

Περιεχόμενα

Πρόλογος	11
Πρόλογος ελληνικής έκδοσης	13
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
Ορισμοί	15
Ιστορική επισκόπηση στην κλινική ψυχολογία της υγείας	17
Η ανάπτυξη της ψυχολογίας της υγείας	18
Ο ρόλος της ψυχολογίας στη φροντίδα υγείας	20
Ρόλοι και λειτουργίες των κλινικών ψυχολόγων υγείας	22
Προτεινόμενη βιβλιογραφία	24
2. Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
Εκπαίδευση και πρακτική άσκηση	25
Προσωπικά και επαγγελματικά θέματα	32
Προτεινόμενη βιβλιογραφία και υλικό αναφοράς	47
3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	49
Ένα μοντέλο αξιολόγησης στην κλινική ψυχολογία της υγείας	51
Στόχοι της αξιολόγησης	52
Συνθέτοντας τις πληροφορίες από την αξιολόγηση	59
Μέθοδοι αξιολόγησης	61
Επιτυγχάνοντας τους στόχους της αξιολόγησης: Κατανοώντας τον ασθενή	72
Προτεινόμενη βιβλιογραφία	74
4. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	75
Στόχοι για τους ασθενείς	75
Περιβαλλοντικοί στόχοι	77

Επιλέγοντας παρεμβάσεις	79
Στρατηγικές παρέμβασης	83
Προτεινόμενη βιβλιογραφία	98
5. ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	103
Προβλήματα με τις παραπομπές	103
Ζητήματα διεξαγωγής παραπομπών	110
Κίνδυνοι κατά την αξιολόγηση	121
Ειδικά θέματα στην παρέμβαση	125
Η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων	127
Ρυθμιστικά ζητήματα	131
Εναλλακτικές λύσεις	133
6. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	135
Η ανάπτυξη των δεοντολογικών αρχών	135
Ηθικά διλήμματα	137
Αναθεώρηση του κώδικα δεοντολογίας	137
Ειδικά προβλήματα δεοντολογίας στην κλινική ψυχολογία της υγείας	138
Αρχή πρώτη: Επάρκεια	139
Αρχή δεύτερη: Ακεραιότητα	149
Αρχή τρίτη: Επαγγελματική και επιστημονική ευθύνη	153
Αρχή τέταρτη: Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων	
και της αξιοπρέπειας	157
Αρχή πέμπτη: Ανησυχία για την ευημερία των άλλων	159
Κατανόηση έναντι εφαρμογής δεοντολογικών αρχών	165
Προτεινόμενη βιβλιογραφία	167
7. ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΗΣ ΑΜΕΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	167
Αμέλεια/αδικοπραξία στον χώρο της ψυχολογίας	169
Περιοχές υψηλού κινδύνου για αμέλεια στην άσκηση της	
κλινικής ψυχολογίας της υγείας	171
Μειώνοντας τους κινδύνους της αμέλειας	197
Περίληψη και συμπεράσματα	197
Προτεινόμενη βιβλιογραφία	198

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

8. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	199
Τεχνολογικές εξελίξεις	199
Ανάπτυξη του επαγγέλματος	200
Μεταβολές στην ψυχιατρική	203
Μεταβολές στο σύστημα φροντίδας υγείας	204
Προτεινόμενη βιβλιογραφία	206
Παράρτημα Α: Κατάλογος επιστημονικών περιοδικών που δημοσιεύουν εμπειρικές μελέτες και θεωρητικά άρθρα στο πεδίο κλινική ψυχολογία υγείας	207
Παράρτημα Β: Ιατρικές συντομογραφίες (ΗΠΑ)	211
Παράρτημα Γ: Επαγγελματικοί οργανισμοί & οργανισμοί σχετικοί με ειδικές κατηγορίες νοσημάτων	215
Παράρτημα Δ: Ιατρικά νοσήματα που εκδηλώνονται με ψυχολογικά συμπτώματα	221
Βιβλιογραφικές Αναφορές	223
Ευρετήριο	243
Σχετικά με τους συγγραφείς	247

Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία της Υγείας

ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο Millon (1982β), ήταν ο πρώτος που έδωσε έναν ακριβή ορισμό του επιστημονικού κλάδου της κλινικής ψυχολογίας της υγείας, που περιλάμβανε τόσο τα βασικά στοιχεία της επιστήμης αυτής όσο και της εφαρμογές της:

είναι η εφαρμογή της γνώσης και των μεθόδων όλων των βασικών πεδίων του επιστημονικού κλάδου της ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας, στην πρόληψη, αξιολόγηση και θεραπεία όλων των μορφών ψυχικών και σωματικών διαταραχών, στις οποίες οι ψυχικοί παράγοντες είτε συντελούν είτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ανακουφίσουν την ψυχική δυσφορία ή τη δυσλειτουργία σε ένα άτομο. (Millon, 1982β, σελ. 9)

Αυτός ο ορισμός εκφράζει μία σύγκλιση του επιστημονικού κλάδου της κλινικής ψυχολογίας, εστιασμένης στην αξιολόγηση και θεραπεία ατόμων που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή ή δυσλειτουργία, και του κλάδου της *ψυχολογίας της υγείας*, που ορίζεται ως:

