

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ, ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ, ΤΟΥ ΕΜΜΕΣΟΥ
ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Όνοματεπώνυμο μεταπτυχιακής φοιτήτριας: Νικόλτσιου Παναγιώτα

Μέλη τριμελούς:

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Κουνενού Καλλιόπη
2. Μέλος επιτροπής: Κλεφτάρας Γεώργιος
3. Μέλος επιτροπής: Βασιλική Γιωτσίδη

Βόλος, Οκτώβριος 2022

Γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο « Η σχέση της της Επαγγελματικής εξουθένωσης, του Έμμεσου τραύματος και της ενσυναίσθησης στους Έλληνες Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Νικόλτσιου Παναγιώτα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Abstract	6
Εκτενής Περίληψη	7
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 1^ο: Η Επαγγελματική Εξουθένωση	13
1. Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)	13
1.1. Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης	13
1.2. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης	15
1.3. Προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης	16
1.4. Συμπτώματα και επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης	18
1.5. Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης	18
1.6. Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματίες ψυχικής υγείας	19
1.6.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης	20
1.6.2. Προστατευτικοί παράγοντες	21
Κεφάλαιο 2^ο: Έμμεσο Τραύμα	23
2. Έμμεσο Τραύμα (Vicarious Trauma)	23
2.1. Ορισμός του έμμεσου τραύματος	23
2.2. Θεωρητική επεξήγηση του έμμεσου τραύματος	24
2.3. Προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση του έμμεσου τραύματος	25
2.4. Προστατευτικοί παράγοντες	26
Κεφάλαιο 3^ο: Η Ενσυναίσθηση	29
3. Ενσυναίσθηση (Empathy)	29
3.1. Ορισμός της ενσυναίσθησης	30
3.2. Τα χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης	31
3.3. Ενσυναίσθηση και επαγγελματίες ψυχικής υγείας	32
3.4. Προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της ενσυναίσθησης	33
Κεφάλαιο 4^ο: Επαγγελματική εξουθένωση, Έμμεσο τραύμα και Ενσυναίσθηση	35
4.1. Η ενσυναίσθηση και η επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας	35
4.2. Η επαγγελματική εξουθένωση και το έμμεσο τραύμα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας	35

4.3. Η σχέση της ενσυναίσθησης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του έμμεσου τραύματος σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας	36
Στόχοι και υποθέσεις της παρούσας έρευνας	38
Κεφάλαιο 5^ο: Μεθοδολογία	40
5.1. Μεθοδολογική προσέγγιση	40
5.2. Ερευνητικά εργαλεία	40
5.3. Μέθοδος δειγματοληψίας	43
5.4. Εγκυρότητα και αξιοπιστία	43
5.5. Ηθική και δεοντολογία	44
Κεφάλαιο 6^ο: Αποτελέσματα	45
6.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	45
6.2. Παραγοντική ανάλυση	45
6.3. Έλεγχος των υποθέσεων της έρευνας	49
6.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ αποτελεσμάτων στα ψυχομετρικά εργαλεία	49
6.3.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά και ψυχομετρικά εργαλεία	52
Κεφάλαιο 7^ο: Συζήτηση	53
Κεφάλαιο 8^ο: Περιορισμοί	56
8.1. Περιορισμοί	56
8.2. Προτάσεις	57
Βιβλιογραφία	58
Παράρτημα	10

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό πλαίσιο: Η ενσυναίσθηση αποτελεί θεραπευτικό εργαλείο και απαραίτητο στοιχείο του έργου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Όμως, οι προαναφερθέντες συχνά είναι ακροατές δύσκολων και οδυνηρών τραυματικών αφηγήσεων, που βιώνουν και φέρουν κατά τη θεραπεία οι θεραπευομένοι τους. Το γεγονός ότι οι ειδικοί εμπλέκονται συναισθηματικά και ενσυναισθηματικά κατά τη θεραπεία με άτομα που βιώνουν σύγχυση, πόνο και τραύμα έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να οδηγήσει σε δύο φαινόμενα που επηρεάζουν την ποιότητα παροχής φροντίδας και υποστήριξης. Αυτά είναι η επαγγελματική εξουθένωση και το έμμεσο τραύμα.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, του έμμεσου τραύματος και της ενσυναίσθησης σε Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Μεθοδολογία: Η έρευνα ήταν ποσοτική και συμμετείχαν 214 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα, ψυχολόγοι, ψυχίατροι και ψυχοθεραπευτές. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε πέντε (5) ερωτηματολόγια με σκοπό τη συλλογή δημογραφικών/κοινωνικών πληροφοριών και τη μέτρηση του επιπέδου που παρουσιάζουν στην επαγγελματική εξουθένωση, την ενσυναίσθηση και το έμμεσο τραύμα.

Αποτελέσματα: Κατά την παρούσα έρευνα αποδείχθηκε ότι η ενσυναίσθηση σχετίστηκε με χαμηλά με την εξουθένωση αλλά με θετικό πρόσημο, δηλαδή, φαίνεται ότι την ενισχύει. Παρομοίως, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του έμμεσου τραύματος και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μικρότερο χρονικό διάστημα εποπτείας φαίνεται ότι παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την άλλη πλευρά, στα πορίσματα, η ενσυναίσθηση δεν σχετίστηκε με το έμμεσο τραύμα και τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας δεν αποτέλεσαν στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για το βαθμό εμφάνισης της ενσυναίσθησης.

Συμπεράσματα: Ο ερευνητικός συνδυασμός των παραπάνω μεταβλητών διεξήχθη πρώτη φορά στα ελληνικά δεδομένα. Για αυτό το λόγο θεωρείται χρήσιμη η επανάληψη της έρευνας ώστε να διερευνηθούν και συμπληρωθούν οι παράγοντες που επιδρούν στο έργο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, Έμμεσο τραύμα, Ενσυναίσθηση, Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι, Ψυχοθεραπευτές

ABSTRACT

Theory: Empathy constitutes a therapeutic tool and an integral part of mental health professional practice. However, mental health professionals are frequently confronted with challenging and painful trauma narratives brought to treatment by their patients. The fact that they become emotionally and empathetically involved when treating individuals suffering confusion, pain and trauma has been demonstrated to cause two phenomena that impact the quality of care and support provision: burnout and vicarious trauma.

Aim: The current study aimed to assess the relations between burnout, vicarious trauma, and empathy among Greek mental health professionals.

Methodology: The study followed the quantitative methodology, with 214 mental health specialists participating, namely psychologists, psychiatrists, and psychotherapists. Participants completed five (5) questionnaires intended to gather their demographic/social data as well as measure their burnout, empathy, and vicarious trauma.

Results: During the current study, it was determined that empathy has a minimal correlation with burnout, but with a positive sign, therefore, it appears to increase it. Similarly, a statistically significant association was observed between vicarious trauma and burnout. Additionally, mental health practitioners with brief periods of supervision tend to experience greater rates of burnout. On the other hand, according to the findings, empathy was not associated to vicarious trauma, and years of work experience was not a statistically relevant predictive factor for the degree of empathy's emergence.

Conclusion: For the first time, a research combination of the foregoing factors was undertaken in Greek reality. As a result, it is considered beneficial the research to be repeated in the future to examine and complement the factors that impacting mental health practice.

Key words: Burnout, Vicarious Trauma, Empathy, Psychologists, Psychiatrists, Psychotherapists

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό πλαίσιο: Το φαινόμενο της « Επαγγελματικής Εξουθένωσης» και του «Έμμεσου Τραύματος» λειτουργούν επιβαρυντικά στο ρόλο και στο έργο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αρχικά, η επαγγελματική εξουθένωση αφορά την απώλεια ενδιαφέροντος για τους συναδέλφους, τη σωματική και συναισθηματική εξάντληση και την απουσία αισθημάτων συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς. Από την άλλη, κατά την εμφάνιση του έμμεσου τραύματος εμφανίζεται μια ομάδα συμπτωμάτων, όπως εφιάλτες, φοβικές σκέψεις, παρεισφρητικές εικόνες και καχυποψία για τις προθέσεις των άλλων. Το αξιοσημείωτο με το έμμεσο τραύμα είναι ότι, αυτό εμφανίζεται σε άτομα που εργάζονται με ανθρώπους που είχαν ή έχουν τραυματικές εμπειρίες. Έχει αποδειχθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το έμμεσο τραύμα και ότι αποτελούν παράγοντες που αλληλεπιδρούν με την ενσυναίσθηση. Έτσι, ενώ η ενσυναίσθηση αποτελεί απαραίτητο θεραπευτικό εργαλείο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στη θεραπευτική σχέση με τους θεραπευόμενους τους, συχνά αποδεικνύεται το μέσο για να αναπτύξουν αυτοί έμμεσο τραύμα και επαγγελματική εξουθένωση.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ενσυναίσθησης και του έμμεσου τραύματος στους Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Περαιτέρω στόχοι της μελέτης ήταν:

- α. Η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στις παραπάνω μεταβλητές.
- β. Η συμβολή στην πληρέστερη αντίληψη της έννοιας του «έμμεσου τραύματος», για την οποία η ελληνική βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.
- γ. Η διερεύνηση της σχέσης που αναπτύσσεται από και προς τις παραπάνω μεταβλητές στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπου αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα που έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα λιγότερο από τους επαγγελματίες υγείας.

Μέθοδος: Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση πέντε (5) ερωτηματολογίων. Αρχικά, δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, Για την μέτρηση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης- Counselor Burnout Inventory (CBI). Για την μέτρηση του επιπέδου ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε το Jefferson Scale of Physician Empathy – HP Version . Τέλος, το έμμεσο τραύμα μετρήθηκε με το συνδυασμό της κλίμακας Vicarious

Trauma Scale, καθώς και 3 ερωτήσεων κλειστού τύπου, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνα των Adams, Matto και Harrington για τον ίδιο σκοπό. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 214 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκ των οποίων 81 ήταν ψυχολόγοι, 6 ψυχίατροι, 92 ψυχολόγοι – ψυχοθεραπευτές, 11 ψυχίατροι – ψυχοθεραπευτές και 24 ψυχοθεραπευτές με προπτυχιακές σπουδές εκτός ψυχολογίας ή ψυχιατρικής. Αναφορικά με το φύλο οι συμμετέχοντες ήταν 32 άντρες και 182 γυναίκες και κυμαινόταν από τα 24 έτη ηλικίας έως και πάνω από τα 55 έτη. Τα ερωτηματολόγια διαμορφώθηκαν μέσω του Google Forms και διαμοιράστηκαν ηλεκτρονικά.

Αποτελέσματα: Για τον έλεγχο των υποθέσεων εφαρμόστηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson (r) για όλους τους υπό εξέταση παράγοντες και Γραμμική Παλινδρόμηση, Mediation. Αποδείχθηκε ότι η ενσυναίσθηση σχετίστηκε μεν χαμηλά με την εξουθένωση αλλά με θετικό πρόσημο, δηλαδή, φαίνεται ότι την ενισχύει. Παρομοίως, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του έμμεσου τραύματος και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μικρότερο χρονικό διάστημα εποπτείας φαίνεται ότι παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Από την άλλη πλευρά, στα πορίσματα, η ενσυναίσθηση δεν σχετίστηκε με το έμμεσο τραύμα και τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας δεν αποτέλεσαν στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για το βαθμό εμφάνισης της ενσυναίσθησης.

Συμπεράσματα: Η σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της ενσυναίσθησης και του έμμεσου τραύματος είναι απαραίτητο να διερευνηθεί περαιτέρω με την χρήση νέων ποσοτικών ερευνών. Βέβαια, στοιχεία ποιοτικών δεδομένων θα μπορούσαν να φωτίσουν σημεία των τριών υπό μελέτη μεταβλητών, όπως η υφή του προσωπικού βιώματος, κάτι που είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί μέσω της χρήσης σταθμισμένων εργαλείων.

Λέξεις Κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, Έμμεσο τραύμα, Ενσυναίσθηση, Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι, Ψυχοθεραπευτές

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

~ Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την καθηγήτρια μου, Καλλιόπη Κουνενού, για όλη την πολύτιμη συμβολή της τόσο στη βιβλιογραφική ανασκόπηση και συγγραφή αυτής της διπλωματικής εργασίας όσο και την υποστήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που είναι πάντα δίπλα μου, καθώς επίσης τον σύντροφο μου και τους φίλους μου, που η βοήθεια τους ήταν πολύτιμη. ~

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο στρεσογόνος τρόπος ζωής χαρακτηρίζει, πλέον, την καθημερινότητα των ανθρώπων σε συνδυασμό με τις αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις σε ένα ραγδαία μεταβαλλόμενο και ασταθές κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, κατάλοιπο της οικονομικής κρίσης που βίωσε οικουμενικά ο πλανήτης την προηγούμενη δεκαετία. Το παραπάνω σε συνάρτηση με τις πρωτόγνωρες καταστάσεις που εκτυλίχθηκαν τα τελευταία τρία χρόνια εξαιτίας της πρωτοφανούς τόσο σε έκταση όσο και σε διάρκεια πανδημίας από τον ιό COVID-19, είχε ως αποτέλεσμα το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης να είναι ολοένα και πιο επίκαιρο. Οι παραπάνω λόγοι, οι οποίοι λειτούργησαν συσσωρευτικά στο φαινόμενο συνείσφεραν στην ραγδαία επιδείνωση της κατάστασης και έξαρσης του φαινομένου.

Βέβαια, παρότι όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες και επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος, υπάρχουν κάποιες ομάδες ανθρώπων που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μια από τις ομάδες επαγγελματιών που εμπεριέχονται στην κατηγορία αυτή είναι και αυτή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι κλήθηκαν τα τελευταία χρόνια να αντιμετωπίσουν σωρεία περιστατικών ολοένα αυξανόμενου εξαιτίας των προαναφερθέντων συνθηκών.

Με τον όρο επαγγελματίες ψυχικής υγείας εννοούμε το σύνολο των ανθρώπων των οποίων το επάγγελμα σχετίζεται με τη «ψυχική υγεία». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) η ψυχική υγεία είναι *«η κατάσταση ευεξίας όπου κάθε άτομο αντιμετωπίζει με επιτυχία τα προβλήματα της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του περιβάλλον και όχι απλά η απουσία ενός προβλήματος ή μιας «διαταραχής»*. Επομένως, στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας συγκαταλέγονται αυτό του ψυχολόγου, του Ψυχιάτρου και Ψυχοθεραπευτή (Φουτσιτζόγλου, 2022).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας καλούνται, έπειτα από το πέρας πολυετών σπουδών και πρακτικών ασκήσεων, κατέχοντας ένα σύνολο από κλινικές, πρακτικές και θεωρητικές δεξιότητες μαζί με την κατάλληλη επαγγελματική κατάρτιση να βοηθήσουν τους ανθρώπους όπου χρίζουν βοήθεια. Στην προσπάθεια τους αυτή η παρουσία και η εφαρμογή της ενσυναίσθησης θεωρείται απαραίτητη και εφαρμόζεται καθημερινά στο έργο τους. Αυτό άλλωστε, αποτελεί λογικό επακόλουθο για επαγγέλματα που έχουν ως βασικό πυλώνα εργασίας την επαφή και διά δράση με ανθρώπους (Ζίρκα, Μαριστάνογλου, Ξάφη, 2021).

Ορισμένα από τα προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν τους ίδιους και την εργασία τους είναι το φόρτο εργασίας, η μη στελέχωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με εξειδικευμένο προσωπικό, η μη ισότιμη αντιμετώπιση, οι προκαταλήψεις, η επαγγελματική εξουθένωση (Ζίρκα, Μαριστάνογλου, Ξάφη, 2021) και το έμμεσο τραύμα. Σύμφωνα με τους Οι McCann&Pearlmam (1990) το έμμεσο τραύμα ορίζεται ως η εμφάνιση μιας ομάδας συμπτωμάτων, όπως οι εφιάλτες, οι φοβικές σκέψεις, οι εικόνες που εμφανίζονται ξαφνικά στον νου και η καχυποψία για τις προθέσεις των άλλων, τα οποία κατά βάση, συνδέονται με το βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος, σε άτομα τα οποία δεν έχουν βιώσει κάποιου τέτοιου είδους συμβάν, αλλά εργάζονται με ανθρώπους που είχαν αντίστοιχες εμπειρίες.

Ακόμη, η πολύωρη εργασία σε συνδυασμό με τον μεγάλο αριθμό περιστατικών που διαχειρίζονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συχνά την αντίσταση των θεραπευόμενων να αφηθούν στη θεραπευτική διαδικασία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ψυχικής τους δυσφορίας, η οποία έχει την ιδιότητα να κλιμακώνεται σταδιακά. Οι παραπάνω παράγοντες οδηγούν μακροπρόθεσμα τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να εμφανίζουν διάφορα σύνδρομα όπως αυτό της εξουθένωσης (Bakker, Killmer, Siegriest & Schaufeli, 2000).

Αν και υπάρχει πλήθος ερευνών σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, παρατηρήθηκε ότι αυτές αφορούν ως επί το πλείστον επαγγελματίες διαφόρων επαγγελμάτων ή επαγγελματιών υγείας και όχι τόσο επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρήθηκε περιορισμένη ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το έμμεσο τραύμα αλλά και μικρή βιβλιογραφία που συνδέει αυτό με τις άλλες δύο μεταβλητές: επαγγελματική εξουθένωση και ενσυναίσθηση. Το παραπάνω σκεπτικό οδήγησε στην πραγμάτωση της παρούσας μελέτης. Για αυτό το λόγο, η παρούσα εργασία είχε ως στόχο να διερευνήσει κατά πόσο η επαγγελματική εξουθένωση, το έμμεσο τραύμα, η ενσυναίσθηση και δημογραφικοί/κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα παροχής φροντίδας, αλλά και την προσωπική ζωή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Στη συνέχεια της εργασίας, υπάρχει το θεωρητικό μέρος με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις κύριες μεταβλητές. Ειδικότερα, το πρώτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται την επαγγελματική εξουθένωση ενώ, το δεύτερο, το έμμεσο τραύμα. Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει την έννοια της ενσυναίσθησης. Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί την παρουσίαση της μέχρι τώρα θεωρητικής κατάρτισης σχετικά με τη συσχέτιση των παραπάνω κύριων μεταβλητών.

Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS 17 και η απεικόνισή τους έγινε με χρήση πινάκων και γραφημάτων. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και τα κύρια ευρήματα της έρευνας και δίνονται απαντήσεις στους ερευνητικούς στόχους που τέθηκαν στην αρχή της εργασίας. Επιπλέον, ακολουθεί η Συζήτηση των αποτελεσμάτων, περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική διεύρυνση του θέματος. Τέλος, παρατίθεται η παράθεση της βιβλιογραφίας και των παραρτημάτων.

