

Clinical Reasoning:

The process that influences our therapeutic practice

Κλινική Συλλογιστική:

Η διαδικασία που καθορίζει

τη θεραπευτική πρακτική μας

Α' ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καθημερινή θεραπευτική πρακτική απαιτεί από τους επαγγελματίες θεραπευτές να μπορούν να επεξεργάζονται ικανοποιητικά τις ποικίλες πληροφορίες της πρακτικής τους, να καθορίζουν με ακρίβεια και ορθότητα τα προβλήματα των θεραπευόμενων τους, να λαμβάνουν ανεξάρτητοι αποτελεσματικές και υπεύθυνες θεραπευτικές αποφάσεις για την επίλυση αυτών των προβλημάτων, καθώς και να εφαρμόζουν τις θεραπευτικές τους δράσεις με ένα πνεύμα κριτικής αποτίμησης. Για να εκτελέσουν ικανοποιητικά οι θεραπευτές τα παραπάνω θεραπευτικά τους καθήκοντα, χρησιμοποιούν την κλινική συλλογιστική τους. Η κλινική συλλογιστική αποτελεί μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη διαδικασία σκέψης η οποία πραγματοποιείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας και αποτελεί το βασικό σκεπτικό των θεραπειών που υποστηρίζει και καθορίζει τις θεραπευτικές κρίσεις, αποφάσεις και δράσεις τους. Στα πρώτο μέρος αυτού του θέματος παρουσιάζεται η διαδικασία της κλινικής συλλογιστικής αλλά και μια σύντομη ιστορική αναδρομή της κλινικής συλλογιστικής στην ειδικότητα της εργοθεραπείας. Στη συνέχεια γίνεται μια αναφορά στις συνιστώσες που είναι απαραίτητες για να αναπτυχθεί η διαδικασία της κλινικής συλλογιστικής: γνώσεις, γνωστικές διαδικασίες, αναστοχασμός.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

κλινική συλλογιστική, γνώσεις, αναγνώριση μοτίβου, παραγωγή υποθέσεων, αναστοχασμός

Βασικά στοιχεία κλινικής συλλογιστικής στην εργοθεραπεία

Η κλινική συλλογιστική (clinical reasoning) αναφέρεται σε εκείνη τη διαδικασία σκέψης στην οποία εμπλέκονται οι θεραπευτές όταν σχεδιάζουν, κατευθύνουν, εφαρμόζουν και αξιολογούν τα θεραπευτικά προγράμματα που παρέχουν στους θεραπευόμενούς τους. Η κλινική συλλογιστική έχει ως στόχο να διευκολύνει τους θεραπευτές να λάβουν τις «σωστές αποφάσεις» και να εφαρμόσουν τις «σωστές θεραπευτικές δράσεις» σε μια ανθρωπο-κεντρική θεραπευτική πρακτική. Με πιο απλά λόγια, η κλινική συλλογιστική περιλαμβάνει το σκεπτικό που υποστηρίζει αλλά και καθορίζει τις αποφάσεις και δράσεις που λαμβάνουν οι θεραπευτές σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας (από την αξιολόγηση έως τη λήξη μιας παρέμβασης) π.χ. γιατί επιλέχθηκε μία συγκεκριμένη αξιολόγηση, γιατί παρουσιάστηκαν με τον συγκεκριμένο τρόπο τα αποτελέσματα της αξιολόγησης ενός παιδιού στους γονείς του, γιατί τέθηκαν οι συγκεκριμένοι στόχοι, γιατί χρησιμοποιήθηκε μια συγκεκριμένη θεραπευτική δραστηριότητα ή βοήθημα σε ένα άτομο, γιατί πήγε καλά ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και όχι ένα άλλο (Alsop & Ryan, 1996, Crabtree,

1998, Higgs, 2004, Higgs & Jones, 2008, Schell, 1998, Schell & Schell, 2008).

Η κλινική συλλογιστική αποτελεί μία πολύπλοκη και πολυδιάστατη διαδικασία σκέψης, εφόσον η επίλυση των προβλημάτων εκτέλεσης έργου που αντιμετωπίζονται στην εργοθεραπεία, δε στηρίζεται στην απλή εφαρμογή των γνώσεων του θεραπευτή αλλά στην ενεργητική κριτική σκέψη και επεξεργασία πολλών παραγόντων (Carr & Shotwell, 2008, Chapparo & Ranka, 2008, Cohn, 1991, Higgs & Jones, 2008, Mattingly, 1991, Parham, 2007). Οι παράγοντες αυτοί αφορούν:

- τον θεραπευόμενο ως άτομο
- τη φύση και τη σοβαρότητα του προβλήματός του
- το περιβάλλον του θεραπευόμενου
- το εργασιακό πλαίσιο του θεραπευτή
- τις γνώσεις και τις εμπειρίες του θεραπευτή.

Κατά συνέπεια, κατά την κλινική συλλογιστική του, ο εργοθεραπευτής αναλύει, συνθέτει, επεξεργάζεται και αξιολογεί όλους τους παραπάνω παράγοντες προκειμένου να πάρει μια απόφαση και

να δράσει. Για παράδειγμα, ένας εργοθεραπευτής για να καταφέρει να αξιολογήσει αποτελεσματικά ένα άτομο, χρειάζεται να συλλογιστεί: α) το αίτημα ή/και το πρόβλημα του ατόμου, β) το ίδιο το άτομο αλλά και το περιβάλλον του, γ) τις δικές του δεξιότητες και γνώσεις αξιολόγησης (θεραπευτή) και δ) τις δυνατότητες αξιολόγησης που του προσφέρει το πλαίσιο (διαθέσιμα εργαλεία αξιολόγησης, χώρος- χρόνος αξιολόγησης). Η ταυτόχρονη και συνεχής επεξεργασία όλων αυτών των παραγόντων κατά το σχεδιασμό αλλά και την εφαρμογή μιας αξιολόγησης, βοηθούν το θεραπευτή να επιλέγει τις καταλληλότερες για το συγκεκριμένο άτομο και πρόβλημα, μεθόδους αξιολόγησης αλλά και να τις εφαρμόζει με επιτυχία.

Η κλινική συλλογιστική βρίσκεται στην καρδιά κάθε εργοθεραπευτικής πρακτικής καθώς πραγματοποιείται οποτεδήποτε οι θεραπευτές σκέφτονται για το πώς πρέπει να δράσουν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και πλαίσιο της πρακτικής τους, για να καθορίσουν, να επιλύσουν ή να διαχειριστούν το πρόβλημα του ατόμου στο οποίο παρέχουν τις υπηρεσίες τους (Alsop & Ryan, 1996, Hooper, 2008, Schell & Schell, 2008). Για παράδειγμα, συλλογίζεται τόσο ο εργοθεραπευτής που δίνει οδηγίες στον γονέα ενός παιδιού σχετικά με τη διαχείριση της υπερκινητικής συμπεριφοράς του κατά την ώρα της μελέτης στο σπίτι όσο και ο εργοθεραπευτής που σχεδιάζει ένα ψυχοκοινωνικό πρόγραμμα για άτομα τρίτης ηλικίας με Alzheimer. Η Roberts (1996) αναφέρει ότι οι εργοθεραπευτές δεν μπορούν να κάνουν σωστά τη δουλειά τους αν δε συλλογιστούν για αυτήν. Το ζήτημα λοιπόν δεν τίθεται στα αν ένας θεραπευτής συλλογίζεται αλλά στο αν συλλογίζεται σωστά.

