδιαφοροποίητη κατάσταση, ένα αδιαφοροποίητο γεγονός, το οποίο οφείλουμε να κατανοήσουμε καλύτερα. Αν διερευνήσουμε πού στηρίζεται και από πού προέρχεται, μόνον τότε θα είμαστε σε θέση να υπερβούμε ένα μέρος των δυσκολιών της επικοινωνίας ανάμεσα σε μας και τους ψυχωτικούς κυρίως ασθενείς. Δεν ανήκω στους υπεραισιόδοξους στον τομέα αυτό. Νομίζω ότι οι προσπάθειες πρέπει να συνεχισθούν αλλά με έναν τρόπο τέτοιο που να έχει την πρόθεση να αποκαλύψει την προκατάληψη, όχι γενικά και αόριστα σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης κοινωνίας, αλλά σε μας τους ίδιους, τους ειδικούς. Τότε μόνον θα είμαστε σε θέση να καταλάβουμε την προβληματική του στιγματισμού.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ Ι

«ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»

**Πρόεδρος: Ταξίαρχος Καραθανάσης Βασίλειος,
Διευθυντής Σχολής Εφαρμογής Υγειονομικού
(ΣΕΥ)**

«Προβλήματα συνεργασίας ψυχιατρικών ασθενών: δεδομένα από την κλινική»

**Υπίατρος Στεφανής Νικόλαος, Ειδικευόμενος στην ψυχιατρική,
Ψυχιατρική κλινική 414 ΣΝΕΝ**

Η συνεργασία του ψυχιατρικού ασθενούς είναι ένα πολύπλευρα ακανθώδες θέμα. Η προσπάθεια αυτής της παρουσίασης είναι να παρουσιάσει κάποιες από τις παραμέτρους αυτού του προβλήματος και άρα να δείξει κάποιες πιθανότητες για την επίλυσή του και να αναφέρει κάποιες εργασίες της παγκόσμιας βιβλιογραφίας οι οποίες θα καταδείξουν το πρακτικό μέγεθος αυτού του προβλήματος πέρα και έξω από τη θεωρητικοποίηση. «Αρχή σοφίας ονομάτων επίσκεψις», οπότε ας δούμε τι εννοούμε με την έννοια της συνεργασίας του ψυχιατρικού ασθενούς.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

- 1.ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ**
- 2.ΝΟΣΗΛΕΙΑ**
- 3.ΣΥΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Μια από τις πλέον «κομψές» περιγραφές αυτής της κατάστασης πιστεύω ότι έχει δοθεί με την έννοια του θεραπευτικού συμβολαίου, όπου αδρά θα μπορούσε να ορισθεί σαν η σχέση η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή και χωρίζεται σε τρεις διαφορετικούς τομείς: τη συνάντηση με το γιατρό, τη νοσηλεία και την επακόλουθη συμμόρφωση στη θεραπεία. Η συνεργασία του ψυχιατρικού ασθενή αποτελεί ένα κομβικό σημείο-κλειδί για μια επιτυχημένη θεραπεία. Χωρίς αυτό, χωρίς την ύπαρξη συμμαχίας του γιατρού και του ασθενούς, δεν μπορούμε να προσεγγίσουμε το στόχο της θεραπείας. Τα προβλήματα τα οποία προκύπτουν, ειδικά για τον ψυχιατρικό ασθενή, ο οποίος διαφέρει από τους άλλους ασθενείς, είναι ότι υπάρχει αυτή η κοινή και κατανοητή αίσθηση ότι η ψυχοπαθολογία μπορεί, και τις περισσότερες φορές έχει μια καταστροφική εν γένει επίδραση στην αυτοσυνειδητότητα και στην ικανότητα λήψης αποφάσεων από τον ασθενή.

Επομένως εκεί η παρεμβατικότητα και η διακριτική ικανότητα του γιατρού απαιτείται να βρίσκεται σε αρκετά υψηλότερα σημεία. Το National Bioethics Advisory Commission στις συστάσεις που είχε δώσει προς τους ψυχιάτρους των ΗΠΑ τόνιζε δύο σημεία: α. Την ανάγκη διάκρισης των γνωσιακών χαρακτηριστικών από τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά π.χ. η απαισιοδοξία μπορεί να είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, αλλά μπορεί να είναι και σύμπτωμα στην κατάθλιψη και επίσης β. την ανάγκη διάκρισης ανάμεσα στη δυσκολία εκμάθησης και στη δυσκολία κατανόησης.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

- **ΑΥΤΟΜΟΜΦΗ**
- **ΕΝΟΧΕΣ**
- **ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΣΕ
ΠΟΣΟΣΤΟ 92%(CENTRE NATIONAL DE
LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE,ΓΑΛΛΙΑ)**

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα τη συνεργασία μεταξύ γιατρού και ασθενούς και στην διακοπή του θεραπευτικού συμβολαίου, και στις τρεις φάσεις του, αποτελεί το κοινωνικό στίγμα. Στον ασθενή εμφανίζεται με την μορφή της αυτομομφής και των ενοχών και μάλιστα σε ποσοστό 92%. Σε πανεθνική έρευνα του 2003, στη Γαλλία αποκαλύφθηκε ότι η θεραπευτική συμμαχία και η εξατομίκευση της προσέγγισης είναι δύο σημαντικότεροι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επιδράσουν έτσι ώστε να έχουμε μια ολοκληρωμένη και ουσιαστική θεραπεία.

Μια άλλη παράμετρος η οποία μπορεί να οδηγήσει σε διάλυση του θεραπευτικού συμβολαίου είναι οι φόβοι του ασθενούς σχετικά με τα φάρμακα. Σε μια έρευνα των Taylor και Francis για το Mental Health Nursing πάλι στις ΗΠΑ, η σεξουαλική δυσλειτουργία και η κοινωνική απόσυρση, ο φόβος δηλαδή ότι η ψυχρότητα τόσο στην σεξουαλική ζωή του ασθενούς, όσο και στην κοινωνική του συμμετοχικότητα ήταν το σημαντικότερο πρόβλημα το οποίο εμφανίσθηκε και επηρέασε τον ασθενή αρνητικά προς τη φαρμακευτική του αγωγή.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

- **ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**
- **ΓΡΑΠΤΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**
- **ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΕΙΣ**
- **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ**
- **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**
- **Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΩΣ ΚΕΝΤΡΟ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ**

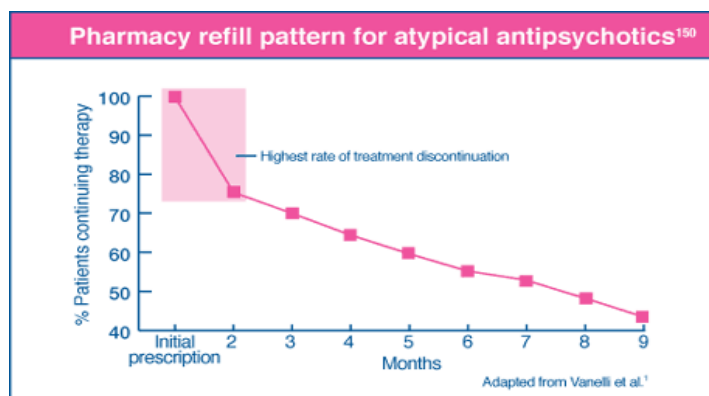
Η πρόταση ήταν να δημιουργηθεί ένα καλύτερο πλαίσιο επικοινωνίας, μια επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και το ασθενή. Η προσπάθεια της επικοινωνίας βέβαια, έχει μόνο πρακτικές επιδράσεις, όπως δηλαδή στην καλύτερη διαμόρφωση των δόσεων και στην αντιστάθμιση των ανεπιθυμητών

ενεργειών, αλλά μπορεί να ενισχύσει την πίστη στην αγωγή σε κάποιες περιπτώσεις όπως στην διπολική διαταραχή και σε κάποιες περιπτώσεις όπου ο ασθενής χρειάζεται να αισθανθεί ότι είναι μοναδικός και ότι έχει την προσοχή του γιατρού. Ποικίλα προγράμματα εκπαίδευσης του ασθενούς έχουν μέχρι σήμερα προταθεί. Αυτά περιλαμβάνουν την προφορική ενημέρωση η οποία θα πρέπει να συνοδεύεται από γραπτές οδηγίες προς τον ασθενή, θεωρούνται σημαντικά ότι πάρα πολλές κλινικές χρησιμοποιούν τις τηλεφωνικές υπενθυμίσεις, έναν σταθερό προγραμματισμό ραντεβού, με την έννοια ότι δίνουν στους ασθενείς τους μια σαφέστατη οδηγία (π.χ. την πρώτη Δευτέρα κάθε μήνα εμείς θα συναντιόμαστε και θα είναι πάντοτε η πρώτη Δευτέρα κάθε μήνα). Η εκπαίδευση του περιβάλλοντος είναι πάρα πολύ σημαντική και πάντοτε σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνεται ως κέντρο λήψης των αποφάσεων.

ΣΧΟΛΙΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- **ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- **ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**
- **ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΗΜΕΡΑΣ, ΧΡΩΜΑΤΑ, ΜΕΙΩΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΑΠΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΩΔΥΝΩΝ ΕΝΕΣΕΩΝ**
- **E-MAIL, ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΑ**
- **ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΩΝ ΜΗΝΩΝ**

Ανάμεσα στα άλλα σχόλια και προτάσεις τα οποία θα μπορούσαν να ενδυναμώσουν το θεραπευτικό συμβόλαιο και να βοηθήσουν στην θεραπεία του ασθενούς κυρίαρχη θέση κατέχει η ομαδική ψυχοθεραπεία με τον υποστηρικτικό της ρόλο, η διαμόρφωση των φαρμάκων, δηλαδή με σημειώσεις ημέρας με διαφορά στα χρώματα, με μείωση του αριθμού των χαπιών και των επώδυνων ενέσεων. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν φαρμακευτικές εταιρείες στην Αμερική που λαμβάνουν το ρόλο της υπόμνησης με email ή με διαφημιστικά ημερολόγια. Θα πρέπει να λαμβάνουμε πάντα υπόψιν ότι η επικινδυνότητα των πρώτων μηνών για διακοπή της θεραπείας είναι πάρα πολύ υψηλή. Στον πίνακα,



φαίνεται ότι μέσα στους πρώτους δύο μήνες είναι ιδιαίτερα υψηλή η διακοπή της θεραπείας, ενώ μετά από ένα εννεάμηνο σχεδόν υποδιαπλασιάζεται. Από τους σημαντικότερους παράγοντες για την διατήρηση και την επιτυχία του θεραπευτικού συμβολαίου είναι η οικογένεια. Το 58% στο δυτικό κόσμο και το 72% στην Ελλάδα των ψυχιατρικών ασθενών μένουν με μέλη της οικογένειάς τους. Σε μια έρευνα των Gool και Hummer του 1999, φαίνεται ότι το 80 % των ασθενών για επανεισαγωγή γινόταν από συγγενικά τους μέλη και αυτό γινόταν όταν το βάρος της φροντίδας στο σπίτι γινόταν ιδιαίτερα υψηλό. Στην έρευνα των Rosenberg και Kersner το 1998 αποδεικνύεται ότι σε ένα πάρα πολύ υψηλό ποσοστό ο απρόθυμος ασθενής συνοδεύεται από μέλος της οικογένειάς του για να φθάσει στο εξωτερικό ιατρείο της ψυχιατρικής. Μια άλλη έρευνα που είχε γίνει σε 12μηνη βάση στο Βερολίνο το 2001 κατέληξε ότι μόλις το 22% των περιστατικών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία συνοδευόταν από μη συγγενείς. Άρα η οικογένεια και ειδικά στην Ελλάδα, παραμένει ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, ο οποίος μπορεί να βοηθήσει τόσο στο πρώτο μέρος, δηλαδή να έλθει ο ασθενής στον ψυχίατρο, όσο και στο δεύτερο μέρος, δηλ. να συναινέσει στη νοσηλεία του, αλλά και στο τρίτο μέρος, δηλ. στην τήρηση αυτού του θεραπευτικού συμβολαίου και της φαρμακευτικής του αγωγής.

Το 2000 σε μια 8μηνη πανεθνική έρευνα η οποία έγινε στον Καναδά για λογαριασμό του Canadian Psychiatric Association προέκυψε ότι οι πρακτικοί λόγοι, όπως η τιμή των φαρμάκων, η κάλυψη των ταμείων, η άποψη της οικογένειας ότι η βελτίωση είναι πιθανή και χωρίς φάρμακα, η ανάγκη για προσοχή και η εκδραμμάτιση του ασθενούς, οι εμμονές σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες και προβλήματα στην καινούργια συνταγογράφηση

μπορούν να επιδράσουν στην διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, στη θεραπεία στο λεγόμενο compliance, στη συμμόρφωση του ασθενούς.

Μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα που έγινε το 2001 από το Royal College of Psychiatrists σε 680 μακράς ασθένειας ασθενείς, βρήκε ότι τα 2/3 δεν γνώριζαν το λόγο για τον οποίο λάμβαναν αγωγή, μόλις το 1/10 γνώριζε για τις πιθανές παρενέργειες και η ενημέρωσή τους ήταν αντιστρόφως ανάλογη με την ηλικία. Δηλαδή όσο μεγαλύτερος ήταν κάποιος, τόσο μικρότερη ενημέρωση είχε, όσο πιο πρόθυμος ήταν να νοσηλευτεί, τόσο μικρότερη ήταν η ενημέρωσή του και όσο μακρύτερη ήταν η νοσηλεία του, τόσο μικρότερη ήταν και πάλι η ενημέρωσή του.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2001

- **680 ΜΑΚΡΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**
- **ΤΑ 2/3 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΑΝ ΤΟ ΛΟΓΟ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΑΝ ΑΓΩΓΗ**
- **ΜΟΛΙΣ ΤΟ 1/10 ΓΝΩΡΙΖΕ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**
- **Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΩΣ ΑΝΑΛΟΓΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ, ΤΗΝ ΠΡΟΘΥΜΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Όμως οι περισσότεροι ασθενείς δεχόταν και ενέκριναν την θεραπεία, ελάχιστοι αναγνώριζαν ότι είχαν το δικαίωμα της επιλογής, άρα το συμπέρασμα είναι ότι ήταν το ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο ενημέρωσης του ασθενούς που δημιουργούσε ερωτήματα για τον σεβασμό των δικαιωμάτων του. Και κλίνοντας με μια εργασία από το Nice (National Institute of Clinical Excellence) το οποίο το 2001 είχε εκδώσει οδηγίες για γραπτή ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς σε σχέση με τα φάρμακα, 4 χρόνια αργότερα μετά τις συστάσεις του, το 2005, γίνεται μια έρευνα όπου το συμπέρασμα είναι ότι η κλινική πρακτική αγνοεί τις συστάσεις του NICE μια και κανείς από τους ασθενείς στην Αγγλία δεν είχε 4 χρόνια μετά γραπτή δήλωση που να αποδεικνύει ότι συζήτησε για τα φάρμακά του.

NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE,ΛΟΝΔΙΝΟ 2005

- **ΕΚΔΙΔΕΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ(2001)**
- **300 ΑΣΘΕΝΕΙΣ.158 ΔΗΛΩΣΑΝ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΙΧΑΝ ΚΑΠΟΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ,278 ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΙΧΑΝ ΚΑΜΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ**
- **ΚΑΝΕΙΣ ΤΟΥΣ ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΓΡΑΠΤΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΟΥ ΝΑ ΑΠΟΔΕΙΚΝΥΕΙ ΟΤΙ ΣΥΖΗΤΗΣΕ ΓΙΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΟΥ**
- **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΓΝΟΟΥΣΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ NICE**

Η ψυχιατρική εμπλέκεται με τη θεραπεία των ατόμων που είναι διαταραγμένα στο μυαλό, το δικό τους ή των άλλων. Αυτό είναι ο πυρήνας σύμφωνα με την Karoline Kayfman, όλων των προβλημάτων σχετικά με την συνεργασία του ασθενούς. Σας ευχαριστώ για την υπομονή σας.

«Ο ψυχωσικός ασθενής»

**Βαρτζόπουλος Ιωάννης, Ψυχίατρος, Διδάκτωρ ψυχιατρικής,
Διευθυντής τμήματος ψυχοθεραπειών Σισμανογλείου
Νοσοκομείου.**

Θα προσπαθήσω να προσαρμόσω την παρουσίασή μου στις δύο προηγούμενες ομιλίες που προηγήθηκαν. Ιδιαίτερα ο προηγούμενος συνάδελφος έκανε μια πολύ εμπεριστατωμένη παρουσίαση για το πώς αντιμετωπίζονται τα πράγματα στην σύγχρονη ψυχιατρική. Και θα ήθελα να πω δυο λόγια γι αυτό. Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει σοβαρότατες πρόοδοι στην ψυχιατρική. Στον τομέα της θεραπείας έχουμε καινούρια φάρμακα τα οποία διεύρυναν ουσιαστικά τις θεραπευτικές δυνατότητες των ψυχιάτρων και επίσης είχαν ένα ουσιαστικό αποτέλεσμα στη ζωή των ασθενών. Π.χ. τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, τα οποία πριν από 20 χρόνια με μεγάλη δυσκολία ήμασταν σε θέση να αντιμετωπίσουμε φαρμακευτικά, σήμερα έχουμε περισσότερες δυνατότητες. Επίσης οι βιολογικές έρευνες έχουν προχωρήσει πολύ, έχουμε πλέον μια εικόνα για το πώς κινούνται τα πράγματα στη γενετική βάση, έχουμε μια πιο ευκρινή εικόνα για τη νευροχημεία του εγκεφάλου στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Όλα αυτά κάνουν το γιατρό να αισθάνεται πιο άνετα όταν έχει να αντιμετωπίσει ένα σχιζοφρενή ασθενή ή όταν βρίσκεται απέναντι στην οικογένεια του ασθενούς και την ενημερώνει για το πάσχον μέλος. Αναμένεται, αυτή να είναι υποθέτω η έρευνα στις επόμενες μια δυο δεκαετίες, ότι θα έχουμε και βιολογικούς δείκτες πλέον, οι οποίοι θα μας δίνουν τη δυνατότητα να έχουμε πιο ασφαλείς προγνωστικούς δείκτες, κάτι που θα βελτιώσει ακόμα περισσότερο την επιστημονική δυνατότητα να στεκόμαστε απέναντι στους ασθενείς με ένα ομόλογο τρόπο, όπως γίνεται στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες. Υπάρχει δηλαδή αυτή η βαθμιαία κίνηση στην ψυχιατρική να προσαρμόζεται στην στάση που έχουν οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων όπως πχ οι χειρουργοί. Υπάρχουν όμως και κάποιες διαφορές και αυτές θα παραμείνουν. Και θα ήθελα να πω δυο λόγια για αυτές τις διαφορές. Ένας ψυχιατρικός ασθενής αφού δεχθεί όλη αυτή την επωφελή επίδραση που θα του παρέχει η σύγχρονη ψυχιατρική καταλήγει σε ένα επίπεδο αντίληψης του εαυτού του και

των άλλων, το οποίο έχει ένα πολύ διαφορετικό στοιχείο από έναν άνθρωπο ο οποίος δεν είχε την εμπειρία ενός ψυχωτικού επεισοδίου, ο οποίος δεν είχε την εμπειρία μιας σχιζοφρενικής νόσου. Αυτό του αποδίδει ένα χαρακτηριστικό διαφορετικό από έναν ασθενή οποιασδήποτε άλλης κατηγορίας! Το χαρακτηριστικό αυτό είναι πολύ απλό: Έχει χάσει το μυαλό του, έχει χάσει την ταυτότητά του και δεν γνωρίζει ποιος είναι και τι είναι. Ο μόνος τρόπος να το αντιμετωπίσει αυτό είναι να μη το σκέφτεται. Στην αρχή του 20^{ου} αιώνα όταν άρχισε να οικοδομείται η ψυχιατρική ως επιστήμη με τους Krapelin και Bleuer, η προσοχή των ψυχιάτρων εκείνης της εποχής ήταν πάρα πολύ εστιασμένη σ' αυτό το βίωμα, διότι τότε δεν υπήρχαν τα φάρμακα, οι ψυχίατροι δεν μπορούσαν να λειτουργήσουν με άλλον τρόπο και το μόνο που ήταν σε θέση να κάνουν, το μόνο το οποίο ερευνούσαν ήταν το πώς θα έλθουν σε επαφή με αυτό το βίωμα του ασθενούς για να δουν τι περιθώρια έχουν για να εργασθούν μαζί του πάνω σ' αυτό το συγκεκριμένο τομέα. Όπως γνωρίζετε τότε πχ υπήρχε η έννοια του αυτισμού, ότι δηλ. ο σχιζοφρενής ασθενής είναι κάπως αποσυρμένος στον προσωπικό του παραληρητικό κόσμο έναντι των άλλων και ακόμα όταν είναι κλινικά υγιής η απόσυρση σ' αυτό τον προσωπικό παραληρητικό κόσμο παραμένει. Κατά μια αναλογία είναι ένας άνθρωπος ο οποίος ονειρεύεται συνεχώς αλλά το όνειρο επηρεάζει την αντίληψη της πραγματικότητάς του! Μια πολύ ενδιαφέρουσα παρατήρηση για τον τρόπο με τον οποίο ένας σχιζοφρενής ασθενής βιώνει τον εαυτό του έχει γίνει από έναν μη-ψυχίατρο, από έναν φιλόσοφο, τον Sorenhauer, τον φιλόσοφο του ρομαντισμού. Αυτός ήταν γόνος πλούσιας οικογένειας, ο πατέρας του ήταν μεγάλος μηχανικός της εποχής, έκανε γέφυρες, παλάτια και είχε λοιπόν την δυνατότητα να σπουδάσει το γιο του. Ο γιος άρχισε τις σπουδές και είχε γυρίσει όλα τα τότε γνωστά πανεπιστήμια. Φιλοδοξία του ήταν να αποκτήσει κάθε διαθέσιμη γνώση, και σ' ένα μεγάλο βαθμό το κατάφερε. Εκείνη την εποχή, μπορούσε κανείς να σπουδάσει ιατρική, φιλοσοφία και μηχανικός συγχρόνως. Μέσα σ' αυτή την «περιοδεία» του στα διάφορα πανεπιστήμια είχε καθίσει και έξη μήνες σε ένα ψυχιατρείο προσπαθώντας να προσεγγίσει την τρέλα της εποχής ως ένα γνωστικό αντικείμενο. Να δει δηλαδή τι είναι η τρέλα. Αυτός είχε κάνει μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα παρατήρηση, την οποία παραδόξως δεν χρησιμοποιούμε σήμερα, παρ' ότι είναι πάρα πολύ απλή, δηλαδή μπορεί να την κάνει ο καθ'