Εν κατακλείδι, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν πολλοί και διαφορετικοί όροι που περιέγραφαν την ομάδα ενδιαφέροντος της ερευνήτριας. Πιο συγκεκριμένα, έγινε χρήση ελληνικής όσο και ξενόγλωσσής βιβλιογραφίας με όρους όπως «Σύμβουλοι», «Θεραπευτές», «Ψυχολόγοι», «Ψυχίατροι», «Ψυχοθεραπευτές». Στην παρούσα έρευνα επιλέξαμε, ως επί το πλείστον, τη χρήση της έννοιας του επαγγελματία ψυχικής υγείας ή και του θεραπευτή αποκλειστικά για λόγους αποφυγής σύγχυσης και επανάληψης και όχι λόγω μη συμπερίληψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

1. Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)

Η Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout) αποτελεί ένα σύνδρομο το οποίο έγινε ευρέως γνωστό τον 21ο αιώνα και αφορά την ψυχική και σωματική εξάντληση των εργαζόμενων που δραστηριοποιούνται σε επαγγέλματα που έχουν άμεση σχέση με τον άνθρωπο. Ως όρος έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους και τους ειδικούς σε θέματα διοίκησης, καθώς αποτελεί πρόκληση στον εργασιακό χώρο του 21ου αιώνα (Αμαραντίδου, 2010). Η γνώση των αιτιών και των τρόπων αντιμετώπισης του φαινομένου δεν επαρκεί, καθώς έχει φανεί ότι είναι δύσκολο ως προς την διαχείριση του. Ένας πιθανός παράγοντας αύξησής του είναι και η έλλειψη ενθάρρυνσης των εργαζομένων από τους εργοδότες τους (Leiter, Bakker & Maslach, 2014). Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι πρόβλημα που σχετίζεται μονάχα με τους εργαζομένους, αλλά και με το γενικότερο εργασιακό περιβάλλον. Άλλωστε, οι χώροι εργασίας διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Άρα, όταν ο χώρος εργασίας δεν αναγνωρίζει στον εργαζόμενο την ανθρώπινη πλευρά του και τον αντιμετωπίζει ως μηχανή παραγωγής, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εξουθένωσης.

1.1. Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές, καθένας από τους οποίους τον πλαισιώνει διαφορετικά. Ο πρώτος ορισμός για την επαγγελματική εξουθένωση δόθηκε από τον κλινικό ψυχίατρο Freudenberger (1974). Διέκρινε ότι πολλοί εθελοντές της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία εργαζόταν, βίωναν εξάντληση, έχαναν το κίνητρο για εργασία και εμφάνιζαν διάφορα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Αυτό το φαινόμενο το περιέγραψε ως κατάσταση κόπωσης ή εκνευρισμού που προκαλείται από την αφοσίωση του ατόμου σε έναν σκοπό ή έναν τρόπο ζωής, ο οποίος, όμως, δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες του. Από τότε προτάθηκαν πολλοί νέοι ορισμοί καθένας από τους οποίους προσέθετε ένα νέο πλαίσιο στη μελέτη του φαινομένου. Γενικά οι ερευνητές έχουν αντιμετωπίσει την επαγγελματική εξουθένωση είτε ως διαδικασία (Cherniss, 1980) είτε ως μια κατάσταση (Maslach & Jackson, 1986. Pines & Aronson, 1988). Οι ορισμοί αυτοί επηρεάζονται άμεσα από τον τρόπο που δομούν τα θεωρητικά μοντέλα τους οι ερευνητές.

Σύμφωνα με το μοντέλο της Pines, η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως η κατάσταση σωματικής, ψυχικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια

εμπλοκή του ατόμου σε συναισθηματικά απαιτητικές καταστάσεις. Η σωματική εξάντληση εμφανίζεται με το αίσθημα την αδυναμίας και της μειωμένης σωματικής ενέργειας. Από την άλλη, η συναισθηματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από συναισθήματα απελπισίας, παγίδευσης και αίσθημα αβοηθησίας. Τέλος, η πνευματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από την αρνητικότητα απέναντι στο ίδιο τον εαυτό (Pines & Aronson, 1988). Το δικό του μοντέλο για την επαγγελματική εξουθένωση ανέπτυξε ο Cherniss (1980). Χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια «διαδικασία» η οποία περιλαμβάνει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι το εργασιακό στρες, όταν δηλαδή εξαιτίας της έλλειψης πόρων κάποιοι εργασιακοί στόχοι δεν μπορούν να επιτευχθούν. Το δεύτερο στάδιο είναι η εξάντληση, η οποία ουσιαστικά σχετίζεται με τη συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου που βίωσε το στρες στο πρώτο στάδιο και αυτό εκδηλώνεται με κόπωση και έλλειψη ενδιαφέροντος. Τέλος, το τρίτο στάδιο είναι η αμυντική κατάληξη. Σε αυτό κυριαρχούν συναισθήματα απάθειας και κυνισμού ως αμυντικοί μηχανισμοί του ανθρώπου για να καταφέρει να επιβιώσει στο δύσκολο εργασιακό περιβάλλον του (Maslach, 1982).

Ένας εκτεταμένος ορισμός που περιλαμβάνει όλα τα βασικά σημεία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι εκείνος των Schaufeli & Enzmann (1998), σύμφωνα με τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια σταθερή, αρνητική, συσχετιζόμενη με την εργασία πνευματική κατάσταση «φυσιολογικών» ατόμων, η οποία πρωταρχικά χαρακτηρίζεται από εξάντληση και συνοδεύεται από στρες, αίσθηση μειωμένης αποτελεσματικότητας, μειωμένο κίνητρο και ανάπτυξη δυσλειτουργικών στάσεων και συμπεριφορών στην εργασία. Ο πιο διαδεδομένος όμως ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης σχετικά με τα επαγγέλματα που αφορούν τον άνθρωπο είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982):

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται, συμπεριλαμβάνει τη σωματική και τη συναισθηματική εξάντληση, καθώς ο επαγγελματίας δεν τρέφει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Υπάρχουν τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξάντλησης: η συναισθηματική κόπωση, η αποπροσωποποίηση/κυνισμός και η έλλειψη προσωπικής επίτευξης. Η κόπωση αναφέρεται στην κούραση, σε σωματικά συμπτώματα, στην αίσθηση ότι ο εργαζόμενος δεν έχει κάτι άλλο να δώσει. Η αποπροσωποποίηση/κυνισμός είναι η προσπάθεια του εργαζομένου να ανταπεξέλθει στη συναισθηματική κόπωση και για αυτό εμφανίζει κυνική στάση και αδιαφορία απέναντι στον πελάτη, αντιμετωπίζοντας τον με ασέβεια (Maslach & Jackson,

1986). Στο στάδιο της έλλειψης προσωπικής επίτευξης ο εργαζόμενος έχει πεισθεί ότι δεν είναι αρμόδιος για τη δουλειά και δε μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της, ότι είναι ανίκανος και έχει χαμηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας (Maslach & Jackson, 1986).

1.2. Αίτια επαγγελματικής εξουθένωσης

Η εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αποτέλεσμα χρόνιου συσσωρευμένου εργασιακού στρες, το οποίο οδηγεί στην προοδευτική εξάντληση των σωματικών και ψυχικών αποθεμάτων του εργαζομένου. Επομένως, δεν οφείλεται σε ένα μεμονωμένο γεγονός. Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης, εν γένει, σχετίζονται με τους στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό πλαίσιο, τη στάση απέναντι στην εργασία και τον συνδυασμό των χαρακτηριστικών προσωπικότητας ενός ατόμου (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007). Κατά τη διάρκεια της μελέτης του φαινομένου, έγινε διαχωρισμός των αιτιών σε ατομικά και οργανωτικά, με την εστίαση στα οργανωτικά, με αποτέλεσμα οι προβλεπτικοί παράγοντες να φαίνονται πιο σημαντικοί (Maslach, Leither & Baker, 2014). Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν τους προβλεπτικούς. Ένας από αυτούς είναι η ηλικία, η οποία αποτελεί τόσο προβλεπτικό παράγοντα, όσο και αίτιο της εξουθένωσης. Εάν η ηλικία αντιμετωπιστεί ως επαγγελματική εμπειρία, τότε η αύξηση της εμπειρίας οδηγεί στη μείωση της πιθανότητας της εξουθένωσης (Maslach & Jackson, 1981).

Οι Maslach & Leiter (1997) δημιούργησαν ένα μοντέλο έξι διαστάσεων, οι οποίες εμφανίζονται ως αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πρώτη διάσταση είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, που οφείλεται σε αυξανόμενες απαιτήσεις εργασίας και ξεπερνούν τα όρια ενός ατόμου, λόγω έλλειψης χρόνου και πόρων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να χάσει την αυτονομία του και να μην εργάζεται με τον τρόπο που θα ήθελε. Ένα άλλο αίτιο είναι η έλλειψη εξωτερικών και εσωτερικών αμοιβών, καθώς υπάρχει μείωση της αξίας της δουλειάς του εργαζομένου. Η κατάρρευση της κοινότητας αποτελεί μια άλλη διάσταση αιτιών. Όταν υπάρχει αποσύνδεση και δυσαρέσκεια μεταξύ των συναδέλφων, αυτό μειώνει τους πόρους ενέργειας. Η απουσία δικαιοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού ενθαρρύνει την ανισότητα ως προς τον φόρτο εργασίας (ζήτηση) ή την αμοιβή (ανταμοιβή) και εμφανίζεται σε αυτό το μοντέλο ως μια διάσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην επαγγελματική εξουθένωση. Ως τελευταία διάσταση οι Maslach & Leiter (1997) ανέφεραν τη σύγκρουση των αξιών του ατόμου με τον χώρο εργασίας. Με άλλα λόγια, οι προσωπικές αξίες και οι προσδοκίες ενός ατόμου δε σχετίζονται με την πραγματικότητα της δουλειάς και συγκρούονται μάλιστα με τους στόχους που θέτει το εργασιακό περιβάλλον. Αυτό προάγει την

εξουθένωση λόγω ψυχικής καταπόνησης, η οποία έχει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση (Burke, Shearer, & Deszca, 1984).

1.3. Προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Αρκετοί προβλεπτικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν ερευνηθεί ως πιθανή έναρξη της διαδικασίας. Μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες, τους περιβαλλοντικούς και τους ατομικούς. Παρά τον διαχωρισμό, ο οποίος γίνεται για ερευνητικούς λόγους, οι παράγοντες αλληλεπιδρούν για την εμφάνιση του φαινομένου. Οι προβλεπτικοί παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον εργασίας μπορεί να είναι οι απαιτήσεις εργασίας (Deremouti, Bakker, De Jonge, Jansenn, & Schaufeli, 2001). Οι Lee and Ashforth (1996) τις περιγράφουν ως εργασιακή πίεση και φόρτωση αγχωτικών συμβάντων, σύγκρουσης ρόλων και ασάφειας. Αυτά εμποδίζουν άμεσα το άτομο να απολαύσει τη δουλειά του. Οι Bakker, Le Blanc and Schaufeli (2005) συσχέτισαν τις απαιτήσεις της εργασίας με σωματικό και ψυχολογικό κόστος, με το πρώτο να περιλαμβάνει υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και καρδιακού ρυθμού και αύξηση της ορμονικής δραστηριότητας, ενώ το δεύτερο περιλαμβάνει την κούραση και την ανάγκη παραίτησης. Η εκτεταμένη περίοδος των συμπτωμάτων οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας να γίνουν συναισθηματικά και σωματικά εξαντλημένοι και να έχουν την ανάγκη να αποστασιοποιηθούν από την εργασία τους.

Από την άλλη πλευρά ως προβλεπτικοί παράγοντες χαρακτηρίζονται και ορισμένα δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο. Ως προς το φύλο, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν υψηλότερα επίπεδα στρες (Reiseberg, 2000) και είναι πιο πιθανό να βιώσουν εξουθένωση (Kiuru, Aunola, Nurmi, E, & Salmela-Aro, 2008). Επιπλέον, οι άντρες συχνά παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στον κυνισμό. Αυτά τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να σχετίζονται με τα στερεότυπα των ρόλων των δύο φύλων, αλλά μπορεί επίσης να αντικατοπτρίζουν τη σύγχυση του φύλου με τη θέση εξουσίας (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Πέραν του φύλου, παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση είναι η οικογενειακή κατάσταση. Οι άνδρες που δεν είναι παντρεμένοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους παντρεμένους και τους διαζευγμένους (Maslach et al., 2001). Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει συσχέτιση στην ποιότητα του γάμου και την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς οι εργαζόμενοι οι οποίοι αισθάνονται ότι ο σύντροφός τους, τους υποστηρίζει, ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν

δύσκολες καταστάσεις στην εργασία τους (Αντωνίου, 2008). Το μορφωτικό επίπεδο επιδρά στην πιθανότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι εργαζόμενοι με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν την τάση να εμφανίζουν συχνότερα εξουθένωση σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους. Η ερμηνεία του ευρήματος αυτού που δίνεται από τη Maslach και τους συνεργάτες της είναι ότι, πιθανόν τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να κατέχουν θέσεις εργασίας με μεγαλύτερες ευθύνες και να νιώθουν υψηλότερο άγχος. Μια εναλλακτική ερμηνεία είναι ότι οι πιο μορφωμένοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες για τη δουλειά τους, οι οποίες όταν δεν πραγματοποιούνται, τους οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach et al., 2001).

Εκτός των δημογραφικών στοιχείων, ένα ακόμα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με το άτομο και επηρεάζει την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το χαρακτηριστικό προσωπικότητας βάσει της Θεωρίας των Πέντε Παραγόντων. Η εξωστρέφεια, η συναισθηματική σταθερότητα, η ευσυνειδησία και η αποδοχή συσχετίζονται αρνητικά με την εξουθένωση. Ο εργαζόμενος μπορεί να αναζητήσει βοήθεια και να διευρύνει τον κύκλο κοινωνικής υποστήριξης, η οποία μειώνει το άγχος. Επιπλέον, η εξωστρέφεια αυξάνει την αντίληψη του «ανήκειν» και έτσι διευκολύνει την ενσωμάτωση στο ρόλο της εργασίας και τη διαδικασία μετάβασης. Αυτό απαιτεί επίσης τη συναισθηματική σταθερότητα για τον μετριασμό της αλλαγής (Mäkikangas, Feldt, Kinnunen, & Mauno, 2013). Από την άλλη μεριά, η συμπεριφορά τύπου A βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την εξουθένωση. Η συμπεριφορά τύπου A αποτελείται από πρότυπα που περιλαμβάνουν εχθρότητα, ανυπομονησία, ανταγωνιστικότητα και φιλοδοξίες, νευρωτισμό. (Hallberg, Johannsson, & Schaufeli, 2007). Τα νευρωτικά άτομα είναι συναισθηματικά ασταθή και επιρρεπή στην ψυχολογική δυσφορία (Maslach et al., 2001).

Ένας άλλος προβλεπτικός παράγοντας αφορά στον συνδυασμό των υψηλών απαιτήσεων εργασίας και των χαμηλών πόρων. Συγκεκριμένα, η έλλειψη διοικητικής και συναδελφικής υποστήριξης σε συνδυασμό με υψηλό φορτίο απαιτήσεων, τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών, διεγείρουν και την έναρξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η αντίθετη πλευρά των απαιτήσεων εργασίας είναι οι πόροι που υπάρχουν στην εργασία. Οι Bakker και Demerouti (2007) περιέγραψαν τους πόρους εργασίας ως πτυχές που προάγουν την προσωπική ανάπτυξη, τη μάθηση και ανάπτυξη και μειώνουν άμεσα τον αντίκτυπο των απαιτήσεων. Ωστόσο, διαπίστωσαν επίσης ότι ακόμη και αν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας και απαιτήσεων, συναισθηματικές και σωματικές απαιτήσεις, αλλά το άτομο είναι αυτόνομο, έχει

κοινωνική υποστήριξη και θετική σχέση με τους προϊστάμενους και λαμβάνει εποικοδομητική ανατροφοδότηση, δε βιώνει εξουθένωση (Bakker, Demerouti & Euwema, 2005).

1.4. Συμπτώματα και επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν ερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό. Οι Maslach και Jackson το 1986 εντοπίζουν την επαγγελματική εξουθένωση σε συμπεριφορές, όπως στην παραίτηση, στις απουσίες και στο μειωμένο ηθικό, αλλά και στην αϋπνία, στην κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, καθώς και σε προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Μάλιστα, η επαγγελματική εξουθένωση που έχει περιγράψει ως μια κατάσταση που αφορά τόσο το σώμα όσο και την ψυχολογία και το γνωστικό κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης, εμφανίζεται με συμπτώματα, όπως η μειωμένη ενέργεια, η χρόνια κούραση και η αδυναμία που οδηγούν στην οργανική εξάντληση. Στην συναισθηματική εξουθένωση περιλαμβάνεται το αίσθημα αβοηθησίας ή απελπισίας, η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων για τον εαυτό, την εργασία και εν τέλει, τη ζωή (Pines & Aronson, 1988).

Οι ειδικοί τείνουν να συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως κούραση, κατάθλιψη και ψυχική εξάντληση. Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέονται με την εργασία. Οι Cordes και Dougherty (1993) προσδιορίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την εργασιακή συμπεριφορά. Το άτομο εμφανίζει συχνά σημάδια κόπωσης, πονοκεφάλους, αϋπνίες και κατάθλιψη. Επιπλέον, δυσκολεύεται σε μεγάλο βαθμό να διατηρήσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, με αποτέλεσμα να απομακρύνεται. Οι εργαζόμενοι που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, απουσιάζουν συχνά από την εργασία τους και έχουν μεγαλύτερη τάση για αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος ή και επαγγέλματος (Cordes & Dougherty, 1993).

1.5. Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να επηρεάζονται σωματικά, ψυχικά, διαπροσωπικά, αλλά και επαγγελματικά. Σύμφωνα με τους Cordes & Dougherty (1993), η επαγγελματική εξουθένωση έχει επιπτώσεις στο άτομο και στον εργασιακό χώρο. Στο άτομο οι επιπτώσεις είναι σωματικές και ψυχολογικές, όπως η χρόνια κόπωση και αδυναμία, η χαμηλή ενεργητικότητα, τα αισθήματα απελπισίας, αδιέξοδου και παγίδευσης και η ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων. Όσον αφορά στον εργασιακό χώρο, οι επιπτώσεις αναφέρονται στην επιδείνωση των διαπροσωπικών σχέσεων, στη διαφοροποίηση

της συχνότητας ή της ποιότητας της επαφής με τους πελάτες, στις αυθαίρετες απουσίες και στην πρόθεση του ατόμου να εγκαταλείψει την εργασία του (Κάντας, 1996). Οι Honkonen και συνεργάτες (2006) αναφέρουν ότι— ακόμη και όταν ελέγχονται για δημογραφικά στοιχεία, σωματική επίπονη εργασία, νικοτίνη και κατανάλωση αλκοόλ, σωματική δραστηριότητα, δείκτη μάζας σώματος και συμπτώματα κατάθλιψης—όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εξουθένωσης, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος για καρδιαγγειακή νόσο και μυοσκελετικές διαταραχές.

1.6. Επαγγελματική εξουθένωση και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ιδιαίτερα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το ζήτημα της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες που δουλεύουν με ανθρώπους και ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Αυτό ίσως οφείλεται και στην αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας οι οποίοι βιώνουν εξουθένωση. Έχουν υπάρξει αυξανόμενοι αριθμοί αναφορών για υψηλά επίπεδα στρες και εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε δυτικές χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και Ιταλία (Acker, 2012. Gupta, Paterson, Lysaght, von Zweck, 2012. Lloyd & King, 2004). Μια πρόσφατη έρευνα βρήκε ότι το 44% των θεραπειών που συμμετείχαν στην έρευνα βαθμολογήθηκε υψηλά στην υποκλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης στο Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986. Rupert & Morgan, 2005).