το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του επιστημονικού κλάδου της ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, την ασθένεια, και τις σχετικές δυσλειτουργίες. (Matarazzo, 1980, σελ. 815)

Αν και η επαγγελματική δραστηριότητα στην *κλινική ψυχολογία της υγείας* έχει προηγηθεί της χρήσης αυτού του όρου, πιστεύουμε ότι περιγράφει με τον καλύτερο τρόπο τον επαγγελματικό αυτό χώρο των ψυχολόγων. Όπως δήλωσε ο Millon (1982β), «ο όρος που

επελέγη για να περιγράψει τον επιστημονικό αυτό κλάδο είναι σημαντικός, διότι θα διαμορφώσει τόσο την ερευνητική προσέγγιση του κλάδου όσο και τη μορφή της προσφοράς επαγγελματικών υπηρεσιών» (σελ. 9). Άλλοι σχετικοί ορισμοί προκαλούν σύγχυση, ή είναι πολύ περιορισμένοι για να περιγράψουν την εφαρμογή ή άσκηση της ψυχολογίας. Παραδείγματα τέτοιων ορισμών περιλαμβάνουν τη *συμπεριφορική ή συμπεριφοριστική ιατρική* (Behavioral Medicine), τη *ιατρική ψυχολογία* (Medical Psychology), και τη *ψυχοσωματική ιατρική* (Psychosomatic Medicine).

Η *συμπεριφορική ιατρική* αποτελεί ένα διεπιστημονικό πεδίο. Ένας ψυχολόγος δεν μπορεί να «ασκήσει» *συμπεριφορική ιατρική* οι ψυχολόγοι μπορούν μόνο να ασκήσουν την ψυχολογία. Αυτό γίνεται εμφανές στον παρακάτω ορισμό της συμπεριφορικής ιατρικής, που είναι και ο πλέον αποδεκτός:

αποτελεί ένα διεπιστημονικό πεδίο που ασχολείται με την ανάπτυξη γνώσεων και τεχνικών, μέσω της σύνθεσης των επιστημών της συμπεριφοράς και της βιοϊατρικής, που συμβάλλουν τόσο στην κατανόηση της σωματικής υγείας και ασθένειας, όσο και στη διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη, και αποκατάσταση. (G. E. Schwartz και Weiss, 1978, σελ. 250)

Αυτός ο ορισμός που προτάθηκε σε ένα συνέδριο ορόσημο στο Πανεπιστήμιο του Yale, το Φεβρουάριο του 1977, και οριστικοποιήθηκε αργότερα σε μία συνέλευση της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των Η.Π.Α., τον Απρίλιο του 1978, δεν κάνει ειδική αναφορά σε μία θεωρητική κατεύθυνση (συμπεριφορισμός) ούτε και σε μία συγκεκριμένη επιστήμη (ιατρική). Ωστόσο, συχνά παρερμηνεύεται, και ακόμη κατηγορείται ως τέτοιος ορισμός, από ορισμένους σωβινιστές. Όλοι οι ψυχολόγοι της υγείας και όλοι οι κλινικοί ψυχολόγοι της υγείας συμβάλλουν στο πεδίο της συμπεριφορικής ιατρικής, όπως και οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές, οι επιδημιολόγοι, οι ιατροί, οι διαιτολόγοι, και άλλοι «ειδικοί» επιστήμονες. Αυτοί οι επαγγελματίες μπορούν να επιλέξουν μεταξύ της άσκησης του επαγγέλματος, της εκπαίδευσης, της ανάπτυξης πολιτικής υγείας, ή τη διεξαγωγή έρευνας που σχετίζεται με τη σύνθεση των επιστημών της συμπεριφοράς και της βιοϊατρικής με σκοπό την προώθηση της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.

Ένας άλλος όρος, αυτός της *ιατρικής ψυχολογίας*, μπορεί να δημιουργεί σύγχυση, με την έννοια ότι περιλαμβάνει τουλάχιστον τρεις ευρέως αποδεκτούς ορισμούς και είναι περιοριστικός (π.χ., αποκλείει τους ψυχολόγους από την άσκηση του επαγγέλματος τους σε πληθυσμούς με προβλήματα στοματικής υγείας). Αυτοί οι ορισμοί περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: (α) την άσκηση της ψυχολογίας σε ιατρικά τμήματα ή ιατρικές σχολές (Gentry και Matarazzo, 1981, σελ. 12), (β) τη μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με κάθε ένα ξεχωριστά ή και συνολικά τα θέματα της σωματικής υγείας, της ασθένειας, και της αντιμετώπισής της, σε ατομικό, ομαδικό ή συστημικό επίπεδο (Asken, 1979, σελ. 67), και (γ) την παραδοσιακή ψυχιατρική στη Μεγάλη Βρετανία.