ένας από μας αν καθίσει μισή ώρα με έναν σχιζοφρενή. Είχε παρατηρήσει ότι ο σχιζοφρενής ασθενής, αν του ζητήσεις να σου πει εν συντομία ή εν εκτάσει την βιογραφία του δεν είναι σε θέση να το κάνει. Δηλαδή ο σχιζοφρενής ασθενής δεν είναι σε θέση, ακόμα και όταν έχει συνέλθει από το ψυχωτικό του επεισόδιο να σου παρέχει μια συνεκτική εικόνα για τη βιογραφία του. Στην περιγραφή που θα κάνει θα υπάρχουν σημαντικά κενά. Αν τώρα πάρετε έναν σύγχρονο ψυχιατρικό ασθενή ο οποίος έχει δεχθεί όλη αυτή την επωφελή επίδραση της ψυχιατρικής, που είναι η ψυχοφαρμακολογία, οι ψυχοθεραπείες, οι ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις, η εργασιοθεραπεία, η ψυχοεκπαίδευση με την ενημέρωση της οικογένειας και όλες τις επωφελείς επιπτώσεις από αυτό, και προσπαθήσετε πάλι να του ζητήσετε να περιγράψει τη βιογραφία του, θα δείτε ότι παρουσιάζεται η ίδια δυσκολία, και αυτό φαίνεται να είναι ένα από τα πυρηνικά στοιχεία της σχιζοφρενικής νόσου. Ο άνθρωπος αυτός για μια μικρότερη ή μεγαλύτερη περίοδο της ζωής του έχασε τα λογικά του, έχασε την επαφή με την πραγματικότητα, ακόμα και όταν έχει θεραπευθεί, ακόμα και όταν έχει πλήρως αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα ακόμα και όταν έχει θεραπευθεί, ακόμα και όταν έχει πλήρως αποκατασταθεί η επαφή με την πραγματικότητα, δηλαδή σε ένα κλινικό επίπεδο δεν παρατηρούνται συμπτώματα, ο άνθρωπος αυτός είναι σε θέση να ασκήσει την εργασία του, έχει έναν λειτουργικό ρόλο μέσα στην οικογένειά του, παρ' όλα αυτά στον τρόπο που ο ίδιος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και ο ίδιος παρουσιάζει τον εαυτό του υπάρχουν σημαντικά χάσματα. Όταν λοιπόν θελήσουμε να αποκτήσουμε μιαν επαφή με αυτόν τον ασθενή, η οποία κινείται πέραν της κλασικής ιατρικής ψυχιατρικής προσέγγισης νομίζω ότι είναι πολύ ουσιαστικό να στρέψουμε την προσοχή μας σ' αυτό το ιδιαίτερο βίωμά του, διότι μόνον τότε αυτός ο ασθενής θα αισθανθεί ότι αυτός που είναι απέναντί του έχει την διάθεση, ίσως την δυνατότητα, να του προσφέρει μια διαφοροποιό προσέγγιση ως προς την προσέγγιση που μέχρι τότε είχε δεχθεί, η οποία απευθύνεται σε ένα βαθύτερο εσωτερικό βίωμα που συνήθως παραμένει απροσπέλαστο και ανέγγιχτο από τους συνήθεις ψυχιατρικούς χειρισμούς. Με ποιόν τρόπο μπορεί να γίνει αυτό; Αυτό νομίζω προσπάθησε να μεταφέρει και ο κύριος Τζαβάρας στην ομιλία του. Είναι πολύ δύσκολο να πεις ότι έχω έναν τρελό απέναντί μου, έναν άνθρωπο ο οποίος δεν γνωρίζει, δεν μπορεί να σου πει ποιος είναι, αν συζητήσεις λίγο παραπάνω μαζί του τον βλέπεις ότι

κομπιάζει, ότι υπάρχουν χάσματα, υπάρχουν διακοπές στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να παρουσιάζει τον εαυτό του, ακόμα και όταν είναι κλινικά υγιής. Πώς θα μπορέσω να έχω μέσα μου μια εικόνα για το τι συμβαίνει σ' αυτόν και πώς θα έχω την αίσθηση ότι η εικόνα που έχω γι αυτόν είναι αξιόπιστη, ώστε να μπορέσω να οικοδομήσω την αίσθηση ότι έχω τη δυνατότητα να υπάρξει μια βαθύτερη επαφή με αυτό που πραγματικά του συμβαίνει; Νομίζω ότι όσοι έχουν ασχοληθεί με ψυχιατρικούς ασθενείς, έχουν έλθει σε μια επαφή μαζί τους στην αγωνιώδη προσπάθεια που κάνουν αρκετοί γονείς όταν αρρωσταίνει ο γιος τους ή η κόρη τους, που με πράγματι μεγάλη αγωνία προσπαθούν να κατανοήσουν αυτό που του συμβαίνει. Συνήθως βέβαια η κατάληξη είναι μάλλον μαζικές κινήσεις γιατί αυτοί οι άνθρωποι υποφέρουν και δεν έχουν την ψυχραιμία και την άνεση να οικοδομήσουν βαθμιαία αυτή την σχέση, αλλά άνθρωποι οι οποίοι έχουν τέτοιες εμπειρίες, άνθρωποι των οποίων έχουν αρρωστήσει πολύ κοντινοί φίλοι γνωρίζουν ότι αυθορμητώς σου δημιουργείται αυτή η επιθυμία να βρεις μέσα σ' αυτό τον άνθρωπο, να βρεις τι είναι αυτό που πραγματικά τον πείραξε, να βρεις πού αισθάνεται το χάσμα και να προσπαθήσεις να το καλύψεις.

Θα ήθελα να αναφέρω δύο έννοιες που ισχύουν. Θα χρησιμοποιήσω ένα παράδειγμα που βρίσκεται στη βάση της λειτουργίας καθ' ενός από μας, και που θα μπορούσε να μας προσφέρουν πρόσβαση σ' αυτό το χάσμα, σ' αυτό το κενό, σ' αυτή τη διακοπή που παρατηρείται στον σχιζοφρενή ασθενή. Πρόκειται για τις έννοιες της ορίζουσας υπόθεσης και του ψεύδους. Ας δούμε το παράδειγμα: Όλοι μας είμαστε χριστιανοί ορθόδοξοι και έρχονται οι γιορτές, η γέννηση του Χριστού. Ανεξάρτητα από πόσο βαθιά πιστεύει κανείς, όλοι θα συμμετέχουμε σ' αυτή τη γιορτή και μ' ένα βαθμό συγκίνησης. Είμαστε χριστιανοί, είναι αυτονόητο ότι είμαστε χριστιανοί ορθόδοξοι. Αυτό είναι η ορίζουσα υπόθεση. Η ορίζουσα υπόθεση προήλθε από το γεγονός ότι γεννηθήκαμε στην Ελλάδα, βαπτισθήκαμε και συνεπώς είμαστε χριστιανοί ορθόδοξοι. Για να μπορέσει να λειτουργήσει αυτή η ορίζουσα υπόθεση οφείλει το ψεύδος να έχει μια πάρα πολύ ισχυρή λειτουργία πάνω μας. Δηλαδή για να λειτουργήσουμε εμείς τα επόμενα Χριστούγεννα αυτονοήτως ως έλληνες Χριστιανοί ορθόδοξοι, οφείλουμε να αγνοήσουμε το γεγονός ότι αν είχε τύχει να γεννηθούμε στην Ιταλία θα ήμασταν καθολικοί και αυτήν την δεδομένη

στιγμή θα περιμέναμε να γιορτάζουμε τα Χριστούγεννα με έναν καθολικό τρόπο. Ή αν είχαμε γεννηθεί στο Αφγανιστάν, θα ήμασταν μουσουλμάνοι. Αυτή την αναγκαία λειτουργία του ψεύδους την έχουμε ενστερνισθεί σε ένα τόσο μεγάλο βαθμό ώστε να μπορούμε αυτονοήτως να λειτουργήσουμε με βάση την ορίζουσα υπόθεση ότι είμαστε χριστιανοί ορθόδοξοι και εντελώς αυτονόητα να συμμετέχουμε στις εορταστικές εκδηλώσεις ολόψυχα.

Αυτό ακριβώς είναι που δεν μπορεί να κάνει ο σχιζοφρενής! Δηλαδή στο σχιζοφρενή οι απλές και βασικές έννοιες οι οποίες έχουν εμποτίσει κάθε έναν από μας με έναν αυτονόητο τρόπο, ότι ο μπαμπάς μου με αγαπά, ότι ο αδελφός μου είναι αδελφός μου, κι ας μαλώνουμε, ότι το παιδί μου το αγαπώ, αυτές οι ορίζουσες υποθέσεις δεν μπορούν να ισχυροποιηθούν και να λειτουργήσουν αυτονόητα από το μηχανισμό του ψεύδους. Και γι αυτό οι ορίζουσες υποθέσεις, που είναι η πραγματικότητα, είναι αρκετά ασταθείς, και αυτή η αστάθεια διατηρείται στο σχιζοφρενή ανεξαρτήτως της όποιας κλινικής βελτίωσης. Διότι η κλινική βελτίωση πάντα αναφέρεται στα παραγωγικά συμπτώματα. Δεν αναφέρεται στην υποδομή, στην ψυχολογική βάση του σχιζοφρενή, στον τρόπο με τον οποίο οικοδομεί την εσωτερική του πραγματικότητα.

Ευχαριστώ.

«Μέθοδοι προσέγγισης οικογενειών ασθενών με δυσκολία στην συναίνεση»

Τχης (ΥΝ) Μπέριου Ευγενία, νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, 401 ΓΣΝΑ.

Δνεας ΕΠΟΠ (ΥΓ) Αλτιπαρμάκη Ευθυμία, Κοινωνική λειτουργός, 401 ΓΣΝΑ.

Όπως ακούσαμε από τον 1^ο ομιλητή το 73% των ψυχιατρικών ασθενών στην Ελλάδα ζουν με την οικογένειά τους, οπότε αντιλαμβάνεται κανείς πόσο σημαντικό είναι να προσεγγίσει τις οικογένειες αυτές ο ειδικός της ψυχικής υγείας και πολλές φορές να κάνει παρεμβάσεις. Η προσέγγιση της οικογένειας σε κάθε ψυχιατρικό ασθενή παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για το ιστορικό των προβλημάτων και για την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μέσα στο σύστημα. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν συναινεί η προσέγγιση της οικογένειας είναι ένας έμμεσος τρόπος να τον πλησιάσουμε. Μέσα από τις πληροφορίες που δίνουν οι οικείοι θα εκτιμηθεί η σοβαρότητα της κατάστασης, η επικινδυνότητα του ασθενή για τον εαυτό του ή τους άλλους και ο βαθμός του επείγοντος του περιστατικού για να κριθεί αν απαιτείται αναγκαστική νοσηλεία.

Γιατί χρειάζεται η προσέγγιση της οικογένειας;

- Χρήσιμες πληροφορίες
- Εκτίμηση σοβαρότητας κατάστασης
- Διερεύνηση δυσπιστίας περιβάλλοντο
- Διερεύνηση νοήματος ψυχιατρ. φροντίδας
- Βοήθεια και υποστήριξη
- Παρέμβαση

Η αναφερόμενη άρνηση ενός ασθενή μπορεί να είναι στην πραγματικότητα δυσπιστία του ιδίου του οικογενειακού περιβάλλοντος προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, από το φόβο του κοινωνικού στίγματος, ή από λανθασμένη εκτίμηση της κατάστασης. Η μη συναίνεση μπορεί να σχετίζεται με ένα διαταραγμένο οικογενειακό σύστημα. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί μήπως έχει μεταδοθεί στον ασθενή το μήνυμα ότι η ψυχιατρική περίθαλψη είναι ένα είδος τιμωρίας ή ελέγχου. Ένα ψυχικό νόσημα εξαντλεί τα ψυχικά αποθέματα της οικογένειας και σε κάθε περίπτωση η οικογένεια έχει ανάγκη από βοήθεια και υποστήριξη. Σε ασθενείς που αρνούνται κατηγορηματικά τη συνεργασία η παρέμβαση και μόνο στην οικογένεια μπορεί να είναι καθοριστική για την πορεία της θεραπείας τους. Στο Γενικό Νοσοκομείο παραπέμπονται συχνά στο τμήμα διασυνδετικής ψυχιατρικής περιστατικά χωρίς ψυχιατρικό αίτημα. Για κάποια από αυτά, όπως χρήστες ουσιών, απόπειρα αυτοκτονίας, ή γνωστό προϋπάρχον ψυχιατρικό ιστορικό, η παραπομπή γίνεται είτε συναινεί ο ασθενής είτε όχι. Ειδικά για τα οργανικά ψυχοσύνδρομα το θέμα της συναίνεσης δεν τίθεται, εφ' όσον ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως τα χρόνια σωματικά νοσήματα ή αναπηρίες ο ασθενής και η οικογένειά του ίσως να μην έχουν απλά συνειδητοποιήσει ότι μια ψυχιατρική παρέμβαση θα ήταν πολύ βοηθητική. Επίσης μπορεί να εντοπίζεται σε ασθενή με σωματικά προβλήματα γνωστή χρόνια ψυχοπαθολογία, ατομική ή και οικογενειακή, που δεν έχει όμως αντιμετωπισθεί.

Συχνά το αίτημα για ψυχιατρική βοήθεια δεν φθάνει άμεσα στη διασυνδετική, αλλά καλλιεργείται μέσα από τη συνεργασία με κάποιον από τους ειδικούς της ομάδας, κυρίως το νοσηλευτή ψυχικής υγείας, ή τον κοινωνικό λειτουργό. Κατά την αρχική αξιολόγηση θα εκτιμηθεί αν το πρόβλημα είναι κοινωνικοοικονομικό, ψυχιατρικό ή μικτό.

Η ιδιαιτερότητα του Γενικού Νοσοκομείου

- Ασθενείς χωρίς ψυχιατρικό αίτημα
- Υποχρεωτική παραπομπή: χρήση ουσιών, απόπειρα αυτοκτονίας, γνωστό ιστορικό
- Αδυναμία συναίνεσης λόγω νόσου: οργανικό ψυχοσύνδρομο
- Έλλειψη συνειδητοποίησης ψυχιατρικής ανάγκης
- Έμμεση παραπομπή στη Διασυνδετική

Τρόποι που προσεγγίζουμε την οικογένεια είναι: στην πρώτη επαφή ο ειδικός να εξηγήσει το ρόλο του και να ενημερώσει για το σκοπό της παρέμβασης. Βασικός στόχος της παρέμβασης είναι η οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης του ειδικού με κάθε μέλος της οικογένειας. Σημαντικό κομμάτι στην πρώτη επαφή καλύπτει η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας. Διερευνούμε το είδος της διαπροσωπικής επικοινωνίας, τα συναισθηματικά και κοινωνικά αποθέματα των προσώπων, τους κυριότερους στρεσογόνους παράγοντες στην παρούσα φάση, τη λειτουργικότητα του ασθενή αλλά και τις αντιλήψεις της οικογένειας για την συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια. Ο ειδικός αναγνωρίζει το ψυχικό βάρος των συγγενών του ασθενή, τους βοηθά να αποδεχθούν τα δυσάρεστα συναισθήματά τους ως φυσιολογικά κατά την πορεία αποδοχής της νόσου και απευθύνεται στο υγιές κομμάτι της οικογένειας και βέβαια επιβραβεύει τους μέχρι τώρα θετικούς χειρισμούς.

Τρόποι προσέγγισης της οικογένειας

- **Ενημέρωση (ρόλος, στόχος παρέμβασης)**
- **Δόμηση σχέσης εμπιστοσύνης**
- **Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση οικογένειας**
- **Αναγνώριση ψυχικού βάρους συγγενών**
- **Επιβράβευση ευεργετικών χειρισμών**

Γίνεται επίσης σαφές στους οικείους ότι οι ειδικοί τους θεωρούν συμμάχους στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, συζητούν μαζί τους για τους θεραπευτικούς χειρισμούς και συναποφασίζουν πάντα με γνώμονα το καλό του ασθενή.

Οι ενοχές που γεννά η νόσηση ενός αγαπημένου προσώπου και η ανάγκη να εναποθέσουν σε τρίτους την φροντίδα του καλό είναι να συζητηθούν ανοιχτά με την οικογένεια και να μετριασθούν.

Η απενοχοποίηση της οικογένειας βοηθά τους συγγενείς να διατηρήσουν θετική σχέση με τον ασθενή και να μη κρατούν απορριπτική στάση. Επίσης ο ειδικός εξηγεί στην οικογένεια με απλά λόγια και μέσα από παραδείγματα πώς θα αντιμετωπίζουν καθημερινά τις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας στην καθημερινή τους ζωή.

Οι οικογένειες απευθύνονται συχνά στον ειδικό ψυχικής υγείας περιμένοντας απ' αυτόν μια συνταγή που θα τα ρυθμίσει όλα. Μπορεί να ασκούν μεγάλη πίεση σε υπηρεσίες για να αναγκάσουν τον ασθενή να δεχθεί βοήθεια, ή πάλι μπορεί να επιθυμούν να επιβληθούν στον ασθενή μέσα από ένα παιχνίδι ελέγχου, υποταγής και ακύρωσης. Όλες αυτές οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες είναι απαραίτητο να οριοθετηθούν.

Τέλος είναι πολύ σημαντική η διεπιστημονική συνεργασία όλων όσων εμπλέκονται στη θεραπεία του ασθενή. Περιπτώσεις μη συναίνεσης τείνουν

να διαταράσσουν την ισορροπία μεταξύ των επιστημονικών ειδικοτήτων και δημιουργούν καταστάσεις διαχωρισμών.

Τρόποι προσέγγισης της οικογένειας

- **Θεραπευτική συμμαχία με την οικογένεια**
- **Απενοχοποίηση**
- **Πρακτικές λύσεις, παραδείγματα**
- **Οριοθέτηση εξάρτησης και χειριστικότητας**
- **Διεπιστημονική συνεργασία**

Στο σημείο αυτό θα αναφερθεί μια κλινική περίπτωση. Χειρουργημένη ασθενής 70 ετών παραπέμφθηκε για ψυχιατρική εκτίμηση ως διεγερτική, είχε αφαιρέσει την παροχέτευση τραύματος και τους ενδοφλέβιους καθετήρες. Κατά την πρώτη ψυχιατρική εκτίμηση δεν διαπιστώθηκαν ενδείξεις οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Η συμπεριφορά της ήταν ιδιόρρυθμη. Δεν παρατηρήθηκαν ωστόσο εμφανή στοιχεία ψυχοπαθολογίας. Από τις πληροφορίες που μας έδωσαν οι κόρες της διαπιστώσαμε τα εξής: Τα τελευταία 15 χρόνια, μετά τον θάνατο του πατέρα, η μητέρα και η μία κόρη ζουν απομονωμένες σε μια ερημική περιοχή της Αττικής. Η μητέρα απαγορεύει στην κόρη να βγεί από το σπίτι και συχνά την κακοποιεί σωματικά. Η κόρη με τον καιρό συνειδητοποιεί ότι λόγω της βιολογικής επικυριαρχίας της μητέρας της χάνει συχνά την αίσθηση του τί είναι λογικό και τί όχι. Η κόρη έχει κάνει ήδη δύο απόπειρες αυτοκτονίας, μετά την δεύτερη απόπειρα απευθύνθηκε σε ψυχίατρο, που την παρακολουθεί συστηματικά τους τελευταίους δύο μήνες. Και τις δύο φορές που η ασθενής τράβηξε τις παροχετεύσεις είχε προηγηθεί καυγάς με την μητέρα της, που αφορούσε τις επισκέψεις της κόρης στον ψυχίατρο.

Η άλλη κόρη, που έχει ήδη κάνει αρκετά χρόνια ψυχοθεραπεία είναι εντελώς αποκλεισμένη από την σχέση αυτή.

Η ψυχιατρική διάγνωση του περιστατικού ήταν επινεμώμενη ψυχωτική διαταραχή ή folie a deux. Η ασθενής δεν ήθελε να συνεργασθεί αλλά ούτε φαρμακευτική αγωγή μπορούσε να λάβει λόγω των πολλαπλών οργανικών της προβλημάτων. Από την πλευρά της κόρης, η νοσηλεία της μητέρας απετέλεσε γι'αυτήν ευκαιρία να έχει επαφή με άλλους ανθρώπους, να μιλήσει, να επιβεβαιώσει ότι σωστά κάνει και επισκέπτεται κάποιον ειδικό.

Οι παρεμβάσεις που έγιναν εστιάσθηκαν στη σχέση των δύο αδελφών με στόχο την ενίσχυση του συγκεκριμένου υπο-συστήματος, κάτι που θα βοηθούσε και στην απαγκίστρωση της πρώτης κόρης από την μητέρα.

Συγκεκριμένα και συνοπτικά έγιναν οι εξής παρεμβάσεις:

1.Ενθάρρυνση των δύο αδελφών να εκφράσει η κάθε μία τα χρόνια καταπιεσμένα αισθήματά της, θυμό, αγωνία, ενοχές, φόβο απόρριψης, απελπισία,

2.διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των δύο αδελφών,

3.συμβουλευτική για το πώς να μετριάσουν πρακτικά την απομόνωσή τους, αλλά και πώς να απευθυνθούν και οι δύο μαζί σε οικογενειακό θεραπευτή.

Από το παράδειγμα αυτό προκύπτει πόσο αναγκαία είναι η συνεργασία με την οικογένεια για να εκτιμηθεί σωστά το περιστατικό και πώς με κάποιες σύντομες αλλά ουσιώδεις παρεμβάσεις μπορεί να ξεμπλοκάρει ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό σύστημα.

Ευχαριστώ.

Ο φυσικός περιορισμός στον ασθενή με επικινδυνότητα. Ψυχοδυναμική προσέγγιση"

**Μ.Υ. Τριανταφύλλου Φανή - Θεώνη, Κλινικός ψυχολόγος,
Διδάκτωρ Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, 414 ΣΝΕΝ**

Η πρώτη μου εμπειρία κατά την διάρκεια της ειδικότητάς μου στο Θεραπευτήριο Χρονίων Ψυχικών Παθήσεων στη Σούδα της Κρήτης, ήταν μια μέρα μάλλον τραυματική. Εκείνη την ημέρα λοιπόν βρέθηκα εντελώς απροετοίμαστη μπροστά σε μια χρόνια ψυχωτική ασθενή, η οποία ήταν εξαιρετικά διεγερτική, την οποία έσυραν και την καθήλωσαν, δηλαδή την έδεσαν με ιμάντες χιαστί στο κρεβάτι της.

Η σύντομη αυτή παρουσίαση έχει δύο σκέλη. Στο πρώτο σκέλος θα κάνουμε μια συνοπτική αναδρομή στο θέμα του κλινοστατικού περιορισμού και στο δεύτερο σκέλος θα δούμε κάποια πρώτα δεδομένα, με τη μορφή της πρόδρομης ανακοίνωσης, από μια έρευνα η οποία ακόμα διεξάγεται.

Ας δούμε πρώτα την ιστορική εξέλιξη. Μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα ακολουθήθηκε η γραμμή του Franko Bassalia: «Όταν ο ασθενής είναι δεμένος, ο ψυχίατρος είναι ελεύθερος». Πράγμα που σήμαινε ότι όταν ο ασθενής είναι ελεύθερος, ο ψυχίατρος είναι δεμένος! Το τότε καθεστώς, η τότε εποχή, έλαβε βέβαια την απόφαση: Ο ψυχίατρος έπρεπε να είναι ελεύθερος.

Αρκετά αργότερα ακολουθείται η γραμμή του Benjamin Routh, ο οποίος μάλιστα είναι ένας από τους πατέρες της ψυχιατρικής στην Αμερική, στις ΗΠΑ. Κυριαρχούσε η άποψη ότι ο φόβος που συνοδεύεται από πόνο και από αίσθηση της ντροπής, θεραπεύει μερικές φορές την διαταραχή. Εκείνη την εποχή ο φόβος μπορούσε να είναι το μέσο προς συμμόρφωση και υποταγή στην "αρχή". Και τη λέξη την έβαλα σε εισαγωγικά γιατί όταν μιλάμε για την αρχή ενός συστήματος συμβολικά αναφερόμαστε στην υποταγή στην πατρική εξουσία. Αξίζει εδώ να αναφέρουμε ότι μέσα και από την υπόλοιπη δουλειά του ο Benjamin Routh υπήρξε όχι μόνον πρωτεργάτης, αλλά και ο πρώτος πρόεδρος της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (αν δεν κάνω λάθος, μέχρι και σήμερα υπάρχει η προτομή του στη σφραγίδα της εταιρείας). Εκείνη την εποχή λοιπόν, μαζί με συνεργάτες, σχεδίασαν τον περίφημο για τα τότε δεδομένα ζουρλομανδύα.