Έχει αναφερθεί ότι το σύνδρομο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχική υγεία του θεραπευτή. Έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί απελπισία, θυμό, κυνισμό και ανάλυση κινδύνων σε επαγγελματίες ανθρώπινων υπηρεσιών (Pompili, et al., 2006). Ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι υπάλληλοι που έχουν εξουθενωθεί είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών (Maslach & Jackson, 1986. Pines & Maslach, 1978). Πέραν της ψυχικής τους υγείας, η εξουθένωση επηρεάζει και την φύση της εργασίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Οι έρευνες συχνά βρίσκουν ότι οι θεραπευτές βαθμολογούνται υψηλά σε μετρήσεις εξουθένωσης (Rupert & Morgan, 2005). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με θεραπευτές που έχουν εξουθενωθεί μπορεί να έχουν χειρότερη έκβαση από εκείνους τους ασθενείς σε θεραπεία με θεραπευτές που δεν έχουν εξουθενωθεί (McCarthy & Frieze, 1999).

Παράδειγμα επαγγελματιών που έχει μελετηθεί από ερευνητές τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα είναι το επάγγελμα του σχολικού συμβούλου, ο οποίος είναι επιρρεπής στο σύνδρομο, λόγω του έντονου στρες, της ασάφειας του ρόλου, της έλλειψης εποπτείας και του

μεγάλου φόρτου εργασίας (Lambie, 2007). Στην Ελλάδα, οι έρευνες σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση των σχολικών συμβούλων και εν γένει των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας είναι περιορισμένη. Οι σχολικοί σύμβουλοι στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα εργάζονται στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ορίζονται ως σύμβουλοι σταδιοδρομίας καθώς ασχολούνται κυρίως με θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού. Σύμφωνα με έρευνας των Κουπενου & Κουμουνδουρου (2017), οι σύμβουλοι σταδιοδρομίας, οι οποίοι αισθάνονται αποτελεσματικοί λόγω της εφαρμογής των συμβουλευτικών τους ικανοτήτων, βιώνουν συναισθηματική εξάντληση σε μικρότερο βαθμό και εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα κινισμού. Παράλληλα, βρέθηκε ότι οι ικανότητες αξιολόγησης, οι ικανότητες εκπαίδευσης και συμβουλευτικής σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα κινισμού.

1.6.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μέχρι στιγμής, μεγάλο μέρος της έρευνας για την επαγγελματική εξουθένωση έχει επικεντρωθεί στα δημογραφικά στοιχεία του θεραπευτή, όπως το φύλο, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση. Έχει βρεθεί ότι η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση δε σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση των θεραπευτών (Leiter & Harvie, 1996. Rupert & Morgan, 2005). Από την άλλη μεριά, ερευνητές αναφέρουν ότι ο γάμος εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach & Jackson, 1981). Επίσης, οι μελέτες που αφορούν την εθνικότητα ως παράγοντα συσχέτισης με την επαγγελματική εξουθένωση έχουν παρεμποδιστεί λόγω του μειωμένου αριθμού ψυχολόγων από διάφορες εθνικότητες. Όσον αφορά στο φύλο του θεραπευτή, γενικά δεν έχουν βρεθεί διαφορές στο επίπεδο εξουθένωσης (Leiter & Harvie, 1996). Οι κύριες διαφορές εμφανίζονται στα κύρια χαρακτηριστικά της εξουθένωσης, καθώς οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής κόπωσης από τους άνδρες συναδέλφους, ενώ οι άνδρες ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο στην αποπροσωποποίηση (Arvay & Uhlemann, 1996. Maslach, 1998).

Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή που συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση είναι η ηλικία και η εμπειρία. Έχει βρεθεί ότι η μικρότερη ηλικία σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Rupert & Morgan, 2005). Ενώ ορισμένοι θεραπευτές αναμένουν ότι η μεγαλύτερη εμπειρία θα έχει οδηγήσει σε συσσώρευση συναισθηματικού φόρτου, αντίθετα φαίνεται ότι η έναρξη της καριέρας είναι μια περίοδος στρες για τους

θεραπευτές, που μπορεί να οδηγήσει σε πρόωμη εξάντληση. Επιπλέον, οι θεραπευτές οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη εμπειρία φαίνεται ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση, διότι έχουν τον χρόνο να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης απέναντι σε στρεσογόνους παράγοντες συγκριτικά με τα άτομα που δεν έχουν μεγάλη εμπειρία (Kor, Euwema & Schaufeli, 1999).

Εκτός των ατομικών παραγόντων, υπάρχουν οι συνθήκες εργασίας- το εργασιακό περιβάλλον- το οποίο μπορεί να επιδράσει στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε θεραπευτές. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες οι θεραπευτές που εργάζονται σε φορείς είναι πιθανό να βιώσουν περισσότερη εξάντληση από εκείνους στο ιδιωτικό ιατρείο (Ackelerey, 1988. Leiter & Harvie, 1996. Rupert & Kent, 2007). Έχει επίσης προταθεί ότι οι θεραπευτές που εργάζονται με συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, ωστόσο, δεν υπάρχουν ακόμα μελέτες που να έχουν διερευνήσει άμεσα εάν διαφορετικοί πληθυσμοί ασθενών έχουν διαφορετικό αντίκτυπο στην επαγγελματική εξουθένωση. Υπάρχει ευρέως η θεωρία ότι οι θεραπευτές που εργάζονται με διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα οριακή διαταραχή προσωπικότητας, και εκείνοι που εργάζονται με ασθενείς με ιστορικό τραύματος μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εμπειρία της επαγγελματικής εξουθένωσης (Baird & Jenkins, 2003). Με αυτούς τους ασθενείς, συχνά αναμένεται ότι η θεραπευτική σχέση θα έχει μεγαλύτερο συναισθηματικό τίμημα στον θεραπευτή, οδηγώντας πιθανώς στην αποπροσωποποίηση. Οι συνθήκες εργασίας, όπως η έλλειψη εποπτείας (Webster & Hackett, 1999), η 12ωρη εργασία, οι χαμηλές αμοιβές (Hiscott & Connop, 1990) είναι παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.6.2 Προστατευτικοί Παράγοντες

Η παρουσία κάποιων παραγόντων μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, ενώ η απουσία τους μπορεί να σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ένας από τους κυριότερους προστατευτικούς παράγοντες είναι η υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους και τους συναδέλφους. Αν και η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον έχει εξεταστεί και για τους θεραπευτές και για τους εργαζομένους γενικότερα (Lee & Ashforth, 1996) δεν έχει γίνει καμία μελέτη για τη σχέση μεταξύ της γενικής ποιότητας της διαπροσωπικής επικοινωνίας εκτός εργασιακού περιβάλλοντος και της εξουθένωσης. Πέραν των διαπροσωπικών σχέσεων, προστατευτικό παράγοντα αποτελεί και το υγιές περιβάλλον εργασίας, όπου το άτομο έχει τη

δυνατότητα να αναλαμβάνει ευθύνες, είναι αυτόνομο, νιώθει ότι προσφέρει στην κοινότητα, με αποτέλεσμα να λαμβάνει ικανοποίηση από τη δουλειά του (Dallender, Nolan, Soares, Thomson, Arnetz, 1999). Εν γένει, έχει παρατηρηθεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΈΜΜΕΣΟ ΤΡΑΥΜΑ

2. Έμμεσο Τραύμα (Vicarious Trauma)

Οι McCann & Pearlman (1990), ήταν δυο από τις πρώτες θεωρητικούς που έκαναν μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση αναφορικά με την εμφάνιση μιας ομάδας συμπτωμάτων, όπως οι επιπτώσεις, οι φοβικές σκέψεις, οι εικόνες που εμφανίζονται ξαφνικά στον νου και η καχυποψία για τις προθέσεις των άλλων, τα οποία κατά βάση, συνδέονται με το βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος, σε άτομα τα οποία δεν έχουν βιώσει κάποιου τέτοιου είδους συμβάν, αλλά εργάζονται με ανθρώπους που είχαν αντίστοιχες εμπειρίες. Οι Pearlman & Mac Ian (1995), μελέτησαν επίσης το φαινόμενο αυτό και σχολίασαν τις επιπτώσεις του στην προσωπική και εργασιακή ζωή των θεραπευτών και οι Pearlman & Saakvitne (1995, όπως αναφέρεται στις Rauvola, Vega & Lavigne, 2019) το προσδιόρισαν ως τον μετασχηματισμό της εσωτερικής εμπειρίας του θεραπευτή ως αποτέλεσμα της ενσυναισθητικής δέσμευσής τους με τους πελάτες τους και το τραυματικό υλικό που αυτοί φέρουν.

2.1. Ορισμός του έμμεσου τραύματος

Ένα σημαντικό ζήτημα που αφορά τον ορισμό του έμμεσου τραύματος είναι ο διαχωρισμός του από άλλους δυο συγγενείς όρους, το δευτερογενές τραυματικό στρες (secondary traumatic stress) και της κόπωσης συμπόνιας (compassion fatigue). Ο πρώτος αναφέρεται ως μια φυσική συνέπεια του ενδιαφέροντος και της φροντίδας για ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, δεν αφορά μόνο θεραπευτές, αλλά και άλλους ανθρώπους που συνδέονται με στενές σχέσεις με τα άτομα αυτά, ενώ ο δεύτερος όρος σχετίζεται με τη συναισθηματική καταπόνηση των ανθρώπων που εργάζονται με άτομα που υποφέρουν και συνδέονται με την ενσυναισθητική ικανότητά των εργαζομένων (Zelescov-Doric, Hedrih & Doric, 2012. Huggard, Law & Newcombe, 2017). Το έμμεσο τραύμα (vicarious trauma) αφορά μια αλλαγή στον τρόπο που οι θεραπευτές παρατηρούν τον κόσμο, στις αξίες και στα πιστεύω, η οποία μπορεί να έχει επέκταση και σε μια μεταβολή των γνωστικών σχημάτων τους με αρνητικό πρόσημο (Huggard, Law & Newcombe, 2017). Η διαφορά με τους προηγούμενους όρους έγκειται στην πιο μακροχρόνια μεταβολή που υφίσταται η εσωτερική εμπειρία του θεραπευτή που βιώνει το έμμεσο τραύμα (Rauvola, Vega & Lavigne, 2019).

Τα συμπτώματα του έμμεσου τραύματος προσομοιάζουν με τα συμπτώματα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD). Μερικά από αυτά είναι η αίσθηση ότι η εμπειρία επαναλαμβάνεται, οι παρεμβατικές σκέψεις για τους

εξυπηρετούμενους ή τη δουλειά, το συναισθηματικό μούδιασμα, η υπερεπαγρύπνηση, το αυξημένο άγχος και η μειωμένη ενσυναίσθηση (Lanier & Carney, 2019). Επιπλέον, οι θεραπευτές μπορεί σε προσωπικό επίπεδο, να έχουν καταθλιπτική διάθεση και αισθήματα απογοήτευσης, να αποφεύγουν την εγγύτητα στις στενές σχέσεις τους, ενώ σε επαγγελματικό επίπεδο, να χάνουν την αποδοτικότητά τους στην παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών και να μειώνεται η επαγγελματική τους ικανοποίηση (Sui & Padmanabhanunni, 2016).

Το έμμεσο τραύμα εκδηλώνεται σε ομάδες ατόμων που εργάζονται με άτομα, τα οποία έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλες ομάδες εργαζομένων, εκτός των θεραπειών, οι οποίες μπορεί να εμφανίσουν αντίστοιχα συμπτώματα. Βασικά στοιχεία τα οποία συντελούν στην εμφάνιση του έμμεσου τραύματος είναι το άκουσμα της παραστατικής περιγραφής φρικιαστικών συμβάντων, το να είναι κανείς μάρτυρας σε περιστατικά ανθρώπινης σκληρότητας και κακομεταχείρισης και το να είναι μάρτυρας ή να συμμετέχει στην αναπαράσταση τραυματικών γεγονότων (Pearlman & Saakvitne, 1995, όπως αναφέρονται στους Pearlman & Mac Ian, 1995). Οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αντιμετώπιση καταστροφών, οι επαγγελματίες υγείας, το προσωπικό έκτακτων αναγκών και οι δημοσιογράφοι που καλύπτουν τραυματικά γεγονότα είναι ομάδες υποψήφιων επαγγελματιών, οι οποίοι μπορούν να αναπτύξουν έμμεσο τραύμα (Palm, Polusny & Follette, 2004).

2.2. Θεωρητική επεξήγηση του έμμεσου τραύματος

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις, που είναι διαθέσιμες στον χώρο της ψυχολογίας για την ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, έχουν αξιοποιηθεί από τους ερευνητές και για την επεξήγηση του τρόπου με τον οποίο δημιουργείται το έμμεσο τραύμα. Κάποιες από αυτές είναι η ψυχοδυναμική προσέγγιση, η προσωποκεντρική προσέγγιση καθώς και γνωστικές θεωρητικές τοποθετήσεις, οι οποίες άλλωστε παρέχουν επεξηγηματικές αρχές και για τη δημιουργία του τραύματος εν γένει (Middleton & Potter, 2015).

Η αντιμεταβίβαση είναι ένας όρος που προέρχεται από την ψυχοδυναμική προσέγγιση και της έχουν αποδοθεί διαφορετικοί ορισμοί από διαφορετικούς θεωρητικούς της ψυχανάλυσης. Ο ορισμός που φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με την ανάπτυξη έμμεσου τραύματος είναι αυτός που αναφέρει ότι πρόκειται για «τις σκέψεις και τα συναισθήματα του αναλυτή, τα οποία έχουν σχέση με τον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς και χρησιμοποιούνται από τον αναλυτή, για να κατανοήσει το νόημα αυτών που εκφράζει ο ασθενής» (Μπέιτμαν & Χολμς, 2001, σελ. 219). Ωστόσο, οι Pearlman & Saakvitne, 1995, όπως αναφέρονται στους

Sabin-Farell & Turpin, 2003), υπογραμμίζουν ότι η αντιμεταβίβαση και ο έμμεσος τραυματισμός αποτελούν δυο διακριτές διαδικασίες, διότι η πρώτη λαμβάνει χώρα στη θεραπευτική σχέση, ενώ η δεύτερη στον εσωτερικό κόσμο του θεραπευτή, και οι διαδικασίες αυτές επηρεάζουν η μια την άλλη, με τρόπους που δεν είναι πάντα γνωστές. Κάποια στοιχεία, τα οποία παρεμβάλλονται ανάμεσα σε αυτές τις διαδικασίες, είναι η αυτεπίγνωση του θεραπευτή, οι αυξημένοι μηχανισμοί άμυνας του, οι προκλήσεις στην ταυτότητα του, η μειωμένη προστασία του εαυτού του και οι προκλήσεις στα πιστεύω και στην κοσμοθεωρία του (Sabin-Farell & Turpin, 2003).

Τέλος, η ανάδειξη της σχέσης του έμμεσου τραύματος με γνωστικές διεργασίες, πραγματοποιήθηκε από τους θεωρητικούς, οι οποίοι έθεσαν τα θεμέλια για τη διερεύνηση του συγκεκριμένου φαινομένου. Αναλυτικότερα, οι McCann & Pearlman (1990), υποστήριξαν ότι κατά την εργασία ενός θεραπευτή με άτομα τα οποία έχουν υποστεί τραύμα, διαταράσσονται τα γνωστικά τους σχήματα, δηλαδή οι γνωστικές δομές που διαθέτουν για την ερμηνεία των συμβάντων και του κόσμου. Στη συνέχεια, η διατάραξη αυτή μπορεί να επηρεάσει την εμπιστοσύνη του θεραπευτή απέναντι σε άλλους ανθρώπους, την αίσθηση της ασφάλειας, της δύναμης, της εκτίμησης, την εγγύτητα και το γενικότερο πλαίσιο αναφοράς του (McCann & Pearlman, 1990).

2.3. Προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση του έμμεσου τραύματος

Οι προαναφερθείσες θεωρητικές προσεγγίσεις, επιχειρούν να σκιαγραφήσουν ένα πλαίσιο νοηματοδότησης της διαδικασίας μέσω της οποίας αναπτύσσεται το έμμεσο τραύμα στους θεραπευτές. Φυσικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι εκτός από τις σκιαγραφήσεις που παρέχουν οι θεωρίες για τη δημιουργία του φαινομένου, υπάρχουν παράγοντες που αφορούν τον ίδιο τον θεραπευτή, το περιβάλλον του, το εργασιακό πλαίσιο του, τα περιστατικά που αναλαμβάνει καθώς και δημογραφικά χαρακτηριστικά (Lerias & Byrne, 2003. Mairean & Turlic, 2013. Molnar et al., 2020. Zelescov-Doric, Hedrih & Doric, 2012. Aafjes-van Doorn et al. 2020. Tabor, 2010). Τα στοιχεία αυτά, σύμφωνα με τις έρευνες στις οποίες έχουν εντοπιστεί, μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση έμμεσου τραύματος σε έναν θεραπευτή.

Αρχικά, τα δημογραφικά στοιχεία του/της θεραπευτή μπορούν να λειτουργήσουν ως αφετηρία για τη διερεύνηση των προβλεπτικών παραγόντων. Οι Molnar et al. (2020), σε μελέτη πληθώρας ερευνών που αφορούν το συγκεκριμένο ζήτημα, εντόπισαν ότι στις περισσότερες από αυτές, οι γυναίκες ήταν το φύλο που ήταν πιθανότερο να αναπτύξει έμμεσο

τραύμα και μόνο σε μια μελέτη επικράτησε το αντρικό φύλο. Αναφορικά με την ηλικία, οι μικρότεροι σε ηλικία θεραπευτές φαίνεται να αναφέρουν την εμφάνιση περισσότερων συμπτωμάτων έμμεσου τραύματος, πιθανόν εξαιτίας της απειρίας διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων (Lerias & Byrne, 2003). Τέλος, η μικρή εργασιακή εμπειρία είναι και αυτή ένας παράγοντας, ο οποίος μπορεί να συντελέσει στην ευαλωτότητα των θεραπευτών στο έμμεσο τραύμα (Aafjes-van Doorn et al. 2020).

Στοιχεία που αφορούν τον ίδιο το θεραπευτή, είναι επίσης σημαντικά κριτήρια που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία ανάπτυξης έμμεσου τραύματος. Ένα από αυτά είναι το αν έχει βιώσει και ο ίδιος κάποιο τραυματικό γεγονός, αν στη ζωή του υπάρχουν αγχογόνα συμβάντα κατά τη συγκεκριμένη περίοδο και αν υπάρχει υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο γύρω του (Lerias & Byrne, 2003). Ακόμη, στην έρευνα των Mairean & Turlic (2013), στην οποία έγινε προσπάθεια ανάδειξης της συσχέτισης ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που προκύπτουν από τη Θεωρία των Πέντε Παραγόντων και στην εμφάνιση έμμεσου τραύματος, έγινε φανερό ότι ο νευρωτισμός αποτελεί τον πιο ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την ανάπτυξη του έμμεσου τραύματος. Επιπλέον, η έλλειψη ψυχικής ανθεκτικότητας και προσωπικού νοήματος, είναι στοιχείο που μπορεί να δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση συμπτωμάτων έμμεσου τραύματος (Zelescov-Doric, Hedrih & Doric, 2012).