Παρά τη γενική παραδοχή ότι όλοι οι θεραπευτές συλλογίζονται κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους, φαίνεται ότι οι ίδιοι δε συνειδητοποιούν τη διαδικασία αυτή. Πράγματι, οι πρώτες μελέτες της κλινικής συλλογιστικής εργοθεραπευτών, έδειξαν ότι οι θε-

ραπευτές δεν είναι συνθησιμένοι να μιλάνε για αυτά που κάνουν στην πρακτική τους ούτε να αναφέρουν τους λόγους για τους οποίους λαμβάνουν συγκεκριμένες αποφάσεις (Mattingly & Fleming, 1994, Rogers & Masagatani, 1982). Με αυτόν τον τρόπο, η συλλογιστική τους σπάνια αποκαλύπτεται. Έτσι λοιπόν, οι μελετητές αυτοί καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η διαδικασία της κλινικής συλλογιστικής των θεραπευτών πραγματοποιείται συνήθως εσωτερικά και σιωπηρά (implicit and tacit) παρά εξωτερικά (explicit) και ηχηρά. Συνεχίζουν λέγοντας ότι αν οι εργοθεραπευτές δεν είναι σε θέση να παρουσιάζουν τη συλλογιστική διαδικασία που υποστηρίζει τη θεραπευτική πρακτική τους, θα είναι αρκετά δύσκολο να μπορέσουν να την τεκμηριώσουν, να τη βελτιώσουν ή να τη διδάξουν σε άλλους (Cohn & Czycholl, 1991, Schell & Cervero, 1993, Schell & Schell, 2008).

Η κλινική συλλογιστική έχει αναγνωριστεί ως μία από τις επαγγελματικές επάρκειες που χρειάζεται να διαθέτουν οι πτυχιούχοι τμημάτων εργοθεραπείας αλλά και οι έμπειροι θεραπευτές προκειμένου να παρέχουν μια αποτελεσματική πρακτική (Κανταρτζή & Σκουρολιάκου, 2009). Ωστόσο, αποτελεί μια διαδικασία που αναπτύσσεται σταδιακά στους επαγγελματίες όσο οι ίδιοι μέσα από τις αλληλεπιδράσεις τους με ένα πλήθος θεραπευόμενων αναθεωρούν συχνά τις αρχικές τους υποθέσεις, συνειδητοποιούν και βελτιώνουν τις κλινικές τους δεξιότητες, εμπλουτίζουν και οργανώνουν τις γνώσεις τους και αναπτύσσουν τελικά ένα πολύπλοκο σκεπτικό με βάση το οποίο προσεγγίζουν και επιλύουν με τον καλύτερο τρόπο τα εργοθεραπευτικά προβλήματα του κάθε ατόμου (Cohn & Czycholl, 1991). Κατά συνέπεια ένας εργοθεραπευτής που μόλις αποφοίτησε από το τμήμα του, χρειάζεται αρκετά χρόνια εμπειρίας, προσωπικής μελέτης και αναστοχασμού για να αναπτύξει την κλινική συλλογιστική του και να μεταμορφωθεί από έναν αρχάριο επαγγελματία σε έναν έμπειρο και ειδικό σε έναν τομέα θεραπευτή.

Ιστορική αναδρομή της κλινικής συλλογιστικής στην εργοθεραπεία

Ο όρος και η έννοια της κλινικής συλλογιστικής, ακούστηκαν για πρώτη φορά στην ειδικότητα της Εργοθεραπείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τη δεκαετία του '80, σε μια διάλεξη της εργοθεραπεύτριας Joan Rogers, το 1983, αφιερωμένη στο θέμα αυτό. Η Rogers, έχοντας γνώση για τις αυξανόμενες μελέτες στο χώρο της ιατρικής και ψυχολογίας, οι οποίες εστίαζαν στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι γιατροί λαμβάνουν τις κλινικές αποφάσεις στην πρακτική τους, μαζί με μία συνάδελφό της, τη Gladys Masagatani, μελέτησαν την κλινική συλλογιστική 10 εργοθεραπευτών κατά τη διάρκεια της εργοθεραπευτικής αξιολόγησης. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ανακαλύψουν τον τρόπο με τον οποίο οι εργοθεραπευτές έπαιρναν αποφάσεις κατά την εργοθεραπευτική πρακτική τους (Rogers & Masagatani, 1982).

Το επόμενο βήμα σε αυτήν την πορεία, έγινε το 1986 όταν ο Αμερικάνικος Σύλλογος Εργοθεραπείας (American Occupational Therapy Association) μαζί με την Αμερικάνικη Οργάνωση Εργοθεραπείας (American Occupational Therapy

Foundation) χρηματοδότησαν ένα μεγάλο ερευνητικό πρόγραμμα που είχε ως στόχο να διερευνήσει την κλινική συλλογιστική των εργοθεραπευτών. Τα αποτελέσματα που θα έφερνε αυτή η μελέτη θεωρήθηκαν αναγκαία για τη βελτίωση της πρακτικής και της εκπαίδευσης στην εργοθεραπεία. Η μελέτη αυτή πραγματοποιή-



ήθηκε από την ανθρωπολόγο Cheryl Mattingly και την εργο-
 θεραπεύτρια Maureen Flemming σε αρχάριους αλλά και έμπει-
 ρους εργοθεραπευτές ενός μεγάλου κέντρου σωματικής
 αποκατάστασης στη Βοστώνη. Διήρκεσε 2 χρόνια και ονομά-
 στηκε «Η μελέτη της Κλινικής Συλλογιστικής». Τα αποτελέ-
 σματά της έδειξαν ότι οι εργοθεραπευτές συλλογίζονται με
 περισσότερους από έναν, τρόπους: αφηγηματικά, διαδικαστικά
 και εξαρτημένα (οι τύποι αυτοί θα παρουσιαστούν αναλυτικώ-
 τερα στο δεύτερο μέρος αυτού του άρθρου). Η μελέτη αυτή είχε
 σημαντικές επιπτώσεις στην έρευνα και κατανόηση της κλινικής
 συλλογιστικής στην ειδικότητα της εργοθεραπείας τα χρόνια
 που ακολούθησαν (Cohn, 1991, Mattingly & Flemming, 1994,
 Ryan, 1995a, Schell & Schell, 2008). Έκτοτε, έχουν δημοσιευθεί
 διεθνώς πλήθος άρθρων που αφορούν στο θέμα της κλινικής
 συλλογιστικής στην Εργοθεραπεία, αρκετές μελέτες, νέα βιβλία
 κλινικής συλλογιστικής στην Εργοθεραπεία αλλά και διάφορα
 μοντέλα κλινικής συλλογιστικής. Οι μελέτες πραγματοποιούνται
 σε διάφορες χώρες και φέρνουν στο φως αρκετά διαφορετικές
 πλευρές της κλινικής συλλογιστικής των εργοθεραπευτών.
 Στην πρόσφατη βιβλιογραφία της εργοθεραπείας, εκτός από τον

όρο κλινική συλλογιστική, έχουν προκύψει και νέοι όροι όπως
 θεραπευτική συλλογιστική (therapeutic reasoning) ή επαγγελ-
 ματική συλλογιστική (professional reasoning), σε μια προσπά-
 θεια να επικρατήσει ένας όρος που να μην τη συνδέει άμεσα με
 το ιατρικό μοντέλο όπως ο όρος κλινική συλλογιστική. Αυτό
 οφείλεται στο γεγονός ότι η επιστημολογία της εργοθεραπείας,
 η φιλοσοφία, το πεδίο ενδιαφέροντός της, οι θεωρίες και οι थे-
 ραпевτικές της διαδικασίες διαφέρουν από αυτές της ιατρικής
 ή των άλλων επιστημών. Έτσι, ενώ οι μελέτες συλλογιστικής
 των γιατρών εστιάζουν κυρίως στον καθορισμό και αντιμετώ-
 πιση της ασθένειας και των συμπτωμάτων της, οι μελέτες της
 συλλογιστικής των εργοθεραπευτών εστιάζουν κυρίως σε άλλα
 ανθρώπινα ή περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά όπως στη συμ-
 μετοχή των ατόμων στα καθημερινά τους έργα, στο κίνητρό
 τους ή στα περιβαλλοντικά εμπόδια (Fleming, 1991, Ryan,
 2004). Με όποιο όρο και αν χρησιμοποιείται, η κλινική συλ-
 λογιστική αφορά το πολύ κεντρικό ζήτημα του «πώς σκέφτεται
 ένας θεραπευτής όταν σχεδιάζει, εκτελεί ή αξιολογεί τα थे-
 ραпевτικά προγράμματα που παρέχει στα άτομα που λαμβάνουν
 τις υπηρεσίες του».