Η μεταρρύθμιση των αρχών του 19ου αιώνα, (έχουμε όλοι μας υπ'όψιν τα ονόματα του Pinel και των υπολοίπων θεωρητικών), είχε το σύνθημα «να απελευθερώσουμε τους τρελούς από τις αλυσίδες».

Από το 1960 μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί σιδερένια κλουβιά, ο ζουρλομανδύας, και ως μετεξέλιξη η χρήση ιμάντων, ο φυσικός περιορισμός (απομόνωση) και ο κλινοστατικός περιορισμός.

Ιστορική εξέλιξη

- **Μέχρι τις αρχές του 19^{ου} αιώνα:**

«...όταν ο ασθενής είναι δεμένος, τότε ο ψυχίατρος είναι ελεύθερος...όταν ο ασθενής είναι ελεύθερος, τότε ο ψυχίατρος είναι δεμένος» (Franco Basaglia)

- **Μεταρρύθμιση αρχών 19^{ου} αιώνα (Pinel, Tuke κ.α.):**

«Ας απελευθερώσουμε τους τρελούς από τις αλυσίδες!»

- **΄60 έως σήμερα:**

Σιδερένια κλουβιά, ζουρλομανδύας !!!! Ως μετεξέλιξη, η χρήση ιμάντων.

Η ένδειξη για κλινοστατικό περιορισμό, για την εφαρμογή αυτής της τεχνικής, είναι σε περιστατικά που παρουσιάζουν ψυχοκινητική διέγερση και επιθετικότητα και συνακόλουθα απειλείται η σωματική ακεραιότητα του πάσχοντος, ή και άλλων ανθρώπων γύρω του, συμπεριλαμβανομένου βέβαια και του προσωπικού. Χρειάζεται να γίνεται με σαφή ιατρική οδηγία, να ορίζεται, να γράφεται ο λόγος, ο τρόπος, η διάρκεια της καθήλωσης. Εδώ θα κάνουμε μια μικρή παρένθεση. Στο εξωτερικό, σε έρευνες μεγάλου πεδίου φαίνεται ότι οι καθηλώσεις διαρκούν συνήθως κάποιες ώρες. Ενδεικτικά, στη μ. Βρετανία ο μέσος όρος χρόνου καθήλωσης είναι 3,3 ώρες. Στην Ελλάδα βέβαια, σε ψυχιατρεία με χρόνιους ασθενείς, μιλάμε για καθηλώσεις ημερών. Η καθήλωση πρέπει να γίνεται με την παρουσία του θεράποντος ιατρού. Σε κάποιες περιπτώσεις βέβαια, όπως είναι φυσικό και αναμενόμενο,

παρατηρείται κατάχρηση της τεχνικής. Ήδη οι Caplan και Shadock από το 1985, κάνοντας λόγο για τη μηχανική αυτή καθήλωση, κυρίως για περιπτώσεις βίαιων ψυχωτικών ασθενών, μίλησαν και προβληματίστηκαν πάνω στην ενίσχυση του ψυχωτικού τρόμου. Και βέβαια επέστησαν την προσοχή και σε κάποιες περιπτώσεις που υπήρχε κίνδυνος θανάτου.

Ενδειξη

- «Τεχνική» σε περιστατικά που παρουσιάζουν έντονη ψυχοκινητική διέγερση και επιθετικότητα και συνακόλουθα απειλείται η σωματική ακεραιότητα του πάσχοντος ή/και των άλλων γύρω του.
- Με σαφή ιατρική οδηγία (λόγος, τρόπος, διάρκεια) και με παρουσία του θεράποντος / θεραπευτή
- Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται κατάχρηση της τεχνικής
- **Kaplan & Sadock (1985):** «μηχανική καθήλωση» «βίαιοι ψυχωτικοί ασθενείς» «ενίσχυση του ψυχωτικού τρόμου» «κίνδυνος θανάτου»

Τα περισσότερα δεδομένα των ερευνών προέρχονται από Αμερική, Αυστραλία και Μ. Βρετανία. Μιλούμε για έρευνες πεδίου με μεγάλο φάσμα. Οι περισσότεροι άνθρωποι που κατηλώνονται, όπως δείχνουν οι έρευνες, έχουν νεαρή ηλικία και είναι κυρίως άρρενες. Η νόσος η οποία προεξάρχει στις διαγνώσεις είναι παρανοειδής σχιζοφρένεια. Προέρχονται κυρίως από μεγάλα αστικά κέντρα, η καθήλωσή τους έχει διάρκεια κάποιων ωρών, και είναι ψηλό το ποσοστό συμφωνίας του προσωπικού για την καθήλωση. Σ αυτές τις έρευνες εκδηλώνεται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις τραυματικές αναμνήσεις των ασθενών, αλλά και του προσωπικού. Η Βρετανία από ανάλογη έρευνα μεγάλου πεδίου αποκαλύπτει ένα ακόμα δεδομένο, ότι χρησιμοποιείται εκεί σαν ένας κοινωνικός παράγοντας καταστολής! Καθώς δείχνουν οι έρευνες, τα μέλη των εθνικών μειονοτήτων όταν νοσήσουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν κλινοστατικό περιορισμό. Για την Ελλάδα έχω βάλει ένα ερωτηματικό, όχι γιατί δεν υπάρχουν έρευνες, αλλά γιατί δεν έχει πέσει ακόμη στην αντίληψή μου κάποια έρευνα πεδίου, η οποία να είναι

πρωτογενής έρευνα σε ένα μεγάλο φάσμα νοσοκομείων, προσωπικού, ασθενών, για να έχουμε έτσι μια χαρτογράφηση της κατάστασης εδώ. Ας δούμε λίγο τα δεδομένα της έρευνας που σας παρουσιάζω.

δεδομένα

- Αμερική, Αυστραλία
(νεαρή ηλικία, άρρενες, παρανοειδής σχιζοφρένεια, αστικά κέντρα, διάρκεια ωρών, υψηλό ποσοστό συμφωνίας προσωπικού, τραυματικές αναμνήσεις ασθενών)
- Βρετανία
(κοινωνικός παράγοντας καταστολής, μέλη εθνικών μειονοτήτων)
- Ελλάδα ?

Υπενθυμίζω ότι πρόκειται για μια πρόδρομη ανακοίνωση. Πρόκειται για 51 περιστατικά, 48 άνδρες και 3 γυναίκες. 31 από αυτά έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο ψυχιατρείο, 8 από αυτά στη δική μας κλινική, την ψυχιατρική κλινική του 414 ΣΝΕΝ, 12 βρίσκονται σε ατομική θεραπεία μετά από νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική του εξωτερικού. Σε μια ιεράρχηση των διαγνώσεων που έλαβαν οι 30 είχαν σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου, τα 14 είχαν ψυχωτική συνδρομή, τα 2 διπολική διαταραχή και 5 πήραν εξιτήριο χωρίς διάγνωση.

Πρόδρομη
ανασκοίνωση

- 51 περιστατικά
- 48 άνδρες & 3 γυναίκες
- Δημόσιο Ψυχιατρείο (31)
- Ψυχιατρική κλινική 414 ΣΝΕΝ (8)
- Σε ατομική θεραπεία μετά από νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική (12)
- Διάγνωση: Σχιζοφρένεια παρωξυσμικού τύπου (30), Ψυχωτική συνδρομή (14), Διπολική διαταραχή (2), Χωρίς διάγνωση (5)

Ακολουθήθηκε μια μέθοδος ημι-δομημένης συνέντευξης και ερωτηματολογίου, στις θεματικές:

1. χρησιμοποίησε λέξεις που να εκφράζουν τα συναισθήματά σου κατά τη διάρκεια της καθήλωσης.
2. 2.Μια ανοιχτή πρόταση του τύπου: το να σε δένουν με ιμάντες στο κρεβάτι είναι σαν ... (έπρεπε να συμπληρωθεί).
3. Ποια ή στάση όσων σε φρόντισαν μετά την αποκαθήλωση σε σχέση με το συγκεκριμένο γεγονός, αν δηλαδή υπήρξε συζήτηση ή κάποια επεξεργασία του ζητήματος με το προσωπικό.
4. Τώρα, αυτή τη στιγμή, πώς αντιλαμβάνεσαι το γεγονός ότι σε καθήλωσαν; και τέλος,
5. ποια είναι η άποψή σου γενικότερα για την τεχνική της καθηλώσεως μετά από την εμπειρία που είχες;

Μέθοδος

- Χρησιμοποίησε λέξεις που να εκφράζουν την κατάσταση και τα συναισθήματά σου κατά τη διάρκεια της καθήλωσης;
- Το να σε δένουν με ιμάντες στο κρεβάτι είναι σαν ...;
- Ποια η στάση όσων σε φρόντισαν μετά την αποκαθήλωση σε σχέση με το συγκεκριμένο γεγονός;
- Τώρα, πώς αντιλαμβάνεσαι το γεγονός ότι σε κατήλωσαν;
- Ποια η άποψή σου για την τεχνική της καθήλωσης μετά από την εμπειρία που είχες;

Το υλικό που προέκυψε πέρασε και περνά ακόμη από τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου του λόγου. Δηλαδή στο λόγο ο οποίος εκφέρεται, ο οποίος συγγράφεται αξιολογούμε στατιστικά και βλέπουμε την διακύμανση στη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων λέξεων.

Προεξάρχουν λοιπόν για το πρώτο ερώτημα οι λέξεις «τρόμος», «φόβος», «εφιαλτικά», «θυμός».

Το συναίσθημα το οποίο προεξήρχε στις δηλώσεις: «αβοήθητος», «παντελής απώλεια ελέγχου».

Στην ανοιχτή πρόταση: το να σε δένουν στο κρεβάτι είναι σαν ..., οι λέξεις που προεξάρχουν με στατιστική σημαντικότητα είναι: «σαν να πεθαίνεις», «σαν να σε βιάζουν», «σαν να γκρεμίζεται το σπίτι σου», «σαν να καίγεται το σπίτι σου» (αξίζει εδώ να συνδέσουμε σημαίνον και σημαινόμενο, το σπίτι και ο εαυτός)

Στην ερώτηση αν υπήρχε επεξεργασία μετά το συμβάν, τα περισσότερα περιστατικά, εκτός από 7, αναφέρουν ότι κανείς δεν αναφέρθηκε στο συμβαν.

Ανάλυση

λόγου

- «Τρόμος», «φόβος», «εφιαλτικά», «θυμός», αβοήθητος/η, απώλεια ελέγχου
- Σαν να... «πεθαίνεις», «σε βιάζουν», «γκρεμίζεται το σπίτι σου», «καίγεται το σπίτι σου»
- Δεν αναφέρθηκε κανείς στο συμβάν, αναπλαισίωση (σε 7 περιπτώσεις)
- «Τιμωρία», «τρομοκρατία», «δεν ξέρουν τη δουλειά τους», η έσχατη λύση για να με προσφιλιάξουν (σε 7 περιπτώσεις)
- «Τρομοκρατία», «βίασμός», έσχατη λύση (σε 7 περιπτώσεις)

Αναπλαισίωση, τόσο συναισθηματική, όσο και γνωσιακή, είχαμε στις 7 περιπτώσεις, τις 7 από τις 8 που νοσηλεύθηκαν στη δική μας κλινική, στο 414 ΣΝΕΝ, όπου χάρη στους θεράποντες ιατρούς, όσο και στους ψυχολόγους και το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσα από τη λειτουργία των ομάδων, μπόρεσε πραγματικά να γίνει επεξεργασία του θέματος.

Το τί σημαίνει γι' αυτούς ο κλινικοστατικός περιορισμός, οι λέξεις που προεξήρχαν ήταν: «τιμωρία», «τρομοκρατία», «δεν ξέρουν τη δουλειά τους» (εννοούσαν για το προσωπικό). Για τα 7 περιστατικά από την ψυχιατρική κλινική του 414 ΣΝΕΝ οι λέξεις που προεξήρχαν ήταν: «αναγκαίο κακό», «δεν μπορούσαν να κάνουν αλλιώς».

Ο κλινικοστατικός περιορισμός δεν αποτελεί θεραπευτική τεχνική, αλλά έσχατη επιλογή σε περιπτώσεις επικινδυνότητας. Η γνωστική και συναισθηματική αναπλαισίωση του συμβάντος κρίνεται αναγκαία για την μετατραυματική φάση του ασθενούς που καθηλώθηκε, του ανθρώπου που βίωσε την άλωση του εαυτού του.

Ευχαριστώ.

"Η αυξημένη φροντίδα ως μέσο βελτίωσης της συναίνεσης του ψυχιατρικού ασθενούς"

ΣΤΡ (ΥΓ) Κωνστανταράκος Γεώργιος, Ψυχολόγος, 411 ΓΣΝ

Λγος(ΥΙ) Καρύδης Χρήστος, Ψυχίατρος, 411 ΓΣΝ

Είναι κοινή πεποίθηση ότι η μέχρι σήμερα αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενούς δεν έχει πάντα τα αποτελέσματα που επιθυμούν οι λειτουργοί της ψυχικής υγείας και η κοινωνία. Αυτό δυνατόν να οφείλεται είτε στις δομές της ψυχικής υγείας που υπάρχουν μέχρι σήμερα, μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, άσυλα, σανατόρια, αλλά ακόμα και σε προκαταλήψεις του παρελθόντος. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι στις περισσότερες περιπτώσεις η απόσυρση του ασθενούς με συνέπειες στον ίδιο και την οικογένειά του, αλλά ευρύτερα και για το κοινωνικό σύνολο. Συνεπώς χρειάζεται να αλλάξουν κάποια στοιχεία της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ψυχιατρικούς ασθενείς. Διότι είναι και πρέπει να θεωρούνται άτομα παραγωγικά, τα οποία έχουν ανάγκη τόσο από ψυχοεκπαιδευτική, όσο και από εκπαίδευση στις κοινωνικές δεξιότητες. Το σύνολο των ψυχικά ασθενών χρήζει αυξημένης φροντίδας λόγω ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών της ψυχικής ασθένειας και του κοινωνικού αντίκτυπου που έχει στον ασθενή και την οικογένειά του. Ας επιχειρήσουμε να κάνουμε μια προσέγγιση στο τί είναι αυξημένη φροντίδα.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- **Ψυχιατρική Κλινική σε κάθε Γεν. Νοσοκομείο**
- **Ομάδες ψυχοθεραπείας για τους ασθενείς**
- **Στήριξη εκπαίδευση της οικογένειας**
- **Κοινωνική ενσωμάτωση & επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών**

Πρόκειται για περίθαλψη με επαρκές και κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό, με λειτουργία ομάδων ψυχοθεραπείας για τους ασθενείς καθώς και στήριξη - εκπαίδευση της οικογένειάς τους, και με υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής μέριμνας με στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση και επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών. Πολλά μοντέλα ψυχοθεραπείας εφαρμόσθηκαν και εξακολουθούν να εφαρμόζονται, με κυριότερο το γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο, την ψυχοδυναμική προσέγγιση και το κλασσικό ψυχόδραμα. Εδώ θα εστιάσουμε στο γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο, λόγω του ότι είναι σύγχρονο, σύντομο σε διάρκεια, με πάρα πολύ καλά αποτελέσματα. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεώρηση για ψυχικά ασθενείς αναπτύχθηκε τα τελευταία 20 χρόνια και μέχρι σήμερα λαμβάνει χώρα σχεδόν αποκλειστικά σε οργανωμένο πλαίσιο ψυχιατρικού νοσοκομείου με νοσηλευόμενους, οι οποίοι δεν διαθέτουν λόγω της πάθησής τους δεξιότητες κοινωνικές ή λειτουργικές, που να τους επιτρέπουν αυτόνομη διαβίωση. Αναφερόμαστε σε ασθενείς με χρόνιες ψυχικές παθήσεις, με πολυάριθμες εισαγωγές, όπου κατά μία έννοια ιδρυματοποιούνται. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί σε ασθενείς με πρόσφατη έναρξη της νόσου, που δεν έχουν νοσηλείες σε νοσοκομείο περισσότερο των τριών μηνών, αλλά έχουν από-κοινωνικοποιηθεί, το ντελίριό τους είναι ενεργό, και μερικές φορές είναι βίαιοι. Ανάμεσα σ' αυτές τις δύο κατηγορίες ασθενών υπάρχουν και εκείνοι (είτε ακολουθούν θεραπεία σε νοσοκομείο, είτε όχι) των οποίων οι κοινωνικές επαφές ποικίλουν από το φυσιολογικό ως την απόλυτη κοινωνική αποξένωση.

ΓΝΩΣΙΑΚΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Σύγχρονο
- Σύντομο σε διάρκεια
- Πολύ καλά αποτελέσματα
- Εφαρμόζεται σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις & σε ασθενείς με πρόσφατη έναρξη της νόσου

Στο γνωσιακό μοντέλο η σχιζοφρένεια αποτελεί την πιο συχνά αντιμετωπιζόμενη ψυχική ασθένεια, αλλά ικανοποιητικά αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν και σε ασθενείς με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας.

Εκτός από την ειδική συμπτωματολογία κάθε μιας διαταραχής, αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν αυτό που πολλοί ερευνητές ονομάζουν διαταραχή της συμπεριφοράς, που περιλαμβάνει ενδεικτικά την έλλειψη ατομικής υγιεινής και ακρότητας. Αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους αυτοί ποικίλουν ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε μιας διαταραχής.

Το γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο εφαρμόζεται κυρίως:

- Στην σχιζοφρένεια
- Σε διαταραχές της προσωπικότητας
- Σε περιπτώσεις νοητικής υστέρησης
- Σε εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις

Γενικά όμως μπορούμε να αναφέρουμε πως ένας σημαντικός στόχος της συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας των χρόνιων ασθενών είναι η αύξηση του επιπέδου της δραστηριότητας και η παρότρυνση για κινητοποίηση, δεδομένου ότι παρουσιάζουν έντονη τάση για απάθεια και κοινωνική απόσυρση. (Ωστόσο θα πρέπει να αποφευχθεί η υπερδραστηριότητα και η υπερ-παρακίνηση). Ένας ακόμα σημαντικός στόχος είναι η επικοινωνία των ασθενών μεταξύ τους, καθώς και με αυτούς που τους φροντίζουν, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης είναι προς το συμφέρον τους αλλαγές του περιβάλλοντος, αλλά και η παρακίνηση (στο βαθμό του δυνατού) της υπευθυνότητας των ασθενών. Στους ασθενείς πρέπει να δίδεται η ελάχιστη απαραίτητη βοήθεια, σε κείνες τις περιοχές της ύπαρξής τους που είναι απολύτως απαραίτητο. Μεγάλη σπουδαιότητα έχει η καλλιέργεια δεξιοτήτων.

Στόχοι της θεραπείας:

- **Αύξηση επιπέδου δραστηριότητας**
- **Επικοινωνία**
- **Εκπαίδευση σε δεξιότητες**

Η προσπάθειά μας επικεντρώνεται στο να είναι ο ασθενής σε θέση να διευθετεί τα προσωπικά του είδη και να μεριμνά για την ατομική του υγιεινή. Αφού επιτευχθεί αυτό οι ασθενείς εντάσσονται σε προγράμματα εργασίας μέσα σε εργαστήρια, δεδομένου ότι αυτή αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα κοινωνικοποίησης και εκπαίδευσης σε δεξιότητες. Επίσης ωθούμε τους ασθενείς στην ανάπτυξη χόμπυ, χειροτεχνίες, μουσική, μοντελισμό.

Πριν από την έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνουν τα παρακάτω: Εκτίμηση του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού καθώς και της δυνατότητας του ασθενή να ενταχθεί μέσα σε μια ομάδα, αναγνώριση όσων

από τα προβλήματα του ασθενούς μπορούν να βελτιωθούν μέσα από ψυχοθεραπεία προς όφελος των ασθενών, των οικογενειών τους και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αναγνώριση όσων εκ των προβλημάτων είναι κοινά μεταξύ των ασθενών προκειμένου να ομαδοποιηθούν ανάλογα. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται σε ομάδα και για την υλοποίησή της και την επίτευξη των στόχων της είναι απαραίτητη:

- 1) η δημιουργία ενός θετικού θεραπευτικού κλίματος στην ομάδα και
- 2) ο καθορισμός ορισμένων προσωπικών προγραμμάτων για τους ασθενείς.

Τρόποι υλοποίησης των στόχων:

- **Δημιουργία θετικού θεραπευτικού κλίματος**
- **Καθορισμός προσωπικών προγραμμάτων για τους ασθενείς**

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τα παραπάνω:

Προσωποποίηση: Αναφέρεται στην ενθάρρυνση της πρωτοβουλίας του ασθενούς, των καθημερινών συνηθειών του, καθώς και στο δικαίωμά του να κατέχει διάφορα αγαθά.

Συνεργασία. Αναφέρεται κυρίως στην χρησιμοποίηση αγαθών και εφοδίων εργασίας από κοινού.

Ομαλότητα. Αναφέρεται κυρίως στο γεγονός ότι η κοινωνία δεν έχει δώσει μέχρι τώρα το καθεστώς της ισότητας στους ψυχικά ασθενείς. Αν αυτοί αισθανθούν ισότιμοι με τους υπολοίπους ανθρώπους θα προσπαθήσουν να υιοθετήσουν νέα μοντέλα συμπεριφοράς.

Σταθερότητα του ψυχοθεραπευτικού περιβάλλοντος. Διατήρηση του ίδιου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όπου είναι δυνατόν και αποφυγή

αλλαγών στην ομάδα, όπως η ένταξη ενός νέου μέλους σ' αυτήν μετά την έναρξη της λειτουργίας της.

Όσον αφορά τα προσωπικά προγράμματα για τους ασθενείς χρησιμοποιούνται οι παρακάτω τεχνικές: του κορεσμού, κατά την οποία δίνουμε το ίδιο ερέθισμα έως ότου πάρουμε την κατάλληλη απάντηση, της απόσπασης, κατά την οποία ο ασθενής τοποθετείται εκτός πλαισίου όταν εμφανίσει ακατάλληλη συμπεριφορά, της προβολής σε βίντεο, κατά την οποία ο ασθενής παρακολουθεί την συμπεριφορά του σε βίντεο, της διάπλωσης, κατά την οποία ο ασθενής μιμείται βήμα – βήμα ό,τι κάνει ο θεραπευτής, ή της ανταμοιβής, όπου για παράδειγμα στην περίπτωση της αλαλίας όπου ανταμείβεται κάθε προσπάθεια ομιλίας εκ μέρους του ασθενούς.