Οι εργασιακές συνθήκες, οι οποίες αποτελούν άλλωστε και το πεδίο στο οποίο ο θεραπευτής εκτίθεται στις ιστορίες των ανθρώπων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η έλλειψη εποπτείας αποτελεί ίσως το σημαντικότερο στοιχείο, το οποίο επιδρά στην ανάπτυξη έμμεσου τραύματος (Tabor, 2010). Φυσικά, και ο εργασιακός φόρτος, ο αμφιλεγόμενος επαγγελματικός ρόλος και η αυταρχική ηγεσία είναι παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν έναν θεραπευτή και να τον καταστήσουν ευάλωτο (Molnar et al., 2020). Τέλος, η ανάληψη πολλών περιστατικών, τα οποία αφορούν ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες είναι μια συνθήκη που επιδεινώνει τη θέση του θεραπευτή, αν και όταν υπάρχει ποικιλομορφία και έντονη διαφορετικότητα ανάμεσα στα περιστατικά, μπορεί να μειωθεί η αρνητική επίδραση που έχουν στην ανάπτυξη έμμεσου τραύματος (Zelescov-Doric, Hedrih & Doric, 2012. Tabor, 2010).

2.4. Προστατευτικοί παράγοντες

Ο εντοπισμός των προβλεπτικών παραγόντων για την εμφάνιση έμμεσου τραύματος στους θεραπευτές αποτελεί τον πρόδρομο για την ανάδειξη τρόπων αντιμετώπισης του

φαινομένου. Το σημαντικότερο ίσως στοιχείο, το οποίο μπορεί να ανακουφίσει έναν θεραπευτή που έχει τέτοιου είδους συμπτώματα είναι η υποστήριξη σε κοινωνικό επίπεδο και η παροχή της δυνατότητας επικοινωνίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο (Aafjes-van Doorn et al. 2020).

Αρχικά, σε επαγγελματικό επίπεδο, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη του εργαζόμενου με άτομα που έχουν υποστεί τραύμα, να εκπαιδευτεί και να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη διαχείριση τέτοιου είδους περιστατικών (Baker, 2012). Επιπλέον, κομβική είναι και η διαχείριση του εργασιακού φόρτου, με την έννοια ότι ο θεραπευτής, θα πρέπει να μην αναλαμβάνει πληθώρα περιστατικών, να αποφεύγει να τοποθετεί τα περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες σε ακολουθία και να φροντίζει να έχει επαρκή διαλείμματα με σκοπό την αποφόρτισή του (Palm, Polusny & Follette, 2004).

Η ισορροπία ανάμεσα στην εργασιακή και στην προσωπική ζωή φαίνεται να είναι σημαντική για την προστασία των θεραπευτών, αλλά και για την αντιμετώπιση της ανάπτυξης έμμεσου τραύματος. Σε έρευνα των Bobre & Regehr (2006), οι ειδικοί ψυχικής υγείας που συμμετείχαν κατέταξαν τις στρατηγικές διαχείρισης που χρησιμοποιούν με σειρά προτίμησης, η οποία εκκινεί από τον χρόνο με την οικογένεια, τις διακοπές, την παρακολούθηση ταινιών ή τηλεόρασης, την ενασχόληση με χόμπι και τέλος τη σωματική άσκηση. Η αναζήτηση κοινωνικής επαφής, η εστίαση στους πολλούς και διαφορετικούς ρόλους που έχει ένα άτομο στη ζωή του, εκτός του επαγγελματικού, και η επένδυση σε δραστηριότητες που προσφέρουν προσωπικό νόημα είναι σημαντικά όπλα στη φαρέτρα του θεραπευτή (Palm, Polusny & Follette, 2004). Αυτή η παραδοχή συνδέεται και με τη σημασία που φαίνεται να διαδραματίζει η έλλειψη προσωπικού νοήματος ως προβλεπτικός παράγοντας, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα.

Ενδιαφέρον έχει και ο ανακουφιστικός ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα στην αντιμετώπιση του έμμεσου τραύματος. Στην έρευνα του Baker (2012), ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων ανέφεραν ότι βοηθητικό στοιχείο αποτέλεσε η αξιοποίηση του διαλογισμού, της προσευχής και της πίστης στο Θεό. Εκτός όμως από τους εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες, σημαντική είναι και η προσωπική φροντίδα του εαυτού, η αποδοχή των συναισθημάτων που απορρέουν από το έμμεσο τραύμα και η προστασία του εαυτού από περαιτέρω έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, τα οποία προβάλλονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Palm, Polusny & Follette, 2004). Συμπληρωματικά, η σωματική άσκηση, η ισορροπημένη διατροφή, η ξεκούραση, η εμπλοκή

σε δραστηριότητες αυτοέκφρασης και η ψυχοθεραπεία μπορούν να αποτελέσουν μέρος της φροντίδας που είναι απαραίτητο να προσφέρει ο θεραπευτής που αντιμετωπίζει έμμεσο τραύμα στον εαυτό του (Newell & MacNeil, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

3. Ενσυναίσθηση (Empathy)

Η «ενσυναίσθηση» αποτελεί μια σημαντική και πολυσυζητημένη έννοια στο κλάδο ποικίλων επιστημών. Είναι η ελληνική μετάφραση της λέξης «εμπάθεια (empathy)» που χρησιμοποιείται στην αγγλική γλώσσα. Ωστόσο, στα αρχαία ελληνικά η εμπάθεια ισούται με το πάθος και τη δυνατή συγκίνηση. Στη σημερινή εποχή δε χρησιμοποιείται για να αποδοθεί η μοχθηρία και το μίσος σε κάποιο άλλο άτομο. Συνεπώς, αφού η συγκεκριμένη έννοια περιγράφει έναν όρο συναισθηματικής εμπλοκής στο βίωμα του άλλου, γίνεται αντιληπτό ότι η λέξη «ενσυναίσθηση» αποδίδει καλύτερα το νόημα που επιθυμούσαν οι εμπνευστές της (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003).

Η ενσυναίσθηση έχει μεγάλη ιστορία στο χώρο της ψυχοθεραπείας (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Πράγματι, απασχόλησε ιδιαίτερα πολλούς θεωρητικούς εδώ και χρόνια. Ωστόσο, ο πρώτος που έκανε λόγο για αυτήν ήταν ο Carl Rogers. Ειδικότερα, ο προαναφερθείς ανέφερε έξι αναγκαίες συνθήκες ώστε να επιτευχθεί η προσωπική αλλαγή κατά τη ψυχοθεραπεία με ένα άτομο. Αυτές οι συνθήκες είναι η ύπαρξη μιας ψυχολογικής επαφής μεταξύ δύο ατόμων, εκ των οποίων το ένα (θεραπευόμενος) είναι ευάλωτο, ανήσυχο ή σε μια κατάσταση εσωτερικής ασυμφωνίας και το άλλο (θεραπευτής) έχει εσωτερική συμφωνία και είναι ενσωματωμένο στη σχέση. Επιπλέον αναγκαία συνθήκη θεωρείται η άνευ όρων ευμενή εκτίμηση στον θεραπευόμενο από την πλευρά του θεραπευτή, καθώς και η έκφραση ενσυναισθητικής κατανόησης τους στο εσωτερικό πλαίσιο του θεραπευομένου. Αυτές οι προσπάθειες θετικής εκτίμησης και ενσυναισθητικής κατανόησης είναι σημαντικό να γίνονται αντιληπτές από τον πελάτη μέσω της επικοινωνίας (Rogers, 1975).

Σύμφωνα με τον Rogers (1975), η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό παράγοντα για να κατανοήσει ο θεραπευτής τις δυναμικές της προσωπικότητας του θεραπευόμενου, καθώς και τις αλλαγές που προκύπτουν σε αυτές και στη συμπεριφορά του. Εκτός από αυτό, η ικανότητα ενός θεραπευτή να αποκωδικοποιήσει τα μη λεκτικά μηνύματα που εκδηλώνει ο θεραπευόμενος αποτελεί κύριο συστατικό για μια ενσυναισθητική σχέση. Στα μηνύματα αυτά συγκαταλέγονται το χαμόγελο, η έκφραση του προσώπου, η χροιά της φωνής, η στάση του σώματος, η αντίδραση των άκρων, το νεύμα του κεφαλιού και η βλεμματική επαφή (Mehrabian, 1969). Είναι άξιο αναφοράς ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να βιωθεί και να εκδηλωθεί για όλα τα συναισθήματα. Οι άνθρωποι, συνεπώς και οι θεραπευτές είναι σε θέση

να εκδηλώσουν ενσυναίσθηση τόσο στη χαρά και την έκπληξη, όσο και στη στεναχώρια, το άγχος και τη δυσφορία (Fairbairn, 2005).

3.1. Ορισμός της ενσυναίσθησης

Υπάρχει πληθώρα ορισμών της έννοιας της ενσυναίσθησης. Ωστόσο, η πλειονότητα του περιεχομένου είναι η ίδια σε όλους τους ορισμούς και παρατηρούνται μικρές διαφοροποιήσεις στις πτυχές που φωτίζει ο καθένας ξεχωριστά.

Ο Barker (2008) όρισε την ενσυναίσθηση *«ως τη διαδικασία αντίληψης, κατανόησης, βιώματος και απόκρισης του συναισθηματικού κόσμου και των σκέψεων ενός άλλου ατόμου»* (σελ. 141). Παρομοίως, η Μαλικιώση-Λοϊζου (2003) ορίζει την ενσυναίσθηση ως *«την ικανότητα της εμπιώς (εμβιώς= ζω εν τινι) της κατάστασης του άλλου, την ικανότητα κατανόησης και μοιράσματος των συγκινήσεων, των σκέψεων και της συμπεριφοράς του άλλου ατόμου»* (σελ.296).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Barnett και Mann, (2013) η ενσυναίσθηση είναι η *«γνωστική και συναισθηματική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου, που οδηγεί σε μια συναισθηματική απόκριση που είναι σε συμφωνία με την ιδέα ότι οι άλλοι έχουν εγγενή αξία και δικαιούνται τη συμπόνια και το σεβασμό»* (σελ. 230). Αναφορικά με τον Colman (2009) *«Η ικανότητα να καταλαβαίνει κανείς και να έχει πρόσβαση στα συναισθήματα ενός άλλου ανθρώπου ή να βιώνει κάτι από τον τρόπο που εκείνος βλέπει, αντιλαμβάνεται και βιώνει τον κόσμο»* ορίζεται ως ενσυναίσθηση (σελ. 248).

Πέρα από τις παραπάνω ιδιότητες, οι θεραπευτές που χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση, είναι και μεν σε θέση να λειτουργήσουν μέσα στο πλαίσιο αναφοράς του συνομιλητή τους, αλλά ταυτόχρονα καταφέρνουν να μείνουν σε ενσυναίσθητη εγγύτητα με το δικό τους εσωτερικό κόσμο (Greenberg & Elliot, 1997). Τονίζεται πως η ενσυναίσθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική από πλευράς του θεραπευτή. Ειδικότερα, βοηθάει τον θεραπευτή να κατανοεί το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του πελάτη τόσο με ακρίβεια όσο και λαμβάνοντας υπόψιν τα συναισθηματικά κομμάτια που σχετίζονται με αυτό σαν να ήταν δικό του δίχως, όμως να ξεχνάει το «σαν» (Rogers, 1957). Για αυτό το λόγο, σύμφωνα με την Μπίκα (2019) ένας θεραπευτής θεωρείται καλός όταν καταφέρνει τα εξής: από τη μία, προσφέρει ποιοτική φροντίδα και θεραπεία, από την άλλη είναι σε θέση ταυτόχρονα με το παραπάνω να προστατεύει τη προσωπική ψυχική υγεία του.

3.2. Τα χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική ψυχολογική και θεραπευτική έννοια (Barnett & Mann, 2013). Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας ο θεραπευτής καλείται να ανιχνεύσει τα συναισθηματικά στοιχεία που υποβόσκουν των αφηγήσεων των θεραπευομένων. Υπό αυτό το πρίσμα η ενσυναίσθηση περιέχει πολλά περισσότερα από την απλή γνωστική ικανότητα αντίληψης της κατάστασης που βρίσκεται ο εκάστοτε θεραπευομένος (King, 2011). Δηλαδή, η ενσυναίσθηση πέρα από γνωστικές πτυχές εμπεριέχει και συναισθηματικές (Cuff, Brown, Taylor, Howat, 2016).

Σε αυτό το σημείο είναι άξιο να αναφερθούν τα πορίσματα της έρευνας του King (2011). Ο προαναφερθείς παρουσίασε ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την ενσυναίσθηση στον κοινωνικό και ανθρωπιστικό τομέα εργασίας. Πιο αναλυτικά, ανέφερε ότι η ενσυναίσθηση έχει τρεις διαστάσεις: τη συγκινησιακή/συναισθηματική, τη γνωστική και τη συμπεριφορική. Η πρώτη αποτελείται από τη στοργή και τη συμφωνία. Η γνωστική διάσταση αποτελείται από τη διαπροσωπική ευαισθησία και τη λήψη οπτικής και η συμπεριφορική αποτελείται από τον αλτρουισμό και τη θεραπευτική σχέση. Πιο αναλυτικά, η συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης αφορά μια συναισθηματική σύνδεση και εκδήλωση ενδιαφέροντος προς ένα άτομο κατά τη διαδραστική διαδικασία της συνεδρίας. Επομένως, περιλαμβάνει και τα συναισθήματα που βιώνει ο θεραπευτής στο πλαίσιο αυτής της παροχής βοήθειας.

Αναφορικά με τη γνωστική διάσταση, αυτή περιλαμβάνει την πνευματική ευελιξία και την κατανόηση των βιωμάτων και της προοπτικής του άλλου. Με άλλα λόγια, αυτή η διάσταση αφορά την αποστασιοποίηση από το συναισθηματικό περιεχόμενο όσων αναφέρει ο θεραπευόμενος και στοχεύει στην αξιολόγηση και επεξεργασία των εννοιολογικών και χαρακτηριστικών και σκέψεων του. Τέλος, στη συμπεριφορική διάσταση συγκαταλέγονται εκδηλώσεις ενσυναίσθησης μέσω των διαπροσωπικών κινήτρων και πράξεων, όπως λ.χ. παρατηρήσιμες εκφράσεις ενσυναίσθησης. Βέβαια, η χρήση της ενσυναίσθησης κατά την εργασία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απαιτεί από αυτούς να έχουν και τις τρεις διαστάσεις ενεργοποιημένες ως μια ενιαία.

Ωστόσο, η θεωρητικός και ψυχολόγος Μαλικώση-Λοίζου (2008) διαφοροποιείται ως προς τη συμπεριφορική διάσταση που κάνει λόγο ο King. Σύμφωνα με εκείνη, η ενσυναίσθηση διέπεται από τη γνωστική, τη συναισθηματική και την επικοινωνιακή διάσταση. Αρχικά, η γνωστική αφορά την κατανόηση του «τι αισθάνεται ο θεραπευόμενος» ενώ η συναισθηματική διάσταση σχετίζεται με την συναισθηματική επικοινωνία και επαφή του επαγγελματία ψυχικής

υγείας με τον πελάτη. Η επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης αναφέρεται στον τρόπο που η τελευταία μεταβιβάζεται.

Πράγματι, το πιο σημαντικό σημείο του να είσαι θεραπευτής είναι να προσπαθείς με ακριβή και λεπτεπίλεπτο/ευαίσθητο τρόπο να κατανοείς τον πελάτη από τη δική του θέση (Raskin, 1974). Όμως, είναι σημαντικό να διασαφηνιστεί ότι η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί εξ ολοκλήρου απλά μια τεχνική πρακτικής φύσεως που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανά πάσα στιγμή. Αντίθετα, αφορά μια γενικότερη φιλοσοφία και στάση ζωής με βάση την οποία ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας συνδιαλέγεται με τον θεραπευόμενο του (Κιοσσές, 2017). Παρομοίως, ο Carl Rogers (1975) αναφερόταν στην ενσυναίσθηση ως «έναν τρόπο να υπάρχουν» και όχι απλά ως μια τεχνική που έχεις.

3.3. Ενσυναίσθηση και Επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Αναμφισβήτητα, η υιοθέτηση και εφαρμογή της ενσυναίσθησης προσφέρει πολλά οφέλη τόσο στη προσωπική ζωή των ανθρώπων όσο και στις διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις τους. Σε αυτό το σημείο, όμως, θα παρατεθούν αποκλειστικά τα ιδιαίτερα οφέλη της στη θεραπευτική διαδικασία θεραπευτή-θεραπευόμενου. Στα επαγγέλματα που έχουν ως βασικό πυλώνα εργασίας τη διάδραση και επαφή με ανθρώπους, η εφαρμογή της ενσυναίσθησης θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση. Χωρίς την ενσυναίσθηση, τη θέαση του κόσμου όπως τον βιώνει ο θεραπευόμενος, δε μπορούν να γίνουν αντιληπτές οι ανάγκες του και το τι θεωρεί ωφέλιμο για τον ίδιο (Fairbairn, 2005). Εκτός από αυτό, είναι αποδεδειγμένο ότι η ενσυναίσθηση λειτουργεί αποτελεσματικά στο άτομο που αναζητά βοήθεια, στον/ην επαγγελματία ψυχικής υγείας και στη μεταξύ τους θεραπευτική σχέση (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003). Ειδικότερα, θεωρείται ότι οφείλεται για το 40% μιας επιτυχημένης θεραπευτικής αλλαγής (Sinclair & Monk, 2005). Επομένως, η ενσυναίσθηση διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας (Clark, 2010. Hojat, 2007).