Βασικές συνιστώσες κλινικής συλλογιστικής

Για να μπορέσει ένας θεραπευτής να
 συλλογιστεί με έναν αποτελεσματικό
 και επιτυχή για τη θεραπευτική του
 πρακτική τρόπο, απαιτούνται οι παρα-
 κάτω βασικές συνιστώσες:

- γνώσεις και εμπειρίες
- γνωστικές δεξιότητες
- συνεχής αναστοχασμός της πρακτικής (Higgs & Jones, 2008).



Γνώσεις και εμπειρίες

Όλοι οι συγγραφείς της κλινικής συλλογιστικής συμφωνούν στην
 αλληλεξάρτηση μεταξύ γνώσης και συλλογιστικής. Αυτό σημαίνει
 ότι για να μπορέσει ένας θεραπευτής να συλλογιστεί υπεύθυνα
 και να πάρει τις σωστές αποφάσεις στην πρακτική του, χρειάζεται
 να έχει γνώσεις (Boshuizen & Schmidt, 1992, 2000). Υπάρχουν
 δύο μεγάλες κατηγορίες γνώσης που χρησιμοποιούν οι थे-
 ραпевτές κατά την συλλογιστική τους: α) η επιστημονική/θεωρητική και
 β) η εμπειρική/πρακτική.

Η επιστημονική/θεωρητική γνώση (scientific/ theoretical knowl-
 edge) προκύπτει από την έρευνα και την εκπαίδευση και εμπειρί-
 χει το «ξέρω τί ισχύει». Περιλαμβάνει γνώσεις από τις βασικές
 επιστήμες, τη φιλοσοφία και τις τέχνες και αντιπροσωπεύει τη
 βάση γνώσεων της κάθε ειδικότητας (Higgs, Jones & Titchen,
 2008). Στην ειδικότητα της εργοθεραπείας, η επιστημονική γνώση
 που χρησιμοποιείται, περιλαμβάνει: α) βασικές γνώσεις φυσιολο-

γίας, κινησιολογίας, ανατομίας, ψυχολογίας, β) γνώσεις σχετικά
 με τις διαγνωστικές κατηγορίες, τη φυσιολογική ψυχοκινητική
 ανάπτυξη και τις μεθόδους παρέμβασης, γ) γνώσεις του θεωρητι-
 κού υποβάθρου του επαγγέλματος της εργοθεραπείας (φιλοσοφία
 και αρχές του επαγγέλματος, θεωρίες εργοθεραπείας και έργου,
 εργοθεραπευτική αξιολόγηση και θεραπεία) (Bridge & Twible,
 1997, Carr & Shotwell, 2008, Higgs, Jones & Titchen, 2008).
 Ειδικότερα στην εργοθεραπεία, η επιστημονική γνώση υποστηρί-
 ζει την κλινική συλλογιστική έτσι ώστε ο θεραπευτής να:

- αποφασίζει τις κατάλληλες μεθόδους αξιολόγησης,
- αναγνωρίζει, κατανοεί και ονομάζει τις διαταραχές, τα συμπτώ-
 ματά τους και τα προβλήματα εκτέλεσης έργου,
- συσχετίζει τα προβλήματα εκτέλεσης έργου με τους αιτιολογι-
 κούς παράγοντες
- προβλέπει την εξέλιξη των διαταραχών

- αποφασίζει τις καταλληλότερες μεθόδους παρέμβασης
- αποφεύγει αδικαιολόγητα συμπεράσματα ή μη-αποτελεσματικές τεχνικές παρεμβασες

(Fleming & Mattingly, 1994, Kielhofner, 1992, Parham, 1987). Για παράδειγμα, αν ένας εργοθεραπευτής κατέχει καλή γνώση νευροανατομίας και φυσιολογίας, θα μπορούσε να πει με ακρίβεια τι είδους λειτουργικό έλλειμμα θα περίμενε να αντιμετωπίζει άτομο με κάκωση Θ9 θωρακικού σπονδύλου (έναντος θωρακικός σπόνδυλος) καθώς και σε ποια έκταση η βλάβη αυτή θα ήταν μόνιμη. Ακριβώς επειδή η γνώση αυτή είναι γενική και ανεξάρτητη από το συγκεκριμένο ασθενή, μας επιτρέπει να μιλάμε με μεγάλη λεπτομέρεια για μια κατάσταση ενός ατόμου για το οποίο γνωρίζουμε ελάχιστα.

Η εμπειρική γνώση (experiential/practical knowledge) αποτελεί μια πολύπλοκη, πολυποίκιλη και δυναμική γνώση που προκύπτει κυρίως μέσα από την πρακτική εμπειρία και οδηγεί στη δράση. Εμπιρεύει το «ξέρω τον τρόπο». Είναι η γνώση που καθοδηγεί τους θεραπευτές στο τι είναι περισσότερο κατάλληλο να γίνει και με ποιο τρόπο, στο συγκεκριμένο ασθενή, στο συγκεκριμένο πλαίσιο και στη δεδομένη χρονική στιγμή. Η εμπειρική/πρακτική γνώση δεν έχει την τάση γενίκευσης όπως η επιστημονική, αλλά παραμένει μέσα στην καρδιά της πρακτικής όπου και λαμβάνει χώρα. Περιλαμβάνει δύο μορφές γνώσης: α) τη διαδικαστική/τεχνική γνώση, και β) την προσωπική γνώση (Higgs & Jones, 2008, Higgs, Jones & Titchen, 2008). Η διαδικαστική/τεχνική γνώση (procedural/technical knowledge) περιλαμβάνει τη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών και τεχνικών όπως της εφαρμογής ενός αξιολογητικού εργαλείου, της εφαρμογής τεχνικών χαλάρωσης

μυϊκού τόνου αλλά και της τήρησης αρχείων και σύνταξης αναφορών (Carr & Shotwell, 2008, Higgs, et al., 2004). Η προσωπική γνώση περιλαμβάνει την επίγνωση του επαγγελματία σχετικά με το ποιος είναι ως άτομο, τι φιλοσοφία έχει, ποιες είναι οι αξίες, οι πεποιθήσεις, οι συνήθειες, τα ταλέντα και οι ικανότητές του. Διάφοροι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι θεραπευτές πρέπει να έχουν την ικανότητα τόσο να συνειδητοποιούν την προσωπική τους γνώση όσο και να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο η γνώση αυτή επηρεάζει την κλινική συλλογιστική τους (Chapparo & Ranka, 2008, Edwards & Delany, 2008).