ΣΤΗΡΙΞΗ / ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

- Περιγραφή της νόσου
- Υπογράμμιση του ρόλου της
οικογένειας στην θεραπεία
- Συμβουλές προς τα μέλη της
οικογένειας

Σημαντικότερος παράγοντας η στήριξη – εκπαίδευση της οικογένειας. Παράλληλα με την ψυχιατρική και την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου πρέπει να αλλάξει το κλίμα και στην οικογένειά του. Παραθέτουμε μια σειρά από οδηγίες και συμβουλές προς την οικογένεια ενός ψυχωτικού ασθενή, ο οποίος μπορεί να περιθάλπεται είτε σε οργανωμένο πλαίσιο, είτε σε οικογενειακό περιβάλλον. Ξεκινώντας δίνουμε μια σύντομη περιγραφή της διαταραχής. Αιτίες, εξέλιξη, συμπτώματα κ.α. Απλές και σύντομες εξηγήσεις των αιτιών, εξηγώντας ότι αυτά δεν είναι απόλυτα γνωστά. Ακολουθώς υπογραμμίζουμε το ρόλο του περιβάλλοντος του ασθενούς στην εξέλιξη της ασθένειας, αφ' ενός τονίζοντας ότι η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ασθένεια, και αφ' ετέρου υπερθεματίζοντας το ρόλο που μπορεί να παίζει

στη βελτίωση του ασθενούς. Δίνεται επίσης μια συγκρατημένη αλλά αισιόδοξη πρόγνωση. Τέλος αναφέρουμε μια σειρά από συμβουλές προς τους συγγενείς του ασθενούς. Η οικογένεια να συνεχίσει να ακολουθεί το καθημερινό της πρόγραμμα. Η συμπεριφορά των μελών της οικογένειας να είναι φυσιολογική όταν ο ασθενής είναι παρών. Να μην επικεντρώνεται η ζωή του συνόλου γύρω από τον ασθενή. Να μην υπάρχουν ενδοιασμοί στην ανάθεση οικιακών εργασιών στον ασθενή. Να αναζητηθούν δράσεις για όλη την οικογένεια, με την έμπρακτη συμμετοχή του ασθενούς, πχ. Μια εκδρομή. Να μην αντιμετωπίζεται σαν ταμπού η ψυχική ασθένεια από τα μέλη της οικογένειας, αλλά αντίθετα να συζητούν με τους φίλους τους για ότι τους απασχολεί. Να είναι προετοιμασμένοι και για περιόδους κατά την θεραπεία κατά τις οποίες δεν θα παρουσιάζεται βελτίωση της υγείας του ασθενή, με αποτέλεσμα αρνητικά συναισθήματα στον οικογενειακό περίγυρο. Λύπη, πίεση, απογοήτευση. Αλλαγές στην ψυχική υγεία, κοινωνική ενσωμάτωση.

Σημαντική συνιστώσα στο φάσμα των υπηρεσιών που αφορούν την αυξημένη φροντίδα προς τους ψυχικά ασθενείς είναι η διαδικασία της επαγγελματικής αποκατάστασης και κοινωνικής ενσωμάτωσής τους. Αυτό προϋποθέτει αλλαγές στις υποδομές της ψυχικής υγείας αλλά και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας. Ιδιαίτερα των κατοίκων της υπαίθρου.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ

- Αποασυλοποίηση
- Δημιουργία ξενώνων
- Εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης
- Κινητές μονάδες ψυχικής υγείας
- Κέντρα ημέρας
- Μονάδες επαγγελματικής επανένταξης
- Παροχή υπηρεσιών προς τις οικογένειες
- Κοινωνική αγωγή

Αναλυτικότερα χρειάζεται να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα από-ασυλοποίησης ασθενών απ όλα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε συνεργασία με

τα γενικά νοσοκομεία σ όλη τη χώρα. Πρακτικά μιλάμε για ολοκληρωμένα ψυχιατρικά τμήματα και παιδοψυχιατρικά τμήματα στο πλαίσιο του νοσοκομείου. Εκεί περιλαμβάνεται το κλασσικό τμήμα νοσηλείας, μονάδα βραχείας νοσηλείας, κέντρο παρέμβασης σε κρίση και κέντρο οξέων περιστατικών. Επίσης είναι απαραίτητη η λειτουργία ξενώνων και οικοτροφείων από-ασυλοποίησης, η λειτουργία εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης, κινητές μονάδες ψυχικής υγείας για τις περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης, νησιά, ορεινές περιοχές, κέντρα ημέρας για ενήλικες και παιδιά, μονάδες επαγγελματικής επανένταξης και ειδικές μονάδες παροχής υπηρεσιών προς τις οικογένειες.

Συγχρόνως με όλα τα παραπάνω έχει εξαιρετική σπουδαιότητα η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και η κινητοποίηση των δυνάμεών της προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ιδιαιτερότητας του ασθενούς, της καταπολέμησης του στίγματος της ψυχικής νόσου και της υποστήριξης των ενεργειών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.

Όλες οι συνιστώσες της αυξημένης φροντίδας του ασθενούς που αναφέρθηκαν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ανεξάρτητα η μια από την άλλη. Ωστόσο για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή συναίνεσή του είναι αναγκαίο να αποτελούν μέρη μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης ψυχικής νόσου, αφού μόνον τότε η συνολική προσπάθεια της θεραπείας θα ξεπερνάει το άθροισμα των τμημάτων που την απαρτίζουν. Πολύ περισσότερο είναι ζωτικής σημασίας η κατανόηση απ' όλους τους εμπλεκόμενους στη θεραπεία ότι ο ψυχικά ασθενής ζει και λειτουργεί σε πολλά επίπεδα στην κοινωνία, οπότε και η τελευταία θα πρέπει να αντιμετωπίζει το πρόβλημα συνολικά.

Ευχαριστώ

ΣΥΝΕΔΡΙΑ II

«Ψυχιατρική αξιολόγηση προσωπικού»

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ταξίαρχος Κωνσταντίνου Θεόδωρος,

Υποδιευθυντής ΔΥΓ/ΓΕΣ

«Επικρατούσα μεθοδολογία επιλογής προσωπικού στις ένοπλες δυνάμεις: Προβλήματα & ωφέληματα εξ αυτής»

Λοχαγός(ΥΙ) Νταφούλης Παύλος, Ψυχίατρος, 33 ΤΥΠ/ΛΥΓ, Πολύκαστρο Κιλκίς

Σήμερα η έννοια της επιλογής προσωπικού έχει διαπεράσει όλα τα στρώματα της κοινωνίας μας, απ' το περίφημο ΑΣΕΠ του δημόσιου τομέα, μέχρι τις συνεντεύξεις για την πρόσληψη σε μια ιδιωτική εταιρεία, οι εκάστοτε υποψήφιοι δοκιμάζουν τις δυνάμεις τους και επιλέγονται μέσα από περισσότερες και όλο και πιο σύνθετες διαδικασίες. Ο «μπάρμπας από την Κορώνη», που έπρεπε να έχει ο υποψήφιος πριν από λίγα χρόνια, αν και ενίοτε αντιστέκεται, έχει αντικατασταθεί πλέον από ένα ή περισσότερα πτυχία, μια καλή εμπειρία συνεντεύξεων και γραπτών εξετάσεων, ένα καλό φροντιστήριο, ή από ένα πακέτο βιβλίων με παλιά θέματα, βοηθημάτων, λυσαριών για τους όποιους διαγωνισμούς. Μέσα σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο οι ένοπλες δυνάμεις καλούνται να αναπτύξουν ένα σύγχρονο σύστημα επιλογής προσωπικού το οποίο θα ανταποκρίνεται στη διατήρηση του αξιόμαχου της παρατακτέας δύναμης αλλά και στα νέα δεδομένα, όπως τη μείωση του αριθμού νεοσύλλεκτων, στη στελέχωση του στρατού με επαγγελματίες οπλίτες, στη συμμετοχή στις ειρηνευτικές αποστολές και στη διαρκή χρήση πολύπλοκων και ακριβών συνάμα οπλικών συστημάτων.

Μάλιστα στο τελευταίο Πανελλήνιο συνέδριο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας στην Αθήνα διοργανώθηκε μια τράπεζα με συμμετοχή στρατιωτικών ψυχιάτρων απ' όλους τους κλάδους με θέμα την επιλογή προσωπικού στις ένοπλες δυνάμεις. Απ' αυτή την στρογγυλή τράπεζα

αντλήθηκε υλικό, προβληματισμός, αλλά και προτάσεις της σημερινής εισήγησης.

Εξετάζοντας την επικρατούσα μεθοδολογία επιλογής παρατηρείται πως στον στρατό ξηράς τα εργαλεία ψυχολογικής αξιολόγησης που σταθερά πλαισιώνουν την κλινική συνέντευξη είναι το MMPI, το Draw a person test, η δοκιμασία αυτό-περιγραφής, το SCL-90-R που τελευταία χρησιμοποιείται στη θέση του MMPI, καθώς το τελευταίο έχει αυξημένο κόστος χρήσης λόγω πνευματικών δικαιωμάτων.

Επικρατούσα μεθοδολογία

- **Ψυχιατρική συνέντευξη**
- **MMPI**
- **Draw a person**
- **Δοκιμασία αυτοπεριγραφής**
- **SCL 90 R**

Η συγκεκριμένη διαδικασία με test και συνέντευξη στοχεύει στην αντικειμενική επιλογή των υποψηφίων, με επικέντρωση στην ενεργό ψυχοπαθολογία, στην προδιάθεση για εκδήλωση ψυχικής διαταραχής καθώς και σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διευκολύνουν την προσαρμογή στο στρατιωτικό περιβάλλον. Η δοκιμασία απεικόνισης γυναικείας και ανδρικής μορφής είναι ένα προβλητικό test. Ζητείται από τον εξεταζόμενο να σχεδιάσει μια γυναίκα και ένα άνδρα με όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες. Ο ειδικός καταγράφει ποιου φύλου τη φιγούρα ζωγράφησε πρώτη ο εξεταζόμενος, καθώς μπορεί με αυτή την παρατήρηση να φανερωθεί και ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Σημαντικά είναι το μέγεθος, το σχήμα και η θέση της φιγούρας. Επίσης οι αναλογίες των μελών, των ονομάτων, το σχήμα και ο αριθμός των δακτύλων, η στάση και το μέγεθος της κεφαλής, η στήριξη στο υποτιθέμενο έδαφος, όλα αυτά τα στοιχεία είναι

αξιοποιήσιμα. Σκιαγραφείται η σχέση με την οικογένεια και το άλλο φύλο, ενώ δίνονται ερεθίσματα για την ψυχιατρική συνέντευξη που ακολουθεί.

Στη δοκιμασία αυτό-περιγραφής ο εξεταζόμενος καλείται να περιγράψει εγγράφως τον εαυτό του στο προκαθορισμένο χρονικό διάστημα των δύο λεπτών για κάθε περιγραφή υπό δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες. Η μία οπτική γωνία είναι αυτή του καλού φίλου, δηλαδή του ευνοϊκού κριτή και η άλλη ενός αυστηρού παρατηρητή. Η αυτό-περιγραφή είναι ταυτόχρονα και αυτοκριτική. Μας δίνει πληροφορίες για την προσωπικότητα, το περιβάλλον και τις σχέσεις του εξεταζόμενου. Ο εξεταστής επικεντρώνει σε υπερβολικούς χαρακτηρισμούς, αντιφατικά στοιχεία και δυσμενείς ή ευμενείς θέσεις για τον εαυτό του. Για πολλούς υποψηφίους η αυτό-περιγραφή δεν εμπεριέχει αρνητικά στοιχεία, παρατηρείται δε συχνά απλή παράθεση προσόντων και καλών χαρακτηριστικών.

Το MMPI είναι ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο 566 ερωτήσεων με στόχο την έκφραση των διαστάσεων της προσωπικότητας. Η προσωπικότητα αναλύεται σε 10 κλινικές κλίμακες και σε 4 κλίμακες αξιοπιστίας. Έχει βρεθεί ότι με το MMPI η πρόγνωση της κλινικής κατάστασης επιτυγχάνεται κατά 60% περίπου.

Το SCL-90-R είναι ένα test που είναι χρήσιμο για την ανίχνευση τρέχουσας ψυχοπαθολογίας, με βάση όμως τα αναφερόμενα συμπτώματα. Αποτελείται από 90 ερωτήσεις και θεωρείται κατάλληλο εργαλείο για την ανίχνευση διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες.

Καθώς ακόμη και συνάδελφοι αξιωματικοί δεν έχουν αντιληφθεί τις πολλές περιπτώσεις στις οποίες καλούμαστε οι στρατιωτικοί ψυχίατροι να προβούμε σε διαδικασίες επιλογής προσωπικού, αξίζει να τις μνημονεύσουμε. Μια κατηγορία προσωπικού είναι αυτή των μονίμων αξιωματικών και υπαξιωματικών. Σήμερα επιλέγονται οι μαθητές των παραγωγικών σχολών, της στρατιωτικής σχολής ευελπίδων, της σχολής ναυτικών δοκίμων, της σχολής ικάρων, που δραστηριοποιείται βέβαια εξειδικευμένα το κέντρο αεροπορικής ιατρικής, η στρατιωτική σχολή αξιωματικών σωμάτων, της σχολής αξιωματικών νοσηλευτικής και των σχολών μονίμων υπαξιωματικών στρατού, ναυτικού και αεροπορίας. Με τα αποτελέσματα του τεστ ο υποψήφιος παρουσιάζεται σε μια επιτροπή, στην οποία συμμετέχει

στρατιωτικός ψυχίατρος, ίσως και ψυχολόγος, αλλά και αξιωματικοί διαφόρων όπλων και σωμάτων.

Ποσοστό απόρριψης: 5-10%

**ποσοστό Σ.Σ.Α.Σ. < ποσοστού λοιπών
σχολών και κατηγοριών**

Το ποσοστό απόρριψης γενικά σ' όλες τις επιτροπές υπολογίζεται 5-10%, ενώ ελαφρώς μικρότερο είναι για τους υποψηφίους της ΣΣΑΣ, κρίση η οποία ίσως επηρεάζεται από την πολύ μεγάλη βάση εισαγωγής στη σχολή.

Εκτός από τους μόνιμους αξιωματικούς και υπαξιωματικούς επιλέγονται και οι στρατιώτες. Όπως πολύ καλά ξέρουμε οι περισσότεροι από δω, στην κατάταξη κάθε νεοσύλλεκτος οπλίτης επιλέγεται κατά μια ευρύτερη έννοια, αφού την πρώτη κιόλας ημέρα κατατάξεως περνά από συνέντευξη από στρατεύσιμο, μέλος της ομάδας ψυχοκοινωνικής μέριμνας του κέντρου εκπαίδευσης. Συνέντευξη από το νεοσύλλεκτο λαμβάνει και ο Διοικητής της υπομονάδος του νεοκατατασσομένου, ενδεχομένως και ο ιατρός μονάδος. Εάν σε όλες αυτές τις συνεντεύξεις παρατηρηθεί οτιδήποτε παθολογικό ή άξιο περισσότερης προσοχής, ο νεοσύλλεκτος παραπέμπεται στα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής του οικείου σχηματισμού. Εκεί στην κρίση απλών στρατευσίμων με αναφερόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας, εκτός από την δεδομένη ψυχιατρική συνέντευξη, μπορούν να διενεργηθούν ποικίλες δοκιμασίες, όπως το ZRorchach, το TAT, το WAIS-R, το Luria & Nebraska και το Raven progressive matrix test.

Επιλογή νεοσυλλέκτων

- Συνέντευξη 1^{ης} ημέρας
- Ιατρός Μονάδος
- Ψυχολόγος
- Διοικητής Λόχου
- Παραπομπή σε εξωτερικά ιατρεία
Ψυχιατρικής Κλινικής οικείου
σχηματισμού

Υποψήφιοι επαγγελματίες οπλίτες.

Επιλέγονται και αυτοί από μια επιτροπή ψυχοτεχνικών δοκιμασιών, όπως και οι υποψήφιοι έφεδροι υψηλής ετοιμότητας, ένας θεσμός ο οποίος λειτούργησε πρόσφατα στο στράτευμα. Υποψήφιοι έφεδροι αξιωματικοί επιλέγονται από συμβούλια επιλογής στα οποία ο ειδικός ψυχίατρος γνωμοδοτεί ύστερα από MMPI ή SCL-90 και ψυχιατρική συνέντευξη.

Οι οπλίτες οι οποίοι θα υπηρετήσουν στην ΕΛΔΥΚ επίσης επιλέγονται από επιτροπή στην οποία μετέχει αξιωματικός ειδικός ψυχίατρος χωρίς όμως να διενεργούνται στους υποψηφίους αυτούς ειδικές ψυχοτεχνικές δοκιμασίες.

Στην επιλογή για τις ειρηνευτικές αποστολές χρησιμοποιείται πάλι το SCL-90 και η ψυχιατρική συνέντευξη. Εκτός από το συγκεκριμένο test γίνονται και τοξικολογικές εξετάσεις. Ύστερα από πρόσφατη σχετικά διαταγή όσοι αξιωματικοί προβλέπεται να υπηρετήσουν ως διοικητές μονάδων περνούν από επιλογική διαδικασία. Συγκεκριμένα λειτουργούν σχολεία επιλογής διοικητών, όπου οι υποψήφιοι διοικητές, μετά από test, περνούν από επιλογική διαδικασία. Συγκεκριμένα λειτουργούν σχολεία επιλογής διοικητών, όπου οι υποψήφιοι διοικητές, μετά από test περνούν από επιτροπή, στην οποία συμμετέχει υψηλόβαθμος στρατιωτικός ψυχίατρος. Έχει καταγραφεί η ανίχνευση ακόμα και μείζονος ψυχοπαθολογίας, σε λίγα βέβαια στελέχη, σ' αυτήν ακριβώς την διαδικασία.

Αναμφισβήτητα είναι τα ωφελήματα από τις επικρατούσες διαδικασίες επιλογής.

1. Ένα σημαντικό ποσοστό υποψηφίων με μείζονα ψυχοπαθολογία ή με στοιχεία διαταραγμένης προσωπικότητας, ακατάλληλης για το στρατό, αποκλείεται από τις τάξεις του στρατού.

2. Η απόκτηση και λειτουργία των σύγχρονων τεχνολογικά εξελιγμένων μηχανημάτων ανίχνευσης τοξικών ουσιών στα στρατιωτικά νοσοκομεία, έδωσε την ευκαιρία να ανευρίσκονται χωρίς αμφιβολία οι χρήστες ουσιών ανάμεσα στους στρατιωτικούς που θα συμμετάσχουν σε αποστολές εξωτερικού ή στους κατατασσόμενους ΕΠΟΠ, και να ακολουθείται η προβλεπόμενη διαδικασία.

3. Η έννοια της επιλογής σε βάθος χρόνου φαίνεται να εδραιώνεται, με κυριότερο παράδειγμα την επιλογή για το εξωτερικό και την επιλογή των υπό τοποθέτηση διοικητών. Δηλαδή υπερνικήθηκε η νοοτροπία πως ο υποψήφιος διοικητής, ή μέλος ειρηνευτικής αποστολής είναι κατάλληλος, αφού έχει μέχρι τώρα ορισμένα έτη υπηρεσίας στο στράτευμα και τίθεται σε ισχύ ή έννοια της διαρκούς αξιολόγησης.

Ωφελήματα

- **Επισήμανση πασχόντων από μείζονες ψυχικές νόσους**
- **Ανίχνευση χρηστών ουσιών**
- **Εδραίωση επιλογής σε βάθος χρόνου**

Οφείλουμε να υπερβούμε την οποιανδήποτε αίσθηση αλληλεγγύης ή την αποφυγή συναισθηματικών συγκρούσεων, όταν το συνολικό συμφέρον επιτάσσει την κρίση ως ακαταλλήλου κάποιου στρατιωτικού ο οποίος δυσλειτουργεί.

Φυσικά σ' αυτό το θέμα μένουν πολλά να θεσμοθετηθούν και να δρομολογηθούν, καθώς στην Ελληνική πραγματικότητα ο Διοικητής θα δυσκολευτεί ιδιαίτερα να παραπέμψει σε ψυχίατρο υφιστάμενό χωρίς μείζονα ψυχοπαθολογία, αλλά δυσλειτουργικό, αν αυτή η ενέργεια δεν εντάσσεται σ' έναν προβλεπόμενο έλεγχο.

Πολλά όμως είναι και τα προβλήματα.

1. Έλλειψη χώρου, προσωπικού και χρόνου. Πχ 38000 υποψήφιοι ΕΠΟΠ ενός διαγωνισμού πρέπει να εξετασθούν σε ένα μήνα, ή 120 μαθητές υποψήφιοι παραγωγικής σχολής και αντίστοιχα 50 στελέχη υποψήφιοι για αναχώρηση για αποστολές εξωτερικού πρέπει να εξετασθούν σε μια ημέρα. Πρόβλημα έχει και ο χώρος που γίνεται αυτή η επιλογή, σε μεγάλες αίθουσες ομαδικά, ή σε εξωτερικά ιατρεία μιας ψυχιατρικής κλινικής εν μέσω φωνασκούντων αθιγγάνων ή σοβαρά διαταραγμένων περιστατικών που διασπούν την προσοχή όλων.

2. 2ο πρόβλημα είναι η προσβασιμότητα στο κοινωνικό, στρατιωτικό και ιατρικό ιστορικό. Εξετάζουμε ανθρώπους που δεν μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες από τον προηγούμενο εργοδότη τους ή το συγγενικό τους περιβάλλον, ή το αυτονόητο στρατιωτικά, να δούμε το αντίγραφο φύλου μητρώου τους.

3. Άλλο πρόβλημα είναι οι τριβές στη συνεργασία με αξιωματικούς άλλων όπλων, σωμάτων ή ειδικοτήτων.

Προβλήματα

- **Χρόνος-χώρος**
- **Προσβασιμότητα σε στρατιωτικό, ιατρικό, επαγγελματικό και κοινωνικό ιστορικό**
- **Τριβές στη συνεργασία με αξιωματικούς άλλων ειδικοτήτων**

Η συνύπαρξη στις επιτροπές επιλογής ειδικών επιστημόνων με στελέχη άλλων όπλων και σωμάτων είναι κατάσταση επιθυμητή. Ενίοτε όμως και δυσλειτουργική αν δεν προσδιορίζονται επακριβώς οι ρόλοι. Δυστυχώς έχει παρατηρηθεί ψυχίατρος και ψυχολόγος να αποφαίνονται αρνητικά και τα λοιπά μέλη να γνωμοδοτούν θετικά με την απλουστευμένη εντός εισαγωγικών σκέψη ότι ο γνωστός καλός γενικά υποψήφιος δεν θα δεχθούμε να κοπεί από τον ψυχίατρο. Η επίσημη καταγραφή της γνωμάτευσης κάθε μέλους αποτελεί τουλάχιστο διασφάλιση της θέσης του ειδικού, ενώ η αρνητική βάσει ψυχοπαθολογίας θέση των ειδικών θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική μάλλον για τα λοιπά μέλη της επιτροπής. Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα των διαφορετικών οπτικών γωνιών σ αυτές τις επιτροπές είναι η περίπτωση ενός άρρενος υποψηφίου, ο οποίος είχε προσέλθει στις εξετάσεις, στην προφορική συνέντευξη φορώντας σκουλαρίκια στο αυτί. Αν και σύμφωνα με τους ειδικούς της επιτροπής δεν παρουσίαζε ψυχοπαθολογία, ούτε στα ψυχομετρικά test , ούτε στην προφορική συνέντευξη, τα λοιπά μέλη της επιτροπής θεώρησαν πως ένας τέτοιος υποψήφιος δεν ήταν κατάλληλος για ΕΠΟΠ.

Αξίζει να σημειωθεί πως δεν είναι λίγες οι φορές κατά τις οποίες ο ειδικός της ψυχικής υγείας ο οποίος συμμετέχει σε επιτροπές επιλογής δέχεται ουσιαστικά αιτήματα ψυχιατροποίησης κοινωνικών θεμάτων. Παρά την φημολογούμενη ανάμιξη «τρίτων» ή «βυσμάτων» κατά την τρέχουσα ARGO, είναι αλήθεια πως τα μέλη των επιτροπών αποδέχονται σε μεγάλο βαθμό τις εισηγήσεις των ειδικών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα εμπειρίες μας οι πολλοί υποψήφιοι, οι αυξανόμενες ανάγκες και το πολύπλευρα απασχολούμενο προσωπικό καθιστούν πλέον απαραίτητη τη δημιουργία κέντρων επιλογής.