Η ενσυναίσθηση έχει χαρακτηριστεί ως το πιο σταθερό παραγωγικό παράγοντα για την εγκαθίδρυση μιας δημιουργικής θεραπευτικής σχέσης, στοιχείο απαραίτητο κατά τη θεραπεία (Hojat, 2007. Sinclair & Monk, 2005. Yu & Kirk, 2009). Η ενσυναίσθηση είναι επικουρική ώστε να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση και ένα δέσιμό μεταξύ των εμπλεκομένων (Yu & Kirk, 2009). Ακόμη, συνεισφέρει στη μείωση της αμυντικής στάσης του συμβουλευόμενου αισθανόμενος πλέον το θεραπευτικό πλαίσιο ως ασφαλές και αποδεκτό μέρος (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η παροχή φροντίδας στους θεραπευόμενους

μέσω της ενσυναίσθησης είναι πολύ σημαντική στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αυτό συμβαίνει καθώς με την ενσυναίσθηση διευκολύνεται η επικοινωνία λεκτικών και μη μηνυμάτων ανάμεσα στους εμπλεκόμενους. Επιπρόσθετα, η ενσυναίσθηση επικουρεί στο να καλλιεργηθεί εμπιστοσύνη και οικειότητα (Martin & DiMatteo, 2013), στοιχεία απαραίτητα για μια επιτυχή θεραπευτική σχέση και διαδικασία. Πράγματι, έρευνες δείχνουν ότι η εφαρμογή της διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς συμβάλλει στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, θεραπευτικής συμμαχίας και εν τέλει στην επιθυμητή ανέλιξη και ολοκλήρωση της θεραπείας (Hojat, Louis, Markham, Wender, Rabinowitz, et al., 2011)

3.4. Προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της ενσυναίσθησης

Οι περισσότερες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της συμβουλευτικής ψυχολογίας και ψυχοθεραπείας αναγνωρίζουν την ενσυναίσθηση ως βασικό στοιχείο της θεραπείας (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2008). Πιο αναλυτικά, η Ψυχοδυναμική, η Γνωστικό-Συμπεριφορική και η Ανθρωπιστική προσέγγιση δέχονται ότι η ενσυναίσθηση είναι βοηθητική για μια πετυχημένη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου (King, 2011). Ωστόσο, και στην Υπαρξιακή προσέγγιση, οι θεραπευτές υιοθετούν την ενσυναίσθηση με τον ακόλουθο τρόπο. Ειδικότερα, προσπαθούν να καταλάβουν τόσο τη μοναδική εμπειρία των θεραπευομένων τους όσο και τα μηνύματα που δίνουν γύρω από αυτήν (Vanaerschot, 2007). Παρόλα αυτά, έρευνες έδειξαν ότι, οι ανθρωπιστικές προσεγγίσεις βρίσκονται στην πρώτη θέση αναφορικά με τον βαθμό που η ενσυναίσθηση θεωρείται σημαντική τόσο από τη φιλοσοφία της προσέγγισης όσο και από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που την υπηρετούν (Carlozzi, Bull, Stein, Ray & Barnes, 2002).

Αναφορικά με άλλους δημογραφικούς παράγοντες, βρέθηκε ότι το φύλο, η ηλικία και ο βαθμός προϋπηρεσίας συσχετίζονται με το βαθμό ενσυναίσθησης των θεραπευτών/τριών. Δηλαδή, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μεγαλύτερης ηλικίας και με μεγαλύτερη εμπειρία στο χώρο παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης (Harton, & Lyons, 2003). Τέλος, η μέχρι τώρα βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερη ενσυναίσθηση και αντίληψη της οπτικής του άλλου από ό,τι οι άνδρες (Harton, & Lyons, 2003).

Βέβαια, απαραίτητη προϋπόθεση, ώστε ο θεραπευτής να επιδείξει την κατάλληλη ενσυναίσθηση είναι η απουσία προκαταλήψεων και η προσέγγιση στον/στην συμβουλευόμενο/η με απόλυτο σεβασμό. Όμως, οι θεραπευτές είναι σημαντικό να έχουν στο νου τους ότι είναι άνθρωποι με τις δικές τους αξίες και απόψεις. Για το λόγο αυτό, κρίνεται

ωφέλιμο προτού θεωρήσουν τους εαυτούς τους ικανούς να παρέχουν ενσυναίσθηση στους θεραπευόμενους τους, να έχουν ανακαλύψει και διευρύνει τα δικά τους προσωπικά όρια. Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι η συγκεκριμένη έννοια επηρεάζεται και από τον βαθμό ωριμότητας που διαθέτει ο εκάστοτε θεραπευτής (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4º: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ, ΕΜΜΕΣΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

4.1. Η Ενσυναίσθηση και η Επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης. Έχει συσχετιστεί με την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς αυτή ενδέχεται να φέρει στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας συναισθηματική εξάντληση (Figley, 2002), μια εκ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συναισθηματική εξάντληση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα του θεραπευτή να βιώνει το συναίσθημα του πελάτη. Αυτή η σύνδεση με τη σειρά της αυξάνει την ευαισθησία του θεραπευτή στη συναισθηματική μετάδοση. Η ίδια η ουσία της συμπόνιας του θεραπευτή, με τη σειρά του οδηγεί σε αποπροσωποποίηση με στόχο την αυτό-προστασία του συναισθηματικά και πνευματικά. Αυτή η αποπροσωποποίηση, όμως, δε φέρνει ανακούφιση στον θεραπευτή και μειώνει την ικανοποίηση του που σχετίζεται με τη προσφορά βοήθειας. Ο θεραπευτής γίνεται αναποτελεσματικός λόγω της αδυναμίας του να συνδεθεί. Επιπλέον, η ίδια η προθυμία του να παραμείνει σε μια ενσυναισθητική συμμαχία με έναν πελάτη, τον εκθέτει σε άγχος, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε εξουθένωση (Wolf & Alpert, 1991). Λόγω της έλλειψης αμοιβαιότητας σε αυτές τις σχέσεις, οι επαγγελματίες αναφέρουν ότι αισθάνονται εξαντλημένοι από συναισθηματικούς πόρους και αυτό οδηγεί σε «συναισθηματική εξάντληση». Για να το αντιμετωπίσουν αυτό, οι κλινικοί γιατροί, έχει βρεθεί, ότι μειώνουν την επένδυσή τους στη σχέση με τους πελάτες τους ως μια μορφή αυτοπροστασίας (Schaufeli & van Dierendonck, 1993). Είναι αυτό το χαρακτηριστικό της εξουθένωσης που η Maslach (1982) όρισε ως «αποπροσωποποίηση».

4.2. Η επαγγελματική εξουθένωση και το έμμεσο τραύμα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Rogers (1980, όπως αναφέρεται στον Κοσμόπουλο, 2003), ο όρος «ενσυναίσθηση» αφορά την ικανότητα να κατανοεί και να συναισθάνεται κάποιος έναν άνθρωπο, και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία του προσωποκεντρικού θεραπευτή. Η ενσυναίσθηση είναι το μέσο για την ανάπτυξη του έμμεσου τραύματος και

φαίνεται να εμπλέκονται τέσσερις πτυχές της σε αυτό το ρόλο, του παρελθόντος, του παρόντος, η γνωστική ενσυναίσθηση και η συγκινησιακή ενσυναίσθηση. Παρόμοια επεξηγηματική αρχή για την ανάπτυξη του έμμεσου τραύματος είναι και η συναισθηματική μετάδοση (“emotional contagion”), η οποία όμως αναφέρεται σε μια αντανάκλαση των συναισθημάτων του θεραπευόμενου στον θεραπευτή και το βίωμά τους από το δεύτερο, σε ένα περισσότερο ασυνείδητο επίπεδο από αυτό στο οποίο λαμβάνει χώρα η διεργασία της ενσυναίσθησης (Sabin-Farell & Turpin, 2003).

Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το έμμεσο τραύμα (Everall & Paulson, 2004). Το έμμεσο, σχετίζεται με την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος ενός άλλου, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια απάντηση σε παρατεταμένο στρες. Με άλλα λόγια, το έμμεσο τραύμα είναι όρος που αποδίδεται κυρίως στην κλινική πρακτική. Ορίζεται ως μια συναισθηματική και συμπεριφορική απάντηση στις ιστορίες τραύματος που διηγείται ο θεραπευόμενος (Pearlman & Saakvitne, 1995), και ως διαταραγμένη αίσθηση του αντιλαμβανόμενου μηνύματος από τον θεραπευόμενο και της ελπίδας, το οποίο επηρεάζει την οπτική του θεραπευτή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στη ρύθμιση του συναισθήματος και να αποπροσανατολίζεται συναισθηματικά από τις προσωπικές του σχέσεις (Catanese, 2010). Η παροχή ψυχολογικής βοήθειας σε άτομα που έχουν βιώσει τραύμα έχει ως αποτέλεσμα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να συναντούν επανειλημμένα λεπτομερείς αφηγήσεις τραυματικών γεγονότων και σκληρότητα. Εκτός από αυτή την έμμεση αντιπαράθεση με το τραύμα, γίνονται μάρτυρες στην εμφάνιση ισχυρών συναισθηματικών εκφράσεων και απαντήσεων από τους πελάτες τους (Robinson-Keilig, 2014). Αυτή η έμμεση έκθεση σε τραύμα έχει θεωρηθεί ότι αποτελεί επαγγελματικό κίνδυνο εργασίας στον τομέα της ψυχικής υγείας (Robinson-Keilig, 2014). Πράγματι, οι αρνητικές επιπτώσεις που βιώνουν οι κλινικοί γιατροί που εκτίθενται έμμεσα σε τραυματικά συμβάντα μπορούν να μιμηθούν αυτά που παρατηρούνται σε ασθενείς που έχουν βιώσει προσωπικά τραύμα (Sodeke-Gregson, Holtum, & Billings, 2013).

4.3. Η σχέση της ενσυναίσθησης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του έμμεσου τραύματος σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η παροχή βοήθειας και θεραπείας είναι μια δύσκολη συναισθηματικά διαδικασία, γεμάτη προκλήσεις (Delgadillo, Saxon, & Barkham, 2015). Κατά τη θεραπευτική αυτή διαδικασία, η ενσυναίσθητική ικανότητα κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Όμως, η ενσυναίσθηση δίνει τη δυνατότητα στα άτομα που

προσφέρουν φροντίδα κατά την εργασία τους να είναι δίπλα σε ασθενείς σε στιγμές πόνου ή σύγχυσης (Fairbairn, 2005) και μπορεί να οδηγήσει τους πρώτους σε εξουθένωση. Πράγματι, πολλές έρευνες πιστοποιούν τη θετική σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Ferreira, Afonso, Ramos, 2020. Truchot, Roncari, Bantégnie 2011). Ωστόσο, σε αυτή τη σχέση συμβαίνει κάτι αναπόφευκτο. Από τη μία πλευρά, η απουσία ενσυναίσθησης μπορεί να επιφέρει λιγότερο στρες και κόπωση συμπόνιας στον θεραπευτή. Όμως, χωρίς την ενσυναίσθηση αυτός δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τη δυσκολία των πελατών. Επομένως, μπορεί η εκδήλωση ενσυναίσθησης να αποτελεί το κλειδί για να βοηθήσει ένας θεραπευτής τους ανθρώπους αλλά είναι και το γνώρισμα που καθιστά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ευαίσθητους ως προς το «κόστος της φροντίδας» (Figley, 2002). Αυτό ενδεχομένως συμβαίνει διότι οι επαγγελματίες χρειάζεται να επενδύσουν περισσότερο στον πόνο και στα συναισθήματα των θεραπευόμενων οδηγώντας έτσι τον εαυτό τους σε εξαντλητικά επίπεδα. Ωστόσο, η σχέση έχει βρεθεί ότι είναι και αντίστροφη, δηλαδή η εξουθένωση των εργαζομένων εμποδίζει την έκφραση της ενσυναίσθησης κατά το έργο τους (Picard, Catu-Pinault, Boujut, Botella, Jaury, Zenasni, 2015).

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι το έμμεσο τραύμα του/της θεραπευτή ευοδώνεται ως απότοκο μια σχέσης που διέπεται από ενσυναίσθηση με τον πελάτη που βίωσε κάποιο τραύμα (Pearlman & Mac Ian, 1995). Οι θεραπευτές είναι πιθανόν να βιώσουν μια συναισθηματική εξάντληση ως αποτέλεσμα της εντατικής συναισθηματικής εμπλοκής με άτομα που βρίσκονται σε άγχος και αγωνία (Figley, 2002), στοιχεία που εντοπίζονται σε θεραπευόμενους που έχουν βιώσει τραύματα. Πράγματι, οι εργαζόμενοι που δουλεύουν με άτομα που έχουν βιώσει τραύματα παρουσιάζουν μεγάλα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Baird & Jenkins, 2003), συμπτώματα άγχους (Sabin-Farrell & Turpin, 2003) και είναι πολύ μεγάλη η πιθανότητα να υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση και έμμεσο τραύμα (Pross, 2006).

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε, ότι το μεγαλύτερο μέρος του ερευνητικού ενδιαφέροντος έχει εστιάσει στους επαγγελματίες υγείας και είναι αξιοσημείωτο, ότι οι έρευνες που αφορούν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι περιορισμένες. Ωστόσο, οι έρευνες που ασχολήθηκαν με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν διεξαχθεί, ως επί το πλείστον, σε πολίτες της Αμερικής και της Αγγλίας. Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, η πλειονότητα της βιβλιογραφίας αφορά τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, υπάρχει κενό στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία σχετικά με τη σχέση και των τριών μεταβλητών της παρούσας έρευνας, δηλαδή, της επαγγελματικής εξουθένωσης, του έμμεσου τραύματος και της ενσυναίσθησης και δη στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Σχετικά, δε με την ελληνική βιβλιογραφία προκαλεί μεγάλη εντύπωση ότι το «έμμεσο τραύμα» είναι μια μεταβλητή που έχει -διερευνηθεί ελάχιστα.

Επομένως η παρούσα έρευνα ευελπιστεί να συμβάλει σε μια πληρέστερη αντίληψη της έννοιας του «έμμεσου τραύματος». Ακόμη, γίνεται μια προσπάθεια να φέρει δεδομένα σχετικά με το πώς αυτό επηρεάζεται και προς ποια κατεύθυνση από την ενσυναίσθηση. Καθώς επίσης, και πώς και οι δύο αυτές μεταβλητές σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, γνωρίζοντας ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι άτομα που προσφέρουν συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα που χρήζουν αυτής, είναι απαραίτητο να ερευνηθεί περεταίρω πώς η ενσυναίσθηση επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση στους Έλληνες επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τι αποτέλεσμα μπορεί να επιφέρει το παραπάνω. Για το λόγο αυτό η παρούσα έρευνα θα διερευνήσει τις σχέσεις ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση, το έμμεσο τραύμα και την ενσυναίσθηση. Παρομοίως, στόχος της έρευνας είναι να εξετασθεί η σύνδεση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των Ελλήνων με τις παραπάνω μεταβλητές. Για την εξέταση των παραπάνω και σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, διαμορφώθηκαν οι εξής υποθέσεις:

1. Το επίπεδο της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση.
2. Το επίπεδο της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με το έμμεσο τραύμα.
3. Το επίπεδο έμμεσου τραύματος στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση.

4. Τα περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης.
5. Το μικρότερο χρονικό διάστημα εποπτείας στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναμένεται να έχει αρνητική επίδραση προς της επαγγελματική εξουθένωση, δηλαδή, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μικρότερο χρονικό διάστημα εποπτείας αναμένεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1. Μεθοδολογική προσέγγιση

Οι διαθέσιμες μεθοδολογικές προσεγγίσεις που προσφέρονται για χρήση σε ερευνητικά εγχειρήματα, διακρίνονται σε ποσοτική, προσέγγιση, η οποία έχει ως στόχο την ποσοτικοποίηση των δεδομένων πριν την ανάλυση και την εξαγωγή συμπερασμάτων, και την ποιοτική, η οποία εμβαθύνει περισσότερο σε ένα φαινόμενο χωρίς να έχει τη δυνατότητα να το ποσοτικοποιήσει (Creswell, 2016. Aruke, 2017). Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση, που διακρίνεται για το ότι προσφέρει την ευκαιρία για στατιστική ανάλυση των δεδομένων, για σύγκριση και συσχέτιση πολλών μεταβλητών που επηρεάζουν ένα φαινόμενο και για γενίκευση των αποτελεσμάτων (Daniel, 2016).

Η μεθοδολογική προσέγγιση αυτή κρίθηκε ως η καταλληλότερη, διότι ο σκοπός της παρούσας έρευνας αφορά τη μελέτη τριών μεταβλητών, της ενσυναίσθησης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του τραύματος ταύτισης, η συνύπαρξη και συσχέτιση των οποίων θα μπορούσε να παρατηρηθεί με σαφήνεια μέσω της ποσοτικοποίησης και της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Επίσης, η ποσοτική προσέγγιση, επιλέχθηκε διότι επιτρέπει τη συγκέντρωση μεγάλου δείγματος, στοιχείο το οποίο επιτρέπει με μεγαλύτερη ευκολία την εξαγωγή πιο ασφαλών συμπερασμάτων και τη γενίκευση.

5.2. Ερευνητικά εργαλεία

Η χρήση της ποσοτικής μεθοδολογικής προσέγγισης, συνοδεύεται συνήθως και από την αξιοποίηση συγκεκριμένων ερευνητικών εργαλείων, όπως τα ερωτηματολόγια, τα σταθμισμένα κριτήρια αξιολόγησης ή οι κατάλογοι αναφοράς, καθώς αυτού του είδους τα εργαλεία επιτρέπουν τη συγκέντρωση των δεδομένων σε ποσοτικοποιημένη μορφή (Creswell, 2016). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία σταθμισμένα κριτήρια αξιολόγησης, για την ανίχνευση της ενσυναίσθησης, το Ερωτηματολόγιο μέτρησης της Ενσυναίσθησης- Jefferson Scale of Physician Empathy – HP Version, για τον προσδιορισμό του αν οι συμμετέχοντες είναι αντιμετώπιζουν εργασιακή εξουθένωση το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης - Counselor Burnout Inventory (CBI), για την ανίχνευση του έμμεσου τραύματος η κλίμακα Vicarious Trauma Scale, καθώς και 3 ερωτήσεις, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα των Adams, Matto & Harrington (2001) για τον ίδιο σκοπό.

Διαμορφώθηκε συνεπώς, ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο μέσω Google Forms, το οποίο αρχικά περιείχε ερωτήσεις για τη συγκέντρωση στοιχείων αναφορικά με τα

δημογραφικά δεδομένα και συγκεκριμένα, για το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα των συμμετεχόντων/ουσών, την ειδίκευσή τους σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, τα έτη εκπαίδευσής τους στην ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, την οικογενειακή τους κατάσταση, το αν κάνουν προσωπική θεραπεία και εποπτεία, καθώς και τη διάρκεια των δυο τελευταίων, τον φορέα και το αντικείμενο εργασίας τους, τις ώρες που παρέχουν εβδομαδιαία ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και το αν έχουν υποστεί οι ίδιοι κάποιο τραυματικό γεγονός. Πιο αναλυτικά, για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω κλίμακες αυτοαναφοράς:

Μέτρηση κοινωνικών– δημογραφικών χαρακτηριστικών. Δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που από ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου, οι οποίες είχαν ως στόχο να προσδιορίσουν το δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων και να συλλέξουν πληροφορίες σχετικά με τα εξής στοιχεία: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό παιδιών, ειδικότητα, έτη υπηρεσίας στον τομέα της ψυχικής υγείας και το είδος του φορέα απασχόλησης, προσωπικό βίωμα τραύματος κ.λ.π.