Αν και η μοντέρνα δυτική κοινωνία θεωρούσε την επιστημονική γνώση ως τη γνώση με τη μεγαλύτερη αξία, τα τελευταία χρόνια η στροφή των επαγγελματιών υγείας από το ιατρικό μοντέλο σε ένα περισσότερο ανθρωπο-κεντρικό, έστρεψαν την προσοχή των επιστημόνων στην εμπειρική γνώση θεωρώντας την αναπόσπαστο κομμάτι της πρακτικής των επαγγελματιών (Gustavson, 2004, Higgs et al., 2008). Οι Higgs και Titchen (2000) αναφέρουν ότι σε ένα κόσμο όπου τα προβλήματα δεν είναι ξεκάθαρα και οι λύσεις δεν είναι καθορισμένες, χρειαζόμαστε γνώση πέρα από την επιστήμη. Κατά συνέπεια, η γνώση που χρησιμοποιείται κατά την κλινική συλλογιστική των θεραπευτών είναι το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού επιστημονικής και εμπειρικής γνώσης. Ο συνδυασμός αυτός καθοδηγεί τους θεραπευτές να αποφασίζουν και να πράττουν το «καλό», για την ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου που θεραπεύουν, λαμβάνοντας υπόψη τόσο αυτά που προτείνει η θεωρία όσο και αυτά που υποδεικνύουν οι προηγούμενες εμπειρίες τους (Carr & Shotwell, 2008, Higgs, Jones, & Edwards, 2004, Richardson, 2001).

Γνωστικές Διαδικασίες

Οι γνωστικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της συλλογιστικής των θεραπειών περιγράφουν τους τρόπους με τους οποίους οι θεραπευτές επεξεργάζονται τις ποικίλες πληροφορίες της πρακτικής τους προκειμένου να καθορίζουν και να επιλύουν τα προβλήματα των θεραπευόμενων τους. Οι τρόποι αυτοί έχουν ανακαλυφθεί από μελέτες που έχουν γίνει στην ειδικότητα της ιατρικής και της ψυχολογίας και έχει επιβεβαιωθεί ότι χρησιμοποιούνται και από τους εργοθεραπευτές σε διάφορες μελέτες της κλινικής συλλογιστικής στην εργοθεραπεία. Υπάρχουν τέσσερις τύποι γνωστικών διαδικασιών που χρησιμοποιούν οι εργοθεραπευτές: α) αναγνώριση μοτίβου, β) μέθοδος παραγωγής και ελέγχου, γ) παραγωγή υποθέσεων και δ) ευρετική (Mattingly & Flemming, 1994, Robertson, 1996, Rogers, 1983, Rogers & Holm, 1991). Καθένας από τους τύπους αυτούς αποτελεί έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης και επεξεργασίας των προβλημάτων της πρακτικής, κάτι που δηλώνει ότι όλοι οι θεραπευτές δε σκέφτονται με τον ίδιο τρόπο όταν συλλογίζονται τα ζητήματα της πρακτικής τους. Ο τύπος γνωστικής διαδικασίας που χρησιμοποιεί ο κάθε θεραπευτής, φαίνεται ότι καθορίζεται τόσο από το είδος του προβλήματος που έχει να επιλύσει, το επαγγελματικό πλαίσιο στο οποίο εργάζεται καθώς και από το επίπεδο των γνώσεων και των εμπειριών του. Παρακάτω θα παρουσιαστούν δύο από αυτούς



τους τέσσερις τύπους γνωστικών διαδικασιών η αναγνώριση μοτίβου και η μέθοδος παραγωγής υποθέσεων εφόσον αποτελούν τους πιο συχνούς τύπους γνωστικών διαδικασιών που απαντώνται στη βιβλιογραφία. Ο αναγνώστης που επιθυμεί να μελετήσει σε μεγαλύτερη έκταση τους τύπους αυτούς παραπέμπεται στο βιβλίο «Η κλινική συλλογιστική και η ανάπτυξη της στην εργοθεραπεία» της Μοροζίνη (2012).

Η αναγνώριση μοτίβου (pattern recognition) είναι μια γνωστική διαδικασία που πραγματοποιείται από τους θεραπευτές όταν καλούνται να καθορίσουν τα προβλήματα των πελατών τους. Η αναγνώριση μοτίβου χρησιμοποιεί δύο κυρίως έννοιες, τα εναύσματα και τα μοτίβα καθώς και τη μεταξύ τους σχέση. Εναύσματα (cues) είναι όλες εκείνες οι πληροφορίες-ερεθίσματα που

παρέχει καθημερινά η πρακτική στους θεραπευτές. Έναυσμα μπορεί να αποτελεί μια πληροφορία που δίνει ο θεραπευόμενος για τον τρόπο που εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, κάποια δυσκολία που ο θεραπευτής παρατηρεί στις δεξιότητες του ατόμου ή οτιδήποτε άλλο προκύψει από την πρακτική. Τα εναύσματα έχουν την ιδιότητα να πυροδοτούν τη συλλογιστική του θεραπευτή ώστε να οδηγηθεί στον καθορισμό του/των προβλήματος/των του θεραπευόμενου.

Τα μοτίβα (patterns) αποτελούν σημασιολογικές ενότητες (semantic entities) των πληροφοριών/γνώσεων που είναι αποθηκευμένες στο σύστημα της μακροπρόθεσμης μνήμης. Τα μοτίβα θα μπορούσαν να παραλληλισθούν με τους φακέλους ή τα αρχεία στους υπολογιστές και έχουν να κάνουν με τον τρόπο που ο εγκέφαλος οργανώνει και χρησιμοποιεί το τεράστιο ποσό των πληροφοριών/γνώσεων που λαμβάνει καθημερινά. Για να το κατανοήσει κανείς αυτό, μπορεί να σκεφτεί τις σημασιολογικές ενότητες που όλοι δημιουργούμε για να μπορούμε να διαχειριζόμαστε όλα όσα γνωρίζουμε όπως τα φρούτα, τα μέσα μεταφοράς, τα ζώα, τα επίθετα, τους δεκαδικούς αριθμούς, τα επαγγέλματα υγείας, τις διαγνώσεις, τα εργοθεραπευτικά μοντέλα, τις θεραπευτικές μεθόδους, τα αξιολογητικά εργαλεία και πολλά άλλα. Τα μοτίβα βοηθούν στην άμεση, γρήγορη και εύκολη πρόσβαση και διαχείριση αυτών των πληροφοριών/γνώσεων από τη μνήμη (Barsalou, 1992, Cohn & Cycholl, 1991, Elstein, Shulman, & Sprafka, 1978, Fonteyn & Ritter, 2008, Newell & Simon, 1972, Roberts, 1996).

Κατά τη διαδικασία αναγνώρισης μοτίβου, οι αποθηκευμένες στη μακροπρόθεσμη μνήμη πληροφορίες/γνώσεις, ενεργοποιούνται όταν αντιλαμβανόμαστε εναύσματα στην πρακτική μας με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά που εμπεριέχουν τα μοτίβα.

Τα στάδια που πραγματοποιούνται κατά την αναγνώριση μοτίβου είναι τα παρακάτω:

- παρατήρηση ενός φαινομένου
- αναγνώριση σημαντικών χαρακτηριστικών (εναυσμάτων) σε αυτό
- αναγνώριση μιας σχέσης μεταξύ των εναυσμάτων (διαμόρφωση)
- σύγκριση της διαμόρφωσης με μία προηγούμενη αποθηκευμένη κατηγορία γνώσεων ή εμπειριών (μοτίβα) (Fleming, 1994).