Ο όρος *ψυχοσωματική ιατρική* ιστορικά υπήρξε ο επικρατέστερος. Αν και αρχικά ο

στόχος του όρου ήταν η αναφορά στην στενή σχέση ανάμεσα στο σώμα και στην ψυχή, συνήθως αναφέρεται στα ψυχολογικά αίτια των οργανικών διαταραχών, όπως τα αντιλαμβάνονται οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας και το κοινό. Ωστόσο, και αυτός ο ορισμός περιέχει ορισμένες παρερμηνείες. Και πάλι, η χρήση του όρου *ιατρική* θα ήταν ακατάλληλη για τον επαγγελματία ψυχολόγο ή την επιστήμη της ψυχολογίας. Άλλοι όροι που συναντώνται στο πεδίο αυτό, όπως *παιδιατρική ψυχολογία*, *ψυχολογία της αποκατάστασης*, και *νευροψυχολογία*, είναι πιο περιορισμένοι όσον αφορά το πεδίο άσκησης της ψυχολογίας.

Συνοπτικά, πιστεύουμε ότι ο όρος *κλινική ψυχολογία της υγείας* ενσωματώνει με τον καλύτερο τρόπο την ευρύτητα του πεδίου (της υγείας), ενώ ταυτοχρόνως εστιάζει στην εφαρμοσμένη επιστήμη (την κλινική). Η άσκηση αφορά σε συγκεκριμένη επιστήμη (την ψυχολογία) ωστόσο, η αναγνώριση ότι πολλές άλλες επιστήμες ασκούν κλινικό έργο στον τομέα της υγείας, κάνει τις πληροφορίες που παρατίθενται στις επόμενες ενότητες εξίσου σημαντικές και για αυτούς τους επαγγελματίες.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη Δυτική κουλτούρα, οι ρίζες της κλινικής ψυχολογίας της υγείας τοποθετούνται στον πέμπτο π.χ. αιώνα και την Ιπποκρατική ιατρική σχολή. Η υγεία θεωρούνταν ως η φυσική ισορροπία, των σωματικών και συναισθηματικών παραγόντων, που ρυθμιζόταν από μία αναλογία των «χυμών του σώματος» (φλέγμα, κίτρινη χολή, αίμα, και μαύρη χολή). Αιώνες αργότερα, το 1747, ο Gaub, ένας καθηγητής της ιατρικής, έγραψε ότι «ο λόγος που ένα υγιές σώμα αρρωσταίνει, ή ένα πάσχον σώμα αναρρώνει, πολύ συχνά εντοπίζεται στο νου» (αναφέρεται στο Lipowski, 1977, σελ. 234). Ωστόσο, μόλις κατά την περίοδο μεταξύ του 1920 και του 1950 αναδύθηκε το επίσημο πεδίο της ψυχοσωματικής ιατρικής. Επικράτησαν δύο κύριες προσεγγίσεις: Η ψυχοδυναμική και η ψυχοφυσιολογική. Ένας από τους γνωστότερους εκπροσώπους της ψυχοδυναμικής προσέγγισης ήταν ο Franz Alexander (1950), ο οποίος, εμπνευσμένος από την ψυχαναλυτική θεωρία, ανέπτυξε μία «θεωρία ειδικευσης ή προσδιορισμού – specificity theory». Συγκεκριμένες ανεπίλυτες ασυνείδητες (μη-συνειδητές) συγκρούσεις θεωρήθηκε πως οδηγούν σε συγκεκριμένες σωματικές διαταραχές, (π.χ., ανεκπλήρωτες στοματικές και εξαρτητικές ανάγκες έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη έλκους του δωδεκαδάκτυλου).

Στο επιστημονικό πεδίο της ψυχοφυσιολογίας, ο Harold G. Wolff (1953), χρησιμοποιώντας πρωτοποριακούς πειραματικούς σχεδιασμούς μελέτησε τις επιδράσεις ψυχολογικών ερεθισμάτων σε φυσιολογικές διεργασίες του οργανισμού. Μέσω αυτών των μεθόδων, ο Δρ. Wolff ανέπτυξε μία θεωρία για το ψυχολογικό στρες, την οποία εφάρμοσε σε ένα ευρύ φάσμα σωματικών ασθενειών. Για παράδειγμα, παρατήρησε ότι κατά τη διάρκεια που οι

ασθενείς συζητούσαν προβλήματα σχέσεων (στρες), η δυσφορία συσχετιζόταν με αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ενώ η απογοήτευση και η κατάθλιψη με μείωση της αρτηριακής πίεσης (Wolff και Wolff, 1951). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονταν κυρίως στους υπερτασικούς. Γενικά, κατά το πρώτο μισό του 20ου αιώνα, οι διεργασίες νου – σώματος πέρασαν από το χώρο της φιλοσοφίας και της θρησκείας, σε αυτόν της επιστημονικής έρευνας. Ο Shorter (1992) έκανε έναν ενδιαφέροντα ιστορικό απολογισμό των πολιτισμικών και επιστημονικών επιδράσεων στις θεωρίες αλληλεπίδρασης νου – σώματος.