Μέτρηση του βαθμού ενσυναίσθησης. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Jefferson Scale of Physician Empathy – HP Version (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, Magee, 2002), μεταφρασμένη και σταθμισμένη όπως αξιοποιήθηκε και στις έρευνες των Μακράκη (2020) και Tzialis (2019). Πρόκειται για μια αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα αυτοαναφοράς (Ouzouni & Nakakis, 2011) και ευρείας αποδοχής κλίμακα. Αποτελείται από 20 δηλώσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε μια επτά-βαθμη κλίμακα, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο « Συμφωνώ απόλυτα» και το 7 «Διαφωνώ απόλυτα». Η κλίμακα αυτή απαρτίζεται από είκοσι προτάσεις, από τις οποίες οι δέκα είναι θετικά διατυπωμένες (βλ. προτάσεις: 1,2,3,4,5,6,,7,13,14,15) και οι άλλες δέκα είναι αρνητικά διατυπωμένες (βλ. προτάσεις: 8,9,10,11,12,16,17,18,19,20). Όσον αφορά τις τελευταίες προτάσεις έγινε αντιστροφή του σκορ στο τελικό άθροισμα. Επομένως, όσο πιο υψηλό ήταν το αποτέλεσμα που προέκυπτε από το άθροισμα των απαντήσεων τόσο υψηλότερο θεωρείτο το επίπεδο της αυτοαναφερόμενης ενσυναίσθησης των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ενδεικτικά παραδείγματα της κλίμακας είναι: «Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα πλαίσια της θεραπευτικής.» και αρνητικής διατυπωμένης πρότασης «Το ενδιαφέρον μου για τα βιώματα των ασθενών/πελατών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.». Ο συντελεστής Cronbach' s alpha υπολογίστηκε ίσος με .88.

Μέτρηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης–Counselor Burnout Inventory [CBI] κατασκευασμένο από τους Lee και συνεργάτες (2007) και μεταφρασμένο-σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό από τους Kounenou, Gkemisi, Nanopoulos και Tsitsas (2018). Οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να δηλώσουν τη συχνότητα με την οποία βιώνουν το περιεχόμενο των αυτοδηλώσεων σε μια πεντά-βαθμη κλίμακα, στην οποία το 1 αντιστοιχεί με το «Ποτέ» και το 5 με το «Πάντα». Ειδικότερα, οι αυτοδηλώσεις του παραπάνω ερωτηματολογίου μετρούν πέντε διαστάσεις και συγκεκριμένα: οι 1 και 5 την εξάντληση (π.χ. «Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η εξαιτίας της δουλειάς μου ως σύμβουλος/θεραπευτής»), οι 2,6,10 και 14 την ανικανότητα (π.χ. «Αισθάνομαι ότι δεν είμαι ικανός/ή σύμβουλος/θεραπευτής»), οι 3,7,11 και 15 το αρνητικό εργασιακό περιβάλλον (π.χ. «Αισθάνομαι μια αρνητική ενέργεια από τον επόπτη μου»), οι 4,8,12 και 16 την υποτίμηση προς τον πελάτη (π.χ. «Έχω γίνει αναισθητός/η απέναντι στους πελάτες/ασθενείς μου») και τέλος οι 9,13 και 17 την επιδείνωση στην προσωπική ζωή (π.χ. «Νιώθω ότι έχω ελάχιστα όρια πια ανάμεσα στη δουλειά και την προσωπική μου ζωή»). Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α του ερωτηματολογίου συνολικά βρέθηκε υψηλός (Chronbach's $\alpha = .85$).

Μέτρηση του Έμμεσου τραύματος. Τέλος, υπήρχαν 8 αυτοδηλώσεις από τη Vicarious Trauma Scale (Vrklevski & Franklin, 2008), στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να προσδιορίσουν τον βαθμό στον οποίο οι αυτοδηλώσεις αυτές τους/τις αντιπροσωπεύουν με 1 να ισούται η αξιολόγηση «Δεν με αντιπροσωπεύει καθόλου» και 7 «Με αντιπροσωπεύει απόλυτα». Ενδεικτικά αναφέρεται μια εκ των αυτοδηλώσεων μέτρησης του ερωτηματολογίου «Η δουλειά μου απαιτεί να εκτίθεμαι σε πελάτες/ασθενείς που έχουν τραύματα ή αισθάνονται δυσφορία». Η υψηλότερη βαθμολογία στα αποτελέσματα των συμμετεχόντων υποδηλώνει μεγαλύτερα επίπεδα έμμεσου τραύματος (Aparicio & Michalopoulos, 2013). Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν συμπληρωματικά 3 ερωτήσεις που εφαρμόστηκαν στην έρευνα των Adams, Matto & Harrington (2001) για το έμμεσο τραύμα, στις οποίες έπρεπε να απαντήσουν τα υποκείμενα της έρευνας, σημειώνοντας την απάντησή τους σε μια τριά-βαθμη κλίμακα όπου το 1 αντιστοιχούσε στο «Καθόλου», το 2 στο «Κάπως» και το 3 στο «Πολύ» (βλ. Παράρτημα). Για της ανάγκες στάθμισης των παραπάνω ερωτηματολογίων στα ελληνικά δεδομένα, συντελέστηκε μετάφραση και Παραγοντική ανάλυση, όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα.

5.3. Μέθοδος δειγματοληψίας

Η μέθοδος με την οποία επιλέγεται το δείγμα που είναι κατάλληλο προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα σε μια μελέτη, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα βήματα κατά τον σχεδιασμό της μελέτης αυτής. Οι δειγματοληπτικές μέθοδοι διακρίνονται σε δυο κατηγορίες, στην τυχαία δειγματοληψία, η χρήση της οποίας επιτάσσει το δείγμα να επιλέγεται με τυχαίο τρόπο, και στη μη τυχαία δειγματοληψία, σύμφωνα με την οποία, η αναζήτηση του δείγματος εμπεριέχει κάποια σκοπιμότητα (Babbie, 2018). Στη συγκεκριμένη έρευνα, επιλέχθηκε η μη τυχαία δειγματοληψία, και συγκεκριμένα η δειγματοληψία σκοπιμότητας, η οποία απαιτεί τη συγκέντρωση ατόμων που διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Marshall, 1996). Τα κριτήρια αυτά στην παρούσα έρευνα ήταν να είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι ή ψυχοθεραπευτές οποιασδήποτε εκπαίδευσης). Αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν υπήρξε κάποιος περιορισμός. Τα κριτήρια αποκλεισμού από το δείγμα ήταν το να μην εργάζονται αυτήν την περίοδο οι επαγγελματίες που συγκέντρωναν τα αρχικά τεθέντα κριτήρια και να προέρχονται από διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους, εκτός ψυχολογίας ή ψυχιατρικής, όπως ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές.

Η αναζήτηση του δείγματος έγινε μέσω ανάρτησης ανακοίνωσης στον προσωπικό λογαριασμό της ερευνήτριας καθώς και σε συγκεκριμένες ομάδες σε μέσο κοινωνικής δικτύωσης (Facebook). Στις ομάδες αυτές, όπως διακρινόταν από τον τίτλο τους, συμμετείχαν άτομα τα οποία πιθανόν να πληρούσαν τα κριτήρια για την έρευνα. Η ανακοίνωση που αναρτήθηκε περιείχε το παρακάτω κείμενο «*Παρακάτω επισυνάπτω το link για την έρευνα της διπλωματικής εργασίας μου. Απευθύνεται σε Ψυχολόγους και Ψυχιάτρους που εργάζονται σε Ελλάδα και Κύπρο. Θα ήταν μεγάλη χαρά και βοήθεια όσοι ανήκετε στους προαναφερθέντες επαγγελματίες ψυχικής υγείας να συμπληρώσετε την έρευνα. Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων*».

Το δείγμα που συγκεντρώθηκε αποτελούνταν από 214 συμμετέχοντες, 32 άντρες και 182 γυναίκες. Αναφορικά με την επαγγελματική τους ταυτότητα, οι 81 ήταν ψυχολόγοι, οι 6 ψυχίατροι, οι 92 ψυχολόγοι – ψυχοθεραπευτές, οι 11 ψυχίατροι – ψυχοθεραπευτές και οι 24 ψυχοθεραπευτές με προπτυχιακές σπουδές εκτός ψυχολογίας ή ψυχιατρικής. Το ηλικιακό φάσμα στο οποίο ανήκε το δείγμα κυμαινόταν από τα 24 έτη έως και πάνω από τα 55 έτη.

5.4. Εγκυρότητα και Αξιοπιστία

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των ερευνητικών εργαλείων μιας έρευνας, αποτελούν στοιχεία τα οποία σχετίζονται με το κατά πόσο οι μετρήσεις ήταν έγκυρες και τα αποτελέσματά αξιοποιήσιμα. Η εγκυρότητα, εξασφαλίζει ότι ένα ερευνητικό εργαλείο μετράει τη μεταβλητή, την οποία υποτίθεται ότι είναι σχεδιασμένο για να μετράει και η αξιοπιστία, τη δυνατότητα ενός εργαλείου να παράγει τα ίδια αποτελέσματα όσες φορές και να δοθεί στους συμμετέχοντες (Μέλλον, 2010). Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν ερευνητικά εργαλεία και συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, τα οποία έχουν αξιοποιηθεί και σε άλλα ερευνητικά εγχειρήματα, δυο εκ των οποίων διεξήχθησαν σε ελληνικό πληθυσμό. Η επιλογή αυτή, σε συνδυασμό με τη βιβλιογραφική μελέτη των μεταβλητών που εξετάζονται, η οποία οδήγησε στην αναζήτηση και την επιλογή κατάλληλων ερευνητικών εργαλείων καθώς και ο προσεκτικός σχεδιασμός της συλλογής δεδομένων και της δειγματοληψίας, εξασφαλίζει υψηλό επίπεδο εγκυρότητας και αξιοπιστίας για την έρευνα.

5.5. Ηθική και δεοντολογία

Όταν σε ένα ερευνητικό πόνημα συμμετέχουν άτομα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τηρείται ο κώδικας ηθικής και δεοντολογίας, του οποίου κάποιες από τις σημαντικότερες παράμετροι είναι η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η ανωνυμία, η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης και η προστασία των συμμετεχόντων/ουσών από κινδύνους και εξαπάτηση (Craig & Baucum, 2007). Στην παρούσα έρευνα, το ερωτηματολόγιο, το οποίο χορηγήθηκε στους/στις συμμετέχοντες ήταν ανώνυμο, συνεπώς, τα προσωπικά τους δεδομένα προστατεύθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Επιπλέον, πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες έπρεπε να διαβάσουν πρώτα το ενημερωτικό σημείωμα, το οποίο περιέγραφε αναλυτικά το σκοπό της έρευνας, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν καθώς και την υποχρέωση της ερευνήτριας για την τήρηση του κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες, έπρεπε να συναινέσουν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα για να προχωρήσουν στη συμπλήρωση των ερωτήσεων. Τέλος, δεν υπήρξε κανένας κίνδυνος ή εξαπάτηση για τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει περιληπτικά τα βασικά δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά για το δείγμα των 214 συμμετεχόντων. Το δείγμα αποτελούταν ως επί το πλείστον από γυναίκες συμμετέχουσες ηλικίας 24 με 30 ετών. Αναφορικά με τα επαγγελματικά τους γνωρίσματα οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n = 92) ήταν ψυχολόγοι-ψυχοθεραπευτές με μεταπτυχιακές σπουδές (n = 137).

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (n = 214)

Χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο	
Άνδρες	32 (15)
Γυναίκες	182 (85)
Ηλικία	
24-30	65 (30.4)
31-36	47 (22)
37-42	48 (22.4)
43-48	25 (11.7)
49-54	18 (8.4)
55+	11 (5.1)
Αριθμός παιδιών	
0	139 (65)
1	36 (16.8)
2	33 (15.4)
3	4 (1.9)
4	0 (0)
5+	2 (0.9)
Επάγγελμα	
Ψυχολόγοι	81 (38)
Ψυχίατροι	6 (2.8)
Ψυχολόγοι - Ψυχοθεραπευτές	92 (43)
Ψυχίατροι - Ψυχοθεραπευτές	11 (5.1)

Ψυχοθεραπευτές με βασικές σπουδές εκτός ψυχολογίας ή ψυχιατρικής	24 (11.2)
Επίπεδο σπουδών	
Ιδιωτικό κολλέγιο/AEI	61 (28.5)
Μεταπτυχιακό	137 (64)
Διδακτορικό	16 (7.5)

6.2 Παραγοντική ανάλυση

Πριν τη διεξαγωγή των αναλύσεων μεταξύ των μεταβλητών – ενσυναίσθηση, επαγγελματική εξουθένωση, έμμεσο τραύμα - κρίθηκε σκόπιμο να διεξαχθεί παραγοντική ανάλυση για τα ερωτηματολόγια του έμμεσου τραύματος, για τα οποία δεν έχει προηγηθεί στάθμιση για τον ελληνικό πληθυσμό στο παρελθόν. Τα δύο εργαλεία για το έμμεσο τραύμα αναλύθηκαν μαζί.

Η παραγοντική ανάλυση που διεξήχθη για τα δύο ερωτηματολόγια του έμμεσου τραύματος βασίστηκε στις 11 ερωτήσεις των ερωτηματολογίων αυτών. Ο έλεγχος Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0.83) επιβεβαίωσε την επάρκεια των ερωτήσεων για τη διεξαγωγή της ανάλυσης. Η πρώτη ανάλυση διεξήχθη για να αποκτηθούν ιδιοτιμές για κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου. Ιδιοτιμές προέκυψαν για δύο παράγοντες που σε συνδυασμό εξηγούσαν το 46,96% της διακύμανσης.

Για τους δύο αυτούς παράγοντες του ερωτηματολογίου του έμμεσου τραύματος διεξήχθησαν αναλύσεις αξιοπιστίας. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α βρέθηκε σχετικά υψηλός και για τους δύο παράγοντες (Cronbach's $\alpha \geq .68$). Οι δύο παράγοντες αυτοί ονομάστηκαν αντίστοιχα: Συναισθηματική Φόρτιση και Δυσφορία (ET1), Απώλεια ελέγχου - υλικό (ET2). Αναλυτικά, τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης για το έμμεσο τραύμα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου έμμεσου τραύματος

Ερωτήσεις	Συναισθηματική Φόρτιση και Δυσφορία	Απώλεια ελέγχου - υλικό
Η δουλειά μου περιλαμβάνει την έκθεσή μου σε υλικό και εμπειρίες των πελατών μου που μου προκαλούν δυσφορία.	.78	
Πιάνω τον εαυτό μου να δυσφορεί όταν ακούω τις ιστορίες των πελατών/ασθενών μου και τις καταστάσεις που βίωσαν ή βιώνουν.	.78	
Μερικές φορές δυσκολεύομαι να παραμείνω θετικός/η και αισιόδοξος/η με κάποιες από τις περιπτώσεις που αντιμετωπίζω.	.59	
Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/η να βοηθήσω τους πελάτες μου, όπως θα ήθελα.	.59	
Δυσκολεύομαι να διαχειριστώ το περιεχόμενο της εργασίας μου.	.58	

Η δουλειά μου απαιτεί να εκτίθεμαι σε πελάτες/ασθενείς που έχουν τραύματα ή αισθάνονται δυσφορία.	.41
Σε τι βαθμό ενοχλήστε από αυτές τις σκέψεις και τα συναισθήματα;	.75
Πόσο συχνά σκέφτεστε υλικό από τους πελάτες σας σε ώρες εκτός της εργασίας σας;	.69
Πιάνω τον εαυτό μου να σκέφτεται το υλικό της δουλειά μου που μου προκαλεί δυσφορία και όταν είμαι στο σπίτι.	.65
Μερικές φορές αισθάνομαι να κατακλύζομαι/ υπερφορτώνομαι από το βάρος της δουλειάς μου.	.62
Πόσο συχνά το υλικό από τους πελάτες σας φέρνει στην επιφάνεια αναμνήσεις ή συναισθήματα σας από την προσωπική σας ζωή;	.39

6.3 Έλεγχος των υποθέσεων της έρευνας

6.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ αποτελεσμάτων στα ψυχομετρικά εργαλεία

Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων εφαρμόστηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson (r) για όλους τους υπό εξέταση παράγοντες, καθώς και για παράγοντες που ενώ συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα δεν ήταν αναγκαστικά μέρος των υποθέσεων. Αναφορικά με την πρώτη υπόθεση βρέθηκε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης, $r = .16$, $p = .010$. Αναφορικά με τη δεύτερη υπόθεση, η συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και του έμμεσου τραύματος για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας δε βρέθηκε στατιστικώς σημαντική, $r = .08$, $p = .138$. Τέλος, αναφορικά με την τρίτη υπόθεση, υπήρξε στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων του έμμεσου τραύματος και τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, $r = .59$, $p < .001$. Τα ευρήματα που προέκυψαν από τη διεξαγωγή των συσχετίσεων παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών της έρευνας

Μεταβλητές	M.O	T.A	Φύλο	Οικογενειακή κατάσταση	Εποπτεία	Προϋπηρεσία	Ενσυναίσθηση	Επαγγελματική Εξουθένωση	Έμμεσο τραύμα
Φύλο	1.15	.36	1						
Οικογενειακή κατάσταση	2.52	1.10	-.09	1					
Εποπτεία	2.95	.93	.05	-.03	1				
Προϋπηρεσία	2.22	1.49	.25**	-.17*	.51**	1			
Ενσυναίσθηση	3.90	.36	.06	.02	.04	-.01	1		
Επαγγελματική εξουθένωση	2.01	.57	.00	.08	-.19	-.15*	.16*	1	

Έμμεσο τραύμα	2.28	.54	-.03	.07	-.02	-.16*	.08	.59**	1
------------------	------	-----	------	-----	------	-------	-----	-------	---

*p < .05

**p < .001

6.3.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά και ψυχομετρικά εργαλεία

Για τη διερεύνηση της τέταρτης και πέμπτης υπόθεσης διεξήχθη γραμμική παλινδρόμηση. Όλες οι προϋποθέσεις τηρούνταν, και οι δύο παράγοντες ήταν συνεχείς και όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1 στο Παράρτημα, η σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων είναι γραμμική και δεν υπάρχουν έκτροπες τιμές. Η ανάλυση έδειξε ότι τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας δεν αποτέλεσαν στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για τον βαθμό ενσυναίσθησης, $F(1, 212) = .01, p = .926, R^2 = .00$. Τέλος, αναφορικά με την τελευταία υπόθεση, βρέθηκε ότι το μοντέλο εξηγούσε το 4% της διακύμανσης και ήταν στατιστικώς σημαντικό, $F(3, 210) = 2.95, p = .034$, ενώ πιο συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα εποπτείας επηρέασε στατιστικώς σημαντικά την αναφερόμενη επαγγελματική εξουθένωση, $B = -.115, p = .006$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε την πρώτη έρευνα διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ της ενσυναίσθησης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και του έμμεσου τραύματος. Αναφορικά με την πρώτη ερευνητική υπόθεση, κατά την οποία τα επίπεδα της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας συσχετίζονται θετικά με τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται, καθώς η συσχέτιση ήταν στατιστικώς σημαντική με θετικό πρόσημο. Τα συγκεκριμένα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με το πλήθος των ερευνών που παρατέθηκαν στο θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας έρευνας και υποστηρίζουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Καθώς η ενσυναίσθηση είναι όμως ένα σημαντικό χαρακτηριστικό για την εργασιακή ζωή των ειδικών ψυχικής υγείας με ποιον τρόπο αυτοί μπορούν να αποφύγουν την επαγγελματική εξουθένωση συνεχίζοντας να χρησιμοποιούν την ενσυναίσθηση; Μία λύση προτείνουν οι Halbesleben, Neveu, Paustian-Underdahl, και Westman (2014), καθώς και οι Rupert, Miller και Dorociak (2015) στις έρευνες των οποίων βρέθηκε ότι προσωπικοί και επαγγελματικοί προστατευτικοί παράγοντες, όπως το αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας και η ανθεκτικότητα, μπορούν να προστατέψουν το άτομο από την επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, για τους επαγγελματίες που γνωρίζουν πως να αποκτούν και να χρησιμοποιούν προστατευτικούς παράγοντες είναι ευκολότερο να διατηρήσουν και να αποκτήσουν επιπλέον προστατευτικούς παράγοντες, αποφεύγοντας να καταλήξουν να βιώνουν δυσάρεστα συμπτώματα ως αποτέλεσμα της δουλειάς τους (Halbesleben and Wheeler, 2015).