- Το στρατιωτικό προσωπικό έχει πολύπλευρες δραστηριότητες
- Τα ψυχολογικά τεστ ανανεώνονται
- Αυξάνονται διαρκώς οι κατηγορίες προσωπικού οι οποίες επιλέγονται



Ίδρυση Κέντρων Επιλογής...

Μικρός αριθμός εξειδικευμένου προσωπικού αποκλειστικής απασχόλησης θα ήταν πιο αποτελεσματικές σε μια τέτοια κατεύθυνση. Ίσως ένα κέντρο επιλογής για τις ειρηνευτικές αποστολές θα μπορούσε να είναι η αρχή.

Ευχαριστώ

«Τι προσωπικό (από ψυχολογική άποψη) χρειάζεται ο στρατός, και πως μπορούμε να προσεγγίσουμε την παράμετρο αυτή»

ΣΤΡ (ΥΓ) Ντιρογιάννης Νικόλαος, Ψυχολόγος, 492 ΓΣΝ

Επίατρος Σαμέλης Χρήστος, Ψυχίατρος, 492 ΓΣΝ

Η παρούσα ομιλία πραγματεύεται το δύσκολο κομμάτι της διαδικασίας επιλογής και αξιολόγησης προσωπικού των ενόπλων δυνάμεων. Στόχος των ενόπλων δυνάμεων είναι όπως γνωρίζουμε να διασφαλίζουν την ειρήνη και να παραμένουν αξιόμαχες σε ενδεχόμενες απαιτήσεις ενός αμυντικού πολέμου. Απαιτείται επομένως το προσωπικό που τις απαρτίζει να διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά που να συμβάλουν στη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητά τους. Όπως ήδη ακούσατε κατά κύριο λόγο σήμερα η επιλογή προσωπικού γίνεται μέσω επιτροπών που χορηγούν συγκεκριμένες ψυχολογικές δοκιμασίες και διεξάγουν κλινικές συνεντεύξεις. Αυτές οι ψυχολογικές δοκιμασίες εφαρμόζονται στους υποψήφιους οπλίτες, τους εφέδρους υψηλής ετοιμότητας και στους σπουδαστές στρατιωτικών σχολών, στις ειρηνευτικές αποστολές και στους υποψηφίους αλεξιπτωτιστές. Οι δοκιμασίες αυτές αποτελούν απλά εργαλεία στα χέρια των επιτροπών, που στην ουσία διευκολύνει την διεξαγωγή των ψυχιατρικών κλινικών συνεντεύξεων.

Αναφορικά με το ποια ψυχολογική δοκιμασία είναι η πιο κατάλληλη για την αξιολόγηση των υποψηφίων, η συζήτηση θα μπορούσε να είναι ατελείωτη παραθέτοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε δοκιμασίας. Σκοπός των κλινικών δοκιμασιών και των κλινικών συνεντεύξεων είναι κατά πρώτον να αποκλειστούν οι περιπτώσεις των υποψηφίων που παρουσιάζουν ενδείξεις ενεργού ψυχοπαθολογίας, ή έστω προδιάθεσης ψυχικής διαταραχής. Επί πλέον να εντοπισθούν στοιχεία της προσωπικότητας του ανθρώπου που δεν συμβαδίζουν με τις στρατιωτικές απαιτήσεις και να διερευνηθεί όσο αυτό είναι δυνατόν η πιθανότητα χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Επίσης κύριο είναι να ερευνηθούν και τα πραγματικά κίνητρα του υποψηφίου για να αποφευχθούν περιπτώσεις υποψηφίων που αποβλέπουν καθαρά και μόνο στο δημοσιοϋπαλληλικό βόλεμα.

Στόχοι ψυχολογικών-ψυχιατρικών αξιολογήσεων

- **Ανίχνευση ενδείξεων ενεργούς ψυχοπαθολογίας.**
- **Εντοπισμός προδιάθεσης ψυχικής διαταραχής.**
- **Εντοπισμός στοιχείων προσωπικότητας ασύμβατων με τις απαιτήσεις της στρατιωτικής υπηρεσίας.**
- **Σκιαγράφηση στάσης έναντι των δοκιμασιών.**
- **Εντοπισμός χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.**
- **Διερεύνηση κινήτρων, προτιμήσεων, φυσικών κλίσεων.**

Ποια όμως είναι τα προβλήματα που, όπως έχει διαπιστωθεί παρουσιάζονται στις επιλογικές διαδικασίες. Αναφέρθηκαν ήδη κάποια. Μια βασική παράμετρος που δυσκολεύει τις επιλογικές διαδικασίες είναι ο μεγάλος όγκος των υποψηφίων., που αφ ενός αποτελεί έναν παράγοντα κορεσμού γι αυτούς που συμμετέχουν στην επιτροπή και αφ ετέρου μειώνει τον χρόνο που αφιερώνεται στον κάθε υποψήφιο ξεχωριστά. Για παράδειγμα, κατά την επιλογική διαδικασία των υποψηφίων επαγγελματιών οπλιτών μπορεί να απαιτείται από έναν στρατιωτικό ψυχίατρο να διεξάγει 60 ή περισσότερες συνεντεύξεις μέσα σε ένα χρονικό διάστημα 3-4 ωρών. Φυσικά οι ψυχολογικές δοκιμασίες χορηγούνται στους υποψηφίους γιατί αποτελούν χρήσιμα εργαλεία που κατευθύνουν την κλινική συνέντευξη. Αλλά όταν μιλάμε για ένα τόσο μεγάλο αριθμό υποψηφίων είναι λογικό ο χρόνος συνέντευξης να είναι περιορισμένος και επομένως να κρίνεται ανεπαρκής. Ο χαρακτήρας της επιλογικής διαδικασίας σήμερα είναι αρνητικός. Δηλαδή απορρίπτει τους υποψήφιους που θεωρούνται ακατάλληλοι ή με ανεπαρκή προσόντα. Δεν επιλέγουν δηλαδή άτομα που έχουν τα κατάλληλα προσόντα, αλλά από αυτούς που εκδηλώνουν το ενδιαφέρον απορρίπτονται οι ακατάλληλοι. Αυτός ο τρόπος επιλογής είναι περιοριστικός από τη φύση του. Επιπρόσθετα ο στατικός στο χρόνο χαρακτήρας της επιλογικής αξιολόγησης δεν μπορεί να εξασφαλίσει στο απόλυτο την εξέλιξη της ψυχικής υγείας των υποψηφίων,

λόγω φυσικά της ίδιας της φύσης των ψυχικών νόσων που μπορούν να εμφανισθούν σε ηλικίες πολύ μεταγενέστερες της περιόδου που έγινε η επιλογική διαδικασία. Για παράδειγμα είναι σύνηθες οι προσδοκίες που έχουν οι επαγγελματίες οπλίτες για τις συνθήκες εργασίας, για το τι θα αντιμετωπίσουν δηλαδή, να είναι ασύμβατες με την πραγματικότητα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση για τις απαιτήσεις της εργασίας τους ή στην απουσία μιας ικανοποιητικής περιόδου προσαρμογής.

Προβλήματα κατά τις παρούσες επιλογικές διαδικασίες

- **Μεγάλος αριθμός υποψηφίων.**
- **Ανεπαρκής χρόνος κλινικής συνέντευξης.**
- **Κορεσμός (λόγω των προαναφερθέντων παραμέτρων).**
- **Επιλογή αρνητική και όχι θετική.**
- **Επιλογή στατική αλλά όχι δυναμική στο χρόνο.**
- **Έλλειψη επιστημόνων εκμετάλλευσης ανθρώπινων πόρων.**

Τα αποτελέσματα όμως είναι ότι οι επαγγελματίες οπλίτες, είτε κάτω από την επίδραση ψυχοπιεστικών καταστάσεων στο χώρο της εργασίας τους, είτε με την εμφάνιση οικογενειακών – κοινωνικών προβλημάτων, να παρουσιάζουν έντονες δυσκολίες προσαρμογής και να ζητούν οι ίδιοι την διακοπή της σύμβασής τους. Περαιτέρω απαιτείται η εκτίμηση της αποδοτικότητας και της λειτουργικότητας όλων των στελεχών σε περιοδικά διαστήματα, όπως γίνεται άλλωστε σε όλους τους πολυπληθείς οργανισμούς.

Προτάσεις για την ψυχολογική-ψυχιατρική αξιολόγηση

- **Ομάδες ψυχοκοινωνικής
μέριμνας υπό την επίβλεψη και τον
οργανωτικό έλεγχο
ειδικευμένων μόνιμων στρατιωτικών
ψυχολόγων.**

Η επιτακτική ανάγκη για μια συνεχή αξιολόγηση όλου του στρατιωτικού προσωπικού μπορεί να καλυφθεί με την ενεργή συμμετοχή των ομάδων ψυχοκοινωνικής μέριμνας, εφ' όσον βέβαια οι ομάδες αυτές υπόκεινται στον οργανωτικό έλεγχο ενός ειδικευμένου, έμπειρου στρατιωτικού στελέχους, ενός ψυχολόγου, και δεν αποτελούνται αποκλειστικά από κληρωτούς οπλίτες. Γιατί η πραγματικότητα είναι ότι τα κληρωτά μέλη των ΟΨΜ λόγω της παροδικής παρουσίας τους στο χώρο των ενόπλων δυνάμεων αλλά και της παροδικής γενικότερα παρουσίας τους στις περιοχές δράσης τους λόγω των μεταθέσεων, των αποσπάσεων, κλπ, λόγω της μικρής εμπειρίας τους και του χαμηλού ιεραρχικά βαθμού δεν μπορούν να εγguηθούν το λειτουργικό συνεχές των ομάδων. Έχει βέβαια, όπως γνωρίζετε οι περισσότεροι, δρομολογηθεί και προβλέπεται στην επόμενη τριετία η αποφοίτηση των πρώτων μόνιμων ψυχολόγων. Ίσως λοιπόν με την αρτιότερη οργάνωση των ΟΨΜ να διευρυνθεί η δράση τους και να ικανοποιηθεί το πάγιο αίτημα που έχει διατυπωθεί από ανώτερα και ανώτατα στελέχη για ψυχολογική υποστήριξη και αξιολόγηση. Στη διαπραγμάτευση του ζητήματος επιλογής του κατάλληλου προσωπικού πρέπει να συμπεριλάβουμε και μια ακόμη παράμετρο. Καλείται η εκάστοτε επιτροπή ψυχολογικών αξιολογήσεων να επιλέγει ακόμα με γενικά κριτήρια που θα απορροφηθούν σε συγκεκριμένες θέσεις σε διάφορες κατηγορίες ειδικοτήτων. Το να γίνεται η επιλογή υποψηφίων για συγκεκριμένες θέσεις με γενικά ψυχολογικά κριτήρια

εκ των πραγμάτων δεν οδηγεί στην αποτελεσματικότερη και ορθότερη χρήση του ανθρωπίνου δυναμικού.

Προτάσεις για την ψυχολογική- ψυχιατρική αξιολόγηση.

- **Συνεργασία με επιστήμονες εκμετάλλευσης ανθρωπίνων πόρων.**
- **Συνεργασία με οργανωτικούς ψυχολόγους.**

Η συνεργασία με επιστήμονες εκμετάλλευσης ανθρωπίνων πόρων και με οργανωτικούς ψυχολόγους θα μπορούσε να υπερκεράσει το πρόβλημα της ορθής κατανομής ειδικοτήτων. Πιο συγκεκριμένα ο σαφής καθορισμός και περιγραφή των απαιτήσεων των θέσεων εργασίας ανά ειδικότητα θα διευκόλυνε την ορθή επιλογή των υποψηφίων ανάλογα με τις δεξιότητες, τις επιδόσεις τους και τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους. Έχει προταθεί και στο παρελθόν και από τον συνομιλητή για την βελτίωση της ψυχολογικής αξιολόγησης η χρήση πιο σύγχρονων ψυχολογικών δοκιμασιών και η χρήση εργαλείων μέτρησης κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η απόδοση κάτω από στρες, η ικανότητα λήψης αποφάσεων, διοικητικά προσόντα, οργανωτικές και ηγετικές ικανότητες, καθώς επίσης έχει προταθεί η συγκέντρωση πληροφοριών από το κοινωνικό, επαγγελματικό, στρατολογικό ιστορικό του ατόμου, που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια ολοκληρωμένη εικόνα της ψυχοσύνθεσής του.

Προτάσεις για την ψυχολογική- ψυχιατρική αξιολόγηση.

- Χρήση σύγχρονων ψυχολογικών δοκιμασιών.
- Χρήση εργαλείων μέτρησης κοινωνικών δεξιοτήτων, απαραίτητων προσόντων. (π.χ. απόδοση κάτω από στρες, λήψης αποφάσεων, διοικητικών προσόντων, οργανωτικών και ηγετικών ικανοτήτων).
- Συγκέντρωση πληροφοριών από το κοινωνικό, επαγγελματικό, στρατολογικό ιστορικό των υποψηφίων.

Αν και κατ' αυτό τον τρόπο κινδυνεύει μια επιτροπή ψυχολογικών αξιολογήσεων να φορτωθεί με έναν υπέρογκο αριθμό πληροφοριών που δεν θα μπορούσε ίσως και να διαχειρισθεί. Για να προσπελασθούν όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα έχει προταθεί η σύσταση κέντρων επιλογής προσωπικού στελεχωμένων από ειδικευμένα μέλη αποκλειστικής απασχόλησης. Συνοψίζοντας, εκτός από τον αποκλεισμό των ακαταλλήλων περιπτώσεων από τους κόλπους των ενόπλων δυνάμεων, στόχος είναι η ορθή τοποθέτηση των καταλλήλων ατόμων στις ανάλογες ειδικότητες, για να μπορέσει να επιτευχθεί ή μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα. Λαμβάνοντας υπ' όψη όλα τα παραπάνω, κρίνεται απαραίτητη η μετατροπή της ψυχολογικής αξιολόγησης σε μια διαχρονική λεπτομερή και σε βάθος διαδικασία σύμφωνα με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες ενός τεράστιου ενεργού οργανισμού, όπως οι ένοπλες δυνάμεις.

Ευχαριστώ.

«Πρόταση για αξιοποίηση απλών τεχνολογικών μέσων στην εξέταση στρατιωτικού προσωπικού από ψυχίατρο»

Αρχίατρος Κόκκας Σταύρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 414 ΣΝΕΝ,

Παπαδημητριάδης Δημήτρης, Ιατρός, Ειδικευόμενος στην Ψυχιατρική Κλινική, 414 ΣΝΕΝ.

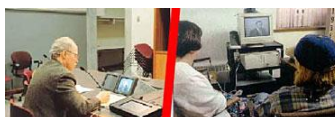
Μου δίνεται η δυνατότητα να αναπτύξουμε ένα θέμα που η κλινική προτείνει και σχεδιάζει αυτό τον καιρό και έχει να κάνει με το πώς θα απαντηθούν ορισμένα από τα ερωτήματα που έθεσαν οι προηγούμενοι συνομιλητές αναφορικά με τα προβλήματα αξιολόγησης του προσωπικού.

Τηλεψυχιατρική λοιπόν, ένα νέο θέμα. Η πρόοδος στις τηλεπικοινωνίες και στην ψηφιακή τεχνολογία επιτρέπει σήμερα στις ιατρικές υπηρεσίες να επεκτείνουν τα όριά τους πέρα από τα γεωγραφικά όρια και πέρα από τα φυσικά εμπόδια. Αυτό λίγο πολύ είναι τηλεϊατρική. Είναι εφαρμογές που δίνουν τη δυνατότητα σε γιατρούς όπως είναι οι παθολόγοι να εξετάζουν ασθενείς σε μακρινές θέσεις μέσω διαφόρων τύπων τηλεπικοινωνιών, ακόμη και σε χειρουργούς να διενεργούν επεμβάσεις από απόσταση. Στην ψυχιατρική η τηλεψυχιατρική είναι μια συγκεκριμένη εφαρμογή της τηλεϊατρικής, έχει ερευνηθεί εκτενώς, θεωρείται η ψυχιατρική ως μια ιδανική ειδικότητα για εφαρμογή τέτοιων τηλεπικοινωνιών και τηλεδιάγνωσης, μια και πρόκειται για μια σχέση γιατρού ασθενούς που βασίζεται στην ερώτηση – απάντηση, απάντηση και ερώτηση. Χωρίς απαραίτητως την φυσική εξέταση του σώματος από τον επαγγελματία ειδικό ψυχίατρο θα μπορούσε να γίνει απ' όλους τους επαγγελματίες της υγείας.

**Η τηλεψυχιατρική είναι μια συγκεκριμένη
εφαρμογή της τηλεϊατρικής που έχει
ερευνηθεί εκτενώς,
καθώς η ψυχιατρική θεωρείται η ιδανική
ειδικότητα για τη σχέση ιατρού –
ασθενούς από απόσταση χωρίς
περίπλοκες τεχνολογίες,
λόγω της πρόσωπο με πρόσωπο
εξέτασης μέσω ερωτήσεων απαντήσεων
χωρίς την ανάγκη της φυσικής εξέτασης
του σώματος.**

Η πρώτη εφαρμογή υλοποιήθηκε από τον Widson στις αρχές του 50 στο ψυχιατρικό ίδρυμα της Nebraska στις ΗΠΑ. Εκεί ερευνήθηκε η δυνατότητα εκπαίδευσης ψυχοθεραπευτών μέσω κλειστού κυκλώματος τηλεόρασης. Δεν ήταν ακριβώς τηλεδιάγνωση αυτό, αλλά 10 χρόνια αργότερα στο ίδιο ακριβώς ίδρυμα έγιναν οι πρώτες διαβουλεύσεις μεταξύ ασθενών και θεραπόντων από απόσταση. Εκεί βρέθηκε λοιπόν ότι σε μια πρώτη μελέτη ότι η φυσική απόσταση θεράποντος από τους ασθενείς δεν έχει επίδραση στα κλινικά αποτελέσματα. Οι δε ασθενείς και οι συγγενείς είναι πολύ δεκτικοί σ' αυτή τη μορφή επικοινωνίας.

**Η πρώτη εφαρμογή τηλεψυχιατρικής
υλοποιήθηκε από τον Wittson στις αρχές
του 1950 στο ψυχιατρικό ίδρυμα της
Νεμπράσκας (NPI),
όπου ερευνήθηκε η δυνατότητα
εκπαίδευσης ψυχοθεραπευτών μέσω της
παρακολούθησης συνεδριών με κλειστό
κύκλωμα τηλεόρασης.**



Παρόμοια αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν στο New Hamshire σε μια άλλη έρευνα στην Αμερική όπου δεν βρέθηκαν σημαντικές αποκλίσεις στην

αντίληψη των συναισθηματικών αποχρώσεων, στην αντίληψη της ομιλίας και του περιεχομένου σκέψεως του ψυχιατρικού ασθενούς που λίγο πολύ είναι ο κορμός μιας ψυχιατρικής εξέτασης.

Μια άλλη μεγάλη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στη δεκαετία του '80, δεν βρήκε σημαντικές διαφορές στην ακρίβεια της διάγνωσης μέσω της τηλεψυχιατρικής σε σύγκριση με τις παραδοσιακές πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις.

Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη δεκαετία του 80 δεν βρήκε σημαντικές διαφορές στην ακρίβεια της διάγνωσης μέσω τηλεψυχιατρικής σε σύγκριση με την πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη. Για να μη σας ζαλίσω με πολλές λεπτομέρειες της εγκυρότητας, μια και ο κύριος Φερεντίνος θα μιλήσει περισσότερο στην επόμενη ομιλία από μένα να σας πω μόνο ότι είναι λίγο πολύ δεκτό σήμερα πως εφαρμόζοντας διαγνωστικές τηλεψυχιατρικές μεθόδους καταλήγουμε σε συμφωνία με άλλες διαγνωστικές μεθόδους που γίνονται από κοντά, όπως για παράδειγμα ημιδομημένες κλίμακες εκτίμησης για τις ψυχαναγκαστικές καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, σε μια περίπτωση ψυχαναγκαστικής διαταραχής. Να πω λοιπόν ότι ακόμα και στην περίπτωση που κανείς αμφισβητεί το αν η ποιότητα ή η ποσότητα της πληροφορίας από απόσταση είναι αρκετή, έρευνες όπως αυτή που δείχνει αυτός ο πίνακας,

Επιπλέον, μια μελέτη υλοποίησης ενός συστήματος τηλεσυνδιάσκεψης χαμηλού κόστους σε μια ψυχιατρική υπηρεσία οξέων περιστατικών για μια περίοδο 4 μηνών κατέληξε ότι:

η φυσική απόσταση μεταξύ θεράποντος και θεραπευόμενου ενισχύει την ποιότητα και την ποσότητα της πληροφορίας από την επικοινωνία

(πχ. οι ασθενείς, σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, αισθάνονται πιο άνετα στην αποκάλυψη δεδομένων από το προσωπικό ιστορικό τους από απόσταση).

μια περίοδος 4 μηνών εφαρμογής μιας τέτοιας διαγνωστικής μεθοδολογίας, σε υπηρεσία μάλιστα οξέων περιστατικών έδειξε ότι η φυσική απόσταση μεταξύ θεράποντος και θεραπευόμενου, όχι απλώς δεν κάνει χειρότερη, αλλά ενισχύει την ποιότητα και την ποσότητα της πληροφορίας. Πιθανόν γιατί οι ασθενείς, σύμφωνα τουλάχιστον με την μελέτη αυτή αισθάνονται πιο άνετα στην αποκάλυψη δεδομένων από το προσωπικό τους ιστορικό ευρισκόμενοι σε απόσταση. Έτσι το 94 υπήρχαν 16 προγράμματα τηλεψυχιατρικής στον κόσμο, το 97 έγιναν 25,

- **Μια έκθεση του 1994 απαριθμούσε 16 προγράμματα τηλεψυχιατρικής.**

- **Ο αριθμός τέτοιων προγραμμάτων έφτασε στα 25 το 1997,**

ενώ αναπτύχθηκαν παράλληλες υπηρεσίες ασύγχρονης θεραπείας με φθηνές τεχνολογίες που αξιοποιούν το διαδίκτυο internet, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και η επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο με γραπτό κείμενο.

αναπτύχθηκαν και άλλες δυνατότητες με την είσοδο του internet σε χρήση, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και τα chat, ή το γραπτό κείμενο σε πραγματικό χρόνο, ώστε το 98 η αμερικάνικη ψυχιατρική ένωση ενέκρινε την ψυχιατρική διάγνωση μέσω τηλεσυνδιάσκεψης, και πολυάριθμες μελέτες μέχρι σήμερα υποστηρίζουν την αξιοπιστία της.

Σήμερα η ευρεία εμπορική διάθεση ευρυζωνικών διαδικτυακών συνδέσεων, αυτό είναι το ADSL, που πιθανώς ακούτε σε διαφήμιση μεγάλης χωρητικότητας και ταχύτητας ανταλλαγής δεδομένων επιτρέπει την τηλεσυνδιάσκεψη σε πραγματικό χρόνο με ήχο και εικόνα και σχετικά χαμηλό κόστος. Αυτό λίγο πολύ αποτελεί και την αφορμή ίσως μαζί με την επιστημονική βιβλιογραφία για να σκεφθεί κανείς την εφαρμογή μιας τέτοιας ιδέας και στα δικά μας Ελληνικά δεδομένα και βέβαια του στρατού. Υλοποιημένες εφαρμογές τέτοιων υπηρεσιών στον κόσμο σήμερα ξεπερνούν τις 1000.