Οι τελευταίες τρεις δεκαετίες του 20ου αιώνα, σηματοδεύτηκαν από μία μείωση της επίδρασης των ψυχοδυναμικών θεωριών, και αυξημένη επικέντρωση στις ψυχοφυσιολογικές διεργασίες, σε μία απόπειρα ερμηνείας των διεργασιών νου– σώματος. Επίσης, προστέθηκαν κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις σε αυτά τα μοντέλα, και αναπτύχθηκαν ψυχολογικές παρεμβάσεις για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση νόσων και γενικότερα για την βελτίωση του συστήματος υγείας. Η ψυχολογία ως επιστημονικό πεδίο συνέβαλλε σημαντικά σε αυτό το εγχείρημα.

Η πειραματική ψυχολογία μας έδωσε πληροφορίες για τις γνωστικές και σωματικές διεργασίες, που οδήγησαν σε επιτυχείς προσπάθειες σωματικής αυτορύθμισης μέσω της βιοανατροφοδότησης (biofeedback). Οι μελέτες των γνωστικών διεργασιών, ανέδειξαν την σημαντικότητα της απόδοσης νοήματος στα συστήματα των πεποιθήσεων και την επεξεργασία πληροφοριών σε θέματα υγείας, αλλά και την ανάγκη να μελετηθούν θέματα όπως η συμμόρφωση με τη θεραπεία, η αναζήτηση βοήθειας, και η ανοχή του πόνου. Η έρευνα στην ενδοκρινολογία μας βοήθησε να κατανοήσουμε τις σχέσεις μεταξύ σωματικών διεργασιών και συναισθημάτων, και οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς εφαρμόστηκαν για να μειωθούν κίνδυνοι για την υγεία που σχετίζονται με διάφορες συμπεριφορές. Μερικές από τις πιο συναρπαστικές εξελίξεις έχουν προκύψει στο επιστημονικό πεδίο της ψυχονευροανοσολογίας, που επιχειρεί να περιγράψει τους μηχανισμούς αλληλεπίδρασης ψυχολογικών διεργασιών και υγείας (Ader και Cohen, 1993 Hall, Minnes, και Olness, 1993). Η ψυχολογία, ως επιστήμη της συμπεριφοράς, θα συνεχίσει να αποτελεί ένα θεμελιώδες μέρος του, ευρέως αποδεκτού πλέον, βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της υγείας.

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ως ειδικότητα του επιστημονικού κλάδου της ψυχολογίας, η ψυχολογία της υγείας αναπτύχθηκε ραγδαία από τα μέσα της δεκαετίας του 1970. Σύμφωνα με τον Gentry (1984), ορισμένοι πιθανοί παράγοντες για αυτή την εξέλιξη, ήταν: (α) η αποτυχία του βιοιατρικού μοντέλου να ερμηνεύσει επαρκώς τα θέματα της υγείας και της ασθένειας· (β) το αυξημένο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής και την πρόληψη της ασθένειας· (γ) η μετακίνηση του ενδιαφέροντος από τις μεταδοτικές νόσους στις χρόνιες, ως κύρια πρόκληση της

ιατρικής επιστήμης, με παράλληλη αναγνώριση της επίδρασης των παραγόντων που αναφέρονται στον τρόπο ζωής· (δ) η ωρίμανση της έρευνας στις επιστήμες της συμπεριφοράς, που περιέλαβε την εφαρμογή των θεωριών μάθησης στην αιτιολογία και πορεία των νόσων, και (ε) το αυξημένο κόστος της φροντίδας υγείας και η αναζήτηση εναλλακτικών προσεγγίσεων στο παραδοσιακό σύστημα φροντίδας υγείας.

Όσοι βρέθηκαν στο επίκεντρο αυτών των εξελίξεων, εργάστηκαν με θέρμη για να καθιερωθούν νέες επαγγελματικές κατηγορίες. Το έτος 1978 αποτέλεσε το ζενίθ αυτής της εξελικτικής διαδικασίας. Η Ακαδημία Συμπεριφορικής Ιατρικής (Academy of Behavioral Medicine) ιδρύθηκε τον Απρίλιο του 1978, με το Neal E. Miller ως πρώτο της πρόεδρο. Στις 16 Νοεμβρίου 1978, έγινε η πρώτη επιστημονική συνάντηση της Συμπεριφορικής Ιατρικής Εταιρίας (Behavioral Medicine Society) στο Σικάγο. Πρόκειται για ένα διεπιστημονικό οργανισμό με πάνω από 3.000 μέλη. Στο 86ο Ετήσιο Συνέδριο του Αμερικανικού Ψυχολογικού Συλλόγου, το 1978, αναγνωρίστηκε ο Τομέας της Ψυχολογίας της Υγείας, στον οποίο έχουν ενταχθεί ως τώρα πάνω από 3.500 μέλη, και αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους τομείς του Αμερικανικού Ψυχολογικού Συλλόγου. Επίσης, το ίδιο έτος, ξεκίνησε η έκδοση του «Περιοδικού Συμπεριφορικής Ιατρικής» (*Journal of Behavioral Medicine*), υπό την επιμέλεια του W. Doyle Gentry. Τέσσερα χρόνια αργότερα, άρχισε να εκδίδεται και το περιοδικό «Ψυχολογία της Υγείας» (*Health Psychology*). Το 1994, εκδόθηκε και το «Περιοδικό Συμπεριφορικής Ιατρικής» (*International Journal of Behavioral Medicine*), που αντανακλά τις διεθνείς εξελίξεις στο επιστημονικό αυτό πεδίο.