Με άλλα λόγια, η αναγνώριση μοτίβου είναι η διαδικασία ταύτισης των εναυσμάτων που λαμβάνει κανείς από την πρακτική του με τα μοτίβα που έχει ήδη δημιουργήσει στη μακροπρόθεσμη μνήμη του από τις γνώσεις ή τις εμπειρίες του (Carr & Shotwell, 2008, Fleming, 1994, Jones, Jensen & Edwards, 2008, Papa, Shores & Mayer, 1990, Robertson, 1999, Roberts, 1996, Rogers & Holm, 1991, Schon, 1983). Για παράδειγμα, παιδιατρικός εργοθεραπευτής με εμπειρία στον αυτισμό, αξιολογεί ένα παιδί και μαζί με τις υπόλοιπες πληροφορίες που λαμβάνει, παρατηρεί ότι το παιδί δεν έχει σταθερή βλεμματική επαφή, παρουσιάζει κάποιες στερεότυπες κινήσεις (rocking), αποφεύγει την επαφή με άλλα παιδιά και η μόνη του ασχολία με τα παιχνίδια είναι να τα τακτοποιεί σε σειρές. Οι συγκεκριμένες πληροφορίες αποτελούν εναύσματα και διακρίνονται από τον έμπειρο θεραπευτή ανάμεσα από τα υπόλοιπα γιατί ταιριάζουν με ένα μοτίβο που είναι αποθηκευμένο στην μακροπρόθεσμη μνήμη του και αφορά στον αυ-

τισμό. Το μοτίβο αυτό συμπεριλαμβάνει γνώσεις σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού όπως τις στερεοτυπίες, τη διαταραχή των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Έτσι λοιπόν, ο συγκεκριμένος θεραπευτής δημιουργεί την υπόθεση ότι οι διαταραχές του παιδιού αυτού πιθανόν να εμπίπτουν στη διαγνωστική κατηγορία του αυτισμού.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αναγνώριση μοτίβου, ως τρόπος σκέψης, είναι ανεπτυγμένη και χρησιμοποιείται περισσότερο από τους έμπειρους θεραπευτές και όχι από τους νέους. Αυτό συμβαίνει γιατί οι έμπειροι θεραπευτές έχουν περισσότερα μοτίβα αποθηκευμένα στη μνήμη τους από ότι οι νέοι, εφόσον κατέχουν σημαντικό μέγεθος θεωρητικής και εμπειρικής γνώσης που αφορά τα πιο συχνά προβλήματα της πρακτικής τους καθώς και τις λύσεις για αυτά. Κατά συνέπεια, μπορούν να κάνουν με μικρότερη ταχύτητα και μεγαλύτερη ακρίβεια, σωστότερες εκτιμήσεις και προγνώσεις συγκριτικά με τους νέους θεραπευτές (Carr & Shotwell, 2008, Fonteyn & Ritter, 2008, Roberts, 1996, Rogers & Holm, 1991).

Η γνωστική διαδικασία παραγωγής υποθέσεων χρησιμοποιείται κατά τη διαδικασία αξιολόγησης και καθορισμού των προβλημάτων των ατόμων από τους θεραπευτές και περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

- α) απόκτηση/συλλογή εναυσμάτων
- β) παραγωγή υποθέσεων
- γ) επεξεργασία εναυσμάτων
- δ) αξιολόγηση υπόθεσης

(Elstein, Shulman & Sprafka, 1978, Fleming, 1994, Fleming & Mattingly, 1994, Rogers & Holm, 1989, 1991, 1997).

Η απόκτηση εναυσμάτων (cue acquisition) περιλαμβάνει τη συστηματική συλλογή και οργάνωση των πληροφοριών που αφορούν το άτομο προς αξιολόγηση. Το πρώτο καθήκον του θεραπευτή είναι να αποκτήσει τις σχετικές με την εργοθεραπευτική πρακτική και πρόβλημα του ατόμου πληροφορίες/εναύσματα. Οι θεραπευτές χρειάζεται να συνειδητοποιούν ότι δεν είναι όλες οι διαθέσιμες πληροφορίες που αφορούν το άτομο, σχετικές και χρήσιμες για τον καθορισμό των προβλημάτων εκτέλεσης έργου (Fleming, 1994, Rogers & Holm, 1997). Μερικά παραδείγματα εναυσμάτων/πληροφοριών που σχετίζονται με το πεδίο ενδιαφέροντος της εργοθεραπείας είναι οι ρόλοι ζωής, η συμμετοχή του ατόμου στους τομείς έργων της καθημερινής του ζωής (αυτοϋπηρέτηση, διαχείριση σπιτιού ή φροντίδα άλλων, παιχνίδι, εργασία, σχολείο, ξεκούραση και ύπνος, κοινωνική συμμετοχή, ελεύθερος χρόνος), οι δεξιότητες με τις οποίες το άτομο εκτελεί τα έργα του, το επίπεδο των αισθητικοκινητικών, νοητικών ή ψυχοκοινωνικών λειτουργιών του ατόμου, οι καθημερινές συνήθειες του ατόμου, τα φυσικά, κοινωνικά, χρονικά και πολιτισμικά στοιχεία του περιβάλλοντος αλλά και οι απαιτήσεις των δραστηριοτήτων (AOTA, 2008). Παρακάτω αναφέρονται μερικές οδηγίες έτσι ώστε ο εργοθεραπευτής να οδηγείται με επιτυχία στην αναγνώριση των σχετικών και χρήσιμων εναυσμάτων:

- Ο εργοθεραπευτής συλλέγει τόσα εναύσματα όσα είναι απαραίτητα και χρήσιμα για μια εργοθεραπευτική εκτίμηση. Δεν σπαταλάει το χρόνο του ψάχνοντας για το οποιοδήποτε έναυσμα
- Ο εργοθεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να καθορίσει ποια εναύσματα είναι σχετικά, άσχετα, κεντρικά ή περιφερικά στο ζητούμενό του που είναι η εργοθεραπευτική εκτίμηση. Η ικανότητα

αυτή αποκτάται μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία.

- Ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να κρίνει τη σημασία ή το «βάρος» του κάθε εναύσματος έτσι ώστε αυτό να σηματοδοτεί μια συγκεκριμένη κλινική κατάσταση. Ο εργοθεραπευτής ρωτά τον εαυτό του πόσο σημαντικό είναι το έναυσμα ώστε να γίνει μια εκτίμηση.
- Η συλλογή εναυσμάτων δεν είναι μια παθητική διαδικασία αλλά ο εργοθεραπευτής ενεργητικά συλλέγει και επεξεργάζεται τα εναύσματα (Fleming, 1994).

Στο επόμενο στάδιο της παραγωγής υποθέσεων (hypothesis generation), τα εναύσματα που είτε μόνα τους είτε σε ομάδες, είναι αντιπροσωπευτικά μιας διαταραχής, πυροδοτούν στον θεραπευτή την παραγωγή μίας ή περισσότερων διαγνωστικών υποθέσεων. Οι υποθέσεις δημιουργούνται είτε εξαιτίας των σχέσεων που διαφαίνονται ανάμεσα στα εναύσματα είτε εξαιτίας των σχέσεων των εναυσμάτων με κάποιες διαγνωστικές κατηγορίες. Έτσι λοιπόν, οι υποθέσεις θέτουν μια σχέση ανάμεσα στα παρατηρούμενα εναύσματα και στις υποβόσκουσες παθολογικές διαδικασίες (Fleming, 1994, Rogers & Holm, 1991, 1997). Οι υποθέσεις αυτές διατηρούνται στη μνήμη εργασίας για κάποιο χρονικό διάστημα και δεν αξιολογούνται άμεσα αλλά στο επόμενο στάδιο.