- **Μια έκθεση του 1994 απαριθμούσε 16 προγράμματα τηλεψυχιατρικής.**

- **Ο αριθμός τέτοιων προγραμμάτων έφτασε στα 25 το 1997,**

ενώ αναπτύχθηκαν παράλληλες υπηρεσίες ασύγχρονης θεραπείας με φθηνές τεχνολογίες που αξιοποιούν το διαδίκτυο internet, όπως το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και η επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο με γραπτό κείμενο.

Η δυνατότητα της τηλεψυχιατρικής να μιμηθεί σε πραγματικό χρόνο την ακουστική και οπτική ποιότητα της εμπειρίας συνεργασίας του ασθενούς με τον θεράποντα, είναι από κάθε άποψη πολύ σημαντική. Λίγα πράγματα για τα τεχνικά. Μια επίγεια μετάδοση σε 128 kbps, για όσους δεν είναι μνημένοι στο είδος της τηλεπικοινωνίας με το internet, αυτό είναι μια γραμμή ISDN, λίγο πιο γρήγορη από τις απλές τηλεφωνικές γραμμές, δίνει τη δυνατότητα πειστικής οπτικής εικόνας, αλλά προσέξτε 0,3 sec καθυστέρηση, όπως στη δορυφορική

μετάδοση με 0,5 – 1 sec δίνουν τη δυνατότητα να ακυρώνονται λέξεις που λέγονται ταυτόχρονα, ή να υπάρξει αυτό το lag, αυτή η καθυστέρηση, που ίσως έχετε προσέξει σε παγκόσμιες μεταδόσεις, όταν έχετε κάποιον στην τηλεόραση να παίρνει συνέντευξη από κάποιον άλλον που βρίσκεται αλλού και υπάρχει εκείνη η μεγάλη καθυστέρηση. Αυτά κάνουν την ποιότητα της διάγνωσης πραγματικά δύσκολη. Επομένως απορρίπτονται αυτές οι παλιές συνδέσεις, γι αυτό και λέμε ότι σήμερα με τις νέες τεχνολογίες ότι είναι δυνατόν να φθάσουμε στην ποιότητα που θέλουμε. Και να είναι πραγματικά έγκυρη. Αυτοί ήταν κάποιοι από τους λόγους που οι παλιές συνδέσεις δεν ήταν δυνατές και έτσι δεν μπορούσε να συζητηθεί μια τέτοια πρόταση. Σήμερα λοιπόν με τις 0 – 0,3 sec καθυστερήσεις των νέων σύγχρονων γραμμών αυτό είναι εφικτό.

Επομένως, επίγειες συνδέσεις με χαμηλά **KBS** (έως και 128 **KBS**) παλαιότερης τεχνολογίας καθώς και η ακριβή δορυφορική διασύνδεση, μπορούν:

- να παρεμποδίσουν την οικοδόμηση της απαραίτητης επικοινωνίας,
- να δυσχεράνουν την ανίχνευση των μη λεκτικών δεδομένων
- και να υποκαταστήσουν την ελεύθερη έκφραση των ασθενών με μια προσανατολισμένη, απρόσφορα δομημένη συνομιλία.

Ποια είναι τα κόστη και ποια είναι τα οφέλη. Οι άμεσες δαπάνες αφορούν στον εξοπλισμό, στην εγκατάσταση τηλεφωνικών γραμμών κλπ. Οι σταθερές δαπάνες θα ήταν το ενοίκιο των γραμμών, η εκπαίδευση του προσωπικού στη νέα τεχνολογία, πράγματα τα οποία δεν είναι εξαιρετικά ακριβά και δεν είναι δύσκολα. Οι μεταβλητές δαπάνες θα ήταν οι δαπάνες μετάδοσης δεδομένων, οι αμοιβές για το προσωπικό, που ούτως ή άλλως στο στρατιωτικό πλαίσιο υπάρχουν και είναι σταθερές, οι συντηρήσεις και οι βελτιώσεις του εξοπλισμού, χωρίς αυτό να σημαίνει πολλά.

κόστος - όφελος

Οι άμεσες δαπάνες:

- εξοπλισμός,
- εγκατάσταση των τηλεφωνικών γραμμών κτλ.

Οι σταθερές δαπάνες:

- ενοίκιο των γραμμών,
- εκπαίδευση του προσωπικού στη νέα τεχνολογία.

Μεταβλητές δαπάνες:

- δαπάνες μετάδοσης δεδομένων (ογκοχρέωση)
εφόσον προβλέπεται.

Ωστόσο η τηλεψυχιατρική είναι σαφώς φθηνότερη από το ταξίδι για τους ασθενείς και τους ιατρούς. Και η έλλειψη πόρων, ανθρωπίνων πόρων είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα. Είναι οικονομικότερη ως προς την διάθεση αυτών γιατί στην παραδοσιακή πρόσωπο με πρόσωπο εξέταση πρέπει να αποσπάσουμε ειδικούς από ένα κέντρο που είναι απαραίτητοι για την καθημερινή τους δουλειά και να τους πάμε κάπου αλλού. Διάφορες αξιολογήσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές καταδεικνύουν ότι η γενική ικανοποίηση είναι υψηλή. Και μάλιστα είναι υψηλή και όταν προκύπτουν και προβλήματα στον εξοπλισμό, αν πχ στην διάρκεια μιας σύνδεσης τα πράγματα δεν πάνε καλά και αποκατασταθούν μετά από λίγο.

- Η τηλεψυχιατρική είναι φθηνότερη από το ταξίδι για τους ασθενείς ή τους ιατρούς
- και οικονομικότερη ως προς τη διάθεση ανθρωπίνων πόρων, ιδίως αν η παραδοσιακή πρόσωπο με πρόσωπο εξέταση απαιτεί την απόσπαση προσωπικού από νευραλγικά κέντρα παροχής υπηρεσιών προς απομακρυσμένες μονάδες υγείας με μικρό αριθμό περιστατικών.

Οι παράγοντες που φαίνεται να συντελούν σ' αυτή την υψηλή ικανοποίηση σίγουρα περιλαμβάνουν το μειωμένο απαιτούμενο χρόνο αλληλεπίδρασης, ο ασθενής δεν χρειάζεται να περιμένει να τον δει γιατρός, η εξάλειψη του ταξιδιωτικού χρόνου και επίσης αξίζει τον κόπο να σας αναφέρω ορισμένα άλλα προβλήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη.

άλλοι παράγοντες που αναφέρονται να επιδρούν στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης περιλαμβάνουν:

- τον ρυθμό καρέ εικόνας ανά δευτερόλεπτο (Frames Per Second, FPS),
πχ. 30 FPS ισοδυναμεί με τηλεοπτική ποιότητα,
- δημογραφικοί παράγοντες
πχ. ηλικία ασθενών, φύλο, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο,
- νοσολογικές οντότητες
πχ. η κατάθλιψη στην όξεία φάση ως προς την κατάθλιψη σε αποδρομή,
- τα κόστη υλοποίησης,
- η ικανοποίηση από την διαθεσιμότητα άλλων ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται παράλληλα, κα.

Είναι αυτός ο ρυθμός που έλεγα πριν, της μετάδοσης εικόνας, λίγο πολύ αυτό έχει να κάνει με τις ταχύτητες των γραμμών, είναι δημογραφικοί παράγοντες όπως είναι η ηλικία των ασθενών, η εθνικότητα, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, οι νοσολογικές οντότητες, τα κόστη, η ικανοποίηση, διαθεσιμότητα παράλληλα άλλων υπηρεσιών, παθολογικών ας πούμε,

Ο διοικητικός συντονισμός είναι επίσης ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την υλοποίηση αλλά και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα ενός προγράμματος τηλεψυχιατρικής:

- για την οργάνωση των απαραίτητων κλινικών πρωτοκόλλων,
- την τήρηση των χρόνων εκπαίδευσης του προσωπικού και επάνδρωσης της υπηρεσίας
- την προσφορά τεχνικής βοήθειας.

ο διοικητικός συντονισμός, ο οποίος είναι πάρα πολύ σημαντικός, και πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη σ' ένα τέτοιο πρόγραμμα για τη βιωσιμότητά του μακροπρόθεσμα, η ασφάλεια των ιατρικών δεδομένων.

Στην πρόταση που αναπτύσσεται στο 414 ΣΝΕΝ σημειώνεται ότι περιλαμβάνονται προδιαγραφές ασφαλείας που ανταποκρίνονται σε διεθνείς σταθερές, που βρίσκονται σε εφαρμογές ανάλογες στον υπόλοιπο κόσμο και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Λαμβάνεται υπ' όψη επίσης το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ασφαλείς τηλεπικοινωνίες, αλλά τουλάχιστο στο επίπεδο που εμείς τις χρειαζόμαστε να είναι ασφαλείς η πρότασή μας είναι αποδεκτή ως προς τα standards που χρησιμοποιεί. Και βέβαια σταθμίζει τη σχέση κόστους και οφέλους έτσι όπως την περιγράψαμε πριν.

Συγκεκριμένα περιλαμβάνονται,

- η εγκατάσταση λογισμικού ηλεκτρονικής υπογραφής, κρυπτογράφησης και προστασίας δεδομένων,
- η εγκατάσταση εξοπλισμού και λογισμικού τύπου «firewall», για την αποτροπή επεμβάσεων στις βάσεις δεδομένων, ή και κλοπής δεδομένων που ανταλλάσσονται δυναμικά, από τρίτους χρήστες του διαδικτύου κατά τη διάρκεια της διασύνδεσης μέσω αυτού,
- φυσική προστασία των ηλεκτρονικών δεδομένων στο επίπεδο των συνθηκών φύλαξης,
- αποκλειστική πρόσβαση των δεδομένων συγκεκριμένου ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό και τον ιατρό που εξετάζει κατά περίπτωση.

Περιλαμβάνεται λοιπόν η εγκατάσταση του εξοπλισμού, εγκατάσταση λογισμικού και εξοπλισμού firewall, φυσική προστασία δεδομένων με τις συνθήκες φύλαξης, αποκλειστική πρόσβαση του θεράποντος και μόνο. Όλα αυτά είναι εφικτά σήμερα με την τεχνολογία. Έτσι διασφαλίζεται η προστασία κειμένων, εικόνων, που θα μπορούσε να είναι ακτινογραφίες ΗΚΓ, αξονικές, ή κινούμενη εικόνα και ήχος, αυτό που αφορά στην επικοινωνία με τον ειδικό, και λίγο πολύ αυτά είναι τα στοιχεία του τερματικού εξοπλισμού στα ιατρεία των μονάδων που θα μπορούσε να εφαρμοσθεί, χωρίς να μπω σε

λεπτομέρειες που θα σας ήταν απαραίτητες, στο λογισμικό που θα μπορούσε να περιλαμβάνεται, στο τι πρέπει να είναι αυτές οι συνδέσεις για να λειτουργούν σωστά.

Τερματικός Εξοπλισμός Ιατρείων Μονάδων

ηλεκτρονικός υπολογιστής

- επεξεργαστής > 1.2 Ghz, μνήμη > 512 MB, σκληρός δίσκος >30 GB > 7000 στροφές/λεπτό, DVD recorder (εγγραφής DVD-R, RW), USB v. 2.0 > 2 εισόδων, κάρτα γραφικών (με επεξεργαστή ικανοποιητικής απόδοσης 30 καρέ το λεπτό σε αναλύσεις τουλάχιστον 1200x1024 μνήμης >64MB), υποδοχή δικτύου UTP LAN >10 MbPS, πληκτρολόγιο διάταξης QWERTY, ποντίκι.

- Οθόνη VGA ανάλυσης > 800x600 pixel

Τροφοδοσία 220 Volt μέσω UPS σταθερής τάσης, αναμονής > 1 λεπτού

Firewall enabled ADSL router ευρυζωνικής χωρητικότητας > 1 MbPS ή modem ISDN1

Εκτυπωτής έγχρωμος inkjet A4 φωτογραφικής ανάλυσης τουλάχιστον 2 megapixels

Έγχρωμος scanner εγγράφων A4 USB v2.0

Webcam, αυτόματης εστίασης, με δυνατότητα αλλαγής διεύθυνσης για την παρακολούθηση κινούμενου αντικειμένου στο χώρο και μεγέθυνσης 4 φορές (zoom X4).

Στο τι θα πρέπει να υπάρχει στο νοσοκομείο που θα λειτουργεί ως έδρα των θεραπόντων για να διενεργούν τις εξετάσεις από απόσταση, σε επίπεδο εξοπλισμού, λογισμικού και ασφαλών συνδέσεων.

Τερματικός Εξοπλισμός Νοσοκομείου

ηλεκτρονικός υπολογιστής:

- επεξεργαστής > 1.2 Ghz, μνήμη > 512 MB, σκληρός δίσκος >30 GB > 7000 στροφές/λεπτό, DVD recorder (εγγραφής DVD-R, RW), USB v. 2.0 > 2 εισόδων, κάρτα γραφικών (με επεξεργαστή ικανοποιητικής απόδοσης 30 καρέ το λεπτό σε αναλύσεις τουλάχιστον 1024X900 μνήμης >128MB), υποδοχή δικτύου UTP LAN >10 MbPS, πληκτρολόγιο διάταξης QWERTY, ποντίκι.
- Οθόνη VGA ανάλυσης > 800x600 pixels

φορητός ηλεκτρονικός υπολογιστής με τις ανωτέρω προδιαγραφές

τροφοδοσία 220 Volt μέσω UPS σταθερής τάσης, αναμονής > 1 λεπτού

Firewall enabled ADSL router ευρυζωνικής χωρητικότητας > 1 MbPS

Έγχρωμος scanner εγγράφων A4 USB v2.0

Εκτυπωτής A4 inkjet έγχρωμος φωτογραφικής ανάλυσης τουλάχιστον 2 megapixels

2 webcam, αυτόματης εστίασης, με δυνατότητα αλλαγής διεύθυνσης για την παρακολούθηση κινούμενου αντικειμένου στο χώρο και μεγέθυνσης 4 φορές (zoom).

Βέβαια αξίζει τον κόπο να κάνω μια επισήμανση και να πω ότι τίποτε δεν αντικαθιστά τα δεδομένα που προέρχονται σε μια ψυχιατρική εξέταση από το φυσικό περιβάλλον. Το φυσικό περιβάλλον είναι αυτό που δίδει στοιχεία για το ποιος είναι ο ασθενής, ποια είναι η σχέση του με τον περίγυρο, με το χώρο, και αξίζει τον κόπο να σας αναφέρω ένα παράδειγμα και λίγο χαριτολογώντας: Υπήρχε μια τέτοια τηλεσυνδιάσκεψη ψυχιατρική ασθενούς, στην οποία ο ψυχίατρος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο ασθενής πρέπει να έχει τη δυνατότητα να κινείται περισσότερο και ότι αυτό θα του έκανε καλό στην ανάρρωση από τη νόσο. Βέβαια αυτό που δεν είχε δει μέσω τηλεόρασης, μέσω computer, ήταν το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν σε αναπηρικό καροτσάκι. Το οποίο το είδε βέβαια όταν έκανε zoom η camera και έδειξε σε μεγαλύτερη διάσταση το χώρο που ο ασθενής βρισκόταν. Εν πάση περιπτώσει όμως η αλήθεια είναι ότι μια διαγνωστική προσέγγιση σε επίπεδο κλινικής συνέντευξης ψυχιατρικής είναι δυνατόν να γίνει από απόσταση και ίσως λύνει πολλά προβλήματα που προανέφεραν οι συνομιλητές μου, καθώς επίσης είναι περισσότερο οικονομική και βοηθάει στην καλύτερη διάθεση των

ανθρωπίνων πόρων. Και επίσης είναι και ένα ερευνητικό εργαλείο γιατί δίνει την δυνατότητα της εκπαίδευσης, γιατί αυτά καταγράφονται, μπορούν να προβληθούν αργότερα με την συναίνεση του ασθενούς σε εκπαιδευόμενους και δίνει επίσης την δυνατότητα της καταγραφής στατιστικά περισσότερων στοιχείων που διαφεύγουν στη γρήγορη υπό πίεση χρόνου, διαφορετικά, κλινική πράξη.

Ευχαριστώ.

«Η εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης στην τηλεψυχιατρική»

**Φερεντίνος Παναγιώτης, Ψυχίατρος, Επιστημονικός συνεργάτης
Αιγινήτειου Νοσοκομείου.**

Έχω αρκετές επικαλύψεις με τον κύριο Παπαδημητριάδη, αλλά και κάποιες διαφορές σε κάποια πράγματα, οπότε νομίζω με τις δύο ομιλίες θα καλυφθεί πιο σφαιρικά το όλο θέμα. Κατ' αρχήν θα δώσουμε κάποιους ορισμούς, γιατί προφανώς δεν είστε εξοικειωμένοι με το θέμα τόσο πολύ. Ας δούμε τρεις έννοιες. Η έννοια της ηλεκτρονικής υγείας (e-health), η έννοια της τηλεϊατρικής για την οποία μίλησε ο προηγούμενος ομιλητής, και η έννοια της τηλεψυχιατρικής. Η κάθε μια υπάγεται στην προηγούμενη.

“ηλεκτρονική υγεία” (e-health)

**Χρήση της ηλεκτρονικής επικοινωνίας (και της
“τεχνολογίας της πληροφορίας”) στις
επιστήμες υγείας.**

**Περιλαμβάνει την τηλε-ιατρική, αλλά είναι
έννοια γενικότερη, που αναφέρεται και στη
διακίνηση ιατρικών πληροφοριών με
ηλεκτρονική μορφή (π.χ. ιστοσελίδες
ιατρικών περιοδικών και βάσεων
δεδομένων, “ομάδες ενδιαφέροντος”
ασθενών, δικτυακούς τόπους για
συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση κ.λ.π.)**

Η ηλεκτρονική υγεία, η ευρύτερη απ όλες τις έννοιες, είναι γενικά η χρήση της ηλεκτρονικής πληροφορίας στις επιστήμες της υγείας. Περιλαμβάνει την τηλεϊατρική, την αμέσως από κάτω, αναφέρεται στην διακίνηση ιατρικών πληροφοριών με ηλεκτρονική μορφή, για παράδειγμα ιστοσελίδες ιατρικών περιοδικών, βάσεων δεδομένων, ομάδες ενδιαφερόντων ασθενών, sites στα οποία οι ασθενείς βρίσκουν κοινά ενδιαφέροντα που έχουν την ίδια νόσο, ακόμα και sites που αφορούν συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, αλλά περιλαμβάνει και την τηλεψυχιατρική που θα δούμε πιο

κάτω.

“τηλε-ιατρική” (telemedicine)

Χρήση της ηλεκτρονικής επικοινωνίας για την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ειδικών και άλλων παροχών υπηρεσιών υγείας και για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών απ’ ευθείας σε ασθενείς (διάγνωση, παρακολούθηση, θεραπεία) από άλλοτε άλλη απόσταση

Η τηλεϊατρική αφορά την χρήση της ηλεκτρονικής πληροφορίας για ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ειδικών κατ αρχήν αλλά και άλλων παροχών υπηρεσιών υγείας, αλλά και για την παροχή ιατρικών πληροφοριών σε ασθενείς απ’ ευθείας από απόσταση είτε διάγνωσης, είτε θεραπείας.

“τηλε-ψυχιατρική” (telepsychiatry)

Εφαρμογή των μεθόδων της τηλε-ιατρικής στην ψυχιατρική (ευρύς ορισμός)

Χρήση “τηλεδιάσκεψης” (videoconference) για την επικοινωνία μεταξύ ειδικού της ψυχικής υγείας και ασθενούς ή άλλου παροχέα υπηρεσιών στον ασθενή (στενός ορισμός)

Η τηλεψυχιατρική μπορούμε να πούμε ότι είναι με ένα ευρύ ορισμό η εφαρμογή της τηλεϊατρικής στην ψυχιατρική αλλά με ένα στενότερο ορισμό μπορούμε να πούμε ότι είναι η τηλεσυνδιάσκεψη, το videoconference για θέματα της Ψυχιατρικής, για την επικοινωνία μεταξύ του ψυχιάτρου, του

ειδικού της ψυχικής υγείας και του ασθενούς ή μεταξύ των ειδικών της ψυχικής υγείας, μεταξύ τους, ή ενός παροχέα πρωτοβάθμιας φροντίδας με έναν ειδικό. Αυτός είναι λοιπόν ο στενός ορισμός.

**Συνήθης μεταδιδόμενη
πληροφορία στην τηλεψυχιατρική**

- Φωνή
- Κινούμενη εικόνα και φωνή
 - μεγαλύτερη αίσθηση αμεσότητας / επαφής
- Κείμενο
 - Δικτυακοί τόποι (παροχή πληροφοριών, επικοινωνία)
 - Περιοχές συνομιλίας (“chat rooms”
 - ανταλλαγή πληροφοριών)
 - Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

Τώρα, όπως είδαμε και πριν η πληροφορία που μεταδίδεται μέσω τηλεψυχιατρικής μπορεί να είναι μόνο φωνή, μπορεί να είναι και μόνο εικόνα. Γιατί ο ψυχίατρος μπορεί και πρέπει να δει και μια αξονική ας πούμε. Μπορεί να είναι κινούμενη εικόνα και φωνή, και αυτό προσθέτει οπωσδήποτε μεγαλύτερη αμεσότητα στην επαφή. Μπορεί να είναι και κείμενο, όπως αυτό που μπορεί να βρει κανείς σ’ ένα site ή μπορεί να επικοινωνήσει μ’ έναν άλλο ενδιαφερόμενο ή και μ έναν γιατρό, μπορεί να κάνει ψυχοθεραπεία μέσω chat σε ένα chat room ή και μέσω email μπορεί να γίνει ψυχοθεραπεία, σε συνεδρίες μέσω email. Όλα αυτά λοιπόν μεταδίδονται μέσω τηλεψυχιατρικής. Πώς είναι η κατεύθυνση της μετάδοσης αυτής της πληροφορίας;

Κατεύθυνση μετάδοσης πληροφορίας

- **Μονόδρομη**

(ραδιόφωνο, τηλεόραση, μη-διαδραστικοί δικτυακοί τόποι)

Πληροφόρηση, εκπαίδευση, ψυχοεκπαίδευση

- **Αμφίδρομη**

(τηλέφωνο, βιντεόφωνο, διαδραστικοί δικτυακοί τόποι, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο)

Διάγνωση, συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία, παροχή βοήθειας σε άλλους για εφαρμογή θεραπείας

- **Πολλαπλή**

(δικτυακοί τόποι με περιοχές συνομιλίας)

Ανταλλαγή απόψεων, μορφή ομαδικής

Μπορεί να είναι μονόδρομη, όπως ας πούμε ακόμη και μια εκπομπή υγείας για θέματα ψυχικής υγείας στην τηλεόραση ή στο ραδιόφωνο μπορεί να είναι τηλεψυχιατρική με ένα ευρύ ορισμό. Αλλά είναι μονόδρομη επικοινωνία. Ή ένα site στο οποίο παρέχεται ενημέρωση για θέματα ψυχικής υγείας είναι τηλεψυχιατρική. Μετάδοση θεμάτων ψυχικής υγείας από έναν ειδικό στον κόσμο. Αλλά είναι μονόδρομη μετάδοση. Υπάρχει η αμφίδρομη μετάδοση, αμφίδρομη ροή πληροφορίας, που γίνεται με το τηλέφωνο ή με το βιντεοτηλέφωνο ή με το email ή με sites, τα οποία όμως είναι interactive, είναι διαδραστικά, δηλαδή είναι κάποιος στην άλλη μεριά και ανάλογα τι του πεις αντιδρά ανάλογα. Και αυτή η μορφή είναι ακόμη πιο χρήσιμη στη διάγνωση, στην θεραπεία, στην ψυχοθεραπεία, ή στην απλή συμβουλευτική. Υπάρχει και η πολλαπλή, η μετάδοση της πληροφορίας προς πολλαπλές κατευθύνσεις, όπου μπαίνουν πλέον πολλοί μέσα σε μια επικοινωνία και μιλάμε για chat rooms, μιλάμε για πιο σύνθετες μορφές ανταλλαγής πληροφορίας. Μιλάμε για ομαδική ψυχοθεραπεία στο διαδίκτυο ας πούμε. Οι κλινικές μορφές τις οποίες παίρνει η τηλεψυχιατρική μπορεί να είναι στην πράξη: η τηλεφωνική βοήθεια, μπορεί να είναι όλα αυτά τα οποία γίνονται στο διαδίκτυο, μπορεί να είναι και η τηλεσυνδιάσκεψη. Ο στενός ορισμός, κι αυτό νομίζω που τελικά αφορά το μέλλον είναι το δεύτερο. Είναι η τηλεσυνδιάσκεψη. Και αυτό που προχωράει και εξελίσσεται, όχι βεβαίως ότι και τα άλλα δεν είναι πάρα πολύ χρήσιμα και πολύ υποβοηθητικά σε πολλές περιπτώσεις, αλλά τελευταία όλο και

περισσότερο χρησιμοποιείται ο όρος τηλεψυχιατρική για να σημαίνει τηλεσυνδιάσκεψη. Ας δούμε καθένα από αυτά.