Καθώς η ψυχολογία της υγείας αναπτυσσόταν, το ενδιαφέρον για τη διασφάλιση ποιότητας, οδήγησε στο Συνέδριο για την Εκπαίδευση και την Πρακτική στην Ψυχολογία της Υγείας, του Οίκου Arden. Σε αυτό το συνέδριο, αναπτύχθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες για την θεωρητική εκπαίδευση και την πρακτική σε προδιδακτορικό επίπεδο, επίπεδο πρακτικής (κλινικής) άσκησης σε επαγγελματικούς χώρους, και μεταδιδακτορικό επίπεδο, για ερευνητικές και επαγγελματικές σταδιοδρομίες στην ψυχολογία.

Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές παραμένουν τα πρότυπα για το πεδίο (μία πλήρη αναφορά μπορεί κανείς να βρει στο G. C. Stone, 1983).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, ιδρύθηκε η Αμερικανική Επιτροπή Ψυχολογίας της Υγείας (American Board of Health Psychology – ABHP), με στόχο να προωθήσει την ορθή άσκηση του επαγγέλματος της ψυχολογίας της υγείας. Η επιτροπή αυτή χορηγεί πιστοποιητικά επάρκειας σε επαγγελματίες που επιδεικνύουν υψηλού επιπέδου ικανότητες στην επιστήμη και στην άσκηση του επαγγέλματος του ψυχολόγου υγείας, και περιλαμβάνει την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση μετά από ασθένεια. Το 1993, αυτή η επιτροπή αναγνωρίστηκε πλήρως από την Αμερικανική Επιτροπή Επαγγελματικής Ψυχολογίας (American Board of Professional Psychology – ABPP), το παλαιότερο σώμα πιστοποίησης επαγγελματιών ψυχολόγων. Έτσι, η κλινική ψυχολογία της υγείας έχει τώρα αναγνωριστεί επισήμως από το επαγγελματικό σώμα, ως ειδικός τομέας άσκησης

του ψυχολογικού επαγγέλματος. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες που επιθυμούν να λάβουν πιστοποίηση από την επιτροπή, έχουν πρόσβαση σε εδραιωμένους και σεβαστούς μηχανισμούς. Μάλιστα, αναγνωρίζοντας το εύρος της ειδικότητας, οι διευθύνοντες σύμβουλοι του ABHP, αποφάσισαν, το 1992, την έναρξη της διαδικασίας ανάπτυξης πιστοποιητικών περαιτέρω εξειδίκευσης σε επιμέρους κλάδους επαγγελματικής πρακτικής, όπως η διαχείριση του πόνου, αποκατάσταση, και ψυχοκοινωνική ογκολογία. Το πρώτο πεδίο που θα αναπτυχθεί θα είναι αυτό της διαχείρισης του πόνου.

Κατά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980, υπήρξε μία ευρεία ενημέρωση του επιστημονικού κοινού, σχετικά με την ψυχολογία της υγείας και τη δυναμική της επαγγελματικής απασχόλησης σε αυτόν τον τομέα. Ωστόσο, η σημασία των ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία και στη φροντίδα υγείας είχε αναγνωριστεί ήδη από παλιά.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος του ψυχολόγου στο σύστημα φροντίδας υγείας ξεκίνησε νωρίς τον 20^ο αιώνα, ως εκπαιδευτικού φοιτητών στις ιατρικές σχολές (βλ. G. C. Stone, 1979). Το πεδίο που εκπροσωπούσαν συχνότερα, ήταν αυτό της ψυχοφυσιολογίας, καθώς η σχετική έρευνα άνθισε. Ωστόσο, οι εφαρμογές της ψυχολογίας στα προβλήματα του συστήματος φροντίδας υγείας ήταν ελάχιστες. Καθώς το πεδίο της κλινικής ψυχολογίας αναπτύχθηκε μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, η εστίαση ήταν κυρίως στις ψυχικές διαταραχές. Υπήρχαν μερικές μελέτες για άτομα που έκαναν κατάχρηση του συστήματος φροντίδας υγείας, μερικές αναφορές προανατολισμένες στην παθολογία, για τη θεραπεία κλασικών ψυχοσωματικών διαταραχών, και μία σημαντική συλλογή έργων της Janis (1958) για την ψυχολογική προετοιμασία για το χειρουργείο. Ωστόσο, η αναφορά του Schofield (1969), για το ρόλο της ψυχολογίας στη προσφορά των υπηρεσιών υγείας, σημάδεψε την αρχή μίας έκρηξης σε αυτόν τον τομέα της ψυχολογικής βιβλιογραφίας.