Στο στάδιο της επεξεργασίας εναυσμάτων (cue interpretation) ο θεραπευτής επιλέγει μία από τις υποθέσεις που διατηρεί στο μυαλό του και επαναξιολογεί τα εναύσματα διερωτώμενος αν «κάνουν νόημα τα εναύσματα αυτά εάν η συγκεκριμένη υπόθεση ισχύει» (Fleming, 1994). Σε αυτό το στάδιο, όλα τα εναύσματα επαναξιολογούνται αναφορικά με τη σχετικότητά τους με τη συγκεκριμένη υπόθεση.

Στο τελικό στάδιο της αξιολόγησης της υπόθεσης (hypothesis evaluation), ο θεραπευτής σταματάει τη διαδικασία της επεξε-

ργασίας των εναυσμάτων έτσι ώστε να κάνει μια ανασκόπηση όλων των τεκμηρίων σε μια προσπάθεια να φτάσει σε μια εκτίμηση. Τα εναύσματα που υποστηρίζουν κάθε υπόθεση, ζυγίζονται με τα εναύσματα που την απορρίπτουν. Η υπόθεση που υποστηρίζεται από τα περισσότερα εναύσματα, επιλέγεται ως η επικρατέστερη. Αν τα διαθέσιμα εναύσματα αποτύχουν να υποστηρίξουν μια υπόθεση σε σχέση με μια άλλη, η συλλογή εναυσμάτων ξεκινά πάλι από την αρχή και συνεχίζει μέχρι να επιβεβαιωθεί μια υπόθεση. Η Fleming (1994) αναφέρει ότι μια υπόθεση κρίνεται ως σημαντική:

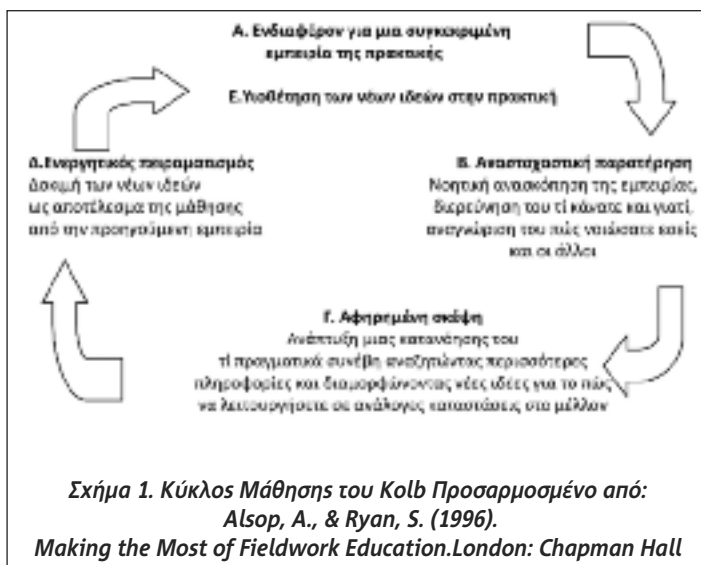
- αν υποστηρίζεται από εναύσματα που είναι κεντρικά και απαραίτητα για τον καθορισμό της
 - δεν αφήνει απέξω κανένα σημαντικό σύμπτωμα ή έναυσμα
- Μια σημαντική αδυναμία της διαδικασίας αυτής είναι ότι ο θεραπευτής ως ανθρωπίνος επεξεργαστής δεδομένων, έχει μια τάση να υποβαθμίζει την αξία των τεκμηρίων που απορρίπτουν μια υπόθεση και να υπερεκτιμά την αξία των τεκμηρίων που επιβεβαιώνουν μια άλλη (Sober, 1979). Για το λόγο αυτό, ο θεραπευτής για να φτάσει σε διαγνωστικά συμπεράσματα, θα πρέπει να αξιολογεί την αξιοπιστία και εγκυρότητα όλων των εναυσμάτων και να είναι πολύ σίγουρος για την τελική του υπόθεση (Rogers & Holm, 1991). Ο Tomlin (2008) συνοψίζει ότι οι θεραπευτές μπορεί να καταλήξουν σε λάθος εκτιμήσεις αν:
- αποτύχουν να συλλέξουν τα σημαντικά εναύσματα
 - παραβλέψουν εναύσματα
 - φτάσουν πολύ γρήγορα σε διαγνωστικά συμπεράσματα
 - παρακάμψουν εναύσματα για να στηρίξουν μια πρώιμη απόφαση
 - αποτύχουν να ψάξουν για επιπλέον εναύσματα όταν χρειάζεται να επιβεβαιώσουν ή να ακυρώσουν μια υπόθεση

Αναστοχασμός

Ο αναστοχασμός (reflection) αναφέρεται σε μια σκόπιμη διαδικασία σκέψης και επεξεργασίας πάνω στις νοητικές διαδικασίες, στις γνώσεις και στις δράσεις που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής στην πρακτική του (Carr & Shotwell, 2008, Higgs et al., 2004, Higgs & Jones, 2008, R.C.N.I.A.N.E. 1994). Με πιο απλά λόγια, είναι η σκέψη του θεραπευτή πάνω στον τρόπο σκέψης και δράσης του (thinking about own thinking) (Munroe, 1996). Ο θεραπευτής όταν αναστοχάζεται, «ξαναθυμίζει» νοητικά στην εμπειρία που ζει ή έζησε και

παίρνοντας μια απόσταση από τον εαυτό του και την πρακτική του, την εξετάζει, αναρωτιέται και μαθαίνει από αυτήν (Morley, 2007). Διερευνά δηλαδή με κριτική ματιά την επιτυχία ή την αποτυχία των δράσεών του όπως: των μεθόδων με τις οποίες συνέλεξε τα δεδομένα του, των στόχων που έθεσε, του τρόπου που παρείχε τις υπηρεσίες του, των προσωπικών προκαταλήψεων, των περιορισμών του στην οργάνωση, ποιότητα και ποσότητα των γνώσεών του. Ο αναστοχασμός μπορεί να συμβεί είτε την ώρα της πρακτικής είτε μετά από αυτήν ακόμη όμως και πριν από μια εμπειρία (Alsop & Ryan, 1996, Schon, 1983).

Έρευνες στον τομέα του αναστοχασμού επιβεβαιώνουν την σημαντική συμβολή του στη διαδικασία μάθησης του θεραπευτή από την εμπειρία αλλά και στην ανάπτυξη της κλινικής συλλογιστικής του (Biggs & Telfer, 1987, Grant & Marsden, 1987, Jensen et al., 2000, Schmidt, Norman, & Boshuizen, 2000, Sobral, 2000). Σύμφωνα με τον Kolb (1984) ο τρόπος που ο αναστοχασμός συμβάλλει στη διαδικασία μάθησης από την εμπειρία παρουσιάζεται στο σχήμα 1 (παράτιθεται σε Alsop & Ryan, 1996).