Τηλεφωνική βοήθεια

- Διαγνωστική αξιοπιστία κατώτερη της κλασικής εξέτασης, αλλά όχι πολύ χαμηλή
- Αξιοπιστία καλή για εργαλεία διαλογής
- Ικανοποιητική για τακτική παρακολούθηση(αλλά υποχρησιμοποιούμενη για το σκοπό αυτό)
- Χρησιμότερη για “παρέμβαση στην κρίση”
- Ευρύτατη χρήση, πολύ μικρή βιβλιογραφία

Η τηλεφωνική βοήθεια είναι καλή, έχει καλή αξιοπιστία, ειδικά ως εργαλείο διαλογής. Για screening, να ξεσκαρτάρει τις περιπτώσεις πριν τις μελετήσουμε πιο καλά με άλλα εργαλεία. Όμως έχει κατώτερη διαγνωστική αξιοπιστία της κλασικής ψυχιατρικής εξέτασης. Ωστόσο όχι και τόσο χαμηλή. Για screening εργαλείο είναι καλή. Βεβαίως είναι πολύ καλή, ικανοποιητική για follow up των περιστατικών, αν και δεν χρησιμοποιείται τόσο πολύ για αυτό το σκοπό.

Διαδίκτυο

- Περίπου 100.000 δικτυακοί τόποι με θέματα υγείας (BMJ 1999), πολλοί εξ αυτών για ψυχική υγεία
- Ευκολία ανεύρεσης (μηχανές αναζήτησης / συνδέσεις)
- Χρειάζεται προσοχή στην αξιοπιστία των πληροφοριών
- Διαγνωστική αξιοπιστία βασίζεται σε αυτήν των αυτοσυμπληρούμενων κλιμάκων

Στο διαδίκτυο υπάρχουν σήμερα 100000 sites με θέματα υγείας, πολλά από αυτά είναι ψυχικής υγείας, σύμφωνα με μια δημοσίευση στο BMJ,

τα βρίσκει κανείς μέσα από μηχανές αναζήτησης, το Google ας πούμε, που μπορεί να βρει τέτοια sites. Βεβαίως εδώ χρειάζεται προσοχή στο τι υπάρχει στο διαδίκτυο γιατί μπορεί να βρει κανείς και site ανεύθυνα, μη αξιόπιστα, μη έγκυρα. Χρειάζεται πολύ μεγάλη προσοχή. Δεν υπάρχει κανένας έλεγχος σ' αυτά. Όταν προσπαθούν να παρέχουν και υπηρεσίες διάγνωσης ή ακόμη και άλλες υπηρεσίες, αυτό συνήθως γίνεται μέσω κλιμάκων, δηλαδή συμπληρώνει ο χρήστης του site και σου βγάζει απ αυτό ένα score από το οποίο κανείς μετά βγάζει κάτι για τον εαυτό του. Παραπέμπει σε κάποιον αλγόριθμο, ότι αν έχω αυτό το τόσο score έχω κατάθλιψη και άρα πρέπει να κάνω αυτό κι αυτό ας πούμε.

Μπορεί να γίνουν ακόμα και ψυχοθεραπείες κυρίως γνωσιακού και συμπεριφερικού τύπου μέσω δικτυακών τόπων, είτε αυτόματες μέσω αλγορίθμων, δηλαδή όσο μπορεί να γίνει αυτό κάποιες ας πούμε αυτόματες ανάλογα με το feedback που βγάζει ο χρήστης, ή με κάποιον θεραπευτή μέσω email, ή μέσω chat.

Και τέλος η τηλεσυνδιάσκεψη, για την οποία έχει διαγνωστική αξιοπιστία εφάμιλλη της πρόσωπο με πρόσωπο εξέτασης, κλασσικής εξέτασης. Ωστόσο όταν η ταχύτητα μετάδοσης της πληροφορίας είναι πάνω από 384 kbps, αυτό βεβαίως έχει υψηλό κόστος, δεν μπορεί να γίνει παντού, δεν μπορεί να γίνει από το σπίτι, συνήθως γίνεται σε κάποια μέρη, όπου πρέπει να εγκατασταθούν οι ειδικές συσκευές. Αλλά είναι πάρα πολύ χρήσιμη σε απομονωμένες, σε ορεινά μέρη, σε νησιωτικά μέρη, θα δούμε και εμείς που το εφαρμόσαμε στο Αιγινίτσιο, αν έχουμε χρόνο.

Στο ερώτημα στο οποίο ουσιαστικά σήμερα κλήθηκα να απαντήσω, οι περισσότερες από τις μελέτες που είπε προηγουμένως ο κύριος Παπαδημητριάδης υπάρχουν σ αυτή την μετανάλυση η οποία δημοσιεύθηκε το 2005, κάποιων αμερικανών από το πανεπιστήμιο της Columbia και το New York State Psychiatric Institute, οι οποίοι απάντησαν στο ερώτημα, μπορεί η τηλεψυχιατρική να αναπληρώσει ή να αντικαταστήσει τις ψυχιατρικές εκτιμήσεις, τις πρόσωπο με πρόσωπο; Έκαναν μια μετανάλυση, μελέτησαν πάνω από 380 μελέτες από το 56 μέχρι το 2002, τις οποίες βρήκαν από τις βάσεις δεδομένων Medline και Psychinfo, από αυτές απομόνωσαν 14 μελέτες που είχαν πάνω από 10 ασθενείς η κάθε μία. Μιλάμε δηλαδή συνολικά πάνω από 500 ασθενείς. Οι μελέτες συνέκριναν την πρόσωπο με πρόσωπο και την

τηλεψυχιατρική αξιολόγηση. Δεν έβαλαν μελέτες που ήταν μέσω τηλεφωνικής γραμμής και κάμερας, αυτής της απλής κάμερας που έχουμε στο internet. Είχαν δηλαδή ένα μίνιμουμ στην ποιότητα της ταχύτητας της μετάδοσης της πληροφορίας και της ποιότητας της επικοινωνίας, και διέκριναν, θα δούμε παρακάτω και στον πίνακα τις μελέτες εκείνες στις οποίες χρησιμοποιούταν το low band width, αυτό το 128 λέγεται low band width, και high band width, που είναι το 384 kbps. Η τακτική ήταν η εξής: βλέπουμε έναν σχιζοφρενή μέσω τηλεψυχιατρικής και έναν από κοντά. Του δίνουμε μια κλίμακα ψυχιατρική η οποία μετράει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Συγκρίνουμε πώς πάει με τη μια μέθοδο, πώς πάει με την άλλη, και τη συσχέτισή τους. Επίσης χρησιμοποίησαν κλίμακες ικανοποίησης των ασθενών από τη μέθοδο και κλίμακες ικανοποίησης των γιατρών από τη μέθοδο. Οι συγγραφείς αξιολόγησαν και την ποιότητα των μελετών, με βάση κάποια κριτήρια, αν οι μελέτες όλες ήταν υψηλής, μέτριας, ή χαμηλής ποιότητας. Οι παράμετροι που συνέκριναν ήταν αντικειμενικές κλίμακες ψυχοπαθολογίας και κλίμακες ικανοποίησης των ασθενών ή των γιατρών. Συμπέρασμα: η τηλεψυχιατρική αποδείχθηκε ισοδύναμη με την από κοντά εξέταση. Αυτό έχει δείξει η πιο πρόσφατη μετανάλυση Αμερικανών επιστημόνων το 2005.

Αξίζει όμως να σημειώσουμε το εξής: φάνηκε ότι τα συστήματα high band width, το 384, υπερέχουν των χαμηλών, ιδίως στις περιπτώσεις όπου απαιτείται λεπτομερής οπτική παρατήρηση. Όταν έχεις να διαγνώσεις κάποιον που έχει τρόμο ή έχει εξωπυραμιδικό σύμπτωμα σαν παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής, τον τρόπο δεν τον πιάνει ένα χαμηλό, γιατί κάνει lag (καθυστέρηση). Έτσι φαίνεται σταθερό το χέρι, δεν φαίνεται ο τρόμος όταν είναι χαμηλή η ταχύτητα σύνδεσης. Έτσι κινητικές διαταραχές, ακόμη και τα αρνητικά συμπτώματα των σχιζοφρενών δεν φαίνονται (η σκυφτή στάση, η έλλειψη μορφασμών, η έλλειψη εκφραστικότητας προσώπου) τόσο καλά με τις χαμηλές ταχύτητες μετάδοσης.

Σε ό,τι αφορά το σύστημα που εφαρμόσθηκε στο Αιγινήτειο: Υπήρξε ένα Ευρωπαϊκό πρόγραμμα το οποίο εφαρμόσθηκε πιλοτικά σε τρία μέρη. Λέγεται ISLANDS διότι εφαρμόσθηκε σε νησιά (τηλεψυχιατρικής).

ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ

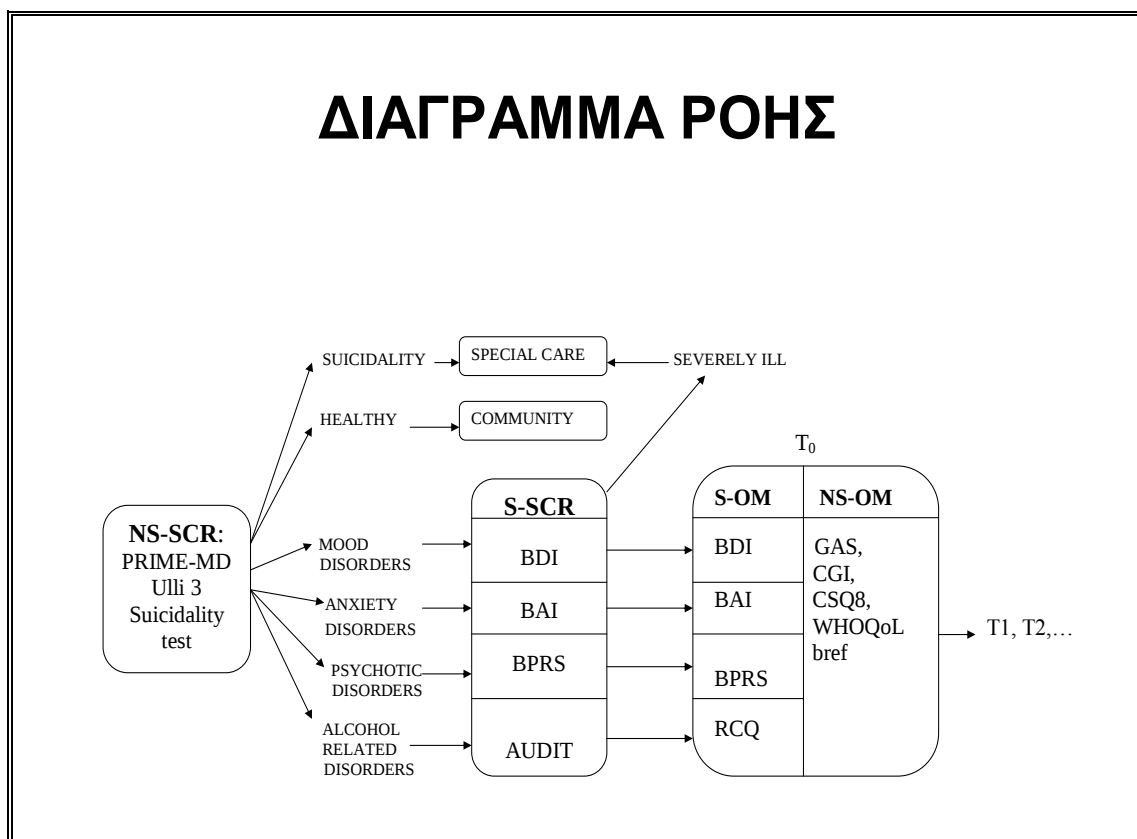
Το πρόγραμμα ISLANDS (2003-2005) είναι ένα ερευνητικό πρόγραμμα που χρηματοδοτήθηκε από την Ε.Ε. (τομέας 'Ποιότητα Ζωής') με στόχο την ανάπτυξη και παροχή τηλεψυχιατρικών υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές.

Τα Κανάρια νησιά (Ισπανία), Μαρτινίκα (Γαλλία) και από την Ελλάδα που την εφαρμογή την ανέλαβε το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ήταν η Άνδρος, στις βόρειες Κυκλάδες. Οι χρήστες του προγράμματος βεβαίως δεν ήταν μόνο ασθενείς, αλλά ήταν και φροντιστές τους, που προσερχόταν στα συστήματα αυτά, υπήρχε ένα εικονοτηλέφωνο που υπήρχε στο Αιγινήτειο νοσοκομείο και ένα στο κέντρο υγείας Άνδρου, αλλά και οι γιατροί της πρωτοβάθμιας υγείας, οι αγροτικοί και οι επιμελητές του κέντρου υγείας στην Άνδρο, ασθενείς επιλεγμένοι βεβαίως, όχι πολύ βαριές περιπτώσεις, όχι αυτοκτονικοί, που είχαν ή κατάθλιψη, ή αγχώδεις διαταραχές, ή ψυχωτικές διαταραχές, ή αλκοολισμό και έγινε και διάγνωση και συμβουλευτική ψυχοθεραπεία σε κάποιες περιπτώσεις και φαρμακοθεραπεία.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

- **Κατάθλιψη**
- **Αγχώδεις διαταραχές**
- **Ψυχωτικές διαταραχές**
- **Κατάχρηση/ εξάρτηση από αλκοόλ**

Δώσαμε κάποια εργαλεία είτε ειδικά είτε μη ειδικά και για την εκτίμηση του αποτελέσματος. Κάναμε και θεραπεία, όχι μόνο διάγνωση. Στον Πίνακα παρακάτω βλέπουμε το διάγραμμα ροής του προγράμματος.



Εκείνο που έχει πολύ μεγάλη σημασία είναι ότι κάναμε σύγκριση με δεδομένα που αφορούν την θεραπεία, πόσο καλά πήγαν οι ασθενείς με την από κοντά θεραπεία και με την τηλεδιάγνωση, έγιναν συγκρίσεις με δεδομένα από την κινητή μονάδα ψυχικής υγείας η οποία υπάρχει στην Άνδρο, και αυτό είναι το σημαντικό, ότι ο ψυχίατρος που ήταν στο Αιγινήτειο και έβλεπε τον ασθενή συμπλήρωνε την κλίμακα Hamilton και ο ασθενής που ήταν στην Άνδρο συμπλήρωνε μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα κατάθλιψης, την Beck (BDI).

ΠΙΛΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

- Κανάρια νησιά (Ισπανία)
- Μαρτινίκα (Γαλλία)
- Βόρειες Κυκλάδες-Άνδρο (Ελλάδα)

Ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ αυτών των δύο βρέθηκε στους διάφορους χρόνους που κάναμε αυτές τις εκτιμήσεις πάρα πολύ υψηλός, 0,84 – 0,97, σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, που δείχνει ότι ουσιαστικά, είτε ήμασταν εδώ, είτε ήμασταν εκεί (Άνδρος – Αιγινήτειο) βλέπουμε το ίδιο πράγμα.

ISLANDS: Ο ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑΣ

- Συναισθηματική διαταραχή: 20 ασθενείς
- Αγχώδης διαταραχή: 13 ασθενείς
- Ψυχωσική διαταραχή: 3 ασθενείς
- Οργανικό ψυχοσύνδρομο: 3 ασθενείς
- Κατάχρηση/ εξάρτηση από αλκοόλ: 1 ασθενής

HAMD-BDI: $r=0.84-0.97$, $p=0.001$

Δεν κάναμε λάθος. Δουλέψαμε η ομάδα του Αιγινήτειου, ο κος Τρίκας, ο κος Πολίτης, ο κος Δικαίος και εγώ, και η ομάδα της Άνδρου, γενικοί γιατροί και αγροτικοί γιατροί με την επίβλεψη του κου Σολδάτου, καθηγητή ψυχιατρικής.

Ευχαριστώ.

"Πώς θα έπρεπε να ήταν η ιδανική επιλογική διαδικασία"

ΣΤΡ(ΥΓ) Φράγκος Γεώργιος, Εργασιακός ψυχολόγος με εξειδίκευση στη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, Διευθυντής Polwirtz seartch Luxemburg (Εταιρεία συμβούλων σε θέματα στρατηγικής ανάπτυξης ανθρωπίνων πόρων), 98 ΤΥΕΘ.

ΣΤΡ(ΥΓ) Καλαϊτζιδης Ιωάννης, Συμβουλευτικός ψυχολόγος, ειδικευμένος σε ψυχομετρικές δοκιμασίες, 98 ΤΥΕΘ.

Θα προσπαθήσω πολύ σύντομα να αναφερθώ σε κάποια κομμάτια της επιλογικής διαδικασίας όπως θα έπρεπε να είναι. Κατ αρχάς η επιλογική διαδικασία, ο σκοπός της πρώτα απ όλα είναι να βρούμε το κατάλληλο άτομο για την κατάλληλη θέση. Ο σκοπός όμως από μόνος του δεν είναι αρκετός για να κάνουμε όλα εκείνα τα απαραίτητα πράγματα για να το επιτύχουμε. Θα δούμε λοιπόν γιατί είναι τόσο σημαντική η επιλογική διαδικασία σήμερα και γιατί λέμε ότι μια εταιρεία ή ένας οργανισμός ο οποίος έχει ιδανική επιλογική

διαδικασία αποκτά ένα συγκριτικό πλεονέκτημα απέναντι στους ανταγωνιστές του. Υπήρξαν μάλιστα και έρευνες που το πήγαν και λίγο παραπέρα αυτό το συγκριτικό πλεονέκτημα. Μια μεγάλη εταιρεία, όπως είναι η Watson white, η οποία είναι επικεφαλής αυτή την στιγμή σε θέματα ανθρωπίνων πόρων στον κόσμο, αναλύοντας 400 εταιρείες κατέληξε ότι όχι μόνο αυτό από μόνο του είναι σημαντικό, αλλά μπορεί να φέρει και 10% συνολική αύξηση της αξίας της εταιρείας.

Η επιλογική διαδικασία

•Μια πρόσφατη έρευνα της Watson Wyatt σε 405 εταιρείες από όλους τους κλάδους με αντικείμενο έρευνας ποια δραστηριότητα/λειτουργία του HR επηρεάζει περισσότερο την κερδοφορία έδειξε ότι:

«Αν μια εταιρεία έχει μια πολύ καλή στρατηγική recruiting θα αυξήσει τη συνολική αξία της εταιρείας κατά 10% τουλάχιστον!!!»

Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι για μια εταιρεία η οποία αυξάνει μέσω της επιλογής του προσωπικού της την αξία της, την χρηματιστηριακή της αξία, γιατί είναι συνήθως εταιρείες που έχουν εισέλθει στο χρηματιστήριο, πόσο σημαντικό είναι αυτό για την παραπέρα διευθέτηση του συγκεκριμένου ζητήματος. Όταν μας ζητήθηκε να κάνουμε αυτή την παρουσίαση ο κύριος Κόκκας αναφέρθηκε πώς θα έπρεπε να είναι η ιδανική επιλογική διαδικασία. Ένας οργανισμός όμως έχει διαφορετική κουλτούρα, έχει διαφορετικές δομές κάθε φορά, οπότε και το μοντέλο το οποίο ταιριάζει, το μοντέλο ιδανικής επιλογικής διαδικασίας είναι και αυτό διαφορετικό. Δεν υπάρχει λοιπόν ένα standard επιλογικό μοντέλο αλλά πολλά και το καθένα από αυτά εφαρμόζεται στην κάθε περίπτωση. Θα σας μιλήσω λοιπόν εν συντομία για 4 βασικά στάδια τα οποία καθορίζουν την επιτυχία του μοντέλου μας και τα στάδια αυτά είναι:

1. Ο καθορισμός των στρατηγικών στόχων ως προς την στελέχωση του οργανισμού.

2. Η ανάλυση των προδιαγραφών της θέσης ή ο καθορισμός των απαιτήσεων της θέσης.

3. Ο εντοπισμός των χώρων για την άντληση πιθανών υποψηφίων και

4. Για την αξιολόγηση αυτή καθ' εαυτή των υποψηφίων.

ΣΤΑΔΙΑ ΕΠΙΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

- 1. Καθορισμός στρατηγικών στόχων ως προς τη στελέχωση του οργανισμού**
- 2. Μορφοποίηση στόχων ως προς τη θέση προς πλήρωση**
- 3. Εντοπισμός χώρων για την άντληση πιθανών υποψηφίων**
- 4. Αξιολόγηση υποψηφίων**

Για το κάθε ένα από αυτά θα παραθέσω περισσότερες λεπτομέρειες.

Καθορισμός στρατηγικών στόχων ως προς τη στελέχωση του οργανισμού

- Καθορισμός με μακροπρόθεσμο ή βραχυπρόθεσμο ορίζοντα ως προς τη διαδικασία της πρόσληψης
- Επαγγελματική προσωπικότητα ή επαγγελματικές δεξιότητες
- Under-qualification ή over-qualification
- Available Resources ως προς την επίτευξη των στόχων

Ξεκινώντας λοιπόν από τον καθορισμό των στρατηγικών στόχων θα πρέπει κατ' αρχήν να αναφερθούμε και να αναρωτηθούμε πόσο καιρό

θέλουμε να δουλέψουν αυτά τα άτομα για μας. Θέλουμε για 6 μήνες, για 3 χρόνια, ή θέλουμε να περάσουν για το υπόλοιπο της ζωής τους εργαζόμενοι για τον οργανισμό μας ή παράλληλα για την εταιρεία μας. Θα πρέπει να αναρωτηθούμε επίσης αν επιλέγουμε μιαν επαγγελματική προσωπικότητα, ή άτομα τα οποία θα εκπαιδεύσουμε εμείς και θα τους δώσουμε συγκεκριμένες επαγγελματικές δεξιότητες ώστε στο μέλλον να μας φανούν χρήσιμα, ή αν θα ψάξουμε να βρούμε τέτοια άτομα με συγκεκριμένες επαγγελματικές δεξιότητες, τα οποία από την πρώτη μέρα στην εργασία, αν θα μπορούσε αυτό θεωρητικά να είναι δυνατό, να είναι άμεσα εργάσιμα και να αποτελούν ικανά στελέχη για τον οργανισμό μας. Ένα τρίτο ζήτημα, το οποίο είναι πολύ συχνό και ειδικά στο στρατό από τη μικρή μου εμπειρία αυτούς τους λίγους μήνες σαν οπλίτης, είναι το ζήτημα του overqualification ή του underqualification. Βλέπουμε συχνά πχ για τους ΕΠΟΠ να υπάρχουν άτομα τα οποία έχουν πανεπιστημιακά πτυχία, με αποτέλεσμα όταν έρχονται στην πραγματικότητα που ζούν σαν επαγγελματίες οπλίτες, να νοιώθουν στρες γιατί δεν καλύπτονται ως προς τις αναζητήσεις της προσωπικότητάς τους και τις δεξιότητές τους, με αποτέλεσμα να μην έχουν καλή απόδοση. Από την άλλη βλέπουμε άτομα που δεν είναι αρκετά τεχνικά προετοιμασμένα και αυτά επίσης επειδή δεν έχουν όλες τις δεξιότητες εκείνες που θα χρειαζόμαυαν για να αποδώσουν σωστά, βιώνουν στρες και άρα έχουμε πάλι έλλειψη αποδοτικότητας. Και τέλος για να καθορίσουμε τους στρατηγικούς στόχους ως προς την στελέχωση του οργανισμού, που είναι και το πιο σημαντικό, θα πρέπει να σκεφθούμε τι δυνατότητες έχουμε, σε χρόνο, σε χρήμα, σε άτομα τα οποία θα ασχοληθούν με το συγκεκριμένο ζήτημα. Μέχρι τώρα έχουν αναφερθεί και από τους προηγούμενους ομιλητές ότι άτομα πχ που σχετίζονται με ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων δεν υπάρχουν. Είναι οι ψυχίατροι από τη μια πλευρά, οι αξιωματικοί από την άλλη, που προσπαθούν να δώσουν λύση στην επιλογική διαδικασία, αλλά θα πρέπει να αναρωτηθούμε αν αυτό είναι το ζητούμενο, αν αυτή είναι η θέση τους και αν τα άτομα αυτά είναι τα πλέον κατάλληλα για να το πετύχουν αυτό.