Μέχρι πρόσφατα, ο ρόλος της κλινικής ψυχολογίας συνέχισε να είναι αρκετά περιορισμένος. Όπως τόνισε ο Miller (1982β), με ελάχιστες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις (π.χ., Schofield, 1969), η κλινική ψυχολογία «οδηγήθηκε σε λάθος δρόμο στην εξέλιξή της, όταν ακολούθησε ένα δυιστικό μοντέλο νου – σώματος, και ως εκ τούτου αυτοπεριορίστηκε στην υποστήριξη των “ψυχικά” ασθενών» (Millon, 1982β, σελ. 9). Σύμφωνα με μία κριτική του Millon (1982β), βασισμένη σε αυτή του Engel (1977) για το ιατρικό μοντέλο, η κρίση της κλινικής ψυχολογίας προήλθε από το γεγονός ότι οι ψυχολόγοι δεν χρειαζόταν να ασχολούνται με ζητήματα σωματικά, τα οποία βρίσκονταν εκτός της ευθύνης και δικαιοδοσίας της ψυχολογίας, καθώς οι διαταραχές της συμπεριφοράς περιγράφονταν με όρους ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Αυτή η προσέγγιση διχотоμεί παράλογα τον ασθενή και δημιουργεί ένα ψευδή κατακερματισμό της φροντίδας υγείας, με τον ίδιο τρόπο για τον οποίο η ιατρική δέχθηκε κριτική στο παρελθόν.

Η κυρίως συγγραφέας (Cynthia D. Belar) αναφέρει πως στις αρχές της δεκαετίας του 1970, χρειάστηκε, ενόσω προσπαθούσε να εδραιωθεί στον ακαδημαϊκό χώρο της κλινικής ψυχολογίας, να αιτιολογήσει προς σκεπτικιστές ανώτατους καθηγητές το κλινικό της ενδιαφέρον για ιατρικούς ασθενείς και ασθενείς χειρουργείου, και την αντιμετώπιση προβλημάτων χρόνιου πόνου. Η συνήθης ερώτηση δυσπιστίας («Αυτή είναι άραγε η κλινική ψυχολογία;») αντανακλούσε το δυϊσμό νου – σώματος που υφίστατο στο πεδίο. Πάντως, αυτή η διαδικασία αποδείχθηκε χρήσιμη, διευκολύνοντας τον προβληματισμό πάνω στο πεδίο. Επίσης αύξησε την ευαισθησία σε πολλά επαγγελματικά θέματα και ζητήματα πολιτικής, σχετικά με τη διεύρυνση των ορίων της επαγγελματικής πρακτικής.

Κατοπινές εμπειρίες επιβεβαίωσαν ότι ο δυϊσμός νου – σώματος αποτελεί μία ισχυρή αντίληψη, τόσο στην ψυχολογία, την ψυχιατρική, και την ψυχιατρική κοινωνική εργασία, όσο και στη γενική ιατρική. Σημαντικός αριθμός επαγγελματιών ψυχικής υγείας δεν αισθάνεται την ανάγκη να εξετάσει τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς, πριν προχωρήσει σε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Πολλοί τέτοιοι κλινικοί, στην πραγματικότητα απεχθάνονται την ενασχόληση με ιατρικούς ασθενείς / ασθενείς χειρουργείου, επειδή αυτοί οι ασθενείς έχουν «αληθινά» (δηλαδή αδύνατον να επιλυθούν;) προβλήματα. Όταν αυτοί οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν έργο αξιολόγησης, τα ευρήματα τους εκφράζονται τόσο με αλληλοαποκλειόμενους όρους όσο και με λειτουργικούς, αντί των οργανικών όρων της ιατρικής επιστήμης.

Ο δυϊσμός νου – σώματος εξακολουθεί να ενσωματώνεται στις πολιτικές υγείας των Η.Π.Α. (που περιλαμβάνουν την Πράξη Υγειονομικής Ασφάλισης του 1993, υπό την προεδρία του Κλίντον, παρά την αναγνώριση της σημασίας της συμπεριφοράς στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας). Σε όλους τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς και στις προσπάθειες αναθεώρησης του συστήματος υγείας, υπάρχει ένας διαχωρισμός και μία ανισότητα στην κάλυψη και στις παροχές μεταξύ του ιατρικού και χειρουργικού τομέα και του τομέα της ψυχικής υγείας, με λιγότερες καλύψεις για τον τελευταίο. Αυτή η πρακτική, δημιουργεί δυσεπίλυτα προβλήματα όταν γίνεται προσπάθεια να καθοριστεί ποια κάλυψη αφορά λ.χ. την ψυχολογική διαχείριση ασθενών με προβλήματα συμμόρφωσης με την αντιυπερτασική τους αγωγή, τη θεραπεία μέσω βιοανάδρασης, ασθενών με ακράτεια που προκλήθηκε από χειρουργική επέμβαση, ή τη γνωστικό – συμπεριφοριστική διαχείριση του πονοκεφάλου, κτλ.