Σύμφωνα με αυτόν τον κύκλο μάθησης, ο θεραπευτής μετά από μια εμπειρία της πρακτικής, επανεξετάζει νοητικά όλη την κατάσταση, αναστοχάζεται πάνω σε αυτά που είδε, έκανε ή ένοιωσε ο ίδιος ή ο θεραπευόμενος. Μερικές ερωτήσεις που θέτουν οι θεραπευτές στον εαυτό τους κατά τη διαδικασία του αναστοχασμού είναι «τι προσπαθούσα να πετύχω όταν έδρασα με αυτόν τον τρόπο;», «υπήρχαν άλλες εναλλακτικές;», «τι πήγε καλά και τι όχι με τον τρόπο που έδρασα;». αυτή η επανεξέταση της πρακτικής μπορεί να δημιουργήσει απορίες ή κενά γνώσεων καθώς και να τον κάνει να συνειδητοποιήσει ότι χειρίστηκε μια κατάσταση με έναν μη αποτελεσματικό τρόπο. Μέσα από αυτήν την επανεξέταση μπορεί να καταλήξει σε μία νέα κατανόηση της εμπειρίας, η οποία μπορεί με τη σειρά της να φέρει νέες ιδέες για την αντιμετώπιση της ίδιας κατάστασης στο μέλλον. Στη συνέχεια ο θεραπευτής δοκιμάζει αυτές τις νέες ιδέες στην πρακτική του για να δει αν είναι αποτελεσματικές ή όχι. Έτσι ολοκληρώνει έναν κύκλο μάθησης και ξεκινάει έναν άλλον. Αυτή η διαδικασία μάθησης από την εμπειρία δεν ολοκληρώνεται ποτέ (Alsop & Ryan, 1996, Bridge & Twible, 1997, Carr & Shotwell, 2008, Higgs et al., 2004).

Σχετικά με τη συμβολή του αναστοχασμού στην ανάπτυξη της κλινικής συλλογιστικής, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η εμπλοκή ενός θεραπευτή σε συνεχή αναστοχασμό της πρακτικής του, αποτελεί μια χρήσιμη στρατηγική για τον θεραπευτή προκειμένου να συνειδητοποιήσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία της κλινικής συλλογιστικής του και να λάβει τις ανάλογες δράσεις (Kember et al., 2001, Moon, 2001, Rivett & Higgs, 1995, Roberts, 2002, Ryan, 1995b, Schon, 1983, 1987). Πράγματι, πώς αλλιώς θα μπορούσε ένας θεραπευτής να συνειδητοποιήσει τα λάθη της πρακτικής του, τα κενά των γνώσεών του ή τις δικές του αδυναμίες, αν δεν επέστρεφε και δεν επανεξέταζε νοητικά στην ίδια του την πρακτική ή συλλογιστική; Οι τρόποι που οι θεραπευτές αναστοχάζονται είναι ποικίλοι και αποτελούν καθαρά προσωπική επιλογή. Κάποιοι θεραπευτές αναστοχάζονται μέσα στο αυτοκίνητό τους όταν επιστρέφουν από τη δουλειά τους, άλλοι αναστοχάζονται κατά τη διάρκεια των θεραπειών τους συνεδριών (συνομιλώντας με κάποιον συνάδελφο) ή στο τέλος των καθημερινών συνεδριών τους, μερικοί γράφουν αναστοχαστικά ημερολόγια για την πρακτική τους ενώ κάποιοι αναστοχάζονται στις εποποιήσεις τους ή σε τακτικές ομάδες αναστοχασμού. Με όποιον τρόπο και αν επιλέξει κανείς να αναστοχαστεί, η διαδικασία αυτή ευοδώνει την παροχή μιας «αναστοχαστικής πρακτικής» (reflective practice), μιας πρακτικής δηλαδή που ο θεραπευτής συνεχώς «επισκέπτεται» μέσω της μνήμης του εξερευνώντας την και επεξεργάζοντάς την με στόχο να μάθει από αυτήν και να αναπτύξει την κλινική συλλογιστική του (Alsop, 2002, Boud, Keogh, & Walker, 1985, Kinsella, 2001).

Συμπεράσματα

Η διαδικασία της κλινικής συλλογιστικής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα του είδους και της ποιότητας της θεραπευτικής πρακτικής που ο κάθε θεραπευτής παρέχει. Βρίσκεται πίσω από κάθε θεραπευτική απόφαση ή δράση. Παρόλα αυτά η έννοια της κλινικής συλλογιστικής άρχισε να συζητείται και να μελετάται στην επιστήμη της εργοθεραπείας μετά τη δεκαετία του '80. Οι μελέτες μας αποκαλύπτουν ότι οι όλοι οι θεραπευτές δεν συλλογίζονται με τον ίδιο τρόπο όταν καθορίζουν ή επιλύουν τα προβλήματα της πρακτικής τους. Στο άρθρο αυτό παρουσιάστηκαν εκτενώς δύο από τις τέσσερις τύπους γνωστικών διαδικασιών που χρησιμοποιούν οι εργοθεραπευτές όταν συλλογίζονται: η αναγνώριση μοτίβου και η παραγωγή υποθέσεων. Επιπλέον συζητήθηκε η αναγκαιότητα της ύπαρξης επιστημονικών και εμπειρικών γνώσεων από τον θεραπευτή για τη διαμόρφωση της κλινικής συλλογιστικής του. Τέλος έγινε μια αναφορά στη σημαντική διαδικασία του αναστοχασμού της πρακτικής και στον τρόπο που ο αναστοχασμός συμβάλλει στη μάθηση μέσα από την εμπειρία αλλά και στην ανάπτυξη της κλινικής συλλογιστικής του επαγγελματία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Alsop, A. (2002). Portfolios: Portraits of our Professional Lives. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 201-206
- Alsop, A., & Ryan, S. (1996). *Making the Most of Fieldwork Education. A practical approach*. London: Chapman & Hall
- American Occupational Therapy Association, (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process*. 2nd Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683
- Barsalou, L.W. (1992). Frames, concepts and conceptual fields. In A. Lehrer & E.F. Kittay (Eds.), *Frames, fields and contrasts: New essays in semantic and lexical organization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 21-74
- Biggs, J.B., & Telfer, R. (1987). *The process of learning* (2nd ed.). Sydney: Prentice Hall
- Boshuizen H.P.A., & Schmidt, H.G. (1992). On the role of biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognitive science*, 16, 153-184
- Boshuizen, H.P.A., & Schmidt, H.G. (2000). The development of clinical reasoning expertise. In J. Higgs & M. Jones (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (2nd ed.). Boston: Butterworth Heinemann, 15-22
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page
- Bridge, C.E., & Twible, R.L. (1997). Clinical reasoning: informed decision making for practice. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), *Occupational therapy: enabling function and well being* (2nd ed.). NJ: Slack Thorofare, 158-179
- Carr, M., & Shotwell, M. (2008). *Information Processing Theory and Professional Reasoning*. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 36-68
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2008). Clinical reasoning in occupational therapy. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions*, (3rd edn). Philadelphia: Butterworth Heinemann Elsevier
- Cohn, E.S. (1991). Nationally speaking-Clinical reasoning: Explicating complexity. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 969
- Cohn, E.S., & Czycoll, C.M. (1991). Facilitating a foundation for clinical reasoning. In E.B. Crepeau & T. LaGarde (Eds.), *Self-paced instruction for clinical education and supervision: An instructional guide*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association, 159-182
- Crabtree, M. (1998). Images of reasoning: A literature review. *Australian Occupational Therapy*