Τα ευρήματα δεν επιβεβαίωσαν τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση που υπαγόρευε ότι το επίπεδο της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα συσχετιζόταν θετικά με το έμμεσο τραύμα. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να βρίσκουν στήριξη σε έρευνες που διεξήχθησαν στο παρελθόν. Σύμφωνα με τους Pearlman και Saakvitne (1995), οι ειδικοί ψυχικής υγείας που υποφέρουν από έμμεσο τραύμα ενδέχεται να παρουσιάσουν απώλεια ενσυναίσθησης προς τους πελάτες τους, παρ' όλα αυτά μπορούν να διατηρήσουν τη συμπάθειά τους προς αυτούς για να μην αποστασιοποιηθούν τελείως από το αντικείμενο της δουλειάς τους (Lonergan, O'Halloran, & Crane, 2004. Hunter & Schofield, 2006).

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαίωσαν την τρίτη υπόθεση, που προέβλεπε ότι το επίπεδο του έμμεσου τραύματος στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα συσχετιζόταν θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Το παρόν εύρημα επιβεβαιώνει τα ευρήματα της έρευνας των Rupert et al. (2015), οι οποίοι βασιζόμενοι στο μοντέλο “Πηγές Εργασιακών Απαιτήσεων” (Jobs Demands Resources Model, JD-R) (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) και στο μοντέλο Διατήρησης των Πηγών (COR) (Halbesleben, et al., 2014) διαπίστωσαν ότι το μη ελεγχόμενο και επιλυμένο χρόνιο άγχος και η ψυχική δυσφορία, συμπτώματα που μπορεί να προκληθούν από το έμμεσο τραύμα, όπως διερευνήθηκε στο θεωρητικό κομμάτι της παρούσας έρευνας, δυσχεραίνουν τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των περαιτέρω ευρημάτων θεωρήθηκε χρήσιμο να αναφερθεί πως από τις αναλύσεις των συσχετίσεων βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης και του έμμεσου τραύματος. Το εύρημα αυτό αν και δεν απαντά σε κάποια από τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο στην πρακτική του εφαρμογή. Σύμφωνα είναι και η έρευνες των Mirvis, Graney και Kilpatrick (1999) και Peisah, Latif, Wilhelm και Williams (2009) σύμφωνα με την οποία ειδικοί υγείας με μεγαλύτερη διάρκεια εργασιακής εμπειρίας παρουσιάζουν μικρότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφορικά με το έμμεσο τραύμα, η υπάρχουσα βιβλιογραφία είναι επίσης ενθαρρυντική καθώς φαίνεται πως εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας με περισσότερα χρόνια εμπειρίας είναι λιγότερο πιθανό να ταλαιπωρηθούν από τις συνέπειες του έμμεσου τραύματος (Way, VanDeusen, Martin, Applegate & Jandle, 2004. Michalopoulos & Aparicio, 2012).

Η τέταρτη υπόθεση της έρευνας που προέβλεπε ότι τα περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα για μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης δεν επιβεβαιώθηκε. Όπως φάνηκε από τις αναλύσεις, αν και οι δύο παράγοντες, αυτός της ενσυναίσθησης κι αυτός της επαγγελματικής εξουθένωσης, κινούταν γραμμικά, δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα. Παλαιότερες και πιο πρόσφατες έρευνες έχουν καταλήξει στα ίδια συμπεράσματα, εξηγώντας πως οι εμπειρότεροι ειδικοί ψυχικής υγείας ενδέχεται να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους πιο απρόσωπα, δουλεύοντας με το πρόβλημα και όχι με τον άνθρωπο (Thomson, Hassenkamp, & Mansbridge, 1997) και ότι πιθανά

χάνουν τον αυθορμητισμό τους στο να συνδεθούν ενσυναισθητικά με τους ασθενείς τους. Επιπλέον ενδέχεται οι ειδικοί ψυχικής υγείας με περισσότερη εμπειρία να χρησιμοποιούν λιγότερο την ενσυναίσθηση προσπαθώντας να προστατέψουν τη δική τους ψυχική υγεία (Goussakovski & Sizikova, 2017).

Τέλος, σύμφωνα με την πέμπτη υπόθεση, το μικρότερο χρονικό διάστημα εποπτείας στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναμενόταν να έχει αρνητική επίδραση προς την επαγγελματική εξουθένωση, δηλαδή οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με μικρότερο χρονικό διάστημα εποπτείας αναμένονταν να παρουσιάσουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας βρέθηκε στατιστικώς σημαντική επιρροή της ανεξάρτητης προς την εξαρτημένη μεταβλητή, επομένως το χρονικό διάστημα εποπτείας αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα για υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με άλλες έρευνες που έχουν βρει ότι η εποπτεία μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Lambie, 2007. Moyer, 2011). Είναι χρήσιμο να λάβουμε ωστόσο υπόψιν μας και τον παράγοντα της ποιότητας και της μορφής της εποπτείας, πέρα από το χρονικό διάστημα, χαρακτηριστικά τα οποία μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποφυγή ή μη της επαγγελματικής εξουθένωσης και για τα οποία γίνεται αναφορά στην έρευνα των Cornér, Löfström και Pyhältö (2017).

Συμπερασματικά, αν και κάποιες από τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαιώθηκαν, το γεγονός αυτό από μόνο του είναι ένα σημαντικό εύρημα. Φαίνεται πως ο ελληνικός πληθυσμός ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό σε όλα όσα έχουν βρεθεί σε παλαιότερες έρευνες του εξωτερικού. Ωστόσο είναι πιθανό κάποια πολιτισμικά στοιχεία να προκαλούν διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο αντίληψης και διαχείρισης κάποιων από τους υπό εξέταση παράγοντες. Επιπλέον, διανύουμε μια περίοδο μεγάλων αλλαγών κάτι που καθιστά το έργο των ειδικών ψυχικής υγείας αρκετά απαιτητικό, τόσο ως προς την δική τους, όσο και ως προς την ψυχική υγεία των πελατών τους κι έτσι ενδεχομένως δημιουργούνται αναταράξεις ως προς την πρακτική εφαρμογή του επαγγέλματος του ψυχολόγου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1. Περιορισμοί

Σε όλες τις έρευνες, κατά τη διεξαγωγή τους, εντοπίζονται περιορισμοί ως προς την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων και δυσκολίες που αναδύθηκαν στη διάρκεια της διαδικασίας σχεδιασμού, συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα διεξήχθη με γνώμονα την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, κρίνεται αναγκαίο να γίνει μια σύντομη αναφορά σε βασικούς περιορισμούς που προέκυψαν κατά την πραγμάτωσή της.

Δε θα μπορούσε να παραλειφθεί το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα διεξήχθη εν μέσω της πανδημίας από τον ιό Covid-19, κατάσταση που δυσχέρανε την πρόσβαση σε κέντρα ψυχικής υγείας ή άλλους φορείς. Έτσι, η διεξαγωγή της έρευνας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αποτέλεσε και αυτή ένα τροχοπέδη, στον εντοπισμό μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων/ουσών. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά μέσω ηλεκτρονικών πηγών και ο αριθμός του δείγματος περιορίστηκε.

Επιπρόσθετα, μερικοί από τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, αφορούν το δείγμα της όσο και τις συνθήκες κατά τις οποίες διεξήχθη η έρευνα.. Είναι σημαντικό σε κάθε έρευνα το δείγμα, όπου για να είναι γενικεύσιμα τα αποτελέσματα, θα έπρεπε να είναι μεγαλύτερο και πιο ομοιόμορφο. Επίσης, η μέθοδος δειγματοληψίας, η οποία δεν βασιζόταν στην τυχαιότητα, περιορίζει και αυτή τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Παρομοίως, δεν ήταν εφικτός ο εντοπισμός ικανοποιητικού αριθμού ανδρών και ψυχιάτρων ως δείγμα, ενώ υπήρχε μεγάλη ποικιλία στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις στις οποίες ήταν ειδικευμένοι/ες οι συμμετέχοντες/ουσες, και στα έτη ειδίκευση, με αποτέλεσμα να μην είναι ασφαλής η εξαγωγή ενός συμπεράσματος, το οποίο να αφορά αυτή την παράμετρο. Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απαρτιζόταν από γυναίκες, γεγονός που ενδέχεται να παρεμποδίζει τη γενίκευση κάποιων από τα ευρήματα στον γενικό πληθυσμό.

Τέλος, ένας περιορισμός σημαντικός, ήταν ότι τα 2 από τα 4 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, και συγκεκριμένα το Vicarious Trauma Scale και οι 3 ερωτήσεις από την έρευνα των Adams, Matto & Harrington (2001), δεν εντοπίστηκαν

μεταφρασμένα στα ελληνικά και εφαρμοσμένα σε ελληνικό πληθυσμό. Το γεγονός ότι το συγκεκριμένο εργαλείο έχει σταθμιστεί μόνο για πληθυσμό πέραν του ελληνικού ενδεχομένως να καθιστά τη χρήση του επισφαλής. Τέλος, θεωρείται ότι η χρήση περισσότερων εργαλείων ανά μεταβλητή θα βοηθούσε σε μια εκτενέστερη εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

8.2. Προτάσεις

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα, η συγκεκριμένη ερευνητική διπλωματική εργασία αποτελεί αφηρητά εξέταση της συσχέτισης των τριών υπό μελέτη παραγόντων, τόσο στον ελληνικό όσο και στον ξένο ερευνητικό χώρο. Χαράζεται έτσι μια νέα πορεία για την ελληνική ερευνητική κοινότητα που στόχο έχει να μας δια φωτίσει για τον τρόπο που η ενσυναίσθηση ως θεραπευτικό εργαλείο αλληλεπιδρά με παράγοντες όπως το έμμεσο τραύμα και η επαγγελματική εξουθένωση. Καθώς η παρούσα έρευνα διεξάγεται για πρώτη φορά, θεωρείται χρήσιμη η επανάληψή της έτσι ώστε να εξακριβωθούν τα ευρήματα. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να στοχεύουν σε μεγαλύτερη δειγματοληψία ή να επικεντρώνονται σε κάποια από τα υπό μελέτη χαρακτηριστικά του δείγματος. Επιπλέον, η ίδια έρευνα θα μπορούσε να επαναληφθεί αυτούσια σε πληθυσμό εκτός του ελληνικού.

Επιπλέον, σχετικές μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να έχουν πειραματικό χαρακτήρα, όπου μέρος του δείγματος θα λάβει κλινική εποπτεία για ένα χρονικό διάστημα και έπειτα θα συγκριθεί ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο πριν και μετά την παρέμβαση, όσο και με την ομάδα ελέγχου, που θα συνεχίσει να εργάζεται με τις ήδη υπάρχουσες συνθήκες. Τέλος, η προσθήκη ποιοτικών δεδομένων θα μπορούσε να φωτίσει σημεία των τριών υπό μελέτη μεταβλητών, όπως η υφή του προσωπικού βιώματος, κάτι που είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί μέσω της χρήσης σταθμισμένων εργαλείων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 148–150. <https://doi.org/10.1037/tra0000868>.
- Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, 12(5), 475–490. doi:10.1177/1468017310392418.
- Adams, K. B., Matto, H. C., & Harrington, D. (2001). The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society*, 82(4), 363–371.
- Αμαραντίδου, Σ. (2010). *Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση εκπαιδευτικών: Μια διαχρονική μελέτη*. Διδακτορική Διατριβή των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Τρίκαλα.
- Αντωνίου, Α.-Σ. (2008). (επιμ.). *Burnout: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης*, 129-161. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Aparicio, E.M. & Michalopoulos, L.M. (2013). An Examination of the Psychometric Properties of the Vicarious Trauma Scale in a Sample of Licensed Social Workers. *Health and Social Work* 38(4):199-206.
- Apuke, O. D. (2017). Quantitative research methods: A synopsis approach. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*, 33, 1-8.
- Arvay, M. J., & Uhlemann, M. R. (1996). Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling*, 30(3), 193–210.
- Babbie E. (2018). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1), 71–86. doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources mode: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. doi.org/10.1108/02683940710733115

- Bakker, A., Demerouti, E., & Euwema, M. (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 170-180. doi:10.1037/1076-8998.10.2.170
- Bakker, A., Le Blanc, P., & Schaufeli, W. (2005). Burnout contagion among nurses who work at intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x
- Bakker, A.B., Killmer, C.H., Siegrist, J. & Schaufeli (2000) Effort reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 884-891.
- Baker, A. (2012). Training the Resilient Psychotherapist: What Graduate Students Need to Know About Vicarious Traumatization. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 6(1), 1-12. doi:%10.5590/JSBHS.2012.06.1.01.
- Barnett, G., & Mann, R. E. (2013). Empathy deficits and sexual offending: A model of obstacles to empathy. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 228–239. doi:10.1016/j.avb.2012.11.010
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. doi:10.1093/brief-treatment/mhj001.
- Burke, R. T., Shearer, J., & Deszca, G. (1984). Burnout among men and woman in police work: An examination of the Cherniss Model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7(2), 162-188. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/25780191>
- Carlozzi, A.F., Bull, K.S., Stein, L.B., Ray, K. & Barnes, L. (2002). Empathy Theory and Practice: A Survey of Psychologists and Counselors, *The Journal of Psychology*, 136(2), 161-170. DOI: 10.1080/00223980209604147
- Catanese, S. A. (2010). Traumatized by association: The risk of working sex crimes. *Federal Probation*, 74(2), 36-38.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Service*. London: Sage Publications.
- Clark, A.J. (2010). Empathy and Sympathy: Therapeutic Distinctions in Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(2), 95-101.

- Colman, A. M. (2009). *A dictionary of psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, *18*(4), 621-656.
- Cornér, S., Löfström, E., & Pyhältö, K. (2017). The relationship between doctoral students' perceptions of supervision and burnout. *International Journal of Doctoral Studies*, *12*, 91-106.
- Creswell, J.W. (2016). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, Διεξαγωγή και Αξιολόγηση της Ποσοτικής και Ποιοτικής Έρευνας*. Αθήνα: Ίων.
- Cuff, B., Brown, C., Taylor, L., & Howat, D. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, *8*(2), 144–153. DOI: 10.1177/1754073914558466
- Dallender, J., Nolan, P., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (1999) A comparative study of the perceptions of British mental health nurses and psychiatrists of their work environment. *Journal of Advanced Nursing*, *29*, 36–43.
- Daniel, E. (2016). The Usefulness of Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Researching Problem-Solving Ability in Science Education Curriculum. *Journal of Education and Practice*, *7*, 91-100.
- Delgado, J., Saxon, D. & Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depress Anxiety*, *35*(9), 844-850. DOI: 10.1002/da.22766
- Demerouti, E., Bakker, A., De Jonge, J., Janssen, P., & Schaufeli, W. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and contact. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, *27*(4), 279-286. doi:10.5271/sjweh.615
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, *86*(3).
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. In J. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.) (pp. 132-152). New York: Oxford University Press.
- Everall, R. D., & Paulson, B. L. (2004). Burnout and secondary traumatic stress: Impact on ethical behavior. *Canadian Journal of Counseling*, *38*(1), 25–35.

- Fairbairn, G. (2005). Storytelling, ethics and empathy. 3. Ethical Space: The International Journal of Communication Ethics, Vol.2 No.3, 48-55.
- Ferreira, S., Afonso, P., Ramos, M.D.R. (2020). Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists. *J Eval Clin Pract.* 26(1), 216-222. doi: 10.1111/jep.13147.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of advanced nursing*, 57(4), 392–403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04111.x>
- Goussakovski, V., & Sizikova, M. (2017). Paradoxical findings regarding therapist empathy based on length of professional experience. *Transactional Analysis Journal*, 47(2), 112-125.
- Greenberg, L. S., & Elliott, R. (1997). *Varieties of empathic responding*. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 167–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-007>
- Gupta, S., Paterson, M. L., Lysaght, R. M., & von Zweck, C. M. (2012). Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(2), 86–95. <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.4>
- Hallberg, U., Johannsson, G., & Schaufeli, W. (2007). Type A behaviour and work situation: Association with burnout and work engagement. *Personality and social Sciences*, 48(2), 135-142. doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00584.x.
- Halbesleben, J. R., Neveu, J. P., Paustian-Underdahl, S. C., & Westman, M. (2014). Getting to the “COR” understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of management*, 40(5), 1334-1364.

- Halbesleben, J. R., & Wheeler, A. R. (2015). To invest or not? The role of coworker support and trust in daily reciprocal gain spirals of helping behavior. *Journal of Management*, 41(6), 1628-1650.
- Harton, H. C., & Lyons, P. C. (2003). Gender, empathy, and the choice of the psychology major. *Teaching of Psychology*, 30(1), 19-24.
- Hiscott, R. D., & Connop, P. J. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian journal of public health*, 81(6), 422–426.
- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M (2002). Physician empathy: definition, measurement and relationship to gender and specialty. *Psychiatry*, 159.
- Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W. Wender, R., Rabinowitz, C., Gonnella, J. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients, 86(3), 59-364.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of psychosomatic research*, 61(1), 59–66.
- Huggard, P., Law, J., & Newcombe, D. (2017). A systematic review exploring the presence of vicarious trauma, compassion fatigue, and secondary traumatic stress in alcohol and other drug clinicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 21(2), 65-72.
- Hunter, S. V., & Schofield, M. J. (2006). How counsellors cope with traumatized clients: Personal, professional and organizational strategies. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28(2), 121-138.
- Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3(2), 71-85.
- Κιοσσές, Β. (2017). *Η Ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού-ασθενή. Ανάπτυξη, Εφαρμογή και Αξιολόγηση του προγράμματος Εκπαίδευσης Φοιτητών Ιατρικής στην Ενσυναίσθηση «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!»*. Διδακτορική Διατριβή του Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

- King, H. (2011) The Structure of Empathy in Social Work Practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(6), 679-695. DOI: 10.1080/10911359.2011.583516
- Kop, N., Euwema, M., & Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress, and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & Stress*, 13, 326–340.
- Κοσμόπουλος, Α. & Μουλαδούδης, Γ., (2003). *Ο Carl Rogers και η Πρωσοποκεντρική του Θεωρία για την Ψυχοθεραπεία και την Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kounenou, K., Gkemisi, S., Nanopoulos, P., & Tsitsas, G. (2018). The Psychometric Properties of the Counselor Burnout Inventory in Greek School Counsellors. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 28(01), 33–54. doi:10.1017/jgc.2018.3.
- Kiuru, N., Aunola, K., Nurmi, J.-E., Leskinen, E., & Salmela-Aro, K. (2008). Peer group influence and selection in adolescents' school burnout: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(1), 23–55.
- Lambie, G. W. (2007). The contribution of ego development level to burnout in school counselors: Implications for professional school counseling. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 82-88.
- Lanier, B.A., Carney, J.C. (2019). Practicing Counselors, Vicarious Trauma, and Subthreshold PTSD: Implications for Counselor Educators, 9(4), 334–346.
- Lee, R., & Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. doi: 10.1037/0021-9010.81.2.123.
- Lee, S., Baker, C.R., Ho Cho, S., Heckathorn, D.E., Holland, M.W., Newgent, R.A., . . . Yu, K. (2007). Development and initial psychometrics of the counselor burnout inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 142–154.
- Leiter M.P., Bakker A.B. & Maslach C. (2014). *Burnout at work: a psychological perspective*. New York: Psychology Press.