Τυπικά, το παρεχόμενο από ψυχολόγους έργο, καλύπτεται μόνο από τα κονδύλια για την ψυχική υγεία, μία πολιτική υγείας που τείνει να διαιωνίσει ένα ισχυρό δυϊσμό νου – σώματος. Για παράδειγμα, στο σύστημα Kaiser Permanente της Νότιας Καλιφόρνια, μία από τις περιοχές ευθύνης ενός από τους μεγαλύτερους οργανισμούς φροντίδας υγείας (Health Maintenance Organization – HMO) των Η.Π.Α. και του μη κρατικού συστήματος φροντίδας υγείας, κάθε συμβουλευτική ψυχολογική υπηρεσία καλύπτεται από τις παροχές για την ψυχική υγεία, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι τέτοιου είδους θεραπεί-

ες είναι κατάλληλες μόνο για τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Πράγματι, σύμφωνα με ορισμένα ασφαλιστικά πακέτα, οι ψυχολόγοι μπορούν να θεραπεύσουν μόνο την «ψυχική ασθένεια», και οι ασφαλιστικές εταιρίες απορρίπτουν διεκδικήσεις για καλύψεις, εάν για την αντιμετώπιση οργανικών προβλημάτων χρησιμοποιούνται ψυχολογικές προσεγγίσεις.

Ο δυϊσμός εντοπίζεται και σε διοικητικές δομές, όπως αποδεικνύεται από γεωγραφικά απομακρυσμένες κλινικές. Πράγματι, πολλές δομές ψυχικής υγείας βρίσκονται σε κάποια απόσταση από το ιατρικό κέντρο, τον κατεξοχήν παροχέα φροντίδας υγείας. Είναι ξεκάθαρο ότι αυτή η στάση σχετικά με το δυϊσμό νου – σώματος, καθώς και τα σχετικά διοικητικά ζητήματα, έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην επαγγελματική λειτουργία και άσκηση του επαγγέλματος των κλινικών ψυχολόγων υγείας ως εκ τούτου συνιστάται στον αναγνώστη να βρίσκεται σε εγρήγορση για να αναγνωρίζει τις περιπτώσεις που ο δυϊσμός νου – σώματος υπεισέρχεται στο παρόν κείμενο – ένα προϊόν και αυτό του γλωσσικού μας συστήματος, της πολιτισμικής μας κληρονομιάς, αλλά και ο αγώνας μας για τη σύνθεση ψυχολογικών και οργανικών (φυσιολογικών) εννοιών.

Συνοπτικά, το μοντέλο της κλινικής ψυχολογίας υγείας συμπεριλαμβάνει στην πράξη την «ψυχική / νοητική» ψυχολογία της υγείας (mental health psychology) ως ένα επιμέρους σύνολο του χώρου της κλινικής ψυχολογίας της υγείας. Ωστόσο, για τους σκοπούς αυτού του βιβλίου, επιλέξαμε να ασχοληθούμε πρωταρχικά με την άσκηση του επαγγέλματος σε ιατρικούς – χειρουργικούς χώρους. Γενικά, θα θεωρούμε δεδομένη την ύπαρξη εμπειρίας σε πιο παραδοσιακές περιοχές επαγγελματικής κλινικής ή συμβουλευτικής ψυχολογίας.

ΡΟΛΟΙ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κλινικοί ψυχολόγοι υγείας, αναλαμβάνουν μία ποικιλία ρόλων και καθηκόντων. Αν και δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα ειδικά για τους κλινικούς ψυχολόγους υγείας, διαθέτουμε πληροφορίες για τις δραστηριότητες των ψυχολόγων υγείας από τις απογραφές της Υποδιεύθυνσης Ψυχολογίας Υγείας των Η.Π.Α. (Houston, 1988 Morrow και Clayman, 1982). Γενικά, περισσότερα από τα μισά μέλη της υποδιεύθυνσης άσκησαν για πρώτη φορά το επάγγελμα στο χώρο κάποιου παροχέα υγείας (κυρίως κλινικής ή συμβουλευτικής ψυχολογίας). Σύμφωνα με την απογραφή του 1988, ο πρώτος εργασιακός χώρος υπήρξε ο εκπαιδευτικός (55%), της παροχής υπηρεσιών (42%), και η βιομηχανία – κυβερνητικές δομές (9%). Οι τρεις κύριες επαγγελματικές δραστηριότητες ήταν η άσκηση του επαγγέλματος (65%), η έρευνα (55%), και η διδασκαλία – εποπτεία (50%).

Σχετικά με τη δράση στον τομέα φροντίδας υγείας, υπάρχει τεράστια ετερογένεια στις δραστηριότητες τις σχετικές με την αξιολόγηση, την παρέμβαση, και τη συμβουλευτική. Η παρουσίαση 1.1 περιέχει δείγματα τέτοιων δραστηριοτήτων.