Journal, 45, 113-123

- Edwards, I., & Delany, C. (2008). Ethical reasoning. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N.Christensen (Eds), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Philadelphia: Butterworth-Heinemann Elsevier, 279-289
- Elstein, A.S., Shulman, L.S., & Sprafka, S.A. (1978). *Medical Problem Solving: An analysis of clinical reasoning*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Fleming, M.H. (1991). Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 988-996
- Fleming, M.H. (1994). Procedural Reasoning. In C. Mattingly & M.H. Fleming (Eds.), *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 137-177
- Fleming, M.H., & Mattingly, C. (1994). Giving Language to Practice. In C. Mattingly & M.H. Fleming, *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 3-21
- Fonteyn, M.E., & Ritter, B.J. (2008). Clinical reasoning in nursing. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N.Christensen (Eds), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Philadelphia: Butterworth-Heinemann Elsevier, 235-244
- Grant, J., & Marsden, P. (1987). The structure of memorized knowledge in students and clinicians: an explanation for diagnostic expertise. *Medical Education*, 21, 92-98
- Gustavsson, B. (2004). Revisiting the philosophical roots of practical knowledge. In J. Higgs, B. Richardson, M Abrandt Dahlgren (Eds.), *Developing practice knowledge for health professionals*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 35-50
- Higgs, J. (2004). Do you reason like a (health) professional?. In G. Brown, S.A. Esdaile, & S.E. Ryan (Eds.), *Becoming an advanced healthcare professional*. London: Butterworth-Heinemann, 144-160
- Higgs, J., & Jones, M. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Philadelphia: Butterworth Heinemann, Elsevier, 3-18
- Higgs, J., Jones, M., Edwards, I. et al., (2004). Clinical reasoning and practice knowledge. In J. Higgs, B. Richardson & M. Abrandt Dahlgren (Eds.), *Developing practice knowledge for health professionals*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann, 181-199
- Higgs, J., Jones, M., & Titchen, A. (2008). Knowledge, reasoning and evidence for practice. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Philadelphia: Butterworth Heinemann, Elsevier, 151-162
- Higgs, J. & Titchen, A. (2000). Knowledge and reasoning. In J. Higgs, & M. Jones (Eds), *Clinical Reasoning in the Health Professions* (2nd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann, 23-32
- Hooper, B. (2008). Therapists' assumptions as a dimension of professional reasoning. In B.B.A. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical and professional reasoning in occupational therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 13-35
- Jones M.A., Jensen, G. & Edwards, I. (2008). Clinical reasoning in physiotherapy. In J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus & N.Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Philadelphia: Butterworth-Heinemann Elsevier, 245-256
- Jensen, G.M., Gwyer, J., Shepard, K.F. et al., (2000). Expert practice in physical therapy. *Physical Therapy*, 80(1), 28-43
- Kember, D., Jones, J., Loke, A.Y., McKay, J., Sinclair, K., Tse, H., Webb, C., Wong, M.W.L., & Yeung, E. (2001). *Reflective teaching and learning in the health professions*. Oxford: Blackwell Science
- Kielhofner, G. (1992). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F.A. Davis Co
- Kinsella, E.A. (2001). Reflections on reflective practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 195-198
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning*. New York: Englewood Cliffs
- Mattingly, C. (1991). What is Clinical Reasoning?. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 979-986
- Mattingly, C., & Fleming, M.H. (1994). *Clinical Reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A.Davis
- Moon, J. (2001). Short courses and workshops: improving the impact of learning, training and professional development. London: Kogan Page
- Morley, M. (2007). Building Reflective practice through Preceptorship: the Cycles of Professional Growth. *British Journal of Occupational Therapy*, 70 (1), 40-42
- Newell, A. & Simon, H.A. (1972). *Human problem solving*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Papa, F.J., Shores, J.H. & Mayer, S. (1990). Effects of pattern matching, pattern discrimination and experience in the development of diagnostic expertise. *Academic Medicine*, 65, 21-22
- Parham, L.D. (1987). Nationally speaking-toward professionalism: The reflective occupational therapy practitioner. *American Journal of Occupational Therapy*, 41, 555-561
- Parham, L.D. (2007). Clinical Reasoning. In S.M. Hussey, B. Sabonis-Chafee & J. Clifford O' Brien (Eds.), *Introduction to Occupational Therapy* (3rd ed.). USA: Mosby Elsevier, 245-255
- R.C.N.I.A.N.E. (1994). Reflective Practice. *Nursing Standard*, 8 (39), 49-56
- Richardson, B. (2001). Professionalisation and professional craft knowledge. In J. Higgs, & A. Tichen (Eds), *Practice knowledge and expertise in the health professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann, Oxford, 42-47
- Rivett, D., & Higgs, J. (1995). Experience and expertise in clinical reasoning. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, April, 16-21
- Roberts, A.E. (1996). Approaches to Reasoning in Occupational Therapy: a Critical Exploration. *British Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 233-236
- Roberts, A.E. (2002). Advancing Practice through Continuing Professional Education: the Case for Reflection. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 237-241
- Robertson, L.J. (1996). Clinical Reasoning, Part 1: The nature of problem solving, a literature review, *British Journal of Occupational Therapists*, 59, 178-182
- Robertson, L.J. (1999). Assessing Mabel at home: a complex problem-solving process. In S.E. Ryan & E.A. McCay (Eds), *Thinking and reasoning in therapy: narratives from practice*. London: Stanley Thornes, 19-30
- Rogers, J.C. (1983). Clinical reasoning: The ethics, science and art. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 601-616
- Rogers, J.C., & Holm, M.B. (1989). The therapist's thinking behind functional assessment: Part 1. In C. Royeen (Ed.), *Assessment of function: An action guide*. Rockville MD: American Occupational Therapy Association, 1-34

- Rogers, J.C., & Holm, M.B. (1991). Occupational Therapy Diagnostic Reasoning: A Component of Clinical Reasoning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45 (11), 1045-1053
- Rogers, J.C., & Holm, M.B. (1997). Diagnostic reasoning: The process of problem identification. In C.H. Christiansen & C.M. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Enabling function and well being* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack, 137-156
- Rogers, J.C. & Masagatani, G. (1982). Clinical reasoning of occupational therapists during the initial assessment of physically disabled patients. *Occupational Therapy Journal of Research*, 2, 195-219
- Ryan, S. (1995a). The study and application of clinical reasoning research. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2(5), 265-269
- Ryan, S. (1995b). Teaching clinical reasoning to occupational therapists during fieldwork education. In J.Higgs & M.Jones (Eds.), *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 247-257
- Ryan, S. (2004). Influences that shape our reasoning. In J. Creek (Ed.). *Occupational Therapy: New Perspectives*. London: Whurr
- Schell, B.A.B. (1998). Clinical reasoning: the basis of practice. In M. Neistadt & E. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 90-100
- Schell, B.A.B., & Cervero, R.M. (1993). Clinical reasoning in Occupational Therapy: An Integrative Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(7), 605-610
- Schell, B.A.B., & Schell, J.W. (2008). Professional Reasoning as the Basis of Practice. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 3-12
- Schmidt, H.G., Norman, G.R., & Boshuizen, H.P.A. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Academic Medicine*, 65, 611-621
- Schon, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic
- Schon, D.A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco CA: Jossey Bass
- Sober, E. (1979). The art of science of clinical judgement: an informational approach. In H.T. Engelhardt, S.F. Spicker & B. Towers (Eds), *Clinical judgement: A critical appraisal*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co., 29-44
- Sobral, D.T. (2000). An appraisal of medical students' reflection-in-learning. *Medical Education*, 34(3), 182-187
- Tomlin, G.S. (2008). Scientific Reasoning. In B.A.B. Schell & J.W. Schell (Eds.), *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 91-124

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Κανταρτζή, Σ. & Σκουρολιάκου, Μ. (2009). Η διαδικασία Tuning στην Εργοθεραπεία. *Εργοθεραπεία*, 37(1), 20-26
- Μοροζίνη, Μ. (2012). *Η κλινική συλλογιστική και η ανάπτυξή της στην εργοθεραπεία*. Αθήνα: Κωνσταντάρas Ιατρικές Εκδόσεις