Μορφοποίηση στόχων ως προς τη θέση προς πλήρωση

- **Ανάλυση θέσης**
- **Περιγραφή Θέσης**
- **Αξιολόγηση Θέσης**
- **Προσδιορισμός Προδιαγραφών θέσης**
- **Προσδιορισμός κρίσιμων κριτηρίων επιλογής**
- **Πιθανή μελλοντική εξέλιξη της θέσης εργασίας**
- **Ιεράρχηση των κριτηρίων επιλογής**

Το δεύτερο κομμάτι στην επιλογική μας διαδικασία, είναι αυτό της ανάλυσης των προδιαγραφών της θέσης. Πώς θα πρέπει λοιπόν να είναι η θέση αυτή καθ' εαυτή, ποια τα κριτήριά της. Πρώτον, πρέπει να αναλύσουμε την θέση αυτή και να δούμε επιστημονικά πλέον τι καλείται το άτομο να κάνει. Όχι ιδεατά, όχι θεωρητικά, αλλά στην πράξη, τι θέλουμε από αυτό. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει αυτή η ανάλυση και στη συνέχεια να γίνει μια καταγραφή, το λεγόμενο job description (προσδιορισμός των χαρακτηριστικών της θέσης) και να καταλήξουμε στο τί θέλουμε από το άτομο και τί περιμένουμε από αυτό. Ταυτόχρονα σε ένα εναλλακτικό πλαίσιο, περισσότερο εξελιγμένο ακόμα θα έλεγα, μπορούμε αντί να καταγράψουμε απλώς τις διεργασίες που απαιτούμε από το άτομο να κάνει, να μιλήσουμε για δεξιότητες σ' ένα γενικότερο πλαίσιο, στο οποίο το άτομο θα μπορεί να πηγαίνει από τη μια θέση στην άλλη και να υπάρχει μια πολυχρησία του εργαζομένου, υπό όρους που η πολυχρησία επιτρέπεται για το άτομο. Τέλος θα πρέπει να κάνουμε μια αξιολόγηση της θέσης, ως προς το ιεραρχικό της πλαίσιο, το που θα πρέπει να κυμαίνεται και τις εξελίξεις που θα έχει αυτή στο μέλλον καθώς και το μισθολογικό της αντίκτυπο λόγω αυτής της συνθήκης. Τέλος θα πρέπει να δούμε ποιες θα είναι οι μελλοντικές εξελίξεις της και ποια ιεραρχικά κριτήρια θα θέσουμε ώστε να μπορούμε στη συνέχεια να τα μετρήσουμε. Πρέπει λοιπόν να δούμε πρώτα τί ψάχνουμε να βρούμε, τί θα είναι αυτό και πώς θα μετρηθεί, που θα είναι το επόμενο στάδιο. Αφού τα έχουμε κάνει αυτά τα δύο στάδια έχουμε αναλύσει τί θέλουμε στρατηγικά σαν οργανισμός να επιτύχουμε, έχουμε βρει αυτά τα

άτομα και έχουμε καταγράψει το τί ψάχνουμε να βρούμε.

Εντοπισμός χώρων για την άντληση πιθανών υποψηφίων

- Μορφοποίηση των αναγκών μας και δημοσιοποίηση στα ανάλογα μέσα
- Το 50 % της επιλογικής διαδικασίας είναι αξιολόγηση και το άλλο 50% είναι ΠΩΛΗΣΗ ...
- Οι επιλογές πρέπει να γίνουν με γνώμονα το εταιρικό συμφέρον και αδέσμευτα από εξυπηρέτηση συμφερόντων
- Αποκλεισμός φαινομένων κοινωνικού, φυλετικού ρατσισμού

Θα πρέπει να εντοπίσουμε πού θα βρούμε αυτά τα άτομα για να γίνει η στελέχωση. Πάρα πολύ συχνά το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η μορφοποίηση αυτών των αναγκών. Φθάνουμε στο σημείο να ζητάμε υπερβολικά πράγματα ή πολύ λίγα πράγματα, να μη τα δημοσιοποιούμε στους κατάλληλους χώρους με αποτέλεσμα το feedback που έχουμε, οι υποψηφιότητες δηλαδή, να μην είναι οι κατάλληλες, να μην είναι τα άτομα αυτά που θα περιμέναμε, οπότε η αξιολόγησή μας στη συνέχεια να μην έχει το μέγιστο αποτέλεσμα. Το δεύτερο ζήτημα εδώ πέρα που είναι χαρακτηριστικό είναι ότι το 50% της επιλογικής διαδικασίας είναι αξιολόγηση. Το άλλο 50% και το ξεχνάμε πολύ συχνά είναι πώληση. Πρέπει να πείσουμε τους καλύτερους να έλθουν να δουλέψουν για μας. Αν ήμασταν σε ένα άλλο πλαίσιο θα σας έλεγα ότι επικρατεί ένας όρος war of talent (πόλεμος των ταλέντων). Ποιά εταιρεία λοιπόν θα πάρει τους καλύτερους, και ας χρειασθεί να τους πληρώσει βραχυπρόθεσμα περισσότερο, τα κέρδη στο μέλλον θα είναι περισσότερα. Οι επιλογές μετά θα πρέπει να γίνουν με γνώμονα το τελικό συμφέρον του οργανισμού και όχι να εξυπηρετούν συμφέροντα. Νομίζω βρισκόμαστε σε μια χώρα όπου κατά καιρούς έχουν ειπωθεί διάφορα, ένας συνάδελφος έδειξε ένα ωραίο slide για «βύσματα», καταλαβαίνετε ότι με τέτοιες προοπτικές επιλογική διαδικασία που να έχει αποτέλεσμα τη σωστή στελέχωση δεν είναι ότι ιδανικότερο. Και τέλος, επειδή είμαστε στο 2006 θα πρέπει ο οργανισμός να είναι equal

opportunities employer, δηλ. να δίνει ίσες ευκαιρίες σε όλους τους ανθρώπους να μπορούν να συμμετέχουν σ αυτή την επιλογική διαδικασία και να έχουν αποκλειστεί φαινόμενα κοινωνικού, ή φυλετικού ρατσισμού. Και σ' αυτό το πλαίσιο λοιπόν της στοχοθέτησης των χώρων που θα αντλήσουμε πιθανούς υποψηφίους είναι πολύ σημαντικό να το έχουμε και αυτό υπ' όψη μας.

Το τελευταίο καμμάτι τώρα, με το οποίο οι περισσότεροι από σας θα έχουν αναμετρηθεί είναι η αξιολόγηση αυτή καθ' εαυτή των υποψηφίων.

Αξιολόγηση υποψηφίων

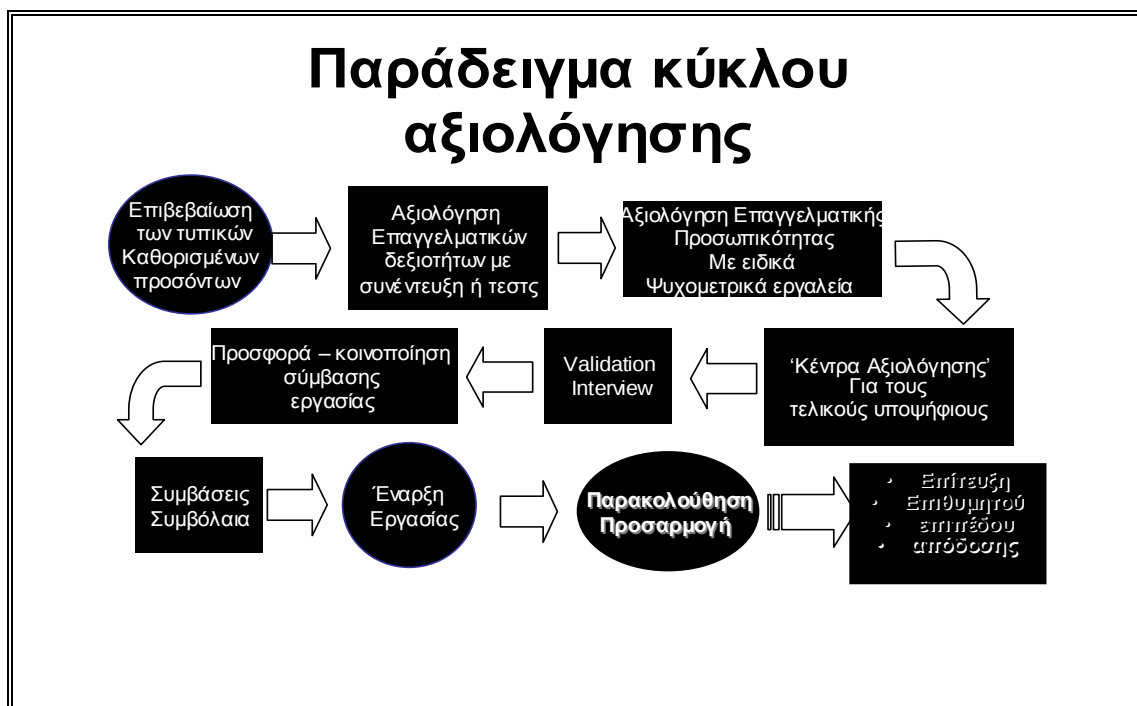
• **Ανάλογα με το αντικείμενο της θέσης, το ιεραρχικό επίπεδο, τα ανοίγματα προς κάλυψη απαιτείται να αναπτύσσεται και αντίστοιχη στρατηγική αξιολόγησης των υποψηφίων**

• **Οι μέθοδοι που επιλέγονται πρέπει είναι τέτοιες που να προσφέρουν τον επαρκή πλούτο πληροφόρησης σχετική για τη συγκεκριμένη θέση, ούτε λιγότερο, αλλά ούτε και περισσότερο**

Υπάρχουν πάρα πολλές θεωρίες, πάρα πολλά μοντέλα, αναλόγως των οργανισμών, αναλόγως της θέσης, δεν θα πω ότι πρεσβεύω κάποιο από αυτά. Θα σας δώσω κάποια παραδείγματα, τα οποία σε συνάρτηση με όλη την προηγούμενη διεργασία, η οποία είναι βασικότερη για να γίνει, θα μπορούσαν να δώσουν ένα καλό αποτέλεσμα. Η στρατηγική λοιπόν αξιολόγησης των υποψηφίων οικοδομείται με βάση παράγοντες όπως το αντικείμενο της θέσης, το ιεραρχικό επίπεδο, ο αριθμός προς κάλυψη των θέσεων και τα χρονικά περιθώρια που έχουμε. Οι μέθοδοι αξιολόγησης που θα χρησιμοποιήσει ο οργανισμός θα πρέπει να εξασφαλίζουν την επαρκή πληροφόρηση για την θέση. Πρέπει αφού το άτομο προς αξιολόγηση έχει περάσει από το αξιολογικό κέντρο να ξέρουμε με σιγουριά ότι τελικά μετρήσαμε αυτά που θέλαμε αρχικά, αυτά που είχαν καταγραφεί. Θα πρέπει επίσης στη διαδικασία αξιολόγησης αλλά και στη διαδικασία που προηγουμένως ανέφερα της ανάλυσης της θέσης να συμμετέχουν και άτομα του ιδίου επιπέδου. Για παράδειγμα: Ένας

διευθυντής ξέρει θεωρητικά τί κάνει ο υφιστάμενός του, δεν το βλέπει όμως στην πράξη κάθε μέρα. Ο υφιστάμενος ο οποίος πραγματοποιεί κάθε μέρα τη δουλειά, ξέρει πολύ καλά τι αντιμετωπίζει και μπορεί με την βοήθεια ειδικών στους ανθρωπίνους πόρους να το περιγράψει και άρα να είμαστε σε καταλληλότερη θέση να περιγράψουμε τί ακριβώς ζητάμε. Εδώ όμως θα πρέπει να βάλουμε και στελέχη υψηλότερων βαθμίδων, για να αποφευχθούν παρασιτικές μεταβλητές στην αξιολόγηση του τύπου "με απειλεί" (είναι καλός το προς αξιολόγηση άτομο άρα μπορεί να με απειλήσει στη συνέχεια στη θέση μου, να μου πάρει την προαγωγή, να με καλύψει κλπ.).

Και τέλος, όπου είναι δυνατόν οι μέθοδοι που επιλέγονται πρέπει να αξιολογούν στοιχεία από το εργασιακό παρελθόν του υποψηφίου. Αυτό φυσικά αναφέρεται σε υποψηφίους οι οποίοι έχουν ήδη εργασθεί. Δεν αναφέρομαι σε αυτούς που μόλις τελείωσαν τις σπουδές τους και απλώς έρχονται προς αξιολόγηση. Μπορούμε να δούμε ένα παράδειγμα κύκλου αξιολόγησης στον Πίνακα παρακάτω:



Ας δούμε σαν παράδειγμα τη διαδικασία επιλογής ΕΠΟΠ και αν πούμε ότι θεωρητικά έχουμε 2000 κόσμος, θα πρέπει σε πρώτη φάση να γίνει μια επιβεβαίωση των τυπικά απαιτούμενων προσόντων. Απ αυτή τη διαδικασία θα βρούμε πχ ότι τηρούν τα κριτήρια 1200 άτομα. Επειδή, καταλαβαίνετε, για να περάσουν την ίδια διαδικασία 1200 άτομα θα είναι μεγάλο κόστος, θα γίνει

μια πρώτη φάση στην οποία θα γίνει αξιολόγηση μέσω συνέντευξης ή τεστ που μετράνε επαγγελματικές δεξιότητες. Απ' αυτό το 2ο στάδιο θα μείνουν 500 άτομα. Στο 3ο κομμάτι πηγαίνουμε πλέον στην αξιολόγηση επαγγελματικής προσωπικότητας. Δεν αξιολογούμε την προσωπικότητα την επαγγελματική για να πούμε καλός ή κακός. Μας ενδιαφέρει να αξιολογήσουμε και να βρούμε με βάση την λίστα που έχουμε διαμορφώσει στην ανάλυση θέσεως αν τα χαρακτηριστικά που ζητάμε τα έχει το άτομο ή όχι. Χρησιμοποιούμε test προεπαγγελματικά και όχι κλινικά, όπως τοMMPI ή κάποια άλλα. Και αφού έχει γίνει και αυτό το στάδιο περνάμε στα κέντρα αξιολόγησης.

Αξιολόγηση υποψηφίων Κέντρα Αξιολόγησης

- Βασική αρχή Η προσομοίωση του χώρου εργασίας
- Πληθώρα εργαλείων/ πλούτος πληροφόρησης
- Υψηλότερη αξιοπιστία και εγκυρότητα από όλα τα άλλα μέσα
- Μεμονωμένη χρήση εργαλείων αξιολόγησης (π.χ. In-tray/ in basket exercise, fact finding, analysis & presentation, etc)

Τα κέντρα αξιολόγησης είναι κάποια κέντρα που θυμίζουν θα λέγαμε το flight simulator, τον εξομοιωτή πτήσης. Πριν δώσουμε στον πιλότο το αεροπλάνο τον βάζουμε σε έναν εξομοιωτή να δούμε αν μπορεί να πετάξει ή όχι. Το ίδιο κάνουμε και με τα κέντρα αξιολόγησης. Προσπαθούμε να προσομοιώσουμε τους χώρους εργασίας για να δούμε αν είναι καλό το άτομο. Σ αυτό λοιπόν το κέντρο, όπου έχουν μείνει και τα λιγότερα άτομα, ζητάμε να κάνουμε την καλύτερη τελική αξιολόγηση. Να τους δώσουμε και κατευθύνσεις. Όσο στενεύει αυτό το χωνί θα λέγαμε είναι και πιο εξειδικευμένη αυτή η αξιολόγηση. Και αφού έχουμε τελειώσει ακολουθεί ένα validation interview το οποίο είναι μια τελική επιβεβαίωση των όσων έχουμε δει για τους 20 που

αποφασίσαμε να κρατήσουμε, γίνεται μια προσφορά της σύμβασης εργασίας, υπογράφεται και ξεκινά η εργασία. Αυτό που πολύ εύκολα ξεχνιέται και λέμε ότι τελείωσε η έναρξη εργασίας. Δεν τελείωσε!. Όλες οι μελέτες λένε ότι αν δεν γίνει παρακολούθηση και προσαρμογή από 6 μήνες έως 2 χρόνια αναλόγως τη θέση, δεν θα έχουμε επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου της απόδοσης.

Πολύ γρήγορα θα αναφερθώ σε κάποιες συμβουλές σε όλους εσάς που έχετε κάνει συνεντεύξεις.

Αξιολόγηση υποψηφίων

10 συμβουλές για μια αποτελεσματική συνέντευξη επιλογής ΠΡΙΝ

1. Αποσαφήνισε τις απαιτήσεις της θέσης και προσδιόρισε τα κριτήρια επιλογής και ποια αποδεικτικά στοιχεία θα αναζητήσεις
2. Μελέτησε το βιογραφικό και όρισε τα θέματα που πρέπει να διερευνηθούν, σχεδιάζοντας ερωτήσεις σχετικές με τα θέματα αυτά. Δόμησε δηλαδή την συνέντευξη
3. Χαλάρωσε για λίγα λεπτά πριν από την συνέντευξη για να καθαρίσεις το μυαλό σου και για να συγκεντρωθείς στην συνέντευξη

Πριν από την συνέντευξη λοιπόν θα πρέπει να αποσαφηνίσετε τις απαιτήσεις της θέσης και να προσδιορίσετε τα κριτήρια επιλογής, καθώς και ποια αποδεικτικά στοιχεία θα αναζητήσετε. Θα πρέπει να έχετε μελετήσει το βιογραφικό ή το φάκελο και να ορίσετε τα θέματα που πρέπει να διερευνηθούν. Να σχεδιάσετε ερωτήσεις σχετικά με τα θέματα αυτά και να δομήσετε την συνέντευξή σας όσο το δυνατόν καλύτερα. Θα πρέπει να χαλαρώσετε πριν από την συνέντευξη και να καθαρίσει το μυαλό σας απ οτιδήποτε άλλο για να αφιερωθείτε στη συνέντευξη αυτή καθ εαυτή.

Αξιολόγηση υποψηφίων

10 συμβουλές για μια αποτελεσματική συνέντευξη επιλογής

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

4. Ξεκαθάρισε στην αρχή της συνέντευξης τον σκοπό, την διάρκεια και την διαδικασία που θα ακολουθηθεί και προσπάθησε να κάνεις τον υποψήφιο να αισθανθεί άνετα
5. Προσπάθησε να είσαι ήρεμο και φυσικός, αλλά ταυτόχρονα να βρίσκεσαι και σε εγρήγορση
6. Άντλησε τις κατάλληλες πληροφορίες χρησιμοποιώντας κατανοητές ερωτήσεις, ξεδιαλύνοντας τις ασαφείς απαντήσεις και ακούγοντας τον υποψήφιο ενεργητικά

Κατά την διάρκεια θα πρέπει να ξεκαθαρίσετε στην αρχή της συνέντευξης το σκοπό, τη διάρκεια και την διαδικασία που θα ακολουθηθεί, γιατί όσο πιο ήρεμος είναι ο υποψήφιος, τόσο πιο πολλά στοιχεία μπορούμε να του βγάλουμε. Θα πρέπει να προσπαθήσετε να είστε ήρεμοι και φυσικοί αλλά και ταυτόχρονα να βρίσκεστε σε εγρήγορση και τέλος να αντλήσετε τις κατάλληλες πληροφορίες χρησιμοποιώντας κατάλληλες ερωτήσεις, ξεδιαλύνοντας ασαφείς απαντήσεις και ακούγοντας τον υποψήφιο ενεργητικά.

Αξιολόγηση υποψηφίων

10 συμβουλές για μια αποτελεσματική συνέντευξη επιλογής

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

7. Απέφυγε την κριτική, μη δείχνεις επιφυλακτικός, καχύποπτος ή προκατειλημμένος
8. Προσπάθησε να τηρήσεις τον κανόνα: μιλάω 20%, ακούω 80% του διαθέσιμου χρόνου
9. Ενημέρωσε τον υποψήφιο για την διαδικασία που θα ακολουθηθεί, για το πότε και πως θα μάθει νεώτερα για την υποψηφιότητά του και ευχαρίστησέ τον θερμά

Θα πρέπει να προσπαθήσετε να τηρήσετε τον κανόνα «μιλάω 20% ακούω 80%», και όχι αυτό που γίνεται συχνά να πηγαίνουμε στην συνέντευξη και ο συνεντευκτής να μιλά περισσότερο από τον ερωτώμενο. Και θα πρέπει να ενημερώσετε τέλος τον υποψήφιο για την διαδικασία που θα ακολουθηθεί και για το πότε θα μάθει νεότερα για την υποψηφιότητά του για το όλο ζήτημα.

Και τέλος είναι το πιο σημαντικό κομμάτι που κι αυτό ξεχνιέται, θα πρέπει να έχετε αρκετό χρόνο ακριβώς μετά ώστε να καταγράψετε τις σχετικές πληροφορίες,

Αξιολόγηση υποψηφίων

10 συμβουλές για μια αποτελεσματική συνέντευξη επιλογής

ΜΕΤΑ

- 10. Προγραμματίσε να έχεις αρκετό χρόνο για να καταγράψεις τις σχετικές πληροφορίες, να τις αναλύσεις, να τις αξιολογήσεις, να καταγράψεις τα συμπεράσματά σου, να τα επεξεργαστείς έτσι ώστε να είσαι σε θέση να αναγνωρίσεις τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά του υποψήφιου και να τα αξιολογήσεις τεκμηριωμένα σε σχέση με τις απαιτήσεις της θέσης**

να τις αναλύσετε και να μη γίνεται αυτό κατά την διάρκεια της συνέντευξης, να καταγραφούν τα συμπεράσματα, ώστε να είστε σε θέση να αναγνωρίσετε τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά του υποψηφίου, ώστε να υπάρχει τεκμηριωμένη αξιολόγηση.

Ευχαριστώ.