Παρουσίαση 1.1**Δραστηριότητες στη Φροντίδα Υγείας**

1. Αξιολόγηση υποψηφίων για προσθετική εγχείρηση πέους, χειρουργική επέμβαση στην πλάτη, μεταμόσχευση οργάνων, τεχνητή γονιμοποίηση, ή δωρεά ωοκυττάρου
2. Απευαισθητοποίηση φοβιών για ιατρικές και οδοντιατρικές θεραπείες – που περιλαμβάνουν βελόνες, αναισθησία, τοκετό, ή μαγνητική τομογραφία (Magnetic Resonance Imaging – MRI)
3. Θεραπεία για την ενίσχυση αντιμετώπισης του πόνου ή τον έλεγχο του πόνου, περιλαμβανομένου του χρόνιου πόνου στην πλάτη, του πονοκεφάλου (κεφαλαλγίας), ή σοβαρών εγκαυμάτων
4. Παρεμβάσεις για τον έλεγχο συμπτωμάτων όπως του εμετού, κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας, του κνησμού στη νευροδερματίτιδα, αγγειοσπασμών στη νόσο του Raynaud, ή της διάρροιας στο σύνδρομο ευερέθιστης κύστης
5. Ομάδες υποστήριξης ατόμων με χρόνιες ασθένειες, ατόμων σε περιόδους αποκατάστασης μετά από καρδιακές επεμβάσεις, οροθετικούς στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus – HIV patients), ή οικογένειες ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο πριν το θάνατο.
6. Εκπαίδευση για να ξεπεραστούν σωματικές αναπηρίες μετά από τραυματισμούς, γνωστική επανεκπαίδευση (αποκατάσταση γνωστικών λειτουργιών) μετά από εγκεφαλικά επεισόδια, ή εκπαίδευση για την αποτελεσματική χρήση προσθετικών συσκευών
7. Προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς για επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία και το στρες
8. Συμβουλευτική και ομάδες εργασίας για την αντιμετώπιση θεμάτων σχετικών με την επαγγελματική κόπωση – εξάντληση του προσωπικού (*burnout*), την επικοινωνία, και τη σύγκρουση ρόλων
9. Συμβουλευτική και ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με τη συμμόρφωση των ασθενών με διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις (π.χ. ειδικά βοηθήματα για τους γηραιότερους ή ειδικές μονάδες εσωτερικών ασθενών για διαβητικά ινσουλينو – εξαρτώμενα παιδιά)
10. Συμβουλευτική σε επιχειρήσεις για την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας και διαχείριση του εργασιακού στρες
11. Ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (υπηρεσιών) για ογκολογικούς ασθενείς
12. Νευροψυχολογική αξιολόγηση για τη δημιουργία τυπικών βαθμών (νόρμες), για διαγνωστικούς λόγους, και για το σχεδιασμό θεραπευτικών προγραμμάτων ή προγραμμάτων αποκατάστασης των γνωστικών λειτουργιών

Οι επαγγελματίες της κλινικής ψυχολογίας υγείας χρησιμοποιούν όλο το διαθέσιμο φάσμα των διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών της επαγγελματικής ψυχολογικής δραστηριότητας: κλινικές συνεντεύξεις με σκοπό την διάγνωση, εκτιμήσεις της συμπεριφοράς, ψυχομετρικές εκτιμήσεις, ενορατικές ψυχοθεραπείες, συμπεριφοριστικές τεχνικές θεραπείας (ψυχοθεραπείες της συμπεριφοράς), ψυχοφυσιολογική αυτορύθμιση και βιοανατροφοδότηση, οικογενειακές, ομαδικές και θεραπείες ζευγαριού, ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες συμβουλευτικής, και παρεμβάσεις σε μέλη του προσωπικού. Οι θεωρητικοί τους προσανατολισμοί περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, σε ψυχοδυναμικές, συμπεριφοριστικές, συστημικές και υπαρξιακές προσεγγίσεις, και άλλες που βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Ασχολούνται με τα προβλήματα της αντιμετώπισης της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή, τη συμμόρφωση του ασθενούς με τους θεραπευτικούς χειρισμούς, τη σχέση ιατρού – ασθενούς, το σχεδιασμό συστημάτων φροντίδας υγείας, τις διαφοροδιαγνώσεις, την αποκατάσταση, την υγεία στο χώρο εργασίας, και την πρόληψη ασθενειών. Κανένας κλινικός ψυχολόγος υγείας δεν είναι ειδικός σε όλους τους πιθανούς τομείς άσκησης του επαγγέλματος. Λόγω της ποικιλίας και του όγκου των πληροφοριών στην κλινική ψυχολογία υγείας, δεν είναι δυνατόν, στο πλαίσιο αυτού του βιβλίου, να παρασχεθεί ένα εκπαιδευτικό υπόβαθρο σε κάθε πιθανό τομέα άσκησης του επαγγέλματος. Επομένως, εστιάζουμε στην παρουσίαση πιο γενικών θεμάτων προετοιμασίας και κλινικής πρακτικής για τον ψυχολόγο υγείας, με έμφαση σε διαδικαστικά ζητήματα και παγίδες στην άσκηση του επαγγέλματος.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Schofield, W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. *American Psychologist*, 24, 565–584.
- Stone, G. C, Weiss, S. M., Matarazzo, J. D., Miller, N. E., Rodin, J., Belar, C. D., Follick, M. J, & Singer, J. E. (Eds.). (1987). *Health psychology: A discipline and a profession*. Chicago: University of Chicago Press.