- Leiter, M. P., & Harvie, P. L. (1996). Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 90–101. <https://doi.org/10.1177/002076409604200203>
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129–138. doi:10.1002/smi.969.
- Lonergan, B. A., O'Halloran, M. S., & Crane, S. (2004). The Development of the Trauma Therapist: A Qualitative Study of the Child Therapist's Perspectives and Experiences. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 4(4).
- Lloyd, C., & King, R. (2004). A Survey of Burnout among Australian Mental Health Occupational Therapists and Social Workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 752-757. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0808-7>
- Măirean, C., & Turliuc, M. N. (2013). Predictors of Vicarious Trauma Beliefs Among Medical Staff. *Journal of Loss and Trauma*, 18(5), 414–428. doi:10.1080/15325024.2012.714200.
- Mäkikangas, A., Feldt, T., Kinnunen, U., & Mauno, S. (2013). *Does personality matter? A review of individual differences in occupational well-being*. In A. B. Bakker (Ed.), *Advances in positive organizational psychology* (pp. 107–143). Emerald Group Publishing. [https://doi.org/10.1108/S2046-410X\(2013\)0000001008](https://doi.org/10.1108/S2046-410X(2013)0000001008)
- Μακράκη, Ε. (2020). *Η Σχέση των εργασιακών απαιτήσεων και πόρων, και ενσυναίσθησης με το συναίσθημα και την ικανοποίηση στην εργασία: Σύγκριση νοσηλευτικού προσωπικού σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα*. Διπλωματική Διατριβή των Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. *Ψυχολογία*, 10(2-3), 298-309.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2008). Η πολυπολιτισμική διάσταση της ενσυναίσθησης, *Ψυχολογία*, 15(1), 1-15.
- Marshall, MN. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13, 522-525.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall.

- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual (2nd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout*. New York: Jossey-Bass
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Marshall, MN. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13, 522-525.
- Martin, L. R., & DiMatteo, M. R. (2013). *Clinical interactions*. In J. A. Hall & M. L. Knapp (Eds.), *Nonverbal communication* (pp. 833–858). De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783110238150.833>
- McCann, I., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.
- Μέλλων, P. (2010). *Κλινική Ψυχομετρία*. Αθήνα: Πεδίο
- Mehrabian, A. (1969). Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin*, 71(5), 359–372. <https://doi.org/10.1037/h0027349>
- Michalopoulos, L., & Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646–664. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>
- Middleton, J. S., & Potter, C. C. (2015). *Relationship Between Vicarious Traumatization and Turnover Among Child Welfare Professionals*. *Journal of Public Child Welfare*, 9(2), 195–216. doi:10.1080/15548732.2015.1021987.
- Mirvis, D.M., Graney, M.J., Kilpatrick, A.O. (1999). Trends in burnout and related measures of organizational stress among leaders of Department of Veterans Affairs medical centers. *Healthc Manag.* 44(5), 353-365.

- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *110*(3) 104679. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104679.
- Moyer, M. (2011). Effects of Non-Guidance Activities, Supervision, and Student-to-Counselor Ratios on School Counselor Burnout. *Journal of School Counseling*, *9*(5).
- Μπέιτμαν, Α., & Χολμς, Τ. (1998). *Εισαγωγή στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μπίκα, Α. (2019). Ψυχική Ανθεκτικότητα, Ρύθμιση Συναισθήματος και Ενσυναίσθηση στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. (Διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Newell, J. M., MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*, *6*, 57-68.
- Ουζούνη, Χ. & Νακάκης, Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, *50*, 231–239.
- Palm, K. M., Polusny, M. A., & Follette, V. M. (2004). Vicarious Traumatization: Potential Hazards and Interventions for Disaster and Trauma Workers. *Prehospital and Disaster Medicine*, *19*(01), 73–78. doi:10.1017/s1049023x00001503.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W W Norton & Co.
- Peisah C, Latif E, Wilhelm K, Williams B (2009) Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging & Ment Health* *13*, 300–307.
- Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol Health Med*. 2016;21(3):354-61. doi: 10.1080/13548506.2015.1054407
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York, NY: Free press.

- Pines, A., & Maslach, C. (1976). *"Detached concern" in mental health institutions*. Unpublished paper, University of California at Berkeley.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 135–143.
- Pross C. (2016). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*. 16(1):1-9.
- Raskin, N. (1974). *Studies on psychotherapeutic orientation: ideology in practice*. Florida: in press. DOI:10.1007/S41542-019-00045-1 Corpus ID: 202266058
- Rauvola, R., Vega, D., Lavigne, K.N. (2019). Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. *Occupational Health Science*, DOI:10.1007/S41542-019-00045-1
- Robinson-Keilig, R. A. (2014). Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1477–1496. <https://doi.org/10.1177/0886260513507135>
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. doi:10.1177/001100007500500202
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544–550. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology Research and Practice*, 38(1), 88-96.
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 168.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449–480. doi:10.1016/s0272-7358(03)00030-8.

- Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., & van Dierendonck, D. (1993). The Construct Validity of Two Burnout Measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14(7), 631–647.
- Sinclair S.L. & Monk, G. (2005). Discursive empathy: A new foundation for therapeutic practice. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(3), 333-349. DOI:10.1080/03069880500179517
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Sui, Xi.C. & Padmanabhanunni, A. (2016). Vicarious trauma: The psychological impact of working with survivors of trauma for South African psychologists. *Journal of Psychology in Africa*, 26(2), 127–133.
- Tabor, P. D. (2011). Vicarious traumatization: Concept analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 7(4), 203–208. doi:10.1111/j.1939-3938.2011.01115.x.
- Thomson, D., Hassenkamp, A. M., & Mansbridge, C. (1997). The measurement of empathy in a clinical and a non-clinical setting: does empathy increase with clinical experience?. *Physiotherapy*, 83(4), 173-180.
- Tzialla, (2019). *Study of empathy in Greek dental postgraduate students*. Thesis of Aristotle University of Thessaloniki Faculty of Health Sciences School of Dentistry.
- Vanaerschot, (2007). Empathic Resonance and Differential Experiential Processing: An Experiential Process-Directive Approach. *American Journal of psychotherapy* 61(3), 313-331.
- Way, I., vanDeusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 49–71. <https://doi.org/10.1177/0886260503259050>

- Webster, L., & Hackett, R. K. (1999). Burnout and leadership in community mental health systems. *Administration and Policy in Mental Health*, 26(6), 387–399. <https://doi.org/10.1023/A:1021382806009>
- Wolf, E. K., & Alpert, J. L. (1991). Psychoanalysis and child sexual abuse: A review of the post-Freudian literature. *Psychoanalytic Psychology*, 8(3), 305–327. <https://doi.org/10.1037/h0079279>
- Yu, J. & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65(9), 1790–1806.
- Zeleskov-Doric, J., Hedrih, V., & Doric, P (2012). Relations of resilience and personal meaning with vicarious traumatization in psychotherapists. *International Journal of Psychotherapy*, 16(3), 44-55.
- Ζίρκα, Ε., Μαριστάνογλου, Ε.Μ., Ξάφη, Ι. (2021). Η ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας. Διπλωματική Διατριβή των Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Φουτσιτζόγλου, Ν. (2022). Αναπαραστάσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας για ζητήματα επαγγελματικής δεοντολογίας. (Διπλωματική Εργασία). Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Κοινό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

➤ Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Κοινωνικών πληροφοριών

Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία:

- 24-30
- 31-36
- 37-42
- 43-48
- 49-54
- 55+

Ειδικότητα:

- Ψυχολόγος
- Ψυχίατρος
- Ψυχοθεραπευτής
- Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπευτής:
- Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής:
- Άλλο:.....

Ειδίκευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι σε ποια/ποιες; Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από 1 επιλογές.

- Ψυχοδυναμική/Ψυχαναλυτική
- Συστημική-Οικογενειακή
- Γνωστικό-συμπεριφοριστική
- Υπαρξιακή
- Ανθρωπιστική/Προσωποκεντρική
- Gestalt
- Θεραπεία μέσω τέχνης (Δραματοθεραπεία, Χοροθεραπεία,
- Παιγνιοθεραπεία, Μουσικοθεραπεία, Εικαστική θεραπεία)
- Αφηγηματική

- Άλλο:.....

**Πόσα έτη ήταν η εκπαίδευση σας στη/στις παραπάνω προσέγγιση/εις
ψυχοθεραπείας;**

- 1
 2
 3
 4
 5+

Οικογενειακή κατάσταση:

- Παντρεμένος/η:
 Συγκατοίκηση με σύντροφο χωρίς γάμο ή σύμφωνο
συμβίωσης:
 Σε σχέση χωρίς συγκατοίκηση
 Ελεύθερος/η

Έχετε παιδιά;

- Ναι
 Όχι

Αν ναι, πόσα;

- 1
 2
 3
 4
 5+

Έχετε κάνει προσωπική θεραπεία;

- Ναι
 Όχι

Πόσο διάστημα διήρκτησε η προσωπική σας θεραπεία;

_____ (Συμπληρώστε το κενό)

Συνεχίζετε να κάνετε προσωπική θεραπεία;

- Ναι
 Όχι

Έχετε κάνει εποπτεία;

- Ναι
- Όχι

Πόσο διάστημα διήρκησε η εποπτεία σας;

_____ (Συμπληρώστε το κενό)

Συνεχίζετε να κάνετε εποπτεία;

- Ναι
- Όχι

Που εργάζεστε αυτό το διάστημα;

- Σε κάποια δομή
- Ιδιωτικά σε γραφείο
- Όλα τα παραπάνω

Φορέας Εργασίας:

_____ (Συμπληρώστε το κενό)

Χρόνια προϋπηρεσίας ως ψυχολόγος, ψυχίατρος ή ψυχοθεραπευτής:

- 1-4
- 5-8
- 9-12
- 13-16
- 17-20
- 21+

Με τι ασχολείστε κυρίως κατά την εργασία σας;

(Αν αντιμετωπίζετε δυσκολία να διαλέξετε μπορείτε να αριθμήσετε παραπάνω από μια επιλογές ξεκινώντας με την πρώτη σας επιλογή ως 1= Η πιο συχνή)

- Παιδιά και εφήβους με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες
- Σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και εφήβων
- Ενήλικες που βίωσαν σεξουαλική βία και κακοποίηση
- Ενήλικες που βίωσαν σωματική βία και κακοποίηση
- Άτομα που βίωσαν πόλεμο ή προσφυγιά
- Άτομα που βίωσαν φυσικές καταστροφές (π.χ. πυρκαγιά, σεισμός κ.λ.π)
- Άτομα απεξάρτησης από ουσίες, τζόγο κ.λ.π.

- Συναισθηματικές δυσκολίες ενηλίκων
- Κάτι άλλο; Τι; _____

Πόσες ώρες την εβδομάδα θα λέγατε ότι παρέχετε συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη ή θεραπεία σε πελάτες σας που βίωσαν κάποιο τραυματικό συμβάν ή εμπειρία;

_____ (Συμπληρώστε το κενό)

Έχετε βιώσει ποτέ κάποιο τραυματικό γεγονός;

- Ναι ως παθών.
- Ναι ως μάρτυρας.
- Όχι δεν έχω βιώσει

➤ **Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης των ανθρώπων που ασχολούνται με τη Συμβουλευτική και τη Θεραπεία. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σας παρακαλώ πολύ, να απαντήσετε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια. Δίπλα από κάθε πρόταση, κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1	2	3	4	5

	1 Ποτέ	2 Σπάνια	3 Μερικές φορές	4 Συχνά	5 Πάντα
1. Εξαιτίας της δουλειά μου ως σύμβουλος/θεραπευτής, αισθάνομαι κουρασμένος/η τον περισσότερο καιρό					
2. Αισθάνομαι ότι δεν είμαι ικανός/ή σύμβουλος/θεραπευτής					
3. Δεν έχω δίκαιη αντιμετώπιση στο χώρο της εργασίας μου					
4. Δεν με ενδιαφέρουν οι ασθενείς/πελάτες μου και τα προβλήματά τους					
5. Αισθάνομαι εξουθενωμένος/η εξαιτίας της δουλειάς μου ως σύμβουλος/θεραπευτής					
6. Αισθάνομαι ματαιώση από την αποτελεσματικότητά μου ως σύμβουλος/θεραπευτής					
7. Αισθάνομαι μια αρνητική ενέργεια από τον επόπτη μου					
8. Έχω γίνει αναισθητός/η απέναντι στους πελάτες/ασθενείς μου					
9. Νιώθω ότι δεν έχω αρκετό χρόνο για να ασχοληθώ με τα προσωπικά μου ενδιαφέροντα					
10. Δεν έχω εμπιστοσύνη στις θεραπευτικές/συμβουλευτικές μου δεξιότητες					
11. Νιώθω ότι είμαι σε ένα τέλμα από το σύστημα στο χώρο της δουλειάς μου					
12. Δείχνω λίγη ενσυναίσθηση στους ασθενείς/πελάτες μου					

13. Νιώθω ότι δεν έχω αρκετό χρόνο να περάσω με τους φίλους μου					
14. Νιώθω ότι δεν προκαλώ κάποια αλλαγή στους ασθενείς/πελάτες μου					
15. Νιώθω ματαίωση από το σύστημα στο χώρο της δουλειάς μου					
16. Δεν ενδιαφέρομαι πια για το καλό των ασθενών/πελατών μου					
17. Νιώθω ότι έχω ελάχιστα όρια πια ανάμεσα στη δουλειά και την προσωπική μου ζωή					

➤ **Ερωτηματολόγιο Vicarious Trauma**

Παρακάτω υπάρχουν αυτοδηλώσεις σχετικά με την εργασία σας που καλείστε να απαντήσετε. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σας παρακαλώ πολύ, να απαντήσετε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια. Δίπλα από κάθε πρόταση, κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

Δεν με αντιπροσωπεύει καθόλου	Με αντιπροσωπεύει λίγο	Με αντιπροσωπεύει μέτρια	Με αντιπροσωπεύει πολύ	Με αντιπροσωπεύει απόλυτα
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Η δουλειά μου περιλαμβάνει την έκθεσή μου σε υλικό και εμπειρίες των πελατών μου που μου προκαλούν δυσφορία.					
2. Η δουλειά μου απαιτεί να εκτίθεμαι σε πελάτες/ασθενείς που έχουν τραύματα ή αισθάνονται δυσφορία.					
3. Πιάνω τον εαυτό μου να δυσφορεί όταν ακούω τις ιστορίες των πελατών/ασθενών μου και τις καταστάσεις που βίωσαν ή βιώνουν.					
4. Δυσκολεύομαι να διαχειριστώ το περιεχόμενο της εργασίας μου.					
5. Πιάνω τον εαυτό μου να σκέφτεται το υλικό της δουλειά μου που μου προκαλεί δυσφορία και όταν είμαι στο σπίτι.					
6. Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/η να βοηθήσω τους πελάτες μου, όπως θα ήθελα.					
7. Μερικές φορές αισθάνομαι να κατακλύζομαι/υπερφορτώνομαι από το βάρος της δουλειάς μου.					

8. Μερικές φορές δυσκολεύομαι να παραμείνω θετικός/η και αισιόδοξος/η με κάποιες από τις περιπτώσεις που αντιμετωπίζω.					
--	--	--	--	--	--

➤ **Ερωτηματολόγιο Vicarious Trauma**

Παρακάτω υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με την εργασία σας που καλείστε να απαντήσετε. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σας παρακαλώ πολύ, να απαντήσετε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια. Δίπλα από κάθε πρόταση, κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΠΟΛΥ
1	2	3

	1	2	3
1. Πόσο συχνά το υλικό από τους πελάτες σας φέρνει στην επιφάνεια αναμνήσεις ή συναισθήματα σας από την προσωπική σας ζωή;			
2. Πόσο συχνά σκέφτεστε υλικό από τους πελάτες σας σε ώρες εκτός της εργασίας σας;			
3. Σε τι βαθμό ενοχλήστε από αυτές τις σκέψεις και τα συναισθήματα;			

➤ **Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης**

Παρακάτω υπάρχουν 20 ερωτήσεις που αφορούν την ενσυναίσθηση κατά την άσκηση του επαγγελματικού σας ρόλου. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Σας παρακαλώ πολύ, να απαντήσετε με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ειλικρίνεια. Δίπλα από κάθε πρόταση, κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ένα σημαντικό στοιχείο στη σχέση μου με τους ασθενείς/πελάτες μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση τους.							
2. Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι ασθενείς/πελάτες μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματός τους							
3. Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα πλαίσια της θεραπευτικής.							
4. Η ενσυναίσθηση είναι μια απαραίτητη δεξιότητα στα πλαίσια της θεραπευτικής, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσα να επιτύχω ως ψυχίατρος/ψυχολόγος/ψυχοθεραπευτής.							
5. Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών/πελατών μου τους δίνει την αίσθηση της επιβεβαίωσης, πράγμα το οποίο δρα από μόνο του θεραπευτικά.							
6. Οι ασθενείς/πελάτες μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.							
7. Θεωρώ ότι το να καταλαβαίνω τη γλώσσα του σώματος των ασθενών/πελατών μου είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση: ψυχίατρος/ψυχολόγος/ψυχοθεραπευτής-πελάτη.							
8. Όταν παρέχω τις υπηρεσίες μου, προσπαθώ να φέρνω τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών/πελατών μου.							
9. Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος							
10. Προσπαθώ να σκέφτομαι με τον τρόπο που σκέπτονται οι ασθενείς/πελάτες μου, ώστε να παρέχω καλύτερη θεραπευτική φροντίδα.							
11. Οι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτό το λόγο, το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς μου δεν μπορεί να έχει θέση σε αυτή τη διαδικασία.							
12. Το ενδιαφέρον μου για τα βιώματα των ασθενών/πελατών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.							

13. Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών/πελατών μου κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και της λήψης ιστορικού.									
14. Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπευτική.									
15. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να συγκινείται από τους έντονους συναισθηματισμούς των ασθενών/πελατών μου.									
16. Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών/πελατών μου είναι παράγοντας που δεν έχει σχέση με τη θεραπευτική.									
17. Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρική βιβλιογραφία/βιβλιογραφία μη σχετική με το επάγγελμά μου.									
18. Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους ασθενείς/πελάτες μου τι συμβαίνει στη ζωή τους δεν έχει καμία σημασία για την κατανόηση των συμπτωμάτων τους.									
19. Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών/πελατών μου.									
20. Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών/πελατών μου.									

Διάγραμμα 1. Γραμμική παλινδρόμηση

